

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

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
“ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ”**

ΤΙΤΛΟΣ

**Κοινωνικοοικονομικές παράμετροι και ποιότητα
ζωής στο διαβητικό πόδι**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Βαΐα Πούλιου, ΤΕ Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Επιβλέπων καθηγητής: Δρ Παναγιώτης Τσακλής, Καθηγητής

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2014

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

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

Τίτλος

Κοινωνικοοικονομικές παράμετροι και ποιότητα

ζωής στο διαβητικό πόδι

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Βαΐα Πούλιου, ΤΕ Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Επιβλέπων: Παναγιώτης Τσακλής , Καθηγητής, ΑΤΕΙΘ

Μέλος : Κυριάκος Καζάκος , Αναπληρωτής καθηγητής, ΑΤΕΙΘ

Μέλος :Ευγενία Μηνασίδου , Επίκουρη καθηγήτρια, ΑΤΕΙΘ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2014

copyright ©2014, Πούλιου Βαΐα
ALL RIGHTS RESERVED

ΣΕΛΙΔΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

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

Εγκρίθηκε την

ΒΑΘΜΟΣ: ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΛΕΚΤΗ:.....

Εξεταστική επιτροπή:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	9
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	15
1.1 Ορισμός του διαβήτη.....	15
1.2 Παγκόσμιες διαστάσεις του διαβήτη.....	17
1.3 Επιδημιολογικές προβλέψεις για τον διαβήτη.....	19
1.4 Παχυσαρκία και διαβήτης.....	20
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	22
2.1 Στόχος της εργασίας.....	22
2.2. Ερευνητική μέθοδος.....	22
2.3 Χρησιμότητα της παρούσας έρευνας.....	24
3. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	25
3.1 Διατροφή και πολιτισμικές συνθήκες.....	25
3.2 Διατροφή και χρόνιες ασθένειες	27
3.3 Καλές διατροφικές πρακτικές	30
4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	32
4.1 Κοινωνικές παράμετροι και διαβήτης.....	32
4.2 Οι θρησκευτικές δοξασίες και ο διαβήτης	35
4.3 Διατροφικοί περιορισμοί και θρήσκευμα.....	37
4.3.1 Χριστιανισμός.....	38
4.3.2 Ισλαμισμός	38
4.3.3 Ιουδαϊσμός	39
4.3.4 Βουδισμός	40

4.3.5	Ινδουισμός.....	41
4.3.6	Το κίνημα Ρασταφάρι (Rastafari movement).....	41
4.4	Προσευχή, διαλογισμός και διαβήτης.....	43
4.5	Οικονομικές παράμετροι και διαβήτης	45
5.	ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ.....	48
5.1	Ορισμός του διαβητικού ποδιού	48
5.2	Συμπτωματολογία και διαγνωστικές εξετάσεις.....	51
5.3	Επιδημιολογικά στοιχεία του διαβητικού ποδιού	53
5.4	Παράγοντες κινδύνου.....	54
5.5	Ψυχολογικές παράμετροι των ατόμων μετά τον ακρωτηριασμό.....	57
5.6	Θνησιμότητα λόγω διαβητικού ποδιού	58
5.7	Αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού.....	60
5.8	Οικονομικά στοιχεία για το διαβητικό πόδι.....	62
5.8.1	Οικονομικά στοιχεία στην Ελλάδα για τον διαβήτη και το διαβητικό πόδι.....	64
6.	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΑΝΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	66
6.1	Ευρώπη	66
6.1.1	Ελβετία.....	68
6.1.2	Ηνωμένο Βασίλειο	69
6.1.3	Ισπανία.....	70
6.1.4	Σουηδία.....	71
6.2	Βόρεια Αμερική.....	72
6.2.1	Ηνωμένες Πολιτείες.....	72
6.2.2	Καναδάς.....	74
6.2.3	Ο ρόλος των θρησκευτικών δοξασιών στην αντιμετώπιση του διαβήτη σε πληθυσμού Αφρο-Αμερικάνων	74
6.3	Κεντρική Αμερική	75
6.4	Νότια Αμερική	75
6.4.1	Χιλή	76
6.5	Ασία.....	76
6.5.1	Ινδία.....	78
6.6	Αφρική.....	78
6.6.1	Τανζανία	79
6.6.2	Μαρόκο.....	79
	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	81
	<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</u>	<u>83</u>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2	98

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Κατανομή των ατόμων με διαβήτη κατά γεωγραφική περιοχή.....	17
Πίνακας 2. Οι δέκα χώρες, παγκοσμίως, με τα περισσότερα περιστατικά διαβήτη.....	18
Πίνακας 3. Οι χώρες, σε παγκόσμιο επίπεδο με τα λιγότερα περιστατικά διαβήτη.....	19
Πίνακας 4. Αναμενόμενη ποσοστιαία αύξηση του διαβήτη	20
Πίνακας 5. Περίληψη διατροφικών εκτιμήσεων για άτομα με διαβήτη	29
Πίνακας 6. Η επίδραση της νηστείας του Ραμαζανιού στο μεταβολισμό και τα όργανα υγείων ατόμων (Πηγή: Azizi 2010)	39
Πίνακας 7, Θρησκείες του κόσμου, διατροφικές πρακτικές-περιορισμοί και κανονισμοί διατροφικών συμπεριφορών	42
Πίνακας 8 Οι ανεπτυγμένες χώρες και συστήματα υγείας	45
Πίνακας 9. Το Νευροπαθητικό Πόδι	49
Πίνακας 10. Τρόπος ταξινόμησης των ελκών ποδιού κατά Meggitt–Wagner.....	51
Πίνακας 11. Οι κύριες υποκείμενες αιτίες έλκους και λοίμωξης στα πόδια ατόμων με διαβήτη	55
Πίνακας 12. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ακρωτηριασμού	56
Πίνακας 13 Τεχνικές πρόληψης	61
Πίνακας 14 Συνολικός προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά άξονα.....	65
Πίνακας 15. Ποσοστά μείζονων ακρωτηριασμών στην Ελβετία ανά φύλο και ηλικία.....	68

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο διαβήτης αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες επιδημίες στο σύγχρονο κόσμο, με εκατομμύρια άτομα που βιώνουν τις επιπλοκές και τους περιορισμούς της. Στην προσπάθεια να αντιμετωπίσουν την χρόνια ασθένεια τους τα άτομα αναζητούν υποστήριξη από διάφορες πηγές και να διατηρήσουν την ποιότητα ζωής τους. Μπορεί να στραφούν στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον τους, στο στενό τους φιλικό κύκλο αλλά και σε ευρύτερες πλευρές, όπως οι θρησκευτικές δομές και κοινωνικούς υποστηρικτικούς οργανισμούς. Ιδιαίτερα, στους ασθενείς με διαβητικό άκρο, καταγράφεται η ανάγκη διεπιστημονικής προσέγγισης αναφορικά με τον στρατηγικό σχεδιασμό της αγωγής και της αντιμετώπισης των πιθανών, επιπλοκών. Στην εργασία μελετώνται σε σχέση με τον διαβήτη και το διαβητικό άκρο, οι διατροφικές συνήθειες, οι θρησκευτικές δοξασίες και οι οικονομικές παράμετροι. Πιο συγκεκριμένα, προσεγγίζεται η σχέση της διατροφής με τον διαβήτη, ιδιαίτερα από την πολιτισμική τους πλευρά, αναφέρονται οι καλές πρακτικές αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες που πρέπει να υιοθετηθούν από τους μακροχρόνια ασθενείς και, κυρίως, τους διαβητικούς. Επιπλέον, είναι απολύτως τεκμηριωμένο ότι η θρησκεία, διαχρονικά, ασκεί σοβαρότατες επιρροές στα άτομα, στις επιλογές, στον τρόπο που διάγουν την καθημερινότητα τους, στις κοινωνικές τους σχέσεις. Αναμφισβήτητος είναι και ο παρηγορητικός ρόλος της στα άτομα, ιδιαίτερα σε δύσκολες και περίπλοκες καταστάσεις της ζωής του, εξετάζεται, επομένως, ο ρόλος της σε σχέση με τις μακροχρόνιες και επώδυνες καταστάσεις του διαβήτη. Οι οικονομικές παράμετροι του διαβήτη, επίσης, καθορίζουν, σε μεγάλο βαθμό το είδος και την πορεία της θεραπευτικής αγωγής και τη διάρκεια της.

Λέξεις κλειδιά: διαβήτης, διεπιστημονική προσέγγιση, θρησκεία, διατροφή, οικονομικοί παράγοντες

ABSTRACT

Diabetes is one of the largest epidemics in the modern world, with millions of people experiencing complications and limitations. In trying to cope with chronic illness and to maintain their quality of life, individuals seeking support from various sources. They can turn on the direct-family environment, in their close social circle and larger aspects of culture, such as religious structures and social support organizations. Particularly, patients with diabetic foot, illustrates the need of interdisciplinary approach on strategic planning of treatment and of decreased-related complications. In this master dissertation is studied in relation to diabetes and diabetic foot, the eating habits, the religious beliefs and the economic parameters associated with it. More specifically, approached the relationship between diet and diabetes, particularly from the cultural aspect of dietary, the definition of the best practices regarding the dietary habits that should be adopted by the long-term patients and especially diabetics. Moreover, it is absolutely documented that religion, over time, exerts profound influences on individuals, the choices in the way they lead the day-to-day social relationships. Undeniable is the consolatory role of religion individuals, especially in difficult and complex situations in life, considered, therefore, its role in relation to the long and painful situations by diabetes. Economic aspects of diabetes also determine, to a large extent on the type and course of treatment and its duration.

Key words: diabetes, multidisciplinary approach, religion, diet, economic factors.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι χρόνιες παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν καθοριστικό παράγοντα διαμόρφωσης της καθημερινότητας του ατόμου και της οικογένειάς του. Το φάσμα των αρνητικών συναισθημάτων που προκαλούνται στους ασθενείς και σε όσους βρίσκονται κοντά τους, είναι ιδιαίτερα ευρύ (συμπεριλαμβάνουν θυμό, άρνηση, αγανάκτηση, απογοήτευση, κατάθλιψη). Ακόμη και όταν επιτευχθεί το στάδιο της αποδοχής, οι συναισθηματικές μεταβολές δεν είναι ποτέ απύσυχες, ιδιαίτερος όταν παρουσιάζονται επικίνδυνες και επώδυνες επιπλοκές.

Ο σακχαρώδης διαβήτης δημιουργεί μία ποικιλία αγχωδών συναισθημάτων στο διαβητικό άτομο, τα όποια σχετίζονται με την ανάγκη για συνεχή αυτοέλεγχο και συμμόρφωση στην τήρηση του σωστού διαιτολογίου. Συνεπώς, η συναισθηματική πλευρά του ατόμου με διαβήτη πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας και το περιβάλλον του ατόμου το οποίο βρίσκεται σε συχνή επαφή μαζί τους. Έχει τονιστεί πολλές φορές στο παρελθόν, και η παρούσα εργασία ταυτίζεται με αυτή την οπτική ότι οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με άτομα με διαβήτη πρέπει να κατανοήσουν τον πολύ σημαντικό ρόλο της εκπαίδευσης των ατόμων και των οικογενειών τους για την αντιμετώπιση της νόσου.

Οι ασθενείς θα πρέπει να πειστούν και να έχουν κίνητρα για να κάνουν κάποιες αλλαγές στον τρόπο ζωής τους και να τις διατηρήσουν για πολλά χρόνια. Βέβαια αυτό προϋποθέτει υψηλό επίπεδο επικοινωνίας και εκπαιδευτικές ικανότητες. Η πορεία ενός ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη εξαρτάται από τη θέλησή του να κατανοήσει και να εφαρμόσει τις οδηγίες που του χορηγούνται.

Η διπλωματική εργασία με τίτλο «Κοινωνικοοικονομικοί παράμετροι και ποιότητα ζωής στο διαβητικό πόδι» εκπονήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Αλεξάνδρειου ΤΕΙ Θεσσαλονίκης από τον Μάρτιο 2014 έως τον Αύγουστο 2014.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέπων καθηγητή της εργασίας κ. Παναγιώτη Τσακλή για την πολύτιμη βοήθεια του στη συγκρότηση και ολοκλήρωση της. Οι συμβουλές και οι υποδείξεις του υπήρξαν πολύτιμες και καθοριστικές για τη διαμόρφωση της τελικής μορφής της εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι για να ξεκινήσει η εισαγωγή στη συγκεκριμένη θεματική. Επιλέχθηκε, ως ο πιο πρόσφορος η σταδιακή μετάβαση από τα γενικότερο στο ειδικότερο, ώστε ο αναγνώστης να μπορεί να παρακολουθεί τον βηματισμό του ερευνητή και τα συμπεράσματα να προκύψουν, κατά το δυνατόν, αβίαστα. Στην προκειμένη περίπτωση αποτελεί και την αποτύπωση της πορείας ολοκλήρωσης μίας πολύ ενδιαφέρουσας αλλά, συχνά, επίπονης και χρονοβόρας διαδρομής.

Οι λόγοι για τους οποίους επιλέχθηκε η συγκεκριμένη έρευνα έχουν να κάνουν με τα επαγγελματικά και προσωπικά ενδιαφέροντα της γράφουσας. Η μακροχρόνια επαγγελματική ενασχόληση μας με ασθενείς, μας ευαισθητοποίησαν στον τομέα της αναγνώρισης και της αντιμετώπισης των διαφορετικών αναγκών των ασθενών αναλόγως με την καταγωγή και τις ιδιαίτερες πολιτισμικές ανάγκες τους. Η έρευνα, συνεπώς, εστιάστηκε στη μελέτη των κοινωνικών παραμέτρων του φαινομένου και τους τρόπους με τους οποίους επηρεάζουν αυτές την πορεία και τη θεραπεία του.

Οι διακρίσεις λόγω χρώματος, εθνικότητας, φύλου, οικονομικών ή άλλων συνθηκών, αποτελούν ηθικά και ανθρωπιστικά ατοπήματα τα οποία δεν έχουν θέση στα σύγχρονα περιβάλλοντα υπηρεσιών υγείας [14]. Ωστόσο δεν μπορεί, σε καμία περίπτωση, να υποτιμηθεί ο ρόλος τον οποίο διαδραματίζουν οι κοινωνικό-πολιτισμικοί παράγοντες στη διαχείριση και στην αντιμετώπιση της ασθένειας και της αποδοχής και συνέπειας στην ολοκλήρωση της αγωγής. Αυτά εντείνονται σε μακροχρόνιες ασθένειες οι οποίες μπορεί να είναι και απειλητικές για τη ζωή.

Στην προσπάθεια να αντιμετωπίσουν την χρόνια ασθένεια τους τα άτομα αναζητούν υποστήριξη από διάφορες πηγές και να διατηρήσουν την ποιότητα ζωής τους [12]. Μπορεί να στραφούν στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον τους, στο στενό τους φιλικό κύκλο αλλά και σε ευρύτερες πλευρές, όπως οι θρησκευτικές δομές [11] και κοινωνικούς υποστηρικτικούς οργανισμούς. Η βιβλιογραφία έχει τεκμηριώσει τις επιδράσεις τους στην φυσική υγεία, αυτές οι επιδράσεις σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά ευχαρίστησης, καλύτερη φυσική κατάσταση και βέλτιστα αποτελέσματα από την θεραπευτική αγωγή.

Το ανθρώπινο σώμα είναι μία ζωντανή οντότητα, η οποία δέχεται τις επιδράσεις των περιβαλλόντων πολιτισμικών στοιχείων, της κουλτούρας, των κανόνων και των αξιών

του κοινωνικού περιβάλλοντος. Αυτές οι επιδράσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να συνυπολογίζονται σε κάθε θεραπευτική προσέγγιση ή διατροφική αγωγή, οι οποίες δεν μπορούν να αγνοήσουν ή να υποτιμήσουν την κοινωνική σημασιολογία του σώματος και της θέσης που αυτό κατέχει σε κάθε ιστορικό παρόν. Μπορεί σε κάποια κοινωνικά συμφραζόμενα να ορίζεται ένας σωματότυπος ως «ιδανικός» (ideal body) εντούτοις, στην πρακτική καθημερινή ζωή αυτό το σώμα να μην είναι ιδιαίτερος «πρακτικός» (practical phenomenon). Οι άνθρωποι ζούνε σε μεταβαλλόμενα κοινωνικά και οικονομικά περιβάλλοντα, ενδεχομένως να υιοθετήσουν κάποιες από τις αλλαγές ή να αντισταθούν σε άλλες [55].

Οι παραδοσιακές προσεγγίσεις των επαγγελματιών υγείας είναι να προσπαθούν να πείσουν τους ασθενείς να υιοθετήσουν τέτοιες στάσεις/ συμπεριφορές στον τρόπο ζωής τους ώστε να εμποδίζουν ή να προλαμβάνουν την εξάπλωση των συγκεκριμένων ασθενειών τους. Ωστόσο, οι αντιλήψεις των ατόμων για το σώμα τους, είτε ασθενεί είτε όχι, έχει σοβαρές επιπτώσεις για όλο το φάσμα της υγείας τους και για τους συγκεκριμένους στόχους που επιδιώκουν να πετύχουν. Η συνεξέταση και των κοινωνικών παραμέτρων αναφορικά με το σώμα και τη διαχείρισή του, από τα άτομα, και η σε βάθος κατανόηση των πεποιθήσεων δεν θα έχει μόνο θετικές επιπτώσεις στο κόστος της αγωγής και στο χρόνο που απαιτείται αλλά θα ενεργοποιήσει και τα ίδια τα άτομα και θα ενθαρρύνει την συμμετοχή στην πορεία της αντιμετώπισης [61].

Είναι κυρίως οι πολιτισμικές αξίες και οι θέσεις που καθορίζουν ποιοι κίνδυνοι είναι σημαντικότεροι από τους άλλους, η αντίληψη για την υγεία, την ασθένεια και τις επιπλοκές, τόσο για τα άτομα όσο και για τις κοινωνίες καθορίζονται, επίσης, από τους ανωτέρω παράγοντες. Εύλογα, λοιπόν, αυτοί διαφοροποιούνται αναλόγως των πολιτισμών στους οποίους εκδηλώνονται και συνακόλουθα διαφοροποιούν και τους τρόπους αντιμετώπισης. Οι κοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι έχουν ισχυρή επιρροή είναι η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, η επίδραση των συνομηλίκων, οι κοινωνικές πιέσεις, οι προηγούμενες γνώσεις σχετικά με την ασθένεια και τα προβλήματα υγείας [54].

Γίνεται προσπάθεια να διερευνηθούν οι κύριες συνιστώσες που μπορεί να επιδράσουν στην ποιότητα ζωής του ατόμου που πάσχει από διαβήτη, με ιδιαίτερη έμφαση στους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Η εστίαση είναι στο διαβητικό πόδι, στις επιπλοκές και στους ακρωτηριασμούς που είναι και η μείζονα συνέπεια. Η έμφαση στους ακρωτηριασμούς συνάδει με την φιλοσοφία της παρούσας εργασίας καθώς είναι μία δια-

χρονική, πανανθρώπινη πρακτική, η οποία αναπτύχθηκε για λόγους θρησκευτικούς, φρονηματιστικούς/ σωφρονιστικούς και ιατρικούς κατά την πάροδο των αιώνων. Μπορούν να αναγνωριστούν πέντε διακριτές περιόδους ακρωτηριασμών στην ιστορία της ανθρωπότητας:

1. Πριν χιλιάδες χρόνια (τουλάχιστον από την παλαιολιθική εποχή), όπου οι ακρωτηριασμένοι ήταν θύματα μη-χειρουργικών απωλειών, γενετικών παραγόντων, ασθενειών, κρουπαγημάτων, ατυχημάτων και θρησκευτικών ή σωφρονιστικών δράσεων.
2. Την εποχή των ιστορικών χρόνων, όταν ξεκίνησαν οι πρώτες δειλές χειρουργικές επεμβάσεις σε άκρα με γάγγραινα προκειμένου να διαχωριστούν οι ζωντανοί από τους νεκρούς ιστούς.
3. Την περίοδο από τον 15^ο έως τον 19^ο αι. όταν οι χειρουργικές επεμβάσεις ακρωτηριασμών ήταν κατ' επιλογήν, προγραμματισμένες αλλά επώδυνες. Αντιμετώπιζαν, κυρίως, άτομα τραυματισμένα από πυροβολισμούς, με σκοπό να σώσουν τη ζωή ή ένα μέρος του άκρου που ήταν πληγωμένο.
4. Μετά το 1846, σημείο από το οποίο ξεκίνησε και η χρήση αναισθησίας και σκοπό είχαν να αντιμετωπίσουν τον πόνο και την αναισθησία.
5. Μετά το 1867, όπου συνέβαιναν για τον έλεγχο του πόνου, της αιμορραγίας και των μολύνσεων και συνοδεύονται οι ακρωτηριασμοί με εκλεπτυσμένα πρόσθετα μέλη, ιδιαίτερα κατά τον 20^ο αι. [42].

Η δομή της παρούσας εργασίας, η οποία έχει ως στόχο να διερευνήσει κάποιες από τις κοινωνικές παραμέτρους αναφορικά με τον διαβήτη και ειδικότερα με το διαβητικό πόδι, διαμορφώθηκε ως εξής:

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται τα γενικά στοιχεία του διαβήτη, ο ορισμός, η σύγχρονη τυπολογία του, ο επιπολασμός του σε παγκόσμιο επίπεδο, ιδιαίτερη αναφορά στις επιδημιολογικές προβλέψεις για το μέλλον, όπως αυτές αποτυπώνονται στις εκθέσεις φορέων και οργανισμών όπως η International Diabetes Association. Η παχυσαρκία αναγνωρίζεται ως ένας από τους παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση και στην εξέλιξη του διαβήτη [37], αλλά συνδέεται και άμεσα με τον τρόπο ζωής και την κουλτούρα του ατόμου, γι αυτό μελετάται η σχέση παχυσαρκίας και διαβήτη σε ξεχωριστή υπο-ενότητα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι στόχοι αυτής της ερευνητικής προσπάθειας που είναι να αναδειχθούν τα πολιτισμικά και οικονομικά στοιχεία που συνθέτουν και καθορίζουν την ποιότητα ζωής των διαβητικών ατόμων. Αναλύεται το σκεπτικό επιλογής

της ερευνητικής μεθόδου, που είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών και μελετών που άπτονται του θέματος σε διεθνές επίπεδο.

Στο τρίτο κεφάλαιο, προσεγγίζεται η σχέση της διατροφής με τον διαβήτη, ιδιαίτερα από την πολιτισμική τους πλευρά, αναφέρονται οι καλές πρακτικές αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες που πρέπει να υιοθετηθούν από τους μακροχρόνια ασθενείς και, κυρίως, τους διαβητικούς.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναπτύσσονται δύο σημαντικά στοιχεία της κοινωνικής ζωής οι θρησκευτικές δοξασίες και οι οικονομικές παράμετροι. Η θρησκεία, διαχρονικά, ασκεί σοβαρότατες επιρροές στα άτομα, στις επιλογές, στον τρόπο που διάγουν την καθημερινότητα τους, στις κοινωνικές τους σχέσεις. Αναμφισβήτητος είναι και ο παρηγορητικός ρόλος της θρησκείας στα άτομα, ιδιαίτερα σε δύσκολες και περίπλοκες καταστάσεις της ζωής του, εξετάζεται, επομένως, ο ρόλος της σε σχέση με τις μακροχρόνιες και επώδυνες διαστάσεις του διαβήτη. Στο δεύτερο μέρος του κεφαλαίου μελετώνται οι οικονομικές παράμετροι του διαβήτη, που καθορίζουν, σε μεγάλο βαθμό το είδος και την πορεία της θεραπευτικής αγωγής και τη διάρκεια της.

Στο πέμπτο κεφάλαιο η εργασία επικεντρώνεται στο διαβητικό άκρο, τον ορισμό, την συμπτωματολογία του, τα επιδημιολογικά στοιχεία και τους παράγοντες κινδύνου. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στις ψυχολογικές αλλαγές και μεταπτώσεις των ατόμων που έχουν υποστεί ακρωτηριασμό υπό το πρίσμα του στίγματος της μόνιμης αναπηρίας και του μεγάλου ποσοστού θνησιμότητας ή επανακρωτηριασμού.

Στο τελευταίο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια συνολικής θεώρησης, μέσα από ενδεικτικά παραδείγματα κάποιων χωρών για το πώς εκδηλώνεται η στάση και η προσέγγιση τους στους ασθενείς με διαβητικά έλκη κάτω άκρων και ακρωτηριασμούς. Μέσα από αυτή την παγκόσμια θέαση, επιχειρείται να καταδειχθούν οι διαφορετικές προσεγγίσεις και στάσεις, ανά κουλτούρα και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, στον σύγχρονο κόσμο.

1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΗ

1.1 Ορισμός του διαβήτη

Ο διαβήτης είναι μία ασθένεια που εμφανίζεται σε παγκόσμιο επίπεδο και από τη στιγμή που θα διαγνωστεί είναι ισόβια. Συχνά, παραμένει μία κρυφή ασθένεια η οποία δεν κάνει άμεσα αισθητή την παρουσία της. Ωστόσο, από τη στιγμή της διάγνωσής της «παραμένει σαν μία σκιά, μπορεί να ελεγχθεί αλλά δεν μπορεί να θεραπευτεί» [69].

Οι αιτίες εμφάνισης της ασθένειας είναι ακόμη, εν πολλοίς, ασαφείς όμως η εκδήλωση της «μπορεί να προκληθεί είτε εξαιτίας της έλλειψης ινσουλίνης είτε λόγω της παρουσίας παραγόντων οι οποίοι εμποδίζουν την δράση της ινσουλίνης. Το αποτέλεσμα της αναποτελεσματικής δράσης της ινσουλίνης είναι η αύξηση στην συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα (υπεργλυκαιμία)» [73]. Η διάγνωση του διαβήτη μπορεί να γίνει με εξέταση ανοχής γλυκόζης στο αίμα¹. Ο διαβήτης διακρίνεται σε διαβήτη Τύπου I, παλαιότερα λεγόταν και Διαβήτης Εξαρτώμενος από Ινσουλίνη (insulin dependent diabetes) και διαβήτη Τύπου II παλαιότερα λεγόταν και Μη-εξαρτώμενος από ινσουλίνη διαβήτης (non-depended insulin diabetes) και σε διαβήτη κύησης [92].

Ο διαβήτης Τύπου I, είναι ευρύτερα γνωστός και με τον όρο «νεανικός διαβήτης» (juvenile diabetes), καθώς εντοπίζεται, κατά κύριο λόγο, σε άτομα παιδιά και νεαρούς ενήλικες. Η βασική διαφορά των δύο Τύπων είναι ότι στον Τύπο I είναι εντελώς αδύνατη η παραγωγή ινσουλίνης, για λόγους οι οποίοι δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως. Η καθημερινή λήψη ινσουλίνης είναι απαραίτητη για να μπορέσουν τα άτομα να ελέγξουν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα τους, διαφορετικά ο διαβήτης μπορεί να αποβεί μοιραίος γι' αυτά. Η ανάπτυξη του μπορεί να συμβεί ξαφνικά και κάποια από τα συμπτώματα είναι: η αφύσικη δίψα και η ξηρότητα του στόματος, η συχνή ενούρηση, η έλλειψη ενέργειας και η εξαιρετική κόπωση, η συνεχής πείνα, η απότομη απώλεια βάρους, πληγές με αργή επούλωση, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, θολή όραση [6, 37].

Ο διαβήτης Τύπου 2, είναι συχνότερος από τον Τύπο 1 και συνήθως προσβάλλει ενήλικους (ωστόσο παρατηρούνται και αυξητικές τάσεις σε παιδιά και εφήβους) [92].

¹ Για να είναι τα αποτελέσματα της εξέτασης ανοχής της γλυκόζης στο αίμα αξιόπιστα θα πρέπει να διενεργηθεί το πρωί, όπου ο ασθενής θα είναι ξεκούραστος, ήρεμος και δεν θα έχει καπνίσει. Είναι, επίσης, καθοριστικό για τα αποτελέσματα, ο ασθενής, κατά τις προηγούμενες τρεις ημέρες να έχει κανονικά γεύματα και να μην είναι σε περίοδο δίαιτας. Τα αποτελέσματα μπορεί να μην είναι αληθή αν ο ασθενής έχει περάσει, προσφάτως κάποια ασθένεια ή αν ήταν κληνήρεις για πολύ καιρό (Watkins, 2003⁵).

Στον Τύπο 2 το σώμα έχει τη δυνατότητα να παράγει ινσουλίνη, όμως για κάποιους ασαφείς λόγους, το σώμα δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί σ' αυτήν. Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που νοσούν από διαβήτη Τύπου 2 δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν, και αυτό μπορεί να συνεχιστεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα πριν διαγνωστεί και επέρχεται ως συνέπεια η σοβαρή βλάβη του σώματος από τη συνεχή έκθεση σε υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα [37, 92].

Κάποιες πληθυσμιακές ομάδες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη διαβήτη Τύπου 2. Είναι μεγαλύτερος ο επιπολασμός του σε Αφρο-αμερικάνους, σε ισπανόφωνους (Latinos), σε γηγενείς Αμερικανούς, σε Ασιάτες-αμερικάνους και σε κατοίκους των νησιών του Ειρηνικού. Επίσης, ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά παρουσιάζουν και τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα [37, 39].

Οι ασθενείς που πάσχουν από Τύπο I, όπως και εκείνοι που υποφέρουν από Τύπο II, πρέπει να υιοθετήσουν παρεμφερείς διατροφικές συνήθειες και πρόγραμμα άσκησης, ώστε να διαχειριστούν με αποτελεσματικότητα την κατάσταση τους. Μία ακόμη σημαντική διαφορά ως προς την αγωγή είναι ότι τα άτομα με Τύπου I πρέπει να λαμβάνουν καθημερινά ενέσιμη ινσουλίνη ενώ εκείνα με Τύπου II μπορούν να ακολουθούν και μία φαρμακευτική αγωγή δια στόματος. Οι ασθενείς οφείλουν να μάθουν να διαχειρίζονται τα επίπεδα της γλυκόζης και το βάρος τους αλλάζοντας τον τρόπο ζωής τους, καθώς ο διαβήτης είναι μία χρόνια ασθένεια, η οποία απαιτεί πολύ υψηλά επίπεδα αυτό-διαχείρισης [6,92].

Οι συμπεριφορικές αλλαγές (αναφορικά με τη διατροφή και την άσκηση) είναι αποφασιστικής σημασίας για την αντιμετώπιση και πολλοί παράγοντες συντελούν στην τήρηση των διαβητικών παρεμβάσεων. Ερευνητικά αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι τα άτομα που έχουν υψηλές δεξιότητες αυτοδιαχείρισης, συνήθως έχουν και θετικότερα αποτελέσματα αναφορικά με την υγεία τους, οι σοβαρές επιπλοκές μπορούν να μειωθούν στο ελάχιστο, και ίσως να εξαλειφθούν εξ ολοκλήρου με την υιοθέτηση της προτεινόμενης αγωγής [18].

Η αποτελεσματική διαχείριση του διαβήτη μπορεί να εμποδιστεί από διάφορους γνωστικούς, συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι διαβητικοί ασθενείς αναφέρουν εμπόδια τα οποία τους αποτρέπουν/εμποδίζουν από το να δεσμευτούν πλήρως στις απαιτήσεις της θεραπείας. Αυτά τα εμπόδια περιλαμβάνουν: α) τις ανταγωνιστικές απαιτήσεις που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της αγωγής και β) τις αρνητικές συναι-

σθηματικές καταστάσεις, όπως η θλίψη ή άγχος, που οδηγούν στην εγκατάλειψη της αγωγής [28].

Οι καθημερινές απαιτήσεις της διαβητικής αγωγής ενδέχεται να αυξήσουν τα επίπεδα άγχους των ασθενών. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι ασθενείς βιώνουν συχνές και ξαφνικές διακυμάνσεις στα επίπεδα γλυκόζης του αίματος ενώ είχαν καταβάλει σοβαρές προσπάθειες, γεγονός που τους δημιουργεί ανησυχία και μειώνει την αυτοπεποίθησή τους για την ικανότητα διαχείρισης της κατάστασής τους. Η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να διαδραματίσει αποφασιστικό ρόλο στη συναισθηματική ευημερία των ασθενών αυτών [47].

1.2 Παγκόσμιες διαστάσεις του διαβήτη

Ο διαβήτης, στις διάφορες μορφές του, αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο με σημαντικά κόστη σε ατομικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Δυστυχώς, οι προβλέψεις δείχνουν ότι το φαινόμενο θα συνεχίσει να έχει αυξητικές τάσεις, και μάλιστα σε όλο και νεότερους πληθυσμούς. Σύμφωνα με την Διεθνή Ομοσπονδία Διαβήτη [39] και τα στοιχεία των ερευνών για το 2013, σχεδόν 382 εκατομμύρια άτομα, παγκοσμίως, ζούνε με τον διαβήτη, εκ των οποίων τα 175 εκατομμύρια (το 46%) δεν έχει διαγνωστεί. Το 80% των περιπτώσεων αφορούν σε ανθρώπους που ζούνε σε χώρες με χαμηλό ή μέσο εισόδημα, γεγονός που κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για την αναγκαιότητα αντιμετώπισης του διαβήτη. Πιο συγκεκριμένα, κατά περιοχή η επιδημιολογική κατανομή του διαβήτη, σύμφωνα με τις γεωγραφικές περιοχές όπως καθορίστηκαν από τον IDF, παρουσιάζεται στον Πίνακα .

Πίνακας 1. Κατανομή των ατόμων με διαβήτη κατά γεωγραφική περιοχή

Γεωγραφική Περιοχή	Πληθυσμός με διαβήτη	Ποσοστό πληθυσμού που δεν έχει διαγνωστεί
Ευρώπη	56.300.000	36%
Νότιο-Ανατολική Ασία	72.100.000	49%
Δυτικός Ειρηνικός (και Αυστραλία)	138.200.000	54%
Μέση Ανατολή και Βόρειο Αφρική	34.600.000	48%
Νότιος Αφρική	19.800.000	62%
Βόρειος Αμερική και Καραϊβική	36.700.000	27%
Νότιος και Κεντρική Αμερική	24.100.000	24%

Πηγή: IDF Diabetes Atlas, 2013 (μορφοποιημένος)

Οι δέκα χώρες², παγκοσμίως που έχουν τα πολυπληθέστερα κρούσματα διαβήτη το 2013 απεικονίζονται στον Πίνακα 2. Στις τρεις πρώτες θέσεις είναι η Κίνα με πάνω από 98 εκατ. διαβητικούς, η Ινδία με 65 εκατ. και οι ΗΠΑ με πάνω από 24 εκατ. Σε αντίθεση με τις χώρες που παρουσιάζουν τα λιγότερα περιστατικά διαβήτη (βλ. παρακάτω) οι χώρες με πολυάριθμα διαβητικά κρούσματα δεν μοιράζονται ιδιαίτερος όμοια κλιματολογικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 2. Οι δέκα χώρες, παγκοσμίως, με τα περισσότερα περιστατικά διαβήτη

ΠΗΓΗ: http://www.idf.org/diabetesatlas/data-visualisations (προσπέλαση 2/6/2014)		
	Χώρα	Περιπτώσεις διαβήτη (από 20 έως 79ετών) σε 1000s
1	Κίνα	98407
2	Ινδία	65076
3	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	24402
4	Βραζιλία	11934
5	Ρωσία	10924
6	Μεξικό	8723
7	Ινδονησία	8554
8	Γερμανία	7560
9	Αίγυπτος	7511
10	Ιαπωνία	7204

Οι 10 χώρες/περιοχές που παρουσιάζουν, σε απόλυτους αριθμούς τα λιγότερα περιστατικά διαβήτη, παγκοσμίως, απεικονίζονται στον Πίνακα 3. Το νησιωτικό κρατίδιο Νιούε, κοντά στη Ν. Ζηλανδία παρουσιάζει τα λιγότερα κρούσματα και ακολουθούν τα, επίσης, νησιωτικά κρατίδια του Τοκελάου και του Τουβαλού. Και οι τρεις χώρες με τα λιγότερα περιστατικά βρίσκονται στον Ειρηνικό Ωκεανό και απολαμβάνουν παρόμοιες περιβαλλοντικές συνθήκες.

Η έμφυλη κατανομή του διαβήτη, καταδεικνύει, σε παγκόσμιο επίπεδο, μία σχεδόν ίση κατανομή, ωστόσο παρατηρείται μία ελαφρά υπεροχή, σε απόλυτους αριθμούς, των διαβητικών ανδρών κάτω των 60 ετών έναντι των γυναικών. Στο σύνολο όμως, οι γυναίκες είναι περισσότερες και αυτό μπορεί να εξηγηθεί με το γεγονός ότι στις ηλικίες άνω των 65 οι γυναίκες υπερτερούν αριθμητικά των ανδρών και σε αυτό το ηλικιακό εύρος η συχνότητα ασθένειας από διαβήτη αυξάνεται [80].

² Αναλυτικά στοιχεία για την κάθε χώρα, παρατίθενται στα Παραρτήματα της εργασίας

Πίνακας 3. Οι χώρες, σε παγκόσμιο επίπεδο με τα λιγότερα περιστατικά διαβήτη

ΠΗΓΗ: http://www.idf.org/diabetesatlas/data-visualisations (προσπέλαση 2/6/2014)		
	Χώρα	Περιπτώσεις διαβήτη (από 20 έως 79ετών) σε 1000s
1	Νιούε	0,10
2	Τοκελάου	0,27
3	Τουβαλού	0,84
4	Αγκουίλα	1,19
5	Ναουρού	1,40
6	Σαν Μαρίνο	1,78
7	Λιχτενστάιν	2,13
8	Μονακό	2,20
9	Παλάου	2,32
10	Βρετανικές Παρθένοι Νήσοι	2,33

1.3 Επιδημιολογικές προβλέψεις για τον διαβήτη

Ο αριθμός των ατόμων που θα πάσχουν από διαβήτη αυξάνεται παράλληλα με την γήρανση του πληθυσμού, την αστικοποίηση όπως αναλόγως αυξάνεται και η πρόβλεψη για την αύξηση της παχυσαρκίας και της φυσικής ανικανότητας. Η σημαντικότερη αναμενόμενη δημογραφική μεταβολή έως το 2030, θα είναι η ραγδαία αύξηση του πληθυσμού άνω των 65 ετών. Η ποσοτικοποίηση των στοιχείων για τον διαβήτη και του αριθμού των ατόμων που πάσχουν τώρα ή θα προσβληθούν στο μέλλον από διαβήτη, θα επιτρέπει τον ορθολογικό σχεδιασμό και την σωστή κατανομή των πόρων [80].

Οι προβλέψεις για τον διαβήτη, σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι ιδιαίτερος ανησυχητικές και τα στοιχεία δίνουν μια αποκαρδιωτική εικόνα της αναμενόμενης πραγματικότητας. Στα 382 εκατομμύρια άτομα, τα οποία υπολογίστηκαν από το IFD [37] ότι ζούνε με τον διαβήτη το 2013 αναμένεται να υπάρξει μία αύξηση της τάξης του 55%, σε βάθος εικοσαετίας, αγγίζοντας τα 592 εκατομμύρια το 2035. Τα αυξητικά ποσοστιαία στοιχεία κατά περιοχή (όπως αυτή ορίζεται από το IFD), σε σχέση με την σημερινή κατάσταση αποτυπώνονται στον Πίνακα 4.

Με τα στοιχεία του Πίνακα 4 συμφωνούν και άλλα ερευνητικά δεδομένα, αναφορικά με τις περιοχές όπου αναμένεται η μεγαλύτερη αύξηση του διαβήτη, δηλαδή στη Μέση Ανατολή και στην υπο-Σαχάρια (sub-Saharan) Αφρική και στην Ινδία. Η χώρα με την μεγαλύτερη αναμενόμενη αύξηση, σε απόλυτους αριθμούς, είναι η Ινδία [80].

Πίνακας 4. Αναμενόμενη ποσοστιαία αύξηση του διαβήτη

Γεωγραφική περιοχή	Αναμενόμενη ποσοστιαία αύξηση των διαβητικών περιπτώσεων το 2035 σε σχέση με το 2013	Αύξηση σε απόλυτους αριθμούς
Ευρώπη	Αύξηση κατά 22,4%	68.900.000
Νότιο-Ανατολική Ασία	Αύξηση κατά 70,6%	123.000.000
Δυτικός Ειρηνικός (και Αυστραλία)	Αύξηση κατά 46%	201.800.000
Μέση Ανατολή και Βόρειο Αφρική	Αύξηση κατά 96,2%	67.900.000
Νότιος Αφρική	Αύξηση κατά 109,1%	41.400.000
Βόρειος Αμερική και Καραϊβική	Αύξηση κατά 37,3%	50.400.000
Νότιος και Κεντρική Αμερική	Αύξηση κατά 59,8%	38.500.000

Πηγή: IDF Diabetes Atlas, 2013 (μορφοποιημένος)

1.4 Παχυσαρκία και διαβήτης

Επίσης, ως θέμα γενικότερου προβληματισμού, αναγνωρίζεται στη βιβλιογραφία, το κενό της κατανόησης της σχέσης των διατροφικών διαταραχών και του διαβήτη καθώς ο έλεγχος βάρους υπόκειται στη σύγκριση με τις προηγούμενες διατροφικές διαταραχές, η εκτίμηση της συμβολής της δόσης της ινσουλίνης (για την προγραμματισμένη δοσολογία ή την υπερδοσολογία), η έλλειψη μηχανισμών κορεσμού εξαιτίας ορμονικών διαταραχών. Η πλειονότητα των ερευνών εστιάζει σε πληθυσμούς με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (λευκοί, με μεγαλύτερο βάρος από ότι οι ομάδες ελέγχου, το δείγμα είναι, συνήθως, επιλεγμένο από κέντρα περίθαλψης και όχι από τη δράση τους στην καθημερινή ζωή) [84]. Όσον αφορά στην παρούσα αναζήτηση, δεν εντοπίστηκαν ερευνητικά δεδομένα για την παρακολούθηση ασθενών οι οποίοι διαγνώστηκαν με διαβήτη και ακολούθησαν πρόγραμμα απόκτησης βάρους, σχετικά με το ποιος ήταν η εστίαση της αγωγής (η αντιμετώπιση της ασθένειας ή η αύξηση του βάρους).

Τα πλουσιότερα έθνη του κόσμου είναι παχύσαρκα και τείνουν να γίνουν περισσότερο. Ενώ οι αιτίες αυτού του φαινομένου δεν έχουν γίνει πλήρως κατανοητές και είναι μάλλον περίπλοκες και πολύ-παραγοντικές, υπάρχει μία σαφής συσχέτιση μεταξύ της παχυσαρκίας και της κατανάλωσης πολυθερμιδικών τροφών σε συνδυασμό με έναν καθιστικό τρόπο ζωής [37-39]. Με πολύ λίγες εξαιρέσεις, οι σύγχρονες κοινωνίες, έχουν υιοθετήσει ένα *modus vivendi* το οποίο αποτελείται από ενασχολήσεις που δεν απαιτούν κινητική δραστηριότητα, είναι σχεδόν αυτονόητη η ύπαρξη οχήματος, οι οικιακές συσκευές είναι αυτοματοποιημένες και ο ελεύθερος χρόνος αξιοποιείται σε μορφές ψυχαγωγίας, κατά κύ-

ριο λόγο, καθιστικές. Ο συνδυασμός της αδράνειας και της πρόσληψης χαμηλού κόστους και υψηλών θερμίδων τροφής έχε ως αποτέλεσμα την κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας θερμίδων. Αυτό εγείρει ένα σημαντικό ζήτημα καθώς η παχυσαρκία και το αγύμναστο σώμα ενέχουν τον κίνδυνο για σοβαρές επιπλοκές στην υγεία. Σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν κανονικό βάρος, οι πιθανότητες για τα παχύσαρκα άτομα, είναι σημαντικά υψηλότερες στην απόκτηση ασθενειών όπως άσθμα, αρθρίτιδα, προβλήματα πλάτης και μέσης, υψηλής πίεσης αίματος, προβλήματα θυρεοειδούς και διαβήτη. Όλα αυτά τα προβλήματα επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του ατόμου αλλά και του γενικότερου κοινωνικού πλαισίου στο οποίο κινούνται. Κάποιες από αυτές τις ασθένειες, όπως ο διαβήτης Τύπου 2 έχουν ισχυρή αρνητική συσχέτιση με τον προσδόκιμο χρόνο ζωής και είναι δαπανηρά για τ συστήματα υγείας [51].

Μέχρι πρόσφατα, οι διαφορές στην μάζα σώματος και στο βάρος μεταξύ Ασιατών και Καυκάσιων είχε υποτιμηθεί ως παράγοντας κατανόησης του βαθμού συχνότητας διαφόρων επιπλοκών³, μεταξύ των οποίων και του διαβήτη και του μεταβολικού συνδρόμου (metabolic syndrome), τα ποσοστά εκδήλωσης του οποίου ήταν χαμηλότερα συγκριτικά με τις δυτικές κοινωνίες. Ωστόσο, τα ποσοστά για το μεταβολικό σύνδρομο, στην προσφάτως αναπτυσσόμενη οικονομίες (όπως του Χονγκ-Κονγκ) αρχίζουν να προσιδιάζουν σε εκείνα των δυτικών χωρών. Η ανάπτυξη προς πιο δυτικοποιημένες κοινωνικές μορφές, χαρακτηρίζεται από την υπεραφθονία στην πρόσληψη θερμίδων, στην έλλειψη φυσικής άσκησης και η αστικοποίηση είναι οι λόγοι για τους οποίους αυξήθηκαν και τα ποσοστά μεταβολικού συνδρόμου [57].

³ Τα ποσοστά υπέρτασης, ωστόσο, εξακολουθούν να είναι υψηλότερα στους ασιατικούς πληθυσμούς από ότι στους καυκάσιους. Επίσης, η πιθανότητα να εκδηλώσει ένας μεσήλικας Ιάπωνας, που πάσχει από μεταβολικό σύνδρομο, διαβήτη Τύπου 2 στα επόμενα επτά χρόνια είναι δέκα φορές υψηλότερη συγκριτικά με αυτούς που δεν έχουν εκδηλώσει το σύνδρομο [57].

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Στόχος της εργασίας

Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι να καταδειχτούν οι οικονομικές και κοινωνικές παράμετροι που επιδρούν στην εμφάνιση των επιπλοκών της ασθένειας του διαβήτη και συγκεκριμένα στις επιπλοκές των κάτω άκρων. Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην αντίχτευση των θρησκευτικών πεποιθήσεων και των συνακόλουθων διατροφικών περιορισμών στην εκδήλωση διαβήτη. Επίσης, να μελετηθούν οι οικονομικές παράμετροι του ακρωτηριασμού των κάτω άκρων σε συνδυασμό με το γενικότερο κοινωνικό περιβάλλον.

2.2. Ερευνητική μέθοδος

Η μέθοδος η οποία επιλέχθηκε για την διερεύνηση των ανωτέρω ερωτημάτων είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση (literature review).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφέρεται στην επιλογή των διαθέσιμων ερευνητικών δεδομένων (δημοσιευμένων και μη δημοσιευμένων) πάνω σε ένα καθορισμένο θέμα, το οποίο αφορά σε πληροφοριακό υλικό, ιδέες, δεδομένα και αποδείξεις τα οποία έχουν γραφεί από μία συγκεκριμένη οπτική γωνία για να εκπληρώσουν κάποιους στόχους ή για να εκφράσουν κάποιες απόψεις για την υπό μελέτη θεματική και πως αυτές μπορούν να μελετηθούν. Επιπλέον, αναφέρεται στην αξιολόγηση και εκτίμηση αυτών των δεδομένων σε συνάφεια, πάντα, με τα ερωτήματα της συγκεκριμένης έρευνας [32].

Πριν ξεκινήσει η βιβλιογραφική ανασκόπηση ο ερευνητής οφείλει να διευκρινίσει τα κριτήρια με τα οποία επέλεξε να διατρέξει την διαθέσιμη βιβλιογραφία, τα κειμενικά είδη τα οποία επέλεξε για την μελέτη του (άρθρα, επισκοπήσεις, βιβλία κ.ά) καθώς και τα κειμενικά είδη που επέλεξε να μην χρησιμοποιήσει στην έρευνά του. Σε γενικές γραμμές, ο σκοπός μίας βιβλιογραφικής επισκόπησης είναι να αναλύσει με κριτικό τρόπο ένα κομμάτι των δημοσιευμένων σωμάτων κειμένων, αναφορικά με ένα συγκεκριμένο θέμα, μέσω της σύνοψης, της ταξινόμησης και της σύγκρισης των προηγούμενων ερευνών, των πρότερων βιβλιογραφικών επισκοπήσεων και των θεωρητικών επιστημονικών άρθρων [71].

Γενικότερα κριτήρια για την αξιολόγηση μίας δημοσιευμένης εργασίας ή βιβλίου για να συμπεριληφθούν σε μία επισκόπηση είναι τα εξής:

- ✓ Προέλευση του κειμένου: Ποια είναι τα διαπιστευτήρια του συγγραφέα; Τα επιχειρήματά του υποστηρίζονται και από αποδεικτικά στοιχεία (π.χ. πρωτογενές υλικό, μελέτες περιπτώσεων, αφηγήσεις, στατιστικά δεδομένα, πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα).
- ✓ Αντικειμενικότητα της γραφής. Η οπτική του συγγραφέα είναι, κατά το δυνατόν, ισορροπημένη ή μεροληπτεί; Παρατίθενται τα αντίθετα στοιχεία και οι απόψεις ή αποσιωπώνται (ή ακόμη και αγνοούνται) προκειμένου να αποδειχθεί η θέση του συγγραφέα.
- ✓ Πειστικότητα. Ποιες από τις θέσεις του συγγραφέα είναι περισσότερο και ποιες λιγότερο πειστικές;
- ✓ Αξία. Είναι τα επιχειρήματα του συγγραφέα και τα συμπεράσματά του πειστικά; Συνεισφέρει η όλη εργασία του με κάποιον σημαντικό τρόπο στην κατανόηση του υπό μελέτη θέματος; [71].

Για την παρούσα εργασία, αναφορικά με τα στοιχεία για την ασθένεια του διαβήτη και την μελέτη των ερευνών γύρω από αυτών, χρησιμοποιηθήκαν στοιχεία με χρονολογικό φιλτράρισμα των δεδομένων. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν έρευνες από το 2004 έως και σήμερα. Οι λόγοι αυτής της επιλογής αφορούν στην επικαιρότητα των δεδομένων και στο γεγονός ότι, σε μεγάλο ποσοστό, οι πρότερες έρευνες συνοψίζονται στις νεότερες.

Τα ερευνητικά δεδομένα ήταν από δημοσιευμένες πηγές (επιστημονικά άρθρα, βιβλία, διαδικτυακές πηγές κ.ά) και από αδημοσίευτες εργασίες (διπλωματικές εργασίες και διδακτορικές διατριβές, με θεματικές σχετικές με την εργασία. Δεν χρησιμοποιήθηκαν άρθρα εφημερίδων και περιοδικών ευρείας κυκλοφορίας για λόγους συνάφειας και, σε πολλές περιπτώσεις, βεβαιωμένης και επιφανειακής αντιμετώπισης των διαφόρων παραμέτρων που εξετάζονται στην έρευνα.

Για τα στοιχεία που αναφέρονται σε θρησκευτικές διατροφικές συνήθειες δεν ακολουθήθηκε ο παραπάνω χρονικός περιορισμός, για λόγους διαχρονικότητας της σχέσης θρησκευτικών πεποιθήσεων και διατροφής. Επιλέχθηκαν επιστημονικές μελέτες δημοσιευμένες και αδημοσίευτες, καθώς και στοιχεία διαδικτυακών πηγών.

Οι διαδικτυακές πηγές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν είτε πανεπιστημιακοί ιστοχώροι, είτε οι επίσημοι εθνικοί ιστοχώροι που αναφέρονται στον διαβήτη, είτε τα επίσημα κυβερνητικά στοιχεία, όπου χρειάστηκε να αντληθούν στατιστικά πληθυσμιακά και δημογραφικά στοιχεία. Λήφθηκε ιδιαίτερη μέριμνα στο να επιλεγούν δεδομένα επίκαιρα, όσο

το δυνατόν ενυπόγραφα και, σε κάθε περίπτωση, πολύ καλά τεκμηριωμένα, με βιβλιογραφικές ή άλλες αναφορές.

2.3 Χρησιμότητα της παρούσας έρευνας

Η χρησιμότητα της παρούσας ερευνητικής εργασίας μπορεί να εντοπιστεί στο ότι έρχεται να συμπληρώσει ένα κομμάτι στο ερευνητικό κενό που παρατηρείται στις συγκεκριμένες κοινωνικές οπτικές της ασθένειας του διαβήτη, λειτουργώντας ως συγκεντρωτικό εγχειρίδιο αναφοράς για τις μελέτες και τις έρευνες που σχετίζονται με την συγκεκριμένη θεματική. Φιλοδοξεί να χρησιμεύσει ως πηγή πληροφόρησης για τους διατροφολόγους, τους ιατρούς, τους νοσηλευτές, τους ψυχολόγους και σε όλους όσους σχετίζονται με υποστηρικτικές δομές αναφορικά με τον διαβήτη, για τα στοιχεία εκείνα του κοινωνικού και πολιτισμικού περικειμένου που σχετίζονται με την αντιμετώπιση και τη διαχείριση της ασθένειας και το πώς αυτά επιδρούν στην γενικότερη στάση και συμπεριφορά των ασθενών. Γνωρίζοντας κάποια περισσότερα στοιχεία, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας μπορούν να υιοθετήσουν αποτελεσματικότερες στρατηγικές και τεχνικές στις προσεγγίσεις τους ή, ακόμη, και να αναπτύξουν καινοτόμες μορφές στην επαγγελματική τους μέθοδο.

Εκείνο που πρέπει να σημειωθεί και είναι κάτι το οποίο διαχέει ολόκληρη την εργασία, είναι ότι η προσέγγιση ενός τόσο σημαντικού θέματος, όπως είναι ο διαβήτης, παρόν σε παγκόσμιο επίπεδο, οφείλει να έχει μία διεπιστημονική χροιά. Όλες οι επιστημονικές περιοχές έχουν προσφέρει στοιχεία τόσο για την αρχή όσο και για την αντιμετώπιση του διαβήτη, ωστόσο επειδή ο προσανατολισμός της εργασίας είναι η θεωρητική οριοθέτηση κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων που επιδρούν στην διαχείριση της ασθένειας, οι επιστήμες οι οποίες επιλέγονται είναι η διατροφολογία, η κλινική ανθρωπολογία, η κοινωνιολογία και η ψυχολογία, με μικρή μόνο προέκταση σε οικονομικούς παράγοντες.

3. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Από τα προηγούμενα κεφάλαια κατέστη φανερός ο κεντρικός ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος (σε μακρο- και μικρο-επίπεδο) για την αποτελεσματική διαχείριση και αντιμετώπιση του διαβήτη και των επιπλοκών του από τους ασθενείς. Η σημαντικότερη συνιστώσα αυτής της αλληλεπίδρασης είναι η οικογένεια (με την στενότερη και ευρύτερη έννοια, κατά περιοχή). Ένα μεγάλο κομμάτι της αλληλεπίδρασης αυτής πραγματοποιείται γύρω από τα ζητήματα διατροφής, κατά την παραγωγή, την προετοιμασία και, κυρίως, κατά την κατανάλωση της. Οι συνήθειες και τα έθιμα που σχετίζονται με την διατροφή έχουν διττό άξονα. Την τροφή ως βασική ανάγκη επιβίωσης και την τροφή ως μέσο προσφοράς, παροχής και κοινωνικότητας.

3.1 Διατροφή και πολιτισμικές συνθήκες

Όπως όλες οι πολιτισμικές κατασκευές η διατροφή δεν μένει ανεπηρέαστη από την γενικότερη κουλτούρα και τις επιδράσεις των παραδόσεων της κάθε περιοχής, τόσο σε τοπικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Όλα αυτά ισχύουν, στον ίδιο αν όχι σε μεγαλύτερο βαθμό και στους χρόνιους ασθενείς που καλούνται να μεταβάλλουν τον τρόπο ζωής τους και, συλλήβδην, τις διατροφικές τους συνήθειες, στην παρούσα έρευνα τους ασθενείς με διαβήτη. Οι μεταβολές αυτές δεν αναμένεται να είναι παρόμοιες σε ολόκληρο τον κόσμο, και οι αντιδράσεις των ασθενών, βάσει των πολιτιστικών τους προτύπων πρέπει να είναι γνωστές στους παρόχους υπηρεσιών υγείας και να χρησιμοποιούνται για την επιτυχή έκβαση της αγωγής [51].

Μέχρι πολύ πρόσφατα, οι περισσότεροι πληθυσμοί δεν είχαν άλλη επιλογή από το να καταναλώνουν τροφές τις οποίες παρήγαγαν τοπικά και η διαθεσιμότητα ήταν συχνά εξαιρετικά περιστασιακή. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα δίαιτες οι οποίες ήταν σημαντικά διαφοροποιημένες, σε παγκόσμιο επίπεδο, για παράδειγμα σε κάποια αρκτικά κλίματα δεν υπήρχαν καθόλου υδατάνθρακες, φρούτα και λαχανικά και οι δίαιτες αποτελούνταν, κυρίως, από λίπη και πρωτεΐνες ζωικής προέλευσης. Σε άλλες περιοχές, οι πληθυσμοί βασίζονταν σε χορτοφαγικές δίαιτες με την πλειονότητα των θερμίδων να προέρχεται από τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες. Το γεγονός ότι το ανθρώπινο είδος κατάφερε να επιβιώσει και να αναπαραχθεί με τόσο διαφοροποιημένα διατροφικά πρότυπα, είναι μία απόδειξη για την προσαρμοστικότητα της ανθρώπινης βιολογίας [45, 51].

Από την άλλη, τα ποσοστά ασθενειών και η γενικότερη θνησιμότητα διαφέρουν δραματικά μεταξύ αυτών των πληθυσμών και επίσημες μελέτες αυτών των σχέσεων, πολύ νωρίς, παρείχαν στοιχεία για την σημαντικότητα της διαίτας στην ανθρώπινη υγεία και ασθένεια. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν πραγματοποιηθεί αλλαγές μεγάλου εύρους στις διατροφικές συνήθειες των περισσότερων πληθυσμών. Αυτές οι αλλαγές επήλθαν σε συνδυασμό με τον αυξανόμενο πλούτο κάποιων ομάδων, τις νέες τεχνολογίες επεξεργασίας και διατήρησης των τροφίμων και τις συνεχώς επεκτεινόμενες υποδομές μεταφορών [45, 51].

Αυτές οι αλλαγές, δυνητικά, επέτρεψαν την μεταφορά τροφίμων εντός και διά των ηπείρων και τα κατέστησαν προσιτά καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Αρχικά, αυτές οι παγκόσμιες αλλαγές περιγράφηκαν ως «δυτικοποίηση» (westernization) της διατροφής, εξαιτίας της αύξησης κατανάλωσης κρέατος, γαλακτοκομικών προϊόντων και επεξεργασμένων τροφίμων [10,39]. Ωστόσο, πολλές από τις πρόσφατες αλλαγές δεν είναι, απαραίτητως, προς την κατεύθυνση των διατροφικών συνηθειών των δυτικών χωρών, αλλά αντίθετα δίνουν έμφαση σε τροφές που περιέχουν ραφινάρισμα (refined) άμυλα, αναψυκτικά με ζάχαρη και μερικώς υδρογονωμένα φυτικά λιπαρά. Αυτά τα πρότυπα περιγράφηκαν ως «βιομηχανικές δίαιτες» (industrial diets) και είναι συνήθως οι φθηνότερες πηγές θερμίδων και έχουν διεισδύσει σε φτωχούς πληθυσμούς (αστικούς και μη αστικούς) σε όλο τον κόσμο [39, 51, 52].

Οι πρόσφατες αυτές διαιτητικές αλλαγές, μαζί με τις μεταβολές στην φυσική άσκηση και το κάπνισμα έχουν καταφανώς επηρεάσει τα ποσοστά ασθενειών, κάποιες φορές θετικά αλλά, συχνά, αρνητικά. Από την θετική πλευρά έχουμε παρακολουθήσει μία σημαντική μείωση των ποσοστών της καρδιακής στεφανιαίας νόσου σε πολλούς δυτικούς πολιτισμούς, για τους οποίους αποτελούσε την κύρια αιτία θανάτου. Για παράδειγμα η Φινλανδία, η οποία για ένα διάστημα είχε τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας εξαιτίας της στεφανιαίας νόσου, σήμερα τα ποσοστά αυτά έχουν μειωθεί κατά 80%. Από την άλλη πλευρά η Ιαπωνία η οποία είχε πολύ χαμηλά ποσοστά καρκίνου του παχέως εντέρου, σήμερα τα έχει αυξήσει σε τέτοιο βαθμό που, πλέον, συναγωνίζεται τις ΗΠΑ. Ακόμη σημαντικότερη, στη σύγχρονη εποχή, είναι η επιδημικότητα της παχυσαρκίας και του διαβήτη, η οποία έχει επηρεάσει σχεδόν το σύνολο του παγκόσμιου πληθυσμού, ανεπτυγμένων και υπανάπτυκτων. Αυτή η επιδημία η οποία μπορεί να αντιστρέψει τα σημαντικά κέρδη της ανθρωπότητας αναφορικά με τον προσδόκιμο χρόνο ζωής, αποτελεί την μεγαλύτερη, σύγ-

χρονη πρόκληση στο χώρο της δημόσιας υγείας (με την επιφύλαξη ότι δεν θα προκύψει κάποιος άλλος παράγοντας που δεν είναι δυνατόν να προβλεφθεί με τα σημερινά δεδομένα) [10].

Η εκτίμηση των χαρακτηριστικών των τροφών επηρεάζει και το επίπεδο της κατανάλωσης τους, καθώς και της ικανοποίησης από αυτή την κατανάλωση. Η διατήρηση της καλής υγείας μέσω της κατάλληλης διατροφής είναι μόνο ένας από τους παράγοντες που καθορίζουν την ποσότητα και το είδος της τροφής που θα καταναλωθεί. Αρκετές παράμετροι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν διαμορφώνουμε ένα σχέδιο υγιεινής διατροφής, μερικές από αυτές είναι: η διαθεσιμότητα των υγιεινών τροφών και η σχετική διαθεσιμότητα των υγιεινών τροφών σε σχέση με τις λιγότερο υγιεινές. Τον χρόνο για την απόκτηση της προσλαμβανόμενης τροφής και η προετοιμασία της, το ποσό των χρημάτων που απαιτούνται για την απόκτηση της τροφής. Κάτι που ακόμη θα πρέπει να προσμετράτε είναι οι μαγειρικές γνώσεις και οι διατροφικές γνώσεις των ατόμων που προετοιμάζουν τα γεύματα αναφορικά με την αξία της υγιεινής διατροφής και της ανοχής σε μη-υγιεινές τροφές. Σημαντικότερο ρόλο διαδραματίζουν και οι εθνοτικές δοξασίες και απόψεις (ηθικές, θρησκευτικές κ.ά) [51].

3.2 Διατροφή και χρόνιες ασθένειες

Η κατανάλωση των τροφών συμβαίνει εξαιτίας της πίστης ότι η πρόσληψή τους θα είναι επωφελής για το άτομα, αυτό είναι γνωστό ως θετική χρησιμότητα (positive utility). Επίσης, είναι δυνατόν να υπάρχει και η αρνητική χρησιμότητα (negative utility) από την κατανάλωση. Η χρησιμότητα από μόνη της δεν είναι ούτε μετρήσιμη ούτε παρατηρήσιμη, μπορούν να μελετηθούν μόνο τα αποτελέσματα, ως δείκτες χρησιμότητας. Για παράδειγμα, αν καταναλωθεί ένα φάρμακο με πικρή γεύση η χρησιμότητα που απορρέει από την ικανοποίηση της γεύσης του φαρμάκου είναι αρνητική ωστόσο τα οφέλη που αναμένονται από το φάρμακο αντισταθμίζουν την γευστική ικανοποίηση, κάνοντας το προϊόν «να το αξίζει». Πάντως, σε γενικές γραμμές, αν η αρνητική χρησιμότητα είναι μεγαλύτερη από την θετική, τότε υπάρχει άρνηση για την κατανάλωση της τροφής. Υποστηρίζεται ότι οι καταναλωτές προβαίνουν στις διατροφικές τους επιλογές ως αποτέλεσμα του υψηλότερου επιπέδου χρησιμότητας με τη μικρότερη δυνατή επένδυση σε χρόνο ή/και χρήματα. Αυτό σημαίνει ότι αν δύο αγαθά έχουν την ίδια χρησιμότητα, ο καταναλωτής θα επιλέξει το αγαθό με το μικρότερο δυνατό κόστος σε χρήματα και την μικρότερη δυνατή επένδυση σε ελεύθερο χρόνο [51, 36, 37].

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι ένα από τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της χρόνιας πάθησης τους είναι η υιοθέτηση και διατήρηση των κατάλληλων διατροφικών συνηθειών. Η στάση τους, η οποία καθορίζει και την μετέπειτα συμπεριφορά τους, επηρεάζεται από πέντε βασικά στοιχεία:

1. Η διατροφική ιστορία του ασθενούς, η οποία μπορεί να παρέχει τις αναγκαίες πληροφορίες για τις διατροφικές του επιλογές και τα διατροφικά του πρότυπα.

2. Η γνώση την οποία αναφέρει ο ασθενής αναφορικά με την προτεινόμενη δίαιτα (επιλογή τροφίμων, διατροφικά πρότυπα), με την έννοια ότι έτσι αντανakλάται η κατανόηση τους για τις διατροφικές οδηγίες.

3. Οι στρατηγικές που υιοθετούν οι ασθενείς (στρατηγικές επιλογής και προετοιμασίας της τροφής, ο σχεδιασμός των γευμάτων και τα γεύματα σε χώρους εστίασης), για να αντιμετωπίσουν τα διατροφικά προβλήματα, οι οποίες «μεταφράζουν» τις καθημερινές οδηγίες στην καθημερινότητά τους.

4. Οι προκλήσεις που αναγνωρίζονται από τους ασθενείς και περιγράφονται ως εμπόδια για να αναπτύξουν και να διατηρήσουν τις προτεινόμενες διατροφικές πρακτικές (μη κατανάλωση «αγαπημένων φαγητών», και επιλογή υγιεινότερων εναλλακτικών, η διαχείριση του βάρους τους, απομάκρυνση από τον συνήθη σχεδιασμό των γευμάτων και οι διατροφικοί περιορισμοί).

5. Αρκετές διαμεσολαβητικές παράμετροι (mediating variables) μπορούν να αναδυθούν κατά τη διάρκεια, οι οποίες είτε μπορεί να εμποδίσουν τις προσπάθειες του ασθενούς να διατηρήσουν τις νέες διατροφικές πρακτικές είτε τις διευκολύνουν (αυτές μπορεί αν είναι η οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη, η διαχείριση χρόνου και η αυτοπεποίθηση) [68].

Πίνακας 5. Περίληψη διατροφικών εκτιμήσεων για άτομα με διαβήτη

Θρεπτικά Συστατικά	Συστάσεις
Σύνολο υδατανθράκων	45-60% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης
Σάκχαρα (σακχαρόζη)	≤ 10% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης
Ίνες	25-50 γραμμάρια την ημέρα
Φρουκτόζη	≤ 60 γραμμάρια προστιθέμενης φρουκτόζης ανά ημέρα
Συνολικά λιπαρά	<35% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης
Κορεσμένα λιπαρά	<7% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης
Χοληστερίνη	<300 mg
Πολυακόρεστα λιπαρά	> 10% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης
Πρωτεΐνες	15-20% της ενεργειακής πρόσληψης
Βιταμίνες και μέταλλα (εκτός της βιταμίνης D και φυλλικό οξύ)	Οι ίδιες συστάσεις όπως στο γενικό πληθυσμό.
Η βιταμίνη D	400IU συμπλήρωμα για άτομα > 50 ετών
Φυλλικό οξύ	400μg συμπληρώματα φυλλικού οξέος για τις γυναίκες που θα μπορούσαν να μείνουν έγκυες

Πηγή: Gougeon et al. (2008) as cited in Maxwell, 2011

Σε συγκριτική έρευνα των Whitford και Al-Sabbagh, το 2010 σε διαβητικούς ασθενείς στην Ιρλανδία και στο Βασίλειο του Μπαχρέιν αναφορικά με τις στάσεις και συμπεριφορές των ασθενών με διαβήτη, των συγγενών α' βαθμού και τις θέσεις τους για τις διατροφικές συνήθειες που απαιτούνται για την ορθή διαχείριση της ασθένειας. Ενώ και στα δύο διαφορετικά πολιτισμικά μοντέλα δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις απόψεις αναφορικά με τα οφέλη της συζήτησης των κινδύνων που προέρχονται από τις επιπλοκές του διαβήτη μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους, παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς την επιρροή των σημαντικών άλλων. Οι ασθενείς του Μπαχρέιν είχαν προσδώσει μεγαλύτερη σημασία στην τύχη (Insha'Allah – 'Αν είναι θέλημα Θεού') και στους σημαντικούς άλλους (significant others) ενώ οι ασθενείς της Ιρλανδίας θεωρούσαν ότι οι ίδιοι είχαν την ευθύνη και τον έλεγχο για την πορεία της ασθένειάς τους καθώς και οι δυνατοί άλλοι (powerful others), δηλαδή γιατροί, ειδικοί κ.ά.

Αυτό, μπορεί να υποδηλώνει ότι ο πληθυσμός του Μπαχρέιν είναι λιγότερο πιθανόν να αναλάβει την προσωπική ευθύνη για να μειώσει τους κινδύνους ή να επηρεαστούν

από τις ιατρικές συμβουλές όσο οι Ιρλανδοί. Έτσι η αντιμετώπιση με τα συνήθη συμπεριφορικά μοντέλα μπορεί να μην έχει την ίδια αποτελεσματικότητα και να πρέπει να υιοθετηθούν πιο νέες μορφές προσέγγισης όπου θα λαμβάνονται υπόψη οι οικογενειακοί και φιλικόι δεσμοί. Επιπλέον οι δυσκολίες στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, με όρους διατροφής και φυσικής άσκησης, επιφέρουν επιπρόσθετη μείωση των πιθανοτήτων να επιλέξουν, οι κάτοικοι του Μπαχρέιν, ανάλογες συμπεριφορές. Συγκεκριμένα δήλωσαν ότι δεν ασκούνται λόγω έλλειψης χρόνου αλλά και ότι δεν προετοιμάζουν υγιεινό φαγητό για τον ίδιο λόγο και ένα επιπλέον εμπόδιο είναι ότι δεν τους αρέσει η γεύση των φαγητών που απαιτεί η διαβητική δίαιτα [80] .

3.3 Καλές διατροφικές πρακτικές

Οι οδηγίες για τις διατροφικές αλλαγές που πρέπει να υιοθετηθούν από τα άτομα προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι που έχουν τεθεί αναφορικά με τον γλυκαιμικό έλεγχο, πρέπει να είναι σαφείς, ευέλικτοι και εύκολα προσαρμόσιμοι στις καθημερινές συνήθειες τους. Παρά τις κατά τόπους διαφοροποιήσεις οι γενικές καλές διατροφικές πρακτικές μπορούν να συνοψιστούν στα εξής:

- Τα λιπαρά που καταναλώνονται μπορούν να μειωθούν αν αντικατασταθούν με εναλλακτικά προϊόντα χαμηλότερων λιπαρών
- Ως τρόποι μαγειρέματος να επιλέγονται το ψήσιμο, το βράσιμο, ο ατμός
- Να χρησιμοποιούνται προϊόντα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, όπου αυτό είναι δυνατόν
- Προτείνεται το νωπό τυρί από αποβουτυρωμένο γάλα αγελάδας, ως συνοδευτικό, προς αντικατάσταση του γιαουρτιού πλήρους λιπαρών
- όταν υπάρχει ανάγκη χρήσης κρέμας, θα πρέπει να χρησιμοποιείται με φειδώ και σε πολύ λεπτές στρώσεις.
- Συστήνεται η χρήση λιπαρών και ελαίων που είναι πλούσια σε μονοακόρεστα (monounsaturates)
- Η χρήση τυριών, στην μαγειρική, να γίνεται σε περιορισμένες ποσότητες και να προστίθενται προς εναλλαγή των γεύσεων
- Η χρήση αλατιού πρέπει να είναι περιορισμένη τόσο στο μαγείρεμα όσο και στο τραπέζι, εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν: ο χυμός λεμονιού, βότανα. καρυκεύματα ή μουστάρδα

- Συνίσταται η κατανάλωση οσπρίων αντί κρέατος σε κάποιες παραδοσιακές συνταγές
- Ενδείκνυται ο πειραματισμός με την μείωση της ζάχαρης στα γλυκά. Τα περισσότερα είναι γευστικά ακόμη και αν η δόση της ζάχαρης μειωθεί στο μισό. Κάποια γλυκά με βάση τα φρούτα μπορούν να παρασκευαστούν και χωρίς καθόλου ζάχαρη καθώς τα ίδια τα φρούτα προσδίδουν γλυκύτητα στη γεύση
- Γλυκαντικές ουσίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη μαγειρική και στη ζαχαροπλαστική [22].

4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Το να υιοθετηθεί ο ρόλος του ασθενή, μπορεί να αποτελέσει και ανακούφιση από τις κοινωνικές υποχρεώσεις. Όμως, όταν κάποιος αναγκάζεται να διαχειριστεί μία χρόνια ασθένεια, όπως ο διαβήτης, η αποδέσμευση από τις απαιτήσεις των κοινωνικών ρόλων δεν είναι πάντοτε εφικτή, έτσι επέρχονται αλλαγές στους ρόλους για να αποφευχθεί η ολοκληρωτική παραίτηση από αυτούς. Συνήθως, ο ρόλος του ασθενή δικαιολογεί αυτές τις αλλαγές, ιδιαιτέρως όταν αυτοί οι νέοι ρόλοι απαιτούν ασυνήθιστες κοινωνικές συμπεριφορές. Αυτή η αποδέσμευση από τις υποχρεώσεις δεν συμβαίνει με την απλή απομάκρυνση από κάποιον κοινωνικό ρόλο αλλά ακολουθεί μία διαδικασία. Θα πρέπει να γίνει η ανακοίνωση ότι είναι ασθενής για να γίνει αποδεκτή αυτή η παραίτηση ή αλλαγή ρόλων, εκτός των περιπτώσεων όπου οι ρόλοι έχουν ελάχιστη κοινωνική σημασία. Στις περιπτώσεις όπου οι υποχρεώσεις δεν εκπληρώνονται, η μείωση της παραγωγικότητας πρέπει να εξαλειφθεί από το οικείο κοινωνικό δίκτυο [14].

Αν οι υποχρεώσεις πρέπει, απαραιτήτως, να εκπληρωθούν με μη-συμβατικούς τρόπους (όπως για παράδειγμα σε αλληλοσυγκρουόμενους έμφυλους εργασιακούς ρόλους) ο ρόλος του ασθενούς μπορεί να επιφέρει κοινωνικό στιγματισμό. Αυτό έχει ιδιαίτερη ισχύ όταν οι ατομικές επιθυμίες και ικανότητες έρχονται σε σύγκρουση με τις κοινωνικές νόρμες και τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τους κοινωνικούς ρόλους. Μόνο σε αυτές τις συνθήκες επικαλούνται την ασθένεια τους για να δικαιολογήσουν τις ασυνήθιστες συμπεριφορές. Η ασθένεια δεν χρησιμοποιείται μόνο από τους φορείς αλλά, επίσης και από τους λοιπούς του κοινωνικού περιβάλλοντος, για την αιτιολόγηση των αναμενόμενων και των απαιτούμενων αλλαγών. Τα παιδιά των ασθενών, πιθανώς, να χρειάζεται να κάνουν περισσότερες δουλειές με αποτέλεσμα να μην συμμετέχουν σε κάποιες από τις δραστηριότητες των συνομηλίκων τους, επικαλούνται, λοιπόν, το γεγονός ότι ο γονέας τους είναι ασθενής για να αντισταθμίσουν την απουσία τους από την δική τους δράση ως φίλων ή για να εξηγήσουν για ποιους λόγους τα μεγαλύτερα αγόρια θα πρέπει να μαγειρεύουν και να καθαρίζουν τα ρούχα τους [14].

4.1 Κοινωνικές παράμετροι και διαβήτης

Η ονοματολογία και οι ορισμοί, των διαφόρων πτυχών του διαβήτη, οι οποίες εντοπίζονται στην βιβλιογραφία δεν είναι πάντοτε σαφείς, ή δεν περιλαμβάνουν όλες τις πι-

θανές παραμέτρους για την πλήρη περιγραφή των συνθηκών στις οποίες αυτές μπορούν να εκδηλωθούν και να αντιμετωπιστούν. Καινοφανείς προσδιορισμοί προσπαθούν να συμπεριλάβουν όσο το δυνατόν περισσότερα στοιχεία, όπως το *VIDDA Syndemic*, το οποίο εισαγάγει η Mendenhall (2012) στην προσπάθεια της να καθορίσει τις πέντε πολιτιστικές και κοινωνικές συνιστώσες της, οι οποίες όταν είναι παρούσες επηρεάζουν σε υψηλό βαθμό κι με αρνητικό τρόπο την υγεία και την ευζωία.

«Η πρώτη διάσταση είναι η Βία (Violence), συμπεριλαμβανομένης της δομικής της συμβολικής και των καθημερινών μορφών της. Η δεύτερη είναι η Μετανάστευση (Immigration) με την έννοια του άγχους και των συναισθημάτων κοινωνικής απομόνωσης ως αποτέλεσμα της αποκοπής από κοινωνικά δίκτυα. Η τρίτη πλευρά είναι η Κατάθλιξη (Depression) η οποία μπορεί να υφέρπει και να την εσωτερικεύουν τα άτομα για πολλές δεκαετίες [...]. Ο Διαβήτης τύπου 2 είναι η τέταρτη διάσταση [...]. Τέλος, η διαπροσωπική Κακοποίηση (Abuse) αναφορικά με την λεκτική, συναισθηματική, φυσική και σεξουαλική κακοποίηση» [53].

Οι κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα άτομα που υποφέρουν από διαβήτη είναι: η υποστήριξη και η συνοχή του οικογενειακού περιβάλλοντος, το κοινωνικό στίγμα της ασθένειας του διαβήτη, οι κοινωνικές προσδοκίες και/οι αντιλήψεις της ασθένειας, η γνώση για τον διαβήτη και η κατανόηση της επίδρασης του κοινωνικού περιεχομένου [13]. Το εκπαιδευτικό επίπεδο έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί ως ένδειξη του κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου, εφόσον συνδέεται και με το ύψος των εισοδημάτων, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Από την βιβλιογραφική επισκόπηση έχουν καταδειχθεί συσχετισμοί μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και του επιπέδου υγείας, με εκείνους χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου να υποφέρουν περισσότερο, μεταξύ άλλων, και από χρόνιες ασθένειες. Είναι μία παράμετρος που πρέπει να συνυπολογίζονται οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διαδικασία διαμόρφωσης εξατομικευμένων θεραπευτικών σχεδίων και καθορισμού των μελλοντικών προσδοκιών αναφορικά με τα αποτελέσματα [20].

Έχει υποστηριχθεί, από διάφορα θεωρητικά μοντέλα⁴, ότι η απόφαση ενός ατόμου να ακολουθήσει με συνέπεια συγκεκριμένες συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία καθορίζονται από τέσσερις ψυχολογικές παραμέτρους:

- την προσλαμβάνουσα (από το άτομο) ευαισθησία,
- την προσλαμβάνουσα σοβαρότητα της κατάστασης,

⁴ Συγκεκριμένα, οι ερευνητές επιλέγουν να προσεγγίσουν τα δεδομένα τους μέσω του Health Belief Model (HBM).

- τα αναμενόμενα οφέλη και
- τα εμπόδια (πάντα κατά την άποψη του ασθενούς).

Η πιθανότητα για ένα άτομα να κινητοποιηθεί για την υγεία του καθορίζεται από την αντίληψη για την ευαισθησία και την σοβαρότητα μίας δεδομένης κατάστασης. Όσο μεγαλύτερη είναι η εκτίμηση της σοβαρότητας και του κινδύνου τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να αποφασίσει ο ασθενής να δραστηριοποιηθεί. Είναι πιθανόν, ότι θα επιλέξει εκείνες τις πρακτικές που θα προάγουν την υγεία του, οι οποίες θα έχουν τα περισσότερα πλεονεκτήματα και τα λιγότερα εμπόδια. Το τελικό στάδιο της λήψης της απόφασης για ενεργό δράση, μπορεί να ονομαστεί ένα «σύνθημα για δράση» ή «καμπανάκι κινδύνου». Αυτή η δράση μπορεί να έχει εσωτερικά κίνητρα, όπως στην περίπτωση της αντίληψης των φυσικών συμπτωμάτων, ή εξωτερικά όπως είναι η ενθάρρυνση που λαμβάνουν από το ευρύτερο περιβάλλον τους για να παρακολουθήσουν την εξέλιξη της υγείας τους. Υποστηρίζεται, επίσης, ότι κάποια άτομα μπορεί να προβάλουν την κληρονομική προδιάθεση, ως απάντηση σε αυτά τα καμπανάκια κινδύνου, εξαιτίας της χαμηλής αξίας που προσδίδουν στην υγεία τους [80].

Οι προσωπικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον και έχουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία της αγωγής διαμορφώνονται από τις εμπειρίες του ατόμου (ιδιαιτέρως στη διαχείριση των ατομικών, πολιτισμικών και κοινωνικών πιέσεων). Ένας από τους πρωταρχικούς στόχους των επαγγελματιών υγείας είναι να καθοριστεί το κατά πόσο η οικογενειακή επιρροή θα καθορίσει τη θετική ή αρνητική πορεία της θεραπευτικής αγωγής του ατόμου [13]. Το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει ο ασθενής μπορεί να προσφέρει σημαντικούς διευκολυντές (facilitators) στην αντιμετώπιση του διαβήτη όπως, επίσης, και να προβάλει ισχυρά εμπόδια (barriers). Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται η ισχυρή θρησκευτική πίστη, η υποστήριξη από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και η συμμετοχή της οικογένειας. Αντιθέτως, εμπόδια μπορεί να είναι: συναισθηματικοί παράγοντες και οι πεποιθήσεις, η γενικότερη κατάσταση της υγείας, η οικονομική κατάσταση (έλλειψη χρημάτων για την κάλυψη των βασικών αναγκών, ιατρική περίθαλψη, έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης) [13,14].

Οι γηγενείς Αμερικάνοι (Native Americans) έχουν συχνότερη διάγνωση σε διαβήτη, ο οποίος δεν χρειάζεται θεραπεία με ινσουλίνη [6]. Η κληρονομικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και στους δύο τύπους διαβήτη αλλά αυτό δεν υποβαθμίζει την επίδραση των περιβαλλοντικών συνθηκών, τουλάχιστον ως προς τον τομέα της αντιμετώπισης και

της ακολούθησης της θεραπευτικής αγωγής. Τα ερευνητικά δεδομένα τα οποία επιχειρούν να καταγράψουν την αντιμετώπιση και τη διαχείριση των μειονοτικών πληθυσμών αναφορικά με τον διαβήτη, και σχετίζονται με κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες (όπως είναι η αντίληψη της ασθένειας, οι εμπειρίες, οι συνήθειες κ.ά.) είναι εξαιρετικά περιορισμένα⁵.

4.2 Οι θρησκευτικές δοξασίες και ο διαβήτης

Οι επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας, που είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να αποδεχτούν την θρησκευτική διάσταση που επιδεικνύουν οι ασθενείς, ιδιαιτέρως όσοι πάσχουν από καρκίνο, διαβήτη και ασθένειες που απειλούν άμεσα τη ζωή, μπορούν να δημιουργήσουν έναν ακόμη δίαυλο επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς-ιατρού [11]. Οι σχέσεις των θρησκευμάτων και της διατροφής έγιναν αντικείμενο πολλών μελετών ανά τους αιώνες, η ανθρωπολογία, η κοινωνιολογία, η ιστορία ενώ, πολύ λιγότερες, το επέλεξαν ως θέμα εξέτασης από την οπτική της υγείας και των παραμέτρων της. Μιλώντας για θρησκευτική πίστη, αυτή εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, κοινωνικούς και πολιτισμικούς και είναι άτοπος ο ισχυρισμός ότι η δήλωση του θρησκευόμενου συνεπάγεται και πιστή τήρηση των κανόνων του δόγματος που ασπάζεται. Αναφέρει ένα γνωστό αστείο ότι «το να σταθεί κάποιος σε μία εκκλησία δεν τον κάνει χριστιανό ακριβώς όπως το να στέκεται κανείς σε ένα γκαράζ δεν τον κάνει αυτοκίνητο». Το μέγεθος της πίστης δεν μεταφράζεται με την συχνότητα παρακολούθησης των θρησκευτικών τελετουργιών αλλά με την έκφραση της στο γενικότερο κοινωνικό σύνολο. Η διατροφή είναι παγκόσμια και συγκεκριμένη ενώ αποτελεί ένα από τα απλούστερα και, παράλληλα, πιο πολύπλοκα πράγματα του ανθρώπινου πολιτισμού. Αντιπροσωπεύει τη διαρκή διάδραση μεταξύ της δομής και της δημιουργικότητας και έχει να κάνει με τη διαπραγμάτευση των ατομικών ταυτοτήτων και της πίστης [19].

Η θρησκεία αναζητά την έκφραση της στη διατροφή και για μεγάλο μέρος της ανθρωπότητας οι διατροφικές πρακτικές αντανακλούν τον βαθμό θρησκευτικής συμμόρφωσης των ατόμων. Οι περισσότερες θρησκείες έχουν διατροφικούς κανόνες και οδηγίες. Σε κάποιες από αυτές, αυτοί οι κανονισμοί είναι πολύ συγκεκριμένοι για το τι, πότε και πως

⁵ Για λεπτομερέστερες αναφορές στις ποιοτικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί κατά τα τελευταία χρόνια και αφορούν σε μειονοτικούς πληθυσμούς (μετανάστες, Σαμόα, γηγενείς Αμερικάνους κ.ά) για τους κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τους ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη: Braginsky, N. S. (2009). The psychological and cultural values related to dietary physical activity practices of Asian Americans and Pacific Islanders with type 2 diabetes in Hawaii.

θα καταναλώσουν ή θα αποφύγουν συγκεκριμένες τροφές. Η σύνδεση μεταξύ της διατροφής και της θρησκείας παραμένει ορατή μεταξύ της πλειονότητας των πληθυσμών τόσο των ανεπτυγμένων όσο και των αναπτυσσόμενων χωρών. Οι περισσότερες, αλλά όχι όλες, οι θρησκευτικές δίαιτες απαγορεύουν μία ποικιλία από τροφές σε παροδική ή σταθερή βάση και έτσι αυτές οι δίαιτες γίνονται εκ φύσεως, περιοριστικές. Στο πλαίσιο μίας συγκεκριμένης θρησκευτικής διατροφής, μία σειρά συνακόλουθων θαμάτων πρέπει να αντιμετωπιστεί. Η επιστημονική διάσταση των θρησκευτικών διατροφικών συνηθειών είναι σημαντική για τους επιστήμονες, ειδικά τους διατροφολόγους, γιατί συνδράμει στη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων της διατροφικής αγωγής αλλά και στη γενικότερη κατανόησή τους για θέματα διατροφής και υγείας [64].

Η διάγνωση ενός ατόμου για διαβήτη, μπορεί να επηρεάσει την αυτό-εκτίμηση, την ανεξαρτησία και τη γενικότερη διάθεση λόγω των αυστηρών αυτό-περιορισμών που θα πρέπει να υιοθετήσει προκειμένου να ελαχιστοποιήσει τις σοβαρές συνέπειες της ασθένειας. Ο όρος θρησκευτικότητα δεν νοείται με την στενή έννοια αλλά περιλαμβάνει το ευρύτερο πλαίσιο της πνευματικότητας, καθώς στις διεθνείς έρευνες τα όρια μεταξύ των δύο όρων δεν είναι απολύτως διακριτά, καθώς η θρησκεία (religion) αναφέρεται σε οργανωμένο σύστημα πίστεων και πρακτικών που σχετίζονται με το Θεό ως ανώτερο ον ενώ η πνευματικότητα (spirituality) είναι ένας ευρύτερος όρος και οι ορισμοί του ασαφείς χωρίς να αποκλείουν και την οργανωμένη θρησκευτική πίστη, στο πλαίσιο κάποιου δόγματος [46].

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανιχνεύονται πέντε παράμετροι οι οποίες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας όταν έρχονται σε επαφή με άτομα που έχουν προβλήματα διαβήτη. Συγκεκριμένα μπορούν να κωδικοποιηθούν στα εξής:

- να επιδεικνύουν, σε κάθε περίπτωση, ευαισθησία για το θρησκευτικό συναίσθημα των ασθενών,
- να ρωτάνε τον ασθενή με ποιους τρόπους η θρησκευτικότητά του τον βοηθάει να αντιμετωπίσει τον διαβήτη και/ή τη χρόνια ασθένεια του,
- αναγνώριση και υποστήριξη των θρησκευτικών πεποιθήσεων του ασθενούς, με την διάθεση ή την ενημέρωση για κοινωνικά προγράμματα, τα οποία θα έχουν υιοθετήσει μία ολιστική προσέγγιση,

- συναισθηματική υποστήριξη και ενδυνάμωση στον ασθενή ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει καλύτερα τον διαβήτη,
- να επιδεικνύουν συναισθήματα αποδοχής για τη διαφορετικότητα των ασθενών και να διατηρούν δυνατή τη σχέση ιατρού-ασθενή [31].

Αναφορικά με το θρησκευτικό συναίσθημα, σε κάθε έκφραση του, και σε κάθε δόγμα, αποτελείται από υψηλούς βαθμούς εσωτερίκευσης και αυτοσυγκέντρωσης (είτε με τη μορφή προσευχής είτε με τη μορφή διαλογισμού). Σε αυτή τη βάση έχουν αναπτυχθεί τεχνικές αυτό-βοήθειας και ενδυνάμωσης, χρησιμοποιώντας ακόμη και μνημονικές τεχνικές:

«Ενδυναμώστε τους εαυτούς σας, με το να τον εκπαιδεύεται για τον διαβήτη. Το ακρωνύμιο EMPOWER, σημαίνει: Εκπαίδευση-Γνώση (Education – Knowledge), Διαχείριση άγχους και διαβήτη (Managing - Stress & Diabetes), Προσευχή – Διαλογισμός (Prayer – Meditation), Αισιοδοξία – Θετική σκέψη και στάση (Optimism - Positive Thinking & Attitude), Προσοχή – Θλίψη για την απώλεια της υγείας (Watchfulness - Grieving the Loss of Health), Αποτελεσματικότητα – Αποτελεσματικές δεξιότητες αντιμετώπισης (Effectiveness - Effective Coping Skills), Χαλάρωση – Γιόγκα (Relaxation – Yoga) [11].

4.3 Διατροφικοί περιορισμοί και θρήσκευμα

Η διατροφή είναι μία δημιουργική πράξη, όπως οι τελετουργίες και οι προσευχές, το φαγητό αντανακλά την παράδοση, την συνδέει με το παρόν και ενέχει ελπίδες για το μέλλον. Οι προσδοκίες από την διατροφή μπορεί να είναι απλές, όπως η ικανοποίηση του αισθήματος της πείνας ή κάπως πιο σύνθετες, όπως η διατήρηση καλή υγείας. Μπορούν οι επιδιώξεις για τους συνδαιτυμόνες να είναι ακόμη πιο περίπλοκες, όπως η προσπάθεια της δημιουργίας δεσμών αυτών που μοιράζονται το τραπέζι *«η επιθυμία να δημιουργηθούν αναμνήσεις ή να εκπαιδευτούν ή να αναδιατυπώσουν την ταυτότητα τους»*. Κατά τον ίδιο τρόπο, τα άτομα διαπραγματεύονται και την θρησκευτική τους παράδοση ή παραδόσεις, μέσα από τις καθημερινές τους εμπειρίες και τα όνειρά τους για το μέλλον. Στην σύγχρονη θρησκευτική πραγματικότητα και στην σύγχρονη μαγειρική υπάρχουν πολύ περισσότερα διαθέσιμα συστατικά από ότι σε οποιαδήποτε άλλη στιγμή στο παρελθόν, δημιουργώντας νέες γεύσεις και νέες πίστεις, οι οποίες δεν είναι δυνατόν να περιγράψουν με μία και μοναδική ταμπέλα ή όνομα [19].

Οι σημαντικότερες θρησκευτικές δοξασίες, σε παγκόσμιο επίπεδο, έχουν διατροφικούς κανόνες και διατροφικούς περιορισμούς, ως ένδειξη πίστης και λατρείας των πιστών

προς τον Θεό ή τις θεότητες τους. Αυτές οι διατροφικές πρακτικές έχουν επιπτώσεις στην υγεία και στην ευζωία των πιστών, είτε προς την διατήρηση της καλής τους φυσικής κατάστασης είτε, προς την επιδείνωση, αν η συμμόρφωση με τους θρησκευτικούς κανόνες έρχεται σε αντίθεση με τις αναγκαίες διατροφικές πρακτικές που πρέπει να υιοθετήσουν. Συνοπτικά οι διατροφικές πρακτικές και οι περιορισμοί ανά θρήσκευμα παρουσιάζονται στον Πίνακα 6

4.3.1 Χριστιανισμός

Οι διατροφικοί περιορισμοί διαφέρουν στα διαφορά δόγματα και τις ομάδες του χριστιανισμού, με κάποια από αυτά να μην ακολουθούν καμία διατροφική απαγόρευση. Τα διάφορα χριστιανικά δόγματα ακολουθούν μέρες και περίοδοι νηστείας οι οποίες δεν ταυτίζονται χρονικά και ημερολογιακά (η κοινή ημέρα νηστείας σε Καθολικούς και Ορθόδοξους είναι η Μεγάλη Παρασκευή). Στους προηγούμενους αιώνες, κάπως λιγότερο σήμερα, απέφευγαν οι πιστοί την κατανάλωση κρέατος και γαλακτοκομικών προϊόντων για σημαντικό μέρος του ημερολογιακού έτους [27].

4.3.2 Ισλαμισμός

Το Ισλάμ είναι ένας ολόκληρος τρόπος ζωής, καλύπτει όλες τις πτυχές του βίου με απόλυτες στάσεις και πεποιθήσεις. Οι μουσουλμάνοι δεν είναι χορτοφάγοι, μάλιστα, οι κύριες διατροφικές πρακτικές στο Ισλάμ συμπεριλαμβάνουν τελετουργικές διαδικασίες σφαγής των ζώων προς κατανάλωση (haram practices), προκειμένου το ζώο να γίνει κατάλληλο προς βρώση⁶, νηστεία κατά τη διάρκεια του μήνα του Ραμαζανιού, την αποφυγή του χοιρινού κρέατος (όπως και οι Εβραίοι) και των αλκοολούχων ποτών. Οι τροφές χωρίζονται, απολύτως ξεκάθαρα, σε δύο κατηγορίες: σε αυτές που μπορούν να καταναλωθούν (halal, επιτρεπόμενο) και σε αυτές που είναι απαγορευμένες (haram, απαγορευμένο), αλλά σε δύο κατηγορίες χωρίζονται και όλες οι άλλες καθημερινές πρακτικές. Οι περισσότερες τροφές επιτρέπονται ενώ η λίστα των απαγορευμένων τροφών περιλαμβάνει το χοιρινό, το αλκοόλ και κάθε προϊόν που μπορεί να έχει δημιουργηθεί από το λίπος ζώων που είναι απαγορευμένα (π.χ. μαργαρίνες). Ως γενικός κανόνας ισχύει ότι δεν επιτρέπονται φαγητά ή ποτά που μπορούν να προκαλέσουν εξάρτηση (ναρκωτικά, τσιγάρα και καπνός εντάσσονται σε αυτήν την κατηγορία). Το ψωμί και τα επεξεργασμένα προϊόντα ζύμης που

⁶ Το ζώο σφαγιάζεται στο όνομα του Αλλάχ και το αίμα του στραγγίζεται από το σώμα. Η πρακτική αυτή, πέραν του τελετουργικού, μπορεί να έχει και σημαντικά οφέλη για την υγεία. Το αίμα περιέχει τις εκκρίσεις του σώματος, έτσι η απομάκρυνσή του μπορεί να είναι ευεργετική για τους ανθρώπους. (Naeem, 2003).

ενδέχεται να περιλαμβάνουν ίχνη αλκοόλ, μπορούν να θεωρηθούν επίσης απαγορευμένα [27, 54].

Πίνακας 6. Η επίδραση της νηστείας του Ραμαζανιού στο μεταβολισμό και τα όργανα υγείων απόμων

Μεταβολισμός/Όργανα	Επιδράσεις
Υδατάνθρακες	✓ Γλυκογονόλυση του ήπατος ✓ Κάποιος βαθμός γλυκονογένεσης στις επιπλέον μέρες νηστείας
Λιπίδια	Ποικίλουν, εξαρτάται από την ποιότητα και την ποσότητα της διαίτας και τις μεταβολές του βάρους
Βάρος σώματος	Ποικίλει, κυρίως μειώνεται ή μένει σταθερό
Συκώτι	Ελαφρά αύξηση της έμμεσης χολερυθρίνης στο πρώτο μισό της νηστείας του Ραμαζανιού
Νεφροί	Μικρές, ασήμαντες αλλαγές στην ουρία, την κρεατινίνη και του ουρικού οξέος
Αιματολογικό προφίλ	Μικρή μείωση τόσο του σιδήρου όσο και της ολικής σιδηροδεσμευτικής ικανότητας ορού
Νευροψυχιατρικά	✓ Αλλαγή στα χρονοδιαγράμματα και στα πρότυπα του ύπνου ✓ Αύξηση της συχνότητας των πονοκεφάλων ✓ Μείωση των αποπειρών αυτοκτονίας
Αδένες ενδοκρινικού συστήματος	✓ Ελαφρές αλλαγές στην δέσμευση των πρωτεϊνών T3 και t4 ✓ Μικρές, αναστρέψιμες αλλαγές στην κορτιζόλη, την τεστοστερόνη και τις εκκρίσεις προλακτίνης
Γαστρεντερική οδός, καρδιά, πνεύμονες και μάτια	Καμία

Πηγή: Azizi 2010

4.3.3 Ιουδαϊσμός

Σε αυτό το θρήσκευμα, όπως και στο Ισλάμ, οι τροφές χωρίζονται σε εκείνες που μπορούν να καταναλωθούν (kosher, επιτρεπόμενο) και σε εκείνες που δεν επιτρέπεται η κατανάλωση (trefa, απαγορευμένο). Τα χαρακτηριστικά των τροφών που επιτρέπονται είναι ότι περιλαμβάνουν ζώα τα οποία έχουν πλήρως διαχωρίσει και μυρηκάσει την τροφή τους (όπως αγελάδες, κασίκες και αρνιά) ενώ το επιτρεπόμενο ψάρι πρέπει να έχει πτερύγια και λέπια. Όλες οι τροφές φυτικής προέλευσης, σε γενικές γραμμές, επιτρέπονται. επιπροσθέτως, συγκεκριμένες τελετουργικές πρακτικές σφαγιασμού ακολουθούνται για τα ζώα, προκειμένου το κρέας τους να γίνει kosher. Το κρέας και τα γαλακτοκομικά προϊόντα δεν πρέπει να προετοιμάζονται, να αποθηκεύονται και να τρώγονται μαζί. Ακολουθούν ορισμένες περιόδους νηστείας (ειδικά το Yom Kippur), ενώ κατά τη διάρκεια του εορτα-

σμού της Εξόδου, το φαγητό βοηθά να ειπωθεί η ιστορία της Εξόδου από την Αίγυπτο [27].

4.3.4 Βουδισμός

Ο Βουδισμός πρεσβεύει ότι τα ζωντανά πλάσματα είναι ιερά, μία πεποίθηση η οποία έχει μεταφραστεί σε ευρύτατες πρακτικές χορτοφαγίας και αυστηρής χορτοφαγίας (veganism)⁷. Η βία απέναντι στα ζώα θεωρείται ως ανθρώπινη επιθετικότητα, με την υιοθέτηση αυτών των διατροφικών συνθηκών οι βουδιστές θα μείνουν πιστοί στην αρχή της ahimsa (αρχή της μη-βίας). Οι βουδιστές αποφεύγουν, επίσης την κατανάλωση αλκοόλ. Οι μοναχοί αυτής της θρησκείας νηστεύουν από το απόγευμα και στηρίζονται σε ελεημοσύνες (alms) ή δωρεές φαγητού, όπως και οι βουδίστριες μοναχές δεν επιτρέπεται να καλλιεργούν, να αποθηκεύουν ή να μαγειρεύουν τα φαγητά τους [27].

Οι διατροφικοί θρησκευτικοί περιορισμοί δεν ακολουθούνται κατά γράμμα από τους πιστούς βουδιστές, ούτε από τους βουδιστές μοναχούς καθώς ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει συχνή κατανάλωση τροφών που όχι μόνο δεν συνάδουν με τις απαγορεύσεις (τηγανητό κοτόπουλο, ψάρι ή χοιρινό) αλλά αποτελούν και εξαιρετικά επιβαρυντικούς παράγοντες για την γενικότερη κατάσταση της υγείας τους και για την εμφάνιση διαβήτη (συχνή κατανάλωση αναψυκτικών, γλυκών κ.ά). Από την άλλη πλευρά, η σωματική άσκηση πολλών βουδιστών μοναχών περιορίζεται στην συγκέντρωση των δωρεών τροφής στην ευρύτερη περιοχή, η οποία μπορεί να γίνει με τα πόδια ή/και με τη χρήση μεταφορικού μέσου και στον τριαντάλεπτο περιπατητικό διαλογισμό (walking meditation) την ημέρα [45].

Οι διατροφικές τους συνήθειες καθώς και η ρουτίνα της καθημερινότητας τους, κατά την οποία σχεδόν απουσιάζει η συστηματική άσκηση έχουν οδηγήσει σε πολλά νοσήματα, μεταξύ των οποίων και ο σακχαρώδης διαβήτης. Στην Ταϊλάνδη όπου το 95% του πληθυσμού είναι βουδιστές, υπολογίζεται ότι η πρόβλεψη για σακχαρώδη διαβήτη ήταν το 2004 στο 6,7% ενώ η μείωση της γλυκόζης νηστείας (impaired fasting glucose 'IFG'), ανέρχόταν στο 12, 5% [45].

⁷ Veganism: είναι μία αυστηρή μορφή χορτοφαγίας, στην οποία αποφεύγονται τα αυγά και τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα ζωικά υποπροϊόντα και τα προϊόντα που έχουν δοκιμαστεί σε ζώα. http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CF%85%CF%83%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%AE_%CF%87%CE%BF%CF%81%CF%84%CE%BF%CF%86%CE%B1%CE%B3%CE%AF%CE%B1 (προσπέλαση 2/7/2014).

Η έλλειψη προγράμματος στην προετοιμασία και στην κατανάλωση της τροφής και η υψηλή τυχειότητα που χαρακτηρίζει την καθημερινή πρόσληψη της επιδρούν, σαφώς, με αρνητικό τρόπο στην θεραπευτική αγωγή. Δεν μπορούν να επιλέγουν τροφές κατάλληλες για την αντιμετώπιση του διαβήτη καθώς οι ελεημοσύνες και οι δωρεές σε τρόφιμα δεν έχουν προκαθορισμένο είδος, ούτε ποσότητα. Επιπλέον, η μεγάλη χρονική διάρκεια του απογεύματος και της νύχτας, κατά την οποία δεν προσλαμβάνεται τροφή, έχει σημαντικές επιπτώσεις στο επίπεδο της γλυκόζης στο αίμα και επιτείνει την επικινδυνότητα εκδήλωσης σοβαρών επιπλοκών [45].

4.3.5 Ινδουισμός

Ο Ινδουισμός είναι μία από τις αρχαιότερες θρησκείες στον κόσμο και αν και το κρέας δεν ήταν αρχικά απαγορευμένο, σήμερα πολλοί ινδουιστές (Hindus) πιστεύουν ότι η χορτοφαγική διαίτα είναι ένας τρόπος για να διατηρήσουν και να επιδείξουν σεβασμό προς τη ζωή. Ο Ινδουισμός χαρακτηρίζεται από την αποφυγή της αφαίρεσης της ζωής κάθε ζωντανού πλάσματος, η κάθαρση από αυτήν συμπεριλαμβάνεται στην προετοιμασία της τροφής, η οποία είναι αντανάκλαση των πρότερων περιορισμών ανά κάστα και στον συμβολισμό ορισμένων τροφών. Η αγελάδα τυγχάνει ιδιαίτερου σεβασμού ως σύμβολο αφθονίας και έτσι το κρέας της δεν καταναλώνεται από τους ινδουιστές, ωστόσο τα γαλακτοκομικά αγελαδινά προϊόντα όπως το γάλα, το βούτυρο και το γιαούρτι, μπορούν να καταναλωθούν. Κάποιοι ινδουιστές, νηστεύουν συγκεκριμένες μέρες ως ένδειξη σεβασμού ορισμένων θεοτήτων [27].

4.3.6 Το κίνημα Ρασταφάρι (Rastafari movement)

Οι περισσότεροι ρασταφαριστές είναι χορτοφάγοι ή αυστηρώς χορτοφάγοι (vegans). Οι τροφές που επιτρέπεται να καταναλώνονται από τους πιστούς του συγκεκριμένου θρησκευματος ονομάζονται ital (επιτρεπόμενες). Οι τροφές αυτές χαρακτηρίζονται από το γεγονός ότι δεν έχουν τεχνητά χρώματα, τεχνητές γεύσεις ή συντηρητικά, έτσι θεωρούνται απολύτως φυσικές. Οι ρασταφαριστές αποφεύγουν την κατανάλωση αλκοόλ και σε κάποιες περιπτώσεις του τσαγιού, του καφέ και άλλων ποτών που περιέχουν καφεΐνη με το σκεπτικό ότι αυτές οι τροφές προκαλούν σύγχυση στην ψυχή [27].

Πίνακας 7 Θρησκείες του κόσμου, διατροφικές πρακτικές-περιορισμοί και κανονισμοί διατροφικών συμπεριφορών

Θρήσκευμα	Διατροφικές πρακτικές ή περιορισμοί	Πεποιθήσεις
Ορθόδοξοι Χριστιανοί	<ul style="list-style-type: none"> Περιορισμοί στο κρέας και στο ψάρι Νηστείες 	<ul style="list-style-type: none"> Κατά τη διάρκεια των Άγιων Ημερών και συγκεκριμένων περιόδων του έτους η νηστεία και οι περιορισμοί ενισχύουν την πνευματική πρόοδο
Ρωμαιο-Καθολικοί Χριστιανοί	<ul style="list-style-type: none"> Απαγόρευση του κρέατος σε συγκεκριμένες μέρες Νηστείες 	<ul style="list-style-type: none"> Οι περιορισμοί σχετίζονται με συγκεκριμένες μέρες κατά τη διάρκεια του εκκλησιαστικού έτους
Προτεστάντες	<ul style="list-style-type: none"> Ελάχιστοι διατροφικοί περιορισμοί ή τήρηση νηστείας Μετριοπάθεια στο φαγητό, στο ποτό ενώ προωθείται η άσκηση 	<ul style="list-style-type: none"> Ο Θεός έπλασε όλα τα ζώα και τα φυτικά προϊόντα για την ικανοποίηση του ανθρώπου Η λαιμαργία και η μέθη είναι αμαρτίες και πρέπει να ελέγχονται
Ισλάμ	<ul style="list-style-type: none"> Το χοιρινό και συγκεκριμένα πουλερικά απαγορεύονται. Το αλκοόλ απαγορεύεται Ο καφές, το τσάι και τα διεγερτικά αποφεύγονται Νηστεία από κάθε είδους τροφή και ποτό κατά τη διάρκεια συγκεκριμένων περιόδων του έτους 	<ul style="list-style-type: none"> Η διατροφή είναι για την καλή υγεία Αποτυχία σωστής διατροφής ελαττώνει την πνευματική εγρήγορση Η νηστεία είναι η κάθαρση από τα κακά/δαιμονικά στοιχεία
Ιουδαϊσμός	<ul style="list-style-type: none"> Το χοιρινό και τα οστρακοειδή απαγορεύονται Κρέας και γαλακτοκομικά κατά το ίδιο γεύμα απαγορεύονται Οι τροφές με προζύμι απαγορεύονται Τήρηση νηστείας 	<ul style="list-style-type: none"> Τα ζώα τα οποία δεν έχουν διχαλωτή οπλή και δεν μηρυκάζουν την τροφή τους θεωρούνται απαγορευμένα και ακάθαρτα (π.χ. οι λαγοί, οι χοίροι, η καμήλα) Η διαδικασία του kosher βασίζεται στην Τορά
Βουδισμός	<ul style="list-style-type: none"> Αποχή από το κρέας, επιθυμητή η χορτοφαγική διαίτα Μετριοπάθεια σε όλες τις τροφές Απαιτείται νηστεία από τους μοναχούς/ες 	<ul style="list-style-type: none"> Τα φυτικά προϊόντα της γης θεωρούνται πιο αγνά Οι μοναχοί/ές αποφεύγουν την στερεά τροφή μετά το απόγευμα
Ινδουισμός	<ul style="list-style-type: none"> Απαγορεύεται το αγελαδινό κρέας Όλα τα υπόλοιπα κρέατα και ψάρια περιορίζονται ή αποφεύγονται Αποφεύγεται η κατανάλωση αλκοόλ Ένας αριθμός ημερών νηστείας 	<ul style="list-style-type: none"> Η αγελάδα είναι ιερή και δεν πρέπει να τρώγεται, αλλά τα προϊόντα της «ιερής» αγελάδας είναι αγνά και επιθυμητά. Η νηστεία προάγει την πνευματική ανάταση
Μορμόνοι	<ul style="list-style-type: none"> Το αλκοόλ και τα αναψυ- 	<ul style="list-style-type: none"> Η καφεΐνη είναι εθιστική και οδηγεί σε

Θρήσκευμα	Διατροφικές πρακτικές ή περιορισμοί	Πεποιθήσεις
	<ul style="list-style-type: none"> κτικά που περιέχουν καφεΐνη απαγορεύονται Μετριοπάθεια σε όλες τις τροφές Τήρηση νηστείας 	<p>φτωχή φυσική και συναισθηματική υγεία</p> <ul style="list-style-type: none"> Η νηστεία είναι η εξάσκηση του ατόμου ελέγχου και η λατρεία του Θεού
Ρασταφαριανισμός	<ul style="list-style-type: none"> Το κρέας και το ψάρι απαγορεύονται Μόνο χορτοφαγικές δίαιτες, με το αλάτι, τα συντηρητικά και τα πρόσθετα να απαγορεύονται Επιτρέπονται τα αφενήματα ενώ το αλκοόλ, ο καφές και τα αναψυκτικά απαγορεύονται Εκτεταμένη χρήση μαριχουάνας για θρησκευτικούς και ιατρικούς λόγους 	<ul style="list-style-type: none"> Το χοιρινό κρέας και τα οστρακοειδή είναι ακάθαρτα Τροφές που αναπτύσσονται με χημικά είναι αφύσικες και απαγορεύονται Χωρία από την Βίβλο υποστηρίζουν την χρήση βοτάνων (μαριχουάνας και άλλων βοτάνων)
Ανβεντιστές της Έβδομης Ημέρας	<ul style="list-style-type: none"> Το χοιρινό απαγορεύεται ενώ το κρέας και το ψάρι αποφεύγονται Ενθαρρύνεται η χορτοφαγική διαίτα Το αλκοόλ, ο καφές και το τσάι απαγορεύονται 	<ul style="list-style-type: none"> Η διαίτα ικανοποιεί πρακτικές «προς δόξη και τιμή του Θεού»

Πηγή: <http://www.faqs.org/nutrition/Pre-Sma/Religion-and-Dietary-Practices.html#b> (προσπέλαση 1/5/2014).

Οι θρησκείες ως θεσμός είναι ιδιαίτερος επιδραστικός και μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο ζωής των ατόμων, μεταξύ άλλων και του ελέγχου του βάρους τους. Ερευνητικά δεδομένα, σε εφήβους διαφόρων θρησκευμάτων, καταδεικνύουν ότι οι πιστοί προτεστάντες τείνουν να είναι πιο ευάλωτοι στην παχυσαρκία από ότι άλλες θρησκευτικές ομάδες, ανεξαρτήτως φυλής. Από τους προτεστάντες, εκείνοι που έχουν τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας είναι οι Αфро-Αμερικάνοι νέοι. Οι Εβραίοι καυκάσιας φυλής τείνουν να έχουν μικρότερα ποσοστά παχυσαρκίας συγκριτικά με άλλες θρησκείες [2]. Αναγνωρίζεται, βεβαίως η αναγκαιότητα περαιτέρω έρευνας ωστόσο σε συνδυασμό με τα στοιχεία του Πίνακα 7, όπου οι προτεστάντες έχουν τους λιγότερους θρησκευτικούς διατροφικούς περιορισμούς το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι οι διατροφικοί περιορισμοί και οι περίοδοι νηστείας επιδρούν στην διατήρηση του βάρους σε επιθυμητά επίπεδα.

4.4 Προσευχή, διαλογισμός και διαβήτης

Στο πλαίσιο της αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών, παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την επίδραση της προσευχής στην αγωγή της ασθένειας και, παράλληλα αναγνωρίζεται η σημαντικότητα θεραπευτικών πρακτικών πιο παραδοσιακών, ως συμπληρωματικές στην αγωγή. Σε έρευνα με ασθενείς που είχαν υποστεί ακρωτηριασμό, λόγω διαβήτη, διαπιστώθηκε ότι στις δεδομένες συνθήκες, η πνευματική προστασία, η σχέση με θρησκευτικές πηγές και ο δυνατός δεσμός με μία ανώτερη δύναμη, μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής, να υποστηρίξει τα άτομα και να ελαττώσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων [65]. Παρατίθεται, από την ίδια έρευνα και η άποψη ενός ασθενούς, ο οποίος είχε χάσει το πόδι του εξαιτίας του διαβήτη:

«Θεωρώ ότι το πόδι μου κόπηκε για να γνωρίσω τον Θεό, είμαι σίγουρος ότι υπάρχει μία σοφία πίσω από αυτό. Ήμουν αδύναμος στις προσευχές, αμφιταλαντευόμουν, αλλά όταν κόπηκε το πόδι μου, ένιωσα πιο κοντά στον Θεό. Ξέρω ότι ο Θεός πήρε το πόδι μου αλλά μετά από αυτό το γεγονός ένιωσα ότι ο Θεός ήθελε να με δοκιμάσει, πριν αν δεν προσευχόμουν, δεν με ενοχλούσε. Τώρα όμως, αν δεν προσευχηθώ στην ώρα μου, θα αναστατωθώ, νιώθω ότι δεν έκανα μία σημαντική εργασία, γίνομαι ανυπόμονος χωρίς λόγο...» [65]

Ωστόσο, τονίζεται ότι η προσευχή δεν ενδείκνυται για όλους τους ασθενείς καθώς η προσευχή μπορεί να λειτουργήσει επιβαρυντικά ή αποθαρρυντικά σε ασθενείς με κατάθλιψη, θυμό ή με εξαιρετικά δυνατούς πόνους. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να συνυπολογίζουν αυτές τις παραμέτρους αν προτίθενται να προτείνουν κάποιας μορφής πνευματική υποστήριξη και να μην επιλέξουν αυτή την προσέγγιση κατά τη δεδομένη στιγμή [65].

Ανεξαρτήτως της διαχείρισης των σωματικών καθημερινών συνηθειών, ο υψηλός βαθμός διαλογισμού, οι τεχνικές του καθώς και η γενικότερη βουδιστική φιλοσοφία, ενδεχομένως, να μπορούν να προσφέρουν ανακούφιση σε ασθενείς με διαβήτη. Σε μακροχρόνια έρευνα που πραγματοποιήθηκε με διαβητικούς ασθενείς, που δεν ήταν βουδιστές, και έπασχαν από κατάθλιψη, εφαρμόστηκε ομαδική θεραπεία βασισμένη στη βουδιστική φιλοσοφία⁸. Τα αποτελέσματα ήταν ιδιαίτερος ενθαρρυντικά, οι ασθενείς που ακολούθησαν αυτήν την προσέγγιση (κάποιοι με υποστήριξη φαρμακευτικής αγωγής και κάποιοι όχι)

⁸ Αναγνωρίζεται ότι αυτή η προσέγγιση μπορεί να λειτουργήσει με καλύτερα αποτελέσματα ως συμπληρωματική θεραπεία σε μακροχρόνια ασθενείς παρά να είναι κομμάτι της αρχικής παρέμβασης (Rungreangkulkij, 2011).

παρουσίασαν στο σύνολό τους βελτίωση στην εκδήλωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου [45].

4.5 Οικονομικές παράμετροι και διαβήτης

Σε όλες, σχεδόν τις ανεπτυγμένες και πλούσιες χώρες, ο διαβήτης αποτελεί την κύρια αιτία για τις καρδιαγγειακές παθήσεις, την τύφλωση, την νεφρική ανεπάρκεια και τον ακρωτηριασμό των κάτω άκρων. Συνεπώς το οικονομικό κόστος της ασθένειας κινείται σε πολύ υψηλά επίπεδα και συμπεριλαμβάνει όλες τις κοινωνικές και προσωπικές πλευρές των ασθενών. Συγκεκριμένα, είναι εκείνα που αφορούν στη αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, την μείωση της παραγωγικότητας και την ολική ανικανότητα, που μπορεί να έχει δραματικές συνέπειες στο άτομο, στην οικογένειά του και στο κοινωνικό σύνολο. Στα γενικότερα οικονομικά κόστη πρέπει να συνυπολογιστεί και το σημαντικό εκείνο κόστος, το οποίο ενέχεται στα άτομα που δεν έχουν διαγνωστεί με διαβήτη καθώς τα δυνητικά οφέλη της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας εξανεμίζονται [37].

Πριν προχωρήσουμε στις συγκεκριμένες συνθήκες διαχείρισης του διαβήτη, με οικονομικούς όρους αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με το «The Commonwealth Fund», τα συστήματα υγείας δεν ανταποκρίνονται στην κοινή πεποίθηση ότι όσο πιο πλούσια είναι μία χώρα τόσο καλύτερη θα είναι και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των συστημάτων υγείας. Αναλυτικά τα στοιχεία για τις έντεκα ανεπτυγμένες χώρες με την χαμηλότερη ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης αναφέρονται στον παρακάτω Πίνακα 8

Πίνακας 8 Οι ανεπτυγμένες χώρες και συστήματα υπηρεσιών υγείας από το καλύτερο προς το χειρότερο

Οι ανεπτυγμένες χώρες και συστήματα υγείας από το καλύτερο προς το χειρότερο		
1	Ηνωμένο Βασίλειο	Εθνικό Σύστημα Υγείας, χρηματοδοτούμενο από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας, με υψηλό επίπεδο υπηρεσιών και συντονισμένης φροντίδας
2	Ελβετία	Άμεση πρόσβαση στο ΕΣΥ ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης του ασθενούς. Οι ασθενείς και οι ανάγκες τους είναι στο επίκεντρο της πολιτικής υγείας
3	Σουηδία	Αμφιλεγόμενη θέση της καθώς σε κάποιες κατηγορίες παροχής υπηρεσιών κατατάσσεται υψηλά (π.χ. δείκτες υγείας) ενώ σε άλλους χαμηλά (π.χ. Πρόληψη επιπλοκών)
4	Αυστραλία	Αρκετά ικανοποιητικές παροχές υγείας αλλά κοντά στον μέσο όρο (καλές υπηρεσίες για τις χρόνιες παθήσεις)
5	Γερμανία	Καθολική κάλυψη της υγείας, οικονομικές από πλευράς κόστους αλλά παρατηρούνται καθυστερήσεις και μη αποτελεσματική συντονισμένη φροντίδα
6	Ολλανδία	Γρήγορη πρόσβαση, ικανή επικοινωνία με τους ασθενείς, χαμηλό κό-

		στος
7	Νέα Ζηλανδία	Συνδυασμός δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης, ωστόσο σημειώνεται υψηλό ποσοστό ιατρικών σφαλμάτων. Προβλήματα στην πρόσβαση αναλόγως της κοινωνικής τάξης και του εισοδήματος
8	Νορβηγία	Χαμηλή ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη αναφορικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφαλή και συντονισμένη φροντίδα. Υψηλό ποσοστό ιατρικών σφαλμάτων, χαμηλό επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ ιατρών-ασθενών.
9	Γαλλία	Χαμηλό επίπεδο επικοινωνίας ιατρικού προσωπικού-ασθενών. Δεν λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις και οι επιλογές των ασθενών
10	Καναδάς	Μεγάλες λίστες αναμονής για ιατρικά αποτελέσματα, κατέχει την προτελευταία θέση για το σύστημα υγειονομικής της περίθαλψης
11	ΗΠΑ	Πολύ ακριβό σύστημα περίθαλψης, κυρίως ιδιωτικό. Προβλήματα στην δίκαιη και ισότιμη μεταχείριση των ασθενών.

Πηγή: <http://www.onmed.gr/ygeia-politiki/item/317150-ta-kalytera-kai-to-xeirotera-systimata-ygeias-ton-11-pio-ploysion-xoron>

Τα κόστη για την αντιμετώπιση του διαβήτη είναι τεράστια, σε παγκόσμιο επίπεδο, υπολογίζεται ότι το 2010 το κόστος είχε ανέλθει στα \$376 δισεκατομμύρια δολάρια, το οποίο αντιστοιχεί στο 12% των δαπανών για την υγεία. Κατά μέσο όρο, για κάθε άτομο που πάσχει από διαβήτη η δαπάνη ανέρχεται στα \$1330, η οποία μπορεί να διαφοροποιηθεί σε μεγάλο βαθμό αναλόγως της περιοχής. Το 80% των χωρών δαπανούν το 5-13% των εθνικών πόρων για την υγεία για την κάλυψη των αναγκών που προκύπτουν λόγω του διαβήτη. Συνεπώς, το βάρος για τα εθνικά συστήματα υγείας είναι μεγάλο και η ένταση των προσπαθειών πρόληψης καθίστανται επιτακτικές προς όφελος των δαπανών αλλά και της συνολικότερης ποιότητας ζωής [85].

Τα διαφορετικά μεγέθη δαπανών για την υγεία αντανακλούν τις γενικότερες κοινωνικοοικονομικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών του παγκόσμιου χάρτη (καθώς επίσης και κατά περιοχή και κατά ηλικιακή ομάδα). Οι ποικίλες πληθυσμιακές συνθέσεις (μεγέθους και εθνοτήτων), ο επιπολασμός του διαβήτη, και κυρίως τα επίπεδα των δαπανών για την υγεία, συνθέτουν αυτή τη διαφορετικότητα. Οι προβλέψεις δείχνουν ότι οι απαιτούμενοι πόροι για τον διαβήτη θα αυξηθούν αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι έως το 2030 ο παγκόσμιος πληθυσμός θα αυξηθεί κατά 28,6% για τις ηλικίες 20-79 ετών. Οι οικονομικά πλουσιότερες χώρες δαπανούν το 90% των παγκόσμιων πόρων που διατίθενται για τον διαβήτη. Μόνο οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής δαπανούν πάνω από το 50% του γενικότερου κόστους για τον διαβήτη. Αντιθέτως, λιγότερο από το 10% των παγκόσμιων πόρων δαπανώνται στις χώρες με χαμηλά-μεσαία εισοδήματα όπου και διαμένει το 70%

των ατόμων με διαβήτη. Στην Ινδία, συγκεκριμένα όπου κατοικεί η πλειονότητα των διαβητικών δαπανάται για την ασθένεια το 1% του παγκόσμιου συνόλου [85].

Τα άτομα με χρόνιες παθήσεις, όπως είναι ο διαβήτης, είναι ιδιαιτέρως ευάλωτα στην επιδείνωση της υγείας τους αν δεν ακολουθείται η κατάλληλη δίαιτα. Επομένως, πρέπει σε οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή να συνυπολογίζονται η διαθεσιμότητα της τροφής (availability) η προσβασιμότητα (accessibility) της κατάλληλης διατροφικής ποικιλίας, από ανθρώπους με διαβήτη και η αποδοχή (acceptability) της, καθώς τα παραπάνω αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της τροφής. Οι χρονικοί και οικονομικοί περιορισμοί επιδρούν άμεσα στην διαθεσιμότητα και στην προσβασιμότητα της τροφής και, συνεπώς, επιδρούν στις αποφάσεις των καταναλωτών. Αν η επιθυμητή τροφή δεν είναι διαθέσιμη στην περιοχή, θα πρέπει να επενδυθεί χρόνος στην μεταφορά για την προμήθεια της για να την αποκτήσει, αυξάνοντας έτσι το γενικότερο κόστος της. Η καταναλωτική επιλογή σε αυτές τις περιπτώσεις, βασίζεται στο κόστος χρόνου, στα οφέλη που αναμένονται από αυτήν, την διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα των συναφών υποκατάστατων, και τα οφέλη που αναμένονται από αυτά τα υποκατάστατα. Αν, από την άλλη πλευρά, κάποια διατροφική επιλογή είναι διαθέσιμη αλλά το κόστος είναι απαγορευτικό σε κάποιο δεδομένο προϋπολογισμό και με τον συνυπολογισμό των άλλων διατροφικών και μη διατροφικών καταναλωτικών αγαθών, τότε δεν θα προβεί κάποιος στην απόκτησή της [51].

Οι καταναλωτικές επιλογές επηρεάζονται, επίσης, από την αποδοχή τους από τον καταναλωτή. Η αποδοχή επηρεάζει και το βαθμό στο οποίο κάτι θα είναι και ωφέλιμο. Μία τροφή μπορεί να είναι διαθέσιμη και προσβάσιμη αλλά αν δεν είναι επωφελής ή προσφέρει μόνο αρνητικά οφέλη, η καταναλωτική επιλογή θα στραφεί σε κάποιο υποκατάστατο το οποίο, ενδεχομένως, να κοστίζει περισσότερα χρήματα ή/και χρόνο. Η αποδοχή, συνεπώς, επηρεάζει και τον προϋπολογισμό και τον χρόνο της τροφής [51]. Οι παραπάνω τρεις παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στις διατροφικές επιλογές και στην επίδραση που μπορούν να ασκήσουν στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η ποιότητα της διατροφής, βασίζεται μόνο εν μέρει σε εκτιμήσεις αναφορικά με την υγεία και περισσότερο σε άλλα χαρακτηριστικά όπως η γεύση, η ανακούφιση από το αίσθημα της πείνας και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά της τροφής. Όταν συνδυαστούν αυτά τα χαρακτηριστικά διαμορφώνουν τις διατροφικές επιλογές που μεγιστοποιούν τα οφέλη, δεδομένων των χρο-

νικών και οικονομικών περιορισμών. Αναλόγως με τις ατομικές προτιμήσεις και τους περιορισμούς, μία δίαιτα μπορεί να κυμαίνεται από πολύ καλή έως πολύ φτωχή [51].

Η ασυμφωνία μεταξύ των χωρών αναφορικά με τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων με διαβήτη οι οποίες δαπανούν μικρότερα ποσά για την υγεία και των χωρών με μικρότερο αριθμό διαβητικών αλλά υψηλότερους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους για τα συστήματα υγείας, υπογραμμίζει και το γεγονός ότι οι δαπάνες για την πρόληψη δεν αποτελούν πρωταρχικό στόχο, αν και αποτελούν ανάγκη. Ένα δυσανάλογο ποσοστό των παγκόσμιων πόρων διατίθεται στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (>65 ετών), εξαιτίας του υψηλότερου επιπολασμού του διαβήτη και των υψηλότερων ποσοστών των επιπλοκών λόγω διαβήτη στα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας. Σε αυτό συντελεί και το γεγονός ότι στις χώρες με το υψηλότερο κατά κεφαλή εισόδημα, όπως οι ΗΠΑ και η Ιαπωνία, παρατηρείται γήρανση του πληθυσμού τους, παράγοντας που, σύμφωνα με τα ανωτέρω, επιδρά στην αύξηση του κόστους [85].

Οι 20 αναπτυσσόμενες χώρες με τα χαμηλότερα διαθέσιμα κονδύλια για την υγεία, έχουν, παράλληλα και το 80% του πληθυσμού και διαθέτουν λιγότερα από \$50 ανά άτομο το έτος, για την διαχείριση του διαβήτη και τις συνακόλουθες επιπλοκές. Δαπάνες αυτού του μεγέθους δεν επαρκούν ούτε για την κάλυψη του κόστους για τη δια στόματος φαρμακευτική αγωγή για την υπεργλυκαιμία [85].

5. ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

5.1 Ορισμός του διαβητικού ποδιού

Μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές του διαβήτη είναι ο ακρωτηριασμός των κάτω άκρων (lower extremity amputation), με ιδιαίτερη συχνότητα στο σύνολο των ασθενών. Τα πραγματικά περιστατικά των ακρωτηριασμών, ειδικά σε σχέση με τον διαβήτη, είναι δύσκολο να υπολογιστεί και ποικίλουν αναλόγως της περιοχής, της εθνοτικής ομάδας, της ηλικίας, του φύλου και των τοπικών διαθέσιμων πόρων [15]. Αξιοσημείωτο, όπως και ιδιαίτερος ανησυχητικό, είναι το γεγονός ότι κάθε 30 δευτερόλεπτα ακρωτηριάζεται ένα πόδι κάπου στο κόσμο εξαιτίας του διαβήτη. Από τους ακρωτηριασμούς το 40-70% σχετίζονται με τον διαβήτη ενώ στο 85% των ακρωτηριασμών είχαν ως προάγγελο τις εξελκώσεις του ποδιού [40]. Τα στοιχεία αυτά, καθώς και οι ανωτέρω προγνώσεις για την εξάπλωση του διαβήτη θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη και να προβληματίσουν τους ασθενείς, το

ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και αυτούς που εμπλέκονται στην λήψη αποφάσεων σχετικών με τις πρακτικές υγείας.

Οι βλαπτικές επιπτώσεις του διαβήτη εντοπίζονται σε διάφορα σημεία του ανθρωπίνου σώματος (καρδιά, αιμοφόρα αγγεία, μάτια, νεφρούς και νεύρα). Συγκεκριμένα, οι περιοχές που σχετίζονται με τις επιπλοκές των ποδιών εστιάζονται στα αιμοφόρα αγγεία (αγγειοπάθεια) και στα νεύρα (νευροπάθεια). Το αγγειοπαθές/ισχαιμικό πόδι έχει ως χαρακτηριστικά: είναι συνεχώς κρύο, υπάρχει έντονο άλγος, το χρώμα του είναι ερυθρό και παρατηρείται η παρουσία τύλων (κάλων) χωρίς, σε πολλές περιπτώσεις, την παρουσία σφυγμού στο πόδι⁹. Όταν ο ασθενής δεν έχει επαρκή διαβητικό έλεγχο, τότε συχνή μορφή στο πόδι είναι η νευροπάθεια [22, 95]. Η νευροπάθεια ενέχει διάφορες μορφές, Πίνακας 9.

Πίνακας 9. Το Νευροπαθητικό Πόδι

Νευροπαθητικό Πόδι	
Αισθητική	Μπορεί να προκαλέσει μειωμένη αίσθηση στα πόδια που οδηγεί σε τραύμα το οποίο να μην γίνεται αντιληπτό από τον ασθενή και σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα να προχωρήσει σε σοβαρή λοίμωξη ακόμη και οστεομυελίτιδα.
Οξεία Επώδυνη Νευροπάθεια	Αρχίζει σε οποιοδήποτε στάδιο του Διαβήτη, μερικές φορές το πρώτο χρόνο μετά την έναρξη της ινσουλίνης η μπορεί να είναι το πρώτο στάδιο στο διαβήτη Τύπου 2. Ο πόνος στα πόδια προκαλεί εξαιρετική δυσφορία επειδή είναι παρατεταμένος και δεν υφίσταται. Εμφανίζονται συνεχείς καυσαλγίες, παραισθήσεις, διαξιφιστικοί πόνοι, αλλά το χαρακτηριστικότερο σύμπτωμα είναι μια δερματική υπερευαισθησία (αλλοδυνία) που οδηγεί σε οξεία δυσφορία κατά την επαφή των ποδιών με τα ρούχα και τα κλινοσκεπάσματα.
Αυτόνομη Νευροπάθεια	Είναι μια νευρική διαταραχή που επηρεάζει ακούσιες λειτουργίες του σώματος, συμπεριλαμβανομένων του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης, της εφίδρωσης και της πέψης. Αυτή η βλάβη εμποδίζει τα σήματα μεταξύ του εγκεφάλου και τμήματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως η καρδιά, τα αιμοφόρα αγγεία και τους ιδρωτοποιούς αδένες. Στα πόδια παρατηρούνται αλλαγές στην ποιότητα του δέρματος με ξηροδερμία, απώλεια της ποιότητας των νυχιών λόγω αλλοίωσης του μηχανισμού εφίδρωσης, έ-

⁹ Προκειμένου να παραπεμφθεί ο ασθενής για περαιτέρω αξιολόγηση της κατάστασης του και να τεθεί σε θεραπευτική αγωγή θα πρέπει να κνημοβραχιόνιο δείκτη πίεσης με τη χρήση υπερηχοτομογραφίας Doppler, ο δείκτης πίεσης πρέπει να είναι <0,9 (Παγκύπριος Διαβητικός Σύνδεσμος).

	ντονο σφυγμό, αύξηση της θερμοκρασίας και υπεραιμία.
Κινητική Νευροπάθεια	Παρατηρείται αδυναμία της λειτουργίας των μυών και τενόντων στα πόδια, με αποτέλεσμα τη δυσμορφία των δακτύλων (σφυροδακτυλία), υψηλό επιμήκης τόξο (κοιλοποδία) και δυσκαμψία. Αυτές οι παραμορφώσεις οδηγούν στην αλλαγή της λειτουργικότητας του ποδιού με αποτέλεσμα την αύξηση των πελματιαίων πιέσεων κατά το κύκλο βάδισης σε συγκεκριμένα σημεία του πέλματος, όπως η βάση του μεταταρσίου και η εγγύς φάλαγγα του μεγάλου δακτύλου, όπου πολύ συχνά παρατηρούνται εξελκώσεις.

Πηγή: <http://www.diabetes.org.cy/> (προσπέλαση 4/1/2014) (μορφοποιημένος)

Αναφορικά με την επικινδυνότητα, βάση των αποτελεσμάτων εξέτασης, το διαβητικό πόδι μπορεί να ταξινομηθεί ως εξής:

- (α) Πόδι Χαμηλού τωρινού Κινδύνου (φυσιολογική αισθητικότητα, ψηλαφητοί σφυγμοί)
- (β) Πόδι σε Κίνδυνο (Νευροπάθεια, απόντες σφυγμοί ή κάλλος ή σχισμοί δέρματος)
- (γ) Πόδι σε Υψηλό Κίνδυνο (παραμόρφωση από ισχαιμία, ιστορικό εξέλκωσης ή ακρωτηριασμού) [95].

Οι ακρωτηριασμοί χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: στους μείζονες (major) και στους ελάσσονες (minor). Οι ελάσσονες ακρωτηριασμοί αφορούν στην αφαίρεση μόνο ενός δακτύλου ή ενός μέρους του πέλματος ενώ οι μείζονες στην αφαίρεση ενός μέρους του ποδιού, συνήθως πάνω από το γόνατο ή κάτω από το γόνατο. Σε σπάνιες περιπτώσεις, κυρίως σε διαβητικούς ασθενείς εφαρμόζεται ο ακρωτηριασμός του πέλματος στο ύψος της άρθρωσης του αστραγάλου (Symes amputation). Παλαιότερα, ο ακρωτηριασμός στην άρθρωση του γονάτου ήταν συχνότερος ενώ σήμερα επιλέγονται οι μείζονες ακρωτηριασμοί άνω ή κάτω του γονάτου¹⁰.

Έχει αναγνωρισθεί ότι ένας επιτυχημένος ακρωτηριασμός και μία επιτυχημένη αποκατάσταση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Είναι πιο ωφέλιμο και χρηστικό για τον ασθενή να έχει ένα πόδι, με κάποια δυσμορφία, μετά από έναν ελάσσονα ακρωτηριασμό παρά ένα ακρωτηριασμένο πόδι. Συνεπώς, πριν την επέμβαση πρέπει να έχει εφαρμοστεί το σύνολο των προσπαθειών για τη σωτηρία του ποδιού [49]. Αν ο

¹⁰ Οι πληροφορίες αντλήθηκαν από τον ιστότοπο: Amputation and amputation surgery (2013), διαθέσιμο στο <http://www.vascular.co.nz/Amputation%20surgery.htm> (προσπέλαση 13/7/2014).

μείζων ακρωτηριασμός είναι αναπόφευκτος, τότε η προτιμότερη επιλογή είναι κάτω του γονάτου, η οποία προσφέρει στον ασθενή τις βέλτιστες δυνατότητες ώστε να παραμείνει κινητικός και λειτουργικός μετεγχειρητικά [8].

Πίνακας 10 Τρόπος ταξινόμησης των ελκών ποδιού κατά Meggitt–Wagner

Επίπεδο	Περιγραφή ελκών
Μηδέν	Μόνο συμπτώματα, όπως ο πόνος
Ένα	Επιφανειακά έλκη
Δύο	Βαθιά έλκη
Τρία	Έλκη που φτάνουν έως το οστό
Τέσσερα	Γάγγραινα στο πρόσθιο τμήμα του άκρου
Πέντε	Γάγγραινα σε όλο το πόδι

Πηγή: Jain 2012, διαθέσιμο στο <http://jdfc.org/wp-content/uploads/2012/01/v4-i1-a1.pdf>

5.2 Συμπτωματολογία και διαγνωστικές εξετάσεις

Το σημαντικότερο κλινικό σύμπτωμα για τα κάτω άκρα είναι η απώλεια της αίσθησης, για την οποία ο ασθενής μπορεί να μην έχει επίγνωση ή μπορεί να περιγραφεί ως αίσθηση νεκρού άκρου (asleep numbness) ή ως «νεκρή αίσθηση» (dead feeling). Ωστόσο, υπάρχουν μαρτυρίες που έχουν περιγράψει την εμπειρία ως μία προοδευτική πορεία δυσάρεστων αισθητηριακών συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένου του μυρμηγκιάσματος (tingling), του καυτού πόνου, πόνων κατά μήκος του ποδιού (σαν ηλεκτροσόκ), lancinating pains (μαχαιριές), πόνων που προκαλούνται από την επαφή με ρούχα (allodynia). Οι πόνοι κατά τη διάρκεια του περπατήματος, συχνά, περιγράφονται ως «ξυπόλυτο περπάτημα σε μάρμαρα» ή «ξυπόλυτο περπάτημα σε καυτή άμμο ή σε σπασμένα γυαλιά», αισθήσεις καυτού ή κρύου στα πέλματα και συνεχές αίσθημα άλγους στα πέλματα και κράμπες στις γάμπες. Μερικές φορές ο πόνος μπορεί να επεκταθεί και πάνω από τις γάμπες σε ολόκληρο το πόδι και σε αυτές τις περιπτώσεις, συνήθως, παρατηρείται και ένα ευρύ φάσμα της σοβαρότητας αυτών των συμπτωμάτων, κάποια μπορεί να προκαλούν ελάχιστα παράπονα complaints (όπως το μυρμηγκιασμα σε ένα ή δύο δάχτυλα) ενώ άλλες ανεπανόρθωτες επιπλοκές, όπως η σοβαρή επώδυνη νευροπάθεια που δεν αποκρίνεται στην φαρμακευτική αγωγή [12, 73].

Η διάγνωση των ελκών βασίζεται, πέραν των εργαστηριακών δεδομένων, σε μεγάλο βαθμό στην κλινική κρίση. Οι αγγειοχειρουργοί, συχνά, αντιμετωπίζουν σοβαρούς προβληματισμούς προκειμένου να αποφασίσουν ποιοι από τους ασθενείς στο τελικό στά-

διο περιφερειακών αρτηριακών ασθενειών είναι κατάλληλοι για ακρωτηριασμό και θα ωφεληθούν περισσότερο από τη διαδικασία. Δεδομένου ότι οι ακρωτηριασμοί των κάτω άκρων είναι μία νοσηρή επέμβαση η οποία σχετίζεται με πενιχρά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, οι χειρουργοί πρέπει να επιδεικνύουν ιδιαίτερη προσοχή για την επιλογή του κατάλληλου υποψηφίου [51]. Οι παράγοντες κινδύνου πρέπει να καθοριστούν από την πρώτη επίσκεψη και να εκτιμηθεί η κατάσταση των αγγείων και το επίπεδο νευροπάθειας. Το βάθος των χρόνιων ελκών είναι το σημαντικό κριτήριο, προγνωστικά, συγκριτικά με άλλα όπως το μέγεθος, ο αριθμός και η διάρκεια. Σημειώνεται, ότι δεν πρέπει να αναμένονται «θαύματα» αναφορικά με τα αποτελέσματα ακόμη και αν χρησιμοποιηθούν καινοτόμες πρακτικές αγωγής (π.χ. αυξητικοί παράγοντες ή βλαστοκύτταρα). Η επίδεση, η οποία πρέπει να γίνεται αφού αφαιρεθούν οι νεκροί ιστοί και παροχευτούν οι μολυσμένες εκκρίσεις, βοηθάει στην καλύτερη δημιουργία κοκκιώδους στρώματος granulation [49].

Οι απεικονιστικές διαγνωστικές εξετάσεις που αφορούν στον εντοπισμό βλαβών στο διαβητικό πόδι είναι οι εξής:

1. Η απλή ακτινογραφία, η οποία αν και είναι οικονομικά συμφέρουσα μέθοδος έχει χαμηλή ευαισθησία για το διαβητικό πόδι. Δεν επαρκεί για την εξέταση της πρόιμης οστεοτίτιδας και οστεοαρθροπάθειας, επίσης για τις περιπτώσεις που δεν παρουσιάζεται παραμόρφωση ή κάταγμα.
2. Η υπερηχοτομογραφία
3. Το σπινθηρογράφημα οστικό και φλεγμονής
4. Η υπολογιστική τομογραφία
5. Η μαγνητική τομογραφία [93].

Ο έλεγχος του διαβητικού σταδίου και των μολύνσεων είναι πολύ σημαντικός για την έκβαση της θεραπείας. Όταν ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο τα έλκη είναι ήδη βαθιά, η λοίμωξη έχει επεκταθεί και μπορεί να είναι αδύνατον να επωφεληθεί από την αγγειακή ανακατασκευή, εντούτοις οι μείζονες ακρωτηριασμοί ενδέχεται να αποφευχθούν [49].

Η απόφαση για ακρωτηριασμό επηρεάζεται από τοπικές, εν μέρει υποκειμενικές πρακτικές ή πεποιθήσεις. Ιδιαίτερα στα τελευταία στάδια της ζωής, οι ασθενείς και οι ιατροί ενδέχεται να επιλέξουν συντηρητική, παρηγορητική θεραπεία του πόνου και των μολύνσεων. Αντιστρόφως, ο ακρωτηριασμός μπορεί να αποτελέσει μέρος μίας παρηγορητι-

κής προσέγγισης, ο οποίος βελτιώνει τα συμπτώματα του ασθενούς (π.χ. τον ισχαιμικό πόνο) και απλοποιεί την φροντίδα [15].

5.3 Επιδημιολογικά στοιχεία του διαβητικού ποδιού

Τα έλκη, οι λοιμώξεις, οι γάγγραινες και οι ακρωτηριασμοί στα πόδια, είναι παγκοσμίως γνωστές επιπλοκές για τα διαβητικά άτομα. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι 15-25% των ατόμων με διαβήτη θα αναπτύξουν εξέλκωση στα πόδια τους και από αυτούς ένα 85% θα προχωρήσει σε ακρωτηριασμό. Δεν έχουν καταγραφεί σημαντικές διαφορές μεταξύ των ακρωτηριασμών σε αριστερό και δεξί άκρο [25]. Υπάρχουν φυλετικές διαφορές αναφορικά με τα ποσοστά ακρωτηριασμού λόγω διαβήτη, σε μειονοτικούς πληθυσμούς στην Ευρώπη. Σε ευρείας κλίμακας έρευνα που μελέτησε τους ακρωτηριασμούς σε ασιατικούς και Αφρο-Καραϊβικούς πληθυσμούς στο Ηνωμένο Βασίλειο, κατέδειξε πολύ σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα, οι ασιατικοί πληθυσμοί (της Νότιας Ασίας), παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό ακρωτηριασμού, κατά τρεις φορές μάλιστα, σε σχέση με τους καυκάσιους πληθυσμούς. Αυτά τα χαμηλότερα ποσοστά ήταν ίδια σε άντρες και γυναίκες και δεν επηρεάζονται από την ηλικία. Πολύ χαμηλότερα ποσοστά είχαν και στις νευροπάθειες και στη χρήση της ινσουλίνης, γεγονότα που μείωναν ακόμη περισσότερο τις πιθανότητες μελλοντικού ακρωτηριασμού. Οι Αφρο-Καραϊβικοί πληθυσμοί παρουσιάζουν, επίσης, πολύ μικρή συχνότητα, κατά το ήμισυ σε σχέση με τους καυκάσιους πληθυσμούς [1].

Οι μεγαλύτερες προκλήσεις για τους ακρωτηριασμούς εντοπίζονται στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου οι πόροι για την υγεία είναι μειωμένοι και η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών εμφανίζονται και ζητούν βοήθεια στις εγκαταστάσεις υγείας όταν πλέον έχουν αναπτύξει εκτεταμένα έλκη στα πόδια. Στις χώρες του τρίτου κόσμου οι γυναίκες δεν επιτρέπεται να ακολουθήσουν το ίδιο υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης όπως οι άντρες συμπατριώτες τους, συνεπώς γνωρίζουν λιγότερα για τον σακχαρώδη διαβήτη και τις επιπτώσεις τους [55].

Σε χώρες της Μέσης Ανατολής (στο Ιράν συγκεκριμένα) οι ασθενείς αντιμετωπίζουν εκτεταμένο κίνδυνο ακρωτηριασμού. Τα έλκη που παρουσιάζουν οι ασθενείς μπορεί να έχουν τύχει μη κατάλληλης απολύμανσης και δεσίματος είτε τα φρόντισαν οι ίδιοι, ή σε κάποιες περιπτώσεις χωρίς καμία απολύτως μέριμνα. Η ποιότητα της πρώιμης φροντίδας των ελκών είναι καθοριστική για την μετέπειτα πορεία τους. Το ποσοστό των γυναικών που παρουσιάζει έλκη είναι μεγαλύτερο από ότι των ανδρών. Αυτό μπορεί να αποδοθεί

στα συγκεκριμένα πολιτιστικά χαρακτηριστικά της περιοχής, όπως την ενασχόληση των γυναικών με αγροτικές εργασίες και την εκτροφή των ζώων. Επίσης, οι γυναίκες άνω των 50 έχουν πολύ μικρότερη γνώση για την φροντίδα των ποδιών. Μία πολύ σημαντική παράμετρος στην αντιμετώπιση των ασθενών σε αυτές τις περιοχές της Μαντζαρίας είναι η γεωγραφική κατανομή, καθώς τα νοσοκομεία στα οποία γίνεται η παραπομπή τους εξυπηρετούν τεράστιους αριθμούς ασθενών (στην συγκεκριμένη έρευνα περισσότερο από 1.5 εκ. ατόμων). Επιπλέον, τα άτομα όταν προσέρχονται στο νοσοκομείο έχουν τέτοιας έκτασης έλκη και γάγγραινα ώστε το πόδι δεν μπορεί πλέον να σωθεί [55].

Η γενικότερη μείωση των ποσοστών ακρωτηριασμού σε κάποιες χώρες του δυτικού κόσμου, αντανακλά μία πιο επιθετική προσέγγιση στις περιφερειακές αγγειακές νόσους και προληπτικές χειρουργικές παρεμβάσεις. Σημαντικά στοιχεία αυτής της μείωσης είναι ο καλύτερος έλεγχος των προδιαθεσιακών παραγόντων κινδύνου, συμπεριλαμβανομένων του αυστηρότερου ελέγχου της αρτηριακής πίεσης, των διατροφικών παραγόντων, της μείωσης του καπνίσματος και του αλκοόλ. Ο αυξητικός ρυθμός των ακρωτηριασμών σε άτομα με διαβήτη Τύπου 2 ενδέχεται να αντανακλά την άνοδο του επιπολασμού αλλά και την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, με την έννοια ότι πλέον επιβιώνουν άτομα που παλαιότερα θα είχαν πεθάνει από μολυσμένα έλκη. Επιπλέον, τα άτομα με διαβήτη Τύπου 1 είναι πιθανότερο να προσφεύγουν σε εξειδικευμένα κέντρα και έτσι να ελέγχουν αποτελεσματικότερα τους παράγοντες κινδύνου και το διαβητικό πόδι. Θεραπευτικές αγωγές που δέχονται τα άτομα με διαβήτη Τύπου 2 δεν είναι τόσο επιθετικές όσο εκείνες του Τύπου 1 [59].

5.4 Παράγοντες κινδύνου

Όπως ήδη έχει αναφερθεί οι αιτίες για την εκδήλωση και την αύξηση του διαβήτη δεν έχουν καθοριστεί με απόλυτο τρόπο. Ωστόσο, ως παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την αύξηση του Τύπου 1, είναι η αύξηση των κινδύνων από τις περιβαλλοντικές αλλαγές, τα πρώιμα ενδομήτρια γεγονότα, το είδος της διατροφής νωρίς στη ζωή καθώς και οι ιογενείς λοιμώξεις. Οι αυξητικές τάσεις για τον διαβήτη Τύπου 2 συνδέονται περισσότερο με την ραγδαία οικονομική ανάπτυξη, την διαρκώς αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού, τους ρυθμούς ανόδου της αστικοποίησης, τις διατροφικές αλλαγές, την μειωμένη σωματική δραστηριότητα, με λίγα λόγια τις αλλαγές στον τρόπο ζωής των σύγχρονων κοινωνιών [37].

Παρά την ασάφεια στην αιτιολογία, για τον διαβήτη Τύπου 2 ενοχοποιούνται παράγοντες όπως η παχυσαρκία, η κακή διατροφή, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, η αύξηση της ηλικίας, το οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, η εθνικότητα και, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω τα υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (τόσο για το έμβρυο όσο και για την εγκυμονούσα) [37].

Παρότι η πορεία της ανάπτυξης των ελκών στο επίπεδο του ακρωτηριασμού αποτελείται από πολλούς παράγοντες, η τριάδα που ενοχοποιείται για περισσότερες από το 50% των περιπτώσεων είναι: η νευροπάθεια, τα ελάσσονα τραύματα του πέλματος και η δυσμορφία του πέλματος, ενώ λιγότερο οι άνισες πελματιαίες πιέσεις, οι δυσκαμψίες και η μειωμένη ικανότητα για επούλωση των πληγών [49]. Συνοπτικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

Πίνακας 11. Οι κύριες υποκείμενες αιτίες έλκους και λοίμωξης στα πόδια ατόμων με διαβήτη

Τριβή σε παπούτσια με ανεπαρκή εφαρμογή ή σε νέα παπούτσια
Μολύνσεις ούχων
Έμπλαστρα τύλων
Εγκαύματα (υπερβολικά καυτό λουτρό, μπουκάλι καυτού ύδατος, καυτές θερμαντικές συσκευές, καυτή άμμος στις διακοπές)
Τραυματισμοί ποδιών (περπάτημα με γυμνό πόδι)
Αποθεραπευμένος τύλος (προσπάθεια ασθενή για αφαίρεση του κάλου από μόνος του είναι επικίνδυνο, επειδή συνήθως μολύνονται και μπορεί να προκαλέσουν νέκρωση)
Μη θεραπευόμενος τύλος (μπορεί να προκαλέσει πληγή κάτω από το κάλο, και να μην είναι ορατό από τον ασθενή)
Μακροχρόνια τριβή της πτέρνας στο κρεβάτι από κατακεκλιμένους ασθενείς σε νοσοκομεία
Παραμορφώσεις του άκρου ποδός, όπως σφυροδακτυλία, γαμψοδακτυλία, κοίλοποδία, δυσκαμψία του μεγάλου δακτύλου, υπερκερατώσεις, τύλοι, προπέτεια των κεφαλών των μεταταρσίων, εξόστωση του 1ου μεταταρσίου, παραμορφώσεις από προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση.

Πηγή: Παγκύπριος Διαβητικός Σύνδεσμος (προσπέλαση 4/1/2014) και ΕΔΕ 2013 (μορφοποιημένος)

Η μείωση στα προβλήματα του νευροπαθητικού ποδιού μπορεί να επιτευχθεί μόνο αν λαμβάνεται συνεχώς υπόψη από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας το γεγονός ότι οι ασθενείς με ασθενή πόδια έχουν χάσει τα προειδοποιητικά σήματα πόνου τα οποία σε κανονικές συνθήκες οδηγούν τους ασθενείς στους γιατρούς. Η ταυτοποίηση και η φροντίδα ενός ασθενούς που δεν έχει αίσθηση του πόνου αποτελεί μία πρόκληση, ειδικά σε όσους εί-

ναι νεοεισερχόμενοι στα επαγγέλματα υγείας ή έχουν ελάχιστη επιμόρφωση. Οι παράγοντες που επιδρούν στην αύξηση του κινδύνου για ακρωτηριασμό έχουν μελετηθεί αρκετά και παρουσιάζονται στον Πίνακα. Ο Boulton (2010) εφιστά την προσοχή ιδιαίτερος στην έλλειψη κατανόησης κάποιων γιατρών ή νοσηλευτών αναφορικά με τα αίτια που οδηγούν έξυπνους ασθενείς να αγοράσουν παπούτσια αρκετά νούμερα μικρότερα και φτάσουν σε κάποιο νοσοκομείο έχοντας εκτεταμένα έλκη που προκλήθηκαν από τα παπούτσια. Η εξήγηση που παραθέτει είναι ότι λόγω της μειωμένης αίσθησης η πολύ στενή εφαρμογή ενεργοποιεί τις εναπομείνουσες νευρικές απολήξεις και το άτομο το ερμηνεύει ως κανονική εφαρμογή. Το κοινό παράπονο των ασθενών όταν φοράνε παπούτσια που δημιουργήθηκαν για αυτούς είναι ότι «αυτά τα παπούτσια είναι πολύ χαλαρά».

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι το φάσμα της σοβαρότητας των συμπτωμάτων μπορεί να εκτείνεται από την βίωση σοβαρού πόνου έως την έλλειψη αυθόρμητων συμπτωμάτων, πάντως όλοι οι ασθενείς μπορεί να υποφέρουν από σημαντική έλλειψη αίσθησης κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης. Η ομάδα ασθενών που αποτελούν την μεγαλύτερη πρόκληση είναι εκείνη που αναπτύσσουν την έλλειψη συμπτωμάτων χωρίς, όμως, ιστορικό συμπτωμάτων. Είναι, συχνά, δύσκολο να πειστούν ότι κινδυνεύουν με ακρωτηριασμό επειδή δεν αισθάνονται καμία δυσφορία και η κινητοποίηση ώστε να επιδείξουν κανονική φροντίδα για το πόδι είναι δύσκολη [12].

Πίνακας 12. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ακρωτηριασμού

Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ακρωτηριασμού [12]
<ul style="list-style-type: none"> ● Περιφερειακή νευροπάθεια – Σωματική – Αυτόνομη
<ul style="list-style-type: none"> ● Περιφερειακή αγγειακή νόσος
<ul style="list-style-type: none"> ● Πρότερο ιστορικό διαβητικού έλκους κάτω άκρου
<ul style="list-style-type: none"> ● Λοιπές μακροπρόθεσμες επιπλοκές – τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια – Απώλεια όρασης
<ul style="list-style-type: none"> ● Τύλος πέλματος
<ul style="list-style-type: none"> ● Παραμόρφωση ποδιού
<ul style="list-style-type: none"> ● Οίδημα
<ul style="list-style-type: none"> ● Εθνικότητα
<ul style="list-style-type: none"> ● Φτωχό κοινωνικό υπόβαθρο

Οι ακρωτηριασμοί είναι οι συνέπειες επαναλαμβανομένων μικρότερων ελκών/τραυματισμών που προκαλούνται από την πίεση των υποδημάτων σε ένα δύσμορφο πόδι, έτσι η πρόληψη της διαμόρφωσης ελκών πρέπει να ξεκινά με την προστασία των ση-

μείων που πιέζονται. Η αποφόρτιση των σημείων επαφής και η τροποποίησή τους είναι αποτελεσματικοί μηχανισμοί για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ελκών. Στο πλαίσιο των παγκοσμίων διαστάσεων που έχει λάβει το διαβητικό πόδι, ως μείζον πρόβλημα των συστημάτων υγείας, η προσέγγισή του πρέπει να είναι ολιστική, λαμβάνοντας υπόψη και τους κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες των διαβητικών, ώστε να προκύψουν τα βέλτιστα αποτελέσματα [49].

5.5 Ψυχολογικές παράμετροι των ατόμων μετά τον ακρωτηριασμό

Ο ακρωτηριασμός βιώνεται από τον ασθενή ως μεγάλη απώλεια, παρόμοια με το θάνατο ενός πολύ οικείου ατόμου, και ακολουθεί ένα διάστημα προσαρμογής και αποκατάστασης που με ποικίλους τρόπους και διαφορετικά αποτελέσματα, κατά περίπτωση. Οι αντιδράσεις παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία ως προς τη μορφή και την ένταση. Στα πρώιμα στάδια εκδηλώνεται με δυσπιστία, φόβο και πανικό, θυμό και οργή, θλίψη και απογοήτευση. Σε μεταγενέστερα στάδια τα συναισθήματα παίρνουν τη μορφή κατάθλιψης και άγχους. Η διάρκεια αυτών των σταδίων είναι πολύ σημαντική, συνήθως υποχωρούν ένα χρόνο μετά τον ακρωτηριασμό [70].

Σημαντικοί παράγοντες, αλλά όχι οι μοναδικοί, οι οποίοι συντελούν στην ανάπτυξη ψυχολογικών παρενεργειών, μετά τον ακρωτηριασμό, είναι η μειωμένη αυτό-εκτίμηση, η παραμορφωμένη σωματική εικόνα και αυξημένη εξάρτηση. Έρευνες έχουν καταδείξει ότι περίπου το 25% των ατόμων που έχουν υποστεί ακρωτηριασμό αναπτύσσουν και κατάθλιψη κατά το πρώτο έτος μετά την επέμβαση. Η κατάθλιψη ελλοχεύει και σε προηγούμενα στάδια καθώς και ασθενείς με έλκη που δεν θεραπεύονται είναι πολύ πιθανόν να εκδηλώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα [49]. Ωστόσο, η ίδια η αντίληψη του ατόμου για την αναπηρία καθορίζει και την ένταση των αντιδράσεων [70].

Η προσωπικότητα του ατόμου επιδρά σε σημαντικό βαθμό, στο ποσοστό που θα ανταποκριθεί το άτομο και θα ανακάμψει όπως και οι ψυχολογικές παρεμβάσεις, αυξάνουν την αυτο-αποτελεσματικότητα και μειώνουν το άγχος. Μία παράμετρος που θα πρέπει να αναφερθεί και να συζητηθεί με τον ασθενή, προκειμένου να ανιχνευτούν οι πεποιθήσεις του είναι το κατά πόσο είναι διατεθειμένος να επιλέξει κάποιο πρόσθετο μέλος, γιατί επιδρά σημαντικά στη μείωση των αγχωδών διαταραχών [70]. Αυτό συνεπικουρεί σε αυτό που αναφέρθηκε παραπάνω ότι, δηλαδή, οι αρνητικές ψυχολογικές επιπλοκές δεν συνδέονται τόσο με τη σοβαρότητα της νευροπάθειας αλλά περισσότερο με τις αντιλήψεις

για τις απρόσμενες εξελίξεις, την έλλειψη θεραπευτικού ελέγχου, τους περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες και τις αλλαγές στις κοινωνικές προοπτικές [49].

5.6 Θνησιμότητα λόγω διαβητικού ποδιού

Τα ποσοστά θνησιμότητας, μεταξύ των ακρωτηριασμένων ατόμων που νοσηλεύονται, διαφοροποιούνται κατά φυλή, φύλο και επίπεδο ακρωτηριασμού (με υψηλότερα, στην τελευταία κατηγορία των ακρωτηριασμών στο επίπεδο του μηρού). Τα ποσοστά της θνησιμότητας, συγκριτικά με άλλες μείζονες επεμβάσεις, δείχνουν να είναι μεγαλύτερα (για παράδειγμα των επεμβάσεων αορτοστεφανιαίας παράκαμψης με μόσχευμα ή της αποκατάστασης του αορτικού ανευρύσματος)¹¹. Σε αυτό συντελεί και η χορήγηση ραχιαίας ή τοπικής αναισθησίας σε άλλες μείζονες επεμβάσεις ενώ στους ακρωτηριασμούς χορηγείται ολική ενδοτραχειακή αναισθησία [48]. Τα ακριβή ποσοστά θνησιμότητας ποικίλουν αναλόγως της περιοχής που διεξάγονται οι έρευνες και των παραγόντων που συνυπολογίζονται.

Οι Fortington et al. (2013) καθορίζουν αυτό το ποσοστό στο 22%, κατά τις πρώτες 30 μετεγχειρητικές μέρες, όμως άλλες έρευνες στη Σκανδιναβία και σε άλλες δυτικές χώρες υπολογίζουν τα ποσοστά σε 19-30% και 10% αντίστοιχα. Για αυτούς που επιβιώνουν κατά τη μετεγχειρητική περίοδο, τα ποσοστά θνησιμότητας παρουσιάζονται περισσότερο σταθερά. Μετά το πρώτο έτος το 44% του πληθυσμού που έχει ακρωτηριαστεί έχει πεθάνει ενώ μετά από 5 χρόνια το ποσοστό έχει ανέλθει στο 77%. Οι άμεσες, όμως, συγκρίσεις με αυτά τα ποσοστά είναι προβληματικές καθώς μπορεί να οφείλονται σε πληθυσμιακές διαφορές ή σε ελλιπή δεδομένα.

Αναφορικά με τις διαφυλετικές διαφορές στα ποσοστά θνησιμότητας, τα ερευνητικά δεδομένα στις Ηνωμένες Πολιτείες, καταδεικνύουν ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας μετά από ακρωτηριασμό τα έχουν οι Αфро-αμερικάνοι, ακολουθούμενοι από τους μη-ισπανόφωνους λευκούς και τους ισπανόφωνους. Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από ότι οι άντρες. Η αυξημένη θνησιμότητα των Αфро-αμερικανών μπορεί να αποδοθεί στον υψηλότερο επιπολασμό διαβήτη, ο οποίος μπορεί να εκδηλωθεί σε νεαρότερη ηλικία, σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα, στη σοβαρότητα των παραγόντων κινδύνου, στην διαφορετική πρόσβαση που έχουν στις υπη-

¹¹ Σημειώνεται η διαισθητική/ατεκμηρίωτη αντίληψη ότι οι ακρωτηριασμοί δεν ενέχουν τόσο αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας όσο ενυπάρχει σε άλλες μείζονες επεμβάσεις. Ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα δεν υποστηρίζουν αυτήν την θέση και η αιτιολόγηση είναι η πολυπλοκότητα των επεμβάσεων ακρωτηριασμού [48].

ρεσίες υγείας και στις ποικίλες προτιμήσεις των ασθενών αναφορικά με την ιατρική τους φροντίδα. Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και τα εγκεφαλικά επεισόδια έχουν σημαντικό συσχετισμό με την θνησιμότητα μετά από ακρωτηριασμό, και σε αυτούς τους δύο παράγοντες, επίσης, οι Αφρο-αμερικάνοι παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά [48].

Τα ποσοστά θνησιμότητας μετά τον ακρωτηριασμό ποικίλουν και από το είδος του, αν είναι, δηλαδή μείζων ή ελάσσων και από το αν είναι πάνω ή κάτω από το γόνατο. Αναφέρθηκε παραπάνω ότι οι μείζονες ακρωτηριασμοί παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Εντός της ίδιας κατηγορίας, των μειζόνων ακρωτηριασμών, παρατηρούνται, επίσης, διαφοροποιήσεις οι ακρωτηριασμοί πάνω από το γόνατο έχουν ποσοστό θνησιμότητας τις τριάντα πρώτες μέρες μετά την επέμβαση 12.8% ενώ οι κάτω του γόνατου ακρωτηριασμοί έχουν 6.5% για το ίδιο χρονικό διάστημα. Αξίζει να αναφερθεί ότι παρά το μεγάλο ποσοστό διαφορετικότητας στα ποσοστά θνησιμότητας, τα ποσοστά νοσηρότητας των δύο μορφών δείχνουν να είναι παρόμοια. Οι άλλοι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης για την έκβαση των μειζόνων ακρωτηριασμών συμπεριλαμβάνουν την ηλικία, το επίπεδο λειτουργικότητας, τη χρήση στεροειδών, την προεγχειρητική σήψη, διαταραχή αισθήσεων (σύγχυση/παραλήρημα), καρδιακή ανεπάρκεια, προηγούμενες καρδιακές επεμβάσεις, δύσπνοια και χαμηλό σωματικό βάρος ($BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$) [56].

Αναφορικά με τους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες που επιδρούν στην θνησιμότητα μετά από ακρωτηριασμό των κάτω άκρων, διαπιστώθηκε ότι τις μεγαλύτερες επιπλοκές παρουσίαζαν τα άτομα χαμηλότερου οικονομικού εισοδήματος και μορφωτικού επιπέδου. Η έλλειψη επαρκούς υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου και προσωπικής κινητοποίησης, εμφάνισαν, επίσης, σημαντικούς συσχετισμούς με κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Μάλιστα, οι ασθενείς που δεν έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική τους εκπαίδευση είναι πιθανότερο να μην επιλέξουν την χρήση κάποιου πρόσθετου μέλους, σε χρονική διάρκεια ενός έτους μετά τον ακρωτηριασμό [20].

Αν απομονωθεί μόνο η παράμετρος του εκπαιδευτικού επιπέδου σε σχέση με την θνησιμότητα, τα αποτελέσματα παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Τόσο για τους μείζονες όσο και για τους ελάσσονες ακρωτηριασμούς δεν παρατηρείται κάποια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ θνησιμότητας-μορφωτικού επιπέδου, κατά τον πρώτο χρόνο μετά τον ακρωτηριασμό. Σε μακροχρόνια ανάλυση, όμως, συγκεκριμένα σε βάθος πενταετίας, η θνησιμότητα σε εκείνους τους ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι μεγαλύτερη. Η ερμηνεία αυτού είναι πως είναι πιθανόν τα άτομα με χαμηλότερο εκπαιδευτικό ε-

πίπεδο να είναι λιγότερο ικανά να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις χρόνιες, εξουθενωτικές επιπλοκές και καταστάσεις που προκύπτουν μετά την επέμβαση. Επιπλέον, είναι πιθανόν αυτοί οι ασθενείς να μην συμμορφώνονται στις προτεινόμενες θεραπευτικές αγωγές και να μην παρακολουθούν την εξέλιξη της κατάστασης τους σε σταθερή βάση [20].

Οι διαφορές στα μετεγχειρητικά ποσοστά θνησιμότητας, που αναφέρθηκαν παραπάνω, μπορούν να ερμηνευτούν επαρκώς, μόνο αν ξεκινήσει η διερεύνηση από τα πολύ αρχικά στάδια, δηλαδή, από τις υποκείμενες επιρροές των υπηρεσιών υγείας, τις χειρουργικές αποφάσεις και τα κίνητρα των ασθενών. Ένας παράγοντας επίδρασης, αναφορικά με τα προηγούμενα, είναι οι ενδονοσοκομειακές καθυστερήσεις στη λήψη αποφάσεων. Οι σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές των ασθενών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από την πρώτη παρουσίαση της αγωγής [25].

Οι προσπάθειες για την σωτηρία των κάτω άκρων έχουν ενταθεί την τελευταία δεκαετία με τον συνδυασμό ενδοαγγειακών και χειρουργικών τεχνικών. Έχει υπολογιστεί ότι λιγότεροι από το 50% των ακρωτηριασθέντων, στην Αμερική, είχαν δεχτεί προεγχειρητικές αγγειακές παρεμβάσεις, τα αποτελέσματα των οποίων παραμένουν ασαφή σε σχέση με το μερίδιο των ασθενών που προσχωρούν σε ακρωτηριασμό. Η επιλογή της κατάλληλης χρονικής στιγμής έχει, επίσης, μεγάλη σημασία τόσο για τα ποσοστά θνησιμότητας όσο και για την μετεγχειρητική λειτουργικότητα. Πρέπει να προσδιοριστούν τα οφέλη του ασθενούς αν προβεί σε έναν πρώιμο ακρωτηριασμό ή αν θα παρακάμψει εξ' ολοκλήρου τον ακρωτηριασμό υιοθετώντας μία παρηγορητική θεραπεία [25].

5.7 Αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού

Για τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη Τύπου 2 δεν είναι απαραίτητη η καθημερινή λήψη ινσουλίνης και πολύ συχνά είναι σε θέση να διαχειριστούν την κατάσταση τους με μία υγιεινή διαίτα, αυξάνοντας την φυσική τους δραστηριότητα και λαμβάνοντας αγωγή δια στόματος (IFD 2013).

Το μεγαλύτερο βήμα στην αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού είναι η πρόληψη. Παρότι στη βιβλιογραφία και στην ιατρική πρακτική αναγνωρίζεται ότι οι επιπλοκές των ποδιών είναι εκείνες που, ενδεχομένως, αντιστρέφονται περισσότερο συγκριτικά με τις λοιπές διαβητικές επιπλοκές (Παγκύπριος Διαβητικός Σύνδεσμος· Αρβανιτάκης. 1999).

Πίνακας 13 Τεχνικές πρόληψης

Καλές πρακτικές για την πρόληψη	Αποφύγετε
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να ελέγχετε προσεκτικά τα πόδια σας κάθε βράδυ ✓ Να αποφύγετε την παχυσαρκία ✓ Μην καπνίζετε. Το κάπνισμα βλάπτει τη ροή του αίματος στα πόδια 	<p>Θεραπείες για τους κάλλους από μόνοι σας</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Αντιμετωπίστε αμέσως ενεργητικά τα τραύματα για αποφυγή σοβαρότερων επιπλοκών, με τη βοήθεια επαγγελματία ✓ Να μην χρησιμοποιείτε καυτά μπουκάλια ή θερμοφόρες για να ζεστάνετε τα πόδια σας 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Μην περπατάτε ποτέ με γυμνό πόδι ✓ Αν χρειάζεται για θρησκευτικούς ή πολιτισμικούς λόγους να περπατήσετε ξυπόλυτοι, επιδείξτε ιδιαίτερη μέριμνα ώστε να αποφύγετε τους τραυματισμούς από την επιφάνεια του εδάφους ή από το πολύ καυτό έδαφος σε ζεστά κλίματα.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ακολουθείτε τις συμβουλές για χρήση κατάλληλων υποδημάτων που προσαρμόζονται στις παραμορφώσεις των ποδιών σας ✓ Αποφύγετε τα μυτερά και πολύ ανοιχτά παπούτσια, τα ψηλά τακούνια ✓ Μην φοράτε πολύ στενές κάλτσες ✓ Μην φοράτε κοσμήματα στα πόδια σας 	<p>Μην κόβετε τους κάλλους και τα νύχια (αν δεν μπορείτε) από μόνοι σας</p>
<p>Πλένετε καθημερινά τα πόδια σας με ζεστό νερό (αλλά όχι καυτό) και ήπιο σαπούνι και στεγνώνετε καλά τις μεσοδακτύλιες περιοχές</p>	<p>Μην θεραπεύετε τα προβλήματα των ποδιών σας από μόνοι σας</p> <p>Μην χρησιμοποιείτε λεπίδες ξυραφιού για την αντιμετώπιση των τήλων</p>
<p>Να επισκέπτεστε το Ποδίατρο ετησίως για νευρο-αγγειακή αξιολόγηση</p>	<p>Μην καθυστερήσετε την επίσκεψη σε ιατρό εάν παρατηρήσετε οίδημα, πόνο ή αλλαγή στο χρώμα του ποδιού σας</p>

Πηγές: Παγκύπριος Διαβητικός Σύνδεσμος (προσπέλαση 4/1/2014) & IDF, 2005 (μορφοποιημένος)

Οι περισσότερες μελέτες περιγράφουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα του ακρωτηριασμού με ιδιαίτερος μελανά χρώματα και χαρακτηρισμού. Το προσδόκιμο του χρόνου ζωής περιγράφεται με αρνητική ορολογία. Όμως δεν λείπουν και οι οπτικές που προτείνουν μία πιο θετική προσέγγιση. Οι Fortington et al. (2013), διαβάζουν τα αποτελέσματα των ερευνών από μία διαφορετική οπτική. Τονίζουν ότι σχεδόν το ένα τέταρτο (77%) των ασθενών που ακρωτηριάστηκαν επιβιώνουν για πέντε χρόνια και λαμβάνοντας υπόψη τη γενικότερη αδυναμία και την προχωρημένη ηλικία αυτής της πληθυσμιακής ομάδας, ίσως να μην είναι τόσο απογοητευτικά τα αποτελέσματα. Μάλλον, πρέπει να αποτελέσουν τη

βάση για την μελέτη των κρίσιμων παραγόντων σε επίπεδο αποκατάστασης και μακροχρόνιας φροντίδας, που επιτρέπουν τη μεγαλύτερη διάρκεια ζωής.

5.8 Οικονομικά στοιχεία για το διαβητικό πόδι

Το κόστος για την φροντίδα των διαβητικών ασθενών με έλκος στα κάτω άκρα είναι ένα σημαντικό οικονομικό βάρος συγκριτικά με την διαχείριση του διαβήτη από κάποιον που δεν έχει εξέλκωση. Οι οικονομικοί παράγοντες θα διαδραματίζουν ένα συνεχώς αυξανόμενο ρόλο γιατί οι πληρωτές των θεραπειών (ασφαλιστικά ταμεία κ.ά.) δεν θα μπορούν να αποζημιώσουν όλες τις θεραπείες που χρειάζονται για την αντιμετώπιση των χρόνιων ελκών [23]. Το οικονομικό κόστος που επιφέρει ο ακρωτηριασμός των κάτω άκρων είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς συνυπολογίζεται η νοσηλεία, το πρόγραμμα αποκατάστασης και μία συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη φροντίδας στο σπίτι και για κοινωνικές υπηρεσίες [39].

Στο κόστος του ακρωτηριασμού που σχετίζεται με τον διαβήτη, πέραν του ατομικού, πρέπει να προστεθεί και το επιπλέον κοινωνικό κόστος αναφορικά με την μείωση της ποιότητας ζωής, τον πόνο και το άλγος των οικογενειών και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος των ατόμων με διαβήτη. Τα παραπάνω πρέπει να γίνουν κατανοητά και από τους διαμορφωτές της πολιτικής για την υγεία, τόσο για την πληρέστερη ενημέρωση τους όσο και για την βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν στο σχεδιασμό των βέλτιστων πολιτικών για την πρόληψη και αντιμετώπιση του διαβήτη [7].

Το κόστος αυξάνεται αναλόγως με τη σοβαρότητα της κατάστασης. Συγκριτικά με τους διαβητικούς που δεν έχουν υποστεί ακρωτηριασμό, το κόστος σε όσους ακρωτηριάστηκαν είναι 5,4 φορές μεγαλύτερο τον πρώτο χρόνο μετά το επεισόδιο και 2,8 φορές μεγαλύτερο το δεύτερο έτος. Το κόστος αγωγής για τους ακρωτηριασμούς υψηλότερου επιπέδου (highest-grade) είναι 8 φορές υψηλότερο από ότι εκείνων των χαμηλότερων επιπέδων (low-grade). Όσοι διαβητικοί έχουν προχωρήσει σε ακρωτηριασμό, επισκέπτονται συχνότερα τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, νοσηλεύεται συχνότερα και με μεγαλύτερη διάρκεια. Η εφαρμογή διεπιστημονικών ομαδικών προσεγγίσεων στην διαχείριση των ακρωτηριασμών λόγω διαβήτη, σε μία γεωγραφική περιοχή ή κάποιο συγκεκριμένο σύστημα υγείας, μειώνει μακροπρόθεσμα τα ποσοστά τους από 82% έως 62%. Οι προσπάθειες σωτηρίας των άκρων μπορούν να συμπεριλαμβάνουν επιθετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως οι διαδικασίες επαναγγείωσης (revascularization procedures) και προηγμέ-

νες μέθοδοι επούλωσης των ελκών. Παρότι αυτές οι διαδικασίες είναι δαπανηρές, η ομαδική προσέγγιση, σταδιακά, οδηγεί σε βελτιωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και πρόληψης καθώς και σε πρωιμότερες επεμβάσεις, μειώνοντας σε βάθος χρόνου τα συνολικά κόστη [23].

Σε μεγάλης κλίμακας έρευνα της American Diabetes Association, για τον προσδιορισμό του κόστους του διαβήτη στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 2012 υπολογίστηκαν τα άμεσα ιατρικά κόστη για τα περίπου 22,3 εκατ. άτομα, τα οποία διαγνώστηκαν με διαβήτη (περίπου το 7% του γενικού πληθυσμού). Το κόστος ήταν \$245 δις δολάρια, εκ των οποίων τα \$176 δις (72%) αντιπροσωπεύει τα άμεσα ιατρικά κόστη ενώ τα υπόλοιπα \$69 (28%) τα έμμεσα ιατρικά και κοινωνικά κόστη.

Ως άμεσα κόστη νοούνται και η νοσοκομειακή και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα (επισκέψεις σε γραφεία ιατρών, επισκέψεις στα επείγοντα περιστατικά, επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, επισκέψεις ιατρών κατ' οίκον, συνταγογράφηση). Την μερίδα του λέοντος στα άμεσα ιατρικά κόστη κατέχουν οι συνταγογραφήσεις, ενώ ηλικιακά τα άτομα άνω των 65 ετών είναι εκείνα που κατέχουν την πρώτη θέση στο κατά κεφαλήν οικονομικό μέγεθος του κόστους. Συγκεκριμένα, για τους διαβητικούς που έχουν προβλήματα στα κάτω άκρα, οι επισκέψεις στον ποδίατρο κόστισαν συνολικά \$212 εκ. (πάνω από τα μισά, τα 108 εκ. δαπανήθηκαν για ασθενείς άνω των 65 ετών).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα έμμεσα κόστη που σχετίζονται με την ασθένεια του διαβήτη και την μείωση της παραγωγικότητας, τα οποία δεν μπορούν να υπολογιστούν με ακρίβεια. Πιο συγκεκριμένα αυτά είναι:

- ✓ Η απουσία (absenteeism), δηλαδή ο αριθμός των ημερών που λόγω κακής κατάστασης της υγείας του ατόμου δεν πηγαίνει στην εργασία του. Τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι πάσχοντες από διαβήτη λείπουν συχνότερα, κατά μέσο όρο τριών εργάσιμων ημερών από ότι οι συνάδελφοι τους.
- ✓ Η παρουσία με μειωμένη αποδοτικότητα (Presenteeism). Ορίζεται ως μειωμένη παραγωγικότητα ενώ κάποιος είναι στην εργασία του. Υπολογίζεται, με αρκετές επιφυλάξεις, σε ένα ποσοστό 6,6% περισσότερη σε διαβητικούς παρά σε μη-διαβητικούς.
- ✓ Ανικανότητα για εργασία. Σχετίζεται με την μακροχρόνια ανικανότητα και εδώ εμπίπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των ακρωτηριασμένων ασθενών. Ο ακρωτηριασμός μπορεί να κάνει τον ασθενή να μην μπορεί να είναι ενταγμένος στο εργατικό δυναμικό. ε-

πίσης, αποτελεί και το κομμάτι του έμμεσου κόστους με το μεγαλύτερο ποσοστό (\$21.6 δις).

5.8.1 Οικονομικά στοιχεία στην Ελλάδα για τον διαβήτη και το διαβητικό πόδι

Τα στοιχεία για τον διαβήτη δεν είναι ιδιαίτερος ενθαρρυντικά για την Ελλάδα, σύμφωνα με τον Άτλαντα της IDF ο επιπολασμός του διαβήτη υπολογίστηκε για το 2013 στο 7, 01% του ενήλικου πληθυσμού (20 έως 79 ετών), δηλαδή σε 584.600 άτομα (εξ αυτών οι 261.060 άντρες και οι 323.540 γυναίκες) και με τους θανάτους που σχετίζονται με τον διαβήτη να ανέρχονται στους 4.906, για το ίδιο ηλικιακό εύρος. Τα περιστατικά με διαβήτη Τύπου 1 στις ηλικίες από 0-14 ετών υπολογίζονται σε 10,4/100.000. Αν αναχθεί το μέσο κόστος ανά διαβητικό άτομο σε δολάρια ΗΠΑ το ποσό αυτό ανέρχεται στα 2.453 κατ' άτομο δηλαδή το 7.7 % των γενικότερων δαπανών για την υγεία [37].

Στην ευρωπαϊκή έκδοση του Policy puzzle του 2011, η δράση των ελληνικών κυβερνήσεων παρουσιάζεται ως μάλλον θεωρητική παρά εστιασμένη σε συγκεκριμένες πρακτικές για την αντιμετώπιση του διαβήτη «οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία στην Ελλάδα προχωρούν για αρκετές δεκαετίες αλλά έχει σημειωθεί ελάχιστη πρόοδος για την επίτευξη σημαντικών αλλαγών». Οι κάτοικοι της Ελλάδας έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας σχεδόν δωρεάν και η φαρμακευτική αγωγή είναι σε κάποια σκευάσματα δωρεάν και σε κάποια υπάρχει συμμετοχή κατά 25%. Αναγνωρίζεται ότι τα στοιχεία για τον επιπολασμό του διαβητικού ποδιού δεν είναι αξιόπιστα και οι συχνότητες κυμαίνονται από 1,0% έως 15,0%, με σημαντικό μέρος αυτού να καταλήγει σε ακρωτηριασμό [89].

Για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχει εκπονηθεί το 2012 Εθνικό Σχέδιο Δράσης [88] για την πρόληψή του με κύριους στόχους τη μείωση του επιπολασμού της παχυσαρκίας, την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα υγιεινής διατροφής, μείωσης του καπνίσματος και αύξησης της φυσικής δραστηριότητας (με τη δημιουργία υποδομών αθλοπαιδιών), την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για θέματα πρόληψης και την διευκόλυνση πρόσβασης του κοινού σε δομές προκειμένου να ενημερωθούν για την πρόληψη και τη διεξαγωγή προληπτικών υγειονομικών ελέγχων. Οι βασικές αρχές, βάσει των οποίων διαμορφώνονται οι προτεινόμενες δράσεις, είναι οι εξής:

1η Αρχή: Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα πρόληψης διαβήτη τύπου 2

Δράση: Υγιεινή διατροφή, πρόληψη παχυσαρκίας, διευκόλυνση άσκησης.

2η Αρχή: Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας
Δράση: Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης του διαβήτη τύπου 2

3η Αρχή: Βελτίωση της παρεχόμενης εξειδικευμένης περίθαλψης

Δράση: Αναβάθμιση υπαρχόντων, ίδρυση και λειτουργία νέων, εξειδικευμένων στο ΣΔτ2 Διαβητολογικών Κέντρων και Ιατρείων.

Ο συνολικός προϋπολογισμός των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη ανέρχεται σε 33.695.314 Ευρώ. Ειδικότερα ο προϋπολογισμός κάθε άξονα του σχεδίου δράσης σε βάθος πενταετίας κατανέμεται ως ακολούθως:

Πίνακας 14 Συνολικός προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά άξονα

ΑΞΟΝΑΣ	ΔΡΑΣΗ	ΚΟΣΤΟΣ
ΑΞΟΝΑΣ I	Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού	7.331.551
ΑΞΟΝΑΣ II	Εκπαίδευση (εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, στελεχών Πρωτοβάθμιας - Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης) - Τεκμηρίωση	6.120.674
ΑΞΟΝΑΣ III	Βελτίωση και έλεγχος δομών υγείας για το διαβήτη	17.325.190
ΑΞΟΝΑΣ IV	Καταγραφή και Ανάπτυξη	2.917.899
	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:	33.695.314

Πηγή: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του (<http://www.hndc.gr>).

Σύμφωνα με τον ιατρική ιστοσελίδα www.iatronet.gr για το διαβητικό πόδι, το ποσοστό εξέλκωσης ανέρχεται στο 4,8% (σε απόλυτους αριθμούς 40.000 – 50.000 άτομα) τα οποία δυνητικά κινδυνεύουν από κάποιας μορφής ακρωτηριασμό. Πιο συγκεκριμένα, νευροπάθεια παρατηρείται στο 30% των ασθενών (περίπου 250.000 – 300.000 άτομα) ενώ αρτηριοπάθεια στο 15% (100.000 – 150.000 άτομα). Ο ετήσιος αριθμός ακρωτηριασμών κάτω άκρων στην Ελλάδα ανέρχεται στους 2.000 – 3.000.

Βεβαίως, η φροντίδα του διαβητικού ποδιού και οι ακρωτηριασμοί επιβαρύνουν εξαιρετικά και τα ταμεία, πέραν των λοιπών κοινωνικών και προσωπικών επιπτώσεων. Το άμεσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή υπολογίζεται περίπου στα 6.143 ευρώ (ο καθορισμός του έμμεσου κόστους λόγω της μειωμένης ικανότητας για εργασία, μειωμένη παραγωγικότητα κλπ είναι πολύ δύσκολο να καθορισθεί). Το μέγεθος αυτού του ποσού γίνεται κατανοητό με την σύγκριση με έναν διαβητικό χωρίς πρόβλημα στα κάτω άκρα το οποίο ανέρχεται στα 1.299 ευρώ. Το ετήσιο συνολικό κόστος για τα έλκη ανέρχεται στα 300 εκ. ευρώ

περίπου, με κόστος για κάθε ακρωτηριασμό κάτω από το γόνατο να κυμαίνεται από 30.000 – 60.000 ευρώ.

6. ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΑΝΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Ξεπερνά τα όρια μίας διπλωματικής εργασίας η λεπτομερής παρουσίαση των ακρωτηριασμών των κάτω άκρων σε κάθε περιοχή και χώρα του κόσμου. Γι αυτό, επελέγησαν χαρακτηριστικά παραδείγματα χωρών ή περιοχών ανά ήπειρο ώστε να διαφανούν οι πραγματικότητες που έχουν διαμορφωθεί στο σύγχρονο κόσμο αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων που έχουν υποστεί ακρωτηριασμό και κατά πόσο υπάρχουν στοιχεία της καθημερινής τους πολιτισμικής και κοινωνικής πραγματικότητας που να αιτιολογούν την αύξηση ή την μείωσή τους.

6.1 Ευρώπη

Στην Ευρώπη, οι κατευθυντήριες γραμμές και οι στόχοι αναφορικά με την αντιμετώπιση του διαβήτη τέθηκαν με τη Διακήρυξη του Αγίου Βικεντίου, το 1989. Εκπρόσωποι των κυβερνήσεων, οργανώσεις ασθενών, εμπειρογνώμονες επιστήμονες, το IDF Europe, υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, καθόρισαν το πλαίσιο και τους στόχους ενός μακροπρόθεσμου σχεδιασμού για τον διαβήτη. Οι στόχοι αυτοί που αποτέλεσαν σημείο αναφοράς τόσο για τις εθνικές πολιτικές για την υγεία όσο και για τον ευρωπαϊκό σχεδιασμό είναι οι εξής:

Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ Η ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ: Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΟΥ ΑΓΙΟΥ ΒΙΚΕΝΤΙΟΥ

- Να εκπονηθούν, να τεθούν σε εφαρμογή και να αξιολογηθούν ολοκληρωμένα προγράμματα για την ανίχνευση και τον έλεγχο του διαβήτη και των επιπλοκών του, με κύρια συστατικά την αυτό-φροντίδα και την κοινωνική υποστήριξη.
- Ανάπτυξη της ευαισθητοποίησης του πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας για τις παρούσες ευκαιρίες και για τις μελλοντικές ανάγκες πρόληψης του διαβήτη και των επιπλοκών του.
- Η οργάνωση, η εξάσκηση και η εκπαίδευση για την διαχείριση και την φροντίδα του διαβήτη για άτομα με διαβήτη, όλων των ηλικιών, για τις οικογένειες τους, τους φίλους τους, τους επαγγελματικούς συνεργάτες και την ομάδα επαγγελματιών υγείας.
- Η διασφάλιση ότι η φροντίδα των παιδιών με διαβήτη παρέχεται από άτομα και ομάδες εξειδικευμένα τόσο στην διαχείριση του διαβήτη όσο και των παιδιών και ότι οι οικογένειες με παι-

διά με διαβήτη λαμβάνουν την κατάλληλη κοινωνική, οικονομική και συναισθηματική υποστήριξη.

- Ενδυνάμωση των υπαρχόντων εξειδικευμένων κέντρων για την φροντίδα του διαβήτη, την εκπαίδευση και την έρευνα.
 - Δημιουργία νέων κέντρων όπου είναι αναγκαία.
 - Προώθηση της ανεξαρτησίας, της ισότητας και της αυτό-αποτελεσματικότητας για όλα τα άτομα με διαβήτη, παιδιά και ενήλικες, εργαζομένους και ηλικιωμένους.
 - Αφαίρεση των εμποδίων για την πληρέστερη δυνατή ένταξη των ατόμων με διαβήτη στο κοινωνικό σύνολο.
 - Δημιουργία συστημάτων παρακολούθησης και ελέγχου χρησιμοποιώντας τεχνολογίες αιχμής για την ποιοτική διασφάλιση των προγνώσεων του διαβήτη και εργαστηριακές και τεχνολογικές διαδικασίες στη διάγνωση του διαβήτη, την αγωγή και την αυτό-διαχείριση.
 - Προώθηση ευρωπαϊκών και διεθνών συνεργασιών σε προγράμματα έρευνας για τον διαβήτη και την υλοποίησή τους μέσω εθνικών, περιφερειακών συμβαλλομένων όπως και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.
 - Ανάλυση επείγουσας δράσης στο πνεύμα του προγράμματος «Υγεία για Όλους» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, για την δημιουργία κοινών οχημάτων μεταξύ του ΠΟΥ και του ευρωπαϊκού IDF για την έναρξη, την προώθηση και την εφαρμογή αυτών των προτάσεων.
 - Η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για την πρόληψη δαπανηρών επιπλοκών:
1. Η μείωση της τύφλωσης λόγω του διαβήτη κατά το ένα τρίτο ή περισσότερο
 2. Μείωση του αριθμού των ατόμων που εισέρχονται στο τελικό στάδιο κατά τουλάχιστον ένα τρίτο
 3. Μείωση στο μισό του αριθμού των ακρωτηριασμών
 4. Μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας από καρδιακές στεφανιαίες νόσους μέσω δυναμικών προγραμμάτων μείωσης των παραγόντων κινδύνου
 5. Επίτευξη αποτελεσμάτων στις κυήσεις γυναικών με διαβήτη παρόμοιων με εκείνα των γυναικών χωρίς διαβήτη.

Πηγή: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_2_Hall_Felton.pdf (προσπέλαση 17/7/2014)

Το φιλόδοξο αυτό πλαίσιο, δέκα χρόνια μετά στην «Δέσμευση της Κωνσταντινούπολης» (1999), επισήμως αναγνωρίστηκε ότι δεν κατάφερε να προσεγγίσει τους στόχους του, όπως επίσης και μετά από 22 χρόνια στην Έκθεση «European Policy Puzzle» (2011), διαπιστώθηκε η συνέχιση των ίδιων προβλημάτων. Οι διαπιστώσεις, από την Δέσμευση

της Κωνσταντινούπολης, ακόμη εξακολουθούν να ταλανίζουν τους ασθενείς και τις κοινωνίες. Πιο συγκεκριμένα «τα άτομα με διαβήτη, ακόμη, χάνουν άδικα την όρασή τους, αναπτύσσουν νεφρική ανεπάρκεια σε τελικό στάδιο και υποφέρουν από υψηλά ποσοστά καρδιακών προσβολών, εγκεφαλικών επεισοδίων και γάγγραινας. Οι κοινωνικές τους ζώες συνεχίζουν να αμαυρώνονται από την άγνοια και τις διακρίσεις» [30].

6.1.1 Ελβετία

Τα αποτελέσματα δεκαετούς έρευνας στην Γενεύη της Ελβετίας, οι Carmona et al. (2005) στην μοναδική νοσοκομειακή μονάδα όπου πραγματοποιούνται μείζονες ακρωτηριασμοί και η θεραπεία αποκατάστασης είναι μάλλον ενθαρρυντικά για την χώρα. Από το σύνολο των ατόμων που υπέστησαν μείζονα ακρωτηριασμό το 48% είχε διαβήτη, και η ετήσια εμφάνιση περιστατικών ακρωτηριασμού σε αυτά τα άτομα είναι 19,9/10.000 ενώ μόλις 1,8/10.000 σε άτομα χωρίς διαβήτη. Τα ποσοστά ανά ηλικία και φύλο παρουσιάζονται στον Πίνακα 15

Πίνακας 15. Ποσοστά μείζονων ακρωτηριασμών στην Ελβετία ανά φύλο και ηλικία

Ηλικία περιστατικού	Ακρωτηριασμοί /έτος/10.000
Γυναίκες	
65-74	1.79
75-84[3.47
>85	5.84
Άνδρες	
65-74	4.83
75-84	6.84
> 85	11.41

Τα συνολικά ποσοστά μείζονων ακρωτηριασμών λόγω διαβήτη, παρότι αυξάνονται με την ηλικία, παρουσιάζονται κατά πολύ μικρότερα από εκείνα που προβλέπονται για άλλες περιοχές του κόσμου και μάλιστα ανεπτυγμένες όπως η Φιλανδία, σε σχέση με την οποία τα ποσοστά της ήταν 2 έως 4 φορές μικρότερα. Η ασφαλιστική κάλυψη των δαπανών που απαιτούνται είναι υψηλή οπότε είναι εξαιρετικά απίθανο οι Ελβετοί να απευθύνονται σε ιδιωτικές κλινικές για τις συγκεκριμένες επεμβάσεις [15].

Εκείνο που τονίζεται είναι ότι οι επαναλαμβανόμενες ιατρικές παρεμβάσεις που προηγούνται του ακρωτηριασμού, μεγιστοποιούν την αναγνώριση του διαβήτη. Αν και δεν παρατηρήθηκε μείωση των ποσοστών ακρωτηριασμού, η ηλικία κατά την οποία πραγματοποιούνταν αυξήθηκε σταδιακά, γεγονός που υποδηλώνει βελτίωση της διαχείρισης του

διαβήτη και καθυστέρηση των ακρωτηριασμών. Αυτό δεν είναι τυχαίο καθώς τις τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει σοβαρές προσπάθειες για την θεραπεία και την αγωγή των ελκών του διαβητικού ποδιού. Οι προσεγγίσεις που επιλέγονται είναι διεπιστημονικές και πριν προβούν στον ακρωτηριασμό εξετάζονται οι προοπτικές της επαναγγείωσης¹² ή της συντηρητικής διαχείρισης. Οι μετεγχειρητικές προγνώσεις, εντούτοις, παραμένουν φτωχές, καθώς η θνησιμότητα παραμένει υψηλή [15].

Η συντριπτική πλειονότητα των Ελβετών ασπάζεται τον ρωμαιοκαθολικισμό (42%) και τον προτεσταντισμό (35%). Οι διατροφικές τους συνήθειες καθορίζονται από τους περιορισμούς στη διατροφή και τις νηστείες του χριστιανισμού. Όμως, η συνεισφορά των περιορισμών αυτών στα γενικότερα καλά ποσοστά διαβητικών δεν υποστηρίζεται από ερευνητικά δεδομένα. Όμως τα υψηλά εισοδήματα και οι επαρκείς ασφαλιστικές καλύψεις του συστήματος υγείας, που αναφέρθηκε παραπάνω, είναι σίγουρα παράγοντες που συντελούν στην καλή αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού και του διαβήτη γενικότερα [15].

6.1.2 Ηνωμένο Βασίλειο

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ερευνητικά δεδομένα συγκεντρώθηκαν από μία δεκαετή έρευνα (1996-2005) από στοιχεία των νοσοκομείων που εντάσσονται στο εθνικό σύστημα υγείας. Σε αυτό το χρονικό διάστημα το 40% των ακρωτηριασμών συνέβησαν σε ασθενείς με διαβήτη (οι ασθενείς με Τύπο 1 ήταν το 13,5% και με Τύπο 2 το 26,5%). Οι ηλικιωμένοι (>65 ετών) ήταν η πολυπληθέστερη υπο-ομάδα, έχοντας το 66% του συνολικού ποσοστού. Οι άντρες διαβητικοί ήταν η πλειονότητα των ατόμων που υπέστησαν ακρωτηριασμό (ενώ, αντιθέτως, στους μη σχετιζόμενους με διαβήτη ακρωτηριασμούς οι γυναίκες κατείχαν την πρώτη θέση). Τα στοιχεία δείχνουν μία μείωση των γενικότερων μη οφειλόμενων σε τραυματισμό ακρωτηριασμών, με διαφορετικές όμως τάσεις για τους διαβητικούς. Τα ποσοστά των μειζόνων και ελασσόνων ακρωτηριασμών σε ασθενείς με διαβήτη Τύπου 1 μειώνονται σημαντικά ενώ του Τύπου 2 παρουσιάζουν σταθερά αυξητικές τάσεις. Ωστόσο, τα ποσοστά θνησιμότητας και στους δύο τύπους παραμένουν υψηλά [59].

Τα στοιχεία αυτά ισχύουν σε μεγάλο ποσοστό για τις περιοχές του Ηνωμένου Βασιλείου, πάντα όμως σε συνάρτηση με την σοβαρότητα της νόσου, την πρόσβαση σε δομές

¹² Στην συντριπτική πλειονότητα τους οι μείζονες ακρωτηριασμοί είχαν ως αιτία σοβαρές αγγειοπάθειες ενδοστική δυσμορφία ή οι μολύνσεις δεν αποτέλεσαν ποτέ αιτία ακρωτηριασμού αν εξέλειπαν οι αγγειοπάθειες. Στην Ελβετία ακολουθείται επιθετική μη χειρουργική αγωγή των μολυσμένων ελκών ή της οστεομυελίτιδας και αυτό συντελεί στην απουσία των μολύνσεων ως αιτίας ακρωτηριασμών (Carmona et al. 2005).

πρωτοβάθμιας υγείας, την ποιότητα της εξειδικευμένης φροντίδας, την επιστημονική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας, την στάση της ομάδας εμπειρογνομόνων (συντηρητική vs παρεμβατικής προσέγγισης), τις θέσεις του ασθενούς απέναντι στον ακρωτηριασμό. Φυσικά, στα παραπάνω πρέπει να υπολογιστούν και οι ιατρικοί, δημογραφικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες [59].

6.1.3 Ισπανία

Στην Ισπανία επιλέχθηκαν τα ερευνητικά δεδομένα της έρευνας των Almaraz et al. για την αντιπροσωπευτικότητά της και λόγω της ευρύτητας της περιοχής μελέτης (άλλες έρευνες επικεντρωνόταν σε μικρότερες γεωγραφικές περιοχές και χρονικά διαστήματα). Τα στοιχεία αντλήθηκαν από τη γεωγραφική περιοχή της Ανδαλουσίας¹³ από το 1998 έως 2006. Τα ποσοστά περιστατικών κυμαινόταν από 301,7-344,0/100.000 στον διαβητικό πληθυσμό >30 ετών. Η έρευνα κατέδειξε ότι για το συγκεκριμένο διάστημα το ποσοστό των ακρωτηριασμών στους διαβητικού αυξήθηκε κατά 14%, το ποσοστό αυτό οφείλεται στην αύξηση των ελασσόνων ακρωτηριασμών (περίπου κατά 1,7 κατ' έτος) ενώ οι μείζονες ακρωτηριασμοί διατηρήθηκαν σε σταθερά επίπεδα. Αντιθέτως, οι ακρωτηριασμοί στον γενικό πληθυσμό μειώθηκαν κατά 12%, την ίδια περίοδο, σε αυτό παρατηρήθηκε μείωση των μείζονων ακρωτηριασμών κατά 1,8% κατ' έτος (υπήρξε σταθερότητα στους ελάσσονες) [4].

Δύο στοιχεία αποτέλεσαν έκπληξη και για τους ερευνητές καθώς έδειξαν διαφοροποίηση από το γενικότερο ευρωπαϊκό μοντέλο:

A) Το γεγονός ότι υπήρξε αύξηση στα ποσοστά ακρωτηριασμού, καθώς είχε εκπονηθεί στην Ισπανία από το 2003 το «Διεπιστημονικό Σχέδιο Διαβήτη» (Integral Diabetes Plan) και τα αναμενόμενα αποτελέσματα ήταν ότι θα μειωνόταν οι ακρωτηριασμοί και

B) Το γεγονός ότι παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά ακρωτηριασμών στις γυναίκες ηλικίας 30-49 ετών, ενώ στο γενικότερο δείγμα οι γυναίκες παρουσίαζαν δείγματα ύφεσης κατά 15%, αποδίδεται σε παράγοντες του τρόπου ζωής τους, συγκεκριμένα ενοχοποιείται το κάπνισμα, που είναι συχνότερο στις γυναίκες αυτής της ηλικιακής ομάδας [4].

¹³ Στην έρευνα δεν συμπεριλήφθηκαν οι ιδιωτικές κλινικές, οπότε υπάρχει το ενδεχόμενο τα ποσοστά να είναι μεγαλύτερα, αν και το 99% των κατοίκων της Ανδαλουσίας αναφέρουν ότι επιλέγουν τους δημόσιους φορείς υγείας, ιδιαιτέρως όταν πρόκειται για μακροχρόνια νοσηλεία (Almaraz et al. 2012).

6.1.4 Σουηδία

Η Σουηδία παρουσιάζει τα εντυπωσιακότερα ποσοστά, καθώς για το διάστημα 2001-2006, ο ακρωτηριασμοί μειώθηκαν κατά σχεδόν 60%, για το χρονικό διάστημα (2001-2006). Η μείωση αφορούσε στον συνολικό αριθμό των ακρωτηριασμών, ενώ ο αριθμός των ελασσόνων παρέμενε σταθερός. Η μείωση του συνόλου και των μείζονων ακρωτηριασμών υποδηλώνουν την βελτίωση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας για τον διαβήτη, ενδεχομένως εξαιτίας της διεπιστημονικής προσέγγισης. Όπως και στις χώρες που προαναφέρθηκαν, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άνδρες, οι οποίοι κατά πλειονότητα υποβλήθηκαν και σε μετέπειτα ακρωτηριασμούς και οι γυναίκες ήταν σε μεγαλύτερη ηλικία (κατά δέκα έτη σε σχέση με τους άντρες) όταν προχώρησαν σε αυτούς. Και εδώ στοιχεία της καθημερινής ζωής ενοχοποιούνται, όπως το κάπνισμα και η μεγαλύτερη φυσική πίεση στα άκρα, λόγω του συνεχώς αυξανόμενου ύψους και της παχυσαρκίας. Δεν μπορεί να αποκλειστεί και το ποσοστό της συμμόρφωσης στην προληπτική θεραπευτική αγωγή, το οποίο φαίνεται να είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες [5].

Ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας είναι η διάρκεια της ασθένειας σε κάποιες περιπτώσεις ήταν πάνω από 50 έτη (ειδικά για τους ασθενείς με διαβήτη Τύπου 1). Στα στοιχεία που αναφέρονται στη Σουηδία, παρατηρείται και ένας ισχυρός συσχετισμός με τις νεφρικές επιπλοκές, ειδικά στους άντρες διαβητικούς. Δεν σημειώθηκαν, ωστόσο, έμφυλες διαφορές αναφορικά με τα έλκη του διαβητικού ποδιού, πριν τον ακρωτηριασμό, όμως η μακροχρόνια διαδικασία επούλωσης, στους άντρες μπορεί να αυξάνει την ευπάθεια στις μολύνσεις ελκών, άρα ενδέχεται να είναι ένα στοιχείο επίδρασης στον πολύ μεγαλύτερο αριθμό ανδρών που ακρωτηριάστηκαν. Αναφέρεται το εξής μη αναμενόμενο, ενώ τα ποσοστά ακρωτηριασμών μειώνονται και έχει αποδειχτεί ότι η σωστή διεπιστημονική αγωγή πριν επιφέρει τα βέλτιστα αποτελέσματα, οι ασθενείς δεν κατέφευγαν σε εξειδικευμένα κέντρα για την φροντίδα του ποδιού τους (σε βαθμό προσέλευσης μόνο το 1/5 των γυναικών και το 1/3 των ανδρών). Αυτό μπορεί να υποδηλώνει γνώσεις της θεραπευτικής αγωγής αλλά, κυρίως, δεν μπορεί να αποκλειστεί το γεγονός, ότι θα σημειωνόταν ακόμη μεγαλύτερη μείωση, σε περίπτωση που το σύνολο των ασθενών κατέφευγε σε εξειδικευμένες ομάδες, με την έναρξή των συμπτωμάτων (η αγωγή πρέπει να ξεκινά, κατά προτίμηση, δύο εβδομάδες μετά τη διάγνωση) [5].

6.2 Βόρεια Αμερική

6.2.1 Ηνωμένες Πολιτείες

Στις Ηνωμένες Πολιτείες και στον Καναδά, πέραν της πληθυσμιακής αύξησης, έχει διαφοροποιηθεί και ο εθνογραφικός χάρτης, καθώς ήρθαν νέες φυλές και εθνότητες να προστεθούν σε ένα ήδη πολυπολιτισμικό μοντέλο. Αυτή η ποικιλότητα είχε τις επιδράσεις της και στην διαφοροποίηση των διατροφικών προτιμήσεων και συνηθειών. Τα ταχύτερα αναπτυσσόμενο, λόγω μετανάστευση, πολιτισμικό σύνολο στις ΗΠΑ είναι οι Ασιάτες Ινδοί, ενώ οι Αφρο-Αμερικανοί είναι η πολυπληθέστερη μειονοτική ομάδα, αν και οι τάσεις δείχνουν ότι οι λατινογενείς πληθυσμοί θα είναι εκείνοι που θα είναι οι πολυπληθέστεροι μέχρι τα μέσα του αιώνα. Κάθε πολιτισμική ομάδα έχει τη δική της κουλτούρα αναφορικά με την διατροφή και τις διατροφικές συνήθειες. Από την αλληλεπίδρασή τους με την κυρίαρχη κουλτούρα έχουν υιοθετήσει στοιχεία όπως έχουν δώσει και οι ίδιες. Η κυρίαρχη αμερικάνικη διατροφική κουλτούρα (τα εστιατόρια γρήγορου φαγητού ‘Fast-food restaurants’ και έτοιμου φαγητού ‘take-out restaurants’) προσφέρουν, πλέον και μία ευρεία γκάμα επιλογών εθνικών τροφών (πίτσα, τάκος κ.ά). Με αυτή την διάδραση η σύγχρονη αμερικάνικη διατροφή αποτελεί αμάλγαμα πολλών κουζινών. Για να γίνει κατανοητή πρέπει να μελετηθεί όχι μόνο σε σχέση με τις παραδοσιακές τροφές αλλά και υπό το πρίσμα αυτής της αλληλεπίδρασης [34, 37, 63].

Συνήθως, στις ΗΠΑ, οι ασθενείς άνω των 65, με συμπληρωματικές ασφαλίσεις, τυπικά καλύπτονται για τις ανάγκες τους σε ιατρική φροντίδα, αλλά όσοι δεν έχουν συμπληρωματική ασφαλιστική κάλυψη πληρώνουν, κατά προσέγγιση, το 20% των ιατρικών δαπανών τους. Για την αγωγή του διαβητικού ποδιού, το οποίο δεν παρουσιάζει επιπλοκές υπολογίζεται ότι, κατά μέσο όρο, απαιτούνται τα εισοδήματα έξι ημερών εργασίας (στην Ινδία, το αντίστοιχο ποσοστό συμμετοχής είναι 127 ημέρες). Σε περίπτωση που απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία και προοδευτική προσπάθεια για τη σωτηρία του άκρου, με τη χρήση των όλων των διαθέσιμων μεθόδων, πλην του καθαρισμού σε εξωτερικά ιατρεία και των δια στόματος αντιβιοτικών), το κόστος που καλείται να καταβάλει ο αμερικανός πολίτης αντιστοιχεί στο μέσο εισόδημα 9,6 μηνών (η αντίστοιχη θεραπευτική προσέγγιση στην Τανζανία αντιστοιχεί σε μέσο εισόδημα δύο ετών) [17].

Η πρόσβαση στις δομές υπηρεσιών υγείας είναι ένας τομέας στον οποίο οι Αφρο-αμερικάνοι παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά, αυτή η μειωμένη προσέλευση δείχνει να είναι ανεξάρτητη από την ηλικία και το επίπεδο εισοδήματος. Η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυ-

ψης συνδέεται, επίσης, με τη χαμηλότερη χρήση δαπανηρών παρεμβάσεων υγείας, όπως οι αγγειοπλαστικές επεμβάσεις. Οι δύο προηγούμενες μεταβλητές είναι πολύ πιθανόν να ισχύουν τόσο για τους Αφρο-αμερικάνους όσο και για τους ισπανόφωνους των Ηνωμένων Πολιτειών, καθώς βρίσκονται στο ίδιο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και μοιράζονται παρόμοιους περιορισμούς στην παρακολούθηση σωστής ιατρικής φροντίδας. Δεν πρέπει να παραβλέπονται και πολιτισμικά εμπόδια, όπως είναι η γνώση της γλώσσας για τους πρώτης γενιάς μετανάστες. Οι ανισότητες στη διαθεσιμότητα και στη χρήση σωτήριων παρεμβάσεων για τα άκρα και για τη ζωή τους, γενικότερα, οδηγούν στα αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, ιδιαίτερος όταν συντρέχουν και άλλοι καρδιοαγγειακοί παράγοντες [48].

Αν αναφερθεί μόνο η πολυπληθέστερη μειονότητα, δηλαδή οι Αφρο-Αμερικάνοι, αυτοί αναφέρονται στα παραδοσιακά φαγητά τους και τις διατροφικές τους πρακτικές ως «soul food» (φαγητό της ψυχής). Πολλά από αυτά τα φαγητά τα υιοθέτησαν και οι λευκοί Αμερικάνοι, ιδιαίτερα στο Νότο και στα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Αυτά περιλαμβάνουν:

- ✓ Μία ποικιλία από πράσινα, φυλλώδη λαχανικά, όπως λάχανα, γογγύλια, πικραλίδες, σπανάκι κ.ά. Αυτά είναι γνωστά ως «πράσινα» (greens) και είναι η βάση της «τροφής για την ψυχή».
- ✓ Το καλαμπόκι είναι το βασικό στοιχείο διατροφής.
- ✓ Τα «πιάτα λαχανικών», τα οποία παραδοσιακά αποτελούνται από λαχανικά και άμυλα και παραδοσιακά σερβίρονται με ψωμί από καλαμπόκι ή σε πίτες και φρέσκα κρεμμυδάκια ή ωμές/μαγειρεμένες ροδέλες κρεμμυδιού.
- ✓ Πολύ δημοφιλή είναι τα αμυλούχα λαχανικά, συμπεριλαμβανομένων ξερών φασολιών, φρέσκα ή ξερά μπιζέλια, φασόλια με χοιρινό, καλαμπόκι, γλυκές ή άσπρες πατάτες. Αυτές οι τροφές έχουν υψηλά ποσοστά πρωτεϊνών, ιδιαίτερα όταν συνδυάζονται με δημητριακά. Άλλοι δημοφιλείς συνδυασμοί είναι το ρύζι με μαυρομάτικα φασόλια (hoppin john), κόκκινα φασόλια με ρύζι και αραβόσιτο.
- ✓ Βασικά στοιχεία είναι, επίσης, το ρύζι, τα δημητριακά, το καλαμποκίσιο ψωμί, τα μπισκότα, οι τηγανίτες και τα μακαρόνια.
- ✓ Τα κρέατα είναι συχνά παναρισμένα και τηγανισμένα. Καταναλώνεται μία ποικιλία από κρέας (χοιρινό, βοδινό) και πουλερικά, ουρές βοδιού, πατσάς και γλώσσες. Το τηγάνισμα είναι παραδοσιακά η προτιμώμενη μέθοδος για την προετοιμασία του κρέα-

τος, λόγω του σύντομου χρόνου μαγειρέματος, ένα χαρακτηριστικό που είναι ιδιαίτερα σημαντικό κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού.

- ✓ Το πλήρες γάλα αναφέρεται συχνά ως «γλυκό γάλα» όπως και το βούτυρο προτιμώνται. Το βούτυρο χρησιμοποιείται στην Παρασκευή μπισκότων, ψωμιού από καλαμπόκι και για το πανάρισμα του τηγανιτού κοτόπουλου. Το άπαχο γάλα και το γάλα με χαμηλά λιπαρά έχει αρχίσει να κερδίζει την προτίμηση τους λόγω της αυξανόμενης ευαισθητοποίησης για την ανάγκη μείωσης του συνόλου των λιπαρών, της χοληστερόλης και του κορεσμένου λίπους [50, 63].

Η ασιατική κοινότητα παρουσιάζει μεγάλη διαφοροποίηση καθώς βασίζεται στις θρησκείες της περιοχής καταγωγής της κάθε πληθυσμιακής ομάδας, εντός της Ινδίας και των θρησκευτικών πρακτικών. Ο Ινδουισμός είναι η κυρίαρχη θρησκεία και ακολουθείται από το Ισλάμ, το Βουδισμό, τον Ζωροαστρισμό, τον Χριστιανισμό κ.ά. Οι πιστοί των διάφορων θρησκειών ακολουθούν διαφορετικούς νόμους και κώδικες για την νηστεία και τις τελετουργίες τους, οι οποίοι επηρεάζουν και τα διατροφικά τους πρότυπα.

6.2.2 Καναδάς

Η καλή διατροφή απαιτεί γνώση, πρέπει να είναι γνωστό και κατανοητό ποιες τροφές και συνδυασμοί τροφών παρέχουν αρκετές θρεπτικές ουσίες καθώς επίσης, και πόσο αυτές είναι προσβάσιμες και πως γίνεται η σωστή προετοιμασία τους. Η καλή διατροφή έχει κάποιο κόστος τόσο σε χρόνο όσο και σε χρήματα τα οποία πρέπει να επενδυθούν για την απόκτηση θρεπτικών φαγητών. Ωστόσο, στην πράξη, μία διατροφή καλύτερης ποιότητας κοστίζει περισσότερο από μία διατροφή χαμηλότερης ποιότητας για άτομα που πάσχουν από διαβήτη; Τα ερευνητικά δεδομένα δεν υποστηρίζουν, τουλάχιστον για χώρες πλούσιες όπως ο Καναδάς, κάτι τέτοιο [51].

6.2.3 Ο ρόλος των θρησκευτικών δοξασιών στην αντιμετώπιση του διαβήτη σε πληθυσμό Αφρο-Αμερικάνων

Το Παρατηρητήριο για την Έρευνα και την Ποιότητα Παροχής Υγείας (Agency for Healthcare Research and Quality), στα στατιστικά που δημοσίευσε το 2010 υπογραμμίζει ότι οι πιθανότητες να προσβληθούν οι Αφρο-Αμερικάνοι από διαβήτη αυξήθηκαν από 1,4 σε 2,2 φορές περισσότερο από ότι ο λευκός πληθυσμός της Αμερικής. Τα στατιστικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι ο διαβήτης είναι αρκετά συχνός στους Αφρο-Αμερικανούς μέσης και τρίτης ηλικίας (άντρες 19% και γυναίκες 28%). Αυτό οδηγεί στο γεγονός ότι η

πρόγνωση θανάτου, λόγω σοβαρών επιπλοκών από τον διαβήτη, είναι κατά 27% υψηλότερη για αυτή την πληθυσμιακή ομάδα συγκριτικά με τους λευκούς που πάσχουν από διαβήτη [33]

Όσον αφορά στην επίδραση του θρησκευτικού συναισθήματος στους Αфро-Αμερικάνους, τα ερευνητικά δεδομένα δεν ακολουθούν ομοειδή πορεία. Οι Quinn, Cook & Nash (2001) κατέδειξαν ότι το έντονο θρησκευτικό συναίσθημα, η ενασχόληση με τη θρησκεία μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα στην αντιμετώπιση του διαβήτη [63]. Η Boles (2011) διαπιστώνει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο, τουλάχιστον ως προς τις πλευρές που εξέτασε η ίδια. Άλλωστε και οι τρόποι με τους οποίους διαχειρίζονται τα άτομα τη σχέση τους με το Θεό, ποικίλουν, για το άτομο, όμως, που θα βοηθήσει τους ασθενείς με διαβήτη είναι πολύ σημαντικό να έχει τη γνώση να αποκωδικοποιήσει αυτή τη σχέση και να τη χρησιμοποιήσει προς όφελος της θεραπευτικής αγωγής [11].

6.3 Κεντρική Αμερική

Ένα αστείο που συνηθίζουν στο Μεξικό την ημέρα της Γιορτής των Νεκρών (Día de los Muertos) λέει ότι «ακόμη κι οι διαβητικοί μπορούν να φάνε τα αποφάγια της γιορτής γιατί οι νεκροί έχουν φάει την ουσία των τροφών». Οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο από το βάρος της ασθένειας του διαβήτη, με πολλές γυναίκες να επικαλούνται την ασθένεια τους για να νομιμοποιήσουν το πέρασμα τους στον ρόλο του ασθενή. Για να υπερβούν τον ανώτερο σκοπό τους, να φροντίσουν για την οικογένειά τους, πρέπει να είναι ζωντανές και, κατά προτίμηση, καλά στην υγεία τους. Εφόσον είναι άρρωστες συμπεριφέρονται σύμφωνα με το μοντέλο του να είναι διαβητικές. Ενώ η ορθή κοινωνική τους παρουσία στο ρόλο του διαβητικού ασθενή δεν μειώνει τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, έχει εντούτοις θεραπευτικές επιδράσεις για την κατάθλιψη και το άγχος, οδηγώντας στην γενικότερη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Η υιοθέτηση του κοινωνικού ρόλου του ασθενούς απαιτεί και προσαρμογές του κοινωνικού δικτύου. Αυτές οι αναπροσαρμογές νομιμοποιούνται από τον ρόλο του ασθενούς και δικαιολογούν αλλαγές στους κοινωνικούς κανόνες και στις ατομικές συμπεριφορές όπως η απομάκρυνση από τον αναμενόμενο κοινωνικό τους ρόλο, η αντικατάστασή του, η καθυστέρηση στην υλοποίηση των υποχρεώσεων ή η αποδέσμευση από αυτές [14].

6.4 Νότια Αμερική

6.4.1 Χιλή

Στην Χιλή, όπου περίπου το 70% του πληθυσμού καλύπτεται από δημόσια ασφάλιση, οι πολίτες τυπικά, συν-πληρώνουν ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 0-40% ενός καθορισμένου ποσού, αναλόγως της πάθησης, πέραν των ασφαλιστικών καλύψεων. Η εκτίμηση, για το διαβητικό πόδι, και με τη χειρότερη εκδοχή της συμμετοχής του ασθενούς κατά 40%, το ποσό που καλείται να καταβάλει αντιστοιχεί σε 146 μέρες ενός μέσου ετήσιου εισοδήματος (το ανάλογο εισόδημα στην Ινδία ανέρχεται σε 5,7 έτη). Αξιοσημείωτο είναι, ότι σε αυτές τις χώρες όπου το κόστος συμμετοχής είναι σε, σχετικά, λογικό πλαίσιο δεν υπάρχει πρόβλεψη για την κάλυψη των μετεγχειρητικών υποδημάτων, τα οποία μπορεί να αποτρέψουν υποτροπές [17].

6.5 Ασία

Ο ισλαμισμός είναι μία από τις τρεις μεγάλες μονοθεϊστικές θρησκείες στον κόσμο. Στην Ασία είναι η μεγαλύτερη σε αριθμό πιστών, ενώ στην Αμερική είναι η δεύτερη μεγαλύτερη σε πλήθος πιστών μετά τον χριστιανισμό. Οι μουσουλμάνοι ακολουθούν πολύ συγκεκριμένους διατροφικούς κανόνες, σύμφωνα με το Κοράνι, και αποφεύγουν πολλές τροφές οι οποίες θεωρούνται «ακάθαρτες» (π.χ. το χοιρινό κρέας).

Επίσης, σύμφωνα με την παράδοσή τους, κατά τη διάρκεια του ένατου μουσουλμανικού μήνα, μία μεγάλη περίοδο νηστείας, τον ιερό μήνα του Ραμαζανιού (διάρκεια 28-30 ημερών, όχι ακριβώς καθορισμένων, εφόσον ακολουθείται το σεληνιακό ημερολόγιο). Κατά τη διάρκεια του, οι πιστοί απαγορεύεται να καταναλώνουν οποιαδήποτε τροφή ή ποτό από την ανατολή του ήλιου έως τη δύση του, οι απαγορεύσεις αυτές αίρονται τη νύχτα. Επίσης, απαγορεύεται η φαρμακευτική αγωγή (δια στόματος ή ενέσιμη), το κάπνισμα και το σεξ. Σύμφωνα με τον ισλαμικό νόμο τα παιδιά κάτω των δώδεκα ετών, οι ασθενείς, οι ταξιδιώτες, οι έγκυες γυναίκες και οι λεχώνες εξαιρούνται της νηστείας. Οι ασθενείς, συγκεκριμένα, μπορούν να απέχουν από τη νηστεία από μία έως και τις τριάντα ημέρες αναλόγως της πάθησής τους, οι διαβητικοί υπόκεινται σε αυτές τις εξαιρέσεις αλλά, συχνά, αρνούνται να δεχτούν αυτήν την παραχώρηση [62].

Οι πιστοί τρώνε, συνήθως, δύο γεύματα κατά τη διάρκεια της νύχτας και παρατηρείται το φαινόμενο να καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής στο ένα γεύμα. Καταναλώνουν ειδικά γλυκά, τροφές με υψηλό ποσό θερμίδων και τροφές με μεγάλη περιεκτικότητα σε λάδι. Επιπροσθέτως, οι διαβητικοί ασθενείς τείνουν να μην ακολουθούν την υπο-

γλυκαιμική τους αγωγή με τον κατάλληλο τρόπο. Αν λαμβάνουν την ίδια ποσότητα υπογλυκαιμικών παραγόντων με ένα μεγάλο γεύμα, δύο φορές την ημέρα, υπάρχει ο κίνδυνος υπεργλυκαιμίας. Αντιθέτως, αν καταναλώνουν μικρά γεύματα, με την ίδια ποσότητα υπογλυκαιμικών παραγόντων, μπορεί να δημιουργηθεί υπογλυκαιμία [62].

Πολλές φορές οι διαβητικοί ασθενείς δεν συζητούν αυτές τις παραμέτρους με τους παρόχους αγωγής υγείας εξαιτίας του φόβου τους για την απαγόρευση της νηστείας, κάτι που θα ερχόταν σε αντίθεση με το θρησκευτικό τους συναίσθημα. Οι περισσότεροι μουσουλμάνοι, θα μπορούσαν να γιορτάσουν το Ραμαζάνι, μετά από συνεννόηση και διάλογο με τον γιατρό τους, εκτός από τους διαβητικούς που έχουν και άλλα προβλήματα υγείας (όπως καρδιακές παθήσεις, μη ελεγχόμενη υπέρταση κ.ά.), τις έγκυες γυναίκες που πάσχουν από διαβήτη και τους ασθενείς με Τύπου 1. Οι επαγγελματίες της υγείας θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους τις παρακάτω παραμέτρους, προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας προς τους διαβητικούς μουσουλμάνους ασθενείς:

Κατά τη διάρκεια του Ραμαζανιού, οι ασθενείς θα πρέπει να τηρούν την κανονική τους διαίτα και να αποφεύγουν διατροφικές λαιμαργίες κατά τη διάρκεια της νύχτας. Ειδικότερα θα πρέπει να προσέχουν τις παρακάτω παραμέτρους:

- ✓ Να προσαρμόσουν τις δόσεις της δια στόματος υπογλυκαιμικής αγωγής.
- ✓ Η νηστεία κατά το Ραμαζάνι δεν συνίσταται σε ασθενείς με διαβήτη Τύπου 1 οι οποίοι εξαρτώνται από την ινσουλίνη. Ωστόσο, για τους ασθενείς που είναι αποφασισμένοι να την ακολουθήσουν, θα πρέπει, κατόπιν συνεννοήσεως με τον γιατρό τους, να σταθεροποιήσουν την λήψη ινσουλίνης.
- ✓ Σε όλους τους ασθενείς, που επιθυμούν να νηστέψουν, θα πρέπει, εντόνως, να συστήνεται η παρακολούθηση της γλυκόζης στο αίμα στο σπίτι. Θα πρέπει να συστήνεται να σταματήσουν την νηστεία αν διαπιστώσουν υπογλυκαιμία ή κάποια άλλη επιπλοκή.
- ✓ Η φυσική άσκηση πρέπει να γίνεται με προσοχή και να αποφεύγονται υπερβολές [62].

Στην άλλη πολύ μεγάλη πληθυσμιακή κατηγορία του ασιατικού πληθυσμού, οι οποίοι δεν ανήκουν στο Ισλάμ αλλά ασπάζονται άλλες μεγάλες θρησκείες όπως ο Ινδουισμός και ο Βουδισμός, συνεπώς ακολουθούν διαφορετικά διατροφικά πρότυπα, οι προβλέψεις είναι, επίσης, δυσοίωνες. Οι ασιατικοί πληθυσμοί αναμένεται να βιώσουν διαβαθμισμένη αύξηση της παχυσαρκίας, την αυξημένη γλυκόζη στο αίμα, της υπέρτασης και του διαβήτη, της αύξησης της παιδικής και νεανικής παχυσαρκίας [57].

Πέραν των διατροφικών συνηθειών και αναφορικά με το διαβητικό πόδι, συγκεκριμένα, η συνήθεια να μην επιλέγουν οι ασιατές σφιχτά υποδήματα είναι ιδιαίτερος ευεργετική για τους ίδιους, καθώς διατρέχουν μειωμένο κίνδυνο για την ανάπτυξη ελκών [49]. Η ανάγκη για αρτιμέλεια και υγεία είναι θεμελιώδους σημασίας για κάποιες απομακρυσμένες περιοχές της Ασίας, όπου η επιβίωση εξαρτάται από την υγεία και την ικανότητα για εργασία. Το πρόσφατο παράδειγμα που παραθέτει ο Kirkup (2007) από εφημερίδα του Πακιστάν είναι χαρακτηριστικό. Ο μεγάλος σεισμός του 2005 στα οροπέδια του Κασμίρ, επηρέασε κυρίως τους ορεσίβιους του Πακιστάν, οι οποίοι βασίζονται στους δικούς τους πόρους και ικανότητες για να επιβιώσουν. Εξαιτίας της μεγάλης καθυστέρησης που έκανε να φτάσει η βοήθεια λόγω των δυσκολιών στην επικοινωνία, όσοι είχαν μεγάλες πληγές, μολύνθηκαν. Ένας σύζυγος όταν η γυναίκα του επρόκειτο να ακρωτηριαστεί δήλωσε ότι «Δεν θα το επιτρέψω αυτό. Θα την αφήσω να πεθάνει παρά να την ακρωτηριάσω, δεν θα μπορεί να δουλέψει έτσι κι αλλιώς» [42].

6.5.1 Ινδία

Στην Ινδία, κατά προσέγγιση, μόνο το 5% του αστικού πληθυσμού έχει ασφάλεια ζωής, υποτίθεται ότι το 100% του κόστους καλύπτεται από τους ασθενείς. Για την φροντίδα του διαβητικού ποδιού, όταν δεν υπάρχουν επιπλοκές, το κόστος που θα καταβάλει ο ασθενής, υπολογίζεται ότι είναι περίπου το μέσο εισόδημα 127 ημερών. Όταν πρόκειται για ακρωτηριασμό με τη συνακόλουθη αγωγή, το κόστος ανέρχεται στα μέσα εισοδήματα 5,7 ετών, το οποίο θα πρέπει να καταβάλει ο ασθενής. Ως εκ τούτου, τα περιστατικά πτώχευσης λόγω ιατρικών συμβάντων είναι κάτι πολύ συνηθισμένο στην Ινδία και πολλοί ασθενείς μπορεί να αρνηθούν τη θεραπευτική αγωγή μη έχοντας τους αναγκαίους πόρους ή φοβούμενοι την οικονομική καταστροφή [17].

6.6 Αφρική

Στην Αφρική, και ιδιαίτερος στο υπο-σαχάριο τμήμα της, ο διαβήτης παρουσιάζει έξαρση και οι προβλέψεις για το μέλλον ιδιαίτερος δυσοίωνες. Οι ακρωτηριασμοί δεν είναι κάτι άγνωστο για τις φυλές για διάφορους λόγους, είναι στην παράδοση και στην κουλτούρα τους η θέα ατόμων που έχουν υποστεί ακρωτηριασμό των άκρων για λόγους θρησκευτικούς ή και προληπτικούς. Στη φυλή των Πυγμαίων, ο ακρωτηριασμός δακτύλων εφαρμόζεται ευρέως ως ένδειξη πένθους και θρήνου ή ως μίας «διαπραγμάτευσης» για την διασφάλιση ενός ειρηνικού θανάτου. Στη φυλή των Χοτέντο (Hottentots) ακρωτηριάζουν ένα δάκτυλο ως θυσία για την αποφυγή σοβαρών ασθενειών [42].

6.6.1 Τανζανία

Οι ασθενείς στην Τανζανία, νοσηλεύονται σε δημόσιες αστικές κλινικές όπου, θεωρητικά, το δημόσιο είναι υπεύθυνο για το 100% του ιατρικού κόστους. Ωστόσο, στην πράξη, υπάρχει συμμετοχή των ασθενών όπου σε περιπτώσεις ακρωτηριασμού και πολύπλοκης θεραπευτικής αγωγής, μπορεί να φτάσει έως και το μέσο εισόδημα δύο ετών. Επικρατεί η κλινική στάση του ακρωτηριασμού στην κνήμη αμέσως μόλις αποτύχει ο ενδο-νοσοκομειακός καθαρισμός των ελκών [17].

6.6.2 Μαρόκο

Τα αποτελέσματα μελετών στο Μαρόκο, διαφέρουν αρκετά από εκείνα των δυτικών χωρών, καθώς παρουσιάζονται χαμηλά ποσοστά ευαισθητοποίησης των ασθενών αναφορικά με τις επιπλοκές του διαβητικού ποδιού και τις μεθόδους που πρέπει να ακολουθήσουν για την πρόληψη τους. Σε αυτό σίγουρα συντελεί και το γεγονός ότι δεν υπάρχουν εξειδικευμένα κέντρα για την διεπιστημονική διαχείριση του διαβητικού ποδιού. Οι γνώσεις τους, κατά κύριο λόγο, αφορούσαν στη διατροφή, τον γλυκαιμικό έλεγχο και τις θεραπευτικές διαδικασίες (π.χ. ενέσεις ινσουλίνης). Αντιθέτως, δεν λάμβαναν υπόψη τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και επιπλοκές όπως το διαβητικό πόδι. Οι εξηγήσεις που δόθηκαν από τους ασθενείς είναι α) η έλλειψη πληροφόρησης, β) η άρνηση της ασθένειας, γ) χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και δ) οικονομικούς περιορισμούς. Επίσης, επειδή η πλειονότητα του πληθυσμού στερείται γραμματισμού, δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν τις ιατρικές συμβουλές (οι ιατροί στο Μαρόκο χρησιμοποιούν επιστημονική ορολογία στη γαλλική γλώσσα). Η χρόνια φύση της ασθένειας επηρεάζει και αρκετούς από τους επαγγελματίες της υγείας καθώς πολύ θεωρούν ότι όσο περισσότερο κάποιος ασθενεί από διαβήτη τόσο περισσότερα γνωρίζει γι' αυτόν. Από οικονομικής πλευράς, πολλοί ασθενείς έχουν χαμηλά εισοδήματα και στερούνται ιατρικής ασφάλισης με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την διαχείριση του διαβητικού ποδιού [47].

Στη συγκεκριμένη περιοχή πρέπει να συνυπολογιστούν και κάποιες τοπικές πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Η ευρεία χρήση των «babouche» (είδος υποδήματος/παντόφλας με λεπτές σόλες), τα οποία θα πρέπει να αποφεύγονται, δεδομένου ότι οι τραυματισμοί λόγω υποδημάτων είναι από τις κύριες αιτίες για τα έλκη των άκρων στους διαβητικούς. μεγάλης αποδοχής τυγχάνουν και τα φυτικά ή μαύρης χέννας σκευάσματα, που χρησιμοποιούνται στο να εντείνουν τα χρώματα των τατουάζ. Αυτά τα σκευάσματα περιέχουν παραφαινυλενοδιαμίνη (PPD), έναν ευαισθητοποιητή παρααμινοβενζολίου και θα πρέπει να μην

χρησιμοποιούνται από διαβητικούς για λόγους αλλεργικών αντιδράσεων και ερεθισμού του πέλματος, που μπορεί να προκαλέσουν έλκη. Στο συγκεκριμένο πολιτισμικό περιβάλλον η χρήση τούρκικων λουτρών ενισχύει το περπάτημα χωρίς υποδήματα και αυξάνει την συχνότητα μυκητησιακών λοιμώξεων [47].

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Έχει πλέον γίνει κατανοητό στους επαγγελματίες της υγείας, ότι η ολιστική προσέγγιση των υπηρεσιών προς τον ασθενή αποτελεί κοινωνική και πολιτιστική αναγκαιότητα. Δεν μπορεί να υποτιμηθεί, σε καμία περίπτωση, η ακαδημαϊκή γνώση και η επιμόρφωση στα ανωτέρω θέματα.

Ο διαβήτης προσθέτει ένα τεράστιο οικονομικό βάρος στα εθνικά συστήματα υγείας παγκοσμίως. Αυτό το βάρος θα συνεχίσει να αυξάνεται τις επόμενες δεκαετίες. Η λήψη μέτρων πρόληψης κρίνεται αναγκαία για την αντιμετώπιση αυτού του βάρους, δεδομένου ότι οι πλουσιότερες χώρες δαπανούν τα περισσότερα ενώ οι φτωχότερες υποφέρουν πολύ παραπάνω, λόγω του πλήθους των διαβητικών και των εξαιρετικά περιορισμένων οικονομικών μέσων[85].

Ένα σημαντικό αναπάντητο ερώτημα είναι αν η καθυστέρηση των ακρωτηριασμών βελτιώνει την ποιότητα ζωής ή απλώς παρατείνει την περίοδο πριν τον ακρωτηριασμό, με ό,τι αυτή συνεπάγεται σε φροντίδα των ελκών και σε νοσηρότητα (π.χ. πόνο) [15]. Σε αυτή την απόφαση σημαντικό ρόλο παίζουν και τα στοιχεία της προσωπικότητας του ασθενούς, τα οποία καθορίζουν, σε μεγάλο βαθμό, την διαχείριση του διαβητικού ποδιού, είτε υποστεί είτε όχι ακρωτηριασμό. Υπό το πρίσμα των υψηλών επιπέδων άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών, προτείνονται οι ψυχολογικές εκτιμήσεις και παρεμβάσεις, από τα πρώτα στάδια [70].

Η ευρύτατη εκπαίδευση των ασθενών, η έγκαιρη διάγνωση και η επιθετική θεραπευτική προσέγγιση από διεπιστημονική ομάδα εμπειρογνομόνων, αντιπροσωπεύουν την σύγχρονη προσέγγιση για τη διαχείριση των ασθενών με διαβήτη. Τα κλινικά και οικονομικά δεδομένα καταγράφουν μία μείωση των ακρωτηριασμών, της διάρκειας νοσηλείας και του οικονομικού κόστους. Οι ομάδες επιστημόνων πρέπει να συνεχίσουν τις προσπάθειες να γίνουν πιο αποτελεσματικές, ειδικά αναφορικά με την αποτελεσματική χρήση των δαπανών για την πρόληψη και τα πρώιμα θεραπευτικά στάδια, τις παρεμβάσεις και τις διαβουλεύσεις μεταξύ τους [23].

Οι διατροφολόγοι θα πρέπει να δίνουν έμφαση σε θετικές διατροφικές πρακτικές που σχετίζονται με τις παραδοσιακές αντιλήψεις για την υγεία και τις διατροφικές συνήθειες. Πέραν της μεσογειακής διατροφής, σε παγκόσμιο επίπεδο οι παραδοσιακές δίαιτες τυγχάνουν αναγνώρισης και μπορούν να υιοθετηθούν ευκολότερα από τους ασθενείς γιατί

εκφράζουν την ίδια την κουλτούρα τους και περιέχουν τροφές οι οποίες είναι γευστικά οικείες σε αυτούς. Ξαναθυμίζουμε το παράδειγμα της παραδοσιακής διατροφής του μακρινού Μεξικού, η οποία είναι χαμηλή σε λιπαρά και πλούσια σε φυτικές ίνες.

Συνεπώς, η επιστροφή και η διατήρηση σε παραδοσιακές δίαιτες μπορεί να αποδειχτεί ο κατάλληλος ευεργετικός παράγοντας. Πρέπει να ενθαρρύνεται η κατανάλωση μίας ποικιλίας υγιεινών τροφών, ιδιαίτερος εκείνων που τους είναι γνωστές και πολιτισμικά αποδεκτές. Εκτενώς στα προηγούμενα κεφάλαια αναφέρθηκαν οι περιορισμοί και οι απαγορεύσεις τροφών σε σχέση με θρησκευτικά και πολιτισμικά κριτήρια. Οι επαγγελματίες του χώρου ενισχύουν το γνωστικό τους οπλοστάσιο γνωρίζοντας αυτές τις διατροφικές ιδιαιτερότητες και είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τον κάθε ασθενή, κυρίως δε, τους προσφέρει μία δίοδο επικοινωνίας και εγκαθίδρυσης σχέσης εμπιστοσύνης. Οι ερωτήσεις για πολύ συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες και ιδιαίτερους περιορισμούς που ενέχονται στον τρόπο ζωής του διαβητικού θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις πρώτες συναντήσεις, προκειμένου να διαμορφωθεί η κατάλληλη αντιμετώπιση. Όπου αυτό είναι, ειδικά στους ασθενείς που έχουν υποστεί ακρωτηριασμό, οι συναντήσεις όπως και οι οδηγίες θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν και μέλη της οικογένειας για να ενισχυθεί η πιθανότητα της τήρησης της αγωγής και του είδους της βοήθειας που πρέπει να προσφέρει το άμεσο περιβάλλον στον ασθενή.

Μία κριτική που μπορεί να ασκηθεί στις επίσημες διαδικτυακές πηγές ενημέρωσης για τον διαβήτη (όπως η American Diabetes Association, η International Diabetes Association κ.ά) είναι πως αν και στις συμβουλές που παρέχουν στις ιστοσελίδες τους, οι κανόνες διατροφής μοιάζουν μεταξύ τους (όπως και με άλλων συναφών ιστοτόπων που ασχολούνται με χρόνιες ασθένειες), λείπουν οι πολύ συγκεκριμένες προτάσεις. Οι γενικότεροι κανόνες αφορούν στην κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, στην μείωση της λήψης ζωικών λιπαρών και στην αύξηση της φυσικής άσκησης, χωρίς όμως να προχωρούν σε συγκεκριμένες προτάσεις αναφορικά με το, κατά τόπους έστω, διατροφικό προφίλ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Πολύ συνοπτικά, πριν ξεκινήσει ο σχολιασμός τους, τα συμπεράσματα και τα θέματα που ανέκυψαν από την βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι τα εξής:

- ✓ Το οικονομικό κόστος του ΣΔ κινείται σε πολύ υψηλά επίπεδα παγκοσμίως και αποτελεί μεγάλο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας με την παρούσα νοοτροπία, δομή ,λειτουργία, διοίκηση που ακολουθεί η κυβέρνηση δεν οδηγούν σε αναβάθμιση υγείας των πολιτών
- ✓ Το σύστημα χαρακτηρίζεται από υψηλό κόστος , χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών και εμπόδια στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες
- ✓ Οι μεγαλύτερες προκλήσεις για τους ακρωτηριασμούς εντοπίζονται στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου οι πόροι για την υγεία είναι μειωμένοι και αναζητούν βοήθεια όταν πλέον έχουν αναπτύξει έλκη στα πόδια
- ✓ Οι αναπτυσσόμενες χώρες με γενικά χαμηλό ΑΕΠ (ακαθάριστο εγχώριο προϊόν)έχουν εξαιρετικά χαμηλό βαθμό σε διεθνή κλίμακα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης
- ✓ Ο θεσμός της θρησκείας είναι ιδιαίτερος επιδραστικός και επηρεάζει τον τρόπο ζωής των ατόμων διότι οι περισσότερες θρησκείες έχουν διατροφικούς κανόνες και οδηγίες
- ✓ Ένα δυσανάλογο ποσοστό των παγκοσμίων πόρων διατίθεται στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας λόγω των υψηλότερων ποσοστών επιπλοκών λόγω του διαβήτη
- ✓ Το κόστος των ακρωτηριασμών είναι 5,4 φορές μεγαλύτερο τον πρώτο χρόνο και 2,8 φορές για το δεύτερο χρόνο
- ✓ Σε πολλές χώρες όπως η Μέση Ανατολή στα νοσοκομεία όπου γίνεται η παραπομπή των ατόμων, εξυπηρετούν τεράστιους αριθμούς ασθενών με αποτέλεσμα όταν πλέον εισέρχονται στα νοσοκομεία έχουν εκτεταμένη βλάβη και δεν μπορεί να σωθεί το πόδι
- ✓ Η μόνη λύση και σωτηρία είναι η ΠΡΟΛΗΨΗ και ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη και την μείωση των επιπλοκών
- ✓ Η πολιτεία πρέπει να θέσει σε εφαρμογή στρατηγικές για αξιοποίηση πόρων και υλοποίηση σχεδίων πρόληψης , ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας
- ✓ Ίδρυση περισσότερων διαβητολογικών κέντρων σε απομακρυσμένες περιοχές καθώς και εξειδικευμένο προσωπικό

- ✓ Φροντίζοντας για τη σωστή λειτουργία του συστήματος υγείας θα μειωθούν τα κόστη για το διαβήτη , εφαρμόζοντας πολιτικές πρόληψης και αντιμετώπισης

Το πρώτο στοιχείο που παρατηρείται, σε παγκόσμιο επίπεδο είναι ότι το οικονομικό βάρος των ακρωτηριασμών και η παροχή των εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών δεν είναι πάντα οι αναμενόμενες. Η κοινή αντίληψη είναι ότι οι πιο πλούσιες χώρες είναι εκείνες που θα έχουν και τα καλύτερα συστήματα υγείας, όμως κάτι τέτοιο δεν φαίνεται να ισχύει καθώς, σύμφωνα με τα στοιχεία, δεν διαδραματίζει τόσο μεγάλο ρόλο. Στις ανεπτυγμένες χώρες παρατηρούνται υψηλά ποσοστά διαβητικών ποδιών και ακρωτηριασμών, λόγω των διατροφικών επιλογών, του τρόπου ζωής. Σημαντική παράμετρος είναι και η κοινωνική τάξη των ατόμων με διαβητικό πόδι, καθώς οι ακρωτηριασμοί συμβαίνουν στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και στους μετανάστες.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του διαδικτυακού τόπου www.onmed.gr, το γεγονός ότι μία χώρα έχει υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα ή εντάσσεται στις πλουσιότερες χώρες του κόσμου δεν διασφαλίζει και την βελτιστοποίηση των συστημάτων υγείας. Στην τελευταία, την 11^η θέση φιγουράρουν οι ΗΠΑ, καθώς το σύστημά τους ενώ είναι από τα ακριβότερα στον κόσμο, η περίθαλψη παρέχεται, κατά κύριο λόγο από τον ιδιωτικό τομέα δεν σημειώνεται δίκαιη και ισότιμη μεταχείριση των ασθενών [97].

Όλα τα στοιχεία συνηγορούν στο ότι η αναγνώριση και η πρόληψη των επιπλοκών για το διαβητικό πόδι έχει αναπτυχθεί και συνεχίζει να βελτιώνεται, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Από την άλλη πλευρά όμως οι διαγνώσεις συμβαίνουν σε μεταγενέστερο στάδιο και όταν η παθογένεια έχει προχωρήσει. Μέσα από την διεπιστημονική προσέγγιση, μόνο, μπορεί να υλοποιηθεί ένα στρατηγικό σχέδιο θεραπευτικής αγωγής το οποίο θα βελτιώνει τη λειτουργικότητα και θα μειώσει τους ακρωτηριασμούς. Η διεπιστημονική αυτή θέαση δεν είναι πάντα η πιο οικονομική, σε απόλυτους αριθμούς, αλλά μακροπρόθεσμα συντελεί στην βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο [23].

Αυτό που πρέπει να σημειωθεί, σε σχέση με την παρούσα οικονομική συγκυρία, είναι ότι εξαιτίας της χρόνιας φύσης της ασθένειας του διαβήτη, της μονιμότητας του ακρωτηριασμού και της σοβαρότητας των επιπλοκών του, είναι ότι αποτελεί μία ιδιαίτερος δαπανηρή κατάσταση. Ενώ τα κόστη νοσηλείας αυξάνονται, τα εισοδήματα των ασθενών μειώνονται θεαματικά, ως συνακόλουθο της αδυναμίας εξεύρεσης εργασίας με ικανοποιη-

τικές αποδοχές, έχοντας ως απόρροια την πλημμελή φροντίδα και μέριμνα για την κατάσταση των ποδιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abbot, C.A et al. (2005). Foot ulcer risk is lower in South-Asian and African-Caribbean compared with European Diabetic patients in the U.K. *Diabetes Care*, 8, 1869-1875.
2. Adabasu-Dodor, B. (2008). *The effects of individual attributes, health behaviours and religion on adolescent obesity: A study of African American and Caucasian adolescents*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Iowa State University Ames. USA.
3. Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.ahrq.gov/>
4. Almaraz, M. C. et al. (2012). Incidence of lower limb amputations in individuals with and without diabetes mellitus in Andalusia (Spain) from 1998 to 2006. *Diabetes research and clinical practice*, 95, 399 – 405.
5. Alvarsson, A. et al. (2012). A retrospective analysis of amputation rates in diabetic patients: can lower extremity amputations be further prevented? *Cardiovascular Diabetology*, 11(18), 1-11.
6. American Diabetes Association (ADA). (2008a). *African Americans and Diabetes*. <http://www.diabetes.org/diabetesstatistics/> complications.j sp.
7. American Diabetes Association <http://www.diabetes.org/>
8. *Amputation and amputation surgery*. (2013), διαθέσιμο στο <http://www.vascular.co.nz/Amputation%20surgery.htm> (προσπέλαση 13/7/2014).
9. Azizi, F. (2010). Islamic fasting and health. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 56, 273-282.
10. Bendich, A. & Deckelbaum, R.J. (eds). (2013⁴). *Preventive Nutrition: The comprehensive guide for health professionals*. New York: Humana Press.
11. Boles, T. A.. (2011). *The Role of Religious Coping Styles in Diabetes Control Among Urban African Americans*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Union Institute & University Cincinnati. Ohio. USA.
12. Boulton, A.J. M. (2010). What you can't feel can hurt you. *Journal of Vascular Surgery*, 52(12S), 28S-30S.
13. Braginsky, N. S. (2009). *The psychological and cultural values related to dietary physical activity practices pf asian Americans and Pacific Islanders with type 2 diabetes in Hawaii*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. University of Hawaii. USA.

14. Brown, R.A.II (2011). *Biocultural models, cultural consonance and salutogenesis in Type 2 diabetes treatment; Measuring the impact of symbol systems on health within a Mexican community*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. University of Alabama. USA.
15. Carmona, G.A. et al. (2005). Major lower limb amputations in the elderly observed over ten years: the role of diabetes and peripheral arterial disease. *Diabetes Metab*, 31, 449-454.
16. Cattich, J., & Knudson-Martin, C. (2009). 'Spirituality and Relationship: A Holistic Analysis of How Couples Cope With Diabetes'. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(1), 111-124.
17. Cavanagh, P. et al. (2012). Cost of treating diabetic foot ulcers in five different countries. *Diabetes Metab Res Rev*, 28(Suppl 1), S107–S111.
18. Center for Disease Control and Prevention <http://www.cdc.gov/>
19. Chatters, L. M. (2000). 'Religion and health: Public health research and practice'. *Annual Review of Public Health*, 21, 335-67.
20. Corey, M.R. et al. (2012). Patient education level affects functionality and long term mortality after major lower extremity amputation. *The American Journal of Surgery*, 204, 626–630.
21. Diabetes Australia <https://www.diabetesaustralia.com.au/>
22. Diabetes UK. Care. Connect. Campaign <http://www.diabetes.org.uk/>
23. Driver, V.R. et al (2010). The costs of diabetic foot: The economic case for the limb salvage team, *Journal of vascular surgery*, 52(12S), 17-22.
24. Foods and Religions <http://www.interfaithcalendar.org/Foodsofreligions.htm>
25. Fortington, L.V. et al. (2013). Short and Long Term Mortality Rates after a Lower Limb Amputation. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 46(1), 124-131.
26. Fortmann, A., Gallo, L., & Philis-Tsimikas, A. (2011). 'Glycemic control among Latinos with Type 2 diabetes: The role of social-environmental support resources'. *Health Psychology*, 30(3), 251-258.
27. Garduno Diaz (2012). *Religion and food*. Διαθέσιμο στο <http://www.leeds.ac.uk/yawya/science-and-nutrition/Religion%20and%20food.html> (προσπέλαση 1/5/2014).
28. Goodall, T. A., & Halford, W. (1991). 'Self-management of diabetes mellitus: A critical review'. *Health Psychology*, 10(1), 1-8.

29. Guariguata, L et al. (eds) (2013⁶). IDF Diabetes Atlas. Διαθέσιμο στο www.idf.org/diabetesatlas (προσπέλαση 28/3/2014).
30. Hall, M. & Felton, A.M. (2009). The St Vincent Declaration 20 years on – defeating diabetes in the 21st century. *Diabetes Voice*, 54(2), 42-44.
31. Harrison M. O., Koenig H.G., Hays J. C., Eme-Akwari A.G., & Pargament K. I. (2001). ‘The epidemiology of religious coping: A review of recent literature’. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 86-93.
32. Hart, C. (1999). *Doing a Literature Review: Releasing the Social Science Research Imagination*. London: SAGE Publications Ltd.
33. Healing Well. Community. Support. Resources <http://www.healingwell.com/>
34. Hendrix, K.J. (1997). *Cultural variables affecting the diagnosis and treatment of diabetes among Native Americans: A case history of an Eastern Shoshone Family*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. The University of Texas at Arlington.
35. Hu, F. B. et al. (2001). ‘Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women’. *New England Journal of Medicine*, 345(11): 790-797.
36. International Diabetes Association. (2012). Economic costs of diabetes in the U.S. in 2012. *Diabetes Care*, 36, 1033-1046.
37. International Diabetes Federation. (2013). *IDF Diabetes Atlas*, 6th ed. Διαθέσιμο στο: http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf (προσπέλαση 2/7/2014).
38. International Diabetes Federation Europe IDFE. (2011). *Diabetes. The Policy Puzzle: is Europe making progress?* Διαθέσιμο στο <http://www.idf.org/sites/default/files/idf-europe/ThePolicyPuzzleBook.pdf> (προσπέλαση 1/6/2014).
39. International Diabetes Federation <http://www.idf.org/>
40. International Diabetes Federation, IDF. (2005). *Put feet first: Prevent amputations*. Διαθέσιμο στο http://www.idf.org/files/docs/WDD05_leaflet_EN.pdf (προσπέλαση 15/5/2014).
41. Jain, A.K.C. (2012). A new classification of diabetic foot complications: a simple and effective teaching tool. *The Journal of Diabetic Foot Complications*, 4(1), 1-5. Διαθέσιμο στο <http://jdfc.org/wp-content/uploads/2012/01/v4-i1-a1.pdf> (προσπέλαση 25/7/2014).
42. Kirkup, J. (2007). *A history of limb amputation*. London: Springer-Verlag.
43. Kittler, P. & Sucher, K. (2000³). *Food and Culture*. Stamford: Wadsworth

44. Kouniakos, P., Tsirogianni, T.E., Baltatzi, B.M., et al. (2005). 'Impact of religion on diabetes control in Type 2 Greek diabetic patients'. *European Neuropsychopharmacology*, 15(Suppl. 3), S613.
45. Kuramasuwan, B. et al. (2013). Diabetes, impaired fasting glucose, daily life activities, food and beverage consumption among Buddhist monks in Chanthaburi Province, Thailand. *Int J Diabetes Dev Ctries*, 33(1), 23–28
46. Lager, J.M. (2006). *Relationship among religious coping, psychological factors and quality of life in individuals with Type 2 diabetes*. Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή. Texas A&M University.
47. Lamchahab, F.Z. et al. (2011). Factors influencing the awareness of diabetic foot risks. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54, 359–365.
48. Lavery, L.A. et al. (1997). Mortality following lower extremity amputation in minorities with diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 37, 41–47.
49. Leung, P.C. (2007). Diabetic foot ulcers -a comprehensive review. *Surgeon*, 5(4), 219-31
50. Levin, J., Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (2005). 'Religion, health and medicine in African Americans: implications for physicians'. *Journal of the National Medical Association*, 97(2), 237-249.
51. Maxwell, D. (2011). *Type 2 Diabetes: Economics of Dietary Adherence*. Αδημοσίευτη διπλωματική διατριβή. Canada: University of Alberta.
52. MedicineNet.com http://www.medicinenet.com/foot_problems_diabetes/article.htm
MedlinePlus Trusted Health Information for You <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/aboutmedlineplus.html>
53. Mendenhall, E. (2012). *The VIDDA Syndemic: Distress and Diabetes in Social and Cultural Context*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Northwestern University. Evanston Illinois.
54. Naeem, A.G. (2003). The role of culture and religion in the management of diabetes: A study of Kashmiri men in Leeds. *Journal of the Royal Society of Health*, 123, 110-116.
55. Nasser, J. et al. (2012). Management of diabetic foot ulcer in Babol, North Iran: an experience on 520 cases. *Caspian J Intern Med*, 3(3), 456-459.
56. Nelson, M.T. et al. (2012). Preoperative factors predict mortality after major lower-extremity amputation. *Surgery*, 152(4), 685-696.
57. Nestel, P. et al. (2007). Metabolic syndrome: recent prevalence in East and Southeast Asian populations. *Asia Pac J Clin Nutr*, 16(2), 362-367.

58. Newlin, K. et al. (2008). Relationships of Religion and Spirituality to Glycemic Control in Black Women with Type 2 Diabetes. *Nursing Research*, 57(5), 331-339.
59. Panna Vamos, E. et al. (2010). Trends in lower extremity amputations in people with and without diabetes in England, 1996–2005. *Diabetes research and clinical practice*, 87, 275– 282.
60. Park, C. L. (2007). Religiousness/spirituality and health: a meaning systems perspective. *J.Behav. Med.*, 50(4), 319-328.
61. Payer, Lynn (1996). *Medicine and Culture*. New York: Henry Holt & Company.
62. Pinar, R. (2002). Management of people with diabetes during Ramadan. *British Journal of Nursing*. 11(20), 1300-1303.
63. Quinn, M., Cook, S., Nash, K., & Chin, M. (2001). Addressing religion and spirituality in African Americans with diabetes'. *The Diabetes Educator*, 27(5), 643.
64. Sabate, J. (2004). Religion, diet and research. *British Journal of Nutrition*. 92, 199-201.
65. Salehi, S., Ghodousi, A., Ojaghloo, K. (2012), The spiritual experiences of patients with diabetes- related limb amputation. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 17(3), 225-228.
66. Samuel-Hodge, C. D. et al. (2006). A church based diabetes self-management education program for African Americans with type 2 diabetes'. *Prev. Chronic Dis.*, 3(3), 1-16.
67. Samuel-Hodge, C. D. et al. (2009). A randomized trial of a church-based diabetes self-management program for African Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 35(3), 439.
68. Savoca, M. & Miller, M. (2001). Food selection and eating patterns: Themes found among people with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Nutrition Education*, 33(4), 224-233.
69. Sridhar, G.R. (2013). Diabetes, religion and spirituality. *International Journal Diabetes Dev. Ctries*. 33(1): 5-7.
70. Srivastava, K. et al. (2010). A Study of Psychological Correlates after Amputation. *MIMI*, 66(4), 367-373.
71. The Writer's Handbook (2012) διαθέσιμο στο <http://writing.wisc.edu/ Handbook/ ReviewofLiterature.html> (προσπέλαση 4/4/2014).
72. Vaux, A. (1985). Variations in social support associated with gender, ethnicity, and age. *Journal of Social Issues*, 41(1), 89-110.
73. Veves, A., Giurini, J.M. & LoGerfo, F.W. (eds). (2012). *The diabetic foot: Medical and surgical management 3rd edition*. New York: Humana Press.

74. Wahlqvist, M. & Lee, A. S. (2007). Regional food culture and development. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 16, 2-7.
75. Wai-Hai Kwok, S (2006). *Dietary Habits, Health Beliefs and Quality of Life among Chinese-Canadians*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Mount Saint Vincent University. Department of Applied Human Nutrition. Halifax, Nova Scotia
76. Wallston, K. et al. (1999). Does God determine your health? The God locus of health control scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 131-142.
77. Watkins, P.J. (2003⁵). *ABC of Diabetes*. London: BMJ Publishing Group Ltd.
78. Weller, S.C. (1999) et al. Latino beliefs about diabetes. *Diabetes care*, 22(5): 722-728.
79. Whild, S. et al. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.
80. Whitford, D. L. & Al-Sabbagh, M. (2010). Cultural variations in attitudes towards family risk of diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 90, 173-181.
81. Wong, M. et al. (2005). Gender and nutrition management in type 2 diabetes. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 66(4), 215-220.
82. Wong, M. et al. (2005). Gender nutrition management in Type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetic Practice and Research*, 66(4).
83. Write a Literature Review (χ.χ.). Διαθέσιμο στο <http://guides.library.ucsc.edu/content.php?pid=364099&sid=2979684> (προσπέλαση 4/4/2014).
84. Young-Hyman, D. L. & Davis, C.L. (2010). Disordered eating behavior in Individuals with diabetes: Importance of context, evaluation and classification. *Diabetes care* 33 (3), 683-689.
85. Zhang, P. et al. (2010). Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 87, 293– 301.
86. Αρβανιτάκης, Ε. (1999). Τύλος (κάλος): Σημασία και αντιμετώπιση στο διαβητικό πόδι. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά* 12(1), 17-22.
87. Διαβητολογικό Κέντρο Τζάνειου Νοσοκομείου <http://www.tzaniodiabetes.gr/>
88. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία & Εθνικό Κέντρο Διαβήτη ΕΔΕ & Ε.ΚΕ.ΔΙ. (2012). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη και των επιπλοκών του*. Διαθέσιμο στο <http://www.hndc.gr/public> (προσπέλαση 16/7/2014).

89. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία ΕΔΕ (2013). *Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του διαβητικού ασθενούς*. Διαθέσιμο στο <http://www.ede.gr/wp-content/uploads/2012/odigies.pdf> (προσπέλαση 16/7/2014).
90. Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη (ΕΛ.Ο.ΔΙ.) <http://www.elodi.org/>
91. Καραγιάννη, Δ. (2002). *Ακρωτηριασμοί σε διαβητικούς ασθενείς: πληθυσμιακή μελέτη*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ), Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής. Διαθέσιμη στο <http://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/17355> (προσπέλαση 10/2/2014).
92. Καραμήτσος, Δ.Θ. (2009). *Διαβητολογία: Θεωρία και πρακτική στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη, 2^η έκδ.*. Αθήνα: Σιώκης, Ιατρικές και Επιστημονικές Εκδόσεις.
93. Μεταξάς, Φ. et al. (2012). Διαβητικό πόδι: Απεικονιστική διαγνωστική προσέγγιση. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 25(2), 114-122.
94. Ντζιού, Ε., Καστορίνη, Χ.Μ. & Παναγιωτάκος, Δ.Β. Διατροφικά πρότυπα και σακχαρώδης διαβήτης. *Ελληνική Επιθεώρηση Διατολογίας-Διατροφής*, 1(2), 78-86.
95. Παγκύπριος Διαβητικός Σύνδεσμος <http://www.diabetes.org.cy/>
96. Σκούτας, Δ.Π. (2011). *Σακχαρώδης διαβήτης: νευροπαθητικά και ισχαιμικά έλκη κάτω άκρων: παθογένεια-συμβολή στην αντιμετώπιση και εξέλιξη*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ), Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής. Διαθέσιμη στο <http://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/24032> (προσπέλαση 13/2/2014).
97. Τα καλύτερα και τα χειρότερα συστήματα υγείας των 11 πιο πλούσιων χωρών (pics). (2014). Διαθέσιμο στο <http://www.onmed.gr/ygeia-politiki/item/317150-ta-kalytera-kai-to-xeirotera-systimata-ygeias-ton-11-pio-ploysion-xoron> (προσπέλαση 1/9/2014).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΠΗΓΗ: http://www.idf.org/diabetesatlas/data-visualisations (προσπέλαση 2/6/2014)			
	Χώρα/Περιοχή	Χώρα/Περιοχή	Περιπτώσεις διαβήτη (20-79 ετών) σε χιλιάδες (x1000)
1	Αζερμπαϊτζάν	Azerbaijan	146,34
2	Μπαχάμες	Bahamas	37,57
3	Μπαχρέιν	Bahrain	168,66
4	Μπαγκλαντές	Bangladesh	5089,04
5	Μπαρμπάντος	Barbados	29,94
6	Λευκορωσία	Belarus	445,25
7	Βέλγιο	Belgium	514,82
8	Μπελίζ	Belize	24,43
9	Μπενίν	Benin	65,63
10	Βερμούδα	Bermuda	6,83
11	Μπουτάν	Bhutan	22,50
12	Βολιβία	Bolivia	361,09
13	Βοσνία και Ερζεγοβίνη	Bosnia and Herzegovina	353,43
14	Μποτσουάνα	Botswana	31,74
15	Βραζιλία	Brazil	11933,58
16	Βρετανικές Παρθένοι Νήσοι	British Virgin Islands	2,33
17	Μπρουνέι Νταρουσαλάμ	Brunei Darussalam	22,07
18	Βουλγαρία	Bulgaria	426,69
19	Μπουρκίνα Φάσο	Burkina Faso	237,92
20	Μπουρούντι	Burundi	178,26
21	Καμπότζη	Cambodia	221,43
22	Καμερούν	Cameroon	497,98
23	Καναδάς	Canada	2638,00
24	Πράσινο Ακρωτήριο	Cape Verde	15,85
25	Νησιά Καϊμάν	Cayman Islands	5,54
26	Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία	Central African Republic	126,48
27	Τσαντ	Chad	231,29
28	Νησιά της Μάγχης	Channel Islands	9,04
29	Χιλή	Chile	1253,96
30	Κίνα	China	98407,38
31	Κολομβία	Colombia	2135,38
32	Κομόρες	Comoros	23,74
33	Νήσοι Κουκ	Cook Islands	3,08
34	Κόστα Ρίκα	Costa Rica	218,81
35	Ακτή Ελεφαντοστού	Cote d'Ivoire	501,53
36	Κροατία	Croatia	224,49
37	Κούβα	Cuba	814,46
38	κουράσω	Curacao	20,92
39	Κύπρος	Cyprus	85,72

40	Δημοκρατία της Τσεχίας	Czech Republic	755,70
41	Λαϊκή Δημοκρατία της Κορέας	Democratic People's Republic of Korea	1251,66
42	Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό	Democratic Republic of the Congo	1594,11
43	Δανία	Denmark	346,73
44	Τζιμπουτί	Djibouti	28,75
45	Ντομίνικα	Dominica	5,18
46	Δομινικανή Δημοκρατία	Dominican Republic	652,87
47	Εκουαδόρ	Ecuador	530,13
48	Αίγυπτος	Egypt	7510,60
49	Ελ Σαλβαδόρ	El Salvador	338,77
50	Ισημερινή Γουινέα	Equatorial Guinea	19,16
51	Ερυθραία	Eritrea	130,93
52	Εσθονία	Estonia	74,01
53	Αιθιοπία	Ethiopia	1852,23
54	Νησιά Φερόε	Faroe Islands	2,86
55	Ομόσπονδες Πολιτείες της Μικρονησίας	Federated States of Micronesia	15,88
56	Φίτζι	Fiji	57,64
57	Φινλανδία	Finland	349,14
58	Γαλλία	France	3374,70
59	Γαλλική Γουιάνα	French Guiana	11,03
60	Γαλλική Πολυνησία	French Polynesia	42,35
61	Γκαμπόν	Gabon	76,59
62	Γκάμπια	Gambia	12,40
63	Γεωργία	Georgia	93,42
64	Γερμανία	Germany	7559,78
65	Γκάνα	Ghana	440,00
66	Ελλάδα	Greece	584,60
67	Γρενάδα	Grenada	5,58
68	Γουαδελούπη	Guadeloupe	24,74
69	Γκουάμ	Guam	21,44
70	Γουατεμάλα	Guatemala	661,05
71	γκινέα	Guinea	215,84
72	Γουινέα-Μπισάου	Guinea-Bissau	27,24
73	Γουιάνα	Guyana	60,15
74	Αϊτή	Haiti	309,51
75	Ονδούρα	Honduras	268,81
76	Χονγκ Κονγκ της Κίνας	Hong Kong China	540,02
77	Ουγγαρία	Hungary	573,47
78	Ισλανδία	Iceland	8,99
79	Ινδία	India	65076,36
80	Ινδονησία	Indonesia	8554,17
81	Ιράκ	Iraq	1226,22
82	Ιρλανδία	Ireland	207,49

83	Ισλαμική Δημοκρατία του Ιράν	Islamic Republic of Iran	4395,93
84	Ισραήλ	Israel	317,36
85	Ιταλία	Italy	3626,04
86	ΙΑμαϊκή	Jamaica	178,52
87	Ιαπωνία	Japan	7203,78
88	Ιορδανία	Jordan	356,33
89	Καζακστάν	Kazakhstan	526,01
90	Κένυα	Kenya	749,25
91	Κιριμπάτι	Kiribati	15,03
92	Κουβέιτ	Kuwait	407,53
93	Κιργιστάν	Kyrgyzstan	164,23
94	Λάος Λαϊκή Δημοκρατία	Lao People's Democratic Republic	157,88
95	Λετονία	Latvia	95,70
96	Λίβανος	Lebanon	478,96
97	Λεσόθο	Lesotho	41,40
98	Λιβερία	Liberia	67,09
99	Λιβύη	Libya	319,13
100	Λιχτενστάιν	Liechtenstein	2,13
101	Λιθουανία	Lithuania	110,95
102	Λουξεμβούργο	Luxembourg	22,22
103	Μακάο Κίνα	Macau China	42,96
104	Μακεδονία	Macedonia	184,59
105	Μαδαγασκάρη	Madagascar	352,21
106	Μαλάουι	Malawi	372,35
107	Μαλαισία	Malaysia	1913,24
108	Μαλδίβες	Maldives	7,88
109	Μάλι	Mali	81,98
110	Μάλτα	Malta	33,26
111	Νησιά Μάρσαλ	Marshall Islands	10,98
112	Μαρτινίκα	Martinique	52,65
113	Μαυριτανία	Mauritania	87,61
114	Μαυρίκιος	Mauritius	143,61
115	Μεξικό	Mexico	8723,42
116	Μολδαβία	Moldova	72,09
117	Μονακό	Monaco	2,20
118	Μογγολία	Mongolia	135,75
119	Μαυροβούνιο	Montenegro	55,88
120	Μαρόκο	Morocco	1491,29
121	Μοζαμβίκη	Mozambique	278,38
122	Μιανμάρ	Myanmar	1988,85
123	Ναμίμπια	Namibia	58,54
124	Ναουρού	Nauru	1,40
125	Νεπάλ	Nepal	674,12
126	Ολλανδία	Netherlands	914,24
127	νέα Καληδονία	New Caledonia	35,89
128	νέα Ζηλανδία	New Zealand	342,68

129	Νικαράγουα	Nicaragua	344,31
130	Νίγηρας	Niger	306,43
131	Νιγηρία	Nigeria	3921,50
132	Νιούε	Niue	0,10
133	Νορβηγία	Norway	209,87
134	Ομάν	Oman	199,78
135	Πακιστάν	Pakistan	6712,70
136	Palau	Palau	2,32
137	Παναμάς	Panama	186,27
138	Παπούα Νέα Γουινέα	Papua New Guinea	203,70
139	Παραγουάη	Paraguay	236,81
140	Περού	Peru	786,26
141	Φιλιππίνες	Philippines	3256,21
142	Πολωνία	Poland	1879,69
143	Πορτογαλία	Portugal	1031,87
144	Πουέρτο Ρίκο	Puerto Rico	393,48
145	Κατάρ	Qatar	282,53
146	Δημοκρατία του Κονγκό	Republic of Congo	114,57
147	Δημοκρατία της Κορέας	Republic of Korea	3323,90
148	Ρουμανία	Romania	851,07
149	Ρωσική Ομοσπονδία	Russian Federation	10924,11
150	Ρουάντα	Rwanda	234,00
151	RF © ένωση	R. union	93,78
152	Σαμόα	Samoa	6,84
153	Σαν Μαρίνο	San Marino	1,78
154	Σάο Τομέ και Πρίνσιπε	Sao Tome and Principe	4,79
155	Σαουδική Αραβία	Saudi Arabia	3650,89
156	Σενεγάλη	Senegal	208,59
157	Σερβία	Serbia	872,29
158	Σεϋχέλλες	Seychelles	7,75
159	Σιέρα Λεόνε	Sierra Leone	96,15
160	Σιγκαπούρη	Singapore	498,19
161	Sint Maarten	Sint Maarten	4,26
162	Σλοβακία	Slovakia	422,64
163	Σλοβενία	Slovenia	163,78
164	Νησιά Σολομώντα	Solomon Islands	35,51
165	Σομαλία	Somalia	244,05
166	νότια Αφρική	South Africa	2646,05
167	Νότιο Σουδάν	South Sudan	391,33
168	Ισπανία	Spain	3790,77
169	Σρι Λάνκα	Sri Lanka	1128,01
170	Σεντ Κιτς και Νέβις	St Kitts and Nevis	4,68
171	St Lucia	St Lucia	9,88
172	Άγιος Βικέντιος και Γρεναδίνες	St Vincent and the Grenadines	6,87
173	Κράτος της Παλαιστίνης	State of Palestine	134,62
174	Σουδάν	Sudan	1402,22
175	Σουρινάμ	Suriname	36,75

176	Σουαζιλάνδη	Swaziland	23,02
177	Σουηδία	Sweden	438,63
178	Ελβετία	Switzerland	449,22
179	Αραβική Δημοκρατία της Συρίας	Syrian Arab Republic	868,83
180	Ταϊβάν	Taiwan	1721,06
181	Τατζικιστάν	Tajikistan	194,87
182	Ταϊλάνδη	Thailand	3150,67
183	Τιμόρ L'Este	Timor L'Este	26,71
184	Τόγκο	Togo	130,15
185	Τοκελάου	Tokelau	0,27
186	Τόνγκα	Tonga	7,02
187	Τρινιντάντ και Τομπάγκο	Trinidad and Tobago	132,34
188	Τυνησία	Tunisia	685,59
189	Τουρκία	Turkey	7043,29
190	Τουρκμενιστάν	Turkmenistan	129,70
191	Τουβαλού	Tuvalu	0,84
192	Ουγκάντα	Uganda	625,05
193	Ουκρανία	Ukraine	1043,58
194	Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα	United Arab Emirates	745,94
195	Ηνωμένο Βασίλειο	United Kingdom	2974,95
196	Ενωμένη Δημοκρατία της Τανζανίας	United Republic of Tanzania	1706,93
197	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	United States of America	24401,77
198	Ουρουγουάη	Uruguay	143,81
199	Αμερικανικές Παρθένοι Νήσοι	US Virgin Islands	11,99
200	Ουζμπεκιστάν	Uzbekistan	880,51
201	Βανουάτου	Vanuatu	27,95
202	Βενεζουέλα	Venezuela	1232,04
203	Βιετνάμ	Viet Nam	3299,11
204	Δυτική Σαχάρα	Western Sahara	31,81
205	Υεμένη	Yemen	708,12
206	Ζάμπια	Zambia	193,92
207	Ζιμπάμπουε	Zimbabwe	600,67

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΠΗΓΗ: <http://www.idf.org/diabetesatlas/data-visualisations> (προσπέλαση 2/6/2014)

	Χώρα/Περιοχή	Χώρα/Περιοχή	Δαπάνες για την υγεία ανά άτομο σε US\$	Συγκριτικός επιπολασμός του διαβήτη %	Θάνατοι λόγω διαβήτη (20-79 ετών)
1	Αφγανιστάν	Afghanistan	102	8,27	18.864
2	Αλβανία	Albania	347	2,47	833
3	Αλγερία	Algeria	313	7,47	14.431
4	Ανδόρα	Andorra	3.237	5,5	32
5	Αγκόλα	Angola	349	2,91	4.457
6	Ανγκουίλα	Anguilla	0	12,62	
7	Αντίγκουα και Μπαρμπούντα	Antigua and Barbuda	935	13,26	97
8	Αργεντινή	Argentina	1.174	5,67	15.328
9	Αρμενία	Armenia	187	2,46	979
10	Αρούμπα	Aruba		13,59	
11	Αυστραλία	Australia	6.473	7,77	9.765
12	Αυστρία	Austria	5.498	6,57	4.507
13	Αζερμπαϊτζάν	Azerbaijan	521	2,45	2.300
14	Μπαχάμες	Bahamas	2.073	14,16	362
15	Μπαχρέιν	Bahrain	905	21,84	706
16	Μπαγκλαντές	Bangladesh	41	6,31	102.139
17	Μπαρμπάντος	Barbados	1.156	12,36	270
18	Λευκορωσία	Belarus	357	5,07	7.534
19	Βέλγιο	Belgium	5.487	4,77	4.160
20	Μπελίζ	Belize	377	15,88	275
21	Μπενίν	Benin	66	1,58	1.221
22	Βερμούδα	Bermuda		12,77	
23	Μπουτάν	Bhutan	143	5,8	124
24	Βολιβία	Bolivia	185	7,28	5.260
25	Βοσνία και Ερζεγοβίνη	Bosnia and Herzegovina	535	9,7	3.546
26	Μποτσουάνα	Botswana	678	4,12	1.118
27	Βραζιλία	Brazil	1.477	9,19	124.687
28	Βρετανικές Παρθένοι Νήσοι	British Virgin Islands		12,59	
29	Μπρουνέι Νταρουσαλάμ	Brunei Darussalam	1.344	8,6	237
30	Βουλγαρία	Bulgaria	545	5,31	6.621
31	Μπουρκίνα Φάσο	Burkina Faso	67	3,75	6.265
32	Μπουρούντι	Burundi	41	4,52	4.829
33	Καμπότζη	Cambodia	81	2,95	5.540
34	Καμερούν	Cameroon	116	5,9	13.822
35	Καναδάς	Canada	6.177	7,91	17.239
36	Πράσινο Ακρωτήριο	Cape Verde	228	6,24	157
37	Νησιά Καϊμάν	Cayman Islands		14,31	

38	Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία	Central African Republic	30	6,32	3.934
39	Τσαντ	Chad	64	5,18	6.926
40	Νησιά της Μάγχης	Channel Islands		5,48	
41	Χιλή	Chile	1.320	9,5	8.473
42	Κίνα	China	333	9,02	1.271.003
43	Κολομβία	Colombia	606	7,27	15.373
44	Κομόρες	Comoros	68	8,38	284
45	Νήσοι Κουκ	Cook Islands	708	25,66	11
46	Κόστα Ρίκα	Costa Rica	1.290	7,08	1.376
47	Ακτή Ελεφαντοστού	Cote d'Ivoire	133	5,98	11.884
48	Κροατία	Croatia	1.378	5,6	2.182
49	Κούβα	Cuba	686	8,1	6.770
50	CuraΓ & ao	CuraΓ & ao		14,46	
51	Κύπρος	Cyprus	2.306	9,32	491
52	Δημοκρατία της Τσεχίας	Czech Republic	1.610	6,89	7.619
53	Λαϊκή Δημοκρατία της Κορέας	Democratic People's Republic of Korea		6,74	31.329
54	Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό	Democratic Republic of the Congo	34	6,06	33.280
55	Δανία	Denmark	7.272	6,29	3.208
56	Τζιμπουτί	Djibouti	161	6,83	533
57	Ντομίνικα	Dominica	536	10,9	47
58	Δομινικανή Δημοκρατία	Dominican Republic	410	11,35	7.175
59	Εκουαδόρ	Ecuador	476	5,91	4.539
60	Αίγυπτος	Egypt	176	16,8	86.478
61	Ελ Σαλβαδόρ	El Salvador	351	10,5	3.481
62	Ισημερινή Γουινέα	Equatorial Guinea	2.009	5,43	437
63	Ερυθραία	Eritrea	24	5,17	1.720
64	Εσθονία	Estonia	1.074	5,71	1.074
65	Αιθιοπία	Ethiopia	29	4,89	34.262
66	Νησιά Φερόε	Faroe Islands		5,49	
67	Ομόσπονδες Πολιτείες της Μικρονησίας	Federated States of Micronesia	455	35,03	168
68	Φίτζι	Fiji	231	10,89	1.055
69	Φινλανδία	Finland	4.547	5,78	2.898
70	Γαλλία	France	5.406	5,42	22.953
71	Γαλλική Γουιάνα	French Guiana		8,12	
72	Γαλλική Πολυνησία	French Polynesia		22,41	
73	Γκαμπόν	Gabon	528	10,71	1.594
74	Γκάμπια	Gambia	50	1,96	205
75	Γεωργία	Georgia	383	2,45	1.481
76	Γερμανία	Germany	4.718	8,27	62.460

77	Γκάνα	Ghana	123	3,83	8.529
78	Ελλάδα	Greece	2.453	4,8	4.906
79	Γρενάδα	Grenada	660	9,44	83
80	Γουαδελούπη	Guadeloupe		6,33	
81	Γκούαμ	Guam		19,48	
82	Γουατεμάλα	Guatemala	336	10,87	7.997
83	γκινέα	Guinea	50	4,42	3.965
84	Γουινέα-Μπισάου	Guinea-Bissau	64	3,81	660
85	Γουιάνα	Guyana	292	15,86	1.098
86	Αϊτή	Haiti	92	6,68	6.302
87	Ονδούρα	Honduras	198	7,74	2.625
88	Χονγκ Κονγκ της Κίνας	Hong Kong China	1.678	7,48	
89	Ουγγαρία	Hungary	1.171	6,03	7.514
90	Ισλανδία	Iceland	4.939	3,2	60
91	Ινδία	India	84	9,09	1.065.053
92	Ινδονησία	Indonesia	143	5,84	172.601
93	Ιράκ	Iraq	540	9,5	17.643
94	Ιρλανδία	Ireland	5.598	5,5	1.568
95	Ισλαμική Δημοκρατία του Ιράν	Islamic Republic of Iran	471	9,94	38.002
96	Ισραήλ	Israel	3.185	5,68	2.380
97	Ιταλία	Italy	3.501	5,13	26.728
98	ΙΑμαϊκή	Jamaica	358	10,44	1.814
99	Ιαπωνία	Japan	4.054	5,12	64.680
100	Ιορδανία	Jordan	598	11,4	3.111
101	Καζακστάν	Kazakhstan	655	5,01	10.932
102	Κένυα	Kenya	61	4,56	20.350
103	Κιριμπάτι	Kiribati	211	28,77	152
104	Κουβέιτ	Kuwait	1.886	23,09	1.122
105	Κιργιστάν	Kyrgyzstan	105	6,31	2.801
106	Λαός Λαϊκή Δημοκρατία	Lao People's Democratic Republic	62	5,48	4.133
107	Λετονία	Latvia	1.135	4,58	1.152
108	Λίβανος	Lebanon	739	14,99	6.637
109	Λεσόθο	Lesotho	230	4,9	2.806
110	Λιβερία	Liberia	95	3,82	1.375
111	Λιβύη	Libya	576	9,86	2.728
112	Λιχτενστάιν	Liechtenstein	0	5,48	14
113	Λιθουανία	Lithuania	1.142	3,89	1.731
114	Λουξεμβούργο	Luxembourg	10.206	4,56	174
115	Μακάο Κίνα	Macau China	944	8,96	
116	Μακεδονία	Macedonia	380	9,98	2.038
117	Μαδαγασκάρη	Madagascar	33	3,77	5.298
118	Μαλάουι	Malawi	54	5,53	12.799
119	Μαλαισία	Malaysia	468	10,85	24.049
120	Μαλδίβες	Maldives	852	4,81	98
121	Μάλι	Mali	84	1,58	1.972

122	Μάλτα	Malta	1.535	6,64	268
123	Νησιά Μάρσαλ	Marshall Islands	549	34,89	225
124	Μαρτινίκα	Martinique		14,31	
125	Μαυριτανία	Mauritania	96	4,97	1.288
126	Μαυρίκιος	Mauritius	558	14,76	1.781
127	Μεξικό	Mexico	834	12,63	70.281
128	Μολδαβία	Moldova	287	2,44	1.320
129	Μονακό	Monaco	7.599	5,51	15
130	Μογγολία	Mongolia	214	7,8	3.053
131	Μαυροβούνιο	Montenegro	0	10,11	680
132	Μαρόκο	Morocco	260	7,79	9.426
133	Μοζαμβίκη	Mozambique	64	2,81	10.104
134	Μιανμάρ	Myanmar	32	6,11	60.243
135	Ναμίμπια	Namibia	447	6,29	1.386
136	Ναουρού	Nauru	812	23,29	22
137	Νεπάλ	Nepal	39	4,9	14.531
138	Ολλανδία	Netherlands	6.667	5,24	7.463
139	νέα Καληδονία	New Caledonia		19,49	
140	νέα Ζηλανδία	New Zealand	4.040	9,01	2.145
141	Νικαράγουα	Nicaragua	155	12,45	3.308
142	Νίγηρας	Niger	35	4,16	5.555
143	Νιγηρία	Nigeria	137	5,82	105.091
144	Νιούε	Niue	2.926	13,08	1
145	Νορβηγία	Norway	10.369	4,7	1.359
146	Ομάν	Oman	863	14,24	1.214
147	Πακιστάν	Pakistan	46	7,9	87.354
148	Palau	Palau	1.140	18,38	27
149	Παναμάς	Panama	982	8,11	1.359
150	Παπούα Νέα Γουινέα	Papua New Guinea	133	6,72	5.230
151	Παραγουάη	Paraguay	545	7	2.243
152	Περού	Peru	426	4,53	5.407
153	Φιλιππίνες	Philippines	154	6,86	54.535
154	Πολωνία	Poland	1.037	5,21	21.329
155	Πορτογαλία	Portugal	2.250	9,57	7.982
156	Πουέρτο Ρίκο	Puerto Rico		12,98	
157	Κατάρ	Qatar	2.199	22,87	651
158	Δημοκρατία του Κονγκό	Republic of Congo	146	6,34	2.549
159	Δημοκρατία της Κορέας	Republic of Korea	1.839	7,48	30.836
160	Ρουμανία	Romania	640	4,04	12.179
161	Ρωσική Ομοσπονδία	Russian Federation	899	8,28	197.299
162	Ρουάντα	Rwanda	109	5,01	5.464
163	RF © ένωση	RF©union		15,38	
164	Σαμόα	Samoa	400	7,65	161
165	Σαν Μαρίνο	San Marino	4.791	5,5	13
166	Σάο Τομέ και Πρίν-	Sao Tome and	192	6,3	62

	σιπε	Principe			
167	Σαουδική Αραβία	Saudi Arabia	943	23,87	22.113
168	Σενεγάλη	Senegal	116	3,8	3.474
169	Σερβία	Serbia	680	9,92	10.572
170	Σεϋχέλλες	Seychelles	511	12,14	88
171	Σιέρα Λεόνε	Sierra Leone	118	3,79	3.094
172	Σιγκαπούρη	Singapore	2.508	10,42	4.134
173	Sint Maarten	Sint Maarten		14,21	
174	Σλοβακία	Slovakia	1.621	7,9	5.501
175	Σλοβενία	Slovenia	2.405	7,48	1.486
176	Νησιά Σολομώντα	Solomon Islands	199	15,59	484
177	Σομαλία	Somalia	21	6,27	5.234
178	νότια Αφρική	South Africa	935	9,27	83.114
179	Νότιο Σουδάν	South Sudan		9,13	7.268
180	Ισπανία	Spain	3.295	8,15	25.202
181	Σρι Λάνκα	Sri Lanka	127	7,6	16.276
182	Σεντ Κιτς και Νέβις	St Kitts and Nevis	737	12,96	63
183	St Lucia	St Lucia	665	8,18	92
184	Άγιος Βικέντιος και Γρεναδίνες	St Vincent and the Grenadines	416	9,95	87
185	Κράτος της Παλαιστίνης	State of Palestine		9,11	
186	Σουδάν	Sudan	170	9,56	25.342
187	Σουρινάμ	Suriname	617	11,06	471
188	Σουαζιλάνδη	Swaziland	441	4,64	1.378
189	Σουηδία	Sweden	5.806	4,69	3.037
190	Ελβετία	Switzerland	9.873	5,86	2.579
191	Αραβική Δημοκρατία της Συρίας	Syrian Arab Republic	161	8,91	8.203
192	Ταϊβάν	Taiwan	1.129	8,3	
193	Τατζικιστάν	Tajikistan	87	6,45	2.626
194	Ταϊλάνδη	Thailand	256	5,67	66.943
195	Τιμόρ L'Este	Timor L'Este	90	7	615
196	Τόγκο	Togo	74	4,8	2.516
197	Τοκελάου	Tokelau		37,49	
198	Τόνγκα	Tonga	307	14,14	106
199	Τρινιντάντ και Τομπάγκο	Trinidad and Tobago	1.121	12,98	1.587
200	Τυνησία	Tunisia	347	9,41	5.130
201	Τουρκία	Turkey	866	14,85	59.786
202	Τουρκμενιστάν	Turkmenistan	203	5,01	2.540
203	Τουβαλού	Tuvalu	816	14,53	15
204	Ουγκάντα	Uganda	79	4,84	21.461
205	Ουκρανία	Ukraine	314	2,45	20.654
206	Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα	United Arab Emirates	2.228	18,98	1.385
207	Ηνωμένο Βασίλειο	United Kingdom	3.994	4,92	24.897

208	Ενωμένη Δημοκρατία της Τανζανίας	United Republic of Tanzania	63	9	47.144
209	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	United States of America	9.800	9,21	192.725
210	Ουρουγουάη	Uruguay	1.358	5,58	1.004
211	Αμερικανικές Παρθένοι Νήσοι	US Virgin Islands		12,1	
212	Ουζμπεκιστάν	Uzbekistan	128	6,44	12.886
213	Βανουάτου	Vanuatu	175	23,97	360
214	Βενεζουέλα	Venezuela	808	6,96	9.966
215	Βιετνάμ	Viet Nam	128	5,81	54.953
216	Δυτική Σαχάρα	Western Sahara		9,19	
217	Υεμένη	Yemen	151	8,45	9.892
218	Ζάμπια	Zambia	161	3,79	7.599
219	Ζιμπάμπουε	Zimbabwe	54	9,73	31.347