



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Συμμόρφωση διαβητικών ασθενών με τη συνιστώμενη θεραπεία και την
υγιεινοδιαιτητική τους αγωγή : μια ποιοτική μελέτη**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΒΑΣΙΛΙΚΗ Δ. ΚΡΕΠΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2010

ΛΑΡΙΣΑ

Αφιερώνεται στη μνήμη

Της γιαγιάς μου Βασιλικής Ροκάνη

Του παππού μου και της γιαγιάς μου Γεωργίου και Μαρίας Κρέπια

Αφιερώνεται

Στους γονείς μου Δημήτριο και Αθανασία Ροκάνη-Κρέπια

Στον παππού μου Παναγιώτη Ροκάνη

Στο θείο και τη θεία μου Απόστολο Κρέπια και Δέσποινα Σαπουντζή-Κρέπια

Περιεχόμενα

Πρόλογος	6
1. Εισαγωγή	8
2. Σακχαρώδης Διαβήτης	9
2.1 Τύποι Σακχαρώδη Διαβήτη	9
2.2 Παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη διαβήτη τύπου II	10
2.3 Συμπτώματα του σακχαρώδους διαβήτη	11
2.4 Διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη	12
2.5 Αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη	13
2.5.1 Δίαιτα	13
2.5.2 Φυσική Άσκηση	14
2.5.3 Φαρμακευτική αγωγή.....	15
2.5.4 Ινσουλίνη.....	15
2.5.5 Αντλίες Συνεχούς Έγχυσης Ινσουλίνης.....	19
2.6 Ο διαβήτης ως χρόνια ασθένεια	20
2.6.1 Συμμόρφωση σε θεραπεία στη χρόνια ασθένεια	22
2.6.2 Παράγοντες που σχετίζονται με τη συμμόρφωση στη θεραπεία	23
2.6.3 Επιρροές για συμμόρφωση ή μη συμμόρφωση	26
3. Οικογένεια ως υποστηρικτικό δίκτυο	28
4. Φίλοι ως υποστηρικτικό δίκτυο	32
5. Κοινωνική ζωή ασθενών με διαβήτη	33
6. Αγωγή υγείας	35
7. Μεθοδολογία	38
7.1 Πληθυσμός και συλλογή δεδομένων	38
7.2 Ηθικά ζητήματα.....	39
7.3 Ανάλυση.....	42
8. Αποτελέσματα.....	44
8.1 Δημογραφικά Στοιχεία.....	44
8.2 Λόγοι Μη Συμμόρφωσης Στην Αγωγή	45
8.3 Συναισθήματα Που Δημιουργούνται Στους Ασθενείς Λόγω Της Μη Συμμόρφωσής Τους Στην Υγιεινο-Διαιτητική Τους Αγωγή	48

8.4 Ενέργειες Που Μπορεί Να Επιτελέσει Ο Ασθενής Με Σακχαρώδη Διαβητή Για Να Συμμορφωθεί Με Την Συνιστώμενη Αγωγή.....	50
8.5 Πρόσωπο Το Οποίο Θα Μπορούσε Να Βοηθήσει Τους Ασθενείς Να Είναι Περισσότερο Συμμορφωμένοι Στην Υγιεινο-Διαιτητική Τους Αγωγή.....	54
9. Συζήτηση.....	57
9.1 Παράγοντες Που Σχετίζονται Με Τη Μη Συμμόρφωση Των Διαβητικών Ασθενών Στο Υγιεινο-Διαιτητικό Και Φαρμακευτικό Τους Σχήμα	58
9.2 Συναισθήματα Των Διαβητικών Ασθενών Λόγω Μη Συμμόρφωσής Τους Στην Αγωγή	60
9.3 Επιρροές Που Δέχονται Οι Διαβητικοί Ασθενείς Για Συμμόρφωση	61
9.4 Ενέργειες Που Μπορεί Να Επιτελέσει Ο Διαβητικός Ασθενής Προκειμένου Να Συμμορφωθεί.....	64
9.5 Συμπερασματα Και Προτασεις.....	65
10. Βιβλιογραφία	69

Συμμόρφωση διαβητικών ασθενών με τη συνιστώμενη θεραπεία και την υγιεινο-διαιτητική τους αγωγή: μια ποιοτική μελέτη

Πρόλογος

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια μεταβολική νόσος που χαρακτηρίζεται από αδυναμία του οργανισμού να μεταβολίσει τη γλυκόζη και διακρίνεται σε τύπο I και τύπο II (αδυναμία του οργανισμού να παράγει την απαιτούμενη ινσουλίνη). Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II είναι μία κλινική οντότητα με ολοένα μεγαλύτερη επίπτωση παγκοσμίως.

Μόνο στην Ευρώπη, υπολογίζεται ότι το 2010 περίπου 33 εκατομμύρια ενήλικες θα είναι ασθενείς με ΣΔ ενώ η παχυσαρκία αυξάνεται επίσης με υψηλούς ρυθμούς συμβάλλοντας στην επιδημία του "diabesity" ή αλλιώς του "obesity-dependent diabetes" (διαβήτη εξαρτώμενου από το υψηλό σωματικό βάρος και την παχυσαρκία).

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να διερευνηθεί η συμμόρφωση διαβητικών ασθενών με τη συνιστώμενη θεραπεία και την υγιεινοδιαιτητική τους αγωγή μέσα από μια ποιοτική ερευνητική μέθοδο..

Στο γενικό μέρος της εργασίας παρουσιάζονται οι γενικές πληροφορίες για το σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και II και αναφέρονται οι παράγοντες κινδύνου και η διάγνωση, η θεραπεία και η παρακολούθηση καθώς και η διαίτα και η άσκηση ενώ αναφέρεται ο διαβήτης ως χρόνια ασθένεια. Στη συνέχεια αναφέρεται η συμμόρφωση σε θεραπεία στη χρόνια ασθένεια, οι παράγοντες που σχετίζονται με τη συμμόρφωση στη θεραπεία, οι επιρροές για συμμόρφωση ή μη συμμόρφωση. Το υποστηρικτικό δίκτυο των ασθενών που συνήθως αποτελείται από την οικογένεια και τους φίλους παρουσιάζεται, καθώς γίνεται λόγος και για την κοινωνική εκδήλωση της ασθένειας . Το γενικό μέρος τελειώνει με την αγωγή υγείας .

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην Επιβλέπουσα της παρούσας εργασίας Καθηγήτρια Ευαγγέλια Κοτρώτσιου για την καθοδήγηση και την ενθάρρυνση που μου παρείχε στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

1. Εισαγωγή

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μεταβολική ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση της συγκέντρωσης του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και από διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης, των λιπιδίων και των πρωτεϊνών, είτε ως αποτέλεσμα ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης είτε λόγω ελάττωσης της ευαισθησίας των κυττάρων του σώματος στην ινσουλίνη. Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που εκκρίνεται από το πάγκρεας και είναι απαραίτητη για τη μεταφορά της γλυκόζης που λαμβάνεται από τις τροφές, μέσα στα κύτταρα. Όταν το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη ή η ινσουλίνη που παράγει δεν δρα σωστά, τότε η γλυκόζη που λαμβάνεται από τις τροφές δεν εισέρχεται στα κύτταρα ώστε να έχουν την απαραίτητη ενέργεια για τη λειτουργία τους και παραμένει στο αίμα με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων της και άρα την εκδήλωση της νόσου (Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία 2010).

Εκτιμάται ότι σχεδόν 21 εκατομμύρια περιπτώσεων σακχαρώδους διαβήτη υπάρχουν στις ΗΠΑ που αντιστοιχούν περίπου στο 7% του πληθυσμού (De Wit 2009). Η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη ιδιαίτερα του τύπου II συνεχώς αυξάνει παγκοσμίως (Mahmud & Mazza 2010), ενώ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μέχρι το 2030 περισσότερα από 300 εκατομμύρια άνθρωποι θα έχουν εκδηλώσει σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Στη χώρα μας, το 6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Η νόσος έχει υψηλότερο επιπολασμό (συχνότητα εμφάνισης) στο

δυτικό κόσμο (ιδιαίτερα ο διαβήτης τύπου II) και αυτό αποτελεί μια σαφή ένδειξη για τη συσχέτιση της νόσου με το σύγχρονο τρόπο ζωής, τις διατροφικές μας συνήθειες και την έλλειψη σωματικής άσκησης.

2. Σακχαρώδης Διαβήτης

2.1 Τύποι Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης διακρίνεται σε τρεις κύριες κατηγορίες:

α) Ινσουλινοεξαρτώμενος ή διαβήτης τύπου I.

Αφορά το 5%-10% των περιπτώσεων (De Wit 2009). Χαρακτηρίζεται από καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος από το ανοσολογικό σύστημα, τα οποία είναι υπεύθυνα για την παραγωγή της ινσουλίνης, με αποτέλεσμα να υπάρχει ολική έλλειψη ή ελάχιστη έκκριση ινσουλίνης. Ο ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I είναι απόλυτα εξαρτημένος από τη εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης προκειμένου τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα του να διατηρηθούν σε φυσιολογικά επίπεδα. Ο τύπος αυτός αποτελεί την κυριότερη αιτία διαβήτη σε παιδιά, μπορεί όμως να προσβάλλει και τους ενήλικες (Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία 2010).

β) Μη ινσουλινοεξαρτώμενος ή διαβήτης τύπου II

Η μορφή αυτή αποτελεί τη συνηθέστερη των τριών (περίπου το 90-95% του συνόλου των διαβητικών). Στα άτομα αυτά, το πάγκρεας παράγει λιγότερη ινσουλίνη απ' αυτή που χρειάζεται ο οργανισμός τους με αποτέλεσμα την αυξημένη τιμή του σακχάρου στο αίμα. Ο τύπος αυτός σχετίζεται στενά με την παχυσαρκία και προσβάλλει, κυρίως ενήλικες,

αλλά με την άνοδο της συχνότητας της παχυσαρκίας στα παιδιά, τα τελευταία χρόνια εμφανίζεται και αυτή η μορφή του διαβήτη στα παχύσαρκα παιδιά.

γ) Διαβήτης κύησης: Πρόκειται για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (δεν συμπεριλαμβάνονται στον ορισμό γυναίκες με διαγνωσμένο διαβήτη πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης). Ο τύπος αυτός μοιάζει με το διαβήτη τύπου II ως προς την ελαττωμένη έκκριση ινσουλίνης και την ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη. Σήμερα είναι γνωστό ότι ο διαβήτης κύησης εμφανίζεται στο 3-5% των κυήσεων και συσχετίζεται με την παχυσαρκία (δηλαδή η παχύσαρκα γυναίκα έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσει διαβήτη κύησης και επιπλέον έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει αργότερα στη ζωή της μόνιμα διαβήτη τύπου II). Ο διαβήτης κύησης είναι αναστρέψιμη νόσος, η οποία υποχωρεί μετά τον τοκετό, συνδέεται όμως με περιγεννητικές επιπλοκές και προβλήματα στην υγεία μητέρας και νεογνού. Τα νεογνά από μητέρες με διαβήτη κύησης κινδυνεύουν στην μετέπειτα ζωή τους να αναπτύξουν παχυσαρκία και δυνητικά διαταραχή ανοχής γλυκόζης ή ακόμη και σακχαρώδη διαβήτη (Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία 2010).

2.2 Παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη διαβήτη τύπου II

Οι παράγοντες είναι οι κάτωθι:

- Οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι (BMI ή Δείκτης Μάζας Σώματος > 25 kg/m²)
- Καθιστική ζωή
- Εμφάνιση διαταραγμένης ανοχής στη γλυκόζη (προδιαβητικοί ασθενείς)
- οικογενειακό ιστορικό τύπου II διαβήτη

- Οι γυναίκες που παρουσιάζουν διαβήτη κύησης ή γεννούν βρέφη με βάρος πάνω από 4κιλά
- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
- Υπέρταση (Α.Π > 140/90 mmHg)

χαμηλά επίπεδα καλής χοληστερόλης, HDL-C (< 35 mg/dl) και αυξημένα τριγλυκεριδίων (> 250 mg/dl) καθώς και οι ασθενείς με ιστορικό αγγειακής νόσου (π.χ. στηθάγχη, έμφραγμα, στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο.) (Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία 2010).

2.3 Συμπτώματα του σακχαρώδους διαβήτη

Στα αρχικά στάδια της νόσου συνήθως δεν εμφανίζονται καθόλου συμπτώματα και μάλιστα μπορεί ακόμη και για χρόνια μετά την εκδήλωση της νόσου ένας ασθενής να μην έχει αντιληφθεί ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Στον διαβήτη τύπου I, η νόσος συνήθως εισβάλλει απότομα και συχνά η πρώτη εκδήλωσή της μπορεί να είναι η ανάπτυξη διαβητικής κετοξέωσης, με ναυτία, εμετό, κοιλιακό πόνο και απώλεια συνείδησης. Στον διαβήτη τύπου II, η νόσος εισβάλλει βαθμιαία, η συμπτωματολογία λείπει τελείως και ο ασθενής αισθάνεται υγιής.

Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι η πολυδιψία (έντονη δίψα), η πολουρία (και ειδικότερα κατά τις βραδινές ώρες), η πολυφαγία, η οποία όμως συνοδεύεται από απώλεια και όχι από αύξηση βάρους (εξαιτίας της ανικανότητας των κυττάρων να προσλάβουν γλυκόζη), ο κνησμός, η συχνή εξάντληση χωρίς ιδιαίτερη σωματική δραστηριότητα, η δυσκολία επούλωσης των πληγών και τέλος οι συχνές φλεγμονές και λοιμώξεις (Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία 2010, Buse 2009).

2.4 Διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη

Τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν θεσπιστεί για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη είναι τα ακόλουθα:

Παρουσία κλασικών συμπτωμάτων του διαβήτη και τιμή γλυκόζης σε οποιαδήποτε στιγμή >200mg/dl

Τιμή σακχάρου νηστείας (που λαμβάνεται δηλαδή μετά από 8 τουλάχιστον ώρες αποχής από την πρόσληψη τροφής) >126mg/dl

Καμπύλη σακχάρου: η Τιμή σακχάρου 2 ώρες μετά από λήψη 75g γλυκόζης από του στόματος να εμφανίζεται > 200mg/dl. Η συγκεκριμένη εξέταση απαιτεί τριήμερη προετοιμασία, με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες και ο γιατρός μετρά τα επίπεδα του σακχάρου διαδοχικά ανά 30 λεπτά, τις επόμενες 2 ή 3 ώρες. Ένας άλλος χρήσιμος δείκτης είναι η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Δεν χρησιμοποιείται για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη, αλλά για την παρακολούθηση της ρύθμισης του σακχάρου αίματος, αφού αντικατοπτρίζει τη μέση τιμή σακχάρου αίματος τους τελευταίους 3 μήνες πριν την εξέταση. Τιμές HbA1c < 6% θεωρούνται ενδεικτικές καλού γλυκαιμικού ελέγχου.

2.5 Αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη

Πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη παίζουν: η έγκαιρη διάγνωση της νόσου, η εκπαίδευση του ασθενούς σε σχέση με τις διατροφικές του συνήθειες (Jansink et al 2010), η εκπαίδευση στον αυτοέλεγχο του σακχάρου και τη χορήγηση ινσουλίνης. (Morowatisharifabad et al 2010). Πρέπει να τονιστεί ότι δεν υπάρχει ίαση για τον σακχαρώδη διαβήτη. Ο στόχος είναι να παραμείνουν οι τιμές της γλυκόζης και των λιπιδίων στα φυσιολογικά επίπεδα και οι παράγοντες αυτοί να ελέγχονται όσο το δυνατόν πιο αυστηρά για να προληφθούν οι επιπλοκές (De Wit 2009)

Η στρατηγική αντιμετώπισης του διαβητικού ασθενούς πρέπει να ικανοποιεί τρεις βασικούς στόχους: τον μακροχρόνιο έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης του ασθενούς, την αύξηση της σωματικής άσκησης και την υιοθέτηση από τον ασθενή ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, την εξάλειψη των παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης των χρόνιων επιπλοκών του διαβήτη (πχ τη διακοπή του καπνίσματος, έλεγχος αρτηριακής πίεσης και επιπέδων χοληστερόλης)

Η θεραπευτική προσέγγιση για την κάλυψη των παραπάνω στόχων βασίζεται σε τρεις κύριους άξονες: την τήρηση συγκεκριμένου προγράμματος διατροφής, την αύξηση της σωματικής άσκησης, τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής:

2.5.1 Δίαιτα

Η δίαιτα είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της ρύθμισης του σακχάρου και είναι απαραίτητη για τη ρύθμιση όλων των διαβητικών (Quandt et al 2009). Ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου συνδυάζεται με υπογλυκαιμικά χάπια ή ινσουλίνη. Το διαιτολόγιο του διαβητικού ασθενούς πρέπει να είναι απόλυτα εξατομικευμένο και να

προσαρμόζεται στις ανάγκες της καθημερινής ζωής. Η διατροφή του διαβητικού ουσιαστικά δε διαφέρει από τη σωστή δίαιτα του μη διαβητικού. Πρέπει να έχει ποικιλία τροφών, να είναι χαμηλή σε ζωικά λίπη, χοληστερόλη, αλάτι και οινόπνευμα και να περιέχει άφθονες φυτικές ίνες. Οι υδατάνθρακες πρέπει να προέρχονται κατά κύριο λόγο από τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες, όπως φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ψωμί ολικής άλεσης, δημητριακά κ.λ.π. Οι τροφές αυτές απελευθερώνονται αργά στο αίμα και ο διαβητικός ασθενής αισθάνεται χορτάτος για περισσότερο χρόνο (Quandt et al 2009).

Από το 1994 λιγότερη έμφαση δίνεται στη θερμιδική πρόσληψη και στον περιορισμό των υδατανθράκων και μεγαλύτερη στη ρύθμιση του βάρους του σώματος και των επιπέδων γλυκόζης και χοληστερόλης στο αίμα. Τα γλυκά και οι άλλες τροφές που περιέχουν ζάχαρη έχουν προστεθεί, καθώς έχει αποδειχθεί από νέα ερευνητικά δεδομένα ότι η προσθήκη ζάχαρης δεν παρεμβαίνει στον έλεγχο του σακχάρου αίματος (De Wit 2009)

2.5.2 Φυσική Άσκηση

Η φυσική άσκηση αποτελεί σημαντικό μέρος της διαχείρισης του διαβήτη. Με τη σωματική άσκηση ο διαβητικός ασθενής καταναλώνει γλυκόζη, που είναι η κύρια πηγή ενέργειας στον άνθρωπο, ρυθμίζοντας έμμεσα τα επίπεδα της στο αίμα, ενώ από την άλλη πλευρά, διευκολύνει την πρόσληψη της από τους σκελετικούς μύες. Επιπλέον, η μυϊκή άσκηση συντελεί στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ο τύπος και η ένταση της μυϊκής άσκησης για κάθε διαβητικό ασθενή καθορίζεται βάσει της ηλικίας, της γενικής κατάστασής του και πρέπει να σχεδιάζεται για κάθε ασθενή ξεχωριστά Ένας πολύ καλός τρόπος άσκησης για το διαβητικό ασθενή είναι το περπάτημα διάρκειας

μισής με μίας ώρας ημερησίως. Είναι προτιμότερο η άσκηση να γίνεται μετά από τα γεύματα, παρά πριν, γιατί το σάκχαρο αίματος πριν είναι συνήθως χαμηλό.

2.5.3 Φαρμακευτική αγωγή

Οι ενδείξεις χορήγησης των αντιδιαβητικών δισκίων αφορούν κυρίως τους διαβητικούς τύπου II, οι οποίοι δε ρυθμίζονται με τη δίαιτα και την άσκηση. Οι βασικότερες κατηγορίες αντιδιαβητικών δισκίων που κυκλοφορούν σήμερα είναι :

1. Τα ινσουλινοεκκριταγωγά δισκία, με τα οποία επάγεται η έκκριση μεγαλύτερης ποσότητας ινσουλίνης από το πάγκρεας. Τέτοια δισκία είναι οι σουλφονουλουρίες και ομεγλιτινίδες
2. Τα φάρμακα που μειώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη και έτσι έμμεσα διευκολύνουν τη δράση της στους ιστούς. Τέτοια δισκία είναι οι διγουανίδες-(μετφορμίνη)και οι γλιταζόνες
3. Πρόσφατα κυκλοφόρησαν και δυο νέες κατηγορίες φαρμάκων οι γλυπτινίνες και τα ινκρετινομιμητικά (εξανετίδη). Τα πρώτα δίνουν σήμα στα β-κύτταρα του παγκρέατος να αυξήσουν την έκκριση της ινσουλίνης ειδικά μετά την λήψη της τροφής, και στα α-κύτταρα του παγκρέατος να μειώσουν την έκκριση της γλυκαγόνης. (Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία 2010)

2.5.4 Ινσουλίνη

Η θεραπεία με ινσουλίνη ενδείκνυται στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, στο διαβήτη κύησης και τη διαβητική κετοξέωση. Στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, η χορήγηση ινσουλίνης γίνεται εφ' όρου ζωής και είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση των επιθυμητών επιπέδων γλυκόζης. Στις άλλες περιπτώσεις χορηγείται για όσο διάστημα υπάρχει η σχετική ένδειξη. Έτσι, σε κάποια λοίμωξη (π.χ. ουρολοίμωξη) ή σε μια χειρουργική επέμβαση, το διαβητικό άτομο μπορεί να λάβει εξωγενώς ινσουλίνη για

κάποιο διάστημα και μετά να επανέλθει στην προηγούμενή του θεραπεία (δίαιτα ή δίαιτα και υπογλυκαιμικά δισκία). Σήμερα κυκλοφορούν στο εμπόριο πολλά είδη ινσουλίνης. Τα ανάλογα ινσουλίνης προκύπτουν από τροποποιήσεις του μορίου της ανθρώπινης ινσουλίνης και διακρίνονται σε βραχείας (Insulin Lispro, Insulin Aspart) και παρατεταμένης δράσης (Insulin Glargin, Insulin Detemir).

Η ινσουλινοθεραπεία στον διαβήτη τύπου I κρίνεται απαραίτητη όχι μόνο για την καλή ρύθμιση του σακχάρου αλλά και για την ίδια την επιβίωση του ατόμου. Η φυσιολογική έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας, χαρακτηρίζεται από μία σταθερή χαμηλή έκκριση ινσουλίνης (κατά τη) καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου για την κάλυψη των βασικών αναγκών του οργανισμού και από μεγαλύτερη έκκριση ινσουλίνης μετά τη λήψη γευμάτων, διατηρώντας έτσι τα επίπεδα σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου. Το σχήμα ινσουλινοθεραπείας λοιπόν που θα εφαρμοστεί σε ένα διαβητικό ασθενή, πρέπει να μιμείται όσο το δυνατό περισσότερο τη φυσιολογική έκκριση ινσουλίνης, κατά τη διάρκεια της ημέρας, ούτως ώστε να διατηρούνται τα επίπεδα σακχάρου σχεδόν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Οι διάφορες μορφές ινσουλίνης διακρίνονται ανάλογα με την ταχύτητα με την οποία η ινσουλίνη που χορηγείται απορροφάται στο αίμα μέσω του υποδόριου ιστού (έναρξη δράσης) και από το χρόνο που χρειάζεται η συνολική ποσότητα της χορηγούμενης ινσουλίνης να απορροφηθεί (διάρκεια δράσης). Η έναρξη και η διάρκεια δράσης των διαφόρων μορφών ινσουλίνης ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ασθενών και είναι απαραίτητο να προσδιορίζεται για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Το σχήμα ινσουλινοθεραπείας, ο τύπος της ινσουλίνης, η δόση και η συχνότητα χορήγησης

εξαρτάται αποκλειστικά από τις ανάγκες του κάθε ασθενή, οπότε η εξατομίκευση κρίνεται απαραίτητη.

Οι συνήθεις τύποι ινσουλίνης ανάλογα με την έναρξη την αιχμή δράσης και τη διάρκεια δράσης είναι:

- Υπεртаχείας δράσης (Π.Χ Humalog, Apidra, Novolog, Exubera)
- ταχείας δράσης (Humulin R, Novolin R, Vesosulin BR)
- ενδιάμεσης δράσης (Human insulin isophane suspension)
- μακράς δράσης (insulin detemir injection, insulin glargine injection)

Τα σχήματα ινσουλινοθεραπείας διακρίνονται σε 2 κατηγορίες:

- α) Συμβατικά σχήματα ινσουλινοθεραπείας (1-2 ενέσεις/ημέρα) και
- β) Εντατικοποιημένα σχήματα ινσουλινοθεραπείας (3-4 ενέσεις/ημέρα).

1. Συμβατική ινσουλινοθεραπεία

Μία ένεση ημερησίως

Η χορήγηση μιας βασικής ινσουλίνης σε συνδυασμό με αντιδιαβητικά δισκία είναι κατάλληλη για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αλλά όχι για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Η ένεση γίνεται το βράδυ

Δύο ενέσεις ημερησίως

Αυτό το σχήμα περιλαμβάνει 2 ενέσεις, πρωί – βράδυ, πριν τα γεύματα. Συνήθως χρησιμοποιούνται μίγματα ανθρώπινης ινσουλίνης (π.χ Humulin M3, Mixtard 30) ή

μίγματα αναλόγων ινσουλίνης (π.χ Humalog Mix 25, Humalog Mix50, Novomix 30) και η κατανομή είναι 2/3 το πρωί και 1/3 της συνολικής δόσης το βράδυ. Τα μίγματα περιέχουν ενδιάμεσης δράσης και ταχείας δράσης ινσουλίνης σε προκαθορισμένες αναλογίες.

Τα συμβατικά σχήματα ινσουλινοθεραπείας, δεν είναι ευέλικτα και απαιτούν σταθερότητα στις ώρες των γευμάτων, στις ποσότητες αυτών και προγραμματισμό στο χρόνο άσκησης, για επίτευξη ενός καλού γλυκαιμικού ελέγχου.

2. Εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία (Basal – bolus)

Η άριστη ρύθμιση του σακχάρου επιτυγχάνεται με την εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία.

Τρεις ενέσεις ημερησίως

Αυτό το σχήμα περιλαμβάνει 2 μίγματα ινσουλίνης ή μίγματα αναλόγων ινσουλίνης πρωί – βράδυ και μία γευματική ταχείας δράσης ινσουλίνη το μεσημέρι. Π.χ Humalog Mix 25 ή 50 πρωί – βράδυ και Humalog το μεσημέρι ή Novomix 30 πρωί – βράδυ και Novorapid το μεσημέρι.

Τέσσερις ενέσεις ημερησίως

Το κλασικό εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας περιλαμβάνει μία ένεση βασικής ινσουλίνης και τρεις ενέσεις γευματικής ινσουλίνης. Π.χ Lantus ως βασική ινσουλίνη με τρεις Humalog ή Novorapid ή Apidra ως γευματικές ινσουλίνες ή Protaphane ως βασική ινσουλίνη με τρεις Actrapid ως γευματική ινσουλίνη.

Το εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας, με το συνδυασμό βασικής – γευματικής ινσουλίνης, μιμείται τη φυσιολογική έκκριση ινσουλίνης. Αυτό το σχήμα εξασφαλίζει τη βασική ινσουλιναίμια του οργανισμού (βασική ινσουλίνη) και καλύπτει τα γεύματα (γευματική ινσουλίνη), παρέχοντας ευελιξία στο χρόνο λήψης γευμάτων, στην ποσότητα αυτών, στο χρόνο της άσκησης και στη διόρθωση τυχαίων αυξημένων τιμών σακχάρου (διορθωτική ινσουλίνη) (Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία 2010).

2.5.5 Αντλίες Συνεχούς Έγχυσης Ινσουλίνης

Τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερο τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη αποφασίζουν να χρησιμοποιήσουν την αντλία ινσουλίνης για την αντιμετώπιση της νόσου βελτιώνοντας με αυτόν τον τρόπο την ποιότητα ζωής τους. Τα άτομα που χρησιμοποιούν αντλία ινσουλίνης μπορούν να κάνουν πολλά πράγματα στη ζωή πιο άνετα, έχουν λιγότερο άγχος και είναι απλά πιο ελεύθεροι εφόσον δεν έχουν πια την ανάγκη να κάνουν πολλές ενέσεις ινσουλίνης την ημέρα. Υπάρχουν δε και ορισμένα άλλα πλεονεκτήματα: μια έρευνα σε 11.000 χρήστες αντλίας ινσουλίνης στη Γερμανία στην περίοδο 2001/2002 έδειξε σαφή βελτίωση του μεταβολικού ελέγχου και μείωση των επεισοδίων υπογλυκαιμίας.

Η θεραπεία με αντλία ινσουλίνης άλλαξε δραματικά τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια την φιλοσοφία αντιμετώπισης του Σακχαρώδη Διαβήτη. Από μια σπάνια θεραπεία για άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη με σοβαρή αντίσταση στην ινσουλίνη έγινε θεραπεία εκλογής για τη βελτιστοποίηση της αντιμετώπισης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου1. Αποτελούν μια καλή επιλογή στην εγκυμοσύνη που οι ανάγκες σε ινσουλίνη μεταβάλλονται με την πρόοδο της εγκυμοσύνης

Η αντλία τοποθετείται εξωτερικά στο σώμα, π.χ. στη ζώνη ή στην τσέπη και χορηγεί συνεχώς μια ρυθμιζόμενη ποσότητα ινσουλίνης ταχείας δράσης ή αναλόγου ινσουλίνης ταχείας δράσης (βασικός ρυθμός) μέσω ενός σετ έγχυσης που καταλήγει σε ένα λεπτό καθετήρα που μπαίνει κάτω από το δέρμα (Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία 2010).

2.6 Ο διαβήτης ως χρόνια ασθένεια

Ο διαβήτης αποτελεί μια χρόνια ασθένεια με την οποία οι ασθενείς θα συνυπάρχουν σε όλη τους τη ζωή και θα πρέπει να μάθουν να ζούν με αυτήν. Η συνύπαρξη τους με αυτήν την ασθένεια εστιάζεται κυρίως στην αντιμετώπιση των χρόνιων επιπλοκών (Wagner et al 2000).

Μελέτες στην Ευρώπη και την Αμερική έχουν δείξει ότι η καλή ρύθμιση του σακχάρου ελαττώνει σημαντικά τις επιπλοκές από τα μάτια τους νεφρούς και το νευρικό σύστημα (ελάττωση του σχετικού κινδύνου κατά 40% για κάθε βαθμό ελάττωσης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης). Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν επίσης ότι η καλή ρύθμιση της γλυκόζης αίματος ελαττώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Η ρύθμιση του σακχάρου έχει στόχο η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη να είναι κάτω από 6.5-7% το σάκχαρο νηστείας να είναι 80-110 mg/dl και 2 ώρες μετά το φαγητό να είναι 90-150 mg/dl.

Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης ελαττώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου (καρδιοπάθειας ή εγκεφαλικού) κατά 30-50% και των επιπλοκών από τα μάτια νεφρούς και νεύρα κατά 33%. Για κάθε 10 mmHg ελάττωσης της αρτηριακής πίεσης ο σχετικός

κίνδυνος εμφάνισης των προαναφερθέντων επιπλοκών ελαττώνεται κατά 12%. Στόχος είναι η αρτηριακή πίεση να είναι κάτω από 130/80 mmHg.

Η ρύθμιση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων ελαττώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επιπλοκών κατά 20-50%. Στόχος είναι η LDL χοληστερόλη να είναι κάτω από 100 mg/dl και τα τριγλυκερίδια κάτω από 150 mg/dl

Ο έλεγχος από οφθαλμίατρο για αλλοιώσεις αμφιβληστροειδοπάθειας πρέπει να αρχίζει 5 χρόνια μετά την διάγνωση διαβήτη τύπου 1 και αμέσως μετά την διάγνωση διαβήτη τύπου 2. Ακολούθως ο έλεγχος πρέπει να γίνεται τουλάχιστον ετήσια. Ο Έλεγχος των ποδιών και θεραπεία εάν χρειάζεται προκαλεί μείωση του κινδύνου ακρωτηριασμών κατά 45-85%. Επίσης συνιστάται οδοντιατρικός έλεγχος για ύπαρξη περιοδοντίτιδας (Buse 2009)

Η ύπαρξη μικροαλβουμίνης στα ούρα αποτελεί δείκτη αρχόμενης νεφροπάθειας. Η ανίχνευση γίνεται με μια απλή εξέταση ούρων. Φαρμακευτική αγωγή εφόσον διαγνωσθεί νεφροπάθεια ελαττώνει τον ρυθμό επιδείνωσης της κατά 30-70%.

Επίσης συνιστάται η λήψη ασπιρίνης σε άτομα άνω των 50 ετών με διαβήτη για πρόληψη καρδιαγγειακών επεισοδίων. Σε άτομα με διαβήτη μελέτες έχουν δείξει ότι το κάπνισμα αυξάνει ακόμα περισσότερο τις βλάβες στα αγγεία και την καρδιά αυξάνοντας την πιθανότητα ακρωτηριασμών και πρόωρου θανάτου. Επίσης φαίνεται ότι το κάπνισμα σχετίζεται με πρώιμες βλάβες επίσης από τα μάτια και τους νεφρούς και πιθανόν να παίζει ρόλο στην ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. (Jansink et al 2010)

2.6.1 Συμμόρφωση σε θεραπεία στη χρόνια ασθένεια

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

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

Η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή έχει οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο η εθελοντική συμπεριφορά ενός ασθενή αντιστοιχεί με τις κλινικές συστάσεις των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης. Ο ορισμός της συμμόρφωσης στη θεραπεία ότι οι ασθενείς είναι αυτόνομα άτομα που έχουν έναν ενεργό και εθελοντικό ρόλο στον καθορισμό και την επίτευξη των στόχων για την περίθαλψή τους (Rand & Weeks 1998). Οι Kavanagh και συνερ. (1993) αναφέρουν ότι προκειμένου να αυξηθεί η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή διαβήτη, είναι σημαντικό να καθοριστεί η δυνατότητα ενός ατόμου να διατηρήσει τους στόχους θεραπείας μετά από το αρχικό πρόγραμμα εκπαίδευσης διαβήτη.

2.6.2 Παράγοντες που σχετίζονται με τη συμμόρφωση στη θεραπεία

Η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή φαίνεται να επηρεάζεται από κάποιους παράγοντες, οι οποίοι κάποιες φορές είναι τόσο ισχυροί και οδηγούν τους ασθενείς στη μη λήψη φαρμάκων. Διάφορες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές έχουν εξεταστεί για να καθοριστεί η επιρροή τους στη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή διαβήτη. Παράγοντες όπως η προσωπικότητα, η οικογενειακή συμπεριφορά, οι πεποιθήσεις για την υγεία, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, και η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται ότι σχετίζονται (Morowatisharifabad et al 2010).

Οι δαπάνες για τα φάρμακα αποτελούν ένα φορτίο για πολλούς χρόνια ασθενείς και συσχετίζονται με την πιθανότητα της χρησιμοποίησης μικρότερης ποσότητας ή καθόλου φαρμάκου από αυτό που απαιτείται (Piette et al 2005) Εντούτοις, οι περισσότεροι ασθενείς με τις χρόνιες ασθένειες χρησιμοποιούν τα φάρμακα όπως έχει οριστεί από τη θεραπεία ακόμα και όταν τα εισοδήματά τους είναι χαμηλά και στερούνται χρήματα για να καλύψουν τα δαπάνη αυτών των φαρμάκων (Steinman et al

2001, Piette et al 2004). Κάποιες μελέτες έχουν διερευνήσει εάν το κόστος των δαπανών για τα φάρμακα έχει επηρεάσει τους ασθενείς από κάποιους φυλετικές ομάδες να συμμορφωθούν ή όχι στη θεραπεία και βρέθηκε ότι και άλλοι παράγοντες εκτός από το κόστος επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους (Steinman et al 2001, Piette et al 2004)

Οι αποφάσεις των ασθενών να αποποιηθούν της θεραπείας εξ αιτίας του κόστους των φαρμάκων λαμβάνονται από την επιρροή και άλλων παραγόντων που έχουν σχέση με την αυτοφροντίδα, όπως είναι η αξία που δίνουν στη θεραπεία τους, τις προτεραιότητες υγείας τους, και τη δυνατότητά τους να διαχειριστούν την υγεία τους. Οι ασθενείς που γενικά δεν συμμορφώνονται στα νέα δεδομένα που προκύπτουν από την ασθένεια είναι πιθανότερο να υποκύψουν στις πιέσεις δαπανών και τελικά να μη συμμορφωθούν με τη θεραπεία και να μην αγοράσουν τα φάρμακα που απαιτούνται (Piette et al 2005). Διάφορες ψυχικές καταστάσεις όπως η κατάθλιψη μπορεί να συσχετίζονται με τη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή των ασθενών (Ciechanowski et al 2000, Ciechanowski et al 2003) αλλά και με το εάν οι ασθενείς αποκρίνονται στις δαπάνες φαρμάκων.

Οι γιατροί διαδραματίζουν συχνά έναν κεντρικό ρόλο στη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, ο ρόλος τους στο εάν επηρεάζουν τους ασθενείς ώστε να ανταπεξέρχονται στις δαπάνες των φαρμάκων δεν είναι καλά κατανοητός. Εκτός από την παροχή συγκεκριμένων συμβουλών για την αντιμετώπιση των δαπανών φαρμάκων, η ποιότητα των αλληλεπιδράσεων ασθενών/νοσοκομειακών γιατρών επιδρά και στην ικανότητα των ασθενών να ανταπεξέλθουν μόνοι τους στις απαιτήσεις της θεραπείας (Stewart 1999, Piette et al 2005). Η εμπιστοσύνη που δείχνουν οι ασθενείς στο γιατρό τους είναι ιδιαίτερα σημαντική στη διαμόρφωση των αποφάσεων για το εάν θα

συμμορφωθούν με τη θεραπεία και θα λάβουν τα φάρμακα ακόμα και εάν αυτά έχουν υψηλό κόστος. Η εμπιστοσύνη που δείχνουν οι ασθενείς στους γιατρούς σχετίζεται θετικά με την αποδοχή των νέων φαρμάκων, με τις προθέσεις των ασθενών να ακολουθηθούν οι συμβουλές τους (Safran 1998). Οι ασθενείς που εμπιστεύονται τους γιατρούς τους μπορούν να δώσουν μια υψηλότερη αξία στα φάρμακα τους και να είναι πιθανότερο να διατηρήσουν τη συμμόρφωση σε αυτά τουλάχιστον όταν είναι οι δαπάνες μέσα σε κάποια οικονομικά όρια.

Άλλοι παράγοντες που θεωρούνται ότι συμβάλλουν στη μη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή του διαβήτη είναι η πολυπλοκότητα θεραπευτικής αγωγής, η συναισθηματική ευεξία του ασθενή, οι αντιλήψεις του ασθενή για το φάρμακο και τα τις παρενέργειες του και γενικά για τις επιδράσεις που θα έχει η λήψη των φαρμάκων στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής (Rubin 2005).

Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική σε ενήλικους με 2 διαβήτη τύπο II, βρέθηκε ότι το 11% των ασθενών ελάττωσε τη λήψη των φαρμάκων της θεραπευτικής αγωγής σε σχέση με τα προηγούμενα έτη (Wagner 2008). Η κατάθλιψη επίσης έχει συνδεθεί με τη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή του διαβήτη (Gonzalez 2008) και με την παράλειψη της δόσης της ινσουλίνης στα κορίτσια έφηβους. (Olmsted 2008) Διάφοροι ερευνητές έχουν δημιουργήσει ερωτηματολόγια για να αξιολογήσουν τις αντιλήψεις για τη θεραπεία ινσουλίνης και το πώς θα μπορούσαν οι αντιλήψεις να επηρεάσουν τη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή (Anderson et al 2004, Payrot & Rubin 2005, Molema et al 2001, Snoek et al 2001, Peyrot et al 2007). Αυτά τα ερωτηματολόγια αξιολογούν παράγοντες όπως 1)παρέμβαση με την κατανάλωση, την άσκηση, και τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής 2)

δυσαρέσκεια με το χρονικό διάστημα που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί η ένεση ινσουλίνης, τον πόνο που προκαλείται από την έγχυση, τον μωλωπισμό και την αμηχανία 3) ανησυχίες σχετικές με τις παρενέργειες της χορήγησης ινσουλίνης όπως η υπογλυκαιμία και 4) αρνητικές επιπτώσεις που έχουν σχέση με τη χορήγηση της ινσουλίνης. Εντούτοις, μια πρόσφατη δημοσίευση διαπίστωσε ότι η συμμόρφωση με τη χορήγηση ινσουλίνης είναι χαμηλότερη στις νέες γυναίκες που ανησυχούν για το βάρος τους (Peyrot et al 2009). Σε μία μελέτη που αξιολόγησε 502 ασθενείς με διαβήτη τύπου I και II βρέθηκε ότι το 20% αυτών παραλείπουν τη χορήγηση των ενέσεων ινσουλίνης. Οι παράγοντες που συμβάλλουν είναι η νεαρή ηλικία, το χαμηλό εισόδημα και η μόρφωση (Peyrot et al 2010)

2.6.3 Επιρροές για συμμόρφωση ή μη συμμόρφωση

Τα άτομα με το διαβήτη βιώνουν πιο συχνά τα συμπτώματα κατάθλιψης. Ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής είναι σχεδόν δύο φορές πιο υψηλός στους ασθενείς με το διαβήτη έναντι εκείνων χωρίς διαβήτη. Επιπλέον, τα αυστηρά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι παρόντα σε 26-31% των ασθενών με το διαβήτη (Gonzalez et al 2008)

Η κατάθλιψη αυξάνει επίσης τον κίνδυνο της υπεργλυκαιμίας και των επιπλοκών του διαβήτη. Μπορεί να συνδεθεί με το ότι δεν υπάρχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα στη θεραπευτική αγωγή του διαβήτη λόγω ελαττωμένης αυτοφροντίδας και συμμόρφωσης με τα φάρμακα. Η κατάθλιψη είναι ένας παράγοντας κινδύνου για τη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή και σε άλλες χρόνιες ασθένειες, με τους καταθλιπτικούς ασθενείς να έχουν τριπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών της ασθένειας. Στο διαβήτη, η κατάθλιψη συσχετίζεται με τη ελαττωμένη συμμόρφωση

στην άσκηση, στη διατροφή και στη λήψη ορισμένων φαρμάκων καθώς και στον αυτοέλεγχο γλυκόζης (Gonzalez et al 2008)

Σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 879 ασθενείς βρέθηκε ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται με τη πραγματοποίηση σωστής διαιτητικής αγωγής, λήψης φαρμάκων και άσκησης (Gonzalez et al 2010)

Η εφαρμογή σωστής δίαιτας από τους διαβητικούς είναι συνδεδεμένη με διατήρηση του επιπέδου της γλυκόζης του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα και σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο επιπλοκών. Η συμμόρφωση στη δίαιτα είναι δύσκολο να επιτευχθεί επειδή απαιτεί συχνά αλλαγές μακροπρόθεσμες στις συνήθειες κατανάλωσης τροφίμων και προετοιμασίας τροφίμων. Τέτοιες αλλαγές μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολες για τους παλαιότερους ενήλικους λόγω του ότι το εισόδημα τους είναι χαμηλό και δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά τις νέες διαιτητικές συμπεριφορές αλλά τα ακριβότερα υποκατάστατα τροφίμων . Επιπλέον, οι συνήθειες τροφίμων που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια ζωής μπορούν να οδηγήσουν στην αντίσταση στη διαιτητική αλλαγή. Για τους ηλικιωμένους που ζουν στις αγροτικές κοινότητες, τους είναι δύσκολο να καταναλώσουν μια τροποποιημένη διατροφή από ότι στους ενήλικες που ζουν στα αστικά κέντρα λόγω της περιορισμένης επιλογής τροφίμων στα καταστήματα, των δυσκολιών στη μεταφορά τους από το παντοπωλείο που ψωνίζουν, καθώς και την ελαττωμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών (Quant et al 2009) .

Η συνεργασία και η καλή επικοινωνία γιατρών –παθολόγων μπορεί να οδηγήσει σε συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή και συνεπώς σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η επικοινωνία μεταξύ των δύο πλευρών είναι ιδιαίτερα σημαντική για να

εξατομικευτεί η θεραπεία για το σακχαρώδη διαβήτη ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Η πολυφαρμακία και οι δαπάνες για τα φάρμακα είναι παράγοντες που όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως επηρεάζουν την συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή ωστόσο συνήθως οι ασθενείς δεν αναφέρουν κάτι τέτοιο στους γιατρούς τους. Η συνεργασία και η καλή επικοινωνία με τους γιατρούς φαίνεται να επηρεάζει τη συμμόρφωση με τη θεραπεία όπως δείχνουν έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε ασθενείς (Tjia et al 2008)

Οι οικογενειακοί παράγοντες συνδέονται σημαντικά με τη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή και τον μεταβολικό έλεγχο στα παιδιά και τους εφήβους. Παραδείγματος χάριν, χαμηλά επίπεδα οικογενειακής σύγκρουσης, υψηλά επίπεδα συνοχής και οργάνωσης, καλές δεξιότητες επικοινωνίας, και κατάλληλη συμμετοχή και των δύο γονέων στην αντιμετώπιση του διαβήτη έχουν συνδεθεί με υψηλότερο επίπεδα συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή. Επίσης μεγαλύτερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, και ειδικά υποστήριξη από τους συζύγους και άλλα οικογενειακά μέλη, έχουν συνδεθεί με την καλύτερη συμμόρφωση στην αγωγή (Delamater et al 2008)

3. Οικογένεια ως υποστηρικτικό δίκτυο

Οι μελέτες που αφορούν ενήλικες αλλά και παιδιά καταδεικνύουν τη σημασία της οικογενειακής υποστήριξης στην επίτευξη της βέλτιστης έκβασης της ασθένειας. Πολλοί παράγοντες της οικογενειακής σχέσης φαίνεται να συσχετίζονται ευρέως με την πορεία της ασθένειας. Η συμπεριφορά της οικογένειας μπορεί να έχει και ενθαρρυντικά αλλά και επιβλαβή αποτελέσματα στην συμπεριφορά του ασθενούς στην υγεία και στην ευεξία του. Παράγοντες όπως η αμοιβαιότητα, η συνεκτικότητα της οικογένειας, η ενθάρρυνση η και άμεση επικοινωνία σχετικά με την ασθένεια φαίνεται ότι συμβάλλουν στην

αντιμετώπιση της ασθένειας . Αντίθετα παράγοντες που δημιουργούν ψυχολογικά τραύματα όπως είναι η κριτική και επίπληξη, η τελειομανία και ακαμψία, η έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης οδηγεί σε χειρότερη έκβαση της ασθένειας .

Η πολλή υπομονετική συμπεριφορά εκ μέρους του/της συζύγου βοηθά σε σημαντικό βαθμό τον ασθενή. Η προετοιμασία κατάλληλων τροφίμων και ο έλεγχος ότι πραγματοποιήθηκε η άσκηση και γενικά ο ασθενής ακολούθησε τη θεραπεία γίνεται συχνά μόνο από τα μέλη της οικογένειας και όχι από τον ασθενή.(Watanabe et al 2010).

Όπως είναι φυσικό, στον παιδικό διαβήτη οι γονείς έχουν τον πρώτο ρόλο, αφού πρέπει να διαπαιδαγωγήσουν κατάλληλα το παιδί τους, έχοντας επιπρόσθετο καθήκον να καθοδηγούν υπεύθυνα τον μεταβολισμό του. Ταυτόχρονα, όμως, εξαρτώνται από την κατανόηση και συνεργασία των παιδιών τους. Γι' αυτό πρέπει καταρχήν να εξηγήσουν στο παιδί την κατάστασή του με τρόπο ανάλογο της ηλικίας του και να θεσπίσουν κανόνες στο σπίτι που θα τηρούνται αυστηρά. Όσο νεότερο είναι ένα διαβητικό παιδί, τόσο λιγότερο μπορεί να καταλάβει αν οι εξαιρέσεις είναι δυνατές ή πολύ επικίνδυνες. Οδηγίες που εφαρμόζονται φυσικά στην καθημερινή ζωή από τους γονείς, μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά να αποδεχθούν την θεραπεία, όπως διάφορα άλλα καθήκοντα, σαν μέρος της φυσιολογικής τους ζωής. Τα παιδιά του νηπιαγωγείου και του δημοτικού χρειάζονται απαραίτητα σαφείς οδηγίες για τι και πότε θα πρέπει να τρώνε. Για το λόγο αυτό απαιτείται ένα εξατομικευμένο πλάνο διατροφής, που θα πρέπει οπωσδήποτε να ανταποκρίνεται στις επιθυμίες του παιδιού αλλά και στις συνήθειες της οικογένειας. Το πλάνο αυτό, μπορεί να δημιουργηθεί με τη βοήθεια του γιατρού που παρακολουθεί το παιδί θα το βοηθήσει να τρώει σωστά και να του δίνει την αναγκαία ασφάλεια.

Στόχος της διαπαιδαγώγησης του παιδιού, μεσοπρόθεσμα, πρέπει να αποτελεί η σταδιακή προετοιμασία του, ώστε να είναι σε θέση να αναλάβει υπεύθυνα μόνο τη θεραπεία του διαβήτη του, να μην ξεπερνά τα όρια σε θέματα διατροφής, να κάνει σωστούς υπολογισμούς και να τηρεί όσο το δυνατόν συχνότερα τους διατροφικούς κανόνες (Barnard et al 2010).

Οι Patton και συν (2007) ανέφεραν ότι ο πιο συνηθισμένος φόβος των γονιών των διαβητικών παιδιών είναι η εμφάνιση τη υπογλυκαιμίας όταν τα παιδιά είναι ξύπνια καθώς και όταν είναι μακριά από το σπίτι.

Τα αδέλφια ενός διαβητικού παιδιού παρουσιάζουν μια γκάμα αντιδράσεων στη διάγνωση. Μερικά φοβούνται ότι θα κολλήσουν, ενώ κάποια άλλα ζηλεύουν που ξαφνικά ο/η αδελφό/ή γίνεται το επίκεντρο του ενδιαφέροντος της οικογένειας. Υπάρχουν, όμως, και αδέλφια που όχι μόνο προσαρμόζονται αλλά αποδεικνύονται οι μεγαλύτεροι συμπαραστάτες και «προστάτες» του διαβητικού παιδιού. Είναι σημαντικό να γίνει συζήτηση με τα άλλα παιδιά για την κατάσταση του αδελφού/ή τους και να καταλάβουν ότι η ζωή τους πρόκειται να αλλάξει. Τα παιδιά θα πρέπει να εκφραστούν ελεύθερα για τα συναισθήματά τους και δεν θα πρέπει να παραμεληθούν. Ένα από τα «κλειδιά» της προσαρμογής είναι να διατηρηθεί η οικογενειακή ρουτίνα όσο το δυνατόν πιο κοντά στα φυσιολογικά. Η προσαρμογή δεν είναι εύκολη απόφαση αλλά τα μικρότερα ή μεγαλύτερα αδέλφια μπορούν να παίξουν καταλυτικό ρόλο.

Οικογένειες που έχουν στους κόλπους τους ένα χρονίως πάσχον μέλος πρέπει:

- Να αποδεχθούν και να υιοθετήσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής τους. Να μάθουν τρόπους αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας και των επακόλουθών της (συναισθηματικά, οικονομικά, κοινωνικά)
- Να αναζητήσουν πληροφόρηση για την ασθένεια (συμπτώματα, φάσεις ασθένειας, επιπλοκές, τρόποι θεραπείας και φροντίδας, εναλλακτικές μορφές θεραπείας και φροντίδας)
- να προσαρμοστούν και να υιοθετήσουν ένα τρόπο ζωής που αντιμετωπίζει τη χρόνια ασθένεια. (Σαπουντζή-Κρέπια 2004)

Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να έχει επίγνωση των επιθυμιών και των αναγκών του ασθενούς και της οικογένειάς του, να παρέμβει για να ενδυναμώσει το υποστηρικτικό δίκτυο του χρονίως πάσχοντα και της οικογένειάς του.

Ο επαγγελματίας υγείας που θα συνεργαστεί με την οικογένεια πρέπει να:

- Μοιραστεί με σαφήνεια τους στόχους μαζί της
- Διακρίνει τους στόχους σε εύκολα και προσιτά βήματα
- Διδάξει την οικογένεια τι να κάνει για τον εαυτό της την πρόοδο και την εξέλιξή της
- Μην έχει υψηλές προσδοκίες
- Είναι ικανοποιημένος με την επιτυχία και την επίτευξη μικρών αλλά σημαντικών αλλαγών
- Είναι ελαστικός και όχι άκαμπτος. (Σαπουντζή-Κρέπια 2003)

4. Φίλοι ως υποστηρικτικό δίκτυο

Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένα σημαντικό ζήτημα για ασθενείς με τη χρόνια ασθένεια. Όπως έχει αναφερθεί λόγω του γεγονότος ότι ο διαβήτης είναι μία χρόνια ασθένεια η έκβαση της επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και κυρίως από την οικογένεια αλλά και τους φίλους . Υποστηρίζεται ότι η επίδραση από φίλους, από τη γειτονιά και την οικογένεια διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην καλύτερη έκβαση της ασθένειας . Επίσης κοινωνική υποστήριξη η οποία προέρχεται από τα τηλέφωνα, το Διαδίκτυο ή άλλους τρόπους φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά στην αυτοδιαχείριση της ασθένειας ιδιαίτερα στην ευαίσθητη ηλικία της εφηβείας.

Ιδιαίτερα σημαντική εμφανίζεται η επίδραση που έχουν οι έφηβοι από τους φίλους τους στο να πραγματοποιούν ή όχι τη θεραπεία. Αν οι φίλοι ασκούν αρνητική κριτική το πιθανότερο είναι οι νεαροί διαβητικοί ασθενείς να μην ακολουθούν τη θεραπεία τους, ενώ συμβαίνει το αντίθετο όταν οι φίλοι τους ενθαρρύνουν και τους στηρίζουν συναισθηματικά (Bearman & La Greca 2002). Η συνεισφορά των φίλων στον σωστό μεταβολικό έλεγχο αλλά και στη συναισθηματική υποστήριξη είναι πολύ σημαντική για τους ασθενείς με διαβήτη (Kakleas et al 2009)

Τα στοιχεία κάποιων ερευνών αποδεικνύουν ότι υπάρχουν κάποιοι φίλοι που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αυτοδιαχείριση της ασθένειας σε νεαρούς εφήβους (Wysocki & Greco 2006). Δύο μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε εφήβους ηλικίας 11 έως 18 έδειξαν ότι η υποστήριξη φίλων βοήθησε τη γενική συμμόρφωση των ασθενών στην αγωγή (Bearman & La Greca 2002 , La Greca et al 1995). Μία από αυτές μελέτες έδειξε ότι η υποστήριξη φίλων αφορούσε τη συμμόρφωση στην εξέταση που

γίνεται για να διαπιστωθούν τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα (Bearman & La Greca 2002).

Ανεξάρτητα από εάν η υποστήριξη από τους φίλους συνδέεται με αυτοέλεγχο του διαβήτη και το μεταβολικό έλεγχο, μπορεί να βοηθήσει τους εφήβους να προσαρμοστούν καλύτερα ψυχολογικά στο διαβήτη (La Greca et al 1995).

Σε μια διαχρονική μελέτη αποδείχτηκε ότι η σύγκρουση φίλων δημιούργησε μια πτώση στην ψυχολογική ευεξία και μια επιδείνωση στο μεταβολικό έλεγχο που διήρκησε πάνω από ένα έτος στα άτομα με διαβήτη (Helgeson et al 2007) Κατά συνέπεια, οι προβληματικές σχέσεις με τους φίλους μπορούν να συνδεθούν με την ψυχολογική καταπόνηση και μπορούν να αποσπάσουν τους εφήβους από τη συμμόρφωση με τη θεραπεία.

5. Κοινωνική ζωή ασθενών με διαβήτη

Λόγω του ότι ο διαβήτης είναι μια χρόνια ασθένεια οι ασθενείς θα πρέπει να μάθουν να ζουν με αυτή και να προσαρμόζουν την κοινωνική τους ζωή. Έτσι για να μπορέσει να διατηρήσει τα επίπεδα σακχάρου αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα θα πρέπει όταν βρίσκεται έξω από το σπίτι π.χ. για φαγητό να διαλέξει με προσοχή τη διατροφή του. Επίσης θα πρέπει να τηρεί αυστηρό επαγγελματικό ωράριο προκειμένου να διατηρήσει τη θεραπευτική του αγωγή. Όλα αυτά οδηγούν τον ασθενή στο να αισθάνεται άβολα για την ασθένεια του.

Επίσης ο ασθενής όταν τηρεί τη φαρμακευτική αγωγή του μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπίσει άλλες αρνητικές συνέπειες όπως η υπογλυκαιμία ή η αύξηση βάρους λόγω

εντατικής θεραπείας με την ινσουλίνη. Επιπλέον πολλοί ασθενείς βιώνουν την αυξομείωση του σακχάρου του αίματος με αισθήματα αυτομομφής και ψυχαναγκασμού.

Επίσης, η διάγνωση του διαβήτη και τα πρώτα στάδια προσαρμογής στη νόσο συνοδεύονται από αντιδράσεις άγχους, κατάθλιψης και κοινωνικής απομόνωσης από την πλευρά του ασθενή αλλά και της οικογένειας του ιδίως εάν πρόκειται για παιδιά ή για νεαρά άτομα.

Τα πιο σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα παρουσιάζονται συνήθως μετά την εκδήλωση των επιπλοκών της νόσου. Για παράδειγμα η απώλεια της όρασης μειώνει την αυτοεκτίμηση και προκαλεί σοβαρή κατάθλιψη. Τέλος υπάρχουν και προβλήματα διαταραχών της όρεξης ιδίως στα νεότερα άτομα και μάλιστα στις γυναίκες. Τα συχνότερα προβλήματα είναι το συνεχές τσιμπολόγημα και η αδυναμία αποφυγής κυρίως απαγορευμένων τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας με αποτέλεσμα το φτωχό μεταβολικό έλεγχο και καταφεύγουν σε αυθαίρετες αλλαγές στις δόσεις ινσουλίνης καταστρέφοντας τη θεραπεία τους (Μελισσά-Χαλικοπούλου 2006)

Οι γιορτές είναι μια περίοδος κατά την οποία καταναλώνονται μεγάλες ποσότητες φαγητού και γλυκών. Ο διαβητικός ασθενής θα πρέπει να δείξει ιδιαίτερη προσοχή εκείνες τις μέρες και να ελέγξει πολύ την ποιότητα και την ποσότητα της διατροφής του. Θα πρέπει να καταναλώνει κανονικά τα 5 με 6 γεύματά του μέσα στην ημέρα και να αποφύγει να παραλείπει κάποιο για να καταναλώσει σε κάποιο άλλο γεύμα μεγαλύτερη ποσότητα.

Ιδιαίτερα με τα γλυκά πρέπει να υπάρχει μέτρο ως προς την κατανάλωση τους. Αυτό σημαίνει πως ειδικά για τις μέρες των γιορτών ο διαβητικός ασθενείς μπορεί να

καταναλώσει κάποια μικρή ποσότητα αρκεί να τα καταναλώσει μαζί με κάποιο γεύμα και να υπολογίσει την ποσότητα των υδατανθράκων που αυτά περιέχουν. Συγκεκριμένα μπορεί να αφαιρέσει κάποια φέτα ψωμί ή μια μικρή μερίδα ρυζιού ή πατάτας από το γεύμα του και να το αντικαταστήσει με ένα μικρό γλυκό. Μετά το γεύμα μια μέτρηση σακχάρου θα μας δείξει αν το παρακάναμε ώστε να είμαστε πιο προσεκτικοί την επόμενη φορά. Ιδανικά θα ήταν αν τα γλυκά δεν περιέχουν ζάχαρη αλλά είναι φτιαγμένα με φρουκτόζη ή άλλα γλυκαντικά. Ειδικά για αυτούς που κάνουν ινσουλίνη θα πρέπει να ρυθμίσουν ανάλογα τη δόση τους. Πέρα από τους υδατάνθρακες πολύ προσοχή χρειάζεται τις ημέρες των γιορτών και στην κατανάλωση λιπαρών και συγκεκριμένα κορεσμένων που βρίσκονται στις ζωικές τροφές και το φρέσκο βούτυρο. Θα πρέπει να αποφύγουμε τα λιπαρά μέρη του κρέατος και να προτιμάμε το πιο άπαχο μέρος. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται και για την κατανάλωση αλκοόλ (mednutrition.gr)

. Όλα αυτά αναφέρθηκαν για να γίνει κατανοητό ότι οι ασθενείς με διαβήτη δεν θα πρέπει να αποφεύγουν την κοινωνική ζωή και τις κοινωνικές εκδηλώσεις αλλά να προσπαθούν να προσαρμόσουν την αγωγή τους ανάλογα με τις κοινωνικές απαιτήσεις και να καταλάβουν ότι μπορεί να ζήσουν κανονικά όπως όλοι οι άνθρωποι.

6. Αγωγή υγείας

Οι στόχοι στους οποίους αποβλέπουν τα προγράμματα αγωγής υγείας είναι αφενός η προφύλαξη της ζωής του ασθενούς και η υποχώρηση των συμπτωμάτων του και αφετέρου η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ρύθμισης του διαβήτη, λαμβάνοντας υπόψη την ικανότητα του διαβητικού για φυσιολογική κοινωνική ζωή.

Οι προσπάθειες πρόληψης επικεντρώνονται σε τρία επίπεδα:

α. Επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης. Πρόληψη της νόσου πριν από την εμφάνιση των ανοσολογικών δεικτών σε άτομα με γενετική προδιάθεση.

β. Επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης. Παρεμβάσεις μετά την εμφάνιση ανοσολογικών δεικτών σε άτομα υψηλού κινδύνου και πριν την εμφάνιση της νόσου.

γ. Επίπεδο τριτογενούς πρόληψης. Παρεμβάσεις με στόχο την αναχαίτιση της ανοσολογικής διεργασίας ή την παράταση του «μήνα του μέλιτος» μετά την κλινική εμφάνιση της νόσου και όταν ο μεγαλύτερος αριθμός των Β-κυττάρων έχει καταστραφεί.

Στην πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνεται η μεταμόσχευση παγκρέατος και νησιδίων παγκρέατος και η γονιδιακή θεραπεία (οι δύο τελευταίες αποτελούν ερευνητικές θεραπείες). Παρεμβάσεις δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης αποτελούν η διαίτα, η άσκηση –υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση– και η φαρμακευτική αγωγή (υπογλυκαιμικά δισκία, ινσουλίνη). (Lyznicki et al 2001). Με την εφαρμογή τέτοιων παρεμβάσεων γίνεται προσπάθεια για τη ρύθμιση της μεταβολικής διαταραχής και όχι την ίαση, δεδομένου ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια νόσος. (Lyznicki et al 2001) Είναι αποδεκτό ότι ο διαβήτης είναι μια μόνο παράμετρος του μεταβολικού συνδρόμου όπου η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση, εκτός από τις επιμέρους επιπλοκές, αποτελούν πιθανά εκφράσεις μιας κοινής μεταβολικής διαταραχής που οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά επεισόδια με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Οφείλουμε να στοχεύσουμε σε όλες τις παθολογικές καταστάσεις που συγκροτούν το μεταβολικό σύνδρομο, καθώς η αποτελεσματική αντιμετώπιση μιας παραμέτρου θα μειώσει τον κίνδυνο που ενέχουν και οι άλλες. (Lyznicki et al 2001)

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν τις κοινωνικοπολιτικές, πολιτισμικές και περιβαλλοντικές συνιστώσες που επηρεάζουν την υγεία προκειμένου να είναι επιτυχείς οι στρατηγικές αγωγής υγείας. Να γνωρίζουν ότι «η μάθηση είναι μια διαρκής μεταβολή που μπορεί να περιλαμβάνει την τροποποίηση της αυτογνωσίας, της συμπεριφοράς, των αντιλήψεων ή των κινήτρων».61 Χρησιμοποιώντας ως βάση τη θεωρία αυτή να βοηθήσουν τα άτομα στη διαμόρφωση στρατηγικών ενδυνάμωσης που θα τα οπλίσουν αυτά και τις οικογένειές τους με γνώσεις και ικανότητες για την εξεύρεση υγιεινών περιβαλλόντων και τρόπων ζωής. (Nies & Mc Ewen 2001)

Επίσης είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη κατ' οίκον φροντίδας και παρακολούθησης των ηλικιωμένων ασθενών με διαβήτη. Το Πρόγραμμα Υγιείς Άνθρωποι 2010 έθεσε στόχους για την Υγεία των Εθνών, και ένας από τους κυριότερους στόχους είναι να αυξηθούν οι ασθενείς που θα λάβουν επίσημη εκπαίδευση για το διαβήτη. Οι νοσηλευτές έχουν μεγάλη ευθύνη για την υλοποίηση αυτού του σημαντικού στόχου.

Οι νοσηλευτές της κατ' οίκον φροντίδας και των εξωτερικών ιατρείων θα πρέπει να επιμένουν στην αξιολόγηση της συμμόρφωσης των ασθενών με τη θεραπευτική αγωγή, καθώς και στην εκπαίδευση σχετικά με τα σημεία και τα συμπτώματα του διαβήτη, καθώς και τα μέτρα αυτοφροντίδας για την πρόληψη των επιπλοκών (De Wit 2009)

7. Μεθοδολογία

7.1 Πληθυσμός και συλλογή δεδομένων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικό ιατρείο στον Ωρωπό Αττικής. Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν άνδρες (9) και γυναίκες (6) ηλικίας 59-67-53-70-73-63-55-72-70 και 60-28-70-71-72 ετών αντίστοιχα. Η τεχνική συλλογής στοιχείων που επιλέχθηκε ήταν η τήρηση ημερολόγιου από πλευράς των ασθενών. Τα ημερολόγια επιτρέπουν ελευθερία έκφρασης των συμμετεχόντων σε μια έρευνα και την καταγραφή της πληροφορίας εκείνη τη στιγμή ή αμέσως μετά το γεγονός ή την εμπειρία (Ross, Rideout, Curson, 1994). Οι ασθενείς τήρησαν ημερολόγιο όπου έγραψαν για τη συμμόρφωση στη θεραπεία και στην υγιεινοδιαιτητική τους αγωγή για 2 συνεχόμενες εβδομάδες.

Περίπου ένα μήνα πριν την πραγματοποίηση της έρευνας οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί για τη φύση της έρευνας και τους στόχους της και τους ελέχθη ότι εφόσον δεχθούν να συμμετάσχουν στην έρευνα θα πρέπει να κρατήσουν ημερολόγιο για 2 συνεχόμενες εβδομάδες.

Επίσης, ενημερώθηκαν ότι τα ημερολόγια θα είναι ανώνυμα και για όποια απορία έχουν θα μπορούν να ρωτάνε την ερευνήτρια οποιαδήποτε στιγμή θελήσουν. Σε κάθε επικοινωνία μαζί τους, ενθαρρυνόταν να γράψουν ελεύθερα στα ημερολόγια για την καθημερινότητά τους. Πιο συγκεκριμένα τους ζητήθηκε να αναφέρουν τι τρώνε καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας και τα τσιμπολογήματα ανάμεσα στα γεύματα, αν παίρνουν σωστά τα φάρμακά τους και αν ασκούνται. Ακόμα ζητήθηκε να περιγράψουν τα συναισθήματα τους όταν απέκλιναν από το πρόγραμμα τους. Επίσης τους ζητήθηκε να

αναφέρουν ποιος άνθρωπος παίζει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη τους για τη συμμόρφωσή τους σε όλα τα παραπάνω.

Σε όσους επισκεπτόταν το ιατρείο και έπασχαν από Σ.Δ. (25 άτομα) μοιράστηκαν ημερολόγια με την παράκληση να τα συμπληρώσουν όπως τους είχε λεχθεί. Από τα 25 συνολικά ημερολόγια επεστράφησαν τα 15. Σε αυτά ο καθένας έγραψε με τον δικό του μοναδικό τρόπο και χωρίς περιορισμό στον αριθμό σελίδων με αποτέλεσμα, ο καθένας να έχει διαφορετικό αριθμό σελίδων, κάποιοι είχαν 3 και κάποιοι άλλοι 6 σελίδες στο σύνολο.

7.2 Ηθικά ζητήματα

Κάθε ερευνητής υποχρεούται να ζητήσει άδεια για την διεξαγωγή έρευνας όχι μόνο από τα άτομα που είναι άμεσα υπεύθυνα αλλά και από αυτούς που έχουν τη δύναμη να ξεκινήσουν και να σταματήσουν την έρευνα (Holloway & Wheeler,1995).

Πραγματοποιώντας μια νοσηλευτική έρευνα χρειάζεται ειλικρίνεια και αρτιότητα. Η διεξαγωγή της έρευνας ξεκινά αποδοτικά με τον προσδιορισμό του περιεχομένου της μελέτης και συνεχίζει έως τη δημοσίευσή της (Burns & Grove,2001). Οι ποιοτικές έρευνες εστιάζουν στη εξερεύνηση , διερεύνηση και περιγραφή ανθρώπων καθώς και του φυσικού τους περιβάλλοντος. Ηθική σημαίνει να κάνεις το καλό και να αποφεύγεις το κακό .Το κακό μπορεί να αποφθεχθεί εφαρμόζοντας την κατάλληλα ηθική αρχή. Έτσι η προστασία των συμμετεχόντων σε κάθε έρευνα είναι υποχρεωτική (Orb. , Eisenhauer & Wypaden, 2001).Η ταλαιπωρία και η φθορά μπορεί να έχει φυσιολογική, συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική φύση (Burns & Grove,2001). Οι πελάτες λοιπόν ήταν προστατευμένοι από την ταλαιπωρία και την φθορά και δεν πλήρωσαν τίποτα για τα ημερολόγια .

Τα ηθικά ζητήματα σε οποιοδήποτε είδος έρευνας είναι ασφαλή και προστατευμένα από τα ανθρώπινα δικαιώματα (Carr,1994). Τα ανθρώπινα δικαιώματα τα οποία πρέπει να προστατεύονται σε μία έρευνα είναι : η οποιαδήποτε αποκάλυψη σχετικά με την έρευνα (Kylma, Vehvilainen-Julkumen &Lahdevirta,1999), η μυστικότητα, η αξιοπρέπεια, (Holloway & Wheeler,1995; Kylma, Vehvilainen-Julkumen &Lahdevirta,1999:World Medical Association,2002), η ανωνυμία, η άκρα εμπιστοσύνη και η προστασία από την ταλαιπωρία και τη φθορά (Holloway & Wheeler,1995; Kylma, Vehvilainen-Julkumen &Lahdevirta,1999). Η ασφάλεια και η προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων είναι τα κύρια επιτεύγματα χρησιμοποιώντας τη διαδικασία ειδοποίησης και συγκατάθεσης (Carr,1994). Η συναίνεση είναι απαραίτητη σε όλες τις μελέτες που περιλαμβάνουν εύκολα αναγνωρίσιμα θέματα (Richards & Schwartz,2002; Holloway & Wheeler,1995).

Σε έρευνα με παιδιά η συναίνεση πρέπει να είναι εξασφαλισμένη από τους γονείς ή τους κηδεμόνες (Schrock, 1992; Holloway & Wheeler,1995) καθώς επίσης και από τα ίδια τα παιδιά (Holloway & Wheeler,1995). Σε περίπτωση που το ερευνητικό μας γκρουπ ήταν κάτω των 18 ετών θα έπρεπε να είχαμε στείλει γράμματα στους γονείς εξηγώντας τα πάντα για την έρευνα ,το σκοπό της και ζητώντας γραπτή τη συγκατάθεσή τους.

Οι ηθικές αρχές της ελευθερίας και της αυτονομίας οδηγούν τους ερευνητές να λαμβάνουν την συγκατάθεση από τους μελλοντικούς συμμετέχοντες μετά από ενδελεχή ενημέρωση (Schutz, 1994). Για τη διεξαγωγή μιας δεοντολογικά σωστής έρευνας είναι πολύ σημαντική η εξασφάλιση της συναίνεσης από τους συμμετέχοντες (Burns & Grove,2001). Η συναίνεση θα πρέπει να δίνεται χωρίς καμία απειλή ή παρακίνηση και να είναι βασισμένη σε πληροφορίες τις οποίες κάθε λογικό άτομο θα θελήσει να αποκτήσει

πριν αποφασίσει να συμμετάσχει (Holloway & Wheeler,1995). Οι συμμετέχοντες έχουν το δικαίωμα αφού ενημερωθούν για τη μελέτη να αποφασίσουν ελεύθερα για το αν θα πάρουν μέρος καθώς επίσης και να αποσυρθούν οποιαδήποτε στιγμή θελήσουν (Orb. , Eisenhauer & Wynaden, 2001; Holloway & Wheeler,1995). Θα πρέπει επίσης να ενημερωθούν για τη σημασία της συμμετοχής τους (Schrock,1992). Η γραπτή συγκατάθεση πρέπει να λαμβάνεται από τους συμμετέχοντες αφού έχουν ενημερωθεί προφορικά και γραπτά για το σκοπό της έρευνας (Richards & Schwartz,2002). Όλοι οι συμμετέχοντες θα πρέπει να ενημερωθούν για το που θα δημοσιευθούν τα αποτελέσματα (Vehvilainen-Julkunen,1993).Θα πρέπει να δοθεί χρόνος στους συμμετέχοντες ώστε να σκεφτούν τη συμμετοχή τους και να κάνουν ερωτήσεις στους ερευνητές.(Richards & Schwartz, 2002). Η εθελοντική συναίνεση αποκτάται αφού έχουν δοθεί ουσιώδες πληροφορίες για την έρευνα στους μελλοντικούς συμμετέχοντες (Orb. , Eisenhauer & Wynaden, 2001).

Η ποιοτική έρευνα που σχετίζεται με την υγεία στοχεύει στην ανωνυμία και στην άκρα εμπιστοσύνη (Richards & Schwartz, 2002). Η βασική δεοντολογική αρχή είναι η εγγύηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων (Vehvilainen-Julkunen,1993). Σε κάθε έρευνα η ανωνυμία θα πρέπει να είναι εγγυημένη και να έχει δοθεί η υπόσχεση ότι καμία ταυτότητα δεν θα αποκαλυφθεί (Holloway & Wheeler,1995). Η πλήρης ανωνυμία υπάρχει αν η ταυτότητα του συμμετέχοντα δεν μπορεί να συνδεθεί με τα δεδομένα, ακόμη και από τον ερευνητή (Burns & Grove,2001). Όλα τα ημερολόγια ήταν ανώνυμα και είχε ζητηθεί από τους ασθενείς να μην αναφέρουν καθόλου τα ονόματά τους. Ονόματα, ψευδώνυμα και οποιαδήποτε άλλα αναγνωρίσιμα χαρακτηριστικά δεν αναφέρθηκαν στα αποτελέσματα.

Η απόλυτη εμπιστοσύνη είναι απαραίτητη (Cormack & Benton,2002).Το απόρρητο είναι η διαχείριση από πλευράς των ερευνητών των προσωπικών πληροφοριών οι οποίες δεν πρέπει να κοινοποιηθούν σε άλλους χωρίς την εξουσιοδότηση του συμμετέχοντα (Burns & Grove,2001). Σύμφωνα με τους Holloway και Wheeler(1995) απόλυτη εμπιστοσύνη σημαίνει πως μόνο ο ερευνητής είναι ικανός να ταιριάξει τα πραγματικά ονόματα και τις ταυτότητες με τα δεδομένα. Επιπλέον ,οι αναγνωρίσιμες λεπτομέρειες των συμμετεχόντων πρέπει να τροποποιούνται όταν παρουσιασθούν τα αποτελέσματα (Richards & Schwartz, 2002). Οι ερευνητές δεν αναφέρουν στα αποτελέσματα κανένα αναγνωρίσιμο χαρακτηριστικό το οποίο οι συμμετέχοντες ίσως έχουν σημειώσει στα ημερολόγια.

Ο ερευνητής θα πρέπει πάντα να χρησιμοποιεί αξιόπιστες στρατηγικές για την ασφαλή αποθήκευση των δεδομένων (Richards & Schwartz, 2002). Αφού παρελήφθησαν τα ημερολόγια τοποθετηθήκαν σε ασφαλές μέρος ,έτσι ώστε κανένας άλλος εκτός από την ερευνήτρια να μη μπορούσε να έχει πρόσβαση σε αυτά. Έγιναν αντίγραφα των ημερολογίων και σώθηκε σε δίσκο το έντυπο υλικό. Τα αντίγραφα και τα cd αποθηκεύτηκαν σε ασφαλές μέρος και φυσικά διαβάστηκαν μόνο από την ερευνήτρια.

7.3 Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας ποιοτική ανάλυση περιεχομένου. Η ποιοτική ανάλυση είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να ταξινομεί τις λέξεις ενός κειμένου σε κάποιες κατηγορίες βάσει της θεωρητικής τους σημασίας (Burns & Grove, 2001).

Η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου χρησιμοποιεί κωδικοποιημένες κατηγορίες που προκύπτουν από τα ίδια τα δεδομένα, εφαρμόζει αυτούς τους κώδικες μέσω

προσεκτικής μελέτης των δεδομένων και αντιμετωπίζει την καταμέτρησή τους ως τον εντοπισμό μοτίβων ώστε να οδηγήσει στην περαιτέρω εξήγηση των δεδομένων (Morgan 1993).

Πρώτον, δακτυλογράφησα το περιεχόμενο των ημερολογίων στο πρόγραμμα υπολογιστή Microsoft Word. Δεύτερον, διάβασα τα ημερολόγια και κράτησα σημειώσεις, καταγράφοντας οτιδήποτε μου προκάλεσε την προσοχή και ήταν σχετικό με τις ερωτήσεις της έρευνας. Ο ερευνητής πρέπει να διαβάσει αρκετές φορές τα αντίγραφα ώστε να εξοικιωθεί με τα δεδομένα (Appleton, 1995). Επομένως, διάβασα αρκετές φορές τα ημερολόγια και μετά την ανάγνωση έγραψα τους κώδικες που εύκολα δημιουργήθηκαν.

Στη συνέχεια δημιούργησα μία λίστα ταξινόμησης, η οποία περιείχε κατηγορίες και υποκατηγορίες σύμφωνα με τους κώδικες. Αυτές οι κατηγορίες και υποκατηγορίες ομαδοποιήθηκαν με σκοπό να μειωθεί ο αριθμός τους, ενσωματώνοντας μερικές από αυτές σε παρόμοιες πιο γενικές κατηγορίες. Πρόσθετα, παρόμοιες υποκατηγορίες αφαιρέθηκαν με σκοπό να δημιουργηθούν οι λίστες.

Έπειτα, ανέλυσα τις κατηγορίες και υποκατηγορίες της λίστας και έκανα τις απαραίτητες ρυθμίσεις ώστε να συντάξω την τελική λίστα. Μετά, τα ημερολόγια ξαναδιαβάστηκαν αλλά αυτή τη φορά μαζί με την τελική λίστα, έτσι ώστε να μπορώ να ελέγξω το βαθμό στον οποίο οι κατηγορίες καλύψανε όλες τις πλευρές όσων είχαν γραφτεί, και έγιναν επιπλέον ρυθμίσεις όπου χρειαζόταν.

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία

A/A Ασθενή	Φύλο	Ηλικία	Απασχόληση
1	Άνδρας	60	Εργολάβος
2	Άνδρας	28	Επιχειρηματίας
3	Άνδρας	70	Συνταξιούχος
4	Άνδρας	71	Συνταξιούχος
5	Άνδρας	72	Συνταξιούχος
6	Άνδρας	65	Επιχειρηματίας
7	Γυναίκα	59	Συνταξιούχος
8	Γυναίκα	67	Συνταξιούχος
9	Γυναίκα	53	Δημ. Υπάλληλος
10	Γυναίκα	70	Συνταξιούχος
11	Γυναίκα	73	Συνταξιούχος
12	Γυναίκα	63	Συνταξιούχος
13	Γυναίκα	55	Συνταξιούχος
14	Γυναίκα	72	Συνταξιούχος
15	Γυναίκα	76	Συνταξιούχος

Η διεξαγωγή της έρευνας έλαβε χώρα σε ένα ιδιωτικό ιατρείο στο νομό αττικής το οποίο ειδικεύεται στην γενική ιατρική και παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Το παραπάνω ιατρείο στελεχώνεται από έναν ιατρό γενικής ιατρικής και δύο νοσηλεύτριες μία εκ των οποίων είναι η ερευνήτρια

αυτής της μελέτης. Τα ημερολόγια-ερωτηματολόγια τα οποία μοιράστηκαν σε ασθενείς ήταν 25 ενώ επεστράφησαν στη ερευνήτρια τα 15. Το δείγμα των ασθενών αποτελείται από 6 γυναίκες και 9 άνδρες ηλικίας από 28-76 ετών, εκ των οποίων μία γυναίκα εργαζόμενη ως δημόσιος υπάλληλος, δύο άνδρες επιχειρηματίες, ένας εργολάβος και οι υπόλοιποι 11 συνταξιούχοι (πίνακας1).

8.2 Λόγοι Μη Συμμόρφωσης Στην Αγωγή

Οι 14 από τους 15 ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη δήλωσαν πως δεν συμμορφώνονται στην υγιεινο-διαιτητική αγωγή που τους συστήνει ο γιατρός τους , ενώ μόνο ένας συμμετέχων στην μελέτη εξέφρασε πλήρη συμμόρφωση και πειθαρχία. Ο κυρίαρχος λόγος για τον οποίο αδυνατούν οι ασθενείς να συμμορφωθούν και ο οποίος προβάλλεται συχνότερα στις απαντήσεις τους, είναι η φυσική παρουσία τους σε φιλικό περιβάλλον και η συνεύρεσή τους με παρέα, οπότε και δεν μπορούν να αντισταθούν στους πειρασμούς, αλλά ούτε και να έρχονται στην δυσάρεστη θέση να δικαιολογούνται συνεχώς για την δίαιτα τους. Ένας ασθενής δήλωσε:

Τα Σαββατοκύριακα επισκέπτομαι σπίτια φίλων όπου με κερνάνε γλυκά και δεν μου αρέσει να δικαιολογούμε λόγω της ασθένειάς μου, δέχομαι όλα τα κέρασματα.

Ένας δεύτερος ασθενής είπε:

Δεχόμαστε συχνά κόσμο στο σπίτι μας για φαγητό και μου είναι δύσκολο να αντισταθώ στο καλό φαγητό μια και είμαστε από τα άτομα που μας αρέσει η καλή παρέα και το καλό φαγητό.

Οι 4 από τους 15 ασθενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι εργαζόμενοι και οι λόγοι που έδωσαν για την μη συμμόρφωση τους στην αγωγή στηρίχθηκαν στην απασχόλησή τους και τα ωράρια της εργασίας τους, τα οποία δυσχεραίνουν την προσπάθειά τους να ασχοληθούν περισσότερο με τον εαυτό τους και κατ'επέκταση με την δίαιτά τους.

Ένας από τους ασθενείς δήλωσε:

Εργάζομαι καθημερινά από το πρωί μέχρι το βράδυ και δεν έχω χρόνο να ασχοληθώ με τον εαυτό μου

Ένας δεύτερος ασθενής πρόσθεσε:

Δεν συμμορφώνομαι και αυτό λόγω του ωραρίου εργασίας μου

Η πίεση που αισθάνονται οι πάσχοντες λόγω του χρόνιου προβλήματός τους και η κόπωση-εξάντληση που εμφανίζεται ως συνέπεια της δύσκολης καθημερινής τους προσοχής που είναι απαραίτητο να δίνουν στην δίαιτά τους, είναι ένας ακόμη λόγος για τον οποίο οι σακχαροδιαβητικοί ασθενείς δεν πειθαρχούν στις οδηγίες. Ένας ασθενής δήλωσε:

Με το πέρασμα του χρόνου δεν αντέχω άλλο την πίεση και σιγά σιγά αρχίζω να ξεφεύγω

Ένας άλλος είπε:

Πάσχω από διαβήτη από 10 ετών ,έχω πλέον κουραστεί.

Ένας τρίτος ασθενής πρόσθεσε:

Με κουράζει να έχω το μυαλό μου συνέχεια στα πρέπει και στα μη αυτής της ασθένειας.

Οι απολαύσεις της ζωής στις οποίες συγκαταλέγεται και το καλό φαγητό προβάλλουν συχνά ως ένας ακόμη λόγος για τον οποίο οι ασθενείς υπεισέρχομαι σε διατροφικές ατασθαλίες.

Ένας ασθενής δήλωσε:

Δεν τήρησα ακριβώς τις οδηγίες του γιατρού μου γιατί μου αρέσει να τα τρώω όλα.

Ένας δεύτερος είπε:

Δεν μπορώ να πω ότι συμμορφώνομαι στην αγωγή μου γιατί μου αρέσει το φαγητό και δεν θέλω να στερούμαι γεύσεις.

Ενώ ένας τρίτος πρόσθεσε:

Μου αρέσει η καλοπέραση.

Το αρνητικό συναίσθημα της ζήλιας έναντι των υγιών ανθρώπων που είναι σε θέση να γεύονται τις απολαύσεις της ζωής χωρίς ιδιαίτερους περιορισμούς λόγω ασθενειών, αλλά και το αίσθημα της βουλιμίας μπροστά στο πλήθος των ακατάλληλων για την υγεία των διαβητικών αγαθών είναι δύο διαφορετικές εκφάνσεις που αποδόθηκαν στις απαντήσεις των ασθενών. Ένας ασθενής είπε:

Βέβαια το διαιτολόγιό μου δεν το ακολουθώ και κάνω ατασθαλίες και αυτό οφείλεται στην βουλιμία μου και στη ζήλια

μου για να μπορέσω και έξω να απολαύσω έστω και για λίγο λιχουδιές που μου είναι απαγορευμένες

Οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη δεν ακολουθούν τις οδηγίες του γιατρού σε καθημερινή βάση σχετικά με την υγιεινο-διαιτητική τους αγωγή συνοψίζονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2. Λόγοι μη συμμόρφωσης στην υγιεινο-διαιτητική αγωγή
1) Ποικιλία γεύσεων
2) Ωράριο εργασίας
3) Απαξίωση ιατρικών οδηγιών
4) Καλοπέραση/καλοφαγία
5) Μακροχρόνια κούραση και πίεση
6) Φιλικό περιβάλλον(παρέα)
7) Αδιαφορία ως προς την προσωπική υγεία
8) Βουλμία
9) Ζήλια

8.3 Συναισθήματα Που Δημιουργούνται Στους Ασθενείς Λόγω Της Μη Συμμόρφωσής Τους Στην Υγιεινο-Διαιτητική Τους Αγωγή

Τα αισθήματα τα οποία δημιουργούνται στους ασθενείς όταν οι ίδιοι δεν συμμορφώνονται με το υγιεινο-διαιτητικό τους σχήμα ποικίλουν στις απαντήσεις που

έδωσαν από πλήρη αδιαφορία έως και τύψεις, που επιβαρύνουν ψυχολογικά την κατάστασή τους και συχνά τους ωθούν στο να εγκαταλείψουν τις συνεχείς προσπάθειες, προβαίνοντας σε συνεχόμενα λάθη ως προς την κατανάλωση ακατάλληλων για την υγεία τους τροφών. Ένας ασθενής δήλωσε:

Κάποιες στιγμές που ξεφεύγω πολύ από την διατροφή μου στεναχωριέμαι και νιώθω τύψεις

Ένας άλλος ασθενής είπε:

Δεν μου αρέσει ο τρόπος διατροφής μου και πολλές φορές νιώθω τύψεις.

Ωστόσο, οι ασθενείς που εξέφρασαν την παρουσία τύψεων στην καθημερινότητά τους μετά από διατροφικές ατασθαλίες αλλά και μη συμμόρφωση στο προτεινόμενο από τον γιατρό σχήμα ήταν μόνο 2 από τους 15. Ενώ, 5 από τους τελευταίους εκδήλωσαν ικανοποίηση και αδιαφορία για τον υγιεινό τρόπο ζωής τους θεωρώντας πως η ζωή είναι πολύ δύσκολη, μικρή και κουραστική για να προβαίνουν σε τόσες συχνές καθημερινές στερήσεις. Ένας ασθενής δήλωσε:

Δεν είμαι έτοιμος να στερηθώ την καλοπέραση και δεν έχω τύψεις για αυτό

Ένας δεύτερος συμμετέχων στην έρευνα απάντησε:

Δεν ασχολούμαι ιδιαίτερα με τις οδηγίες του γιατρού, παρόλα αυτά δεν νιώθω τύψεις.

Ένας τρίτος ασθενής πρόσθεσε:

Μου αρέσει να τα τρώω όλα και νιώθω αρκετά ικανοποιημένη.

Σημειώνεται ωστόσο, ότι 4 από τους 15 ασθενείς του δείγματος απέφυγαν να απαντήσουν στο σχετικό ερώτημα και δεν έδωσαν καμία απάντηση ως προς τα συναισθήματά τους παραβλέποντας την ερώτηση.

Στον παρακάτω πίνακα 3 συνοψίζονται τα συναισθήματα που δημιουργούνται στους ασθενείς λόγω της μη συμμόρφωσης τους στην υγιεινο-διαιτητική αγωγή όπως δόθηκαν από τις απαντήσεις τους.

Πίνακας 3. Αισθήματα των ασθενών λόγω μη συμμόρφωσης στην αγωγή
1) Τύψεις
2) Ικανοποίηση
3) Δυσαρέσκεια
4) Θλίψη
5) Κούραση/εξάντληση
6) Αδιαφορία

8.4 Ενέργειες Που Μπορεί Να Επιτελέσει Ο Ασθενής Με Σακχαρώδη Διαβήτη Για Να Συμμορφωθεί Με Την Συνιστώμενη Αγωγή

Οι περισσότερες απαντήσεις των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα συμπληρώνοντας τα ημερολόγια-ερωτηματολόγια, ως προς τις ενέργειες που κάνουν προκειμένου να συμμορφωθούν στην συνιστώμενη αγωγή, συγκλείνουν στη άποψη ότι

δεν υπάρχει δυνατότητα από μόνοι τους να προβούν σε οποιαδήποτε ενέργεια, είτε για λόγους προσωπικούς-οικογενειακούς, είτε για λόγους συνήθειας και συγκεκριμένου τρόπου ζωής . Οι παραπάνω λόγοι λειτουργούν ως εμπόδια στην καθημερινή τους προσπάθεια για συμμόρφωση και μόνο αν αυτά ξεπεραστούν θα είναι σε θέση οι ίδιοι να δώσουν την δέουσα προσοχή στην προτεινόμενη αγωγή. Ένας ασθενής δήλωσε:

Πιστεύω πως αν στην οικογένειά μου ήταν όλα καλύτερα θα μπορούσα κι εγώ να προσπαθήσω για το καλύτερο.

Ένας δεύτερος ασθενής υποστήριξε:

Δεν με ενδιαφέρει και πολύ η υγεία μου καθώς αντιμετωπίζω σοβαρά οικογενειακά προβλήματα

Ένας τρίτος συμμετέχων είπε:

Πιστεύω πως αν είχα διαφορετικό τρόπο ζωής θα προσπαθούσα να συμμορφωθώ και να ασχοληθώ με τον εαυτό μου.

Ένας τέταρτος συμπλήρωσε:

Θεωρώ ότι όσο εργάζομαι δύσκολα θα μπορέσω να συμμορφωθώ

Η άσχημη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών που βιώνουν τον σακχαρώδη διαβήτη ως καθημερινή πραγματικότητα, προσπαθώντας να ζήσουν με αυτόν υπό δυσβάστακτες συνεχείς προσπάθειες, συχνά απογοητεύει τους πρώτους και προκαλεί αναβλητικότητα και διάθεση εγκατάλειψης της προσπάθειάς τους. Ένας ασθενής είπε:

Θεωρώ ότι δεν είμαι έτοιμος ψυχολογικά να ακολουθήσω τις οδηγίες του γιατρού

Ένας άλλος δήλωσε:

Η δίαιτα δεν εφαρμόζεται ακριβώς γιατί είναι κουραστική

Ένας τρίτος εξέφρασε:

Δεν είμαι σε καλή ψυχολογική κατάσταση για να το κάνω

Ένας τέταρτος υποστήριξε:

Κάποια στιγμή με πολύ προσωπική δουλειά θα τα καταφέρω

Καταγράφηκαν δύο ασθενείς οι οποίοι δήλωσαν πως μόνο οι προσωπικές τους προσπάθειες θα τους οδηγήσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή την πλήρη συμμόρφωση και επέδειξαν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, στις δυνάμεις τους και στην αυτοπεποίθησή τους.

Ο πρώτος ασθενής είπε:

Το μόνο που μπορώ να κάνω είναι να προσπαθώ όσο το δυνατόν περισσότερο να συμμορφώνομαι.

Ενώ ο δεύτερος είπε:

Δε μου αρέσει αυτό και θέλω να πιστεύω ότι κάποια στιγμή προσωπικά θα τα καταφέρω

Ένας από τους ασθενείς έδωσε μία διαφορετική εκδοχή στην απάντησή του, θέτοντας το θέμα του φόβου. Ο φόβος για την υγεία του και κατ'επέκταση για τη ζωή του στην δική του περίπτωση λειτουργεί μόνο κατά το ήμισυ, υποστηρίζοντας πως:

Σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, εκεί κυριαρχεί ο φόβος και είτε το θέλουμε είτε όχι εφαρμόζεται ανελλιπώς. Το ίδιο δεν ισχύει με την διατροφή.

Ωστόσο, 4 από το δείγμα των 15 ασθενών δεν απάντησαν καθόλου στο συγκεκριμένο ερώτημα του ημερολογίου-ερωτηματολογίου. Στον παρακάτω πίνακα 4 αποδίδονται συνοπτικά οι ενέργειες που δύναται να κάνει ένας ασθενής για να συμμορφωθεί με τη συνιστώμενη αγωγή σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν.

Πίνακας 4. Ενέργειες του ασθενή προκειμένου να συμμορφωθεί στη συνιστώμενη αγωγή

1) Προσωπικές προσπάθειες
2) Επίλυση προσωπικών/οικογενειακών προβλημάτων
3) Καμία ενέργεια από μόνος λόγω αδυναμίας
4) Καμία ενέργεια από μόνος λόγω ανετοιμότητας
5) Καμία ενέργεια από μόνος λόγω αδιαφορίας

8.5 Πρόσωπο Το Οποίο Θα Μπορούσε Να Βοηθήσει Τους Ασθενείς Να Είναι Περισσότερο Συμμορφωμένοι Στην Υγιεινο-Διαιτητική Τους Αγωγή

Οι περισσότερες απαντήσεις των ασθενών παρουσιάζουν τα πρόσωπα της οικογένειας ως τα άτομα εκείνα που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν να συμμορφωθούν στην αγωγή. Συγκεκριμένα, η σύζυγος, τα παιδιά και τα αδέρφια, εμφανίζονται στην πρώτη θέση των προτιμήσεων των σακχαροδιαβητικών, οι οποίοι θεωρούν πως ένα υγιές οικογενειακό περιβάλλον δύναται να συντελέσει στην θετική ψυχολογία τους, ώστε να είναι σε θέση να υπομείνουν την καθημερινή πειθαρχία στο υγιεινο-διαιτητικό σχήμα. Ωστόσο, από τις καταγεγραμμένες απαντήσεις προκύπτει πως ενώ η οικογένεια έχει τη δύναμη να βοηθήσει, συχνά δεν το κάνει για διάφορους λόγους, είτε πρακτικούς, όπως οι μακρινές αποστάσεις των μελλών της οικογενείας ή ο ελάχιστος καθημερινός χρόνος επικοινωνίας, είτε συναισθηματικούς, όπως κακές σχέσεις μεταξύ των μελλών. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι το οικογενειακό περιβάλλον από δυναμικό στοιχείο να μετατρέπεται σε επιβραδυντικό παράγοντα για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Ένας ασθενής δήλωσε:

Εκείνος που μπορεί να μας βοηθήσει να συμμορφωθούμε είναι το οικογενειακό περιβάλλον και μάλιστα τα παιδιά μας.

Ένας άλλος ασθενής είπε:

Ένας άνθρωπος όμως μπορεί πραγματικά να με βοηθήσει, είναι ο άνθρωπος της ζωής μου, ο άνδρας μου και κατ επέκταση τα παιδιά μου.

Ένας τρίτος ασθενής υποστήριξε:

Αν κάποιος άνθρωπος θα μπορούσε να με βοηθήσει αυτός είναι η σύζυγος μου, αλλά δυστυχώς οι σχέσεις μας δεν είναι καλές.

Ένας τέταρτος συμμετέχων πρόσθεσε:

Πιστεύω πως ο άνθρωπος ο οποίος θα μπορούσε να με συμμορφώσει είναι η αδελφή μου, η οποία όμως μένει μακριά από εδώ που μένω εγώ.

Η διαφορετική άποψη που διατυπώθηκε, πέρα από την σημασία του οικογενειακού περιβάλλοντος, ήταν η σπουδαιότητα της προσωπικής θέλησης των ασθενών. Οι 8 από τους 15 του δείγματος δήλωσαν πως τελικά μόνο ο εαυτός τους είναι εκείνος που μπορεί να τους κάνει να πειθαρχήσουν. Η εσωτερική τους πίστη για αντιμετώπιση της ασθένειας τους και των επιπλοκών της είναι η μοναδική δύναμη που μπορεί να τους ωθήσει σε πλήρη συμμόρφωση. Ωστόσο, οι περισσότεροι από τους ασθενείς δηλώνουν πως δεν είναι ψυχολογικά έτοιμοι να στηριχτούν στον εαυτό τους, παρά του ότι γνωρίζουν πως κανείς άλλος δεν θα τους βοηθήσει. Ένας ασθενής δήλωσε:

Δεν μπορεί να με βοηθήσει κανείς παρά μόνο η δική μου θέληση και η αποφασιστικότητα μου, ώστε η ποιότητα ζωής μου να είναι όσο το δυνατό καλύτερη.

Ένας δεύτερος ασθενής είπε:

Θεωρώ ότι μόνο εγώ μπορώ να βοηθήσω τον εαυτό μου για μια πιο προσεκτική αγωγή, αλλά δυστυχώς κάθε φορά το ξεχνάω

Ένας τρίτος ασθενή πρόσθεσε:

Δεν πιστεύω ότι κάποιος μπορεί να με βοηθήσει παρά μόνο ο εαυτός μου και ακόμα δεν είμαι έτοιμος να στερηθώ την καλοπέραση.

Τα συναισθήματα της απογοήτευσης, της εξάντλησης και της αγανάκτησης ορισμένων ασθενών αποδόθηκαν στις απαντήσεις τους. Ένας ασθενής είπε:

Δεν νομίζω ότι είναι κάποιος ικανός για να με συμμορφώσει.

Ένας δεύτερος ασθενής δήλωσε:

Πάσχω από σακχαρώδη διαβήτη από 10 χρονών και έχω πλέον κουραστεί. Πλέον κανείς δε μπορεί να με βοηθήσει.

Ένας τρίτος συμμετέχων στην έρευνα πρόσθεσε:

Δεν βρίσκω το λόγο να συμμορφωθώ και δεν είμαι σε καλή ψυχολογική κατάσταση για να το κάνω.

Σημειώνεται ότι στα αποτελέσματα μόνο ένας από τους 15 ασθενείς του δείγματος δήλωσε πως το άτομο που μπορεί να του δώσει ώθηση στις καθημερινές του προσπάθειες για συμμόρφωση είναι ο γιατρός του. Ο συγκεκριμένος ασθενής δήλωσε:

Είμαι άτομο που προσέχω τον εαυτό μου και σε αυτό με έχει βοηθήσει ο γιατρός μου που με παρακολουθεί και με ενθαρρύνει κάθε φορά.

Στον πίνακα 5 συνοψίζονται τα άτομα τα οποία σύμφωνα με τις απαντήσεις που καταγράφηκαν από το δείγμα των 15 συμμετεχόντων μπορούν να βοηθήσουν τους σακχαροδιαβητικούς να συμμορφωθούν στο υγιεινο-διαιτητικό τους σχήμα.

Πίνακας 5. Πρόσωπα που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους ασθενείς να συμμορφωθούν στο υγιεινο-διαιτητικό τους σχήμα

1) Ο εαυτός τους
2) Η οικογένεια τους
3) Ο ιατρός τους
4) Κανείς

9. Συζήτηση

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας παρουσίασαν μία ενδιαφέρουσα άποψη σχετικά με τις αιτίες για τις οποίες οι διαβητικοί ασθενείς δεν συμμορφώνονται με τη συνιστώμενη αγωγή αλλά και σχετικά με τους παράγοντες εκείνους που θα μπορούσαν να συντελέσουν στο να συμμορφωθούν όσο το δυνατό περισσότερο και να πειθαρχήσουν στο σχήμα. Η συγγραφέας αυτής της μελέτης γνωρίζει ότι οι απαντήσεις δεν δύναται να γενικευτούν, ωστόσο, είναι αντιπροσωπευτικές πολλών αντίστοιχων ασθενών. Η συζήτηση που ακολουθεί επικεντρώνεται στα ευρήματα της έρευνας χρησιμοποιώντας τους αντικειμενικούς σκοπούς που τέθηκαν στην αρχή και προτείνει παρεμβάσεις για το μέλλον.

9.1 Παράγοντες Που Σχετίζονται Με Τη Μη Συμμόρφωση Των Διαβητικών Ασθενών Στο Υγιεινο-Διαιτητικό Και Φαρμακευτικό Τους Σχήμα

Παρά το γεγονός ότι στη βιβλιογραφία αναφέρονται περιστατικά διαβητικών ασθενών τα οποία δεν ακολουθούν το φαρμακευτικό σχήμα λόγω οικονομικής αδυναμίας, ωστόσο, στα ευρήματα αυτής της μελέτης όλοι οι ασθενείς δηλώνουν την πλήρη συμμόρφωσή τους με αυτό, ανεξαρτήτως κόστους (Sharir et al, 2008). Συγκεκριμένα, αναφέρεται το αίσθημα του φόβου των επιπλοκών που τους κυριαρχεί αν δε λάβουν τα φάρμακά τους στην σωστή δοσολογία και στη σωστή ώρα, κάτι που δεν συμβαίνει αντίστοιχα με τη διαιτητική τους αγωγή στην οποία φέρονται πιο ελαστικά. Επιπλέον, είναι φανερό από τις απαντήσεις πως, όπως στις περισσότερες ασθένειες συμβαίνει, τα φάρμακα να συνδυάζονται με την θεραπεία και πολλοί είναι εκείνοι οι ασθενείς που αρκούνται στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, ξεχνώντας τις ατομικές προσπάθειες που πρέπει να γίνουν από μέρους τους. Εξάλλου, σύμφωνα με τον Steinman (2001) οι χρόνιοι διαβητικοί ασθενείς ακολουθούν το συνιστώμενο φαρμακευτικό σχήμα ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης. Ένα ενδιαφέρον στοιχείο που προέκυψε είναι η πλήρη συμμόρφωση με το φαρμακευτικό σχήμα λόγω της μη τήρησης του διαιτολογίου και της άσκησης καθώς πολλοί είναι οι ασθενείς που δεν εφαρμόζουν τη δίαιτα και ακολουθούν κατά γράμμα τη φαρμακευτική οδηγία ως αντίβαρο.

Η κοινωνική ζωή των διαβητικών ασθενών, που πέρα από το χρόνιο πρόβλημα της υγείας τους συνεχίζουν να είναι φυσιολογικοί και κοινωνικοποιημένοι άνθρωποι, που συχνά καλούνται να συνευρεθούν με οικογενειακό, φιλικό η συναδελφικό περιβάλλον, σε περιστάσεις όπου πραγματοποιείται συνεστίαση με πληθώρα γεύσεων και φαγητών, είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις. Το

γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από την βιβλιογραφία καθώς οι συνεχόμενες διατροφικές ατασθαλίες και το ακατάλληλο καθημερινό διαιτολόγιο των ασθενών είναι αυτό που απορυθμίζει το μεταβολισμό τους και αποδιοργανώνει το θεραπευτικό σχήμα (Μελισσα-Χαλικιοπούλου,2006; Mirsa et al,2008). Τα βαθύτερα αίτια για τα οποία οι σακχαροδιαβητικοί ασθενείς προβαίνουν στις παραπάνω διατροφικές ατασθαλίες είναι το αίσθημα της ντροπής αλλά και της κούρασης, όπως οι ίδιοι λένε ότι βιώνουν, κάθε φορά που πρέπει να απολογούνται και να επεξηγούν την κατάστασή τους στους άλλους, αλλά και να στερούνται τα αγαθά που οι άλλοι απολαμβάνουν ενώπιόν τους.

Οι γρήγοροι καθημερινοί ρυθμοί που βιώνουν οι άνθρωποι στις μέρες μας, τα ωράρια εργασίας σε συνδυασμό με τις μεγάλες αποστάσεις μεταξύ της κατοικίας και της εργασίας είναι ένας ακόμη από τους αρνητικούς παράγοντες που επιβαρύνουν την συμμόρφωση των ασθενών όχι τόσο με τη φαρμακευτική τους αγωγή όσο με το υγιεινο-διαιτητικό τους σχήμα και την άσκηση. Οι ασθενείς στις απαντήσεις τους δηλώνουν πως δεν έχουν χρόνο να ασχοληθούν με τον εαυτό τους λόγω όλων των προαναφερομένων και συχνά η κούραση τους προκαλεί εξάντληση ως συνέπεια της δύσκολης καθημερινότητάς τους, συμπεριλαμβανομένης της προσοχής που πρέπει να δίνουν στη δίαιτά τους. Δεν είναι τυχαίο, πως οι χρόνιοι ασθενείς δηλώνουν πως δεν αντέχουν την πίεση των πολλών ετών και σταδιακά ξεφεύγουν από το σχήμα όλο και συχνότερα ,γεγονός που απαντάται και στη βιβλιογραφία (Rubin,2005).

Ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης που είναι χαρακτηριστικό της ελληνικής κοινωνίας και το οποίο δεν συναντάται συχνά στις αναφορές με την απόδοση που παρουσιάζεται στις απαντήσεις των ασθενών, είναι η σημασία που αποδίδουν οι ερωτηθέντες στην καλοπέραση και στην καλοφαγία, που κατά τη γνώμη τους

συνεπάγεται ποικιλία καταναλωτικών αγαθών χωρίς περιορισμούς . Το παραπάνω φαινόμενο απαντάται στις διατυπώσεις πολλών ασθενών, ανεξαρτήτως ηλικίας αλλά και απασχόλησης, πράγμα το οποίο υποδεικνύει τη νοοτροπία, την ιδιοσυγκρασία αλλά και τη γενικότερη στάση ζωής. Σύμφωνα με τις γνώμες των ασθενών, το φαγητό αποτελεί διασκέδαση αλλά και απόλαυση της ζωής. Αν και συχνά η μη συμμόρφωσή τους αυτή γνωρίζουν ότι δύναται να τους προκαλέσει επιπλοκές και μάλιστα άμεσες, ωστόσο, εφησυχάζονται προσπαθώντας να είναι πιο προσεκτικοί την επόμενη μέρα. Στο παραπάνω πλαίσιο εντάσσεται η βουλιμία καθώς και η ζήλια που κάποιοι ασθενείς εκφράζουν μπροστά στην ποικιλία των ακατάλληλων για την υγεία τους αγαθών (Savoca and Miller,2001)

9.2 Συναισθήματα Των Διαβητικών Ασθενών Λόγω Μη Συμμόρφωσής Τους Στην Αγωγή

Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη βιώνουν μια σειρά συναισθημάτων τα οποία προέρχονται από τη μη συμμόρφωση τους στο φαρμακευτικό και υγιεινο-διαιτητικό σχήμα. Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές η κατάθλιψη εμφανίζεται στους διαβητικούς ασθενείς πολύ συχνότερα σε σχέση με άλλους ασθενείς γεγονός που δύναται να οδηγήσει σε επιπλοκές της νόσου (Gonzalez et al, 2008). Πράγματι η θλίψη ή αλλιώς στεναχώρια όπως οι ασθενείς την αποκαλούν συχνά, είναι ένα συναίσθημα που αποδόθηκε από τους ερωτηθέντες . Ωστόσο, στην συγκεκριμένη μελέτη οι ασθενείς δε μένουν στη θλίψη, ούτε και ο φόβος της κατάθλιψης τους ωθεί στο να συμμορφωθούν στη συνιστώμενη αγωγή όπως υποστηρίζεται από τον Gonzalez (2008). Στην περίπτωση αυτή η θλίψη των ασθενών μετατρέπεται σε τύψεις που δεν λειτουργούν

εποικοδομητικά. Αντιθέτως, οι τελευταίες δημιουργούνται εξαιτίας της μη συμμόρφωσής τους κυρίως με το υγιεινο-διαιτητικό σχήμα, είναι παροδικές διαρκώντας από λίγες ώρες ως λίγες μέρες, ενώ οι ασθενείς δηλώνουν πως δεν είναι έτοιμοι ψυχολογικά να ακολουθήσουν πιστά τις οδηγίες. Άλλωστε, στον σακχαρώδη διαβήτη η κατάθλιψη λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας σε σχέση με τη συμμόρφωση στην αγωγή, τη διατροφή αλλά και το φαρμακευτικό σχήμα (Pouwer et al,2005).

Το αίσθημα της κούρασης και της εξάντλησης λόγω της χρόνιας φύσης του προβλήματος απαντάται συχνά στους σακχαροδιαβητικούς ασθενείς καθώς δεν είναι λίγοι εκείνοι που πάσχουν από τη νόσο από μικρή ηλικία και που έχουν κάνει πολλές θυσίες προκειμένου να προσαρμοστούν στα δεδομένα της ασθένειάς τους (Hermanns et al, 2003). Ωστόσο, η εξάντληση σύμφωνα με τις απαντήσεις μετατρέπεται σε δυσαρέσκεια ως προς την κατάσταση που βιώνουν. Συχνά η τελευταία μεταβάλλεται σε αδιαφορία ως προς τις ιατροφαρμακευτικές συστάσεις και τέλος σε απογοήτευση και εγκατάλειψη των προσπαθειών. Επομένως, παρατηρείται μία διακύμανση συναισθημάτων με διάφορα στάδια τα οποία κάθε ασθενής βιώνει ανάλογα με τις συνθήκες του προβλήματος αλλά και σύμφωνα με την ιδιοσυγκρασία του.

9.3 Επιρροές Που Δέχονται Οι Διαβητικοί Ασθενείς Για Συμμόρφωση

Ο πολυσήμαντος ρόλος που διαδραματίζει το οικογενειακό περιβάλλον στην αντιμετώπιση ενός χρόνιου νοσήματος είναι γνωστός όχι μόνο για το σακχαρώδη διαβήτη αλλά για όλα τα νοσήματα. Πρόσφατες μελέτες σχετίζουν την πορεία μιας ασθένειας με το οικογενειακό περιβάλλον το οποίο δύναται να προκαλέσει τόσο θετικά

όσο και αρνητικά αποτελέσματα (Cole and Chesla, 2006). Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων αναδεικνύεται πως η οικογένεια γι αυτούς (σύζυγος, παιδιά, αδέρφια) μπορεί να επηρεάσει τις προσπάθειές τους και να ασκήσει πάνω τους επιρροή ως προς την συμμόρφωσή τους. Η σύζυγος διαφαίνεται να κατέχει τον πρώτο ρόλο ως πρόσωπο επιρροής σε άνδρες ασθενείς καθώς είναι εκείνη που θα προετοιμάσει τις κατάλληλες προς κατανάλωση τροφές και θα ενθαρρύνει το σύζυγο να αρκεστεί στην σωστή ποσότητα και ποιότητα. Από την άλλη μεριά, η υπομονετικότητα του συζύγου προς τη γυναίκα σακχαροδιαβητική ασθενή δύναται να βοηθήσει στην βέλτιστη έκβαση της ασθένειας καθώς η ενθάρρυνση και η επικοινωνιακή επικοινωνία δημιουργεί εκείνο το ψυχολογικό υπόβαθρο για αντιμετώπιση της ασθένειας. Επιπλέον, το γεγονός αυτό επιβεβαιώνουν και οι απαντήσεις εκείνες των ασθενών που αποδίδουν την αρνητική εξέλιξη της νόσου στην κακή οικογενειακή τους κατάσταση και στα προβλήματα με τη σύζυγό τους. Αξιοσημείωτη είναι και η άποψη πως τα παιδιά μερικές φορές περισσότερο από τους συζύγους είναι σε θέση να επηρεάσουν τους σακχαροδιαβητικούς γονείς να συμμορφωθούν με τη συνιστώμενη αγωγή. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα της μελέτης το φαινόμενο αυτό συμβαίνει κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς που είτε έχουν χάσει το σύζυγο τους είτε η γνώμη και το ενδιαφέρον των παιδιών τους έχει περισσότερη βαρύτητα. Άλλωστε, συμβαίνει συχνά τα παιδιά των σακχαροδιαβητικών ασθενών να είναι πληροφορημένα για την ασθένεια περισσότερο από τους γονείς τους καθώς έχουν πρόσβαση σε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την νόσο.

Όπως έχει προαναφερθεί οι γιατροί είναι από τα πρόσωπα που βοηθούν τους διαβητικούς ασθενείς να συμμορφωθούν με την αγωγή και η επιρροή τους είναι μεγάλη καθώς αποτελούν άτομα εμπιστοσύνης (Piette et al, 2005). Οι παραπάνω είναι αυτοί

που θέτουν τους κανόνες στους ασθενείς, συνταγογραφούν τα κατάλληλα φάρμακα και καταρτίζουν το υγιεινο-διαιτητικό πρόγραμμα που πρέπει να ακολουθηθεί. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς τους αποδέχονται ως συμμάχους στην αντιμετώπιση της νόσου και ταυτόχρονα ζώντας σε ένα ιατροκεντρικό σύστημα υγείας όπου κυριαρχεί το “health belief model” σύμφωνα με το οποίο ο γιατρός έχει πάντα δίκαιο και πρέπει να ακολουθούνται πιστά οι οδηγίες του προκειμένου να μην υπάρχουν επιπλοκές, οι ασθενείς πειθαρχούν. Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη αξίζει να τονισθεί πώς μόνο ένας ασθενής από το δείγμα των 15 ανέφερε την εμπιστοσύνη που του εμπνέει ο γιατρός του αναφέροντας πως τον ενθαρρύνει σε κάθε επίσκεψη του και αυτό τον βοηθάει να συνεχίσει την προσπάθεια. Κανείς άλλος δεν ανέφερε τον γιατρό ως πρόσωπο επιρροής. Αντιθέτως, κάποιοι δήλωσαν την απαξίωσή τους προς τις ιατρικές οδηγίες κυρίως προς το διαιτητικό σκέλος και όχι τόσο με τα φάρμακα λέγοντας πως δεν ασχολούνται ιδιαίτερα με αυτές τις οδηγίες που συχνά είναι συγκεκριμένες. Το παραπάνω γεγονός παρουσιάζει ενδιαφέρον καθώς η κοινωνία τουλάχιστον έως πρόσφατα είχε την τάση να πειθαρχεί στις ιατρικές οδηγίες και να λατρεύει την πολυφαρμακία (Ratsep et al, 2007).

Η ενθαρρυντική και ενδιαφέρουσα άποψη που παρουσιάστηκε στις απαντήσεις των ασθενών ήταν η δύναμη της προσωπικής θέλησης και της αυτογνωσίας που εκφράστηκε ως προς το πρόσωπο που μπορεί να επηρεάσει την συμμόρφωσή τους. Οι ζακχαροδιαβητικοί ασθενείς φαίνεται να γνωρίζουν καλά πως ο μόνος που μπορεί να τους βοηθήσει είναι τελικά ο εαυτός τους. Η προσωπικές τους ενέργειες, η θέληση τους για μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής αλλά και για ποιότητα ζωής στην καθημερινότητα τους οδηγεί να στηριχτούν στις δυνάμεις τους προκειμένου να συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν το χρόνιο νόσημα. Το δυσάρεστο στην παραπάνω κατάσταση είναι πως

δεν αρκεί να γνωρίζουν τις δυνατότητές τους αλλά θα πρέπει να είναι έτοιμοι να στηριχτούν σε αυτές καθώς οι περισσότεροι διακατέχονται από αναβλητικότητα. Υπήρξε βέβαια και η ισοπεδωτική απάντηση ενός ασθενή ο οποίος λόγω της χρόνιας εξάντλησης και τον συνεχών μεταπτώσεων σε ανθυγιεινές συνήθειες δήλωσε πως ούτε η οικογένειά του, ούτε οι γιατροί, αλλά ούτε και ο ίδιος μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό του πράγμα που υποδηλώνει την απογοήτευσή του και υποδεικνύει πως αυτού του τύπου οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια με ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη.

9.4 Ενέργειες Που Μπορεί Να Επιτελέσει Ο Διαβητικός Ασθενής Προκειμένου Να Συμμορφωθεί

Παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς δήλωσαν στις απαντήσεις τους πως οι προσωπικές τους προσπάθειες είναι αυτές που μπορούν να τους οδηγήσουν σε μεγαλύτερη συμμόρφωση με τη συνιστώμενη αγωγή, ωστόσο, στην ερώτηση που αφορά αυτό το θέμα οι απαντήσεις ήταν αποκαρδιωτικές, καθώς τόνιζαν πως δεν υπάρχει δυνατότητα να προβούν από μόνοι τους σε οιαδήποτε ενέργεια. Τα αίτια αυτής της απογοητευτικής αντίδρασης αποδίδονται, κατά βάση, σε προσωπικά προβλήματα που ταλανίζουν τη σκέψη και την καθημερινότητα τους και που αφορούν οικογενειακά, οικονομικά, εργασιακά και άλλα θέματα που κάθε φυσιολογικός άνθρωπος καλείται να αντιμετωπίσει σήμερα. Η διαφορά είναι πως στους συγκεκριμένους ανθρώπους που συνυπάρχει η χρόνια νόσος, η δράση αυτών των προβλημάτων λειτουργεί ανασταλτικά ως προς την αντιμετώπιση του διαβήτη, καθώς δεν τους αφήνει χρόνο αλλά και ψυχικές δυνάμεις να ασχοληθούν με τη νόσο τους. Μια νόσο που χρήζει καθημερινή ίσως και ωριαία προσοχή, μια και οι υπογλυκαιμίες ή οι υπογλυκαιμίες είναι οι επιπλοκές που εύκολα

μπορεί να εμφανιστούν ακόμη και με την παράληψη ενός γεύματος ή αντίθετα με την κατανάλωση ενός ακατάλληλου τροφίμου (Egede et al, 2009). Επομένως, η επίλυση των προαναφερθέντων προβλημάτων και η εξομάλυνση τους είναι μια από τις σημαντικότερες ενέργειες που μπορούν να προβούν οι ασθενείς προκειμένου να υπάρξουν έτοιμοι ψυχολογικά για να αντιμετωπίσουν τη δική τους κατάσταση.

9.5 Συμπεράσματα Και Προτάσεις

Οι περισσότεροι ασθενείς ανεξαρτήτως ηλικίας και επαγγελματικής κατάστασης ανέφεραν πως δεν είναι σε θέση οι ίδιοι να επιτελέσουν καμία ενέργεια είτε λόγω αδυναμίας, είτε λόγω ανετοιμότητας αλλά είτε και λόγω αδιαφορίας για την προσωπική τους υγεία. Δεν θα αναφερθούμε σε εκείνους τους λίγους ασθενείς που δήλωσαν αισιόδοξοι και δυνατοί να κάνουν τα πάντα για να αντιμετωπίσουν τη νόσο, καθώς αυτοί είναι που χρειάζονται τη λιγότερη σχετικά υποστήριξη προκειμένου να μην χάσουν τον ενθουσιασμό τους. Αντίθετα, θα παραμείνουμε στους διαβητικούς εκείνους που απέδωσαν τα αίτια της μη συμμόρφωσής τους με τις έννοιες αδυναμία, ανετοιμότητα, αδιαφορία. Έννοιες οι οποίες προέρχονται από την χρόνια εξάντληση λόγω της δύσκολης καθημερινότητας, την τυπική σχέση γιατρού με ασθενή, αλλά και το ανοργάνωτο υποστηρικτικό δίκτυο του συστήματος υγείας το οποίο όχι απλώς δεν βοηθάει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τη νόσο τους, αλλά αποδεικνύεται πως δεν έχει καν τη δυνατότητα, μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, να τους εντοπίσει και να τους συνδράμει μέσω κατάλληλων επιστημονικά οργανωμένων προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας, στελεχωμένα με κατάλληλους επαγγελματίες υγείας όπως γιατρούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας κ.α.

Οι αρνητικοί παράγοντες για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των διαβητικών δεν είναι μόνο το νοσοκομειακοκεντρικό μοντέλο αλλά και η έλλειψη πολυκλαδικής συμμετοχής και η ανυπαρξία των υπηρεσιών πρόληψης. Η αγωγή υγείας είναι σε θέση να βοηθήσει τους διαβητικούς ασθενείς σε θέματα όπως διατροφής άσκησης και να συστήσει ένα υγιεινο-διαιτητικό πρόγραμμα ρύθμισης του σακχάρου προλαμβάνοντας τις επιπλοκές.

Το συμπέρασμα που βγαίνει από τις απαντήσεις των ασθενών είναι πως κατά βάση επικρατεί, όπως προαναφέρθηκε, το μοντέλο αγωγής της υγείας που ονομάζεται “health belief” και το οποίο χρησιμοποιείται από πολλούς επαγγελματίες υγείας στον χειρισμό του διαβήτη. Οι ασθενείς δηλαδή υιοθετούν υγιεινές συμπεριφορές (φαρμακευτική και υγιεινο διαιτητική αγωγή) σχεδιασμένες να προλαμβάνουν τις επιπλοκές της ασθένειας, μόνο αν πιστέψουν ότι είναι ευπαθείς και επιρρεπείς να εμφανίσουν τις συγκεκριμένες επιπλοκές του διαβήτη. Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο για να αλλάξει η απείθαρχη συμπεριφορά του σακχαροδιαβητικού ασθενή θα πρέπει να έχει κίνητρο και να αισθάνεται ότι απειλείται άμεσα από την παρούσα ανθυγιεινή συμπεριφορά του, να πιστεύει ότι θα ωφεληθεί αν συμμορφωθεί και να αισθάνεται ότι έχει τη δύναμη να συμμορφωθεί. Αν οι σάκχαρο διαβητικοί ασθενείς κατανοήσουν ότι η μη συμμόρφωσή τους στη συνιστώμενη αγωγή είναι βλαπτική και επικίνδυνη, δέχονται ότι η προτεινόμενη προληπτική πράξη θα είναι αποτελεσματική και ότι τα πλεονεκτήματα θα είναι περισσότερα από τα μειονεκτήματα (Naidoo and Wills,2000). Ωστόσο, το “health belief model” έχει κατηγορηθεί για την αποτυχία του να λάβει υπ όψιν του και άλλους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν τα κίνητρα

του ασθενή όπως αυτοί περιγραφικά αποδόθηκαν στις απαντήσεις τους στα προηγούμενα κεφαλαία.

Σε αντίθεση με το παραπάνω μοντέλο προτείνεται η χρήση ενός διαφορετικού μοντέλου υγείας που διεθνώς ονομάζεται “empowerment model” στην εκπαίδευση των ασθενών, που έχει ως στόχο την αύξηση της ικανότητας των διαβητικών να επιλέγουν σωστά το ωφέλιμο για αυτούς, αλλά και να επηρεάζουν το περιβάλλον τους μετατρέποντάς το από ουδέτερο ή εχθρικό σε υποστηρικτικό. Το παραπάνω μοντέλο αποτελεί πολύ χρήσιμο εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να παρέχουν στους διαβητικούς ασθενείς τα εφόδια και τις πληροφορίες που θα τους δώσουν τη δύναμη να αποκτήσουν τον αυτοέλεγχο και να συμμορφωθούν πλήρως με τη φαρμακευτική αγωγή και το διαιτητικό σχήμα. Ο επαγγελματίας υγείας αντί του ρόλου του ειδικού σε αυτό το μοντέλο αποκτά το ρόλο του διευκολυντή-διαμεσολαβητή (Browning and Thomas, 2005).

Συνεπικουρικά με το προηγούμενο μοντέλο θα μπορούσε να λειτουργήσει και ένα ακόμη διαδεδομένο μοντέλο προαγωγής υγείας που αφορά και τους διαβητικούς και που σχετίζεται άμεσα με όλες τις παραμέτρους που προαναφέρθηκαν από ασθενείς όπως τους παράγοντες που σχετίζονται με τη μη συμμόρφωσή τους, τα συναισθήματα που τους προκαλούνται λόγω της μη συμμόρφωσης, τις επιρροές που δέχονται οι ίδιοι από το οικογενειακό αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον και τέλος τις ενέργειες που οι ασθενείς μπορούν να επιτελέσουν προκειμένου να πειθαρχήσουν στο συνιστώμενο σχήμα. Το “health action model” υποστηρίζει πως η συμμόρφωση του σάκχαρο διαβητικού ασθενή με την συνιστώμενη αγωγή προϋποθέτει την πρόθεση-θέληση του ίδιου να αλλάξει (Kiger, 2004). Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που διευκολύνουν τη διαδικασία και

παίζουν σημαντικό ρόλο στη βοήθεια των ασθενών. Μερικοί από αυτούς σύμφωνα πάντα με το συγκεκριμένο μοντέλο αγωγής υγείας είναι το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, το οικογενειακό περιβάλλον, το φιλικό περιβάλλον, το εργασιακό και το φυσικό περιβάλλον, αλλά και οι γνώσεις πάνω στο θέμα της ασθένειας καθώς και τα ψυχικά εφόδια-ψυχολογία του ασθενούς. Πάνω σε αυτά είναι που πρέπει να παρέμβουν οι φορείς προκειμένου να πετύχει ένα οργανωμένο πρόγραμμα προαγωγής υγείας.

Ακόμη και αν ο ασθενής έχει μία χρόνια πάθηση τίποτε δεν πρέπει να τον κρατήσει μακριά από μια παραγωγική και γεμάτη ενέργεια ζωή. Αυτό που απαιτείται είναι περισσότερος προγραμματισμός τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και από τους φορείς που είναι αρμόδιοι στην αντιμετώπιση του. Ο διαβήτης μπορεί να προκαλέσει πολλά και ποικίλα σωματικά συμπτώματα. Καθοριστική σημασία έχει η προσωπικότητα και οι συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενή καθώς αυτές δύναται να επηρεάσουν την πορεία της νόσου. Η παθητικότητα, η ανετοιμότητα, η αδυναμία αποδοχής της πάθησης, η άγνοια τόσο της ασθένειας όσο και των επιπλοκών της, η κακή σχέση γιατρού –ασθενή, το ελλιπές οικογενειακό –υποστηρικτικό περιβάλλον, οι σύγχρονες συνθήκες ζωής, η ποικιλία των γευστικών αγαθών, η χρόνια εξάντληση, η πολυπλοκότητα της ασθένειας, αποδεικνύονται επιζήμιες για την πορεία της υγείας του ασθενή και εκεί πρέπει να υπάρξει παρέμβαση. Η αγωγή υγείας καλείται να επιτελέσει τον καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας που σκοπό έχει τη πρόληψη.

10. Βιβλιογραφία

Altice FL, Mostashari F, Friedland GH (2001). Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *Journal Acquir Immune Deficiency Syndrome*. 28:47-58.

Anderson RT, Skovlund SE, Marrero D, Levine DW, Meadows K, Brod M, Balkrishnan R (2004). Development and validation of the Insulin Treatment Satisfaction Questionnaire. *Clinical Therapy* 26:565–578

Appleton J.V. (1995) Analysing qualitative interview data : Addressing issues of validity and reliability, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 22: 993-997.

Barnard K , Royle P, Norman KN (2010). Fear of hypoglycaemia in parents of young children with type 1 diabetes: a systematic review *BMC Pediatrics* 2010, 10:50 doi:10.1186/1471-2431-10-50

Bearman KJ, La Greca AM. (2002) Assessing friend support of adolescents' diabetes care: The Diabetes Social Support Questionnaire-Friends Version. *Journal of Pediatric Psychology*.27:417–428

Browning C, Thomas S (2005). “Behavioural change”. Churchill Livingstone

Burns N. & Grove S. N. (2001) *The practice of nursing research. Conduct, critique, & utilization*, 4th Edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia.

Carr. L. T. (1994) The strengths and weaknesses of quantitative and qualitative research : what method for nursing? ,*Journal of Advanced Nursing*, vol. 20: 716-721.

Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med.* 60:3278-3285.

Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Hirsch IB (2003). The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care, and glucose control in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry.* 25:246-252.

Cole I, Chesla C (2006). "Interventions for the Family with Diabetes". *Nursing Clinics of North America*, 41(4),625-639

Cormack D. F. S. & Benton D. C. (1992) Asking the research question. In : Cormack D. F. S. The research process in Nursing, Blackwell Scientific Publications, Great Britain.

Delamater AM, Cox D, Fisher L, Lustman P, Rubin R, Wysoski T. Psychosocial Therapies in Diabetes. Report of the Psychosocial Therapies Working Group. Diabetes Care

De Wit (2009). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Πασχαλίδη Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία . Σακχαρώδης Διαβήτης διαθέσιμη στην ιστοσελίδα www.

Egede L, Ellis C, Grubaugh A (2009). "The effect of depression on self-care behaviors and quality of care in a national sample of adults with diabetes". *General Hospital Psychiatry*, 31(5),422-427

Gonzalez J, Peyrot M, McCarl A, Collins E, Serpa L, Mimiaga M, Safren S (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care* 31:2398-2403

Gonzalez JS, Safren SA, Delahanty LM, Cagliero E, Wexler DJ, Meigs JB, Grant RW (2008) Symptoms of Depression Prospectively Predict Poorer Self-Care in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Medicine* 25(9): 1102–1107. doi:10.1111/j.1464-5491.2008.02535.x.

Helgeson VS, Reynolds KA, Escobar O, Siminerio L, Becker D (2007). The role of friendship in the lives of male and female adolescents: Does diabetes make a difference? *Journal of Adolescent Health*. 40:36–43

Hermanns N, Kubiak T, Kulzer B, Haak T (2003). “Emotional changes during experimentally induced hypoglycaemia in type 1 diabetes”. *Biological Psychology*, 63(1),15-44

Holloway I. & Wheeler S. (1995) Ethical issues in qualitative nursing research, *Nursing Ethics*, vol. 2 : 223-232

Jansinke, Jozi Braspenning, Weijden T, Elwyn G, Groll R. (2010) Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis) *BMC Family Practice*

Kakleas K, Kandyla B, Karayianni C, Karavanaki K. *Diabetes Metab.* (2009) Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. Nov;35(5):339-50. Epub 2009

Kavanagh DJ, Gooley S, Wilson PH (1993). Prediction of adherence and control in diabetes. *J Behav Med* 16:509-22.

Kinger A (2004). "Teaching for health". Churchill Livingstone

Kylma J., Vehvilainen-Julkunen K., & Lahdevirta J. (1999) Ethical considerations in a grounded theory study on the dynamics of hope in HIV-positive adults and their significant others, *Nursing Ethics*, vol. 6: 224-239.

La Greca AM, Auslander WF, Greco P, Spetter D, Fisher EB, Jr, Santiago JV. (1995) I get by with a little help from my family and friends: Adolescents' support for diabetes care. *Journal of Pediatric Psychology*. 20:449–476

La Greca AM, Bearman KJ, Moore H (2002). Peer relations of youths with pediatric conditions and health risks: promoting social support and healthy lifestyles. *J Dev Behav Pediatr* 23:271–280

Lutfey KE, Wishner WJ (1999). Beyond "compliance" is "adherence". Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care* 22:635-9.

Lyznicki JM, Young D, Davis R (2001). Obesity: assessment and management in primary care. *Am Fam Physician* 63:2185–2196

Mahmud M, Mazza D (2009). Preconception care of women with diabetes: a review of current guideline recommendations

Martinez L, Consoli SM, Monnier L, Simon D, Wong O, Yomtov B, Gueron B, Benmedjahed K, Guillemin I, Arnould B (2007). Studying the Hurdles of Insulin Prescription (SHIP): development, scoring, and initial validation of a new self-administered questionnaire. *Health Quality of Life Outcomes* 5:53–63

Martínez YV, Prado-Aguilar CA, Rascón-Pacheco A, Valdivia-Martínez J. (2008). Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2008, 8:164

Mednutrition.gr Διατροφή και σακχαρώδης διαβήτης 12-8-2010

Μελισσά –Χαλικιοπούλου 2006. Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας . Θεσσαλονίκη

Misra R, Lager J(2008). “Predictors of quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus” *Journal of Diabetes and its Complications*, 22(3), 217-223

Mollema ED, Snoek FJ, Ader HJ, Heine RJ, van der Ploeg HM (2001). Insulin-treated diabetespatients fear of self-injecting or fearof self-testing: psychological comorbidity and general well-being. *Journal of Psychosomatic Research* 51:665–672

Morgan D. L. (1993) Pearls, pith, and provocation. Qualitative content analysis: A guide to paths not taken, *Qualitative Health Research*, vol. 3: 112-121.

Morowatisharifabad M, Mahmoodabad SM, Baghianimoghadam M, Tonekaboni NR (2010). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *International Journal of Diabetes Deviation Ctries* 2010;30:27-32

Naidoo, J, Wills J (2000). “Foundations for health promotion”. Bailliere Tindall

Nies M, Mc Ewen M. *Promoting the health of Populations*.Σαπουντζή-Κρέπια Δ (Επιμ.)
Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός 2001, 7:126–162

Olmsted MP, Colton PA, Daneman D, Rydall AC, Rodin GM. Prediction of the onset of disturbed eating behavior in adolescent girls with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2008;31:1978–1982

Orb A., Eisenhauer L., & Wynaden D. (2001) Ethics in qualitative research, *Jurnal of Nursing Scholarship*, vol. 33: 93-96.

Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care* 1997;20:1512–1517

Patton SR, Dolan LM, Henry R, Powers SW (2007): Parental fear of hypoglycemia: young children treated with continuous subcutaneous insulin infusion. *Pediatric Diabetes* 8:362-368

Peyrot M, Rubin RR (2005). Validity and reliability of an instrument for assessing health-related quality of life and treatment preferences: the Insulin Delivery System Rating Questionnaire. *Diabetes Care* 28:53–58

Piette JD, Heisler M, Wagner TH (2004). Cost-related medication under-use among chronically-ill adults: the treatments people forego, how often, and who is at risk. *American Journal of Public Health*. 94:1782-1787

Piette JD, heisler M, Krein S, Kerr EA (2005). The Role of Patient-Physician Trust in Moderating Medication Nonadherence Due to Cost Pressures *Arch Intern Med*. 165:1749-1755.

Peyrot M, Skovlund SE, Landgraf R (2009). Epidemiology and correlates of weight worry in the multi-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Curr Med Res Opin* 25:1985–1993

Pouwer F, Skinner C, Pibernik-Okanovic M, Beekman A, Cradock S, Szabo S, Metelko Z, Snoek F (2005) “Serious diabetes-specific emotional problems and depression in a Croatian–Dutch–English Survey from the European Depression in Diabetes [EDID] Research Consortium”. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 70(2),166-173

Rand CS, Weeks K. Measuring Adherence With Medication Regimens in Clinical Care and Research. In: Shumaker SA, Schron EB, Ockene JK, McBee WL, editors. *The Handbook of Health Behavior Change*. New York: Springer Publishing Company; 1998. p. 114-32.

Rätsep A, Oja I, Kalda R, Lember M (2007). “Family doctors’ assessment of patient- and health care system-related factors contributing to non-adherence to diabetes mellitus guidelines”. *Primary Care Diabetes*, 1(2),93-97

Rees CA, Karter AJ, Young BA (2010). Race/Ethnicity, Social Support, and Associations With Diabetes Self-Care and Clinical Outcomes in NHANES *Diabetes Educ.* 36(3): 435–445. doi:10.1177/0145721710364419.

Richards H. M. & Schwartz L. J. (2002) Ethics of qualitative research : are there special issues for health services research?, *Family practice*, vol. 19: 135-139.

Ross. M. M., Rideout E. M., & Carson M. M. (1994) The use of the diary as a data collection technique, *Western Journal of Nursing Research*, vol. 16: 414-425.

Rubin RR (2005). Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *American Journal of Medicine* 118(Suppl. 3):27S–34S

Rubin RR, Peyrot M, Kruger DF, Travis LB (2009). Barriers to insulin injection therapy: patient and health care provider perspectives. *Diabetes Education* 35:1014–1022

Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, et al (1998). The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care*. 36:728-739.

Σαπουντζή-Κρέπια Δ (2004). Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα. Εκδόσεις Έλλην , 11:43, 103–106

Σαπουντζή -Κρέπια Δ (2003). Οικογένεια και Νοσηλευτική φροντίδα στο Σημειώσεις Εισαγωγής στην Κοινωνική Νοσηλευτική Θεσσαλονίκη, 114–134

Shafir E, Malecki M, Scherthaner G, Kiljanski J (2008). “Introduction”. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 82:81-82

Savoca M, Miller C (2001). “ Food Selection and Eating Patterns: Themes Found among People with Type 2 Diabetes Mellitus”. *Journal of Nutrition Education*, 33(4), 224-233

Schrock R. (1992) Moral issues in nursing research. In: Cormack D. F. S. The research process in Nursing, Blackwell Scientific Publications. Great Britain.

Schutz S. E. (1994) Exploring the benefits of a subjective approach in qualitative nursing research, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 20: 412-417.

Steinman MA, Sands LP, Covinsky KE (2001). Self-restriction of medications due to cost in seniors without prescription coverage. *J Gen Intern Med*. 16:793-799.

Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control*. 3:25-30.

Snoek FJ, Skovlund SE, Pouwer F (2007). Development and validation of the insulin treatment appraisal scale (ITAS) in patients with type 2 diabetes. *Health QualLife Outcomes* 5:69–75

Tjia J, Givens JL, Karlawish JH Beneath the surface: discovering the unvoiced concerns of older adults with Type 2 diabetes mellitus Vol.23 no.1 2008 Pages 40–52

Vehvilainen-Julkunen K. (1993) Ethical considerations in qualitative nursing research, *Vard i Norden*, vol. 13: 23-25.

Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A (2008): Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 20: 64–78, 2001

Wagner TH, Heisler M, Piette JD (2008). Prescription drug co-payments and ostrelatedmedication underuse. *HealthEcon Policy Law* 2008;3:51–67

Watanabe K, Kurose T, Kitatani N, Yabe D, Hishizawa M, Hyo T and Seino Y (2010). The Role of Family Nutritional Support in Japanese. Patients with Type 2 Diabetes Mellitus *International Medicine* 49: 983-989

World Medical Association (2002) World Medical Association Declaration of Helsinki (online). Available : http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html (accessed: 10/3/02).

Wysocki T, Greco P(2006). Social support and diabetes management in childhood and adolescence: Influence of parents and friends. *Current Diabetes Reports*.6:117–122.

