

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

"ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ "

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΓΙΑ

ΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Η/ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: ΜΙΑ

ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΟΔΗΜΑΤΑ ΦΩΤΕΙΝΗ-ΘΕΟΦΑΝΩ

ΑΘΗΝΑ, 2021

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- ΛΑΓΙΟΥ ΑΡΕΤΗ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
- ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ ΕΥΑΝΘΙΑ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
- ΠΕΡΗΦΑΝΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ, ΛΕΚΤΟΡΑΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	7
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
1.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ	9
1.1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ	9
1.1.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ	10
1.1.3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ	12
1.1.4. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ	14
1.1.5. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ	17
1.1.6. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ	18
1.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	20
1.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	20
1.2.2. ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	20
1.2.3. ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ-ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	21
1.2.4. ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	24
1.2.5. ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑ	28
1.2.6. ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	30
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	32
2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	32
2.2. ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΗΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	33
2.2.1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΜΕΝΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	33
2.2.2. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	33
2.2.3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	34

2.3.	ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	36
2.4.	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	37
2.4.1.	ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	40
2.4.2.	ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	40
2.5.	ΜΕΡΟΛΗΨΙΑ.....	42
2.6.	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	43
3.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	44
3.1.	ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	44
3.2.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ.....	49
4.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	52
4.1.	ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ	52
4.2.	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	54
4.3.	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ/ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ	56
4.4.	ΤΥΠΟΣ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.....	57
5.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	58
6.	ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	60
7.	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ	63
8.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	79
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ	89

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος

ΕΔΕ: Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία

ΜΧΦ: Μοντέλο Χρόνιας Φροντίδας

Π.Ο.Σ.Σ.Α.Σ.ΔΙΑ.: Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

ΣΔΤ1: Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1

ΣΔΤ2: Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2

ADA: American Diabetes Association

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DAWN2: Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2

DCCT: Diabetes Control and Complications Trial

DTSQ: Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire

IDF: International Diabetes Federation

IOM: Institute of Medicine

NGSP: National Glycohemoglobin Standardization Program

PACIC: Patient Assessment of Care for Chronic Conditions

T2DM: Type 2 Diabetes Mellitus

WHO: World Health Organization

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 (ΣΔΤ2) είναι ένα πολυπαραγοντικό νόσημα και η αντιμετώπισή του στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην αυτοδιαχείριση. Η ανθρωποκεντρική φροντίδα αποτελεί τον προτεινόμενο τρόπο διαχείρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τα τελευταία χρόνια. Στην Ελλάδα οι απόψεις των ατόμων με ΣΔΤ2 για την ανθρωποκεντρική φροντίδα έχουν μελετηθεί από μόνο 2 έρευνες στις οποίες συμμετείχαν αποκλειστικά νοσηλευόμενα άτομα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων των ενήλικων ατόμων με ΣΔΤ2 σχετικά με την ανθρωποκεντρική φροντίδα στην Ελλάδα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Διεξήχθη συγχρονική, μη πειραματική μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων. Κάθε ερωτηματολόγιο αποτελείται από τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, το διαβητικό προφίλ και 2 εργαλεία μέτρησης που μεταφράστηκαν στην ελληνική γλώσσα. Τα μεταφρασμένα ερωτηματολόγια είναι το Patient Assessment of Care for Chronic Conditions+ (PACIC+) και το Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ). Το PACIC+ έχει πέντε υποκλίμακες, οι οποίες αντιστοιχούν στα 6 κύρια χαρακτηριστικά του Μοντέλου Χρόνιας Φροντίδας (ΜΧΦ). Το DTSQ αποτελείται από 2 υποκλίμακες, οι οποίες είναι η ικανοποίηση από το θεραπευτικό σχήμα και η επιβάρυνση από υπεργλυκαιμία/υπογλυκαιμία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην έρευνα συμμετείχαν 192 άτομα με ΣΔΤ2. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίου/ΤΕΙ (35,4%) και κατοικούσαν σε πόλη (83,2%). Μόνο το 25,1% των ατόμων με ΣΔΤ2 έχει παρακολουθήσει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την αυτοδιαχείριση του ΣΔ και παρατηρήθηκε ότι η παρακολούθηση τέτοιου προγράμματος βελτιώνει την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το θεραπευτικό σχήμα ($p > 0,054$). Ακόμα, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συσχέτιση ανάμεσα στην ικανοποίηση των ατόμων με ΣΔΤ2

από το θεραπευτικό σχήμα και του είδους της αντιδιαβητικής αγωγής που λαμβάνουν ($P>0,876$). Επιπλέον, τα άτομα με ΣΔΤ2 ανέφεραν ότι δεν είναι αποδέκτες ενθάρρυνσης από τους επαγγελματίες υγείας ώστε να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους. Επίσης, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του θεραπευτικού σχήματος με το φύλο ($p>0,143$) και το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων με ΣΔΤ2 ($p>0,932$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι απαραίτητο τα άτομα με ΣΔΤ2 να συμμετέχουν κατά μεγαλύτερο βαθμό σε εκπαιδευτικά προγράμματα για την αυτοδιαχείριση του νοσήματος. Το περιεχόμενο των προγραμμάτων αυτών προτείνεται να δίνει έμφαση στη διαχείριση της υπεργλυκαιμίας καθώς και των συννοσηροτήτων. Ακόμη, υπάρχει ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στις δεξιότητες επικοινωνίας, στην υποστήριξη για λήψη αποφάσεων και σε στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων. Αφού εκπαιδευτούν τα άτομα με ΣΔΤ2 και οι επαγγελματίες υγείας, θα βελτιωθεί η συνεργασία των δύο πλευρών και επομένως θα προκύψουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα για τα άτομα με ΣΔΤ2.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, ανθρωποκεντρική φροντίδα, προσωπικές εμπειρίες, ικανοποίηση από το θεραπευτικό σχήμα

ABSTRACT

OBJECTIVE: Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) is a multifactorial disease and its treatment is based on self-management to a large extent. Patient-centered care constitutes the recommended form of management of Diabetes Mellitus (DM) in recent years. The views of Greek adults on patient-centered care have only been investigated by 2 studies, in which participants were exclusively hospitalized people. The purpose of this research is to explore the opinions of adults with T2DM toward patient-centered care in Greece.

METHOD: A cross-sectional, non-experimental study took place. The data were collected using online questionnaires. Each questionnaire is comprised of socio-demographic factors, diabetic profile and two measurement tools that were translated into Greek. The translated questionnaires are the Patient Assessment of Care for Chronic Conditions+ (PACIC+) and the Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ). The PACIC+ has five subscales that account for six main characteristics of Chronic Care Model (CCM). The DTSQ consists of two subscales that are the treatment satisfaction and the burden from hyperglycemia/hypoglycemia.

RESULTS: One hundred ninety-two people with T2DM participated in the study. The majority of people were college graduates (35.4%) and resided in cities (83.2%). Only 25.1% of people with T2DM have participated in diabetes self-management educational programmes and it was observed to improve treatment satisfaction of participants ($p>0.054$). Also, a statistically significant difference was not found in correlation between the treatment satisfaction of people with T2DM and the type of diabetic medication that they take ($P>0.0876$). In addition, people with T2DM reported that they are not encouraged by healthcare professionals to actively participate in their own care. Moreover, a statistically significant correlation was not observed between the type of diabetic medication and the gender ($p>0.143$), the education level of participants ($P>0.0932$).

CONCLUSIONS: It is essential that people with T2DM participate in diabetes self-management educational programmes to a larger extent. The programmes' content is recommended to focus on the management of hyperglycemia and comorbidities. Furthermore, it is a necessity that health professionals are trained in communication skills, support of decision-making and problem-solving strategies. Once people with T2DM and health professionals are educated, their collaboration will be improved and therefore there will be better treatment results for people with T2DM.

KEYWORDS: Type 2 Diabetes Mellitus, patient-centered care, personal experiences, treatment satisfaction

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

1.1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ο ΣΔ είναι ένα χρόνια πρόβλημα υγείας το οποίο επιδρά στον τρόπο που ο οργανισμός μετατρέπει την τροφή σε ενέργεια. Κατά τη διάρκεια της πέψης γίνεται διάσπαση των τροφών από την οποία προκύπτει γλυκόζη, η οποία απελευθερώνεται στην αιματική κυκλοφορία. Όταν τα επίπεδα της γλυκόζης είναι υψηλά, το γεγονός αυτό πυροδοτεί την απελευθέρωση ινσουλίνης από το πάγκρεας. Η ινσουλίνη λειτουργεί ως το μέσο εισαγωγής της γλυκόζης στα κύτταρα του οργανισμού, ώστε η τελευταία να χρησιμοποιηθεί στην παραγωγή ενέργειας (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020).

Εάν ένα άτομο έχει ΣΔ, ο οργανισμός είτε αδυνατεί να παράγει ινσουλίνη ή δεν αποκρίνεται σωστά στην παραγωγή ινσουλίνης είτε και τα δύο. Επιπλέον, ενδέχεται να υπάρχουν διαταραχές στο μεταβολισμό υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λιπαρών οξέων. Έτσι, αυξάνονται υπερβολικά τα επίπεδα της γλυκόζης στην αιματική κυκλοφορία και προοδευτικά αυτή η υπέρμετρη αύξηση μπορεί να προκαλέσει σοβαρές σωματικές βλάβες, ανεπάρκεια διαφόρων οργάνων και ιστών (World Health Organization [WHO], 2019).

Υπάρχουν 3 κύριοι τύποι ΣΔ οι οποίοι είναι οι εξής (WHO, 2020):

- Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 (ΣΔΤ1): Συχνότερα εμφανίζεται σε παιδιά και εφήβους. Όταν κάποιος έχει ΣΔΤ1, ο οργανισμός του παράγει ελάχιστη ή καθόλου ινσουλίνη. Αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται να κάνει καθημερινές ενέσεις ινσουλίνης, ώστε να διατηρήσει τα επίπεδα γλυκόζης υπό έλεγχο.
- Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 (ΣΔΤ2): Εμφανίζεται σε περίπτωση που ο οργανισμός χρησιμοποιεί αναποτελεσματικά την παραγόμενη ινσουλίνη. Είναι ο πιο συχνός τύπος ΣΔ

στους ανθρώπους και μέχρι πρόσφατα παρουσιαζόταν μόνο σε ενήλικες αλλά πλέον αυξάνονται τα ποσοστά των παιδιών με ΣΔΤ2.

- Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης: Είναι μια μορφή διαβήτη που χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα γλυκόζης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι γυναίκες με διαβήτη κύησης έχουν αυξημένη πιθανότητα επιπλοκών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά τον τοκετό. Επιπλέον, υπάρχει ενδεχόμενο να εμφανίσουν ΣΔΤ2 στην μετέπειτα ζωή τους καθώς και τα παιδιά τους.

1.1.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για να τεθεί η διάγνωση του ΣΔ είναι τα ακόλουθα (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία [ΕΔΕ], 2020):

- Γλυκόζη πλάσματος νηστείας ≥ 126 mg/dl. Το άτομο πρέπει να είναι νηστικό τουλάχιστον για 8 ώρες προ της μέτρησης. Η μέτρηση γίνεται ύστερα από την πρωινή έγερση.
ή
- Γλυκόζη πλάσματος (μετά από 2 ώρες) ≥ 200 mg/dl κατά τη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης. Η δοκιμασία πρέπει να εφαρμόζεται με βάση τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), με χρήση ισοδυνάμου 75 γραμμαρίων άνυδρης γλυκόζης διαλυμένης σε νερό.
ή
- Τυχαία τιμή γλυκόζης πλάσματος ≥ 200 mg/dl σε ένα άτομο με ΣΔ με κλασικά συμπτώματα υπεργλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμική κρίση. Τα κλασικά συμπτώματα υπεργλυκαιμίας αποτελούν η πολουρία, η πολυδιψία, η πολυφαγία και η ανεξήγητη απώλεια βάρους.
ή
- Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη $\geq 6,5$ %

Το τελευταίο κριτήριο διάγνωσης συστήνεται μόνο από την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Η μέτρηση πρέπει να διενεργηθεί σε εργαστήριο με μέθοδο που έχει επιβεβαιωθεί από τη NGSP και έχει τυποποιηθεί με DCCT ανάλυση (American Diabetes Association [ADA], 2020).
2. Παράλληλα, η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης πρέπει να γίνεται εφόσον δεν συνυπάρχουν καταστάσεις που να αμφισβητούν το αποτέλεσμα (π.χ. νεφρική ανεπάρκεια, διαταραχές της αιμοσφαιρίνης κ.α.). Αν οι τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης είναι κάτω από 6,5%, δεν συνεπάγεται την μη ύπαρξη ΣΔ. Το ζήτημα αυτό συνεχίζει να βρίσκεται υπό μελέτη (ΕΔΕ, 2020).

Οι τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης θεωρούνταν για πολλά έτη ως ένας αξιόπιστος χρησιμοποιούμενος δείκτης που εκτιμάει τον γλυκαιμικό έλεγχο ατόμων, ομάδων και πληθυσμού. Πολλές έρευνες, όμως, τα τελευταία χρόνια υποδεικνύουν ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός πιθανών μέσων επιπέδων γλυκόζης για μια συγκεκριμένη τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Παράλληλα, αντανακλά κυρίως την υπεργλυκαιμία και δεν παρέχει πληροφορίες για την υπογλυκαιμία ή τη μεταβλητότητα των συγκεντρώσεων της γλυκόζης στον οργανισμό (Beck et al., 2019).

Η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης είναι μια μέθοδος διάγνωσης του ΣΔ ή της δυσγλυκαιμίας γενικότερα. Η δοκιμασία αποσκοπεί να ελέγξει κατά πόσο το σώμα μεταβολίζει σωστά τη γλυκόζη. Στο άτομο ζητείται να καταναλώσει ένα ρόφημα με 75 g γλυκόζης και μετριέται το σάκχαρο νηστείας πριν τη λήψη του και 2 ώρες μετά. Επιπλέον μετρήσεις γίνονται στα 30, 60 και 90 λεπτά. Πριν την διενέργεια του τεστ το άτομο πρέπει να παραμείνει νηστικό για 12 ώρες. Ακόμη, παρέχονται οδηγίες ώστε ο άνθρωπος να τρέφεται και να γυμνάζεται όπως συνήθως

πράττει έως και 3 μέρες πριν τη διενέργεια της δοκιμασίας (Peddinti, Bergman, Tuomi & Groop, 2019).

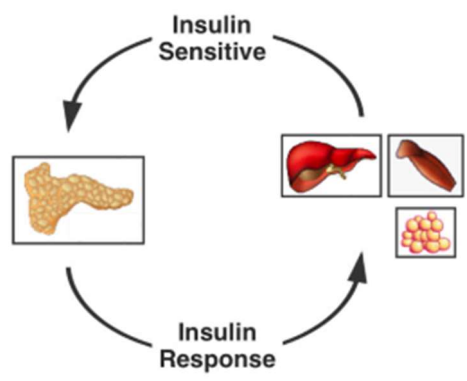
1.1.3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ

Η φυσιολογική ρύθμιση του μεταβολισμού της γλυκόζης καθορίζεται από έναν κύκλο ανατροφοδότησης στον οποίο εμπλέκονται τα β-κύτταρα του παγκρέατος και ιστοί του οργανισμού ευαίσθητοι στην ινσουλίνη (το ήπαρ, ο μυϊκός ιστός και ο λιπώδης ιστός). Τα β-κύτταρα του παγκρέατος παράγουν ινσουλίνη, η οποία επιδρά στο ήπαρ περιορίζοντας την παραγωγή γλυκόζης. Ακόμη, η ινσουλίνη επηρεάζει το μυϊκό και λιπώδη ιστό διεγείροντας την πρόσληψη γλυκόζης, αμινοξέων και λιπαρών οξέων από αυτούς τους ιστούς. Η ποσότητα της ινσουλίνης που απελευθερώνεται για να διατηρηθεί η φυσιολογική γλυκαιμική ρύθμιση καθορίζεται από την αντίσταση του οργανισμού στην ινσουλίνη. Σε αυτή τη διαδικασία μεσολαβούν διάφοροι χημικοί και νευρικοί μηχανισμοί αλλά είναι άγνωστος ακόμη ο ακριβής τρόπος δράσης τους (Kahn, Cooper & Del Prato, 2014).

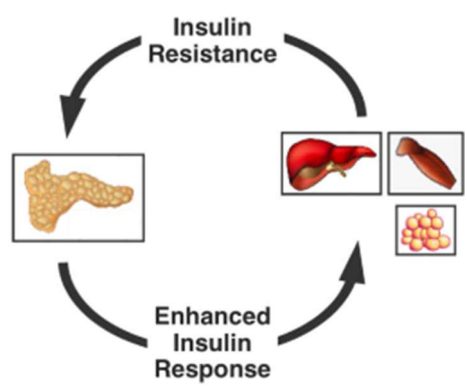
Όταν το ήπαρ, ο μυϊκός ιστός και ο λιπώδης ιστός αναπτύξουν αντίσταση στην ινσουλίνη, τότε τα β-κύτταρα παράγουν ως ανατροφοδότηση μεγαλύτερη ποσότητα ινσουλίνης για να διατηρηθεί η φυσιολογική γλυκαιμική ρύθμιση. Τα επίπεδα της γλυκόζης στην αιματική κυκλοφορία αυξάνονται μόνο όταν τα β-κύτταρα είναι ανίκανα να εκκρίνουν την επαρκή ποσότητα ινσουλίνης. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται μειωμένη ανοχή στην γλυκόζη. Καθώς η δυσλειτουργία των β-κυττάρων συνεχίζεται, αυξάνονται διαρκώς τα επίπεδα γλυκόζης στη αιματική κυκλοφορία με τελικό αποτέλεσμα το ΣΔ (Kahn et al., 2011).

Εικόνα 1.1: Κύκλος ανατροφοδότησης των β-κυττάρων του παγκρέατος και ιστών του οργανισμού ευαίσθητων στην ινσουλίνη

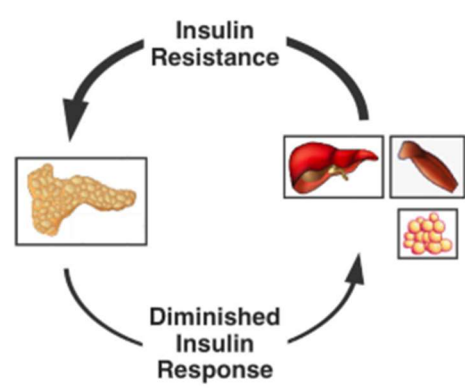
A



B



C



1.1.4. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ανεξάρτητα από τη συγκεκριμένη παθοφυσιολογία κάθε ατόμου που έχει ΣΔ, το κοινό χαρακτηριστικό της πλειοψηφίας των ανθρώπων είναι η υπεργλυκαιμία. Αποτελεί την κλινική εκδήλωση της προοδευτικής καταστροφής ή δυσλειτουργίας των β-κυττάρων. Η καταστροφή ή δυσλειτουργία αυτών των κυττάρων οφείλεται σε διάφορους γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες είτε στο ΣΔΤ1 είτε στο ΣΔΤ2 (ADA, 2020).

Ενώ ο ΣΔΤ1 προκύπτει από ανοσολογικού τύπου καταστροφή των β-κυττάρων και ο ΣΔΤ2 συνδέεται κυρίως με βλάβες στα β-κύτταρα που προκαλούν ελαττωμένη έκκριση ινσουλίνης, υπάρχουν αυξανόμενα δεδομένα σημαντικής αλληλοεπικάλυψης μεταξύ των 2 μορφών του ΣΔ. Για παράδειγμα, ο αριθμός των β-κυττάρων μειώνεται ακόμη και σε άτομα με ΣΔΤ2. Παράλληλα, και στις 2 μορφές ΣΔ η απόκριση στο στρες που προκαλείται από την υπεργλυκαιμία είναι πιθανόν να παίζει σημαντικό ρόλο στην απόπτωση των β-κυττάρων. Είναι σαφές ότι ένας ανεπαρκής αριθμός ή μείωση λειτουργικότητας των β-κυττάρων είναι πολύ κρίσιμος στην υπεργλυκαιμία και στις μελλοντικές επιπλοκές του ΣΔ (Skyler et al., 2017).

Η έναρξη του ΣΔΤ1 συνήθως είναι ραγδαία. Ωστόσο, η καταστροφή των παγκρεατικών β-κυττάρων εξαιτίας ανοσολογικών μηχανισμών εξελίσσεται σε χρονικό διάστημα ετών. Στην αρχική φάση της νόσου εντοπίζονται πολλά είδη αυτοαντισωμάτων στην αιματική κυκλοφορία πολλών ατόμων, όχι όλων, που θα αναπτύξουν ΣΔ. Ο αριθμός και η συγκέντρωση των αυτοαντισωμάτων καθορίζουν την πιθανότητα εμφάνισης του ΣΔ, ιδιαίτερα σε ανθρώπους με γενετική προδιάθεση αλλά δεν μπορούν να προσδιορίσουν την έναρξη της υπεργλυκαιμίας (Ferrannini et al., 2010).

Σε αυτή τη φάση, η προοδευτική καταστροφή των β-κυττάρων και η παρουσία αυτοαντισωμάτων δεν σχετίζονται με μεταβολές στη γλυκόζη του αίματος, καθώς το απόθεμα των λειτουργικών κυττάρων του παγκρέατος είναι ικανό να διατηρήσει τα φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης στον οργανισμό. Στα επόμενα στάδια, υπάρχει περαιτέρω απόπτωση των β-κυττάρων, με αποτέλεσμα περιορισμένη παραγωγή ινσουλίνης και παράλληλη άνοδο της συγκέντρωσης της γλυκόζης στην αιματική κυκλοφορία. Όταν η πλειοψηφία των κυττάρων έχει καταστραφεί, εξελίσσεται εμφανώς ο ΣΔΤ1 (Chmelova et al., 2015).

Σχετικά με τον ΣΔΤ2 διάφοροι παράγοντες παίζουν ρόλο στην μειωμένη έκκριση ινσουλίνης και στην ινσουλινοαντίσταση. Ένας από αυτούς είναι η παχυσαρκία. Πιο συγκεκριμένα, οι παχύσαρκοι άνθρωποι με φυσιολογικά επίπεδα σακχάρου στο αίμα έχουν περίπου 30% μικρότερη ευαισθησία στην ινσουλίνη και, επομένως, παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκκριση ινσουλίνης για να διατηρήσουν τη φυσιολογική γλυκαιμική ρύθμιση. Ωστόσο, τα β-κύτταρα του παγκρέατος είναι ανίκανα να αντιμετωπίσουν τη συνεχή απαίτηση για μεγαλύτερη έκκριση ινσουλίνης, οπότε τα επίπεδα της γλυκόζης στην αιματική κυκλοφορία αυξάνονται (εμφάνιση ΣΔΤ2) (Zaccardi, Webb, Yates & Davies, 2015).

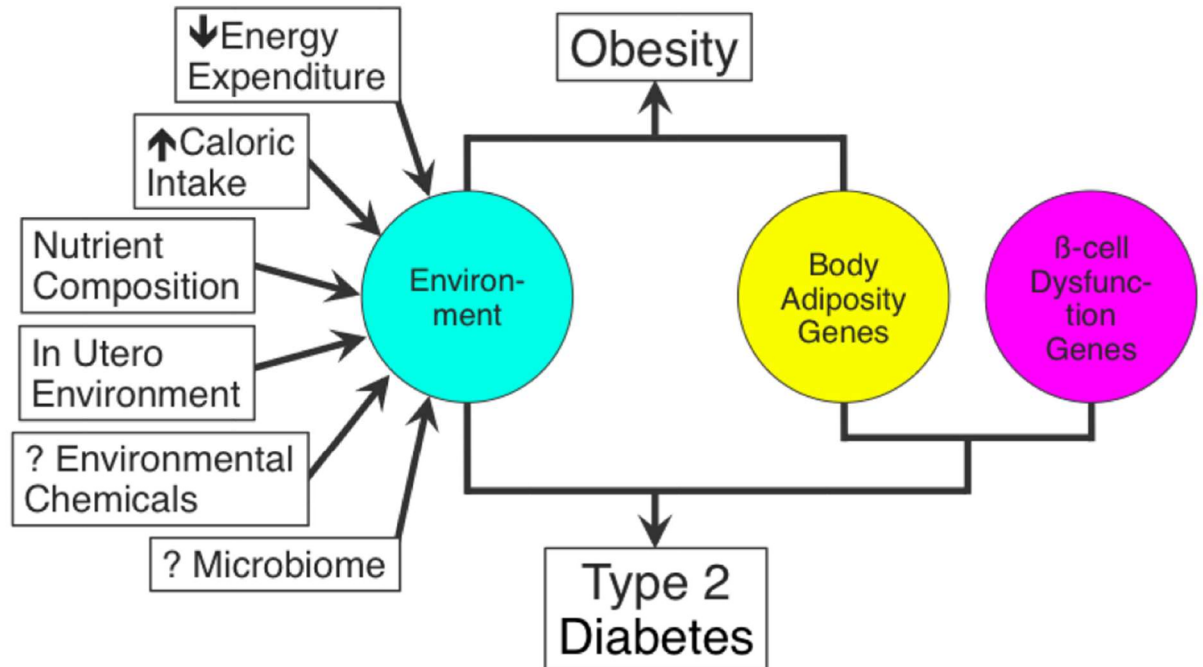
Παράλληλα, το ήπαρ και ο μυϊκός ιστός έχουν αναγνωριστεί ότι συμβάλλουν καθοριστικά στην ινσουλινοαντίσταση. Φυσιολογικά το ήπαρ με τη διαδικασία της γλυκονεόγενεσης παράγει συγκεκριμένη ποσότητα γλυκόζης, έτσι ώστε ο οργανισμός του κάθε ανθρώπου να είναι σε θέση να καλύψει τις ενεργειακές του ανάγκες οποιαδήποτε στιγμή (ακόμη και όταν το άτομο είναι νηστικό). Στα άτομα με ΣΔΤ2 φαίνεται ότι αυξάνεται η γλυκονεογένεση, ενώ τα άτομα αυτά έχουν αυξημένη ποσότητα ινσουλίνης στην αιματική κυκλοφορία. Είναι φανερό λοιπόν η αντίσταση του ήπατος στην ινσουλίνη και αυτή επιδεινώνει την υπεργλυκαιμία (Birkenfeld & Shulman, 2015).

Οι αιτίες της ινσουλινοαντίστασης είναι αδιευκρίνιστες αλλά η συσσώρευση λίπους στο ήπαρ θεωρείται ένας κύριος παράγοντας. Με τη συνεχή πρόσληψη υδατανθράκων και τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα αποθηκεύεται λίπος και στο μυϊκό ιστό, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να εισέλθει η γλυκόζη στα μυϊκά κύτταρα (Sattar & Gill, 2014).

Τα γονίδια και το περιβάλλον λειτουργούν μαζί και συμβάλλουν στην ινσουλινοαντίσταση και στη δυσλειτουργία των β-κυττάρων (εικόνα 2). Έχουν ανακαλυφθεί περισσότερα από 50 γονίδια που σχετίζονται με τον ΣΔΤ2 και η πλειοψηφία συνδέεται με τη δυσλειτουργία των β-κυττάρων. Τα άτομα που φέρουν αυτά τα γονίδια έχουν την προδιάθεση να εμφανίσουν ΣΔΤ2 (Morris et al., 2012). Στην εμφάνιση της νόσου συντελούν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως είναι η μειωμένη δαπάνη ενέργειας, η αυξημένη θερμιδική πρόσληψη, η διατροφική σύνθεση (π.χ. αυξημένη κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λιπαρά οξέα), το ενδομήτριο περιβάλλον. Πιθανόν να συμβάλλουν οι περιβαλλοντικοί ρύποι και το μικροβίωμα (Guénard et al., 2013; Thayer, Heindel, Bucher & Gallo, 2012).

Εικόνα 1.2: Ρόλος των γονιδίων και του περιβάλλοντος στην εμφάνιση παχυσαρκίας

και ΣΔΤ2



(Kahn, Cooper & Del Prato, 2014, p. 28)

1.1.5. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Εφόσον δεν επιτυγχάνεται η σωστή ρύθμιση του ΣΔ, το νόσημα μπορεί να προκαλέσει μακροπρόθεσμες επιπλοκές σε διάφορα όργανα και ιστούς του σώματος. Κάποιες από τις επιπλοκές είναι η εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου, η τύφλωση, η νεφρική ανεπάρκεια και ο ακρωτηριασμός των κάτω άκρων (WHO, 2016b). Οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές επιδρούν σημαντικά στην ποιότητα ζωής των ατόμων, περιορίζουν το προσδόκιμο ζωής και αυξάνουν τις ιατροφαρμακευτικές δαπάνες. Αποτελούν κύρια αιτία αναπηρίας και πιθανής πρόωμης θνησιμότητας (Davies et al., 2018; Odnoletkova et al., 2016).

Οι επιπλοκές του ΣΔ μπορούν να ταξινομηθούν σε οξείες και χρόνιες, ενώ οι χρόνιες διαχωρίζονται σε μικροαγγειακές και μακροαγγειακές. Οι οξείες επιπλοκές περιλαμβάνουν την

υπογλυκαιμία, τη διαβητική κετοξέωση, το υπεργλυκαιμικό διαβητικό κώμα, τους σπασμούς ή απώλεια αισθήσεων και τις λοιμώξεις. Οι χρόνιες μικροαγγειακές επιπλοκές είναι η νεφροπάθεια, η νευροπάθεια και η αμφιβληστροειδοπάθεια. Οι χρόνιες μακροαγγειακές επιπλοκές είναι η στεφανιαία νόσος, η οποία μπορεί να καταλήξει σε στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου, και η περιφερική αγγειακή νόσος, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβητική εγκεφαλοπάθεια και στην εμφάνιση διαβητικού ποδιού (International Diabetes Federation [IDF], 2017).

Παράλληλα, ο ΣΔΤ2 συνδέεται με διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις και διαταραχές, όπως είναι η ψυχολογική δυσφορία που σχετίζεται με το διαβήτη (diabetes-related distress), η κατάθλιψη, το άγχος κ.α. Η πρώτη σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης στη θεραπεία και φτωχό γλυκαιμικό έλεγχο (Gonzalez, Shreck, Psaros & Safren, 2015). Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με ΣΔΤ2 πάσχει από κατάθλιψη, η οποία μπορεί να παρεμποδίσει την αυτοφροντίδα, τη λειτουργικότητα των ατόμων σε πολλαπλούς τομείς (π.χ. προσωπικούς, επαγγελματικούς) και την ποιότητα ζωής τους. Όλες αυτές οι ψυχολογικές καταστάσεις επιδρούν αρνητικά στις συμπεριφορές υγείας και τα κλινικά αποτελέσματα των ανθρώπων με ΣΔΤ2 (Massey, Feig, Duque-Serrano & Huffman, 2017).

1.1.6. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΛΟΜΕΝΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ο αριθμός των ατόμων με ΣΔ έχει σχεδόν τετραπλασιαστεί από το 1980. Ο επιπολασμός σε παγκόσμιο επίπεδο εκτιμήθηκε πως ήταν 9% το 2014 και αυξάνεται διαρκώς, ιδιαίτερα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Ο ΣΔ είναι ανάμεσα στις 10 κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και μαζί με τα τρία κυριότερα μη μεταδιδόμενα νοσήματα (καρδιαγγειακές παθήσεις, αναπνευστικά νοσήματα και καρκίνος) ευθύνονται για το 82% της θνησιμότητας που οφείλεται σε μη μεταδιδόμενα νοσήματα (WHO, 2014).

Όσον αφορά την Ελλάδα, ο επιπολασμός του ΣΔ είναι 9,1%, δηλαδή περίπου ένα στα δέκα άτομα πάσχει από αυτό το νόσημα (WHO, 2016a). Ειδικότερα, νεότερα δεδομένα από τη Διεθνή Ομοσπονδία για το Διαβήτη υποστηρίζουν ότι στην Ελλάδα ο επιπολασμός των ενήλικων ατόμων με ΣΔ είναι 7,4% και οι συνολικές περιπτώσεις 613.900 ενήλικα άτομα (IDF, 2020). Δεν υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Επιπλέον, η εμφάνιση ΣΔ αυξάνεται με το πέρασμα των χρόνων. Περίπου τρεις στους δέκα ηλικίας άνω των 65 ετών δήλωσαν ότι πάσχουν από ΣΔ ανεξαρτήτως φύλου (Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας, 2016).

Η εμφανιζόμενη επιδημία του ΣΔ αποδίδεται στους ταχέως μεταβαλλόμενους τρόπους ζωής σε παγκόσμιο επίπεδο και επηρεάζεται από τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου (μειωμένη φυσική δραστηριότητα, αύξηση παχυσαρκίας κ.α.). Οι διάφορες μακροαγγειακές και μικροαγγειακές επιπλοκές του διαβήτη έχουν ως επακόλουθο σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό φορτίο. Επομένως, ο ΣΔ είναι μια από τις σημαντικότερες αιτίες θνησιμότητας, αναπηρίας και οικονομικών απωλειών (Williams, Walker, Smalls, Hill & Egede, 2016).

1.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στο πλαίσιο της ανθρωποκεντρικής φροντίδας οι αξίες και οι προτιμήσεις των ατόμων γίνονται σεβαστές και καθοδηγούν κάθε πλευρά της φροντίδας για την υγεία τους. Η ανθρωποκεντρική φροντίδα επιτυγχάνεται μέσω μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων, των σημαντικών άλλων γι' αυτούς και όλων των σχετικών επαγγελματιών υγείας. Αυτή η συνεργασία επιτρέπει την πληροφόρηση και τη λήψη αποφάσεων από τα ίδια τα άτομα στο βαθμό που τα ίδια επιθυμούν (American Geriatrics Society Expert Panel on person-centered care, 2016).

1.2.2. ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Σύμφωνα με τα δεδομένα από βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις (Hakansson et al., 2019; Scholl, Zill, Härter & Dirmaier, 2014), οι διαστάσεις της ανθρωποκεντρικής φροντίδας είναι:

1. Ο άνθρωπος που νοσεί συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα και στη λήψη αποφάσεων με την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας. Οι τελευταίοι οφείλουν να αναγνωρίζουν τη μοναδικότητα του κάθε ατόμου (προσωπικές αξίες, προτιμήσεις, ανάγκες) καθώς και να λαμβάνουν υπόψη όλες τις διαφορετικές πλευρές του (βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική).
2. Συντονισμός όλων των υπηρεσιών υγείας (κλινικών, υποστηρικτικών κλπ.), ώστε ο άνθρωπος με πρόβλημα υγείας να λαμβάνει ενιαία, άμεση φροντίδα.
3. Επικοινωνία και συνεργασία επαγγελματιών υγείας-ατόμου με κάποιο νόσημα.

Κατά τη διάρκεια αυτής της αλληλεπίδρασης γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες του ατόμου και ανταλλάσσονται πληροφορίες, ώστε να δημιουργηθεί ένα κοινό έδαφος για λήψη αποφάσεων.

4. Σωματική υποστήριξη.

Περιλαμβάνει έναν αριθμό συμπεριφορών που τη διασφαλίζουν, όπως η ανακούφιση από τον πόνο, βοήθεια με τις καθημερινές ανάγκες.

5. Αναγνώριση της συναισθηματικής κατάστασης του ανθρώπου που νοσεί και πραγματοποίηση μια σειρά συμπεριφορών που θα διασφαλίζουν τη συναισθηματική υποστήριξή του.
6. Ενεργή συμμετοχή της οικογένειας και των φίλων στην παρεχόμενη φροντίδα και στην υποστήριξη, με τη σύμφωνη γνώμη του ατόμου που νοσεί.

1.2.3. ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ-ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Την τελευταία εικοσαετία έχει παρουσιαστεί μια δραματική αύξηση στον επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων υγείας, μεταβάλλοντας τον τρόπο αναζήτησης, παροχής και λήψης της φροντίδας. Ένα στα 3 άτομα ζει με ένα χρόνια πρόβλημα υγείας. Οι χρόνιες ασθένειες επεκτείνονται σε μεγάλα χρονικά διαστήματα και γι' αυτό τα άτομα με χρόνια πρόβλημα υγείας χρειάζονται σημαντική υποστήριξη αναφορικά με την αυτοδιαχείριση και διαρκή έλεγχο της υγείας τους με τη συνδρομή των επαγγελματιών υγείας. Αντίθετα, οι ασθένειες που εμφανίζονται ξαφνικά χαρακτηρίζονται συνήθως από ένα οξύ επεισόδιο, το οποίο απαιτεί άμεση και εξειδικευμένη αντιμετώπιση και πιθανόν ελάχιστη έως μηδενική μελλοντική παρακολούθηση του ατόμου από επαγγελματία υγείας (Registered Nurses' Association of Ontario, 2010).

Ο ΣΔΤ2 ανήκει στην κατηγορία των χρόνιων νοσημάτων. Τα άτομα με ΣΔΤ2 συστήνεται να ακολουθούν, για όλη τους τη ζωή, ένα αυστηρό πρόγραμμα φαρμακευτικής αγωγής, διατροφής, φυσικής δραστηριότητας και ελέγχου των επιπέδων σακχάρου, έτσι ώστε να επιτύχουν τον μεταβολικό έλεγχο που στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην αυτοδιαχείριση. Λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα της αντιμετώπισης του ΣΔΤ2, η ανθρωποκεντρική φροντίδα μπορεί να συμβάλει στην επιτυχημένη μακροχρόνια διαχείριση της νόσου (Thomas, Iyer & Collins, 2014).

Η ανθρωποκεντρική φροντίδα αποτελεί το προτεινόμενο μοντέλο φροντίδας για το ΣΔΤ2 και αυτό οφείλεται σε διάφορες αιτίες. Κάποιες από αυτές είναι οι εξής (Inzucchi et al., 2012; Rutten, Vugt & Koning, 2020):

1. τα συνεχώς ενθαρρυντικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της αυτοδιαχείρισης.

Οι άνθρωποι με διαβήτη ζουν με την ασθένειά τους 24 ώρες την ημέρα, κάθε ημέρα του έτους. Υπάρχουν καλά τεκμηριωμένα δεδομένα ότι η εκπαίδευση και η υποστήριξη αυτών των ατόμων σχετικά με την αυτοδιαχείριση, ως μέρος ενός ολοκληρωμένου προγράμματος υγείας, μπορεί να βελτιώσει τα κλινικά αποτελέσματα και την ποιότητα ζωής τους (Ministry of Health New Zealand, 2015). Ακόμη, έχει αναγνωριστεί από πολλές έρευνες ότι βελτιώνει τις ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές επιπτώσεις που επιφέρει η νόσος, όπως είναι τα καταθλιπτικά συμπτώματα, η μειωμένη ικανοποίηση από τη θεραπεία (Thorpe et al., 2013). Παράλληλα, έχει βρεθεί ότι τα κράτη μπορούν να εξοικονομήσουν πολύτιμους πόρους, διότι αποφεύγονται οι συνεχείς εισαγωγές στα νοσοκομεία και περιορίζεται το ιατροφαρμακευτικό κόστος λόγω μικρότερης πιθανότητας εμφάνισης επιπλοκών (ADA, 2013).

2. η σπουδαιότητα των ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

Το να ζει ένας άνθρωπος με ΣΔ αποτελεί έναν χρόνια στρεσογόνο παράγοντα για τον ίδιο και την οικογένειά του και επηρεάζει διάφορους τομείς της ζωής. Η αυτοδιαχείριση είναι χρονοβόρα: η εφαρμογή όλων των προτεινόμενων συμπεριφορών έχει εκτιμηθεί ότι απαιτεί 2 ώρες καθημερινά για ένα μέσο ενήλικα με ΣΔΤ2. Αυτός ο χρόνος συνδυάζεται με άμεσο οικονομικό κόστος, που σχετίζεται με επισκέψεις σε επαγγελματίες υγείας, φαρμακευτική αγωγή και προμήθειες (Gonzalez, Tanenbaum & Commissariat, 2016).

Η φαρμακευτική αγωγή με σκοπό τη μείωση των επιπέδων γλυκόζης προκαλεί μια σειρά από ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως είναι η αύξηση βάρους, καρδιακή ανεπάρκεια, οστεοπενικά κατάγματα και υπογλυκαιμία. Ακόμη, είναι πολύ πιθανό να απαιτεί αρκετές ενέσεις την ημέρα και τακτικές μετρήσεις γλυκόζης. Σχετίζεται, επομένως, με περαιτέρω ανεπιθύμητες ενέργειες, π.χ. απώλεια αισθήσεων λόγω υπογλυκαιμίας, αυξημένη ψυχολογική δυσφορία αναφορικά με το ΣΔ (diabetes-related distress), αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης άνοιας στο μέλλον (Baek, Tanenbaum, & Gonzalez, 2014; Yudkin, Richter, & Gale, 2010).

3. η όλο και μεγαλύτερη εμβάθυνση στην ενδυνάμωση.

Η ενδυνάμωση των ανθρώπων με κάποιο νόσημα είναι μια διαδικασία που σχεδιάστηκε για να διευκολύνει την τροποποίηση συμπεριφοράς που οι ίδιοι επιθυμούν να πράξουν. Η προσέγγιση της ενδυνάμωσης είναι ιδιαίτερα κατάλληλη στο ΣΔΤ2, διότι οι προτεινόμενες μεταβολές συμπεριφοράς εμπλέκονται σε μεγάλο βαθμό σε διάφορες πλευρές της καθημερινής ζωής των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με ΣΔΤ2 οφείλουν να τροποποιήσουν το σωματικό βάρος, τη διατροφή, τη συχνότητα της φυσικής δραστηριότητας κλπ. (Anderson & Funnell, 2010).

4. η υιοθέτηση του Μοντέλου Χρόνιας Φροντίδας (ΜΧΦ) και της έκθεσης του Institute of Medicine (IOM) «Crossing the Quality Chasm».

Το ΜΧΦ αναπτύχθηκε για να παρέχει στα άτομα με χρόνια νοσήματα ικανότητες αυτοδιαχείρισης και μεθόδους καθοδήγησης. Αντιπροσωπεύει μια ολιστική προσέγγιση της φροντίδας, με κεντρική ιδέα τη συνεργασία μεταξύ των ανθρώπων που νοσούν και των επαγγελματιών υγείας (Stellefson, Dipnarine & Stopka, 2013). Περιλαμβάνει 6 κύρια χαρακτηριστικά τα οποία πρέπει να ενσωματωθούν με έναν ανθρωποκεντρικό τρόπο, για

να είναι επιτυχημένη η φροντίδα των ατόμων με χρόνια νοσήματα. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι: η υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης, η υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων, τα κλινικά πληροφοριακά συστήματα, ο επανασχεδιασμός του συστήματος παράδοσης υπηρεσιών, η οργάνωση του συστήματος υγείας, η σύνδεση με τους κοινοτικούς πόρους (Kadu & Stolee, 2015).

Η έκθεση «Crossing the Quality Chasm» τονίζει 6 κύρια χαρακτηριστικά που πρέπει να περιλαμβάνονται σε κάθε σύστημα υγείας. Ο σκοπός είναι η φροντίδα που παρέχεται στα άτομα με κάποιο νόσημα να είναι όσο το δυνατόν πιο ποιοτική. Τα 6 χαρακτηριστικά αφορούν την παρεχόμενη φροντίδα που θα πρέπει να είναι ανθρωποκεντρική, ισότιμη, οικονομικά προσιτή, έγκαιρη, ασφαλής και αποτελεσματική (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

1.2.4. ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Σύμφωνα με τους McLaren & Hawe (as cited in Richard, Gauvin & Raine, 2011), η οικολογική προσέγγιση ορίζεται ως ένα εννοιολογικό πλαίσιο το οποίο σχεδιάστηκε για να τονίσει τους ατομικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς. Μπορεί να το σκεφτεί κάποιος σαν έναν αριθμό κύκλων που ο ένας εμπεριέχει τον άλλον. Κάθε κύκλος αντιπροσωπεύει ένα επίπεδο επιρροής της συμπεριφοράς, όπως είναι οι ενδοπροσωπικοί παράγοντες, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι οργανισμοί, η κοινότητα και η δημόσια πολιτική.

Κεντρικό σημείο του οικολογικού μοντέλου αποτελεί η αλληλεπίδραση και η αμοιβαία αιτιότητα μεταξύ των επιπέδων. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο (από ψυχολογικής και βιολογικής άποψης) λειτουργεί μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας, των φίλων και μικρών ομάδων, που με τη σειρά τους συμπεριλαμβάνονται σε ευρύτερα κοινωνικά πλαίσια. Όπως οι άνθρωποι επηρεάζουν τις οικογένειές τους και επηρεάζονται από αυτές, οι οικογένειες ασκούν επίδραση στις κοινότητες

και αντιστρόφως. Το ίδιο συμβαίνει μεταξύ των κυβερνήσεων, των πολιτισμών και γενικότερα στην κοινωνία. Γι' αυτό το λόγο οι παρεμβάσεις με σκοπό την βελτίωση συμπεριφοράς υγείας απαιτείται να στοχεύουν σε διάφορα επίπεδα (Marrero et al., 2013).

Οι παρεμβάσεις στο ενδοπροσωπικό επίπεδο έχουν ως επίκεντρο τη μεταβολή γνώσεων, στάσεων και πεποιθήσεων των ατόμων που συμμετέχουν. Περιλαμβάνουν εκπαιδευτικά προγράμματα, εξάσκηση και βελτίωση δεξιοτήτων με απώτερο στόχο τη βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας των συμμετεχόντων. Οι διαπροσωπικές παρεμβάσεις, αντίθετα, στοχεύουν στις στάσεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές του κοινωνικού περίγυρου (π.χ. μέλη της οικογένειας, φίλοι, συνάδερφοι, άνθρωποι που πάσχουν από το ίδιο νόσημα). Περιλαμβάνουν τις ίδιες δραστηριότητες με τις ατομικές παρεμβάσεις, με σκοπό τη βελτίωση των υπαρχόντων κοινωνικών σχέσεων. Αξίζει να τονιστεί ότι μια από τις συμπεριφορές των κοινωνικών δικτύων αποτελεί η παροχή κοινωνικής υποστήριξης (Golden & Earp, 2012).

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να οριστεί ως η ανταλλαγή ικανοτήτων μεταξύ (τουλάχιστον) 2 ανθρώπων, με στόχο την αύξηση της ευημερίας του λήπτη. Η λήψη αυτής της μορφής υποστήριξης αποτελεί το διαμεσολαβητή των συμπεριφορών υγείας και των αποτελεσμάτων που αυτές προκαλούν. Ενώ ο ακριβής μηχανισμός λειτουργίας της παραμένει ασαφής, θεωρείται ότι η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να λειτουργήσει είτε άμεσα είτε έμμεσα. Ο άμεσος τρόπος είναι να οδηγεί σε θετικές συνέπειες για ένα άτομο ανεξάρτητα από τα υπάρχοντα επίπεδα stress και ο έμμεσος τρόπος είναι να παρέχει δεξιότητες ώστε να τροποποιήσουν τα άτομα την αρνητική επίδραση των υψηλά στρεσογόνων καταστάσεων (Kadirvelu, Sadasivan & Ng, 2012).

Οι θεωρίες συμπεριφοράς διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη στρατηγικών μεταβολής της συμπεριφοράς και επομένως είναι σημαντικό βήμα ποια από αυτές θα

χρησιμοποιηθεί σε κάθε παρέμβαση. Παρ' όλο που υφίστανται γνωστοί περιορισμοί για αρκετές θεωρίες συμπεριφοράς, η κοινωνικογνωστική θεωρία είναι μεταξύ των πιο σημαντικών και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές παρεμβάσεις αλλαγής της συμπεριφοράς υγείας (Martin et al., 2014). Αντιπροσωπεύει τη σχέση μεταξύ 3 παραγόντων, οι οποίοι σχετίζονται με τον τρόπο που οι άνθρωποι αποκτούν και διατηρούν συμπεριφορές υγείας: το περιβάλλον, τα ατομικά χαρακτηριστικά και την προσωπική εμπειρία. Αυτοί οι 3 παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, με αποτέλεσμα το άτομο να οδηγηθεί σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Beauchamp, Crawforda & Jackson, 2019).

Η κοινωνικογνωστική θεωρία αποτελείται από 5 έννοιες-κλειδιά, οι οποίες είναι (Berlin, Norris, Kolodinsky & Nelson, 2013; Joseph, Ainsworth, Mathis, Hooker & Keller, 2017):

- Συμπεριφορική ικανότητα: γνώσεις και δεξιότητες για να πραγματοποιήσει ο άνθρωπος μια συγκεκριμένη συμπεριφορά που επιθυμεί.
- Προσδοκίες για τα αποτελέσματα: απόψεις, αξίες και αναμενόμενα αποτελέσματα από μια συγκεκριμένη συμπεριφορά.
- Αυτοαποτελεσματικότητα: το άτομο διαθέτει αυτοπεποίθηση για να αναλάβει δράση και να ξεπεράσει τα εμπόδια για να πράξει αυτό που επιθυμεί.
- Αυτορρύθμιση: η ικανότητα ενός ανθρώπου να πραγματοποιήσει μια περίπλοκη συμπεριφορά. Απαραίτητα στοιχεία αποτελούν ο αυτοέλεγχος, η στοχοθεσία και η επιβράβευση από τον εαυτό του.
- Κοινωνική υποστήριξη: ο βαθμός στον οποίο ο κοινωνικός περίγυρος (οικογένεια, φίλοι, συνάδερφοι) επιδοκιμάζει, ενθαρρύνει και επηρεάζει το άτομο προς μια συγκεκριμένη συμπεριφορά.

Επιπρόσθετα, η κοινωνικογνωστική θεωρία αναγνωρίζει την αλληλεπίδραση των ατομικών παραγόντων και των κοινωνικών παραγόντων στη συμπεριφορά υγείας. Αυτή η θεωρία έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην εξήγηση της αυτοδιαχείρισης για τα άτομα και τους πληθυσμούς με ΣΔΤ2 (Njeru et al., 2015). Ειδικότερα, οι ατομικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε ανθρώπου με ΣΔΤ2. Αυτά είναι η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, η γλώσσα, οι επιθυμίες και οι προτιμήσεις του καθώς και οι πεποιθήσεις του αναφορικά με ένα νόσημα (Rutten & Alzaid, 2018).

Εκτός από τους ατομικούς παράγοντες που ασκούν επίδραση στις αντιλήψεις των ατόμων με ΣΔΤ2 αναφορικά με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση υπάρχουν κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις απόψεις των ατόμων. Αυτοί είναι η οικογένεια, ο κοινωνικός περίγυρος, οι αξίες, ο πολιτισμός, η επάρκεια τροφής, η ικανοποιητική στέγη, το ασφαλές περιβάλλον (Powers et al., 2016).

Παράλληλα, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν στη διαμόρφωση των απόψεων των ανθρώπων με ΣΔΤ2. Σε αυτούς περιλαμβάνονται η ψυχολογική δυσφορία που σχετίζεται με το διαβήτη (diabetes-related distress), η έλλειψη κοινωνικών και οικονομικών πόρων, το αυξανόμενο στρες λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής και άλλες ψυχολογικές καταστάσεις. Μερικές από αυτές είναι η κατάθλιψη, το άγχος, οι διατροφικές διαταραχές και η γνωστική δυσλειτουργία (Young-Hyman et al., 2016).

Επιπλέον, σημαντικό ρόλο στις απόψεις των ανθρώπων με ΣΔΤ2 για την ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση παίζουν οι παράγοντες που αφορούν την ίδια τη νόσο καθώς και οι παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα φροντίδας. Οι σχετιζόμενοι με τη νόσο παράγοντες είναι το χρονικό διάστημα που κάποιος πάσχει από ΣΔ, οι επιπλοκές της νόσου, η ρύθμιση των επιπέδων της γλυκόζης κλπ. Οι παράγοντες αναφορικά με το σύστημα φροντίδας περιλαμβάνουν την πρόσβαση

στο σύστημα υγείας, τον περιορισμένο χρόνο για ραντεβού, την αυξανόμενη πολυπλοκότητα των θεραπευτικών σχημάτων και τις σχέσεις των ατόμων με ΣΔΤ2 με τους επαγγελματίες υγείας (Vigersky, 2011; Vugt, Koning & Rutten, 2019).

1.2.5. ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΑΙΜΑΚΑ

Παρά τα μεγάλα οφέλη που μπορούν να αποκομίσουν τα άτομα με ΣΔΤ2 από την ανθρωποκεντρική φροντίδα (Slingerland et al., 2013), σε πολλές χώρες αυτή η μορφή φροντίδας είναι σπάνια διαθέσιμη. Τα περισσότερα άτομα με ΣΔΤ2 δεν ενθαρρύνονται από τους επαγγελματίες υγείας να πάρουν τον έλεγχο της νόσου τους, ενώ η εκπαίδευση και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη είναι συχνά μη διαθέσιμες (Peyrot et al., 2013).

Παράλληλα, συμπεράσματα από μια παγκόσμια μελέτη υποστηρίζουν ότι ο ΣΔ έχει αρνητικό αντίκτυπο σε πολλές διαστάσεις της υγείας των ανθρώπων. Για παράδειγμα, το 20,5% των συμμετεχόντων ανέφερε αρνητική επίδραση στις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους και το 62,2% θεωρεί ότι επηρεάστηκε αρνητικά η σωματική του υγεία. Επιπρόσθετα, περίπου 40% των ερωτηθέντων απάντησε ότι η φαρμακευτική αγωγή για το ΣΔ δυσχεραίνει την προσπάθειά του να ζήσει μια φυσιολογική ζωή. Ωστόσο, πάνω από το 1/4 των συμμετεχόντων θεωρεί ότι ο ΣΔ έχει θετική επίδραση τουλάχιστον σε ένα τομέα της ζωής του (Nicolucci et al., 2013).

Σύμφωνα με μια Ευρωπαϊκή έρευνα, περίπου το 40% των ατόμων με ΣΔΤ2 θεωρεί ότι η κατάσταση της υγείας του επηρεάστηκε σε μέτριο βαθμό από το νόσημα, ενώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι επαγγελματίες υγείας ενδιαφέρθηκαν και αξιολόγησαν μερικές φορές τις προσωπικές εμπειρίες τους σχετικά με το ΣΔ. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σχεδόν οι μισοί ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα πιστεύουν ότι αξιολόγησαν τη συμμόρφωση των ατόμων στη θεραπεία, ενώ πολύ μικρό ποσοστό των ανθρώπων με ΣΔΤ2 συμφώνησαν με αυτή την άποψη (Bradley et al., 2018).

Τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία έδειξαν ότι ο τωρινός τρόπος αντιμετώπισης του ΣΔΤ2 ταιριάζει με τις προτιμήσεις των μισών ατόμων με αυτό το νόσημα που κατοικούν στην Ισπανία. Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα είναι ικανοποιημένα με την παροχή πληροφοριών από τους επαγγελματίες υγείας. Σε αυτή τη μελέτη μετρήθηκαν οι εμπειρίες των ατόμων με ΣΔΤ2 καθώς και η ικανοποίηση αυτών των ανθρώπων από το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθούν (Franch-Nadal et al., 2015). Οι εμπειρίες των ατόμων και ο βαθμός ικανοποίησης τους από το θεραπευτικό σχήμα αποτελούν τις 2 γενικές κατηγορίες μέτρησης της ανθρωποκεντρικής φροντίδας (Tzelepis, Sanson-Fisher, Zucca & Fradgley, 2015). Οι κατηγορίες αυτές θα περιγραφούν αναλυτικά στη συνέχεια.

Όσον αφορά την ικανοποίηση των ανθρώπων με ΣΔΤ2 από το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθούν, οι Ισπανοί με ΣΔΤ2 θεωρούν ότι ο βαθμός ικανοποίησης τους είναι επαρκής. Η ίδια διαπίστωση προκύπτει και από τη μελέτη PANORAMA στην οποία συμμετείχαν άτομα με ΣΔΤ2. Στη μελέτη συμμετείχαν 9 ευρωπαϊκές χώρες και σε αυτές συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα. Σύμφωνα με τη μελέτη που έγινε στην Ισπανία, οι παράγοντες που μειώνουν την ικανοποίηση των ατόμων με ΣΔΤ2 είναι η ηλικία (>75 ετών), ο φτωχός γλυκαιμικός έλεγχος, η πολυπλοκότητα της θεραπείας και ο δείκτης μάζας σώματος ($\geq 30\text{kg/m}^2$) (DePablos-Velasco et al., 2014).

Όπως οι Ισπανοί έτσι και οι Έλληνες αναφέρουν ότι το επίπεδο ικανοποίησης είναι επαρκές, το οποίο αποδίδεται σε 3 τομείς: ικανοποίηση από το θεραπευτικό σχήμα, επιθυμία να το συνεχίσουν και προθυμία να συστήσουν το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθούν σε κάποιον άλλο. Ακόμα, δεδομένα υποστηρίζουν ότι όσο περισσότερα χρόνια πάσχει ένα άτομο από ΣΔΤ2, τόσο πιο δυσαρεστημένο θεωρεί ότι είναι από τη μορφή θεραπείας του. Το ίδιο ισχύει αν το άτομο έχει μειωμένο έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Ωστόσο, ο βαθμός ικανοποίησης

ενδέχεται να επηρεάζεται από τις μεταβολές στη θεραπεία και τις διαφορές μεταξύ των θεραπευτικών ομάδων (Avramopoulos, Moulis & Nikas, 2015).

1.2.6. ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μια παράμετρος μεγάλης σπουδαιότητας η οποία υποδηλώνει την υψηλή ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας και των υγειονομικών συστημάτων είναι η ανθρωποκεντρική τους αντιμετώπιση. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στις ακόλουθες αιτίες (Doyle, Lennox & Bell, 2013):

- Χαρακτηριστικό της ανθρωποκεντρικής φροντίδας είναι ο σεβασμός και η ενσυναίσθηση.
- Η μορφή αυτής της φροντίδας αποτελεί ένα μέσο βελτίωσης της κλινικής ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας.

Η επιλογή του κατάλληλου εργαλείου μέτρησης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τους σκοπούς και τα αποτελέσματα που επιθυμεί μια ομάδα ερευνητών να επιτύχει. Αν τα άτομα με χρόνια νοσήματα πρόκειται να τοποθετηθούν στο επίκεντρο των υγειονομικών συστημάτων, τότε είναι αναγκαία πιθανόν η κατανόηση των προτεραιοτήτων και των προτιμήσεων αυτών των ανθρώπων. Επομένως, θα πρέπει να επιλεγθεί το εργαλείο μέτρησης έτσι ώστε να εκπληρώνονται αυτές οι προτιμήσεις (The Health Foundation, 2014).

Ωστόσο, η αποκλειστική ιεράρχηση μόνο των προτιμήσεων των ανθρώπων που νοσούν μπορεί να είναι προβληματική. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι τα άτομα αυτά μεταβάλλουν διαχρονικά τις επιθυμίες τους. Ακόμη, οι αιτίες που τα ωθούν σε μεταβολή επιθυμιών αλλάζουν συνεχώς. Οι άνθρωποι γενικότερα δίνουν προτεραιότητα στα πράγματα που κάνουν τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή και αγνοούν άλλες επιλογές ή πιθανούς τρόπους που μπορούν να γίνουν τα πράγματα (Lawton, Rankin, Elliott & United Kingdom National Institute for Health Research Dose Adjustment for Normal Eating Study Group, 2013).

Η εμπειρία των ατόμων που πάσχουν από ένα χρόνια νόσημα είναι μια πολυδιάστατη έννοια. Μερικές διαστάσεις αυτής της έννοιας αποτελούν: οι προσδοκίες των ανθρώπων με χρόνια νόσο, τα αποτελέσματα του θεραπευτικού σχήματος, η παροχή πληροφοριών και η αλληλεπίδραση με το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας (όπως είναι οι γραμματείς, οι επισκέπτες υγείας, οι νοσηλευτές, οι γιατροί κ.α.). Οι ερωτήσεις μέτρησης των εμπειριών των ανθρώπων που νοσούν επικεντρώνονται είτε στο τι βίωσαν εκείνοι είτε στο πως αξιολογούν τις εμπειρίες τους (Forestier, Anthoine, Reguiat, Fohrer & Blanchin, 2019).

Εκτός από τις εμπειρίες των ανθρώπων η ικανοποίησή τους από το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθούν είναι εξίσου ένας πολυδιάστατος όρος και συχνά χωρίς σαφή ορισμό (Ahmed, Burt & Roland, 2014). Οι μετρήσεις της ικανοποίησης είναι χρήσιμες για την αναγνώριση τομέων της παροχής φροντίδας που είναι σημαντικοί για τους χρήστες των υπηρεσιών ή γενικότερα για τις κοινότητες. Από την άλλη πλευρά, η χρήση αυτών των μετρήσεων απαιτεί προσοχή, καθώς μεταβολές στο επίπεδο ικανοποίησης μπορεί να οφείλονται σε μεταβολές είτε της ποιότητας φροντίδας είτε των απαιτήσεων, των αξιών και των προσδοκιών των ανθρώπων που πάσχουν από ένα νόσημα (Larson, Sharma, Bohren & Tunçalp, 2019).

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η καταγραφή των απόψεων των ενήλικων ατόμων με ΣΔΤ2 αναφορικά με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην Ελλάδα.

ΒΑΣΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: Η διερεύνηση της ύπαρξης καλής συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων με ΣΔΤ2 και των επαγγελματιών υγείας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ:

- Σε ποιο βαθμό τα άτομα με ΣΔΤ2 ενθαρρύνονται από τους επαγγελματίες υγείας να συμμετέχουν στη στοχοθεσία, στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους και στη λήψη αποφάσεων;
- Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη συνεχή παρακολούθηση των ατόμων με ΣΔΤ2 και των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι συντονίζουν τη φροντίδα τους;
- Πόσο ικανοποιημένα είναι τα άτομα με ΣΔΤ2 από το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθούν;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των ατόμων με ΣΔΤ2 και της παρακολούθησης εκπαιδευτικού προγράμματος για την αυτοδιαχείριση του νοσήματος;
- Το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων με ΣΔΤ2 συσχετίζονται με το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθούν αυτά τα άτομα;

ΕΙΔΟΣ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ: Η παρούσα μελέτη είναι μια συγχρονική, μη πειραματική μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου (επισυνάπτεται στο παράρτημα 1) σε μορφή google forms. Δηλώνεται ρητά ότι δεν υπήρχε πρόσβαση στις IP διευθύνσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη.

2.2. ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΗΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

2.2.1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΜΕΝΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Ο αριθμός των συμμετεχόντων στη συγκεκριμένη έρευνα αποτελείται από 192 άτομα με ΣΔΤ2. Οι μελέτες που έχουν γίνει σε άτομα με ΣΔΤ2 χρησιμοποιούν ως εργαλεία μέτρησης είτε το Patient Assessment of Care for Chronic Conditions+ (PACIC+) (Aragones et al., 2008; Thomas, Iyer & Collins, 2014; Wallace, Carlson, Malone, Joyner & De Walt, 2010) είτε το Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ) (Baccaro, Poisson, Arduin & Hilliar, 2016; Kontodimopoulos, Arvanitaki, Aletras & Niakas, 2012; Singh, Chakrawarti, Singh, Guroprasad & Gupta, 2018). Λαμβάνοντας υπόψη τις προαναφερόμενες μελέτες ο αριθμός του υπολογιζόμενου δείγματος είναι περίπου 200 άτομα με ΣΔΤ2. Στη παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια PACIC και DTSQ.

2.2.2. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Εκατό ενενήντα δύο άτομα με ΣΔΤ2 συμπλήρωσαν το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο της έρευνας και τρία άτομα αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Όλοι οι συμμετέχοντες πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής, τα οποία διαμορφώθηκαν από τα 2 εργαλεία μέτρησης, τη μέθοδο αποστολής των ερωτηματολογίων και τα κριτήρια που όρισε η ερευνητική ομάδα. Η ερευνητική ομάδα απέκλεισε από την έρευνα τα 30 άτομα που συμμετείχαν στο πιλοτικό πρόγραμμα για τη διαπολιτισμική προσαρμογή των 2 εργαλείων μέτρησης. Το πιλοτικό πρόγραμμα διεξήχθη σε χρονικό διάστημα 2 μηνών (Μάρτιο-Απρίλιο 2020) και περισσότερες λεπτομέρειες θα δοθούν στο υποκεφάλαιο 2.4.2.

Κριτήρια ένταξης

- Άτομα που έχουν συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας τους.

- Άτομα με διαγνωσμένο ΣΔΤ2. Η διάγνωση πρέπει να έχει τεθεί πριν από τουλάχιστον ένα έτος.

Κριτήρια αποκλεισμού

- Άτομα με διαγνωσμένο ΣΔΤ1 ή διαβήτη κύησης.
- Άτομα με αδυναμία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας.
- Άτομα με αδυναμία χειρισμού ηλεκτρονικών υπολογιστών.

2.2.3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Ο αρχικός σχεδιασμός της έρευνας περιλάμβανε την αποστολή ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων σε συλλόγους ατόμων με ΣΔ και τη διανομή ερωτηματολογίων σε έντυπη μορφή σε τακτικά εξωτερικά διαβητολογικά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων της Αττικής. Με αυτό τον τρόπο θα είχαν τη δυνατότητα να συμμετέχουν άτομα με ΣΔΤ2 τα οποία είχαν ελάχιστες έως μηδαμινές γνώσεις χειρισμού ηλεκτρονικών υπολογιστών ή δεν είχαν πρόσβαση στο Διαδίκτυο.

Ωστόσο, η διανομή των ερωτηματολογίων με φυσική παρουσία της ερευνήτριας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων δεν πραγματοποιήθηκε εξαιτίας της εμφάνισης της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα στα τέλη Φεβρουαρίου 2020. Ειδικότερα, στα μέσα Μαρτίου του 2020 ανακοινώθηκε η αναστολή όλων των τακτικών εξωτερικών ιατρείων των δημοσίων νοσοκομείων και λόγω του πρωτοφανούς χαρακτήρα της κατάστασης δεν θα μπορούσε να προσδιοριστεί το χρονικό διάστημα της αναστολής. Γι' αυτό το λόγο προτιμήθηκε η ηλεκτρονική αποστολή των ερωτηματολογίων.

Η διαδικασία στρατολόγησης του δείγματος διήρκεσε από τα τέλη Οκτωβρίου του 2020 έως το Φεβρουάριο του 2021. Η στρατηγική δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή του δείγματος ήταν η δειγματοληψία ευκολίας. Σε αυτό τον τύπο δειγματοληψίας η

αναζήτηση των συμμετεχόντων γίνεται σύμφωνα με την ευκολία πρόσβασης. Στη συγκεκριμένη έρευνα ο πληθυσμός-στόχος ήταν άτομα με ΣΔΤ2. Γι' αυτό το λόγο, ο σύνδεσμος του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου στάλθηκε μέσω email σε όλους τους συλλόγους ή ενώσεις ατόμων με ΣΔ που ήταν μέλη της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Σωματείων Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (Π.Ο.Σ.Σ.Α.Σ.ΔΙΑ.). Ένας εναλλακτικός τρόπος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δημοσίευση του συνδέσμου του ερωτηματολογίου στο μέσο κοινωνικής δικτύωσης Facebook των αντίστοιχων συλλόγων ή ενώσεων και αρκετών ομάδων ατόμων με ΣΔ.

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε προσπάθεια τηλεφωνικής επικοινωνίας με όλους τους συλλόγους ή τις ενώσεις της Π.Ο.Σ.Σ.Α.Σ.ΔΙΑ. από τέλη Οκτωβρίου έως το πρώτο δεκαπενθήμερο του Νοεμβρίου. Οι στόχοι ήταν να γίνει πιο ουσιαστική και εξατομικευμένη επικοινωνία μαζί τους και επιβεβαίωση των email που βρέθηκαν στην ιστοσελίδα της Π.Ο.Σ.Σ.Α.Σ.ΔΙΑ. Ωστόσο, ο βασικός στόχος ήταν η παρότρυνση προς το μέλος του διοικητικού συμβουλίου που απαντούσε στην κλήση να δημοσιεύσει το σύνδεσμο του ερωτηματολογίου στην ιστοσελίδα και το Facebook του συλλόγου που ανήκει.

Η διαδικασία τηλεφωνικής επικοινωνίας παρουσίασε 2 δυσκολίες: μη αντιστοιχία των αριθμών τηλεφώνων με τα γραφεία των ενώσεων ατόμων με ΣΔ, μη ανταπόκριση στις τηλεφωνικές κλήσεις στα γραφεία των συλλόγων. Η δεύτερη δυσκολία οφείλεται στα κλειστά γραφεία των συλλόγων εξαιτίας των περιοριστικών μέτρων που είχαν επιβληθεί για τον περιορισμό της πανδημίας COVID-19.

Για να αυξηθούν οι πιθανότητες συλλογής περισσότερων συμμετεχόντων στην έρευνα, το Δεκέμβριο στάλθηκε επιστολή ενημέρωσης για την έρευνα σε όλους τους συλλόγους της Π.Ο.Σ.Σ.Α.Σ.ΔΙΑ μέσω email. Το περιεχόμενο της επιστολής (επισυνάπτεται στο παράρτημα 2) περιλάμβανε το σκοπό της έρευνας, τη σημασία της και το σύνδεσμο του ερωτηματολογίου, το

οποίο θα μπορούσαν να το συμπληρώσουν ανώνυμα. Από τα μέσα Νοεμβρίου έως τον Ιανουάριο η ερευνητική ομάδα προχώρησε στη δημοσίευση του συνδέσμου του ερωτηματολογίου της έρευνας στο Facebook των συλλόγων και ομάδων ατόμων με ΣΔ. Για να αυξηθεί ο αριθμός των συμμετεχόντων στο ερευνητικό πρόγραμμα, τον Φεβρουάριο έγινε επαναδημοσίευσή του με τη μορφή ευγενικής υπενθύμισης στις πιο δημοφιλείς ενώσεις και ομάδες ατόμων με ΣΔ στο Facebook.

2.3. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Στο εισαγωγικό κείμενο του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου η ερευνήτρια παραθέτει χρήσιμες πληροφορίες για τους εν δυνάμει συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, τους ενημερώνει για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Παράλληλα, πληροφορεί τον κάθε συμμετέχοντα ότι διασφαλίζεται το απόρρητο των προσωπικών του στοιχείων, καθώς τα δεδομένα είναι ανώνυμα και δεν θα υπάρχει πρόσβαση στις IP διευθύνσεις των συμμετεχόντων. Στα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα έχει πρόσβαση αποκλειστικά η ερευνητική ομάδα και θα φυλαχθούν σε ερευνητικό εργαστήριο.

Στα χαρακτηριστικά του ερευνητικού προγράμματος περιλαμβάνεται η εθελοντική συμμετοχή και η μη παροχή κάποιου οικονομικού ή προσωπικού κινήτρου στα άτομα με ΣΔΤ2, ώστε να συμμετέχουν στην έρευνα. Άρα δεν υπάρχει σχέση εξάρτησης μεταξύ των ερευνητών και των συμμετεχόντων. Αξίζει να τονιστεί ότι πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ζητείται από κάθε άτομο που επιθυμεί να συμμετέχει στην έρευνα να δηλώσει τη συγκατάθεση του απαντώντας ναι στη σχετική ερώτηση. Η συγκεκριμένη ερώτηση είναι η μόνη που πρέπει να συμπληρωθεί υποχρεωτικά ώστε να γίνει υποβολή του ερωτηματολογίου. Η ερώτηση αυτή μαζί με το εισαγωγικό κείμενο αποτελεί μια σύντομη φόρμα συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα σε ηλεκτρονική μορφή.

2.4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Οι μεταβλητές της έρευνας μετρήθηκαν με ερωτηματολόγια σε μορφή google forms. Κάθε ερωτηματολόγιο αποτελείται από τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά, το διαβητικό προφίλ και 2 εργαλεία μέτρησης που μεταφράστηκαν στην ελληνική γλώσσα από την ερευνητική ομάδα. Τα μεταφρασμένα ερωτηματολόγια είναι το Patient Assessment of Care for Chronic Conditions+ (PACIC+) και το Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ). Όλα τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τη μελέτη βασίζονται στη μέθοδο της αυτοαναφοράς. Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικά τα χαρακτηριστικά και τα εργαλεία μέτρησης του ερωτηματολογίου της έρευνας.

Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία: Συλλέχθηκαν δεδομένα που αφορούν το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση, τον τόπο κατοικίας και την κατάσταση συγκατοίκησης των συμμετεχόντων.

Σωματομετρικά χαρακτηριστικά: Καταγράφηκαν το ύψος και το βάρος των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Διαβητικό προφίλ: Αναφέρεται στην χρονική διάρκεια του ΣΔΤ2, στο είδος της αντιδιαβητικής θεραπείας, στις συννοσηρότητες (όταν υπάρχουν), στην εκπαίδευση που σχετίζεται με την αυτοδιαχείριση του ΣΔΤ2, στη λήψη κοινωνικής υποστήριξης και επαγγελματικής φροντίδας.

Patient Assessment of Care for Chronic Conditions+ (PACIC+): Πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς που αναπτύχθηκε από το MacColl Center for Health Care Innovation το 2004. Διερευνά σε ποιο βαθμό τα άτομα με ΣΔΤ2 έλαβαν συγκεκριμένες υπηρεσίες οι οποίες συνάδουν με το ΜΧΦ τους τελευταίους 6 μήνες. Το ΜΧΦ αναγνωρίζει την κοινότητα, το σύστημα υγείας, την υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης, το σχεδιασμό του συστήματος παράδοσης

υπηρεσιών, την υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων, τα κλινικά πληροφοριακά συστήματα και την ανθρωποκεντρική φροντίδα ως απαραίτητες προϋποθέσεις για καλή φροντίδα των ατόμων με χρόνια νοσήματα (Glasgow et al., 2005; International Alliance of Patients' Organizations, 2012).

Το ερωτηματολόγιο PACIC+ αποτελείται από 26 ερωτήσεις και περιλαμβάνει 5 υποκλίμακες που βασίζονται στα κύρια χαρακτηριστικά του ΜΧΦ. Η πρώτη υποκλίμακα (Patient activation) εκτιμά το βαθμό εμπλοκής των ατόμων με ΣΔΤ2 στη λήψη αποφάσεων (ερωτήσεις 1-3). Η δεύτερη υποκλίμακα (Delivery system design/Decision support) αξιολογεί την παροχή πληροφοριών στα άτομα με ΣΔΤ2, με σκοπό τη βελτίωση της κατανόησής τους για το νόσημα (ερωτήσεις 4-6). Η τρίτη υποκλίμακα (Goal setting/Tailoring) αξιολογεί σε ποιο βαθμό τα άτομα με ΣΔΤ2 θέτουν συγκεκριμένους στόχους για τη φροντίδα τους σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας (ερωτήσεις 7-11) (Balbale, Etingen, Malhiot, Miskevics & LaVela, 2016; Malliarou et al., 2020).

Η τέταρτη υποκλίμακα (Problem-solving/Contextual) εκτιμά σε ποιο βαθμό οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν υπόψη τις αξίες και τις επιθυμίες κάθε ατόμου με ΣΔΤ2 για την αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων του (ερωτήσεις 12-15). Η πέμπτη υποκλίμακα (follow-up/coordination) αξιολογεί τη συνεχή παρακολούθηση των ατόμων με ΣΔΤ2 από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι συντονίζουν τη φροντίδα τους (ερωτήσεις 16-20). Η βαθμολόγηση γίνεται με βάση μια κλίμακα τύπου Likert πέντε διαβαθμίσεων (1=Σχεδόν ποτέ μέχρι 5=Σχεδόν πάντα) (Aung et al., 2016).

Οι τελευταίες 6 ερωτήσεις του PACIC+ δεν ανήκουν σε καμία από τις παραπάνω υποκλίμακες αλλά προέρχονται από το μοντέλο «5As». Το ανθρωποκεντρικό μοντέλο «5As» αντιπροσωπεύει μια τεκμηριωμένη προσέγγιση της συμβουλευτικής σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας. Αυτή η προσέγγιση είναι σύμφωνη με το ΜΧΦ και χρησιμοποιείται για να βελτιωθεί η

υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης και η σύνδεση με την κοινότητα, 2 από τα χαρακτηριστικά του ΜΧΦ (Schwenke et al., 2019).

Το μοντέλο «5As» περιλαμβάνει 5 διαστάσεις, οι οποίες είναι οι εξής (Institute for Clinical Systems Improvement, n.d.):

- τακτική αξιολόγηση των συμπεριφορών που αφορούν τον τρόπο ζωής (assess)
- παροχή έγκυρων πληροφοριών για τα οφέλη του υγιεινού τρόπου ζωής και των αντίστοιχων συμπεριφορών (advise)
- τα άτομα που νοσούν και οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν συνεργατικά αποφάσεις και θέτουν ρεαλιστικούς, εξατομικευμένους στόχους (agree)
- υποστήριξη της προσπάθειάς των ατόμων μέσω τεκμηριωμένων πρακτικών (assist)
- τακτικός επανέλεγχος της κατάστασης αυτών των ατόμων (arrange).

Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ): Αναπτύχθηκε από τον Clare Bradley, έναν Άγγλο ψυχολόγο ειδικό σε θέματα υγείας. Αποτελείται από 8 ερωτήσεις και εκτιμάει το βαθμό ικανοποίησης των ατόμων με ΣΔΤ2 από το θεραπευτικό σχήμα. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ατόμων με χρόνια νοσήματα είναι μια από τις 2 γενικές κατηγορίες μέτρησης της ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Το ερωτηματολόγιο DTSQ σχετίζεται άμεσα με την ανθρωποκεντρική φροντίδα και αποτελείται από 2 διαφορετικές υποκλίμακες. Η πρώτη διερευνά την ικανοποίηση από το θεραπευτικό σχήμα και αποτελείται από 6 ερωτήσεις (ερώτηση 1, 4, 5, 6, 7 και 8). Κάθε ερώτηση βαθμολογείται από το άτομο με ΣΔΤ2 σε μια κλίμακα από 0 (π.χ. πολύ δυσαρεστημένος) έως 6 (π.χ. πολύ ικανοποιημένος) (Larson, Sharma, Bohren & Tuncalp, 2019; Saisho, 2018).

Η δεύτερη υποκλίμακα αποτελείται από 2 ερωτήσεις (ερώτηση 2 και 3), οι οποίες εκτιμούν τη συχνότητα με την οποία βιώνουν οι άνθρωποι με ΣΔΤ2 υπεργλυκαιμίες και υπογλυκαιμίες

αντίστοιχα. Η βαθμολόγηση γίνεται με βάση μια κλίμακα τύπου Likert επτά διαβαθμίσεων (0=Σπάνια έως 6=Συνήθως). Η ικανοποίηση από το θεραπευτικό σχήμα υπολογίζεται από το άθροισμα των αποτελεσμάτων στις 6 ερωτήσεις της πρώτης υποκλίμακας (συνολικό αποτέλεσμα 36). Η υψηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει μεγαλύτερη ικανοποίηση (Boels et al., 2017).

2.4.1. ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Το ερωτηματολόγιο PACIC+ διαθέτει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτη Cronbach's $\alpha=0,93$). Σχετίζεται όπως προβλέπεται με άλλα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας, δηλαδή χαρακτηρίζεται από δομική εγκυρότητα. Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης είναι σταθμισμένο για τον ελληνικό πληθυσμό (Malliarou, Bakola, Nikolentzos & Sarafis, 2020; Taggart et al., 2011).

Το ερωτηματολόγιο DTSQ χαρακτηρίζεται από υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας με δείκτη Cronbach's $\alpha=0,92$. Επιπλέον, έχει υψηλή δομική εγκυρότητα, η οποία υποστηρίζεται από τις σημαντικές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του DTSQ και αυτής του SF-36. Στην Ελλάδα σταθμίστηκε από τους Κοντοδημόπουλο, Αρβανιτάκη, Αλετρά και Νιάκα το 2012 (Kontodimopoulos, Arvanitaki, Aletras & Niakas, 2012).

2.4.2. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Αρχικά, το πρώτο βήμα ήταν η απόκτηση άδειας χρήσης των 2 εργαλείων μέτρησης. Η χρήση του ερωτηματολογίου PACIC+ δεν απαιτεί ειδική άδεια. Απαιτείται ωστόσο να τονιστεί ότι το MacColl Center for Health Care Innovation είναι ο αρχικός συγγραφέας του PACIC+ (MacColl Center for Health Care Innovation, n.d.). Το ερωτηματολόγιο DTSQ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ελεύθερα από προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές (επικοινωνία με το συγγραφέα του ερωτηματολογίου μέσω email). Ύστερα από την άδεια χρήσης, τα 2

ερωτηματολόγια μεταφράστηκαν από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική από την ερευνητική ομάδα και έναν ακόμη συνεργάτη, ο οποίος δεν σχετίζεται με την έρευνα.

Στη συνέχεια, η ερευνητική ομάδα δημιούργησε μια ενιαία μετάφραση των 2 ερωτηματολογίων και ακολούθησε το πιλοτικό πρόγραμμα. Σ' αυτό συμμετείχαν 30 άτομα με ΣΔΤ2. Στο πλαίσιο του πιλοτικού προγράμματος τα μέλη της ερευνητικής ομάδας συζήτησαν με τους συμμετέχοντες πόσο κατανοητές είναι οι ερωτήσεις, αν υπάρχει κάποια έννοια που τους δυσκολεύει και αν θέλουν να προτείνουν κάποιες βελτιώσεις αφού συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Η επικοινωνία διεξήχθη τηλεφωνικά ή μέσω email λόγω της πανδημίας COVID-19.

Παράλληλα, το πιλοτικό πρόγραμμα συνέβαλε στην ορθή απόδοση ορισμένων αγγλικών όρων στην ελληνική γλώσσα. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελούν οι όροι health educator και health counselor οι οποίοι μεταφράστηκαν από την ερευνητική ομάδα ως εκπαιδευτής υγείας και σύμβουλος υγείας αντίστοιχα. Ωστόσο, κάθε συμμετέχοντας έφερνε στο μυαλό του διαφορετικό επαγγελματία υγείας. Γι' αυτό προτιμήθηκε ο όρος επισκέπτης υγείας με τον οποίο οι συμμετέχοντες ήταν πιο εξοικειωμένοι.

Λαμβάνοντας υπόψη τα σχόλια και τις υποδείξεις των συμμετεχόντων, η ερευνητική ομάδα προχώρησε στην αναπροσαρμογή των 2 μεταφρασμένων ερωτηματολογίων. Έπειτα, ζήτησε τη βοήθεια ενός επαγγελματία υγείας ώστε να λάβει επιπλέον σχόλια και τυχόν βελτιώσεις στα μεταφρασμένα ερωτηματολόγια. Το πρόσωπο αυτό ονομάζεται Σωτηρόπουλος Αλέξης και είναι διαβητολόγος, Διευθυντής του Γ' Παθολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού Κέντρου Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας- Πειραιά. Λαμβάνοντας υπόψη και τα σχόλια του επαγγελματία υγείας η ερευνητική ομάδα προχώρησε στην τελική διαμόρφωση των 2 μεταφρασμένων ερωτηματολογίων.

2.5. ΜΕΡΟΛΗΨΙΑ

Υπάρχουν ορισμένα συστηματικά σφάλματα που σχετίζονται με τον αυτοαναφερόμενο χαρακτήρα της μελέτης και τα οποία απέφυγε σε μεγάλο βαθμό η ερευνητική ομάδα. Ένα από αυτά αποτελεί το σφάλμα της κοινωνικής επιθυμίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπήρχε σχέση εξάρτησης μεταξύ της ερευνητικής ομάδας και των συμμετεχόντων, καθώς οι ερευνήτριες δεν είναι ιατροί τους και γενικότερα επαγγελματίες υγείας υπεύθυνοι για τη φροντίδα τους. Επομένως, οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να εκφράσουν ελεύθερα την άποψή τους απαντώντας με ειλικρίνεια τις ερωτήσεις του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου το οποίο ήταν ανώνυμο.

Παράλληλα, ίσως υπήρξε το σφάλμα ανάκλησης στην έρευνα, καθώς ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να καταγράψουν τη συχνότητα ορισμένων ενεργειών από τους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών. Οι 6 μήνες θεωρούνται μεγάλο χρονικό διάστημα, οπότε φαίνεται λογική η αδυναμία ακριβούς καταγραφής από τους συμμετέχοντες. Ωστόσο, η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος ανήκει στις ηλικιακές ομάδες που αποτελούν το παραγωγικό δυναμικό της χώρας (30-49 ετών, 50-65 ετών), οπότε είναι μειωμένος ο κίνδυνος εμφάνισης του σφάλματος ανάκλησης.

Ένα άλλο σφάλμα που ενδέχεται να παρουσιάστηκε στη μελέτη είναι λόγω της αδυναμίας κατανόησης του περιεχομένου ορισμένων ερωτήσεων. Γι' αυτό το πρόβλημα έγινε προσπάθεια περιορισμού πριν τη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς πραγματοποιήθηκε πιλοτικό πρόγραμμα, ώστε οι ερωτήσεις να είναι όσο το δυνατόν πιο κατανοητές. Επιπλέον, στην αρχή του ερωτηματολογίου παρατίθενται τα στοιχεία επικοινωνίας ενός μέλους της ερευνητικής ομάδας με το οποίο είχαν τη δυνατότητα να επικοινωνήσουν οι συμμετέχοντες για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Συμπερασματικά, με την αποφυγή των συστηματικών σφαλμάτων είναι δυνατή η απεικόνιση από το ερωτηματολόγιο των πραγματικών απόψεων των ατόμων με ΣΔΤ2 αναφορικά

με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται η αντικειμενικότητα της μελέτης.

2.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως συχνότητες και ποσοστά (n, %), και οι ποσοτικές μεταβλητές ως μέση τιμή (\pm τυπική απόκλιση). Η κανονικότητα των κατανομών εξετάστηκε γραφικά (ιστόγραμμα) με σκοπό να διερευνηθεί αν θα χρησιμοποιηθούν παραμετρικές ή μη παραμετρικές μέθοδοι για την ανάλυση των δεδομένων.

Εφαρμόστηκε το Kruskal-Wallis test για ανεξάρτητα δείγματα προκειμένου να εξεταστεί αν υπάρχει συσχέτιση των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι συντονίζουν τη φροντίδα των ατόμων με ΣΔΤ2, του θεραπευτικού σχήματος και της παρακολούθησης εκπαιδευτικού προγράμματος για την αυτοδιαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη με τις υποκλίμακες των δύο ερωτηματολογίων (PACIC και DTSQ) που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη. Για τη διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ θεραπευτικού σχήματος με το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο εφαρμόστηκε το Pearson's χ^2 test.

Οι παραπάνω έλεγχοι είναι δίπλευροι και ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας έχει οριστεί το 0,05. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS, έκδοση 23.0 (SPSS, Chicago, IL).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στην έρευνα συμμετείχαν 192 άτομα με ΣΔΤ2 και τα χαρακτηριστικά τους καταγράφονται στον Πίνακα 3.1. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αποτελούνταν από γυναίκες (60,4%). Οι ηλικιακές ομάδες με τη μεγαλύτερη συμμετοχή ήταν 30-49 (39,1%) και 50-65 (36,4%) ετών, ενώ όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο τα περισσότερα άτομα ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίου/ΤΕΙ (35,4%). Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες (47,9%) εργάζονται με καθεστώς πλήρους απασχόλησης. Πάνω από το 1/3 των ατόμων με ΣΔΤ2 (34,6%) διαμένει με το/τη σύντροφο του και η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (83,2%) κατοικεί σε πόλη.

Πίνακας 3.1: Χαρακτηριστικά ατόμων με ΣΔΤ2

Φύλο, n(%)	
Ανδρας	76 (39,6)
Γυναίκα	116 (60,4)
Ηλικία (έτη), n(%)	
18-29	20 (10,4)
30-49	75 (39,1)
50-65	70 (36,4)
>65	27 (14,1)
Ύψος (m), μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	1,7 ± 0,1
Βάρος (kg), μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	89,8 ± 26,1
Εκπαιδευτικό επίπεδο, n(%)	
Δημοτικό	15 (7,8)
Γυμνάσιο	16 (8,3)
Λύκειο	45 (23,5)
Διετής σχολή	16 (8,3)
Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	68 (35,4)

Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	32 (16,7)
Τωρινή εργασιακή κατάσταση, n(%)	
Άνεργος	33 (17,2)
Εργασία μερικής απασχόλησης	12 (6,3)
Εργασία πλήρους απασχόλησης	92 (47,9)
Συνταξιούχος	48 (25)
Άλλη	7 (3,6)
Κατοικία, n(%)	
Μόνος-η	31 (16,2)
Με τους γονείς	14 (7,3)
Με το/τη σύντροφο	66 (34,6)
Με άλλους ενήλικες	13 (6,8)
Με το παιδί/τα παιδιά μου	24 (12,6)
Με το/τη σύντροφο και το παιδί/παιδιά μου	39 (20,4)
Συνδυασμός	4 (2,1)
Τόπος διαμονής, n(%)	
Πόλη	158 (83,2)
Χωριό/Κωμόπολη	32 (16,8)

Σχετικά με το ιατρικό ιστορικό των ατόμων με ΣΔΤ2 (Πίνακας 3.2) διέφερε το χρονικό διάστημα που πάσχουν από το νόσημα. Υπερτερούν με μικρή διαφορά τα άτομα που πάσχουν από ΣΔΤ2 πάνω από 10 έτη (38%) και ακολουθούν αυτά που πάσχουν από 1 έως 5 έτη (36%). 114 άτομα (59,4%) πάσχουν και από άλλο χρόνιο νόσημα εκτός από το ΣΔΤ2 και το συχνότερο ήταν η υπέρταση (28,2%). Επιπλέον, καταγράφηκαν 29 άτομα (26,4%) που είχαν πάνω από 2 συννοσηρότητες.

Οι μισοί συμμετέχοντες ακολουθούν αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία για την αντιμετώπιση του ΣΔΤ2. Το 68,6% των ατόμων παρακολουθείται από ιδιώτη ιατρό, ενώ το 30,3% των ατόμων απευθύνεται σε δημόσιες δομές υγείας για τη φροντίδα του ΣΔΤ2 εκ των οποίων μόνο 2 άτομα

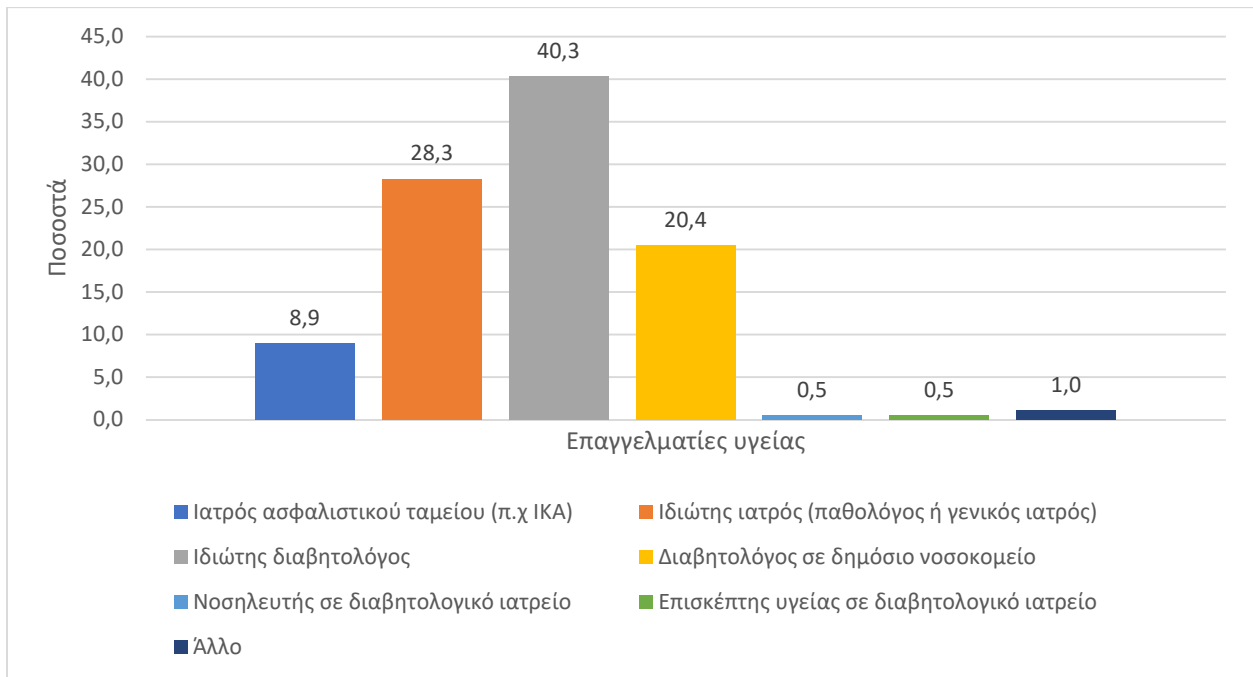
παρακολουθούνται από νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας (Γράφημα 3.1). Η στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα της πανδημίας COVID-19, διότι πολλά δημόσια νοσοκομεία έγιναν κέντρα αναφοράς για τη λοίμωξη COVID-19. Επομένως, έγινε αναστολή των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων στα οποία παρακολουθούνται τα άτομα με ΣΔΤ2.

Περίπου τα 3/4 των ατόμων (74,9%) δεν έχουν παρακολουθήσει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την αυτοδιαχείριση του νοσήματος (Γράφημα 3.2). Αυτό μπορεί να οφείλεται στις συννοσηροτήτες που έχουν οι συμμετέχοντες και στη μεγάλη διάρκεια της νόσου (το 64% των ατόμων πάσχει από ΣΔΤ2 τουλάχιστον 5 έτη). Η μη παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος φαίνεται ότι δεν επηρεάζεται από τη μόρφωση των ατόμων με ΣΔΤ2 και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν από την οικογένεια (42,2%) (Γράφημα 3.3). Το 52,1% των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Παρ' όλα αυτά δεν έχουν εκπαιδευτεί στην αυτοδιαχείριση του νοσήματος. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 41,7% των συμμετεχόντων δεν λαμβάνει κοινωνική υποστήριξη από κανέναν.

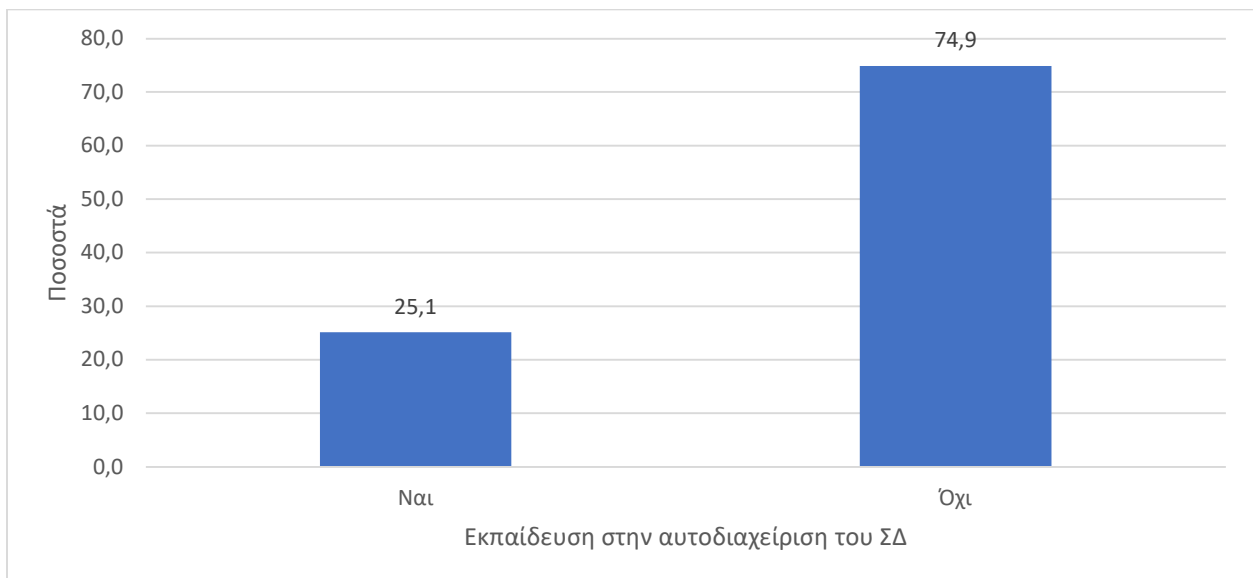
Πίνακας 3.2: Ιατρικό ιστορικό ατόμων με ΣΔΤ2

Χρονικό διάστημα που πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη, n(%)	
Από 1 έως 5 έτη	69 (36)
Από 5 έως 10 έτη	50 (26)
Άνω των 10 ετών	73 (38)
Άλλο χρόνιο πρόβλημα υγείας, n(%)	
Όχι	78 (40,6)
Ναι	114 (59,4)
Αν ναι, ποιο; n(%)	
Ενδοκρινολογικές διαταραχές	12 (10,9)
Υπέρταση	31 (28,2)
Υπέρταση και υπερχοληστεριναιμία	15 (13,6)
Άλλο	23 (20,9)
Συνδυασμός	29 (26,4)
Θεραπευτικό σχήμα σακχαρώδη διαβήτη, n(%)	
Αντιδιαβητικά δισκία	95 (50)
Αντιδιαβητική ενέσιμη αγωγή	20 (10,5)
Εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας (βασική ινσουλίνη, γευματική ινσουλίνη)	23 (12,1)
Ινσουλίνη και αντιδιαβητικά δισκία	45 (23,7)
Ινσουλίνη και αντιδιαβητική ενέσιμη αγωγή	7 (3,7)
Υπεργλυκαιμία, n(%)	
Όχι	114 (59,7)
Ναι	77 (40,3)
Υπογλυκαιμία, n(%)	
Όχι	161 (85,2)
Ναι	28 (14,8)
PACIC (συνολικό σκορ), μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	3 ± 0,9
DTSQ (συνολικό σκορ), μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	24,9 ± 7,4

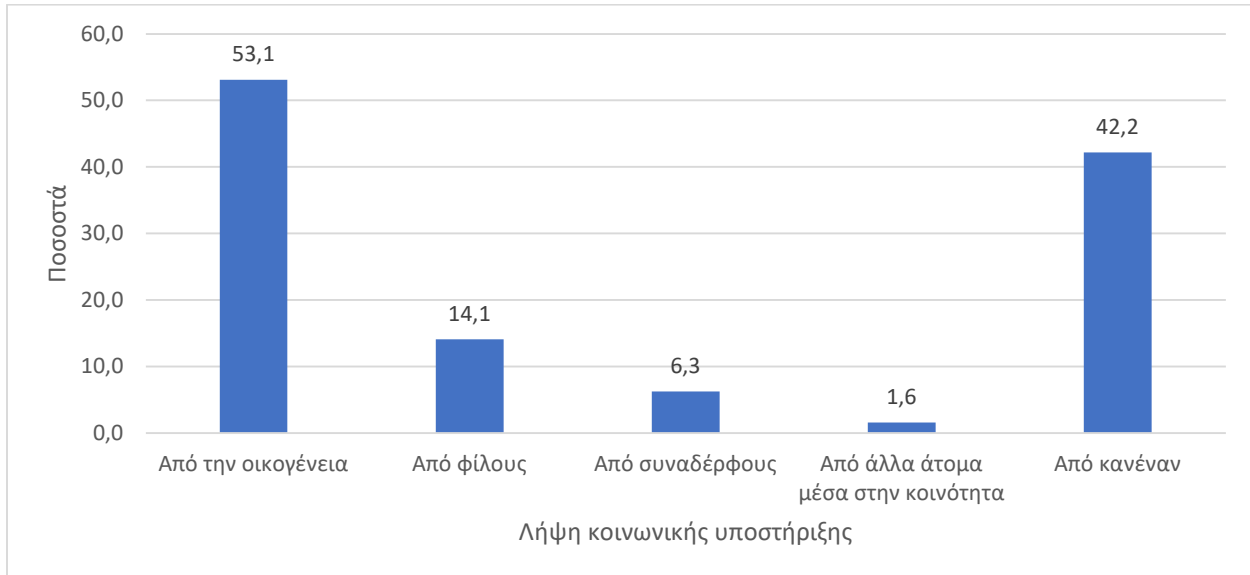
Γράφημα 3.1: Ποσοστά επαγγελματιών υγείας που απευθύνονται τα άτομα με ΣΔΤ2 για τη φροντίδα του νοσήματος



Γράφημα 3.2: Παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος για την αυτοδιαχείριση του ΣΔΤ2



Γράφημα 3.3: Λήψη κοινωνικής υποστήριξης για τη φροντίδα του ΣΔΤ2



3.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που μελετήθηκαν. Ειδικότερα, όπως φαίνεται στον πίνακα 3.3, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι συντονίζουν τη φροντίδα των ατόμων με ΣΔΤ2, και της λήψης αποφάσεων, της στοχοθεσίας, της αντιμετώπισης προβλημάτων, της συνέχισης της παρακολούθησης αυτών των ατόμων ($P > 0,05$). Επομένως, οι επαγγελματίες υγείας δε βρέθηκε να ενθαρρύνουν σε κάποιο βαθμό τα άτομα με ΣΔΤ2 να συμμετέχουν στους 4 προαναφερόμενους τομείς της φροντίδας τους.

Πίνακας 3.3: Έλεγχος ύπαρξης συσχέτισης επαγγελματιών υγείας και υποκλιμάκων PACIC (λήψη αποφάσεων, στοχοθεσία, αντιμετώπιση προβλημάτων, συνέχιση παρακολούθησης)

	Επαγγελματίες υγείας
	P*
Λήψη αποφάσεων	0,399
Στοχοθεσία	0,493

Αντιμετώπιση προβλημάτων	0,356
Συνέχιση παρακολούθησης	0,543

*Kruskal-Wallis test

Ωστόσο, βρέθηκε μία οριακά στατιστικά σημαντική συσχέτιση (πίνακας 3.4) μεταξύ της ικανοποίησης των ατόμων με ΣΔΤ2 από το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθούν και της παρακολούθησης εκπαιδευτικού προγράμματος για την αυτοδιαχείριση του νοσήματος ($P=0,054$). Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι τα άτομα που έχουν παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένα σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν παρακολουθήσει κάποιο αντίστοιχο πρόγραμμα.

Παράλληλα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των ατόμων με ΣΔΤ2 από το θεραπευτικό σχήμα και του είδους της αντιδιαβητικής αγωγής ($P>0,05$) (πίνακας 3.4). Για την ακρίβεια, η ικανοποίηση των ατόμων με ΣΔΤ2 δε βρέθηκε να επηρεάζεται από την αντιδιαβητική αγωγή. Επιπλέον, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του θεραπευτικού σχήματος με το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων με ΣΔΤ2 ($P>0,05$), όπως καταγράφεται στον πίνακα 3.5.

Πίνακας 3.4: Έλεγχος ύπαρξης συσχέτισης υποκλίμακας DTSSQ (ικανοποίηση από το θεραπευτικό σχήμα) με την αντιδιαβητική αγωγή και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα

	Ικανοποίηση από το θεραπευτικό σχήμα
	P*
Αντιδιαβητική αγωγή	0,876
Εκπαιδευτικό πρόγραμμα	0,054

*Kruskal-Wallis test

Πίνακας 3.5: Έλεγχος ύπαρξης συσχέτισης του θεραπευτικού σχήματος με το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων με ΣΔΤ2

	Θεραπευτικό σχήμα
	P*

Φύλο	0,143
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,932

*Pearson's χ^2 test

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός του ερευνητικού προγράμματος ήταν η διερεύνηση των απόψεων των ενήλικων ατόμων με ΣΔΤ2 σχετικά με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση στον ελληνικό χώρο. Ο βασικός στόχος ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης καλής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των ατόμων με ΣΔΤ2 και των επαγγελματιών υγείας με βάση τις αναφορές των ατόμων με το νόσημα. Παρακάτω ακολουθεί σύγκριση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης με τις προγενέστερες μελέτες για το θέμα και τη διεθνή βιβλιογραφία.

4.1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ

Σε μια μελέτη που έγινε στην Ισπανία (Franch-Nadal et al., 2015) σημαντικό ποσοστό ατόμων με ΣΔΤ2 (38%) ανέφεραν ότι το νόσημα επηρέασε σε μέτριο βαθμό την ζωή του, ενώ στην παρούσα έρευνα το 30% των ατόμων υποστηρίζει ότι η ζωή του δεν επηρεάστηκε καθόλου από το χρόνιο νόσημα. Σύμφωνα με την παγκόσμια έρευνα DAWN2 (Nicolucci et al., 2013) περίπου το 49% των ατόμων με ΣΔΤ2 είχε παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχετικά με την αυτοδιαχείριση της νόσου και ήταν ικανοποιημένο με την καλή οργάνωση της φροντίδας του. Από την δική μας έρευνα προέκυψε ότι μόνο το 25% των συμμετεχόντων έχει εκπαιδευτεί στην αυτοδιαχείριση του ΣΔΤ2 και το 56% θεωρεί ότι αισθάνεται ικανοποιημένο από την καλή οργάνωση της φροντίδας του.

Η μειωμένη συμμετοχή των ατόμων με ΣΔΤ2 σε εκπαιδευτικά προγράμματα για την αυτοδιαχείριση μπορεί να οφείλεται στις συννοσηρότητες, στη μεγάλη χρονική διάρκεια νόσου, στην ελλιπή ενημέρωση από το Υπουργείο Υγείας και τα ΜΜΕ. Επιπλέον, ίσως εξηγείται από την κοινωνική υποστήριξη που είτε δεν υπάρχει (41,7%) είτε αυτή που παρέχεται από την οικογένεια (42,2%) δεν στρέφει τα άτομα με ΣΔΤ2 στην εκπαίδευση για την αυτοδιαχείριση του ΣΔΤ2. Με βάση τη βιβλιογραφία, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν με την κατάλληλη ενημέρωση και

καθοδήγηση να στρέψουν τα άτομα με ΣΔΤ2 σε εκπαιδευτικά προγράμματα αυτοδιαχείρισης. Για να συμβεί αυτό, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να είναι γνώστες της ανθρωποκεντρικής αντιμετώπισης και να έχουν εκπαιδευτεί στην υποστήριξη ατόμων με ΣΔΤ2 (δεξιότητες επικοινωνίας, λήψη αποφάσεων, στοχοθεσία και επίλυση προβλημάτων) (Frei et al., 2014; Holt et al., 2013).

Ένα σημαντικό αποτέλεσμα της μελέτης μας ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας και πιο συγκεκριμένα οι ιδιώτες ιατροί (68,6%) δεν ενθαρρύνουν σε κάποιο βαθμό τα άτομα με ΣΔΤ2 να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της φροντίδας τους, δηλαδή στη λήψη αποφάσεων, τη στοχοθεσία, την αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων και την συνέχιση της παρακολούθησής τους, οπότε δεν μπορεί να χαρακτηριστεί καλή η επικοινωνία των ατόμων με ΣΔΤ2 με τους επαγγελματίες υγείας. Το εύρημα αυτό ίσως εξηγείται από την έλλειψη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στις δεξιότητες επικοινωνίας ή τη μειωμένη επιθυμία κάποιας ομάδας ατόμων με ΣΔΤ2 να λάβουν πληροφορίες και να ενδυναμωθούν.

Σύμφωνα με ελληνική έρευνα που διεξήχθη σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης (Tsimtsiou, Kirana & Hatzichristou, 2014), η μειωμένη επιθυμία πληροφόρησης των ατόμων που νοσηλεύονται σχετίζεται με μεγαλύτερη ηλικία και χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο. Ωστόσο, στη μελέτη συμμετείχαν νοσηλευόμενα άτομα με διάφορες παθήσεις και όχι μόνο με ΣΔ, οπότε δεν είναι σαφές αν οι 2 αυτοί παράγοντες επηρεάζουν την πρόθεση των ατόμων με ΣΔΤ2 για πληροφόρηση και ενδυνάμωση στην παρούσα μελέτη.

Η μειωμένη ενθάρρυνση των ατόμων με ΣΔΤ2 από τους επαγγελματίες υγείας επιβεβαιώνεται από την παγκόσμια έρευνα DAWN2 (Peyrot et al., 2013). Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην DAWN2 έκριναν ότι η υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας

για ενεργή συμμετοχή τους στο πλάνο φροντίδας είναι σπάνια. Η ενεργή συμμετοχή των ατόμων με ΣΔΤ2 στο θεραπευτικό πλάνο αποτελεί κεντρική ιδέα της ανθρωποκεντρικής αντιμετώπισης.

Αναφορικά με το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου PACIC η μέση τιμή του στην παρούσα έρευνα ήταν 3. Παρόμοιο συνολικό σκορ (3,3) προκύπτει και από μια άλλη ελληνική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ένα δημόσιο νοσοκομείο του Βόλου στην οποία συμμετείχαν άτομα με ΣΔΤ1 και ΣΔΤ2 (Malliarou et al., 2020). Επιπλέον, το μέσο σκορ του PACIC υπολογίστηκε 3,2 σε μελέτη στον Καναδά και στο ίδιο επίπεδο κυμαίνονται οι υποκλίμακες του PACIC, δηλαδή εύρος μέσων τιμών 3,1-3,7 (Glasgow, Whitesides, Nelson & King, 2005).

4.2. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΧΗΜΑ

Το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου DTSQ υποδεικνύει την ικανοποίηση των ατόμων με ΣΔΤ2 από το θεραπευτικό σχήμα. Στην έρευνα μας το μέσο σκορ του ερωτηματολογίου DTSQ βρέθηκε 24,9. Επομένως, πάνω από το 50% των ατόμων με ΣΔΤ2 ανέφεραν ότι είναι ικανοποιημένοι από το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθούν διότι το συνολικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου είναι 36. Ωστόσο, στη μελέτη PANORAMA το μέσο αποτέλεσμα ήταν 29,3 για τον ισπανικό πληθυσμό και 29,1 για τον ελληνικό πληθυσμό (Depablos-Velasco et al., 2014; Avramopoulos, Moulis & Nikas, 2015).

Προκύπτει λοιπόν η διαπίστωση ότι τα άτομα με ΣΔΤ2 στην Ελλάδα είναι λιγότερο ικανοποιημένα από το θεραπευτικό σχήμα σε σχέση με τις προγενέστερες έρευνες. Σημαντικό ρόλο πιθανώς να έπαιξε η πανδημία COVID-19, η οποία άσκησε σημαντική αρνητική επίδραση στην ψυχολογία όλων των ατόμων, ιδιαίτερα ατόμων με χρόνια νόσημα, και άρα μπορεί να επηρέασε αρνητικά την ικανοποίηση των ατόμων με ΣΔΤ2 από το θεραπευτικό σχήμα.

Σύμφωνα με δεδομένα προηγούμενων ερευνών (Kontodimopoulos, Arvanitaki, Aletras & Niakas, 2012; Saisho, 2018) το φύλο και η ηλικία δεν συσχετίζονται με την ικανοποίηση από το

θεραπευτικό σχήμα. Οι παράγοντες που βρέθηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία να περιορίζουν την ικανοποίηση ήταν ο πτωχός γλυκαιμικός έλεγχος, η εντατικοποίηση της αντιδιαβητικής αγωγής, η χρονική διάρκεια της νόσου (Avramopoulos, Moulis & Nikas, 2015; Depablos-Velasco et al., 2014; Kontodimopoulos, Arvanitaki, Aletras & Niakas, 2012).

Στην έρευνα μας παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με ΣΔΤ2 αισθάνονται μεγαλύτερη ικανοποίηση από το θεραπευτικό σχήμα εφόσον εκπαιδευτούν στην αυτοδιαχείριση του νοσήματος. Ο ισχυρισμός αυτός συνάδει με τις πρακτικές κλινικές οδηγίες της Διαβητολογικής εταιρείας του Καναδά που δημοσιεύτηκαν το 2018 (Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee et al., 2018). Σύμφωνα με τη Διαβητολογική Εταιρεία του Καναδά, τα άτομα μέσω των εκπαιδευτικών προγραμμάτων μαθαίνουν και εφαρμόζουν γνώσεις, δεξιότητες, στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και διαχείρισης καταστάσεων, με συνέπεια να έχουν μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα. Η τελευταία οδηγεί σε αυξημένη αυτοπεποίθηση και άρα μεγαλύτερη ικανοποίηση των ατόμων με ΣΔΤ2.

Επιπρόσθετα, η παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος για την αυτοδιαχείριση του νοσήματος θεωρείται ότι περιορίζει την έναρξη ή/και την εξέλιξη των διαβητικών επιπλοκών, βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΣΔΤ2 και συμβάλλει στην ενδυνάμωσή τους για υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών (π.χ. πιο υγιεινές διατροφικές επιλογές, συστηματική φυσική δραστηριότητα). Ακόμα, βελτιώνει την αυτοαποτελεσματικότητα των ατόμων, περιορίζει την εμφάνιση ψυχολογικής δυσφορίας που σχετίζεται με το διαβήτη (diabetes-related distress) και κατάθλιψη (Powers et al., 2016).

Από την άλλη πλευρά, στη συγκεκριμένη έρευνα η ικανοποίηση των ατόμων με ΣΔΤ2 από το θεραπευτικό σχήμα δεν βρέθηκε να επηρεάζεται από τον τύπο της αντιδιαβητικής αγωγής. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το χαμηλό ποσοστό συμμετεχόντων (12,1%) που

ακολουθούν εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας (βασική ινσουλίνη, γευματική ινσουλίνη) και το οποίο απαιτεί πολλαπλές ενέσεις ινσουλίνης κάθε μέρα. Ωστόσο, σύμφωνα με τα συμπεράσματα συστηματικής ανασκόπησης (Thorpe et al., 2013), η εντατικοποίηση της αντιδιαβητικής αγωγής όταν είναι πτωχός ο μεταβολικός έλεγχος συνδέεται με ευχάριστα συναισθήματα και ικανοποίηση των ατόμων με ΣΔΤ2.

Στο πλαίσιο της μελέτης PANORAMA (DePablos-Velasco et al., 2014), όμως, φάνηκε ότι η πολυπλοκότητα της θεραπευτικής αγωγής σχετίζεται με μειωμένη ικανοποίηση των ατόμων στην Ισπανία. Αυτή η διαφορά μεταξύ των 2 ερευνών μπορεί να αποδοθεί σε 2 παράγοντες: ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων και δομές υγείας στις οποίες απευθύνονται για τη φροντίδα του ΣΔΤ2. Στην έρευνα PANORAMA όλα τα άτομα που συμμετείχαν είναι άνω των 40 ετών και παρακολουθούνται από δημόσιες δομές υγείας. Αντίθετα, στην παρούσα έρευνα περίπου οι μισοί συμμετέχοντες είναι κάτω των 50 ετών και η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απευθύνεται σε ιδιώτες ιατρούς για τη φροντίδα του νοσήματος.

4.3. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ/ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ατόμων με ΣΔΤ2 από το θεραπευτικό σχήμα δεν αποτελεί το μοναδικό εύρημα του ερωτηματολογίου DTSQ. Επιτρέπεται η εκτίμηση της συχνότητας με την οποία τα άτομα με ΣΔΤ2 παθαίνουν υπεργλυκαιμίες/υπογλυκαιμίες με βάση τη βαθμολόγηση που θα συμπληρώσουν οι ίδιοι στις 2 σχετικές ερωτήσεις (ερώτηση 2, 3). Η βαθμολόγηση γίνεται με βάση μια κλίμακα τύπου Likert επτά διαβαθμίσεων (0=Σπάνια έως 6=Συνήθως). Στην παρούσα έρευνα, για να βρεθούν τα άτομα με ΣΔΤ2 που βιώνουν συχνά υπεργλυκαιμίες/υπογλυκαιμίες καθορίστηκε από την ερευνητική ομάδα ότι βαθμολόγησαν τις αντίστοιχες ερωτήσεις με 4, 5, ή 6. Ο καθορισμός αυτός βασίστηκε σε μια Ευρωπαϊκή έρευνα (Boels et al., 2017).

Από τους 192 συμμετέχοντες μόνο 28 άτομα (14,8%) ανέφεραν ότι είχαν τελευταία συχνά επεισόδια υπογλυκαιμίας, αλλά 77 άτομα (40,3%) ισχυρίστηκαν ότι παθαίνουν συχνά υπεργλυκαιμία. Το ποσοστό συχνών επεισοδίων υπεργλυκαιμίας είναι διπλάσιο σε σύγκριση με προηγούμενη ελληνική έρευνα (Ανταμοπουλος, Moulis & Νίκας, 2015), στην οποία συμμετείχαν άτομα με ΣΔΤ2 ηλικίας άνω των 40 ετών. Επομένως, είναι ανάγκη να δοθεί έμφαση στη διαχείριση της υπεργλυκαιμίας από τα άτομα με ΣΔΤ2.

4.4. ΤΥΠΟΣ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Στην έρευνα μας μελετήθηκε η σχέση 2 δημογραφικών στοιχείων (φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο) των ατόμων με ΣΔΤ2 με το είδος της αντιδιαβητικής αγωγής. Παρατηρήθηκε ότι ο τύπος της αντιδιαβητικής αγωγής είναι ανεξάρτητος από το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, καθώς η πλειοψηφία είναι απόφοιτοι τουλάχιστον δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Επιπλέον, η αναλογία ανδρών-γυναικών είναι περίπου 4:6.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τα ερευνητικά αποτελέσματα και τη συζήτηση που προηγήθηκε μπορούν να εξαχθούν τα εξής συμπεράσματα:

- Δεν υπάρχει ενθάρρυνση των ατόμων με ΣΔΤ2 από τους επαγγελματίες υγείας να συμμετέχουν ενεργά στο σχεδιασμό της φροντίδας τους.
- Οι ιδιώτες ιατροί στην Ελλάδα στους οποίους απευθύνεται το 68,6% των ατόμων με ΣΔΤ2 παρουσιάζουν μικρό ενδιαφέρον για την ανθρωποκεντρική φροντίδα.
- Πάνω από το 50% των ατόμων με ΣΔΤ2 δήλωσαν ικανοποιημένοι από το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθούν.
- Περίπου τα 3/4 των συμμετεχόντων δεν έχουν παρακολουθήσει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την αυτοδιαχείριση του νοσήματος.
- Η ικανοποίηση από το θεραπευτικό σχήμα αυξάνεται όταν τα άτομα με ΣΔΤ2 έχουν εκπαιδευτεί στην αυτοδιαχείριση του νοσήματος και δεν επηρεάζεται από το είδος της αντιδιαβητικής αγωγής.
- Σημαντικό ποσοστό (40,3%) των ατόμων με ΣΔΤ2 ανέφεραν ότι βιώνουν συχνά επεισόδια υπεργλυκαιμίας.
- Ο τύπος της αντιδιαβητικής αγωγής είναι ανεξάρτητος από το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Επομένως, είναι ανάγκη περισσότερα άτομα με ΣΔΤ2 να εκπαιδευτούν αναφορικά με την αυτοδιαχείριση ώστε να βελτιωθεί η συνεργασία τους με τους επαγγελματίες υγείας και να νιώθουν πιο ικανοποιημένοι με το θεραπευτικό σχήμα. Κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα άτομα με ΣΔΤ2 αποκτούν γνώσεις και δεξιότητες για τη διαχείριση του νοσήματος. Αυτό έχει ως συνέπεια να είναι περισσότερο ικανά να περιγράψουν με μεγαλύτερη

ακρίβεια την (σωματική, ψυχολογική) κατάστασή τους στους επαγγελματίες υγείας. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας θα έχουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για το άτομο με ΣΔΤ2 και θα μπορούν να προτείνουν το ανάλογο θεραπευτικό σχήμα σύμφωνα με τις ανάγκες του ατόμου με το νόσημα. Με αυτόν τον τρόπο είναι πιθανό να βελτιωθεί η συμμόρφωση και η αυτοαποτελεσματικότητα των ατόμων με ΣΔΤ2. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται ελάττωση των επιπλοκών και βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Παράλληλα, τα εκπαιδευμένα άτομα με ΣΔΤ2 θα μπορούσαν να αποτελέσουν μοχλούς πίεσης προς τους επαγγελματίες υγείας ώστε να βελτιωθεί η συνεργασία των δύο πλευρών. Ειδικότερα, τα άτομα που νοσούν θα έχουν τις δεξιότητες και την ανάλογη εκπαίδευση ώστε να εμπλέκονται ενεργά στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα τους και μ' αυτόν τον τρόπο είναι πιθανό να διεκδικούν οι ίδιοι την ενεργή συμμετοχή τους στο σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου.

Ωστόσο, η ενεργή συμμετοχή των ατόμων με ΣΔΤ2 στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα τους προϋποθέτει ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας για αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο πλευρών. Μέσω του διαλόγου και της ενεργητικής ακρόασης οι επαγγελματίες υγείας θα είναι σε θέση να κατανοήσουν τα άτομα που νοσούν και να συστήσουν την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή εξατομικευμένα με αποτέλεσμα τη συμμόρφωση των ατόμων με ΣΔΤ2 στο θεραπευτικό σχήμα και ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας. Για να υπάρξει αυτό το κλίμα αρμονικής συνεργασίας μεταξύ των δύο πλευρών, χρειάζεται οι επαγγελματίες υγείας να εκπαιδευτούν στις δεξιότητες επικοινωνίας καθώς και στις αρχές της ανθρωποκεντρικής φροντίδας.

6. ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το συγκεκριμένο ερευνητικό πρόγραμμα είναι ένα από τα ελάχιστα στην Ελλάδα που διερευνά τις απόψεις των ατόμων με ΣΔΤ2 σε σχέση με τις πολλές και διαφορετικές πλευρές της ανθρωποκεντρικής αντιμετώπισης και αποτυπώνει ταυτόχρονα το βαθμό ικανοποίησης αυτών των ατόμων από το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθούν. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκαν μόνο 2 ελληνικές έρευνες αναφορικά με τις απόψεις των ατόμων για την ανθρωποκεντρική φροντίδα στις οποίες συμμετείχαν αποκλειστικά νοσηλεύόμενα άτομα (Malliarou et al., 2020; Tsimtsiou, Kirana & Hatzichristou, 2014). Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από νοσηλεύόμενα άτομα από 13 κλινικές με διάφορες παθήσεις και όχι μόνο με ΣΔΤ2, όπως στην παρούσα μελέτη.

Όσον αφορά την εκτίμηση της ικανοποίησης των ατόμων με ΣΔΤ2 από το θεραπευτικό σχήμα έχει διεξαχθεί μία αντίστοιχη ελληνική έρευνα (Avramopoulos, Moulis & Nikas, 2015). Όμως, οι συμμετέχοντες της έρευνας έπρεπε να πληρούν ορισμένα κριτήρια ένταξης τα οποία περιόρισαν τον ελληνικό πληθυσμό αναφοράς. Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν η ηλικία ≥ 40 ετών, η διάγνωση της νόσου να έχει τεθεί τουλάχιστον 1 έτος πριν τη διεξαγωγή της έρευνας και να υπάρχουν διαθέσιμα καταγεγραμμένα ιατρικά δεδομένα του συμμετέχοντα τουλάχιστον 1 έτος στη συγκεκριμένη πρωτοβάθμια δομή υγείας από την οποία συμμετείχε στην έρευνα. Ένα ακόμη πλεονέκτημα της έρευνας αποτελεί η χρήση 2 έγκυρων εργαλείων μέτρησης με υψηλό δείκτη αξιοπιστίας, τα οποία είναι σταθμισμένα για τον ελληνικό πληθυσμό με ΣΔ. Το γεγονός αυτό συμβάλλει στη γενικευσιμότητα των συμπερασμάτων του ερευνητικού έργου.

Από την άλλη πλευρά, η παρούσα έρευνα υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς που θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν για τη σωστή αξιολόγηση των ευρημάτων της. Η μη αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ίσως να αποτελεί τον σημαντικότερο από αυτούς και οφείλεται στη στρατηγική της δειγματοληψίας. Με τη δειγματοληψία ευκολίας είναι αδύνατο το δείγμα της μελέτης να είναι αντιπροσωπευτικό δείγμα των ατόμων με ΣΔΤ2 στον ελληνικό χώρο, διότι επιλέχθηκε με βάση συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

Ένας ακόμα περιορισμός της έρευνας που διεξήχθη απορρέει από την ηλεκτρονική μορφή του ερωτηματολογίου. Λόγω αυτού του γεγονότος αποκλείστηκε ένα μέρος του πληθυσμού, το οποίο δεν έχει πρόσβαση σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές ή γνώσεις χειρισμού τους, όπως είναι τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, οι ηλικιωμένοι. Όμως, το ποσοστό αυτών των ανθρώπων δεν μπορεί να θεωρηθεί μεγάλο σύμφωνα με έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (2019).

Ειδικότερα, στην ελληνική επικράτεια περισσότερα από 7 στα 10 άτομα (75,7%) ηλικίας 16 –74 ετών έκαναν χρήση διαδικτύου κατά το Α' τρίμηνο του 2019. Επιπλέον, 8 στα 10 άτομα (83,4%) από όσα χρησιμοποίησαν το διαδίκτυο το Α' τρίμηνο του 2019, συνδέθηκαν στο διαδίκτυο εν κινήσει (εκτός κατοικίας και χώρου εργασίας). Η εν κινήσει σύνδεση στο διαδίκτυο μπορεί να γίνει με χρήση έξυπνου κινητού τηλεφώνου, φορητού υπολογιστή (laptop, tablet) ή άλλης φορητής συσκευής.

Επιπρόσθετα, σημαντικό περιορισμό αποτελεί η πανδημία COVID-19 και τα περιοριστικά μέτρα που επιβλήθηκαν για την αντιμετώπισή της. Πιο συγκεκριμένα, μεταβλήθηκαν οι μέθοδοι στρατολόγησης του δείγματος, διότι ήταν ανέφικτη η δια ζώσης διανομή των ερωτηματολογίων στα εξωτερικά διαβητολογικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων. Επιπρόσθετα, τα άτομα με ΣΔΤ2 ελάττωσαν τις επισκέψεις τους σε επαγγελματίες υγείας εξαιτίας του φόβου ενδεχόμενης λοίμωξής τους από τον SARS-CoV-2 και τη δυσκολία προγραμματισμού ραντεβού, ειδικά στο

δημόσιο τομέα. Το γεγονός αυτό άσκησε επιρροή στο βαθμό ικανοποίησης των συμμετεχόντων και στη συχνότητα που έλαβαν φροντίδα από επαγγελματίες υγείας.

Προβλήματα προκύπτουν ωστόσο και από την χρήση του συγχρονικού σχεδίου για τη διεξαγωγή του συγκεκριμένου ερευνητικού έργου. Η εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων από έρευνα που βασίζεται σε συγχρονικό σχέδιο είναι επισφαλής και συχνά εσφαλμένη, διότι δεν μπορεί να καθοριστεί με ακρίβεια η χρονική αλληλουχία μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών. Επομένως, λόγω της φύσης της συγχρονικής έρευνας δεν επιτρέπεται η πλήρης κατανόηση των συσχετίσεων μεταξύ των μελετώμενων μεταβλητών.

7. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ

Τα αποτελέσματα της έρευνας καθιστούν επιτακτική την ανάγκη εκπαίδευσης των ενήλικων ατόμων με ΣΔΤ2 στην αυτοδιαχείριση του νοσήματος. Ο σχεδιασμός των εκπαιδευτικών προγραμμάτων συστήνεται να δίνει ιδιαίτερη σημασία στα άτομα με ΣΔΤ2 που έχουν μία ή παραπάνω συννοσηρότητες και στη διαχείριση της υπεργλυκαιμίας. Επιπλέον, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ανάγκη εκπαίδευσης έχουν και οι επαγγελματίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, συστήνεται να εκπαιδευτούν θεωρητικά και πρακτικά στην υποστήριξη ατόμων σχετικά με τη λήψη αποφάσεων, τη στοχοθεσία και την επίλυση προβλημάτων ώστε να την εφαρμόζουν στην καθημερινή πρακτική. Αυτό θα έχει ως συνέπεια τη βελτιωμένη συνεργασία ατόμων με ΣΔΤ2 και επαγγελματιών υγείας.

Επιπρόσθετα, θα είχε ενδιαφέρον να πραγματοποιηθεί στο μέλλον μια πιο ολοκληρωμένη έρευνα στον ελληνικό χώρο, στην οποία θα συμμετέχει αντιπροσωπευτικό δείγμα των ενήλικων ατόμων με ΣΔΤ2, ώστε να αποτυπωθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι απόψεις του πληθυσμού μελέτης αναφορικά με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Ακόμη, για να είναι πιο αντικειμενικά τα ευρήματα, θα μπορούσαν να διερευνηθούν και οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας που είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα ατόμων με ΣΔΤ2.

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία. (2020). *Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του ατόμου με Σακχαρώδη Διαβήτη*. <https://www.ede.gr/κατευθυντήριες-οδηγίες-της-εδε-για-τη/>
- Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας. (2016). *Πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ: Συμπεράσματα-Παρατηρήσεις και προτάσεις μέτρων πολιτικής*. www.hhf-greece.gr/images/hydria-results-web
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2018). *Six domains of health care quality*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>
- Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring patient experience: Concepts and methods. *The patient, 7*(3), 235-241. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0060-5>
- American Diabetes Association. (2013). Economic costs of diabetes in the U.S. in 2012. *Diabetes Care, 36*(4), 1033-1046. <https://doi.org/10.2337/dc12-2625>
- American Diabetes Association. (2020). *Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2020*. https://care.diabetesjournals.org/content/43/Supplement_1/S14.full-text.pdf
- American Geriatrics Society Expert Panel on person-centered care. (2016). Person-centered care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society, 64*(1), 15–18. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>
- Anderson, R., & Funnell, M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling, 79*(3), 277-282. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>
- Aragones, A., Schaefer, E., Stevens, D., Gourevitch, M., Glasgow, R., & Shah, N. (2008). Validation of the spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Preventing chronic disease, 5*(4), A113.

- Avramopoulos, I., Moulis, A., & Nikas, N. (2015). Glycaemic control, treatment satisfaction and quality of life in type 2 diabetes patients in Greece: The PANORAMA study Greek results. *World Journal of Diabetes, 6*(1), 208-216. <https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i1.208>
- Aung, E., Ostini, R., Dower, J., Donald, M., Coll, J., Williams, G., & Doi, S. (2016). Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in type 2 diabetes: A longitudinal study. *Evaluation & the health professions, 39*(2), 185–203. <https://doi.org/10.1177/0163278714556674>
- Baccaro, F., Poisson, P., Arduin, J., & Hilliar, V. (2016). Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ) of in non-ambulatory type 2 diabetic patients. *Boletin de la Asociacion Medica de Puerto Rico, 108*(1), 57–62.
- Baek, R., Tanenbaum, M., & Gonzalez, J. (2015). Diabetes burden and diabetes distress: The buffering effect of social support. *Annals of Behavioral Medicine, 48*(2), 145-155. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9585-4>
- Balbale, S., Etingen, B., Malhiot, A., Miskevics, S., & LaVela, S. (2016). Perceptions of chronic illness care among veterans with multiple chronic conditions. *Military medicine, 181*(5), 439–444. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00207>
- Beauchamp, M., Crawforda, K., & Jackson, B. (2019). Social cognitive theory and physical activity: Mechanisms of behavior change, critique, and legacy. *Psychology of sport and exercise, 42*, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.11.009>.
- Beck, R., Bergenstal, R., Cheng, P., Kollman, C., Carlson, A., Johnson, M., & Rodbard, D. (2019). The relationships between time in range, hyperglycemia metrics, and HbA1c. *Journal of diabetes science and technology, 13*(4), 614–626. <https://doi.org/10.1177/1932296818822496>

- Berlin, L., Norris, K., Kolodinsky, J., & Nelson, A. (2013). The role of social cognitive theory in farm-to-school-related activities: Implications for child nutrition. *Journal of school health*, 83(8), 589-595. <https://doi.org/10.1111/josh.12069>
- Birkenfeld, A., & Shulman, G. (2015). Non alcoholic fatty liver disease, hepatic insulin resistance and type 2 diabetes. *Hepatology*, 59(2), 713-723. <https://doi.org/10.1002/hep.26672>
- Boels, A., Vos, R., Hermans, T., Zuithoff, N., Müller, N., Khunti, K., ... GUIDANCE study group. (2017). What determines treatment satisfaction of patients with type 2 diabetes on insulin therapy? An observational study in eight European countries. *BMJ Open*, 7(7), e016180. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016180>
- Bradley, C., Eschwège, E., DePablos-Velasco, P., Parhofer, K., Simon, D., Vandenberghe, H., & Gönder-Frederick, L. (2018). Predictors of quality of life and other patient-reported outcomes in the PANORAMA multinational study of people with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 41(2), 267–276. <https://doi.org/10.2337/dc16-2655>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *What is Diabetes?*. <https://www.cdc.gov/diabetes/basics/diabetes.html>
- Chmelova, H., Cohrs, C., Chouinard, J., Petzold, C., Kuhn, M., Chen, C., ... Speier, S. (2015). Distinct roles of β -cell mass and function during type 1 diabetes onset and remission. *Diabetes*, 64(6), 2148-2160. <https://doi.org/10.2337/db14-1055>
- Davies, M., D'Alessio, D., Fradkin, J., Kernan, W., Mathieu, C., Mingrone, G., ... Buse, J. (2018). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes care*, 41(12), 2669–2701. <https://doi.org/10.2337/dci18-0033>

- DePablos-Velasco, P., Salguero-Chaves, E., Mata-Poyo, J., Derivas-Otero, B., García-Sánchez, R., & Viguera-Ester, P. (2014). Quality of life and satisfaction with treatment in subjects with type 2 diabetes: results in Spain of the PANORAMA study. *Endocrinología y nutrición: organo de la Sociedad Espanola de Endocrinología y Nutricion*, 61(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2013.05.005>
- Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Sherifali, D., Berard, L. D., Gucciardi, E., MacDonald, B., & MacNeill, G. (2018). Self-Management Education and Support. *Canadian journal of diabetes*, 42 Suppl 1, S36–S41. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.006>
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3, e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Ferrannini, E., Mari, A., Nofrate, V., Sosenko, J., Skyler, J., & DPT-1 Study Group (2010). Progression to diabetes in relatives of type 1 diabetic patients: mechanisms and mode of onset. *Diabetes*, 59(3), 679–685. <https://doi.org/10.2337/db09-1378>
- Forestier, B., Anthoine, E., Reguiat, Z., Fohrer, C., & Blanchin, M. (2019). A systematic review of dimensions evaluating patient experience in chronic illness. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1084-2>
- Franch-Nadal, J., Barba, E., Gómez-García C., Buil-Cosiales, P., Millaruelo, J., & Peña, M. (2015). Patient-reported outcomes in type 2 diabetes mellitus: Patients' and primary care physicians' perspectives in the Spanish health care system. *Patient Preference and Adherence*, 8(9), 1413-1422. <https://doi.org/10.2147/PPA.S87005>

- Frei, A., Senn, O., Huber, F., Vecellio, M., Steurer, J., Woitzek, K., Rosemann, T., & Steurer-Stey, C. (2014). Congruency of diabetes care with the Chronic Care Model in different Swiss health care organizations from the patients' perspective: A cross sectional study. *Swiss medical weekly*, 144, w13992. <https://doi.org/10.4414/smw.2014.13992>
- Glasgow, R., Wagner, E., Schaefer, J., Mahoney, L., Reid, R., & Greene, S. (2005). Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Medical care*, 43(5), 436–444. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000160375.47920.8c>
- Glasgow, R. E., Whitesides, H., Nelson, C. C., & King, D. K. (2005). Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes care*, 28(11), 2655–2661. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.11.2655>
- Golden, S., & Earp, J. (2012). Social ecological approaches to individuals and their contexts: Twenty years of health education & behavior health promotion interventions. *Health education & behavior: the official publication of the society for public health education*, 39(3), 364–372. <https://doi.org/10.1177/1090198111418634>
- Gonzalez, J., Shreck, E., Psaros, C., & Safren, S. (2015). Distress and diabetes treatment adherence: A mediating role for perceived control. *Health Psychology*, 34(5), 505-513. <https://doi.org/10.1037/hea0000131>
- Gonzalez, J., Tanenbaum, M., & Commissariat, P. (2016). Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. *The American psychologist*, 71(7), 539-551. <https://doi.org/10.1037/a0040388>
- Guénard, F., Deshaies, Y., Cianflone, K., Kral, J., Marceau, P., & Vohl, M. (2013). Differential methylation in glucoregulatory genes of offspring born before vs. after maternal

- gastrointestinal bypass surgery. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(28), 11439-11444. <https://doi.org/10.1073/pnas.1216959110>
- Hakansson Eklund, J., Holmström, I., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J. ... Summer Meranius, M. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient education and counseling*, 102(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>
- Harris, S. B., Cheng, A., Davies, M. J., Gerstein, H. C., Green, J. B., & Skolnik, N. (2020). Person-Centered, Outcomes-Driven Treatment: A New Paradigm for Type 2 Diabetes in Primary Care. American Diabetes Association
- Hellenic Statistical Authority. (2019). Survey on use of information and communication technologies by households and individuals. <https://www.statistics.gr/documents/20181/adbe1a27-e2d2-5529-2f50-6872239bbff7>
- Holt, R. I., Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Escalante, M., Forbes, A., Hermanns, N., ... Peyrot, M., & DAWN2 Study Group (2013). Diabetes attitudes, wishes and needs second study (DAWN2™): Cross-national comparisons on barriers and resources for optimal care-healthcare professional perspective. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 30(7), 789–798. <https://doi.org/10.1111/dme.12242>
- International Alliance of Patients' Organizations. (2012). *Patient-Centred Healthcare Indicator Review*. iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Indicators%20Review.pdf
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF diabetes atlas*. <http://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>

- International Diabetes Federation. (2020). *IDF Europe members: Greece*. <https://idf.org/our-network/regions-members/europe/members/137-greece.html>
- Institute for Clinical Systems Improvement. (n.d.). *Five A's model of patient-centered care and self-management support*. <https://www.icsi.org/guideline/healthy-lifestyles/five-as-model-of-patient-centered-care-and-self-management-support/#>
- Inzucchi, S., Bergenstal, R., Buse, J., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, ... American Diabetes Association (ADA), & European Association for the Study of Diabetes (EASD) (2012). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes care*, 35(6), 1364–1379.
<https://doi.org/10.2337/dc12-0413>
- Joseph, R., Ainsworth, B., Mathis, L., Hooker, S., & Keller, C. (2017). Utility of social cognitive theory in intervention design for promoting physical activity among African-American women: A qualitative study. *American journal of health behavior*, 41(5), 518-533.
<https://doi.org/10.5993/AJHB.41.5.1>
- Kadirvelu, A., Sadasivan, S., & Ng, S. H. (2012). Social support in type II diabetes care: a case of too little, too late. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 5, 407–417. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S37183>
- Kadu, M., & Stolee, P. (2015). Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: A systematic review. *BMC family practice*, 16, 12.
<https://doi.org/10.1186/s12875-014-0219-0>

- Kahn, S., Cooper, M., & Del Prato, S. (2014). Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: Perspectives on the past, present and future. *Lancet*, 383(9922), 1068-1083.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62154-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62154-6)
- Kahn, S., Lachin, J., Zinman, B., Haffner, S., Aftring, P., Paul, G. ... ADOPT Study Group. (2011). Effects of rosiglitazone, glyburide and metformin on β -cell function and insulin sensitivity in ADOPT. *Diabetes*, 60(5), 1552-1560. <https://doi.org/10.2337/db10-1392>
- Kontodimopoulos, N., Arvanitaki, E., Aletras, V., & Niakas, D. (2012). Psychometric properties of the Greek Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(17), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-17>
- Larson, E., Sharma, J., Bohren, M., & Tunçalp, O. (2019). When the patient is the expert: Measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 563-569. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.225201>
- Lawton, J., Rankin, D., Elliott, J., & United Kingdom National Institute for Health Research Dose Adjustment for Normal Eating Study Group (2013). Is consulting patients about their health service preferences a useful exercise?. *Qualitative health research*, 23(7), 876–886.
<https://doi.org/10.1177/1049732313485161>
- MacColl Center for Health Care Innovation. (n.d.). *Pacic survey*.
http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=PACIC_Survey&s=36
- Malliarou, M., Bakola, E., Nikolentzos, A., & Sarafis, P. (2020). Reliability and validity of the Greek translation of the patient assessment of chronic illness care+ survey. *BMC Family Practice*, 21(1), 122. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01192-z>

- Malliarou, M., Desikou, C., Lahana, E., Kotrotsiou, S., Paralikas, T., Nikolentzos, A., ... Sarafis, P. (2020). Diabetic patient assessment of chronic illness care using PACIC+. *BMC health services research*, 20(1), 543. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05400-5>
- Marrero, D., Ard, J., Delamater, A., Peragallo-Dittko, V., Mayer-Davis, E., Nwankwo, R., & Fisher, E. (2013). Twenty-first century behavioral medicine: A context for empowering clinicians and patients with diabetes. *Diabetes care*, 36(2), 463-470. <https://doi.org/10.2337/dc12-2305>
- Martin, C., Rivera, D., Riley, W., Hekler, E., Buman, M., Adams, M., & King, A. (2014, June 4-6). *A dynamical systems model of social cognitive theory*. 2014 American Control Conference, Portland, Oregon, USA. <https://doi.org/10.1109/ACC.2014.6859463>
- Massey, C., Feig, E., Duque-Serrano, L., & Huffman, J. (2017). Psychological Well-Being and Type 2 Diabetes. *Current research in diabetes & obesity journal*, 4(4), 555-641. <https://doi.org/10.19080/crdoj.2017.04.555641>
- Ministry of Health New Zealand. (2015). *Living well with diabetes: A plan for people at high risk of or living with diabetes 2015–2020*. <https://www.health.govt.nz/publication/living-well-diabetes>
- Morris, A., Voight, B., Teslovich, T., Ferreira, T., Segre, A., Steinthorsdottir, V., ... McCarthy, M. (2012). Large-scale association analysis provides insights into the genetic architecture and pathophysiology of type 2 diabetes. *Nature Genetics*, 44(9), 981-990. <https://doi.org/10.1038/ng.2383>
- Nicolucci, A., Burns, K., Holt, R., Comaschi, M., Hermanns, N., Ishii, H., ... Peyrot, M. (2013). Educational and psychological issues diabetes attitudes, wishes and needs second study (DAWN2TM): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for

people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30(7), 767-777.

<https://doi.org/10.1111/dme.12245>

Njeru, J., Patten, C., Hanza, M., Brockman, T., Ridgeway, J., Weis, J., ... Wieland, M. (2015).

Stories for change: Development of a diabetes digital storytelling intervention for refugees and immigrants to Minnesota using qualitative methods. *BMC Public Health*, 15, 1311-1321. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2628-y>

Odnoletkova, I., Ramaekers, D., Nobels, F., Goderis, G., Aertgeerts, B., & Annemans, L. (2016).

Delivering diabetes education through nurse-led telecoaching. Cost-effectiveness analysis. *PLoS One*, 11(10), e0163997. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163997>

Peddinti, G., Bergman, M., Tuomi, T., & Groop, L. (2019). 1-hour post-OGTT glucose improves

the early prediction of type 2 diabetes by clinical and metabolic markers. *The journal of clinical endocrinology & metabolism*, 104(4), 1131–1140, <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01828>

Peyrot, M., Burns, K., Davies, M., Forbes, A., Hermanns, N., Holt, R., ... Skovlund, S. (2013).

Diabetes attitudes wishes and needs 2 (DAWN2): A multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. *Diabetes research and clinical practice*, 99(2), 174–184. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2012.11.016>

Powers, M., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M., Fischl, A., ... Vivian, E. (2016).

Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: A joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Clinical Diabetes: a publication of the American Diabetes Association*, 34(2), 70-80. <https://doi.org/10.2337/diaclin.34.2.70>

- Registered Nurses' Association of Ontario. (2010). *Strategies to support self-management in chronic conditions: Collaboration with clients*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/strategies-support-selfmanagement-chronic-conditions-collaboration-clients>
- Richard, L., Gauvin, L., & Raine, K. (2011). Ecological models revisited: Their uses and evolution in health promotion over two decades. *Annual review of public health, 32*, 307-326. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101141>
- Rutten, G., & Alzaid, A. (2018). Person-centred type 2 diabetes care: time for a paradigm shift. *The lancet. Diabetes & endocrinology, 6*(4), 264–266. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30193-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30193-6)
- Rutten, G., Vugt, H., & Koning, E. (2020). Person-centered diabetes care and patient activation in people with type 2 diabetes. *BMJ Open Diabetes Research & Care, 8*, e001926. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001926>
- Saisho, Y. (2018). Use of diabetes treatment satisfaction questionnaire in diabetes care: Importance of patient-reported outcomes. *International journal of environmental research and public health, 15*(5), 947-953. <https://doi.org/10.3390/ijerph15050947>
- Sattar, N., & Gill, J. (2014). Type 2 diabetes as a disease of ectopic fat? *BMC Medicine, 12*(123), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0123-4>
- Scholl, I., Zill, J., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PloS one, 9*(9), e107828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- Schwenke, M., Welzel, F., Luck-Sikorski, C., Pabst, A., Kersting, A., Blüher, M., ... Stein, J. (2019). Psychometric properties of the Patient Assessment of Chronic Illness Care measure

(PACIC-5A) among patients with obesity. *BMC health services research*, 19(1), 61.

<https://doi.org/10.1186/s12913-019-3871-1>

Singh, H., Chakrawarti, A., Singh, H., Guruprasad, P., & Gupta, Y. (2018). Evaluation of treatment satisfaction, efficacy and safety of dipeptidyl peptidase-4 inhibitors in geriatric patients with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional comparative study. *Journal of family medicine and primary care*, 7(1), 70–76. https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_89_17

Skyler, J., Bakris, G., Bonifacio, E., Darsow, T., Eckel, R., Groop, L., ... Ratner, R. (2017). Differentiation of diabetes by pathophysiology, natural history, and prognosis. *Diabetes*, 66(2), 241-255. <https://doi.org/10.2337/db16-0806>

Slingerland, A., Herman, W., Redekop, W., Dijkstra, R., Jukema, W., & Niessen, L. (2013). Stratified patient-centered care in type 2 diabetes: A cluster-randomized, controlled clinical trial of effectiveness and cost-effectiveness. *Diabetes Care*, 36(10), 3054-3061. <https://doi.org/10.2337/dc12-1865>

Stellefson, M., Dipnarine, K., & Stopka, C. (2013). The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: A systematic review. *Preventing chronic disease*, 10, E26. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120180>

Taggart, J., Chan, B., Jayasinghe, U., Christl, B., Proudfoot, J., Crookes, P., ... Harris, M. (2011). Patients Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in two Australian studies: Structure and utility. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17(2), 215–221. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01423.x>

Thayer, K., Heindel, J., Bucher, J., & Gallo, M. (2012). Role of environmental chemicals in diabetes and obesity: A national toxicology program workshop review. *Environmental health perspectives*, 120(6), 779-789. <https://doi.org/10.1289/ehp.1104597>

- The Health Foundation. (2014). *Helping measure person-centred care: A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care*.
<https://www.health.org.uk/publications/helping-measure-person-centred-care>
- Thomas 3rd, J., Iyer, N., & Collins, W. (2014). Associations between perceived chronic care quality, perceived patient centeredness, and illness representations among persons with diabetes. *Journal of Healthcare Quality*, 36(5), 50-59. <https://doi.org/10.1111/jhq.12077>
- Thorpe, C. T., Fahey, L. E., Johnson, H., Deshpande, M., Thorpe, J. M., & Fisher, E. B. (2013). Facilitating healthy coping in patients with diabetes: a systematic review. *The Diabetes Educator*, 39(1), 33-52. <https://doi.org/10.1177/0145721712464400>
- Tsimtsiou, Z., Kirana, P. S., & Hatzichristou, D. (2014). Determinants of patients' attitudes toward patient-centered care: a cross-sectional study in Greece. *Patient education and counseling*, 97(3), 391–395. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.08.007>
- Tzelepis, F., Sanson-Fisher, R., Zucca, A., & Fradgley, E. (2015). Measuring the quality of patient-centered care: Why patient-reported measures are critical to reliable assessment. *Patient preference and adherence*, 9, 831–835. <https://doi.org/10.2147/PPA.S81975>
- Vigersky, R. (2011). An overview of management issues in adult patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of diabetes science and technology*, 5(2), 245-250. <https://doi.org/10.1177/193229681100500207>
- Vugt, H., Koning, E., & Rutten, G. (2019). Association between person and disease related factors and the planned diabetes care in people who receive person-centered type 2 diabetes care: An implementation study. *PloS one*, 14(7), 1-13.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219702>

- Wallace, A., Carlson, J., Malone, R., Joyner, J., & Dewalt, D. (2010). The influence of literacy on patient-reported experiences of diabetes self-management support. *Nursing research*, 59(5), 356–363. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181ef3025>
- Williams, J., Walker, R., Smalls, B., Hill, R. & Egede, L. (2016). Patient-centered care, glycemic control, diabetes self-care, and quality of life in adults with type 2 diabetes. *Diabetes technology & therapeutics*, 18(10), 644-649. <https://doi.org/10.1089/dia.2016.0079>
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
- World Health Organization. (2016a). *Diabetes country profiles 2016-Greece*. <https://www.who.int/diabetes/country-profiles/en/#G>
- World Health Organization. (2016b). Global report on diabetes. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204871>
- World Health Organization. (2019). *Classification of diabetes mellitus*. <https://www.who.int/publications/i/item/classification-of-diabetes-mellitus>
- World Health Organization. (2020). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/diabetes>
- Young-Hyman, D., Groot, M., Hill-Briggs, F., Gonzalez, J., Hood, K., & Peyrot, M. (2016). Psychosocial care for people with diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 39(12), 2126–2140. <https://doi.org/10.2337/dc16-2053>
- Yudkin, J., Richter, B., & Gale, E. (2010). Intensified glucose lowering in type 2 diabetes: Time for a reappraisal. *Diabetologia*, 53(10), 2079-2085. <https://doi.org/10.1007/s00125-010-1864-z>

Zaccardi, F., Webb, D., Yates, T. & Davies, M. (2015). Pathophysiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus: a 90-year perspective. *Postgraduate medical journal*, 92(1084), 63-69.
<https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133281>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΕΥΝΑΣ

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελεί εργαλείο για έρευνα, η οποία διεξάγεται στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών "Προαγωγή και Αγωγή Υγείας" του τμήματος Ιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το τμήμα Ψυχολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και το τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Ο σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων ενήλικων ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 όσον αφορά την ανθρωποκεντρική φροντίδα. Ο βασικός στόχος της παρούσας έρευνας είναι να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες που θα συμβάλλουν στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο το απόρρητο των προσωπικών σας στοιχείων. Τα αποτελέσματα των δεδομένων που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν για το σκοπό της παρούσας μελέτης, θα ανακοινωθούν σε επιστημονικά συνέδρια και θα δημοσιευτούν σε επιστημονικά περιοδικά.

Παρακαλείστε να απαντήσετε με προσοχή και ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις, ώστε να αποτυπωθούν πληρέστερα οι απόψεις των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 αναφορικά με την ανθρωποκεντρική φροντίδα.

Αν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια Ποδηματά Φωτεινή-Θεοφανώ, τελειόφοιτη μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών "Προαγωγή και Αγωγή Υγείας" στο

τηλέφωνο 6986829651 και στην ηλεκτρονική διεύθυνση fothpodimata@med.uoa.gr.
Εναλλακτικά μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών "Προαγωγή
και Αγωγή Υγείας" στο τηλέφωνο 210 7222723 και στην ηλεκτρονική διεύθυνση
chsr@med.uoa.gr.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο και την συνεργασία σας.

Επιθυμώ να συμμετέχω στην έρευνα.

- Ναι
- Όχι

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο
 - Άνδρας
 - Γυναίκα
2. Ηλικία (σε έτη)
 - 18-29
 - 30-49
 - 50-65
 - >65
3. Ύψος (συμπληρώστε σε m)
4. Βάρος (συμπληρώστε σε kg)
5. Εκπαιδευτικό επίπεδο
 - Δημοτικό
 - Γυμνάσιο
 - Λύκειο
 - Διετής σχολή
 - Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ
 - Μεταπτυχιακό
 - Διδακτορικό
6. Ποια είναι η τωρινή εργασιακή σας κατάσταση;
 - Εργασία πλήρους απασχόλησης
 - Εργασία μερικής απασχόλησης
 - Άνεργος

- Μαθητής/Φοιτητής
- Συνταξιούχος
- Άλλη

7. Με ποιον/ποιους κατοικείτε μαζί;

- Με το/τη σύντροφο μου
- Με το παιδί/τα παιδιά μου
- Με τους γονείς μου
- Με άλλους ενήλικες
- Μόνος/Μόνη μου

8. Ποιος είναι ο τόπος διαμονής σας;

- Χωριό/Κωμόπολη
- Πόλη

9. Χρονικό διάστημα που πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη

- Από 1 έως 5 έτη
- Από 5 έως 10 έτη
- Άνω 10 ετών

10. Εκτός από σακχαρώδη διαβήτη έχετε κάποιο άλλο χρόνια πρόβλημα υγείας;

- Ναι
- Όχι

11. Αν ναι ποιο;

- Υπέρταση
- Υπερχοληστεριναιμία
- Στεφανιαία νόσος

- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Χρόνια νεφρική νόσος
- Αμφιβληστροειδοπάθεια
- Περιφερική αρτηριοπάθεια
- Νευροπάθεια
- Άλλο Συμπληρώστε:

12. Με ποιον τρόπο θεραπείας αντιμετωπίζετε το σακχαρώδη διαβήτη;

- Αντιδιαβητικά δισκία
- Αντιδιαβητική ενέσιμη αγωγή
- Ινσουλίνη+αντιδιαβητικά δισκία
- Ινσουλίνη+αντιδιαβητική ενέσιμη αγωγή
- Εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλinoθεραπείας (βασική ινσουλίνη, γευματική ινσουλίνη)

13. Σε ποιον επαγγελματία υγείας απευθύνεστε για τη φροντίδα του σακχαρώδη διαβήτη;

- Ιατρός ασφαλιστικού ταμείου (π.χ ΙΚΑ)
- Ιδιώτης ιατρός (παθολόγος ή γενικός ιατρός)
- Ιδιώτης διαβητολόγος
- Διαβητολόγος σε δημόσιο νοσοκομείο
- Νοσηλεύτης σε διαβητολογικό ιατρείο
- Επισκέπτης υγείας σε διαβητολογικό ιατρείο
- Άλλος Συμπληρώστε:

14. Από ποιον λαμβάνετε κοινωνική υποστήριξη για τη φροντίδα του σακχαρώδη διαβήτη σας;

- Από την οικογένεια
- Από φίλους
- Από συναδέλφους
- Από άλλα άτομα μέσα στην κοινότητα
- Από κανέναν

15. Έχετε παρακολουθήσει ποτέ εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την αυτοδιαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη;

- Ναι
- Όχι

ΜΕΡΟΣ Α΄

Θυμηθείτε την ιατροφαρμακευτική φροντίδα που λάβατε τους τελευταίους 6 μήνες για το διαβήτη σας. Αν έχουν περάσει πάνω από 6 μήνες από το τελευταίο ραντεβού με το/τη γιατρό ή νοσηλεύτη/τρια σας ή επισκέπτη/τρια υγείας θυμηθείτε το τελευταίο ραντεβού σας.

Τους τελευταίους 6 μήνες όταν έλαβα ιατρική φροντίδα για το διαβήτη:

1. Συμμετείχα εκφράζοντας τη γνώμη μου στη δημιουργία ενός πλάνου για την αντιμετώπιση του διαβήτη μου.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

2. Μου δόθηκαν θεραπευτικές επιλογές ώστε να τις σκεφτώ.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

3. Ρωτήθηκα αν αντιμετωπίζω κάποιο πρόβλημα σχετικά με τα φάρμακά μου ή τις πιθανές παρενέργειές τους.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

4. Μου δόθηκε μια γραπτή λίστα πραγμάτων τα οποία μπορώ να κάνω για να βελτιώσω την υγεία μου.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

5. Έμεινα ικανοποιημένος/η με την πεποίθηση ότι η φροντίδα της υγείας μου ήταν καλά οργανωμένη.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

6. Ενημερώθηκα για το πώς ο τρόπος ζωής μου επηρεάζει την πάθησή μου.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

7. Μου ζητήθηκε να μιλήσω για τους στόχους μου όσον αφορά τη διαχείριση της ασθένειάς μου.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

8. Με βοήθησαν να θέσω συγκεκριμένους στόχους για να βελτιώσω τη διατροφή ή τη φυσική μου δραστηριότητα.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

9. Μου δόθηκε ένα αντίγραφο του θεραπευτικού μου πλάνου.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

10. Με ενθάρρυναν να συμμετέχω σε μια ομάδα στήριξης ατόμων με διαβήτη ώστε να με βοηθήσει στην αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειάς μου.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

11. Ρωτήθηκα, είτε άμεσα είτε μέσω έρευνας, για τις συνήθειες μου σχετικά με την υγεία μου.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

12. Είμαι σίγουρος/η ότι ο/η γιατρός ή νοσηλεύτης/τρια ή επισκέπτη/τρια υγείας μου έλαβαν υπόψη τις αξίες και τις παραδόσεις μου όταν μου πρότειναν θεραπείες.

- | | | |
|-------------|-----------|--------------|
| Σχεδόν ποτέ | 1 2 3 4 5 | σχεδόν πάντα |
|-------------|-----------|--------------|
13. Με βοήθησαν να φτιάξω ένα θεραπευτικό πλάνο που θα μπορούσα να ακολουθώ καθημερινά.
- | | | |
|-------------|-----------|--------------|
| Σχεδόν ποτέ | 1 2 3 4 5 | σχεδόν πάντα |
|-------------|-----------|--------------|
14. Με βοήθησαν να κατανοήσω και να παίρνω μέτρα από πριν έτσι ώστε να μπορώ να αντιμετωπίζω την ασθένεια μου ακόμη και σε δύσκολες στιγμές.
- | | | |
|-------------|-----------|--------------|
| Σχεδόν ποτέ | 1 2 3 4 5 | σχεδόν πάντα |
|-------------|-----------|--------------|
15. Ρωτήθηκα για το πως έχει επηρεάσει τη ζωή μου η χρόνια ασθένεια.
- | | | |
|-------------|-----------|--------------|
| Σχεδόν ποτέ | 1 2 3 4 5 | σχεδόν πάντα |
|-------------|-----------|--------------|
16. Επικοινωνήσαν μαζί μου μετά το ραντεβού για να δουν πως πήγαιναν τα πράγματα.
- | | | |
|-------------|-----------|--------------|
| Σχεδόν ποτέ | 1 2 3 4 5 | σχεδόν πάντα |
|-------------|-----------|--------------|
17. Με ενθάρρυναν να συμμετέχω σε προγράμματα στην κοινότητα τα οποία θα μπορούσαν να με βοηθήσουν.
- | | | |
|-------------|-----------|--------------|
| Σχεδόν ποτέ | 1 2 3 4 5 | σχεδόν πάντα |
|-------------|-----------|--------------|
18. Με παρέπεμψαν σε διαιτολόγο ή επισκέπτη υγείας.
- | | | |
|-------------|-----------|--------------|
| Σχεδόν ποτέ | 1 2 3 4 5 | σχεδόν πάντα |
|-------------|-----------|--------------|
19. Ηθελαν να μάθουν αν και πως τα ραντεβού με άλλες ειδικότητες γιατρών (π.χ. οφθαλμίατρος ή χειρουργός) βοήθησαν στην αντιμετώπιση της ασθένειάς μου.
- | | | |
|-------------|-----------|--------------|
| Σχεδόν ποτέ | 1 2 3 4 5 | σχεδόν πάντα |
|-------------|-----------|--------------|
20. Ρωτήθηκα πως πήγαιναν τα ραντεβού μου με τις άλλες ειδικότητες γιατρών.
- | | | |
|-------------|-----------|--------------|
| Σχεδόν ποτέ | 1 2 3 4 5 | σχεδόν πάντα |
|-------------|-----------|--------------|
21. Ρωτήθηκα τι θα ήθελα να συζητήσω για την ασθένεια μου σε εκείνη την επίσκεψη.
- | | | |
|-------------|-----------|--------------|
| Σχεδόν ποτέ | 1 2 3 4 5 | σχεδόν πάντα |
|-------------|-----------|--------------|

22.Ρωτήθηκα πως η εργασία, η οικογένεια ή η κοινωνική μου κατάσταση σχετίζονταν με τη διαχείριση της ασθένειάς μου.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

23.Με βοήθησαν στο να σχεδιάσω με ποιον τρόπο μπορώ να λάβω υποστήριξη από τους φίλους μου, την οικογένεια μου ή τον κοινωνικό μου περίγυρο.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

24.Ειπώθηκε πόσο σημαντικά για την υγεία μου είναι όσα κάνω για να διαχειριστώ την ασθένεια μου (π.χ. φυσική δραστηριότητα).

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

25.Θέσαμε μαζί με τον/την γιατρό μου στόχους για τα πράγματα που θα μπορούσα να κάνω για να διαχειριστώ την πάθησή μου.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

26.Μου δόθηκε ένα ημερολόγιο ή αρχείο καταγραφής στο οποίο να σημειώνω την πρόοδο που κάνω.

Σχεδόν ποτέ 1 2 3 4 5 σχεδόν πάντα

ΜΕΡΟΣ Β'

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη από εσάς (που περιλαμβάνει την ινσουλίνη, τα χάπια ή/και τη διατροφή) και των εμπειριών σας τις τελευταίες εβδομάδες.

1. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον τωρινό τρόπο αντιμετώπισης;

πολύ δυσαρεστημένος 0 1 2 3 4 5 6 πολύ ικανοποιημένος

2. Πόσο συχνά αισθανθήκατε ότι οι μετρήσεις του σακχάρου σας ήταν ανεπιθύμητα υψηλές τελευταία;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΠΙΣΤΟΛΗ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Αγαπητοί Κύριοι και Κυρίες,

Ονομάζομαι Ποδημάτα Φωτεινή-Θεοφανώ και είμαι τελειόφοιτη μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο πρόγραμμα σπουδών "Προαγωγή και Αγωγή Υγείας". Το πρόγραμμα υλοποιείται από το τμήμα Ιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το τμήμα Ψυχολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και το τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας πρόκειται να διεξαχθεί επιστημονική μελέτη μέσω διαδικτύου. Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σχετικά με την ανθρωποκεντρική φροντίδα ή/και αντιμετώπιση.

Η ανθρωποκεντρική φροντίδα είναι ένας τρόπος διαχείρισης των χρόνιων ασθενειών, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Βασικό χαρακτηριστικό της είναι η συνεργασία του ατόμου με διαβήτη με τον επαγγελματία υγείας ώστε οι αποφάσεις που λαμβάνονται να ταιριάζουν με τις προσωπικές αξίες, ανάγκες και προτιμήσεις του ατόμου. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Μελέτης του Διαβήτη και την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία αποτελεί τον προτεινόμενο τρόπο διαχείρισης του σακχαρώδη διαβήτη τα τελευταία χρόνια καθώς αυξάνει την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών.

Η μελέτη είναι σημαντική για την δημόσια υγεία και η συμβολή του συλλόγου σας είναι καθοριστική για την προώθηση του ερωτηματολογίου της επιστημονικής μελέτης στα μέλη του.

Το ερωτηματολόγιο είναι διαθέσιμο στον ακόλουθο σύνδεσμο:
<https://forms.gle/NajkrR2Yqs7ERC3d7>

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και εμπιστευτική. Οι συμμετέχοντες έχουν το δικαίωμα να διακόψουν οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο το απόρρητο των δεδομένων. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα συμβάλλουν στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ενώ θα δημοσιευτούν σε επιστημονικά περιοδικά και θα ανακοινωθούν σε επιστημονικά συνέδρια.

Η συμμετοχή των μελών του συλλόγου σας στην έρευνα είναι πολύ σημαντική και πολύτιμη.

Θα είμαι στη διάθεση σας σε περίπτωση ερώτησης ή προβληματισμού σχετικά με την έρευνα στα παρακάτω στοιχεία επικοινωνίας.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο και την συνεργασία σας.

Με εκτίμηση,

Ποδηματά Φωτεινή-Θεοφανώ

Τελειόφοιτη Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6986829651

Ηλεκτρονική διεύθυνση: fothpodimata@med.uoa.gr