

## Η εφαρμογή του μοντέλου πεποιθήσεων για την υγεία σε ασθενείς με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια: δυνατότητες και περιορισμοί

Κραβαρίτης Στέργιος<sup>1</sup>, Τερζούδης Στυλιανός<sup>2</sup>, Πατσοπούλου Άννα<sup>3</sup>

1. Διοικητικός Υπάλληλος, Υπεύθυνος Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας, MSc "Διοίκηση Μονάδων Υγείας" ΕΑΠ
2. Οικονομολόγος, MSc "Διοίκηση Μονάδων Υγείας" ΕΑΠ
3. PhD, MSc "Διοίκηση Μονάδων Υγείας" ΕΑΠ, MSc, Νοσηλεύτρια Εκπαιδευτικός ΔΔΕ Καρδίτσας, Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής, Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) αποτελεί παγκοσμίως τη σημαντικότερη επιπλοκή του Σακχαρώδους Διαβήτη (ΣΔ). Το σημαντικότερο θεωρητικό εργαλείο μελέτης της συμπεριφοράς αυτής θεωρείται το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ).

**Σκοπός:** Η παρούσα εργασία αποσκοπούσε στην περιγραφή του ΜΠΥ και των παραγόντων του ως πλαίσιο μελέτης διαβητικών ατόμων για την πρόληψη από τη ΔΑ καθώς και στην κριτική θεώρηση του μοντέλου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας βασίστηκε στη σύγχρονη αναζήτηση μέσα από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Medline OvidSP, PubMed publisher και Google Scholar με τις εξής λέξεις - κλειδιά: Μοντέλο Πεποιθήσεων Υγείας, συμπεριφορά, αυτο-αποτελεσματικότητα.

**Αποτελέσματα:** Το ΜΠΥ αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, όπως είναι αυτό της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας για διαβητικούς ασθενείς. Οι δείκτες του διευρυσμένου ΜΠΥ (σοβαρότητας, τρωτότητας, των υπαρκτών εμποδίων, των αναμενόμενων οφελών, των ενδείξεων για δράση και της αυτο-αποτελεσματικότητας) επιδρούν σημαντικά στη διαμόρφωση των πεποιθήσεων. Σε αρκετές έρευνες διαπιστώθηκε η αδυναμία του μοντέλου να συμπεριλάβει συμπεριφορές που έχουν να κάνουν με τη συνήθεια, το περιβάλλον, τα συναισθηματικά κίνητρα, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το κοινωνικο-οικονομικό πλαίσιο.

**Συμπεράσματα:** Το ΜΠΥ αποτελεί το χρησιμότερο ίσως εργαλείο στην προσπάθεια τροποποίησης της προληπτικής συμπεριφοράς των διαβητικών ασθενών απέναντι στη ΔΑ. Αναγκαίες κρίνονται οι παρεμβάσεις στο πληθυσμό των διαβητικών ασθενών. Η κριτική θεώρηση του μοντέλου παρουσιάζει αδυναμίες και περιορισμούς που πρέπει να αποτελέσουν την κινητήριου δύναμη για περαιτέρω ανάλυση και πληρέστερη εφαρμογή του μοντέλου.

**Λέξεις Κλειδιά:** Μοντέλο Πεποιθήσεων Υγείας, αυτοαποτελεσματικότητα, συμπεριφορά.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:** Άννα Πατσοπούλου, Μηλιάδη 3, 41335, Λάρισα, Τηλ.: 6981049980, Email: pats.anna@yahoo.com

## The health belief model in patients with diabetic retinopathy: possibilities and limitations

Kravaritis Stergios<sup>1</sup>, Terzoudis Stilianos<sup>2</sup>, Patsopoulou Anna<sup>3</sup>

1. Administrative staff, Data Protection Officer, 5<sup>th</sup> Health Region of Thessaly & Sterea Ellada, MSc in Healthcare Management of Hellenic Open University
2. Economist, MSc in Healthcare Management of Hellenic Open University
3. PhD, MSc, MSc in Healthcare Management of Hellenic Open University, RN Teacher in DDE Karditsas, Teacher of Physical Education, Medical Laboratory

### ABSTRACT

**Introduction:** Diabetic Retinopathy (DA) is the most important complication of Diabetes Mellitus (DM) worldwide. The most important theoretical tool for the study is considered to be the Belief Model for Health (HBM).



**Aim:** The present study aimed to describe the HBM and its factors as a framework for studying diabetics for the prevention of DR as well as the critical view of the model.

**Material and method:** The review of the Greek and international literature was based on the search through the electronic databases Medline OvidSP, PubMed publisher and Google Scholar with the following keywords: Health Belief Model, self-efficacy, behaviour.

**Results:** HBM is a useful tool for the implementation of prevention and health promotion programs, such as that of diabetic retinopathy for diabetic patients. The indicators of the expanded HBM (severity, vulnerability, existing obstacles, expected benefits, indications for action and self-efficacy) have a significant impact on the beliefs. Several studies have found the inability of the model to include behaviours that have to do with habit, environment, emotional motivation, demographic characteristics and socio-economic context.

**Conclusions:** HBM is perhaps the most useful tool in the effort to modify the preventive behaviour of diabetic patients towards DR. Interventions in the population of diabetic patients are considered necessary. The critical view of the model presents weaknesses and limitations that should be the driving force for further analysis and more complete application of the model.

**Keywords:** Health Belief Model, self-efficacy, behaviour.

**Corresponding Author:** Anna Patsopoulou, Miliadi 3, 41335, Larissa, Tel.: 6981049980, Email: pats.anna@yahoo.com

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) ως χρόνια μεταβολικό νόσημα αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα της δημόσιας υγείας, δεδομένου του υψηλού και αυξανόμενου επιπολασμού του.<sup>1</sup> Οι διαβητικοί ασθενείς θα αντιμετωπίσουν υψηλότερο κίνδυνο αναπηρίας ή και θανάτου εάν αναπτύξουν χρόνιες διαβητικές επιπλοκές όπως διαβητική νεφροπάθεια, διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) και διαβητικό πόδι, οι οποίες κατά γενική ομολογία είναι ασυμπτωματικές στα αρχικά τους στάδια.<sup>2-5</sup> Παγκοσμίως προτείνεται ο ετήσιος προληπτικός έλεγχος των διαβητικών επιπλοκών αφού αποδείχθηκε ότι είναι μία οικονομικά αποδοτική στρατηγική για τη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από το ΣΔ.<sup>6</sup> Ωστόσο το χαμηλό ποσοστό συμμόρφωσης για προληπτικό έλεγχο διαβητικών επιπλοκών παραμένει μια πρόκληση για τη διαχείριση του ΣΔ. Σύμφωνα

με δημοσιευμένες επιστημονικές μελέτες, το ποσοστό ετήσιου ελέγχου της ΔΑ ήταν 52.9%-82.8% σε ανεπτυγμένες χώρες όπως η ΗΠΑ<sup>7</sup>, το ηνωμένο Βασίλειο<sup>8</sup> και η Αυστραλία<sup>9</sup>, ενώ λιγότερο από το 50% στις αναπτυσσόμενες χώρες έχουν υποβληθεί σε έλεγχο ΔΑ μετά τη διάγνωση του ΣΔ.<sup>10</sup>

Στην επίτευξη του παραπάνω εγχειρήματος σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης. Οι Karimy et al. (2013)<sup>11</sup> ανέδειξαν το σημαντικό ρόλο των υγειονομικών που όχι μόνο θα πρέπει να προωθήσουν συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης για διαβητικούς ασθενείς, χρησιμοποιώντας στρατηγικές όπως προγράμματα εκπαίδευσης για την υγεία αλλά και να αντιμετωπίσουν παγιωμένες στάσεις συμπεριφοράς όπως το γεγονός ότι πολλοί διαβητικοί παραβλέπουν αυτές τις συμβουλές.<sup>12,13</sup> Όσον αφορά τη στενή σχέση μεταξύ υγιεινού τρόπου ζωής και ανθρώπινης

συμπεριφοράς, τα μοντέλα που βασίζονται στη συμπεριφορά όπως είναι το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ) μπορούν να αυξήσουν την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις συμπεριφορές της υγείας και των πεποιθήσεων και να καθορίσουν τη σημασία τους, ενώ ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση παρεμβάσεων πρόληψης είναι ζωτικής σημασίας.<sup>14</sup> Το ΜΠΥ είναι μια ψυχολογική θεωρία προαγωγής της υγείας που εξετάζει τη συμμετοχή ή όχι του ατόμου σε προληπτικά υγειονομικά μέτρα.<sup>15</sup> Είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των ανθρώπων απέναντι σε μια ασθένεια ή μια συμπεριφορά υγείας επηρεάζουν το βαθμό υιοθέτησης μιας συμπεριφοράς υγείας.<sup>16</sup> Το ΜΠΥ εξήγησε πως οι πεποιθήσεις για την υγεία επηρέασαν τις συμπεριφορές υγείας των ανθρώπων και γιατί κάποιο άνθρωποι υιοθέτησαν τη συμπεριφορά ενώ άλλοι απέτυχαν.<sup>17</sup>

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν μελέτη των παραγόντων στους οποίους θα πρέπει να βασιστεί ένα πρόγραμμα ενημέρωσης του πληθυσμού για την αναγκαιότητα του ετήσιου οφθαλμολογικού ελέγχου, μέσω της διερεύνησης των παραγόντων που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά των διαβητικών ασθενών με τη χρήση του Μοντέλου των Πεποιθήσεων για την Υγεία.

### **Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία**

Το ΜΠΥ αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του πενήντα στις Ηνωμένες Πολιτείες, από μια ομάδα κοινωνικών ψυχολόγων της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας και ήταν μία από τις πρώτες θεωρίες της συμπεριφοράς στον τομέα της υγείας.<sup>17,18</sup> Οι πρώτες προσπάθειες εφαρμογής του ΜΠΥ από τους ψυχολόγους αποσκοπούσαν στην κατανόηση και εξήγηση των χαμηλών ποσοστών συμμετοχής του κοινού σε διάφορα προγράμματα πρόληψης και ανίχνευσης ασθενειών.<sup>17,18</sup> Αργότερα, το μοντέλο επεκτάθηκε για να μελετήσει τις απαντήσεις των ανθρώπων στα συμπτώματα και τις συμπεριφορές τους σε απόκριση μιας διαγνωσμένης ασθένειας, ιδιαίτερα της τήρησης των ιατρικών σκευασμάτων.<sup>18,19</sup>

Το ΜΠΥ συσχετίζει παράγοντες όπως η συμπεριφορά, οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις σχετικά με μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας ή συμπεριφορά υγείας με την πρακτική της συμπεριφοράς αυτής. Η έννοια της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας ορίζεται ως η «δραστηριότητα του ατόμου, που θεωρεί τον εαυτό του υγιή, προκειμένου να διαγνώσει ασθένεια σε ασυμπτωματικό στάδιο ή να αποτρέψει τη νόσηση (πρόληψη)»<sup>20</sup> και περιλαμβάνει τις εξής περιοχές που συνιστούν το περιεχόμενο της Ψυχολογίας με επίκεντρο την υγεία: α) Συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία, β) συμπεριφορές διατήρησης της υγείας και γ) γνωστικές λειτουργίες για την υγεία και την



αρρώστια. Στην τελευταία αυτή περιοχή περιλαμβάνονται και οι πεποιθήσεις. Οι πεποιθήσεις σύμφωνα με τους Sheeran και Abraham (1996) είναι «σταθερά ατομικά χαρακτηριστικά τα οποία διαμορφώνουν τη συμπεριφορά και αποκτώνται μέσα από την πρώιμη κοινωνικοποίηση».<sup>21</sup>

Η θεμελιώδης αρχή του μοντέλου είναι ότι ο κίνδυνος ενός ατόμου να επηρεάζεται από μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας και η αντιληπτή σοβαρότητα αυτών των επιπτώσεων επηρεάζουν τις συμπεριφορές λήψης αποφάσεων.<sup>17</sup> Το ΜΠΥ αρχικά περιελάμβανε πέντε παράγοντες και στη συνέχεια προστέθηκε ο παράγοντας της αυτοαποτελεσματικότητας (διευρυμένο ΜΠΥ). Το διευρυμένο ΜΠΥ αποτελείται από έξι υποκειμενικές πεποιθήσεις (Πίνακας 1) τα οποία πιστεύεται ότι επηρεάζουν τις αποφάσεις των ατόμων να αναλάβουν δράση για την πρόληψη και τον έλεγχο της ασθένειας.<sup>17,22</sup>

## Πίνακας 1

Η πρώτη πεποίθηση είναι η υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας και ορίζεται ως η αντιληπτή απειλή της ασθένειας, η οποία συνίσταται στο επίπεδο της προσωπικής ευπάθειας στη συγκεκριμένη νόσο ή κατάσταση.<sup>21</sup> Η δεύτερη δομή, που αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα, αναφέρεται στην πεποίθηση ενός ατόμου σχετικά με το βαθμό σοβαρότητας των αρνητικών συνεπειών (οργανικών, κοινωνικών ή και των

δύο) που μπορεί να προκύψουν από την αναστολή της κατάστασης.<sup>21</sup> Η τρίτη υποκειμενική αίσθηση παρουσιάζει τα οφέλη. Τα αντιληπτά οφέλη είναι η πεποίθηση ενός ατόμου ότι η συμπεριφορά στην υγεία θα είναι ευεργετική ή αποτελεσματική στην πρόληψη ή τη μείωση της επιδεκτικότητας ή της σοβαρότητας της νόσου.<sup>21</sup> Η τέταρτη πεποίθηση αντιλαμβάνεται τα εμπόδια. Τα αντιληπτά εμπόδια ορίζονται ως φραγμοί ή κόστος και μπορεί να είναι φυσικά, ψυχολογικά και οικονομικά, ενάντια στην εκκίνηση ή τη συνέχιση της συνηθισμένης συμπεριφοράς.<sup>21</sup> Η ένδειξη για δράση είναι η πέμπτη πεποίθηση, η οποία αποτελεί κίνητρο για την ενεργοποίηση της επιθυμητής συμπεριφοράς στον τομέα της υγείας, όπου το άτομο συνειδητοποιεί τα συναισθήματά του σχετικά με την απειλή για την υγεία. Αυτά τα σημάδια μπορεί να είναι εσωτερικά (αντίληψη περί οδυνηρής ή δυσάρεστης φυσικής αίσθησης) ή εξωτερικά (μέσα μαζικής ενημέρωσης, διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις).<sup>21</sup> Η τελική δομή είναι η αυτο-αποτελεσματικότητα, οι πεποιθήσεις για την προσωπική ικανότητα κάποιου να εκτελεί συμπεριφορές που επιφέρουν επιθυμητά αποτελέσματα<sup>23</sup> η οποία είναι μια πρόταση που δεν είχε συμπεριληφθεί αρχικά στο ΜΠΥ αλλά πρόκειται για μεταγενέστερη ενσωμάτωση σε ένα νέο διευρυμένο μοντέλο. Η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι μια νέα προσθήκη που βρίσκεται στο επίκεντρο της

κοινωνικής γνωστικής θεωρίας του Bandura.<sup>24</sup> Επηρεασμένος από τις μεταβλητές του μεταβλητού, η αυτοαποτελεσματικότητα είναι πλέον ένα βασικό συστατικό που προτάθηκε στα περισσότερα από τα πρόσφατα μοντέλα<sup>22,23</sup> και προστέθηκε στις τέσσερις αρχικές πεποιθήσεις του ΜΠΥ το 1998. Η αυτοαποτελεσματικότητα αναφέρεται επίσης ως προσωπικός έλεγχος, η αντίληψη ότι κάποιος έχει την ικανότητα, τους πόρους ή τις ευκαιρίες να επιτύχει θετικά αποτελέσματα ή να αποφύγει τις αρνητικές επιπτώσεις με τις δικές του πράξεις.<sup>23</sup> Ο προσωπικός έλεγχος είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης των συμπεριφορών υγείας.

Σύμφωνα με τον Κουλιεράκη τρία ακόμη χαρακτηριστικά συμμετέχουν έμμεσα στην πιθανότητα υιοθέτησης της επιθυμητής συμπεριφοράς.<sup>25</sup> Αναλυτικά αυτά τα χαρακτηριστικά είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο και η ηλικία, τα κοινωνικο-ψυχολογικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η προσωπικότητα του ατόμου και ο κοινωνικός του ρόλος, καθώς επίσης και τα δομικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η εκπαίδευσή του και οι γνώσεις του για τα ιατρικά ζητήματα.<sup>21</sup>

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία είναι σημαντικό εργαλείο κατά την προσπάθεια προώθησης προγραμμάτων υγείας που επιδιώκουν τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, τη μείωση του κινδύνου

εμφάνισης ασθενειών και της διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων. Επιτρέπει, επίσης, τη μελέτη του τρόπου με τον οποίο η μεταβολή των περιβαλλοντικών συνθηκών, των κοινωνικών δομών και της συμπεριφοράς του ατόμου επηρεάζουν την επιτυχία των παραπάνω δράσεων.<sup>23</sup>

Κατά το σχεδιασμό ενός προγράμματος πρόληψης, όπως είναι ο ετήσιος οφθαλμολογικός έλεγχος της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, το ΜΠΥ συμβάλλει στην εξήγηση της κατάστασης λαμβάνοντας αποφάσεις για τον τρόπο που θα σχεδιαστεί και τις μεταβλητές που πρέπει να μετρηθούν. Ωστόσο, για την εφαρμογή τους απαιτείται να προσδιοριστεί ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να μεταβληθεί η συμπεριφορά ενός ατόμου μέσω της προδιάθεσης, των σκέψεων, της προετοιμασίας της ανάληψης δράσης και της συνέχισής της.<sup>23</sup>

### **Οι παράγοντες του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία σε σχέση με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια**

Το ΜΠΥ έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες μελέτες για τον εντοπισμό παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν τον βαθμό επιτυχίας στην πρόληψη και προαγωγή υγιεινών συμπεριφορών.<sup>4,6,26</sup> Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το ΜΠΥ φαίνεται να είναι χρήσιμο για την πρόβλεψη συμπεριφορών, όπως ο έλεγχος για διαβητική

αμφιβληστροειδοπάθεια<sup>4,6,26</sup> και για γλαύκωμα.<sup>27</sup>

Ο σακχαρώδης διαβήτης σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, καθώς η πιθανότητα εμφάνισής της είναι 25 φορές υψηλότερη σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι λόγοι για τους οποίους η ετήσια οφθαλμολογική εξέταση θεωρείται σημαντική είναι ότι δεν εμφανίζονται συμπτώματα στα αρχικά στάδια, ενώ σε 15 χρόνια από τη διάγνωση του ΣΔ το σύνολο των συγκεκριμένων ασθενών αντιμετωπίζει κάποιο είδος ΔΑ.<sup>2,6,10</sup> Παρόλο που ο ετήσιος οφθαλμολογικός έλεγχος είναι κατά 90% αποτελεσματικός, σχεδόν ο μισός πληθυσμός δεν ανταποκρίνεται στη συγκεκριμένη ιατρική σύσταση. Για τους παραπάνω λόγους είναι απαραίτητο να ερευνηθούν οι παράγοντες που αποτρέπουν τους ασθενείς να υιοθετήσουν έναν τακτικό οφθαλμολογικό έλεγχο. Για τον εντοπισμό των παραπάνω παραγόντων εκδήλωσης της συγκεκριμένης συμπεριφοράς από τους ασθενείς έχουν διενεργηθεί διάφορες μελέτες, οι περισσότερες εκ των οποίων βασίζονται στο ΜΠΥ.

Ο τρόπος που ο ασθενής αντιλαμβάνεται τα εμπόδια, όπως είναι το κόστος, η έλλειψη ασφάλισης και ο απαιτούμενος χρόνος, συνιστούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον ετήσιο οφθαλμολογικό έλεγχο σε αντίθεση με τους δημογραφικούς παράγοντες.<sup>28</sup> Γι' αυτό το λόγο η συζήτηση του

ιατρού με τον ασθενή με σκοπό το διαχωρισμό των πραγματικών εμποδίων από τα αντιληπτά και συνήθως μη υπαρκτά είναι πολύ σημαντική για την υιοθέτηση από τον ασθενή της συνιστώμενης μεθόδου πρόληψης. Σύμφωνα με τους Verma et al., οι σημαντικότεροι παράγοντες που υποκινούν τα άτομα με διαβήτη να υιοθετήσουν τη συμπεριφορά που προτείνει ο ιατρός είναι η εκδήλωση των συμπτωμάτων, οι γνώσεις και οι πληροφορίες που δίνει ο ιατρός, το κόστος της εξέτασης, το πρόβλημα της μετακίνησης και ο φόβος.<sup>29</sup> Επομένως, η ενημέρωση των ασθενών για τη σημαντικότητα της οφθαλμολογικής εξέτασης και η άρση των εμποδίων θα μπορούσαν να συμβάλλουν την υιοθέτηση της επιθυμητής συμπεριφοράς. Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Gherman et al., ο κυριότερος παράγοντας που ωθεί τα διαβητικά άτομα να υιοθετήσουν την κατάλληλη συμπεριφορά είναι η αυτο-αποτελεσματικότητα μέσω της οποίας τα άτομα έχουν αυξημένες προσδοκίες για θετικό αποτέλεσμα, καθώς πιστεύουν ότι είναι ικανοί να ξεπεράσουν τα οποιαδήποτε εμπόδια και να συνεργαστούν αποδοτικότερα με τον ιατρό τους.<sup>30</sup> Απεναντίας, ο Alatawi et al., ανέδειξαν την υποκειμενική αίσθηση της τρωτότητας, τα εμπόδια, τα οφέλη και την αυτο-αποτελεσματικότητα ως τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ατόμων.<sup>31</sup> Μεταξύ των κυριότερων εμποδίων κατατάχθηκαν η έλλειψη

υπενθύμισης της εξέτασης, η μετακίνηση και η εργασία.

Η εκπαίδευση των διαβητικών στην υιοθέτηση μεθόδων αυτό-φροντίδας είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες για την προστασία του ασθενούς από τις επιπλοκές του διαβήτη διότι η πληροφόρηση και η γνώση ενδυναμώνει τους ασθενείς ώστε να είναι συμμετοχοί κατά τη διαδικασία της πρόληψης και της θεραπείας.<sup>6,26</sup> Ωστόσο, η γνώση δεν είναι αρκετή από μόνη της αλλά απαραίτητη προϋπόθεση είναι και η ύπαρξη της αυτο-αποτελεσματικότητας με την οποία ο ασθενής δεσμεύεται στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών και στην εφαρμογή των καταλληλότερων ενεργειών αυτό-φροντίδας και αλλαγής των συνηθειών του. Γι' αυτούς τους λόγους οι ιατροί οφείλουν να ενδυναμώνουν την αυτο-αποτελεσματικότητα των ασθενών και την ενίσχυση του αισθήματος της ικανότητάς τους μέσω της επίτευξης μικρών και βαθμιαίας δυσκολίας στόχων με επανάληψη δράσεων και επιβράβευσης των προσπαθειών τους.<sup>6,26</sup>

Η κοινωνική υποστήριξη, είτε συναισθηματική, είτε μέσω πληροφόρησης συμβάλλει στην αύξηση των γνώσεων του ατόμου σχετικά με όλες τις πτυχές της ασθένειας με αποτέλεσμα να αυξάνεται η αυτοπεποίθησή του, να αποδέχεται τις μεθόδους αυτό-φροντίδας και να μειώνονται οι επιπλοκές της νόσου. Αναμφισβήτητα η γνώση αποτελεί ένα σημαντικό ενδιάμεσο

παράγοντα μεταξύ της εκπαίδευσης και της κοινωνικής υποστήριξης για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του ατόμου.<sup>32</sup>

Επομένως, από τις παραπάνω μελέτες προκύπτει ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ασθενών ποικίλουν σημαντικά αλλά γενικότερα η πληροφόρηση, η κοινωνική υποστήριξη και οι τρόποι βελτίωσης των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας μπορούν να βοηθήσουν τόσο στην καλύτερη αντίληψη της απειλής, όσο και στην ευκολότερη εκτίμηση των εμποδίων και των οφελών.

### **Εφαρμογή του ΜΠΥ-Εξειδίκευση των παραγόντων του ΜΠΥ στην πρόληψη των επιπλοκών του διαβήτη και της ΔΑ**

Αναπτύσσοντας την εφαρμογή του ΜΠΥ προκύπτει ο **Πίνακας 2**.

Από την επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει περιορισμένος αριθμός μελετών αναφορικά με τις πεποιθήσεις των διαβητικών ασθενών έναντι των επιπλοκών του ΣΔ και ειδικά έναντι της ΔΑ.

Αντλώντας όμως στοιχεία από τις μελέτες αυτές προκύπτουν σημαντικά ευρήματα. Ο **Πίνακας 3** παρουσιάζει συνοπτικά τις εφαρμογές των παραμέτρων του ΜΠΥ στη συμπεριφορά πρόληψης των επιπλοκών του ΣΔ και της ΔΑ.

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται η χρηστικότητα εφαρμογής του διευρυμένου ΜΠΥ στην ανάπτυξη προληπτικής συμπεριφοράς έναντι της ΔΑ.

## Κριτική θεώρηση του μοντέλου

Το ΜΠΥ τα τελευταία τριάντα χρόνια είναι μία χρήσιμη θεωρητική δομή διερεύνησης γνωστικών παραμέτρων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά, χωρίς όμως να λείπουν τα αδύνατα σημεία και οι περιορισμοί ως προς την εφαρμογή του.<sup>13,15</sup> Η εφαρμογή του προϋποθέτει ότι οι εμπλεκόμενοι είναι προσανατολισμένοι στο μέλλον με επίγνωση του οφέλους και του κόστους των μελλοντικών δράσεων. Η αδύναμη μορφή του μοντέλου έγκειται στο γεγονός ότι θεωρεί ως καθοριστικούς παράγοντες συμπεριφοράς υποκειμενικές προσδοκίες και αξίες, ενώ η ισχυρή μορφή που δηλώνει η ολιστική θεώρηση της συμπεριφοράς είναι ο συνδυασμός των γνώσεων.<sup>17,22</sup> Το ΜΠΥ υποθέτει επίσης ότι άλλοι παράγοντες που δεν περιλαμβάνονται στο μοντέλο, όπως οι κοινωνικο-πολιτισμικές μεταβλητές, μεσολαβούν εξ ολοκλήρου μέσω των πεποιθήσεων υγείας, καθιστώντας τους μακρινούς παράγοντες όχι και τόσο σημαντικούς.<sup>22</sup> Πολύ εύστοχα οι Sheeran και Abraham επισήμαναν πολύ νωρίς την αδυναμία του μοντέλου ως ενιαία θεώρηση, εμφανίζοντας προβλήματα στη λειτουργικότητα και τη σύνδεση των

συστατικών του στοιχείων, αλλά και στην συνολική αξιολόγηση της εκάστοτε μελετώμενης συμπεριφοράς.<sup>21</sup> Επιπρόσθετα, οι άνθρωποι είναι πιο πιθανό να αναλάβουν δράσεις στον τομέα της υγείας όταν αισθανθούν ότι είναι ευπαθείς σε μια σοβαρή ασθένεια που μπορεί να αποφευχθεί εάν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα έγκαιρα. Ωστόσο, η χρησιμοποίηση επιτηδευμένων μηνυμάτων φόβου προκειμένου να ενισχυθεί η αντίληψη τρωτότητας και σοβαρότητας σε κάποιες περιπτώσεις ενδέχεται να επιφέρει και αρνητικά αποτελέσματα, καθώς υπάρχει ο κίνδυνος να θεωρηθούν ως υπερβολικά.<sup>22</sup>

Σχετικά με την χρησιμότητα του ΜΠΥ η επιστημονική κοινότητα παρουσιάζεται διχασμένη. Πλήθος ερευνητών υποστηρίζουν την καταλληλότητα του μοντέλου για προγράμματα πρόληψης τα οποία αποσκοπούν στην προώθηση συγκεκριμένων δράσεων (και όχι μόνο πληροφόρησης)<sup>22,23,25</sup>, ενώ δεν έχει καλή εφαρμογή σε θέματα που εμπριέχουν συναισθηματικά κίνητρα, κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και κοινωνικο-πολιτισμικές μεταβλητές (π.χ. φύλο, κουλτούρα, μορφωτικό επίπεδο, κλπ). Ακόμη παρατηρείται ασυνέπεια ως προς τα δομικά χαρακτηριστικά, τις κλίμακες μέτρησης και την πρακτική εφαρμογή.<sup>11,14,25</sup> Τέλος μια μεταβλητή που απουσίαζε από το ΜΠΥ και περιέγραψε ο Bandura (1977) είναι αυτή της αυτοαποτελεσματικότητας.<sup>24</sup> Η αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην



πεποίθηση του ατόμου ότι δύναται να οδηγηθεί στο επιθυμητό αποτέλεσμα μέσω της υιοθέτησης μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς.<sup>25</sup>

Συμπερασματικά, το ΜΠΥ αγνοεί την κοινωνική επιρροή δίχως να εμπεριέχει κοινωνικό-πολιτιστικές και κοινωνικό-δημογραφικές συνιστώσες όπως π.χ το φύλο, το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο και την κουλτούρα. Η μελέτη των An et al., επισημαίνει την αλληλεπίδραση των δημογραφικών στοιχείων και των παραγόντων που συνθέτουν το ΜΠΥ.<sup>7</sup> Εύκολα διαπιστώνεται ότι το ΜΠΥ δικαιολογεί πλήρως το χαρακτηρισμό που το συνοδεύει ως κοινωνικό-γνωστικό μοντέλο που αφουγκράζεται τις ατομικές γνωστικές διαδικασίες μέσα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο δράσης που συντελεί στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου. Τέλος το ΜΠΥ επικεντρώνεται στον άνθρωπο, μία τοποθέτηση που στη βάση της είναι προβληματική, αφού αγνοεί το ρόλο του πλαισίου και τη δομή, προωθώντας τη μεμονωμένη αλλαγή.<sup>11,22,25</sup> Οι τεχνικές μέτρησης δίνουν το γνωστικό θεωρητικό πλαίσιο αδιαφορώντας για τις πραγματικές συνθήκες που εξελίσσεται μια συμπεριφορά.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κριτική θεώρηση των μοντέλων και των θεωριών για την υγεία και την αρρώστια, όπως αυτό του ΜΠΥ, αποτελούν τον

ακρογωνιαίο λίθο για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Το ΜΠΥ χρησιμοποιήθηκε ευρέως για την προώθηση ανάλογων συμπεριφορών, όπως και για την πρόληψη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας σε διαβητικούς ασθενείς που πραγματεύεται η παρούσα εργασία. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν επιβεβαιώνει την επαλήθευση όλων των παραγόντων του μοντέλου εξαιτίας τόσο της ελλειμματικής δομής του όσο και των συνθηκών εμφάνισης της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Μελλοντικές μελέτες πρέπει να εστιάσουν στην εφαρμογή ενός στοχευμένου μοντέλου πεποιθήσεων με συγκεκριμένη δομή, κλίμακες μέτρησης και αξιολόγησης λαμβάνοντας υπ' όψιν και την πολυσύνθετη ανθρώπινη συμπεριφορά.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, da Rocha Fernandes JD, Ohlrogge AW, Malanda B. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2018;138:271-28.
2. Klein BE. Overview of epidemiologic studies of diabetic retinopathy. *Ophthalmic Epidemiology* 2007;14(4):179-183.
3. Nakamura J, Kamiya H, Haneda M, Inagaki N, Tanizawa Y, Araki E, et al. Causes of death in Japanese patients with diabetes based on



- the results of a survey of 45,708 cases during 2001-2010: report of the committee on causes of death in diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Investigation* 2017;8(3):397-410.
4. Tsai YC, Lee CS, Chiu YW, Lee JJ, Lee SC, Hsu YL, Kuo MC. Antgiopietin-2 renal deterioration, major adverse cardiovascular events and all cause mortality in patients with diabetic nephropathy. *Kidney and Blood Pressure Research* 2018;43(2):545-554.
  5. Zhang P, Lu J, Tang S, Zhu D, Bi Y. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: A systematic review and meta-analysis (dagger). *Annals of Medicine* 2017;49(2):106-116.
  6. Wong TY, Sun J, Kawasaki R, Ruamviboonsuk P, Gupta N, Lansingh VC, Maia M, et al. Guidelines on diabetic eye care: The international council of ophthalmology recommendations for screening, follow-up, referral, and treatment based on resource settings. *Ophthalmology* 2018 Oct; 125(10), 1608-1622.
  7. An J, Niu F, Turpcu A, Rajput Y, Cheetham TC. Adherence to the American Diabetes Association retinal screening guidelines for population with diabetes in the United States. *Ophthalmic Epidemiology* 2018;25(3):257-265.
  8. Scanlon PH. The English national screening programme for diabetic retinopathy 2003-2016. *Acta Diabetologica* 2017;54(6):515-525.
  9. Foreman J, Keel S, Dirani M. Adherence to diabetic eye examination guidelines in Australia: the national eye health survey. *Medical Journal of Australia* 2018;208(2):97.
  10. Byun SH, Ma SH, Jun JK, Jung KW, Park B. Screening for diabetic retinopathy and nephropathy in patients with diabetes: a nationwide survey in Korea. *Plos One* 2013;8(5), e6991.
  11. Karimy M, Abedi AR, Amin-Shokravi F, Tavafian SS. Preventing HIV Transmission among the Opiate-Dependent Population in Zarandieh: Evaluation of the HBM-Based Educational Programs. *Health Education & Health Promotion* 2013;1(1):21-31.
  12. Muchow C. An Integrated framework of health beliefs and health behaviours: the impact of socio-cultural factors in the case of type II Diabetes. Columbia University Libraries. 2021.
  13. Jiang L, Liu S, Li H, Xie L, Jiang J. The role of health beliefs in affecting patients' chronic diabetic complication screening: a path analysis based on the health belief model. *J Clin Nurs*. 2021 Oct;30:2948-2959.
  14. Antwi J, Lavin R, Sullivan S, Bellavia M. Perception of and risk factors for type 2 diabetes among students attending an

- 
- upstate New York college: a pilot study. *Diabetol Metab Syndr*. 2020 Mar 30;12:25.
15. Luquis R, Kensinger W. Applying the Health Belief Model to assess prevention services among young adults. *International Journal of Health Promotion and Education* 2018 Dec; 57(1): 37-47.
16. Cummings KM, Jette AM, Rosenstock IM. Construct validation of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1978;6(4):394-405.
17. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly* 1984; 11(1):1-47.
18. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. John Wiley & Sons; Hoboken, NJ, USA. 2008.
19. Mohebbi B, Tol A, Sadeghi R, Mohtarami SF, Shamshiri A. Self-management intervention program based on the Health Belief Model (HBM) among women with gestational diabetes mellitus: a quazi - experimental study. *Arch Iran Med* 2019 Apr;22(4):168-173.
20. Kasl SV, Cobbs S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health* 1996; 12:246-266.
21. Sheeran P, Abraham C. The Health Belief Model” in Conner M. & Norman P. (eds), *Predicting health behavior. Research and practice with social cognition models*. 163-196, Open University Press, Buckingham.1996.
22. Khosravizadeh O, Ahadinezhad B, Maleki A, Vosoughi P, Najafpour Z. Applynig the health model and behavior of diabetic patients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Diabetology* 2021;10(2):209-220.
23. Dadjhah TB, Tavakoli R, Jazayeri SA. The effect of an educational intervention based on health belief model on nutritional behaviors in type 2 diabetics. *Military Caring Sciences* 2019;5(40:303-311.
24. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; 84:191-215.
25. Κουλιεράκης Γ. Κοινωνικο-ψυχολογικά μοντέλα της συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια. Στο: Κουλιεράκης, Γ., Μεταλληνού, Ο., & Πάντζου, Π. Επιμ., 2000. Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας. Συμπεριφορές υγείας: Πρότυπα και μεταβολές. Τόμος Β. Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. 2020. σελ. 15-96.
26. Δημητρακόπουλος Γ. Μελέτη των πεποιθήσεων των διαβητικών ασθενών και αξιολόγησης της πρόληψης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας με τακτική οφθαλμολογική εξέταση με βάση το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία. Διπλωματική εργασία στα πλαίσια του
-



- Μεταπτυχιακού προγράμματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας, ΕΑΠ. 2017.
27. Γούλια Ο. Μελέτη της συστηματικής εφαρμογής προσυμπτωματικού ελέγχου του γλαυκώματος, σε ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό γλαυκώματος, με βάση το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία. Διπλωματική εργασία στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας, ΕΑΠ. 2009.
28. Sheppler CR, Lambert WE, Gardiner SK, Becker TM, Mansberger SL. Predicting adherence to diabetic eye examinations: development of the compliance with Annual Diabetic Eye Exams Survey. *Ophthalmology* 2014;121(6), 1212-1219.
29. Verma M, Sarfaty M, Simmons R, Crawford A. Knowledge and Perceived barriers about Diabetic Retinopathy and Dilated eye exam in patients with Diabetes. Workshops, Paper 13. College of Population Health Lectures, Presentations. 2011.
30. Pezeshki P, Karim G, Mohammadkhah F, Harsini PA, Khani Jeihooni A. The effect of educational intervention based on Health Belief Model on eye care practice of type II diabetic patients in Southern Iran. *Scientific World Journal*. 2022;2022:8263495.
31. Alatawi YM, Kavookjian J, Ekong G, Alrayees MM. The association between health beliefs and medication adherence among patients with type 2 diabetes. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2016; 12(6): 914-925.
32. Yang L, Wu Q, Hao Y, Cui Y, Liang L, Gao L, et al. Self-management behavior among patients with diabetic retinopathy in the community: a structural equation model. *Quality of Life Research*, 2017; 26(2):359-366.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** Ανάλυση των παραγόντων του Μοντέλου Πεποιθήσεων Υγείας.

ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ	ΟΡΙΣΜΟΙ	ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ
<b>ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΤΡΩΤΟΤΗΤΑΣ</b>	<b>ΑΙΣΘΗΣΗ</b> Η αντίληψη που κάποιος έχει για την πιθανότητα να προσβληθεί από κάποια ασθένεια	Καθορισμός των ομάδων και των επιπέδων κινδύνου. -Προσωποποίηση του κινδύνου βασισμένη στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ή τη συμπεριφορά ενός ατόμου. -Τόνωση της αίσθησης τρωτότητας εάν είναι χαμηλή
<b>ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ</b>	<b>ΑΙΣΘΗΣΗ</b> Η αντίληψη κάθε ατόμου για το πόσο σοβαρή είναι μια ασθένεια	Περιγραφή της κατάστασης και των συνεπειών της
<b>ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΙΣΘΗΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΦΕΛΗ</b>	<b>ΑΙΣΘΗΣΗ ΓΙΑ</b> Αφορά τις πεποιθήσεις για την αποτελεσματικότητα και τη δυνατότητα εφαρμογής κάποιων ενεργειών που στοχεύουν στην πρόληψη ή τη μείωση της απειλής για την υγεία	Περιγραφή της δράσης που θα ληφθεί: πώς, πότε, πού; -Διευκρίνιση των θετικών αποτελεσμάτων που αναμένονται
<b>ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΙΣΘΗΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ</b>	<b>ΑΙΣΘΗΣΗ ΓΙΑ</b> Αφορά την αξιολόγηση των πιθανών αρνητικών συνεπειών που σχετίζονται με τη συμπεριφορά πρόληψης	Προσδιορισμός και μείωση των εμποδίων μέσω της επιβεβαίωσης, κίνητρων και παροχής βοήθειας
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΔΡΑΣΗ</b>	<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΔΡΑΣΗ</b> Στρατηγικές που ενεργοποιούν την ετοιμότητα του ατόμου για δράση	-Παροχή πληροφοριών για τον τρόπο δράσης -Προώθηση της συνειδητοποίησης -Υπενθυμίσεις
<b>ΑΥΤΟ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΑΥΤΟ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ</b> Η εμπιστοσύνη στη δυνατότητά κάποιου να αναλάβει δράση	Παροχή οδηγιών και εκπαίδευσης για την εκτέλεση της δράσης

Πηγή: Glanz K., Rimer BK, Viswanath K. (1997). Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. National Institute of Health.<sup>18</sup>



## ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Εφαρμογή του Μοντέλου Πεποιθήσεων Υγείας (ΜΠΥ).

Το ΜΠΥ:

Αποδίδει ευθύνες στα άτομα

Παρέχει ερεθίσματα αντίδρασης

Ενισχύει την αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας θέτοντας βραχυπρόθεσμους στόχους για την ανάπτυξη της θετικής ενίσχυσης

Ενισχύει την αντίληψη ευπάθειας και σοβαρότητας μέσω της χρήσης φοβικών μηνυμάτων

Βρίσκει αποτελεσματικότερη εφαρμογή στις περιπτώσεις που συνδυάζεται με άλλες θεωρίες κοινωνικογνωστικής προσέγγισης

Για τους επαγγελματίες υγείας κατά την συμβουλευτική εφαρμογή του:

Εκτιμώνται οι πεποιθήσεις ευπάθειας και σοβαρότητας του ασθενούς κατά την εμφάνιση μιας νόσου.

Αξιολογούνται οι πεποιθήσεις του ατόμου αναφορικά με την κομβικότητα της αλλαγής συμπεριφοράς στην πρόληψη της ασθένειας. Εκτιμώνται τα αναμενόμενα οφέλη παράλληλα με τα εμπόδια αλλαγής και αξιολογείται το ισοζύγιο που προκύπτει.

Προσδιορίζονται τα επί μέρους οφέλη στα πλαίσια της προσπάθειας ενίσχυσης της συμπεριφοράς.

Ενισχύεται η αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας μέσω της συζήτησης και ανάπτυξης σκέψεων για την προσπέλαση των εμποδίων.

Εντοπίζονται τα ερεθίσματα δράσης που επισημαίνουν σε καθημερινή βάση τις συνέπειες της μη συμμόρφωσης στην συνιστώμενη αλλαγή.

Πηγή: Κουλιεράκης και συν., 2002<sup>25</sup>- Ίδια επεξεργασία

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.** Εξειδίκευση των παραγόντων του ΜΠΥ στην πρόληψη των επιπλοκών του ΣΔ και της ΔΑ.

<b>Παράγοντες ΜΠΥ</b>	<b>Εξειδίκευση των παραγόντων στη συμπεριφορά πρόληψης των επιπλοκών του ΣΔ και της ΔΑ</b>
<b>Τρωτότητα</b>	<p>Η πραγματοποίηση οφθαλμολογικής εξέτασης συνδέθηκε με την ανησυχία του ασθενούς για την όρασή του και την πεποίθησή του ότι ο ΣΔ μπορεί να τον οδηγήσει σε τύφλωση.</p> <p>Η αντίληψη της απειλής κινητοποιεί τους ασθενείς ώστε να πραγματοποιούν τον οφθαλμολογικό έλεγχο σύμφωνα με τις συστάσεις των ιατρών.</p> <p>Μεγάλο ποσοστό των νοσούντων αγνοεί ότι η ΔΑ μπορεί να οδηγήσει στην τύφλωση και ότι η νόσος ενδέχεται να έχει ασυμπτωματικό χαρακτήρα. Τα ρυθμισμένα επίπεδα του ΣΔ δεν απομακρύνουν απαραίτητα τον κίνδυνο εμφάνισης ΔΑ.<sup>29</sup></p>
<b>Σοβαρότητα</b>	<p>Η γνώση και η αντίληψη για τη ΔΑ ως επιπλοκή του ΣΔ διαμορφώνει την επίγνωση της σοβαρότητας.<sup>29</sup></p> <p>Η εκδήλωση της νόσου αύξησε σημαντικά την επίγνωση της σοβαρότητας της νόσου καθώς και το επίπεδο συμμόρφωσης των ασθενών.<sup>29</sup></p>
<b>Οφέλη</b>	<p>Οι συμμορφούμενοι ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένο επίπεδο αντίληψης και γνώσης της νόσου. Αντιλαμβάνονται τα οφέλη συμμόρφωσης, διαθέτουν μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα και αντιμετωπίζουν λιγότερες δυσκολίες.</p> <p>Οι ιατροί επισημαίνουν στους ασθενείς με ΣΔ τα οφέλη της ετήσιας οφθαλμολογικής εξέτασης με αποτέλεσμα την υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς.<sup>32</sup></p> <p>Η ενημέρωση που βασίζεται στα αντιληπτά εμπόδια και στη βαρύτητα της τακτικής εξέτασης, αυξάνει τη συμμόρφωση αναφορικά με την υιοθέτηση της προληπτικής συμπεριφοράς.<sup>29</sup></p>
<b>Εμπόδια</b>	<p>Αντιληπτά εμπόδια όπως:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο</li><li>το χαμηλό εισόδημα</li><li>ο τόπος διαμονής στην περιφέρεια</li><li>το κόστος της εξέτασης</li><li>προβλήματα μετακίνησης</li><li>ο φόβος για την εξέταση</li></ul>

	<p>η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης</p> <p>Η μελέτη των An et al.,<sup>7</sup> αναδεικνύει την αλληλεπίδραση των δημογραφικών στοιχείων και των παραγόντων που συνθέτουν το ΜΠΥ.</p> <p>Η έλλειψη γνώσης και αντίληψης της απειλής αποτελούν σημαντικά εμπόδια μη συμμόρφωσης.<sup>28</sup></p>
<p><b>Ενδείξεις για δράση</b></p>	<p>Το οικογενειακό ιστορικό ΣΔ ακόμη και τύφλωσης ως επιπλοκή του ΣΔ.</p> <p>Η πρωτοβάθμια περίθαλψη, που στοχεύει συνήθως στη γενική ενημέρωση του πληθυσμού για το ΣΔ και όχι στη ΔΑ και στη βαρύτητα συμμόρφωσης στην οφθαλμολογική εξέταση.</p> <p>Η ενημέρωση για τους κινδύνους της ΔΑ και η εξασφάλιση έγκαιρης παραπομπής σε οφθαλμίατρο, μπορούν να κινητοποιούν τους ασθενείς στη σωστή κατεύθυνση</p> <p>Η αντίληψη της απειλής και η γνώση. Η γνώση από μόνη της δεν επιφέρει αλλαγή της συμπεριφοράς. Ωστόσο, δύναται να επηρεάσει έμμεσα την αυτοδιαχείριση της νόσου μέσω των πεποιθήσεων υγείας.</p> <p>Η γνώση αποτελεί βασικό στοιχείο διαμόρφωσης συμπεριφοράς δίχως όμως να αποτελεί επαρκή προϋπόθεση.<sup>32</sup> Οι πεποιθήσεις υγείας παρεμβάλλονται μεταξύ της γνώσης και της εκδήλωσης συμπεριφοράς αυτοδιαχείρισης. Επιπρόσθετα η κοινωνική στήριξη επηρεάζει έμμεσα τις πεποιθήσεις υγείας μέσω της γνώσης που με τη σειρά της συντελεί στη διαμόρφωση των συμπεριφορών αυτοδιαχείρισης.</p>
<p><b>Αυτοαποτελεσματικότητα</b></p>	<p>Η αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς αυξάνει την αυτοαποτελεσματικότητα και τη συμμόρφωση στην πραγματοποίηση της ετήσιας οφθαλμολογική εξέτασης.<sup>28</sup></p> <p>Η αντίληψη της απειλής και η γνώση για τη νόσο του ΣΔ και της ΔΑ δύναται να αυξήσουν την αυτοαποτελεσματικότητα.</p>

Πηγή: An et al. (2018)<sup>7</sup> Sheppler et al. (2014)<sup>28</sup> Verma et al. (2011)<sup>29</sup> Yang et al. (2016)<sup>32</sup> – Ίδια επεξεργασία