



Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας ογκολογικού νοσοκομείου για τον Σακχαρώδη Διαβήτη

Τριανταφυλλίδου Παρασκευή¹, Γραμμένου Γεωργία², Μπουζούκης Διονύσιος²

1. Νοσηλεύτρια MSc, Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
2. Νοσηλεύτης/τρια MSc, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι ένα σοβαρό χρόνια νόσημα. Οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών του τομέα της υγείας για τον ΣΔ μπορούν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της υγείας των διαβητικών ασθενών με κακοήθη νοσήματα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και της συμπεριφοράς των επαγγελματιών του τομέα της υγείας σχετικά με τον ΣΔ ογκολογικών ασθενών.

Υλικό και μέθοδος: Η έρευνα διεξήχθη σε επαγγελματίες υγείας Αντικαρκινικού Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης. Οι κλίμακες DSDS και DAS-3 χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση των αντιλήψεων και των συμπεριφορών για τον ΣΔ.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα συμμετείχαν 168 επαγγελματίες υγείας, με μέση ηλικία τα 44,08 έτη ($SD \pm 9,17$) και μέσο χρόνο προϋπηρεσίας 19,3 έτη ($SD \pm 8,99$). Αναφορικά με τα συναισθήματα των συμμετεχόντων για τον ΣΔ, οι μεγαλύτερες βαθμολογίες συγκεντρώθηκαν για την «βοήθεια από την οικογένεια στη διαχείριση ΣΔ» ($4,36 \pm 1,06$) και για την «άσκηση και σακχαρώδης διαβήτης» ($4,35 \pm 1,04$). Καταγράφηκε συμφωνία στην άποψη ότι υπάρχει ανάγκη για ειδική εκπαίδευση στον ΣΔ των επαγγελματιών υγείας, για τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών ($1,78 \pm 0,48$), ενώ το δείγμα είχε ουδέτερη άποψη για τη σοβαρότητα της νόσου ($3,08 \pm 0,57$).

Συμπεράσματα: Η εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού στον ΣΔ θεωρείται αναγκαία. Οργανωμένες παρεμβάσεις μπορούν να διευκολύνουν τη στάση των διαβητικών ασθενών στη διαχείριση της νόσου, οδηγώντας σε μεγαλύτερα επίπεδα συμμόρφωσης με τη θεραπεία.

Λέξεις Κλειδιά: Σακχαρώδης διαβήτης, επαγγελματίες υγείας, στάσεις, αντιλήψεις.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μπουζούκης Διονύσιος, Καθηγητού Ευρυγένη 2, Θεσσαλονίκη, τηλέφωνο 6942202698, e-mail: dionbuzuki@gmail.com

Knowledge, attitudes and perceptions of oncology hospital health professionals about Diabetes Mellitus

Triantafyllidou Paraskevi¹, Grammenou Georgia², Bouzoukis Dionusios²

1. RN, MSc, Theageneio Anticancer Hospital
2. RN MSc, Intensive Care Unit Papageorgiou General Hospital of Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

Background: Diabetes Mellitus (DM) is a serious chronic disease. Healthcare professionals' knowledge and attitudes regarding DM can affect health outcomes of diabetic patients.

Aim: Healthcare professionals' knowledge, attitudes and behavior regarding DM and malignancies.

Material and method: The present study was conducted among healthcare professionals of Anti-Cancer Hospital in Thessaloniki. DSDS and DAS-3 scales were used to assess the attitudes of health professionals regarding SD.

Results: 168 health professionals participated in the study, with a mean age of 44.08 years ($SD \pm 9.17$) and an average working experience of 19.3 years ($SD \pm 8.99$). Regarding participants' feelings about DM, the highest scores were found in "support from the family in managing diabetes" (4.36 ± 1.06) and in "exercise and diabetes mellitus" (4.35 ± 1.04). Participants agreed with the view that there is a need for special training regarding DM care, of healthcare professionals (mean 1.78 ± 0.48), while the sample had a neutral view on disease severity (mean 3.08 ± 0.57).

Conclusions: Training of healthcare personnel in DM is considered necessary. Organized interventions can facilitate diabetic patients' attitudes regarding DM management, contributing to higher levels with treatment adherence.

Keywords: Diabetes mellitus, healthcare professionals, attitudes, perceptions.

Corresponding Author: Bouzoukis Dionusios, Kathigitou Eurigeni 2, Thessaloniki, phone number 6942202698, e-mail: dionbuzuki@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί ένα μεταβολικό νόσημα, του οποίου ο επιπολασμός το 2019 εκτιμήθηκε σε 9,3% σε παγκόσμιο επίπεδο (463 εκ. άτομα).¹ Αποτελεί μια σοβαρή μακροχρόνια κατάσταση, υπεύθυνη για την εμφάνιση ποικίλων μακροχρόνιων επιπλοκών με σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών σε κοινωνικό, οικονομικό, αλλά και προσωπικό επίπεδο.² Ο καρκίνος αποτελεί επίσης ένα χρόνια νόσημα με σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Το 2018 καταγράφηκαν περίπου 18 εκ. περιπτώσεις σε όλο τον κόσμο.³ Οι μορφές του καρκίνου διαφέρουν σημαντικά ως προς τη φύση, το ρυθμό ανάπτυξης, εξέλιξης, θεραπείας και πρόγνωσης. Χάρη στην εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, έχει καταστεί εφικτή σήμερα η ίαση μεγάλου ποσοστού ασθενών με καρκίνο.⁴

Φαίνεται επίσης ότι υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στον ΣΔ και τον καρκίνο, καθώς η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου αυξάνεται και στους δύο τύπους διαβήτη (1 και 2), ειδικότερα κατά το πρώτο έτος μετά τη διάγνωση του ΣΔ.⁵ Ο ΣΔ είναι υπεύθυνος για περίπου 280.100 περιπτώσεις καρκίνου⁶ και κάποιοι τύποι καρκίνου είναι περισσότερο κοινοί σε ασθενείς με ΣΔ, όπως ο

καρκίνος του ήπατος, του παγκρέατος και του ενδομητρίου.⁷

Οι ασθενείς με καρκίνο και ΣΔ απαιτούν εξειδικευμένη διαχείριση από τους επαγγελματίες υγείας. Έρευνες έχουν δείξει πως το 38% των νοσηλευόμενων ασθενών με καρκίνο και ΣΔ παράλληλα έχουν αυξημένη διάρκεια παραμονής σε μονάδες υγείας.⁸ Αυτοί οι ασθενείς απαιτούν μια διεπιστημονική προσέγγιση⁹ για τη δημιουργία ενός εξατομικευμένου πλάνου φροντίδας στο πλαίσιο της διαχείρισης και των δύο καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογικής υποστήριξης και της εκπαίδευσής τους.⁸ Ειδικότερα, οι ογκολογικοί νοσηλευτές έχουν έναν πολυδιάστατο ρόλο στη φροντίδα αυτών των ασθενών, λειτουργώντας ως συντονιστές της φροντίδας και ως σύμβουλοι.¹⁰ Η εκπαίδευσή τους είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της διαχείρισης του καρκίνου και των λοιπών προβλημάτων, με στόχο την επίτευξη βέλτιστων θεραπευτικών αποτελεσμάτων.¹¹

Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας είναι επομένως εξέχουσας σημασίας στη διαχείριση και αντιμετώπιση του ΣΔ και των επιπλοκών, καθώς και στην εκπαίδευση και καθοδήγηση των ασθενών στην αυτό-φροντίδα τους. Η

παροχή πληροφοριών για την νόσο, η εκπαίδευση, καθώς και η κινητοποίησή τους από τους επαγγελματίες υγείας είναι καθοριστικοί παράγοντες αλλαγής συμπεριφοράς και ενίσχυσης της συμμόρφωσης με τη θεραπεία.^{12,13} Οι έρευνες έχουν δείξει ότι η καλή επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση του επιπέδου συμμόρφωσης των ασθενών με ΣΔ,¹⁴ στην καλύτερη επίτευξη των θεραπευτικών στόχων, στη βελτίωση του μεταβολικού ελέγχου, καθώς και στη βελτίωση της ικανοποίησης του ασθενούς από τη θεραπεία.¹⁵

Παρ' όλα αυτά, οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών του τομέα της υγείας για τον ΣΔ παραμένουν σε μεγάλο βαθμό ανεξερεύνητες μέχρι σήμερα. Στο πλαίσιο αυτό, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και της συμπεριφοράς του νοσηλευτικού προσωπικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης αναφορικά με τον ΣΔ, καθώς και η συσχέτισή τους με δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η εργασία αποτελεί μια συγχρονική μελέτη στην οποία συμμετείχαν επαγγελματίες υγείας. Το δείγμα λήφθηκε από Αντικαρκινικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων στην έρευνα

ήταν: 1) η ηλικία > 18 ετών, 2) η επαρκής γνώση ελληνικής γλώσσας, 3) η συμπλήρωση εντύπου συγκατάθεσης συμμετοχής, 4) η προϋπηρεσία τουλάχιστον 6 μήνες και 5) η επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων (επαγγελματίες υγείας). Η διεξαγωγή της έρευνας εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με την χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου, αποτελούμενο από δύο αξιόπιστα εργαλεία. Το πρώτο εργαλείο ήταν η Σηματολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη (Diabetes Semantic Differential Scales, DSDS)¹⁶ και χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον ΣΔ. Το εργαλείο χρησιμοποιεί σηματολογικές διαφορικές κλίμακες, ζητώντας από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή έννοια χρησιμοποιώντας ζεύγη αντίθετων επιθέτων. Περιλαμβάνει 18 έννοιες αναφορικά με την φροντίδα στο ΣΔ. Για κάθε ένα από τα εννέα ζεύγη επιθέτων που χρησιμοποιούνται, οι αόριστες θέσεις βαθμολογίας μετατράπηκαν σε αριθμούς (αριστερό διάστημα = 1, δεξιό διάστημα = 7) και υπολογίστηκαν ως συνεχείς μεταβλητές. Χρησιμοποιώντας τα 9 ζευγάρια επιθέτων κάθε έννοιας φροντίδας του διαβήτη, υπολογίστηκε μια μέση βαθμολογία απόκρισης για κάθε μία από τις 18 έννοιες. Οι χαμηλές βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν

περισσότερο αρνητικές αντιλήψεις, ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες περισσότερο θετικές.

Το δεύτερο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το Ερωτηματολόγιο Μελέτης Συμπεριφορών για το Διαβήτη (Diabetes Attitude Survey, DAS-3) για την διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον ΣΔ και τις συγκρίσεις των απόψεων μεταξύ διαφορετικών ομάδων. Αποτελείται από 33 στοιχεία, τα οποία κατανέμονται σε πέντε διαστάσεις: 1) την ανάγκη ειδικής εκπαίδευσης για την παροχή φροντίδας στο διαβήτη, 2) τη σοβαρότητα του διαβήτη τύπου II, 3) την αξία αυστηρού ελέγχου γλυκόζης, 4) την ψυχοκοινωνική επίδραση του διαβήτη και 5) τη στάση απέναντι στην αυτονομία του ασθενούς.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από 15 Φεβρουαρίου έως 10 Μαρτίου 2018. Διανεμήθηκαν συνολικά 200 ερωτηματολόγια, από τα οποία επεστράφησαν πλήρως συμπληρωμένα τα 168. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 84%.

Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 21.0. Μέτρα περιγραφικής στατιστικής χρησιμοποιήθηκαν για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Ο έλεγχος χ^2 χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών. Ο έλεγχος t (student's t-test) χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση

συσχετίσεων μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούν την κανονική κατανομή και διχοτομικών μεταβλητών, ενώ για μεταβλητές που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney U-test. Η ανάλυση διασποράς anova (analysis of variance) χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση συσχέτισεων μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες, ενώ ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (Spearman's correlation coefficient) χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση συσχέτισεων μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής. Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν κατά 89,9% από γυναίκες και κατά 10,1% από άνδρες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 44,08 έτη (SD $\pm 9,17$). Ο μέσος χρόνος εργασίας ήταν τα 19,3 έτη (SD $\pm 8,99$). Η πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή το 71,4% ήταν νοσηλευτές (ΠΕ/ΤΕ), ακολουθούμενοι από τους βοηθούς νοσηλευτών (19,6%), τους ιατρούς (4,2%), τους τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων (1,2%) και το διοικητικό προσωπικό (0,6%) (Εικόνα 1). Μεταξύ των ιατρών, η πλειοψηφία ήταν ογκολόγοι (28,6%) και χειρουργοί (28,6%) και σε

μικρότερα ποσοστά αναισθησιολόγοι (14,3%), εντατικολόγοι (14,3%) και παθολογοανατόμοι (14,3%) (Εικόνα 2). Η πλειοψηφία του δείγματος (52,4%) ασχολούνταν με το ΣΔ, ως μέρος των εργασιακών του καθηκόντων έως 24%. Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το 61,3% ήταν νοσηλευτές ΠΕ ή ΤΕ και το 20,2% ήταν απόφοιτοι μέσης τεχνικής επαγγελματικής σχολής (βοηθοί νοσηλευτών), με το 9,5% να διαθέτει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (Πίνακας 1).

Αναφορικά με τα συναισθήματα των συμμετεχόντων για τον ΣΔ, οι μεγαλύτερες βαθμολογίες συγκεντρώθηκαν για την «βοήθεια από την οικογένεια στη διαχείριση σακχαρώδη διαβήτη» ($4,36 \pm 1,06$), για την «άσκηση και σακχαρώδης διαβήτη» ($4,35 \pm 1,04$), για την «αυτοφροντίδα για το σακχαρώδη διαβήτη» ($4,26, \pm 0,98$), για τον «έλεγχο του αίματος για γλυκόζη» ($4,16. \pm 0,99$) και για τη «λήψη αντιδιαβητικών δισκίων» ($4,05 \pm 1,05$) (Πίνακας 2).

Η ανάλυση των απαντήσεων στην κλίμακα DAS, ως προς τις πέντε διαστάσεις, υπέδειξε ότι οι συμμετέχοντες συμφωνούν απόλυτα ή συμφωνούν με την άποψη ότι υπάρχει ανάγκη για ειδική εκπαίδευση από τους επαγγελματίες υγείας, όσον αφορά στον ΣΔ και τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών ($1,78 \pm 0,48$), ενώ είχαν ουδέτερη άποψη για το πόσο σοβαρή νόσος είναι ο ΣΔ ($3,08 \pm 0,57$). Όσον αφορά στην αξία του αυστηρού

ελέγχου για το ΣΔ φάνηκε ότι η πλειοψηφία του δείγματος θεωρεί ότι συμβάλλει σημαντικά σε αυτόν ($2,74 \pm 0,55$). Ο ΣΔ φαίνεται ότι έχει σημαντικές ψυχοσωματικές επιπτώσεις στους ασθενείς ($2,46 \pm 0,48$), ενώ οι συμμετέχοντες θεωρούν σημαντική την αυτονομία των διαβητικών ασθενών ($2,53 \pm 0,51$) (Πίνακας 3).

Ως προς τις επιμέρους απαντήσεις στις πέντε διαστάσεις, χαρακτηριστικό είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρούν ότι οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη φροντίδα ατόμων με ΣΔ θα πρέπει να εκπαιδεύονται σε δεξιότητες επικοινωνίας (94,5%), συμβουλευτικής (93,9%) και διδασκαλίας (90,2%), αλλά και να συνεργάζονται με τους ασθενείς για τη διαχείριση της νόσου (84,1%). Επιπλέον, ως προς τη διαχείριση, το 84,1% του δείγματος φάνηκε να πιστεύει ότι η διατήρηση των τιμών σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα προλαμβάνει την εμφάνιση επιπλοκών της νόσου, ενώ το 78% πιστεύει ότι τα ηλικιωμένα άτομα με ΣΔ τύπου II εμφανίζουν επιπλοκές της νόσου. Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες (49,4%) ανέφεραν ότι οι ασθενείς που ακολουθούν μόνο διατροφική αγωγή δεν θα εμφανίσουν επιπλοκές της νόσου.

Από την ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ των συναισθημάτων για τον ΣΔ και των δημογραφικών στοιχείων, προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση

μεταξύ του φύλου των συμμετεχόντων και της χρήσης ινσουλίνης ($p=0,04$), και οριακά στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον έλεγχο του αίματος για γλυκόζη ($p=0,09$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε επίσης ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων και τη «βοήθεια από την οικογένεια στη διαχείριση του διαβήτη» ($p<0,05$). Το ποσοστό της καθημερινής εργασίας του προσωπικού που αφορά το ΣΔ και τα συναισθήματα που εκδηλώνουν για το ΣΔ φάνηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά ($p=0,05$). Δεν καταγράφηκαν συσχετίσεις μεταξύ του φύλου ή του επιπέδου εκπαίδευσης ή του ποσοστού εργασίας με τις συμπεριφορές απέναντι στο ΣΔ.

Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και των συναισθημάτων για το ΣΔ, αποκάλυψε ότι για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας, μειώνεται κατά 0,019 μονάδες η μέση τιμή της κλίμακας που αφορά στην αυτοφροντίδα για το διαβήτη ($p=0,03$), ενώ για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας, η μέση τιμή της κλίμακας που αφορά στην άσκηση και το ΣΔ αυξάνεται κατά 0,024 μονάδες ($p=0,02$). Αναφορικά με το ποσοστό ενασχόλησης με το ΣΔ, βρέθηκε ότι όταν αυξάνεται κατά μία ποσοστιαία μονάδα, η αντίστοιχη μέση τιμή της κλίμακας των συναισθημάτων αναφορικά με το ΣΔ αυξάνεται κατά 0,017 μονάδες ($p=0,05$). Επίσης, αύξηση κατά μία ποσοστιαία μονάδα

στο ποσοστό ενασχόλησης με το ΣΔ, συνεπάγεται αύξηση κατά 0,019 μονάδες στην κλίμακα που αφορά τα συναισθήματα ως προς τους διαβητικούς ασθενείς ($p=0,04$) και αύξηση κατά 0,020 μονάδες στην κλίμακα που αφορά στη μακροχρόνια νόσο ($p=0,03$) (Πίνακας 4).

Τέλος, ως προς τη συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του ποσοστού εργασίας σε ενασχόληση με το ΣΔ με τις συμπεριφορές (κλίμακα DAS), βρέθηκε ότι για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας, αυξάνεται η μέση τιμή στην κλίμακα DAS κατά 0,018 μονάδες, που αφορά στις ψυχοσωματικές επιπτώσεις του ΣΔ ($p=0,04$) και μειώνεται κατά 0,09 μονάδες η μέση τιμή της κλίμακας για την αυτονομία του ασθενή. Επιπλέον, αύξηση κατά μία ποσοστιαία μονάδα στο ποσοστό εργασίας σε ενασχόληση με το ΣΔ, οδηγεί σε αύξηση της κλίμακας DAS κατά 0,016 μονάδες ($p<0,05$), αναφορικά με τη σοβαρότητα της νόσου και κατά 0,017 μονάδες στην κλίμακα που αφορά στην αξία του αυστηρού ελέγχου ($p=0,03$) (Πίνακας 5).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα εργασία διεξήχθη σε ένα ογκολογικό νοσοκομείο, για τη μελέτη των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το ΣΔ, καθώς και για την διερεύνηση της επίδρασης των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων στις παραπάνω μεταβλητές.



Οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η ειδική εκπαίδευση όσον αφορά το ΣΔ και τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών θεωρείται πολύ σημαντική, καθώς επίσης και η εκπαίδευση με σκοπό την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, συμβουλευτικής, διδασκαλίας και συνεργασίας με τους ασθενείς κατά τη διαχείριση της νόσου. Οι ανάγκες εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στον ΣΔ και την διαχείριση του έχουν αναφερθεί σε μεγάλο αριθμό προηγούμενων μελετών, ως προς τη γνώση των παραγόντων κινδύνου, της ανίχνευσης και της διαχείρισης της κατάθλιψης σε παιδιά με ΣΔ τύπου 1¹⁷, ως προς τον προσυμπτωματικό έλεγχο και την διαχείριση του ΣΔ κύησης¹⁸, ως προς τη διατροφή και τα συμπτώματα των οξέων επιπλοκών του ΣΔ¹⁹ και ως προς την επικοινωνία μεταξύ του διαβητικού ασθενούς και του θεραπευτή, για τη βελτίωση του επιπέδου συμμόρφωσης με την θεραπεία.^{20,21,22}

Η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για τον ΣΔ καθίσταται αναγκαία, μιας και η επίπτωση της νόσου αυξάνεται, αλλά και επειδή έχει θετικά αποτελέσματα στην παροχή ποιοτικής περίθαλψης στους συγκεκριμένους ασθενείς. Πράγματι, οι προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι η συνεχής εκπαίδευση των ιατρών οδηγεί σε βελτίωση του επιπέδου μεταβολικών παραμέτρων των διαβητικών ασθενών,²³ καλύτερη επίτευξη των θεραπευτικών

στόχων και αύξηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τη φροντίδα του¹⁵. Ειδικότερα, έχει επισημανθεί ο εξαιρετικά σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή, και ιδιαίτερα του ΕΝΔ (Ειδικός Νοσηλευτής στο Διαβήτη), ο οποίος είναι σε θέση να εφαρμόζει σωστά τις εκπαιδευτικές στρατηγικές και τις διεθνείς οδηγίες, για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων.²⁴

Σε ότι αφορά τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην σοβαρότητα του ΣΔ ως νοσολογικής οντότητας, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι επικρατεί μία ουδέτερη άποψη. Ωστόσο, ο ΣΔ είναι γνωστό ότι είναι μια σοβαρή νόσος, η οποία συνοδεύεται από ένα σύνολο επιπλοκών, που συνδέονται με χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, αλλά και με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα.^{25,26} ²⁷ Εκτιμήθηκε ότι το 2016, περίπου 1,6 εκ. θάνατοι συνδέθηκαν με τον ΣΔ.²⁸ Η υποτίμηση της σοβαρότητας της νόσου, μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας περίθαλψης, καθιστώντας έτσι αναγκαία την ενίσχυση των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού για τον ΣΔ.

Όσον αφορά ωστόσο, την αξία του αυστηρού ελέγχου για το ΣΔ, τόσο των επαγγελματιών υγείας, όσο και του ίδιου του ασθενούς, της αυτοφροντίδας των ασθενών και των γνώσεών τους για τη διαχείριση της νόσου, η στάση των συμμετεχόντων συμπίπτει με τα ευρήματα της διεθνούς επιστημονικής

βιβλιογραφίας. Πολλές προηγούμενες μελέτες έχουν καταστήσει σαφές ότι η εκπαίδευση των ασθενών για την αυτοδιαχείριση του ΣΔ αποτελεί βασικό προγνωστικό παράγοντα στην εξέλιξη της νόσου,^{29,30,31} διαδραματίζοντας βασικό ρόλο στην πρόληψη επιπλοκών βραχυπρόθεσμα, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα και συμβάλλοντας στην επίτευξη και διατήρηση του γλυκαιμικού ελέγχου. Περαιτέρω, η δίαιτα και οι διατροφικές συνήθειες των ασθενών με ΣΔ θεωρούνται από τους κυριότερους παράγοντες στην εξέλιξη και τη διαχείριση της νόσου ³², αποτέλεσμα που επιβεβαιώνεται και από την παρούσα μελέτη, καθώς το 49,4% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι οι ασθενείς που ακολουθούν μόνο διατροφική αγωγή δεν θα εμφανίσουν επιπλοκές της νόσου. Συμφωνία με τα ευρήματα της προηγούμενης επιστημονικής έρευνας υπάρχει και ως προς την αντίληψη των συμμετεχόντων για την σημαντικότητα των συναισθηματικών προβλημάτων που προκαλεί ο ΣΔ,^{33,34,35} ως προς τον βαθμό στον οποίο ο ΣΔ επηρεάζει τη ζωή των ασθενών ³⁶, ³⁷ και ως προς τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια στη συμμόρφωση των ασθενών με τη θεραπεία.^{38,39}

Τέλος, όσον αφορά τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ διαφόρων δημογραφικών και κλινικών στοιχείων με τη στάση και συμπεριφορά των συμμετεχόντων, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι το φύλο

σχετίζεται σημαντικά με τη χρήση ινσουλίνης ($p=0,04$). Παρόμοια, σε μια έρευνα στην οποία είχε μελετηθεί η συμπεριφορά αυτοδιαχείρισης ασθενών με ΣΔ συγκριτικά με το φύλο, οι ερευνητές βρήκαν ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του ΣΔ, ειδικά σε τομείς όπως η άσκηση και ο τακτικός έλεγχος του σακχάρου.³⁹

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην διαχείριση και την αντιμετώπιση των χρόνιων νόσων και των επιπλοκών τους, καθιστώντας αναγκαία την ενίσχυση των γνώσεών τους, μέσω της εκπαίδευσης, για την βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών (αυτό-διαχείριση, συμμόρφωση). Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι η εκπαίδευση του προσωπικού υγείας, ως προς την επικοινωνία και τη συμβουλευτική των ασθενών, θεωρείται αναγκαία για την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τη διαχείριση του ΣΔ, αλλά και για τη διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που μπορούν να επηρεάσουν τη συμμόρφωση. Τα δημογραφικά στοιχεία που μελετήθηκαν δεν φαίνεται να επηρεάζουν τη συμπεριφορά απέναντι στο ΣΔ, εντούτοις, το ποσοστό της καθημερινής εργασίας του προσωπικού που αφορά το ΣΔ φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με τις πεποιθήσεις σχετικά με τη σοβαρότητα της νόσου, την αξία του αυστηρού ελέγχου ΣΔ, τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις των

ασθενών και την αυτονομία του ασθενή, υποδεικνύοντας πως η ενασχόληση του προσωπικού υγείας με περιστατικά ΣΔ οδηγεί στην καλύτερη κατανόηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και των απαιτήσεων για την ορθολογικότερη διαχείριση της νόσου, παρέχοντας έτσι τις κατάλληλες υπηρεσίες.

Το μικρό μέγεθος του δείγματος και η πραγματοποίηση της μελέτης σε ένα μόνο νοσηλευτικό ίδρυμα περιορίζουν την γενίκευση των αποτελεσμάτων στους επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα. Επιπρόσθετα, η συλλογή των δεδομένων βασίστηκε σε αυτοαναφορές. Αν και οι κλίμακες είναι αξιόπιστες, εντούτοις ενδέχεται να εμπεριέχονται σφάλματα εκτίμησης, που μπορεί να αποτυπωθούν στις απαντήσεις τους, γεγονός που συνεπάγεται μεροληψία και ενδεχόμενα συστηματικά σφάλματα. Η παρούσα εργασία είναι πρωτότυπη για το ελληνικό πλαίσιο, και συνεπώς απαιτείται τα ευρήματά της να επιβεβαιωθούν από μεταγενέστερες μελέτες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition.

Diabetes Res Clin Pract. 2019NOV;157:107843

2. Katsiki N, Hliadis F, Zantidis A, Didaggelos T. Diabetes Mellitus: Diagnosis and taxonomy. *Diab Car* 2006;32:78-86.
3. World Cancer Research Fund (WCRF). Worldwide cancer data. Global cancer statistics for the most common cancers. WCRF;2019
<https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/worldwide-cancer-data>
4. Corner J, Bailey C. *Cancer Nursing: Care in Context*. Blackwell Science Ltd.: Oxford, 2001.
5. Dankner R, Boffetta P, Balicer RD, Boker LK, Sadeh M, Berlin A, et al. Time-dependent risk of cancer after a diabetes diagnosis in a cohort of 2.3 million adults. *Am J Epidemiol* 2016;183(12):1098-106.
6. Pearson-Stuttard J, Zhou B, Kontis V, Bentham J, Gunter MJ, Ezzati M. Worldwide burden of cancer attributable to diabetes and high body-mass index: a comparative risk assessment. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6(2):95-104.
7. Vigneri P, Frasca F, Sciacca L, Pandini G, Vigneri R. Diabetes and cancer. *Endocr Relat Cancer* 2009;16(4):1103-23.
8. Sampayo V, Tofthagen C. Hyperglycemia and Cancer: An Algorithm to Guide Oncology Nurses. *CJON* 2017, 21(3), 345-352.

-
9. Farrell C, Molassiotis A, Beaver K, Heaven C. Exploring the scope of oncology specialist nurses' practice in the UK. *Eur J Oncol Nurs* 2011;15:160-16.
 10. Konstantinidis Th, Philalithis A. Oncology nurses' role and nursing practice in advanced cancer patients. *Hellenic Journal of Nursing* 2013;52(2):117-130.
 11. Goebel, J., Valinski, S., & Hershey, D. S. Improving coordination of care among healthcare professionals and patients with diabetes and cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2016;20(6):645-651.
 12. Funnell MM, Anderson RM. Working toward the next generation of diabetes self-management education. *Am J Prev Med* 2002;22:3-5.
 13. Sprague MA, Shultz JA, Branen LJ. Understanding patient experiences with goal setting for diabetes self-management after diabetes education. *Fam Community Health* 2006;29:245-255.
 14. Metzger BE, Gabbe SG, Persson B. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* 2010;33:676-682.
 15. Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a systemwide randomized trial. *Diabetes Care*. 2001;24:695-700.
 16. Osgood CE, Suci GJ, Tannenbaum PH. The measurement of meaning. Urbana, IL: University of Illinois Press; 1957.
 17. Alvar CM, Coddington JA, Foli KJ, Ahmed AH. Depression in the school-aged child with type 1 diabetes: implications for pediatric primary care providers. *J Pediatr Health Care* 2018;32:43-52.
 18. Utz B, Assaraq B, Essolbi A, Barkat A, Delamou A, De Brouwere V. Knowledge and practice related to gestational diabetes among primary health care providers in Morocco: Potential for a defragmentation of care? *Prim Care Diabetes* 2017;11(4):389-96.
 19. Abduelkarem AR, El-Shareif HJ. Assessment of diabetes-related knowledge among nursing staff in a hospital setting. *Journal of Diabetes Nursing* 2013; 17: 207-18.
 20. Miremberg H, Ben-Ari T, Betzer T, et al. The impact of a daily smartphone-based feedback system among women with gestational diabetes on compliance, glycemic control, satisfaction, and pregnancy outcome: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218: 453.e1-7.
 21. Stanton-Robinson C, Al-Jumaili AA, Jackson A, Catney C, Veach S, Witry MJ. Evaluation of community pharmacist-provided telephone interventions to improve adherence to hypertension and
-



- diabetes medications. *J Am Pharm Assoc.* 2018;58(4S):S120-4.
22. Chen XZ, Yu SJ, Li CY., Zhan X.X., Yana W.R. Text message-based intervention to improve treatment adherence among rural patients with type 2 diabetes mellitus: a qualitative study. *Public Heal* 2017;13:46-53.
23. Quinn L. Care of Diabetic Patients. In Osborn KS, Wraa GE, Watson AB. *Pathological-Surgical Nursing - Preparation for Nursing Practice.* Nicosia, Broken Hill Publishers 2013.
24. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Kreisberg RA. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. *Diabetes Care* 2006;29:2739 -2748.
25. Bailes BK. Diabetes mellitus and its chronic complications. *AORN J.* 2002;76:266-76. 78-82. quiz 83-6.
26. Melidonis A, Koutsovasilis A. Diabetes Mellitus: Acute complications. In Melidonis A. *Diabetes Mellitus 2010.*
27. World Health Organization (WHO). Diabetes. WHO;2018 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
28. Montagnana M, Caputo M, Giavarina D, Lippi G. Overview on self-monitoring of blood glucose. *Clin Chim Acta.* 2009;402:7-13.
29. Chai S, Yao B, Xu L, Wang D, Sun J, Yuan N, et al. The effect of diabetes self-management education on psychological status and blood glucose in newly diagnosed patients with diabetes type 2. *Patient Educ Couns.* 2018;101(8):1427-1432.
30. Kumah E, Sciolli G, Toraldo ML, Murante AM. The diabetes self-management education programs and their integration in the usual care: a systematic literature review. *Health Policy* 2018;122(8):866-877.
31. Abdelhafiz AH Sinclair AJ. Diabetes, nutrition, and exercise. *Clin Geriatr Med* 2015;31:439-451.
32. Lin K, Park C, Li M. Effects of depression, diabetes distress, diabetes self-efficacy, and diabetes self-management on glycemic control among Chinese population with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract* 2017;131:179-186.
33. Indelicato L, Dauriz M, Santi L, Bonora F, Negri C, Cacciatori V, et al. Psychological distress, self-efficacy and glycemic control in type 2 diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2017;27(4):300-306.
34. Asuzu CC, Walker RJ, Williams JS, Egede LE. Pathways for the relationship between diabetes distress, depression, fatalism and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications* 2017;31:169-174.

35. Rwegerera GM, Moshomo T, Gaenamong M, Oyewo TA, Gollakota S, Rivera YP, et al. Health-related quality of life and associated factors among patients with diabetes mellitus in Botswana. *Alex J Med* 2018;54:111–118.
36. Strandberg RB, Graue M, Wentzel-Larsen T, Peyrot M, Wahl AK, Rokne B. The relationships among fear of hypoglycaemia, diabetes-related quality of life and psychological well-being in Norwegian adults with Type 1 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2017;124:11–9.
37. Gomes LC, Coelho ACM, Santos GD, Freitas MCF, Pace, AE. Contribution of family social support to the metabolic control of people with diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial. *Applied Nursing Research* 2017;36: 68–76.
38. Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence and glycaemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2012;35:1239–1245.
39. Saad AMJ, Younes ZMH, Ahmed H, Brown JA, Al Owesie RM, Hassoun AAK. Self-efficacy, self-care and glycaemic control in Saudi Arabian patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional survey. *Diabetes Res Clin Pract* 2018;137:28–36.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικά στοιχεία ερωτώμενων

| | n/N | % N |
|---|------------------|---------------------------|
| Φύλο | | |
| Άνδρας | 17/168 | 10,1 |
| Γυναίκα | 151/168 | 89,9 |
| Επάγγελμα | | |
| Ιατρός | 7/168 | 4,2 |
| Νοσηλεύτης (ΑΕΙ/ΤΕΙ) | 120/168 | 71,4 |
| Βοηθός Νοσηλεύτη | 33/168 | 19,6 |
| Μαία | 5/168 | 3 |
| Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων | 2/168 | 1,2 |
| Διοικητικό Προσωπικό | 1/168 | 0,6 |
| Ειδικότητα Ιατρικού Προσωπικού | | |
| Εντατικολόγος | 1/7 | 14,3 |
| Αναισθησιολόγος | 1/7 | 14,3 |
| Ογκολόγος | 2/7 | 28,6 |
| Παθολογοανατόμος | 1/7 | 14,3 |
| Χειρουργός | 2/7 | 28,6 |
| Ποσοστό συμμετοχής στην φροντίδα του Σ.Δ | | |
| έως 24% | 87/166 | 52,4 |
| Από 25% έως 49% | 61/166 | 36,7 |
| Από 50% έως 74% | 18/166 | 10,8 |
| Από 75% έως 100% | 0/166 | 0 |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | | |
| Απόφοιτος Γυμνασίου | 1/168 | 0,6 |
| Απόφοιτος τεχνικής σχολής | 34/168 | 20,2 |
| Πτυχιούχος ΤΕΙ | 103/168 | 61,3 |
| Πτυχιούχος Πανεπιστημίου | 12/168 | 7,1 |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού | 16/168 | 9,5 |
| Κάτοχος Διδακτορικού | 2/168 | 1,2 |
| | Μέση τιμή | ΤΑ*(95%ΔΕ) |
| Ηλικία | 44,08 | ± 9,16 95%ΔΕ: 43,37-44,79 |
| Χρόνια Προϋπηρεσίας | 19,3 | ± 8,99 95%ΔΕ: 18,58-20,02 |

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Συναισθήματα αναφορικά με τη νόσο του διαβήτη

| Συναισθήματα αναφορικά με: | Μέση τιμή τιμή | ΤΑ*(95%ΔΕ) |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Σακχαρώδης Διαβήτης | 3,82 | ±0,95 95%ΔΕ:3,75-3,89 |
| Καρδιακή νόσο και Σακχαρώδης Διαβήτης | 3,57 | ±0,89 95%ΔΕ:3,50-3,64 |
| Αυτοφροντίδα για το Σακχαρώδη Διαβήτη | 4,26 | ±0,98 95%ΔΕ:4,18-4,34 |
| Χαμηλή γλυκόζη αίματος (Υπογλυκαιμία) | 3,92 | ±0,94 95%ΔΕ:3,85-3,99 |
| Να έχει κανείς Σακχαρώδη Διαβήτη | 3,73 | ±0,88 95%ΔΕ:3,66-3,80 |
| Έλεγχο του αίματος για γλυκόζη | 4,16 | ±0,99 95%ΔΕ:4,08-4,24 |
| Συναισθήματα του ασθενή για το ΣΔ | 3,54 | ±0,94 95%ΔΕ:3,47-3,61 |
| Έλεγχο της γλυκόζης αίματος | 3,91 | ±1,07 95%ΔΕ:3,83-3,99 |
| Υψηλή γλυκόζη αίματος (υπεργλυκαιμία) | 3,47 | ±0,92 95%ΔΕ:3,40-3,54 |
| Επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη | 3,49 | ±0,93 95%ΔΕ:3,42-3,56 |
| Διατροφή του διαβητικού | 3,92 | ±0,94 95%ΔΕ:3,85-3,99 |
| Άσκηση και Σακχαρώδης Διαβήτη | 4,35 | ±1,04 95%ΔΕ:4,27-4,43 |
| Χρήση ινσουλίνης | 3,72 | ±1,10 95%ΔΕ:3,63-3,81 |
| Λήψη αντιδιαβητικών δισκίων | 4,05 | ±1,05 95%ΔΕ:3,97-4,13 |
| Μακροχρόνια νόσος | 3,41 | ±0,91 95%ΔΕ:3,34-3,48 |
| Βοήθεια από την οικογένεια στη διαχείριση Σακχαρώδη Διαβήτη | 4,36 | ±1,06 95%ΔΕ:4,28-4,44 |
| Βοήθεια από τους φίλους στη διαχείριση Σακχαρώδη Διαβήτη | 3,68 | ±1,16 95%ΔΕ:3,59-3,77 |
| Χρηματική δαπάνη για το Σακχαρώδη Διαβήτη | 3,45 | ±1,14 95%ΔΕ:3,36-3,54 |

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Κατανομή της κλίμακας Στάσεων απέναντι στο Διαβήτη (DAS)

| | Μέση τιμή | ΤΑ |
|----------------------------------|-----------|-------------------------|
| Ανάγκη για ειδική εκπαίδευση | 1,78 | ± 0,48 95%ΔΕ: 1,74-1,82 |
| Σοβαρότητα Διαβήτη | 3,08 | ± 0,57 95%ΔΕ: 3,04-3,12 |
| Αξία αυστηρού ελέγχου | 2,74 | ± 0,55 95%ΔΕ: 2,70-2,78 |
| Ψυχοσωματικές επιπτώσεις Διαβήτη | 2,46 | ± 0,48 95%ΔΕ: 2,42-2,50 |
| Αυτονομία ασθενή | 2,53 | ± 0,51 95%ΔΕ: 2,49-2,57 |

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία, το χρόνο εργασίας και την DSDS τα συναισθήματα αναφορικά με το Διαβήτη

| | Ηλικία | | Ποσοστό εργασίας σε ενασχόληση με το Διαβήτη | |
|---|--------|-------------|--|-------------|
| | r | p | r | p |
| Διαβήτη | -0,002 | 0,87 | 0,017 | 0,05 |
| Καρδιακή νόσο και Διαβήτη | -0,001 | 0,94 | 0,000 | 0,98 |
| Αυτοφροντίδα για το Διαβήτη | -0,019 | 0,03 | 0,010 | 0,45 |
| Χαμηλή γλυκόζη αίματος (Υπογλυκαιμία) | -0,006 | 0,66 | 0,017 | 0,20 |
| Να έχει κανείς Διαβήτη | 0,002 | 0,88 | 0,005 | 0,71 |
| Έλεγχο του αίματος για γλυκόζη | 0,002 | 0,89 | 0,000 | 0,98 |
| Συναισθήματα του ασθενή για το Διαβήτη | -0,011 | 0,42 | 0,019 | 0,04 |
| Έλεγχο της γλυκόζης αίματος | -0,011 | 0,47 | 0,01 | 0,76 |
| Υψηλή γλυκόζη αίματος (υπεργλυκαιμία) | 0,012 | 0,35 | -0,00 | 0,43 |
| Επιπλοκές του Διαβήτη | -0,011 | 0,40 | 0,010 | 0,43 |
| Διατροφή του διαβητικού | 0,006 | 0,62 | -0,008 | 0,52 |
| Άσκηση και το Διαβήτη | 0,024 | 0,02 | -0,004 | 0,78 |
| Χρήση ινσουλίνης | 0,002 | 0,88 | 0,005 | 0,75 |
| Λήψη αντιδιαβητικών δισκίων | 0,000 | 0,99 | 0,014 | 0,33 |
| Μακροχρόνια νόσο | -0,011 | 0,40 | 0,020 | 0,03 |
| Οικογενειακή βοήθεια στη διαχείριση ΣΔ | -0,002 | 0,87 | -0,008 | 0,61 |
| Βοήθεια από τους φίλους στη διαχείριση ΣΔ | 0,17 | 0,25 | -0,008 | 0,69 |
| Χρηματική δαπάνη για το Διαβήτη | 0,001 | 0,95 | 0,013 | 0,41 |

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία, τον χρόνο εργασίας με την στάση απέναντι στον Διαβήτη και την DAS)

| | Ηλικία | | Ποσοστό εργασίας σε ενασχόληση με το Διαβήτη | |
|----------------------------------|--------|-------------|--|-------------|
| | r | p | r | p |
| Ανάγκη για ειδική εκπαίδευση | 0,005 | 0,46 | -0,003 | 0,65 |
| Σοβαρότητα Διαβήτη | -0,008 | 0,31 | 0,016 | 0,05 |
| Αξία αυστηρού ελέγχου | -0,006 | 0,46 | 0,017 | 0,03 |
| Ψυχοσωματικές επιπτώσεις Διαβήτη | 0,018 | 0,04 | -0,004 | 0,58 |
| Αυτονομία ασθενή | -0,099 | 0,02 | 0,011 | 0,13 |