

Συμμόρφωση στην δίαιτα σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη

Θ. Κουτρουλιάς

Περίληψη

Ο ρυθμός εξάπλωσης του Σακχαρώδους Διαβήτη παγκοσμίως τον κατατάσσει μεταξύ των πρώτων πέντε χρόνιων νόσων, με το σύνολο των ασθενών να ξεπερνάει σύντομα το μισό δις. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που καταγράφονται στη θεραπεία του, είναι το μεγάλο ποσοστό μη συμμόρφωσης των ασθενών. Ιδιαίτερα στις οδηγίες διατροφής έχει διαπιστωθεί μεγάλο ποσοστό αδυναμίας τήρησης και εφαρμογής τους από τους διαβητικούς. Οι λόγοι της χαμηλής συμμόρφωσης είναι πολλοί και διακρίνονται σε δημογραφικούς, κοινωνικοοικονομικούς, ψυχολογικούς, αλλά και σε προβλήματα του συστήματος υγείας και σε ιδιαιτερότητες της νόσου. Η μη προσκόλληση στις οδηγίες διατροφής επηρεάζει τον γλυκαιμικό έλεγχο και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών.

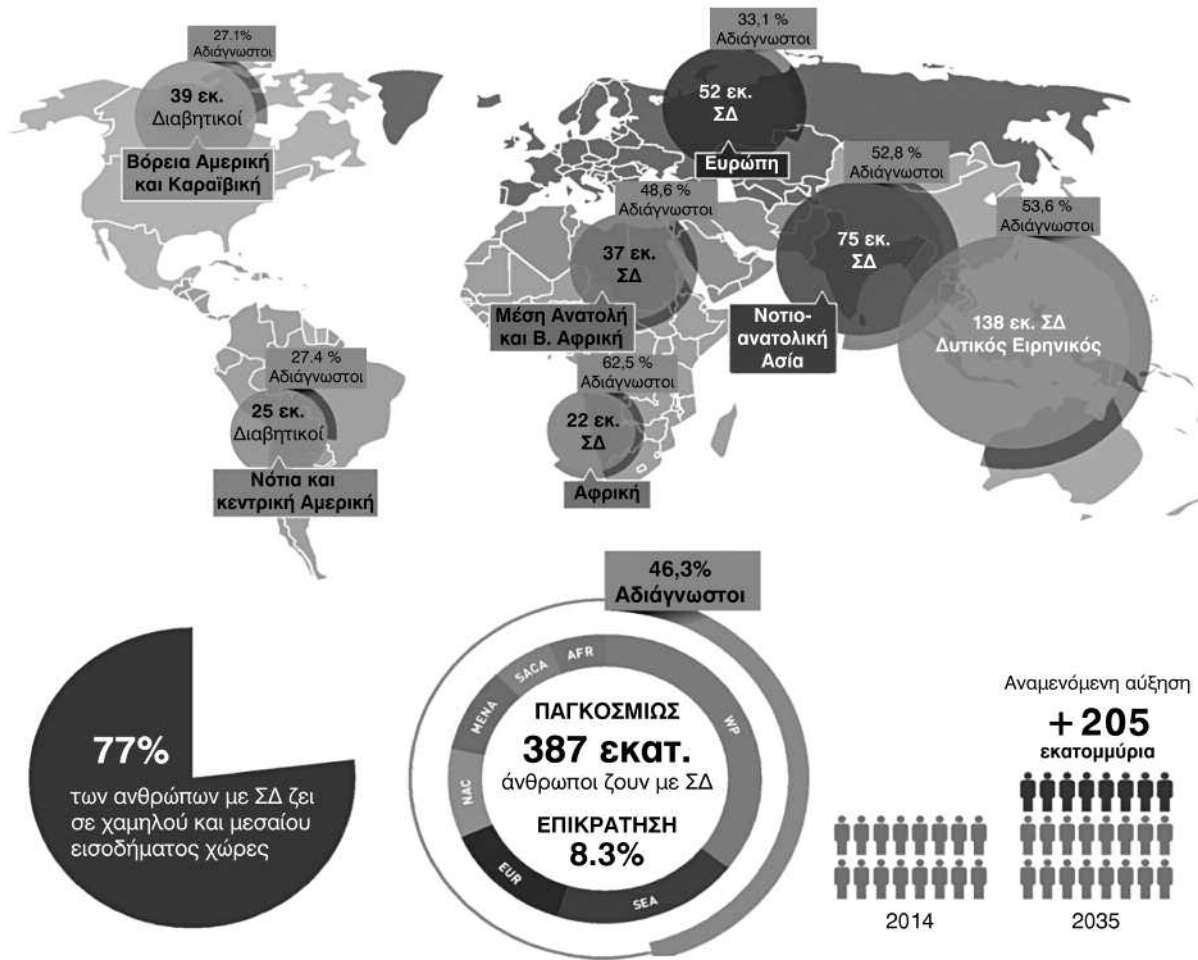
Εισαγωγή

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, τόσο λόγω της επίπτωσης όσο και της επικράτησης της νόσου¹. Εξαιτίας του χρόνιου χαρακτήρα της, απαιτεί πολυετή παρακολούθηση και εξατομικευμένη αντιμετώπιση ώστε να αποφευχθεί η εμφάνιση επιπλοκών. Αυτό έχει τεράστιο κοινωνικοοικονομικό κόστος για τον ασθενή, το περιβάλλον του και την κοινωνία¹. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο Σακχαρώδης Διαβήτης κατατάσσεται μέσα στην πρώτη δεκάδα των ασθενειών που οδηγούν στον θάνατο, με τη θνησιμότητα να αγγίζει τα 4,9 εκατ. το 2014. Η πρόβλεψη μάλιστα έχει αρνητική πορεία, αφού από τα 387 εκατομμύρια σακχαροδιαβητικών σήμερα, προβλέπεται να φτάσουν τα 590 εκατ. έως το 2035¹. Σχεδόν ένας στους δέκα ενήλικες (18+) είναι σακχαροδιαβητικός² και από αυτούς ένας στους δύο δεν το γνωρίζει¹.

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στην ανάπτυξη νέων κατηγοριών φαρμάκων που υπόσχονται καλύτερο και ευκολότερο γλυκαιμικό έλεγχο. Παράλληλα ο τρόπος ζωής (διατροφή και άσκηση) συνεχίζει να είναι ακρογωνιαίος λίθος της θεραπευτικής στρατηγικής στον Σακχαρώδη Διαβήτη, σύμφωνα με την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία (ADA)³.

Μη συμμόρφωση στις οδηγίες

Πολλές μελέτες έχουν καταγράψει την προσκόλληση των ασθενών στις διαιτητικές οδηγίες αναδεικνύοντας ένα σημαντικό



Σχήμα 1. Οι καταγεγραμμένες περιπτώσεις ΣΔ στην υφήλιο.

Πίνακας 1. Επίπεδο συμμόρφωσης στη δίαιτα σε διάφορες μελέτες.

Μελέτη	Ibrahim NR ⁴	Anderson JW ⁵	Shokair NF ⁶	Suwannapong N ⁷	Peyrot M ⁸
Επίπεδο συμμόρφωσης στην δίαιτα	2,2%	52%	10,7%	54,3%	37%

πρόβλημα. Όπως φαίνεται στο πίνακα 1 η συμμόρφωση στις διαιτητικές οδηγίες κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Ενώ γνωρίζουμε πως σε χρόνιες νόσους η μη προσκόλληση στις οδηγίες βρίσκεται κοντά στο 50%^{9,10,11}, δεν πρέπει να παραβλέψουμε πως στον Σακχαρώδη Διαβήτη, το γεγονός αυτό σχετίζεται με εμφάνιση επιπλοκών^{12,13,14} και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας και θνησιμότητα¹⁵.

Αιτίες μη συμμόρφωσης

Για να βελτιωθεί η συμμόρφωση των ασθενών, είναι απαραίτητο πρώτα να καταλάβουμε από ποιους παράγοντες αυτή επηρεάζεται. Σε αναπτυσσόμενες κοινωνίες η ραγδαία κοινωνικοοικονομική

ανάπτυξη, η αστικοποίηση, η παγκοσμιοποίηση και η άνθηση των φαστ φουντ φαίνεται να είναι μερικοί σημαντικοί παράγοντες¹⁶. Επίσης παρατηρήθηκε πως και ο τύπος της οικογένειας παίζει ρόλο, καθώς στις οικογένειες με ισχυρούς δεσμούς η δέσμευση στις διατροφικές οδηγίες είναι μεγαλύτερη^{17,18}. Θετική επίδραση φαίνεται πως έχει και η απόσταση του τόπου κατοικίας από το πλησιέστερο νοσοκομείο^{17,19}. Αυτό πιθανώς να οφείλεται στην πιο τακτική επίσκεψη των ασθενών στον ιατρό τους και κατά συνέπεια καλύτερο έλεγχο της κατάστασής τους.

Η εκπαίδευση των διαβητικών, η γνώση τους για τη νόσο, αλλά και το επίπεδο μόρφωσής τους βελτιώνουν σημαντικά τη συμμόρφωση στη δίαι-

τα^{5,20}. Επιπλέον μελέτη που έγινε στην Ινδία κατέγραψε πως διαβητικοί που επισκέπτονται διαιτολόγο μπορούσαν να εφαρμόσουν καλύτερα τις διατροφικές οδηγίες σε σχέση με εκείνους που εκπαιδεύονταν στη δίαιτα από ιατρούς¹⁸. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στη διευρυμένη γνώση των διαιτολόγων και την καλύτερη εξοικείωση με τη διατροφική συμβουλευτική, τις μεθόδους παρασκευής γευμάτων και την παροχή πρακτικών οδηγιών εφαρμογής των διαιτητικών θεραπευτικών κατευθύνσεων.

Παράλληλα η οικονομική κατάσταση του ασθενούς φαίνεται πως παίζει επίσης μείζονα ρόλο, καθώς τα ασθενή οικονομικά στρώματα έχουν χαμηλότερη προσκόλληση στις διατροφικές οδηγίες. Η οικονομική κατάσταση είναι ένας βασικός παράγοντας και στην εμφάνιση του Σακχαρώδους Διαβήτη, όπως αποτυπώνεται και στον Άτλαντα του IDF (Διεθνής Ομοσπονδία του Διαβήτη), όπου το 77% των διαβητικών παγκοσμίως εντοπίζεται σε χώρες με μέσο και χαμηλό οικονομικό στάτους¹.

Μείωση της συμμόρφωσης στη δίαιτα καταγράφεται επίσης με την αύξηση της ηλικίας του ασθενούς^{5,17} και με την αύξηση της διάρκειας του Σακχαρώδους Διαβήτη^{17,21}. Εάν αναλογιστούμε πως οι μεγαλύτεροι άνθρωποι αντιμετωπίζουν προβλήματα μνήμης, τα οποία εμφανίζονται και ως επιπλοκές του διαβήτη, καταλαβαίνουμε γιατί δυσκολεύονται να μάθουν νέα πράγματα, αλλά και να συγκρατήσουν την υπάρχουσα γνώση.

Τέλος, οι διαβητικοί ασθενείς φαίνεται πως έχουν υιοθετήσει κάποιες αντιλήψεις, όπως ότι τα φάρμακα είναι σημαντικότερα από τη δίαιτα και η συμμόρφωση στις αλλαγές του τρόπου ζωής (δίαιτα και άσκηση) δεν θα είναι τόσο αποτελεσματική, με συνέπεια να έχουν μεγαλύτερη συμμόρφωση στη φαρμακευτική θεραπεία συγκριτικά με τη δίαιτα^{22,23}.

Μέτρα βελτίωσης της συμμόρφωσης

Είναι αναμενόμενο σε ένα σύνδρομο όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης, η συμμόρφωση να εξαρτάται από πάρα πολλούς παράγοντες. Αυτό σίγουρα δεν κάνει ευκολότερη την αντιμετώπιση του προβλήματος, όμως δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση άλλοθι για την αδυναμία επίλυσής του. Ο τρόπος προσέγγισης της νόσου είναι ίσως κάτι που θα πρέπει να επαναπροσδιορίσουμε. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι κατ' ουσίαν μία νόσος που προϋποθέτει αυτοδιαχείριση από τους ασθενείς. Για αυτό απαι-

τεί από αυτούς κάποιο βαθμό αυτονομίας, ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αυτοδιαχείριση. Αυτήν την αυτονομία δυστυχώς στην πράξη οι επαγγελματίες υγείας την αποθαρρύνουμε, καθώς ως «παντογνώστες» είθισται να παίρνουμε εξολοκλήρου τον έλεγχο από τους ασθενείς, να τους λέμε τι να κάνουν, να τους κατακρίνουμε, να διαφωνούμε μαζί τους και να τους τρομάζουμε. Συνεχίζουμε να προσεγγίζουμε τη νόσο ιατροκεντρικά αντί να τοποθετήσουμε τον ασθενή στο προσκήνιο. Το σωστό είναι, αντί να απαριθμούμε δογματικά τις κατευθυντήριες διατροφικές οδηγίες που πρέπει πιστά να ακολουθηθεί, να προσαρμόζουμε αυτές στην καθημερινότητά του, και να παροτρύνουμε τον ασθενή να πάρει μέρος στις αποφάσεις. Καταγράφηκε πως, όταν συμπεριλαμβάνουμε και επιλογές του διαβητικού στις υγειονομιακές κατευθύνσεις που προτείνουμε, οι αντιρρήσεις που προσθέτει στη δυσκολία εφαρμογής τους είναι συνήθως λιγότερες, πιθανόν γιατί νιώθει πως συμμετείχε στη διαμόρφωσή τους.²⁴

Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής είναι πάντα επίπονες και πολύ πιο δύσκολες στην εφαρμογή από τη λήψη οποιασδήποτε φαρμακευτικής αγωγής. Για αυτό και πρέπει να έχουμε υπόψη μας πως απαιτούν χρόνο για να υιοθετηθούν. Συνήθως η δημιουργία ενός χρονοδιαγράμματος με μικρούς στόχους που θα οδηγήσουν στο τελικό επιθυμητό αποτέλεσμα βοηθάει. Όπως επίσης και οι απλές γραπτές οδηγίες, παρά οι ατελείωτες προφορικές εντολές με τις οποίες «βομβαρδίζουμε» τους ασθενείς, είτε λόγω έλλειψης χρόνου είτε ακόμα και εξαιτίας «υπερβολικού» ζήλου.

Όλες οι παραπάνω παρεμβάσεις γίνονται μέσα από την εκπαίδευση του ασθενούς. Η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία προτείνει έναν αναλυτικό οδηγό για το πώς πρέπει να γίνει η εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση²⁵. Δεν πρέπει να ξεχνάμε, όμως, πως πριν από την εκπαίδευση του διαβητικού πρέπει να έχει προηγηθεί η κατάλληλη εκπαίδευση του επαγγελματία υγείας.

Abstract

Koutroulias T. Compliance to the diet in diabetic patients. *Hellenic Diabetol Chron* 2015; 4: 308-311.

The rate of spread of Diabetes Mellitus worldwide ranks him among the top five chronic diseases, with all patients soon exceeds half a billion. One of the major problems, that are recorded in therapy, is the high rate of non-compliance of patients. Especially to

maintenance instructions found large compliance failure rate and their implementation by diabetics. The reasons for low compliance are numerous and are divided into demographic, socioeconomic, psychological, but also problems in the healthcare system and peculiarities of the disease. Non-adherence to maintenance instructions affect glycemic control and increase the risk of complications.

Βιβλιογραφία

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 7^{ed}. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015.
2. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2014. Geneva, 2012.
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2015. Diabetes Care 2015; 38(Suppl. 1): S1-S93.
4. Ibrahim NR, Attia SG, Sallam SA, et al. Physicians' therapeutic practice and compliance of diabetic patients attending rural primary health care units in Alexandria. J Family Community Med 2010; 17: 121-8.
5. Anderson JW, Gustafson NJ. Adherence to high-carbohydrate, high-fiber diets. Diabetes Educ 1998; 15: 429-34.
6. Shokair NF. Pattern and determinants of compliance of diabetes to health care in Alexandria: community-based study. Bull Alex Fac Med 2004; 1: 1110-1834.
7. Suwannapong N, Howteerakul N, Suwannapon N, et al. Adherence to regimens and glycemic control of patients with type 2 diabetes attending a tertiary hospital clinic. Asia Pac J Public Health 2007; 19: 43-9.
8. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, et al. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. Diabet Med 2005; 22: 1379-85.
9. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. Med Care 2004; 42: 200-9.
10. DiMatteo MR, Miller TA. Treatment adherence in adolescence. In: O'Donohue WT, Benuto LT, Tolle LW. Handbook of Adolescent Health Psychology. 2013: New York, NY: Springer.
11. World Health Organization. Adherence to longterm therapies. Evidence for action. 2003: Geneva: World Health Organization.
12. Gherman A, Schnur J, Montgomery G, et al. How are adherent people more likely to think? A meta-analysis of health beliefs and diabetes self-care. Diabetes Educ 2011; 37: 392-408.
13. Rintala TM, Jaatinen P, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Interrelation between adult persons with diabetes and their family: a systematic review of the literature. J Fam Nurs 2013; 19: 3-21.
14. Lewandowski A, Drotar D. The relationship between parent-reported social support and adherence to medical treatment in families of adolescents with type 1 diabetes. J Pediatr Psychol 2007; 32: 427-36.
15. Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. Arch Intern Med 2006; 166: 1836-41.
16. Bisiriyu G. Non-Adherence to Lifestyle Modification Recommendations (Diet And Exercise) Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients Attending Extension II Clinic in Gaborone, Bostwana 2008. M Med thesis: University of Limpopo, 2008.
17. Parajuli J, Saleh F, Thapa N, Ali L. Factors associated with nonadherence to diet and physical activity among Nepalese type 2 diabetes patients; a cross sectional study. BMC Research Notes 2014; 7: 758.
18. Kapur K, Kapur A, Ramachandran S, et al. Barriers to changing dietary behavior. J Assoc Physicians India 2008; 56: 27-32.
19. Travis T. Patient perception of factors that affect adherence to dietary regimens for diabetes mellitus. Diabetes Educ 1997; 23: 152-6.
20. Ha R, Kamar MG, Hassan MR. Evaluation of effect of education on diabetes control in Sharkir Governorate. Zagazig Med Assoc J 1992; 5: 39-48.
21. Khattab MS, Abolfotouh MA, Khan MY, et al. Compliance and control of diabetes in a family practice setting, Saudi Arabia. East Mediterr Health J 1999, 5: 755-65.
22. Broadben E, Donkin L, Striuh S. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patient. Diabetes Care 2011; 34: 338-40.
23. Glasgow RE, Hampson SE, Strycker LA, Ruggiero L. Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management. Diabetes Care 1997; 20: 556-61.
24. Delamater AM. Improving Patient Adherence. Clinical Diabetes 2006; 24: 71-7.
25. Margaret A. Powers et al. 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. Diabetes Care 2015; 38: 1372-82.

Λέξεις-κλειδιά:

Δίαιτα
Συμμόρφωση

Key-words:

Diet
Compliance