



**ΙΟΝΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΜΗΜΑ ΞΕΝΩΝ ΓΛΩΣΣΩΝ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ
ΔΙΕΡΜΗΝΕΙΑΣ**

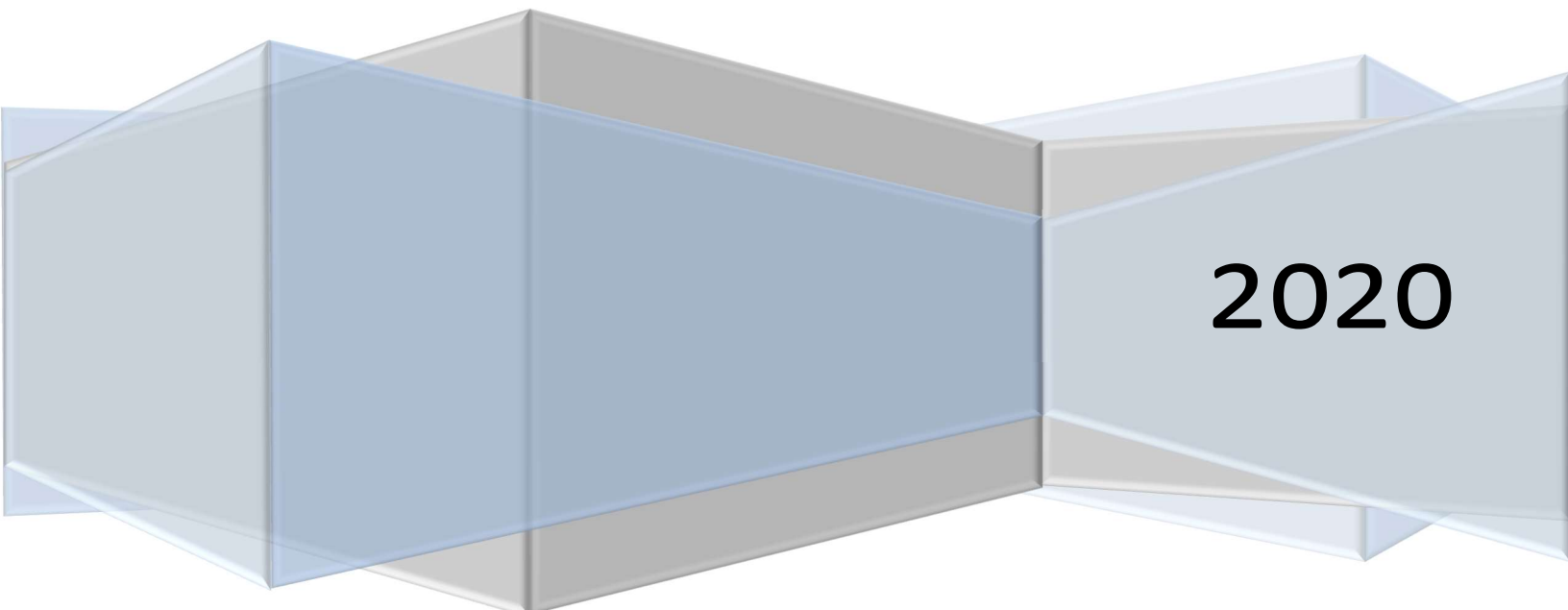
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ : ΠΑΡΙΑΝΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΚΕΝΤΡΩΤΗΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗ ΟΡΕΤΤΑ

Α.Μ.: Ξ2015066

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ: ΜΕΡΙΚΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟΥ ΤΕΧΝΙΚΟΥ
ΚΕΙΜΕΝΟΥ ΜΕ ΤΙΤΛΟ: “ ‘Erste Ergebnisse der Studie „Krankheitswissen
und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus (2017)’ “**



2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. Γερμανικό πρωτότυπο κείμενο

Abstract

1. Einleitung

2. Methode

2.1 Studiendesign und Stichprobe

2.2 Studienablauf

2.3 Definition des Diabetes

2.4 Erhebungsinhalte und Instrumente

2.5 Statistische Analysen

3. Ergebnisse

3.1 Bevölkerung ohne Diabetes

3.2 Bevölkerung mit Diabetes

II. Μετάφρασμα

Περίληψη

1. Εισαγωγή

2. Μέθοδος

2.1 Σχεδιασμός και δείγμα μελέτης

2.2 Πορεία/εξέλιξη έρευνας

2.3 Ορισμός του διαβήτη

2.4 Περιεχόμενο και εργαλεία της έρευνας

2.5 Στατιστικές αναλύσεις

3. Αποτελέσματα

3.1 Πληθυσμός χωρίς διαβήτη

3.2 Πληθυσμός με διαβήτη

4. Αντίστοιχα διαγράμματα γερμανικού πρωτοτύπου κειμένου στα Ελληνικά

III. Σχολιασμός μετάφρασης

Γενικά για τη μετάφραση

Μεταφραστική διαδικασία

Μεταφραστικές δυσκολίες

Λεξιλογικό επίπεδο

Συντακτικό επίπεδο

IV. Βιβλιογραφία

I. ΓΕΡΜΑΝΙΚΟ ΠΡΩΤΟΤΥΠΟ ΚΕΙΜΕΝΟ

Erste Ergebnisse der Studie „Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus (2017)“

Abstract

Bislang ist wenig dazu bekannt, was Menschen in Deutschland zum Thema Diabetes wissen, welche Informationen sie sich wünschen, wo sie Informationen suchen und wie sie vorhandene Informationen einschätzen. Das Robert Koch-Institut (RKI) führte mit einem Schwerpunkt auf diesen Fragestellungen im Jahr 2017 den bundesweiten telefonischen Survey „Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus (2017)“ in der Bevölkerung ab 18 Jahren durch. Insgesamt wurden 2.327 Personen ohne und 1.479 Personen mit diagnostiziertem Diabetes befragt. Erste Ergebnisse zeigen, dass 56,7% der Befragten ohne Diabetes und 92,8% der Befragten mit Diabetes ihr Diabeteswissen als sehr gut oder gut einschätzen. Befragte ohne Diabetes empfinden das größte Informationsbedürfnis zum Thema „Lebensstilanpassungen, Gesundheitsförderung und Prävention“, Befragte mit Diabetes zum Thema „Behandlung und Therapie“. Fast ein Drittel der Befragten ohne Diabetes hat sich schon einmal aktiv zu Diabetes informiert, am häufigsten über gedruckte Informationen. Für Menschen mit Diabetes ist die behandelnde (Haus-)Ärztin beziehungsweise der behandelnde (Haus-)Arzt die am häufigsten genannte Informationsquelle. In beiden Gruppen findet es etwa die Hälfte der Befragten schwierig, die Vertrauenswürdigkeit von Informationen zu Diabetes in den Medien einzuschätzen. Die Ergebnisse der Studie gehen in die vom RKI koordinierte Nationale Diabetes-Surveillance ein und werden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Entwicklung von Strategien für eine verbesserte Information der Bevölkerung zum Thema Diabetes mellitus genutzt.

1. Einleitung

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die durch erhöhte Blutzuckerwerte gekennzeichnet ist [1]. Es werden verschiedene DiabetesTypen unterschieden. Bei dem Typ-1-Diabetes handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, die vermutlich vorrangig durch genetische Veranlagung und Umweltfaktoren bedingt ist [2, 3]. Hingegen spielen bei der Entwicklung des weitaus häufigeren Typ-2-Diabetes sowohl genetische als auch individuelle, soziale und kontextuelle Faktoren wie die Wohnlage oder Versorgungsbedingungen sowie deren Wechselwirkungen eine Rolle [4–6]. So sind eine familiäre Vorbelastung, aber auch Lebensgewohnheiten und individuelle Verhaltensweisen wie Rauchen, körperliche Inaktivität und Ernährung mit dem Risiko für Typ-2-Diabetes assoziiert [4–6]. Individuelle Verhaltensweisen können durch unterschiedliche subjektive Faktoren beeinflusst werden, denen dadurch eine, bisher häufig zu wenig untersuchte, zentrale Rolle zukommt. Hierzu gehören zum Beispiel die subjektive Wahrnehmung des individuellen Erkrankungsrisikos [7], das Krankheitswissen [8], die Krankheitswahrnehmung [9] sowie das Gesundheitsinformationsverhalten [10, 11]. Mit Gesundheitsinformationsverhalten ist in diesem Zusammenhang gemeint, ob Menschen aktiv nach Informationen zu Gesundheitsthemen suchen und wenn ja, welche Informationsquellen sie dabei verwenden. Schließlich haben Kontextfaktoren wie soziale Unterstützung und Versorgungsbedingungen einen Einfluss auf das Erkrankungsrisiko [12]. Die beschriebenen Faktoren sind größtenteils auch mit dem weiteren Erkrankungsverlauf assoziiert. Internationale Studien haben gezeigt, dass zum Beispiel die Risikowahrnehmung für Diabeteskomplikationen, der persönliche Umgang mit der Erkrankung, die soziale Unterstützung, verschiedene Versorgungsaspekte und auch das Vorhandensein benötigter Informationen zum Umgang mit der Erkrankung das Fortschreiten der Erkrankung beeinflussen können [13–19].

In Deutschland sind Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) zufolge schätzungsweise 6,7 Millionen Menschen von einem diagnostizierten oder unerkannten Diabetes betroffen [20, 21]. Obwohl Diabetes heute mit Medikamenten behandelt werden kann, ist die Erkrankung nach wie vor mit schwerwiegenden Folgeerkrankungen und einem erhöhten Mortalitätsrisiko behaftet [22, 23]. Insgesamt ist Diabetes vor allem wegen dieser Komplikationen mit hohen direkten und indirekten Kosten für die Gesellschaft verbunden [24]. Um Versorgungsangebote besser an den spezifischen Bedürfnissen und dem Bedarf ausrichten zu können, sind Daten zu Krankheitsbelastung, Krankheitswissen, Informationsbedürfnissen und Unterstützungsbedarf von Menschen mit Diabetes essenziell. Zusätzlich sind für eine effektive bevölkerungsweite Gesundheitsförderung und Primärprävention von Typ-2-Diabetes Daten zum derzeitigen Krankheitswissen, zur Krankheitswahrnehmung und vor allem zu Informationsbedürfnissen und zum Informationsverhalten in der Allgemeinbevölkerung von großer Bedeutung. Bevölkerungsrepräsentative Daten auf nationaler Ebene liegen zu diesen Themen bei Menschen mit und ohne bereits diagnostizierten Diabetes aktuell jedoch nur eingeschränkt vor [25– 29]. Limitationen der bisherigen Studien sind unter anderem eine nur lückenhafte Erfassung des Informationsverhaltens und der Informationsbedürfnisse [26, 28] sowie der niedrige Anteil an Teilnehmenden mit Diabetes [26, 29]. Ziel der vorliegenden Studie (siehe Infobox 1) war es deshalb, die vorhandenen Datenlücken zu schließen. Hierzu wurden Daten zu den Themenbereichen Krankheitswissen, Krankheitswahrnehmung, Diabetesrisiko beziehungsweise Risiko für Komplikationen, subjektive Krankheitsaspekte und diabetesbezogene Informationen (siehe Infobox 2) erhoben. Im vorliegenden Artikel sollen erste deskriptive Ergebnisse zu den ausgewählten Themenschwerpunkten Krankheitswissen, Krankheitswahrnehmung und diabetesbezogene Informationen von Menschen mit und ohne Diabetes berichtet werden. Die Ergebnisse der Studie bilden außerdem die Grundlage für eine am aktuellen Bedarf ausgerichtete zielgruppengerechte Aufklärungs- und Kommunikationsstrategie zu Diabetes mellitus, die derzeit von der Geschäftsstelle Diabetes der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt wird [30]. Ziel ist es, die Prävention von Diabetes zu verbessern. Dies betrifft sowohl den Bereich der Primärprävention (Reduzierung der Neuerkrankungshäufigkeit), als auch die Bereiche der Sekundärprävention (Früherkennung von bislang unerkanntem Diabetes) und Tertiärprävention (Verhinderung des Fortschreitens der Diabeteserkrankung). Darüber hinaus fließen die Ergebnisse auch in die Nationale Diabetes-Surveillance ein, die derzeit am RKI aufgebaut wird [31].

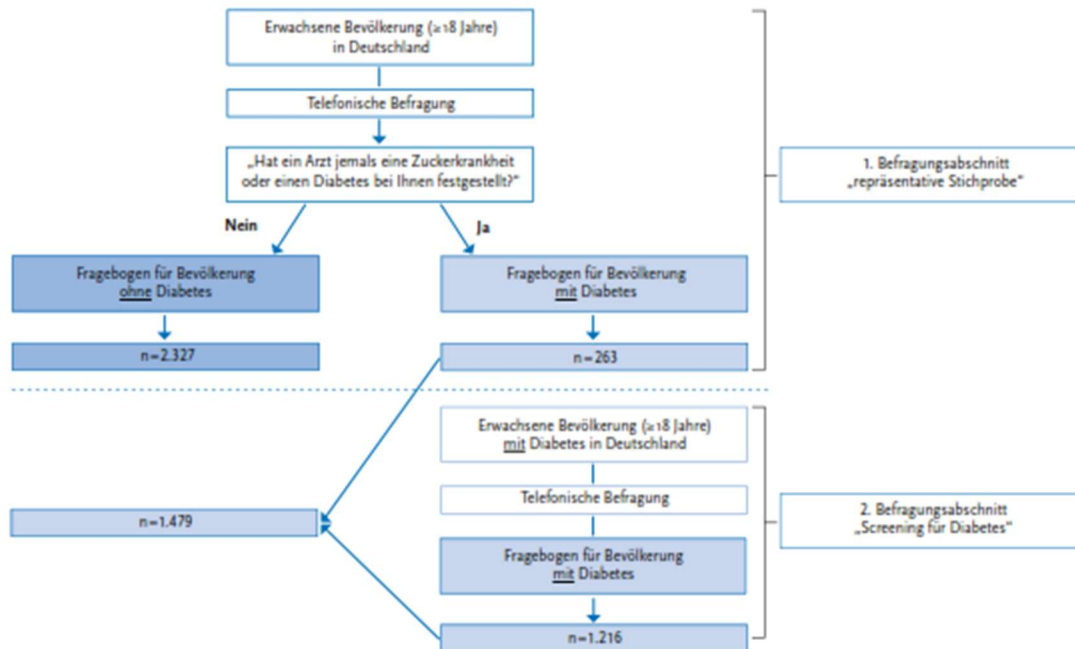
2. Methode

2.1 Studiendesign und Stichprobe

Die Studie „Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus (2017)“ (siehe Infobox 1) bestand aus zwei Befragungsabschnitten, die mittels einer standardisierten telefonischen Befragung durchgeführt wurden (Abbildung 1). Zielgruppe des ersten Befragungsabschnitts war die deutschsprachige Allgemeinbevölkerung ab 18 Jahren (einschließlich Menschen mit Diabetes), wogegen im zweiten Befragungsabschnitt ausschließlich Personen mit Diabetes befragt wurden. Die Stichprobenziehung erfolgte auf Basis des sogenannten ADM-Telefonstichproben-Systems, welches vom Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (ADM) zur Verfügung gestellt wird [32]. Dieses System umfasst prinzipiell alle in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) nutzbaren Telefonnummern. Unter Verwendung eines speziellen Verfahrens können darauf basierend alle in der BRD nutzbaren Festnetz- und Mobilfunknummern generiert werden. Auch solche, die nicht in öffentlich zugänglichen Telefonverzeichnissen eingetragen sind. Die Stichprobe der Studie berücksichtigte gemäß des Dual-Frame-Prinzips zu 60% Festnetznummern und zu 40% Mobilfunknummern. Sie ist für alle potenziell telefonisch erreichbaren Privathaushalte in Deutschland repräsentativ. Eine ausführliche Beschreibung der methodischen Grundlagen der telefonischen Befragungen am RKI sowie der Stichprobenziehung für die telefonischen Befragungen wird in einem Artikel, der 2018 im Journal of Health Monitoring erscheint,

ausführlich beschrieben [33]. Im ersten Befragungsabschnitt erfolgte die Auswahl der zu befragenden Person (Zielperson) in Haushalten mit mehreren Personen zufällig mithilfe des sogenannten Kish-Selection-Grid-Verfahrens („Schwedenschlüssel“). Bei diesem Verfahren haben alle potenziellen Zielpersonen die gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit. Zunächst wird die Anzahl der volljährigen Personen im Haushalt sowie deren Alter erfasst und darauf basierend eine Reihenfolge der Personen festgelegt. Aus diesen wird die Zielperson für das Interview mit Hilfe eines mathematischen Algorithmus computergestützt zufällig ausgewählt. Der angestrebte Stichprobenumfang betrug 2.500 Personen ohne Diabetes, um die unterschiedlichen Gruppen innerhalb der Allgemeinbevölkerung zu erfassen und Gruppenauswertungen mit einer möglichst niedrigen Fehlertoleranz zu ermöglichen.

Der zweite Befragungsabschnitt zielte darauf ab, Personen mit ärztlich diagnostiziertem Diabetes zu betrachten. Angestrebt wurde eine Stichprobengröße von 1.500 Personen (einschließlich der Personen mit Diabetes aus dem ersten Befragungsabschnitt), um auch für diese Stichprobe Gruppenauswertungen mit einer möglichst niedrigen Fehlertoleranz zu ermöglichen. Zur Realisierung wurde ein direktes Screeningverfahren für die Merkmalsträger „Personen mit Diabetes“ angewandt. Hierbei wurde die Person, die den Anruf entgegennahm (Kontaktperson), gefragt, ob bei ihr selbst oder bei einer anderen Person im Haushalt schon einmal ein Diabetes ärztlich diagnostiziert worden sei (Zielperson). Nur in dem Fall, dass ein Haushalt mit mehr als einer potenziellen Zielperson, das heißt mit mehr als einer Person mit ärztlich diagnostiziertem Diabetes, kontaktiert wurde,



wurde die Zielperson weiterhin mithilfe des KishSelection-Grid-Verfahrens zufällig ausgewählt [33].

2.2 Studienablauf

Für die Befragung wurden zwei Fragebögen entwickelt, einer für Personen ohne und einer für Personen mit diagnostiziertem Diabetes. Beide Fragebögen weisen bewusst Überschneidungen bei bestimmten Fragestellungen auf, um Personen mit und ohne Diabetes vergleichen zu können. Bei der Zusammenstellung der Fragen wurde, wenn möglich, auf bereits validierte deutschsprachige Instrumente zurückgegriffen oder es wurden vorhandene englischsprachige Instrumente mittels Übersetzung ins Deutsche übertragen und rückübersetzt [34, 35]. Die finalen Formulierungen zeigten eine gute Übereinstimmung mit dem ursprünglichen Instrument. Für andere Aspekte mussten Fragen selbst entwickelt werden. Eine detaillierte Beschreibung des Entwicklungsprozesses und der psychometrischen Eigenschaften der ausgewählten Konstrukte und Instrumente

wird derzeit in einer methodischen Publikation erarbeitet. Zur Überprüfung der Verständlichkeit der entwickelten Fragen und bestimmter Begrifflichkeiten erfolgte zunächst eine sogenannte kognitive Testung. Zur Überprüfung der beiden Fragebögen hinsichtlich Vollständigkeit und Dauer der Befragung sowie verbleibender Unklarheiten wurde im Zeitraum 23.08. – 17.09.2017 zunächst ein Standard-Pretest im Feld durchgeführt (203 Teilnehmende, davon 28 mit Diabetes und 175 ohne Diabetes). Auf Basis der Pretest-Ergebnisse wurden die Fragebögen auf durchschnittlich 32 Minuten (Befragte ohne Diabetes) beziehungsweise 43 Minuten (Befragte mit Diabetes) gekürzt sowie Anpassungen bei Frageformulierungen vorgenommen. Im Anschluss an den Pretest erfolgte vom 18.09. – 31.10.2017 der erste und vom 01.11. – 30.11.2017 der zweite Befragungsabschnitt der Hauptstudie. Im ersten Befragungsabschnitt, dem Repräsentativteil der Studie, wurden 2.592 Interviews durchgeführt. Darin eingeschlossen waren 263 Personen mit diagnostiziertem Diabetes. Die nach den Kriterien der AAPOR (American Association for Public Opinion Research) berechnete Responserate (hier: Response Rate 3, Anteil der realisierten Interviews im Verhältnis zu allen wahrscheinlichen Haushalten der Grundgesamtheit) betrug 17,9 % [36]. Im zweiten Befragungsabschnitt wurden 1.216 Interviews durchgeführt. Im ersten Befragungsabschnitt wurden zwei Personen aufgrund von fehlenden Angaben zum Bundesland (relevant für die Berechnung der Gewichtungsfaktoren) beziehungsweise einer uneindeutigen Antwort („weiß nicht“) auf die Frage „Hat ein Arzt jemals eine Zuckerkrankheit oder einen Diabetes bei Ihnen festgestellt?“ ausgeschlossen. Die finale Stichprobe umfasste somit 2.327 Personen ohne diagnostizierten Diabetes und 1.479 Personen mit diagnostiziertem Diabetes.

2.3 Definition des Diabetes

Teilnehmende mit Diabetes wurden aufgrund der Frage „Hat ein Arzt jemals eine Zuckerkrankheit oder einen Diabetes bei Ihnen festgestellt?“ ermittelt. Diese Gruppe wurde weiter unterteilt in folgende Untergruppen: (1) Diabetes in den letzten 12 Monaten: Die Frage, ob der Diabetes auch in den letzten 12 Monaten bestand, wurde ebenfalls mit „ja“ beantwortet oder es wurde eine aktuelle medikamentöse Behandlung des Diabetes angegeben (n = 1.396); (2) Kein Diabetes in den letzten 12 Monaten: Die Frage, ob der Diabetes auch in den letzten 12 Monaten bestand, wurde verneint und keine aktuelle medikamentöse Behandlung des Diabetes angegeben (n = 89); (3) Schwangerschaftsdiabetes: Die Frage, ob die Teilnehmerin zum Zeitpunkt der Diagnose schwanger war, wurde mit „ja“ beantwortet (n = 52). Ein aktuell vorliegender Schwangerschaftsdiabetes wurde mit der Frage erhoben, ob der Diabetes in einer derzeit bestehenden Schwangerschaft diagnostiziert wurde (n = 1). Von den Teilnehmerinnen mit jemals diagnostiziertem Schwangerschaftsdiabetes hatten zwölf Frauen zum Zeitpunkt der Studie einen Typ-2-Diabetes.

2.4 Erhebungsinhalte und –instrumente

Die Studie erfasste Informationen zu den Themen Krankheitswissen, Krankheitswahrnehmung, Diabetesrisiko beziehungsweise Risiko für Komplikationen, diabetesbezogene Informationen, Gesundheitsverhalten und Lebensstil, Inanspruchnahmeverhalten, Krankheitscharakteristika, Diabetes-Selbstmanagement, subjektiv wahrgenommene Krankheitsbelastung und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über alle Themenbereiche und Instrumente für die beiden Befragungsabschnitte kann dem Anhang entnommen werden (Annex 1). Im vorliegenden Artikel werden erste Ergebnisse zu ausgewählten Themenbereichen, darunter Krankheitswissen, Krankheitswahrnehmung und diabetesbezogene Informationen dargestellt.

Erhebungsinstrumente für die Bevölkerung ohne Diabetes

Zum Themenbereich Krankheitswissen wurden das selbsteingeschätzte Diabeteswissen [37] und das objektive Krankheitswissen erfasst. Die genauen Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten können dem Annex 2 entnommen werden.

Der Themenbereich Krankheitswahrnehmung beinhaltete die Einschätzung, ob Diabetes eine schwerwiegende Erkrankung sei [38] und ob man Diabetes für den Rest seines Lebens habe [39]. Zudem wurden verschiedene Aspekte der Stigmatisierung erfasst [26, 40]. Zum Themenbereich diabetesbezogene Informationen wurden der Grad der Informiertheit und die persönlichen Informationsbedürfnisse für die Themen Diabetesursachen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Therapie, Folgeerkrankungen sowie Lebensstilanpassungen, Gesundheitsförderung und Prävention erhoben [41]. Bezüglich des Informationsverhaltens wurden Teilnehmende, die sich schon einmal aktiv über Diabetes informiert hatten, gefragt, welche Informationsquellen sie nutzen, um sich über Diabetes zu informieren [29]. Die verbliebenen Teilnehmenden wurden gefragt, welche Quellen sie nutzen, um sich über Gesundheitsthemen im Allgemeinen zu informieren [29]. Es konnten jeweils mehrere Informationsquellen angegeben werden. Die selbstwahrgenommene Vertrauenswürdigkeit und Verständlichkeit der Informationen über Diabetes in den Medien wurde bei Teilnehmenden, die sich bereits einmal aktiv über Diabetes informiert hatten, erfragt [42].

Erhebungsinstrumente für die Bevölkerung mit Diabetes

Das selbsteingeschätzte Diabeteswissen sowie die Einschätzung, ob Diabetes eine schwerwiegende Erkrankung sei, wurden analog zur Bevölkerung ohne Diabetes erfragt. Die Frage, ob man Diabetes für den Rest seines Lebens habe [43] sowie die Fragen zur Stigmatisierung [26, 40] wurden ausschließlich Befragten mit Diabetes in den letzten 12 Monaten gestellt. Im Vergleich zu den entsprechenden Fragen für die Bevölkerung ohne Diabetes unterschied sich die Formulierung der Fragen lediglich durch die Perspektive. Das heißt Personen mit Diabetes wurden nicht nur allgemein über Diabetes, sondern bezüglich ihrer eigenen Erkrankung befragt. Der Grad der Informiertheit, die persönlichen Informationsbedürfnisse und die Informationsquellen wurden für ein breiteres Themenspektrum erfragt als dies bei Befragten ohne Diabetes der Fall war. So wurde zum Beispiel auch nach Unterstützungsangeboten, Anlaufstellen und Informationsquellen gefragt [41]. Die Beurteilung der Informationen über Diabetes in den Medien bezüglich Vertrauenswürdigkeit und Verständlichkeit erfolgte analog zur Bevölkerung ohne Diabetes.

2.5 Statistische Analysen

Um eine Vergleichbarkeit der Stichprobe mit der zugrundeliegenden Grundgesamtheit zu erreichen, ist eine ausreichende Berücksichtigung aller relevanten Gruppen der Bevölkerung wichtig, insbesondere auch jener die eine geringere Teilnahmereitschaft an der Studie zeigten. Hierfür wurde ein Gewichtungsfaktor verwendet. Zunächst erfolgte eine Anpassung der Verteilung der Haushaltsgrößen in der realisierten Stichprobe an die bekannte Verteilung in der Grundgesamtheit (Stand: 31.12.2016) [44]. Im nächsten Schritt wurde für das Stichprobendesign korrigiert, um die verschiedenen Auswahlwahrscheinlichkeiten der Zielpersonen zu berücksichtigen. Es wurde ein Standard-Berechnungsverfahren verwendet, welches das angewandte Dual-Frame-Design berücksichtigt und vom ADM empfohlen wird [45]. Im letzten Schritt erfolgte die Anpassungsgewichtung. Hierzu erfolgte für den Repräsentativteil (1. Befragungsabschnitt mit 2.591 Interviews einschließlich der darin enthaltenen 263 Interviews von Personen mit Diabetes) eine stufenweise Gewichtung nach den Merkmalen Alter x Geschlecht (in 7 x 2 Stufen), Bildung x Geschlecht (in 3 x 2 Stufen) und Bundesland (in 16 Stufen), um eine vergleichbare Verteilungsstruktur dieser Merkmale wie in der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren zu erzielen. Für die Anpassungen wurden die jeweiligen Verteilungen aus den Daten des Statistischen Bundesamtes herangezogen (Stand: 31.12.2016) [44]. Für die Diabetes-Stichprobe (1.479 Interviews: 1.216 Interviews aus dem Screening für Diabetes und 263 Interviews aus dem Repräsentativteil) konnten die Daten des Statistischen Bundesamtes nicht herangezogen werden, da sie keine Rückschlüsse auf die Gruppe der Personen mit Diabetes in der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren zulassen. Deshalb erfolgte eine stufenweise Gewichtung nach den Merkmalen Alter x Geschlecht (in 6 x 2

Stufen) und Bildung x Geschlecht x Alter (in 3 x 2 x 2 Stufen) nach der Verteilungsstruktur der Personen mit Diabetes aus der bundesweiten Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2012 (n=1.828) [46]. Diese Stichprobe wies eine vergleichbare Erhebungsmethodik auf und wurde deshalb zur Anpassung herangezogen. Es wird hierbei angenommen, dass die jeweiligen Verteilungen aus den Daten der Studie GEDA 2012 denen der aktuellen deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren entsprechen.

Für Vergleiche zwischen Befragten mit und ohne Diabetes im Gesamtdatensatz wurde ein dritter Gewichtungsfaktor angewandt, da Befragte mit Diabetes durch das verwendete Screeningverfahren in der Gesamtstichprobe deutlich überrepräsentiert sind. Somit wäre der Anteil der Befragten mit Diabetes zu hoch. Durch den Gewichtungsfaktor wird das Verhältnis zwischen Befragten mit und ohne Diabetes entsprechend der Schätzung aus dem Repräsentativteil der Studie angepasst, so dass der Anteil der Befragten mit Diabetes im Gesamtdatensatz dann jenem im Repräsentativteil der Studie (9,7%) entspricht. Alle hier dargestellten Ergebnisse wurden unter Berücksichtigung des entsprechenden Gewichtungsfaktors berechnet. Für die Berechnung der Mittelwerte beziehungsweise Prozentanteile (einschließlich 95%-Konfidenzintervallen, 95%-KI) wurde die Software SAS (Version 9.4, SAS Institute Inc., Cary, NC) verwendet. Die Ergebnisse werden für beide Stichproben jeweils insgesamt sowie getrennt für Frauen und Männer dargestellt (Annex 3). Zudem werden Unterschiede nach Bildung (niedrig, mittel, hoch), klassifiziert nach CASMIN (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) betrachtet [47] (Annex 4). Die CASMIN-Klassifizierung berücksichtigt sowohl die allgemeine als auch die berufliche Ausbildung.

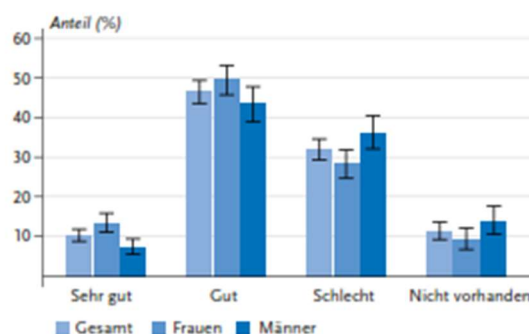
3. Ergebnisse

3.1 Bevölkerung ohne Diabetes

Insgesamt nahmen 2.327 Personen (1.313 Frauen, 1.014 Männer) zwischen 18 und 97 Jahren ohne einen diagnostizierten Diabetes an der telefonischen Befragung teil, deren durchschnittliches Alter bei 50,4 Jahren (Frauen 51,7 Jahre, Männer 48,3 Jahre) lag.

Krankheitswissen

Über die Hälfte der Teilnehmenden ohne Diabetes schätzte ihr Diabeteswissen subjektiv als sehr gut oder gut ein (Abbildung 2). Der Anteil mit einem als sehr gut selbst eingeschätzten Wissen war bei Frauen fast doppelt so hoch wie bei Männern. Teilnehmende mit niedriger Bildung antworteten häufiger mit „nicht vorhanden“ als



Teilnehmende mit mittlerer und hoher Bildung. Des Weiteren schätzten Befragte mit niedriger oder mittlerer Bildung ihr Diabeteswissen im Vergleich zu denjenigen mit hoher Bildung weniger häufig als sehr gut ein (Annex 4 Tabelle 3).

Das objektive Diabeteswissen wurde mit insgesamt sechs Fragen erhoben (Annex 3 Tabelle 1). Am häufigsten wussten die Befragten, dass bei Diabetes zu viel Zucker im Blut ist (66,2%) und dass sich die Symptome des Diabetes meist schleichend entwickeln (62,6%). Knapp der Hälfte der Befragten (49,6%) war bekannt, dass in Deutschland mehr Menschen vom Typ-2-Diabetes betroffen sind als vom Typ-1-Diabetes. Hingegen wusste weniger als ein Drittel der Befragten (31,3%), dass Diabetes keine Erkrankung der Blutzellen ist. Am wenigsten wussten die Befragten über den Typ-1-Diabetes. So antworteten nur 26,9% der Befragten richtig, dass der Typ-1-

Diabetes nicht mit der Pubertät wieder verschwindet und nur 17,2%, dass der Typ-1-Diabetes nicht mit Tabletten behandelt werden kann. Ein Bildungsgradient zeigte sich bei der Frage, ob Diabetes eine Erkrankung der Blutzellen sei. Vier weitere Fragen beantworteten Befragte mit hoher Bildung häufiger richtig als Befragte mit niedriger Bildung (Annex 4 Tabelle 1).

Krankheitswahrnehmung

Fast zwei Drittel der Befragten (65,0%) hielten Diabetes für eine schwerwiegende oder sehr schwerwiegende Erkrankung (Annex 3 Tabelle 2). Hingegen waren nur 1,2 % der Befragten der Ansicht, dass Diabetes nicht schwerwiegend sei, während 12,6% der Teilnehmenden zu dieser Frage keine Meinung hatten. Die Ergebnisse waren bei Frauen und Männern ähnlich. Befragte mit niedriger Bildung schätzten Diabetes seltener als nicht beziehungsweise mäßig schwerwiegend ein im Vergleich zu den beiden höheren Bildungsgruppen (Annex 4 Tabelle 2). Dass man Diabetes für den Rest seines Lebens habe, dachten 60,1% der Befragten. Andererseits stimmten 28,2% dieser Aussage überhaupt nicht beziehungsweise nicht zu (Annex 3 Tabelle 2). Die Ergebnisse ähnelten sich bei Frauen und Männern sowie in den drei Bildungsgruppen (Annex 4 Tabelle 2). Fragen zu Aspekten möglicher Diskriminierung von Menschen mit Diabetes wurden in der Regel nur von einem kleinen Anteil der Befragten bejaht (Annex 3 Tabelle 2). Insgesamt waren 20,6% der Meinung, dass Menschen mit Diabetes ihren Alltagsanforderungen häufig nicht nachkommen können und 28,8%, dass Menschen mit Diabetes ihre Erkrankung durch ihren ungesunden Lebensstil selbst verursacht haben. Nur 14,0% der Befragten empfanden, dass Menschen mit Diabetes häufig benachteiligt werden. Es zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede in den Einstellungen gegenüber Menschen mit Diabetes. Teilnehmende mit mittlerer und höherer Bildung waren häufiger als diejenigen mit niedriger Bildung der Meinung, dass Menschen mit Diabetes ihren Alltagsanforderungen nachkommen können (Annex 4 Tabelle 2).

Diabetesbezogene Informationen

Grad der Informiertheit

Zum Thema „Diabetesursachen“ fühlten sich 44,0% der Teilnehmenden gut oder sehr gut informiert während sich zu den Themen „Krankheitsverlauf“, „Behandlung, Therapie“ und „Folgeerkrankungen“ zwischen 36,0 % und 41,2% gut oder sehr gut informiert fühlten. Zum Thema „Lebensstilanpassungen, Gesundheitsförderung, Prävention“ fühlten sich 48,9% der Teilnehmenden gut oder sehr gut informiert. Frauen hielten sich zu allen Themen für besser informiert als Männer. Teilnehmende mit niedriger und mittlerer Bildung fühlten sich zu allen Themen häufiger überhaupt nicht informiert als diejenigen mit hoher Bildung (Annex 4 Tabelle 3)

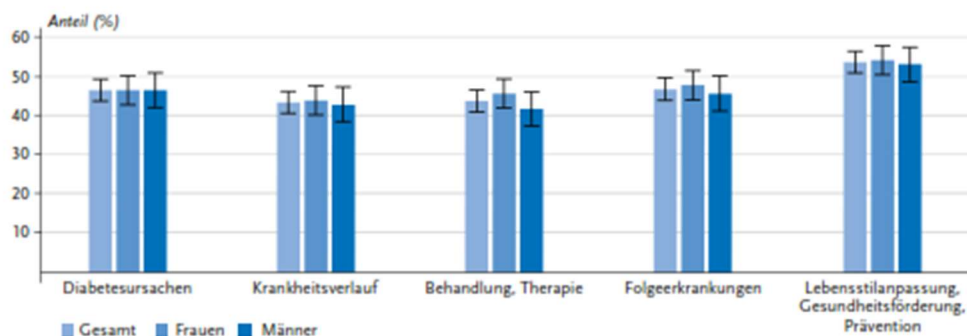
Subjektives Informationsbedürfnis

Am höchsten war das Informationsbedürfnis zum Thema „Lebensstilanpassung, Gesundheitsförderung, Prävention“ (Abbildung 3). Frauen und Männer unterschieden sich hinsichtlich ihres Informationsbedürfnisses nicht. Zu den Themen „Diabetesursachen“, „Krankheitsverlauf“ und „Folgeerkrankungen“ war das Informationsbedürfnis bei Personen mit mittlerer Bildung höher als bei solchen mit hoher Bildung (Annex 4 ,Tabelle 4) Teilnehmende, die sich schlecht über die Themen „Diabetesursachen“, „Krankheitsverlauf“ und „Folgeerkrankungen“ informiert fühlten, gaben diesbezüglich ein höheres Informationsbedürfnis an als Teilnehmende, deren Informationsstand gut oder sehr gut war (Daten nicht gezeigt)

Informationsverhalten

Fast ein Drittel (31,0%) der Befragten hatten sich schon einmal aktiv über Diabetes informiert. Dies war bei Frauen häufiger der Fall als bei Männern (Frauen 37,0%, Männer 24,7 %). Dabei waren die am häufigsten verwendeten Informationsquellen gedruckte Informationen wie Broschüren, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher

(83,9 %), Websites zum Thema Gesundheit und Diabetes (49,3 %), die Hausärztin oder behandelnde Ärztin beziehungsweise der Hausarzt oder behandelnde Arzt (47,2%) sowie Radio- oder Fernsehsendungen (43,4 %). Hierbei nutzten Frauen häufiger als Männer gedruckte Informationen (Frauen 88,9 %, Männer 75,9 %) und

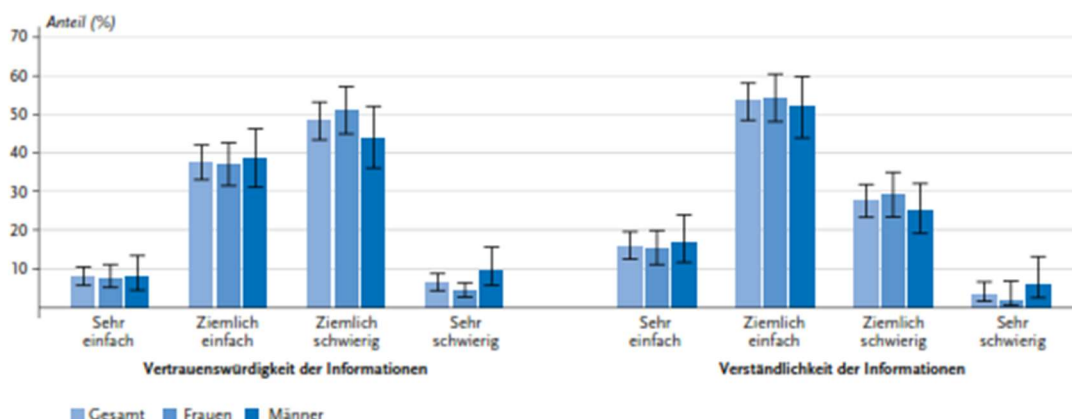


Befragte mit niedriger Bildung häufiger die Hausärztin oder behandelnde Ärztin beziehungsweise den Hausarzt oder behandelnden Arzt als Befragte mit mittlerer oder hoher Bildung (65,9% vs. 43,4% vs. 41,8%; Daten nicht gezeigt).

Die am häufigsten genannten Informationsquellen zu Gesundheitsthemen im Allgemeinen waren die Hausärztin oder behandelnde Ärztin beziehungsweise der Hausarzt oder behandelnde Arzt (72,0 %), gedruckte Informationen (69,6 %), Radio- oder Fernsehsendungen (60,0 %) sowie Websites zum Thema Gesundheit (53,7 %). Teilnehmende mit mittlerer oder hoher Bildung nutzten häufiger Websites als Informationsquellen als diejenigen mit niedriger Bildung (70,6 % vs. 60,0 % vs. 35,5 %; Daten nicht gezeigt)

Selbstwahrgenommene Vertrauenswürdigkeit und Verständlichkeit von Informationen

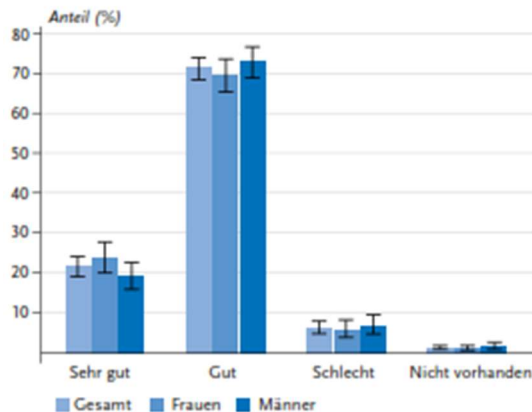
Über die Hälfte (54,7 %) der Personen, die sich schon einmal aktiv über Diabetes informiert hatten, empfand es als schwierig beziehungsweise sehr schwierig zu beurteilen, ob die Informationen zu Diabetes aus den Medien vertrauenswürdig sind (Abbildung 4). Hingegen empfanden es 69,3 % der Befragten als sehr einfach oder ziemlich einfach, die Informationen über Diabetes in den Medien zu verstehen. Es waren keine geschlechtsbezogenen Unterschiede und keine Unterschiede nach Bildung zu beobachten (Annex 4 Tabelle 7).



3.2 Bevölkerung mit Diabetes

Insgesamt nahmen 1.479 Personen (740 Frauen, 739 Männer) zwischen 18 und 96 Jahren mit jemals diagnostiziertem Diabetes an der telefonischen Befragung teil, davon 263 Personen im Repräsentativteil der Studie. Die Diabetesprävalenz im repräsentativen Befragungsteil betrug 9,7% (8,2%– 11,5%) basierend auf der Frage, ob eine Ärztin oder ein Arzt jemals einen Diabetes festgestellt hat. Das durchschnittliche Alter aller Teilnehmenden mit Diabetes lag bei 64,9 Jahren (Frauen 65,3 Jahre, Männer 64,5 Jahre). Die mittlere Dauer der Diabeteserkrankung betrug 14,3 Jahre (Frauen 13,7 Jahre, Männer 15,0 Jahre). Insgesamt berichteten 1.386 Teilnehmende (92,1%) mit jemals diagnostiziertem Diabetes, auch in den letzten 12 Monaten Diabetes gehabt

zu haben. Die Prävalenz eines Diabetes in den letzten 12 Monaten lag bei 8,7% (7,2%– 10,5%). Die Frage nach dem Diabetestyp wurde nur denjenigen gestellt, die angaben, auch in den letzten 12 Monaten Diabetes gehabt zu haben. Entsprechend den Selbstangaben der Befragten mit einem Diabetes in den letzten 12 Monaten besaßen 14,1% einen Typ-1-Diabetes, 80,0% einen Typ-2-Diabetes, 1,4% einen anderen Typ und 4,6% wussten nicht, welchen Diabetestyp sie haben. Bezüglich der derzeitigen Behandlung der Befragten mit Diabetes in den letzten 12 Monaten gaben 90,2% an, dass sie medikamentös behandelt werden, das heißt mit Tabletten, Insulin oder anderen blutzuckersenkenden Medikamenten, die gespritzt werden. Nur durch Diät oder Sport wurden 7,4 % behandelt und 2,4 % der Befragten gaben an, nicht behandelt zu werden.



Krankheitswissen

Als sehr gut oder gut schätzten 92,8% der Teilnehmenden mit jemals diagnostiziertem Diabetes ihr Diabeteswissen ein (Abbildung 5). Das selbsteingeschätzte Wissen war bei Frauen und Männern und in den unterschiedlichen Bildungsgruppen vergleichbar (Daten nicht gezeigt).

Krankheitswahrnehmung

Von den Befragten mit jemals diagnostiziertem Diabetes empfanden 55,7 % die Erkrankung als schwerwiegend oder sehr schwerwiegend (Annex 3 Tabelle 4). Der Aussage, dass sie persönlich Diabetes für den Rest ihres Lebens haben würden, stimmten 91,1 % der Befragten mit Diabetes in den letzten 12 Monaten zu beziehungsweise voll und ganz zu (Annex 3 Tabelle 4). Die Einschätzungen zur Krankheitswahrnehmung waren ähnlich bei Frauen und Männern und in den verschiedenen Bildungsgruppen (Annex 4 Tabelle 5).

II. ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Περίληψη

Μέχρι στιγμής, λίγα είναι γνωστά για το τι γνωρίζουν οι άνθρωποι στη Γερμανία για τον διαβήτη ,ποιες πληροφορίες να μάθουν, πού να αναζητήσουν πληροφορίες και πώς να αξιολογήσουν τις υπάρχουσες πληροφορίες. Το Ινστιτούτο Robert Koch (RKI) διεξήγαγε το 2017 με έμφαση σε αυτά τα ερωτήματα, την εθνική τηλεφωνική έρευνα «Γνώσεις και ανάγκες πληροφοριών για ασθένειες - σακχαρώδης διαβήτης (2017)» σε άτομα από 18 ετών. Συνολικά ερωτήθηκαν 2.327 άτομα χωρίς και 1.479 άτομα με διαγνωσμένο διαβήτη. Τα πρώτα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 56,7% αυτών χωρίς διαβήτη και το 92,8% αυτών με διαβήτη ,αξιολογούν τη γνώση τους για τον διαβήτη ως πολύ καλή ή καλή. Οι ερωτηθέντες χωρίς διαβήτη αισθάνονται τη μεγαλύτερη ανάγκη για πληροφόρηση σχετικά με το θέμα «Προσαρμογές στον τρόπο ζωής, προαγωγή και πρόληψη της υγείας», ενώ οι ερωτηθέντες με διαβήτη για την «Αντιμετώπιση και θεραπεία». Σχεδόν το ένα τρίτο αυτών που δεν είχαν διαβήτη είχαν ήδη ενημερωθεί ενεργά, τις περισσότερες φορές μέσω έντυπων πληροφοριών. Για άτομα με διαβήτη η θερράπων γιατρός και αντιστοίχως ο θερράπων γιατρός είναι οι πιο συχνές πηγές πληροφοριών. Και στις δύο ομάδες, περίπου οι μισοί από τους ερωτηθέντες δυσκολεύονται να εμπιστευτούν τα ΜΜΕ για πληροφορίες σχετικά με τον διαβήτη. Τα αποτελέσματα της μελέτης γίνονται μέρος της Εθνικής Παρακολούθησης Διαβήτη συντονισμένης από το RKI και θα χρησιμοποιηθούν από το Ομοσπονδιακό Κέντρο Εκπαίδευσης Υγείας για την ανάπτυξη στρατηγικών για καλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τον σακχαρώδη διαβήτη.

Εισαγωγή

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια μεταβολική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υψηλό σάκχαρο στο αίμα [1]. Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι διαβήτη. Ο διαβήτης τύπου 1 είναι μια αυτοάνοση ασθένεια που πιστεύεται ότι οφείλεται κυρίως στη γενετική προδιάθεση και στους περιβαλλοντικούς παράγοντες [2, 3]. Αντιθέτως, για την ανάπτυξη του πολύ πιο συχνού διαβήτη τύπου 2 παίζουν ρόλο και οι γενετικοί, καθώς και ατομικοί, κοινωνικοί και παράγοντες περιβάλλοντος, όπως η τοποθεσία ή οι συνθήκες παροχής και οι αλληλεπιδράσεις τους [4–6]. Έτσι λοιπόν ένα βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό ,αλλά και οι συνήθειες του τρόπου ζωής και οι ατομικές συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η σωματική αδράνεια και η διατροφή σχετίζονται με τον κίνδυνο για διαβήτη τύπου 2 [4–6]. Οι ατομικές συμπεριφορές μπορούν να επηρεαστούν από διαφορετικούς υποκειμενικούς παράγοντες, οι οποίοι έχουν αποκτήσει έναν κεντρικό ρόλο , που μέχρι τώρα σε ελάχιστο βαθμό έχει διερευνηθεί .Εδώ ανήκουν , για παράδειγμα η υποκειμενική ικανότητα αντίληψης του ατομικού κινδύνου νόσησης [7], η νοσογνωσία [8], η ικανότητα αντίληψης της νόσου [9] και η συμπεριφορά απέναντι στην πληροφόρηση σχετικά με την υγεία.

[10, 11]. Σε αυτό το πλαίσιο, με την έννοια συμπεριφορά απέναντι στην πληροφόρηση σχετικά με την υγεία εννοείται, το εάν οι άνθρωποι αναζητούν ενεργά πληροφορίες για θέματα υγείας και, εάν ναι, ποιες πηγές πληροφοριών χρησιμοποιούν. Μιάς και είναι γνωστό , πως συγκυριακοί συντελεστές όπως η κοινωνική υποστήριξη και οι συνθήκες εφοδιασμού επηρεάζουν τον κίνδυνο νόσησης[12].

Οι παράγοντες όπως περιγράφηκαν παραπάνω σχετίζονται επίσης στον μέγιστο βαθμό με τη περαιτέρω πορεία της νόσου. Διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι, για παράδειγμα, η ικανότητα αντίληψης κινδύνου για επιπλοκές σχετικά με τον διαβήτη, ο προσωπικός χειρισμός της νόσου, η κοινωνική υποστήριξη, οι διάφορες πτυχές του εφοδιασμού και η παρουσία απαιτούμενων πληροφοριών για την αντιμετώπιση της ασθένειας, μπορούν να επηρεάσουν την πρόοδο της νόσου. [13–19].

Σύμφωνα με στοιχεία του Robert Koch Institut (RKI) στη Γερμανία πάσχουν, περίπου 6,7 εκατομμύρια άτομα από διαγνωσμένο ή μη εντοπισμένο διαβήτη [20, 21]. Αν και ο διαβήτης μπορεί τώρα να αντιμετωπιστεί με φάρμακα, η ασθένεια δεν παύει να συνδέεται με σοβαρές

επιπλοκές και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας [22, 23]. Συνολικά, ο διαβήτης κυρίως εξαιτίας αυτών των επιπλοκών, συνδέεται με έμμεσο ή άμεσο κόστος για τη

κοινωνία [24]. Προκειμένου να μπορούν οι προσφορές προμηθειών να προσανατολίζονται καλύτερα στις συγκεκριμένες ζητήσεις και ανάγκες , ουσιώδη είναι τα στοιχεία σχετικά με το φορτίο της ασθένειας , νοσογνωσία , ανάγκες για πληροφόρηση και ανάγκη ατόμων με διαβήτη για υποστήριξη (ενθάρρυνση).

Για μια αποτελεσματική ενδυνάμωση της υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό και πρωτογενή πρόληψη του διαβήτη τύπου 2 ,είναι εξέχουσας σημασίας τα δεδομένα , σχετικά με την τρέχουσα γνώση της ασθένειας , την αντίληψη αυτής και πάνω από όλα

στοιχεία σχετικά με τις ανάγκες πληροφόρησης και τη συμπεριφορά απέναντι στη πληροφόρηση σχετικά με την υγεία στον γενικό πληθυσμό.

2)Τα αντιπροσωπευτικά δεδομένα πληθυσμού, σε εθνικά επίπεδα, σχετικά με αυτά τα θέματα από άτομα με ήδη διαγνωσμένο ή μη διαγνωσμένο διαβήτη, είναι ωστόσο περιορισμένα.

Οι περιορισμοί προηγούμενων μελετών είναι, μεταξύ άλλων, μια ελλιπής καταγραφή της συμπεριφοράς απέναντι στη πληροφόρηση και ανάγκης για πληροφόρηση[26, 28] καθώς και το χαμηλό ποσοστό συμμετεχόντων με διαβήτη [26, 29].Γι αυτό το λόγο, στόχος της παρούσας μελέτης (βλέπε πλαίσιο πληροφοριών 1) ήταν συνεπώς να κλείσουν τα υπάρχοντα κενά δεδομένων. Προς το σκοπό αυτό συγκεντρώθηκαν στοιχεία με θεματικούς τομείς την νοσογνωσία, την αντίληψη ασθένειας, τον κίνδυνο νόσησης από διαβήτη ή/και τον κίνδυνο επιπλοκών,

υποκειμενικές πτυχές της ασθένειας και πληροφορίες σχετικά με τον διαβήτη (βλ Το πλαίσιο πληροφοριών 2) .

Στο παρόν άρθρο πρέπει να αναφερθούν τα πρώτα περιγραφικά αποτελέσματα σχετικά με θέματα όπως νοσογνωσία , αντίληψη της ασθένειας και

πληροφορίες σχετικά με τον διαβήτη από άτομα με και χωρίς διαβήτη. (Σελ 24)

Εκτός αυτού τα αποτελέσματα της μελέτης δημιουργούν τη βάση για μια διαφωτιστική και επικοινωνιακή στρατηγική σχετικά με τον σακχαρώδη διαβήτη ,προσανατολισμένη προς τις σύγχρονες ανάγκες και συγκεκριμένες ομάδες-στόχου. Η μελέτη αυτή αναπτύσσεται αυτόν τον καιρό από το παράρτημα “διαβήτης” του Ομοσπονδιακού Κέντρου υγειονομικής ενημέρωσης.

Ο στόχος είναι να βελτιωθεί η πρόληψη του διαβήτη.

Αυτό επηρεάζει τόσο τον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης (Μείωση της επίπτωσης νέων περιπτώσεων), επίσης τους τομείς της δευτερογενούς πρόληψης (έγκαιρη αναγνώριση της ασθένειας του μέχρι τώρα άγνωστου διαβήτη) και τριτοβάθμιας πρόληψης (πρόληψη της εξέλιξης του διαβήτη).

Πέραν τούτου, τα αποτελέσματα θα συμπεριλαμβάνονται στην Εθνική Έρευνα για τον διαβήτη, η οποία αυτή τη στιγμή εγκαθίσταται στο RKI [31]

Μέθοδος

2.1 Σχεδιασμός και δείγμα μελέτης

Η μελέτη “Γνώσεις και ανάγκες πληροφοριών για ασθένειες - σακχαρώδης διαβήτης (2017)”

»(βλ. Πλαίσιο πληροφοριών 1) αποτελούνταν από δύο τμήματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε μέσω μιας τυποποιημένης τηλεφωνικής έρευνας (Σχήμα 1). Η ομάδα-στόχος για την πρώτη ενότητα της έρευνας ήταν ο γερμανόφωνος γενικός πληθυσμός ηλικίας 18 ετών και άνω (συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με Διαβήτη), ενώ στη δεύτερη ενότητα της έρευνας μόνο άτομα με διαβήτη πήραν συνέντευξη.

Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε με βάση το λεγόμενο σύστημα τηλεφωνικής δειγματοληψίας ADM, το οποίο ξεκίνησε από την Ομάδα Εργασίας των γερμανικών ινστιτούτων έρευνας αγοράς και κοινωνικής έρευνας (ADM) [32].

Αυτό το σύστημα περιλαμβάνει βασικά όλους τους αξιοποιήσιμους αριθμούς στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας (ΟΔΓ). Μέσω μια ειδικής διαδικασίας μπορούν να παραχθούν όλοι οι αξιοποιήσιμοι αριθμοί σταθερού και κινητού τηλεφώνου στο ΟΔΓ. Ακόμα και αυτοί που δεν έχουν καταχωρηθεί σε τηλεφωνικούς καταλόγους προσβάσιμους από το κοινό. Το δείγμα της

μελέτης λαμβάνεται υπόψη σύμφωνα με την αρχή του Dual Frame έως 60% αριθμοί σταθερής τηλεφωνίας και 40% αριθμοί κινητών τηλεφώνων.

Είναι αντιπροσωπευτικό όλων των ιδιωτικών νοικοκυριών στη Γερμανία, τα οποία μπορούν εν δυνάμει προσβάσιμα μέσω τηλεφώνου. Μια λεπτομερής περιγραφή της μεθοδολογικής βάσης των τηλεφωνικών δημοσκοπήσεων στο RKI όπως και η δειγματοληψία για τις τηλεφωνικές έρευνες περιγράφονται διεξοδικά σε ένα άρθρο που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Journal of Health Monitoring το 2018.

Στην πρώτη ενότητα της έρευνας έγινε η επιλογή του υποβληθισόμενου σε συνέντευξη προσώπου (άτομο- στόχου) σε νοικοκυριά με περισσότερα του ενός πρόσωπα , με τη βοήθεια της λεγόμενης διαδικασίας Kish Selection Grid (Kish Grid). Με αυτήν τη διαδικασία, όλα τα εν δυνάμει άτομα-στόχου έχουν την ίδια πιθανότητα επιλογής. Αρχικά , καταγράφεται ο αριθμός των ενηλίκων στο νοικοκυριό και η ηλικία τους και με βάση αυτά καθορίζεται η σειρά των προσώπων (που θα υποβληθούν σε συνέντευξη) . Από αυτά επιλέγεται τυχαία το άτομο-στόχος για τη συνέντευξη με τη βοήθεια ενός μαθηματικού αλγόριθμου με υποστήριξη Η/Υ .Το επιδιωκόμενο μέγεθος του δείγματος ανερχόταν στα 2.500 άτομα χωρίς διαβήτη ώστε να καταγραφούν οι διαφορετικές ομάδες μέσα στον συνολικό πληθυσμό και να γίνουν δυνατές οι αναλύσεις ομάδων με όσο το δυνατόν μικρότερη ανοχή σφάλματος. (Σελ 25)

Το δεύτερο τμήμα της έρευνας στόχευε άτομα με ιατρικά διαγνωσμένο διαβήτη. Στόχος ήταν ένα μέγεθος δείγματος 1.500 ατόμων (συμπεριλαμβανομένων αυτών με διαβήτη από την πρώτη ενότητα της έρευνας) , ώστε και γι αυτό το στατιστικό δείγμα να επιτραπούν οι αναλύσεις ομάδων με όσο το δυνατόν μικρότερη ανοχή σφαλμάτων .

Για την υλοποίηση εφαρμόστηκε μια άμεση διαδικασία ελέγχου για φορείς χαρακτηριστικών (άτομα με διαβήτη). Σε αυτή τη περίπτωση ,το άτομο που απάντησε στην κλήση (Άτομο επαφής), ρωτήθηκε εάν στο ίδιο ή σε κάποιο άλλο πρόσωπο εντός του νοικοκυριού έχει ιατρικά πιστοποιηθεί διαβήτη . Μόνο σε περίπτωση που έγινε επαφή με ένα νοικοκυριό που έχει περισσότερα από ένα δυνητικά άτομα-στόχου, δηλαδή περισσότερα από ένα άτομα στα οποία έχει διαγνωσθεί διαβήτης , το άτομο στόχου εξακολουθούσε να επιλέγεται με τη βοήθεια της διαδικασίας Kish Selection Grid. (Σελ 26)

Πορεία/ Εξέλιξη έρευνας

Δύο ερωτηματολόγια αναπτύχθηκαν για την έρευνα, ένα για άτομα χωρίς και ένα για άτομα που έχουν διαγνωστεί με διαβήτη. Όχι τυχαία, τα δύο ερωτηματολόγια παρουσιάζουν επικαλύψεις με ορισμένες ερωτήσεις προκειμένου να είναι σε θέση να συγκρίνουν άτομα με και χωρίς διαβήτη. Κατά τη συγκέντρωση των ερωτήσεων κατέφυγαν (οι δημιουργοί), κατά το δυνατόν, σε ήδη επικυρωμένα γερμανικά εργαλεία ή μεταφράστηκαν διαθέσιμα αγγλικά εργαλεία στα γερμανικά και αντίστροφα (34,35).

Οι τελικές συνθέσεις έδειξαν μία καλή συμφωνία με το αρχικό εργαλείο . Για άλλες πτυχές έπρεπε το RKI το ίδιο να αναπτύξει ερωτήσεις. Μία λεπτομερής περιγραφή της πορείας ανάπτυξης και των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των επιλεγμένων συσκευών και οργάνων, βρίσκεται επί του παρόντος υπό συγγραφή (μεθοδική δημοσίευση). Με σκοπό τον έλεγχο της κατανόησης των ανεπτυγμένων ερωτήσεων και συγκεκριμένων όρων,

έγινε σε πρώτη φάση μια λεγόμενη γνωστική δοκιμή.

Για έλεγχο και των δυο ερωτηματολογίων σχετικά με την πληρότητα και διάρκεια της έρευνας και τυχόν αμφιβολίες που απομένουν διεξήχθη ένα Pre Test στην χρονική περίοδο 23.08. - 17.09.2017 (203 συμμετέχοντες, 28 από αυτούς με διαβήτη και 175 χωρίς διαβήτη). Με βάση τα αποτελέσματα των Pre Test, τα ερωτηματολόγια περικοπθηκαν στα 32 λεπτά κατά μέσο όρο (ερωτηθέντες χωρίς διαβήτη) ή 43 λεπτά (ερωτηθέντες με διαβήτη), ενώ πραγματοποιήθηκαν και προσαρμογές στη διατύπωση των ερωτήσεων. Σε συνέχεια του Pre Test, ακολούθησε από τις 18.09. - 31.10.2017 το πρώτο και από 01.11. - 30.11.2017 το δεύτερο τμήμα της κύριας Έρευνας. Στην πρώτη ενότητα της έρευνας, στο αντιπροσωπευτικό μέρος της, πραγματοποιήθηκαν 2.592 συνεντεύξεις. Από αυτές 263 άτομα που είχαν διαγνωστεί με διαβήτη. Το υπολογισμένο response rate που υπολογίστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια του AAPOR (American Association for Public Opinion Research) (εδώ: response rate 3, δηλαδή το μερίδιο των πραγματοποιημένων συνεντεύξεων σε σχέση με όλα τα πιθανά νοικοκυριά του βασικού συνόλου) ήταν 17,9% [36]. Στο δεύτερο τμήμα της έρευνας πραγματοποιήθηκαν 1.216 συνεντεύξεις. Στην πρώτη ενότητα της έρευνας, δύο άτομα αποκλείστηκαν εξαιτίας ελλειπών πληροφοριών σχετικά με την ομοσπονδιακή πολιτεία (σημαντικό για τον υπολογισμό των συντελεστών στάθμισης) ή βάση μιας ασαφούς απάντησης («δεν γνωρίζω») στην ερώτηση “Σας έχει διαγνώσει ποτέ γιατρός με “σάκχαρο” ή διαβήτη”; Το τελικό δείγμα περιλάμβανε έτσι 2.327 άτομα χωρίς διάγνωση διαβήτη και 1.479 άτομα που διαγνώστηκαν με διαβήτη.

2.3 Ορισμός του διαβήτη

Οι συμμετέχοντες με διαβήτη εξακριβώθηκαν μέσα από την ερώτηση “Σας έχει ποτέ διαγνώσει κάποιος γιατρός με σάκχαρο ή διαβήτη?” Αυτή η ομάδα χωρίστηκε περαιτέρω στις ακόλουθες υποομάδες: (1)

Διαβήτη τους τελευταίους 12 μήνες:

Το ερώτημα αν ο διαβήτης υπήρχε τους τελευταίους 12 μήνες απαντήθηκε επίσης με "ναι" ή αναφέρθηκε μια επίκαιρη φαρμακευτική θεραπεία για τον διαβήτη. (φ.α.=1396). 2) Χωρίς διαβήτη τους τελευταίους 12 μήνες: το ερώτημα αν ο διαβήτης υπήρχε τους τελευταίους 12 μήνες απαντήθηκε αρνητικά και δεν αναφέρθηκε τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή (φ.α. 89). 3) Διαβήτης κύησης: Στην ερώτηση αν η συμμετέχουσα ήταν έγκυος τη στιγμή της διάγνωσης, απαντήθηκε θετικά (φ.α. 52). Ένας τρέχων διαβήτης κύησης τέθηκε με το ερώτημα, αν είχε διαγνωστεί ο διαβήτης σε μια τρέχουσα εγκυμοσύνη (φ.α. = 1). Από τις συμμετέχουσες με κάποτε διαγνωσμένο διαβήτη κύησης, δώδεκα γυναίκες, κατά τη στιγμή της μελέτης είχαν διαβήτη τύπου 2.

2.4 Περιεχόμενο και εργαλεία της έρευνας

Η μελέτη συγκέντρωσε πληροφορίες σχετικά με τα θέματα περί νοσογνωσίας, αντίληψης της ασθένειας, του κινδύνου για διαβήτη ή αντιστοίχως διαβητικών επιπλοκών, πληροφορίες που σχετίζονται με τον διαβήτη, συμπεριφορά απέναντι στην υγεία και τρόπο ζωής, στάση απέναντι στη χρήση του Σ.Υ. (Σύστημα Υγείας), χαρακτηριστικά ασθένειας, αυτοδιαχείριση του διαβήτη, υποκειμενική αντίληψη της ασθένειας και ψυχική υγεία. Μια επισκόπηση όλων των θεμάτων και εργαλείων για τα δύο τμήματα της έρευνας μπορούν να βρεθούν στο Παράρτημα (Παράρτημα 1). Στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται πρώτα αποτελέσματα σε επιλεγμένες θεματικές περιοχές, ανάμεσα σε αυτά η νοσογνωσία, η αντίληψη της ασθένειας και πληροφορίες σχετικά με τον διαβήτη.

Εργαλεία έρευνας για τον πληθυσμό χωρίς διαβήτη

Σχετικά με το θέμα της νοσογνωσίας καταγράφηκαν η αυτοαξιολογούμενη γνώση σχετικά με τον διαβήτη και η αντικειμενική νοσογνωσία. Οι ακριβείς ερωτήσεις και δυνατότητες απαντήσεων μπορούν να παρθούν από το Παράρτημα 2. Η θεματική ενότητα “Αντίληψη της ασθένειας” περιελάμβανε την εκτίμηση του κατά πόσον ο διαβήτης ήταν μια σοβαρή ασθένεια [38] και εάν κάποιος θα μπορούσε να έχει διαβήτη για το υπόλοιπο της ζωής του [39]. Καταγράφηκαν επίσης διάφορες πτυχές του στιγματισμού [26, 40]. Για τη θεματική ενότητα “Πληροφορίες που σχετίζονται με τον διαβήτη” (Διαβητοσχετείς;) ερευνήθηκε το επίπεδο πληροφοριών και ανάγκες προσωπικών πληροφοριών για τα θέματα: αιτίες διαβήτη, πορεία της νόσου, αντιμετώπιση και θεραπεία, επακόλουθες νοσήσεις καθώς και αναπροσαρμογές του τρόπου ζωής, ενδυνάμωση της υγείας και πρόληψη [41]. Σχετικά με την συμπεριφορά απέναντι στη πληροφόρηση, ερωτήθηκαν ορισμένοι συμμετέχοντες, που είχαν ήδη μια φορά ενημερωθεί ενεργά για τον διαβήτη, ποιες πηγές πληροφοριών χρησιμοποιούν, ώστε να ενημερωθούν για τον διαβήτη [29]. Οι υπόλοιποι ερωτήθηκαν ποιες πηγές χρησιμοποιούν για να ενημερωθούν για γενικά θέματα υγείας. Θα μπορούσαν να δοθούν από τον καθένα περισσότερες της μίας πηγές πληροφοριών. Η αυτό-αντιληπτή αξιοπιστία και κατανόηση των πληροφοριών σχετικά με τον διαβήτη στα μέσα μαζικής ενημέρωσης ρωτήθηκε μεταξύ των συμμετεχόντων που είχαν ήδη ενημερωθεί ενεργά για τον διαβήτη [42].

Εργαλεία έρευνας για τον πληθυσμό με διαβήτη

Η αυτοαξιολογούμενη γνώση για τον διαβήτη και η εκτίμηση του κατά πόσον ο διαβήτης ήταν μια σοβαρή ασθένεια ρωτήθηκαν με τον ίδιο τρόπο όπως και για τον πληθυσμό χωρίς διαβήτη. Η ερώτηση, εάν κάποιος θα έχει τον διαβήτη για την υπόλοιπη ζωή του, όπως και οι ερωτήσεις που αφορούν στον στιγματισμό, τέθηκαν σε άτομα που είχαν διαβήτη τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Σε σύγκριση με τις αντίστοιχες

ερωτήσεις για τον πληθυσμό χωρίς διαβήτη, η διατύπωση των ερωτήσεων διέφερε μόνο ως προς τη “προοπτική”. Αυτό σημαίνει ότι άτομα με διαβήτη δεν ρωτήθηκαν αποκλειστικά για τον διαβήτη, αλλά σχετικά με την δική τους ασθένεια. Το επίπεδο των πληροφοριών, οι προσωπικές ανάγκες πληροφόρησης και πηγές πληροφοριών ζητήθηκαν για ένα ευρύτερο φάσμα θεμάτων, απ ότι συνέβη στη περίπτωση των ερωτηθέντων χωρίς διαβήτη. Έτσι τέθηκαν ερωτήσεις και για προσφορές υποστήριξης, για σημεία πρόσβασης και πηγές πληροφοριών [41]. Η αξιολόγηση πληροφοριών σχετικά με τον διαβήτη στα μέσα ενημέρωσης ως προς την αξιοπιστία και την κατανόηση ήταν σε αναλογία με εκείνη του πληθυσμού χωρίς διαβήτη.

2.5 Στατιστικές αναλύσεις

Προκειμένου να επιτευχθεί μια συγκρισιμότητα του δείγματος με τον υποκείμενο πληθυσμό, είναι απαραίτητη μια επαρκής συνεκτίμηση όλων των σχετικών ομάδων του πληθυσμού, ειδικά εκείνων που έδειξαν λιγότερη προθυμία να συμμετάσχουν στη μελέτη. Προς το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ένας συντελεστής στάθμισης. Σε μια πρώτη φάση ακολούθησε μια προσαρμογή της κατανομής των μεγεθών των νοικοκυριών στο υλοποιηθέν δείγμα προς τη πραγματική κατανομή του πληθυσμού (κατάσταση: 31/12/2016) [44]. Στο επόμενο βήμα, ο σχεδιασμός του δείγματος διορθώθηκε ώστε να ληφθούν υπόψη οι διαφορετικές πιθανότητες επιλογής των ατόμων-στόχων. Χρησιμοποιήθηκε μια τυπική μέθοδος υπολογισμού, η οποία λαμβάνει υπόψη την εφαρμοζόμενη σχεδίαση Dual Frame και συνιστάται από την ADM [45]. Στο τελευταίο βήμα, πραγματοποιήθηκε η στάθμιση προσαρμογής. Προς το σκοπό αυτό έγινε σταδιακή στάθμιση για το αντιπροσωπευτικό μέρος (1ο τμήμα της έρευνας με 2.591 συνεντεύξεις, συμπεριλαμβανομένων των 263 συνεντεύξεων που περιλαμβάνει άτομα με διαβήτη) μια στάθμιση σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά ηλικία x φύλο (σε επίπεδα 7 x 2), εκπαίδευση x φύλο (σε επίπεδα 3 x 2) και ομόσπονδο κρατίδιο (σε 16 Στάδια) προκειμένου να επιτευχθεί μια συγκρίσιμη δομή κατανομής αυτών των χαρακτηριστικών όπως στον γερμανόφωνο πληθυσμό ηλικίας 18 ετών και άνω. Για τις προσαρμογές, χρησιμοποιήθηκαν αντίστοιχες διανομές από το δεδομένα της Ομοσπονδιακής Στατιστικής Υπηρεσίας (Κατάσταση: 31 Δεκεμβρίου 2016) [44]. Για το δείγμα των διαβητικών (1.479 συνεντεύξεις: 1.216 συνεντεύξεις από τον έλεγχο για διαβήτη και 263 συνεντεύξεις από την αντιπροσωπευτική ενότητα), τα στοιχεία της Ομοσπονδιακής Στατιστικής Υπηρεσίας δεν μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν, δεδομένου ότι δεν επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την ομάδα των ατόμων με διαβήτη στον γερμανόφωνο πληθυσμό κατοικίας, ηλικίας 18 ετών και άνω. Ως εκ τούτου, πραγματοποιήθηκε σταδιακή στάθμιση σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά ηλικία x φύλο (σε επίπεδα 6 x 2) και εκπαίδευση x φύλο x ηλικία (σε επίπεδα 3 x 2 x 2) σύμφωνα με τη δομή κατανομής των ατόμων με διαβήτη από την εθνική έρευνα Υγείας στη Γερμανία τώρα (GEDA) 2012 (φ.α. = 1.828) [46]. Αυτό το δείγμα μελέτης είχε μια συγκρίσιμη μεθοδολογία έρευνας και γι αυτό χρησιμοποιήθηκε για την προσαρμογή. Με βάση την υπόθεση- ότι οι αντίστοιχες κατανομές από τα δεδομένα της έρευνας GEDA 2012 αντιστοιχούν σε αυτές του σημερινού γερμανόφωνου πληθυσμού ηλικίας 18 ετών και άνω. Ένας τρίτος

συντελεστής στάθμισης εφαρμόστηκε για συγκρίσεις μεταξύ των ερωτηθέντων με και χωρίς διαβήτη στο συνολικό σύνολο δεδομένων, καθώς οι ερωτηθέντες με διαβήτη υπερεκπροσωπούνται σημαντικά στο συνολικό δείγμα λόγω της εφαρμοσμένης μεθόδου Screening . Το ποσοστό των ερωτηθέντων με διαβήτη θα ήταν επομένως πολύ υψηλό. Με τη βοήθεια του συντελεστή στάθμισης προσαρμόζεται η σχέση μεταξύ των ερωτηθέντων με και χωρίς διαβήτη ανάλογα με την εκτίμηση που προέρχεται από το αντιπροσωπευτικό μέρος της μελέτης , έτσι ώστε το μερίδιο των ερωτηθέντων με διαβήτη από το σύνολο των δεδομένων να αντιστοιχεί στη συνέχεια με το αντιπροσωπευτικό μέρος της μελέτης (9,7%). Όλα τα αποτελέσματα που εμφανίζονται εδώ υπολογίστηκαν λαμβάνοντας υπόψη τον αντίστοιχο συντελεστή στάθμισης. Για τον υπολογισμό των μέσων τιμών ή ποσοστών (συμπεριλαμβανομένων διαστημάτων εμπιστοσύνης 95%, 95% CI), χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SAS (έκδοση 9.4, SAS Institute Inc., Cary, NC). Τα αποτελέσματα και για τα δύο δείγματα παρουσιάζονται συνολικά, καθώς και ξεχωριστά για γυναίκες και άνδρες (Παράρτημα 3). Επιπλέον, λαμβάνονται υπόψη διαφορές ανάλογα με την μόρφωση (χαμηλή, μεσαία, υψηλή) που ταξινομούνται σύμφωνα με το CASMIN (Συγκριτική Ανάλυση της Κοινωνικής Κινητικότητας στα Βιομηχανικά Έθνη) [47] (Παράρτημα 4). Η ταξινόμηση CASMIN λαμβάνει υπόψη τόσο τη γενική παιδεία όσο και την επαγγελματική κατάρτιση.

3.Αποτελέσματα

3.1 Πληθυσμός χωρίς διαβήτη

Στην τηλεφωνική έρευνα συμμετείχαν συνολικά 2.327 άτομα (1.313 γυναίκες, 1.014 άνδρες) μεταξύ 18 και 97 ετών χωρίς διαγνωσμένο διαβήτη, η μέση ηλικία των οποίων ήταν 50,4 έτη (γυναίκες 51,7 έτη, άνδρες 48,3 έτη).

Η νοσογνωσία

Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες χωρίς διαβήτη αξιολόγησαν υποκειμενικά τις γνώσεις τους για τον διαβήτη ως πολύ καλές ή καλές (Εικόνα 2). Το ποσοστό (των ατόμων) με αυτοαξιολογούμενη γνώση ως πολύ καλή ήταν στις γυναίκες σχεδόν διπλάσιο σε σχέση με αυτό των ανδρών. Οι συμμετέχοντες με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης απάντησαν συχνότερα με «ανύπαρκτη» από τους συμμετέχοντες με μέσο ή υψηλό επίπεδο μόρφωσης. Επιπλέον, οι ερωτηθέντες με χαμηλή ή μέση μόρφωση αξιολόγησαν τη γνώση τους για τον διαβήτη λιγότερο συχνά ως καλή, σε σχέση με εκείνους με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης (Παράρτημα 4, πίνακας 3). Η αντικειμενική γνώση για τον διαβήτη ερευνήθηκε συνολικά με έξι ερωτήσεις (Παράρτημα 3, Πίνακας 1). Οι ερωτηθέντες συχνά γνώριζαν ότι με τον διαβήτη υπάρχει πολύ σάκχαρο στο αίμα (66,2%) και

ότι τα συμπτώματα του διαβήτη συνήθως αναπτύσσονται ανεπαίσθητα (62,6%). Σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (49,6%) γνώριζαν ότι περισσότερα άτομα στη Γερμανία προσβάλλονται από διαβήτη τύπου 2 από ότι από διαβήτη τύπου 1. Από την άλλη πλευρά, λιγότερο από το ένα τρίτο των ερωτηθέντων (31,3%) γνώριζε ότι ο διαβήτης δεν είναι ασθένεια των αιμοσφαιρίων. Τις μικρότερες γνώσεις είχαν οι ερωτηθέντες για τον διαβήτη τύπου 1. Μόνο το 26,9% των ερωτηθέντων απάντησαν σωστά ότι ο διαβήτης τύπου 1 δεν εξαφανίζεται με την εφηβεία και μόνο το 17,2% ότι ο διαβήτης τύπου 1 δεν αντιμετωπίζεται με φάρμακα. Οι απαντήσεις στην ερώτηση , αν ο διαβήτης ήταν μια ασθένεια των κυττάρων του αίματος, εμφάνισε εξάρτηση από το επίπεδο μόρφωσης. Τέσσερις ακόμα ερωτήσεις απαντήθηκαν συχνότερα σωστά από ερωτηθέντες με υψηλό επίπεδο μόρφωσης από εκείνους με χαμηλότερη μόρφωση (Παράρτημα 4 Πίνακας 1).

Η αντίληψη της ασθένειας

Σχεδόν τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων (65,0%) θεώρησαν ότι ο διαβήτης είναι μια σοβαρή ή πολύ σοβαρή ασθένεια (Παράρτημα 3, Πίνακας 2). Αντίθετα, μόνο το 1,2% των ερωτηθέντων πίστευαν ότι ο διαβήτης δεν ήταν σοβαρός, ενώ το 12,6% των συμμετεχόντων δεν είχε γνώμη επί του θέματος. Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια σε γυναίκες και άνδρες. Οι ερωτηθέντες με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης αξιολόγησαν σπανιότερα τον διαβήτη ως μετρίως σοβαρό σε σχέση με άτομα από τις δυο ομάδες υψηλότερης μόρφωσης (Παράρτημα 4, Πίνακας 2). Το 60,1% των ερωτηθέντων πίστευαν ότι θα έχουν διαβήτη για το υπόλοιπο της ζωής τους. Από την άλλη πλευρά, το 28,2% αυτών των δηλώσεων διαφωνούσε πλήρως ή απλώς διαφωνούσε (Παράρτημα 3, Πίνακας 2). Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια σε γυναίκες και άνδρες και στις τρεις μορφωτικές ομάδες (Παράρτημα 4, Πίνακας 2). Ερωτήσεις σχετικά με πτυχές πιθανής διάκρισης κατά των ατόμων με διαβήτη απαντήθηκαν κατά κανόνα γενικά καταφατικά μόνο από ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων (Παράρτημα 3, Πίνακας 2). Συνολικά, το 20,6% πίστευε ότι τα άτομα με διαβήτη συχνά δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις καθημερινές τους ανάγκες και το 28,8% θεώρησε ότι τα άτομα με διαβήτη προκάλεσαν τα ίδια την ασθένειά τους μέσω του ανθυγιεινού τρόπου ζωής τους. Μόνο το 14,0% των ερωτηθέντων θεώρησε ότι τα άτομα με διαβήτη είναι συχνά σε μειονεκτική θέση . Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των φύλων στις στάσεις απέναντι σε άτομα με διαβήτη. Οι συμμετέχοντες με μέση και υψηλότερη μόρφωση ήταν περισσότερο από εκείνα με χαμηλότερη μόρφωση της άποψης ότι τα άτομα με διαβήτη μπορούν να ανταποκριθούν στις καθημερινές τους ανάγκες (Παράρτημα 4, Πίνακας 2).

Διαβητοσχετείς Πληροφορίες

Βαθμός πληροφόρησης

Το 44,0% των συμμετεχόντων αισθάνθηκε καλά ή πολύ καλά ενημερωμένο για το θέμα των «αιτίων του

διαβήτη», ενώ μεταξύ 36,0% και 41,2% ένιωθε καλά ή πολύ καλά ενημερωμένο στα θέματα «πορεία της νόσου», «αντιμετώπιση, θεραπεία» και « συνακόλουθες ασθένειες». Στο θέμα «προσαρμογές του τρόπου ζωής, προώθηση της υγείας, πρόληψη », το 48,9% των συμμετεχόντων αισθάνθηκε καλά ή πολύ καλά ενημερωμένο. Οι γυναίκες θεώρησαν τον εαυτό τους καλύτερα ενημερωμένες από τους άνδρες σε όλα τα θέματα. Οι συμμετέχοντες με χαμηλή και μεσαία μόρφωση αισθάνθηκαν συχνότερα καθόλου ενημερωμένοι για όλα τα θέματα σε σχέση με εκείνους με υψηλή μόρφωση (Παράρτημα 4, Πίνακας 3).

Υποκειμενική ανάγκη για πληροφορίες

Τον υψηλότερο βαθμό ανάγκης για πληροφόρηση είχε για το θέμα «Προσαρμογή του τρόπου ζωής, η προαγωγή της υγείας, πρόληψη» (Εικόνα 3). Οι γυναίκες και οι άνδρες δεν διέφεραν από την άποψη των αναγκών τους για πληροφορίες. Όσον αφορά τα θέματα «αιτίες διαβήτη», «πορεία ασθένειας» και «συνακόλουθες ασθένειες», η απαίτηση ενημέρωσης ήταν υψηλότερη μεταξύ των ατόμων με μέση μόρφωση από ό,τι μεταξύ εκείνων με υψηλή μόρφωση (Παράρτημα 4). Οι συμμετέχοντες που ένιωθαν ότι δεν είχαν επαρκή ενημέρωση σχετικά με τα θέματα «αιτίες του διαβήτη», «πορεία της ασθένειας» και «συνακόλουθες ασθένειες» ανέφεραν σχετικά μια μεγαλύτερη ανάγκη πληροφόρησης από τους συμμετέχοντες των οποίων το επίπεδο πληροφόρησης ήταν καλό ή πολύ καλό (τα δεδομένα δεν εμφανίζονται).

Πληροφορίες που πρέπει να αναγράφονται

Σχεδόν το ένα τρίτο (31,0%) των ερωτηθέντων είχε ήδη κάποτε ενημερωθεί αυτοβούλως ενεργά για τον διαβήτη. Αυτό ήταν πιο συχνό στις γυναίκες παρά στους άνδρες (γυναίκες 37,0%, άνδρες 24,7%). Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες πηγές πληροφοριών ήταν έντυπες πληροφορίες όπως φυλλάδια, εφημερίδες, περιοδικά, βιβλία (83,9%), ιστότοποι με θέμα την υγεία και τον διαβήτη (49,3%), τον/την οικογενειακό/η ιατρό ή τον/την θεράποντα/θεράπουσα ιατρό (47,2%) και ραδιοφωνικά ή τηλεοπτικά προγράμματα (43,4%). Οι γυναίκες χρησιμοποίησαν έντυπες πληροφορίες συχνότερα από τους άνδρες (γυναίκες 88,9%, άνδρες 75,9%) και οι ερωτηθέντες με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης χρησιμοποίησαν τον/την ιατρό πιο συχνά από τους ερωτηθέντες με μέσο ή υψηλό επίπεδο μόρφωσης (65,9% έναντι 43,4% έναντι 41,8%, τα δεδομένα δεν εμφανίζονται). Οι πιο συχνά αναφερόμενες πηγές πληροφοριών για θέματα υγείας γενικά ήταν ο ιατρός (72,0%), έντυπες πληροφορίες (69,6%), ραδιοφωνικά ή τηλεοπτικά προγράμματα (60,0%) και ιστότοποι με θέμα την υγεία (53,7%). Οι συμμετέχοντες στη μέση ή υψηλή μόρφωση χρησιμοποίησαν ιστότοπους ως πηγές πληροφοριών πιο συχνά από εκείνους με χαμηλή μόρφωση (70,6% έναντι 60,0% έναντι 35,5% · τα δεδομένα δεν εμφανίζονται).

Αυτοαντίληπτη αξιοπιστία και κατανοητότητα των πληροφοριών

Πάνω από τους μισούς (54,7%) εκείνων που είχαν προηγουμένως ενημερωθεί ενεργά για τον διαβήτη, δυσκολεύτηκαν ή δυκολευτηκαν πολύ να εκτιμήσουν εάν οι πληροφορίες για τον διαβήτη από τα μέσα ενημέρωσης είναι αξιόπιστες (Εικόνα 4). Αντίθετα, το 69,3% των ερωτηθέντων θεώρησε πολύ εύκολο ή αρκετά εύκολο να κατανοήσει τις πληροφορίες σχετικά με τον διαβήτη στα μέσα ενημέρωσης. Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των φύλων, ούτε διαφορές σχετικά με την μόρφωση (Παράρτημα 4 Πίνακας 7).

3.2 Πληθυσμός με διαβήτη

Συνολικά 1.479 άτομα (740 γυναίκες, 739 άνδρες) μεταξύ των ηλικιών 18 και 96 που είχαν διαγνωστεί ποτέ με διαβήτη, συμμετείχαν στην τηλεφωνική έρευνα, συμπεριλαμβανομένων 263 ατόμων στο αντιπροσωπευτικό μέρος της μελέτης. Ο επιπολασμός του διαβήτη στο αντιπροσωπευτικό μέρος της μελέτης ήταν 9,7% (8,2% - 11,5%) με βάση το ερώτημα εάν μια/ ένας γιατρός έχει διαγνώσει ποτέ διαβήτη. Η μέση ηλικία όλων των συμμετεχόντων με διαβήτη ήταν 64,9 έτη (γυναίκες 65,3 ετών, άνδρες 64,5 έτη). Η μέση διάρκεια της ασθένειας του διαβήτη ανήλθε στα 14,3 έτη (γυναίκες 13,7 ετών, άνδρες 15,0 ετών). Συνολικά 1.386 συμμετέχοντες (92,1%) με διαβήτη που διαγνώστηκαν ποτέ ανέφεραν ότι είχαν διαβήτη τους τελευταίους 12 μήνες. Ο επιπολασμός του διαβήτη τους τελευταίους 12 μήνες ήταν 8,7% (7,2% - 10,5%). Η ερώτηση σχετικά με τον τύπο του διαβήτη, έγινε μόνο σε εκείνους που δήλωσαν, ότι είχαν διαβήτη τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Σύμφωνα με τους αυτοαναφερόμενους ερωτηθέντες με διαβήτη τους τελευταίους 12 μήνες, το 14,1% είχε διαβήτη τύπου 1, το 80,0% είχε διαβήτη τύπου 2, το 1,4% είχε άλλο τύπο και το 4,6% δεν γνώριζαν τι είδους διαβήτη έχει. Όσον αφορά την τρέχουσα θεραπεία των ερωτηθέντων με διαβήτη τους τελευταίους 12 μήνες, το 90,2% έδειξε ότι υποβλήθηκαν σε θεραπεία με φάρμακα, δηλαδή δισκία, ινσουλίνη ή άλλα φάρμακα για τη μείωση της γλυκόζης στο αίμα που ενέθηκαν. Μόνο μέσω δίαιτας ή άσκησης θεραπεύτηκε το 7,4% και το 2,4% των ερωτηθέντων δήλωσε πως δεν θεραπεύτηκε.

Νοσογνωσία

Το 92,8% των συμμετεχόντων που διαγνώστηκε κάποτε με διαβήτη αξιολόγησε τη γνώση του για την ασθένεια ως πολύ καλή ή καλή (Εικόνα 5). Η αυτοαξιολογημένη γνώση ήταν συγκρίσιμη μεταξύ γυναικών και ανδρών και ανάμεσα στις διάφορες μορφωτικές ομάδες (τα δεδομένα δεν εμφανίζονται).

Αντίληψη για την ασθένεια

Από τους ερωτηθέντες με διαγνωσμένο διαβήτη, το 55,7% θεώρησε ότι η ασθένεια ήταν σοβαρή ή πολύ σοβαρή (Παράρτημα 3, Πίνακας 4). Για τη δήλωση ότι προσωπικά θα είχαν διαβήτη για το υπόλοιπο της ζωής τους, το 91,1% των ερωτηθέντων με διαβήτη τους τελευταίους 12 μήνες συμφωνήθηκε πλήρως (Παράρτημα 3

Πίνακας 4). Οι αντιλήψεις της νόσου ήταν παρόμοιες μεταξύ γυναικών και ανδρών και ανάμεσα στις διάφορες μορφωτικές ομάδες (Παράρτημα 4, Πίνακας 5).

III. Αντίστοιχα διαγράμματα γερμανικού πρωτοτύπου κειμένου στα Ελληνικά

Abbildung 1 Flowchart zur Stichprobenziehung in der Studie Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus (2017) Σχήμα 1 Διάγραμμα ροής σχετικά με δειγματοληψία στην έρευνα «νοσογνωσία και ανάγκες πληροφόρησης ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ (2017)	Σχεδιάγραμμα σελ 26
	Ενήλικος πληθυσμός άνω των 18 στη Γερμανία
	Τηλεφωνική δημοσκόπηση
	Έχει διαγνώσει ποτέ σε εσάς κάποιος γιατρός ‘ζάχαρο’ ή διαβήτη?
	OXI
	Ερωτηματολόγιο για πληθυσμό χωρίς διαβήτη
	Πλήθος=2.327
	NAI
	Ερωτηματολόγιο για πληθυσμό με διαβήτη
	Πλήθος=263
	Πλήθος=1.479
	Ενήλικος Πληθυσμός άνω των 18 με διαβήτη στη Γερμανία
	Τηλεφωνική δημοσκόπηση
	Ερωτηματολόγιο για πληθυσμό με διαβήτη
	Πλήθος=1.216
	1)Τμήμα της έρευνας
	Αντιπροσωπευτικό δείγμα
	2)Τμήμα της έρευνας
	Έλεγχος για διαβήτη

Abbildung 2 Selbsteingeschätztes Diabeteswissen bei Erwachsenen ohne diagnostizierten Diabetes nach Geschlecht (n = 1.305 Frauen, n = 1.008 Männer) Σχήμα 2 Αυτοαξιολογούμενη γνώση για τον διαβήτη από ενήλικες χωρίς διαβήτη, κατά φύλο (πλήθος=1305 γυναίκες, πλήθος = 1008 άνδρες) Πηγή: Σχήμα 1	Σχεδιάγραμμα σελ 30
	Anteil= Ποσοστό
	Sehr gut= Πολύ καλή
	Gut=καλή
	Schlecht= κακή
	Nicht vorhanden= ανύπαρκτη
	Gesamt= Σύνολο
	Frauen= Γυναίκες
	Manner=Άνδρες

Abbildung 3 Subjektives Informationsbedürfnis zu diabetesspezifischen Themen bei Erwachsenen ohne diagnostizierten Diabetes nach Geschlecht (n = 1.313 Frauen, n = 1.014 Manner) Σχήμα 3 Υποκειμενική ανάγκη πληροφόρησης για διαβητοσχετή θέματα χωρίς διαγνωσμένο διαβήτη, κατά φύλο (πλήθος = 1313 γυναίκες, πλήθος = 1014 άνδρες (πηγή: Σχήμα 1)	Σχεδιαγραμμα	Σελ. 32
	πρωτοτυπου	
	Ποσοστό	
	Αίτια του διαβήτη	
	Πορεία της νόσου	
	Αντιμετώπιση, Θεραπεία	
	Συνακόλουθες ασθένειες	
	Προσαρμογή του τρόπου ζωής	
	Προαγωγή της υγείας	
	Πρόληψη	
	Σύνολο	
	Γυναίκες	
	Άνδρες	

Abbildung 4 Selbstwahrgenommene Vertrauenswürdigkeit und Verständlichkeit von Informationen bei Erwachsenen ohne diagnostizierten Diabetes nach Geschlecht. Frage wurde nur Teilnehmenden gestellt, die sich schon einmal aktiv über Diabetes informiert hatten (n = 550 Frauen, n = 318 Männer) Σχήμα 4 Αυτοαντίληπτη αξιοπιστία και κατανόηση πληροφοριών σε ενήλικες χωρίς διαγνωσμένο διαβήτη, κατά φύλο. Η ερώτηση τέθηκε μόνο σε συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν ενημερωθεί τουλάχιστον μια φορά ενεργά για τον διαβήτη (πλήθος = 550 γυναίκες, πλήθος = 318 άνδρες)	Σχεδιάγραμμα Σελ. 33
	Ποσοστό
	Πολύ απλό
	Μάλλον απλό
	Μάλλον δύσκολο
	Πολύ δύσκολο
	Αξιοπιστία πληροφοριών
	Πολύ απλό
	Μάλλον απλό
	Μάλλον δύσκολο
	Πολύ δύσκολο
	Κατανόηση πληροφοριών
	Σύνολο
	Γυναίκες
	Άνδρες

Abbildung 5 Selbsteingeschätztes Diabeteswissen bei Erwachsenen mit diagnostiziertem Diabetes nach Geschlecht (n = 732 Frauen, n = 732 Männer) Σχήμα 5 Αυτοαξιολογούμενη γνώση για τον διαβήτη από ενήλικες με διαγνωσμένο διαβήτη, κατά φύλο (πλήθος = 732 γυναίκες, πλήθος = 732 άνδρες) Πηγή: Σχήμα 1	Διάγραμμα σελ. 34
	Ποσοστό
	Πολύ καλό
	Καλό
	Κακό
	Ανύπαρκτο
	Σύνολο
	Γυναίκες
	Άνδρες

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τον I.A. Richards η μετάφραση είναι ό,τι πιο σύνθετο και περιπλεγμένο επενοήθη και παρήχθη ποτέ κατά την εξέλιξη του κόσμου. Χαρακτηριστικά στο βιβλίο «Θεωρία και πράξη της μετάφρασης» του Γεώργιου Κεντρωτή, «όταν μεταφράζουμε, προσπαθούμε να δημιουργήσουμε ένα κείμενο που να μεταδίδει το ίδιο νόημα με αυτό που μεταδίδεται από το πρωτότυπο κείμενο και που να εκπληροί σωστά τις ίδιες λειτουργίες με αυτές που εκπληροί το πρωτότυπο». Η μετάφραση είναι η με γλωσσικά μέσα επιτέλεση ενός πειράματος- ενός πειράματος με την έννοια της δοκιμής – σε υποχρεωτική αναφορά προς κάποιο κείμενο. Πρόκειται λοιπόν, εξαιτίας της πραγματολογικής πολυσημίας των γλωσσικών μονάδων, για την ορθολογική μεταφορά του κειμένου στη γλώσσα αφίξεως με τα γλωσσικά μέσα που διαθέτει αποκλειστικά το σύστημα της τελευταίας.

Το μεταφράζειν είναι η διαδικασία μετάβασης από μια γλωσσική κοινότητα σε μια άλλη ξένη γλωσσική κοινότητα και είναι πλούσια σε δυσκολίες καθώς για να έρθουν σε επαφή δυο πολιτισμοί μέσω του γραπτού λόγου, πρέπει ο μεταφραστής να προσεγγίσει με επιείκεια και πλήρη συνείδηση, έχοντας κάνει έρευνα, τον πολιτισμό-πηγή και τον πολιτισμό-στόχο. Ο μεταφραστής, σύμφωνα με τους Vinay/Darbelnet όταν μεταφράζει φέρνει δύο γλωσσικά συστήματα το ένα πλησίον του άλλου». Η μεταφραστική ικανότητα προϋποθέτει την εκ μέρους του μεταφραστή άνετη πρόσβαση σε διακριτά είδη γνώσης όπως για παράδειγμα την γλώσσα αφίξεως,

την γνώση του τύπου του προς μετάφραση κειμένου, τη γνώση της γλώσσας αφετηρίας, τη γνώση του πεδίου του προς μετάφραση κειμένου και τέλος τη γνώση της αποκωδικοποιητικής ανάγνωσης του κειμένου αφετηρίας και της ανακωδικοποιητικής γραφής του κειμένου του μεταφράσματος (Γ.Κεντρωτής ‘‘ Θεωρία και Πράξη της Μετάφρασης’’)

Η μετάφραση θα πρέπει να αποτελεί μια αναπόσπαστη ισοδυναμία. Εδώ γίνεται λόγος για μια ακρίβεια στην ισοδυναμία. Μια ισοδυναμία η οποία θα δημιουργείται ουσιαστικά μέσω της διατήρησης αντιστοιχιών τόσο σε σημασιολογικό, όσο και σε υφολογικό επίπεδο.(Γ. Κεντρωτή «Θεωρία και πράξη της μετάφρασης»). Σε όλο το εύρος της διαδικασίας αυτής θα πρέπει να επιτευχθεί η αντιστοιχία μεταξύ του κειμένου-πηγή και του κειμένου-στόχου. Για την αντιστοιχία αυτή ο μεταφραστής εστιάζει στην μορφή των κειμένων, δηλαδή να αποδώσει με ακρίβεια και συνέπεια τα νοήματα και τις ιδέες των δυο κειμένων, χωρίς παραλλαγές που μπορεί να προκαλέσουν αλλοίωση αυτών.

Αξιοσημείωτο είναι το ότι προκειμένου να ξεκινήσει η μεταφραστική διαδικασία, ο εκπονητής της μετάφρασης θα πρέπει να επεξεργαστεί ανάλογα με το είδος του κειμένου, τον τρόπο με τον οποίο θα δουλέψει γύρω από το κείμενο και σε ποια επίπεδα θα πρέπει να δώσει απόλυτη προσοχή και τα οποία στην ουσία θα αποτελέσουν αρωγό για την δημιουργία του αντίστοιχου τελικού αποτελέσματος. Έτσι λοιπόν θα πρέπει κατά την επεξεργασία του κειμένου να λάβει υπόψιν του κάποια βασικά στοιχεία, τα οποία είναι απαραίτητα να ερευνηθούν προκειμένου να προσπαθήσει να δημιουργήσει ένα αποτέλεσμα το οποίο να ‘‘αγγίζει’’ και να θυμίζει το πρωτότυπο. Το επίπεδο της γλώσσας είναι εκείνο που σε αρχικό στάδιο θα βοηθήσει τον μεταφραστή να αποδώσει το νόημα ανάλογα με το είδος του κειμένου. Θα πρέπει να αποδώσει με τέτοιο τρόπο το νόημα ούτως ώστε το αναγνωστικό κοινό να είναι σε θέση να καταλάβει το περιεχόμενο. Αυτό το επίπεδο είναι γνωστό και ως επίπεδο αναφοράς. Στη συνέχεια, θα μπορούσε να λεχθεί ότι η συνοχή παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς χωρίς αυτή, οι πληροφορίες και τα στοιχεία θα ήταν ασυνάρτητα μεταξύ τους. Για τη συνοχή, είναι απαραίτητη η εστίαση σε γραμματικούς και συντακτικούς κανόνες ανάλογα πάντα με το είδος του κειμένου που προορίζεται προς μετάφραση. Το μετάφρασμα θα πρέπει να έχει τέτοια υπόσταση ούτως ώστε να μπορεί να σταθεί και να μην αποπροσανατολίζει τον τελικό αποδέκτη. Τέλος, η φυσικότητα του κειμένου-στόχου είναι σημαντική, διότι ο μεταφραστής προκειμένου να πετύχει τη μετάφραση, θα πρέπει το τελικό κείμενο να διακρίνεται από μια φυσικότητα, μια αλληλουχία και μια ομαλή ροή και σύνδεση μεταξύ των προτάσεων.

Σύμφωνα με την Katharina Reiß και τον Hans J. Vermeer (Γ. Κεντρωτής, Θεωρία και πράξη της μετάφρασης) στη θεμελίωση της Γενικής περί μεταφράσεως Θεωρίας τους, μιλούν για τη λύδια λίθο της μετάφρασης. Η μετάφραση, ως πράξη, γίνεται ώστε να επιτευχθεί ένας ορισμένος σκοπός. «Ένας σκοπός που συνεπφέρει την μεταβολή μιας ήδη υφιστάμενης κατάστασης, όσο και από την παραδοχή ότι δεν υπάρχει

γλωσσικώς δηλούμενο που να μην αποτελεί έκφραση της εκάστοτε κατάστασης, στην οποία βρίσκεται η συνείδηση του ομιλητή, όπως καθορίζει από τις προθέσεις του τελευταίου».

Στο βιβλίο του Γ. Κεντρωτή (Θεωρία και Πράξη της Μετάφρασης) γίνεται λόγος για τη θεωρία των Reiß/Vermeer σύμφωνα με τους οποίους, η μετάφραση είναι μια συνάρτηση του σκοπού της, είναι προσφορά πληροφοριών σε μια κουλτούρα-στόχος και στη γλώσσα αυτής της κουλτούρας-στόχος σχετικά με μια προσφορά πληροφοριών από μια κουλτούρα-αφετηρία και στη γλώσσα αυτής της κουλτούρας-αφετηρία και τέλος είναι η προσφορά πληροφοριών μιας μετάφρασης παρίσταται ως απεικόνιση μιας μεταφοράς μιας εκρέουσας προσφοράς.

Το κείμενο που επέλεξα να μεταφράσω ανήκει, σύμφωνα και με τις κατηγοριοποιήσεις της Katharina Reiß, στα πληροφοριακά κείμενα (information type) . Εμπεριέχει όρους με κοινωνιολογικό και ιατρικό περιεχόμενο και παρέχει στους αναγνώστες πληροφορίες σχετικά με τον διαβήτη, τους τύπους διαβήτη, αποδίδοντας αριθμούς που βασίζονται σε στατιστικά στοιχεία και τα οποία αναλογούν στους πληθυσμούς και τις κατηγορίες ανθρώπων με βάση τον τρόπο ζωής, την ηλικία κλπ , για τους οποίους γίνεται αναφορά σε όλη την έκταση τους κειμένου .

Σύμφωνα με τον Γ. Κεντρωτή «ο σκοπός ενός μεταφράσματος μπορεί να αποκλίνει από το σκοπό του κειμένου αφετηρίας». Κατά τη προσπάθεια μου όμως να μεταφράσω το συγκεκριμένο απόσπασμα του τεχνικού κειμένου, προσπάθησα να διατηρήσω και στην ελληνική γλώσσα τον σκοπό του πρωτότυπου κειμένου.

Οι δυσκολίες στη μετάφραση ξεκινούν από το αναμφισβήτητο γεγονός ότι το κάθε κείμενο χωριστά αποτελεί κατά το μάλλον ή ήττον πυκνή ύφανση πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων δομών και λειτουργιών ή κατά τον ορισμό του Λουδοβίκου Hjelmslev, συμπερίληψη όλων των ήδη εκπεφρασμένων και όλων των δυνατών να εκφρασθούν δηλουμένων μιας γλώσσας. Μολονότι μπορούμε να περιγράψουμε το δύσκολο κείμενο και να εντοπίσουμε τις αιτίες δυσκολίας του, δεν είναι εύκολο να ορίσουμε αντικειμενικά και εξαντλητικά τι αποτελεί και τι δεν αποτελεί μεταφραστική δυσκολία, να επιτύχουμε γενική ομοφωνία ως προς αυτό της γλωσσικής τάξεως φαινόμενο και να καταγάγουμε άτρεπτα συμπεράσματα σχετικά με την περιγραφή , την ιεράρχηση και την αξιολόγηση των δυσκολιών στη μετάφραση (Γ.Κεντρωτής, ‘Θεωρία και Πράξη της Μετάφρασης’)

Έτσι θα μπορούσα να πω σε αυτό το σημείο ότι για τη μετάφραση του ειδικού τεχνικού κειμένου με κοινωνιολογικούς και ιατρικούς όρους που επέλεξα και εν συνεχεία κλήθηκα να αναζητήσω, ερευνήσω και τέλος αποδώσω, ήρθα με τη σειρά μου αντιμέτωπη με ζητήματα που επικεντρώνονται γύρω από το :

Λεξιλογικό Επίπεδο

Συντακτικό Επίπεδο

Υφολογικό Επίπεδο

Λεξιλογικό επίπεδο

Προκειμένου να προβώ τόσο στην ανάλυση, όσο και στην απόδοση των διάφορων όρων του ειδικού τεχνικού κειμένου που επέλεξα προς μετάφραση, έπρεπε να γίνει έρευνα πάνω στο λεξιλογικό επίπεδο. Υπήρξαν μεταφραστικές δυσκολίες ως προς την απόδοση των όρων, καθώς η μετάφραση από τη γερμανική προς την ελληνική γλώσσα, ήταν πολύπλοκη σε πολλά σημεία εξαιτίας του σύνθετου χαρακτήρα της γερμανικής γλώσσας σχετικά με τη δομή και τη μορφολογία της. Οι κατηγορίες στις οποίες γίνεται αναφορά και ανάλυση είναι: συντομογραφίες- ακρωνύμια, όροι με δυσκολία στην απόδοση και αιτιολόγηση τους και μετάφραση σύνθετων λέξεων, γλωσσικά δάνεια με όρους από την αγγλική και τη λατινική γλώσσα που συναντώνται στο γερμανικό πρωτότυπο κείμενο.

Συντομογραφίες

Στο εν λόγω κείμενο υπήρξαν μεταφραστικές δυσκολίες που αφορούν στη πρώτη κατηγορία, δηλαδή τις συντομογραφίες, καθώς η μεταβίβαση των όρων από τη γλώσσα πηγή στη γλώσσα στόχο δεν ήταν πάντοτε ακριβής. Ωστόσο, μεταξύ άλλων, υπήρχαν και παραδείγματα συντομογραφιών, όπου αποδόθηκαν με άμεση μετάφραση και όχι με περιφραστικό τρόπο. Μερικά από αυτά είναι RKI, ADM, BRD, AAPOR, BzGA, CASMIN. Στην συνέχεια παραθέτω τις συντομογραφίες που συνάντησα στο κείμενο, την ανάπτυξή τους στην γερμανική/αγγλική γλώσσα καθώς και την μετάφρασή τους στα ελληνικά.

RKI (Robert Koch Institut)	Ινστιτούτο Robert Koch
ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt und Sozialforschungsinstitute)	Ομάδα εργασίας γερμανικών ινστιτούτων έρευνας αγοράς και κοινωνικής έρευνας
BRD (Bundesrepublik Deutschland)	Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας
AAPOR (American Association for Public Opinion Research)	Αμερικανική Ένωση για έρευνα κοινής γνώμης
BzGA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	Ομοσπονδιακό Κέντρο Υγειονομικής Ενημέρωσης
CASMIN (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations)	Συγκριτική Ανάλυση της Κοινωνικής Κινητικότητας στα Βιομηχανικά Έθνη
GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell)	Υγεία στη Γερμανία τώρα

Όροι με δυσκολία στην ελληνική απόδοση/Σύνθετες λέξεις

Στο πρωτότυπο γερμανικό κείμενο υπήρχε πληθώρα σύνθετων λέξεων και όρων οι οποίοι εξαιτίας της πολυπλοκότητας τους εμφάνισαν πρόβλημα κατά τη μετάφραση. Έτσι αναλόγως, επέλεξα να αποδώσω τους όρους είτε με περιφραστικό τρόπο , είτε με μια λέξη.

Παρακάτω καταγράφονται αναλυτικά τα συχνότερα παραδείγματα που εντοπίστηκαν στο απόσπασμα :

Versorgungsbedingungen	Συνθήκες εφοδιασμού	Αποδίδεται μόνο σε πληθυντικό αριθμό στη προκειμένη περίπτωση, γιατί διαφορετικά το Bedingung σημαίνει στον ενικό αριθμό προϋπόθεση, όρος
Krankheitswissen	Νοσογνωσία	Αποδόθηκε σαν μια μεμονωμένη λέξη , γιατί κατά την αναζήτηση της παρατηρήθηκε σε ιατρικά άρθρα μαζί με τη λέξη anosognosia
Zuckerkrankheit	σάκχαρο/ ζάχαρο	Είναι μια πιο λαϊκή απόδοση του όρου και αποδίδεται σαν σάκχαρο/ζάχαρο αντί για διαβήτης όπως σε άλλα σημεία του

		κειμένου που αναφέρεται το Diabetes Mellitus. Η αντιστοιχία του Diabetes Mellitus στα ελληνικά , είναι σακχαρώδης διαβήτης.
Gesundheitsinformationsverhalten	συμπεριφορά απέναντι στην πληροφόρηση σχετικά με την υγεία	Πρόκειται για τρία ουσιαστικά σε μια λέξη. Στη γερμανική γλώσσα στο σημείο σύνθεσης συχνά προστίθεται s ή n στο τέλος της λέξης οπότε δεν υπάρχει χασμωδία, γι αυτό και μπορούν να σταθούν στο λόγο σαν μια ενιαία λέξη. Στα ελληνικά όμως δεν υπάρχει αντίστοιχη απόδοση με μια λέξη και γι αυτό επιτυγχάνεται με περίφραση
Erkrankungsrisiko	κίνδυνος νόσησης	Το Risiko έχει το νόημα του

		ενδεχόμενου κινδύνου, ενώ με το Gefahr θα ήταν κάτι πιο ‘υπαρκτό’.
Dual Frame	Dual Frame	Χρησιμοποιείται σε μια έρευνα αγοράς για να έχουν πρόσβαση οι ερευνητές σε όσους έχουν κινητή τηλεφωνία και σε όσους έχουν σταθερή τηλεφωνία σε μια συγκεκριμένη αγορά. Αποδόθηκε έτσι για να είναι επιστημονικά αποδεκτό.
Informationsbedarfe	Ανάγκες πληροφοριών για ασθένειες	Αυτός ο πληθυντικός είναι σπάνιος. Παλιά χρησιμοποιούνταν ο πληθυντικός του Bedürfniss , αλλά επειδή αυτό πολλές φορές μας πάει σε άλλες έννοιες βλ. Bedürfnisanstalt, γι αυτό προτιμήθηκε το

		Bedarfe που βρίσκεται στην επιστημονική ορολογία
Behandlung/ Therapie	Αντιμετώπιση / θεραπεία	Δεν βρήκα στην ελληνική απόδοση ουσιαστική διαφορά μεταξύ των δύο λέξεων .To Behandlung φαίνεται πως είναι για κάτι στιγμιαίο και έχει αόριστο χαρακτήρα , ενώ το Therapie έχει μια διάρκεια και φαίνεται πιο συγκεκριμένο .
Fragestellung	Ερωτήματα	Εννοείται το επιστημονικό ερώτημα, ζήτημα
Diabeteswissen	Γνώση για τον διαβήτη	Αποδόθηκε περιφραστικά γιατί ένας τύπος όπως διαβητογνωσία , όπως είχαμε για το νοσογνωσία δεν υπάρχει στα ελληνικά αντίστοιχα
Gesundheitsförderung	Προαγωγή υγείας	Επειδή οι Förderung,

		Besserung είναι λέξεις που θα μπορούσαν να είχαν αποδοθεί με τη λέξη βελτίωση και στα γερμανικά ή λέξη χρησιμοποιείται για ευχές σε ένα προσωπικό επίπεδο, εδώ το κείμενο χρησιμοποιεί τη λέξη Förderung ώστε να αποφευχθεί να εκληφθεί ένα συγκεκριμένο νόημα, να μην αναφέρεται δηλαδή σε μια κατάσταση ατομικού επιπέδου
Vorbelastung	βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό	Το θέμα last στη μετοχή belastet μεταφέρει την έννοια του ‘‘βάρους’’. Άρα ενώ η λέξη Vorbelastung σημαίνει οικογενειακό ιστορικό,

		νοηματικά και μέσα στα συμφραζόμενα εννοείται το βεβαρημένο
Konstrukt und Instrument	Συσκευή και Όργανο	Χρησιμοποιούνται δύο λέξεις για να αποδώσουν μια έννοια . Ο επιστημονικός όρος αυτού του φαινομένου αντιστοιχεί με το Hendiayoin.
diabetesbezogen	Διαβητοσχετής	Ήταν μια λύση η οποία δεν υπήρχε πριν και δεν υπάρχει ακόμα, αλλά θεώρησα πως υπάρχει σύνδεση με το κείμενο και θα μπορούσε να αποδοθεί ως μια σύνθετη λέξη

Γλωσσικά Δάνεια

Αγγλική και Λατινική Γλώσσα

- Dual Frame – Dual Frame: Ο συντάκτης του κειμένου επέλεξε να διατηρήσει τον αγγλικό όρο και επειδή δεν υπήρχε αντίστοιχη ελληνική μετάφραση τον διατήρησα και εγώ

- **Konstrukt/ Instrument** : Και οι δυο λέξεις εμφανίζονται μέσα στο πρωτότυπο γερμανικό κείμενο σαν **Konstrukt/ Instrument** , οι οποίες έχουν λατινική προέλευση, καθώς το **Konstrukt** παράγεται από τη μετοχή παρακειμένου του ρήματος **construere** (**constructus-a-um**) και υποθέτω ότι πέρασε πρώτα στα αγγλικά και από εκεί στα γερμανικά. Όσον αφορά το **Instrument** , ο λατινικός τύπος **instrumentum** έχει ήδη στη κλασσική εποχή (1^{ος} αιώνας π.Χ. – 1^{ος} αιώνας μ.Χ.) σχεδόν όλες τις έννοιες που έχει ο γερμανικός τύπος σήμερα .
- **Information**: Η λέξη προέρχεται από το λατινικό **informare** με τη μεταφορική έννοια μορφώνω δια της διδασκαλίας, καθιστώ κάποιον ικανό. Από αυτό μετά πήρε την έννοια της πληροφορίας και ενημέρωσης.
- **Aspekt**: Προέρχεται από το λατινικό **aspectus,-ūs,m** το οποίο σημαίνει όψη , εμφάνιση, άποψη, μορφή , μετέπειτα επικράτησε η έννοια στην αστρονομία για τη θέση των ουράνιων σωμάτων και η επίδραση τους στο γήινο γίνεσθαι. Στον 16^ο αιώνα έρχεται για να αποδοθεί ως οιωνός, ενώ οι σημερινές αναπτυσσόμενες έννοιες είναι άποψη, πλευρά, οπτική γωνία.
- **Risiko**: Η αρχική προέλευση είναι η περσική λέξη **rozik** η οποία βρίσκεται με αραβικά γράμματα και στα ελληνικά ρουζικόν σε έναν πάπυρο του έτους 680 μ.Χ. (συλλογή παπύρων από τα Νέσσανα του νότιου Ισραήλ, έρημος Negev) , με την έννοια (ημερήσιο μερίδιο του στρατιωτικού συσσιτίου). Η λέξη στα αραβικά αναπτύχθηκε και εμφανίζεται στον 15^ο αιώνα σε ιταλικά κείμενα με την έννοια κίνδυνος σε ασφαλιστήρια. Από εκεί διαδόθηκε στις άλλες ευρωπαϊκές γλώσσες και στα γερμανικά.

2. *Συντακτικό Επίπεδο*

Ανάλυση σε μορφοσυντακτικό επίπεδο.

Όπως είπα χαρακτηριστικά ο **Mark Twain** 'Learning German is what eternity was made for '...

Εξαιτίας της πολυσύνθετης δομής και μορφολογίας της γερμανικής γλώσσας δεν ήταν σε όλα τα σημεία εύκολη η απόδοση του νοήματος και η κατανόηση αυτού , κατά την διαδικασία μετάβασης από το κείμενο πηγή (Γερμανικό πρωτότυπο), στο κείμενο στόχο (

Ελληνικό Μετάφρασμα). Κατά τη μετάφραση είναι γνωστό πως ο κάθε μεταφραστής προσπαθεί να μην ακολουθεί την μορφολογία και την σύνταξη της γλώσσας-πηγής στην γλώσσα- στόχο γιατί προκύπτουν πολλά λάθη και το αποτέλεσμα δεν είναι φυσικό . Πιο συγκεκριμένα :

- 1) Το γερμανικό πρωτότυπο κείμενο (γλώσσα πηγή) ήταν κατά τέτοιο τρόπο δομημένο, δηλαδή επικρατούσαν οι μακροσκελείς προτάσεις, οι οποίες δεν με βοήθησαν στην μετάφραση και άμεση απόδοση του νοήματος στην γλώσσα-στόχος δηλαδή την ελληνική. Έπρεπε να διαμορφώσω κατά τέτοιο τρόπο τις προτάσεις, ούτως ώστε το αποτέλεσμα να είναι ορθό και φυσικό , χωρία να αλλοιώνεται ή να αλλάζει το νόημα.. Κάποια χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι :

A) Nur in dem Fall, dass ein Haushalt mit mehr als einer potenziellen Zielperson, das heißt mit mehr als einer Person mit ärztlich diagnostiziertem Diabetes, kontaktiert wurde, wurde die Zielperson weiterhin mithilfe des KishSelection-Grid-Verfahrens zufällig ausgewählt [33]. (Σελ 26)

- Στη προκειμένη περίπτωση αν μετέφραζα αμέσως το απόσπασμα , το αποτέλεσμα θα ήταν ως εξής:

Μόνο στη περίπτωση , ότι ένα νοικοκυριό με περισσότερα από ένα εν δυνάμει άτομα- στόχος, αυτό σημαίνει με περισσότερα από ένα άτομα με ιατρικά διαγνωσμένο διαβήτη, **επικοινωνήθηκε**, συνέχισε να επιλέγεται το άτομο- στόχος με τη βοήθεια της KishSelection-Grid διαδικασίας

- Επειδή όμως δεν υπήρχε νόημα και συνοχή -αλληλουχία μεταξύ των προτάσεων, το μετέφρασα ως εξής:

Μόνο σε περίπτωση **που έγινε επαφή με** ένα νοικοκυριό που έχει περισσότερα από ένα δυνητικά άτομα-στόχου, δηλαδή περισσότερα από ένα άτομα στα οποία έχει διαγνωσθεί διαβήτης , το άτομο στόχου εξακολουθούσε να επιλέγεται με τη βοήθεια της διαδικασίας KishSelection-Grid. (Σελ 26)

Από αυτό καταλαβαίνουμε ότι η σειρά των λέξεων παίζει σημαντικό ρόλο για την απόδοση του νοήματος, δηλαδή το **kontaktiert wurde**, το οποίο στα γερμανικά σχηματίζει παθητική φωνή, αλλά στα ελληνικά πρέπει να καταφεύγουμε σε περιφραστική λύση (που έγινε επαφή με)

B) Die Ergebnisse der Studie gehen in die vom RKI koordinierte Nationale Diabetes-Surveillance ein und werden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Entwicklung von Strategien für eine verbesserte Information der Bevölkerung zum Thema Diabetes mellitus genutzt.

- Ακολουθώντας το γερμανικό συντακτικό, το αποτέλεσμα θα ήταν :

Τα αποτελέσματα της μελέτης πηγαίνουν στην από το RKI συντονισμένη (-όμενη) Εθνική Διαβητο – Παρακολούθηση μέσα στην και γίνονται από το ομοσπονδιακό κέντρο υγειονομική διαφώτιση προς ανάπτυξη από στρατηγικές για μια βελτιωμένη πληροφορία του πληθυσμού στο θέμα Σακχαρώδης διαβήτης χρησιμοποιητά.

- Όμως μια δημοσιεύσιμη μετάφραση θα είναι η εξής :

Τα αποτελέσματα της μελέτης γίνονται μέρος της Εθνικής Παρακολούθησης Διαβήτη συντονισμένης από το RKI και θα χρησιμοποιηθούν από το Ομοσπονδιακό Κέντρο Εκπαίδευσης Υγείας για την ανάπτυξη στρατηγικών για καλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τον σακχαρώδη διαβήτη.

- 2) Μέσα στη κατηγορία μεταφραστικών δυσκολιών ως προς το μορφοσυντακτικό επίπεδο, θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν και τα χωριζόμενα ρήματα, επειδή λόγω των μακροσκελών προτάσεων με δυσκόλευαν στην απόδοση, καθώς το πρόθεμα συχνά βρίσκεται μακριά από το ρήμα, με αποτέλεσμα η έννοια του σύνθετου ρήματος να προκύπτει μόλις φτάσουμε στο σημείο του προθέματος και γι αυτό να πρέπει να ανακατασκευάσουμε την όλη σειρά των λέξεων. Χαρακτηριστικότερα:

Fließen ein :

Γερμανικό Πρωτότυπο: Darüber hinaus fließen die Ergebnisse auch in die Nationale Diabetes-Surveillance ein, die derzeit am RKI aufgebaut wird.

Δικαιολόγηση: Χωρίς το ein θα το μετέφραζα ως ρέω, κυλώ. Όταν όμως έφτασα στο ein , το νόημα άλλαξε τελείως και έτσι το μετέφρασα ως συμπεριλαμβάνονται.

Gehen ein:

Γερμανικό Πρωτότυπο : Die Ergebnisse der Studie gehen in die vom RKI koordinierte Nationale Diabetes-Surveillance ein..

Δικαιολόγηση: Το gehen από μόνο του σημαίνει πηγαίνω, ενώ εδώ που βρίσκεται με το πρόθεμα ein και τη πρόθεση in σημαίνει εισάγομαι σε, γίνομαι μέρος.

3) Σε μια άλλη κατηγορία μπορούμε να αναφέρουμε τις προθέσεις με τις οποίες συντάσσονται τα ουσιαστικά (στη προκειμένη περίπτωση σύνθετο) και τα ρήματα :

- geringe Teilnahmebereitschaft an (die eine geringere Teilnahmebereitschaft an der Studie zeigten. :

Το πρόβλημα εδώ είναι ότι δεν φαίνεται αμέσως από ποια μέρη του σύνθετου ουσιαστικού εξαρτάται το an. Αφού εξέτασα το Teilnahme και το Bereitschaft , ως προς τις προθέσεις με τις οποίες συντάσσονται , κατέληξα στο ότι είναι το Teilnahme που συντάσσεται με το an (βλέπε και το ρήμα teilnehmen an), ενώ το Bereitschaft συντάσσεται με zu.

- nahmen... an..teil, (Insgesamt nahmen 2.327 Personen (1.313 Frauen, 1.014 Männer) zwischen 18 und 97 Jahren ohne einen diagnostizierten Diabetes an der telefonischen Befragung teil)

Σε αυτό το παράδειγμα το ρήμα teilnehmen θα μπορούσε να λεχθεί ότι έχει σχηματιστεί πάνω στο πρότυπο του λατινικού ρήματος participare. Στο γερμανικό σύνθετο ρήμα τονίζεται το μη ρηματικό μέρος δηλαδή το teil, συμπεριφέρεται δηλαδή σαν να είναι πρόθεση και επομένως χωρίζεται από το ρήμα στους προσωπικούς τύπους. Εδώ έχω την αρκετά μεγάλη απόσταση του teil από το nahmen , με το εμπρόθετο μέρος της πρότασης να βρίσκεται κάπου στη μέση(δλδ an , με αποτέλεσμα να πρέπει να ξέρω ότι το ρήμα teilnehmen συνδέεται με τη πρόθεση an.

4) Σε μια τελευταία κατηγορία θα μπορούσα να εντάξω τα σημεία στίξης, τα οποία ωστόσο δεν αποτέλεσαν σημαντικό πρόβλημα για την δομή του μεταφράσματος. Παρατηρήθηκε το σημείο στίξης (:) που στα ελληνικά αποδίδεται ως ερωτηματικό , ενώ στα γερμανικά αντιστοιχεί στην άνω τελεία και συμβολίζει την μερική παύση, δηλαδή μια παύση όχι τόσο δυνατή όσο η τελεία.

- Diabetes in den letzten 12 Monaten: Die Frage, ob der Diabetes auch in den letzten 12 Monaten bestand, wurde ebenfalls mit „ja“ beantwortet oder es wurde eine aktuelle medikamentöse Behandlung des Diabetes angegeben (n = 1.396); (2) Kein Diabetes in den letzten 12 Monaten: Die Frage, ob der Diabetes auch in den letzten 12 Monaten bestand, wurde verneint und keine aktuelle medikamentöse Behandlung des Diabetes angegeben (n=89);

Χρησιμοποιείται για να επιτευχθεί η μερική παύση ανάμεσα στις υποκατηγορίες

5) Τέλος υπήρξαν κάποιες λέξεις στο γερμανικό πρωτότυπο κείμενο, οι οποίες δεν έβγαζαν νόημα και έτσι παραγράφηκαν για να βγάλει νόημα το κείμενο- στόχος. Π.χ.:

Im nächsten Schritt wurde für das Stichprobendesign korrigiert, um die verschiedenen Auswahlwahrscheinlichkeiten der Zielpersonen zu berücksichtigen.

Εδώ το für βρίσκεται εκ παραδρομής και διαγράφηκε.

3. Υφολογικό Επίπεδο

Το υφολογικό επίπεδο ποικίλλει ανάλογα με το είδος του κειμένου που καλείται να μεταφέρει από τη γλώσσα- πηγή στην γλώσσα στόχο, ένας μεταφραστής. Συγκεκριμένα το κείμενο που επέλεξα προς μετάφραση έχει κυρίως κοινωνιολογική(έρευνα αγοράς) και ιατρική ορολογία. Κατά την απόδοση έπρεπε να διατηρηθούν οι σημασιολογικές και υφολογικές ισοδυναμίες.

Επειδή λοιπόν πρόκειται για κοινωνιολογικό και ιατρικό κείμενο, το ύφος έπρεπε να παραμείνει αυστηρά στους επιστημονικούς χώρους που αναφέραμε (κοινωνιολογία, ιατρική). Μερικά παραδείγματα θα μπορούσαν να αποτελέσουν οι λέξεις :

Schwedenschlüssel: Είναι ένας τεχνικός όρος ο οποίος εμφανίστηκε στο γερμανικό πρωτότυπο κείμενο με αυτή τη μορφή, αλλά στο ελληνικό μετάφρασμα αποδόθηκε με το αγγλικό αντίστοιχο Kish Grid, καθώς πρόκειται για ξενόφερτο όρο και αν το μετέφραζα στα ελληνικά θα έπρεπε να αποδοθεί περιφραστικά ούτως ώστε να περιγραφεί και να εξηγηθεί πλήρως. Επίσης στα γερμανικά εμφανίστηκε και με τη μορφή KishSelection Grid Verfahren και μεταφράστηκε ως KishSelection Grid.

Dual Frame : Είναι τεχνική στην οποία βασίζονται έρευνες δια τηλεφώνου ώστε να συναθροιστούν τα άτομα με σταθερή και τα άτομα με κινητή τηλεφωνία. Από το γερμανικό πρωτότυπο μεταφέρθηκε στα ελληνικά ως έχει, καθώς διαφορετικά θα έπρεπε να εξηγηθεί περιφραστικά.

Ωστόσο σε όλη την έκταση του γερμανικού κειμένου, συνάντησα λέξεις οι οποίες εκ πρώτης όψεως με δυσκόλεψαν και γι αυτό χρειάστηκε αρκετή έρευνα ώστε να μπορέσω να αποδώσω με ακρίβεια και αρτιότητα το νόημα αφού πρόκειται για τεχνικό κείμενο , χωρίς να αλλοιώσω την ορολογία και ως αποτέλεσμα να αποπροσανατολίσω τον αναγνώστη. Τα χαρακτηριστικότερα παραδείγματα είναι λέξεις όπως:

- Gesundheitsinformationsverhalten: συμπεριφορά απέναντι στην πληροφόρηση για την υγεία
- Lebensstilanpassung : προσαρμογή του τρόπου ζωής
- Auswahlwahrscheinlichkeit:πιθανότητα επιλογής
- Krankheitswahrnehmung: ικανότητα αντίληψης της νόσου
- Krankheitswissen: νοσογνωσία

IV. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Κεντρωτής, Γ.(1996). Θεωρία και Πράξη της Μετάφρασης. Αθήνα : Διάυλος.
2. Μπατσαλιά, Φ. / Σελλά-Μάζη Ε. (1997), Γλωσσολογική προσέγγιση στη θεωρία και διδακτική της μετάφρασης, Αθήνα : Έλλην.
3. https://www.uni-saarland.de/fileadmin/upload/fachrichtung/lst/staff/AndreaWurm/ReGlo_Straub_Textsorten.pdf
4. PONS Online Dictionary. (n.d.). Retrieved July 26, 2020, from https://en.pons.com/translate
5. The multilingual online dictionary. (n.d.). Retrieved July 26, 2020, from https://glosbe.com/
6. Duden: Startseite. (n.d.). Retrieved July 26, 2020, from https://www.duden.de/
7. Jewell, T. (2028, May 31). Anosognosia: Definition, Causes, Symptoms, Treatment, and More. Retrieved July 26, 2020, from https://www.healthline.com/health/anosognosia
8. https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/2569/6/03_chapter_02.pdf
(για τους αρ. 3 και 8 δεν μπορούσα να χρησιμοποιήσω το APA)