



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

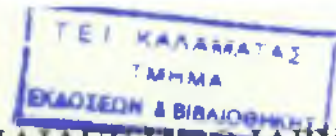
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΙΑΝΝΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ του ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

- ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2008 -



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΤΥΠΟΥ 1 »

ΓΙΑΝΝΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ του ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Δρ. ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Επίκουρος Καθηγήτης

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα.....	2
Συνοπτομογραφίες.....	4
Εισαγωγή.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Υγεία.....	6
Γενικά για την υγεία.....	6
Τι είναι η υγεία.....	6
Η Προαγωγή Υγείας στη χώρα μας.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ποιότητα ζωής.....	11
Γενικά για την ποιότητα ζωής.....	11
Εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής.....	13
Διαστάσεις της ποιότητας.....	14
Βήματα βελτίωσης.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Σακχαρώδης Διαβήτης.....	17
Γενικά για τον διαβήτη.....	17
Ορισμός και τύποι του διαβήτη.....	18
Ταξινόμηση του διαβήτη.....	18
Ειδικοί τύποι διαβήτη.....	21
Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1(Νεανικός διαβήτης).....	22
Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2.....	24
Διαβήτης της κύησης.....	25
Άλλοι τύποι διαβήτη.....	26
Ποιες είναι οι φυσιολογικές τιμές σακχάρου στο αίμα;.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης.....	27
Μέθοδοι προσδιορισμού ποιότητας ζωής ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη.....	27
Γιατί είναι απαραίτητη η μέτρηση της ποιότητας ζωής στα παιδιά και τους έφηβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.....	29
Μέθοδοι που χρησιμοποιούνται.....	30
Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του ασθενή	32
Επίδραση του διαβήτη στην ποιότητα ζωής.....	32
Πως επηρεάζει η εμφάνιση του διαβήτη στην ψυχοκοινωνική δραστηριότητα του παιδιού ή του νέου;.....	33

Η μελέτη της ποιότητας ζωής των ενηλίκων με σακχαρώδη διαβήτη.....	34
Ποιότητα ζωής σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.....	35
Βελτίωση και διατήρηση της ποιότητας ζωής του ασθενή.....	36
Εκπαιδευτικά εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν.....	37
Εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.....	37
Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	39
Η μελέτη της ποιότητας ζωής των παιδιών και των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη.....	39
Συζήτηση βιβλιογραφικής ανασκόπησης	48
Συμπεράσματα.....	51
Προτάσεις βελτίωσης.....	51
Βιβλιογραφία.....	52
Παράρτημα1.....	56
Παράρτημα2.....	58
Παράρτημα3.....	71

Συντομογραφίες

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

HRQOL: Health Related Quality of Life

ADL: Activities of Daily Living

LASA : Linear Analogue Self-Assessment

VAS : Visual Analogue Scale

HLA: Human leukocyte antigen system δηλαδή ένα σύνολο στενά συνδεδεμένων γονιδίων τα οποία κωδικοποιούν γλυκοπρωτεΐνες.

IDDM: Insulin Depended Diabetes Mellitus

NIDDM: Non Insulin Depended Diabetes Mellitus

MRDM: Malnutrition Related Diabetes Mellitus

IGT: Impaired Glucose Toleranse

ΣΔ: Σακχαρώδης διαβήτης

GH: Growth hormone

DQOL: Diabetes Quality of Life Measure

DCCT: Diabetes Control and Complications Trial

HbA_{1c} : Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

UKPDS: United Kingdom Prospective Diabetes Study

π.χ.: Παραδείγματος χάριν

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα πολύ σημαντικό ιατρικό πρόβλημα το οποίο έχει κάνει την εμφάνιση του εδώ και 2500 χρόνια, περίπου, είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Η ιστορία του διαβήτη θα μπορούσε να χωριστεί σε τέσσερις εποχές ή περιόδους.

Αρχικά έχουμε την «κλινική αναγνώριση» του διαβήτη. Έπειτα έρχεται η εποχή που συνδυάζεται με τη «βιομηχανική αναγνώριση» της νόσου. Αργότερα έχουμε την «ανακάλυψη της ινσουλίνης» που αποτέλεσε πραγματική επανάσταση και τέλος έχουμε την εποχή των «υπογλυκαιμικών δισκίων».

Σκοπός της εργασίας είναι η ενημέρωση του ατόμου επάνω στους όρους υγεία, ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτη καθώς επίσης και η παρουσίαση κάποιων σημαντικών ερευνών που έχουν γίνει πάνω σε αυτό το θέμα.

Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει γενικά στοιχεία για τους παραπάνω ορισμούς, καθώς επίσης μελέτες και αναλυτικά στοιχεία όσον αφορά τη ποιότητα της ζωής των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη.

Η εργασία ολοκληρώνετε με συμπεράσματα και προτάσεις για καλύτερη ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από αυτή τη δύσκολη μεταβολική νόσο.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όσους με βοήθησαν ώστε να ολοκληρώσω την συγγραφή της συγκεκριμένης εργασίας και συγκεκριμένα:

- ❖ την υπεύθυνη καθηγήτρια για την πτυχιακή μου εργασία Δρ. Καστανιώτη Αικατερίνη,
- ❖ τους καθηγητές του ΤΕΙ Καλαμάτας που μου προσέφεραν απλόχερα όλες τις γνώσεις και τα εφόδια που χρειάστηκαν για τη συγγραφή της συγκεκριμένης εργασίας,
- ❖ τους γονείς μου που μου συμπαρασταθήκαν όσο μπορούσαν και τέλος,
- ❖ θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύζυγό μου για την βοήθεια που μου πρόσφερε, καθώς επίσης για την υπομονή και την συμπαράστασή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΥΓΕΙΑ

Γενικά για την υγεία

Η υγεία θεωρήθηκε και θεωρείται από όλους τους ανθρώπους, σε όλες τις εποχές και από όλους τους πολιτισμούς, ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής.

Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας μπορεί να διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως θεωρείτο ως η αρμονία μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος που ζούσε. Κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες θεωρούνταν βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας των ανθρώπων, αν και η σχέση π.χ. μεταξύ των επιδημιών λοιμωδών νοσημάτων και των ανθυγιεινών συνθηκών διαβίωσης δεν είχε κατανοηθεί στο μυαλό των απλών ανθρώπων και οι επιδημίες συχνά αποδίδονταν σε θεϊκές δυνάμεις ως τιμωρία για τις αμαρτίες τους.

Η εξέλιξη της επιστημονικής σκέψης στη διάρκεια του 18ου αιώνα είχε ως αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων εξελίξεων, τη συνεχή πρόοδο της ιατρικής, που άρχισε να λαμβάνει υπόψη της τις διαφορετικές προσεγγίσεις στη μελέτη των αιτίων της νόσου. Η μηχανιστική άποψη ήταν προεξάρχουσα στην ερμηνεία της υγείας και της νόσου και αν και συνέβαλε σταδιακά στην επίλυση κάποιων προβλημάτων, όπως η δραματική μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας από τα λοιμώδη νοσήματα, είχε επίσης ως αποτέλεσμα την αντίληψη ότι υγεία ήταν μόνον η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας.

Αυτή η αντίληψη υιοθετήθηκε από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και το κοινό και σ' αυτήν ακόμη και σήμερα βασίζεται η οργάνωση των περισσότερων συστημάτων φροντίδας υγείας.

Τι είναι υγεία;

Απαραίτητο είναι να εξεταστεί η έννοια της υγείας. Όπως παρουσιάσαμε πριν η υγεία ήταν ανέκαθεν για τους ανθρώπους βασικό χαρακτηριστικό της ζωής, παρ' όλο που

ο ορισμός της εξαρτιόταν από τις εποχές και τις πολιτισμικές επιρροές. Η ανάπτυξη όμως των επιστημών τους τελευταίους δύο αιώνες και η ευκολότερη καταγραφή των απόψεων των ανθρώπων, οδήγησε και στην προσπάθεια ορισμού της υγείας.

Ο όρος υγεία ακόμη και σήμερα, εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη όρισε την υγεία ως “την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας”¹. Αυτός ο ορισμός προκάλεσε σημαντικό κριτικό διάλογο στα χρόνια που ακολούθησαν, κυρίως επειδή δέχεται την υγεία ως μία κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική. Όμως παρά την κριτική, ορισμοί της υγείας που έχουν δοθεί από διάφορους συγγραφείς, καθώς και από απλούς ανθρώπους μεταπολεμικά, αποδέχονται τη θετική έννοια της υγείας που εμπεριέχεται σε αυτό τον ορισμό, ο οποίος για πρώτη φορά δεν περιορίστηκε στην αντιμετώπιση ή στην πρόληψη της νόσου.

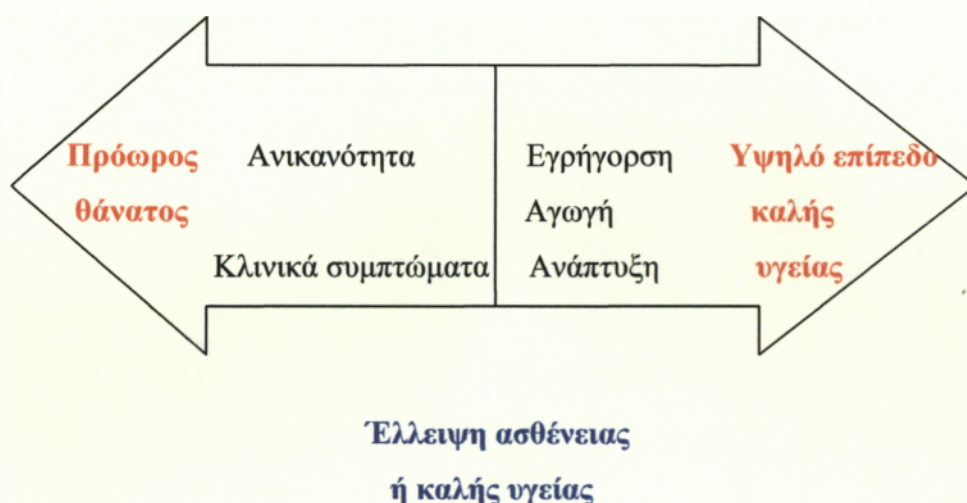
Ο Π.Ο.Υ. συνέχισε να αναθεωρεί και διορθώνει αυτό τον ορισμό στα χρόνια που ακολούθησαν, πάντα όμως βασιζόμενος στην ουσία του προαναφερθέντος ορισμού. Στη διακήρυξη της Οτταννα¹ για την Προαγωγή Υγείας, η υγεία ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας “να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον”. Η υγεία σ’ αυτό τον ορισμό γίνεται αντιληπτή ως μία δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές, όπως “ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεωμένες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα”.

Ο *Noack* και η *Simmons*² ανασκόπησαν διάφορους ορισμούς της υγείας, που έχουν δοθεί από συγγραφείς επηρεασμένους από τις δυτικές αντιλήψεις και κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα για τον τρόπο που παρουσιάζεται η υγεία σ’ αυτούς. Κοινά χαρακτηριστικά που εντοπίστηκαν στους ορισμούς που εξετάστηκαν είναι η ολιστική αντίληψη της υγείας και η πολλαπλότητα των διαστάσεων που η υγεία περιλαμβάνει.

Πέρα όμως από την υγεία, που ορίζεται ανάλογα με την κατανόηση του όρου από διαφορετικούς συγγραφείς, η έννοια της ευεξίας (*wellness*) συζητείται επίσης πιο πρόσφατα. Ως ευεξία θεωρείται η διαδικασία βελτιστοποίησης της υγείας και

χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο υγεία. Οι *Jensen* και *Allen*² υποστηρίζουν ότι η ευεξία εκφράζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας κατ' αναλογία με τις έννοιες νόσος (αντικειμενική) και αρρώστια (υποκειμενική). Φαίνεται επομένως, ότι ο όρος προστέθηκε στο λεξικό Προαγωγής Υγείας λόγω της παραδοχής ότι για ερευνητικούς σκοπούς χρειάζεται μια μετρήσιμη ποιότητα της υγείας, όπως επίσης για να εξηγηθούν οι παρατηρούμενες διαφορές στον τρόπο που τα άτομα περιγράφουν την κατάσταση της υγείας τους.

Ένας ορισμός που επικρατεί σήμερα είναι ένας σχηματικός ορισμός ο οποίος αποδίδεται ως εξής:



Σχήμα 1: Σχηματικός ορισμός της έννοιας της υγείας

Η κατάσταση της υγείας κάθε ατόμου βρίσκεται πάνω σε κάποιο σημείο του σχήματος. Στο σημείο αυτό μπορεί να μείνει το άτομο μακροπρόθεσμα ή το σημείο αυτό μπορεί να μετακινηθεί προς τη μια ή την άλλη κατεύθυνση. Το αριστερό βέλος λοιπόν περιλαμβάνει σημεία ή βαθμίδες υγείας, που θεωρούνται «κακή υγεία» και άρα περιγράφει την αρνητική διάσταση της υγείας όπως: ανικανότητα, κλινικά συμπτώματα. Το δεξιό βέλος αντίθετα, αναφέρεται στην θετική διάσταση της υγείας και θεωρείται «καλή υγεία», δηλαδή εγρήγορση, αγωγή, ανάπτυξη (σχήμα 1).³

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ,1948) η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας». ¹

Προαγωγή της υγείας σημαίνει(σχηματικά) ώθηση των ατόμων προς το δεξιό βέλος (καλή υγεία) σε κατάσταση αυτοενδυνάμωσης και η διατήρηση τους εκεί για μακρό χρόνο. Αυτό ταυτόχρονα σημαίνει και πρόληψη της κακής υγείας.²

Η Προαγωγή Υγείας στη χώρα μας

Η εξέλιξη της παροχής φροντίδων υγείας στη χώρα μας δεν έχει πρωτοτυπήσει μέχρι σήμερα. Αυτό οφείλεται στη μεγάλη καθυστέρηση της μεταπολεμικής κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης και στην υιοθέτηση των νέων αντιλήψεων για την υγεία.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1970 η ιδέα για την υιοθέτηση ενός συστήματος υγείας άρχισε να ωριμάζει και έγινε γεγονός με το νόμο 1397/83 για το ΕΣΥ². Στο νόμο αυτό η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναγνωρίζεται ως η βασική φροντίδα υγείας και τίθενται οι βάσεις για την ανάπτυξή της. Τα κέντρα υγείας θεσπίστηκαν ως η βασική μονάδα παροχής φροντίδων υγείας, ενώ ο Γενικός Γιατρός και η ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ως οι φορείς πραγμάτωσής της, παρόλο που η υλοποίηση, ειδικά της επαρκούς στελέχωσης και λειτουργίας, ποτέ μέχρι σήμερα δεν επιτεύχθηκε.

Η προαγωγή υγείας και στη χώρα μας έχει αποτελέσει πεδίο σκέψης και συζήτησης από τα μέσα της δεκαετίας του 1980^{4,5} αν και μέχρι πρόσφατα ο όρος που χρησιμοποιείται για να την ορίσει ήταν αυτός της Αγωγής Υγείας.

Πιο πρόσφατα άρχισε να χρησιμοποιείται ο περιφραστικός όρος Προαγωγή και Αγωγή της Υγείας⁶, όπου γίνεται και αναφορά στην Προαγωγής Υγείας όπως αυτή ορίζεται από τον Π.Ο.Υ. στον καταστατικό χάρτη της Ottawa.

Ο νόμος 2071/92 ⁷ (Παράρτημα 4) αναφέρεται στην Αγωγή Υγείας και από τον τρόπο που αυτή ορίζεται φαίνεται να διατηρείται η παλαιότερη αντίληψη ότι ο ρόλος της αγωγής υγείας εστιάζει στην πρόληψη της νόσου.

Το 1994 συστήθηκε επιτροπή για τη μελέτη της ανάπτυξης της Προαγωγής και Αγωγής Υγείας στη Χώρα μας⁸. Οι προτάσεις της επιτροπής κατατέθηκαν στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και συμπεριλαμβάνουν μετονομασία της Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας σε Προαγωγής και Αγωγής Υγείας, καθώς και τη δημιουργία Εθνικού Κέντρου Προαγωγής και Αγωγής Υγείας. Το Κέντρο αυτό προτείνεται να είναι αυτόνομο και ως σκοπό να έχει την υποστήριξη, το συντονισμό και την ανάπτυξη της Προαγωγής και Αγωγής Υγείας. Φαίνεται ότι μέρος αυτών των προτάσεων γίνεται προσπάθεια να υλοποιηθούν με τα δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που θεσμοθετούνται με το νόμο 2519/1997⁹ (Παράρτημα 3).

Παράλληλα με τις θεσμικές παρεμβάσεις το ενδιαφέρον επαγγελματιών και κοινού έχει αρχίσει να γίνεται εντονότερο εδώ και αρκετό καιρό και ποικίλα προγράμματα προαγωγής υγείας οργανώνονται και λειτουργούν από κρατικούς και ιδιωτικούς μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς, σύμφωνα με ανακοινώσεις σε επιστημονικές συναντήσεις, αλλά και δημοσιεύσεις.

Η προαγωγή υγείας όμως για να αναπτυχθεί και να καρποφορήσει και στη χώρα μας έχει ανάγκη από συντονισμένες ενέργειες. Κεντρικές υπηρεσίες προαγωγής υγείας χρειάζονται για να συντονίζουν περιφερειακά και εθνικά προγράμματα, αλλά και για τη δημιουργία και παροχή των απαραίτητων πόρων για την επιτυχία αυτών των προγραμμάτων. Βασικοί συντελεστές σ' αυτή την προσπάθεια πρέπει να είναι ο Γενικός Γιατρός και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μονάδες δε αναφοράς πρέπει να γίνουν τα κέντρα υγείας και τα προγράμματα που θα αναπτύσσονται και εφαρμόζονται θα πρέπει να βασίζονται στις διαπιστωμένες ανάγκες του πληθυσμού που κάθε κέντρο υγείας εξυπηρετεί.

Ακόμη πρέπει να τονίσουμε ότι η συμμετοχή του πληθυσμού θα πρέπει να είναι ενεργός σε όλα τα στάδια ανάπτυξης των προγραμμάτων προαγωγής υγείας, από τη διαπίστωση των αναγκών τους, έως την αξιολόγηση των προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Γενικά για την ποιότητα ζωής

Μια από τις πρώτες αναφορές που επιχειρεί έναν ορισμό για την Ποιότητα Ζωής εμφανίζεται στο «Ηθικά Νικομάχεια», όπου ο *Αριστοτέλης* (384-322 π.Χ) σημειώνει ότι: «και το πλήθος και οι ευγενείς... αντιλαμβάνονται την έννοια της 'καλής ζωής' ή του 'να είναι καλά' πως είναι το ίδιο με το να είναι ευτυχισμένοι'. Όμως αυτό που αποτελεί την ευδαιμονία είναι θέμα διαμάχης..... κάποιιοι λένε το ένα κάποιιοι λένε το άλλο, πολύ συχνά μάλιστα ο ίδιος άνθρωπος λέει διαφορετικά σε άλλες στιγμές: όταν είναι άρρωστος σκέπτεται ότι η υγεία είναι η ευτυχία και όταν είναι φτωχός, ο πλούτος».¹

Το 1926 ο *Harris Rackham*,¹ αναφερόμενος στο παραπάνω απόσπασμα, για την λέξη «ευδαιμονία» αποδίδει ως καταλληλότερο όρο τον όρο «ευεξία» εφόσον ο *Αριστοτέλης* υποδηλώνει μια συναισθηματική κατάσταση αλλά και ένα είδος δραστηριότητας.

Ο όρος Ποιότητα Ζωής σπάνια αναφερόταν πριν από τον 20^ο αιώνα. Όμως, ο *George Bernard Shaw* το 1900¹ εμφανίζεται να αναφέρει τον όρο «ποιότητα ζωής», πρώτος, γράφοντας: «η ζωή στη μεγαλοπρέπειά της αφήνει πίσω την ευτυχία και συχνά δεν μπορεί καν να την αντέξει... η χαρά δεν είναι ο στόχος της ζωής :η ζωή δεν έχει στόχο: είναι η ίδια στόχος, και το κουράγιο φαίνεται στην ετοιμότητα κάποιου να θυσιάσει τη χαρά του για μια ουσιαστικότερη ποιότητα ζωής.» συγκεκριμένη αναφορά της Ποιότητας Ζωής σε σχέση με την υγεία των ασθενών εμφανίζεται πολύ αργότερα.

Ενδεικτικό είναι το ότι ο όρος "ποιότητα ζωής" αναφέρεται στην ιατρική βιβλιογραφία, από το 1966 μέχρι το 1974, 40 φορές σε σχέση με τις 10.000 αναφορές που καταγράφονται, στην περίοδο 1986 έως 1994 ¹⁰.

Το 1976 ο *Campbell*¹¹ αναφέρεται στην ποιότητα ζωής ως:

"Subjective perception of well being including both a cognitive component, such as satisfaction, and an emotional component, such as happiness" (Campbell et al, 1976), δηλαδή ως: «υποκειμενική αντίληψη του ευ ζην, που περιλαμβάνει τόσο γνωστικά χαρακτηριστικά, όπως η ικανοποίηση, όσο και συναισθηματικά χαρακτηριστικά, όπως η ευτυχία».

Ο *Patrick* πάλι το 1988¹² λέει:

"The value assigned to the duration of life as modified by the social opportunities, perceptions, functional states and impairments that are influenced by disease, injuries, treatments or policy", δηλαδή: «η αξία που αποδίδεται στη διάρκεια ζωής, η οποία επηρεάζεται από κοινωνικές ευκαιρίες, αντιλήψεις, λειτουργικές καταστάσεις και διαταραχές, που με τη σειρά τους επηρεάζονται από παθήσεις, βλάβες, θεραπευτικές αγωγές ή πολιτική» ορίζει την ποιότητα ζωής.

Τέλος, το 1991¹³ αναφέρεται ότι:

"What the patient claims it is, his/her own response to the match between individual desire or intention, on the one hand, and performance and capacity on the other" (Joyce, 1991) δηλαδή: « αυτό που αξιώνει ο ασθενής είναι η δική του ανταπόκριση στη σχέση μεταξύ ατομικής επιθυμίας ή πρόθεσης, αφενός και αποδοτικότητας και ικανότητας, αφετέρου»

Δεν υπάρχει λοιπόν αμφιβολία ότι η έννοια της "ποιότητας ζωής" συνυφασμένης με θέματα υγείας αποτελεί πλέον θέμα με τεράστιο ενδιαφέρον.

Υπάρχουν εξειδικευμένα περιοδικά και ομάδες ατόμων από τα επαγγέλματα υγείας που μελετούν την επίδραση των προτεινόμενων θεραπειών, ειδικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Παρά το ότι ο όρος έχει τόσο μεγάλη εξάπλωση και προκαλεί το ενδιαφέρον, στην πράξη η καταγραφή της ποιότητας ζωής σε σχέση με τα θέματα υγείας(Health Related Quality of Life (HRQOL)), αποτελεί ακόμα μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει την εκτενή έρευνα τόσο της κοινωνικής και κλινικής ιατρικής όσο και των υπηρεσιών παροχής περίθαλψης και κοινωνικής ασφάλισης καθώς και την αξιολόγηση των

αντικειμενικών επιπέδων της κατάστασης υγείας, φιλτραρισμένα όμως από την υποκειμενική αντίληψη και προσδοκία των ίδιων των ατόμων.

Η αποτίμηση των διαφόρων διαστάσεων της υγείας επιτελείται από την αξιολόγηση όλων των παραμέτρων που εκπροσωπούν το φάσμα της ζωής των ανθρώπων, δηλαδή τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους.

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ενηλίκων είναι καθιερωμένη και η μέτρηση της εφαρμόζεται εδώ και πολλά χρόνια (ήδη από το 1966) σε κλινικές δοκιμές. Αντίθετα η έννοια της ποιότητας ζωής στην παιδική ηλικία βρήκε υποστηρικτές μόλις τη δεκαετία του 1980.¹⁴

Σύμφωνα με τους *Gill Feinstein*¹⁴ υπάρχουν τρεις τρόποι με τους οποίους μπορεί να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής. Πρώτον με αντικειμενικές μετρήσεις, όπως κλινικοί δείκτες τους οποίους οι ασθενείς δεν του κατανοούν. Δεύτερον με τις μετρήσεις της λειτουργικής ικανότητας, δείκτη τον οποίο οι ασθενείς είναι σε θέση να αντιληφθούν και τρίτον με την καταγραφή της άποψης των ατόμων για την υποκειμενική εμπειρία να φέρουν σε πέρας μια δραστηριότητα. Η υποκειμενική αυτή άποψη για τη κατάσταση της υγείας είναι πιο κοντά στην έννοια της ποιότητας ζωής από το επίπεδο της φυσικής κατάστασης και λειτουργικότητας.¹⁴

Εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής

Τα "εργαλεία καταγραφής" της ποιότητας ζωής, έχουν σχεδιασθεί ειδικά, με στόχο να ανιχνεύσουν διαφορετικούς τομείς το καθένα.

Μερικά επικεντρώνουν στο να περιγράψουν το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο την κατάσταση υγείας του, έτσι ώστε να καταλάβουμε τις ανάγκες του, τις επιθυμίες του, τις προτιμήσεις του και τις προσδοκίες με τελικό στόχο την παροχή ανάλογων ιατρικών και βοηθητικών υπηρεσιών.¹⁵

Άλλα εστιάζουν στους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής, όπως κοινωνικοοικονομική κατάσταση, γένος, κοινωνική υποστήριξη και το βαθμό επιτυχούς αντιμετώπισης δυσκολιών.¹⁶

Ένα από τα πρώτα εργαλεία μέτρησης ήταν το *Karnofsky Performance Scale*(1947). Πρόκειται για μία απλή κλίμακα με εύρος από το 0 που σημαίνει «νεκρός» έως το 100 που σηματοδοτούσε το «φυσιολογικός, καμία ενόχληση, καμία ένδειξη ασθένειας», που το χρησιμοποιούσαν σε κλινικές συνθήκες.¹

Αυτή η κλίμακα οδήγησε στην κλίμακα *Barthel Index*, η οποία μετρούσε τη λειτουργική ικανότητα, τη σωματική λειτουργικότητα και τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (*Activities of Daily Living (ADL)*).¹

Το 1976 οι *Priestman* και *Baum* υιοθέτησαν τις μεθόδους της γραμμικής αναλογικής αυτό-αξιολόγησης (*Linear Analogue Self-Assessment, LASA*) για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με καρκίνο του μαστού. Αυτή η μέθοδος ονομάζεται και οπτική αναλογική κλίμακα (*Visual Analogue Scale, VAS*) και αναπαριστά μια γραμμή 10cm, στις άκρες τις οποίας αναγράφονται οι ακραίες εκδηλώσεις και επιδράσεις μιας πάθησης. Από τον ασθενή ζητείται να μαρκάρει το σημείο πάνω στη γραμμή το οποίο αντιστοιχεί στα συναισθήματα του.(Παράδειγμα περιέχεται στο *EuroQol* στο παράρτημα 2).¹

Στην επόμενη γενιά ερωτηματολογίων, στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές του 1980, ποσοτικοποιήθηκε η κατάσταση της υγείας, για να εκτιμηθεί γενικότερα η υγεία. Αυτά τα εργαλεία μέτρησης εστιαστήκαν στη σωματική λειτουργικότητα, τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, τις επιπτώσεις της ασθένειας, την υποκειμενική δυσφορία και την ικανοποίηση από την ζωή. Παραδείγματα τέτοιων εργαλείων περιλαμβάνουν το *Sickness Impact Profile* και το *Nottingham Health Profile*.¹

Οι διαστάσεις της ποιότητας

- **Δομή:** περιλαμβάνει μία ήσυχη αίθουσα, άνετο χώρο για τις ομάδες, τεχνικό εξοπλισμό, εκπαιδευτικό υλικό, όπως βίντεο, φυλλάδια, πίνακες, εγκεκριμένα δομημένα εκπαιδευτικά προγράμματα κλπ.¹⁷

• **Διαδικασία:** όλες οι ενέργειες που πραγματοποιούνται κατά την αγωγή των ασθενών, οι οποίες είναι κατανοητές και επαληθεύσιμες και οι οποίες ακολουθούν τυποποιημένους κανόνες και στοιχεία. Αυτό αφορά στις εκπαιδευτικές ικανότητες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, π.χ. την προσέγγιση της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς, τη συμβουλευτική φιλοσοφία τους και το ύφος της διδασκαλίας, καθώς και τη δέσμευση των ασθενών και το βαθμό συμμετοχής τους στην ίδια τους την περίθαλψη.¹⁷

• **Εκβάσεις:** οι κλινικές εκβάσεις είναι πολυδιάστατες και περιγράφουν το πώς η παρεχόμενη περίθαλψη επηρεάζει την ευεξία των ασθενών και την ικανοποίηση που νιώθουν για την κατάσταση της υγείας τους, καθώς και τη λειτουργικότητα. Δεν μπορούν από μόνες τους να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες ποιότητας της εκπαιδευτικής διαδικασίας, γιατί μπορεί να εξαρτώνται από άλλες πλευρές της ιατρικής περίθαλψης. Οι μόνες εκβάσεις που μπορούν να εκληφθούν ως δείκτες εκπαιδευτικής ποιότητας είναι οι αλλαγές στη συμπεριφορά των ασθενών σχετικά με την αντιμετώπιση του διαβήτη, οι οποίες αποτέλεσαν συγκεκριμένο αντικείμενο της εκπαιδευτικής διαδικασίας: δηλαδή, υγιεινός τρόπος ζωής, αυτό-παρακολούθηση, αυτό-προσαρμογή της θεραπείας, περιποίηση των ποδιών κλπ.¹⁷

Ποιότητα



Σχήμα 2: Οι διαστάσεις της ποιότητας

Για τη μέτρηση της ποιότητας:

- Να έχετε υπ' όψη σας και τις τρεις διαστάσεις της ποιότητας:
- Για να είναι δυνατός ο προσδιορισμός των δεικτών, ο τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας πρέπει να είναι:

Σχετικός, είναι σημαντικό για τον προσδιορισμό του τομέα του προβλήματος.

Κατανοητός, εκ μέρους του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών.

Μετρήσιμος, με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Συμπεριφοριολογικός, πρέπει να γίνονται αλλαγές στη συμπεριφορά.
Επιτεύξιμος.¹⁷

Βήματα βελτίωσης

Για τη βελτίωση της ποιότητας, υπάρχουν οι ακόλουθες δύο προϋποθέσεις:

A) Συνειδητοποίηση της ανάγκης αλλαγής (υπάρχει κάποιας μορφής δυσαρέσκεια από τους εμπλεκόμενους).

B) Συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας στο συγκεκριμένο πρόγραμμα.



Σχήμα 3: τα βήματα βελτίωσης της ποιότητας

- 1. Προσδιορισμός των διαδικασιών:** π.χ. το άτομο με διαβήτη πρέπει να δει εκπαιδευτή.
- 2. Περιγραφή των διαδικασιών:** π.χ. τα βήματα που πρέπει να κάνει το άτομο με διαβήτη για να βρει τον εκπαιδευτή. Ένας κατάλληλος τρόπος για να παρουσιαστεί αυτό είναι η δημιουργία ενός σχεδιαγράμματος ενεργειών.
 - α) Κριτήρια:** π.χ. κατά πόσο η διαδικασία που ακολουθείται είναι η κατάλληλη (γρήγορη, εύκολη, οικονομική) σε σχέση με τις ανάγκες του διαβητικού ατόμου;
 - β) Δείκτες:** π.χ. μέτρηση των γνώσεων και της ικανοποίησης του ασθενή από την εκπαίδευση, προσβασιμότητα στην εκπαίδευση.
- 3. Αξιολόγηση της διαδικασίας:** π.χ. σύγκριση των εκβάσεων με τα πρότυπα που τέθηκαν στην αρχή: για παράδειγμα, χρόνος αναμονής κάτω από 10 λεπτά και ικανοποίηση του ασθενή πάνω από 90%.¹⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Γενικά για τον διαβήτη

Η εξάπλωση του διαβήτη έχει πάρει εκρηκτικές διαστάσεις και οι προβλέψεις για το μέλλον είναι εξαιρετικά δυσοίωνες. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ομοσπονδία για το Σακχαρώδη Διαβήτη (International Diabetes Federation), ο αριθμός των διαβητικών στην υφήλιο είναι σήμερα 240 εκατομμύρια. Τα επόμενα 20 χρόνια, εάν δεν υπάρξουν σημαντικές παρεμβάσεις, εκτιμάται ότι ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη θα ανέλθει στα 380 εκατομμύρια. Αυτό θα συμβεί γιατί ο παγκόσμιος πληθυσμός αυξάνεται, ζει περισσότερο, γίνεται πιο παχύσαρκος και ολοένα και περισσότερο αυξάνεται ο καθιστικός τρόπος ζωής.²

Ο αριθμός των διαβητικών στην Ευρώπη μέχρι το 2025 αναμένεται να παρουσιάσει αύξηση 30-40%, ενώ στις υπανάπτυκτες χώρες η αύξηση μπορεί να αγγίξει το 100%. Στην Ελλάδα ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη σχεδόν τετραπλασιάστηκε τα τελευταία 30 χρόνια και εκτιμάται ότι οι διαβητικοί στη χώρα μας είναι περίπου 900.000, δηλαδή το 8% του συνολικού πληθυσμού.²

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα μεγάλο ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα γιατί πέρα από τις επιδημικές του διαστάσεις συνδυάζεται και σχετίζεται με επιπλοκές. Κάθε 10^{ος} πεθαίνει κάποιος διαβητικός στον κόσμο, στα ίδια 10^α δύο άλλοι εμφανίζουν διαβήτη και στα ίδια 10^α τέσσερα άτομα είναι αδιάγνωστα.

Το κόστος παροχής φροντίδας στο άτομο με σακχαρώδη διαβήτη είναι κατά 3,6-4,5 φορές μεγαλύτερο από το κόστος φροντίδας ενός μη διαβητικού. Το άμεσο οικονομικό κόστος του διαβήτη στη χώρα μας είναι τεράστιο και ανέρχεται περίπου στα 3-3,5 δισ. ευρώ ετησίως (10-15% όλων των δημόσιων δαπανών για την υγεία).²

Ορισμός και τύποι του διαβήτη

Ως **Σακχαρώδης Διαβήτης** ορίζεται διεθνώς από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ): «μια μεταβολική διαταραχή πολλαπλής αιτιολογίας, η οποία χαρακτηρίζεται από χρόνια υπεργλυκαιμία, λόγω διαταραχών του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών και η οποία είναι αποτέλεσμα ανεπάρκειας στην έκκριση ή τη δράση της ινσουλίνης ή και τα δύο. Η χρόνια υπεργλυκαιμία οδηγεί μακροπρόθεσμα σε βλάβη, δυσλειτουργία και ανεπάρκεια διαφόρων οργάνων, κυρίως των οφθαλμών, των νεφρών, των νεύρων, των αγγείων και της καρδιάς.»¹⁸

Διαβήτης τύπου 1 (νεανικός διαβήτης): Οφείλεται σε καταστροφή των κυττάρων του παγκρέατος και πυροδοτείται από διάφορα αίτια, που ακόμα δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως. Αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με χορήγηση ινσουλίνης.

Διαβήτης τύπου 2 (διαβήτης των ενηλίκων): Σχετίζεται με τον τρόπο ζωής (π.χ. κάπνισμα, έλλειψη άσκησης) και την παχυσαρκία. Αντιμετωπίζεται με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής (π.χ. αλλαγή διατροφικών συνηθειών), αντιδιαβητικά δισκία και ινσουλίνη.

Διαβήτης κύησης: Εμφανίζεται σε γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μπορεί να εξαφανιστεί μετά τον τοκετό. Εκείνες που κάνουν διαβήτη κύησης πιθανότατα θα εμφάνιζαν ούτως ή άλλως διαβήτη κάποια στιγμή στη ζωή τους, και η εγκυμοσύνη απλώς επιτάχυνε την εμφάνιση της νόσου.

Άλλοι τύποι: Κάθε άλλη μορφή οφείλεται σε σπάνια γενετικά σύνδρομα.¹⁸

Ταξινόμηση του διαβήτη

Κατά το παρελθόν έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι όροι για να περιγράψουν τους τύπους ή τις μορφές του διαβήτη.

Το 1907 ο *Saundby* ήταν από τους πρώτους που περιέγραψε τους δύο κύριους τύπους του διαβήτη με βάση κλινικά κριτήρια.¹⁸

Ο αιτιολογικός διαχωρισμός των δύο τύπων του διαβήτη προήλθε βασικά μετά το 1940 όπου ο *Himsworth* περιέγραψε την κατάσταση της αντίστασης στην ινσουλίνη και ειδικά μετά το 1970 που ανακαλύφθηκε η σχέση του διαβήτη με το σύστημα ιστοσυμβατότητας HLA και τα αντιησιδιακά αντισώματα.¹⁸

Το 1980 έγινε η πρώτη ταξινόμηση από τη 2η επιτροπή ειδικών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Η ταξινόμηση αυτή περιελάμβανε 5 κύριες κατηγορίες ή τύπους διαβήτη. (Πιν. 1)¹⁸

Πρώτη Ταξινόμηση (1980)

- **Ινσουλινοεξαρτώμενος (IDDM-Insulin Depended Diabetes Mellitus) ή τύπου I**
- **Μη ινσουλινοεξαρτώμενος (NIDDM-Non Insulin Depended Diabetes Mellitus) ή τύπου II**
- Διαταραχή ανοχής γλυκόζης ή (IGT-Impaired Glucose Toleranse)
- Άλλοι τύποι διαβήτη
- Διαβήτης της κύηση

Πίνακας 1: 1^η ταξινόμηση του σακχαρώδη διαβήτη κατά Π.Ο.Υ

Οι κύριοι τύποι σακχαρώδους διαβήτη είναι ο *διαβήτης τύπου 1*, ο *διαβήτης τύπου 2* και ο *διαβήτης της κύησης*.

Το 1985 η πρώτη ταξινόμηση τροποποιήθηκε από την Ομάδα μελέτης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και έτσι προέκυψε η δεύτερη ευρέως αποδεκτή ταξινόμηση.(πιν.2)¹⁸

Σύμφωνα με αυτήν έγιναν οι παρακάτω αλλαγές:

1. Απαλείφθηκαν οι όροι τύπου I και τύπου II και παρέμειναν οι όροι IDDM και NIDDM

2. Προστέθηκε ο όρος Σακχαρώδης διαβήτης σχετιζόμενος με υποσιτισμό (MRDM-Malnutrition Related Diabetes Mellitus)

Δεύτερη Ταξινόμηση (1985)

Από την τροποποίηση αυτή το 1985, προέκυψε μια νέα ταξινόμηση του διαβήτη που στηρίχθηκε κύρια σε κλινικά κριτήρια και αυτή απαρτιζόταν από 6 κύριες κατηγορίες ή τύπους διαβήτη.

1. Ινσουλινοεξαρτώμενος (IDDM-Insulin Depended Diabetes Mellitus)
2. Μη ινσουλινοεξαρτώμενος (NIDDM-Non Insulin Depended Diabetes Mellitus)
3. Χωρίς παχυσαρκία
4. Με παχυσαρκία
5. Σχετιζόμενος με κακή διατροφή (MRDM-Malnutrition Related Diabetes Mellitus)
6. Ινολιθισιακός
7. Πρωτεϊνοπενικός

Πίνακας 2: 2^η ταξινόμηση του σακχαρώδη διαβήτη κατά Π.Ο.Υ

Άλλοι τύποι διαβήτη

- Παγκρεατικοί νόσοι
- Ενδοκρινικές νόσοι
- Φάρμακα και χημικοί παράγοντες
- Διαταραχές του μορίου της ινσουλίνης ή των υποδοχέων της
- Γενετικά σύνδρομα
- Διαταραχή ανοχής γλυκόζης (IGT-Impaired Glucose Toleranse)
- Διαβήτη της κύησης

Με την απόκτηση νέας γνώσης, σχετικά με την αιτιολογία του διαβήτη, δημιουργήθηκε η ανάγκη για περαιτέρω τροποποιήσεις στην 2η ταξινόμηση. Έτσι το 1997 η Συμβουλευτική Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και η Επιτροπή Ειδικών της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA) πρότειναν ορισμένες αλλαγές στην ταξινόμηση και διάγνωση του Διαβήτη.

Η νέα αυτή ταξινόμηση βασίστηκε στην αιτιολογία του διαβήτη όπως αρχικά

προτάθηκε από τους *Kuzuya* και *Matsuda* και περιλαμβάνει 4 κύριες κατηγορίες ή τύπους διαβήτη και τα 3 κλινικά στάδια του διαβήτη. (πιν. 3)¹⁸

Οι αλλαγές που αποφασίστηκαν ήταν:

1. Να απαλειφθούν οι όροι IDDM και NIDDM γιατί αναφέρονταν στον τύπο της θεραπείας.
2. Να απαλειφθεί ο όρος MRDM γιατί υπήρξαν δυσκολίες στην επιβεβαίωση της ύπαρξης του ως ξεχωριστού τύπου. Ο τύπος αυτός συμπεριλήφθηκε στις νόσους του εξωκρινούς παγκρέατος στην κατηγορία «Άλλοι ειδικοί Τύποι»
3. Να απαλειφθεί ο όρος Διαταραχή ανοχής γλυκόζης ως ξεχωριστή κατηγορία γιατί δεν αποτελεί ξεχωριστό τύπο διαβήτη, αλλά σημαντικό παράγοντα κινδύνου και υπάγεται πλέον στα στάδια του διαβήτη.

Τρίτη Ταξινόμηση(1997)

- ΣΔ-1
- Αυτοάνοσος ή τύπου 1^α
- Ιδιοπαθής ή τύπου 1β
- LADA (Late Autoimmune Diabetes Adult) ή τύπου 1,5
- ΣΔ-2

Ο Διαβήτης τύπου 2 αποτελεί παθολογική μεταβολική κατάσταση των υδατανθράκων, λόγω ύπαρξης αντίστασης στην δράση της ινσουλίνης ή/και (σχετικής ή απόλυτης) ανεπάρκειας έκκρισης ινσουλίνης και το αντίθετο.

- Με υπεροχή της αντίστασης στην Ινσουλίνη
- Με υπεροχή της ανεπάρκειας στην έκκριση Ινσουλίνης

Πίνακας 3: 3^η ταξινόμηση του σακχαρώδη διαβήτη κατά Π.Ο.Υ

Ειδικοί τύποι διαβήτη

Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται διάφοροι τύποι Διαβήτη όπου οι αιτίες είναι γνωστές και που δεν μπορούν να καταταχθούν στις υπόλοιπες 3 κατηγορίες.

1. Γενετικές διαταραχές λειτουργίας β-κυττάρου:
 - MODY-1,2,3,4 (Maturity Onset Diabetes of the Young)
 - Γενετικές Νόσοι με Αντίσταση στην Ινσουλίνη
 - Παχυσαρκία
2. Τύπος Α αντίστασης: Μείωση υποδοχέων της ινσουλίνης (νέες με υπερτρίχωση και πολυκυστικές ωοθήκες)
3. Τύπος Β αντίστασης: αυτοαντισώματα έναντι του υποδοχέα ινσουλίνης (πρωτεΐνουρία, λευκοπενία ANA(+))
4. Γενετικά σύνδρομα
5. Θαλασσαιμίες
6. Παγκρεατικοί νόσοι
7. Παγκρεατίτιδα
8. Ενδοκρινικές νόσοι:
 - Μεγαλακρία
 - Γιγαντισμός
 - Θυρεοειδοπάθειες
9. Φάρμακα:
 - Διουρητικά
 - Κορτιζόνη
 - β-αναστολείς
 - αδρεναλίνη
 - αντισυλληπτικά
10. Stress:
11. Αυξημένοι αντιινσουλινικοί παράγοντες (κατεχολαμίνες, κορτιζόλη, γλυκαγόνη, GH)
12. Λοιμώξεις, π.χ:
 - Συγγενής ερυθρά.¹⁸

Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (Νεανικός Διαβήτης)

Ο Διαβήτης Τύπου 1 (Σ.Δ. τ.1) εμφανίζεται περίπου στο 5-10% των διαβητικών παγκοσμίως. Ο αριθμός των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στη χώρα μας

υπολογίζεται περίπου στις 30.000. Αφορά κυρίως την παιδική ηλικία και τους νεαρούς ενήλικες, χωρίς αυτό να είναι απαραίτητο. Η εμφάνισή του συνοδεύεται από θορυβώδη συμπτωματολογία και γι' αυτό διαγιγνώσκεται έγκαιρα μετά την έναρξή του.²

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή του είναι τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί (ιοί, διατροφικά συστατικά κ.ά). Τα άτομα αυτά παράγουν λίγη ή καθόλου ινσουλίνη, αφού υπάρχει καταστροφή των κυττάρων που παράγουν την ινσουλίνη. Είναι ευνόητο ότι για να επιβιώσουν χρειάζονται ινσουλίνη διά βίου.

Στον Διαβήτη Τύπου 1 το πάγκρεας (ένας μεγάλος αδένας πίσω από το στομάχι) δεν παράγει ινσουλίνη. Δίχως ινσουλίνη τα κύτταρα του σώματος δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν γλυκόζη (ζάχαρη), την οποία το σώμα χρειάζεται για ενέργεια. Αρχίζει να καίει το δικό του λίπος για υποκατάστατο. Εάν το άτομο με διαβήτη τύπου 1 δεν παίρνει καθημερινά ενέσεις ινσουλίνης μαζεύονται στο αίμα του επικίνδυνες χημικές ουσίες από την καύση του λίπους. Αυτό μπορεί να προκαλέσει μια κατάσταση που ονομάζεται "Διαβητική κετοξέωση". Για να παραμένουν εν ζωή, τα άτομα με διαβήτη τύπου 1 εξαρτώνται από μέχρι τέσσερις ενέσεις ινσουλίνης κάθε μέρα της ζωής τους. Πρέπει να εξετάζουν το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα αρκετές φορές την ημέρα. Αυτό είναι ζωτικό για την παρακολούθηση πολύπλοκων αντιδράσεων της διατροφής και της άσκησης με τις ενέσεις της ινσουλίνης.²

Τα συμπτώματα μπορεί να συμβούν ξαφνικά. Εάν συμβούν, συμβουλευόμαστε ένα γιατρό.

- Αίσθηση συνεχούς δίψας.
- Συχνουρία, ακόμη και κατά τον ύπνο(βρέξιμο του κρεβατιού)
- Υπερβολική πείνα
- Θολή όραση
- Ανεξήγητη ατονία και κόπωση
- Χάσιμο βάρους
- Κολπικές εκκρίσεις ή φαγούρα σε νεαρά κορίτσια.
- Ναυτία και εμετοί

Με μια απλή εξέταση ο γιατρός μπορεί να βρει αν υπάρχει διαβήτης.

Η ακριβής αιτία δεν είναι γνωστή. Μερικοί άνθρωποι έχουν προδιάθεση για διαβήτη τύπου 1. Σε αυτούς τους ανθρώπους, ο διαβήτης μπορεί να προκαλείται από έναν ιό. Ο ιός καταστρέφει μέρος του παγκρέατος που παράγει την ινσουλίνη.

Η θεραπεία σκοπό έχει να κάνει αυτό που κανονικά θα έκανε το σώμα – να διατηρήσει την κανονική ισορροπία ινσουλίνης και γλυκόζης. “Έλεγχος” του διαβήτη σημαίνει να διατηρείται το επίπεδο της γλυκόζης στο αίμα όσο γίνεται πιο κοντά στα κανονικά επίπεδα.

Τα τρία στοιχεία του έλεγχου για τον διαβήτη τύπου 1 είναι:

- ✓ Διατροφή
- ✓ Άσκηση
- ✓ Ινσουλίνη

Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2

Ο διαβήτης τύπου 2 (Σ.Δ. τ.2) είναι ο πιο κοινός τύπος διαβήτη. Εμφανίζεται περίπου στο 90-95% των διαβητικών παγκοσμίως και από αυτούς το 80% είναι υπέρβαροι. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν αντίσταση στην ινσουλίνη και δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά την παραγόμενη ινσουλίνη.²

Αντιμετωπίζεται με δίαιτα - άσκηση, στις περισσότερες περιπτώσεις με δισκία και συχνά με ινσουλίνη. Δυστυχώς σήμερα ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 άλλαξε πρόσωπο και προσβάλλει μικρότερες ηλικίες, νέους και παιδιά, κυρίως λόγω της αυξημένης παχυσαρκίας, της κακής διατροφής και της έλλειψης σωματικής άσκησης.

Στον διαβήτη τύπου 2, τα σωματικά κύτταρα δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν την ινσουλίνη κανονικά (αντίσταση στην ινσουλίνη). Αυτό προκαλεί τη συσσώρευση γλυκόζης (ζάχαρης) στο αίμα.

Τα συμπτώματα έρχονται βαθμηδόν αλλά πολλοί άνθρωποι με διαβήτη τύπου 2 δεν έχουν συμπτώματα και η διάγνωση γίνεται μετά από μια εξέταση αίματος για γλυκόζη. Συμβαίνει συχνότερα στα άτομα που έχουν οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, είναι άνω των 45 ετών, είναι υπέρβαροι και σπάνια ασκούνται.

Τα συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν:

- Αίσθημα κόπωσης
- Συχνουρία
- Συνεχή δίψα
- Θολή όραση
- Φαγούρα στο δέρμα ή στην γεννητική περιοχή
- Αργή ίαση μολύνσεων
- Μούδιασμα και μυρμήγκιασμα στα χέρια ή στα πόδια. ²

Σε πολλούς ανθρώπους με διαβήτη τύπου 2, η υγιεινή διατροφή και τακτική εξάσκηση μπορούν να ελέγξουν το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα.

Ο γιατρός ή ο διαιτολόγος θα προτείνουν ένα πρόγραμμα διατροφής και άσκησης ανάλογα με την ηλικία του ατόμου, τον τρόπο ζωής του και την υγεία του γενικά. Σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να κριθούν αναγκαία χάπια ή ενέσεις ινσουλίνης.

Διαβήτης της κύησης

Ένας τρίτος τύπος διαβήτη εμφανίζεται σε μερικές περιπτώσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αφορά περίπου το 4% των εγκύων. Τις περισσότερες φορές υποχωρεί με το πέρας της κύησης.^{2,19}

Ο Διαβήτης της Κύησης αποτελεί παθολογική κατάσταση ανοχής των υδατανθράκων, διαφόρου βαθμού, που ξεκινά ή πρωτοεμφανίζεται κατά τη διάρκεια της κύησης και ιδιαίτερα κατά το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Η Συμβουλευτική Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και η Επιτροπή Ειδικών της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA) στην τελευταία της συνάντηση το 1997 καθόρισε και τα λεγόμενα 3 κλινικά στάδια του διαβήτη.

Τα στάδια αυτά συμπεριλαμβάνουν:

- ❖ Τη φυσιολογική ανοχή γλυκόζης

- ❖ Τη διαταραχή γλυκόζης νηστείας η/και διαταραχή ανοχής γλυκόζης
- ❖ Σακχαρώδη Διαβήτη:
 - χωρίς ανάγκη ινσουλίνης
 - με ανάγκη ινσουλίνης για ρύθμιση
 - με ανάγκη ινσουλίνης για επιβίωση.²

Ένα άτομο με διαβήτη ενδέχεται να περάσει από όλα ή από μερικά στάδια.

Η γενική αυτή αναφορά στις διάφορες ταξινομήσεις του Σακχαρώδη Διαβήτη προέκυψε εξελικτικά με τη νόσο. Όπως είδαμε ο τρόπος ταξινόμησης είναι σημαντικός, γιατί σήμερα οι τύποι του διαβήτη εμφανίζονται ανεξαρτήτως ηλικίας, λόγω των αλλαγών στον τρόπο ζωής και στις καθημερινές συνήθειες του γενικού πληθυσμού.

Άλλοι τύποι διαβήτη

Ωστόσο, υπάρχουν και σπανιότεροι τύποι διαβήτη. Μερικά παιδιά διαγιγνώσκονται με διαβήτη που φέρει χαρακτηριστικά και των δύο τύπων. Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίζεται ως «υβριδικός», «μικτός» ή «διπλός» διαβήτης και συναντάτε σε υπέρβαρα παιδιά και παχύσαρκους εφήβους.¹⁹

Ο νεανικός διαβήτης με όψιμη έναρξη (MODY) είναι ένας από τους σπανιότερους τύπους διαβήτη που μπορεί να προσβάλλει τα παιδιά και οφείλεται σ' ένα γονίδιο το οποίο ευθύνεται για την αναποτελεσματική έκκριση της ινσουλίνης. Συνεπώς, ο διαβήτης τύπου MODY είναι υπεύθυνος για ένα ποσοστό άνω του 5% των περιπτώσεων με διαβήτη στα παιδιά και παραμένει για πολύ καιρό αδιάγνωστος.

Ποιες είναι οι φυσιολογικές τιμές σακχάρου στο αίμα;

Το σάκχαρο στο αίμα θεωρείται φυσιολογικό όταν είναι κάτω από 100mg/dl, ύστερα από τουλάχιστον 8ωρη νηστεία και κάτω από 140mg/dl δύο ώρες έπειτα από κάποιο γεύμα.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Μέθοδοι προσδιορισμού ποιότητας ζωής ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη.

Το πρώτο μεθοδολογικό εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε άτομα με διαβήτη, το Diabetes Quality of Life Measure (DQOL) παρουσιάστηκε το 1980 και χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη Diabetes Control and Complications Trial (DCCT).¹⁰

Ειδικότερα το DQOL σχεδιάστηκε για να εκτιμήσει την επιβάρυνση ενός εντατικοποιημένου σχήματος ινσουλinoθεραπείας σε σχέση με τα μέχρι τότε κλασικά ακολουθούμενα σχήματα. DQOL uses the following definition:

«Quality of Life in the Canadian Forces is the degree to which the well-being, work environment and living conditions of our people and their families are consistent with evolving standards, while recognizing the unique demands of military service in accomplishing the mission of the CF».)¹⁰

Στην ζωή μας περιλαμβάνονται τρεις κυρίαρχες καταστάσεις οι οποίες είναι απαραίτητο να υπάρχουν για να επιτύχουμε την ποιότητα και οι οποίες επηρεάζουν τα άτομα ως προς το πώς θα αξιολογήσουν την ζωή τους ως καλή, η ευεξία, οι συνθήκες διαβίωσης και το εργασιακό περιβ. Αυτό μας δίνεται και με το παρακάτω διάγραμμα:



Δεδομένου ότι το προτεινόμενο στη μελέτη, εντατικοποιημένο σχήμα, απαιτούσε πολλαπλές ενέσεις , συχνές μετρήσεις σακχάρου αίματος, αναπροσαρμογή ποσότητας υδατανθράκων σε σχέση με την άσκηση και τις τιμές σακχάρου, ήταν εύλογο να περιμένει κανείς ότι θα επηρεαζόταν η ποιότητα ζωής των ασθενών και ότι αυτό θα είχε σαν συνέπεια την απροθυμία τους να ακολουθήσουν ένα τέτοιο σχήμα.

Η μελέτη του DCCT θα είχε πολύ μικρότερη κλινική απήχηση αν δεν είχε συμπεριληφθεί στις υπό μελέτη παραμέτρους η εκτίμηση της ποιότητας ζωής, όσων έλαβαν μέρος.¹⁰

Το DQOL έχει τέσσερις βασικές παραμέτρους: ικανοποίηση από τη θεραπεία, αντίκτυπος της θεραπείας, έγνοια επιπλοκών, κοινωνική έγνοια. Το DQOL παραμένει το πιο χρησιμοποιημένο εργαλείο καταγραφής της ποιότητας ζωής, παρά το ότι έχουν εξελιχθεί και προταθεί πάρα πολλά ακόμα.

Δεν θα γίνει ακόμη περιγραφή διαφόρων ερωτηματολογίων. Σημασία έχει, να γίνει αντιληπτό από οποιονδήποτε θέλει να περιλάβει σε κάποια μελέτη και την παράμετρο "ποιότητα ζωής", ότι δεν αρκεί να πάρει κάποιο από τα υπάρχοντα ερωτηματολόγια και να το χρησιμοποιήσει, αν δεν ελέγξει, σε πιλοτική μελέτη, το πώς λειτουργεί η μετάφρασή του, στο νόημα των ερωτήσεων.

Το θέμα της εγκυρότητας των ερωτηματολογίων, από τη στιγμή που μεταφράζονται, έχει απασχολήσει πάρα πολύ τους ερευνητές.

Ασήμαντες υφολογικές διαφορές μπορεί να μην κάνουν νόημα και να παραπλανήσουν με τις απαντήσεις που θα δοθούν.

Η επιλογή του ερωτηματολογίου, συμβάλλει επίσης καθοριστικά στη σωστή συλλογή πληροφοριών.

Μερικά από αυτά επικεντρώνουν κυρίως στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, κατά πόσο αυτοί παρουσιάζουν ή όχι κατάθλιψη, και δεν εστιάζουν στη διερεύνηση της επίδρασης μιας συγκεκριμένης αγωγής στην ποιότητα ζωής τους.

Η επιλογή και ο τρόπος χρησιμοποίησης του ερωτηματολογίου, καθορίζουν τις πληροφορίες που θα πάρουμε.¹⁰

Γιατί είναι απαραίτητη η μέτρηση της ποιότητας ζωής στα παιδιά και τους εφήβους με Σ.Δ. τύπου 1

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 είναι μια κατάσταση, η οποία όλο και πιο συχνά αναγνωρίζεται τόσο σε μικρά παιδιά όσο και σε εφήβους. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 είναι ένα νόσημα, το οποίο συχνά απαιτεί εντατικοποιημένη θεραπεία και στενή παρακολούθηση για την αποφυγή μελλοντικών επιπλοκών. Το γεγονός αυτό αυξάνει το φορτίο τόσο στις καθημερινές δραστηριότητες όσο και στις σχέσεις των παιδιών και των γονέων τους. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 και η θεραπεία του συχνά διαταράσσουν τις συνήθειες δραστηριότητες των παιδιών και απαιτούν την υιοθέτηση συμπεριφορών, οι οποίες είναι επικεντρωμένες στο νόσημα τόσο από τα παιδιά όσο και από τους γονείς τους.²⁰

Όταν το τόσο απαιτητικό αυτό νόσημα συμπέσει με την παιδική και εφηβική ηλικία, κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο ακόμη αναπτύσσεται σωματικά, συναισθηματικά και νοητικά, ο κίνδυνος για την ανάπτυξη ψυχικών και κοινωνικών διαταραχών πολλαπλασιάζεται. Η ηλικία που επηρεάζεται περισσότερο είναι αυτή της εφηβείας κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο βιώνει πολλές βιολογικές αλλαγές, αναπτύσσει την προσωπική του ταυτότητα και αυτονομία και αντιμετωπίζει προκλήσεις τόσο στην ακαδημαϊκή του πορεία όσο και στην αποδοχή του από τους συνομηλίκους του. Όλες αυτές οι αλλαγές σε συνδυασμό με την αντιμετώπιση ενός χρόνιου νοσήματος καθιστούν την εφηβική ηλικία κρίσιμη περίοδο για την ανάπτυξη φτωχού μεταβολικού ελέγχου και δυσκολιών προσαρμογής.²¹

Όπως έχει καταφανεί από την βιβλιογραφία, ο διαβήτης μπορεί να προσβάλει τόσο την ψυχική και κοινωνική όσο και την νοητική λειτουργικότητα των νεαρών παιδιών. Οι έρευνες δείχνουν ότι ο διαβήτης τύπου I αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών στα παιδιά και τους εφήβους. Πολλά παιδιά έχουν προβλήματα προσαρμογής, ιδίως κατά την έναρξη του νοσήματος καθώς και υψηλό ποσοστό κατάθλιψης και διατροφικών διαταραχών. Συχνά επίσης οι μητέρες αυτών των παιδιών

εμφανίζουν κατάθλιψη.²² Ένα άλλο αποτέλεσμα του νοσήματος, ιδιαίτερα σε παιδιά με πρώιμη εμφάνιση (πριν τα 5 χρόνια) και συχνές υπογλυκαιμίες, είναι νευρονοητικά ελλείμματα, διαταραχές της προσοχής και μειωμένη λεκτική ευφυΐα. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την συχνή απουσία από το σχολείο μπορεί να οδηγήσει σε μαθησιακά προβλήματα και σχολική αποτυχία, αν και η συγκεκριμένη διαπίστωση δεν είναι αποδεκτή από όλους τους ερευνητές . Ψυχικοί και κοινωνικοί παράγοντες όπως ψυχιατρικές διαταραχές, οικογενειακά και οικονομικά προβλήματα συνδυάζονται συχνά με μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία και με κακό μεταβολικό έλεγχο. Οι παράγοντες αυτοί αποτελούν σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες για κλινικά αποτελέσματα όπως οι εισαγωγές σε νοσηλευτικά ιδρύματα και η θνησιμότητα από δείκτες όπως η παρουσία επιπλοκών, ο δείκτης μάζας σώματος και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA_{1c}).²³

Το ενδιαφέρον αυτό της έρευνας στα ψυχοκοινωνικά ζητήματα που αφορούν το διαβήτη συνέπεσε με τη διαμόρφωση της άποψης για την αναγκαιότητα του πιο αυστηρού μεταβολικού ελέγχου. Η Κλινική Δοκιμή για τον Έλεγχο και τις Επιπλοκές του Διαβήτη (Diabetes Control and Complications Trial DCCT) επέβαλλε την υιοθέτηση μέτρων για πιο αυστηρό μεταβολικό έλεγχο με πολλαπλές μετρήσεις και ενέσεις καθώς και διαρκή απασχόληση με τη διατροφή και την άσκηση. Η εντατικοποίηση της θεραπείας έχει ως στόχο την ελαχιστοποίηση των μελλοντικών επιπλοκών αλλά μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του σωματικού βάρους, σε συχνές υπογλυκαιμίες καθώς και σε αρνητικά ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα και επιδείνωση του επιπέδου ποιότητας ζωής των ασθενών.^{21,24} Κατά συνέπεια η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ο διαβήτης και η θεραπεία του επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ενός παιδιού καθίσταται επιτακτική. Η αξιολόγηση του επιπέδου ζωής πρέπει να λαμβάνει υπόψιν την αντιμετώπιση της ασθένειας, τα συμπτώματα και τη φυσική κατάσταση του παιδιού, την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη καθώς και τη σχολική του απόδοση.^{20,25}

Μέθοδοι που χρησιμοποιούνται

Τα κατάλληλα εργαλεία για την αξιολόγηση των σχετικών με το διαβήτη διαδικασιών και εκβάσεων είναι:

- έντυπα καταγραφής για τηλεφωνήματα, ραντεβού,

- αρχείο παρουσιών των ασθενών στα ραντεβού, αρχείο πραγματοποίησης των συναντήσεων-εκδηλώσεων,
- ερωτηματολόγια (για την αξιολόγηση της γνώσης και την απόδειξη των εκβάσεων, όπως ικανοποίηση εκ μέρους του ασθενή, ποιότητα ζωής και ικανοποίηση εκ μέρους του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού),
- δομημένες συνεντεύξεις με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ασθενείς.¹⁶

Συνιστάται να χρησιμοποιούνται αυτά τα εργαλεία σε τακτική συμφωνημένη βάση, ως μέθοδος ελέγχου της ποιότητας της θεραπευτικής εκπαίδευσης των ασθενών.

Κριτήρια επιλογής εργαλείων για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής:¹⁶

1. Βασικά διλήμματα στην επιλογή

- Ποσοτικά ή ποιοτικά εργαλεία;
- Γενικά ή εξειδικευμένα ως προς την ασθένεια;
- Αρνητικοί ή θετικοί δείκτες;

2. Πολιτισμικά ζητήματα

- Εείναι η ποιότητα ζωής πολιτισμικά καθορισμένη;
- Στάθμιση εργαλείων και στατιστικές νόρμες
- Μεθοδολογικά βήματα στη μετάφραση ερωτηματολογίων

Κατασκευή ερωτηματολογίου μέτρησης ποιότητας ζωής¹⁶

1. Μεθοδολογικά βήματα για την κατασκευή ερωτηματολογίου

2. Ζητήματα συμπλήρωσης

Αξιολόγηση ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής¹⁶

1. Ψυχομετρικές ιδιότητες ερωτηματολογίων

- Εγκυρότητα
- Αξιοπιστία

2. Ανιχνεύοντας τη δομή ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής.

Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του ασθενή

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του κάθε ασθενή, στα πλαίσια της καθημερινής πρακτικής, είναι δυνατόν να γίνει με μία δομημένη συνέντευξη που να επιτρέπει στον ασθενή να εκφράσει ελεύθερα τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του. Οι ανοιχτές ερωτήσεις μπορούν να βοηθήσουν περισσότερο στη διερεύνηση του αντίκτυπου της πάθησης, όπως τον αντιλαμβάνεται ο ασθενής: α) σε συναισθηματικό επίπεδο, β) ως προς τις οικογενειακές σχέσεις, γ) ως προς τις κοινωνικές σχέσεις και δ) ως προς τις επαγγελματικές σχέσεις.²⁶

Μερικές ανοιχτές ερωτήσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι οι παρακάτω:

1. Ποια είναι η μεγαλύτερη επιβάρυνση που προκαλεί σε σας ο διαβήτης;
2. Πως άλλαξε η ζωή σας μετά τη διάγνωση του διαβήτη;
3. Ποιες δραστηριότητες ή σχέδια για το μέλλον χρειάστηκε να αλλάξετε ή να αναθεωρήσετε;
4. Πως επηρέασε η αγωγή σας(ή κάποια συγκεκριμένη επιπλοκή) την καθημερινή σας ζωή ;

Κατά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, πρέπει επίσης να λαμβάνουμε υπόψη τις πεποιθήσεις του ασθενή για την υγεία, καθώς και αυτές του περιβάλλοντός του (οικογένεια, κοινότητα, κοινωνία), γιατί μπορεί να διαδραματίζουν αποφασιστικό ρόλο στην αντίληψη που έχει ο ασθενής για την πάθηση.²⁶

Επίδραση του διαβήτη στην ποιότητα ζωής

Η έρευνα της ποιότητας ζωής σε άτομα με διαβήτη ξεκίνησε τη δεκαετία του '80 και αναπτύχθηκε τη δεκαετία του '90. Μελετήθηκαν τόσο οι γενικοί δείκτες ενός διαβητικού(όπως: σωματική λειτουργία ή λειτουργικότητα των ρόλων που έχει στη ζωή του, διανοητική υγεία, αντίληψη της συνολικής υγείας, της έντασης του πόνου, συναισθηματική κατάσταση, άγχος, κατάθλιψη), όσο και οι δείκτες που είναι σχετικοί με την πάθηση(όπως: συνολική ευεξία, ενεργητικότητα και κινητικότητα, ανησυχία για το μέλλον, αντίκτυπος της αγωγής, ικανοποίηση ως προς την αγωγή, επιβάρυνση λόγω της πάθησης, ανησυχίες σχετικά με την κοινωνική ζωή, σεξουαλική λειτουργία).¹⁵

Από μελέτες που έχουν γίνει σε εφήβους με διαβήτη φαίνεται ότι:

1. Η διάρκεια ύπαρξης του διαβήτη και όχι η ηλικία του ατόμου, φαίνεται να σχετίζεται με την ποιότητα ζωής, μικρότερη διάρκεια με διαβήτη σχετιζόταν με μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση.
2. Τα κορίτσια εμφανίζεται να είναι ψυχολογικά πιο επιβαρυνμένα σε σχέση με τα αγόρια.

Υπάρχουν μελέτες από τις οποίες δεν προκύπτει συσχέτιση μεταξύ των παραμέτρων " ποιότητας ζωής" και των τιμών γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, υπήρχε όμως συσχέτιση με την εκτίμηση που είχαν τα ίδια τα άτομα για την κατάσταση υγείας τους και τις τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

Άλλοι ερευνητές βρήκαν ότι υπήρχε σημαντικού βαθμού συσχέτιση μεταξύ γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης με τις παραμέτρους που έλεγχαν το βαθμό ικανοποίησης και αντίκτυπο της νόσου, αλλά όχι με την παράμετρο έγνοια.

Οικογενειακοί παράγοντες σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ατόμων με διαβήτη, νέοι από οικογένειες με ένα γονέα εμφανίζουν επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής τους σχετικά με τα θέματα υγείας τους.

Επιβάρυνση στους δείκτες της ποιότητας ζωής παρατηρείται σε νέους που είχαν την αίσθηση ότι η φροντίδα του διαβήτη τους ήταν κάτι ιδιαίτερα δύσκολο και αγχογόνο για αυτούς.¹⁵

Πώς επηρεάζει η εμφάνιση του διαβήτη την ψυχοκοινωνική δραστηριότητα του παιδιού ή του νέου;

Η διάγνωση του διαβήτη αποτελεί για το νέο και την οικογένειά του μια πρόκληση στην οποίαν καλούνται να ανταποκριθούν, σε πολλά επίπεδα.

Η μελέτη του *Kovacs* αναφέρει ότι το 36% νεοδιαγνωσθέντων παιδιών με διαβήτη παρουσίαζε ψυχιατρικές διαταραχές συμπεριφοράς λίγο μετά τη διάγνωση, που όμως εξαλείφθηκαν μετά τον πρώτο χρόνο.

Μείωση της απόδοσης στο σχολείο και δυσκολία προσαρμογής σε κοινωνικές δραστηριότητες έχουν επίσης καταγραφεί σε παιδιά με νεοδιαγνωσθέντα διαβήτη.

Τα παιδιά ή οι έφηβοι που έχουν διαβήτη για περισσότερα χρόνια παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψη, ακαθόριστες διαταραχές αγχώδους μορφής, καθώς και μειωμένη αυτοεκτίμηση, η οποία, όπως προκύπτει από προοπτικές μελέτες, μπορεί να τους συνοδεύει και σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Η αίσθηση που έχουν τα παιδιά για το κατά πόσο μπορούν να ανταποκριθούν στις αυξημένες απαιτήσεις για την επίτευξη καλής ρύθμισης, είναι καθοριστικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής τους.

Τα παιδιά που νιώθουν αδύναμα να ανταποκριθούν υιοθετούν στάση αποφυγής των δυσκολιών και άρνησης αντιμετώπισης προβλημάτων και σε άλλα θέματα στη μετέπειτα ζωή τους.

Βρέθηκε ότι σε διαβητικούς ασθενείς ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως το εσωτερικό κέντρο ελέγχου των αποφάσεων(internal locus of control), προσωπικότητες που ενεργούν προληπτικά(proactive personalities), η κοινωνική υποστήριξη και οι στρατηγικές αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων(π.χ. άγχους, επιπλοκών), συνδέονται σταθερά με βελτιωμένη ποιότητα ζωής, αλλά και καλύτερη έκβαση της νόσου, που μεταφράζεται με καλύτερη ρύθμιση της γλυκαιμίας και λιγότερες επιπλοκές. Αντίθετα, οι επιπλοκές του διαβήτη συνδέονται με επιδείνωση της ποιότητας ζωής.^{15,11}

Η μελέτη της ποιότητας ζωής των ενηλίκων με Σακχαρώδη Διαβήτη

Η μελέτη της ποιότητας ζωής των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (Σ.Δ.) καθώς και η καταγραφή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επιδρούν σε αυτή έχει ξεκινήσει εδώ και πολλά χρόνια για τους ενήλικες.

Μια εκτεταμένη ανασκόπηση πάνω στο θέμα αυτό έχει γίνει από τους *Rubin* και *Peyrot* το 1999.²³ Το συγκεκριμένο άρθρο καταγράφει όλους εκείνους τους παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν στοιχεία και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με Σ.Δ. καθώς και όλα τα γνωστά εργαλεία που υπάρχουν για τη μέτρηση της. Επιπλέον αναλύει τα

αποτελέσματα της έρευνας όσον αφορά στη σύγκριση της ποιότητας ζωής με άτομα χωρίς Σ.Δ. και στις παρεμβάσεις που μπορεί να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με αυτό το άρθρο και μερικά άλλα η ποιότητα ζωής των ενηλίκων ατόμων με Σ.Δ. είναι χειρότερη από αυτή υγιών ατόμων αλλά σημαντικά καλύτερη από αυτή ατόμων με άλλες χρόνιες καταστάσεις. Η ανάπτυξη επιπλοκών επιδεινώνει το επίπεδο της ποιότητας ζωής.^{23,27,28}

Η ποιότητα ζωής φαίνεται να συσχετίζεται με το είδος του διαβήτη αλλά αυτές οι διαφοροποιήσεις οφείλονται κυρίως στην ηλικία, τη διάρκεια του διαβήτη το είδος της θεραπείας και τις επιπλοκές.

Στον Διαβήτη τύπου II η ποιότητα ζωής φαίνεται να επιδεινώνεται με την εντατικοποίηση της θεραπείας από τη δίαιτα στα φάρμακα και την ινσουλίνη. Στον Διαβήτη τύπου I η σχέση της ποιότητας ζωής με την εντατικοποίηση της θεραπείας δεν είναι ξεκάθαρη. Άλλοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι η εντατικοποίηση δεν έχει καμία επίδραση στην ποιότητα ζωής, μέσα σε αυτούς και η Κλινική Δοκιμή για τον Έλεγχο και τις Επιπλοκές του Διαβήτη (Diabetes Control and Complications Trial DCCT),²⁹ ενώ άλλοι ότι την βελτιώνει. Επιπλέον καλύτερη ποιότητα ζωής φαίνεται να συνδέεται με καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο. Από τους δημογραφικούς παράγοντες το γυναικείο φύλο, η αυξανόμενη ηλικία και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέονται με χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής.

Η οικογενειακή κατάσταση παίζει σημαντικό ρόλο με τους άγαμους και χωρισμένους να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Μερικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η προσωπικότητα, ο τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών, η κοινωνική υποστήριξη και οι απόψεις για την υγεία μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής, μερικές φορές περισσότερο και από τις επιπλοκές του νοσήματος.

Τέλος η ποιότητα ζωής μπορεί να βελτιωθεί με την εφαρμογή διαφόρων παρεμβάσεων τόσο στο είδος της θεραπείας και της ινσουλίνης (ινσουλίνη Lispro, εφαρμογή αντλίας) όσο και με εκπαιδευτικές και συμβουλευτικές παρεμβάσεις.^{23,27,28}

Ποιότητα ζωής σε άτομα με διαβήτη τύπου 2

Η καταγραφή των δεικτών ποιότητας ζωής, που έγινε στην μελέτη της UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), έδειξε ότι δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων με διαφορετικά θεραπευτικά σχήματα.¹⁵

Όπως επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες η απόφαση για το είδος της θεραπείας, δισκία ή ινσουλίνη, μπορεί να λαμβάνεται με βάση τις ανάγκες, χωρίς να φοβάται κανείς ότι θα υπάρξει από αυτό επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Από την UKPDS δεν προκύπτει ότι όσοι ήταν σε δίαιτα ή δισκία είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που έκαναν ινσουλίνη.

Αυτό που επιβάρυνε σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών ήταν η εμφάνιση, κατά το διάστημα παρακολούθησης, κάποιας επιπλοκής.

Το τρίτο σημαντικό εύρημα ήταν το ότι οι ασθενείς που παρουσίαζαν συχνές υπογλυκαιμίες, ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό δυσθυμία σε όλο το 24ωρο, εκνευρισμό και μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία τους.¹⁵

Μπορεί να ισχυρισθεί κανείς ότι η ανεπαρκής ευαισθησία των ερωτηματολογίων, ευθύνεται για την αδυναμία τους στην ανίχνευση διαφορών μεταξύ των ομάδων με βάση τη θεραπεία.

Όμως είναι γεγονός ότι καταγράφηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων με ή χωρίς εμφάνιση επιπλοκών και μεταξύ αυτών που παρουσίαζαν υπογλυκαιμίες καθώς και μεταξύ ατόμων με διαβήτη και ομάδα ελέγχου.

Είναι λοιπόν μάλλον απίθανο το να διέφυγαν σημαντικές διαφορές με κλινικές επιπτώσεις, της ποιότητας ζωής των ασθενών στις διάφορες ομάδες θεραπείας.

Αναφερθήκαμε σε μελέτες που έχουν γίνει σε διάφορες ομάδες με βάση τα υπάρχοντα ερωτηματολόγια.

Οι μελέτες αυτές έχουν γίνει σε πολυπολιτισμικές χώρες και μας δίνουν επιπρόσθετα, μια εικόνα των διαφορών μεταξύ διαφόρων εθνοτήτων.

Βελτίωση ή διατήρηση της ποιότητας ζωής του ασθενή

Πολλές θεραπευτικές επιλογές παρότι βασίζονται σε ιατρικά δεδομένα μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής κάποιων ασθενών π.χ. στην εντατική

ινσουλινοθεραπείας κάποια άτομα θεωρούν πως η αύξηση του ημερήσιου αριθμού ενέσεων ινσουλίνης επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους ενώ άλλοι πιστεύουν ότι τα πλεονεκτήματα του ελεύθερου σχεδιασμού των γευμάτων, της επιλογής ποικίλων ποσοτήτων θρεπτικών συστατικών και του μειωμένου κινδύνου υπογλυκαιμίας υπερτερούν των μειονεκτημάτων των πολλαπλών ενέσεων.²⁶

Το ιδανικό για την αξιολόγηση της ποιότητας των ασθενών, θα ήταν να χρησιμοποιήσουμε εγκεκριμένα ερωτηματολόγια πριν και μετά από κάθε θεραπευτική παρέμβαση. Τα ερωτηματολόγια αυτά είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθούν στην καθημερινή πράξη, γιατί είναι χρονοβόρα, επειδή έχουν σχεδιαστεί για ερευνητικούς σκοπούς και ομαδικές αξιολογήσεις.

*“Οποιαδήποτε αλλαγή δεν είναι βελτίωση, αλλά κάθε βελτίωση είναι αλλαγή”*¹⁷

Η αξιολόγηση της ποιότητας της εκπαίδευσης για το διαβήτη μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της περίθαλψης των ατόμων με διαβήτη, με αποτέλεσμα τη βελτίωση όλων αυτών των εκβάσεων που χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, για παράδειγμα την ικανοποίηση για τη ζωή τους, την ευεξία και την κατάσταση της υγείας τους.¹⁷

Εκπαιδευτικά εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών που θα τους βοηθήσει να βρουν τους δικούς του τρόπους για τη βελτίωση της, είναι η ατομική δομημένη συνέντευξη ή η ομαδική συζήτηση με τους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Τα άτομα με διαβήτη πρέπει να έχουν την ευκαιρία να εκφράσουν πιθανή δυσαρέσκεια με την αγωγή ή την έκβασή της.²⁶

Εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη

Σημαντική είναι η ανάπτυξη ειδικών εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής στο ΣΔ τα τελευταία χρόνια. Παράλληλα, όμως, με τον αριθμό των ειδικών εργαλείων, αυξάνεται και η δυσκολία επιλογής του κατάλληλου κάθε φορά εργαλείου για τον υπό μελέτη πληθυσμό. όρου «ποιότητα ζωής», που, ενώ φαίνεται να είναι απλός και αυτονόητος,

είναι πολυδιάστατος και δύσκολα οριοθετείτε. Η εκτενέστερη από πλευράς ερωτήσεων ήταν η diabetes care profile (DCP), με 234 ερωτήσεις, και η συντομότερη η appraisal of diabetes scale (ADS), με 7 ερωτήσεις. Ειδικές κλίμακες για το ΣΔ τύπου 1 ήταν οι DHP-1, DKQ-1, DSQOLS, barriers to self-care scale, IMDSES και KPDQ, ενώ οι DHP-18, DKQ-2, type 2 diabetes symptom checklist και DSC εκτιμήθηκαν ως ειδικές για τον τύπο 2. Όλες αυτές οι κλίμακες εμφανίζονται στο παράρτημα 1. Η PADS θα πρέπει να συμπληρώνεται από το θεραπευτή, ενώ οι υπόλοιπες συμπληρώνονται από τον ίδιο τον ασθενή. Ορισμένες κλίμακες, όπως οι DHP, DTSQ και DSC-R, έχουν μεταφραστεί σε περισσότερες από 13 γλώσσες η καθεμιά (παράρτημα 1).¹⁶

Εργαλεία που εκτιμούν την επίδραση στην ποιότητα ζωής των γνώσεων, των απόψεων, της ικανότητας των ασθενών να ρυθμίζουν σωστά τη νόσο τους, καθώς και τις ανεπάρκειες στην εκπαίδευσή τους, είναι τα ADKpowI, BAS, diabetes questionnaire, DKN, DKQ, DKS, DKT, DPQS, HAK, test of patient knowledge.(παράρτημα 1).¹⁶

Η ανάπτυξη του αριθμού των ειδικών εργαλείων για το ΣΔ τα τελευταία χρόνια γίνεται με γρήγορους ρυθμούς και συχνά υπάρχουν προβλήματα που αφορούν στην τυποποίηση των εργαλείων και στην ευαισθησία τους στις αλλαγές της ποιότητας ζωής.⁴

Η επιλογή του κατάλληλου εργαλείου για ένα συγκεκριμένο πληθυσμό θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή και να λαμβάνει υπόψη αφενός την αξιοπιστία, την εγκυρότητα και την ευαισθησία της κάθε κλίμακας και αφετέρου το πόσο αυτή είναι πρακτική, αποδεκτή και εφαρμόσιμη και ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Η Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης έχει τα τελευταία χρόνια δραστηριοποιηθεί στην ανάπτυξη κλιμάκων μέτρησης της ποιότητας ζωής, τόσο γενικών όσο και ειδικών.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η μελέτη της ποιότητας ζωής των παιδιών και των εφήβων με Σακχαρώδη Διαβήτη

Η μελέτη της ποιότητας ζωής των παιδιών και των εφήβων με Σ.Δ. ξεκινά μόλις το 1991 με την εργασία των Ingersoll και Marrero. Οι ερευνητές αυτοί μετέτρεψαν το εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής που χρησιμοποιήθηκε στην Κλινική Δοκιμή για τον Έλεγχο και τις Επιπλοκές του Διαβήτη (Diabetes Control and Complications Trial DCCT) έτσι ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μελέτες μέτρησης της ποιότητας ζωής σε παιδιά και εφήβους.

Το ειδικό για τον Διαβήτη εργαλείο που προέκυψε (DQOLY) περιλαμβάνει τρεις κλίμακες που συσχετίζονται μεταξύ τους : την κλίμακα των επιπτώσεων του νοσήματος, την κλίμακα της ευχαρίστησης της ζωής με το διαβήτη και την κλίμακα των ανησυχιών που σχετίζονται με το νόσημα. Επιπλέον περιλαμβάνει μία γενική ερώτηση για το πώς βαθμολογεί ο έφηβος το συνολικό επίπεδο της υγείας του.

Το DQOLY χορηγήθηκε σε 74 παιδιά και εφήβους, μέσης ηλικίας και διάρκειας διαβήτη 16,0 και 5,6 χρόνια αντίστοιχα, από διαφορετικά κοινωνικά και πολιτισμικά στρώματα. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι η ηλικία δεν σχετίζεται με την ποιότητα ζωής αλλά ότι το μικρότερης διάρκειας νόσημα έχει περισσότερες επιπτώσεις. Επίσης ότι τα κορίτσια έχουν περισσότερες ανησυχίες για το νόσημα σε σχέση με τα αγόρια. Το DQOLY χρησιμοποιήθηκε σε πολλές μεταγενέστερες έρευνες για τη μέτρηση του επιπέδου ποιότητας ζωής των παιδιών και των εφήβων με Σ.Δ. τύπου I.³⁰

Σε μία έρευνα που έγινε το 1992 από τους *Eiser et al.* χρησιμοποιήθηκε το γνήσιο εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής της Κλινικής Δοκιμής για τον Έλεγχο και τις Επιπλοκές του Διαβήτη (Diabetes Control and Complications Trial DCCT) σε άτομα με Διαβήτη τύπου I ηλικίας από 15 έως 25 χρόνων. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας συμφωνούν με αυτά της DCCT στο εύρημα, ότι δεν υπάρχει καμία συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των καθημερινών ενέσεων (εντατικοποίηση θεραπείας) και στην ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με το νόσημα.³¹

Το 1998 η ομάδα της *Grey* και των συνεργατών της στο πανεπιστήμιο του Yale διεξήγαγαν μια προοπτικού τύπου, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική δοκιμή την ABC Diabetes Study (Adolescents Benefit from Control of Diabetes Study). Η μελέτη αυτή είχε ως σκοπό την καταγραφή της επίδρασης - στο μεταβολικό έλεγχο και στην ποιότητα ζωής των εφήβων με Σ.Δ. - ενός προγράμματος εκπαίδευσης σε δεξιότητες αντιμετώπισης θεμάτων που άπτονται του νοσήματος σε συνδυασμό με την εφαρμογή εντατικοποιημένης θεραπείας για το διαβήτη. Κατά την έναρξη της δοκιμής αυτής οι ερευνητές κατέγραψαν τους πιθανούς προσωπικούς και οικογενειακούς παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των εφήβων με Σ.Δ.. Για την μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποίησαν το DQOLY των Ingersoll και Martero.

Στην ερευνά τους συμμετείχαν 54 έφηβοι με μέση ηλικία τα 16,1 χρόνια και μέση διάρκεια του διαβήτη τα 8,2 χρόνια, κυρίως καυκάσιας καταγωγής και μέσου προς ανώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Εκτός από κάποια δημογραφικά στοιχεία, τη HbA_{1c} και το DQOLY οι έφηβοι συμπλήρωσαν και μια σειρά άλλων ερωτηματολογίων, τα οποία αντλούσαν στοιχεία για προσωπικά και οικογενειακά θέματα σχετικά με την αντιμετώπιση του διαβήτη. Αμέσως μετά ακολούθησε η εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης σε δεξιότητες αντιμετώπισης θεμάτων, τα οποία άπτονται του νοσήματος σε συνδυασμό με την εφαρμογή εντατικοποιημένης θεραπείας για το διαβήτη.

Τα αποτελέσματα της πρωταρχικής έρευνας κατέδειξαν, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων με Σ.Δ. ανέφερε ότι είχε καλό επίπεδο ποιότητας ζωής παρά το γεγονός ότι έβρισκαν το Διαβήτη σχετικά δύσκολο στην αντιμετώπιση και ενοχλητικό. Οι κυριότεροι προγνωστικοί δείκτες για κακή ποιότητα ζωής ήταν η κατάθλιψη και οι συναισθηματικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης (επανάσταση και επιθετικότητα). Τα κορίτσια ήταν πιο επιρρεπή στην κατάθλιψη και εμφάνισαν περισσότερες ανησυχίες σχετικά με το νόσημα. Ο μεταβολικός έλεγχος δεν σχετιζόταν με καμία παράμετρο της ποιότητας ζωής του DQOLY.³² Τρεις μήνες και ένα χρόνο μετά την εφαρμογή της προκαθορισμένης παρέμβασης δεν παρατηρήθηκε καμία αλλαγή στην ποιότητα ζωής με την εφαρμογή της εντατικοποιημένης θεραπείας. Επιπλέον τα άτομα που έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα των δεξιοτήτων βελτίωσαν τόσο το μεταβολικό τους έλεγχο όσο και την ποιότητα ζωής τους.^{33,34}

Οι *Guttman-Bauman, Flaherty, Strugger, και McEvoy* εξέτασαν τη σχέση μεταξύ του μεταβολικού ελέγχου και της σχετιζόμενης με το διαβήτη ποιότητας ζωής

(Diabetes Related Quality of Life DRQoL) σε ένα δείγμα 69 εφήβων με μέση ηλικία 15 χρόνων και μέση διάρκεια νοσήματος 7 χρόνων. Το ένα τρίτο του δείγματος αποτελούνταν από νέους από μειονότητες αλλά το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του δείγματος δεν αναφέρθηκε. Ο μεταβολικός έλεγχος αξιολογήθηκε από την HbA_{1c} και από τη συχνότητα των οξέων συμβαμάτων όπως οι σχετικές με το διαβήτη επισκέψεις στα επείγοντα ή οι εισαγωγές σε νοσοκομείο. Χρησιμοποιώντας το συνολικό αποτέλεσμα από το ποσό των τριών κλιμάκων του DQOLY των Ingersoll και Marrero, σημαντικές συσχετίσεις λήφθηκαν μεταξύ της σχετιζόμενης με το διαβήτη ποιότητας ζωής (Diabetes Related Quality of Life DRQoL) και της HbA_{1c} καθώς επίσης και μεταξύ της DRQoL και των οξέων συμβαμάτων, έτσι ώστε οι νέοι οι οποίοι ανέφεραν καλύτερο επίπεδο DRQoL να έχουν χαμηλότερα επίπεδα HbA_{1c} και λιγότερα οξέα συμβάματα.³⁵

Οι φτωχοί νέοι και αυτοί οι οποίοι προέρχονται από μειονότητες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για φτωχό μεταβολικό έλεγχο και χαμηλότερο επίπεδο DRQoL.

Σε μια μελέτη με νέους από διαφορετικό κοινωνικό, πολιτισμικό και εθνικό περιβάλλον ο *Delamater* και οι συνεργάτες του μελέτησαν την επίδραση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στην ποιότητα ζωής των νέων με Σ.Δ.. Στην έρευνα συμμετείχαν 23 καυκάσιοι, 29 αφροαμερικάνοι και 44 ισπανόφωνοι νέοι. Οι καυκάσιοι νέοι είχαν σημαντικά υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο από τους αφροαμερικάνους και τους ισπανόφωνους νέους. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν το DQOLY των Ingersoll και Marrero και εξέτασαν την DRQoL σε σχέση με δημογραφικούς, κλινικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Τα συμπεράσματα της έρευνας κατέληξαν σε σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο DRQoL (δηλ., μεγαλύτερος αντίκτυπος του νοσήματος και ανησυχίες) στους νέους από οικογένειες με ένα γονέα και σε εκείνους με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Οι αφροαμερικάνοι ανέφεραν περισσότερες ανησυχίες από τους καυκάσιους νέους, αλλά όταν το εύρημα αυτό διορθώθηκε με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αυτή η επίδραση μειώθηκε. Διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συσχετίστηκαν σημαντικά με την DRQoL. Συγκεκριμένα, χαμηλότερο επίπεδο DRQoL συνδέθηκε με δυσπροσαρμοστικότητα, αυξημένο άγχος σχετικό με το διαβήτη, περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και μεγαλύτερα ποσοστά μη υποστηρικτικής οικογενειακής συμπεριφοράς. Η ηλικία, η

διάρκεια του διαβήτη, το φύλο και η HbA_{1c} ήταν ανεξάρτητες από τη σχετιζόμενη με το διαβήτη ποιότητα ζωής (Diabetes Related Quality of Life DRQoL).²⁵

Επίσης από τη βιβλιογραφία αναφέρονται ακόμη δύο μελέτες, οι οποίες μελέτησαν την ποιότητα ζωής των παιδιών με Σ.Δ. τύπου Ι. Η μία η οποία προέρχεται από τη Γερμανία αναλύει τις ψυχομετρικές ιδιότητες του γενικού ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής KINDL³⁶ και η άλλη η οποία προέρχεται από τη Βρετανία αναλύει τις ψυχομετρικές ιδιότητες ενός άλλου διαφορετικού γενικού ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής³⁷.

Στη γερμανική μελέτη βρέθηκε, ότι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες παίζουν μικρό ρόλο στην ποιότητα ζωής χρονίως νοσούντων παιδιών. Επιπλέον βρέθηκε ότι τα παιδιά με άσθμα και διαβήτη δηλώνουν παρόμοια ποιότητα ζωής και ότι το επίπεδο ποιότητας ζωής των διαβητικών παιδιών δεν διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από αυτό φυσιολογικών παιδιών. Μια ηλικιακή διαφορά καταγράφηκε με τα μικρότερα παιδιά να δηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής, γεγονός το οποίο εξηγείται αν λάβει κανείς υπόψη το στρες, το οποίο συνοδεύει τη μετάβαση στην εφηβεία.³⁶

Στη βρετανική μελέτη καταγράφηκε η αντίληψη των γονέων για την ποιότητα ζωής των παιδιών με Σ.Δ. και επιληψία. Στην παρούσα μελέτη οι γονείς δεν θεωρούν ότι ο διαβήτης έχει σοβαρό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των παιδιών τους σε αντίθεση με τους γονείς επιληπτικών παιδιών.³⁷

Μια από τις πρώτες έρευνες που κατέγραψαν την ποιότητα ζωής των παιδιών με Σ.Δ. ήταν αυτή των *Wake, Hesketh και Carmeront* στην Αυστραλία το 2000. Πρόκειται για μια περιγραφική έρευνα χρονικής στιγμής στην οποία καταγράφεται η άποψη των εφήβων με Σ.Δ. και των γονέων παιδιών και εφήβων με Σ.Δ. για την ποιότητα ζωής των παιδιών. Η έρευνα χρησιμοποιεί το γενικό ερωτηματολόγιο για τη σωματική και την ψυχοκοινωνική υγεία Child Health Questionnaire (CHQ-PF50 γονέων παιδιών 5-18 ετών και CHQ-CF80 εφήβων 12-18 ετών) για να συγκρίνει την ποιότητα ζωής των παιδιών με Σ.Δ. με μια ομάδα ελέγχου από το γενικό πληθυσμό.

Από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτει, ότι οι γονείς των παιδιών και των εφήβων με Σ.Δ. ανέφεραν πολύ χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, ιδιαίτερα στον ψυχοκοινωνικό και οικογενειακό τομέα. Η HbA_{1c} βρέθηκε να είναι αντίστροφα ανάλογη με τα αποτελέσματα στο ερωτηματολόγιο των γονέων, ιδιαίτερα

με αυτά του ψυχοκοινωνικού τομέα στην ηλικιακή ομάδα 5-11. Οι έφηβοι με Σ.Δ. ανέφεραν παρόμοια ποιότητα ζωής με τους συνομηλίκους τους χωρίς Σ.Δ.³⁸

Δύο χρόνια μετά, στην ίδια μελέτη, οι γονείς των παιδιών και των εφήβων με διαβήτη ανέφεραν πάλι ότι η υγεία των παιδιών τους ήταν αρκετά φτωχότερη από την υγεία των παιδιών και των εφήβων στην ευρύτερη κοινότητα. Επιπλέον, οι έφηβοι με διαβήτη εξακολούθησαν να αναφέρουν ότι η υγεία τους είναι παρόμοια με τους εφήβους χωρίς διαβήτη, αλλά αντίθετα με τους γονείς τους ανέφεραν ότι, με το χρόνο, η υγεία τους ασκούσε λιγότερη επίδραση στις οικογενειακές δραστηριότητες. Η χαμηλότερη ψυχοκοινωνική υγεία όπως αναφέρθηκε από τους γονείς συνδέθηκε με φτωχότερο μεταβολικό έλεγχο και στα δύο χρονικά σημεία. Παρόλα αυτά η ψυχοκοινωνική υγεία όπως αναφέρθηκε από τους γονείς δεν αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα για την επιδείνωση στο μεταβολικό έλεγχο κατά τη διάρκεια των 2 ετών της μελέτης. Αντιθέτως ήταν η φυσική κατάσταση της αρχικής μελέτης (όπως αναφέρεται και από τους γονείς και τους εφήβους) που προέβλεψε τις αλλαγές στο μεταβολικό έλεγχο κατά την πάροδο του χρόνου. Αυτό δείχνει ότι η φτωχότερη φυσική υγεία είναι ένας παράγοντας κινδύνου για τον επιδεινούμενο μεταβολικό έλεγχο.³⁹

Εκτός από τους Guttman-Bauman, Flaherty, Strugger, και McEvoy μια άλλη μελέτη, η οποία συνδίασε τη βελτίωση του μεταβολικού ελέγχου με υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής είναι η μελέτη της ομάδας για το Νεανικό Διαβήτη *Hvidore (Hvidore Study Group on Childhood Diabetes)*. Η μελέτη της ομάδας για τον Νεανικό Διαβήτη Hvidore είναι η μεγαλύτερη μελέτη μέχρι σήμερα που υποστηρίζει τη συσχέτιση του μεταβολικού ελέγχου με την ποιότητα της ζωής στους εφήβους με διαβήτη τύπου I. Η μελέτη η οποία περιέλαβε 2.101 εφήβους, ηλικίας 10-18 χρόνων, από 21 κέντρα σε 17 χώρες από την Ευρώπη, την Ασία, και τη Βόρεια Αμερική. Και σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το DQOLY των Ingersoll και Marrero. Οι ασθενείς, οι οποίοι προέρχονταν από μειονοτικές ομάδες (n = 161) είχαν φτωχότερα αποτελέσματα για την ποιότητα ζωής τόσο όσον αφορά τον αντίκτυπο του διαβήτη όσο και για τις ανησυχίες και τη γενικότερη αντίληψη για την υγεία. Επιπλέον η έρευνα κατέδειξε, ότι στα κορίτσια ο Διαβήτης έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο, προκαλεί περισσότερες ανησυχίες και χαμηλότερη ικανοποίηση ζωής καθώς και χειρότερη αντίληψη για τη γενικότερη υγεία από ότι στα αγόρια.⁴⁰

Σε μια ιταλική μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δύο κέντρα αντιμετώπισης του νεανικού διαβήτη, βρέθηκε ότι υπάρχει σαφής σχέση ανάμεσα στο μεταβολικό έλεγχο και

στην ποιότητα ζωής των εφήβων με διαβήτη τύπου I. Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο την απάντηση στην ερώτηση εάν οι απαιτήσεις της εντατικοποιημένης θεραπείας μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των εφήβων και αυτή των γονέων τους. Συνολικά, 153 έφηβοι περιλήφθηκαν (μέσης ηλικίας 14,6 χρόνια μέση διάρκεια διαβήτη 6,5 +/- 3,5 χρόνια) από δύο πανεπιστημιακά κέντρα αντιμετώπισης του νεανικού διαβήτη. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το DQOLY. Ο αντίκτυπος του διαβήτη ήταν παρόμοιος και για τα αγόρια και για τα κορίτσια χωρίς αυτός να έχει σχέση με την ηλικία ή τη διάρκεια του διαβήτη, αλλά με σημαντική την επιρροή των τιμών της HbA_{1c}. Έναντι των αγοριών, τα κορίτσια είχαν μια πιο πρώιμη (περίπου 12 χρόνων) και σημαντικότερη αύξηση στις ανησυχίες με την αύξηση της ηλικίας ενώ χαμηλότερες τιμές HbA_{1c} συνδέθηκαν με λιγότερες ανησυχίες. Επιδείνωση στην ευχαρίστηση της ζωής με την πάροδο του χρόνου εμφανίστηκε νωρίτερα στα κορίτσια από ότι στα αγόρια και συνδέθηκε με υψηλά επίπεδα HbA_{1c}. Η γενικότερη αντίληψη για την προσωπική υγεία ήταν χαμηλότερη στα κορίτσια από ότι στα αγόρια και επηρεάστηκε από τις τιμές της HbA_{1c} τόσο στα κορίτσια όσο και στα αγόρια. Το φορτίο της οικογένεια με το διαβήτη μειώθηκε με την αύξηση της ηλικίας του εφήβου. Συνολικά, χαμηλότερο επίπεδο HbA_{1c} συνδέθηκε με καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής και με μικρότερα ποσοστά αντίληψης για αυξημένο φορτίο στην οικογένεια.⁴¹

Σε μια συγκριτική, περιγραφική μελέτη του 2003, η *Faulkner* σύγκρινε τα αποτελέσματα όσον αφορά το επίπεδο της ποιότητας ζωής μεταξύ 69 διαβητικών και 75 υγιών εφήβων και των γονέων τους. Επιπλέον μελέτησε την πιθανή επίδραση παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, η φυλή και το επίπεδο του μεταβολικού ελέγχου στην ποιότητα ζωής και την γενικότερη αντίληψη για την κατάσταση της υγείας των εφήβων με διαβήτη.²¹ Η έρευνα αυτή χρησιμοποίησε το DQOLY καθώς και μια σειρά άλλων ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια αυτά καταγράφουν την άποψη των εφήβων και των γονέων τους για την ικανότητα και την επάρκεια των εφήβων σε διάφορους τομείς (σωματική υγεία, κοινωνική και σχολική λειτουργικότητα) καθώς και για τη συνολική τους υγεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα άτομα με ή χωρίς Διαβήτη με μέτρα σύγκρισης τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση καθώς και την κοινωνική ευμάρεια. Παρόλα αυτά οι έφηβοι με Σ.Δ. και οι γονείς τους ανέφεραν ότι είχαν χαμηλότερα επίπεδα ευχαρίστησης από τη ζωή και χειρότερη αντίληψη για την γενική κατάσταση της υγείας τους από την ομάδα ελέγχου. Τα κορίτσια ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ευχαρίστησης από την ζωή από τα αγόρια και οι μεγαλύτεροι έφηβοι χειρότερο επίπεδο γενικής κατάστασης υγείας και περισσότερες ανησυχίες σε σχέση

με τους μικρότερους. Τέλος βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην HbA_{1c} και την γενικότερη αντίληψη για την υγεία αλλά όχι μεταξύ της HbA_{1c} και του επιπέδου ποιότητας ζωής έτσι όπως αυτό εκφράζεται από το DQOLY.²¹

Σε μια έρευνα του 2003 από Νορβηγούς ερευνητές χρησιμοποιήθηκαν τόσο το γενικό ερωτηματολόγιο Child Health Questionnaire (CHQ-CF87) όσο και το ειδικό για τον διαβήτη DQOLY για την αξιολόγηση του επιπέδου ποιότητας ζωής των εφήβων με Σ.Δ. τύπου I. Στη συγκεκριμένη έρευνα έγινε σύγκριση 115 εφήβων με Σ.Δ., μέσης ηλικίας 14,5 ετών και μέσης διάρκειας διαβήτη 6,99 χρόνια, με μια ομάδα 38 υγιών εφήβων ηλικίας 15-18 ετών. Σε σύγκριση με τους υγιείς εφήβους, τα υπό εξέταση άτομα με διαβήτη εξέθεσαν έναν σημαντικά χαμηλότερο βαθμό γενικής υγείας. Οι κλίμακες του CHQ-CF87 έδειξαν ότι η μεγαλύτερη ηλικία στους εφήβους με διαβήτη συνδέθηκε με χαμηλότερα αποτελέσματα στη διανοητική υγεία, την αυτοεκτίμηση, τη συμπεριφορά και τη γενική υγεία. Το ερωτηματολόγιο DQOLY έδειξε ότι οι μεγαλύτεροι έφηβοι είχαν περισσότερες ανησυχίες, αντιλήφθηκαν έναν μεγαλύτερο αντίκτυπο του διαβήτη στην καθημερινή τους ζωή και είχαν χαμηλότερη σχετική με το διαβήτη ικανοποίηση ζωής. Τα αποτελέσματα για τα κορίτσια ήταν χαμηλότερα από εκείνα για τα αγόρια και στα δύο ερωτηματολόγια. Ούτε η HbA_{1c} ούτε άλλες κλινικές μεταβλητές βρέθηκαν να συσχετίζονται με τα αποτελέσματα των δύο ερωτηματολογίων.⁴²

Ταυτόχρονα με αυτή την έρευνα, οι ίδιοι ερευνητές διεξήγαγαν μια ακόμη μελέτη η οποία είχε ως αντικείμενο να μελετηθούν συστηματικά οι διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης, τους οποίους υιοθετούν οι έφηβοι για την αντιμετώπιση των προκλήσεων του νοσήματος και να ερευνηθεί η πιθανή ύπαρξη σχέσης ανάμεσα σε αυτούς τους μηχανισμούς άμυνας και το μεταβολικό έλεγχο ή την ποιότητα ζωής. Υπάρχουν δύο κατηγορίες τρόπων αντιμετώπισης των δυσκολιών. Η αντιμετώπιση η εστιασμένη στο πρόβλημα είναι αυτή κατά την οποία το άτομο καταβάλλει προσπάθειες που στοχεύουν στη λογική διαχείριση ενός προβλήματος και στην αλλαγή των καταστάσεων που προκαλούν δυσφορία. Η αντιμετώπιση η εστιασμένη στο συναίσθημα είναι αυτή κατά την οποία το άτομο καταβάλλει προσπάθειες που στοχεύουν στην μείωση του συναισθηματικού φορτίου και στη ρύθμιση συναισθημάτων που μπορεί να συνοδεύουν ή να είναι το αποτέλεσμα ενός στρεσογόνου γεγονότος. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι ο κακός μεταβολικός έλεγχος και το χαμηλότερο επίπεδο σχετικής με το διαβήτη ποιότητας ζωής συνδέονται με μεγαλύτερα ποσοστά υιοθέτησης της αντιμετώπισης της εστιασμένης στο συναίσθημα.⁴³

Σε μια έρευνα του 2003 ο *Varni* και οι συνεργάτες του προσπάθησαν να διερευνήσουν τις ψυχομετρικές ιδιότητες του γενικού ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής PedsQL (PedsQL 4.0 Generic Core Scales) και του ειδικού συμπληρώματος του για το διαβήτη (PedsQL 3.0 Diabetes module) σε μια ομάδα 300 παιδιών και εφήβων με Διαβήτη και τους γονείς τους. Από τις αναφορές των παιδιών βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των υγιών παιδιών και των παιδιών με διαβήτη για όλες τις κλίμακες εκτός από τη φυσική κατάσταση και την κοινωνική λειτουργικότητα. Από τις αναφορές των γονέων βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των υγιών παιδιών και των παιδιών με διαβήτη σε όλες τις κλίμακες. Η HbA_{1c} δεν συσχετίστηκε με καμία από τις κλίμακες των ερωτηματολογίων.

Μια άλλη μελέτη που χρησιμοποίησε το γενικό ερωτηματολόγιο PedsQL 4.0 Generic Core Scales για να συγκρίνει την γενική ποιότητα ζωής διαβητικών παιδιών με υγιή είναι αυτή της *Laffel* και των συνεργατών της. Η έρευνα περιελάμβανε 100 παιδιά και εφήβους, ηλικίας 8-17 ετών με μέση διάρκεια διαβήτη τα 2,7 χρόνια και τους γονείς τους. Στα αποτελέσματα της έρευνας δεν βρέθηκε καμία διαφορά ανάμεσα στην ποιότητα ζωής όπως αυτή καταγράφηκε από τις αναφορές των νέων με Σ.Δ. τύπου I και σε δημοσιευμένες νόρμες από ένα υγιές παιδιατρικό δείγμα. Επιπλέον βρέθηκε σημαντική αλλά μικρή διαφορά μεταξύ του δείγματος των γονέων των διαβητικών παιδιών και του υγιούς δείγματος στα αποτελέσματα που αφορούσαν την συνολική ποιότητα ζωής. Ένα χρόνο μετά την αρχική μελέτη τα αποτελέσματα για την ποιότητα ζωής παρέμειναν ίδια με μια μικρή βελτίωση. Τόσο στην αρχική όσο και στην μετά ένα χρόνο μέτρηση, τα παιδιά που ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά σχετικής με το διαβήτη οικογενειακής σύγκρουσης ανέφεραν τη χαμηλότερη γενική ποιότητα ζωής και τα χαμηλότερα αποτελέσματα στις υποκλίμακες της φυσικής κατάστασης και της ψυχοκοινωνικής υγείας. Οι γονικές απαντήσεις αποκάλυψαν παρόμοιες τάσεις. Η ηλικία, το φύλο, η διάρκεια του νοσήματος, το είδος της θεραπείας και η HbA_{1c} δεν είχαν καμία σχέση με την ποιότητα ζωής τόσο στην αρχή όσο και μετά ένα χρόνο. Πράγματι, η αναφορά του παιδιού για τη σχετική με τον διαβήτη οικογενειακή σύγκρουση παρέμεινε ο μόνος σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής τόσο στην αρχή όσο και ένα χρόνο αργότερα. Παρόμοια με άλλες μελέτες δεν βρέθηκε καμία σχέση μεταξύ της ποιότητας της ζωής και του γλυκαιμικού ελέγχου.²⁰

Σε μια πρωτότυπη πρόσφατη έρευνα οι *Wagner, Abbot και Lett* μελέτησαν ογδόντα παιδιά και εφήβους, σε μια θερινή κατασκήνωση για διαβητικά παιδιά. Τα

παιδιά και οι έφηβοι συμπλήρωσαν μια συνέντευξη για την αξιολόγηση της προσωπικής ποιότητας ζωής. Η συνέντευξη αυτή επιτρέπει στους ερωτώμενους να ορίσουν τους τομείς που θεωρούν σημαντικούς για την ποιότητα ζωής τους. Οι ερωτώμενοι όρισαν πολλούς τομείς μη σχετιζόμενους με το διαβήτη γεγονός το οποίο υπογραμμίζει ότι η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη. Όσο μεγάλωνε η ηλικία των ερωτώμενων τόσο μεγάλωνε η σημασία των φίλων και ελαττωνόταν η σημασία της οικογένειας για την ποιότητα ζωής. Οι μικρές αλλαγές στη κατανόηση του διαβήτη και της υγείας με την αυξανόμενη ηλικία αντικατοπτρίζουν τη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών ή την προσαρμογή στο νόσημα και καθιστούν αναγκαία την στροφή της προσοχής στους εφήβους.⁴⁵

Σε μια άλλη πρόσφατη έρευνα που διεξάχθηκε στην Αυστραλία με το ερωτηματολόγιο CHQ και το DQOLY βρέθηκε πάλι διαφορά στην ποιότητα ζωής ανάμεσα στα διαβητικά και τα υγιή παιδιά. Επιπλέον, δύο χρόνια μετά, αν και τα παιδιά με διαβήτη δεν ανέφεραν βελτίωση στη φυσική κατάσταση της υγείας τους, ανέφεραν ότι τα προβλήματα υγείας τους παρεμπόδισαν σημαντικά λιγότερο την σωματική τους δραστηριότητα και τις οικογενειακές δραστηριότητες. Ανέφεραν επίσης μια μείωση του βαθμού στον οποίο τα προβλήματα υγείας τους παρεμπόδισαν τις συναναστροφές με τους συνομηλίκους τους και την σχολική εργασία, αν και αυτές οι αλλαγές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.⁴⁶

Δύο σχετικά πρόσφατες ερευνητικές εργασίες, μια από την Αυστραλία και μια από την Αμερική καθώς και μια ανασκόπηση παραθέτουν στοιχεία για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών με Σ.Δ. μετά τη μετάβαση στη θεραπεία με αντλία ινσουλίνης. Η θεραπεία αυτή, όπως ισχυρίζονται οι ερευνητές, υπόσχεται τη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου και τη μείωση των επεισοδίων υπογλυκαιμίας σε συνδυασμό με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών με διαβήτη τύπου 1. Δύο άλλες μελέτες από ιταλικά κέντρα μελετούν τη βελτίωση που πιθανώς προσφέρουν στη ζωή των διαβητικών παιδιών οι νέες συσκευές, όπως τα στυλό και οι συσκευές συνεχούς μέτρησης σακχάρου καθώς και οι παιδικές κατασκευές για παιδιά με διαβήτη.^{47,48}

Σε μια πολύ πρόσφατη γερμανική έρευνα αξιολογήθηκε η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL) στα παιδιά (ηλικίας 8-12 έτη) και τους εφήβους (ηλικίας 13-16 έτη) με διαβήτη τύπου I και τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με μια υγιή ομάδα ελέγχου. Επιπλέον προσδιορίστηκαν όλοι οι καθοριστικοί παράγοντες που σχετίζονται με την

HRQOL. Συνολικά 68 παιδιά και έφηβοι από μια πανεπιστημιακή κλινική αντιμετώπισης του νεανικού διαβήτη συμπλήρωσαν το γενικό ερωτηματολόγιο KINDL-R. Το εργαλείο αυτό, που απευθύνεται σε παιδιά και τους εφήβους, έχει έξι διαστάσεις και μια πρόσθετη ενότητα η οποία αξιολογεί την σχετική με μια κατάσταση HRQOL. Συνολικά, η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής HRQOL δεν ήταν διαφορετική μεταξύ των ασθενών με διαβήτη I και των υγιών μαρτύρων. Σε μερικές ενότητες, τα παιδιά και οι έφηβοι με διαβήτη ανέφεραν καλύτερη HRQOL έναντι των υγιών μαρτύρων: οι έφηβοι με Σ.Δ. ανέφεραν περισσότερη ψυχολογική ευημερία και τα παιδιά με Σ.Δ. πιο υψηλά επίπεδα σχολικής απόδοσης. Γενικά, τα παιδιά με Σ.Δ. ανέφεραν καλύτερη HRQOL από τους εφήβους με Σ.Δ. επιβεβαιώνοντας τις ηλικιακές διαφορές στην HRQOL στο γενικό πληθυσμό. Χαμηλότερη HbA_{1c} (< 8%) και εντατικοποιημένη θεραπεία (> 3 ενέσεις /ημέρα) συνδέθηκαν με καλύτερη HRQOL στις διαφορετικές ενότητες. Στην υποκλίμακα «χρόνιο νόσημα» τα παιδιά και οι έφηβοι με Σ.Δ. παρουσίασαν καλύτερη HRQOL συγκριτικά με μια ομάδα ελέγχου παιδιών με άλλα χρόνια νοσήματα.⁴⁹

Σε άλλη επίσης γερμανική έρευνα, που έγινε για να αξιολογηθούν οι ψυχομετρικές ιδιότητες του αγγλικού ερωτηματολογίου KINDL σε έναν ασιατικό πληθυσμό στην Γερμανία, βρέθηκε ότι τα παιδιά με Σ.Δ. ανέφεραν καλύτερη HRQOL από ότι υγιείς μάρτυρες. Αν και το γεγονός αυτό δεν ευσταθεί λογικά, διάφορες εξηγήσεις είναι δυνατές: (1) η προσαρμογή στην ασθένεια με την πάροδο του χρόνου, (2) η καλή ρύθμιση των παιδιών της έρευνας, (3) μετατόπιση της απάντησης, επειδή οι ασθενείς μπορεί να έχουν τροποποιήσει τις προσδοκίες τους από τη ζωή μετά από μια κακή εμπειρία με την υγεία τους, (4) η παροχή υψηλής ποιότητας ιατρικής φροντίδας, (5) έναντι των υγιών παιδιών, τα διαβητικά παιδιά και οι οικογένειες τους δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στα ζητήματα υγείας.⁵⁰

Συζήτηση βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η ποιότητα ζωής των παιδιών και των εφήβων με Σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, έτσι όπως αυτή λαμβάνεται από γενικά και ειδικά για το διαβήτη ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής, είναι σε αρκετά καλά επίπεδα με μικρές ή και καθόλου διαφορές με αυτή των υγιών παιδιών.

Στις περισσότερες περιπτώσεις φαίνεται, ότι η αυξανόμενη ηλικία οδηγεί σε επιδείνωση της ποιότητας ζωής, γεγονός που αποδίδεται στη γενικότερη αναταραχή, την οποία προκαλεί η μετάβαση στην εφηβεία.

Τα κορίτσια δηλώνουν τις περισσότερες φορές χειρότερη ποιότητα ζωής με περισσότερες ανησυχίες και μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη είναι ένας πολύ σημαντικός αρνητικός προγνωστικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής.

Επιπλέον η σύγκρουση μέσα στην οικογένεια για θέματα που αφορούν το διαβήτη αποτελεί σημαντικότερο προγνωστικό παράγοντα για κακή ποιότητα ζωής από ότι το ίδιο το νόσημα.

Η εντατικοποίηση της θεραπείας έτσι όπως αυτή ορίστηκε από την Κλινική Δοκιμή για τον Έλεγχο και τις Επιπλοκές του Διαβήτη (Diabetes Control and Complications Trial DCCT) σε καμία περίπτωση δεν βρέθηκε να επιδεινώνει μακροπρόθεσμα την ποιότητα ζωής των παιδιών και των εφήβων με Σ.Δ., ενώ σε πολλές έρευνες βρέθηκε ότι τη βελτιώνει.

Σε μερικές έρευνες βρέθηκε σχέση μεταξύ του μεταβολικού ελέγχου του διαβήτη, έτσι όπως αυτός εκφράζεται από την HbA_{1c} και της ποιότητα ζωής. Σε άλλες δεν βρέθηκε σχέση. Σε καμία όμως περίπτωση δεν βρέθηκε να συνδυάζεται ο φτωχός μεταβολικός έλεγχος με καλή ποιότητα ζωής.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, όπου στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τόσο οι αναφορές των παιδιών όσο και των γονέων τους βρέθηκε ότι τα παιδιά έχουν πιο θετική άποψη για την ποιότητα της ζωής τους από ότι έχουν οι γονείς τους.

Οι τομείς της ποιότητας ζωής, οι οποίοι επηρεάζονται περισσότερο, πάντα σύμφωνα με τις αναφορές των ασθενών και των γονέων τους, είναι αυτοί του ψυχοκοινωνικού τομέα και της οικογενειακής ζωής.

Οι οικογένειες, οι οποίες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κακή ποιότητα ζωής είναι οι μονογονεϊκές, αυτές με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, χαμηλό επίπεδο μόρφωσης των γονέων και αυτές των μειονοτικών ομάδων.

Επιπλέον υπάρχουν ενδείξεις, ότι η ποιότητα ζωής μπορεί να βελτιωθεί με την εφαρμογή θεραπειών όπως η ινσουλίνη Lispro και η αντλία ινσουλίνης καθώς και με εφαρμογή παρεμβάσεων εκπαίδευσης σε δεξιότητες αντιμετώπισης θεμάτων που άπτονται του νοσήματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως παρατηρούμε από τα προαναφερθέντα, οι έννοιες της υγείας και της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατες.

Για την ποιότητα ζωής, δε, λόγω της ανάπτυξης της επιστήμης, εμφανίζεται μια μεγάλη ποικιλία εργαλείων για να την μετράμε η οποία όμως δεν επαρκεί ώστε να μπορούμε να την αξιολογήσουμε πλήρως.

Από τις διαφορές έρευνες που παρουσιάζουμε, παρατηρούμε ότι :

- Η ποιότητα ζωής των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη είναι σε αρκετά καλά επίπεδα.
- Η αυξανόμενη ηλικία οδηγεί σε επιδείνωση της ποιότητας ζωής των παιδιών λόγω της εφηβείας, και ψυχολογικών παραγόντων.
- Η εντατικοποίηση της θεραπείας δεν επιδεινώνει μακροπρόθεσμα την ποιότητα ζωής.
- Οι τομείς που επηρεάζονται περισσότερο είναι οι οικογενειακοί και οι ψυχοκοινωνικοί και τέλος,
- κακή ποιότητα ζωής εμφανίζετε σε μονογονεϊκές οικογένειες, σε μειονοτικές ομάδες και σε οικογένειες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Προτάσεις βελτιώσεις

Οι παρακάτω προτάσεις απορρέουν τόσο από την εμπειρία όσο και από την παρούσα εργασία.

- Καλύτερη εκπαίδευση και ενημέρωση τόσο των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη όσο και των οικογενειών τους, έτσι αποδέχονται ευκολότερα την ασθένειά τους.
- Καλύτερη ενημέρωση των τοπικών κοινωνιών ώστε να μην εμφανίζονται προκαταλήψεις ως προς τα άτομα που πάσχουν από την μεταβολική νόσο.

και τέλος,

- ανάπτυξη προγραμμάτων από το κράτος που να ενημερώνουν τόσο για την φύση της νόσου όσο και για τους τρόπους βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Peter M.Fayers & David Machin, Ποιότητα ζωής (αξιολόγηση, ανάλυση και ερμηνεία).University Studio Press.Θεσσαλονίκη, 2006 σελ.3
2. <http://www.disabled.gr/lib.10/5/2008>
3. Λ. Παρασκευόπουλος, Συστήματα υγείας (θέματα οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας). Σημειώσεις διδασκαλίας. Καλαμάτα, 2004.
4. Υπ. Υγείας & Πρόνοιας, Υφυπ. Νέας Γενιάς & Αθλητισμού: “Αγωγή Υγείας. Στόχοι, Περιεχόμενο, Μέθοδοι”. Αθήνα, 1985.
5. Συμπόσιο “Μέθοδοι αγωγής υγείας” Αθήνα, 14-15/10/88.
6. Κ. Σώκου. “Οδηγός αγωγής και Προαγωγής της υγείας. Πρότυπο πρόγραμμα “αλκοόλ και ατύχημα”. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1994.
7. Νόμος 2071/1992: Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. ΦΕΚ 123/Α/1992.
8. Μαλιώρη και συν: Για την ανάπτυξη της Προαγωγής και Αγωγής Υγείας. Νέα Υγεία, 9: 4-5, 1995.
9. Νόμος 2519/1997: Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 165/Α/1997.
10. http://www.journal_diabetes.org-diabetesspectrum.11/12/2007
11. <http://el.wikipedia.org.12/3/2008>
12. [http://el.wikipedia.org/wiki/Διαβήτης - 68k.4/2/2008](http://el.wikipedia.org/wiki/Διαβήτης-68k.4/2/2008)
13. [http:// el.wikipedia.org/wiki/Διαβήτης – 64k.8/2/2008](http://el.wikipedia.org/wiki/Διαβήτης-64k.8/2/2008)
- 14.Ε.Εμμανουηλιδου. διπλωματική εργασία «η ποιότητα ζωής των παιδιών με ΣΔ τύπου 1 και η σχέση της με το ίδιο το νόσημα και τη θεραπεία του». Θεσσαλονίκη, Οκτώβριος 2005.
- 15.<http://www.mednet.gr.18/2/2008>
- 16.Α.Παπαθανασίου,Α.Φιλαλήθης,Χ.Λιονης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2005,22(4):336-343
- 17.<http://www.desg.gr/teaching-letter-30.28/2/2008>
18. <http://sbitsis.blogspot.com/2006/08>.
19. www.preventionmag.gr.10/3/2008

20. Laffel LM, Connell A, Vangsness L, Goebel-Fabbri A, Mansfield A, Anderson BJ. General Quality of Life in Youth With Type 1 Diabetes. Relationship to patient management and diabetes-specific family conflict. *Diabetes Care* 26:3067-3073, 2003
21. Faulkner MS. Quality of Life for Adolescents With Type I Diabetes: Parental and Youth Perspectives. *PediatrNurs*. 2003 Sep-Oct;29(5):362-8.
22. Delamater A, Jacobson A, Anderson B, Cox D, Fisher L, Lustman P, Rubin R, Wysocki T. Psychosocial Therapies in Diabetes. Report of the Psychosocial Therapies Working Group. *Diabetes Care* 24:1286-1292, 2001
23. Rubin RR, Peyrot M. Quality of Life and Diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 1999;15:205±218.
24. Golden, M.P. (1998). Incorporation of quality-of-life considerations into intensive diabetes management protocols in adolescents. *Diabetes Care*, 21(6), 885-886.
- 25 Delamater AM: Quality of life in youths with diabetes. *Diabetes Spectrum* 13:42-46, 2000
- 26.<http://www.desg.gr/teaching-letter-30>
27. Hahl J, Hamalainen H, Sintonen H, Simell T, Arinen S, Simell O. Health-related quality of life in type 1 diabetes without or with symptoms of long-term complications. *Quality of Life Research* 11: 427^36, 2002.
28. Coffey JT, Brandle M, Zhou H, Marriott D, Burke R, Tabaei BP, Engelgau MM, Kaplan RM, Herman WH. Valuing Health-Related Quality of Life in Diabetes. *Diabetes Care* 25:2238-2243, 2002
29. The DCCT Research Group: Influence of intensive diabetes treatment on quality-of-life outcomes in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care* 19:195-203, 1996.
30. Ingersoll GM, Marrero DG. A modified quality-of-life measure for youths: Psychometric properties. *Diabetes Educator*, 17(2), 114-118,1991
31. Eiser C, Flynn M, Green E, Havermans T, Kirby R, Sandeman D et al.. Quality of life in young adults with type 1 diabetes in relation to demo-graphic and disease variables. *Diabetic Medicine*, 9(4), 375-378,1992
32. Grey M, Boland EA, Yu C, Sullivan-Bolyai S, Tamborlane WV. Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 21(6), 909-914, 1998

33. Grey M, Boland EA, Davidson M: Short time effects of coping skills training as adjunct to intensive therapy in adolescents. *Diabetes Care* 21:902-908, 1998
34. Grey M, Boland, E A, Davidson M, Li J, Tamborlane WV. Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *Journal of Pediatrics*, 137(1), 107-113, 2000
35. Guttman-Bauman I, Flaherty BP, Strugger M, McEvoy RC. Metabolic control and quality-of-life self-assessment in adolescents with IDDM. *Diabetes Care*, 21(6), 915-918, 1998
36. Ravens-Sieberer U, Bullinger M. Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL questionnaire: First psychometric and content analytical results. *Qual Life Res* 7(5): 399-413, 1998
37. Hoare P., Mann H., Dunn S. Parental perception of the quality of life among children with epilepsy or diabetes with a new assessment questionnaire. *Qual Life Res* 9: 637-644, 2000
38. Wake M, Hesketh K, Carmeront F. The Child Health Questionnaire in children with diabetes: cross-sectional survey of parent and adolescent-reported functional health status. *Diabetes Med* 17: 700-7, 2000
39. Hesketh KD, Wake MA, Cameron FJ. Health-Related Quality of Life and Metabolic Control in Children With Type 1 Diabetes. A prospective cohort study. *Diabetes Care* 27:415-420, 2004
40. The Hvidore Study Group on Childhood Diabetes. Good metabolic control is associated with better quality of life in 2,101 adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 24(11), 1923-1928, 2001
41. Vanelli M, Chiarelli F, Chiari G, Tumini S. Relationship between metabolic control and quality of life in adolescents with type 1 diabetes. Report from two Italian centres for the management of diabetes in childhood. *Acta Biomed Ateneo Parmense*. 74 Suppl: 13-7, 2003
42. Graue M, Wentzel-Larsen T, Hanestad BR, Batsvik B, and Sovik O. Measuring self-reported, health-related, quality of life in adolescents with type 1 diabetes using both generic and disease-specific instruments. *Acta Paediatr* 92, 1190-1196, 2003
43. Graue M, Wentzel-Larsen T, Bru E, Hanestad BR, Sovik O. The Coping Styles of Adolescents With Type 1 Diabetes Are Associated With Degree of Metabolic Control. *Diabetes Care* 27:1313-1317, 2004

44. Varni JW, Burwinkle TM, Jacobs JR, Gottschalk M, Kaufman F, Jones KI: the PedsQL in type 1 and 2 diabetes. *DiabetesCare* 26:631-637, 2003
45. Wagner JA, Abbott G, Lett S. Age related differences in individual quality of life domains in youth with type 1 diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2:54, 2004
46. Sawyer MG, Reynolds KE, Couper JJ, French DJ, Kennedy D, Martin J, Staugas R, Ziaian T, Baghurst PA. Health-related quality of life of children and adolescents with chronic illness - a two year prospective study. *Quality of Life Research* 13: 1309-1319, 2004
47. Piscopo MA; Chiesa G; Bonfanti R; Viscardi M; Meschi F; Chiumello G. Quality of life and new devices in the management of type 1 diabetes in children and adolescents. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 74 Suppl 1:21-5,2003
48. Mancuso M; Caruso-Nicoletti M. Summer camps and quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 74 Suppl 1:35-7,2003
49. Wagner VM, Muller-Godeffroy E, von Sengbusch S, Hager S, Thyen U. Age, metabolic control and type of insulin regime influences health-related quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Eur J Pediatr*. Aug,164(8):491-6,2005
50. Wee HL, Lee WWR, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Li SC. Validation of the English version of the KINDL generic children's health-related quality of life instrument for an Asian population - results from a pilot test. *Quality of Life Research* 14: 1193-1200,2005

Παράρτημα 1

ADKknowl (knowledge deficits in diabetes care).¹⁶ Εκτιμά τις γνώσεις των ασθενών γύρω από το ΣΔ και αναγνωρίζει τη φύση και την έκταση των ανεπαρειών στην εκπαίδευση τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας.

ADS (appraisal of diabetes scale).⁷⁷ Απαρτίζεται από 7 ερωτήσεις και αξιολογεί τις απόψεις των διαβητικών για τη νόσο τους.

ATT-39, ATT-19.¹⁸ Η ATT-39 αποτελείται από 39 ερωτήσεις και η ATT-19 από 19 ερωτήσεις. Εκτιμούν την ψυχολογική και κοινωνική προσαρμογή των ασθενών με ΣΔ.

Barriers to self-care scale.¹⁹ Αποτελείται από 15 ερωτήσεις σχετικές με τη διατροφή, την άσκηση, τον έλεγχο σακχάρου και τη χορήγηση ινσουλίνης.

Barriers to self-monitoring blood glucose scale.²⁰ Αποτελείται από 80 ερωτήσεις και εξετάζει περιστάσεις, σκέψεις και συναισθήματα, που σχετίζονται με τα εμπόδια στον έλεγχο του σακχάρου.

BAS (beliefs about severity). Εκτιμά τις απόψεις των ασθενών σχετικά με τη βαρύτητα της νόσου τους.

DCP (diabetes care profile)/⁷ Αποτελείται από 234 ερωτήσεις. Αξιολογεί κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με το ΣΔ και τη θεραπεία του.

DHP-1 (diabetes health profile-1),⁵⁵ **DHP-JS** (diabetes health profile-18).⁵⁴ Η DHP-1 περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις και η **DHP-18** αποτελείται από 18 ερωτήσεις. Προσδιορίζουν ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες των ασθενών και εξετάζουν τρεις διαστάσεις (ψυχολογική επιβάρυνση από τη νόσο, εμπόδια στις καθημερινές δραστηριότητες και δυσκολίες στην εφαρμογή της δίαιτας).

DKN (A, B, C) (diabetes knowledge scales).⁵⁸ Καθεμιά από τις τρεις έχει 15 ερωτήσεις. Γρήγορο εργαλείο εκτίμησης των γνώσεων των ασθενών με ΣΔ.

DKQ (1, 2) (diabetes knowledge questionnaire).⁵⁹ Η DKQ-1 με 46 ερωτήσεις και η DKQ-2 με 30 αξιολογούν τις ανεπάρκειες στις γνώσεις των ασθενών σε 5 βασικούς τομείς της διαχείρισης του ΣΔ.

DKS (diabetes knowledge schedule). Εκτιμά τις γνώσεις σε σημαντικούς τομείς της βασικής ψυχολογίας του ΣΔ και τις γνώσεις στις βασικές αρχές της διαβητικής φροντίδας.

DKT (diabetes knowledge test).⁴⁰ Περιλαμβάνει 23 ερωτήματα, με τα οποία εκτιμά τις γνώσεις των ασθενών για το ΣΔ και τη θεραπεία του.

DQOL (diabetes quality of life measure).⁴⁶ Περιλαμβάνει 46 ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση του ασθενούς από τη θεραπεία, την ανησυχία του για τις μελλοντικές επιπλοκές ή για κοινωνικά και επαγγελματικά θέματα κ.ά.

Type 2 diabetes symptom checklist, DSC-R (diabetes symptom checklist-revised).⁴⁷ Η type 2 diabetes symptom checklist αποτελείται από 34 ερωτήματα και αξιολογεί τη βαρύτητα 6 κατηγοριών συμπτωμάτων: Καρδιολογικά, νευρολογικά, ψυχολογικά, οφθαλμολογικά, υπεργλυκαιμία, υπογλυκαιμία.

Η **DSC-R** αποτελείται επίσης από 34 ερωτήματα και εκτιμά σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, που γίνονται αντιληπτά από τον ασθενή, σχετικά με το ΣΔ τύπου 2 και τις επιπλοκές του.

DSQOLS (diabetes specific quality of life scale).⁴⁸ Περιέχει 39 ερωτήσεις, που αφορούν στις κοινωνικές σχέσεις, τον ελεύθερο χρόνο, σωματικά ενοχλήματα, ανησυχίες για το μέλλον, περιορισμούς στη διαίτα κ.ά.

DTSQ (*status and change versions*) (diabetes treatment satisfaction questionnaire).^{50,57} Αποτελείται από 8 ερωτήσεις και εκτιμά την ικανοποίηση των ασθενών από την εφαρμοζόμενη θεραπεία καθώς και αλλαγές στην ικανοποίησή τους.

HAK (habits, attitudes and knowledge questionnaire of diabetic compliance).⁴⁹ Εκτιμά γνώσεις, απόψεις και συνήθειες των διαβητικών σχετικά με τη συμμόρφωση με τη νόσο τους.

IMDSES (insulin management diabetes self-efficacy scale).⁵⁸ Αξιολογεί τις προσπάθειες ασθενών με ινσουλινοεξαρτώμενο ΣΔ για την προσωπική τους φροντίδα.

KPDQ (knowledge and practices diabetes questionnaire).⁵⁹ Αποτελείται από τις υποκλίμακες KS (knowledge score) με 12 ερωτήσεις και PS (practice score) με 10. Καταγράφει τις γνώσεις πρακτικού προσανατολισμού και προσδιορίζει τα σημεία που χρειάζονται εξατομικευμένη παρέμβαση.

PADS (psychosocial aspects of diabetes schedule). Αξιολογεί τη διαχείριση και τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών που κάνουν χρήση ινσουλίνης.

Test of patient knowledge.⁶⁹ Απαρτίζεται από 50 ερωτήσεις σε θέματα, όπως διατροφή, ινσουλίνη, μέθοδοι ελέγχου, άσκηση, επιπλοκές κ.ά.

Παράρτημα 2

PedsQL™

Παιδιατρικό Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα της Ζωής

Έκδοση 4.0 - Ελληνικά

ΑΝΑΦΟΡΑ ΜΙΚΡΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ (ηλικίες 5-7 ετών) Οδηγίες για τον
ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ:

*Θα σου κάνω μερικές ερωτήσεις για πράγματα που μπορεί να προκαλούν
πρόβλημα σε μερικά παιδιά. Θέλω να μάθω πόσο πολύ σου είναι δύσκολο
οποιοδήποτε από αυτά τα πράγματα.*

Παρουσιάστε στο παιδί την κλίμακα των απαντήσεων και δείξτε με το δάκτυλο
σας τις απαντήσεις ενώ διαβάζετε..

Αν δεν σου είναι δύσκολο ποτέ, δείξε το χαμογελαστό πρόσωπο

Αν σου είναι δύσκολο υεοικές σροοες, δείξε το μεσαίο πρόσωπο

Αν σου είναι δύσκολο σχεδόν πάντα, δείξε το στενοχωρημένο πρόσωπο

*Θα διαβάσω κάθε ερώτηση. Δείξε τα πρόσωπα για να μου δείξεις πόσο πολύ
σου είναι πρόβλημα. Ας προσπαθήσουμε να κάνουμε ένα παράδειγμα
πρώτα.*

	Ποτέ	Μερικές φορές	Σχεδόν πάντα
Σου είναι δύσκολο να χτυπάς τα δάχτυλα σου;			

Ζητήστε από το παιδί να παρουσιάσει πως χτυπά τα δάχτυλα του για να
καθορίσετε αν η ερώτηση απαντήθηκε σωστά ή όχι. Επαναλάβετε την ερώτηση αν
το παιδί δώσει μια απάντηση που είναι διαφορετική από τις πράξεις του. **Σκέψου
πως ήσουν τις μέρες που πέρασαν. Σε παρακαλώ άκουσε προσεκτικά κάθε
πρόταση και πες μου πόσο πολύ σου είναι πρόβλημα αυτό.**

Αφού διαβάσετε κάθε πρόταση, δείξτε προς την κλίμακα των απαντήσεων. Αν το παιδί διστάζει ή δεν δείχνει να καταλαβαίνει πως να απαντήσει, διαβάστε τις πιθανές απαντήσεις ενώ δείχνετε τα πρόσωπα.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με . . .)	Ποτέ	Μερικές φορές	Σχεδόν πάντα
1. Σου είναι δύσκολο να περπατάς;	0	2	4
2. Σου είναι δύσκολο να τρέχεις;	0	2	4
3. Σου είναι δύσκολο να κάνεις αθλήματα ή γυμναστική;	0	2	4
4. Σου είναι δύσκολο να σηκώνεις μεγάλα πράγματα; (όπως μια βαριά τσάντα)	0	2	4
5. Σου είναι δύσκολο να κάνεις μπάνιο ή ντους;	0	2	4
6. Σου είναι δύσκολο να κάνεις δουλειές (όπως να μαζεύεις τα παιχνίδια σου);	0	2	4
7. Έχεις πόνους; (Που;)	0	2	4
8. Νιώθεις ποτέ πολύ κουρασμένος για να παίξεις;	0	2	4

Θυμήσου, πες μου πόσο πολύ σου είναι πρόβλημα αυτό τις ημέρες που πέρασαν.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (προβλήματα με.)	Ποτέ	Μερικές φορές	Σχεδόν πάντα
1. Νιώθεις φοβισμένος;	0	2	4
2. Νιώθεις λυπημένος;	0	2	4
3. Νιώθεις θυμωμένος;	0	2	4
4. Δυσκολεύεσαι να κοιμηθείς;	0	2	4
5. Φοβάσαι για το τι θα σου συμβεί;	0	2	4
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Μερικές φορές	Σχεδόν πάντα
1. Δυσκολεύεσαι να τα πηγαίνεις καλά με άλλα παιδιά;	0	2	4
2. Άλλα παιδιά λένε ότι δεν θέλουν να παίξουν μαζί σου;	0	2	4
3. Άλλα παιδιά σε πειράζουν;	0	2	4
4. Μπορούν άλλα παιδιά να κάνουν πράγματα που εσύ δεν μπορείς να κάνεις;	0	2	4
5. Σου είναι δύσκολο να κάνεις ότι κάνουν τα άλλα παιδιά όταν παίζεις μαζί τους;	0	2	4

ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Μερικές φορές	Σχεδόν πάντα
1 . Σου είναι δύσκολο να προσέχεις στο μάθημα όταν είσαι στο σχολείο;	0	2	4
2. Ξεχνάς πράγματα;	0	2	4
3. Είναι δύσκολο να τα καταφέρνεις στα μαθήματα ή στη δουλειά μέσα στην τάξη;	0	2	4
4. Λείπεις από το σχολείο επειδή δεν νιώθεις καλά;	0	2	4
5. Λείπεις από το σχολείο επειδή πρέπει να πηγαίνεις στον γιατρό ή στο νοσοκομείο;	0	2	4

Αριθμός ασθενούς

Ημερομηνία:..

PedsQL

Παιδιατρικό Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα της Ζωής

Έκδοση 4.0 - Ελληνικά **ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ** για **ΠΑΙΔΙΑ** (ηλικίες 8-12 ετών)

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Στην επόμενη σελίδα υπάρχει μια λίστα από πράγματα που μπορεί να προκαλούν πρόβλημα **στο παιδί σας**.

Παρακαλούμε πείτε μας **πόσο πολύ ήταν πρόβλημα για το παιδί σας** καθένα από αυτά κατά τον **τελευταίο ΕΝΑ μήνα** βάζοντας σε κύκλο:

Ο αν δεν είναι **ποτέ** πρόβλημα

1 αν είναι πρόβλημα **σχεδόν ποτέ**

2 αν είναι πρόβλημα **μερικές φορές**

3 αν είναι πρόβλημα **συχνά**

4 αν είναι πρόβλημα **σχεδόν πάντα**

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Αν δεν καταλαβαίνετε μια ερώτηση, παρακαλούμε ζητήστε βοήθεια.

Κατά τον τελευταίο ΕΝΑ μήνα, πόσο πρόβλημα είχε το παιδί σας με το ..

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με. . .)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να περπατά περισσότερο από ένα οικοδομικό	0	1	2	3	4
2. Να τρέχει	0	1	2	3	4
3. Να συμμετέχει σε σπορ ή άσκηση	0	1	2	3	4
4. Να σηκώνει κάτι βαρύ (όπως την σχολική τσάντα)	0	1	2	3	4
5. Να κάνει μπάνιο ή ντους μόνο του	0	1	2	3	4
6. Να κάνει δουλειές μέσα στο σπίτι	0	1	2	3	4
7. Να έχει σωματικούς πόνους	0	1	2	3	4
8. Χαμηλό επίπεδο ενεργητικότητας	0	1	2	3	4

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να νιώθει φοβισμένο	0	1	2	3	4
2. Να νιώθει λυπημένο	0	1	2	3	4
3. Να νιώθει θυμωμένο	0	1	2	3	4
4. Να δυσκολεύεται στον ύπνο	0	1	2	3	4
5. Να ανησυχεί για το τι θα του συμβεί	0	1	2	3	4
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να τα πηγαίνει καλά με άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
2. Να μην θέλουν άλλα παιδιά να είναι φίλοι του	0	1	2	3	4
3. Να τον πειράζουν άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
4. Να μην μπορεί να κάνει πράγματα που άλλα παιδιά της ηλικίας του μπορούν	0	1	2	3	4
5. Να ακολουθεί σε όλα όταν παίζει με τα άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να προσέχει μέσα στην τάξη	0	1	2	3	4
2. Να ξεχνά πράγματα	0	1	2	3	4
3. Να ανταποκρίνεται στα μαθήματα	0	1	2	3	4
4. Να λείπει από το σχολείο επειδή δεν ένιωθε καλά	0	1	2	3	4
5. Να λείπει από το σχολείο για να πηγαίνει στον γιατρό ή στο νοσοκομείο	0	1	2	3	4

Αριθμός ασθενούς:

Ημερομηνία:

PedsQL™

Παιδιατρικό Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα της Ζωής

Έκδοση 4.0 - Ελληνικά **ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΦΗΒΟΥ** (ηλικίες **13-18** ετών)

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Στην επόμενη σελίδα υπάρχει μια λίστα από πράγματα που μπορεί να σου προκαλούν πρόβλημα.

Παρακαλούμε πες μας **πόσο πολύ σου ήταν πρόβλημα** καθένα από αυτά κατά τον **τελευταίο ΕΝΑ μήνα** βάζοντας σε κύκλο:

0 αν δεν είναι **ποτέ** πρόβλημα

1 αν είναι πρόβλημα **σχεδόν ποτέ**

2 αν είναι πρόβλημα **μερικές φορές**

3 αν είναι πρόβλημα **συχνά**

4 αν είναι πρόβλημα **σχεδόν πάντα**

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Αν δεν καταλαβαίνεις μια ερώτηση, παρακαλούμε ζήτησε βοήθεια.

Κατά τον τελευταίο ΕΝΑ μήνα, πόσο πολύ σου ήταν πρόβλημα αυτό ...

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΜΟΥ (προβλήματα με...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Μου είναι δύσκολο να περπατώ περισσότερο από ένα οικοδομικό τετράγωνο	0	1	2	3	4
2. Μου είναι δύσκολο να τρέχω	0	1	2	3	4
3. Μου είναι δύσκολο να κάνω σπορ ή να ασκούμαι	0	1	2	3	4
4. Μου είναι δύσκολο να σηκώνω κάτι βαρύ	0	1	2	3	4
5. Μου είναι δύσκολο να κάνω μπάνιο ή ντους μόνος μου	0	1	2	3	4
6. Μου είναι δύσκολο να κάνω δουλειές στο σπίτι	0	1	2	3	4
7. Έχω σωματικούς πόνους	0	1	2	3	4

8. Έχω χαμηλή ενεργητικότητα	0	1	2	3	4
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΟΥ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Νιώθω φοβισμένος	0	1	2	3	4
2. Νιώθω λυπημένος	0	1	2	3	4
3. Νιώθω θυμωμένος	0	1	2	3	4
4. Δυσκολεύομαι στον ύπνο	0	1	2	3	4
5. Ανησυχώ για το τι θα μου συμβεί	0	1	2	3	4
ΠΩΣ ΤΑ ΠΗΓΑΙΝΩ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Δυσκολεύομαι να τα πηγαίνω καλά με άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
2. Άλλα παιδιά δεν θέλουν να είναι φίλοι μου	0	1	2	3	4
3. Άλλα παιδιά με πειράζουν	0	1	2	3	4
4. Δεν μπορώ να κάνω πράγματα που άλλα παιδιά της ηλικίας μου μπορούν να κάνουν	0	1	2	3	4
5. Είναι δύσκολο να ακολουθώ σε όλα τα άλλα παιδιά της ηλικίας μου	0	1	2	3	4
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Είναι δύσκολο να προσέχω μέσα στην τάξη	0	1	2	3	4
2. Ξεχνώ πράγματα	0	1	2	3	4
3. Δυσκολεύομαι να ανταποκριθώ στα μαθήματα	0	1	2	3	4
4. Λείπω από το σχολείο επειδή δεν νιώθω καλά	0	1	2	3	4
5. Λείπω από το σχολείο για να πηγαίνω στον γιατρό ή στο νοσοκομείο	0	1	2	3	4

Αριθμός ασθενούς:

Ημερομηνία:

PedsQL™

Παιδιατρικό Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα της Ζωής

Έκδοση 4.0 - Ελληνικά **ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΑΙΔΙΟΥ** (ηλικίες 8-12 ετών)

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Στην επόμενη σελίδα υπάρχει μια λίστα από πράγματα που μπορεί να σου προκαλούν πρόβλημα.

Παρακαλούμε πες μας **πόσο πολύ σου ήταν πρόβλημα** καθένα από αυτά κατά τις **τελευταίες τριάντα μέρες** βάζοντας σε κύκλο:

0 αν δεν είναι **ποτέ** πρόβλημα

1 αν είναι πρόβλημα **σχεδόν ποτέ**

2 αν είναι πρόβλημα **μερικές φορές**

3 αν είναι πρόβλημα **συχνά**

4 αν είναι πρόβλημα **σχεδόν πάντα**

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Αν δεν καταλαβαίνεις μια ερώτηση, παρακαλούμε ζήτησε βοήθεια.

Κατά τις τελευταίες τριάντα μέρες, πόσο πολύ σου ήταν πρόβλημα αυτό ...

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΜΟΥ (προβλήματα με...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Μου είναι δύσκολο να περπατώ περισσότερο από ένα οικοδομικό τετράγωνο (γύρω από την γειτονιά μου)	0	1	2	3	4
2. Μου είναι δύσκολο να τρέχω	0	1	2	3	4
3. Μου είναι δύσκολο να κάνω αθλήματα ή γυμναστική	0	1	2	3	4
4. Μου είναι δύσκολο να σηκώνω κάτι βαρύ	0	1	2	3	4
5. Μου είναι δύσκολο να κάνω μπάνιο ή ντους μόνος μου	0	1	2	3	4
6. Μου είναι δύσκολο να κάνω δουλειές στο σπίτι	0	1	2	3	4
7. Έχω πόνους στο σώμα μου	0	1	2	3	4
8. Έχω χαμηλή ενέργεια	0	1	2	3	4

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΟΥ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Νιώθω φοβισμένος	0	1	2	3	4
2. Νιώθω λυπημένος	0	1	2	3	4
3. Νιώθω θυμωμένος	0	1	2	3	4
4. Δυσκολεύομαι στον ύπνο	0	1	2	3	4
5. Ανησυχώ για το τι θα μου συμβεί	0	1	2	3	4
ΠΩΣ ΤΑ ΠΗΓΑΙΝΩ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Δυσκολεύομαι να τα πηγαίνω καλά με άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
2. Άλλα παιδιά δεν θέλουν να είναι φίλοι μου	0	1	2	3	4
3. Άλλα παιδιά με πειράζουν	0	1	2	3	4
4. Δεν μπορώ να κάνω πράγματα που άλλα παιδιά της ηλικίας μου μπορούν να κάνουν	0	1	2	3	4
5. Είναι δύσκολο να παίρνω μέρος σε όλα όταν παίζω με άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Είναι δύσκολο να προσέχω μέσα στην τάξη	0	1	2	3	4
2. Ξεχνώ πράγματα	0	1	2	3	4
3. Δυσκολεύομαι να τα βγάλω πέρα στα μαθήματα	0	1	2	3	4
4. Λείπω από το σχολείο επειδή δεν νιώθω καλά	0	1	2	3	4
5. Λείπω από το σχολείο για να πηγαίνω στον γιατρό ή στο νοσοκομείο	0	1	2	3	4

Αριθμός ασθενούς

Ημερομηνία:

PedsQL™

Παιδιατρικό Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα της Ζωής

Έκδοση 4.0 - Ελληνικά **ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ** για **ΝΗΠΙΑ** (ηλικίες 2-4 ετών)
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Στην επόμενη σελίδα υπάρχει μια λίστα από πράγματα που μπορεί να προκαλούν πρόβλημα στο παιδί σας.

Παρακαλούμε πείτε μας πόσο πολύ ήταν πρόβλημα για το παιδί σας καθένα από αυτά κατά τον **τελευταίο ΕΝΑ** μήνα βάζοντας σε κύκλο:

0 αν δεν είναι ποτέ πρόβλημα

1 αν είναι πρόβλημα σχεδόν ποτέ

2 αν είναι πρόβλημα μερικές φορές

3 αν είναι πρόβλημα συχνά

4 αν είναι πρόβλημα σχεδόν πάντα

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Αν δεν καταλαβαίνετε μια ερώτηση, παρακαλούμε ζητήστε βοήθεια.

Κατά τον τελευταίο ΕΝΑ μήνα, πόσο πρόβλημα είχε το παιδί σας με το ...

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με . . .)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να περπατά	0	1	2	3	4
2. Να τρέχει	0	1	2	3	4
3. Να συμμετέχει σε δραστήριο παιχνίδι ή να ασκείται	0	1	2	3	4
4. Να σηκώνει κάτι βαρύ (όπως ένα κιλό)	0	1	2	3	4
5. Να κάνει μπάνιο	0	1	2	3	4
6. Να βοηθά στο μάζεμα των παιχνιδιών του	0	1	2	3	4
7. Να έχει σωματικούς πόνους	0	1	2	3	4
8. Χαμηλό επίπεδο ενεργητικότητας	0	1	2	3	4

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να νιώθει φοβισμένο	0	1	2	3	4
2. Να νιώθει λυπημένο	0	1	2	3	4
3. Να νιώθει θυμωμένο	0	1	2	3	4
4. Να δυσκολεύεται στον ύπνο	0	1	2	3	4
5. Να είναι ανήσυχος	0	1	2	3	4
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να παίζει με άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
2. Να μην θέλουν άλλα παιδιά να παίζουν μαζί του	0	1	2	3	4
3. Να το πειράζουν άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
4. Να μην μπορεί να κάνει πράγματα που άλλα παιδιά της ηλικίας του μπορούν	0	1	2	3	4
5. Να ακολουθεί σε όλα όταν παίζει με άλλα παιδιά	0	1	2	3	4

***Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το τμήμα αν το παιδί σας πηγαίνει στο σχολείο ή σε παιδικό σταθμό**

ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να κάνει τις ίδιες δραστηριότητες στο σχολείο ή στον παιδικό σταθμό όπως οι συμμαθητές του	0	1	2	3	4
2. Να λείπει από το σχολείο/παιδικό σταθμό επειδή δεν νιώθει καλά	0	1	2	3	4
3. Να λείπει από το σχολείο/παιδικό σταθμό για να πηγαίνει στον γιατρό ή στο νοσοκομείο	0	1	2	3	4

Αριθμός ασθενούς

Ημερομηνία:.

PedsQL

Παιδιατρικό Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα της Ζωής

Έκδοση 4.0 - Ελληνικά **ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ** για **ΕΦΗΒΟΥΣ** (ηλικίες **13-18** ετών)

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Στην επόμενη σελίδα υπάρχει μια λίστα από πράγματα που μπορεί να προκαλούν πρόβλημα στο παιδί σας.

Παρακαλούμε πείτε μας πόσο πολύ ήταν πρόβλημα για το παιδί σας καθένα από αυτά κατά τον **τελευταίο ΕΝΑ μήνα** βάζοντας σε κύκλο:

0 αν δεν είναι ποτέ πρόβλημα

1 αν είναι πρόβλημα σχεδόν ποτέ

2 αν είναι πρόβλημα μερικές φορές

3 αν είναι πρόβλημα συχνά

4 αν είναι πρόβλημα σχεδόν πάντα

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Αν δεν καταλαβαίνετε μια ερώτηση, παρακαλούμε ζητήστε βοήθεια.

Κατά τον τελευταίο ΕΝΑ μήνα, πόσο πρόβλημα είχε το παιδί σας με το ..

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με. . .)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να περπατά περισσότερο από ένα οικοδομικό	0	1	2	3	4
2. Να τρέχει	0	1	2	3	4
3. Να συμμετέχει σε σπορ ή άσκηση	0	1	2	3	4
4. Να σηκώνει κάτι βαρύ (όπως την σχολική του σάκα)	0	1	2	3	4
5. Να κάνει μπάνιο ή ντους μόνο του	0	1	2	3	4
6. Να κάνει δουλειές μέσα στο σπίτι	0	1	2	3	4
7. Να έχει σωματικούς πόνους	0	1	2	3	4

8. Χαμηλό επίπεδο ενεργητικότητας	0	1	2	3	4
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να νιώθει φοβισμένο	0	1	2	3	4
2. Να νιώθει λυπημένο	0	1	2	3	4
3. Να νιώθει θυμωμένο	0	1	2	3	4
4. Να δυσκολεύεται στον ύπνο	0	1	2	3	4
5. Να ανησυχεί για το τι θα του συμβεί	0	1	2	3	4
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να τα πηγαίνει καλά με άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
2. Να μην θέλουν άλλα παιδιά να είναι φίλοι του	0	1	2	3	4
3. Να τον πειράζουν άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
4. Να μην μπορεί να κάνει πράγματα που άλλα παιδιά της ηλικίας του μπορούν	0	1	2	3	4
5. Να ακολουθεί σε όλα τα άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με ...)	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να προσέχει μέσα στην τάξη	0	1	2	3	4
2. Να ξεχνά πράγματα	0	1	2	3	4
3. Να ανταποκρίνεται στα μαθήματα	0	1	2	3	4
4. Να λείπει από το σχολείο επειδή δεν ένιωθε καλά	0	1	2	3	4
5. Να λείπει από το σχολείο για να πηγαίνει στον γιατρό ή στο νοσοκομείο	0	1	2	3	4

Παράρτημα 3



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
16 ΙΟΥΛΙΟΥ 1982

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
123

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071

Επισχετισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδωμε τον ακόλουθο νόμο που φέρει η Βουλή:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

Άρθρο 1

Το άρθρο 1 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

Μέρη του κράτους

1. Το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών.

2. Το κράτος εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Άρθρο 2

Το άρθρο 2 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

Υγειονομικές περιφέρειες

1. Η Χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες.

2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται εκάστοτε εν όψει των υγειονομικών αναγκών και των κοινωνικών συνθηκών της Χώρας, ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών που περιλαμβάνουν ορισμένους νομούς, η έδρα τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά στην εν γένει λειτουργία των υπηρεσιών τους.

Άρθρο 3

Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας ιδρύεται Περιφερειακή Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας.

2. Η διεύθυνση αυτή ασκεί εποπτεία επί των φορέων περίθαλψης και συντονίζει το έργο τους, ενώ εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίσεις κατάλληλες για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας.

3. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας προεδρεύει του αντίστοιχου Περιφερειακού Συμβουλίου Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) και συμμετέχει στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), μόνο στα θέματα που αφορούν την περιφέρειά του.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται η οργάνωση, οι αρμοδιότητες των διευθύνσεων της παρ. 1, καθώς και ο τρόπος άσκησης ελέγχου και εποπτείας στους φορείς υγείας της περιφέρειας.

Άρθρο 4

Σύσταση ειδικών γραμματειών

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστώνται τρεις (3) ειδικές γραμματείες. Το έργο κάθε ειδικής γραμματείας συντονίζεται από το συντονιστή.

2. Οι ειδικές γραμματείες είναι:

α) Γραμματεία διοικητικών, οργανωτικών και οικονομικών θεμάτων, που αποτελείται από δύο (2) υπαλλήλους ΠΕ κατηγορίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα υγείας και τρεις (3) ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία σε διοικητικά, οργανωτικά και οικονομικά θέματα του τομέα υγείας.

β) Γραμματεία επιστημονικών και υγειονομικών θεμάτων.

Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Αν κάποιος φορέας δεν ορίσει εμπρόθεσμα τον εκπρόσωπό του, τον ορίζει ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Για κάθε μέλος ορίζεται ο αναπληρωτής του με την ίδια διαδικασία.

8. Η συγκρότηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

9. Η θητεία των μελών των περ. δ' και στ' της παραγράφου 1, η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού διορισμού. Επιτρέπεται η αντικατάσταση αυτών για οποιονδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας τους. Μέχρι να οριστεί ο αντικαταστάτης, το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα με τα λοιπά μέλη του. Η ολομέλεια του ΠΕ.Σ.Υ. εκλέγει τον αντιπρόεδρο με μυστική ψηφοφορία μεταξύ των ιστρών μελών του ΠΕ.Σ.Υ..

10. Το ΠΕ.Σ.Υ. αποφασίζει εν ολομέλεια και οι αποφάσεις του λαμβάνονται σύμφωνα με τη παρ. 5 του άρθρου αυτού.

11. Η εκτελεστική επιτροπή αποτελείται από τον πρόεδρο, αντιπρόεδρο και ένα μέλος του ΠΕ.Σ.Υ. Το μέλος της εκτελεστικής επιτροπής του ΠΕ.Σ.Υ., εκλέγεται δια μυστικής ψηφοφορίας μεταξύ όλων των μελών αυτού.

Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται δια του προέδρου της στην ολομέλεια τα θέματα προς συζήτηση και συντάσσει προς τούτο ειδική εισήγηση για κάθε θέμα. Η εκτελεστική επιτροπή μεριμνά για την προώθηση και υλοποίηση των αποφάσεων της ολομέλειας και μπορεί να προτείνει τη σύσταση ειδικών επιτροπών και ομάδων εργασίας, για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου, στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του ΠΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση των προτεινόμενων επιτροπών γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και με σύμφωνη γνώμη αυτού. Με την απόφαση συγκρότησης κάθε επιτροπής ή ομάδας εργασίας, καθορίζεται το έργο, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις των μελών της, και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

12. Στα μέλη του ΠΕ.Σ.Υ. δεν καταβάλλεται αποζημίωση.

13. Στη Διεύθυνση Υγείας της νομαρχίας της έδρας κάθε ΠΕ.Σ.Υ. λειτουργεί υπηρεσία γραμματειακής υποστήριξης αυτού. Η υπηρεσία γραμματειακής υποστήριξης του ΠΕ.Σ.Υ. στελεχώνεται από τους υπαλλήλους της διεύθυνσης υγείας της νομαρχίας στην οποία εδρεύει το ΠΕ.Σ.Υ.. Η υπηρεσία γραμματειακής υποστήριξης συγκεντρώνει και επεξεργάζεται τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για το έργο του συμβουλίου και διεξάγει κάθε εργασία σχετική με το έργο αυτό.

14. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να συμιστώνται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και να προσθέτονται στον οργανισμό του θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, για την εξυπηρέτηση του έργου του ΠΕ.Σ.Υ. Ο αριθμός των ανωτέρω θέσεων δεν μπορεί να υπερβαίνει τις πέντε (5) για κάθε ΠΕ.Σ.Υ.. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 993/1979 (ΦΕΚ 281 Α'), όπως αυτές συμπληρώθηκαν ή τροποποιήθηκαν μεταγενέστερα. Οι υπάλληλοι, που προσλαμβάνονται στις θέσεις αυτές, υπηρετούν στις έδρες των ΠΕ.Σ.Υ..

15. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων γράφονται κάθε χρόνο

σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό πιστώσεις για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του ΚΕ.Σ.Υ. και των ΠΕ.Σ.Υ..

16. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται ειδικότερα ο τρόπος λειτουργίας του ΠΕ.Σ.Υ., οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών του και των μελών της εκτελεστικής επιτροπής, η διαδικασία εκλογής των εκλεγόμενων μελών του και ο τρόπος λειτουργίας της γραμματείας των ΠΕ.Σ.Υ., καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 11

Το άρθρο 5 του ν.1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

Μονάδες Περιβαλμής

1. Η περιβαλμη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, παρέχεται δε από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

2. Η περιβαλμη γενικά πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, με δαπάνες του δημοσίου ή των ασφαλιστικών οργανισμών και τομέων του δημοσίου από ιδιωτικούς φορείς περιβαλμής ή ιδιώτες ιατρούς, γίνεται με ειδικές συμβάσεις ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε συναρμόδιου Υπουργού.

3. Στις διατάξεις του παρόντος νόμου, δεν υπάγονται μονάδες περιβαλμής που ανήκουν στο Πανεπιστήμιο ή στις Ένοπλες Δυνάμεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

Πρωτοβάθμια φροντίδα και αγωγή υγείας

Άρθρο 12

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

1. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπάγονται οι ιατρικές και νοσηλευτικές καθώς και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες, που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και την αποκατάσταση βλαβών της υγείας, που δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Προς το σκοπό αυτόν μπορεί να συμιστώνται και να λειτουργούν ειδικές μονάδες, ως επιστημονικά τμήματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, από ν.π.δ.δ ή από ν.π.ι.δ..

2. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς, παθολόγους και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων των υγειονομικών σταθμών και των κέντρων υγείας, τους ιατρούς των ασφαλιστικών οργανισμών, τους οδοντίατρος, καθώς και από το νοσηλευτικό προσωπικό και τις επισκέπτριες που υπηρετούν αντίστοιχα σε επιστημονικά τμήματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

3. Τα συγκροτήματα εξωτερικών ασθενών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ν.π.δ.δ και ν.π.ι.δ μπορεί να παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με αποφάσεις των διοικητικών συμβουλίων των ιδρυμάτων. Προς τούτο οργανώνονται κατάλληλοι χώροι υποδομής και υποδοχής των ασθενών, που λειτουργούν ως ειδικό συγκρότημα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

4. Επίσης πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από τις ειδικές μονάδες και τμήματα της παραγράφου 1 του παρόντος και τις κινητές μονάδες που συμιστώνται σύμφωνα με το άρθρο 14 του νόμου αυτού.

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

1. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από:

- α) Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία
- β) Ιδιωτικά πολυιατρεία
- γ) Ιδιωτικά οδοντιατρικά κέντρα
- δ) Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια
- ε) Πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα
- στ) Ιδιωτικά εργαστήρια φυσιοθεραπείας.

2. Οι όροι, προϋποθέσεις και προδιαγραφές εν γένει υψους και λειτουργίας των παραπάνω ιδιωτικών φορέων, εποπτεία επί αυτών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια θορίζονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με κρίση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 14

Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου υπουργού, μπορεί να συσταίνονται κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για την εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών του ορεινού, αγροτικού και νησιωτικού ιθισμού. Σε ειδικές περιπτώσεις, είναι δυνατό οι μονάδες πές να προσφέρουν δευτεροβάθμια περίθαλψη.

2. Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να συσταίνονται από ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ. μετά από σχετική άδεια και χορηγεί ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Ο τρόπος λειτουργίας η στελέχωση σε ιατρικό, οδοντιατρικό, νοσηλευτικό, επισκέπτες υγείας και λοιπό προσωπικό, οι πρόσθετες ομοιότητες του προσωπικού που θα υπηρετεί στις μονάδες αυτές και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια, που αφορά την εν γένει λειτουργία των μονάδων πών, καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου υπουργού.

Άρθρο 15

Κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί

1. Από της ισχύος του νόμου αυτού μετατρέπονται:

- α) Τα κέντρα υγείας, πλην των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που λειτουργούν και ως κέντρα υγείας, σε αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. β) Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας σε υγειονομικούς σταθμούς. γ) Τα αγροτικά ιατρεία σε υγειονομικούς σταθμούς. Εφεξής τα κέντρα υγείας και όλοι οι υγειονομικοί σταθμοί κόνονται απευθείας στη διεύθυνση υγείας της οικείας ναρχίας, με εξαίρεση τα κέντρα υγείας νησιωτικών πελοχών, τα οποία μπορούν να υπαχθούν σε διευθύνσεις υγείας νομού της αυτής ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας, ι ήδη λειτουργούντες υγειονομικοί σταθμοί διατηρούνται και λειτουργούν όπως τα μετατρέπομενα περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται, η έδρα κάθε κέντρου υγείας και η περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή

υγείας και τους υγειονομικούς σταθμούς, περιλαμβανόμενες οι θέσεις που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μεταφέρονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις διευθύνσεις υγείας των περιφερειακών υπηρεσιών.

2. Οι υγειονομικοί σταθμοί διακρίνονται σε υγειονομικούς σταθμούς, που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες την εβδομάδα και σε υγειονομικούς σταθμούς 24ωρης ετοιμότητας. Κριτήριο για τον καθορισμό λειτουργίας υγειονομικού σταθμού ως 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση στο κέντρο υγείας.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από εισήγηση του αρμόδιου ναμήρχη και γνώμη του οικείου Π.Ε.Σ.Υ. μπορεί να συσταίνονται νέα κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί ή να συγχωνεύονται, ή να μετατρέπονται αναλόγως με τις μεταβολές των δημογραφικών και χωροταξικών δεδομένων ή με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών βαρύνουν τον προϋπολογισμό της ναμαρχίας στην οποία υπάγονται, στον οποίο και εγγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις για το σκοπό αυτό, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικούς αριθμούς από 1-1-1993.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών, με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

6. Οι θέσεις του προσωπικού όλων των κλάδων, των κέντρων υγείας, και των περιφερειακών ιατρείων τους, που συστήθηκαν βάσει του άρθρου 14 του ν. 1397/1983, καταργούνται και συσταίνονται ισάριθμες και ομοιόβαθμες προς αυτές θέσεις προς τις καταργούμενες, οι οποίες προστίθενται στον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μεταφέρονται στις περιφερειακές υπηρεσίες του Υπουργείου, για τη στελέχωση των κέντρων υγείας και υγειονομικών σταθμών, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

7. Το πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, στα κέντρα υγείας και τους υγειονομικούς σταθμούς, εντάσσεται αυτοδικαίως στις συσταίμενες κατά την παρ. 6 του άρθρου αυτού θέσεις, όμοιες προς αυτές που ήδη κατέχουν. Η προϋπηρεσία των εντασσόμενων υπαλλήλων προσμετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον κλάδο στον οποίο υπάγονται οι θέσεις τους. Το προσωπικό που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, εξακολουθεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του στα κέντρα υγείας και υγειονομικούς σταθμούς έως τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων όλων των κλάδων. Στο προσωπικό που προσφέρει τις υπηρεσίες του, σύμφωνα με την παράγραφο αυτήν, εξακολουθεί να καταβάλλεται ως αποζημίωση

Άρθρο 13**Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

1. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από:
 - α) Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία
 - β) Ιδιωτικά πολυιατρεία
 - γ) Ιδιωτικά οδοντιατρικά κέντρα
 - δ) Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια
 - ε) Πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα
 - στ) Ιδιωτικά εργαστήρια φυσιοθεραπείας.
2. Οι όροι, προϋποθέσεις και προδιαγραφές εν γένει ίδρυσης και λειτουργίας των παραπάνω ιδιωτικών φορέων, η εποπτεία επί αυτών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 14**Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου υπουργού, μπορεί να συσταθούν κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για την εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών του ορεινού, αγροτικού και νησιωτικού πληθυσμού. Σε ειδικές περιπτώσεις, είναι δυνατό οι μονάδες αυτές να προσφέρουν δευτεροβάθμια περίθαλψη.
2. Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να συσταθούν από ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ. μετά από σχετική άδεια που χορηγεί ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
3. Ο τρόπος λειτουργίας η στελέχωση σε ιατρικό, οδοντιατρικό, νοσηλευτικό, επισκέπτες υγείας και λοιπό προσωπικό, οι πρόσθετες αμοιβές του προσωπικού που θα υπηρετεί στις μονάδες αυτές και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια, που αφορά την εν γένει λειτουργία των μονάδων αυτών, καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου υπουργού.

Άρθρο 15**Κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί**

1. Από της ισχύος του νόμου αυτού μετατρέπονται:
 - α) Τα κέντρα υγείας, πλην των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που λειτουργούν και ως κέντρα υγείας, σε αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
 - β) Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας σε υγειονομικούς σταθμούς.
 - γ) Τα αγροτικά ιατρεία σε υγειονομικούς σταθμούς.
- Εφεξής τα κέντρα υγείας και όλοι οι υγειονομικοί σταθμοί υπάγονται απευθείας στη διεύθυνση υγείας της οικείας νομαρχίας, με εξαίρεση τα κέντρα υγείας νησιωτικών περιοχών, τα οποία μπορούν να υποχθούν σε διευθύνσεις υγείας νομού της αυτής ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας. Οι ήδη λειτουργούντες υγειονομικοί σταθμοί διατηρούνται και λειτουργούν όπως τα μετατρέπομενα περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται η έδρα κάθε κέντρου υγείας και η περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή

ευθύνης κάθε υγειονομικού σταθμού. Οι θέσεις όλων των κλάδων του προσωπικού, που τυγχόν συμιστώνται στα κέντρα υγείας και τους υγειονομικούς σταθμούς, προσέθενται στις θέσεις που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μεταφέρονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις διευθύνσεις υγείας των περιφερειακών υπηρεσιών.

2. Οι υγειονομικοί σταθμοί διακρίνονται σε υγειονομικούς σταθμούς, που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες την εβδομάδα και σε υγειονομικούς σταθμούς 24ωρης ετοιμότητας. Κριτήρια για τον καθορισμό λειτουργίας υγειονομικού σταθμού ως 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση στο κέντρο υγείας.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από εισήγηση του αρμόδιου νομαρχη και γνώμη του οικείου Π.Ε.Σ.Υ. μπορεί να συσταθούν νέα κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί ή να συγχωνεύονται, ή να μετατρέπονται αναλόγως με τις μεταβολές των δημογραφικών και χωροταξικών δεδομένων ή με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών βαρύνουν τον προϋπολογισμό της νομαρχίας στην οποία υπάγονται, στον οποίο και εγγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις για το σκοπό αυτό, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικούς αριθμούς από 1-1-1993.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των εντασσόμενων υγειονομικών σταθμών, με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

6. Οι θέσεις του προσωπικού όλων των κλάδων, των κέντρων υγείας, και των περιφερειακών ιατρείων τους, που συστήθηκαν βάσει του άρθρου 14 του ν. 1397/1983, καταργούνται και συμιστώνται ισόριθμες και ομοίβαθμες προς αυτές θέσεις προς τις καταργούμενες, οι οποίες προστίθενται στον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μεταφέρονται στις περιφερειακές υπηρεσίες του Υπουργείου, για τη στελέχωση των κέντρων υγείας και υγειονομικών σταθμών, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

7. Το πόσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, στα κέντρα υγείας και τους υγειονομικούς σταθμούς, εντάσσεται αυτοδικαίως στις συμιστώμενες κατά την παρ. 6 του άρθρου αυτού θέσεις, όμοιες προς αυτές που ήδη κατέχουν. Η προϋπηρεσία των εντασσόμενων υπαλλήλων προσμετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον κλάδο στον οποίο υπάγονται οι θέσεις τους. Το προσωπικό που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, εξακολουθεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του στα κέντρα υγείας και υγειονομικούς σταθμούς έως τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων όλων των κλάδων. Στο προσωπικό που προσφέρει τις υπηρεσίες του, σύμφωνα με την παράγραφο αυτήν, εξακολουθεί να καταβάλλεται ως αποζημίωση

Άρθρο 18**Διοίκηση κέντρων υγείας**

1. Τα κέντρα υγείας διοικούνται από τριμελή διοικούσα επιτροπή, που διορίζεται με απόφαση του οικείου νομάρχη. Η ιδιότητα του μέλους της τριμελούς διοικούσας επιτροπής είναι τιμητική και άμισθη.

2. Η διοικούσα επιτροπή αποτελείται από: α) Δύο (2) μέλη τα οποία ορίζονται από το νομάρχη εκ των οποίων το ένα ως πρόεδρος. β) Ένα (1) μέλος που είναι ο αρχαιότερος διευθυντής του κέντρου υγείας, ειδικευμένος ιατρός ή οδοντίατρος. Επί μη υπάρξεως διευθυντή ο αρχαιότερος επιμελητής Α' ειδικευμένος ιατρός. Η αρχαιότητα στην προκειμένη περίπτωση προσδιορίζεται από το συνολικό χρόνο άσκησης της κτηθείσας ειδικότητας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται τα καθήκοντα, οι αρμοδιότητες, οι υποχρεώσεις και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά τη λειτουργία της διοικούσας επιτροπής.

Άρθρο 19**Λειτουργική και επιστημονική διασύνδεση των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών με το νοσοκομείο**

1. Τα κέντρα υγείας και οι υγειονομικοί σταθμοί βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το νομαρχιακό και περιφερειακό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας που ανήκουν. Οι λεπτομέρειες και ο τρόπος της διασύνδεσης αυτής καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Η κάλυψη των αναγκών των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών σε ιατρικό προσωπικό των περιπτώσεων β' και γ' της παραγράφου 1 του άρθρου 17 προγραμματίζεται με απόφαση του νομάρχη ύστερα από εισήγηση της διοικούσας επιτροπής του κέντρου υγείας. Με την απόφαση αυτήν ορίζεται ιδιαίτερα ο χρόνος υπηρεσίας στο κέντρο υγείας των ιατρών της περίπτωσης γ' παρ. 1 του άρθρου 17 με τη σύμφωνη γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου από το οποίο προέρχεται ο ιατρός.

3. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα, που λειτουργούν στον ίδιο νομό και ως κέντρα υγείας ή σε διαφορετικούς νομούς αλλά στην ίδια υγειονομική περιφέρεια και λειτουργούν επίσης ως κέντρα υγείας ή μη και δε διαθέτουν ιατρούς ορισμένων ειδικοτήτων, επισκέπτονται ειδικοί ιατροί του νομαρχιακού νοσοκομείου ή άλλου νοσοκομείου όμορου νομού της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας με απόφαση των Δ.Σ. των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ των Δ.Σ. των νοσοκομείων αυτών, αν μεν είναι στον ίδιο νομό, αποφασίζει ο νομάρχης, αν δε σε διαφορετικούς νομούς η περιφερειακή διεύθυνση υπηρεσιών υγείας της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται εκείνα τα νοσηλευτικά ιδρύματα, που μπορεί να λειτουργούν και ως κέντρα υγείας.

4. Νοσηλευτικά ιδρύματα του ν.δ. 2592/1953 μπορούν να λειτουργήσουν και ως κέντρα υγείας ή κέντρα ψυχικής υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Άρθρο 20**Ατομικό βιβλιário υγείας - Ελεύθερη επιλογή ιατρού και θεραπευτηρίου**

1. Χορηγείται ατομικό βιβλιário υγείας στους Έλληνες πολίτες με το οποίο εφεξής είναι δυνατή η ελεύθερη επιλογή ιατρού οδοντίατρο και θεραπευτηρίου.

2. Με προεδρικό διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Οικονομικών και του κατά περίπτωση αρμόδιου υπουργού, καθορίζονται ο χρόνος ενάρξεως εφαρμογής του μέτρου, η εν γένει έκταση εφαρμογής του, οι διοικητικές, οργανωτικές, οικονομικές και λοιπές λεπτομέρειες, αφού προηγηθεί απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου με την οποία θα οριστούν δύο τουλάχιστον νομοί της Χώρας, στους κατοίκους των οποίων θα χορηγηθεί ατομικό βιβλιário υγείας, ώστε να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα και οι επιπτώσεις από την πρώτη εφαρμογή του μέτρου.

3. Κάθε ιατρός, οδοντίατρος ή θεραπευτήριο μπορεί να παρέχει υπηρεσίες σε ασθενείς με ατομικό βιβλιário υγείας, αφού προηγουμένως υπογραφούν οι υπό του παρόντος νόμου και των λοιπών ισχυουσών διατάξεων προβλεπόμενες συμβάσεις.

Άρθρο 21**Ιατροί γενικής ιατρικής**

1. Ιατροί, που κατέχουν τίτλο ειδικότητας γενικής ιατρικής ή που τοποθετούνται για ειδικότητα στην ειδικότητα αυτήν, απαλλάσσονται από την εκπλήρωση της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου.

2. Θέσεις ιατρών των κέντρων υγείας πληρούνται στο εξής από ιατρούς, που κατέχουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής.

3. Εφόσον δεν υπάρχουν υποψήφιοι ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής, οι θέσεις αυτές μπορεί να πληρούνται από ιατρούς άλλων συγγενών ειδικοτήτων, που θα ορίζονται στην απόφαση προκήρυξης των θέσεων αυτών.

4. Ιατροί που έχουν συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία 5 ετών σε έμμοθη θέση ως αγροτικοί ιατροί δύναται να λάβουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής μετά από 12 μηνών εκπαίδευση.

Κατά τη διάρκεια της μετεκπαίδευσης αυτών οι παραπάνω ιατροί είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και έχουν τις υποχρεώσεις των υπολοίπων ειδικευμένων ιατρών, σε κενές οργανικές θέσεις ειδικευμένων έχοντες προτεραιότητα έναντι άλλων. Ο συνολικός χρόνος μετεκπαίδευσης καθορίζεται ως ακολούθως: 4 μήνες στην παθολογία, 2 μήνες στην καρδιολογία, 2 μήνες στη γενική χειρουργική, 2 μήνες στη μαιευτική-γυναικολογία και 2 μήνες στην παιδιατρική.

Άρθρο 22**Ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου**

1. Εφεξής οι ιατροί των αγροτικών ιατρείων, περιφερειακών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών καλούνται ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου των υγειονομικών σταθμών και κέντρων υγείας.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται τα δικαιολογητικά, που απαιτούνται για την έκδοση αποφάσεων αναστολών και απαλλαγών της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

3. Οι υπηρετούντες ως μόνιμοι δημόσιοι πολιτικοί και στρατιωτικοί υπάλληλοι και οι μόνιμοι υπάλληλοι των ν.π.δ.δ. που αποκτούν πτυχίο ιατρικής σχολής της ημεδαπής ή αλλοδαπής, απαλλάσσονται από την υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968. Με την παραίτησή τους από τη θέση που υπηρετούν, η απαλλαγή τους παύει να ισχύει.

Άρθρο 23

Άλλες διατάξεις για τους ιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου

1. Η διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 54 του ν. 1759/1988 επεκτείνεται ισχύουσα και για ιατρούς μη υπόχρεους θητείας υπαίθρου του ν. 67/1968, εφόσον η προκήρυξη του αντίστοιχου υγειονομικού σχηματισμού παραμένει άγονη επί τριμήνο.

2. Οι άδειες και αποουσίες πάσης φύσεως των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου δεν προσμετρώνται στην υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

3. Με απόφαση της προϊσταμένης αρχής του ιατρού υπηρεσίας υπαίθρου μπορεί να χορηγείται άδεια διαμονής σε αυτόν εκτός της έδρας του υγειονομικού σταθμού, μόνο στις περιπτώσεις που αυτή δεν πληροί στοιχειώδεις προϋποθέσεις διαμονής.

4. Οπλίτες ιατροί, που υπηρετούν σε υγειονομικούς σταθμούς μπορούν με αίτησή τους να παρατείνουν την παραμονή τους, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 7 του ν. 1821/1988 (ΦΕΚ 271 Α'), κατόπιν εγγράφου αδείας της υγειονομικής υπηρεσίας του οικείου Γενικού Επιτελείου.

5. Ιατροί πάσχοντες από μεσογειακή ανομία (πλην ετεροζυγωτών), κληρονομική σφαιροκυττάρωση και δρεπανοκυτταρική ή μικροδρεπανοκυτταρική νόσο, απαλλάσσονται της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968. Επίσης απαλλάσσονται της ίδιας υποχρέωσης ιατροί, που πάσχουν από παραπληγία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μόνο εάν υποβάλλονται σε θεραπεία αμοκαθάρσεως και ιατροί, που έχουν κριθεί από τις αντίστοιχες υγειονομικές επιτροπές και παρουσιάζουν αναπηρία άνω του 67%.

Άρθρο 24

Αναγνώριση υπηρεσίας υπαίθρου

1. Αναγνωρίζεται ως χρόνος εκπλήρωσης της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968, ο πρώτος χρόνος υπηρεσίας των ιατρών Ε.Σ.Υ. που υπηρετούν, υπηρετήσαν ή θα υπηρετήσουν σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας εκτός των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης. Η ρύθμιση αυτή ισχύει και για τους επιμελητές Γ' των Κ.Υ. που η απόφαση διορισμού τους δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. μέχρι την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού.

2. Οι ιατροί που δεν έχουν εκπληρώσει την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου, που ορίζει το ν.δ. 67/1968 και υπηρετούν ή θα υπηρετήσουν σε θέσεις ιατρών Ε.Σ.Υ. σε νοσοκομεία των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης, αποσπώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων υποχρεωτικά για χρονικό διάστημα ενός έτους και ανάλογα με τις ανάγκες της υπηρεσίας, σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας εκτός των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης. Το χρονικό διάστημα της απόσπασης αυτών αναγνωρίζεται

ως χρόνος εκπλήρωσης της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

3. Μέρος της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968, που τυχόν έχει διανυθεί από τους πιο πάνω ιατρούς, προσμετράται για τη συμπλήρωση της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου.

4. Επαναφέρονται σε ισχύ οι παράγραφοι 2 και 3 του άρθρου 2 του ν. 633/1977 για τους ιατρούς των υγειονομικών σταθμών και κέντρων υγείας.

Άρθρο 25

Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του, που εποπτεύεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Σκοπός του κέντρου είναι η συστηματική αντιμετώπιση και η παρακολούθηση, ο συντονισμός και η υποβοήθηση των ενεργειών για την έρευνα σε όλα τα επίπεδα, την πρόληψη και τη θεραπεία τόσο του σακχαρώδη διαβήτη όσο και των επιπλοκών του.

3. Το κέντρο αυτό επιχορηγείται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από το πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, από δωρεές, κληροδοτήματα και από κάθε άλλη επιχορήγηση από τρίτους και έσοδα από τυχόν παροχή υπηρεσιών.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται το αντικείμενο και οι ειδικότερες αρμοδιότητες του κέντρου στα πλαίσια του σκοπού του, τα της διοικήσεως, τα του ελέγχου της διαχειρίσεως του κέντρου, τα του προσωπικού και της οργάνωσής, τα της εν γένει λειτουργίας αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 26

Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Λ.), που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με σκοπό την αντιμετώπιση και παρακολούθηση, συντονισμό και υποβοήθηση των ενεργειών, για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους.

2. Το Κ.Ε.Ε.Λ. επιχορηγείται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από το πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, από δωρεές, κληροδοτήματα, κάθε άλλη επιχορήγηση από τρίτους και έσοδα από τυχόν παροχή υπηρεσιών.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται το αντικείμενο και οι ειδικότερες αρμοδιότητες του κέντρου στα πλαίσια του σκοπού του, τα της διοικήσεως και τα του ελέγχου της διαχειρίσεως του κέντρου, τα του προσωπικού και της οργάνωσής του, τα της εν γένει λειτουργίας αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

8. Ο γενικός διευθυντής προϊστάται όλων των υπηρεσιών του νοσηλευτικού ιδρύματος, συντονίζει και ελέγχει το έργο αυτών, συμμετέχει στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου, εισηγείται σε αυτό, κάθε φορά, τα θέματα που τίθενται προς συζήτηση και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου. Τα ιδιαίτερα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες του γενικού διευθυντή, καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

9. Οι θέσεις των γενικών διευθυντών προκηρύσσονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στο διαγωνισμό μπορεί να συμμετέχουν πτυχιούχοι ανώτατων σχολών ημεδαπής ή αλλοδαπής με ευδόκιμο υπηρεσία δεόντως αποδεικνυόμενη σε θέσεις του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα ή με μεταπτυχιακές σπουδές ειδίκευσης στην οικονομία της υγείας, στην οργάνωση και διοίκηση νοσηλευτικών οργανισμών και στη δημόσια υγεία. Σε θέσεις γενικών διευθυντών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων μπορούν να διορίζονται και υπάλληλοι του Δημοσίου ή των ν.π.δ.δ., που έχουν τα προβλεπόμενα στην παράγραφο αυτήν προσόντα, όταν δε παύσουν να ασκούν τα καθήκοντα του γενικού διευθυντή ή λήξει η θητεία τους επιστρέφουν στην οργανική τους θέση. Ο χρόνος της θητείας τους λογίζεται ως χρόνος δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια.

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι γενικοί διευθυντές διορίζονται για μία τριετία. Σε περίπτωση κατά την οποία ο γενικός διευθυντής έχει επιτύχει στο έργο του, ανανεώνεται η θητεία του για μία εκάστοτε τριετία. Το ευδόκιμο της θητείας κρίνεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του διοικητικού συμβουλίου του οικείου νοσοκομείου. Οι μνημιαίες απολαφές των γενικών διευθυντών καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν ανά νοσοκομείο. Με όμοια απόφαση, που εκδίδεται με γνώμη του Δ.Σ., μπορεί να χορηγείται ιδιαίτερη αμοιβή (πρω), εφόσον τα λαμβανόμενα από το γενικό διευθυντή μέτρα έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό, σε σημαντικό βαθμό, των δαπανών προϋπολογισμού του νοσηλευτικού ιδρύματος. Το ύψος της ιδιαίτερης αμοιβής καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

11. Ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία διορισμού γενικών διευθυντών ή σε περιπτώσεις ανάγκης άμεσου καλύψεως της θέσεως μπορεί με απόφασή του να αναθέτει καθήκοντα γενικού διευθυντή νοσηλευτικού ιδρύματος και σε δοκιμασμένους δημόσιους λειτουργούς, που μπορεί να υπηρετούν στον τομέα υγείας ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα ή να έχουν για οποιονδήποτε λόγο αποχωρήσει. Για τους διοριζόμενους με τον τρόπο αυτόν γενικούς διευθυντές, ο χρόνος της θητείας τους λογίζεται ως χρόνος δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια, μετά δε τη λήξη της θητείας επανέρχονται αυτοδίκαια στη θέση και υπηρεσιακή κατάσταση που είχαν προ του διορισμού τους. Στην περίπτωση αυτήν, οι διατάξεις της παρ. 10 του άρθρου αυτού για την ανανέωση της θητείας ισχύουν.

12. Το διοικητικό συμβούλιο νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο υπηρετεί γενικός διευθυντής μπορεί, με απόφασή του, να μεταβιβάζει αρμοδιότητες σε αυτόν.

13. Το διοικητικό συμβούλιο ελέγχει το έργο του γενικού

διευθυντή. Σε περίπτωση που ο γενικός διευθυντής, λόγω κωλύματος, απέχει των καθηκόντων του, καθήκοντα γενικού διευθυντή ασκεί τότε ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου.

14. Στις θέσεις προέδρου ή αντιπροέδρου μπορεί να διορίζονται ιατροί του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ή ιατροί που ασκούν καθ' οιονδήποτε τρόπο ελεύθερο επάγγελμα. Η απασχόληση του προέδρου και αντιπροέδρου εφόσον είναι έμμοση είναι πλήρης, σε περίπτωση όμως μη έμμοσων θέσεων είναι μερικής απασχόλησης. Ιατροί του Ε.Σ.Υ. που διορίζονται ως πρόεδροι ή αντιπρόεδροι νοσοκομείων μπορούν να επιλέγουν τις αποδοχές της θέσεως την οποία κατέχουν ή της θέσεως στην οποία διορίζονται. Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. και ιατροί μέλη Δ.Ε.Π. δε μπορούν να διορίζονται ως πρόεδροι ή αντιπρόεδροι στο Δ.Σ. του νοσοκομείου στο οποίο υπηρετούν.

15. Η συγκρότηση του διοικητικού συμβουλίου του κάθε νοσοκομείου γίνεται μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευση του νόμου αυτού. Μέχρι να γίνει η συγκρότηση τα διοικητικά συμβούλια λειτουργούν με τη σύνθεση, που έχουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

Άρθρο 56

Δομή - Οργάνωση νοσοκομείων

1. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Η έκδοση, αναμόρφωση και τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από πρόταση της περιφερειακής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας που υπάγεται το νοσοκομείο, στο πλαίσιο των ρυθμίσεων της παρ. 4 του άρθρου αυτού. Σε περίπτωση που δεν έχει συσταθεί η διεύθυνση υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, η έκδοση, αναμόρφωση και τροποποίηση των παραπάνω οργανισμών γίνεται και χωρίς την πρόταση των διευθύνσεων υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας.

2. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: α) ιατρική β) νοσηλευτική γ) διοικητική και δ) τεχνική. Στην ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου υπάγονται εκτός από τους ιατρούς, οδοντάτρους και φαρμακοποιούς του νοσοκομείου και οι υπάλληλοι επιστήμονες, που σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις δκαλούνται να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης.

3. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται ιδίως η νομική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 63 του νόμου αυτού, για τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται ενίοτε πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων ανάλογα με τη δύναμη σε κλίνες και κατηγορίες προσωπικού. Ειδικότερα μπορεί να θεσπίζονται ειδικοί συντελεστές καθαρισμού του αριθμού των θέσεων προσωπικού κατά κλάδο ή υπηρεσία με σκοπό την εξασφάλιση της καλύτερης μεταξύ τους αναλογίας που απαιτείται για την πλήρη και ισόρροπη

υποχρεωτικά μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής.

4. Όσοι οδοντίστρα κατά παρέκκλιση των ανωτέρω δεν είναι εγγεγραμμένοι μέχρι σήμερα στον οικείο κατά τα ανωτέρω Οδοντιατρικό Σύλλογο παραμένουν εφόσον το επιθυμούν, μέλη του Συλλόγου που ήδη είναι εγγεγραμμένοι.

Άρθρο 152

Στο τέλος του άρθρου 52 του ν.3601/1928 προστίθεται παράγραφος 8 που έχει ως εξής:

“8. Την προαγωγή των οικονομικών συμπερόντων των φαρμακοποιών - μελών των Φαρμακευτικών Συλλόγων της χώρας με τη δημιουργία κεφαλαίου αποζημίωσης λόγω εξόδου από το επάγγελμα. Δικαίωμα αποζημίωσης έχουν τα μέλη αυτά που διακόπτουν την άσκηση του επαγγέλματός τους για οποιονδήποτε λόγο και σε περίπτωση θανάτου τους τα μέλη της οικογένειάς τους.

Για την εκπλήρωση του ανωτέρω σκοπού διατίθεται από 1.1.1993 και εφεξής το 80% του πόρου που προβλέπεται υπέρ του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου από τις διατάξεις του άρθρου 62 του ν. 3601/1928, όπως αντικαταστάθηκαν από τις διατάξεις του άρθρου 6 του ν.δ. 171/1946 και συμπληρώθηκαν από τις διατάξεις του άρθρου 15 του ν. 1821/1988, καθώς και από τις διατάξεις της Α88/2041/1987 απόφασης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και της υπ' αριθμ.40/1990 Αγορανομικής Διάταξης.

Για την παρακολούθηση των εσόδων και των καταβαλλόμενων αποζημιώσεων στους δικαιούχους τηρείται Ειδικός Λογαριασμός υπό την ονομασία “Κεφάλαιο αποζημιώσεως εξόδου”. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που εκδίδεται μετά γνώμη του Δ.Σ. του Π.Φ.Σ. ορίζονται ο τρόπος διαχείρισης των εσόδων του λογαριασμού, το ύψος και οι προϋποθέσεις χορήγησης της αποζημίωσης στους δικαιούχους κατά κατηγορία και γενικά κάθε θέμα, που αφορά την εφαρμογή του παρόντος.

Άρθρο 153

Η αληθής έννοια των διατάξεων του ν. 1397/83 “Εθνικό Σύστημα Υγείας” όσον αφορά τα όρια ηλικίας για την κατάληψη θέσεων ιατρών του Ε.Σ.Υ. είναι ότι ως πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού νοείται ο χρόνος ολοκλήρωσης της πλήρωσης της συγκεκριμένης θέσεως.

Άρθρο 154

Οι υπηρετούντες κατά τη δημοσίευση του παρόντος, επιστημονικοί υπεύθυνοι διευθυντές μη γιατροί επιστήμονες των βιοχημικών τμημάτων, δύνανται να διατηρούν τη θέση τους και τα καθήκοντά τους.

Άρθρο 155

Ιατροί που εργάστηκαν ως ειδικοί σε νοσοκομεία και επιστημονικά κέντρα χωρών της αλλοδαπής που δεν χορηγούν τίτλο ειδικότητας, εφόσον αποκτήσουν τον τίτλο κατά τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, αναγνωρίζεται ότι άσκησαν την ειδικότητα στην αλλοδαπή για όσο χρόνο προκύπτει, αν από το συνολικό αριθμό των ετών που εργάστηκαν αφαιρεθεί ο χρόνος που απαιτείται για την απόκτηση της ειδικότητας αυτής στην Ελλάδα. Τα νοσοκομεία αυτά και τα επιστημονικά κέντρα καθορίζονται με

απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.”.

Άρθρο 156

Η παράγραφος 3 του άρθρου 40 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται, αφ' ης ίσχυσε, ως εξής:

“Η κατά τις παραγράφους 1 και 2 του παρόντος άρθρου προβλεπόμενη υπηρεσία γιατρού του Ε.Σ.Υ. αποτελεί πραγματική υπηρεσία για τη μισθολογική γενικά κατάταξη, τη λήψη μισθού και τη συνταξιοδότησή του”.

Άρθρο 157

Η παρ.δ' του άρθρου 4 του ν.1963/1991 να συμπληρωθεί ως εξής:

“Το φαρμακευτικό εργαστήριο δύναται να στεγάζεται και στο υπόγειο του φαρμακείου, με την προϋπόθεση ότι έχει εμβαδό τουλάχιστον 10 τ.μ., αποτελεί μ'αυτό ενιαίο κτίσμα και επικοινωνεί μαζί του με ευρεία εσωτερική κλίμακα.”

Άρθρο 158 Ισχύς νόμου

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις”.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευσή του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 4 Ιουλίου 1992

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
ΣΩΤ. ΚΟΥΒΕΛΑΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ
Ν. ΚΛΕΙΤΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΣΤ. ΜΑΝΟΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΙΩ. ΠΑΛΛΙΟΚΡΑΣΙΑΣ

Ο ΑΝΑΓΓΕΛΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΥΡΓΩΝ ΓΕΩΡΓΙΑΣ
ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΧΡ. ΚΟΣΚΙΝΑΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΑΡ. ΚΑΛΑΝΤΖΑΚΟΣ

ΥΓΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΩ. ΣΟΥΡΛΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
Μ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΓΕΩ. ΣΟΥΦΛΙΑΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.

Αθήνα, 6 Ιουλίου 1992

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΜΙΧ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ



01001652108970036



6429

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 165

21 Αυγούστου 1997

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2519

Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Άρθρο 1
Όργανα προστασίας των δικαιωμάτων**

1. Για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, που προβλέπονται στο άρθρο 47 του ν. 2071/1992, αλλά και των βασικών δικαιωμάτων του συνόλου των πολιτών που απορρέουν από τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 1397/1983, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας:

α) Αυτοτελής Υπηρεσία προστασίας δικαιωμάτων ασθενών σε επίπεδο τμήματος, υπαγόμενη στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Έργο της υπηρεσίας είναι η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς και η αίσθηση προς το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, σχετικά με τα θέματα αυτά. Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας αποφασίζει για τις κατά νόμο ενέργειες ή και μπορεί προηγουμένως να παραπέμπει τις καταγγελίες για εξέταση στην Επιτροπή Ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Προϋπόθεση για την προώθηση των καταγγελιών αποτελεί η ύπαρξη ενυπόγραφης καταγγελίας με στοιχεία από τα οποία προκύπτει η ταυτότητα του παραπονούμενου.

β) Επιτροπή Ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, αποτελούμενη από ένα μέλος του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους ή συνταξοδόχο αυτού, που

προτείνεται από τον Πρόεδρό του, και από εκπροσώπους, ανά έναν, του Πανελληνίου Ιατρικού Σιλλόγου (Π.Ι.Σ.), της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (Ε.Ο.Ο.), της Ένωσης Συντακτών Ημερησίων Εφημερίδων Αθηνών (Ε.Σ.Η.Ε.Α.), της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.), της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων (Π.Ο.Ε.Δ.Η.Ν.), της Ανώτατης Διοικούσας Επιτροπής Δημοσίων Υπαλλήλων (Α.Δ.Ε.Δ.Υ.), της Γενικής Συναμοσπονδίας Εργατών Ελλάδος (Γ.Σ.Ε.Ε.), της Γενικής Συναμοσπονδίας Αγροτικών Συλλόγων Ελλάδος (Γ.Ε.Σ.Α.Σ.Ε.), της Γενικής Συναμοσπονδίας Εμπόρων Βιοτεχνιών Ελλάδος (Γ.Ε.Σ.Ε.Β.Ε.), της Εθνικής Συναμοσπονδίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (Ε.Σ.Α.Ε.Α.), της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Εργαζομένων Υπαλλήλων Ι.Κ.Α. (Π.Ο.Σ.Ε.Υ.Π.Ι.Κ.Α.) και της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Υγειονομικών Υπαλλήλων Ι.Κ.Α. (Π.Ο.Υ.Γ.Υ.Ι.Κ.Α.) και ένα πρόσωπο με ιδιαίτερο κοινωνικό κύρος επιλεγόμενο από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μεταξύ τριών (3) προσώπων τα οποία προτείνονται από το Κ.Ε.Σ.Υ., το οποίο και προεδρεύει της Επιτροπής. Εάν οι φορείς δεν υποβάλουν τις προτάσεις τους εντός είκοσι (20) ημερών από την αποστολή της σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, τα μέλη της Επιτροπής ορίζονται αναπληρωτικά από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Η Επιτροπή ή εξουσιοδοτημένα μέλη της δύναται να επισκέπτεται νοσοκομεία για την εξακρίβωση συγκεκριμένης καταγγελίας ή και αυτοβούλως για την παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Η Επιτροπή αποφασίζει με πλειοψηφία των παρόντων μελών της. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερσχύει η ψήφος του Προέδρου. Η Επιτροπή, εφόσον αποφανθεί για τη μερική ή ολική βασιμότητα καταγγελιών ή παραπόνων, υποβάλλει το πόρισμα της στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος αποφασίζει για τις κατά νόμο περαιτέρω ενέργειες και, σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις ποινικού αδικήματος, διαβιβάζει το πόρισμα στην αρμόδια εισαγγελική αρχή.

σοκομεία στην αρμόδια Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας με απολογημένη έκθεση του Δ.Σ. του νοσοκομείου. Ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας υποβάλλει με εισήγηση τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων της περιφέρειάς του στις Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας με κοινοποίηση στο Υπουργείο Οικονομικών.

Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων διαμορφώνονται και ως κλειστοί κατά τομέα, τμήμα, εργαστήριο και διοικητική, τεχνική ή άλλη μονάδα του νοσοκομείου και εγκρίνονται ως συνολικοί κλειστοί προϋπολογισμοί.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται μετά από πρόταση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, θεσπίζεται στα νοσοκομεία και τους λοιπούς φορείς υγείας το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα αναλυτικής λογιστικής και κοστολόγησης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να καταρτίζεται ενιαίος κανονισμός οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομείων και των λοιπών φορέων υγείας.

4. Οι απολογισμοί και οι ισολογισμοί των νοσοκομείων καταρτίζονται το αργότερο μέχρι το τέλος Μαρτίου κάθε έτους και υποβάλλονται στη Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και στο Υπουργείο Οικονομικών, με απολογητική έκθεση του Δ.Σ..

Άρθρο 30

Σύμπραξη ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων ασφάλισης υγείας

1. Οι ασφαλιστικοί φορείς μπορεί να συμπράττουν μεταξύ τους με μορφή κοινοπραξίας ή με τη μορφή ένωσης ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων με σκοπό:

(α) Να συνάπτουν μετά από διαπραγμάτευση προγραμματικές συμβάσεις με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Με τις συμβάσεις αυτές μπορεί να ορίζεται νοσήλιο κατά τις διαζευκτικές περιπτώσεις της διάταξης του δεύτερου εδαφίου της περίπτωσης β' του άρθρου 28 του παρόντος, καθώς και κατά νοσοκομείο ή κατηγορία νοσοκομείων. Σε κάθε περίπτωση το νοσήλιο δεν μπορεί να υπερβαίνει το οριζόμενο κατά την περίπτωση β' του άρθρου 28 του παρόντος.

(β) Να διαπραγματεύονται για τη σύναψη συμβάσεων, ύστερα από έγκριση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου υπουργού με ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία του εξωτερικού.

2. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΣΥ.Σ.Ε.Δ.Υ.Π.Υ. καθορίζονται η διαδικασία και οι λεπτομέρειες εφαρμογής των παραπάνω διατάξεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 31

Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1. Για τη διαμόρφωση ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην κατεύ-

θυνση της λειτουργίας ενιαίου Φορέα Υγείας (Ε.Φ.Υ.), μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Ε.Σ.Υ., των Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων, των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ή άλλων Ν.Π.Δ.Δ., οργανώνονται και λειτουργούν ως δίκτυα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και διασυνδέονται λειτουργικά και επιστημονικά με νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.. Οι όροι και οι προϋποθέσεις οργάνωσης και λειτουργίας των δικτύων, καθώς και της παροχής υπηρεσιών στον πληθυσμό της περιοχής τους ορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας.

2. Ως δίκτυα λειτουργούν ένα ή περισσότερα Κέντρα Υγείας ή Πολυιατρεία και τα κατά περίπτωση περιφερειακά ιατρεία τους. Σε κάθε δίκτυο προσφέρουν υπηρεσία και οικογενειακοί γιατροί. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΣΥ.Σ.Ε.Δ.Υ.Π.Υ. καθορίζεται ο πληθυσμός και τα όρια ευθύνης και προσδιορίζεται η αναγκαία στελέχωση και τεχνολογική υποδομή κάθε δικτύου ανάλογα με τον πληθυσμό ευθύνης τους και τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής. Στα δίκτυα παρέχονται υπηρεσίες από γιατρούς γενικής ιατρικής, παιδιατρικής, παθολογίας, άλλων βασικών ιατρικών ειδικοτήτων, οδοντάτρους, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και λοιπό προσωπικό. Εφόσον το προσωπικό που υπηρετεί στις μονάδες του δικτύου υπολείπεται του αναγκαίου κατά τα οριζόμενα με την ανωτέρω απόφαση, συμπληρώνεται σύμφωνα με τις προγραμματικές συμβάσεις. Στις μονάδες των δικτύων προσφέρουν υπηρεσίες σε εβδομαδιαία προγράμματα γιατροί ειδικοτήτων του νοσοκομείου που είναι διασυνδεδεμένο το δίκτυο σε τακτές ημέρες και ώρες της εβδομάδας.

3. Για την οργάνωση και λειτουργία δικτύου συνάπτεται προγραμματική σύμβαση μεταξύ του Δημοσίου εκπροσωπούμενου από το Γενικό Γραμματέα της οικείας περιφέρειας και Ασφαλιστικών Οργανισμών ή Ταμείων, νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) ή και άλλων Ν.Π.Δ.Δ., που έχουν μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με την προγραμματική σύμβαση καθορίζονται οι υποχρεώσεις που αναλαμβάνει κάθε συμβαλλόμενος για τη λειτουργία του δικτύου και την παροχή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ιδίως καθορίζονται η υλικοτεχνική υποδομή και το προσωπικό που διαθέτει κάθε φορέας κατά τα οριζόμενα στις κοινές υπουργικές αποφάσεις των παραγράφων 1 και 2 του παρόντος, το ποσοστό συμμετοχής του στις δαπάνες λειτουργίας του δικτύου και τα έσοδα, κατά τρόπον ώστε να διασφαλίζεται σε κάθε μονάδα του δικτύου η λειτουργία της ιατρικής, νοσηλευτικής, κοινωνικής και διοικητικής υπηρεσίας. Με την προγραμματική σύμβαση ορίζονται ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπος του φορέα που συμμετέχει στη συντονιστική επιτροπή ελέγχου και παρακολούθησης του δικτύου και ο κατά την παράγραφο 4 του παρόντος άρθρου προϊστάμενος κάθε δικτύου. Επίσης, με την προγραμματική σύμβαση καθορίζονται ο τρόπος κάλυψης ετήσιου προγραμματισμού λειτουργίας και ανάπτυξης του δικτύου και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια. Η σύμβαση εγκρίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών

Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας, με την οποία ορίζεται και το νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ., με το οποίο διασυνδέεται το Δίκτυο, εφόσον με την προγραμματική σύμβαση δεν συμβάλλεται νοσοκομείο.

4. Ως προϊστάμενος κάθε Δικτύου ορίζεται υπάλληλος κλάδου ΠΕ, με βαθμό Διευθυντή ή αντίστοιχο προς αυτόν. Ο προϊστάμενος έχει τη διοικητική ευθύνη για την εύρυθμη λειτουργία του Δικτύου, ασκεί τον επιβαλλόμενο ιεραρχικό έλεγχο επί όλου του προσωπικού που υπηρετεί στις μονάδες του Δικτύου, ανεξαρτήτως από την οργανική υπαγωγή του κάθε υπαλλήλου και αναφέρεται αρμοδίως στα υπερκείμενα ιεραρχικά όργανα, καθώς και στη συντονιστική επιτροπή του Δικτύου και στα όργανα άσκησης εποπτείας του. Το προσωπικό που τοποθετείται στα Δίκτυα εξετασθεί να διέπεται ως προς την υπηρεσιακή του κατάσταση από τις κατ'ιδίαν διατάξεις της οργανικής τους θέσης. Το συντονισμό του επιστημονικού έργου του Δικτύου έχει ο γιατρός Διευθυντής της Μονάδας και σε περίπτωση που το Δίκτυο απαρτίζεται από περισσότερες Μονάδες Επιστημονική Επιτροπή που συγκροτείται από τους γιατρούς Διευθυντές των Μονάδων αυτών.

5. Ασφαλιστικοί οργανισμοί και ταμεία μπορεί να συνάπτουν συμβάσεις με τους φορείς που συμμετέχουν στην οργάνωση του κάθε Δικτύου, για την παροχή υπηρεσιών στους ασφαλισμένους τους. Με την κατά την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου κοινή υπουργική απόφαση ή άλλη όμοια απόφαση καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις σύναψης των συμβάσεων αυτών, καθώς και οι προϋποθέσεις για την παροχή από τα Δίκτυα υπηρεσιών στους πολίτες που οι δαπάνες για την περιθαλψή τους βαρύνουν το Δημόσιο, ως και σε κάθε άλλη κατηγορία πολιτών που δεν καλύπτονται από τις κατά την παράγραφο αυτή συμβάσεις.

6. Κάθε φορέας που συμβάλλεται για τη λειτουργία του Δικτύου, εγγράφει στον ετήσιο προϋπολογισμό του με ίδιο κωδικό αριθμό πιστώσεις για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του Δικτύου κατά το ποσοστό που του αναλογεί.

Τα έσοδα που προβλέπονται από τις διατάξεις της παραγράφου 5, τα οποία εισπράττονται ως ορίζεται με την κοινή απόφαση της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου, κατανέμονται μεταξύ των φορέων που απαρτίζουν το Δίκτυο κατά ποσοστό που καθορίζεται με την προγραμματική σύμβαση. Τα αντίστοιχα ποσά εγγράφονται ως έσοδα στον προϋπολογισμό κάθε φορέα αντιστοίχως.

7. Το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. καταρτίζει το πρόγραμμα ανάπτυξης των Δικτύων που εγκρίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 32 Οικογενειακοί γιατροί

1. Στα κατά το προηγούμενο άρθρο Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που καλύπτουν αστικές και ημιαστικές περιοχές παρέχουν υπηρεσίες οικογενειακοί γιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας και παιδιατρικής. Για τις λοιπές περιοχές ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 18 του ν.1397/1983.

2. Οι δικαιούχοι έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού τους γιατρού, από κατάλογο των γιατρών του Δικτύου της περιοχής τους ή όμορης περιοχής. Η επιλογή γίνεται κάθε χρόνο, ενώ μια φορά το χρόνο μπορούν να ζητήσουν την αλλαγή του οικογενειακού τους γιατρού μετά από απολογημένη αίτησή τους στον Προϊστάμενο του Δικτύου. Μέχρι να συμπληρωθεί ο προβλεπόμενος αριθμός κατά την επόμενη παράγραφο, ο γιατρός δεν μπορεί να αρνηθεί την εγγραφή στον κατάλογο του οποιουδήποτε δικαιούχου που διαμένει εντός της περιοχής ευθύνης του Δικτύου που υπηρετεί, εκτός αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι ανωνομίας συνεργασίας. Στην περίπτωση αυτήν ο γιατρός υποβάλλει δικαιολογημένη αίτηση εξαιρέσεως του συγκεκριμένου ατόμου, στον Προϊστάμενο του Δικτύου, ο οποίος, εφόσον κάνει δεκτή την αίτηση, ενημερώνει τον ενδιαφερόμενο για να επιλέξει άλλον οικογενειακό γιατρό του Δικτύου.

3. Ο αριθμός των ατόμων που εγγράφονται στον κατάλογο κάθε οικογενειακού γιατρού δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από 1.800 και προκειμένου για οικογενειακό παιδίατρο μεγαλύτερος από 1.600. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. μπορεί κατ'εξαιρεση να αυξάνεται το ανώτατο αυτό όριο μέχρι και 2.000, αν σε κάποια περιοχή συντρέχουν συγκεκριμένοι προς τούτο λόγοι. Με όμοια απόφαση καθορίζονται τα στοιχεία που πρέπει να καταχωρούνται στον κατάλογο και οι λεπτομέρειες γενικά για τον τρόπο κατάρτισης και τήρησής του.

4. Οι επιλεγμένοι ως οικογενειακοί γιατροί των Δικτύων συνάπτουν ετήσιες συμβάσεις παροχής υπηρεσιών με το Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας ή τον φορέα που έχει την ευθύνη του Δικτύου, σύμφωνα με την προγραμματική σύμβαση δημοσιότητας του, και αμείβονται ανάλογα με τον αριθμό των πολιτών τους οποίους καλύπτουν. Η κλίμακα των αμοιβών καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας. Οι ενδιαφερόμενοι που έχουν τα προσόντα υποβάλλουν, μετά από σχετική ανακοίνωση-πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος του αρμοδίου κατά τις διατάξεις της παραγράφου αυτής για τη σύναψη της σύμβασης, που δημοσιεύεται στον ημερήσιο τύπο, αίτηση στην υπηρεσία που ορίζεται με την ανακοίνωση. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. καθορίζονται τα κριτήρια, η διαδικασία και κάθε άλλη λεπτομέρεια επιλογής των οικογενειακών γιατρών, καθώς και τα της οργάνωσης και λειτουργίας των ιατρείων τους και το πλαίσιο άσκησης των καθηκόντων τους.

Σε κάθε περίπτωση για την υπογραφή σύμβασης απαιτείται να έχουν υποβάλει αίτηση για εγγραφή στον κατάλογο του υποψήφιου γιατρού δικαιούχοι που ο αριθμός τους αντιστοιχεί στο 1/3 τουλάχιστον του αριθμού που ορίζεται από την προηγούμενη παράγραφο. Η σύμβαση καταγγέλλεται οποτεδήποτε αζημίως σε κάθε περίπτωση παράβασης των συμβατικών υποχρεώσεων του οικογενειακού γιατρού.

5. Οι οικογενειακοί γιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο ιατρείο καθημερινά σε συγκεκριμένες πρωινές και απογευματινές ώρες, κατά τη διάρκεια των οποίων

Άρθρο 60**Κωδικοποίηση νομοθεσίας Ε.Σ.Υ.**

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να κωδικοποιείται η ισχύουσα νομοθεσία για το Εθνικό Σύστημα Υγείας σε ενιαίο κείμενο. Κατά την κωδικοποίηση επιτρέπεται η αλλαγή της σειράς των άρθρων, ο ορισμός υπότιτλων σε κάθε άρθρο, η διαίρεση της ύλης σε τμήματα και κεφάλαια, καθώς και η συντακτική βελτίωση χωρίς μεταβολή ή αλλοίωση της έννοιας του κειμένου.

Άρθρο 61**Τελικές διατάξεις**

1. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου υπουργού ρυθμίζονται τα κάθε είδους ειδικότερα τεχνικά ή λεπτομερειακά θέματα για την εφαρμογή των διατάξεων αυτού του νόμου.

2. Με την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού καταργείται κάθε διάταξη που είναι αντίθετη με τις διατάξεις του παρόντος ή ρυθμίζει διαφορετικά θέματα που ορίζονται από αυτόν.

Άρθρο 62

Το Ίδρυμα για το παιδί "Η Παμμακάριστος", νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που υπηρετεί επί μία δεκαεπταετία συνεχώς κοινωνικώς σκοπούς και έχει αναπτύξει δραστηριότητα στον τομέα Κοινωνικής Πρόνοιας, σύμφωνα με ισχύουσες σχετικές διατάξεις, αλλά δεν εμπήπει στις ρυθμίσεις του α.ν. 2039/1939 ούτε σε εκείνες του ν.δ/τος 1111/1972, μπορεί να επαχρησιγείται με απόφαση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, από τον Τακτικό Προϋπολογισμό ή άλλους πόρους της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και να εντάσσεται στο Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων.

Το ως άνω Ν.Π.Ι.Δ. υπάγεται στην εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, όπου η έδρα του.

Ο διορισμός του Διοικητικού του Συμβουλίου, στο οποίο συμμετέχει Κυβερνητικός Επίτροπος, εγκρίνεται από τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών, εγκρίνεται και τροποποιείται ο Οργανισμός του ως άνω Ν.Π.Ι.Δ.

Το Ίδρυμα για το παιδί "Η Παμμακάριστος" υποβάλλει στα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας Σχέδιο Οργανισμού του για έκδοση προεδρικού διατάγματος, εντός ενός (1) έτους από της ισχύος του παρόντος.

Άρθρο 63

1. Η υπέρ του Ταμείου Συντάξεων και Αυτοσφάλισης Υγειονομικών (Τ.Σ.Α.Υ.), του Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Υπαλλήλων Φαρμακευτικών Εργασιών (Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.) και του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) εισφορά ορίζεται σε 4,5%, 1,5% και 10%.

αντίστοιχα, επί της εκάστοτε ισχύουσας καθαρής τιμής των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που παρασκευάζονται ή εισακμάζονται στην Ελλάδα ή εισάγονται από το εξωτερικό. Κάθε άλλη διάταξη που ρυθμίζει με διαφορετικό τρόπο τα θέματα της παρούσας παραγράφου καταργείται.

2. Για τα εισπραττόμενα από το Τ.Σ.Α.Υ. και Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε. ποσά από την εισφορά της προηγούμενης παραγράφου, οι διατάξεις του άρθρου 59 του ν. 2084/1992 (ΦΕΚ 165 Α), εξακολουθούν να ισχύουν. Εάν τα έσοδα των ταμείων αυτών από τις ως άνω εισφορές είναι ανώτερα του ορίου που θέτει ο ν. 2084/1992, τα επιπλέον ποσά αποδίδονται στο Λογαριασμό Αλληλεγγύης Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (Λ.Α.Φ.Κ.Α.), ενώ εάν είναι ίσα ή κατώτερα του ορίου αυτού παραμένουν εξ ολοκλήρου ως έσοδα των ταμείων.

3. Οι διατάξεις του παρόντος άρθρου εφαρμόζονται και κατά την αναπαιλόγηση όλων των ήδη κυκλοφορούντων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων.

Άρθρο 64**Ισχύς του νόμου**

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευσή του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

Ατταίνον, 21 Αυγούστου 1997

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΙΣΤΕΡΙΚΟΝ ΑΝΑ ΔΙΟΡΘΩΣΗ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ
Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΟΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Β. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΧΕΙΡΟΤΕΧΝΙΑΣ
ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ
Κ. ΛΑΛΙΩΤΗΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΜΕΔΙΑΣ
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
Γ. ΑΡΣΕΝΗΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Μ. ΠΑΠΑΔΑΚΗ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Κ. ΓΕΤΟΒΑΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 21 Αυγούστου 1997

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Ε. ΠΑΝΩΠΟΥΛΟΣ