



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΛΑΖΑΡΑΚΗ ΧΡΗΣΤΙΝΑ-ΔΗΜΗΤΡΑ – ΑΜ: 2005243

ΜΠΕΗ ΑΓΑΘΗ – ΑΜ: 2005005

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

Καλαμάτα

2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλουμε να απευθύνουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κα. Κατερίνα Καστανιώτη για την καθοδήγηση και την υποστήριξη καθ'ολη την διάρκεια διεκπεραίωσης της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας για την συνεχή συμπαράσταση, την αγάπη και την κατανόηση που έδειξαν σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανθρώπινη ύπαρξη χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο βιολογικών, κοινωνικών και ψυχικών παραμέτρων, ποσοτικών και ποιοτικών. Η ζωή του ανθρώπου αποκτά νόημα και αξία μόνο με την ποσοτική και ποιοτική έκφραση όλων των παραμέτρων. Οι βιολογικές, ψυχικές και κοινωνικές παράμετροι είναι αλληλένδετες και η διαταραχή σε οποιαδήποτε από αυτές έχει άμεσο αντίκτυπο στην υγεία του ανθρώπου. Η μελέτη της ποιότητας ζωής ενός ανθρώπου οφείλει να είναι ολιστική καλύπτοντας όλες τις παραμέτρους της ανθρώπινης ύπαρξης, που συνθέτουν το φαινόμενο της ζωής. Αυτό που ενδιαφέρει περισσότερο είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής, που συνδέεται με την υγεία. Τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα απέκτησε ενδιαφέρον η μελέτη της ποιότητας ζωής χρόνιων ασθενών. Το βιο-ιατρικό μοντέλο σκέψης άρχισε να υποχωρεί κάτω από τις απαιτήσεις των ίδιων των ασθενών για ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματός τους.

Η παρούσα εργασία ερευνά την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων με σακχαρώδη διαβήτη και αποτελείται από 4 κεφάλαια, όπου στα 3 πρώτα αναπτύσσεται το θεωρητικό πλαίσιο του ζητήματος ενώ στο 4^ο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία και τα ευρήματα της έρευνας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	III
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	4
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	4
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	4
1.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	7
1.3 ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	8
1.4 ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	11
1.5 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	19
ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	19
2.1 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	19
2.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	19
2.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	33
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	33
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ	33
3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	34
3.3 ΑΙΤΙΑ.....	36
3.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	39

3.5 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ	41
3.6 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	50
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	50
4.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	50
4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	83

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από την αρχαία εποχή, γίνονταν λόγος για τη σχέση ψυχής και σώματος. Πρώτος ο Ιπποκράτης ισχυρίστηκε ότι στο σώμα, επιδρά ο νους και το περιβάλλον. Πρέσβευε ότι ο οργανισμός κάθε ανθρώπου αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη νόσο και επηρεάζεται σημαντικά από τον τρόπο ζωής του ατόμου. Η Ιπποκράτεια αυτή φιλοσοφία καλλιεργήθηκε και από άλλους αρχαίους λαούς για να εγκαταλειφθεί τον 17^ο ως αντιεπιστημονική. Την χρονική αυτή περίοδο αναπτύσσεται η φιλοσοφική άποψη του Καρτέσιου ο οποίος υποστήριξε ότι η ψυχή αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα ανίκανη να επηρεάσει τις οργανικές λειτουργίες. Το σύγχρονο βιο-ιατρικό μοντέλο σκέψης, που κυριάρχησε στον 20^ο αιώνα στηρίχτηκε εν μέρει στη θεωρία του Καρτέσιου ο οποίος θεωρούσε το ανθρώπινο σώμα ως μηχανή που μπορεί να γίνει κατανοητός ο τρόπος λειτουργίας της αν αναλυθούν τα τμήματα που την αποτελούν. Κυριάρχησε η άποψη ότι μια ασθένεια οφείλεται σε έναν κυρίως παράγοντα και ο εντοπισμός του αρκεί για την επίλυση του προβλήματος. Ωστόσο, το βιο-ιατρικό μοντέλο δεν μπορούσε να εξηγήσει φαινόμενα όπως οι ατομικές διαφορές μεταξύ των ασθενών ως προς την αντιμετώπιση της νόσου, του πόνου, της θεραπείας και της αποκατάστασης της υγείας.

Στη δεκαετία του 70 αυξήθηκε το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια όλων των φάσεων μιας νόσου από την αρχική διάγνωση έως τη θεραπεία, την ίαση ή τη χρονιότητα. Η αύξηση αυτή του ενδιαφέροντος γύρω από την ποιότητα ζωής σχετιζόταν με την παροχή στήριξης και βοήθειας. Οι ασθενείς από την εποχή εκείνη άρχισαν να απαιτούν ολιστική θεώρηση του ιατρικού τους προβλήματος. Η προσέγγιση αυτή είχε αντίκτυπο στους κόλπους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) σύμφωνα με τον οποίο: « Υγεία είναι η πλήρης σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία και όχι απλά η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός υπονοεί ότι η νόσος δε διαταράσσει μόνο τη βιολογική σφαίρα του ανθρώπου αλλά και την ψυχική, την κοινωνική και την οικονομική. Έτσι, λοιπόν όταν κάποιος μελετητής ασχολείται με την επίδραση της

ασθένειας στην ποιότητα ζωής του ατόμου θα πρέπει να επιλέγει εκείνο το ερευνητικό εργαλείο που θα επιτρέπει την εκτίμηση και των τριών αυτών παραμέτρων.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου I (ΣΔ1) είναι μια χρόνια νόσος και ταυτόχρονα αποτελεί ένα σημαντικό θέμα της δημόσιας υγείας, καθώς οι επιπλοκές του ευθύνονται για υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και σε πολλές περιπτώσεις πρόωρης θνησιμότητας. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου 800.000 άτομα νοσούν από διαβήτη, ενώ το 10% αυτών πάσχουν από ΣΔ1. σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Έρευνας Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του. Ο ΣΔ1 εμφανίζεται νωρίς στη ζωή του ατόμου και η ενέσιμη ινσουλίνη αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της ιατρικής θεραπευτικής αντιμετώπισης του¹. Ο ΣΔ1 ως χρόνια νόσος φέρνει τα άτομα αντιμέτωπα με πολύπλοκες ψυχολογικές προκλήσεις, καθώς οι αλλαγές που προκαλεί η εμφάνιση του εντοπίζονται τόσο σε βιολογικό, όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Η πορεία της νόσου είναι ψυχοσωματική με την έννοια ότι επηρεάζει και επηρεάζεται από την ψυχολογική λειτουργικότητα του ατόμου, τις κοινωνικές σχέσεις, την επαγγελματική και την οικογενειακή ζωή. Οι απαιτήσεις της νόσου είναι συνεχείς και η πίεση για τους ασθενείς αυξάνει, καθώς προκύπτει η ξαφνική και άμεση ανάγκη να γνωρίσουν και στη συνέχεια να εφαρμόσουν νέες συμπεριφορές αυτό-φροντίδας στην καθημερινή τους ζωή.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να ερευνήσει την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων με σακχαρώδη διαβήτη. Για τον σκοπό αυτόν, αποτελείται από 4 κεφάλαια, όπου στα 3 πρώτα αναπτύσσεται το θεωρητικό πλαίσιο του ζητήματος ενώ στο 4^ο αναλύεται η μεθοδολογία και τα ευρήματα της έρευνας. Αναλυτικότερα:

Στο 1^ο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της ποιότητας ζωής, η ιστορική της εξέλιξη καθώς και οι διαστάσεις αλλά και οι δείκτες που την χαρακτηρίζουν.

Στο 2^ο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ποιότητας ζωής αλλά και τα προβλήματα που προκύπτουν.

¹ Αναρτήθηκε στο <http://www.vvhndc.gr>

Στο 3^ο κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά στην ασθένεια του σακχαρώδους διαβήτη, στην ιστορική του εξέλιξη αλλά και στα αίτια και την παθοφυσιολογία του. Τέλος, διακρίνονται οι μορφές που μπορεί να πάρει αλλά και οι επιπτώσεις που πιθανόν να έχει στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Στο 4^ο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας. Στη συνέχεια αναπτύσσονται και ερμηνεύονται τα ευρήματα της έρευνας.

Τέλος ακολουθεί η ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε, ενώ στο παράρτημα παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

1.1 Ιστορική εξέλιξη και έννοια της ποιότητας ζωής

Ο όρος ποιότητα ζωής είναι μια αφηρημένη έννοια. Καθένας μπορεί να περιγράψει τι σημαίνει για αυτόν «ποιότητα ζωής». Ωστόσο, είναι δύσκολο να δοθεί ένας σαφής ορισμός. Ο Lord Kelvin αναφέρει: «Όταν κάποιος μπορεί να μετρήσει και να εκφράσει με αριθμούς ό,τι λέει, τότε γνωρίζει κάτι γι' αυτό. Όταν, όμως δεν είναι σε θέση να το πει με αριθμούς, η γνώση του είναι ελάχιστη». Οι πολιτικοί, οι φιλόσοφοι οι ιερείς, οι ψυχολόγοι, οι ποιητές, οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς μπορεί να δίνουν διαφορετική ερμηνεία και να προτείνουν διαφορετικές μεθόδους μέτρησης της ποιότητας ζωής. Ίσως για ορισμένους η μέτρηση της ποιότητας ζωής δε χρειάζεται. Από τη στιγμή όμως που η ποιότητα άρχισε να απασχολεί το χώρο της υγείας, απαιτείται μεγαλύτερη ακρίβεια στη χρήση του όρου και ανάπτυξη κατάλληλης μεθόδου μέτρησης².

Ο ορισμός της έχει απασχολήσει τη φιλοσοφική σκέψη από την αρχαιότητα. Η έννοια κάνει την πρώτη εμφάνιση της στα «Ηθικά Νικομάχεια», όπου ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ) με τη λέξη ευδαιμονία προσπαθεί να αποδώσει το περιεχόμενο του όρου ποιότητα ζωής. Κατανοεί ότι η ποιότητα ζωής σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους και ότι μεταβάλλεται ανάλογα με τις τρέχουσες συνθήκες της ζωής του καθενός. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε ξανά μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, όπου λόγω της οικονομικής ανάπτυξης που σημειώθηκε, η χρήση των καταναλωτικών αγαθών και η διακίνηση του χρήματος οδήγησαν στην προσδοκία της «ποιότητας ζωής». Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η έννοια να ταυτιστεί με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, καθώς

² Fallowfield L.. (1991) The quality of life, the missing measurement in health care: Philosophical issues and Methodological issues. Paul (ed.), New York, pp.17-18.

εξέφραζε την κατοχή κυρίως υλικών αγαθών και χρήματος. Μετά το '60, το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται, συμπεριλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία, όπως και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση. Στη δεκαετία του '70, δίνεται επιπλέον έμφαση προς την κατεύθυνση της «προσωπικής ελευθερίας», της συναισθηματικής και ψυχο-κοινωνικής ισορροπίας και ευεξίας. Επίσης παρατηρήθηκε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής σε καταστάσεις αρρώστιας, θεραπείας και αποκατάστασης³.

Ο τελικός ορισμός της ποιότητας ζωής στην υγεία, προήλθε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1948 και έδωσε έμφαση σε τρεις διαστάσεις στο πλαίσιο της ασθένειας, τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική, ξεκαθαρίζοντας το περιεχόμενο του όρου. Βέβαιο είναι ότι δεν υπάρχει μέχρι σήμερα ένας κοινός αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής, ειδικά αφού η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών, των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών της υγείας. Σε θεωρητική βάση, η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί με την περιγραφή των χαρακτηριστικών, συνθηκών ή τομέων της ζωής που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία των ατόμων ως ανεξάρτητων και αυτόνομων όντων. Πρόκειται για την ελευθερία δράσης, τη νοσηματοδότηση πράξεων, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την ακεραιότητα και εκπλήρωση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών στην καθημερινή τους ζωή και στη διατήρηση της υγείας.

Ο όρος «ποιότητα ζωής» σχετίζεται με παραμέτρους όπως το βιοτικό επίπεδο του ανθρώπου, η παιδεία, η υγεία, η ευεξία καθώς και οι ευκαιρίες που έχει για αναψυχή και ξεκούραση. Τελευταία η ερευνητική κοινότητα κατέληξε στο συμπέρασμα πως είναι αναγκαίο να υπάρξει και ποσοτική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία σε διαφορετικούς τομείς της υγείας, και κυρίως στη αξιολόγηση των θεραπειών. Θεωρητικά η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί με την περιγραφή χαρακτηριστικών της ζωής των ανθρώπων, που είναι απαραίτητα για να λειτουργεί ανεξάρτητα και αυτόνομα ο άνθρωπος. Η ποιότητα ζωής αφορά την ελευθερία δράσης, την επαγγελματική και

³ Σαρρής Μάρκος (2001), Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 22-23

οικογενειακή καταξίωση, την εκπλήρωση ψυχοκοινωνικών αναγκών και επιθυμιών στην καθημερινή ζωή καθώς και τη διατήρηση της υγείας. Ο Hømqvist θεωρεί ότι συνολικά η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών αναφορικά με του σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής⁴.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η ποιότητα ζωής ορίζεται σε σχέση με την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή σύμφωνα με το πολιτιστικό πλαίσιο και το σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει, σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του. Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις, σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του. Εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο σωματικής λειτουργίας. Η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου αφορά την ψυχική ευεξία ενώ η κοινωνική ευεξία αντανακλά το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του. Η ποιότητα ζωής γενικά επιτυγχάνεται με την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Η υγεία, η οικονομική κατάσταση, το περιβάλλον αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν το άτομο και την κοινωνία. Είναι δύσκολο να επιτευχθεί ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός. Για τους περισσότερους πάντως η ποιότητα ζωής έχει ένα υποκειμενικό στοιχείο, καθώς συνδέεται ξεχωριστά για το συγκεκριμένο άτομο. Κάθε άτομο έχει διαφορετικά κριτήρια και αντιλήψεις που πολλές φορές αλλάζουν στον χρόνο και εξαρτώνται από τη φάση ζωής που βρίσκεται. Η ποιότητα ζωής μπορεί να έχει διαφορετική σημασία για το ίδιο άτομο στην ηλικία των 20 και στην ηλικία των 60. Η ποιότητα ζωής δεν αφορά μόνο την παρουσία ή την απουσία σωματικής ασθένειας αλλά σχετίζεται και με άλλες διαστάσεις της ζωής όπως εργασία, ελεύθερος χρόνος, διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ οικογένειας και φίλων, και οι ψυχολογικές και συναισθηματικές πλευρές της ζωής⁵.

Οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής ποικίλουν, όπως το κλίμα και οι γεωφυσικές συνθήκες του τόπου διαμονής, οι διατροφικές συνήθειες, η γενικότερη

⁴ Hømqvist J. O., (1982) The concept of quality of life. *Scand J Soc Med* , v. 10, pp. 57–61

⁵ Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ. (2001), Ποιότητα ζωής και ψυχική γεία. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, σελ. 239-240.

κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών, η εκπαίδευση και επιμόρφωση και το επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η ευρύτερη έννοια της υγείας δηλώνει την πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, εργασίας και κοινωνικής δράσης δημιουργεί νέα δεδομένα για τον σημερινό άνθρωπο. Έτσι, ποιότητα ζωής, ευ ζην, θετική στάση, είναι έννοιες που σήμερα αποκτούν νέες διαστάσεις.

1.2 Ποιότητα ζωής και υγεία

Η ραγδαία εξέλιξη του ιατρικού κλάδου, κατά τα τελευταία έτη, καθώς και οι εφαρμογές της υψηλής βιοιατρικής τεχνολογίας οδήγησαν το προσδόκιμο επιβίωσης και το μέσο όρο ζωής σε σημαντική αύξηση. Το ουσιαστικό όμως ερευνητικό ερώτημα ήταν το αν αυτά τα επιπλέον χρόνια ζωής είναι ποιοτικά χρόνια με καλή υγεία, ελεύθερα συμπτωμάτων και ασθενειών, ή μήπως αυτή η αύξηση του μέσου όρου ζωής ακολουθείται από μια χρόνια νοσηρότητα, κυρίως στις μεγάλες ηλικίες. Όλος αυτός ο προβληματισμός είχε ως αποτέλεσμα οι μετρήσεις των καταστάσεων της υγείας να μην εστιάζονται πλέον στις παραδοσιακές μετρήσεις θνησιμότητας και νοσηρότητας όπως παλαιότερα, αλλά στη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Για να μπορέσει περιοριστεί το εύρος της έννοιας, ώστε να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα, όλοι οι μελετητές επικεντρώνονται στον τομέα της υγείας, δηλαδή η συνυφασμένη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life)⁶.

Με το συγκεκριμένο όρο περιγράφεται και η επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του ατόμου, και η οποία επηρεάζει το βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η ποιότητα ζωής είναι μια

⁶ Υφαντόπουλος Γ. (2007), Μέτρηση ποιότητας ζωής και το Ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, τ. 24, σελ. 18

πολυπαραγοντική έννοια με τουλάχιστον τρεις κύριες διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση είναι η σωματική ευεξία, που περιλαμβάνει την αντίληψη του ατόμου για την υγεία του. Έπειτα ακολουθεί η ψυχική ευεξία, δηλαδή ο αυτοσεβασμός, η ευτυχία, η ικανοποίηση από τη ζωή και τέλος η κοινωνική ευεξία που περιλαμβάνει τη συζυγική, κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή. Όλες οι παραπάνω διαστάσεις αποτελούν τους σημαντικότερους ατομικούς δείκτες της ποιότητας ζωής. Όπως είναι φυσικό, όλες οι εκφάνσεις της ζωής του κάθε ανθρώπου επηρεάζονται τόσο από την προσωπική υγεία όσο και από τις δραστηριότητες που στοχεύουν στη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας. Με άλλα λόγια, προϋπόθεση για την καλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία που αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας που συμβάλλει στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου. Για αυτό το λόγο είναι σημαντικό όταν μελετούμε την ποιότητα ζωής την ολιστική θεώρηση, η οποία ξεκαθαρίζει ότι η υγεία δεν θεωρείται μόνο ως σωματική ευεξία αλλά επίσης και ως ψυχολογική και κοινωνική ολοκλήρωση και αυτοπραγμάτωση του ατόμου. Αυτό συνεπάγεται ότι η αρρώστια έχει επίδραση σε μια ποικιλία διαστάσεων και όχι απλά στο επίπεδο της σωματικής κατάστασης. Οπότε ο άνθρωπος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια ψυχοσωματική οντότητα και κάθε θεραπευτικό μέτρο να αποβλέπει στη βελτίωση κάθε παραμέτρου ξεχωριστά⁷.

1.3 Ασθένεια και ποιότητα ζωής

Το γεγονός ότι οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα διάφορα συμπτώματα και οι δυσλειτουργίες δεν σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα ζωής, οδήγησε στην εκτενέστερη έρευνα των μηχανισμών επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής. Έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα εκ των οποίων άλλα δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες και άλλα στους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Η επικρατέστερη θεωρία που προσεγγίζει τους μηχανισμούς επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής είναι η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών (Social

⁷ Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ. (2001), Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής- Μέθοδοι μέτρησης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ.18, σελ. 218-222

Production Functions Theory) η οποία αντιλαμβάνεται τον άνθρωπο ως βιοψυχοκοινωνικό ον και μελετά τις επιδράσεις σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής⁸.

Σύμφωνα με τη θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών, ο βαθμός ικανοποίησης των πρωταρχικών αναγκών ενός ατόμου σχετίζεται άμεσα με την ψυχολογική ευεξία. Η ψυχολογική ευεξία συνεπάγεται μια χρησιμότητα, μέσω της οποίας το άτομο απονέμει αξία σε μια σειρά πιθανών εκβάσεων μιας πράξης. Η πράξη αυτή εκλαμβάνεται ότι ικανοποιεί μια ανάγκη και η χρησιμότητα της έχει μια υποκειμενική αξία. Η υποκειμενική αξία εκφράζεται με μια αριθμητική τιμή από το 0 έως 1 που δηλώνει το βαθμό επιθυμητότητας της προτίμησης των πιθανών εκβάσεων, δηλαδή το πόσο ισχυρή είναι η προτίμηση αυτή.

Η μέγιστη δυνατή χρησιμότητα δεν είναι πάντοτε το ενδεδειγμένο κριτήριο για τη λήψη της απόφασης μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισης μιας αρρώστιας. Το μέγεθος της χρησιμότητας θα υπολογισθεί από τη διαφορά της χρησιμότητας μεταξύ των δύο μεθόδων. Πολλές φορές οι πιθανές εκβάσεις μιας πράξης είναι δυνατόν να έχουν περισσότερες από μία αξίες ή χρησιμότητες για ένα άτομο, τότε η διαδικασία λήψης απόφασης πρέπει να λάβει υπόψη της την πολυδιάστατη χρησιμότητα. Για κάθε διάσταση υπολογίζεται ξεχωριστά η χρησιμότητά της και η συνολική χρησιμότητα ή πολυδιάστατη χρησιμότητα προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους. Επιπλέον, η εκτίμηση της χρησιμότητας μιας πράξης εξαρτάται από το βαθμό γνώσης ή πληροφόρησης που τους παρέχεται για αυτήν, επομένως η γνώση των προβλημάτων υγείας αποτελεί έναν από τους παράγοντες που επηρεάζουν την εκτίμηση της συνολικής χρησιμότητας⁹.

⁸ Σαρρής Μάρκος (2001), Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 33

⁹ Σαρρής Μάρκος (2001), Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 34-35

Η σωματική και κοινωνική ευεξία καθορίζουν την ψυχολογική ευεξία. Φυσικά, η ικανοποίηση των αναγκών αυτών παρέχεται με τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που παράγουν ενεργοποίηση, εσωτερική και εξωτερική άνεση και ευμάρεια. Οι δραστηριότητες που παράγουν συναίσθημα, κοινωνική θέση και αναγνώριση οδηγούν στην κοινωνική ευεξία. Η εσωτερική ευμάρεια αναφέρεται στη σωματική ευμάρεια με την έννοια της απουσίας δίψας, πείνας, πόνου, κόπωσης και άλλων σωματικών δυσχερειών ή περιορισμών. Η εξωτερική ευμάρεια αναφέρεται στο περιβάλλον που ζει ένα άτομο, το οποίο είναι ασφαλές, ευχάριστο και άνετο. Η ενεργοποίηση αφορά δραστηριότητες που παράγουν διέγερση και ενεργητικότητα σε ψυχικά, νοητικά, αισθητηριακά και σωματικά ερεθίσματα.

Σχετικά με τους λειτουργικούς στόχους που αφορούν την κοινωνική ευεξία η κοινωνική θέση καθορίζεται από τη δυνατότητα ελέγχου και διαχείρισης των πόρων (όχι μόνο των οικονομικών) που έχει ένα άτομο και την κατάταξή του στο πεδίο της κοινωνικής διαστρωμάτωσης. Η αναγνώριση ή η συμπεριφορική επιβεβαίωση και επικύρωση αφορά την αποδοχή και αναγνώριση της συμπεριφοράς του ατόμου από τους άλλους, εφόσον η συμπεριφορά του κινείται εντός των κανονικών και αποδεκτών ορίων.

Το συναίσθημα αναφέρεται στην αγάπη, τη φιλία, στη συναισθηματική υποστήριξη και φροντίδα που πηγάζουν από τις συζυγικές, οικογενειακές, φιλικές σχέσεις του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον. Τα μέσα επίτευξης των λειτουργικών στόχων είναι οι δραστηριότητες που αναπτύσσουν οι άνθρωποι, οι δεξιότητες και οι πόροι που διαθέτουν. Οι πόροι αναφέρονται όχι μόνο στους οικονομικούς αλλά και στην τεχνολογία, το διαθέσιμο χρόνο, την εκπαίδευση, τις ικανότητες και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες τους ενεργείς και τους λανθάνοντες πόρους. Ως ενεργείς πόροι θεωρούνται οι πόροι εκείνοι που καταναλώνονται άμεσα, ενώ ως λανθάνοντες θεωρούνται οι πόροι εκείνοι που μπορούν να ενεργοποιηθούν κάποια χρονική στιγμή χωρίς ιδιαίτερο κόστος, όπως χρήμα, ατομικές δεξιότητες και ικανότητες, κοινωνική υποστήριξη¹⁰.

¹⁰ Σαρρής Μάρκος (2001), Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 36

Η υποκειμενική εκτίμηση του σχετικού κόστους ή της σχέσης κόστους αποτελεσματικότητας αποτελεί τη βάση για την επιλογή των μέσων επίτευξης των λειτουργικών στόχων. Εάν ένας λειτουργικός στόχος κοστίζει περισσότερο από την χρησιμότητα ή την αποτελεσματικότητά του, από το όφελος δηλαδή που θα προκύψει από την ικανοποίηση της ανάγκης στην οποία αποσκοπεί, τότε το άτομο θα φροντίσει να τον αντικαταστήσει με έναν άλλο για τον οποίο προσδοκά ότι η σχέση κόστους αποτελεσματικότητας θα είναι θετική για τον ίδιο. Συνήθως τα συμπτώματα και οι λειτουργικοί περιορισμοί μιας αρρώστιας περιορίζουν τους διαθέσιμους πόρους, οι οποίοι με τη σειρά τους ελαχιστοποιούν τις δραστηριότητες και κατά επέκταση καθιστούν δυσχερή, την επίτευξη των λειτουργικών στόχων. Η δυνατότητα όμως της αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων με τον εμπλουτισμό της 'δεξαμενής' των εναλλακτικών δραστηριοτήτων επιτρέπει την ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και λειτουργικών περιορισμών και τη διαμόρφωση στρατηγικών βελτίωσης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Όσο περισσότερες εναλλακτικές δραστηριότητες και λειτουργίες τόσο περισσότερες δυνατότητες αναπλήρωσης και αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων, τόσο καλύτερη η αντιμετώπιση των λειτουργικών περιορισμών. Γενικά, η αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων με άλλους παρέχει τη δυνατότητα διατήρησης της προϋπάρχουσας ευεξίας ή της ελαχιστοποίησης του βαθμού μείωσης της και όσο μεγαλύτερη ποικιλία δραστηριοτήτων και λειτουργιών έχει στη διάθεσή του ο ασθενής τόσο περιορίζεται και το μέγεθος επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής¹¹.

1.4 Δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής

Καθώς έχει ήδη γίνει λόγος για το πολυδιάστατο της έννοιας της ποιότητας ζωής, είναι εύλογο πως είναι απαραίτητα πολλά και ποικίλα εργαλεία για την μέτρηση και αποτύπωση των διάφορων εκφάνσεων της ζωής. Η ποιότητα ζωής καθορίζεται με την

¹¹ Σαρρής Μάρκος (2001), Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 37-38

βοήθεια τόσο των αντικειμενικών και κοινωνικών δεικτών της ανθρώπινης ύπαρξης, όσο και των υποκειμενικών και ατομικών δεικτών της σωματικής και ψυχοκοινωνικής ευεξίας. Επιβεβλημένη επίσης κρίνεται η μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, με τη χρήση των αντίστοιχων δεικτών, μιας και η υγεία αποτελεί τη βασική συνισταμένη της ποιότητας ζωής, αφού σύμφωνα με τα σύγχρονα αντίληψη βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία ενός ατόμου, αποτελώντας ταυτόχρονα τον κύριο στόχο σκοπό και όχι το μέσο για μιας οικονομική πρόοδο ή άνθηση¹².

Δείκτες Υγείας. Οι δείκτες υγείας σχετίζονται με το επίπεδο υγείας, τους παράγοντες που επιδρούν σε αυτή, το σχεδιασμό, τη διαχείριση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς. Οι θετικοί δείκτες αποτυπώνουν πιο ολοκληρωμένα το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και προσεγγίζουν τους δημογραφικούς. Μερικοί από αυτούς είναι οι δείκτες γεννητικότητας, γονιμότητας και το προσδόκιμο ζωής. Οι αρνητικοί δείκτες που αποτελούν και τους πλέον εύχρηστους είναι οι δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, εγκληματικότητας, αναπηρίας και άλλοι πολλοί. Εκφράζουν δηλαδή τη συχνότητα των νοσημάτων και των φαινομένων κοινωνικής παθογένειας του πληθυσμού, αποτελώντας το μέσο σύγκρισης και αξιολόγησης του επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής μεταξύ διαφόρων χωρών.

Ένας πολύ εύχρηστος δείκτης για την αποτύπωση του μέσου αριθμού των ετών ζωής ενός ατόμου, είναι το προσδόκιμο ζωής. Ο δείκτης νοσηρότητας εκφράζει τον αριθμό των θανάτων στη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους προς τον μέσο πληθυσμό του έτους. Διακρίνονται σε γενικούς και ειδικούς δείκτες ανάλογα με τις παραμέτρους βάσει των οποίων εξετάζονται. Εκτός των δεικτών θνησιμότητας, νοσηρότητας, προσδόκιμου ζωής, οι πλέον εύχρηστοι δείκτες μέτρησης του επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής, είναι επίσης και οι δείκτες συνθηκών υγιεινής και περιβάλλοντος, οι δείκτες διατροφής,

¹² Σαρρής Μάρκος (2001), *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ.42

οι δείκτες διατιθέμενων πόρων για την υγεία και οι δείκτες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης¹³.

Κοινωνικοί Δείκτες. Οι κοινωνικοί δείκτες έχουν ως σκοπό να μετρήσουν τις πλευρές της ανάπτυξης που δεν αντικατοπτρίζονται στους οικονομικούς δείκτες. Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί δείκτες στοχεύουν στην μέτρηση της εξέλιξης της υγείας, της διατροφής της κατοικίας, της εκπαίδευσης, της διανομής του εισοδήματος καθώς και άλλες πλευρές της πολιτιστικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Μια ενδιαφέρουσα προσέγγιση των κοινωνικών δεικτών είναι ο δείκτης της ανθρώπινης ανάπτυξης, ο οποίος περιλαμβάνει κυρίως τρεις επιμέρους διαφορετικούς δείκτες, το κατά κεφαλή πραγματικό ακαθάριστο εθνικό προϊόν, το προσδόκιμο ζωής, ο αναλφαβητισμός ενηλίκων και συμμετοχή του πληθυσμού ανά εκπαιδευτική βαθμίδα (μόρφωση και επίπεδο γνώσης). Στο δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης μπορούν επίσης να συμπεριληφθούν και να συνεκτιμηθούν παράμετροι που έχουν σχέση με τα φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας, όπως για παράδειγμα τους δείκτες φυλακισμένων, ανθρωποκτονιών, κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού, η συχνότητα νέο-πλασματικών νοσημάτων, η ποιότητα κατοικίας και άλλα. Με δεδομένο το γεγονός ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο σύμπλεγμα, όποιο θεραπευτικό μέτρο λαμβάνεται για τη βελτίωση της υγείας θα πρέπει να απευθύνεται στην επίδραση που έχει η αρρώστια ή η θεραπεία της σε μια ποικιλία διαστάσεων και όχι απλά μόνο στο επίπεδο της σωματικής κατάστασης¹⁴.

1.5 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Η πλειονότητα των ερευνητών έχει καταλήξει πως η ποιότητα ζωής δεν αποτελεί ένα μονοδιάστατο ζήτημα αλλά ένα σύνολο αλληλοεξαρτώμενων παραγόντων, οι οποίοι

¹³ Σαρρής Μάρκος (2001), *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ.42

¹⁴ Σαρρής Μάρκος (2001), *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ.43

διακρίνονται στις ακόλουθες διαστάσεις: α) την ψυχολογική, β) την κοινωνική, γ) την επαγγελματική και δ) τη σωματική διάσταση.

1. Ψυχική διάσταση

1. Άγχος και κατάθλιψη. Οι ασθενείς που υποφέρουν από άγχος και κατάθλιψη δεν μπορούν να απολαύσουν τίποτε και η αυτοεκτίμηση τους μειώνεται με επακόλουθο τη μη προσαρμογή τους στη νόσο. Ο Πλάτωνας ήταν ο πρώτος που μίλησε για τη σπουδαιότητα της ολιστικής φροντίδας: «Όπως δεν προσπαθούμε να φροντίσουμε τα μάτια αγνοώντας το κεφάλι ή το κεφάλι αγνοώντας το υπόλοιπο σώμα ομοίως πρέπει να συμβαίνει και με την ψυχή.¹⁵» Επομένως, είναι πολύ σημαντική η ανίχνευση των ψυχολογικών προβλημάτων και η άμεση θεραπεία τους. Για μερικούς ασθενείς ίσως χρειαστεί θεραπεία συμπεριφοράς ή φαρμακευτική αγωγή. Η θεραπεία συμπεριφοράς βοηθά τα άτομα να αλλάξουν τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης. Το άτομο οδηγείται στην επιλογή αποτελεσματικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση της πρόκλησης της νόσου και διατηρεί μια θετική εικόνα του εαυτού του. Τις βασικές αρχές της θεραπείας της συμπεριφοράς αναφέρει ο στωικός φιλόσοφος Επισθένης που τονίζει «οι άνθρωποι δεν ενοχλούνται από πράγματα αλλά από τον τρόπο που τα βλέπουν και τα αντιλαμβάνονται». Παρόμοια άποψη διατυπώνει και ο Shakespeare στον Hamlet «δεν υπάρχουν καλά και κακά, οι σκέψεις μας τα κάνουν έτσι»¹⁵.
2. Αποδοχή της νόσου. Αυτό που κάνει τον άνθρωπο να ξεχωρίζει από το υπόλοιπο ζωικό βασίλειο είναι η ικανότητα να προσαρμόζεται, να αποδέχεται και να κατευθύνει τη ζωή του. Η επιβίωσή του εξαρτάται από την ύπαρξη ορισμένων στοιχείων, όπως οξυγόνου και φωτός για τη ζωή μέσα στο νερό και στο έδαφος, και ένδυσης στις αρκτικές και τροπικές ζώνες. Παρομοίως, η επιβίωση του εσωτερικού κόσμου είναι εφικτή για τον άνθρωπο μόνο με την προσαρμοστική

¹⁵ Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ. (1995) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας : Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας νόσου*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, σελ. 120-121

ικανότητα. Ορισμένα άτομα δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν ασθένειες δίχως την υποστήριξη των δικών τους καθώς και των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν και άτομα που αντλούν από μόνοι τους το κουράγιο, το σθένος, την αξιοπρέπεια ακόμη και το χιούμορ για να αντιμετωπίσουν τον πόνο, την αναπηρία και το θάνατο. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η καλή ψυχολογία επιτρέπει σε κάποιον να προσαρμόζεται και να αντιμετωπίζει κάθε σωματική και κοινωνική απειλή, όπως φαίνεται και από τις μαρτυρίες διασωθέντων από στρατόπεδα συγκεντρώσεων. Η συναισθηματική καλή κατάσταση συνδέεται με την σωματική, είναι όμως κάτι ξεχωριστό. Είναι διπολική, καθώς παρουσιάζει θετική και αρνητική επίδραση στη ζωή ενός ατόμου. Ένα καλό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνει υπόψη και τις δύο διαστάσεις του συναισθήματος. Συμπερασματικά, έχει βρεθεί ότι η ψυχική ευεξία, η αποδοχή και η προσαρμοστική ικανότητα στις διάφορες ασθένειες συμβάλλουν στη διατήρηση καλής ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς λοιπόν, με χρόνια νοσήματα μπορούν να προσαρμοστούν καλύτερα στις προκλήσεις της ασθένειας, μέσα από μια προσπάθεια ελέγχου και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης που επιφέρει η διάγνωση μιας νόσου.

2. Κοινωνική διάσταση

1. Κοινωνικές σχέσεις. Η κατάθλιψη αποτελεί συχνό φαινόμενο σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Η ψυχολογική αυτή κατάσταση οφείλεται εν μέρει στο φόβο ότι οι φίλοι και τα αγαπημένα πρόσωπα θα τους εγκαταλείψουν. Υπάρχουν περιπτώσεις που η υποστήριξη του περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντική και κυρίως, όταν πρόκειται για χρόνια-προχωρημένη-θανατηφόρο νόσο. Όταν δε η ασθένεια στιγματίζει, ο φόβος μετατρέπεται σε τρόπο περιθωριοποίησης που δυσκολεύει την επικοινωνία με τους υπολοίπους ανθρώπους. Η κοινωνική καλή κατάσταση είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί. Οι περισσότερες κλίμακες ποιότητας ζωής είτε ερευνούν ελάχιστα το θέμα είτε δεν ασχολούνται καθόλου με την κοινωνική και οικογενειακή δραστηριότητα των ασθενών. Το φαινόμενο αυτό δείχνει την τάση πολλών να αποφεύγουν ό,τι «πονάει». Στην κοινωνική

διάσταση υπάγονται μια σειρά σημαντικών λειτουργιών, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η διατήρηση των δραστηριοτήτων διασκέδασης, η συνοχή της οικογένειας και η σεξουαλικότητα. Δεν υπάρχει σαφής ορισμός και συμφωνία των μελετητών για την κοινωνική διάσταση αλλά έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον ίδιο τον ασθενή που προσπαθεί να προσαρμοστεί και να ξεπεράσει τη νόσο. Έτσι, για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα η διατήρηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και η κοινωνική υποστήριξη είναι μείζονος σημασίας για τη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής¹⁶.

2. Σεξουαλικές σχέσεις. Οι κυριότερες αιτίες σεξουαλικών προβλημάτων εντοπίζονται στα συναισθηματικά και σωματικά τραύματα, όπου το άγχος που προκύπτει κατά τη διάρκεια της πράξης, μπορεί να αντιμετωπιστεί, ακόμη και με απόλυτη επιτυχία, με την κατάλληλη βοήθεια του συντρόφου. Ο φόβος για την απώλεια του ερωτικού συντρόφου είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των χρόνιων ασθενών. Για τους περισσότερους ανθρώπους, υγιείς και ασθενείς, η επαφή αποτελεί βασική ανάγκη που αποδεικνύει την αγάπη και το ενδιαφέρον. Στα άτομα που αρνούνται τη σωματική επαφή σε περιπτώσεις ανίατων νόσων, εκδηλώνεται τελικά σοβαρή κατάθλιψη. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται η υποστήριξη του συντρόφου και η βοήθεια για την ανακάλυψη νέων τρόπων έκφρασης της αγάπης¹⁷.

3. Επαγγελματική διάσταση

Η εργασία αποτελεί μια από τις θεμελιώδεις ανάγκες του ανθρώπου καθώς μέσω αυτής δύναται να επιτύχει την κοινωνική και οικονομική του καταξίωση αλλά και την ενεργή συμμετοχή στα οικιακά έξοδα και τα έξοδα διαβίωσης. Η αδυναμία να εξασφαλίσουν τα

¹⁶ Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ. (1995) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας :Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας νόσου*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, σελ. 122-123

¹⁷ Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ. (1995) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας :Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας νόσου*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, σελ. 124

απαραίτητα για την οικογένεια και εξαρτώνται από άλλους για τις καθημερινές ανάγκες, οδηγεί πολλούς στην απώλεια της αυτοεκτίμησης. Αυτή η εξάρτηση μειώνει την αυτοεκτίμηση του άτομου και τον καθιστά παρατηρητή και όχι πρωταγωνιστή της ζωής. Ωστόσο, η εργασία δεν προσφέρει πάντα ικανοποίηση καθώς συνδέεται με μεγάλο άγχος που εμποδίζει το άτομο να απολαύσει τη ζωή. Για τα άτομα με χρόνια νόσημα η μακροχρόνια αποχή από την εργασία επιτείνει την εξάρτηση και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση του ατόμου με αποτέλεσμα να μεγεθύνονται τυχόν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

4. Σωματική διάσταση

Η σωστή σωματική κατάσταση αφορά την καλή λειτουργία ενός οργανισμού, συμπεριλαμβάνοντας εκδηλώσεις όπως ο πόνος, η ναυτία και η κόπωση. Αποτελείται από ποικίλες συνιστώσες όπως τα συμπτώματα μιας νόσου, την αντιμετώπισή τους και τη γενική καλή κατάσταση, όπως ορίζεται από τον ασθενή. Η διάκριση της νόσου, από τη σωματική κατάσταση είναι πολύ σημαντική για τον καθορισμό της θεραπείας, αν και για τους ίδιους τους ασθενείς είναι ασήμαντη. Η λειτουργική καλή κατάσταση συνδέεται με τη βιολογική φύση, αλλά αναφέρεται σε κάτι διαφορετικό. Αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να εκτελεί δραστηριότητες που σχετίζονται με τις προσωπικές ανάγκες, τις φιλοδοξίες ή την επιτέλεση του κοινωνικού ρόλου. Σε βασικό επίπεδο, αφορά δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως το περπάτημα, η διατροφή, η καθαριότητα και η ένδυση. Αφορά την ικανότητα κάποιου να εκτελεί υπεύθυνες δραστηριότητες μέσα και έξω από το σπίτι σε κοινωνικό, εργασιακό, διαπροσωπικό και προσωπικό επίπεδο. Μια από τις σημαντικότερες αιτίες για να αναζητήσει κάποιος τις υπηρεσίες υγείας είναι ο πόνος¹⁸.

Πόνος

Η κινητικότητα ενός ατόμου επηρεάζεται άμεσα από τον πόνο, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται και η ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση του ατόμου. Ο

¹⁸ Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ. (1995) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας : Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας νόσου*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, σελ. 125-126

πόνος, παρόλο που αποτελεί εμπειρία όλων των ανθρώπων, είναι ταυτόχρονα και δυσπρόσιτη έννοια όσον αφορά τις συναισθηματικές επιπτώσεις που προκαλεί. Ο πόνος είναι καθαρά προσωπική και υποκειμενική εμπειρία που επηρεάζεται από τη συναισθηματική κατάσταση, το πολιτισμικό υπόβαθρο, τα όρια ανεκτικότητας και την παρελθούσα εμπειρία σχετικά με τον πόνο.

Ο χρόνιος πόνος συχνά είναι λιγότερο απειλητικός και οδυνηρός. Ο ανίατος, όμως, πόνος είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των ασθενών. Ακόμη και όταν δεν επηρεάζει την εξέλιξη και την πρόγνωση της νόσου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη καθώς βιώνεται διαφορετικά από το κάθε άτομο. Ο πόνος συχνά υποδηλώνει άγχος. Ο φόβος του πόνου δεν επιδεινώνει μόνο τον πόνο αλλά μπορεί να αποδειχθεί χειρότερος και από τον ίδιο τον πόνο. Αν και σχετίζονται η σωματική και η λειτουργική διάσταση, μπορούν να είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη, όπως για παράδειγμα ένας δημόσιος υπάλληλος μπορεί να αποδίδει άριστα στην εργασία παρά τους περιοδικούς πόνους ή την αδυναμία¹⁹.

¹⁹ Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ. (1995) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας : Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας νόσου*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, σελ. 126

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

2.1 Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής

Σήμερα έχει γίνει αντιληπτό ότι η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος με ευρεία χρήση που δεν έχει καθοριστεί με σαφήνεια. Η ασάφεια αυτή δημιουργεί εμπόδια στη μέτρησή της με αξιοπιστία και εγκυρότητα. Οι Newman & Levine (1981) παρουσίασαν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των μεθόδων μέτρησης της ποιότητας ζωής. Στην τετραετία 1975-79 βρήκαν 23 μελέτες. Στις 20 χρησιμοποιήθηκαν «αντικειμενικές» εκτιμήσεις και μόνο τρεις έλαβαν υπόψη τα υποκειμενικά βιώματα. Στους αντικειμενικούς δείκτες εντάσσονται η ικανότητα για εργασία και τα αποτελέσματα της λειτουργίας του οργανισμού καθώς αντικατοπτρίζουν τη βιολογική κατάσταση της υγείας. Οι υποκειμενικοί δείκτες περιλαμβάνουν την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση της υγείας, την ευεξία κ.ά. Όταν ο ίδιος ο ασθενής αναφέρεται στην ικανότητα εργασίας τότε αυτή παύει να αποτελεί αντικειμενικό δείκτη. Η παρουσία της υποκειμενικής διάστασης στη μελέτη της ποιότητας ζωής δημιουργεί προβλήματα στην ανάλυση και αξιολόγηση των βιωμάτων των ασθενών²⁰.

2.2 Εργαλεία Μέτρησης της Ποιότητας Ζωής

Τα εργαλεία μέτρησης της Ποιότητας Ζωής που αναλύονται στη συνέχεια είναι ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα αυτών που χρησιμοποιούνται σε διάφορες ομάδες ασθενών Η

²⁰ Σαρρής Μ.(1999) *Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των Μεταμοσχεύθεντων Νεφροπαθών: Μέτρηση της ποιότητας ζωής και θεωρία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής*. Αθήνα, σελ. 28-29.

επιλογή ορισμένων εργαλείων έγινε με κριτήριο την ένδειξη τους για τη μελέτη ασθενών με χρόνια νοσήματα.

➤ **Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski**

Ο δείκτης του Karnofski έχει ευρύτατη εφαρμογή στην ιατρική έρευνα, αν και δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι ο καταλληλότερος. Αρχικά, σχεδιάστηκε για τον εντοπισμό των αναγκών νοσηλείας, σε συνδυασμό με άλλες υποκειμενικές και αντικειμενικές μετρήσεις. Οι Karnofski & Burchenal ενδιαφέρθηκαν αποκλειστικά για τη μελέτη της σωματικής λειτουργίας, αγνοώντας την ψυχοσωματική κατάσταση του ασθενούς. Αποτελείται από μια εκατοστιαία κλίμακα στην οποία βαθμολογεί ο γιατρός. Στην κλίμακα αυτή το 100 αντιστοιχεί στη φυσιολογική δραστηριότητα με απουσία νόσου, ενώ το μηδέν αντιπροσωπεύει το θάνατο. Οι Clark & Fallowfield επισήμαναν ορισμένες υπερβολές της κλίμακας, καθώς υποδηλώνει ότι κάθε άτομο με χαμηλή επί της εκατό βαθμολογία έχει και χαμηλό επίπεδο ζωής. Η κλίμακα αυτή αν και δεν σχεδιάστηκε ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται ευρέως γι' αυτό το σκοπό. Η προτίμηση του δείκτη στηρίζεται στην ακρίβεια πρόγνωσης της επιβίωσης. Ο ΠΟΥ προτείνει μια εναλλακτική, αλλά παρόμοια μέθοδο. Η κλίμακα του ΠΟΥ είναι πεντάβαθμη και αφορά τη σωματική λειτουργία και ικανότητα. Το μηδέν αντιπροσωπεύει το πλήρως λειτουργικό άτομο ενώ το πέντε το πλήρως εξαρτημένο. Το βασικό μειονέκτημα της είναι ότι εφαρμόζεται αποκλειστικά από το ιατρικό προσωπικό και αγνοεί την ψυχοσωματική κατάσταση του ασθενούς²¹.

➤ **Δείκτης Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής του Katz**

Ο δείκτης του Katz σχεδιάστηκε το 1963 και αρχικά αποσκοπούσε στην εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης των νοσηλευομένων ηλικιωμένων στα ιδρύματα. Νοσηλευτές και γιατροί εκτιμούν έξι παραμέτρους γύρω από την ικανότητα αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης των ηλικιωμένων. Οι ασθενείς εντάσσονται σε

²¹ Σαρρής Μ.(1999) Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των Μεταμοσχευθέντων Νεφροπαθών: Μέτρηση της ποιότητας ζωής και θεωρία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Αθήνα, σελ. 31

δυο κατηγορίες, ανεξάρτητοι και εξαρτημένοι και στη συνέχεια βαθμολογούνται, με τρίβαθμη κλίμακα, σε αυτές τις παραμέτρους. Ο δείκτης αυτός μπορεί να συμβάλει στην πρόγνωση της επιβίωσης και έχει υψηλή προγνωστική αξία σε ασθενείς με εγκεφαλικά επεισόδια. Ο δείκτης του Katz διαθέτει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και είναι χρήσιμος στην εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης των ηλικιωμένων. Ωστόσο, δεν είναι ο καταλληλότερος για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής του γενικού πληθυσμού²².

➤ **Δείκτης Ποιότητας Ζωής του Spitzer**

Ο Spitzer και οι συνεργάτες του σχεδίασαν το 1981 ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, που αρχικά απευθύνονταν σε ασθενείς με καρκίνο. Είναι ένα εύχρηστο εργαλείο καθώς συμπληρώνεται εύκολα από όλο το προσωπικό υγείας και σε ελάχιστο χρόνο. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στην εκτίμηση πέντε βασικών τομέων:

- α) τις διάφορες δραστηριότητες,
- β) την καθημερινή ζωή,
- γ) την κοινωνική υποστήριξη,
- δ) την αντίληψη υγείας των ατόμων και
- ε) την αντίληψη για τη ζωή.

Σε καθένα από τους παραπάνω τομείς το άτομο είτε αυτοβαθμολογείται είτε βαθμολογείται από το γιατρό με μια κλίμακα από το μηδέν έως το δυο. Οι δημιουργοί του αναφέρουν καλή αξιοπιστία και το πιο σημαντικό καλή συσχέτιση μεταξύ των δυο κλιμάκων βαθμολόγησης. Στην Αυστραλία και τον Καναδά διαπιστώθηκε καλή

²² Σαρρής Μ.(1999) Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των Μεταμοσχευθέντων Νεφροπαθών: Μέτρηση της ποιότητας ζωής και θεωρία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Αθήνα, σελ. 31-32

διάκριση μεταξύ ασθενών με διαφορετική νόσο και διαφορετικό στάδιο νόσου. Ένα από τα μειονεκτήματα της κλίμακας είναι το γεγονός ότι δίνει το ίδιο βάρος σε όλες τις παραμέτρους κάτι που δεν είναι στην πραγματικότητα εφικτό. Το βασικό πλεονέκτημα της κλίμακας είναι η απλότητα και η ταχύτητα συμπλήρωσής της²³.

➤ Ερωτηματολόγιο του McGill για τον Πόνο

Ο πόνος, χωρίς αμφιβολία, επηρεάζει την ποιότητα της ζωής και ως εκ τούτου η μέτρησή του αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εκτίμηση της. Οι Melzack & Torgerson κατασκεύασαν ένα εργαλείο μέτρησης του πόνου γνωστό ως ερωτηματολόγιο McGill. Το ερωτηματολόγιο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην έρευνα. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ομάδες καταστάσεων, όπου ο ασθενής καλείται να επιλέξει την κατάσταση που αντιπροσωπεύει καλύτερα τους χαρακτήρες του πόνου που βιώνει ο ίδιος²⁴.

➤ Επισκόπηση Υγείας του Nottingham

Η επισκόπηση υγείας, του Nottingham, δημιουργήθηκε από τους Hunt & McEwen το 1980 για να μελετήσουν τα αποτελέσματα των θεραπευτικών ιατρικών παρεμβάσεων. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δυο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 38 καταστάσεις που ταξινομούνται σε έξι κατηγορίες προβλημάτων: ενέργεια, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και κινητικότητα. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει επτά τομείς της καθημερινής ζωής: αμειβόμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, ανάπαυση και ευχάριστες δραστηριότητες. Σε κάθε ερώτηση η απάντηση είναι ναι ή όχι και με βάση ειδικό συντελεστή βαρύτητας, για κάθε ερώτηση, υπολογίζεται η συνολική βαθμολογία. Η υψηλή βαθμολογία υποδηλώνει

²³ Σαρρής Μ., (1999) Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των Μεταμοσχευθέντων Νεφροπαθών: Μέτρηση της ποιότητας ζωής και θεωρία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Αθήνα, σελ. 33

²⁴ Σαρρής Μ., (1999) Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των Μεταμοσχευθέντων Νεφροπαθών: Μέτρηση της ποιότητας ζωής και θεωρία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Αθήνα, σελ. 33-34

την ύπαρξη πολλών προβλημάτων στον ασθενή. Το ίδιο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί και σε υγιείς πληθυσμούς με καλή εγκυρότητα και ευαισθησία. Ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής έχει το μειονέκτημα ότι μελετά μόνο τα προβλήματα υγείας καθώς δεν αναφέρεται σε θετικές διαστάσεις της υγείας²⁵.

➤ Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (AIM)

Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια κατασκευάστηκε από το Morrow και τους συνεργάτες του το 1978 και αποτελεί ένα από τα πιο εντυπωσιακά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής. Αρχικά κατασκευάστηκε για μελέτες σε ασθενείς με καρκίνο. Οι κατασκευαστές της στηρίχτηκαν στην κοινή παραδοχή ότι η προσαρμογή στην αρρώστια και στη θεραπεία επηρεάζει την ποιότητα ζωής με ποικίλους τρόπους. Η κλίμακα περιλαμβάνει 45 ερωτήσεις που διερευνούν την προσαρμογή στην ασθένεια σε 7 τομείς της ποιότητας ζωής:

1. Φροντίδα υγείας (συμπεριφορές και προσδοκίες έναντι του γιατρού και της θεραπείας),
2. Επαγγελματικό περιβάλλον (ικανοποίηση από το επάγγελμα και προσαρμογή στον εργασιακό χώρο),
3. Οικογενειακό περιβάλλον (η επίδραση της ασθένειας στην οικονομία και τις σχέσεις των μελών της οικογένειας),
4. Σεξουαλικές σχέσεις (η επίδραση της ασθένειας στην συχνότητα και την ικανοποίηση της σεξουαλικής δραστηριότητας),
5. Ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις (προβλήματα από την ασθένεια στα μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος),
6. Κοινωνικό περιβάλλον (η διατήρηση του ενδιαφέροντος για τις κοινωνικές εκδηλώσεις),
7. Ψυχολογική κατάπτωση (άγχος, κατάθλιψη, κ.ά)

²⁵ Σαρρής Μ., (1999) Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των Μεταμοσχευθέντων Νεφροπαθών: Μέτρηση της ποιότητας ζωής και θεωρία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Αθήνα, σελ. 35

Η απάντηση σε κάθε ερώτηση σημειώνεται σε μια 4βαθμη κλίμακα τύπου Lickert. Η τελική βαθμολογία μπορεί να συγκριθεί με προτυποποιημένες βαθμολογίες. Η κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής στην ασθένεια μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους τους επαγγελματίες υγείας, με τη μορφή ημι-δομημένων συνεντεύξεων, αλλά και από τους ίδιους τους ασθενείς²⁶.

► Επισκόπηση της Επίδρασης της Νόσου (SIP68)

Η Κλίμακα SIP68 διαμορφώθηκε με βάση την Ολλανδική έκδοση της Επισκόπησης της Επίδρασης της Νόσου, γνωστή ως SIP136. Η SIP68 είναι μικρότερη σε έκταση διατήρησε όμως τα γενικά χαρακτηριστικά, την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της αρχικής έκδοσης.

Η Κλίμακα αποτελείται από 6 επιμέρους κατηγορίες που περιγράφουν την κατάσταση υγείας ή τη λειτουργική κατάσταση. Η πρώτη είναι η Σωματική Αυτονομία (SA) με 17 ερωτήματα. Στην κατηγορία αυτή ο συμμετέχων καλείται να απαντήσει κατά πόσον μπορεί να επιτελέσει μόνος του βασικές σωματικές λειτουργίες, όπως η ένδυση, το περπάτημα, η σίτιση η διατήρηση σε όρθια θέση ή αν χρειάζεται βοήθεια. Υψηλότερη βαθμολογία στην (SA) σημαίνει μεγαλύτερη ανεξαρτησία.

Η δεύτερη είναι ο Κινητικός Έλεγχος (MC) με 12 ερωτήματα που αφορούν τον έλεγχο που έχει κάποιος πάνω στο σώμα του. Η μεγαλύτερη βαρύτητα δίνεται στο περπάτημα και στον έλεγχο των άνω άκρων (βραχίονα και άκρας χείρας). Η τρίτη είναι η Ψυχολογική Αυτονομία και Επικοινωνία (SAC) με 11 ερωτήματα που αφορούν την ικανότητα ή ανικανότητα κάποιου να λειτουργήσει ανεξάρτητα σε ψυχολογικό επίπεδο και να επικοινωνήσει λεκτικά. Η τέταρτη είναι η Κοινωνική Συμπεριφορά (SB) με 12 ερωτήματα που εστιάζονται στον τρόπο που επιδρά μια

²⁶ Σαρρής Μ.(1999) Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των Μεταμοσχεύθεντων Νεφροπαθών: Μέτρηση της ποιότητας ζωής και θεωρία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Αθήνα, σελ. 36

διαταραχή της υγείας στην αλληλεπίδραση με τους άλλους. Αφορά, δηλαδή, στη σεξουαλική δραστηριότητα, τη συμμετοχή σε ομάδες και τις επισκέψεις φίλων.

Πέμπτη κατηγορία είναι η Συναισθηματική Ισορροπία (ES) με 6 ερωτήματα που εστιάζονται στην επίδραση της κακής υγείας στη συναισθηματική ισορροπία. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται ερωτήματα που αναφέρονται στην ευερεθιστότητα και τον εκνευρισμό. Η υψηλή βαθμολογία σημαίνει κακή συναισθηματική ισορροπία. Τέλος, η έκτη κατηγορία είναι ο Βαθμός ή Ακτίνα Κινητικότητας (MR) με 10 ερωτήματα. Εδώ εντάσσονται μια σειρά από καθημερινές δραστηριότητες όπως η καθαριότητα του σπιτιού, οι αγορές αγαθών, η οικονομική διαχείριση και ο βαθμός στον οποίο οι συμμετέχοντες εκτελούν αυτές τις δραστηριότητες.

Η Κλίμακα SIP68 είναι ένα εργαλείο γενικής χρήσης. Μπορεί, δηλαδή να χρησιμοποιηθεί σε πληθυσμούς ή άτομα με διάφορα προβλήματα υγείας. Ωστόσο, η εφαρμογή της στις διάφορες ομάδες εξαρτάται και από το είδος της ασθένειας. Η συνολική βαθμολογία και στις έξι υποκατηγορίες δείχνει μια ικανοποιητική εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου. Η SIP68 μπορεί να χαρακτηριστεί ως γενικό εργαλείο μέτρησης -εκτίμησης της υγείας. Αυτό σημαίνει ότι εστιάζεται και στις τρεις παραμέτρους που αναφέρονται από τον ΠΟΥ στον ορισμό της υγείας: σωματική υγεία, ψυχική υγεία και κοινωνική υγεία²⁷.

Αξιοπιστία SIP68

Η αξιοπιστία του εργαλείου μπορεί να διακριθεί σε δυο κύρια μέρη: την εσωτερική συνάφεια και την σταθερότητα ή αξιοπιστία δοκιμασίας ή επαναδοκιμασίας. Η εσωτερική συνάφεια ή εσωτερική συνοχή, συνήθως ελέγχεται με το συντελεστή Cronbach's alpha. Όπως, φάνηκε από την εφαρμογή του συντελεστή η συνολική βαθμολογία της SIP68 ήταν .92 που σημαίνει ότι είναι καλή, ενώ η βαθμολογία σε κάθε μια από τις έξι επιμέρους κατηγορίες κυμαίνονταν από ικανοποιητική ως καλή. Η χρήση

²⁷ Σαρής Μ.(1999) Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των Μεταμοσχευθέντων Νεφροπαθών: Μέτρηση της ποιότητας ζωής και θεωρία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Αθήνα, σελ. 36-37

της τεχνικής στηρίζεται στην υπόθεση ότι ο παράγοντας που θα μετρηθεί παραμένει ο ίδιος σε δυο μετρήσεις και ότι κάθε αλλαγή στην τιμή ή τη βαθμολογία είναι συνέπεια τυχαίου σφάλματος. Μια από τις μεθόδους μέτρησης που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της αξιοπιστίας είναι ο Συντελεστής Συσχέτισης που εκφράζει τη σταθερότητα των αποτελεσμάτων. Όπως φάνηκε από τις μετρήσεις, η συνολική πολλαπλή αξιοπιστία της SIP68 είναι καλή .97 όπως και στις επιμέρους έξι κατηγορίες. Με το συντελεστή αξιοπιστίας μπορεί να υπολογιστεί το συστηματικό σφάλμα. Με βάση και τους δυο συντελεστές αξιοπιστίας που είναι .92 και .97 το συστηματικό σφάλμα (standard error) της SIP68 κυμαίνεται από 1.45-2.7. Πολλοί ερευνητές δεν ενδιαφέρονται για τη βαθμολογία στο επίπεδο όλου του εργαλείου ή κάθε επιμέρους κατηγορίας, αλλά θέλουν να ερμηνεύσουν την SIP68 στο επίπεδο κάθε αντικειμένου. Η αξιοπιστία αντικειμένου. Η αξιοπιστία αντικειμένου της SIP68 είναι .60²⁸.

Εγκυρότητα

Η εγκυρότητα ελέγχει το βαθμό στον οποίο το εργαλείο πραγματικά αντανακλά την έννοια η οποία εξετάζεται. Αυτό μπορεί να αποδειχθεί αρχικά από το περιεχόμενο της Κλίμακας (εγκυρότητα περιεχομένου). Η έρευνα έδειξε ότι η SIP68 ασχολείται με τη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία. Αυτές οι τρεις παράμετροι περιλαμβάνονται στον ορισμό του ΠΟΥ για την υγεία. Η σύγκριση του περιεχομένου της SIP68 με το περιεχόμενο της SIP136 δείχνει ότι η νέα κλίμακα περιλαμβάνει όλα σχεδόν τα στοιχεία της προηγούμενης εκτός από την εργασία. Αυτό σημαίνει ότι όσον αφορά στην εγκυρότητα περιεχομένου η SIP68 καλύπτει τον ορισμό που δίνει ο ΠΟΥ για την υγεία ενώ περιλαμβάνει όλες τις παραμέτρους που υπήρχαν και στην SIP136. Επίσης, η εγκυρότητα της SIP68 μπορεί, να διαπιστωθεί και μέσα από τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητάς της ως εργαλείου πρόβλεψης ενός μελλοντικού γεγονότος (εγκυρότητα κριτηρίου). Το πιο σπουδαίο κριτήριο της SIP68 είναι η SIP136. Καθώς και

²⁸ De Bruin A. F., Diederiks J.P. M., Witte L.P., Stevens F.C.J., Philipsen. A shortened version of the Sickness Impact Profile. University of Limburg, Maastricht, pp. 21

τα δύο ερωτηματολόγια εστιάζουν στα ίδια στοιχεία, η SIP136 μπορεί να θεωρηθεί ως «χρυσή βάση» για τη SIP68²⁹.

➤ **Δείκτης Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO Performance Status)**

Πρόκειται για δείκτη λειτουργικότητας που δημιούργησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Σε μια 5βαθμη κλίμακα, από 0 έως 4, κατατάσσονται πέντε κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας. Η βαθμίδα 0 αντιπροσωπεύει την κατάσταση του αρρώστου που είναι ικανός να κάνει όλες τις δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς, ενώ στη βαθμίδα 4 ο άρρωστος είναι εντελώς ανίκανος να κάνει οτιδήποτε ή να φροντίσει τον εαυτό του. Η αξιολόγηση γίνεται από τον ιατρό και ο ανωτέρω δείκτης δεν αναφέρεται σε καμιά ψυχοκοινωνική διάσταση³⁰.

➤ **Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire)**

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας κυκλοφορεί σε τρεις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων: η πρώτη με 28, η δεύτερη με 30 και η τρίτη με 60 ερωτήσεις. Οι 28 ερωτήσεις της πρώτης έκδοσης κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες, που αφορούν: α) την κατάθλιψη, β) το άγχος, γ) την κοινωνική λειτουργία και δ) τα σωματικά συμπτώματα.

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο όργανο που έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε αρρώστους, όσο και σε υγιείς πληθυσμούς. Το μειονέκτημά

²⁹ De Bruin A. F., Diederiks J.P. M., Witte L.P., Stevens F.C.J., Philipsen. A shortened version of the Sickness Impact Profile. University of Limburg, Maastricht, pp. 22

³⁰ World Health Organisation, (1979) *Handbook for reporting results of cancer treatment*. WHO offset Publ., Health Psychol No 48, Geneva, pp.122-123.

του είναι ότι ενδιαφέρεται κυρίως για τη σωματική υγεία και τη ψυχολογική κατάσταση, χωρίς να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής³¹.

➤ **Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (Psychological Adjustment to Illness Scale)**

Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής συντίθεται από 45 ερωτήσεις που αφορούν επτά κύριους τομείς της ποιότητας ζωής:

- i. φροντίδα υγείας,
- ii. επαγγελματικό-εργασιακό περιβάλλον,
- iii. οικιακό περιβάλλον,
- iv. σεξουαλικές σχέσεις,
- v. ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις,
- vi. κοινωνικό περιβάλλον και
- vii. ψυχολογική κατάπτωση.

Οι απαντήσεις που δίνονται σε κάθε ερώτηση σημειώνονται σε μια 4βαθμη κλίμακα. Η τελική βαθμολογία μπορεί να συγκριθεί με διαθέσιμες προτυποποιημένες βαθμολογίες. Η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο από νοσηλευτές, ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς με ημιδομημένες συνεντεύξεις προς τους ασθενείς όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς. Μπορεί να εφαρμοστεί σε διάφορες κατηγορίες χρόνιων αρρώστων όπως καρδιοπαθείς, νεφροπαθείς και καρκινοπαθείς και παρουσιάζει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα³².

³¹ Golberg D. (1972) *Detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press, Oxford, pp.80.

³² Morrow Gr, Chiarello Rj, Derogatis Lr. (1978) *A new scale for assessing patients' psychological adjustment to medical illness*. Psychol. Med, pp. 605-606

➤ QALYs

Τα Qalys (Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής, Quality Adjusted Life Years) αποτελούν δείκτη μέτρησης της ποιότητας ζωής και χρησιμοποιούνται από τη μέθοδο ανάλυσης κόστους – χρησιμότητας για την κοινωνικο-οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων και ειδικότερα της κλινικής πρακτικής. Το QALY ορίζεται ως το ισοδύναμο ενός έτους πλήρους υγείας. Για κάθε κατάσταση νόσου ή αναπηρίας καθορίζεται μία τιμή χρησιμότητας (ωφέλειας, ευεξίας ή ποιότητας ζωής) από μία κλίμακα τιμών, συνήθως στο διάστημα 0 έως 1, όπου το μηδέν αποδίδεται στην περίπτωση του θανάτου, ενώ το ένα στην κατάσταση πλήρους υγείας. Οι βασικές παράμετροι που επηρεάζουν τα αποτελέσματα είναι ο χρόνος επιβίωσης του ατόμου και η ποιότητα ζωής. Ο κύριος σκοπός δηλ. των δεικτών QALYs είναι η επινόηση ενός σύνθετου δείκτη που βασίζεται σε δύο συστατικά τα οποία αντιπροσωπεύουν την ποσότητα και την ποιότητα ζωής αντίστοιχα. Η αξία του αποτελέσματος εξαρτάται από την βελτίωση της κατάστασης υγείας του ασθενούς και από τον αριθμό των ετών που απολαμβάνει το άτομο με αυτή τη συγκεκριμένη βελτίωση. Το εργαλείο καταγράφει τις αλλαγές στην ποιότητα ζωής του ασθενούς με την εφαρμογή μίας θεραπευτικής αγωγής και ταυτόχρονα μετρά την υποκειμενική του ικανοποίηση. Πρόκειται για μία πολύπλοκη μέθοδο που προσφέρεται για τη σύγκριση δύο διαφορετικών θεραπευτικών αγωγών για το νόσημα. Χρησιμοποιείται επίσης και για την αξιολόγηση συγκεκριμένων προγραμμάτων και πολιτικών υγείας³³.

2.3 Προβλήματα Μέτρησης της Ποιότητας Ζωής

Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια. Καθένας μπορεί να εκφράσει την άποψή του για το τι σημαίνει ποιότητα ζωής. Ωστόσο, όταν προσπαθεί να δώσει ένα ορισμό που να συμβάλλει στην εκτίμηση και τη μέτρησή της, τότε παρουσιάζονται δυσχέρειες. Κάθε επαγγελματίας δίνει την ερμηνεία που προτιμά. Οι γιατροί εστιάζονται

³³ Cunningham W.E., et. al. (1998) Constitutional Symptoms and Health-related Quality of life in patients with Symptomatic HIV disease, *The American Journal of Medicine*, v.104, pp. 129-131

κυρίως στην οργανική λειτουργία, ενώ οι κοινωνιολόγοι και οι ψυχολόγοι στις αλληλεπιδράσεις της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής σφαίρας. Συχνά, οι κοινωνιολόγοι αισθάνονται ότι είναι οι μόνοι που προσεγγίζουν το θέμα ολιστικά. Οι γιατροί, συχνά υπερηφανεύονται για τις διαγνώσεις τους και αγνοούν τις επιπτώσεις που μπορεί να προκαλεί η νόσος ή η θεραπεία στην ποιότητα ζωής. Ωστόσο, έχουν παρατηρηθεί και περιπτώσεις γιατρών που παρείχαν ολιστική φροντίδα και κοινωνιολόγων που αδιαφόρησαν για τις ποικίλες ανάγκες των ασθενών¹. Σε πολλά χρόνια νοσήματα, που δεν υπάρχει χειρουργική ή φαρμακευτική θεραπεία, στόχος κάθε παρέμβασης είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα και η βελτίωση των λειτουργιών των ασθενών. Στις περιπτώσεις αυτές, η θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να συμβάλλει και στη διασφάλιση της ποιότητας ζωής.

Το μέλημα των ερευνητών στρέφεται κυρίως γύρω από την καταλληλότητα των μεθόδων για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, τα μειονεκτήματά τους και την επιλογή του καταλληλότερου εργαλείου. Υπάρχουν πολλοί τρόποι μέτρησης της ποιότητας ζωής ανάλογα με τη θεωρητική προσέγγιση και το στόχο της έρευνας. Όταν το ενδιαφέρον στρέφεται στην επίδραση των σωματικών δυσλειτουργιών στον τομέα της ψυχοκοινωνικής σφαίρας του ατόμου, απαιτείται επιμέρους ανάλυση κάθε μιας παραμέτρου και στη συνέχεια η αθροιστική ανάλυση. Ο στόχος της μελέτης καθορίζει την επιλογή του κατάλληλου εργαλείου μέτρησης. Όταν ο στόχος είναι η ικανότητα προσαρμογής στη νόσο, μπορούν να επιλεγούν κλίμακες όπως αυτές των Συναισθηματικών Διαταραχών ή της Ευεξίας.

Ο ερευνητής πριν φθάσει στην επιλογή του καταλληλότερου εργαλείου μέτρησης, έχει ν' αντιμετωπίσει μια συμπληγάδα εμποδίων. Γνώρισμα των μεθόδων μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι η κατασκευή τους για γενική χρήση σε ομάδες με διαφορετικά χαρακτηριστικά και παθήσεις. Ερωτηματολόγια όπως αυτό της Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια περιλαμβάνει πλήθος ερωτήσεων για το ερωτικό ενδιαφέρον. Το θέμα αυτό είναι φυσικό να αποτελεί για άλλους ταμπού και γι' άλλους όχι. Ωστόσο, δεν μπορεί να αγνοηθεί η παράμετρος αυτή σε περιπτώσεις που η ασθένεια έχει επιπτώσεις, γιατί έτσι ο ερευνητής θα οδηγηθεί σε λανθασμένα συμπεράσματα για

την ερωτική διάσταση του ατόμου. Ορισμένοι προτείνουν τη χρησιμοποίηση γενικών οργάνων μέτρησης εμπλουτισμένων με ειδικά στοιχεία για τη συγκεκριμένη ομάδα ελέγχου.

Ο ερευνητής ταυτόχρονα με την επιλογή του εργαλείου μέτρησης πρέπει να αποφασίσει και την πηγή που θα απευθυνθεί για τη συλλογή των πληροφοριών. Οι πηγές που μπορεί να στραφεί είναι τα ιατρικά αρχεία, οι ίδιοι οι ασθενείς και οι οικείοι τους, οι επαγγελματίες υγείας, κ.ά. Όταν ζητείται από τους ασθενείς να μιλήσουν, κυριαρχεί το υποκειμενικό στοιχείο, ενώ οι επαγγελματίες υγείας εκφράζουν πιο αντικειμενικές απόψεις για την ποιότητα ζωής των ασθενών και πιθανόν με βάση το δικό τους σύστημα αξιών με αποτέλεσμα πολλές φορές να μην ταυτίζονται αυτές οι απόψεις. Έτσι, το δείγμα της μελέτης εξαρτάται από τον αντικειμενικό σκοπό και το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται. Όταν ο ερευνητής είναι υποστηρικτής της υποκειμενικής θεώρησης των πραγμάτων, τότε η ενδεδειγμένη πηγή πληροφοριών είναι ο ασθενής. Η διάκριση υποκειμενικών και αντικειμενικών μετρήσεων είναι πολύ σημαντική για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Υπάρχουν περιπτώσεις που οι απόψεις των μεν και των δε δεν έχουν ιδιαίτερη σημασία. Ο γιατρός ακολουθώντας το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας στηρίζει τις απόψεις του στη σωματική κατάσταση αγνοώντας την ψυχοκοινωνική. Επομένως, μπορεί να υποστηρίξει ότι η μαστεκτομή έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των γυναικών. Ωστόσο, όταν, οι ασθενείς διαθέτουν ισχυρό υποστηρικτικό περιβάλλον, υγιείς προσωπικές και διαπροσωπικές σχέσεις και βιώνουν ικανοποίηση από κάποιες πτυχές της ζωής τους, μπορεί να εξισορροπήσουν τη σωματική αναπηρία.

Μια άλλη σημαντική παράμετρο αποτελούν οι συγχυτικοί παράγοντες. Συγχυτικούς παράγοντες μπορεί να δημιουργήσει και η υποκειμενική πηγή-ασθενής και η αντικειμενική- επαγγελματίες υγείας. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος διερευνάται η δυνατότητα λήψης στοιχείων και από άλλους, φίλους, οικογένεια, κ.ά. Η τελική απόφαση, για την επιλογή της πιο κατάλληλης πηγής πληροφοριών, εξαρτάται από τους γενικούς και επιμέρους στόχους της έρευνας, τη διάρκειά της και τους πόρους. Το ύφος και η γλώσσα της μεθόδου αξιολόγησης γίνεται μετά την επιλογή της πηγής

πληροφόρησης. Η πλειονότητα των ασθενών έχει χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, που αν δε ληφθεί υπόψη, θα δημιουργήσει προβλήματα στην έρευνα³⁴.

³⁴ Fallowfield L.. (1991) The quality of life, the missing measurement in health care: Philosophical issues and Methodological issues, Paul (ed.), New York, pp. 65-69.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

3.1 Ορισμός του Σακχαρώδη Διαβήτη

Ως Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) (Diabetes Mellitus) ορίζεται διεθνώς 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 των 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. Είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη υψηλής ποσότητας γλυκόζης στο αίμα. Εκδηλώνεται όταν το πάγκρεας που είναι αδένας παράγει ελάχιστη ή καθόλου ινσουλίνη και εντοπίζεται πίσω από το στομάχι (β-κύτταρα στα νησίδια του Langerhans). Η ινσουλίνη είναι ορμόνη αναγκαία για τη μεταφορά της γλυκόζης από το αίμα στα κύτταρα. Τα κύτταρα χρησιμοποιούν τη γλυκόζη ως ενέργεια για τη λειτουργία του οργανισμού. Όταν δεν υπάρχει αρκετή ινσουλίνη, η γλυκόζη συσσωρεύεται στο αίμα, γεγονός που προκαλεί σοβαρές επιπλοκές. Είναι πολύ σημαντικό να διατηρούνται τα επίπεδα γλυκόζης αίματος όσο το δυνατόν πιο κοντά στο φυσιολογικό για να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος των μακροπρόθεσμων επιπλοκών του διαβήτη.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1/ΣΔ1 (Diabetes Mellitus Type 1) (ινσουλινοεξαρτώμενος, παιδικός ή νεανικός διαβήτης) είναι πολυπαραγοντική νόσος, μία από τις πιο διαδεδομένες χρόνιες νόσους σήμερα. Έχει μεγάλη ετερογένεια και πολυπλοκότητα ως προς τα γονίδια (κληρονομικοί/ιατρικοί παράγοντες) που

συμβάλλουν στην εκδήλωση της ως εκ τούτου δεν μπορεί να ταξινομηθεί στα τυπικά μοντέλα κληρονομικών νοσημάτων. Έχει ως χαρακτηριστικό την ολική καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος μετά από αυτοάνοσο ή άγνωστο μηχανισμό. Στην παθολογική αυτή διεργασία του ανοσοποιητικού συστήματος, που είναι υπεύθυνο για την άμυνα του οργανισμού, συμμετέχουν τόσο γενετικοί-κληρονομικοί, όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η αντιμετώπισή του απαιτεί πάντα τη χορήγηση ινσουλίνης³⁵.

3.2 Ιστορική αναδρομή του σακχαρώδους διαβήτη

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης έχει διαπιστωθεί ως ιατρικό πρόβλημα εδώ και 3.500 περίπου χρόνια. Η εποχή της κλινικής αναγνώρισης τοποθετείται γύρω στα 1550 π.Χ.- 10^ο αι. μ.Χ. Η πρώτη περιγραφή της νόσου του Διαβήτη (1550 π.Χ.) καταγράφεται στο χειρόγραφο πάπυρο Ebers, που ανακαλύφθηκε το 1962 σε έναν από τους τάφους των Αιγυπτίων ευγενών στο Λούσορ της Αιγύπτου, και αναφέρεται ως η νόσος με πολουρία χωρίς πόνους, αλλά με λιποσαρκία. Την πατρότητα της ονομασίας αυτής της νόσου ως Διαβήτης έχει ο Αρειαίος (120-200 μ.Χ.), Έλληνας γιατρός από την Καππαδοκία, ο οποίος αποτελεί την τρίτη μεγάλη ιατρική μορφή της Αρχαιότητας μετά τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό. Ο Αρειαίος προχωρά στην ονομασία της νόσου Διαβήτης από το ρήμα διαβαίνω (περνώ διαμέσου), εξαιτίας της διάβασης μεγάλης ποσότητας ούρων, που παρασύρεται από την πολύ μεγάλη ποσότητα γλυκόζης που ξεπερνά το νεφρικό ουδό (-180 mg/dl), αναφερόμενος έτσι σε ένα από τα βασικότερα συμπτώματα της: την πολουρία³⁶.

Στη συνέχεια ακολουθεί η εποχή της βιοχημικής αναγνώρισης (10^ο^s - 19^ο^s αιώνας). Το 1425 η λέξη Διαβήτης καταγράφεται στην αγγλική ιατρική ορολογία. Ο Παράκελσος (1493-1541 μ.Χ.) διαπιστώνει ότι μετά την εξάτμιση των ούρων διαβητικών ατόμων απομένει ένα υπόλειμμα το οποίο θεωρεί ότι είναι άλας. Το 17ο αι. μ.Χ., ο Αγγλος

³⁵Μεταβολικά Νοσήματα, Νοσήματα Συνδετικού ιστού Θεσσαλονίκη, (2001), *Εσωτερική Παθολογία* Τόμος Β, σελ. 1040-1041

³⁶ Αναρτήθηκε στο <http://www.iator.gr>

γιατρός Thomas Willis (1621-1675) χρησιμοποιεί το επίθετο «σακχαρώδης» για το διαβήτη, αφού ανακάλυψε ότι τα ούρα των ατόμων με διαβήτη παρουσιάζουν εξαιρετικά γλυκιά γεύση και προσθέτει την εξέταση των ούρων ως διαδικασία του ποιοτικού προσδιορισμού τους. Έναν αιώνα αργότερα, ο Matthew Dobson (1776) επιβεβαιώνει τα «γλυκά ούρα» λόγω του υπερβολικού σακχάρου στα ούρα και στο αίμα των ατόμων με διαβήτη, που τελικά αποδεικνύεται ότι είναι γλυκόζη από το M.Chlrcul (1815). Η αναγκαιότητα για σταθερή παρακολούθηση και ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη οδήγησε στην ανακάλυψη μεθόδων αυτοελέγχου για το επίπεδο της γλυκόζης του αίματος. Η αυτό-παρακολούθηση του σακχάρου αίματος στοχεύει στην ανίχνευση υπεργλυκαιμίας/ υπογλυκαιμίας και στην αξιολόγηση των διακυμάνσεων τους. Οι γλυκομετρητές είναι συσκευές τρυπήματος (μικρά φορητά μηχανήματα) για την αυτό-μέτρηση του σακχάρου του αίματος τη δεδομένη χρονική στιγμή. Έτσι, το άτομο μπορεί να προσαρμόζει αναλόγως τη δόση της ινσουλίνης, τη διατροφή, την άσκηση. Κατά διαστήματα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση του μηχανήματος με μέτρηση από το ίδιο δείγμα αίματος, τόσο στο μετρητή, όσο και σε μικροβιολογικό εργαστήριο. Κατά την δεκαετία του 1970, σκευάσματα υψηλής καθαρότητας ινσουλίνης αντικατέστησαν την παραδοσιακή ινσουλίνη. Μέχρι το 1980, η ινσουλίνη ήταν ζωικής προέλευσης, ενώ το 1982 κυκλοφορεί η πρώτη βιοσυνθετική ανθρώπινη ινσουλίνη.

Η αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη, και κυρίως του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 ως ψυχοσωματικής νόσου υπό την έννοια της αμοιβαίας αλληλεπίδρασης της ψυχολογικής και σωματικής διάστασης ξεκινά το 17ο αι και στη συνέχεια από το βρετανό φυσικό και ανατόμο Thomas Willis, ο οποίος συσχέτισε την εξέλιξη της νόσου με τις αρνητικές εμπειρίες ζωής (Rubin & Peyrot, 2002). Κατόπιν, έγινε αναφορά στα στοιχεία προσωπικότητας του ατόμου με Σακχαρώδη Διαβήτη με τον όρο Διαβητική Προσωπικότητα (Diabetic Personality) και Συμμορφούμενη Προσωπικότητα και συνεχίστηκαν οι μελέτες για τις ψυχοκοινωνικές καταστάσεις, που προηγούνται της νόσου. Ο Korkina και Elfimova (2004) εστίασαν στη διέγερση του συμπαθητικού-επινεφριδιακού συστήματος λόγω στρες το οποίο οδηγεί στην έκκριση κατεχολαμινών

(ορμονών του στρες) που με τη σειρά τους οδηγούν σε αύξηση της γλυκόζης του αίματος³⁷.

Πολλές μελέτες εστίασαν στην επίδραση ιατρικών και ψυχοσωματικών παραγόντων στη νόσο. Ενδεικτικά, αναφέρονται: κατάθλιψη, άγχος, φοβία υπογλυκαιμίας, άγχος σχετιζόμενο με την ένεση ινσουλίνης, συναισθηματικές και διαταραχές συμπεριφοράς, γνωστική δυσλειτουργία, στρες, στρεσογόνες καταστάσεις, οικογενειακή δυσλειτουργία, εκτροπές συμπεριφοράς, ατομική/υποκειμενική εικόνα (μοντέλο) της νόσου, χαρακτηριστικά στοιχεία προσοχικότητας, κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα, ποιότητα επικοινωνίας του παρεχόμενου συστήματος υγείας, κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία³⁸.

3.3 Αίτια

Τα αίτια που προκαλούν τον διαβήτη τύπου 1 δεν μας είναι πλήρως γνωστά. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού επιτίθεται και καταστρέφει το μέρος του πάγκρεατος που παράγει την ινσουλίνη. Το οικογενειακό ιστορικό παίζει ρόλο, αλλά μόνο σε 10% έως 15% των περιπτώσεων με διαβήτη τύπου 1. Άτομα που πάσχουν από άλλες αυτοάνοσες νόσους που επηρεάζουν ορμόνες όπως ο υποθυρεοειδισμός, η θυρεοειδίτιδα του Hashimoto ή η ασθένεια Addison, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν και από διαβήτη τύπου 1. Οι ερευνητές δεν έχουν κατανοήσει πλήρως την αιτία εμφάνισης του διαβήτη. Ωστόσο, σίγουρα ο τρόπος ζωής και ορισμένες συνθήκες υγείας παίζουν κάποιο ρόλο στην αύξηση του κινδύνου³⁹.

³⁷ Αναρτήθηκε στο <http://www.incardiology.gr>

³⁸ Wales J.K., (1995), Does psychological stress cause diabetes? *Diabetic Medicine*, pp.109-112

³⁹ Collazo M.(2001), *Διαβήτης-Mayo Clinic*, Εκδόσεις Μοντέρνοι καιροί, Αθήνα, σελ 127-129.

1) Οικογενειακό ιστορικό.

Οι πιθανότητες εμφάνισης διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 αυξάνονται αν κάποιος κοντινός συγγενής έχει την ασθένεια, είτε αυτός είναι ο γονιός είτε αδελφός. Είναι σαφές ότι η κληρονομικότητα παίζει ρολό στην ασθένεια, αλλά είναι άγνωστος ο τρόπος με τον οποίο ορισμένα γονίδια προκαλούν διαβήτη. Οι ερευνητές ψάχνουν για γονίδια που μπορεί να σχετίζονται με το διαβήτη τύπου 1 και 2. Στην πραγματικότητα έχουν εντοπίσει ειδικά γονίδια για το διαβήτη τύπου 1, που σημαίνει ότι μπορεί κανείς να εξετάσει τους συγγενείς των διαβητικών και να διαπιστώσει αν ανήκουν στην ομάδα κινδύνου⁴⁰.

2) Βάρος/ Παχυσαρκία

Ο μεγαλύτερος και πιο προφανής παράγοντας για την ανάπτυξη του διαβήτη είναι το υπερβολικό βάρος. Τα 8 στα 10 άτομα με διαβήτη τύπου 2 είναι υπέρβαρα. Όσο περισσότερο λιπώδη ιστό έχει ένα άτομο τόσο πιο ανθεκτικά στην ινσουλίνη γίνονται τα κύτταρα των μυών και των ιστών. Αυτό ισχύει περισσότερο αν τα επιπλέον κιλά συσσωρεύονται γύρω από την κοιλιακή περιοχή. Κατά κάποιο τρόπο λοιπόν το λίπος εμποδίζει την ινσουλίνη να ξεκλειδώσει τα κύτταρα ώστε να περάσει μέσα τους η ζάχαρη. Πολλοί υπέρβαροι διαβητικοί συχνά βελτιώνουν το σάκχαρο απλώς χάνοντας βάρος. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι το μόνο που χρειάζεται. Ακόμα και μια μικρή απώλεια βάρους μπορεί να είναι ευεργετική, μειώνοντας τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα ή επιτρέποντας την καλύτερη δράση αντιδιαβητικών φαρμάκων⁴¹.

3) Αδράνεια

Όσο πιο αδρανές είναι ένα άτομο τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος να παρουσιάσει διαβήτη. Η σωματική δραστηριότητα βοηθά να ελέγχεται το βάρος, γιατί χρησιμοποιεί τη ζάχαρη του αίματος για ενέργεια, κάνει τα κύτταρα πιο ευαίσθητα στην ινσουλίνη και αυξάνει την κυκλοφορία του αίματος ακόμα και στα πιο μικρά αιμοφόρα αγγεία.

⁴⁰ Καραμήτσος (1987), *Σακχαρώδης διαβήτης από τη θεωρία στη πράξη*, εκδόσεις Α. Σιώκη, Θεσσαλονίκη, σελ. 188

⁴¹ Καραμήτσος (1987), *Σακχαρώδης διαβήτης από τη θεωρία στη πράξη*, εκδόσεις Α. Σιώκη, Θεσσαλονίκη, σελ. 189

Μειώνει επίσης τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2 κατά 50%. Ένα άλλο πλεονέκτημα της άσκησης είναι το γεγονός ότι αυξάνει τη μυϊκή μάζα. Κανονικά, το 70-90% του σακχάρου του αίματος απορροφάται από τους μυς. Η μείωση της μυϊκής μάζας, που συνήθως έρχεται με το γήρας ή με την αδράνεια, μπορεί να μειώσει το διαθέσιμο αποθηκευτικό χώρο για τα σάκχαρα. Μην έχοντας που αλλού να πάει, η ζάχαρη παραμένει στο αίμα⁴².

4) Ηλικία

Ο κίνδυνος για διαβήτη τύπου 2 αυξάνεται με την ηλικία, ειδικά μετά τα 45. Ένας από τους λόγους είναι ότι καθώς μεγαλώνει ο άνθρωπος, γίνεται όλο και λιγότερο δραστήριος, χάνει μυϊκή μάζα και παίρνει βάρος. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί μια δραματική αύξηση του διαβήτη στα άτομα ηλικία 30-40 ετών. Και παρόλο που η διάδοση του διαβήτη τύπου 1 παραμένει σταθερή, όλο και περισσότερα παιδιά και έφηβοι παρουσιάζουν διαβήτη τύπου 2⁴³.

5) Φυλή

Παρόλο που δεν έχει κατανοηθεί το γιατί, τα άτομα ορισμένων φυλών έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν διαβήτη. Περίπου το 6% του συνολικού πληθυσμού της χώρας έχει διαβήτη. Ωστόσο, το ποσοστό είναι διπλάσιο στους μαύρους και τους ισπανόφωνους. Και είναι πάνω από το διπλάσιο στους Αμερικανούς Ινδιάνους, όπου το ποσοστό ξεπερνά το 12%. Σε ορισμένες φυλές, όπως στους ινδιάνους πίμα, οι μισοί ενήλικοι έχουν διαβήτη. Αντίθετα, ο διαβήτης τύπου 1 είναι πιο συνηθισμένος στους λευκούς. Είναι επίσης πιο συνηθισμένος στις ευρωπαϊκές χώρες, όπως τη Φινλανδία και τη Σουηδία. Ο λόγος είναι άγνωστος⁴⁴.

⁴² Collazo M.(2001), *Διαβήτης-Mayo Clinic*, Εκδόσεις Μοντέρνοι καιροί, Αθήνα, σελ 131

⁴³ Καραμήτσος (1987), *Σακχαρώδης διαβήτης από τη θεωρία στη πράξη*, εκδόσεις Α. Σιώκη, Θεσσαλονίκη, σελ. 191

⁴⁴ Καραμήτσος (1987), *Σακχαρώδης διαβήτης από τη θεωρία στη πράξη*, εκδόσεις Α. Σιώκη, Θεσσαλονίκη, σελ. 193

6) Ιογενείς λοιμώξεις

Ορισμένοι ιοί είναι διαβητογόνοι και είναι δυνατό να προκαλέσουν διαβήτη στον άνθρωπο μετά από προσβολή του παγκρέατος και καταστροφή των νησιδίων του, όπως η συγγενής ερυθρά στην διάρκεια της κύησης, ο ιός της παρωτίτιδας Coxsackie, ο ιός της εγκεφαλομυοκαρδίτιδας, άλλοι εντερικοί ιοί. Οι ιώσεις παροξύνουν προϋπάρχοντα διαβήτη ή τον καθιστούν έκδηλο⁴⁵.

7) Η έκθεση στη λευκωματίνη του γάλακτος της αγελάδας κατά τη σίτιση στη πρώτη βρεφική ηλικία⁴⁶.

8) Αντιγόνα ιστοσυμβατότητας λεμφοκυττάρων

Στη λευκή φυλή τα αντιγόνα αυτά είναι τα HLA B8,B15,B18,Dr3,Dr4. Μελέτη που έγινε στη Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης έδειξε ότι σε διαβητικούς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 το αντιγόνο HLA B8 βρίσκονταν 3,42 φορές συχνότερα από ότι σε ομάδα μαρτύρων. Άτομα που είναι ομοζυγώτες DR3 ή DR4 έχουν δεκαπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 από ότι άτομα που δεν φέρουν τα αντιγόνα αυτά. Τα αντιγόνα DR καθορίζονται από γονίδιο που βρίσκεται πολύ κοντά στο γονίδιο αυτό που καθορίζει την ανοσολογική απάντηση του οργανισμού .Το DR3 και το DR4 δρουν συνεργικά στη δημιουργία προδιάθεσης για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1⁴⁷.

3.4 Παθοφυσιολογία και κλινική εικόνα

Στον ΣΔ τύπου II, ο οποίος χαρακτηρίζεται από μερική ανεπάρκεια ινσουλίνης, αρχικά υπάρχει μια μικρή αύξηση της γλυκόζης στο αίμα. Όταν η τιμή της αύξησης αυτής

⁴⁵ Καραμήτσος (1987), Σακχαρώδης διαβήτης από τη θεωρία στη πράξη, εκδόσεις Α. Σιώκη, Θεσσαλονίκη, σελ. 195

⁴⁶ Παπαδοπούλου (2003), Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1:Γενετική και ανοσολογική βάση της νόσου, Παιδιατρική, τ.66, σελ.334

⁴⁷ Σουγιουτζόγλου Φ.(2002), Αναζήτηση ατόμων με προδιάθεση για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 με προσδιορισμό ειδικών αντισωμάτων, Διδακτορική διατριβή, Θεσσαλονίκη, σελ. 223-224

υπερβεί το νεφρικό ουδό (180mg/dl) τότε εμφανίζεται γλυκοζουρία και ωσμωτική διούρηση. Σε παραμελημένες περιπτώσεις εκδηλώνονται ηλεκτρολυτικές διαταραχές από την αποβολή νατρίου, καλίου, μαγνησίου και μικρού βαθμού αφυδάτωση. Προοδευτικά η έκκριση της ινσουλίνης μειώνεται συστηματικά και εμφανίζονται και άλλα συμπτώματα όπως η απώλεια λίπους και μυϊκής μάζας. Στον τύπου I ΣΔ όπου παρατηρείται πλήρης έλλειψη ινσουλίνης, πέραν των παραπάνω συμπτωμάτων συνυπάρχει αυξημένη λιπόλυση και κετογένεση με παραγωγή ακετοξεϊκού οξέος, β-υδροξυβουτυρικού οξέος και ακετόνης. Τα συσσωρευμένα αυτά οξέα οδηγούν στην πτώση του Ph και στην εμφάνιση κετοξέωσης.

Ο ΣΔ τύπου I χαρακτηρίζεται από θορυβώδη εισβολή με πολουρία, πολυδιψία, απώλεια βάρους και κετονουρία ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις κατά τη διάγνωση υπάρχει κετοξέωση. Από τη στιγμή που εμφανίζονται τα παραπάνω συμπτώματα η διάγνωση και η ταυτοποίηση της νόσου γίνεται μέσα σε 1-2 μήνες. Αντίθετα, ο ΣΔ τύπου II χαρακτηρίζεται από ήπια συμπτώματα πολουρίας και πολυδιψίας που έχουν ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διάγνωσης της νόσου. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια την παρουσία πολλών χρόνιων διαβητικών επιπλοκών κατά τη διάγνωση της νόσου. Τα άτομα με αυτόν τον τύπο διαβήτη είναι επιρρεπή στην εκδήλωση υπερωσμωτικού μη κετονικού υπεργλυκαιμικού κόματος ενώ σπάνια εκδηλώνουν κετοξέωση. Τα συχνότερα συμπτώματα του ΣΔ είναι η πολυδιψία, η πολουρία, η απώλεια βάρους και ο κνησμός των γεννητικών οργάνων λόγω αιδοιοκολπίτιδας στις γυναίκες και βαλανοποσθίτιδας στους άνδρες. Οι δοθηνώσεις σήμερα δεν είναι τόσο συχνές όσο παλιότερα ενώ η όρεξη μπορεί να είναι αυξημένη ή μειωμένη. Συνήθως, παρατηρείται μείωση της όρεξης σε παρουσία κετοξέωσης⁴⁸.

⁴⁸ Μεταβολικά Νοσήματα, Νοσήματα Συνδετικού ιστού, (2001), *Εσωτερική Παθολογία*, Θεσσαλονίκη, Τόμος Β, σελ. 1066-1069

3.5 Διάκριση του Σακχαρώδους Διαβήτη

Η Συμβουλευτική Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας⁴⁹ και η Επιτροπή Ειδικών της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας⁵⁰ πρότειναν η ταξινόμηση να βασίζεται στην αιτιολογία του σακχαρώδη διαβήτη. Το νέο σύστημα ταξινόμησης περιλαμβάνει 4 τύποι σακχαρώδη διαβήτη.

1. Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου I (Ινσουλίνο-εξαρτώμενος Διαβήτης ή Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου I)

- Αυτοάνοσος ή τύπου Iα

Ινσουλίνο-εξαρτώμενος, παιδικός ή νεανικός διαβήτης. Πρόκειται για αυτοάνοση νόσο κατά την οποία το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού καταστρέφει (ή τουλάχιστον προσπαθεί) τα β- κύτταρα του παγκρέατος (85-90%) που παράγουν ινσουλίνη λόγω ανάπτυξης μιας ποικιλίας αυτό-αντισωμάτων έναντι αυτών των κυττάρων με αποτέλεσμα τη μη παραγωγή ινσουλίνης. Χαρακτηρίζεται από αυξημένο πλάσμα γλυκόζης όπου προτείνεται επανάληψη της εξέτασης μία άλλη ημέρα για την οριστικοποίηση της διάγνωσης του διαβήτη.

- Ιδιοπαθής ή Τύπου I β

Σπάνια μορφή της νόσου, αγνώστου αιτιολογίας, χωρίς υπόστρωμα ανάπτυξης ινσουλίτιδας, η οποία όμως δεν οφείλεται σε αυτοάνοσο μηχανισμό. Έχει γενετική βάση η οποία δεν σχετίζεται με το σύστημα ιστοσυμβατότητας (HLA) Η ηλικία εκδήλωσης της νόσου είναι κάτω των 40 ετών με πιο οξεία μορφή και η προτεινόμενη θεραπεία είναι η ινσουλίνη. Η πλειοψηφία των ατόμων που προσβάλλονται από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I ανήκουν στην ηλικία των 4-5 ετών, ή στην εφηβεία και στην αρχή της ενηλικίωσης.

⁴⁹ WHO (1999) Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. The 1999 World Health Organization Classification.

⁵⁰ American Diabetes Association (ADA) (2004) Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus *Diabetes Care*, v. 27, pp. 5-10

- Καθυστερημένος Αυτοάνοσος Διαβήτης των Ενηλίκων

Είναι ειδική υποκατηγορία του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 και περιγράφεται ως καθυστερημένος εκλεκτικός αυτοάνοσος διαβήτης των- ενηλίκων ή καθυστερημένης έναρξης Διαβήτη Τύπου 1 με γενετική βάση και σχετίζεται με το HLA (MICA-5.1) γονίδιο και με παρουσία θετικών αυτό-αντισωμάτων. Αποτελεί το 15-20% των εσφαλμένα διαγνωσμένων ατόμων ως διαβήτης τύπου 2. που είναι θετικά σε αντισώματα (ICA και GAD) και των μη υπέρβαρων μεσήλικων που δεν αναπτύσσουν υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και ανταποκρίνονται αρχικά σε ινσουλινο-εκκριτικά φάρμακα για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Εκδηλώνεται, κυρίως, σε μεσήλικες και σε μη υπέρβαρα άτομα. Δεν απαιτείται άμεσα ινσουλίνη, έτσι αρχικά ξεκινά αντιμετώπιση με ινσουλινο-εκκριτικά φάρμακα, προοπτικά, όμως, και γρήγορα εξαντλείται η β-κυτταρική έκκριση.

2. Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 (Μη ινσουλινο-εξαρτώμενος διαβήτης, ή διαβήτης τύπου 2 ή διαβήτης των ενηλίκων). Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 οφείλεται στην αδυναμία δράσης της ινσουλίνης λόγω υπερβολικού λίπους. Αποτελεί το 90% των περιπτώσεων του Σακχαρώδη Διαβήτη. Χαρακτηρίζεται από:

- αντίσταση της ινσουλίνης στους περιφερικούς ιστούς ή/ και
- σχετική ή απόλυτη ανεπάρκεια έκκρισης ινσουλίνης των β-κυττάρων (γενετική προδιάθεση). Εντούτοις, οριστικός γενετικός δείκτης δεν έχει εντοπιστεί.

Η ηλικία εκδήλωσης είναι άνω των 40 ετών σε άτομα υπέρβαρα, με έλλειψη άσκησης, με διατροφή πλούσια σε λιπαρά, με θετικό οικογενειακό ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. με αρτηριακή υπέρταση, με χαμηλή HDL χοληστερίνη. Το 50% περίπου των ατόμων με ΣΔ2 δεν γνωρίζει ότι πάσχει από τη νόσο. Η προτεινόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι απώλεια βάρους, σωματική άσκηση, αντιδιαβητικά δισκία και συχνά ινσουλίνη.

3. Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 3 (Άλλοι ειδικοί τύποι) Τύποι Σακχαρώδη Διαβήτη γνωστής αιτιολογίας ταξινομούνται στην κατηγορία «άλλοι ειδικοί τύποι», που δεν μπορούν να καταταχθούν στις υπόλοιπες κατηγορίες όπως:

- Γενετικές ανωμαλίες της λειτουργίας των β-κυττάρων (MODY, Maturity Onset Diabetes in Young)
- Γενετικές ανωμαλίες της δράσης της ινσουλίνης:
 - Παχυσαρκία.
 - Τύπος A αντίστασης: μείωση υποδοχέων της ινσουλίνης, (γυναίκες με υπερτρίχωση και πολυκυστικές ωοθήκες)
 - Τύπος B αντίστασης: αυτοαντισώματα έναντι του υποδοχέα ινσουλίνης (πρωτεϊνουρία, λευκοπενία ANA(+)).
 - Μυοτονική δυστροφία.
 - Λεπρεκωνισμός.
- Γενετικά σύνδρομα σχετιζόμενα μερικές φορές με το Σακχαρώδη Διαβήτη:
 - θαλασσαιμίες
 - Prader-Willi.
 - Laurence - Moon Biedl.
 - Stiff Man.
 - Down Turner.
 - Klinefelter.
 - Friedreich's ataxia.
 - Huntington's chorea. Πορφυρία.
 - Σπάνιοι τόποι ανοσολογικού τύπου Σακχαρώδη Διαβήτη.
- Διαβήτης ως δευτερογενές σύμπτωμα διαταραχής νοσημάτων του παγκρέατος (παγκρεατικοί νόσοι):
 - Χρόνια παγκρεατίτιδα.

- Αιμοχρωμάτωση.
 - Τραύμα/Παγκρεατεκτομή.
 - Νεοπλασία.
 - Ινωδολιθιασική παγκρεατοπάθεια.
 - Κυστική ίνωση
 - Έλλειψη αΙ-αντιθρυψίνης.
 - Άλλα.
- Διαβήτης ως δευτερογενές σύμπτωμα ενδοκρινολογικής διαταραχής (ενδοκρινικές νόσοι):
 - Ν Cushing.
 - Σωματοστατίνωμα.
 - Υπεραλδοστερονισμός.
 - Γλυκαγόνομα.
 - Ακρομεγαλία.
 - Γιγαντισμός.
 - Φαιοχρωμοκύττωμα
 - Πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασία,
 - θυρεοειδοπάθειες.
 - Άλλα.
- Διαβήτης ως δευτερογενές σύμπτωμα φαρμάκων χημικών παραγόντων:
 - Διουρητικά
 - Γλυκοκορτικοειδή (κορτιζόνη)
 - Νευροληπτικά Β-αναστολείς.
 - Φαινοτοΐνη
 - Αδρεναλίνη
 - Αντισυλληπτικά.
- Λοιμώξεις - Μολύνσεις:
 - Συγγενής ερυθρά.

- Μεγαλοκυτταροϊός.
 - Άλλα
- Στρες:
 - Αυξημένοι αντι-ινσουλινικοί παράγοντες (κατεχολαμίνες, κορτιζόλη, γλυκαγόνη).

4. Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 4 (Διαβήτης κύησης)

Ο διαβήτης κύησης αποτελεί παθολογική κατάσταση ανοχής των υδατανθράκων, διαφόρου βαθμού, που έχει έναρξη ή εκδηλώνεται για 1η φορά, κατά τη διάρκεια της κύησης και κυρίως, κατά το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Πρόκειται για λειτουργική μη παθοφυσιολογική κατάσταση. Παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης λόγω των πολλαπλών μεταβολικών και ορμονολογικών αλλαγών, ο οποίος συνήθως εξαφανίζεται μετά τον τοκετό, με ένδειξη όμως για εμφάνιση Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 με το πέρασμα του χρόνου. Γυναίκες με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και γυναίκες με αδιάγνωστο ή συμπτωματικό Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, που εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ταξινομούνται σ" αυτή την κατηγορία. Οι περισσότερες γυναίκες με διαβήτη κύησης αναπτύσσουν υπεργλυκαιμία στο τελευταίο μισό της εγκυμοσύνης.

3.6 Σακχαρώδης Διαβήτης και ποιότητα ζωής

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι μια τυπική χρόνια νόσος που προκαλεί σημαντικούς περιορισμούς στις δραστηριότητες των ασθενών. Απαιτείται εκπαίδευση και αλλαγές στη συμπεριφορά. Για τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 απαιτείται αλλαγή του τρόπου ζωής, προσεκτικός σχεδιασμός της διαιτητικής αγωγής, έλεγχος των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα και εφαρμογή των ενέσεων ινσουλίνης. Για τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, εκτός από τον προσεκτικό σχεδιασμό της διαίτας και της άσκησης απαιτείται και η λήψη αντιδιαβητικών δισκίων ή ινσουλίνης. Όλες αυτές οι

μεταβολές μπορεί να οδηγήσουν σε καταστάσεις που απαιτούν επιπλέον θεραπεία. Εξαιτίας των χαρακτηριστικών της νόσου ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί πρόσφορο έδαφος για τη μελέτη της επίδρασης της νόσου στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων.

Οι Aalto και οι συνεργάτες του ασχολήθηκαν με την ποιότητα ζωής ατόμων με ινσουλινό- εξαρτώμενο διαβήτη. Ο βασικός σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της σχέσης ποιότητας ζωής και κοινωνικό-ψυχολογικών παραγόντων και παραγόντων υγείας. Το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν η Φιλανδική έκδοση της Επισκόπησης της υγείας SF20. Οι ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες περιελάμβαναν τη γενική κοινωνική βοήθεια, την ειδική βοήθεια σε διαβητικά άτομα, την αυτό- ικανοποίηση, τις δραστηριότητες αυτοφροντίδας και τις απόψεις υγείας γύρω από το διαβήτη. Η πολλή- παραγοντική ανάλυση έδειξε ότι οι περιορισμοί στη σωματική δραστηριότητα συνδέονταν άρρηκτα με τον πόνο, την αντιλαμβανόμενη υγεία, τις δραστηριότητες που σχετιζόταν με το ρόλο του ατόμου και τις κοινωνικές δραστηριότητες ενώ παρουσίαζε μια μικρή συσχέτιση με την πνευματική υγεία. Ο έλεγχος της γλυκόζης και τα χρόνια νόσησης δε συνδέθηκαν με τη διάσταση της ποιότητας ζωής. Η κατάλληλη κοινωνική βοήθεια συνδέονταν με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής πλην του πόνου και των δραστηριοτήτων που σχετιζόνταν με τους ρόλους του ατόμου. Η κοινωνική βοήθεια επιδρά ευεργετικά άμεσα και έμμεσα στην κατάθλιψη. Επιπλέον, οι πιο σημαντικοί ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες ήταν η αυτό-ικανοποίηση, και η ειδική κοινωνική βοήθεια⁵¹.

Σε άλλη μελέτη διερευνήθηκε η επίδραση που μπορεί να έχει στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Διαβήτη τύπου I και II, η εμφάνιση ψυχιατρικών εκδηλώσεων καθώς και οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου. Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δυο εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής: η Κλίμακα Μέτρησης Ποιότητας Ζωής σε Σακχαρώδη Διαβήτη (diabetes quality of life measure) και η Κλίμακα ψυχιατρικών συμπτωμάτων (SCL-90-R). Στη μελέτη συμμετείχαν άτομα άνω των 18 ετών που δεν είχαν πρόσφατη εγκυμοσύνη. Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων φάνηκε ότι και στους δυο τύπους

⁵¹ Jacobson A.M., M de Groot, Samson J.A. (1997) The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with Type I and Type II diabetes mellitus. *Quality of life Research*, v. 6, pp.11-14

Σακχαρώδη Διαβήτη η ποιότητα ζωής επηρεάζονταν από την εμφάνιση ψυχιατρικών εκδηλώσεων ή την παρουσία σοβαρής κατάθλιψης, μετά τον έλεγχο ενός αριθμού επιπλοκών του Διαβήτη. Επιπλέον, φάνηκε ότι δεν υπήρχε σχέση μεταξύ του τύπου της νόσου, του αριθμού των επιπλοκών και της ψυχιατρικής κατάστασης του ατόμου. Το γεγονός ότι και η παρούσα και η παλιά ψυχική διαταραχή συνδέονταν με χαμηλή ποιότητα ζωής είναι ενδιαφέρον⁵².

Η σωματική και ψυχική ευεξία των ατόμων με ΣΔ τύπου I και II αποτέλεσε το αντικείμενο μελέτης άλλης έρευνας δυο χρόνια αργότερα. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης η Επισκόπηση υγείας SF36 ενώ γίνονταν ταυτόχρονη εκτίμηση των επιπλοκών του διαβήτη καθώς και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Η επεξεργασία των στοιχείων έδειξε ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, οι γυναίκες, όσοι εμφάνιζαν επιπλοκές και ασκούσαν λίγο και όσοι είχαν μικρές προσδοκίες από τη ζωή δεν είχαν καλή ποιότητα ζωής. Επίσης, εκείνοι που ανέφεραν ένα τουλάχιστον επεισόδιο υπογλυκαιμίας το μήνα είχαν και κακή ποιότητα ζωής. Ο βασικός στόχος της μελέτης ήταν η εκτίμηση της επίδρασης των διαβητικών επιπλοκών στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Ωστόσο, στην πορεία της μελέτης διαπιστώθηκε ότι και άλλοι παράγοντες την επηρέαζαν σημαντικά. Επίσης, μια σημαντική παράμετρος ήταν η υπογλυκαιμία. Η μείωση της τιμής της γλυκόζης, με στόχο την αποφυγή των επιπλοκών, ήταν το πρωτεύον στοιχείο της θεραπείας και ως εκ τούτου είχε αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής.

Δυο χρόνια αργότερα μελετήθηκε η ποιότητα ζωής ατόμων με ΣΔ της τρίτης ηλικίας. Στη μελέτη συμμετείχαν άτομα άνω των 65 ετών από τρία κέντρα υγείας της Στοκχόλμης. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής έγινε με τη βοήθεια της Σουηδικής Ανασκόπησης για την Ποιότητα Ζωής (Swedish Health-Related Quality of Life Survey). Η σύγκριση με την ομάδα ελέγχου έδειξε ότι τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη υστερούσαν σε 7 από τις 13 κλίμακες- παραμέτρους του εργαλείου μέτρησης. Οι παράμετροι αυτές ήταν η σωματική δραστηριότητα, η προσδοκία για τη γενική κατάσταση της υγείας, η ικανοποίηση από τη σωματική υγεία, ο πόνος, τα προβλήματα ύπνου, οι περιορισμοί λόγω σωματικής και

⁵² Jacobson A.M., M de Groot, Samson J.A. (1997) The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with Type I and Type II diabetes mellitus. *Quality of life Research*, v. 6, pp.16-20

ψυχικής υγείας. Επιπλέον, οι επιπλοκές λόγω αθηρωμάτωσης φάνηκε ότι ήταν προάγγελοι κακής ποιότητας ζωής. Αυτό που κατέδειξε με σαφήνεια η συγκεκριμένη έρευνα ήταν ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας, με ΣΔ είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με την ομάδα ελέγχου και αυτό αφορούσε κυρίως τη σωματική υγεία. Η γνωστική δραστηριότητα ήταν η μοναδική κλίμακα στην οποία είχαν χειρότερη βαθμολογία, τα άτομα με ψηλές τιμές HbA_{1c} σε σχέση με εκείνους που είχαν ικανοποιητικές τιμές. Ο κακός έλεγχος της μεταβολικής δραστηριότητας συνοδεύονταν και από μείωση της γνωστικής δραστηριότητας.

Σε άλλη έρευνα μελετήθηκε η επίπτωση των σοβαρών σημείων- συμπτωμάτων του ΣΔ στην ποιότητα ζωής σε 35 πρωτοβάθμια κέντρα υγείας στα νησιά Trinidad. Για τη συγκέντρωση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν η Κλίμακα Συμπτωμάτων Διαβήτη και το ερωτηματολόγιο SF36, ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής. Η μελέτη έδειξε ότι η εμφάνιση σοβαρών διαβητικών συμπτωμάτων συνοδεύονταν και από μια επίδραση που αποτυπώνονταν με αρνητικό τρόπο στην κλίμακα SF36. Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση της συχνότητας σοβαρών συμπτωμάτων, στην κλίμακα διαβητικών συμπτωμάτων, οδηγούσε σε χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα SF36. Η εμφάνιση σοβαρών και επικίνδυνων για τη ζωή συμπτωμάτων, φάνηκε ότι αποτελούσε το σημαντικότερο παράγοντα που επηρέαζε την ποιότητα ζωής των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη. Η επιμέρους ανάλυση των στοιχείων έδειξε ότι η βαθμολογία της φυσικής δραστηριότητας συνδέονταν περισσότερο με την εμφάνιση νευρολογικών και ψυχιατρικών σημείων και λιγότερο με καρδιολογικά και υπεργλυκαιμικά συμπτώματα. Η βαθμολογία της πνευματικής δραστηριότητας επηρεαζόταν από υπογλυκαιμικά και ψυχολογικά συμπτώματα⁵³.

Ένα χρόνο αργότερα μελετήθηκε η επίδραση της ινσουλινοθεραπείας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ΣΔ τύπου II. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δυο εργαλεία μέτρησης: ένα τροποποιημένο ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής σε ΣΔ (modified Diabetes quality of life DQOL) και το Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης της Κατάστασης

⁵³ Wandell P. E., Tovi J. (2000) The quality of life of elderly diabetic patients. *Journal of diabetes and its complications* v. 14, pp. 25-30

Υγείας που διαμόρφωσε ο Rosser. Το πρώτο ερωτηματολόγιο ανήκει στις πεντάβαθμες κλίμακες τύπου Likert, όπου η υψηλή βαθμολογία δείχνει επηρεασμό της κατάστασης, ανησυχία και μη ικανοποίηση. Το δεύτερο στηρίζεται στην κλίμακα Rosser. Σύμφωνα με αυτή η υγεία διακρίνεται σε δυο παραμέτρους μια σωματική και μια πνευματική: την ανικανότητα και την κατάθλιψη. Οι παράμετροι αυτοί καλύπτουν, τη σωματική δραστηριότητα, την ατομική φροντίδα, τις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις, τα συναισθήματα και τη γενική υγεία. Η μελέτη των στοιχείων έδειξε ότι τα άτομα που υποβάλλονταν σε ινσουλινοθεραπεία παρουσίαζαν μεγαλύτερη ικανοποίηση και άγχος και ψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα DQOL σε σχέση με όσους δεν υποβάλλονταν σε ινσουλινοθεραπεία. Εκτός από την ικανοποίηση, οι διαφορές αυτές παρέμεναν και μετά την αντιμετώπιση τυχών δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών παραγόντων καθώς και τη ρύθμιση ειδικών διαβητικών μεταβλητών.

Τα παρόντα αποτελέσματα έδειξαν ότι αν και η ποιότητα ζωής εξαρτάται από δημογραφικά στοιχεία, τη διαιτητικά αγωγή, τον έλεγχο της γλυκόζης και της επιπλοκές των μεγάλων αγγείων, η χρησιμοποίηση της ινσουλίνης στη θεραπεία ελαττώνει τις τιμές του σακχάρου και την ποιότητα ζωής. Η εισαγωγή της ινσουλίνης στη θεραπεία αρχικά δεν ασκεί καμία επίδραση στην ποιότητα ζωής, ίσως επειδή προκαλεί κάποια οφέλη όπως ο περιορισμός των υπεργλυκαιμικών συμπτωμάτων. Ωστόσο, η σταδιακή αποδιοργάνωση του ελέγχου της γλυκόζης, ίσως έχει αντίκτυπο, μετά τα πρώτα χρόνια και στην προοδευτική επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II, που υποβάλλονται σε ινσουλινοθεραπεία. Όμως, δεν υπάρχουν σημαντικά μεγάλες διαφορές στη βαθμολόγηση των ατόμων με ΣΔ τύπου II, που υποβάλλονται σε ινσουλινοθεραπεία και εκείνων που λαμβάνουν διαβητικά δισκία ή υποβάλλονται σε διαιτητική αγωγή. Αυτό υποδηλώνει ότι η ινσουλινοθεραπεία θα πρέπει να συνοδεύεται από κατάλληλη εκπαίδευση, έλεγχο και υποστήριξη⁵⁴.

⁵⁴ Davis T.M.E., Glifford R.M., Davis W.A. (2001) Effect of insulin therapy of life in type 2 diabetes mellitus; the Fremantle diabetes Study. *Diabetes Research and Clinical practice*, pp. 63-71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

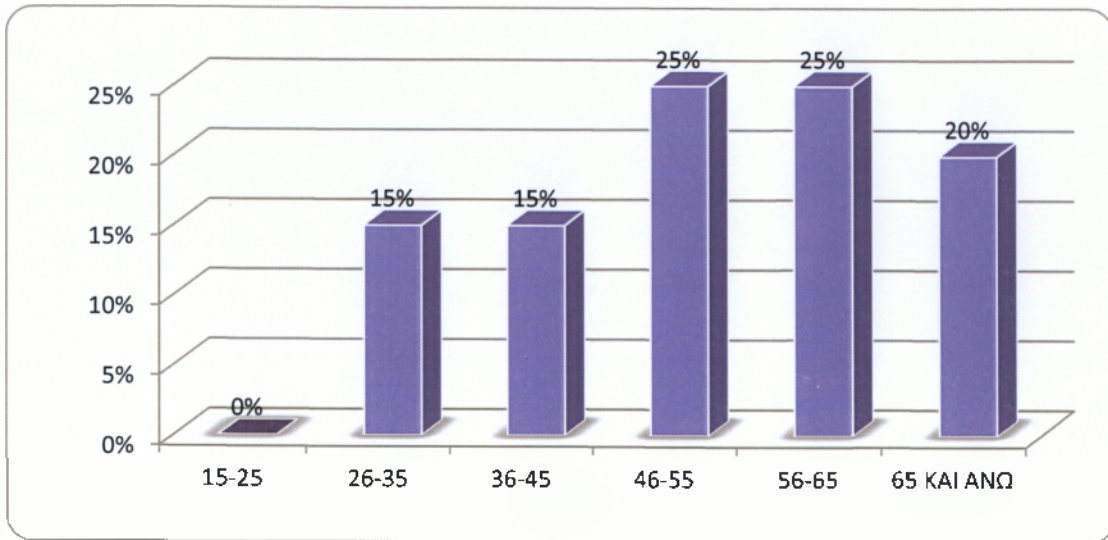
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται αναλυτικά η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη διεκπεραίωση της εργασίας. Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού τύπου 7βάθμιας κλίμακας Likert. Οι απαντήσεις των ερωτήσεων επεξεργάστηκαν με τη χρήση του προγράμματος EXCEL. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε τυχαίο δείγμα των 100 ατόμων, εκ των οποίων 60 είναι γυναίκες και 40 άνδρες.

4.1 Δημογραφικά στοιχεία

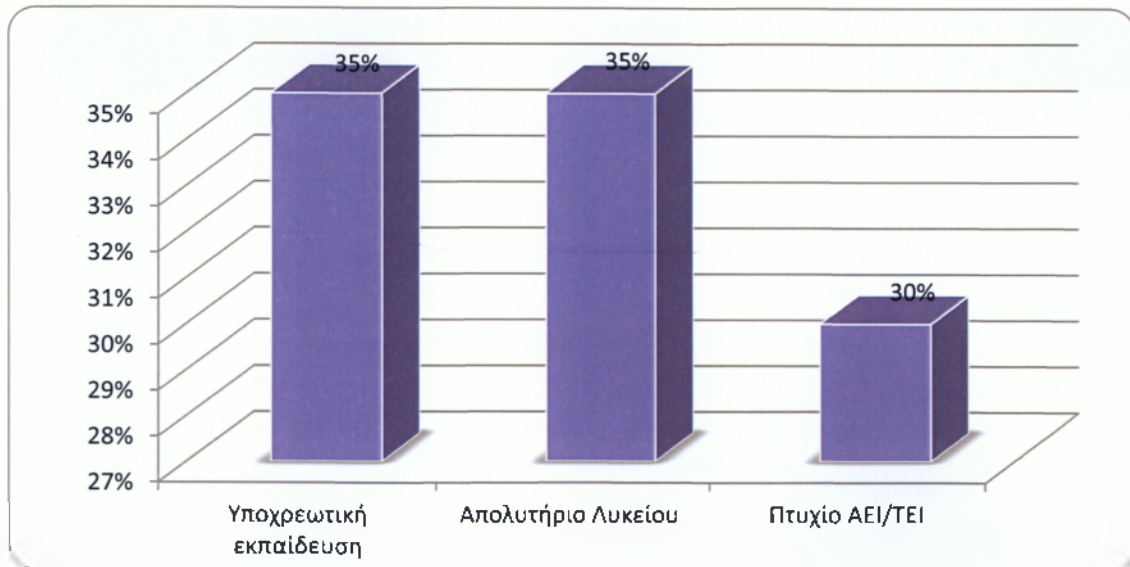
Στην ενότητα αυτή αναλύονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

Στο σχήμα 4.1 παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ηλικία, όπου παρατηρούμε ότι το 15% του δείγματος είναι μεταξύ 26 και 35 ετών, άλλο ένα 15% είναι από 36 έως 45 ετών, το 25% είναι από 46 έως 55 ετών, ένα άλλο 25% από 56 έως 65 ετών και το 20% από 65 ετών και άνω.



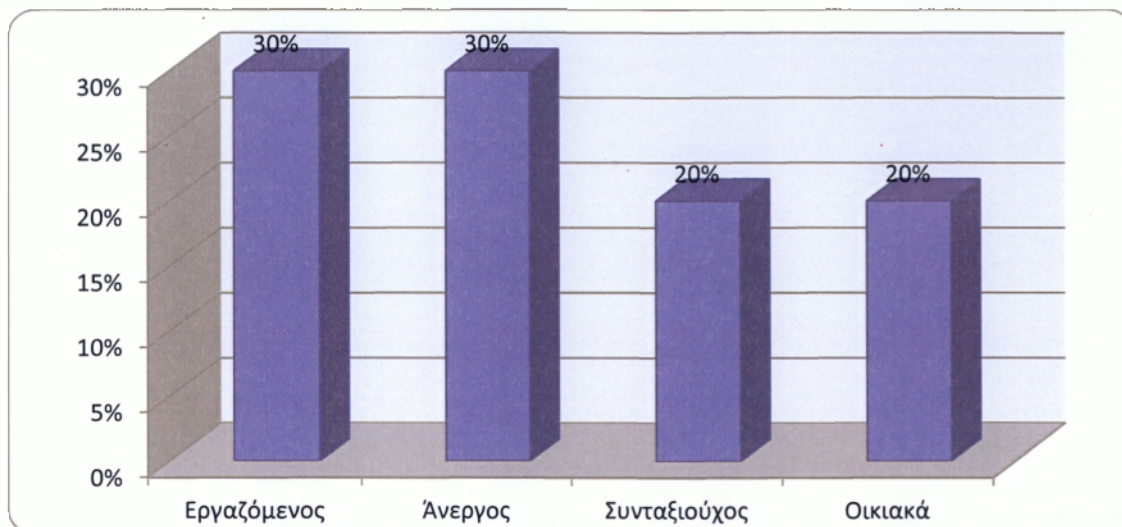
Σχεδιάγραμμα 4.1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία

Στο σχήμα 4.2 παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευσή τους. Πιο συγκεκριμένα, το 35% έχει εκπληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση, το 35% διαθέτει απολυτήριο Λυκείου και το υπόλοιπο 30% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ / ΤΕΙ.



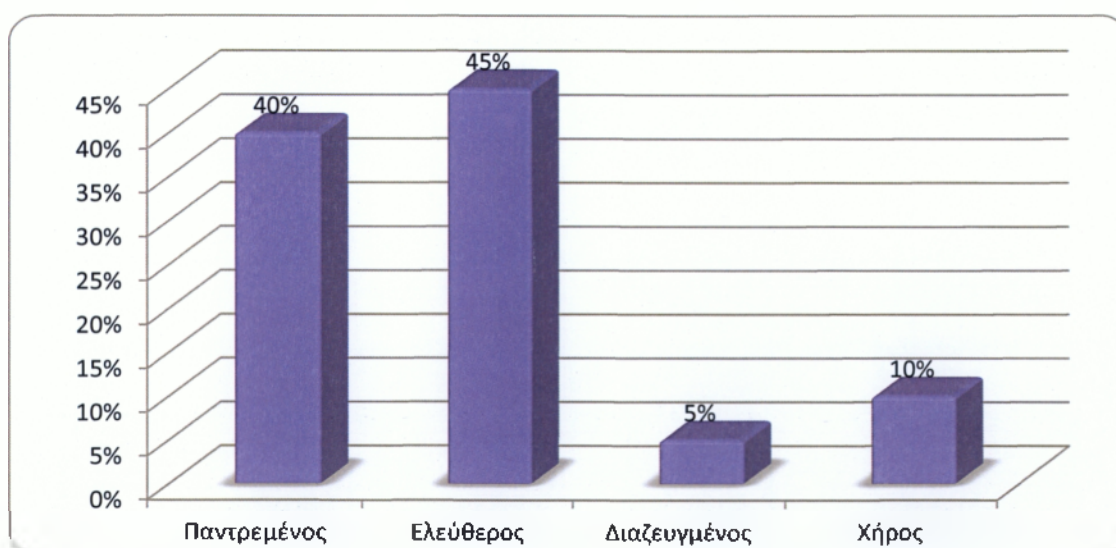
Σχεδιάγραμμα 4.2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευση

Στο σχήμα 4.3 παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση, όπου το 30% είναι εργαζόμενοι, το 30% άνεργοι, το 20% συνταξιούχοι, ενώ το υπόλοιπο 20% ασχολείται με τα οικιακά.



Σχεδιάγραμμα 4.3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την επαγγελματική κατάσταση

Στο σχήμα 4.4 παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση. Πιο αναλυτικά, το 40% των ερωτηθέντων είναι παντρεμένοι, το 45% ελεύθεροι, το 5% διαζευγμένοι και το 10% χήροι.

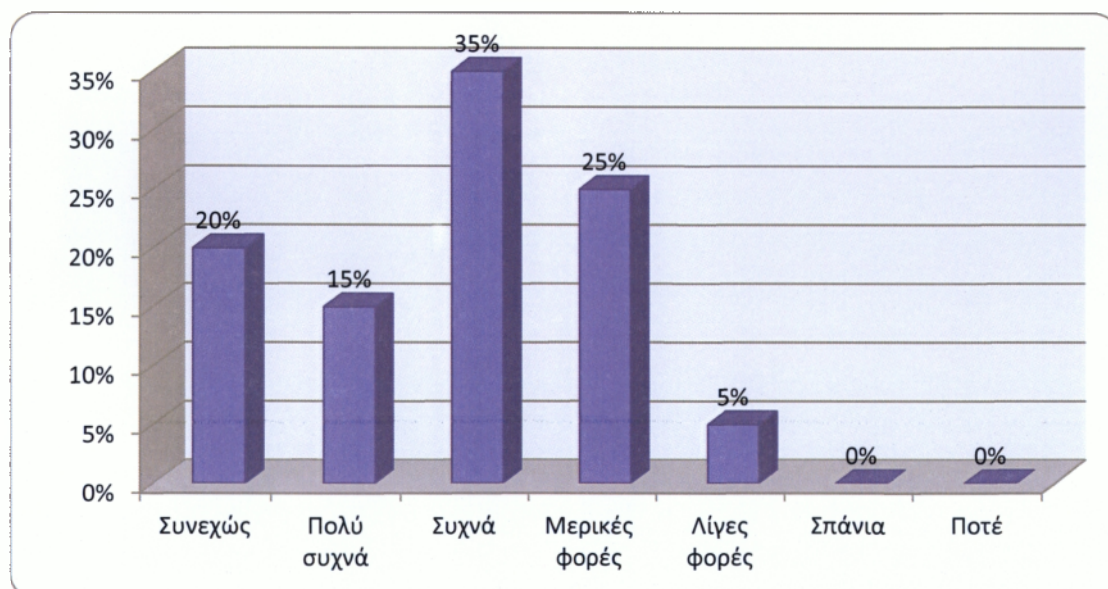


Σχεδιάγραμμα 4.4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

4.2 Αποτελέσματα

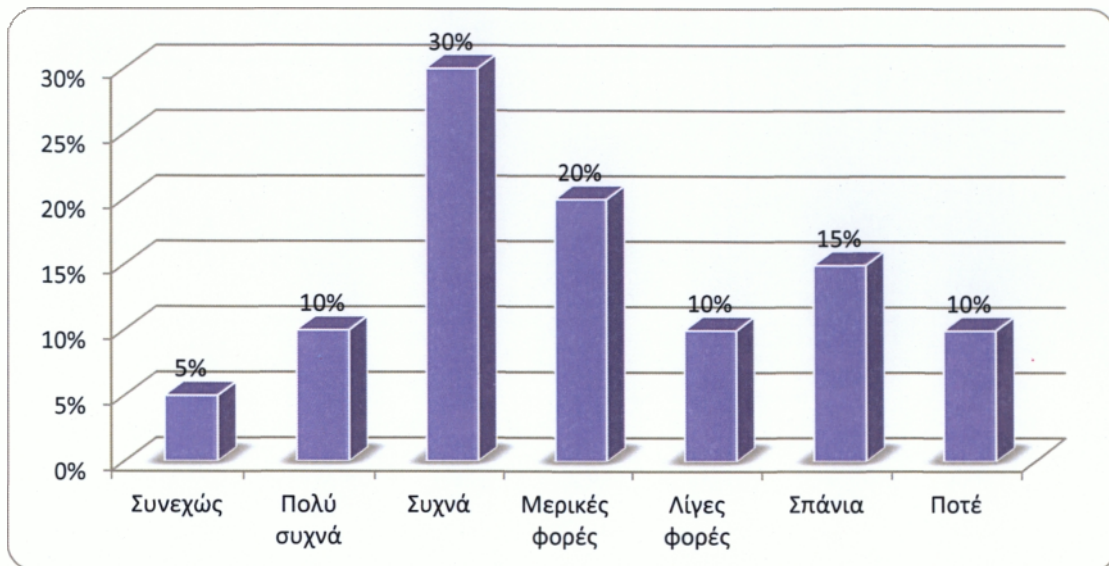
Στην ενότητα αυτή περιγράφονται τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την παρούσα έρευνα.

Στο σχεδιάγραμμα 4.5 παρουσιάζεται η συχνότητα θυμού ή ανυπομονησίας που ένιωσαν οι ερωτώμενοι τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Πιο αναλυτικά, παρατηρούμε ότι το 20% ένιωθε συνεχώς θυμό ή ανυπομονησία τις τελευταίες 2 εβδομάδες, το 15% πολύ συχνά, το 35% συχνά, το 25% μερικές φορές ενώ το υπόλοιπο 5% του δείγματος απάντησε ότι λίγες φορές τις τελευταίες 2 εβδομάδες ένιωσε θυμό ή ανυπομονησία.



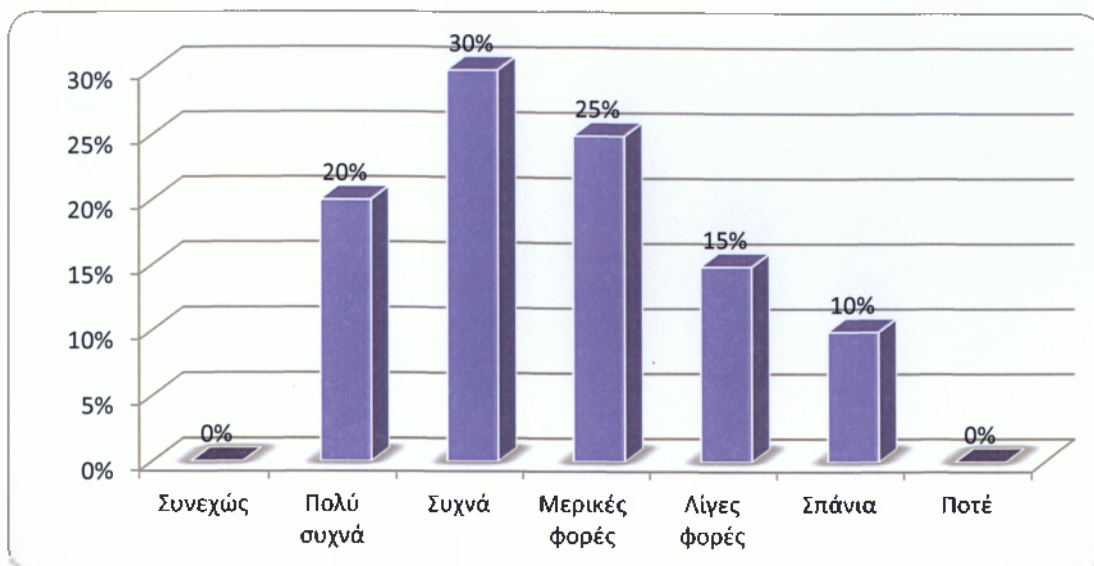
Σχεδιάγραμμα 4.5: Συχνότητα θυμού ή ανυπομονησίας τις τελευταίες 2 εβδομάδες

Στο σχήμα 4.6 διακρίνουμε τους ερωτηθέντες σχετικά με το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν ότι δεν αξίζουν ή ότι είναι ανεπαρκείς. Παρατηρούμε ότι το 5% του δείγματος ένιωθε αυτό το συναίσθημα συνεχώς, το 10% πολύ συχνά, το 30% συχνά, το 20% μερικές φορές, το 10% λίγες φορές, το 15% σπάνια και το υπόλοιπο 10% ποτέ.



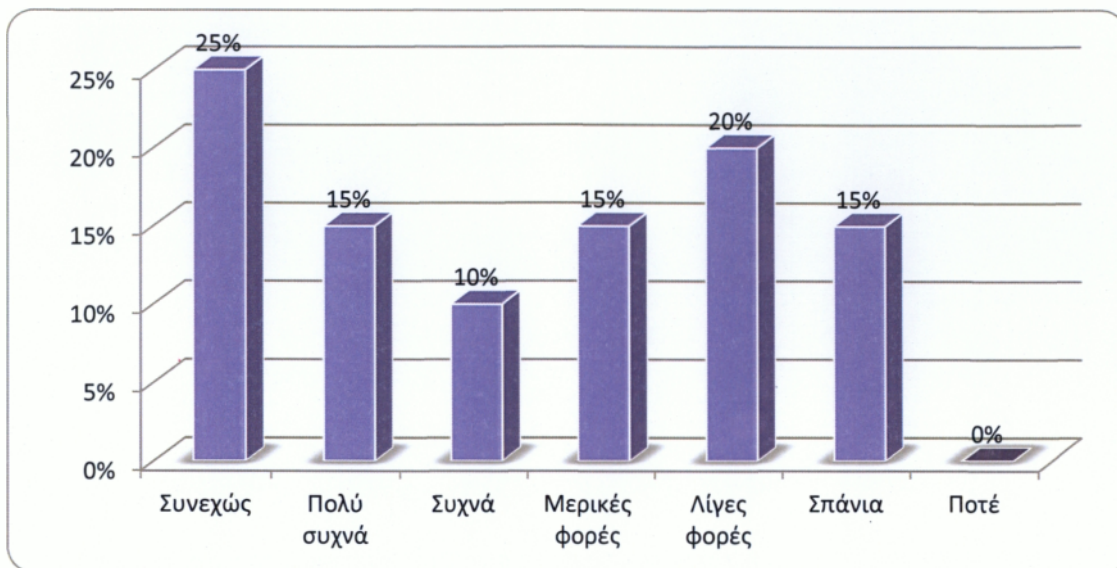
Σχεδιάγραμμα 4.6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν ότι δεν αξίζουν ή ότι είναι ανεπαρκείς

Στο σχήμα 4.7 διακρίνουμε τους ερωτηθέντες σχετικά με το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν πολύ σίγουροι και βέβαιοι ότι θα μπορούσαν να τα καταφέρουν με το πρόβλημα του σακχαρώδη διαβήτη. Πιο αναλυτικά, από το ακόλουθο σχεδιάγραμμα προκύπτει ότι το 20% του δείγματος ένιωσε σιγουριά και βεβαιότητα πολύ συχνά, το 30% συχνά, το 25% μερικές φορές, το 15% λίγες φορές και το 10% σπάνια.



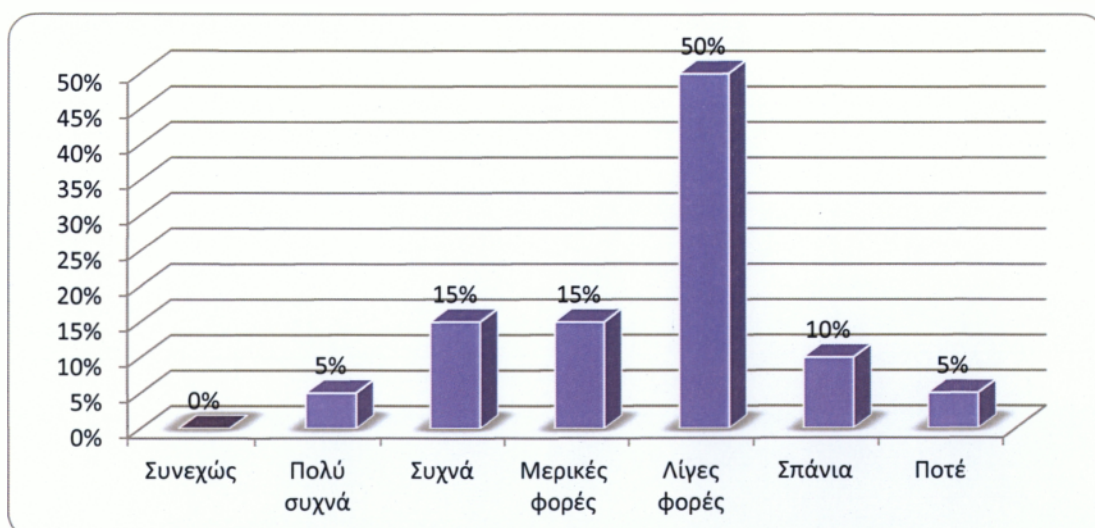
Σχεδιάγραμμα 4.7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες, αισθανθήκαν πολύ σίγουροι και βέβαιοι ότι θα μπορούσαν να τα καταφέρουν με το πρόβλημα του σακχαρώδη διαβήτη

Στο σχεδιάγραμμα 4.8 παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το γενικά, πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες, αισθάνθηκαν αποθαρρημένοι ή απογοητευμένοι. Όπως προκύπτει από τα δεδομένα της έρευνας, το 25% του δείγματος απάντησε συνεχώς, το 15% πολύ συχνά, το 10% συχνά, το 15% μερικές φορές, το 20% λίγες φορές, και το 15% σπάνια.



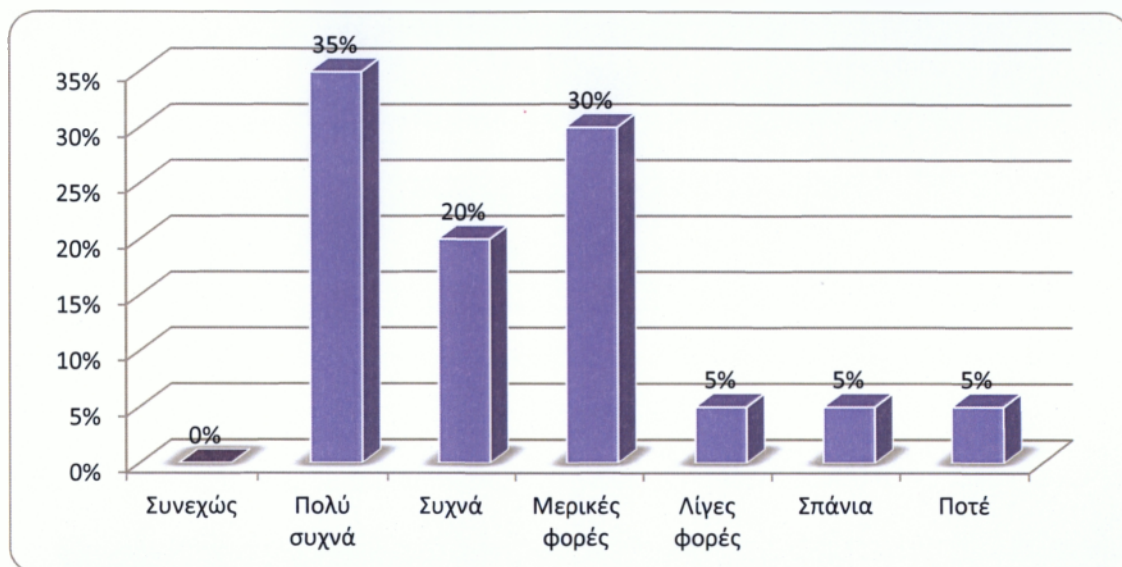
Σχεδιάγραμμα 4.8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το γενικά πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες, αισθανθήκαν αποθαρρημένοι ή απογοητευμένοι

Από το σχήμα 4.9, όπου παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκαν ήρεμοι και χωρίς ένταση, προκύπτει ότι το 5% ένιωθε ηρεμία πολύ συχνά, το 15% συχνά, άλλο ένα 15% μερικές φορές, το 50% λίγες φορές, το 10% σπάνια και το υπόλοιπο 5% του δείγματος ποτέ.



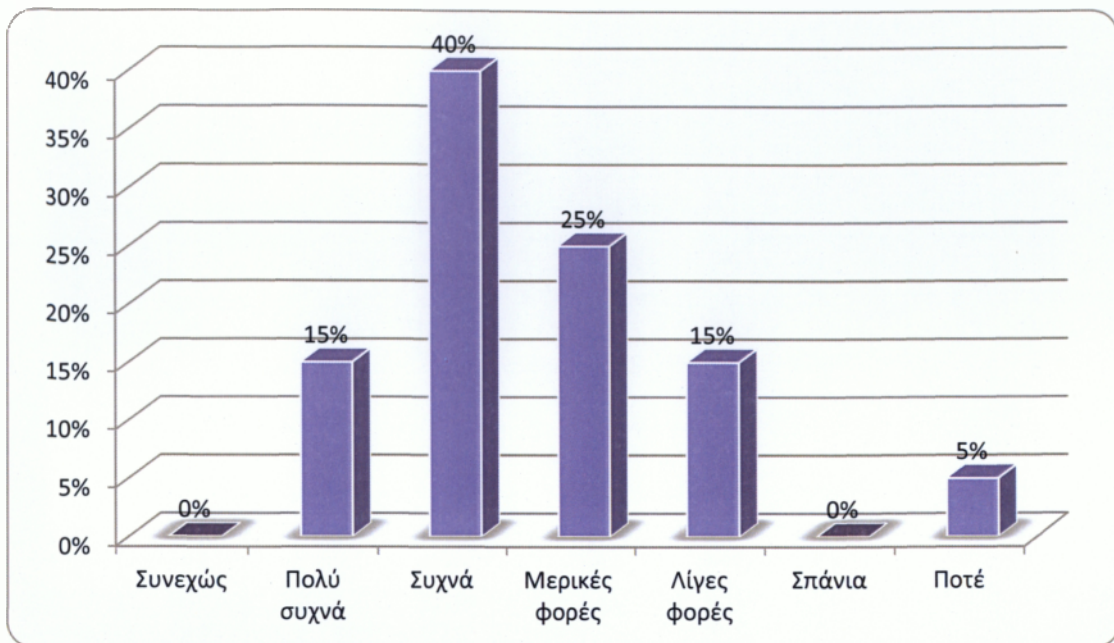
Σχεδιάγραμμα 4.9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκαν ήρεμοι και χωρίς ένταση

Από το σχήμα 4.10, όπου παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκαν εξαντλημένοι ή με πεσμένη ενέργεια, προκύπτει ότι το 35% του δείγματος δήλωσε πολύ συχνά, το 20% συχνά, το 30% μερικές φορές, το 5% λίγες φορές, άλλο ένα 5% σπάνια και το υπόλοιπο 5% ποτέ.



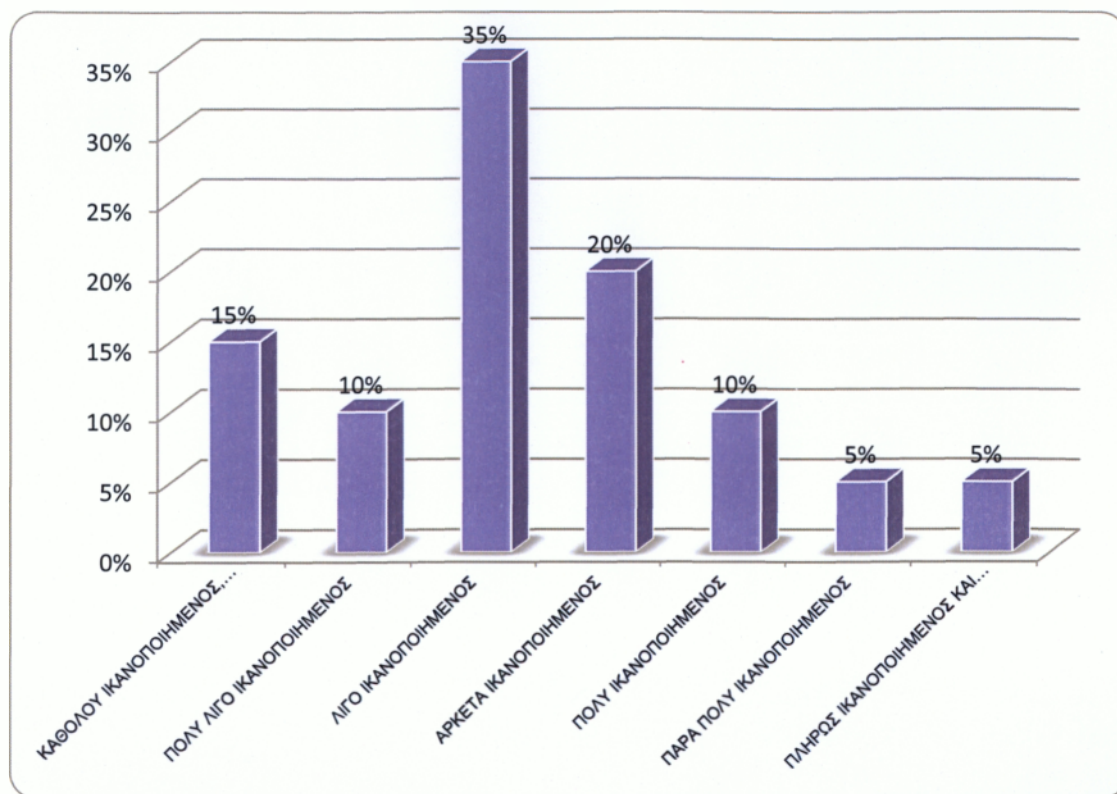
Σχεδιάγραμμα 4.10: Συχνότητα εμφάνισης αισθήματος εξάντλησης ή πεσμένης ενέργειας τις τελευταίες 2 εβδομάδες

Στο σχεδιάγραμμα 4.11 που ακολουθεί, παρατηρούμε ότι το 15% των ερωτηθέντων πολύ συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκαν ανήσυχοι ή ότι είχαν μια δυσκολία στην προσπάθειά τους να ηρεμήσουν, το 40% συχνά, το 25% μερικές φορές, το 15% λίγες φορές ενώ το υπόλοιπο 5% ποτέ.



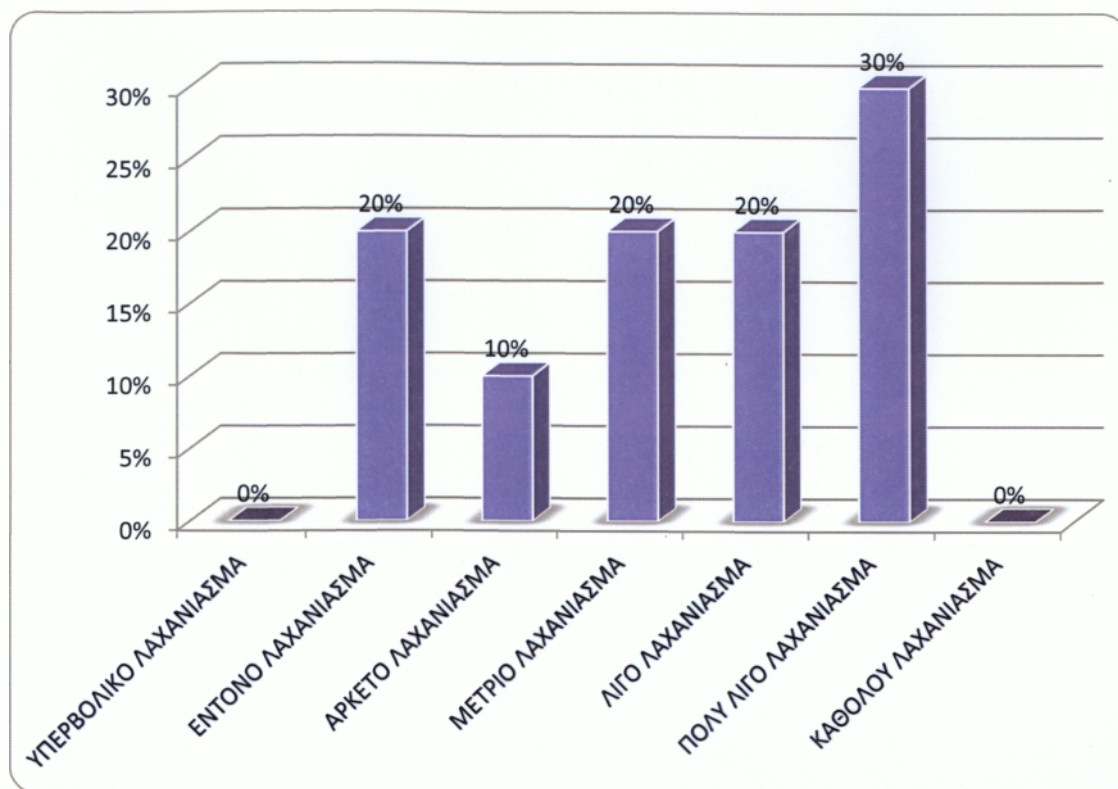
Σχεδιάγραμμα 4.11: Γενικά, πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκαν ανήσυχοι ή ότι είχαν μια δυσκολία στην προσπάθεια να ηρεμήσουν

Στο σχεδιάγραμμα 4.12 που ακολουθεί ερευνούμε το πόσο ευτυχισμένοι, ικανοποιημένοι ή ευχαριστημένοι ένιωσαν με την προσωπική τους ζωή τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Πιο αναλυτικά παρατηρούμε ότι το 15% απάντησε καθόλου ικανοποιημένος, δυστυχισμένος τον περισσότερο χρόνο, το 10% πολύ λίγο ικανοποιημένος, το 35% λίγο ικανοποιημένος, το 20% αρκετά ικανοποιημένος, το 10% πολύ ικανοποιημένος, το 5% πάρα πολύ ικανοποιημένος και το υπόλοιπο 5% δήλωσε ότι είναι πλήρως ικανοποιημένο και ευτυχισμένο και περισσότερο δε θα μπορούσε.



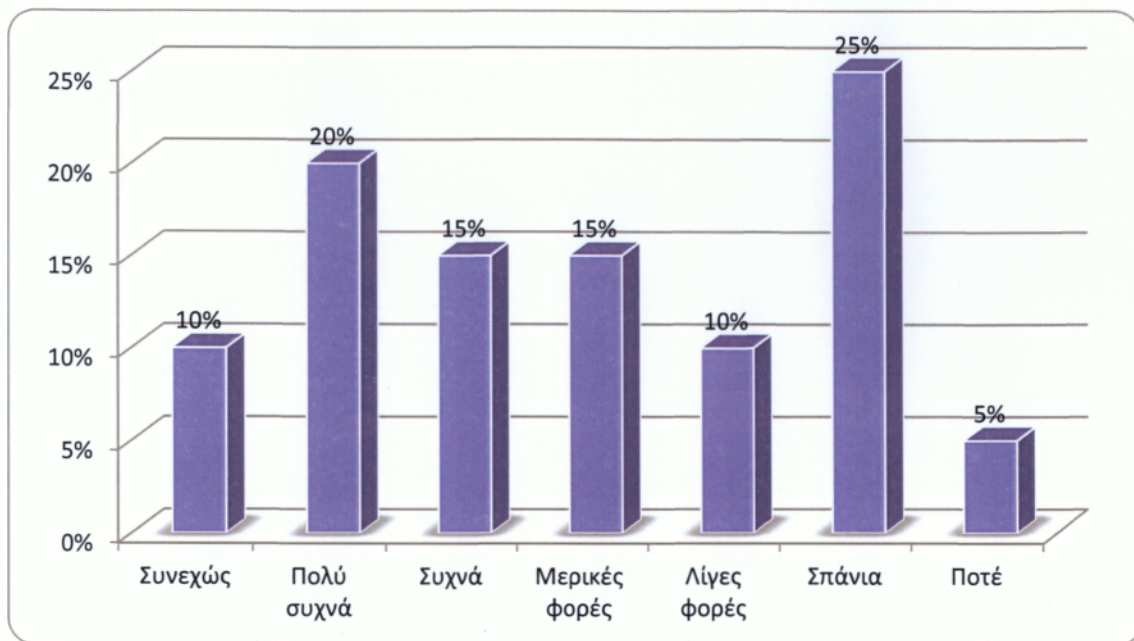
Σχεδιάγραμμα 4.12: Αίσθημα ευτυχία, ικανοποίησης ή ευχαρίστησης με την προσωπική τους ζωή τις τελευταίες 2 εβδομάδες

Στη συνέχεια, στο σχεδιάγραμμα 4.13 παρατηρούμε τι εντάσεως λαχάνιασμα είχαν κατά τη διάρκεια άσκησης των καθημερινών τους δραστηριότητες τις τελευταίες 2 βδομάδες. Πιο συγκεκριμένα, το 20% είχε έντονο λαχάνιασμα, το 10% αρκετό λαχάνιασμα, το 20% μέτριο λαχάνιασμα, το 20% λίγο λαχάνιασμα και το υπόλοιπο 30% δήλωσε ότι είχε πολύ λίγο λαχάνιασμα.



Σχεδιάγραμμα 4.13: Τι εντάσεως λαχάνιασμα είχαν κατά τη διάρκεια άσκησης των καθημερινών τους δραστηριότητες τις τελευταίες 2 εβδομάδες

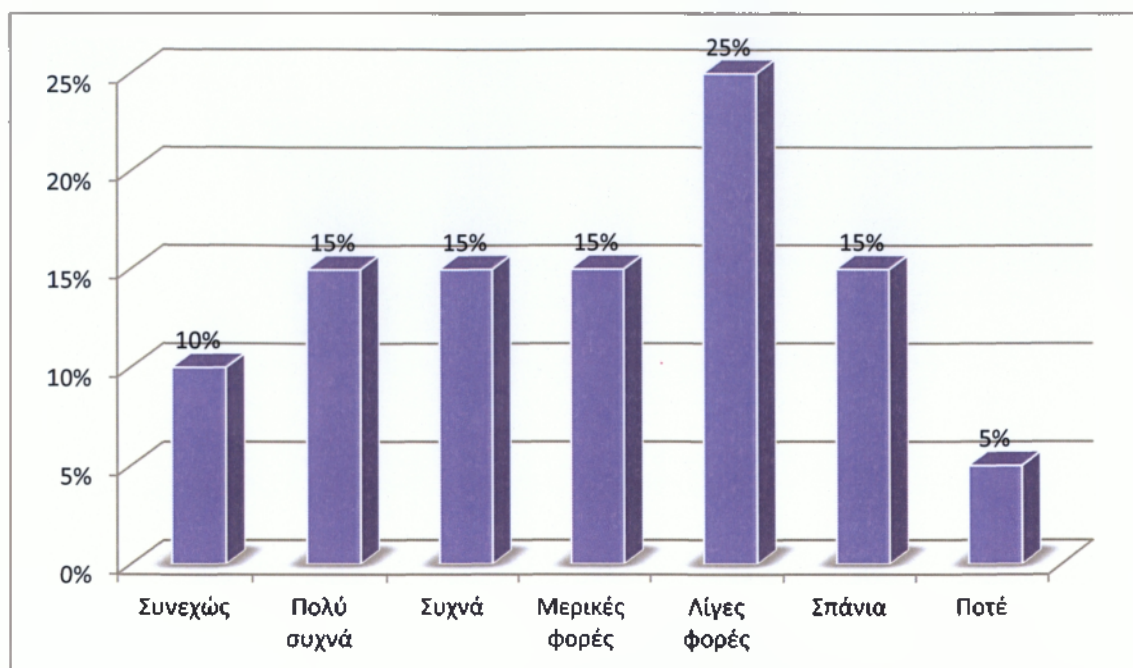
Εν συνεχεία, στο σχεδιάγραμμα 4.14 παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν δακρυσμένοι ή έτοιμοι να κλάψουν. Παρατηρούμε ότι το 10% δήλωσε συνεχώς, το 20% πολύ συχνά, το 15% συχνά, το 15% μερικές φορές, το 10% λίγες φορές, το 25% σπάνια και το υπόλοιπο 5% του δείγματος ποτέ.



Σχεδιάγραμμα 4.14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν δακρυσμένοι ή έτοιμοι να κλάψουν

Στο σχεδιάγραμμα 4.15 που ακολουθεί παρατηρούμε το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες οι ερωτώμενοι αισθάνθηκαν περισσότερο εξαρτώμενοι από άλλους από ό,τι ήταν στο παρελθόν πριν το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από το σχεδιάγραμμα 4.15 είναι τα εξής: το 10% του δείγματος δήλωσε συνεχώς, το 15% πολύ συχνά, το 15% συχνά, άλλο ένα 15% μερικές φορές, το 25% λίγες φορές, το 15% σπάνια και το υπόλοιπο 5% του δείγματος επέλεξε την απάντηση ποτέ. Με άλλα λόγια, συνολικά, το 55% του δείγματος απάντησε ότι τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν περισσότερο εξαρτώμενοι από άλλους από ό,τι ήταν στο παρελθόν πριν το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη από μερικές φορές έως και συνεχώς.

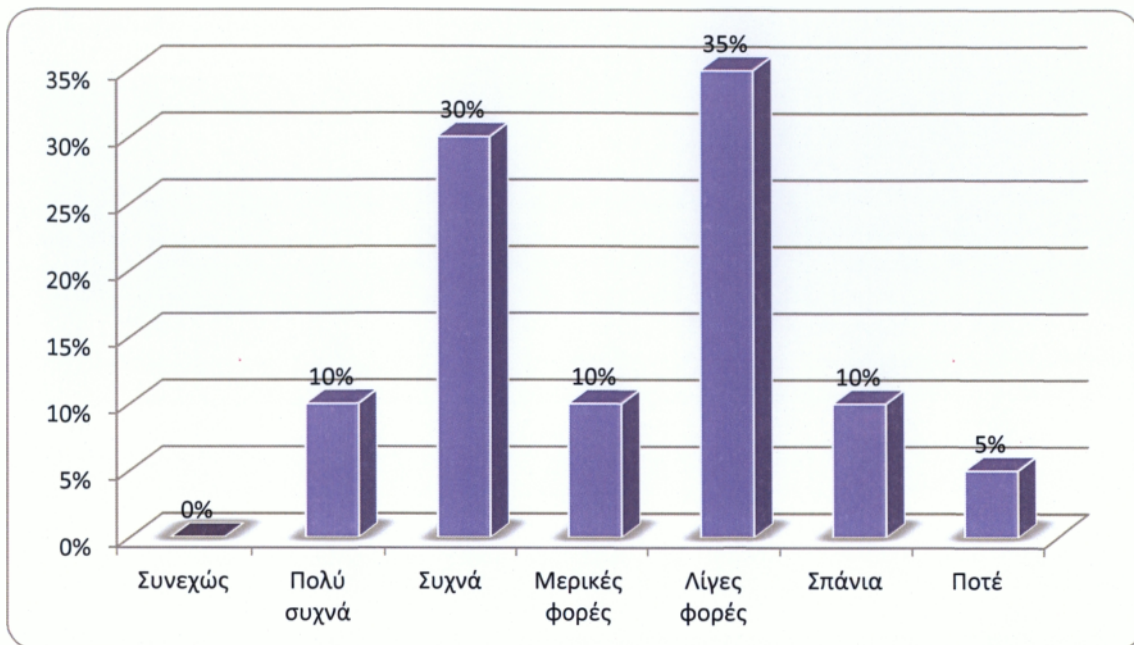


Σχεδιάγραμμα 4.15: Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν περισσότερο εξαρτώμενοι από άλλους από ό,τι ήταν στο παρελθόν πριν το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη

Στο σχεδιάγραμμα 4.16 που ακολουθεί, ερευνάται το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες οι ερωτηθέντες αισθανθήκαν ότι δεν ήταν σε θέση να κάνουν τις συνηθισμένες κοινωνικές τους δραστηριότητες.

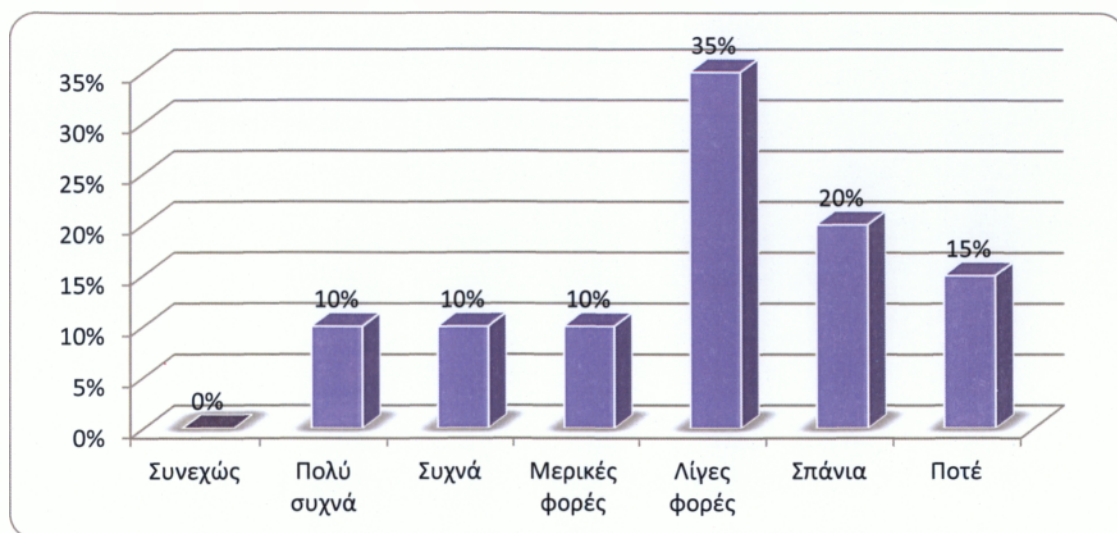
Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τα δεδομένα είναι τα εξής: 10% του δείγματος απάντησε πολύ συχνά, 30% συχνά, 10% μερικές φορές, 35% λίγες φορές, 10% σπάνια και το υπόλοιπο 5% επέλεξε την απάντηση ποτέ.

Στην ουσία, παρατηρούμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό απαντάει στην ερώτηση αυτή από συχνά έως πολύ συχνά και ένα επίσης σημαντικό ποσοστό του δείγματος δηλώνει μερικές φορές έως σπάνια.



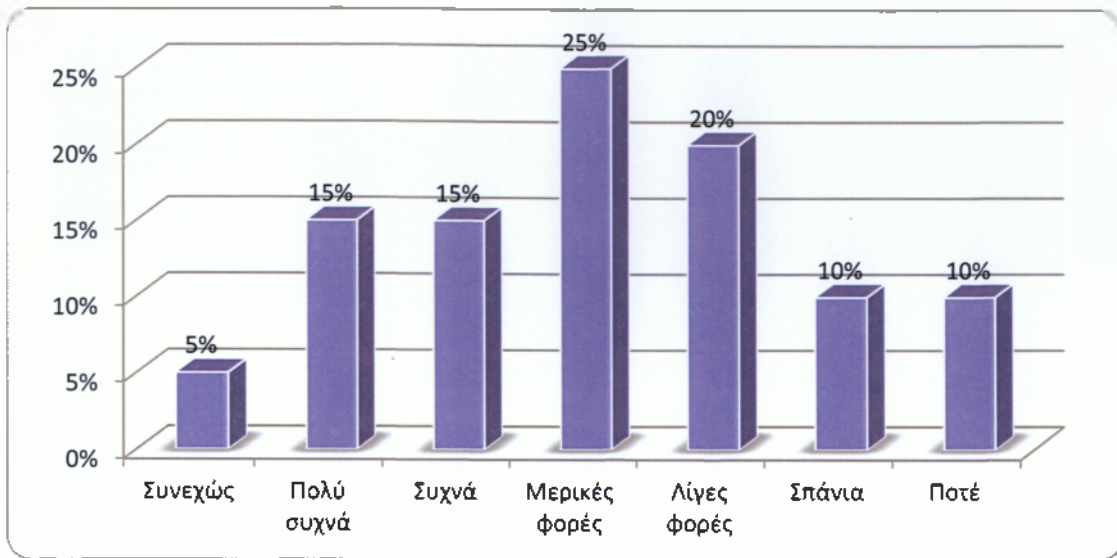
Σχεδιάγραμμα 4.16: Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες οι ερωτηθέντες αισθανθήκαν ότι δεν ήταν σε θέση να κάνουν τις συνηθισμένες τους κοινωνικές δραστηριότητες

Στο σχεδιάγραμμα 4.17 γίνεται η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκαν ότι οι άλλοι δεν τους έχουν πια την ίδια εμπιστοσύνη όπως τους είχαν στο παρελθόν πριν το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι 10% του δείγματος απάντησε πολύ συχνά, επίσης 10% απάντησε συχνά, άλλο ένα 10% επέλεξε την απάντηση μερικές φορές, το 35% δήλωσε λίγες φορές, το 20% σπάνια και το υπόλοιπο 15% ποτέ.



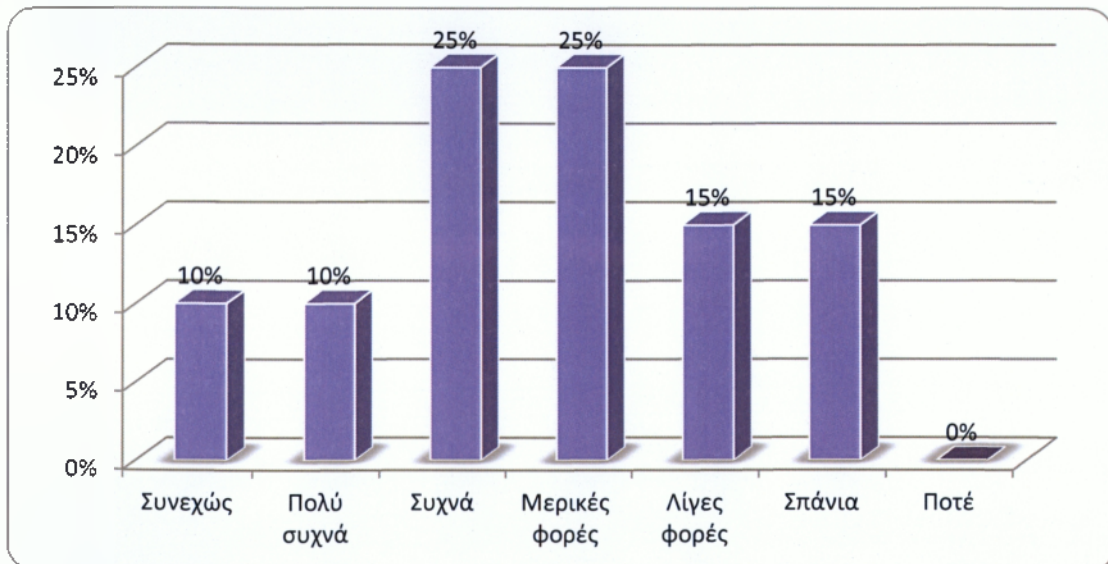
Σχεδιάγραμμα 4.17: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκαν ότι οι άλλοι δεν τους έχουν πια την ίδια εμπιστοσύνη όπως τους είχαν στο παρελθόν πριν το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη

Στο σχεδιάγραμμα 4.18 περιγράφεται το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες οι ερωτηθέντες αισθανθήκαν αβέβαιοι για τον εαυτό τους ή έλλειψη αυτοπεποίθησης. Παρατηρούμε ότι το 5% απάντησε συνεχώς, 15% πολύ συχνά, 15% συχνά, 25% μερικές φορές, 20% λίγες φορές, 10% σπάνια και 10% ποτέ.



Σχεδιάγραμμα 4.18: Αίσθημα αβεβαιότητας ή έλλειψη αυτοπεποίθησης

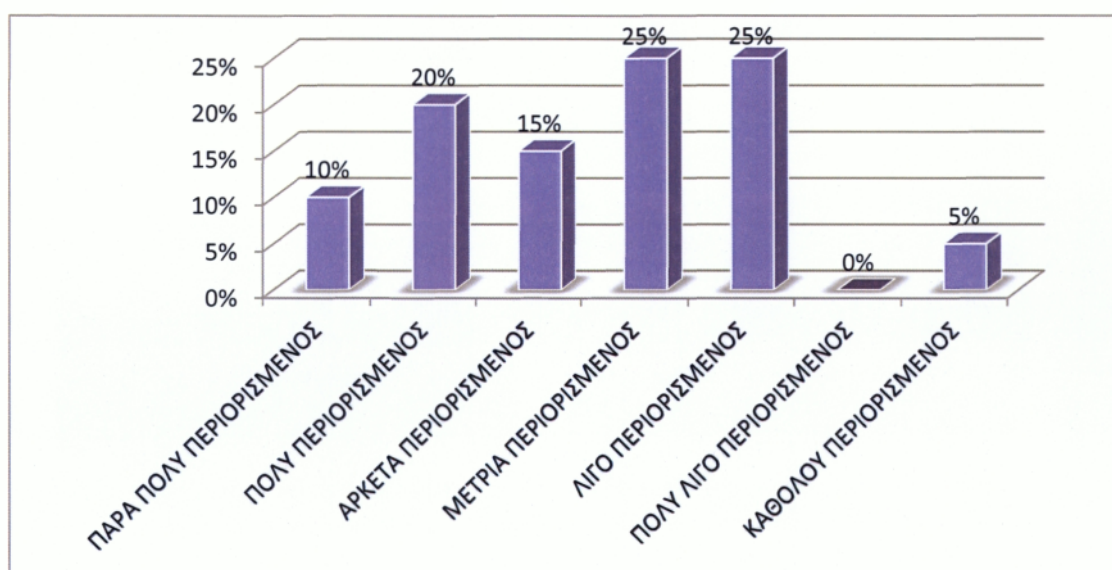
Στο σχεδιάγραμμα 4.19 ερευνάται το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες οι ερωτηθέντες αισθανθήκαν ενόχληση από πόνο ή κούραση στα πόδια. Πιο αναλυτικά, 10% δήλωσε συνεχώς, 10% πολύ συχνά, 25% συχνά, 25% μερικές φορές, 15% λίγες φορές και το υπόλοιπο 15% σπάνια.



Σχεδιάγραμμα 4.19: Συχνότητα ενόχλησης από πόνο ή κούραση στα πόδια τις τελευταίες 2 εβδομάδες

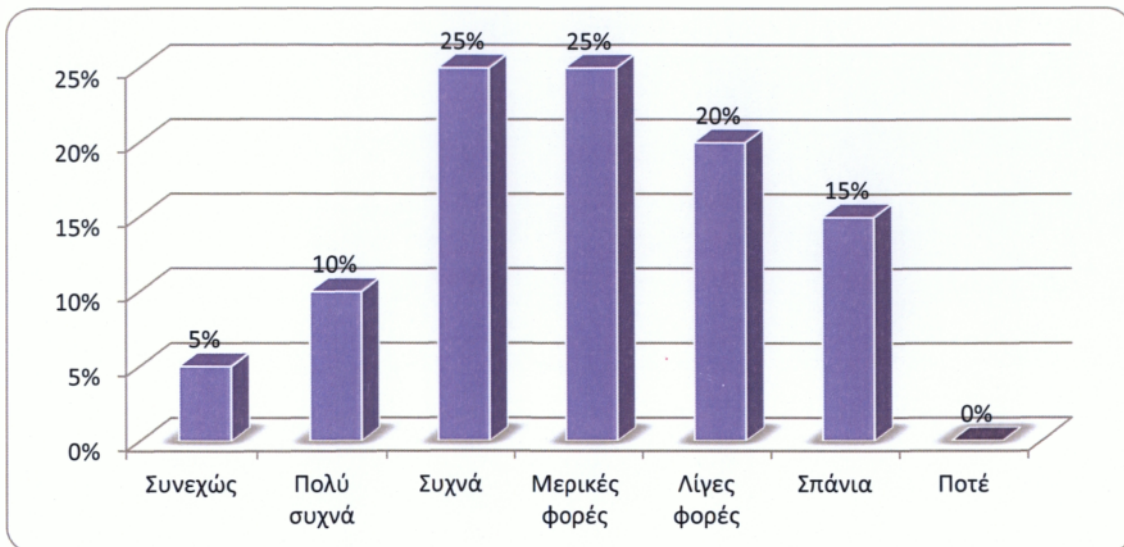
Στο σχεδιάγραμμα 4.20, παρατηρούμε ότι τις τελευταίες 2 εβδομάδες το 10% του δείγματος δήλωσε πως έχει περιοριστεί στο να κάνει ασκήσεις ή σπορ λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη, το 20% αισθάνεται πολύ περιορισμένο, το 15% αρκετά περιορισμένο, 25% μέτρια περιορισμένο, 25% λίγο περιορισμένο, ενώ το μόλις 5% απάντησε καθόλου περιορισμένο.

Δηλαδή, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ένιωθε πως έχει περιοριστεί όσον αφορά στο να κάνει ασκήσεις ή σπορ από μέτριο έως πολύ μεγάλο βαθμό τις τελευταίες 2 εβδομάδες.



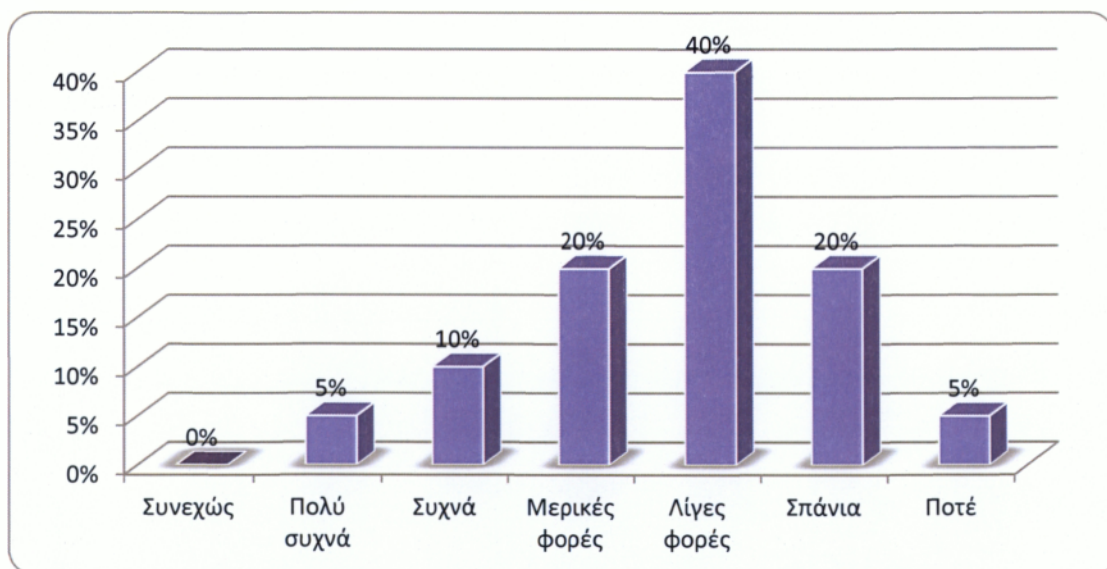
Σχεδιάγραμμα 4.20: Περιορισμός ασκήσεων ή σπορ λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη τις τελευταίες 2 εβδομάδες

Σύμφωνα με το σχήμα 4.21, το 5% του δείγματος δήλωσε πως συνεχώς τις τελευταίες 2 εβδομάδες ένιωθε αγωνία ή φόβο, το 10% απάντησε πολύ συχνά, 25% συχνά, 25% μερικές φορές, 20% λίγες φορές και 15% σπάνια.



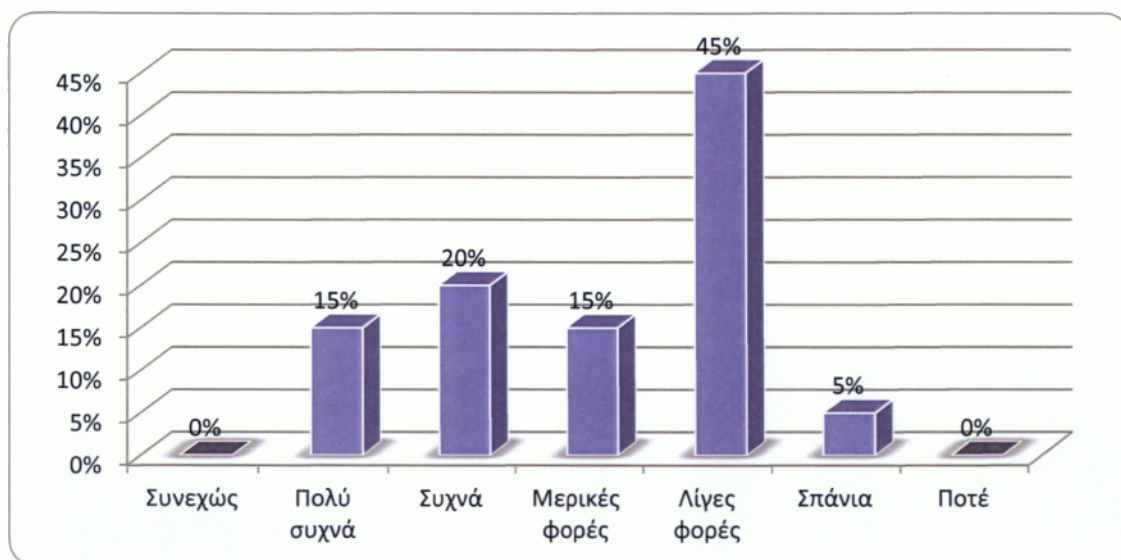
Σχεδιάγραμμα 4.21: Συχνότητα συναισθήματος αγωνίας ή φόβου τις τελευταίες 2 εβδομάδες

Στο σχήμα 4.22 ερευνάται το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκαν ζάλη. Προκύπτει ότι 5% δήλωσε πολύ συχνά, 10% συχνά, 20% μερικές φορές, 40% λίγες φορές, 20% σπάνια και το υπόλοιπο 5% ποτέ. Με άλλα λόγια, συνολικά το 60% του δείγματος δήλωσε αίσθημα ζάλης τις τελευταίες 2 εβδομάδες από λίγες έως μερικές φορές.



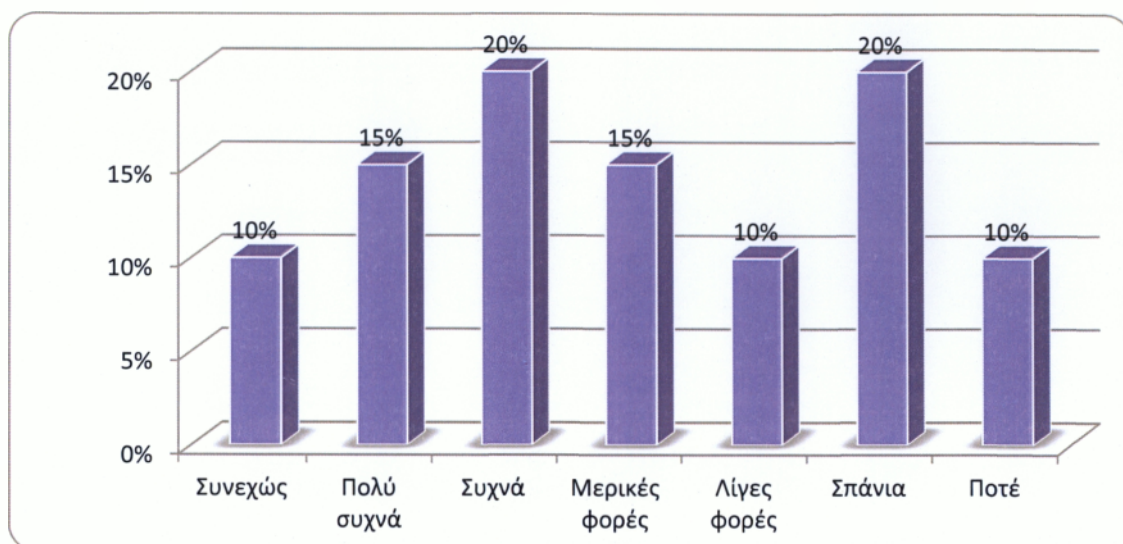
Σχεδιάγραμμα 4.22: Συχνότητα ζάλης τις τελευταίες 2 εβδομάδες

Εν συνεχεία, στο σχεδιάγραμμα 4.23 μελετάται το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες οι ερωτηθέντες ένιωσαν αβεβαιότητα ως προς το πόση άσκηση ή σωματική δραστηριότητα μπορούν να κάνουν. Πιο αναλυτικά, προκύπτει ότι 15% του δείγματος απάντησε πολύ συχνά, 20% συχνά, 15% μερικές φορές, 45% λίγες φορές, ενώ σπάνια 5% του δείγματος.



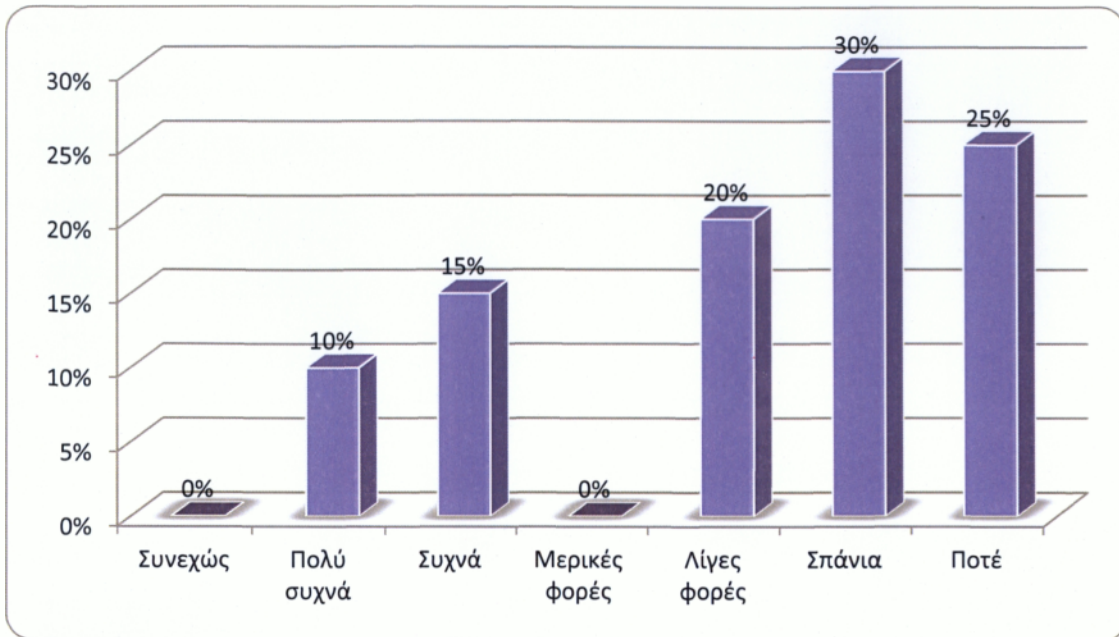
Σχεδιάγραμμα 4.23: Συχνότητα αβεβαιότητας ως προς τη σωματική δραστηριότητα και άσκηση τις τελευταίες 2 εβδομάδες

Στο σχεδιάγραμμα 4.24 διακρίνουμε τους ερωτηθέντες ως προς το πόσο συχνά αισθάνθηκαν ότι η οικογένειά τους είναι υπερπροστατευτική απέναντί τους τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Αναλυτικά, 10% του δείγματος απάντησε συνεχώς, 15% πολύ συχνά, 20% συχνά, 15% μερικές φορές, 10% λίγες φορές, 20% σπάνια και 10% σπάνια.



Σχεδιάγραμμα 4.24: Συχνότητα αισθήματος ως προς το πόσο συχνά αισθάνθηκαν ότι η οικογένειά τους είναι υπερπροστατευτική απέναντί τους τις τελευταίες 2 εβδομάδες

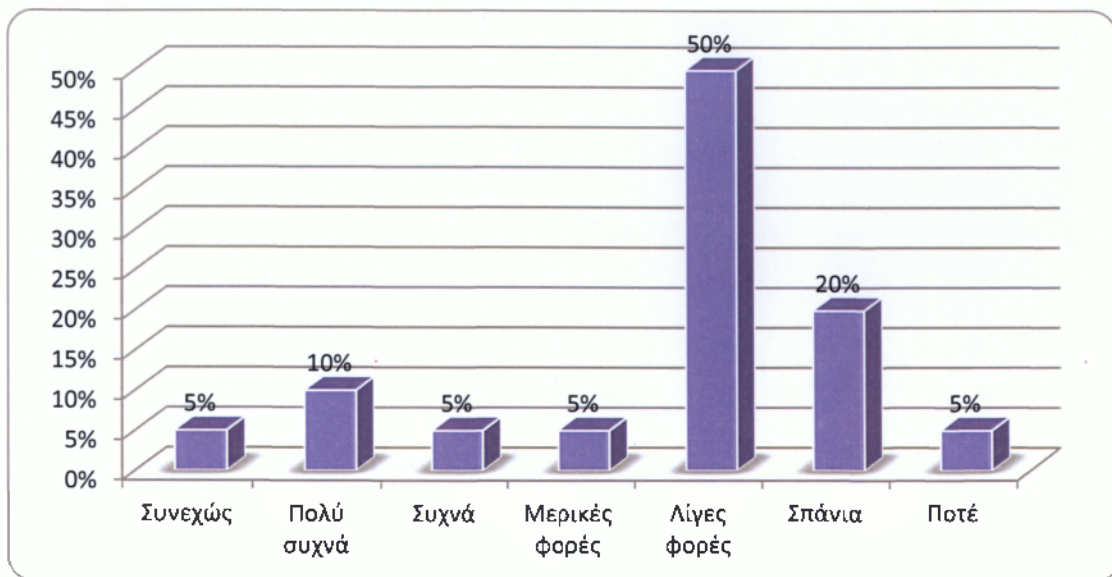
Στο σχεδιάγραμμα 4.25 μελετάμε το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες οι ερωτηθέντες αισθανθήκαν ότι αποτελούν βάρος στους άλλους. Αναλυτικότερα, παρατηρούμε ότι το 10% του δείγματος απάντησε πολύ συχνά, 15% συχνά, 20% λίγες φορές, 30% σπάνια και το υπόλοιπο 25% ποτέ.



Σχεδιάγραμμα 4.25: Συχνότητα αίσθημα βάρους στους άλλους τις τελευταίες 2 εβδομάδες

Στο σχεδιάγραμμα 4.26 παρατηρούμε πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες οι ερωτηθέντες αισθάνθηκαν ότι δεν κάνουν πράγματα με άλλους ανθρώπους λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη. Πιο συγκεκριμένα, 5% του δείγματος δήλωσε συνεχώς, 10% πολύ συχνά, 5% συχνά, 5% μερικές φορές, το 50% λίγες φορές, 20% σπάνια ενώ το υπόλοιπο 5% ποτέ.

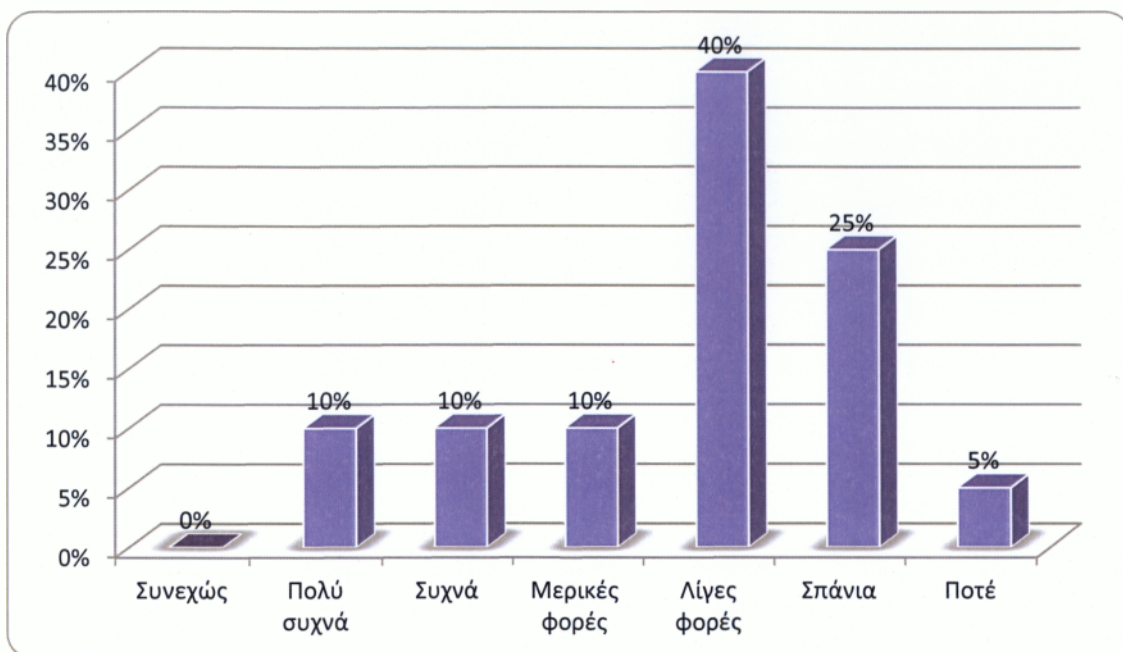
Επομένως, συνολικά η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν ότι δεν κάνουν πράγματα με άλλους ανθρώπους λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη από μερικές φορές έως ποτέ. Γεγονός που υποδηλώνει ότι ο σακχαρώδης διαβήτης δεν τους επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό σε αυτό το θέμα.



Σχεδιάγραμμα 4.26: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκαν ότι δεν κάνουν πράγματα με άλλους ανθρώπους λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη

Στο σχεδιάγραμμα 4.27 που ακολουθεί πραγματοποιείται κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν ότι δεν ήταν σε θέση να έχουν κοινωνική δραστηριότητα λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη που αντιμετωπίζουν. Σύμφωνα με το σχήμα, 10% του δείγματος δήλωσε πολύ συχνά, 10% συχνά, 10% μερικές φορές, 40% λίγες φορές, 25% σπάνια ενώ 5% ποτέ.

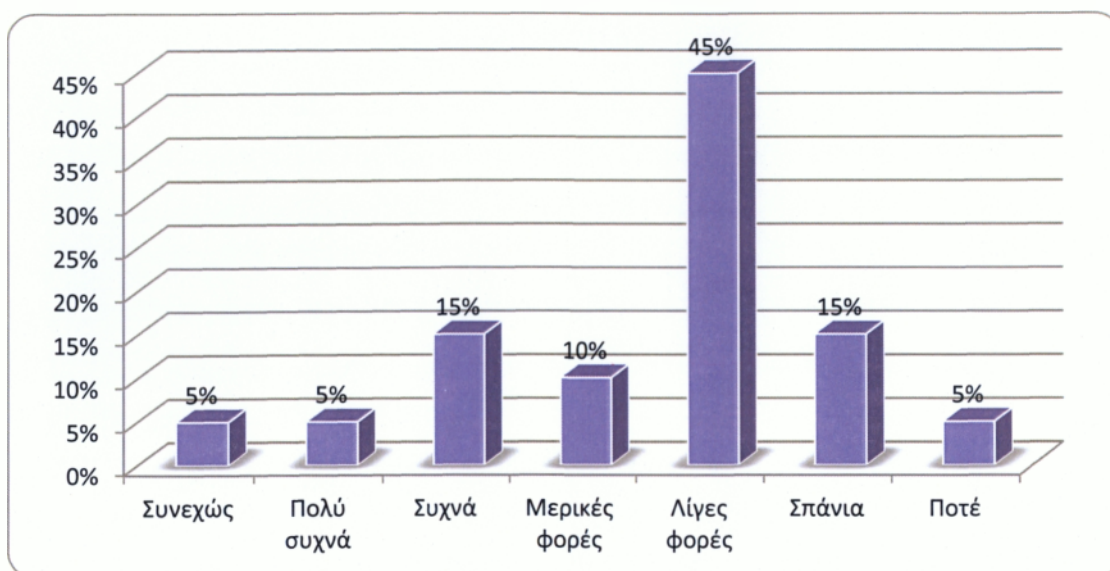
Επομένως, σύμφωνα με τη συντριπτική πλειοψηφία ο σακχαρώδης διαβήτης δεν τους επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό στο να έχουν κοινωνική δραστηριότητα.



Σχεδιάγραμμα 4.27: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν ότι δεν ήταν σε θέση να έχουν κοινωνική δραστηριότητα λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη

Στο σχεδιάγραμμα 4.28 που ακολουθεί, λαμβάνει χώρα η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν ότι το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη που αντιμετωπίζουν έχει περιορίσει ή επηρεάσει την σεξουαλική τους δραστηριότητα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι 5% του δείγματος δήλωσε συνεχώς, 5% πολύ συχνά, 15% συχνά, 10% μερικές φορές, 45% λίγες φορές, 15% σπάνια ενώ 5% ποτέ.

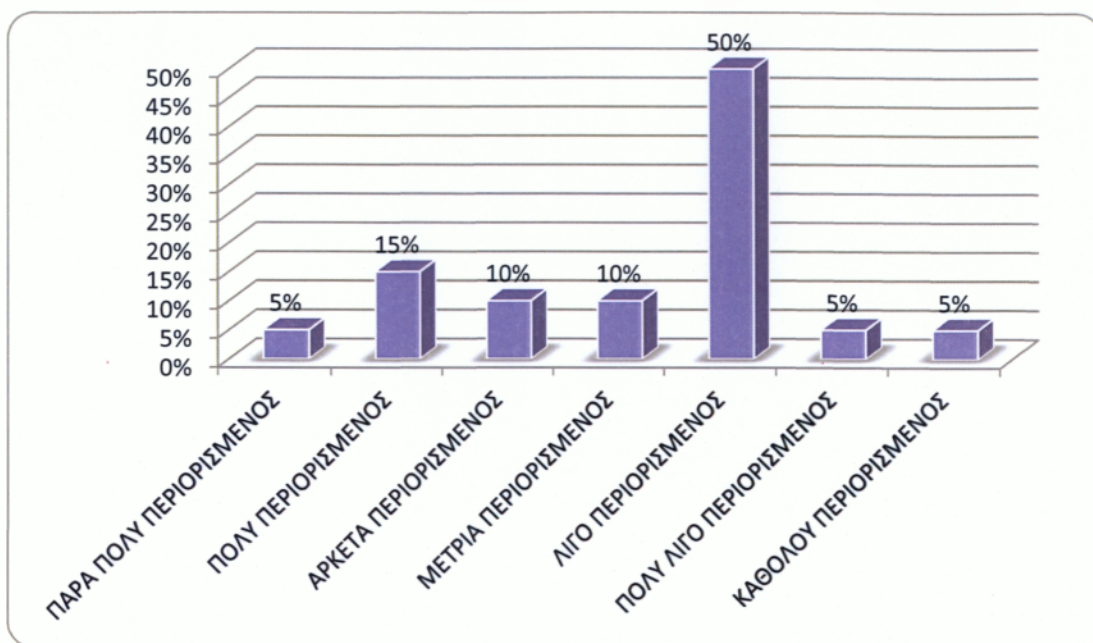
Το συμπέρασμα που προκύπτει από τα αποτελέσματα αυτά είναι ότι σύμφωνα με τις απαντήσεις της συντριπτικής πλειοψηφίας, το πρόβλημα του σακχαρώδη διαβήτη που αντιμετωπίζουν δεν επηρεάζει σημαντικά και συχνά τη σεξουαλική δραστηριότητα των ερωτηθέντων.



Σχεδιάγραμμα 4.28: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν ότι το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη έχει περιορίσει ή επηρεάσει την σεξουαλική τους δραστηριότητα

Επιπλέον, στο σχεδιάγραμμα 4.29 ερευνάται πόσο έχουν γενικά περιοριστεί οι ερωτηθέντες τις τελευταίες 2 εβδομάδες λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη. Σύμφωνα με τις απαντήσεις, 5% του δείγματος δήλωσε πάρα πολύ περιορισμένος, 15% πολύ περιορισμένος, 10% αρκετά περιορισμένος, 10% μέτρια περιορισμένος, 50% λίγο περιορισμένος, 5% πολύ λίγο περιορισμένος και 5% καθόλου περιορισμένος.

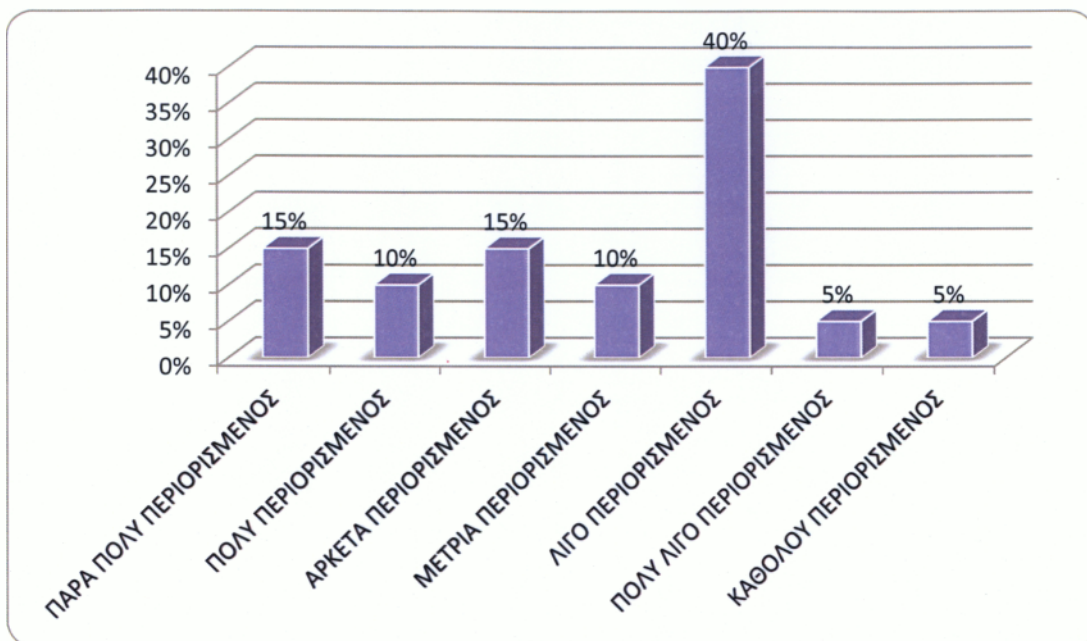
Συνεπώς, προκύπτει το συμπέρασμα ότι συνολικά το 70% των ερωτηθέντων απάντησαν πως έχουν γενικά περιοριστεί από μέτρια έως καθόλου τις τελευταίες 2 εβδομάδες, λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη που αντιμετωπίζουν.



Σχεδιάγραμμα 4.29: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο έχουν γενικά περιοριστεί οι ερωτηθέντες τις τελευταίες 2 εβδομάδες λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη

Τέλος, από το σχεδιάγραμμα 4.30, όπου γίνεται κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο έχουν, γενικά, σωματικά περιοριστεί τις τελευταίες 2 εβδομάδες λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη που αντιμετωπίζουν, 15% του δείγματος απάντησε πάρα πολύ περιορισμένος, 10% πολύ περιορισμένος, 15% αρκετά περιορισμένος, 10% μέτρια περιορισμένος, 40% λίγο περιορισμένος, 5% πολύ λίγο περιορισμένος και 5% καθόλου περιορισμένος.

Συνεπώς, εδώ παρατηρείται μια διάσταση απόψεων καθώς συνολικά το 50% του δείγματος φανερώνει πως τις τελευταίες 2 εβδομάδες λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη που αντιμετωπίζει νιώθει από μέτρια έως πάρα πολύ περιορισμένο σωματικά, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 50% του δείγματος που δήλωσε από λίγο έως καθόλου περιορισμένο σωματικά από το σακχαρώδη διαβήτη.



Σχεδιάγραμμα 4.30: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το πόσο έχουν, γενικά, σωματικά περιοριστεί οι ερωτηθέντες τις τελευταίες 2 εβδομάδες λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση ενός χρόνιου νοσήματος όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με μια σειρά προκλήσεων πέρα από το γεγονός της επιβίωσης αυτής κάθε αυτής. Η διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής αποτελεί σημαντική επιδίωξη των ατόμων με χρόνια νόσημα. Η ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια νοσήματα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατάσταση της σωματικής υγείας που αποτελεί τη βάση των δυο άλλων διαστάσεων της κοινωνικής και της ψυχικής ευεξίας. Επομένως, για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής θα πρέπει να μελετούνται και οι τρεις διαστάσεις (σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία).

Μέσα από την έρευνα της παρούσας μελέτης προκύπτουν ορισμένα συμπεράσματα τα οποία συνοψίζονται παρακάτω:

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες:

- το 70% των ερωτηθέντων ένιωθε από συχνά έως συνεχώς θυμό ή ανυπομονησία (Σχεδιάγραμμα 4.5)
- το 55% των ερωτηθέντων ένιωθε μερικές φορές έως ποτέ ότι δεν αξίζει (Σχεδιάγραμμα 4.6)
- το 75% των ερωτηθέντων ένιωθε από μερικές φορές έως και πολύ συχνά πολύ σίγουρο και βέβαιο ότι θα μπορούσε να τα καταφέρει με το πρόβλημα του σακχαρώδη διαβήτη (Σχεδιάγραμμα 4.7)
- η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι λίγες φορές έως ποτέ αισθανθήκαν ήρεμοι και χωρίς ένταση (Σχεδιάγραμμα 4.9)
- το 55% του δείγματος δήλωσε ότι αισθανθήκαν εξαντλημένοι ή με πεσμένη ενέργεια συχνά έως πολύ συχνά (Σχεδιάγραμμα 4.10)
- το 65% των ερωτηθέντων αισθανθήκαν συχνά έως πολύ συχνά ανήσυχοι ή ότι είχαν μια δυσκολία στην προσπάθεια να ηρεμήσουν (Σχεδιάγραμμα 4.11)

- το 60% των ερωτηθέντων ένιωσαν λίγο έως καθόλου με την προσωπική τους ζωή (Σχεδιάγραμμα 4.12)
- το 70% κάνει λόγο για μέτριο έως και πολύ λίγο λαχάνιασμα (Σχεδιάγραμμα 4.13)
- το 55% των ερωτηθέντων αισθάνθηκαν δακρυσμένοι ή έτοιμοι να κλάψουν από καθόλου έως και μερικές φορές (Σχεδιάγραμμα 4.14)
- το 55% του δείγματος απάντησε ότι τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν περισσότερο εξαρτώμενοι από άλλους από ό,τι ήταν στο παρελθόν πριν το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη από μερικές φορές έως και συνεχώς (Σχεδιάγραμμα 4.15)
- το 70% αισθανθήκαν λίγες φορές έως ποτέ ότι οι άλλοι δεν τους έχουν πια την ίδια εμπιστοσύνη όπως τους είχαν στο παρελθόν πριν το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη (Σχεδιάγραμμα 4.17)
- το 65% των ερωτηθέντων αισθανθήκαν μερικές φορές έως ποτέ αβέβαιοι για τον εαυτό τους ή έλλειψη αυτοπεποίθησης (Σχεδιάγραμμα 4.18)
- το 55% ένιωσε μερικές φορές έως καθόλου ενόχληση από πόνο ή κούραση στα πόδια (Σχεδιάγραμμα 4.19)
- η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ένιωθε πως έχει περιοριστεί όσον αφορά στο να κάνει ασκήσεις ή σπορ από μέτριο έως πολύ μεγάλο βαθμό (Σχεδιάγραμμα 4.20)
- 65% των ερωτηθέντων δήλωσε πως λίγες φορές έως σπάνια ένιωσε ζάλη (Σχεδιάγραμμα 4.22)
- 65% δήλωσε αβεβαιότητα μερικές φορές έως σπάνια ως προς το πόση άσκηση ή σωματική δραστηριότητα μπορεί να κάνει (Σχεδιάγραμμα 4.23)
- οι περισσότεροι ερωτηθέντες αισθάνθηκαν ότι η οικογένειά τους είναι υπερπροστατευτική απέναντί τους από μερικές φορές έως συνεχώς (Σχεδιάγραμμα 4.24)
- οι περισσότεροι ερωτηθέντες αισθανθήκαν λίγες φορές έως ποτέ ότι αποτελούν βάρος στους άλλους (Σχεδιάγραμμα 4.25)
- η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθάνθηκαν ότι δεν κάνουν πράγματα με άλλους ανθρώπους λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη από μερικές φορές έως ποτέ. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι ο σακχαρώδης διαβήτης δεν τους επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό σε αυτό το θέμα (Σχεδιάγραμμα 4.26)

- σύμφωνα με τη συντριπτική πλειοψηφία, ο σακχαρώδης διαβήτης δεν τους επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό στο να έχουν κοινωνική δραστηριότητα (Σχεδιάγραμμα 4.27)
- σύμφωνα με τη συντριπτική πλειοψηφία, το πρόβλημα του σακχαρώδη διαβήτη που αντιμετωπίζουν δεν επηρεάζει σημαντικά και συχνά τη σεξουαλική δραστηριότητα των ερωτηθέντων (Σχεδιάγραμμα 4.28)
- το 70% των ερωτηθέντων απάντησαν πως έχουν γενικά περιοριστεί από μέτρια έως καθόλου τις τελευταίες 2 εβδομάδες, λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη που αντιμετωπίζουν (Σχεδιάγραμμα 4.29)
- συνολικά το 50% του δείγματος δηλώνει πως τις τελευταίες 2 εβδομάδες λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη που αντιμετωπίζει νιώθει από μέτρια έως πάρα πολύ περιορισμένο σωματικά, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 50% του δείγματος που δήλωσε από λίγο έως καθόλου περιορισμένο σωματικά από το σακχαρώδη διαβήτη (Σχεδιάγραμμα 4.30).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Καραμήτσος (1987), *Σακχαρώδης διαβήτης από τη θεωρία στη πράξη*, εκδόσεις Α. Σιώκη, Θεσσαλονίκη.
2. *Μεταβολικά Νοσήματα, Νοσήματα Συνδετικού ιστού* Θεσσαλονίκη, (2001), *Εσωτερική Παθολογία* Τόμος Β.
3. Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ. (2001), *Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Αρχεία ελληνικής ιατρικής*.
4. Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ. (1995) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας :Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας νόσου*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
5. Παπαδοπούλου (2003), *Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1:Γενετική και ανοσολογική βάση της νόσου*, Παιδιατρική, τ.66.
6. Σαρρής Μ.(1999) *Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των Μεταμοσχεύθεντων Νεφροπαθών: Μέτρηση της ποιότητας ζωής και θεωρία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής*. Αθήνα.
7. Σαρρής Μάρκος (2001), *Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
8. Σαρρής Μάρκος (2001), *Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

9. Σουγιουτζόγλου Φ.(2002), Αναζήτηση ατόμων με προδιάθεση για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 με προσδιορισμό ειδικών αντισωμάτων, Διδακτορική διατριβή, Θεσσαλονίκη, σελ. 223-224
10. Υφαντόπουλος Γ. (2007), Μέτρηση ποιότητας ζωής και το Ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τ. 24.
11. Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ. (2001), Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής- Μέθοδοι μέτρησης, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τ.18.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. American Diabetes Association (ADA) (2004) Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus Diabetes Care, v. 27.
2. Collazo M. (2001), Διαβήτης-Mayo Clinic, Εκδόσεις Μοντέρνοι καιροί, Αθήνα.
3. Cunningham W.E., et. al. (1998), Constitutional Symptoms and Health-related Quality of life in patients with Symptomatic HIV disease, The American Journal of Medicine, v.104.
4. Davis T.M.E., Glifford RM., Davis W.A. (2001) Effect of insulin therapy of life in type 2 diabetes mellitus; the Fremantle diabetes Study. *Diabetes Research and Clinical practice*.
5. De Bruin A. F, Diederiks J.P. M., Witte L.P., Stevens F.C.J., Philipsen. A shortened version of the Sickness Impact Profile. University of Limburg, Maastricht.
6. Fallowfield L.. (1991) The quality of life, the missing measurement in health care: Philosophical issues and Methodological issues. Paul (ed.), New York.
7. Golberg D. (1972) *Detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press, Oxford.
8. Hörnquist J. O., (1982) The concept of quality of life. Scand J Soc Med , v. 10.
9. Jacobson A.M., M de Groot, Samson J.A. (1997) The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with Type I and Type II diabetes mellitus. Quality of life Research, v. 6.

10. Morrow Gr, Chiarello Rj, Derogatis Lr. (1978) A new scale for assessing patients' psychological adjustment to medical illness. Psychol. Med.
11. Wales J.K., (1995), Does psychological stress cause diabetes? Diabetic Medicine.
12. Wandell P. E., Tovi J. (2000) The quality of life of elderly diabetic patients. Journal of diabetes and its complications v. 14.
13. World Health Organisation, (1979) Handbook for reporting results of cancer treatment. WHO offset Publ., Health Psychol No 48, Geneva.
14. World Health Organization (1999) Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. The 1999 World Health Organization Classification.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

<http://www.iator.gr>

<http://www.incardiology.gr>

<http://www.vvhndc.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Στο παράρτημα παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης.

Ερωτηματολόγιο για την έρευνα :

**«Μελέτη Ποιότητας ζωής
ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη»**

Στοιχεία ερωτώμενου

Προσωπικά στοιχεία:

Φύλο : Α Β

Ηλικία: _____

Εκπαίδευση: _____

Επαγγελματική κατάσταση: Εργαζόμενος Άνεργος Συνταξιούχος Οικιακά Άλλο _____

Οικογενειακή κατάσταση: Παντρεμένος Ελεύθερος Διαζευγμένος Χήρος Άλλο _____

Θα θέλαμε να σας κάνουμε κάποιες ερωτήσεις για το πώς αισθανόσαστε **ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ 2 ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ**.

Σας παρακαλούμε να σημειώσετε το κουτάκι που συμφωνεί με την απάντησή σας

	Σας παρακαλούμε, για κάθε ερώτηση κυκλώστε την απάντηση που προσεγγίζει περισσότερο στην απάντησή σας.	Συνεχώς	Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Σπάνια	Ποτέ
1.	Γενικά, πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ανυπόμονος ή θυμωμένος;	1	2	3	4	5	6	7
2.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν αξίζετε ή ότι είστε ανεπαρκής;	1	2	3	4	5	6	7
3.	Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, πόσο συχνά αισθανθήκατε πολύ σίγουρος και βέβαιος ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε με το πρόβλημα του σακχαρώδη διαβήτη;	1	2	3	4	5	6	7
4.	Γενικά, πόσο συχνά αισθανθήκατε αποθαρρημένος ή απογοητευμένος τις τελευταίες 2 εβδομάδες;	1	2	3	4	5	6	7
5.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ήρεμος και χωρίς ένταση;	1	2	3	4	5	6	7
6.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε εξαντλημένος ή με πεσμένη ενέργεια;	1	2	3	4	5	6	7
7.	Γενικά, πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ανήσυχος ή ότι είχατε μια δυσκολία στην προσπάθεια να ηρεμήσετε;	1	2	3	4	5	6	7

8. Πόσο ευτυχισμένος, ικανοποιημένος ή ευχαριστημένος ήσασταν με την προσωπική σας ζωή τις τελευταίες 2 εβδομάδες;

1 ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ, ΔΥΣΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟ

2 ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ

3 ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ

4 ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ

5 ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ

6 ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ

7 ΠΛΗΡΩΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ, ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΔΕΝ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑ

9. Τι εντάσεως λαχάνιασμα είχατε ενώ κάνατε τις καθημερινές σας δραστηριότητες τις τελευταίες 2 βδομάδες;

1 ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ

2 ΕΝΤΟΝΟ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ

3 ΑΡΚΕΤΟ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ

4 ΜΕΤΡΙΟ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ

5 ΛΙΓΟ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ

6 ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ

7 ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ

	Σας παρακαλούμε, για κάθε ερώτηση κυκλώστε την απάντηση που προσεγγίζει περισσότερο στην απάντησή σας.	Συνεχώς	Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Σπάνια	Ποτέ
10.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε δακρυσμένος ή έτοιμος να κλάψετε;	1	2	3	4	5	6	7
11.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι είσαστε περισσότερο εξαρτώμενος από άλλους από ότι ήσασταν στο παρελθόν πριν το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη;	1	2	3	4	5	6	7
12.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν ήσασταν σε θέση να κάνετε τις συνηθισμένες σας κοινωνικές δραστηριότητες;	1	2	3	4	5	6	7
13.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι οι άλλοι δεν σας έχουν πια την ίδια εμπιστοσύνη όπως σας είχαν στο παρελθόν πριν το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη;	1	2	3	4	5	6	7
14.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε αβέβαιος για τον εαυτό σας ή ότι σας έλειπε αυτοπεποίθηση;	1	2	3	4	5	6	7
15.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ενόχληση από πόνο ή κούραση στα πόδια;	1	2	3	4	5	6	7

16. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο έχετε περιοριστεί στο να κάνετε ασκήσεις ή σπορ λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη;

1 ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ

2 ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ

3 ΑΡΚΕΤΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ

4 ΜΕΤΡΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ

5 ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ

6 ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ

7 ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ

	Σας παρακαλούμε, για κάθε ερώτηση κυκλώστε την απάντηση που προσεγγίζει περισσότερο στην απάντησή σας.	Συνεχώς	Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Σπάνια	Ποτέ
17.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε αγωνία ή φόβο;	1	2	3	4	5	6	7
18.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ζάλη;	1	2	3	4	5	6	7
19.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε αβέβαιος ως προς το πόση άσκηση ή σωματική δραστηριότητα μπορείτε να κάνετε;	1	2	3	4	5	6	7
20.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι η οικογένειά σας είναι υπερπροστατευτική προς εσάς;	1	2	3	4	5	6	7
21.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι είσατε βάρος στους άλλους;	1	2	3	4	5	6	7
22.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν κάνετε πράγματα με άλλους ανθρώπους λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη;	1	2	3	4	5	6	7
23.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες ότι δεν είσατε σε θέση να έχετε κοινωνική δραστηριότητα λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη;	1	2	3	4	5	6	7
24.	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη έχει περιορίσει ή επηρεάσει την σεξουαλική σας δραστηριότητα;	1	2	3	4	5	6	7

25. Γενικά, τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο έχετε περιοριστεί λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη σας;

- 1 ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- 2 ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- 3 ΑΡΚΕΤΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- 4 ΜΕΤΡΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- 5 ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- 6 ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- 7 ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ

26. Γενικά, τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο έχετε περιοριστεί σωματικά λόγω του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη;

- 1 ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- 2 ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- 3 ΑΡΚΕΤΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- 4 ΜΕΤΡΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- 5 ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- 6 ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- 7 ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ

Αυτή ήταν η τελευταία ερώτηση. Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας.