

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

“Σακχαρώδης διαβήτης και επιληψία: συγκριτική μελέτη ποιότητας ζωής ”

“Diabetes and epilepsy: a comparative study of quality of life”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΡΩΜΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΝΤΑΜΟΥΤΣΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΠΕΤΡΙΔΟΥ ΕΛΙΝΑ

Επιβλέπων καθηγητής: κ. Θεοφανίδης Δημήτριος

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2014

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Θεοφανίδης Δημήτριος, Καθηγητής (Επιβλέπων)

Καζάκος Κυριάκος, Καθηγητής

Κουκουρίκος Κωνσταντίνος, Καθηγητής

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Η έννοια της ποιότητας ζωής	
1.1. Ιστορική αναδρομή.....	9
1.2. Ορισμοί για την ποιότητα ζωής.....	10
1.3. Ποιότητα ζωής και υγεία.....	11
1.4. Δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	12
1.5. Όργανα μέτρησης της υγείας και της ποιότητας ζωής.....	14
1.6. Μέθοδος- επισκόπηση υγείας SF-36.....	15
1.7. Ποιότητα ζωής στην Ελλάδα.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Τα κλινικά χαρακτηριστικά του σακχαρώδης διαβήτη	
2.1. Ορισμός του σακχαρώδη διαβήτη.....	18
2.2. Φυσιολογία του σακχαρώδη διαβήτη.....	19
2.3. Επιδημιολογικά στοιχεία του σακχαρώδη διαβήτη.....	20
2.4. Τύποι του σακχαρώδη διαβήτη.....	21
2.4.1. Προδιαβήτης.....	22
2.5. Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη.....	22
2.6. Πρόληψη.....	23
2.7. Κλινική εικόνα σακχαρώδη διαβήτη.....	23
2.8. Διάγνωση.....	24
2.9. Θεραπεία.....	25
2.10. Διατροφή και άσκηση.....	25
2.11. Φάρμακα.....	26
2.11.1. Ινσουλίνη.....	27
2.11.2. Αντλία ινσουλίνης.....	29

2.11.3. Χειρουργική αντιμετώπιση.....	29
2.12. Επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη.....	31
2.12.1. Βραχυχρόνιες επιπλοκές.....	31
2.12.2. Μακροχρόνιες επιπλοκές.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Η επίδραση του διαβήτη στην ποιότητα ζωής.....	33
3.1. Συναισθηματικές επιδράσεις απέναντι στην πάθηση.....	33
3.2. Άγχος και κατάθλιψη.....	34
3.3. Κοινωνική υποστήριξη.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : Τα κλινικά χαρακτηριστικά της επιληψίας	
4.1. Ορισμός της επιληψίας.....	36
4.2. Ιστορικά στοιχεία για την επιληψία.....	36
4.3. Επιληπτική εκφόρτιση.....	37
4.4. Παιδική και εφηβική επιληψία.....	38
4.5. Ταξινόμηση επιληπτικών κρίσεων.....	38
4.6. Αταξινόμητες κρίσεις.....	40
4.7. Status epilepticus.....	40
4.8. Αίτια εμφάνισης επιληψίας.....	40
4.9. Διάγνωση της επιληψίας.....	41
4.9.1. Διαφορική διάγνωση.....	42
4.10. Πρόληψη.....	42
4.11. Θεραπεία.....	43
4.11.1. Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	43
4.11.2. Χειρουργική αντιμετώπιση.....	44
4.12. Προβλήματα που προκαλεί η επιληψία.....	45
4.12.1. Νοητική υστέρηση.....	45
4.12.2. Μαθησιακά προβλήματα.....	45
4.12.3. Ψυχολογικά- ψυχιατρικά προβλήματα.....	46

4.12.4. Διαταραχές λόγου- ομιλίας.....	46
4.13. Η επίδραση της επιληψίας στην ποιότητα ζωής.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : Μελέτη	
5.1. Σκοπός της έρευνας.....	48
5.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	48
5.3. Επιλογή μεθόδου μελέτης.....	48
5.4. Ερευνητικό πεδίο- χρόνος διεξαγωγής.....	49
5.5. Επιλογή του πληθυσμού και του δείγματος.....	49
5.6. Επιλογή μεθόδου δειγματοληψίας.....	50
5.7. Ερευνητικό εργαλείο.....	50
5.8. Δεοντολογία της έρευνας.....	51
5.9. Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	52
5.10. Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης.....	53
5.11. Περιορισμοί μελέτης.....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : Αποτελέσματα.....	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : Συζήτηση- Συμπεράσματα.....	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο : Προτάσεις.....	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτηματολόγιο	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Άδειες διεξαγωγής της έρευνας	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Στατιστικά στοιχεία- Πίνακες	

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης και η επιληψία είναι δύο από τις συχνότερες, χρόνιες παθήσεις που μαστίζουν πολλά εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Και οι δύο ασθένειες εμφανίζουν μεγάλο επιπολασμό και προκαλούν μακροχρόνιες και οξείες επιπλοκές που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων. Γι' αυτούς τους λόγους ασχοληθήκαμε με αυτές τις δύο παθήσεις. Εξίσου σημαντικές όμως είναι και οι εξελίξεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη και της επιληψίας, που οδήγησαν στην ανάγκη μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Η έρευνα που πραγματοποιήσαμε έγινε με την χρήση του παγκόσμιου ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής του ασθενή, το SF-36, με σκοπό την καταγραφή και σύγκριση της ποιότητας ζωής των διαβητικών και των επιληπτικών ατόμων σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα θα δείξουν ποια από τις τρεις ομάδες ατόμων έχει καλύτερη ποιότητα ζωής και σύμφωνα με αυτά θα μπορέσουμε να προτείνουμε ιδέες για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των υπόλοιπων ομάδων που τα αποτελέσματα έδειξαν χαμηλή ποιότητα ζωής.

Ολοκληρώνοντας τον πρόλογο της εργασίας μας, θα θέλαμε να εκφράσουμε θερμές ευχαριστίες στον καθηγητή και εισηγητή του θέματός μας, κ. Θεοφανίδη Δημήτριο για την πολύτιμη και αμέριστη βοήθειά του, για την καθοδήγησή του, τις εύστοχες υποδείξεις του και την υπέροχη συμπεριφορά του κατά τη διεξαγωγή της εργασίας.

Επίσης, θα πρέπει να ευχαριστήσουμε το Γενικό Νοσοκομείο Σερρών για την άδεια διεξαγωγής της έρευνάς μας και την κ. Καρανικόλα Στυλιανή, νοσηλεύτρια του εξωτερικού, νευρολογικού ιατρείου για την πολύτιμη βοήθειά της.

Θερμές ευχαριστίες θα πρέπει να εκφραστούν από πλευράς μας στον κ. Δαραμήλα Χρήστο, πρόεδρο του συλλόγου διαβητικών Θεσσαλονίκης, «Άγιος Δημήτριος», για την χορήγηση άδειας για την έρευνα καθώς και τις χρήσιμες πληροφορίες για το θέμα μας.

Βάσεις δεδομένων: Pubmed, Wikipedia, Iatronet, WHO, UCM, HQLO, CDC, EOF, Iatropedia, ngda, ede

Key- words: diabetes, quality, epilepsy, neurologia, σακχαρώδης διαβήτης, επιληψία, ποιότητα ζωής, υγεία, SF-36

1.1. ΓΕΝΙΚΑ- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο όρος Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) κάνει την πρώτη του εμφάνιση στην αρχαιότητα, όπου ο Αριστοτέλης στο έργο του «Ηθικά Νικομάχεια» προσπαθεί να αποδώσει το περιεχόμενο του όρου Ποιότητα Ζωής με τη λέξη ευδαιμονία (Αριστοτέλης, Ηθικά Νικομάχεια).

Στη σύγχρονη κοινωνία ο όρος Ποιότητα Ζωής αποτελεί μια σχετικά νέα έννοια που με τον καιρό αναπτύχθηκε και έγινε πολύ σύνθετη. Το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) έδωσε έναν ορισμό για την ποιότητα ζωής στην υγεία δίνοντας έμφαση σε τρεις διαστάσεις της ασθένειας, τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική, καθιστώντας έτσι ξεκάθαρο το περιεχόμενο του όρου. Η πρώτη ουσιαστική εμφάνιση του όρου ΠΖ, παρατηρήθηκε στις ΗΠΑ στη δεκαετία του 1950 και η αρχική της έννοια ταυτίστηκε με το βιοτικό επίπεδο διότι περιελάμβανε έννοιες που αφορούσαν στην καταναλωτική κοινωνία όπως την ιδιοκτησία οικίας, αυτοκινήτου και ηλεκτρικών συσκευών. Αργότερα προστέθηκε σε αυτή η ανάγκη για αναψυχή, ελεύθερο χρόνο και διακοπές. Την επόμενη δεκαετία (1960) η έννοια του όρου διευρύνθηκε και περιελάμβανε την υγεία, την ευεξία, την παιδεία, την οικονομία και τη βιομηχανική ανάπτυξη (Παπάνης & Ρουμελιώτου 2007). Κατά τη δεκαετία του '70, δίνεται έμφαση στην 'προσωπική ελευθερία' καθώς και στην συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ισορροπία και ευεξία (Σαρρής 2001, Παπάνης & Ρουμελιώτου 2007).

Από το 1970 στο δυτικό κυρίως κόσμο, παρατηρήθηκε έντονο ενδιαφέρον και πληθώρα αναφορών για την ποιότητα ζωής σε διάφορα ιατρικά κείμενα. Το 1975 ο όρος ποιότητα ζωής εισήχθη ως λέξη ευρετηριασμού στη βάση δεδομένων της Medline και έγινε αποδεκτός στο ιατρικό ευρετήριο το 1977 (Θεοφίλου 2010).

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχει συσταθεί το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα (European Foundation in Social Quality), το οποίο εισήγαγε την έννοια της κοινωνικής ποιότητας. Ο όρος αυτός απαντάται στο βαθμό στον οποίο οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας, σε συνθήκες που ενισχύουν την προσωπική ευεξία και ευημερία (Θεοφίλου 2010).

Σε παγκόσμιο επίπεδο η Ποιότητα Ζωής είναι ένας δείκτης, όπως και η υγεία, που έχει προστεθεί στην υπηρεσία προγράμματος ανάπτυξης (1989). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) έχει συμφωνήσει σε μια λίστα θεμάτων σχετικών με την ΠΖ, η οποία περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία, ο έλεγχος στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής (Bowling 1997).

1.2. ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Τα τελευταία χρόνια παρουσιάστηκε έντονο ενδιαφέρον μεταξύ των πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών επιστημών για θέματα που αφορούν την ποιότητα ζωής καθώς και για την ανάπτυξη μεθοδολογιών που στοχεύουν στη μέτρησή της (Υφαντόπουλος 2001). Οι επιπτώσεις της ΠΖ έχουν μελετηθεί από επιστήμονες διαφορετικών κλάδων καθιστώντας έτσι δύσκολη τη διατύπωση ενός κοινώς αποδεκτού ορισμού για αυτήν. Για παράδειγμα, οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, ενώ αντίθετα οι ψυχολόγοι εστιάζουν στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Υφαντόπουλος 2003). Οι όροι Ποιότητα Ζωής (Quality of Life) ή Ευημερία (Well being) ή Καλή Ζωή (Good Life), βρίσκονται στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος. Συμπερασματικά λοιπόν, η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια, για την οποία κατά καιρούς έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία που ο κάθε μελετητής αντιμετωπίζει το θέμα (Θεοφίλου, 2010).

Η Ποιότητα Ζωής ορίζεται, μέσα από τις πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις, ως η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και η ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του, ενώ η έννοια της ποιότητας ζωής είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μια κοινωνία (Θεοφίλου 2010). Κάποιοι συγγραφείς τονίζουν την υποκειμενική άποψη του ατόμου για την ΠΖ και το ευ ζην. Έτσι, ορίζουν την ΠΖ ως το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του και περιλαμβάνεται σε αυτή η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου (Θεοφίλου 2010).

Άλλοι πάλι ερμηνεύουν τον ορισμό της ΠΖ, ως τη δυνατότητα διάθεσης πόρων προς κάλυψη κοινωνικών αναγκών σε συνδυασμό με όρους που

σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον. Δηλαδή, μιλούν για ύπαρξη και δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή . Τέλος, σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο της Γαλλικής Γλώσσας, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η σωματική και ψυχολογική κατάσταση του ανθρώπου που του δίνει την αίσθηση της ικανοποίησης σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον (Θεοφίλου 2010).

Παρόλα αυτά, μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινώς αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής εφόσον η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών, κοινωνικών επιστημών και των επιστημών υγείας (Παπάνης & Ρουμελιώτου 2007). Κάθε επιστήμη προσπαθεί να προσεγγίσει το θέμα από τη δική της οπτική γωνία αποτυπώνοντας η κάθε μία τη δική της προσέγγιση.

Συμπερασματικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων όπως η υγεία, η κοινωνία, το περιβάλλον κι η οικονομία, που επηρεάζουν την ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών με διάφορους τρόπους, συχνά άγνωστους (Παπάνης & Ρουμελιώτου 2007). Τέλος, γίνεται αντιληπτό πως ο καθορισμός της ποιότητας ζωής εξαρτάται από την ιστορική εποχή, τα βιώματα και το πολιτισμικό περιβάλλον και διαμορφώνεται ανάλογα με την κάθε εποχή (Παπάνης & Ρουμελιώτου 2007).

1.3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Από τα παραπάνω, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής είναι δυο έννοιες αλληλένδετες. Από αυτές προκύπτει η Συνυφασμένη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Valid Valid Quality of Life), ένας όρος με τον οποίο αναγνωρίζεται η επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του ατόμου καθώς επηρεάζεται ο βαθμός στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του (Σαρρής 2001).

Προϋπόθεση λοιπόν για μια καλή ποιότητα ζωής αποτελεί η υγεία. Αυτό συνεπάγεται πως η ασθένεια έχει επίδραση σε μια ποικιλία διαστάσεων και όχι απλά στο επίπεδο της σωματικής κατάστασης (Σαρρής 2001, Υφαντόπουλος 2007).

Μετά από μελέτες διαπιστώθηκε πως δεν υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων ή των δυσλειτουργιών που μπορεί να προκαλέσει μια ασθένεια, με τη μείωση της ποιότητας ζωής. Αυτό αποτέλεσε έναυσμα για περαιτέρω μελέτη των μηχανισμών επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα

ζωής. Έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα εκ των οποίων κάποια δίνουν έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες και κάποια άλλα στους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Επικρατέστερη είναι η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών (Social Production Function Theory) η οποία αντιμετωπίζει τον άνθρωπο ως βιοψυχοκοινωνικό ον και μελετά τις επιδράσεις σε όλες τις διαστάσεις της ζωής (Σαρρής 2001).

Συνήθως τα συμπτώματα και οι λειτουργικοί περιορισμοί μιας αρρώστιας επηρεάζουν αρνητικά τους διαθέσιμους πόρους και καθιστούν δυσχερή την επίτευξη λειτουργικών στόχων. Όμως η δυνατότητα αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων με μια ‘‘δεξαμενή’’ εναλλακτικών δραστηριοτήτων, επιτρέπει την ανάπτυξη των μηχανισμών αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και των λειτουργικών περιορισμών. Έτσι, η αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων με άλλους, παρέχει τη δυνατότητα διατήρησης της προϋπάρχουσας ευεξίας ή της ελαχιστοποίησης του βαθμού μείωσής της. Τέλος, όσο μεγαλύτερη ποικιλία δραστηριοτήτων και λειτουργιών έχει στη διάθεσή του ο ασθενής τόσο λιγότερο μπορεί να επηρεάσει μια ασθένεια την ποιότητα ζωής του (Σαρρής 2001).

1.4. ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Συμπερασματικά, λοιπόν, προκύπτει πως η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η αναγκαιότητα μέτρησης της ΠΖ οδήγησε στη δημιουργία δεικτών που θα συντελούσαν στη σωστότερη μέτρησή της. Οι βασικότεροι είναι οι υποκειμενικοί και οι αντικειμενικοί δείκτες. Οι πρώτοι, αναφέρονται στην αίσθηση ευημερίας και στην ικανοποίηση που αντλούν τα άτομα από το περιβάλλον τους, ενώ οι δεύτεροι συνδέονται, με την ικανοποίηση που αντλείται σε σχέση με τις πολιτισμικές και κοινωνικές απαιτήσεις σχετικά με την υλική ευημερία, την κοινωνική θέση και τη σωματική ευεξία (Σαρρής 2001).

Έτσι οι μελετητές της ΠΖ κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι έρευνες για την ποιότητα ζωής μιας περιοχής οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τόσο τους υποκειμενικούς όσο και τους αντικειμενικούς δείκτες, συλλέγοντας τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά δεδομένα, καθώς έτσι καλύπτονται όλες οι πτυχές της ανθρώπινης φύσης (Turksever & Gunduz 2001). Ο Erikson (1993), αφού μελέτησε την ΠΖ στη Σουηδία, διέκρινε τους δείκτες μέτρησης σε ‘περιγραφικούς’ και ‘αξιολογικούς’, θεωρώντας παραπλανητική τη διάκριση του αντικειμενικού και υποκειμενικού. Στους περιγραφικούς δείκτες, τα άτομα καλούνται να περιγράψουν τους πόρους ή τις συνθήκες

διαβίωσής του, ενώ στους αξιολογικούς τα άτομα καλούνται να εκφράσουν την αντίληψη που έχουν για τη ζωή τους (Παπάνη & Ρουμελιώτου 2007).

Βασική προϋπόθεση για την ευχαρίστηση και την υψηλή Ποιότητα Ζωής είναι η υγεία του ατόμου. Η μέτρηση της υγείας έχει ιδιαίτερη επιδημιολογική και κοινωνικοοικονομική σημασία, ενώ το επίπεδό της αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού.

Η σύσταση και η χρήση των δεικτών υγείας, επιτρέπουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση της εξέλιξης ενός σχετιζόμενου με την υγεία φαινομένου και συμβάλλουν στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης των διάφορων σκοπών και στόχων. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., γεγονός θεωρείται το ότι δεν έχει προσδιοριστεί ακόμη ένας παγκόσμιος ιδεώδης, πρότυπος δείκτης υγείας και η κατασκευή μιας σύνθετης κλίμακας μέτρησης του επιπέδου υγείας, βάσει της οποίας θα γίνονται διαχρονικές συγκρίσεις (Σαρρής 2001).

Οι δείκτες υγείας διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς. Οι Θετικοί Δείκτες Υγείας, αποτυπώνουν πιο ολοκληρωμένα το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και προσεγγίζουν τους δημογραφικούς δείκτες. Μερικοί από αυτούς είναι ο Δείκτης Γεννητικότητας, οι Δείκτες Γονιμότητας, το Προσδόκιμο Επιβίωσης και το Προσδόκιμο Υγιούς Επιβίωσης (Healthy Adjusted Life Expectancy – H.A.L.E., το οποίο εκφράζει το Προσδόκιμο Επιβίωσης κατά τη γέννηση αλλά περιλαμβάνει και υπολογισμό χρόνων με «μειωμένη» υγεία). Οι Αρνητικοί Δείκτες Υγείας, αποτελούν τους πλέον εύχρηστους και διαδεδομένους και μερικοί από αυτούς είναι οι Δείκτες Νοσηρότητας, οι Δείκτες Θνησιμότητας, οι Δείκτες Βαθμού Αναπηρίας, ο Αριθμός Χειρουργικών Επεμβάσεων, ο Αριθμός Ημερών Νοσηλείας, το Κόστος Νοσηλείας και τα Χρόνια Ζωής με «Ανικανότητα» (Disability Adjusted Life Years – D.A.L.Y., όπου εκφράζουν τα χρόνια ζωής που χάνονται από πρόωρο θάνατο και χρόνια ζωής με "ανικανότητα" ειδικής βαρύτητας και διάρκειας) (Κουρέα- Κρεμαστινού 2005).

1.5. ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Στο χώρο της υγείας τα προτεινόμενα εργαλεία μέτρησής της ανήκουν σε δύο βασικές κατηγορίες :

A. Τα εργαλεία γενικής χρήσης (generic instruments), τα οποία είναι σχεδιασμένα για να μετρούν το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού, καθώς και των διάφορων κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών ομάδων, ενώ εφαρμόζονται ευρέως σε διάφορους τύπους ασθενειών και ανικανοτήτων, διαταραχών και ιατρικών θεραπειών .ενδεικτικά ορισμένα από αυτά τα όργανα είναι τα παρακάτω : SF-36, EQ-15D, EQ-5D.

B. Τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (disease specific instruments), είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να μετρούν το επίπεδο υγείας ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων ή ατόμων σε συγκεκριμένες κατηγορίες νόσων. Είναι πολύ ευαίσθητα, έτσι ώστε να συλλαμβάνουν τις αλλαγές στην κατάσταση υγείας ή στα στάδια κάποιων συγκεκριμένων ασθενειών, όπως ο διαβήτης, η αρθρίτιδα, το άσθμα κ.ά.

Συμπερασματικά, κατά τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, το σημαντικότερο ίσως είναι το επιλεγμένο εργαλείο να μετρά τις διαστάσεις της υγείας, που σχετίζονται με το συγκεκριμένο προς μελέτη σύνολο των ασθενών.

Όπως προαναφέρθηκε τα εργαλεία μέτρησης της Ποιότητας Ζωής είναι πολλά. Ακολουθεί (αναφορικά) ένα μικρό αντιπροσωπευτικό δείγμα τους, το οποίο έχουν χρησιμοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες χωρίς να εκφράζει την άποψη πως αποτελεί τα πλέον αξιόλογο στη διεθνή βιβλιογραφία:

- Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (The Karnofski Performance Index-KPI)
- Δείκτης Λειτουργικότητας του Π.Ο.Υ. (The WHO Performance Status)
- Δείκτης Katz Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living)
- Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (The Spitzer Quality of Life Index)
- Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο (The McGill Pain Questionnaire)
- Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (The Nottungham Health Profile)
- Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (The General Health Questionnaire)

- Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (The Psychological Adjustment to Illness Scale)
- Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας (The Sickness Impact Profile)
- Επισκόπηση της Υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey) (Θεοφίλου 2010).

1.6. ΜΕΘΟΔΟΣ – ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-36

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση της Ποιότητας Ζωής ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη και ατόμων με Επιληψία για τη συγκεκριμένη έρευνα είναι η Επισκόπηση της Υγείας SF-36.

Η επισκόπηση της υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey) δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware (1993), χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της Ποιότητας Ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, τις οποίες συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικά επέλεξαν οι ερευνητές της μελέτης των ιατρικών αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study, M.O.S.) από ένα σύνολο 149 ερωτήσεων, που σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση διάφορων οργάνων μέτρησης.

Η κλίμακα SF-36 είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Σε ανάλογες έρευνες γενικού πληθυσμού έχει καταδειχθεί το μεγάλο ποσοστό ανταποκρισιμότητας του πληθυσμού (70-90%), καθώς και η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Η βασική ιδιότητα της επισκόπησης υγείας SF-36 είναι η ταυτόχρονη μέτρηση και αξιολόγηση του επιπέδου τόσο της φυσικής όσο και της πνευματικής υγείας. Η γενικότητα των ερωτήσεων του SF-36 επιτρέπει την προσαρμοστικότητα του ερωτηματολογίου σε κάθε ομάδα πληθυσμού, ενώ η ελληνική μετάφραση, καθώς και το σύνολο του ερωτηματολογίου, έχουν δοκιμαστεί σε επαναλαμβανόμενες έρευνες στον τομέα υγείας στην Ελλάδα από διάφορες ερευνητικές ομάδες. (Υφαντόπουλος & Πιερράκος & Ζανάκης 2001, Παπαγιαννοπούλου 2006.)

Η μετάφραση και προσαρμογή του SF-36 για χρήση σε διάφορες γλώσσες και χώρες αποτέλεσε αντικείμενο του I.Q.O.L.A. Project (International Quality of Life Assessment Project) από το οποίο προέκυψε και η Ελληνική έκδοση (Παπά & Κοντοδημόπουλος & Νιάκας 2006).

Η εγκυρότητα του περιεχομένου του SF-36, μελετήθηκε με σύγκριση τη βαθμολογία του με αυτήν, άλλων ευρέως χρησιμοποιούμενων ερωτηματολογίων Ποιότητας Ζωής γενικής μορφής. Συστηματικές συγκρίσεις έδειξαν ότι το SF-36 περιλαμβάνει οκτώ από τις πιο συχνά μετρούμενες έννοιες στην έρευνα περί της Ποιότητας Ζωής των ασθενών.

Το SF-36 κωδικοποιεί τις διαστάσεις της φυσικής και της πνευματικής υγείας του ερωτώμενου με ένα πλέγμα 36 ερωτήσεων, με τη βοήθεια του κατάλληλου αλγόριθμου. Περιλαμβάνει οκτώ κλίμακες μέτρησης, αποτελούμενες από 2-10 ερωτήσεις η κάθε μία και οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις συχνότερα μετρούμενες διαστάσεις υγείας, στα γνωστότερα όργανα μέτρησης. Οι τέσσερις πρώτες διαστάσεις συνθέτουν την φυσική, ενώ οι υπόλοιπες την πνευματική υγεία του ατόμου. Όλα τα θέματα εκτός από ένα, χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό των οκτώ υποκλιμάκων, όπου κάθε θέμα χρησιμοποιείται στη βαθμολόγηση μίας μόνο υποκλίμακας. Τέλος, η βαθμολόγηση της κάθε διάστασης μπορεί να μετασχηματιστεί με την αναγωγή της σε ποσοστιαία επί τις εκατό (%) αναλογία, όπου η τιμή μηδέν (0) αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή εκατό (100, άριστη υγεία) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία κλίμακας. Οι βαθμοί μεταξύ αυτών των ακραίων τιμών απεικονίζουν την αναλογία της τελικής βαθμολογίας της κλίμακας που μετρήθηκε (Υφαντόπουλος & Πιερράκος & Ζανάκης 2001, Παπαγιαννοπούλου 2006).

1.7. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο όρος ποιότητα ζωής είναι σχετικά νέος για την Ελλάδα. Ακολουθώντας τα Ευρωπαϊκά πρότυπα και τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η έννοια τείνει να ενσωματωθεί στο σχεδιασμό και εφαρμογή των πολιτικών ανάπτυξης που εφαρμόζονται σε εθνικό και τοπικό επίπεδο. Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη (2005), η ποιότητα ζωής θεωρείται μία πολυσύνθετη έννοια που συνδέεται άμεσα με την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού και την εξομάλυνση των οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων. Προκειμένου να μετρηθεί με αντικειμενικούς δείκτες, προτείνεται ένας σύνθετος ‘δείκτης κοινωνικής ευημερίας’ για την ποιότητα ζωής στην ύπαιθρο, ο οποίος βασίζεται σε ένα πλήθος άλλων δεικτών.

Σε επίπεδο τοπικής ανάπτυξης, η ποιότητα ζωής μπορεί να θεωρηθεί ως το σύνθετο ‘προϊόν’ που παράγεται από μία πόλη που αξιοποιεί τη δημόσια υποδομή και τους δημόσιους υπαλλήλους της ως κεφάλαιο και εργατικό δυναμικό αντίστοιχα. Ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη και η υλοποίηση κάθε αναπτυξιακού έργου οφείλει να λαμβάνει υπόψη την ποιότητα ζωής των πολιτών και να στοχεύει στην αύξηση των επιπέδων ικανοποίησής τους (Παπάνης & Ρουμελιώτου 2007).

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα πολύπλοκο σύνολο από διαταραχές, οι οποίες έχουν κοινό χαρακτηριστικό τη διαταραχή στο μεταβολισμό και την χρήση της γλυκόζης που οφείλεται σε δυσλειτουργία των β κυττάρων του παγκρέατος. Τα β κύτταρα παράγονται από τα νησίδια του Langerhans και εκκρίνουν ινσουλίνη. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού, κυρίως των υδατανθράκων και στη συνέχεια των λιπών και των λευκωμάτων που είναι τα κύρια θρεπτικά συστατικά από τα οποία ο οργανισμός αντλεί ενέργεια για να λειτουργήσει και έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την αύξηση του σακχάρου στο αίμα (Dewit 2009).

Αναγνωρίζονται 3 κύριοι τύποι διαβήτη:

- Διαβήτης τύπου 1 ή γνωστός παλιότερα ως ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός διαβήτης, ο οποίος αποτελεί το 5 με 10% των διαγνωσμένων περιπτώσεων.
- Διαβήτης τύπου 2 ή μη ινσουλινοεξαρτώμενος ή διαβήτης ενηλίκων, ο οποίος εμφανίζεται σε ποσοστό 90% των περιπτώσεων διαβήτη.
- Διαβήτης κύησης που αποτελεί το 3 με 5%. Εμφανίζεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης για πρώτη φορά και οφείλεται στις ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά τη διάρκειά της. Μοιάζει πολύ με το διαβήτη τύπου 2. Επιπλέον επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η κληρονομικότητα, η παχυσαρκία και η αύξηση του σωματικού βάρους κατά την εγκυμοσύνη. Ο διαβήτης μετά το τέλος της κύησης εξαφανίζεται, αλλά η μητέρα και το νεογνό έχουν μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσουν παχυσαρκία και σακχαρώδη διαβήτη κατά την διάρκεια της ζωής τους (WHO 2003).

Υπάρχουν και άλλοι τύποι διαβήτη πιο σπάνιοι που αποτελούν το 1 με 2% των περιπτώσεων. Αυτές οι σπάνιες μορφές διαβήτη οφείλονται σε κληρονομικά νοσήματα και γονιδιακές διαταραχές (WHO 2003). Άλλοι τύποι διαβήτη είναι συνέπεια άλλων παθήσεων ή προκύπτουν σε άτομα που είχαν προδιάθεση να αναπτύξουν διαβήτη μετά την λήψη ορισμένων φαρμάκων (Dewit 2009).

2.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης κατατάσσεται στα νοσήματα διαταραχής του μεταβολισμού. Ο μεταβολισμός είναι ο μηχανισμός με τον οποίο το σώμα μας χρησιμοποιεί τις τροφές για να δώσει ενέργεια στον οργανισμό μας. Οι περισσότερες τροφές που τρώμε διασπώνται κυρίως σε γλυκόζη. Ο διαβήτης, λοιπόν, οφείλεται σε διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα, δηλαδή την εμφάνιση υπεργλυκαιμίας. Τα κύτταρα του οργανισμού χρησιμοποιούν την γλυκόζη που προέρχεται από τους υδατάνθρακες της τροφής ως καύσιμη ύλη για την παραγωγή ενέργειας, που είναι απαραίτητη για το σύνολο των κυτταρικών λειτουργιών.

Ο μεταβολισμός της γλυκόζης αλλά και η είσοδος της γλυκόζης στα γραμμωτά μυϊκά κύτταρα εξαρτάται κυρίως από την ινσουλίνη, μια ορμόνη που παράγεται από τα β-κύτταρα του παγκρέατος. Όταν η ινσουλίνη δεν υπάρχει ή όταν δεν δρα αποτελεσματικά τα κύτταρα αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν την γλυκόζη για την παραγωγή ενέργειας και εμφανίζεται διαβήτης. Η επακόλουθη διαταραχή του μεταβολισμού δεν περιορίζεται μόνο στην γλυκόζη, αλλά αφορά και τα λιπίδια.

Εκτός από την ινσουλίνη, υπάρχουν και μερικές άλλες ορμόνες που επηρεάζουν το επίπεδο ζάχαρης στο αίμα, αλλά με τον αντίστροφο τρόπο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ορμόνες όπως το γλυκαγόνο, η επινεφρίνη και η κορτιζόλη λειτουργούν αντίθετα με τη δράση της ινσουλίνης, εμποδίζοντας τη γλυκόζη να εισχωρήσει στα κύτταρα. Αυτές οι ορμόνες βοηθούν επίσης το συκώτι να απελευθερώνει την αποθηκευμένη ζάχαρη. Ως αποτέλεσμα, το σώμα συντονίζει αδιάκοπα τη δράση όλων αυτών των ορμονών, ώστε να διατηρεί το σάκχαρο του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα (Collazo 2001).

Στα διαβητικά άτομα, αυτή η ακριβής και ισορροπημένη διαδικασία γίνεται διαφορετικά. Αντί να μεταφέρεται στα κύτταρα, η γλυκόζη παραμένει στο αίμα, συσσωρεύεται και τελικά αποβάλλεται μέσω των ούρων. Αυτό γίνεται συνήθως για δυο λόγους: το πάγκρεας δεν μπορεί να παράγει ινσουλίνη ή τα κύτταρα δεν ανταποκρίνονται στη δράση της. Έτσι προκαλείται ο διαβήτης (Collazo 2001).

2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τείνει πλέον να αποτελέσει πανδημία για τον πλανήτη και συγκαταλέγεται στα χρόνια νοσήματα. Σήμερα υπολογίζεται ότι πάσχουν από διαβήτη τύπου 2 περίπου 366 εκατομμύρια ενήλικα άτομα 20 ετών και άνω, δηλαδή το 8,3% του παγκόσμιου πληθυσμού και αυτός ο αριθμός προβλέπεται να ανέλθει στα 552 εκατομμύρια το 2030 (Παπαδόπουλος και συν. 2007, WHO 2003). Οι περισσότερες περιοχές με το μεγαλύτερο σχετικό επιπολασμό είναι η Βόρεια Αμερική όπου το 10% του πληθυσμού είναι διαβητικοί. Ακολουθούν η Μέση Ανατολή και η Βόρεια Αφρική με 9,3%. Η Ινδία είναι η χώρα με τους περισσότερους διαβητικούς με 50,8 εκατομμύρια και έπονται η Κίνα με 43,2 εκατομμύρια και οι Ηνωμένες Πολιτείες με 26,8 εκατομμύρια διαβητικούς. Αυτή η αύξηση οφείλεται στην αυξανόμενη συχνότητα της παχυσαρκίας καθώς και στην μειωμένη σωματική άσκηση (IDF Diabetes Atlas, Diabetes and IGT prevalence, 2009). Ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη τύπου 1 ανέρχεται στα 490.000 παγκοσμίως με τον περισσότερο πληθυσμό να βρίσκεται στην Ευρώπη.

Η συχνότητα του σακχαρώδους διαβήτη στην Ελλάδα (διαγνωσμένου και αδιάγνωστου) σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες είναι της τάξης του 7-8%. Από το σύνολο των ατόμων με διαβήτη, το περίπου 95% έχει διαβήτη τύπου 2 και το υπόλοιπο περίπου 5% έχει διαβήτη τύπου 1. Διαχρονικά παρατηρείται μια συνεχής αύξηση της συχνότητας του σακχαρώδους διαβήτη στην Ελλάδα (2,4% το 1974, 3,1% το 1990 και 7-8% σήμερα). Σήμερα από διαβήτη τύπου 1 εκτιμάται ότι πάσχουν παγκοσμίως 480.000 παιδιά ηλικίας μέχρι 15 ετών, από τα οποία το 24% προέρχονται από την νοτιοανατολική Ασία και το 23% από την Ευρώπη (WHO 2003).

Ο διαβήτης είναι η τέταρτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Πριν από 80 χρόνια και την εισαγωγή της ινσουλίνης, οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 πέθαιναν από διαβητικό κώμα μετά 3 έτη από την διάγνωσή του. Ωστόσο, αυτή η πρόγνωση μεταβλήθηκε με την ινσουλινοθεραπεία και τα αντιδιαβητικά φάρμακα από το στόμα. Το προσδόκιμο επιβίωσης αυξήθηκε, όμως ταυτόχρονα αυξήθηκαν και οι χρόνιες επιπλοκές που σήμερα αποτελούν την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνητότητας των διαβητικών.

2.4. ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ο διαβήτης τύπου 1 είναι αποτέλεσμα της προοδευτικής καταστροφής των β κυττάρων στα νησίδια του Langerhans, η οποία οδηγεί σε ανεπάρκεια ινσουλίνης. Δεν υπάρχει γνωστός τρόπος για την πρόληψη του διαβήτη τύπου 1. Μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες αλλά κυρίως εμφανίζεται σε νέους και παιδιά (Harvey 2007).

Ο διαβήτης τύπου 2 παρατηρείται στην ενήλικη ζωή, αν και μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Συνήθως εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας άνω των 40 και το 75% αυτών είναι παχύσαρκα. Η έναρξη του διαβήτη αυτού είναι αθόρυβη και τα επίπεδα ινσουλίνης του αίματος είναι φυσιολογικά. Η εξέλιξή του είναι αργή χωρίς πολλά συμπτώματα στην αρχή.

Ο διαβήτης, επίσης, ταξινομείται ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται. Υπάρχουν τέσσερα στάδια:

1. Το προδιαβητικό ή δυνητικό στάδιο, που καλύπτει την περίοδο από τη στιγμή της σύλληψης μέχρι την διαπίστωση, με διάφορες παρακλινικές μεθόδους, διαταραχής του μεταβολισμού των υδατανθράκων. Εδώ κατατάσσονται άτομα με υψηλό γενετικό κίνδυνο (άτομο του οποίου και οι δύο γονείς είναι διαβητικοί, όμοιος δίδυμος διαβητικού αδελφού).
2. Το λανθάνον ή υποκλινικό στάδιο, που χαρακτηρίζεται από φυσιολογικό σάκχαρο αίματος νηστείας και φυσιολογική δοκιμασία ανοχής γλυκόζης. Ο διαβήτης υποψιάζεται εξαιτίας μείωσης της ανοχής γλυκόζης κατά τη διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων, όπως εγκυμοσύνη, χειρουργική επέμβαση, και άλλες παθήσεις ή μετά από θεραπεία με ορισμένα φάρμακα, όπως κορτικοστεροειδή.
3. Το ασυμπτωματικό στάδιο, στο οποίο το σάκχαρο αίματος νηστείας είναι φυσιολογικό, αλλά η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης είναι παθολογική.
4. Ο κλινικός διαβήτης, που αντιπροσωπεύει το συμπτωματικό στάδιο, κατά το οποίο διαπιστώνεται υπεργλυκαιμία και σακχαρουρία (Harvey 2007).

2.4.1. ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο προδιαβήτης είναι ένα μεταβατικό, ενδιάμεσο στάδιο μεταξύ της φυσιολογικής κατάστασης και του διαβήτη τύπου 2. Μπορεί να εξελιχθεί σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αλλά με σωστή διατροφή και σωματική άσκηση μπορεί να προληφθεί. Τα κριτήρια της διάγνωσής του είναι να υπάρχει σάκχαρο νηστείας 100-125 mg/dl ή η καμπύλη σακχάρου να έχει τιμή στις δύο ώρες 140-199 mg/dl. Όταν εμφανιστούν τα παραπάνω συμπτώματα, πρέπει να γίνεται τακτικός έλεγχος μια φορά τον χρόνο ή κάθε εξάμηνο. Ο προδιαβήτης σχετίζεται κυρίως με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου (Μελιδώνης 2010).

2.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο κίνδυνος ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 αυξάνεται με:

Οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, ιδιαίτερα γονείς ή αδέρφια με διαβήτη

Ηλικία > 45 ετών

Παχυσαρκία

Υπέρταση

Μειωμένη φυσική δραστηριότητα

Ιστορικό διαβήτη κύησης ή γέννηση βρεφών >4,5 κιλά

Μέλος κάποιων εθνοτήτων όπως Αφροαμερικανοί, Ισπανοί, Ασιάτες

Χαμηλή καλή χοληστερόλη HDL < 35 mg/dl και αυξημένα τριγλυκερίδια > 250 mg/dl

Ψυχικές διαταραχές

Διαταραχή στο μεταβολισμό της γλυκόζης

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διαβήτη τύπου 1 είναι οι γενετικοί παράγοντες, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι χημικές ουσίες, καθώς και οι ιοί (Καραμήτσος 2009, Τσιφτσόγλου 2001).

2.6. ΠΡΟΛΗΨΗ

Με τα σημερινά δεδομένα, ο διαβήτης τύπου 1 δεν μπορεί να προληφθεί, γιατί οι περιβαλλοντικοί κυρίως παράγοντες που προκαλούν διαβήτη τύπου 1 δεν έχουν διερευνηθεί ακόμα.

Αντίθετα, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη του διαβήτη τύπου 2. Η απώλεια βάρους και η σωματική άσκηση είναι τα κυριότερα προληπτικά μέτρα για την αποφυγή του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η απώλεια βάρους βελτιώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη και μειώνει την υπέρταση. Έτσι, λοιπόν, οι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι άνθρωποι θα πρέπει να επιτύχουν και να διατηρήσουν ένα υγιές σωματικό βάρος. Η σωματική δραστηριότητα συμβάλλει στην απώλεια βάρους, στην μειωμένη πίεση αίματος, στην μειωμένη καρδιακή συχνότητα, στην αυξημένη ευαισθησία στην ινσουλίνη και στην ψυχική ευεξία.

Όλοι οι καπνιστές θα πρέπει να ενθαρρύνονται να διακόψουν το κάπνισμα καθώς και όλοι να ελέγχουν την αρτηριακή πίεση, την χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια (Μελιδώνης 2010).

2.7. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Για να γίνει σωστή διάγνωση ο ιατρός βασίζεται στις εργαστηριακές εξετάσεις και στα κλινικά σημεία και συμπτώματα. Τα κλασικά συμπτώματα, ανεξαρτήτως του τύπου, σχετίζονται με τα αυξημένα επίπεδα γλυκόζης. Η υπεργλυκαιμία προκαλεί γλυκοζουρία, δηλαδή απώλεια γλυκόζης, ηλεκτρολυτών και νερού στα ούρα. Τα κύρια συμπτώματα είναι η πολυδιψία, η πολουρία και η πολυφαγία που υπάρχουν και στο διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2 (Κατσιλάμπρος 2007).

Στον διαβήτη τύπου 1, οι πάσχοντες εκτός από την πολυδιψία, την πολυφαγία και την πολουρία παρουσιάζουν εύκολη κόπωση και μυϊκή αδυναμία, επειδή οι απαιτήσεις του οργανισμού σε γλυκόζη δεν ικανοποιούνται. Επίσης, οι διαβητικοί αναφέρουν πολλούς εμέτους και ναυτίες και είναι πολύ ευερέθιστοι. Οι διαβητικοί τύπου 1 παρουσιάζουν απώλεια βάρους, διότι χάνουν πολλά υγρά από το σώμα τους και λόγω της απουσίας επαρκούς ινσουλίνης μεταβολίζονται τα λίπη και αδυνατίζουν. Ένα

ακόμη σύμπτωμα του τύπου 1 είναι η κετοξέωση που μπορεί να πάθει ο διαβητικός.

Στον διαβήτη τύπου 2 μπορεί να εμφανιστεί πολυδιψία, πολυφαγία και πολυουρία. Οι ασθενείς αυτοί συνήθως εμφανίζουν αύξηση του σωματικού βάρους, γιατί λαμβάνουν περισσότερες θερμίδες. Παρουσιάζουν, επίσης, έντονη κόπωση, υπνηλία και κάποιες φορές αιμωδίες κυρίως στα κάτω άκρα. Λόγω της διαταραγμένης παροχής αίματος κάποια τυχόν τραύματα καθυστερούν να επουλωθούν και οι διαβητικοί είναι πιο επιρρεπείς σε λοιμώξεις. Άλλα συμπτώματα είναι η μειωμένη όραση, οι παραισθησίες, οι δερματικές λοιμώξεις και ο κνησμός.

2.8. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του διαβήτη είναι εύκολη όταν υπάρχουν τα κλασικά συμπτώματα και το μόνο που αρκεί είναι η μέτρηση του σακχάρου του αίματος. Τα διαγνωστικά κριτήρια για την διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη είναι:

Παρουσία συμπτωμάτων του διαβήτη και τιμή γλυκόζης σε οποιαδήποτε στιγμή $> 200 \text{ mg/ dl}$

Τιμή σακχάρου νηστείας (δηλαδή να λαμβάνεται 5 ώρες μετά από την πρόσληψη τροφής) $> 126 \text{ mg/ dl}$

Καμπύλη σακχάρου: τιμή σακχάρου 2 ώρες μετά από φόρτιση με 75 g γλυκόζης από του στόματος $> 200 \text{ mg/dl}$

Απλή εξέταση ούρων και ανεύρεση γλυκόζης στα ούρα

Επίσης, χρήσιμος δείκτης είναι η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης που χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της ρύθμισης του σακχάρου αίματος και δείχνει την μέση τιμή του σακχάρου τους τελευταίους 3 μήνες. Η τιμή της πρέπει να είναι $< 6\%$ (Καραμήτσος 2009).

2.9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν υπάρχει ίαση για τον σακχαρώδη διαβήτη. Ο στόχος είναι να διατηρούνται οι τιμές της γλυκόζης στα φυσιολογικά επίπεδα και να ελέγχονται τακτικά έτσι ώστε να αποτραπούν οι επιπλοκές. Ο γλυκαιμικός έλεγχος είναι το σημαντικότερο θέμα στην αντιμετώπιση τόσο του διαβήτη τύπου 1 όσο και του τύπου 2. Οι ασθενείς προσπαθούν να διατηρούν την προγευματική γλυκόζη πλάσματος περίπου στα 90 με 130 mg/dl, την μεταγευματική γλυκόζη πλάσματος μικρότερη από 180 mg/dl και την γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη κάτω από 7% (Καραμήτσος 2009).

2.10. ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Οι διαβητικοί θα πρέπει να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, δηλαδή να ακολουθούν μια ισορροπημένη διατροφή και να αυξήσουν την φυσική τους δραστηριότητα. Επίσης, καλό είναι να ελέγχουν την αρτηριακή πίεσή τους, τα επίπεδα χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων, καθώς και να διακόψουν το κάπνισμα.

Με την σωματική άσκηση ο διαβητικός καταναλώνει γλυκόζη και έτσι έμμεσα ρυθμίζει το σάκχαρό του. Επίσης, η μυϊκή άσκηση προλαμβάνει τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Όμως, οι ασκήσεις που μπορεί να εκτελεί ο κάθε διαβητικός εξαρτάται από την ηλικία του, την γενική του κατάσταση και από τις τυχόν επιπλοκές που του έχουν συμβεί. Η άσκηση είναι σωστό να γίνεται μετά το φαγητό, γιατί πριν το σάκχαρο είναι σε χαμηλά επίπεδα και μπορεί να επέλθει υπογλυκαιμία.

Επιπλέον, ο κάθε διαβητικός θα πρέπει να ακολουθεί ένα διαιτολόγιο εξατομικευμένο για αυτόν. Πρέπει να μην περιέχει λίπη, αλάτι, οινόπνευμα και χοληστερόλη. Να αποφεύγονται η ζάχαρη, το μέλι, τα γλυκά και τα αναψυκτικά. Θα πρέπει να τρώει πολλά λαχανικά, φρούτα, όσπρια και ολκής αλέσεως ψωμί και δημητριακά. Συνιστάται λήψη θερμίδων 50% από υδατάνθρακες, 20% από πρωτεΐνες και 30% από λίπη (Iatronet 2008).

2.11. ΦΑΡΜΑΚΑ

Εκτός από την ισορροπημένη διατροφή και την σωστή άσκηση, ο διαβητικός θα πρέπει να παίρνει και μια φαρμακευτική αγωγή. Τα φάρμακα στοχεύουν σε όλους τους τύπους διαβήτη και σε όλες τις περιπτώσεις. Υπάρχουν φάρμακα που εμποδίζουν την απορρόφηση των σακχάρων, που μειώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη, που προκαλούν έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας και που αναπληρώνουν την ινσουλίνη που δεν παράγεται φυσιολογικά από τον οργανισμό. Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 χρειάζονται οπωσδήποτε ενέσεις ινσουλίνης, ενώ αντίθετα οι διαβητικοί τύπου 2 μπορούν να πάρουν χάπια για να ρυθμίζουν το σάκχαρό τους, αλλά υπάρχει πιθανότητα μετά κάποια χρόνια να μην τους καλύπτουν μόνο τα χάπια και να χρειάζονται και ενέσεις ινσουλίνης (Collazo 2001).

Τα φάρμακα που χορηγούνται για τον σακχαρώδη διαβήτη είναι:

Σουλφονουλουρίες: είναι ινσουλινоекκριτικά φάρμακα που δρουν προκαλώντας το πάγκρεας να παράγει περισσότερη ινσουλίνη για να καλύψει τις ανάγκες του οργανισμού. Προκαλούν συχνά υπογλυκαιμίες.

Ακαρβόζη: μειώνει τη διάσπαση και την απορρόφηση των υδατανθράκων στο έντερο. Δεν χρησιμοποιείται συχνά πλέον.

Μετορμίνη: μειώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη. Δεν προκαλεί παρενέργειες και συνιστάται σε όλους τους τύπους διαβήτη.

Μεγλιτιδίνες: είναι ινσουλινоекκριτικά και χορηγούνται πριν το γεύμα για να παραχθεί ινσουλίνη από το πάγκρεας και να καλυφθούν οι υδατάνθρακες του γεύματος.

Αναστολείς DPP-4: αυξάνουν την παραγωγή των ινκρετινών που παράγονται στο έντερο. Οι ινκρετίνες δρουν στο πάγκρεας για να εκκρίνει ινσουλίνη.

Γλιταζόνες: μειώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη.

Ινκρετινο- μιμητικά: είναι ενέσιμα φάρμακα που δρουν όπως και οι αναστολείς DPP-4.

Θειαζολιδινεδιόνες: ευαισθητοποιούν την ινσουλίνη. Προκαλούν πολλές παρενέργειες όπως οίδημα, υπογλυκαιμία, υπεργλυκαιμία και αναιμίες. Χρησιμοποιούνται ως συμπληρωματική θεραπεία (Κατσιλάμπρος 2007).

Τα παραπάνω φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν και σε διάφορους συνδυασμούς μεταξύ τους ή μαζί με ινσουλίνη, μετά από ιατρική οδηγία.

2.11.1. ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

Η θεραπεία με ινσουλίνη ενδείκνυται στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, στο διαβήτη κύησης και τη διαβητική κετοξέωση. Στον διαβήτη τύπου 2, η ινσουλίνη γίνεται εφ' όρου ζωής και είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση των επιθυμητών επιπέδων γλυκόζης. Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου χορηγείται ινσουλίνη για κάποιο διάστημα μόνο και μετά ο ασθενής μπορεί να επανέλθει στην προηγούμενή του θεραπεία, είτε με χάπια, είτε με δίαιτα, είτε με συνδυασμό των δύο (Collazo 2001).

Η ινσουλινοθεραπεία ενδείκνυται σε:

Διαβήτη τύπου 1

Διαβητικό κώμα

Διαβήτη κύησης

Υπερωσμωτικό κώμα

Διαβήτη κατά την διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων

Συνύπαρξη διαβήτη με νεφρική ανεπάρκεια

Εκτροπή του διαβήτη σε ενήλικες διαβητικούς λόγω στρες (Τσιφτσόγλου 2001).

Σήμερα κυκλοφορούν πολλά είδη ινσουλίνης στο εμπόριο. Τα ανάλογα ινσουλίνης προκύπτουν από τροποποιήσεις του μορίου της ανθρώπινης ινσουλίνης. Η δράση της ινσουλίνης διακρίνεται σε ταχεία, υπερταχεία, ενδιάμεση και μακρά.

Η έναρξη και η διάρκεια δράσης των διαφόρων μορφών ινσουλίνης ποικίλει μεταξύ των ασθενών και είναι απαραίτητο να προσδιορίζεται για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Το σχήμα ινσουλινοθεραπείας, ο τύπος της ινσουλίνης, η δόση και η συχνότητα χορήγησης εξαρτάται από τις ανάγκες του κάθε ασθενή και άρα η εξατομίκευση κρίνεται απαραίτητη.

Τα σχήματα ινσουλινοθεραπείας διακρίνονται σε 2 κατηγορίες:

A) συμβατικά σχήματα ινσουλινοθεραπείας (1-2 ενέσεις/ημέρα)

B) εντατικοποιημένα σχήματα ινσουλινοθεραπείας (3-4 ενέσεις/ημέρα)

Ανάλογα με τον τύπο του διαβήτη έχουμε και διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές:

Στον τύπο 1, η ινσουλινοθεραπεία είναι η μόνη θεραπεία. Οι διαβητικοί ακολουθούν εντατικοποιημένο σχήμα, το οποίο ξεκινάει με τη διάγνωση του διαβήτη και συνεχίζεται δια βίου.

Στον τύπου 2, οι διαβητικοί έχουν πολλές θεραπευτικές κατηγορίες. Συνήθως ξεκινούν θεραπεία με μετφορμίνη και συνδυασμούς άλλων αντιδιαβητικών από το στόμα. Επειδή ο διαβήτης εξελίσσεται, πολλοί διαβητικοί χρησιμοποιούν και ενέσεις ινσουλίνης.

Στον διαβήτη κύησης δεν χορηγούνται φάρμακα, αλλά κυρίως ένα σωστό διαιτολόγιο. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που χρειάζεται και φαρμακευτική αγωγή με ινσουλίνη.

Η ινσουλίνη χορηγείται υποδόρια. Οι περιοχές του σώματος που γίνεται η ένεση της ινσουλίνης είναι:

Οι γλουτοί

Το κοιλιακό τοίχωμα 5 εκατοστά γύρω από τον ομφαλό

Η εξωτερική επιφάνεια του βραχίονα

Η πρόσθια και έξω περιοχή των μηρών

Μέχρι σήμερα, οι επιπλοκές που έχουν παρατηρηθεί από την ινσουλινοθεραπεία είναι:

Αλλεργία

Υπογλυκαιμία

Λοιμώξεις

Λιποδυστροφία

Φαινόμενο Somogi

Σύνδρομο Dawn (Μοσχωνάς 2000).

2.11.2. ΑΝΤΛΙΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Πρόκειται για μια μικρή συσκευή που ο ασθενής την έχει πάνω του και είναι συνεχώς 'συνδεδεμένος' με αυτή με ένα διαφανές, λεπτό σωληνάκι που καταλήγει σε ένα μικρό υποδόριο καθετήρα. Περιέχει μια μικρή δεξαμενή με ινσουλίνη, την οποία χορηγεί συνεχώς, με πολύ αργό ρυθμό μέσω του καθετήρα. Με αυτόν τον τρόπο καλύπτονται οι βασικές ανάγκες του οργανισμού σε ινσουλίνη. Ο ασθενής εισάγει στην αντλία τα δεδομένα του γεύματος που θα φάει, καθώς και το σάκχαρό του εκείνη την στιγμή και η αντλία υπολογίζει και προτείνει πόσες μονάδες χρειάζεται να γίνουν. Με το πάτημα ενός κουμπιού γίνονται οι μονάδες αυτές μέσω του καθετήρα, πράγμα που σημαίνει πολύ λιγότερα τσιμπήματα. Η αντλία είναι πολύ χρήσιμη σε ασθενείς τύπου 1. Σε καμιά περίπτωση όμως δεν απαλλάσσει τον ασθενή από την διαδικασία των μετρήσεων του σακχάρου. Οι τύποι των ινσουλινών που χρησιμοποιούνται στην αντλία είναι ανθρώπινη, ταχείας δράσης και ανάλογα υπερταχείας δράσης.

Το άτομο για να χρησιμοποιήσει σωστά την αντλία ινσουλίνης θα πρέπει να είναι:

Εκπαιδευμένο σωστά

Να είναι εξοικειωμένο με την τεχνολογία της αντλίας

Να κάνει 4-6 μετρήσεις του σακχάρου του αίματος ημερησίως

Να γνωρίζει την σχέση δόσης ινσουλίνης/ ισοδύναμων υδατανθράκων (Watkins 1993).

2.11.3. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται πολλές χειρουργικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη. Οι επεμβάσεις που γίνονται είναι η μεταμόσχευση του παγκρέατος, η μεταμόσχευση νησιδίων του παγκρέατος, το τεχνητό πάγκρεας και η μεταμόσχευση β κυττάρων με μεθόδους γενετικής μηχανικής (Alberti 1997).

Η πρώτη μεταμόσχευση παγκρέατος έγινε το 1966 σε άτομα με διαβήτη τύπου 1. Η μεταμόσχευση παγκρέατος γίνεται μαζί με τμήμα του λεπτού εντέρου σε ασθενείς με διαβήτη που βρίσκονται στο τελικό στάδιο

διαβητικής νεφροπάθειας και ταυτόχρονα τοποθετείται και νεφρικό μόσχευμα.

Η μεταμόσχευση του παγκρέατος εκτελείται σε:

Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε άλλη μεταμόσχευση άλλων οργάνων και είναι ανοσοκατασταλαμένοι

Σε διαβητικούς που εμφανίζουν υπογλυκαιμίες

Σε διαβητικούς με οργανικές επιπλοκές με κακή πρόγνωση

Σε άτομα με μακρόχρονο διαβήτη που έχουν αποτύχει τα συνηθισμένα μέτρα ρύθμισης του σακχάρου.

Οι επιπλοκές μετά την εγχείρηση είναι:

Απόρριψη του μοσχεύματος

Θρόμβωση των αγγείων του μοσχεύματος

Ίνωση του χορηγηθέντος μοσχεύματος

Ανάπτυξη παγκρεατικού ασκίτη

Μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα- αιμορραγία.

Μετά από μια επιτυχημένη μεταμόσχευση παγκρέατος, η γλυκόζη του αίματος επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα και δεν χορηγείται πια ινσουλίνη. Η ρύθμιση αυτή διατηρείται 5- 20 χρόνια. Με την μεταμόσχευση δεν εξελίσσονται οι αγγειακές επιπλοκές του διαβήτη και το ποσοστό επιβίωσης ανέρχεται στο 80- 85%. Η μεταμόσχευση παγκρέατος εφαρμόζεται μόνο σε επιλεγμένους ασθενείς με προχωρημένες επιπλοκές λόγω της μικρής προσφοράς μοσχευμάτων από δότες.

Μία ακόμη θεραπευτική μεταμόσχευση είναι η εμφύτευση νησιδίων του παγκρέατος. Τα νησίδια απομονώνονται από το πάγκρεας του δότη, επεξεργάζονται και εγχύονται μέσω της πυλαίας φλέβας στον ασθενή. Τα μειονεκτήματα αυτής της επέμβασης είναι ότι μπορεί ο οργανισμός να απορρίψει τα νησίδια και ότι το 85% των περιπτώσεων μετά τα 5 έτη χρειάστηκαν εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης (Μήτρου & Δημητριάδης 2010).

Το τεχνητό πάγκρεας είναι ένα ειδικό ηλεκτρονικό σύστημα, το οποίο τοποθετείται στο σώμα, στην κοιλιά και διαδραματίζει τον ρόλο του παγκρέατος. Αυτή η μέθοδος και η μεταμόσχευση β κυττάρων είναι υπό μελέτη και δεν έχουν εφαρμοστεί σε άνθρωπο.

2.12. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες.

2.12.1. ΟΞΕΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι οξείες επιπλοκές του διαβήτη μπορούν να συμβούν σε οποιοδήποτε σημείο της πορείας του και απαιτούν άμεση αντιμετώπιση. Οι κυριότερες επιπλοκές είναι: η υπογλυκαιμία, η διαβητική κετοξέωση, το σύνδρομο Dawn και το υπερωσμωτικό μη κετοσικό σύνδρομο.

Η υπογλυκαιμία αποτελεί πολύ συχνό πρόβλημα των διαβητικών που λαμβάνουν ινσουλίνη και σουλφονουλουρίες και διαβητικών με διαβήτη τύπου 1. Υπογλυκαιμία παρατηρείται όταν το σάκχαρο του αίματος μειωθεί κάτω από 50 mg/dl. Συμβαίνει, κυρίως, όταν παραληφθεί κάποιο γεύμα, χορηγηθεί μεγάλη ποσότητα ινσουλίνης ή μετά από υπερβολική μυϊκή δραστηριότητα.

Τα συμπτώματα είναι:

Εφίδρωση

Τρόμος

Νευρικότητα

Αδυναμία

Διανοητική σύγχυση

Ταχυπαλμία

Διπλωπία

Κεφαλαλγία

Μούδιασμα γλώσσας και χειλιών

Ωχρότητα

Ασταθές βάδισμα

Αίσθημα ψύχους

Η υπογλυκαιμία αντιμετωπίζεται με την χορήγηση γλυκόζης από το στόμα, αλλιώς αν δεν μπορεί να ληφθεί τίποτα από το στόμα, γίνεται υποδορίως ή ενδομυϊκώς ένεση γλυκαγόνης 1 mg. Αν δεν ανταποκρίνεται η δόση επαναλαμβάνεται μετά από 10-15 λεπτά (Καραμήτσος 2009).

Η διαβητική κετοξέωση είναι μία επείγουσα κατάσταση που συμβαίνει σε διαβητικούς τύπου 1. Όταν συμβαίνει το σάκχαρο αυξάνεται πολύ και ο ασθενής είναι αφυδατωμένος, κάνει εμετούς, έχει πόνο στην κοιλιά και μπορεί να πέσει και σε κώμα. πρέπει να μεταφερθεί ο ασθενής άμεσα στο νοσοκομείο.

Το σύνδρομο Dawn χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία κατά τις πρώτες πρωινές ώρες και αντιμετωπίζεται με αύξηση της δόσης της ινσουλίνης πριν το βραδινό ύπνο.

Το υπερωσμωτικό μη κετοσικό σύνδρομο ή υπεργλυκαιμία είναι και αυτή επείγουσα κατάσταση που συμβαίνει κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και σε διαβητικούς που παίρνουν μεγάλες δόσεις στεροειδών ή διουρητικών φαρμάκων. Μπορεί να προκληθεί από μόλυνση, στρες, υπερβολική κατανάλωση ασθενών και ασθένεια. Το σάκχαρο του αίματος είναι πάνω από 600 mg/ dl. Τα συμπτώματα είναι πολυδιψία, σύγχυση, σπασμοί, αδυναμία, πολουρία, ταχυπαλμία, κράμπες στα πόδια μέχρι και κώμα. Η αντιμετώπισή του γίνεται με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ινσουλίνης βραχείας δράσης στο νοσοκομείο και πρέπει να γίνει γρήγορα γιατί μπορεί να επέλθει ο θάνατος (Καραμήτσος 1987).

2.12.2. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι μακροχρόνιες επιπλοκές είναι αυτές που αναπτύσσονται σταδιακά και μπορεί να προκαλέσουν κάποιο είδος ανικανότητας ή να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του πάσχοντος (Παπάζογλου 2001). Οι χρόνιες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη είναι:

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Ο διαβητικός καταρράκτης

Το διαβητικό πόδι

Η γάγγραινα

Νευροπάθειες
Δερματικές παθήσεις
Διαβητική νεφροπάθεια
Αιδοιοκολπίτιδες- βαλανοποσθίτιδες
Πνευμονική φυματίωση
Καρδιαγγειακές νόσοι (Μελιδώνης 2001).

3. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Πολλές έρευνες (Goldney et al. 2004, Γρηγοριάδου 2006, Wasserman & Trinova 2006) έχουν αποδείξει ότι ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει την σωματική, την κοινωνική και την ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής. Ο διαβήτης είναι μία χρόνια πάθηση κατά την οποία ο διαβητικός πρέπει κάθε μέρα να αντιμετωπίζει έτσι ώστε να προλάβει τις επιπλοκές που μπορεί να επέλθουν. Η εμφάνιση επιπλοκών μειώνει την διάρκεια ζωής σε ποσοστό 10- 30%, όπως και την ποιότητα ζωής (Wasserman & Trinova 2006).

Ο διαβήτης τύπου 1 προσβάλλει άτομα νεαρής ηλικίας και έχουν να τον αντιμετωπίσουν για όλη τους την ζωή. Αναμένεται, λοιπόν, να έχει επιδράσεις στις κοινωνικές δραστηριότητες, στην εργασία, στην ψυχολογία και στην κοινωνικές σχέσεις (Wasserman & Trinova 2006). Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που δρουν αρνητικά στην ποιότητα ζωής διαβητικών τύπου 1 είναι η κατάθλιψη και το άγχος που οφείλονται στην χρονιότητα και τις επιπλοκές της πάθησης, καθώς και στην αυτορρύθμιση του διαβήτη (Γρηγοριάδου 2006). Οι διαβητικοί τύπου 2, σύμφωνα με την έρευνα των Stewart et al. (2004), έδειξε ότι έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής από τους διαβητικούς τύπου 1, καθώς και χειρότερη σωματική λειτουργικότητα, λιγότερη ενέργεια, περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα και περισσότερο άγχος.

3.1. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

Όπως είναι γνωστό, ο διαβήτης επηρεάζει αρνητικά την καθημερινότητα του ατόμου. Ο βαθμός επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής του

διαβητικού εξαρτάται από την προσωπικότητα του κάθε ασθενούς και την σωματική του υγεία (Wasserman & Trinova 2006).

Οι απόψεις ενός διαβητικού για την πάθησή του είναι πολύ ισχυρές για την ιδιοσυγκρασία του και έτσι δρουν αλληλεπιδραστικά. Οι σκέψεις και τα συναισθήματα με αρνητικό φορτίο για την πάθηση μπορούν να οδηγήσουν σε καταστάσεις άγχους και σύγχυσης. Άρα, μία θετική στάση απέναντι στην ασθένεια θα μπορούσε να έχει ως στόχο έναν καθημερινό έλεγχο για μια καλύτερη ρύθμιση (Πήτα και συν. 2006).

3.2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ

Η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε διαβητικούς είναι μεγαλύτερη σε άτομα που δεν ελέγχουν το σάκχαρό τους, σε ασθενείς που έχουν εμφανίσει επιπλοκές και σε ασθενείς που δεν μπορούν να προσαρμοστούν στα θεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης του διαβήτη. Η κατάθλιψη, επίσης, συσχετίζεται με την αντίληψη της εκτίμησης της υγείας τους και της ποιότητας ζωής τους, την αυτοφροντίδα και τον γλυκαιμικό έλεγχο. Ο σακχαρώδης διαβήτης σε νεαρή ηλικία αποτελεί ένα τραυματικό γεγονός και το παιδί αναφέρει μια μελαγχολία για την πορεία της νόσου. Η αίσθηση της επικινδυνότητας της πάθησης και το γεγονός ότι δεν υπάρχει οριστική θεραπεία αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα εμφάνισης χρόνιας κατάθλιψης. Επειδή ο διαβήτης παρεμβαίνει στην καθημερινότητα και τις ενασχολήσεις, συνιστά στοιχείο ανάπτυξης κατάθλιψης (Γρηγοριάδου 2006).

Για την ανακούφιση και την ψυχική ευεξία των ασθενών σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ψυχοθεραπεία και τα ήπια ψυχοφάρμακα. Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι η αποδοχή της ιδιαιτερότητας συγκριτικά με τους συνανθρώπους του. Η πρόωρη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης συμβαίνει μόνο στο 25% των περιπτώσεων (Wasserman & Trinova 2006).

Το άγχος και το στρες σχετίζεται συνήθως με το ότι η ασθένεια είναι ανίατη και έχει πολλές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, στην εργασία και γενικά στην καθημερινότητα. Οι επιπλοκές προκαλούν περισσότερο άγχος και επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Όλες αυτές οι παράμετροι έχουν αρνητικές επιδράσεις στην αυτοεκτίμηση και την αυτοεικόνα του πάσχοντος (Γρηγοριάδου 2006).

3.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κεφάλαιο στη ζωή των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, όπως στον σακχαρώδη διαβήτη. Η διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ικανότητα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια. Συντελεί στην ανασυγκρότηση των σκέψεων και την εξεύρεση λύσεων για την άμεση αντιμετώπιση των κρίσεων. Τα άτομα συνήθως στρέφονται στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον για να αναζητήσουν διαθέσιμη βοήθεια με σκοπό την ενδυνάμωση των προσπαθειών τους να ανταπεξέλθουν στα στρεσογόνα γεγονότα της ασθένειας τους. Η αντίληψη από τη μεριά του πάσχοντα της διαθεσιμότητας κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά όχι μόνο βραχυπρόθεσμα, αλλά και μακροπρόθεσμα κάνοντας το άτομο να νιώσει πραγματική στήριξη από κοντινά του πρόσωπα, ακόμα και σε περιόδους κατάθλιψης (Σαπουντζή-Κρέπια 2004, Wasserman & Trifonova 2006).

Ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου στα νεαρά άτομα που πάσχουν από ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη. Συχνά ο έφηβος με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη νιώθει ότι είναι διαφορετικός και στην προσπάθειά του να συγκαλύψει την ύπαρξη της χρόνιας ασθένειας εγκαταλείπει το πρόγραμμα ρύθμισης ή εκφράζει τάσεις απομόνωσης με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η ένταξή του στην ομάδα των συνομηλίκων. Ο φόβος του κοινωνικού στίγματος επηρεάζει και την οικογένεια. Με άλλα λόγια, οι γονείς φοβούνται για τη μη αποδοχή του παιδιού λόγω της χρόνιας ασθένειας και συχνά το γεγονός αυτό προκαλεί την απομάκρυνση της οικογένειας από το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Απόρροια όλων αυτών είναι η ελλάτωση της δυνατότητας παροχής υποστήριξης, όταν αυτή είναι διαθέσιμη (Τσαματσίρος 1998). Έχει αποδειχθεί από έρευνα των Wagner et al. (2004) ότι το νεαρό διαβητικό άτομο, θεωρεί την οικογένεια ως τον σημαντικότερο παράγοντα προσαρμογής στην ασθένεια.

4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η επιληψία λέγεται ότι είναι η κρυμμένη αδυναμία, γιατί οι άνθρωποι στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων συνήθως εμφανίζονται φυσιολογικοί και αποφεύγουν να συζητούν για αυτό. Οι επιληπτικές κρίσεις είναι μεταξύ των πιο κοινών σοβαρών νευρολογικών διαταραχών. Επηρεάζει τόσο άνδρες όσο και γυναίκες και μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία παρόλο ότι πιο σύντομα παρατηρείται στην βρεφική, παιδική και εφηβική ηλικία. Ο καθένας από εμάς μπορεί να επηρεαστεί από επιληπτικές κρίσεις. Μέχρι 5% του πληθυσμού παγκοσμίως μπορούν να παρουσιάζουν μια μεμονωμένη επιληπτική κρίση σε κάποια περίοδο της ζωής τους (Krumholz et al. 2007).

Μια επιληπτική κρίση είναι μια βραχείας διάρκειας εγκεφαλική διαταραχή που προκαλείται από αυξημένες εκφορτίσεις φλοιωδών και υποφλοιωδών νευρώνων με ακόλουθες ποικίλες διαταραχές ανάλογα με την εντόπιση, ένταση και έκταση των παθολογικών εκφορτίσεων. Εκτός από τη διαταραχή της συνείδησης και τις μυϊκές συσπάσεις είναι επίσης δυνατόν να συμβαίνουν και άλλες μεταβολές, όπως για παράδειγμα στη σκέψη, συμπεριφορά, μνήμη, συναισθήματα και αίσθηση (Franges 2006).

Ο όρος επιληψία χρησιμοποιείται για να καθορίσει μια ομάδα εγκεφαλικών νοσημάτων με ετερογενή αιτιολογία σε ασθενείς που έχουν εκδηλώσει τουλάχιστον δύο αυτόματες επιληπτικές κρίσεις χωρίς να έχει βρεθεί κάποια προφανής αιτία ή εκλυτικός παράγοντας για αυτές. Μια πρώτη επιληπτική κρίση δεν σημαίνει ότι ο ασθενής πάσχει από επιληψία (Shafer 2007).

4.2. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Ο όρος “επιληψία” εμφανίστηκε στη γαλλική γλώσσα το 1503. Σχηματίστηκε από τη λατινική λέξη epilepsia, η οποία προέρχεται από το ελληνικό ρήμα επιλαμβάνειν (καταλαμβάνω, προσβάλλω αιφνίδια). Ο Ιπποκράτης το 400 π.Χ. έγραψε ότι η ιερά νόσος, ένδειξη της οργής των Θεών, δεν είχε κατά τη γνώμη του “τίποτα πιο θεϊκό ή πιο ιερό από τις άλλες νόσους ούτε στη φύση της ούτε στην προέλευσή της”. Στη ρωμαϊκή εποχή η εμφάνιση μιας επιληπτικής κρίσης σε έναν από τους συμμετέχοντες στις συνελεύσεις των δικαστών αποτελούσε ένα γεγονός που προκαλούσε

φόβο, θέτοντας υπό αίρεση τις κρατικές υποθέσεις. Στο μεσαίωνα η ασθένεια παρομοιαζόταν με δαιμονική επικράτηση (P. Thomas, A. Arzimanoglou, *Epilepsies*, 2002). Ο Esquirol (1815) διαχώρισε “τις σοβαρές κρίσεις από τις ελαφρές κρίσεις, αυτές που στα νοσοκομεία ονομάζονται Grand και Petit Mal αντίστοιχα”. Στη Γενεύη ο Herpin (1852, 1867) απομόνωσε τα κύρια σημεία της νεανικής μυοκλονικής επιληψίας. Στην Αγγλία αυτό το κίνημα της λεπτομερούς κλινικής ανάλυσης το ακολούθησαν οι Reynolds (1861), Gowers (1885), Turner (1907) και Jackson (1873). Ο Locock (1857) καθιέρωσε τα βρωμιούχα σαν την πρώτη αποτελεσματική φαρμακευτική θεραπεία για την επιληψία. Ο Horsley το 1886 πραγματοποίησε την πρώτη θεραπευτική νευροχειρουργική επέμβαση σε έναν ασθενή, ο οποίος παρουσίαζε εστιακές επιληπτικές κρίσεις. Το έργο του John Hughlings Jackson (1825 - 1911) κυριαρχεί στη βιβλιογραφία της επιληπτολογίας. Του οφείλουμε σημαντικές προόδους στη γνώση της επιληψίας, η οποία, μετά απ’ αυτόν, πέρασε οριστικά από το χώρο της ψυχιατρικής στο χώρο της νευρολογίας (Thomas & Arzimanoglou 2002).

4.3. ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΕΚΦΟΡΤΙΣΗ

Είναι αποδεκτό από πολύ καιρό ότι οι εστιακές κρίσεις γεννιούνται σε μία περιορισμένη περιοχή του εγκεφαλικού φλοιού, την επιληπτογόνο ζώνη. Τα ηλεκτρο-κλινικά χαρακτηριστικά των κρίσεων εξαρτώνται από την ενεργοποίηση των επιληπτογόνων δικτύων. Αυτή η ενεργοποίηση αφορά διάφορες δομές, που επιστρατεύονται κατά συνέχεια από την κριτική εκφόρτιση, η οποία προέρχεται από την επιληπτογόνο ζώνη (Juan , Zarranz et al. 2006).

Η επιληπτική κρίση είναι ένα επεισόδιο απορρύθμισης του εγκεφάλου, που εκδηλώνεται με διάφορες μορφές όπως σπασμούς στα χέρια ή και τα πόδια, απώλεια συνείδησης (λιποθυμία), απώλεια ούρων, μουδιάσματα, οπτικές (π.χ λάμπσεις) ή ακουστικές διαταραχές κ.ο.κ. Της επιληπτικής κρίσης ορμισμένες φορές προηγούνται διάφορα συμπτώματα όπως μια ενόχληση στο στομάχι, αίσθημα φόβου, ναυτία κ.λ.π τα οποία αποτελούν την επιληπτική αύρα. Η εμφάνιση μιας επιληπτικής εκφόρτισης προϋποθέτει την ύπαρξη μιας ιδιοπαθούς ή επίκτητης διαταραχής της νευρονικής διεγερσιμότητας. Δύο παράγοντες χαρακτηρίζουν τους επιληπτικούς νευρώνες: η υπερδιεγερσιμότητα, η οποία ορίζεται ως η τάση ενός νευρώνα να δίνει γένεση σε επαναλαμβανόμενες εκφορτίσεις σαν απάντηση σ’ ένα ερέθισμα, το οποίο φυσιολογικά δεν προκαλεί παρά ένα δυναμικό ενεργείας και ο υπερσυγχρονισμός, ο οποίος ορίζεται ως η ιδιότητα μιας ομάδας νευρώνων να παράγουν συγχρόνως σειρές δυναμικών (Juan , Zarranz et al. 2006).

Αυτές οι στοιχειώδεις ηλεκτροφυσιολογικές διαταραχές μπορούν να προέλθουν από διάφορες βιοχημικές ανωμαλίες. (Juan , Zarranz et al. 2006).

Η πιο στοιχειώδης έκφραση της επιληπτικής εκφόρτισης στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα επιφάνειας είναι το σύμπλεγμα αιχμή-κύμα. Η αιχμή προέρχεται από ένα άθροισμα νευρωνικών παροξυσμικών εκπολώσεων, οι οποίες δίνουν γένεση σε ριπές δυναμικών ενεργείας. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελεί την ηλεκτροφυσιολογική έκφραση ενός προστατευτικού φαινομένου με σκοπό να περιοριστεί η διάχυση των διεγερτικών εκφορτίσεων (Juan, Zarranz et al. 2006).

4.4. Παιδική-Βρεφική Επιληψία

Όλα τα παιδιά με σπασμούς ή επιληψία και οι οικογένειες τους έχουν το δικαίωμα της ακριβούς διάγνωσης, πρόγνωση και της θεραπείας. Χαρακτηρίζουμε ως επεισόδιο σπασμών κάθε αιφνίδιο, παροξυσμικό, ακούσιο επεισόδιο διαταραχής της εγκεφαλικής λειτουργίας, βραχείας διάρκειας, το οποίο μπορεί να εκδηλωθεί ως ανώμαλη διαταραχή της κινητικότητας, ως διαταραχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος με μεταβολή της συμπεριφοράς ή του επιπέδου συνείδησης του παιδιού. Επιληψία χαρακτηρίζεται μια χρόνια διαταραχή του εγκεφάλου, που διακρίνεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια σπασμών. Πολλά είναι τα αίτια τα οποία μπορεί να προκαλέσουν σπασμούς ή κρίσεις επιληψίας. Στο μεγαλύτερο ποσοστό, είναι αγνώστου αιτιολογίας, γεγονός το οποίο προσδίδει μεγαλύτερη αγωνία και ανασφάλεια στην οικογένεια. Συνήθως, όμως, το άγνωστο της αιτιολογίας κρύβει την καλή έκβαση της επιληψίας.

4.5. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Η πρώτη παγκόσμια ταξινόμηση των επιληψιών κ των επιληπτικών συνδρόμων (ΤΕΕΣ) υιοθετήθηκε τον Οκτώβριο του 1989, στο Νέο Δελχί από την εξεταστική επιτροπή ταξινόμησης της διεθνούς ένωσης ενάντια στην επιληψία.

Η ΤΕΕΣ βασίζεται στην έννοια των επιληπτικών συνδρόμου, που ορίζεται από την "ομαδοποίηση ενός ορισμένου αριθμού συμπτωμάτων και σημείων που παρουσιάζονται μαζί με σταθερό και όχι τυχαίο τρόπο". Αυτά τα συμπτώματα, συνδεδεμένα με διάφορους τρόπους ανάλογα με την περίπτωση, αντιστοιχούν:

Στους διάφορους τύπους κρίσεων, που χαρακτηρίζονται από την τοπογραφία τους, τη συμπτωματολογία τους, τη σοβαρότητα τους και τη συχνότητα υποτροπής τους.

Στο κλινικό πλαίσιο στο οποίο σημειώνεται η επιληψία ηλικία έναρξης, οικογενειακό και ατομικό αναμνηστικό, κλινικό ιστορικό.

Στις νευρολογικές και εξωνευρολογικές εκδηλώσεις που συνδέονται με την επιληψία. Στα κριτήρια και μεσοκριτικά ΗΕΓ δεδομένα

Στα απεικονιστικά δεδομένα.

Οι βάσεις της ΤΕΕΣ αποτελούνται από δύο άξονες, συμπτωματολογικό και αιτιοπαθογενετικό οι οποίες αναγράφονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 1. Κανόνες διεθνούς ταξινόμησης σύμφωνα με την επιτροπή 1989.

Εστιακές επιληψίες και επιληπτικά σύνδρομα

- Ιδιοπαθείς
- Συμπτωματικές
- Κρυπτογενείς

Γενικευμένες επιληψίες και επιληπτικά σύνδρομα

- Ιδιοπαθείς
- Κρυπτογενείς και/ή συμπτωματικές
- Συμπτωματικές

- Χωρίς ειδική συμπτωματολογία
- Ειδικά σύνδρομα

Επιληψίες των οποίων ο εστιακός ή γενικευμένος χαρακτήρας δεν είναι καθορισμένος

- Σε συνδυασμό με γενικευμένες και εστιακές κρίσεις
- Χωρίς σίγουρους γενικευμένους ή εστιακούς χαρακτήρες

Ειδικά σύνδρομα

- Περιστασιακές κρίσεις συνδυασμένες με μια παροδική επιληπτογόνο κατάσταση
- Μεμονωμένη κρίση ,μεμονωμένη επιληπτική κατάσταση.

4.6. Αταξινόμητες κρίσεις

Ορισμένες κρίσεις παραμένουν αταξινόμητες, είτε από την έλλειψη επαρκών κλινικών πληροφοριών (για παράδειγμα ορισμένες νυχτερινές επιληπτικές κρίσεις), είτε λόγω μιας παραπλανητικής σημειολογίας (για παράδειγμα ορισμένες νεογνικές κρίσεις) (Stephen, Hauser et al. 2006).

4.7. Status epilepticus

Είναι άλλη μια μορφή επιληψίας απειλητική για τη ζωή. Ορίζεται ως η συνεχόμενη κρίση με δραστηριότητες που διαρκούν περισσότερο από 30 λεπτά ή επαναλαμβανόμενες κρίσεις με μειωμένη δραστηριότητα του επιπέδου συνείδησης μεταξύ των κρίσεων (Franges 2006).

Η διάρκεια βέβαια 5 λεπτών είναι αρκετή για να καταστραφούν οι νευρώνες και η κρίση είναι απίθανο να σταματήσει έως εκείνη την στιγμή (Stephen, Huff et al. 2007). Η αιτία είναι συχνά μια αιφνίδια διακοπή των επιληπτικών φαρμάκων, αλλά επίσης μπορεί να προκύψει από την τοξικότητα των φαρμάκων ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές (Franges 2006).

4.8. ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Οποιαδήποτε κατάσταση η οποία επηρεάζει την ανατομία και την λειτουργία του εγκεφάλου μπορεί να οδηγήσει σε επιληψία. Όμως όλοι οι

ασθενείς οι οποίοι έχουν μια συγκεκριμένη εγκεφαλική νόσο δεν θα αναπτύξουν κατά ανάγκη όλοι επιληψία. Οι αιτίες επιληπτικών κρίσεων μπορεί να είναι γενετικές ή επίκτητες. Η επιληψία είναι μια αναταραχή με πολλές πιθανές αιτίες. Έχει υπολογιστεί ότι τουλάχιστον οι μισές από όλες τις επιληψίες είναι το αποτέλεσμα εστιακών τραυμάτων εγκεφάλου (Harvey 2007).

4.9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Οι επιληπτικές κρίσεις αποτελούν κλινικές εκδηλώσεις κινητικές, αισθητικές, αισθητηριακές ή ψυχικές που συνοδεύονται η όχι από απώλεια συνείδησης και συνδυάζονται με μία ανώμαλη, υπέρμετρη και υπερσύγχρονη εκφόρτιση ενός λιγότερο ή περισσότερο εκτεταμένου πληθυσμού νευρώνων του εγκεφαλικού φλοιού. Μια μοναδική επιληπτική κρίση ή η επανάληψη επιληπτικών κρίσεων στο πλαίσιο μίας οξείας εγκεφαλικής πάθησης, δεν αποτελεί επιληπτική νόσο. Πρόκειται απλώς για "συμπτωματικές" κρίσεις που συνοδεύουν μία παροδική και αναστρέψιμη δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Μπορεί να είναι σύμπτωμα ενός όγκου του εγκεφάλου, μια συστηματική διαταραχή, μόλυνση ή κάποιο σύνδρομο. Για αυτό αξίζει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή και θεραπεία. (Krumholz et al. 2007).

Αν και τα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά δεδομένα (ΗΕΓ) είναι κύριας σημασίας στη διάγνωση των επιληπτικών κρίσεων, σε καμία περίπτωση η διάγνωση δε θα στηριχτεί μόνο σ' αυτά: δεν υπάρχει επιληψία χωρίς κλινικές κρίσεις. Στην κλινική διάγνωση πρέπει να καθορίζονται τα γεγονότα που προηγούνται της κρίσης, όπως ζάλη, λιποθυμία ή πιθανή αύρα επιληψίας. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα περιλαμβάνουν τονικές ή κλονικές κινήσεις, καθώς και γευστικές και οσφρητικές ψευδαισθήσεις (Fisher et al. 2005).

Η απότομη και απροσδόκητη εμφάνιση ενός σύντομου κλινικού επεισοδίου, του οποίου τα συμπτώματα εμφανίζονται σύμφωνα με μια λογική σειρά και αναπαράγονται με στερεότυπο τρόπο απ' το ένα επεισόδιο στο άλλο στον ίδιο ασθενή, οδηγεί φυσικά στην υπόθεση ότι πρόκειται για επιληπτικές κρίσεις. Εάν η συνείδηση δεν καταργείται στη διάρκεια της κρίσης, η διάγνωση βασίζεται στην περιγραφή των φαινομένων από τον ασθενή. Εάν η συνείδηση καταργείται κατά τη διάρκεια της κρίσης, η διάγνωση βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά στην αξιοπιστία των δεδομένων

που συλλέγονται από τους μάρτυρες του επεισοδίου. Η διάγνωση της επιληψίας βασίζεται πάνω απ' όλα σε όσο το δυνατόν λεπτομερές ιστορικό γύρω από τις συνθήκες και χαρακτηριστικά πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από την εξεταζόμενη διαταραχή, όπου δε είναι δυνατόν, υποστηρίζεται από τις παρατηρήσεις τρίτων προσώπων.

Οι εξετάσεις για τη διάγνωση της επιληψίας είναι:

- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα
- Μαγνητική τομογραφία
- Αξονική τομογραφία
- Νευρολογική εξέταση
- Νευροαπεικόνιση (Fisher et al. 2005)

4.9.1. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η διάγνωση της επιληψίας είναι κλινική, βασίζεται στη λεπτομερή περιγραφή των γεγονότων που βιώνουν οι ασθενείς πριν, κατά και μετά την κρίση, και είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ένας μάρτυρας. Λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις τα διαγνωστικά λάθη θα πρέπει να αποφεύγονται. Έτσι, ο πρώτος βασικός κανόνας για τη διάγνωση της επιληψίας είναι ότι ποτέ η διάγνωση δεν γίνεται χωρίς αδιάσειστα κλινικά στοιχεία. Αν υπάρχει κάποια αμφιβολία, θα πρέπει να αφήσουμε να περάσει χρόνος και η μετέπειτα εκδήλωση των συμπτωμάτων ίσως φανεί χρήσιμη πριν καταλήξουμε σε οριστικό συμπέρασμα (Fisher et al. 2005).

4.10. ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Οι επιληπτικοί ασθενείς χρειάζεται να κάνουν τακτικές επισκέψεις στο φορέα υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς οι οποίοι παραμένουν χωρίς κρίση για 2 έως 5 έτη και οι οποίοι έχουν φυσιολογικές νευρολογικές εξετάσεις και ομαλό ΗΕΓ μπορεί να είναι σε θέση να απογαλακτίζονται από την αντιεπιληπτική φαρμακευτική θεραπεία. Ωστόσο, ποτέ δεν πρέπει να γίνεται διακοπή των φαρμάκων τους χωρίς προηγουμένως να έχει γίνει ο απαραίτητος έλεγχος ή να έχουν συμβουλευτεί τον φορέα υγειονομικής

περίθαλψης της υγείας τους. Παρόλα αυτά, μπορεί να βοηθηθεί η πρόληψη των κρίσεων με άλλους τρόπους. Εκτός από την τακτική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, να προσπαθούν να διατηρούν τακτικές ώρες στον ύπνο τους, και ισορροπημένη διατροφή με υγιεινά γεύματα. Να αποφεύγουν μεγάλες καταστάσεις stress εφόσον είναι δυνατόν και να μένουν σε επαφή με τον φορέα υγειονομικής περίθαλψης, με τη διατήρηση συναντήσεων και συνεχών επισκέψεων. Με υπομονή και επιμέλεια, μπορούν να αποκτήσουν ενεργό και ευχάριστη ζωή (Franges 2006).

4.11. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η ακριβής διάγνωση του τύπου της επιληψίας είναι ζωτικής σημασίας για την εύρεση μιας αποτελεσματικής θεραπείας. Επί του παρόντος διαθέσιμες θεραπείες μπορούν να ελέγξουν τις κρίσεις τουλάχιστον σε ορισμένα είδη περίπου 80 %.

Τα στατιστικά αυτά στοιχεία καθιστούν σαφές ότι βελτιωμένες θεραπείες είναι απολύτως απαραίτητες.

Η αντιμετώπιση της επιληψίας γίνεται με:

Φαρμακευτική θεραπεία

Κετογόνοσ δίαιτα

Χειρουργική θεραπεία (Hauser et al. 2006).

4.11.1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μέχρι στιγμής η πιο συνηθισμένη μέθοδος για την θεραπεία της επιληψίας είναι η συνταγή αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Περισσότερα από 20 διαφορετικά αντιεπιληπτικά φάρμακα είναι τώρα στην αγορά, με οφέλη και παρενέργειες (Hauser et al. 2006).

Οι συνήθεις αντιεπιληπτικές ουσίες είναι:

-Καρβαμαζεπίνη

- Φελπαμάτη
- Γκαμπαπεντίνη
- Λαμοτριγίνη
- Φαινοτοΐνη
- Τοπιραμάτη
- Βαλπροϊκό οξύ

4.11.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν οι κρίσεις δεν μπορούν να ελεγχθούν επαρκώς με τη φαρμακευτική αγωγή, η χειρουργική επέμβαση είναι μια λύση. Για να αποφασίσουμε εάν ένα πρόσωπο μπορεί να επωφεληθεί από την επέμβαση, εξετάζεται το είδος ή τα είδη των κρίσεων που πάσχει. Επίσης λαμβάνετε υπόψη η περιοχή του εγκεφάλου που εμπλέκεται και πόσο σημαντική είναι αυτή η περιοχή για την καθημερινή συμπεριφορά. Οι χειρουργοί συνήθως αποφεύγουν να χειρουργούν σε περιοχές του εγκεφάλου που είναι απαραίτητες για την ομιλία, την ακοή ή άλλες σημαντικές ικανότητες. Συχνά παρακολουθείτε εντατικά ο ασθενής πριν από την χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να εντοπιστεί η ακριβής τοποθεσία στον εγκέφαλο(Frazin 2005).

Μπορεί να είναι δύσκολο για ένα άτομο που είχε χρόνια κρίσεις η πλήρη αποκατάσταση και η απελευθέρωση κρίσεων ακόμη και αν η επέμβαση είναι επιτυχής. Ενώ η χειρουργική επέμβαση μπορεί να μειώσει σημαντικά ή ακόμη και να σταματήσει τις κρίσεις για κάποιους ανθρώπους, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι κάθε είδος της χειρουργικής επέμβασης μπορεί να επιφέρει ορισμένους κινδύνους (συνήθως μικρούς). Η επέμβαση επιληψίας δεν είναι πάντα επιτυχής στη μείωση των κρίσεων και μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές, γνωστικές ή προσωπικότητας, ακόμη και σε ανθρώπους που είναι εξαιρετικά κατάλληλοι για επέμβαση. Ακόμη και όταν η επέμβαση σταματάει τελείως τις επιληπτικές κρίσεις, είναι σημαντικό να συνεχίσουν να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για κάποιο χρονικό διάστημα για να δοθεί στον εγκέφαλο χρόνος να προσαρμοστεί εκ νέου (Frazin 2005).

4.12. ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Η ΕΠΙΛΗΨΙΑ

4.12.1. ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

Η διαδικασία της νοητικής εξέλιξης καθυστερεί πολλές φορές και δεν έχουμε την ίδια ωρίμανση στα χρονικά όρια που καθορίζονται στα φυσιολογικά παιδιά. Η εκτίμηση του νοητικού δυναμικού πολλές φορές είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω της βαρειάς κινητικής κατάστασης και των σοβαρών προβλημάτων επικοινωνίας που μπορεί να συνυπάρχουν.

Όλοι αντιλαμβανόμαστε πόσο σημαντική είναι η εκτίμηση του νοητικού δυναμικού για τον καθορισμό των στόχων του θεραπευτικού προγράμματος και πολύ περισσότερο για την ένταξη στο κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο. Είναι όμως απαραίτητο να λαμβάνεται πάντοτε υπ' όψη το κοινωνικό περιβάλλον που μεγαλώνει το παιδί, γιατί μπορεί να υπάρχει περιβαλλοντολογική στέρηση. Ο καθορισμός του νοητικού δυναμικού είναι έργο του υπεύθυνου ψυχολόγου που πρέπει να στελεχώνει κάθε κέντρο αποκατάστασης και ειδικό σχολείο.

4.12.2. ΜΑΘΗΣΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Το παιδί με επιληψία μπορεί να παρουσιάσει διαταραχές στη μνήμη και την σκέψη, υπερκινητικότητα, επιθετικότητα, διαταραχές στο λόγο και την ομιλία, ειδικές μαθησιακές διαταραχές στην ανάγνωση, την ορθογραφία και την αριθμητική. Είναι προβλήματα που συχνότατα γίνονται αντιληπτά στην προσχολική ή σχολική ηλικία, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη εφαρμογή κατάλληλου προγράμματος περιορισμού των συγκεκριμένων μαθησιακών ελλειμμάτων. Είναι χαρακτηριστική η δυσκολία που παρουσιάζουν τα παιδιά με επιληψία στην εκμάθηση των μαθηματικών εννοιών, κάτι που καταγράφεται συχνότατα και στην ημιπληγική μορφή της επιληψίας.

4.12.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Οι ψυχικές διαταραχές σε παιδιά με επιληψία είναι συχνότατα δευτεροπαθείς λόγω της κινητικής αναπηρίας και αφορούν την προσωπικότητα και την προσαρμογή. Όμως δεν είναι δυνατόν να αποκλειστούν βαρύτερες καταστάσεις, όπως κατάθλιψη. Οι ψυχικές διαταραχές που εμποδίζουν στην αποκατάσταση δεν αφορούν όμως τα παιδιά, αλλά κυρίως τους γονείς. Οι γονείς συχνά παρουσιάζουν ενοχές, υπερπροστασία, επιθετικότητα στο περιβάλλον, ενώ αργότερα εμφανίζουν ενίοτε απόρριψη του παιδιού, έντονη ψυχική κόπωση και δευτερογενή κατάθλιψη.

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι το παιδί με κινητικό πρόβλημα καταφέρνει να φθάσει στο μέγιστο των δυνατοτήτων του μόνον όταν οι γονείς του γίνουν έγκαιρα κοινωνοί του προβλήματος και συμμετέχουν ισότιμα στη λύση του με εξειδικευμένη καθοδήγηση. Δεν πρέπει να επικρατούν ακραίες απόψεις όπως αναφορές για εγκατάλειψη του παιδιού σε ίδρυμα, ούτε όμως εφησυχασμός ότι όλα τα προβλήματα των παιδιών θα λυθούν με το πέρασμα του χρόνου, ερήμην των γονέων.

4.12.4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ- ΟΜΙΛΙΑΣ

Πρέπει να γίνει γνωστό ότι στα παιδιά με επιληψία παρατηρείται γενικευμένη χρονολογική καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας. Μπορεί να υπάρχει δυσαρθρία, απραξία του λόγου, ή δυσφασία. Σήμερα με την χρήση μεθόδων επαυξητικής και εναλλακτικής επικοινωνίας - με την βοήθεια της σύγχρονης τεχνολογίας - έχει γίνει ουσιαστική παρέμβαση στα παιδιά με σοβαρό κινητικό πρόβλημα.

4.13. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η παιδαγωγική, ψυχολογική, και κοινωνική φροντίδα του επιληπτικού ασθενή αποτελεί ένα βασικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης. Ο απρόβλεπτος χαρακτήρας της εμφάνισης των κρίσεων, η ανάγκη παρατεταμένης θεραπείας, η απουσία άμεσου και αντικειμενικού βιώματος της ασθένειας προκαλούν μία έντονη αίσθηση ευθραυστότητας και αποσταθεροποίηση. Ορισμένοι ασθενείς θεωρούν τον εαυτό τους δυσβάστακτα ανάπηρο από μία ελάχιστα ενεργό επιληψία. Αντίθετα, άλλοι ασθενείς παρουσιάζουν μία μη ελεγχόμενη επιληψία και τίθενται, από άρνηση απέναντι στην ασθένεια, σε καταστάσεις δυνητικά επικίνδυνες για τους ίδιους και για τους άλλους.

Ο ασθενής βοηθούμενος από το γιατρό και το νοσηλευτή, πρέπει διαρκώς να αναπροσαρμόζει τη θέση του απέναντι στον εαυτό του και απέναντι στους άλλους στο πλαίσιο μιας κοινωνίας κατά κανόνα ελάχιστα επιεικούς.

Εκτός από τη συχνότητα των κρίσεων και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, η αντικειμενική και υποκειμενική απήχηση της επιληψίας στην καθημερινή ζωή αποτελεί ένα από τα πιο ισχυρά κριτήρια για την αξιολόγηση της “ποιότητας ζωής” των ασθενών. Υπάρχουν διάφορες κλίμακες αυτοεκτίμησης που με αυτές μπορούμε να αξιολογήσουμε το επίπεδο της ποιότητας ζωής των επιληπτικών ασθενών (Helde et al. 2005).

Οι κίνδυνοι των επιληπτικών κρίσεων διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο των κρίσεων και την ώρα του εικοσιτετραώρου που εμφανίζονται. Θεμελιώδη παράγοντα αποτελεί η αλλαγή του επιπέδου συνείδησης και \ ή μία πτώση κατά τη διάρκεια της κρίσης. Μία επιληψία με καθημερινές απλές εστιακές κρίσεις μπορεί έτσι να προκαλεί μικρότερη αναπηρία από μία επιληψία με εβδομαδιαίες σύνθετες εστιακές κρίσεις. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν αποδιοργάνωση της συνείδησης από την αρχή χωρίς προειδοποιητικό σύμπτωμα, μειονεκτούν έναντι των ασθενών που εμφανίζουν μια δευτεροπαθή αλλαγή του επιπέδου της συνείδησης. Ορισμένοι ασθενείς ωφελούνται πράγματι από τα αρχικά δευτερόλεπτα της κρίσης για να αποφύγουν πιθανές απειλές του άμεσου περιβάλλοντος (Thomas & Arzimanoglou 2002).

5.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής σε Έλληνες που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και σε Έλληνες που πάσχουν από επιληψία σε σχέση με τον υγιή, γενικό πληθυσμό. Αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας είναι:

- Η καταγραφή της ποιότητας ζωής των σακχαροδιαβητικών, των επιληπτικών και του γενικού πληθυσμού
- Η σύγκριση των καταγραφόμενων αποτελεσμάτων
- Η διεξαγωγή προτάσεων σε σχέση με τα αποτελέσματα

5.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης αφορούν στην διερεύνηση της διαφοράς της ποιότητας ζωής ανάμεσα στις τρεις ομάδες ανθρώπων (διαβητικοί, επιληπτικοί, γενικός πληθυσμός). Οι πιθανές υποθέσεις για το αποτέλεσμα της έρευνας είναι:

- i. Μηδενική υπόθεση (H0) : καμία διαφορά στην ποιότητα ζωής
- ii. Καλύτερη ποιότητα ζωής των διαβητικών (H1)
- iii. Καλύτερη ποιότητα ζωής των επιληπτικών (H2)
- iv. Καλύτερη ποιότητα ζωής γενικού πληθυσμού (H3)

5.3. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΜΕΛΕΤΗΣ

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα επιλέχτηκε ως καταλληλότερο είδος μελέτης η συγχρονική- απογραφική μελέτη με στοιχεία αναδρομικού τύπου σε βάθος μηνός με match- control. Είναι συγχρονική μελέτη, γιατί πραγματοποιήθηκε εντός του έτους και match- control, γιατί υπάρχει πλήρης ταυτοποίηση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων της έρευνας.

5.4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ- ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

Η έρευνα όσον αφορά το δείγμα των επιληπτικών ατόμων διεξήχθη, μετά από χορήγηση άδειας, στη νευρολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών, το οποίο θεωρείται ίδρυμα που παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στο νομό Σερρών.

Το δείγμα των διαβητικών ατόμων επιλέχθηκε από τον σύλλογο διαβητικών Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος» μετά την χορήγηση άδειας από τον πρόεδρο του συλλόγου.

Η συλλογή δεδομένων για την έρευνα διήρκησε έξι μήνες, κατά το διάστημα Απριλίου 2014 έως Σεπτεμβρίου 2014.

5.5. ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Ο πληθυσμός- στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι άτομα που πάσχουν μόνο από σακχαρώδη διαβήτη ή μόνο από επιληψία και δεν νοσούν από κανένα άλλο χρόνιο νόσημα. Το δείγμα αποτελείται μόνο από Έλληνες που η πάθησή τους είναι διαγνωσμένη τουλάχιστον δύο χρόνια. Στο δείγμα των διαβητικών συμμετέχουν άτομα με διαβήτη τύπου 1 και 2 και δεν συμμετέχουν γυναίκες με διαβήτη κύησης, επειδή δεν θα μπορούσε να υπάρξει αντιστοιχία με το δείγμα των επιληπτικών λόγω του ότι οι γυναίκες με επιληψία δεν πρέπει να κυοφορήσουν. Στο δείγμα των επιληπτικών συμμετείχαν όλοι οι τύποι επιληψίας. Στην έρευνα υπάρχουν και παιδιά που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μετά από άδεια του γονέα και με τη δική μας βοήθεια.

Για να είναι έγκυρη και αξιόπιστη η συγκριτική μελέτη μας και για να αποτυπωθεί σωστά η σύγκριση της ποιότητας ζωής επιληπτικών, διαβητικών και γενικού πληθυσμού, υπήρξαν κάποια κριτήρια που λάβαμε υπόψη μας όσον αφορά τον πληθυσμό που συμμετείχε στην έρευνα. Τα κριτήρια των ατόμων που συμμετείχαν ήταν το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο. Αυτά τα κριτήρια τέθηκαν ουτοσώστε να γίνει «ταίριασμα» των ατόμων των τριών ομάδων της έρευνας και τα αποτελέσματα να είναι αντιπροσωπευτικά των τριών δειγμάτων.

5.6. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η δειγματοληψία μη πιθανότητας και πιο συγκεκριμένα ο τύπος της σκόπιμης ή μετά κρίσης δειγματοληψίας. Στην σκόπιμη ή μετά κρίσης δειγματοληψία, ο ερευνητής επιλέγει μια ειδική ομάδα ή ομάδες του πληθυσμού ,ε βάση ορισμένα κριτήρια. Ο ερευνητής χρησιμοποιεί τη δική του κρίση προκειμένου να αποφασίσει ποια μέλη του πληθυσμού του είναι αντιπροσωπευτικά (Σαχίνη- Καρδάση 1997). Επίσης, χρησιμοποιήθηκε και η μέθοδος match- sampling για να γίνει ταύτιση βάση κάποιων κριτηρίων που θέσαμε των ατόμων των ομάδων που συμμετείχαν στην έρευνα.

5.7. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο, γραπτό ερωτηματολόγιο, το SF-36 με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το παγκόσμιο ερωτηματολόγιο SF-36 καταγράφει την ποιότητα ζωής του ασθενή. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε διότι αντικατοπτρίζει τη γενική κατάσταση της ποιότητας ζωής του ασθενή σε όλες τις παραμέτρους, δηλαδή τις βιολογικές, τις ψυχικές και τις κοινωνικές. Το ερωτηματολόγιο επιλέχτηκε διότι είναι λιγότερο δαπανηρό και χρειάζεται λιγότερος χρόνος συμπλήρωσής του, παρέχει τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας και στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που ν' αντανακλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή αφού δεν είναι παρών ο ερευνητής κατά την απάντησή του (Σαχίνη- Καρδάση 2003).

Το ερωτηματολόγιο μοιράσθηκε και συμπληρώθηκε ανώνυμα από όσα άτομα θέλησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, είτε συμπληρώνοντας μόνοι τους το ερωτηματολόγιο, είτε μέσω μιας σύντομης συνέντευξης από εμάς και στην συνέχεια έγινε καταγραφή των απαραίτητων στοιχείων.

5.8. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτή, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη.

Τρεις είναι οι αρχές που θεσπίστηκαν από την αναφορά του Belmont όπως αναφέρονται στο βιβλίο της Σαχίνη (1997), μεθοδολογία έρευνας, οι οποίες καθορίζουν τους ηθικούς άξονες πάνω στους οποίους βασίστηκε και σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη:

Η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης. Πάνω σε αυτές τις αρχές στηρίζονται τα κριτήρια ηθικής συμπεριφοράς στην έρευνα, καθώς και τα βασικά δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας.

Τα δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας είναι τα εξής:

A) Δικαίωμα να μην υποστεί βλάβη. Αναφαίρετο δικαίωμα των υποκειμένων μιας έρευνας είναι να μην υπόκεινται από τους ερευνητές σε ερωτήσεις που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στον ψυχικό τους κόσμο σε φυσικό, συγκινησιακό, νομικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο (Σαχίνη- Καρδάση 1997).

Στη συγκεκριμένη έρευνα ζητήθηκε από τα άτομα να συμπληρώσουν ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χωρίς να ασκηθεί οποιαδήποτε είδους πίεση. Ο απαιτούμενος χρόνος ήταν ελάχιστος. Οι ερωτήσεις ήταν κατανοητές και δε προσέβαλλαν την προσωπικότητα των ατόμων.

B) Δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια. «Η αρχή σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια περιλαμβάνει το δικαίωμα των ατόμων να λάβουν εκούσιες αποφάσεις μετά από ακριβή πληροφόρηση για τη συμμετοχή τους σε μια μελέτη» (Σαχίνη- Καρδάση 1997).

Στη συγκεκριμένη έρευνα τα άτομα πριν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ενημερώθηκαν για την ταυτότητα μας. Εξηγήθηκε ο σκοπός της μελέτης, η μέθοδος και η διαδικασία με την οποία θα γίνει η συλλογή των ερωτηματολογίων. Επισημάναμε ότι τα προσωπικά τους στοιχεία θα παραμείνουν ανώνυμα και ότι έχουν δικαίωμα να αρνηθούν να συμμετάσχουν.

Γ) Δικαίωμα αυτοαπόφασης. *«Το δικαίωμα αυτοαπόφασης σημαίνει τα δυναμικά υποκείμενα έρευνας έχουν το δικαίωμα να παίρνουν εκούσια απόφαση για τη συμμετοχή τους ή μη στην τελετή, χωρίς εξαναγκασμό, πίεση ή ανεπίτρεπτη επίδραση οποιοδήποτε είδους»* (Σαχίνη- Καρδάση 1997).

Στην παρούσα μελέτη αφού δόθηκαν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τα άτομα βασιζόμενοι στη δική τους κρίση αποφάσισαν για την συμπλήρωσή του ή όχι.

Δ) Δικαίωμα για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.

«Η ιδιωτικότητα καθιστά ικανό ένα άτομο να συμπεριφέρεται χωρίς παρεμβάσεις και χωρίς την πιθανότητα ότι η ιδιωτική συμπεριφορά ή οι σκέψεις του μπορεί να χρησιμοποιηθούν αργότερα για να εμβάλλουν σε αμηχανία ή να το μειώσουν» (Σαχίνη- Καρδάση 1997]).

Επισημάνθηκε στα άτομα ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις τους με πλήρη εχεμύθεια. Τα δεδομένα θα διαφυλαχθούν με κάθε ευσυνειδησία και θα τα χειριστούμε ως αυστηρώς εμπιστευτικά. Δεν θα γίνει καμία αναφορά που να διευκολύνει την αναγνώριση προσώπων ή οργανισμών από τις εκθέσεις που θα προκύπτουν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

5.9. ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την συγκέντρωση των πληροφοριών έγινε επίσκεψη στο Γενικό Νοσοκομείο Σερρών όπου ρωτήθηκαν προφορικά άτομα που πάσχουν από επιληψία εάν επιθυμούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Όσοι συμφώνησαν, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, αφού πρώτα τους έγιναν οι απαραίτητες διευκρινήσεις. Συνολικά προσεγγίσαμε 65 άτομα από τα οποία τα 30 δέχτηκαν να συμμετάσχουν.

Το ίδιο συνέβη και στον σύλλογο διαβητικών Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος» όπου συμφώνησαν να συμμετάσχουν 30 άτομα με διαβήτη.

Ο μέσος χρόνος που χρειάστηκε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε κάθε άτομο ήταν περίπου 5 λεπτά.

5.10. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες έκδοση 14 (Statistical Package of Social Social Sciences 14th Edition, SPSS) και ακολουθήθηκε η μέθοδος της επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης. Επίσης, για την ανάλυση και την σύγκριση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος t- test.

5.11. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

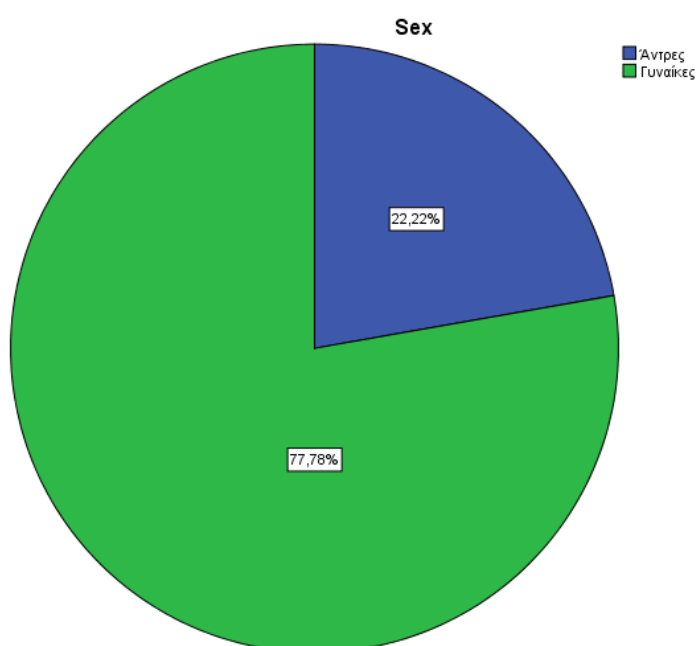
Όπως σε κάθε μελέτη, έτσι και στη συγκεκριμένη, αντιμετωπίστηκαν, διάφορες δυσκολίες και περιορισμοί.

Στην συγκεκριμένη μελέτη εφαρμόστηκε σκόπιμη δειγματοληψία , η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων τα οποία είναι διαθέσιμα μέχρι να συγκεντρωθεί το μέγεθος του δείγματος που επιθυμεί ο ερευνητής.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

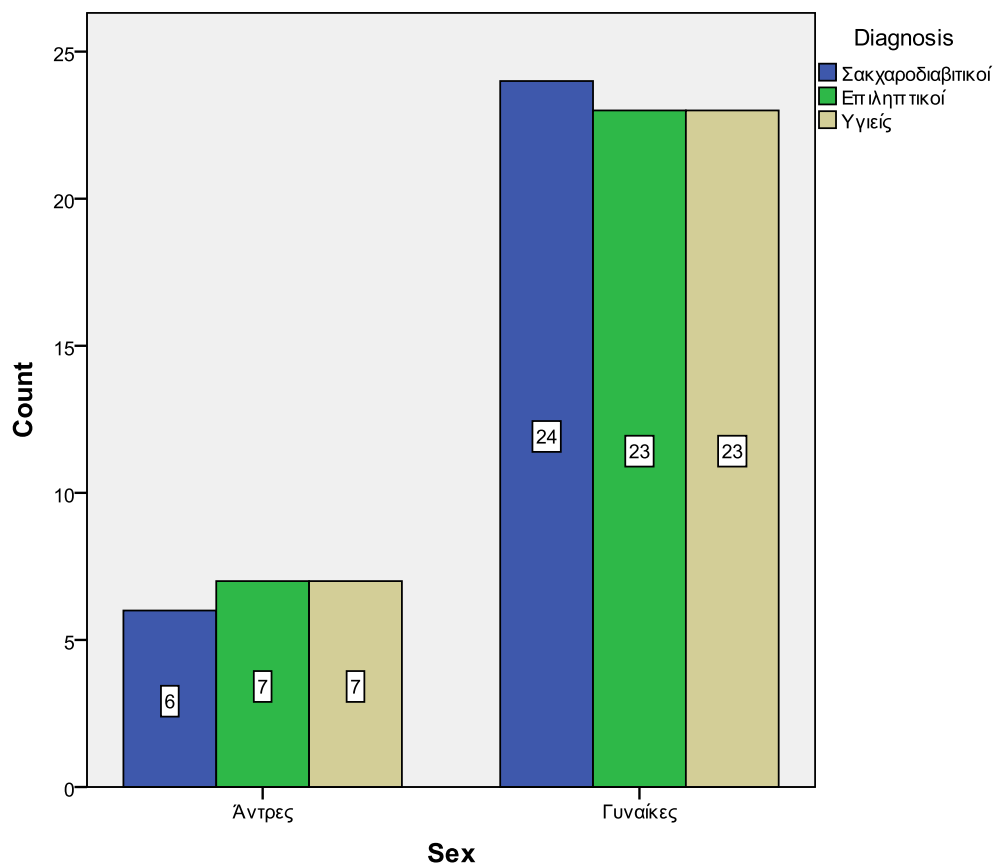
1. ΔΕΙΓΜΑ

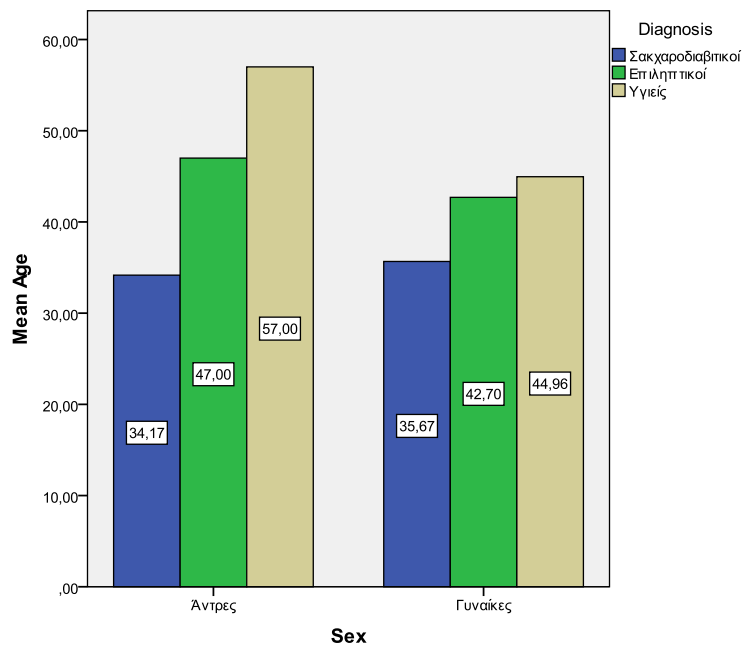
Στην έρευνα έλαβαν μέρος 90 άτομα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην μελέτη ήταν γυναίκες 77,78%, ενώ το 22,22% ήταν άντρες.



2. ΦΥΛΟ

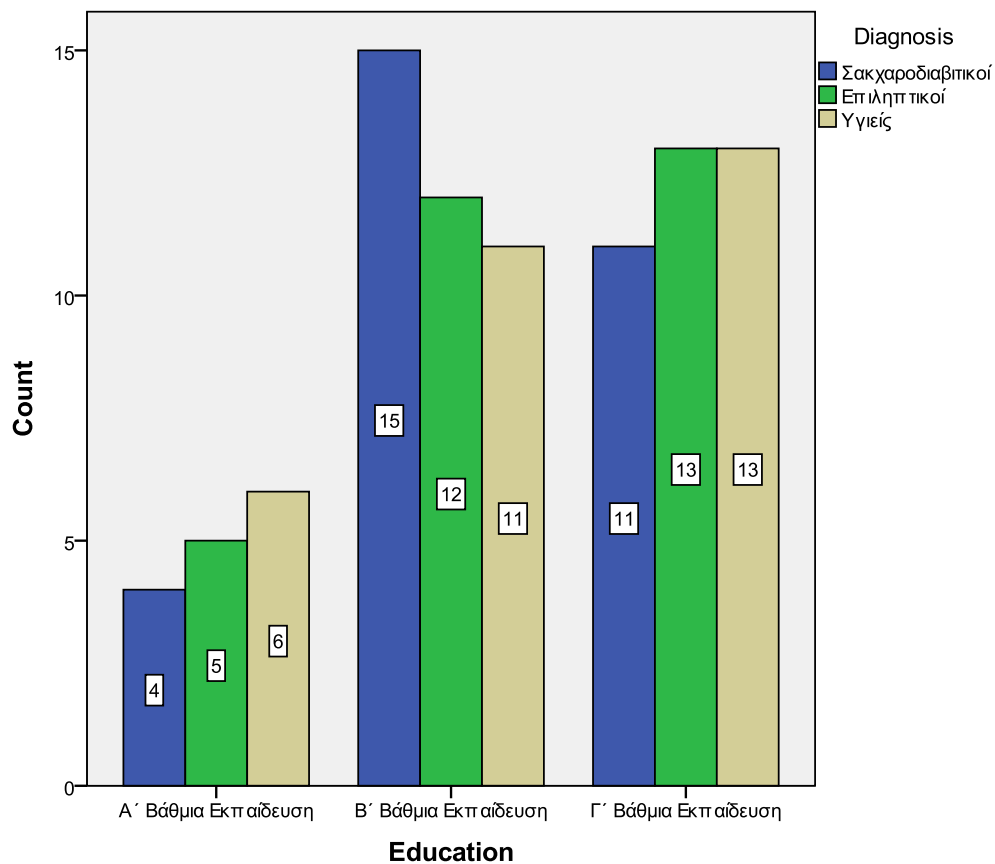
Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός και το ποσοστό των αντρών και των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα ανά κατηγορία.





3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Ο πίνακας αυτός παρουσιάζει το βαθμό εκπαίδευσης των συμμετεχόντων ανά κατηγορία διάγνωσης.



Το δείγμα κλήθηκε να απαντήσει σε 36 ερωτήσεις με τρόπο ειλικρινή που να αντανakλά την καθημερινότητά του. Η εκτενής ανάλυση των αποτελεσμάτων βρίσκεται στο παράρτημα Γ.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Για την κατανόηση και την ανάλυση των αποτελεσμάτων, έγινε βαθμολόγηση των απαντήσεων για την κάθε ερώτηση ξεχωριστά έτσι ώστε να βγει μια αντιπροσωπευτική βαθμολογία για το ερωτηματολόγιο και για τον κάθε συμμετέχοντα. Σκοπός της βαθμολόγησης αυτής είναι η καταγραφή του μέσου όρου της κάθε κατηγορίας και η σύγκριση του μέσου όρου όλων των κατηγοριών.

Η βαθμολόγηση κυμαίνεται από το 1 έως το 6 ανάλογα με τον αριθμό των απαντήσεων που αντιστοιχούν στην κάθε ερώτηση και στις ερωτήσεις που απαντώνται με ναι/όχι, το ναι αντιστοιχεί στον βαθμό 1 και το όχι στο βαθμό 2. Υπογραμμίζεται ότι ο βαθμός 1 αντιστοιχεί στην καλύτερη δυνατή απάντηση και ο βαθμός 6 στην πιο φτωχή. Τέλος, η μεγαλύτερη βαθμολογία αντιπροσωπεύει την χειρότερη ποιότητα ζωής και απαντάται στον αριθμό 149.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται αναλυτικά τα χαρακτηριστικά του κάθε ερωτηθέντα, τα οποία είναι :

Η διάγνωση

Το φύλο

Η εκπαίδευση

Η ηλικία

Η βαθμολογία

Ο μέσος όρος.

Στην στήλη Diagnosis ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στον σακχαρώδη διαβήτη, το 2 στην επιληψία και το 3 στους υγιείς.

Στην στήλη Sex ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στο αντρικό φύλο και το 2 στο γυναικείο φύλο.

Στην στήλη Education ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το 2 στην δευτεροβάθμια και το 3 στην τριτοβάθμια.

Subjects	Diagnosis	Sex	Education	Age	Score	Mean
1	1	2	3	27	101	2,806
2	1	2	2	56	91	2,528
3	1	2	2	65	92	2,556
4	1	2	1	12	99	2,750
5	1	1	3	33	99	2,750
6	1	2	1	13	99	2,750
7	1	2	2	43	102	2,833
8	1	2	2	38	101	2,806
9	1	2	3	19	101	2,806
10	1	1	2	18	95	2,639
21	1	2	2	30	103	2,861
22	1	2	3	57	109	3,028
23	1	2	3	59	104	2,889
24	1	2	2	25	95	2,639
25	1	1	3	52	100	2,778
26	1	1	2	51	87	2,417
27	1	2	2	53	82	2,278
28	1	2	3	20	91	2,528
29	1	2	3	26	101	2,806
30	1	2	2	40	101	2,806
31	1	1	3	37	113	3,139
32	1	2	3	22	104	2,889
33	1	1	3	58	112	3,111
34	1	2	2	29	104	2,889
35	1	2	1	66	96	2,667
36	1	2	1	70	97	2,694
37	1	2	2	53	106	2,944
38	1	2	2	67	107	2,972
39	1	2	3	60	104	2,889
40	1	1	1	79	101	2,806
41	2	2	3	27	107	2,972
42	2	2	2	56	101	2,806
43	2	2	2	65	92	2,556
44	2	2	1	12	96	2,667
45	2	1	3	33	105	2,917
46	2	2	1	13	103	2,861
47	2	2	2	43	109	3,028
48	2	2	2	38	84	2,333

49	2	2	3	19	126	3,500
50	2	1	2	18	116	3,222
51	2	2	2	30	101	2,806
52	2	2	3	57	109	3,028
53	2	2	3	59	94	2,611
54	2	2	2	25	95	2,639
55	2	1	3	52	96	2,667
76	2	1	1	79	82	2,278
77	2	2	2	53	96	2,667
78	2	2	3	20	94	2,611
79	2	2	3	26	94	2,611
80	2	2	2	40	81	2,250
81	2	1	3	37	113	3,139
82	2	2	3	22	99	2,750
83	2	1	3	58	93	2,583
84	2	2	2	29	107	2,972
85	2	2	1	66	103	2,861
86	2	2	1	70	107	2,972
87	2	2	2	53	97	2,694
88	2	2	2	67	102	2,833
89	2	2	3	60	90	2,500
90	2	1	1	79	87	2,417
11	3	2	3	27	106	2,944
12	3	2	2	56	110	3,056
13	3	2	2	65	110	3,056
14	3	2	1	12	104	2,889
15	3	1	3	33	110	3,056
16	3	2	1	13	107	2,972
17	3	2	2	43	105	2,917
18	3	2	2	38	102	2,833
19	3	2	3	19	94	2,611
20	3	1	2	18	101	2,806
56	3	2	2	30	104	2,889
57	3	2	3	57	104	2,889
58	3	2	3	59	99	2,750
59	3	2	2	25	113	3,139
60	3	1	3	52	103	2,861
61	3	1	2	51	102	2,833
62	3	2	2	53	99	2,750
63	3	2	3	20	101	2,806
6	3	2	3	26	101	2,806
65	3	2	2	40	101	2,806
66	3	1	3	37	94	2,611
67	3	2	3	22	95	2,639

68	3	1	3	58	101	2,806
69	3	2	2	29	102	2,833
70	3	2	1	66	89	2,472
71	3	2	1	70	91	2,528
72	3	2	2	53	90	2,500
73	3	2	3	22	100	2,778
74	3	2	2	67	101	2,806
75	3	2	3	60	93	2,583

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι ο μέσος όρος της κάθε ομάδας ατόμων αντικατοπτρίζει την ποιότητα ζωής της κάθε ομάδας. Αυτό φαίνεται παρακάτω όπου, η ομάδα του γενικού πληθυσμού έχει μεγαλύτερο μέσο όρο (2,807) σε σύγκριση με τους διαβητικούς (2,775) και τους επιληπτικούς (2,758).

Σ.Δ	Ε	Υ
2,775	2,758	2,807

	Φύλο	Ηλικία	Εκπαίδευση	Μ.Ο. Σακχαροδιαβητικών	Μ.Ο. Επιληπτικών	Μ.Ο. Υγιειών
1	2	27	3	2,81	2,97	2,94
2	2	56	2	2,52	2,81	3,06
3	2	65	2	2,56	2,56	3,06
4	2	12	1	2,75	2,67	2,89
5	1	33	3	2,75	2,92	3,06
6	2	13	1	2,75	2,97	2,86
7	2	43	2	2,83	3,03	2,92
8	2	38	2	2,81	2,33	2,83
9	2	19	3	2,81	3,5	2,61
10	1	18	2	2,64	3,22	2,81
11	2	30	2	2,86	2,81	2,89
12	2	57	3	3,03	3,03	2,89
13	2	59	3	2,89	2,61	2,75
14	2	25	2	2,64	2,64	3,14
15	1	52	3	2,78	2,67	2,86
16	1	51	2	2,42	2,83	2,83
17	2	53	2	2,28	2,67	2,75
18	2	20	3	2,53	2,61	2,81
19	2	26	3	2,81	2,61	2,81
20	2	40	2	2,81	2,25	2,81

21	1	37	3	3,14	3,14	2,61
22	2	22	3	2,89	2,75	2,64
23	1	58	3	3,11	2,58	2,81
24	2	29	2	2,89	2,97	2,83
25	2	66	1	2,67	2,86	2,47
26	2	70	1	2,69	2,97	2,53
27	2	53	2	2,94	2,69	2,5
28	2	67	2	2,97	2,83	2,81
29	2	60	3	2,89	2,5	2,58
30	1	79	1	2,81	2,42	2,28

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως προαναφέρθηκε ο σακχαρώδης διαβήτης και η επιληψία αποτελούν πολύ συχνές παθήσεις στο γενικό πληθυσμό. Πρόκειται για χρόνιες νόσους που επηρεάζουν πολύ τους πάσχοντες και την καθημερινότητά τους.

Σκοπός της παρούσας έρευνας υπήρξε η καταγραφή της διαταραχής του σακχαρώδη διαβήτη και της επιληψίας σε σχέση με την έννοια της ποιότητας ζωής. Δημιουργήθηκαν τρεις κατηγορίες ατόμων, οι διαβητικοί, οι επιληπτικοί και οι υγιείς και πραγματοποιήθηκε καταγραφή και σύγκριση της ποιότητας ζωής τους.

Στη μελέτη μας η μεγαλύτερη πλειοψηφία των συμμετεχόντων και στις τρεις κατηγορίες ήταν γυναίκες (77,78) και το επίπεδο εκπαίδευσης που κυριάρχησε στο δείγμα ήταν δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Δεν υπήρξε καμία στατιστική διαφορά στα χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία και εκπαίδευση), διότι η έρευνα έγινε με σύστημα match- control όπως έχει ήδη προαναφερθεί.

Τα ευρήματα δείχνουν πως σε αυτό το δείγμα οι επιδόσεις στις κλίμακες του SF-36 ήταν αρκετά καλές. η αποδοχή για συμμετοχή ήταν αρκετά ικανοποιητική. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί πως πολλοί επιληπτικοί ασθενείς παρουσίασαν αρνητική αντίδραση στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, κάτι που δεν παρουσιάστηκε σχεδόν καθόλου στις άλλες δυο κατηγορίες. Επίσης, η επισκόπηση της υγείας SF-36 αποδείχθηκε πως αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την καταγραφή και την παρακολούθηση της ποιότητας ζωής σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, σε άτομα με επιληψία καθώς και στο γενικό πληθυσμό.

Στη μελέτη μας δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα κοινωνικο- δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο) $p > 0,05$ και τις 8 κλίμακες του SF- 36. Εύρημα που συμφωνεί με άλλες μελέτες (Mayer 2010).

Συμπερασματικά λοιπόν, με βάσει τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, ο γενικός πληθυσμός έχει καλύτερη ποιότητα ζωής από ότι οι σακχαροδιαβητικοί και οι επιληπτικοί ασθενείς. Βέβαια, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη πως η διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ των τριών κατηγοριών του δείγματος είναι ελάχιστη. Θα μπορούσε δηλαδή να πει κανείς πως δεν υπάρχει διαφορά στην ποιότητα ζωής των διαβητικών και των επιληπτικών αναφορικά με το γενικό πληθυσμό.

8. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως έχει προαναφερθεί, ο σακχαρώδης διαβήτης και η επιληψία είναι δύο χρόνιες παθήσεις που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των πασχόντων. Τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες για αυτές τις παθήσεις, καθώς επίσης και για την διερεύνηση της ποιότητας ζωής.

Εφόσον αυτές οι παθήσεις επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε μεγάλο βαθμό, θα ήταν δόκιμο να ληφθούν κάποια περαιτέρω μέτρα για την εξομάλυνση της κατάστασης αυτής.

Αρχικά, ένα πρώτο μέλημα είναι η ενημέρωση του υγιούς πληθυσμού για την πρόληψη των ασθενειών αυτών, καθώς και η ενημέρωση των ήδη πασχόντων για τις τυχόν επιπλοκές και την θεραπεία.

Επίσης, η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για τις ασθένειες αυτές θα εξυπηρετούσε στην εξάλειψη των «ταμπού» και του ρατσισμού που μπορεί να υπάρχουν σε μια κοινωνία.

Ακόμη, η παράθεση εναλλακτικών επιλογών στις καθημερινές δραστηριότητες για την καλύτερη ποιότητα ζωής θα ήταν μία καίρια λύση γι' αυτούς. Θα εξυπηρετούσε πολύ η προώθηση των νέων τεχνολογικών επιτευγμάτων στην διευκόλυνση της καθημερινότητας των πασχόντων.

Επιπλέον, χρήσιμο θα ήταν η εκάστοτε κοινωνίες να μεριμνούν για την υποστήριξη των πασχόντων σε θέματα ψυχολογικά και κοινωνικά.

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι οι κάποιοι από τους επιληπτικούς δεν μπορούσαν να αντιληφθούν ορισμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SF- 36 και κάποιες από αυτές δεν τους κάλυπταν επαρκώς για να περιγράψουν την καθημερινότητά τους και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Έτσι, λοιπόν, χρήσιμο θα ήταν να διεξαχθούν περαιτέρω έρευνες για την ποιότητα ζωής των επιληπτικών και να δημιουργηθεί ένα καινούριο ερωτηματολόγιο που να είναι αντιπροσωπευτικό της γενικής κατάστασης της υγείας των ατόμων με επιληψία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Υπάρχει μία παγκόσμια αύξηση στην συχνότητα εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη και της επιληψίας και οι δύο ασθένειες έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της έννοιας της ποιότητας ζωής (ΠΖ) των διαβητικών και των επιληπτικών σε μία μικρή ελληνική πόλη.

Μέθοδος: Είναι μία match- control συγκριτική μελέτη σύμφωνα με την οποία 90 άτομα χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες (διαβητικοί, επιληπτικοί και υγιείς εθελοντές) και διερευνήθηκαν σε σχέση με την τρέχουσα ποιότητα ζωής τους, μέσω του ερωτηματολογίου SF- 36. Έγιναν δοκιμές T tests σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (77%) με μέσο όρο ηλικίας τα 42 έτη (εύρος 12- 79 έτη). Το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος ήταν, κυρίως, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Λόγω του σχεδιασμού match- control δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία και εκπαίδευση). Ο γενικός πληθυσμός είχε μέση βαθμολογία 2,807 σε σύγκριση με τους διαβητικούς με 2,775 και τους επιληπτικούς με 2,758, ($p < 0,05$). Η χρήση του SF- 36 αποδείχθηκε ότι είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την καταγραφή και την παρακολούθηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, επιληψία και το γενικό πληθυσμό στην σύγχρονη Ελλάδα.

Συμπεράσματα: Σε αυτό το ελληνικό δείγμα αποκαλύφθηκε η μόνη περιθωριακή διαφορά στην ποιότητα ζωής των διαβητικών και των επιληπτικών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Αυτή μπορεί να αποδοθεί στην ημι- αγροτική πλευρά της πόλης και στη ζωή κοντά στην κοινότητα.

ABSTRACT

Background: There is a global increase in the incidence of diabetes and epilepsy and both diseases have considerable affect on the daily lives of patients.

Aim: The purpose of this study is to record the concept of quality of life (QoL) of diabetic and epilepsy patients in a small Greek city.

Method: This is a match- control comparative study whereby 90 subjects were divided into three groups (diabetics, epileptics and healthy volunteers) and investigated with regards to their current QoL by means of the SF- 36 questionnaire. Paire T tests were employed at a $p < 0,05$ level of significance.

Results: The majority of participants were women (77%) with a mean age of 42 years (range 12- 79). The sample 's education level was predominantly of completed secondary education. Due to the match- control design, there were no statistical differences in sample 's demographical characteristics (gender, age and education). The general population had a mean score of 2,807, in comparison to diabetics with 2,775 and epileptics with 2,758, ($p < 0,05$). The use of SF- 36 proved to be a useful tool for recording and monitoring the QoL in patients with diabetes, epilepsy and the general population in contemporary Greece.

Conclusions: In this Greek sample only marginal difference in the QoL of diabetic and epileptic patients in comparison to the general population was revealed. This may be attributed to the semi- rural aspect of the town and its close community life.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Αριστοτέλης (μτφρ.: Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου) (1993). Άπαντα- Ηθικά Νικομάχεια Α', εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα

Γρηγοριάδου Ε. (2006). Λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, Μεταπτυχιακή εργασία

Καραμήτσος Δ. (2009). Σακχαρώδης διαβήτης από τη θεωρία στην πράξη, εκδόσεις Α. Σιώκη, Θεσσαλονίκη

Κατσιλάμπρος Ν. (2007). Σακχαρώδης διαβήτης, εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα

Μελιδώνης Α. (2001). Η πρόληψη στον σακχαρώδη διαβήτη και στις επιπλοκές, Πειραιάς: Medical Graphic Center

Παπάζογλου (2001). Χρόνιες επιπλοκές, μεταβολικός έλεγχος και διατροφικές συνήθειες σε διαβητικούς τύπου 1, Ελληνικά διαβητολογικά χρονικά, 13(2): 168- 172

Παπά Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Νιάκας Δ.(2006). Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(2), 159-166

Πήτα Ρ., Γρηγοριάδου Ε., Μαρίνα Ε., Κουβάτσου Ζ., Διδάγγελος Τ., Καραμήτσος Δ. (2006). Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, Ελληνικά διαβητολογικά χρονικά, 19(4): 282- 294

Σαπουντζή- Κρέπια Δ. (2004). Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα- Μία ολιστική προσέγγιση, εκδόσεις Ελλήν, Αθήνα

Σαρρής Μ. (2001). Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής, εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα

Σαχίνη- Καρδάση Α. (1997). Μεθοδολογία της έρευνας, Εφαρμογές στο χώρο της υγείας, Γ' έκδοση, εκδόσεις Βήτα, Θεσσαλονίκη

Τσαματσίρος Γ. (1998). Η επίδραση του ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη στην λειτουργία της οικογένειας, Ελληνική Διαβητολογική Εταιρία, Διαβητολογικά Νέα, τεύχος 3

Τσιφτσόγλου Α. (2001). Μοριακή και κλινική φαρμακολογία- Βασικές αρχές και μηχανισμοί δράσης φαρμάκων, τόμος Β, εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη

Υφαντόπουλος Ι. (2003). Η μέτρηση της ποιότητας ζωής στα οικονομικά της υγείας. Νέα Υγεία, 36, 4- 7

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Alberti (1997). Zimmet International textbook of diabetes mellitus, Bookcraft Bath Ltd, Great Britain

Bowling A. (1997). Measuring health : a review of quality of life measurement scalew. UK : Open University Press

Collazo M. (2001). Διαβήτης- Mayo clinic, εκδόσεις Μοντέρνοι καιροί, Αθήνα

Dewit S. (2009). Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική. Έννοιες και πρακτική. 2^ο τόμος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Godney R., Fisher L., Phillips P., Wilson D. (2004). Diabetes, Depression and Quality of life. Diabetes Care May, 27, 5

Franges E. (2006). A sudden storm caring for seizure patients, 2: 2

Frazin N. (2005). Crisis epilepticus :Esperanza en la Investigation

Harvey Simon (2006). Epilepsy, university of Maryland medical center

Harvey R. A., Champe P.C. (2007). Φαρμακολογία, 3^η έκδοση, εκδόσεις Παριστιανού, Αθήνα

Hauser et al. (2006). Neurologia en Medicina Clinica, 14: 187- 191

Helde et al. (2005). Epilepsy , Behavior, A structured, nurse led intervention program improves quality of life in patients with epilepsy: A randomized, controlled trial,7: 451- 457

Krumholz A. et al. (2007). Evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults , Neurology ,69: 1996- 2007

Thomas, Arzimanoglou. (2002). Epilepsics

Yfantopoulos G., Pierrakis G., Zanakis V. (2001). A comparative study of the quality of life of patients with hepatitis c. archives of Hellenic Medicine, 18, 288-296

Yfantopoulos, J. (2001). The 'Social' Quality of Life. Archives of Hellenic Medicine, 18, 108-113

Ware , J.E. (1993). The SF-36 Health Survey: A manual an Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center

Watkins P.(1993). ABC of diabetes, University Studio Press, London

Zarranz et al. (2006). Neurologia , 21 (3): 119- 123

Internet

Ελληνικές ιστοσελίδες

Βικιπαιδεία (2008. Σακχαρώδης διαβήτης, <http://el.wikipedia.org/wiki/>

Θεοφίλου Π. (2010). Η ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας. e- Περιοδικό Επιστήμης και τεχνολογίας, 43- 50

Ιατρονέτ (2008).Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1,

http://www.iatronet.gr/articlespnsr.asp?art_id=2348 iatronet.gr 1999-2008 |

Website by [Theratron](#) | [Ernis Silver Award 2006](#)

Παπάνης Ε., Ρουμेलιώτου (2007). Ποιότητα ζωής,

http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog_post_5311.html

Ξένες ιστοσελίδες

Wagner J., Abbott G. and Syrretta L. (2004). Age related differences in individual quality of life domains in youth with type 1 diabetes,

www.hqlo.com/content/2/1/54/abstract

Wasserman L. & Trifonova E. (2006). Diabetes Mellitus as a model of Psychosomatic and Somatopsychic Interrelations, www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/11387416/articulos/SJOP0606120075A.PDF

Who (2003), Definition of diabetes, <http://www.who.org>

SF-36

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ**

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω 36 ερωτήσεις του RAND Health Survey 1.0 ολοκληρωμένα, ειλικρινά και χωρίς διακοπές. Σημειώσατε με «X» την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΥΓΕΙΑΣ

Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Εξαιρετική
- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Φτωχή

Συγκρίνοντας με τον προηγούμενο χρόνο, πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας τώρα;

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Πολύ καλύτερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο
- Λίγο καλύτερη, από τον προηγούμενο χρόνο
- Περίπου ίδια
- Λίγο χειρότερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο
- Πολύ χειρότερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο

Περιορισμοί των δραστηριοτήτων

Οι παρακάτω στήλες αφορούν δραστηριότητες που θα μπορούσατε να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ημέρας. **Το επίπεδο της υγείας σας τώρα σας περιορίζει** στις παρακάτω δραστηριότητες ; Αν ναι ,πόσο; (Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

	Ναι, με Περιορίζει πολύ	Περιορίζει λίγο	Περιορίζει καθόλου
Έντονες δραστηριότητες , όπως τρέξιμο, άρση βαρέων αντικειμένων, συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μέτριας έντασης δραστηριότητες , όπως η μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, παίζοντας μπόουλινγκ ή γκολφ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άρση ή μεταφορά τροφίμων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ανεβαίνοντας τη σκάλα μερικές φορές	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ανεβαίνοντας τη σκάλα μία φορά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γονάτισμα ή σκύψιμο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περπάτημα πάνω από ένα χιλιόμετρο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περπάτημα μερικών οικοδομικών τετραγώνων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περπάτημα ενός οικοδομικού τετραγώνου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κάνοντας μπάνιο ή ντύνοντας τον εαυτό σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Προβλήματα σωματικής υγείας

Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 4 εβδομάδων**, είχατε κάποιο πρόβλημα από τα παρακάτω στη δουλειά σας ή σε κάποιες καθημερινές δραστηριότητες, **ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας;** (Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

	Ναι	Όχι
Αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο , από αυτό που θα θέλατε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Είχατε κάποιον περιορισμό στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είχατε δυσκολία στην εκπλήρωση της δουλειάς σας ή σε άλλες δραστηριότητες (π.χ. χρειαστήκατε επιπλέον προσπάθεια)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Προβλήματα ψυχικής υγείας

Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 4 εβδομάδων**, είχατε κάποιο πρόβλημα από τα παρακάτω στη δουλειά σας ή σε κάποιες καθημερινές δραστηριότητες, **ως αποτέλεσμα κάποιων ψυχικών προβλημάτων** (π.χ. αίσθημα καταπίεσης ή άγχους) **(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)**

	Ναι	Όχι
Αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο , από αυτό που θα θέλατε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες τόσο προσεχτικά ως συνήθως	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Κοινωνικές δραστηριότητες

Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, σε ποιά έκταση επέδρασαν τα ψυχικά προβλήματα ή η σωματική σας υγεία στις φυσιολογικές κοινωνικές δραστηριότητές σας με την οικογένεια, φίλους, γείτονες ή παρέες; **(Επιλέξτε μία απάντηση)**

- Καθόλου
- Ελάχιστα
- Λίγο
- Μέτρια
- Πάρα πολύ

Πόνος

Πόσο πονέσατε σωματικά τις **τελευταίες 4 εβδομάδες**; **(Επιλέξτε μία απάντηση)**

- Καθόλου
- Πολύ ήπια
- Ήπια
- Μέτρια

- Αρκετά
- Πολύ

Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 4 εβδομάδων**, πόσο ο πόνος επέδρασε στη δουλειά σας (συμπεριλαμβανομένων και των δύο εργασιών μέσα κι έξω απ' το σπίτι); **(Επιλέξτε μία απάντηση)**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

Ενέργεια και συναισθήματα

Αυτές οι ερωτήσεις έχουν σχέση με το πώς νιώσατε και πώς ήταν η κατάστασή σας τις **4 τελευταίες εβδομάδες**.

Για κάθε ερώτηση, δώστε την απάντηση που προσεγγίζει τον τρόπο με τον οποίο νιώσατε.

(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

Πόσο χρόνο κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων...	Όλο το χρόνο	Πολύ χρόνο	Αρκετό χρόνο	Λίγο χρόνο	Πολύ Λίγο χρόνο	Καθόλου χρόνο
Αισθανθήκατε γεμάτοι από ζωντάνια;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είσαστε πάρα πολύ νευρικοί;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε τόσο κατηφείς, ώστε τίποτα δε μπορούσε να σας φτιάξει τη διάθεση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε ήρεμοι και γαλήνιοι;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είχατε πολύ ενέργεια;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε μελαγχολικοί;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε νευρικοί;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε ευτυχείς;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε κουρασμένοι;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Κοινωνικές δραστηριότητες

Κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσες φορές η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα, αναμείχθηκαν στις κοινωνικές σας δραστηριότητες (επίσκεψη σε φίλους, συγγενείς κ.τ.λ.);
(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Συνεχώς
- Τις περισσότερες φορές
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Καθόλου

Γενικά περί υγείας

Πόσο σωστές ή λάθος είναι για σας οι παρακάτω προτάσεις;

(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

	Αληθής	Αρκετά αληθής	Δεν ξέρω	Αρκετά ψευδής	Ψευδής
Αρρωσταίνω ευκολότερα από τους άλλους ανθρώπους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είμαι υγιής όσο οι άλλοι άνθρωποι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περιμένω η υγεία μου να χειροτερέψει	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Άδειες διεξαγωγής της έρευνας

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Σίνδος, Τ.Θ. 141, Τ.Κ. 57400

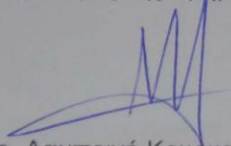
Τηλέφωνο: 213 013500, 213 013500 821

14-4-2014

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται ότι οι φοιτήτριες του τμήματος μας : Ρωμανοπούλου Μαρία, Πετρίδου Ελίνα και Νταμουσιδίου Ελένη εκπονούν πτυχιακή ερευνητική εργασία με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Δ. Θεοφανίδη με θέμα: «Σακχαρώδης διαβήτης και επιληψία: συγκριτική μελέτη ποιότητας ζωής». Σκοπός της μελέτης είναι η αποτύπωση της ποιότητας ζωής των επιληπτικών ατόμων και των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ενώ θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ερευνητικής ηθικής και δεοντολογίας. Παρακαλούμε για την διευκόλυνση των φοιτητών μας στη συλλογή δεδομένων μέσω τη σχετικής αίτησης άδειας στη οποία θα προβούν.

Η Πρόεδρος της Τμήματος Νοσηλευτικής



Δρ. Λαμπρινή Κουρκούτα

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Συνοπτικό Ερευνητικό Πρωτόκολλο

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Σακχαρώδης διαβήτης και επιληψία: συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής»

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: Ρωμανοπούλου Μαρία, Πετρίδου Ελίνα, Νταμουτσίδου Ελένη

Σκοπός : σκοπός της έρευνας είναι η αποτύπωση της ποιότητας ζωής των επιληπτικών ατόμων και των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Μέθοδος: η έρευνα θα πραγματοποιηθεί με την χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 και θα είναι ανώνυμη. Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρωθούν είτε μέσω συνέντευξης είτε θα τα συμπληρώνουν μόνοι τους όσοι πάσχοντες επιθυμούν να συμμετέχουν.

Δείγμα: το δείγμα θα αποτελείται από ενήλικα άτομα που πάσχουν από χρόνια επιληψία και χρόνια σακχαρώδη διαβήτη αλλά δεν πάσχουν από κανένα άλλο χρόνια νόσημα. Θα απευθύνεται σε άτομα που μιλούν την ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: με αυτή την έρευνα επιδιώκουμε να διερευνήσουμε την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νοσήματα.

Συμπεράσματα: Τα αναμενόμενα συμπεράσματα θα βοηθήσουν στη διαμόρφωση προτάσεων για βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νοσήματα.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
4^η Δ.Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
ΤΗΣ
16^{ης}/9-7-2014
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ

Σήμερα 9-7-2014 ημέρα Τετάρτη και ώρα 12.30μ., το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ. Ν. Σερρών, που συγκροτήθηκε με την αριθμ.319/30-6-2014 απόφαση του Διοικητή του Γ. Ν. Σερρών, συνήλθε στην αίθουσα του Δ.Σ. του ιδρύματος σε τακτική συνεδρίαση, μετά από πρόσκληση του Προέδρου του Συμβουλίου κ. Δημητρίου Σταματιάδη, που επιδόθηκε νόμιμα και εμπρόθεσμα σε όλα τα μέλη.

Αφού διαπιστώθηκε ότι υπάρχει νόμιμη απαρτία

Παρόντα μέλη

Σταματιάδης Δημήτριος, Συντ. Δ/ντης Νεφρολογίας, Πρόεδρος
Βαγρόπουλος Ιωάννης, Δ/ντης Παθολογίας, τακτικό μέλος
Τσινόπουλος Γεώργιος, ΕΒ' Καρδιολογίας, τακτικό μέλος
Μητρούδης Νικόλαος, ειδικευόμενος, τακτικό μέλος
Μωραΐτης Γεώργιος, ΠΕ Επιστήμονας ιατρικής υπηρεσίας μη ιατρός, τακτικό μέλος
Σταυρίδου- Ηλιοπούλου Ευανθία, Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρωματικό μέλος
Στη Συνεδρίαση μετέχει η κ.Κωσταίου Βαρβάρα, ως Γραμματέας του Ε.Σ.

Θέμα 7ον : «Αίτημα των φοιτητριών του Αλεξάνδρειου ΤΕΙ Θεσ/νίκης, τμήματος Νοσηλευτικής Πετρίδου Ελίνας, Ρωμανίδου Μαρίας και Νταμουτσίδου Ελένης, για άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας, με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων από επιληπτικούς ασθενείς του Γ.Ν.Σερρών και θέμα «Σακχαρώδεις διαβήτης και επιληψία: συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής».

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του:

1. Το αριθμ. 5185/22-4-2010 έγγραφο της 4^{ης} Υ.ΠΕ Μακεδονίας και Θράκης
2. Την αριθμ. 5450/16-5-2014 αίτηση των φοιτητριών του Αλεξάνδρειου ΤΕΙ Θεσ/νίκης, τμήματος Νοσηλευτικής Πετρίδου Ελίνας, Ρωμανίδου Μαρίας και Νταμουτσίδου Ελένης, για άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας, με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων από επιληπτικούς ασθενείς του Γ.Ν.Σερρών και θέμα «Σακχαρώδεις διαβήτης και επιληψία: συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής
3. Συνοπτικό ερευνητικό πρωτόκολλο, το ερωτηματολόγιο.
4. Την βεβαίωση της σχολής υπογεγραμμένη από τον πρόεδρο του τμήματος
5. Την σύμφωνη γνώμη της Δ/ντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και του Διοικητή του Γ.Ν.Σερρών.

εισηγείται

Την έγκριση άδειας εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των φοιτητριών του Αλεξάνδρειου ΤΕΙ Θεσ/νίκης, τμήματος Νοσηλευτικής Πετρίδου Ελίνας, Ρωμανίδου Μαρίας και Νταμουτσίδου Ελένης, με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων από επιληπτικούς ασθενείς του Γ.Ν.Σερρών και θέμα «Σακχαρώδεις διαβήτης και επιληψία: συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής», με την επισήμανση ότι, δεν παρεμποδίζεται η εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου μας και ότι με την ολοκλήρωση της μελέτης ο ερευνητής υποχρεούται να καταθέσει έκθεση αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων της έρευνας και ανάπτυπο της διδακτορικής διατριβής για να κατατεθεί στην βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου μας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Ακριβές αντίγραφο
Η γραμματέας του Ε.Σ
Β.Κωσταίου

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

Της 9^{ης} Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του
Γενικού Νοσοκομείου Σερρών της 21.07.2014

Σήμερα στις Σέρρες 21 Ιουλίου 2014, ημέρα της εβδομάδας Δευτέρα και ώρα 10:00', στην Αίθουσα Συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών προσήλθαν σε εκτέλεση :

- α) του Ν. 3329/05 « Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»,
- β) ΦΕΚ 631/17-12-2013, Τεύχ.Υ.Ο.Δ.Δ., Διορισμού Διοικητή,
- γ) ΦΕΚ 215/16-04-2014, Τεύχ.Υ.Ο.Δ.Δ., Διορισμού Διοικητικού Συμβουλίου,

σε τακτική συνεδρίαση τα παρακάτω μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ. Ν. Σερρών :

1. ΕΥΣΤΑΘΙΑΔΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ, Διοικητής, ως Πρόεδρος
2. ΣΩΤΗΡΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ, Αναπληρωτής Διοικητής, ως Αντιπρόεδρος
3. ΓΚΟΥΓΚΟΥΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ως τακτικό Μέλος
4. ΕΥΑΓΓΕΛΙΔΗΣ ΛΑΖΑΡΟΣ, ως τακτικό Μέλος
5. ΓΙΑΝΤΣΙΔΗΣ ΠΑΣΧΑΛΗΣ, ως αναπληρωματικό Μέλος
6. ΠΑΝΤΟΥΣΑΣ ΗΛΙΑΣ, ως τακτικό Αιρετό Μέλος
7. ΑΛΕΒΙΖΑΚΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ, ως τακτικό Αιρετό Μέλος

Προς συζήτηση των θεμάτων της αριθμ. πρωτ. Δκ.:170/17-07-2014 ημερησίας διατάξεως του Διοικητή του Γ.Ν. Σερρών.

Στη Συνεδρίαση μετέχει η κ. Παναγιωτίδου Αθηνά, ως Γραμματέας του Συμβουλίου.

Το Συμβούλιο μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας υπό την Προεδρία του Διοικητή του Διοικητικού Συμβουλίου κ.Ευσταθιάδη Γρηγορίου, προχωρεί στη συζήτηση των παρακάτω θεμάτων:

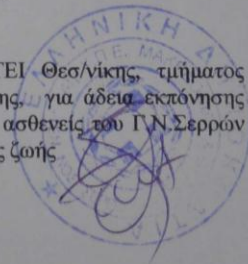
ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ

ΘΕΜΑ 27ο : «Αίτημα των φοιτητριών του Αλεξάνδρειου ΤΕΙ Θεσ/νίκης, τμήματος Νοσηλευτικής Πετρίδου Ελίνας, Ρωμανίδου Μαρίας και Νταμουτσίδου Ελένης, για άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας, με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων από επιληπτικούς ασθενείς του Γ.Ν.Σερρών και θέμα «Σακχαρώδεις διαβήτης και επιληψία: συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής».

Ο Διοικητής θέτει υπόψη του Συμβουλίου:

Το με αρ. 16η / 9-07-2014 απόσπασμα πρακτικού Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου, θέμα 7ο, , το οποίο αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της παρούσας απόφασης και αναφέρει τα κάτωθι:

1. Το αριθμ. 5185/22-4-2010 έγγραφο της 4^{ης} Υ.ΠΕ Μακεδονίας και Θράκης
2. Την αριθμ. 5450/16-5-2014 αίτηση των φοιτητριών του Αλεξάνδρειου ΤΕΙ Θεσ/νίκης, τμήματος Νοσηλευτικής Πετρίδου Ελίνας, Ρωμανίδου Μαρίας και Νταμουτσίδου Ελένης, για άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας, με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων από επιληπτικούς ασθενείς του Γ.Ν.Σερρών και θέμα «Σακχαρώδεις διαβήτης και επιληψία: συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής



3. Συνοπτικό ερευνητικό πρωτόκολλο, το ερωτηματολόγιο.
4. Την βεβαίωση της σχολής υπογεγραμμένη από τον πρόεδρο του τμήματος
5. Την σύμφωνη γνώμη της Δ/τριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και του Διοικητή του Γ.Ν.Σερρών.

εισηγείται

Την έγκριση άδειας εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των φοιτητριών του Αλεξάνδρειου ΤΕΙ Θεσ/νίκης, τμήματος Νοσηλευτικής Πετρίδου Ελίνας, Ρωμανίδου Μαρίας και Νταμουτσίδου Ελένης, με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων από επιληπτικούς ασθενείς του Γ.Ν.Σερρών και θέμα «Σακχαρώδεις διαβήτης και επιληψία: συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής», με την επισήμανση ότι, δεν παρεμποδίζεται η εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου μας και ότι με την ολοκλήρωση της μελέτης ο ερευνητής υποχρεούται να καταθέσει έκθεση αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων της έρευνας και ανάπτυπο της διδακτορικής διατριβής για να κατατεθεί στην βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου μας.

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη τα πιο πάνω, μετά από διαλογική συζήτηση,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Την **έγκριση** άδειας εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των φοιτητριών του Αλεξάνδρειου ΤΕΙ Θεσ/νίκης, τμήματος Νοσηλευτικής Πετρίδου Ελίνας, Ρωμανίδου Μαρίας και Νταμουτσίδου Ελένης, με την **συμπλήρωση** ερωτηματολογίων από επιληπτικούς ασθενείς του Γ.Ν.Σερρών και θέμα «**Σακχαρώδεις διαβήτης και επιληψία: συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής**», με την επισήμανση ότι, δεν παρεμποδίζεται η εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου μας και ότι με την ολοκλήρωση της μελέτης ο ερευνητής υποχρεούται να καταθέσει έκθεση αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων της έρευνας και ανάπτυπο της διδακτορικής διατριβής για να κατατεθεί στην βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου μας.

Επικυρώνει την απόφαση σήμερα.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΑΔΗΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΣΩΤΗΡΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΓΚΟΥΓΚΟΥΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΔΗΣ ΛΑΖΑΡΟΣ

ΓΙΑΝΤΣΙΔΗΣ ΠΑΣΧΑΛΗΣ

ΠΑΝΤΟΥΣΑΣ ΗΛΙΑΣ

ΑΛΕΒΙΖΑΚΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Επεξήγηση Στατιστικών Αποτελεσμάτων

Περιγραφική Στατιστική

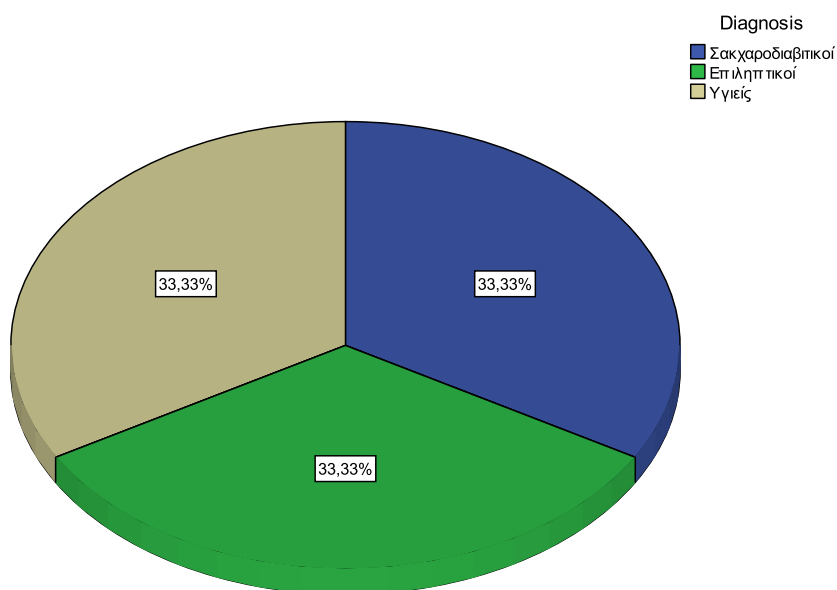
Descriptives

Age

Diagnosis	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
Σακχαροδιαβητικοί	Αντρες	6	34,1667	15,01222	6,12871	18,4123	49,9210	18,00	52,00
	Γυναίκες	24	35,6667	17,84393	3,64238	28,1318	43,2015	12,00	65,00
	Total	30	35,3667	17,08091	3,11853	28,9886	41,7448	12,00	65,00
Επιληπτικοί	Αντρες	7	47,0000	19,71463	7,45143	28,7670	65,2330	18,00	79,00
	Γυναίκες	23	42,6957	19,21040	4,00565	34,3885	51,0029	12,00	70,00
	Total	30	43,7000	19,07363	3,48235	36,5778	50,8222	12,00	79,00
Υγιείς	Αντρες	7	57,0000	17,34935	6,55744	40,9545	73,0455	37,00	79,00
	Γυναίκες	23	44,9565	18,98200	3,95802	36,7481	53,1650	20,00	70,00
	Total	30	47,7667	19,03841	3,47592	40,6576	54,8757	20,00	79,00

Στο παρακάτω γράφημα αναπαριστάται ο αριθμός των ατόμων που επιλέχθηκαν για τους σκοπούς της συγκεκριμένης διπλωματικής, το 33,3% ήταν Σακχαροδιαβητικοί, το 33,3% ήταν Επιληπτικοί και το άλλο 33,3% ήταν Υγιείς.

Αριθμός ατόμων ανά κατηγορία



t-test for 1-2 Groups

Group Statistics

Diagnosis	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Q1 Σακχαροδιαβητικοί	30	2,4333	1,13512	,20724
Επιληπτικοί	30	2,4333	1,07265	,19584
Q2 Σακχαροδιαβητικοί	30	2,9000	,95953	,17518
Επιληπτικοί	30	2,8333	,98553	,17993
Q3 Σακχαροδιαβητικοί	30	2,0667	,86834	,15854
Επιληπτικοί	30	2,1000	,75886	,13855
Q4 Σακχαροδιαβητικοί	30	2,5000	,62972	,11497
Επιληπτικοί	30	2,5667	,56832	,10376

Q5	Σακχαροδιαβητικό ί	30	2,5000	,73108	,13348
	Επιληπτικοί	30	2,7000	,53498	,09767
Q6	Σακχαροδιαβητικό ί	30	2,4333	,77385	,14129
	Επιληπτικοί	30	2,4667	,62881	,11480
Q7	Σακχαροδιαβητικό ί	30	2,6333	,66868	,12208
	Επιληπτικοί	30	2,6333	,61495	,11227
Q8	Σακχαροδιαβητικό ί	30	2,3333	,84418	,15413
	Επιληπτικοί	30	2,4667	,62881	,11480
Q9	Σακχαροδιαβητικό ί	30	2,5000	,73108	,13348
	Επιληπτικοί	30	2,6000	,56324	,10283
Q10	Σακχαροδιαβητικό ί	30	2,5000	,68229	,12457
	Επιληπτικοί	30	2,6667	,47946	,08754
Q11	Σακχαροδιαβητικό ί	30	2,7667	,56832	,10376
	Επιληπτικοί	30	2,8000	,40684	,07428
Q12	Σακχαροδιαβητικ οί	30	2,9667	,18257	,03333
	Επιληπτικοί	30	2,6667	,60648	,11073
Q13	Σακχαροδιαβητικ οί	30	1,7333	,44978	,08212
	Επιληπτικοί	30	1,8667	,57135	,10431
Q14	Σακχαροδιαβητικ οί	30	1,7667	,43018	,07854
	Επιληπτικοί	30	1,8333	,53067	,09689

Q15	Σακχαροδιαβητικοί	30	1,6333	,49013	,08949
	Επιληπτικοί	30	1,7000	,46609	,08510
Q16	Σακχαροδιαβητικοί	30	1,7333	,44978	,08212
	Επιληπτικοί	30	1,6667	,47946	,08754
Q17	Σακχαροδιαβητικοί	30	1,8667	,34575	,06312
	Επιληπτικοί	30	1,7000	,46609	,08510
Q18	Σακχαροδιαβητικοί	30	1,8000	,40684	,07428
	Επιληπτικοί	30	1,7333	,44978	,08212
Q19	Σακχαροδιαβητικοί	30	1,8667	,34575	,06312
	Επιληπτικοί	30	1,8000	,48423	,08841
Q20	Σακχαροδιαβητικοί	30	2,0667	1,28475	,23456
	Επιληπτικοί	30	2,3000	1,31700	,24045
Q21	Σακχαροδιαβητικοί	30	2,4667	1,47936	,27009
	Επιληπτικοί	30	2,1333	1,16658	,21299
Q22	Σακχαροδιαβητικοί	30	1,8667	1,04166	,19018
	Επιληπτικοί	30	1,6667	,92227	,16838
Q23	Σακχαροδιαβητικοί	30	3,0000	1,20344	,21972
	Επιληπτικοί	30	3,0000	1,38962	,25371
Q24	Σακχαροδιαβητικοί	30	4,1667	1,11675	,20389
	Επιληπτικοί	30	4,0667	1,48401	,27094

Q25	Σακχαροδιαβητικ οί	30	5,2000	1,12648	,20567
	Επιληπτικοί	30	4,2667	1,50707	,27515
Q26	Σακχαροδιαβητικ οί	30	3,3000	1,23596	,22565
	Επιληπτικοί	30	3,3667	1,40156	,25589
Q27	Σακχαροδιαβητικ οί	30	3,0333	1,18855	,21700
	Επιληπτικοί	30	3,9000	1,51658	,27689
Q28	Σακχαροδιαβητικ οί	30	4,5000	1,33261	,24330
	Επιληπτικοί	30	4,4000	1,37966	,25189
Q29	Σακχαροδιαβητικ οί	30	4,0000	1,14470	,20899
	Επιληπτικοί	30	3,9667	1,27261	,23235
Q30	Σακχαροδιαβητικ οί	30	3,1000	1,21343	,22154
	Επιληπτικοί	30	3,4000	1,30252	,23781
Q31	Σακχαροδιαβητικ οί	30	3,3333	1,32179	,24132
	Επιληπτικοί	30	3,7333	1,31131	,23941
Q32	Σακχαροδιαβητικ οί	30	4,0333	,99943	,18247
	Επιληπτικοί	30	3,4667	1,16658	,21299
Q33	Σακχαροδιαβητικ οί	30	4,1667	1,26173	,23036
	Επιληπτικοί	30	3,6667	1,26854	,23160
Q34	Σακχαροδιαβητικ οί	30	2,3333	1,32179	,24132
	Επιληπτικοί	30	2,9333	1,31131	,23941

Q35	Σακχαροδιαβητικοί	30	3,8667	1,13664	,20752
	Επιληπτικοί	30	3,4333	1,38174	,25227
Q36	Σακχαροδιαβητικοί	30	2,5333	1,30604	,23845
	Επιληπτικοί	30	2,3667	1,40156	,25589

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Q1	,341	,562	,000	58	1,000	,00000	,28514	-,57076	,57076
Equal variances not assumed			,000	57,815	1,000	,00000	,28514	-,57080	,57080
Q2	,253	,617	,265	58	,792	,06667	,25113	-,43602	,56935
Equal variances not assumed			,265	57,959	,792	,06667	,25113	-,43603	,56936
Q3	1,695	,198	-,158	58	,875	-,03333	,21055	-,45479	,38812

	Equal variances not assumed			-,158	56,977,875	-,03333	,21055	-,45495	,38828
Q4	Equal variances assumed	,607	,439	-,430	58,668	-,06667	,15487	-,37667	,24334
	Equal variances not assumed			-,430	57,400,668	-,06667	,15487	-,37674	,24341
Q5	Equal variances assumed	5,457	,023	- 1,209	58,231	-,20000	,16540	-,53108	,13108
	Equal variances not assumed			- 1,209	53,137,232	-,20000	,16540	-,53173	,13173
Q6	Equal variances assumed	2,045	,158	-,183	58,855	-,03333	,18205	-,39774	,33108
	Equal variances not assumed			-,183	55,669,855	-,03333	,18205	-,39807	,33140
Q7	Equal variances assumed	,071	,791	,000	58,1,000	,00000	,16586	-,33201	,33201
	Equal variances not assumed			,000	57,598,1,000	,00000	,16586	-,33205	,33205
Q8	Equal variances assumed	5,722	,020	-,694	58,491	-,13333	,19218	-,51803	,25137
	Equal variances not assumed			-,694	53,606,491	-,13333	,19218	-,51870	,25204

Q9 Equal variances assumed	2,811	,099	-,593	58	,555	-,10000	,16850	-,43728	,23728
Equal variances not assumed			-,593	54,457	,555	-,10000	,16850	-,43775	,23775
Q10 Equal variances assumed	6,118	,016	-1,095	58	,278	-,16667	,15225	-,47143	,13809
Equal variances not assumed			-1,095	52,027	,279	-,16667	,15225	-,47218	,13884
Q11 Equal variances assumed	,630	,431	-,261	58	,795	-,03333	,12761	-,28877	,22210
Equal variances not assumed			-,261	52,540	,795	-,03333	,12761	-,28933	,22267
Q12 Equal variances assumed	36,127	,000	2,594	58	,012	,30000	,11564	,06853	,53147
Equal variances not assumed			2,594	34,213	,014	,30000	,11564	,06505	,53495
Q13 Equal variances assumed	,026	,871	-1,004	58	,319	-,13333	,13276	-,39908	,13241
Equal variances not assumed			-1,004	54,970	,320	-,13333	,13276	-,39939	,13272
Q14 Equal variances assumed	,163	,688	-,535	58	,595	-,06667	,12472	-,31632	,18299

Equal variances not assumed			-,535	55,619	,595	-,06667	,12472	-,31655	,18322
Q15 Equal variances assumed	1,143	,289	-,540	58	,591	-,06667	,12349	-,31385	,18052
Equal variances not assumed			-,540	57,854	,591	-,06667	,12349	-,31387	,18053
Q16 Equal variances assumed	1,226	,273	,555	58	,581	,06667	,12003	-,17359	,30692
Equal variances not assumed			,555	57,765	,581	,06667	,12003	-,17361	,30694
Q17 Equal variances assumed	10,807	,002	1,573	58	,121	,16667	,10595	-,04542	,37875
Equal variances not assumed			1,573	53,498	,122	,16667	,10595	-,04580	,37914
Q18 Equal variances assumed	1,464	,231	,602	58	,549	,06667	,11073	-,15498	,28831
Equal variances not assumed			,602	57,426	,549	,06667	,11073	-,15503	,28836
Q19 Equal variances assumed	3,925	,052	,614	58	,542	,06667	,10863	-,15078	,28412
Equal variances not assumed			,614	52,469	,542	,06667	,10863	-,15127	,28461

Q20	Equal variances assumed	,591	,445	-,695	58	,490	-,23333	,33591	-,90573	,43906
	Equal variances not assumed			-,695	57,964	,490	-,23333	,33591	-,90574	,43907
Q21	Equal variances assumed	2,032	,159	,969	58	,337	,33333	,34397	-,35519	1,02186
	Equal variances not assumed			,969	55,009	,337	,33333	,34397	-,35599	1,02266
Q22	Equal variances assumed	,137	,713	,787	58	,434	,20000	,25401	-,30846	,70846
	Equal variances not assumed			,787	57,161	,434	,20000	,25401	-,30862	,70862
Q23	Equal variances assumed	,410	,525	,000	58	1,000	,00000	,33562	-,67183	,67183
	Equal variances not assumed			,000	56,840	1,000	,00000	,33562	-,67212	,67212
Q24	Equal variances assumed	2,294	,135	,295	58	,769	,10000	,33909	-,57876	,77876
	Equal variances not assumed			,295	53,869	,769	,10000	,33909	-,57987	,77987
Q25	Equal variances assumed	6,419	,014	2,717	58	,009	,93333	,34352	,24570	1,62097

Equal variances not assumed			2,717	53,696	009	,93333	,34352	,24452	1,62214
Q26 Equal variances assumed	,392	,534	-,195	58	,846	-,06667	,34117	-,74960	,61626
Equal variances not assumed			-,195	57,107	,846	-,06667	,34117	-,74982	,61649
Q27 Equal variances assumed	3,156	,081	-2,464	58	,017	-,86667	,35179	-1,57085	-,16249
Equal variances not assumed			-2,464	54,866	,017	-,86667	,35179	-1,57170	-,16163
Q28 Equal variances assumed	,320	,574	,286	58	,776	,10000	,35021	-,60101	,80101
Equal variances not assumed			,286	57,930	,776	,10000	,35021	-,60103	,80103
Q29 Equal variances assumed	,375	,543	,107	58	,915	,03333	,31251	-,59222	,65889
Equal variances not assumed			,107	57,361	,915	,03333	,31251	-,59237	,65904
Q30 Equal variances assumed	,212	,647	-,923	58	,360	-,30000	,32501	-,95058	,35058
Equal variances not assumed			-,923	57,711	,360	-,30000	,32501	-,95065	,35065

Q31	Equal variances assumed	,072	,790	- 1,177	58 ,244	-,40000	,33993	-1,08045	,28045
	Equal variances not assumed			- 1,177	57,996,244	-,40000	,33993	-1,08045	,28045
Q32	Equal variances assumed	1,407	,240	2,020	58 ,048	-,56667	,28046	-,00526	1,12807
	Equal variances not assumed			2,020	56,666,048	-,56667	,28046	-,00498	1,12835
Q33	Equal variances assumed	,135	,715	1,531	58 ,131	-,50000	,32666	-,15388	1,15388
	Equal variances not assumed			1,531	57,998,131	-,50000	,32666	-,15388	1,15388
Q34	Equal variances assumed	,531	,469	- 1,765	58 ,083	-,60000	,33993	-1,28045	,08045
	Equal variances not assumed			- 1,765	57,996,083	-,60000	,33993	-1,28045	,08045
Q35	Equal variances assumed	1,949	,168	1,327	58 ,190	-,43333	,32666	-,22054	1,08721
	Equal variances not assumed			1,327	55,921,190	-,43333	,32666	-,22106	1,08773
Q36	Equal variances assumed	,011	,916	-,477	58 ,636	-,16667	,34977	-,53347	,86680

Equal variances not assumed			,477	57,713	,636	,16667	,34977	-,53354	,86688
-----------------------------	--	--	------	--------	------	--------	--------	---------	--------

t-test for 2-3 Groups

Group Statistics

Diagnosis	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Q1 Επιληπτικοί	30	2,4333	1,07265	,19584
Υγείς	30	2,0333	,99943	,18247
Q2 Επιληπτικοί	30	2,8333	,98553	,17993
Υγείς	30	3,0000	,78784	,14384
Q3 Επιληπτικοί	30	2,1000	,75886	,13855
Υγείς	30	2,2333	,67891	,12395
Q4 Επιληπτικοί	30	2,5667	,56832	,10376
Υγείς	30	2,6000	,56324	,10283
Q5 Επιληπτικοί	30	2,7000	,53498	,09767
Υγείς	30	2,7000	,53498	,09767
Q6 Επιληπτικοί	30	2,4667	,62881	,11480
Υγείς	30	2,3667	,55605	,10152
Q7 Επιληπτικοί	30	2,6333	,61495	,11227
Υγείς	30	2,7000	,46609	,08510
Q8 Επιληπτικοί	30	2,4667	,62881	,11480
Υγείς	30	2,5667	,62606	,11430
Q9 Επιληπτικοί	30	2,6000	,56324	,10283
Υγείς	30	2,5333	,57135	,10431
Q10 Επιληπτικοί	30	2,6667	,47946	,08754
Υγείς	30	2,7000	,46609	,08510

Q11	Επιληπτικοί	30	2,8000	,40684	,07428
	Υγείες	30	2,7667	,43018	,07854
Q12	Επιληπτικοί	30	2,6667	,60648	,11073
	Υγείες	30	2,8667	,34575	,06312
Q13	Επιληπτικοί	30	1,8667	,57135	,10431
	Υγείες	30	1,6667	,47946	,08754
Q14	Επιληπτικοί	30	1,8333	,53067	,09689
	Υγείες	30	1,7000	,46609	,08510
Q15	Επιληπτικοί	30	1,7000	,46609	,08510
	Υγείες	30	1,6667	,47946	,08754
Q16	Επιληπτικοί	30	1,6667	,47946	,08754
	Υγείες	30	1,7667	,43018	,07854
Q17	Επιληπτικοί	30	1,7000	,46609	,08510
	Υγείες	30	1,8000	,48423	,08841
Q18	Επιληπτικοί	30	1,7333	,44978	,08212
	Υγείες	30	1,7667	,43018	,07854
Q19	Επιληπτικοί	30	1,8000	,48423	,08841
	Υγείες	30	2,0000	,64327	,11744
Q20	Επιληπτικοί	30	2,3000	1,31700	,24045
	Υγείες	30	1,9667	1,24522	,22735
Q21	Επιληπτικοί	30	2,1333	1,16658	,21299
	Υγείες	30	2,1667	1,08543	,19817
Q22	Επιληπτικοί	30	1,6667	,92227	,16838
	Υγείες	30	1,9333	1,01483	,18528
Q23	Επιληπτικοί	30	3,0000	1,38962	,25371
	Υγείες	30	3,1667	1,23409	,22531

Q24	Επιληπτικοί	30	4,0667	1,48401	,27094
	Υγιείς	30	4,6667	1,09334	,19962
Q25	Επιληπτικοί	30	4,2667	1,50707	,27515
	Υγιείς	30	4,9333	,90719	,16563
Q26	Επιληπτικοί	30	3,3667	1,40156	,25589
	Υγιείς	30	3,4000	1,03724	,18937
Q27	Επιληπτικοί	30	3,9000	1,51658	,27689
	Υγιείς	30	3,2667	1,22990	,22455
Q28	Επιληπτικοί	30	4,4000	1,37966	,25189
	Υγιείς	30	4,6333	1,09807	,20048
Q29	Επιληπτικοί	30	3,9667	1,27261	,23235
	Υγιείς	30	4,4000	,96847	,17682
Q30	Επιληπτικοί	30	3,4000	1,30252	,23781
	Υγιείς	30	3,1333	1,10589	,20191
Q31	Επιληπτικοί	30	3,7333	1,31131	,23941
	Υγιείς	30	3,4000	1,00344	,18320
Q32	Επιληπτικοί	30	3,4667	1,16658	,21299
	Υγιείς	30	4,1000	,95953	,17518
Q33	Επιληπτικοί	30	3,6667	1,26854	,23160
	Υγιείς	30	3,5667	1,54659	,28237
Q34	Επιληπτικοί	30	2,9333	1,31131	,23941
	Υγιείς	30	2,5000	1,43238	,26152
Q35	Επιληπτικοί	30	3,4333	1,38174	,25227
	Υγιείς	30	3,7000	1,39333	,25439
Q36	Επιληπτικοί	30	2,3667	1,40156	,25589

Υγιείς	30	2,7000	1,48904	,27186
--------	----	--------	---------	--------

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Q1 Equal variances assumed	1,060	,308	1,494	58	,140	,40000	,26767	-,13580	,93580
Equal variances not assumed			1,494	57,712	,141	,40000	,26767	-,13586	,93586
Q2 Equal variances assumed	3,512	,066	-,724	58	,472	-,16667	,23036	-,62778	,29445
Equal variances not assumed			-,724	55,317	,472	-,16667	,23036	-,62826	,29492
Q3 Equal variances assumed	,127	,723	-,717	58	,476	-,13333	,18590	-,50546	,23879
Equal variances not assumed			-,717	57,296	,476	-,13333	,18590	-,50555	,23889
Q4 Equal variances assumed	,056	,813	-,228	58	,820	-,03333	,14609	-,32576	,25909
Equal variances not assumed			-,228	57,995	,820	-,03333	,14609	-,32576	,25909

Q5	Equal variances assumed	,000	1,000	,000	58	1,000	,00000	,13813	-,27650	,27650
	Equal variances not assumed			,000	58,000	1,000	,00000	,13813	-,27650	,27650
Q6	Equal variances assumed	1,114	,296	,653	58	,517	,10000	,15325	-,20677	,40677
	Equal variances not assumed			,653	57,145	,517	,10000	,15325	-,20687	,40687
Q7	Equal variances assumed	1,862	,178	-,473	58	,638	-,06667	,14088	-,34867	,21533
	Equal variances not assumed			-,473	54,052	,638	-,06667	,14088	-,34910	,21577
Q8	Equal variances assumed	,085	,771	-,617	58	,539	-,10000	,16200	-,42429	,22429
	Equal variances not assumed			-,617	57,999	,539	-,10000	,16200	-,42429	,22429
Q9	Equal variances assumed	,167	,684	,455	58	,651	,06667	,14648	-,22654	,35988
	Equal variances not assumed			,455	57,988	,651	,06667	,14648	-,22654	,35988
Q10	Equal variances assumed	,297	,588	-,273	58	,786	-,03333	,12208	-,27771	,21104

Equal variances not assumed			-,273	57,954	,786	-,03333	,12208	-,27771	,21105
Q11 Equal variances assumed	,382	,539	,308	58	,759	,03333	,10810	-,18305	,24972
Equal variances not assumed			,308	57,820	,759	,03333	,10810	-,18307	,24974
Q12 Equal variances assumed	10,784	,002	-1,569	58	,122	-,20000	,12746	-,45513	,05513
Equal variances not assumed			-1,569	46,049	,123	-,20000	,12746	-,45655	,05655
Q13 Equal variances assumed	,263	,610	1,469	58	,147	,20000	,13618	-,07259	,47259
Equal variances not assumed			1,469	56,304	,147	,20000	,13618	-,07276	,47276
Q14 Equal variances assumed	,182	,672	1,034	58	,305	,13333	,12895	-,12479	,39146
Equal variances not assumed			1,034	57,050	,306	,13333	,12895	-,12488	,39155
Q15 Equal variances assumed	,297	,588	,273	58	,786	,03333	,12208	-,21104	,27771
Equal variances not assumed			,273	57,954	,786	,03333	,12208	-,21105	,27771

Q16	Equal variances assumed	2,882	,095	-,850	58	,399	-,10000	,11761	-,33542	,13542
	Equal variances not assumed			-,850	57,331	,399	-,10000	,11761	-,33547	,13547
Q17	Equal variances assumed	,522	,473	-,815	58	,418	-,10000	,12271	-,34563	,14563
	Equal variances not assumed			-,815	57,916	,418	-,10000	,12271	-,34564	,14564
Q18	Equal variances assumed	,345	,559	-,293	58	,770	-,03333	,11363	-,26079	,19412
	Equal variances not assumed			-,293	57,885	,770	-,03333	,11363	-,26080	,19413
Q19	Equal variances assumed	,793	,377	- 1,361	58	,179	-,20000	,14700	-,49425	,09425
	Equal variances not assumed			- 1,361	53,878	,179	-,20000	,14700	-,49473	,09473
Q20	Equal variances assumed	1,210	,276	1,007	58	,318	,33333	,33091	-,32906	,99572
	Equal variances not assumed			1,007	57,819	,318	,33333	,33091	-,32910	,99577
Q21	Equal variances assumed	,753	,389	-,115	58	,909	-,03333	,29092	-,61568	,54901

Equal variances not assumed			-,115	57,701	,909	-,03333	,29092	-,61574	,54908
Q22 Equal variances assumed	,139	,710	-1,065	58	,291	-,26667	,25036	-,76782	,23449
Equal variances not assumed			-1,065	57,477	,291	-,26667	,25036	-,76792	,23459
Q23 Equal variances assumed	,107	,744	-,491	58	,625	-,16667	,33931	-,84588	,51254
Equal variances not assumed			-,491	57,202	,625	-,16667	,33931	-,84608	,51275
Q24 Equal variances assumed	2,416	,126	-1,783	58	,080	-,60000	,33654	-1,27365	,07365
Equal variances not assumed			-1,783	53,318	,080	-,60000	,33654	-1,27491	,07491
Q25 Equal variances assumed	16,214	,000	-2,076	58	,042	-,66667	,32116	-1,30953	-,02380
Equal variances not assumed			-2,076	47,577	,043	-,66667	,32116	-1,31254	-,02079
Q26 Equal variances assumed	2,844	,097	-,105	58	,917	-,03333	,31834	-,67056	,60390
Equal variances not assumed			-,105	53,436	,917	-,03333	,31834	-,67172	,60506

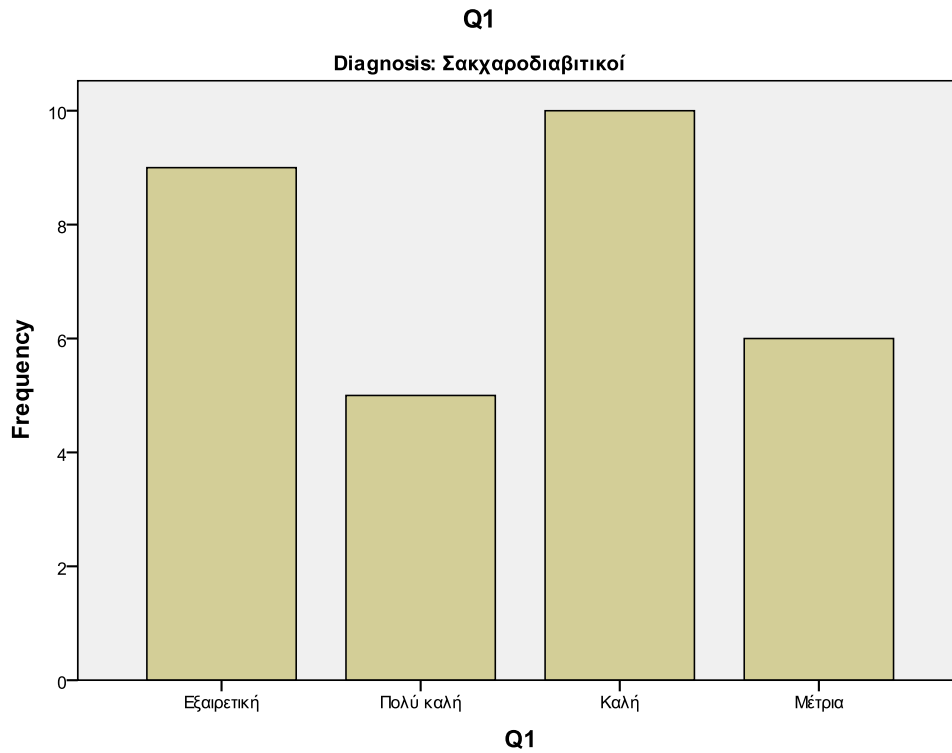
Q27	Equal variances assumed	,962	,331	1,777	58	,081	,63333	,35649	-,08027	1,34693
	Equal variances not assumed			1,777	55,628	,081	,63333	,35649	-,08092	1,34758
Q28	Equal variances assumed	3,097	,084	-,725	58	,471	-,23333	,32193	-,87775	,41108
	Equal variances not assumed			-,725	55,219	,472	-,23333	,32193	-,87844	,41177
Q29	Equal variances assumed	1,866	,177	- 1,484	58	,143	-,43333	,29197	-1,01778	,15112
	Equal variances not assumed			- 1,484	54,153	,144	-,43333	,29197	-1,01867	,15200
Q30	Equal variances assumed	1,266	,265	,855	58	,396	,26667	,31196	-,35779	,89112
	Equal variances not assumed			,855	56,513	,396	,26667	,31196	-,35814	,89147
Q31	Equal variances assumed	3,631	,062	1,106	58	,273	,33333	,30147	-,27011	,93678
	Equal variances not assumed			1,106	54,291	,274	,33333	,30147	-,27099	,93766
Q32	Equal variances assumed	,788	,378	- 2,297	58	,025	-,63333	,27578	-1,18536	-,08130

Equal variances not assumed			-2,297	55,918,025		-,63333	,27578	-1,18580	-,08087
Q33 Equal variances assumed	4,009	,050	,274	58	,785	,10000	,36520	-,63103	,83103
Equal variances not assumed			,274	55,862,785		,10000	,36520	-,63163	,83163
Q34 Equal variances assumed	1,197	,278	1,222	58	,227	,43333	,35455	-,27638	1,14305
Equal variances not assumed			1,222	57,553,227		,43333	,35455	-,27650	1,14317
Q35 Equal variances assumed	,080	,779	-,744	58	,460	-,26667	,35826	-,98381	,45047
Equal variances not assumed			-,744	57,996,460		-,26667	,35826	-,98381	,45048
Q36 Equal variances assumed	,236	,629	-,893	58	,376	-,33333	,37335	-1,08067	,41400
Equal variances not assumed			-,893	57,789,376		-,33333	,37335	-1,08072	,41406

Frequency Tables

Q1

Diagnosis			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid	Εξαιρετική	9	30,0	30,0	30,0
		Πολύ καλή	5	16,7	16,7	46,7
		Καλή	10	33,3	33,3	80,0
		Μέτρια	6	20,0	20,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Εξαιρετική	7	23,3	23,3	23,3
		Πολύ καλή	9	30,0	30,0	53,3
		Καλή	8	26,7	26,7	80,0
		Μέτρια	6	20,0	20,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Εξαιρετική	11	36,7	36,7	36,7
		Πολύ καλή	10	33,3	33,3	70,0
		Καλή	6	20,0	20,0	90,0
		Μέτρια	3	10,0	10,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

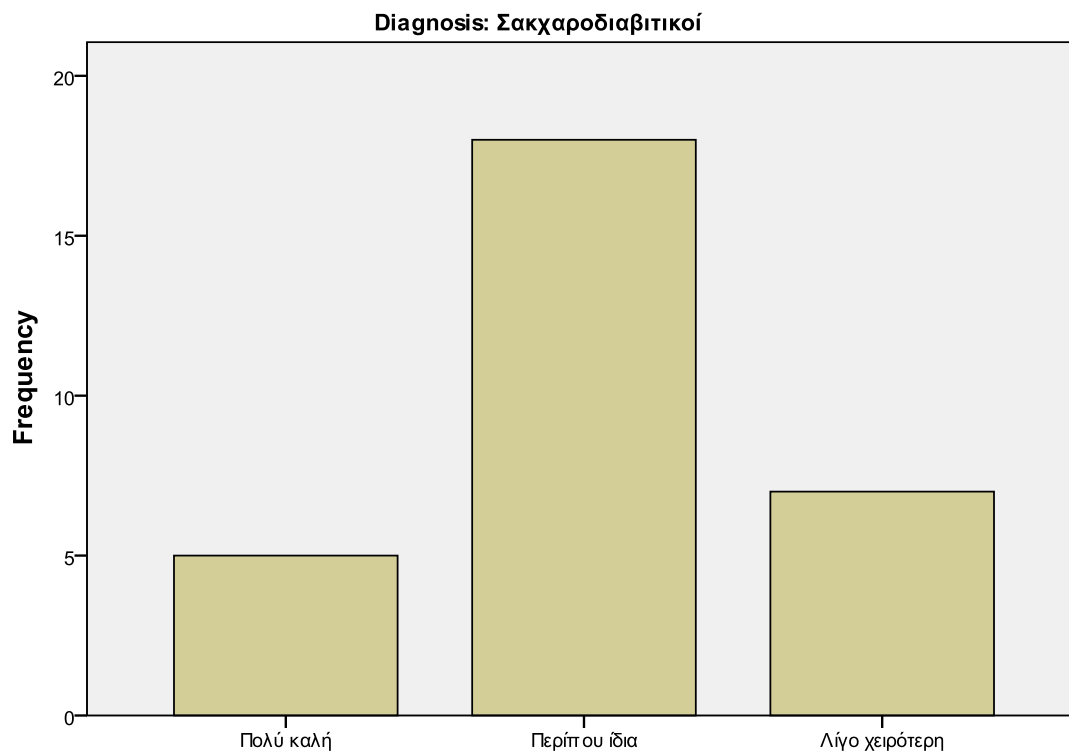


Q2

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Πολύ καλή	5	16,7	16,7	16,7
	Valid Περίπου ίδια	18	60,0	60,0	76,7
	Valid Λίγο χειρότερη	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Πολύ καλή	5	16,7	16,7	16,7
	Valid Λίγο καλή	2	6,7	6,7	23,3
	Valid Περίπου ίδια	16	53,3	53,3	76,7
	Valid Λίγο χειρότερη	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid Πολύ καλή	2	6,7	6,7	6,7
	Valid Λίγο καλή	2	6,7	6,7	13,3

Περίπου ίδια	21	70,0	70,0	83,3
Λίγο χειρότερη	4	13,3	13,3	96,7
Πολύ χειρότερη	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Q2



Q2

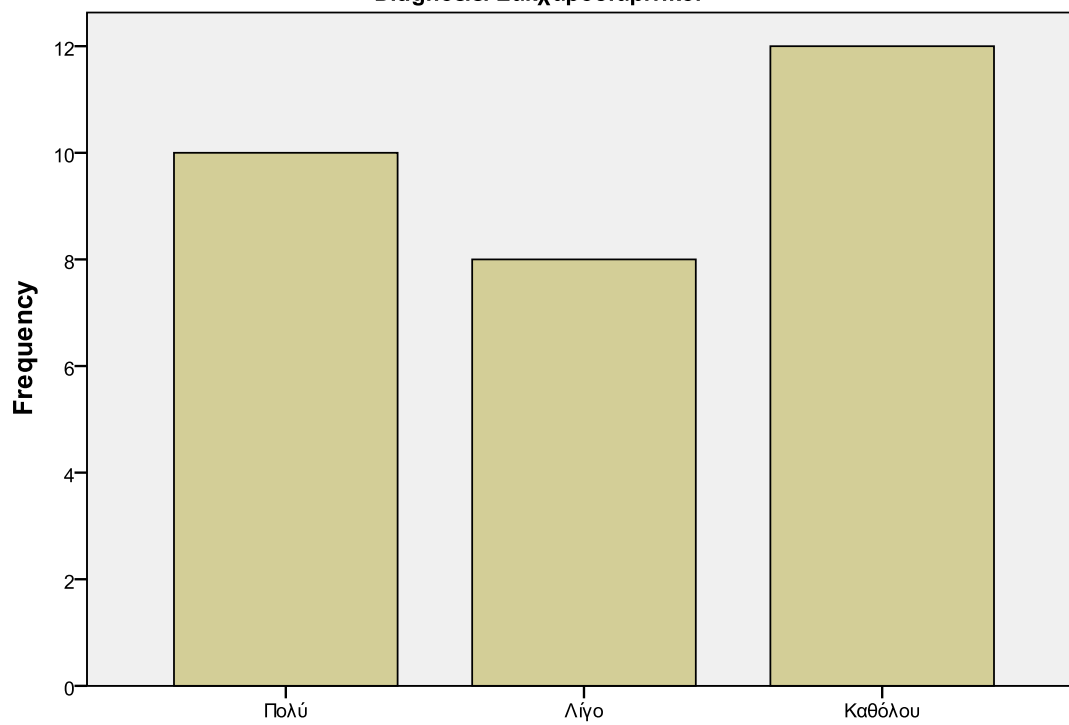
Q3

Diagnosis	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Πολύ	10	33,3	33,3
	Λίγο	8	26,7	60,0
	Καθόλου	12	40,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Επιληπτικοί	Valid	Πολύ	7	23,3	23,3	23,3
		Λίγο	13	43,3	43,3	66,7
		Καθόλου	10	33,3	33,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Πολύ	4	13,3	13,3	13,3
		Λίγο	15	50,0	50,0	63,3
		Καθόλου	11	36,7	36,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q3

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



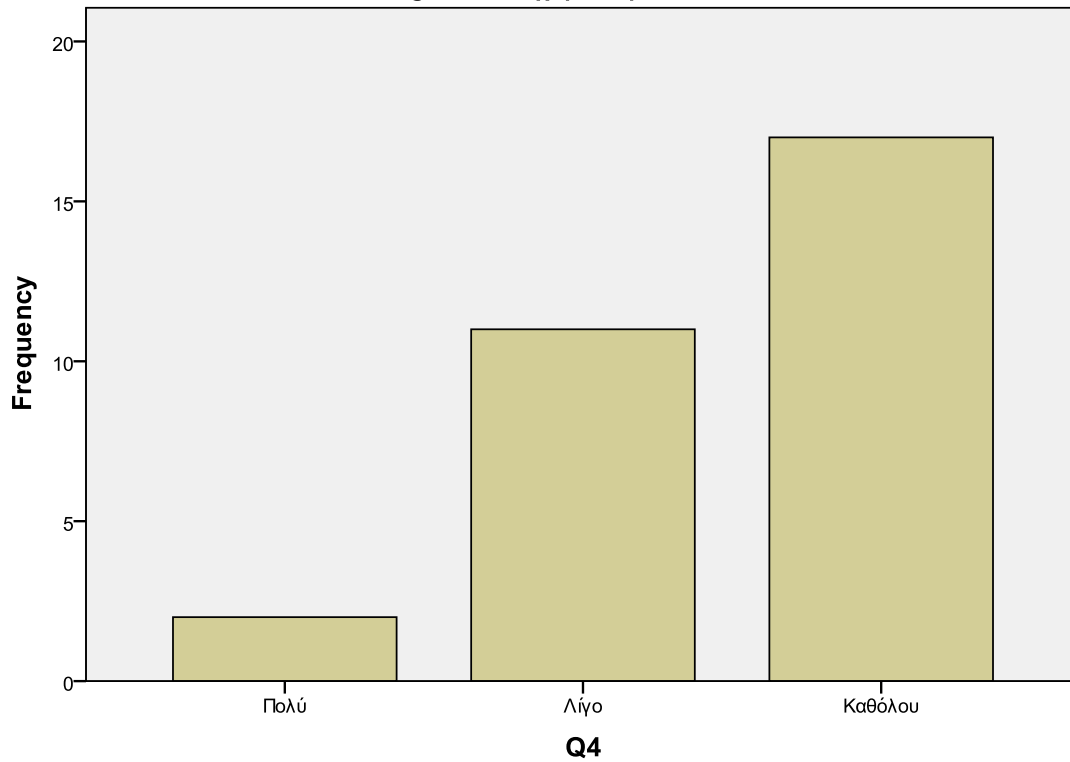
Q3

Q4

Diagnosis			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid	Πολύ	2	6,7	6,7	6,7
		Λίγο	11	36,7	36,7	43,3
		Καθόλου	17	56,7	56,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Πολύ	1	3,3	3,3	3,3
		Λίγο	11	36,7	36,7	40,0
		Καθόλου	18	60,0	60,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Πολύ	1	3,3	3,3	3,3
		Λίγο	10	33,3	33,3	36,7
		Καθόλου	19	63,3	63,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q4

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί

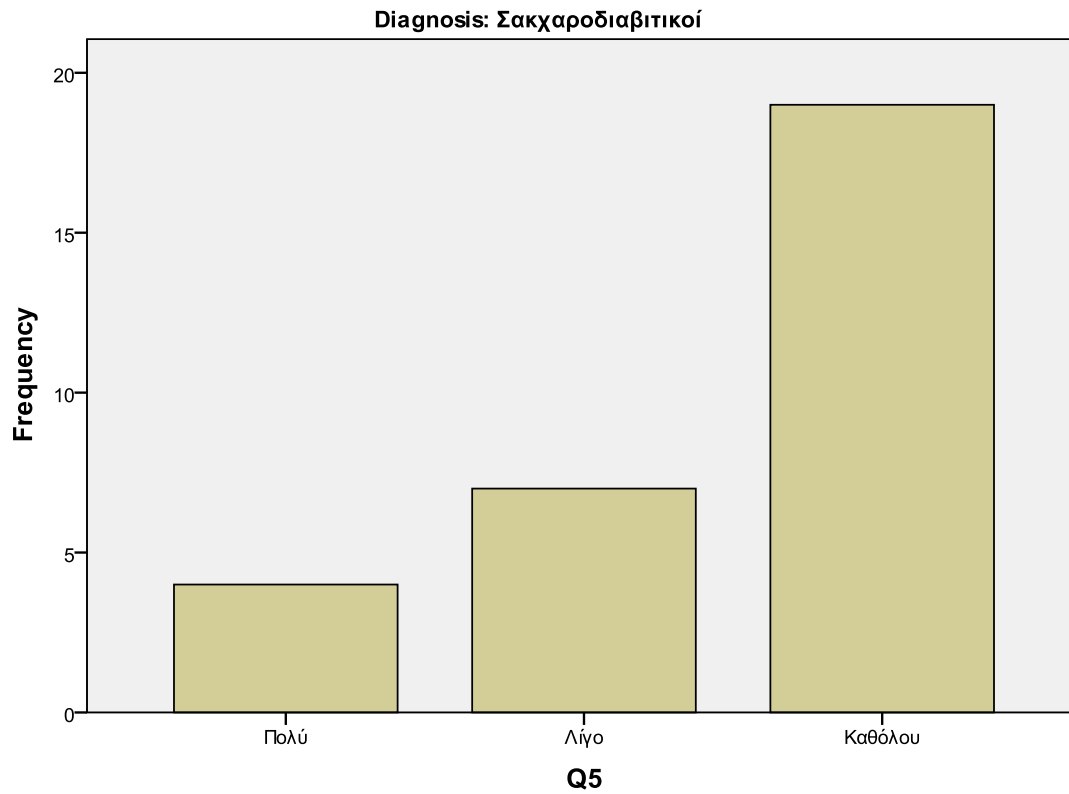


Q5

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Πολύ	4	13,3	13,3	13,3
	Λίγο	7	23,3	23,3	36,7
	Καθόλου	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Πολύ	1	3,3	3,3	3,3
	Λίγο	7	23,3	23,3	26,7
	Καθόλου	22	73,3	73,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid Πολύ	1	3,3	3,3	3,3
	Λίγο	7	23,3	23,3	26,7

Καθόλου	22	73,3	73,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Q5



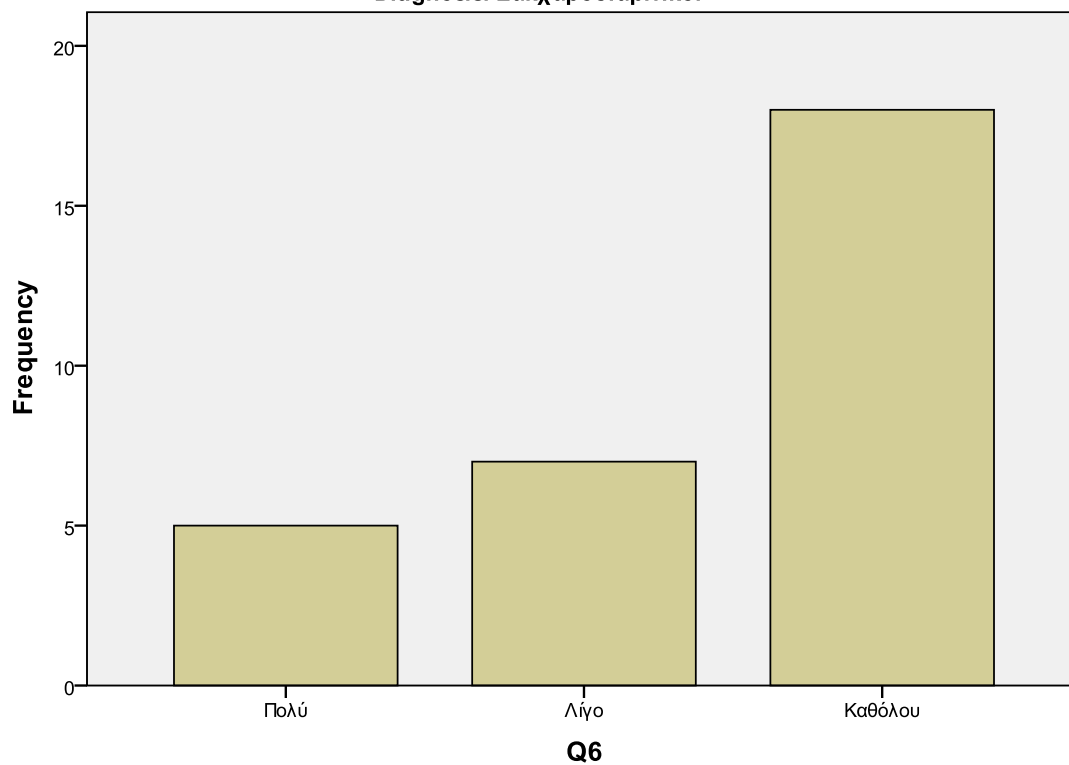
Q6

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Πολύ	5	16,7	16,7	16,7
	Λίγο	7	23,3	23,3	40,0
	Καθόλου	18	60,0	60,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Πολύ	2	6,7	6,7	6,7
	Λίγο	12	40,0	40,0	46,7

		Καθόλου	16	53,3	53,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Πολύ	1	3,3	3,3	3,3
		Λίγο	17	56,7	56,7	60,0
		Καθόλου	12	40,0	40,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q6

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



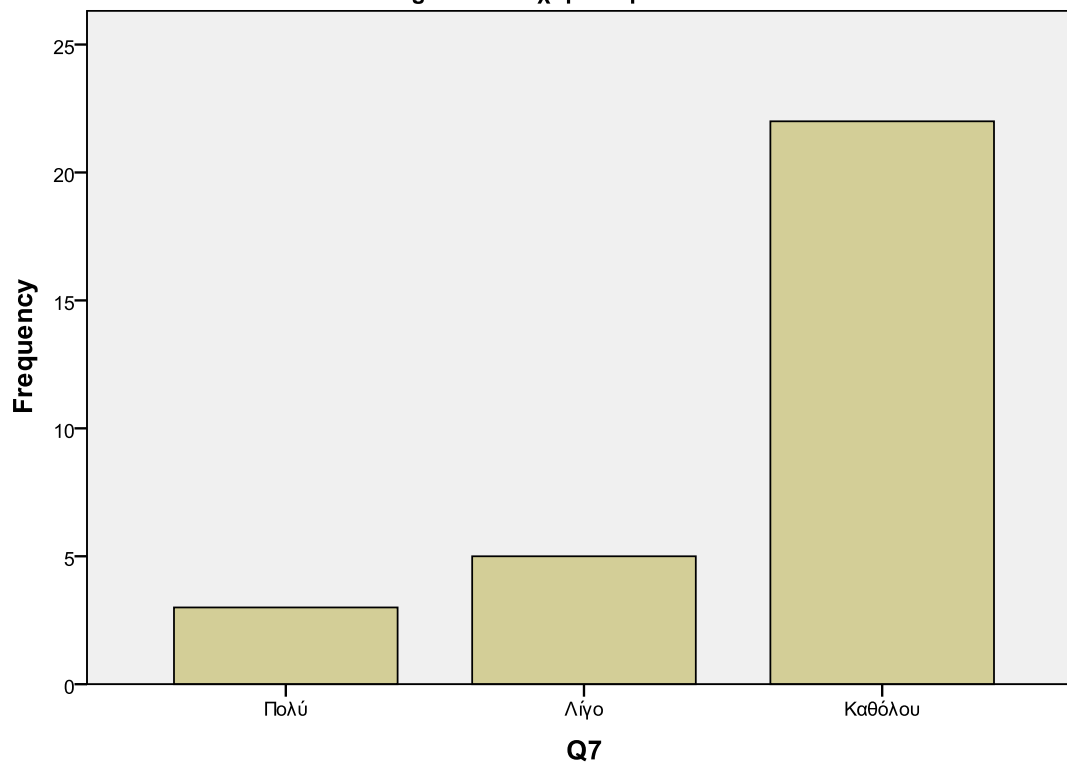
Q7

Diagnosis	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Πολύ	3	10,0	10,0
	Λίγο	5	16,7	26,7

		Καθόλου	22	73,3	73,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Πολύ	2	6,7	6,7	6,7
		Λίγο	7	23,3	23,3	30,0
		Καθόλου	21	70,0	70,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Λίγο	9	30,0	30,0	30,0
		Καθόλου	21	70,0	70,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q7

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί

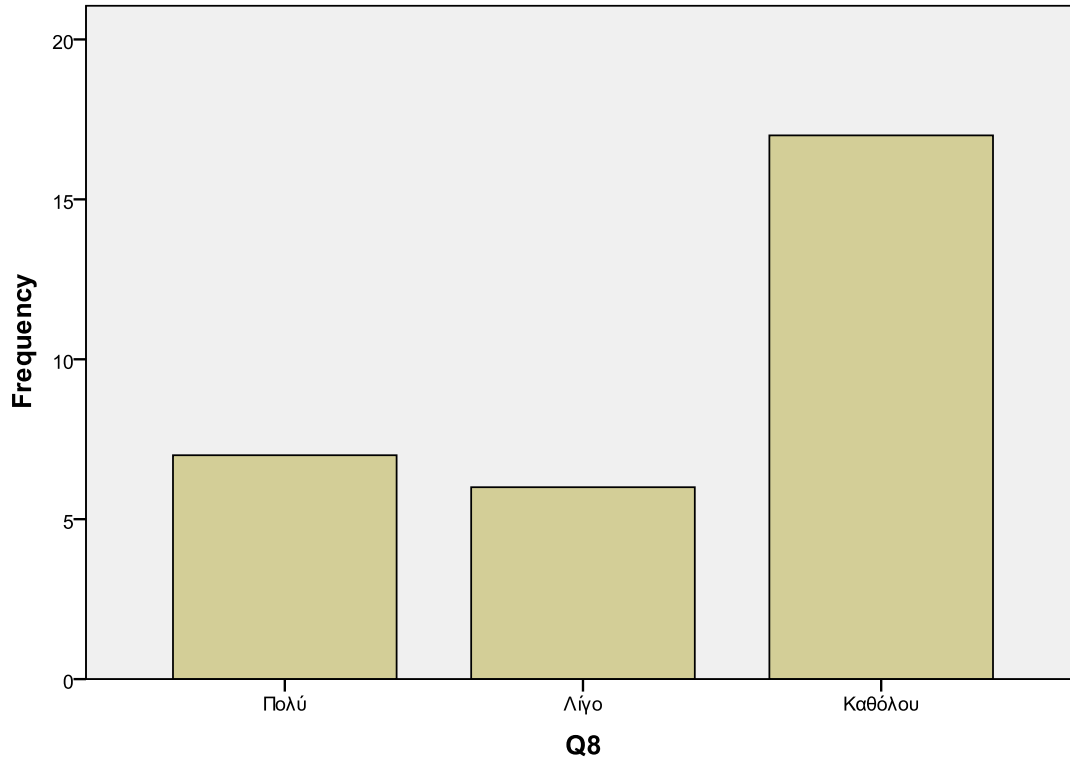


Q8

Diagnosis			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid	Πολύ	7	23,3	23,3	23,3
		Λίγο	6	20,0	20,0	43,3
		Καθόλου	17	56,7	56,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Πολύ	2	6,7	6,7	6,7
		Λίγο	12	40,0	40,0	46,7
		Καθόλου	16	53,3	53,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Πολύ	2	6,7	6,7	6,7
		Λίγο	9	30,0	30,0	36,7
		Καθόλου	19	63,3	63,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q8

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



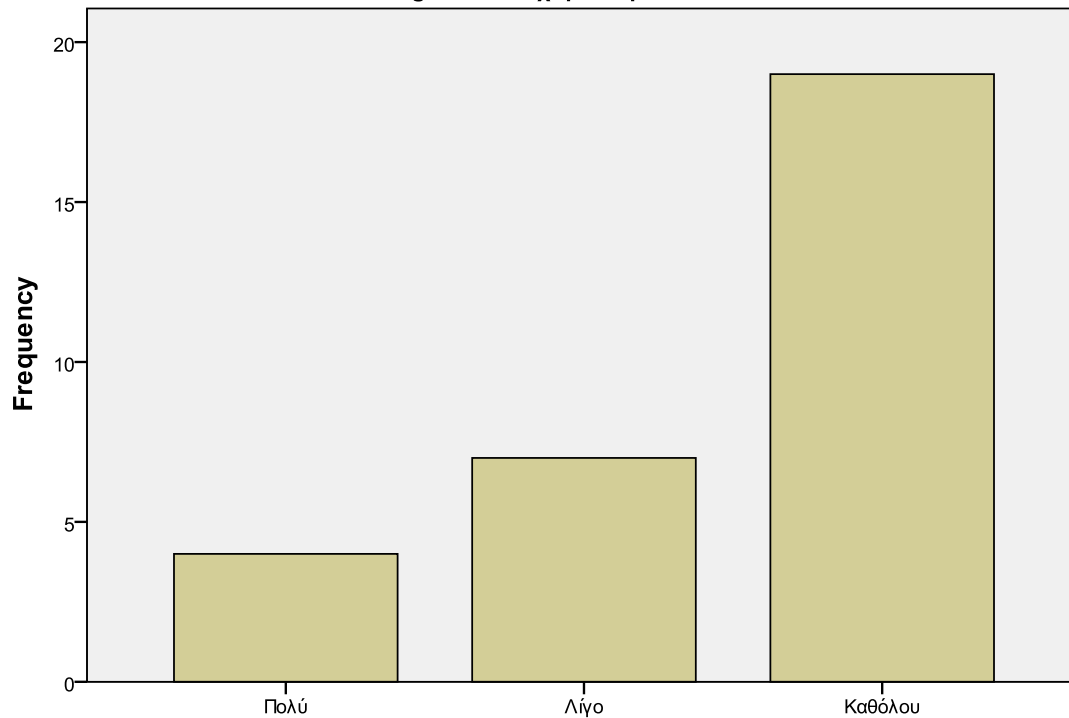
Q9

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Πολύ	4	13,3	13,3	13,3
	Λίγο	7	23,3	23,3	36,7
	Καθόλου	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Πολύ	1	3,3	3,3	3,3
	Λίγο	10	33,3	33,3	36,7
	Καθόλου	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid Πολύ	1	3,3	3,3	3,3

	Λίγο	12	40,0	40,0	43,3
	Καθόλου	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Q9

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί

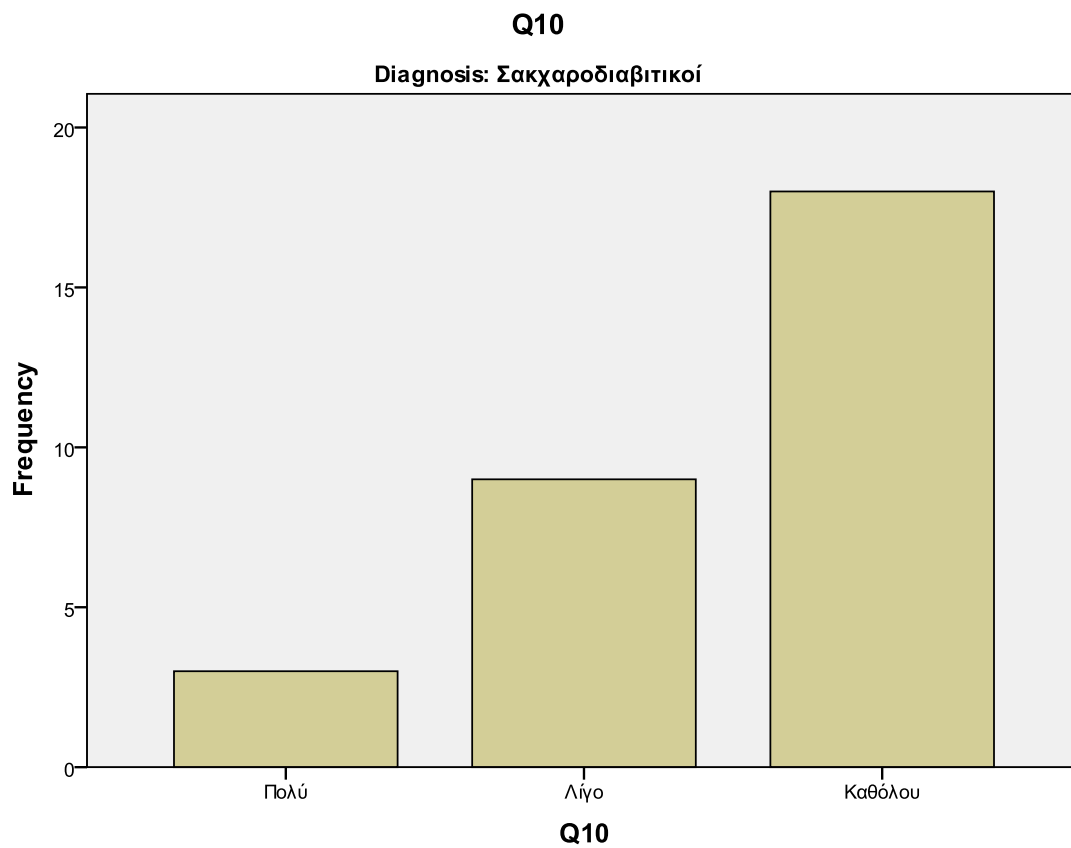


Q9

Q10

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Πολύ	3	10,0	10,0	10,0
	Λίγο	9	30,0	30,0	40,0
	Καθόλου	18	60,0	60,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Λίγο	10	33,3	33,3	33,3

		Καθόλου	20	66,7	66,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Λίγο	9	30,0	30,0	30,0
		Καθόλου	21	70,0	70,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

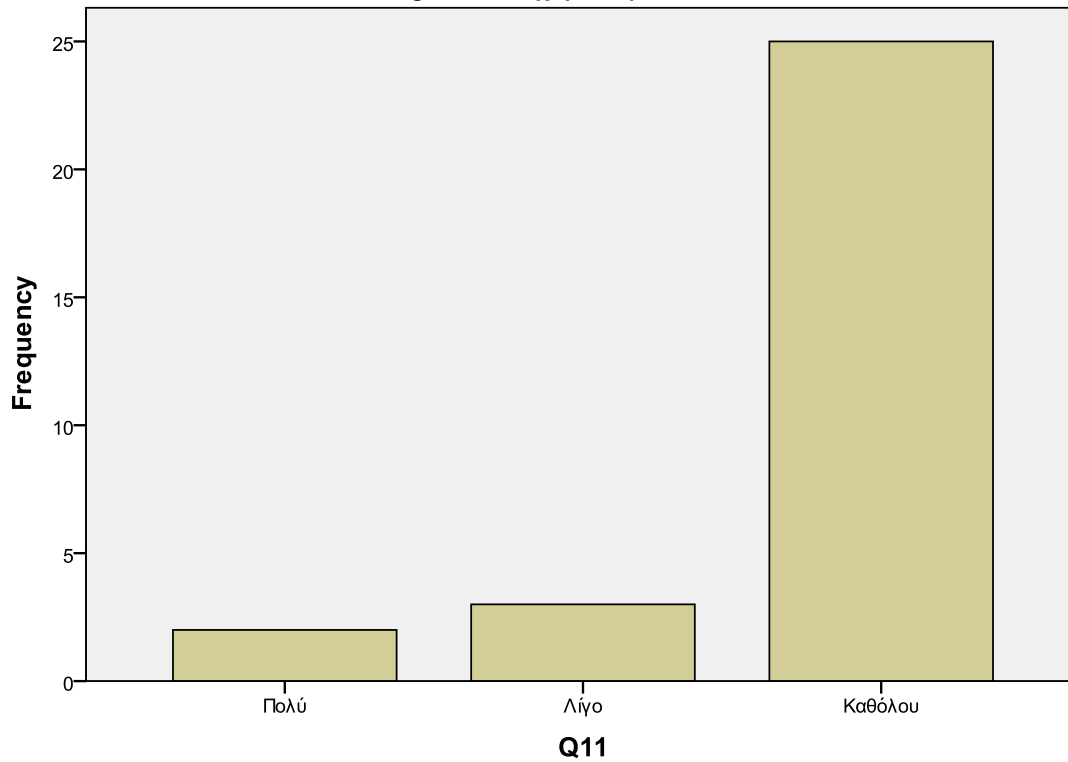


Q11

Diagnosis			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid	Πολύ	2	6,7	6,7	6,7
		Λίγο	3	10,0	10,0	16,7
		Καθόλου	25	83,3	83,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Λίγο	6	20,0	20,0	20,0
		Καθόλου	24	80,0	80,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Λίγο	7	23,3	23,3	23,3
		Καθόλου	23	76,7	76,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q11

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



Q12

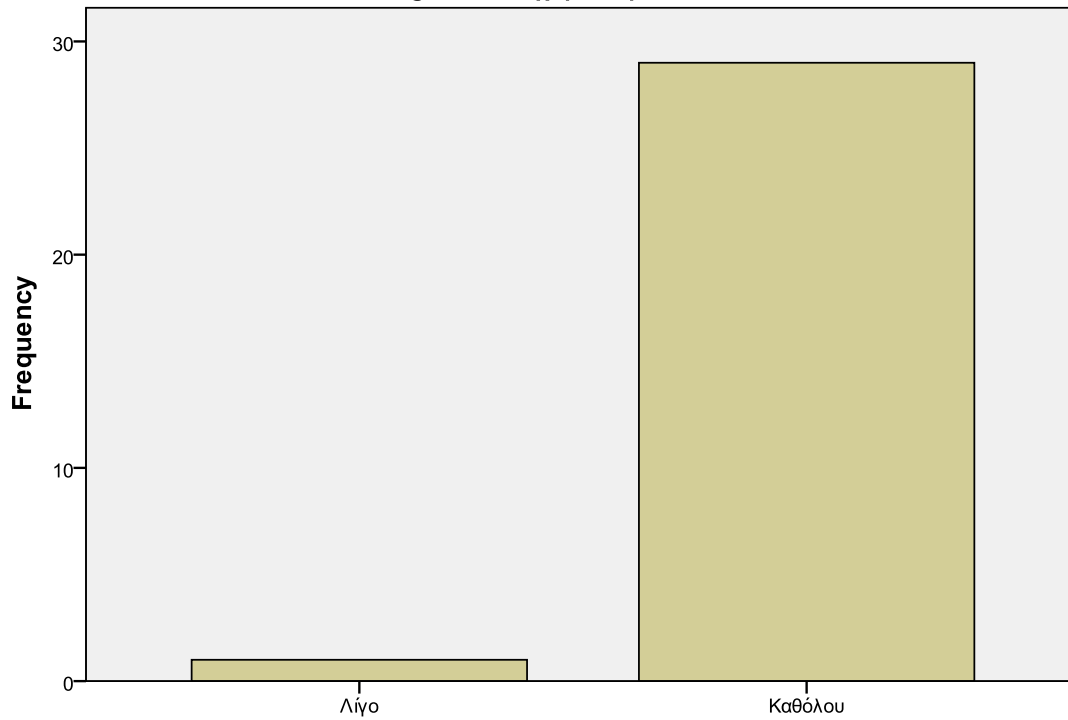
Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Λίγο	1	3,3	3,3	3,3
	Καθόλου	29	96,7	96,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Πολύ	2	6,7	6,7	6,7
	Λίγο	6	20,0	20,0	26,7
	Καθόλου	22	73,3	73,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid Λίγο	4	13,3	13,3	13,3
	Καθόλου	26	86,7	86,7	100,0

Q12

Diagnosis			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid	Λίγο	1	3,3	3,3	3,3
		Καθόλου	29	96,7	96,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Πολύ	2	6,7	6,7	6,7
		Λίγο	6	20,0	20,0	26,7
		Καθόλου	22	73,3	73,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Λίγο	4	13,3	13,3	13,3
		Καθόλου	26	86,7	86,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q12

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



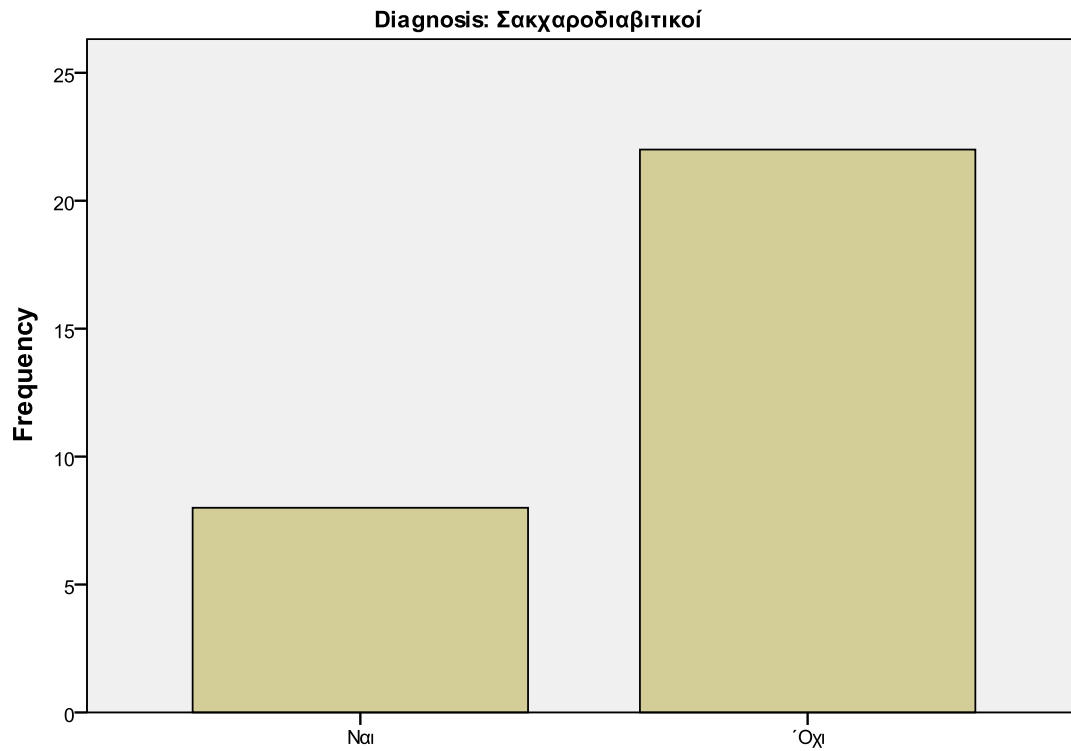
Q12

Q13

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Ναι	8	26,7	26,7	26,7
	Όχι	22	73,3	73,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Ναι	7	23,3	23,3	23,3
	Όχι	20	66,7	66,7	90,0
	3,00	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid Ναι	10	33,3	33,3	33,3

	Όχι	20	66,7	66,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Q13



Q13

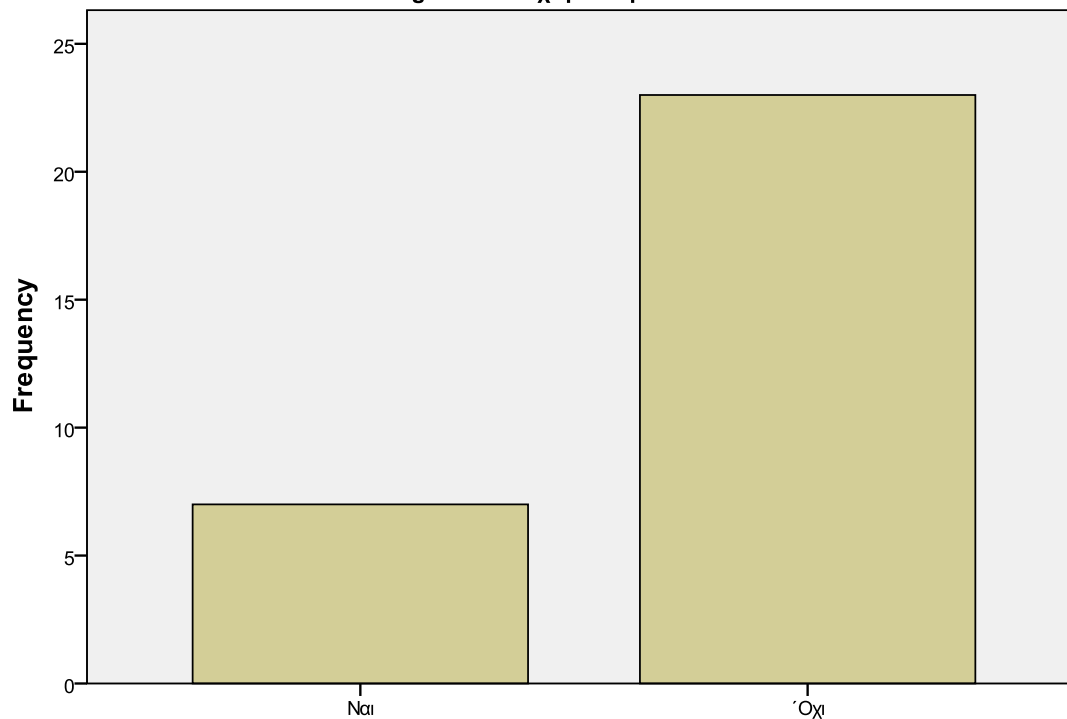
Q14

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Ναι	7	23,3	23,3	23,3
	Όχι	23	76,7	76,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Ναι	7	23,3	23,3	23,3
	Όχι	21	70,0	70,0	93,3
	3,00	2	6,7	6,7	100,0

	Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Ναι	9	30,0	30,0
		Όχι	21	70,0	70,0
	Total	30	100,0	100,0	

Q14

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



Q14

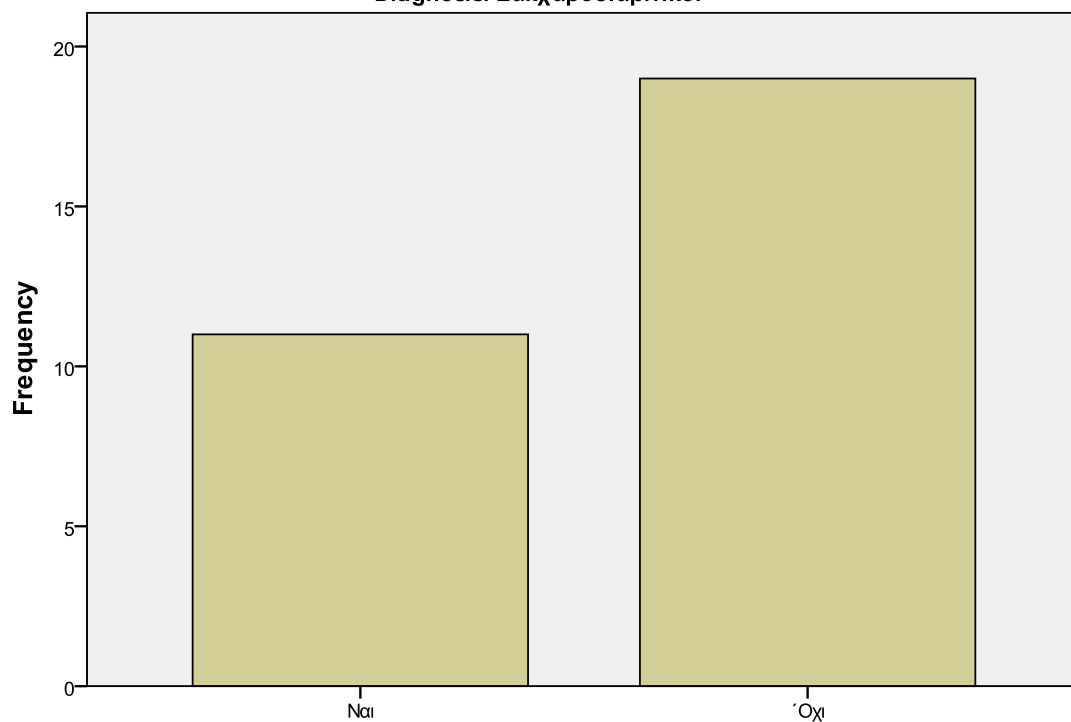
Q15

Diagnosis	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Σακχαροδιαβητικοί	Valid	Ναι	11	36,7	36,7
		Όχι	19	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Ναι	9	30,0	30,0

		Όχι	21	70,0	70,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Ναι	10	33,3	33,3	33,3
		Όχι	20	66,7	66,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q15

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



Q15

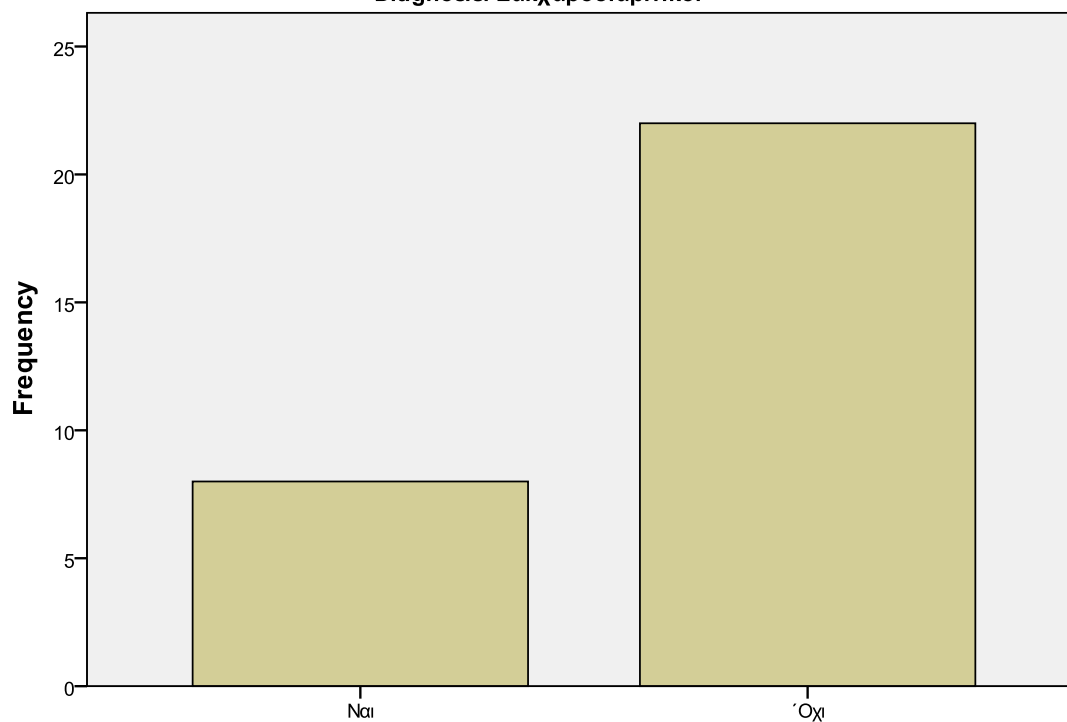
Q16

Diagnosis			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid	Ναι	8	26,7	26,7	26,7
		Όχι	22	73,3	73,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Ναι	10	33,3	33,3	33,3

		Όχι	20	66,7	66,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Ναι	7	23,3	23,3	23,3
		Όχι	23	76,7	76,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q16

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



Q16

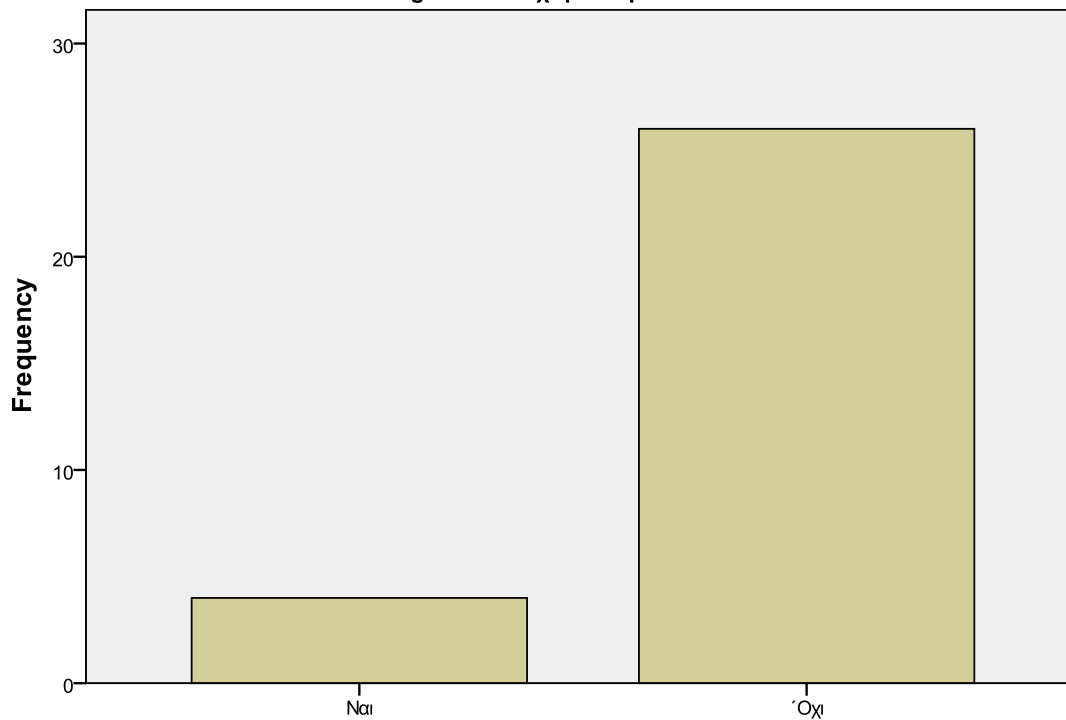
Q17

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Σακχαροδιαβητικοί	Valid	Ναι	4	13,3	13,3	
		Όχι	26	86,7	86,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Επιληπτικοί	Valid	Ναι	9	30,0	30,0	30,0
		Όχι	21	70,0	70,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Ναι	7	23,3	23,3	23,3
		Όχι	22	73,3	73,3	96,7
		3,00	1	3,3	3,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q17

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



Q17

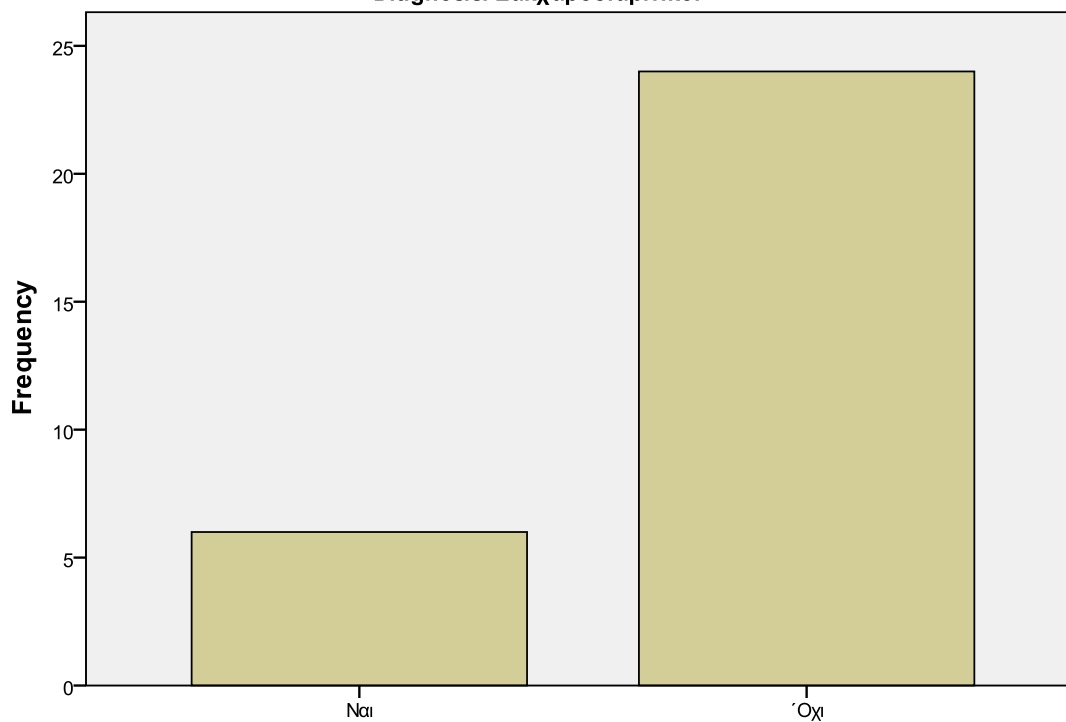
Q18

Diagnosis	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικ Valid	6	20,0	20,0	20,0

οί		Όχι	24	80,0	80,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Ναι	8	26,7	26,7	26,7
		Όχι	22	73,3	73,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Ναι	7	23,3	23,3	23,3
		Όχι	23	76,7	76,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q18

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



Q18

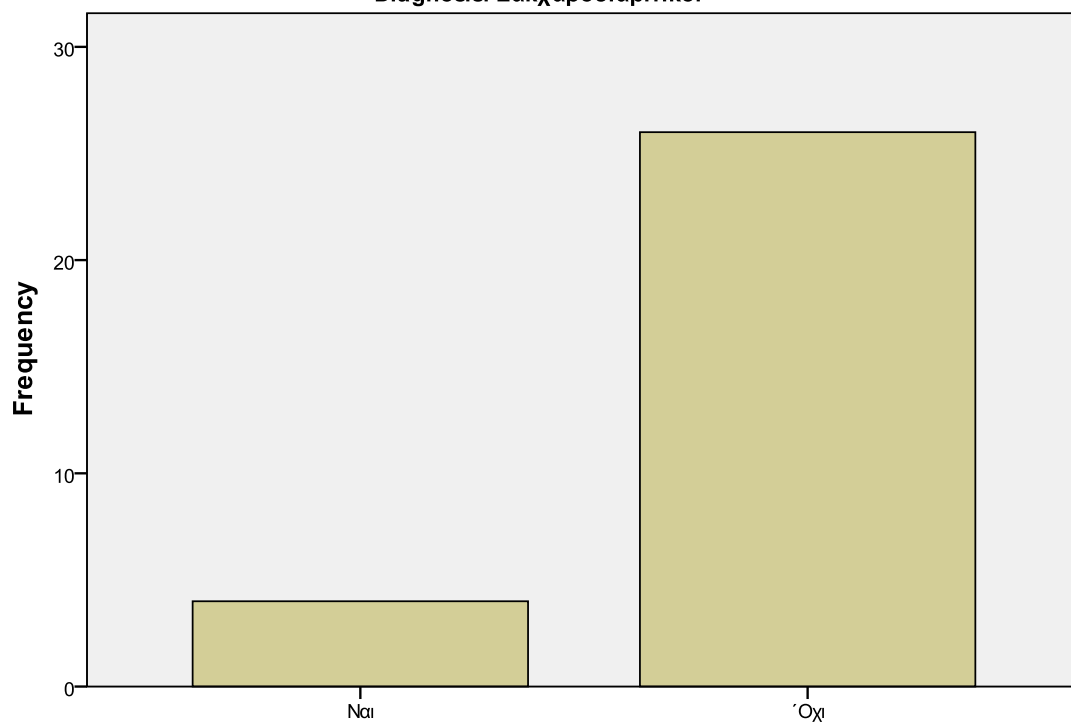
Q19

Diagnosis	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικ Valid	4	13,3	13,3	13,3
Ναι				

οί		Όχι	26	86,7	86,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Ναι	7	23,3	23,3	23,3
		Όχι	22	73,3	73,3	96,7
		3,00	1	3,3	3,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Ναι	4	13,3	13,3	13,3
		Όχι	24	80,0	80,0	93,3
		4,00	2	6,7	6,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q19

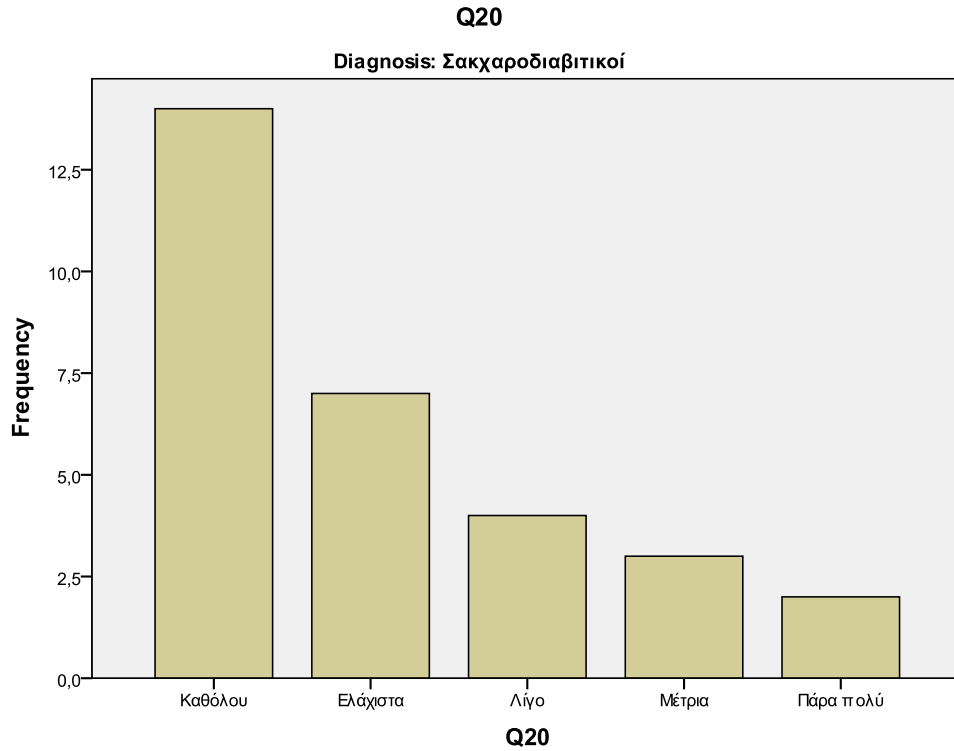
Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



Q19

Q20

Diagnosis			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid	Καθόλου	14	46,7	46,7	46,7
		Ελάχιστα	7	23,3	23,3	70,0
		Λίγο	4	13,3	13,3	83,3
		Μέτρια	3	10,0	10,0	93,3
		Πάρα πολύ	2	6,7	6,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Καθόλου	12	40,0	40,0	40,0
		Ελάχιστα	6	20,0	20,0	60,0
		Λίγο	4	13,3	13,3	73,3
		Μέτρια	7	23,3	23,3	96,7
		Πάρα πολύ	1	3,3	3,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Καθόλου	15	50,0	50,0	50,0
		Ελάχιστα	7	23,3	23,3	73,3
		Λίγο	4	13,3	13,3	86,7
		Μέτρια	2	6,7	6,7	93,3
		Πάρα πολύ	2	6,7	6,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

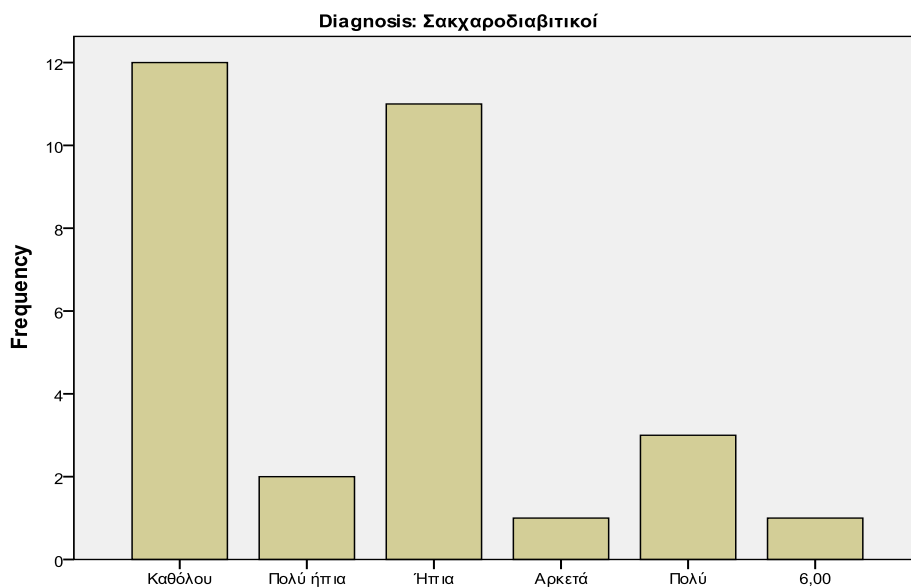


Q21

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Καθόλου	12	40,0	40,0	40,0
	Πολύ ήπια	2	6,7	6,7	46,7
	Ήπια	11	36,7	36,7	83,3
	Αρκετά	1	3,3	3,3	86,7
	Πολύ	3	10,0	10,0	96,7
	6,00	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Καθόλου	12	40,0	40,0	40,0
	Πολύ ήπια	8	26,7	26,7	66,7
	Ήπια	4	13,3	13,3	80,0

		Αρκετά	6	20,0	20,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Καθόλου	9	30,0	30,0	30,0
		Πολύ ήπια	12	40,0	40,0	70,0
		Ήπια	5	16,7	16,7	86,7
		Αρκετά	3	10,0	10,0	96,7
		Πολύ	1	3,3	3,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q21



Q21

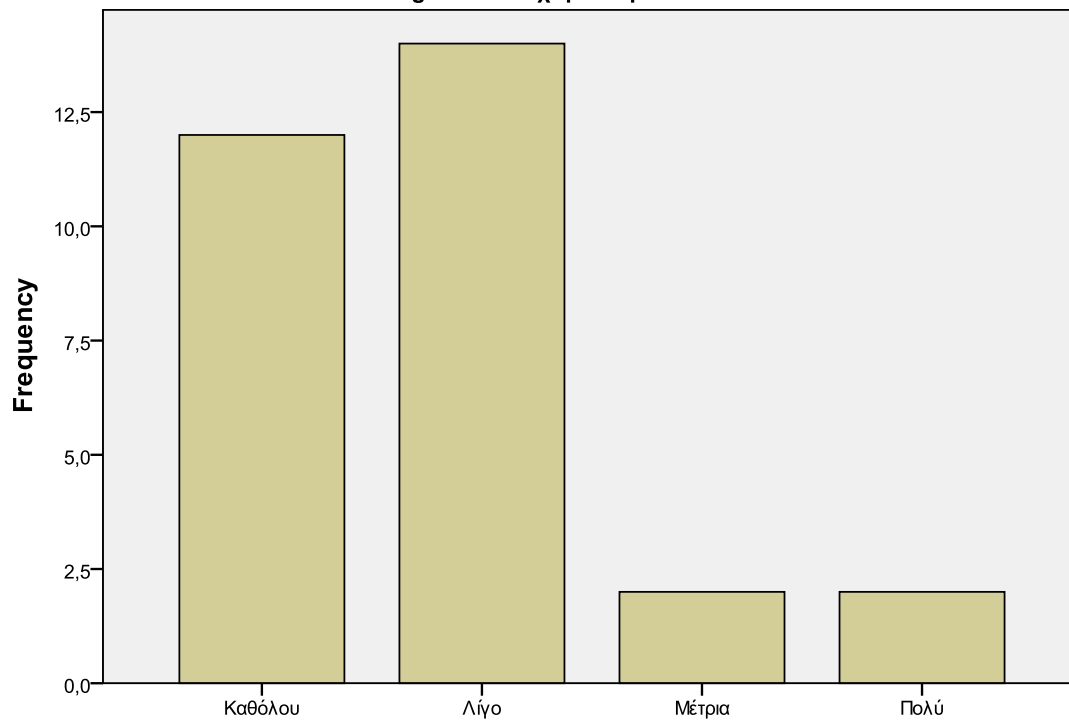
Q22

Diagnosis	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Καθόλου	12	40,0	40,0	40,0
	Λίγο	14	46,7	46,7	86,7
	Μέτρια	2	6,7	6,7	93,3
	Πολύ	2	6,7	6,7	100,0

	Total		30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Καθόλου	17	56,7	56,7	56,7
		Λίγο	8	26,7	26,7	83,3
		Μέτρια	3	10,0	10,0	93,3
		Αρκετά	2	6,7	6,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Καθόλου	13	43,3	43,3	43,3
		Λίγο	9	30,0	30,0	73,3
		Μέτρια	5	16,7	16,7	90,0
		Αρκετά	3	10,0	10,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q22

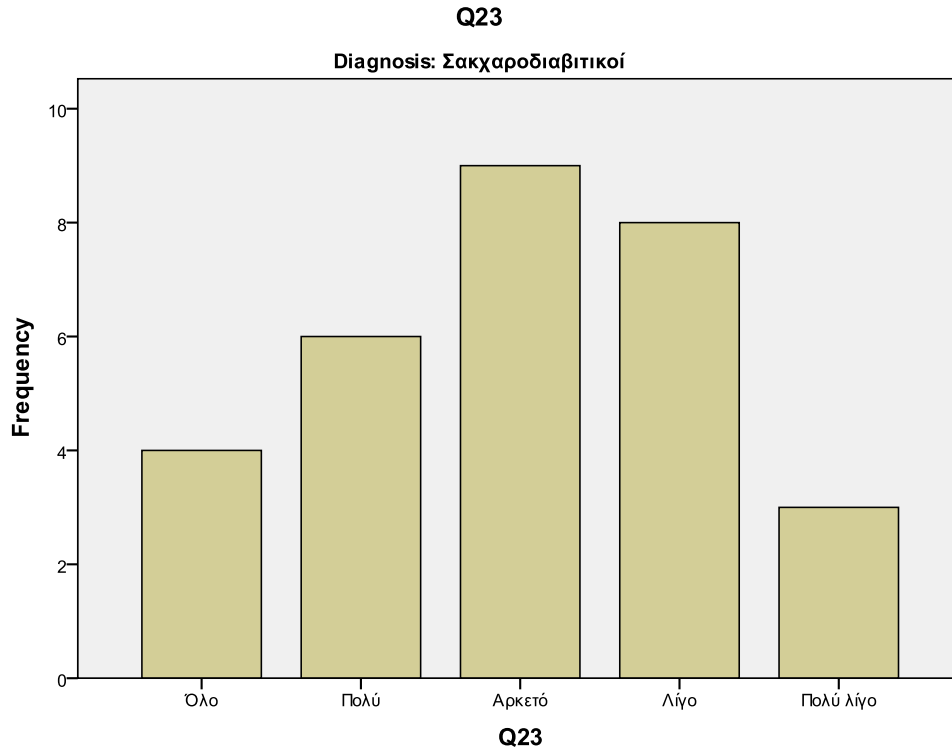
Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



Q22

Q23

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Όλο	4	13,3	13,3	13,3
	Πολύ	6	20,0	20,0	33,3
	Αρκετό	9	30,0	30,0	63,3
	Λίγο	8	26,7	26,7	90,0
	Πολύ λίγο	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Όλο	6	20,0	20,0	20,0
	Πολύ	4	13,3	13,3	33,3
	Αρκετό	9	30,0	30,0	63,3
	Λίγο	7	23,3	23,3	86,7
	Πολύ λίγο	3	10,0	10,0	96,7
	Καθόλου	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0		
Υγιείς	Valid Όλο	3	10,0	10,0	10,0
	Πολύ	6	20,0	20,0	30,0
	Αρκετό	9	30,0	30,0	60,0
	Λίγο	7	23,3	23,3	83,3
	Πολύ λίγο	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

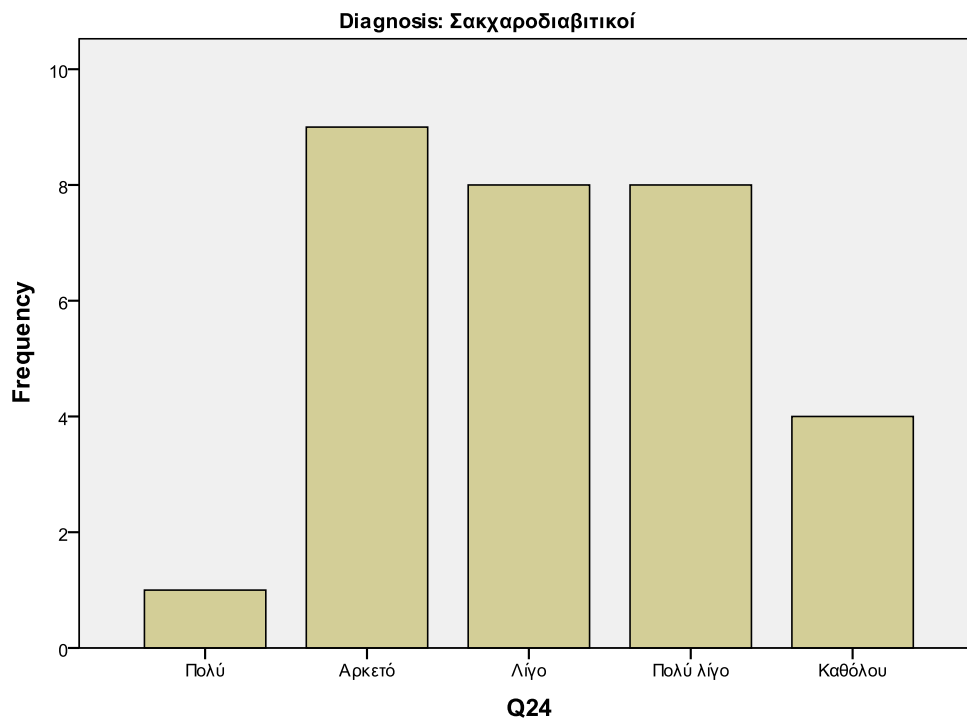


Q24

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Πολύ	1	3,3	3,3	3,3
	Αρκετό	9	30,0	30,0	33,3
	Λίγο	8	26,7	26,7	60,0
	Πολύ λίγο	8	26,7	26,7	86,7
	Καθόλου	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Όλο	1	3,3	3,3	3,3
	Πολύ	4	13,3	13,3	16,7
	Αρκετό	6	20,0	20,0	36,7
	Λίγο	7	23,3	23,3	60,0

		Πολύ λίγο	5	16,7	16,7	76,7
		Καθόλου	7	23,3	23,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Αρκετό	6	20,0	20,0	20,0
		Λίγο	6	20,0	20,0	40,0
		Πολύ λίγο	10	33,3	33,3	73,3
		Καθόλου	8	26,7	26,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

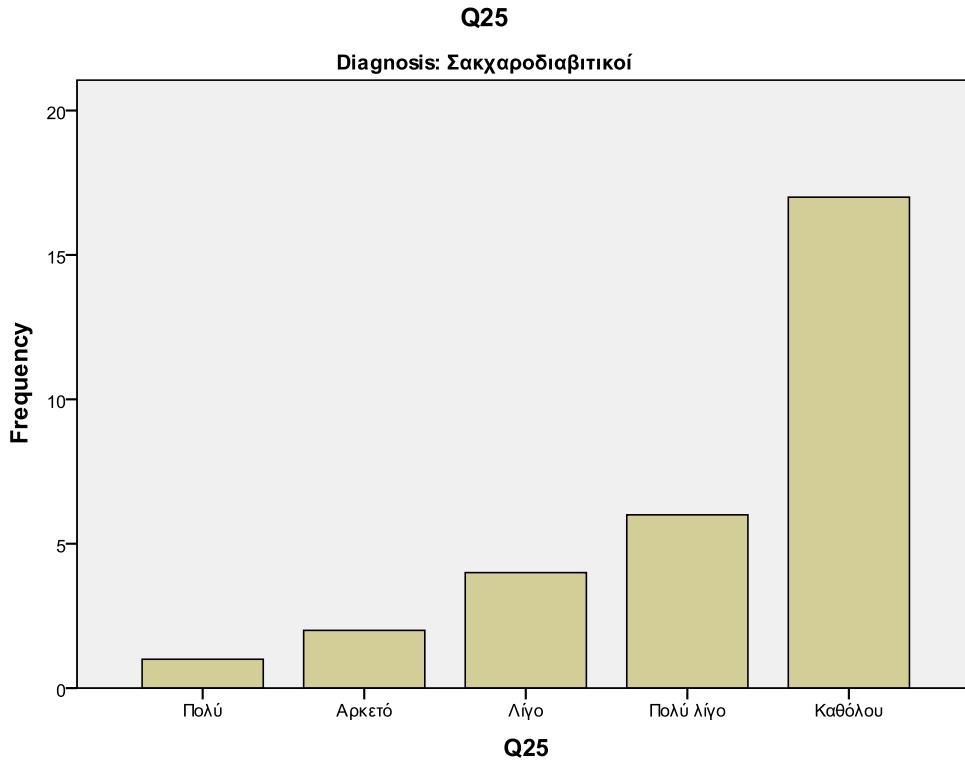
Q24



Q25

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid	Πολύ	1	3,3	3,3
		Αρκετό	2	6,7	6,7

		Λίγο	4	13,3	13,3	23,3
		Πολύ λίγο	6	20,0	20,0	43,3
		Καθόλου	17	56,7	56,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Πολύ	5	16,7	16,7	16,7
		Αρκετό	6	20,0	20,0	36,7
		Λίγο	4	13,3	13,3	50,0
		Πολύ λίγο	6	20,0	20,0	70,0
		Καθόλου	9	30,0	30,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Αρκετό	2	6,7	6,7	6,7
		Λίγο	7	23,3	23,3	30,0
		Πολύ λίγο	12	40,0	40,0	70,0
		Καθόλου	9	30,0	30,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

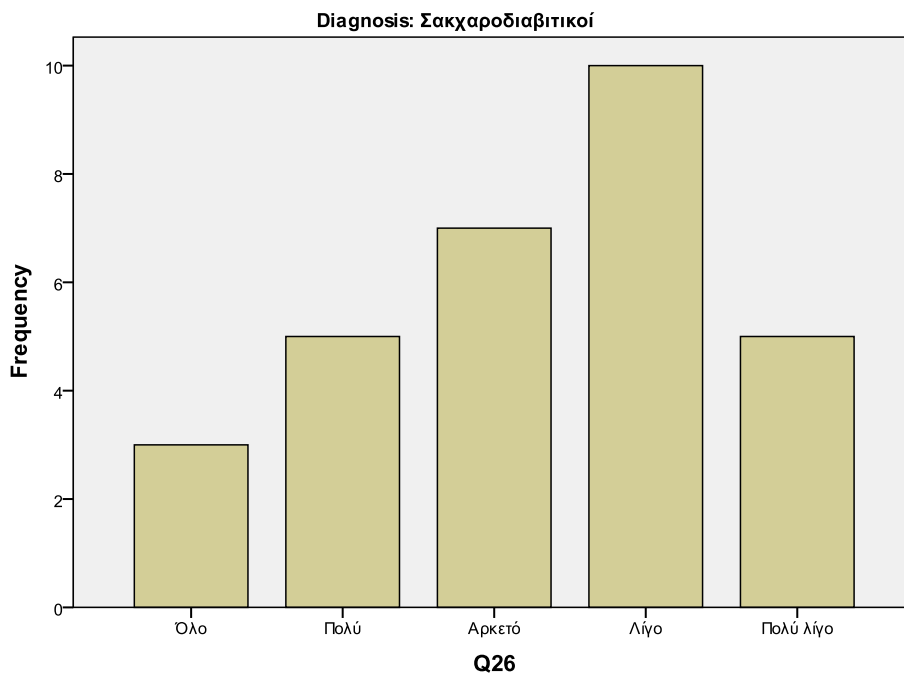


Q26

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Όλο	3	10,0	10,0	10,0
	Πολύ	5	16,7	16,7	26,7
	Αρκετό	7	23,3	23,3	50,0
	Λίγο	10	33,3	33,3	83,3
	Πολύ λίγο	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Όλο	3	10,0	10,0	10,0
	Πολύ	5	16,7	16,7	26,7
	Αρκετό	9	30,0	30,0	56,7
	Λίγο	6	20,0	20,0	76,7
	Πολύ λίγο	5	16,7	16,7	93,3

		Καθόλου	2	6,7	6,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Όλο	1	3,3	3,3	3,3
		Πολύ	4	13,3	13,3	16,7
		Αρκετό	12	40,0	40,0	56,7
		Λίγο	8	26,7	26,7	83,3
		Πολύ λίγο	5	16,7	16,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

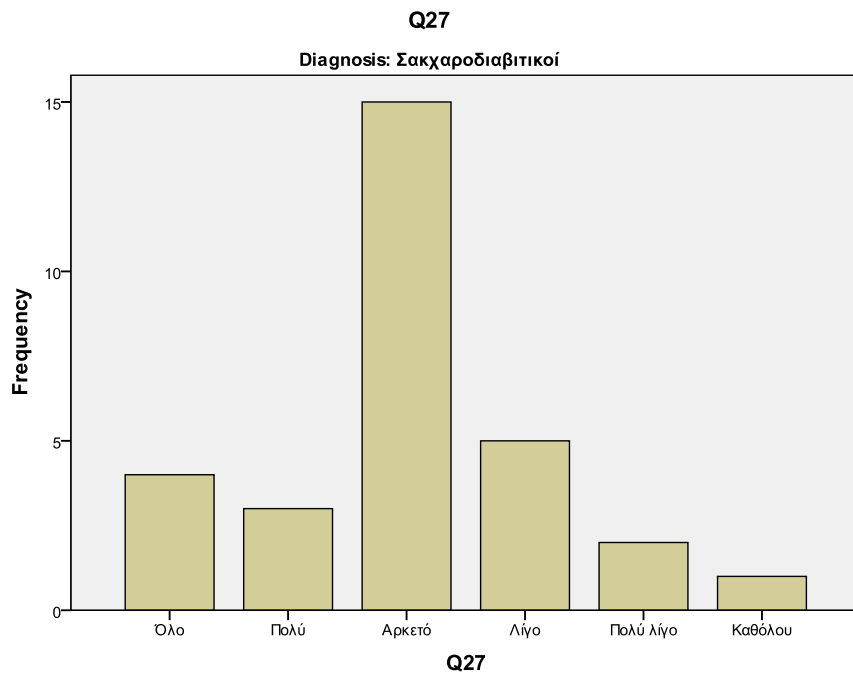
Q26



Q27

Diagnosis	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικ Valid	Όλο	4	13,3	13,3

οί		Πολύ	3	10,0	10,0	23,3
		Αρκετό	15	50,0	50,0	73,3
		Λίγο	5	16,7	16,7	90,0
		Πολύ λίγο	2	6,7	6,7	96,7
		Καθόλου	1	3,3	3,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Όλο	2	6,7	6,7	6,7
		Πολύ	4	13,3	13,3	20,0
		Αρκετό	5	16,7	16,7	36,7
		Λίγο	9	30,0	30,0	66,7
		Πολύ λίγο	4	13,3	13,3	80,0
		Καθόλου	6	20,0	20,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Όλο	3	10,0	10,0	10,0
		Πολύ	4	13,3	13,3	23,3
		Αρκετό	11	36,7	36,7	60,0
		Λίγο	6	20,0	20,0	80,0
		Πολύ λίγο	6	20,0	20,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

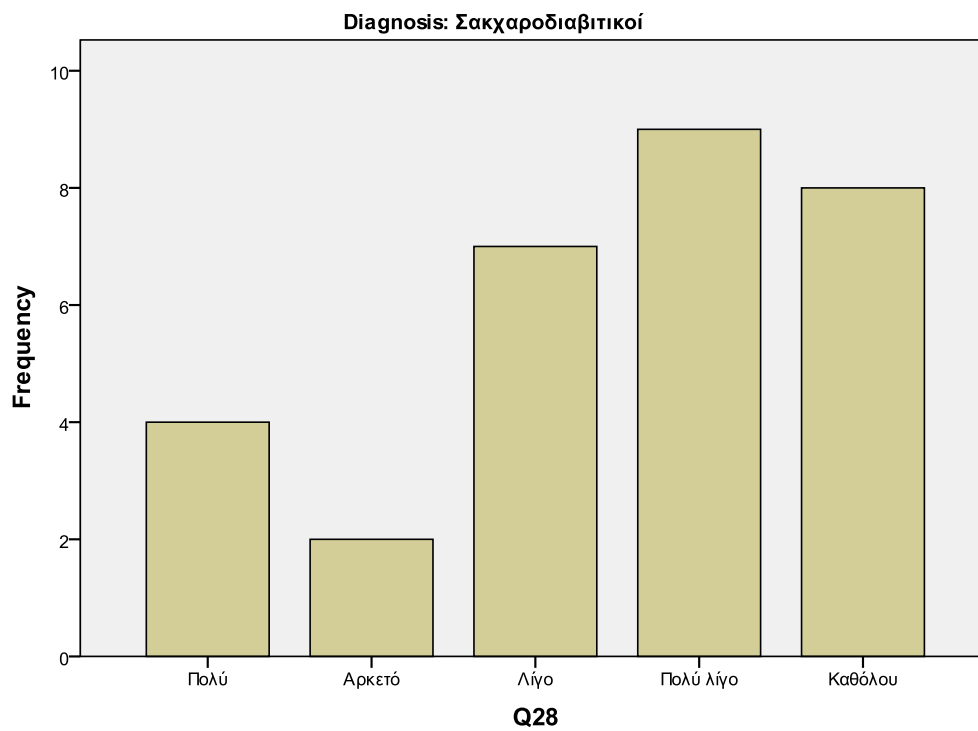


Q28

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Πολύ	4	13,3	13,3	13,3
	Αρκετό	2	6,7	6,7	20,0
	Λίγο	7	23,3	23,3	43,3
	Πολύ λίγο	9	30,0	30,0	73,3
	Καθόλου	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Πολύ	3	10,0	10,0	10,0
	Αρκετό	6	20,0	20,0	30,0
	Λίγο	6	20,0	20,0	50,0
	Πολύ λίγο	6	20,0	20,0	70,0
	Καθόλου	9	30,0	30,0	100,0

	Total		30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Πολύ	1	3,3	3,3	3,3
		Αρκετό	3	10,0	10,0	13,3
		Λίγο	10	33,3	33,3	46,7
		Πολύ λίγο	8	26,7	26,7	73,3
		Καθόλου	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0		

Q28



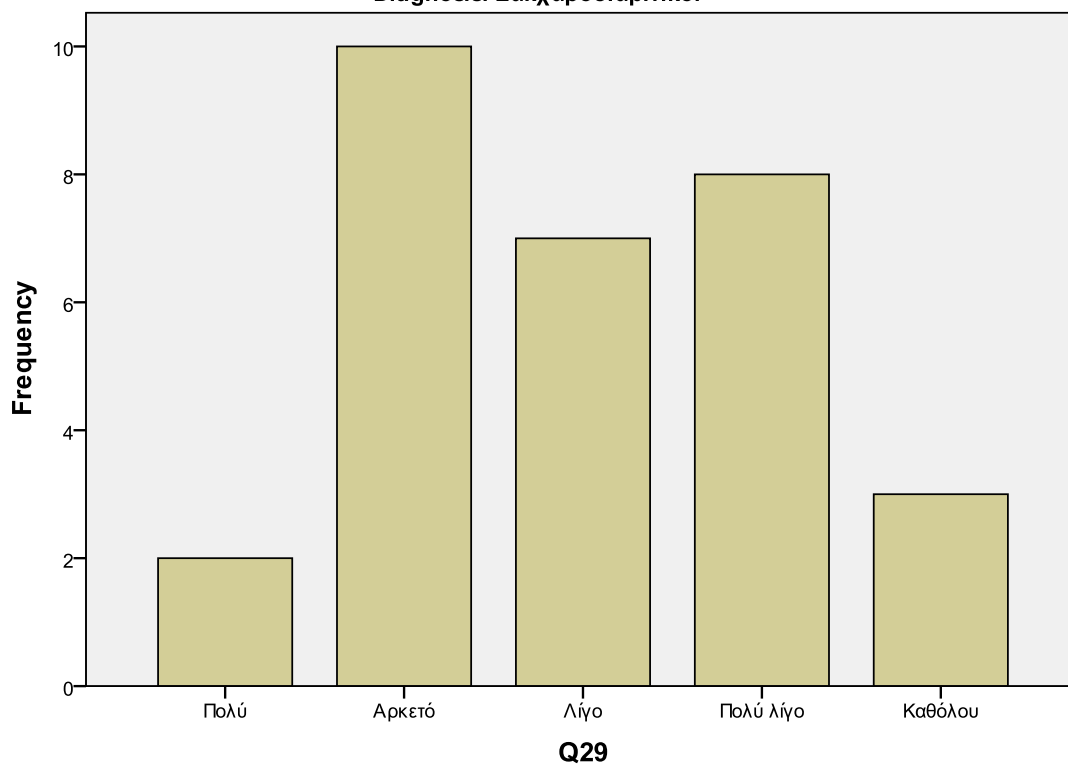
Q29

Diagnosis	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Πολύ	2	6,7	6,7	6,7
	Αρκετό	10	33,3	33,3	40,0
	Λίγο	7	23,3	23,3	63,3

		Πολύ λίγο	8	26,7	26,7	90,0
		Καθόλου	3	10,0	10,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Πολύ	4	13,3	13,3	13,3
		Αρκετό	8	26,7	26,7	40,0
		Λίγο	7	23,3	23,3	63,3
		Πολύ λίγο	7	23,3	23,3	86,7
		Καθόλου	4	13,3	13,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Αρκετό	6	20,0	20,0	20,0
		Λίγο	10	33,3	33,3	53,3
		Πολύ λίγο	10	33,3	33,3	86,7
		Καθόλου	4	13,3	13,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q29

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί

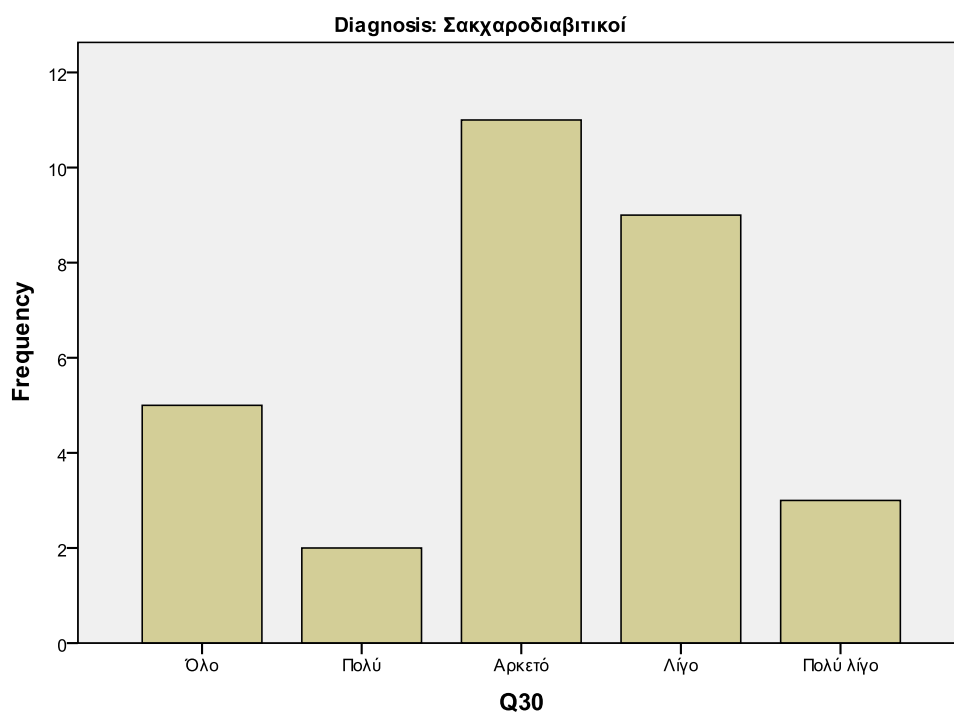


Q30

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Όλο	5	16,7	16,7	16,7
	Πολύ	2	6,7	6,7	23,3
	Αρκετό	11	36,7	36,7	60,0
	Λίγο	9	30,0	30,0	90,0
	Πολύ λίγο	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Όλο	3	10,0	10,0	10,0
	Πολύ	2	6,7	6,7	16,7
	Αρκετό	13	43,3	43,3	60,0

		Λίγο	6	20,0	20,0	80,0
		Πολύ λίγο	4	13,3	13,3	93,3
		Καθόλου	2	6,7	6,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Όλο	3	10,0	10,0	10,0
		Πολύ	3	10,0	10,0	20,0
		Αρκετό	15	50,0	50,0	70,0
		Λίγο	5	16,7	16,7	86,7
		Πολύ λίγο	4	13,3	13,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

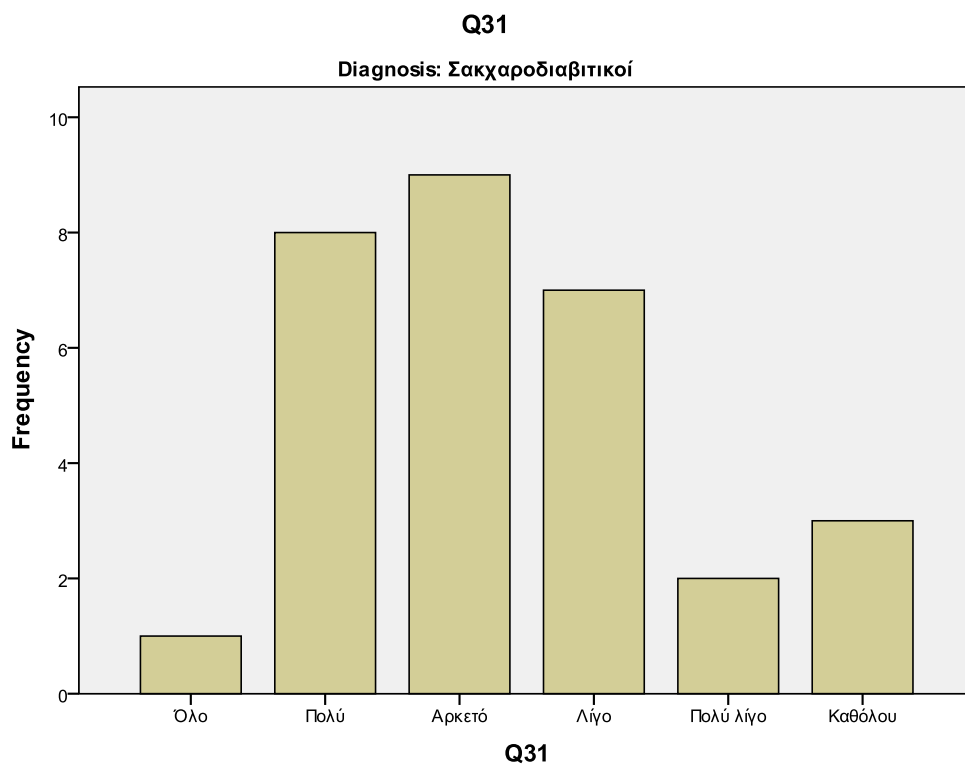
Q30



Q31

Diagnosis	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-----------	-----------	---------	---------------	--------------------

Σακχαροδιαβητικοί	Valid	Όλο	1	3,3	3,3	3,3
		Πολύ	8	26,7	26,7	30,0
		Αρκετό	9	30,0	30,0	60,0
		Λίγο	7	23,3	23,3	83,3
		Πολύ λίγο	2	6,7	6,7	90,0
		Καθόλου	3	10,0	10,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Πολύ	5	16,7	16,7	16,7
		Αρκετό	11	36,7	36,7	53,3
		Λίγο	5	16,7	16,7	70,0
		Πολύ λίγο	5	16,7	16,7	86,7
		Καθόλου	4	13,3	13,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Πολύ	5	16,7	16,7	16,7
		Αρκετό	13	43,3	43,3	60,0
		Λίγο	8	26,7	26,7	86,7
		Πολύ λίγο	3	10,0	10,0	96,7
		Καθόλου	1	3,3	3,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

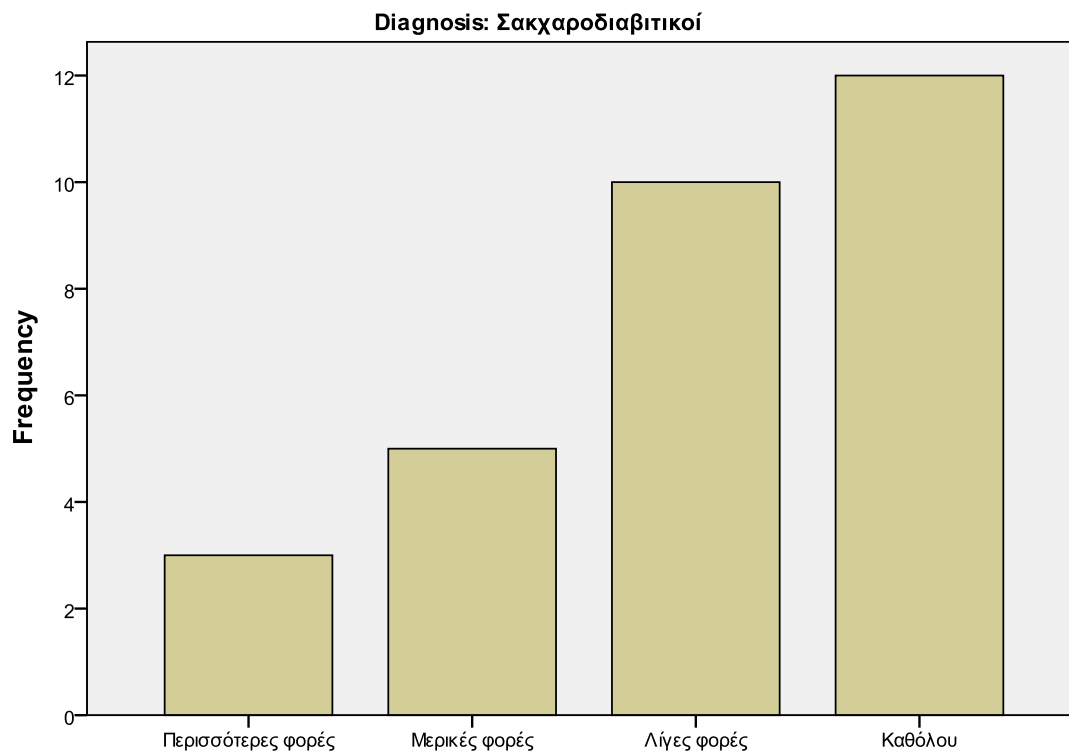


Q32

Diagnosis			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid	Περισσότερες φορές	3	10,0	10,0	10,0
		Μερικές φορές	5	16,7	16,7	26,7
		Λίγες φορές	10	33,3	33,3	60,0
		Καθόλου	12	40,0	40,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Συνεχώς	2	6,7	6,7	6,7
		Περισσότερες φορές	3	10,0	10,0	16,7
		Μερικές φορές	11	36,7	36,7	53,3
		Λίγες φορές	7	23,3	23,3	76,7

		Καθόλου	7	23,3	23,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Περισσότερες φορές	1	3,3	3,3	3,3
		Μερικές φορές	9	30,0	30,0	33,3
		Λίγες φορές	6	20,0	20,0	53,3
		Καθόλου	14	46,7	46,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q32



Q32

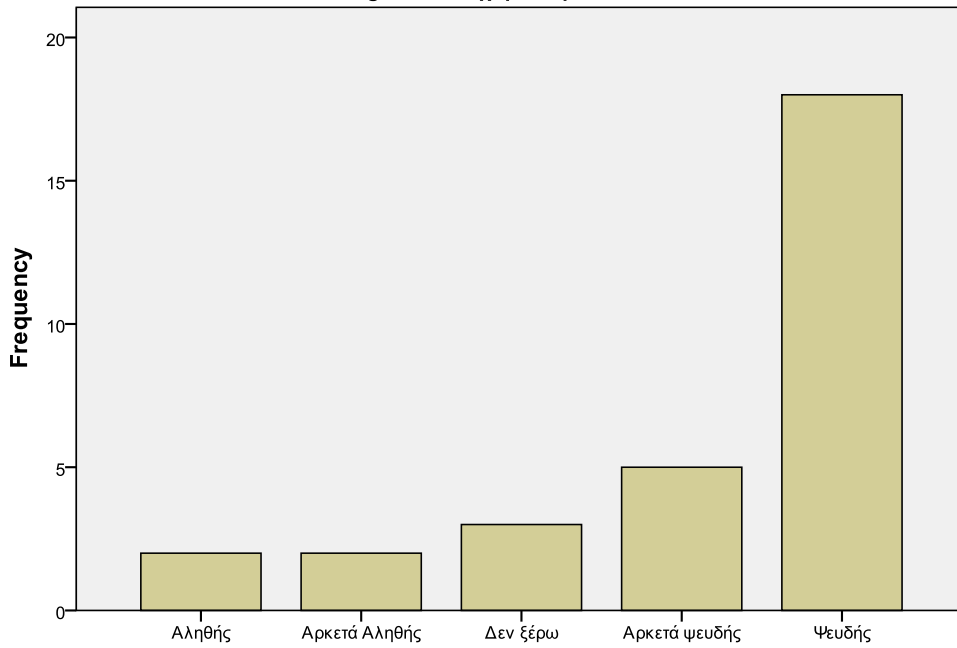
Q33

Diagnosis	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικ Valid	2	6,7	6,7	6,7
Αληθής				

οί		Αρκετά Αληθής	2	6,7	6,7	13,3
		Δεν ξέρω	3	10,0	10,0	23,3
		Αρκετά ψευδής	5	16,7	16,7	40,0
		Ψευδής	18	60,0	60,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Αληθής	2	6,7	6,7	6,7
		Αρκετά Αληθής	2	6,7	6,7	13,3
		Δεν ξέρω	11	36,7	36,7	50,0
		Αρκετά ψευδής	5	16,7	16,7	66,7
		Ψευδής	9	30,0	30,0	96,7
		6,00	1	3,3	3,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Αληθής	4	13,3	13,3	13,3
		Αρκετά Αληθής	5	16,7	16,7	30,0
		Δεν ξέρω	5	16,7	16,7	46,7
		Αρκετά ψευδής	2	6,7	6,7	53,3
		Ψευδής	14	46,7	46,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q33

Diagnosis: Σακχαροδιαβητικοί



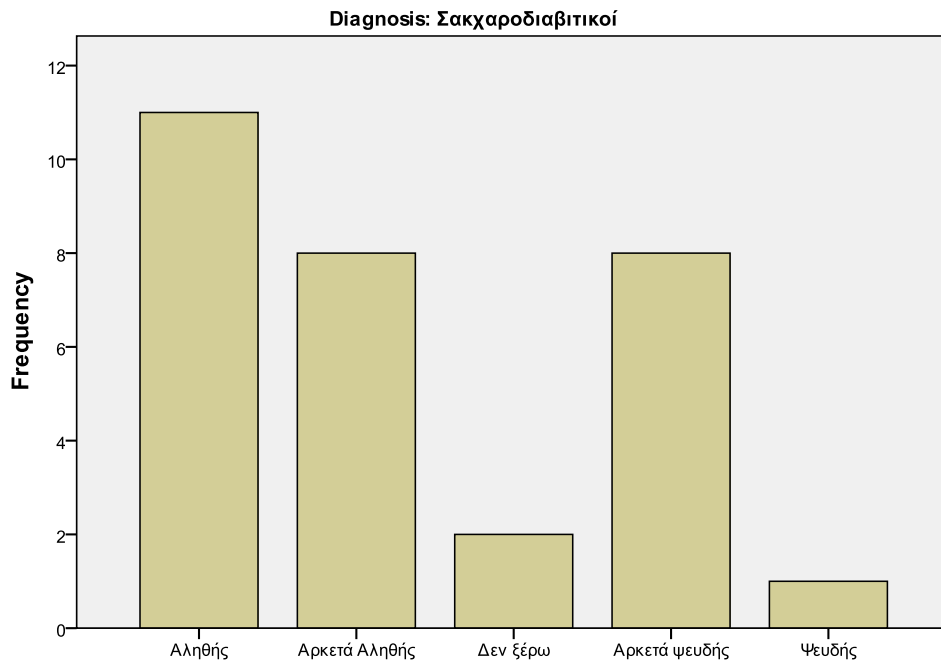
Q33

Q34

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Αληθής	11	36,7	36,7	36,7
	Αρκετά Αληθής	8	26,7	26,7	63,3
	Δεν ξέρω	2	6,7	6,7	70,0
	Αρκετά ψευδής	8	26,7	26,7	96,7
	Ψευδής	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Αληθής	6	20,0	20,0	20,0
	Αρκετά Αληθής	4	13,3	13,3	33,3
	Δεν ξέρω	10	33,3	33,3	66,7
	Αρκετά ψευδής	6	20,0	20,0	86,7

		Ψευδής	4	13,3	13,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Αληθής	11	36,7	36,7	36,7
		Αρκετά Αληθής	4	13,3	13,3	50,0
		Δεν ξέρω	8	26,7	26,7	76,7
		Αρκετά ψευδής	3	10,0	10,0	86,7
		Ψευδής	4	13,3	13,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q34

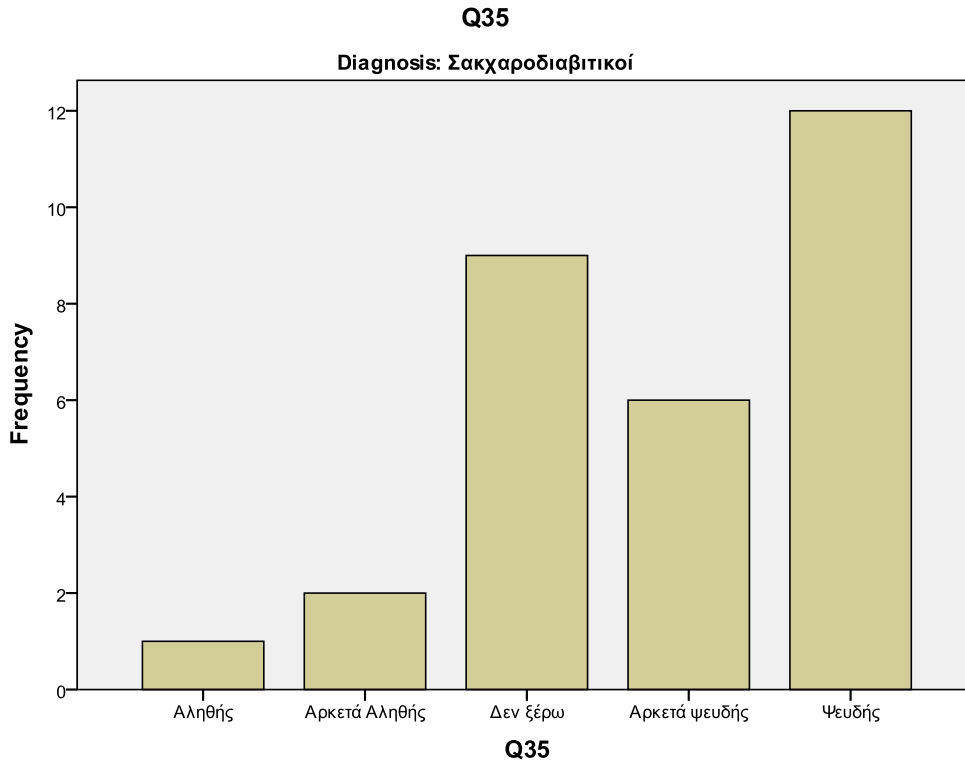


Q34

Q35

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Αληθής	1	3,3	3,3	3,3
	Αρκετά Αληθής	2	6,7	6,7	10,0

		Δεν ξέρω	9	30,0	30,0	40,0
		Αρκετά ψευδής	6	20,0	20,0	60,0
		Ψευδής	12	40,0	40,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid	Αληθής	3	10,0	10,0	10,0
		Αρκετά Αληθής	4	13,3	13,3	23,3
		Δεν ξέρω	11	36,7	36,7	60,0
		Αρκετά ψευδής	1	3,3	3,3	63,3
		Ψευδής	11	36,7	36,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Αληθής	3	10,0	10,0	10,0
		Αρκετά Αληθής	2	6,7	6,7	16,7
		Δεν ξέρω	10	33,3	33,3	50,0
		Αρκετά ψευδής	1	3,3	3,3	53,3
		Ψευδής	14	46,7	46,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

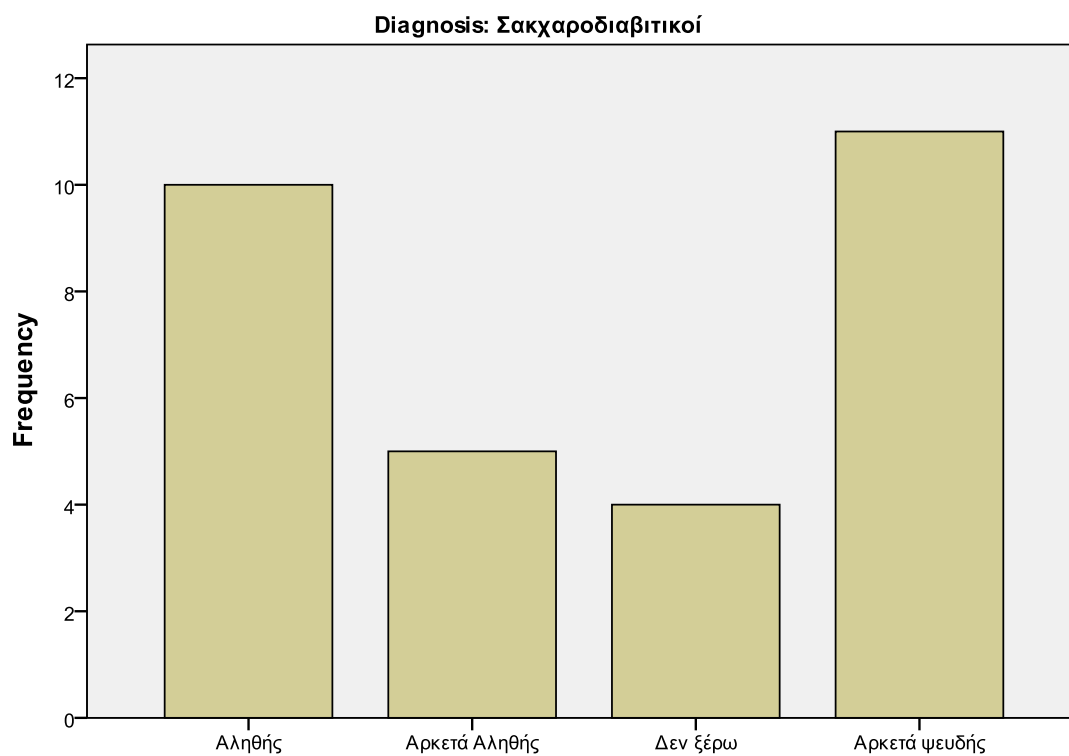


Q36

Diagnosis		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σακχαροδιαβητικοί	Valid Αληθής	10	33,3	33,3	33,3
	Αρκετά Αληθής	5	16,7	16,7	50,0
	Δεν ξέρω	4	13,3	13,3	63,3
	Αρκετά ψευδής	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Επιληπτικοί	Valid Αληθής	12	40,0	40,0	40,0
	Αρκετά Αληθής	5	16,7	16,7	56,7
	Δεν ξέρω	6	20,0	20,0	76,7
	Αρκετά ψευδής	4	13,3	13,3	90,0
	Ψευδής	3	10,0	10,0	100,0

	Total		30	100,0	100,0	
Υγιείς	Valid	Αληθής	9	30,0	30,0	30,0
		Αρκετά Αληθής	6	20,0	20,0	50,0
		Δεν ξέρω	5	16,7	16,7	66,7
		Αρκετά ψευδής	5	16,7	16,7	83,3
		Ψευδής	5	16,7	16,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

Q36



Q36