

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ
ΔΙΑΒΗΤΗ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

QUALITY OF LIFE IN DIABETES MELITUS: NEW DATA

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΛΕΜΟΝΙΑ

ΤΣΙΑΠΑΡΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΕΠΙΒΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑΥΚΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2013

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΝΕΟΤΕΡΑ
ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Καυκιά Θεοδώρα, καθηγήτρια εφαρμογών (Επιβλέπουσα)

Μπελλάλη Θάλεια, αναπληρώτρια καθηγήτρια

Μηνασίδου Ευγενία, καθηγήτρια εφαρμογών

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ.....	8
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΙΔΩΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	9
1.2.1 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ I.....	9
1.2.2 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ II.....	10
1.2.3 ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	11
1.2.4 ΛΟΙΠΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	12
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	12
1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	13
1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	14
1.6 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	15
1.6.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	16
1.6.2 ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	18
1.6.3 ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	21
1.6.4 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	22
1.6.5 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ.....	22
1.7 ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	26
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	26
2.2 Η ΣΧΕΤΙΧΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	28
2.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	30
2.4 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	34
2.5 ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ.....	38

2.6 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ..	39
2.7 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ Σ.Δ.....	40
2.8 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΣ Σ.Δ.....	40
2.9 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ Σ.Δ.....	40
2.10 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ

ΔΙΑΒΗΤΗ	42
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	42
3.2 ΚΟΣΤΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	43
3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	45
3.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	47
3.5 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ.....	48
3.5.1 ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	49
3.5.2 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	50
3.5.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ.....	51
3.5.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ

ΔΙΑΒΗΤΗ	54
4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	54
4.2 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	55
4.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΚΡΩΝ.....	62

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	66
---------------------------	----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	69

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης περιγράφει ένα σύνολο πολύπλοκων διαταραχών, οι οποίες έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό, διαταραχές στο μεταβολισμό και στη χρήση της γλυκόζης που οφείλεται σε δυσλειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος. Η ινσουλίνη εμπλέκεται στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών, με αποτέλεσμα ο ΣΔ να μην περιορίζεται αποκλειστικά στη διαταραχή της ομοιόστασης της γλυκόζης αλλά να αποτελεί μια γενικότερη επιπλοκή στην περαιτέρω εξέλιξη του μεταβολικού συνδρόμου. Ωστόσο, μια κοινή συνιστώσα που εμφανίζεται στο σύνολο των διαβητικών είναι η μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη.

Η νόσος αντιμετωπίζεται μέσα από μια ομαδική προσέγγιση, η οποία ενδυναμώνει τον ασθενή ώστε να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί επιτυχώς την πάθηση. Ως μέλος αυτής της διεπιστημονικής ομάδας, ο νοσηλευτής προγραμματίζει, οργανώνει και κατευθύνει την παροχή φροντίδας ανάμεσα σε όλους τους φορείς υγείας που συμμετέχουν. Επίσης παρέχει φροντίδα, εκπαίδευση και προάγει την υγεία και την ασθένεια. Η παθογένεια του σακχαρώδη διαβήτη έχει ως κοινό παρονομαστή την ανεπάρκεια ινσουλίνης, που μπορεί να οφείλεται σε μειωμένη έκκριση ινσουλίνης, εξαιτίας ελαττωματικού μηχανισμού έκκρισης των β-κυττάρων, σε απόκριση προς τα φυσιολογικά ερεθίσματα και σε παραγωγή και κυκλοφορία μιας βιολογικά αδρανούς μορφής ινσουλίνης

Από την άλλη πλευρά, η έννοια της ποιότητας ζωής συνδέεται με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη ζωή τους, μέσα στα πλαίσια δεδομένων πολιτισμικών χαρακτηριστικών και ενός συγκεκριμένου συστήματος κοινωνικών αξιών. Εντός αυτού του πλαισίου, τα άτομα διαβίουν σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους. Παρομοίως, η έννοια της ποιότητας ζωής έχει ερμηνευθεί ως η δυνατότητα των διαθέσιμων πόρων που προορίζονται για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, συναρτήσει των όρων που διέπουν την κοινωνία και το περιβάλλον. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής περιγράφει την ύπαρξη και τη δυνατότητα πρόσβασης, εκείνων των απαραίτητων συνθηκών, που με τη σειρά τους, εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή. Μια διαφορετική προσέγγιση, επικεντρώνεται στην υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την ποιότητα ζωής και το <<ευ ζην>>, δύο όροι που συνήθως συγχέονται. Σύμφωνα με την ανωτέρω άποψη, η ποιότητα ζωής θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των ατομικών εσωτερικών διεργασιών. Οι διεργασίες έχουν σχέση με το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου και από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποσκοπεί στην περιγραφή και συσχέτιση όλων των παραγόντων που σχετίζονται με το σακχαρώδη διαβήτη και τη σχέση αυτού με την ποιότητα ζωής.

Τέλος περιγράφεται ο πολυδιάστατος ρόλος του νοσηλευτή καθ'όλα τα στάδια θεραπείας και αντιμετώπισης του σακχαρώδη διαβήτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

1.1 Εισαγωγή

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) συνιστά ένα σύνολο πολύπλοκων διαταραχών, οι οποίες έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό, διαταραχές στο μεταβολισμό και στη χρήση της γλυκόζης και οφείλονται σε δυσλειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος. Η ινσουλίνη εμπλέκεται στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών, με αποτέλεσμα ο ΣΔ να μην περιορίζεται αποκλειστικά στη διαταραχή της ομοιόστασης της γλυκόζης αλλά να αποτελεί μια γενικότερη επιπλοκή στην περαιτέρω εξέλιξη του μεταβολικού συνδρόμου. Ωστόσο, μια κοινή συνιστώσα που εμφανίζεται στο σύνολο των διαβητικών είναι η μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη. Η νόσος αντιμετωπίζεται κατόπιν προσπάθειας αρκετών επαγγελματιών υγείας, η οποία ενδυναμώνει τον ασθενή ώστε να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί επιτυχώς την πάθηση (Harvey 2007).

Ο ΣΔ αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι επιπλοκές του προκαλούν πολλάκις και σοβαρά προβλήματα υγείας (DeWit 2009). Στις ΗΠΑ είναι ο πρωταρχικός αιτιολογικός παράγοντας των περιπτώσεων τύφλωσης, νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου, μεταμόσχευσης νεφρού και ακρωτηριασμού κάτω άκρων. Πολλοί άνθρωποι με ΣΔ παραμένουν χωρίς διάγνωση, ενώ πολλοί εξ αυτών έχουν διαγνωστεί και παραμένουν με υπερβολικά υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Η πρόκληση για τον διαβητικό ασθενή είναι να υιοθετήσει και να διατηρήσει ορισμένες ουσιώδεις αλλαγές στον τρόπο ζωής του, που στόχο έχουν την πρόληψη των μακροχρόνιων επιπλοκών της πάθησης, διατηρώντας τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα σε επίπεδα όσο το δυνατόν φυσιολογικά (Τσιφτσόγλου 2001).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2005, Παπαδόπουλος και συν. 2007), το έτος 2002 ο διαβήτης αποτελούσε παγκοσμίως την 11η αιτία θανάτου, με ποσοστό 1,7% του συνόλου. Σύμφωνα με εκτίμηση του οργανισμού, το έτος 2030 προβλέπεται άνοδος της θέσης του ως βασική αιτία θανάτου και κατάταξης του στην 6η θέση, με σχεδόν διπλασιασμό του ποσοστού του. Νεότερα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, επιβεβαιώνουν την ανωτέρω υπόθεση (Centers for Disease Control and Prevention 2011).

1.2 Ταξινόμηση τύπων διαβήτη

Η παθογένεια του σακχαρώδη διαβήτη έχει ως κοινό παρονομαστή την ανεπάρκεια ινσουλίνης, που μπορεί να οφείλεται σε μειωμένη έκκριση ινσουλίνης, εξαιτίας ελαττωματικού μηχανισμού έκκρισης των β-κυττάρων, σε απόκριση προς τα φυσιολογικά ερεθίσματα και σε παραγωγή και κυκλοφορία μιας βιολογικά αδρανούς μορφής ινσουλίνης (Harvey 2007).

Η ινσουλίνη παράγεται από τα β-κύτταρα των νησιδίων του Langerhans, ενώ από τα α-κύτταρα παράγεται η γλυκαγόνη. Παράγοντες που ευνοούν την έκκριση ινσουλίνης είναι η γλυκόζη και οι λοιποί μονοσακχαρίτες, η λευκίνη και μερικά άλλα αμινοξέα και οι σουλφονουλουργίες, το ασβέστιο και κυρίως η αυξημένη ενδοκυττάρια πυκνότητα του. Αντιθέτως, οι κατεχολαμίνες, το διοξείδιο του άνθρακα και η απουσία καλίου αναστέλλουν την έκκριση ινσουλίνης. Η βιολογική δράση της ινσουλίνης είναι πολλαπλή. Σε γενικές γραμμές, διεγείρει τη χρησιμοποίηση γλυκόζης, διεγείρει τη σύνθεση γλυκογόνου, αναστέλλει τον καταβολισμό γλυκογόνου και τη γλυκονεογένεση και ευνοεί τη μεταφορά γλυκόζης και άλλων ουσιών μέσα από την κυτταρική μεμβράνη. Εκκρίνεται σε απάντηση υπογλυκαιμίας και διεγείρει την ταχεία μετατροπή του γλυκογόνου σε γλυκόζη, μέσω της γλυκογονόλυσης. Απουσία ινσουλίνης, η γλυκόζη που απορροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους ιστούς, δεν μπορεί να μετατραπεί σε γλυκογόνο, με αποτέλεσμα την εμφάνιση υπεργλυκαιμίας (Harvey 2007).

Ο σακχαρώδης διαβήτης και οι διάφορες μορφές του, έχουν ενταχθεί στο διεθνές σύστημα ταξινόμησης νόσων και αιτιών θανάτου, ICD-10. Η ταξινόμηση του αφορά του κωδικούς E10-E14. Σύμφωνα με τον Καραμήτσο (2009) αφορά τον E10 ή ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη (IDDM - Insulin Depended Diabetes Mellitus), τον E11 ή μη ινσουλινοεξαρτώμενο (NIDDM - Non Insulin Depended Diabetes Mellitus), τον E12 που σχετίζεται με κακή διατροφή (MRDM - Malnutrition Related Diabetes Mellitus), τον E13 που περιλαμβάνει τρίτους τύπους διαβήτη (Other specified diabetes mellitus) και τέλος τον E14 που εμπεριέχει τις απροσδιόριστες μορφές διαβήτη (Unspecified diabetes mellitus).

1.2.1 Σακχαρώδης διαβήτης τύπου I

Ο διαβήτης τύπου I, γνωστός και ως ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης αφορά το 5% έως 10% των περιπτώσεων. Εμφανίζεται όταν το ανοσολογικό σύστημα καταστρέφει τα β-κύτταρα του παγκρέατος, υπεύθυνα για την παραγωγή ινσουλίνης. Δυστυχώς δεν υπάρχει γνωστή μέθοδος πρόληψης του σακχαρώδη διαβήτη. Τα άτομα που πάσχουν, απαιτούν εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης για να επιβιώσουν, αφού δεν μπορούν να παράγουν ενδογενή ινσουλίνη. Οι διαβητικοί με διαβήτη τύπου I είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εμφάνιση μιας σοβαρής επιπλοκής της κετοξέωσης, η

οποία σχετίζεται με σημαντική παραγωγή κετονικών σωμάτων, γνωστή ως μεταβολική οξέωση. Επιπλέον, ο διαβήτης τύπου I είναι πιο πιθανό να εμφανιστεί σε νεαρή ηλικία (DeWit 2009).

Στην πραγματικότητα πρόκειται για μια αυτοάνοση διαταραχή, στην οποία τα β-κύτταρα του παγκρέατος καταστρέφονται, σε ορισμένα άτομα που εμφανίζουν γενετική προδιάθεση. Παρόλο που η ακριβής αιτία για την οποία το αμυντικό σύστημα ενός ατόμου δέχεται επίθεση από φυσιολογικά κύτταρα του σώματος δεν είναι γνωστή, άτομα με συγκεκριμένους τύπους ιστών είναι πιο εύκολο να εμφανίσουν αυτοάνοσες διαταραχές, συμπεριλαμβανομένου και του ΣΔ τύπου I. Συγκεκριμένα, άτομα που εμφανίζουν την ιστική ταυτότητα HLA-DR3 ή HLA-DR4 κατά γενική ομολογία εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ τύπου I (Καραμήτσος 2009). Οι περισσότεροι ασθενείς με ΣΔ τύπου I διαθέτουν αντισώματα κατά των νησιδίων, αυτοαντισώματα έναντι της ινσουλίνης (IAA), αυτοαντισώματα κατά δεκαρβοξυλάσης του γλουταμινικού οξέος (GAD) ή αυτοαντισώματα εναντίον των φωσφορικών ενώσεων της τυροσίνης. Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει το γεγονός ότι κυκλοφορούντα αντισώματα μπορεί να υπάρχουν πριν την εμφάνιση της συμπτωματολογίας του ΣΔ τύπου I (Καραμήτσος 2009).

1.2.2 Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II

Ο ΣΔ τύπου II τυπικά ονομάζεται και μη ινσουλινεξαρτώμενος και αφορά το 90% με 95% των γνωστών περιπτώσεων διαβήτη. Θεωρείται ότι ξεκινά με αντίσταση στην ινσουλίνη, μια κατάσταση στην οποία τα κύτταρα δεν είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν ινσουλίνη. Καθώς οι ανάγκες για ινσουλίνη αυξάνονται, το πάγκρεας σταδιακά χάνει την ικανότητα του να την παράγει. Ο διαβήτης τύπου II έχει την τάση να εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες σε σχέση με τον τύπου I διαβήτη και οι ασθενείς αυτοί σπάνια αναπτύσσουν κετοξέωση (DeWit, 2009). Το μεταβολικό σύνδρομο αποτελεί μια ομάδα διαταραχών με κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα την αντίσταση στην ινσουλίνη. Το κάθε ένα απ'αυτά τα προβλήματα αυξάνει ανεξάρτητα τον κίνδυνο εμφάνισης αθηροσκλήρυνσης, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, στεφανιαίας νόσου και πρόιμου θανάτου (Τσιφτσόγλου 2001).

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη τύπου II είναι άτομα μεγάλης ηλικίας (άνω των 45 ετών), υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι, το οικογενειακό ιστορικό τύπου II, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και άτομα ορισμένων εθνικότητων, όπως Αφρο-Αμερικανοί-Λατίνοι. Επίσης προδιάθεση εμφανίζουν γυναίκες που παρουσίασαν διαβήτη της κύησης, υπέρτατικά άτομα (ΑΠ>140/90 mmHg), άτομα με χαμηλή HDL χοληστερόλη είτε αυξημένα τριγλυκερίδια και τέλος γυναίκες που παρουσίασαν σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (Τσιφτσόγλου 2001).

Η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία συστήνει την πραγματοποίηση προσυμπτωματικού ελέγχου για διαβήτη τύπου II σε όλους ανεξαιρέτως τους ενήλικες, ιδίως σε παχύσαρκους, μετά την ηλικία των 45 ετών και σε επανάληψη του ελέγχου κάθε 3 έτη, με μετρήσεις σακχάρου αίματος νηστείας ως μέθοδο εκλογής. Επίσης, θεωρεί απαραίτητο τον έλεγχο και σε μικρότερες ηλικίες ή τακτικότερα διαστήματα, κυρίως για άτομα που εμφανίζουν περισσότερους από έναν παράγοντες κινδύνου. Εκτός από τις εργαστηριακές εξετάσεις, ο ιατρός βασίζεται στα κλινικά σημεία και συμπτώματα του σακχαρώδους διαβήτη για τον καθορισμό της διάγνωσης. Τα κλασικά συμπτώματα της διαταραχής, ανεξαρτήτως του τύπου, σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα γλυκόζης. Αυτό αυξάνει τη συγκέντρωση των ενδαγγειακών υγρών, αυξάνοντας την ωσμωτική πίεση και μετατοπίζει υγρό από τα κύτταρα και το διάμεσο ιστό, προς το αίμα. Το γεγονός αυτό προκαλεί αφυδάτωση και απώλεια γλυκόζης, ηλεκτρολυτών και νερού στα ούρα. Η κυτταρική αφυδάτωση προκαλεί δίψα με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πρόσληψη υγρών και η διούρηση. Το αίσθημα της πείνας θεωρείται ως αποτέλεσμα της προσπάθειας του οργανισμού να αυξήσει τα αποθέματα ενέργειας παρόλο που η πρόσληψη περισσότερων υδατανθράκων δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των κυττάρων (Κατσιλάμπρος 2007).

Η κόπωση και η μυϊκή αδυναμία εμφανίζονται επειδή οι απαιτήσεις σε γλυκόζη για την κάλυψη των ενεργειακών αναγκών δεν ικανοποιούνται. Η απώλεια βάρους στα άτομα με διαβήτη τύπου I εμφανίζεται λόγω απώλειας σωματικών υγρών και απουσίας επαρκούς ποσότητας ινσουλίνης. Κατά συνέπεια, το σώμα αρχίζει να μεταβολίζει τις πρωτεΐνες και τα λίπη του. Πιστεύεται ότι οι νευρολογικές, οι αγγειακές και οι μεταβολικές επιπλοκές του διαβήτη προδιαθέτουν το άτομο σε λοιμώξεις επιτρέποντας στους μικροοργανισμούς να εισέλθουν στους ιστούς που φυσιολογικά έχουν καλύτερη άμυνα και είναι λιγότερο επιρρεπείς. Για παράδειγμα, η νευρογενής κύστη προδιαθέτει τον ασθενή στο να κατακρατεί ούρα και στο να αναπτύσσει σε αυτά βακτήρια, ενώ ένα έλκος κάτω άκρου το οποίο προέρχεται από αγγειακή νόσο στερείται της προστατευτικής δράσης του δέρματος ως φραγμού για τους μικροοργανισμούς. Οι χρόνιες νευρολογικές και αγγειακές επιπλοκές του διαβήτη παρουσιάζονται αργότερα στο κεφάλαιο αυτό. Η αύξηση του βάρους είναι συχνή στους ασθενείς με διαβήτη τύπου II, εξαιτίας της αυξημένης πρόσληψης θερμίδων και της ικανότητας της ενδογενούς ινσουλίνης να χρησιμοποιήσει πλήρως την τροφή που προσλαμβάνεται (Παπαδοπούλου 2005).

1.2.3 Διαβήτης της κήσης

Ο διαβήτης της κήσης μπορεί να εμφανιστεί για πρώτη φορά ως αποτέλεσμα του στρες της κήσης. Μπορεί να αντιμετωπιστεί με δίαιτα, αντιδιαβητικά δισκία ή με ινσουλίνη. Μετά τον

τοκετό, η κατάσταση θα πρέπει να επανεκτιμηθεί καθώς περίπου το 5-10% των γυναικών με διαβήτη της κύησης μπορεί να διαγνωστούν μετά

τον τοκετό με διαβήτη τύπου II. Το νεογνό εμφανίζει μεγαλύτερο κίνδυνο περιγεννητικής θνησιμότητας, συγγενών ανωμαλιών και μακροσωμίας. Παρουσιάζει επίσης αυξημένο κίνδυνο για παχυσαρκία και για διαβήτη τύπου II αργότερα στη ζωή του (DeWit 2009).

1.2.4 Λοιποί τύποι διαβήτη

Ο σημαντικότερος εξ' αυτών είναι ο δευτεροπαθής σακχαρώδης διαβήτης. Εμφανίζεται μετά από γνωστές παθοφυσιολογικές καταστάσεις, όπως ολική παγκρεατεκτομή, παθήσεις του παγκρέατος (οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα, νεοπλασίες παγκρέατος), αιμοχρωμάτωση, σύνδρομο Cushing, μεγαλακρία, φαιοχρωμοκύτωμα, υπερθυρεοειδισμός, παθήσεις του ήπατος (κίρρωση ή καρκίνος) και θεραπεία με κορτικοστεροειδή (Abourawi 2006).

1.3 Επιδημιολογία διαβήτη

Τα υψηλότερα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης διαβήτη, με 30,6% του πληθυσμού, κατέχει το Νησί της Χαράς και αμέσως μετά ο Μαυρίκιος με 17%. Οι ΗΠΑ βρίσκονται στην 15η θέση με 12,3% του πληθυσμού ή 26.813.600 άτομα με ΣΔ, ενώ η Ελλάδα είναι στην 73η θέση με 8,8% ή 754.000 άτομα. Ο μέσος παγκόσμιος δείκτης επιπολασμού είναι 6,6% ή 144.382.000 άτομα με ΣΔ (Κατσιλάμπρος 2007).

Με βάση την κατάταξη, διαβητικών ασθενών, ηλικίας 20-79 ετών στις δέκα πρώτες χώρες το έτος 2010, η Ινδία βρίσκεται στην πρώτη θέση με 10,8 εκατομμύρια, 2η η Κίνα με 43,2 εκ. και οι ΗΠΑ στην 3η θέση με 26,8 εκ. Η πρόβλεψη του International Diabetes Federation (IDF) για το έτος 2030 δεν διαφοροποιεί αυτές τις θέσεις, με την Ινδία όμως να σημειώνει αύξηση του πληθυσμού με ΣΔ κατά +71%, η Κίνα κατά 45% και οι ΗΠΑ κατά 34%. Μεγαλύτερη αύξηση με διπλασιασμό ασθενών με ΣΔ, εκτιμάται στο Πακιστάν κατά 94% ενώ Γερμανία και Ιαπωνία υποχωρούν στην κατάταξη τους από τις πρώτες δέκα χώρες (Τσιφτσόγλου 2001).

Η εκτίμηση του επιπολασμού ΣΔ ανά γεωγραφική περιοχή και στο σύνολο για τα έτη 2010 και 2030, περιλαμβάνοντας τον συγκριτικό, ανά περιοχή, επιπολασμό και τις μεταβολές αυτού στα επόμενα 20 χρόνια. Στην περιοχή της Βόρειας Αμερικής και Καραϊβικής θα σημειωθεί αύξηση κατά 43%, την Ευρώπη κατά 20% και την Αφρική κατά 98%, αντίστοιχα. Τα 285 εκατομμύρια ασθενών με ΣΔ το 2010 θα ανέλθουν σε 438 εκατομμύρια το 2030 (αύξηση 54%). Ο ΣΔ τύπου I το έτος 2010

εμφανίζει μεγαλύτερη συχνότητα σε χώρες της Ν/Α Ασίας και στην Ευρώπη με 110.000 άτομα ανά περιοχή, ενώ 20.000 με 40.000 περίπου διαπιστώνονται σε περιοχές όπως η Αφρική, η Νότια & Κεντρική Αμερική και ο Δυτικός Ειρηνικός. Στην Β. Αμερική και Καραϊβική εκτιμάται θνησιμότητα περί του 16% των συνολικών θανάτων, ενώ στην Ευρώπη λίγο κάτω από 12%. Τελευταία είναι η Αφρική με 6% περίπου (Κατσιλάμπρος 2007).

1.4 Αιτιολογικοί παράγοντες σακχαρώδη διαβήτη

Στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, η κληρονομικότητα διαδραματίζει σίγουρα κάποιο ρόλο, όσον αφορά την προδιάθεση ενός ατόμου να αναπτύξει σ. διαβήτη. Η πιθανότητα ενός παιδιού να εμφανίσει διαβήτη τύπου I κυμαίνεται μεταξύ 0,5-1%, ενώ αυξάνεται προς 2% αν η μητέρα του έχει διαβήτη τύπου I, περίπου 6% αν πάσχει ο πατέρας και περίπου 15-20% αν πάσχουν και οι δύο γονείς. Εκτός από την κληρονομικότητα, το περιβάλλον παίζει επίσης κάποιο ρόλο, χωρίς όμως να υπάρχουν ατράνταχτα στοιχεία για συγκεκριμένους παράγοντες. Κοινός παρονομαστής είναι η ανάπτυξη αυτοαντισωμάτων, τα οποία καταστρέφουν τα παγκρεατικά κύτταρα. Συνεπώς, δεν έχει καμία σχέση η κατανάλωση πολλών γλυκών και ζάχαρης, εν αντιθέσει με την κοινή αντίληψη (Καραμήτσος 2009).

Σχετικά με τον διαβήτη τύπου II επηρεάζεται ως ένα βαθμό από την κληρονομικότητα, μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι στον τύπον I. Η όποια πιθανότητα έχει κανείς να εμφανίσει διαβήτη τύπου II, όταν δεν έχει συγγενείς που πάσχουν, πολλαπλασιάζεται κατά 5-10 φορές αν πάσχει κάποιος συγγενής 1ου βαθμού. Η προδιάθεση αυτή μπορεί να αφορά και τις δύο διαταραχές που συνεργάζονται για την εκδήλωση του διαβήτη, δηλαδή και την αυξημένη «αντίσταση» στην ινσουλίνη και την ελαττωματική έκκριση ινσουλίνης. Από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος, φαίνεται ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες είναι η παχυσαρκία και η καθιστική ζωή (Καραμήτσος 2009).

Τέλος, για τον διαβήτη της κύησης, υπεύθυνες είναι οι ορμόνες που παράγονται κατά το δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης και αυξάνουν την «αντίσταση» στην ινσουλίνη. Σε αντίθεση με τον διαβήτη τύπου II, όπου η αυξημένη αντίσταση δεν είναι επιθυμητή, ο μηχανισμός αυτός κατά την εγκυμοσύνη είναι φυσιολογικός και απαραίτητος, με σκοπό να λαμβάνει η μητέρα περισσότερα θρεπτικά συστατικά ώστε να τροφοδοτεί το έμβρυο. Όταν το πάγκρεας της μητέρας λειτουργεί φυσιολογικά, απλώς αυξάνει την ποσότητα της ινσουλίνης και καλύπτει τις ανάγκες των κυττάρων της. Όταν όμως το πάγκρεας δεν μπορεί να δώσει την ποσότητα της ινσουλίνης που χρειάζεται, τότε πλέον εκδηλώνεται διαβήτης (Τσιφτσόγλου 2001).

1.5 Διάγνωση

Η διάγνωση του κλινικού διαβήτη θα γίνει από την υπεργλυκαιμία και την σακχαουρία. Τιμές σακχάρου αίματος νηστείας πάνω από 200 mg/dl θέτουν με βεβαιότητα τη διάγνωση. Σε αμφίβολη ή λανθάνουσα μορφή, η διάγνωση θα γίνει με διάφορες δοκιμασίες φόρτισης με γλυκόζη (Καραμήτσος 2009).

Εξέταση ούρων για σάκχαρο

Η γλυκόζη αίματος μπορεί να μετρηθεί έμμεσα με τη μέτρηση της γλυκόζης ούρων, παρόλο που η μέθοδος αυτή δεν είναι τόσο ακριβής όσο η μέτρηση στο αίμα. Η πρόσληψη υγρών, το ειδικό βάρος των ούρων, ο χρόνος που μεσολαβεί από την τελευταία ούρηση και ορισμένα φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα. Ο προσδιορισμός σακχάρου στα ούρα γίνεται με χρησιμοποίηση ειδικών δισκίων ή ταινιών, που αλλάζουν το χρώμα τους, σε ύπαρξη γλυκόζης στα ούρα.

Εξέταση ούρων για οξόνη

Ο προσδιορισμός της οξόνης στα ούρα γίνεται επίσης με χρήση ειδικών δισκίων, ή ταινιών, που αλλάζουν χρώμα όταν υπάρχει οξόνη στα ούρα.

Σάκχαρο αίματος νηστείας

Αυξημένες τιμές σακχάρου αίματος νηστείας θέτουν σχεδόν με βεβαιότητα τη διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη (φυσιολογικές τιμές: 80 — 120 mg/dl).

Εξέταση αίματος για σάκχαρ, μεταγευματικά

Λαμβάνεται δείγμα αίματος 2 ώρες μετά λήψη -πλούσιου υδατανθρακούχου γεύματος (75-100 gr). Τιμές πάνω από 150 mg/dl αίματος θέτουν διάγνωση διαβήτη. Τιμές κάτω από 100 mg/dl αποκλείουν διαβήτη. Σε τιμές ανάμεσα σ' αυτά τα όρια θα πρέπει να γίνει δοκιμασία ανοχής γλυκόζης.

Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης

Συνιστά την πλέον ευαίσθητη μέθοδο. Βασίζεται σε ορισμένη μεθοδολογία, όπως θα περιγραφεί παρακάτω. Αρχικά, χορηγείται στον ασθενή πλούσια υδατανθρακούχα διαίτα (150-300gr ημερήσια) για 3 ημέρες πριν από τη δοκιμασία. Λαμβάνεται δείγμα αίματος μετά από ολονύκτια νηστεία και έπειτα χορηγούνται στον ασθενή 50 — 100 gr γλυκόζης από το στόμα. Έπειτα, λαμβάνονται δείγματα αίματος για προσδιορισμό του σακχάρου μετά 1, 2 και 3 ώρες από τη λήψη της γλυκόζης (Κατσιλάμπρος 2007).

Καθ'όλη τη διαδικασία, το άτομο πρέπει να αποφεύγει τον καφέ, το κάπνισμα και την ασυνήθη φυσική άσκηση τουλάχιστον για 8 ώρες πριν από τη δοκιμασία. Κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει άσκηση, συγκινησιακό stress, κάπνισμα και κάθε λήψη από το στόμα, εκτός από νερό. Επιπλέον, πρέπει να διακόπτονται, αν είναι δυνατό, 3 ημέρες πριν από την εξέταση διουρητικά, γλυκοκορτικοειδή, συνθετικά οιστρογόνα και φαινυντοΐνη. Τη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης από το στόμα επηρεάζουν επίσης η εγκυμοσύνη, σε ύπαρξη της οποίας υπάρχει ειδική τροποποίηση κριτηρίων, και η επέμβαση στο στομάχι. Στην τελευταία περίπτωση, η δοκιμασία γίνεται με ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης (Παπαδοπούλου 2005).

1.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Δυστυχώς, δεν υφίσταται θεραπεία για το σακχαρώδη διαβήτη. Ο στόχος είναι να παραμείνουν οι τιμές της γλυκόζης και των λιπιδίων στα φυσιολογικά επίπεδα και οι παράγοντες αυτοί να ελέγχονται όσο το δυνατόν πιο αυστηρά για να προληφθούν οι επιπλοκές. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι υπάρχουν πλεονεκτήματα από τον αυστηρό έλεγχο της γλυκόζης στο αίμα για τα άτομα τόσο με διαβήτη τύπου I όσο και με τύπου II. Για κάθε εκατοστιαία πτώση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης οι μικροαγγειακές επιπλοκές του διαβήτη μειώνονται κατά 40%. Οι ασθενείς που επιθυμούν αυστηρό έλεγχο ακολουθούν εντατικό θεραπευτικό σχήμα με μετρήσεις της γλυκόζης του αίματος τουλάχιστον 4 φορές την ημέρα και χορήγηση ινσουλίνης 3 ή περισσότερες φορές την ημέρα ή χρησιμοποιούν αντλία ινσουλίνης.

Το πρωτόκολλο για τον έλεγχο του ΣΔ είναι εξατομικευμένο και εξαρτάται από τον τύπο του διαβήτη που ο ασθενής παρουσιάζει, την ηλικία, την κατάσταση της υγείας του, την ικανότητα να ακολουθήσει την αγωγή που του συστήνεται, την αποδοχή της υπευθυνότητας για τον έλεγχο της νόσου και την ύπαρξη άλλων παραγόντων. Τόσο οι ασθενείς με τύπου I όσο και εκείνοι με τύπου II διαβήτη, θα πρέπει να ακολουθούν αυστηρά τη διαίτα που τους υποδεικνύεται και να εκτελούν, σε κάποιο βαθμό, μια σωματική άσκηση. Τα ανωτέρω συνιστούν τα κύρια μέτρα αντιμετώπισης

ανεξάρτητα από τα ειδικά προβλήματα που αφορούν στη διαταραχή ανοχής της γλυκόζης (Καραμήτσος 2009).

Η ινσουλινοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς με διαβήτη τύπου I και II. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα άτομα με διαβήτη τύπου II δύναται να ελέγξουν τη γλυκόζη του αίματος μειώνοντας τις προσλαμβανόμενες θερμίδες και αυξάνοντας τη φυσική δραστηριότητα. Επιπρόσθετα, μπορούν να χορηγηθούν αντιδιαβητικά δισκία προκειμένου να επιτευχθεί ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος. Αν ο έλεγχος είναι δύσκολο να επιτευχθεί, στο θεραπευτικό σχήμα θα πρέπει να προστίθεται και ινσουλίνη (DeWit 2009).

1.6.1 Φαρμακευτική αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή για το ΣΔ βασίζεται κυρίως στη χορήγηση ινσουλίνης σε συνδιασμό, ή μη, υπογλυκαιμικών φαρμάκων από το στόμα. Η επιλογή τους είναι συνάρτηση αρκετών παραγόντων, όπως ο τύπος του διαβήτη, η ηλικία, η συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα. Τα φάρμακα κατά την έναρξη της θεραπείας, χορηγούνται με τη μικρότερη αποτελεσματική δόση, η οποία και αυξάνεται σταδιακά κάθε 1-2 εβδομάδες, μέχρι ο ασθενής να πλησιάσει ένα αποδεκτό επίπεδο γλυκαιμικού ελέγχου ή μέχρι να φτάσει τη μέγιστη δόση. Εάν και με αυτή τη μέγιστη δόση δεν μπορεί να επιτευχθεί ικανοποιητικός γλυκαιμικός έλεγχος, πρέπει να χρησιμοποιηθεί κάποιος άλλος αντιδιαβητικός παράγοντας από το στόμα. Η ινσουλινοθεραπεία ενδείκνυται όταν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα δεν μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο μετά τη χρήση δύο ή και τριών διαφορετικών αντιδιαβητικών παραγόντων (Τσιφτσόγλου 2001).

Οι αντιδιαβητικοί παράγοντες δεν αποτελούν σε καμιά περίπτωση υποκατάστατο μιας τροποποιημένης δίαιτας και της σωματικής άσκησης. Τονίζεται στον ασθενή η ανάγκη συνέχισης των διαιτητικών περιορισμών και της τακτικής άσκησης, ενώ συνεχίζει την αγωγή του με αντιδιαβητικούς παράγοντες. Η επιλογή των, από του στόματος, αντιδιαβητικών παραγόντων βασίζεται στο κόστος, στην ικανότητα του ασθενή να χειρίζεται πολλά και διαφορετικά φάρμακα ή δόσεις, στην ηλικία του και στην ανταπόκριση του στη φαρμακευτική αγωγή. Τα φάρμακα της ομάδας των σουλφονουριδίων είναι λιγότερο ακριβά σε σχέση με άλλους αντιδιαβητικούς παράγοντες και παρουσιάζουν ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συχνά η λειτουργία των β-κυττάρων στο ΣΔ τύπου II εκπίπτει με την πάροδο του χρόνου, ελαττώνοντας την αποτελεσματικότητα μερικών από του στόματος, χορηγούμενων, αντιδιαβητικών παραγόντων. Κατά συνέπεια, το θεραπευτικό σχήμα για τον ασθενή με ΣΔ τύπου II μπορεί να απαιτήσει ινσουλίνη, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με από του στόματος αντιδιαβητικούς

παράγοντες. Η ινσουλινοθεραπεία είναι αναγκαία στο ΣΔ τύπου I και συχνά χορηγείται και σε τύπου II. Η ασφάλεια της ινσουλινοθεραπείας στους ηλικιωμένους μπορεί να επηρεαστεί από τις διαταραχές όρασης, κινητικότητας και γενικότερου συντονισμού, αλλά και από την ελάττωση της μνήμης. Υπάρχουν πολλοί τύποι ινσουλίνης και θεραπευτικών σχημάτων, όλα όμως στοχεύουν στην επίτευξη φυσιολογικών επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Σε γενικές γραμμές, η ινσουλινοθεραπεία ενδείκνυται στις παρακάτω περιπτώσεις (Τσιφτσόγλου 2001):

- Διαβήτη τύπου I
- Διαβητικό κώμα
- Υπεροσμωτικό κώμα
- Διαβήτη κύησης
- Διαβήτη κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων μέσης ή μεγάλης βαρύτητας
- Σημαντική εκτροπή του διαβήτη σε ενήλικες διαβητικούς, που προηγούμενα ρυθμιζόνταν μόνο με δίαιτα ή και δισκία, λόγω stress.
- Συνύπαρξη διαβήτη με νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια

Παρατηρείται μεγάλη ποικιλία ινσουλινικών σκευασμάτων, που διαφέρουν ως προς το χρόνο έναρξης δράσης, το χρόνο μέγιστης δράσης και τη διάρκεια δράσης. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση τους, διότι υπάρχει πολύ μικρό περιθώριο ανάμεσα στα θεραπευτικά και τα τοξικά αποτελέσματα της ινσουλίνης. Η άσκηση, η νόσος και το συγκινησιακό stress μπορεί να μεταβάλουν τις ανάγκες για ινσουλίνη. Η ινσουλίνη λαμβάνεται από ζωικές πηγές, κυρίως από πάγκρεας βόειο ή χοίρειο, σε συνδυασμό ζωικών πηγών και ημισυνθετικής ανθρώπινης ινσουλίνης και ως συνθετική ανθρώπινη ινσουλίνη, μέσω της τεχνολογίας του ανασυνδυασμένου DNA. Υπάρχουν διαφορές στη δράση και στην ταχύτητα έναρξης δράσης της ανθρώπινης και της ζωικής προέλευσης ινσουλίνης. Κατά συνέπεια, τόσο η δόση όσο και η ώρα χορήγησης πρέπει να τροποποιηθούν όταν ο ασθενής περνά από έναν τύπο ινσουλίνης σε έναν άλλο. Η ανθρώπινη ινσουλίνη έχει ταχύτερη έναρξη δράσης, μικρότερη μέγιστη δράση και ελαττωμένη συνολική διάρκεια δράσης σε σχέση με την ινσουλίνη ζωικής προέλευσης. Η ανθρώπινη ινσουλίνη προτιμάται στις εγκύους ή σε γυναίκες που σκοπεύουν να τεκνοποιήσουν, σε ασθενείς με αλλεργίες ή αντίσταση στις ζωικής προέλευσης ινσουλίνες, σε ασθενείς που πρόκειται να ξεκινήσουν ινσουλινοθεραπεία και σε ασθενείς που χρησιμοποιούν την ινσουλίνη περιοδικά. Η ινσουλίνη διατίθεται σε συγκεντρώσεις μονάδων units/ml. Ο πιο κοινός τύπος συγκέντρωσης είναι 100 units/ml. Για τη χορήγηση της απαιτούνται ειδικές σύριγγες και βελόνες (Τσιφτσόγλου 2001).

Αν και θεωρητικά κάθε σημείο του σώματος με υποδόριο ιστό είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί ως σημείο ένεσης ινσουλίνης, ωστόσο συνιστάται να γίνονται οι ενέσεις σε

ορισμένες περιοχές. Η ταχύτητα απορρόφησης και το μέγιστο της δράσης διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή. Η περιοχή που επιτρέπει την ταχύτερη απορρόφηση είναι η κοιλιακή χώρα και μετά ακολουθούν η περιοχή του δελτοειδούς μυός, ο μηρός και το ισχίο. Λόγω της ταχείας απορρόφησης συνιστάται η περιοχή της κοιλίας. Για την πραγματοποίηση της ένεσης συμπιάζεται το δέρμα ώστε να δημιουργείται έπαρμα και εισάγεται η βελόνα υπό γωνία 90 μοιρών. Εάν ο ασθενής είναι πολύ αδύνατος, είναι δυνατόν να χρειασθεί η ένεση να γίνει με γωνία 45 μοιρών έτσι ώστε να μη γίνει ενδομυϊκά η ένεση. Δεν χρειάζεται να γίνει αναρρόφηση για το ενδεχόμενο τρώσης αγγείου. Δεν πρέπει να γίνεται μάλαξη στο σημείο της ένεσης μετά την έγχυση του φαρμάκου, επειδή να δυσχεραίνει την απορρόφηση. Η απόσταση μεταξύ των σημείων των ενέσεων πρέπει να είναι 2,5 εκατοστά, αποφεύγοντας την περιοχή του ομφαλού σε ακτίνα 5 εκατοστών. Δεν πρέπει να γίνεται ένεση σε περιοχή που θα συμμετάσχει σε άσκηση, όπως στο μηρό, αν πρόκειται να επακολουθήσει έντονο βάδισμα, ή σε περιοχή όπου θα εφαρμοσθεί τοπική θερμότητα. Η άσκηση ή η θερμότητα είναι δυνατόν να αυξήσουν την ταχύτητα απορρόφησης και να προ- καλέσουν ταχύτερη έναρξη και μέγιστη δράση (Καραμήτσος 2009).

Σήμερα υπάρχουν διαθέσιμες αρκετές μέθοδοι χορήγησης ινσουλίνης, πέρα από τις κλασικές υποδόριες ενέσεις. Η συνεχής χορήγηση υποδορίως της βασικής δόσης ινσουλίνης με επιπλέον αύξηση της χορηγούμενης ινσουλίνης κατά τις ώρες των γευμάτων είναι η αποτελεσματική μέθοδος ελέγχου των επιπέδων της γλυκόζης σε σχέση με το σχήμα πολλαπλών ενέσεων ινσουλίνης. Επιτρέπει μια μεγαλύτερη ευελιξία στη λήψη των γευμάτων, αφού εάν ένα γεύμα παραλειφθεί, πρέπει να ληφθεί η αντίστοιχη δόση ινσουλίνης. Χορηγείται μέσω μιας αντλίας, την οποία φέρει ο ασθενής εξωτερικά, η οποία περιέχει μια σύριγγα και μια δεξαμενή που περιέχει ινσουλίνη ταχείας ή βραχείας διάρκειας δράσης και οποία συνδέεται στον ασθενή με ένα σύστημα έγχυσης. Η διδασκαλία του ασθενή να προσαρμόζει την ποσότητα της ινσουλίνης είναι απαραίτητη, βασιζόμενος πάντα στα δεδομένα που κατέχει από τη μέτρηση των επιπέδων γλυκόζης αίματος (Κατσιλάμπρος 2007).

1.6.2 Επιπλοκές ινσουλινοθεραπείας

1. Υπογλυκαιμία

Η υπογλυκαιμία αποτελεί πολύ συχνό πρόβλημα κατά τη θεραπεία των διαβητικών και παρατηρείται συνήθως σ' εκείνους τους αρρώστους που λαμβάνουν ινσουλίνη, αλλά και σε αυτούς που παίρνουν σουλφονουλιδίες. Ιδιαίτερα συχνή είναι στους μη ρυθμισμένους διαβητικούς και ειδικά όταν ο διαβήτης υπάρχει χρόνια. Η κατηγορία αυτή των αρρώστων περιλαμβάνει άτομα που

παρουσιάζουν το διαβήτη τύπου I. Η υπογλυκαιμική αντίδραση παρατηρείται όταν για οποιαδήποτε αιτία, το σάκχαρο αίματος μειωθεί κάτω από 50 mg/dl. Συνήθη αίτια είναι η χορήγηση υπερβολικής δόσης ινσουλίνης, όταν παραλειφθεί ένα πλούσιο γεύμα ή όταν ο διαβητικός υποβληθεί σε μια έντονη και ασυνήθη μυϊκή δραστηριότητα. Άτομα που παίρνουν β-αδρενεργικούς αναστολείς είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στην υπογλυκαιμία, γιατί οι ουσίες αυτές αναστέλλουν τη γλυκογονόλυση στο ήπαρ. Η υπογλυκαιμία εκδηλώνεται ως (Τσιφτσόγλου 2001):

- Νευρικότητα, αίσθημα αδυναμίας, εφίδρωση και τρόμος
- Λιποθυμία, αίσθημα πείνας
- Κεφαλαλγία, μούδιασμα γλώσσας και χειλιών
- Ταχυπαλμία
- Διανοητική σύγχυση ή εκκεντρική συμπεριφορά, μεταβολές στη διάθεση
- Διπλωπία, ασταθές βάδισμα
- Ωχρότητα, αίσθημα ψύχους

Αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση γλυκόζης από το στόμα, αν ο ασθενής είναι σε εγρήγορση, όπως με έναν χυμό πορτοκαλιού, γλυκά, ζάχαρη διαλυμένη σε λίγο νερό. Επιπλέον, χορηγείται 1mg γλυκαγόνης, υποδοριώς ή ενδομυϊκώς, αν ο ασθενής δεν μπορεί να πάρει τίποτα από το στόμα. Εντούτοις αυτός ο τρόπος, προκαλεί γλυκογονόλυση στο ήπαρ, με αποτέλεσμα αύξηση του σακχάρου του αίματος. Η δόση επαναλαμβάνεται μετά από 10-15min, αν δεν υπάρχει απόκριση. Τέλος, χορηγείται ένας χυμός πορτοκαλιού, μόλις ο ασθενής ανακτήσει τη συνείδηση του. Το επίπεδο σακχάρου του αίματος μπορεί να μειωθεί γρήγορα μετά την παροδική αύξηση που προκλήθηκε από τη γλυκαγόνη (Καραμήτσος 2009).

Από την άλλη μεριά, εάν ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα χορηγούνται ενδοφλέβια 50 ml διαλύματος 50% γλυκόζης, για την ταχεία επαναφορά του σακχάρου του αίματος στα φυσιολογικά επίπεδα. Συνεχίζεται η χορήγηση διαλύματος 5-10 % D/W ενδοφλέβια. Χορηγείται μανιτόλη, για την αντιμετώπιση εγκεφαλικού οιδήματος, αν απαιτηθεί. Τέλος, μετά τη χορήγηση υδατανθράκων, χορηγούνται τροφές με λεύκωμα και λίπη (Κατσιλάμπρος 2007).

2. Αλλεργική αντίδραση στην ινσουλίνη

Είναι σπάνια, συχνότερα εμφανίζεται σε χορήγηση ινσουλίνης με λεύκωμα. Η συνηθέστερη μορφή είναι το κνησμώδες εξάνθημα και πολύ σπάνια το αναφυλακτικό shock. Οι αντιδράσεις αυτές συνήθως εμφανίζονται στα αρχικά στάδια της θεραπείας και δεν διαρκούν περισσότερο από λίγες εβδομάδες. Η αντίδραση μπορεί να είναι άμεση ή καθυστερημένη. Στις περισσότερες περιπτώσεις ήπιων αλλεργικών εκδηλώσεων αρκεί απλώς η αλλαγή τύπου ινσουλίνης. Μπορεί να γίνεται χρήση

αντιισταμινικού, μία ώρα πριν από την ένεση, με οδηγία γιατρού. Στη σύγχρονη εποχή, οι αντιδράσεις αυτού του τύπου είναι σπάνιες, λόγω αυξημένης καθαρότητας των ινσουλινών (Τσιφτσόγλου 2001).

3. Ινσουλινική λιποδυστροφία

Η πιο σοβαρή και μεγάλης διάρκειας δερματική αντίδραση είναι η ινσουλινική λιποδυστροφία. Χαρακτηρίζεται από ατροφία ή υπερτροφία του δέρματος και του υποδόριου ιστού στην περιοχή των ενέσεων. Η ατροφία είναι πιο συχνή στα παιδιά και στις ενήλικες γυναίκες και συνήθως δημιουργείται μέσα στους πρώτους έξι μήνες με δύο χρόνια μετά την έναρξη της ινσουλinoθεραπείας. Η υπερτροφία είναι συχνότερη στους ενήλικες άνδρες και στα παιδιά. Αποτελεί πρόβλημα αισθητικό, αλλά ακόμα δημιουργεί το ενδεχόμενο μη απορρόφησης της ινσουλίνης, όταν οι ενέσεις γίνονται σε λιποδυστροφική περιοχή (Κατσιλάμπρος 2007).

Συστήνεται συχνή αλλαγή της περιοχής των ενέσεων και η μη ένεση ινσουλίνης σε λιποδυστροφική περιοχή πριν από την πάροδο δύο μηνών. Σε αρρώστους με λιποδυστροφία ενδείκνυται η ουδέτερη ινσουλίνη (με ουδέτερο pH).

4. Ινσουλινικό οίδημα

Χαρακτηρίζεται από γενικευμένη κατακράτηση νερού. Συνήθως εμφανίζεται σε απότομη αποκατάσταση της διαβητικής ρύθμισης, σε αρρώστους με μη ρυθμισμένο διαβήτη για κάποιο χρόνο.

5. Αντίσταση στην ινσουλίνη

Κλινικά, υπάρχει αντίσταση στην ινσουλίνη όταν οι απαιτήσεις για ινσουλίνη είναι 200 units και πάνω. Οι περισσότεροι ασθενείς, σε κάποιο χρόνο, εμφανίζουν ένα βαθμό αντίστασης στην ινσουλίνη. Αναπτύσσονται στον οργανισμό αντισώματα που δεσμεύουν την ινσουλίνη που σπάνια όμως φτάνουν σε υψηλά επίπεδα. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση καθαρότερων σκευασμάτων και ίσως πρεδνιζόνης για αναχαίτιση παραγωγής αντισωμάτων (Τσιφτσόγλου 2001).

Τέλος, οι δερματικές λοιμώξεις συμβαίνουν όταν οι περιοχές έγχυσης δεν καθαρίζονται ή όταν οι βελόνες έγχυσης δεν αλλάζονται κάθε 3 ημέρες. Όταν ο ασθενής λαμβάνει ινσουλίνη ταχείας δράσης και έχει φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης, η διακοπή της χορήγησης ινσουλίνης επιφέρει ταχέως υπεργλυκαιμία. Αυτός ο τρόπος χορήγησης μπορεί να οδηγήσει σε κετοξέωση, συγκριτικά με άλλες μεθόδους χορήγησης ινσουλίνης. Η κετοξέωση σχετίζεται με την έλλειψη εμπειρίας στο χειρισμό της αντλίας, λοίμωξη, κατά λάθος διακοπή της χορήγησης ινσουλίνης, απόφραξη του

συστήματος έγχυσης και μηχανικά προβλήματα της αντλίας. Ρυθμιστικό διάλυμα ινσουλίνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη της καθίζησης κρυστάλλων ινσουλίνης στα τοιχώματα του καθετήρα. Επισημαίνεται η ανάγκη τακτικού ελέγχου για ύπαρξη κετονών. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν τις αντλίες χρειάζονται εντατική εκπαίδευση. Εξαιτίας του κινδύνου υπερ- ή υπογλυκαιμίας, ο ασθενής πρέπει να εκτελεί όλες τις ακόλουθες λειτουργίες ώστε να εξασφαλίσει την επαρκή χορήγηση ινσουλίνης (Καραμήτσος 2009).

Η διδασκαλία του ασθενή επικεντρώνεται στο τρόπο χειρισμού της αντλίας, στην προσαρμογή των ρυθμίσεων και στην ανταπόκριση σε προειδοποιητικά σήματα. Η αφαίρεση της αντλίας για οποιοδήποτε χρονικό διάστημα μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση υπεργλυκαιμίας. Χορηγούνται στον ασθενή επιπρόσθετα σχήματα ινσουλινοθεραπείας, σε περιπτώσεις όπου η αντλία μπορεί να καταστεί μη λειτουργική. Οι αντλίες κοστίζουν περισσότερο από τα παραδοσιακά σχήματα πολλαπλών ενέσεων ινσουλίνης και όλα τα έξοδα δεν καλύπτονται από την ασφάλεια του ασθενούς (Ignatavicius & Workman 2008).

Εμφυτεύσιμες αντλίες ινσουλίνης. Οι αντλίες αυτές εμφυτεύονται στην περιτοναϊκή κοιλότητα, απ' όπου η ινσουλίνη απορροφάται από επιχώρια αγγεία κατά τρόπο ανάλογο προς την απελευθέρωση της φυσικά παραγόμενης ινσουλίνης. Η αντλία εμφυτεύεται χειρουργικά σε έναν περιτοναϊκό θύλακο στην κάτω κοιλία. Το απόθεμα της αντλίας συμπληρώνεται με ινσουλίνη U-400, κάθε 1-2 μήνες. Οι επιπλοκές των αντλιών αυτών περιλαμβάνουν την απόφραξη του καθετήρα, τη φλεγμονή των υποδορίων ιστών και τη μηχανική βλάβη της αντλίας. Εξαιτίας κυρίως των μηχανικών προβλημάτων σχετικά με τον καθετήρα, την αντλία και τη χορήγηση της ινσουλίνης οι εμφυτευμένες αντλίες γενικά δεν έχουν γίνει ευρέως αποδεκτές (Ignatavicius & Workman 2008).

1.6.3 Υπογλυκαιμικοί παράγοντες

Οι υπογλυκαιμικοί παράγοντες χορηγούνται από το στόμα, κυρίως σε άτομα με ΣΔ τύπου II για τον έλεγχο της γλυκόζης αίματος (Τσιφτσόγλου 2001).

- Τα υπογλυκαιμικά δισκία ενδείκνυνται σε διαβήτη τύπου I, όταν αυτός δεν ρυθμίζεται μόνο με δίαιτα ή οι ημερήσιες ανάγκες σε ινσουλίνη είναι κάτω από 30 μονάδες.
- Αντενδεικνύονται σε άτομα που έχουν εμφανίσει κέτωση.
- Οι ασθενείς θα πρέπει να ακολουθούν ένα αποτελεσματικό διαιτητικό πρόγραμμα με έλεγχο του βάρους πριν από την έναρξη της θεραπείας με υπογλυκαιμικά σκευάσματα.
- Υπογλυκαιμία μπορεί να συμβεί λόγω υπερβολικής δόσης σουλφονουριών ή μη λήψης της απαραίτητης ποσότητας τροφής.

- Φάρμακα που ενισχύουν τη δράση των σουλφονουριών είναι: σουλφοναμίδες, χλωραμφενικόλη, φαινυλβουταζόνη, αναστολείς MAO, διφαινυλδαντοΐνη, αντιπηκτικά, οινόπνευμα και υψηλές δόσεις ασπιρίνης.
- Φάρμακα που εμποδίζουν τη δράση τους είναι: κορτικοστεροειδή, αντισυλληπτικά δισκία, θειαζίδες και φουροσεμίδα.
- Η χορήγηση υπογλυκαιμικών δισκίων διακόπτεται προσωρινά, αν ο ασθενής αναπτύξει υπεργλυκαιμία εξαιτίας λοίμωξης, κάκωσης ή χειρουργικής επέμβασης. Στην περίπτωση αυτή χορηγείται ινσουλίνη.

Σήμερα, υφίστανται έξι κύριες κατηγορίες αντιδιαβητικών φαρμάκων per.os που ενεργούν με διαφορετικό τρόπο για τον έλεγχο της γλυκόζης του αίματος. Μια νέα κατηγορία φαρμάκων καλούνται μιμητές της ινκρετίνης γιατί μιμούνται τη δράση της ινκρετίνης. Οι ινκρετίνες είναι ορμόνες οι οποίες απελευθερώνονται από το έντερο και μειώνουν τα επίπεδα γλυκόζης του αίματος με διάφορους τρόπους. Άλλα ενέσιμα φάρμακα για τη θεραπεία του διαβήτη είναι οι συνθετικές ορμόνες, όπως ηπραμλινδίνη. Παρόλο που τα φάρμακα αυτά χορηγούνται υποδορίως, κανένα δεν πρέπει να αναμειγνύεται στην ίδια σύριγγα με την ινσουλίνη και ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται στενά για την πιθανότητα εμφάνισης υπογλυκαιμίας (Κατσιλάμπρος 2007).

1.6.4 Χειρουργική αντιμετώπιση

Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την μεταμόσχευση των νησιδίων, μια σχετικά νέα προσέγγιση της θεραπείας του διαβήτη τύπου I. Η διαδικασία αυτή αναπτύχθηκε σε διάφορα μεταμοσχευτικά κέντρα και καθιερώθηκε από το Πανεπιστήμιο της Αλβέρτα με τη χρήση του πρωτοκόλλου Edmonton. Από τη στιγμή που θα βρεθεί δότης παγκρέατος, ο τεχνολόγος εργαστηρίου εξάγει όλα τα νησιδιακά κύτταρα και τα απομονώνει. Στη συνέχεια, τα κύτταρα ενίονται μέσα στην πυλαία φλέβα του ασθενούς, μεταναστεύουν στο ήπαρ και ξεκινούν την παραγωγή ινσουλίνης λειτουργώντας όπως και στο πάγκρεας. Πριν από την εφαρμογή του πρωτοκόλλου του Edmonton, μόνο το 8% των μεταμοσχεύσεων των νησιδιακών κυττάρων ήταν επιτυχείς. Με το νέο πρωτόκολλο σχεδόν το 60% των συμμετεχόντων παρέμειναν ελεύθεροι ενέσεων ινσουλίνης για περίπου 15 μήνες (Ryan et al, 2005). Παρόλο που βρίσκεται ακόμη σε πειραματικό στάδιο, κάποια μέρα η θεραπεία αυτή θα μειώσει την ανάγκη για ενέσεις ινσουλίνης (DeWit 2009).

1.6.5 Διαιτητική θεραπεία και σωματική άσκηση

Η διαίτα αποτελεί τη βάση της θεραπείας του διαβήτη. Αφορά τόσο την ποιότητα όσο και την ποσότητα τροφής, όπως η απώλεια βάρους που είναι ο στόχος για τους περισσότερους ασθενείς ΣΔ τύπου Ι. Οι στρατηγικές οι οποίες είναι αποτελεσματικές στον έλεγχο του διαβήτη μπορεί να μεταβληθούν από πολλούς παράγοντες, ενώ οι στρατηγικές που είναι αποτελεσματικές για έναν διαβητικό ασθενή μπορεί να μην είναι δραστικές για έναν άλλο. Υπάρχουν ορισμένες βασικές αρχές που πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη στη φροντίδα του ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη (Καραμήτσος 2009).

Αρχικά, η διαίτα μεταβάλλεται προκειμένου να επιτύχει επαρκή θρέψη με αρκετές θερμίδες, για να επιτύχει φυσιολογικό βάρος σώματος και να ρυθμίσει την προσλαμβανόμενη τροφή ώστε οι τιμές της γλυκόζης του αίματος να διατηρηθούν στα φυσιολογικά όρια. Λιγότερη έμφαση δίδεται στη θερμιδική πρόσληψη και στον περιορισμό των υδατανθράκων και μεγαλύτερη στη ρύθμιση του βάρους του σώματος και των επιπέδων γλυκόζης και χοληστερόλης στο αίμα. Η διαίτα για ένα άτομο με διαβήτη σχεδιάζεται από ειδικό εκπαιδευτή στο διαβήτη που συνήθως είναι διαιτολόγος σε συνεργασία με τον ασθενή. Βασίζεται στον τύπο του διαβήτη του ασθενούς, την αναλογία του ύψους προς το βάρος, τις διατροφικές προτιμήσεις του ασθενή, τα επίπεδα φυσικής άσκησης, την οικονομική του κατάσταση και το ημερήσιο πρόγραμμα. Τα γεύματα πρέπει να αποτελούνται κατά 55-60% από υδατάνθρακες, 12-20% από πρωτεΐνες και 30% από λίπος. Τα γλυκά θα πρέπει να περιορίζονται όπως και οι χυμοί φρούτων και τα γεύματα θα πρέπει να περιέχουν επαρκή ποσότητα φυτικών ινών. Αυτό επιτυγχάνεται με την πρόσληψη κυρίως σύνθετων υδατανθράκων. Τα λίπη θα πρέπει να είναι κυρίως πολυακόρεστα ή μονοακόρεστα (Κατσιλάμπρος 2007).

Οι διαιτητικές αρχές διαφέρουν στους δύο τύπους του διαβήτη. Στο διαβήτη τύπου ΙΙ εστιάζεται ο περιορισμός των θερμίδων, κυρίως σε παχύσαρκους διαβητικούς, διότι τα παχύσαρκα άτομα είναι περισσότερο ανθεκτικά τόσο στην ενδογενή όσο και στην εξωγενή ινσουλίνη. Η διαίτα βοηθά στον έλεγχο του διαβήτη και μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών. Αντιστοίχως στο διαβήτη τύπου Ι οι θερμίδες δεν πρέπει να περιορίζονται κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα και πρέπει να υπάρξει μια σταθερότητα στην κατανομή, την ποσότητα και τα συστατικά των γευμάτων (Κατσιλάμπρος 2007).

Στο δεύτερο τμήμα του παρόντος υποκεφαλαίου θα εξεταστεί η σημασία της φυσικής δραστηριότητας στα διαβητικά άτομα. Η μυϊκή δραστηριότητα βελτιώνει τη χρήση της γλυκόζης για παραγωγή ενέργειας και βελτιώνει την κυκλοφορία. Επιπροσθέτως, εκτός από τη μείωση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα με την «καύση» της γλυκόζης, η άσκηση καθιστά τους υποδοχείς γλυκόζης των κυττάρων πιο ευαίσθητους στην ορμόνη και έτσι βελτιώνει τη χρήση της διαθέσιμης γλυκόζης. Το πρόγραμμα άσκησης θα πρέπει να σχεδιάζεται για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Το σχέδιο

θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ηλικία και τη γενική κατάσταση του ασθενούς, την ικανότητα του να πραγματοποιεί τις ασκήσεις με το σωστό τρόπο και συστηματικά και τον καλό έλεγχο του διαβήτη. Για ορισμένους ασθενείς το καθημερινό βάδισμα 2-3 χιλιομέτρων συνιστά τη μέγιστη άσκηση, την οποία μπορούν να ανεχθούν. Όλα τα προγράμματα άσκησης θα πρέπει να ξεκινούν με πιο ήπιες μορφές άσκησης και σταδιακά να αυξάνουν την ένταση της μέχρι να επιτευχθεί το επίπεδο που είναι ανεκτό από τον ασθενή ή το επιθυμητό αποτέλεσμα. Θα πρέπει να σχεδιάζεται με τέτοιο τρόπο ώστε οι ασκήσεις να πραγματοποιούνται καθημερινά περίπου την ίδια ώρα, κατά προτίμηση μετά τα γεύματα όταν τα επίπεδα της γλυκόζης είναι υψηλότερα. Πριν από την έναρξη της άσκησης πρέπει οπωσδήποτε να ελέγχεται η γλυκόζη του αίματος. Ο ασθενής πρέπει να ασκείται με κάποιο φιλικό του πρόσωπο ή υπεύθυνο επίβλεψης, ο οποίος γνωρίζει τα συμπτώματα, τα σημεία της υπογλυκαιμίας και τον τρόπο να τα αντιμετωπίσει (DeWit 2009).

1.7 Επιπλοκές Σακχαρώδη Διαβήτη

Οι επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Στις οξείες επιπλοκές περιλαμβάνονται:

* *υπογλυκαιμία*. Όταν το σάκχαρο αίματος βρίσκεται κάτω του 30-40 mg/dl, παρατηρείται αστάθεια, ταχυκαρδία, τρόμος, ωχρότητα, εφίδρωση, διαταραχή όρασης και ομιλίας κ.α. Σε ήπια κατάσταση, απαιτείται χορήγηση γλυκόζης από το στόμα π.χ. σακχαρούχος χυμός, ενώ σε βαρύτερες περιπτώσεις γίνεται ενδομυϊκή χορήγηση 1- 2 mg γλυκαγόνης, σε συνδυασμό με χορήγηση υδατανθρακικών σκευασμάτων και, σε περίπτωση αποτυχίας, ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης ή καθετηριασμός στομάχου για χορήγηση σακχαρούχων σκευασμάτων. Όταν η κατάσταση είναι πλέον μη αναστρέψιμη, μπορεί να οδηγήσει σε κώμα, ενώ, παρατεταμένη υπογλυκαιμία μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικές διαταραχές, επιληψία και θάνατο.

* *κώμα*. Διακρίνουμε το κώμα με κέτωση και το κώμα χωρίς κέτωση. Το πρώτο, συμβαίνει σε νεαρούς διαβητικούς, ενώ το δεύτερο σε ηλικιωμένους και, συνήθως, είναι βαριάς μορφής και χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία, αφυδάτωση, γλυκοζουρία, υπερνατρίαμία. Τα συμπτώματα είναι χαμηλή αρτηριακή πίεση, κοιλιακός πόνος, ξηρά γλώσσα, χαρακτηριστική

οσμή στην αναπνοή, νυσταγμός, κ.α. Μη επιτυχής αντιμετώπιση μπορεί να οδηγήσει σε υποκαλιαμία, λόγω υπερινσουλινισμού, οξεία ανεπάρκεια αριστερής καρδιάς, λόγω ταχείας χορήγησης υγρών, θρομβοεμβολικά επεισόδια, λόγω αιμοσυμπύκνωσης, εγκεφαλικό οίδημα, γαλακτική οξέωση κ.α. Συνήθως, αντιμετωπίζεται με χορήγηση ινσουλίνης, της οποίας η δόση σταδιακά μειώνεται, σε συνδυασμό με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών. Είναι απαραίτητη η συνεχής διενέργεια εξετάσεων για τον έλεγχο της γλυκόζης αίματος.

* *φαινόμενο Dawn*. Χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία κατά τις πρώτες πρωινές ώρες και αντιμετωπίζεται με αύξηση της δόσης της χορηγούμενης ινσουλίνης πριν τον ύπνο.

Στις χρόνιες επιπλοκές, περιλαμβάνονται: ο διαβητικός καταρράκτης (κυρίως σε μεγάλες ηλικίες), η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η γάγγραινα, οι νευροπάθειες, η παραμόρφωση άκρου του ποδιού, η διαβητική νεφροπάθεια, τα δερματικά εξανθήματα, οι αιδοιοκολπίτιδες – βαλανοποσθίτιδες, η πνευμονική φυματίωση κ.α. (Μελιδώνης, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Ποιότητα ζωής

Κατά την τελευταία δεκαετία, αναπτύχθηκε ραγδαία η έννοια της ποιότητας ζωής ενώ απασχόλησε τις πολιτικές, διοικητικές και κοινωνικές επιστήμες. Η έρευνα επικεντρώθηκε στην διερεύνηση των ζητημάτων που αφορούν την ποιότητα ζωής και στην ανάπτυξη μεθοδολογιών που στοχεύουν στη μέτρησή της. Αποτελεί έναν όρο που έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους και απασχόλησε πολλά διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών, με στόχο τη μέτρηση και καταγραφή των επιπτώσεων της (Yfantopoulos 2007).

Στη σύγχρονη εποχή δεν έχει περιγραφεί ένας απόλυτος και αξιόπιστος ορισμός, που να εμπεριέχει όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Κατά διαστήματα έχουν προταθεί υποκειμενικοί ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία του μελετητή. Οι κλινικοί γιατροί διερευνούν τις φυσικές διαστάσεις και τα αποτελέσματα της ποιότητας ζωής, εν αντιθέσει με τους ψυχολόγους που επικεντρώνονται στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις (Υφαντόπουλος 2007). Αναμφισβήτητα ο όρος ποιότητα ζωής αποτελεί μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Ενδεικτικά, κατά τον Freud, η ευτυχία, οπότε και η αντίληψη της ποιότητας ζωής ως ευδαιμονία, πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Αντιθέτως για άλλους μελετητές, η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα εγγενές κοινωνικό χαρακτηριστικό, ενώ αφορά και εξαρτάται από τις προϋποθέσεις που θέτει κάθε άτομο, για την ευτυχία του (McCall 2003).

Οι νεώτερες εννοιολογικές προσεγγίσεις ορίζουν την ποιότητα ζωής ως την ατομική, σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία, σε σχέση με την ικανότητά του ατόμου, να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του. Επιπλέον πραγματοποιείται ένας διαχωρισμός από τις συνθήκες διαβίωσης, που αφορούν τις καθημερινές συνθήκες της ζωής των ανθρώπων, όπως αυτές αντανakλώνται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα. Αντιθέτως, η έννοια ποιότητα ζωής θεωρείται μια ευρύτερη έννοια που σχετίζεται με την γενική ατομική ευημερία μιας κοινωνίας (Bowling 2007).

Η έννοια της ποιότητας ζωής συνδέεται με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη ζωή τους, μέσα στα πλαίσια δεδομένων πολιτισμικών χαρακτηριστικών και ενός συγκεκριμένου συστήματος κοινωνικών αξιών. Εντός αυτού του πλαισίου, τα άτομα διαβίουν σε συνάρτηση με τους

προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (The Whoqol Group 1995). Παρομοίως, η έννοια της ποιότητας ζωής έχει ερμηνευθεί ως η δυνατότητα των διαθέσιμων πόρων που προορίζονται για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, συναρτήσει των όρων που διέπουν την κοινωνία και το περιβάλλον. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής περιγράφει την ύπαρξη και τη δυνατότητα πρόσβασης, εκείνων των απαραίτητων συνθηκών, που με τη σειρά τους, εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή (McCall 2003).

Μια διαφορετική προσέγγιση, επικεντρώνεται στην υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την ποιότητα ζωής και το <<ευ ζην>>, δύο όροι που συνήθως συγχέονται. Σύμφωνα με την ανωτέρω άποψη, η ποιότητα ζωής θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των ατομικών εσωτερικών διεργασιών. Οι διεργασίες έχουν σχέση με το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου και από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Περιλαμβάνει τις απαραίτητες συνθήκες και καταστάσεις που προωθούν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, που στην ουσία αντικατοπτρίζουν την προσωπική υγεία, την εργασία, την εκπαίδευση, το οικογενειακό περιβάλλον, τις κοινωνικές συναναστροφές, την οικονομική κατάσταση και πλήθος άλλων θεμάτων και παραγόντων που απασχολούν το μέσο άνθρωπο (Αλουμανής 2002).

Κατά συνέπεια, καθίσταται σαφές ότι οι ανωτέρω ορισμοί διακρίνονται στους <<αντικειμενικούς>> και στους <<υποκειμενικούς>>. Παρ'όλα αυτά, το μίγμα αυτών των δύο προσεγγίσεων οδηγεί στη διατύπωση ότι η «η ποιότητα ζωής ορίζεται ως το να είναι η ζωή καλή και να αξιολογείται με κριτήρια, υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών» (Gottlieb, 2004). Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας ζωής δεν έχει καθορισθεί με έναν συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο και εξελίσσεται διαρκώς (Κάβουρα 2003).

Επιπλέον, η έννοια της ποιότητας ζωής ορίζεται μέσω των διάφορων επιστημονικών πεδίων, όπως είναι οι επιστήμες υγείας, η κοινωνιολογία, η ανθρωπολογία, η ψυχολογία, οι οικονομικές επιστήμες και οποιαδήποτε επιστήμη που ασχολείται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του. Αυτή η προσέγγιση περιγράφει τις προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και συμπεριφορές σε σχέση με τις φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινότητας (Yfantopoulos 2007).

Στη σύγχρονη εποχή, η ποιότητα ζωής συνιστά ένα δείκτη υγείας. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) επισημαίνει μία λίστα θεμάτων, σχετικών με την ποιότητα ζωής, όπως η υγεία, ο έλεγχος κατά την παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής (Bowling 2007). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα (European Foundation in Social Quality) εισήγαγε την έννοια

της κοινωνικής ποιότητας, ως τον βαθμό, στον οποίο, οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας, κάτω από συνθήκες που ενισχύουν την προσωπική ευεξία και ευημερία (Yfantopoulos 2007). Ο όρος ποιότητα ζωής εισήχθη στο ιατρικό λεξιλόγιο και αναγνωρίστηκε από πολλά επιστημονικά σώματα. Από την δεκαετία του 1970, παρουσιάστηκε έντονο ενδιαφέρον για το αντικείμενο, με έναν σταδιακά αυξανόμενο αριθμό αναφορών σχετικά με την ποιότητα ζωής, στα ιατρικά κείμενα σε εφημερίδες και τα περιοδικά. Στη σημερινή εποχή, παρατηρείται μεγάλη αφθονία εργασιακών ή ερευνητικών ομάδων, συνεδρίων και εκδόσεων ειδικών τευχών που ασχολούνται με την ποιότητα ζωής και προσθέτουν πληροφορίες σε αυτό το γνωσιακό οικοδόμημα.

2.2 Η σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής

Ο άνθρωπος είναι βιοψυχοκοινωνικό ον, που επιχειρεί στη διάρκεια της ζωής του, να δημιουργήσει συνδέσεις μεταξύ ενός βαθύτερου εσωτερικού κόσμου και ενός ευρύτερου εξωτερικού κόσμου. Όπως προαναφέρθηκε η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται, εξίσου, από τις αρχές της καθολικότητας και εξατομίκευσης όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας και ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που προσδιορίζουν την σχέση της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Πολύ σημαντικοί παράμετροι είναι η αλληλεξάρτηση παραγόντων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση του κάθε ανθρώπου (Rokeach 1973, Campell et al, 1976). Οι ανωτέρω παράμετροι επιδρούν στη διαμόρφωση και ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου (Σαρρής 2001).

Η υγεία συνιστά έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας, διότι ασχολείται με τη βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης μίας χώρας και την προαγωγή του κοινωνικού συνόλου, γενικότερα. Η ατομική υγεία και ποιότητα ζωής επηρεάζεται από ένα πλήθος παραγόντων οι σημαντικότεροι εκ των οποίων, είναι το εισόδημα, ο τρόπος διανομής του, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό, μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας και τέλος η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης (Σούλης 2003).

Η κατηγοριοποίηση των προσδιοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής, σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο, πραγματοποιείται ως εξής (Σαρρής 2001):

- Κοινωνικοοικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας. Αφορά τον τρόπο και τις σχέσεις παραγωγής, τον καταμερισμό της εργασίας και την κοινωνική διαστρωμάτωση.
- Οικονομικοπολιτικοί παράγοντες: Περιγράφει το επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης, ευημερίας, την διανομή των εισοδημάτων, τον προγραμματισμό, την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: Αφορά τον τρόπο ζωής, τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά της κατοικίας, την αστική και αγροτική διάρθρωση και τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.
- Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Αφορά τα ήθη και έθιμα μιας κοινωνίας, τα επίπεδα αναλφαβητισμού, την ποιότητα του εκπαιδευτικού συστήματος, τις συνήθειες, τη νοοτροπία και την κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση των κοινωνικών ρόλων.
- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Αφορά τα επίπεδα μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος και το βαθμό προστασίας και ευαισθητοποίησης των οικοσυστημάτων.
- Γεωφυσικοί παράγοντες: Περιγράφει το φυσικό πλούτο, τις πρώτες ύλες, την παραγωγικότητα της γης και τις κλιματολογικές συνθήκες.
- Δημογραφικοί παράγοντες: Περιγράφει το ρυθμό εξέλιξης του πληθυσμού, την αστική και αγροτική πυκνότητα, την εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, τη σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα και όλα τα ατομικά ή κοινωνικά γνωρίσματα.
- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Αφορούν το επίπεδο και την εξέλιξη των υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

Ενδεικτικά, σε σχέση με τον τόπο διαμονής, παρατηρείται πως οι ασθενείς που ζούν στην ύπαιθρο αξιολογούν θετικότερα την ποιότητα ζωής τους, σε συναισθηματικό επίπεδο, σε σχέση με τους αντίστοιχους που ζούσαν σε μεγάλες πόλεις. Το στοιχείο αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, έχουν μεγαλύτερη ανάγκη κοινωνικής υποστήριξης και βοήθειας για τις καθημερινές τους δραστηριότητες, κάτι που πραγματοποιείται ευκολότερα σε μια μικρή και κλειστή επαρχιακή κοινωνία. Παρόμοιο συμπέρασμα εξήγαγαν μελέτες που απέδειξαν ότι η κοινωνική στήριξη, η καλύτερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και το μεγαλύτερο εισόδημα, βελτιώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών (Coelho et al, 2004 & Gottlieb et al, 2004).

Σε παλαιότερες έρευνες μελετήθηκαν ασθενείς, με σταθερή καρδιακή ανεπάρκεια, που έλαβαν μέρος σε ειδικά προγράμματα διαχείρισης και παρακολούθησης του συνδρόμου. Οι έρευνες

κατάληξαν στο συμπέρασμα ότι τα εν λόγω προγράμματα αποτελούν μια εναλλακτική λύση, επειδή οδηγούν στην καλύτερη διαχείριση της κατάστασης, στην καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών προς τις οδηγίες του προγράμματος και στη μείωση των επανεισαγωγών και του κόστους νοσηλείας (Grancelli et al,2007). Παρόμοια συμπεράσματα εξάγονται μέσω της χρήσης των σύγχρονων παρεμβατικών προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης. Τα προγράμματα περιλαμβάνουν συστηματική εκπαίδευση, ενημέρωση των πασχόντων και παροχή στήριξης και συμβουλευτικής βοήθειας, ασκώντας σημαντική επίδραση στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων (Morcillo et al, 2007). Πολύ σημαντικό στοιχείο των προγραμμάτων αποκατάστασης είναι η σωματική και φυσική δραστηριότητα που επιδρά ευεργητικά, όχι μόνο σε φυσιολογικούς αλλά και σε ψυχολογικούς δείκτες, όπως η ποιότητα ζωής και η μείωση της κατάθλιψης ή του άγχους (Μουσσουλή και συν, 2007).

Παρά την κατάσταση της σωματικής υγείας, ιδιαίτερη σημασία για την αποκατάσταση και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια διαδραματίζει η συναισθηματική κατάσταση. Όσο επιδεινώνεται η καρδιακή ανεπάρκεια, τόσο αυξάνεται το άγχος, η κατάθλιψη, δηλαδή παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής (De Jong et al,2005). Επίσης, σημαντικό στοιχείο αποτελεί και ο βαθμός ενημέρωσης των ασθενών για την κατάστασή τους. Σύμφωνα με τα μέχρι στιγμής δεδομένα, βελτιώνει την κατανόηση των ιατρικών οδηγιών, τη φύση της νόσου, μειώνει το stress, επιτυγχάνει την ορθή συμμόρφωση των ασθενών προς τη θεραπεία και συντελεί στην καλύτερη συναισθηματική κατάσταση και αποδοχή της νόσου, σημαντικότεροι παράγοντες στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Chessa et al,2005).

2.3 Εκτίμηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών αποτελεί θέμα υψίστης σπουδαιότητας διότι τις περισσότερες φορές, η φύση και η χρονιότητα της νόσου επιδρούν σημαντικά στον τρόπο ζωής τους. Η δυσκολία αξιολόγησής της ποιότητας ζωής οφείλεται στις αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις ενός παθολογικού προβλήματος. Όπως προαναφέρθηκε οι ασθενείς υποβάλλονται σε μακροχρόνιες θεραπείες που προκαλούν συναισθηματική αστάθεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ανικανότητα, εξάρτηση και αλλαγές στον τρόπο ζωής τους. Κατά συνέπεια, πολλοί ασθενείς εμφανίζουν εξελισσόμενη πορεία επιδείνωσης της υγείας τους, σε συνδιασμό με την κακή φυσική κατάσταση, ως αποτέλεσμα της δύσπνοιας, της κόπωσης, της απώλειας μυϊκής δύναμης, των διατροφικών περιορισμών, της δυσκολίας κατά τη βάρδιση και των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, όλα τα ανωτέρω αλληλοεξαρτώνται και από το βαθμό προσαρμογής ή αποδοχής της πάθησης.

Συμπερασματικά, η αξιολόγηση στην ποιότητα ζωής αποτελεί έναν προγνωστικό παράγοντα θνησιμότητας και ένα αξιόπιστο εργαλείο για το σχεδιασμό της εξατομικευμένης παροχής φροντίδας. Επιπλέον θεωρείται πολύ σημαντική για τους ασθενείς, ώστε συχνά θεωρούν την ποιότητα, προτιμότερη από τη διάρκεια ζωής (Μουρίκης 2003 & Ducharme et al, 2005).

Στη σύγχρονη εποχή έχουν δημιουργηθεί από ειδικούς πολλά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, τα οποία περιγράφονται ακολούθως. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι εκφράζουν υποχρεωτικά την κυρίαρχη άποψη ή ότι αποτελούν τα πλέον αξιόλογα μεταξύ αυτών που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Αντιθέτως, αποτελούν ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα των οργάνων μέτρησης που έχουν χρησιμοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής διαφόρων κατηγοριών ασθενών (Θεοφίλου 2010). Είναι πολύ σημαντικό οι κλίμακες που μετρούν την ποιότητα ζωής των ατόμων, με σακχαρώδη διαβήτη, να εστιάζουν σε εκείνα τα σημεία που είναι σημαντικά για τους πάσχοντες της συγκεκριμένης ασθένειας, σε διαφορετική περίπτωση πιθανόν να μην εξεταστούν οι βασικοί τομείς που πλήττονται από την ασθένεια, όπως π.χ. ο φόβος ενός υπογλυκαιμικού σοκ, ο οποίος δεν αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για κάποια άλλη χρόνια ασθένεια. Επίσης, αν μια έρευνα στοχεύει στην εξέταση των αιτιών της κατάθλιψης των ατόμων με ΣΔ, πιθανόν να δείξει ότι τα αίτια που την προκαλούν είναι τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας ή της υπεργλυκαιμίας και άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με τη χρονιότητα της νόσου (Bradley, 2004).

Αρχικά περιγράφεται ο δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski. Επικεντρώνεται περισσότερο στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας και εκτιμάται από ιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Κατηγοριοποιείται σε 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας με ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Η βαθμολογία τίθεται από τον ιατρό, όπου το 100% αντιπροσωπεύει τη φυσική σωματική λειτουργία χωρίς περιορισμούς ή χωρίς την εμφάνιση κάποιας νόσου και το 0% το θάνατο (Conill et al, 2003, Mercler et al, 2002).

Ο δείκτης Λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The WHO Performance Status) ομοιάζει με το δείκτη Karnofski και δημιουργήθηκε το 1979. Διαθέτει μια βαθμολογική κλίμακα, από 0 έως 4, όπου κατατάσσονται οι 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας. Η βαθμίδα 0 εκφράζει την κατάσταση του αρρώστου που είναι ικανός να πραγματοποιήσει όλες τις δραστηριότητες, χωρίς περιορισμούς ενώ η βαθμίδα 4 χαρακτηρίζει τον ασθενή, ανίκανο να κάνει ο,τιδήποτε (Θεοφίλου 2010).

Σε πρώτο στάδιο, ο δείκτης Katz (1963) δημιουργήθηκε για να εκτιμήσει τη λειτουργική κατάσταση των ηλικιωμένων ανθρώπων στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση

πραγματοποιείται από ιατρούς ή νοσηλευτές και περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις, με βαθμίδες δυσκολίας, που αφορούν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας τους. Οι ασθενείς βαθμολογούνται ανάλογα με την εξάρτηση, ή μη, σε ειδικά θέματα καθημερινής φροντίδας. Σε γενικές γραμμές, ο δείκτης Kaltz θεωρείται ότι διαθέτει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για τους συγκεκριμένους αρρώστους.

Ο δείκτης Spitzer (1981) σχεδιάστηκε ως όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών αλλά εφαρμόστηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Η εκτίμηση προσανατολίζεται σε πέντε βασικούς τομείς: δραστηριότητες, καθημερινή ζωή, αντίληψη της υγείας, κοινωνική υποστήριξη και άποψη για τη ζωή. Σε καθέναν από τους παραπάνω τομείς, ο ασθενής, είτε αυτοβαθμολογείται, είτε βαθμολογείται από τον ιατρό σε μία κλίμακα 3 βαθμίδων, από το 0 μέχρι το 2. Ο δείκτης αυτός παρουσιάζει καλή διάκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων αρρώστων, όπως και μεταξύ διαφόρων μορφών και επιπέδων βαρύτητας μίας αρρώστιας (Θεοφίλου 2010).

Οι Melzack και Torgerson κατασκεύασαν το 1971 το ερωτηματολόγιο McGill Pain Questionnaire, ως ένα όργανο μέτρησης με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα για τη μέτρηση του πόνου. Ο πόνος επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός αρρώστου και αναμφισβήτητη η μέτρησή του αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την εκτίμησή της. Το ερωτηματολόγιο για τον πόνο συνίσταται σε κατηγορίες καταστάσεων που περιγράφουν πώς ένας ασθενής αισθάνεται τον πόνο και χρησιμοποιείται σε διάφορες κατηγορίες ασθενών (Θεοφίλου 2010).

Το προφίλ Υγείας του Nottingham (The Nottingham Health Profile) δημιουργήθηκε από τους Hunt και McEwen το 1980 για να μελετήσουν τα αποτελέσματα ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Το ερωτηματολόγιο είναι αυτοσυμπληρούμενο και διαθέτει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα ως όργανο μέτρησης. Αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος παρατίθενται 38 καταστάσεις που ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες προβλημάτων: ενέργεια ή ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και σωματική κίνηση. Το δεύτερο μέρος αφορά επτά τομείς της καθημερινής ζωής: αμειβόμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, ασχολίες ελεύθερου χρόνου και ενδιαφέροντα. Οι απαντήσεις δίδονται υπό τη μορφή <<ναι>> και <<όχι>> και με βάση έναν ειδικό συντελεστή βαρύτητας για κάθε ερώτηση, υπολογίζεται η τελική βαθμολογία. Μια υψηλή βαθμολογία εκφράζει την ύπαρξη έντονων προβλημάτων στον ασθενή. Τέλος το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί και σε υγιείς πληθυσμούς, με σχετικά καλή εγκυρότητα διάκρισης και ευαισθησίας μεταξύ υγιών και ασθενών (Βιδάλης 2000).

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (The General Health Questionnaire) δημιουργήθηκε από τον Goldberg το έτος 1972 και διακρίνεται σε τρεις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των

ερωτήσεων: η πρώτη έκδοση αποτελείται από 28 ερωτήσεις, η δεύτερη με 30 και η τρίτη με 60 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις της πρώτης έκδοσης κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες που αφορούν:

1. τα σωματικά συμπτώματα,
2. το άγχος και την αϋπνία,
3. την κοινωνική δυσλειτουργία και
4. τη σοβαρή κατάθλιψη.

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας χρησιμοποιείται τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς, με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το σημαντικότερο μειονέκτημά του, είναι ότι δεν προσεγγίζει αρκετές διαστάσεις της ποιότητας Ζωής. Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Νόσο (The Psychological Adjustment to Illness Scale) κατασκευάσθηκε το 1978 από τον Morrow. Αποτελείται από 45 ερωτήσεις και αφορά 7 κύριους τομείς της ποιότητας ζωής (Θεοφίλου 2010):

- Τη φροντίδα υγείας, οι συμπεριφορές και οι προσδοκίες έναντι του ιατρού και της θεραπείας
- Το επαγγελματικό και εργασιακό περιβάλλον. Η ικανοποίηση από το επάγγελμα και η προσαρμογή του ατόμου στην εργασία
- Το οικιακό περιβάλλον. Η επίδραση της αρρώστιας στα οικονομικά της οικογένειας και στην επικοινωνία των μελών της
- Τις σεξουαλικές σχέσεις. Η επιρροή της αρρώστιας στη συχνότητα και ικανοποίηση της σεξουαλικής δραστηριότητας
- Τις ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις. Τα υπάρχοντα προβλήματα λόγω της ασθένειας, στα μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος
- Το κοινωνικό περιβάλλον, δηλαδή η διατήρηση του ενδιαφέροντος στις κοινωνικές δραστηριότητες
- Την ψυχολογική κατάπτωση, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, κ.ά.

Η απάντηση σε κάθε ερώτηση δίνεται μέσω μιας 4βαθμης κλίμακας. Χρησιμοποιείται είτε από εκπαιδευμένους γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς με δομημένες συνεντεύξεις προς τους ασθενείς, είτε πρέπει να αυτοσυμπληρωθεί από τους ίδιους τους ασθενείς. Συνήθως εφαρμόζεται σε χρόνιες ασθένειες και παρουσιάζει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Θεοφίλου,2010).

Η Επισκόπηση της Επίδρασης μέσω Αρρώστιας (The Sickness Impact Profile) δημιουργήθηκε το 1981 από τον Bergner και αποτελεί ένα από τα πλέον γνωστά και συνηθέστερα χρησιμοποιημένα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής. Συνίσταται από 136 ερωτήσεις που αφορούν 12 υποκατηγορίες, οι οποίες συνθέτουν δύο τελικές ανεξάρτητες κατηγορίες:

- Της σωματικής λειτουργίας
- Της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας.

Οι 136 ερωτήσεις επιλέχθηκαν από μία δεξαμενή 312 θεμάτων, που αφορούν την επίδραση της νόσου στη συμπεριφορά και την λειτουργία του ατόμου. Οι απαντήσεις σημειώνονται με <<ναι>> ή <<όχι>> και η βαθμολογία καθορίζεται με βάση σταθμισμένους δείκτες της κάθε ερώτησης. Η τελική βαθμολογία μπορεί να εκφράζεται ως συνολική είτε ως βαθμολογία στις 2 επιμέρους κατηγορίες. Διαθέτει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και χρησιμοποιείται ευρέως σε πλήθος ασθενών. Το σημαντικότερο μειονέκτημά του είναι ότι είναι χρονοβόρο στην εφαρμογή του.

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey) δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware προκειμένου να επιτύχει τις ψυχομετρικές προδιαγραφές που απαιτούνται για τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων πληθυσμού, υγιών και ασθενών, διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μίας κατηγορίας ασθενών. Το SF-36 εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας και όχι ειδικές, είτε πρόκειται για ασθένεια ή θεραπεία. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που συνθέτουν 8 κλίμακες από 2 έως 10 ερωτήσεις η καθεμία (McHorney et al 1993):

- a) Σωματική Λειτουργικότητα
- b) Σωματικός- Ρόλος
- c) Σωματικός Πόνος
- d) Γενική Υγεία
- e) Ζωτικότητα
- f) Κοινωνική Λειτουργικότητα
- g) Ρόλος-Συναισθηματικός
- h) Ψυχική Υγεία

Οι ανωτέρω κλίμακες διαμορφώνουν τις περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, της Σωματικής και της Ψυχικής Υγείας. Η δοκιμασία είναι κατάλληλη για αυτοσυμπλήρωση ή συμπλήρωση μέσω συνεντεύξεων πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά, ενώ η όλη δοκιμασία χαρακτηρίζεται από πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το SF-36 χρησιμοποιείται συνήθως σε μελέτες γενικού πληθυσμού ή σε ομάδες ασθενών, είναι ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων (Sherbourne 1992).

2.4 Κλίμακες μέτρησης ποιότητας ζωής

Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας αποσκοπούν στην αξιολόγηση συγκεκριμένων πλευρών του επιπέδου υγείας, ενός ατόμου ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, χωρίς ωστόσο να αναφέρονται σε ειδικές ιατρικές διαγνώσεις, δηλαδή εξατομικευμένες παθήσεις. Πρόκειται για πολυδιάστατα εργαλεία, που αξιολογούν τουλάχιστον τέσσερις διαστάσεις υγείας: τη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και τις αντιλήψεις γενικής υγείας. Οι κλίμακες γενικού επιπέδου της υγείας διευκολύνουν τη διεύρυνση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος και παράλληλα εξασφαλίζουν τη δυνατότητα σύγκρισης ανάμεσα σε ασθενείς που ανήκουν σε διαφορετικές βαθμίδες υγείας. Οι κλίμακες επιχειρούν τη μέτρηση της ατομικής ποιότητας ζωής. Εντούτοις, ένα σημαντικό μειονέκτημα αυτών των ερωτηματολογίων είναι ότι δεν συνδέονται με συγκεκριμένα στοιχεία μιας ασθένειας, τα οποία θεωρητικά θα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Για το λόγο αυτό, αρκετοί κλινικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα εργαλεία γενικού επιπέδου υγείας πρέπει να συνοδεύονται από ερωτηματολόγια εξειδικευμένα για μια συγκεκριμένη ασθένεια, προκειμένου να μπορούν να ανιχνευτούν σημαντικές κλινικές αλλαγές (Beckw et al, 2001).

Υγειονομική απεικόνιση του Nottingham (Nottingham health profile)

Σχεδιάστηκε για να εκφράζει έναν περιεκτικό δείκτη των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων υγείας του ασθενή ή ατόμου. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σκοπό την αξιολόγηση των υγειονομικών αναγκών του γενικού πληθυσμού. Συνίσταται από ερωτήσεις σχετικά με το επίπεδο ενεργητικότητας, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, την αϋπνία, την κοινωνική απομόνωση, τη δυσανεξία και λοιπές φυσιολογικές λειτουργίες ενός ατόμου. Κάθε επίπεδο που μελετάται προσδιορίζεται σε σχέση με την απόκλιση από τη φυσιολογική κατάσταση ενώ οι ερωτηθέντες απαντούν με <<Ναι>> ή <<Όχι>>. Κατά κύριο ρόλο, οι ερωτήσεις δίνουν έμφαση στην υποκειμενική εκτίμηση των ασθενών, για το επίπεδο της υγείας τους (Kind 2001).

Απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας (Sickness impact profile)

Η δοκιμασία εντοπίζει τις ενδεχόμενες αλλαγές στη συμπεριφορά ενός ατόμου λόγω της ασθένειάς του. Το βασικό πλεονέκτημα της κλίμακας, έναντι των υπολοίπων μέσων, είναι ότι επικεντρώνεται στη συμπεριφορά του ατόμου, σε αντίθεση με τα συναισθήματα, που είναι παρατηρήσιμα και μπορούν να υπολογιστούν με αντικειμενικό τρόπο. Η κλίμακα εμπερικλείει

παγκόσμια πρότυπα συμπεριφοράς που μπορεί να επηρεαστούν από μια κατάσταση ασθένειας, ανεξάρτητα από τις ειδικότερες συνθήκες, τη συγκεκριμένη θεραπεία, τα ατομικά χαρακτηριστικά ή την πρόγνωση. Συνολικά, η κλίμακα περιλαμβάνει 12 κατηγορίες ερωτήσεων, που περιγράφουν την ατομική, σωματική και ψυχοκοινωνική κατάσταση.

Γενικοί πίνακες κατάταξης της υγείας (General health-ratings index)

Η κλίμακα αξιολογεί την υγεία, συνεκτιμώντας την προηγούμενη, την παρούσα και τη μελλοντική κατάσταση του ασθενή, σε σχέση με την ασθένεια του, καθώς και την αντίληψη και ευαισθησία, αυτού.

Κλίμακα ευεξίας (Quality of well-being scale, QWB)

Η κλίμακα QWB πρόκειται για ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, που περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων καθώς και τρεις διαστάσεις επιπέδων υγείας: την κινητικότητα, τη σωματική δραστηριότητα και την κοινωνική δραστηριότητα. Η κλίμακα ευεξίας συνοψίζεται στον υπολογισμό ενός δείκτη, που εμπερικλείει το σύνολο των συμπτωμάτων και το επίπεδο ανικανότητάς του ατόμου. Ταυτόχρονα, χρησιμοποιείται ως δείκτης αποτελέσματος και ως δείκτης εκτίμησης της παρούσας και μελλοντικής ανάγκης. Η κλίμακα έχει σταθμιστεί ώστε να μπορεί να αξιοποιηθεί σε μεμονωμένα άτομα αλλά και στο σύνολο του πληθυσμού, καθώς και για ειδικότερους πληθυσμούς, όπως σε ασθενείς με αρθρίτιδα και φορείς του HIV. Συνοπτικά, σκοπός της κλίμακας είναι η ποσοτικοποίηση του υγειονομικού αποτελέσματος της θεραπείας, σε όρους προσδιορισμένων και ποιοτικών χρόνων ζωής. Η αξιολόγηση της υγείας ξεκινά με την αντικειμενική εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας, ενώ στη συνέχεια, για κάθε επίπεδο λειτουργικότητας, αποδίδεται ένας βαθμός. Η κλίμακα βοηθά την εκτίμηση της παρούσας κατάστασης υγείας αλλά και της μελλοντικής πρόγνωσης (Ware 1992).

Health utilities index (HUI)

Το HUI είναι ένα γενικό εργαλείο που περιγράφει την κατάσταση υγείας ενός ατόμου, βάσει μιας δεδομένης χρονικής στιγμής. Αξιοποιεί μια σειρά διαστάσεων του επιπέδου υγείας, όπως είναι η όραση, η ακοή, ο λόγος, η επιδεξιότητα, η γνωστική ικανότητα, ο πόνος και το συναίσθημα. Η μέτρηση της χρησιμότητας στο συγκεκριμένο εργαλείο γίνεται μια, οπτικά, αναλογική κλίμακα και τεχνικές που βασίζονται στη θεωρία των παιγνίων (Torrance 1986, Drummond et al, 1987).

Index of health-related quality of life

Το <<Ευρετήριο ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την Υγεία>> αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης της κοινωνικής, ψυχολογικής και σωματικής λειτουργικότητας του ατόμου και βασίζεται σε ένα σύνθετο σύστημα ταξινόμησης. Στο τέλος, αποδίδει ένα γενικό δείκτη υγείας. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες ερωτήσεις αφορούν κυρίως ψυχιατρικά περιστατικά, το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται σε διάφορες κατηγορίες ασθενών. Περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις, οι οποίες υποδιαιρούνται σε επιμέρους χαρακτηριστικά. Η κλίμακα ενσωματώνει τα καταγραφέντα αποτελέσματα σε ένα αναλυτικό υγειονομικό προφίλ και σε ένα δείκτη υγείας, ο οποίος υπολογίζεται με βάση τη συνολική βαθμολογία του ατόμου (Bowling 2007).

EuroQoL (European quality of life scale)

Το 1987, στο Πανεπιστήμιο του York, συναντήθηκε μια ομάδα ερευνητών με κύριο σκοπό τη δημιουργία ενός απλού και κατανοητού εργαλείου μέτρησης της κατάστασης υγείας και της ποιότητας ζωής του γενικού πληθυσμού. Το επιστημονικό εργαλείο ονομάστηκε EuroQoL (European quality of life). Η ομάδα του EuroQoL πρότεινε ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος καταγράφει το προφίλ υγείας του ατόμου, ενώ αντίστοιχα το δεύτερο μέρος παρουσιάζει, υπό τη μορφή ενός θερμόμετρου υγείας, μια οπτική αναλογική κλίμακα (visual analogue scale, VAS), που λαμβάνει τιμές από 0=χειρότερη νοητή υγεία μέχρι το 100=άριστη νοητή υγεία. Οι ενδιάμεσες τιμές της οπτικής αναλογικής κλίμακας, υποδηλώνουν ενδιάμεσες καταστάσεις υγείας. Συμπερασματικά, η κλίμακα βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του (EuroQoL Group 1990, Brooks 2006).

Ερωτηματολόγιο EQ- 15D

Η δοκιμασία EQ- 15D εμφανίζει πολλές ομοιότητες με το EQ-5D. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί αποδόσεις του 15-D σε πολλές χώρες, με διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον και διαφορετικά επίπεδα κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης. Πέρα από έρευνες που έχουν γίνει σε φυσιολογικά δείγματα πληθυσμού, αξίζει να αναφερθεί ένα ευρύ φάσμα κλινικών ερευνών στις οποίες έχει χρησιμοποιηθεί το 15-D, αναφορικά με τη μέτρηση της κλινικής αποδοτικότητας. Ενδεικτικά, αναφέρεται η επιληψία, η κατάθλιψη, οι διάφορες γενετικές και τις μυοσκελετικές δυσπλασίες, καθώς και τα παιδικά νεοπλάσματα (Yfantopoulos et al, 2007).

Κλίμακα Short Form-36

Η κλίμακα SF-36 συνιστά ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού. Σε κλινικές μελέτες και κοινωνικές έρευνες, παρουσιάζει σημαντική εγκυρότητα και η αξιοπιστία του εργαλείου (Brazier et al, 1992). Το βασικό πλεονέκτημα του SF-36, είναι η ταυτόχρονη καταγραφή της φυσικής και πνευματικής κατάστασης υγείας του εξεταζόμενου όσο και η υποκειμενική αξιολόγησή αυτής. Ακολούθως, το SF-36 κωδικοποιεί τις διαστάσεις της φυσικής και της πνευματικής υγείας του εξεταζόμενου με 36 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές αποτελούν 8 κλίμακες από 2–10 ερωτήσεις η καθεμία και επικεντρώνονται στα ακόλουθα πεδία (Hays et al, 2003):

- PF: Σωματική λειτουργικότητα (physical functionary)
- RP: Σωματικός ρόλος (role-physical)
- BP: Σωματικός πόνος (bodily pain)
- GH: Γενική υγεία (general health)
- VT: Ζωτικότητα (vitality)
- SF: Κοινωνική λειτουργικότητα (social functionary)
- RE: Συναισθηματικός ρόλος (role-emotional)
- MH: Ψυχική υγεία (mental health).
-

2.5 Εξειδικευμένα ερωτηματολόγια και κλίμακες

Τα εξειδικευμένα ερωτηματολόγια εστιάζουν σε μια συγκεκριμένη πάθηση και χρησιμεύουν σε περιπτώσεις όπου δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις επιπτώσεις μιας συγκεκριμένης ασθένειας, στο επίπεδο υγείας του ασθενή. Οι ερωτήσεις των ερωτηματολογίων εστιάζουν στη λεπτομερή περιγραφή της αντίληψης του ασθενή για την συνολική κατάσταση της υγείας του, όπως τη βιώνει ο ίδιος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι τομείς της συναισθηματικής και σεξουαλικής λειτουργικότητας, η ναυτία και οι έμετοι, ο πόνος, το άγχος και η κατάθλιψη και το άσθμα. Ορισμένα εξειδικευμένα ερωτηματολόγια, σε συγκεκριμένη ασθένεια, που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι τα παρακάτω:

- Η κλίμακα μέτρησης της αρθρίτιδας
- Ο δείκτης λειτουργικότητας του καρκίνου
- Η κλίμακα μέτρησης της Ευρωπαϊκής εταιρίας για την έρευνα και αντιμετώπιση του Καρκίνου
- Το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής για το άσθμα

- Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της υγείας

Παράλληλα, έχουν σχεδιαστεί ερωτηματολόγια ειδικά για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με άσθμα, αρθρίτιδα, Alzheimer, διαβήτη, καρκίνο, καρδιαγγειακές, αναπνευστικές, νευρολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές. Τα ανωτέρω εργαλεία συνιστούν ευαίσθητους δείκτες μικρών αλλά κλινικά σημαντικών αλλαγών του επιπέδου υγείας ή του επιπέδου σοβαρότητας της νόσου. Ο εντοπισμός των μικρών αλλαγών είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην έρευνα των υγειονομικών αποτελεσμάτων και δεν μπορεί να καταγραφεί επιτυχώς με τη χρήση ενός γενικού ερωτηματολογίου (Kind et al, 2001).

2.6 Η σημασία της Ποιότητας Ζωής για τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη

Η σημασία της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα είναι ευρέως αποδεκτή από την επιστημονική κοινότητα. Στις χρόνιες παθήσεις τόσο η ίδια η ασθένεια, όσο και οι θεραπευτικές στρατηγικές μπορούν να οδηγήσουν σε αρνητικά συμπτώματα και ποικίλες δυσκολίες στον τρόπο ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους (Bott et al., 2003). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη αντιμετωπίζουν την ασθένεια κάθε μέρα, όλη μέρα, αφού είναι ανάγκη να λαμβάνουν αμέτρητες αποφάσεις στην προσπάθειά τους να προσεγγίσουν τα μη διαβητικά μεταβολικά επίπεδα. Η θεραπεία, όπως π.χ. η ινσουλίνη, μπορεί να επηρεάσει είτε θετικά (μειώνοντας τα υψηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα), είτε αρνητικά (αυξάνοντας τα χαμηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα) την ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών. Το ψυχοκοινωνικό κόστος του σακχαρώδη διαβήτη για τους ασθενείς είναι ιδιαίτερα υψηλό και επιδρά συχνά στις συμπεριφορές αυτοφροντίδας, στον έλεγχο της ασθένειας και άλλων επιπλοκών, καθώς και στην ποιότητα ζωής (Rubin & Peyrot, 2007), αφού μπορεί τα καταθλιπτικά συμπτώματα για παράδειγμα να αποτελούν ισχυρότερους προβλεπτικούς παράγοντες, σε σύγκριση με τις αλλαγές στις μεταβολικές μετρήσεις (Rosenthal et al, 2004).

Επιπρόσθετα, έχει αποδειχτεί ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να δράσουν προστατευτικά και να βοηθήσουν στην καλή φροντίδα και διαχείριση του ΣΔ. Οι στόχοι αναφορικά με την αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής υγείας και της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη περιλαμβάνουν: την αναγνώριση ασθενών που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους, την αξιολόγηση νέων θεραπευτικών τεχνικών, εκτιμώντας τα ψυχοκοινωνικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και την αναγνώριση της πιθανής δυσαρέσκειας από τη θεραπεία ή από άλλες όψεις των παροχών φροντίδας (Rubin & Peyrot, 2007). Η προσπάθεια σε κάθε περίπτωση αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας που στοχεύουν στη διατήρηση ή βελτίωση

της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών (Calvert & Freemantle, 2003).

2.7 Ποιότητα ζωής και επιπλοκές του Σ.Δ.

Η έρευνα σε αυτό το πεδίο δείχνει ότι η παρουσία ποικίλων επιπλοκών που προκαλούνται από τη νόσο και συγκεκριμένα η παρουσία δύο ή περισσότερων επιπλοκών, συνδέεται με μια πιο κακή εικόνα ποιότητας ζωής. Ασθενείς, με το παραπάνω προφίλ, φάνηκε ότι παρουσίαζαν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους (Peyrot & Rubin, 2007). Στην έρευνα των Jacobson, de Groot και Samson (2004), φάνηκε ότι τα χαμηλότερα σκορ στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (γενική αξιολόγηση) συσχετίστηκαν με τη μεγαλύτερη σοβαρότητα των επιπλοκών στα άτομα που έπασχαν και από τους δύο τύπους ΣΔ, ενώ η συσχέτιση με το μεγαλύτερο αριθμό επιπλοκών βρέθηκε σημαντική μόνο για τους ασθενείς με διαβήτη τύπου I. Επίσης, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας των επιπλοκών και των χαμηλών σκορ στις κλίμακες της ικανοποίησης από τη θεραπεία και του αντίκτυπου της νόσου (Jacobson et al., 2004).

2.8 Ποιότητα ζωής και τύπος Σ.Δ.

Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου II, οι οποίοι δεν έκαναν χρήση ινσουλίνης σκόραραν υψηλότερα στην ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους ασθενείς, οι οποίοι έκαναν χρήση ινσουλίνης. Γενικά, οι ασθενείς με διαβήτη τύπου II σκόραραν υψηλότερα στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους ασθενείς με ΣΔ τύπου I (Jacobson et al., 2004). Παρόλο που δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΣΔ τύπου I και II, στην έρευνα των Stewart et al, (2004) φάνηκε ότι οι ασθενείς με ΣΔ τύπου I ανέφεραν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, μικρότερο περιορισμό στο ρόλο τους, λόγω συναισθηματικών προβλημάτων, μεγαλύτερη ενέργεια, λιγότερο άγχος κ.λπ.

2.9 Ποιότητα ζωής και θεραπεία του Σ.Δ.

Οι ασθενείς που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή (από το στόμα) είχαν λιγότερες ανησυχίες, σχετικά με τα άτομα που έλεγχαν το ΣΔ τους με δίαιτα και άσκηση. Επίσης, τα άτομα που έκαναν χρήση ινσουλίνης είχαν χαμηλότερα σκορ στην ποιότητα ζωής και ανέφεραν λιγότερη ικανοποίηση από τη θεραπεία και μεγαλύτερο ψυχολογικό βάρος από την ασθένεια, σε σύγκριση με όσους λάμβαναν γλυκόζη (Jacobson et al., 2004). Μια άλλη κατηγορία ερευνών, αναφορικά με το γλυκαιμικό έλεγχο, έδειξε ότι ο καλύτερος έλεγχος συνδέεται με καλύτερη ποιότητα ζωής, αποτέλεσμα το οποίο φάνηκε ισχυρότερο για τις κλίμακες, που μετρούν συγκεκριμένα την ποιότητα ζωής σε δείγμα διαβητικών

και για τις γενικές κλίμακες της συναισθηματικής δυσφορίας, σε σύγκριση με τις γενικές κλίμακες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής (Rubin & Peyrot, 2007).

2.10 Ποιότητα ζωής και δημογραφικές μεταβλητές

Αναφορικά με το φύλο, φάνηκε ότι οι διαβητικοί άνδρες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη θεραπευτική διαχείριση της ασθένειας, μέσω της διατροφής, χάνουν λιγότερες ώρες από την εργασία και τις εξωτερικές δραστηριότητες, εξαιτίας του διαβήτη (Rubin & Peyrot, 2007), είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη θεραπεία και νιώθουν λιγότερο ψυχολογικό βάρος, καθώς δηλώνουν λιγότερο συχνά συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους, σε σύγκριση με τις διαβητικές γυναίκες (Peyrot & Rubin, 2007). Συμπερασματικά, φαίνεται ότι ο παράγοντας του φύλου είναι σημαντικός και πρέπει να ληφθεί υπόψη σε μελλοντικές έρευνες αναφορικά με την ποιότητα ζωής των διαβητικών.

Η μεγαλύτερη ηλικία φάνηκε να σχετίζεται με χαμηλά σκορ σε ορισμένες κλίμακες, όπως αυτές της σωματικής και συναισθηματικής λειτουργικότητας και της ψυχικής υγείας (Glasgow et al, 2007). Επίσης, οι ασθενείς με περισσότερη εκπαίδευση ανέφεραν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους (Peyrot & Rubin, 2007) και οι ασθενείς με μεγαλύτερο εισόδημα φάνηκε να αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής (Glasgow et al., 2007), σε σύγκριση με τους ασθενείς με λιγότερη εκπαίδευση και χαμηλότερο εισόδημα αντίστοιχα.

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν ότι οι άγαμοι ήταν πιθανότερο να αναφέρουν καταθλιπτικά συμπτώματα, σε σχέση με τους παντρεμένους (Peyrot & Rubin, 2007), ενώ οι χωρισμένοι ή σε διάσταση βίωναν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με τους παντρεμένους ή τους ελεύθερους (Jacobson et al., 2004). Παρομοίως με τα παραπάνω, τα αποτελέσματα της έρευνας των Παπαδόπουλου, Οικονομάκη, Κοντοδημόπουλου, Φρυδά και Νιάκα (2007), που πραγματοποιήθηκε σε ελληνικό πληθυσμό διαβητικών τύπου II, έδειξαν ότι ένας αριθμός κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων, όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση, αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής για τους διαβητικούς ασθενείς. Τέλος, ο παράγοντας φύλο-εθνικότητα δε φάνηκε να επηρεάζει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών (Peyrot & Rubin 2007, Glasgow et al., 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

3.1 Εισαγωγή

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, περισσότερα από 23 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, ενώ εκτιμάται ότι η ασθένεια αυτή δεν έχει ακόμη διαγνωστεί σε αρκετά άτομα. Τα κρούσματα της ασθένειας αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου, ενώ παράλληλα οι επιπλοκές έχουν σοβαρό αντίκτυπο στα συστήματα υγείας της Ευρώπης. Κατά συνέπεια, οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις είναι τεράστιες. Η συνηθέστερη εμφάνιση του διαβήτη οφείλεται στο σύγχρονο τρόπο ζωής, όπως η καθιστική ζωή, οι διατροφικές συνήθειες και η έλλειψη σωματικής αύξησης. Εκτιμάται πως ήδη το 5%-10% των συνολικών δαπανών για την υγεία αφομοιώνονται στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, σε διαβητικούς ασθενείς. Από πλευράς επιπολασμού, οι περιοχές της ανατολικής Μεσογείου και της μέσης Ανατολής πλήττονται περισσότερο, με ποσοστό επιπολασμού της τάξης του 9,2%. Εκτός από τον εμφανή κλινικά διαβήτη, τα άτομα με διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη, δηλαδή υπερβολική αύξηση του σακχάρου του αίματος μετά χορήγηση γλυκόζης από το στόμα, συνιστούν ένα σημαντικό ποσοστό αδιευκρίνηστων και υποψηφίων διαβητικών. Υπολογίζεται ότι το 7,5% των ενηλίκων στην ΕΕ, δηλαδή περί τα 308 εκατομμύρια άτομα, εμφανίζουν διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη (European Commission 2013).

Από τη στιγμή που σχεδόν ένας στους δέκα πολίτες της ΕΕ, πάσχει από διαβήτη, το πρόβλημα πλέον παύει να είναι μόνο επιστημονικό αλλά μετατρέπεται και σε κοινωνικό. Η Πολιτεία οφείλει να καθιερώσει μια μακρόχρονη πολιτική υγείας για τη πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, σωστή και εύκολη πρόσβαση σε θεραπεία και επαγγελματική διασφάλιση των ασθενών. Βέβαια, αυτό προϋποθέτει την εκπόνηση συνολικού σχεδίου πρόληψης σε εθνικό επίπεδο, έτσι ώστε να γίνουν συντονισμένες δράσεις με δεδομένα αποτελέσματα. Μεγάλη σημασία πρέπει να δοθεί στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου και στην αξιολόγηση των ανωτέρω δράσεων, ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Το 2011 περίπου 366 εκατομμύρια άτομα έπασχαν από διαβήτη, ενώ έως και το 2030 το νούμερο αυτό θα αυξηθεί στα 552 εκατομμύρια, με τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Εκτός όμως από το κόστος σε ανθρώπινες ζωές, ο διαβήτης κόστισε 465 δις δολάρια σε έξοδα υγειονομικής περίθαλψης, για το έτος 2011, με το 11% αυτών των εξόδων σε ενήλικες, ηλικίας 20-79 ετών. Στη Ελλάδα, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του 2002, το 8,2% του συνολικού πληθυσμού, έπασχε από Διαβήτη Τύπου 2 ενώ αντίστοιχα το 2006, το ποσοστό ανήλθε στο 9,5% (European Commission 2013).

3.2 Κόστος σακχαρώδη διαβήτη

Το κόστος του Σακχαρώδη Διαβήτη και των επιπλοκών του, για το έτος 2010 στην υφήλιο, ανέρχεται στα 313 δισεκατομμύρια ευρώ. Στον πίνακα 1 που ακολουθεί αναπαρίστανται τα άμεσα κόστη νοσηλείας λόγω διαβητικών επιπλοκών:



Πίνακας 3.1. Άμεσα κόστη νοσηλείας λόγω διαβητικών επιπλοκών

(Πηγή: <http://static.livemedia.gr>)

Ακολούθως, ο πίνακας 2 εκφράζει το εκτιμώμενο κόστος του σακχαρώδη διαβήτη, σύμφωνα με παραμέτρους όπως τη σοβαρότητα του περιστατικού, το εργασιακό κόστος και το έμμεσο κόστος.

Σοβαρότητα επεισοδίου	Εκτιμώμενο ιατρικό κόστος/επεισόδιο	Εκτιμώμενες χαμένες ημέρες εργασίας	Εκτιμώμενο έμμεσο κόστος/επεισόδιο
Ήπιο	26,0 €	0,22	37,0 €
Μέτριο	334,7 €	0,27	45,3 €
Σοβαρό	2.806,8 €	6,60	1.110,6 €

Πίνακας 3.2. Εκτιμώμενο κόστος σακχαρώδη διαβήτη

(Πηγή: <http://static.livemedia.gr>)

Εκτιμάται ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών περιστατικών, σε διαβητικούς ασθενείς, σημειώνει αύξηση κατά 5.7%, σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό. Αντιστοίχως, το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης ανά ασθενή για κάθε καρδιαγγειακό περιστατικό, υπολογίζεται από 1.737 έως και 7.562 €, ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας και τη σοβαρότητα της επιπλοκής. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι το 70% του κόστους, που σχετίζεται άμεσα με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του διαβήτη, αφορά συνοδά νοσήματα και επιπλοκές του διαβήτη, παρά την ίδια την διαταραχή (American Diabetes Association 2011).

Ακολουθως, το διαβητικό πόδι αποτελεί πολύ σημαντικό οικονομικό πρόβλημα ειδικά προστιθέμενο σε μια παρατεταμένη παραμονή-νοσηλεία στο νοσοκομείο. Η αποκατάσταση και η αυξημένη ανάγκη για βοήθεια στο σπίτι, από την κοινωνική πρόνοια, επιβαρύνουν σημαντικά τις δαπάνες περίθαλψης. Εκτιμάται ότι στις Η.Π.Α. το κόστος της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην προσπάθεια επούλωσης, προσεγγίζει τα 7,000-10,000 δολάρια, ανά ασθενή. Το κόστος ενός ακρωτηριασμού διαβητικού ποδιού υπολογίζεται σε 43,100-63,100 δολάρια, ειδικότερα δε λόγω της αυξημένης αναγκαίας κοινωνικής μέριμνας. Επιπροσθέτως πρέπει να συνυπολογίζονται και τα επιπλέον έμμεσα κόστη, λόγω απώλειας της ποιότητας ζωής. Στις Η.Π.Α το ολικό κόστος του διαβητικού ποδιού εκτιμάται σε 4,000,000,000 δολάρια, ετησίως, ενώ παρατηρείται μια συνεχής αυξητική τάση (American Diabetes Association 2011).

3.3 Παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι ο διαβήτης επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής του ατόμου, δηλαδή τη σωματική, την κοινωνική και αναμφισβήτητα, την ψυχολογική (Goldney et al, 2004, Imasiku et al, 2005, Γρηγοριάδου 2006, Wasserman & Trinova 2006). Μια ορισμένη προσέγγιση του ατόμου που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να εγγυηθεί την βέλτιστη διαχείριση των απαιτήσεων της ασθένειας και την επαρκέστερη ρύθμιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που απορρέουν, από αυτή. Εντούτοις, η αποτελεσματικότητα της ατομικής προσέγγισης εξαρτάται από την κατανόηση της δυναμικής αλληλεπίδρασης των παραγόντων που επηρεάζουν τελικά, σε σημαντικό βαθμό, την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση και το επίπεδο της ατομικής λειτουργικότητας (Γρηγοριάδου 2006). Πιο συγκεκριμένα, αναμένεται να επηρεαστεί η κοινωνική δραστηριότητα και ειδικότερα στην επαγγελματική πορεία, στον έγγαμο βίο, καθώς και σε όλες τις εκφάνσεις της κοινωνικής ζωής του ασθενή. Η εμφάνιση της νόσου είναι αναπάντεχη, συνήθως προυποθέτει νοσοκομειακή περίθαλψη, γεγονός που αρκετές φορές συνεπάγεται ένα σημαντικό ψυχολογικό τραύμα για το άτομο και την οικογένειά του (Wasserman & Trinova 2006).

Κατά τη διάρκεια της ζωής του ο ασθενής, βρίσκεται πλέον αντιμέτωπος με ποικίλους κινδύνους και επιπλοκές. Για παράδειγμα, η κακή συμμόρφωση στη διαβητική θεραπεία μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση ενός υπογλυκαιμικού ή υπεργλυκαιμικού επεισοδίου. Ταυτόχρονα, μακροπρόθεσμα, μπορεί να έλθει αντιμέτωπος με τις χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη, όπως η αμφιβληστροειδοπάθεια, η νευροπάθεια, η νεφροπάθεια και άλλες διαταραχές που θα επιβαρύνουν την ψυχολογική του κατάσταση. Η εμφάνιση των επιπλοκών έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της αναμενόμενης διάρκειας ζωής σε ποσοστό 10-30%, με την ανάλογη πτώση της ποιότητας ζωής, αυξάνοντας παράλληλα την πιθανότητα ανάπτυξης κάποιου είδους ανικανότητας, όπως τύφλωση ή ακρωτηριασμός. Ανάλογου είδους ανικανότητες μπορεί να επιβαρύνουν περισσότερο, άτομα που στερούνται υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Επίσης πολύ συχνά, η εμφάνιση των επιπλοκών μειώνει σημαντικά την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ασθενή, να του στερήσει μια πιθανή επαγγελματική εξέλιξη και αντιμετωπίζει κοινωνικές δυσκολίες ένταξης και προσαρμογής (Wasserman & Trinova 2006).

Ο σακχαρώδης διαβήτης προυποθέτει ιδιαίτερη αντιμετώπιση και δέσμευση απέναντι στην πάθηση. Συγκεκριμένα, το άτομο καλείται να ενημερωθεί για αυτή, να κινητοποιηθεί, να αναλάβει προσωπικές ευθύνες και να προβεί σε συνειδητές συμπεριφορές, με σκοπό να καλύψει τις απαιτήσεις της θεραπείας. Συγκεκριμένα, ο διαβητικός ασθενής θα πρέπει να είναι σε θέση ανά τακτά χρονικά διαστήματα, να ελέγχει τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα και να κάνει προβλέψεις

χρησιμοποιώντας τις σωματικές ενδείξεις της υπεργλυκαιμίας ή της υπογλυκαιμίας του, καθώς και τα εξωτερικά σημεία-κλειδιά, όπως είναι η ώρα της ημέρας και η φυσική του δραστηριότητα. Ταυτόχρονα, είναι αναγκασμένος να βρίσκεται σε μια διαρκή εγρήγορση και δραστηριοποίηση, καθώς πρέπει να επισκέπτεται συχνά τις υπηρεσίες φροντίδας για τη διαφύλαξη της υγείας του, να προβαίνει σε τακτικό ιατρικό έλεγχο και σε ιατρικές εξετάσεις, να είναι σε θέση να εντοπίζει πρώιμα σημεία ή συμπτώματα των επιπλοκών και να προβαίνει στις κατάλληλες ενέργειες (Wasserman & Trivona 2006).

Μια χρόνια ασθένεια, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, συνιστά μία δοκιμασία για τον ασθενή, αλλά και για την οικογένειά του, εξαιτίας ακριβώς της χρονιότητας και λόγω της αβεβαιότητάς που προκαλείται, όσον αφορά την πορεία και την έκβασή της. Παρόλο που κάθε ασθένεια παρουσιάζει διαφορετική κλινική εικόνα, υφίστανται πολλά κοινά προβλήματα σε όλους τους χρόνιους ασθενείς. Συνήθως η χρόνια ασθένεια επιδρά καταλυτικά σε βασικές λειτουργίες του ατόμου, όπως η επικοινωνία, η κοινωνικότητα και η αυτοφροντίδα (Σαπουντζή, 2004). Επόμενο, λοιπόν, είναι η χρονιότητα της πάθησης του σακχαρώδη διαβήτη να αποτελέσει έναν από τους κυριότερους επιβαρυντικούς παράγοντες, δεδομένου ότι καταβάλλει ψυχολογικά και σωματικά το άτομο, εξασθενεί τις δυνάμεις του, μειώνει τις ψυχικές αντοχές του, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσμενείς επιπτώσεις όχι μόνο στην υγεία αλλά και κατά την προσπάθειά του ασθενή, για συμμόρφωση προς τη θεραπεία (Πήτα και συν, 2006).

Καταληκτικά, όλα τα ανωτέρω, κλονίζουν την ποιότητα ζωής του διαβητικού ασθενή. Κατά συνέπεια, δημιουργούνται ποικίλες γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις, ως απόρροια του άγχους και της ανησυχίας του για την έκβαση της ασθένειας στην καθημερινότητα και στην ποιότητα ζωής. Οι γνώσεις και οι δεξιότητες που αποκτά το άτομο, καθώς και η βιοματική του εμπειρία, αποτελούν το κλειδί για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την προσωπική ευημερία του κάθε ατόμου. Από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες που λειτουργούν επιβαρυντικά στην ποιότητα ζωής των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη είναι η κατάθλιψη και το άγχος, που οφείλεται στην αυτορρύθμιση του διαβήτη, τη χρονιότητα και τις επιπλοκές της πάθησης. Σε γενικές γραμμές, ο μέσος ασθενής ανησυχεί για την επίδραση της διαταραχής στην καθημερινότητα του. Τα γνωρίσματα της προσωπικότητας, οι αντιλήψεις, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις γύρω από θέματα υγείας, διαμορφώνουν την συνολική εικόνα για την ασθένεια και τις ανάλογες αντιδράσεις. Ταυτόχρονα, η προσήλωση στη θεραπευτική αγωγή διαδραματίζει έναν εξαιρετικά σημαντικό παράγοντα, διότι επηρεάζει την προσπάθεια για πρόληψη των επιπλοκών της νόσου και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενή. Στις χρόνιες ασθένειες ιδιαίτερο ρόλο παίζει το υποστηρικτικό

δίκτυο του ατόμου, το πλαίσιο δηλαδή όπου ο ασθενής κινητοποιείται προς αναζήτηση βοήθειας (Wagner et al, 2004).

3.4 Κοινωνική και ατομική αντίληψη γύρω από το σακχαρώδη διαβήτη

Όπως προαναφέρθηκε, η χρονιότητα της ασθένειας επιδρά στην ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών, όσο και των οικογενειών τους. Τα άτομα και οι οικογένειες με τη διάγνωση της χρόνιας ασθένειας ακολουθούν μια ανάλογη διαδικασία πένθους που εμφανίζει διάφορα στάδια. Ασθενής και μέλη της οικογένειας του βιώνουν απώλειες που έχουν σχέση με την απώλεια της υγείας και της σωματικής λειτουργίας, την απώλεια των προνομίων του κοινωνικού ρόλου του ασθενή και όσων φυσικά απέρρεαν από τον κοινωνικό ρόλο, καθώς και πληθώρα συναισθηματικών και οικονομικών απωλειών (Σαπουντζή, 2004). Οι νεότεροι ασθενείς πρέπει να ξεπεράσουν το στάδιο της διάγνωσης, του θυμού, της απόσυρσης, της διαπραγμάτευσης, που συνοδεύονται από αντίστοιχα δυσάρεστα και έντονα συναισθήματα, όπως άγχος, υπερβολική ανησυχία, αίσθημα αβοηθησίας, αποδιοργάνωση και κάποιες φορές κρίσεις πανικού. Έπειτα από όλα αυτά τα στάδια, ασθενείς και οικογένεια φθάνουν στο στάδιο της αποδοχής και πλέον γίνονται συνεργάσιμοι και πειθαρχούν στις συνιστώμενες θεραπείες (Imasikou et al, 2005). Από την άλλη πλευρά, οι χρόνιοι ασθενείς, έχουν ήδη προσαρμοσθεί στις νέες συνθήκες της ζωής τους, ενώ εκφράζουν ανησυχίες γύρω από θέματα που αφορούν την αναγκαστική συμμόρφωση στη θεραπεία, την ανάγκη υιοθέτησης ενός πειθαρχημένου και αυστηρού προτύπου συμπεριφοράς για τον καλύτερο δυνατό έλεγχο του διαβήτη, καθώς και σε ένα ψυχαναγκαστικό, σπανίως, τρόπο σκέψης που προκαλεί ακόμη μεγαλύτερη δυσφορία (Πήτα και συν, 2006).

Η βασική ψυχοσύνθεση του ατόμου επιδρά φυσικά στον τρόπο που αντιμετωπίζει το στρες του σακχαρώδη διαβήτη. Άλλα άτομα είναι περισσότερο ψύχραιμα και εφαρμόζουν τις ιατρικές οδηγίες, χωρίς ιδιαίτερο άγχος, ενώ άλλα πάλι είναι δύσκολο να προσαρμοσθούν στις νέες συνθήκες και εμφανίζουν καταθλιπτικά στοιχεία ή επαναστατούν στους περιορισμούς και τις ιατρικές εντολές, συμπεριφερόμενα σαν να μην υπάρχει δεδομένη ανάγκη για εφαρμογή της θεραπείας. Στα παιδιά με ΣΔ, η υπερπροστασία των γονέων προκαλεί δυσμενείς επιπτώσεις στη διαμόρφωση του χαρακτήρα τους, τα οποία γίνονται είτε πολύ εξαρτώμενα από τους γονείς, είτε κάποια στιγμή, από αντίδραση γίνονται εντελώς επαναστάτες. Τελικά όμως η μη συμμόρφωση βλάπτει τελικά τους ίδιους τους ασθενείς (Πήτα και συν, 2006).

Πολλές προσωπικές, δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, όπως: το φύλο, η ηλικία, οι θρησκευτικές-φιλοσοφικές πεποιθήσεις, ο βαθμός ωριμότητας, ορισμένα προδιαθεσικά

χαρακτηριστικά προσωπικότητας, τα ψυχολογικά προβλήματα, οι στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετεί το άτομο κ.α., παίζουν εξίσου σπουδαίο ρόλο. Τέλος, καθοριστικής σημασίας, αναφορικά με την ψυχική ένταση που νιώθει ο χρόνιος ασθενής, φαίνεται να είναι κοινωνικοί, καθώς και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως: η πληροφόρηση και η εκπαίδευση σε θέματα αυτοφροντίδας και συμπεριφορές προαγωγής της υγείας, η κοινωνική αποδοχή και υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους, την εργασία και το κοινωνικό σύνολο, καθώς και το νοσοκομειακό πλαίσιο (Καραδήμας, 2005).

Η θετική ή αρνητική προσαρμογή ενός ασθενούς σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο αντίδρασης της οικογένειας του, αλλά και του ίδιου στα πρώτα στάδια μετά τη διάγνωση της ασθένειας. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Elliott, Shewchuk και Richards (2003), τα υψηλότερα ποσοστά δυσφορίας και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, που εμφάνιζαν οι ασθενείς στο νοσοκομείο, συσχετίστηκαν με μικρότερη αποδοχή του προβλήματος και της νέας κατάστασης και επομένως, δυσκολότερη προσαρμογή μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια προκαλεί, επίσης, αρκετές γνωστικές διεργασίες. Συχνά, τα άτομα ψάχνουν να βρουν ένα νόημα στην ασθένειά τους, να επανακτήσουν ένα αίσθημα ελέγχου και να αποκαταστήσουν την αυτοεκτίμησή τους (Καραδήμας, 2005).

3.5 Συναισθηματικές προεκτάσεις

Ο βαθμός επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής του ασθενούς, εξαρτάται από τη φύση της ασθένειας και την προσωπικότητα του κάθε ατόμου. Όσον αφορά το σακχαρώδη διαβήτη, υφίσταται μια αμοιβαία επίδραση των πεποιθήσεων και των ατομικών αξιών σε σχέση με την κατάσταση της σωματικής του υγείας. Είναι γνωστό ότι η ασθένεια επηρεάζει αρνητικά την καθημερινότητα του ατόμου, όμως η πρόγνωση της ασθένειας εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να υιοθετήσει συμπεριφορές που θα αντισταθμίσουν τις επιδράσεις της νόσου (Wasserman & Trifonova, 2006). Η διαμόρφωση των απόψεων και των πεποιθήσεων των ατόμων περί της υγείας και της ποιότητας ζωής τους, δε σχετίζεται με αντικειμενικές κλινικές μετρήσεις, όπως για παράδειγμα η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, αλλά σχετίζεται με τη γνωστικο-συναισθηματική αντίληψη της κατάστασής τους, καθώς και τη φάση της ψυχολογικής προσαρμογής του ασθενή απέναντι πάθηση. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι οι κρίσεις και οι αξιολογήσεις που κάνουν εξαρτώνται από την ψυχολογική τους κατάσταση τη δεδομένη στιγμή της ζωής τους, παρά από το επίπεδο της σωματικής τους υγείας (Γρηγοριάδου 2006).

Οι απόψεις ενός διαβητικού ατόμου αναφορικά με την πάθηση του είναι τόσο ισχυρές για την ιδιοσυγκρασία του, με αποτέλεσμα να δρουν αλληλεπιδραστικά ακόμη και με το είδος ή την ποιότητα των φυσιολογικών αλλαγών, που πρόκειται να συμβούν στο σώμα του σε περιόδους μεταβολικών διαταραχών. Αυτό σημαίνει ότι οι σκέψεις και τα συναισθήματα με αρνητικό φορτίο για την ασθένεια μπορούν να οδηγήσουν σε μια κατάσταση σύγχυσης και άγχους. Κατά συνέπεια, μια θετική στάση ζωής απέναντι στο πρόβλημα θα στοχεύει ευκολότερα προς έναν καθημερινό έλεγχο και στην βέλτιστη ρύθμιση (Πήτα και συν, 2006).

3.5.1 Συμμόρφωση προς τη θεραπεία

Αρκετοί ασθενείς αδυνατούν να φτάσουν τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, στα επιθυμητά επίπεδα, παρά τις προσπάθειες και τις επεμβάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Οι ανωτέρω δυσκολίες στην προσαρμογή στην ασθένεια οδηγούν σε μια σημαντική, αλλά επίμονη μεταβολική αστάθεια, ανεξέλεγκτη και απρόβλεπτη, με διακυμάνσεις στα επίπεδα γλυκόζης του αίματος, που συνοδεύονται από συχνά επεισόδια υπεργλυκαιμίας ή υπογλυκαιμίας και ανάγκη για νοσηλεία στο νοσοκομείο. Τα παραπάνω φαινόμενα απαντώνται συνήθως σε νέους ασθενείς και ειδικότερα στα νεαρά κορίτσια (Wasserman & Trifonova 2006).

Μέχρι τώρα δεν έχουν διευκρινιστεί οι μηχανισμοί που επιδρούν στην αστάθεια του διαβήτη, αν και συμμετέχουν διάφοροι φυσικοί παράγοντες, όπως η αντίσταση στην ινσουλίνη ή η λανθασμένη έκκριση ορμονών. Από την άλλη πλευρά υποστηρίζεται ότι για αυτή την αστάθεια, υπεύθυνοι είναι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η απροθυμία να συνεργαστεί με την ομάδα φροντίδας ή το υπερβολικό άγχος ή μπορεί να γίνεται σκόπιμη παράλειψη των δόσεων ώστε να αδυνατίσουν ή επειδή ενοχλούνται από τη διαιτητική αγωγή (Wasserman & Trifonova 2006).

Για να διευκρινιστούν οι ψυχογενείς παράγοντες που εμπλέκονται και οδηγούν στην απορρύθμιση του διαβήτη είναι ωφέλιμο να διεξαχθεί μια ψυχοδιαγνωστική συνέντευξη, ώστε να ενημερωθεί ένας έμπειρος ψυχολόγος για τα τυπικά προβλήματα του ατόμου και εάν χρειαστεί να αναζητηθούν οι επιπρόσθετες πληροφορίες από το στενό οικογενειακό του κύκλο (Wasserman & Trifonova 2006). Από την πλευρά του ο επιβλέπων επαγγελματίας υγείας (ενδεχομένως δηλαδή και νοσηλεύτης) θα πρέπει να παρέχει στο άτομο μια ευρεία γνώση της παθογένειας του διαβήτη, της διάγνωσης της πρόληψης των επιπλοκών και της διαχείρισης της ασθένειας. Επιπλέον, απαραίτητο είναι να επιδείξει προς τον ασθενή τις τεχνικές δεξιότητες που απαιτούνται, όπως η τεχνική της χορήγησης, ο έλεγχος της γλυκόζης του αίματος και η φροντίδα του ποδιού, εάν συνυπάρχει η ανάλογη διαταραχή. Σημαντικό επίσης είναι να διαμορφωθεί ένας θετικός τρόπος σκέψης, που να

δείξει τρόπους ώστε να καταστεί ο ασθενής, περρισσότερο ευέλικτος στις στρεσογόνες καταστάσεις (Imasiku et al, 2005).

3.5.2 Άγχος και κατάθλιψη

Η αρνητική συναισθηματική διάθεση που προξενεί ο διαβήτης στον πάσχοντα, σε συνδυασμό με τον παράγοντα της χρονιότητας της πάθησης και της δυσκολίας που ενέχει η αυτορύθμισή της, δημιουργεί παρατεταμένο στρες, και κατά επέκταση τεράστια ψυχολογική επιβάρυνση, με αποτέλεσμα όχι σπάνια να επηρεάσει σημαντικά, και μακροχρόνια, την ποιότητα ζωής τους. Η ανωτέρω ανησυχία εντείνεται από τη στρεσογόνα φύση της ασθένειας και τις επιπτώσεις της, στην καθημερινότητα του ασθενή. Το άγχος και το στρές σχετίζεται συνήθως με τη διαπίστωση ότι η ασθένεια είναι ανίατη και συνακολουθείται από διάφορες δυσάρεστες κοινωνικές επιπτώσεις στη δουλειά, στη συζυγική ζωή και γενικά στην κοινωνική ζωή αλλά και με ουσιώδεις αλλαγές στην καθημερινότητά του. Οι χρόνιες επιπλοκές της ασθένειας, η νεφροπάθεια, η νευροπάθεια, το διαβητικό πόδι και λοιπές παρενέργειες της νόσου, επιφορτίζουν το άτομο με επιπλέον άγχος. Η προσαρμογή στις απαιτήσεις της ασθένειας, όπως η αδυναμία διατήρησης των επιπέδων της γλυκόζης στα φυσιολογικά επίπεδα, καθώς και η ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση των προγραμμάτων δίαιτας και ινσουλινοθεραπείας, επιδρούν σε σημαντικό βαθμό στην ποιότητα της ζωής των ατόμων. Η αδυναμία, μάλιστα, της ρύθμισης των κλινικών παραμέτρων όσο αναφορά τον έλεγχο της πορείας της νόσου, εμπεριέχει αρνητικές προεκτάσεις σε ό,τι αφορά την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμησή του ατόμου (Γρηγοριάδου 2006).

Παρόμοια αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων έχουν τα συχνά επεισόδια υπογλυκαιμίας. Επηρεάζονται περισσότερο ασθενείς που διακατέχονται από το φόβο ενός υπογλυκαιμικού επεισοδίου. Τα αναπάντεχα επεισόδια μιας νυχτερινής υπογλυκαιμίας, που συμβαίνουν όταν ο ασθενής είναι μόνος, μπορεί να του προκαλέσει αίσθημα απειλής και να αισθανθεί ανίκανος να ρυθμίσει τη ζωή του. Το γεγονός αυτό, εμπρός σε κόσμο, μπορεί να προκαλέσει ισχυρά αισθήματα ντροπής και ενοχής, τα οποία συμβάλλουν στο περιορισμό της κοινωνικής συναναστροφής και τελικά απομωνώνουν τον ασθενή. Κάθε ασθενής πάντως, πρέπει να εξοικειωθεί με τη διά βίου απειλή της υπογλυκαιμίας, η οποία μπορεί να προκαλέσει χρόνια στρες και ψυχοσωματικές διαταραχές (Wasserman & Trifonova 2006). Ο φόβος για κάποιο επερχόμενο υπογλυκαιμικό επεισόδιο συνιστά έναν από τους σημαντικότερους στρεσογόνους παράγοντες. Η ενεργοποίηση του συστήματος του στρες κινητοποιεί μιας σειρά συμπεριφορικών και περιφερικών απαντήσεων που οφείλονται στην ενεργοποίηση του άξονα του υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων (ΥΥΕ) και του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, όπως αύξηση της γλυκόζης, του

καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης και λοιπών παραμέτρων. Συμπεριφορικά, το στρες σε μέτριο βαθμό ενισχύει την εγρήγορση και προάγει ορισμένες συμπεριφορές του ατόμου, ενώ ταυτόχρονα αναστέλλει και τις φυσικές λειτουργίες, όπως την επιθυμία πρόσληψης τροφής και αναπαραγωγής. Σε μια εντονότερη στρεσογόνο κατάσταση, εκδηλώνονται περισσότερο αγχογόνα συμπτώματα, όπως υπεραντιδραστικότητα στα ερεθίσματα και η υιοθέτηση <<παγωμένης>> συμπεριφοράς (Wasserman & Trifonova 2006).

Από την άλλη πλευρά, η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης είναι συχνότερη στα άτομα με μη ικανοποιητικό γλυκαιμικό έλεγχο, σε άτομα που έχουν εμφανιστεί τα πρώτα συμπτώματα των επιπλοκών της νόσου και σε εκείνους που παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης της νόσου. Σημαντική συσχέτιση διαφαίνεται μεταξύ των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε σχέση με την αντίληψη της εκτίμησης της υγείας τους και την ποιότητα ζωής τους, την αυτοφροντίδα και τον γλυκαιμικό έλεγχο. Μάλιστα ειδικά για τα νεαρά άτομα, η άφιξη της ασθένειας στη ζωή τους αποτελεί ένα τραυματικό γεγονός, αλλά και σημείο αναφοράς στη ζωή τους. Το παιδί αναφέρεται χρονολογικά στο «πριν» και στο «μετά» το διαβήτη με νοσταλγία για το «πριν» διάστημα και μελαγχολία για το «μετά». Η αίσθηση της επικινδυνότητας της πάθησης και το γεγονός ότι δεν υφίσταται οριστική θεραπεία, αποτελεί έναν ισχυρό ενισχυτικό παράγοντα για την εμφάνιση της χρόνιας κατάθλιψης. Ταυτόχρονα, η ιδέα ότι ο διαβήτης παρεμβαίνει στις επιθυμίες, τις προσδοκίες και τις ενασχολήσεις, συνιστά στοιχείο ενισχυτικό για την ανάπτυξη της καταθλιπτικής σημειολογίας στους διαβητικούς ασθενείς. Η απειλή που σχετίζεται με την ψυχολογική επίδραση του διαβήτη στην αυτοπεποίθηση, την ευτυχία, ή την ικανοποίηση από τη ζωή είναι σε θέση να προβλέψει σημαντικά την κατάθλιψη που μπορεί να εμφανίσουν τα άτομα με διαβήτη (Γρηγοριάδου 2006).

Η ψυχοθεραπεία και η χρήση ήπιων ψυχοφαρμάκων μπορεί να ανακουφίσει τους ασθενείς, αλλά και να βελτιώσει σημαντικά την ευεξία τους, να επαναφέρει την ομαλή κατάσταση του ύπνου και των διατροφικών συνηθειών, που έχουν ιδιαίτερη σημασία κατά τον σακχαρώδη διαβήτη. Επίσης να βελτιώσει τη φυσική κατάσταση και τη συμμόρφωση του ασθενή, προς τη θεραπεία. Από την άλλη πλευρά, σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι η αποδοχή της ιδιαιτερότητάς και διαφορετικότητας του, συγκριτικά με τους συνανθρώπους του. Κατά προσέγγιση, η πρόωρη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης λαμβάνει χώρα μόνο στο 25% των περιστατικών (Wasserman & Trifonova 2006).

3.5.3 Διατροφικές συνήθειες

Οι διατροφικές συνήθειες και η ανάγκη για μια διαρκώς ελεγχόμενη δίαιτα στα διαβητικά άτομα δημιουργεί μια πολύπλοκη σχέση, η οποία προκαλεί ψυχολογικές προεκτάσεις συσχετιζόμενες με την αντιλαμβανόμενη εικόνα του σώματος και την αυτοκριτική του ασθενή. Ως εκ τούτου δημιουργούνται προκαταλήψεις στον ασθενή, ο οποίος επηρεάζεται από την κατάσταση και οδηγείται σε αρνητικές σκέψεις για την κατάσταση της υγείας του και την εξέλιξή της. Οι διαταραχές της διατροφής και οι άμεσες επιπτώσεις τους στην ψυχολογία και υγεία του πάσχοντα παραμένουν συχνά χωρίς την πρέπουσα αναγνώριση και την καταλληλότερη αντιμετώπιση. Ταυτόχρονα, η διαφοροποίηση ανάμεσα στο τι θεωρείται φυσιολογικό και τι παθολογικό, αναφορικά με τα ζητήματα της διατροφής και της σωματικής εικόνας, με τις αντίστοιχες προεκτάσεις που μπορεί να διαθέτουν για την ψυχολογία και υγεία του διαβητικού ατόμου, συνιστά μια δύσκολη υπόθεση για τους ενδιαφερομένους. Ιδιαίτερα δε, στις περιπτώσεις όπου τα άτομα αδυνατούν να αναγνωρίσουν το πρόβλημα και να δεχθούν τη σοβαρότητά της κατάστασης, η παρακολούθηση της κατάστασης από το στενό οικογενειακό περιβάλλον κρίνεται αναγκαία για την αποφυγή περαιτέρω προβλημάτων. Τέλος, ακόμα και σε περιπτώσεις όπου τα άτομα αποδέχονται χωρίς δυσκολίες ή αντιστάσεις τις παραπάνω συνθήκες, η ψυχολογική υποστήριξη από κοντινά πρόσωπα είναι πολύ σημαντική (Πήτα και συν, 2006).

3.5.4 Κοινωνική μέριμνα

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό κεφάλαιο στη ζωή διαβητικών ασθενών, αλλά και γενικά των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Η διαθεσιμότητα της κοινωνικής υποστήριξης διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο στην ικανότητα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ασθενή απέναντι στη χρόνια ασθένεια, διότι συντελεί στην ανασυγκρότηση των σκέψεων και την εξεύρεση λύσεων για την άμεση αντιμετώπιση κρίσεων. Τα άτομα συνήθως στρέφονται στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον για να αναζητήσουν διαθέσιμη βοήθεια με σκοπό να ανταπεξέλθουν στα στρεσογόνα γεγονότα της ασθένειας τους. Η αντίληψη, από την πλευρά του πάσχοντα, ότι υπάρχει διαθέσιμη κοινωνική υποστήριξη για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, 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 2004, Wasserman & Trifonova 2006).

Ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου σε νεαρά άτομα που πάσχουν από ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη. Σε μια ευαίσθητη αναπτυξιακή περίοδο της ζωής του το νεαρό άτομο έρχεται για πρώτη φορά αντιμέτωπο με τις ιδιαίτερες απαιτήσεις του διαβήτη, που προυποθέτουν ορισμένο βαθμό αυτοφροντίδας. Ο ασθενής πρέπει να προσαρμοστεί σε κανόνες διατροφής και

θεραπείας που δεν μπορεί να εφαρμόσει επαρκώς, λόγω των γνωσιακών ελλειμμάτων της πρώιμης και μέσης παιδικής ηλικίας. Παρόλη την εκπαίδευση από τις υπηρεσίες υγείας, η οικογένεια μοιράζεται μερίδιο της ευθύνης, σχετικά με τη διαχείριση της ασθένειας, διότι αρκετά άτομα δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της. Συνήθως δε, 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 παρουσιάζει τάσεις απομόνωσης, ώστε κατά συνέπεια να δυσχεραίνεται η ένταξή του στην ομάδα των συνομηλίκων του. Ο φόβος του κοινωνικού στίγματος επηρεάζει βέβαια και την οικογένεια. Δυστυχώς αρκετές φορές, οι γονείς φοβούνται για τη μη αποδοχή του παιδιού λόγω της χρόνιας ασθένειας και αυτό το γεγονός απομακρύνει την οικογένεια από το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Απόρροια όλων αυτών είναι η ελάτωση της δυνατότητας παροχής υποστήριξης, όταν είναι διαθέσιμη (Τσαματσίρος 2003). Έχει παρατηρηθεί ότι ένας νεαρός διαβητικός ασθενής θεωρεί την οικογένεια ως τον σημαντικότερο παράγοντα προσαρμογής του στη ασθένεια. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η οικογένεια καλύπτει τις πρωταρχικές ανάγκες και την αναγκαία συναισθηματική υποστήριξη που απαιτείται (Wagner et al, 2004).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να λάβουμε υπόψη, ότι όταν ασθενεί κάποιο μέλος της οικογένειας επηρεάζεται αισθητά όλη η οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, η οικογένεια βιώνει μία κρίση και αρχίζουν να παρατηρούνται διαταραχές στη συνοχή της (Σαπουντζή 2004). Παρόλα αυτά η οικογένεια πρέπει να δώσει έμφαση στις ικανότητες και τις δυνατότητες του παιδιού μετατοπίζοντας έτσι το κέντρο βάρους της αυτοφροντίδας στις υφιστάμενες δυνατότητες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη

Για έναν διαβητικό ασθενή είναι σημαντική η διατήρηση ενός συχνά απαιτητικού τρόπου ζωής. Επίσης σημαντική είναι η άμεση και έμμεση επίδραση ποικίλων αρνητικών ψυχολογικών και κοινωνικών μεταβλητών, στη σωματική υγεία του ατόμου, αλλά και το αντίθετο. Η μακρόχρονη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας, όμως, μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη συνεργασία πολλών ειδικών από το χώρο των βιοϊατρικών επιστημών και το πεδίο των επιστημών της συμπεριφοράς, με προϋπόθεση την κατάλληλη εκπαίδευση του ειδικού προσωπικού (γιατρού, νοσηλευτή, ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού κ.α.) (Καραδήμας, 2005).

Ο σημαντικότερος στόχος των επαγγελματιών παροχής φροντίδας στους διαβητικούς έγκειται στην υποστήριξη των ασθενών, ώστε να προβαίνουν σε κατάλληλες συμπεριφορές αυτοφροντίδας και την εκπαίδευση των ασθενών σε αυτές τις συμπεριφορές (Peyrot & Rubin, 2007). Η εκπαίδευση των ασθενών, με χρόνιες ασθένειες, αποτελεί το απαραίτητο στοιχείο μιας άρτιας θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η αποδοχή από τον ασθενή των αλλαγών, που απαιτούνται στον τρόπο ζωής του, θα επιτευχθεί μόνο στην περίπτωση που αυτός κατανοήσει πλήρως τη φύση της νόσου του, τη σοβαρότητα της κατάστασης του και του ρόλου που διαδραματίζει η σωστή συνεργασία με τους λειτουργούς υγείας (Βαγιασόπουλος & Γουρνή, 2008).

Αναφορικά με τις ψυχολογικές παρεμβάσεις, είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι επιδρούν θετικά τόσο στη σωματική, όσο και την ψυχική ευεξία του ασθενούς (Gonder-Frederick et al., 2002). Ως πιο αποτελεσματικές, αναφορικά με τη μακροχρόνια βελτίωση του ελέγχου του διαβήτη, αναγνωρίζονται οι γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις (Norris, Engelgau & Narayan, 2001).

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται 2 κυρίαρχες κατηγορίες, οι οποίες αποτελούν το έδαφος για τις απαραίτητες παρεμβάσεις και περιλαμβάνουν: α) θέματα αυτοφροντίδας, όπως η αποδοχή και η άσκηση ελέγχου στο διαβήτη και β) συναισθηματικά θέματα, όπως η σχετική με το διαβήτη παρατηρούμενη δυσφορία και κατάθλιψη. Αυτές οι κατηγορίες ανταποκρίνονται σε 2 τύπους στρατηγικών αντιμετώπισης, την εστιασμένη στο πρόβλημα στρατηγική αντιμετώπισης (επίλυση του προβλήματος ή πρόληψη) και την εστιασμένη στο συναίσθημα στρατηγική αντιμετώπισης

(διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων που πηγάζουν από την ασθένεια) (de Ridder & Schreurs, 2003). Όταν η ασθένεια δεν μπορεί να θεραπευτεί άμεσα, φαίνεται ότι η χρήση στρατηγικών εστιασμένων στο συναίσθημα είναι πιο κατάλληλη, ενώ στην αντίθετη περίπτωση, χρησιμοποιούνται συνήθως στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα (Peyrot & Rubin, 2007).

Οι πιο συχνές και επιτυχημένες παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της ασθένειας, φαίνεται να είναι οι στρατηγικές αλλαγής της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτές, η αλλαγή της συμπεριφοράς επιδιώκεται, μέσα από τον ορισμό του προβλήματος, τη στοχοθέτηση μέσω της συνεργασίας ειδικού και ασθενή, την αναγνώριση των παραγόντων που εμποδίζουν την επίτευξη των στόχων, τη δημιουργία στρατηγικών, με σκοπό την επίτευξη των στόχων, τη δέσμευση στην αλλαγή, την επιβράβευση των επιτυχημένων προσπαθειών και τη διαρκή ενθάρρυνση και ανατροφοδότηση (Hill-Briggs, 2003). Οι παρεμβάσεις που προάγουν τη συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών στοχεύουν στην αναγνώριση των διαβητικών εκείνων, οι οποίοι φαίνεται να είναι περισσότερο δυσαρεστημένοι και στην άμεση ανακούφισή τους, μέσω της ενίσχυσης της αυτοαποτελεσματικότητάς, των κινήτρων και των ρεαλιστικών προσδοκιών τους, στην αναγνώριση πιθανών ψυχιατρικών διαταραχών στους διαβητικούς και στη θεραπεία της κατάθλιψης (Peyrot & Rubin, 2007).

Επιπρόσθετα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν στρατηγικές βελτίωσης της κοινωνικής υποστήριξης, μέσω της βελτίωσης των οικογενειακών σχέσεων, της επίλυσης των συγκρούσεων και της συμμετοχής των μελών της οικογένειας στη διαδικασία εκπαίδευσης και σχεδιασμού της θεραπείας (Καραδήμας, 2005). Μεγάλης σημασίας είναι, επίσης, η δυνατότητα παροχής ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε όλους τους ασθενείς με διαβήτη. Γι' αυτό το σκοπό, έχουν προταθεί 3 σχετικοί τρόποι: η ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων, ενταγμένων στις κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, η δημιουργία προσβάσιμων προγραμμάτων ενημέρωσης στο ευρύ κοινό, π.χ. μέσω διαδικτύου, και η ανάπτυξη κοινοτικών προγραμμάτων πρόληψης της δημόσιας υγείας (Gonder-Frederick et al., 2002).

4.2 Συμβουλευτικός και εκπαιδευτικός ρόλος

Η εκπαίδευση αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα του ρόλου του νοσηλευτή που εργάζεται στη φροντίδα των ασθενών με ΣΔ, αφού τους βοηθά να αυξήσουν το γνωστικό τους πεδίο αναφορικά με την κατάστασή τους και να διαχειριστούν αυτόνομα τη φροντίδα τους. Είναι σαφές ότι η κατάλληλη εκπαίδευση των διαβητικών ασθενών σχετικά με τη φροντίδα των ποδιών και την έγκαιρη αναγνώριση των διαφόρων προβλημάτων στα κάτω άκρα μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη

μείωση των ελκών και κατ' επέκταση των ακρωτηριασμών. Αξίζει να τονιστεί ότι στα κέντρα εκπαίδευσης για το διαβήτη, όπου εφαρμόζεται συστηματική εκπαίδευση των ασθενών για τη φροντίδα των ποδιών, έχουν μειωθεί πάνω από 50% οι ακρωτηριασμοί και οι επιπλοκές του ΣΔ, οι ημέρες νοσηλείας, καθώς και το κόστος περίθαλψης. Συνεπώς, με την κατάλληλη εκπαίδευση για τη σωστή υγιεινή και φροντίδα των ποδιών προλαμβάνονται πολλοί ακρωτηριασμοί (Brereton 2001).

Τα προγράμματα διδασκαλίας των διαβητικών πρέπει να διευρύνονται, να ενισχύονται και να διαφοροποιούνται συνεχώς, αφού ο διαβήτης είναι μια χρόνια νόσος. Θα πρέπει να στοχεύουν (Brereton 2001, Horam et al, 2003):

Στην εξοικείωση του αρρώστου με το διαβήτη και τον τρόπο με τον οποίο η νόσος επηρεάζει τον οργανισμό.

- Περιγραφή της μεταβολικής διαταραχής
- Παρότρυνση να γίνει μέλος της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας και να παρακολουθεί διάφορες διαλέξεις σχετικά με το διαβήτη
- Συνεχής ενημέρωση του από περιοδικά για νέες τεχνικές, γιατί η γνώση και η τεχνολογία στην αγωγή του διαβήτη μεταβάλλονται συνεχώς

Στη διατήρηση της υγείας του σε άριστο επίπεδο

- Εξασφάλιση επαρκούς ανάπαυσης και ύπνου
- Κανονική άσκηση. Να αποφεύγει κοπιαστική άσκηση πριν από τα γεύματα. Να ασκείται δύο περίπου ώρες, μετά τη λήψη των γευμάτων. Να υπάρχει διαθέσιμο κάποιο είδος υδατανθράκων (ζάχαρη, γλυκά, χυμός πορτοκαλιού) κατά τη διάρκεια των ασκήσεων
- Αναζήτηση εργασίας με κανονικό ωράριο
- Ετήσιος έλεγχος για φυματίωση

Στην εφαρμογή του συνιστώμενου διαιτητικού σχήματος

- Τρία ή περισσότερα ισορροπημένα γεύματα κάθε μέρα.
- Εξοικείωση με τον πίνακα ισοδυνάμων τροφών.
- Εκμάθηση του πώς να ακολουθεί μια ισορροπημένη διαίτα.
- Γνώση της θερμιδικής αξίας των τροφών που τρώει συχνά.
- Χρησιμοποίηση οικιακής μεζούρας που αναπαριστά τον όγκο σε κυβικά εκατοστά.
- Χρήση ζυγαριάς μέχρις ότου καταστεί ικανός να υπολογίζει τις σωστές ποσότητες τροφών με το μάτι.

- Αποφυγή συμπυκνωμένων υδατανθράκων.
- Διατήρηση βάρους σώματος σε φυσιολογικό επίπεδο. Εβδομαδιαίο ζύγισμα και καταγραφή σε πίνακα βάρους σώματος.
- Αν παίρνει ινσουλίνη, λήψη επιπρόσθετων υδατανθράκων σε ασυνήθη φυσική δραστηριότητα.
- Λήψη μικρού συμπληρωματικού γεύματος πριν από τον ύπνο
- Αποφυγή τροφών πλούσιων σε χοληστερίνη.

Στην ενημέρωση του αρρώστου για το βαθμό ρύθμισης του διαβήτη του

- Εξέταση ούρων για σάκχαρο και οξόνη καθημερινά.
- Εξέταση ούρων πριν από κάθε γεύμα και την ώρα του ύπνου, όταν επιδιώκεται ρύθμιση του διαβήτη ή κατά την περίοδο κάποιας ασθένειας.
- Τήρηση δελτίου όπου θα αναγράφεται καθημερινά το σάκχαρο του αίματος, τα ευρήματα των ούρων, η δόση ινσουλίνης, οι τροφές περισσότερο από τη συνιστώμενη διαίτα και οι δραστηριότητες του αρρώστου.
- Εξέταση μόνο πρόσφατων ούρων χρησιμοποιώντας το δεύτερο δείγμα
- Προσκόμιση του πίνακα εξέτασης ούρων στο γιατρό σε κανονισμένα διαστήματα.
- Γνώση ότι η ύπαρξη οξόνης στα ούρα σημαίνει ανάγκη για περισσότερη ινσουλίνη, εφόσον ανιχνεύεται και σάκχαρο στα ούρα. Διαφορετικά, απαιτείται μεγαλύτερη πρόσληψη υδατανθράκων.
- Προφύλαξη του υλικού εξέτασης (ούρων) από φως, υγρασία και θερμότητα
- Εξέταση αίματος για σάκχαρο. Η ανάπτυξη μεθόδων αυτοελέγχου του σακχάρου του αίματος θεωρείται ως το πιο αποφασιστικό βήμα για αντιμετώπιση του διαβήτη μετά την ανακάλυψη της ινσουλίνης. Ο αυτοέλεγχος του σακχάρου του αίματος μπορεί να γίνει με χρησιμοποίηση ταινιών, με ή χωρίς ηλεκτρονικό μετρητή. Και οι δύο μέθοδοι είναι ικανοποιητικά ακριβείς.
- Ο έλεγχος σακχάρου αίματος συνιστάται να γίνεται 2 ή 4 φορές την ημέρα για τους ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς. Για αρρώστους που παίρνουν ινσουλίνη πριν από κάθε γεύμα, απαιτείται έλεγχος τουλάχιστον 3 φορές την ημέρα για ασφαλή καθορισμό της δόσης ινσουλίνης κάθε φορά. Ασθενείς που δεν παίρνουν ινσουλίνη, συμβουλεύονται να ελέγχουν τα επίπεδα σακχάρου το λιγότερο 2-3 φορές την εβδομάδα. Για όλους τους αρρώστους, ο έλεγχος πρέπει να γίνεται όποτε υπάρχει υποψία υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας.

Στην εξοικείωση του αρρώστου με όλες τις πλευρές της ινσουλινοθεραπείας

- Γνώση της ώρας μέγιστης δράσης της ινσουλίνης που παίρνει. Σκευάσματα ινσουλίνης και ισχύς τους.
- Ρύθμιση της δόσης της ινσουλίνης με βάση το σάκχαρο των ούρων
- Περιοχές σώματος κατάλληλες για υποδόρια χορήγηση. Κυκλική εναλλαγή του σημείου χορήγησης της ινσουλίνης κατά συστηματικό τρόπο για αποφυγή ινσουλινικής λιποδυστροφίας.
- Σωστή τεχνική της ένεσης ινσουλίνης και υπολογισμός δόσης.
- Φύλαξη των φιαλιδίων ινσουλίνης, που δεν χρησιμοποιούνται, στο ψυγείο. Διατήρηση του χρησιμοποιούμενου φιαλιδίου ινσουλίνης σε θερμοκρασία δωματίου. Αποφυγή χορήγησης ινσουλίνης απευθείας από το ψυγείο, γιατί ενδέχεται να προκαλέσει ιστική αντίδραση.
- Εξασφάλιση μιας επιπλέον σύριγγας ινσουλίνης για κάθε ενδεχόμενο
- Γνώση καταστάσεων που προκαλούν ινσουλινική αντίδραση
- Αναγνώριση συμπτωμάτων υπογλυκαιμικής αντίδρασης.
- Γνώση πώς να αντιμετωπίσει και να αποφύγει μια επερχόμενη υπογλυκαιμική αντίδραση.

Στην ενημέρωση του αρρώστου σε ότι αφορά τα υπογλυκαιμικά σκευάσματα

- Λήψη φαρμάκου ακριβώς σύμφωνα με την οδηγία
- Γνώση ανεπιθύμητων ενεργειών και ενημέρωση γιατρού σε εμφάνιση τους

Στη βοήθεια του αρρώστου να κατανοήσει τη σπουδαιότητα της ατομικής υγιεινής στην πρόληψη επιπλοκών.

- Η καθαριότητα του σώματος αποτελεί τη βάση για πρόληψη λοιμώξεων. Η σωματική φροντίδα, εκτός από αυτή των ποδιών, περιλαμβάνει (Μπενρουμπή, 2002):
- Φροντίδα δέρματος. Στους διαβητικούς το δέρμα είναι πολύ ευπαθές στις λοιμώξεις. Γι' αυτό, χρειάζεται προσεκτική και καθημερινή καθαριότητα. Πρέπει να αποφεύγονται και οι παραμικροί τραυματισμοί, καθώς και η απρόσεκτη και παρατεταμένη ηλιοθεραπεία.
- Φροντίδα οφθαλμών. Επιβάλλεται τακτική παρακολούθηση από τον οφθαλμίατρο. Ο υγιεινός φωτισμός και οι κατάλληλοι διορθωτικοί φακοί οφθαλμών είναι απαραίτητοι στους διαβητικούς. Επιπεφυκίτιδες, ιριδίτιδες, καταρράκτης και κυρίως αμφιβληστροειδοπάθεια, μπορούν κατά ένα σημαντικό ποσοστό να αποτραπούν με καλή ρύθμιση του διαβήτη.
- Φροντίδα δοντιών. Συχνή είναι η περιοδοντοπάθεια, που προκαλεί ατροφία των ούλων, χαλάρωση και απόπτωση των δοντιών. Γι' αυτό, επιβάλλεται η τακτική οδοντιατρική παρακολούθηση και η καθημερινή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.

- Φροντίδα χεριών. Πρέπει να γίνεται με προσοχή η περιποίηση και το πλύσιμο των χεριών, καθώς και το κόψιμο των νυχιών

Στην ενημέρωση του αρρώστου για τις ενέργειες του σε περίπτωση άλλης νόσου, για αποφυγή απορρύθμισης του διαβήτη

- Ειδοποίηση, αμέσως μόλις εμφανιστούν ασυνήθη συμπτώματα
- Διαιτητικές τροποποιήσεις κατά τη διάρκεια της νόσου, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού
- Συνέχιση χορήγησης ινσουλίνης! ο γιατρός ενδέχεται να αυξήσει τη δόση κατά τη διάρκεια της νόσου
- Εξέταση ούρων για μέτρηση του σακχάρου και οξόνη

Στην εφαρμογή άλλων υγιεινών οδηγιών

- Αποφυγή καπνίσματος καθώς η νικοτίνη προκαλεί αγγειοσύσπαση, με αποτέλεσμα τη μείωση αιμάτωσης των ποδιών
- Αναφορά υπερβολικού κνησμού μπορεί να σημαίνει αύξηση του σακχάρου του αίματος
- Λήψη μόνο των φαρμάκων που δόθηκαν από το γιατρό, πολλά φάρμακα ενισχύουν τη δράση της ινσουλίνης και των υπογλυκαιμικών σκευασμάτων

Αναφορικά με τα πλεονεκτήματα της συστηματικής εκπαίδευσης στην επούλωση των ελκών των κάτω άκρων, βρέθηκε μείωση της επανεμφάνισης των ελκών σε ποσοστό 28% με τη βοήθεια της συστηματικής εκπαίδευσης. Επομένως, οι εκπαιδευτικές αρμοδιότητες του νοσηλευτή που εργάζεται στη φροντίδα του διαβήτη αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα του ρόλου του και θα πρέπει να εστιάζουν τόσο στην πρόληψη όσο και στην έγκαιρη αντιμετώπιση των ελκών του διαβητικού ποδιού. Για το λόγο αυτόν, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο ανάμεσα στο άτομο με ΣΔ, την οικογένειά του, το ιατρικό προσωπικό, καθώς και άλλους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να παρέχεται η κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με την πρόληψη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των επιπλοκών των κάτω άκρων. Παράλληλα, ο νοσηλευτής χρειάζεται να επαγρυπνεί και να αναζητά νέες πληροφορίες σχετικά με τη φροντίδα του διαβητικού ποδιού και να τις μεταδίδει με τρόπο αποτελεσματικό στον ασθενή, με σκοπό τη διαρκή ενημέρωσή του (Sibbald 2006).

Επιπλέον, η εκπαίδευση των διαβητικών ασθενών πρέπει να εστιάζει στη θεωρία του ελλείμματος αυτοφροντίδας, η οποία θεωρείται ως η πλέον κατάλληλη για τα άτομα με χρόνια

προβλήματα. Συγκεκριμένα, η θεωρία αυτή προσδιορίζει την ικανότητα του ατόμου να παρέχει αυτοφροντίδα, εντοπίζει τις ανάγκες αυτοφροντίδας του, καθορίζει τα ελλείμματα αυτοφροντίδας και προβαίνει στο σχεδιασμό της κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας, με σκοπό την ενθάρρυνση του ασθενούς για ενεργό συμμετοχή σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας, ανάλογα με τις ικανότητές του. Συνεπώς, με την κατάλληλη εκπαίδευση, ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη, τα άτομα με ΣΔ μπορούν να αυξήσουν τις γνώσεις τους σχετικά με δραστηριότητες αυτοφροντίδας, γεγονός που μπορεί να τα βοηθήσει στην προστασία της υγείας και της ευεξίας τους. Η εκπαίδευση του ασθενούς μπορεί να επιτευχθεί με ατομική ή με ομαδική διδασκαλία και να περιλαμβάνει απλές συμβουλές, σεμινάρια σε ομάδες ασθενών, προβολή ταινιών, φυλλάδια και φωτογραφίες. Αξίζει να τονιστεί ότι, κατά την ομαδική εκπαίδευση, τα μέλη των ομάδων έχουν την ευκαιρία να αποκομίσουν περισσότερα στοιχεία σχετικά με την κατάστασή τους μέσω της συνεχούς ανταλλαγής απόψεων μεταξύ τους. Η διδασκαλία μπορεί να διεξάγεται στο χώρο όπου νοσηλεύεται ο ασθενής, καθώς και στο χώρο όπου ζει ή εργάζεται ή ακόμη και σε οποιοδήποτε άλλο εκπαιδευτικό χώρο. Παράλληλα, μπορεί να διεξάγεται σε άμεση επαφή με το άτομο ή με διάφορες ομάδες, αλλά και μέσω τηλεφώνου ή ηλεκτρονικού υπολογιστή (Brereton 2001).

Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προβαίνει στην οργάνωση διαφόρων ενημερωτικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, σεμιναρίων και ημερίδων, τόσο για τα άτομα με διαβήτη και τις οικογένειές τους όσο και για τους φοιτητές και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στη φροντίδα του διαβήτη. Παρόλ' αυτά, βασική προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής κλινικής φροντίδας και εκπαίδευσης, αποτελεί η εξατομικευμένη αξιολόγηση των προβλημάτων και αναγκών του κάθε ασθενούς, σε στενή συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Αυτό, γιατί πολλά άτομα με ΣΔ έχουν την τάση να παραμελούν τον εαυτό τους και να μην ασχολούνται ιδιαίτερα με τη φροντίδα του διαβητικού ποδιού, γιατί το θεωρούν «αναίσθητο» και ξένο λόγω συνυπαρχόντων προβλημάτων. Κατά συνέπεια, κατά την παροχή εκπαίδευσης, ο νοσηλευτής οφείλει να εξασφαλίζει την όσο το δυνατόν καλύτερη συνεργασία με τον ασθενή και οι συμβουλές προς αυτόν θα πρέπει να παρέχονται σε «μικρές δόσεις», στο κατάλληλο περιβάλλον, τη σωστή χρονική στιγμή και να επαναλαμβάνονται συχνά.. Επιπλέον, η εκπαίδευση πρέπει να προσαρμόζεται στην προσωπικότητα, τη διανοητική ικανότητα και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο του κάθε ασθενούς, προκειμένου να είναι αποτελεσματική (Haram et al, 2003).

Η ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί σημαντικό μέρος του ρόλου του νοσηλευτή στη φροντίδα των ατόμων με ΣΔ, γιατί με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη τα άτομα αυτά και οι οικογένειές τους μπορούν να ξεπεράσουν την κρίση της διάγνωσης, να αποδεχθούν την κατάσταση τους και να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στο νέο τρόπο ζωής τους. Παράλληλα, αποκτούν την

ψυχική ικανότητα να αναπτύξουν δεξιότητες αυτοφροντίδας και να προλάβουν την εμφάνιση επιπλοκών στα κάτω άκρα. Για την αποτελεσματική παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στα άτομα με ΣΔ, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει χρόνο, επίγνωση της κατάστασης του ασθενούς, άριστη κλινική κατάρτιση, πολύ καλές ικανότητες επικοινωνίας και μη κριτική στάση απέναντι στον ασθενή. Παράλληλα, θα πρέπει να ευαισθητοποιείται από τα πολύπλοκα προβλήματα των ασθενών και των οικογενειών τους, τα οποία προκύπτουν εξαιτίας της κατάστασής τους. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας του με τον ασθενή, ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί αποτελεσματική ενσυναίσθηση. Για να το επιτύχει αυτό, οφείλει να τοποθετεί τον εαυτό του στη θέση του ασθενούς και να αντιλαμβάνεται τον ψυχισμό του. Παράλληλα, θα πρέπει να συμμερίζεται και να κατανοεί τα συναισθήματα του ασθενούς και να έχει την ικανότητα μετάδοσης της κατανόησής του, χρησιμοποιώντας αποτελεσματικές μεθόδους επικοινωνίας. Οι αποτελεσματικές μέθοδοι επικοινωνίας περιλαμβάνουν την ικανότητα του νοσηλευτή να ακούει προσεκτικά τον ασθενή και να του επιτρέπει να εκφράσει τα συναισθήματά του, χωρίς να του ασκεί κριτική (McCaffrey-Boyle 2003).

Εκτός αυτού, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα και τις προσδοκίες των ασθενών, τα οποία πιθανώς να κρύβονται πίσω από τις λέξεις και τις φράσεις τους, γιατί πολλές φορές το γνωστικό και συγκινησιακό περιεχόμενο των φράσεων του ασθενούς παρουσιάζεται λεκτικά ή μη λεκτικά συγκαλυμμένο ή και εντελώς παραποιημένο. Συνεπώς, κατά τη διάρκεια της συνομιλίας τους, ο νοσηλευτής θα πρέπει όχι μόνο να ακούει τα όσα λέει ο ασθενής, αλλά και να αντιλαμβάνεται το διαφορετικό τόνο και ένταση της φωνής του, καθώς και τις διάφορες μη λεκτικές εκφράσεις του προσώπου του και των ματιών του. Για τον παραπάνω σκοπό, απαιτείται να αφιερώσει ικανό χρόνο στον ασθενή, προκειμένου να εκφράσει τις σκέψεις του, τους φόβους του και τις ανησυχίες του σχετικά με την κατάστασή του (Templeton 2010).

Πολύ μεγάλη είναι επίσης η σπουδαιότητα της ψυχολογικής υποστήριξης στις κατ' οίκον επισκέψεις σε συγκεκριμένες κατηγορίες ατόμων με διαβήτη, όπως είναι οι νεοδιαγνωσθέντες ινσουλινοεξαρτώμενοι διαβητικοί ασθενείς, τα άτομα νεαρής ηλικίας. Στην περίπτωση αυτή, ο νοσηλευτής έχει να αντιμετωπίσει συχνά ένα νεαρό παιδί ή έναν έφηβο, φορτισμένο με όλους τους εύλογους φόβους, τις ανησυχίες, τις αντιδράσεις και τα ερωτηματικά σχετικά με την έκβαση της κατάστασής του. Παράλληλα, βρίσκεται αντιμέτωπος με μια ανήσυχη και τρομαγμένη οικογένεια, η οποία χρειάζεται εμπύχωση και σωστή ενημέρωση, προκειμένου να μπορέσει να παρέχει κατάλληλη υποστήριξη στο παιδί και να προλάβει τις μακροχρόνιες επιπλοκές της νόσου του, συμπεριλαμβανομένων και αυτών από τα κάτω άκρα. Επιπλέον, ο νοσηλευτής που εργάζεται στη φροντίδα των ατόμων με ΣΔ θα πρέπει να αποτελεί πηγή συμβουλών για τους υπόλοιπους

νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας και να τους παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες και εναλλακτικές λύσεις, που μπορούν να βοηθήσουν στην επίλυση πολύπλοκων προβλημάτων και στη λήψη συγκεκριμένων αποφάσεων, με απώτερο σκοπό την ανακούφιση των ατόμων αυτών (Sibbald 2006).

Κατά συνέπεια, οι εκπαιδευτικές αρμοδιότητες του νοσηλευτή που εργάζεται στη φροντίδα του διαβήτη αποτελούν ένα σημαντικό μέρος του ρόλου του και θα πρέπει να εστιάζει τόσο στην πρόληψη όσο και στην έγκαιρη αντιμετώπιση των ελκών του διαβητικού ποδιού και συνολικά των επιπλοκών του διαβήτη. Για το λόγο αυτόν, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο ανάμεσα στο άτομο με ΣΔ, την οικογένειά του, το ιατρικό προσωπικό, καθώς και άλλους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να τους εξασφαλίζει την έγκαιρη και κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με την πρόληψη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των επιπλοκών. Παράλληλα, ο νοσηλευτής χρειάζεται να επαγρυπνεί και να αναζητά νέες πληροφορίες σχετικά με τη φροντίδα του διαβητικού ποδιού και να τις παρέχει με τρόπο αποτελεσματικό για τον ασθενή, με σκοπό τη διαρκή ενημέρωσή του. (Θειάσπρας 2004).

4.3 Θεραπευτικός σχεδιασμός και παρεμβάσεις στο διαβητικό έλκος των κάτω άκρων

Ο ρόλος του νοσηλευτή που εργάζεται στη φροντίδα των ασθενών με ΣΔ είναι ιδιαίτερα σημαντικός, όχι μόνο στην πρόληψη των επιπλοκών στα κάτω άκρα, αλλά και στην έγκαιρη θεραπεία τους σε πρώιμο στάδιο. Για το λόγο αυτόν, ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει έγκαιρα το γιατρό για πρώιμα σημάδια έλκους στο πόδι. Παράλληλα, για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση του έλκους, ο νοσηλευτής, θα πρέπει να προβαίνει στο σωστό, έγκαιρο και αποτελεσματικό καθαρισμό του έλκους. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ελκών του διαβητικού ποδιού περιλαμβάνει δύο στάδια. Το πρώτο στάδιο αφορά στη θεραπευτική περίοδο μέχρι την επούλωση του έλκους, η οποία διαρκεί λίγες ημέρες, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης. Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει την περίοδο παρακολούθησης του τραύματος, η οποία είναι μεγαλύτερη των 60 ημερών, με σκοπό την αποφυγή της υποτροπής. Κατά συνέπεια, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός στη θεραπεία της νόσου στο πρώτο στάδιο και στην αποτροπή της μετάπτωσής της σε μια πιο βαριά κατάσταση για τον ασθενή (Sedory et al, 2003, Μανές 2006).

Παράλληλα, για την αντιμετώπιση του έλκους του διαβητικού ποδιού ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη τη γενική κατάσταση του ασθενούς, την εκτίμηση του δέρματος, το επίπεδο θρέψης του οργανισμού, τον πόνο, την ηλικία του ασθενούς, καθώς και την αξιολόγηση των αντικειμενικών ευρημάτων από την κλινική εξέταση (Μπουγιώτα 2002). Ανάλογα με την

αιτιοπαθογένεια των βλαβών, η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τις παρακάτω δραστηριότητες:

Καθορισμός αιτίου

Σημαντική βοήθεια στον καθορισμό της αιτίας μπορεί να προσφέρει ο ιατρικός φάκελος του ασθενούς, ο οποίος θα πρέπει να συμπληρωθεί από την πρώτη στιγμή που ο ασθενής θα αναζητήσει ιατρική βοήθεια και θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με νευρολογικά και αγγειακά ευρήματα, την κατάσταση του δέρματος και των νυχιών, καθώς και διάφορες βλάβες ή δυσμορφίες στα κάτω άκρα (Θειάσπρας 2004).

Αποφόρτιση της περιοχής

Θεμελιώδης κανόνας για την ίαση του έλκους θεωρείται ο περιορισμός της πίεσης που ασκείται στο πόδι. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση ειδικών υποδημάτων και ένθετων ειδικών πελμάτων, που μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα δημιουργίας του έλκους ή της επανεμφάνισής του (Θειάσπρας 2004).

Καθαρισμός έλκους από κάθε αντιδραστικό και νεκρωμένο ιστό

Διακρίνονται τέσσερα είδη καθαρισμού. Αρχικά, κατά τον αυτολυτικό καθαρισμό χρησιμοποιούνται τα ένζυμα και η υγρασία του ίδιου του σώματος για ενυδάτωση, δημιουργία μαλακού και υγρού ιστού στη θέση του νεκρού ιστού, χωρίς να καταστρέφεται ο υγιής ιστός. Από την άλλη μεριά, ο ενζυμικός καθαρισμός, με τη βοήθεια χημικών ενζύμων, παράγει αντιδραστικό ιστό. Ο μηχανικός καθαρισμός επιτυγχάνεται με μια απλή γάζα εμβαπτισμένη σε φυσιολογικό ορό, ενώ ο χειρουργικός καθαρισμός αποτελεί ταχύτερη μέθοδο. Η μέθοδος αυτή είναι αρκετά ελεγχόμενη, υπό την προϋπόθεση ότι ο θεράπων ιατρός ή νοσηλεύτης, γνωρίζουν ακριβώς τον ιστό που αφαιρείται (Μπουγιώτας 2002).

Χρήση ειδικών επιθεμάτων

Όπως περιγράφηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, τα επιθέματα βοηθούν σημαντικά στην ίαση των ελκών, αφού κατασκευάστηκαν ειδικά για λειτουργικούς λόγους. Για την αποτελεσματική χρήση των επιθεμάτων θα πρέπει το τραύμα και το περιβάλλον του να διατηρούνται υγρά, το επίθεμα να παραμένει στο τραύμα τον απαιτούμενο χρόνο και να επιτρέπεται η ανταλλαγή αερίων

μεταξύ των ιστών. Τα επιθέματα εξασφαλίζουν θερμική μόνωση και απορροφούν την πλεονάζουσα πυώδη εκροή (Sibbald 2006).

Μεταμόσχευση τεχνητού δέρματος

Τα συνθετικά μοσχεύματα αποτελούνται από δύο στρώματα δέρματος και περιλαμβάνουν ινοβλάστες, κολλαγόνο και κύτταρα κερατίνης. Χρησιμοποιούνται κυρίως σε νοσηλευόμενους ασθενείς και όχι σε εξωτερικά ιατρεία, λόγω του υψηλού κόστους τους (Μπουγιώτας 2002).

Υπερβαρικό οξυγόνο

Η θεραπεία αυτή έχει αρχίσει να εφαρμόζεται συχνά στις μέρες μας. Η χρήση θαλάμου αποσυμπίεσης που χρησιμοποιείται για τη νόσο των δυτών έχει δώσει εντυπωσιακά αποτελέσματα στην επούλωση των παθήσεων του διαβητικού ποδιού, όπως η γάγγραινα. Η χρήση του θαλάμου αποσυμπίεσης συνεισφέρει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, καθώς αποφεύγονται οι ακρωτηριασμοί και δίνεται η δυνατότητα συνέχισης των δραστηριοτήτων του και της κοινωνικής του ζωής (Hoyle-Vaughan 2006).

Η υπερβαρική οξυγονοθεραπεία (HBO) ορίζεται ως η μέθοδος χορήγησης οξυγόνου σε πιέσεις μεγαλύτερες της ατμοσφαιρικής μέσα σε ειδικούς θαλάμους, (θάλαμοι αποσυμπίεσης, επανασυμπίεσης ή υπερβαρικοί θάλαμοι). Με την εισπνοή του υπερβαρικού οξυγόνου, η ποσότητα του οξυγόνου που μεταφέρεται από το πλάσμα αυξάνεται κατά είκοσι φορές, ενώ ταυτόχρονα η μερική του πίεση από 100-200 mm Hg, αγγίζει τα 700-2000mmhg. Η αύξηση της ποσότητας του οξυγόνου στο πλάσμα και η αύξηση στην μερική πίεσή του, επιτυγχάνει τη διέλευση του σε περιοχές με κακή αιματική κυκλοφορία, κυρίως λόγω αγγειακών προβλημάτων, όπως η διαβητική μικροαγγειοπάθεια, αθηρωματικές βλάβες με μερική απόφραξη του αυλού. Ως αποτέλεσμα, τα κύτταρα λαμβάνουν την απαιτούμενη ενέργεια ώστε να θέσουν σε λειτουργία μία σειρά από κυτταρικούς μηχανισμούς, οι οποίοι σε καταστάσεις μερικής ή ολικής απουσίας οξυγόνου δεν υπάρχουν (Hoyle-Vaughan 2006).

Το υπερβαρικό οξυγόνο διεγείρει την αγγειογένεση με εναλλαγή υψηλής – χαμηλής ιστικής πίεσης οξυγόνου. Δυστυχώς, προς το παρόν, δεν υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής της μεθόδου σε μεγάλη κλίμακα. Τα τελευταία χρόνια αναδύεται η ανάγκη επιβεβαίωσης της αποτελεσματικότητας της μεθόδου με ένα μεγάλο αριθμό ελεγχόμενων μελετών. Επίσης υπάρχει η ανάγκη προσδιορισμού των ενδείξεων εφαρμογής και ο υπολογισμός της σχέσης κόστος – αποτελεσματικότητα (Roeckl et al, 2005).

Η επούλωση εξαρτάται καθαρά από το διαθέσιμο οξυγόνο στον οργανισμό και στην περιοχή του τραύματος. Η απουσία του οξυγόνου καθιστά την επούλωση αδύνατη. Επιπλέον, το υπερβαρικό οξυγόνο αυξάνει την ικανότητα των ανοσοποιητικών κυττάρων, ώστε να αντιμετωπίζουν τυχόν μικροβιακές λοιμώξεις. Επίσης, σε μηχανικό επίπεδο, το οξυγόνο υπό πίεση προκαλεί την άμεση καταστροφή στα αναερόβια μικρόβια και αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό σε ορισμένα είδη αεροβίων μικροβίων (Hoyle-Vaughan 2006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί πολύ συχνή μεταβολική διαταραχή στο γενικό πληθυσμό, ενώ προβλέπεται ότι το 2030 θα είναι η 6η αιτία θανάτου παγκοσμίως. Πρόκειται για χρόνια νόσο και επηρεάζει πολλά και συχνά ταυτόχρονα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Η βασική θεραπευτική προσέγγιση του ΣΔ είναι η φαρμακευτική αγωγή, όπως η χρήση ινσουλίνης και υπογλυκαιμικών δισκίων, η δίαιτα και η άσκηση. Απαιτείται συστηματική εκπαίδευση του ασθενή από μια διεπιστημονική ομάδα, όπου βασικό ρόλο διαδραματίζει ο εκπαιδευμένος, στο διαβήτη, κλινικός νοσηλευτής.

Οι επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη, όπως είναι το έλκος στα κάτω άκρα, επιτείνουν τη χρονιότητα και τη βαρύτητα της νόσου, ενώ προκαλούν επιδείνωση της ποιότητας ζωής, τόσο του ασθενή όσο και του συγγενικού ή υποστηρικτικού του περιβάλλοντος. Κατα συνέπεια, επιβάλλεται η συσχέτιση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Ταυτόχρονα απαιτείται η αναζήτηση λύσεων για την βελτίωση ή εξάλειψη τυχόν επιβαρυντικών παραγόντων. Ένα ακόμη σημαντικό πεδίο μελέτης θα μπορούσε να είναι η αξιολόγηση της παροχής και φροντίδας, τόσο σε νοσοκομειακό όσο και σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο και τέλος η επίδραση της αγωγής υγείας στην πρόληψη των επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας υπήρξε η περιγραφή της διαταραχής του σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με την έννοια της ποιότητας ζωής. Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στην ανάδειξη του ρόλου του νοσηλευτή, που εργάζεται για τη φροντίδα, την πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση του ΣΔ και των επιπλοκών του. Ιδιαίτερη σημασία κατέχει η εκπαίδευση των ατόμων με διαβήτη, με σκοπό την πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου, ειδικά δε του έλκους στα κάτω άκρα. Ταυτόχρονα, τονίζεται η θετική συνεισφορά του νοσηλευτή στην εκπαίδευση και την ψυχολογική κατάσταση των διαβητικών ασθενών, προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί σύνδρομο διαταραχών με κύριο χαρακτηριστικό τις διαταραχές στο μεταβολισμό της γλυκόζης. Συνιστά παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Η βιολογική δράση ινσουλίνης διεγείρει τη σύνθεση γλυκογόνου, αναστέλλει τον καταβολισμό του γλυκογόνου και τη γλυκονεογένεση, ενώ τέλος ευνοεί τη μεταφορά γλυκόζης εντός της κυτταρικής μεμβράνης. Η ινσουλίνη εκρίνεται σε περίπτωση υπογλυκαιμίας. Ο σακχαρώδης διαβήτης διαγιγνώσκεται με σχετικά απλές εργαστηριακές εξετάσεις ενώ πρότυπη θεραπεία δεν υφίσταται. Αντιθέτως, ο ασθενής ακολουθεί μια εξατομικευμένη ινσουλινοθεραπεία και προσαρμόζει το διατολόγιο και τον τρόπο ζωής του. Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η περιγραφή της διαταραχής του σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με την έννοια της ποιότητας ζωής.

Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η ατομική, σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία, σε σχέση με την ικανότητά του ατόμου, να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του. Συνιστά σημαντικό δείκτη υγείας που αξιοποιείται από πολλούς επιστημονικούς κλάδους. Ο διαβητικός ασθενής καλείται να πραγματοποιήσει σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητά και τον τρόπο ζωής του. Επιπλέον, οι χρόνιοι ασθενείς χρήζουν μεγαλύτερης ανάγκης για κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη, λόγω των διαρκών επιπλοκών και των προκαλούμενων αρνητικών συναισθημάτων.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία του διαβήτη στηρίζεται τόσο σε αντικειμενικά όσο και σε υποκειμενικά κριτήρια. Ως αντικειμενικά κριτήρια θεωρούνται η θεραπεία και η διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη, όπως είναι η αποφυγή των επιπλοκών της νόσου και ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Ως υποκειμενικά κριτήρια θεωρούνται το σύνολο των ψυχοσυναισθηματικών παρεμβάσεων που οφείλει να πραγματοποιήσει ο νοσηλευτής, με σκοπό την εξομάλυνση της συναισθηματικής υγείας του ασθενή, και την επαδραστηριοποίησή του.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ: σακχαρώδης διαβήτης, ποιότητα ζωής, νοσηλευτής

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a syndrome with disorders, marked by disturbances in the glucose's metabolism. It is considered a global and emerging health problem. The biological activity of insulin stimulates the glycogen synthesis, it inhibits the catabolism of gluconeogenesis and glycogen, while it favors the transporting of the glucose into the cell membrane. Insulin is secreted in case of hypoglycemia. Diabetes mellitus is diagnosed with relatively simple laboratory tests, whereas no standard therapy exists. In contrast, the patient follows a personalized insulin intake and also adjusts his diet and lifestyle.

The quality of life is defined as the individual physical, mental and social well-being, in relation to the person's ability to meet the daily functions of life. It is an important health indicator, used by many disciplines and arts. A diabetic patient must undergo through significant changes in his routine and lifestyle. In addition, chronic patients requiring social and psychological support because of the disease's persistent complications and the caused negative emotions.

The role of the nurse in the treatment of diabetes mellitus, is based on both objective and subjective criteria. The objective criteria involve the treatment and management of diabetes, such as the avoidance of complications of the disease and the role of the nurse, as an educator. As subjectively criteria, every psychologically and emotionally intervention is included, whereas it should be performed by the nurse in order to normalize the emotional health of the patient.

KEY WORDS: diabetes mellitus, quality of life, nurse

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abourawi F. (2006). Diabetes mellitus and pregnancy. *Libyan J Med*, 1(1), 28-41.
- American Diabetes Association. 2011. National Diabetes Fact Sheet (released Jan. 26, 2011). [Online]. Available at: diabetes. Org. [accessed 25.9.13].
- Beck W., Maesen J., Thomese F., Walker A. (2001). *Social quality: A vision for Europe*. London: Klower International.
- Bowling A. (2007). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. United Kingdom: Open University Press.
- Bott, U., Mühlhauser, I., Overmann, H., & Berger, M. (2003). Validation of a diabetes-specific quality-of-life scale for patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 21(5), 757-69.
- Bradley, C. (2004). *Handbook of psychology and diabetes: a guide to psychological measurement in diabetes research and practice*. Chur Switzerland: Harwood Academic.
- Brazier JE et al. (2002). Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *Br Med J*, 305,160–164.
- Brereton L., Barber P., King B. (2001). Educating nurses to care for patients with leg ulcers. [Online]. *JCN*, 12-14.
- Brooks R. with the EuroQol Group. (2006). EuroQol: The current state of play. *Health Policy*, 37, 53–72.
- Campbell A., Converse P., Rodgers W. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Calvert, M.J., & Freemantle, N. (2003). Use of health-related quality of life in prescribing research. Part I: Why evaluate health-related quality of life? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 28, 513–521.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). National Diabetes Fact Sheet. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services. [Online]. Available at: <http://www.cdc.gov/>. [accessed 16.9.13].
- Chessa M. et al. (2005). Illness understanding in adults with congenital heart disease. *Ital Heart J*, 6,895–899
- Coelho R. et al. (2005). Heart failure and health-related quality of life. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 1, 19
- Conill C., Verger E., Salamero M. (2003). Performance status assessment in cancer patients. *Cancer*: 65, 1864-1866.
- De Jong M., Moser M., Chung M. (2005). Predictors of health status for heart failure patients. *Prog Cardiovasc Nurs*, 20,155–162
- de Ridder, D., & Schreurs, K. (2003). Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, 21, 205–240.
- Dewit S. (2009). Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική. Έννοιες και Πρακτική. 2ος τόμος. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

- Drummond M., Stoddart G., Torrance G. (1987). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford Medical Publ
- Ducharme A. et al. (2005). Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: A randomized trial. *CMAJ*, 173, 40–45
- Elliott, T., Shewchuk, R., & Richards, J. S. (2003). Caregiver social problem solving abilities and family member adjustment to recent-onset physical disability. *Rehabilitation Psychology*, 44, 104-123
- European Commission. (2013). Major and Chronic diseases: Diabetes. [Online]. Available at: <http://ec.europa.eu>. [accessed 27.9.13]
- EUROQOL Group. (1990). EuroQol: A new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16,199–208
- Geerlings SE., Hoepelman Aim. (1999). Immune dysfunction in patients with diabetes mellitus. *Fems Immunol Med Microbiol*, 26,259–265
- Glasgow, R.E., Ruggiero, L., Eakin, E.G., Dryfoos, J., & Chobanian, L. (2007). Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 20, 562-567.
- Godney R., Fisher L., Phillips P., Wilson D. (2004). Diabetes, Depression and Quality of life. *Diabetes Care* May, 27, 5
- Gottlieb SS., et al. (2004). The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol*, 43, 1542–1549
- Gonder-Frederick, L., Cox, D. J., & Ritterband, L. M. (2002). Diabetes and behavioral medicine: The second decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 611-625.
- Grancelli H. (2007). Disease management programs in heart failure: Findings of the DIAL study. *Rev Esp Cardiol*, 60(Suppl 3), 15–22
- Haram R., Ribu E., Rustoen T. (2003). The views of district nurses on their level of knowledge about the treatment of leg and foot ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 30, 25-32.
- Harvey R. A., Champe P. C. (2007). *Φαρμακολογία*, 3η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού
- Hays R., Sherbourne C., Mazel R. (2003). The RAND 36-item health survey 1.0. *Health Econ*, 2,217–227
- Hill-Briggs, F. (2003). Problem solving in diabetes self-management: a model of chronic illness self-management. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, 182–193.
- Hoyle-Vaughan G. (2006). Treating leg ulcers. *Emerg Nurse*, 14,18.
- Ignatavicius & Workman. (2008). *Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα*. 2ος τόμος. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Βήτα.
- Imasiku M. (2005). Efficacy of behavioral intervention for diabetes mellitus type 1. *J Diabetes Care* 23, 1416–1422, 2005.
- Keast D, et al. (2004). Measure: a proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment. *Wound Rep Regen*, 12,1-17.

- Kind P. (2001). Measuring quality of life in evaluating clinical interventions: An overview. *Ann Med*, 33,323–327
- Mc Call W. (2003). Quality of life. *Social Indicators Research*: 2, 229-248.
- McHorney C., Ware J., Racjek A. (1993). The MOS 36 item short form health survey II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and medical health construct. *Medical Care*, 31, 247.
- Mercler M., Schraub S., Bransfield B., Fournier A. (2002). Acceptance and differential perceptions of quality of life measures in a French oncology setting. *Quality of Life Research*: 1, 53-61.
- Morcillo C., Aguado O., Delas J., Rosell F. (2007). Utility of the “Minnesota Living With Heart Failure” questionnaire for assessing quality of life in heart failure patients. *Rev Esp Cardiol*, 60, 1093–1096
- Norris, S.L., Engelgau, M.M., & Narayan, K.M. (2001). Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Diabetes Care*, 24, 561 – 87.
- Peyrot, M., & Rubin, R.R. (2007). Behavioural and Psychosocial Interventions in Diabetes. *Diabetes Care*, 30, 2433-2440.
- Ramsey D., et al. (1999). Incidence out comes and cost of foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 22:382–387
- Roeckl-Wiedmann et al. (2005). Hyperbaric Oxygen Therapy: Solution for Difficult to Heal Acute Wounds? Systematic Review. *Br J Surg*, Jan (92), 24-32
- Rokeach J. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: FreePress/ Macmillan
- Rosenthal, M.J., Fajardo, M., Gilmore, S., Morley, J.E., & Nabiloff, B.D. (2004). Hospitalization and mortality of diabetes in older adults: a three-year prospective study. *Diabetes Care* , 21, 231-235.
- Jacobson, A.M., de Groot, M., & Samson, J.A. (2004) The evaluation of two
- Ryan EA., Paty BW., Senior PA. (2005). Five years follow up after clinical islet transplantation. *Diabetes*, 54 (7), 2060-2069
- Sedory Holzer SE, et al. (2003). Costs and duration of care for lower extremity ulcers in patients with diabetes. *Clin Ther*, 20,169–181
- Sharry M. (1995). The evolving role of the clinical nurse specialist. *Br J Nurs*, 4,641–646
- Sibbald R., Orsted H., Coutts P., Keast D. (2006). Best practice recommendations for preparing the wound bed: update of 2006. *Wound Care Canada*, 4,15-29
- Stewart, A.L., Hays, R.D., Wells, K.B., Rogers, W.H., Spritzer, K.L., & Greenfield S. (2004). Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the Medical Outcomes Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47, 719-730.

Templeton S. & Telford K. (2010). Diagnosis and management of venous leg ulcers: a nurse's role? *Wound Practice and Research*, 18, 2

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409

Torrance G. (1986). Measurement of health state utilities for economic appraisal: A review. *J Health Econ*, 5, 1-30

Wagner J., Abbott G., Syrretta L. (2004). Age related differences in individual quality of life domains in youth with type 1 diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 54

Ware J. (1992). Measures for a new era of health assessment. In: Stewart AL, Ware JE (Eds) *Measuring, functioning and well-being*. London: Duke University Press

Wasserman L. & Trifonova E. (2006). Diabetes Mellitus as a model of Psychosomatic and Somatopsychic Interrelations. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 75-85

World Health Organisation. (2005). Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: Data sources, methods and results. Colin DM, Dejan L. Evidence and Information for Policy Working Paper. World Health organization, October 2005. Available at: www.who.com

Yfantopoulos J., Sintonen H. (2005). Comparison of the properties of the EQ-5D with the 15-D in Finland and Greece. Proceedings of the 18th Plenary Meeting of the EuroQol Group, Copenhagen, Denmark

Yfantopoulos J. (2007). The Social Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*: 24, 108-113.

Yfantopoulos J. (2007). Quality of Life and QALY's in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*, 18, 114-130

Yfantopoulos J. (2007). Health-Related Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*: 24, 6-18..

.

Βαγιασόπουλος, Ε.Κ., & Γουρνή, Π.Γ. (2008). Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7, 12-39.

Βιδάλης Α, Συγγελάκης Μ. (2000). Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής. Nottingham Health Profile (NHP) - Ελληνική έκδοση. *Ιπποκράτης*: 4, 39-42.

Γρηγοριάδου Ε. (2005), Λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Ψυχολογίας

Θειάσπρας Α. (2004). Παρεμβάσεις και κατευθύνσεις για την αποτροπή της επιπλοκής του διαβητικού ποδιού στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Στο: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο σακχαρώδη διαβήτη. Πειραιάς, 2000, 72-84

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

Κάβουρα Μ., Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Βανδώρου Χρ. (2003). Ποιότητα Ζωής. Αθήνα: Εκδ. JANSSEN-CILAG.

Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος.

- Καραμήτσος Δ. (2009). Διαβητολογία: Θεωρία και πρακτική στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη. 2η έκδ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης
- Κατσιλάμπρος Ν. (2007). Σακχαρώδης διαβήτης. Αθήνα: Εκδόσεις Αρχιπέλαγος
- Λαχανά Σ., Γερογιάννη Γ. (2003). Διερεύνηση του Ρόλου του Κλινικού Ειδικού Νοσηλευτή στο Διαβήτη, Νοσηλευτική, 42,82-96
- Λεμονίδου Χ. (1999). Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στο Διαβήτη. Νοσηλευτική, 2, 174 180
- Μανές Χ. (2006). Επιδημιολογία διαβητικού ποδιού. Στο: Παπάς Σ (Συντ.) Αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων από το γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πρακτικά Εκπαιδευτικών Ημερίδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας «Γ. Παπαδάκης». Τόμος Α. Αθήνα, 229–230
- Μελιδώνης, Α. (2001). *Η πρόληψη στον σακχαρώδη διαβήτη και στις επιπλοκές*. Πειραιάς: Medical Graphic Center.
- Μουσσουλή Μ, Θεοδωράκης Γ, Κρητικός Α. (2005). Ψυχολογικές επιδράσεις της άσκησης σε ασθενείς καρδιοπάθεια. Αναζητήσεις στη φυσική αγωγή και τον αθλητισμό, 3,156-168
- Μπενρουμπή Μ. (1999). Το Διαβητικό Πόδι, Στο: Χρόνιες Επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη: Πρόληψη – Αντιμετώπιση. Δεύτερη Έκδοση. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού
- Μπουγιώτα Ε. (2002). Διαβητικό πόδι. Πρακτικά 13ης Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτών Νεφρολογίας
- Παπαδόπουλος Α, Οικονομάκης Ε, Κοντοδημόπουλος Ν, Φρυδάς Α & Νιάκας Δ. (2007). Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου ΙΙ. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24,66-74
- Παπαδοπούλου Λ. (2005). Σημειώσεις εφαρμοσμένης φαρμακολογίας και θεραπευτικής (Μέρος Α). Θεσσαλονίκη: Τυπογραφείο Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
- Πήτα Ρ, Γρηγοριάδου Ε, Μαρίνα Ε, Κουβάτσου Ζ. (2006). Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1. Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά 19, 4,282-294
- Σαπουντζή – Κρέπια Δ. (2004). Χρόνια Ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα- Μια ολιστική προσέγγιση. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην
- Σαρρής Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.
- Τσαματσίρος Γ.(2003). Η επίδραση του ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη στη λειτουργία της οικογένειας, Ελληνική Διαβητολογική Εταιρία. Διαβητολογικά Νέα, Τεύχος 3
- Τσελίκα-Garfe Α, Παράβα Μ, Στοϊκίδου Μ, Κοντομίχαλου Π, Σπυροπούλου Σ & Χατζηϊωάννου Α. (2004). Προβλήματα εφήβων με νεανικό σακχαρώδη διαβήτη: Ρόλος των επισκεπτών υγείας. Νοσηλευτική, 43,226–236
- Τσιφτσόγλου Α. (2001). Μοριακή και κλινική Φαρμακολογία – Βασικές αρχές και μηχανισμοί δράσης φαρμάκων, Τόμος Β΄. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press
- Υφαντόπουλος Ι. (2003). Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. Νέα Υγεία, 36, 4-7.