

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

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

**Η συμμόρφωση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II
στη θεραπευτική τους αγωγή και η επίδραση στην ποιότητα
ζωής στο επαρχιακό Νοσοκομείο της Βέροιας**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ευφροσύνη Ζιώγα, Νοσηλεύτρια Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Παθολογικής
Κλινικής, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Μαρία Λαβδανίτη Επίκουρος Καθηγήτρια ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014

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

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

**Η συμμόρφωση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II
στη θεραπευτική τους αγωγή και η επίδραση στην ποιότητα
ζωής στο επαρχιακό Νοσοκομείο της Βέροιας**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ευφροσύνη Ζιώγα, Νοσηλεύτρια Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Παθολογικής
Κλινικής, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Μαρία Λαβδανίτη – Επίκουρος Καθηγήτρια, ΑΤΕΙ
Θεσσαλονίκης

ΜΕΛΟΣ: Τσακλής Παναγιώτης - Καθηγητής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΜΕΛΟΣ: Μηνασίδου Ευγενία - Επίκουρος Καθηγήτρια, ΑΤΕΙ
Θεσσαλονίκης

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014

ΣΕΛΙΔΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

copyright ©2014, Ευφροσύνη Ζιώγα

ALL RIGHTS RESERVED

ΣΕΛΙΔΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

Εγκρίθηκε την

ΒΑΘΜΟΣ: ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

.....

.....

.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....

.....

.....

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κατάλογος πινάκων.....	iii
Κατάλογος διαγραμμάτων.....	v
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ.....	11
1.1 Τύποι σακχαρώδους διαβήτη.....	11
1.2 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	14
1.3 Σημεία και συμπτώματα.....	15
1.4 Διαγνωστικές εξετάσεις.....	16
1.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	19
1.6 Επιπλοκές.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	33
2.1 Ορισμός.....	33
2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την συμμόρφωση.....	34
2.3 Τρόποι που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας για να πείσουν τους ασθενείς για τη συμμόρφωσή τους.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	44
3.1 Ορισμός.....	44
3.2 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής.....	44
3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.....	45
3.4 Κλίμακες μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	52
3.5 Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης.....	59
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΚΟΠΟΣ.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	71
3.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	71

3.2 Συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή.....	82
3.3 Ερωτηματολόγιο υγείας.....	89
Τέλος ο πίνακας 37 παρουσιάζει τις συσχετίσεις των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου της συμμόρφωσης των ασθενών με τις υποκλίμακες αλλά και με το σύνολο του ερωτηματολογίου υγείας.	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	106
Α. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ.....	106

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Υπολογισμός των ημερήσιων θερμιδικών αναγκών για το Βασικό Μεταβολισμό και των ημερήσιων θερμιδικών αναγκών για τη διατήρηση του Σωματικού Βάρους.....	22
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αερόβια άσκηση	23
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Αναερόβια άσκηση (Αντιστάσεων, Ενδυνάμωσης)	24
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Κατηγοριοποίηση των αιτίων μειωμένης συμμόρφωσης στην αντιδιαβητική αγωγή.....	34
ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Κατανομή των δυο φύλων	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Κατανομή ηλικιών	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων	73
ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Περιοχή κατοικίας	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Επίπεδο εκπαίδευσης	75
ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Επαγγελματική κατάσταση	76
ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Μηνιαίο εισόδημα σε ευρώ	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Κατάσταση ασφάλισης	78
ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Δείκτης μάζας σώματος	79
ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Έτη διάγνωσης με διαβήτη	79
ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Επισκέψεις στον ιατρό ανά έτος	80
ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Θεραπευτική αγωγή	80
ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.....	81
ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Υπέρταση και υπερλιπιδαιμία.....	81
ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Συνήθειες καπνίσματος	81
ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Θετικές απαντήσεις ως προς τις ακόλουθες ασθένειες	82
ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Μέσοι όροι, τυπικές και σταθερές α του Cronbach και αποκλίσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με καθημερινές τους συνήθειες.....	83
ΠΙΝΑΚΑΣ 22. Κατανομή απαντήσεων ως προς τις συμβουλές αυτοφροντίδας.....	84
ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και σταθερές α του Cronbach στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά	

με καθημερινές τους συνήθειες (κλίμακα: 0=καμία ημέρα την εβδομάδα έως 7=επτά ημέρες την εβδομάδα).....	85
ΠΙΝΑΚΑΣ 24. Συχνότητα καπνίσματος.....	86
ΠΙΝΑΚΑΣ 25. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και σταθερά του α Cronbach ανά υποκλίμακα και συνολικά για το ερωτηματολόγιο φυσικής – ψυχικής υγείας	87
ΠΙΝΑΚΑΣ 26. Πίνακας συσχετίσεων (συντελεστής συσχέτισης spearman r) ερωτηματολογίου αυτοφροντίδας.....	88
ΠΙΝΑΚΑΣ 27. Χαρακτηρισμός της ποιότητας υγείας τους από τους συμμετέχοντες στην έρευνα.....	89
ΠΙΝΑΚΑΣ 28. Σύγκριση επιπέδου υγείας με προηγούμενο έτος (1=εξαιρετική, 5=κακή).....	90
ΠΙΝΑΚΑΣ 29. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και σταθερές α του Cronbach στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τους περιορισμούς της υγείας τους.....	90
ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τους περιορισμούς της υγείας τους.....	91
ΠΙΝΑΚΑΣ 31. Μέσοι όροι, τυπικές και σταθερές α του Cronbach αποκλίσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τους περιορισμούς της υγείας τους.....	91
ΠΙΝΑΚΑΣ 32. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και σταθερές α του Cronbach στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με πως αισθάνεστε και πως σας πήγαν τα πράγματα τον τελευταίο μήνα.....	92
ΠΙΝΑΚΑΣ 33. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και σταθερές α του Cronbach στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με πόσο Σωστό ή Λάθος είναι οι παρακάτω καταστάσεις.....	92
ΠΙΝΑΚΑΣ 34. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και σταθερά του α Cronbach ανά υποκλίμακα και συνολικά για το ερωτηματολόγιο υγείας.....	93
ΠΙΝΑΚΑΣ 35. Πίνακας συσχετίσεων (συντελεστής συσχέτισης spearman r) ερωτηματολογίου υγείας.....	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 36. Πίνακας συσχετίσεων(συντελεστής συσχέτισης spearmanr) ερωτηματολογίου υγείας και συμμόρφωσης των ασθενών	95

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. Κατανομή των δυο φύλων	71
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. Κατανομή ηλικιών	72
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων	73
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4. Περιοχή κατοικίας	74
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5. Επίπεδο εκπαίδευσης	75
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6. Επαγγελματική κατάσταση	76
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7. Μηνιαίο εισόδημα σε ευρώ	77
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8. Κατάσταση ασφάλισης	78
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9. Συχνότητα καπνίσματος	86
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10. Χαρακτηρισμός της ποιότητας υγείας τους από τους συμμετέχοντες στην έρευνα	89
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11. Σύγκριση επιπέδου υγείας με προηγούμενο έτος.....	90

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II επιβαρύνει πολλαπλά την υγεία των ασθενών, ενώ παράλληλα, λόγω των αυξητικών ρυθμών επιπολασμού, τείνει να εξελιχθεί σε σύγχρονη επιδημία.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της συμμόρφωσης στην θεραπευτική αγωγή των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II, η διερεύνηση των παραμέτρων που επηρεάζουν τη συμμόρφωση και η επίδραση της συμμόρφωσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

Μεθοδολογία: Το δείγμα της μελέτης αυτής αποτέλεσαν 108 νοσηλευόμενοι ασθενείς της παθολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II καθώς και οι προσερχόμενοι στο παθολογικό εξωτερικό ιατρείο και στο διαβητολογικό εξωτερικό ιατρείο. Η συμμόρφωση στη θεραπεία εκτιμήθηκε από ένα ειδικό ερωτηματολόγιο που συμπληρώνονταν από τον ερευνητή. Η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με τη χρήση ενός γενικού ερωτηματολογίου που έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί. Επίσης το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε και κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα, τα χαρακτηριστικά που συνδυάζονται με την νόσο και την θεραπεία και τους παράγοντες που σχετίζονται με την φροντίδα υγείας.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες (52,8%) με μέση τιμή της ηλικίας $66,7 \pm 10,9$ έτη. Η μεγαλύτερη συμμόρφωση παρατηρείται ως προς την δίαιτα και τις εξετάσεις αίματος –έλεγχος σακχάρου του αίματος. Η μικρότερη συμμόρφωση παρατηρείται στην άσκηση και στη φροντίδα των ποδιών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το είδος της θεραπευτικής αγωγής συσχετίζονται με τις υποκλίμακες της θεραπευτικής αγωγής σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($P < 0,5$). Επίσης η συμμόρφωση συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($P < 0,5$).

Συμπεράσματα: Το δείγμα των συμμετεχόντων στην έρευνα εμφανίζει καλά επίπεδα συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή καθημερινά και ως προς τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού. Η ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών επηρεάζεται αρνητικά από διάφορες κλινικές παραμέτρους. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα σε διεθνές επίπεδο προκειμένου να γενικευτούν τα παρόντα συμπεράσματα.

Λέξεις κλειδιά: Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II, Ποιότητα Ζωής, Συμμόρφωση

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Type II impair the health of patients, while, due to the growth rates of prevalence, it tends to become a modern epidemic.

Purpose: The purpose of the study is to assess compliance in the treatment of patients with type II diabetes, to investigate the factors affecting compliance and the impact of compliance on the quality of life of these patients.

Procedure: The sample of this study were 108 patients of the pathology clinic of the General Hospital of Veria with type II diabetes and those who came at the pathology department of the outpatient clinic and in the outpatient of diabetic clinic. Adherence to treatment was assessed by a specific questionnaire completed by the investigator. Quality of life was evaluated using a general questionnaire that has been widely used. Also, the questionnaire included sociodemographic data and the characteristics associated with the disease and treatment, and factors associated with health care.

Results: The majority of the sample consisted of women (52.8%) with mean age $66,7 \pm 10,9$ years. The increased compliance is observed on the diet and blood tests - control blood sugar. The lowest compliance observed in exercise and foot care. The results show that demographic factors such as age, sex, marital status, education level, type of treatment correlated with the subscales of treatment a statistically significant level ($P < 0,5$). Also compliance is associated with quality of life of patients in a statistically significant level ($P < 0,5$).

Conclusions: The sample of the survey shows good levels of compliance in the treatment daily and with the advice of the physician. The quality of life of diabetic patients affected negatively by various clinical parameters. There is a need for further research in order to generalized the results of the present study.

Key words: Type II diabetes, Quality of Life, Compliance

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή Ειδίκευσης εκπονήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2013-2014 στο Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης, με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κα Λαβδανίτη Μαρία και εντάσσεται στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη».

Στην μελέτη αυτή γίνεται μια προσπάθεια να παρουσιαστεί μια σχετικά ενδεικτική εικόνα των παραγόντων που συμβάλλουν στην συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική τους αγωγή καθώς και στην ποιότητα ζωής τους.

Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, υπάρχει μια επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής των διαβητικών, προς όλες τις διαστάσεις και δεν επιβαρύνεται μόνο η σωματική, αλλά και κατ' επέκταση η ψυχική υγεία και η κοινωνική ζωή των πασχόντων. Τα χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης στη συνιστώμενη φαρμακευτική αγωγή αποτελούν σοβαρό πρόβλημα στην κλινική πράξη. Επιπλέον τα χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης, έχουν και σημαντικό οικονομικό αντίκτυπο. Αυτοί είναι κυρίως οι λόγοι που με οδήγησαν να ασχοληθώ με το θέμα αυτό.

Από καρδιάς θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Λαβδανίτη Μαρία, για τη στήριξη, συμπαράσταση και καθοδήγηση, σε όλο το διάστημα που μεσολάβησε για την εκπόνηση αυτής της εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί μία μεταβολική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, τα οποία οφείλονται σε προβλήματα στην έκκριση της ινσουλίνης, στη δράση της ή και στα δύο ταυτόχρονα, ενώ επιπλέον αποτελεί ένα διαρκώς αυξανόμενο πρόβλημα υγείας σε παγκόσμια κλίμακα.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) εκτιμάται πως το 2025 ο αριθμός των ασθενών με διαβήτη θα ανέλθει στα 300.000.000, κάτι το οποίο αντιστοιχεί στο 7,1% του ενήλικου πληθυσμού. Στην Ελλάδα, τα τελευταία τριάντα χρόνια η συχνότητα εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη έχει τριπλασιασθεί. Σήμερα έχει υπολογιστεί πως ο αριθμός των διαβητικών ατόμων στην Ελλάδα προσεγγίζει τους 800.000 έως 1.000.000 ανθρώπους (πάνω από το 8% του πληθυσμού).

Μερικά από τα άμεσα αποτελέσματα του Διαβήτη τύπου II είναι η οικονομική επιβάρυνση στο σύστημα υγείας και φυσικά η κακή ποιότητα της ζωής των πασχόντων. Ο διαβήτης κοστίζει στο υγειονομικό σύστημα της χώρας μας περίπου το 15% επί των συνολικών δαπανών για την υγεία φτάνοντας τα 1,3 δις ενώ αν ληφθούν υπόψη και οι δαπάνες για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου το συνολικό κόστος ανέρχεται στα 2,3 δις.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η συμμόρφωση ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής ακολουθεί τις συμβουλές ενός επαγγελματία υγείας, όσον αφορά στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή/και την αλλαγή του τρόπου ζωής του».

Η ποιότητα ζωής θεωρείται ότι είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων (υγεία, κοινωνία, οικονομική κατάσταση, περιβάλλον), που επηρεάζουν την ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών με τρόπους συχνά άγνωστους και ανεξερευνήτους.

Η βελτίωση της ζωής των ασθενών που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη προκαλεί το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας. Η διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και στη συμμόρφωση αυτών στη θεραπευτική τους αγωγή, έχει σημαίνουσα προτεραιότητα για την επιστημονική κοινότητα. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αντίστοιχες έρευνες προσανατολισμένες προς την κατεύθυνση αυτή, οι οποίες χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγια διαφόρων ειδών, τόσο γενικά όσο και ειδικά, εννοιολογικά προσδιορισμένα προς τη συγκεκριμένη νόσο. Στη χώρα μας, όμως, υπάρχει έλλειμμα σε αυτόν τον ερευνητικό τομέα. Από τα παραπάνω είναι φανερό η αναγκαιότητα της παρούσης μελέτης.

Οι σκοποί της παρούσης μελέτης είναι:

- α) η εκτίμηση της συμμόρφωσης στην θεραπευτική αγωγή των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II,
- β) η διερεύνηση των παραμέτρων που επηρεάζουν τη συμμόρφωση και
- γ) η επίδραση της συμμόρφωσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών

Επίσης υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί στην έρευνα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα επαρχιακό Νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας με σχετικά μικρό δείγμα. Η συμμόρφωση στην αγωγή βασίστηκε στην απάντηση ερωτηματολογίων από τους ίδιους τους ασθενείς, μια ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο, αλλά πιθανώς να εμφανίζει περιορισμούς όσον αφορά στην εγκυρότητά της, λόγω της επιθυμίας των ασθενών να εμφανιστούν συμμορφωμένοι στην θεραπεία τους.

Η εργασία αναπτύσσεται σε δυο μέρη, το γενικό μέρος που αποτελείται από 3 κεφάλαια και το ειδικό μέρος που και αυτό αποτελείται από 3 κεφάλαια.

Γενικό μέρος:

Στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα γενικά στοιχεία της παθοφυσιολογίας και επιδημιολογίας της νόσου και αναλύονται οι τύποι του σακχαρώδη διαβήτη.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η έννοια της συμμόρφωσης των ασθενών και αναλύονται οι παράγοντες που επιδρούν στη συμμόρφωση.

Στο τρίτο κεφάλαιο μελετάται η έννοια της ποιότητας ζωής, τον τρόπο που επιδρά η εμφάνιση της ασθένειας στην ποιότητα ζωής, οι εξωτερικοί παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής, καθώς και η μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται.

Ειδικό μέρος:

Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο, αναλύεται ο σκοπός της έρευνας και στο δεύτερο παρουσιάζονται το υλικό, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και αναλύονται τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν. Στη συνέχεια, στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων και γίνεται μια προσπάθεια να αναλυθούν οι παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής του ασθενούς με σακχαρώδη διαβήτη, τόσο στη σωματική του λειτουργικότητα, όσο και στην ψυχολογική και κοινωνική σφαίρα της ζωής του.

Στο τέλος της εργασίας παρουσιάζονται με συντομία τα συμπεράσματα της έρευνας και γίνονται προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Σακχαρώδης διαβήτης

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (Σ.Δ.) αποτελεί χρόνιο νόσημα, γνωστό από τον πρώτο μ.Χ. αιώνα. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μία ομάδα μεταβολικών νόσων με κοινό χαρακτηριστικό την αύξηση της γλυκόζης στο αίμα (υπεργλυκαιμία), που προκύπτει είτε από ελαττωματική έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας, είτε από διαταραγμένη δράση της ινσουλίνης στα όργανα-στόχους με αύξηση της ηπατικής παραγωγής της γλυκόζης, είτε και από τα δύο.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι παγκοσμίως διαδεδομένη νόσος, η οποία δεν κάνει διακρίσεις μεταξύ φυλών, φύλου ή ηλικίας. Έχει υπολογισθεί ότι, στον «δυτικό κόσμο», ο αριθμός των πασχόντων από Σ.Δ. ανέρχεται σε 160.000.000, ενώ, η συχνότητα του Σ. Δ. τύπου 1 έχει ξεπεράσει, στις ευρωπαϊκές χώρες, το έτος 2010, τους 30 πάσχοντες ανά 100.000 κατοίκους (Καραμήτσος, 2000).

1.1 Τύποι σακχαρώδους διαβήτη

Η ταξινόμηση του Σακχαρώδη Διαβήτη βασίζεται στην αιτιολογία του διαβήτη (Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς, 2013, Καραμήτσος, 2000).

Σακχαρώδης διαβήτης Τύπου 1

Προκαλείται από την καταστροφή των β – κυττάρων που συνεπάγεται πλήρη έλλειψη ινσουλίνης. Χωρίζεται σε δυο υποκατηγορίες:

- A. Ανοσολογικής αιτιολογίας
- B. Ιδιοπαθής

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 εμφανίζεται στο 15% περίπου του συνόλου των διαβητικών, εκ των οποίων οι περισσότεροι ανήκουν στο ανδρικό φύλο. Κύριο χαρακτηριστικό του είναι ότι εμφανίζεται στην εφηβική ηλικία (14ο έτος) και το μεγαλύτερο ποσοστό των νοούντων είναι άτομα ισχνά. Σπανίως, παρουσιάζεται σε ισχνούς ενήλικες πριν από το 40^ο έτος της ηλικίας τους.

Τα επίπεδα της ινσουλίνης στο αίμα είναι πολύ χαμηλά ή παρατηρείται πλήρης απουσία ινσουλίνης. Ενοχοποιούνται για εμφάνιση του Σ. Δ. τύπου 1 περισσότερο παράγοντες περιβαλλοντικοί, ιώσεις κ.α.

Στις χώρες της Ευρώπης ο επιπολασμός του κυμαίνεται 0.6 - 2.6‰ και η επίπτωσή του, σε άτομα ηλικίας ≤ 15 ετών, 9.7 - 49.0/100000 ετών/κατ' έτος. Στην Ελλάδα η επίπτωση είναι 9.7/100000/κατ' έτος.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα των ατόμων με Σ.Δ. τύπου 1 είναι:

- πολυουρία
- πολυδιψία
- κόπωση – αδυναμία
- πολυφαγία σε συνδυασμό με απίσχναση
- ενούρηση κατά τη διάρκεια της νύχτας
- διαταραχές οράσεως
- μυκητίαση περιοχής γεννητικών οργάνων
- περιφερική νευροπάθεια (Καραμήτσος, 2000).

Σακχαρώδης διαβήτης Τύπου 2.

Περιλαμβάνει όλο το φάσμα συνδυασμών από την κατεξοχήν αντίσταση στην ινσουλίνη με σχετική ένδεια ινσουλίνης μέχρι την κατεξοχήν διαταραχή της έκκρισης της ινσουλίνης με μικρότερη ινσουλινοαντίσταση.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 εμφανίζεται στο 85% του συνόλου των διαβητικών ασθενών ενώ δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές στα ποσοστά μεταξύ των δύο φύλων. Σε αντίθεση με τον Σ. Δ. τύπου 1, απαντάται κυρίως σε παχύσαρκους ενήλικες χωρίς, όμως, να αποκλείονται άτομα ισχνά ή νεαρής ηλικίας. Τα επίπεδα της ινσουλίνης είναι φυσιολογικά ή υψηλά και η εμφάνιση του αποδίδεται κυρίως σε κληρονομικότητα. Στην Ευρώπη ο επιπολασμός του κυμαίνεται 5-10%. Στην Ελλάδα έχει τριπλασιασθεί τα τελευταία 35 χρόνια και σήμερα κυμαίνεται περί το 8%.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι παρόμοια με εκείνα του Σ. Δ. Τύπου 1, σε μικρότερο όμως βαθμό και δεν παρατηρούνται νυκτερινή ενούρηση και πολυφαγία. Συχνά, αυτός ο τύπος Σ. Δ. είναι ασυμπτωματικός. (Κατσιλάμπρος, 2005).

Σακχαρώδης διαβήτης της κύησης

Ο διαβήτης της κύησης είναι μορφή διαβήτη που απαντάται ειδικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτή η μορφή επιπλέκει περίπου το 4-5% όλων των κύσεων, ανάλογα με τον μελετηθέντα πληθυσμό. Η υπεργλυκαιμία ενίοτε προηγείται της κύησης ή διαρκεί και μετά τον τοκετό, οπότε μιλάμε σε αυτήν την περίπτωση για σακχαρώδη

διαβήτη τύπου 2 που επιδεινώθηκε από την κύηση. Η συχνότητα του ΣΔΚ κυμαίνεται περί το 18% επί του συνόλου των κυήσεων.(Μυγδάλης, 2012).

Ειδικοί τύποι σακχαρώδη διαβήτη.

Πολλές άλλες παθήσεις μπορούν να συνοδεύονται από υπεργλυκαιμία, ιδιαίτερα οι παθήσεις του εξωκρινούς παγκρέατος όπως οι παγκρεατίτιδες και η κυστική ίνωση. Επιπρόσθετα, ενδοκρινοπάθειες όπως η ακρομεγαλία, το σύνδρομο Cushing, το σύνδρομο Conn, ο υπερθυρεοειδισμός, το γλυκαγόνωμα και το σωματοστατίνωμα, καθώς επίσης και διηθητικές νόσοι όπως η αιμοχρωμάτωση, μπορούν να συνοδεύονται από υπεργλυκαιμία.

Επίσης, ορισμένα φάρμακα μπορούν είτε να μειώσουν την έκκριση ινσουλίνης είτε να αυξήσουν την αντίσταση στην ινσουλίνη είτε και τα δύο. Η πενταμιδίνη και η ιντερφερόνη-α έχουν συσχετιστεί με διαβήτη με μειωμένη έκκριση ινσουλίνης, ενώ τα γλυκοκορτικοειδή, το νικοτινικό οξύ, τα θειαζιδικά διουρητικά και οι β-αναστολείς έχουν συσχετιστεί με αντίσταση στην ινσουλίνη ή με μεικτές μορφές.

Εκτός από το σακχαρώδη διαβήτη έχουν οριστεί και άλλες διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης: η διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας και η διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης που θεωρούνται πρόδρομα στάδια εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Στην περίπτωση της διαταραγμένης γλυκόζης νηστείας, τα επίπεδα της γλυκόζης είναι αυξημένα στην κατάσταση νηστείας, ενώ στην περίπτωση της διαταραγμένης ανοχής γλυκόζης, τα επίπεδα της γλυκόζης είναι αυξημένα στο μεταγευματικό στάδιο. Και οι δύο καταστάσεις χαρακτηρίζονται από μικρότερο βαθμό υπεργλυκαιμίας συγκριτικά με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Συνήθως προηγούνται της εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακών νοσημάτων (Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς, 2013).

Από τους διαβήτες ειδικού τύπου ιδιαίτερη σημασία έχει ο ονίμου έναρξης διαβήτης των νέων τύπου MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) ο οποίος είναι μια μονογονιδιακή μορφή Σ.Δ. στην οποία υπάρχει ισχυρό θετικό οικογενειακό ιστορικό Σ.Δ., με κάθετη προσβολή 2 τουλάχιστον προηγούμενων γενεών(π.χ. παππούς, πατέρα) και κληρονομείται με αυτοσωματικό επικρατούντα τρόπο. Εμφανίζεται σε νέα, μη παχύσαρκα άτομα, ηλικίας μικρότερης των 25 ετών, αλλά μπορεί να διαγνωσθεί και αργότερα στην ενήλικη ζωή (Κατσιλάμπρος, 2005).

Ο ακριβής επιπολασμός του διαβήτη MODY δεν φαίνεται να είναι γνωστός . Υπολογίζεται ότι αντιπροσωπεύει το 1-2% του συνόλου των ατόμων με Σ.Δ. Ο

μηχανισμός πρόκλησης του διαβήτη MODY αφορά στη δυσλειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος, που πιθανόν να οφείλεται σε μεταλλάξεις διαφόρων γονιδίων, με συνέπεια τη διαταραχή στην έκκριση της ινσουλίνης. Έως σήμερα, έχουν αναγνωρισθεί μεταλλάξεις σε 11 γονίδια που είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση αριθμών τύπων MODY.

Υποπτα για διαβήτη τύπου MODY είναι τα άτομα με Σ.Δ. που χαρακτηρίζονται από:

- Διάγνωση συνήθως πριν από την ηλικία των 25 ετών
- Ήπια υπεργλυκαιμία, χωρίς τάση για κετοξέωση
- Όχι σημαντική παχυσαρκία ή/και απουσία σημείων αντίστασης στην ινσουλίνη
- Οικογενειακό ιστορικό ΣΔτ2, τουλάχιστον σε δύο κάθετες γενεές, με αυτοσωματικό επικρατούντα τρόπο κληρονομικότητας
- Απουσία αντισωμάτων για ΣΔτ1
- Γλυκοζουρία, που δεν συμβαδίζει με την ήπια υπεργλυκαιμία
- Γυναίκες με ΣΔ κύησης, που εμφανίζουν ήπια υπεργλυκαιμία
- Τελική και οριστική διάγνωση γίνεται με μοριακό γενετικό έλεγχο. (Κατσιλάμπρος, 2005)

1.2. Αιτιολογικοί παράγοντες

Ο σακχαρώδης διαβήτης προκαλείται από σχετική ή απόλυτη έλλειψη της ινσουλίνης. Η ινσουλίνη είναι μια πολυπεπτιδική ορμόνη, η οποία παράγεται από τα β-κύτταρα της ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος, τα νησίδια του Langerhans.

Αναλυτικότερα, η ινσουλίνη:

- ελαττώνει τη γλυκόζη του αίματος
- αυξάνει την συσσώρευση γλυκογόνου στο ήπαρ
- περιορίζει τη γλυκοζουρία
- προάγει την χρήση κετονών, λιπών, αμινοξέων και γλυκόζης

Με την έλλειψη της ινσουλίνης διαταράσσονται οι παραπάνω διεργασίες με συνέπεια την διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των λευκωμάτων, η οποία συνεπάγεται την αύξηση της τιμής του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία).

Η χρόνια υπεργλυκαιμία συσχετίζεται με μακροχρόνιες επιπλοκές, κυρίως από τα μάτια (διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια), τους νεφρούς (διαβητική νεφροπάθεια), το περιφερικό νευρικό σύστημα (διαβητική νευροπάθεια), την καρδιά (καρδιακή ανεπάρκεια) και τα αγγεία του σώματος γενικότερα. (Καραμήτσος, 2009).

1.3. Σημεία και συμπτώματα

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι γνωστός από την αρχαιότητα, εντούτοις η διάγνωση του δεν ήταν πάντα εύκολη, όπως και η αντιμετώπισή του. Μέχρι πριν από 100 χρόνια ο γιατρός έψαχνε για τα συμπτώματα του διαβήτη και στη συνέχεια συνιστούσε μια δίαιτα.

Εμφανίζει συμπτώματα υποκειμενικά μεταξύ των ασθενών και η εξέλιξή του είναι απρόβλεπτη. Η υπεργλυκαιμία και η ανεπάρκεια ινσουλίνης προκαλούν συμπτώματα όπως η πολυουρία, η πολυδιψία, η απώλεια βάρους, η πολυφαγία, αλλά και σοβαρές επιπλοκές που μπορεί να είναι μοιραίες, όπως η κετοξέωση και το μη κετωτικό υπερωσμωτικό κόμμα.

Τα συνήθη συμπτώματα του Σακχαρώδους Διαβήτη είναι:

- πολυδιψία και πολυουρία
- απώλεια βάρους παρά την αυξημένη πείνα
- ναυτία και έμετοι
- πόνοι στην κοιλιά
- διαρκής κούραση, γρήγορη και κοφτή αναπνοή
- αλλαγές στην όραση

Θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κυρίως τα πρώτα συμπτώματα, όταν εκδηλώνονται ταυτόχρονα και σε άτομα που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου εμφάνισης της νόσου. Επίσης θα πρέπει να αποτελούν κίνητρο για τα συγκεκριμένα άτομα προκειμένου να υποβληθούν σε κάποια από τις διαγνωστικές εξετάσεις (τεστ) για το Σακχαρώδη Διαβήτη.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 εμφανίζεται κυρίως σε μικρές ηλικίες, χωρίς όμως να αποκλείονται και οι ενήλικοι. Τα άτομα με συγγενείς διαβητικούς Τύπου 1 έχουν υψηλές πιθανότητες εκδήλωσης της νόσου.

Στην ομάδα υψηλού κινδύνου εμφάνισης Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου 2 ανήκουν οι:

- Υπέρβαροι ενήλικοι και παιδιά: Το επιπλέον βάρος μπορεί να οδηγήσει στο φαινόμενο ανοχής στην ινσουλίνη (insulin resistance), δηλαδή ο οργανισμός δεν είναι ικανός να κάνει αποτελεσματική χρήση της ινσουλίνης που παράγει. Παράλληλα, η απουσία σωματικής άσκησης, η οποία αποτελεί ταυτόχρονα αιτία και συνέπεια του επιπλέον βάρους, επιδεινώνει την κατάσταση. Η παχυσαρκία αποτελεί πρόβλημα που έχει λάβει σημαντικές διαστάσεις, κυρίως στα αστικά κέντρα των αναπτυγμένων κρατών.
- Άτομα με ιστορικό διαβήτη: Έχει αποδειχτεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου είναι υψηλότερος σε άτομα με στενούς συγγενείς διαβητικούς.
- Γυναίκες, που εμφάνισαν διαβήτη κατά τη διάρκεια της κύησης. Οι γυναίκες αυτές έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης της νόσου αργότερα στη ζωή τους. Αν και γενικότερα ο αριθμός των ανδρών και των γυναικών που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη είναι περίπου ο ίδιος, εντούτοις οι διαβητικές γυναίκες άνω των 65 είναι περισσότερες.
- Άτομα που έχουν υπερβεί το 65ο έτος της ηλικίας τους.
- Ορισμένες εθνικότητες: Φαίνεται ότι η εθνικότητα σχετίζεται με την εμφάνιση Σακχαρώδους Διαβήτη. Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι οι Αμερικανοί ασιατικής καταγωγής και οι γηγενείς Αμερικανοί έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τη νόσο σε σχέση με τους Καυκάσιους.

1.4. Διαγνωστικές εξετάσεις

Παλιότερα, οι ιατρικές εξετάσεις για τη διάγνωση του Σακχαρώδους Διαβήτη στηρίζονταν κυρίως στη διάγνωση υψηλής συγκέντρωσης γλυκόζης στα ούρα. Παρόλο που η μέτρηση υψηλών επιπέδων γλυκόζης στα ούρα είναι σύμπτωμα της νόσου, η απλή εξέταση ούρων δε θεωρείται η πιο ακριβής μέθοδος διάγνωσης του Διαβήτη. Είναι απαραίτητη και κάποια εξέταση αίματος, μετά την ανίχνευση γλυκόζης στα ούρα ώστε να επιβεβαιωθεί η διάγνωση, αφού η ποσότητα της ζάχαρης που προκαλεί την παρουσία γλυκόζης στα ούρα διαφέρει από άτομο σε άτομο. Η εξέταση ούρων όμως χρησιμεύει στην ανίχνευση κετόνων, οι οποίες είναι ιδιαίτερα τοξικές κι επιβλαβείς για τον οργανισμό.

Η διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη τίθεται στη βάση των παρακάτω τριών κριτηρίων (Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς, 2013):

1. Συμπτωματολογία υπεργλυκαιμίας και τυχαία τιμή γλυκόζης πλάσματος ≥ 200 mg/dl. Στη συμπτωματολογία αξιολογούνται η πολυδιψία, η πολουρία και η ανεξήγητη απώλεια βάρους.

Ως τυχαία χαρακτηρίζεται η τιμή γλυκόζης που μετρήθηκε σε αίμα που ελήφθη οποιαδήποτε ώρα της ημέρας και ανεξάρτητα από το χρόνο τυχόν προηγηθέντος γεύματος.

2. Γλυκόζη πλάσματος νηστείας ≥ 126 mg/dl. Ως νηστεία ορίζεται η αποχή από γεύμα τουλάχιστον για 8 ώρες.

3. Θετική Δοκιμασία Ανοχής στη Γλυκόζη.

Δηλαδή γλυκόζη πλάσματος 2 ώρες μετά την από του στόματος χορήγηση 75g γλυκόζης ≥ 200 mg/dl.

Έχουν προταθεί διάφορες ιατρικές εξετάσεις αίματος για τη διάγνωση του Σακχαρώδους Διαβήτη, οι οποίες στηρίζονται στη μέτρηση της συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα. Ορισμένες από αυτές τις εξετάσεις, εκτός από τη διάγνωση της νόσου, χρησιμοποιούνται και για την καθημερινή μέτρηση των επιπέδων της γλυκόζης αίματος από τους διαβητικούς. Για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του Σακχαρώδους Διαβήτη, ο εξεταζόμενος θα πρέπει να υποβληθεί κατ' επανάληψη σε ένα ή και περισσότερα από τα ακόλουθα τεστ (Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς, 2013):

1. Έλεγχος των επιπέδων της γλυκόζης πλάσματος μετά από νηστεία (Fasting Plasma Glucose Test ή FPGT):

Πρόκειται για ένα τεστ του μεταβολισμού των υδατανθράκων, κατά τη διάρκεια του οποίου μετρούνται τα επίπεδα της γλυκόζης πλάσματος μετά από περιόδους νηστείας. Κατά τη νηστεία διεγείρεται η απελευθέρωση της ορμόνης γλυκαγόνης, η οποία με τη σειρά της προκαλεί αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης. Στα υγιή άτομα, ο οργανισμός παράγει την απαραίτητη ποσότητα ινσουλίνης, ώστε να αντιμετωπίσει την αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης. Αντίθετα στους διαβητικούς η συγκέντρωση της γλυκόζης παραμένει υψηλή. Γενικότερα συνιστάται το FPG τεστ να πραγματοποιείται το πρωί, για δύο κυρίως λόγους: Πρώτον γιατί απαιτείται να προηγηθούν περίπου 12 – 14 ώρες νηστείας και δεύτερον γιατί τα αποτελέσματα των απογευματινών ωρών τείνουν να δίνουν χαμηλότερες μετρήσεις. Για την ολοκλήρωση της εξέτασης χρειάζεται ένα δείγμα αίματος, το οποίο υποβάλλεται σε μικροβιολογικό έλεγχο.

2. *Τυχαίος Έλεγχος των επιπέδων της γλυκόζης πλάσματος (Random Plasma Glucose Test ή RPGT):*

Η διαφορά του από το προηγούμενο τεστ είναι ότι δεν προϋποθέτει νηστεία ενώ έχει μικρή διαγνωστική ικανότητα. Μόνο στην περίπτωση όπου η μέτρηση βρεθεί μεγαλύτερη των 200 mg/ 100 ml και συνοδεύεται από την εκδήλωση των συμπτωμάτων της νόσου μπορεί να βγει το συμπέρασμα ότι ο εξεταζόμενος πάσχει από Σακχαρώδη Διαβήτη.

3. *Η από του στόματος Δοκιμασία Ανοχής στη Γλυκόζη (Oral Glucose Tolerance Test ή OGTT):*

Στο συγκεκριμένο τεστ χορηγείται στον ασθενή ένα διάλυμα γλυκόζης, περίπου 75 – 100 gr. Με τη λήψη δείγματος αίματος πραγματοποιούνται τέσσερις με πέντε μετρήσεις των επιπέδων της γλυκόζης, τις επόμενες τρεις ώρες. Στα υγιή άτομα θα προκληθεί άμεση αύξηση της συγκέντρωσης της γλυκόζης, η οποία αναμένεται σταδιακά να μειωθεί μέσα στις επόμενες τρεις ώρες, λόγω της δράσης της ινσουλίνης, ενώ στα μη υγιή άτομα τα επίπεδα γλυκόζης θα παραμείνουν υψηλά.

Αν υπάρχει αμφιβολία για τη διάγνωση, το τελικό κριτήριο είναι η Δοκιμασία Ανοχής στη Γλυκόζη.

Στις περισσότερες περιπτώσεις πάντως η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη δεν τίθεται με την εκτέλεση δοκιμασίας ανοχής στη γλυκόζη, αλλά με τη μέτρηση της τιμής του.

Παρόλο που η διάγνωση μπορεί να τεθεί με τρεις διαφορετικούς τρόπους το θετικό διαγνωστικό αποτέλεσμα πρέπει να επιβεβαιωθεί και μια άλλη ημέρα, εκτός αν συνυπάρχει κλινική συμπτωματολογία υπεργλυκαιμίας.

Η μέτρηση της γλυκόζης νηστείας έχει το πλεονέκτημα ότι είναι εύκολη και έχει χαμηλό κόστος.

Η από του στόματος Δοκιμασία Ανοχής στη Γλυκόζη (Oral Glucose Tolerance Test - OGTT) είναι χρήσιμη για να διευκρινιστεί διαγνωστικά η ασθένεια σε άτομα στα οποία, ενώ υπάρχει ισχυρή υποψία διαβήτη, έχουν φυσιολογική ή διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας, ή σε άτομα που παρουσιάζουν γλυκόζη νηστείας φυσιολογική, αλλά μεταγευματικά αυξημένη (>140 mg/dl).

Η δοκιμασία πρέπει να γίνεται πρωί, μετά από δεκάωρη νηστεία. Προηγούνται τρεις ημέρες ελεύθερης διατροφής, στην οποία περιλαμβάνονται τουλάχιστον 150

γραμμάρια υδατανθράκων την ημέρα. Συνίσταται συνήθης σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια του τριήμερου. Κατά το διάστημα της νηστείας, η λήψη νερού επιτρέπεται. Στον ασθενή χορηγούνται 75 g άνυδρης γλυκόζης (στα παιδιά χορηγείται γλυκόζη 1.75 g/kg ιδανικού σωματικού βάρους, χωρίς όμως το μέγιστο ποσό της να υπερβαίνει τα 75 g), διαλυμένα σε 250-350 ml νερού, τα οποία πρέπει να ληφθούν σε χρονικό διάστημα 3-5 λεπτών. Πραγματοποιείται λήψη φλεβικού αίματος πριν από τη χορήγηση της γλυκόζης και ακριβώς 2 ώρες μετά. Κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας, η μυϊκή άσκηση (περπάτημα) και το κάπνισμα απαγορεύονται.

Ο προσδιορισμός της γλυκόζης γίνεται με ενζυμική μέθοδο στο πλάσμα ή στον ορό. Η φυγοκέντρηση των δειγμάτων πρέπει να πραγματοποιείται μέσα σε 60 λεπτά, αλλιώς τα σωληνάκια πρέπει να τοποθετούνται σε πάγο. Η δοκιμασία δεν πρέπει να γίνεται όταν υπάρχει ενεργός λοίμωξη, πρόσφατη χειρουργική επέμβαση ή άλλη οξεία κατάσταση (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου κ.ά.)

Θα πρέπει να τονισθεί ότι για τη διάγνωση του Σ.Δ. δεν χρειάζεται η μέτρηση της ινσουλίνης και του C-πεπτιδίου

Παράλληλα, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη αντανακλά τη μέση τιμή του σακχάρου αίματος κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 ή 3 μηνών πριν τη συγκεκριμένη εξέταση και πρέπει επομένως να μετράται 3 με 4 φορές το χρόνο. Έτσι, ο σωστός γλυκαιμικός έλεγχος πρέπει να στηρίζεται σε τακτικούς αυτοελέγχους της τιμής του σακχάρου αίματος και σε μετρήσεις της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

1.5. Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη περιλαμβάνει συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής, ειδικής διατροφικής δίαιτας και ειδικών συστάσεων αλλαγής του τρόπου ζωής. Ο αυτοέλεγχος της τιμής του σακχάρου αίματος αποτελεί ουσιώδη παράμετρο της αντιμετώπισης του διαβητικού ασθενούς και της επιτυχίας της θεραπείας, ιδιαίτερα σε ασθενείς υπό θεραπεία με ινσουλίνη. Παράλληλα με το γλυκαιμικό έλεγχο, η αντιμετώπιση των υπόλοιπων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου απαιτεί συχνούς ελέγχους ιδιαίτερα της αρτηριακής πίεσης και των λιπιδίων του αίματος (ολικής χοληστερόλης, HDL-χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων).

Διατροφική δίαιτα

Εξατομικευμένες διαιτητικές συμβουλές θα πρέπει να δίνονται σε κάθε διαβητικό ασθενή για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων όσον αφορά το γλυκαιμικό έλεγχο, την αρτηριακή πίεση και τα λιπίδια αίματος. Η ποσότητα και το είδος των υδατανθράκων της διατροφής επηρεάζει την τιμή του σακχάρου στο αίμα. Ο υπολογισμός της ολικής ποσότητας των υδατανθράκων που προσλαμβάνονται παραμένει ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες της θεραπείας του σακχαρώδη διαβήτη, ιδιαίτερα για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με ινσουλίνη. Οι δίαιτες που είναι φτωχές σε υδατάνθρακες (λιγότερο από 130 γραμμάρια την ημέρα) αντενδείκνυται για την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη. Αντίθετα, η ποσότητα των κεκορεσμένων λιπαρών οξέων και των trans λιπαρών οξέων πρέπει να είναι περιορισμένη.

Οι στόχοι της δίαιτας είναι να εξασφαλίσει (Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς, 2013):

- Την ενδεικνυόμενη ενεργειακή πρόσληψη, ανάλογα με το αν απαιτείται μείωση, διατήρηση ή αύξηση του σωματικού βάρους
- Την κατάλληλη ποιοτική σύνθεση του διαιτολογίου, προσαρμοσμένη ανάλογα και με τη συνύπαρξη άλλων παθολογικών καταστάσεων
- Την αρμόζουσα κατανομή στο εικοσιτετράωρο, ιδιαίτερα στα ινσουλινοθεραπευόμενα άτομα.

Διαιτητικά μέτρα που έχουν για την πρόληψη του Σ.Δ. τύπου 2 είναι:

- Μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, ώστε να μειωθεί το σωματικό βάρος κατά τουλάχιστον 5% επί υπέρβαρων και παχύσαρκων
- Μείωση του ολικού λίπους σε <30% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης
- Μείωση του κεκορεσμένου λίπους (συμπεριλαμβανομένων των trans λιπαρών οξέων) σε <10% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης
- Αύξηση της πρόσληψης φυτικών ινών (τουλάχιστον 25-35 g ημερησίως).

Για υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα (Δείκτης Μάζας Σώματος [ΔΜΣ] >25kg/m²), η πρόσληψη ενέργειας πρέπει να μειωθεί κατά 500-1000 kcal/ημερησίως κάτω των υπολογιζόμενων ημερήσιων αναγκών του συγκεκριμένου ατόμου με στόχο ο ΔΜΣ να φθάσει στο 25 kg/m² και εάν αυτό δεν μπορεί να επιτευχθεί θα πρέπει το σωματικό βάρος να

ελαττωθεί κατά 5 - 10%. Η επίτευξη του στόχου επιτυγχάνεται με την παράλληλη αύξηση της κατανάλωσης ενέργειας με την κατάλληλη άσκηση.

Στον υπολογισμό του ποσού των θερμίδων του διαιτολογίου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ένταση και η διάρκεια της σωματικής δραστηριότητας. Σημαντικός στόχος όταν έχει επιτευχθεί απώλεια ΣΒ είναι η μη ανάκτησή του.

Προκειμένου να αποφευχθεί η περαιτέρω αύξηση του ΣΒ σε αυτούς που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και δεν καταφέρνουν να χάσουν βάρος πρέπει να ενθαρρύνονται σθεναρά για τη λήψη μέτρων. Σε άτομα με ΔΜΣ εντός των συνιστώμενων ορίων για τους ενηλίκους (18.5 - 25 kg/m²), δεν χρειάζεται συνήθως η χορήγηση οδηγιών που αφορούν την ενεργειακή πρόσληψη, αλλά μόνο την ποιοτική σύνθεση και την κατανομή στο 24ωρο.

Πίνακας 1.Υπολογισμός των ημερήσιων θερμιδικών αναγκών για το Βασικό Μεταβολισμό και των ημερήσιων θερμιδικών αναγκών για τη διατήρηση του Σωματικού Βάρους.

	<i>Ηλικία</i>	<i>Τύπος υπολογισμού Βασικού Μεταβολισμού (Kcal/ημέρα)</i>
Ανδρες	< 30	$(15.4 \times \Sigma B) - (0.27 \times Y) + (717)$
	30-60	$(11.3 \times \Sigma B) + (0.16 \times Y) + (901)$
	≥ 60	$(8.8 \times \Sigma B) + (11.28 \times Y) - (1071)$
Γυναίκες	< 30	$(13.3 \times \Sigma B) + (3.34 \times Y) + (35)$
	30-60	$(8.7 \times \Sigma B) - (0.25 \times Y) + (865)$
	≥ 60	$(9.2 \times \Sigma B) + (6.37 \times Y) - (302)$

ΣB = παρόν σωματικό βάρος σε χιλιόγραμμα, Y = ύψος σε εκατοστά

Με τους ανωτέρω μαθηματικούς τύπους υπολογίζεται ο Βασικός Μεταβολισμός (Kcal/ημέρα). Για τον υπολογισμό της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης που απαιτείται για τη διατήρηση του Σωματικού Βάρους, πολλαπλασιάζεται ο Βασικός Μεταβολισμός επί 1.3, 1.5 ή 1.7, ανάλογα με τη μικρή, μέση ή μεγάλη διάρκεια και ένταση της ημερήσιας άσκησης, αντίστοιχα.

Έχει αποδειχτεί ότι οι δίαιτες Μεσογειακού τύπου συμβάλλουν, τόσο στην πρόληψη του ΣΔ, όσο και στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με Σ.Δ., ανεξάρτητα από την επί μέρους αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου. οι διατροφικές συνήθειες του αγροτικού πληθυσμού περιοχών της Μεσογείου, όπως της Κρήτης, Κέρκυρας και της νοτίου Ιταλίας, κατά τις δεκαετίες 1950-60, αποτελούν το πρότυπο της Μεσογειακής Δίαιτας από το οποίο προέκυψε και το όνομα Μεσογειακή Δίαιτα.

Η Μεσογειακή Δίαιτα δεν θεωρείται ότι αποτελεί ένα αυστηρά καθορισμένο ποιοτικά και ποσοτικά πρόγραμμα διατροφής. Αναφέρεται σε ένα σύνολο διατροφικών συνηθειών, που χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, οσπρίων, ζυμαρικών, μέτρια κατανάλωση ψαριών και πουλερικών, μικρή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, κόκκινου κρέατος, παραγώγων κρέατος (αλλαντικά κτλ) και ζωικών λιπών.

Η κατανάλωση ελαιολάδου, ξηρών καρπών και μέτριας ποσότητας κρασιού κατέχει σημαντική θέση στη Μεσογειακή Δίαιτα. Η Μεσογειακή Δίαιτα έχει ευεργετικές επιδράσεις στην υγεία και φαίνεται ότι απορρέουν από αλληλεπιδράσεις πολλών συστατικών που περιέχονται στα τρόφιμα που την χαρακτηρίζουν. Από μελέτες

παρατήρησης και επιδημιολογικές μελέτες φαίνεται ότι η Μεσογειακή Δίαιτα συνδέεται με μειωμένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα και μειωμένη επίπτωση καρκίνου.

Σωματική άσκηση

Η διατήρηση ενός ικανοποιητικού σωματικού βάρους, έτσι ώστε ο δείκτης σωματικής μάζας να βρίσκεται μεταξύ 20 και 25 kg/m², αποτελεί σημαντική παράμετρος της διατροφικής δίαιτας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο με περιορισμό της ημερήσιας λήψης θερμίδων και με τακτική σωματική άσκηση. Συνιστάται μέτρια σωματική άσκηση 30-45 λεπτά την ημέρα. Εκτός από τον υπολογισμό των υδατανθράκων που προσλαμβάνονται και τη διατήρηση ενός ικανοποιητικού σωματικού βάρους, η διατροφική δίαιτα είναι παρόμοια με αυτήν που συνιστάται για το φυσιολογικό πληθυσμό (Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς, 2013).

Απαραίτητη συνιστώσα των προγραμμάτων πρόληψης του ΣΔ Τύπου 2 , αποτελεί η άσκηση διότι όπως αποδείχθηκε από ανάλογες έρευνες σε άτομα με IGT ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματική.

Συνιστάται μέτριας ή έντονης έντασης αερόβια άσκηση (Πίνακας 1.2), διάρκειας τουλάχιστον 30 λεπτών την ημέρα (συνεχώς ή διακεκομμένα σε δεκάλεπτες ή δεκαπεντάλεπτες περιόδους), το λιγότερο 5 φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 2. Αερόβια άσκηση

<i>Ορισμός</i>	<i>Ένταση</i>	<i>Είδος άσκησης</i>
Ρυθμική επαναλαμβανόμενη κίνηση των μυών διάρκειας τουλάχιστον 10 λεπτών κάθε φορά	Μέτρια 50-70% του μέγιστου καρδιακού ρυθμού	Ποδήλατο Γρήγορο βάδισμα Κολύμβηση Χορός
	Έντονη >70% του μέγιστου καρδιακού ρυθμού	Γρήγορο βάδισμα σε ανάβαση Ποδόσφαιρο Τροχάδην Καλαθοσφαίριση Γρήγορος χορός Αεροβική γυμναστική Γρήγορη κολύμβηση

Μέγιστος υπολογιζόμενος καρδιακός ρυθμός:

Για γυναίκες και μη γυμνασμένους άνδρες=220–ηλικία.

Για γυμνασμένους άνδρες = 205 – (0.5 × ηλικία).

Η αερόβια άσκηση συμπληρώνεται από την αναερόβια (Πίνακας 1.3) προσφέροντας επιπλέον οφέλη. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται (εφόσον δεν

υπάρχουν αντενδείξεις) να εκτελούν ασκήσεις εκγύμνασης διαφόρων μυϊκών ομάδων 2-3 φορές την εβδομάδα. Κατά την ημέρα της άσκησης επιλέγονται 8-10 ομάδες μυών και εκτελούνται 8-10 συσπάσεις ανά μυϊκή ομάδα με διάλειμμα ενός λεπτού από ομάδα σε ομάδα. Η παραπάνω διαδικασία επαναλαμβάνεται 2-3 φορές, με ενδιάμεσο διάλειμμα 3-5 λεπτά. Το βάρος ή η αντίσταση που χρησιμοποιείται για τις ασκήσεις είναι τέτοιο, που να είναι δύσκολο να επαναληφθούν περισσότερο από 10-15 φορές.

Πίνακας 3. Αναερόβια άσκηση (Αντιστάσεων, Ενδυνάμωσης)

<i>Ορισμός</i>	<i>Ένταση</i>	<i>Είδος άσκησης</i>
Ασκήσεις που χρησιμοποιούν μυϊκή δύναμη για να μετατοπίσουν ένα βάρος ή ασκούν μυϊκή αντίσταση έναντι ενός βάρους	Εκτελούνται 2-3 φορές την εβδομάδα ασκήσεις που να αφορούν κατά το δυνατόν περισσότερες ομάδες μυών. Οι ασκήσεις αυτές επαναλαμβάνονται σε κάθε συνεδρία 8-10 φορές ανά ομάδα μυών	Ελεύθερα βάρη Ειδικά μηχανήματα που προβάλλουν ρυθμιζόμενη αντίσταση στο έργο μυϊκών ομάδων

Η συμβολή της άσκησης είναι αποτελεσματική στη ρύθμιση του σακχάρου, στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου και στον έλεγχο του σωματικού βάρους, ενώ συγχρόνως βελτιώνει και την ποιότητα της ζωής.

Φαρμακευτική αγωγή

Η χορήγηση αντιδιαβητικών φαρμάκων από το στόμα, ενδείκνυται σε περίπτωση που η διατροφική δίαιτα και η σωματική άσκηση δεν επαρκούν για το σωστό μεταβολικό έλεγχο στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η μετφορμίνη είναι αποτελεσματικό αντιδιαβητικό φάρμακο με κύρια δράση τη μείωση της παραγωγής γλυκόζης από το ήπαρ. Η δράση της είναι ανεξάρτητη από το πάγκρεας και εκτός από την επίδρασή της στο ήπαρ, μειώνει ελαφρά και την αντίσταση στην ινσουλίνη καθώς και τους δείκτες φλεγμονής και διευκολύνει τη λειτουργία των αγγείων. Εμφανίζει πολλά πλεονεκτήματα λόγω του ότι είναι σχετικά φτηνό φάρμακο, καλά γνωστό για πάνω από 50 χρόνια, με ευνοϊκή επίδραση στην αποφυγή καρδιαγγειακής νοσηρότητας, χωρίς να συνοδεύεται – αντίθετα με τα περισσότερα υπόλοιπα αντιδιαβητικά φάρμακα – από πρόσληψη βάρους. Από την άλλη πλευρά, δεν λείπουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες από το γαστρεντερικό, ιδιαίτερα κατά την έναρξη της θεραπείας, που περιλαμβάνουν μετεωρισμό, κοιλιακή διάταση, κοιλιακούς πόνους, διάρροιες, τεινισμό και μεταλλική γεύση. Αυτές οι

ανεπιθύμητες ενέργειες είναι περισσότερο έκδηλες κατά τις πρώτες 2-3 εβδομάδες θεραπείας. Η γαλακτική οξέωση αποτελεί άλλη επίφοβη ανεπιθύμητη ενέργεια, που εμφανίζεται κυρίως όταν η νεφρική λειτουργία είναι διαταραγμένη, ιδιαίτερα όταν επιπρόσθετοι παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν οξεία λειτουργική έκπτωση σε μία μέτρια νεφρική ανεπάρκεια. Τέτοιοι επιπρόσθετοι παράγοντες μπορεί να είναι οι παρατεταμένες διάρροιες, η ένεση ενός σκιαγραφικού ή η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.

Οι σουλφονουλορίες διεγείρουν την έκκριση ινσουλίνης αλληλεπιδρώντας με τα ATP-εξαρτώμενα κανάλια καλίου με αποτέλεσμα τη σύγκλεισή τους. Η σύγκλειση αυτή προκαλεί εκπόλωση του κυττάρου, που οδηγεί σε έκκριση ινσουλίνης. Οι ουσίες αυτές χρησιμοποιούνται ως φάρμακα πρώτης εκλογής για τους μη παχύσαρκους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, καθώς και ως συμπληρωματικά φάρμακα σε συνδυασμό με τη μετφορμίνη για τους παχύσαρκους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 όταν η μετφορμίνη μόνη της δεν επαρκεί για να ρυθμίσει το σάκχαρο. Η αποτελεσματικότητά τους θεωρείται ανάλογη αυτής της μετφορμίνης. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των σουλφονουλοριών περιλαμβάνουν κυρίως τους ηλικιωμένους και σε εκείνους που εμφανίζουν διαταραγμένη νεφρική λειτουργία.

Μία άλλη ομάδα ουσιών, οι γλινίδες, που περιλαμβάνουν τη νατεγλινίδη και τη ρεπαγλινίδη, δρουν με παρόμοιο μηχανισμό με τις σουλφονουλορίες, συνδεδεμένες στα ATP-εξαρτώμενα κανάλια καλίου. Οι ουσίες αυτές είναι κατά μέσο όρο λιγότερο αποτελεσματικές από τις σουλφονουλορίες. Επιπλέον, έχουν βραχεία διάρκεια δράσης, κατά συνέπεια πρέπει να λαμβάνονται πριν από κάθε γεύμα που περιλαμβάνει υδατάνθρακες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι παρόμοιες με αυτές των σουλφονουλοριών.

Οι αναστολείς της α -γλυκοσιδάσης, όπως η ακαρβόζη, μειώνουν επίσης τις υψηλές υπεργλυκαιμίες που παρατηρούνται μετά το γεύμα, αλλά η αποτελεσματικότητά τους είναι μικρότερη από εκείνη της μετφορμίνης και των σουλφονουλοριών και προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες από το γαστρεντερικό.

Οι θειαζολιδινεδιόνες (ή γλυταζόνες) είναι προσδέτες (ligands) των υποδοχέων PPAR- γ που υπάρχουν κυρίως στο λιπώδη ιστό. Βελτιώνουν όχι μόνο τη ρύθμιση του σακχάρου, αλλά και τη δυσλιπιδαιμία. Οι θειαζολιδινεδιόνες γενικά μειώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη ανακατανέμοντας τα τριγλυκερίδια του λιπώδους ιστού των σπλάγγων, κατευθύνοντάς τα προς το υποδόριο λίπος. Επιπλέον, οι ουσίες αυτές μειώνουν τον παράγοντα TNF- α και την ιντερλευκίνη-6, που αποτελούν προφλεγμονώδεις

δείκτες εν μέρει υπεύθυνους για την αντίσταση στην ινσουλίνη, και αυξάνουν τη συγκέντρωση της αντιγονεκτίνης, που μειώνει επίσης την αντίσταση στην ινσουλίνη. Η αποτελεσματικότητά τους είναι παρόμοια με αυτήν της μεθορμίνης και των σουλφονουλουριών. Τα κυριότερα προβλήματα από τη χρήση των θειαζολιδινεδιονών είναι η λήψη βάρους, αποτέλεσμα των παραπάνω μεταβολικών επιδράσεων, και η κατακράτηση υγρών, που μπορεί να οδηγήσει σε περιφερικά οιδήματα (σε περίπου 5% των ασθενών που λαμβάνουν αυτή τη θεραπεία) και ενίοτε σε καρδιακή ανεπάρκεια. Οι δύο διαθέσιμες σήμερα θειαζολιδινεδιόνες είναι η ροζιγλιταζόνη και η πιογλιταζόνη.

Μια άλλη θεραπεία, βασίζεται στις ινκρετίνες, ορμόνες που συντίθενται από το γαστρεντερικό σωλήνα και που διεγείρουν την έκκριση ινσουλίνης. Μία από αυτές τις ινκρετίνες, το πεπτίδιο το προσομοιάζον στο γλυκαγόνο (glucagon-like peptide ή GLP-1), όχι μόνο αυξάνει την έκκριση ινσουλίνης, αλλά ασκεί επίσης θετική τροφική επίδραση πάνω στα κύτταρα β αναστέλλοντας την έκκριση γλυκαγόνου (Μυγδάλης, 2012).

Ινσουλίνη

Στους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, η ινσουλίνη αποτελεί τη μόνη δυνατή φαρμακευτική θεραπεία. Η καθιερωμένη θεραπεία περιλαμβάνει είτε πολλαπλές ημερήσιες ενέσεις είτε τη χρήση αντλίας ινσουλίνης. Το θεραπευτικό σχήμα των πολλαπλών ενέσεων συνίσταται σε 1-2 ενέσεις βασικής ινσουλίνης – ανάλογα με τη διάρκεια δράσης κάθε μορφής – και 3 ενέσεις ινσουλίνης ταχείας δράσης πριν από κάθε γεύμα.

Τα καινούργια ανάλογα της ινσουλίνης, τόσο της βασικής ινσουλίνης όσο και της ινσουλίνης ταχείας δράσης, έχουν διευκολύνει την αντιμετώπιση του διαβήτη, έχουν μειώσει τη συχνότητα των επεισοδίων υπογλυκαιμίας και έχουν βελτιώσει τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

Όσον αφορά στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, η χρήση της ινσουλίνης γίνεται συνήθως με βραδινή ένεση σε συνδυασμό με την αγωγή από το στόμα όταν η τελευταία δεν επαρκεί για το γλυκαιμικό έλεγχο. Σε περίπτωση αποτυχίας, μία βραδινή ένεση μεικτής ινσουλίνης (βασικής και ταχείας δράσης) μπορεί να αποβεί αποτελεσματική προκειμένου να αποφευχθούν οι δύο ενέσεις μεικτής ινσουλίνης την ημέρα ή το σχήμα πολλαπλών ενέσεων ινσουλίνης.

Οι επιπλοκές της ινσουλινοθεραπείας περιλαμβάνουν κυρίως την υπογλυκαιμία, που αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην προσπάθεια αποτελεσματικής ρύθμισης του

σακχάρου αίματος, και στην αύξηση του σωματικού βάρους. Η υπογλυκαιμία μπορεί να οφείλεται σε ανεπαρκή λήψη υδατανθράκων, σε περίσσεια ινσουλίνης και σε υπερβολική φυσική δραστηριότητα. Η πρόληψη των υπογλυκαιμικών κρίσεων απαιτεί τακτικούς ελέγχους του σακχάρου αίματος καθώς και μια ισορροπία μεταξύ των δόσεων ινσουλίνης, της λήψης υδατανθράκων και της σωματικής άσκησης. Παράλληλα, η αύξηση του σωματικού βάρους αποτελεί συχνή παρενέργεια της ινσουλινοθεραπείας. Είναι αποτέλεσμα της μείωσης της θερμιδικής απώλειας με τα ούρα, της βελτίωσης του γλυκαιμικού ελέγχου, της αυξημένης λήψης θερμίδων σε περιπτώσεις υπογλυκαιμικών κρίσεων και πιθανώς της ενέργειας άλλων, άγνωστων μηχανισμών (Μυγδάλης, 2012).

1.6. Επιπλοκές

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης κατατάσσεται στην τέταρτη πιο σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στον κόσμο. Η χρόνια υπεργλυκαιμία του διαβήτη συσχετίζεται με πολλές επιπλοκές υγείας και την έκπτωση διαφόρων οργάνων, κυρίως των οφθαλμών, νεφρών, νεύρων, καρδιάς και αγγείων.

Οξείες επιπλοκές

Στις οξείες και δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές του διαβήτη περιλαμβάνεται η ιατρογενής υπογλυκαιμία, η διαβητική κετοξέωση και το μη κετωτικό υπερωσμωτικό σύνδρομο.

A. Διαβητική κετοξέωση.

Η διαβητική κετοξέωση αποτελεί την τελική έκφραση του πλήρως αποδιοργανωμένου μεταβολισμού, σε συνθήκες μεγάλης έλλειψης ινσουλίνης (όπως στο διαβήτη τύπου 1) και υπερέκκρισης των ανταγωνιστικών της ορμονών, με συνέπεια την εμφάνιση υπεργλυκαιμίας, γλυκοζουρίας και κετονουρίας. Περιλαμβάνει τέσσερα μεταβολικά προβλήματα:

- την υπερωσμωτικότητα, λόγω της υπεργλυκαιμίας και της αφυδάτωσης,
- τη μείωση του εξωκυττάριου χώρου, λόγω της ωσμωτικής διούρησης,
- τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές(όπως απώλεια καλίου και νατρίου) λόγω της ωσμωτικής διούρησης
- τη μεταβολική οξέωση, λόγω της συσσώρευσης κετοοξέων (κέτωση).

Οι κλινικές εκδηλώσεις της διαβητικής κετοξέωσης, οφείλονται στη μεταβολική οξέωση αλλά και στην αφυδάτωση, λόγω της υπεργλυκαιμίας. Περιλαμβάνουν πολυουρία, πολυδιψία, ξηρό δέρμα και βλεννογόνους, ναυτίες και εμετούς, οσμή κετόνης στην αναπνοή (σαν από φρούτα ή οινόπνευμα) και άλλες εκδηλώσεις, όπως κοιλιακό άλγος και αναπνοή Kussmaul.

Η διαβητική κετοξέωση είναι κατάσταση απειλητική για τη ζωή του ασθενούς και αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, μπορεί να οδηγήσει σε λήθαργο ή κώμα. Ορισμένες φορές, τα αίτια της διαβητικής κετοξέωσης είναι ποικίλα ή άγνωστα, ενώ τα κυριότερα αίτια περιλαμβάνουν την αδικαιολόγητη μείωση ή διακοπή της ινσουλίνης, τις λοιμώξεις, τις χειρουργικές παθήσεις, τις τραυματικές κακώσεις, την εγκυμοσύνη και το συγκινησιακό stress. Η διαβητική αλκοολική κετοξέωση συμβαίνει επίσης, λόγω κατάχρησης οιοπνεύματος σε υποσιτιζόμενους αλκοολικούς και ακόμη ευκολότερα σε όσους πάσχουν από διαβήτη. Σήμερα, η πρόγνωση της διαβητικής κετοξέωσης είναι καλή, αν δε γίνουν σφάλματα στην αντιμετώπιση του ασθενούς και αν δε συμβούν λοιμώξεις ή σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας.

B. Υπεργλυκαιμικό υπερωσμωτικό μη κετονικό σύνδρομο.

Το υπεργλυκαιμικό υπερωσμωτικό μη κετονικό σύνδρομο, στο 18-35% των περιπτώσεων, αποτελεί την πρώτη εκδήλωση του διαβήτη. Αφορά σχεδόν αποκλειστικά ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και κυρίως μεσήλικες ή ηλικιωμένα άτομα. Μπορεί όμως να συμβεί και σε άτομα με διαβήτη τύπου 1, ακόμη και σε παιδιά.

Θεωρείται σοβαρή και απειλητική για τη ζωή, επείγουσα κατάσταση και παρουσιάζει μεγαλύτερη θνητότητα από τη διαβητική κετοξέωση. Οι λοιμώξεις και άλλα νοσήματα, ιδιαίτερα τα καρδιαγγειακά και τα εγκαύματα είναι οι κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες. Πρόδρομη κατάσταση του συνδρόμου θεωρείται η εκσεσημασμένη υπεργλυκαιμία με υπερωσμωτικότητα, χωρίς κώμα. Υπάρχει συνήθως, τότε κάποια ληθαργική κατάσταση και αν δε γίνει η διάγνωση στην πρώιμη αυτή φάση, ο ασθενής σιγά-σιγά πέφτει σε κώμα. Οι εκδηλώσεις του συνδρόμου είναι βραδείες και τα συμπτώματα αρχίζουν με πολυουρία, λόγω της υπεργλυκαιμίας.

Γ. Υπογλυκαιμία

Η υπογλυκαιμική αντίδραση παρατηρείται όταν για οποιαδήποτε αιτία, το σάκχαρο του αίματος μειωθεί κάτω από 50 mg/dL. Είναι η συχνότερη και σοβαρότερη ανεπιθύμητη ενέργεια της ινσουλινοθεραπείας και αποτελεί μια ιατρογενή επιπλοκή του διαβήτη (ιατρογενής υπογλυκαιμία). Παρατηρείται συνήθως, σε εκείνους τους αρρώστους που θεραπεύονται με ινσουλίνη και ο πιθανότερος χρόνος εμφάνισης υπογλυκαιμίας είναι κατά την ώρα μέγιστης δράσης της ινσουλίνης. Παρατηρείται επίσης, σε ασθενείς που παίρνουν σουλφονουλουρίες ή β-αδρενεργικούς αναστολείς, ενώ ιδιαίτερα συχνή είναι στους ασταθείς διαβητικούς και όταν ο διαβήτης χρονολογείται από καιρό. Αφορά περισσότερο στους ασθενείς με διαβήτη τύπου 1. Μπορεί επίσης, να αποβεί πολύ επικίνδυνη σε ηλικιωμένους και καρδιοπαθείς ασθενείς. Συχνά, η υπογλυκαιμία προκαλεί ένα μόνιμο φόβο, που αποτελεί ουσιαστικό εμπόδιο για τη ρύθμιση του διαβήτη σε πολλούς ασθενείς

Η υπογλυκαιμία έχει ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις οι οποίες περιλαμβάνουν:

1. Πείνα, Ναυτία
2. Νευρικήτητα, εφίδρωση, άγχος, τρόμο
3. Ασταθές βάδισμα, μούδιασμα γλώσσας και χειλιών ή τραύλισμα
4. Ταχυπαλμία
5. Υπόταση
6. Κεφαλαλγία
7. Διανοητική σύγχυση, ασυνήθης συμπεριφορά, μεταβολές στη διάθεση
8. Διπλωπία, θόλωση όρασης
9. Ωχρότητα, αίσθημα ψύχους
10. Μείωση επιπέδου συνείδησης, σπασμοί, κώμα.

Χρόνιες επιπλοκές

Ως χρόνιες επιπλοκές του ΣΔ χαρακτηρίζονται:

- *Η μικροαγγειοπάθεια*, στην οποία περιλαμβάνονται η αμφιβληστροειδοπάθεια, η νεφροπάθεια και η νευροπάθεια.
- *Η μακροαγγειοπάθεια*, στην οποία περιλαμβάνονται η αθηρωθρόμβωση των στεφανιαίων και εγκεφαλικών αρτηριών, των καρωτίδων, της αορτής, και των περιφερικών αρτηριών, που αναφέρονται και με το γενικό όρο καρδιαγγειακή νόσος (KAN).

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει τη συσχέτιση της συχνότητας των επιπλοκών της μικροαγγειοπάθειας και της μακροαγγειοπάθειας με το βαθμό της

γλυκαιμίας. Η συσχέτιση της συχνότητας της μικροαγγειοπάθειας με το βαθμό της γλυκαιμίας, παρουσιάζεται όχι ως γραμμική, αλλά ως καμπύλη με τη μορφή υπερβολής.

Η συσχέτιση της συχνότητας της μακροαγγειοπάθειας (συχνότητα ΚΑΝ) και τιμών HbA1c παρατηρείται ήδη με την εμφάνιση περιπτώσεων ΚΑΝ στις υψηλές, αλλά εντός των φυσιολογικών ορίων, τιμές HbA1c. Η συχνότητα εμφάνισης ΚΑΝ αυξάνει επί IFG, ακόμα περισσότερο επί IGT και καθίσταται εξαιρετικά υψηλή στα πλαίσια τιμών γλυκαιμίας ή HbA1c που παρουσιάζονται επί ΣΔ, με το μέγιστο ρυθμό αύξησης να εμφανίζεται μεταξύ των τιμών HbA1c 6.5-8.5%

Η υπεργλυκαιμία συνδέεται παθογενετικά με τις επιπλοκές του Σ.Δ. μέσω διαταραχών των μεταβολικών οδών των πολυολών, της εξοζαμίνης, της αυξημένης παραγωγής και εναπόθεσης προϊόντων προκεχωρημένης γλυκοζυλίωσης (Advanced Glucosylation Endproducts-AGEs), της αυξημένης παραγωγής ελευθέρων ριζών οξυγόνου και της συνεπακόλουθης οξειδωτικής καταπόνησης (οξειδωτικού stress), που έχουν ιδιαίτερα δυσμενή επίδραση στο ενδοθήλιο των αγγείων.

Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι η πιο συχνή αιτία τύφλωσης στο δυτικό κόσμο, με την παραγωγική μορφή να εμφανίζεται συνολικά στο 25% περίπου των ασθενών με διαβήτη τύπου 1. Η εξέλιξη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας περνά από διάφορα στάδια, ξεκινώντας από πρώιμες μη παραγωγικές αλλαγές, τα μικροανευρύσματα και τις μικροαιμορραγίες. Αυτές οι αλλαγές εμφανίζονται στο 99% των διαβητικών ασθενών τύπου 1 μετά από 20 χρόνια νόσου. Η παραγωγική μορφή της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, που μπορεί να οδηγήσει σε υαλοειδικές αιμορραγίες και σε αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς, αποτελεί μαζί με το διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας επιπλοκές που απειλούν την όραση.

Ο προληπτικός έλεγχος της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας είναι και πρέπει να γίνεται νωρίς μετά από τη διάγνωση του διαβήτη και να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο.

Διαβητική νεφροπάθεια

Η διαβητική νεφροπάθεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου στο δυτικό κόσμο. Όμως, παρόλο που στο παρελθόν το ποσοστό των διαβητικών ασθενών που εξελίσσονταν σε νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου υπολογιζόταν σε 30-40%, η καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου και της αρτηριακής πίεσης τα τελευταία χρόνια επέτρεψε να μειωθεί το ποσοστό αυτό στο 8% μετά από 30 χρόνια νόσου.

Η εξέλιξη της διαβητικής νεφροπάθειας περνά από διάφορα στάδια. Στο πιο πρώιμο στάδιο εκδηλώνεται με σπειραματική υπερδιήθηση και, στη συνέχεια, με την παρουσία μικρολευκωματινουρίας, που ορίζεται ως απέκκριση λευκωματίνης πάνω από 30 mg/ημέρα αλλά κάτω από 300 mg/ημέρα. Το επόμενο στάδιο χαρακτηρίζεται από μακρολευκωματινουρία (απέκκριση λευκωματίνης πάνω από 300 mg/ημέρα) ή πρωτεϊνουρία (απέκκριση λευκωματίνης πάνω από 500 mg/ημέρα) και από προοδευτική μείωση της νεφρικής λειτουργίας.

Η παρουσία μικρολευκωματινουρίας θεωρείται ένδειξη αρχόμενης διαβητικής νεφροπάθειας και ενέχει προβλεπτική αξία όσον αφορά την εξέλιξη της διαβητικής νεφροπάθειας σε πιο προχωρημένα στάδια. Παρόλα αυτά, σε κάποιο ποσοστό ασθενών η μικρολευκωματινουρία μπορεί να υποστραφεί, ιδιαίτερα σε νέους ασθενείς και όταν ο μεταβολικός έλεγχος και ο έλεγχος των λιπιδίων και της αρτηριακής πίεσης βελτιώνεται. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος της διαβητικής νεφροπάθειας με ανίχνευση της μικρολευκωματινουρίας είναι επομένως χρήσιμος και πρέπει να γίνεται σε όλους τους διαβητικούς ασθενείς. Ένα θετικό αποτέλεσμα πρέπει να επιβεβαιώνεται και στη συνέχεια να συνοδεύεται από εντατικές μετρήσεις για την προστασία της νεφρικής λειτουργίας.

Διαβητική νευροπάθεια

Η διαβητική νευροπάθεια είναι ένας γενικός όρος που περιλαμβάνει πλήθος προσβολών του περιφερικού νευρικού συστήματος, που μπορεί να είναι εστιακές ή γενικευμένες. Οι εστιακές προσβολές περιλαμβάνουν τις συμπιεστικές νευροπάθειες, όπως το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα, τις ισχαιμικές νευροπάθειες, τις μεμονωμένες παραλύσεις εγκεφαλικών συζυγίων και τη διαβητική αμυοτροφία. Η πιο συνήθης γενικευμένη νευροπάθεια είναι η αισθητικοκινητική πολυνευροπάθεια, που αρχικά συνίσταται σε περιφερική νευροπάθεια αλλά συχνά προσβάλλει επίσης το αυτόνομο νευρικό σύστημα, με προβλήματα καρδιακά, γαστρικά (γαστροπάρεση), της ουροδόχου κύστης και της λειτουργίας της στύσης.

Μία από τις πιο σοβαρές συνέπειες της περιφερικής νευροπάθειας, είναι η εμφάνιση βλαβών στον άκρο πόδα, που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στον ακρωτηριασμό. Όπως ισχύει και για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και νεφροπάθεια, ο προληπτικός έλεγχος της διαβητικής νευροπάθειας είναι σημαντικός ώστε να αποφεύγονται οι πιο σοβαρές επιπλοκές.

Καρδιαγγειακή νόσος (KAN)

Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές είναι υπεύθυνες για το 70-75% της θνησιμότητας των διαβητικών ασθενών. Ο σχετικός κίνδυνος καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας του διαβητικού ασθενούς είναι περίπου 3-4 φορές υψηλότερος σε σχέση με εκείνον του μη διαβητικού, ανεξάρτητα από τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου. Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος αφορά το σύνολο των καρδιαγγειακών συμβαμάτων, από το έμφραγμα του μυοκαρδίου μέχρι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και την περιφερική αρτηριακή ανεπάρκεια.

Για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου δεν επαρκεί μόνο η προσαρμογή του τρόπου ζωής όσον αφορά το σωματικό βάρος, τη φυσική δραστηριότητα και το κάπνισμα. Χρειάζεται επίσης ένας άριστος έλεγχος του σακχάρου, της αρτηριακής πίεσης και των λιπιδίων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σήμερα, παρά την ύπαρξη θεραπειών πιο αποτελεσματικών από ότι στο παρελθόν, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα των διαβητικών ασθενών παραμένουν σημαντικά υψηλότερες από εκείνες των μη διαβητικών ατόμων. Το πρόβλημα έγκειται στο ότι οι θεραπευτικοί στόχοι είναι συχνά εξαιρετικά δύσκολο να επιτευχθούν.

Έτσι, ιδιαίτερες προσπάθειες πρέπει να καταβάλλονται στην κατεύθυνση της επάρκειας της θεραπείας, της παρακολούθησης του θεραπευτικού αποτελέσματος, μιας καλύτερης αντιμετώπισης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και κυρίως, στην όσο το δυνατό καλύτερη πρόληψη της παχυσαρκίας και του διαβήτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Συμμόρφωση των ασθενών

2.1 Ορισμός

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η συμμόρφωση ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής ακολουθεί τις συμβουλές ενός επαγγελματία υγείας, όσον αφορά στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή/και την αλλαγή του τρόπου ζωής του».

Η συμμόρφωση στη θεραπεία μπορεί να εκτιμηθεί ως το ποσοστό ή η αναλογία των ημερών σε μια συγκεκριμένη περίοδο για τις οποίες ο ασθενής έλαβε σωστά τη φαρμακευτική αγωγή του.

Η συμμόρφωση θεωρείται καλή όταν ξεπερνά το ποσοστό του 80%, από 20-79% θεωρείται μέτρια, ενώ σε ποσοστό μικρότερο του 20% θεωρείται κακή.

Σε έκθεση της το 2008, η Φαρμακευτική Ομάδα της Ευρώπης (Pharmaceutical Group of the European Union, PGEU) αναφέρει ότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό ασθενών με μέτρια και κακή συμμόρφωση στην αντιδιαβητική αγωγή, και επισημαίνει ότι συχνά οι επαγγελματίες υγείας υπερεκτιμούν τον βαθμό συμμόρφωσης (http://www.ephra.org/IMG/pdf/06.06.27E_PGEU_Policy_Statement_Pharmacists_Contribution_in_Diabetes_FINAL.pdf).

Ο τελικός θεραπευτικός στόχος επηρεάζεται από τη συμμόρφωση στην αντιδιαβητική αγωγή και αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την επίτευξη του. Συχνά όμως αυτή θεωρείται δεδομένη ή η συμβολή της υποτιμάται. Η κακή συμμόρφωση έχει αρνητικές συνέπειες για την κλινική αποτελεσματικότητα της θεραπείας και επιφέρει αύξηση του κόστους της ιατρικής περίθαλψης (Βουρλιωτάκη, Κεφαλογιάννης, 2013).

Επιπτώσεις από την έλλειψη συμμόρφωσης

Τα χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης στη συνιστώμενη φαρμακευτική αγωγή, αποτελούν σοβαρό πρόβλημα στην κλινική πράξη. Επιπρόσθετα, το αποτέλεσμα της αρνητικής κλινικής έκβασης, ως αποτέλεσμα χαμηλών επιπέδων συμμόρφωσης, έχει σημαντικό οικονομικό αντίκτυπο. Οι ετήσιες δαπάνες στις Ηνωμένες Πολιτείες για τις συνέπειες της έλλειψης συμμόρφωσης υπολογίζονται ότι φτάνουν στα εκατοντάδες δισεκατομμύρια δολάρια. Η μη συμμόρφωση επίσης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για

μια ποικιλία αρνητικών εκβάσεων που σχετίζονται με διάφορες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων 125.000 θανάτων κάθε χρόνο.

Η γνώση και η κατανόηση των διαφόρων τύπων μη-συμμόρφωσης που συναντώνται συνήθως στην κλινική πρακτική επιτρέπει την διαμόρφωση των στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους. Χαρακτηριστικά παραδείγματα μη συμμόρφωσης ασθενών αποτελούν η λήψη των προβλεπόμενων δόσεων με λάθος τρόπο ή την λάθος χρονική στιγμή, η αλλαγή της συχνότητας των δόσεων, η διακοπή λήψης της αγωγής νωρίτερα από τον προβλεπόμενο χρόνο ή διαλείμματα μεγάλης διάρκειας κατά τα οποία δεν λαμβάνεται η αγωγή, η αποφυγή επισκέψεων στο θεράποντα ιατρό, η συνειδητή ή ασυνείδητη μη τήρηση των συμβουλών του ιατρού και τέλος η μερική συμμόρφωση κατά την οποία ο ασθενής παραμένει συμμορφωμένος στην θεραπεία, μόνο για το άμεσο χρονικό διάστημα έπειτα από την επίσκεψη στον ιατρό του.

2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση

Τα αίτια της μειωμένης συμμόρφωσης μπορούν να χωριστούν σε πέντε κατηγορίες και παρουσιάζονται στον πίνακα 2.1 (Βουρλιωτάκη, Κεφαλογιάννης, 2013).

Πίνακας 4. Κατηγοριοποίηση των αιτιών μειωμένης συμμόρφωσης στην αντιδιαβητική αγωγή.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη μειωμένη συμμόρφωση	Παραδείγματα
Ο ασθενής	Φύλο Ηλικία Μορφωτικό επίπεδο
Η νόσος	Ασυμπτωματική νόσος Συννοσηρότητα ,πολυφαρμακία Κατάθλιψη
Η φαρμακευτική αγωγή	Είδος φαρμάκου Πολυπλοκότητα αγωγής Ανεπιθύμητες ενέργειες
Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	Οικογενειακό/κοινωνικό περιβάλλον Κόστος
Σύστημα υγείας	Συχνότητα επισκέψεων Σχέση ασθενούς/θεράποντος Προσβασιμότητα

Δημογραφικοί παράγοντες

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή είναι το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, οι προσωπικές πεποιθήσεις, το μορφωτικό επίπεδο. Όπως φαίνεται από τις έρευνες οι γυναίκες και τα άτομα σε μεγαλύτερες ηλικίες έχουν καλύτερη συμμόρφωση. Η συσχέτιση με την ηλικία (νεαρή ηλικία – μικρότερη συμμόρφωση) είναι ισχυρότερη για την ινσουλίνη.

Όσον αφορά στην εθνικότητα, στις ΗΠΑ στις περισσότερες μελέτες καταγράφεται μικρότερη συμμόρφωση σε μειονοτικές ομάδες όπως οι Αφροαμερικανοί ή οι μεξικανικής καταγωγής. Μια πιθανή αιτία αυτής της διαφοράς είναι όχι μόνο στο διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αυτών των μειονοτήτων, αλλά και η διαφορετική τους κουλτούρα. (Βουρλιωτάκη, Κεφαλογιάννης 2013)

Η συμμόρφωση των ασθενών διαμορφώνεται από τις προσωπικές πεποιθήσεις σχετικά με τα φάρμακα αλλά και από τις προσδοκίες των ασθενών (Καραμήτσος, 2009).

Ψυχολογικοί παράγοντες

Μέχρι τώρα δεν έχουν διευκρινιστεί οι μηχανισμοί που επιδρούν στην αστάθεια του διαβήτη. Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι για αυτή τη 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 με σκοπό να αδυνατήσουν ή επειδή ενοχλούνται από τη διαιτητική αγωγή.

Για να διευκρινιστούν οι ψυχογενείς παράγοντες που οδηγούν στην απορρύθμιση του διαβήτη θα πρέπει να διεξαχθεί μια ψυχοδιαγνωστική συνέντευξη. Μια τέτοια συνέντευξη η οποία θα πραγματοποιηθεί από ψυχολόγο ο οποίος θα ενημερωθεί για τυπικά προβλήματα του ατόμου και αν χρειαστεί θα αναζητήσει επιπρόσθετες πληροφορίες από το στενό οικογενειακό του κύκλο. Σκόπιμο θεωρείται ο επαγγελματίας υγείας να παρέχει στο άτομο μια ευρεία γνώση της παθογένειας του διαβήτη, της διάγνωσης της πρόληψης των επιλοκών και της διαχείρισης της ασθένειας. Επιπλέον, απαραίτητο είναι να επιδείξει στο άτομο τις τεχνικές δεξιότητες που απαιτούνται, όπως η τεχνική της ένεσης, τον έλεγχο της γλυκόζης του αίματος και η φροντίδα του ποδιού. Ο ψυχολόγος σε συνεργασία πάντα με τον επαγγελματία υγείας θα πρέπει να του εμφυσήσει ένα θετικό τρόπο σκέψης, να του δείξει τρόπους που θα τον κάνουν περισσότερο ευέλικτο στις στρεσογόνες καταστάσεις (Καραμήτσος 2009).

Άγχος.

Η αρνητική συναισθηματική διάθεση που προκαλεί ο διαβήτης στον πάσχοντα, σε συνδυασμό με τον παράγοντα της χρονιότητας της πάθησης και της δυσκολίας που ενέχει η αυτορύθμισή της, δημιουργεί παρατεταμένο στρες, με συνέπεια τεράστια ψυχολογική επιβάρυνση, με αποτέλεσμα να επηρεάσει σημαντικά, και μακροχρόνια, την ποιότητα ζωής τους. Η ανησυχία εντείνεται από τη στρεσογόνα φύση της ασθένειας και τις επιπτώσεις αυτής στην καθημερινότητα του ατόμου. Το στρες, συχνά, σχετίζεται με τη διαπίστωση ότι η ασθένεια είναι ανίατη και συνοδεύεται από πολλές δυσάρεστες κοινωνικές επιπτώσεις στη δουλειά, στη συζυγική ζωή και γενικά στην κοινωνική ζωή του ατόμου αλλά και με αξιόλογες αλλαγές στην καθημερινότητά του. Οι χρόνιες επιπλοκές της ασθένειας, όπως η νεφροπάθεια, η νευροπάθεια, το «διαβητικό πόδι» και άλλες, επιβαρύνουν το άτομο με επιπλέον άγχος (Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά, 2006).

Η προσαρμογή στις απαιτήσεις της ασθένειας, όπως η διατήρηση των επιπέδων της γλυκόζης στα φυσιολογικά επίπεδα, καθώς και η ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση των προγραμμάτων διαίτας και ινσουλινοθεραπείας, επιδρούν σε σημαντικό βαθμό στην ποιότητα της ζωής των ατόμων. Η αδυναμία της ρύθμισης των κλινικών παραμέτρων σχετικών με τον έλεγχο της πορείας της νόσου, πιθανόν να έχει αρνητικές συνέπειες σχετικά με την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμησή του. Επίσης αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων έχουν τα συχνά επεισόδια υπογλυκαιμίας. Οι ασθενείς που διακατέχονται από το φόβο ενός υπογλυκαιμικού επεισοδίου επηρεάζονται περισσότερο. Κάθε ασθενής πάντως, θα πρέπει να εξοικειωθεί με λόγω του γεγονότος ότι η διά βίου απειλή της υπογλυκαιμίας μπορεί να προκαλέσει χρόνιο στρες, κάθε ασθενής θα πρέπει να εξοικειωθεί με αυτήν.

Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, λόγω έλλειψης ινσουλίνης, η ποσότητα της ινσουλίνης δεν επαρκεί για να ανταπεξέλθει στην ενεργοποίηση του συστήματος στρες και στις ορμόνες που έχουν αντιινσουλινικές δράσεις, έτσι η γλυκόζη του αίματος ανεβαίνει. Συχνά το πρόβλημα μπορεί να αντισταθμιστεί μερικώς λόγω της ελάττωσης της όρεξης που συμβαίνει σε στρεσογόνες καταστάσεις. Αντιθέτως, όμως άνθρωποι παρουσιάζουν υπερφαγία κάτω από καταστάσεις στρες και μάλιστα προτιμούν τροφές όπως γλυκά ή παχυντικά σνακ, υψηλά σε υδατάνθρακες, γλυκόζη και λίπη.

Τα άτομα με διαβήτη θα πρέπει να μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα του στρες αλλά και τις συνέπειες που έχει η άνοδος των ορμονών του στρες στη ρύθμιση του σακχάρου. Συνεπώς, ο έλεγχος του στρες βοηθά πολλά άτομα με διαβήτη. Η εφαρμογή τεχνικών της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας μέσω της αλλαγής της

αναδόμησης της σκέψης και των καθημερινών τεχνικών, όπως η κοιλιακή ή διαφραγματική αναπνοή, ο περισπασμός με κάποια ευχάριστη ασχολία, η προσευχή ή ο διαλογισμός. Για να πραγματοποιηθούν οι παραπάνω μέθοδοι θα πρέπει τα άτομα να εκπαιδευτούν κατάλληλα και μέσω αυτών των τεχνικών το άτομο μπορεί να αποφορτιστεί από το άγχος και να διατηρήσει τα επίπεδα της γλυκόζης στα φυσιολογικά επίπεδα (Καραμήτσος, 2009).

Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στο σακχαρώδη διαβήτη, όπως και σε όλες τις χρόνιες ασθένειες. Δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη εάν η κατάθλιψη είναι περισσότερο συχνή στο διαβήτη από ότι σε άλλες χρόνιες ασθένειες. Έχει αποδειχθεί η εμφάνιση της κατάθλιψης στον ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη και είναι βιβλιογραφικά τεκμηριωμένο το γεγονός ότι εμφανίζεται σε διπλάσια αναλογία από ότι στο γενικό πληθυσμό.

Οι ασθενείς με ΣΔ παρουσιάζουν κατάθλιψη συχνότερα από τον γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα της μείζονος κατάθλιψης υπολογίζεται στο 15-20% στους διαβητικούς έναντι 2-9% στον γενικό πληθυσμό. Σχετικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η εμφάνιση της μειώνει τη συμμόρφωση. Η επίδρασή της φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στους άνδρες (Βουρλιωτάκη & Κεφαλογιάννης 2013).

Πάντως, όχι μόνο η μείζων αλλά και η υποκλινική κατάθλιψη φαίνεται να ελαττώνει μέχρι κάποιο βαθμό τη συμμόρφωση στα αντιδιαβητικά φάρμακα.

Η πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης είναι συχνότερη στα άτομα με φτωχό γλυκαιμικό έλεγχο, σε αυτούς που έχουν εμφανίσει τα πρώτα συμπτώματα των επιπλοκών της νόσου και σε αυτούς που παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης της νόσου.

Σημαντική συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει μεταξύ των συμπτωμάτων κατάθλιψης με την αντίληψη και την εκτίμηση για την υγεία τους, την ποιότητα ζωής τους, την αυτοφροντίδα και τον γλυκαιμικό έλεγχο. Μάλιστα για τα παιδιά η έναρξη της ασθένειας στη ζωή τους αποτελεί ένα τραυματικό γεγονός, αλλά και σημείο αναφοράς. Το παιδί αναφέρεται χρονολογικά στο «πριν» και στο «μετά» του διαβήτη με νοσταλγία για το «πριν» διάστημα και μελαγχολία για το «μετά». Η αίσθηση ότι η πάθηση είναι επικίνδυνη σε συνδυασμό με το γεγονός ότι δεν επιδέχεται οριστική θεραπεία, αποτελούν έναν ισχυρό ενισχυτικό παράγοντα για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Επιπλέον η ιδέα ότι ο

διαβήτη παρεμβαίνει στις επιθυμίες, τις προσδοκίες και τις ενασχολήσεις τους, αποτελεί ένα στοιχείο που λειτουργεί σαν παράγοντας πρόβλεψης στην ανάπτυξη της κατάθλιψης στα άτομα. Η απειλή η οποία σχετίζεται με την ψυχολογική επίδραση του διαβήτη στην αυτοπεποίθηση, την ευτυχία, ή την ικανοποίηση από τη ζωή αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της κατάθλιψης που μπορεί να εμφανίσουν τα άτομα με διαβήτη.

Η σχέση των γονιών με το διαβήτη του παιδιού αλλά και η σχέση τους με το παιδί παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, σε μια ανώριμη συμπεριφορά ως προς την αντιμετώπιση του διαβήτη από τους γονείς δημιουργεί στο παιδί ανασφαλή συναισθήματα. Η παιδική κατάθλιψη διαφέρει από την κατάθλιψη ενός εφήβου ή ενός νεαρού ενήλικα ως προς τη μορφή και τη βαρύτητα.

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή, η οποία είναι δύσκολο να θεραπευθεί από μόνη της, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει και μια σωματική διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα στο διαβήτη η κατάθλιψη μπορεί να επιδράσει αρνητικά στη συμμόρφωση προς τη θεραπεία, χειροτερεύοντας το μεταβολικό έλεγχο. Μάλιστα, έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται άμεσα με τα επεισόδια υπεργλυκαιμίας, καθώς και με την εμφάνιση των αγγειακών παθήσεων. Επιπλέον, χαρακτηριστική είναι η επίδραση που έχει στην κοινωνικότητα του ατόμου, αφού παρατηρείται ελάττωση των κοινωνικών συναναστροφών.

Έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ ψυχολογικών και σωματικών καταστάσεων. Για παράδειγμα, η ανεπαρκής θεραπεία σε κάποιο άτομο με κατάθλιψη αυξάνει τη μεταβολική ανισορροπία, με αποτέλεσμα να χειροτερεύει η γενική σωματική κατάσταση του ατόμου, να επιταχύνεται η ανάπτυξη χρόνιων επιπλοκών και να προκαλείται η ανάγκη νοσηλείας στο νοσοκομείο εξαιτίας ενός υπογλυκαιμικού ή υπεργλυκαιμικού επεισοδίου. Με την παραπάνω διαδικασία υπάρχει αύξηση των επιπέδων του στρες και αναπόφευκτα εμφάνιση επιπλοκών.

Εάν παρόλα τα παραπάνω υπάρχει και αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του καταθλιπτικού ασθενούς και των υπηρεσιών υγείας, θα επηρεαστεί αρνητικά το άτομο, με αποτέλεσμα να υπάρχει μια χειροτέρευση της σωματικής του κατάστασης, ανάπτυξης των αισθημάτων ανικανότητας, απελπισίας και της απώλειας εμπιστοσύνης στους επαγγελματίες υγείας.

Η ψυχοθεραπεία και η χρήση ψυχοφαρμάκων μπορεί να ανακουφίσει τους ασθενείς, να βελτιώσει σημαντικά την ευεξία του, να επαναφέρει την ομαλή κατάσταση του ύπνου και των διατροφικών συνηθειών, τα οποία έχουν ιδιαίτερη σημασία στον σακχαρώδη διαβήτη, να βελτιώσει τη φυσική του κατάσταση και τη συμμόρφωση προς τη

θεραπεία. Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι να αποδεχθεί το παιδί την ιδιαιτερότητα του και τη διαφορετικότητα του σχετικά με τους συνανθρώπους του.

Κοινωνικοί παράγοντες

Το κόστος της θεραπείας φαίνεται να διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη συμμόρφωση, και φαίνεται να είναι από τους πιο σημαντικούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Το κόστος της θεραπείας είναι ένα γεγονός που παρατηρείται και σε άλλες χρόνιες παθήσεις όπως η αρτηριακή υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία.

Σε μια μελέτη στις Η.Π.Α. με 1.132 ασθενείς, η συμμόρφωση ήταν περίπου 89% όταν ο ασθενής έπρεπε να πληρώσει λιγότερο από 10 δολάρια, ενώ, όταν η οικονομική του επιβάρυνση ξεπερνούσε το προαναφερθέν ποσό, η συμμόρφωση μειωνόταν στο 77%.

Από μια ελληνική μελέτη του 2011 αποδείχθηκε ότι η κατάργηση της συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος των αντιδιαβητικών δισκίων θα επέφερε αύξηση της συμμόρφωσης κατά 30,5%, καθώς και μείωση της HBA1c κατά 0,6%. Η σημασία της συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος της θεραπείας αποδεικνύεται από πλήθος άλλων μελετών και, όσο επιδεινώνεται η οικονομική κρίση, ο παράγοντας αυτός θα καθίσταται ολοένα και πιο σημαντικός για τη συμμόρφωση.

Παράγοντες που έχουν σχέση με την ασθένεια

Σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την ίδια τη νόσο, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι ο Σ.Δ., όταν δεν συνοδεύεται από σοβαρές επιπλοκές, είναι σχετικά ασυμπτωματική νόσος. Αυτό είναι δυνατό να οδηγήσει σε μείωση της συμμόρφωσης, καθώς οι ασθενείς μπορεί να μην θεωρούν απαραίτητη την αυστηρή τήρηση λήψης της φαρμακευτικής τους αγωγής.

Ακόμη, η πορεία της νόσου μπορεί να επηρεάζει τη συμμόρφωση. Τα επίπεδα της αρχικής (προ της έναρξης της αγωγής) γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HBA1c) σχετίζονται θετικά με μεγαλύτερη συμμόρφωση, δηλαδή οι ασθενείς με τον χειρότερο γλυκαιμικό έλεγχο κατά τη διάγνωση συμμορφώνονται καλύτερα με την αγωγή.

Τα άλλα συνωδά προβλήματα υγείας που έχουν οι διαβητικοί ασθενείς όπως υπερλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο, έχουν ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να χρειάζεται να λαμβάνουν μεγάλο αριθμό φαρμακευτικών δισκίων κάθε μέρα και αυτό συχνά αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη συμμόρφωση.

Από την άλλη πλευρά οι ασθενείς που ακολουθούν αγωγή για πολλαπλά προβλήματα υγείας μπορεί να δείχνουν μεγαλύτερη συμμόρφωση, καθώς έχουν αποδεχτεί την ιδέα της «πολυφαρμακίας». Η πολυφαρμακία είναι ένας παράγοντας που δεν είναι απόλυτα εξακριβωμένος όσον αφορά στη σημασία της για τη συμμόρφωση.

Η ίδια η αντιδιαβητική αγωγή φαίνεται να συμβάλλει στη συμμόρφωση. Συγκεκριμένα, σε κάποιες μελέτες το είδος του αντιδιαβητικού φαρμάκου φαίνεται να σχετίζεται με τον βαθμό συμμόρφωσης. Σε άλλη μελέτη αποδεικνύεται ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν μετφορμίνη δείχνουν μια τάση να συμμορφώνονται καλύτερα στην αγωγή σε σχέση με τη λήψη σουλφονουριών. Σε ελληνική μελέτη του Καραμήτσου και συνεργατών δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στη συμμόρφωση λήψης σουλφονουριών και διγουανιδών. Ακόμη, έχει αναφερθεί ότι η συμμόρφωση στα αντιδιαβητικά φάρμακα μειώνεται όσο αυξάνεται η συχνότητα της λήψης τους στη διάρκεια της ημέρας και οι περισσότεροι ασθενείς που λαμβάνουν ινσουλίνη επιθυμούν να μειώσουν τον αριθμό των ενέσεων.

Ειδικά για την ινσουλίνη, παράγοντες όπως ο φόβος και ο πόνος των ενέσεων, η ανάγκη επαναπρογραμματισμού και πιστής τήρησης πολλών συνηθειών (π.χ. ώρες γευμάτων και άσκησης, κοινωνικές δραστηριότητες), το αίσθημα αμηχανίας και η δυσκολία διενέργειας των ενέσεων λόγω συνυπαρχόντων προβλημάτων υγείας (π.χ. προβλήματα όρασης) παίζουν σημαντικό ρόλο στην παράλειψη δόσεων ή υποδοσολογία.

Άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη συμμόρφωση είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιδιαβητικών δισκίων. Παρενέργειες όπως γαστρεντερικές διαταραχές, αύξηση σωματικού βάρους, κεφαλαλγία, κατακράτηση υγρών, υπογλυκαιμίες μειώνουν τη συμμόρφωση, ειδικά αν συνυπάρχουν. Άλλοι παράγοντες όπως ο φόβος της υπογλυκαιμίας αποτελεί ιδιαίτερα ισχυρό παράγοντα για υποθεραπεία με ινσουλίνη, όπως και η ανησυχία για αύξηση του σωματικού βάρους, ιδιαίτερα σε νεαρά κορίτσια με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Βουρλιωτάκη, Κεφαλογιάννης, 2013).

Παράγοντες που έχουν σχέση με το ιατρικό προσωπικό και το σύστημα υγείας

Τέλος, παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα υγείας επηρεάζουν επίσης τη συμμόρφωση. Οι ασθενείς που τηρούν το χρονοδιάγραμμα της παρακολούθησής τους δείχνουν να ακολουθούν πιο αυστηρά τη φαρμακευτική τους αγωγή και επιτυγχάνουν καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση. Αυτό πιθανά αντανακλά την καλή επικοινωνία γιατρού - θεραπευτικής ομάδας και ασθενούς, την εντονότερη επιθυμία του ασθενούς να ελέγξει

επαρκώς την πάθησή του, την καλύτερη πληροφόρησή του αλλά και τη δυνατότητά του να έρχεται σε επαφή με το σύστημα υγείας.

Το σύστημα υγείας συνδέεται στενά και με το κόστος καθώς φαίνεται ότι η αύξηση της οικονομικής επιβάρυνσης του ασθενούς από την πάθησή του μειώνει τη συχνότητα επισκέψεων στον γιατρό του.

Σημαντικό ρόλο παίζει και το επίπεδο επικοινωνίας που επιτυγχάνεται ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας, δηλαδή τον γιατρό κυρίως και κατόπιν τον φαρμακοποιό. Η έλλειψη χρόνου σε κάθε επίσκεψη συχνά δεν επιτρέπει στον γιατρό να εξηγήσει στον ασθενή τη χρησιμότητα και το όφελος της αντιδιαβητικής αγωγής. Επίσης, στις επόμενες επισκέψεις μετά την αρχική συνταγογράφηση, η συμμόρφωση στην αγωγή συχνά θεωρείται δεδομένη και δεν ερωτάται ο ασθενής εάν λαμβάνει όλα τα φάρμακά του. Σ' ένα δεύτερο επίπεδο, η συμμόρφωση του ασθενούς δεν επιβεβαιώνεται ούτε από τον φαρμακοποιό (Βουρλιωτάκη & Κεφαλογιάννης Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά, 2013).

2.3. Τρόποι που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας για να πείσουν τους ασθενείς για τη συμμόρφωσή τους.

Διάφοροι τρόποι για αύξηση της συμμόρφωσης στην αντιδιαβητική θεραπεία, έχουν προταθεί μέχρι σήμερα. Σημαντικό ρόλο διακατέχει η επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και στον θεράποντα γιατρό. Κατά την επίσκεψη του ασθενούς στον γιατρό, πρέπει να αφιερώνεται ικανοποιητικός χρόνος στην ανάλυση της φαρμακευτικής αγωγής. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προσδιορίζουν τους στόχους της θεραπείας, να τονίζουν τα οφέλη που προκύπτουν από αυτήν και να πραγματοποιούν ενημέρωση για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Ο ασθενής πρέπει να νιώθει άνετα να εκφράσει τις απορίες και τις ανησυχίες του και ο γιατρός να είναι πρόθυμος να τις συζητήσει, ώστε στο τέλος ο ασθενής να είναι «συμμέτοχος» στη θεραπευτική απόφαση. Χρήσιμη επίσης είναι η συνταγογράφηση των φαρμάκων στην ίδια επίσκεψη και ιδιαίτερα η αναγραφή επαναλαμβανόμενης συνταγής. Όλα τα παραπάνω, βέβαια, προϋποθέτουν επάρκεια χρόνου, γεγονός που αρκετές φορές δεν είναι εύκολο στην καθημερινή κλινική πράξη.

Η διερεύνηση για παρουσία κατάθλιψης είναι κάτι το οποίο θα πραγματοποιείται κατά την επίσκεψη του ασθενούς. Είναι γεγονός ότι ακόμη και η μείζων κατάθλιψη δεν αναγνωρίζεται σε αρκετούς ασθενείς. Επίσης, είναι απαραίτητη η παραπομπή και θεραπεία όπου χρειάζεται. Υπολογίζεται μόνο το 6,7% περίπου βρίσκεται σε επαρκή ψυχοθεραπεία

και ότι μόνο το 1/3 των διαβητικών με κατάθλιψη λαμβάνει επαρκή αντικαταθλιπτική αγωγή. Η βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να βοηθήσει στη συμμόρφωση.

Τεχνικές αυτοβοήθειας πρέπει, να προτείνονται και να προωθούνται προς τον ασθενή π.χ., λήψη των φαρμάκων σε συγκεκριμένες ώρες ή με συγκεκριμένη δραστηριότητα, συσκευές υπενθύμισης κ.ά. Σχετικά με την ινσουλίνη, ο τρόπος χορήγησης φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη συμμόρφωση.

Ο φαρμακοποιός είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την συμμόρφωση του ασθενούς. Ο φαρμακοποιός συχνά είναι πιο προσβάσιμος από τον γιατρό (δεν χρειάζεται ραντεβού) και συνήθως πιο οικείος, καθώς συχνά ανήκει στον κοινωνικό ιστό του ασθενούς. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο, τουλάχιστον στην Ελλάδα, οι ασθενείς να ακολουθούν πιο εύκολα τη συμβουλή του φαρμακοποιού, παρά του γιατρού τους. Αυτό, όμως, μπορεί και να αποτελεί μειονέκτημα, όταν η υπερβολική οικειότητα με τον φαρμακοποιό οδηγεί σε παρεκκλίσεις από τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού.

Η σύγχρονη τεχνολογία με τη χρήση της κινητής τηλεφωνίας και του διαδικτύου θα μπορούσε πιθανόν να βοηθήσει στην καταγραφή και βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών. Αυτό βέβαια απαιτεί μεγάλη οργάνωση του συστήματος υγείας, κατάλληλη επιλογή των ασθενών, σχετικά μακρά δοκιμαστική περίοδο και φυσικά έχει κόστος.

Ένα χρήσιμο μέτρο μπορεί να αποτελέσει η διαδικτυακή σύνδεση των φαρμακείων με ειδικές συσκευές χορήγησης των δισκίων και ταυτόχρονη παρέμβαση με αποστολή μηνυμάτων (SMS) υπενθύμισης σε κινητό τηλέφωνο του ασθενούς. Η αποστολή SMS για υπενθύμιση είναι σχετικά απλή τεχνική. Υποσχόμενες επίσης τεχνολογίες, είναι οι παρεμβάσεις μέσω τηλεφώνου από επαγγελματίες υγείας. Αυτό, σε κάποιο βαθμό, θα μπορούσε να γίνει από τον οικογενειακό γιατρό.

Το κόστος είναι μια άλλη παράμετρος που δεν πρέπει να αγνοείται και κάθε προσπάθεια μείωσής του σίγουρα μπορεί να αποβεί ωφέλιμη σε σχέση με τη βελτίωση της συμμόρφωσης.

Η διάθεση περισσότερων δισκίων ανά συσκευασία μπορεί επίσης να αυξήσει τη συμμόρφωση, καθώς θα μειώσει την ανάγκη συχνής ανανέωσης της συνταγής, απαλλάσσοντας τον ασθενή από χρονοβόρες διαδικασίες. Ακόμη, η ανάπτυξη δισκίων που περιέχουν περισσότερες της μίας δραστικές ουσίες μπορεί να βελτιώσει τη συμμόρφωση, όμως υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με το μέγεθος των χαπιών, τις αλλεργικές αντιδράσεις,

τις ανεπιθύμητες ενέργειες, τη δυσχέρεια στην ευελιξία της δόσης και την ώρα χορήγησης στη διάρκεια της ημέρας (Ε.ΚΕ.ΔΙ., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Ποιότητα ζωής

3.1. Ορισμός

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη συνολική κατάσταση υγείας του ατόμου, την προσωπική και κοινωνική ευημερία, καθώς και την ικανοποίησή του από τη ζωή και αποτελεί μείγμα ποικίλων παραγόντων και αλληλεπιδράσεων.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1998) οι έννοιες ποιότητα ζωής, ευημερία, ευτυχία και ικανοποίηση από την ζωή αντανακλούν αυτό που ονομάζεται υγεία και ποιότητα ζωής γενικότερα. Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος με ευρύ περιεχόμενο, που περιλαμβάνει ποικίλες ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές διαστάσεις. Σύμφωνα με τον ορισμό του Π.Ο.Υ. ο βασικότερος τρόπος εκτίμησης της ποιότητας ζωής είναι η προσωπική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του.

Επομένως υπάρχουν κριτήρια αντικειμενικά (δείκτες σωματικής υγείας και λειτουργικότητας) αλλά και υποκειμενικά (ψυχολογικές και περιβαλλοντικές παράμετροι) που χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής κάθε ατόμου.

3.2. Διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Τις τελευταίες δεκαετίες η έννοια της ποιότητας ζωής έχει απασχολήσει τους ερευνητές στο χώρο της υγείας. Σήμερα η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και πραγματοποιείται εκτίμησή της ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και ασθενείς τελευταίου σταδίου.

Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών είναι εκτεταμένη λόγω του ότι αποτελεί μία από τις σπουδαιότερες μεταβολικές διαταραχές που εμφανίζεται σε μεγάλο αριθμό ατόμων.

Η ποιότητα ζωής είναι αδιαμφισβήτητα μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκείμενη έννοια η οποία δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί. Ο ορισμός της έχει

απασχολήσει τους αρχαίους φιλοσόφους. Εμφανίζεται για πρώτη φορά ως έννοια στα «Ηθικά Νικομάχεια» όπου ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) με τη λέξη *ευδαιμονία* προσπαθεί να αποδώσει το περιεχόμενο του όρου της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα ζωής σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους και ότι μεταβάλλεται ανάλογα με τις τρέχουσες συνθήκες ζωής του καθενός (Fayers και Machin, 2006).

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, ο όρος εμφανίζεται και πάλι, όπου με την οικονομική ανάπτυξη που σημειώθηκε, τη χρήση των καταναλωτών αγαθών και τη διακίνηση του χρήματος, καλλιεργήθηκε η προσδοκία της «ποιότητας ζωής». Το αποτέλεσμα αυτού ήταν η έννοια να ταυτιστεί με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, καθώς εξέφραζε την κατοχή κυρίως υλικών αγαθών και χρήματος. Στις επόμενες δεκαετίες το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται και συμπεριλαμβάνει την εκπαίδευση, την υγεία, τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση καθώς και την συναισθηματική και ψυχο-κοινωνική ισορροπία και ευεξία (Fayers και Machin, 2006).

Ο καθοριστικός ορισμός για την ποιότητα ζωής στην υγεία δόθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1948, ο οποίος έδωσε έμφαση σε τρεις διαστάσεις, στο πλαίσιο της ασθένειας, τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική, ξεκαθαρίζοντας το περιεχόμενο του όρου.

Σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής διότι η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών, των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών υγείας. Θεωρείται μια υποκειμενική έννοια. Θεωρητικά, η ποιότητα ζωής ορίζεται από την ελευθερία δράσης, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την ακεραιότητα και εκπλήρωση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών στην καθημερινή ζωή των ατόμων και τη διατήρηση της υγείας.

Γενικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται ότι είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων (υγεία, κοινωνία, οικονομική κατάσταση, περιβάλλον), που επηρεάζουν την ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών με τρόπους συχνά άγνωστους και ανεξερευνήτους.

3.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Η διεξαγωγή πολλών ερευνών ήταν το αποτέλεσμα του γεγονότος ότι η ποιότητα ζωής είναι πολυδιάστατη και οι οποίες έγιναν προκειμένου να διερευνηθούν και να ταξινομηθούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Τα μοντέλα που αναπτύχθηκαν ήταν

πολλά και ποικίλα ανάλογα με το βαθμό σπουδαιότητας που απέδιδαν σε διαφορετικούς παράγοντες. Έτσι, αναπτύχθηκαν τα μοντέλα που ακολουθούσαν την ιεραρχία των ανθρωπιστικών αναγκών, έδιναν προτεραιότητα στις βασικές ανάγκες. Τα κλασικά μοντέλα βασίζονται αποκλειστικά στην ψυχολογική ευεξία, στην ευτυχία, στην ικανοποίηση από τη ζωή, στις κοινωνικές προσδοκίες και πρότειναν ότι οι άνθρωποι έχουν φιλοδοξίες και προσδοκίες στη ζωή και ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί το μέτρο σύγκρισης της διαφοράς μεταξύ των ελπίδων και των προσδοκιών ενός ανθρώπου και της σύγχρονης εμπειρίας του.

Ο Flanagan, εντόπισε δεκαπέντε παράγοντες ποιότητας ζωής, τους οποίους και ταξινόμησε σε πέντε μεγάλες κατηγορίες:

1. σωματική και υλική ευημερία (οικονομική άνεση, ασφάλεια και υγεία)
2. σχέσεις με άλλους ανθρώπους
3. κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες (παροχή βοήθειας σε συνανθρώπους, συμμετοχή σε τοπικές και εθνικές δραστηριότητες)
4. προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση (πνευματική ανάπτυξη, προσωπική στοχοθεσία και αυτογνωσία, ενδιαφέρον για τη δουλειά, δημιουργικότητα και εμπειρία)
5. ελεύθερος χρόνος (κοινωνικοποίηση, δραστηριότητες αναψυχής)

Οι Fayers και Machin (2006) υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη σωματική, κοινωνική, υλική και ψυχολογική ευεξία του ατόμου. Για το λόγο αυτό, οι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο είναι ο γάμος, η οικογενειακή ζωή, η υγεία, η φιλία, η γειτονία, οι εργασίες στο σπίτι, η απασχόληση, η ζωή σε αστικό ή αγροτικό περιβάλλον, η στέγαση, η παιδεία, το βιοτικό επίπεδο, το επίπεδο μόρφωσης και η οικονομική άνεση. Αν οι παραπάνω τομείς βαίνουν καλώς, τότε τα επίπεδα ικανοποίησης των ατόμων από τη ζωή τους είναι υψηλά και, συνεπώς, και η ποιότητα ζωής.

Η ολοκληρωμένη θεωρία της ποιότητας ζωής σύμφωνα με τους Ventegodtetal (2003) στον δυτικό πολιτισμό περιλαμβάνει όλα εκείνα τα στοιχεία που κάνουν τον άνθρωπο ευτυχισμένο, ολοκληρωμένο και πλήρη στις ανάγκες του, να λειτουργεί ομαλά στο κοινωνικό σύνολο. Αυτές οι έννοιες μπορεί να χωριστούν σε τρεις διαφορετικές ομάδες, η κάθε μια από τις οποίες αφορά κάθε φορά μία άποψη της καλής ζωής:

1. Η υποκειμενική ποιότητα ζωής αφορά στο πόσο καλή ζωή αξιολογεί ότι το άτομο έχει, πώς βλέπει τα πράγματα, πώς είναι τα αισθήματά του και πώς ερμηνεύει σημασιολογικά τις διάφορες έννοιες. Εάν ένα άτομο είναι ικανοποιημένο με τη ζωή και ευτυχισμένο, αυτό αντικατοπτρίζεται στην υποκειμενική ποιότητα ζωής του.

2. Η υπαρξιακή ποιότητα ζωής σημαίνει πως το καλό της ζωής του ατόμου βρίσκεται σε ένα βαθύτερο επίπεδο. Το κάθε άτομο έχει μια βαθύτερη φύση η οποία πρέπει να είναι σεβαστή και το άτομο ζει σε αρμονία με αυτή. Το άτομο έχει και πνευματικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις που είναι μέσα στη φύση του ατόμου και συνήθως το άτομο ζει και μέσα από αυτές.
3. Η αντικειμενική ποιότητα ζωής αφορά στο πώς η ζωή του ατόμου γίνεται αντιληπτή από τον περίγυρο και επηρεάζεται από τον πολιτισμό στον οποίο ανήκει. Η κοινωνική θέση, τα κοινωνικά σύμβολα είναι αυτά που το εντάσσουν ως καλό μέλος του πολιτισμού.

Οι τρεις αυτές πτυχές της ποιότητας ζωής μπορούν να τοποθετηθούν σε ένα φάσμα που κυμαίνεται από το υποκειμενικό προς το αντικειμενικό.

Η ιστορική εποχή, τα βιώματα και το πολιτισμικό περιβάλλον επηρεάζει την έννοια της ποιότητας ζωής και διαμορφώνεται ανάλογα με την εποχή. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής και κάθε επιστήμη προσπαθεί να προσεγγίσει την έννοια από διαφορετική οπτική γωνία δίνοντας η καθεμιά τη δική της προσέγγιση. Οι επιστήμονες των διάφορων κλάδων εστιάζουν σε διαφορετικό αντικείμενο κάθε φορά στην προσπάθειά τους να ορίσουν το περιεχόμενο της έννοιας και να διαμορφώσουν τους ανάλογους δείκτες.

Αναλυτικότερα οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής είναι οι εξής:

1. Υγεία

Τα τελευταία 150 χρόνια, στον αναπτυγμένο κόσμο ως υγεία δε θεωρείται απλά η μη ύπαρξη ασθένειας και η ικανότητα εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων, αλλά η αίσθηση της ευτυχίας και της ευημερίας.

Γενικότερα υπάρχει μια τάση προς την κατεύθυνση να συμπεριλαμβάνονται περισσότερο οι θετικοί δείκτες της κατάστασης υγείας στον τομέα της έρευνας των καθοριστικών παραγόντων της κυρίως σε έρευνες που αφορούν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η Υγεία είναι ο παράγοντας που μετράει τη φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε το 1948 στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας(Π.Ο.Υ.) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται

μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α.

2. Φυσική δραστηριότητα

Οι άνθρωποι που ζουν με περιορισμούς για φυσική δραστηριότητα ίσως έχουν λιγότερες ευκαιρίες να είναι ικανοποιημένοι από τη ζωή και την εμπειρία της προσωπικής ευχαρίστησης, κάτι που μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους.

Η αποτελεσματική κοινωνική συμβίωση επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την έννοια της φυσικής δραστηριότητας η οποία είναι καθοριστική και αποτελεί το κλειδί της επιτυχίας . Η πολλαπλή συνεισφορά της φυσικής δραστηριότητας στην σωματική και πνευματική υγεία την καθιστά συμμετοχή στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Πρόσφατη έρευνα διαπίστωσε ότι η φυσική δραστηριότητα σχετίστηκε με μείωση του σωματικού πόνου σε ένα επιλεγμένο δείγμα ηλικιωμένων που δεν είχαν κάποια χρόνια ασθένεια και παρουσίαζαν απλά, είτε υψηλή είτε φυσιολογική αρτηριακή πίεση.

3. Σωματικοί παράγοντες

Η ποιότητα ζωής εξαρτάται από το Ο βαθμός λειτουργικότητας και το κατά πόσον είναι οι άνθρωποι ικανοί να φέρουν σε πέρας τις υποχρεώσεις τους επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Ακόμα και μετά από σοβαρές ασθένειες και τη χορήγηση της αναγκαίας θεραπείας, ο βαθμός λειτουργικότητας και η ποιότητα ζωής αλλάζουν σημαντικά. Οτιδήποτε μπορεί το ανθρώπινο σώμα να κάνει ή να εκτελέσει είναι ιδιαίτερα ευχάριστο και σημαντικό στον άνθρωπο. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι αγνοούν αυτήν την ικανότητα ή την παίρνουν ως δεδομένη. Όταν όμως γίνουν αισθητά μια αδυναμία ή κάποιος πόνος τότε δίνεται σημαντική βαρύτητα στα συμπτώματα που εμφανίζει το σώμα.

Ο πόνος είναι ένα κοινό πρόβλημα των ατόμων μεγάλης ηλικίας και ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Η εμπειρία του πόνου έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων γιατί μερικές φορές περιορίζει την ικανότητά τους να εργάζονται, να διατηρούν τις κοινωνικές τους σχέσεις και τους ρόλους τους εμποδίζοντας τους να ζήσουν μια παραγωγική ζωή.

Παρόλο που ο πόνος έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής, οι επαγγελματίες υγείας συχνά επικεντρώνονται μόνο στην ανακούφισή του, και δεν πραγματοποιούν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει την εξέταση όλων των τομέων της ζωής που επηρεάζονται από τον πόνο.

Για να πραγματοποιηθεί ολοκληρωμένη διαχείριση του πόνου είναι σημαντικό να γίνουν κατανοητά όχι μόνο τα χαρακτηριστικά του πόνου (π.χ. ένταση, πηγή), αλλά και η επίδραση στην ποιότητα ζωής - δηλαδή η ικανότητα των ατόμων να αναλάβουν και να απολαύσουν τις συνήθεις δραστηριότητές τους.

4. Ψυχολογικοί παράγοντες

Τα τελευταία χρόνια δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην κατεύθυνση της ψυχολογικής υγείας και σε ένα σύνολο παραδοχών σχετικών με: την υγεία, τα κίνητρα, τις δυνατότητες, την κοινωνική λειτουργία. Υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για τη διερεύνηση της ευτυχίας και άλλων θετικών συναισθημάτων. Αντί να συνεχιστεί η προσοχή και το ενδιαφέρον στις αρνητικές δυνάμεις της καθημερινότητας, οι ερευνητές προσπαθούν να κατανοήσουν το πώς μπορεί η ζωή να γίνει καλύτερη.

Η ικανοποίηση από τη ζωή, η ευτυχία, η υποκειμενική ευεξία και η ποιότητα ζωής φαίνεται εννοιολογικά να σχετίζονται. Η υποκειμενική ευεξία αντανακλά το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αισθάνονται ότι η ζωή τους πάει καλά. Η ικανοποίηση από τη ζωή αναφέρεται στους ανθρώπους και συγκεκριμένα στην παγκόσμια αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους και ορίζεται ως η γνωστική πτυχή της υποκειμενικής ευεξίας. Η ικανοποίηση από τη ζωή είναι μόνο ένας παράγοντας από την πιο γενική έννοια της υποκειμενικής ευημερίας/ευεξίας η οποία αποτελείται από τρία ξεχωριστά μέρη: την παρουσία των θετικών επιδράσεων, τη σχετική έλλειψη των αρνητικών επιδράσεων και την γνωστική υποκειμενική αξιολόγηση των συνθηκών ζωής. Αυτό το τρίτο μέρος ορίζεται ως η ικανοποίηση από τη ζωή η οποία όμως εκπορεύεται μέσα από τη γνωστική και όχι τη συναισθηματική εκτίμηση του ανθρώπου (Fayers & Machin, 2006).

Η υποκειμενική αξιολόγηση των ανθρώπων περιέχει τόσο την γνωστική αξιολόγηση όσο και τα θετικά και/ή αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να την επηρεάσουν. Τα θετικά και τα αρνητικά συναισθήματα είναι δύο ανεξάρτητες διαστάσεις. Η θετική διάσταση αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα άτομο έχει θετικές συναισθηματικές εμπειρίες όπως χαρά, ενδιαφέρον, εμπιστοσύνη και εγρήγορση. Η αρνητική διάσταση αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα άτομο έχει αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες όπως φόβο, λύπη, θυμό, ενοχή, περιφρόνηση και αηδία.

Παράλληλα παρατηρήθηκε και μια αύξηση των μελετών και για την ευτυχία. Η ευτυχία ορίζεται και ως ο μέσος βαθμός ικανοποίησης για μια συγκεκριμένη περίοδο κατά την οποία οι καταστάσεις επηρεάζονται από τη συχνότητα και το βαθμό θετικών επιδράσεων και τη σχετική απουσία αρνητικών συναισθημάτων.

Η ικανοποίηση από τη ζωή και η ευτυχία, ή καλλίτερα στιγμές ευτυχίας, σηματοδοτούν την υποκειμενική ποιότητα της ζωής. Στην υποκειμενική αντίληψη του τι είναι ποιότητα ζωής, σημαντικός παράγοντας πρόγνωσης είναι ο βαθμός αυτοεκτίμησης και η αίσθηση του αυτοελέγχου. Η ποιότητα ζωής σχετίζεται με τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και συγκεκριμένα ακόμα και σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε ότι η υψηλότερη αυτοεκτίμηση έχει ως αποτέλεσμα σχετικά καλύτερη ποιότητα ζωής. Όταν η αυτοεκτίμηση συσχετίστηκε με την ποιότητα ζωής διαπιστώθηκε ότι η υποβάθμιση της ποιότητας ζωής οδήγησε σε χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και αντίστροφα. Η θετική σκέψη και αντίληψη για τη ζωή σε συνδυασμό με υψηλή αυτοεκτίμηση φαίνεται να αποδίδουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

5. Κοινωνικοί παράγοντες

Η κοινωνική υποστήριξη, είναι ένας ευρύς όρος που περιλαμβάνει τους διαφορετικούς τρόπους που οι άνθρωποι συμπεριφέρονται στο κοινωνικό περιβάλλον. Το κοινωνικό περιβάλλον διακρίνεται κυρίως σε δύο μέτρα υποστήριξης :σε διαρθρωτικά και λειτουργικά. Τα διαρθρωτικά μέτρα που καθορίζουν την απλή ύπαρξη των κοινωνικών σχέσεων ενός ατόμου, όπως την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των φίλων, τη συχνότητα των επαφών με τους φίλους, τους προσωπικούς ρόλους του κάθε ατόμου, όπως φοιτητής, εργαζόμενος ,γονέας, παιδί κτλ.

Υπάρχουν επίσης μετρήσεις για την κοινωνική ολοκλήρωση που συνήθως είναι σύνθετοι δείκτες από μερικές από τις διαρθρωτικές μετρήσεις στήριξης. Η κοινωνική ολοκλήρωση συχνά περιλαμβάνει την οικογενειακή κατάσταση, την ιδιότητα μέλους εντός ενός οργανισμού, και τη συχνότητα των κοινωνικών επαφών. Τα λειτουργικά μέτρα είναι ποιοτικά μέτρα, αυτά που οι άνθρωποι σκέφτονται όταν μιλούν για κοινωνική στήριξη και διακρίνονται σε τρία επίπεδα: συναισθηματικό, υλικό και πληροφοριακό (Fayers & Machin, 2006).

- Το συναισθηματικό αναφέρεται στο κατά πόσο έχει κανείς τη διάθεση να ακούσει, να κατανοήσει, να φροντίσει, να διασφαλίσει, να δώσει αξία στον άλλον κτλ.
- Η υλική υποστήριξη αναφέρεται ως απτή βοήθεια, όπως η παροχή βοήθειας σε οικιακές εργασίες, δανεισμός χρημάτων, εκπλήρωση κάποιων εξωτερικών υποχρεώσεων κτλ.
- Τέλος η πληροφοριακή υποστήριξη περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών ή την καθοδήγηση.

Η κοινωνική υποστήριξη ως μέρος των κοινωνικών σχέσεων αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την ποιότητα ζωής σε όλη τη διάρκεια της ζωής αν και στις μεγάλες ηλικίες οι κοινωνικές σχέσεις και η υποστήριξη δεν παίζει αποκλειστικά το σπουδαιότερο ρόλο. Ένας σημαντικός παράγοντας, στο επίπεδο της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων φαίνεται να είναι το κοινωνικό δίκτυο μέσα στο οποίο θα αναπτυχθούν σχέσεις και ενδιαφέροντα.

Κατά γενική παραδοχή οι ευτυχισμένοι άνθρωποι έχουν ικανοποιητικές και πλούσιες σχέσεις και περνούν πολύ λίγο χρόνο μόνοι τους, σε σχέση με το μέσο όρο. Αντίθετα, οι δυστυχισμένοι άνθρωποι έχουν κοινωνικές σχέσεις που είναι πολύ χειρότερες από το μέσο όρο.

6. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Στη μελέτη της ποιότητας ζωής συχνά χρησιμοποιούνται θεωρίες που αναδεικνύουν την αλληλεπίδραση του ατόμου και του περιβάλλοντος αλλά και του τρόπου που τα διαφορετικά περιβάλλοντα αντιδρούν μεταξύ τους επηρεάζοντας τη συμπεριφορά του ατόμου. Τα διαφορετικά περιβάλλοντα με τα οποία αλληλεπιδρά ο άνθρωπος διακρίνονται στα (Fayers & Machin, 2006):

1. Το φυσικό, το οποίο αποτελείται από τον χερσαίο, θαλάσσιο και εναέριο χώρο καθώς και τη γλωρίδα, την πανίδα και τους φυσικούς πόρους που υπάρχουν σε αυτόν, και είναι το σύνολο των εξωτερικών συνθηκών, οι οποίες επηρεάζουν τη ζωή και την ανάπτυξη των οργανισμών.
2. Το κοινωνικό περιβάλλον που αποτελείται από την οικογένεια, το σχολείο, τον εργασιακό χώρο και το πολιτισμικό πλαίσιο, όπου κάθε άτομο ζει και κινείται, δρα και δημιουργεί. Το εργασιακό περιβάλλον αφορά στις συνθήκες εργασίας και παραγωγής, στην ποιότητα ζωής του εργαζόμενου κατά τις ελεύθερες ώρες του, καθώς στον τρόπο οργάνωσης του περιβάλλοντός του. Το οικογενειακό περιβάλλον περιλαμβάνει μια ομάδα ανθρώπων που ζουν κάτω από την ίδια στέγη και συνδέονται με δεσμούς αίματος.
3. Το δομημένο περιβάλλον το οποίο αφορά στην συγκέντρωση του πληθυσμού στα αστικά κέντρα.
4. Το πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο νοούνται τα ανθρωπογενή στοιχεία πολιτισμού και χαρακτηριστικά, όπως αυτά διαμορφώθηκαν από την παρέμβαση και τις σχέσεις του ανθρώπου με το φυσικό περιβάλλον, περιλαμβανομένων και

των ιστορικών χώρων και της καλλιτεχνικής και πολιτιστικής κληρονομιάς της χώρας.

5. Το οικονομικό περιβάλλον το οποίο είναι το σύνολο των ενεργειών του ανθρώπου που έχουν ως σκοπό την παραγωγή, την απόκτηση και τη συνετή χρήση υλικών αγαθών, τα οποία ικανοποιούν τις υλικές κυρίως ανάγκες του.
6. Το επικοινωνιακό περιβάλλον το οποίο κάθε άτομο έχει το ζωτικό του χώρο, δηλαδή ένα χώρο γύρω από το σώμα του, που τον θεωρεί προέκταση του σώματός του, την οικεία ζώνη, την προσωπική ζώνη, την κοινωνική ζώνη και την δημόσια ζώνη.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι το καλό οικολογικό περιβάλλον δεν συνεπάγεται και καλή ποιότητα ζωής. Το καλό οικολογικό περιβάλλον δεν καθορίζει την κοινωνική και την ηθική ποιότητα του ατόμου που το αποζητά. Το περιβάλλον που στοιχειοθετεί την ποιότητα ζωής είναι κάτι περισσότερο από το οικολογικό περιβάλλον.

3.4. Κλίμακες μέτρησης της ποιότητας ζωής

Ο στόχος των υπηρεσιών υγείας δεν είναι μόνο η θεραπεία της ασθένειας, η ανακούφιση από το σύμπτωμα, αλλά η βελτίωση του συνόλου της υγείας, η προαγωγή της και η εξασφάλιση ικανοποιητικής για το άτομο της ποιότητας ζωής. Ο γιατρός καλείται να βασίσει τις αποφάσεις του σε έννοιες όπως ο θάνατος, η ασθένεια, το σύμπτωμα, για τις οποίες έχει σαφή αντίληψη με κοινά αποδεκτούς όρους και εργαλεία μέτρησης. Μαζί με αυτές καλείται να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής, τις επιδράσεις που έχει η ασθένεια στον τρόπο ζωής, τη σωματική και ψυχολογική του κατάσταση, στην άσκηση των κοινωνικών ρόλων. Για να εκτιμηθούν τα παραπάνω με αντικειμενικά κριτήρια απαιτούνται δείκτες μέτρησης και σταθμισμένα κλίμακες μέτρησης.

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες, για να σχεδιαστούν και να σταθμιστούν πίνακες, κατάλογοι, ερωτηματολόγια, δείκτες βαθμολόγησης που στοχεύουν στην αποτύπωση διαφόρων πεδίων και διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Έχουν χρησιμοποιηθεί εργαλεία μέτρησης των λειτουργιών και δραστηριοτήτων για τις ψυχικές νόσους, κοινωνικής υποστήριξης, ικανοποίησης του ασθενούς από την έκβαση ενός συγκεκριμένου νοσήματος ή μιας παρέμβασης. Αλλά είναι πολυδιάστατα, αφορούν στη γενική κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής, χωρίς να αναφέρονται συγκεκριμένα νοσήματα (Παπαθανασίου και συν., 2005).

Πολλές φορές είναι απαραίτητο από μεθοδολογικής απόψεως η χρήση εργαλείων μέτρησης που περιλαμβάνουν αρκετές ερωτήσεις για κάθε διάσταση της ποιότητας ζωής. Επίσης, πολλές φορές κρίνεται σκόπιμο να χρησιμοποιηθούν περισσότερα του ενός οργάνου μέτρησης για να εκτιμηθεί μόνο μία διάσταση της ποιότητας ζωής που εστιάζονται σε διαφορετικές προσεγγίσεις. Η συσχέτιση των αποτελεσμάτων των μεθόδων, θα οδηγήσει σε μια αποτελεσματική μέτρηση. Άλλες πάλι φορές, η ακριβέστερη και πληρέστερη μέτρηση κάποιας διάστασης της ποιότητας ζωής επιτυγχάνεται με τη χρήση πολλαπλών ερωτήσεων που έχουν σαν σκοπό να εντοπίσουν τις όψεις της διάστασης που μελετάται. Άρα, αντιλαμβανόμαστε ότι η χρήση πολλαπλών μετρήσεων βελτιώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων αυτών.

Ειδικότερα, στις δεκαετίες του 1980 και του 1990, δημιουργήθηκαν αρκετά ερωτηματολόγια εκτίμησης της ποιότητας ζωής, ενώ παράλληλα τεκμηριώθηκαν οι ψυχομετρικές ιδιότητες των συγκεκριμένων κλιμάκων μέτρησης. Δεν παρατηρήθηκε, όμως, στον ίδιο βαθμό και στην ανάπτυξη θεωρητικών μοντέλων και εννοιολογικής προσέγγισης της ποιότητας ζωής, το οποίο μπορεί να εξηγήσει εν μέρει την έλλειψη συμφωνίας για έναν κοινά αποδεκτό ορισμό της.

Όπως προαναφέρθηκε η ποιότητα ζωής είναι μία πολυδιάστατη έννοια, η οποία αναφέρεται σε ατομικές, κοινωνικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους που μπορούν να καθορίσουν ουσιαστικά την ευημερία του ατόμου. Αναλυτικότερα, η σωματική και ψυχολογική υγεία, το επίπεδο της προσωπικής ανεξαρτησίας, οι κοινωνικές σχέσεις, οι προσωπικές αξίες και οι σχέσεις με το περιβάλλον αποτελούν ευρείες παραμέτρους που περιγράφουν την έννοια της ποιότητας ζωής. Επίσης, η οικογενειακή ζωή, η ικανοποίηση από την εργασία και τη ζωή γενικότερα, η εκπαίδευση, η ισότητα των φύλων, η οικονομική και πολιτική κατάσταση και το περιβάλλον θεωρούνται σημαντικές παράμετροι της ποιότητας ζωής του ατόμου.

Τα γενικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι κλίμακες μέτρησης της κατάστασης της υγείας (health status) ενός πληθυσμού. Περιλαμβάνουν ένα σύστημα περιγραφής της κατάστασης της υγείας και ένα σύστημα απόδοσης της αξίας. Οι πιο γνωστές κλίμακες μέτρησης είναι το Nottingham Health Profile (NHP), το Sickness Impact Profile (SIP) και το δημοφιλέστατο ερωτηματολόγιο SF-36 (Short Form Questionnaire-36) (Παπαθανασίου και συν, 2005).

Οι κλίμακες μέτρησης μπορούν να συγκρίνουν πληθυσμούς ασθενών με το γενικό πληθυσμό και πληθυσμούς ασθενών μεταξύ τους, δε δίνουν όμως στοιχεία για επιμέρους προβλήματα που αφορούν το κάθε νόσημα. Αποτελούνται από ερωτηματολόγια που

απαντώνται από τον υπό μελέτη πληθυσμό και αντίστοιχες κλίμακες αντιστοίχισης βαρών στις απαντήσεις. Η απάντηση των ερωτηματολογίων μπορεί να γίνει παρουσία ειδικού ο οποίος και κάνει τις ερωτήσεις, είτε από τον ασθενή μόνο του στο σπίτι, είτε τηλεφωνικά (Internet).

Nottingham Health Profile (NHP)

Το NHP δημιουργήθηκε από τους Hunt και McEwen το 1980, για να μετρηθούν τα αποτελέσματα των ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Πιο συγκεκριμένα μετρά τη συναισθηματική, κοινωνική και σωματική ενόχληση. Το ερωτηματολόγιο είναι αυτοσυμπληρούμενο και διαθέτει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα ως όργανο μέτρησης.

Αποτελείται από δύο μέρη.

- Στο πρώτο μέρος αναφέρονται 38 καταστάσεις, που ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες προβλημάτων: ενέργεια- ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος, κοινωνική απομόνωση, σωματική κίνηση.
- Το δεύτερο μέρος συνίσταται από επτά τομείς της καθημερινής ζωής: αμειβόμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, ασχολίες ελεύθερου χρόνου, ενδιαφέροντα.

Κάθε ερώτηση απαντάται με ένα ναι ή ένα όχι και με βάση έναν ειδικό συντελεστή βαρύτητας και για κάθε ερώτηση υπολογίζεται η τελική βαθμολογία. Συχνά εφαρμόζεται σε έρευνες τυπικού πληθυσμού για μια γενική αξιολόγηση της υγείας, και χρησιμοποιείται τόσο σε ιατρικά όσο και μη ιατρικά πλαίσια. Ένα από τα μειονεκτήματα του είναι ότι δίνει έμφαση σε σοβαρές καταστάσεις της ασθένειας, ενώ είναι ίσως λιγότερο ευαίσθητο στις μικρές, αλλά σημαντικές αλλαγές, και διαφορές της κατάστασης της υγείας. Επιπλέον, παρουσιάζει το μειονέκτημα ότι διερευνά μόνο τα προβλήματα υγείας, και δεν περιλαμβάνει τις θετικές διαστάσεις της υγείας.

Sickness Impact Profile (SIP)

Το SIP έχει δημιουργηθεί από τους Bergneretal το 1976 και αποτελεί ένα από τα πλέον γνωστά και συνηθέστερα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής. Είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης της αντίληψης της κατάστασης της υγείας, καθώς μετριέται η επίδραση της ασθένειας στη συμπεριφορά και τη λειτουργία ενός ατόμου.

Σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση νέων θεραπειών και για τη μέτρηση των επιπέδων υγείας στο γενικό πληθυσμό. Αποτελείται από 136 ερωτήσεις και για τη συμπλήρωση του απαιτούνται 20-30 λεπτά. Οι ερωτήσεις περιγράφουν καθημερινές δραστηριότητες, οι

ερωτώμενοι πρέπει να σημειώσουν τις δραστηριότητες που μπορούν να πραγματοποιήσουν και τις δηλώσεις με τις οποίες συμφωνούν. Μπορεί να συμπληρωθεί από τον ίδιο τον ασθενή ή από τον εξεταστή σε πλαίσιο συνέντευξης. Καλύπτει 12 κύριους τομείς δυσλειτουργικότητας. Γενικά, δίνει έμφαση στην επίδραση της ασθένειας πάνω στις δραστηριότητες και στη συμπεριφορά, και αξιολογεί ταυτόχρονα και την κοινωνική λειτουργικότητα, όχι όμως τα συναισθήματα ή τις αντιλήψεις.

Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36)

Το SF-36 που δημιουργήθηκε από τον Ware και τους συνεργάτες του το 1993, αξιολογεί τη γενική κατάσταση της υγείας, και θεωρείται ότι είναι ειδική για κάποιες ασθένειες ή θεραπείες. Οι 36 ερωτήσεις αφορούν 8 έννοιες της υγείας και δίνεται έμφαση στη σωματική, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα. Η σωματική υγεία χωρίζεται σε υποκλίμακες που μετρούν τη σωματική λειτουργικότητα (10 ερωτήματα), σωματικούς ρόλους (4), σωματικό πόνο (2ερωτήματα), και γενική υγεία (5ερωτήματα). Η ψυχική υγεία εμπεριέχει υποκλίμακες ενεργητικότητας (4ερωτήματα), κοινωνικής λειτουργικότητας (2), συναισθηματικών ρόλων (3), και νοητικής υγείας (5ερωτήματα).

Υπάρχει επιπλέον μια ερώτηση σχετική με την υγεία και μια ακόμη πιο γενική που αφορά την αντίληψη του εξεταζόμενου για την υγεία του. Οι περισσότερες ερωτήσεις αναφέρονται στις προηγούμενες τέσσερις εβδομάδες, ενώ κάποιες σχετίζονται με το παρόν. Οι ερωτήσεις που αφορούν στους σωματικούς ρόλους, απαντώνται με ένα ναι ή ένα όχι, ενώ κάποιες, όπως είναι τα ερωτήματα για τη σωματική λειτουργικότητα, είναι βαθμολογημένες σε τρίβαθμη κατηγορία (πολύ περιορισμένη, λίγο περιορισμένη, καθόλου περιορισμένη) και άλλες έχουν πέντε ή έξι κατηγορίες απαντήσεων. Είναι κατάλληλο για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης ή μέσω τηλεφώνου και για άτομα ηλικίας άνω των δεκατεσσάρων ετών.

Είναι ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης, που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της ποιότητα ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα των διάφορων ιατρικών πράξεων.

Λόγω του ότι η σωματική και ψυχολογική υγεία αποτελεί ένα μέρος του προσδιορισμού του επιπέδου ζωής ενός ατόμου, οι ερευνητές στις ιατρικές επιστήμες επινόησαν τον όρο «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής», που αφορά στην επικέντρωση στην αξιολόγηση της σωματικής και ψυχολογικής υγείας και κοινωνικής ευημερίας (Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.) (Παπαδόπουλος και συν., 2007).

Συγκεκριμένα, η «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.» είναι μία μέθοδος με την οποία εξετάζονται η επίδραση της νόσου, όπως ο διαβήτης και η υπέρταση, στη σωματική, ψυχολογική, και κοινωνική υγεία του ατόμου. Ωστόσο, και για τη «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.», δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός αλλά αντίθετα χαρακτηρίζεται ως ένας κλάδος της ποιότητας ζωής που εστιάζεται περισσότερο στην εκτίμηση της υγείας με την ευρύτερη έννοιά της.

Η αξιολόγηση της «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.» προσφέρει μία ολοκληρωμένη εικόνα των επιπτώσεων των νόσων στο άτομο, σε αντίθεση με τις φυσιολογικές και κλινικές εξετάσεις, που ανιχνεύουν συνήθως μόνο τα προβλήματα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η αξιολόγηση της «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.» σε έναν ασθενή μπορεί να αναδείξει την επίδραση της νόσου στη σωματική και ψυχοκοινωνική του υγεία, το οποίο δεν είναι δυνατόν να διερευνηθεί μόνο με την κλινική εξέταση. Η εκτίμηση της «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.» ολοκληρώνει την κλινική αξιολόγηση, προσθέτοντας το σημαντικό στοιχείο της υποκειμενικής εκτίμησης της σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας από τον ίδιο τον ασθενή. Επομένως, γίνεται κατανοητό ότι το ευρύ φάσμα των πληροφοριών για τη «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.» μπορεί να συμβάλει:

- a. στη γνώση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων των νόσων,
- b. στην κατανόηση των αιτιών για τις οποίες οι ασθενείς αντιδρούν διαφορετικά στην ίδια νόσο, καθώς
- c. στην ανάπτυξη κλινικών παρεμβάσεων και υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων των νόσων στην υγεία

Η εκτίμηση της «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.» πραγματοποιείται με ερωτηματολόγια αποτελούμενα από παραμέτρους υγείας, οι οποίες συνίστανται από κλίμακες όπως η σωματική λειτουργικότητα, η πνευματική υγεία και η ευημερία.

Ειδικότερα, τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης της «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.» διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Στα γενικά ερωτηματολόγια ανήκουν οι επισκοπήσεις υγείας, οι μετρήσεις αξιολόγησης των προτιμήσεων του ατόμου και οι αθροιστικές κλίμακες. Ωστόσο, για ορισμένους ερευνητές οι μετρήσεις αξιολόγησης των προτιμήσεων του ατόμου αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία ερωτηματολογίων της «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.».

Τα γενικά ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται σε όλες τις καταστάσεις και τις νόσους και προσδιορίζουν γενικά τη «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.». Οι γενικές επισκοπήσεις υγείας (όπως συχνά αναφέρονται) είναι γενικά ερωτηματολόγια που αξιολογούν μεγάλο αριθμό παραμέτρων υγείας και χρησιμοποιούνται για μετρήσεις στο γενικό πληθυσμό και για μεγάλο φάσμα προβλημάτων υγείας.

Τα κύρια πλεονεκτήματα των γενικών αυτών ερωτηματολογίων είναι:

- οι δυνατότητες σύγκρισης της «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.» μεταξύ ποικίλων ιατρικών καταστάσεων και μεταξύ διαφορετικών ομάδων πληθυσμού,
- η αξιολόγηση πολλών παραμέτρων υγείας
Ωστόσο, υπάρχουν και μειονεκτήματα, όπως:
- ο μικρός αριθμός ερωτήσεων που είναι σχετικές με ένα ορισμένο πρόβλημα υγείας
- η χαμηλότερη ευαισθησία σε αλλαγές που προκύπτουν από την εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης και από τον χρόνο.

Τα ειδικά ερωτηματολόγια αξιολόγησης της «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.» διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

1. *Ειδικά ερωτηματολόγια για μία συγκεκριμένη νόσο, όπως π.χ. το άσθμα. Τα ειδικά ερωτηματολόγια για μία νόσο είναι σχεδιασμένα για την αξιολόγηση των παραμέτρων της ποιότητας ζωής, που σχετίζονται με συγκεκριμένη νόσο ή πρόβλημα υγείας.*

Τα πλεονεκτήματα των ειδικών αυτών ερωτηματολογίων είναι:

- ύπαρξη κατάλληλων ερωτήσεων για τη μέτρηση της συγκεκριμένης νόσου
- η ύπαρξη ευαισθησίας για την ανίχνευση των αλλαγών που προκαλούνται από τον χρόνο ή από την εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης
- η υψηλότερη αποδοχή των ερωτηματολογίων από τους ασθενείς λόγω του ότι σχετίζονται με τις νόσους που αντιμετωπίζουν.

Τα μειονεκτήματα των ειδικών ερωτηματολογίων για συγκεκριμένη νόσο είναι:

- δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν άλλη νόσο
- δεν υπάρχει δυνατότητα να συγκριθεί η «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.» μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών

2. *Ειδικά ερωτηματολόγια για μία ορισμένη παράμετρο υγείας, όπως η ψυχολογική ευημερία. Είναι σχεδιασμένα να αξιολογούν έναν συγκεκριμένο παράγοντα, που αφορά στην υγεία του ατόμου, όπως η ψυχολογική ευημερία και ο πόνος.*

Τα πλεονεκτήματα των ειδικών αυτών ερωτηματολογίων είναι:

- η λεπτομερής αξιολόγηση της συγκεκριμένης παραμέτρου υγείας,
- η χρήση σε πληθυσμούς ασθενών
- η υψηλή ευαισθησία στην ανίχνευση αλλαγών

Τα μειονεκτήματα είναι:

- η έλλειψη προσδιορισμού άλλων παραμέτρων υγείας

- η έλλειψη δυνατότητας για σύγκριση της «Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ.» μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών.

3. *Ειδικά ερωτηματολόγια για ένα ορισμένο σημείο του σώματος.* Ειδικά ερωτηματολόγια έχουν αναπτυχθεί για να αξιολογήσουν προβλήματα υγείας σε ένα ορισμένο σημείο του σώματος, όπως το ισχίο και ο ώμος.

Τα πλεονεκτήματα των ειδικών αυτών ερωτηματολογίων είναι:

- η λεπτομερής εξέταση του προβλήματος υγείας στο συγκεκριμένο σημείο του σώματος
- η υψηλή ευαισθησία ανίχνευσης αλλαγών,

Το βασικό μειονέκτημα αποτελεί η πολύ συγκεκριμένη εξέταση κάποιας παραμέτρου, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να εξεταστούν ευρύτερες παράμετροι της υγείας και της ποιότητας ζωής.

4. *Εξατομικευμένα ερωτηματολόγια.* Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονται να επιλέξουν θέματα και παραμέτρους από τη ζωή, που κατά την άποψή τους αφορούν στην υγεία τους και δεν έχουν προκαθοριστεί από τον ερευνητή. Βρίσκονται ακόμη στα αρχικά στάδια ανάπτυξης.

Το κύριο πλεονέκτημα είναι η προσωπική επιλογή παραμέτρων από τους συμμετέχοντες, γεγονός που μειώνει το πρόβλημα των απαντήσεων σε προκαθορισμένες ερωτήσεις που σχετίζονται λιγότερο με τις ατομικές επιλογές.

Τα μειονεκτήματα είναι:

- η ύπαρξη καλά εκπαιδευμένων ερευνητών που μπορούν να πραγματοποιούν συνεντεύξεις,
- η δυσκολία παραγωγής συγκριτικών ή θεματικών ενοτήτων.

Ο προσδιορισμός των παραμέτρων της ποιότητας ζωής, που σχετίζονται με μία νόσο ή παράμετρο υγείας και η υψηλή ευαισθησία στις αλλαγές που προκύπτουν από την εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης και από τον χρόνο, αποτελούν τα πλεονεκτήματα των ειδικών αυτών ερωτηματολογίων.

3.5. Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης

Τα τελευταία χρόνια, η επιστημονική κοινότητα επικεντρώνεται στη μελέτη του τρόπου επίδρασης της συνολικής παθογένειας της νόσου στην ποιότητα ζωής των διαβητικών, με σκοπό το σχεδιασμό των κατάλληλων ενεργειών για τη βελτίωσή της. Έχουν αναπτυχθεί ειδικά εργαλεία εκτίμησης και αξιολόγησης της ποιότητας ζωής ή των παραμέτρων της σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2.

Τα ειδικά εργαλεία για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο διαβήτη αφορούν κατά κύριο λόγο, στη χρήση ερωτηματολογίων, παρότι συχνά, υπάρχουν προβλήματα που αφορούν στην τυποποίηση και στην ευαισθησία τους. Στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν έρευνες προσανατολισμένες προς την κατεύθυνση αυτή, οι οποίες χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγια διαφόρων ειδών, τόσο γενικά όσο και ειδικά, εννοιολογικά προσδιορισμένα προς τη συγκεκριμένη νόσο. Στον Ελλαδικό χώρο όμως, υπάρχει έλλειμμα σε αυτόν τον ερευνητικό τομέα. Επίσης, στην Ελλάδα, δεν έχει ποτέ δημιουργηθεί, ούτε έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί, κάποια ειδική κλίμακα μέτρησης της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με διαβήτη.

Η μελέτη των επιπτώσεων του διαβήτη έδειξε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με διαβήτη επηρεάζεται αρνητικά από τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που δε μπορούν να ελεγχθούν, όπως το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση, αλλά και από κλινικές παραμέτρους, όπως είναι η διάρκεια της νόσου και το είδος της θεραπείας.

Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, υπάρχει μια επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής των διαβητικών, σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις και δεν επιβαρύνεται μόνο η σωματική, αλλά και κατ' επέκταση η ψυχική υγεία, καθώς και η κοινωνική ζωή των πασχόντων. Οι διαταραχές, επίσης, της διάθεσης είναι συχνές σε άτομα που πάσχουν από χρόνια μεταβολικά νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και σε συνδυασμό με τον παράγοντα της χρονιότητας της πάθησης και της δυσκολίας που ενέχει η αυτορρύθμιση της, δημιουργείται παρατεταμένο στρες και τεράστια ψυχολογική επιβάρυνση, με αποτέλεσμα να επηρεαστεί σημαντικά και μακροχρόνια, η ποιότητα ζωής.

Σε έρευνα των Παπαδόπουλος και συν. (2007), διερευνήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Το συνολικό δείγμα ήταν 236 διαβητικοί ασθενείς (51,2% γυναίκες, μέση ηλικία δείγματος 69,9 έτη), της περιοχής ευθύνης ενός Κέντρου Υγείας στη Λέσβο. Πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης, με την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου εκτίμησης της ποιότητας ζωής (EQ-5D), και το ερωτηματολόγιο περιείχε κοινωνικά, δημογραφικά και

ανθρωπομετρικά στοιχεία. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης, στοιχεία από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών. Αν και τα αποτελέσματα της έρευνας δεν ήταν γενικεύσιμα για τον ελληνικό γενικό πληθυσμό των διαβητικών (η έρευνα διεξήχθη σε ένα ακριτικό νησί και το δείγμα ήταν κυρίως, αγροτικός πληθυσμός), έδειξαν ότι ο διαβήτης επιδρά στη ζωή των ασθενών, προκαλεί περιορισμούς στην προσωπική ζωή, αλλά κυρίως προκαλεί σοβαρές επιπλοκές. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης συμβαδίζοντας με αποτελέσματα άλλων ερευνών.

Οι διαβητικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν επαγγελματικές δυσκολίες και η εξασφάλιση ενός επαγγέλματος αποτελεί συχνά, ένα σοβαρό πρόβλημα. Υπάρχουν επαγγέλματα που για λόγους ασφαλείας θεωρούνται εξαρχής ακατάλληλα για τους διαβητικούς ασθενείς, όπως είναι οι ελεγκτές εναέριας κυκλοφορίας, οι οδηγοί μαζικών μέσων μεταφοράς, επόπτες, κτίστες που εργάζονται σε μεγάλο ύψος, οι δύτες και οι στρατιωτικοί, χειρουργοί και άλλα. Προβλήματα στην όραση εξαιτίας της αμφιβληστροειδοπάθειας μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα στην εξάσκηση επαγγελμάτων που απαιτούν εξαιρετική όραση. Μακροχρόνια προβλήματα όπως η διαβητική νεφροπάθεια και νευροπάθεια επιβαρύνουν τα πόδια των διαβητικών και στην περίπτωση ακρωτηριασμού η ικανότητα στην εργασία επηρεάζεται ακόμη περισσότερο και το πρόβλημα είναι πολύ σοβαρό.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) και άλλοι οργανισμοί υγείας, όπως η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία (American Diabetes Association) και η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Μελέτης του διαβήτη (European Association for the study of Diabetes), δίνουν πραγματική μάχη για την κατάργηση των διακρίσεων στην εργασία των διαβητικών ασθενών. Σύμφωνα επίσης, με τις συστάσεις της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας κάθε ασθενής με διαβήτη μπορεί να εργαστεί σε οποιαδήποτε δουλειά για την οποία έχει τα κατάλληλα προσόντα. Όταν υπάρχουν αμφιβολίες από την εργοδοσία σε ό, τι αφορά την ασφάλεια του εργαζόμενου πρέπει να γίνεται εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του υποψηφίου από ιατρό εργασίας με εμπειρία στο διαβήτη και στοιχεία από τον θεράποντα ιατρό του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Για την ασφάλεια του εργαζόμενου πρέπει να ελέγχονται οι μετρήσεις του ασθενούς, το ιστορικό επεισοδίων σοβαρής υπογλυκαιμίας και ανεπίγνωστης υπογλυκαιμίας και η παρουσία επιπλοκών από το διαβήτη.

Εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με το διαβήτη ποιότητα ζωής

The Diabetes Quality of Life Measure (D.Q.O.L.)

Το Diabetes Quality of Life Measure (D.Q.O.L.) είναι ένα εργαλείο που αναπτύχθηκε αρχικά για χρήση στο Diabetes Control and Complications Trials (D.C.C.T) στις αρχές της δεκαετίας του '80. Σχεδιασμένο για ασθενείς με διαβήτη τύπου I, αξιολογεί τη σχετική επιβάρυνση μιας εντατικοποιημένης αγωγής του διαβήτη.

Υπάρχουν 46 κεντρικά σημεία (10 επιπρόσθετα σημεία για τους εφήβους) και τέσσερις σημαντικές διαστάσεις: ικανοποίηση από τη θεραπεία, επίδραση της θεραπείας, ανησυχία για τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές, και ανησυχία για τα κοινωνικά/επαγγελματικά ζητήματα. Οι ασθενείς αποκρίνονται σε όλα τα στοιχεία σε μια πεντάβαθμη κλίμακα. Όταν ο βαθμός αξιολόγησης είναι 1, ο ασθενής δεν έχει καμία ανησυχία και είναι πάντα ικανοποιημένος. Όταν ο βαθμός αξιολόγησης είναι 5, ο ασθενής είναι ανήσυχος και ποτέ ικανοποιημένος.

Αυτό το εργαλείο παραμένει ένα ευρύτατα χρησιμοποιημένο όργανο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του διαβήτη. Έχει όμως πολλά μειονεκτήματα. Για παράδειγμα, πολλά από τα στοιχεία αναφέρονται στα γενικά ζητήματα της ποιότητας ζωής και δεν ειδικεύονται στο διαβήτη («πόσο ικανοποιημένος είστε από τις κοινωνικές σας σχέσεις και φίλιες;», «πόσο συχνά αισθάνεστε καλά με τον εαυτό σας;»). Εντούτοις, λαμβάνοντας υπόψη τα προβλήματα με το περιεχόμενο της κλίμακας, πολλοί ερευνητές εκφράζουν την αμφιβολία τους για την ευαισθησία του εργαλείου καθώς επίσης και για την ισχύ του ως μέτρο αξιολόγησης της σχετιζόμενης με το διαβήτη ποιότητα ζωής (Polonsky,2000).

The Diabetes-Specific Quality of Life Scale (D.S.Q.O.L.S)

Το Diabetes-Specific Quality of Life Scale (D.S.Q.O.L.S) είναι ένα εργαλείο με 64 στοιχεία, εκ των οποίων τα 10 εστιάζουν στους στόχους της θεραπείας και τα 44 στην αντιλαμβανόμενη επιβάρυνση του διαβήτη. Οι ερωτήσεις για τους στόχους της θεραπείας και της ικανοποίησης από αυτή δεν ικανοποιούν τα προτεινόμενα κριτήρια της ποιότητας ζωής του διαβήτη, αλλά αυτό καταφέρνει η τρίτη κατηγορία στοιχείων, η αντιλαμβανόμενη επιβάρυνση του διαβήτη. Αυτά τα στοιχεία περιέχονται σε έξι διαστάσεις: κοινωνικές σχέσεις, περιορισμός ελεύθερου χρόνου και ευελιξία, φυσικές ενοχλήσεις, ανησυχίες για το μέλλον, περιορισμός διατροφής και καθημερινοί αγώνες.

Η κλίμακα αναπτύχθηκε αρχικά στη Γερμανία και έχει χρησιμοποιηθεί σε πληθυσμούς με διαβήτη τύπου I. Έχει δείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, αλλά χρειάζεται κάποιες προσαρμογές (Polonsky, 2000).

The ATT-39

Το ATT-3926 είναι ένα από τα πρώτα εργαλεία που είχαν σκοπό την αξιολόγησή της ψυχολογικής προσαρμογής στο διαβήτη. Τα 39 στοιχεία περιλαμβάνουν μια σειρά από υποκειμενικές δηλώσεις που συνδέονται με την αντίληψη των ασθενών για το διαβήτη και τη φροντίδα του διαβήτη. Ένα αντιπροσωπευτικό στοιχείο είναι ότι «οι περισσότεροι άνθρωποι θα το έβρισκαν δύσκολο να προσαρμοστούν στο διαβήτη». Οι ασθενείς δείχνουν το βαθμό στον οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν για κάθε πρόταση κατά μήκος μιας 5βαθμης κλίμακας με αποτελέσματα που κυμαίνονται από 25 «διαφωνώ εντελώς» έως «συμφωνώ απολύτως». Υπάρχουν έξι υποκλίμακες:

1. stress διαβήτη
2. αντιμετώπιση
3. ενοχή
4. αλλοτρίωση/συνεργασία
5. πεποίθηση ασθένειας
6. ανεκτικότητα.

Μια αναθεωρημένη έκδοση, η ATT-1926, που έχει ολοκληρωθεί πρόσφατα και φαίνεται να περιλαμβάνει τον κεντρικό πυρήνα της ATT-39. Περιέχει έναν ενιαίο μεγάλο παράγοντα, ο οποίος έχει ονομαστεί «ολοκλήρωση διαβήτη». Ενώ και οι δύο κλίμακες επικαλύπτουν την έννοια της σχετιζόμενης με τον διαβήτη ποιότητα ζωής (ειδικότερα το συστατικό της ψυχολογικής ευημερίας), η εστίαση των κλιμάκων βρίσκεται στις σχετικές με το διαβήτη πεποιθήσεις υγείας, μια έννοια που διαφέρει από την ποιότητα ζωής (Polonsky, 2000).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΚΟΠΟΣ

Προκειμένου να γίνει η διατύπωση των τελικών σκοπών της έρευνας πραγματοποιήθηκε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων pubmed και google scholar για το χρονικό διάστημα 2005-2014. Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: «συμμόρφωση», «ποιότητα ζωής», «σακχαρώδης διαβήτης» καθώς και συνδυασμός αυτών.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε ένας μεγάλος αριθμός ερευνών που έχουν σχέση με τη συμμόρφωση. Κάποιες από αυτές εξετάζουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στη συμμόρφωση στη θεραπεία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II.

Οι Morowatisharifabadetal. το 2010, διερεύνησαν τους παράγοντες που συμβάλλουν στη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή σε 120 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Χρησιμοποίησαν τις κλίμακες Diabetes Locus of Control Scale και diabetes Self-care Activities. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση είναι το φύλο (οι άντρες συμμορφώνονται περισσότερο σε σχέση με τις γυναίκες), η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Το 2013 οι Miller & Di Matteo σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν με σκοπό να παρουσιάσουν την επίδραση της οικογενειακής συναισθηματικής υποστήριξης στη συμμόρφωση των ασθενών αναφέρουν μεταξύ των άλλων ότι οι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι τα οικονομικά προβλήματα, η δυσκολία στη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, η έλλειψη της κοινωνικής υποστήριξης, ενώ σημαντικά συνυπάρχοντα νοσήματα σχετίζονται με αυτήν.

Το 2014 δημοσιεύτηκε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ινδία, η οποία είχε σκοπό την εκτίμηση της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή, στην αυτοφροντίδα καθώς και τον προσδιορισμό των παραγόντων που συμβάλλουν στη συμμόρφωση. Μελέτησαν 150 ασθενείς και χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). Τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξαν ήταν ότι το 49,3% των ασθενών είχαν υψηλή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, το 22,7% πραγματοποιούσαν σωματική άσκηση για τουλάχιστον 30 λεπτά, τουλάχιστον 4 ημέρες την εβδομάδα. Περίπου το 67,3% των ασθενών ανέφεραν ότι τηρούσαν τη δίαιτα για τουλάχιστον 4 ημέρες. Οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τη συμμόρφωση είναι η ηλικία (<60 ετών), το μικρό χρονικό διάστημα από τη στιγμή της διάγνωσης (<1 έτος) καθώς και η ελάχιστη οικογενειακή υποστήριξη (Jimmyetal., 2014).

Την ίδια χρονιά (2014) δημοσιεύτηκε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους McAdam-Max και συνερ., οι οποίοι διερευνήσαν τη σχέση μεταξύ της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής και της συμμόρφωσης σε αυτήν, της μεταβολής του βάρους και του γλυκαιμικού ελέγχου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Μελέτησαν 166 ασθενείς τους οποίους εκτιμήθηκε η HbA1c, οι μεταβολές του βάρους καθώς και μία κλίμακα συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή με 5 προτάσεις (5-item Medication Adherence Rating Scale-MARS 5). Τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξαν ήταν ότι η απώλεια του βάρους, ο σωστός γλυκαιμικός έλεγχος σχετίζεται με τη συμμόρφωση των ασθενών.

Το ίδιο έτος οι Biennaetal πραγματοποιούν μια πιλοτική μελέτη που έχει σκοπό να διερευνήσει τη συμμόρφωση των ασθενών με διαβήτη τύπου II και να προσδιορίσει τους πιθανούς παράγοντες που την επηρεάζουν. Μελετήθηκαν 158 ασθενείς με επισκέψεις των ερευνητών στο σπίτι των ασθενών και χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που αφορούσε τις γνώσεις για τη φαρμακευτική αγωγή, τη λήψη πληροφοριών σχετικά με τις αιτίες συμμόρφωσης και τα δημογραφικά στοιχεία. Τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξαν ήταν ότι η κυριότερη αιτία για τη συμμόρφωση στη θεραπεία ήταν ότι ξεχνούσαν να πάρουν το χάπι, ενώ δεν βρέθηκε κάποια σχέση με τα χρόνια που μεσολάβησαν μετά τη διάγνωση αλλά και τον αριθμό των φαρμάκων.

Ένας άλλος αριθμός ερευνών ασχολείται με τη συμμόρφωση των ασθενών στην χορήγηση της ινσουλίνης (Farsaietal., 2014;Peyrotetal., 2012)

Το 2012 δημοσιεύθηκαν τα αποτελέσματα μιας πολυκεντρικής μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε σε 1530 ασθενείς στην Κίνα, Γαλλία, Ιαπωνία, Γερμανία, Ισπανία, Τουρκία, Αγγλία και ΗΠΑ. Βρέθηκε ότι οι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην παράλειψη της δόσης ή στην συμμόρφωση στην ινσουλινοθεραπεία είναι το φύλο, η ηλικία, ο τύπος του διαβήτη (πιο συχνός στο διαβήτη τύπου II), πιο συχνός στα άτομα με υπογλυκαιμία ενώ υπάρχουν δυσκολίες και στην εκτέλεση των ενέσεων, στους φραγμούς που δημιουργούνται λόγω αλλαγής του τρόπου ζωής (Peyrotetal., 2012)

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Farsaie και συνερ (2014) σε 507 ασθενείς διερευνήθηκε η συμμόρφωση στην ινσουλινοθεραπεία χρησιμοποιώντας την κλίμακα με τις οκτώ προτάσεις. Βρέθηκε ότι το 14,3% και το 28,8% των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και II αντίστοιχα είχαν χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης στην ινσουλινοθεραπεία. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν την κλίμακα με τις οκτώ προτάσεις Moriskey Medication Adherence Scale. Βρέθηκε ότι το 14,3% και το 28,8% των ασθενών

με διαβήτη τύπου I και II αντίστοιχα είχαν χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης στην ινσουλινοθεραπεία.

Η επίδραση της συμμόρφωσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών με διαβήτη τύπου II δεν φαίνεται να έχει μελετηθεί επαρκώς.

Το 1989 ανευρίσκεται μια έρευνα η οποία μελετά την επίδραση της συνεχούς έγχυσης της υποδόριας ινσουλίνης στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και προσδιορίζουν εάν υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που σχετίζονται με τη συνεχή έγχυση της υποδόριας ινσουλίνης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συνεχής έγχυση της ινσουλίνης επηρεάζει την πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων σε διαφορετικό βαθμό. Οι δραστηριότητες που πλήττονται περισσότερο είναι η σίτιση, η εργασία, το ταξίδι, ο ύπνος η εργασία και η άσκηση (Wolfetal., 1989)

Αρκετά χρόνια αργότερα (2008) οι Martinezetal διερευνούν τη σχέση μεταξύ της συμμόρφωσης και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με διαβήτη τύπου II. Η μέτρηση πραγματοποιήθηκε σε 238 ασθενείς. Η συμμόρφωση μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την άμεση μέθοδο μέτρησης των χαπιών. Επίσης η γνώση και η συμπεριφορά των ασθενών σχετικά με τη συμμόρφωση μετρήθηκε χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια με κλίμακες τύπου Likert. Η ποιότητα ζωής μετρήθηκε με τη WHOQOL-100. Τα αποτελέσματα τα οποία κατέληξε η έρευνα έδειξαν ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή. (Martinezetal., 2008).

Στη βιβλιογραφία ανευρίσκονται αρκετές έρευνες οι οποίες διερευνούν την επίδραση της υπογλυκαιμίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με διαβήτη τύπου II. (Lopezetal., 2014), τις επιδράσεις του διαβήτη στην ποιότητα ζωής (όπως στην εμφάνιση της κατάθλιψης, στη φυσική δραστηριότητα, και στη σεξουαλική δυσλειτουργία. (Pozzoetal., 2014).

Στην Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστες έρευνες που έχουν ασχοληθεί με τη συμμόρφωση των ασθενών. Το 2011 οι Ίντας και συνεργάτες, ανέπτυξαν ένα ειδικό εργαλείο μέτρησης της συμμόρφωσης στη θεραπεία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και έγινε έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας στον ελληνικό πληθυσμό. Βρέθηκε ότι το νέο ερωτηματολόγιο παρουσιάζει δομική εγκυρότητα διακριτική ικανότητα και ευαισθησία την αλλαγή. Το 2012 οι Intasetal., δημοσιεύουν τον έλεγχο του ερωτηματολογίου που δημιούργησαν σχετικά με τη συμμόρφωση (Intasetal., 2012)

Το 2011, οι Krepiaetal., διερεύνησαν τους παράγοντες που σχετίζονται με τη συμμόρφωση των ασθενών σε θέματα που αφορούσαν στην υγιεινή, στη διαίτα και τη φαρμακευτική αγωγή. Η έρευνα ήταν ποιοτική και πραγματοποιήθηκε με συνεντεύξεις σε

15 ασθενείς. Τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξαν ήταν ότι η παθητικότητα, η αδυναμία αποδοχής στην ασθένεια, η άγνοια σχετικά με την ασθένεια και τις επιπλοκές της, οι πτωχές σχέσεις μεταξύ γιατρού-ασθενή, το μη επαρκές υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον ή μη ύπαρξη γευστικών τροφών.

Συμπερασματικά από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η συμμόρφωση των ασθενών έχει μελετηθεί από αρκετούς ερευνητές, ενώ η επίδραση της συμμόρφωσης ή της μη συμμόρφωσης στην ποιότητα ζωής δεν έχει καλά μελετηθεί. Σύμφωνα με τις γνώσεις μας απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση του φαινομένου στην Ελληνική πραγματικότητα και ως εκ τούτου η μελέτη θα βοηθήσει στην ανάπτυξη των παρεμβάσεων που προλαμβάνουν τα προβλήματα συμμόρφωσης. Η βελτίωση του ελέγχου στην συμμόρφωση πιθανόν να οδηγήσει στην καλλίτερη εκπαίδευση των διαβητικών ασθενών, οι οποίοι θα πρέπει να έχουν έναν κεντρικό ρόλο στην θεραπεία τους. Από τα παραπάνω είναι φανερό η αναγκαιότητα της παρούσης μελέτης.

Οι σκοποί της παρούσης μελέτης είναι:

- α) η εκτίμηση της συμμόρφωσης στην θεραπευτική αγωγή των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II,
- β) η διερεύνηση των παραμέτρων που επηρεάζουν τη συμμόρφωση και
- γ) η επίδραση της συμμόρφωσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Δείγμα

Πρόκειται για περιγραφική μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας. Το δείγμα αποτέλεσαν 108 νοσηλευόμενοι ασθενείς της παθολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ καθώς και οι προσερχόμενοι στο παθολογικό εξωτερικό ιατρείο και στο διαβητολογικό εξωτερικό ιατρείο.

Πρόκειται για δείγμα ευκολίας ενώ η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο έως τον Ιούνιο 2014. Τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη αποτέλεσαν η ύπαρξη της νόσου, η ηλικία > 18 ετών, η γνώση της ελληνικής γλώσσας και η επιθυμία εθελοντικής συμμετοχής την έρευνα.

2.2 Εργαλεία μέτρησης

Το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε αποτελούνταν από δύο τμήματα: το πρώτο τμήμα περιείχε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και το δεύτερο αποτελούνταν από μία κλίμακα μέτρησης της συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία και την κλίμακα μέτρησης ποιότητας ζωής SF-36.

Το ερωτηματολόγιο που μετρούσε τη συμμόρφωση των ασθενών με διαβήτη τύπου ΙΙ αποτελούνταν από 38 ερωτήσεις οι οποίες ήταν κατανεμημένες στους εξής τομείς: φυσική-ψυχική υγεία, επικοινωνία ιατρού-ασθενή, προσωπική συμπεριφορά, συστάσεις για αυτοφροντίδα, συμμόρφωση με ιατρικές οδηγίες. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από μια ομάδα Ελλήνων ερευνητών οι οποίοι έλεγξαν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του σε δείγμα ασθενών (Ιντας και συνεργ., 2011, Intasetal., 2012). Βρέθηκε ότι η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ήταν 0,83 (Intasetal., 2012). Στην παρούσα έρευνα ο συντελεστής Cronbacha ήταν 0,821.

Η κλίμακα SF-36 είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης γενικής χρήσης για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς ανεξαρτήτως ηλικίας, ασθένειας ή θεραπείας (Ware 2000), τα τελευταία 20 χρόνια (Υφαντόπουλος και συν., 2001).

Η κλίμακα SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες γενικού πληθυσμού στις οποίες διαπιστώθηκε μεγάλο ποσοστό ανταπόκρισης (75-90%) καθώς και η εγκυρότητα (reliability) και η αξιοπιστία (validity, Cronbach $\alpha > 0,85$) του ερωτηματολογίου (Ware 2000, Υφαντόπουλος και συν. 2001). Στην Ελλάδα έχει πραγματοποιηθεί έλεγχος

εγκυρότητας και βρέθηκε ότι ο συντελεστής Cronbach α διακυμάνθηκε από 0,81 έως 0,93 ανά κλίμακα του SF-36 (Σαρρής 1999).

Οι 36 ερωτήσεις έχουν κωδικοποιηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να διαιρούνται σε 8 υποκλίμακες που αποτελούνται από 2 μέχρι 10 ερωτήσεις και είναι οι ακόλουθες:

Σωματική λειτουργικότητα (physical functioning PF), σωματικός ρόλος (role physical), σωματικός πόνος (bodily pain), γενική υγεία (general health), ζωτικότητα (vitality), κοινωνική λειτουργικότητα (social functioning), συναισθηματικός ρόλος (role emotional), ψυχική Υγεία (mental health) (Ware 2000, Υφαντόπουλος και συν., 2001)

Οι οχτώ αυτές κλίμακες εκφράζουν τη γενική κατάσταση υγείας του πληθυσμού, που διακρίνεται σε δύο διαστάσεις, την οργανική και ψυχική υγεία. Οι κλίμακες που συνιστούν την οργανική υγεία είναι η «σωματική λειτουργικότητα», ο «σωματικός ρόλος», ο «σωματικός πόνος», η «γενική υγεία» ενώ εκείνες που συνιστούν την ψυχική υγεία είναι η «ζωτικότητα», η «κοινωνική λειτουργικότητα», ο «συναισθηματικός ρόλος» και η «ψυχική υγεία» (Ware 2000).

Οι ερωτήσεις και οι υποκλίμακες της SF-36 βαθμολογούνται με τέτοιο τρόπο, ώστε ο υψηλότερος βαθμός να σημαίνει καλύτερη κατάσταση υγείας, καλύτερη λειτουργικότητα (σωματική ή κοινωνική), χωρίς πόνο κ.α., ανάλογα με την παράμετρο ή την διάσταση που μετρούν (Σαρρής 1999).

2.3 Διαδικασία Συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ειδικού ερωτηματολογίου. Για την διεξαγωγή της έρευνας ελήφθη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου καθώς και από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας. Η ερευνήτρια ήταν υπεύθυνη για τη συλλογή των δεδομένων, ενημέρωνε τους ασθενείς προφορικά σχετικά με τους σκοπούς της μελέτης και στη συνέχεια συμπλήρωνε με συνέντευξη το ερωτηματολόγιο το οποίο συνοδευόταν από επιστολή στην οποία αναφέρονταν πληροφορίες σχετικά με το σκοπό της μελέτης, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων, καθώς και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σήμαινε αποδοχή της συμμετοχής και πληροφορημένη συναίνεση, ενώ η διάρκεια συμπλήρωσής του δεν ξεπερνούσε τα 15 λεπτά. Η λήψη άδειας για τη διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο καθώς

και από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Νοσοκομείου. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 96%.

2.4 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες (Statistical Package of Social Sciences) SPSS 21.0.

Για τη στατιστική ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων καθώς και για την ανάλυση των ερωτήσεων και των κλιμάκων μέτρησης χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική.

Χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι γιατί αποβλέπουν σε ευρύτερα πεδία εφαρμογής λόγω του ότι οι κατανομές στις οποίες αναφέρονται είναι λιγότερο περιορισμένες από ότι στα αντίστοιχα παραμετρικά προβλήματα. Είναι εξίσου ισχυρές με τις αντίστοιχες παραμετρικές μεθόδους αλλά είναι περισσότερο ευσταθείς επειδή ακριβώς δεν επηρεάζονται από την μορφή της κατανομής των δεδομένων. Παρ' όλα αυτά, οι μη παραμετρικές μέθοδοι συχνά είναι σχεδόν το ίδιο αποτελεσματικές όπως οι παραμετρικές μέθοδοι οι οποίες κάνουν αυστηρές υποθέσεις για τον πληθυσμό από τον οποίο προέρχονται τα δεδομένα. Επίσης ένα άλλο πλεονέκτημα των μη παραμετρικών μεθόδων είναι ότι μπορούν να εφαρμοστούν σε δεδομένα που είναι ταξινομημένα σε κατηγορίες (κατηγορικά δεδομένα) ενώ οι παραμετρικές μέθοδοι προϋποθέτουν ακριβείς μετρήσεις. Τέλος είναι κατάλληλες για μικρά δείγματα όπως στην περίπτωση μας.

Ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov έδειξε ότι το δείγμα μας δεν ακολουθεί κανονική κατανομή.

Στην ανάλυση συσχέτισης χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman. Ο Spearman συχνά περιγράφεται ως «μη παραμετρικός». Αυτό έχει δύο έννοιες. Πρώτον, το γεγονός ότι μια τέλεια συσχέτιση Spearman προκύπτει όταν X και Y σχετίζονται με οποιαδήποτε μονότονη συνάρτηση, που μπορεί να αντιπαραβληθεί με τη συσχέτιση Pearson, η οποία δίνει μόνο μια τέλεια τιμή όταν X και Y σχετίζονται με μια γραμμική συνάρτηση. Η άλλη έννοια με την οποία ο συσχετισμός Spearman είναι μη παραμετρικός είναι ότι η ακριβής κατανομή της δειγματοληψίας του μπορεί να ληφθεί χωρίς να απαιτείται γνώση της κοινής κατανομής πιθανότητας της X και Y.

Ο Spearman μπορεί να πάρει τις εξής τιμές:

- 0,01-0,20 μικρή, αμελητέα συσχέτιση

- 0,21-0,40 χαμηλή, αν και διακριτή
- 0,41-0,71 μέτρια, ουσιαστική
- 0,71-0,90 υψηλή, έκδηλη
- 0,90-0,99 πολύ υψηλή, αξιόπιστη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

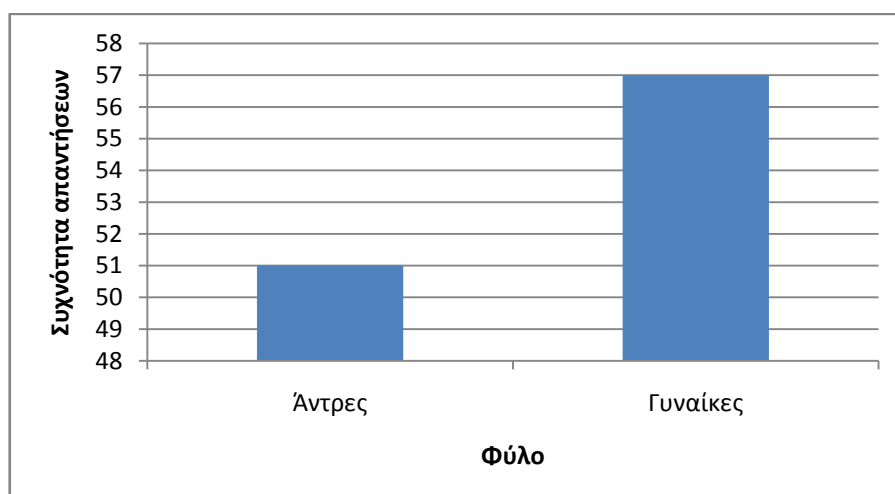
3.1. Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο

Στην έρευνα μας, συμπληρώθηκαν 108 ερωτηματολόγια. Τα 51 (ποσοστό 47,2%) συμπληρώθηκαν από άνδρες και τα 57 (52,8%) από γυναίκες.

Πίνακας 5. Κατανομή των δυο φύλων

Φύλο	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
Άνδρες	51	47,2
Γυναίκες	57	52,8
Σύνολο	108	100,0



Διάγραμμα 1. Κατανομή των δυο φύλων

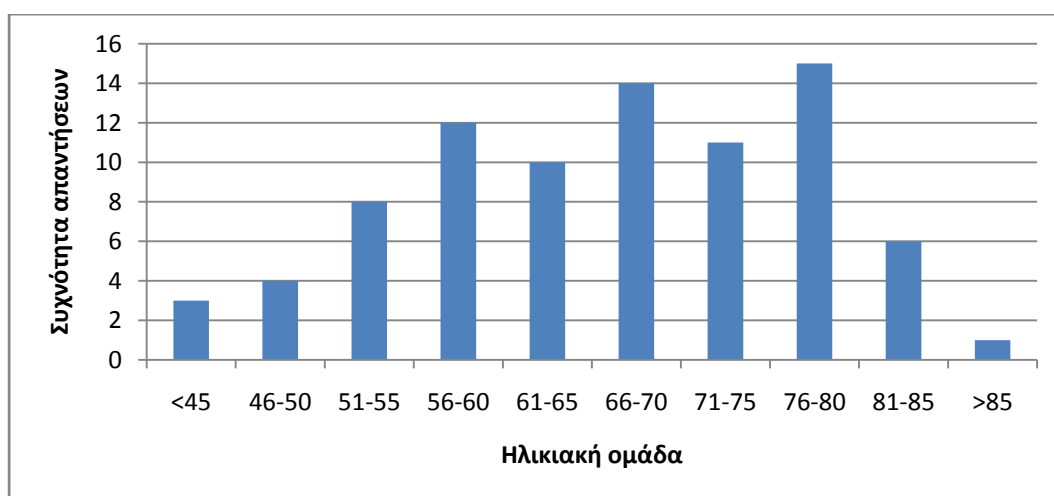
Ηλικία

Οι συμμετέχοντες είχαν την ηλικιακή κατανομή που φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα 6.

Πίνακας 6. Κατανομή ηλικιών

Ηλικία	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
<45	3	2.8
46-50	4	3.7
51-55	8	7.4
56-60	12	11.1
61-65	10	9.3
66-70	14	13.0
71-75	11	10.2
76-80	15	13.9
81-85	6	5.6
>85	1	0.9
κενά	24	22.2
Σύνολο	108	100.0
Μέσος όρος	66,7 έτη	
Τυπική απόκλιση	10,9	

Από την ομαδοποίηση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι ένας σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων (24 άτομα, ποσοστό 22,2%) δεν απάντησε στην ερώτηση αυτή. Η πλειοψηφία αυτών που απάντησαν είναι μεταξύ 76-80 ετών με ποσοστό 13,9%. Ακολουθούν οι 66-70 ετών με ποσοστό 13%, οι 56-60 με 11,1% και οι 71-75 με 10,2%. Μικρότερα είναι τα ποσοστά των υπολοίπων ομάδων και υπάρχει ένας ηλικίας 90 ετών. Η μέση τιμή της ηλικίας των ατόμων είναι 66,7±10,9 έτη.



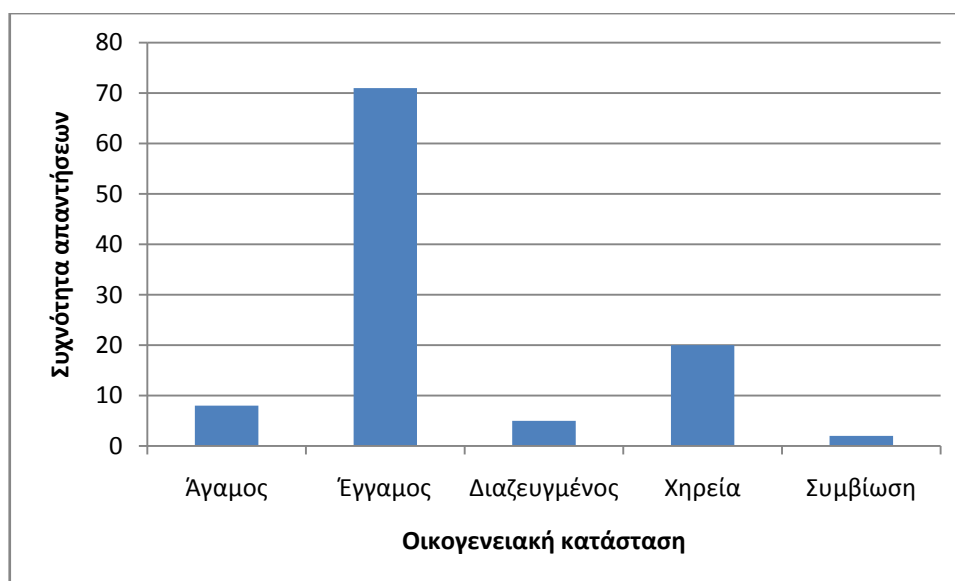
Διάγραμμα 2. Κατανομή ηλικιών

Οικογενειακή κατάσταση και διαμονή

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, η πλειοψηφία αυτών δηλαδή το 65,7% είναι έγγαμοι, το 18,5% σε χηρεία, το 7,4% άγαμοι, το 4,6% διαζευγμένοι και το 1,9% συμβιώνουν με άλλο πρόσωπο. Υπήρχαν και 2 άτομα (1,9%) που δεν απάντησαν στην ερώτηση.

Πίνακας 7. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
Άγαμος	8	7.4
Έγγαμος	71	65.7
Διαζευγμένος	5	4.6
Χηρεία	20	18.5
Συμβίωση	2	1.9
Κενά	2	1.9
Σύνολο	108	100



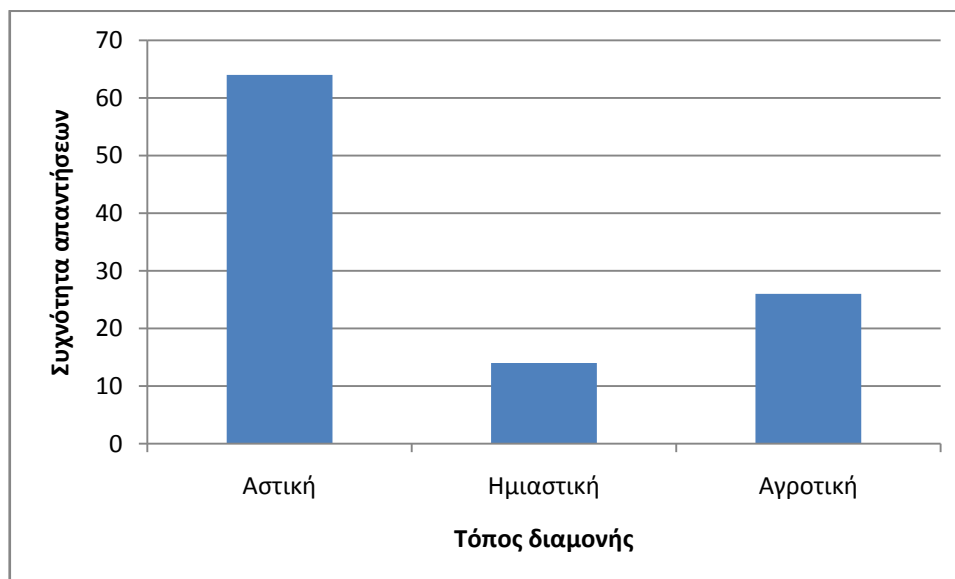
Διάγραμμα 3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

Από τους συμμετέχοντες οι 25 (ποσοστό 23,1%) απάντησαν ότι διαμένουν μόνοι, οι 80 (ποσοστό 74,1%) απάντησαν ότι δεν μένουν μόνοι τους και δεν απάντησαν 3 από αυτούς.

Σχετικά με την διαμονή τους οι 64 (59,3%) απάντησαν ότι διαμένουν σε αστική περιοχή, οι 26 (24,1%) σε αγροτική και οι 14 (13%) σε ημιαστική περιοχή. Τέσσερις συμμετέχοντες δεν απάντησαν τίποτε.

Πίνακας 8. Περιοχή κατοικίας

Περιοχή κατοικίας	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
Αστική	64	24.1
Ημιαστική	14	59.3
Αγροτική	26	13.0
κενά	4	3.7
Σύνολο	108	100.0



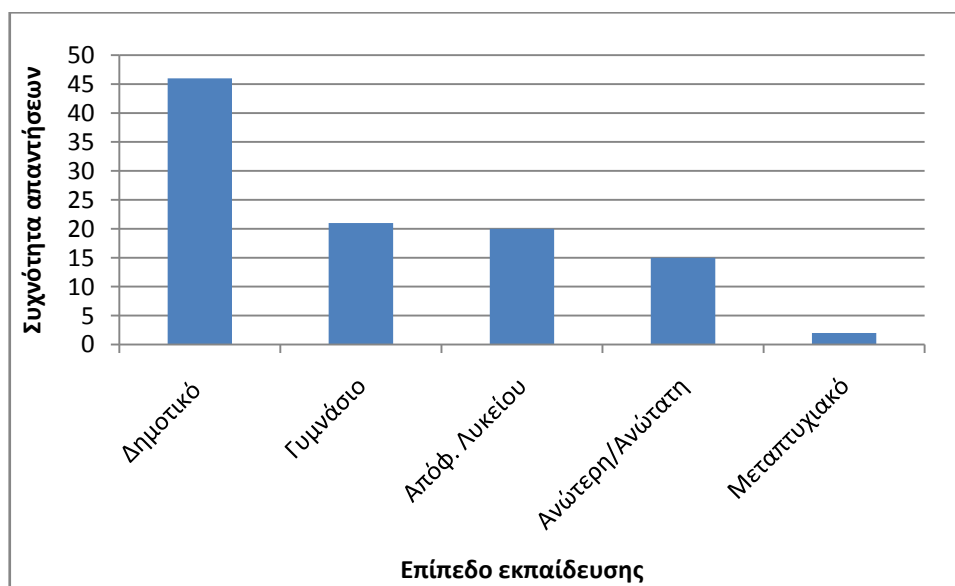
Διάγραμμα 4. Περιοχή κατοικίας

Σπουδές

Αναφορικά με τις σπουδές ανάμεσα στα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα οι 46 (42,6%) έχουν παρακολουθήσει υποχρεωτική εκπαίδευση (Δημοτικό), οι 21 (19,4%) έχουν αποφοιτήσει από το Γυμνάσιο, οι 20 (18,5%) είναι απόφοιτοι Λυκείου, οι 15 (13,9%) έχουν Ανώτερη ή Ανώτατη εκπαίδευση, οι 2 (1,9%) μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και τέλος 4 άτομα δεν απάντησαν.

Πίνακας 9. Επίπεδο εκπαίδευσης

Επίπεδο εκπαίδευσης	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
Δημοτικό	46	42.6
Γυμνάσιο	21	19.4
Απόφ. Λυκείου	20	18.5
Ανώτερη/Ανώτατη	15	13.9
Μεταπτυχιακό	2	1.9
κενά	4	3.7
Σύνολο	108	100.0



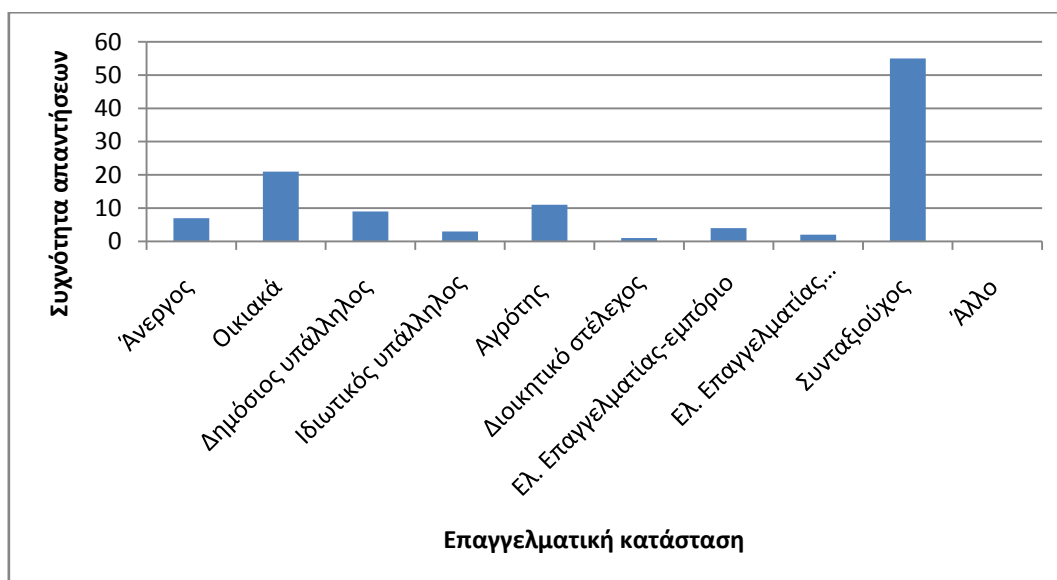
Διάγραμμα 5. Επίπεδο εκπαίδευσης

Επαγγελματική και οικονομική κατάσταση

Η επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα 6. Παρατηρείται ότι το δείγμα αποτελείται στην πλειοψηφία του από συνταξιούχους. Πέντε άτομα έδωσαν δυο απαντήσεις, δήλωσαν δηλαδή δύο απασχολήσεις. Αυτοί ήταν 3 συνταξιούχοι που εξακολουθούσαν να εργάζονται στα χωράφια και δήλωσαν αγρότες και δυο άτομα που δήλωσαν οικιακά και συνταξιούχοι.

Πίνακας 10. Επαγγελματική κατάσταση

Κύρια απασχόληση	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
Άνεργος	7	6,5
Οικιακά	21	19,4
Δημόσιος υπάλληλος	9	8,3
Ιδιωτικός υπάλληλος	3	2,8
Αγρότης	11	10,2
Διοικητικό στέλεχος	1	0,9
Ελ. Επαγγελματίας-εμπόριο	4	3,7
Ελ. Επαγγελματίας παροχή υπηρεσιών	2	1,9
Συνταξιούχος	55	50,9
Άλλο	0	0,0
Σύνολο	108	

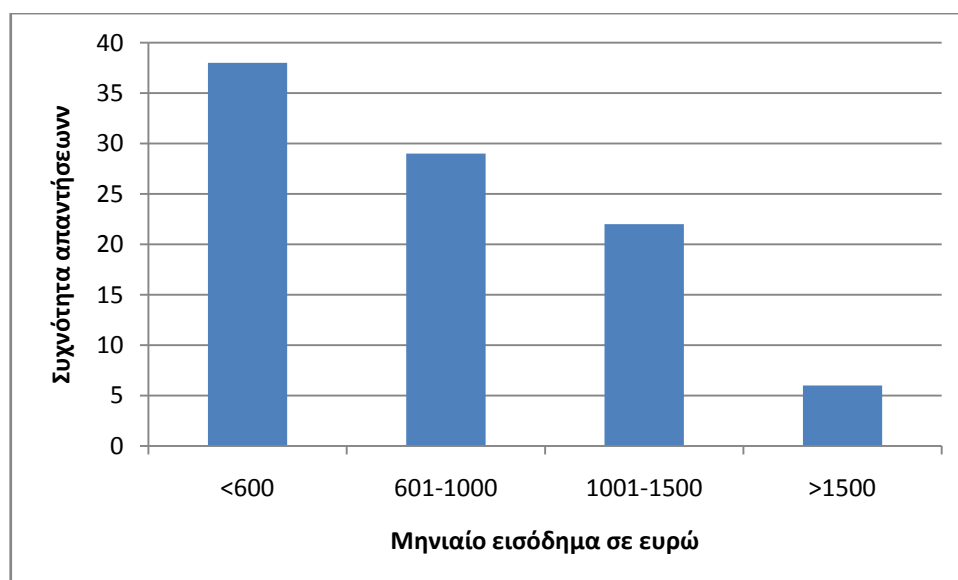


Διάγραμμα 6. Επαγγελματική κατάσταση

Στον πίνακα 11 φαίνονται τα ποσοστά των ατόμων και το μηνιαίο εισόδημα τους. Ποσοστό 35,2% έχει μηνιαίο εισόδημα <600, ποσοστό 26,9% έχει μεταξύ 601-1000 ευρώ και 20,4% έχει 1001-1500 ευρώ.

Πίνακας 11. Μηνιαίο εισόδημα σε ευρώ

Μηνιαίο εισόδημα	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
<600	38	35,2
601-1000	29	26,9
1001-1500	22	20,4
>1500	6	5,6
Κενά	13	12,0
Σύνολο	108	100,0



Διάγραμμα 7. Μηνιαίο εισόδημα σε ευρώ

Κατάσταση ασφάλισης

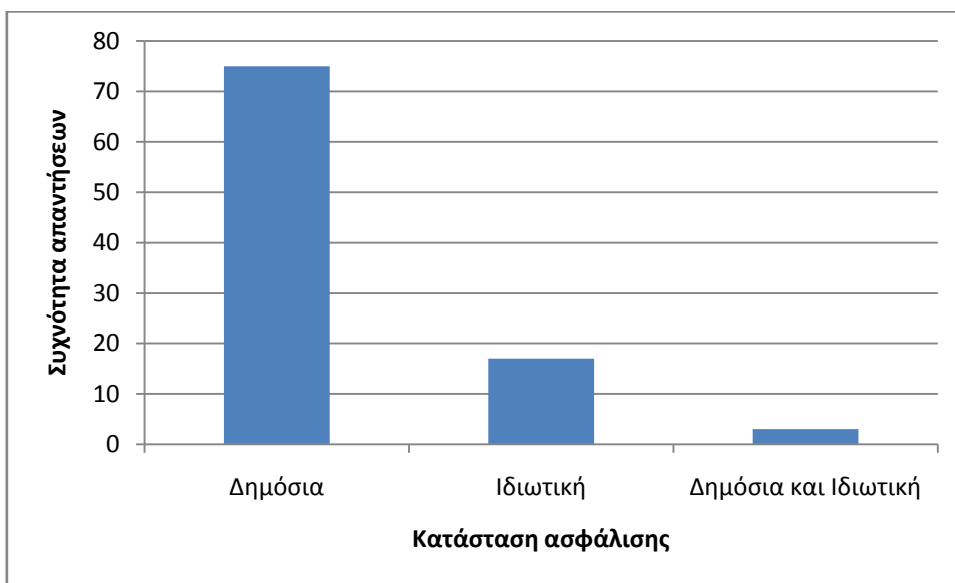
Η κατάσταση ασφάλισης των ερωτώμενων έχει ως εξής:

Οι 102 (ποσοστό 94,4%) είναι ασφαλισμένοι, οι 3 (2,8%) απάντησαν ότι δεν είναι ασφαλισμένοι ενώ 3 ακόμη δεν έδωσαν καμία απάντηση.

Οι 75 (69,4%) είναι ασφαλισμένοι σε δημόσιο φορέα, οι 17 (15,7%) είναι ασφαλισμένοι σε ιδιωτικό φορέα, οι 3 (2,8%) σε δημόσιο και ιδιωτικό και τέλος 13 (12%) δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση.

Πίνακας 12. Κατάσταση ασφάλισης

Κατάσταση ασφάλισης	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
Δημόσια	75	69,4
Ιδιωτική	17	15,7
Δημόσια και Ιδιωτική	3	2,8
κενά	13	12,0
Σύνολο	108	100,0



Διάγραμμα 8. Κατάσταση ασφάλισης

Δείκτης μάζας σώματος

Η κατανομή των απαντήσεων ως προς τον δείκτη μάζας σώματος (βάρος σε κιλά δια το ύψος στο τετράγωνο σε μέτρα) έχει ως εξής:

Πίνακας 13. Δείκτης μάζας σώματος.

Δείκτης μάζας σώματος	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
≤25	41	38,0
25-36	56	51,9
>35	11	10,2
Σύνολο	108	100,0

Έτη διάγνωσης με διαβήτη και επισκέψεις στον ιατρό

Στον παρακάτω πίνακα 14 παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση πόσα έτη έχετε διαγνωστεί με διαβήτη.

Πίνακας 14. Έτη διάγνωσης με διαβήτη

Έτη	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
<5	26	24,1
6-10	32	29,6
11-15	22	20,4
16-20	11	10,2
21-25	4	3,7
>25	9	8,3
κενά	4	3,7
Σύνολο	108	100,0

Στην ερώτηση εάν έχουν τον ίδιο ιατρό οι συμμετέχοντες απάντησαν ως εξής:

Από τους συμμετέχοντες που απάντησαν θετικά τους ζητήθηκε στη συνέχεια να δηλώσουν πόσα έτη έχουν τον ίδιο ιατρό. Στην ερώτηση αυτή ανταποκρίθηκαν οι 50 από τους 57 που προηγουμένως απάντησαν θετικά. Οι 36 από αυτούς έχουν τον ίδιο ιατρό τόσα έτη όσα και τα έτη που έχουν διαγνωστεί με διαβήτη.

Ο παρακάτω πίνακας 15 παρουσιάζει την κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση πόσες φορές επισκέφτηκαν τον γιατρό τους ανά έτος.

Πίνακας 15. Επισκέψεις στον ιατρό ανά έτος

Επισκέψεις/έτος	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
1	6	5,6
2	20	18,5
3	7	6,5
4	9	8,3
5	3	2,8
6	8	7,4
7	1	0,9
8	4	3,7
Κενά	50	45,4
Σύνολο	108	100,0

Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων (50 άτομα, ποσοστό 45,4%) δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή.

Ερωτήσεις που αφορούν στην ασθένεια

Ακολουθούν 4 ερωτήσεις που αφορούν στην ασθένεια και την αγωγή που ακολουθούν οι συμμετέχοντες στην έρευνα.

Στην ερώτηση ποια θεραπευτική αγωγή ακολουθούν οι απαντήσεις έχουν ως εξής:

Πίνακας 16. Θεραπευτική αγωγή

Θεραπευτική αγωγή	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
Δίαιτα μόνον	5	4,6
Δισκία μόνον	49	45,4
Ινσουλίνη μόνον	23	21,3
Δισκία και ινσουλίνη	23	21,3
κενά	6	5,6
Άλλο	2	1,9
Σύνολο	108	100,0

Στις απαντήσεις άλλο περιλαμβάνεται ο συνδυασμός «δίαιτα και δισκία» που δεν υπήρχε ως προεπιλεγμένη απάντηση στο ερωτηματολόγιο.

Ο πίνακας 17 παρουσιάζει τις απαντήσεις σχετικά με τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης των συμμετεχόντων.

Πίνακας 17. Τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης

Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
<6,5	24	22,2
6,5-7	33	30,6
7-7,5	19	17,6
7,5-8	12	11,1
>8	7	6,5
Κενά	13	12,0
Σύνολο	108	100,0

Πίνακας 18. Υπέρταση και υπερλιπιδαιμία

Ερώτηση	Ναι (%)	Όχι (%)	κενά (%)
Έχετε υπέρταση	72,2	25,0	2,8
Εάν ναι ρυθμίζετε σωστά την αρτηριακή σας πίεση σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού σας;	72,2	9,3	
Έχετε υπερλιπιδαιμία;	50,9	40,7	8,3
Εάν ναι ακολουθείτε σωστά την αγωγή του γιατρού σας;	46,3	14,8	

Ως προς τις συνήθειες του καπνίσματος οι συμμετέχοντες απάντησαν:

Πίνακας 19. Συνήθειες καπνίσματος

	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
Καπνιστής	18	16,7
Πρώην καπνιστής	32	29,6
Μη καπνιστής	50	46,3
Κενά	8	7,4
Σύνολο	108	100,0

3.2. Συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή

Το ερωτηματολόγιο της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή υγείας χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες:

- Δίαιτα
- Άσκηση
- Εξετάσεις αίματος – έλεγχος σακχάρου αίματος
- Φροντίδα ποδιών
- Συμβουλές για αυτοφροντίδα

Στην ερώτηση «Έχετε κάποια από τις ακόλουθες ασθένειες;», θετικά απάντησαν ως εξής:

Πίνακας 20. Θετικές απαντήσεις ως προς τις ακόλουθες ασθένειες

Ασθένεια	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
Καρδιακή ανεπάρκεια	18	16,7
Στεφανιαία νόσος	25	23,1
Υπέρταση	81	75,0
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	13	12,0
Ακράτεια ούρων	16	14,8
Σοβαρή νεφρική νόσος	9	8,3
Απώλεια νεφρού	2	1,9
Χρόνια λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος	7	6,5
Τύφλωση	5	4,6
Διαταραχές στην όραση	37	34,3
Νευροπάθεια	16	14,8
Προβλήματα με τις κατώτερες πλευρές (αγγειοενύρωση)	21	19,4
Κατάθλιψη	30	27,8

Δεν απάντησαν στην παραπάνω ερώτηση 3 άτομα.

Πίνακας 21. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις και σταθερές α του Cronbach στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με καθημερινές τους συνήθειες (κλίμακα: 0=καμία ημέρα την εβδομάδα έως 7=επτά ημέρες την εβδομάδα).

Ερώτηση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Cronbach α
Δίαιτα			
Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ακολουθήσατε υγιεινή διατροφή;	4,25	2,25	0,769
Πόσες ημέρες την εβδομάδα, από τον τελευταίο μήνα, ακολουθήσατε το πλάνο της διατροφής σας;	4	2,6	0,797
Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) καταναλώσατε πέντε ή περισσότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών;	4,6	2,24	0,765
Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) καταναλώσατε φαγητά με υψηλά λιπαρά (κόκκινο κρέας, γαλακτοκομικά κτλ);	3,3	2,03	0,723
Άσκηση			
Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ξοδέψατε 30 συνεχή λεπτά για φυσική άσκηση (πχ περπάτημα);	3	2,70	0,837
Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) κάνατε έντονη άσκηση (πχ κολύμβηση, ποδηλασία, χορός κτλ);	0,4	1,46	0,723
Εξετάσεις αίματος – έλεγχος σακχάρου αίματος			
Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε το σάκχαρό σας;	5	2,47	0,826
Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε το σάκχαρό σας σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας;	4,85	2,67	0,841
Φροντίδα ποδιών			
Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε τα πόδια σας;	2,7	2,65	0,825
Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε το εσωτερικό των παπουτσιών σας;	1,8	2,67	0,745

Κάπνισμα

Στην ερώτηση εάν καπνίσατε τις τελευταίες 7 ημέρες, θετικά απάντησαν οι 21(19,4%) και όχι απάντησαν οι 87 (80,6%).

Στην συνέχεια εάν η απάντηση ήταν θετική τους ζητήθηκε να δηλώσουν πόσα τσιγάρα καπνίζουν την ημέρα. Στην ερώτηση ανταποκρίθηκαν οι 19 από τους 21 που είχαν απαντήσει θετικά προηγουμένως και η κατανομή των απαντήσεων έχει ως εξής:

- 1-10 τσιγάρα: 9 άτομα
- 15-25 τσιγάρα: 9 άτομα
- Πάνω από 25 τσιγάρα: 1 άτομο

Συστάσεις – συμβουλές για αυτοφροντίδα

Στην ερώτηση «ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλεύτης) να κάνετε;» οι απαντήσεις έχουν ως εξής:

Πίνακας 22. Κατανομή απαντήσεων ως προς τις συμβουλές αυτοφροντίδας.

Απάντηση	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
1A	68	63,0
1B	14	13,0
1C	40	37,0
1D	53	49,1
1E	47	43,5
1F	5	4,6
1G	0	0,0
1H	14	13,0
2A	65	60,2
2B	8	7,4
2C	27	25,0
2D	6	5,6
2E	4	3,7
2F	24	22,2
3A	34	31,5
3B	72	66,7
3C	13	12,0
3D	0	0,0
3E	2	1,9
4A	27	25,0
4B	17	15,7
4C	71	65,7
4D	2	1,9
4E	2	1,9

Πίνακας 23. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις και σταθερές α του Cronbach στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με καθημερινές τους συνήθειες (κλίμακα: 0=καμία ημέρα την εβδομάδα έως 7=επτά ημέρες την εβδομάδα).

Ερώτηση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Cronbach α
Δίαιτα			
Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) μοιράσατε τα γεύματά σας σε ίσες ποσότητες υδρογονανθράκων;	2,5	2,49	0,785
Φάρμακα			
Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) πήρατε τα φάρμακά σας;	6,8	0,86	0,893
Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) πήρατε ινσουλίνη;	3,2	3,5	0,865
Φροντίδα ποδιών			
Πόσες φορές τις τελευταίες εβδομάδες πλύνετε τα πόδια σας;	4,9	2,5	0,774
Πόσες φορές τις τελευταίες εβδομάδες μουλιάσατε σε διάλυμα νερού και αντισηπτικού τα πόδια σας;	1,1	2,1	0,723
Πόσες φορές τις τελευταίες εβδομάδες στεγνώσατε προσεκτικά τα κενά μεταξύ των δακτύλων των ποδιών σας;	2,7	2,91	0,782

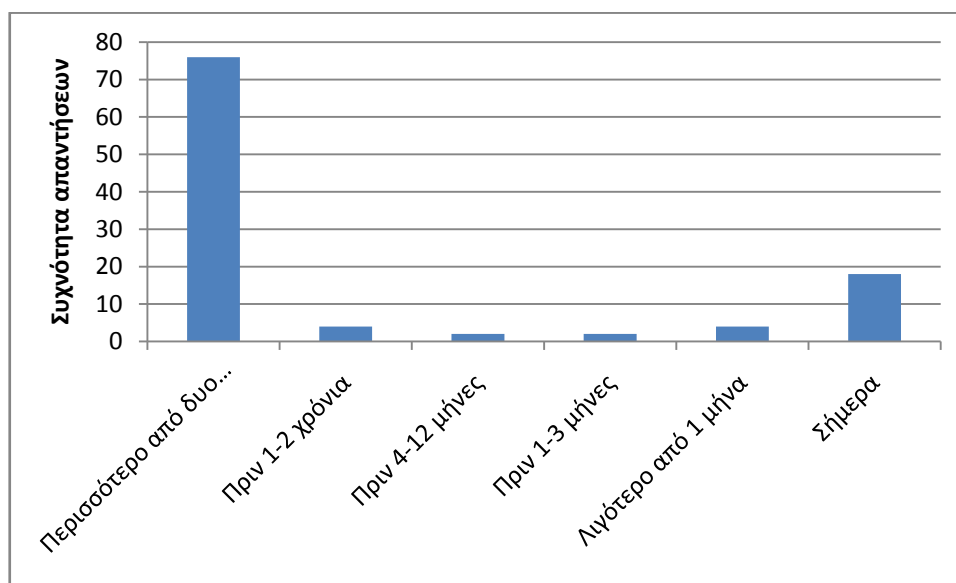
Κάπνισμα

Από τους συμμετέχοντες οι 57 (52,8%) απάντησαν ότι στην τελευταία επίσκεψη στον ιατρό, αυτός τους ρώτησε εάν καπνίζουν και πόσο. Οι 47 (43,5%) απάντησαν αρνητικά και 4 (3,7%) δεν απάντησαν.

Στην ερώτηση (εφόσον είναι καπνιστές) εάν στην τελευταία επίσκεψη στον ιατρό τους συνέστησε να σταματήσουν το κάπνισμα ή τους ανέφερε κάποιο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος, θετικά απάντησαν οι 25 και αρνητικά οι 5.

Πίνακας 24. Συχνότητα καπνίσματος

Πότε καπνίσατε για τελευταία φορά;	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
Περισσότερο από δυο χρόνια ή δεν κάπνισα ποτέ	76	70,4
Πριν 1-2 χρόνια	4	3,7
Πριν 4-12 μήνες	2	1,9
Πριν 1-3 μήνες	2	1,9
Λιγότερο από 1 μήνα	4	3,7
Σήμερα	18	16,7



Διάγραμμα 9. Συχνότητα καπνίσματος

Συνοψίζοντας τις απαντήσεις για τις υποκλίμακες προκύπτει ο παρακάτω πίνακας.

Πίνακας 25. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και σταθερά του α Cronbach ανά υποκλίμακα και συνολικά για το ερωτηματολόγιο συμμόρφωσης .

Υποκλίμακα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Cronbach α
Δίαιτα	2,65	2,03	0,841
Άσκηση	4,83	2,86	0,769
Εξετάσεις αίματος – έλεγχος σακχάρου αίματος	3,52	1,33	0,910
Φροντίδα ποδιών	2,96	1,21	0,852
Συμβουλές για αυτοφροντίδα	3,27	0,93	0,808
Συνολικά για το Ερωτηματολόγιο Συμμόρφωσης	3,45	1,67	0,821

Ανάλυση Συσχέτισης (Correlation Analysis)

Οι συσχετισμοί που προέκυψαν με τον συντελεστή συσχέτισης spearman είναι οι ακόλουθοι:

Πίνακας 26. Πίνακας συσχετίσεων (συντελεστής συσχέτισης Spearman) ερωτηματολογίου αυτοφροντίδας.

Υποκλίμακα	ηλικία	φύλο	Οικογενειακή κατάσταση	Επίπεδο εκπαίδευσης	Θεραπευτική αγωγή			
					δίαιτα	δισκία	ινσουλίνη	Δισκία & ινσουλίνη
	Συντελεστής συσχέτισης r Στατιστική σημαντικότητα p							
Δίαιτα	0,368 0,001	-0,081 0,000	-0,033 0,007	-0,093 0,010	0,619 0,002	0,133 0,004	-0,078 0,066	0,187 0,016
Άσκηση	0,405 0,001	0,301 0,102	-0,241 0,001	0,191 0,033	-0,278 0,021	-0,030 0,000	0,099 0,001	0,181 0,001
Εξετάσεις αίματος έλεγχος σακχάρου αίματος	-0,293 0,014	0,112 0,001	0,257 0,002	0,270 0,012	-0,326 0,017	0,320 0,003	0,556 0,022	-0,293 0,019
Φροντίδα ποδιών	-0,130 0,036	0,229 0,001	-0,169 0,003	0,347 0,024	-0,195 0,028	0,077 0,041	-0,107 0,032	0,082 0,033
Συμβουλές για αυτοφροντίδα	0,337 0,000	0,326 0,001	0,319 0,007	0,453 0,000	-0,196 0,015	0,244 0,005	0,215 0,001	-0,239 0,001

3.3.Ερωτηματολόγιο υγείας

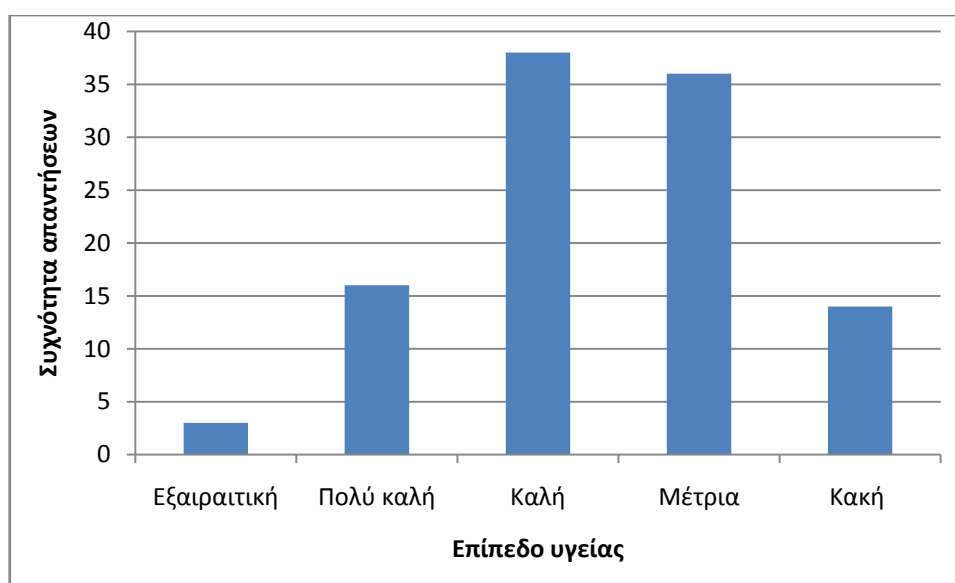
Το ερωτηματολόγιο υγείας χωρίζεται σε δυοκλίμακες οι οποίες είναι οι:

Ερωτήσεις	Υποκλίμακα
3-12	Σωματική λειτουργικότητα
13-16	Σωματικός ρόλος
21,22	Σωματικός πόνος
1, 33-36	Γενική υγεία
23, 27, 29, 31	Ζωτικότητα
20, 32	Κοινωνική λειτουργικότητα
24, 25, 26, 28, 30	Ψυχική υγεία
17-19	Συναισθηματικός ρόλος

Πιο αναλυτικά οι απαντήσεις των ερωτώμενων έχουν ως εξής:

Πίνακας 27. Χαρακτηρισμός της ποιότητας υγείας τους από τους συμμετέχοντες στην έρευνα (1=εξαιρετική, 5=κακή).

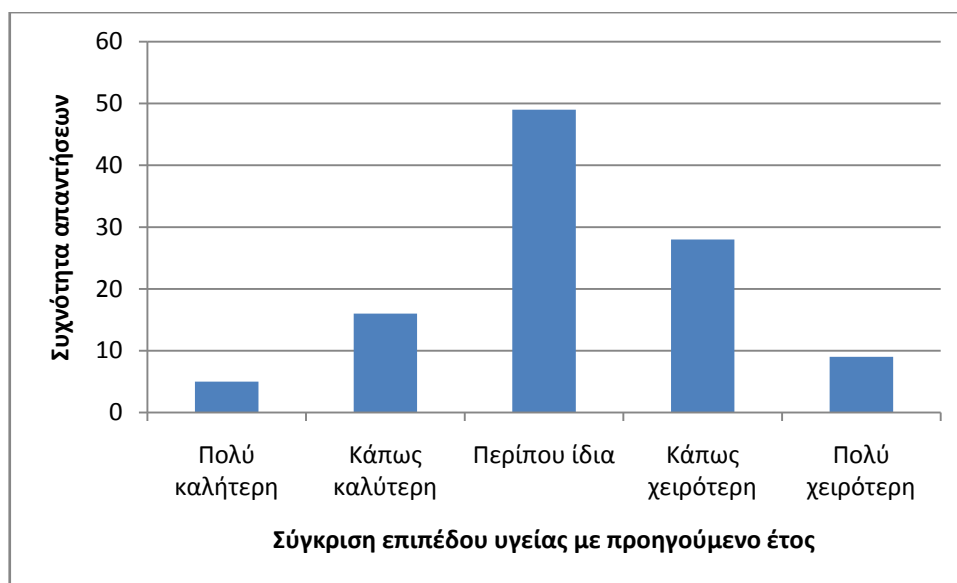
Χαρακτηρισμός	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
Εξαιρετική	3	2,8
Πολύ καλή	16	14,8
Καλή	38	35,2
Μέτρια	36	33,3
Κακή	14	13,0
Μέσος όρος	3,4	
Τυπική απόκλιση	1	
Cronbach α	0,913	



Διάγραμμα 10. Χαρακτηρισμός της ποιότητας υγείας τους από τους συμμετέχοντες στην έρευνα

Πίνακας 28. Σύγκριση επιπέδου υγείας με προηγούμενο έτος (1=εξαιρετική, 5=κακή).

Χαρακτηρισμός	Συχνότητα απαντήσεων	Ποσοστό %
Πολύ καλύτερη	5	4,6
Κάπως καλύτερη	16	14,8
Περίπου ίδια	49	45,4
Κάπως χειρότερη	28	25,9
Πολύ χειρότερη	9	8,3
Μέσος όρος	3,2	
Τυπική απόκλιση	1	
Cronbach α	0,908	



Διάγραμμα 11. Σύγκριση επιπέδου υγείας με προηγούμενο έτος.

Πίνακας 29. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις και σταθερές α του Cronbach στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τους περιορισμούς της υγείας τους (1=Πολύ, 2=Λίγο, 3=καθόλου)

Ερώτηση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Cronbach α
Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες πχ τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα κλπ	1,7	0,8	0,875
Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες πχ μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο, ελαφρό τροχάδην κλπ	2,2	0,75	0,894
Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σουπερ μάρκετ	2,15	3	0,905
Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες	1,9	0,84	0,843
Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες	2,3	0,76	0,851
Μα σκύβετε ή να γονατίζετε	2,15	0,8	0,862
Να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο	2	0,79	0,833
Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα	2	0,86	0,887
Να περπατάτε ένα τετράγωνο	2,5	0,72	0,910
Να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνος	2,6	0,69	0,912

Πίνακας 30. Απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τους περιορισμούς της υγείας τους.

Τον περασμένο μήνα είχατε κάποιο από τα παραπάνω προβλήματα σαν αποτέλεσμα της υγείας σας;	Ναι (%)	Όχι (%)
Μειώσατε το χρόνο που διαθέτετε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας;	38	60,2
Κάνετε λιγότερα πράγματα από όσα θα θέλατε;	58,3	41,7
Περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των πολλών ασχολιών σας	49,1	50,9
Χρειάστηκε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας;	55,6	44,4
Μειώσατε τον χρόνο που διαθέτετε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας;	38,0	60,2
Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσα θα θέλατε	46,3	53,7
Δεν κάνατε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας τόσο προσεκτικά όσο συνήθως;	37	62

Πίνακας 31. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τους περιορισμούς της υγείας τους (1= Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Αρκετα, 5=Πάρα πολύ)

Ερώτηση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Cronbach α
Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή άλλους;	2,5	1,5	0,904
Τον τελευταίο μήνα πόσο σωματικό πόνο είχατε;	2,7	1,34	0,851
Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο ο σωματικός πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού;	2,2	1,19	0,859

Πίνακας 32. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με πως αισθάνεστε και πως σας πήγαν τα πράγματα τον τελευταίο μήνα (1=Συνέχεια, 2=πολύ συχνά, 3=Αρκετά συχνά, 4=Μερικές φορές,5=Σπάνια, 6=Ποτέ)

Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα ...	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Cronbach α
Αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα	3,8	4,82	0,837
Ήσασταν πολύ νευρικός	3,4	1,46	0,811
Αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγο χαρά	3,8	1,4	0,787
Αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια	3,2	1,39	0,844
Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα	4	1,69	0,857
Αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός	3,6	4,3	0,862
Αισθανθήκατε εξαντλημένος	3,7	1,39	0,886
Νοιώσατε ευτυχισμένος	3	1,38	0,874
Αισθανθήκατε κουρασμένος	3	1,21	0,869
Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες πχ με φίλους, συγγενείς κλπ.	3,1	1,15	0,841

Πίνακας 33. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με πόσο Σωστό ή Λάθος είναι οι παρακάτω καταστάσεις (1=Εντελώς σωστό,2=Μάλλον σωστό,3=Δεν γνωρίζω,4=Μάλλον λάθος,5=Εντελώς λάθος).

Πόσο Σωστό ή Λάθος είναι για εσάς οι παρακάτω καταστάσεις;	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Cronbach α
Νομίζω ότι αρρωσταίνω πιο εύκολα από άλλους	3,4	1,3	0,852
Είμαι υγιής όπως κάθε άλλος που γνωρίζω	3	1,35	0,831
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει	3	1,25	0,899
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	3,5	1,37	0,823

Συνοψίζοντας τις απαντήσεις για τις υποκλίμακες προκύπτει ο παρακάτω πίνακας.

Πίνακας 34. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και σταθερά του α Cronbach ανά υποκλίμακα και συνολικά για το ερωτηματολόγιο υγείας.

Υποκλίμακα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Cronbach α
Σωματική λειτουργικότητα	2,26	0,91	0,874
Σωματικός ρόλος	0,5	1,43	0,771
Σωματικός πόνος	2,38	1,27	0,863
Γενική υγεία	3,14	1,26	0,911
Ζωτικότητα	3,46	1,28	0,882
Κοινωνική λειτουργικότητα	2,785	1,325	0,850
Ψυχική υγεία	3,8	1,99	0,875
Συναισθηματικός ρόλος	0,3	1,03	0,782
Συνολικά για το Ερωτηματολόγιο υγείας	2,33	1,31	0,853

Ανάλυση Συσχέτισης (Correlation Analysis)

Οι συσχετισμοί που προέκυψαν με τον συντελεστή συσχέτισης Spearman είναι οι ακόλουθοι:

Πίνακας 35. Πίνακας συσχετίσεων (συντελεστής συσχέτισης Spearman r) ερωτηματολογίου υγείας.

Υποκλίμακα	ηλικία	φύλο	Οικογενειακή κατάσταση	Επίπεδο εκπαίδευσης	Θεραπευτική αγωγή			
					δίαιτα	δισκία	ινσουλίνη	Δισκία & ινσουλίνη
					Συντελεστής συσχέτισης r Στατιστική σημαντικότητα p			
Σωματική λειτουργικότητα	0,384 0,000	-0,112 0,018	-0,213 0,009	0,228 0,013	0,236 0,008	0,253 0,011	-0,211 0,016	0,197 0,026
Σωματικός ρόλος	0,356 0,001	0,285 0,002	-0,239 0,004	0,173 0,010	0,210 0,005	-0,235 0,003	0,251 0,001	0,255 0,001
Σωματικός πόνος	-0,288 0,011	0,156 0,024	0,069 0,042	-0,080 0,039	0,239 0,012	0,306 0,003	0,256 0,009	0,113 0,025
Γενική υγεία	0,401 0,000	0,345 0,001	0,312 0,005	0,378 0,000	-0,214 0,015	0,237 0,008	0,221 0,010	0,206 0,021
Ζωτικότητα	0,215 0,004	-0,185 0,018	0,096 0,032	0,074 0,028	0,134 0,013	-0,169 0,011	-0,171 0,012	0,207 0,007
Κοινωνική λειτουργικότητα	-0,302 0,001	0,227 0,002	-0,131 0,015	0,085 0,041	0,099 0,023	0,142 0,036	0,164 0,028	0,198 0,033
Ψυχική υγεία	0,374 0,000	-0,254 0,003	-0,227 0,005	0,289 0,006	-0,142 0,010	0,223 0,013	0,318 0,001	-0,175 0,009
Συναισθηματικός ρόλος	-0,328 0,001	0,337 0,000	0,423 0,000	0,311 0,001	0,217 0,007	-0,213 0,005	0,199 0,017	-0,174 0,023

Τέλος ο πίνακας 37 παρουσιάζει τις συσχετίσεις των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου της συμμόρφωσης των ασθενών με τις υποκλίμακες αλλά και με το σύνολο του ερωτηματολογίου υγείας.

Πίνακας 36. Πίνακας συσχετίσεων (συντελεστής συσχέτισης spearman r) ερωτηματολογίου υγείας και συμμόρφωσης των ασθενών.

	Συντελεστής συσχέτισης r				
	Στατιστική σημαντικότητα p				
	Υποκλίμακες ερωτηματολογίου φροντίδας				
Υποκλίμακες ερωτηματολογίου υγείας	Δίαιτα	Άσκηση	Εξετάσεις αίματος – έλεγχος σακχάρου αίματος	Φροντίδα ποδιών	Συμβουλές για αυτοφροντίδα
Σωματική λειτουργικότητα	0,368 0,000	-0,347 0,000	0,405 0,000	-0,229 0,017	-0,133 0,104
Σωματικός ρόλος	0,259 0,001	-0,360 0,000	-0,215 0,016	0,341 0,000	0,262 0,003
Σωματικός πόνος	0,159 0,057	0,191 0,033	-0,042 0,112	0,092 0,043	-0,078 0,066
Γενική υγεία	-0,392 0,000	0,360 0,001	0,450 0,000	0,247 0,011	0,326 0,001
Ζωτικότητα	-0,302 0,001	0,244 0,012	0,119 0,142	-0,099 0,036	0,221 0,063
Κοινωνική λειτουργικότητα	0,401 0,000	-0,227 0,054	0,154 0,116	0,285 0,032	-0,165 0,065
Ψυχική υγεία	0,364 0,000	-0,353 0,000	0,317 0,001	0,266 0,039	-0,142 0,010
Συναισθηματικός ρόλος	-0,127 0,001	0,279 0,008	-0,313 0,001	0,155 0,017	-0,228 0,016
Σύνολο του ερωτηματολογίου υγείας	0,244 0,016	0,408 0,000	-0,218 0,014	0,349 0,000	0,240 0,009

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την ύπαρξη αρκετών ερευνών φαίνεται ότι το ερευνητικό ενδιαφέρον για την συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή εστιάζεται κυρίως στη συμμόρφωση σε όλους τους τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης του διαβήτη, όπως επίσης και στην αναζήτηση των αιτιολογικών παραγόντων.

Οι διαθέσιμες έρευνες που αναφέρονται στην συμμόρφωση ασθενών στη θεραπευτική αγωγή αφορούν κυρίως δείγματα ασθενών στα οποία χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικά ερωτηματολόγια ενώ στην Ελλάδα υπάρχει σχετική έλλειψη ανάλογων ερευνών. Έτσι τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης που φωτίζουν το ζήτημα της συμμόρφωσης των ασθενών επιδέχονται συγκρίσεων μόνο με μελέτες αντίστοιχων δειγμάτων άλλων χώρων και συνεισφέρουν στην κάλυψη διαπιστωθέντων κενών γνώσης στη διεθνή βιβλιογραφία.

Από τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης φαίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς ήταν γυναίκες, το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας του Παναγιωτάκου και συνερ. (2002) οι οποίοι στην μελέτη τους διαπίστωσαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άντρες. Η διαφορά αυτή οφείλεται στη διαφορά του μεγέθους του δείγματος που χρησιμοποίησαν οι δύο έρευνες αλλά και στο γεγονός ότι ο σκοπός της έρευνας των Παναγιωτάκου και συνερ. ήταν η επιδημιολογική διερεύνηση του νοσήματος στην Ελλάδα σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που είχαν συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν στοιχειώδους εκπαίδευσης αποτέλεσμα που συνάδει με το ποσοστό των γυναικών που ασχολούνται μόνο με οικιακά αλλά και με το ποσοστό των συνταξιούχων.

Το εύρημα ότι μεγάλο ποσοστό του δείγματος έχει συνυπάρχοντα νοσήματα όπως καρδιακή ανεπάρκεια, στεφανιαία νόσο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και διαταραχές της όρασης, είναι ένα αναμενόμενο αποτέλεσμα λόγω του γεγονότος ότι στις μακροπρόθεσμες παρενέργειες συμπεριλαμβάνονται και παρενέργειες από το κυκλοφορικό σύστημα.

Το δείγμα των συμμετεχόντων στην έρευνα εμφανίζει καλά επίπεδα συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή καθημερινά και ως προς τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού. Την μεγαλύτερη συμμόρφωση παρατηρούμε ως προς την διαίτα και τις εξετάσεις αίματος –έλεγχος σακχάρου του αίματος. Η μικρότερη συμμόρφωση παρατηρείται στην άσκηση και στη φροντίδα των ποδιών. Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας συμφωνούν με τα

αποτελέσματα και άλλων ερευνητών (Jimmyetal. 2014, McAdam-Max., 2014) και ιδιαίτερα με εκείνα της έρευνας των Jimmyetal. (2014), οι οποίοι βρήκαν ένα υψηλό ποσοστό των ασθενών ότι συμμορφώνονται με τη θεραπευτική αγωγή, ένα μέτριο ποσοστό πραγματοποιούσαν σωματική άσκηση και υψηλό ποσοστό συμμορφώνονταν στη δίαιτα.

Οι ασθενείς δεν καπνίζουν και ένα χαμηλό ποσοστό κάπνιζε τα τελευταία δύο χρόνια, εύρημα που συμφωνεί και με τα αποτελέσματα των Panagiotakosetal (2002).

Υψηλό ενδιαφέρον παρουσιάζεται και στην αναζήτηση συμβουλών για αυτοφροντίδα. Οι συμβουλές αφορούν στη δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά, στην πραγματοποίηση ήπιας άσκησης και στον έλεγχο του σακχάρου του αίματος με μηχανήμα. Το αποτέλεσμα είναι αναμενόμενο λόγω του ότι η δίαιτα, η ήπια άσκηση και ο έλεγχος με το μηχανήμα είναι το κύριο μέρος της αυτοφροντίδας που έχει ως στόχο την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων που θα συντελέσουν στον έλεγχο της νόσου, στην πρόληψη των μακροχρόνιων επιπλοκών και τελικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (ΕΔΕ 2013)

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το είδος της θεραπευτικής αγωγής συσχετίζονται με τις υποκλίμακες της θεραπευτικής αγωγής. Το αποτέλεσμα συμφωνεί και με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Morowatisharifabadetal., 2010; Jimmyetal, 2014). Απαιτείται όμως περισσότερη έρευνα προκειμένου να διευκρινιστούν και εάν και άλλοι παράγοντες όπως οι ψυχολογικοί συμβάλλουν στη συμμόρφωση.

Ως προς την ποιότητα ζωής η πλειοψηφία των ασθενών απαντά πως η υγεία τους σε γενικές γραμμές είναι καλή και δεν υπάρχει μεταβολή σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει και με το γεγονός ότι οι ασθενείς του δείγματος μας έχουν καλό γλυκαιμικό έλεγχο και επομένως η υγεία τους είναι σε σχετικά καλή κατάσταση.

Όσον αφορά στην ποιότητα ζωής τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι ασθενείς έχουν μέτρια επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας, σωματικού πόνου και κοινωνικής λειτουργικότητας. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι ο διαβήτης είναι μια χρόνια ασθένεια, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει την ασθένεια 6-10 χρόνια με συνέπεια αυτό να έχει επιπτώσεις στη σωματική λειτουργικότητα αλλά και στην κοινωνική λειτουργικότητα. Αναφέρεται ότι η κοινωνική ζωή των ασθενών είναι ένα από τα πιο σπουδαία προβλήματα των ασθενών με διαβήτη.(Krepiaetal., 2009)

Η γενική υγεία, η ψυχική υγεία καθώς και η ζωτικότητα όπως φαίνεται από τις μέσες τιμές είναι σε σχετικά καλή κατάσταση. Τα αποτελέσματα αυτά να έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που αναφέρουν ότι οι ασθενείς με διαβήτη υποφέρουν από λύπη, κατάθλιψη παράγοντες που πιθανόν συμβάλλουν στη συμμόρφωση (Gonzalez 2008, Hoffmanetal., 2009). Στην παρούσα έρευνα βέβαια δεν εξετάζεται ακριβώς η ψυχική υγεία των ασθενών. Αναμφίβολα, απαιτείται περισσότερη διερεύνηση της κατάθλιψης αλλά και άλλων ψυχολογικών παραγόντων.

Όλοι οι δημογραφικοί παράγοντες συσχετίζονται με τις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής. Το αποτέλεσμα αυτό είναι αναμενόμενο λόγω του ότι η ποιότητα ζωής είναι γνωστό ότι επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες μεταξύ των οποίων είναι και οι δημογραφικοί (Παπαδόπουλος και συν., 2002).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζουν και τα αποτελέσματα ότι όλες οι υποκλίμακες της συμμόρφωσης συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά γενικά με την ποιότητα ζωής αλλά και με τις άλλες υποκλίμακες. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Wolfetal., 1989; Martinezetal., 2008).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το αποτέλεσμα ότι η άσκηση, η φροντίδα ποδιών και οι συμβουλές για αυτοφροντίδα συσχετίζονται αρνητικά με τη σωματική λειτουργικότητα που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η άσκηση, η φροντίδα των ποδιών τόσο ελαττώνεται η ικανότητα τους να πραγματοποιούν λειτουργίες που έχουν σχέση με την καλή σωματική κατάσταση. Το αποτέλεσμα φαίνεται να εξηγείται από την υπόθεση ότι όσο περισσότερο οι ασθενείς φροντίζουν τα πόδια τους, ενδιαφέρονται για την αυτοφροντίδα τους τόσο πιθανόν να επιδεινώνεται η κατάσταση υγείας τους. Επίσης, όσο αυξάνεται η φροντίδα των ποδιών μειώνεται η ζωτικότητα γεγονός που εξηγείται ότι η φροντίδα των ποδιών αυξάνεται όταν υπάρχουν παρενέργειες που αφορούν στο διαβητικό πόδι με συνέπεια αυτό να έχει επιδράσεις στη ζωτικότητα.

Γενικά απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση των πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν στη συμμόρφωση αλλά και την ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη.

Τελειώνοντας θα πρέπει να αναφερθούμε σε κάποιους περιορισμούς της έρευνας. Πρώτον, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας με σχετικά μικρό δείγμα. Τα αποτελέσματά της παρούσας μελέτης θα πρέπει να ερμηνευθούν με προσοχή καθώς η συμμόρφωση στην αγωγή βασίστηκε στην απάντηση ερωτηματολογίων από τους ίδιους τους ασθενείς, μια ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο,

αλλά πιθανώς να εμφανίζει περιορισμούς όσον αφορά στην εγκυρότητά της, λόγω της επιθυμίας των ασθενών να εμφανιστούν συμμορφωμένοι στην θεραπεία τους.

Αναμφίβολα απαιτείται περισσότερη διερεύνηση σε μεγαλύτερο δείγμα προκειμένου να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με τη συμμόρφωση, τους παράγοντες που την επηρεάζουν αλλά και την επίδραση την ποιότητα ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα παρόλο που πραγματοποιήθηκε σε μικρό και μη αντιπροσωπευτικό δείγμα ασθενών και παρά τους περιορισμούς, περιλαμβάνει μία συλλογή παραγόντων που συμβάλλουν στον καθορισμό της συμμόρφωσης των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. Υπάρχει ένα ευρύ πεδίο έρευνας στον τομέα αυτό ώστε να μπορέσουμε να καταλήξουμε σε ποσοτικά συμπεράσματα, αλλά υπάρχει ακόμη και ένας πολύ μεγάλος αριθμός παραγόντων που μένει να αξιολογηθεί ποιοτικά και ποσοτικά.

Η κατανόηση της συμμόρφωσης των διαβητικών ασθενών, απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση για να αποδοθεί μια σαφής και ακριβής εικόνα για το εάν και πώς οι ιατρικές συστάσεις ακολουθούνται. Είναι σαφές από την έρευνα μέχρι σήμερα και από την ανάλυση εμπειρικών αποδείξεων για την συμμόρφωση των ασθενών, υπάρχει μια προσέγγιση για βελτίωση της κατανόησης του σύνθετου αυτού και σημαντικού θέματος.

Η Ποιότητα Ζωής των διαβητικών ασθενών επηρεάζεται από ένα πλήθος κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που δεν μπορούν να ελεγχθούν, όπως το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση. Επίσης, επηρεάζεται από διάφορες κλινικές παραμέτρους, όπως είναι η διάρκεια της νόσου, το είδος της θεραπείας, αλλά κυρίως των περιορισμών που αυτή επιφέρει στην καθημερινότητά τους. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II επιδρά πολλαπλά στη ζωή των ασθενών, με τους περιορισμούς που επιβάλλει στην προσωπική τους ζωή, αλλά κυρίως με τις οχλήσεις και τις σοβαρές επιπλοκές που τους επιβαρύνει.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη κατάλληλων εθνικών προγραμμάτων πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας, με στόχευση στη μείωση του επιπολασμού της νόσου. Θα πρέπει να ληφθεί ειδική μέριμνα –κατά το σχεδιασμό των θεραπευτικών προγραμμάτων– ώστε να ελεγχθεί η επιβαρυντική δράση των επιπλοκών.

Επιπλέον επειδή η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μικρό δείγμα μιας αγροτικής κυρίως περιοχής της Β. Ελλάδας τα συμπεράσματα απαιτείται να γενικευτούν σε εθνικό επίπεδο με περαιτέρω έρευνα.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθούν και κάποιες επιπρόσθετες προτάσεις για περαιτέρω έρευνα στην Ελλάδα αλλά και στον διεθνή χώρο.

➤ Διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή των ασθενών με διαβήτη τύπου II κατά ηλικιακές ομάδες

- Διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη συμμόρφωση των ασθενών σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I
- Συγκριτική μελέτη των παραγόντων που συμβάλλουν στη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και τύπου II
- Διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής των ασθενών με διαβήτη τύπου I και διερεύνηση εάν οι ίδιοι παράγοντες επηρεάζουν τη συμμόρφωση
- Διερεύνηση ψυχολογικών παραγόντων που συμβάλλουν στην συμμόρφωση των ασθενών αλλά και στην ποιότητα ζωής ασθενών με διαβήτη τύπου I
- Διερεύνηση ψυχολογικών παραγόντων που συμβάλλουν στην συμμόρφωση των ασθενών αλλά και στην ποιότητα ζωής ασθενών με διαβήτη τύπου II

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Βαλάση-Αδάμ, Ε. (2001) «Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3).

Βουρλιωτάκη, Α.Γ., Κεφαλογιάννης, Ν.Κ. (2013) Συμμόρφωση στην αντιδιαβητική αγωγή: τι γνωρίζουμε σήμερα και πως μπορούμε να παρέμβουμε, Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά, 26 (4): 229-236.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη και των επιπλοκών του, Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, Ε.ΚΕ.ΔΙ., 2012.

Θεοδωροπούλου, Ε., Καρτερολιώτης, Κ., Νάσσης, Γ., Κοσκολού, Μ., Γελαδάς Ν.(2012). Μέθοδοι εκτίμησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής», Κινησιολογία..

Ίντας, Γ., Στεργιάνης, Π., Μπρατάκος, Μ., Βασιλόπουλος,Γ., Καπάδοχος, Θ., Χασιώτη, Γ., Καλογιάννη, Α. (2011). Δημιουργία και εγκυροποίηση ερωτηματολογίου - εργαλείου εκτίμησης της συμμόρφωσης ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου ΙΙ στο θεραπευτικό τους σχήμα, Το Βήμα του Ασκληπιού, 10 (1): 77-93

Καραμήτσος, Δ. (2009) Διαβητολογία, θεωρία και πρακτική στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη. 2^η έκδοση. Αθήνα: Σιώκης.

Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς, Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, 2013.

Κατσιλάμπρος, Ν. (2005). Ο Σακχαρώδης διαβήτης στην κλινική πράξη, ο διαβήτης από το Α έως το Ω με ερωτήσεις και απαντήσεις. Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας,.

Κοντοάγγελος, Κ., Παπαγεωργίου, Χ., Ράπτης, Α., Τσιότρα, Π., Μπουτάτη, Ε., Παπαδημητρίου, Γ.Ν., Δημητριάδης, Γ., Ραμπαβίλας, Α., Ράπτης, Σ. Ανασκόπηση: Σακχαρώδης διαβήτης και ψυχοπαθολογία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(6):688-699, 2013.

Κουλούρη, Α., Ρούπα, Ζ., Σωτηροπούλου, Π., Σκοπελίτου, Μ.(2009). Διαταραχές της διάθεσης και διαχείριση της καθημερινότητας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ. Το Βήμα Του Ασκληπιού, 8 (3), 255-269.

Μαλλιαρού, Μ., Αγόρη, Α., Σαράφης, Π., Κοτρώτσιου Ε., Ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. Ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης,5 (1): 45-55.

Μυγδάλης, Η.Ν. (2012). Στρατηγικές στο σακχαρώδη διαβήτη. Αθήνα, Εκδόσεις Ζήτα.

Νικολαΐδης, Π. (2012). Mayo Clinic, Εσωτερική Παθολογία. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ροτόντα

Παπαδόπουλος, Α.Α. Οικονομάκης, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν. Φρυδάς, Α. Νιάκας, Δ. (2007). Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου 2. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(Συμπλ 1):66-74.

Παπαθανασίου, Α., Φιλαλήθης, Α., Λιονής, Χ. (2005). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(4):336-342.

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

Σακχαρώδης διαβήτης, διαθέσιμο στο www.sugarfree.gr , πρόσβαση τις 21 Ιουνίου 2014

Σαρρής, Μ. (1999). Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των μεταμοσχευθέντων νεφροπαθών (Διδακτορική διατριβή) Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τμήμα Νοσηλευτικής

Σημειώσεις: Ετήσια μετεκπαιδευτικά μαθήματα για τον σακχαρώδη διαβήτη, Αθήνα 2012, Διαβητολογικό κέντρο β παθολογικής κλινικής πανεπιστημίου Αθηνών, Ιπποκράτειο νοσοκομείο.

Τούντας, Χ.Δ. (2006). Η ιστορία του διαβήτη στην Ελλάδα. Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά, 19 (1):17-26.

Τσουνής, Α., Θεοδοσιάδης, Ν., Σαράφης, Π. (2014). Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και οι δυνατότητες βελτίωσης των υποστηρικτικών παρεμβάσεων φροντίδας υγείας, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6(1): 35-43.

Susan c. Dewit, Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική ενότητες και πρακτική, Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2009.

Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ. (2001). «Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής- Μέθοδοι μέτρησης». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):218-222.

Υφαντόπουλος, Γ., Πιερράκος, Γ., Ζανάκης, Β. (2001): Ποιότητα ζωής ασθενών με ηπατίτιδα C. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3), 288-296.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

American Diabetes Association, available at: www.diabetes.org, πρόσβαση στις 21 Ιουνίου 2014

Farsaei, S., Radfar, M, Heydari, Z., Abbasi, F., Qorbani, M. (2014). Insulin adherence in patients with diabetes: Risk factors for injection omission. Primary Care Diabetes. doi: 10.1016/j.pcd.2014.03.001. [Epub ahead of print]

Fayers P.M. & Machin D. (2006). Ποιότητα ζωής: αξιολόγηση, ανάλυση και ερμηνεία. University Studio Press, Θεσσαλονίκη

Intas, G., Kalogianni, A., Stergiannis, P., Bratakos, M., Dimoula, I., Kelesi, M., Vezyridis, P., Charalampidis, V., Marvaki, C. (2012). Development and validation of a diabetes self-care activities questionnaire. Journal of Diabetes Nursing , 16(3),100-110

Jimmy, B., Jose, J., Al-Hinai, Z.A., Wadair, I.K., Al-Amri, G.H. (2014). Adherence to Medications among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Three Districts of Al Dakhliyah Governorate, Oman: A cross-sectional pilot study. Sultan Qaboos University Medical Journal;14(2):e231-5. Epub 2014 Apr 7.

Krepia, V., Tzenalis, A., Lavdaniti, M., Beneka, A., Pychogiou, M., Sepranou I., Sapountzi-Krepia, D. (2011). Diabetic patients' compliance to the recommended treatment: A qualitative study in Greece. International Journal of Caring Sciences, 4 (3),126-132

Lopez, J.M., Annunziata, K., Bailey, R.A., Rupnow, M.F., Morisky, D.E. (2014). Impact of hypoglycemia on patients with type 2 diabetes mellitus and their quality of life, work productivity, and medication adherence. Patient Preference and Adherence, 8 (8),683-92.

Martínez, Y.V., Prado-Aguilar, C.A., Rascón-Pacheco, R.A., Valdivia-Martínez, J.J. (2008). Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. BMC Health Services Research, 1 (30), 8:164. doi: 10.1186/1472-6963-8-164.

McAdam-Marx, C., Bellows, B.K., Unni, S., Wygant, G., Mukherjee, J., Ye, X., Brixner, D.I. (2014). Impact of adherence and weight loss on glycemic control in patients with type 2 diabetes: cohort analyses of integrated medical record, pharmacy claims, and patient-reported data. Journal of Managed Care Pharmacy,20(7),691-700.

Miller, T.A., Dimatteo, M.R. (2013) Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. Diabetes Metabolic Syndrome and Obesity: targets and therapy, 6 (6),421-6.

Morowatisharifabad, M.A., Mahmoodabad, S.S., Baghianimoghadam, M.H., Tonekaboni, N.R.(2010) Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *International Journal of Diabetes Deviation Ctries*, 30(1), 27-32.

Peyrot, M., Barnett, A.H., Meneghini, L.F., Schumm-Draeger, P.M.(2012). Factors associated with injection omission/non-adherence in the Global Attitudes of Patients and Physicians in Insulin Therapy study. *Diabetes Obesity & Metabolism* 14(12):1081-7

Polonsky, W. (2000). Understanding and Assessing Diabetes-Specific Quality of Life, *Diabetes spectrum* 13(36).

Pozzo, M.J., Mociulsky, J., Martinez, E.T., Senatore, G., Farias, J.M., Sapetti, A., Sanzana, M.G., Gonzalez, P., Cafferata, A., Peloché, A., Lemme, L. (2014). Diabetes and Quality of Life: Initial Approach to Depression, Physical Activity, and Sexual Dysfunction. *American Journal of Therapeutics* May 22. [Epub ahead of print]

Pharmaceutical Group of the European Union, PGEU, http://www.eph.org/IMG/pdf/06.06.27E_PGEU_Policy_Statement_Pharmacists_Contribution_in_Diabetes_FINAL.pdf, πρόσβαση στις 21 Ιουνίου 2014

Ware JE (2000): SF-36 Health Survey update. *Spine* 25 (24): 3130-3139

Who (2008). Definition of diabetes, <http://www.who.org> πρόσβαση στις 21 Ιουνίου 2014

Wolf, F.M., Jacober, S.J., Wolf, L.L., Cornell, R.G., Floyd, J.C. Jr.(1989) Quality of life activities associated with adherence to insulin infusion pump therapy in the treatment of insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of Clinical Epidemiology* ;42(12):1129-36.

Staquet, M.J., Hays R.D., Fayers, P.M. (1998). *Quality of life Assessment in clinical trials (Methods and Practice)*, Oxford University Press, New York.

Ventegodt, S. (2003). The life mission theory: A theory for a consciousness-based medicine, *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 15 (1), 89–92

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Α. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ

Παρακάτω παρατίθεται η συνοδευτική επιστολή και το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα

Συναίνεση μετά από πληροφόρηση

Καλείστε να συμμετέχετε σε μια μελέτη που αφορά στη συμμόρφωση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη στη θεραπευτική τους αγωγή. Αυτή η μελέτη θα μας βοηθήσει να αντιληφθούμε περισσότερα για τη σωστή διαχείριση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη.

Η μελέτη θα διαρκέσει περίπου 15-20 λεπτά και περιλαμβάνει την συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου που αποτελείται από δυο μέρη. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί ένδειξη της συγκατάθεσής σας για να συμμετέχετε σε αυτή τη μελέτη.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και υπό αυτή τη μορφή, μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή οποιαδήποτε στιγμή. Η ανωνυμία θα διατηρηθεί και δεν θα αναφέρεται κανένα στοιχείο στο ερωτηματολόγιο που να σας ταυτοποιεί, ούτε στην τελική έκθεση μελέτης.

Σας ευχαριστώ

για την συμμετοχή σας

Παρακαλώ απαντήστε στις ακόλουθες ερωτήσεις, εάν έχετε διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II.

Ηλικία:

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος Έγγαμος

Διαζευγμένος Χηρεία Συμβίωση

Ζείτε: Μόνος/η Όχι μόνος/η

Τόπος μόνιμης διαμονής: Αστική Ημιαστική Αγροτική

Επίπεδο εκπαίδευσης: Δημοτικό Γυμνάσιο Απόφοιτος Λυκείου

Ανώτερη/άνωτατη εκπαίδευση Μεταπτυχιακό

Κατάσταση ασφάλισης: δημόσια ιδιωτική δημόσια και ιδιωτική

Βάρος: **Ύψος:**

Δείκτης μάζας σώματος (βάρος σε κιλά δια το ύψος στο τετράγωνο σε μέτρα):

≤25 25-35 >35

Επαγγελματική κατάσταση ή δραστηριότητα:

Άνεργος

Οικιακά

Δημόσιος υπάλληλος

Ιδιωτικός υπάλληλος

Αγρότης

Διοικητικό στέλεχος

Ελεύθερος Επαγγελματίας-εμπόριο

Ελεύθερος Επαγγελματίας παροχή υπηρεσιών

Συνταξιούχος

Άλλο

Μηνιαίο εισόδημα σε ευρώ: <600 601-1000 1001-1500 >1501

Ασφάλεια:

Έτη που έχετε διαγνωστεί με διαβήτη:

Έχετε τον ίδιο γιατρό; Ναι Όχι

Αν ναι, πόσα έτη έχετε τον ίδιο γιατρό;

Πόσες φορές το χρόνο επισκεφτήκατε τον ιατρό σας;

ΦΥΣΙΚΗ-ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Έχετε κάποια από τις ακόλουθες ασθένειες;

Ασθένεια	Ναι	Όχι
Καρδιακή ανεπάρκεια		
Στεφανιαία νόσος		
Υπέρταση		
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο		
Ακράτεια ούρων		
Σοβαρή νεφρική νόσος		
Απώλεια νεφρού		
Χρόνια λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος		
Τύφλωση		
Διαταραχές στην όραση		
Νευροπάθεια		
Προβλήματα με τις κατώτερες πλευρές (αγγειονεύρωση)		
Κατάθλιψη		

Δίαιτα

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ακολουθήσατε υγιεινή διατροφή;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες ημέρες την εβδομάδα, από τον τελευταίο μήνα, ακολουθήσατε το πλάνο της διατροφής σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) καταναλώσατε πέντε ή περισσότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) καταναλώσατε φαγητά με υψηλά λιπαρά (κόκκινο κρέας, γαλακτοκομικά κτλ);

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Άσκηση

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ξοδέψατε 30 συνεχή λεπτά για φυσική άσκηση (πχ περπάτημα);

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) κάνατε έντονη άσκηση (πχ κολύμβηση, ποδηλασία, χορός κτλ);

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Εξετάσεις αίματος – έλεγχος σακχάρου αίματος

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε το σάκχαρό σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε το σάκχαρό σας σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Φροντίδα ποδιών

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε τα πόδια σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε το εσωτερικό των παπουτσιών σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Κάπνισμα

Καπνίσατε τις τελευταίες 7 ημέρες; Όχι Ναι

Εαν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίσατε την ημέρα;

Συστάσεις – συμβουλές για αυτοφροντίδα

1) Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλεύτης) να κάνετε;

- A. Δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά
- B. Δίαιτα σε συνδυασμό με υδατάνθρακες
- C. Μείωση των καθημερινών θερμίδων για απώλεια βάρους
- D. Κατανάλωση φαγητών πλούσιων σε φυτικές ίνες
- E. Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (5 μερίδες την ημέρα)
- F. Μείωση στην κατανάλωση του νερού στο ελάχιστο
- G. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
- H. Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν

2) Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλεύτης) να κάνετε;

- A. Κάντε ήπια καθημερινή άσκηση (περπάτημα)
- B. Κάντε συνεχή άσκηση για 20 λεπτά τουλάχιστον την ημέρα
- C. Υιοθετείστε μερικές ασκήσεις σε καθημερινή βάση (πχ χρησιμοποιείστε τις σκάλες αντί του ανελκυστήρα, χρησιμοποιείστε το λεωφορείο αντί του αυτοκινήτου, κατεβείτε μια στάση νωρίτερα από αυτή που επιθυμείτε κτλ)
- D. Υιοθετείστε ένα συγκεκριμένο είδος, διάρκεια και βαθμό άσκησης
- E. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
- F. Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν

3) Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλεύτης) να κάνετε;

- A. Ελέγξτε το σάκχαρο του αίματος σας χρησιμοποιώντας μια σταγόνα αίματος από το δάκτυλο σε μια ειδική ταινία που αλλάζει χρώμα ανάλογα με τα επίπεδα του σακχάρου
- B. Ελέγξτε το σάκχαρο του αίματος σας χρησιμοποιώντας ένα μηχάνημα
- C. Ελέγξτε το σάκχαρο στα ούρα
- D. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
- E. Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν

4) Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλεύτης) να κάνετε;

- A. Έγχυση ινσουλίνης 1 ή 2 φορές την ημέρα
- B. Έγχυση ινσουλίνης 3 ή περισσότερες φορές την ημέρα
- C. Αντι-διαβητικά χάπια – ταμπλέτες
- D. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
- E. Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν

Δίαιτα

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) μοιράσατε τα γεύματά σας σε ίσες ποσότητες υδρογονανθράκων;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Φάρμακα

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) πήρατε τα φάρμακά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) πήρατε ινσουλίνη;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Φροντίδα ποδιών

Πόσες φορές τις τελευταίες εβδομάδες πλύνετε τα πόδια σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

μουλιάσατε σε διάλυμα νερού και αντισηπτικού τα πόδια σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες εβδομάδες στεγνώσατε προσεκτικά τα κενά μεταξύ των δακτύλων των ποδιών σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Κάπνισμα

Στην τελευταία επίσκεψη στον ιατρό σας, σας ρώτησε εάν καπνίζετε και πόσο;

Όχι Ναι

Εάν καπνίζετε, στην τελευταία επίσκεψη στον ιατρό σας, σας συνέστησε να σταματήσετε το κάπνισμα ή σας ανέφερε κάποιο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος;

Όχι Ναι

Πότε καπνίσατε για τελευταία φορά;

- A. Περισσότερο από δυο χρόνια ή δεν κάπνισα ποτέ
- B. Πριν 1-2 χρόνια
- C. Πριν 4-12 μήνες
- D. Πριν 1-3 μήνες
- E. Λιγότερο από 1 μήνα
- F. Σήμερα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή

2. Συγκρίνοντας την υγεία σας τώρα με την υγεία σας ένα χρόνο πριν θα λέγατε ότι τώρα είναι

Πολύ καλύτερη	Κάπως καλύτερη	Περίπου ίδια	Κάπως χειρότερη	Πολύ χειρότερη

Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει ...

3. Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες πχ τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα κλπ

Πολύ	Λίγο	καθόλου

4. Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες πχ μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο, ελαφρό τροχάδην κλπ

Πολύ	Λίγο	καθόλου

5. Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ

Πολύ	Λίγο	καθόλου

6. Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες

Πολύ	Λίγο	καθόλου

7. Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες

Πολύ	Λίγο	καθόλου

8. Μα σκύβετε ή να γονατίζετε

Πολύ	Λίγο	καθόλου

9. Να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο

Πολύ	Λίγο	καθόλου

10. Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα

Πολύ	Λίγο	καθόλου

11. Να περπατάτε ένα τετράγωνο

Πολύ	Λίγο	καθόλου

12. Να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνος

Πολύ	Λίγο	καθόλου

Τον περασμένο μήνα είχατε κάποιο από τα παραπάνω προβλήματα σαν αποτέλεσμα της υγείας σας;

13. Μειώσατε το χρόνο που διαθέτετε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας;

Ναι	
Όχι	

14. Κάνετε λιγότερα πράγματα από όσα θα θέλατε;

Ναι	
Όχι	

15. Περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των πολλών ασχολιών σας

Ναι	
Όχι	

16. Χρειάστηκε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας;

Ναι	
Όχι	

17. Μειώσατε τον χρόνο που διαθέτετε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας;

Ναι	
Όχι	

18. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσα θα θέλατε

Ναι	
Όχι	

19. Δεν κάνατε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας τόσο προσεκτικά όσο συνήθως;

Ναι	
Όχι	

20. Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή άλλους;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ

21. Τον τελευταίο μήνα πόσο σωματικό πόνο είχατε;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ

22. Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο ο σωματικός πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθάνεστε και πως σας πήγαν τα πράγματα τον τελευταίο μήνα. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα ...

	Συνέχεια	Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
23. αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα						
24. Ήσασταν πολύ νευρικός						
25. αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγο χαρά						
26. Αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια						
27. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα						
28. Αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός						
29. Αισθανθήκατε εξαντλημένος						
30. Νοιώσατε ευτυχισμένος						
31. Αισθανθήκατε κουρασμένος						

32. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες πχ με φίλους, συγγενείς κλπ.

Συνέχεια	Πολύ συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ

Πόσο Σωστό ή Λάθος είναι για εσάς οι παρακάτω καταστάσεις;

	Εντελώς σωστό	Μάλλον σωστό	Δεν γνωρίζω	Μάλλον λάθος	Εντελώς λάθος
33. Νομίζω ότι αρρωσταίνω πιο εύκολα από άλλους					
34. Είμαι υγιής όπως κάθε άλλος που γνωρίζω					
35. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει					
36. Η υγεία μου είναι εξαιρετική					

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Ποια είναι η θεραπευτική σας αγωγή;

α) δίαιτα μόνον β) δισκία μόνον γ) ινσουλίνη μόνον δ)δισκία και ινσουλίνη

2. Ποια είναι συνήθως η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη σας;

α) <6,5

β) 6,5-7

γ) 7-7,5

δ) 7,5-8

ε) >8

3. Έχετε υπέρταση

Ναι

Όχι

Εάν ναι ρυθμίζετε σωστά την αρτηριακή σας πίεση σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού σας;

Ναι

Όχι

4. Έχετε υπερλιπιδαιμία;

Ναι

Όχι

Εάν ναι ακολουθείτε σωστά την αγωγή του γιατρού σας;

Ναι

Όχι

5. Είστε καπνιστής, πρώην καπνιστής ή μη καπνιστής