

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Καλτζίδου Στυλιανή, Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Τσαλογλίδου Αρετή, Καθηγήτρια Εφαρμογών

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2014

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Καλτζίδου Στυλιανή, Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

1. Τσαλογλίδου Αρετή, Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ
2. Δημητριάδου Αλεξάνδρα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ
3. Λαβδανίτη Μαρία, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved ©

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ' ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται στη συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τη συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις της Νοσηλευτικής σχολής του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης.

copyright ©2014, Καλτζίδου Στυλιανή

ALL RIGHTS RESERVED

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

Εγκρίθηκε την

ΒΑΘΜΟΣ: ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

Εξεταστική επιτροπή:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

.....

.....

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	11
ABSTRACT	13
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	14
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	15
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	17
1. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	17
1.1. Ορισμός και τυπολογία του σακχαρώδους διαβήτη.....	17
1.1.1. Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1	18
1.1.2. Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2.....	18
1.1.3. Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης.....	19
1.1.4. Λοιποί τύποι σακχαρώδη διαβήτη.....	20
1.2. Συμπτώματα και διάγνωση του διαβήτη	20
1.3. Μακροχρόνιες επιπλοκές	21
1.4. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	22
2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	25
2.1. Ορισμός της ποιότητας ζωής.....	26
2.2. Διαστάσεις διαμόρφωσης της ποιότητα ζωής	28
2.2.1. Φυσική ευζωία.....	28
2.2.2. Λειτουργική ευζωία.....	28
2.2.3. Κοινωνική ευζωία.....	29
2.2.4. Συναισθηματική ευζωία.....	30
2.3. Ποιότητα ζωής και χρόνιες ασθένειες.....	30
3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	31

3.1. Εισαγωγή.....	31
3.2. Η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με διαβήτη	32
3.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής στους διαβητικούς ασθενείς.....	34
3.3.1. Η εικόνα του σώματος.....	35
3.3.2. Ο γραμματισμός για την υγεία (Health literacy)	35
3.3.3. Οι διατροφικές επιλογές	36
3.3.4. Επιλογές φυσικής άσκησης	36
3.3.5. Οι αντιλήψεις σχετικά με την ασθένεια	36
3.3.6. Η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον	37
3.3.7. Οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις	37
3.3.8. Η θρησκεία και η πίστη	38
3.3.9. Η κατάθλιψη και το άγχος.....	39
3.3.10. Οι φόβοι.....	39
3.4. Εργαλεία μέτρησης	40
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	42
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	42
4.1. Σκοπός.....	42
4.2. Υλικό και μέθοδος.....	42
4.3. Ερευνητικά εργαλεία.....	43
4.4. Δημογραφικά στοιχεία	44
4.5. Ιατρικό Ιστορικό.....	50
4.6. Διατροφικές συνήθειες.....	51
5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	53
5.1. Βαθμολογία ασθενών	53
5.2. Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου	62

5.3. Εγκυρότητα του ερωτηματολογίου	64
5.4. Επίδραση τρίτων παραγόντων.....	65
5.4.1. Φύλο	65
5.4.2. Ηλικία	66
5.4.3. Επίπεδο εκπαίδευσης.....	67
5.4.4. Τύπος Σακχαρώδη Διαβήτη.....	67
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.....	45
Πίνακας 2: Ηλικιακή κατανομή δείγματος.....	46
Πίνακας 3: Ηλικιακή κατανομή των ανδρών του δείγματος.....	46
Πίνακας 4: Ηλικιακή κατανομή των γυναικών του δείγματος.....	47
Πίνακας 5: Βασικά περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της ηλικίας.....	48
Πίνακας 6: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (Α) «Έλεγχος διαβήτη».....	54
Πίνακας 7: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (Β) «Διατροφικές συνήθειες».....	55
Πίνακας 8: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (Γ) «Κατανόηση θεμάτων διαβήτη».....	55
Πίνακας 9: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (Δ) «Υποστήριξη και βοήθεια».....	57
Πίνακας 10: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (Ε) «Άσκηση».....	58
Πίνακας 11: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (Ζ) «Μακροχρόνια οφέλη».....	58
Πίνακας 12: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (Η) «Ιατρική φροντίδα».....	59
Πίνακας 13: Μέση βαθμολογία ανά ερώτηση των υποκλιμάκων και της ενιαίας κλίμακας του ερωτηματολογίου της ΦΔ.....	60
Πίνακας 14: Συνολική βαθμολογία των υποκλιμάκων και της ενιαίας κλίμακας του ερωτηματολογίου της ΦΔ.....	61
Πίνακας 15: Αξιολόγηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου της κλίμακας ΦΔ στον ελληνικό πληθυσμό.....	63
Πίνακας 16: Αξιολόγηση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου της κλίμακας ΦΔ στον ελληνικό πληθυσμό.....	64

Πίνακας 17: Διερεύνηση της επίδρασης του φύλου επί τις βαθμολογίας ανά ομάδα ερωτήσεων και στο συνολικό ερωτηματολόγιο.	65
Πίνακας 18: Διερεύνηση της επίδρασης της ηλικίας επί τις βαθμολογίας ανά ομάδα ερωτήσεων και στο συνολικό ερωτηματολόγιο.	66
Πίνακας 19: Διερεύνηση της επίδρασης του επιπέδου εκπαίδευσης επί τις βαθμολογίας ανά ομάδα ερωτήσεων και στο συνολικό ερωτηματολόγιο.	67
Πίνακας 20: Διερεύνηση της επίδρασης του τύπου σακχάρου επί τις βαθμολογίας ανά ομάδα ερωτήσεων και στο συνολικό ερωτηματολόγιο.	68

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Κατανομή δείγματος ανά φύλο.....	45
Σχήμα 2: Ηλικιακή κατανομή του δείγματος σε κλάσεις των 10 ετών.....	47
Σχήμα 3: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.	48
Σχήμα 4: Ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των παιδιών.....	49
Σχήμα 5: Κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.....	49
Σχήμα 6: Ποσοστιαία κατανομή των τύπων διαβήτη.....	50
Σχήμα 7: Κατανομή του πλήθους ημερών μέτρησης του διαβήτη ανά εβδομάδα.....	51
Σχήμα 8: Κατανομή ημερήσιων μετρήσεων σακχάρου.....	51
Σχήμα 9: Ποσοστιαία κατανομή όσων έχουν λάβει διατροφικές συμβουλές από επαγγελματία.....	52
Σχήμα 10: Κατανομή συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα ΦΔ.....	62

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία πραγματεύεται το ζήτημα της ποιότητας ζωής των Ελλήνων ασθενών από σακχαρώδη διαβήτη μέσα από την οπτική της φροντίδας υγείας που αυτοί δέχονται, είτε με τη μορφή της αυτό-φροντίδας, είτε από τρίτους, όπως το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και φυσικά ο θεράπωντας ιατρός. Παράλληλα, εξετάζεται ο ρόλος μιας σειράς παραγόντων, όπως το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικία και ο τύπος του διαβήτη από τον οποίο νοσεί ένας ασθενής στην φροντίδα υγείας που δέχεται. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της μελέτης ήταν το ερωτηματολόγιο Φροντίδας Διαβήτη (Diabetes Care Questionnaire).

Τα ερευνητικά δεδομένα τεκμηρίωσαν αφενός την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ως εργαλείου αξιολόγησης της φροντίδας του διαβήτη σε έναν ασθενή και αφετέρου την εγκυρότητά του στη μελέτη του ελληνικού πληθυσμού των ασθενών από διαβήτη. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής του ερωτηματολογίου κατέδειξαν τη σημαντική πίστη που έχουν οι Έλληνες ασθενείς στα μακροχρόνια οφέλη της φροντίδας του διαβήτη, καθώς και το υψηλό επίπεδο παροχής της από πλευράς των ιατρών. Το επίπεδο ελέγχου της ασθένειας από πλευράς των ασθενών φαίνεται να είναι επαρκές, ενώ και η κατανόηση των θεμάτων του διαβήτη από πλευράς τους είναι σχετικά ικανοποιητική. Από την άλλη πλευρά, η ανάγκη για υποστήριξη και βοήθεια και η παροχή αυτών από τους φίλους και το οικογενειακό περιβάλλον είναι μέτρια, ενώ οι ασθενείς φαίνεται να αντιμετωπίζουν και κάποια προβλήματα στην άσκηση τους. Το πεδίο που ενδεχομένως χρήζει προσοχής είναι οι διατροφικές συνήθειες των ασθενών, οι οποίες φαίνεται πως επιδέχονται βελτίωση.

Σχετικά με την επίδραση τρίτων παραγόντων στην φροντίδα του διαβήτη, παρατηρούμε ότι το φύλο δεν έχει κάποιο ιδιαίτερο ρόλο. Αντίθετα, οι μικρότεροι σε ηλικία ασθενείς παρουσιάζουν ένα υψηλότερο δείκτη φροντίδας και κατ' επέκταση μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Από πλευράς εκπαίδευσης, τα άτομα που έχουν λάβει κάποια μορφή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης φαίνεται να έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες, μια βαθύτερη κατανόηση των ζητημάτων του διαβήτη, ενώ πιστεύουν περισσότερο στα μακροχρόνια οφέλη της φροντίδας του διαβήτη και γενικότερα έχουν ένα υψηλότερο δείκτη φροντίδας υγείας και ποιότητας ζωής. Τέλος, τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου I φαίνεται να έχουν μια επίσης καλύτερη ζωή συγκριτικά με τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου II.

Λέξεις-κλειδιά: σακχαρώδης διαβήτης, φροντίδα διαβήτη, ποιότητα ζωής, ερωτηματολόγιο.

ABSTRACT

The purpose of this master thesis is to investigate the quality of life of Greek patients with diabetes mellitus in terms of diabetes mellitus self-care or care provided either by the attending physician, or the patient's family and social environment. Moreover, the impact of factors, such as the patient's gender, educational level, age, and diabetes type, on the care received by a patient is also examined. The primary research tool employed in this study was the Diabetes Care Profile Questionnaire (DCPQ).

The results documented the reliability and the validity of the DCPQ in studying and evaluating the diabetes care profile of Greek patients. Moreover, Greek patients seem to strongly trust the diabetes care concept in terms of its expected long-term benefits, while they are extremely satisfied with the high level of care provided on the part of the physicians. They understand diabetes management practices at a good extent, and they are also able of achieving a quite good control of the disease. On the other hand, the patients' need for care, as well as the care provided by friends and family is mediocre. Special attention should be given to the dietary habits and diet adherence of Greek patients, where there is plenty of room for improvements.

The investigation regarding the impact of other factors on the quality of life of patients with diabetes, revealed that the patient's gender is not correlated with the level of the provided care profile. In the contrary, younger patients seem to have a better quality of life compared to the elder ones. In terms of education, higher educated patients seem to have more healthy dietary habits, an in depth understanding of several issues related to diabetes, while they strongly believe in the long-term benefits of diabetes care, and, in general they have a higher quality of life. Finally, patients with diabetes type I seem to also have a better quality of life compared to patients with diabetes type II.

Key words: diabetes mellitus, diabetes care, quality of life, questionnaire.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Όταν φτάσεις επιτέλους στο τέλος ενός στόχου και κοιτάς πίσω μόνο τότε συνειδητοποιείς την συνολική σου πορεία και τους ανθρώπους που την επηρέασαν.

Σε αυτούς θέλω να αναφερθώ σε αυτές τις λίγες γραμμές και να τους ευχαριστήσω θερμά για την σημαντική βοήθεια που μου προσέφεραν.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ.Τσαλογλίδου Αρετή για τη βοήθεια και καθοδήγησή της για την εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ θερμά τους συμφοιτητές μου: 1. Δίγκλιου Λασκαρίνα όσο αναφορά για την εύρεση και μετάφραση του ερωτηματολογίου 2. Δαραμήλα Χρήστο Αντιπρόεδρο του Συλλόγου Διαβητικών «Άγιος Δημήτριος» Θεσσαλονίκης όσο αναφορά στο μοίρασμα και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Επιπροσθέτως ευχαριστώ την φίλη και συμφοιτήτρια Φασνάκη Σταυρούλα όσο αναφορά στο μοίρασμα και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μέσω της Εταιρείας Alzheimer.

Ακολουθως θα ήθελα να ευχαριστήσω την φίλη και συνεργάτιδα Οικονόμου Σταυρούλα από το νοσοκομείο «Άγιος Παύλος» Θεσσαλονίκης καθώς επίσης και τους κατοίκους του χωριού Περιστερά του δήμου Θέρμης για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Τέλος δεν θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω θερμά τους γονείς μου Μιχάλη και Παρθένα καθώς και τον αδερφό μου Τάσο που όλα αυτά τα χρόνια με έχουν στηρίξει σε οτιδήποτε έχω επιχειρήσει ακόμα και όταν διαφωνούν με αυτό....

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

“Το σημαντικό στη ζωή ενός ατόμου είναι η ποιότητα και όχι η μακροημέρευση.”

Martin Luther King Jr.

Η χρόνια ασθένεια, οι παθογένειες, οι δραστικές αλλαγές στην καθημερινότητα των ασθενών είναι αναμενόμενο να επηρεάζουν σε πολλά επίπεδα και με τρόπους, συχνά απροσδιόριστους, την ποιότητα της ζωής τους. Στην παρούσα εργασία η ποιότητα ζωής προσεγγίζεται ολιστικά. Σύμφωνα με τις απόψεις του Sol Levine:

«Η έμφαση στην ποιότητα ζωής είναι στην ανάπτυξη όπου η προσοχή κατευθύνεται στην ικανότητα του ατόμου να επιτελέσει τέτοιους ρόλους όπως εργαζόμενος, μέλος οικογένειας, πολίτης ή φίλος» (as in Albrecht & Devlieger, 1999).

Οι αλλαγές στην καθημερινότητα και οι μεταβολές στη ζωή τους, σε αρκετές περιπτώσεις βοήθησαν τα άτομα να ξεκαθαρίσουν τον γενικότερο προσανατολισμό τους. Η εσωτερική δύναμη και η σταθερότητα, προέκυψαν από τις ξεκάθαρες ηθικές αρχές τους και η ισορροπημένη εικόνα της θέσης που κατέχουν το μυαλό, το κορμί και το πνεύμα στην συν-δημιουργία της συνολικής ανθρώπινης υπόστασής τους (Albrecht & Devlieger, 1999).

Πιο συγκεκριμένα, για άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες θα πρέπει οι δείκτες της ποιότητας ζωής να μπορούν να προσδιορίζουν την απάντηση στην ερώτηση αν η θεραπευτική αγωγή οδηγεί σε μία ζωή την οποία αξίζει να ζει ο ασθενής. Επίσης, θα πρέπει να παρέχουν μία πιο υποκειμενική, από την πλευρά του ασθενούς, προοπτική, σύμφωνα με την οποία θα αξιολογούνται τα αποτελέσματα της παρέμβασης. Αυτή η οπτική δεν είναι πρωτόγνωρη για τους ανθρώπους που παρέχουν την υγεία καθώς η ποιότητα ζωής συνυπολογίζονταν στην θεραπεία εδώ και δεκαετίες, αν και με μία πιο στενή έννοια (συνήθως περιοριζόταν στην λειτουργικότητα και στην επιστροφή στην εργασία) (Bowling, 1995).

Μία από τις χρόνιες ασθένειες που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και υψηλό επίπεδο προσαρμογής σε καθημερινές συνθήκες (διατροφή, άσκηση κ.ά.) είναι και ο σακχαρώδης

διαβήτη. Οι ανάγκες για την σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης είναι αρκετά πολύπλοκες και επιδρούν σε όλα τα επίπεδα της προσωπικής και κοινωνικής ζωής των ατόμων και των οικογενειών τους. Ο βαθμός αυτοελέγχου και θετικής αυτοαντίληψης πρέπει να είναι υψηλός, ειδικά υπό το πρίσμα των μακροπρόθεσμων αρνητικών συνεπειών (Faro 1999)

Για ολόκληρη την επιστημονική ομάδα που ασχολείται με τον διαβήτη έχει δημιουργηθεί, σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, ένα τρομακτικό πλεονέκτημα αναφορικά με το εύρος των θεραπευτικών μεθόδων που είναι διαθέσιμοι. Τα σύγχρονα στοιχεία καταδεικνύουν μία επιβράδυνση της πορείας του διαβήτη τύπου 2 με την αλλαγή των στοιχείων της καθημερινότητάς τους. Πάντως, η πρόβλεψη για γενικευμένες παρεμβάσεις παραμένει μία πρόκληση για τα συστήματα υγείας. Η πρόληψη για τον διαβήτη είναι η επιθυμητή προοπτική για την μείωση του, σε μακροπρόθεσμο σχεδιασμό, την πολύπλοκη και συνεχώς αυξανόμενη δαπανηρή θεραπεία της ασθένειας και των επιπλοκών της. Ο συνδυασμός των αλλαγών του τρόπου ζωής, των φαρμακευτικών παρεμβάσεων και της συνακόλουθης βελτίωσης της γενικότερης ποιότητας ζωής είναι μία δελεαστική και δύσκολη προοπτική (Simpson, Shaw & Zimmet 2003).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μία παγκόσμια μάστιγα με συνέπειες στην ατομική ζωή και το κοινωνικό σύνολο, το οικονομικό βάρος είναι ολοένα αυξανόμενο, με όλες τις επιπτώσεις στα συστήματα υγείας (Holt & Kumar 2010). Ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη αυξάνει με επιδημικούς ρυθμούς, σε παγκόσμιο επίπεδο, με ιδιαίτερη ανησυχητική αύξηση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε άτομα νεότερης ηλικίας και στα παχύσαρκα. Η παρατηρούμενη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του γενικού και του διαβητικού πληθυσμού, λόγω της προόδου των κλινικών μεθόδων και πρακτικών, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης χρόνιων επιπλοκών της πάθησης.

1.1. Ορισμός και τυπολογία του σακχαρώδους διαβήτη

Ο διαβήτης είναι μία χρόνια ασθένεια η οποία συμβαίνει όταν το σώμα δεν έχει τη δυνατότητα παραγωγής ινσουλίνης ή όταν δεν μπορεί να τη χρησιμοποιήσει σωστά (IDF 2013). Η ταξινόμηση του διαβήτη, η οποία ισχύει από το 1997, γιατί στο παρελθόν υπήρξαν αρκετές διαφοροποιήσεις ως προς την ταξινόμηση και τα διαγνωστικά κριτήρια (Καραμήτσος 2009). Σαφώς η ταξινόμηση του σακχαρώδη διαβήτη εξαρτάται από τις συνθήκες που επικρατούν κατά τη χρονική στιγμή της διάγνωσης, αλλά και πάλι, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει ισχυρό ενδεχόμενο να μην μπορεί να ενταχθεί κάποια περίπτωση σε μία μόνο κατηγορία (Κατσίκη et al. 2010).

Οι παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου δύνανται να κατηγοριοποιηθούν σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους, αναλόγως της δυνατότητας ή μη πρόληψής τους.

1. Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου:

- Παχυσαρκία και υπερβολικό σωματικό βάρος
- Διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και χαμηλή σε ίνες
- Υψηλή αρτηριακή πίεση και υψηλή χοληστερόλη
- Ιστορικό διαβήτη κύησης (δεδομένου ότι η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης του διαβήτη κύησης).

2. Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου:

- Εθνικότητα
- Ηλικία
- Οικογενειακό ιστορικό διαβήτη
- Ιστορικό διαβήτη κύησης (δεδομένου ότι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του διαβήτη κύησης αποτελούν και μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου όπως φυλή/εθνικότητα ή ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού) (ΕΔΕ & Ε.ΚΕ.ΔΙ. 2012).

Όπως αναφέρονται στις Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη διαχείριση του Διαβητικού Ατόμου, ο σακχαρώδης διαβήτης περιλαμβάνει τρεις κύριες κατηγορίες και μία ακόμη, με πολλές υπο-κατηγορίες, οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω:

1.1.1. Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1

Οφείλεται στην αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, η οποία συνήθως επιφέρει πλήρη έλλειψη της ινσουλίνης. Η συχνότητα καταστροφής των β-κυττάρων ποικίλει από ταχεία, κυρίως σε παιδιά και νήπια, έως βραδεία, κυρίως σε ενήλικες (Κατσίκη et al. 2010). Αναπτύσσεται κυρίως σε παιδιά και νέους γι' αυτό και παλαιότερα ονομαζόταν νεανικός διαβήτης. Η θεραπεία με ινσουλίνη, από τη στιγμή που θα γίνει η διάγνωση, θα πρέπει να ξεκινάει το αργότερο ένα έτος μετά (Καραμήτσος 2009).

Ο επιπολασμός του σε ευρωπαϊκό επίπεδο κυμαίνεται από 0.6 έως 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 (ΕΔΕ 2013).

1.1.2. Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Ο διαβήτης τύπου 2 οφείλεται σε προοδευτική μείωση της επαρκούς ανταπόκρισης του β-κυττάρου στην έκκριση της ινσουλίνης που απαιτείται για την αντιμετώπιση των μεταβολικών αναγκών. Κάποιοι από τους παράγοντες που ενοχοποιούνται για αυτήν την αύξηση είναι ο αυξανόμενο προσδόκιμο επιβίωσης, η αστικοποίηση και ο τρόπος ζωής σύμφωνα με τα δυτικά πρότυπα, ο οποίος οδηγεί σε παχυσαρκία (ΕΔΕ & ΕΚΕΔΙ 2012). Η πλειονότητα των ασθενών με διαβήτη τύπου 2 είναι υπέρβαροι, και σε αυτό οφείλεται, έως

έναν βαθμό και η ινσουλινοαντίσταση. Αν ο ασθενής είναι φυσιολογικού σωματικού βάρους ενδέχεται να παρουσιάζει αυξημένη κατανομή λίπους στην κοιλιακά χώρα (Κατσίκη et al. 2010).

Η θεραπεία με ινσουλίνη, σε αυτόν τον τύπο δεν είναι απαραίτητο να ξεκινήσει άμεσα αλλά μπορούν να υιοθετηθούν, για μεγάλο διάστημα, αλλαγές στην διατροφή και στον γενικότερο τρόπο ζωής (Καραμήτσος 2009). Σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών είναι δυνατόν να επιτευχθεί ικανοποιητικός γλυκαιμικός έλεγχος με απώλεια βάρους, άσκηση ή/και χρήση δια στόματος υπογλυκαιμικών παραγόντων και δεν χρήζουν ινσουλινοθεραπείας. Όσοι ασθενείς έχουν υπολειμματική έκκριση ινσουλίνης που χρειάζονται ωστόσο εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης για την επίτευξη ευγλυκαιμίας, μπορούν να επιβιώσουν χωρίς τη λήψη ινσουλίνης. Αντιθέτως, όσοι αντιμετωπίζουν εκτεταμένη καταστροφή των β-κυττάρων έχουν ανάγκη την ινσουλίνη για την επιβίωση τους (Κατσίκη et al. 2010).

Από όλους του τύπους σακχαρώδη διαβήτη εκείνος που λαμβάνει διαστάσεις «επιδημίας» σε παγκόσμιο επίπεδο είναι ο τύπου 2. Αυτό σημαίνει ότι αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας καθώς εκατομμύρια ατόμων σ' όλο τον κόσμο πάσχουν από τη μεταβολική αυτή πάθηση. Στην Ευρώπη ο επιπολασμός του κυμαίνεται 5-10%. Στην Ελλάδα έχει τριπλασιασθεί τα τελευταία 35 χρόνια και σήμερα κυμαίνεται περί το 8% (ΕΔΕ 2013).

1.1.3. Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης

Ως σακχαρώδης διαβήτης κύησης ορίζεται η διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων που διαπιστώνεται κατά την έναρξη της κύησης ή εμφανίζεται κατά τη διάρκειά της και χαρακτηρίζεται από αύξηση της γλυκόζης νηστείας >92 mg/dl, υπό την προϋπόθεση ότι κατά την έναρξη της κύησης δεν διαγιγνώσκεται η ύπαρξη επίσημου διαβήτη τύπου 2 (γλυκόζη νηστείας >126 mg/dl). Επίσης, ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης είναι και η παθολογική έκβαση της δια στόματος ανοχής της γλυκόζης που εκτελείται την 24-28^η εβδομάδα της κύησης. Η συχνότητα του ΣΔΚ κυμαίνεται περί το 18% επί του συνόλου των κυήσεων. Ο διαβήτης κύησης είναι αναστρέψιμη νόσος, η οποία υποχωρεί μετά τον τοκετό, συνδέεται όμως με περιγεννητικές επιπλοκές και προβλήματα στην υγεία μητέρας και νεογνού. Τα νεογνά από μητέρες με διαβήτη κύησης κινδυνεύουν στην

μετέπειτα ζωή τους να αναπτύξουν παχυσαρκία και δυνητικά διαταραχή ανοχής γλυκόζης ή ακόμη και σακχαρώδη διαβήτη (EEE 2010).

1.1.4. Λοιποί τύποι σακχαρώδη διαβήτη

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι σπανιότεροι τύποι διαβήτη, αντιστοιχούν στο 1% έως 2% των διαγνωσμένων περιπτώσεων. Αιτίες εμφάνισης των συγκεκριμένων τύπων είναι συγκεκριμένα γενετικά σύνδρομα, χειρουργικές επεμβάσεις, φάρμακα, υποσιτισμός, μολύνσεις καθώς και διάφορες άλλες ασθένειες. Οφείλονται σε άλλα αίτια, όπως γενετικές διαταραχές που συνδέονται με τη λειτουργικότητα των β-κυττάρων ή τη δράση της ινσουλίνης, νόσους της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος, έκθεση σε φάρμακα, χημικές ουσίες, τοξίνες κ.ά. Ο διαβήτης τύπου MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young), είναι μονογονιδιακή μορφή σακχαρώδους διαβήτη, με ισχυρά ερείσματα στο κληρονομικό παράγοντα (κάθετη προσβολή 2 τουλάχιστον προηγούμενων γενεών) (ΕΔΕ 2013).

1.2. Συμπτώματα και διάγνωση του διαβήτη

Τα συμπτώματα του σακχαρώδη διαβήτη, ειδικά για εκείνον του τύπου 2 δεν είναι πάντοτε σαφή ή δεν εκδηλώνονται με την ίδια ένταση. Τα συχνότερα προειδοποιητικά σημάδια του σακχαρώδη διαβήτη περιλαμβάνουν:

- ✓ Δείκτης μάζας σώματος $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
- ✓ Καθιστική ζωή
- ✓ Συγγενείς πρώτου βαθμού με διαβήτη
- ✓ Γυναίκες με ιστορικό γέννησης τέκνου $> 4 \text{ kg}$
- ✓ Γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
- ✓ Ιστορικό διαταραγμένης γλυκόζης νηστείας ή/και διαταραγμένης (παθολογικής) ανοχής στη γλυκόζη
- ✓ Υπέρταση
- ✓ HDL $< 35 \text{ mg/dl}$ ή τριγλυκερίδια νηστείας $> 250 \text{ mg/dl}$
- ✓ Καταστάσεις που σχετίζονται με αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη (σοβαρού βαθμού παχυσαρκία, μελανίζουσα ακάνθωση)
- ✓ Ιστορικό καρδιοαγγειακού επεισοδίου
- ✓ Συχνή διούρηση

- ✓ Υπερβολική δίψα
- ✓ Αυξημένο αίσθημα πείνας
- ✓ Απότομη απώλεια βάρους
- ✓ Υπερβολική κόπωση
- ✓ Έλλειψη ενδιαφέροντος και συγκέντρωσης
- ✓ Εμέτους και στομαχικό πόνο
- ✓ Αίσθημα μυρμηγκιάσματος ή μουδιάσματος στα χέρια ή τα πόδια
- ✓ Θολή όραση
- ✓ Συχνές λοιμώξεις
- ✓ Πληγές που αργούν να επουλωθούν (ΕΔΕ & Ε.ΚΕ.ΔΙ. 2012, Δημητριάδης 2013)

Σύμφωνα με τον ΕΟΦ τα διαγνωστικά κριτήρια του σακχαρώδη διαβήτη είναι τα εξής:

- ✓ Γλυκόζη νηστείας πλάσματος ≥ 126 mg/dl μετά από νηστεία 8 ωρών
- ✓ Συμπτώματα υπεργλυκαιμίας και τυχαία τιμή γλυκόζης πλάσματος ≥ 200 mg/dl. Τυχαία τιμή γλυκόζης θεωρείται οποιαδήποτε στιγμή του 24-ώρου ανεξάρτητα από την ώρα που παρήλθε από τη λήψη τροφής. Τα κλασικά συμπτώματα της υπεργλυκαιμίας είναι η πολουρία, η πολυδιψία και η ανεξήγητη απώλεια σωματικού βάρους (Δημητριάδης χ.χ.).
- ✓ Καμπύλη σακχάρου: Τιμή σακχάρου 2 ώρες μετά από φόρτιση με 75g γλυκόζης από του στόματος > 200 mg/dl. Η συγκεκριμένη εξέταση απαιτεί τριήμερη προετοιμασία, με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες και ο γιατρός μετρά τα επίπεδα του σακχάρου διαδοχικά ανά 30 λεπτά, τις επόμενες 2 ή 3 ώρες. Οι διαγνωσμένοι διαβητικοί δεν έχουν λόγο να κάνουν αυτή την εξέταση, η οποία όμως είναι πολύ χρήσιμη για άτομα με κληρονομικό ιστορικό (ΕΕΕ 2010).

1.3. Μακροχρόνιες επιπλοκές

Οι μακροχρόνιες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη είναι η αμφιβληστροειδοπάθεια, η οποία ενδέχεται να οδηγήσει σε πλήρη απώλεια της όρασης, νεφροπάθεια με την συνακόλουθη νεφρική ανεπάρκεια, η περιφερειακή νευροπάθεια με κίνδυνο πρόκλησης ελκών στα κάτω άκρα, ακρωτηριασμού, άρθρωσης Charcot και η νευροπάθεια ΑΝΣ με συμπτώματα από το γαστρεντερικό, ουροποιογεννητικό και καρδιαγγειακό σύστημα και

με στυτική δυσλειτουργία. Είναι πολύ πιθανή η καρδιαγγειακή, περιφερική αρτηριακή και αγγειακή εγκεφαλική νόσο, αρτηριακή υπέρταση και οι διαταραχές του μεταβολισμού των λιποπρωτεϊνών (Κατσίκη et al. 2010).

1.4. Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο διαβήτης, σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι από τα μεγαλύτερα σύγχρονα προβλήματα του σε κοινωνικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Άτλαντα για τον διαβήτη της Διεθνούς Ένωσης για τον Διαβήτη, ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη σε ενήλικα άτομα παγκοσμίως από 4% το 1995 εκτιμάται ότι θα φτάσει στο 5,4% το 2025. Ο ρυθμός των ενηλίκων διαβητικών ατόμων από 194 εκατομμύρια το 2003 αναμένεται να αυξηθεί σε 366 εκατομμύρια το 2030, λόγω της αύξησης του μέσου όρου ζωής και της αλλαγής των διαιτητικών συνηθειών. Μεγαλύτερη αύξηση του διαβητικού πληθυσμού (κατά 170%) εκτιμάται ότι θα σημειωθεί στις αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες μάλιστα η ηλικία των ασθενών με διαβήτη τύπου 2 είναι μικρότερη από τις αναπτυγμένες χώρες.

Συνοπτικά, για να καταδειχθεί το μέγεθος του θέματος, ανά περιοχή, και το εξαιρετικά μεγάλο κοινωνικό μερίδιο που επηρεάζει παραθέτουμε τα εξής δεδομένα για το 2013 και για την ηλικιακή ομάδα 20-79 ετών:

1. Για την Ευρώπη, η οποία έχει και τον υψηλότερο επιπολασμό σε παιδιά με διαβήτη τύπου 1, ο αριθμός των πασχόντων αγγίζει τις 129.400, με 20.000 νέες διαγνώσεις κατ' έτος. Τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη το 2013 ανέρχονται σε 56,3 εκ. και ο αριθμός αναμένεται ότι θα αυξηθεί σε 68,9 εκ. το 2035. Ο αριθμός των θανάτων σε ολόκληρη την Ευρώπη, λόγω του διαβήτη και των επιπλοκών του είναι 618.600 άτομα κατ' έτος. Οι χώρες που έχουν τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων με διαβήτη είναι η Ρωσία, η Γερμανία, η Τουρκία, η Ισπανία και η Ιταλία, ενώ οι χώρες με τον υψηλότερο επιπολασμό είναι η Τουρκία, το Μαυροβούνιο, η FYROM, η Σερβία και η Βοσνία-Ερζεγοβίνη. Η πλειονότητα των χωρών με υψηλό επιπολασμό ανήκουν στην Ευρώπη, γεγονός αναμενόμενο, καθώς αυτή η ήπειρος κατέχει την πρώτη θέση στον επιπολασμό του σακχαρώδους διαβήτη, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

2. Η Μέση Ανατολή και η Βόρεια Αφρική, είναι οι περιοχές στις οποίες ένας στους δέκα ενηλίκους πάσχει από διαβήτη. Το εντυπωσιακό είναι η μεταβολή του απολύτου αριθμού των διαβητικών από 34,6 εκ. (το 2013) σε 67,9 εκ. (το 2035). Οι θάνατοι που

οφείλονται στον διαβήτη και στις επιπλοκές του ανέρχονται σε 1367.700 άτομα. Οι χώρες με τον μεγαλύτερο αριθμό διαβητικών είναι η Αίγυπτος, το Πακιστάν, το Ιράν, η Σαουδική Αραβία και η Αλγερία. Οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού είναι η Σαουδική Αραβία, το Κουβέιτ, το Κατάρ, το Μπαχρέιν και τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα.

3. Στην υποσαχάρια Αφρική, το 63% των θανάτων σχετίζονται με τον σακχαρώδη διαβήτη και αφορά, κυρίως, άτομα κάτω των 60 ετών (σύνολο θανάτων 522.400). Ο αριθμός των διαβητικών το 2013 ήταν 19,8 εκ. ενώ η πρόβλεψη για το 2035 είναι 41,5 εκ. Οι χώρες με τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων που πάσχουν από διαβήτη είναι η Νιγηρία, η Νότιος Αφρική, Αιθιοπία, η Τανζανία και το Κονγκό. Οι χώρες με τον υψηλότερο επιπολασμό είναι τα νησιά Reunion, οι Σεϋχέλλες, η Γκάμπια, η Ζιμπάμπουε και η Νότιος Αφρική.

4. Στην Βόρεια Αμερική και στην Καραϊβική, την πιο εύρωστη οικονομικά περιοχή για την αντιμετώπιση του διαβήτη, παρόλο που το ποσό το οποίο δαπανήθηκε εκεί για την ασθένεια ισούται με τις δαπάνες σε όλον τον υπόλοιπο κόσμο, δεν φαίνεται να υπάρχει θετική ανταπόκριση. Αντιθέτως, αναμένεται μία αύξηση του αριθμού των διαβητικών από 36,7 εκ. το 2013 σε 50,4 εκ. το 2035. Οι οφειλόμενοι σε αυτόν θάνατοι ανέρχονται σε 292.900 άτομα. Οι χώρες με τον μεγαλύτερο αριθμό διαβητικών είναι οι ΗΠΑ το Μεξικό, ο Καναδάς, η Αϊτή και η Τζαμάικα και οι περιοχές με τον υψηλότερο επιπολασμό είναι οι Μπελίζ, Γουιάνα, Κουρακάο, Μαρτινίκα και τα νησιά Κέϋμαν.

5. Η Κεντρική και Νότια Αμερική, είναι περιοχές όπου αναμένεται η αύξηση του διαβήτη να φτάσει το 60% μέχρι το 2035. Τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη ήταν κατά το 2013 24,1 εκ. και αναμένεται να φτάσουν τα 38,5 εκ. το 2035. Οι θάνατοι εξαιτίας του διαβήτη και των επιπλοκών του ανέρχονται σε 226.400 άτομα. Οι χώρες με τον μεγαλύτερο αριθμό ασθενών είναι η Βραζιλία, η Κολομβία, η Αργεντινή, η Χιλή και η Βενεζουέλα. Ο επιπολασμός είναι συχνότερος στο Πουέρτο Ρίκο, στη Νικαράγουα, στη Δομινικανή Δημοκρατία, στη Γουατεμάλα και στο Ελ Σαλβαδόρ.

6. Στην Νότιο-ανατολική Ασία, ο μισός πληθυσμό που πάσχει από διαβήτη δεν έχει διαγνωστεί. Οι αριθμοί εδώ είναι εντυπωσιακοί με άτομα που έπασχαν το 2013 να ανέρχονται στα 72,1 εκ. και η πρόβλεψη για το 2035 να είναι 123 εκ.. Οι θάνατοι λόγω της ασθένειας και λόγω της μη διάγνωσής της είναι 1.200.000 άτομα. Οι πέντε πρώτες χώρες σε αριθμό ατόμων με διαβήτη είναι η Ινδία, το Μπαγκλαντές, η Σρι Λάνκα, το Νεπάλ κι ο

Μαυρίκιος ενώ οι πρώτες χώρες σε επιπολασμό είναι ο Μαυρίκιος, η Ινδία, η Σρι Λάνκα, το Μπαγκλαντές και το Μπουτάν.

7. Στις χώρες του Δυτικού Ειρηνικού, σε αυτή την περιοχή τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη είναι πάνω από 138 εκ., ο μεγαλύτερος αριθμός παγκοσμίως, και αναμένεται να φτάσουν τα 201,8 εκ. το 2035. Οι θάνατοι που οφείλονται στον διαβήτη είναι 1.870.000 άτομα και οι χώρες με τον μεγαλύτερο αριθμό νοσούντων είναι η Κίνα, η Ινδονησία, η Ιαπωνία, η Κορέα και το Βιετνάμ ενώ ο υψηλότερος επιπολασμός παρατηρείται στο Τοκαλού, τη Μικρονησία, τα νησιά Μάρσαλ, το Κιριμπάτι και τα νησιά Κουκ (IDF 2013).

2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ο όρος ποιότητα ζωής (quality of life), είναι ένας νεοεισαχθείς όρος στην ιατρική επιστήμη που, όμως, κερδίζει συνεχώς το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Το πιο πιθανόν είναι ότι εισήχθη από τον Karnofsky το 1949 (αρχικά αναφερόταν η ποιότητα ζωής σε ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο). Στην πορεία, η αρθρογραφία και οι μελέτες αναφορικά με το θέμα αυξήθηκαν με εκθετικούς ρυθμούς, ενδεικτικά αναφέρεται το 1980 είχαν δημοσιευτεί 331 επιστημονικά άρθρα για τη ποιότητα ζωής ενώ το 2005 ο αριθμός ανήλθε στις 11.000. Ένας από τους λόγους που κατέκτησε κεντρική θέση σε όλες τις πλευρές της θεραπευτικής αγωγής είναι ότι, τις τελευταίες δεκαετίες, η πλειονότητα των παρεμβάσεων είχαν ως στόχο τη βελτίωση της ζωής των ασθενών και την λειτουργικότητά τους και λιγότερο την πρόληψη ενός πρόωρου θανάτου. Ένας δεύτερος παράγοντας, που θα αναλυθεί εκτενέστερα παρακάτω στην εργασία, είναι η συνειδητοποίηση ότι η ποιότητα ζωής δεν είναι συνώνυμη με την απουσία συμπτωμάτων. Οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, παρά τα συμπτώματά τους, ενδέχεται να βιώνουν εξαιρετικά υψηλούς βαθμούς ικανοποίησης από την ζωή τους. Είναι το παράδοξο του «υψηλή ποιότητα ζωής ενάντια σε όλες τις πιθανότητες» (Verster, Pandi-Perumal & Streiner 2008).

Η παραπάνω προσέγγιση, έχει θεωρητική τεκμηρίωση σε βάθος δεκαετιών, όπως για παράδειγμα στις έρευνες των Brickman et al. (1978), στις οποίες καταδείχτηκε ότι οι νικητές κάποιου λαχείου (με ποσά από \$50,000-\$1,000,000) δεν ήταν σημαντικά ευτυχέστεροι από την ομάδα ελέγχου της μελέτης. Σε άλλη τους έρευνα μία ομάδα παραπληγικών, μετά από ατύχημα, δεν έδειχνε να είναι τόσο δυστυχημένη, όσο θα περίμενε κανείς με την «αντικειμενική» παρατήρηση. Υπό αυτό το πρίσμα, δεν μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι τα άτομα των φτωχότερων περιοχών είναι λιγότερο ευτυχισμένα από εκείνα των πλουσιότερων αν τεθεί και ως κρίσιμος παράγοντας ο οικονομικός (as in Allison et al. 1997). Ακόμα περισσότερο, τα άτομα με αναπηρίες τυγχάνουν χαμηλότερης κοινωνικής αποδοχής λόγω διακρίσεων και άκριτης απόρριψης λόγω του χαμηλού επιπέδου της υγείας τους (Albrecht & Devlieger, 1999).

Ωστόσο, η ανάλυση των δηλώσεων εκείνων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και/ή κάποιας μορφής αναπηρία, δεν ανταποκρίνονται ακριβώς σε αυτά τα «αντικειμενικά» δεδομένα. Εκείνοι που δηλώνουν ότι έχουν μία ικανοποιητική ποιότητα ζωής, το

επιτυγχάνουν όχι με την άρνηση της κατάστασής τους αλλά με την αναγνώριση και αποδοχή των ενδεχόμενων περιορισμών που έχουν, με την (επανα)κατάκτηση του ελέγχου στο σώμα και στο μυαλό του, με το να μπορούν να επιτελέσουν τους αναμενόμενους από αυτούς ρόλους, με το να έχουν μία θετική προσέγγιση για την ζωή τους, με το να βρουν έναν σκοπό, ένα νόημα και μίας μορφής αρμονία στη ζωή τους, με το να δομήσουν έναν κοινωνικό περίγυρο στον οποίο θα μπορούν να «δίνουν και να παίρνουν» σε συναισθηματικό επίπεδο (Albrecht & Devlieger, 1999).

Μία από τις προκλήσεις των επαγγελματιών υγείας είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα διαφορετικής φυλετικής και εθνοτικής καταγωγής. Οι κύριες πλευρές των θεραπευτικών προσεγγίσεων και των γενικών κατευθυντήριων γραμμών για τον διαβήτη δεν διαφέρουν κατά πληθυσμιακή ομάδα. Όμως, όσο εξελίσσονται οι επιστημονικές γνώσεις για τις βιολογικές, ιατρικές, κοινωνικές και πολιτισμικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών υπο-ομάδων, τόσο αυξάνεται και η ανάγκη προσέγγισης τους μέσω ενός ολοκληρωμένου και πολιτισμικά προσανατολισμένου θεραπευτικού σχεδιασμού. Αυτή η στάση μπορεί να επιφέρει πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές στρατηγικές, ειδικά στις πιο ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (Caballero 2010).

2.1. Ορισμός της ποιότητας ζωής

Έχει αναγνωριστεί ότι η έννοια της ποιότητας ζωής (quality of life) δεν είναι απολύτως καθορισμένη στη βιβλιογραφία καθώς υπάρχουν πολλοί ορισμοί, πολλές πτυχές λειτουργικότητας και εργαλεία που την προσδιορίζουν (Woodend, Nair & Tang, 1997). Η έννοια «ποιότητα ζωής» και το εύρος των παραγόντων που την διαμορφώνουν και επιδρούν στον τρόπο με τον οποίο την αντιλαμβάνονται τα άτομα, έχει ποικίλες διαστάσεις, κάποιιοι όμως από τους κοινούς παράγοντες που επιδρούν στο να καθοριστεί η ποιότητα ζωής είναι: η λειτουργική ικανότητα, το επίπεδο της υγείας, η ψυχολογική ευζωία (well being), η κοινωνικότητα, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η ανεξαρτησία, η αίσθηση ελέγχου της ζωής. Στο σύνολό τους, όμως, οι παραπάνω παράγοντες έχουν μελετηθεί στις έρευνες για την «ποιότητα ζωής» χωρίς ιδιαίτερο θεωρητικό βάθος και με ελάχιστη κατανόηση για τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα αντιλαμβάνονται ή αξιολογούν τα διάφορα συστατικά της ζωής. Πρέπει να τονιστεί ότι οι μετρήσεις της ποιότητας της ζωής δεν είναι ακριβείς, στο παρόν στάδιο μεθοδολογικής ανάπτυξης, εν

μέρει λόγω του ασαφούς εννοιολογικού περιγράμματος και εν μέρει λόγω του ότι οι εμπειρικές έρευνες είναι σε συνεχή εξέλιξη (Bowling, 1995).

Σε σχέση με την αντίληψη που έχουν τα άτομα για την ποιότητα ζωής τους και ποιοι παράγοντες την καθορίζουν, υπάρχουν ενδιαφέροντα, αν και αναμενόμενα, ευρήματα. Μελετήθηκαν, λοιπόν, οι απαντήσεις συμμετεχόντων για το ποια είναι τα πέντε σημαντικότερα στοιχεία της ζωής τους (καλά ή άσχημα). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κατά σειρά προτεραιότητας οι συμμετέχοντες επέλεξαν: α) τη σχέση τους με την οικογένειά τους ή τους συγγενείς τους, β) την υγεία τους, γ) την υγεία των κοντινών τους ατόμων, δ) το οικονομικό επίπεδο της ζωής τους και ε) τις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου (Bowling, 1995).

Η ανάπτυξη της μελέτης της ποιότητας ζωής ήταν το αντικείμενο της έρευνας των Goodinson και Singleton (1989) καθώς και οι αναγκαιότητες που κλήθηκε να καλύψει. Η φιλοσοφία εξέλιξης της στηρίχθηκε, σύμφωνα με τα ευρήματα τους στα εξής:

Την επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης και την αιτιολόγησή της. Στα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης της τα σημεία αναφοράς, που ήταν συχνότερα χρησιμοποιούμενα, ήταν τα ποσοστά θεραπείας, επιβίωσης, ανταπόκρισης στην αγωγή και διάρκειας θετικής ανταπόκρισης. Η συνειδητοποίηση ότι πολλές θεραπευτικές διαδικασίες ήταν δυνατόν να προκαλέσουν δυσάρεστες παρενέργειες οδήγησαν στο να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι δεν είναι μόνο η θεραπεία και η επιβίωση που είναι σημαντικές αλλά εξίσου σπουδαία είναι και η ποιότητα ζωής του ασθενούς. Οι μελέτες για την ποιότητα ζωής μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να δώσουν πληροφορίες για την ασθένεια και την επίδρασή της στη ζωή των ασθενών. Οι μετρήσεις/αξιολογήσεις που διεξάγονται πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εφαρμογή διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, δίνουν τη δυνατότητα να συγκριθεί η σχετική τους αποτελεσματικότητα. Αυτή η αποτελεσματικότητα είναι ένας κρίσιμος παράγοντας στην επιλογή και την αιτιολόγηση κάποιων αγωγών σε σχέση με κάποιες άλλες. Για παράδειγμα, αν η θεραπευτική επιλογή είναι μία χειρουργική επέμβαση ή μία συντηρητική αγωγή για μία συγκεκριμένη παθολογία και αν και οι δύο έχουν την ίδια επίπτωση στο προσδόκιμο της ζωής αλλά η χειρουργική επέμβαση έχει ευεργετικότερα αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής, τότε αυτή είναι η προτιμητέα επιλογή και μπορεί να αιτιολογηθεί. Αν υπάρχουν καταστάσεις στις οποίες κάποια θεραπεία προσφέρει αυξημένο προσδόκιμο ζωής ενώ κάποια άλλη δίνει καλύτερη ποιότητα ζωής,

τότε ζητάτε η αυτόνομη απόφαση του ασθενούς, μετά από ενδελεχή πληροφόρηση, και κατόπιν συζητήσεων με τους επαγγελματίες υγείας.

Καθορισμός άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Με τις έρευνες για την ποιότητα ζωής τα ενοχλητικά συμπτώματα απομονώνονται και επισημαίνονται. Αυτά μπορούν να είναι τα συναισθήματα προσωπικής ανεπάρκειας, άγχους, κατάθλιψης κ.ά. Αυτά ή άλλα παρεμφερή τονίζουν τη σημασία της θεραπευτικής φροντίδας υγείας και των εμπλεκομένων επαγγελματιών για την επίλυση τους. Τα πορίσματα των ερευνών για την ποιότητα ζωής μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση των θεραπευτικών αγωγών και του μεγέθους επίδρασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών των επαγγελματιών υγείας.

Οι δύο παραπάνω παράγοντες συντελούν και στον καλύτερο προσδιορισμό κατανομής των δαπανών για την υγεία, καθώς οι διαθέσιμοι πόροι μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να επιτευχθούν τα καλύτερα ποσοστά κόστους/αποτελεσματικότητας (Goodinson & Singleton 1989).

2.2. Διαστάσεις διαμόρφωσης της ποιότητα ζωής

2.2.1. Φυσική ευζωία

Η φυσική διάσταση της ποιότητας ζωής αναφέρεται στην αντιληπτή και παρατηρήσιμη σωματική λειτουργία ή δυσλειτουργία. Σε αυτήν την κατηγορία εντάσσεται ο πόνος και η κόπωση. Η φυσική ευζωία αντιπροσωπεύει ένα συνδυασμό συνισταμένων που περιλαμβάνουν τα συμπτώματα της ασθένειας, τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής και τη γενικότερη φυσική κατάσταση, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή. Είναι σημαντική η διάκριση της φυσικής δυσλειτουργίας που οφείλεται στην ασθένεια και σε εκείνη που οφείλεται στην θεραπευτική αγωγή. Η διάκριση αυτή πρέπει να γίνει απολύτως κατανοητή στον επαγγελματία υγείας προκειμένου να προβεί στις βέλτιστες επιλογές αγωγής. Αυτός ο διαχωρισμός δεν είναι πάντα σαφής στους ασθενείς οι οποίοι συνοψίζουν τα βιώματα πόνου και τα αποδίδουν είτε στη συμπτωματολογία της ασθένειας είτε στις παρενέργειες χωρίς να μπορούν να τα ξεχωρίσουν (Cella 1994).

2.2.2. Λειτουργική ευζωία

Διαφορετική, αλλά σε κάποια σχετική παράμετρος είναι η λειτουργική ευζωία. Ως λειτουργική ευζωία νοείται η ικανότητα ενός ατόμου να επιτελεί τις δραστηριότητες που

είναι απαραίτητες για την ικανοποίηση των αναγκών του, την επίτευξη των φιλοδοξιών του και των κοινωνικών του ρόλων. Στο απολύτως βασικό επίπεδο αυτή αναφέρεται σε δραστηριότητες της καθημερινότητας όπως είναι το περπάτημα, η τροφή, η φροντίδα της προσωπικής υγιεινής, η ικανότητα να αντεπεξέρχεται σε υποχρεώσεις εντός και εκτός του σπιτιού συμπεριλαμβανόμενων εκείνων του οικογενειακού, κοινωνικού και εργασιακού περιβάλλοντος. Παρότι η λειτουργική ευζωία συνδέεται στενά με την φυσική, στην πράξη υπάρχουν πολύ σημαντικές διαφοροποιήσεις, για παράδειγμα ένας υπάλληλος γραφείου είναι δυνατόν να εργάζεται αποτελεσματικά ανεξαρτήτως της περιοδικής φυσικής δυσφορίας και της αδυναμίας που προκαλείται από την ασθένεια σε αντίθεση με κάποιον χειρωνακτα (Cella 1994).

2.2.3. Κοινωνική ευζωία

Ο ορισμός της υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) σύμφωνα με τον οποίο «υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας». Τονίζεται στον ορισμό αυτό η απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας, σε συνάρτηση πάντα με κοινωνικές και ψυχολογικές συνισταμένες. Λόγω της ποικιλότητας των συνισταμένων της η κοινωνική ευζωία είναι και η πιο δύσκολο να καθοριστεί. Το περιεχόμενα της συχνά, στις μελέτες περιλαμβάνει την κοινωνική υποστήριξη, τη διατήρηση των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου, την οικειότητα (συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής ικανοποίησης) (Cella 1994). Για την υγεία, λοιπόν, και όχι για την απλή επιβίωση οι κοινωνικές και ψυχολογικές παράμετροι αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις της. Ως κοινωνική κατασκευή η έννοια της ποιότητας ζωής συναποτελείται από τρεις παραμέτρους:

1. την ανάγκη για ασφάλεια και προστασία
2. την αίσθηση της ακεραιότητας, του νοήματος και του σκοπού της ζωής
3. την αίσθηση του ανήκειν ως ολοκληρωμένου μέλους ενός κοινωνικού συνόλου

Η αξιολόγηση αυτών των παραμέτρων επηρεάζεται από τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τους στόχους που αναπτύσσονται σε ένα δεδομένο κοινωνικό σύνολο. Η προσέγγιση της ποιότητας ζωής μέσω των κοινωνικών προσδιορισμών της πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις διαφορετικές κοινωνικές και πολιτισμικές πλευρές (Kagawa-Singer et al. 2010).

2.2.4. Συναισθηματική ευζωία

Ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία και την αντιμετώπιση χρόνιων καταστάσεων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, είναι οι αγχώδεις διαταραχές, που μπορούν να εκδηλωθούν σε διαφορετικό βαθμό και ένταση. Για την αποτελεσματική διαχείριση του απαιτείται η συνδρομή του στενού οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος ώστε να βελτιωθεί η αντίληψη του εαυτού και της παρούσας κατάστασης. Παράλληλα, επιδιώκεται να αυξηθεί η ενεργητικότητα και να μειωθεί το συναίσθημα της χρόνιας κόπωσης (Πήτα et al. 2006).

2.3. Ποιότητα ζωής και χρόνιες ασθένειες

Η έννοια της ποιότητας ζωής δεν πρέπει να συγχέεται με την έννοια της ποιότητας ζωής που συνδέεται με την υγεία, σαφώς η πρώτη είναι ευρύτερη και η δεύτερη, σε μεγάλο βαθμό, συμπεριλαμβάνεται σε αυτήν. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία προέκυψε από τις έντονες ανησυχίες των ανθρώπων που παρέχουν την υγεία αναφορικά με τις χρόνιες ασθένειες, την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών, τον συνυπολογισμό του κόστους, το ενδιαφέρον για τα ιατρικά ερευνητικά αποτελέσματα και την οπτική της ανθρωπιστικής προσέγγισης για την φροντίδα της υγείας. Σε αυτή την ολιστική προοπτική, η ποιότητα ζωής νοείται ως κάτι ευρύτερο των καθημερινών δραστηριοτήτων και των κατηγοριών των ασθενειών, εστιάζει στο ολοκληρωμένο κοινωνικό, ψυχολογικό και σωματικό ανθρώπινο ον.

Ερευνητικά δεδομένα, ωστόσο, περιγράφουν μία πιο περίπλοκη εικόνα, η οποία δεν ανταποκρίνεται ακριβώς σε κάποιο ερμηνευτικό μοντέλο. Διαπιστώνεται ένα παράδοξο όσον αφορά στη δυσλειτουργικότητα (disability paradox) που βιώνουν οι ασθενείς χρόνιων παθήσεων, ότι δηλαδή έχουν μία καλή ή εξαιρετική ποιότητα ζωής όταν για τους έξωθεν παρατηρητές η ζωή τους μοιάζει να είναι ανεπιθύμητη. Αυτό το παράδοξο τονίζει την σημασία του προσωπικού βιώματος σε σχέση με την ασθένεια, τον εαυτό, τα κοινωνικά συμφραζόμενα και τις διαπροσωπικές σχέσεις (Albrecht & Devlieger, 1999).

Βέβαια, υπογραμμίζεται ότι οι υποκειμενικές και αντικειμενικές μετρήσεις ενός συγκεκριμένου φαινομένου, μπορεί να δώσουν παράδοξα αποτελέσματα, μπορεί, εν μέρει να εξηγηθούν από το γεγονός ότι αυτές οι μετρήσεις δεν αξιολογούν το ίδιο ακριβώς αντικείμενο. Πάντως, η διαφορά μεταξύ εξωτερικών ερμηνευτικών προσεγγίσεων και των αποτελεσμάτων των υποκειμενικών μετρήσεων υγείας είναι δύσκολο να εξηγηθεί (Allison et al. 1997).

Άλλα ερευνητικά δεδομένα, υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τη χρόνια κατάσταση του ασθενούς. Κατά σειρά προτεραιότητας, τα άτομα καθόρισαν τους παράγοντες της ασθένειας που ασκούν την ισχυρότερη επίδραση στην ποιότητα ζωής τους ως εξής: πόνος, κόπωση/έλλειψη ενέργειας/λήθαργος, κοινωνική ζωή/δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, διαθεσιμότητα εργασίας/ικανότητα εργασίας. Η ετερογένεια των χαρακτηριστικών αυτών εξαρτάται από το περιεχόμενο των προτεραιοτήτων των ατόμων (γενικότερη διαβίωση ή προβλήματα υγείας) (Bowling 1995).

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

3.1. Εισαγωγή

Κατά την διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών έχουν διενεργηθεί πολλές μελέτες για τις επιπτώσεις της θεραπευτικής αγωγής για τον σακχαρώδη διαβήτη στην ποιότητα ζωής του ατόμου (Burroughs et al 2004). Για να αξιολογηθεί ο βαθμός επιτυχίας μίας θεραπευτικής αγωγής, λόγω της έλλειψης συμβατικών μετρήσεων των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιούνται και άλλοι δείκτες. Ένας τέτοιος δείκτης είναι η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής (health-related quality of life «HRQOL»), δηλαδή ένας υποκειμενικός δείκτης, ο οποίος αντιπροσωπεύει την αντίληψη του ατόμου για την φυσική και την ψυχολογική του ευζωία (well-being) καθώς και την αξιολόγηση του ασθενούς για το πώς μία συγκεκριμένη ασθένεια ή θεραπευτική παρέμβαση έχει επηρεάσει την ζωή του.

Συνήθως, οι πληροφορίες αυτές συλλέγονται με την χρήση εξειδικευμένων ερευνητικών εργαλείων (ερωτηματολόγια, κατά κύριο λόγο), «Μετρήσεων των Αποτελεσμάτων που Αναφέρουν οι Ασθενείς» (Patient-Reported Outcome Measures «PROMs»). Οι ασθενείς απαντούν σε έναν αριθμό ερωτήσεων με θεματικές όπως η φυσική λειτουργικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα και η διανοητική καλή κατάσταση. Ενδέχεται να συμπεριλαμβάνουν και γενικά ερωτήματα και ερωτήματα σχετικά με την συγκεκριμένη ασθένεια. Οι απαντήσεις αναλύονται και παράγουν ένα πολυπαραγοντικό «αποτέλεσμα» (score) το οποίο μπορεί να μετρηθεί επανειλημμένως για να βοηθήσει τους ανθρώπους που παρέχουν την υγεία να καθορίσουν την βελτίωση ή την επιδείνωση του επιπέδου υγείας του ασθενούς. Επίσης, οι μετρήσεις αυτές χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των τεχνολογιών και των υπηρεσιών υγείας και λειτουργούν κανονιστικά για

την λήψη αποφάσεων αναφορικά με την υγεία από τους αρμόδιους φορείς (Hogg et al., 2012).

Όταν γίνεται αναφορά στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να ταυτιστεί με μόνο με τα αποτελέσματα των κλινικών μετρήσεων, καθώς αυτά μόνον δεν μπορούν να αποδώσουν την αντίληψη των ασθενών για την υγεία και τη ζωή τους. Μάλιστα, οι έρευνες δείχνουν χαμηλή συσχέτιση των κλινικών αποτελεσμάτων (π.χ. των επιπέδων γλυκόζης, σε ασθενείς με διαβήτη) και στην αντίληψή των ατόμων για την ποιότητα ζωής τους και την ευζωία τους, γεγονός που φαίνεται να ισχύει εκτός των ασθενών με διαβήτη και σε άλλους με χρόνιες ασθένειες (π.χ. άσθμα) (Burroughs et al., 2004).

3.2. Η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με διαβήτη

Τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη, καθημερινά, αντιμετωπίζουν ποικίλες προκλήσεις σχετικά με την διαχείριση της ασθένειάς τους, και μάλιστα αυτές οι προκλήσεις είναι ουσιαστικές. Η αντιμετώπιση του διαβήτη σε συνεχή βάση, η λήψη μεγάλου αριθμού αποφάσεων για να πλησιάσουν το μη διαβητικό επίπεδο μεταβολισμού, η θεραπεία της ινσουλίνης μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής είτε θετικά, με την μείωση των συμπτωμάτων της υπεργλυκαιμίας είτε αρνητικά με την αύξηση της υπογλυκαιμίας, για παράδειγμα. Το ψυχολογικό βάρος του να ζει κάποιος με τον διαβήτη είναι δυσβάσταχτο και συχνά επηρεάζει την αυτό-φροντίδα και αυτό-αποτελεσματικότητα του ατόμου και, ενδεχομένως, μακροπρόθεσμα, τον γλυκαιμικό έλεγχο με σοβαρές συνέπειες τόσο στις εκδήλωση επιπλοκών όσο και στην ποιότητα ζωής (Rubin & Peyrot 1999).

Τα ποσοστά θνησιμότητας ατόμων με διαβήτη έχουν περιοριστεί σε πολύ μεγάλο ποσοστό με την ανακάλυψη της ινσουλίνης, το σημαντικότερο, όμως κομμάτι στη ζωή των ασθενών είναι οι επιπλοκές που επέρχονται από την ασθένεια. Οι επιπλοκές αυτές διαφοροποιούν και καθορίζουν την μετέπειτα ποιότητα ζωής του. Οι παράγοντες που καθορίζουν την υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα ζωής φαίνεται ότι διαφέρουν για τους ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη Τύπου 1 και στους ασθενείς με διαβήτη Τύπου 2. Συγκεκριμένα, για τους ασθενείς με διαβήτη Τύπου 1 οι παράγοντες που μπορούν να αποτελέσουν κριτήρια για την καλή ποιότητα ζωής είναι: το ικανοποιητικό επίπεδο χρόνου που δαπανούν για την διαχείριση του διαβήτη, το ικανοποιητικό επίπεδο της τρέχουσας

θεραπευτικής αγωγής, την ικανοποίηση από την σεξουαλική τους ζωή, την συχνότητα κακού ύπνου, την συχνότητα των επαγγελματικών περιορισμών και την συχνότητα ανησυχίας για την απώλεια της εργασίας. Τα αντίστοιχα κριτήρια για ασθενείς με διαβήτη Τύπου 2 είναι: το ικανοποιητικό επίπεδο χρόνου που δαπανούν για την διαχείριση του διαβήτη, το ικανοποιητικό επίπεδο χρόνου που δαπανούν για τις γενικές εξετάσεις (checkups), το ικανοποιητικό επίπεδο της τρέχουσας θεραπευτικής αγωγής, το ικανοποιητικό επίπεδο του χρόνου εξάσκησης, την συχνότητα του πόνου κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής και την συχνότητα της ανησυχίας για τον θάνατο (Burrroughs et al., 2004).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφία και σύμφωνα με τους Rubin & Peyrot (1999) οι τομείς στους οποίους επικεντρώνεται η έρευνα αναφορικά με τον διαβήτη και την ποιότητα ζωής ακολουθούν συγκεκριμένα πρότυπα, καθώς καμία προσέγγιση, έως σήμερα, δεν είναι ολιστική, παρότι όλες είναι πολυπαραγοντικές. Πιο συγκεκριμένα, μελετώνται και έχει αποδειχθεί η συσχέτιση τους με τον διαβήτη, οι ακόλουθες περιοχές:

1. Σε σύγκριση με τα άτομα που δεν πάσχουν από διαβήτη, οι περισσότερες έρευνες καταδεικνύουν ότι η ποιότητα ζωής στους διαβητικούς είναι σε χαμηλότερο επίπεδο, ειδικά αναφορικά με την **λειτουργικότητα και την ευζωία**. Ωστόσο, αξιοσημείωτο είναι ότι οι διαβητικοί αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με άλλα άτομα που πάσχουν από χρόνιες νόσους (π.χ. καρδιαγγειακά προβλήματα, επιληψία με κρίσεις, εγκεφαλικά επεισόδια).
2. Ο τύπος του διαβήτη φαίνεται να συνδέεται με την ποιότητα ζωής όταν συνεξετάζεται με τη **λειτουργικότητα** αλλά αυτές οι διαφορές, πιθανόν, να είναι αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής ή της ηλικίας και όχι αποκλειστικά του τύπου διαβήτη. Κάτι παρεμφερές ισχύει και για την διάρκεια του διαβήτη σε σχέση με την ποιότητα ζωής.
3. Σε συνέχεια του παραπάνω, τα δεδομένα που συσχετίζουν **το είδος της θεραπευτικής αγωγής** και της ποιότητας ζωής σε διαφορετικούς τύπους διαβήτη, δεν είναι απολύτως ξεκάθαρα. Για τους ασθενείς με τύπο 2 η εντατικοποίηση της αγωγής με τις διατροφικές μεταβολές και με τη δια του στόματος φαρμακευτική θεραπεία φαίνεται ότι συνδέεται με την μείωση της ποιότητας ζωής. Για εκείνους με τύπου 1 η εικόνα παρουσιάζεται πιο περίπλοκη καθώς άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η εντατικοποίηση της θεραπείας βελτιώνει την ποιότητα ζωής εφόσον μειώνει

τις οξείες και μακροπρόθεσμες επιπλοκές της υπεργλυκαιμίας, ενώ άλλες καταδεικνύουν μία καμπυλόγραμμη σχέση με την αγωγή.

4. Η ποιότητα ζωής είναι καλύτερη σε εκείνους με **αποτελεσματικότερο γλυκαιμικό έλεγχο**, ειδικά αν συνυπολογιστούν και παράγοντες όπως η αντίληψη του ασθενούς για την κατάσταση του και τα συμπτώματα που έχει ή ενδέχεται να αναπτύξει.
5. Κάποια **δημογραφικά χαρακτηριστικά** επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, οι άντρες γενικά, δείχνουν να σημειώνουν μεγαλύτερες επιδόσεις στις διάφορες μετρήσεις από ότι οι γυναίκες. Η ηλικία φαίνεται ότι σχετίζεται με μειωμένες τιμές, ειδικά όταν μετράται η λειτουργικότητα, δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία βελτιώνεται και η ποιότητα ζωής. Το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο επιδρά επίσης σε αυτή, όπως θα αναφερθεί ειδικότερα παρακάτω στην εργασία.
6. **Ψυχολογικοί παράγοντες**, όπως οι πεποιθήσεις για την υγεία, η κοινωνική υποστήριξη, το μοντέλο αντιμετώπισης του διαβήτη, η προσωπικότητα, επιδρούν δραματικά στην ποιότητα ζωής, είτε άμεσα είτε με την ικανότητά τους να αμβλύνουν τις αρνητικές συνέπειες. Αποτελούν κεντρικά σημεία μελέτης και έρευνας για την ποιότητα ζωής, γιατί είναι ισχυρότεροι παράγοντες επίδρασης από ότι οι παράμετροι που σχετίζονται με την ασθένεια, όπως είναι οι επιπλοκές.
7. Η ποιότητα ζωής σε άτομα με διαβήτη μπορεί να βελτιωθεί με **συγκεκριμένες παρεμβάσεις**, όπως είναι τα εκπαιδευτικά προγράμματα διαχείρισης του διαβήτη, τα συμβουλευτικά προγράμματα που σχεδιάζονται για την ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης της κατάστασης (Rubin & Peyrot 1999).

3.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής στους διαβητικούς ασθενείς

Οι χαμηλότεροι δείκτες της ποιότητας ζωής, συγκριτικά με άλλους ασθενείς με διαβήτη, έχουν καταδειχθεί σε μειονότητες και σε ασθενείς με χαμηλό οικονομικό-κοινωνικό επίπεδο¹. Έχοντας αυτό υπόψη, και αναφορικά με τους παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ασθενών με διαβήτη ακολουθήθηκε το μοντέλο του

¹ Στις έρευνες των μειονοτήτων και των ατόμων από χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, γίνεται σαφή αναφορά από τους ερευνητές ότι το όλο θέμα, χρήζει συνεχούς και ενδεδειγμένης μελέτης, κυρίως λόγω του μικρού αριθμού των δειγμάτων και των περιορισμένων ομάδων ελέγχου.

Caballero (2010), για την ταξινόμησή τους. Το μοντέλο του Caballero επιλέχθηκε γιατί κρίθηκε επαρκέστερο από άλλα, εφόσον συμπεριλαμβάνει στοιχεία διαπολιτισμικότητας και κάποιους επιπλέον παράγοντες που αφορούν σε μειονοτικούς πληθυσμούς. Οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από πολυπολιτισμικότητα, συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας έχουν ανάγκη από τη σφαιρικότερη δυνατή προσέγγιση των ασθενών τους.

3.3.1. Η εικόνα του σώματος

Η έννοια του ιδανικού σωματότυπου, διαφέρει τόσο μεταξύ των ατόμων όσο και μεταξύ των εθνικών και φυλετικών ομάδων. Οι αντιλήψεις για το κατάλληλο σωματικό βάρος και για το κατά πόσο αυτό επιδρά στην υγεία, διαφέρουν αναλόγως των πολιτισμικών συμφραζομένων. Κάποιες κοινωνίες, όπως εκείνες της Αραβίας και κάποιες Αφρο-αμερικανών, θεωρούν ότι ένα σώμα γεμάτο και ελαφρώς υπέρβαρο είναι δείγμα καλής ανατροφής και οικονομικής ευρωστίας². Δεν πρέπει να παραβλέπεται και το γεγονός ότι για κάποιους η είσοδος σε ανώτερο οικονομικό επίπεδο συνεπάγεται και αύξηση της πιθανότητας να τρέφονται περισσότερο, αλλά όχι απαραίτητα να τρέφονται και καλύτερα. Η προσωπική, λοιπόν, προοπτική για το σώμα πρέπει να τίθεται προς συζήτηση όταν καταστρώνεται ο σχεδιασμός για την αντιμετώπιση του διαβήτη και πρέπει να επιτευχθεί απώλεια βάρους (Caballero 2010).

3.3.2. Ο γραμματισμός για την υγεία (Health literacy)

Ως γραμματισμός για την υγεία, ορίζεται ο βαθμός στον οποίο τα άτομα έχουν την ικανότητα να προσλαμβάνουν, να υλοποιούν και να κατανοούν τις βασικές πληροφορίες και υπηρεσίες που απαιτούνται για την λήψη των κατάλληλων αποφάσεων για την υγεία τους. Η γνώση της γλώσσας, παρότι είναι στοιχείο βοήθειας δεν αποτελεί εγγύηση για υψηλό γραμματισμό υγείας. Σε κάθε περίπτωση, ο περιορισμένος/ανεπαρκής γραμματισμός συνδέεται με πενιχρά αποτελέσματα αγωγής και για τον τύπο 1 και για τον τύπο 2. Συνδέεται, επίσης, και με τις συμπεριφορές αυτό-διαχείρισης της ασθένειας, εκείνο που τονίζεται, βεβαίως, είναι ότι τα επίπεδα αυτό-διαχείρισης και γραμματισμού μπορούν

² Στην Ελλάδα, είναι συχνό το φαινόμενο να πιέζουν τα παιδιά από μικρή ηλικία, να τρέφονται καλά και «να τρώνε όλο το φαγητό τους».

να βελτιωθούν, μέσω ειδικών εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για τον διαβήτη (Caballero 2010).

3.3.3. Οι διατροφικές επιλογές

Οι άνθρωποι στη διάρκεια της ιστορίας τους επέδειξαν εξαιρετική προσαρμοστικότητα στην εξεύρεση τροφής αναλόγως της διαθεσιμότητας της στο περιβάλλον τους. Στον σύγχρονο δυτικό κόσμο η διαθεσιμότητα σε άφθονη οικονομική τροφή είναι τεράστια, όμως οι τροφές αυτές είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες και κορεσμένα λίπη. Έτσι οι επιλογές όλο και περισσότερων ατόμων περιλαμβάνουν ανθυγιεινά κανονικά γεύματα, σε όλο και μεγαλύτερες ποσότητες χωρίς να ασκούνται και περισσότερο. Συνεπώς, οι ρυθμοί αύξησης της παχυσαρκίας, του σακχαρώδους διαβήτη και των συναφών καρδιαγγειακών νόσων αυξάνονται ραγδαία. Βεβαίως, οι διατροφικές συνήθειες διαφοροποιούνται ακόμη και εντός της ίδιας κοινωνίας, αναλόγως της πολιτισμικής πληθυσμιακής υπο-ομάδας, του θρησκευματος ή της εθνικότητας (Caballero 2010).

3.3.4. Επιλογές φυσικής άσκησης

Η φυσική δραστηριότητα βοηθά σημαντικά στην πρόληψη του διαβήτη, στη διατήρηση του χαμένου σωματικού βάρους σε παχύσαρκα άτομα που έκαναν δίαιτα, αλλά και στη βελτίωση του σακχάρου αίματος στα άτομα με διαβήτη. Επί πλέον, η φυσική άσκηση συμβάλλει στον έλεγχο της υπέρτασης, στη βελτίωση της υπερλιπιδαιμίας αλλά και της ποιότητας ζωής. Το σημαντικό για την υγεία είναι η συστηματική αυξημένη φυσική δραστηριότητα και όχι η πολύ έντονη άσκηση (ΕΔΕ & Ε.ΚΕ.ΔΙ 2012).

3.3.5. Οι αντιλήψεις σχετικά με την ασθένεια

Τα ερευνητικά δεδομένα έχουν καταδείξει ότι, περισσότερο από τις κλινικές και εργαστηριακές μελέτες, εκείνο που καθορίζει στο μεγαλύτερο ποσοστό την ποιότητα ζωής είναι οι πεποιθήσεις που τα άτομα έχουν διαμορφώσει για τον εαυτό και την κατάστασή τους. Οι αξιολογήσεις αυτές στηρίζονται, κατά κύριο λόγο, σε συναισθηματικές και γνωστικές αντιλήψεις αναφορικά με το υπάρχον στάδιο της ασθένειας τους και με την προοπτική εξέλιξής της. Από το σύνολο των συναισθημάτων που βιώνουν, εκείνο της κατάθλιψης φαίνεται ότι κυριαρχεί έναντι των άλλων και προσδιορίζει την αυτό-αντίληψη και την αυτό-αποτελεσματικότητά τους. Επίσης, διαπιστώθηκαν και έμφυλες διαφορές μεταξύ των αντιλήψεων για την παρούσα κατάσταση των διαβητικών, καταδεικνύοντας

ότι ο βαθμός αισιοδοξίας είναι υψηλότερος στους άντρες από ότι στις γυναίκες και οι προσδοκίες τους για το μέλλον είναι περισσότερο θετικές (Πήτα et al. 2006).

3.3.6. Η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον

Το οικογενειακό περιβάλλον είναι, κατά κοινή ομολογία, ιδιαίτερος σημαντικό για όλα τα άτομα παγκοσμίως, το επίπεδο της οικειότητας και της αλληλεξάρτησης όμως διαφέρει τόσο μεταξύ των μελών της ίδιας οικογένειας όσο και των διαφορετικών πολιτισμών. Η δομική αυτή οικειότητα των οικογενειών αποτελεί πλεονέκτημα και συντελεί στην ποιότητα ζωής των ασθενών όμως, σε αυτό το πλαίσιο, είναι για κάποιους διαβητικούς, πολύ δύσκολο να πάρουν τις δικές τους προσωπικές αποφάσεις. Αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση, η δυνατότητα συμμετοχής στις κλινικές επισκέψεις και μελών του οικογενειακού περιβάλλοντος μπορεί να είναι ένα στοιχείο για την σωστή προσέγγιση, άλλωστε μέλη της οικογένειας θα πρέπει να συμμετέχουν στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες για τον διαβήτη (Caballero 2010).

Οι σχέσεις με την οικογένεια, ορίζονται από τους ίδιους τους ασθενείς ως το πιο σημαντικό στοιχείο του καθορισμού της ποιότητας ζωής για άτομα με μακροχρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης. Κατά σειρά προτεραιότητας τα πέντε πιο σημαντικά στοιχεία που καθορίζουν είναι: οι σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον, οι σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον, η υγεία τους, η υγεία κάποιου κοντινού τους προσώπου και τα σχετικά με το οικονομικό επίπεδο διαβίωσής τους. Αυτές ήταν οι απαντήσεις ατόμων σε ανεπτυγμένες χώρες. Όταν ανάλογες έρευνες πραγματοποιήθηκαν σε αναπτυσσόμενες μεταβλήθηκε η σειρά αλλά, κυρίως, το εύρος των απαντήσεων. Συμπεριλήφθηκαν και κατηγορίες όπως η προσωπική ανάπτυξη, η κοινωνική προσφορά, η θρησκεία, η επιθυμία για ειρήνη και για έναν καλύτερο κόσμο, η κοινωνική δικαιοσύνη, η πολιτική σταθερότητα και η ελευθερία (Bowling 1995).

3.3.7. Οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις

Παρότι κάθε πολιτισμική ομάδα έχει τους δικούς της κώδικες κοινωνικής αλληλεπίδρασης, εντούτοις αναγνωρίζεται η σημαντικότητά τους για τη διαμόρφωση ενός ικανοποιητικού πλαισίου διαβίωσης (Caballero 2010). Σε ποιοτική έρευνα, με συνεντεύξεις σε χρόνια ασθενείς και άτομα με αναπηρία, των Albrecht & Devlieger (1999), τονίζεται η σημασία που έχει η προσφορά βοήθειας των ασθενών σε άλλους συνανθρώπους τους στην κοινότητα, ως παράγοντας δημιουργίας και διατήρησης ενός

ικανοποιητικού επιπέδου στην ποιότητα της ζωής τους. Το συνήθως αναμενόμενο είναι να περιμένουν οι ασθενείς να λαμβάνουν από τους άλλους, όμως, στην πραγματικότητα, αισθάνονται την βαθύτατη ανάγκη να προσφέρουν στους άλλους. μόνον έτσι πραγματώνεται η επιθυμία για ισορροπημένες και ισότιμες σχέσεις. Χαρακτηριστικά αναφέρει ένα άτομο που έπασχε από διαβήτη:

«όταν άρχισα να αντιμετωπίζω σοβαρά προβλήματα με το σάκχαρο και δεν μπορούσα να δω τόσο καλά, έπρεπε να εγκαταλείψω την εργασία μου στο κατάστημα. Αισθάνθηκα δυστυχιμένος. Αλλά μετά είπα: Clem, πρέπει να σταθείς στα πόδια σου. Εντάχθηκα σε μία ομάδα της ενορίας μου που βοηθάει άτομα που δεν μπορούν να βγουν από το σπίτι τους. Ψωνίζουμε για αυτούς τους ανθρώπους και τους επισκεπτόμαστε. Ξέρεις, το να δίνεις σε κάποιον άλλο χαρά, μου δίνει και εμένα επίσης» (όπ.π.: 982).

3.3.8. Η θρησκεία και η πίστη

Η θρησκευτικότητα και η πίστη, επιδρούν, με ποικίλους τρόπους, στην καθημερινή ζωή, στις αντιλήψεις και στις πεποιθήσεις. Η υπερβατική πραγματικότητα απαντάται με ποικίλες ονοματολογίες (Θεός, Αλλάχ, Ατμάν, Νιρβάνα κ.ά.) και γίνεται αντιληπτή και παρούσα με διαφορετικό τρόπο σε κάθε θρησκεία. Οι εκφάνσεις τους στην ποιότητα ζωής του ασθενούς, πέραν των υπολοίπων, αποτυπώνονται και στις θέσεις του αναφορικά με την υγεία και τη θεραπεία. Ένα σημαντικό παράδειγμα, σε άμεση συνάρτηση με τον διαβήτη, είναι οι περίοδοι νηστείας που επιθυμούν να ακολουθήσουν οι ασθενείς αλλά αντικρούεται με το πρόγραμμα διατροφής που έχει καταρτιστεί για τον γλυκαιμικό έλεγχο (Caballero 2010).

Στο ανωτέρω πλαίσιο της αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών, παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την επίδραση της προσευχής στην αγωγή της ασθένειας και η σημαντικότητα θεραπευτικών πρακτικών πιο παραδοσιακών, ως συμπληρωματικές στην επιστημονική προσέγγιση. Σε έρευνα με ασθενείς που είχαν υποστεί ακρωτηριασμό, λόγω διαβήτη, διαπιστώθηκε ότι στις δεδομένες συνθήκες, η σχέση με θρησκευτικές πηγές και ο δυνατός δεσμός με μία ανώτερη δύναμη, μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής, να υποστηρίξει τα άτομα και να ελαττώσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Salehi, Ghodousi & Ojaghloo, 2012).

Εκείνη η παράμετρος όμως που μπορεί να επηρεάσει, κατά πολύ την ποιότητα ζωής είναι οι επικρατούντες μύθοι αναφορικά με την ασθένεια και την εξέλιξή της. Οι μύθοι είναι ιδιαίτερος συχνόι μεταξύ των διαβητικών ασθενών. Σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται μία ξεκάθαρη σύνδεση μεταξύ της ασθένειας και της θρησκευτικής πίστης, δεν εκλαμβάνεται δηλαδή ο διαβήτης ως αποτέλεσμα της κακής διατροφής αλλά ως μοιραία εξέλιξη της έλλειψης πίστης ή τιμωρίας για μία συγκεκριμένη πράξη (Caballero 2010).

3.3.9. Η κατάθλιψη και το άγχος

Η κατάθλιψη συνδέεται στενά με τον διαβήτη και με τα πενιχρά αποτελέσματα που ενδέχεται να προκύψουν από την θεραπευτική αγωγή. Οι καταθλιπτικές διαταραχές, έχουν επίσης θετικές ισχυρές συσχετίσεις με το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, την έλλειψη υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος και τη δημιουργία μίας αίσθησης απομόνωσης. Η κατάθλιψη δεν διαγιγνώσκεται πολλές φορές ή δεν γίνεται αντιληπτή από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τους διάφορους τρόπους με τους οποίους καθίσταται φανερή η παρουσία της στους ασθενείς τους (Caballero 2013).

Η κατάθλιψη σε ασθενείς με διαβήτη επηρεάζει όχι μόνο την πορεία της αγωγής για την αντιμετώπιση των προβλημάτων μεταβολισμού και εξισορρόπησης της ινσουλίνης στο αίμα, αλλά και τις πρακτικές για την γενικότερη φροντίδα της υγείας τους. Εκτός του ότι δεν προσλαμβάνουν την κατάσταση της υγείας τους ως «πολύ καλή» ή «εξαιρετική», αμελούν να εξετάσουν προληπτική ή σε κανονική βάση τις λοιπές παραμέτρους της υγείας τους. Τα στοιχεία αυτά εμφανίζονται με χαμηλότερη συχνότητα από ότι σε ασθενείς με διαβήτη που δεν υποφέρουν από κατάθλιψη, εκθέτοντας τους ασθενείς σε πολλαπλούς κινδύνους (Egede, Grubaugh & Ellis 2010). Αυτό που αξίζει να σημειωθεί, ως προς την ηλικία, είναι ότι όσο περισσότερο ζουν με τον διαβήτη τόσο περισσότερο προσαρμόζονται στις ανάγκες της ασθένειας και μειώνονται τα ποσοστά του άγχους (Πήτα et al. 2006).

3.3.10. Οι φόβοι

Ο φόβος των ατόμων με διαβήτη, μπορεί να λάβει πολλαπλές μορφές, οι οποίες είναι πιθανόν να επηρεάσουν την πορεία του θεραπευτικού σχεδιασμού. Οι φόβοι αφορούν τόσο στην παρούσα κατάσταση όσο και στις δυνητικές επιπλοκές και εκδηλώνονται με ένα αίσθημα απελπισίας (σε μεγάλο ποσοστό μπορεί να οφείλεται σε έλλειψη επαρκούς

πληροφόρησης). Δεν λείπουν, βέβαια, και οι περιπτώσεις όπου τα συναισθήματα φόβου μπορεί να οδηγήσουν σε μία πιο υπεύθυνη στάση απέναντι στην νόσο και να βελτιώσει τις συμπεριφορές αυτοδιαχείρισης. Ακόμη, οι φόβοι μπορεί να ενταθούν από διάφορες προκαταλήψεις, για παράδειγμα η προσέγγιση της χρήσης της ινσουλίνης (από ασθενείς και επαγγελματίες υγείας) ως το τελευταίο καταφύγιο «last resort» (ειδικά σε άτομα με διαβήτη τύπου 2). Πιστεύουν, δηλαδή, ότι από την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας και έπειτα, θα ξεκινήσουν οι σοβαρές επιπλοκές, όπως η τύφλωση³ ή/και ο θάνατος (Caballero 2013).

3.4. Εργαλεία μέτρησης

Σε κάθε ερευνητική προσπάθεια της ποιότητας ζωής δεν γίνεται διαπραγμάτευση όλων των παραπάνω παραγόντων ή προστίθενται και άλλοι. Παρά την ανάπτυξη του αριθμού των ειδικών εργαλείων, δεν έχουν επιλυθεί όλα τα προβλήματα ως προς την αξιοπιστία και ως προς την καταλληλότητα για την μελέτη του συγκεκριμένου πληθυσμού. Κάποια, ενδεικτικά, εργαλεία μέτρησης είναι η DQOL (Diabetes Quality of Life Measurement), η εκτενέστερη είναι η DCP (Diabetes Care Profile) με 234 ερωτήσεις και η πιο σύντομη η ADS (Appraisal of Diabetes) με μόλις 7 ερωτήσεις. Βεβαίως υπάρχουν και κλίμακες που αξιολογούν κάποιες ειδικές κατηγορίες (ποιότητα ζωής σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2, την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας κ.ά.). Ωστόσο, στον ελληνικό χώρο παρατηρείται ένα κενό στην ανάπτυξη των ανωτέρω εργαλείων είτε ως πρωτότυπων είτε ως σταθμισμένων είτε ως μεταφρασμένων (Παπαθανασίου, Φιλαλήτης & Λιονής 2005).

Αναγνωρίζεται η εμφανής ανάγκη για τον σχεδιασμό θεραπευτικών στρατηγικών σε πολιτισμικό και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, για την βελτίωση των ζητημάτων ποιότητας ζωής, μακροπρόθεσμα. Οι παρεμβάσεις αυτές, για να μεγιστοποιήσουν τα αποτελέσματά τους πρέπει να λαμβάνουν υπόψη, πέραν των χαρακτηριστικών του γενικού πληθυσμού, τις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε πληθυσμιακής υπο-ομάδας (ειδικά όσον αφορά σε μειονοτικούς πληθυσμούς και άτομα με προδιαβήτη). Οι παρεμβάσεις που αποβλέπουν στη βελτίωση ποιότητας ζωής, καλό είναι να συμβαίνουν στα αρχικά στάδια της

³ Σε έρευνα του Joslin Diabetes Center, στη Μασαχουσέτη οι ισπανόφωνοι ασθενείς που έμπαιναν σε πρόγραμμα αντιμετώπισης του διαβήτη πίστευαν, σε ποσοστό 43% ότι η ινσουλίνη προκαλεί τύφλωση και εξ αυτών το 25% δεν ήταν σίγουροι αν η πεποίθησή τους αυτή ήταν αληθής ή ψευδής (Caballero 2013).

διάγνωσης, σε περιπτώσεις ατόμων με διαβήτη τύπου 1 από τη σχολική ηλικία. Προτάσεις που έχουν διατυπωθεί για την αντιμετώπιση του διαβήτη, όπως και των λοιπών χρόνιων ασθενειών είναι η ενεργητική, πρόωμη παρέμβαση του εκπαιδευτικού συστήματος, με την προετοιμασία των νεαρών μελών της κοινωνίας για συνειδητή υιοθέτηση εκείνων των στοιχείων της καθημερινής τους ζωής που προάγουν την ποιότητα της και μειώνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης κάποια νόσου που σχετίζεται με αυτά. Η ποιότητα ζωής εξαρτάται από την φυσική άσκηση, τη διατροφή, το κάπνισμα, τις υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις, τομείς όπου το εκπαιδευτικό σύστημα μπορεί να συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην ορθή καλλιέργεια και εσωτερίκευσή τους από τους νεότερους (Simpson, Shaw & Zimmet 2003).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

4.1. Σκοπός

Ο σκοπός του ειδικού μέρους της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του σακχαρώδη διαβήτη, όπως αυτή αξιολογείται μέσα από την φροντίδα της ασθένειας. Η σχετική έρευνα διενεργήθηκε χρησιμοποιώντας ως ερευνητικό εργαλείο ένα ευρέως διαδεδομένο και παγκοσμίως αποδεκτό πρότυπο ερωτηματολόγιο, το Ερωτηματολόγιο της Φροντίδας του Διαβήτη (Diabetes Care Questionnaire), το οποίο έχει συνταχθεί από το τμήμα Διαβήτη του πανεπιστημίου του Michigan και αφορά τη φροντίδα υγείας σε άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Ειδικότερα, στα πλαίσια της εργασίας καταγράφονται διάφορα δημογραφικά και προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων, καθώς και μια εικόνα της φροντίδας του διαβήτη για κάθε ασθενή λαμβάνοντας υπόψη την ικανότητα ελέγχου των τιμών του σακχάρου, τις διατροφικές του συνήθειες, την κατανόησή του για τα θέματα του διαβήτη, την υποστήριξη και τη βοήθεια που έχει από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον, τις δυσκολίες στην άσκηση, τα οφέλη που προσδοκά από την φροντίδα και την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται. Επιπροσθέτως, στα πλαίσια της έρευνας διερευνώνται οι πιθανές σχέσεις αλληλεπίδρασης μεταξύ μιας σειράς παραγόντων, όπως το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικία και ο τύπος του διαβήτη από τον οποίο νοσούν και της φροντίδας υγείας. Τέλος, στα πλαίσια της μελέτης αξιολογείται παράλληλα η εγκυρότητα και αξιοπιστία του προαναφερθέντος ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό.

4.2. Υλικό και μέθοδος

Το είδος της πραγματοποιηθείσας έρευνας είναι η περιγραφική μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο νομό Θεσσαλονίκης με προσωπικές συνεντεύξεις των συμμετεχόντων. Το δείγμα αποτέλεσαν 108 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, τύπου II και κύησης.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο έως τον Ιούλιο 2014. Τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη αποτέλεσαν η ύπαρξη της νόσου του Σακχαρώδη Διαβήτη και η επιθυμία εθελοντικής συμμετοχής την έρευνα.

4.3. Ερευνητικά εργαλεία

Το Ερωτηματολόγιο Φροντίδας Διαβήτη (Diabetes Care Questionnaire) (Fitzgerald et al., 1996) είναι ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από τον ερωτώμενο και είναι εξειδικευμένο στον σακχαρώδη διαβήτη. Το ερευνητικό αυτό εργαλείο περιλαμβάνει 234 αντικείμενα μοιρασμένα σε επτά (7) θεματικές ενότητες, οι οποίες αξιολογούν κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια του διαβήτη και τη θεραπεία της. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει επίσης ερωτήσεις για την άντληση δημογραφικών πληροφοριών, καθώς και πληροφορίες για τις πρακτικές αυτό-φροντίδας που εφαρμόζει ο ασθενής. Ο χρόνος συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου κυμαίνεται, σε γενικές γραμμές, από 30 έως 40 περίπου λεπτά.

Το ερωτηματολόγιο καταγραφής του προφίλ της φροντίδας διαβήτη για έναν ασθενή και η αντίστοιχη κλίμακα αξιολόγησης αποτελεί τη μετεξέλιξη ενός προγενέστερου ερωτηματολογίου, το οποίο ονομάζονταν Εκπαιδευτικό Προφίλ του Διαβήτη (Diabetes Educational Profile). Το ερωτηματολόγιο αυτό είχε αναπτυχθεί για την τεκμηρίωση των κοινωνικών, ψυχολογικών και εκπαιδευτικών αναγκών των ασθενών με διαβήτη (Davis, Hess, Harrison, and Hiss, 1987).

Το ερωτηματολόγιο της Φροντίδας του Διαβήτη (ΦΔ) περιλαμβάνει 14 ομάδες ερωτήσεων, οι οποίες αντιπροσωπεύουν σημαντικές πλευρές της προσαρμογής των ασθενών στο διαβήτη, όπως τα προβλήματα ελέγχου της ασθένειας, κοινωνικούς και προσωπικούς παράγοντες, τη θετική στάση του ασθενή έναντι στην ασθένεια, την αρνητική του στάση, το επίπεδο αυτό-φροντίδας του ασθενή, τη σημαντικότητα της φροντίδας του διαβήτη, την επιμέλεια του ασθενή στην αυτό-φροντίδα, την επιμέλεια της τήρησης των διατροφικών προγραμμάτων, οι ιατρικοί περιορισμοί που συνδέονται με την ασθένεια, τα όρια στη σωματική άσκηση που θέτει η ασθένεια, την παρακολούθηση των περιορισμών στο χρόνο, την κατανόηση των πρακτικών διαχείρισης της ασθένειας, τα οφέλη της μακροχρόνιας φροντίδας του διαβήτη, και τις συμπεριφορές υποστήριξης προς τον ασθενή από πλευράς της οικογένειας και των φίλων.

Στην περίπτωση της παρούσας μελέτης, το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε επτά (7) υποκλίμακες (ομάδες ερωτήσεων):

- Έλεγχος τιμών σακχάρου (Α).
- Διατροφικές συνήθειες (Β).
- Κατανόηση θεμάτων διαβήτη (Γ).
- Υποστήριξη και βοήθεια (Δ).
- Άσκηση (Ε).
- Μακροχρόνια οφέλη (Ζ).
- Ιατρική φροντίδα (Η).

Η βαθμολόγηση των ερωτήσεων λαμβάνει χώρα στη βάση μιας κλίμακας Likert πέντε (5) διαβαθμίσεων. Η υποκλίμακα του ελέγχου των τιμών σακχάρου (Α), όπως και η υποκλίμακα της άσκησης (Ε) στο πρότυπο ερωτηματολόγιο έχει αρνητική κατεύθυνση βαθμολόγησης, δηλαδή οι υψηλές τιμές στις ερωτήσεις σχετίζονται με μια αρνητική συνεισφορά στη φροντίδα του διαβήτη και το αντίθετο. Από την άλλη πλευρά, οι υποκλίμακες των διατροφικών συνηθειών (Β), της κατανόησης των θεμάτων του διαβήτη (Γ), των μακροχρόνιων ωφελειών (Ζ), και της ιατρικής φροντίδας (Η) έχουν θετική κατεύθυνση αξιολόγησης, δηλαδή οι υψηλές τιμές στις ερωτήσεις συνδέονται με μια θετική συνεισφορά στη φροντίδα υγείας. Τέλος, η υποκλίμακα της υποστήριξης και βοήθειας (Δ) περιλαμβάνει ερωτήσεις, τόσο θετικού όσο και αρνητικού περιεχομένου.

Για τη διευκόλυνση της παρακολούθησης της μελέτης και τη διευκόλυνση διενέργειας των σχετικών συγκρίσεων, οι βαθμολογίες στις ερωτήσεις αρνητικού περιεχομένου έχουν αντιστραφεί, ούτως ώστε το σύνολο των ερωτήσεων και των συνδεδεμένων με αυτές υποκλιμάκων, να αξιολογούν τη φροντίδα του διαβήτη ενός ασθενή προς μια κοινή κατεύθυνση, τη θετική κατεύθυνση. Φυσικά, τα αποτελέσματα της έρευνας παραμένουν πλήρως αναλλοίωτα, καθώς και οι διαδικασίες εξαγωγής των συμπερασμάτων. Στα πλαίσια αυτά, οι υψηλές βαθμολογίες σε μία υποκλίμακα συνδέονται με μια θετική συνεισφορά στη φροντίδα του διαβήτη, και το αντίθετο.

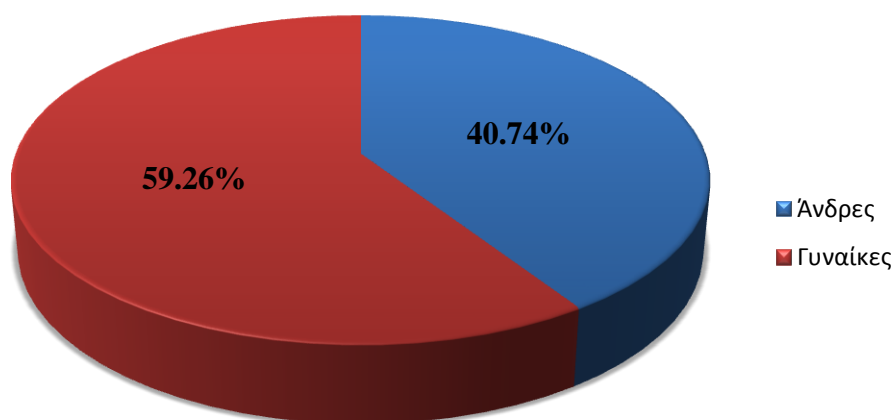
4.4. Δημογραφικά στοιχεία

Το μέγεθος του δείγματος ήταν 108 άτομα, εκ των οποίων οι 44 ήταν άνδρες και οι 64 γυναίκες. Αν και το ποσοστό των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ελαφρώς

μεγαλύτερο, η αντιπροσώπευση των δυο φύλων στο δείγμα θεωρείται ικανοποιητική. Η κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο παρουσιάζεται στον Πίνακα 1 και στο Σχήμα 1.

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

Φύλο	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)
Άνδρες	44	40,74
Γυναίκες	64	59,26
Σύνολο	108	100



Σχήμα 1: Κατανομή δείγματος ανά φύλο.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, προέρχονται κατά κύριο λόγο από το νομό της Θεσσαλονίκης, αλλά υπήρχαν και αρκετοί κάτοικοι των όμορων νομών της Δράμας, των Σερρών, του Κιλκίς, της Ημαθίας, της Χαλκιδικής και της Καβάλας.

Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονται από τα 6 μέχρι τα 86 έτη, με το μεγαλύτερο όγκο να συγκεντρώνεται στις ηλικίες άνω των 47 ετών. Ως προς το φύλο των ερωτηθέντων δεν παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση ως προς την κατανομή των ηλικιών. Αναλυτικά η ηλικιακή κατανομή του δείγματος παρουσιάζεται στον Πίνακα 2 και στο Σχήμα 2 και ως προς το φύλο στους Πίνακες 3 και 4, ενώ τα περιγραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 2: Ηλικιακή κατανομή δείγματος.

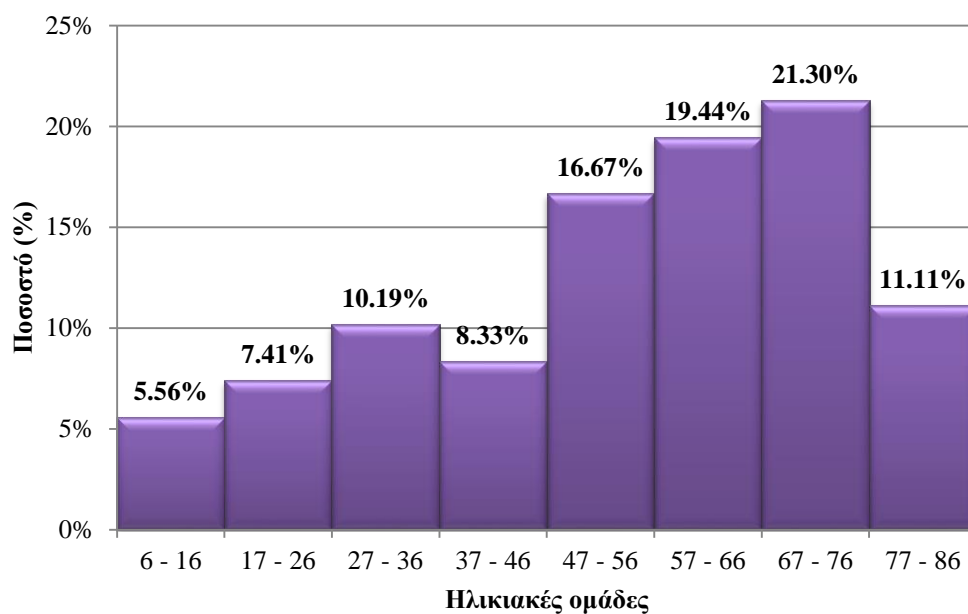
Ηλικίες	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)	Σχετική αθροιστική συχνότητα (%)
6 - 16	6	5,6	5,6
17 - 26	8	7,4	13,0
27 - 36	11	10,2	23,1
37 - 46	9	8,3	31,5
47 - 56	18	16,7	48,1
57 - 66	21	19,4	67,6
67 - 76	23	21,3	88,9
77 - 86	12	11,1	100
Σύνολο	108	100	

Πίνακας 3: Ηλικιακή κατανομή των ανδρών του δείγματος.

Ηλικίες	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)	Σχετική αθροιστική συχνότητα (%)
6 - 16	3	6,8	6,8
17 - 26	4	9,1	15,9
27 - 36	5	11,4	27,3
37 - 46	6	13,6	40,9
47 - 56	8	18,2	59,1
57 - 66	8	18,2	77,3
67 - 76	7	15,9	93,2
77 - 86	3	6,8	100
Σύνολο	44	100	

Πίνακας 4: Ηλικιακή κατανομή των γυναικών του δείγματος.

Ηλικίες	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)	Σχετική αθροιστική συχνότητα (%)
6 - 16	3	4,7	4,7
17 - 26	4	6,3	10,9
27 - 36	6	9,4	20,3
37 - 46	3	4,7	25,0
47 - 56	10	15,6	40,6
57 - 66	13	20,3	60,9
67 - 76	16	25,0	85,9
77 - 86	9	14,1	100
Σύνολο	64	100	

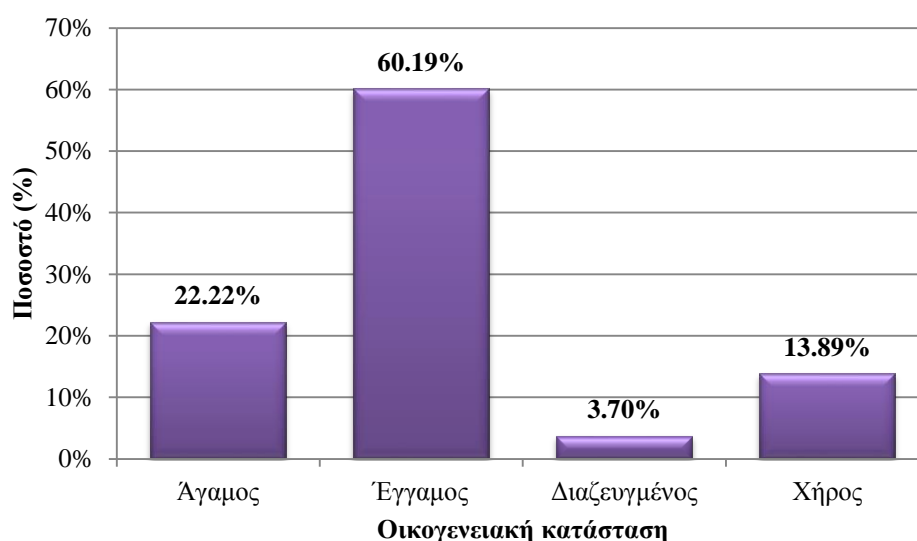


Σχήμα 2: Ηλικιακή κατανομή του δείγματος σε κλάσεις των 10 ετών.

Πίνακας 5: Βασικά περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της ηλικίας.

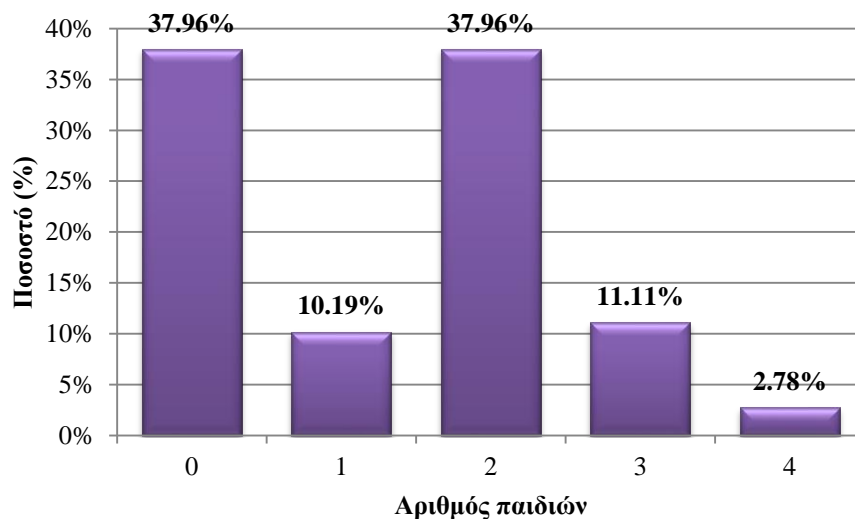
Μέτρο	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες
Μέγεθος δείγματος	108	44	64
Μέση τιμή	54,02	50,11	56,70
Τυπική Απόκλιση	19,77	20,62	19,13
Ελάχιστη τιμή	6	6	12
Μέγιστη τιμή	86	86	83

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, σε ποσοστό 60% ήταν έγγαμοι, το 22% άγαμοι και οι υπόλοιποι διαζευγμένοι ή χήροι, με τους διαζευγμένους να είναι μόλις 3,7%. Η ποσοστιαία κατανομή της οικογενειακής κατάστασης παρουσιάζεται στο Σχήμα 3.



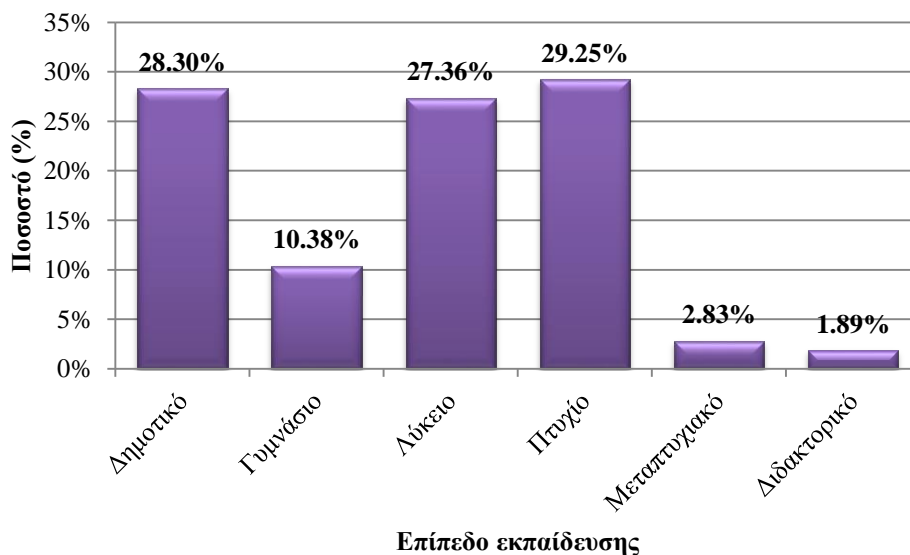
Σχήμα 3: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

Ο μεγάλος αριθμός των άγαμων παρασύρει το ποσοστό των άτεκνων στο 38%, ίδιο με αυτό όσων έχουν 2 παιδιά. Οι υπόλοιπες απαντήσεις σχετικά με το πλήθος των παιδιών των ερωτηθέντων, συγκέντρωσαν κατά πολύ μικρότερα ποσοστά, ενώ το μεγαλύτερο πλήθος παιδιών της έρευνας ήταν τα τέσσερα. Αναλυτικά η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων παρουσιάζεται στο σχήμα 4.



Σχήμα 4: Ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των παιδιών.

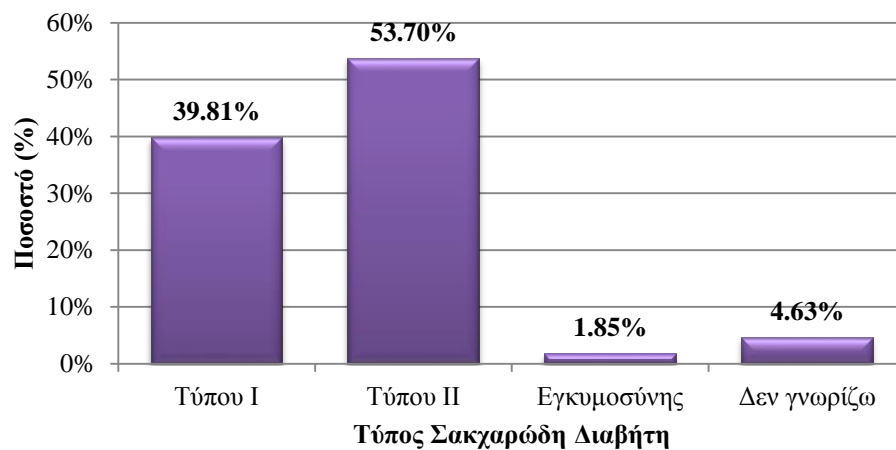
Ομοιομορφία στην κατανομή του δείγματος, παρατηρείται στο επίπεδο εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα πολύ κοντά στο 30% ήταν οι απόφοιτοι Δημοτικού, οι απόφοιτοι Λυκείου, αλλά και οι Πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Από τις υπόλοιπες βαθμίδες, οι απόφοιτοι Γυμνασίου φτάνουν το 10% και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου είναι στο 4,5%. Αναλυτικά η ποσοστιαία κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου παρουσιάζεται στο Σχήμα 5.



Σχήμα 5: Κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

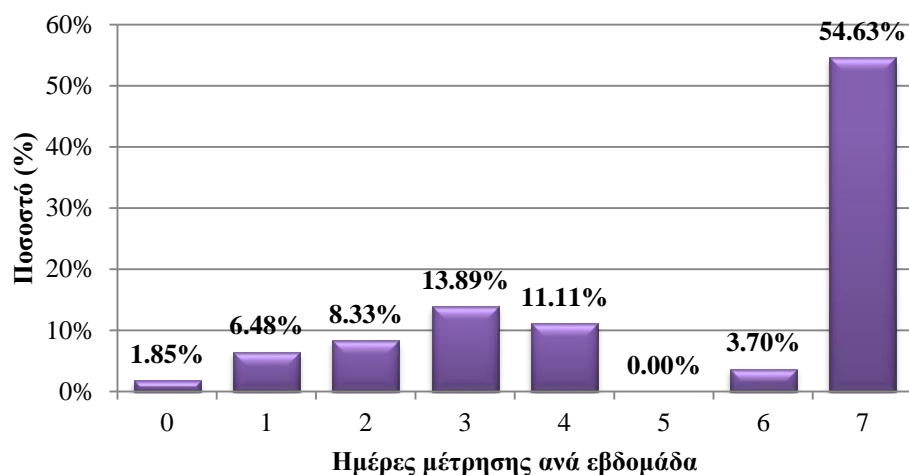
4.5. Ιατρικό Ιστορικό

Ο τύπος II του σακχαρώδη διαβήτη ήταν αυτός από τον οποίο πάσχει το 54% του δείγματος, με τον τύπο I να συναντάται στο 40% των συμμετεχόντων. Χαμηλά ήταν τα ποσοστά του διαβήτη εγκυμοσύνης αλλά και όσων δε γνώριζαν τον τύπο του διαβήτη. Γραφικά η ποσοστιαία κατανομή του τύπου διαβήτη παρουσιάζεται στο Σχήμα 6.



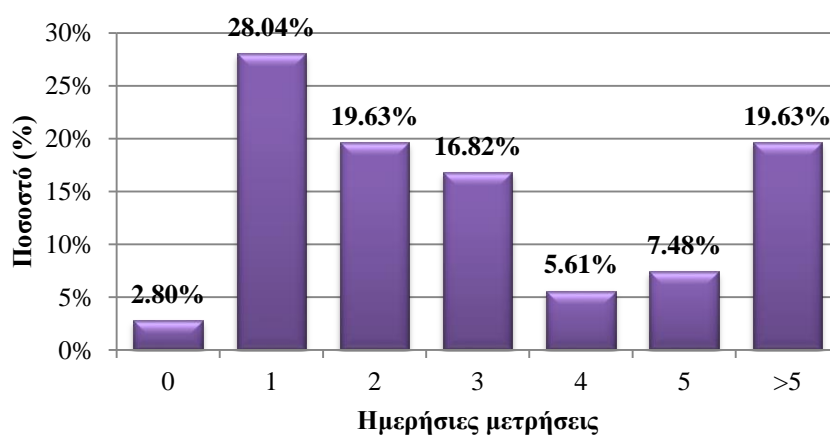
Σχήμα 6: Ποσοστιαία κατανομή των τύπων διαβήτη.

Αν και το σύνολο των συμμετεχόντων (με εξαίρεση ένα άτομο) διαθέτουν ατομική συσκευή μέτρηση σακχάρου, μόνο το 54% δήλωσε ότι μετρά τις τιμές του κάθε μέρα της εβδομάδας, ενώ περισσότερο από 40% πραγματοποιεί το πολύ τέσσερις μετρήσεις ανά εβδομάδα. Αναλυτικά η κατανομή των μέσων εβδομαδιαίων μετρήσεων παρουσιάζεται στο Σχήμα 7.



Σχήμα 7: Κατανομή του πλήθους ημερών μέτρησης του διαβήτη ανά εβδομάδα.

Σχετικά με το πλήθος των ημερήσιων μετρήσεων, η απάντηση με τη μεγαλύτερη συχνότητα ήταν η μια φορά την ημέρα με 28%, ενώ το ποσοστό των απαντήσεων φθίνει όσο αυξάνει το πλήθος των μετρήσεων. Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπήρξαν και 3 άτομα που δήλωσαν ότι δεν κάνουν ημερήσιες μετρήσεις του σακχάρου τους. Στο Σχήμα 8 παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων.

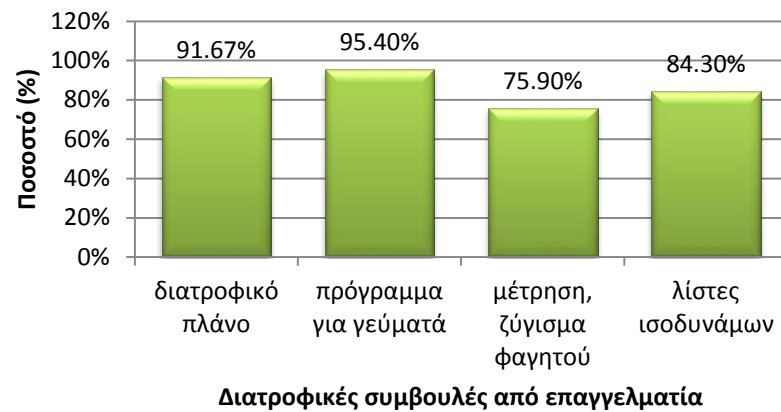


Σχήμα 8: Κατανομή ημερήσιων μετρήσεων σακχάρου.

4.6. Διατροφικές συνήθειες

Σχετικά με τις διατροφικές συμβουλές από κάποιο επαγγελματία, το 95,4% των ασθενών έχουν λάβει κάποιο πρόγραμμα για γεύματα, το 91,67% έχουν λάβει κάποιο διατροφικό πλάνο, στο 84,30% έχει δοθεί κάποια λίστα ισοδυνάμων, ενώ τέλος στο

75,90% έχουν δοθεί συμβουλές για μέτρηση και ζύγισμα του φαγητού. Στο Σχήμα 9 παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων.



Σχήμα 9: Ποσοστιαία κατανομή όσων έχουν λάβει διατροφικές συμβουλές από επαγγελματία.

5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1. Βαθμολογία ασθενών

Αρχικά, παρατίθενται τα βασικά μέτρα θέσης και διασποράς της βαθμολογίας που συγκέντρωσαν οι ασθενείς στις ερωτήσεις κάθε επιμέρους υποκλίμακας του ερωτηματολογίου. Υπενθυμίζεται ότι στις ερωτήσεις με αρνητική κατεύθυνση αντιστράφηκε η βαθμολόγηση ούτως ώστε όλες οι υποκλίμακες, καθώς και η συνολική κλίμακα αξιολόγησης της Φροντίδας Διαβήτη, να αξιολογούν τους ασθενείς σε μια ενιαία βάση (κατεύθυνση) που θα διευκολύνει την παρακολούθηση των βαθμολογιών και τις επιμέρους συγκρίσεις. Ως εκ τούτου, η κλίμακα αξιολόγησης κάθε ερώτησης είναι μια κλίμακα τύπου Likert, με διαβάθμιση από 1 έως 5 και θετική κατεύθυνση αξιολόγησης, όπου οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε θετική συνεισφορά στην φροντίδα του διαβήτη, ενώ οι χαμηλότερες βαθμολογίες στην αρνητική.

Η υποκλίμακα (Α) «Έλεγχος διαβήτη» έχει μια αρνητική κατεύθυνση αξιολόγησης στο πρότυπο ερωτηματολόγιο, η οποία όμως έχει αντιστραφεί για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης. Συνεπώς οι χαμηλές βαθμολογίες στην υποκλίμακα αυτή σχετίζονται με τον ελλιπή έλεγχο της ασθένειας του διαβήτη από πλευράς του ασθενή, ενώ οι υψηλές βαθμολογίες ερμηνεύονται ως ενδείξεις ενός ικανοποιητικού ελέγχου αυτής. Τα αποτελέσματα των ερωτήσεων της υποκλίμακας (Α) παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Από τα αποτελέσματα των ερωτήσεων θα μπορούσαμε να ξεχωρίσουμε την υψηλή βαθμολογία στην ερώτηση που αφορά τις κετόνες στα ούρα, όπου φαίνεται ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν ανάλογα συμπτώματα πολύ σπάνια. Επίσης, από την άλλη πλευρά, η χαμηλότερη βαθμολογία αφορά τη συχνή εμφάνιση υψηλών τιμών σακχάρου στους ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη λόγω άγχους.

Η υποκλίμακα (Β) «Διατροφικές συνήθειες» έχει μια θετική κατεύθυνση αξιολόγησης στο πρότυπο ερωτηματολόγιο, δεδομένου ότι οι υψηλές βαθμολογίες στην υποκλίμακα αυτή σχετίζονται με διατροφικές συνήθειες, οι οποίες είναι ευνοϊκές για την καλή υγεία του ασθενή. Τα αποτελέσματα της ομάδας ερωτήσεων της υποκλίμακας (Β) παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι οι ασθενείς ακολουθούν ένα συγκεκριμένο διατροφικό πλάνο και το ακολουθούν σε σχετικά ικανοποιητικό βαθμό. Αντίθετα, φαίνεται ότι είναι αρκετά πλημμελείς στο ζύγισμα του φαγητού τους και στη μέτρηση των

θερμίδων, καθώς και στο να χρησιμοποιούν τις λίστες ισοδυνάμων ή τις ομάδες τροφίμων για να ετοιμάσουν τα γεύματά τους.

Πίνακας 6: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (Α) «Έλεγχος διαβήτη».

<i>Έλεγχος διαβήτη</i>		
Κωδικός ερώτησης	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
1	3,89	0,86
2	4,41	0,87
3	3,81	1,08
4	4,94	0,27
5 α	3,90	1,00
5 β	3,55	1,17
5 γ	4,28	0,95
5 δ	3,67	1,01
5 ε	3,54	1,03
5 στ	3,94	0,97
5 ζ	3,01	1,12
6 α	4,36	0,96
6 β	4,02	1,04
6 γ	4,25	1,00
6 δ	3,79	1,00
6 ε	3,59	1,07
6 στ	3,65	1,03
6 ζ	3,55	1,15
6 η	3,69	1,28

Πίνακας 7: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (Β) «Διατροφικές συνήθειες».

<i>Διατροφικές συνήθειες</i>		
Κωδικός ερώτησης	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
2	3,31	1,10
6	3,41	1,12
7	2,44	1,37
8	2,65	1,39

Η υποκλίμακα (Γ) «Κατανόηση θεμάτων διαβήτη» έχει μια θετική κατεύθυνση αξιολόγησης στο πρότυπο ερωτηματολόγιο, δεδομένου ότι οι υψηλές βαθμολογίες στην υποκλίμακα αυτή σχετίζονται με μια βαθύτερη γνώση των ζητημάτων που συνδέονται με το σακχαρώδη διαβήτη από πλευράς του ασθενή. Τα αποτελέσματα της ομάδας ερωτήσεων της υποκλίμακας (Γ) παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται μια αρκετά ικανοποιητική κατανόηση των θεμάτων που σχετίζονται με το διαβήτη, με εξαίρεση της διαχείριση του στρες και την παρουσία του διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα οποία ζητήματα φαίνεται να είναι τα λιγότερο κατανοητά από πλευράς των ασθενών.

Πίνακας 8: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (Γ) «Κατανόηση θεμάτων διαβήτη».

<i>Κατανόηση θεμάτων διαβήτη</i>		
Κωδικός ερώτησης	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
α	3,46	0,96
β	2,78	1,13
γ	3,02	1,17
δ	3,44	1,08
ε	3,72	1,01
στ	3,58	1,05

<i>Κατανόηση θεμάτων διαβήτη</i>		
Κωδικός ερώτησης	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
ζ	3,65	1,01
η	3,69	0,97
θ	3,60	1,02
ι	3,58	1,05
κ	3,56	1,03
λ	3,65	1,06
μ	3,69	1,00
ν	2,81	1,30

Η υποκλίμακα (Δ) «Υποστήριξη και βοήθεια» έχει τόσο μια θετική όσο και μια αρνητική κατεύθυνση αξιολόγησης στο πρότυπο ερωτηματολόγιο. Ειδικότερα, η πρώτη ομάδα ερωτήσεων έχει αρνητική συνεισφορά στο προαναφερθέν ερωτηματολόγιο, η δεύτερη θετική και η τρίτη και τα δύο. Στην περίπτωση μας και για τις ανάγκες τις έρευνας, η βαθμολόγηση των αρνητικών ερωτήσεων έχει αντιστραφεί ούτως ώστε η ανάγκη για υποστήριξη και φροντίδα να αξιολογείται προς τη θετική κατεύθυνση, δηλαδή οι χαμηλές βαθμολογίες στην υποκλίμακα αυτή σχετίζονται με μια αυξημένη ανάγκη του ασθενή για υποστήριξη στα πλαίσια της αντιμετώπισης και διαχείρισης της ασθένειας και πιθανότατα με ορισμένα προβλήματα στο στενό του περιβάλλον, ενώ οι υψηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν τα αντίθετα. Τα αποτελέσματα της ομάδας ερωτήσεων της υποκλίμακας (Δ) παρουσιάζονται στον Πίνακα 9.

Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν μια μέτρια ανάγκη των ασθενών για φροντίδα και υποστήριξη, καθώς και μια μέτρια υποστήριξη όσον αφορά την παροχή βοήθειας για την εκτέλεση ορισμένων δραστηριοτήτων από πλευράς οικογένειας και φίλων. Αντίθετα, φαίνεται ένα αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο κοινωνικής αποδοχής και επικοινωνίας των προβλημάτων.

Πίνακας 9: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (Δ) «Υποστήριξη και βοήθεια».

<i>Υποστήριξη και βοήθεια</i>		
Κωδικός ερώτησης	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
1 α	3,02	1,47
1 β	3,05	1,66
1 γ	3,08	1,61
1 δ	3,19	1,48
1 ε	3,06	1,66
1 στ	3,00	1,47
2 α	3,13	1,36
2 β	3,08	1,43
2 γ	3,06	1,37
2 δ	2,89	1,37
2 ε	3,14	1,39
2 στ	3,21	1,30
3 α	4,31	2,88
3 β	4,09	1,26
3 γ	3,69	1,13
3 δ	4,23	1,10
3 ε	3,83	1,11
3 στ	4,19	1,22

Η υποκλίμακα (Ε) «Άσκηση» έχει μια αρνητική κατεύθυνση αξιολόγησης στο πρότυπο ερωτηματολόγιο. Η βαθμολογία έχει αντιστραφεί για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, ώστε οι χαμηλές βαθμολογίες στην υποκλίμακα αυτή να σχετίζονται με μια αυξημένη δυσκολία στην άσκηση από πλευράς ασθενών. Τα αποτελέσματα της ομάδας ερωτήσεων της υποκλίμακας (Ε) παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

Τα αποτελέσματα δεν αποκαλύπτουν κάποια ιδιαίτερα σημαντική δυσκολία των ασθενών στην προσωπική τους άσκηση λόγω της παρουσίας του διαβήτη.

Πίνακας 10: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (E) «Άσκηση».

<i>Άσκηση</i>		
Κωδικός ερώτησης	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
α	3,44	1,31
β	3,70	1,38
γ	3,50	1,37
δ	3,41	1,33
ε	3,80	1,32

Η υποκλίμακα (Z) «Μακροχρόνια οφέλη» έχει μια θετική κατεύθυνση αξιολόγησης, δεδομένου ότι οι υψηλές βαθμολογίες στην υποκλίμακα αυτή σχετίζονται με την προσδοκία για αυξημένα μακροχρόνια οφέλη του ασθενή που πάσχει από διαβήτη. Τα αποτελέσματα της ομάδας ερωτήσεων της υποκλίμακας (Z) παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

Πίνακας 11: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (Z) «Μακροχρόνια οφέλη».

<i>Μακροχρόνια οφέλη</i>		
Κωδικός ερώτησης	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
α	4,41	0,71
β	4,40	0,76
γ	4,41	0,75
δ	4,35	0,87
ε	4,44	0,72

Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν την ιδιαίτερα μεγάλη προσδοκία και πεποίθηση των ασθενών ότι τα μακροχρόνια οφέλη της φροντίδας του διαβήτη είναι ιδιαίτερος ευνοϊκά για τους ασθενείς.

Η υποκλίμακα (H) «Ιατρική φροντίδα» έχει μια θετική κατεύθυνση αξιολόγησης, δεδομένου ότι οι υψηλές βαθμολογίες στην υποκλίμακα αυτή σχετίζονται με την παροχή μιας υψηλής ποιότητας φροντίδας προς τον ασθενή και σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο συνεννόησης με τον θεράποντα ιατρό του. Τα αποτελέσματα της ομάδας ερωτήσεων της υποκλίμακας (H) παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

Τα αποτελέσματα είναι χαρακτηριστικό ότι καταδεικνύουν τη διάθεση των ιατρών να βοηθήσουν τους ασθενείς και το υψηλό επίπεδο παροχής φροντίδας, αλλά αποκαλύπτουν επίσης και μια διστακτικότητα από πλευράς των ασθενών όσον αφορά την υποβολή ερωτήσεων προς τον ιατρό.

Πίνακας 12: Βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της ΦΔ για την υποκλίμακα (H) «Ιατρική φροντίδα».

<i>Ιατρική φροντίδα</i>		
Κωδικός ερώτησης	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
3 α	4,33	0,66
3 β	4,36	0,69
3 γ	4,41	0,74
3 δ	2,97	1,41
3 ε	3,81	1,15
3 στ	3,77	1,24

Η μέση τιμή της βαθμολογίας ανά ερώτηση και η τυπική απόκλιση των βαθμολογών ανά υποκλίμακα παρουσιάζονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13: Μέση βαθμολογία ανά ερώτηση των υποκλιμάκων και της ενιαίας κλίμακας του ερωτηματολογίου της ΦΔ.

Κωδικός κλίμακας	Υποκλίμακα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
A	Έλεγχος σακχάρου	3,89	1,09
B	Διατροφικές συνήθειες	2,95	1,31
Γ	Κατανόηση θεμάτων διαβήτη	3,45	1,10
Δ	Υποστήριξη και βοήθεια	3,40	1,58
E	Άσκηση	3,57	1,35
Z	Μακροχρόνια οφέλη	4,40	0,76
H	Ιατρική φροντίδα	3,94	1,14
Σύνολο	Κλίμακα ΦΔ	3,66	1,28

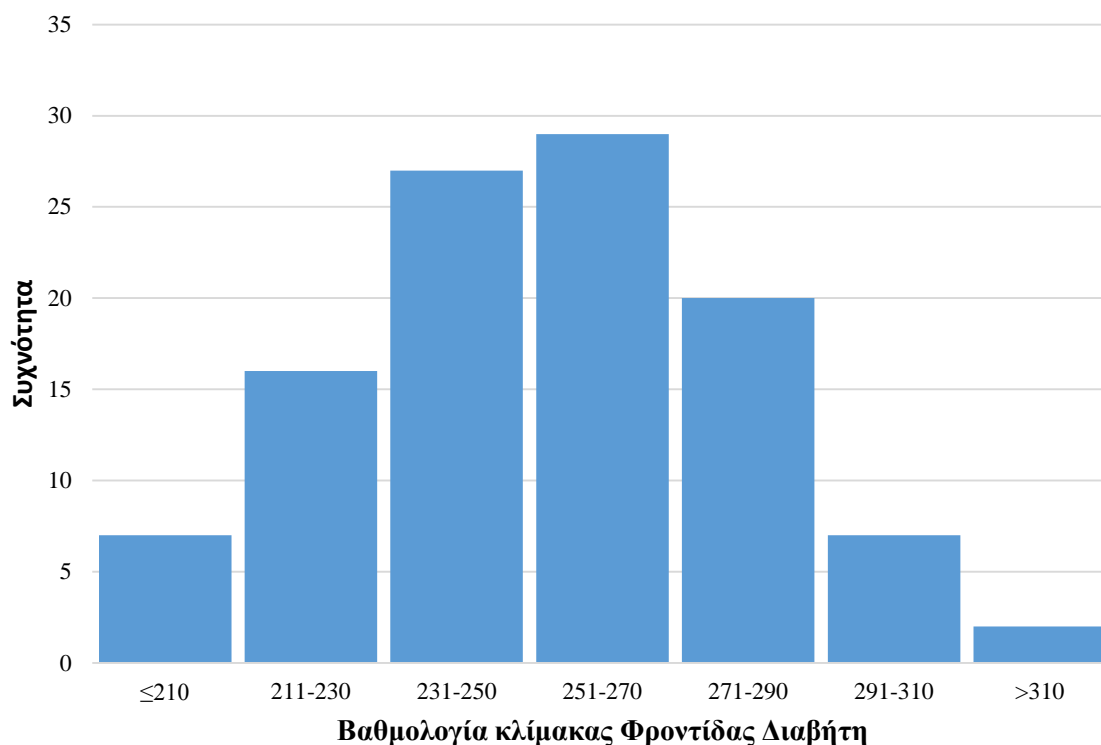
Τα αποτελέσματα της εφαρμογής του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό των ασθενών από σακχαρώδη διαβήτη καταδεικνύουν την σημαντική πίστη που έχουν οι ασθενείς ότι η φροντίδα διαβήτη θα έχει μακροχρόνια οφέλη για αυτούς (υποκλίμακα Z). Πολύ ικανοποιητικό είναι και το επίπεδο παροχής ιατρικής φροντίδας και συνεργασίας με τους θεράποντες ιατρούς (υποκλίμακα H), αλλά και ο έλεγχος της ίδιας της ασθένειας από πλευράς ασθενών (υποκλίμακα A). Η κατανόηση των θεμάτων του διαβήτη από πλευράς ασθενών (υποκλίμακα Γ) είναι μέτρια έως και αρκετά ικανοποιητική, όπως και η ανάγκη για υποστήριξη και βοήθεια και η παροχή αυτών από τους φίλους και το οικογενειακό περιβάλλον (υποκλίμακα Δ), ενώ και οι δυσκολίες που συναντάν οι ασθενείς στην άσκηση φαίνεται να είναι σχετικά μέτριες. Το πεδίο που ενδεχομένως χρήζει προσοχής είναι οι διατροφικές συνήθειες των ασθενών, οι οποίες φαίνεται πως επιδέχονται βελτίωση (υποκλίμακα B).

Τα βασικά χαρακτηριστικά μέτρα θέσης, διασποράς και ασυμμετρίας για τη συνολική βαθμολογία κάθε υποκλίμακας, καθώς και για τη συνολική κλίμακα αξιολόγησης της φροντίδας του διαβήτη παρουσιάζονται στον Πίνακα 14.

Πίνακας 14: Συνολική βαθμολογία των υποκλιμάκων και της ενιαίας κλίμακας του ερωτηματολογίου της ΦΔ.

Μέτρο	Υποκλίμακα							Κλίμακα ΦΔ
	A	B	Γ	Δ	Ε	Z	H	
Μέση τιμή	73,83	11,80	48,24	61,24	17,85	22,01	18,65	253,62
Διάμεσος τιμή	74,00	12,00	49,00	61,00	19,00	23,00	19,00	254,00
Συχνότερη τιμή	68,00	13,00	55,00	60,00	20,00	25,00	19,00	254,00
Τυπική απόκλιση	11,24	3,83	11,20	8,63	5,68	3,53	4,21	26,80
Λοξότητα	-0,20	0,18	-0,15	0,23	-0,82	-1,61	-0,26	0,01
Κύρτωση	-0,15	-0,74	-0,17	0,50	-0,09	4,63	-0,50	-0,59
Εύρος	49,00	15,00	53,00	44,00	20,00	20,00	18,00	120,00
Ελάχιστη τιμή	46,00	5,00	17,00	40,00	5,00	5,00	7,00	197,00
Μέγιστη τιμή	95,00	20,00	70,00	84,00	25,00	25,00	25,00	317,00
1 ^ο	66,25	9,00	40,25	55,25	14,25	20,00	16,00	233,25
Τεταρτημόρια 2 ^ο	74,00	12,00	49,00	61,00	19,00	23,00	19,00	254,00
3 ^ο	82,00	14,75	55,00	66,00	22,00	25,00	22,00	275,25

Η κατανομή συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα αξιολόγησης της Φροντίδας Διαβήτη παρουσιάζεται στο ιστόγραμμα του Σχήματος 10. Η κατανομή φαίνεται να είναι πολύ κοντά στην κανονική, γεγονός που επαληθεύεται μέσω της διενέργειας του κατάλληλου ελέγχου καλής προσαρμογής στην κανονική κατανομή των Kolmogorov-Smirnov ($p\text{-value}=0,792$).



Σχήμα 10: Κατανομή συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα ΦΔ.

5.2. Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία (reliability) του ερωτηματολογίου αξιολογήθηκε μέσω της χρήσης τριών εναλλακτικών δεικτών. Οι δείκτες αυτοί εφαρμόστηκαν για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, τόσο εντός της κάθε επιμέρους από τις επτά κλίμακες, όσο και για την ενιαία κλίμακα της ΦΔ. Ο πρώτος από τους δείκτες ήταν ο συντελεστής (α) του Cronbach, ο οποίος αποτελεί ένα μέτρο της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Ο δεύτερος δείκτης που χρησιμοποιήθηκε ήταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) του Pearson, στα πλαίσια της αντίστοιχης ανάλυσης ημίσεων (split-half) που διενεργήθηκε. Συγκεκριμένα, ο συντελεστής αυτός χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του βαθμού συσχέτισης μεταξύ των βαθμολογιών στα δύο επιμέρους ερωτηματολόγια που προκύπτουν από τη διάσπαση του αρχικού. Ο τρίτος δείκτης που χρησιμοποιήθηκε ήταν ο συντελεστής του Guttman, στο ίδιο πάντα πλαίσιο της ανάλυσης ημίσεων. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στον Πίνακα 15.

Πίνακας 15: Αξιολόγηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου της κλίμακας ΦΔ στον ελληνικό πληθυσμό.

Κωδικός κλίμακας	Υποκλίμακα	Cronbach's		Split-half		Guttman split-half
		α	α_1	α_2	r	
A	Έλεγχος σακχάρου	0,89	0,77	0,87	0,69	0,81
B	Διατροφικές συνήθειες	0,77	0,71	0,83	0,44	0,60
Γ	Κατανόηση θεμάτων διαβήτη	0,94	0,89	0,91	0,84	0,94
Δ	Υποστήριξη και βοήθεια	0,90	0,94	0,63	0,71	0,77
E	Άσκηση	0,90	0,82	0,84	0,81	0,86
Z	Μακροχρόνια οφέλη	0,96	0,95	0,88	0,91	0,92
H	Ιατρική φροντίδα	0,77	0,80	0,78	0,41	0,51
Σύνολο		0,90	0,89	0,89	0,18	0,30

Οι τιμές των δεικτών αξιολόγησης είναι ιδιαίτερα υψηλές καταδεικνύοντας την υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο επιδεικνύει μια πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή, ιδιαίτερα στις ομάδες ερωτήσεων (Z) Μακροχρόνια οφέλη και (Γ) Κατανόηση θεμάτων διαβήτη, τη μικρότερη συνοχή εμφανίζουν οι ομάδες ερωτήσεων (B) Διατροφικές συνήθειες και (H) Ιατρική φροντίδα, οι οποίες παρόλα αυτά κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας συγκριτικά με τη διεθνή βιβλιογραφία. Ειδικότερα, οι τιμές του δείκτη Cronbach κυμαίνονται σε ένα εύρος από 0,77 έως 0,96, με μέση τιμή 0,88, ενώ ο δείκτης αξιοπιστίας του συνολικού ερωτηματολογίου ανέρχεται σε 0,90. Παράλληλα, η ανάλυση ημίσεων παρουσίασε επίσης υψηλούς δείκτες, με το συντελεστή Pearson να κυμαίνεται από 0,41 έως 0,91 με μέση τιμή 0,69. Τέλος, σε ανάλογα υψηλά επίπεδα κυμάνθηκε και ο συντελεστής του Guttman, ο οποίος έλαβε τιμές στο εύρος από 0,60 έως 0,94 και είχε μέση τιμή 0,77.

5.3. Εγκυρότητα του ερωτηματολογίου

Η εγκυρότητα (validity) του ερωτηματολογίου κατά την αξιολόγηση της φροντίδας υγείας των ατόμων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη στον ελληνικό πληθυσμό ελέγχθηκε μέσω του συντελεστή συσχέτισης (r) του Pearson. Ειδικότερα, αξιολογήθηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών που συγκέντρωσαν οι ασθενείς στις επιμέρους υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, αλλά και η συσχέτιση των βαθμολογιών αυτών, μία προς μία, με τη συνολική βαθμολογία τους στην ενιαία κλίμακα ΦΔ. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης εγκυρότητας του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στον Πίνακα 16.

Πίνακας 16: Αξιολόγηση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου της κλίμακας ΦΔ στον ελληνικό πληθυσμό .

Υποκλίμακα	B	Γ	Δ	E	Z	H	Κλίμακα ΔΦ
(Α) Έλεγχος σακχάρου	-0,02	-0,01	0,21*	0,08	0,11	0,00	0,51**
(Β) Διατροφικές συνήθειες		0,52**	0,16	0,11	0,18	0,48**	0,53**
(Γ) Κατανόηση θεμάτων διαβήτη			0,25**	0,22*	0,34**	0,36**	0,72**
(Δ) Υποστήριξη και βοήθεια				0,17	0,22*	0,03	0,61**
(Ε) Άσκηση					0,00	0,11	0,43**
(Ζ) Μακροχρόνια οφέλη						0,15	0,44**
(Η) Ιατρική φροντίδα							0,43**

* Το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μικρότερο του 0,05 (p -value<0,05)

** Το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μικρότερο του 0,01 (p -value<0,01)

Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν τη μηδενική έως μέτριας έντασης συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων, η οποία πρακτικά σημαίνει ότι οι υποκλίμακες δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Οι συσχετίσεις είναι επίσης θετικές, γεγονός που επιβεβαιώνει την αξιολόγηση της φροντίδας υγείας, προς την ίδια (θετική) κατεύθυνση από κάθε υποκλίμακα. Επιπροσθέτως, παρατηρούμε ότι οι συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών στις επιμέρους υποκλίμακες και τη βαθμολογία στην ενιαία κλίμακα ΦΔ είναι θετικές και μέτριας έως αρκετά ισχυρής έντασης (εύρος τιμών από 0,43 έως 0,72 και μέση τιμή 0,52).

Οι συσχετίσεις αυτές καταδεικνύουν τη συνεισφορά κάθε επιμέρους κλίμακας στη διαμόρφωση της συνολικής βαθμολογίας. Τέλος, οι σημαντικά υψηλότερες συσχετίσεις στην περίπτωση της συνολικής κλίμακας συγκριτικά με αυτές μεταξύ των υποκλιμάκων συνηγορούν υπέρ της εγκυρότητας της κλίμακας ΔΦ για την αξιολόγηση της φροντίδας του διαβήτη.

5.4. Επίδραση τρίτων παραγόντων

Στην παράγραφο αυτή γίνεται διερεύνηση της επίδρασης διαφόρων παραγόντων στη συνολική βαθμολογία, καθώς και στις επιμέρους υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου, για την ποιότητα ζωής των διαβητικών.

5.4.1. Φύλο

Η επίδραση του φύλου των συμμετεχόντων στη συνολική βαθμολογία, καθώς και στις επιμέρους υποομάδες του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στον Πίνακα 17. Όπως προκύπτει από το σύνολο των ελέγχων, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις υποομάδες του ερωτηματολογίου αλλά και στο σύνολο, σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$.

Πίνακας 17: Διερεύνηση της επίδρασης του φύλου επί τις βαθμολογίας ανά ομάδα ερωτήσεων και στο συνολικό ερωτηματολόγιο.

Φύλο	Άνδρες	Γυναίκες	t-test	Συσχέτιση
<i>Έλεγχος τιμών σακχάρου</i>	75,89 ± 11,81	72,42 ± 10,70	0,116	0,116
<i>Διατροφικές συνήθειες</i>	12,11 ± 3,89	11,58 ± 3,81	0,478	0,478
<i>Κατανόηση θεμάτων διαβήτη</i>	47,89 ± 11,28	48,48 ± 11,22	0,787	0,787
<i>Υποστήριξη και βοήθεια</i>	62,16 ± 8,08	60,61 ± 9,00	0,362	0,362
<i>Άσκηση</i>	18,95 ± 5,10	17,09 ± 5,96	0,094	0,094
<i>Μακροχρόνια οφέλη</i>	22,52 ± 3,12	21,66 ± 3,78	0,212	0,212
<i>Ιατρική φροντίδα</i>	18,64 ± 3,79	18,66 ± 4,50	0,981	0,981
ΣΥΝΟΛΟ	258,16±26,69	250,50±26,64	0,145	0,145

5.4.2. Ηλικία

Για τη διερεύνηση της επίδρασης της ηλικίας στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου, έγινε διαχωρισμός του δείγματος σε δυο, σχεδόν ισόποσες, ομάδες με τιμή διαχωρισμού του δείγματος να ορίζεται το 56^ο έτος της ηλικίας. Βάση του παραπάνω διαχωρισμού, πραγματοποιήθηκαν οι επιμέρους έλεγχοι σε κάθε υποομάδα, αλλά και στο σύνολο του ερωτηματολογίου, με τα αποτελέσματά τους να παρουσιάζονται στον Πίνακα 18. Από τα αποτελέσματα του ελέγχου, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, τόσο στη συνολική βαθμολογία κάθε ομάδας, όσο και στις περισσότερες υποομάδες του ερωτηματολογίου. Εξαιρέση αποτελεί η βαθμολογία στον έλεγχο των τιμών του σακχάρου και στην υποστήριξη και βοήθεια, ενώ οριακά είναι τα αποτελέσματα όσον αφορά τα μακροχρόνια οφέλη. Στις υπόλοιπες υποομάδες ερωτήσεων καθώς και στο σύνολο, οι συμμετέχοντες που έχουν ηλικία μικρότερη των 56 ετών, έχουν μια θετικότερη αντιμετώπιση των καταστάσεων και των καθημερινών δραστηριοτήτων τους, χωρίς να νιώθουν τόσο έντονη την επίδραση της νόσου σε τομείς της ζωής τους όπως η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, την κατανόηση θεμάτων σχετικών με τη νόσο, την άσκηση και την ιατρική φροντίδα. Αναλυτικά οι συγκρίσεις των βαθμολογιών των ηλικιακών ομάδων παρουσιάζονται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 18: Διερεύνηση της επίδρασης της ηλικίας επί τις βαθμολογίας ανά ομάδα ερωτήσεων και στο συνολικό ερωτηματολόγιο.

<i>Ηλικία</i>	Μέχρι 56	Άνω των 56	t-test	Συσχέτιση
<i>Έλεγχος τιμών σακχάρου</i>	73,33 ± 9,98	74,30 ± 12,36	0,654	0,654
<i>Διατροφικές συνήθειες</i>	12,60 ± 3,67	11,05 ± 3,86	0,036	0,036
<i>Κατανόηση θεμάτων διαβήτη</i>	51,23 ± 10,08	45,46 ± 11,56	0,007	0,007
<i>Υποστήριξη και βοήθεια</i>	62,65 ± 9,51	59,93 ± 7,58	0,101	0,101
<i>Άσκηση</i>	20,31 ± 4,68	15,57 ± 5,61	0,000	0,000
<i>Μακροχρόνια οφέλη</i>	22,65 ± 3,20	21,41 ± 3,75	0,068	0,068
<i>Ιατρική φροντίδα</i>	19,69 ± 3,83	17,68 ± 4,34	0,012	0,012
ΣΥΝΟΛΟ	262,46±26,52	245,41±24,56	0,001	0,001

5.4.3. Επίπεδο εκπαίδευσης

Συγκριτική ανάλυση των απαντήσεων έγινε και σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, χωρίζοντας τους συμμετέχοντες σε αυτούς που έχουν λάβει μέχρι δευτεροβάθμια εκπαίδευση και σε αυτούς που έχουν λάβει τριτοβάθμια εκπαίδευση. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον συγκεκριμένο διαχωρισμό, προέκυψαν στην προσαρμογή των διατροφικών συνηθειών, στην κατανόηση των θεμάτων που σχετίζονται με τη νόσο του διαβήτη, στην κατανόηση των μακροχρόνιων οφελών, αλλά και στη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου. Στις κατηγορίες αυτές, όσοι έχουν λάβει τριτοβάθμια εκπαίδευση, συγκέντρωσαν μεγαλύτερες βαθμολογίες από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Αναλυτικά τα αποτελέσματα των στατιστικών ελέγχων παρουσιάζονται στον Πίνακα 19.

Πίνακας 19: Διερεύνηση της επίδρασης του επιπέδου εκπαίδευσης επί τις βαθμολογίας ανά ομάδα ερωτήσεων και στο συνολικό ερωτηματολόγιο.

<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>	2 ^ο βάρθμια	3 ^ο βάρθμια	t-test	Συσχέτιση
<i>Έλεγχος τιμών σακχάρου</i>	73,17 ± 11,39	74,94 ± 11,30	0,448	0,448
<i>Διατροφικές συνήθειες</i>	11,06 ± 3,81	13,06 ± 3,61	0,011	0,011
<i>Κατανόηση θεμάτων διαβήτη</i>	46,03 ± 11,69	52,94 ± 8,85	0,001	0,002
<i>Υποστήριξη και βοήθεια</i>	60,63 ± 8,99	61,97 ± 7,93	0,450	0,450
<i>Άσκηση</i>	17,53 ± 5,68	18,25 ± 5,80	0,540	0,540
<i>Μακροχρόνια οφέλη</i>	21,53 ± 3,86	23,06 ± 2,66	0,036	0,036
<i>Ιατρική φροντίδα</i>	18,40 ± 4,11	18,83 ± 4,36	0,616	0,616
ΣΥΝΟΛΟ	248,34±26,72	263,06±25,08	0,007	0,007

5.4.4. Τύπος Σακχαρώδη Διαβήτη

Τέλος διενεργήθηκαν συγκριτικοί έλεγχοι σε σχέση με τον τύπο του διαβήτη από τον οποίον νοσούν οι συμμετέχοντες. Λόγο του μικρού πλήθους των υπολοίπων τύπων, για την σύγκριση χρησιμοποιήθηκαν από τους ερωτηθέντες, μόνο όσοι πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I και τύπου II. Στις συγκρίσεις που πραγματοποιήθηκαν ως προς αυτό το διαχωρισμό, στατιστικά σημαντικές διαφορές προκύπτουν στην ανάγκη

υποστήριξης και βοήθειας, στην άσκηση και στο σύνολο του ερωτηματολογίου. Στις κατηγορίες αυτές παρατηρήθηκε θετικότερη αντιμετώπιση από όσους πάσχουν από διαβήτη τύπου I. Οριακά ήταν τα αποτελέσματα σε σχέση με την προσαρμογή στις διατροφικές συνήθειες, την κατανόηση θεμάτων σχετικών με τη νόσο και στα μακροχρόνια οφέλη, όπου και εδώ παρατηρείται η τάση για θετικότερη αντιμετώπιση των θεμάτων αυτών από όσους πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν τη μεγαλύτερη αποδοχή της νόσου από αυτούς που έχουν μάθει να ζουν με αυτή από μικρότερη ηλικία. Αναλυτικά οι συγκρίσεις ανάμεσα στους δυο τύπους διαβήτη παρουσιάζονται στον Πίνακα 20.

Πίνακας 20: Διερεύνηση της επίδρασης του τύπου σακχάρου επί τις βαθμολογίας ανά ομάδα ερωτήσεων και στο συνολικό ερωτηματολόγιο.

<i>Τύπος Διαβήτη</i>	Τύπου I	Τύπου II	t-test	Συσχέτιση
<i>Έλεγχος τιμών σακχάρου</i>	72,72 ± 10,09	73,52 ± 11,51	0,718	0,718
<i>Διατροφικές συνήθειες</i>	12,67 ± 4,26	11,19 ± 3,39	0,054	0,054
<i>Κατανόηση θεμάτων διαβήτη</i>	51,14 ± 11,04	47,02 ± 10,50	0,059	0,059
<i>Υποστήριξη και βοήθεια</i>	64,47 ± 7,59	59,29 ± 9,09	0,003	0,003
<i>Άσκηση</i>	20,65 ± 5,23	16,22 ± 5,12	0,000	0,000
<i>Μακροχρόνια οφέλη</i>	22,93 ± 2,74	21,59 ± 3,82	0,052	0,052
<i>Ιατρική φροντίδα</i>	19,09 ± 3,80	18,07 ± 4,52	0,232	0,232
ΣΥΝΟΛΟ	263,67±26,37	246,90±25,24	0,002	0,002

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία πραγματεύεται το ζήτημα της ποιότητας ζωής των Ελλήνων ασθενών από σακχαρώδη διαβήτη μέσα από την οπτική της φροντίδας υγείας που αυτοί δέχονται, είτε με τη μορφή της αυτό-φροντίδας, είτε από τρίτους, όπως το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και φυσικά ο θεράπωντας ιατρός. Σε ένα δεύτερο επίπεδο εξετάζονται οι παράγοντες που ενδεχομένως διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στη φροντίδα του διαβήτη, όπως το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικία και ο τύπος του διαβήτη από τον οποίο νοσεί ένας ασθενής. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της μελέτης ήταν το ερωτηματολόγιο, ένα εργαλείο ευρέως διαδεδομένο σε αντίστοιχες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας και πρακτικής. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αναπτύχθηκε από τους Fitzgerald et al. (1996), από το τμήμα διαβήτη του πανεπιστημίου του Michigan και έχει τίτλο Ερωτηματολόγιο Φροντίδας Διαβήτη (Diabetes Care Questionnaire), είναι εξειδικευμένο στον σακχαρώδη διαβήτη και συμπληρώνεται από τον ερωτώμενο. Η ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου οδήγησε σε ορισμένα χρήσιμα συμπεράσματα και παρατηρήσεις, τα οποία παρατίθενται στις παραγράφους που ακολουθούν.

Το δείγμα που μελετήθηκε περιλάμβανε 108 Έλληνες ασθενείς από σακχαρώδη διαβήτη, άνδρες και γυναίκες, που προέρχονταν από τους νομούς Θεσσαλονίκης, Δράμας, Σερρών, Κιλκίς, Ημαθίας, Χαλκιδικής, και Καβάλας. Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων ανέρχονταν σε 56 έτη, ενώ η πλειοψηφία ήταν έγγαμοι και είχαν τουλάχιστον ένα παιδί. Από πλευράς μορφωτικού επιπέδου, η πλειοψηφία ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και μόνο το ένα τρίτο είχε λάβει τριτοβάθμια εκπαίδευση οποιουδήποτε επιπέδου. Όσον αφορά τον τύπο του διαβήτη, οι τύποι I και II ήταν οι δημοφιλέστεροι, ενώ ο διαβήτης εγκυμοσύνης αφορούσε έναν περιορισμένο αριθμό ατόμων. Οι ασθενείς παρά το γεγονός ότι διέθεταν σχεδόν στο σύνολό τους κάποια ατομική συσκευή μέτρησης σακχάρου, μόνο οι μισοί εξ' αυτών δήλωσαν ότι μετρών τις τιμές του σε ημερήσια βάση. Τέλος, οι βασικές συμβουλές που λάμβαναν από πλευράς ειδικών αφορούσαν προγράμματα γευμάτων, διατροφικά πλάνα, λίστες ισοδυνάμων, και συμβουλές για μέτρηση και ζύγισμα του φαγητού.

Το ερωτηματολόγιο αποδείχθηκε ιδιαίτερα αξιόπιστο όσον αφορά τη μελέτη του ελληνικού πληθυσμού. Ειδικότερα, οι τιμές του δείκτη Cronbach κυμάνθηκαν σε ένα

εύρος από 0,77 έως 0,96, για κάθε επιμέρους υποκλίμακα, με μέση τιμή 0,88, ενώ ο δείκτης αξιοπιστίας του συνολικού ερωτηματολογίου ανήρθε σε 0,90. Τα συγκεκριμένα επίπεδα αξιοπιστίας κυμαίνονται στα ίδια υψηλά επίπεδα με αυτά του πρότυπου ερωτηματολογίου (0,60 έως 0,95), κατά την εφαρμογή του σε διαβητικούς ασθενείς των Η.Π.Α. (Fitzgerald et al., 1996), τεκμηριώνοντας της αξιοπιστία του στη μελέτη πληθυσμών με διαφορετικά πολιτισμικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Επιπροσθέτως, η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου κυμάνθηκε σε παρόμοια υψηλά επίπεδα. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν τη μηδενική έως μέτριας έντασης συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων, η οποία πρακτικά σημαίνει ότι οι υποκλίμακες δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, ενώ οι συσχετίσεις κατέδειξαν την αξιολόγηση της φροντίδας υγείας προς την ίδια κατεύθυνση από κάθε υποκλίμακα. Παράλληλα, οι μέτριες έως ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών στις επιμέρους υποκλίμακες και τη βαθμολογία στην ενιαία κλίμακα ΦΔ κατέδειξαν τη συνεισφορά κάθε επιμέρους κλίμακας στη διαμόρφωση της συνολικής βαθμολογίας, αλλά και την εγκυρότητα της κλίμακας ΔΦ για την αξιολόγηση της φροντίδας του διαβήτη.

Τα αποτελέσματα της εφαρμογής του ερωτηματολογίου της φροντίδας διαβήτη στον ελληνικό πληθυσμό κατέδειξαν τη σημαντική πίστη που έχουν οι ασθενείς στα μακροχρόνια οφέλη λόγω αυτής ακριβώς της φροντίδας (μέση βαθμολογία υποκλίμακας 4,40). Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με αυτά της έρευνας στους διαβητικούς των Η.Π.Α., όπου επίσης αποκαλύπτουν τη σημαντική πίστη των ασθενών στη φροντίδα διαβήτη και στα αποτελέσματά της (μέση βαθμολογία υποκλίμακας 4,20) (Fitzgerald et al., 1996). Επίσης, πολύ ικανοποιητικό φαίνεται να είναι και το επίπεδο παροχής ιατρικής φροντίδας, αυτό-φροντίδας και από τρίτους, καθώς και της συνεργασίας των ασθενών με τους θεράποντες ιατρούς τους, το οποίο κυμαίνεται σε αντίστοιχα επίπεδα με αυτά της πρωτότυπης έρευνας (3,95 έναντι 4,01) (Fitzgerald et al., 1996). Το επίπεδο ελέγχου της ασθένειας από πλευράς των ασθενών φαίνεται να είναι επίσης επαρκές και ιδιαίτερα ικανοποιητικό, δεδομένου ότι οι Έλληνες ασθενείς εμφανίζονται να έχουν ένα σημαντικά καλύτερο έλεγχο της ασθένειάς τους συγκριτικά με αυτούς των Η.Π.Α. (μέση βαθμολογία 3,89 έναντι 2,44) (Fitzgerald et al., 1996). Ταυτόχρονα, η κατανόηση των θεμάτων του διαβήτη από πλευράς ασθενών είναι μέτρια έως και αρκετά ικανοποιητική και αντίστοιχη με αυτή των ασθενών στις Η.Π.Α. (μέση βαθμολογία 3,45 έναντι 3,64) (Fitzgerald et al., 1996), αλλά σαφώς υψηλότερη από αυτή των Αυστραλών ασθενών (μέση βαθμολογία

υποκλίμακας 48,2 έναντι 35,8) (Krass et al., 2006). Από την άλλη πλευρά, η ανάγκη για υποστήριξη και βοήθεια και η παροχή αυτών από τους φίλους και το οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και οι δυσκολίες που συναντάν οι ασθενείς στην άσκηση φαίνεται να είναι σχετικά μέτριες. Σε αντίθεση, οι ασθενείς από διαβήτη στις Η.Π.Α. φαίνεται να αισθάνονται σαφώς περισσότερο περιορισμένοι όσον αφορά τη σωματική άσκηση λόγω της παρουσίας του διαβήτη (μέση βαθμολογία 3,55 έναντι 1,77), ενώ και οι σχέσεις με το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται να είναι περισσότερο προβληματικές (μέση βαθμολογία 3,40 έναντι 2,78) (Fitzgerald et al., 1996). Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και της σύγκρισης με το δείγμα των Αυστραλών ασθενών, όσον αφορά τη δυσκολία στην άσκηση (μέση βαθμολογία υποκλίμακας 17,9 έναντι 9,6), αλλά και την υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους (μέση βαθμολογία υποκλίμακας 61,2 έναντι 46,5) (Krass et al., 2006). Το πεδίο που ενδεχομένως χρήζει προσοχής είναι οι διατροφικές συνήθειες των ασθενών, οι οποίες φαίνεται πως επιδέχονται βελτίωση. Παρά την παρατήρηση αυτή, θα πρέπει να αναφερθεί πως το επίπεδο αφοσίωσης των ασθενών στη δίαιτά τους είναι σε ανάλογα επίπεδα με αυτά της έρευνας στις Η.Π.Α. (μέση βαθμολογία 2,95 έναντι 2,99) (Fitzgerald et al., 1996) και υψηλότερο από το αντίστοιχο των Αυστραλών ασθενών από διαβήτη (μέση βαθμολογία υποκλίμακας 11,8 έναντι 8,6) (Krass et al., 2006).

Η μελέτη των επιμέρους θεματικών ενοτήτων του ερωτηματολογίου οδήγησε επίσης στον εντοπισμό περιοχών ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, τόσο με αρνητική όσο και με θετική συνεισφορά στη φροντίδα του διαβήτη. Στην περίπτωση του ελέγχου της ασθένειας θα μπορούσαμε να ξεχωρίσουμε τη σπάνια παρουσία κετονών στα ούρα, ενώ από την άλλη πλευρά παρατηρείται μια συχνή εμφάνιση υψηλών τιμών σακχάρου λόγω άγχους. Γενικότερα, στην περίπτωση της παρούσας μελέτης, η υψηλή βαθμολογία στη σχετική υποκλίμακα του ελέγχου της ασθένειας φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, γεγονός που βρίσκεται σε συμφωνία με μια σημαντική μερίδα παρόμοιων μελετών (Matthias et al. 2002; Wikblad et al., 1996; Trief et al., 1998; Rubin & Peyrot, 1998). Από την άλλη πλευρά βέβαια, υπήρξαν και συγγραφείς που δεν διαπίστωσαν κάποια σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και ελέγχου της ασθένειας του διαβήτη (Wredling et al., 1995).

Οι ασθενείς φαίνεται να ακολουθούν επιμελώς τα διατροφικά πλάνα που τους υποδεικνύονται, αλλά αντίθετα φαίνεται ότι είναι αρκετά πλημμελείς στο ζύγισμα του

φαγητού τους και στη μέτρηση των θερμίδων, καθώς και στο να χρησιμοποιούν τις λίστες ισοδυνάμων ή τις ομάδες τροφίμων για να ετοιμάσουν τα γεύματά τους. Γενικότερα, οι ασθενείς παρουσίασαν τη χαμηλότερη βαθμολογία τους στον τομέα των διατροφικών συνηθειών, γεγονός που φαίνεται να συμφωνεί – σε ένα ευρύτερο πλαίσιο – με τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου τα ειδικά διαιτολόγια φαίνεται να μην έχουν ίσως κάποια ιδιαίτερη συνεισφορά στη μείωση της διαφοράς όσον αφορά την ποιότητα ζωής των διαβητικών ατόμων από ένα υγιές άτομο, και ίσως μάλιστα να οδηγούν και σε περισσότερο αρνητικές καταστάσεις και δυσανασχέτηση, οι οποίες έχουν συχνά αρνητικές κοινωνικές προεκτάσεις (Smith & McFall, 2004; Beverly, 1999), παρά το γεγονός ότι μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη μείωση του σωματικού βάρους και την πρόληψη του διαβήτη (Salas-Salvado et al., 2011).

Οι ασθενείς μοιάζουν να δυσκολεύονται να κατανοήσουν το ρόλο και τη διαχείριση του στρες στα πλαίσια της ασθένειας, καθώς και την παρουσία του διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ειδικότερα, όσον αφορά τη διαχείριση του άγχους, αλλά και την κατάθλιψη, υπάρχει μια σειρά μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία που αναδεικνύουν την άμεση σχέση τους με την ποιότητα ζωής ενός διαβητικού ατόμου, τεκμηριώνοντας ότι τα υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης συνδέονται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Peyrot & Rubin, 1997; Grey et al., 1998; Goldney, R.D. et al., 2004).

Επιπροσθέτως, παρά το αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο κοινωνικής αποδοχής και επικοινωνίας των προβλημάτων τους, οι ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη φαίνεται να έχουν μια σχετικά μέτρια υποστήριξη, από πλευράς οικογένειας και φίλων, όσον αφορά την παροχή βοήθειας για την εκτέλεση ορισμένων δραστηριοτήτων. Γενικά, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν τη σχέση μεταξύ της αυτό-φροντίδας και της υποστήριξης από το οικογενειακό, φιλικό, και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον στην αντιμετώπιση του διαβήτη, και συμφωνούν με τα αντίστοιχα συμπεράσματα της βιβλιογραφίας, όπως για παράδειγμα στη μελέτη των Grey et al. (1998) όπου τα προβλήματα λόγω διαβήτη δημιουργούν μικρότερη ικανοποίηση, χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα, και κατάθλιψη. Παράλληλα, φαίνεται ότι η ζεστασιά και η φροντίδα της οικογένειας σχετίζονται επίσης με μια υψηλότερη ποιότητα ζωής του ασθενή. Ο ρόλος της υποστήριξης από την οικογένεια και την κοινωνία αναδεικνύεται επίσης και μέσα από την έρευνα των Vaccaro et al. (2014).

Από πλευράς σωματικής άσκησης, οι δυσκολίες που εισάγει η παρουσία της ασθένειας του διαβήτη φαίνεται να αντιμετωπίζονται επαρκώς από πλευράς ασθενών. Αυτό αντανακλά και στη γενικότερη ικανοποιητική εικόνα που φαίνεται να έχουν οι Έλληνες ασθενείς και στην καλύτερη ποιότητα ζωής τους, όπως αυτή καταγράφεται μέσα από το ερωτηματολόγιο της φροντίδας του διαβήτη. Το γεγονός αυτό είναι σε συμφωνία με παρόμοιες έρευνες που καταδεικνύουν τη σημαντικότητα της άσκησης στον έλεγχο της ασθένειας, στη ρύθμιση του μεταβολισμού, στη μείωση των ανθρωπομετρικών δεικτών, και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή (Snel et al., 2012; Smith & McFall, 2004; Glasgow et al. 1997).

Τέλος, οι ασθενείς φαίνονται ιδιαίτερα διστακτικοί με την υποβολή ερωτήσεων προς τον ιατρό τους, παρά το γεγονός ότι οι ιατροί φαίνεται να έχουν μια σημαντική διάθεση να βοηθήσουν τους ασθενείς. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν τη θετική σχέση μεταξύ της παροχής ιατρικής φροντίδας από πλευράς ιατρού και της ποιότητας ζωής, ένα συμπέρασμα που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία (Matthias et al., 2002)

Σχετικά με την επίδραση τρίτων παραγόντων στην φροντίδα του διαβήτη, παρατηρούμε ότι το φύλο δεν έχει κάποιο ιδιαίτερο ρόλο ή κάποια σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των Ελλήνων διαβητικών. Για την ακρίβεια, οι άνδρες παρουσιάζουν ελαφρώς υψηλότερες τιμές στις επιμέρους υποκλίμακες, αλλά και ένα υψηλότερο επίπεδο ζωής, όπως αυτό καταγράφεται μέσα από τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου, με τις σχετικές διαφορές όμως να μην είναι στατιστικά σημαντικές. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα αντίστοιχα βιβλιογραφικά, μέχρι ένα βαθμό, δεδομένου ότι κάποιες μελέτες στη βιβλιογραφία έχουν εντοπίσει ορισμένες διαφορές στην ποιότητα ζωής, βάσει του φύλου του ασθενούς, όπου οι άνδρες αναφέρουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τις γυναίκες, όπως για παράδειγμα μια αντίστοιχη μελέτη στον ελληνικό πληθυσμό από τους Papadopoulos et al. (2007) ή σε άλλους πληθυσμούς (Rubin & Peyrot, 1998) και σε μια περισσότερο πρόσφατη έρευνα, όπου οι νεαροί άνδρες εμφανίζονται να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις νεαρές γυναίκες (Naughton et al, 2014). Οι άνδρες φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τη θεραπεία τους, να χάνουν λιγότερες μέρες εργασίας, να έχουν μικρότερη επιβάρυνση από την ασθένεια, χαμηλότερα επίπεδα άγχους, και χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Wredling et al., 1995; Glasgow et al., 1997; Peyrot & Rubin, 1997; Peyrot & Rubin, 1998; Rubin & Peyrot, 1998).

Αντίθετα, η ηλικία των ασθενών φαίνεται να έχει κάποιο ρόλο, αφού οι ασθενείς που είναι μικρότεροι σε ηλικία παρουσιάζουν ένα υψηλότερο δείκτη φροντίδας σχεδόν στο σύνολο των υποκλιμάκων, πλην του ελέγχου των τιμών σακχάρου. Φαίνεται ότι τα μικρότερης ηλικίας άτομα έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες, κατανοούν σε μεγαλύτερο βάθος τα ζητήματα του διαβήτη, έχουν μικρότερη ανάγκη για υποστήριξη και λαμβάνουν υποστήριξη σε ένα περισσότερο ικανοποιητικό βαθμό από την οικογένειά τους και το κοινωνικό περιβάλλον, έχουν λιγότερες δυσκολίες στην άσκηση, πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό στα μακροχρόνια οφέλη της φροντίδας και έχουν καλύτερη σχέση με τους ιατρούς τους στα πλαίσια της παροχής της φροντίδας. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με παρόμοια αποτελέσματα άλλων ερευνών, όπου τα περισσότερο νεαρά άτομα παρουσιάζουν μια υψηλότερη φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα συγκριτικά με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, όπως για παράδειγμα σε μια αντίστοιχη μελέτη στον ελληνικό πληθυσμό από τους Papadopoulos et al. (2007) ή σε άλλες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας (Naughton et al, 2014; Glasgow et al., 1997; Klein et al., 1998). Επίσης, τα αποτελέσματά που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα φαίνεται να συμφωνούν, σε ορισμένα σημεία, όπως στην ικανότητα ελέγχου του διαβήτη ή την οριακή διαφορά στην ανάγκη και παροχή υποστήριξης και βοήθειας, με άλλες έρευνες που δεν εντόπισαν διαφορές ανάλογα με το φύλο, όπως για παράδειγμα σε αυτή των (Peyrot & Rubin, 1997).

Από πλευράς εκπαίδευσης, τα άτομα που έχουν λάβει κάποια μορφή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης φαίνεται να έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες, μια βαθύτερη κατανόηση των ζητημάτων του διαβήτη, ενώ πιστεύουν περισσότερο στα μακροχρόνια οφέλη της φροντίδας του διαβήτη και γενικότερα έχουν ένα υψηλότερο δείκτη φροντίδας υγείας και ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να συμφωνούν με άλλα παρόμοιων ερευνών στη διεθνή βιβλιογραφία, όπως για παράδειγμα αυτής των Naughton et al, (2014) σε ασθενείς διαβήτη μικρότερων ηλικιών, όπου το επίπεδο μόρφωσης των γονέων σχετιζόταν με μια καλύτερη ποιότητα ζωής του διαβητικού παιδιού, αλλά και άλλες εργασίες όπου εξετάζεται ευθέως ο ρόλος του επιπέδου μόρφωσης ενός ασθενή στη γενικότερη ποιότητα της ζωής του (Connell et al., 1997; Davis et al., 1987; Rankin et al., 1997), αλλά και σε μια αντίστοιχη μελέτη στον ελληνικό πληθυσμό από τους Papadopoulos et al. (2007). Γενικότερα, φαίνεται ότι το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αλλά και ένα υψηλότερο επίπεδο υγείας (Peyrot & Rubin, 1997; Glasgow et al., 1997).

Τέλος, τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου I φαίνεται να έχουν καλύτερες τιμές στους δείκτες στο σύνολο σχεδόν των κατηγοριών, συγκριτικά με τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου II, αλλά και μια καλύτερη ποιότητα ζωής γενικότερα, με τις αντίστοιχες διαφορές όμως να είναι ιδιαίτερα οριακές και να κυμαίνονται συχνά στα όρια του στατιστικού σφάλματος. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς από διαβήτη τύπου II έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες και μια καλύτερη αντίληψη των ζητημάτων του διαβήτη, δέχονται ικανοποιητική υποστήριξη από την οικογένειά τους και το κοινωνικό περιβάλλον, έχουν λιγότερες δυσκολίες στην άσκηση και πιστεύουν εντονότερα στα μακροχρόνια οφέλη της φροντίδας διαβήτη. Γενικότερα, η διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής ανάλογα με τον τύπο του διαβήτη δεν είναι σαφής στη διεθνή βιβλιογραφία και ερευνητική πρακτική, ενώ συχνά – όπου εντοπίζονται διαφορές – αυτές αποδίδονται στο ρόλο τρίτων παραγόντων, όπως η θεραπευτική μέθοδος, η ηλικία, και άλλοι (Rubin & Peyrot, 1999). Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φαίνεται να είναι σε συμφωνία με τα πολύ πρόσφατα αποτελέσματα των Naughton et al. (2014), αλλά και παλαιότερα όπως των Stewart et al. (1994), οι οποίοι παρατήρησαν μια καλύτερη απόδοση των ατόμων που πάσχουν από διαβήτη τύπου I σε τομείς όπως η φυσική λειτουργία, τα συναισθηματικά προβλήματα, η ενέργεια, το άγχος, και άλλα. Από την άλλη πλευρά το οριακό των διαφορών φαίνεται να ταυτίζεται με τα αποτελέσματα άλλων συγγραφέων, οι οποίοι δεν παρατήρησαν κάποια διαφορά στις δύο ομάδες διαβητικών σε ζητήματα όπως τα επίπεδα λειτουργικότητας, την ευζωία, ή τα συμπτώματα κατάθλιψης (Peyrot & Rubin, 1997; Mayou et al., 1990). Τέλος, αναφέρεται ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έρχονται κατά κάποιο τρόπο σε αντίθεση με αυτά των Jacobson et al. (1994), οι οποίοι αναφέρουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής, όσον αφορά τα ζητήματα υγείας, στα άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου II συγκριτικά με αυτά που πάσχουν από διαβήτη τύπου I.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.ahrq.gov/>

Albrecht, G.L, Devlieger, P.J. (1999) The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48, 977-988.

Allison, P.J. et al. (1997). Quality of life: A dynamic construct. *Soc.Sel.Med.*, 45(2), 221-230.

American Diabetes Association <http://www.diabetes.org/>

Andrzej, M.F et al (2011). Type 2 diabetes quality of life patients treated with insulin and oral hypoglycaemic medication. *Acta Diabetol*, 46, 237-242.

Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc. Sci. Med.*, 40(10), 1447-1462.

Burroughs, T. et al. (2004). Development and validation of the diabetes quality of life brief clinical inventory. *Diabetes Spectrum*, 17(1), 41-49.

Caballeto, A.E. (2010). Diabetes in Culturally Diverse Populations: From Biology to Culture. In Poretsky, L. (ed.). *Principles of Diabetes Mellitus*, 2nd ed. New York: Springer, pp. 127-144.

Camacho, R.T. et al (2002). Investigating correlates of health related quality of life in a low-income sample of patients with diabetes. *Quality of life research*, 11, 783-796.

Cella, D.F. (1994). Quality of life: Concepts and definition. *Journal of pain and symptom management*, 9(3), 186-192.

Chia, L. (2007). *The characteristics that associate with health related quality of life in patients with Type-2 diabetes*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. University of Pittsburgh.

- Cochran, J. (2007). Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. University of Missouri-Columbia.
- Coffey, J.T. et al. (2002). Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*, 25(12), 2238-2243.
- Collins, M.M et al. (2009). Quality of life and quality of care in patients with diabetes experiencing different models of care. *Diabetes care*, 32(4), 603-605.
- Connell, C.M., Davis, W.K., Gallant, M.P. & Sharpe, P.A. (1994). Impact of social support, social cognitive variables, and perceived threat on depression among adults with diabetes. *Health Psychology*, 13, 263-273.
- Davis, W.K., Hess, G.E., van Harrison, R. & Hiss, R.G. (1987). Psychosocial adjustment to and control of diabetes mellitus: differences by disease type and treatment. *Health Psychology*, 6, 1-14.
- DeBerardis, G. et al. (2005). Longitudinal assessment of quality of life in patients with Type 2 diabetes and self reported erectile dysfunction. *Diabetes care*, 28(11), 2637-2643.
- Egede, L.E., Grubaugh, A.L., Ellis, C. (2010). The effect of major depression on preventive care and quality of life among adults with diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 32, 563-569.
- Faro, Bevelrly (1999). The effect of diabetes on adolescent's quality of life. *Pediatric Nursing*, 25(3), 247-269.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Soc.Sci.Med.* 41(10), 1439-1446.
- Felce, D., Perry, J. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16(1), 51-74.

- Glasgow, R.E et al. (1997). Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 20 (4), 562-567.
- Goldney, R.D. et al. (2004). Diabetes, depression and quality of life: A population study. *Diabetes Care*, 27(5), 1066-1070.
- Goodinson, S. M. & Singleton, J. (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *Int. J. Nurs. Stud.*, 26(4), 327-341.
- Grey, M. et al. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 21(6), 909-914.
- Healing Well. Community. Support. Resources <http://www.healingwell.com/>
- Hogg, F.R.A. et al. (2012). Measures of health-related quality of life in diabetes-related foot disease: a systematic review. *Diabetologia*, 55, 552-565.
- Holt, T. & Kumar, S. (2010). ABC of diabetes. 6th ed. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Huang, S.E. (2007). Patient perceptions of quality of life with diabetes-related complications and treatment. *Diabetes Care*, 30(10), 2478-2483.
- Imayama, I. et al. (2011). Determinants of quality of life in Type 2 diabetes population: The inclusion of personality. *Qual. Life Res.* 20, 551-558.
- International Diabetes Federation <http://www.idf.org/>
- International Diabetes Federation IDF. (2013). *IDF Diabetes Atlas*, 6th ed. Available at http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf (accessed 1/5/2014).
- Jacobson, A.M., de Groot, M. & Samson, J.A. (1994). The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care*, 17, 267-274.
- Kagawa-Singer, M. Et al. (2010). Health related quality of life and culture. *Seminars in Oncology Nursing*, 26 (1), 59-67.

- Klein, B.E., Klein, R. & Moss, S.E. (1998). Self-rated health and diabetes of long duration. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. *Diabetes Care*, 21, 236-240.
- Krass, I., Taylor, S.J., McInman, A.D. & Armour, C.L. (2006). The Pharmacist's Role in Continuity of Care in Type 2 Diabetes: An Evaluation of a Model. *Journal of Pharmacy Technology*, 22(1), 3-8.
- Laiterapong, N. et al. (2011). Correlates of quality of life in older adults with diabetes: The diabetes and aging study. *Diabetes Care*, 34(8), 1749-1753.
- Luscombe, F.A. (2000). Health-related quality of life measurement in Type 2 diabetes. *Value in health*, 3(1), S15-S28.
- Luyster, F.S., Dunbar-Jacob, J. (2011). Sleep quality and quality of life in adults with Type 2 diabetes. *The diabetes educator*, 37, 347-355.
- Mandzuk, L.L., McMillan, D.E. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9, 12-18.
- Matthias, R. et al. (2002). Network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care*, 25(1), 35-42.
- Mayou, R., Bryant, B. & Turner, R. (1990). Quality of life in non-insulindependent diabetes and a comparison with insulin-dependent diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 1-11.
- Naughton, M.J. et al (2014). Longitudinal associations between sex, diabetes self-care and health-related quality of life among youth with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. *The Journal of Pediatrics*, 164(6), 1376-1383.
- Papadopoulos, A.A., Kontodimopoulos, N., Frydas, A., Ikonomakis, E., & Dimitris N. (2007). Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece. *BMC Public Health*, 7(186).

- Peyrot, M. & Rubin, R.R. (1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 20, 585-590.
- Peyrot, M. & Rubin, R.R. (1998). A new quality of life instrument for patients and families. Paper presented at the Psychosocial Aspects of Diabetes Study Group Third Scientific Meeting. Madrid, April 4-6, 1998.
- Rankin, S., Galbraith, M.E. & Huang, P. (1997). Quality of life and social environment as reported by Chinese immigrants with noninsulin-dependent diabetes mellitus. *The Diabetes Educator*, 23, 171-177.
- Rubin, R.R. & Peyrot, M. (1998). Men and diabetes: psychosocial and behavioral issues. *Diabetes Spectrum*, 11, 81-87.
- Rubin, R.R. & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 15, 205-218.
- Salas-Salvado, J., Martinez-Gonzalez, M.A., Bullo, M. & Ros, E. (2011). The role of diet in the prevention of type 2 diabetes. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 21, B32-B48.
- Salehi, S., Ghodousi, A. & Ojaghloo, K. (2012), The spiritual experiences of patients with diabetes- related limb amputation. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 17(3), 225-228.
- Simpson, R.W., Shaw, J.E, & Zimmet, P.Z. (2003). The prevention of type 2 diabetes: lifestyle change or pharmacotherapy? A challenge for the 21st century. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 59, 165-180
- Smith, D. W. & McFall, S.L. (2004). The relationship of diet and exercise for weight control and the quality of life gap associated with diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 385-392.
- Snel, M. et al. (2012). Quality of life in Type 2 diabetes mellitus after a very low calorie diet and exercise. *European Journal of Internal Medicine*, 23, 143-149.

- Stewart, A.L., Hays, R.D., Wells, K.B., Rogers, W.H., Spritzer, K.L. & Greenfield, S. (1994). Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the Medical Outcomes Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47, 719-730.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150-162.
- Trief, P.M., Grant, W., Elbert, K. & Weinstock, R.S. (1998). Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 21, 241-245.
- Vaccaro, J.A., Exebio, J.C., Zarini, G.G. & Huffman, F.G. (2014). The Role of Family/Friend Social Support in Diabetes Self-Management for Minorities with Type 2 Diabetes. *Journal of Nutrition and Health*, 2(1), 1-9.
- Verster, J.C., Pandi-Perumal, S.R & Streiner D.L (eds). (2008). *Sleep and quality of life in clinical medicine*. USA: Humana Press.
- Wikblad, K., Leksell, J. & Wibell, L. (1996). Health-related quality of life in relation to metabolic control and late complication in patients with insulin dependent diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 5, 123-130.
- Woodend, A.K., Nair, R.C. & Tand, S-L. (1997). Definition of life quality from a patient versus health care professional perspective. *International Journal of Rehabilitation Research*. 20, 71-80.
- Wredling, R., Stalhammar, J., Adamson, U., Berne, C., Larsson, Y. & Oestman, J. (1995). Well-being and treatment satisfaction in adults with diabetes: a Swedish population-based study. *Quality of Life Research*, 4, 515-522.
- Δημητριάδης, Γ. (2013). *Θεραπευτικό πρωτόκολλο συνταγογράφησης: Σακχαρώδης διαβήτης*. Διαθέσιμο στο: http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=14016&folderId=34730&name=DLFE-2801.pdf (accessed 27/7/2014).

- Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία & Εθνικό Κέντρο Διαβήτη ΕΔΕ & Ε.ΚΕ.ΔΙ. (2012). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη και των επιπλοκών του*. Διαθέσιμο στο <http://www.hndc.gr/public/%CE%95%CE%98%CE%9D%CE%99%CE%9A%CE%9F%20%CE%A3%CE%A7%CE%95%CE%94%CE%99%CE%9F%CE%94%CE%A1%CE%91%CE%A3%CE%97%CE%A3%20%CE%93%CE%99%CE%91%20%CE%A4%CE%9F%20%CE%A3%CE%94.pdf> (accessed 25/7/2014).
- Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία ΕΔΕ (2013). *Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του διαβητικού ασθενούς*. Διαθέσιμο στο <http://www.ede.gr/wp-content/uploads/2012/odigies.pdf> accessed (25/7/2014).
- Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία ΕΕΕ. (2010). Σακχαρώδης Διαβήτης. Διαθέσιμο στο <http://www.endo.gr/?p=645> (accessed 25/7/2014).
- Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη (ΕΛ.Ο.ΔΙ.) <http://www.elodi.org/>
- Καραμήτσος, Δ.Θ. (2009). *Διαβητολογία: Θεωρία και πρακτική στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη, 2^η έκδ.*. Αθήνα: Σιώκης, Ιατρικές και Επιστημονικές Εκδόσεις.
- Κατσίκη, Ν. et al. (2010). Σακχαρώδης διαβήτης: Διάγνωση και ταξινόμηση. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 23(1), 78-86.
- Παγκύπριος Διαβητικός Σύνδεσμος <http://www.diabetes.org.cy/>
- Παπαθανασίου, Α., Φιλαλήθης, Α. & Λιονής, Χ. (2005). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(4), 336-343.
- Πήτα, Ρ. et al. (2006). Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 19(4), 282-294.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Φροντίδας Διαβήτη (Diabetes Care Questionnaire)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Κωδικός αριθμός: _____

Ημερομηνία: ___/___/_____

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ηλικία: _____

2. Φύλο: 1. Άνδρας 2. Γυναίκα

3. Νομός διαμονής: _____

4. Δήμος διαμονής: _____

5. Επάγγελμα: _____

6. Οικογενειακή κατάσταση:

₁ Άγαμος ₂ Συζώ ₃ Έγγαμος

₄ Διαζευγμένος ₅ Χήρος

7. Αν έχετε παιδιά, ποιος είναι ο αριθμός παιδιών: _____

8. Επίπεδο Σπουδών:

₁ Δημοτικό ₂ Γυμνάσιο ₃ Λύκειο

₄ Πτυχίο ₅ Μεταπτυχιακό ₆ Διδακτορικό

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1. Από ποιόν τύπο σακχαρώδη διαβήτη πάσχετε:

₁ Τύπου I ₂ Τύπου II ₃ Εγκυμοσύνης

₄ Άλλος τύπος ₅ Δεν γνωρίζω

2. Έχετε ατομική συσκευή μέτρησης των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα;

₁ Όχι

₂ Ναι

3. Κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας (7 ημέρες) πόσες μέρες μετράτε τα επίπεδα του σακχάρου σας;

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

4. Κατά τις ημέρες που μετράτε τα επίπεδα του σακχάρου σας, κατά μέσο όρο, πόσες φορές μέσα στην ημέρα το μετράτε; _____

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΙΜΩΝ ΣΑΚΧΑΡΟΥ

Για τις ακόλουθες ερωτήσεις, παρακαλώ επιλέξτε μια απάντηση.

1. Πόσες φορές μέσα στον περασμένο μήνα είχατε αντιδράσεις χαμηλών τιμών σακχάρου αίματος, με συμπτώματα όπως εφίδρωση, αδυναμία, αίσθηση άγχους, τρέμουλο, πείνας ή πονοκεφάλου;

₁ 0 φορές

₂ 1-3 φορές

₃ 4-6 φορές

₄ 7-12 φορές

₅ Περισσότερες από 12 φορές

₆ Δε γνωρίζω

2. Πόσες φορές μέσα στον περασμένο χρόνο είχατε σοβαρά συμπτώματα χαμηλών τιμών σακχάρου αίματος, όπως λιποθυμία ή ανάγκη από βοήθεια τρίτου για να αντιμετωπίσετε την κατάσταση;

₁ 0 φορές

₂ 1-3 φορές

₃ 4-6 φορές

₄ 7-12 φορές

₅ Περισσότερες από 12 φορές

₆ Δε γνωρίζω

3. Πόσες ημέρες τον περασμένο μήνα είχατε υψηλές τιμές σακχάρου αίματος, με συμπτώματα όπως δίψα, ξηροστομία και ξηροδερμία, αυξημένη γλυκόζη στα ούρα, μειωμένη όρεξη, ναυτία ή κόπωση;

₁ 0 ημέρες

₂ 1-3 ημέρες

₃ 4-6 ημέρες

₄ 7-12 ημέρες

₅ Περισσότερες από 12 ημέρες

₆ Δε γνωρίζω

4. Πόσες ημέρες τον περασμένο μήνα είχατε κετόνες στα ούρα;

₁ 0 ημέρες

₂ 1-3 ημέρες

₃ 4-6 ημέρες

₄ 7-12 ημέρες

₅ Περισσότερες από 12 ημέρες

₆ Δε μέτρησα

5. Κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους, πόσο συχνά είχατε πολύ υψηλές τιμές σακχάρου εξαιτίας: (κυκλώστε μία απάντηση σε κάθε σειρά)	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ Συχνά	Δε γνωρίζω (ΔΓ)
α) κάποιας ασθένειας ή μόλυνσης	1	2	3	4	5	ΔΓ
β) αναστάτωσης ή θυμού	1	2	3	4	5	ΔΓ
γ) λάθος δόσης φαρμακευτικής αγωγής	1	2	3	4	5	ΔΓ
δ) κατανάλωσης λάθος τύπου φαγητού	1	2	3	4	5	ΔΓ
ε) κατανάλωσης πολύ μεγάλης ποσότητας τροφής	1	2	3	4	5	ΔΓ
στ) άσκησης που ήταν μικρότερης διάρκειας ή έντασης από τη συνηθισμένη	1	2	3	4	5	ΔΓ
ζ) αίσθησης άγχους	1	2	3	4	5	ΔΓ

6. Κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους, πόσο συχνά είχατε πολύ χαμηλές τιμές σακχάρου εξαιτίας: (κυκλώστε μία απάντηση σε κάθε σειρά)	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ Συχνά	Δε γνωρίζω (ΔΓ)
α) κάποιας ασθένειας ή μόλυνσης	1	2	3	4	5	ΔΓ
β) αναστάτωσης ή θυμού	1	2	3	4	5	ΔΓ
γ) λάθος δόσης φαρμακευτικής αγωγής	1	2	3	4	5	ΔΓ
δ) κατανάλωσης λάθος τύπου φαγητού	1	2	3	4	5	ΔΓ
ε) κατανάλωσης πολύ μικρής ποσότητας τροφής	1	2	3	4	5	ΔΓ
στ) άσκησης που ήταν μεγαλύτερης διάρκειας ή έντασης από τη συνηθισμένη	1	2	3	4	5	ΔΓ
ζ) αργήσατε να φάτε ή παραλείψατε ένα γεύμα	1	2	3	4	5	ΔΓ

η)	αίσθησης άγχους	1	2	3	4	5	ΔΓ
----	-----------------	---	---	---	---	---	----

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

1. Σας έχει πει ποτέ κάποιος επαγγελματίας υγείας ή νοσηλευτής να ακολουθήσετε ένα διατροφικό πλάνο ή δίαιτα;

₁ Όχι ₂ Ναι ₃ Δεν είμαι σίγουρος

2. Πόσο συχνά ακολουθείτε ένα διατροφικό πλάνο ή μια δίαιτα;

₁ Ποτέ ₂ Σπάνια ₃ Μερικές φορές ₄ Συχνά ₅ Πάντα

3. Σας έχουν πει ποτέ να ακολουθήσετε ένα πρόγραμμα για τα κυρίως και τα ενδιάμεσα γεύματά σας (σνακ);

₁ Όχι ₂ Ναι

4. Σας έχουν πει ποτέ να μετράτε ή να ζυγίζετε το φαγητό σας;

₁ Όχι ₂ Ναι

5. Σας έχουν πει ποτέ να χρησιμοποιείτε λίστες ισοδυνάμων ή ομάδες τροφίμων (π.χ. κατηγορίες φρούτων, ψωμιού, κρέατος κ.τ.λ.) για να ετοιμάσετε τα γεύματά σας;

₁ Όχι ₂ Ναι

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
6. Πόσο συχνά ακολουθείτε το πρόγραμμα για τα γεύματά σας ή τα σνακ;	1	2	3	4	5
7. Πόσο συχνά ζυγίζετε ή μετράτε το φαγητό σας;	1	2	3	4	5
8. Πόσο συχνά (εσείς ή το άτομο που ετοιμάζει το γεύμα σας) χρησιμοποιείτε τις λίστες ισοδυνάμων ή τις ομάδες τροφίμων για να ετοιμάσετε τα γεύματά σας;	1	2	3	4	5

ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΘΕΜΑΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

Πώς βαθμολογείτε το κατά πόσο καταλαβαίνετε τα ακόλουθα: (κυκλώστε μία απάντηση σε κάθε σειρά)	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ καλά	Αριστα
α) γενική φροντίδα του διαβήτη	1	2	3	4	5

β) διαχείριση του στρες	1	2	3	4	5
γ) διαίτα για γλυκαιμικό έλεγχο	1	2	3	4	5
δ) ο ρόλος της άσκησης στη φροντίδα του διαβήτη	1	2	3	4	5
ε) η φαρμακευτική αγωγή που παίρνετε	1	2	3	4	5
στ) πώς να χρησιμοποιείτε τα αποτελέσματα της μέτρησης του σακχάρου	1	2	3	4	5
ζ) πώς μπορεί η διαίτα και η άσκηση να επηρεάσουν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα	1	2	3	4	5
η) πώς μπορούν τα φάρμακα να επηρεάσουν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα	1	2	3	4	5
θ) πρόληψη και αντιμετώπιση των υψηλών επιπέδων σακχάρου αίματος	1	2	3	4	5
ι) πρόληψη και αντιμετώπιση των χαμηλών επιπέδων σακχάρου αίματος	1	2	3	4	5
κ) πρόληψη και μακροχρόνιες επιπλοκές του διαβήτη	1	2	3	4	5
λ) φροντίδα ποδιού	1	2	3	4	5
μ) οφέλη από τη βελτίωση των επιπέδων σακχάρου αίματος	1	2	3	4	5
ν) εγκυμοσύνη και διαβήτης	1	2	3	4	5

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑ

1. Χρειάζομαι αρκετή βοήθεια και υποστήριξη από την οικογένειά μου ή τους φίλους μου έτσι ώστε να: (κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε γραμμή)							
	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν απαντώ	
α) ακολουθώ το πρόγραμμα διατροφής	1	2	3	4	5	Δ/Α	
β) παίρνω τα φάρμακά μου	1	2	3	4	5	Δ/Α	
γ) φροντίζω τα πόδια μου	1	2	3	4	5	Δ/Α	
δ) έχω αρκετή σωματική άσκηση	1	2	3	4	5	Δ/Α	
ε) μετράω το ζάχαρό μου	1	2	3	4	5	Δ/Α	

στ) διαχειρίζομαι ψυχολογικά την ασθένειά μου.	1	2	3	4	5	Δ/Α
--	---	---	---	---	---	-----

2. Η οικογένεια ή οι φίλοι μου με βοηθούν και με υποστηρίζουν, έτσι ώστε να: (κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε γραμμή)	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν απαντώ
α) ακολουθώ το πρόγραμμα διατροφής	1	2	3	4	5	Δ/Α
β) παίρνω τα φάρμακά μου	1	2	3	4	5	Δ/Α
γ) φροντίζω τα πόδια μου	1	2	3	4	5	Δ/Α
δ) έχω αρκετή σωματική άσκηση	1	2	3	4	5	Δ/Α
ε) μετράω το ζάχαρό μου	1	2	3	4	5	Δ/Α
στ) διαχειρίζομαι ψυχολογικά την ασθένειά μου.	1	2	3	4	5	Δ/Α

3. Η οικογένεια ή οι φίλοι μου: (κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε γραμμή)	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α) αποδέχονται εμένα και την ασθένειά μου.	1	2	3	4	5
β) αισθάνονται άβολα μαζί μου εξαιτίας του διαβήτη.	1	2	3	4	5
γ) με υποστηρίζουν ψυχολογικά για την ασθένειά μου.	1	2	3	4	5
δ) με αποθαρρύνουν σχετικά με τον διαβήτη.	1	2	3	4	5
ε) με ακούν όταν θέλω να μιλήσω σχετικά με τον διαβήτη.	1	2	3	4	5

στ) παραπονούνται σχετικά με την ασθένειά μου.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

4. Ποιος σας βοηθάει **περισσότερο** στη φροντίδα του διαβήτη; (επιλέξτε μόνο μια απάντηση)

- ₁ Σύζυγος ₂ Άλλα μέλη της οικογένειας ₃ Φίλοι
- ₄ Αμειβόμενος βοηθός ₅ Γιατρός ₆ Νοσοκόμα
- ₇ Ειδικός φροντίδας (κοινωνικός λειτουργός κ.ά.)
- ₈ Άλλοι επαγγελματίες υγείας (διαιτολόγος, ψυχολόγος κ.ά.) ₉ Κανένας

ΑΣΚΗΣΗ

Για τις ακόλουθες ερωτήσεις, παρακαλώ κυκλώστε την απάντησή σας.

(κυκλώστε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

Πόσο συχνά έχετε πρόβλημα να κάνετε αρκετή άσκηση εξαιτίας του ότι:	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
α) χρειάζεται πολλή προσπάθεια	1	2	3	4	5
β) δεν πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο	1	2	3	4	5
γ) δε σας αρέσει να ασκείστε	1	2	3	4	5
δ) έχετε ένα πρόβλημα υγείας	1	2	3	4	5
ε) κάνει τον έλεγχο του διαβήτη σας πιο δύσκολο	1	2	3	4	5

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΟΦΕΛΗ

Για τις ακόλουθες ερωτήσεις, παρακαλώ κυκλώστε την απάντησή σας.

(κυκλώστε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

Φροντίζοντας όσο καλύτερα γίνεται το διαβήτη θα καθυστερήσει ή θα αποτρέψει τα ακόλουθα:	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α) προβλήματα στα μάτια	1	2	3	4	5

β) προβλήματα στα νεφρά	1	2	3	4	5
γ) προβλήματα στα πόδια	1	2	3	4	5
δ) σκλήρυνση των αρτηριών	1	2	3	4	5
ε) καρδιοπάθεια	1	2	3	4	5

ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1. Έχετε κάποιον σταθερό γιατρό που σας παρακολουθεί; ΝΑΙ ΟΧΙ
2. Κατά το τελευταίο εξάμηνο, πόσες φορές επισκεφτήκατε τον γιατρό σας; _____
3. Στον ακόλουθο πίνακα κυκλώστε την απάντησή σας:

	Όχι	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά	Πολύ
Έχετε εμπιστοσύνη στον γιατρό σας;	1	2	3	4	5
Ο γιατρός σας είναι διαθέσιμος να απαντήσει στις ερωτήσεις σας;	1	2	3	4	5
Σας ενημερώνει ο γιατρός σας σχετικά με αυτά που θα πρέπει να προσέχετε;	1	2	3	4	5
Ετοιμάζεται λίστα με ερωτήσεις για τον γιατρό σας;	1	2	3	4	5
Κάνετε ερωτήσεις στον γιατρό σας σχετικά με τη φαρμακευτική σας αγωγή;	1	2	3	4	5
Συζητάτε με τον γιατρό σας προσωπικά προβλήματα που έχουν σχέση με την ασθένεια;	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας.