



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής
και της ικανοποίησης από την θεραπεία ασθενών που
πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2*

Κόντος Ιωάννης

Επιβλέπων Καθηγητής
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος

Ιούλιος, 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*Μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και της
ικανοποίησης από την θεραπεία ασθενών που πάσχουν από Σακχαρώδη
Διαβήτη τύπου 2*

Κόντος Ιωάννης

Επιβλέπων Καθηγητής

Νικόλαος Κοντοδημόπουλος

Ιούλιος, 2014

Ευχαριστίες

Τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου θα ήθελα να απευθύνω στον Δρα Νικόλαο Κοντοδημόπουλο για την πολύτιμη καθοδήγηση και επίβλεψη στη συγγραφή της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες, επίσης, θα ήθελα να απευθύνω στον παθολόγο-διαβητολόγο Dr. Taisser El Husban δ/ντή Ε.Σ.Υ. και την γενική γιατρό Δρα Μαυρική Άννα για τη συμβολή τους στην παραχώρηση προσβασιμότητας στα, υπό έρευνα, διαβητολογικά ιατρεία όπως επίσης στη διανομή των ερωτηματολογίων και στην οργάνωση της έρευνας. Για τους ίδιους λόγους, αλλά και για την συμβολή της στην ενημέρωση των συμμετεχόντων σχετικά με το σκοπό της εργασίας, θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω την επισκέπτρια υγείας Γεωργάκη Κυριακή.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω, από τα βάθη της καρδιάς μου, τη σύζυγό μου Ελεάννα για τη συμπαράσταση και την αμέριστη υπομονή που υπέδειξε κατά τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας εργασίας. Επιπλέον πολλά ευχαριστώ θέλω να απευθύνω στα τρία παιδιά μου Φώτη, Νεφέλη και Άγγελο που, χωρίς να το γνωρίζουν, αποτελούν σημαντική πηγή έμπνευσης σε ότι κάνω.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι μια χρόνια ασθένεια, ευρέως διαδεδομένη στον ανεπτυγμένο κόσμο, η οποία, σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τείνει να χαρακτηριστεί ως επιδημία. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 αποτελεί περίπου το 90-95% των συνολικών περιπτώσεων διαβήτη με έναν επιπολασμό που αγγίζει το 6-8% του παγκόσμιου πληθυσμού. Πρόκειται για μια ασθένεια που, ενώ αρχικά μπορεί να εμφανιστεί χωρίς καμία συμπτωματολογία, δύναται να επιφέρει σοβαρές και μη αναστρέψιμες επιπλοκές ήδη από τη στιγμή της διάγνωσής της. Πολλές φορές είναι τα σημεία και τα συμπτώματα των ίδιων των επιπλοκών που προδίδουν την ύπαρξη της ασθένειας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της, σχετιζόμενης με την υγεία, ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και της ικανοποίησης από τη θεραπεία τους. Επιπλέον στόχο αποτελεί η διερεύνηση ενδεχόμενων επιδράσεων που μπορεί να ασκούνται από μια σειρά δημογραφικών, ανθρωπομετρικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στις αντιλήψεις των διαβητικών ασθενών για την υγεία και την ασθένειά τους. Η καλύτερη κατανόηση των απόψεων και των πεποιθήσεων των διαβητικών ασθενών σχετικά με την υγεία και τη νόσο τους θα βοηθήσει στην ανάπτυξη ανάλογων προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής για το διαβήτη με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας και την αντιμετώπιση των ενδεχόμενων επιπλοκών της.

Μεθοδολογία: Σχετικά με το υπό έρευνα δείγμα, μελετήθηκαν 130 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, 54,6% άνδρες και 45,4% γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 64,6 χρόνια, οι οποίοι παρακολουθούνται σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου της Δυτικής Αττικής και σε τακτικό ιατρείο Κέντρου Υγείας της ίδιας περιοχής. Για τις ανάγκες της έρευνας, οι ασθενείς κλήθηκαν οικειοθελώς και ανωνύμως να συμπληρώσουν τρία εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής αποτελούμενα από δύο γενικά ερωτηματολόγια, το EQ-5D και το SF-36, και ένα ειδικό ερωτηματολόγιο για τον διαβήτη, το DTSQ. Επιπλέον ζητήθηκε από τους ασθενείς να παρέχουν επιπλέον πληροφορίες σχετικά με το ιατρικό ιστορικό τους προκειμένου να συμπεριληφθεί στη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Η ανάλυση περιλαμβάνει στοιχεία περιγραφικής στατιστικής,

συσχετισμούς των ερωτηματολογίων με δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές και μελέτη των συσχετίσεων των οργάνων μεταξύ τους.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας και μετά τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, προκύπτει ότι οι νεότερης ηλικίας, άνδρες, διαβητικοί ασθενείς, οι έγγαμοι, οι ασθενείς με ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης, με γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη κάτω από 7, χωρίς επιπλοκές, με τη μικρότερη διάρκεια νόσου και οι θεραπευόμενοι μόνο με δισκία είναι εκείνοι που σημειώνουν τις μεγαλύτερες βαθμολογίες σε ορισμένες διαστάσεις των ερωτηματολογίων SF-36 και EQ-5D εκφράζοντας έτσι ένα καλύτερο επίπεδο της ποιότητας ζωής τους. Όσον αφορά στην ικανοποίηση από τη θεραπεία, οι συνταξιούχοι, που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία και δεν έχουν παρουσιάσει επιπλοκές της νόσου εμφανίζονται οι πιο ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση του διαβήτη τους, καταγράφοντας τις υψηλότερες βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο DTSQ. Αντίθετα, ο δείκτης μάζας σώματος δεν φάνηκε να αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που να επηρεάζει την ποιότητα ζωής του δείγματος αλλά ούτε και την ικανοποίησή του από τη θεραπεία. Τέλος, η έρευνα έδειξε την έντονη θετική συσχέτιση μεταξύ των εργαλείων μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, SF-36 και EQ-5D, ενώ ασθενέστεροι προκύπτουν οι δείκτες συσχέτισης μεταξύ αυτών και του ερωτηματολογίου για την ικανοποίηση από τη θεραπεία, DTSQ.

Συμπεράσματα: Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών και η ικανοποίηση από τη θεραπεία τους επηρεάζονται και εξαρτώνται από μια σειρά δημογραφικών, κλινικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η επαγγελματική κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, η ύπαρξη επιπλοκών της νόσου και η χρήση ενέσιμων φαρμάκων. Οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο μελέτης κατά τη διάρκεια ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής της υγείας για τον διαβήτη με στόχο τον έλεγχό τους ο οποίος θα οδηγήσει στη μείωση της συχνότητας της νόσου και στην αντιμετώπιση των επιπλοκών της.

Summary

Background: Diabetes mellitus is a chronic disease, widely spread in the developed world, which, according to the World Health Organization, tends to be classified as an epidemic. Diabetes mellitus type 2 constitutes approximately 90-95% of all cases of diabetes with a prevalence of almost 8.6% of the world population. It is a disease that, while initially may appear without any symptoms, may cause serious and irreversible complications since the time of the diagnosis. Many times, the signs and the symptoms of the complications themselves betray the existence of the disease.

Aim: The purpose of this research is to study the, health-related, quality of life of patients who suffer from diabetes mellitus type 2 and their treatment satisfaction. An additional aim is to investigate any effects from a number of demographic, anthropometric and socioeconomic factors in the perceptions of diabetic patients for health and illness. A better understanding of the opinions and beliefs of diabetic patients about health and disease will help us to develop programs for the prevention and treatment of diabetes with a purpose of early detection of the disease and in order to deal with any complications.

Methods: Regarding the sample under investigation, 130 patients with type 2 diabetes were studied, 54.6% men and 45.4% women, with a mean age of 64.6 years, that are followed up in an outpatient clinic of a hospital in Western Attica and in a Health Center of the same region. For the purposes of the investigation, patients were invited, voluntarily and anonymously, to fill in three instruments for measuring quality of life, consisting of two general questionnaires, the EQ-5D and SF-36, and a specific questionnaire for diabetes treatment satisfaction, DTSQ. In addition, the patients were asked to provide information about their past medical history in order to use it in the statistical analysis of the results. The analysis includes descriptive statistics, correlations of the questionnaires with demographic and clinical variables and a study of correlations between the measuring instruments.

Results: According to the research results and after the statistical analysis of the data, it is indicated that younger men, diabetic patients, married, patients with the highest level of education, with glycosylated hemoglobin less than 7, without complications, with the

shorter duration of disease and treated only with tablets are those that present the greatest scores on certain dimensions of the questionnaires SF-36 and EQ-5D thus expressing a better level of quality of life. Regarding treatment satisfaction, pensioners who receive antidiabetic tablets and have showed no complications of the disease appear more satisfied with the treatment of diabetes, registering the highest scores in the questionnaire DTSQ. Contrary, the BMI does not seem to be a statistically significant factor affecting quality of life of the sample nor treatment satisfaction. Finally, the research showed a strong positive correlation between the measuring instruments of health-related quality of life, SF-36 and EQ-5D, while the correlations between these indicators and the questionnaire of treatment satisfaction, DTSQ, were weaker.

Conclusion: Health-related quality of life of diabetic patients and treatment satisfaction are influenced and dependent on a series of demographic, clinical and socioeconomic variables such as sex, age, professional status, educational level, glycosylated hemoglobin, the presence of disease complications and the use of injectable drugs. These factors should be studied during the development of preventive programs and health education for diabetes in order to control them, which will result in reducing the incidence of the disease and dealing with its complications.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	iii
Ελληνική περίληψη	iv
Αγγλική περίληψη	vi
Πίνακες	2

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή.....	3
Καταγραφή προβλήματος.....	3
Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης.....	4
Σκοποί και στόχοι.....	4

Κεφάλαιο Δεύτερο – Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2 Ποιότητα ζωής και Σ.Δ. τύπου 2.....	5
2.1. Ορισμός ποιότητας ζωής και ιστορική αναδρομή.....	5
2.2. Σακχαρώδης διαβήτης.....	8
2.2.1. Κλινικά χαρακτηριστικά.....	9
2.2.2. Κόστος.....	11
2.3. Θεωρητικό πλαίσιο.....	11
2.3.1. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία.....	11
2.3.2. Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας.....	13
2.3.3. Μέτρηση της ποιότητας ζωής στην υγεία.....	14
2.3.4. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με το ΣΔ2.....	20
2.4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	24
2.4.1. Διεθνής πραγματικότητα.....	24
2.4.2. Ελληνική - Κυπριακή πραγματικότητα.....	25

Κεφάλαιο Τρίτο - Μεθοδολογία

3. Μεθοδολογία.....	28
3.1. Σκοπός - Αναγκαιότητα της έρευνας.....	28
3.1.1. Σκοπός - Στόχοι.....	28
3.1.2. Δείγμα - Συλλογή δεδομένων.....	29
3.1.3. Όργανα μέτρησης.....	29
3.1.4. Ανάλυση.....	30

Κεφάλαιο Τέταρτο – Αποτελέσματα

4. Αποτελέσματα.....	32
----------------------	----

Κεφάλαιο Πέμπτο – Συζήτηση – Συμπεράσματα – Εισηγήσεις

5. Εισηγήσεις – Συμπεράσματα.....	40
Βιβλιογραφία.....	43
Παράρτημα.....	49

Κατάλογος Πινάκων	Σελίδα
Πίνακας 1. Δημογραφικοί, ανθρωπομετρικοί και οικονομικο-κοινωνικοί δείκτες του δείγματος της έρευνας	36
Πίνακας 2. Μέσος όρος, ελάχιστη και μέγιστη τιμή της ηλικίας, των ετών διαβήτη, των δεικτών BMI & HbA1c και της βαθμολόγησης της κατάστασης υγείας	37
Πίνακας 3. Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ανώτερη / κατώτερη τιμή και διάστημα εμπιστοσύνης 95% των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων SF-36, EQ-5D και DTQS.	38
Πίνακας 4. Συσχετισμός δημογραφικών μεταβλητών με τα ερωτηματολόγια SF-36, EQ-5D και DTSQ.	39
Πίνακας 5. Συσχετισμός κλινικών μεταβλητών με τα ερωτηματολόγια SF-36, EQ-5D και DTSQ.	40
Πίνακας 6. Συσχετισμός των ερωτηματολογίων SF-36, EQ-5D και DTQS μεταξύ τους.	41

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών η έννοια της ποιότητας ζωής έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον ερευνητών διαφορετικών ειδικοτήτων στο χώρο της υγείας. Η ποιότητα ζωής αποτελεί σήμερα, σε ευρεία κλίμακα, ένα δείκτη αξιολόγησης των θεραπευτικών επιλογών και χρησιμοποιείται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες είτε οργανικές είτε ψυχικές (Fayers & Machin, 2006). Για παράδειγμα ο δείκτης αυτός έχει χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ο οποίος αποτελεί μια από τις πιο διαδεδομένες και συνηθισμένες μεταβολικές διαταραχές στο σύγχρονο ανεπτυγμένο κόσμο (Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008). Πρόκειται για μια χρόνια ασθένεια που στο μέλλον αναμένεται να πάρει διαστάσεις ‘επιδημίας’ αφού, σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, υπολογίζεται πως το 2025 το 7,3% του πληθυσμού της γης θα πάσχει από τη νόσο η οποία θα καταλαμβάνει την 6^η θέση της παγκόσμιας κατάταξης των αιτιών θανάτου από την 11^η που βρίσκεται σήμερα (WHO, 2008).

Η διάδοση της ασθένειας σε παγκόσμιο επίπεδο έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον τόσο των επιστημόνων υγείας όσο και άλλων όπως κοινωνιολόγων, ψυχολόγων και οικονομολόγων αφού ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, ως μια χρόνια ασθένεια με επιπλοκές, παρουσιάζει πολλαπλές επιρροές όχι μόνο στην κλινική κατάσταση του πάσχοντα αλλά και στην ψυχοσύνθεσή του, στις κοινωνικές συναναστροφές του και στην οργάνωση του στενού οικογενειακού του περιβάλλοντος. Επιπλέον το ζήτημα έχει απασχολήσει τους οικονομικούς τομείς των εθνικών συστημάτων υγείας αφού οι διαστάσεις της νόσου θα μπορούσαν στο μέλλον να απειλήσουν την ισορροπία κατανομής των υγειονομικών πόρων. Έτσι τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται προσπάθεια ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας για το διαβήτη ώστε να μειωθεί ο επιπολασμός της νόσου και να ελεγχθούν οι επιπλοκές της. Τα προγράμματα αυτά για να πετύχουν τους στόχους τους θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους μελέτες που διερευνούν τη, σχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών και την ικανοποίηση τους από την αντιδιαβητική θεραπεία, θέματα που αποτελούν τους σκοπούς και της παρούσας μεταπτυχιακής ερευνητικής εργασίας. Επίσης σημαντικός είναι ο προσδιορισμός όλων εκείνων των δημογραφικών, κλινικοεργαστηριακών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των

ασθενών με ΣΔ τύπου 2 για την υγεία και την ασθένειά τους γιατί αποτελούν θεμελιώδεις μεταβλητές στη διαμόρφωση των απόψεών τους για το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους.

Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας: Το ζήτημα της μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι ευρέως διαδεδομένο στην ερευνητική κοινότητα. Παρόλα αυτά, στη συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διατριβή η έρευνα αφορά σε τοπικό επίπεδο την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών σε περιοχή των προαστείων της Δυτικής Αττικής η οποία χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα με απώτερο σκοπό τον εντοπισμό των δημογραφικών και κλινικών παραγόντων που δρουν επιβαρυντικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης από την θεραπεία ασθενών που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία, αρχικά, παρατίθεται μια ιστορική αναδρομή σχετικά με τον ορισμό και την έννοια της ποιότητα ζωής ενώ ακολουθεί σύντομη αναφορά στα χαρακτηριστικά του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Στη συνέχεια, στο θεωρητικό πλαίσιο, αναλύονται τόσο η ποιότητα ζωής που συσχετίζεται με την υγεία και με το διαβήτη όσο και τα εργαλεία μέτρησής της ενώ γίνεται αναφορά και στην ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Ακολουθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την ελληνική, κυπριακή και παγκόσμια πραγματικότητα σε θέματα ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών και ικανοποίησής τους από τη θεραπεία. Στη συνέχεια ακολουθεί το ερευνητικό μέρος όπου περιγράφεται το δείγμα, η μεθοδολογία, η στατιστική ανάλυση και τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο τελευταίο κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα επί των αποτελεσμάτων της έρευνας, η σημασία και η χρησιμότητά τους στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών.

Κεφάλαιο Δεύτερο

2. Ποιότητα ζωής και Σ.Δ. τύπου 2

2.1. Ορισμός ποιότητας ζωής και ιστορική αναδρομή

Η ποιότητα ζωής είναι αναμφίβολα μια έννοια τόσο πολυπαραγοντική όσο και υποκειμενική και παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες στην προσπάθεια ορισμού και μέτρησής της.

Ο ορισμός της είχε πρωτοαπασχολήσει τον αρχαίο φιλόσοφο Αριστοτέλη (384-322 π.Χ) στο «Ηθικά Νικομάχεια», όπου η έννοια της ποιότητας ζωής ορίζεται ως ‘ευδαιμονία’ αναγνωρίζοντας ότι ο ορισμός αυτός συμπεριλαμβάνει διαφορετικές έννοιες για διαφορετικούς ανθρώπους και ότι μεταβάλλεται στο χρόνο ανάλογα με τις τρέχουσες συνθήκες της ζωής του καθενός (Fayers & Machin, 2006). Οι αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι όπως ο Αριστοτέλης υπογράμμιζαν την ευμεταβλητότητα της έννοιας της ποιότητας ζωής θεωρώντας ότι το κάθε άτομο έχει διαφορετική άποψη για το περιεχόμενο της έννοιας αυτής αλλά και ο ίδιος ο άνθρωπος μπορεί να αλλάξει το περιεχόμενο της ανάλογα με την κατάσταση της υγείας του και τις συνθήκες ζωής του. Ο ορισμός του Αριστοτέλη στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών του ανθρώπου και στην αναζήτηση του ‘βέλτιστου’, ανθρώπινα χαρακτηριστικά τα οποία όμως είναι υποκειμενικά και εξαρτώνται από προσωπικές, κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες (Νάκου, 2001). Επομένως, πρώτος ο Αριστοτέλης με τον τρόπο αυτό περιγράφει τη δυσκολία ορισμού της ποιότητας ζωής και των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Ο όρος της ποιότητας ζωής επανεμφανίζεται μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο συμβαδίζοντας έτσι με την οικονομική ανάπτυξη της εποχής και από τότε έως σήμερα έχουν δοθεί διαφορετικοί ορισμοί ανάλογα με τις τρέχουσες αντιλήψεις. Η ποιότητα ζωής γίνεται συνήθως αντιληπτή ως ευεξία η οποία εξαρτάται τόσο από αντικειμενικούς ατομικούς παράγοντες όσο και από υποκειμενικές προσωπικές εμπειρίες (Σαρρής & Σούλης, 2001). Με τον τρόπο αυτό ο όρος ταυτίζεται με την έννοια του πλούτου, του βιοτικού επιπέδου και την διάθεση κυρίως υλικών αγαθών. Μετά τη δεκαετία του '60, ο όρος διευρύνεται και συμπεριλαμβάνει την εκπαίδευση, την υγεία, τη διάθεση ελεύθερου χρόνου και την ανάπαυση. Στη δεκαετία του '70, δίνεται επιπλέον έμφαση στην προσωπική ελευθερία, συναισθηματική, ψυχική και κοινωνική ισορροπία (Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008). Ο McCall θεωρεί ως θεμελιώδη προϋπόθεση της ποιότητας ζωής, την ύπαρξη και τη δυνατότητα πρόσβασης σε όλες εκείνες τις απαραίτητες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία (McCall, 1975).

Τη δεκαετία του '80, οι Zautra και Goodhart (1979) και αργότερα ο Lehman (1997), υποστηρίζουν ότι, για τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας ζωής, είναι σημαντικός ο συνδυασμός αντικειμενικών και υποκειμενικών παραγόντων. Αντικειμενικοί παράγοντες είναι οι διαθέσιμοι πόροι του ατόμου που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων του ενώ οι υποκειμενικοί παράγοντες αφορούν στην ψυχική ισορροπία που βιώνει το άτομο (Lehman, 1997).

Ο καθοριστικός ορισμός για την ποιότητα ζωής στην υγεία δόθηκε, το 1948, από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, όπου συμπεριλήφθησαν τρεις διαστάσεις της υγείας, η σωματική, η ψυχική και η κοινωνική (Σαρρής και Σούλης, 2001, Παπάνης & Ρουμελιώτου 2007). Σήμερα, ο ΠΟΥ ορίζει την ποιότητα ζωής ως την αντίληψη του ατόμου για τη ζωή του, μια αντίληψη η οποία εξαρτάται από πολιτισμικές, κοινωνικές και ατομικές αξίες και βρίσκεται σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τα πρότυπά του (Παπαδόπουλος και συν, 2007). Έτσι, η ποιότητα ζωής καθορίζεται από την αλληλεπίδραση των φυσικών χαρακτηριστικών του ατόμου με τις αξίες της οικογένειας και της κοινωνίας (Bowling, 1997).

Όπως γίνεται αντιληπτό, η ποιότητα ζωής είναι μια ευρεία, υποκειμενική και ευμετάβλητη έννοια, με πολλές διαστάσεις και εξαρτώμενη από διαφορετικούς παράγοντες (υγεία, κοινωνία, οικονομική κατάσταση, περιβάλλον) (Παπάνης & Ρουμελιώτου, 2007), οι οποίοι καθιστούν αρκετά δύσκολο τον εννοιολογικό προσδιορισμό και τη μέτρησή της (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Επομένως, κοινός αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής δεν υπάρχει μέχρι σήμερα λόγω διαφωνιών που προκύπτουν μεταξύ διαφορετικών επιστημών, ανθρωπιστικών, κοινωνικών και επιστημών της υγείας (Μανές, 2001), οι οποίες προσεγγίζουν τον όρο της ποιότητας ζωής με διαφορετικό οπτικό πρίσμα και δίνουν η καθεμία τη δική της προσέγγιση. Παρόλα αυτά, υπάρχει η κοινή παραδοχή από όλες τις επιστήμες ότι η υγεία δεν έχει μόνο σωματική υπόσταση, όπως αρχικά πίστευαν, αλλά περιλαμβάνει επιπλέον πνευματικές, κοινωνικές και ψυχικές διαστάσεις (Παπαδάκης, 2010).

Η έννοια της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει και οικονομικές διαστάσεις και απασχολεί τις οικονομικές επιστήμες. Οι οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής είναι κυρίως το ακαθάριστο εθνικό προϊόν και το κατά κεφαλήν εισόδημα (Νάκου, 2001). Επιπλέον δείκτες αποτελούν η νοσηρότητα, το κόστος θεραπείας, η επιβίωση και το ποσοστό αναπηρίας. Έρευνες μελετούν τη σχέση του προσδόκιμου επιβίωσης και του κατά κεφαλήν εισοδήματος, της βρεφικής θνησιμότητας και της οικονομικής ανάπτυξης και τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν οι ανισότητες στην υγεία, η φτώχεια και η ανεργία (Υφαντόπουλος, 2003). Σύμφωνα λοιπόν με τις έρευνες αυτές, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης, συνδέοντας άμεσα την οικονομική ανάπτυξη και την μακροβιότητα τόσο μεταξύ τους όσο και με την ποιότητα ζωής. Οπότε, όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο διαβίωσης και η οικονομική ευμάρεια, αναλόγως αυξημένος είναι ο

μέσος όρος επιβίωσης και τόσο πιο βελτιωμένη η ποιότητα ζωής (Υφαντόπουλος, 2003). Η φτώχεια, η ανεργία, οι ανισότητες στην υγεία έχουν επίσης άμεσες επιπτώσεις στο επίπεδο διαβίωσης και στην οικονομική ευημερία του ατόμου. Σύμφωνα με τη μελέτη του Douglas Black με τίτλο “The Black report” οι φτωχότερες κοινωνικές τάξεις όπως οι ανειδίκευτοι εργάτες έχουν δύομιση φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αποβιώσουν από τις πλουσιότερες τάξεις όπως δικηγόροι και γιατροί (Υφαντόπουλος, 2003). Επίσης η βρεφική θνησιμότητα επηρεάζεται, μεταξύ άλλων παραγόντων, και από την οικονομική ανάπτυξη (Υφαντόπουλος, 2003).

Οι δείκτες της οικονομικής ανάπτυξης μπορούν να μετρήσουν την ποιότητα ζωής ενός πληθυσμού μέχρι ενός ορισμένου ορίου. Για παράδειγμα, το ακαθάριστο εθνικό προϊόν δεν περιλαμβάνει την κατανομή των οικονομικών πόρων. Επίσης, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη οδηγεί στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκαν επιπλέον οικονομικοί δείκτες με σκοπό να ελαχιστοποιηθούν οι εν λόγω αδυναμίες. Έτσι δημιουργήθηκαν, για παράδειγμα, ο δείκτης φυσικής ποιότητας ζωής (Physical Quality of Life Index, PQLI) που καθορίστηκε από τη Διεθνή Τράπεζα και περιλαμβάνει το ακαθάριστο εθνικό προϊόν, τη βρεφική θνησιμότητα, την αναμενόμενη διάρκεια ζωής και το ποσοστό αναλφαβητισμού (Νάκου, 2001), ο δείκτης NICQL της UNICEF που εκφράζει τον γυναικείο αναλφαβητισμό και την παιδική εργασία, όπως επίσης και ο δείκτης QUALY (quality adjusted life years) που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση του κόστους των ιατρικών πράξεων. Πρόκειται για δείκτες ωφέλειας, δηλαδή συστήματα μέτρησης που εκτιμούν τόσο την χρησιμότητα όσο και την οικονομική ωφέλεια συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας με στόχο την λήψη αποφάσεων αναφορικά με την ορθολογική κατανομή των πόρων των υγειονομικών συστημάτων (Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008, Παπαδάκης, 2010, Νάκου, 2001).

Η κοινωνιολογία, με τη σειρά της, ασχολήθηκε με την εννοιολογική κατανόηση της ποιότητας υγείας αλλά και με τους τρόπους μέτρησης της, ειδικά μετά την παραδοχή ότι η οικονομική ανάπτυξη από μόνη της δεν ικανοποιεί τις ανάγκες και τις επιθυμίες του συνόλου των ανθρώπων. Διεθνώς, θεσπίστηκαν δείκτες κοινωνικής ανάπτυξης που κατά τον OECD (1982) είναι η υγεία, η παιδεία και η μόρφωση, η εργασία και οι συνθήκες της, ο ελεύθερος χρόνος, η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες, το φυσικό περιβάλλον, το κοινωνικό περιβάλλον και η προσωπική ασφάλεια. Το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν στην ευεξία του ατόμου οι κοινωνικές δομές, η οικογένεια αλλά και η αυτονομία, ανέδειξαν οι Andrews & Whitney (1976) οι οποίοι με τη μελέτη τους καθόρισαν 12 αντικειμενικούς και υποκειμενικούς κοινωνικούς παράγοντες καταλυτικούς για την παρουσία του ατομικού αισθήματος της ευημερίας. Οι παράγοντες αυτοί είναι η αυτοαντίληψη, το εισόδημα, η απόλαυση της ζωής, η στέγη, η κυβέρνηση, η υγεία, η εργασία, η διάθεση χρόνου και οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, η οικογενειακή ζωή και οι δραστηριότητές της. Επίσης, στο

παρελθόν, ο Flanagan εντόπισε 15 παράγοντες ποιότητας ζωής, τους οποίους κατηγοριοποίησε σε πέντε ομάδες: τη σωματική και υλική ευημερία (οικονομική ευμάρεια, ασφάλεια και υγεία), τις διαπροσωπικές σχέσεις, τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, την προσωπική καταξίωση (πνευματική ανάπτυξη, θέσπιση και εκπλήρωση στόχων, αυτογνωσία, επαγγελματικό ενδιαφέρον, δημιουργικότητα και εμπειρία) και τέλος, τον ελεύθερο χρόνο (Παπάνης & Ρουμελιώτου, 2007).

Μία από τις σημαντικότερες παραμέτρους, που έχουν αναγνωριστεί από το σύνολο των επιστημών ως βασική προϋπόθεση για την υγεία, είναι η ψυχική ισορροπία του ατόμου. Τη δεκαετία του '50, καθορίστηκαν τα κριτήρια της καλής ψυχικής υγείας τα οποία, σύμφωνα με τη Jahoda, εξασφαλίζοντάς τα, επιτυγχάνεται παράλληλα και η βελτίωση της ποιότητας ζωής. Επιπλέον αναδείχθηκε ο όρος της «εσωτερικότητας» στην ποιότητα ζωής, σύμφωνα με την οποία, η ποιότητα ζωής θεωρείται ικανοποιητική όταν το άτομο πληροί συγκεκριμένες προϋποθέσεις όπως η ενασχόληση με εξωτερικές δραστηριότητες, η άθληση, η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η αυτοπεποίθηση, η αυτογνωσία, η εκπλήρωση στόχων, η αισιοδοξία και το αίσθημα ασφάλειας (Νάκου, 2001). Οι προϋποθέσεις αυτές εξαρτώνται τόσο από την εσωτερική ισορροπία του ατόμου όσο και από εξωτερικούς παράγοντες. Τα περισσότερα ερευνητικά μοντέλα συνδυάζουν ψυχολογικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες δηλαδή την οικονομία, την εργασία και την στέγη με τις διαπροσωπικές σχέσεις αλλά και με την αυτοεκτίμηση και την εσωτερική διάθεση (Νάκου, 2001).

2.2. Σακχαρώδης διαβήτης

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια μεταβολική νόσος η οποία χαρακτηρίζεται από χρόνια αύξηση του σακχάρου στο αίμα λόγω διαταραχών του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών. Χαρακτηρίζεται από δύο παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς και σύμφωνα με αυτούς ο διαβήτης διακρίνεται σε τύπου 1 που είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς παγκρεατικής έκκρισης της ινσουλίνης και σε τύπου 2 όπου, επιπλέον στον προηγούμενο μηχανισμό, προστίθεται και η αντίσταση των περιφερικών ιστών στην δράση της ινσουλίνης. Μακροπρόθεσμα η χρόνια υπεργλυκαιμία οδηγεί σε βλάβες διαφόρων οργάνων όπως είναι οι οφθαλμοί, οι νεφροί, το νευρικό σύστημα, τα αγγεία και η καρδιά (WHO, 2008).

2.2.1. Κλινικά χαρακτηριστικά

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 χαρακτηρίζεται, τόσο από την μειωμένη έκκριση ινσουλίνης από τα παγκρεατικά κύτταρα, όσο και από την λεγόμενη ινσουλινοαντοχή, δηλαδή την μειωμένη ευαισθησία των περιφερικών ιστών, κυρίως του ήπατος, των μυών και του λίπους, στην δράση της ινσουλίνης. Το αποτέλεσμα των μηχανισμών αυτών είναι η χρόνια υπεργλυκαιμία η οποία με τη σειρά της είναι υπεύθυνη για τις επιπλοκές του διαβήτη (Καραμήτσος, 1987 & Ράπτης, 2008)

Ο ΣΔ2 αποτελεί περίπου το 90-95% των συνολικών περιπτώσεων διαβήτη με έναν επιπολασμό που αγγίζει το 6-8% του πληθυσμού τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως ενώ μετά την ηλικία των 65 ετών η συχνότητά του φτάνει το 21% του πληθυσμού. Πρόκειται λοιπόν για ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας που έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας. Εκτιμάται ότι το 2025 ο αριθμός των περιστατικών ΣΔ2 θα ξεπεράσει τα 350-380 εκατομμύρια (WHO, 2008).

Βασικός παράγοντας κινδύνου της νόσου θεωρείται η παχυσαρκία κυρίως με κεντρική εναπόθεση λίπους, η οποία, μαζί με την αυξημένη πρόσληψη λιπών και την μειωμένη σωματική δραστηριότητα, είναι υπεύθυνες για την ινσουλινοαντίσταση. Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η κληρονομικότητα και η προχωρημένη ηλικία (Καραμήτσος, 1987, Ράπτης, 2008).

Κλινικά ο ΣΔ2 μπορεί να μείνει ασυμπτωματικός ή να παρουσιάζει για μεγάλο χρονικό διάστημα μια ήπια κλινική εικόνα όπως πολυουρία, πολυδιψία, αδυναμία, κόπωση, ζάλη και ευπάθεια σε λοιμώξεις. Έτσι υπολογίζεται ότι η διάγνωση του διαβήτη έπεται της εμφάνισης της νόσου περίπου για μία δεκαετία και για το λόγο αυτό, πολλές φορές, τα συμπτώματα του διαβήτη που τελικά προδίδουν τη νόσο είναι εκείνα των επιπλοκών της (Καραμήτσος, 1987). Οι επιπλοκές του διαβήτη διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Οι οξείες επιπλοκές περιλαμβάνουν:

- την υπογλυκαιμία όπου το σάκχαρο του αίματος πέφτει σε πολύ χαμηλά επίπεδα μη συμβατά με ένα φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης
- το υπεργλυκαιμικό υπεροσμωτικό σύνδρομο με πολύ υψηλό σάκχαρο του αίματος, σχεδόν μη μετρήσιμο, και σοβαρή αφυδάτωση λόγω οσμωτικής διούρησης μεγάλης ποσότητας υγρών
- τη διαβητική κετοξέωση, μια κρίσιμη και επικίνδυνη για τη ζωή κατάσταση, η οποία οφείλεται σε σοβαρή ένδεια ινσουλίνης, υψηλά επίπεδα σακχάρου αίματος και παρουσία τοξικών μεταβολιτών στην κυκλοφορία, γνωστών με τον όρο κετόνες.

Οι χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη περιλαμβάνουν:

- τη διαβητική νευροπάθεια που μπορεί να εκδηλωθεί με πόνους, παραισθησίες και διάφορες οργανικές δυσλειτουργίες όπως μυική αδυναμία, ασταθές περπάτημα, ταχυκαρδία, εφίδρωση, στυτική δυσλειτουργία
- τη διαβητική νεφροπάθεια που μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
- τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια με διαταραχές της όρασης που μπορεί να οδηγήσουν σταδιακά στην τύφλωση
- τη διαβητική μακροαγγειοπάθεια η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με στηθάγχη, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανακοπή, εγκεφαλικό επεισόδιο, υπέρταση και αρτηριακές στενώσεις των κάτω άκρων οι οποίες μπορεί να εξελιχθούν σε γάγγραινα με ακρωτηριασμό του προσβεβλημένου άκρου
- τέλος, την ευπάθεια σε λοιμώξεις λόγω δυσλειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος και την καθυστερημένη επούλωση των πληγών και των χειρουργικών τομών (Παπάζογλου, 2001).

Η διάγνωση του διαβήτη βασίζεται στη μέτρηση του σακχάρου στο αίμα μετά από 8ωρη νηστεία (γνωστό ως σάκχαρο νηστείας), στον προσδιορισμό του σακχάρου αίματος δύο ώρες μετά το γεύμα (γνωστό ως μεταγευματικό σάκχαρο) ή στην εξέταση ανοχής της γλυκόζης μετά από χορήγηση συγκεκριμένης ποσότητας γλυκόζης από το στόμα (γνωστή ως καμπύλη σακχάρου). Επιπλέον, η παρακολούθηση του διαβήτη, και πιο συγκεκριμένα, ο έλεγχος των επιπέδων του σακχάρου αίματος τους τρεις προηγούμενους μήνες γίνεται με την εξέταση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Πρακτικά, η εξέταση αυτή χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του θεραπευτικού αντιδιαβητικού σχήματος που σχετίζεται με την ικανότητά του να μειώσει ικανοποιητικά ή όχι τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Επομένως, η HbA1c καθοδηγεί τον γιατρό στις αποφάσεις του σχετικά με την διατήρηση ή την τροποποίηση της θεραπευτικής αγωγής του πάσχοντα (Billows, 1999).

Η θεραπεία του διαβήτη δεν στοχεύει στην ίαση της νόσου αλλά στη βελτίωση της ινσουλινοαντίστασης και στην αντιμετώπιση της ένδειας ινσουλίνης. Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζονται τα συμπτώματα του διαβήτη και ελέγχονται οι επιπλοκές του. Η νόσος δεν υποστρέφει αλλά ελέγχεται, αρχικά, με την αλλαγή του τρόπου ζωής του πάσχοντα σχετικά με τη διατροφή του και τη σωματική του δραστηριότητα και, επιπλέον, με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή η οποία μπορεί να περιλαμβάνει αντιδιαβητικά δισκία, ενέσιμα φάρμακα (ινσουλίνη, εξενατίδη) ή συνδυασμό τους. Τέλος, η φαρμακευτική αγωγή, με τη σειρά της, μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες, η παρουσία των οποίων αποτελεί έναν ακόμη λόγο ανάγκης για τροποποίηση του αντιδιαβητικού θεραπευτικού σχήματος (Ράπτης, 2008).

2.2.3. Κόστος

Το κόστος του σακχαρώδη διαβήτη έχει συνεχώς αυξητικές τάσεις τόσο λόγω της χρονιότητας της νόσου όσο και εξαιτίας της πληθώρας και της βαρύτητας των επιπλοκών που προκαλεί. Στις Η.Π.Α υπολογίζεται ότι η συνολική δαπάνη για το σακχαρώδη διαβήτη ανέρχεται στο 12% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία (ADA, 2003). Το κόστος διακρίνεται σε άμεσο και έμμεσο. Το άμεσο κόστος αφορά τόσο τους ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον (κόστος αντιδιαβητικής φαρμακευτικής αγωγής, διαγνωστικών εξετάσεων, ιατρικών υπηρεσιών), όσο την κοινωνία και την πολιτεία (κόστος παροχής πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης). Το έμμεσο κόστος οφείλεται στη μείωση της παραγωγικότητας του ατόμου. Σύμφωνα με τη μελέτη CODE – 2 του Jonsson του 2002, ενώ το 55% των δαπανών στην Ευρώπη καταναλώνεται σε νοσηλείες, μόνο το 7% δαπανάται σε αντιδιαβητική αγωγή. Στις χώρες με χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο το 50% των δαπανών καταναλώνεται για αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας. Εκτός από το οικονομικό κόστος, υφίσταται και το ψυχοκοινωνικό κόστος το οποίο αφορά το στρες, τη μειωμένη ποιότητα ζωής και το μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, οι δαπάνες αυξάνονται ιδιαίτερα τον πρώτο χρόνο μετά τη διάγνωση της νόσου και από τη στιγμή της εμφάνισης των επιπλοκών (Jonsson, 2002). Συνολικά το κόστος του διαβητικού ασθενούς είναι 3,5 – 4,5 φορές μεγαλύτερο σε σύγκριση με αυτό ασθενών που πάσχουν από άλλα χρόνια νοσήματα, ενώ στην περίπτωση ύπαρξης επιπλοκών γίνεται 9 φορές μεγαλύτερο (Μελιδώνης, 2001).

2.3. Θεωρητικό πλαίσιο

2.3.1. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία

Οι σύγχρονες ιατρικές ανακαλύψεις και η υψηλή βιοιατρική τεχνολογία συνέβαλαν τόσο στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και του μέσου όρου ζωής όσο και στην γήρανση του πληθυσμού της γης, κάτι το οποίο είναι περισσότερο έκδηλο στον αναπτυγμένο, τεχνολογικά, κόσμο. Το σημαντικότερο όμως δεν είναι η αύξηση των ετών ζωής αλλά η βελτίωση της ποιότητάς τους. Έτσι, αυτό που απασχόλησε τους ερευνητές είναι κατά πόσο τα επιπλέον έτη ζωής συνοδεύονται από καλή ποιότητα με καλή υγεία, χωρίς νοσήματα και ελεύθερη συμπτωμάτων. Είναι γνωστό ότι η επιμήκυνση της διάρκειας της ζωής συνοδεύεται από την αύξηση της συχνότητας των χρονίων νοσημάτων με επακόλουθη αύξηση της νοσηρότητας. Για το λόγο αυτό, οι μετρήσεις των καταστάσεων της υγείας δεν βασίζονται πλέον αποκλειστικά στους δείκτες

θνησιμότητας και νοσηρότητας όπως συνηθιζόταν, αλλά συνυπολογίζεται πλέον η μέτρηση της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος, 2007). Προκειμένου η μέτρηση της ποιότητας ζωής να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα, οι περισσότεροι ερευνητές επικεντρώθηκαν στον τομέα της υγείας και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, περιορίζοντας με τον τρόπο αυτό το εύρος του όρου της (Σαρρής και Σούλης, 2001).

Η υγεία αποτελεί θεμελιώδη προσδιοριστή της ποιότητας ζωής του ατόμου (Παπαδάκης, 2010). Η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι σχετικά δύσκολο να προσδιοριστεί αφού ενέχει ασάφειες, τα στοιχεία που τη συνθέτουν ποικίλουν από μελέτη σε μελέτη και, επιπλέον, πρόκειται για μια δυναμική έννοια, που μεταβάλλεται μαζί με το επίπεδο υγείας, τις σχέσεις, τις εμπειρίες και τους ρόλους του ατόμου. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορεί να εμπεριέχει ζητήματα όπως είναι η γενική υγεία, τα σωματικά ενοχλήματα, η συναισθηματική κατάσταση, το γνωστικό επίπεδο, η κοινωνική κατάσταση και η σεξουαλική λειτουργικότητα (Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008).

Αρχικά, στην προσπάθεια προσδιορισμού της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, χρησιμοποιήθηκαν αρνητικοί δείκτες υγείας όπως η θνησιμότητα, η νοσηρότητα, ο βαθμός αναπηρίας, ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων, η διάρκεια νοσηλείας, το κόστος νοσηλείας κ.α., όπως και θετικοί δείκτες που περιλαμβάνουν το προσδόκιμο ζωής και τα έτη επιβίωσης, δείκτες οι οποίοι εστίαζαν περισσότερο στην ποσοτική προσέγγιση της ζωής και λιγότερο στην ποιότητά της. Για το σκοπό αυτό, θεσπίστηκαν κλίμακες που συμπεριέλαβαν την γενική κατάσταση υγείας και τη λειτουργικότητα, σωματική, πνευματική και ψυχική, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν αφορούν τα εξής θέματα: το υποκειμενικό επίπεδο υγείας, την ανησυχία για την υγεία, τις χρόνιες παθήσεις, το βαθμό ενεργητικότητας, την φυσική κατάσταση, την αισθηματική κατάσταση, το βαθμό ευτυχίας, την αναπηρία, τους περιορισμούς και, τέλος, τις κοινωνικές σχέσεις (Νάκου, 2001).

Γενικότερα, η έννοια αναλύεται σε τρεις βασικές διαστάσεις, την υποκειμενική σωματική και ψυχική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του εαυτού, την επίδραση της αντικειμενικής κατάστασης της υγείας στη λειτουργικότητά του και, τέλος, τον περιορισμό της λειτουργικότητας σε εκείνους τους τομείς που το ίδιο το άτομο θεωρεί σημαντικούς προκειμένου να ολοκληρώσει τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής του (Kaplan and Bush, 1982). Με τον τρόπο αυτό, η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής θεωρείται μια πολυπαραγοντική έννοια βασιζόμενη σε τουλάχιστον τρεις κύριους πυλώνες, πρώτον, τη σωματική ευεξία δηλαδή την αντίληψη του ατόμου για την υγεία του, δεύτερον, την ψυχική ευεξία δηλαδή τον αυτοσεβασμό, την ευτυχία, την ικανοποίηση από τη ζωή και, τρίτον, την κοινωνική ευεξία δηλαδή τη συζυγική, κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή (Σαρρής και Σούλης, 2001).

2.3.2. Ικανοποίηση ασθενών από την φροντίδα υγείας

Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα υγείας αποτέλεσε συχνό αντικείμενο ερευνητικής μελέτης ανάλογα με εκείνη της ποιότητας ζωής των ασθενών αφού η πρώτη αποτελεί βασική προϋπόθεση της δεύτερης. Η αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του εξαρτάται, μεταξύ άλλων, και από την ικανοποίηση του σε θέματα υγειονομικής φροντίδας. Η εκπλήρωση των αναγκών των ασθενών οδηγεί στην ικανοποίηση των προσδοκιών τους. Οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης τους. Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες φαίνεται να είναι οι προσωπικές εμπειρίες, οι ιατρικές πληροφορίες, καθώς και η εξέλιξη της ασθένειας η οποία, με τη σειρά της, επηρεάζει τις προσδοκίες των ασθενών (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014). Οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να είναι ταυτόσημες με εκείνες των επαγγελματιών υγείας ώστε να επιτυγχάνεται μια καλή συνεργασία μεταξύ τους με στόχο την καλύτερη δυνατή συμμόρφωση των ασθενών στις θεραπευτικές οδηγίες και, συνεπώς, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Οι έρευνες που μελετούν την ικανοποίηση των ασθενών σε θέματα περίθαλψης και φροντίδας στοχεύουν στην βελτίωση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των δαπανών για την υγεία (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Σύμφωνα με τους Bond & Thomas (1992) η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από την εκπλήρωση εσωτερικών αναγκών τους όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, η αναγνώριση και η συμμετοχή στις αποφάσεις, όπως και από περιβαλλοντικούς παράγοντες σχετικά με τις υγειονομικές δομές. Οι Wen & Gustafson (2004) συσχέτισαν, μέσω ενός μοντέλου, τις ανάγκες υγείας, την ικανοποίηση από τη φροντίδα και την ποιότητα ζωής υπογραμμίζοντας την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών ως μέτρο της ποιότητας. Στη σύγχρονη ιατρική υπάρχει όλο και πιο έντονη η τάση να λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες και οι απόψεις των ασθενών σχετικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις για την υγεία τους. Πιο συγκεκριμένα, το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α. έχει ορίσει την ικανοποίηση των ασθενών ως αναπόσπαστο στοιχείο της υγειονομικής φροντίδας και της ποιότητας ζωής (Μερκούρης, 1996).

Η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από τρεις παράγοντες δηλαδή τις προσδοκίες των ασθενών από τις υγειονομικές δομές, τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών καθορίζεται από τη διαφορά μεταξύ αυτού που προσδοκούν να συμβεί και εκείνου που τελικά συμβαίνει, διαφορά που συνήθως παρατηρείται μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και της πραγματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών σχετικά με το σεβασμό των δικαιωμάτων και της προσωπικότητάς τους,

τις συνθήκες στέγασης, σίτισης, υγιεινής των υγειονομικών δομών και, τέλος, την ευγένεια και την εξειδικευμένη γνώση των επαγγελματιών υγείας (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014).

2.3.3. Μέτρηση της ποιότητας ζωής στην υγεία

Οι δύο κύριοι στόχοι που θεσπίστηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η προσθήκη χρόνων στη ζωή και η προσθήκη ζωής στα χρόνια με σκοπό την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, τη μείωση της νοσηρότητας και την ευεξία του ατόμου, έκανε επιτακτική την ανάγκη ανεύρεσης τρόπων μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Η προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας ζωής στο χώρο τις υγείας συναντά πολλαπλές εφαρμογές όπως την εκτίμηση της υγειονομικής κατάστασης του πληθυσμού και των αναγκών του, την αποτίμηση των επιπτώσεων από την εφαρμογή των πολιτικών υγείας, την ορθολογική κατανομή των πόρων στη δημόσια υγεία, την ανάδειξη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας, την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, της ωφέλειας και των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας, τη σύγκριση εναλλακτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, τις κλινικές δοκιμές, την ανάλυση κόστους-οφέλους και, τέλος, τον οικονομικό έλεγχο (Παπαδάκης, 2010, Νάκου, 2001). Στην κλινική πράξη η μέτρηση της ποιότητας ζωής επικεντρώνεται περισσότερο στις χρόνιες νόσους, όπως ο διαβήτης, διότι είναι αυτές που όχι μόνο καταφέρνουν να αποσταθεροποιήσουν βασικές λειτουργίες του οργανισμού για μεγάλα χρονικά διαστήματα, πολλές φορές για μια ολόκληρη ζωή, αλλά, επίσης, προκαλούν μια σειρά από κοινωνικές, οικονομικές και συναισθηματικές επιπτώσεις για το ίδιο το άτομο και την οικογένειά του (Σπύρου, 2004). Η ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νοσήματα επηρεάζεται αρνητικά από τις διαγνωστικές δυσκολίες, την ανικανότητα, την αναπηρία, την εξάρτηση, το κοινωνικό στίγμα, τις κουραστικές και μακροχρόνιες θεραπείες, την υποτροπή των συμπτωμάτων, τους συμβιβασμούς, το αβέβαιο μέλλον που δοκιμάζουν καθημερινά την ψυχική και συναισθηματική ισορροπία του πάσχοντα, την αυτοεκτίμηση και τον αυτοέλεγχό του (Μηνασίδου & Λεμονίδου, 2005). Η σύγχρονη ιατρική δημιουργεί ένα συνδυασμό δύο προοπτικών που αποτελεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται η έρευνα για την ποιότητα ζωής των ασθενών, από τη μία, η προσωπική εμπειρία του ατόμου για τον εαυτό του (υποκειμενική διάσταση) και, από την άλλη, οι εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του (αντικειμενική διάσταση) (Σαρρής και Σούλης, 2001).

Αρχικά, τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν περιλάμβαναν μόνο την εκτίμηση της φυσικής και κλινικής εξέτασης και αργότερα εστιάστηκαν σε ευρύτερους τομείς της καθημερινότητας του πάσχοντα όπως η λειτουργική ικανότητα, η σωματική λειτουργικότητα, οι καθημερινές δραστηριότητες, τα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα, οι επιπτώσεις της ασθένειας, η υποκειμενική

δυσφορία και η ικανοποίηση από τη ζωή. Επίσης δίνεται περισσότερο έμφαση στις υποκειμενικές απόψεις των συμμετεχόντων χρησιμοποιώντας γενικές ερωτήσεις που αφορούν στην ποιότητα ζωής (Fayers & Machin, 2006). Επομένως, οι μετρήσεις αντανακλούν τις απόψεις του ασθενή όσον αφορά την πορεία της υγείας του σχετικά και με την ικανοποίηση του από την ακολουθούμενη θεραπευτική αγωγή (Staquet, Hays & Fayers, 1998). Τα εργαλεία που αναπτύχθηκαν για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής παρουσιάζουν διαφορές ως προς τους στόχους, τους τρόπους μέτρησης και τις κλίμακες βαθμολόγησης. Τα περισσότερα από αυτά εξετάζουν διάφορες διαστάσεις του ατόμου, όπως η λειτουργικότητα στο κοινωνικό, οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον, η ψυχική ευεξία, η προσαρμοστικότητα στο φυσικό περιβάλλον, οι οικονομικοί πόροι και οι ευκαιρίες για απασχόληση, ψυχαγωγία και εκπαίδευση. Επίσης, υπάρχουν και εργαλεία πιο εξειδικευμένα που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών που πάσχουν από συγκεκριμένα νοσήματα σε συνάρτηση με την υγεία και τις επιπτώσεις της ασθένειας ή της θεραπείας τους (Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008).

Το καταλληλότερο σύστημα μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών επιλέγεται ανάλογα με τους στόχους της αξιολόγησης και τη στρατηγική που θα ακολουθηθεί. Υπάρχουν περισσότερα από 800 συστήματα μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Australian Centre, 2008). Πρόκειται συνήθως για γενικά ερωτηματολόγια που εστιάζουν στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου ή για ειδικά ερωτηματολόγια που ασχολούνται με τις επιπτώσεις συγκεκριμένων παραμέτρων στην ποιότητα ζωής. Τα ερωτηματολόγια αυτά βασίζονται σε τεχνικές όπως οι ψυχομετρικές μέθοδοι, οι κλινικές πρακτικές, οι μέθοδοι εκτίμησης της ωφέλειας, η θεωρία των αποφάσεων ή και σε συνδυασμό τους (Ελεζόγλου και Δάλλα, 2007, Οικονομάκης, 2006). Τα γενικά ερωτηματολόγια αξιολογούν πολλαπλές πλευρές του επιπέδου υγείας, ανεξάρτητα από δημογραφικούς παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αλλά και ανεξάρτητα από την ίδια την ασθένεια. Χρησιμοποιούνται ευρέως σε όλο τον πληθυσμό, επιτρέπουν συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμιακών ομάδων, εστιάζουν σε μία γενική θεώρηση για την υγεία αλλά δεν είναι ευαίσθητα για καταγραφή ιδιαίτερων προβλημάτων μίας συγκεκριμένης νόσου και, τέλος, αποδίδουν έναν ενιαίο βαθμό για κάθε διάσταση ξεχωριστά. Γενικά ερωτηματολόγια είναι τα εξής:

- EuroQoL (EQ-5D): δημιουργήθηκε το 1987, από μία ομάδα ερευνητών του Πανεπιστημίου York της Αγγλίας η οποία στόχευε στη δημιουργία ενός απλού και κατανοητού εργαλείου για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας και της σχετικής με την υγεία ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Στην Ελλάδα έχει μεταφραστεί από την ομάδα του κ. Υφαντόπουλου στο Πανεπιστήμιο Αθηνών (Yfantopoulos, 2001). Το ερωτηματολόγιο διακρίνεται σε δύο επιμέρους εργαλεία μέτρησης, το περιγραφικό σύστημα και την οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analog Scale-VAS). Το περιγραφικό σύστημα ερευνά τη φυσική, κοινωνική και

ψυχική διάσταση σε πέντε τομείς, την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων, την δυσφορία και το άγχος, τα οποία αξιολογούνται σε τρία επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο (1) αντιπροσωπεύει την απουσία προβλημάτων, το δεύτερο επίπεδο (2) περιλαμβάνει την ύπαρξη μερικών προβλημάτων και το τρίτο επίπεδο (3) αποτελεί την ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων. Η καλύτερη δυνατή κατάσταση υγείας λαμβάνει τις τιμές 11111, δηλαδή δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα, ενώ η χειρότερη αντιπροσωπεύεται από τις τιμές 33333 και σημαίνει την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων (Brooks, 1996). Στην οπτική αναλογική κλίμακα, η οποία περιλαμβάνει βαθμολόγηση από το 0 (χειρότερη νοητή υγεία) έως το 100 (άριστη νοητή υγεία), ο συμμετέχων καλείται να αξιολογήσει αριθμητικά την παρούσα κατάσταση της υγείας του όπως ο ίδιος την αντιλαμβάνεται (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001 & Sintonen, 2001). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του EQ-5D έχουν επαληθευτεί από μια σειρά ερευνών. Η ελληνική έκδοση του οργάνου έχει εγκυροποιηθεί στον ελληνικό γενικό πληθυσμό (Kontodimopoulos et al, 2008). Σε μελέτες βρέθηκε υψηλή συσχέτιση με άλλα εργαλεία, παρόλο που διαπιστώθηκε ένα σχετικό έλλειμμα ως προς την ευαισθησία (Brazier et al, 1993) ενώ επιπλέον μειονέκτημα αποτελεί το φαινόμενο οροφής δηλαδή τα υψηλά ποσοστά που αναγράφονται στην ανώτερη διαβάθμιση των κλιμάκων του (Brazier et al, 2004).

- EuroQoI (EQ-15D): περιλαμβάνει 15 διαστάσεις της ποιότητας ζωής (φαγητό, όραση, ακοή, αναπνοή, ομιλία, ύπνος, αφόδευση, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία, κατάθλιψη, ζωτικότητα και σεξουαλική ζωή, συνήθειες δραστηριότητες, εξάντληση, κινητικότητα, συμπτώματα) όπου η κάθε μία διαβαθμίζεται σε πέντε επίπεδα (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).
- Medical Outcomes Study – Short Form 36 (SF-36): δημιουργήθηκε από τον Ware το 1992 και περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που συνθέτουν οκτώ έννοιες ή υποκλίμακες της γενικής κατάστασης υγείας, τη σωματική λειτουργικότητα (ΣΩ.Λ. με 10 ερωτήσεις), τον σωματικό πόνο (ΣΩ.Π. με 2 ερωτήσεις), την γενική υγεία (Γ.Υ. με 5 ερωτήσεις), την ζωτικότητα (ΖΩ με 4 ερωτήσεις), τον κοινωνικό ρόλο (Κ.Ρ. με 2 ερωτήσεις), τον σωματικό ρόλο (ΣΩ.Ρ. με 4 ερωτήσεις), τον συναισθηματικό ρόλο (ΣΥ.Ρ. με 3 ερωτήσεις) και την ψυχική υγεία (Ψ.Υ. με 5 ερωτήσεις). Η 36^η ερώτηση αφορά στη μεταβολή της υγείας και δεν συμπεριλαμβάνεται στις αναφερθείσες οκτώ υποκλίμακες. Επιπλέον, οι οκτώ αυτές έννοιες βαθμολογούνται με αναγωγή της καθεμίας σε ποσοστιαία επί τοις εκατό αναλογία από το 0 (χειρότερη ποιότητα ζωής) έως το 100 (άριστη ποιότητα ζωής) και συναθροίζονται σε δύο συνοπτικές κλίμακες, εκείνη της φυσικής υγείας όπου μετρώνται η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία και εκείνη της ψυχικής υγείας όπου αξιολογούνται η ζωτικότητα, ο κοινωνικός ρόλος, ο συναισθηματικός ρόλος, η ψυχική υγεία (Ware, 1994). Το

ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο, έγκυρο, αυτοτελές και δίνει την δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων ενώ κυκλοφορεί και σε διάφορες παραλλαγές από τις οποίες η πιο διαδεδομένη είναι το SF-12 (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001, Pappa, Kontodimopoulos & Niakas, 2005, Anagnostopoulos, Niakas & Pappa, 2005).

- Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (Quality Adjusted Life Years - QALYs): ορίζεται ως το ισοδύναμο ενός έτους πλήρους υγείας ελεύθερης συμπτωμάτων. Πρόκειται για δείκτη ωφέλειας ο οποίος συνδυάζει τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα και τη σωματική δυσλειτουργία με την ποιότητα ζωής και τη χρησιμότητα μιας θεραπευτικής αγωγής. Στόχος της συγκεκριμένης κλίμακας είναι η εκτίμηση της ωφελιμότητας και αποτελεσματικότητας μιας θεραπευτικής επιλογής στα πλαίσια ανάλυσης κόστους – χρησιμότητας, η σύγκρισή της με άλλες εναλλακτικές θεραπευτικές λύσεις ή με placebo και, επομένως, η αξιολόγηση συγκεκριμένων προγραμμάτων και πολιτικών υγείας. Επίσης περιγράφεται η υποκειμενική ικανοποίηση του ασθενή σχετικά με την επιλεγμένη θεραπεία και καταγράφονται όλες οι αλλαγές που παρατηρούνται στη διάρκεια και στην ποιότητα ζωής του ασθενούς με την εφαρμογή μίας θεραπευτικής αγωγής (Οικονομάκης, 2006, Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).
- Έτη Ζωής Χωρίς Αναπηρία (Disability Adjusted Life Years - DALYs): πρόκειται για το σύνολο των χαμένων ετών εξαιτίας πρόωρου θανάτου ή ζωής με αναπηρία (WHO, 2008).

Τα ειδικά ερωτηματολόγια, ενώ έχουν παρόμοια δομή και χρήση με τα γενικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας υγείας, είναι σχεδιασμένα να χρησιμοποιούνται στη μελέτη μόνο μίας συγκεκριμένης κατάστασης η οποία μπορεί να είναι μία μόνο διάσταση της υγείας, ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα, ένας συγκεκριμένος πληθυσμός ή μία συγκεκριμένη νόσος. Παραδείγματα ειδικών ερωτηματολογίων που μελετούν μία συγκεκριμένη διάσταση της υγείας αποτελούν η κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Camilleri & Steele, 1999) η οποία εστιάζει μόνο στην ψυχική διάσταση, το ερωτηματολόγιο κοινωνικής υποστήριξης (Questionnaire on Social Support) (Australian Centre, 2008) που εστιάζει μόνο στην κοινωνική διάσταση και η λίστα καταγραφής συμπτωμάτων-90 (SCL-90) η οποία μετρά την γενική ψυχολογική κατάσταση του ερωτηθέντα, τον αριθμό και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων του και αποτελείται από εννιά υποκλίμακες (σωματοποίηση, ψυχαναγκασμός, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, φόβος, παράνοια, ψυχωτισμός) (Πήτα, 2006). Άλλα ειδικά ερωτηματολόγια ερευνούν συγκεκριμένα συμπτώματα όπως η κλίμακα κόπωσης (Fatigue Symptom Inventory) (Australian Centre, 2008) η οποία αξιολογεί την ένταση και τη συχνότητα της κόπωσης και η ποιότητα ζωής στην ημικρανία (Migraine Specific Quality of Life - MSQOL) (Medical Outcomes-Trust, 2008) που ερευνά την επίδραση της ημικρανίας και τη θεραπεία της. Όσον αφορά στα ειδικά ερωτηματολόγια ανά πληθυσμό, μερικά από αυτά είναι το ερωτηματολόγιο υγείας παιδιών (Child Health

Questionnaire - CHQ) (Medical Outcomes-Trust, 2008) το οποίο μετρά τη συνολική υγεία παιδιών ηλικίας άνω των πέντε ετών, η κλίμακα ηθικής γηριατρικού νοσοκομείου Philadelphia (Philadelphia Geriatric Center Moral Scale) (Australian Centre, 2008) η οποία μελετά τομείς όπως η φυσική υγεία, η επίγνωση, οι ημερήσιες δραστηριότητες, η αξιοποίηση του χρόνου, η κοινωνική συμπεριφορά, η προσωπική προσαρμογή, η παρατηρητικότητα των ηλικιωμένων ασθενών και, τέλος, το ερωτηματολόγιο Women's Health Questionnaire (Hunter, 2003) που ερευνά τη ψυχική και σωματική κατάσταση των μεσήλικων γυναικών. Τα ειδικά ερωτηματολόγια που ταξινομούνται ανά νόσο αφορούν διάφορες ασθένειες όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης, το AIDS, η ακράτεια ούρων, η στηθάγχη, ο καρκίνος, τα αναπνευστικά νοσήματα, η κατάθλιψη κ.α. Το ερωτηματολόγιο The Diabetes Quality of Life Measure (D.Q.O.L.) αποτελεί εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με το διαβήτη ποιότητας ζωής, είναι σχεδιασμένο για την αξιολόγηση των επιπτώσεων της εντατικοποιημένης ινσουλinoθεραπείας και μελετά τέσσερις διαστάσεις, την ικανοποίηση από την θεραπεία, τις επιπτώσεις από τη θεραπεία, την ανησυχία για επιπλοκές και την ανησυχία τόσο για κοινωνικά όσο και για επαγγελματικά ζητήματα (Polonsky, 2000). Ένα άλλο σύστημα μέτρησης της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με το διαβήτη αποτελεί το ερωτηματολόγιο The Diabetes-Specific Quality of Life Scale (D.S.Q.O.L.S.) το οποίο ερευνά τρεις κατηγορίες ερωτήσεων, τους στόχους της θεραπείας, την ικανοποίηση από την θεραπεία και την υποκειμενική αντίληψη για τις επιπτώσεις από το διαβήτη ενώ περιλαμβάνονται έξι διαστάσεις της ποιότητας ζωής, οι κοινωνικές σχέσεις, ο περιορισμένος ελεύθερος χρόνος, τα σωματικά συμπτώματα, οι ανησυχίες για το μέλλον, οι διατροφικοί περιορισμοί και ο καθημερινός αγώνας (Polonsky, 2000). Η ψυχολογική προσαρμογή στο διαβήτη μελετάται στο ερωτηματολόγιο ATT-39 το οποίο αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων με σκοπό την κατανόηση της αντίληψης των διαβητικών ασθενών για την πάθηση και την περίθαλψή τους, χρησιμοποιώντας έξι τομείς, το στρες, την αντιμετώπιση, την ενοχή, την αλλοτρίωση/συνεργασία, την πεποίθηση ασθένειας και την ανεκτικότητα (Fayers & Machin, 2006). Επίσης, το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής στον διαβήτη (QOLID-89) (Πήτα, 2006) μελετά συγκεκριμένα θέματα υγείας και λειτουργικότητας της καθημερινής ζωής των διαβητικών ασθενών τα οποία αντιπροσωπεύονται από 20 παράγοντες (αντίληψη της κατάστασης υγείας, συνολική ποιότητα ζωής, σωματική λειτουργικότητα, σωματικός περιορισμός σε ρόλους, συναισθηματικός περιορισμός σε ρόλους, πόνος, κοινωνική λειτουργικότητα, ενεργητικότητα, συναισθηματική ευεξία, συγκέντρωση, αποθάρρυνση, ανησυχία υπογλυκαιμίας, μνήμη, γλώσσα, φαρμακολογική επίδραση, κοινωνική υποστήριξη, κοινωνική απομόνωση, αλλαγές στην υγεία, σεξουαλική ζωή, δείκτης κατάστασης υγείας) (Πήτα, 2006). Τέλος, το ερωτηματολόγιο Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ) αναπτύχθηκε από τον Π.Ο.Υ. και την Διεθνή Ομοσπονδία για τον Διαβήτη και μετρά την ικανοποίηση των διαβητικών ασθενών σχετικά με την θεραπευτική τους αγωγή και τις

αλλαγές της στο χρόνο ενώ κυκλοφορεί σε δύο παραλλαγές, DTSQLs και DTSQLc (Bradley, 1997). Το DTSQLs περιλαμβάνει οκτώ ερωτήσεις από τις οποίες οι έξι αναφέρονται στην ικανοποίηση από την αντιδιαβητική θεραπεία με διαβαθμίσεις από το 0 που αντιστοιχεί στο ‘πολύ δυσαρεστημένος’ έως το 6 που σημαίνει ‘πολύ ευχαριστημένος’ ενώ δύο ερωτήσεις ερευνούν τη συχνότητα επεισοδίων υπέρ- και υπογλυκαιμίας και βαθμολογούνται σε μια κλίμακα από το 0 που σημαίνει ‘καμία φορά’ έως το 6 που αντιστοιχεί στο ‘τις περισσότερες φορές’. Το άθροισμα του σκορ υπολογίζεται από τις 6 μόνο ερωτήσεις και ο βαθμός ικανοποίησης από τη θεραπεία υπολογίζεται από 0 έως 36 (Kontodimopoulos et al, 2012). Το φαινόμενο οροφής αποτελεί το μειονέκτημα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου δηλαδή τα υψηλά ποσοστά που παρατηρούνται στις ανώτερες διαβαθμίσεις των κλιμάκων του. Η άλλη μορφή του ερωτηματολογίου, το DTSQLc, χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό των μεταβολών της ικανοποίησης σε περίπτωση αλλαγής της αντιδιαβητικής θεραπείας και περιλαμβάνει επίσης 8 ερωτήσεις που βαθμολογούνται από -3 έως +3 (Bradley, 1997). Ο Παπαθανασίου και συν, το 2005, κατέγραψαν συνολικά 26 διαφορετικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με το σακχαρώδη διαβήτη μερικά από τα οποία είναι τα παρακάτω (προσαρμογή από Παπαθανασίου, 2005):

- DCP (Diabetes care profile) περιλαμβάνει 234 ερωτήσεις που εκτιμούν κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες σχετικούς με τον διαβήτη και τη θεραπεία του.
- ADC (Appraisal of diabetes scale) αποτελείται από 7 ερωτήσεις που αξιολογούν τις απόψεις των ασθενών για τον διαβήτη.
- IMDSES (Insulin management diabetes self efficacy scale) χρησιμοποιείται στον ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη.
- KPDQ (Knowledge and practices diabetes questionnaire) περιλαμβάνει δύο υποκλίμακες, την KS (Knowledge score) με 12 ερωτήσεις και την PS (practice score) με 10 ερωτήσεις.
- DHP-18 (Diabetes health profile) αποτελείται από 18 ερωτήσεις που αναφέρονται σε ψυχικά και κοινωνικά προβλήματα των ασθενών.
- DKQ2 (Diabetes Knowledge questionnaire) περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις που αξιολογούν τις γνώσεις των διαβητικών στον τρόπο διαχείρισης της νόσου τους.
- DSC-R (Diabetes symptoms checklist revise) αποτελείται από 34 ερωτήματα τα οποία εκτιμούν 6 κατηγορίες συμπτωμάτων καρδιολογικά, νευρολογικά, ψυχολογικά, οφθαλμολογικά και υπογλυκαιμία.
- DAS (Diabetes attitude scale) αποτελείται από 33 ή 50 ερωτήσεις.
- DES (Diabetes improvement scale) περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις που αφορούν στην ψυχολογική φόρτιση.

- DHP-1 & DHP-18 (Diabetes health profile) αποτελούνται, αντίστοιχα, από 32 & 18 ερωτήσεις που αφορούν τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των διαβητικών.
- EBAS (Environmental barriers to adherence scale) ασχολείται με τα εμπόδια του περιβάλλοντος του ασθενή και περιλαμβάνει 4 διαστάσεις, την φαρμακευτική αγωγή, τον έλεγχο σακχάρου, την άσκηση και την διαίτα.
- PADS (Psychological aspects of diabetes schedule) αξιολογεί τη ψυχολογική διαχείριση κατά την ινσουλινοθεραπεία.
- PAID I & II (Problems areas in diabetes scale) αποτελούνται, αντίστοιχα, από 20 και 28 ερωτήσεις που σχετίζονται με διαπροσωπικά και συναισθηματικά προβλήματα.
- ADKnowl (Knowledge deficits in diabetes scale) αξιολογεί τις γνώσεις των ασθενών σχετικά με τον διαβήτη.
- BAS (Beliefs about severity) εκτιμά τις απόψεις των διαβητικών σχετικά με την βαρύτητα της νόσου.
- Diabetes questionnaire αξιολογεί τις γνώσεις των ασθενών σχετικά με τον διαβήτη και την αυτοεξυπηρέτηση.
- DKN A,B & C (Diabetes knowledge scales) η καθεμιά από τις 3 κλίμακες περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις σχετικές με τις γνώσεις των διαβητικών για τη νόσο τους.
- DKQ 1 & 2 (Diabetes knowledge questionnaire) αποτελούνται, αντίστοιχα, από 46 & 30 ερωτήσεις που εκτιμούν την ανεπάρκεια γνώσης των διαβητικών για την νόσο τους.
- DKS (Diabetes knowledge schedule) αξιολογεί τις γνώσεις σχετικά με τον διαβήτη σε ψυχολογικούς τομείς.
- DKT (Diabetes knowledge test) περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις και αξιολογεί τις γνώσεις των διαβητικών σχετικά με τη νόσο τους και με την αντιδιαβητική θεραπεία.
- HAK (Habits, attitudes and knowledge questionnaire of diabetes compliance) αξιολογεί γνώσεις, απόψεις και συνήθειες σχετικά με τον διαβήτη.
- Test of patient knowledge περιλαμβάνει 50 ερωτήσεις που αφορούν σε θέματα ελέγχου, ινσουλίνης, διατροφής και άσκησης.

2.3.4. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τον ΣΔ2

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 αποτελεί ένα χρόνια μεταβολικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από την πολυπλοκότητα των επιπτώσεων του σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Η μη ουσιαστική ίαση της νόσου και η χρονιότητά της επιβάλλει τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών με στόχο την κατανόηση των παραγόντων που την

επηρεάζουν και τη βέλτιστη τροποποίηση τους. Η μελέτη της σχετιζόμενης με το διαβήτη ποιότητας ζωής έχει μεγάλη σημασία, πρώτον, για τον ίδιο τον ασθενή, δεύτερον, για την ιατρική κοινότητα προκειμένου να ερευνηθούν οι επιπτώσεις των διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων αλλά και, τρίτον, για την πολιτεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα και το κόστος τους. Κρίνεται, λοιπόν, επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας και χρήσης κατάλληλων εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με τον διαβήτη. Συνήθως πρόκειται για ερωτηματολόγια που εστιάζουν στη γενική κατάσταση υγείας του ατόμου ή στις επιπτώσεις του διαβήτη σε συγκεκριμένους τομείς της ζωής του πάσχοντα (Κατσάνος και Τσιάνος, 2001).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν μια χρόνια ασθένεια όπως ο διαβήτης διακρίνονται σε προσωπικούς (εσωτερικούς), σε περιβαλλοντικούς (εξωτερικούς) και σε εκείνους που σχετίζονται με την ίδια την ασθένεια. Οι προσωπικοί παράγοντες περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, την πνευματικότητα, τις θρησκευτικές αξίες, την ωριμότητα, την προσαρμοστικότητα, τις πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια, τις προϋπάρχουσες οργανικές ή ψυχικές ασθένειες κ.α. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αφορούν το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον καθώς και το περιβάλλον των υγειονομικών σχηματισμών. Οι σχετικοί με την ασθένεια παράγοντες αναφέρονται στη φύση της νόσου, στις επιπτώσεις της ασθένειας στον ανθρώπινο οργανισμό και στη λειτουργικότητά του και, τέλος, στις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής (Πολυκανδριώτη & Καλογιάννη, 2008).

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες (Γρηγοριάδου, 2006, Wasserman & Trinova, 2006, Imasiku et al, 2005, Goldney et al, 2004) έχει αποδειχτεί πως ο διαβήτης επηρεάζει τη σωματική, την κοινωνική και τη ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, συνήθως, προσβάλλει ενήλικες με ένα μέσο όρο ηλικίας εμφάνισης της νόσου που μειώνεται συνεχώς. Έτσι πλέον δεν είναι περίεργο να ανακαλύπτονται περιστατικά με ΣΔ2 σε παιδιά και εφήβους. Η νόσος έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνική δραστηριότητα του πάσχοντα και πιο συγκεκριμένα στην εργασία του, στον οικογενειακό του βίο, καθώς και σε όλες τις πλευρές της κοινωνικής του ζωής. Η διάγνωση της νόσου γίνεται, τις περισσότερες φορές, τυχαία και το υψηλό σάκχαρο αίματος ανευρίσκεται σε τυπικό αιματολογικό έλεγχο ρουτίνας ενώ βέβαια υπάρχουν και οι περιπτώσεις όπου η νόσος εκδηλώνεται με συμπτώματα που παραπέμπουν σε επιπλοκές του διαβήτη όπως έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο κ.τ.λ. Στην πρώτη περίπτωση η απουσία συμπτωμάτων καθιστά δύσκολη την προσαρμογή και τη συνειδητοποίηση του αρρώστου στη νέα πραγματικότητα, ενός αρρώστου που κατά τ'άλλα αισθάνεται καλά. Στη δεύτερη περίπτωση η εμπειρία του ασθενή είναι, σωματικά και ψυχικά, τραυματική τόσο για τον ίδιο, όσο και για την οικογένειά του αφού πολλές φορές απαιτείται νοσοκομειακή περίθαλψη. Επίσης στην περίπτωση αυτή ο άρρωστος καλείται να προσαρμοστεί όχι μόνο στις νέες συνθήκες που του

επιβάλει η εμφάνιση της επιπλοκής αλλά συγχρόνως και στην ιδέα ύπαρξης αιτιολογικού παράγοντα όπως είναι ο διαβήτης (Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008).

Κατά τη διάρκεια της ζωής του ο διαβητικός μπορεί να έρθει αντιμέτωπος με οξείες επιπλοκές της νόσου όπως για παράδειγμα ένα υπογλυκαιμικό ή υπεργλυκαιμικό επεισόδιο, απόρροια της κακής θεραπευτικής του συμμόρφωσης. Επιπρόσθετα, σε βάθος χρόνου, ο διαβητικός μπορεί να υποστεί τις χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη, όπως η αμφιβληστροειδοπάθεια, η νευροπάθεια, η νεφροπάθεια και η μακροαγγειοπάθεια. Η εμφάνιση των επιπλοκών έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση τόσο της ποιότητας ζωής του αρρώστου όσο και της διάρκειάς της, ενώ παράλληλα αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης αναπηριών και ανικανοτήτων λόγω τύφλωσης, ακρωτηριασμού και άλλων. Οι ανικανότητες αυτές αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες σε ατομικό, οικογενειακό και οικονομικό-κοινωνικό επίπεδο (Wasserman & Trifonova, 2006).

Από την στιγμή της διάγνωσης, ο σακχαρώδης διαβήτης, ως μια χρόνια νόσος, απαιτεί ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Ο διαβητικός ασθενής θα πρέπει, αρχικά, να συνειδητοποιήσει την αλλαγή ολόκληρης της ζωής του και της καθημερινότητάς του. Πιο συγκεκριμένα ο διαβητικός άρρωστος καλείται να ενημερωθεί για τη σημασία της πάθησής του σε όλα τα επίπεδα της προσωπικής και κοινωνικής του ζωής, για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τη σοβαρότητα των ενδεχόμενων επιπλοκών του διαβήτη και για τη σπουδαιότητα συμμόρφωσής του στις οδηγίες του θεράποντος προσωπικού. Με τον τρόπο αυτό, ο διαβητικός καλείται να αλλάξει, συνειδητά, τον τρόπο ζωής του, τη διατροφή του, τις καθημερινές του δραστηριότητες και συνήθειες ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Πρακτικά, το διαβητικό άτομο θα πρέπει να ακολουθεί συγκεκριμένη διατροφή, να ασκείται σε τακτική βάση, να λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή σύμφωνα με τις οδηγίες των θεράποντων γιατρών, να ελέγχει τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, να υποβάλλεται σε τακτικούς εργαστηριακούς ελέγχους και να παρακολουθείται σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα από μια ομάδα ειδικών που περιλαμβάνει γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων όπως διαβητολόγο, καρδιολόγο, οφθαλμίατρο, αγγειολόγο κ.τ.λ., ψυχολόγους, επισκέπτες υγείας κ.α. ανάλογα με τις εκάστοτε υγειονομικές του ανάγκες. Τέλος, ο ασθενής θα πρέπει να μάθει να αναγνωρίζει τα πρώιμα συμπτώματα των οξέων επιπλοκών της νόσου ώστε να είναι σε θέση να δρα εγκαίρως είτε ατομικά είτε απευθυνόμενος στις υγειονομικές υπηρεσίες (Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008).

Ένας από τους πιο βασικούς επιβαρυντικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με τον διαβήτη αποτελεί η χρονιότητα της νόσου η οποία δημιουργεί συνθήκες ανασφάλειας για τον ίδιο τον πάσχοντα και την οικογένεια του σχετικά με την πορεία και την έκβασή της. Ο σακχαρώδης διαβήτης, όπως κάθε χρόνια ασθένεια, δοκιμάζει, σωματικά και ψυχικά, τις αντοχές του ασθενή και του οικογενειακού του περιβάλλοντος επιδρώντας καταλυτικά σε βασικές

λειτουργίες του ατόμου, όπως η επικοινωνία, η κοινωνικότητα και η αυτοφροντίδα (Σαπουντζή, 2004, Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008). Η εξάντληση των σωματικών και ψυχικών αποθεμάτων του πάσχοντα έχει, επιπλέον, σαν αποτέλεσμα την κακή θεραπευτική του συμμόρφωση (Πήτα, 2006). Επιπρόσθετα, η χρονιότητα του διαβήτη, οι επιπλοκές του και οι επιδράσεις του στην καθημερινότητα του ασθενή δημιουργούν συναισθήματα άγχους και καταθλιπτική διάθεση. Η προσωπικότητα του ατόμου, οι εμπειρίες του, τα βιώματά του, οι γνώσεις του, οι δεξιότητές του, οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις του σε θέματα υγείας και ασθένειας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες διαμόρφωσης της τελικής εικόνας του εαυτού του και της ασθένειάς του, μιας εικόνας από την οποία εξαρτώνται οι τελικές αντιδράσεις του. Καθοριστικό, επίσης, ρόλο στην αντιμετώπιση της νόσου διαδραματίζουν οι υποστηρικτικές δομές, προερχόμενες είτε από την ίδια οικογένεια του αρρώστου είτε από την πολιτεία και τη κοινωνία γενικότερα (Γρηγοριάδου, 2006, Wasserman & Trifonova, 2006, Wagner et al, 2004).

Η προσωπικότητα του πάσχοντα και η φύση της νόσου του καθορίζουν το βαθμό επίδρασής του διαβήτη στην ποιότητα ζωής. Στο σακχαρώδη διαβήτη όπως και σε κάθε χρόνια ασθένεια παρατηρείται μια αλληλεπίδραση των πεποιθήσεων και των αξιών του πάσχοντα με την κατάσταση της σωματικής του υγείας. Από τη μία, η ίδια η ασθένεια δημιουργεί αρνητικό κλίμα στην καθημερινή ζωή του ατόμου και από την άλλη το άτομο με τις ικανότητες και τις συμπεριφορές του μπορεί να εξισορροπήσει τις αρνητικές αυτές επιδράσεις. Το αποτέλεσμα αυτής της αλληλεπίδρασης θα καθορίσει τελικά την ποιότητα ζωής του διαβητικού ασθενή (Wasserman & Trifonova, 2006). Οι πεποιθήσεις και οι απόψεις των ασθενών για την υγεία, την ασθένεια και την ποιότητα ζωής τους δεν εξαρτώνται τόσο από εργαστηριακές μετρήσεις και εξετάσεις, ειδικά στον ΣΔ2 όπου η πορεία της νόσου μπορεί να εξελίσσεται ασυμπτωματικά. Οπότε, η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης που χρησιμοποιείται από τους διαβητολόγους ως ο πιο κατάλληλος εργαστηριακός δείκτης επιτυχίας ή αποτυχίας της αντιδιαβητικής φαρμακευτικής αγωγής αλλά και της συμμόρφωσης του ασθενή στις οδηγίες των θεράποντων γιατρών δεν αποτελεί για το ίδιο το άτομο καθοριστικό παράγοντα διαμόρφωσης της ποιότητας ζωής του. Αντίθετα, φαίνεται πως η ψυχολογική και η συναισθηματική κατάστασή του υπερισχύουν περισσότερο στον καθορισμό των απόψεων του σχετικά με την ποιότητα ζωής του ανεξάρτητα, πολλές φορές, από την κατάσταση της σωματικής του υγείας (Γρηγοριάδου, 2006, Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008). Σύμφωνα λοιπόν με την ψυχοσύνθεση του διαβητικού ασθενή, τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου, το άτομο αντιδρά είτε αδιάφορα στη περίπτωση όπου δεν παρουσιάζει εμφανή κλινική συμπτωματολογία και αισθάνεται καλά γιατί ουσιαστικά δεν συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του και των κινδύνων που διατρέχει, είτε αντιδρά με άγχος, ανησυχία και πανικό ειδικά στις περιπτώσεις επιπλοκών, αναπηριών, ανικανοτήτων ή σε

περιπτώσεις προσαρμογής στην ενέσιμη ινσουλινοθεραπεία ως μοναδική θεραπευτική λύση. Ειδικά στην τελευταία αυτή περίπτωση τόσο τα ίδια τα άτομα όσο και οι οικογένειές τους καλούνται να προσαρμοστούν σε μια σειρά απωλειών που σχετίζονται με την υγεία, τη σωματική λειτουργικότητα, τα συναισθήματα, τον κοινωνικό ρόλο και την οικονομική κατάσταση (Σαπουντζή, 2004, Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008). Με την πάροδο του χρόνου από τη στιγμή της πρώτης διάγνωσης, ο ασθενής γίνεται όλο και πιο συνειδητοποιημένος ενώ, πλέον, διατυπώνει ανησυχίες σχετικά με την πρόγνωση της νόσου, την αυστηρή τήρηση του υγιεινοδιαιτητικού προγράμματος και την πιστή θεραπευτική συμμόρφωση, ιδιαίτερα όταν αυτή αφορά στην εφαρμογή σχημάτων ενέσιμης ινσουλίνης (Πήτα, 2006, Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008). Ο διαβητικός ασθενής χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη, τόσο στην έναρξη της θεραπευτικής αγωγής όπου εξελίσσεται η διαδικασία της συνειδητοποίησης όσο και στην πορεία της νόσου όπου είναι πιο πιθανή μια συναισθηματική και ψυχική εξάντληση (Imasiku, 2005, Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008).

2.4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2.4.1. Διεθνής πραγματικότητα

Αποτελέσματα μελετών σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη απέδειξαν, τόσο ότι υπάρχει συσχέτιση της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών με την HbA1c, το φύλο, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση και την κοινωνική υποστήριξη, όσο κι ότι το ερωτηματολόγιο EQ-5D αποτελεί ένα έγκυρο εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής καθώς μπορεί να εντοπίσει τον αντίκτυπο και τις συνέπειες των διαβητικών επιπλοκών στις διάφορες διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των πασχόντων (Grandinetti et al, 2000, Kaholokula et al, 2003, Park et al, 2004, Solli et al, 2010).

Έρευνες απέδειξαν ότι η συμπεριφορά του διαβητικού ατόμου σχετικά με την ασθένειά του εξαρτάται από μια σειρά δημογραφικών, ανθρωπομετρικών και οικονομικο-κοινωνικών παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, τα συνυπάρχοντα νοσήματα, η παχυσαρκία, η εκπαίδευση, η ανεργία και η διάρκεια της νόσου (Westaway et al, 2001, Coffey et al, 2002).

Έχει παρατηρηθεί ότι, λόγω προσωπικών εμπειριών, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αντιμετωπίζουν καλύτερα τις απαιτήσεις της νόσου, των επιπλοκών της και των θεραπευτικών παρενεργειών. Επίσης έχει βρεθεί πως υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην αντιμετώπιση της ασθένειας και στην αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους. Έτσι, ενώ οι

γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο απαισιόδοξες, αρνητικές και δυσκολεύονται να δεχτούν την ύπαρξη της χρόνιας ασθένειας, οι άντρες, αντιθέτως, προσαρμόζονται καλύτερα στη νέα πραγματικότητα, βλέπουν πιο αισιόδοξο το μέλλον, αντιμετωπίζουν ευκολότερα την κατάσταση της υγείας τους και καταφέρνουν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της νόσου. Επιπλέον σταθεροποιητικό παράγοντα αποτελεί ο έγγαμος βίος ο οποίος φαίνεται να διαδραματίζει θετικό ρόλο τόσο στην αντίληψη της κατάστασης της υγείας όσο και στην ποιότητα ζωής. Η αντιμετώπιση των απαιτήσεων της νόσου στα πλαίσια της οικογενειακής στήριξης καθίσταται πολύ ευκολότερη απομακρύνοντας έτσι τον πάσχοντα από αρνητικές ψυχολογικές καταστάσεις όπως είναι η κατάθλιψη. Επίσης, αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής του διαβητικού έχει η συνύπαρξη επιπλοκών ή άλλων νοσημάτων αφού αυξάνουν την πιθανότητα ύπαρξης συμπτωμάτων ή/και αναπηριών (Γρηγοριάδου, 2006, Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008).

Άλλες έρευνες εξετάζουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη θεραπεία του διαβήτη. Σύμφωνα με αυτές, η δυσαρέσκεια από τη θεραπεία συσχετίζεται με διαταραχές στην όρεξη, την υπογλυκαιμία, την αύξηση βάρους, το φύλο, τις επιπλοκές και το είδος της θεραπευτικής αγωγής. Επίσης, διαπιστώθηκε πως οι διαβητικοί ασθενείς που δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες και λαμβάνουν αντιδιαβητική θεραπεία με ινσουλίνη, απαιτούν μεγαλύτερη προσοχή προκειμένου να βελτιωθεί η ικανοποίηση από τη θεραπεία τους (Al-Aujan et al., 2012). Η μελέτη του Armentano (2004) έδειξε ότι οι ινσουλινοθεραπευόμενοι διαβητικοί με τη χρήση της απλής σύριγγας ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από εκείνους που χρησιμοποιούσαν τις προγεμισμένες συσκευές τύπου πένα. Σύμφωνα με τη μελέτη των Escudero - Carretero et al. (2006) οι διαβητικοί ασθενείς δείχνουν πιο ικανοποιημένοι από τη θεραπεία τους όταν παρακολουθούνται από γιατρούς που τους κατανοούν, συμπάσχουν με την κατάστασή τους, τους ενθαρρύνουν, συμμερίζονται τις απόψεις και τις ανάγκες τους ενώ παράλληλα επιδεικνύουν επιστημονική επάρκεια, επαγγελματισμό, υπευθυνότητα και ανθρωπιά. Τέλος, άλλες έρευνες απέδειξαν ότι η ικανοποίηση των διαβητικών ασθενών επηρεάζεται περισσότερο από τις ικανότητες του γιατρού σε διαπροσωπικό επίπεδο και όχι τόσο από την ποιότητα των παροχών περίθαλψης (Gross et al., 2003; Golin et al., 2002).

2.4.2. Η Ελληνική – Κυπριακή πραγματικότητα

Οι Παπαδόπουλος και συν., το 2007, διεξήγαγαν έρευνα σε ελληνικό νησί σχετικά με τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των διαβητικών και με στόχο τον καθορισμό των απαραίτητων ενεργειών για την βελτίωσή τους. Το αποτέλεσμα της μελέτης απέδειξε ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών επηρεάζεται από μια σειρά δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, το

μορφωτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου. Επιπλέον βρέθηκε ότι κλινικοί παράγοντες όπως η διάρκεια και οι επιπλοκές του διαβήτη συμβάλουν στη διαμόρφωση του επιπέδου ποιότητας ζωής των ασθενών (Παπαδόπουλος και συν., 2007).

Σε έρευνα που διεξήχθη στο τακτικό διαβητολογικό ιατρείο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, σχετικά με την εκτίμηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης από την θεραπεία σε ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αποδείχθηκε ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ήταν χαμηλότερη συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, ενώ η ικανοποίηση από την θεραπεία ήταν καλή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, καθοριστικοί παράγοντες στην διαμόρφωση της ποιότητας ζωής ήταν το γυναικείο φύλο, η παχυσαρκία, η ύπαρξη επιπλοκών, η κακή ρύθμιση του σακχάρου, η πρόσφατη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και τα συνοδά νοσήματα. Επιπλέον, οι πάσχοντες μικρότερης ηλικίας, εκείνοι που λαμβάνουν συνδυαστική αντιδιαβητική θεραπεία με δισκία και ινσουλίνη καθώς και οι διαβητικοί με $HbA1c > 7$ αποδείχθηκαν λιγότεροι ικανοποιημένοι από την θεραπεία (Μπακόλα, 2007).

Η Αντωνοπούλου (2013) σε έρευνα που διεξήγαγε σε ελληνικό δευτεροβάθμιο γενικό νοσοκομείο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών επηρεάζεται τόσο από την κατάθλιψη και την αϋπνία όσο και από πλήθος κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων όπως η ηλικία και το φύλο.

Η Αρβανιτάκη (2009) στην μεταπτυχιακή της μελέτη σε αγροτικό πληθυσμό αποφάνθηκε πως η παχυσαρκία δεν συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής ή την ικανοποίηση των ασθενών ενώ, αντίθετα, σχετίζεται με το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής για συνοδά νοσήματα.

Ο Kontodimopoulos et al (2012), μετά από έρευνα σε πληθυσμό της ελληνικής επαρχίας, εντόπισε ως επιβαρυντικούς παράγοντες της, σχετιζόμενης με το διαβήτη, ποιότητας ζωής, την ηλικία, το γυναικείο φύλο, τις επιπλοκές, τα συνυπάρχοντα νοσήματα, την παχυσαρκία, την ινσουλινοθεραπεία και τη διάρκεια της νόσου. Η ικανοποίηση από τη θεραπεία βρέθηκε να επηρεάζεται από την τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και την ινσουλινοθεραπεία.

Ο Παπαματθαίου (2013) στην διπλωματική του έρευνα σε ιδιωτικό διαβητολογικό ιατρείο των Αθηνών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα δημογραφικά στοιχεία, οι διαταραχές ύπνου, η κατάθλιψη και η ικανοποίηση από τη θεραπεία μπορούν να επηρεάσουν, υπό προϋποθέσεις, την ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών.

Στην Κύπρο, το μέγεθος του προβλήματος αναδείχθηκε από τον Λοΐζο (2003) με την επιδημιολογική του μελέτη για την «Διαπίστωση της συχνότητας του Σακχαρώδη Διαβήτη, της Υπέρτασης και των Διςλιπιδαιμιών στο Γενικό Πληθυσμό της Ελεύθερης Κύπρου». Σύμφωνα με την συγκεκριμένη έρευνα, το ποσοστό των διαβητικών ατόμων στις ελεύθερες περιοχές της Κύπρου ανέρχεται σε ποσοστό 10,3%, ενώ το ποσοστό των αδιάγνωστων και αρρυθμιστων ατόμων

με σακχαρώδη διαβήτη υπολογίζεται στον ποσοστό του 37%. Επιπλέον, το 73% των πασχόντων από σακχαρώδη διαβήτη δεν λαμβάνει καμία αγωγή για την ρύθμιση της νόσου.

Η Φιλίππου (2013) στην διπλωματική της έρευνα, η οποία διεξήχθη σε νοσοκομείο της Κύπρου και στην οποία συμμετείχαν 150 διαβητικοί ασθενείς, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και η ικανοποίησή τους από τη θεραπεία επηρεάζεται τόσο από μια σειρά κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων, όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, όσο και από κλινικές παραμέτρους, όπως η τιμή της HbA1c, η χρήση ινσουλίνης, η παχυσαρκία, η διάρκεια της νόσου και η ύπαρξη επιπλοκών.

Κεφάλαιο Τρίτο

3.Μεθοδολογία

3.1. Σκοπός – Αναγκαιότητα της έρευνας

3.1.1 Σκοπός - Στόχοι

Ο σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας αποτελείται από την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και της ικανοποίησης των διαβητικών ασθενών από την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή τους. Η αντιδιαβητική φαρμακευτική αγωγή διακρίνεται σε δισκία, σε ενέσιμα σκευάσματα (ινσουλίνη, εξενατίδη) ή σε συνδυασμό τους.

Επιπλέον στόχος της έρευνας αποτελεί η διερεύνηση όλων εκείνων των δημογραφικών, κλινικών και οικονομικο-κοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών και την ικανοποίησή τους από τη θεραπεία.

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να καταλήξει σε συγκεκριμένα συμπεράσματα τα οποία θα ωφελήσουν προς την κατεύθυνση της καλύτερης κατανόησης των μεταβλητών που επηρεάζουν τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές των πασχόντων από ΣΔ2 με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της σχέσης των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας και τη συμμόρφωση των πρώτων στις θεραπευτικές οδηγίες των δεύτερων. Επίσης η έρευνα θα αναδείξει τους προσδιοριστικούς εκείνους παράγοντες της σχετιζόμενης με τον ΣΔ2 ποιότητα ζωής οι οποίοι θα αποτελέσουν αντικείμενο του στρατηγικού σχεδιασμού προγραμμάτων πρόληψης, προαγωγής της υγείας και θεραπείας. Με τον τρόπο αυτό οι ασθενείς οδηγούνται γρηγορότερα στη διάγνωση προλαμβάνοντας τις επιπλοκές, οι επαγγελματίες υγείας προτείνουν λύσεις και παρεμβάσεις με σεβασμό προς τις απόψεις και τις προσδοκίες των ασθενών τους και η πολιτεία μεριμνά για την θέσπιση υγειονομικών προγραμμάτων κατάλληλων για την συγκεκριμένη πάθηση. Ο συνδυασμός όλων των προαναφερθέντων στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΣΔ2.

Η έρευνα διεξήχθη στην περιοχή του Θριασίου πεδίου στην Ελευσίνα Αττικής, μια περιοχή των Δυτικών Προαστίων του Νομού Αττικής η οποία χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα σε μεγαλύτερο βαθμό από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Αποκτά, λοιπόν ιδιαίτερο ενδιαφέρον και πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας και για το

υγειονομικό σύστημα να καταφέρουν να κατανοήσουν τις απόψεις αυτών των ασθενών σε θέματα υγείας και ασθένειας και να μπορέσουν να προσδιορίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις τους και καθορίζουν τις συμπεριφορές τους με σκοπό να τους πείσουν για την αναγκαιότητα αλλαγής τρόπου ζωής εν μέσω των σοβαρών κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων που καθημερινά καλούνται να αντιμετωπίσουν.

3.1.2. Δείγμα – Συλλογή δεδομένων

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 130 διαβητικούς ασθενείς οι οποίοι παρακολουθούνταν είτε στο εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο του Θριασίου Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας είτε στο τακτικό διαβητολογικό ιατρείο του Κέντρου Υγείας Ελευσίνας αφού τα δύο ιατρεία εξυπηρετούν τον ίδιο πληθυσμό λόγω έλλειψης άλλων διαβητολογικών ιατρείων στην ευρύτερη περιοχή. Το δείγμα επιλέχθηκε σύμφωνα με τα εξής κριτήρια:

- την ύπαρξη διάγνωσης ΣΔ2 υπό φαρμακευτική αγωγή διάρκειας, τουλάχιστον, 3 μηνών πριν την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας
- την συμπλήρωση του 18^{ου} έτους της ηλικίας των συμμετεχόντων
- την κατανόηση της ελληνικής γλώσσας
- την οικειοθελή συμμετοχή των ασθενών στην έρευνα
- την τακτική παρακολούθηση των ερωτηθέντων στα εν λόγω ιατρεία

Κατά την επίσκεψή τους στο διαβητολογικό ιατρείο, οι ασθενείς που πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια καλούνταν να συμμετέχουν οικειοθελώς στην μελέτη και την συμπλήρωση των εργαλείων μέτρησης ενώ επιπρόσθετα παρείχαν, ανωνύμως, πληροφορίες σχετικές με το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το είδος της αντιδιαβητικής αγωγής, τα συνυπάρχοντα νοσήματα και τις επιπλοκές, τη διάρκεια του διαβήτη και την τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ως δείκτη ελέγχου της νόσου. Τα στοιχεία αυτά εκμαιούτηκαν από τον ίδιο τον ερευνητή παρουσία του οποίου συμπληρώθηκαν και τα ερωτηματολόγια ώστε να δίνονται οι απαραίτητες διευκρινήσεις σχετικά με το νόημα των ερωτήσεων.

3.1.3. Όργανα Μέτρησης

Για την συλλογή των δεδομένων επιλέχθησαν να χρησιμοποιηθούν οι ελληνικές εκδόσεις τριών ερωτηματολογίων, SF-36, EQ-5D και DTSQ. Πρόκειται για τρία αξιόπιστα και έγκυρα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής για τα οποία έχει γίνει ήδη σχετική αναφορά σε προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των

ελληνικών εκδόσεων των τριών ερωτηματολογίων αποδεικνύεται από μελέτες που ανευρίσκονται στη βιβλιογραφία (Kontodimopoulos et al, 2012, Pappa et al, 2005, Kontodimopoulos et al, 2008).

3.1.4. Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS20. Οι απαντήσεις των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής κωδικοποιήθηκαν και αποθηκεύτηκαν στο συγκεκριμένο στατιστικό πρόγραμμα προκειμένου να δημιουργηθεί μία βάση δεδομένων.

Σχετικά με την εκτίμηση της ποιότητας ζωής με τη χρήση του ερωτηματολογίου EQ-5D, χρησιμοποιήθηκαν η οπτική αναλογική κλίμακα (EQVAS) που λαμβάνει τιμές από το 0 έως το 100 και ο δείκτης York A1 tariff που στηρίζεται σε χρησιμότητες κοινωνικής αποτίμησης του αγγλικού πληθυσμού, μετρημένες με τη μέθοδο αντιστάθμισης χρόνου και κυμαίνεται από -0,594 ως 1 (Dolan et al., 1996). Η ποιότητα ζωής βάσει του SF-36 εκτιμήθηκε τόσο με τις οκτώ διαφορετικές διαστάσεις που βαθμολογούνται με τιμές από το 0 έως το 100 όσο και με τις δύο συνοπτικές κλίμακες της φυσικής (PCS) και της ψυχικής υγείας (MCS) που έχουν τιλοποιηθεί σε μέση τιμή το 50 και τυπική απόκλιση το 10 και βασίζονται στον γενικό αμερικανικό πληθυσμό (Ware et al., 1994). Παράλληλα, για την ικανοποίηση των ασθενών από την αντιδιαβητική τους θεραπεία χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο μέτρησης DTSQ το οποίο λαμβάνει τιμές από το 0 έως το 36 (Kontodimopoulos et al, 2012).

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι διάμεσες τιμές, οι τυπικές αποκλίσεις, οι ανώτερες και κατώτερες τιμές όπως επίσης και το διάστημα ασφάλειας 95%.

Με τη βοήθεια του μη παραμετρικού ελέγχου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των διαστάσεων των ερωτηματολογίων από όπου προέκυψε πως τα μόνα δείγματα που προέρχονται από πληθυσμό που ακολουθεί κανονική κατανομή είναι αυτά των τριών διαστάσεων της Γενικής Υγείας, της Ψυχικής Υγείας και της Συνοπτικής Κλίμακας Φυσικής Υγείας του εργαλείου μέτρησης SF-36 (παράρτημα). Για τις κλίμακες μη κανονικής κατανομής χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι. Για τους συσχετισμούς των ερωτηματολογίων με τις δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν, στις μη κανονικές κλίμακες, για δύο ανεξάρτητα δείγματα ο έλεγχος Mann-Whitney U και για περισσότερα από δύο ανεξάρτητα δείγματα ο έλεγχος Kruskal-Wallis ενώ για τις κανονικές κλίμακες χρησιμοποιήθηκαν, αντίστοιχα, ο έλεγχος t-test και ο έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA. Για τις συσχετίσεις μεταξύ των εργαλείων μέτρησης χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι Pearson's και Spearman's. Οι συντελεστές

συσχέτισης λαμβάνουν τιμές από -1 ως +1. Όσο πιο κοντά είναι οι απόλυτες τιμές στη μονάδα, τόσο πιο ισχυρή είναι η γραμμική συσχέτιση μεταξύ τους.

Το επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή ή την απόρριψη μιας υπόθεσης τέθηκε στο 5%.

Κεφάλαιο Τέταρτο

4. Αποτελέσματα Έρευνας

Το 54,61% των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν άνδρες και το 45,39% γυναίκες. Ο νεώτερος συμμετέχων ήταν 35 ετών και ο γηραιότερος 86 ετών με μέσο όρο ηλικίας του δείγματος τα 64,6 έτη. Το 6,15% των ασθενών ήταν από 35 έως 45 ετών, το 14,62% κυμαινόταν στις ηλικίες από τα 46 στα 55 έτη, το 30% βρισκόταν στην ηλικιακή δεκαετία των 56-65 ετών ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων, το 49,23%, ήταν πάνω από 65 ετών. Το 75,38% των ερωτηθέντων ήταν έγγαμοι σε αντίθεση με το 24,62% που ήταν άγαμοι, χήροι ή χωρισμένοι. Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών κατείχε υποχρεωτική (γυμνάσιο) και δευτεροβάθμια εκπαίδευση (λύκειο), 32,31% και 43,08% αντίστοιχα, ενώ οι διαβητικοί με τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ) ήταν λιγότεροι με ποσοστό 13,07% και υπήρξαν και αναλφάβητοι σε ένα ποσοστό της τάξης του 11,54%. Όσον αφορά στην επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων, οι συνταξιούχοι ήταν οι περισσότεροι με ποσοστό 66,92%, ακολουθούν οι εργαζόμενοι με ποσοστό 23,85% και, τέλος οι άνεργοι με ποσοστό 9,23%. Η διάρκεια του διαβήτη για τους περισσότερους ασθενείς περιοριζόταν μέχρι τα 5 έτη (ποσοστό 32,31%) ή ξεπερνούσε τα 15 έτη (ποσοστό 26,15%) ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφησαν για τα χρονικά διαστήματα 6-10 και 11-15 χρόνια διαβήτη, 18,46% και 23,08% αντίστοιχα. Η μικρότερη διάρκεια διαβήτη που βρέθηκε στο δείγμα ήταν 3 μήνες ενώ η μεγαλύτερη ήταν 50 χρόνια με μέσο όρο τα 12,99 έτη. Ο δείκτης μάζας σώματος (Body Mass Index=BMI), ένας ανθρωπομετρικός δείκτης, που χαρακτηρίζει ένα άτομο φυσιολογικό σε βάρος ($20 \leq \Delta M \Sigma \leq 25$), υπέρβαρο ($25 < \Delta M \Sigma \leq 30$) ή παχύσαρκο ($\Delta M \Sigma > 30$) κατέγραψε στο δείγμα ένα μέσο όρο της τάξης του 28,05 με ελάχιστο το 23 και μέγιστο το 37. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι (50,77%) ενώ λιγότεροι ήταν οι φυσιολογικοί σε βάρος και οι παχύσαρκοι με ποσοστά 21,54% και 27,69% αντίστοιχα. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), δείκτης που περιγράφει την ευστοχία ($HbA1c < 7$) ή την αστοχία ($HbA1c > 7$) της εφαρμοζόμενης θεραπευτικής αγωγής αλλά και την συμμόρφωση του ασθενή σε αυτή, παρουσίασε ως ελάχιστο απόλυτο αριθμό το 6 και μέγιστο το 9 με μέσο όρο το 7,73. Το 32,31% των διαβητικών είχαν πετύχει τον εργαστηριακό στόχο ($HbA1c < 7$) ενώ η πλειοψηφία, σε ποσοστό 67,69%, δεν τα είχε καταφέρει. Σχετικά με τις

Πίνακας 1: Δημογραφικοί, ανθρωπομετρικοί και οικονομικο-κοινωνικοί δείκτες του δείγματος της έρευνας

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ		ΑΠΟΛΥΤΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Φύλο	Ανδρας	71	54,61
	Γυναίκα	59	45,39
Ηλικία	35-45	8	6,15
	46-55	19	14,62
	56-65	39	30,0
	>65	64	49,23
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/Χήρος/ Χωρισμένος	32	24,62
	Έγγαμος	98	75,38
Εκπαίδευση	Καμία	15	11,54
	Υποχρεωτική	42	32,31
	Δευτεροβάθμια	56	43,08
	Τριτοβάθμια	17	13,07
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος	31	23,85
	Άνεργος	12	9,23
	Συνταξιούχος	87	66,92
Έτη διαβήτη	0-5	42	32,31
	6-10	24	18,46
	11-15	30	23,08
	>15	34	26,15
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	<25	28	21,54
	25-30	66	50,77
	>30	36	27,69
HbA1c	<7	42	32,31
	>7	88	67,69
Επιπλοκές ΣΔ2	Ναι	62	47,69
	Όχι	68	52,31
Είδος θεραπείας	Δισκία	49	37,69
	Ενέσιμα (ινσουλίνη κ.α.)	47	36,16
	Συνδυασμός	34	26,15

επιπλοκές του διαβήτη, το 52,31% των συμμετεχόντων δεν παρουσίαζε καμία διαγνωσμένη

επιπλοκή τη χρονική στιγμή της έρευνας ενώ το 47,69% δήλωσε ότι πάσχει από μία ή και περισσότερες επιπλοκές όπως αμφιβληστροειδοπάθεια ή/και τύφλωση, νεφροπάθεια, νευροπάθεια, μακροαγγειοπάθεια (έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αρτηριοπάθεια κ.α.). Τέλος, όσον αφορά στο είδος της αντιδιαβητικής θεραπείας, το δείγμα εμφανίζεται σχετικά μοιρασμένο αφού το 37,69% ελάμβανε μόνο δισκία, το 36,16% εφάρμοζε ενέσιμη αγωγή (ινσουλίνη ή εξενατίδη) και το υπόλοιπο 26,15% ελάμβανε συνδυασμό τους (Πίνακες 1 & 2).

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι απόλυτοι αριθμοί και τα ποσοστά των δημογραφικών, κοινωνικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος ενώ στον πίνακα 2 εμφανίζονται ο μέσος όρος, η ανώτερη και η κατώτερη τιμή συνεχών μεταβλητών όπως η ηλικία, η διάρκεια νόσου, οι τιμές του δείκτη μάζας σώματος και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Επιπλέον, στον πίνακα 2 παρουσιάζεται ο μέσος όρος (61,61), η ανώτερη και η κατώτερη τιμή της οπτικής αναλογικής κλίμακας EQVAS όπου ο συμμετέχων καλείται να βαθμολογήσει την κατάσταση της υγείας του σε μια κλίμακα από το 0 (πολύ κακή) έως το 100 (πολύ καλή).

Πίνακας 2: Μέσος όρος, ελάχιστη και μέγιστη τιμή της ηλικίας, των ετών διαβήτη, των δεικτών BMI & HbA1c και της βαθμολόγησης της κατάστασης υγείας.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
Ηλικία	35	86	64,60
Έτη διαβήτη	0,33	50	12,99
BMI	23	37	28,05
HbA1c	6	9	7,73
EQVAS	0	100	61,61

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ανώτερη / κατώτερη τιμή και το διάστημα εμπιστοσύνης 95% των βαθμολογιών των 8 διαστάσεων και των 2 συνοπτικών κλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36 αλλά και των δεικτών DTQS total και York A1 του EQ-5D.

Στους πίνακες 4 & 5 παρουσιάζονται οι συσχετισμοί μεταξύ των δημογραφικών (πίνακας 4) και κλινικών (πίνακας 5) μεταβλητών από τη μία, και των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής SF-36, EQ-5D και της ικανοποίησης από τη θεραπεία DTQS, από την άλλη.

Πίνακας 3: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ανώτερη / κατώτερη τιμή και διάστημα εμπιστοσύνης 95% των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων SF-36, EQ-5D και DTQS.

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	95% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Χαμηλότερο όριο	Υψηλότερο όριο
SF-36						
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	66,65	27,59	5,00	100,00	61,86	71,44
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	59,04	47,72	0,00	100,00	50,76	67,32
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	59,06	31,26	0,00	100,00	53,64	64,49
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	49,90	24,57	0,00	92,00	45,63	54,16
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	59,35	27,71	0,00	100,00	54,54	64,15
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	72,69	28,09	0,00	100,00	67,82	77,57
7.ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	44,61	49,21	0,00	100,00	36,08	53,15
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	49,01	22,50	0,00	96,00	45,11	52,92
A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	44,72	11,16	19,38	67,83	42,79	46,66
B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	40,17	12,91	16,29	60,89	37,93	42,41
EQ-5D						
York A1 tariff	0,521	0,369	-0,349	1,000	0,457	0,585
DTSQ						
DTSQ_Total	26,61	8,35	0	36	25,16	28,06

Αναφορικά με τις συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και των διαστάσεων των ερωτηματολογίων, προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: το φύλο φαίνεται να επηρεάζει τον σωματικό ρόλο ($p=0,020$), τον σωματικό πόνο ($p=0,029$), τον κοινωνικό ρόλο ($p=0,008$) και την συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ($p=0,006$) αφού οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερες βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές του ερωτηματολογίου SF-36 με στατιστικά σημαντική διαφορά. Όσον αφορά στην ηλικία, όσο νεότεροι είναι οι διαβητικοί ασθενείς, τόσο υψηλότερη

Πίνακας 4: Συσχετισμός δημογραφικών μεταβλητών με τα ερωτηματολόγια SF-36, EQ-5D και DTSQ.

	SF-36										EQ-5D	DTSQ
	ΣΩΛ	ΣΩΡ	ΣΩΠ	ΓΥ	ΖΩΤ	ΚΡ	ΣΥΡ	ΨΥ	ΣΚΦΥ	ΣΚΨΥ	York A1 tariff	DTSQ_ Total
ΦΥΛΟ												
ΑΝΔΡΕΣ	69,37	66,90	64,62	53,46	61,34	77,46	43,66	50,37	47,14	40,39	0,538	27,44
ΓΥΝ/ΚΕΣ	63,39	49,58	52,37	45,61	56,95	66,95	45,76	47,39	41,82	39,90	0,502	25,61
p	0,087	0,020	0,029	0,069	0,333	0,008	0,777	0,455	0,006	0,768	0,826	0,392
ΗΛΙΚΙΑ												
35-45	93,12	62,50	90,25	70,00	64,37	93,75	87,50	55,00	53,45	46,28	0,895	23,50
46-55	78,94	71,05	54,84	41,36	49,47	69,74	17,54	35,16	49,77	29,97	0,390	24,68
56-65	69,49	57,05	62,46	42,74	60,00	69,23	35,04	47,18	45,41	37,77	0,522	26,62
+66	57,96	56,25	54,34	54,28	61,25	73,05	53,12	53,50	41,71	43,89	0,513	27,56
P	<0,001	0,684	0,018	0,004	0,433	0,112	0,002	0,013	0,003	<0,001	0,004	0,172
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ												
Έγγαμος	69,64	61,99	62,33	49,33	58,93	73,60	40,82	49,14	46,15	39,22	0,521	26,28
Άγαμος/ Χήρος	57,50	50,00	49,06	51,62	60,62	69,92	56,25	48,62	40,35	43,05	0,522	27,63
p	0,007	0,330	0,036	0,649	0,970	0,365	0,128	0,911	0,010	0,136	0,673	0,850
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ												
Καμία	58,67	46,67	53,40	51,33	57,00	70,00	46,67	46,67	41,52	40,69	0,487	28,40
Γυμνάσιο	58,21	57,14	55,07	54,36	62,26	74,40	54,76	55,71	41,60	44,89	0,523	27,95
Λύκειο	70,27	59,82	60,41	45,41	57,59	70,54	37,50	46,00	45,87	37,55	0,521	25,86
ΑΕΙ/ΤΕΙ	82,64	72,06	69,47	52,41	60,00	77,94	41,18	44,47	51,50	36,66	0,548	24,18
p	0,002	0,594	0,352	0,326	0,889	0,592	0,394	0,133	0,009	0,034	0,975	0,465
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ												
Εργαζ/νος	72,42	60,48	61,90	48,97	57,42	76,61	33,33	42,06	47,68	36,32	0,526	25,58
Άνεργος	84,58	62,50	61,17	42,58	52,50	67,71	44,44	43,67	48,37	35,37	0,465	20,75
Συντ/χος	62,13	58,05	57,75	51,24	60,98	71,98	48,66	52,23	43,17	42,20	0,527	27,78
p	0,003	0,976	0,755	0,508	0,674	0,502	0,346	0,066	0,075	0,052	0,874	0,016

*όπου ΣΩΛ=Σωματική Λειτουργικότητα, ΣΩΡ=Σωματικός Ρόλος, ΣΩΠ=Σωματικός Πόνος, ΓΥ=Γενική Υγεία, ΖΩΤ=Ζωτικότητα, ΚΡ=Κοινωνικός Ρόλος, ΣΥΡ=Συναισθηματικός Ρόλος, ΨΥ=Ψυχική Υγεία, ΣΚΦΥ=Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας, ΣΚΨΥ=Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας

βαθμολογία σημειώνουν στις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας ($p < 0,001$), του σωματικού πόνου ($p = 0,018$) και της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας ($p = 0,003$), ενώ στην γενική υγεία ($p = 0,004$), στον συναισθηματικό ρόλο ($p = 0,002$), στην ψυχική υγεία ($p = 0,013$), στην συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ($p < 0,001$) και στο δείκτη York A1 ($p = 0,004$) παρουσιάζουν μεγαλύτερες βαθμολογίες οι ηλικίες του δείγματος από 35 έως 45 ετών. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, φαίνεται πως οι έγγαμοι εκφράζουν καλύτερη ποιότητα ζωής αφού εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες με στατιστικά σημαντική διαφορά στις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας ($p = 0,007$), του σωματικού πόνου ($p = 0,036$) και της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας ($p = 0,010$), ενώ σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, όσο ανώτερο είναι αυτό, τόσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία των διαστάσεων της σωματικής λειτουργικότητας ($p = 0,002$) και της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας ($p = 0,009$). Αντίθετα, στην συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ($p = 0,034$), την υψηλότερη βαθμολογία σημειώνουν οι διαβητικοί ασθενείς με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (κανένα ή γυμνάσιο). Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση των ασθενών φαίνεται πως οι άνεργοι παρουσιάζουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα ($p = 0,003$) ενώ οι πιο ευχαριστημένοι από τη θεραπεία εμφανίζονται οι συνταξιούχοι ($p = 0,016$).

Αναφορικά με τις συσχετίσεις μεταξύ των κλινικών παραγόντων και των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης από τη θεραπεία, προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: η διάρκεια του διαβήτη φαίνεται να επηρεάζει την σωματική λειτουργικότητα ($p = 0,029$), το σωματικό πόνο ($p = 0,003$) και την συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ($p = 0,001$) του ερωτηματολογίου SF-36 αφού στις διαστάσεις αυτές μεγαλύτερες βαθμολογίες σημειώνουν οι ασθενείς με την μικρότερη διάρκεια νόσου. Η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης παίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στις διαστάσεις του σωματικού ρόλου ($p = 0,023$) και της ζωτικότητας ($0,026$), όσο και στον δείκτη York A1 του ερωτηματολογίου EQ-5D ($p = 0,015$) ενώ ο δείκτης μάζας σώματος δεν φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών του δείγματος και την ικανοποίησή τους από τη θεραπεία. Σχετικά με την ύπαρξη ή μη επιπλοκών του διαβήτη, οι ασθενείς που παρουσιάζουν επιπλοκές δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη θεραπεία ($p = 0,006$) και εκφράζουν χειρότερη ποιότητα ζωής αφού εμφανίζουν μικρότερες βαθμολογίες στον δείκτη York A1 του ερωτηματολογίου EQ-5D ($p = 0,034$) και στις διαστάσεις του σωματικού ρόλου ($p = 0,038$), του σωματικού πόνου ($p = 0,030$) και της γενικής υγείας ($0,014$) του ερωτηματολογίου SF-36. Όσον αφορά στο είδος της αντιδιαβητικής θεραπείας, οι ασθενείς που λαμβάνουν μόνο δισκία εμφανίζονται οι πιο ικανοποιημένοι από την αγωγή τους ($p = 0,006$) και από την ποιότητα ζωής τους, συγκεκριμένα σχετικά με τις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας ($p = 0,009$), του σωματικού ρόλου ($p = 0,006$) και της συνοπτικής κλίμακας

Πίνακας 5: Συσχετισμός κλινικών μεταβλητών με τα ερωτηματολόγια SF-36, EQ-5D και DTSQ.

	SF-36										EQ-5D	DTSQ
	ΣΩΛ	ΣΩΡ	ΣΩΠ	ΓΥ	ΖΩΤ	ΚΡ	ΣΥΡ	ΨΥ	ΣΚΦΥ	ΣΚΨΥ	York A1 tariff	DTSQ Total
ΕΤΗ ΔΙΑΒΗΤΗ												
<5	73,45	65,48	71,05	48,98	54,88	73,81	41,27	43,81	48,92	36,55	0,552	26,69
6-10	72,08	64,58	64,00	53,33	70,42	81,77	41,67	48,33	47,77	40,95	0,484	26,42
11-15	63,33	54,17	47,47	54,67	59,33	73,33	48,89	54,13	41,75	43,14	0,553	23,53
+16	57,35	51,47	51,00	44,41	57,06	64,34	47,06	51,41	40,01	41,46	0,482	29,35
p	0,029	0,510	0,003	0,343	0,189	0,069	0,845	0,241	0,001	0,090	0,920	0,122
BMI												
<25	66,43	62,50	51,93	49,71	58,75	70,98	35,71	44,00	45,19	37,56	0,630	25,57
26-30	71,29	60,61	64,54	51,65	61,97	76,70	48,48	53,39	45,96	41,87	0,502	25,92
>30	58,33	53,47	54,55	46,83	55,00	66,67	44,44	44,89	42,09	39,07	0,473	28,67
P	0,045	0,762	0,109	0,642	0,361	0,174	0,497	0,077	0,241	0,357	0,137	0,422
HbA1c												
<7	71,07	73,81	58,52	51,57	67,50	78,27	47,62	48,57	47,18	41,06	0,623	26,81
>7	64,54	51,99	59,32	49,10	55,45	70,03	43,18	49,23	43,55	39,74	0,473	26,51
p	0,177	0,023	0,790	0,594	0,026	0,157	0,649	0,877	0,082	0,476	0,015	0,964
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ												
ΝΑΙ	62,50	50,00	53,00	44,40	55,97	69,15	44,09	46,13	41,87	39,55	0,453	25,13
ΟΧΙ	70,44	67,28	64,59	54,91	62,43	75,92	45,10	51,65	47,33	40,73	0,584	27,96
p	0,113	0,038	0,030	0,014	0,133	0,384	0,823	0,163	0,05	0,678	0,034	0,023
ΘΕΡΑΠΕΙΑ												
Δισκία	74,08	74,49	67,04	48,90	62,14	77,04	57,82	49,14	47,89	41,14	0,587	29,18
Ενέσιμη	57,87	54,79	53,25	55,47	59,57	73,94	40,42	51,49	42,50	41,69	0,540	22,87
Συνδυασμός	68,09	42,65	55,59	43,65	55,00	64,71	31,37	45,41	43,22	36,65	0,402	28,06
p	0,009	0,006	0,084	0,095	0,588	0,227	0,058	0,490	0,039	0,115	0,137	0,006

*όπου ΣΩΛ=Σωματική Λειτουργικότητα, ΣΩΡ=Σωματικός Ρόλος, ΣΩΠ=Σωματικός Πόνος, ΓΥ=Γενική Υγεία, ΖΩΤ=Ζωτικότητα, ΚΡ=Κοινωνικός Ρόλος, ΣΥΡ=Συναισθηματικός Ρόλος, ΨΥ=Ψυχική Υγεία, ΣΚΦΥ=Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας, ΣΚΨΥ=Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας

φυσικής υγείας (p=0,039). Αντίθετα οι διαβητικοί ασθενείς που λαμβάνουν ενέσιμη φαρμακευτική αγωγή είναι οι πιο δυσαρεστημένοι από την θεραπεία τους.

Τέλος, στον πίνακα 6 εμφανίζονται οι συσχετισμοί των ερωτηματολογίων SF-36, EQ-5D και DTQS μεταξύ τους σύμφωνα με τους συντελεστές συσχέτισης Pearson's και Spearman's οι οποίοι προέκυψαν θετικοί μεταξύ όλων των οργάνων. Για τη συσχέτιση μεταξύ κανονικών διαστάσεων χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Pearson's, μεταξύ μη κανονικών διαστάσεων υπολογίστηκε ο δείκτης Spearman's, ενώ στις περιπτώσεις συσχέτισεων μεταξύ κανονικών και μη κανονικών διαστάσεων λήφθηκε υπόψη ο χαμηλότερος συντελεστής από τους δύο προαναφερθέντες. Πιο ισχυρή φαίνεται πως είναι η συσχέτιση μεταξύ των ερωτηματολογίων SF-36 και EQ-5D που εκφράζουν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ενώ ασθενέστερη εμφανίζεται εκείνη του εργαλείου μέτρησης της ικανοποίησης από την θεραπεία DTSQ με τα άλλα δύο. Όλα τα αποτελέσματα εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$).

Πίνακας 6: Συσχετισμός των ερωτηματολογίων SF-36, EQ-5D και DTQS μεταξύ τους.

(1)Pearson's/ (2)Spearman's Correlation Coefficient ($p < 0,001$)	SF-36										EQ-5D	DTSQ	
	ΣΩΛ	ΣΩΡ	ΣΩΠ	ΓΥ	ΖΩΤ	ΚΡ	ΣΥΡ	ΨΥ	ΣΚΦ Υ	ΣΚΨ Υ	York A1 tariff	DTSQ_ Total	
SF-36	ΣΩΛ	1,000	0,563 (2)	0,615 (2)	0,437 (1)	0,609 (2)	0,502 (2)	0,459 (2)	0,469 (1)	0,849 (1)	0,375 (2)	0,494 (2)	0,354 (2)
	ΣΩΡ	0,563 (2)	1,000	0,401 (2)	0,352 (1)	0,658 (2)	0,544 (2)	0,583 (2)	0,442 (2)	0,725 (2)	0,481 (2)	0,335 (2)	0,366 (2)
	ΣΩΠ	0,615 (2)	0,401 (2)	1,000	0,438 (1)	0,478 (2)	0,524 (2)	0,402 (2)	0,456 (2)	0,741 (1)	0,382 (2)	0,556 (2)	0,370 (2)
	ΓΥ	0,437 (1)	0,352 (1)	0,438 (1)	1,000	0,557 (1)	0,569 (2)	0,371 (1)	0,474 (1)	0,596 (1)	0,495 (1)	0,464 (2)	0,085 (1)
	ΖΩΤ	0,609 (2)	0,658 (2)	0,478 (2)	0,557 (1)	1,000	0,646 (2)	0,615 (2)	0,767 (2)	0,594 (1)	0,781 (2)	0,552 (2)	0,459 (2)
	ΚΡ	0,502 (2)	0,544 (2)	0,524 (2)	0,569 (2)	0,646 (2)	1,000	0,550 (2)	0,538 (1)	0,566 (2)	0,704 (2)	0,548 (2)	0,332 (2)
	ΣΥΡ	0,459 (2)	0,583 (2)	0,402 (2)	0,371 (1)	0,615 (2)	0,550 (2)	1,000	0,569 (1)	0,347 (1)	0,830 (2)	0,460 (2)	0,350 (2)
	ΨΥ	0,469 (1)	0,442 (2)	0,456 (2)	0,474 (1)	0,767 (2)	0,538 (1)	0,569 (1)	1,000	0,349 (1)	0,860 (2)	0,542 (1)	0,362 (1)
	ΣΚΦΥ	0,849 (1)	0,725 (2)	0,741 (1)	0,596 (1)	0,594 (1)	0,566 (2)	0,347 (1)	0,349 (1)	1,000	0,273 (1)	0,462 (1)	0,252 (1)
	ΣΚΨΥ	0,375 (2)	0,481 (2)	0,382 (2)	0,495 (1)	0,781 (2)	0,704 (2)	0,830 (2)	0,860 (2)	0,273 (1)	1,000	0,538 (2)	0,407 (2)
EQ-5D	York A1 tariff	0,494 (2)	0,335 (2)	0,556 (2)	0,464 (2)	0,552 (2)	0,548 (2)	0,460 (2)	0,542 (1)	0,462 (1)	0,538 (2)	1,000	0,173 (2)
DTSQ	DTSQ_ Total	0,354 (2)	0,366 (2)	0,370 (2)	0,085 (1)	0,459 (2)	0,332 (2)	0,350 (2)	0,362 (1)	0,252 (1)	0,407 (2)	0,173 (2)	1,000

*όπου ΣΩΛ=Σωματική Λειτουργικότητα, ΣΩΡ=Σωματικός Ρόλος, ΣΩΠ=Σωματικός Πόνος, ΓΥ=Γενική Υγεία, ΖΩΤ=Ζωτικότητα, ΚΡ=Κοινωνικός Ρόλος, ΣΥΡ=Συναισθηματικός Ρόλος, ΨΥ=Ψυχική Υγεία, ΣΚΦΥ=Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας, ΣΚΨΥ=Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας

Κεφάλαιο Πέμπτο

5. Εισηγήσεις - Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα μελέτησε τη, σχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση από την θεραπεία ασθενών με ΣΔ2 που παρακολουθούνται σε εξωτερικό ιατρείο τριτοβάθμιου νοσοκομείου της δυτικής Αττικής και σε τακτικό ιατρείο Κέντρου Υγείας της ίδιας περιοχής. Η έρευνα στόχευσε στην διερεύνηση όλων εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και την ικανοποίησή τους από την θεραπεία. Οι παράγοντες αυτοί αποτελούν δημογραφικές, κλινικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές που διαμορφώνουν τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των διαβητικών ασθενών σε θέματα υγείας και ασθένειας. Για το σκοπό της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τρία εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, τα γενικά ερωτηματολόγια EQ-5D & SF-36 και το ειδικό ερωτηματολόγιο για την ικανοποίηση των ασθενών από τη θεραπεία του διαβήτη DTSSQ.

Γενικά, στη βαθμολόγηση των διαφόρων διαστάσεων του ερωτηματολογίου SF-36 καταγράφονται τιμές από το μέσο όρο και πάνω (από 49,90 έως 72,69) με εξαίρεση, ίσως, την ψυχική υγεία (49,01) και τον συναισθηματικό ρόλο (44,61). Ειδικότερα, οι διαστάσεις που αφορούν στην συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας βαθμολογούνται με μεγαλύτερες τιμές (44,72) σε σχέση με εκείνες της κλίμακας ψυχικής υγείας (40,17). Το ίδιο υψηλές καταγράφονται και οι βαθμολογίες των άλλων δύο ερωτηματολογίων, του EQ-5D (0,521) και του DTQS (26,61).

Μετά τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων συσχετισμού των δημογραφικών και κλινικών μεταβλητών με τα τρία όργανα μέτρησης, προκύπτει ότι το ανδρικό φύλο, οι νεότερες ηλικίες, ο θεσμός του γάμου, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η καλή ρύθμιση του διαβήτη ($HbA1c < 7$), η απουσία επιπλοκών, η σύντομη διάρκεια νόσου και η θεραπεία με δισκία αποτελούν στατιστικά σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν θετικά το επίπεδο της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών. Τα αποτελέσματα αυτά συμβαδίζουν με εκείνα άλλων ερευνών. Η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, η διάρκεια νόσου και η παρουσία ή μη επιπλοκών του διαβήτη βρέθηκαν να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας των Παπαδόπουλου και συν (2007) όπως επίσης και της Φιλίππου (2013) η οποία, επιπλέον, συμφωνεί στο συμπέρασμα ότι και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Επίσης, τα αποτελέσματα της

έρευνας του Παπαματθαίου (2013) συνηγορούν υπέρ της θεώρησης των δημογραφικών παραγόντων ως μεταβλητές επηρεασμού της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών. Ανάλογα, η ηλικία και το φύλο θεωρήθηκαν από την μελέτη της Αντωνοπούλου (2013) ως καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών του υπό έρευνα δείγματος. Η ηλικία, το φύλο, οι επιπλοκές, η διάρκεια νόσου και το είδος της θεραπείας αποτέλεσαν καθοριστικές μεταβλητές της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών και στην μελέτη της Χατζηαποστόλου (2009). Όσον αφορά στην ικανοποίηση από τη θεραπεία, οι μεταβλητές που την καθορίζουν με θετικό πρόσημο είναι η συνταξιοδότηση, η απουσία επιπλοκών της νόσου και η θεραπεία μόνο με δισκία. Οι συνταξιούχοι χωρίς επιπλοκές του διαβήτη που θεραπεύονται με αντιδιαβητικά δισκία δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι από τη θεραπεία τους. Τα ενέσιμα φάρμακα όπως η ινσουλίνη και η εξενατίδη ήταν ανέκαθεν ο φόβος των διαβητικών ασθενών. Η ινσουλίνη και οι επιπλοκές του διαβήτη, ως αρνητικοί παράγοντες επηρεασμού της ικανοποίησης των διαβητικών ασθενών από τη θεραπεία τους, συναντώνται και στις μελέτες των Χατζηαποστόλου (2009) και Φιλίππου (2013). Οι μελέτες αυτές, βέβαια, ανέδειξαν κι άλλους κλινικούς και δημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τη θεραπεία τους, κάτι το οποίο δεν προκύπτει από την παρούσα έρευνα. Αντίθετα, ο δείκτης μάζας σώματος, δεν φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα ζωής του δείγματος αλλά ούτε και την ικανοποίησή του από τη θεραπεία. Η παχυσαρκία δεν φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών του, υπό έρευνα, δείγματος. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγει και η μελέτη της Αρβανιτάκη (2009), ενώ σε αντίθετα αποτελέσματα καταλήγουν άλλες μελέτες (Χατζηαποστόλου, 2009, Φιλίππου, 2013, Redecop et al, 2002).

Από τη μελέτη συσχέτισης των τριών οργάνων μεταξύ τους, προκύπτουν, συνολικά, θετικοί δείκτες με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$). Πιο έντονη καταγράφεται η συσχέτιση μεταξύ των εργαλείων μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, SF-36 και EQ-5D, ενώ ασθενέστερη φαίνεται να είναι η συσχέτιση μεταξύ αυτών και του ερωτηματολογίου για την ικανοποίηση από τη θεραπεία, DTSQ. Σε ανάλογα συμπεράσματα καταλήγουν και οι έρευνες των Kontodimopoulos et al (2008) και Rowen et al (2009) οι οποίες αποδεικνύουν την συσχέτιση μεταξύ των δύο εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής SF-36 και EQ-5D. Επιπλέον η συσχέτιση μεταξύ των οργάνων SF-36 και DTSQ αναφέρεται στην έρευνα των Kontodimopoulos et al (2012), ενώ η ασθενής σχέση μεταξύ των ερωτηματολογίων EQ-5D και DTSQ αναδεικνύεται στη μελέτη των Redecop et al (2002).

Σχετικά με τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, αυτή δεν θα μπορούσε να είναι ενδεικτική για τον γενικό πληθυσμό γιατί η διεξαγωγή της πραγματοποιήθηκε σε ένα περιβάλλον με έντονα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα. Έτσι το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του

γενικού πληθυσμού το οποίο περιλαμβάνει τόσο αγροτικά όσο και ανώτερα αστικά κοινωνικά στρώματα. Επιπλέον, η χρονική στιγμή κατά την οποία πραγματοποιήθηκε η συγκεκριμένη μελέτη χαρακτηρίζεται από την διεθνή και ελληνική οικονομική κρίση που επιδεινώνει τα ήδη υπάρχοντα οικονομικά προβλήματα των διαβητικών ασθενών του, υπό έρευνα, δείγματος.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έρχονται να προστεθούν σε εκείνα της υπόλοιπης βιβλιογραφίας όπου συναντώνται αντικρουόμενα συμπεράσματα σχετικά με τις μεταβλητές που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των διαβητικών ασθενών για την, σχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής τους και την ικανοποίησή τους για την εφαρμοζόμενη αντιδιαβητική αγωγή. Παρόλα αυτά μία αναδρομική μελέτη όλων των ερευνητικών εργασιών που έχουν ασχοληθεί με την διερεύνηση των δημογραφικών, κλινικοεργαστηριακών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που φαίνεται να επηρεάζουν την σχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 και την ικανοποίησή τους από την θεραπεία θα μπορούσε να αναδείξει εκείνες τις μεταβλητές που τελικά παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των αντιλήψεων των διαβητικών ασθενών για την υγεία και τη νόσο τους. Τα συμπεράσματα της αναδρομικής μελέτης θα μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν από το σύστημα υγείας για την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας με στόχο την μείωση του επιπολασμού του ΣΔ2 και τον έλεγχο των επιπλοκών του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Al-Aujan AS, Al-Aqeel, S, Al-Harbi, A, Al-Abdulltif, E. (2012). Patients' satisfaction with diabetes medications in one hospital, Saudi Arabia. *Patient Prefer Adherence*, 6: 735–740.

Armentano, V, Albanese, M, Amodeo, A, et al. (2004). The Diabetes & TE.S Project: How patients perceive diabetes and diabetes therapy. *Acta Bio Medica Ateneo Parmense*, 75: 164-170.

American Diabetes Association. (2003). Economic costs of diabetes in the US. *Diabetes Care*; 26.

Anagnostopoulos, F., Niakas, D., Pappa, E. (2005). Construct validation of Greek SF-36. *Health Survey, Qual Life Res*, 14: 1959-1965.

Andrews, F., Whitney S. (1976). Social indicators of well-being: The development of the measurement of perceptual indicators. *New York: Plenum Press*.

Australian Centre on Quality of Life Instruments, (2008). www.acqol.deakin.edu.au [30/03/14]

Beckman Research Institute, (2008). www.city-ofhope.org [30/03/14]

Bond, S., Thomas, L. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17:52-56.

Bowling, A. (1997). Measuring health: a review of quality of life measurements scales. *UK: Open University Press*.

Bradley, C. (1997). The diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire: DTSQ in Bradley C. (Ed) Handbook of Psychology and Diabetes: a guide to psychological measurement in diabetes research and practice. *Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers*.

Brazier, J, Jones, N, Kind, P. (1993). Testing the validity of the EuroQol and comparing it with the SF-36 Health Survey Questionnaire. *Qual Life Res* 2, 169-180.

Brazier, J, Roberts, J, Tsuchya, A, et al. (2004). A comparison of the EQ-5D and SF-36 across seven patient groups. *Health Economics*, 13,873-884.

Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health policy*, 37(1):53-72.

Camilleri-Brennan, J., Steele, R. (1999). Measurement of quality of life in surgery. *Journal College Surgeon Edinburg*, 44: 252-259.

- Coffey, T., Brandle, M., Zhou, H., Marriott, D., Burke, R., Tabaei, B., Engelgau, M., Kaplan, R., Herman, W. (2001). Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*, 25:2238-2243.
- Dolan, P, Gudex, C, Kind, P, et al. (1996). Valuing health states: a comparison of methods. *J Health econ*; 15.
- Escudero – Carretero, MJ, Prieto-Rodríguez, MA, Fernández-Fernández, I, March – Cerdà, JC. (2006). Physician/patient relationship in diabetes mellitus type I treatment. A qualitative study. *Atencion Primaria*, 15: 38(1):8-15.
- Fayers, P., & Machin, D. (2006). Quality of life, Assessment, Analysis and Interpretation. *Θεσσαλονίκη: University Studio Press*.
- Godney, R., Fisher, L., Phillips, P., Wilson, D. (2004). Diabetes, Depression and Quality of Life. <http://care.diabetesjournals.org/cgc/reprint/27/5/1066pdf>. [05/04/14]
- Golin, C., Di Matteo, RM, Duan, N., Leake, B., Gelberd, L. (2002). Impoverished Diabetic Patients Whose Doctors Facilitate Their Participation in Medical Decision Making are More Satisfied with Their Care. *Journal of General Internal Medicine*, 17:11, 866 - 875.
- Grandinetti, A., Kaholokula, JK., Crabbe, KM., Kenui, CK., Chen, R., Chang, HK. (2000), Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. *Psychoneuroendocrinology*, 25(3); 239-46.
- Gross, R, Tabenkin, H, Porath, A, Heymann, A, Greenstein, M, Porter, B, Matzliach, R. (2013). The relationship between primary care physicians' adherence to guidelines for the treatment of diabetes and patient satisfaction: findings from a pilot study. *Family Practice*, 20 (5): 563-569.
- Hunter, M. (2003). The women's health questionnaire (WHQ): frequently asked questions (FAQ). *Health Qual Life Outcomes*, 1:41.
- Imasiku, M. (2005). Efficacy of behavioral intervention for diabetes mellitus type 1. http://www.unza.zm/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=108
- Jonsson, B. (2002). Revealing the cost of type II diabetes in Europe. *Diabetologia*, 45, 55-512.
- Kaholokula, JK., Haynes, SN., Grandinetti, A., Chang, HK. (2003). Biological, psychological, and sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. *Journal of behavioral medicine* 26(5);435-58.
- Kaplan, R., Bush, J. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1: 61-80.
- Kontodimopoulos, N., Arvanitaki, E., Aletras, V., Niakas, D. (2012). Psychometric properties of the Greek Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire. *Health and Quality of Life outcomes*, 10:17.

- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Chadjiapostolou, Z., Arvanitaki, E., Papadopoulos, AA., Niakas, D. (2012). Comparing the sensitivity of EQ-5D, SF-6D and 15D utilities to the specific effect of diabetic complications. *Eur J Health Econ.* 13(1):111-20.
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., Yfantopoulos, J., Dimitrakaki, C., Tountas, Y. (2008). Validity of the EuroQoL (EQ-5D) instrument in a Greek general population. *Value in Health*, 11(7): 1162-1169.
- Lehman, F. (1997). Instruments for measuring quality of life in mental illness, England, 79-80. *Medical Outcomes-Trust*, www.outcomes-trust.org [10/05/14]
- McCall, S. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*, 2, 229-248.
- OECD (1982). The OECD list of social indicators, *OECD*, Paris.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36, *Health Survey, Qual Life Res*, 14: 1433-1438.
- Papadopoulos, AA., Kontodimopoulos, N., Frydas, A., Ikonomakis, E., Niakas, D. (2007). Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece. *BMC Public Health* 7:186.
- Park H., Hong Y., Lee H., Ha E., Sung, Y. (2004). Individuals with type 2 diabetes and depressive symptoms exhibited lower adherence with self-care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(9);978-84.
- Polonsky, W. (2000). Understanding and assessing diabetes-specific quality of life, American Diabetes association. *Diabetes spectrum*, 13(36).
- Redecop, K., Koopmanschap, M., Stolk, R., Rutten, G., Wolffenbuttel, B., Niessen, L. (2002). Health-Related Quality of Life and Treatment Satisfaction in Dutch Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 25:458–463.
- Rowen, D., Brazier, J., Roberts, J. (2009). Mapping SF-36 onto the EQ-5D index: how reliable is the relationship. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:27.
- Sintonen, H. (2001). Comparing properties of the 15D and the EQ-5D in measuring health-related quality of life. *Archive of Hellenic Medicine*, 18(2): 156-160.
- Solli O., Stavem, K., Kristiansen IS. (2010). Health – related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. *Health and Quality of life Outcomes*, 8 (1);18
- Staquet, M., Hays, R., Fayers, P. (1998). Quality of life, Assessment in clinical trials (methods and practice), *Oxford University Press*, New York.
- Wagner, J., Abbott, G., Syrretta, L. (2004). Age related differences in individual quality of life domains in youth with type 1 diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2:54.
- Ware, JE, Kosinski, M, Keller, SD. (1994). SF-36 physical and mental health summary scales: A users manual. *The health institute*, Boston.

Ware, JE, Sherbourne, CD. (1992). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36), Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30.

Wasserman, L., Trifonova, E. (2006). Diabetes mellitus as a model of psychosomatic and somatopsychic interrelations, www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/11387416/articulos/SJOP0606120075A.pdf [05/05/14]

Wen, K., Gustafson, D. (2004). Needs assessment for cancer patients and their families, *Health Qual Life Outcomes*, 2:11.

Westaway, M., Rheeder, P., Gumede, T. (2001). The effect of type 2 diabetes mellitus on health-related quality of life (HRQOL), *Curationis*.

Who (2008), Definition of diabetes, <http://www.who.org>, (11/03/14)

Yfantopoulos, J. (2001). The Greek version of the EQ-5D instrument. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2), 180-191.

Zautra, A., Goodhart, D. (1979). Quality of life indicators: A review of the literature. *Commun Mental Health*, 4, 1-10.

Ελληνική

Αλεξιάδης, Α., Σιγάλας, Ι. (1999). Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Δ, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας - Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις, και Προοπτικές, *ΕΑΠ*, Πάτρα.

Αντεριώτη, Π., Αντωνίου, Γ. (2014). Ικανοποίηση Ασθενών από την Φροντίδα Υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1).

Αντωνοπούλου, Κ. (2013). Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής Διαβητικών Ασθενών τύπου II και Πως αυτή Επηρεάζεται από την Κατάθλιψη και τις Διαταραχές του Υπνου, Διπλωματική εργασία. *ΑΠΚΥ*, Κύπρος.

Αρβανιτάκη, Ε. (2009). Η σχέση κόστους αγωγής και εξετάσεων με την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση σε παχύσαρκους και μη διαβητικούς. Διπλωματική εργασία. *ΕΑΠ*, Πάτρα.

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

Ελεζόγλου, Α., Δάλλα, Σ. (2007). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής Ελλήνων ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα. *ΕΑΠ*, Πάτρα.

Καραμήτσος (1987). Σακχαρώδης διαβήτης από τη θεωρία στην πράξη. *Εκδόσεις Σιώκη*, Θεσσαλονίκη.

- Κατσάνος, Χ., Τσιάνος, Β. (2001). Βασικές αρχές μελέτης με ερωτηματολόγιο της ποιότητας ζωής στην ηπατίτιδα C. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3):272-278.
- Κιουτσούκη, Ε., & Βασιλειάδου, Β. (2008). Διερεύνηση ποιότητας ζωής ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα νοσηλευτικής. Μεταπτυχιακή εργασία.
- Κοτσαγιώργη, Ι., Γκέκα, Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9, Τεύχος 4*, www.vima-asklapiou.gr [10/05/14]
- Λοΐζος, Δ. (2003). Η Διαπίστωση της συχνότητας του Σακχαρώδη Διαβήτη, της Υπέρτασης και των Διςλιπιδαιμιών στο Γενικό πληθυσμό της Ελεύθερης Κύπρου http://www.diabetes.org.cy/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid [10/05/14]
- Μανές (2001). Κίνδυνος εξέλιξης προς παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια σε διαβητικούς τύπου 1, στοιχεία από την eurodiab prospective complications study. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 14(2):183-187.
- Μελιδώνης, Α. (2001). Η πρόληψη του ΣΔ και των επιπλοκών του. *Εκδόσεις Σελίδα*, Αθήνα, 63-71.
- Μερκούρης, Α. (1996). Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Μηνασίδου, Ε., Λεμονίδου, Χ. (2005). Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. *Νοσηλευτική*, 44(2): 202-211.
- Μπακόλα, Θ. (2007). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης από τη θεραπεία σε ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, Μεταπτυχιακή διατριβή, *Ε.Α.Π.*, Πάτρα .
- Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας, Εφαρμογές στην παιδιατρική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3): 254-266.
- Οικονομάκης, Μ. (2006). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών με χρήση του γενικού ερωτηματολογίου EutoQol EQ-5D. *ΕΑΠ*, Πάτρα.
- Παπαδάκης, Ε. (2010). Προσέγγιση των αιμοκαθαιρόμενων νεφροπαθών και των πασχόντων με Β-μεσογειακή αναιμία σε ένα γενικό νοσοκομείο της Κρήτης και διερεύνηση της ποιότητας ζωής τους. Διπλωματική εργασία. Ηράκλειο, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.
- Παπαδόπουλος, Α., Οικονομάκης, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν., Φρυδάς, Α., Νιάκας, Δ. (2007). Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου 2. *Archives of Hellenic Medicine*, 24(Suppl 1):66-74.

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

Παπαθανασίου, Α., Φιλαλήθης, Α., Λιονής, Χ. (2005). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με σακχαρώδη Διαβήτη. Βιβλιογραφική αναζήτηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(4),336-343.

Παπαματθαίου, Α. (2013). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με διαβήτη τύπου Ι και ΙΙ και η επίδραση των διαταραχών ύπνου, της κατάθλιψης και της ικανοποίησης από τη θεραπεία. Διπλωματική εργασία. *ΕΑΙΠ*, Αθήνα.

Παπάνης Ε., Ρουμελιώτου (2007). Ποιότητα ζωής, http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog_post_5311.html [10/04/14]

Πήτα, Ρ., Γρηγοριάδου, Ε., Μαρίνα, Ε., Κουβάτσου, Ζ., Διδάγγελος, Γ., Καραμήτσος, Δ. (2006). Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, Τμήμα Ψυχολογίας & Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπαιδευτικής Κλινικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 19,4: 282-294.

Πολυκανδριώτη, Μ., Καλογιάννη, Α. (2008). Η συμβολή της ενημέρωσης στη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 7, Τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος.

Ράπτης, Σ. (2008). Εσωτερική Παθολογία. *Εκδόσεις Παρισιάνου*, Αθήνα.

Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (2004). Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, μια ολιστική προσέγγιση. *Εκδόσεις Έλλην*, Αθήνα.

Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001). Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρομένων και μεταμοσχευμένων νεφροπαθών. *Περιοδικό Ιατρική*, 79(2): 158-163.

Σπύρου, Α.. (2004). Το στρες στους χρόνιους ασθενείς σε αιμοκάθαρση, <http://ktisis.cut.ac.cy/handle/10488/769> [13/04/14]

Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3): 218-229.

Υφαντόπουλος, Γ. (2003). Τα οικονομικά της υγείας-Θεωρία και πολιτική. *Εκδόσεις Τυπωθήτω*, Αθήνα.

Υφαντόπουλος, Γ. (2007). Μέτρηση ποιότητας ζωής και το Ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1): 6-18.

Φιλίππου, Κ. (2013). Η Διερεύνηση της Σχέσης Ποιότητας Ζωής και Ικανοποίησης από τη Θεραπευτική Αγωγή Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Διπλωματική εργασία. *ΑΠΚΥ*, Κύπρος.

Χατζηαποστόλου, Ζ. (2009). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής διαβητικών ασθενών σε σχέση με τις διεγνωσμένες επιπλοκές. Διπλωματική εργασία. *ΕΑΙΠ*, Κοζάνη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of 1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ is normal with mean 66,65 and standard deviation 27,59.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	,000	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of 2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΛΟΣ is normal with mean 59,04 and standard deviation 47,72.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	,000	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of 3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ is normal with mean 59,06 and standard deviation 31,26	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	,003	Reject the null hypothesis.
4	The distribution of 4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ is normal with mean 49,90 and standard deviation 24,57.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	,069	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of 5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ is normal with mean 59,35 and standard deviation 27,71.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	,011	Reject the null hypothesis.
6	The distribution of 6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΠΟΛΟΣ is normal with mean 72,69 and standard deviation 28,09.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	,000	Reject the null hypothesis.
7	The distribution of 7. ΠΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ is normal with mean 44,62 and standard deviation 49,21.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	,000	Reject the null hypothesis.
8	The distribution of 8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ is normal with mean 49,02 and standard deviation 22,50.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	,445	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΑΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ is normal with mean 44,72 and standard deviation 11,16.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	,171	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΑΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ is normal with mean 40,17 and standard deviation 12,91.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	,048	Reject the null hypothesis.
11	The distribution of York A1 tariff is normal with mean 0,52 and standard deviation 0,37.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	,001	Reject the null hypothesis.
12	The distribution of DTSQ_Total is normal with mean 26,61 and standard deviation 8,35.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	,024	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.