



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία ασθενών με Σακχαρώδη
Διαβήτη τύπου II»**

ΦΑΚΑ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ Τ.Ε.

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

**ΦΡΑΔΕΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΟΥ Π.Θ., ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

ΜΑΛΛΗ ΦΩΤΕΙΝΗ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΟΥ Π.Θ., ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

**ΑΛΜΠΑΝΗ ΕΛΕΝΗ, ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΟΥ Π.Π., ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ
ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ**

ΛΑΡΙΣΑ 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

«Quality of life and mental health of patients with diabetes type 2»

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	12
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Σακχαρώδης Διαβήτης.....	14
1.1. Ορισμός και επιδημιολογία του Σακχαρώδη Διαβήτη	14
1.2 Επιδημιολογία	14
1.3 Ταξινόμηση του Σακχαρώδη Διαβήτη	17
1.4 Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2	18
1.4.1 Διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2	18
1.4.2 Οι επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.....	19
1.4.3 Παράγοντες κινδύνου	19
1.4.4 Πρόληψη των επιπλοκών και αντιμετώπιση	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Ποιότητα Ζωής	22
2.1. Ορισμός και έννοια της Ποιότητας Ζωής.....	22
2.2. Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής	23
2.3.Μέθοδοι μέτρησης της Ποιότητας Ζωής.....	23
2.4. Ποιότητα Ζωής των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.....	25
2.5. Παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Ψυχική Υγεία	28
3.1. Ψυχική υγεία	28
3.2 Ψυχική Ασθένεια.....	28
3.3 Άγχος.....	28
3.4 Κατάθλιψη.....	29
3.5 Συννοσηρότητα του Σακχαρώδη Διαβήτη με το άγχος και την κατάθλιψη	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Έρευνα	33
4.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα	33
4.2 Σχεδιασμός της μελέτης	33
4.3 Πληθυσμός και δείγμα	33
4.4 Δεοντολογία και οργάνωση συλλογής των δεδομένων	34
4.5 Εργαλεία μέτρησης.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Αποτελέσματα.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Συζήτηση.....	72

Βιβλιογραφία.....	80
Παράρτημα.....	85

Περιεχόμενα Πινάκων/Εικόνων

Εικόνα 1: Παγκόσμια κατανομή του επιπολασμού του ΣΔτ2. Τα χρώματα υποδεικνύουν ποσοστά επικράτησης ανά 100.000 κατοίκους το 2017.....	16
Εικόνα 2: Τάσεις στον επιπολασμό του ΣΔτ2. Οι διακεκομμένες γραμμές υποδεικνύουν τα ανώτερα και κατώτερα όρια.....	17
Πίνακας 1: Επιδημιολογία διαβήτη τύπου II.....	15
Πίνακας 2: Κριτήρια και υπό - κριτήρια ελέγχου	19
Πίνακας 3: Ατομικά χαρακτηριστικά δείγματος	36
Πίνακας 4: Σωματομετρικά χαρακτηριστικά δείγματος	37
Πίνακας 5: Κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος	38
Πίνακας 6: Συμπτώματα που καταγράφει το δείγμα της έρευνας.....	39
Πίνακας 7: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα των παραγόντων των κλιμάκων.....	40
Πίνακας 8: Έλεγχος κανονικότητας κλιμάκων	41
Πίνακας 9: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των παραγόντων ποιότητας ζωής που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή.....	43
Πίνακας 10: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των παραγόντων ποιότητας ζωής που ακολουθούν την κανονική κατανομή	45
Πίνακας 11: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ ατομικών χαρακτηριστικών και διαστάσεων της κλίμακας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή	46
Πίνακας 12: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ ατομικών χαρακτηριστικών και συνόλων της κλίμακας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή	48
Πίνακας 13: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ ατομικών χαρακτηριστικών και συνόλων της κλίμακας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που ακολουθούν την κανονική κατανομή.....	50
Πίνακας 14: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των παραγόντων ποιότητας ζωής που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή.....	52
Πίνακας 15: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των παραγόντων ποιότητας ζωής που ακολουθούν την κανονική κατανομή	55
Πίνακας 16: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των παραγόντων ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή	58
Πίνακας 17: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των συνόλων ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή	61

Πίνακας 18: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των συνόλων ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που ακολουθούν την κανονική κατανομή	64
Πίνακας 19: Συσχετίσεις ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος με τους παράγοντες ποιότητας ζωής που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή.....	69
Πίνακας 20: Συσχετίσεις ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος με τους παράγοντες ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή	70
Πίνακας 21: Συσχετίσεις ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος με τους παράγοντες της έρευνας που ακολουθούν την κανονική κατανομή	71
Πίνακας 22: Συσχετίσεις παραγόντων ποιότητας ζωής και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας.....	71

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας κ. Φραδέλο Ευάγγελο για την καθοδήγηση και την υποστήριξη του στην εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας, καθώς και τους καθηγητές- μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής κυρία Μάλλη Φωτεινή και Αλμπάνη Ελένη για την πολύτιμη συνεργασία τους.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους ανταποκρίθηκαν θετικά στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, τον σύζυγό μου Βασίλη και τα παιδιά μας, Βαγγέλη, Ρωξάνη και Κάλλια για την στήριξή τους κατά την διάρκεια της φοίτησης μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

ΦΑΚΑ ΜΑΡΙΑ

Συντομογραφίες

ΣΔ	Σακχαρώδης Διαβήτης
ΣΔτ1	Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1
ΣΔτ2	Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2
ΠΖ	Ποιότητα Ζωής
ΣΔΚ	Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΥΠΖ	Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι μια χρόνια μεταβολική νόσος που επηρεάζει το επίπεδο της Ποιότητας Ζωής (ΠΖ) των πασχόντων, αλλά και την ψυχική τους υγεία. Τα τελευταία χρόνια, καταγράφεται ραγδαία αύξηση της νόσου, με αποτέλεσμα να παίρνει διαστάσεις πανδημίας. Η ΠΖ συνδέεται άμεσα με την ικανότητα του ασθενή να ανταποκρίνεται στις καθημερινές του δραστηριότητες.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας της συγκεκριμένης ομάδας του πληθυσμού, καθώς και οι παράγοντες που τις επηρεάζουν στο σύνολο τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας πραγματοποιήθηκε πρωτογενής ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου αυτό αναφοράς. Το δείγμα της παρούσας έρευνας ήταν συνολικά 107 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 από τις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην ευρύτερη περιοχή της Λάρισας. Το ερωτηματολόγιο απαρτιζόταν από 3 ενότητες, 1. Τα ατομικά/προσωπικά/κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, 2. Την κλίμακα ποιότητας ζωής SF-36 και 3. Την κλίμακα ψυχιατρικής συμπτωματολογίας CL-90. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα κοινωνικών επιστημών SPSS-25 και τις μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής ανάλυσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα ευρήματα οι ασθενείς του δείγματος κατέγραψαν προβλήματα σχετικά με τη σωματική λειτουργικότητα, τον σωματικό ρόλο, τον σωματικό πόνο, τη γενική υγεία και τη ζωτικότητα. Σε καλύτερα επίπεδα ήταν ο κοινωνικός και συναισθηματικός τους ρόλος και η ψυχική υγεία. Σχετικά με τη ψυχιατρική συμπτωματολογία των ασθενών δεν διαπιστώθηκαν σημαντικά προβλήματα στους παράγοντες σωματοποίηση, ιδεοψυχαναγκασμό, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, εχθρότητα/επιθετικότητα, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός και ψυχωτισμός ούτε στα σύνολα της κλίμακας. Το δείγμα όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα παρόλο που εμφανίζει ορισμένα προβλήματα με την ποιότητα ζωής δεν φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη ψυχική του υγεία. Αναφορικά με τις συσχετίσεις των χαρακτηριστικών του δείγματος με τους παράγοντες ποιότητας ζωής και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας διαπιστώθηκε πλειάδα συσχετίσεων τόσο με τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος και τα σωματομετρικά του στοιχεία όσο και με τα κλινικά χαρακτηριστικά του. Συμπερασματικά φαίνεται ότι οι άντρες του δείγματος καταγράφουν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής καθώς επίσης δεν εμφανίζουν και σημαντικά ζητήματα ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Ακόμη, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς φαίνεται να έχουν περισσότερα προβλήματα ποιότητα ζωής και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας έναντι των νεότερων. Τα στοιχεία της κλινικής τους εικόνας φαίνεται επίσης να επιδρούν σημαντικά στα επίπεδα ποιότητας ζωής και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας με όσους καταγράφουν υψηλά επίπεδα γλυκοζωμένης και χοληστερίνης να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα στην ποιότητα ζωής

τους να έχουν περισσότερα ζητήματα ψυχιατρικής φύσεως. Τέλος, διαπιστώθηκαν ισχυρές αρνητικές συσχετίσεις των παραγόντων της ποιότητας ζωής με τους παράγοντες ψυχιατρικής συμπτωματολογίας υποδεικνύοντας ότι όσο αυξάνονται τα επίπεδα ποιότητας ζωής συνεπάγεται αντίστοιχη μείωση των προβλημάτων ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που αντιμετωπίζουν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά διάφορα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τον ασθενή, τη νόσο και τη θεραπεία συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής και την ψυχιατρική συμπτωματολογία, υποδεικνύοντας ότι απαιτείται πολυπαραγοντική προσέγγιση για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας σε ασθενείς με ΣΔ2.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: ψυχική υγεία, ποιότητα ζωής, σακχαρώδης διαβήτης τύπου II

Abstract

Introduction: Diabetes mellitus is a chronic metabolic disease that affects the level of quality of life of sufferers, as well as their mental health. In recent years, a rapid increase in the disease has been recorded, as a result of which it has reaches pandemic proportions.

Aim: The study of the quality of life and mental health of the specific group of the population, as well as the factors that affect them as a whole.

Material and method: In the context of this study, a primary quantitative survey was conducted using a self-report questionnaire. The sample of the present study was a total of 107 patients with type 2 Diabetes Mellitus from the Primary Health Care facilities in the region of Larissa. The questionnaire consisted of 3 sections, 1. the individual/personal/clinical characteristics of the patients, 2. the SF-36 quality of life scale and 3. the CL-90 psychiatric symptom scale. Data analysis was performed with the statistical program for social sciences SPSS-25 and the methods of descriptive and inferential analysis

Results: According to the findings, the patients in the sample recorded problems related to physical functioning, physical role, physical pain, general health and vitality. Their social and emotional role and mental health were at better levels. Regarding the psychiatric symptomatology of the patients, no significant problems were found in the factors somatization, obsessive-compulsiveness, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility/aggression, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism, nor in the scale totals. The sample as shown by the results although showing some problems with quality of life does not seem to have a significant impact on mental health. Regarding the associations of the sample characteristics with quality of life and psychiatric symptomatology factors, a plurality of associations were found with both the sample's individual characteristics and somatometric data and clinical characteristics. In conclusion, it appears that the men in the sample have better quality of life levels and also do not have significant issues of psychiatric symptomatology. Furthermore, older patients seem to have more quality of life and psychiatric symptomatology issues compared to younger patients. The elements of their clinical picture also seem to have a significant effect on their quality of life and psychiatric symptomology levels with those who record high levels of glycated and cholesterol levels having lower levels in their quality of life having more psychiatric issues. Finally, strong negative correlations were found between quality of life factors and psychiatric symptom factors suggesting that as quality of life levels increase there is a corresponding decrease in psychiatric symptom issues experienced.

Conclusions: In conclusion, several patient-, disease- and treatment-related characteristics are associated with quality of life and psychiatric co morbidity, suggesting that a multifactorial approach is needed to maintain quality of life and mental health in patients with DM2.

Key words: mental health, quality of life, diabetes mellitus type II

Εισαγωγή

Η επίδραση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) στην ΠΖ και την ψυχική υγεία των ατόμων, μαζί με τα χρήσιμα όργανα μέτρησής τους, τις τελευταίες δεκαετίες έχει μελετηθεί σημαντικά από την επιστημονική βιβλιογραφία [1].

Η Ποιότητα Ζωής και η ψυχική υγεία των ασθενών με ΣΔτ2, έχουν αξιολογηθεί και εκτιμηθεί αντίστοιχα. Η εκτίμηση αυτή, περιελάμβανε την αξιολόγηση της επιβάρυνσης της νόσου και των επιπλοκών της, καθώς μέσα από αυτή μπορούν να αναπτυχθούν κατάλληλα σχέδια διαχείρισης και θεραπείας σ' αυτές τις ευάλωτες ομάδες ασθενών [2].

Επιπλέον, προτεραιότητα των γιατρών, οι οποίοι φροντίζουν τους ασθενείς με συνυπάρχουσες χρόνιες ασθένειες, όπως ο ΣΔτ2, που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής και την ψυχική τους υγεία, θα πρέπει να είναι η διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη, ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη φροντίδα γι αυτούς, μέσω των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης [3].

Όσον αφορά την ΠΖ, που σχετίζεται με τη υγεία των ασθενών με ΣΔτ2, σύμφωνα με έρευνες είναι πιο άσχημη σε σύγκριση με τον τυπικό πληθυσμό. Σαν μια χρόνια νόσος ο ΣΔτ2, επιδρά σημαντικά στην λειτουργία των φυσιολογικών συστημάτων του οργανισμού των ατόμων και οδηγεί στην εμφάνιση επιπλοκών, όπως απώλεια όρασης, στεφανιαία νόσος και νεφρική ανεπάρκεια. Επιπλοκές, που επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο της Ποιότητας Ζωής των ατόμων [4].

Σημαντική επίδραση στο επίπεδο της ΠΖ των ασθενών που πάσχουν από ΣΔτ2, έχουν η χρόνια φύση της νόσου, αλλά και τα ανθρώπινα όργανα που ο διαβήτης επηρεάζει. Γενικά, αναφέρονται χαμηλά επίπεδα Ποιότητας Ζωής, των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες σε σχέση με τον τυπικό πληθυσμό. Στον ΣΔτ2, η εμφάνιση διαφόρων επιπλοκών και η σοβαρότητα της νόσου, συμβάλλουν στην διαμόρφωση χαμηλότερου επιπέδου Ποιότητας Ζωής των ατόμων.

Η μελέτης της αξιολόγησης των επιπέδων της Ποιότητας Ζωής, ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, προκύπτει από το ενδιαφέρον των ίδιων των ασθενών για την ποιότητα της ζωής τους, από τον ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας σχετικά με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών και τέλος από το ενδιαφέρον της πολιτείας, στα πλαίσια του κόστους αποτελεσματικότητας των θεραπειών [4].

Επιπρόσθετα, εκτός από τις μεταβολικές και καρδιαγγειακές παθήσεις που συνοδεύουν τον ΣΔτ2, παρουσιάζει και άλλες συν νοσηρότητες, όπως προβλήματα ψυχικής υγείας, τα οποία προκαλούν δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών [5].

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας σε ασθενείς που πάσχουν από ΣΔτ2, έχουν αποδειχθεί σε έρευνες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, θεωρεί πως μια από τις κυριότερες αιτίες επιδείνωσης της υγείας με φυσική εξέλιξη την αναπηρία είναι η κατάθλιψη [6].

Στα πλαίσια αυτά, αναδεικνύεται η σπουδαιότητα αυτής της μελέτης, αφού η ανάγκη για ολιστική προσέγγιση του ασθενή με ΣΔτ2 με την ανάπτυξη των κατάλληλων προγραμμάτων πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας, με στόχο την μείωση του επιπολασμού της νόσου, κρίνεται επιτακτική. Τέλος, η ύπαρξη ενός δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που να είναι αποτελεσματικό, προσβάσιμο και να καλύπτει πλήρως τις ανάγκες των ασθενών, να είναι στελεχωμένο από επιστήμονες με εξειδίκευση πάνω στον διαβήτη και θα βοηθά τους ίδιους αλλά και τον οικογενειακό τους περίγυρο να κατανοήσει και να ρυθμίσει τον διαβήτη με στόχο την καλύτερη Ποιότητα Ζωής τους, κρίνεται επίσης αναγκαία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Σακχαρώδης Διαβήτης

1.1. Ορισμός και επιδημιολογία του Σακχαρώδη Διαβήτη

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο ΣΔ αποτελεί μια χρόνια ασθένεια, η οποία προκαλείται είτε από κληρονομικά αίτια είτε από μια επίκτητη ανεπάρκεια στην παραγωγή της ινσουλίνης από το πάγκρεας του ανθρώπου, είτε από την αναποτελεσματικότητα της ινσουλίνης που παράγεται. Μια τέτοια ανεπάρκεια, οδηγεί στην αύξηση της συγκέντρωσης της γλυκόζης στο αίμα, κάτι που στην συνέχεια προσβάλλει πολλά όργανα του σώματος, ειδικότερα τα αιμοφόρα αγγεία και τα νεύρα. Η αποτελεσματικότητα στην δράση της ινσουλίνης και οι διαταραχές που παρατηρούνται στην παραγωγή της, είναι ως επί το πλείστον η κυριότερη αιτία ανάπτυξης του ΣΔ [7,8]. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη, η οποία παράγεται στις νησίδες Langerhans στο πάγκρεας του ανθρώπινου σώματος. Η κύρια λειτουργία της ινσουλίνης είναι η διευκόλυνση των κυττάρων του σώματος να προσλάβουν γλυκόζη, ενώ ταυτόχρονα βοηθά και στην ομοιοστάση της γλυκόζης. Μια ανικανότητα των κυττάρων να ανταποκριθούν στην ινσουλίνη ή και μια σημαντική έλλειψη ινσουλίνης, οδηγεί σε υπεργλυκαιμία. Η αύξηση της συγκέντρωσης της γλυκόζης στο αίμα, αποτελεί την υπεργλυκαιμία, ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του ΣΔ. Ο μεγαλύτερος αριθμός των κυττάρων του ανθρώπινου οργανισμού προσαρμόζεται στο ρυθμό της ενδοκυτταρικής μεταφοράς της γλυκόζης όταν παρουσιάζεται υπεργλυκαιμία. Ο έλεγχος της προσρόφησης γλυκόζης όμως, δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί από κάποια κύτταρα όπως τα Β- κύτταρα του παγκρέατος, τα ενδοθηλιακά και νευρωνικά κύτταρα, που δεν έχουν την δυνατότητα να τον ενεργοποιήσουν [9]. Έτσι, το ενδοκυτταρικό επίπεδο γλυκόζης δεν μπορεί να ισορροπήσει και τα κύτταρα γίνονται πιο ευαίσθητα και αντιδρούν στην υπεργλυκαιμία. Όπως είναι εμφανές, η υπεργλυκαιμία βοηθά ώστε να αναπτυχθούν άφθονες και οξείες επιπλοκές της νόσου, όπως η διαβητική κετοξέωση και οι αγγειακές επιπλοκές [10].

1.2 Επιδημιολογία

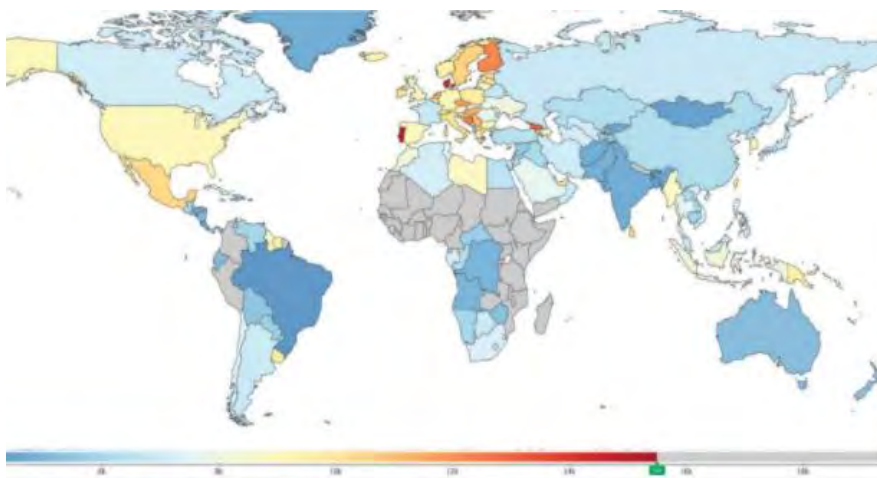
Σε παγκόσμιο επίπεδο παρουσιάζεται αύξηση του επιπολασμού της νόσου κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες. Αναφέρεται πως 462 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν προσβληθεί από ΣΔτ2, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 6.28% του πληθυσμού παγκοσμίως (πίνακας 1).

Πίνακας 1: Επιδημιολογία διαβήτη τύπου II

Περιοχή	Επιδημιολογία (ανά 100.000)
Παγκόσμια	6059
Ευρώπη	8529
Γερμανία	9091
Γαλλία	6843
Ιταλία	9938
Ισπανία	8796
Ολλανδία	11,344
Ελβετία	10,04
Σουηδία	10,448
Τουρκία	6483
Ρωσία	6865
Ηνωμένο Βασίλειο	8663
Ασία	5961
Κίνα	6262
Ινδία	4770
Ιαπωνία	6737
Νότια Κορέα	8835
Ταϊβάν	10,012
Σαουδική Αραβία	7661
Ιράν	7000
Αυστραλία	5235
Αμερική	7060
Ηνωμένες Πολιτείες	8911
Καναδάς	7095
Βραζιλία	4240
Αφρική	3916
Νότια Αφρική	7360

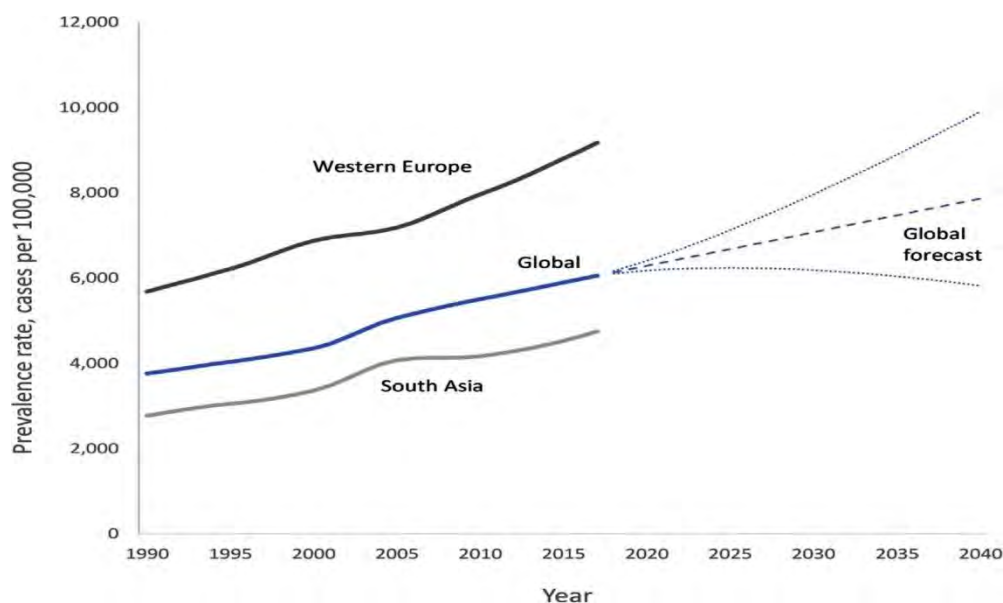
Πηγή: Khan et. al., 2020

Το 2018 κατατάχθηκε σαν την ένατη κύρια αιτία θνησιμότητας, αφού πάνω από ένα εκατομμύριο θάνατοι προκλήθηκαν από αυτή τη νόσο. Σε σχέση με την δεκαετία του 1990, παρατηρείται μια σημαντική αύξηση της θνησιμότητας από ΣΔτ2, αφού τότε είχε καταγραφεί σαν η δέκατη όγδοη κύρια αιτία θανάτων. Η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της κάθε χώρας φαίνεται πως μεταβάλλει τον επιπολασμό του ΣΔτ2 (Εικόνα 1). Ο επιπολασμός του ΣΔτ2 παρουσιάζει σημαντικά ποσοστά αύξησης στις ανεπτυγμένες χώρες, όπως είναι η Δυτική Ευρώπη (Εικόνα 2) και παρόλα τα μέτρα δημόσιας υγείας ο ρυθμός αύξησης δεν μειώνεται .



Εικόνα 1: Παγκόσμια κατανομή του επιπολασμού του ΣΔτ2. Τα χρώματα υποδεικνύουν ποσοστά επικράτησης ανά 100.000 κατοίκους το 2017

Πηγή: Khan et. al., 2020



Εικόνα 2: Τάσεις στον επιπολασμό του ΣΔτ2. Οι διακεκομμένες γραμμές υποδεικνύουν τα ανώτερα και κατώτερα όρια.

Πηγή: Khan et. al., 2020

Οι χώρες με τον μεγαλύτερο συνολικό αριθμό ατόμων με ΣΔτ2, είναι η Κίνα (88,5 εκατομμύρια άτομα), η Ινδία (65,9 εκατομμύρια άτομα) και οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (28,9 εκατομμύρια άτομα). Λόγω του πληθυσμού τους, οι χώρες αυτές καταλαμβάνουν τις πρώτες θέσεις. Ο επιπολασμός του ΣΔτ2 είναι ελαφρώς αυξημένος στους άνδρες (6219 σε σύγκριση με 5898 περιπτώσεις ανά 100.000), καθώς και η ηλικία διάγνωσης που εμφανίζεται ο ΣΔτ2 είναι μικρότερη. Παρόλο που ο ΣΔτ2 εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία στην ζωή των ατόμων, ο ίδιος κατέχει την έβδομη θέση μεταξύ των κύριων αιτιών αναπηρίας. Την δεκαετία του 1990 κατείχε την δέκατη ένατη θέση, κάτι το οποίο υποδεικνύει πως τα πρότυπα των ασθενειών μεταβαίνουν προς τις μη μεταδοτικές ασθένειες. Σύμφωνα με τις στατιστικές προβλέψεις, ο επιπολασμός του ΣΔτ2 παγκοσμίως, θα μπορούσε να αυξηθεί σε 7.079 ανά 100.000 άτομα έως το 2030 και σε 7.862 ανά 100.000 άτομα έως το 2040[11].

1.3 Ταξινόμηση του Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο ΣΔ ταξινομείται σε τέσσερις κατηγορίες. Αυτές είναι:

- Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔτ1), ο οποίος ανήκει στα αυτοάνοσα νοσήματα και εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε παιδιά και εφήβους. Η διάγνωση της νόσου γίνεται στην παιδική και την εφηβική ηλικία, όπου ο διαβήτης αναπτύσσεται απροσδόκητα. Κύριο κλινικό του σύμπτωμα είναι η κετοξέωση, χαρακτηριστικό της οποίας είναι η υπεργλυκαιμία ($>250\text{mg/dl}$), η αυξημένη συγκέντρωση κετονικών σωμάτων και η μεταβολική οξέωση[12].

- Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2), ο οποίος εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στους ενήλικες. Βασικά του χαρακτηριστικά είναι η ανεπαρκής έκκριση ινσουλίνης, η υπερβολική ή ακατάλληλη έκκριση γλυκαγόνης και η αντίσταση στην ινσουλίνη[8].
- Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης (ΣΔΚ), ο οποίος ορίζεται σαν μια διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων και εμφανίζεται στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της κύησης. Δεν έχει σχετιστεί με την ύπαρξη προ υπάρχοντος ΣΔτ1 ή ΣΔτ2[13].
- Ειδικοί τύποι ΣΔ, οι οποίοι προκαλούνται από διάφορες γενετικές διαταραχές και επηρεάζουν την λειτουργία των Β-κυττάρων αλλά και την δράση της ινσουλίνης[14].

1.4 Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Ο ΣΔτ2, σχετίζεται με το 95% του συνολικού πληθυσμού που νοσεί από ΣΔ. Ο ΣΔτ2 αναφέρεται ως «μη ινσουλινο-εξαρτώμενος διαβήτης» και ως «διαβήτης ενηλίκων». Τα άτομα που πάσχουν από ΣΔτ2, εμφανίζουν αντίσταση στην ινσουλίνη, αλλά και σε αρκετές περιπτώσεις σχετική έλλειψη ινσουλίνης. Ένας ασθενής, χαρακτηρίζεται σαν διαβητικός όταν έχει σάκχαρο νηστείας $>126\text{mg/dl}$ (απέχοντας από την τροφή τουλάχιστον οκτώ ώρες), όταν έχει σάκχαρο $\geq 200\text{mg/dl}$ μετά από 2 ώρες λήψης 75gr γλυκόζης από το στόμα και όταν έχει συμπτώματα πολυδιψίας, πολυφαγίας, πολυουρίας ή απώλειας βάρους τα οποία συνοδεύονται με τυχαία τιμή σακχάρου $\geq 200\text{mg/dl}$ [15]. Η νόσος στα αρχικά της στάδια χαρακτηρίζεται από την έντονη αντίσταση στην ινσουλίνη και οι ασθενείς δεν έχουν στο ιστορικό τους κάποια άγνωστη αιτία που προκαλεί τον διαβήτη. Αντίθετα, τα επίπεδα ινσουλίνης που παρουσιάζουν είναι φυσιολογικά ή και λίγο αυξημένα. Τα επίπεδα της γλυκόζης στο πλάσμα του αίματος που είναι αυξημένα, οδηγούν στην περαιτέρω αύξηση της ινσουλίνης, η οποία είναι ανεπαρκής, λόγω της αντίστασης[16]. Ο ΣΔτ2, σχετίζεται με την κληρονομικότητα (30%-70%) και την γενετική προδιάθεση, η οποία μέχρι και σήμερα δεν είναι σαφής. Ωστόσο έχουν αναγνωριστεί πάνω από εξήντα σχετιζόμενοι πολυμορφισμοί[17]. Επιπλέον, ο ΣΔτ2 σχετίζεται άμεσα με την διατροφή και την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. Έχει αποδειχθεί πως η κατανάλωση κόκκινου και επεξεργασμένου κρέατος αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου, σε αντίθεση με τα φρούτα, τα λαχανικά και τα γαλακτοκομικά προϊόντα που δρουν ευεργετικά στην μείωση της εμφάνισης ΣΔτ2. Επιπρόσθετα, ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου αλληλεπιδρά ανάμεσα σε περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες[18].

1.4.1 Διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2

Ο ΣΔ συχνά δρα χωρίς συμπτώματα για πολλά χρόνια, αφού η αύξηση της υπεργλυκαιμίας γίνεται σταδιακά και δεν οδηγεί στην εκδήλωση σημαντικών συμπτωμάτων. Η διάγνωση του ΣΔ αποτελεί ένα σημαντικό γεγονός για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και την κοινωνία. Οι σοβαρές συνέπειες της νόσου οδηγούν σε υποβάθμιση της ΠΖ των ασθενών και ταυτόχρονα αυξάνουν τις δαπάνες της

υγειονομικής περίθαλψης, που αφορούν την πολιτεία. Τις τελευταίες δεκαετίες, η διάγνωση του ΣΔ βασίζεται ως επί το πλείστον, στην αξιολόγηση της γλυκόζης του πλάσματος στο αίμα. Σύμφωνα με τα τωρινά δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ο ΣΔ διαγιγνώσκεται με συγκέντρωση γλυκόζης πλάσματος νηστείας υψηλότερη από 1,26g/L, η οποία επαναλαμβάνεται δύο συνεχόμενες φορές ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο. Η γλυκοζιωμένη αιμοσφαιρίνη είναι το κύριο εργαλείο για την διάγνωση της νόσου[19]. Ο έλεγχος της γλυκοζιωμένης αιμοσφαιρίνης πρέπει να γίνεται από κλινικά εργαστήρια με καλά προσαρμοσμένα μέσα. Η ανάλυση της φαίνεται μια απλή και εύκολη διαδικασία, ωστόσο η χρήση επικυρωμένων τεχνικών και μεθόδων εξακολουθεί να απαιτείται[20].

1.4.2 Οι επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2

Στα άτομα που πάσχουν από ΣΔτ2 υπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών, αν δεν ρυθμιστούν καλά τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα τους. Αυτές μπορεί να είναι οξείες επιπλοκές ή και χρόνιες. Στις οξείες επιπλοκές που εμφανίζονται, περιλαμβάνονται η διαβητική κετοξέωση, το Υπερωσμωτικό υπεργλυκαιμικό μη κετονικό σύνδρομο και η υπογλυκαιμία. Οι χρόνιες αντίστοιχα επιπλοκές, παρουσιάζονται με την πάροδο των ετών και περιλαμβάνουν την αμφιβληστροειδοπάθεια η οποία μπορεί να προκαλέσει και τύφλωση, την νεφροπάθεια που μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια, την περιφερική νευροπάθεια που μπορεί να προκαλέσει έλκη στα κάτω άκρα, οδηγώντας σε ακρωτηριασμό, την αυτόνομη νευροπάθεια από την οποία προκαλούνται γαστρεντερικά, ουρογεννητικά και καρδιαγγειακά συμπτώματα καθώς και σεξουαλική δυσλειτουργία. Επιπρόσθετα, αυξάνεται ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια με την υψηλή αρτηριακή πίεση και την στένωση των αρτηριών[21].

1.4.3 Παράγοντες κινδύνου

Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου, που αφορούν στην εμφάνιση του ΣΔτ2 σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2)

Πίνακας 2: Κριτήρια και υπό - κριτήρια ελέγχου

Κριτήρια Ελέγχου	Υπό - κριτήρια
Ενήλικες που είναι υπέρβαροι (δείκτης μάζας-σώματος BMI > 25 kg/m ² ή 23 kg/m ² σε Αμερικανούς ασιατικής καταγωγής) που έχουν κι άλλους παράγοντες όπως:	Ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου
	Έλλειψη φυσικής δραστηριότητας
	Συγγενή πρώτου βαθμού με διαβήτη

Ανήκουν σε φυλή υψηλού κινδύνου (πχ. Αφρικανό- ή Αμερικανούς ασιατικής καταγωγής, Ινδιάνους της Αμερικής και Ισπανό-Λατίνους, κάτοικοι του Ειρηνικού)
Γυναίκες με ιστορικό διαβήτη κύησης ή που γέννησαν παιδί με βάρος γέννησης > 9 lb
Υπέρταση (> 140/90 mmHg ή υπό αντί - υπερτασική αγωγή)
HDL (high density lipoprotein, υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη) χοληστερόλη < 35 mg/dl (0.9 mmol/l) και/ή επίπεδα τριγλυκεριδίων > 250 mg/dl (2.82 mmol/l).
Γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
Άλλες κλινικές καταστάσεις που σχετίζονται με ινσουλινο -αντίσταση (πχ. σοβαρού βαθμού
Ο έλεγχος πρέπει να αρχίζει στην ηλικία των 45 ετών για όλους, ιδίως για όσους είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι
Αν τα αποτελέσματα είναι φυσιολογικά, ο έλεγχος πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 3 έτη, ενώ σε άτομα με παράγοντες κινδύνου και ανάλογα με την αρχική μέτρηση μπορεί να γίνεται πιο συχνά (πχ, σε άτομα με προδιαβήτη, επανέλεγχος πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο).

Πηγή: Gouveri, Papanas και Maltezos, 2011

Η πρόληψη της παχυσαρκίας αποτελεί, λοιπόν, τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου του ΣΔτ2. Για την μείωση της εμφάνισης της παχυσαρκίας, κρίνεται αναγκαία η αλλαγή του τρόπου ζωής των ατόμων[22].

1.4.4 Πρόληψη των επιπλοκών και αντιμετώπιση

Για την πρόληψη των επιπλοκών του ΣΔτ2 οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον διαβήτη είναι αυτοί που μπορούν να τροποποιηθούν. Η πρόληψη της νόσου, αφορά μέτρα, τα οποία

στοχεύουν σε άτομα με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου του ΣΔτ2. Τα μέτρα αυτά, περιλαμβάνουν

- Την μείωση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα, εφόσον αυτό είναι αυξημένο.
- Την φυσική δραστηριότητα σε 30λεπτά την ημέρα για 5 φορές την εβδομάδα.
- Τον περιορισμό της ημερήσιας πρόσληψης λίπους σε λιγότερο από 30 % των ημερήσιων θερμίδων που προσλαμβάνουμε.
- Την πρόσληψη 25-35gr φυτικών ινών ημερησίως.
- Την μείωση του κορεσμένου λίπους σε λιγότερο από 7% ημερησίως.

Επιπρόσθετα, στην περίπτωση που ο ΣΔτ2 δεν μπορεί να ρυθμιστεί με την διατροφή, τότε χορηγούνται υπογλυκαιμικά φάρμακα. Σε περιπτώσεις όμως που ο συνδυασμός των υπογλυκαιμικών φαρμάκων και της διατροφής δεν καταφέρνουν να ρυθμίσουν τον ΣΔτ2, τότε χορηγείται ινσουλίνη. Η χορήγηση της ινσουλίνης είναι υποχρεωτική σε ασθενείς που είναι ινσουλινοεξαρτώμενοι και πραγματοποιείται από 2 έως 4 φορές την ημέρα υποδόρια σε συγκεκριμένες ώρες. Επιπλέον, η ρύθμιση των γευμάτων πρέπει να είναι σε καθορισμένες ώρες, ώστε να παραμένει σε σταθερά επίπεδα η γλυκόζη[23].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Ποιότητα Ζωής

2.1. Ορισμός και έννοια της Ποιότητας Ζωής

Από τα αρχαία χρόνια κιόλας, οι Έλληνες φιλόσοφοι είχαν ασχοληθεί με την ΠΖ. Στο σύγγραμμα «Ηθικά Νικομάχεια» ο Αριστοτέλης ανέφερε την λέξη «ευδαιμονία», δηλαδή το τέλει αγαθό που συνιστά τελικώς τον σκοπό των πράξεων του ανθρώπου, απεικονίζοντας την ΠΖ (ευ ζην) και την ευημερία (ευ πράττειν)[24]. Αργότερα, έρχεται ο Shaw, ο οποίος διαχωρίζει την ευτυχία από την ΠΖ, αναφέροντας πως για να γίνει ουσιαστική η ΠΖ θα πρέπει να θυσιάσκει η ευτυχία[25]. Ο McCall υποστηρίζει, πως η ΠΖ αποτελεί την ύπαρξη αλλά και την δυνατότητα πρόσβασης στις απαραίτητες συνθήκες, που οδηγούν στην εξασφάλιση της ευτυχίας σε μια κοινωνία[26]. Οι αντικειμενικοί και υποκειμενικοί παράγοντες και δείκτες, αλλά και οι συνδυασμοί αυτών είναι απαραίτητοι για τον προσδιορισμό της έννοιας της ΠΖ, ισχυρίστηκαν οι Zautra, Goodman και Lehman μετά το 1979[27,28]. Οι αντικειμενικοί παράγοντες και δείκτες έγκειται στην ικανότητα των ατόμων να έχει πρόσβαση σε πόρους και ευκαιρίες, τους οποίους μπορεί να χρησιμοποιήσει με απώτερο σκοπό να επιτευχθούν τα ενδιαφέροντα του. Οι υποκειμενικοί παράγοντες και δείκτες αναφέρονται στα βιώματα των ατόμων, που αφορούν την ψυχική υγεία τους[28]. Μέχρι και σήμερα, συνεχίζεται η συζήτηση για την έννοια της ΠΖ. Διατυπώνονται διαφορετικές απόψεις μεταξύ των επιστημόνων αλλά και των απλών ανθρώπων. Υπάρχει μια προσέγγιση με βάση την οικονομία, η οποία επικεντρώνεται στον διαχωρισμό των οικονομικών πόρων, στην φτώχεια αλλά και στην σύγκριση μεταξύ των κρατών. Επιπρόσθετα, η ψυχολογία και η κοινωνιολογία, εστιάζουν στον συνδυασμό ψυχολογικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Τους παράγοντες αυτούς, τους διαχωρίζουν σε τρεις κατηγορίες:

- Παράγοντες που αφορούν τις εξωτερικές συνθήκες, όπως εργασία, κατοικία και οικονομία.
- Παράγοντες που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις, όπως οικογένεια
- Παράγοντες που αφορούν την εσωτερική ισορροπία των ανθρώπων, όπως η αυτοεκτίμηση και η ψυχολογική διάθεση [29].

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια, παρουσιάζει και η σημασία της ΠΖ κατά την παιδική ηλικία, αλλά και η σύγκρισή της με την ψυχική ευεξία και την επιτυχία στην ενηλικίωση[30]. Πολλοί ερευνητές τα τελευταία χρόνια, ισχυρίζονται πως οι περισσότεροι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την έκφραση ΠΖ και πως από ένστικτο κατανοούν και τι περιέχει αυτή η έννοια, αφού δεν έχει διατυπωθεί ακόμη ένας σαφής ορισμός για την ΠΖ. Η ΠΖ δηλώνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους, τα οποία μάλιστα ερμηνεύονται κάθε φορά και με διαφορετική σημασία, η οποία ποικίλλει αναλόγως του αντικείμενου των ενδιαφερόντων τους[31]. Ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες κάθε εποχής, η ΠΖ παρουσιάζεται με διαφορετική υπόσταση κάθε φορά σε ότι αφορά την κλινική σκέψη. Ο κλινικός ιατρός την αντιλαμβάνεται σαν μια φιλοσοφική τοποθέτηση, η οποία

σχετίζεται με την υγεία[32]. Ο Π.Ο.Υ σήμερα, προσδιορίζει την ΠΖ σαν «την αντίληψη που έχουν τα άτομα για την θέση τους στην ζωή, στα πλαίσια του πολιτισμικού συστήματος και τους συστήματος αξιών μέσα στο οποίο ζουν και έχουν σαν σημείο αναφοράς τους στόχους τους, τα πρότυπά τους τις ανησυχίες τους και τις προσδοκίες τους»[33]. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν, πως η ΠΖ αποτελεί μια ευρεία έννοια, η οποία είναι υποκειμενική και ευμετάβλητη με πολλαπλά χαρακτηριστικά και διαστάσεις, έχοντας σαν αποτέλεσμα την αδυναμία μέτρησής της και ποσοτικοποίησης της[34].

2.2. Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

Η ΠΖ των ατόμων, μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες. Ένας όμως από τους σημαντικότερους που μπορεί να την επηρεάσουν είναι η υγεία. Θέματα που αφορούν γενικά την υγεία, όπως σωματικά συμπτώματα, συναισθηματική λειτουργικότητα ή και σεξουαλική λειτουργικότητα μπορούν να συμπεριληφθούν στην ΠΖ σε σχέση με την υγεία. Η ΣΥΠΖ ορίζεται σαν την αξία που επιτυγχάνεται στην ζωή των ανθρώπων, όπως αυτή μεταλλάσσεται από τις διάφορες λειτουργικές καταστάσεις ή βλάβες, τις κοινωνικές ευκαιρίες και τις προσδοκίες[35]. Συγκεντρωτικά ο όρος ΣΥΠΖ, περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις:

- Την υποκειμενική άποψη του ατόμου για την σωματική και ψυχική του κατάσταση.
- Το αποτέλεσμα της κατάστασης της υγείας του στη λειτουργικότητά του.
- Την ελάττωση της λειτουργικότητας του σε απαραίτητους τομείς, μέσα από τους οποίους θα επιτευχθούν οι στόχοι που θέτει το άτομο στην ζωή του[36].

Η ΣΥΠΖ μεταλλάσσεται ανάλογα με το επίπεδο της υγείας ενός ατόμου, τις σχέσεις του αλλά και τις εμπειρίες του. Στα άτομα που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα, αναμένεται η ΣΥΠΖ να επηρεαστεί από την μειωμένη λειτουργικότητα καθώς και από πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων. Καθοριστικό ρόλο στην ΣΥΠΖ παίζουν οι ελπίδες των ατόμων για καλυτέρευση της υγείας τους, αλλά και οι εκάστοτε πολιτικές υγείας οι οποίες είναι πιθανό να επηρεάσουν τις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων[37].

2.3. Μέθοδοι μέτρησης της Ποιότητας Ζωής

Η ΠΖ μετριέται με την χρήση ορισμένων οργάνων. Τα όργανα αυτά, θα πρέπει να πληρούν κάποιες βασικές δεσμεύσεις. Η αξιοπιστία, η εγκυρότητα και η ευαισθησία ενός οργάνου μέτρησης είναι κάποιες από αυτές. Ένας ερευνητής που προσπαθεί να φτιάξει ένα όργανο μέτρησης, είναι δύσκολο να επιτύχει τις παραπάνω δεσμεύσεις. Για τον λόγο αυτό, κάθε φορά που πραγματοποιείται μια έρευνα, στην διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν έτοιμα εργαλεία μέτρησης της ΠΖ. Από αυτά μπορούν να αξιολογηθούν τουλάχιστον τρεις διαστάσεις που αφορούν την υγεία. Αυτές είναι :

- Η ψυχική υγεία
- Η σωματική λειτουργικότητα
- Οι αντιλήψεις γενικής υγείας.

Οι καθημερινές και κοινωνικές δραστηριότητες των ατόμων είναι αυτές, στις οποίες δίνεται ιδιαίτερη σημασία, ώστε να μετρηθεί η ΠΖ του[38]. Κάποια από τα εργαλεία μέτρησης της ΠΖ είναι τα παρακάτω :

- Η επισκόπηση υγείας SF-36. Περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τον σωματικό πόνο, την σωματική λειτουργία, την υγεία, την ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργία, την νοητική λειτουργία, την σωματική και την συναισθηματική κατάσταση.
- Τα ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (The General Health Questionnaire). Αυτό έχει τρεις εκδόσεις. Οι 28 ερωτήσεις της πρώτης έκδοσης διαχωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες, οι οποίες αναφέρονται στην κατάθλιψη, το άγχος, την κοινωνική λειτουργία και τα σωματικά συμπτώματα.
- Ο Δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης των ηλικιωμένων σε χώρους κλειστής φροντίδας.
- Η επισκόπηση υγείας του Nottingham. Αποτελείται από δυο μέρη. Το πρώτο περιέχει 36 καταστάσεις υγείας σε 6 διαφορετικές διαστάσεις, όπως κοινωνική απομόνωση, ύπνος, πόνος, ενέργεια, συναισθηματική ανταπόκριση και σωματική κίνηση. Το δεύτερο μέρος, περιλαμβάνει τομείς όπως, την οικογένεια, το εργασιακό περιβάλλον, το κοινωνικό περιβάλλον, την σεξουαλική ζωή, τις δραστηριότητες και την φροντίδα του σπιτιού. Όλα τα παραπάνω, επηρεάζονται από την υγεία.
- Η επισκόπηση της επίδρασης της αρρώστιας (The Sickness Impact Profile). Περιλαμβάνει 136 ερωτήσεις, οι οποίες διακρίνονται σε 12 κατηγορίες.
- Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (The Karnofski Performance Index-KPI). Χρησιμοποιείται κυρίως στην ιατρική έρευνα και δεν εστιάζει αποκλειστικά στην ΠΖ. Αφορά την συνολική λειτουργία του σώματος.
- Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The Who Performance Status). Κανένας κοινωνικός παράγοντας δεν λαμβάνεται υπόψη και αφορά κυρίως την σωματική λειτουργία.
- Το ερωτηματολόγιο του McGill για τον Πόνο.
- Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής.
- Η Κλίμακα Ποιότητας Ζωής Spitzer. Ο αρχικός σχεδιασμός, αφορούσε την ΠΖ ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, αλλά από εκεί και έπειτα εφαρμόζεται και σε διάφορες κατηγορίες ασθενών[39].

2.4. Ποιότητα Ζωής των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2

Έντονα αρνητικά συναισθήματα μπορούν να προκληθούν στον ασθενή λόγω των χρόνιων παθήσεων, έχοντας σαν αποτέλεσμα ο ίδιος να μην είναι σε θέση να διαχειριστεί την κατάσταση της υγείας του. Η συνεχόμενη προσπάθεια των ατόμων να ρυθμίσουν τον ΣΔ, έχει σαν αντίκτυπο στον ασθενή την δημιουργία συναισθημάτων άγχους, θυμού, χαμηλής αυτοεκτίμησης και κατάθλιψης. Έτσι, αντιλαμβανόμαστε πως οι χρόνιες παθήσεις έχουν και ψυχικές επιπτώσεις στα άτομα που πάσχουν από ΣΔ τύπου 2. Η εξέλιξη της υγείας των ατόμων εξαρτάται από την ρύθμιση του ΣΔ, κάτι το οποίο επηρεάζεται από την αρνητική στάση που έχουν τα άτομα, αλλά και από την αδυναμία τους να αποδεχθούν την νόσο[40]. Όλα τα παραπάνω, αποτελούν εκ φύσεως συναισθηματικές αντιδράσεις και συμβαίνουν όταν τα άτομα προσπαθούν να προσαρμοστούν στην νέα πραγματικότητα. Μόνο όταν ο ασθενής αποδεχθεί την νόσο του είναι σε θέση να διαχειριστεί την υγεία του και να αναλάβει την ευθύνη για τον ίδιο. Συμπερασματικά, η υγεία των ασθενών διατηρείται όταν ο ίδιος δίνει την δέουσα προσοχή στον τρόπο ζωής του[40]. Οι επιπλοκές του ΣΔτ2 είναι πολλές και ποικίλλουν. Σημαντικό ρόλο όμως, παίζουν τα συναισθήματα του ασθενή τα οποία επηρεάζουν και την εξέλιξη της νόσου. Η χρονιότητα της νόσου και οι επιπλοκές της επίσης, αποτελούν έναν σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα. Μειώνονται οι ψυχικές αντοχές των ατόμων, οι δυνάμεις τους εξασθενούν έχοντας σαν αποτέλεσμα το ίδιο το άτομο να καταβάλλεται. Έτσι, επηρεάζεται και η ΠΖ των ατόμων. Βλέποντας τα προβλήματα της νόσου, τα οποία έχουν υποκειμενικές και αντικειμενικές διαστάσεις, αντιλαμβανόμαστε την πολυδιάστατη σημασία της ΠΖ[41]. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ΠΖ των ατόμων με ΣΔτ2 είναι:

Τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλούνται από τον ΣΔτ2 σε συνάρτηση με την χρονιότητα της νόσου και την δυσκολία που έχει η ρύθμιση του γλυκαιμικού δείκτη, προκαλούν αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση στα άτομα. Το αποτέλεσμα είναι, η επιβάρυνση αυτή να επηρεάζει συνεχώς την ΠΖ των ατόμων που πάσχουν από ΣΔτ2[42]. Επιπλέον, η ανάγκη που δημιουργείται για την αντιμετώπιση των επιπλοκών, για τον συνεχή αυτοέλεγχο, για την συμμόρφωσή τους στην θεραπεία, αλλά και τον αντίκτυπο που έχουν όλα αυτά στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή των ατόμων με ΣΔτ2, δημιουργούν επιπλέον άγχος στον ασθενή, έχοντας σαν αποτέλεσμα να προκαλείται συχνά κατάθλιψη[43]. Επίσης, σημαντική επίδραση, τόσο στην ψυχολογική, όσο και στην βιολογική λειτουργικότητα των ατόμων, διαδραματίζει και η διατροφή. Οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην κλινική ρύθμιση του διαβήτη, μέσω των οποίων ενισχύεται και βελτιώνεται γενικότερα η ΠΖ[44]. Επιπρόσθετα, το «διαβητικό πόδι», η πιο συχνή επιπλοκή του ΣΔτ2 καθώς και η εμφάνιση ελκών, ενισχύουν τον κίνδυνο του ακρωτηριασμού. Αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα οι ίδιοι οι ασθενείς να επιβαρύνονται με επιπλέον άγχος, αλλά και η ψυχική υγεία της οικογένειας να διαταράσσεται λόγω του επερχόμενου κινδύνου της αναπηρίας[42]. Μεταξύ των

άλλων, οι ασθενείς με ΣΔτ2 ξεκινούν την φαρμακευτική αγωγή τους με αντιδιαβητικά δισκία. Η θεραπεία με την χρήση ινσουλίνης είναι αυτή που ακολουθεί. Η αρνητική επίπτωση όμως στην ΠΖ των ασθενών, φαίνεται με την έναρξη της ινσουλinoθεραπείας[41]. Παράλληλα, μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που νοσούν από ΣΔτ2 σε σχέση με ασθενείς που πάσχουν από άλλα χρόνια νοσήματα έχουν υψηλότερο επίπεδο ΠΖ. Συνεπώς, αντιλαμβάνεται κάποιος, πως αν ένας διαβητικός ασθενής προσαρμόσει την θεραπεία του σύμφωνα με τις καθημερινές του συνήθειες, η ΠΖ του δεν επηρεάζεται αρνητικά[40]. Εν κατακλείδι, η ΠΖ των ασθενών που πάσχουν από ΣΔτ2 επηρεάζεται σημαντικά. Ο ασθενής εντάσσει στην καθημερινότητα του μια σειρά από «κανόνες», όπως καθημερινή σωματική άσκηση, σωστή διατροφή, καθημερινή καταμέτρηση σακχάρου αίματος, τους οποίους πρέπει να ακολουθεί. Η καθημερινή ζωή των ασθενών αλλάζει και η ΠΖ πολλές φορές επιδεινώνεται. Επιπλέον, στην ΠΖ των ασθενών, σπουδαίο ρόλο διαδραματίζουν τόσο οι επιπλοκές του ΣΔ, όσο το άγχος και η κατάθλιψη που εμφανίζονται. Όταν οι ασθενείς αποδεχθούν την νόσο τους και την εντάξουν στον τρόπο ζωής τους, μόνο τότε θα επέλθει η ψυχική ηρεμία και τα ίδια τα άτομα θα μπορέσουν να εκπληρώσουν τις προσωπικές τους προσδοκίες[44].

2.5. Παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής

Η σωματική υγεία των ατόμων, η φυσική τους υπόσταση, η ψυχική τους κατάσταση, το περιβάλλον που ζουν αλλά και οι σχέσεις που αναπτύσσουν μεταξύ τους, φαίνεται πως διαμορφώνουν την ΠΖ. Επιπρόσθετα, με βάση νέες θεωρίες που αναπτύχθηκαν, η υγεία ξεχωρίζει σαν ένας από τους παράγοντες που καθορίζουν την ΠΖ. Άλλοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν και να καθορίσουν την ΠΖ των ατόμων είναι [45,46]:

- Το κλίμα του τόπου διαμονής.
- Η διαταραχή της οικολογικής ισορροπίας.
- Το οικιστικό περιβάλλον.
- Οι διατροφικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής.
- Η κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών.
- Τα χρόνια νοσήματα και οι αναπηρίες.
- Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις.
- Η εκπαίδευση.
- Η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη.
- Το άγχος για την ασθένεια και τον θάνατο.
- Η προσαρμογή σε νέες συνθήκες.
- Το πολιτιστικό μόρφωμα.
- Τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών σχέσεων.
- Το επάγγελμα και το περιβάλλον εργασίας.

- Το εισόδημα και ο τρόπος διαχείρισης του.
- Η διαθέσιμη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη και η ποιότητα αυτής.

Γι' αυτό, θέλοντας να μειωθεί το εύρος της έννοιας ΠΖ, αλλά και να ξεχωρίσει από το γενικό πλαίσιο σε θέματα που συνάδουν με την υγεία, δημιουργήθηκε ο όρος Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Ψυχική Υγεία

3.1. Ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ευμάρειας, σύμφωνα με την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται τις δεξιότητές του, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει το καθημερινό άγχος και να εργάζεται δημιουργικά, συνεισφέροντας στην κοινότητα[47]. Ένα άτομο, είναι σε θέση να διαχειριστεί το άγχος του και να κάνει «υγιείς» επιλογές όταν είναι ψυχικά υγιές. Όταν όμως οι απαιτήσεις που εμφανίζονται στην καθημερινότητα είναι «πάνω από τις δυνάμεις μας», με αποτέλεσμα να μην μπορεί το άτομο να ανταπεξέλθει, τότε η ψυχική υγεία επηρεάζεται αρνητικά και αναλόγως το άτομο, παρουσιάζονται οι ψυχικές διαταραχές. Τα χρόνια νοσήματα εντάσσονται σ' αυτές τις απαιτήσεις και ευνοούν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών[48]. Η αυτοεκτίμηση, η ανθεκτικότητα, τα συναισθήματα, η επικοινωνία, η γνώση και η σκέψη είναι ο θεμέλιος λίθος της ψυχικής υγείας και το κλειδί των διαπροσωπικών σχέσεων[49].

3.2 Ψυχική Ασθένεια

Οι ψυχικές ασθένειες, είναι καταστάσεις που αφορούν την υγεία μας. Διαφοροποιήσεις στις σκέψεις, στα συναισθήματα και στην συμπεριφορά ή και συνδυασμός αυτών, περιλαμβάνονται σ' αυτές. Προβλήματα μειωμένης λειτουργικότητας των ατόμων, που αφορούν την ένταξή τους σε κοινωνικές, εργασιακές ακόμη και οικογενειακές δραστηριότητες μπορεί να αφορούν τις ψυχικές ασθένειες. Οι ψυχικές ασθένειες είναι αρκετά συχνές.

- Σχεδόν τον 19% των ενηλίκων των ΗΠΑ παρουσιάζουν μια μορφή ψυχικής ασθένειας.
- Το 4,1% έχει κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια.
- Το 8,5% έχει διαγνωστεί με ψυχική ασθένεια λόγω της χρήσης ουσιών.

Οι ψυχικές ασθένειες, μπορούν να κάνουν την εμφάνισή τους σε οποιαδήποτε ηλικία και σε όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως, αφού δεν κάνουν διακρίσεις. Η πλειοψηφία των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια συνεχίζει να λειτουργεί ομαλά στην καθημερινότητα του, εφόσον η ψυχική ασθένεια θεραπεύεται. [49].

3.3 Άγχος

Στην σημερινή εποχή το άγχος είναι μια φυσιολογική και ψυχική αντίδραση στην αντιμετώπιση μιας δύσκολης κατάστασης. Ως φυσιολογικό και απαραίτητο στοιχείο της ανθρώπινης φύσης, κρίνεται το άγχος όταν είναι μικρής έντασης, αφού οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις ενισχύονται. Από την άλλη πλευρά, το άγχος χαρακτηρίζεται παθολογικό όταν είναι μεγάλης έντασης, αφού διαταράσσεται η προσαρμοστική ικανότητα των ανθρώπων [50]. Στα χρόνια νοσήματα, το άγχος έχει από την μια

πλευρά ευεργετικές ικανότητες, αφού το ίδιο παρακινεί τους ασθενείς να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια . Από την άλλη πλευρά, το άγχος μπορεί να τους προκαλέσει απαισιοδοξία, ανησυχία και φόβο για το μέλλον και την εξέλιξη της νόσου [51]. Τα συμπτώματα του άγχους, διαχωρίζονται σε ψυχολογικά και σωματικά. Τα σωματικά συμπτώματα, προκαλούν απειλή για την υγεία, κάτι το οποίο επιδεινώνεται με το άγχος. Αυτά περιλαμβάνουν, δύσπνοια, λιποθυμική τάση, πόνο στο στήθος, έντονη κόπωση, αδυναμία, ανορεξία, ζάλη, εφίδρωση και κεφαλαλγία. Τα ψυχολογικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τον φόβο, την διάσπαση προσοχής, την ανησυχία, την μειωμένη αντιληπτική ικανότητα, την δυσκολία συγκέντρωσης αλλά και την μη απόκριση στις ημερήσιες δραστηριότητες [50]. Σε σχέση με τους άνδρες, οι γυναίκες έχουν πιο πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν αγχώδεις διαταραχές. Για την διάγνωση της αγχώδους διαταραχής, το άγχος, θα πρέπει να μην είναι κατάλληλο για την ηλικία του ατόμου και να μην του επιτρέπει να λειτουργεί κανονικά στην καθημερινή ζωή. Για την ανάπτυξη της αγχώδους διαταραχής, διαπιστώθηκε πως γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν. Οικογένειες μπορούν να εμφανίσουν αγχώδη διαταραχή, κάτι που σημαίνει πως αυτές οφείλονται μάλλον σε γονίδια και περιβαλλοντικό στρες. Η θεραπεία του άγχους, περιλαμβάνει την ψυχοθεραπεία, αλλά και φαρμακευτική αγωγή, η οποία περιλαμβάνει αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνη και β- αναστολείς [49,51]. Τέλος, για την αντιμετώπιση του άγχους, χρειάζεται η γνώση σχετικά με αυτό. Έτσι ο καθένας θα μπορέσει να το διαχειριστεί με διάφορες τεχνικές, όπως τον διαλογισμό [49].

3.4 Κατάθλιψη

Σαν μια διαταραχή του συναισθήματος ορίζεται η κατάθλιψη. Κύριο χαρακτηριστικό της, είναι η χειροτέρευση της διάθεσης και η μείωση της ευχαρίστησης, τα οποία οδηγούν σε αρνητικές σκέψεις. Είναι μια δυσάρεστη εμπειρία, η οποία είτε μπορεί να ξεπεραστεί πολύ γρήγορα είτε να συνεχιστεί για περισσότερο καιρό και να χρειαστεί θεραπεία. Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται κυρίως από θλίψη, μελαγχολία, έλλειψη ενδιαφέροντος, αδυναμία συγκέντρωσης και συνεχή κούραση [52,53]. Αποτελεί την τέταρτη πιο συχνή αιτία θανάτου στις ηλικίες 15-29 ετών και υπολογίζεται πως το 5% των ενηλίκων παγκοσμίως πάσχει από αυτή. Είναι μια νόσος, που συχνά υποτροπιάζει και οι ασθενείς δυσλειτουργούν στην καθημερινή τους ζωή. Τα συμπτώματά της, περιλαμβάνουν συναισθηματικές, συμπεριφορικές, γνωστικές, λειτουργικές και σωματικές διαστάσεις[51]. Κληρονομικοί, βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Τα χρόνια νοσήματα, καθώς και τα νοσήματα του Κ.Ν.Σ. και του θυρεοειδή αναφέρονται σαν κύριες αιτίες της κατάθλιψης. Σπουδαίο ρόλο επίσης, στην αιτία της κατάθλιψης κατέχει και η χρήση του αλκοόλ και των ναρκωτικών ουσιών. Τέλος, ένας ακόμη παράγοντας που ο ασθενής δεν μπορεί να τον διαχειριστεί και τον οδηγεί στην κατάθλιψη είναι η απώλεια της υγείας. Ο ίδιος, εμφανίζει συμπτώματα θλίψης, πένθους και άρνησης[54]. Η θεραπεία της κατάθλιψης, εξαρτάται από το πόσο βαριά νοσεί κάποιος.

Οι ασθενείς, οι οποίοι εμφανίζουν ήπια κατάθλιψη, μπορούν να την θεραπεύσουν με την ψυχοθεραπεία. Η μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη, αντιμετωπίζεται με συνδυασμό ψυχοθεραπείας και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, είναι το είδος της ψυχοθεραπείας που συχνά ακολουθείται και στοχεύει στην αλλαγή του τρόπου σκέψης και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, η βενζοδιαζεπίνη, τα αντιψυχωσικά και θυμορρυθμιστικά, συνιστούν την φαρμακευτική αγωγή. Σε περιστατικά σοβαρής κατάθλιψης, αν κάποια από τις παραπάνω θεραπείες δεν πετύχουν, αλλά ούτε και ο συνδυασμός αυτών, τότε ακολουθεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Σύμφωνα με αυτή τη θεραπεία, πραγματοποιείται η ηλεκτρική διέγερση του εγκεφάλου. Εν κατακλείδι, αξίζει να αναφερθεί πως οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, με την υιοθέτηση συνθηγιών, όπως η σωστή διατροφή και η συχνή σωματική δραστηριότητα είναι σε θέση να μειώσουν ορισμένα από τα συμπτώματα που εμφανίζονται[55].

3.5 Συννοσηρότητα του Σακχαρώδη Διαβήτη με το άγχος και την κατάθλιψη

Γνωστικές, συναισθηματικές, αγχώδεις, ψυχωτικές διαταραχές, αλλά και διαταραχές της προσωπικότητας συχνά συνοδεύουν τον ΣΔ. Οι ασθενείς με ΣΔ κινδυνεύουν ώστε να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης μέσα από βιολογικούς μηχανισμούς. Οι βιολογικοί μηχανισμοί, ενώνουν τις μεταβολικές αλλαγές που επιφέρει ο ΣΔ με αλλαγές στην εγκεφαλική δομή και λειτουργία. Στους ασθενείς με ΣΔτ2 οι διαταραχές αυτές επικρατούν σε πολύ υψηλό βαθμό. Σε μετα-ανάλυση από 42 μελέτες, γνωστοποιείται ότι η εκτίμηση της κατάθλιψης σε γυναίκες που πάσχουν από ΣΔ ήταν 28%, ενώ στους άνδρες ήταν 18%[56]. Κλινικές έρευνες, έχουν αναφέρει, πως τα άτομα που πάσχουν από ΣΔ υπομένουν και το έντονο stress-άγχος. Η καταπολέμηση του ΣΔ χρήζει αλλαγών στην καθημερινότητα των πασχόντων, ακολουθώντας ένα πειθαρχημένο πρόγραμμα φαρμακευτικής αγωγής είτε από το στόμα είτε ενέσιμης με μορφή ινσουλίνης, σε συνδυασμό με συγκεκριμένο διαιτολόγιο και φυσική δραστηριότητα. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να πραγματοποιούνται συνεχόμενες εξετάσεις για τον έλεγχο του σακχάρου και για την έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών. Η συνεχής επιβάρυνση και το χρόνιο stress που προκαλείται στον ασθενή από την παρουσία του διαβήτη αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση της κατάθλιψης.

Μελέτες έχουν αναφέρει, πως ο επιπολασμός της κατάθλιψης διπλασιάζεται σε ασθενείς που πάσχουν από ΣΔτ2 σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Το 15-30% των διαβητικών ασθενών, πληροί όλα τα κριτήρια για την εμφάνιση της κατάθλιψης[57].

Η κατάθλιψη από την άλλη πλευρά, μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση οξείων και χρόνιων επιπλοκών που αφορούν τον ΣΔ, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η ψυχική υγεία των διαβητικών. Η επίδραση που έχει ο ΣΔ στα άτομα που νοσούν, συχνά τους οδηγεί σε αίσθημα απαισιοδοξίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, ακόμη και απώλειας αυτοελέγχου. Η συνεχής φροντίδα του εαυτού τους

επιδρά άμεσα και στο διαβητικό έλεγχο. Είναι γεγονός, πως οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από χρόνια καθιστούν τους ασθενείς της τρίτης ηλικίας ανήμπορους να αυτοεξυπηρετηθούν. Η εξάρτησή τους από τους φροντιστές τους οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση και σε κάποιες περιπτώσεις στην αυτοκτονία. Η βελτίωση της ΠΖ αφορά την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και την αύξηση της ικανότητας του διαβητικού για αυτό εξυπηρέτηση. Ταυτόχρονα, υπάρχει μείωση των κρατικών δαπανών που αφορούν την αντιμετώπιση των επιπλοκών του ΣΔ[56].

Οι μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έχουν κατευθυντήριες οδηγίες για την διάγνωση της κατάθλιψης σε άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, όπως ο ΣΔτ2. Τα συμπτώματα του άγχους, της κατάθλιψης, των διατροφικών συνηθειών αλλά και της γνωστικής κατάστασης του ασθενή θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να αξιολογούνται[55-56]. Η πιστή συμμόρφωση στους διατροφικούς κανόνες, στην φυσική δραστηριότητα και στην πιστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και οι συχνοί έλεγχοι από τους ειδικούς ιατρούς απαιτούνται σε ένα χρόνιο νόσημα σαν τον ΣΔ[57].

Εν κατακλείδι, διαπιστώνεται πως η κατάθλιψη επιδρά στην ΠΖ των ατόμων που πάσχουν από ΣΔτ2 και οι παράγοντες που την επηρεάζουν, αφορούν την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο κ.α..Τα καταθλιπτικά συμπτώματα που παρουσιάζονται, αφορούν την μη συμμόρφωση στην ιατρική θεραπεία και την περιορισμένη αυτοφροντίδα. Αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την χειροτέρευση της νοσηρότητας[56].

Ο ΣΔτ2 με την κατάθλιψη έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών, αυξάνει τις επιπλοκές της νόσου με αποτέλεσμα την αύξηση της θνησιμότητας. Η μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι από τους πιο σημαντικούς λόγους της κακής ρύθμισης του ΣΔ. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 4.463 ασθενών, αξιολογήθηκε η παρακολούθηση του ΣΔ, η κατάθλιψη αλλά και η αυτοφροντίδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ασθενείς με ΣΔτ2 και μείζονα κατάθλιψη, έδειχναν μικρότερη συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή από το στόμα για τον ΣΔ, την υπέρταση και την δυσλιπιδαιμία σε σχέση με τους ασθενείς που έπασχαν από ΣΔτ2, αλλά όχι από κατάθλιψη[58]. Σαν δεύτερος λόγος μη σωστής ρύθμισης του σακχάρου, αναφέρθηκαν η ελλιπής σωματική δραστηριότητα και η μη τήρηση ενός υγιεινού διαιτολογίου. Αυτοί οι δυο παράγοντες αξιολογήθηκαν επίσης. Τα αποτελέσματα, ανέφεραν πως οι μη καταθλιπτικοί ασθενείς είχαν πιο υψηλά ποσοστά τήρησης της συστηματικής σωματικής δραστηριότητας και της υγιεινής διατροφής σε σχέση με τους καταθλιπτικούς. Τέλος, η παχυσαρκία και το κάπνισμα είναι ο τρίτος λόγος που αναφέρεται στην κακή ρύθμιση του σακχάρου. Σε αντίστοιχη μελέτη, όπου συσχετίστηκαν αυτοί οι δυο παράγοντες, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ασθενείς που έπασχαν από ΣΔτ2 και μείζονα κατάθλιψη είχαν υψηλότερα ποσοστά καπνιστών αλλά και παχύσαρκων, αφού ο δείκτης μάζας σώματος ήταν $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ [58].

Συμπερασματικά ο ΣΔτ2 ευθύνεται για σοβαρές επιπλοκές στην υγεία των ασθενών, οι οποίες μάλιστα, με την ένταξη της κατάθλιψης επιδεινώνουν και την ΠΖ των διαβητικών ασθενών. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 4.600 ασθενείς με ΣΔτ2 τεκμηριώθηκε πως η κατάθλιψη σχετίζεται με την εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών της νόσου. Τα άτομα με κατάθλιψη έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης μικρο-αγγειακών και μακρο-αγγειακών επιπλοκών σε σύγκριση με τα άτομα που δεν πάσχουν από κατάθλιψη. Υψηλό κίνδυνο εμφάνισης μικρο-αγγειακών επιπλοκών, όπως νεφρική νόσο τελικού σταδίου και τύφλωση από αμφιβληστροειδοπάθεια κατά 36% είχαν οι ασθενείς με ΣΔτ2 και μείζονα κατάθλιψη. Τέλος, το 25% των ασθενών με ΣΔτ2 και κατάθλιψη έχουν πιο υψηλό κίνδυνο εμφάνισης μακρο-αγγειακών επιπλοκών, όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικό επεισόδιο σε σχέση με αυτούς χωρίς κατάθλιψη.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Έρευνα

4.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής και της ψυχικής υγείας των ατόμων που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και παρακολουθούνται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην ευρύτερη περιοχή της Λάρισας. Τα ερευνητικά ερωτήματα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν τα παρακάτω:

- 1) Υπάρχει σχέση μεταξύ των κοινωνικών, δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 με την Ποιότητα Ζωής;
- 2) Υπάρχει σχέση μεταξύ των κοινωνικών, δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 με την ψυχική υγεία;
- 3) Υπάρχει σχέση μεταξύ της Ποιότητας Ζωής και της ψυχικής υγείας των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2;
- 4) Οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 εμφανίζουν άγχος και κατάθλιψη;

4.2 Σχεδιασμός της μελέτης

Για την απάντηση των παραπάνω ερευνητικών ερωτημάτων κρίθηκε σκόπιμο να διεξαχθεί μια συγχρονική μελέτη. Μια μελέτη παρατήρησης μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. Οι μελέτες αυτές, έχουν σαν πλεονέκτημα την ευκολία στην υλοποίησή τους και την γρήγορη εκτέλεσή τους με μικρό κόστος. Τέλος, με αυτές τις μελέτες γίνεται μια πρώτη προσέγγιση και διερεύνηση του θέματος, ούτως ώστε να δοθεί το κίνητρο για περαιτέρω έρευνα με μελέτες κοορτής ή και άλλες, οι οποίες απαιτούν πολύ χρόνο και χρήμα.

4.3 Πληθυσμός και δείγμα

Ο πληθυσμός της μελέτης, ο οποίος επιλέχθηκε για την συγκεκριμένη έρευνα, ήταν ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 του Νομού Λάρισας. Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 που έχουν επισκεφθεί δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Νομού Λάρισας. Οι λόγοι επίσκεψης των ασθενών, δεν αφορούσαν αποκλειστικά τον Σακχαρώδη Διαβήτη. Στην έρευνα συμμετείχαν 107 άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (n=107). Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν συνολικά 3 ερωτηματολόγια και οι ασθενείς με ΣΔτ2 που επιλέχθηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια, πληρούσαν τα παρακάτω κριτήρια:

- Την συναίνεσή τους
- Τη διάγνωση με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2
- Την καλή επικοινωνία με τον ίδιο τον ασθενή ή με τον συνοδό του, προκειμένου να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια.

Η συλλογή των δεδομένων, έγινε με προσωπική συνέντευξη και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν από την γράφουσα και κάποια από τους ίδιους τους ασθενείς. Η συνέντευξη διαρκούσε περίπου 20 λεπτά. Το μέγεθος του δείγματος είχε σχεδιαστεί, να είναι τουλάχιστον n=100 άτομα. Σε αυτή την μελέτη, δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου. Τέλος, εφαρμόστηκε η μη τυχαία δειγματοληψία σε δείγμα ευκολίας.

4.4 Δεοντολογία και οργάνωση συλλογής των δεδομένων

Η οργάνωση της έρευνας έγινε σύμφωνα με τους κανόνες δεοντολογίας. Μετά από την αναζήτηση των κατάλληλων ερωτηματολογίων για την έρευνα, αποφασίστηκε η χρήση του Greek-Quality Of Life-3-8, της κλίμακας ψυχοπαθολογίας CL-90 R και ερωτήσεις που αφορούσαν σε κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία. Η χρήση των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων δεν χρειαζόταν άδεια από τους δημιουργούς τους. Στην συνέχεια, διαβιβάστηκε στο Επιστημονικό Συμβούλιο της 5^{ης} Υ.ΠΕ. η αίτηση για άδεια διεξαγωγής της μελέτης σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της οικείας Υ.ΠΕ. στις 24/08/2023. Η αίτηση, αφορούσε την διανομή ερωτηματολογίων σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Η έγκριση δόθηκε στις 27/09/2023 με το Πρακτικό της 10^{ης} Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας. Στην μελέτη, τηρήθηκαν οι ηθικές αρχές που οφείλουν να διέπουν όλες τις έρευνες σε ανθρώπινο πληθυσμό, σύμφωνα με την Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki). Στην έρευνα συμμετείχαν μόνο διαβητικοί τύπου 2, αφού πρώτα ενημερώνονταν σχετικά με τον σκοπό της μελέτης και έδιναν την συγκατάθεσή τους για την συμμετοχή, υπογράφοντας το ειδικό έντυπο. Το έντυπο τους διαβεβαίωνε για τον σκοπό της έρευνας, για την τήρηση της ανωνυμίας, την πλήρη εχεμύθεια των πληροφοριών και πως αν κάποια ερώτηση τους δυσκολεύει, είναι σε θέση να μην την απαντήσουν. Η χρονική διάρκεια της συλλογής των δεδομένων ήταν μετά από την ημερομηνία έγκρισης της έρευνας, δηλαδή από τις 28/09/2023 έως τις 30/11/2023. Ο χώρος που διεξήχθη η έρευνα ήταν η 1^η ΤΟ.Μ.Υ. Αγίου Γεωργίου Λάρισας, στον οποίο όποιος προσέρχονταν για ιατρικές υπηρεσίες, όπως τακτικό έλεγχο και συνταγογράφηση και έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 λάμβανε την ακόλουθη ενημέρωση για την σχετική μελέτη. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν τα αρχεία της ΤΟ.Μ.Υ Αγίου Γεωργίου Λάρισας για την ανεύρεση ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, όπου μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας ενημερώνονταν για την έρευνα και όποιος επιθυμούσε να συμμετέχει προσέρχονταν στην ΤΟ.Μ.Υ. Αγίου Γεωργίου για την πραγματοποίηση της συνέντευξης και της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

4.5 Εργαλεία μέτρησης

Η συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από πέντε ενότητες.

Η πρώτη ενότητα αφορούσε τα δημογραφικά και ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων και περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση κ.α.

Η δεύτερη ενότητα αφορούσε τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις συνήθειες των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. Περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τις τιμές του σακχάρου, της χοληστερίνης, της αρτηριακής πίεσης, του βάρους και του ύψους. Σε αυτό το σημείο, πραγματοποιούνταν μέτρηση της αρτηριακής πίεσης με ηλεκτρονικό πιεσόμετρο, μέτρηση του βάρους σε αναλογική ζυγαριά και μέτρηση της περιμέτρου της μέσης με μεζούρα. Υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος με τον τύπο

$BMI = \frac{\text{Βάρος}}{\gamma\psi\omicron\varsigma^2}$, όπου συνήθεις μονάδες μέτρησης είναι τα kg/m^2 . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του

Δείκτη Μάζας Σώματος ο ασθενής μπορεί να χαρακτηριστεί σαν:

- Λιποβαρές άτομο: $BMI < 18,5\text{kg/m}^2$
- Φυσιολογικού βάρους: $BMI 18,5\text{kg/m}^2\text{-}24,9\text{kg/m}^2$
- Υπέρβαρο: $BMI 25\text{kg/m}^2\text{-}29,9\text{kg/m}^2$
- Παχύσαρκο κατηγορίας 1: $BMI 30\text{kg/m}^2\text{-}34,9\text{kg/m}^2$
- Παχύσαρκο κατηγορίας 2: $BMI 35\text{kg/m}^2\text{-}39,99\text{kg/m}^2$
- Παχύσαρκο κατηγορίας 3: $BMI 40\text{kg/m}^2$ και πάνω

Στην συνέχεια, ακολούθησαν ερωτήσεις σχετικές με τα συμπτώματα και τις επιπλοκές του διαβήτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Αποτελέσματα

5.1 Περιγραφική Ανάλυση

5.1.1 Ατομικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Πίνακας 3: Ατομικά χαρακτηριστικά δείγματος

Προσωπικά Χαρακτηριστικά (n=107)	N	%
Φύλο		
Άντρας	53	49,5
Γυναίκα	54	50,5
Ηλικία	Mean ± St. Dev.= 66,44 ± 10,07 Min – Max. = 46 – 88	
Επαγγελματική κατάσταση		
Οικιακά	1	0,9
Πλήρη απασχόληση	30	28
Μερική απασχόληση	10	9,3
Συνταξιούχος	66	61,7
Εκπαιδευτικό Επίπεδο		
Δημοτικό	59	55,1
Γυμνασίου	22	20,6
Λύκειο	20	18,7
ΤΕΙ/ΑΕΙ	6	5,6
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	82	76,6
Διαζευγμένος/η	4	3,7
Χήρος/α	21	19,6
Πόσα άτομα διαμένουν μαζί σας;		
Μόνος	16	15
1	15	14
2	35	32,7
Περισσότερα από 2	41	38,3

Στον πίνακα 3 αποτυπώνονται τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η πλειοψηφία με 50,5% ήταν γυναίκες και το 49,5% άντρες. Η μέση ηλικία του δείγματος ανέρχεται στα 66,44 έτη (τυπική απόκλιση=10,7) και κυμαίνεται από 46 έως 88 έτη. Η πλειοψηφία των ασθενών με 61,7% ήταν συνταξιούχοι, το 28% είχαν πλήρη απασχόληση, το 9,3% μερική απασχόληση και μόλις 1 άτομο ασχολούνταν με τα οικιακά. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων διαπιστώθηκε ότι το 55,1% ήταν απόφοιτοι δημοτικού, το 20,6% απόφοιτοι γυμνασίου, το 18,7% απόφοιτοι λυκείου και μόλις το 5,6% ΤΕΙ/ΑΕΙ. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση η συντριπτική πλειοψηφία με 76,6% δήλωσαν παντρεμένοι, το 19,6% σε κατάσταση χηρείας και το 3,7% διαζευγμένοι. Τέλος, από το δείγμα το 38,3% διαμένει με

περισσότερα από 2 άτομα, το 32,7% μένει με άλλα 2 άτομα, το 15% διαμένει μόνο του και το 14% των ασθενών συγκατοικεί με άλλα 1 άτομο.

5.1.2 Σωματομετρικά Χαρακτηριστικά

Πίνακας 4: Σωματομετρικά χαρακτηριστικά δείγματος

Σωματομετρικά Χαρακτηριστικά (n=107)	Mean $\pm$ St. Dev.	Min – Max
Σωματικό Βάρος (kg)	94,57 $\pm$ 12,40	62 – 125
Ύψος (cm)	168,63 $\pm$ 9,00	150 – 186
Περίμετρος μέσης στο ύψος του αφαλού	109,09 $\pm$ 11,88	77 – 129
Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)	33,39 $\pm$ 4,52	21,70 – 44,40

Ο πίνακας 4 παρουσιάζει τα ευρήματα αναφορικά με τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Το δείγμα καταγράφει μέσο σωματικό βάρος 94,57 κιλά (τυπική απόκλιση=12,40) και διακύμανση από 62 έως 125 κιλά. Το μέσο ύψος ανέρχεται στα 168,63 εκ. (τυπική απόκλιση=9) και εύρος τιμών από 150 έως 186 εκ. Η περίμετρος της μέσης τους στο ύψος του αφαλού δίνει μέσο όρο για δείγμα 109,09 εκ. (τυπική απόκλιση=11,88) και κυμαίνεται από 77 έως 129 εκ. Ο μέσος όρος για τον δείκτη μάζας σώματος αποδίδει 33,39 kg/m² τιμή που συνάδει με παχύσαρκους κατηγορίας 1.

5.1.3 Κλινικά Χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 5 που ακολουθεί δίνονται τα κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα. Η τιμή της γλυκοζωμένης καταγράφει μέση τιμή 7,54 mg/dl (τυπική απόκλιση=0,79) και εύρος από 6,20 έως 10 mg/dL. Η χοληστερίνη εμφανίζει μέση τιμή για το δείγμα 212,39mg/dL (τυπική απόκλιση=58,69) και κυμαίνεται από 56 έως 390 mg/dL. Το 48,6% των ασθενών πάσχει επίσης από υπέρταση, το 20,6% έχει στεφανιαία νόσο, το 1,9% έχει υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και το 29% δήλωσε ότι έχει κάποιο άλλο νόσημα. Όσον αφορά τις επιπλοκές που τους έχουν δημιουργηθεί από τον ΣΔ το 15% ότι έχει διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, το 3,7% Στυτική δυσλειτουργία, ένας ασθενής δήλωσε ότι έχει διαβητική νεφροπάθεια και το 80,4% κάποια άλλη επιπλοκή. Σχετικά με τη θεραπεία που ακολουθούν στο πλαίσιο του ΣΔ το 25,2% του δείγματος δήλωσε ότι λαμβάνει δισκία, το 12,1% κάνει ινσουλίνη, ένα άτομο απάντησε ότι ακολουθεί δίαιτα και η πλειοψηφία με 61,7% δήλωσε ότι ακολουθεί συνδυαστική θεραπεία. Ακόμη, από τους ασθενείς το 75,7% δήλωσε ότι ακολουθεί συγκεκριμένη διατροφή από τότε που διαγνώστηκε με ΣΔ, το 57% δήλωσε ότι το σωματικό του βάρος έχει μειωθεί μετά τη διάγνωση και το 43% απάντησε ότι αύξησε τη σωματική του δραστηριότητα.

Πίνακας 5: Κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος

Κλινικά Χαρακτηριστικά		
Τιμή γλυκοζιωμένης	Mean ± St. Dev. = 7,54 ± 0,79 Min – Max. = 6,20 – 10	
Τιμή χοληστερίνης	Mean ± St. Dev. = 212,39 ± 58,69 Min – Max. = 56 – 390	
Πάσχετε από άλλα νοσήματα:		
Υπέρταση	52	48,6
Στεφανιαία νόσο	22	20,6
Αγγειακό εγκεφαλικό	2	1,9
Άλλο	31	29
Σας έχουν δημιουργηθεί επιπλοκές από τον Σακχαρώδη Διαβήτη;		
Διαβητική αμφιβληστροπάθεια	16	15
Διαβητική νεφροπάθεια	1	0,9
Στυτική δυσλειτουργία	4	3,7
Άλλο	86	80,4
Τι είδους θεραπεία ακολουθείτε για τον ΣΔ;		
Δίαιτα	1	0,9
Δισκία	27	25,2
Ινσουλίνη	13	12,1
Συνδυασμός	66	61,7
Από τότε που διαγνωστήκατε με ΣΔ προσέχετε την διατροφή σας;		
Όχι	26	24,3
Ναι	81	75,7
Από τότε που διαγνωστήκατε με ΣΔ το σωματικό σας βάρος έχει;		
Μειωθεί	61	57
Αυξηθεί	7	6,5
Είναι ίδιο	39	36,4
Από τότε που διαγνωστήκατε με ΣΔ αυξήσατε τη σωματική δραστηριότητα;		
Όχι	61	57
Ναι	46	43

Σύμφωνα με τα ευρήματα του πίνακα 6 διαπιστώνεται ότι τα συχνότερα συμπτώματα που εμφανίζει το δείγμα της παρούσας έρευνας με σειρά συχνότητας είναι: η πολυουρία (65,4%), η ανησυχία/νευρικότητα (54,2%), η ταχυκαρδία (50,5%), η πολυδιψία (41,1%), η υπνηλία και η αδυναμία/κόπωση (27,1% αντίστοιχα), η ζάλη (11,2%) και η εφίδρωση/κρύος ιδρώτας (10,3%).

Πίνακας 6: Συμπτώματα που καταγράφει το δείγμα της έρευνας

Συμπτώματα	Συχνότητα		Ποσοστό	
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Πολυδιψία	44	63	41,1	58,9
Υπνηλία	29	78	27,1	72,9
Εμετούς - πονόκοιλο	6	101	5,6	94,4
Πολυουρία	70	37	65,4	34,6
Θαμπή όραση	44	63	41,1	58,9
Ζάλη	12	95	11,2	88,8
Ανησυχία - νευρικότητα	58	49	54,2	45,8
Ταχυκαρδία	54	53	50,5	49,5
Εφίδρωση - κρύος ιδρώτας	11	96	10,3	89,7
Αδυναμία - κόπωση	29	78	27,1	72,9
Πείνα	4	103	3,7	96,3
Αλλαγή συμπεριφοράς	8	99	7,5	92,5

5.2 Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα των Παραγόντων των Κλιμάκων

Στον πίνακα 7 αποτυπώνονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα των παραγόντων των κλιμάκων της έρευνας. Σύμφωνα με τα ευρήματα αναφορικά με την Κλίμακα Ποιότητας Ζωής διαπιστώνεται ότι οι παράγοντες σωματική λειτουργικότητα (M.O.=48,45), σωματικός ρόλος (M.O.=35,51), σωματικός πόνος (M.O.=45,48), γενική υγεία (M.O.=40,30) και ζωτικότητα (M.O.=39,34) καταγράφουν μέσους όρους μικρότερους από την τιμή 50 που αντιστοιχεί στην κανονιστική τιμή όλων των παραγόντων της κλίμακας υποδηλώνοντας προβλήματα στις διαστάσεις αυτές για το δείγμα των ασθενών. Οι παράγοντες κοινωνικός ρόλος (M.O.=57,71), συναισθηματικός ρόλος (M.O.=56,69) και ψυχική υγεία (M.O.=54,24) καταγράφουν καλά επίπεδα.

Όσον αφορά την κλίμακα ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και των διαστάσεων της διαπιστώνεται για τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων μέση τιμή 0,85 (<2) (TA=0,53) και εύρος από 0,07 έως 2,07 υποδηλώνοντας για το σύνολο του δείγματος χαμηλές τιμές συνολικής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Ο δείκτης θετικών συμπτωμάτων καταγράφει μέσο όρο 48,29 (>45) (TA=20,36) με εύρος τιμών από 5 έως 84 υποδεικνύοντας υψηλές τιμές θετικών συμπτωμάτων για το δείγμα της έρευνας. Ο δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων αποδίδει μέση τιμή 1,46 (<2) (TA=0,38) και εύρος 1 έως 2,42 γεγονός που δείχνει ότι οι ασθενείς κατέγραψαν σχετικά χαμηλές τιμές ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων.

Οι μέσοι όροι των διαστάσεων της κλίμακας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας ήταν οι εξής: σωματοποίηση 1,07 (TA=0,71), ιδεοψυχαναγκασμό 0,81 (TA=0,54), διαπροσωπική ευαισθησία 0,63 (TA=0,54), κατάθλιψη 1,12 (TA=0,75), άγχος 0,91 (TA=0,68), εχθρότητα/επιθετικότητα 1,07

(TA=0,45), φοβικό άγχος 0,52 (TA=0,50), παρανοειδής ιδεασμός 0,64 (TA=0,52) και ψυχωτισμός 0,45 (TA=0,40). Οι μέσες τιμές για όλες τις διαστάσεις είναι κάτω της τιμής 2 που αντιστοιχεί στη μέση τιμή υποδηλώνοντας χαμηλές τιμές για το δείγμα των ασθενών.

Πίνακας 7: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα των παραγόντων των κλιμάκων

Κλίμακες	M.O. ± T.A	Εύρος
Κλίμακα Ποιότητας Ζωής		
Σωματική λειτουργικότητα (θεωρητικό εύρος: 0-100)	48,45 ± 29,53	0 - 100
Σωματικός ρόλος (θεωρητικό εύρος: 0-100)	35,51 ± 43,03	0 - 100
Σωματικός πόνος (θεωρητικό εύρος: 0-100)	45,48 ± 24,93	0 - 100
Γενική υγεία (θεωρητικό εύρος: 0-100)	40,30 ± 18,40	0 - 77
Ζωτικότητα (θεωρητικό εύρος: 0-100)	39,34 ± 22,51	0 - 85
Κοινωνικός ρόλος (θεωρητικό εύρος: 0-100)	57,71 ± 20,86	0 - 100
Συναισθηματικός ρόλος (θεωρητικό εύρος: 0-100)	56,69, ± 42,75	0 - 100
Ψυχική υγεία (θεωρητικό εύρος: 0-100)	54,24 ± 17,05	12 - 96
Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας		
Σωματοποίηση (θεωρητικό εύρος: 0-4)	1,07 ± 0,71	0 – 2,92
Ιδεοψυχαναγκασμός (θεωρητικό εύρος: 0-4)	0,81 ± 0,54	0 – 2,10
Διαπροσωπική ευαισθησία (θεωρητικό εύρος: 0-4)	0,63 ± 0,54	0 – 2,11
Κατάθλιψη (θεωρητικό εύρος: 0-4)	1,12 ± 0,75	0,15 – 2,62
Άγχος (θεωρητικό εύρος: 0-4)	0,91 ± 0,68	0,10 – 2,60
Εχθρότητα/επιθετικότητα (θεωρητικό εύρος: 0-4)	1,07 ± 0,45	0,17 – 2,17
Φοβικό άγχος (θεωρητικό εύρος: 0-4)	0,52 ± 0,50	0 - 2
Παρανοειδής ιδεασμός (θεωρητικό εύρος: 0-4)	0,64 ± 0,52	0 - 2
Ψυχωτισμός (θεωρητικό εύρος: 0-4)	0,45 ± 0,40	0 – 1,40
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (θεωρητικό εύρος: 0-4)	0,85 ± 0,53	0,07 – 2,07
Δείκτης θετικών συμπτωμάτων (θεωρητικό εύρος: 0-90)	48,29 ± 20,36	5 - 84
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (θεωρητικό εύρος: 0-4)	1,46 ± 0,38	1 – 2,42

5.3 Έλεγχος Κανονικότητας Κλιμάκων

Για τις ανάγκες της επαγωγικής ανάλυσης και τη διερεύνηση των συσχετίσεων της έρευνας πραγματοποιήθηκε πρωτίστως ο έλεγχος κανονικότητας των κλιμάκων [59]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 8 και τον στατιστικό έλεγχο Kolmogorov-Smirnov διαπιστώνεται ότι μόλις δύο παράγοντες ακολουθούν την κανονική κατανομή η γενική υγεία ($p=0,200>0,05$) και τα θετικά συμπτώματα ($p=0,200>0,05$). Για τη διερεύνηση των συσχετίσεων που ακολουθεί για τους παράγοντες γενική υγεία και θετικά συμπτώματα πραγματοποιήθηκε παραμετρική ανάλυση των δεδομένων με τη χρήση των συσχετίσεων t-test (t) για τις διμεταβλητές ποιοτικές, ANOVA (F) για τις πολυμεταβλητές και ο παραμετρικός στατιστικός έλεγχος συσχετίσεων Pearson (r) για τις ποσοτικές μεταβλητές. Για τις διαστάσεις οι οποίες δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή έγινε μη παραμετρική ανάλυση με τη χρήση των ελέγχων Mann-Whitney (U) για τις διμεταβλητές, Kruskal-Wallis (H) για τις πολυμεταβλητές και ο μη παραμετρικός στατιστικός έλεγχος συσχετίσεων Spearman (rho) για τις ποσοτικές μεταβλητές.

Πίνακας 8: Έλεγχος κανονικότητας κλιμάκων

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
Σωματική λειτουργικότητα	,115	102	,002
Σωματικός ρόλος	,333	102	,000
Σωματικός πόνος	,156	102	,000
Γενική υγεία	,065	102	,200*
Ζωτικότητα	,110	102	,004
Κοινωνικός ρόλος	,194	102	,000
Συναισθηματικός ρόλος	,244	102	,000
Ψυχική υγεία	,108	102	,005
Σωματοποίηση	,213	102	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός	,147	102	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία	,202	102	,000
Κατάθλιψη	,147	102	,000
Άγχος	,160	102	,000
Εχθρότητα/επιθετικότητα	,146	102	,000
Φοβικό άγχος	,156	102	,000
Παρανοειδής ιδεασμός	,144	102	,000
Ψυχωτισμός	,162	102	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	,150	102	,000
Δείκτης θετικών συμπτωμάτων	,073	102	,200*
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	,166	102	,000

5.4 Διερεύνηση Συσχετίσεων

5.4.1 Συσχετίσεις Ποιοτικών Μεταβλητών με Κλίμακες

Σύμφωνα με τα ευρήματα του πίνακα 9 διαπιστώνονται τα ακόλουθα:

- Η μεταβλητή φύλο επιδρά στα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας ($p=0,003$), σωματικός πόνος ($p=0,001$), ζωτικότητα ($p<0,001$), κοινωνικός ρόλος ($p<0,001$), συναισθηματικός ρόλος ($p<0,001$) και ψυχική υγεία ($p<0,001$), με τους άντρες ασθενείς του δείγματος να καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα έναντι των γυναικών.
- Η επαγγελματική κατάσταση του δείγματος φαίνεται να επηρεάζει τα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας ($p<0,001$), σωματικός ρόλος ($p<0,001$), σωματικός πόνος ($p=0,005$), ζωτικότητα ($p<0,001$), κοινωνικός ρόλος ($p<0,001$), συναισθηματικός ρόλος ($p<0,001$) και ψυχική υγεία ($p<0,038$). Ειδικότερα, όσοι ασθενείς ασχολούνται με τα οικιακά καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα συγκριτικά με τις άλλες ομάδες.
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο επιδρά στις διαστάσεις σωματικής λειτουργικότητας ($p<0,001$), σωματικός ρόλος ($p<0,001$), σωματικός πόνος ($p=0,001$), ζωτικότητα ($p=0,002$), κοινωνικός ρόλος ($p<0,001$), συναισθηματικός ρόλος ($p<0,001$) και ψυχική υγεία ($p=0,027$). Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και κοινωνικού ρόλου, οι απόφοιτοι λυκείου έχουν υψηλότερα επίπεδα σωματικού ρόλου και οι απόφοιτοι γυμνασίου καταγράφουν τα υψηλότερα επίπεδα σωματικού πόνου, ζωτικότητας και ψυχικής υγείας.
- Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει τα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας ($p<0,001$), σωματικός ρόλος ($p<0,001$), σωματικός πόνος ($p<0,001$), ζωτικότητα ($p<0,001$), κοινωνικός ρόλος ($p<0,001$), συναισθηματικός ρόλος ($p<0,001$) και ψυχική υγεία ($p<0,001$). Ειδικότερα, οι διαζευγμένοι ασθενείς του δείγματος εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα.
- Η μεταβλητή διαμονή επιδρά στα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας ($p<0,001$), σωματικός ρόλος ($p<0,001$), σωματικός πόνος ($p=0,005$), ζωτικότητα ($p=0,001$), κοινωνικός ρόλος ($p<0,001$), συναισθηματικός ρόλος ($p<0,001$) και ψυχική υγεία ($p=0,004$). Συγκεκριμένα οι διαμένοντες με περισσότερα από 2 άτομα καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα.

Πίνακας 9: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των παραγόντων ποιότητας ζωής που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή

ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		Σωματική λειτουργικότητα	Σωματικός ρόλος	Σωματικός πόνος	Ζωτικότητα	Κοινωνικός ρόλος	Συναισθηματικός ρόλος	Ψυχική υγεία	
Φύλο	Άντρας	60	0	51	55	75	66,7	64	
	Γυναίκα	40	0	31,5	27,5	50	0	48	
	H	955	1326	894,5	791	762,5	901,5	566,5	
	P value	0,003	0,473	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Επαγγελματική κατάσταση	median	Οικιακά	95	100	84	70	87,5	100	84
		Πλήρη απασχόληση	85	100	62	60	75	100	60
		Μερική απασχόληση	55	37,5	31,5	35	50	0	52
		Συνταξιούχος	30	0	41	25	50	33,3333	52
		H	46,548	34,535	12,906	18,224	22,821	24,72	8,446
		P value	<0,001	<0,001	0,005	<0,001	<0,001	<0,001	0,038
	Εκπαιδευτικό επίπεδο	median	Δημοτικό	30	0	41	25	50	33,3333
		Γυμνασίου	60	62,5	62	55	75	100	64
		Λύκειο	67,5	75	57	40	62,5	100	56
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	77,5	50	61	45	75	50	44
		H	39,887	35,903	16,613	15,106	21,43	27,251	9,199
		P value	<0,001	<0,001	0,001	0,002	<0,001	<0,001	0,027
Οικογενειακή κατάσταση	median	Έγγαμος/η	55	25	51	45	62,5	66,6667	60
		Διαζευγμένος/η	100	100	100	70	100	100	60
		Χήρος/α	25	0	22	15	37,5	0	40
		H	33,618	26,217	25,754	34,998	36,146	27,818	24,406
		P value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Πόσα άτομα διαμένουν μαζί σας;	median	Μόνος	25	0	22	20	37,5	0	42
		1	35	0	41	45	50	66,6667	64
		2	55	0	52	50	62,5	66,6667	60
		Περισσότερα από 2	55	50	62	35	62,5	100	52
		H	18,879	22,821	12,851	16,698	18,67	18,128	13,22

P value	<0,001	<0,001	0,005	0,001	<0,001	<0,001	0,004
---------	--------	--------	-------	-------	--------	--------	-------

Ο πίνακας 10 που ακολουθεί αποτυπώνει τα ευρήματα των συσχετίσεων μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των παραγόντων ποιότητας ζωής που ακολουθούν την κανονική κατανομή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ισχύουν τα ακόλουθα:

- Η επαγγελματική κατάσταση επιδρά στη διάσταση της γενικής υγείας ($p < 0,001$) με όσους ασθενείς ασχολούνται με τα οικιακά να καταγράφουν καλύτερα επίπεδα.
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει τη γενική υγεία ($p = 0,001$) με τους απόφοιτους λυκείου να καταγράφουν καλύτερα επίπεδα.
- Η οικογενειακή κατάσταση επιδρά στα επίπεδα γενικής υγείας με τους διαζευγμένους να καταγράφουν καλύτερα επίπεδα.
- Η διαμονή επηρεάζει τα επίπεδα γενικής υγείας με τους με 2 άτομα να καταγράφουν καλύτερα επίπεδα.

Πίνακας 10: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των παραγόντων ποιότητας ζωής που ακολουθούν την κανονική κατανομή

ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ			Γενική υγεία
Φύλο	mean	Άντρας	43,35
		Γυναίκα	37,31
	t		3,882
	P value		0,090
Επαγγελματική κατάσταση	mean	Οικιακά	62,00
		Πλήρη απασχόληση	52,40
		Μερική απασχόληση	43,70
		Συνταξιούχος	33,96
	F		9,250
	P value		<0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο	mean	Δημοτικό	33,89
		Γυμνασίου	45,81
		Λύκειο	50,45
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	49,33
	F		6,392
		P value	0,001
Οικογενειακή κατάσταση	mean	Έγγαμος/η	43,12
		Διαζευγμένος/η	62,00
		Χήρος/α	25,19
	F		13,333
		P value	<0,001
Πόσα άτομα διαμένουν μαζί σας;	mean	Μόνος	28,25
		1	35,00
		2	44,17
		Περισσότερα από 2	43,65
	F		3,980
		P value	0,010

Πίνακας 11: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ ατομικών χαρακτηριστικών και διαστάσεων της κλίμακας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή

ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ			Σωματοποίηση	Ιδεοψυχαναγκασμός	Διαπροσωπική ευαισθησία	Κατάθλιψη	Άγχος	Εχθρότητα	Φοβικό άγχος	Παρανοειδής ιδεασμός	Ψυχωτισμός
Φύλο	median	Άντρας	0,66	0,50	0,33	0,61	0,70	0,83	0,28	0,33	0,20
		Γυναίκα	1,37	1,00	0,88	1,46	1,10	1,16	0,57	0,83	0,65
	H		724,500	830,500	710,000	799,500	842,500	822,500	1044,500	858,000	557,500
	P value		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,045	<0,001	<0,001
Επαγγελματική κατάσταση	median	Οικιακά	0	0	0	0,23	0,10	0,16	0	0	0
		Πλήρη απασχόληση	0,66	0,45	0,22	0,46	0,60	1,00	0,07	0,33	0,15
		Μερική απασχόληση	1,41	1,15	0,88	1,61	0,50	1,00	0,57	0,41	0,70
		Συνταξιούχος	0,91	0,90	0,55	1,30	0,95	1,00	0,57	0,66	0,40
	H		15,551	24,576	15,901	25,487	17,789	4,366	24,336	10,382	13,161
	P value		0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,225	<0,001	0,016	0,004
Εκπαιδευτικό επίπεδο	median	Δημοτικό	1,25	1,00	0,66	1,30	1,00	1,16	0,71	0,83	0,50
		Γυμνασίου	0,58	0,45	0,38	0,46	0,40	1,00	0,14	0,33	0,15
		Λύκειο	0,75	0,50	0,22	0,53	0,60	1,08	0,21	0,33	0,20
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	0,87	0,55	0,27	0,88	0,30	0,66	0,07	0,16	0,30
	H		12,431	18,959	11,878	23,819	26,556	4,822	25,305	14,252	12,032
	P value		0,006	<0,001	0,008	<0,001	<0,001	0,185	<0,001	0,003	0,007
Οικογενειακή κατάσταση	median	Έγγαμος/η	0,75	0,60	0,44	0,84	0,70	1,00	0,28	0,50	0,30
		Διαζευγμένος/η	0,25	0,20	0,11	0,23	0,10	0,50	0,00	0,16	0,10
		Χήρος/α	1,58	1,10	0,66	2,00	1,30	1,16	0,85	0,83	0,70
	H		22,479	21,195	9,233	30,593	25,479	9,702	19,477	8,833	11,763
	P value		<0,001	<0,001	0,010	<0,001	<0,001	0,008	<0,001	0,012	0,003
Πόσα άτομα διαμένουν μαζί σας;	median	Μόνος	1,58	1,25	0,66	2,00	1,30	1,16	0,85	0,66	0,50
		1	0,58	0,50	0,22	0,61	0,50	0,833	0,14	0,50	0,20
		2	0,75	0,70	0,55	1,15	0,80	1,16	0,57	0,66	0,40
		Περισσότερα από 2	0,83	0,60	0,44	0,69	0,60	1,00	0,28	0,33	0,20
		H		11,196	12,859	8,615	15,458	13,233	4,258	16,488	6,409
	P value		0,011	0,005	0,035	0,001	0,004	0,235	0,001	0,093	0,077

Σύμφωνα με τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών και των διαστάσεων της κλίμακας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή (πίνακας 11) προκύπτουν τα ακόλουθα:

- Η μεταβλητή φύλο επιδρά στα επίπεδα των διαστάσεων σωματοποίηση ($p<0,001$), ιδεοψυχαναγκασμό ($p<0,001$), διαπροσωπική ευαισθησία ($p<0,001$), κατάθλιψη ($p<0,001$), άγχος ($p<0,001$), εχθρότητα ($p<0,001$), φοβικό άγχος ($p=0,045$), παρανοειδής ιδεασμός ($p<0,001$) και ψυχωτισμός ($p<0,001$) με τις γυναίκες του δείγματος να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα.
- Η επαγγελματική κατάσταση επηρεάζει τα επίπεδα των διαστάσεων σωματοποίηση ($p=0,001$), ιδεοψυχαναγκασμό ($p<0,001$), διαπροσωπική ευαισθησία ($p=0,001$), κατάθλιψη ($p<0,001$), άγχος ($p<0,001$), φοβικό άγχος ($p<0,001$), παρανοειδής ιδεασμός ($p=0,016$) και ψυχωτισμός ($p=0,004$). Οι έχοντας μερική απασχόληση καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα σωματοποίησης, ιδεοψυχαναγκασμού, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης και ψυχωτισμού ενώ οι συνταξιούχοι ασθενείς του δείγματος εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους, φοβικού άγχους και παρανοειδή ιδεασμού.
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο επιδρά στις διαστάσεις σωματοποίηση ($p=0,006$), ιδεοψυχαναγκασμός ($p<0,001$), διαπροσωπική ευαισθησία ($p=0,008$), κατάθλιψη ($p<0,001$), άγχος ($p<0,001$), φοβικό άγχος ($p<0,001$), παρανοειδής ιδεασμός ($p=0,003$) και ψυχωτισμός ($p=0,007$) με τους απόφοιτους δημοτικού να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα.
- Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει τα επίπεδα των διαστάσεων σωματοποίηση ($p<0,001$), ιδεοψυχαναγκασμός ($p<0,001$), διαπροσωπική ευαισθησία ($p=0,001$), κατάθλιψη ($p<0,001$), άγχος ($p<0,001$), εχθρότητα ($p=0,008$), φοβικό άγχος ($p<0,001$), παρανοειδής ιδεασμός ($p=0,012$) και ψυχωτισμός ($p=0,003$) με τους ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση χρειάς να καταγράφουν τα υψηλότερα επίπεδα.
- Η διαμονή επιδρά στα επίπεδα των διαστάσεων σωματοποίηση ($p=0,011$), ιδεοψυχαναγκασμός ($p=0,005$), διαπροσωπική ευαισθησία ($p=0,035$), κατάθλιψη ($p=0,001$), άγχος ($p=0,004$) και φοβικό άγχος ($p=0,001$), με όσους διαμένουν μόνοι τους να εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα.

Πίνακας 12: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ ατομικών χαρακτηριστικών και συνόλων της κλίμακας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή

ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ			Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων
Φύλο	median	Αντρας	0,54	1,23
		Γυναίκα	1,12	1,57
		U	851,5	722
		P value	0,003	<0,001
Επαγγελματική κατάσταση	median	Οικιακά	0,06	1,20
		Πλήρη απασχόληση	0,47	1,13
		Μερική απασχόληση	1,13	1,65
		Συνταξιούχος	0,9444	1,44
		H	20,641	20,059
		P value	<0,001	<0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο	median	Δημοτικό	1,00	1,45
		Γυμνασίου	0,47	1,11
		Λύκειο	0,50	1,15
		ΤΕΙ/AEI	0,51	1,47
		H	20,224	24,665
		P value	<0,001	<0,001
Οικογενειακή κατάσταση	median	Έγγαμος/η	0,58	1,30
		Διαζευγμένος/η	0,21	1,05
		Χήρος/α	1,23	1,76
		H	23,436	18,877
		P value	<0,001	<0,001
Πόσα άτομα διαμένουν μαζί σας;	median	Μόνος	1,23	1,77
		1	0,45	1,23
		2	0,94	1,41
		Περισσότερα από 2	0,53	1,20
		H	11,973	10,856
		P value	0,007	0,013

Ο πίνακας 12 αφορά στα ευρήματα των ελέγχων μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των συνόλων της κλίμακας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διακρίνονται τα εξής:

- Η μεταβλητή φύλο επιδρά στα επίπεδα γενικού δείκτη συμπτωμάτων ($p=0,003$) και δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($p<0,001$) με τις γυναίκες του δείγματος να καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα έναντι των αντρών.

- Η επαγγελματική κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει τα επίπεδα του γενικού δείκτη συμπτωμάτων ($p<0,001$) και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($p<0,001$) με όσους έχουν μερική απασχόληση να καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα.
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο επιδρά στις διαστάσεις του γενικού δείκτη συμπτωμάτων ($p<0,001$) και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($p<0,001$) με τους απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ να έχουν τα υψηλότερα επίπεδα.
- Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει τα επίπεδα του γενικού δείκτη συμπτωμάτων ($p<0,001$) και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($p<0,001$) με τους ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας να εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα συγκριτικά με τις άλλες ομάδες.
- Η διαμονή επηρεάζει τα επίπεδα του γενικού δείκτη συμπτωμάτων ($p=0,007$) και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($p=0,013$) με όσους διαμένουν με 2 άτομα να καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα γενικού δείκτη συμπτωμάτων και όσους μένουν μόνοι τους να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων.

Στον πίνακα 13 αποτυπώνονται τα ευρήματα των σχέσεων μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών και του συνόλου του δείκτη θετικών συμπτωμάτων που ακολουθεί την κανονική κατανομή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προκύπτουν τα ακόλουθα:

- Οι μεταβλητές φύλο ($p<0,001$), επαγγελματική κατάσταση ($p<0,001$), εκπαιδευτικό επίπεδο ($p<0,001$), οικογενειακή κατάσταση ($p<0,001$) και διαμονή ($p=0,019$) επηρεάζουν τα επίπεδα του συνόλου του δείκτη θετικών συμπτωμάτων με τις γυναίκες του δείγματος, όσους έχουν μερική απασχόληση, είναι απόφοιτοι δημοτικού, βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας και διαμένουν με άλλα 2 άτομα να καταγράφουν τα υψηλότερα επίπεδα.

Πίνακας 13: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ ατομικών χαρακτηριστικών και συνόλων της κλίμακας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που ακολουθούν την κανονική κατανομή

ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ			Δείκτης θετικών συμπτωμάτων
Φύλο		Αντρας	39,71
		Γυναίκα	56,72
		t	-4,735
		P value	<0,001
Επαγγελματική κατάσταση	median	Οικιακά	5,00
		Πλήρη απασχόληση	35,40
		Μερική απασχόληση	54,20
		Συνταξιούχος	53,92
		F	9,216
		P value	<0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο	median	Δημοτικό	56,37
		Γυμνασίου	38,86
		Λύκειο	39,40
		ΤΕΙ/AEI	33,16
		F	8,547
		P value	<0,001
Οικογενειακή κατάσταση	median	Έγγαμος/η	46,52
		Διαζευγμένος/η	14,75
		Χήρος/α	61,61
		F	12,440
		P value	<0,001
Πόσα άτομα διαμένουν μαζί σας;	median	Μόνος	59,75
		1	41,40
		2	51,40
		Περισσότερα από 2	43,70
		F	3,449
		P value	0,019

Ο πίνακας 14 καταγράφει τα ευρήματα των σχέσεων μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των παραγόντων της ποιότητας ζωής που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώνονται τα εξής:

- Οι μεταβλητές άλλα νοσήματα, πολυδιψία, υπνηλία, θαμπή όραση, ζάλη, αδυναμία-κόπωση, διαβήτης, επιπλοκές και το είδος θεραπείας επιδρούν σε όλους τους παράγοντες της ποιότητας ζωής.
- Η μεταβλητή εμετοί-πονόκοιλος επιδρά στα επίπεδα των διαστάσεων σωματική λειτουργικότητα, κοινωνικός ρόλος και ψυχική υγεία.
- Η πολυουρία επιδρά στα επίπεδα των παραγόντων σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος και ζωτικότητα.
- Η μεταβλητή ανησυχία/νευρικότητα επιδρά στα επίπεδα σωματικού ρόλου, σωματικού πόνου, ζωτικότητας, κοινωνικού ρόλου και ψυχικής υγείας.
- Η ταχυκαρδία επιδρά στα επίπεδα των διαστάσεων σωματική λειτουργικότητα, σωματικού πόνου, ζωτικότητας, κοινωνικού και συναισθηματικού ρόλου.
- Η εφίδρωση/κρύος ιδρώτας και η πείνα επιδρούν στα επίπεδα των παραγόντων σωματικού πόνου, ζωτικότητας, κοινωνικού και συναισθηματικού ρόλου και ψυχικής υγείας.
- Η αλλαγή συμπεριφοράς επιδρά στα επίπεδα σωματικού πόνου, ζωτικότητας, κοινωνικού ρόλου και ψυχικής υγείας.
- Η διατροφή επιδρά στους παράγοντες σωματικής λειτουργικότητας, σωματικού ρόλου, ζωτικότητας, κοινωνικού και συναισθηματικού ρόλου.
- Η μεταβλητή της αλλαγής του σωματικού βάρους επιδρά στα επίπεδα των παραγόντων σωματικός πόνος, ζωτικότητα και κοινωνικός ρόλος.
- Η μεταβλητή της σωματικής δραστηριότητας επιδρά στα επίπεδα των παραγόντων σωματικής λειτουργικότητας, ζωτικότητας, κοινωνικού και συναισθηματικού ρόλου και ψυχικής υγείας.

Πίνακας 14: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των παραγόντων ποιότητας ζωής που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ			Σωματική λειτουργικότητα	Σωματικός ρόλος	Σωματικός πόνος	Ζωτικότητα	Κοινωνικός ρόλος	Συναισθηματικός ρόλος	Ψυχική υγεία
Άλλα νοσήματα	median	Υπέρταση	37,50	0	41,50	35,00	56,25	66,66	56,00
		Στεφανιαία νόσο	27,50	0	22,00	15,00	37,500	0	44,00
		Αγγειακό εγκεφαλικό	40,00	50,00	42,00	32,50	68,750	50,00	46,00
		Άλλο	60,00	50,00	62,00	55,00	75,000	100,00	60,00
		H	29,217	24,449	16,176	24,475	28,032	27,705	19,644
		P value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Πολυδιψία	median	Όχι	60,00	50,00	52,00	55,00	75,00	100,00	60,00
		Ναι	30,00	0	22,00	22,50	50,00	0	44,00
		U	662,500	796,000	615,000	536,000	816,500	613,000	682,000
		P value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Υπνηλία	median	Όχι	45,00	25,00	51,50	47,50	62,50	66,66	60,00
		Ναι	50,00	0	22,00	25,00	50,00	0	48,00
		U	850,500	825,500	493,500	633,000	550,000	783,000	594,500
		P value	0,049	0,019	<0,001	<0,001	<0,001	0,010	<0,001
Εμετούς - πονόκοιλο	median	Όχι	55,00	0	41,00	35,00	50,00	66,66	56,00
		Ναι	0	0	22,00	15,00	37,50	0	44,00
		U	112,500	194,500	210,000	186,500	150,500	184,500	131,500
		P value	0,010	0,107	0,203	0,113	0,035	0,090	0,020
Πολυουρία	median	Όχι	60,00	50,00	52,00	50,00	50,00	100,00	56,00
		Ναι	32,50	0	41,00	30,00	50,00	66,66	56,00
		U	816,500	887,500	953,000	856,500	1196,000	1040,000	1135,500
		P value	0,002	0,003	0,024	0,004	0,507	0,078	0,294
Θαμπή όραση	median	Όχι	70,00	50,00	62,00	55,00	75,00	100,00	64,00
		Ναι	25,00	0	22,00	15,00	37,50	0	44,00
		U	101,000	392,000	437,000	199,000	323,500	340,500	515,500
		P value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ζάλη	median	Όχι	55,00	25,00	42,00	40,00	62,50	66,66	60,00

		Nai	0	0	17,00	12,50	37,50	0	44,00
		U	236,500	311,500	145,500	137,500	116,500	189,000	178,500
		P value	0,001	0,005	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
		Όχι	50,00	50,00	51,00	50,00	62,50	66,66	60,00
		Nai	45,00	0	41,00	35,00	50,00	66,66	48, 00
Ανησυχία - Νευρικότητα	median	U	1167,500	1121,500	941,500	1067,000	850,500	1220,000	1035,000
		P value	0,112	0,040	0,002	0,026	<0,001	0,184	0,015
		Όχι	55,00	0	52,00	55,00	75,00	66,66	56,00
		Nai	30,00	0	41,00	27,50	50,00	33,33	52,00
		U	1006,000	1247,000	888,500	845,500	921,500	1099,500	1167,500
Ταχυκαρδία	median	P value	0,008	0,209	0,001	<0,001	0,001	0,029	0,099
		Όχι	55,00	0	41,00	37,50	50,00	66,67	56,00
		Nai	10,00	0	22,00	15,00	37,50	0	44,00
		U	342,000	446,500	338,000	294,500	263,000	322,500	263,000
		P value	0,056	0,359	0,049	0,016	0,005	0,026	0,006
Εφίδρωση – κρύος ιδρώτας	median	Όχι	55,00	25,00	52,00	50,00	62,50	66,66	60,00
		Nai	30,00	0	22,00	15,00	37,50	0	40,00
		U	650,000	705,000	397,500	380,500	388,500	576,500	256,500
		P value	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
		Όχι	45,00	0	41,00	35,00	50,00	66,66	56,00
Αδυναμία – κόπωση	median	Nai	55,00	0	6,00	0	25,00	0	16,00
		U	176,000	106,000	26,000	18,000	53,500	56,000	25,000
		P value	0,621	0,072	0,003	0,002	0,010	0,009	0,003
		Όχι	45,00	0	41,00	35,00	50,00	66,66	56,00
		Nai	55,00	0	22,00	12,50	31,25	0	30,00
Αλλαγή συμπεριφοράς	median	U	334,500	279,000	183,000	171,000	139,000	271,500	118,500
		P value	0,465	0,129	0,011	0,007	0,002	0,119	0,001
		Διαβητική αμφιβληστροπάθεια	17,50	0	22,00	10,00	37,50	0	40,00
		Διαβητική νεφροπάθεια	0	0	22,00	15,00	37,50	0	44,00
		Στυτική δυσλειτουργία	40,00	0	84,00	85,00	75,00	66,66	96,00
Σας έχουν δημιουργηθεί επιπλοκές από τον Σακχαρώδη	median								

Διαβήτης;		Άλλο	55,00	37,50	42,00	37,50	50,00	66,66	58,00
		H	20,888	15,756	20,664	23,705	17,163	12,485	22,574
		P value	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,006	<0,001
Τι είδος θεραπείας ακολουθείται για τον Σ.Δ.:	median	Δίαιτα	75,00	75,00	52,00	45,00	50,00	66,66	64,00
		Δισκία	75,00	100,00	72,00	65,00	75,00	100,00	68,00
		Ινσουλίνη	35, 00	0	41,00	40,00	50,00	66,66	56,00
		Συνδυασμός	30,00	0	41,00	30,00	50,00	33,33	50,00
		H	32,214	21,818	9,841	22,043	26,991	20,681	20,997
		P value	<0,001	<0,001	0,020	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. προσέχετε τη διατροφή σας:	median	Όχι	30,00	0	22,00	20,00	50,00	33,33	48,00
		Ναι	55,00	25,00	42,00	40,00	50,00	66,66	56,00
		U	717,000	660,000	860,500	742,500	765,500	711,000	914,500
		P value	0,014	0,002	0,158	0,024	0,033	0,009	0,312
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. το σωματικό βάρος σας έχει;	median	Μειωθεί	45,00	25,00	51,00	45,00	62,50	100,00	60,00
		Αυξηθεί	55,00	0	22,00	20,00	50,00	0	28,00
		Είναι ίδιο	40,00	0	41,00	30,00	50,00	66,66	48,00
		U	1,545	3,194	7,715	6,737	6,101	4,742	11,238
		P value	0,462	0,202	0,021	0,034	0,047	0,093	0,004
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. αυξήσατε την σωματική δραστηριότητα:	median	Όχι	40,00	0	41,00	35,00	50,00	33,33	48,00
		Ναι	60,00	37,50	41,50	45,00	56,25	100,00	60,00
		U	1006,000	1211,000	1244,500	1025,500	1082,000	852,000	995,000
		P value	0,012	0,185	0,313	0,017	0,039	<0,001	0,010

Πίνακας 15: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των παραγόντων ποιότητας ζωής που ακολουθούν την κανονική κατανομή

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		Γενικής Υγείας
Άλλα νοσήματα	mean	Υπέρταση
		39,63
		Στεφανιαία νόσο
		27,31
		Αγγειακό εγκεφαλικό
		42,00
		Άλλο
		50,54
	F	8,299
	P value	<0,001
Πολυδιψία	mean	Όχι
		45,15
		Ναι
		33,36
	t	3,422
	P value	0,001
Υπνηλία	median	Όχι
		42,43
		Ναι
		34,58
	t	1,988
	P value	0,049
Εμετούς - πονόκοιλο	mean	Όχι
		40,9505
		Ναι
		29,5000
	t	1,489
	P value	0,140
Πολυουρία	mean	Όχι
		50,10
		Ναι
		35,12
	t	4,325
	P value	<0,001
Θαμπή όραση	mean	Όχι
		48,23
		Ναι
		28,95
	t	6,203
	P value	<0,001
Ζάλη	mean	Όχι
		41,95
		Ναι
		27,25
	t	2,683
	P value	0,008
Ανησυχία - Νευρικότητα	mean	Όχι
		40,7347
		Ναι
		39,9483
	t	0,219
	P value	0,827
Ταχυκαρδία	mean	Όχι
		46,52
		Ναι
		34,20
	t	3.659
	P value	<0,001
Εφίδρωση – κρύος ιδρώτας	mean	Όχι
		42,41
		Ναι
		21,90
	t	3,704

		P value	<0,001
Αδυναμία – κόπωση	mean	Όχι	43,14
		Ναι	32,68
		t	2,686
	P value		0,008
Πείνα	mean	Όχι	40,54
		Ναι	34,25
		t	3,160
	P value		0,002
Αλλαγή συμπεριφοράς	mean	Όχι	40,47
		Ναι	38,25
		t	0,327
	P value		0,744
Σας έχουν δημιουργηθεί επιπλοκές από τον Σακχαρώδη Διαβήτη;	mean	Διαβητική αμφιβληστροπάθεια	25,25
		Διαβητική νεφροπάθεια	15,00
		Στυτική δυσλειτουργία	77,00
		Άλλο	41,697
		F	12,917
	P value		<0,001
Τι είδος θεραπείας ακολουθείται για τον Σ.Δ.:	mean	Δίαιτα	62,00
		Δισκία	49,33
		Ινσουλίνη	24,30
		Συνδυασμός	39,43
		F	6,951
	P value		<0,001
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. προσέχετε τη διατροφή σας;	mean	Όχι	35,38
		Ναι	41,88
		t	-1,579
	P value		0,117
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. το σωματικό βάρος σας έχει;	mean	Μειωθεί	39,5574
		Αυξηθεί	39,8571
		Είναι ίδιο	41,5641
		t	0,141
	P value		0,868
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. αυξήσατε την σωματική δραστηριότητα:	mean	Όχι	41,80
		Ναι	38,32
		t	0,967
	P value		0,336

Σύμφωνα με τα ευρήματα του πίνακα 15 διαπιστώνεται ότι ο παράγοντας γενικής υγείας επηρεάζεται από τις μεταβλητές άλλα νοσήματα, πολυδιψία, υπνηλία, πολουρία, θαμπή όραση, ζάλη, ταχυκαρδία, εφίδρωση/κρύος ιδρώτας, αδυναμία/κόπωση, πείνα, επιπλοκές και θεραπεία.

Σύμφωνα με τα ευρήματα του πίνακα 16 διαπιστώνονται τα εξής:

- Οι μεταβλητές εμετοί-πονόκοιλος, ζάλη, ταχυκαρδία, αδυναμία/κόπωση και σωματική δραστηριότητα επιδρούν σε όλους τους παράγοντες της κλίμακας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας.
- Η μεταβλητή άλλα νοσήματα επιδρά στις διαστάσεις σωματοποίηση, ιδεοψυχαναγκασμός, κατάθλιψη, άγχος και ψυχωτισμός.
- Η πολυδιψία επιδρά στα επίπεδα των παραγόντων σωματοποίηση, ιδεοψυχαναγκασμός, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός και ψυχωτισμός.
- Η υπνηλία επηρεάζει τις διαστάσεις σωματοποίηση, ιδεοψυχαναγκασμός, διαπροσωπική ευαισθησία και ψυχωτισμός.
- Η πολουρία επηρεάζει τα επίπεδα της διάστασης του ιδεοψυχαναγκασμού.
- Η θαμπή όραση επιδρά στα επίπεδα των διαστάσεων σωματοποίηση, ιδεοψυχαναγκασμός, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός και ψυχωτισμός.
- Η ανησυχία/νευρικήτητα επηρεάζει τα επίπεδα της διάστασης σωματοποίησης.
- Η εφίδρωση/κρύος ιδρώτας επιδρά στους παράγοντες σωματοποίηση, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη και φοβικό άγχος.
- Η πείνα επιδρά στις διαστάσεις σωματοποίηση, ιδεοψυχαναγκασμός, κατάθλιψη και ψυχωτισμός.
- Η αλλαγή συμπεριφοράς επηρεάζει τα επίπεδα των διαστάσεων σωματοποίηση, ιδεοψυχαναγκασμός, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη και ψυχωτισμός.
- Οι επιπλοκές επιδρούν στα επίπεδα των διαστάσεων σωματοποίηση, ιδεοψυχαναγκασμός, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός και ψυχωτισμός.
- Το είδος θεραπείας επιδρά στα επίπεδα σωματοποίησης, ιδεοψυχαναγκασμού και κατάθλιψης.
- Η διατροφή επηρεάζει τα επίπεδα ιδεοψυχαναγκασμού, κατάθλιψης και φοβικού άγχους.
- Η αλλαγή του σωματικού βάρους επιδρά στα επίπεδα της σωματοποίησης, του ιδεοψυχαναγκασμού, της διαπροσωπικής ευαισθησίας, του άγχους και του ψυχωτισμού.

Πίνακας 16: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των παραγόντων ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		Σωματοποίηση	Ιδεοψυχαναγκασμός	Διαπροσωπική ευαισθησία	Κατάθλιψη	Άγχος	Εχθρότητα	Φοβικό άγχος	Παρανοειδής ιδεασμός	Ψυχωτισμός	
Άλλα νοσήματα	median	Υπέρταση	0,66	0,60	0,33	0,84	0,70	1,00	0,35	0,58	0,25
		Στεφανιαία νόσο	1,58	1,00	0,77	1,84	1,30	1,16	0,71	0,83	0,75
		Αγγειακό εγκεφαλικό	1,33	1,00	0,94	1,42	1,30	1,41	0,57	0,66	0,70
		Άλλο	0,75	0,60	0,44	0,53	0,50	1,00	0,28	0,33	0,30
	H	16,235	12,435	7,757	19,279	17,345	,791	7,632	3,528	16,518	
	P value	0,001	0,006	0,051	<0,001	0,001	0,852	0,054	0,317	0,001	
Πολυδιψία	median	Όχι	0,66	0,50	0,33	0,53	0,60	1,00	0,28	0,33	0,20
		Ναι	1,54	1,15	0,88	1,69	0,85	1,00	0,57	0,75	0,70
	U	726,000	768,500	814,500	615,000	745,500	1290,500	843,500	1009,000	715,000	
	P value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,542	0,002	0,016	<0,001	
Υπνηλία	median	Όχι	0,66	0,50	0,33	0,65	0,70	1,00	0,42	0,58	0,25
		Ναι	1,41	0,80	0,66	1,00	1,00	1,16	0,42	0,66	0,60
	U	702,000	777,000	850,000	793,000	947,000	980,500	1056,000	1103,000	721,000	
	P value	0,003	0,013	0,058	0,032	0,196	0,288	0,818	0,843	0,004	
Εμετούς - πονόκοιλο	median	Όχι	0,75	0,60	0,44	0,92	0,70	1,00	0,42	0,50	0,40
		Ναι	2,83	1,70	1,88	2,61	2,55	1,83	1,42	1,25	1,20
	U	110,000	81,000	56,000	95,000	84,000	110,500	130,000	121,500	98,500	
	P value	0,009	0,003	0,001	0,019	0,003	0,009	0,021	0,013	0,005	
Πολυουρία	median	Όχι	0,75	0,60	0,66	0,92	0,70	1,16	0,28	0,50	0,40
		Ναι	0,83	0,85	0,44	0,92	0,70	0,91	0,57	0,66	0,40
	U	1104,500	972,000	1239,500	1085,000	1176,000	1075,500	1001,500	1127,500	1271,500	
	P value	0,211	0,034	0,805	0,203	0,434	0,147	0,103	0,269	0,877	
Θαμπή όραση	median	Όχι	0,66	0,50	0,33	0,53	0,50	1,00	0,14	0,33	0,20
		Ναι	1,58	1,30	0,83	1,84	1,30	1,00	0,71	0,83	0,70
	U	553,000	529,000	816,000	352,500	499,500	1260,000	512,500	880,500	680,500	

		P value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,421	<0,001	0,001	<0,001
Ζάλη	median	Όχι	0,75	0,60	0,44	0,84	0,70	1,00	0,28	0,50	0,30
		Ναι	2,00	1,50	1,33	2,30	2,00	1,33	1,28	1,16	1,10
		U	144,000	150,000	145,500	165,000	291,500	292,000	223,000	328,500	164,500
		P value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,006	0,006	0,001	0,016	<0,001
Ανησυχία - Νευρικήτητα	median	Όχι	0,66	0,50	0,33	0,84	0,70	1,00	0,28	0,66	0,20
		Ναι	0,83	0,70	0,66	1,00	0,70	1,00	0,42	0,50	0,50
		U	1102,000	1336,500	1226,500	1119,000	1329,000	1411,000	1273,000	1419,500	1180,000
		P value	0,046	0,596	0,279	0,078	0,564	0,950	0,661	0,992	0,130
Ταχυκαρδία	median	Όχι	0,66	0,60	0,44	0,69	0,60	0,83	0,14	0,50	0,30
		Ναι	1,20	0,70	0,50	1,07	1,00	1,16	0,57	0,66	0,40
		U	949,500	1070,000	1025,500	997,500	831,500	780,500	782,000	1091,000	1069,000
		P value	0,003	0,024	0,016	0,010	<0,001	<0,001	<0,001	0,033	0,023
Εφίδρωση – κρύος ιδρώτας	median	Όχι	0,75	0,60	0,44	0,92	0,70	1,00	0,42	0,50	0,40
		Ναι	1,58	1,00	0,44	1,84	1,30	1,16	0,57	0,83	0,70
		U	239,000	380,500	399,500	304,000	271,000	482,000	313,500	363,500	343,000
		P value	0,003	0,129	0,201	0,023	0,008	0,634	0,035	0,089	0,056
Αδυναμία – κόπωση	median	Όχι	0,66	0,50	0,33	0,61	0,70	0,83	0,28	0,50	0,20
		Ναι	1,58	1,00	0,88	1,76	1,00	1,16	0,57	0,83	0,70
		U	475,500	493,000	468,000	487,000	618,000	567,000	690,000	717,500	507,000
		P value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,004	0,003	<0,001
Πείνα	median	Όχι	0,75	0,60	0,44	0,92	0,70	1,00	0,42	0,66	0,40
		Ναι	1,75	1,40	0,88	1,76	0,500	1,00	0,57	0,33	0,70
		U	52,500	64,000	97,000	83,000	191,500	176,500	115,500	197,000	78,500
		P value	0,012	0,019	0,075	0,044	0,811	0,625	0,149	0,882	0,035
Αλλαγή συμπεριφοράς	median	Όχι	0,75	0,60	0,44	0,92	0,70	1,00	0,42	0,50	0,40
		Ναι	1,75	1,40	0,88	1,76	0,50	1,16	0,57	0,66	0,70
		U	201,000	145,500	180,000	212,000	358,000	258,500	298,000	307,000	202,000

		P value	0,021	0,003	0,011	0,031	0,652	0,101	0,289	0,288	0,021
Σας έχουν δημιουργηθεί επιπλοκές από τον Σακχαρώδη Διαβήτη;	median	Διαβητική αμφιβληστροπάθεια	1,58	1,10	0,77	2,30	1,40	1,33	0,71	1,00	0,80
		Διαβητική νεφροπάθεια	2,33	1,60	1,66	2,53	2,50	2,00	0,85	1,16	1,00
		Στυτική δυσλειτουργία	0,75	0,70	1,22	1,30	0,80	1,16	0,85	1,83	0,40
		Άλλο	0,75	0,50	0,44	0,84	0,70	1,00	0,28	0,41	0,30
		H	12,756	12,379	11,48	15,370	11,468	2,778	11,688	19,672	11,475
		P value	0,005	0,006	0,009	0,002	0,009	0,427	0,009	<0,001	0,009
Τι είδος θεραπείας ακολουθείται για τον Σ.Δ.;	median	Δίαιτα	0,75	0,30	0,22	0,46	0,60	1,16	0,14	0,50	0,20
		Δισκία	0,58	0,50	0,38	0,46	0,60	1,16	0,28	0,50	0,40
		Ινσουλίνη	0,66	0,40	0,33	0,61	0,70	0,66	0,42	0,16	0,20
		Συνδυασμός	0,83	0,80	0,61	1,07	0,80	1,00	0,57	0,66	0,40
		H	12,4	15,232	7,248	17,199	7,722	7,746	7,171	5,384	7,651
		P value	0,006	0,002	0,064	0,001	0,052	0,052	0,067	0,146	0,054
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. προσέχετε τη διατροφή σας;	median	Όχι	1,41	1,00	0,38	1,30	1,20	1,00	0,71	0,66	0,40
		Ναι	0,75	0,50	0,44	0,84	0,70	1,00	0,28	0,50	0,30
		U	785,500	688,500	1002,500	645,500	800,500	1040,000	541,500	849,500	919,500
		P value	0,051	0,008	0,782	0,004	0,066	0,924	0,001	0,136	0,329
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. το σωματικό βάρος σας έχει;	median	Μειωθεί	0,66	0,50	0,33	0,57	0,70	0,83	0,28	0,50	0,20
		Αυξήθει	1,50	0,90	0,55	1,53	0,50	1,00	0,14	0,33	0,50
		Είναι ίδιο	0,83	0,70	0,66	1,07	1,00	1,16	0,57	0,66	0,50
		U	6,522	7,853	7,250	5,755	6,771	3,399	4,356	4,967	6,414
		P value	0,038	0,020	0,027	0,056	0,034	0,183	0,113	0,083	0,040
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. αυξήσατε την σωματική δραστηριότητα;	median	Όχι	1,25	0,90	0,77	1,30	1,00	1,16	0,57	0,83	0,50
		Ναι	0,66	0,50	0,22	0,61	0,70	0,83	0,21	0,33	0,20
		U	829,000	817,000	733,000	782,500	872,000	850,500	869,500	817,500	673,000
		P value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001

Πίνακας 17: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των συνόλων ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ			Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων
Άλλα νοσήματα	mean	Υπέρταση	0,61	1,31
		Στεφανιαία νόσο	1,14	1,74
		Αγγειακό εγκεφαλικό	1,08	1,60
		Άλλο	0,54	1,20
		H	15,342	11,979
		P value	0,002	0,007
Πολυδιψία	mean	Όχι	0,55	1,20
		Ναι	1,13	1,71
		U	712,500	703,500
		P value	<0,001	<0,001
Υπνηλία	median	Όχι	0,61	1,30
		Ναι	0,99	1,57
		U	794,500	734,000
		P value	0,070	0,024
Εμετούς - πονόκοιλο	mean	Όχι	0,73	1,31
		Ναι	2,06	2,41
		U	84,000	103,500
		P value	0,014	0,031
Πολυουρία	mean	Όχι	0,74	1,26
		Ναι	0,73	1,32
		U	1031,500	928,500
		P value	0,234	0,056
Θαμπή όραση	mean	Όχι	0,52	1,17
		Ναι	1,14	1,76
		U	432,000	405,000
		P value	<0,001	<0,001
Ζάλη	mean	Όχι	0,61	1,30
		Ναι	1,65	1,92
		U	148,000	144,500
		P value	<0,001	<0,001
Ανησυχία - Νευρικότητα	mean	Όχι	0,61	1,31
		Ναι	0,82	1,57
		U	1184,000	1102,500
		P value	0,466	0,202
Ταχυκαρδία	mean	Όχι	0,55	1,25
		Ναι	0,94	1,38
		U	914,000	1173,000
		P value	0,010	0,395
Εφίδρωση – κρύος ιδρώτας	mean	Όχι	0,73	1,30
		Ναι	1,14	1,74
		U	293,000	350,000
		P value	0,025	0,104
Αδυναμία – κόπωση	mean	Όχι	0,54	1,23
		Ναι	1,12	1,74
		U	479,000	444,000
		P value	<0,001	<0,001
Πείνα	mean	Όχι	0,73	1,31

		Nαι	1,13	1,92
		U	89,000	37,500
		P value	0,065	0,006
Αλλαγή συμπεριφοράς	mean	Όχι	0,73	1,31
		Nαι	1,13	1,92
		U	196,500	152,500
		P value	0,025	0,005
Σας έχουν δημιουργηθεί επιπλοκές από τον Σακχαρώδη Διαβήτη;	mean	Διαβητική αμφιβληστροπάθεια	1,35	1,76
		Διαβητική νεφροπάθεια	1,84	2,37
		Στυτική δυσλειτουργία	1,00	1,76
		Άλλο	0,61	1,26
		H	13,605	17,427
		P value	0,003	0,001
Τι είδος θεραπείας ακολουθείται για τον Σ.Δ.:	mean	Δίαιτα	0,47	1,16
		Δισκία	0,54	1,18
		Ινσουλίνη	0,36	1,23
		Συνδυασμός	0,81	1,40
		H	9,110	7,062
		P value	0,028	0,070
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. προσέχετε τη διατροφή σας;	mean	Όχι	1,00	1,74
		Nαι	0,58	1,26
		U	655,000	620,000
		P value	0,017	0,008
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. το σωματικό βάρος σας έχει;	mean	Μειωθεί	0,47	1,23
		Αυξηθεί	0,82	1,89
		Είναι ίδιο	0,94	1,46
		U	5,008	7,109
		P value	0,082	0,029
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. αυξήσατε την σωματική δραστηριότητα;	mean	Όχι	1,07	1,61
		Nαι	0,53	1,20
		U	657,500	749,000
		P value	<0,001	<0,001

Ο πίνακας 17 αποτυπώνει τα ευρήματα των σχέσεων των κλινικών χαρακτηριστικών με τα σύνολα ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν διαπιστώνονται τα εξής:

- Οι μεταβλητές άλλα νοσήματα, πολυδιψία, εμετοί/πονοκέφαλος, θαμπή όραση, ζάλη, αδυναμία/κόπωση, αλλαγή συμπεριφοράς, επιπλοκές, αλλαγή σωματικού βάρους και σωματική δραστηριότητα επιδρούν στα επίπεδα του γενικού δείκτη συμπτωμάτων και δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων.

- Οι μεταβλητές ταχυκαρδία, εφίδρωση/κρύος ιδρώτας, και είδος θεραπείας επιδρούν στα επίπεδα του γενικού δείκτη συμπτωμάτων.
- Η υπνηλία επιδρά στα επίπεδα του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων.

Ο πίνακας 18 καταγράφει τα αποτελέσματα των σχέσεων μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και του δείκτη θετικών συμπτωμάτων. Τα ευρήματα αναδεικνύουν ότι:

- Οι μεταβλητές άλλα νοσήματα, πολυδιψία, υπνηλία, εμετοί/πονοκέφαλος, θαμπή όραση, ζάλη, ταχυκαρδία, εφίδρωση/κρύος ιδρώτας, αδυναμία/κόπωση, επιπλοκές, είδος θεραπείας, αλλαγή σωματικού βάρους και σωματική δραστηριότητα επιδρούν στα επίπεδα του δείκτη θετικών συμπτωμάτων.

Πίνακας 18: Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των συνόλων ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που ακολουθούν την κανονική κατανομή

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		Δείκτης θετικών συμπτωμάτων	
Άλλα νοσήματα	mean	Υπέρταση	47,32
		Στεφανιαία νόσο	60,63
		Αγγειακό εγκεφαλικό	50,00
		Άλλο	41,06
		F	4,432
	P value		0,006
Πολυδιψία	mean	Όχι	41,60
		Ναι	57,88
		t	-4,410
	P value		<0,001
Υπνηλία	median	Όχι	46,20
		Ναι	53,93
		t	-1,762
	P value		0,081
Εμετούς - πονόκοιλο	mean	Όχι	46,93
		Ναι	71,33
		t	-2,954
	P value		0,004
Πολυουρία	mean	Όχι	46,27
		Ναι	49,37
		t	-,748
	P value		0,456
Θαμπή όραση	mean	Όχι	39,88
		Ναι	60,34
		t	-4,029
	P value		<0,001
Ζάλη	mean	Όχι	45,66
		Ναι	69,16
		t	2,683
	P value		0,008
Ανησυχία - Νευρικότητα	mean	Όχι	47,18
		Ναι	49,24
		t	-,519
	P value		0,605
Ταχυκαρδία	mean	Όχι	41,18
		Ναι	55,27
		t	-3,798
	P value		<0,001
Εφίδρωση – κρύος ιδρώτας	mean	Όχι	46,94
		Ναι	60,09
		t	-2,058

		P value	0,042
Αδυναμία – κόπωση	mean	Όχι	43,74
		Ναι	60,55
		t	-4,063
		P value	<0,001
Πείνα	mean	Όχι	47,81
		Ναι	60,75
		t	-1,250
		P value	0,214
Αλλαγή συμπεριφοράς	mean	Όχι	47,35
		Ναι	60,00
		t	-1,705
		P value	0,091
Σας έχουν δημιουργηθεί επιπλοκές από τον Σακχαρώδη Διαβήτη;	mean	Διαβητική αμφιβληστροπάθεια	61,12
		Διαβητική νεφροπάθεια	70,00
		Στυτική δυσλειτουργία	49,50
		Άλλο	45,60
		F	3,186
		P value	0,027
Τι είδος θεραπείας ακολουθείται για τον Σ.Δ.:	mean	Δίαιτα	37,00
		Δισκία	39,62
		Ινσουλίνη	44,30
		Συνδυασμός	52,80
		F	3,158
		P value	0,028
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. προσέχετε τη διατροφή σας:	mean	Όχι	54,38
		Ναι	46,34
		t	1,769
		P value	0,080
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. το σωματικό βάρος σας έχει;	mean	Μειωθεί	44,47
		Αυξηθεί	45,71
		Είναι ίδιο	54,74
		t	3,213
		P value	0,044
Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. αυξήσατε την σωματική δραστηριότητα:	mean	Όχι	54,73
		Ναι	39,76
		t	4,027
		P value	<0,001

5.4.2 Συσχετίσεις Ποσοτικών Μεταβλητών με Κλίμακες

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των πινάκων 19-20 και τις συσχετίσεις μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος με τους παράγοντες ποιότητας ζωής διαπιστώνονται τα εξής:

- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις της ηλικίας με τους παράγοντες σωματική λειτουργικότητα ($\rho = -0,700$, $p < 0,001$), σωματικός ρόλος ($\rho = -0,578$, $p < 0,001$), σωματικός πόνος ($\rho = -0,305$, $p = 0,001$), ζωτικότητα ($\rho = -0,401$, $p < 0,001$), κοινωνική λειτουργικότητα ($\rho = -0,450$, $p < 0,001$), συναισθηματικός ρόλος ($\rho = -0,503$, $p < 0,001$), ψυχική υγεία ($\rho = -0,246$, $p = 0,011$) και γενική υγεία ($r = -0,398$, $p < 0,001$).
- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις των ετών ΣΔ τύπου 2 με τις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα ($\rho = -0,641$, $p < 0,001$), σωματικός ρόλος ($\rho = -0,435$, $p < 0,001$), σωματικός πόνος ($\rho = -0,561$, $p = 0,001$), ζωτικότητα ($\rho = -0,599$, $p < 0,001$), κοινωνική λειτουργικότητα ($\rho = -0,569$, $p < 0,001$), συναισθηματικός ρόλος ($\rho = -0,540$, $p < 0,001$), ψυχική υγεία ($\rho = -0,553$, $p < 0,001$) και γενική υγεία ($r = -0,535$, $p < 0,001$).
- Δεν διαπιστώθηκε κάποια επίδραση του σωματικού βάρους.
- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του ύψους με τους παράγοντες σωματική λειτουργικότητα ($\rho = 0,495$, $p < 0,001$), σωματικός πόνος ($\rho = 0,335$, $p = 0,001$), ζωτικότητα ($\rho = 0,452$, $p < 0,001$), κοινωνική λειτουργικότητα ($\rho = 0,463$, $p < 0,001$), συναισθηματικός ρόλος ($\rho = 0,419$, $p < 0,001$), ψυχική υγεία ($\rho = 0,544$, $p < 0,001$) και γενική υγεία ($r = 0,305$, $p < 0,001$).
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση του της περιμέτρου της μέσης με τη σωματική λειτουργικότητα ($\rho = -0,252$, $p = 0,009$).
- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις του ΔΜΣ με τους παράγοντες σωματική λειτουργικότητα ($\rho = -0,474$, $p < 0,001$), σωματικός ρόλος ($\rho = -0,287$, $p = 0,003$), σωματικός πόνος ($\rho = -0,353$, $p < 0,001$), ζωτικότητα ($\rho = -0,356$, $p < 0,001$), κοινωνική λειτουργικότητα ($\rho = -0,372$, $p < 0,001$), συναισθηματικός ρόλος ($\rho = -0,328$, $p = 0,001$), ψυχική υγεία ($\rho = -0,330$, $p = 0,001$) και γενική υγεία ($r = -0,278$, $p = 0,004$).
- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις της γλυκοζιωμένης με τις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα ($\rho = -0,403$, $p < 0,001$), σωματικός ρόλος ($\rho = -0,241$, $p = 0,012$), σωματικός πόνος ($\rho = -0,497$, $p < 0,001$), ζωτικότητα ($\rho = -0,466$, $p < 0,001$), κοινωνική λειτουργικότητα ($\rho = -0,396$, $p < 0,001$), συναισθηματικός ρόλος ($\rho = -0,227$, $p = 0,019$), ψυχική υγεία ($\rho = -0,356$, $p = 0,001$) και γενική υγεία ($r = -0,333$, $p < 0,001$).
- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις της χοληστερίνης με τους παράγοντες σωματική λειτουργικότητα ($\rho = -0,438$, $p < 0,001$), σωματικός ρόλος ($\rho = -$

0,272, $p=0,005$), ζωτικότητα ($\rho=-0,198$, $p=0,041$), κοινωνική λειτουργικότητα ($\rho=-0,273$, $p=0,004$), και γενική υγεία ($r=-0,484$, $p<0,001$).

Εξετάζοντας τα ευρήματα των πινάκων 20-21 όσον αφορά τις συσχετίσεις των ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος με τους παράγοντες ψυχιατρικής συμπτωματολογίας διαπιστώνονται τα εξής:

- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις της ηλικίας με τους παράγοντες σωματοποίηση ($\rho=0,322$, $p=0,001$), ιδεοψυχαναγκασμός ($\rho=0,410$, $p<0,001$), διαπροσωπική ευαισθησία ($\rho=0,287$, $p=0,003$), κατάθλιψη ($\rho=0,502$, $p<0,001$), άγχος ($\rho=0,490$, $p<0,001$), φοβικό άγχος ($\rho=0,515$, $p<0,001$), παρανοειδής ιδεασμός ($\rho=0,390$, $p=0,001$), ψυχωτισμός ($\rho=0,319$, $p=0,001$), γενικός δείκτης συμπτωμάτων ($\rho=0,458$, $p<0,001$), δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($\rho=0,438$, $p<0,001$) και δείκτης θετικών συμπτωμάτων ($r=0,424$, $p<0,001$).
- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις των ετών ΣΔ τύπου 2 και των παραγόντων σωματοποίηση ($\rho=0,491$, $p<0,001$), ιδεοψυχαναγκασμός ($\rho=0,510$, $p<0,001$), διαπροσωπική ευαισθησία ($\rho=0,456$, $p<0,001$), κατάθλιψη ($\rho=0,535$, $p=0,001$), άγχος ($\rho=0,466$, $p<0,001$), φοβικό άγχος ($\rho=0,404$, $p<0,001$), παρανοειδής ιδεασμός ($\rho=0,331$, $p=0,001$), ψυχωτισμός ($\rho=0,514$, $p<0,001$), γενικός δείκτης συμπτωμάτων ($\rho=0,514$, $p<0,001$), δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($\rho=0,564$, $p<0,001$) και δείκτης θετικών συμπτωμάτων ($r=0,498$, $p<0,001$).
- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις του σωματικού βάρους με τις διαστάσεις σωματοποίηση ($\rho=0,192$, $p=0,048$), διαπροσωπική ευαισθησία ($\rho=0,211$, $p=0,003$), άγχος ($\rho=0,206$, $p=0,33$) και φοβικό άγχος ($\rho=0,298$, $p=0,002$).
- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις του ύψους με τους παράγοντες σωματοποίηση ($\rho=-0,447$, $p<0,001$), ιδεοψυχαναγκασμός ($\rho=-0,402$, $p<0,001$), διαπροσωπική ευαισθησία ($\rho=-0,437$, $p<0,001$), κατάθλιψη ($\rho=-0,443$, $p<0,001$), άγχος ($\rho=-0,451$, $p<0,001$), εχθρότητα ($\rho=-0,313$, $p=0,001$), φοβικό άγχος ($\rho=-0,272$, $p=0,005$), παρανοειδής ιδεασμός ($\rho=-0,393$, $p<0,001$), ψυχωτισμός ($\rho=-0,524$, $p<0,001$), γενικός δείκτης συμπτωμάτων ($\rho=-0,438$, $p<0,001$), δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($\rho=-0,355$, $p<0,001$) και δείκτης θετικών συμπτωμάτων ($r=-0,491$, $p<0,001$).
- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις της περιμέτρου μέσης με τους παράγοντες σωματοποίηση ($\rho=0,264$, $p=0,006$), ιδεοψυχαναγκασμός ($\rho=0,306$, $p=0,001$), διαπροσωπική ευαισθησία ($\rho=0,299$, $p=0,002$), κατάθλιψη ($\rho=0,253$, $p=0,009$), άγχος ($\rho=0,342$, $p<0,001$), εχθρότητα ($\rho=0,261$, $p=0,007$) φοβικό άγχος ($\rho=0,269$, $p=0,006$), παρανοειδής ιδεασμός ($\rho=0,343$, $p<0,001$), ψυχωτισμός ($\rho=0,246$,

$p=0,011$), γενικός δείκτης συμπτωμάτων ($\rho=0,303$, $p=0,002$), δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($\rho=0,305$, $p=0,002$) και δείκτης θετικών συμπτωμάτων ($r=0,305$, $p<0,001$).

- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις του ΔΜΣ με τους παράγοντες σωματοποίηση ($\rho=0,537$, $p<0,001$), ιδεοψυχαναγκασμός ($\rho=0,531$, $p<0,001$), διαπροσωπική ευαισθησία ($\rho=0,566$, $p<0,001$), κατάθλιψη ($\rho=0,531$, $p<0,001$), άγχος ($\rho=0,542$, $p<0,001$), εχθρότητα ($\rho=0,494$, $p<0,001$), φοβικό άγχος ($\rho=0,434$, $p<0,001$), παρανοειδής ιδεασμός ($\rho=0,511$, $p<0,001$), ψυχωτισμός ($\rho=0,549$, $p<0,001$), γενικός δείκτης συμπτωμάτων ($\rho=0,540$, $p<0,001$), δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($\rho=0,514$, $p<0,001$) και δείκτης θετικών συμπτωμάτων ($r=0,575$, $p<0,001$).
- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις της γλυκοζιωμένης με τους παράγοντες σωματοποίηση ($\rho=0,409$, $p<0,001$), ιδεοψυχαναγκασμός ($\rho=0,411$, $p<0,001$), κατάθλιψη ($\rho=0,391$, $p<0,001$), άγχος ($\rho=0,279$, $p=0,004$), φοβικό άγχος ($\rho=0,289$, $p=0,003$), ψυχωτισμός ($\rho=0,266$, $p=0,006$), γενικός δείκτης συμπτωμάτων ($\rho=0,325$, $p=0,001$), δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($\rho=0,288$, $p=0,003$) και δείκτης θετικών συμπτωμάτων ($r=0,257$, $p=0,007$).
- Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις της χοληστερίνης με τις διαστάσεις κατάθλιψη ($\rho=0,207$, $p=0,033$), άγχος ($\rho=0,231$, $p=0,017$), φοβικό άγχος ($\rho=0,313$, $p=0,001$), γενικός δείκτης συμπτωμάτων ($\rho=0,325$, $p=0,001$) και δείκτης θετικών συμπτωμάτων ($r=0,201$, $p=0,038$).

Πίνακας 19: Συσχετίσεις ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος με τους παράγοντες ποιότητας ζωής που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή

		Ηλικία	Χρόνια ΣΔ τύπου 2	Σωματικό βάρος	Ύψος	Περίμετρος μέσης	ΔΜΣ	Γλυκοζιωμένη	Χοληστερίνη
Σωματική λειτουργικότητα	rho	-,700**	-,641**	-,011	,495**	-,252**	-,474**	-,403**	-,438**
	p	<0,001	<0,001	,908	<0,001	,009	<0,001	<0,001	<0,001
Σωματικός ρόλος	rho	-,578**	-,435**	-,036	,175	-,163	-,287**	-,241*	-,272**
	p	<0,001	<0,001	,712	,071	,094	,003	,012	,005
Σωματικός πόνος	rho	-,305**	-,561**	-,071	,335**	-,136	-,353**	-,497**	-,124
	p	,001	<0,001	,465	<0,001	,163	<0,001	<0,001	,201
Ζωτικότητα	rho	-,401**	-,599**	,043	,452**	-,059	-,356**	-,466**	-,198*
	p	<0,001	<0,001	,662	<0,001	,545	<0,001	<0,001	,041
Κοινωνική λειτουργικότητα	rho	-,450**	-,569**	,059	,463**	-,053	-,372**	-,396**	-,273**
	p	<0,001	<0,001	,545	<0,001	,591	<0,001	<0,001	,004
Συναισθηματικός ρόλος	rho	-,503**	-,540**	,070	,419**	-,066	-,328**	-,227*	-,164
	p	<0,001	<0,001	,472	<0,001	,497	,001	,019	,092
Ψυχική υγεία	rho	-,246*	-,553**	,129	,544**	,015	-,330**	-,356**	,013
	p	,011	<0,001	,186	<0,001	,875	,001	<0,001	,892

Πίνακας 20: Συσχετίσεις ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος με τους παράγοντες ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή

		Ηλικία	Χρόνια ΣΔ τύπου2	Σωματικό βάρος	Ύψος	Περίμετρος μέσης	ΔΜΣ	Γλυκοζιωμένη	Χοληστερίνη
Σωματοποίηση	rho	,322**	,491**	,192*	-,447**	,264**	,537**	,409**	0,112
	p	0,001	<0,001	0,048	<0,001	0,006	<0,001	<0,001	0,253
Ιδεοψυχαναγκασμός	rho	,410**	,510**	0,163	-,402**	,306**	,531**	,411**	0,163
	p	<0,001	<0,001	0,093	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,093
Διαπροσωπική Ευαισθησία	rho	,287**	,456**	,211*	-,437**	,299**	,566**	0,182	0,095
	p	0,003	<0,001	0,03	<0,001	0,002	<0,001	0,063	0,333
Κατάθλιψη	rho	,502**	,535**	0,126	-,443**	,253**	,531**	,391**	,207*
	p	<0,001	<0,001	0,197	<0,001	0,009	<0,001	<0,001	0,033
Άγχος	rho	,490**	,466**	,206*	-,451**	,342**	,542**	,279**	,231*
	p	<0,001	<0,001	0,033	<0,001	<0,001	<0,001	0,004	0,017
Εχθρότητα	rho	-0,002	0,159	,298**	-,313**	,261**	,494**	0,116	-0,091
	p	0,983	0,102	0,002	0,001	0,007	<0,001	0,236	0,349
Φοβικό Άγχος	rho	,515**	,404**	0,189	-,272**	,269**	,434**	,289**	,313**
	p	<0,001	<0,001	0,055	0,005	0,006	<0,001	0,003	0,001
Παρανοειδής Ιδεασμός	rho	,390**	,331**	0,182	-,393**	,343**	,511**	0,151	0,179
	p	<0,001	0,001	0,061	<0,001	<0,001	<0,001	0,121	0,065
Ψυχωτισμός	rho	,319**	,514**	0,116	-,524**	,246*	,549**	,266**	0,068
	p	0,001	<0,001	0,236	<0,001	0,011	<0,001	0,006	0,488
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	rho	,458**	,512**	0,165	-,438**	,303**	,540**	,325**	,230*
	p	<0,001	<0,001	0,097	<0,001	0,002	<0,001	0,001	0,020
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	rho	,438**	,564**	0,194	-,355**	,305**	,514**	,288**	0,152
	p	<0,001	<0,001	0,051	<0,001	0,002	<0,001	0,003	0,128

Πίνακας 21: Συσχετίσεις ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος με τους παράγοντες της έρευνας που ακολουθούν την κανονική κατανομή

		Ηλικία	Χρόνια ΣΔ τύπου2	Σωματικό βάρος	Ύψος	Περίμετρος μέσης	ΔΜΣ	Γλυκοζιωμένη	Χοληστερίνη
Γενική Υγεία (Ποιότητα Ζωής)	r	-,398**	-,535**	,005	,305**	-,154	-,278**	-,333**	-,484**
	p	<0,001	<0,001	,961	<0,001	,114	,004	<0,001	<0,001
Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (Ψυχιατρική Συμπτωματολογία)	r	,424**	,498**	,175	-,491**	,305**	,575**	,257**	,201*
	p	<0,001	<0,001	,071	<0,001	<0,001	<0,001	,007	,038

Πίνακας 22: Συσχετίσεις παραγόντων ποιότητας ζωής και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας

		Σωματική λειτουργικότητα	Σωματικός ρόλος	Σωματικός πόνος	Ζωτικότητα	Κοινωνικός ρόλος	Συναισθηματικός ρόλος	Ψυχική υγεία	Σωματική λειτουργικότητα
Σωματοποίηση	rho	-,707**	-,604**	-,793**	-,577**	-,765**	-,742**	-,733**	-,748**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ιδεοψυχαναγκασμός	rho	-,756**	-,601**	-,707**	-,543**	-,715**	-,676**	-,725**	-,677**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Διαπροσωπική Ευαισθησία	rho	-,578**	-,439**	-,506**	-,330**	-,480**	-,492**	-,593**	-,454**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Κατάθλιψη	rho	-,827**	-,739**	-,763**	-,567**	-,787**	-,773**	-,850**	-,711**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Άγχος	rho	-,746**	-,609**	-,654**	-,505**	-,667**	-,656**	-,739**	-,586**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Εχθρότητα	rho	-,257**	-0,141	-,345**	-0,185	-,316**	-,278**	-,312**	-,341**
	p	0,008	0,148	<0,001	0,056	0,001	0,004	0,001	0
Φοβικό Άγχος	rho	-,700**	-,593**	-,611**	-,491**	-,601**	-,590**	-,713**	-,480**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Παρανοειδής	rho	-,558**	-,348**	-,357**	-,190*	-,350**	-,412**	-,477**	-,310**

Ιδεασμός	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,05	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
Ψυχωτισμός	rho	-,635**	-,521**	-,668**	-,446**	-,624**	-,640**	-,704**	-,610**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	rho	-,767**	-,631**	-,719**	-,521**	-,712**	-,702**	-,776**	-,632**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (Ψυχιατρική	rho	-,710**	-,573**	-,690**	-,526**	-,677**	-,669**	-,740**	-,623**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	rho	-,739**	-,682**	-,709**	-,478**	-,671**	-,654**	-,748**	-,574**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Σύμφωνα με τα ευρήματα του πίνακα 22 και τις συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων ποιότητας ζωής και των διαστάσεων ψυχιατρικής συμπτωματολογίας διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές ισχυρές αρνητικές συσχετίσεις γεγονός που υποδεικνύει ότι η αύξηση του επιπέδου ποιότητας ζωής συνεπάγεται αυτόματα μείωση των προβλημάτων ψυχιατρικών συμπτωματολογίας για το δείγμα της παρούσας έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : Συζήτηση

Η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο «Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II» πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Σκοπός της έρευνας ήταν η εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής και της ψυχικής υγείας των ατόμων που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και παρακολουθούνται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην ευρύτερη περιοχή της Λάρισας. Σύμφωνα με τα ευρήματα η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 66,44 έτη και κυμαίνονταν από 46 έως 88 ετών. Στην πλειοψηφία τους ήταν συνταξιούχοι, απόφοιτοι δημοτικού, παντρεμένοι και διέμεναν με περισσότερα από 2 άτομα. Αναφορικά με τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά το μέσο σωματικό βάρος του δείγματος ήταν 94,57 κιλά, το μέσο ύψος 168,63εκ., μέση περίμετρος της μέσης τους 109,09εκ. και ο ΔΜΣ κατατάσσει την πλειοψηφία του δείγματος σε παχύσαρκους κατηγορίας Ι. Σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά μέση τιμή της γλυκοζιωμένης για το δείγμα ανέρχονταν στα 7,54 mg/dL, η μέση τιμή της χοληστερίνης έφτανε τα 212,39mg/dL και η πλειοψηφία του δείγματος εμφάνιζε υπέρταση. Όσον αφορά στις επιπλοκές από τον ΣΔ περιλαμβάνονται διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, στυτική δυσλειτουργία και διαβητική νεφροπάθεια αν και η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι έχει κάποια άλλου είδους επιπλοκή. Ερωτώμενοι για τη θεραπεία που ακολουθούν η πλειοψηφία απάντησε συνδυαστική θεραπεία, και ότι ακολουθούν συγκεκριμένη διατροφή από τότε που διαγνώστηκαν με ΣΔ κι ότι το σωματικό τους βάρος έχει μειωθεί μετά τη διάγνωση και αύξησε τη σωματική του δραστηριότητα.

Όσον αφορά τα επίπεδα ποιότητας ζωής διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς του δείγματος κατέγραψαν προβλήματα σχετικά με τη σωματική λειτουργικότητα, τον σωματικό ρόλο, τον σωματικό πόνο, τη γενική υγεία και τη ζωτικότητα. Σε καλύτερα επίπεδα ήταν ο κοινωνικός και συναισθηματικός τους ρόλος και η ψυχική υγεία. Σχετικά με τη ψυχιατρική συμπτωματολογία των ασθενών δεν διαπιστώθηκαν σημαντικά προβλήματα στους παράγοντες σωματοποίηση, ιδεοψυχαναγκασμό, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, εχθρότητα/επιθετικότητα, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός και ψυχωτισμός ούτε στα σύνολα της κλίμακας. Το δείγμα όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα παρόλο που εμφανίζει ορισμένα προβλήματα με την ποιότητα ζωής δεν φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη ψυχική του υγεία.

Αναφορικά με τις συσχετίσεις των χαρακτηριστικών του δείγματος με τους παράγοντες ποιότητας ζωής και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας διαπιστώθηκε πλειάδα συσχετίσεων τόσο με τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος και τα σωματομετρικά του στοιχεία όσο και με τα κλινικά χαρακτηριστικά του. Συμπερασματικά φαίνεται ότι οι άντρες του δείγματος καταγράφουν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής καθώς επίσης δεν εμφανίζουν και σημαντικά ζητήματα ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Ακόμη, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς φαίνεται να έχουν περισσότερα

προβλήματα ποιότητα ζωής και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας έναντι των νεότερων. Τα στοιχεία της κλινικής τους εικόνας φαίνεται επίσης να επιδρούν σημαντικά στα επίπεδα ποιότητας ζωής και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας με όσους καταγράφουν υψηλά επίπεδα γλυκοζιωμένης και χοληστερίνης να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα στην ποιότητα ζωής τους να έχουν περισσότερα ζητήματα ψυχιατρικής φύσεως. Τέλος, διαπιστώθηκαν ισχυρές αρνητικές συσχετίσεις των παραγόντων της ποιότητας ζωής με τους παράγοντες ψυχιατρικής συμπτωματολογίας υποδεικνύοντας ότι όσο αυξάνονται τα επίπεδα ποιότητας ζωής συνεπάγεται αντίστοιχη μείωση των προβλημάτων ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που αντιμετωπίζουν.

Η διεθνής βιβλιογραφία καταγράφει αντίστοιχες έρευνες κατά την τελευταία 5ετία κάποιες απ' τις οποίες επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της παρούσας εργασίας κι άλλες που τα απορρίπτουν. Στη διατομεακή μελέτη των Namdeo και συν. [60] αξιολογήθηκε η κατάθλιψη και η ποιότητα ζωής ασθενών με ΣΔ τύπου 2 στη Ντάκα του Μπαγκλαντές. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο νοσοκομεία τριτοβάθμιου επιπέδου. Συλλέχθηκαν δεδομένα από 318 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2. Η πλειονότητα των ασθενών ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία 52 έτη και το 74% των ασθενών ζούσε σε αστικές περιοχές. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης ήταν 62% (βαθμολογία PHQ-9 ≥ 5). Πάνω από τα τρία τέταρτα (76%) ανέφεραν προβλήματα στη διάσταση άγχους/κατάθλιψης του EQ-5D, ακολουθούμενα από τον πόνο/δυσφορία (74%), την κινητικότητα (40%), την αυτοεξυπηρέτηση (36%) και τις συνήθειες δραστηριότητες (33%). Η κατάθλιψη και η συνυπάρχουσα κατάσταση ΣΔ τύπου 2 συσχετίστηκαν και με τις πέντε διαστάσεις του EQ-5D (η στατιστική χ^2 με $df = 1$ ήταν 52,33, 51,13, 52,67, 21,61, 7,92 για τις διαστάσεις κινητικότητα, αυτοφροντίδα, συνήθειες δραστηριότητες, πόνος/δυσφορία και άγχος/κατάθλιψη αντίστοιχα, $p < 0,01$). Ο μέσος δείκτης EQ-5D (0,53 έναντι 0,75) και το μέσο EQ-5D VAS (65 έναντι 76) παρουσίασαν και οι δύο χαμηλότερες τιμές σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 με κατάθλιψη σε σύγκριση με ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 χωρίς κατάθλιψη (Wilcoxon test, $p < 0,001$). Συμπερασματικά, η πλειονότητα των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 είχε συνυπάρχουσες παθήσεις και η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε αρνητικά από τη συνυπάρχουσα κατάθλιψη στους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

Σε άλλη διατομεακή μελέτη των Zurita-Cruz και συν. [61] εξετάστηκε η ποιότητας ζωής των ασθενών με ΣΔ2 και των παραγόντων που σχετίζονται με την τροποποίησή της. Επιλέχθηκαν ασθενείς άνω των 18 ετών με ΣΔ2. Μελετήθηκαν οι ακόλουθες μεταβλητές που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής: ηλικία, φύλο, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, έτη εξέλιξης του ΣΔ2, συννοσηρότητες και παρουσία κατάθλιψης (Beck Depression Inventory). Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής μετρήθηκε με μια κλίμακα σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (HRQoL), την 36-Item Short-Form Survey (SF-36). Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σύμφωνα με τη βαθμολογία SF-36 HRQoL (< 50 , 51-75 και > 76 μονάδες). Μεταξύ των 1394 ασθενών που συμπεριλήφθηκαν, η μέση ηλικία ήταν 62 έτη. Η συνολική ποιότητα ζωής είχε μέση τιμή 50,1 μονάδες. Η διμεταβλητή ανάλυση έδειξε ότι η ηλικία, η

οικογενειακή κατάσταση, το φύλο, το επάγγελμα, οι συννοσηρότητες, η διάρκεια του ΣΔ2 και οι συννοσηρότητες είχαν επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, γεγονός που επιβεβαιώθηκε και στα πλαίσια της παρούσας έρευνας. Το μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης προσδιόρισε την ηλικία (λόγος πιθανοτήτων [OR] 1,04) και την κατάθλιψη (OR 4,4) ως ανεξάρτητους παράγοντες που επηρέαζαν τη συνολική ποιότητα ζωής. Συνολικά η έρευνα κατέληξε ότι οι ασθενείς με ΣΔ2 έχουν κακή ποιότητα ζωής, η οποία σχετίζεται με υψηλή συχνότητα κατάθλιψης. Η μεγαλύτερη ηλικία και η παρουσία κατάθλιψης υποβαθμίζουν την ποιότητα των ασθενών.

Στην τριετή προοπτική μελέτη των Nicolucci και συν. [62] διερευνήθηκαν οι παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 κατά την έναρξη της θεραπείας δεύτερης γραμμής για τη μείωση της γλυκόζης. Η HRQoL κατά την έναρξη της μελέτης αξιολογήθηκε με τη χρήση των συνοπτικών βαθμολογιών των σωματικών και ψυχικών συνιστωσών (PCS - MCS) της 36-Item Short Form Health Survey version 2 (SF-36v2) σε 31 χώρες (n = 8309) και της Hypoglycaemia Fear Survey-II (HFS-II) σε 23 χώρες (n = 6516). Οι παράγοντες που σχετίζονται με τις διαφορές στην ποιότητα ζωής αξιολογήθηκαν με τη χρήση πολυμεταβλητών μοντέλων ιεραρχικής παλινδρόμησης. Οι μέσες βαθμολογίες σωματικών και ψυχικών συνιστωσών ήταν 48,0 (τυπική απόκλιση [SD]: 7,8) και 45,5 (SD: 10,4), αντίστοιχα. Οι παράγοντες που συσχετίστηκαν με σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής περιλάμβαναν το φύλο (γυναίκα) όπως επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα εργασία, το ιστορικό μακροαγγειακών επιπλοκών και τη θεραπεία πρώτης γραμμής με συνδυασμούς από του στόματος (έναντι μονοθεραπείας με μετφορμίνη). Οι μέσες βαθμολογίες συμπεριφοράς και ανησυχίας του HFS-II ήταν 8,2 (SD: 9,9) και 7,3 (SD: 11,8), αντίστοιχα. Ο αυξημένος φόβος υπογλυκαιμίας συσχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής γεγονός που επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα εργασία. Ένα συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν οι συγγραφείς και στο οποίο καταλήγει κι η παρούσα έρευνα είναι ότι διάφορα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τον ασθενή, τη νόσο και τη θεραπεία συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής, υποδεικνύοντας ότι απαιτείται πολυπαραγοντική προσέγγιση για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΣΔ2.

Αναφορικά με τα εργαλεία έρευνας η μελέτη των Alzahrani, και συν. [63] πραγματοποιήθηκε ο εντοπισμός, η ανασκόπηση, η σύνοψη και η αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των πιο επικυρωμένων και ευρέως χρησιμοποιούμενων μετρήσεων αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας σε διαβητικούς ασθενείς. Όλα τα πρωτότυπα άρθρα που δημοσιεύθηκαν στις βάσεις δεδομένων PubMed, MedLine, OVID, The Cochrane Register, Web of Science Conference Proceedings και Scopus εξετάστηκαν συστηματικά μεταξύ 2011 και 2022. Αναπτύχθηκε στρατηγική αναζήτησης για κάθε βάση δεδομένων με τη χρήση όλων των δυνατών συνδυασμών των ακόλουθων λέξεων-κλειδιών: "σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2", "ποιότητα ζωής", "ψυχική υγεία" και "ερωτηματολόγια". Συμπεριλήφθηκαν μελέτες που διεξήχθησαν σε ασθενείς με

$\Sigma\Delta T2 \geq 18$ ετών με ή χωρίς άλλες κλινικές ασθένειες. Αποκλείστηκαν άρθρα σχεδιασμένα ως βιβλιογραφική ή συστηματική ανασκόπηση που διεξήχθησαν είτε σε παιδιά ή εφήβους, είτε σε υγιείς ενήλικες ή/και με μικρό μέγεθος δείγματος. Συνολικά εντοπίστηκαν 489 άρθρα σε όλες τις ηλεκτρονικές ιατρικές βάσεις δεδομένων. Από αυτά τα άρθρα, 40 αποδείχθηκε ότι πληρούσαν τα κριτήρια επιλεξιμότητας για να συμπεριληφθούν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση. Περίπου, το 60% αυτών των μελετών ήταν διατομεακές, το 22,5% κλινικές δοκιμές και το 17,5% μελέτες κοορτής. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μετρήσεις της ποιότητας ζωής είναι το SF-12 που εντοπίστηκε σε 19 μελέτες, το SF-36, που συμπεριλήφθηκε σε 16 μελέτες, και το EuroQoL EQ-5D, που βρέθηκε σε 8 μελέτες. Δεκαπέντε (37,5%) μελέτες χρησιμοποίησαν μόνο ένα ερωτηματολόγιο, ενώ οι υπόλοιπες που εξετάστηκαν (62,5%) χρησιμοποίησαν περισσότερα από ένα ερωτηματολόγια. Τέλος, η πλειονότητα (90%) των μελετών ανέφεραν ότι χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγια που χορηγούνται από τους ίδιους και μόνο 4 χρησιμοποίησαν τον τρόπο χορήγησης με συνεντευκτή. Τα στοιχεία της μελέτης υπογραμμίζουν ότι το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται συνήθως για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας είναι το SF-12 και ακολουθεί το SF-36. Και τα δύο αυτά ερωτηματολόγια είναι επικυρωμένα, αξιόπιστα και υποστηρίζονται σε διάφορες γλώσσες. Επιπλέον, η χρήση μεμονωμένων ή συνδυασμένων ερωτηματολογίων καθώς και ο τρόπος χορήγησης εξαρτάται από το κλινικό ερευνητικό ερώτημα και τον στόχο της μελέτης.

Στην έρευνά τους οι Reis και συν. [64] έγινε προσδιορισμός και σύγκριση της ποιότητας ζωής, της κατάθλιψης, της λειτουργικής απόδοσης και της φυσικής δραστηριότητας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που χρησιμοποιούν ή όχι ινσουλίνη. Πραγματοποιήθηκε μια παρατηρητική, περιγραφική, διατομεακή, συγκριτική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 100 ασθενείς (50 χρησιμοποιούν ινσουλίνη και 50 όχι) από ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν SF-36, κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης, οπτική αναλογική κλίμακα πόνου, канаδικό μέτρο επαγγελματικής απόδοσης και διεθνές ερωτηματολόγιο σωματικής δραστηριότητας. Το δείγμα αποτελείται κυρίως από μεσήλικες, γυναίκες, παντρεμένες, συνταξιούχους και άτομα με ελλιπές δημοτικό σχολείο. Υπάρχει έκπτωση σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής, με εντονότερη τη λειτουργική ικανότητα, τους σωματικούς περιορισμούς, τον πόνο, τις κοινωνικές πτυχές, τον περιορισμό από συναισθηματικές πτυχές και την ψυχική υγεία ($P < 0,05$). Υπάρχει σημαντικός επιπολασμός των συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης στις ομάδες, ιδίως σε όσους χρησιμοποιούν ινσουλίνη. Ωστόσο, η εμφάνιση των αντίστοιχων ψυχιατρικών διαταραχών είναι απίθανη ($P < 0,05$). Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στον νευροπαθητικό πόνο μεταξύ των ομάδων ($P = 0,2296$). Η λειτουργική έκπτωση είναι παρόμοια και στις δύο ομάδες όσον αφορά τις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης ($P = 0,4494$) και την παραγωγικότητα ($P = 0,5759$), με μεγαλύτερη επιδείνωση του ελεύθερου χρόνου στους ασθενείς που λαμβάνουν ινσουλίνη ($P = 0,0091$). Οι περισσότεροι ασκούν σωματική δραστηριότητα, κυρίως περπάτημα, χωρίς σημαντική διαφορά κατά

τη σύγκριση των ομάδων ($P>0,05$), καθώς και στις άλλες μορφές. Οι ινσουλινοποιημένοι ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας και της κοινωνικοποίησης, καθώς και μεγαλύτερο νευροπαθητικό πόνο, άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα.

Σκοπός της έρευνας των Gálvez Galán και συν. [65] ήταν η ανάλυση της σχέσης μεταξύ της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (HRQoL) και των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών παραγόντων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και σύγκριση με τις τιμές αναφοράς του ισπανικού πληθυσμού. Πραγματοποιήθηκε μια διατομεακή περιγραφική-αναλυτική μελέτη παρατήρησης μέσω δειγματοληψίας χωρίς πιθανότητα, σε διαβητικούς ασθενείς από το Πρωτοβάθμιο Κέντρο Υγείας San Roque (Badajoz, Ισπανία), με τη χρήση ερωτηματολογίου σχετικά με κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα και δεδομένα σχετικά με τη φροντίδα του διαβήτη, ερωτηματολόγια SF-36 και Duke-UNC, καθώς και δεδομένα κλινικού ιστορικού. Μελετήθηκαν εξήντα ασθενείς (55% γυναίκες) με διαβήτη τύπου 2 και μέση ηλικία $68,67 \pm 11,09$ έτη. Οι γυναίκες ηλικίας άνω των 75 ετών παρουσίασαν φτωχότερη ποιότητα ζωής από την ομάδα αναφοράς τους. Οι γυναίκες παρουσίασαν χειρότερη ποιότητα ζωής από τους άνδρες, εύρημα που επιβεβαιώθηκε και στα πλαίσια της παρούσας εργασίας. Η ηλικία, η εξέλιξη του διαβήτη, η παρουσία οξέων και χρόνιων επιπλοκών και συννοσηροτήτων, η φαρμακολογική αγωγή και ο γλυκαιμικός έλεγχος επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε αυτούς τους ασθενείς. Το να ζουν μόνοι τους, να έχουν χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και να χρειάζονται βοήθεια στην αυτοφροντίδα που σχετίζεται με τον διαβήτη μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής. Η έρευνα κατέληξε στο ότι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής επιτρέπει να γίνει εντοπισμός των μεταβολών στους διάφορους τομείς και να πραγματοποιηθεί έγκαιρη παρέμβαση. Με αυτόν τον τρόπο, δύναται να ενσωματωθούν αυτές οι πτυχές στη νοσηλευτική αξιολόγηση και οι παρεμβάσεις στο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας - επιτρέποντάς την ανάπτυξη εξατομικευμένων στρατηγικών φροντίδας και προγραμμάτων εκπαίδευσης για τον διαβήτη που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με διαβήτη.

Από την άλλη, οι Marneras και συν. [66] διερεύνησαν (i) τις γνωστικές επιδόσεις των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε σύγκριση με υγιείς συμμετέχοντες ελέγχου και (ii) τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL) των διαβητικών τύπου 2 με νευροψυχολογικά ελλείμματα. Διεξήχθη μια προοπτική μελέτη σε ($N = 44$) ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και ($N = 28$) δημογραφικά αντίστοιχους υγιείς μάρτυρες. Όλοι οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν με μια ευέλικτη περιεκτική νευροψυχολογική συστοιχία δοκιμασιών που έχει τυποποιηθεί στην Ελλάδα και έχει βρεθεί ότι είναι ευαίσθητη στην ανίχνευση γνωστικών ελλειμμάτων σε διαβητικούς τύπου 2. Αξιολογήθηκαν επιπλέον σε μέτρα γενικής νοημοσύνης, γενικής ψυχικής κατάστασης και κατάθλιψης. Τους χορηγήθηκε επίσης το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς WHO QOL-BREF για την αξιολόγηση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι ομάδες ταίριαζαν καλά ως προς τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά και την εκτιμώμενη νοημοσύνη πριν από τη

νόσηση. Οι ομάδες δεν διέφεραν ως προς τη γενική νοητική κατάσταση, αλλά διέφεραν ως προς την κωδικοποίηση λεκτικού υλικού, τη συνολική λεκτική μάθηση, την καθυστερημένη ανάκληση λεκτικών πληροφοριών, την ταχύτητα επεξεργασίας νοητικών πληροφοριών, τη φωνολογική και σημασιολογική λεκτική ευχέρεια και τις εκτελεστικές λειτουργίες, τη μετατόπιση συνόλων. Τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και η αλληλεπίδραση της ηλικίας, της εκπαίδευσης και της προ νοσηρής νοημοσύνης ήταν οι σημαντικότεροι παράγοντες πρόβλεψης της νευροψυχολογικής επίδοσης σε συγκεκριμένους τομείς. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 με ελλείμματα στη λεκτική μάθηση, στις εκτελεστικές λειτουργίες, στη μετατόπιση συνόλων και στη σημασιολογική λεκτική ευχέρεια, είχαν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής στους τομείς της ψυχολογικής και περιβαλλοντικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων και της γενικής υγείας, αντίστοιχα. Συμπερασματικά, οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 παρουσιάζουν γνωστικά ελλείμματα σε διάφορους τομείς σε σύγκριση με τους υγιείς συμμετέχοντες. Τα ειδικά νευροψυχολογικά ελλείμματα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 μέσης ηλικίας έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής.

Σκοπός της μελέτης των Benmaamar, και συν. [67] ήταν να συγκρίνει την ποιότητα ζωής (QoL) και τον επιπολασμό της κατάθλιψης και του άγχους σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ανάλογα με τον τύπο της θεραπείας: ινσουλίνη, θεραπεία από το στόμα ή και τις δύο θεραπείες. Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Hassan II στη Φεζ του Μαρόκου διεξήχθη μια διατομεακή μελέτη που περιελάμβανε ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες: την ομάδα των αντιδιαβητικών παραγόντων, την ομάδα της ινσουλινοθεραπείας και την ομάδα της συνδυασμένης θεραπείας. Για τη μέτρηση της κατάθλιψης και του άγχους χρησιμοποιήθηκε η νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης (HADS). Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο 12 ερωτήσεων της Σύντομης Έρευνας Υγείας (SF-12). Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του SPSS 26. Συνολικά 176 διαβητικοί τύπου 2 συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη: (61,9%) στην ομάδα των υπογλυκαιμικών φαρμάκων, (14,2%) στην ομάδα της ινσουλίνης και (23,9%) και στις δύο ομάδες θεραπείας. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $54,36 \pm 10,18$ έτη με γυναικεία υπεροχή (60,8%). Η μελέτη κατέγραψε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών της ποιότητας ζωής ($p < 0,05$), του επιπολασμού της κατάθλιψης ($p = 0,03$) και του τύπου της θεραπείας. Παρατηρήθηκε υψηλός επιπολασμός της κατάθλιψης και της κακής ποιότητας ζωής σε ασθενείς υπό ινσουλινοθεραπεία. Οι ασθενείς υπό ινσουλινοθεραπεία έχουν υψηλό επιπολασμό κατάθλιψης και σημαντικότερη έκπτωση της ποιότητας ζωής. Συμπερασματικά, η αξιολόγησή πρέπει να ενσωματωθεί στη διαχείριση των διαβητικών τύπου 2 υπό ινσουλινοθεραπεία.

Η μελέτη των Obo, και συν. (2021) [68] εξέτασε τις άμεσες και έμμεσες επιδράσεις της συνυπάρχουσας κατάθλιψης και του άγχους στην ποιότητα ζωής 115 ατόμων που ζουν με διαβήτη τύπου 2, χρησιμοποιώντας ένα σχέδιο διασταυρούμενης έρευνας. Για τη σύνοψη των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες και ποσοστά και για τον προσδιορισμό της διμεταβλητής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η συσχέτιση Pearson. Για τις αναλύσεις διαμεσολάβησης χρησιμοποιήθηκε το PROCESS Macro στο SPSS. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η κατάθλιψη και το άγχος είχαν σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής των ατόμων που ζουν με διαβήτη τύπου 2. Ωστόσο, μόνο η κατάθλιψη είχε σημαντική αρνητική συσχέτιση με την κοινωνική υποστήριξη. Αντίθετα, η κοινωνική στήριξη συσχετίστηκε σημαντικά και θετικά με την ποιότητα ζωής. Η ανάλυση διαμεσολάβησης δείχνει ότι η κοινωνική στήριξη διαμεσολάβησε εν μέρει στη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της ποιότητας ζωής μετά την προσαρμογή για το φύλο των συμμετεχόντων. Ωστόσο, η κοινωνική στήριξη δεν είχε σημαντική διαμεσολαβητική επίδραση στη σχέση μεταξύ άγχους και ποιότητας ζωής μετά την προσαρμογή για το φύλο των συμμετεχόντων. Η διαθεσιμότητα της κοινωνικής υποστήριξης, ιδίως της υποστήριξης από ομότιμους, θα μπορούσε να μετριάσει τις αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες που συνδέονται με τη διαβίωση με διαβήτη τύπου 2 και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ατόμων που ζουν με αυτή την κατάσταση υγείας.

Βιβλιογραφία

- 1) The DCCT Research Group. Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). *Diabetes Care*. 1988;11(9):725–32.
- 2) Jacobson AM, de Groot M, Samson JA. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care*. 1994; 17(4):267–74.
- 3) Piette JD, Kerr EA. The impact of comorbid chronic conditions on diabetes care. *Diabetes Care*. 2006; 29(3):725–31.
- 4) Chatterjee, S.Khunti, K. and Davies, M.J. (2017). Type 2 diabetes. *The Lancet*, 389(10085): 2239–2251.
- 5) Piette, J. D. & Kerr, E. A. The impact of comorbid chronic conditions on diabetes care. *Diabetes Care* 29, 725–731 (2006).
- 6) World Health Organization. *Depression and other common mental disorders*. https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/ (2017).
- 7) WHO (2019). *Diabetes*. [online] Who.int. Available at: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1 [Accessed 03 Aug. 2023].
- 8) Umpierrez, G. E. (2019). *Diabetic Ketoacidosis*. In *The Diabetes Textbook* (pp. 619- 627). Springer, Cham.
- 9) Marcovecchio, M. L. (2017). Complications of acute and chronic hyperglycemia. *US Endocrinology*, 13, 01-17
- 10) Saudek, C.D. Margolis, S. and Johns Hopkins Medicine (2011). *Diabetes*. Baltimore, Md: Johns Hopkins Medicine; New York.
- 11) Khan, M.A. Hashim, M.J. King, J. Govender, R.D. Mustafa, H. and Al Kaabi, J. (2020). Epidemiology of Type 2 Diabetes – Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *Journal of Epidemiology and Global Health*, [online] 10(1).Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310804/>.
- 12) American Diabetes Association (2019). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes—2020. *Diabetes Care*, 43(1): S14–S31
- 13) Plows, J. Stanley, J. Baker: Reynolds, C.& Vickers, M. (2018). The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. *International journal of molecular sciences*, 19(1), 3342.
- 14) Flannick, J. Johansson, S.& Njolstad: R. (2016). Common and rare forms of diabetes mellitus: towards a continuum of diabetes subtypes. *Nature Reviews Endocrinology*, 12(1), 394.

- 15) Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία. Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς. 2021;1–252.
- 16) Anastasopoulou, C. (2021). *Type 2 Diabetes Diagnostic Criteria by the ADA: Type 2 Diabetes ADA Diagnosis Criteria*. [online] Medscape.com. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/2172154-overview> [Accessed 7 Aug. 2023].
- 17) Mambiya, M. Shang, M. Wang, Y. Li, Q. Liu, S. Yang, L. Zhang, Q. Zhang, K. Liu, M. Nie, F. Zeng, F. and Liu, W. (2019). The Play of Genes and Non-genetic Factors on Type 2 Diabetes. *Frontiers in Public Health*, 7.
- 18) Sami, W. Ansari, T. Butt, N.S. and Hamid, M.R.A. (2017). Effect of diet on type 2 diabetes mellitus: A review. *International journal of health sciences*, [online] 11(2): 65–71. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426415/> [Accessed 07 Aug. 2023].
- 19) Lippi G, Targher G. Glycated hemoglobin (HbA_{1c}): old dogmas, a new perspective? *Clin Chem Lab Med* 2010; 48:609–14.
- 20) Plebani M, Lippi G. Point of care testing: evolving scenarios and innovative perspectives. *Clin Chem Lab Med* 2014; 52: 309–11.
- 21) Herlitz, J., Caidahl, K., Wiklund, I., Sjöland, H., Karlson, B.W., Karlsson, T., et al. (2000). “Impact of a history of diabetes on the improvement of symptoms and quality of life during 5 years after coronary artery bypass grafting”. *J Diabetes Complications*, 14(6): 314-321.
- 22) Gouveri E, Papanas N, Maltezos E. (2011). The female breast and diabetes. *Breast* 2011;20:205-11.
- 23) Αγγελοπούλου Α.- Σακαντάμη: Ειδική αγωγή, αναπτυξιακές διαταραχές & χρόνιες μειονεξίες. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη 2004, 13:367-372.
- 24) Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου. Στο: Κεφ. 4. Ηθικά Νικομάχεια Α. Κάκτος. Αριστοτέλης. Άπαντα. Αθήνα, 1993:31-39 & 51.
- 25) Fayers PM, Machin D. Quality of Life – Assessment, Analysis and Interpretation. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 2000:3-5.
- 26) McCall S. Quality of life. *Social Indicators Research* 1975; 2:229-248
- 27) Zautra A, Goodhart D. Quality of life indicators: A Review of the literature. *Commun Mental Health Rev* 1979; 4:1-10. 7.
- 28) Lehman F. Instruments for measuring quality of life in mental illness. In: Katsching H, Freeman H, Santorius N (Eds). *Quality of life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 1997:79-80.
- 29) Παππά Ε, Κοντοδημόπουλος Ν, Νιάκας Δ. Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας του SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού αστικού πληθυσμού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2006; 23(2):159-166

- 30) Νάκου Σ. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3): 254-266.
- 31) Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, et al. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3): 239-253.
- 32) Βαλάσση-Αδάμ Ε. Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):216-217.
- 33) Who.int. (2021). *WHOQOL - Measuring Quality of Life* | The World Health Organization. [online] Available at: <https://www.who.int/tools/whoqol> [Accessed 31 Aug. 2023].
- 34) Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):218-229
- 35) Patrick B, Erickson PD. In: Oxford University Press. Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care. Oxford, 1993
- 36) Δημητρόπουλος Χ., Ντάγανου Μ., Αλεξιάς Γ. (2008). Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Από τη Θεωρία στην Πράξη . Respiratory medicine and internal. https://www.iatrikionline.gr/Respiratory_49/5.pdf
- 37) Beatriz, E. and Botero de Mejia, E. (2021). Quality of life related to health (qlrh) in seniors over 60 years of age: a theoretical approach. *Hacia la Promoción de la Salud*, [online]12(1):1124.Available:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S012175772007000100002 [Accessed 31 Aug. 2023].
- 38) Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2007). Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής και το Ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), 6-18.
- 39) Kaplan, R. M., & Ries, A. L. (2007). Quality of life: Concept and definition. *COPD*, 4(3), 263–271. <https://doi.org/10.1080/15412550701480356>
- 40) Καραμήτσος, Δ. Θ. (2009). Διαβητολογία: Θεωρία και πρακτική στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη (2^η έκδοση). Αθήνα: Σιώκης.
- 41) Trikkalinou, A., Papazafiropoulou, A. K., & Melidonis, A. (2017). Type 2 diabetes and quality of life. *World Journal of Diabetes*, 8(4), 120–129. doi:10.4239/wjd.v8.i4.120
- 42) Strain, W. D., Hope, S. V., Green, A., Kar, P., Valabhji, J., & Sinclair, A. J. (2018). Type 2 diabetes mellitus in older people: A brief statement of key principles of modern day

management including the assessment of frailty. A national collaborative stakeholder initiative. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 35(7), 838–845. doi:10.1111/dme.13644

- 43) Παπαϊωάννου, Ε., Αλικάρη, Β., Τζαβέλλα, Φ., Ζυγά, Σ., Τσιρώνη, Μ., Θεοφίλου, Π.(2020). Αξιολόγηση των παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(1), 79-86
- 44) Παπαθανασίου, Α., Φιλαλήτης, Α., Λιόνης, Χ. (2005). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(4), 336-343.
- 45) Σαρρής Μ, Σούλης Σ, Υφαντόπουλος Γ. Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2001; 18(3):230-238
- 46) Σιόντης, Β. Χαραλάμπους, Γ. and Παπαγεωργίου, Γ. (2019). Ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που λαμβάνουν υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Archives of Hellenic Medicine*, 36(6).
- 47) Organization WH. The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health [Internet]. Geneva PP - Geneva: World Health Organization; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>
- 48) CDC. CDC- Center for disease control and prevention:About mentalhealth- Mental health basics control. 2021.
- 49) What is mental health illness? American Psythiatric Association,APA.
- 50) Μητρούση Σ. Τραυλός Α. Κούκια Ε. Ζύγα Σ. Θεωρίες Άγχους. *ENE*. 2013;6(1):23–7.
- 51) Πολυκανδριώτη Μ. Άγχος σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2014;13(1):55–64.
- 52) Brosan & Hogan. An introduction to coping with depression. Dioptra; 2007.
- 53) Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines [Internet]. Geneva PP - Geneva:World Health Organization; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
- 54) Κόντι Π. Άγχος-Κατάθλιψη Διαβητικών Ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 2016;5(1).
- 55) American Psythiatric Association. What is depression? A.P.A. 2020.
- 56) Κοντοάγγελος, Κ., Παπαγεωργίου, Χ., Ράπτης, Α., Τσιότρα, Π., Μπουτάτη, Ε., Παπαδημητρίου, Γ. Ν., Δημητριάδης, Γ., Ραμπαβίλας, Α., & Ράπτης, Σ. (2013) Σακχαρώδης διαβήτης και Ψυχοπαθολογία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30 (6), 688-699.
- 57) Maydick DR, Acee AM. Comorbid Depression and Diabetic Foot Ulcers. *Home Healthc now*. 2016 Feb;34(2):62–7.

- 58) Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*. 2004 Sep;27(9):2154–60.
- 59) Darren G, Mallery P. *IBM SPSS Statistics 27 Step by Step. A Simple Guide and Reference*. Routledge, 2022.
- 60) Namdeo, M.K., Verma, S., Das Gupta, R. et al. Depression and health-related quality of life of patients with type 2 diabetes attending tertiary level hospitals in Dhaka, Bangladesh. *glob health res policy*, 2023; 8, 43.
- 61) Zurita-Cruz JN, Manuel-Apolinar L, Arellano-Flores ML, Gutierrez-Gonzalez A, Najera-Ahumada AG, Cisneros-González N. Health and quality of life outcomes impairment of quality of life in type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2018 May 15;16(1):94.
- 62) Nicolucci A, Chen H, Cid-Ruzafa J, Cooper A, Fenici P, Gomes MB, Hammar N, Khunti K, Kosiborod M, Leigh P, Medin J, Rathmann W, Shestakova MV, Shimomura I, Siddiqui A, Tang F, Watada H, Ji L; DISCOVER investigators. Health-related quality of life in patients with type 2 diabetes initiating a second-line glucose-lowering therapy: The DISCOVER study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2021 Oct;180:108974.
- 63) Alzahrani, O., Fletcher, J.P. & Hitos, K. Quality of life and mental health measurements among patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 21, 27 (2023).
- 64) Reis ACD, Cunha MV, Bianchin MA, Freitas MTR, Castiglioni L. Comparison of quality of life and functionality in type 2 diabetics with and without insulin. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2019 Dec;65(12):1464-1469.
- 65) Gálvez Galán I, Cáceres León MC, Guerrero-Martín J, López Jurado CF, Durán-Gómez N. Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2021 Sep-Oct;31(5):313-322.
- 66) Marneras C, Messinis L, Ntoskou A, Nasios G, Martzoukou M, Papathanasopoulos P. Quality of Life in Type 2 Diabetes Mellitus Patients with Neuropsychological Deficits. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1196:41-61
- 67) Benmaamar S, Salhi H, el Harch I, Lazar N, Diagne BJ, Maiouak M, Berraho M, Tachfouti N, Hanan El O, Fakir S. Comparison of Quality of Life, Depression and Anxiety According to the Type of Treatment in Type 2 Diabetes. *OALib*, 2023;10:1-9.
- 68) Obo H, Kugbey N, Atefoe E. Social support, depression, anxiety, and quality of life among persons living with type 2 diabetes: a path analysis. *South African Journal of Psychology*, 2021;51:008124632098428.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο

1. Φύλο: Άντρας Γυναίκα
2. Ποια είναι η ηλικία σας:.....
3. Ποια η επαγγελματική σας κατάσταση:
α) οικιακά, β) πλήρη απασχόληση,
 γ) μερική απασχόληση, δ) συνταξιούχος
4. Ποιο το εκπαιδευτικό σας επίπεδο – απόφοιτος:
α) Δημοτικού, β) Γυμνασίου, γ) Λυκείου, δ) ΤΕΙ/ΑΕΙ
5. Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση:
α) Άγαμος, β) Έγγαμος, γ) Διαζευγμένος, δ) Χήρος
6. Πόσα άτομα διαμένουν μαζί σας:
α) 0 (μόνος), β) 1, γ) 2, δ) περισσότερα από 2
7. Πόσα χρόνια πάσχετε από Σ.Δ. τύπου 2:.....
8. Ποιο το σωματικό σας βάρος:.....
9. Ποιο το ύψος σας:.....
10. Ποια η περίμετρος μέσης στο ύψος του αφαλού:.....
11. Δείκτης μάζας σώματος:.....
12. Τιμή Γλυκοζιωμένης:.....
13. Τιμή αρτηριακής πίεσης:.....
14. Τιμή χοληστερίνης:.....
15. Πάσχετε από άλλα νοσήματα όπως:
α) Υπέρταση, β) Στεφανιαία νόσο, γ) Οξύ Έμφραγμα, δ)
Αγγειακό
Εγκεφαλικό
Άλλο
16. Ποια από τα παρακάτω συμπτώματα έχετε λόγω του Σ.Δ. :

Πολυδιψία		Υπνηλία		Εμετούς- Πονόκοιλο	
Πολυουρία		Θαμπή όραση		Ζάλη	
Ανησυχία- Νευρικότητα		Ταχυκαρδία		Εφίδρωση- Κρύος Ιδρώτας	

Αδυναμία-Κόπωση		Πείνα		Αλλαγή συμπεριφοράς	
-----------------	--	-------	--	---------------------	--

16. Σας έχουν δημιουργηθεί επιπλοκές από τον Σακχαρώδη Διαβήτη:
- α) Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια ε)
- Άλλο:.....
- β) Διαβητικό πόδι
- γ) Διαβητική Νεφροπάθεια δ) Στυτική δυσλειτουργία
17. Τι είδος θεραπείας ακολουθείται για τον Σ.Δ.:
- α) δίαιτα, β) δισκία, γ) ινσουλίνη, δ) συνδυασμός
18. Έτος Διάγνωσης
19. Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. προσέχετε τη διατροφή σας: ναι όχι
20. Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. το σωματικό βάρος σας
έχει :
- α) μειωθεί, β) αυξηθεί, γ) είναι ίδιο
21. Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. αυξήσατε την
σωματική δραστηριότητα: ναι όχι

Η Υγεία σας

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: [Σημειώστε X ☒ στο τετράγωνο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.]

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο; [Σημειώστε Χ ☒ στο τετράγωνο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.]

Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
▼	▼	▼

- α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η δραστηριότητες δύσκολων αθλημάτων ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά..... ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες..... ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα..... ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο..... ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα..... ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα..... ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε..... ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3

Σελίδα 2

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

Nαι	Όχι
▼	▼

- α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες ☐ 1 ☐ 2
- β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε ☐ 1 ☐ 2
- γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας ☐ 1 ☐ 2
- δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας ☐ 1 ☐ 2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν – είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

Nαι	Όχι
▼	▼

- α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες ☐ 1 ☐ 2
- β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε ☐ 1 ☐ 2
- γ. Δεν κανατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως ☐ 1 ☐ 2

Σελίδα 3

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες:

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες:

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ηπιο	Μέτριο	Εντονο	Πολύ έντονο
▼	▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε.
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα . . .

Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼	▼

- α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
- β. Είχατε πολύ εκνευρισμό; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
- γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
- δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
- ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
- στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
- ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
- η. Ησαστε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
- θ. Αισθανόσαστε κούραση; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Σελίδα 5

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς ψέμα
▼	▼	▼	▼	▼

- α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Σελίδα 6

SYMPTOM CHECKLIST – 90 – R

ΟΔΗΓΙΕΣ : Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Παρακαλείστε να διαβάσετε το κάθε ένα προσεκτικά. Ύστερα βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στο δεξιό μέρος που δείχνει καλύτερα πόση ενόχληση σας έχει προκαλέσει αυτό το πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας. Πρέπει να βάλετε μόνο έναν αριθμό σε κύκλο σε κάθε γραμμή και δεν πρέπει να παραλείψετε καμία απάντηση.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΡΙΚΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν απ' το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι Κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεστε να θυμάστε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεστε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεστε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στο θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεστε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοικτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεστε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευθείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεστε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάστε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δε μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάστε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε Τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4

28. Αισθάνεστε ότι εμποδίζετε να κάνετε αυτό που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεστε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεστε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι δε σας καταλαβαίνουν ή δε σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είστε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυκαρδία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεστε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μυς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεστε ότι σας παρακολουθούν ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεστε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάστε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεστε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι Πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα γιατί σας φοβίζονται;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε ότι αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεστε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε Τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε έναν κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεστε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεστε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι Θα πεθάνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεστε άνετα όταν σας κοιτούν ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάστε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και σκέψεις που οι άλλοι δε συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ απελπισμένος όταν βρίσκεστε με άλλους;	0	1	2	3	4

Δεν αισθάνεστε άνετα μέσα στο πλήθος (π.χ. στα 70. καταστήματα);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με Τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεστε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεστε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεστε νευρική/ότητα όταν μένετε μόνοι;	0	1	2	3	4
Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που 76. κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεστε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε σε κόσμο;	0	1	2	3	4
Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δε μπορείτε να μείνετε σε μία 78. θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεστε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι Κάτι κακό Θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάστε ότι Θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ Κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι Θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά Θέματα που σας ενοχλούν 84. πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι Θα Πρέπει να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι, έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεστε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δε λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



Λάρισα, 10-07-2023

Αρ. πρωτ.: - 978 -

Η Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κατά την συνεδρίασή που πραγματοποιήθηκε στις 03/07/2023 έκρινε ότι πληρούνται όλα τα θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας και ενέκρινε τη διεξαγωγή της προτεινόμενης έρευνας με θέμα: «Ποιότητα Ζωής και ψυχική υγεία ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2», από την κ. Φάκα.

Η Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής

Η Πρόεδρος

Τα μέλη

**Άννα Μαυροφόρου
Καθηγήτρια Α Βαθμίδας**

**Μαλλιαρού Μαρία
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

**Φραδέλος Ευάγγελος
Επίκουρος Καθηγητής**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΛΑΡΙΣΑ 27.09.2023

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

**ΠΡΑΚΤΙΚΟ 10^{ης} ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΤΗΣ 5^{ης} Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Στη Λάρισα σήμερα στις 27 Σεπτεμβρίου ημέρα Τετάρτη και ώρα 11:00 π.μ στην Κεντρική Υπηρεσία της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικώς σε δια περιφοράς συνεδρίαση του Ε.Σ. μετά από πρόσκληση του Αν. Διοικητή και Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, το οποίο συγκροτήθηκε με την με την αριθμ. 2849/ 11.01.2019 και τροποποιήθηκε με την αριθμ. πρωτ. 104766/13.12.2022 Απόφαση του Διοικητή της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και των μελών του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Η συνεδρίαση του Ε.Σ είχε προγραμματιστεί να υλοποιηθεί με φυσική παρουσία των συμμετόχων αλλά λόγω των καιρικών φαινομένων που επικρατούσαν στην περιοχή μας τη δεδομένη στιγμή πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικώς.

Στη συνεδρίαση συμμετείχαν οι κάτωθι:

1. Ηλίας Τσιαούσης, Αν. Διοικητής της 5^{ης} Υ.ΠΕ. , ως Πρόεδρος.
2. Κουτσονάσιο Ιωάννη , Διευθύντη ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής Υπεύθυνος Συντονίστης Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Πύλης.
3. Μπατατόλη Γεώργιο, Διευθυντής ΕΣΥ Οδοντιατρικής, Υπεύθυνος Συντονιστής Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Τρικάλων.
4. Τζανακάρη Αθανασία, Διευθύντρια ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής, Υπεύθυνη Συντονίστρια Επιστημονικής Λειτουργίας του Κ.Υ Μουζακίου.
5. Παναγιώτα Λιάκου, μόνιμη υπάλληλος του Κ.Υ Φαρσάλων, κλάδου ΠΕ Διοικητικού Λογιστικού.

6. Στυλιανή Χατζηνίκου, υπάλληλος κλάδου ΔΕ Διοικητικού -Γραμματέων, της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς, Γραμματέας του Επιστημονικού Συμβουλίου

Θέματα Ημερήσιας Διάταξης :

Θέμα 2^ο : Αίτημα της κ. ΦΑΚΑ ΜΑΡΙΑΣ του ΚΥΠΑΡΙΣΗ, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου.

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου ενημέρωσε τα μέλη για το σχετικό αίτημα της κ. **ΦΑΚΑ ΜΑΡΙΑΣ του ΚΥΠΑΡΙΣΗ**, υπαλλήλου (ΙΔΟΧ) της 1ης ΤΟΜΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ – ΤΟΜΥ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου σε εξυπηρετούμενους ενήλικες από την ΤΟΜΥ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ, την ΤΟΜΥ ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΩΝ, την ΤΟΜΥ ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ, την ΤΟΜΥ ΦΙΛΙΠΠΟΥΠΟΛΗΣ, το ΚΥ ΛΑΡΙΣΑΣ και το ΚΥ ΕΛΑΣΣΟΝΑΣ.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

1. Την εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου,
2. Την με αριθμ. πρωτ. 72150/24/08/2023 αίτηση της κ. **ΦΑΚΑ ΜΑΡΙΑΣ του ΚΥΠΑΡΙΣΗ**.

Ομόφωνα εισηγείται

Την έγκριση του αιτήματος, της κ. **ΦΑΚΑ ΜΑΡΙΑΣ του ΚΥΠΑΡΙΣΗ**, υπαλλήλου (ΙΔΟΧ) της 1ης ΤΟΜΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ – ΤΟΜΥ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου σε εξυπηρετούμενους ενήλικες από την ΤΟΜΥ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ, την ΤΟΜΥ ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΩΝ, την ΤΟΜΥ ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ, την ΤΟΜΥ ΦΙΛΙΠΠΟΥΠΟΛΗΣ, το ΚΥ ΛΑΡΙΣΑΣ και το ΚΥ ΕΛΑΣΣΟΝΑΣ. Το θέμα της διπλωματικής είναι: «Η Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία Ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2».

Η διεξαγωγή της εν λόγω μελέτης αποτελεί μέρος για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ.

Η διεξαγωγή της εν λόγω μελέτης αποτελεί μέρος για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Κοινωνική - Προληπτική Ιατρική και Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας» του Ιατρικού Τμήματος του Α.Π.Θ.

Η παραπάνω έρευνα θα γίνει κατόπιν συνεννόησης με τους Συντονιστές των αναφερόμενων Κέντρων Υγείας ώστε να μην παρακωλύεται η λειτουργία της υπηρεσίας.

Ο Πρόεδρος

Ηλίας Τσιαούσης

Ακριβές απόσπασμα

Η Γραμματέας

Στυλιανή Χατζηνίκου

Τα Μέλη

Κουτσονάσιος Ιωάννη

Μπατατόλης Γεώργιος

Τζανακάρη Αθανασία

Παναγιώτα Λιάκου

Έλεγχος Κανονικότητας

Descriptives			Statistic	Std. Error
physical_functioning	Mean		48,1373	2,89592
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	42,3925	
		Upper Bound	53,8820	
	5% Trimmed Mean		48,0447	
	Median		47,5000	
	Variance		855,407	
	Std. Deviation		29,24734	
	Minimum		,00	
	Maximum		100,00	
	Range		100,00	
	Interquartile Range		50,00	
	Skewness		,043	,239
	Kurtosis		-1,053	,474
Role_personal	Mean		35,0490	4,24137
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	26,6353	
		Upper Bound	43,4628	
	5% Trimmed Mean		33,1155	
	Median		,0000	
	Variance		1834,899	
	Std. Deviation		42,83572	
	Minimum		,00	
	Maximum		125,00	
	Range		125,00	
	Interquartile Range		81,25	
	Skewness		,664	,239
	Kurtosis		-1,269	,474
bodily_pain	Mean		44,9510	2,45947
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	40,0721	
		Upper Bound	49,8299	
	5% Trimmed Mean		44,4815	
	Median		41,0000	
	Variance		616,998	
	Std. Deviation		24,83944	
	Minimum		,00	

	Maximum		100,00	
	Range		100,00	
	Interquartile Range		40,00	
	Skewness		,280	,239
	Kurtosis		-,773	,474
general_health	Mean		39,8431	1,80208
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	36,2683	
		Upper Bound	43,4180	
	5% Trimmed Mean		39,9325	
	Median		40,0000	
	Variance		331,242	
	Std. Deviation		18,20007	
	Minimum		,00	
	Maximum		77,00	
	Range		77,00	
	Interquartile Range		22,00	
	Skewness		-,044	,239
	Kurtosis		-,317	,474
vitality	Mean		38,6765	2,22271
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	34,2672	
		Upper Bound	43,0857	
	5% Trimmed Mean		38,3115	
	Median		35,0000	
	Variance		503,924	
	Std. Deviation		22,44825	
	Minimum		,00	
	Maximum		85,00	
	Range		85,00	
	Interquartile Range		36,25	
	Skewness		,172	,239
	Kurtosis		-,990	,474
Social_function	Mean		57,1078	2,03491
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	53,0711	
		Upper Bound	61,1446	
	5% Trimmed Mean		57,0670	
	Median		50,0000	
	Variance		422,369	
	Std. Deviation		20,55163	
	Minimum		,00	

	Maximum		100,00	
	Range		100,00	
	Interquartile Range		28,13	
	Skewness		,013	,239
	Kurtosis		-,478	,474
role_emotional	Mean		55,5556	4,21426
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	47,1956	
		Upper Bound	63,9155	
	5% Trimmed Mean		56,1728	
	Median		66,6667	
	Variance		1811,514	
	Std. Deviation		42,56189	
	Minimum		,00	
	Maximum		100,00	
	Range		100,00	
	Interquartile Range		100,00	
	Skewness		-,250	,239
	Kurtosis		-1,636	,474
Mental_health	Mean		53,7647	1,69375
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	50,4048	
		Upper Bound	57,1247	
	5% Trimmed Mean		53,7124	
	Median		56,0000	
	Variance		292,617	
	Std. Deviation		17,10606	
	Minimum		12,00	
	Maximum		96,00	
	Range		84,00	
	Interquartile Range		20,00	
	Skewness		-,155	,239
	Kurtosis		,738	,474
Somatization	Mean		1,0817	,06890
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,9450	
		Upper Bound	1,2184	
	5% Trimmed Mean		1,0372	
	Median		,7500	
	Variance		,484	
	Std. Deviation		,69583	
	Minimum		,00	

	Maximum		2,83	
	Range		2,83	
	Interquartile Range		1,00	
	Skewness		,885	,239
	Kurtosis		-,061	,474
Obsessive_compulsive	Mean		,8176	,05350
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,7115	
		Upper Bound	,9238	
	5% Trimmed Mean		,7942	
	Median		,7000	
	Variance		,292	
	Std. Deviation		,54034	
	Minimum		,00	
	Maximum		2,00	
	Range		2,00	
	Interquartile Range		,90	
	Skewness		,617	,239
	Kurtosis		-,765	,474
Interpersonal_sensitivity	Mean		,6383	,05236
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,5345	
		Upper Bound	,7422	
	5% Trimmed Mean		,6058	
	Median		,4444	
	Variance		,280	
	Std. Deviation		,52877	
	Minimum		,00	
	Maximum		1,89	
	Range		1,89	
	Interquartile Range		,78	
	Skewness		,836	,239
	Kurtosis		-,256	,474
Depression	Mean		1,1569	,07439
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,0093	
		Upper Bound	1,3044	
	5% Trimmed Mean		1,1282	
	Median		,9231	
	Variance		,565	
	Std. Deviation		,75135	
	Minimum		,23	

	Maximum		2,62	
	Range		2,38	
	Interquartile Range		1,33	
	Skewness		,561	,239
	Kurtosis		-1,023	,474
Anxiety	Mean		,9225	,06714
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,7894	
		Upper Bound	1,0557	
	5% Trimmed Mean		,8773	
	Median		,7000	
	Variance		,460	
	Std. Deviation		,67807	
	Minimum		,10	
	Maximum		2,60	
	Range		2,50	
	Interquartile Range		,90	
	Skewness		,930	,239
	Kurtosis		,141	,474
Hostility	Mean		1,0882	,04423
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,0005	
		Upper Bound	1,1760	
	5% Trimmed Mean		1,0739	
	Median		1,0000	
	Variance		,200	
	Std. Deviation		,44666	
	Minimum		,17	
	Maximum		2,17	
	Range		2,00	
	Interquartile Range		,67	
	Skewness		,458	,239
	Kurtosis		-,506	,474
Phobic_anxiety	Mean		,5140	,04965
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,4155	
		Upper Bound	,6125	
	5% Trimmed Mean		,4793	
	Median		,4286	
	Variance		,251	
	Std. Deviation		,50147	
	Minimum		,00	

	Maximum		2,00	
	Range		2,00	
	Interquartile Range		,64	
	Skewness		,920	,239
	Kurtosis		-,030	,474
Paranoid_ideation	Mean		,6585	,05195
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,5554	
		Upper Bound	,7615	
	5% Trimmed Mean		,6284	
	Median		,6667	
	Variance		,275	
	Std. Deviation		,52463	
	Minimum		,00	
	Maximum		2,00	
	Range		2,00	
	Interquartile Range		,75	
	Skewness		,524	,239
	Kurtosis		-,540	,474
Psychoticism	Mean		,4588	,03966
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,3801	
		Upper Bound	,5375	
	5% Trimmed Mean		,4366	
	Median		,4000	
	Variance		,160	
	Std. Deviation		,40058	
	Minimum		,00	
	Maximum		1,40	
	Range		1,40	
	Interquartile Range		,60	
	Skewness		,741	,239
	Kurtosis		-,577	,474
General_SYmptoms_I	Mean		,8593	,05271
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,7547	
		Upper Bound	,9638	
	5% Trimmed Mean		,8336	
	Median		,7444	
	Variance		,283	
	Std. Deviation		,53239	
	Minimum		,07	

	Maximum	2,07	
	Range	2,00	
	Interquartile Range	,69	
	Skewness	,692	,239
	Kurtosis	-,438	,474
POSitive_SYMP	Mean	48,6961	1,97188
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	44,7844 52,6078
	5% Trimmed Mean	48,7614	
	Median	50,0000	
	Variance	396,610	
	Std. Deviation	19,91506	
	Minimum	5,00	
	Maximum	84,00	
	Range	79,00	
	Interquartile Range	28,75	
	Skewness	,008	,239
	Kurtosis	-,910	,474
POSSYMPINTENSITY	Mean	1,4643	,03812
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	1,3887 1,5400
	5% Trimmed Mean	1,4373	
	Median	1,3179	
	Variance	,148	
	Std. Deviation	,38504	
	Minimum	1,00	
	Maximum	2,42	
	Range	1,42	
	Interquartile Range	,63	
	Skewness	,803	,239
	Kurtosis	-,294	,474

