



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2: Σχέση βιοχημικών
και οφθαλμολογικών δεικτών
με κλινική ψυχοπαθολογία και ποιότητα ζωής**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΓΕΩΡΓΙΑ Ε. ΛΙΓΔΑ

ΑΘΗΝΑ 2019

«Το περιεχόμενο της διατριβής εκφράζει μόνο τις απόψεις του συγγραφέα.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου

Αθηνών δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα»

Οργανισμός Πανεπιστημίου Αθηνών

Ν.5343/1932, άρθρο 202, παράγραφος 2.

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Νικολάου Χρυσούλα, Καθηγήτρια Βιοπαθολογίας (ΕΠΙΒΛΕΠΟΝ ΜΕΛΟΣ)

Πλουμπίδης Δημήτριος, Καθηγητής Ψυχιατρικής

Τεντολούρης Νικόλαος, Καθηγητής Παθολογίας

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Πλουμπίδης Δημήτριος, Καθηγητής Ψυχιατρικής

Νικολάου Χρυσούλα, Καθηγήτρια (ΕΠΙΒΛΕΠΟΝ ΜΕΛΟΣ)

Τεντολούρης Νικόλαος, Καθηγητής Παθολογίας

Μακρυλάκης Κων/νος, Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας

Τζαβέλλας Ηλίας, Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής

Χατζηπαναγιώτου Στυλιανός, Αναπλ. Καθηγητής Βιοπαθολογίας-Ανοσολογίας

Κόκκινος Αλέξανδρος, Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας

ΟΡΚΟΣ

ΟΜΝΥΜΙ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΙΗΤΡΟΝ ΚΑΙ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΝ
ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ ΠΑΣΑΣ, ΙΣΤΟΡΑΣ
ΠΟΙΕΥΜΕΝΟΣ, ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΗΣΕΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ
ΕΜΗΝ ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΦΗΝ ΤΗΝΔΕ' ΗΓΗΣΕΣΘΑΙ
ΜΕΝ ΤΟΝ ΔΙΔΑΣΚΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΙΣΑ ΓΕΝΕΤΗ,
ΕΙΝ ΕΜΟΙΣΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΟΙΝΩΣΕΣΘΑΙ ΚΑΙ ΧΡΕΩΝ ΧΡΗΖΟΝΤΙ
ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΕΣΘΑΙ, ΚΑΙ ΓΕΝΟΣ ΤΟ ΕΣ ΕΩΥΤΟΥ ΑΔΕΛ-
ΦΟΙΣ ΙΣΟΝ ΕΠΙΚΡΙΝΕΣΙΝ ΑΡΡΕΣΙ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΣΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ
ΤΑΥΤΗΝ, ΗΝ ΧΡΗΖΩΣΙ ΜΑΘΗΣΕΙΝ, ΑΝΕΥ ΜΙΣΘΟΥ ΚΑΙ ΣΥΓ-
ΓΡΑΦΗΣ, ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΗΣ ΤΕ ΚΑΙ ΑΚΡΟΗΣΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΠΗΣ
ΑΠΑΣΗΣ ΜΑΘΗΣΙΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΕΣΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣ
ΚΑΙ ΤΟΙΣ ΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΣΚΑΝΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΗΣΙ ΣΥΓΓΕΓΡΑΜ-
ΜΕΝΟΙΣΙ ΤΕ ΚΑΙ ΕΡΚΙΣΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΩ ΙΗΤΡΙΚΩ, ΑΛΛΩ ΔΕ ΟΥΔΕΝΙ.
ΔΙΑΙΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΣΟΜΑΙ ΕΠ' ὨΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ
ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ, ΕΠΙ ΔΡΑΣΕΙ ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΗ, ΕΙΡΞΕΙΝ.
ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΤΙ-
ΜΟΝ ΟΥΔΕ ΥΠΗΓΕΣΟΜΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΗΝ ΤΟΙΗΝΔΕ' ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ
ΟΥΔΕ ΓΥΝΑΙΚΙ ΠΕΣΣΟΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΟΣΩ. ΑΓΝΩΣ ΔΕ ΚΑΙ ΟΞΙΩΣ
ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ. ΟΥ ΤΕΜΕΩ
ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΛΙΘΙΩΝΤΑΣ, ΕΚΧΩΡΗΣΩ ΔΕ ΕΡΓΑΤΗΣΙΝ ΑΝΔΡΑΣΙ
ΠΡΗΣΙΟΣ ΤΗΣΔΕ. ΕΣ ΟΙΚΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΣΑΣ ΑΝ ΘΕΩ, ΕΞΕΛΕΥΣΟΜΑΙ
ΕΠ' ὨΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ, ΕΚΤΟΣ ΕΩΝ ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΙ-
ΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΙΗΣ ΤΗΣ ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ ΕΠΙ
ΤΕ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΤΕ ΚΑΙ
ΔΟΥΛΩΝ. Α ΔΕ ΑΝ ΕΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, Η ΪΔΩ Η ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΑΝΕΥ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΒΙΟΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ, Α ΜΗ ΧΡΗ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑ-
ΛΕΙΣΘΑΙ ΕΞΩ, ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟΙ-
ΑΥΤΑ. ΟΡΚΟΝ ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΕΟΝΤΙ, ΚΑΙ
ΜΗ ΣΥΓΧΕΟΝΤΙ, ΕΙΗ ΕΠΑΥΡΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ ΔΟΣΑ-
ΖΟΜΕΝΩ, ΠΑΡΑ ΠΑΣΙΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΙΣ ΤΟΝ ΑΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ'
ΠΑΡΑΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΙ ΕΠΙΟΡΚΟΥΝΤΙ, ΤΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΩΝ.

ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

Σ' αυτόν τον κόσμο που ολοένα στενεύει, ο καθένας μας χρειάζεται όλους τους άλλους.

Πρέπει να αναζητήσουμε τον άνθρωπο όπου κι αν βρίσκεται.

Γιώργος Σεφέρης, 1900-1971, Έλληνας ποιητής, Νόμπελ 1963

(από την ομιλία του κατά την απονομή του Νόμπελ)

Αφιερωμένο στην οικογένεια μου

Αφιερωμένο στη μνήμη του Καθηγητή Παναγιώτη Ουλή

Πίνακας Περιεχομένων

Πρόλογος-Ευχαριστίες	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	13
Κεφάλαιο 1: Χρόνιες Ασθένειες	13
Κεφάλαιο 2: Σακχαρώδης Διαβήτης	18
2.1 Ιστορία του σακχαρώδη διαβήτη.....	18
2.2 Επιδημιολογία Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2.....	19
2.3 Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2	20
2.4 Ορισμός	21
2.4.1 Ταξινόμηση	22
2.4.2 Νεότερες θεωρήσεις για την ταξινόμηση του ΣΔ.....	23
2.5 Διαγνωστικά κριτήρια	23
2.6 Επιπλοκές του διαβήτη.....	23
2.6.1 Υπογλυκαιμική κρίση.....	24
2.6.2 Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.....	25
2.7 Ψυχική κόπωση των ασθενών με ΣΔ	27
2.8 Κοινωνικό στίγμα.....	29
Κεφάλαιο 3: Ποιότητα Ζωής.....	31
3.1 Ορισμός ποιότητας ζωής	31
3.2 Ποιότητα ζωής και πως μετριέται;	33
3.3 Ποιότητα ζωής, Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 και ΔΑ	36
Κεφάλαιο 4: Ψυχολογική Προσέγγιση του Σακχαρώδη Διαβήτη.....	38
4.1 Ψυχικές διαταραχές και ΣΔ	40
4.2 Το Ταξινομικό Σύστημα DSM- 5.....	43
4.3 Κατάθλιψη και ΣΔ.....	46
4.4 Άγχος και ΣΔ.....	50
4.5 Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και ΣΔ	52
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	55
Σκοπός.....	56
Υλικά και Μέθοδοι.....	58
Δείγμα.....	58
Μέθοδοι.....	59
Ψυχομετρικά εργαλεία	59
Βιοχημικός έλεγχος	63

Οφθαλμολογικός έλεγχος.....	63
Λήψη ινσουλίνης.....	63
Στατιστική Ανάλυση	64
Αποτελέσματα	65
A) Αποτελέσματα ανάλυσης της κλίμακας σχετικά με την ποιότητα ζωής WHO Quality Of Life- BREF και της κλίμακας ικανοποίησης της ζωής	70
B) Ανάλυση της κλίμακας της ψυχοπαθολογίας	76
Συζήτηση -Συμπεράσματα	81
Περιορισμοί.....	84
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	85
Περίληψη.....	87
Summary	89
Συντμήσεις - Ακρωνύμια.....	91
Βιβλιογραφία.....	92
Παράρτημα.....	102

Πρόλογος-Ευχαριστίες

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί χρόνιο νόσημα γνωστό από τον 1^ο μ.Χ. αιώνα χάρη στον Έλληνα ιατρό Αρεταίο, ο οποίος περιέγραψε τα κλασικά συμπτώματα και έδωσε το όνομα “διαβήτης”. Η θεραπευτική χορήγηση της ινσουλίνης το 1922 σε ασθενείς με ΣΔ έδωσε ελπιδοφόρες προοπτικές στην αντιμετώπιση του, ωστόσο η πολυπαραγοντικότητα του το καθιστά δύσκολο να διαγνωστεί αρχικά. Η νόσος χαρακτηρίζεται από χρόνια υπεργλυκαιμία και διαγιγνώσκεται από ανίχνευση αυξημένης γλυκόζης στο φλεβικό αίμα. Σύμφωνα με δεδομένα της Διεθνούς Ομοσπονδίας(IDF) για τον ΣΔ και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας(ΠΟΥ) έχει λάβει μορφή “επιδημίας”. Ο επιπολασμός του ΣΔ τύπου 2 αυξάνει διαρκώς επηρεάζοντας περίπου το 4-10% των ατόμων ηλικίας 20-79 ετών, με τους περισσότερους να κατοικούν στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών στάθηκε η αιτία της αναγνώρισης των μακροχρόνιων επιπλοκών του ΣΔ (τύφλωση, νεφρική ανεπάρκεια, καρδιαγγειακά νοσήματα, ακρωτηριασμοί, σεξουαλική δυσλειτουργία κ.α.). Μια από τις επιπλοκές που έχουν λάβει μεγαλύτερη βαρύτητα όσον αφορά στην αιτιοπαθογένεια των ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών αυτών είναι τα προβλήματα όρασης. Η Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ), αποτελεί οδυνηρή επιπλοκή και το πρώτο αίτιο τύφλωσης των ενηλίκων. Αρκετές διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με ΔΑ έχουν χειρότερους δείκτες ΠΖ σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Έχει διαπιστωθεί επίσης εδώ και αρκετά χρόνια από διάφορες μελέτες, η σχέση του ΣΔ και της ψυχολογίας. Σημαντικός αριθμός κλινικών μελετών έχουν καταγράψει ότι οι ασθενείς με ΣΔ που υποφέρουν από συναισθηματικές διαταραχές, καταθλιπτικά συμπτώματα και χρόνιο άγχος εμφανίζουν κακό γλυκαιμικό έλεγχο, ελλιπή συμμόρφωση στην θεραπεία, πιο αυξημένες τιμές HbA1c καθώς και αρνητική και αποφευκτική συμπεριφορά σε καθημερινό πρόγραμμα σωστής διαίτας και σωματικής άσκησης και δραστηριότητας. Η κατάθλιψη αποτελεί την πλέον συχνή ψυχιατρική διαταραχή στους διαβητικούς ασθενείς, που έχουν συχνές νοσηλείες. Το ψυχολογικό stress αποτελεί μια ακόμη σοβαρή εκδήλωση, που επιβαρύνει τους ασθενείς με ΣΔ και τα μέλη της οικογένειάς τους, ιδιαίτερα δε, όταν εμφανιστούν οι όποιες επιπλοκές. Μεταξύ άλλων ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων

είναι και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά που χαρακτηρίζει τον αρρύθμιστο ΣΔ, ο οποίος συνήθως εκδηλώνεται με συχνές υπογλυκαιμίες ή υπεργλυκαιμίες και τεράστια δυσκολία συμμόρφωσης στις απαιτήσεις της θεραπείας, ιδιαίτερα σε εκείνους που λαμβάνουν ινσουλινοθεραπεία. Τα ψυχολογικά προβλήματα των διαβητικών ασθενών προσεγγίζονται ως δευτερεύοντα τόσο από τους διαβητολόγους όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς, ενώ ο ΣΔ χρήζει πολυπαραγοντικής αντιμετώπισης. Οι ασθενείς με ΣΔ, συχνά δεν έχουν γνώση παραδείγματος χάρη για την κατάθλιψη ή είναι απρόθυμοι να συζητήσουν τα προβλήματά τους με το θεράποντα ιατρό τους. Αυτό συμβαίνει γιατί η ψυχική ασθένεια είναι ακόμη ταμπού και οι ασθενείς που χρήζουν βοήθειας διστάζουν να το ζητήσουν και δεν αξιοποιούν τις θεραπευτικές δυνατότητες που παρέχει η επιστήμη σήμερα.

Με σκοπό να διερευνήσουμε τη συσχέτιση και την αλληλεπίδραση των ψυχολογικών εκδηλώσεων και της ποιότητας ζωής με βιοχημικούς, οφθαλμολογικούς και δημογραφικούς παράγοντες στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη και ολοκληρώθηκε σε συνεργασία της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής και του Εργαστηρίου Βιοπαθολογίας και Ανοσολογίας του Αιγινήτειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους αυτούς που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της μελέτης. Οφείλω ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη στον αείμνηστο Καθηγητή Ψυχιατρικής Π. Ουλή για το επιστημονικό βήμα, τις ανεκτίμητες συμβουλές και την ενθάρρυνση που μου έδωσε στην αρχική φάση εκπόνησης της διατριβής μου.

Δεν υπάρχουν λόγια να ευχαριστήσω την Καθηγήτρια Βιοπαθολογίας Χ. Νικολάου για την αμέριστη βοήθεια της στην μέτρηση των βιοχημικών δεικτών και για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπο μου καθώς και για την στήριξη και σταθερή εποπτεία της καθ' όλη τη διάρκεια της πραγματοποίησης της μελέτης.

Εγκάρδιες ευχαριστίες στον Καθηγητή Παθολογίας Ν. Τεντολούρη για την επιστημονική του καθοδήγηση στο πεδίο του Σακχαρώδη Διαβήτη, για την βοήθεια του στη συλλογή του κλινικού πληθυσμού και για την ζεστή φιλοξενία στο Λαϊκό Νοσοκομείο.

Ολόψυχες ευχαριστίες εκφράζω και στον Ομότιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής Δ. Πλουμπίδη για το μεγάλο ενδιαφέρον που έδειξε, τις πολύτιμες συμβουλές και

υποδείξεις του στο πεδίο της Ψυχιατρικής, ο οποίος με την παρουσία και συμμετοχή του στην εκπόνηση της διατριβής μου, υπήρξε καθοριστικός για την ολοκλήρωσή της.

Αξίζει επίσης ένα ειλικρινές ευχαριστώ στη Δρ. Π. Κοντού του Τμήματος Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική για τη βοήθειά της και τις συμβουλές της στη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.

Να μην παραβλέψω να ευχαριστήσω θερμά και όλους τους ασθενείς που συμπορευτήκαμε στο ταξίδι αυτό, μια διαδρομή γεμάτη από ποικίλα χρώματα και συναισθήματα. Ανθρώπους, των οποίων οι ιστορίες εμπεριείχαν πόνο, αγωνία, φόβο, χαρά, λύπη και ελπίδα. Τους ευχαριστώ που μοιράστηκαν μαζί μου το συναίσθημά τους.

Τέλος να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, το σύζυγο και τους γονείς μου και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου, που ήταν δίπλα μου με πρακτική συνεισφορά και πολύ αγάπη.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Χρόνιες Ασθένειες

Οι χρόνιας ασθένειες αποτελούν μόνιμη συνθήκη ιδιαίτερος ψυχοφθόρα, στην οποία ο ασθενής καλείται να προσαρμοστεί, αφού συνεπάγεται αλλαγές στην καθημερινότητα και στις όποιες δραστηριότητες του. Τις τελευταίες δεκαετίες σύμφωνα με σειρά επιδημιολογικών ερευνών, η κύρια τάση που παρατηρείται σε αναπτυγμένες χώρες όπως την Ελλάδα είναι η αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού που νοσεί από χρόνιας ασθένειες.

Μόνο στις Η.Π.Α. το 2000 καταγράφηκε ότι το 40% του συνολικού πληθυσμού, δηλαδή περίπου 100.000.000 άνθρωποι, έπασχαν από κάποια χρόνιας ασθένεια. Ένας λόγος που συμβαίνει αυτό είναι η πρόοδος της σύγχρονης ιατρικής και των τεχνολογικών μέσων που συντελούν στη μείωση άμεσων θανάτων ατόμων με χρόνιας ασθένειες εξασφαλίζοντας έτσι μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής. Ένας ακόμα λόγος φαίνεται να είναι η εφαρμογή σύνθετων χειρουργικών επεμβάσεων για την αντιμετώπιση μεγάλου αριθμού ασθενειών, γεγονός που έχει επιφέρει όμως σειρά σοβαρών επιπλοκών στον ασθενή (Michels, 1996).

Στις χρόνιας ασθένειες συγκαταλέγονται ο σακχαρώδης διαβήτης, το βρογχικό άσθμα, η χρόνιας αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), οι κακοήθεις νεοπλασίες, η χρόνιας νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), οι ρευματοειδής παθήσεις, η κυστική ίνωση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS), η επιληψία, σειράς νευρομυϊκών και αιματολογικών παθήσεων, αλλά και μη ανατρέψιμες αναπηρίες που οφείλονται σε ατυχήματα.

Οι ορισμοί της χρόνιας ασθένειας διαφέρουν από συγγραφέα σε συγγραφέα και συχνά εξαρτώνται από τη μέθοδο και το κίνητρο της εκπόνησης σχετικών ερευνών (Lewis & Dixon, 2004).

Η “χρόνιας φάση” μπορεί να οριστεί ως η περίοδος που έπεται της διάγνωσης και εκτείνεται μέχρι την τελική έκβαση της ασθένειας που είναι η ίαση ή ο θάνατος του πάσχοντος ατόμου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2015).

Ανάλογος είναι και ο ορισμός του (Goodman, 2001), ο οποίος χαρακτηρίζει την χρόνιας ασθένεια ως μια διαταραχή με παρατεταμένη διάρκεια, η οποία μπορεί να είναι θανάσιμη ή αντίθετα να σχετίζεται με μια σχετικά φυσιολογική πορεία ζωής, παρά τις συνακόλουθες σωματικές ή/ και ψυχολογικές βλάβες που επιφέρει στον ασθενή. Σύμφωνα με τον ερευνητή οι χρόνιας ασθένειες διαφοροποιούνται από τις

οξείες παθήσεις ως προς τα εξής σημεία: α) είναι αντιμετωπίσιμες, όμως όχι απαραίτητα θεραπεύσιμες και απαιτούν την παρακολούθηση του ασθενούς για μεγάλα χρονικά διαστήματα και β) η ευθύνη για την αντιμετώπιση/ διαχείριση της χρόνιας ασθένειας μοιράζεται/ ανατίθεται στον ασθενή και την οικογένειά του.

Οι χρόνιες ασθένειες χαρακτηρίζονται ανάλογα με το νόσημα από διαφορετική εξέλιξη και άλλες ιδιαιτερότητες, όπως είναι η έναρξη της ασθένειας, η διάρκειά της, η πρόβλεψη της έκβασης, οι πιθανότητες ίασης και η παρουσίαση υποτροπών, καθώς και η τελική έκβασή της (Petermann, Walter, & Goldt, 2000).

Σύμφωνα με τους (Pless & Pinkerton, 1976), οι οποίοι ορίζουν την χρόνια ασθένεια ως εκείνες τις συνθήκες ή και βλάβες, οι οποίες αναμένεται να κρατήσουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα και επιβάλλουν την άμεση χορήγηση ιατροφαρμακευτικής θεραπείας, τα κύρια χαρακτηριστικά των χρόνιων ασθενειών είναι η διάρκειά τους (έναρξη, πορεία και κατάληξη της ασθένειας) και η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς, δηλαδή οι συνέπειες που θα έχει η χρόνια ασθένεια στην ζωή του αρρώστου (σωματική, πνευματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα).

Το πρωταρχικό γνώρισμα της χρόνιας σωματικής ασθένειας είναι καταρχήν η μεγάλη χρονική διάρκεια, κατά την οποία συχνά η ίαση ή η απώλεια όλων των συμπτωμάτων δεν είναι εφικτή. Στο πέρασμα του χρόνου, η αρρώστια διακρίνεται σε συγκεκριμένες φάσεις (Doka, 1993): την προδιαγνωστική, την οξεία φάση, κατά την οποία συνήθως πραγματοποιείται η διάγνωση της πάθησης, την χρόνια φάση και την τελική φάση, η οποία ισοδυναμεί είτε με θάνατο είτε με την ίαση του ασθενούς. Κάθε φάση εμπεριέχει διαφορετικές “προκλήσεις” ή “στόχους” σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, που απαιτούν διευθέτηση, ώστε ο άρρωστος και το οικογενειακό του περιβάλλον να μπορέσουν να προσαρμοστούν στις ιδιαίτερες συνθήκες που επιβάλλει η ασθένεια.

Οι (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2015), συγκαταλέγουν στις προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο άρρωστος: α) την εξασφάλιση ποιότητας και ενός φυσιολογικού ρυθμού ζωής, β) την τήρηση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών, γ) την ενεργοποίηση εντός υποστηρικτικού δικτύου, δ) την κατανόηση της εξέλιξης της υγείας και της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής, ε) την αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων και ανησυχιών και ζ) την αναγνώριση των επιπτώσεων της χρόνιας ασθένειας στην εικόνα εαυτού, τις σχέσεις με τους άλλους και την αντίληψη της ζωής του ασθενούς.

Κατά τη διάρκεια των διαφορετικών φάσεων ή σταδίων της ασθένειας, οι πάσχοντες έρχονται αντιμέτωποι με καινούριες και συχνά υψηλές απαιτήσεις – ο τρόπος ζωής των ασθενών, η συμπεριφορά τους, ακόμα και οι σχέσεις τους με τα πρόσωπα αναφοράς, αλλάζουν σε μεγάλο βαθμό (Michels, 1996). Σε κάθε περίπτωση, η χρόνια ασθένεια αποτελεί σοβαρή επιβάρυνση του ίδιου του ατόμου που πάσχει και του ευρύτερου περιβάλλοντός του.

Η επιβάρυνση συνδέεται από την μία με την αντιμετώπιση/ θεραπεία της ασθένειας και από την άλλη με τις πολύπλευρες επιπτώσεις που έχει η χρόνια ασθένεια στην καθημερινότητα και τα υπόλοιπα πρακτικά πεδία της ζωής του ατόμου (E. C. Perrin, Stein, & Drotar, 1991). Πέραν των ατομικών παραγόντων όμως επηρεάζονται εξίσου σε μεγάλο βαθμό και καλούνται να προσαρμοστούν στις νέα συνθήκες και τα πρόσωπα/ οι φορείς του ευρύτερου περιβάλλοντος του ασθενούς (οικογένεια, χώρος εργασίας, σχολείο).

Δεν είναι τυχαία η έμφαση που δίνεται άλλωστε τα τελευταία χρόνια στην έννοια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών. Αυτή συμπεριλαμβάνει αρχικά την ιατρική αποκατάσταση, που σημαίνει την προσπάθεια ολοκληρωτικής ίασης-αποθεραπείας και άλλοτε την μείωση βλάβης. Ο τελικός στόχος εδώ είναι η αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς σε τέτοιο βαθμό, ώστε να είναι μελλοντικά εφικτή και η ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση, δηλαδή η υποστήριξή του στο σχολείο, την επαγγελματική του σταδιοδρομία κλπ (Lohaus & Ball, 2006).

Οι χρόνιοι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση και για το λόγο αυτό μπορεί να προκληθούν έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως άρνηση, θυμός, κατάθλιψη, αίσθημα αβοηθητότητας, ενοχή. Το νόσημα τους συνεπάγεται αλλαγή στον τρόπο ζωής τους και απαιτείται διαχείριση της νέας πραγματικότητας.

Η βιβλιογραφία καταγράφει ότι μετά τη διάγνωση ενός χρόνιου νοσήματος οι ασθενείς βιώνουν τα στάδια του πένθους: άρνηση, θυμός, κατάθλιψη, στάδιο διαπραγμάτευσης και αποδοχή (LeMaistre, 1999). Αυτό επιτάσσει πλέον από τους ίδιους τους ασθενείς, αλλά και τους συγγενείς και το ιατρικό προσωπικό την ανάγκη της στήριξης από ειδικούς ψυχολόγους.

Είναι ζωτικής σημασίας η κοινωνική πρόνοια των ασθενέστερων αυτών οικονομικά ασθενών μέσω ειδικών ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων από διάφορους κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς.

Η αύξηση δε του προσδόκιμου χρόνου επιβίωσης, ιδιαίτερα σε ασθενείς με σοβαρά και χρόνια νοσήματα, απώτερο στόχο έχει την κάλυψη των

ιατροφαρμακευτικών αναγκών, αφήνοντας στο περιθώριο βασικές ανθρώπινες ανάγκες του ασθενούς, όπως την ψυχική ευεξία, την αυτονομία και την συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες, τα οποία συνιστούν παραμέτρους που συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής. Έτσι η όλο και αυξανόμενη δυσαρέσκεια των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τις επιπτώσεις στην ζωή τους, διεγείρει το ενδιαφέρον των ερευνητών να δοθούν και προεκτάσεις στην ποιότητα ζωής των χρονίως πασχόντων ατόμων (Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Αντωνοπούλου, Τομαράς, & Χριστοδούλου, 2003).

Όσον αφορά τους χρόνιους διαβητικούς ασθενείς, η σύγχρονη εξέλιξη της ιατρικής μπορεί να παρατείνει και να βελτιώσει τη ζωή τους με εξατομικευμένες θεραπείες και κατάλληλη διαχείριση της νόσου (Ignatavicius & Workman, 2008).

Κεφάλαιο 2: Σακχαρώδης Διαβήτης

2.1 Ιστορία του σακχαρώδη διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα πρόβλημα το οποίο προσβάλλει ανθρώπους σε όλα τα στάδια ανάπτυξης και απασχολεί την ιατρική κοινότητα από την αρχαιότητα.

Η πρώτη καταγραφή φέρεται σε χειρόγραφο αιγυπτιακό πάπυρο του 16αι. π.Χ. που αγοράστηκε από τον αρχαιολόγο George Ebers το 1873 και έγινε γνωστός ως «Πάπυρος Ebers». Στον ίδιο πάπυρο οι Αιγύπτιοι περιγράφουν λεπτομερώς ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και η άνοια. Οι περιγραφές αυτών των διαταραχών δηλώνουν ότι οι Αιγύπτιοι αντιλαμβάνονταν τις ψυχικές και σωματικές ασθένειες με τον ίδιο τρόπο.

Η ονομασία όμως του Διαβήτη δόθηκε από τον Αρεταίο, έναν από τους πιο γνωστούς γιατρούς στην αρχαιότητα που έζησε τον 2ο αιώνα μ.Χ. στην Καππαδοκία. Ο Αρεταίος παρουσιάζει την ασθένεια ως «μια τρομερή αρρώστια που δεν είναι πολύ συχνή στους ανθρώπους και που χαρακτηρίζεται από υγρή και ψυχρή σύντηξη της σάρκας και των άκρων και απώλειας τους με τα ούρα. Ο ασθενής δεν σταματά να ουρεί και η ροή είναι μεγάλη σαν να έχει ανοίξει κανείς κρουνούς». Επειδή το νερό που έπινε ο άρρωστος διάβαινε αναλλοίωτο ο Αρεταίος ονόμασε την ασθένεια Διαβήτη.¹ Το επίθετο δε Σακχαρώδης οφείλεται στον Thomas Willis ο οποίος λέγεται ότι έδωσε αυτό το επίθετο όταν διαπίστωσε ότι τα ούρα των Διαβητικών είναι γλυκά σαν να τα έχεις ποτίσει με μέλι ή ζάχαρη. Στον 6ο μ.Χ. αιώνα αναγνωρίζεται ο κληρονομικός χαρακτήρας της νόσου. Ο καθοριστικός ρόλος του παγκρέατος σε σχέση με τον ΣΔ άρχισε να διαφαίνεται δειλά από τα τέλη του 18ου αιώνα. Από εκείνη την εποχή πολλοί ερευνητές βοήθησαν ώστε να γίνει κατανοητή η παθολογία και η εξέλιξη της νόσου.

Το 1922 παρασκευάστηκε στη Γερμανία το πρώτο αντιδιαβητικό δισκίο, το οποίο όμως αποσύρθηκε λόγω τοξικότητας. Το 1929 παρασκευάστηκε η μετφορμίνη από το ήμερο τριφύλλι (*galega officinalis*) και ύστερα από χρόνια ερευνητικής εργασίας, δόθηκε η ονομασία Glucophage (γλυκοφάγος), της οποίας η δράση είναι η μείωση της παραγωγής γλυκόζης από το ήπαρ. Η ουσία αυτή αποτελεί ακόμη και σήμερα την ναυαρχίδα των φαρμάκων επιλογής στη μάχη της θεραπείας για τον ΣΔ.

Ο Καναδός ερευνητής Frederick Banting, ήταν ο πρώτος που σκέφτηκε το 1920 να χρησιμοποιηθεί η ινσουλίνη για τη θεραπεία του διαβήτη και άρχισε να κάνει πειράματα σε ζώα με τους συνεργάτες του για να επιβεβαιώσει τη θεωρία του. Τελικά κατάφεραν να θεραπεύσουν έναν ασθενή με ΣΔ το 1922 και η ανακάλυψη αυτή οδήγησε στα τέλη του 1923, στην απονομή του βραβείου Νόμπελ Ιατρικής, επάξια τιμημένοι, αφού ο Frederick Banting και ο συνεργάτης του ερευνητής Charles Best πέτυχαν το στόχο τους: "Να σταματήσουν την αδυσώπητη πορεία προς το θάνατο εκατομμυρίων διαβητικών". Από τότε η ινσουλίνη έσωσε, σώζει και θα σώσει εκατομμύρια ζωές. Και η ιστορία του διαβήτη συνεχίζεται...

Οι ερευνητές στη σημερινή εποχή του 21^{ου} αιώνα, συνεχίζουν με έντονο ρυθμό το έργο τους διεθνώς με τη βοήθεια της υψηλής βιοτεχνολογίας και της γενετικής για την οριστική θεραπεία του "γλυκού αυτού μυστηρίου" και την πρόληψη του ΣΔ.

2.2 Επιδημιολογία Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) 346 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως νοσούν από ΣΔ. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 2030 ο αριθμός των διαβητικών ατόμων θα είναι περίπου 1.077.000 (Atlas, 2017; Gikas et al., 2008). Στην παρούσα φάση, υπολογίζεται ότι το συνολικό ποσοστό των κατοίκων της που πάσχουν από ΣΔ πλησιάζει το 10%. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, αποτελεί περίπου το 90% όλων των περιπτώσεων του διαβήτη στις αναπτυγμένες χώρες. Σε αναπτυσσόμενες χώρες, σχεδόν όλες οι περιπτώσεις ανήκουν σε αυτή την κατηγορία. Πληθυσμοί που έχουν αλλάξει από ένα παραδοσιακό σε ένα μοντέρνο τρόπο ζωής π.χ. Ινδιάνοι της Αμερικής, κάτοικοι του Ειρηνικού, Αυστραλιανοί ιθαγενείς και μετανάστες Ασιάτες Ινδιάνοι παρουσιάζουν εξαιρετικά μεγάλη κατανομή (μέχρι 40% των ενηλίκων). Η Ινδία αποτελεί μια τέτοια χώρα όπου η συχνότητα του διαβήτη τύπου II το 1972 ήταν 2,3% και το έτος 2000 12,1%. Ιδιαίτερα ο επιπολασμός του ΣΔ τύπου 2 αυξάνεται και στην Ελλάδα και κυμαίνεται από 1 – 6% σε αγροτικές περιοχές και στο 6 – 12% στις πόλεις. 41% διαβητικών είναι > 65 ετών, 25% εξόδων υγείας αφορούν τον ΣΔ, 44% των διαβητικών είναι > 70 ετών (Gikas et al., 2008).

Το γεγονός ότι η έναρξη του ΣΔ τύπου 2 είναι ασυμπτωματική δημιουργεί προβλήματα στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Σε ομάδες ατόμων τα οποία υφίστανται συνεχείς ελέγχους η συχνότητα διαφέρει από εκείνη του γενικού

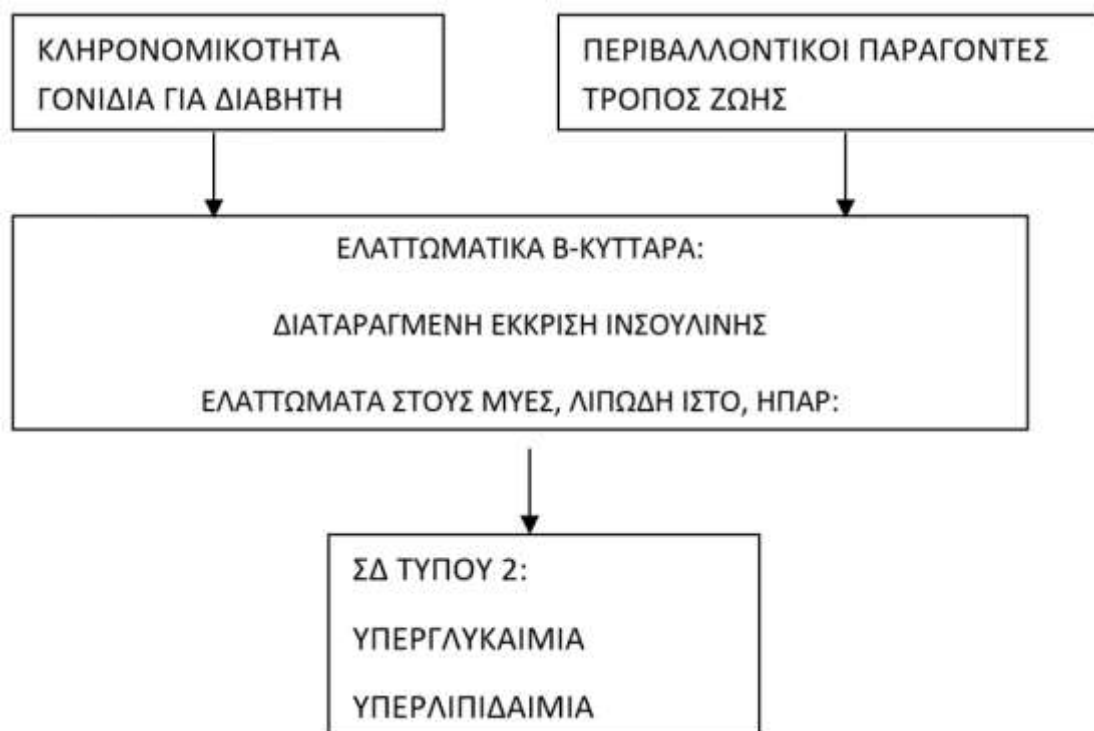
πληθυσμού όπου η διάγνωση του ΣΔ τύπου 2 διαφεύγει για πολλά χρόνια μέχρι της εμφάνισης των κλασικών εκδηλώσεων του, το μεσοδιάστημα των οποίων ποικίλει από 4 έως 7 χρόνια περίπου. Αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό αφού ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη δε γνωρίζουν ότι πάσχουν από τη νόσο (King, Aubert, & Herman, 1998). Πρόκειται για μια νόσο με επιδημικές διαστάσεις αφού οι προβλέψεις για τον αριθμό των ατόμων που θα νοσήσουν από διαβήτη έως το 2025 θα έχει διπλασιαστεί διεθνώς (Atlas, 2017).

Ο ΣΔ είναι μια από τις συχνότερες χρόνιες νόσους που προσβάλλουν υπερήλικα άτομα. Περίπου το 25% >65 ετών έχουν ΣΔ και 50% έχουν προδιαβήτη. Το οικογενειακό ιστορικό αυξάνει τις πιθανότητες να νοσήσει κανείς από ΣΔ τύπου 2 (Atlas, 2017).

Οι διαβητικοί ασθενείς έχουν κατά 15 χρόνια μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης αφού ο διαβήτης συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα (στεφανιαία νόσο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αρτηριοπάθεια) και μικροαγγειακές επιπλοκές όπως η αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια και νευροπάθεια (Gikas et al., 2006).

2.3 Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2

Η παθογένεια του ΣΔ τύπου 2 βασίζεται σε ισχυρούς γενετικούς & περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η πλειονότητα των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 εμφανίζει πολυγονιδιακού τύπου κληρονομικότητα, η οποία όμως παρουσία περιβαλλοντικών παραγόντων (παχυσαρκία, χαμηλή φυσική δραστηριότητα, κάπνισμα) συμβάλλει στην εμφάνιση της νόσου. Κύριος πρωταρχικός γενετικός παράγοντας για την ανάπτυξη του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 είναι η διαταραγμένη έκκριση ινσουλίνης (Ostenson, 2001). Η προτεινόμενη παθογένεια για το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Ostenson, 2001) παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα.



Η κλασική θεραπευτική αγωγή των ασθενών αυτών είναι η κατάλληλη διαίτα, σε συνδυασμό με αντιδιαβητικά φάρμακα, που αυξάνουν την ενδογενή παραγωγή ινσουλίνης, ελαττώνουν την ινσουλινοαντίσταση και περιορίζουν την απορρόφηση υδατανθράκων από το έντερο, οπότε η χορήγηση της ινσουλίνης δεν καθίσταται απαραίτητη για να επιβιώσουν οι συγκεκριμένοι ασθενείς, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία η λήψη της, για την καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου (McPhee & Φυσιολογία, 2000).

2.4 Ορισμός

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ομάδα μεταβολικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, η οποία οφείλεται είτε σε διαταραχή της έκκρισης ινσουλίνης είτε σε διαταραχή της δράσης της, είτε σε συνδυασμό των παραπάνω.

Ο Σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) χαρακτηρίζεται από χρόνια υπεργλυκαιμία με διαταραχές του μεταβολισμού υδατανθράκων, λιπιδίων και πρωτεϊνών, που οφείλονται σε ανεπάρκεια έκκρισης ή δράσης της ινσουλίνης ή και των δύο. Ως συνολική θεώρηση, ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα σύνδρομο με ετερογενές και

πολυπαραγοντικό υπόστρωμα. Ειδικότερα ο ΣΔ τύπου 2 χαρακτηρίζεται σε γενικές γραμμές από δυο κύριες παθοφυσιολογικές διαταραχές: α. από αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης και β. από ανεπαρκή έκκριση ινσουλίνης από τα β-κύτταρα του παγκρέατος.

Τα β-κύτταρα του παγκρέατος χάνουν το 20% με 40% της μάζας τους, στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 διάρκειας πολλών ετών (Gepts & Lecompte, 1981). Μακροπρόθεσμα μειώνεται εντελώς η έκκριση της ινσουλίνης, πρωτογενώς και δευτερογενώς, και αποκτούν ποικίλου βαθμού ινσουλινοαντίσταση (Del Prato & Tiengo, 2001). Σήμερα υποστηρίζεται ότι η μειωμένη εκκριτική ικανότητα του β-κυττάρου υφίσταται πολλά χρόνια πριν την κλινική εκδήλωση του διαβήτη.

Η μειωμένη λειτουργικότητα (ποιοτική και ποσοτική) του β-κυττάρου θεωρείται ότι είναι γενετικά προκαθορισμένη, αν και τα υπεύθυνα γονίδια δεν έχουν προς το παρόν διευκρινισθεί (Kahn, Zraika, Utzschneider, & Hull, 2009).

2.4.1 Ταξινόμηση

Η Ταξινόμηση είναι αιτιολογική, σύμφωνα με τις γνωστές έως τώρα αιτίες που τον προκαλούν και κατατάσσει τον ΣΔ σε τέσσερις κατηγορίες:

1. ΣΔ ΤΥΠΟΥ 1
2. ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2
3. ΑΛΛΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΒΗΤΗ
 - α) Σακχαρώδης Διαβήτης προκαλούμενος από γενετικές διαταραχές της λειτουργίας των β-κυττάρων (έκκριση ινσουλίνης). [Εδώ περιλαμβάνονται τα σύνδρομα μονογονιδιακού διαβήτη, όπως ο νεογνικός ΣΔ και ο διαβήτης MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young)].
 - β) ΣΔ προκαλούμενος από γενετικές διαταραχές που αφορούν τη δράση της ινσουλίνης.
 - γ) ΣΔ προκαλούμενος από ενδοκρिनοπάθειες, λοιμώξεις, νόσους του εξωκρινούς παγκρέατος (όπως η κυστική ίνωση) ή άλλες νόσους.
 - δ) ΣΔ προκαλούμενος από φάρμακα ή χημικές ουσίες.
 - ε) Γενετικά σύνδρομα που συνδυάζονται με ΣΔ.
4. ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

2.4.2 Νεότερες θεωρήσεις για την ταξινόμηση του ΣΔ

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η ισχύουσα ταξινόμηση δεν είναι πάντοτε επαρκής για τη σωστή κατάταξη ορισμένων ατόμων με ΣΔ. Πολλά από αυτά τα άτομα έχουν γενετική προδιάθεση και για τους δύο κύριους τύπους του ΣΔ (ΣΔτ1 και ΣΔτ2), με αποτέλεσμα να εμφανίζουν μια «υβριδική» μορφή διαβήτη, που έχει χαρακτηριστικά «διπλού ΣΔ» ή «ΣΔ τύπου 1,5».

Η γενετική προδιάθεση και η επίδραση του περιβάλλοντος καταγράφεται ότι συμβάλλει καθοριστικά στην ποικιλομορφία της φαινοτυπικής έκφρασης της νόσου, που πιθανότατα απλά αντικατοπτρίζει διαφορετική «συγκέντρωση» των διαφόρων παραγόντων που οδηγούν στην κλινική έκφραση μιας και μοναδικής νόσου (του ΣΔ). Είναι πάρα πολύ πιθανόν ότι στο μέλλον η ταξινόμηση του ΣΔ θα αλλάξει (με τη βοήθεια της γενετικής και εξατομικευμένων μεταβολικών κ.λπ. δεικτών), περιλαμβάνοντας πολύ περισσότερες υπομορφές, προσπαθώντας να εξηγήσει καλύτερα τη μεγάλη ετερογένεια του ΣΔ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, 2019).

2.5 Διαγνωστικά κριτήρια

Κριτήρια για τη διάγνωση του Σακχαρώδους Διαβήτη

Οι δοκιμασίες και τα κριτήρια για τη διάγνωση του ΣΔ συνοψίζονται παρακάτω:

- Γλυκόζη πλάσματος νηστείας >126 mg/dL.
- Γλυκόζη πλάσματος 2 ωρών (κατά τη δοκιμασία φόρτισης με γλυκόζη 75 γρ.) >200 mg/dL.
- Τυχαία μέτρηση γλυκόζης πλάσματος >200 mg/dL σε ασθενή με τυπικά συμπτώματα υπεργλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμική κρίση.

Οι ανωτέρω τιμές πρέπει να επιβεβαιωθούν με δεύτερη μέτρηση στο βιοχημικό εργαστήριο άλλη ημέρα.

2.6 Επιπλοκές του διαβήτη

Οι χρόνιες επιπλοκές του ΣΔ είναι:

- α) η μικροαγγειοπάθεια, στην οποία περιλαμβάνονται η αμφιβληστροειδοπάθεια, η νεφροπάθεια και η νευροπάθεια, και

- β) η μακροαγγειοπάθεια, στην οποία περιλαμβάνονται η αθηροθρόμβωση των στεφανιαίων και εγκεφαλικών αρτηριών, των καρωτίδων, της αορτής και των περιφερικών αρτηριών, που στην καθημερινή ιατρική πρακτική αναφέρονται ως Καρδιαγγειακή Νόσος (KAN).

Οι οξείες επιπλοκές του ΣΔ είναι:

- α) υπογλυκαιμία
- β) διαβητική κετοξέωση-διαβητικό κώμα
- γ) υπερωσμωτικό μη κετωτικό κώμα (κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς)
- δ) γαλακτική οξέωση

2.6.1 Υπογλυκαιμική κρίση

Η κακή θεραπευτική επιλογή και η μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών σχετίζονται με πτωχή γλυκαιμική ρύθμιση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε υπογλυκαιμικά επεισόδια. Η υπογλυκαιμική κρίση αρχίζει συνήθως με ζάλη, ωχρότητα, βραδυκαρδία. Η απώλεια όμως των αισθήσεων διαρκεί πιο πολύ από τη συγκοπική κρίση και συχνά συνοδεύεται από γενικευμένους σπασμούς. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί εσφαλμένα να θεωρηθούν ότι πρόκειται και για αμιγής κλονική επιληπτική κρίση. Η επείγουσα μέτρηση του σακχάρου στο αίμα θα επιβεβαιώσει την αιτία της κρίσης.

Ο φόβος της υπογλυκαιμίας αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την βέλτιστη γλυκαιμική ρύθμιση (Petra, Herpertz, Stridde, & Pflutzner, 2013). Η υπογλυκαιμία προκαλεί συναισθήματα ανασφάλειας και φόβου, ακόμη και σε ασθενείς που είναι εκπαιδευμένοι και προετοιμασμένοι για την επιπλοκή, η σκέψη δε των μελλοντικών επεισοδίων μπορεί να κλονίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή στη θεραπευτική αγωγή και να διαταράξει την ψυχική του ισορροπία. Μια αρνητική επίπτωση των υπογλυκαιμικών επεισοδίων αποτελεί η αποφυγή κοινωνικών δραστηριοτήτων και κατά συνέπεια ο κίνδυνος κοινωνικής απομόνωσης.

2.6.2 Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Η υπεργλυκαιμία αναφέρεται ως ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη μικροαγγειακών επιπλοκών σε ασθενείς με ΣΔ. Τα υψηλά επίπεδα γλυκόζης προκαλούν την ενεργοποίηση της οδού διακυλογλυκερόλης-πρωτεϊνικής κινάσης C (DAG-PKC) στα μικρά αγγεία.

Η Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) αποτελεί τη συχνότερη μικροαγγειακή επιπλοκή του ΣΔ. Σε μεγάλη διάρκεια νόσου σε συνδυασμό με κακή γλυκαιμική ρύθμιση εμφανίζεται στην πλειοψηφία των ατόμων με ΣΔ. Προσβάλλει τα αγγεία του αμφιβληστροειδούς (αρτηριακό και φλεβικό σκέλος, τριχοειδή). Είναι η συχνότερη αιτία τύφλωσης στον γενικό πληθυσμό στις ηλικίες μεταξύ των 20-60 ετών και οδηγεί σε τύφλωση σε ποσοστό 6%. Η ΔΑ είναι πολύ μεγαλύτερη σε ποσοστό στους ασθενείς με διαβήτη τύπου II (6.7%-30.2%) σε σχέση με τους ασθενείς με διαβήτη τύπου I (0%-3%). Η διαφορά αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 συνήθως παραμένουν αδιάγνωστοι για μια σημαντική χρονική περίοδο (Williams et al., 2004). Επιπλοκές στην όραση έχει το 18.9% των ασθενών με Διαβήτη (Group, 1998). Η ΠΟΥ υπολογίζει ότι η ΔΑ ευθύνεται για το 5% των περιπτώσεων τύφλωσης παγκοσμίως, με τα ποσοστά να φτάνουν στο 15-17% στις αναπτυγμένες χώρες (Resnikoff et al., 2004). Η ραγδαία αύξηση του ΣΔ την επόμενη δεκαετία θα επιφέρει και σημαντική αύξηση των ασθενών με διαταραχές όρασης (Bourne et al., 2013; International Diabetes Federation, 2009).

Ο επιπολασμός της ΔΑ είναι στενά συνυφασμένος με τη διάρκεια του ΣΔ, έτσι ώστε μετά από 25 έτη σχεδόν όλα τα άτομα με ΣΔτ1 και άνω του 90% με ΣΔτ2 θα έχουν εμφανίσει κάποια μορφή ΔΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΗΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΕΤΑΙΡΕΙΑ, 2019).

Στο ΣΔτ2 στην 5ετία έχουμε 25% βλάβη και στην 15ετία: σχεδόν 100% βλάβες. Το 40% ασθενών > 40 ετών πάσχουν από ΔΑ. Σε ποσοστό 20% από τους ασθενείς με ΔΑ κινδυνεύουν με σοβαρή μείωση της ΟΟ.

Το γεγονός ότι η ΔΑ είναι μια φλεγμονώδης νόσος ανέδειξε τη σπουδαιότητα του ρόλου των λευκών κυττάρων του αίματος στη δημιουργία των βλαβών (Chibber, Ben-Mahmud, Chibber, & Kohner, 2007).

Ανάλογα με το είδος των βλαβών την κατατάσσουμε σε:

- **Μη Παραγωγική** (Ηπια - Μέτρια - Σοβαρή μορφή), η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση μικροανευρυσμάτων, σκληρών και μαλακών εξιδρωμάτων, στικτών ή κηλιδόμορφων αιμορραγιών στον αμφιβληστροειδή, διαταραχές στο εύρος και την πορεία των φλεβών καθώς και τον σχηματισμό αρτηριοφλεβικών αναστομών εντός του αμφιβληστροειδούς (ενδοαμφιβληστροειδικές μικροαγγειακές ανωμαλίες) (Intra Retina! Microvascular Abnormalities-IRMA).
- **Παραγωγική** (Ηπια - Μέτρια - Σοβαρή μορφή), η οποία χαρακτηρίζεται από νεοαγγείωση στο οπτικό νεύρο και στην περιφέρεια του αμφιβληστροειδούς και η οποία μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπιάζουσα ενδοουλοειδική αιμορραγία καθώς και ανάπτυξη ινώδους ιστού με επακόλουθη έλξη και αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς, η οποία οδηγεί τελικά σε τύφλωση.
- **Ωχροπάθεια**, η οποία χαρακτηρίζεται από εστιακό ή διάχυτο οίδημα της ωχράς κηλίδας, με αποτέλεσμα τη σημαντικού βαθμού μείωση της οπτικής οξύτητας.

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Θολερότητες (αιμορραγία)
- Λάμψεις (έλξεις –ρωγμές –αποκόλληση)
- Μεταβολή στην όραση (οίδημα ωχράς)

Η συμβολή της μελέτης UKPDS σε ασθενείς με ΣΔ2 υπήρξε ουσιώδης. Αφ'ότου δημοσιεύτηκε βοήθησε με τα αποτελέσματα της, στην πρόοδο της θεραπείας του ΣΔ και ιδιαίτερα της ΔΑ και απέδειξε τη σπουδαιότητα της γλυκαιμικής ρύθμισης και της διόρθωσης της αρτηριακής πίεσης στη μείωση του κινδύνου μικροαγγειακών επιπλοκών (Nathan et al., 2009).

Η UKPDS αποτέλεσε μια σημαντική ατραπό για τη μείωση της σοβαρής αμφιβληστροειδοπάθειας και έδωσε κίνητρο για νέες μελέτες αφού κατανοώντας καλύτερα τους παθολογικούς μηχανισμούς, δημιουργήθηκαν πιο αποτελεσματικές θεραπείες για την σοβαρή ΔΑ.

Ωστόσο είναι μείζονος σημασίας να τονιστεί ο ρόλος της πρόληψης. Έτσι είναι απαραίτητο οι κλινικοί ιατροί να παραπέμψουν για αρχική οφθαλμολογική εκτίμηση κατά την περίοδο που διαγνώστηκε ο διαβήτης, στη συνέχεια η συχνότητα οφθαλμολογικής εκτίμησης αυξάνει σε ομάδες υψηλού κινδύνου (εγκυμοσύνη,

νεφροπάθεια, κακή ρύθμιση σακχάρου, σοβαρού βαθμού αμφιβληστροειδοπάθεια κλπ.) και τέλος ο ειδικός οφθαλμίατρος θα καθορίσει πλέον τη συχνότητα επανεξέτασης.

2.7 Ψυχική κόπωση των ασθενών με ΣΔ

Το γεγονός ότι ο ασθενής με ΣΔ ασχολείται όλο το 24ωρο σχεδόν με την αυτοδιαχείριση της νόσου ενέχει τον κίνδυνο της ψυχικής εξουθένωσης. Η ψυχική κόπωση προκαλεί έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως ενοχή και φόβο λόγω κακής αυτοδιαχείρισης και ανεπάρκεια και αποτυχία να φτάσει τους θεραπευτικούς στόχους.

Μπορεί να βιώνει ακόμη μοναξιά και την αίσθηση ότι κανείς δεν τον καταλαβαίνει, να αμφιβάλει για το προσωπικό του διαβητολογικού ιατρείου σχετικά με την σωστή αγωγή για τον ίδιο και ως αρνητική συνέπεια να το επισκέπτεται αραιά.

Επιπλέον η ψυχική κόπωση προκαλεί στον ασθενή την αίσθηση ότι ο ΣΔ του έχει πάρει τον έλεγχο της ζωής του με αποτέλεσμα να νιώθει έντονη πίεση να ανακτήσει την αυτοδιαχείριση του.

Ο σημαντικότερος κίνδυνος της εξουθένωσης(burn out) των ασθενών από τον ΣΔ είναι μακροπρόθεσμα ο κακός γλυκαιμικός έλεγχος και κατ'επέκταση οι μακροχρόνιες επιπλοκές.

Συνοψίζοντας, η ψυχική εξουθένωση μπορεί να περιλαμβάνει τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Αίσθημα συντριβής και ήττας από τον ΣΔ.
- Αίσθημα θυμού για τον ΣΔ και απογοήτευσης από τις απαιτήσεις της διαχείρισης του.
- Να αισθάνεται σαν ο ΣΔ να του έχει πάρει τον έλεγχο τη ζωή του.
- Αίσθημα ανησυχίας για έλλειψη επαρκούς φροντίδας του ΣΔ και ταυτόχρονα άρνηση κινητοποίησης και αλλαγής τρόπου ζωής.
- Αποφυγή τμημάτων της ρουτίνας του ΣΔ, π.χ. παρακολούθηση ραντεβού, τακτικά check-up.
- Παραμέληση για την επίτευξη των φυσιολογικών τιμών των επιπέδων σακχάρου στο αίμα.
- Επιστροφή σε ανθυγιεινές συμπεριφορές π.χ. κακή διατροφή.

- Αίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης εξαιτίας του ΣΔ.

Η κόπωση καταγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως ένα από τα πιο συνηθισμένα σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη (Leone, Huibers, Knottnerus, & Kant, 2007; Nijrolde, van der Windt, & van der Horst, 2008; Wijeratne, Hickie, & Brodaty, 2007).

Ενώ λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ κόπωσης και καθημερινής λειτουργικότητας σε άτομα με ΣΔ, η κόπωση αποτελεί πιθανόν ένα εμπόδιο στις συμπεριφορές που προάγουν την υγεία τους, όπως η συμμετοχή σε προγράμματα αυτό-διαχείρισης ΣΔ, υγιεινής διατροφής και τακτικής άσκησης. Παρόμοιες μελέτες έδειξαν, ότι η κόπωση ήταν μεταξύ των τεσσάρων κυρίων συμπτωμάτων που βρέθηκαν να επηρεάζουν την αυτό-αναφερόμενη ποιότητα ζωής σε γυναίκες με ΣΔ τύπου 2 χαρακτηρίζοντας την υγεία τους φτωχότερη σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς συμπτώματα (Fritschi & Quinn, 2010; Stover, Skelly, Holditch-Davis, & Dunn, 2001).

Η ψυχική εξουθένωση εμφανίζεται όταν ο ασθενής αισθάνεται συντετριμμένος από τον ΣΔ και από το ματαιωτικό βάρος της αυτό-φροντίδας του ΣΔ. Οι ασθενείς που έχουν εξουθενωθεί συνειδητοποιούν ότι η καλή διαβητική φροντίδα είναι σημαντική για την υγεία τους, αλλά απλά δεν έχουν το κίνητρο να φροντίσουν τον εαυτό τους. Σε ζωτικό επίπεδο, βρίσκονται σε πόλεμο με τον διαβήτη τους και χάνουν (W. Polonsky, 1999). Η θεραπευτική ομάδα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίσει τα συμπτώματα εξουθένωσης και να στηρίζει τον ασθενή μέσα από μια καλή σχέση συνεργασίας και εμπιστοσύνης, ώστε να ανακουφίζεται από αρνητικά συναισθήματα ανεπάρκειας και αβοηθησίας και να επιτυγχάνει στη συνέχεια καλύτερο επίπεδο νορμογλυκαιμίας και καθυστέρησης της εμφάνισης των όποιων επιπλοκών. Οι διεθνείς οδηγίες για τον ΣΔ καθιστούν αναγκαία την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών ακόμη και για την πρόληψη εμφάνισης κόπωσης και ψυχικής παραίτησης τους.

2.8 Κοινωνικό στίγμα

Η αίσθηση της προσωπικής αποτυχίας που βιώνει ο ασθενής με ΣΔ, όταν δεν επιτυγχάνει τον γλυκαιμικό έλεγχο, μπορεί να τον αφήσει με την πεποίθηση ότι δεν θα είναι σε θέση να ελέγξει την ασθένεια στο μέλλον, ανεξάρτητα από το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθεί. Η δυσκολία επίτευξης επιθυμητής νορμογλυκαιμίας συνοδεύεται από μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία, άγχος, φόβο για αύξηση σωματικού βάρους ιδιαίτερα σε αυτούς που χρήζουν ινσουλινοθεραπείας. Δεδομένου ότι η αύξηση βάρους στο ΣΔ τύπου 2 συνδέεται με αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη και υπάρχει κίνδυνος στην περίπτωση αυτή να μπλοκάρει την συμμόρφωση στη χρήση της αγωγής (W. H. Polonsky, Fisher, Guzman, Villa-Caballero, & Edelman, 2005).

Τελευταία βιβλιογραφικά δεδομένα καταγράφουν έναν νέο όρο, αυτόν της διαβουλιμίας «diabulimia» (επίσης γνωστός ως ED-DMT1) ο οποίος χρησιμοποιείται συχνά για να αναφερθεί σε αυτόν τον απειλητικό για τη ζωή συνδυασμό της βουλιμίας (συμπεριφορές διαταραχής διατροφής) και της επικίνδυνης πρακτικής της αποφυγής λήψης ινσουλίνης με σκοπό την απώλεια βάρους (Chelvanayagam & James, 2018; Falcao & Francisco, 2017).

Οι ασθενείς που πάσχουν από διαβουλιμία βιώνουν το αυτό-στίγμα και φοβούνται πολύ ότι η λήψη ινσουλίνης θα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους τους. Είναι αναγκαίο να αλλάξουν τον τρόπο που σκέφτονται για την ινσουλίνη έτσι ώστε να τροποποιηθεί η συναισθηματική ανταπόκρισή τους στην απαιτούμενη θεραπευτική αγωγή.

Το κοινωνικό στίγμα ή δυσφορία που σχετίζονται με τη θεραπεία για τον ΣΔ συνιστά την αγωνία για την εξέλιξη της νόσου, τον φόβο απόρριψης από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και την εν τέλει παρεξηγημένη αντίληψη για τη θεραπεία ή και τη φύση του ΣΔ ως χρόνιας νόσου (Schabert, Browne, Mosely, & Spreight, 2013). Το ζητούμενο εδώ, είναι να νιώσει ικανοποίηση και ασφάλεια ο ασθενής με την διαχείριση και θεραπεία του ΣΔ. Ο φόβος του κοινωνικού στιγματισμού μπορεί προκαλέσει καθυστέρηση έναρξης της θεραπείας, σε μεγαλύτερο δε βαθμό εάν η αγωγή περιλαμβάνει λήψη ινσουλίνης και επιπλέον να προκαλέσει αποφυγή των κοινωνικών δραστηριοτήτων του ασθενή. Καθώς ο αριθμός των ασθενών με ΣΔτ2 αυξάνεται, μερικές προκατειλημμένες απόψεις σχετικά με τα

ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους καταλήγουν στην ευθύνη που τους αναλογεί, επειδή η κατάστασή τους θεωρείται ότι σχετίζεται με τον τρόπο ζωής. Τα άτομα με διαβήτη τύπου 2 συχνά υποβάλλονται σε στιγματιστικές συμπεριφορές από τον γενικό πληθυσμό. Πρόσφατα, το κοινωνικό στίγμα έχει επισημανθεί και ερευνηθεί σε σχέση με τον διαβήτη τύπου 2. Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες, το κοινωνικό στίγμα έχει αρνητικό αντίκτυπο στη διαχείριση αυτο-φροντίδας του διαβήτη (Browne, Ventura, Mosely, & Speight, 2013; Tak-Ying Shiu, Kwan, & Wong, 2003).

Σημαντικό ρόλο παίζουν και οι αντιλήψεις των κλινικών ιατρών κατά τη στιγμή της ανακοίνωσης της διάγνωσης για τη στάση και τη μεταγενέστερη συμπεριφορά που θα υιοθετήσουν οι ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 σχετικά με τη σοβαρότητα της νόσου και την εφ' όρου ζωής αυτοδιαχείριση (Manski-Nankervis et al., 2014).

Η σωστή εκπαίδευση των ασθενών αυτών από την επιστημονική ομάδα των επαγγελματιών υγείας είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος που ο καθένας βιώνει με υποκειμενικό τρόπο.

Η αξιολόγηση του αυτό-στίγματος σε ασθενείς με ΣΔτ2 είναι εφικτή στην καθημερινή κλινική πρακτική μέσω ψυχομετρικών εργαλείων. Η Ιαπωνική Κλίμακα για το αυτό-στίγμα σε ασθενείς με ΣΔτ2 “Japanese version of the Self-stigma Scale in patients with type 2 diabetes (SSS-J)” (Kato, Takada, & Hashimoto, 2014) αποτελεί μια αξιόπιστη και έγκυρη επιλογή για τους ειδικούς, προκειμένου να εντοπιστούν οι ασθενείς που ταλαιπωρούνται από γνωσιακές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές μεταβλητές του στίγματος ώστε να επιτύχουν την καλύτερη δυνατή θεραπεία.

Κεφάλαιο 3: Ποιότητα Ζωής

3.1 Ορισμός ποιότητας ζωής

Η εννοιολογική προσέγγιση του Αριστοτέλη για την Ποιότητα Ζωής ή Ευ Ζην, αναφέρεται το 384 – 322 π.Χ. στα Ηθικά Νικομάχεια: η “ευδαιμονία” αποτελεί το σπουδαιότερο αγαθό και τον τελικό σκοπό στην ζωή του ανθρώπου η οποία ισοδυναμεί με το «ευ ζην» (ποιότητα ζωής) και το «ευ πράττειν» (ευημερία).

Η έρευνα της Ποιότητας Ζωής (ΠΖ) σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη ξεκίνησε την δεκαετία του 1980 και αναπτύχθηκε την δεκαετία του 1990. Τα τελευταία χρόνια έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας και βρίσκεται σε μια διαδικασία συνεχούς εξέλιξης.

Η ποιότητα ζωής είναι μια υποκειμενική έννοια, η οποία αποτελεί αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημών, (ιατρικής, ψυχολογίας, κ.α.), λαμβάνει προσωπικό νόημα για τον καθένα και απασχολεί διαχρονικά το άτομο. Δεν είναι εφικτό να διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της ΠΖ. Οι κλινικοί ιατροί αξιολογούν τις φυσικές-οργανικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι εστιάζουν περισσότερο στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Ι. Υφαντόπουλος, 2003).

Η σύγχρονη μορφή των ερευνών στην ψυχολογία συνδέεται με την θετική ανάπτυξη του ατόμου, τον ποιοτικό τρόπο ζωής και όχι με την ψυχοπαθολογία (Poggi, Bizzotto, Devicienti, Vesan, & Villosio, 2011). Οι θεωρητικές προσεγγίσεις για τον ικανοποιητικό τρόπο ζωής είναι κυρίως δύο: η ηδονική θεωρία που συνδέει την ικανοποίηση από την ζωή με την ανθρώπινη δραστηριότητα, με την επιδίωξη θετικών απολαύσεων και την αποφυγή αρνητικών συναισθημάτων (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999). Η ευδαιμονική αντίληψη επικεντρώνεται στον αυτοπροσδιορισμό, την αυτοπραγμάτωση, την έκφραση του πραγματικού εαυτού και των δυνατοτήτων του ατόμου (Waterman, Schwartz, & Conti, 2008).

Η δυσκολία δημιουργίας ενός γενικά αποδεκτού ορισμού για την ΠΖ από τους ερευνητές λόγω των ποικίλων απόψεων υφίσταται και στις μέρες μας, ωστόσο το ενδιαφέρον για την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) όλα αυτά τα χρόνια έχει αυξηθεί, η ΠΖ σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους, που αποδίδουν

μάλιστα κάθε φορά και άλλη εννοιολογική σημασία, ανάλογα με την εκάστοτε φάση ζωής που βιώνουν (Οικονόμου, Κοκκώση, Τριανταφύλλου, & Χριστοδούλου, 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει ότι η έννοια της ποιότητας ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για την θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς του στόχους, προσδοκίες, ανησυχίες και πρότυπα. Άρα πρόκειται για έναν ορισμό υποκειμενικό καθώς δίνεται έμφαση στον τρόπο που το ίδιο το άτομο αξιολογεί την ποιότητα ζωής του. Είναι μια ευρεία έννοια η οποία επηρεάζεται από την φυσική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος του (WHOQOL, 1995).

Η υγεία και η ευεξία ως παράμετροι της ποιότητας ζωής αποτελούν έννοιες με πολυδιάστατο χαρακτήρα και καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα σωματικών και ψυχολογικών παραμέτρων. Κριτήρια αντικειμενικά (δείκτες σωματικής υγείας και λειτουργικότητας, συνθηκών διαβίωσης, οικονομικής αυτονομίας και ασφάλειας περιβάλλοντος), αλλά και κριτήρια υποκειμενικά (ψυχολογικές και κοινωνικές παράμετροι, όπως αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή, δείκτες κοινωνικοποίησης και ψυχαγωγίας) αντικατοπτρίζουν την ποιότητα ζωής κάθε ατόμου.

Ο όρος “ποιότητα ζωής” που σχετίζεται με την υγεία (health related QoL) αναφέρεται στις επιπτώσεις που έχει μια νόσος ή η θεραπεία της στην καθημερινότητα του ασθενή, αφορά επίσης το βαθμό ικανοποίησης του, από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ΠΖ δίνει την δυνατότητα στον ασθενή να μοιράζεται, να επικοινωνεί και να εκφράζει το βίωμα του σχετικά με τις επιδράσεις που έχει η νόσος στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του (Kaasa & Loge, 2003).

Πολλές μελέτες έχουν επισημάνει ότι άτομα με χρόνια νοσήματα βιώνουν μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής (Loos, Briancon, Frimat, Hanesse, & Kessler, 2003).

Η ΠΖ αποτελεί πλέον σημαντικό δείκτη διεθνώς, όπως και η υγεία των πολιτών και λαμβάνεται υπόψη σε προγράμματα πολιτικού σχεδιασμού κι ανάπτυξης. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) έχει στην ατζέντα

του μια λίστα θεμάτων σε σχέση με την ποιότητα ζωής, όπως η υγεία, ο έλεγχος παροχής αγαθών, υπηρεσιών, και η ποιότητα της εργασιακής ζωής (Bowling, 2004).

Η ΠΖ συγκαταλέγεται στους στόχους και στις βασικές συνιστώσες της Ευρωπαϊκής Ένωσης επικρατώντας με τον όρο: Κοινωνική Ποιότητα και ορίζεται ως το μέγεθος κατά το οποίο οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και την οικονομική ζωή των κοινωνιών όπου διαβιούν κάτω από συνθήκες που επιτρέπουν την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους και των προσωπικών ικανοτήτων τους.

Το επίπεδο της κοινωνικής ποιότητας βασίζεται σε τέσσερις βασικές μεταβλητές:

- A. Επίπεδο οικονομικής ασφάλειας
- B. Επίπεδο κοινωνικής ένταξης
- Γ. Μέγεθος κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης
- Δ. Επίπεδο υγείας των πολιτών της Ευρώπης

Σε μελέτες που διενεργήθηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναδείχθηκε ότι η υγεία, η οικογενειακή ζωή, το περιβάλλον, και η κατοικία, επηρεάζουν περισσότερο την ποιότητα ζωής των Ευρωπαίων πολιτών (Γ. Υφαντόπουλος, 2007). Με βάση λοιπόν τα Ευρωπαϊκά δεδομένα, η έννοια “Ποιότητα Ζωής” είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μία κοινωνία (Eurofound, 2012). Σε διεθνές επίπεδο ο ακριβής προσδιορισμός της ΠΖ συνεχίζει να βρίσκεται σε μία διαδικασία συνεχούς εξέλιξης.

3.2 Ποιότητα ζωής και πως μετριέται;

Ο καλύτερος τρόπος για να προσεγγίσουμε τη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι να μετρήσουμε τον βαθμό στον οποίο καλύπτεται η ανθρώπινη “απαίτηση για ευτυχία”, δηλαδή αυτή η απαίτηση που είναι η βασική -αν και δεν αρκεί από μόνη της- συνθήκη για την ευτυχία του καθενός και χωρίς την οποία κανένας άνθρωπος δεν μπορεί να είναι ευτυχισμένος (McCall, 1975). Τα τελευταία χρόνια αναδύεται από την διεθνή βιβλιογραφία ένα ελπιδοφόρο πλαίσιο για εννοιοποίηση, μέτρηση και για μεγάλο εύρος εφαρμογών της ΠΖ.

Οι προσωπικές αντιλήψεις για το τι θεωρεί ο καθένας ΠΖ και οι αξίες που έχει, έχουν αναγνωριστεί από τις έως τώρα μελέτες, ως οι σημαντικότερες πλευρές της ΠΖ, για να μετρηθούν και να εκτιμηθούν μέσω των ψυχομετρικών εργαλείων.

Ύστερα από πολλές δεκαετίες ερευνητικών προσπαθειών, έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί διάφορα εξειδικευμένα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής (Κάβουρα, Κυριόπουλος, Γείτονα, & Βανδώρου, 2003).

Μερικά από τα ευρέως διαδεδομένα και εύχρηστα εργαλεία μέτρησης αναφέρονται στη συνέχεια:

- Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, (The General Health Questionnaire)
- Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας του Nottingham, (The Nottingham Health Profile)
- Επισκόπηση υγείας SF-36, (The SF-36 Health Survey)
- Δείκτης Spitzer για την ποιότητα ζωής, (The Spitzer Quality of Life Index)
- Δείκτης λειτουργικότητας Karnofski, (The Karnofski Performance Index)
- Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (The Psychological Adjustment to Illness Scale)
- Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας (The Sickness Impact Profile)
- EuroQol (EQ-15D), προσομοιάζει με τη φιλοσοφία του (EQ-5D), με τη διαφορά ότι αναφέρεται σε 15 διαστάσεις της ΠΖ.
- Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων (Older People's Quality of Life questionnaire OPQOL-35)
- Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής για τον Διαβήτη (Diabetes Quality of Life (DQOL) ("Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). The DCCT Research Group," 1988)
- Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης για τη θεραπεία του διαβήτη (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire) (DTSQ) (Saisho, 2018)
- WHOQOL -100: Δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με σκοπό την μέτρηση της ποιότητας ζωής σε διάφορους πολιτισμούς. Έχει μεταφραστεί σε 50 γλώσσες και χρησιμοποιείται ευρέως (Τζινιέρη-Κοκκώση et al., 2003).

- WHOQOL- BREF : Σύντομη μορφή του WHOQOL -100. Περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, αντί 100 του εκτεταμένου και είναι πολύ εύχρηστο, έγκυρο και αξιόπιστο. (Τζινιέρη-Κοκκώση et al., 2003). Σύμφωνα με άλλες έρευνες, αξιολογήθηκε, η αξιοπιστία και την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου σε 23 χώρες με βάση τις τέσσερις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής: σωματική υγεία, ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004).

Η επιλογή και ο σχεδιασμός, του εκάστοτε εργαλείου μέτρησης της ΠΖ, χρειάζεται να πληροί ορισμένες προϋποθέσεις προκειμένου τα αποτελέσματα των μετρήσεων να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και να μπορούν να ερμηνευτούν. Οι σημαντικότερες προϋποθέσεις είναι α) *Αξιοπιστία*: Η αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης αφορά την σταθερότητα, την ακρίβεια και την συνέπεια με την οποία η κλίμακα κατασκευάστηκε να μετράει αυτό που μετράει. β) *Εγκυρότητα*: Η εγκυρότητα του εργαλείου αναφέρεται στον βαθμό που όντως μετράει αυτό για το οποίο φτιάχτηκε να μετράει.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής υπολογίζεται με τη χρήση ερωτηματολογίων τα οποία εστιάζονται στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου ή στις επιπτώσεις συγκεκριμένων νόσων στην ποιότητα ζωής του ασθενούς (Πήτα et al., 2006; Γ. Υφαντόπουλος, 2007).

Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός παράγοντας, να αξιοποιηθεί στην επιλογή θεραπευτικών σχημάτων και στη δημιουργία νέων φαρμακευτικών παρεμβάσεων, συνεισφέροντας έτσι στη διαμόρφωση κατάλληλων πολιτικών υγείας σχετικές με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και το κόστος υγείας.

Η πρωτοβουλία του ΠΟΥ(WHO) να αναπτύξει μια μέτρηση για την ΠΖ, προήλθε από την ζήτηση για μια ουσιαστική αξιολόγηση της ΠΖ και μια δέσμευση στη συνεχή προώθηση μιας ολιστικής προσέγγισης στην υγεία και τη φροντίδα της (WHOQOL, 1995). Αναμένεται ότι τα ερωτηματολόγια WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF θα αποδειχθούν ακόμη πιο χρήσιμα στην έρευνα για την πολιτική της υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες, τα επόμενα χρόνια σε διεθνή κλίμακα, αφού έχουν αναπτυχθεί ως πολύ-πολιτισμικά εργαλεία.

3.3 Ποιότητα ζωής, Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 και ΔΑ

Η συνήθης εκτίμηση της βαρύτητας των επιπλοκών του ΣΔ, όπως η ΔΑ δεν συμπεριλαμβάνει την άποψη των ασθενών και την συνολική επίδραση της νόσου στον τρόπο ζωής. Είναι γνωστό ότι η γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενούς δεν καθορίζεται μόνο από τη βαρύτητα της νόσου αλλά και από παράγοντες ψυχολογικούς, πολιτισμικούς, επαγγελματικούς και κοινωνικοοικονομικούς.

Τα τελευταία χρόνια στους βασικούς σκοπούς της θεραπείας του ΣΔ εκτός από την πρόληψη, την μείωση και επιβράδυνση των επιπλοκών συμπεριλαμβάνεται και η μέριμνα για την ποιότητα ζωής που σημαίνει διατήρηση και βελτίωση της γενικότερης ευεξίας τους.

Η ποιότητα ζωής είναι κυρίαρχη πλέον ως δόκιμος όρος στην υγεία και είναι ιδιαίτερα σημαντικό να χρησιμοποιείται μια μέτρηση της ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων για κάθε ασθενή. Χρήζει δε ιδιαίτερης μελέτης σε χρόνιες ασθένειες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (Fayers & Machin, 2000).

Κατά την διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας 1.950.000 άρθρα έχουν δημοσιευθεί σχετικά με την ποιότητα ζωής στον ΣΔ (Trikkalinou, Papazafiropoulou, & Melidonis, 2017). Η χρονιότητα της ασθένειας και οι επιπλοκές της δημιουργούν συχνά έκπτωση στην ποιότητα ζωής ενός ασθενή με διαβήτη. Το έλλειμμα αυτό ενέχει συγχρόνως μια αντικειμενική και μια υποκειμενική διάσταση, γεγονός που καταδεικνύει την πολύπλευρη σημασία της έννοιας “ποιότητα ζωής” (SAGE, 2008).

Η έρευνα της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με διαβήτη ξεκίνησε την δεκαετία του '80 και αναπτύχθηκε τη δεκαετία του '90. Οι αντίστοιχες έρευνες διεθνώς που είναι προσανατολισμένες προς την διερεύνηση της ΠΖ, χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγια διαφόρων ειδών τόσο γενικά όσο και ειδικά, εννοιολογικά προσδιορισμένα προς τη νόσο του ΣΔ.

Η ποιότητα ζωής ως υποκειμενική έννοια σύμφωνα και με τον ΠΟΥ, κυμαίνεται ανάλογα με την προσωπικότητα και το χαρακτήρα του εκάστοτε ασθενή με ΣΔ. Ανατρέχοντας στη διεθνή βιβλιογραφία κάποιοι από τους σημαντικότερους παράγοντες που αποτελούν τροχοπέδη στην ποιότητα ζωής των ασθενών με διαβήτη είναι οι αρνητικές γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στην νόσο, το στρες, η κατάθλιψη και οι διατροφικές συνήθειες (Rose, Fliege, Hildebrandt, Schirop, & Klapp, 2002). Στην Ελλάδα, η σχετική βιβλιογραφία είναι εξαιρετικά

περιορισμένη και επιπλέον δεν εστιάζει στις επιπτώσεις της ΔΑ στους ασθενείς με Διαβήτη σχετικά με την ποιότητα ζωής τους. Ωστόσο, αρκετές διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με ΔΑ έχουν χειρότερους δείκτες ΠΖ σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Alcubierre et al., 2014; Davidov, Breitscheidel, Clouth, Reips, & Happich, 2009; Pereira et al., 2017). Άλλες μελέτες επίσης ανέφεραν αλλαγές στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ΔΑ (Mazhar et al., 2011).

Εν κατακλείδι, οι ασθενείς με ΣΔτ2 και ΔΑ βιώνουν σημαντικά υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και για τον λόγο αυτό η περαιτέρω διερεύνηση της ΠΖ τους μπορεί να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για το πώς η νόσος επηρεάζει όλες τις πτυχές της υγείας τους και να αποτελέσει τη βασική προϋπόθεση για την παροχή ολιστικής φροντίδας η οποία να είναι προσανατολισμένη στις ανάγκες τους.

Κεφάλαιο 4: Ψυχολογική Προσέγγιση του Σακχαρώδη Διαβήτη

Τα τελευταία χρόνια αναδεικνύεται όλο και περισσότερο η σημαντικότητα της ενσυναίσθησης (empathy) στη σχέση γιατρού-ασθενούς, στη θεραπευτική πράξη, ιδιαίτερα στις χρόνιες ασθένειες όπως ο ΣΔ.

Ο ΣΔ, συνιστά ένα ψυχοπιεστικό γεγονός που αποσυντονίζει τις περισσότερες φορές την καθημερινότητα του ασθενή, ιδιαίτερα στην αρχική φάση της διάγνωσης δημιουργώντας έντονα αρνητικά συναισθήματα. Καθώς τα συναισθήματα, αλληλοεπιδρούν με τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς των ατόμων, τα ισχυρά συναισθήματα είναι πιθανόν να παρεμποδίζουν τις γνωστικές και συμπεριφορικές διαδικασίες. Τα προβλήματα προσαρμογής κατά τη διάγνωση του ΣΔ, οι φόβοι σχετικά με τις επιπλοκές του ΣΔ, τα αρνητικά περιστατικά εμφάνισης υπογλυκαιμίας, ή ακόμη και τα εξωτερικά και ανεπίλυτα προβλήματα της ζωής, ενδέχεται να προκαλέσουν διάφορα δυσάρεστα συναισθήματα τα οποία όμως είναι φυσιολογικές εκδηλώσεις, στο αρχικό χρονικό στάδιο μετά την διάγνωση του ΣΔ. Η συναισθηματική επίδραση ενός γεγονότος, ενδέχεται να επηρεάζεται από τις ατομικές διαφορές, όπως, διαφορές στον βαθμό στον οποίο το άτομο είναι συναισθηματικά ευάλωτο, τον έλεγχο του συναισθήματος, την ικανότητα χειρισμού των συναισθημάτων και τα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης (Beeney, Bakry, & Dunn, 1996).

Τα ισχυρά συναισθήματα, οδηγούν στην έγερση μηχανισμών άμυνας οι οποίοι φαίνεται να επιφέρουν τη διαστρέβλωση, ή την άρνηση της πραγματικότητας μιας κατάστασης, προστατεύοντας τον συνειδητό νου από την περαιτέρω ενόχληση (Ivinson, 1995). Αυτή είναι μια από τις ιδέες στις οποίες βασίστηκε το θεωρητικό μοντέλο που προτάθηκε από τη μελέτη των Hovland και συνεργατών Janis (Hovland, Janis, & Kelley, 1953), σύμφωνα με το οποίο, τα μηνύματα που εγείρουν μεγάλο ή μικρό βαθμό φόβου, δεν είναι κατάλληλα για την κινητοποίηση συμπεριφορών σχετικών με την υγεία. Τα μέτρια επίπεδα φόβου, είναι ίσως περισσότερο χρήσιμα, καθώς δίνουν έμφαση στη σημασία της αλλαγής, χωρίς να κινητοποιούν μηχανισμούς άμυνας. Επιπλέον, τα ισχυρά συναισθήματα, συχνά διακόπτουν τις λογικές διαδικασίες σκέψης, οδηγώντας σε μάλλον εσφαλμένες πεποιθήσεις. Σύμφωνα με τις αρχές του συμπεριφορισμού, εάν η σκέψη σχετικά με τον ΣΔ προκαλεί ισχυρά αρνητικά, δυσάρεστα συναισθήματα, το άτομο θα αντιδράσει επιχειρώντας να

μειώσει τη συχνότητα αυτών των δυσάρεστων σκέψεων. Έτσι, θα "αποφύγει να σκεφθεί" για τον διαβήτη, παραμένοντας σε κατάσταση απάθειας.

Η κακή ψυχολογική διάθεση και η κατάθλιψη, οδηγούν στη μείωση της αισιοδοξίας σχετικά με τα εκλαμβανόμενα οφέλη της αλλαγής και της αυτό-αποτελεσματικότητας, δύο καίριων κινήτρων του ατόμου. Η κακή διάθεση ενδέχεται να πηγάζει από τη διαδικασία "πένθους" στην οποία εισάγεται το διαβητικό άτομο αμέσως μετά τη διάγνωση και μέσω της συνεχούς ροής εμπειριών απώλειας τις οποίες βιώνει. Ίσως υπάρχουν κι άλλες αιτίες κακής διάθεσης, όπως τα αρνητικά γεγονότα ζωής, αλλά, ανεξαρτήτως της αιτιολογίας, η κακή διάθεση έχει μεγάλη επίδραση στην ικανότητα του ατόμου για αυτοδιαχείριση της θεραπευτικής του αγωγής. Η ψυχολογική εκτίμηση για τον εντοπισμό πιθανής καταθλιπτικής διάθεσης, ενδέχεται να φανεί χρήσιμη για τους ασθενείς με ΣΔ, οι οποίοι επιχειρούν μια σημαντική αλλαγή στον τρόπο ζωής τους.

Σε ένα δείγμα 1.159 ατόμων που έπασχαν από ΣΔ, το 60.4% βίωνε ισχυρές συναισθηματικές αντιδράσεις κατά την εποχή της διάγνωσης, ενώ το 23% θα επιθυμούσε να είχε περισσότερη ψυχολογική υποστήριξη (Beeney et al., 1996). Η ελλιπής προσαρμογή, μπορεί να συσχετιστεί με τον τρόπο με τον οποίον το άτομο πληροφορήθηκε για τη διάγνωση, με την ελλιπή κοινωνική υποστήριξη, τις άκαμπτες δομές πεποιθήσεων και με τις γνωστικές αναπαραστάσεις για την ασθένεια. Τα συμβουλευτικά μοντέλα για την αντιμετώπιση της απώλειας, μπορούν να βρουν εφαρμογή στη διευκόλυνση της προσαρμογής. Τα άτομα ενθαρρύνονται να μιλήσουν για την απώλεια της υγείας και την αρνητική της επίδραση, με έναν τρόπο που οδηγεί στη συναισθηματική κάθαρση και τη συναισθηματική εξοικείωση. Αυτό απαιτεί τη χρήση ανοικτών ερωτήσεων οι οποίες να κατευθύνουν την προσοχή στη βίωση των συναισθημάτων που σχετίζονται με την απώλεια. Χαρακτηριστικά συναισθήματα κατά την αρχική διάγνωση, πέρα από την φάση της άρνησης, που διέρχονται οι ασθενείς αποτελούν ο έντονος θυμός, η ενοχή και η θλίψη. Είναι αναγκαίο σε αυτή τη φάση να διαχειριστούν τον θυμό τους και να εκτονώσουν τα όποια αρνητικά συναισθήματα.

Μια δεύτερη πηγή αρνητικών συναισθημάτων, είναι ο φόβος των επιπλοκών, ο οποίος ενδέχεται να επιδεινώνεται από τη χαρακτηριστική εμπειρία των μεγαλύτερων συγγενών με ΣΔ, ή των επισκέψεων σε νοσοκομεία (Hendricks & Hendricks, 1998). Επιπλέον ο φόβος του στίγματος από το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς πυροδοτεί συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι κλινικοί ψυχολόγοι, μπορούν να

συμβάλλουν, παρέχοντας την κατάλληλη πληροφόρηση και βοηθώντας τα άτομα να επεξεργαστούν τις καταστροφολογικές τους σκέψεις, σχετικά με την τρωτότητά τους, τη σοβαρότητα της ασθένειάς τους, ή, τον βαθμό στον οποίο μπορούν να αποφευχθούν οι επιπλοκές (π.χ., μέσω των ιατρικών εξελίξεων στις μεθόδους εξέτασης και θεραπείας). Η μέγιστη κινητοποίηση θα επέλθει με έναν μέτριο βαθμό ανησυχίας, ο οποίος θα επιτευχθεί μέσω της πληροφόρησης σχετικά με την ασθένεια. Επίσης, το να επιτραπεί στους ασθενείς να μιλήσουν για τις επιπλοκές και τους φόβους τους, στο κατάλληλο περιβάλλον μπορεί να επιφέρει έναν βαθμό καταπράυνσης των έντονων αρνητικών συναισθημάτων. Αυτή η σταδιακή έκθεση των συναισθημάτων τους, βοηθά τα άτομα που υποφέρουν από φοβίες ή εμμονές σχετικά με τον διαβήτη και θα πρέπει να κατευθύνεται, ή να επιβλέπεται, από έναν ειδικό ψυχικής υγείας.

Η σοβαρή υπογλυκαιμία, προκαλεί έντονο φόβο και προσεγγίζει τα διαγνωστικά κριτήρια μιας τραυματικής εμπειρίας, καθώς συνιστά μια απειλή για την ίδια τη ζωή, σε συνδυασμό με μια αίσθηση αδυναμίας. Μετά τη βίωση ενός τραυματικού γεγονότος, η ανάκληση των ισχυρών και συχνά διαστρεβλωμένων αναμνήσεων που έχουν αποθηκευτεί στη μνήμη, μπορεί να είναι ιδιαίτερα ενοχλητική για το άτομο (Charlton & Thompson, 1996). Προκειμένου να αντιμετωπίσουν αυτήν την ενόχληση, τα άτομα, συχνά αποφεύγουν να ανακαλέσουν το γεγονός, ή αποφεύγουν παρόμοιες καταστάσεις.

Τέλος το στάδιο αποδοχής της ασθένειας, αποτελεί τελική αποδοχή του προβλήματος και μια πιο ρεαλιστική αντιμετώπιση που αφορά τον συνολικό χειρισμό των όρων που έχουν τεθεί για τον νέο τρόπο ζωής των ασθενών με ΣΔ. Ωστόσο τα δυσάρεστα συναισθήματα ακολουθούν πολλές φορές αυτούς τους ασθενείς, ακόμη και στο στάδιο της αποδοχής, όταν δηλαδή έχουν συνειδητοποιήσει την κατάσταση της υγείας τους και έχουν κατακτήσει σε μεγάλο βαθμό τον έλεγχο της απαιτητικής καθημερινότητας της νόσου, αναλαμβάνοντας την ευθύνη του εαυτού τους.

4.1 Ψυχικές διαταραχές και ΣΔ

Η χρόνια ασθένεια αποτελεί σοβαρή επιβάρυνση του ίδιου του ατόμου που πάσχει και του ευρύτερου περιβάλλοντός του. Η επιβάρυνση συνδέεται από την μία με την εφ' όρου ζωής αντιμετώπιση/ θεραπεία της ασθένειας και από την άλλη με τις

πολύπλευρες επιπτώσεις που έχει το νόσημα στην καθημερινότητα και τα υπόλοιπα πρακτικά πεδία της ζωής του ατόμου. Επιπλέον η εγκατάσταση επιπλοκών συχνά επιφέρει περαιτέρω επιδείνωση. Χρόνια νοσήματα όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) που αποτελεί μια εξελισσόμενη νόσο, συχνά επιφορτίζουν τις ήδη κουρασμένες οικογένειες. Πολλοί διαβητικοί ασθενείς και οι φροντιστές των οικογενειών τους έχουν υψηλά ποσοστά ψυχικών διαταραχών. Σημαντικός αριθμός κλινικών μελετών έχουν καταγράψει ότι οι ασθενείς με ΣΔ που υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα και χρόνιο άγχος εμφανίζουν κακό γλυκαιμικό έλεγχο, ελλιπή συμμόρφωση στην θεραπεία, πιο αυξημένες τιμές HbA1c καθώς και αρνητική και αποφευκτική συμπεριφορά σε καθημερινό πρόγραμμα σωστής διαίτας και σωματικής άσκησης και δραστηριότητας.

Η επιμένουσα κατάθλιψη αποτελεί την πλέον συχνή ψυχιατρική διαταραχή στους διαβητικούς ασθενείς που έχουν τακτικές νοσηλείες. Ασθενείς με κατάθλιψη και ΣΔ έχουν επίσης υψηλά ποσοστά διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και μικροαγγειοπάθειας σε σχέση με τους διαβητικούς ασθενείς που δεν πάσχουν από κατάθλιψη.

Η σχέση ανάμεσα στον διαβήτη και τις κλινικές ψυχικές διαταραχές, έχει αυξητική τάση κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις, σχεδόν το 50% των διαβητικών ατόμων, εμφάνισαν μια ψυχική διαταραχή που πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια, σε κάποιο σημείο της πορείας ζωής τους (Mark Peyrot & Rubin, 1997). Οι πιο συχνές διαταραχές που εντοπίστηκαν, ήταν η κατάθλιψη και το άγχος, οι οποίες εμφανίζονταν πολύ συχνότερα σε διαβητικά άτομα, απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Αυτές οι διαταραχές, είναι πιθανόν να επιφέρουν την απορρύθμιση της γλυκαιμίας, είτε άμεσα, με τις μεταβολές στις νευροχημικές λειτουργίες και τις λειτουργίες των νευροδιαβιβαστών, είτε έμμεσα, με τη διατάραξη της αυτοδιαχείρισης της θεραπείας του διαβήτη.

Μια άλλη κατηγορία ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς με ΣΔ είναι οι διαταραχές διατροφής (Herpertz et al., 1998).

Ενώ δεν είναι σαφές εάν αυτές οι διαταραχές είναι κυρίαρχες ειδικότερα ανάμεσα στους διαβητικούς και όχι ανάμεσα στον γενικό πληθυσμό, οι διατροφικές διαταραχές έχουν εν γένει συσχετιστεί με τον ελλιπή γλυκαιμικό έλεγχο και με τον αυξημένο κίνδυνο διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (Peveler, Fairburn, Boller, & Dunger, 1992). Η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και οι διατροφικές διαταραχές,

θα μπορούσαν να θεραπευτούν αποτελεσματικά, αλλά η απουσία θεραπευτικής συνέχειας ενέχει τον κίνδυνο υποτροπών αυτών των διαταραχών.

Στις ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με την ρύθμιση της γλυκόζης ανήκει και η διπολική διαταραχή. Σε μια έρευνα των (Cassidy, Ahearn, & Carroll, 1999) βρήκαν ότι η συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη είναι μεγαλύτερη (10, 1%) σε άτομα που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο με διπολική διαταραχή, μανία και μεικτές υποκατηγορίες σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (3.4%). Επεισόδια μανίας μπορεί να προδιαθέσουν την ανάπτυξη του διαβήτη. Η αύξηση των γλυκοκορτικοειδών στην μανία και η υπερκορτιζολαιμία κατά την διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων προκαλεί σακχαρώδη διαβήτη. Επίσης η μεγάλη συχνότητα των σοβαρών επεισοδίων μανίας μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικά μικροαγγειακά επεισόδια και η μακροχρόνια αγωγή με ψυχοτρόπα φάρμακα μπορεί να αυξήσει επιπλέον τον κίνδυνο ανάπτυξης του διαβήτη είτε άμεσα είτε ως αποτέλεσμα της αύξησης του βάρους. Και ο διαβήτης και η μανία σχετίζονται με διαταραχές στον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφίδια (hypothalamic- pituitary- adrenal axis, HPA axis). Παρόλη την κλινική συσχέτιση, δεν είναι γνωστή η ακριβή σχέση της Διπολικής Διαταραχής και του ΣΔ και ίσως στην ανάπτυξη τους να επιδρούν παρόμοιες περιοχές του εγκεφάλου. Κατά το DSM-5, βρίσκουμε στην ταξινόμηση: Διπολική και Συνδεόμενη Διαταραχή Οφειλόμενη σε Άλλη Σωματική Κατάσταση.

Θα είχε επίσης σημασία να τονιστεί και ο ρόλος των στοιχείων προσωπικότητας (traits) σε σχέση με τον ΣΔ όσον αφορά την επίτευξη του γλυκαιμικού ελέγχου. Τα ευρήματα στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρουν ότι ο μη ρυθμιζόμενος ΣΔ σχετίζεται με ελλείμματα σε ψυχικό επίπεδο, τα οποία εκδηλώνονται με αδιαφορία απέναντι στη νόσο, ακινητοποίηση, αυτοτιμωριστική τάση, έντονη αυτοκριτική διάθεση, ευαλωτότητα (Hyphantis et al., 2005; Lane et al., 2000; Otaka et al., 2019). Επιπλέον οριακά, οιστριονικά και ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας σε ένα ποσοστό ασθενών με ΣΔ συμβάλλουν στο κακό μεταβολικό έλεγχο και στην σταθεροποίηση του γλυκαιμικού τους προφίλ (Pelizza & Pupo, 2016).

4.2 Το Ταξινομικό Σύστημα DSM- 5

Με βάση την ανασκόπηση της σχετικής κλινικής και ερευνητικής βιβλιογραφίας, οι διαγνωστικές πληροφορίες για την εξέλιξη της ψυχικής νόσου και την λειτουργικότητα του ασθενή, βασίζονται πλέον στην νέα ταξινόμηση του DSM-5, της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας το οποίο ενσωματώνει σημαντικές επιστημονικές εξελίξεις, φέρνει καινοτομίες στην κωδικοποίηση και έχει εκτεταμένες επιπτώσεις σε πολλά επιστημονικά πεδία. Σύμφωνα με το διαγνωστικό σύστημα DSM-5 σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές που οφείλονται σε άλλη γενική σωματική κατάσταση θα πρέπει να αναφέρεται η ονομασία της σωματικής κατάστασης στην ονομασία της ψυχικής διαταραχής που οφείλεται σε αυτήν (APA, 2015). Το DSM-5 με τα νέα κριτήρια παρέχει πιο ακριβή τρόπο για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων. Οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές κατά DSM-5 αναφέρονται ως εξής:

Αγχώδεις Διαταραχές

- Διαταραχή άγχους αποχωρισμού
- Επιλεκτική βωβότητα (αποτυχία του ατόμου να μιλήσει σε ειδικές κοινωνικές περιστάσεις, ενώ ομιλεί κανονικά σε άλλες συνθήκες)
- Ειδική φοβία (ζωοφοβία, φοβία σχετική με αίμα, ένεση, τραύμα, φοβία φυσικού περιβάλλοντος)
- Κοινωνική αγχώδης διαταραχή (κοινωνική φοβία)
- Διαταραχή πανικού
- Κρίση πανικού
- Αγοραφοβία
- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται σε φαρμακευτική αγωγή
- Αγχώδης διαταραχή οφειλόμενη σε άλλη ιατρική σωματική κατάσταση
- Άλλες καθορισμένες αγχώδεις διαταραχές
- Απροσδιόριστες αγχώδεις διαταραχές

Ιδιοψυχαναγκαστικές και συναφείς διαταραχές

- Εμμονική / ιδιοψυχαναγκαστική αγχώδης διαταραχή
- Διαταραχή σωματικής δυσμορφίας

- Αγχώδης διαταραχή αποθησαύρισης
- Τριχοτιλλομανία (διαταραχή τραβήγματος τριχών)
- Διαταραχή για εκδορές (Skin-Picking, τσίμπημα στο δέρμα)
- Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή που οφείλεται σε λήψη φαρμάκων ή ουσιών
- Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή που οφείλεται σε κάποια άλλη ιατρική σωματική κατάσταση
- Άλλες ιδεοψυχαναγκαστικές και συναφείς διαταραχές
- Μη καθορισμένες ιδεοψυχαναγκαστικές και συναφείς διαταραχές

Αγχώδεις διαταραχές που οφείλεται σε τραυματική εμπειρία και στρεσογόνους παράγοντες

- Διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης
- Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται στην ασύδοτη κοινωνική εμπλοκή (μειωμένη επιφυλακτικότητα στην συναναστροφή με άγνωστους ενήλικες, έλλειψη αναφοράς σε πρόσωπα φροντίδας, υπερβολική οικειότητα με αγνώστους)
- Διαταραχή μετατραυματικού στρες
- Οξεία διαταραχή άγχους
- Αγχώδης διαταραχή προσαρμογής
- Άλλες καθορισμένες τραυματικές και στρεσογόνες διαταραχές
- Μη καθορισμένες τραυματικές και στρεσογόνες διαταραχές

Καταθλιπτικές διαταραχές

- Διαταραχή διασπαστικής απορρύθμισης της διάθεσης (DMDD)
- Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, μεμονωμένα και επαναλαμβανόμενα επεισόδια
- Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (Δυσθυμία)
- Δυσφορική διαταραχή προεμμηνορρυσιακού κύκλου
- Καταθλιπτική διαταραχή που οφείλεται σε λήψη φαρμάκων ή ουσιών
- Καταθλιπτική διαταραχή οφειλόμενη σε άλλη ιατρική σωματική κατάσταση
- Άλλες καθορισμένες καταθλιπτικές διαταραχές
- Μη-Καθορισμένες καταθλιπτικές διαταραχές

Διαταραχές σωματικών συμπτωμάτων και συναφείς διαταραχές

- Διαταραχή άγχους ασθένειας (υποχονδρίαση)
- Διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων (σωματικά συμπτώματα που διαταράσσουν την καθημερινότητα του ασθενή μέσω έντονων διογκωμένων αγχωτικών σκέψεων για την υγεία και χάσιμο χρόνου εξαιτίας αυτής της ενασχόλησης)
- Διαταραχή μετατροπής (περιλαμβάνει συμπτώματα που υπαινίσσονται μια νευρολογική ή γενική παθολογική νόσο).
- Προσποιητή διαταραχή (εμφανίζουν παραπλανητική συμπεριφορά προσποιούμενοι τον άρρωστο ή τον τραυματισμένο για να υιοθετήσουν τον “ρόλο του ασθενούς”).

Άλλες νευροψυχιατρικές καταστάσεις που μπορεί να σχετίζονται με την παρουσία του ΣΔ και συναντάμε στα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-5 αναφέρονται ως εξής:

Νευρογνωστικές Διαταραχές:

Μια από τις αιτίες πρόκλησης των γνωστικών διαταραχών είναι οι μεταβολικές διαταραχές.

- Ντελίριο οφειλόμενο σε Σωματική Κατάσταση:
Διαφαίνεται από το ιστορικό ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή οφείλεται στις συνέπειες της σωματικής κατάστασης. (Περιλαμβάνονται μεταβολικές διαταραχές, όπως αυτές που προκαλούνται από λοιμώξεις, υπογλυκαιμία κ.α.).
- Νευρογνωστική διαταραχή οφειλόμενη σε Σωματική Κατάσταση:
Υπάρχει η απόδειξη από το ιατρικό ιστορικό ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι έχει παθοφυσιολογικό χαρακτήρα η συγκεκριμένη διαταραχή.

Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες:

- Στυτική Διαταραχή:
Υπάρχει δυσκολία στην επίτευξη και στην διατήρηση στύσης κατά την σεξουαλική δραστηριότητα καθώς και μείωση της στυτικής ακαμψίας. Είναι χαρακτηριστικά τα παραδείγματα από την καθημερινή ιατρική πρακτική, όπου

περιπτώσεις ανδρών με ΣΔ δεν μπορούν πλέον να διατηρήσουν μια ικανή στύση. Ένα μεγάλο ποσοστό δεν ανιχνεύεται, διότι οι ασθενείς αποφεύγουν να το αναφέρουν και να αναζητήσουν θεραπεία για αυτό.

Άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν εστία Κλινικής Προσοχής:

Μη Συμμόρφωση με τη Θεραπεία

Αποτελεί νέα κατηγορία στο DSM-5. Η συγκεκριμένη κατηγορία θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε αρκετά σοβαρές περιπτώσεις ασθενών με παραμέληση της θεραπείας τους λόγω δυσφορίας για την θεραπευτική αγωγή, δυσκολίας κάλυψης της οικονομικής δαπάνης, παρουσίας μιας ψυχικής διαταραχής (φάσμα σχιζοφρένειας, διαταραχή της προσωπικότητας) και μη συμμόρφωση λόγω θρησκευτικών και πολιτισμικών πεποιθήσεων.

4.3 Κατάθλιψη και ΣΔ

Η κατάθλιψη είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή χαρακτηριζόμενη από υψηλά ποσοστά υποτροπής και αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ. Σε αυτή την ευάλωτη ομάδα ασθενών, η βαρύτητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αποτελεί έναν παράγοντα, ο οποίος θα μπορούσε να αυξήσει τις πιθανότητες να εμφανιστούν νωρίτερα διαβητικές επιπλοκές, αφού σύμφωνα με έρευνες έχει συσχετισθεί τόσο με χαμηλή συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες, όσο και με κακό μεταβολικό έλεγχο.

Η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί συνηθέστερο φαινόμενο για τους ασθενείς με ΣΔ, το οποίο παρατηρείται έως και έξι φορές πιο συχνά σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Αν και οι εκτιμήσεις της συχνότητας εμφάνισης κατάθλιψης ποικίλλουν, είναι πιθανόν να πλήττεται τουλάχιστον ένα στα πέντε διαβητικά άτομα. Το ποσοστό των ασθενών με ΣΔ που παρουσιάζουν καταθλιπτικά στοιχεία αυξομειώνεται από 14-31% επί του συνόλου των ασθενών. Ορισμένες μελέτες, υποδεικνύουν ότι το 40% περίπου των διαβητικών ατόμων, έχουν σημαντικά υψηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, παρόλο που δεν έχει γίνει κλινική διάγνωση κατάθλιψης (Gavard, Lustman, & Clouse, 1993).

Η πορεία της κατάθλιψης, ενδέχεται να είναι χρόνια και σοβαρή στα διαβητικά άτομα και αποτελεί υποτροπιάζουσα κατάσταση για έναν μεγάλο αριθμό ασθενών με ΣΔ. Σε μια μελέτη μόνο το 20% περίπου του δείγματος διαβητικών ασθενών οι οποίοι επανήλθαν από ένα επεισόδιο κατάθλιψης, διατηρούν καλή ψυχολογία για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ετών. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς, εμφάνισαν περίπου 4.2 επεισόδια κατάθλιψης κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Οι ασθενείς με ΣΔ, πλήττονται από μεμονωμένα επεισόδια κατάθλιψης, τα οποία ενδέχεται να είναι περισσότερο σοβαρά, αλλά και αναμενόμενα. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του ΣΔ, είναι πιθανόν να αλληλο-επιτείνονται σε νευροενδοκρινικό επίπεδο. Για παράδειγμα, η ορμονική απορρύθμιση που σχετίζεται με την κατάθλιψη, είναι πιθανόν να συντελεί στην απορρύθμιση της γλυκαιμίας και το αντίστροφο (P. J. Lustman, Frank, & McGill, 1991).

Η κατάθλιψη έχει ιδιαίτερα αρνητικές επιδράσεις σε αυτούς τους ασθενείς και μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη στην ιατρική θεραπεία του ΣΔ. Η κατάθλιψη επίσης έχει βρεθεί σε δύο πρόσφατες μετα-αναλύσεις να έχει υψηλή συσχέτιση με αυξημένα επίπεδα HbA1c αιμοσφαιρίνης και επιπλοκές του διαβήτη (W. Katon et al., 2004). Η βιβλιογραφία σε σημαντικό αριθμό ερευνών, καταγράφει ότι, οι τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) παρουσίαζαν αυξημένα επίπεδα στους ασθενείς με διαγνωσμένη κλινική κατάθλιψη σε σχέση με ασθενείς χωρίς διάγνωση κατάθλιψης (P. J. Lustman et al., 2000; Naicker et al., 2017).

Η αίσθηση του ατόμου ότι είναι αβοήθητο και χωρίς ελπίδα, που συνδέεται συχνά με την κατάθλιψη, είναι πιθανόν να συντελεί σ' έναν καταστροφικό κύκλο ελλιπούς αυτοδιαχείρισης της θεραπείας, καθώς και στην επιδείνωση της γλυκαιμίας και της κατάθλιψης. Επιπλέον, η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με το υπερβολικό κάπνισμα και την κατάχρηση ουσιών, αρνητικές συμπεριφορές που επιβαρύνουν περαιτέρω την διαχείριση του ΣΔ. Ακόμη και η υπο-κλινική κατάθλιψη (δηλαδή, τα επίμονα συμπτώματα τα οποία δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης), φαίνεται να σχετίζονται με τη μειωμένη λειτουργικότητα και την αυξημένη νοσηρότητα. Όλες οι σχετικές μελέτες, παρέχουν ισχυρά στοιχεία, σύμφωνα με τα οποία η αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης στα ασθενείς με ΣΔ, μπορεί να προλάβει ή να μειώσει την εμφάνιση επιπλοκών, τόσο μικροαγγειακών, όσο και μακροαγγειακών (Frasure-Smith, Lesperance, & Talajic, 1995).

Η κατάθλιψη παραμένει εκτός διάγνωσης και θεραπείας στο 50% των περιπτώσεων διαβητικών ασθενών, παρά τη συσχέτιση που εμφανίζει με τον διαβήτη και παρά τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικής ψυχοθεραπείας. (Hermanns et al., 2015)

Σύμφωνα με τις περισσότερες εκτιμήσεις, μόνον στο ένα τρίτο περίπου των ασθενών με ΣΔ που πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη, γίνεται διάγνωση και θεραπεία.

Ανάμεσα στις αιτίες της ελλιπούς διάγνωσης της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΣΔ, συμπεριλαμβάνονται, α: η αντίληψη ότι η κατάθλιψη αποτελεί δευτερεύον ζήτημα σε σχέση με το βασικό πρόβλημα υγείας και άρα δεν έχει, καθ' αυτή, σημασία και β: οι ανησυχίες για την ορθότητα της διάγνωσης κατάθλιψης στα διαβητικά άτομα. Ορισμένα από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως η κούραση, οι αλλαγές στη libido, την όρεξη και το βάρος, αποτελούν επίσης συμπτώματα της υπογλυκαιμίας.

Σε μια μετα-ανάλυση 39 μελετών σε ασθενείς με ΣΔ βρέθηκε α: ένα ποσοστό 11% μείζονος κατάθλιψης, βασισμένο σε δομημένες ψυχιατρικές συνεντεύξεις και β: ένα ποσοστό 31% αρχόμενων συμπτωμάτων κατάθλιψης βασισμένο σε ψυχομετρικές κλίμακες (W. Katon et al., 2004). Ο τρόπος που σχετίζονται και αλληλοεπιδρούν η κατάθλιψη και ο ΣΔ δεν έχει επιβεβαιωθεί (Gary, Crum, Cooper-Patrick, Ford, & Brancati, 2000), έχουν όμως διατυπωθεί τρεις υποθέσεις (Aikens & Wagner, 2004). Πρώτον, ο ΣΔ εισάγει συχνά επεισοδιακούς και χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες. Δεύτερον, η ατελής συσχέτιση ανάμεσα στη συμπεριφορά φροντίδας του εαυτού και των εκβάσεων στη κατάσταση της υγείας μπορεί να προκαλέσει ένα σενάριο μαθημένης αβοηθησίας. Τρίτον, πολλές μεταβολικές και ορμονικές διαταραχές έρχονται σε σύγκρουση με τον εγκέφαλο, γεγονός το οποίο μπορεί να τροποποιήσει το συναίσθημα σε νευροφυσιολογικό επίπεδο.

Η κατάθλιψη σχετίζεται στενά με τις πεποιθήσεις του ατόμου για την ασθένειά του. Άτομα με ΣΔτ2 αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης ικανότητας στην αντιμετώπιση και χειρισμό της νόσου τους (Dantzer, Swendsen, Maurice-Tison, & Salamon, 2003).

Σύμφωνα με τους Sevilla-González και συνεργάτες (Sevilla-Gonzalez, Quintana-Mendoza, & Aguilar-Salinas, 2017), τα καταθλιπτικά συμπτώματα συσχετίζονται αρνητικά με την κατάσταση της γλυκόζης και τους δείκτες παχυσαρκίας. Επίσης, φαίνεται να συσχετίζονται σημαντικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Σε άλλες μελέτες, για τον ΣΔ, έχει βρεθεί ότι ο περιορισμός των καθημερινών σωματικών δραστηριοτήτων, η ανικανότητα να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους

και η άρνηση για κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες αποτελούν παράγοντες που συσχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα στους ασθενείς με ΣΔ. Ωστόσο δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε στην ανακοίνωση της διάγνωσης του διαβήτη. Παρόλο που τα επίπεδα της γλυκόζης δεν σχετίζονται αποκλειστικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά και με την σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ, λειτουργούν σαν ενδιάμεσος παράγοντας και έτσι φαίνεται σε αρκετές έρευνες ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα επηρεάζουν την κατάσταση της γλυκόζης.

Μία ανασκόπηση των (Talbot & Nouwen, 2000) δίνει μια άλλη οπτική στη σχέση κατάθλιψης και ΣΔ σε ενήλικες και δείχνει ότι η αρχική έναρξη της κατάθλιψης δεν οφείλεται στον ΣΔτ2 για την πλειονότητα των περιπτώσεων, αλλά μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξής του. Σε κάποιες άλλες μελέτες (Kan et al., 2016; Scherrer et al., 2011) φαίνεται ότι η κατάθλιψη στους ασθενείς με ΣΔτ2 αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο των αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στους γενετικούς, βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Τα περισσότερα πρόσφατα ευρήματα υποστηρίζουν ότι είναι πιθανές αμοιβαίες αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στην κατάθλιψη και τον ΣΔ διότι η κατάθλιψη και η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο του ΣΔτ2 και η πιθανότητα ανάπτυξης των διαβητικών επιπλοκών θα επιβαρύνει την πολυπλοκότητα του φαινομένου. Ο ρόλος των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην σχέση αυτή δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς για να δώσει σαφή αποτελέσματα. Οι διαχρονικές μελέτες που έχουν γίνει περιορίζονται περισσότερο σε αυτοαναφορές ατόμων με καταθλιπτική συμπτωματολογία απ' ότι σε άτομα με κατάθλιψη. Ο επιπολασμός της αδιάγνωστης κατάθλιψης στον διαβητικό πληθυσμό με βάση τις πρόσφατες έρευνες παραμένει υψηλός, καθώς η αναγνώριση και η αντιμετώπιση της είναι πολύ μικρότερη από την αναμενόμενη στις υπηρεσίες υγείας που προσέρχεται για θεραπεία, η πλειοψηφία των ασθενών με ΣΔ. Το φαινόμενο είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό αφού η κατάθλιψη συνεπάγεται παραίτηση και απουσία της ικανότητας για αυτοφροντίδα, που αποτελεί τον βασικότερο άξονα για την προσπάθεια της τήρησης των ιατρικών οδηγιών και την καθημερινή επίτευξη του γλυκαιμικού ελέγχου. Επιπλέον η συννοσηρότητα κατάθλιψης και ΣΔ ενέχει τον κίνδυνο αυξημένης θνητότητας σύμφωνα με πρόσφατα ευρήματα (Wayne Katon et al., 2008). Στην σύγχρονη ιατρική πρακτική είναι στην διάθεση των ειδικών έγκυρα και αξιόπιστα διαγνωστικά εργαλεία ανίχνευσης της κατάθλιψης τα οποία με τη σωστή χρήση μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας και στην κατάλληλη παραπομπή για την αντιμετώπιση και την θεραπεία της συγκεκριμένης ψυχικής νόσου ώστε να βοηθηθούν ολιστικά οι ασθενείς με ΣΔ.

4.4 Άγχος και ΣΔ

Το άγχος αποτελεί μια μη ειδική απόκριση του σώματος εναντίον κάποιας πραγματικής ή φανταστικής απειλής. Στην περίπτωση όμως που δεν λειτουργεί μόνο ως προστατευτικός μηχανισμός και διατηρείται για ικανό χρονικό διάστημα προκαλεί μια συσσωρευτική φθορά περιλαμβανομένου και του ΣΔ και των επιπλοκών του.

Το οξύ και χρόνια στρες με βάση τις κλινικές μελέτες, επιδρά στον εγκέφαλο και ιδιαίτερα στην αμυγδαλή, στον ιππόκαμπο και στον προμετωπιαίο φλοιό και συνδέεται με τις αγχώδεις συμπεριφορικές εκδηλώσεις. Οι αγχώδεις εκδηλώσεις επιβαρύνουν την ψυχική υγεία των ασθενών με ΣΔ, καθώς επίσης και την πορεία και εξέλιξη της ασθένειας.

Εδώ και μια δεκαετία αναδύονται όλο και περισσότερες έρευνες οι οποίες υποδηλώνουν ότι το άγχος αποτελεί υψηλό παράγοντα κινδύνου τόσο για την εμφάνιση του ΣΔ όσο και στην περίπτωση διάγνωσης του, για την γλυκαιμική μεταβλητότητα και την πρόκληση διαβητικών επιπλοκών, λόγω αδυναμίας και δυσκολίας των ασθενών να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες λαμβάνοντας υπόψη τα νέα δεδομένα που προκύπτουν μετά την διάγνωση της νόσου. Ως εκ τούτου, οδηγούνται σε περαιτέρω επιβάρυνση, ψυχολογική δυσφορία (distress) και συναισθηματική απορρύθμιση, βιώνοντας αρκετές φορές κάμψη της ψυχικής τους λειτουργίας αναφορικά με την αβεβαιότητα και την αγωνία για την μακροπρόθεσμη πορεία της νόσου, την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, την υιοθέτηση του ενδεδειγμένου τρόπου ζωής και τελικά την πρόγνωση του ΣΔ. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (Generalized Anxiety Disorder, GAD) είναι η πιο κοινή αγχώδης διαταραχή σε ασθενείς με ΣΔ και σχετίζεται με “φτωχό” γλυκαιμικό έλεγχο. Τα συμπτώματα του άγχους μπορεί να προέρχονται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα ως απάντηση στην υπεργλυκαιμία (P. Lustman, Griffith, & Clouse, 1996).

Οι (Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2002) αναφέρουν ότι η GAD παρουσιάζει τη μεγαλύτερη επικράτηση σε διαβητικούς ασθενείς, σε ποσοστό 14% και αυτός ο δείκτης είναι σημαντικά υψηλότερος από τον αντίστοιχο για το

γενικό πληθυσμό αποδίδοντας το, στο ψυχολογικό στρες της αυτοδιαχείρισης της ασθένειας (self-managing) ή στο φόβο της υπογλυκαιμίας (HF) και των ιατρικών επιπλοκών.

Σύμφωνα με τον (W. H. Polonsky, Davis, Jacobson, & Anderson, 1992) ο φόβος της υπογλυκαιμίας (Hypoglycemic Fear, HF) και των επιπλοκών της εκλαμβάνεται ως απειλή για πολλούς ασθενείς με ΣΔτ2 & σχετίζεται θετικά με ψυχολογικές μεταβλητές, όπως το άγχος.

Επιπλέον, τίθεται ένα θέμα για τη μικρή ικανότητα διάκρισης μεταξύ των καταστάσεων του άγχους και της υπογλυκαιμίας καθώς περιλαμβάνουν οι δύο καταστάσεις κοινά συμπτώματα όπως ζαλάδα, τρέμουλο, σύγχυση του λόγου και μειωμένη συγκέντρωση. Η δυσκολία στη διάκριση μεταξύ των δύο έχει σχετιστεί με την ανάπτυξη περισσότερο σοβαρών αγχωδών διαταραχών (Green, Feher, & Catalan, 2000).

Με βάση άλλη μελέτη των (Grigsby et al., 2002) βρέθηκε ότι οι γυναίκες ασθενείς με ΣΔ αντιμετωπίζουν σοβαρά συμπτώματα άγχους σε σχέση με άνδρες ασθενείς.

Σε κάποια επίσης μελέτη που έγινε με τη χρήση δομημένων διαγνωστικών συνεντεύξεων, αναφέρθηκε αυξημένη εμφάνιση περιστατικών γενικευμένων αγχωδών διαταραχών αλλά και απλής φοβίας, στους ασθενείς με ΣΔ (Rubin & Peyrot, 1994).

Ενώ στη μελέτη των (Fenwick et al., 2018) αναδείχτηκε η σύμπλοκη σχέση μεταξύ της διαβητικής επιπλοκής της ΔΑ με την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών και την ψυχολογική δυσφορία (distress) και ανησυχία που βιώνουν λόγω των περιορισμών που υφίστανται στις κοινωνικές τους δραστηριότητες και κατά συνέπεια στην ΠΖ τους.

Όσο υψηλότερο είναι το στρες τόσο χαμηλότερη συμμόρφωση προς το θεραπευτικό πρόγραμμα εμφανίζεται, αφού επιτυγχάνεται χαμηλότερος γλυκαιμικός έλεγχος, καθώς εκκρίνονται ορμόνες (επινεφρίνη και κορτιζόλη) που επηρεάζουν το μεταβολισμό του ασθενή, μειώνεται η παραγωγή ινσουλίνης και παράλληλα αυξάνεται η παραγωγή γλυκόζης (Morrison & Bennett, 2016) και λόγω ακριβώς του άγχους, δυσκολεύεται ο διαβητικός να συμμορφωθεί προς τις προτεινόμενες τροποποιητικές συμπεριφορές υγείας (M. Peyrot, McMurry, & Kruger, 1999).

Έχει επιπλέον καταγραφεί σε μελέτες ότι, η βαρύτητα της αγχώδους συμπτωματολογίας και ο βαθμός επίδρασης του στρες στο γλυκαιμικό προφίλ των

ασθενών, υφίσταται διαφοροποίηση ανάλογα με την ψυχική οργάνωση, το φύλο, την συνοσηρότητα με την κατάθλιψη και την προσωπικότητα του κάθε ασθενή (Gonder-Frederick, Cox, & Ritterband, 2002; N. E. Perrin, Davies, Robertson, Snoek, & Khunti, 2017).

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν μια ακραία συναισθηματική απάντηση σε συνηθισμένους φόβους, που έρχονται αντιμέτωποι στην καθημερινότητα οι περισσότεροι άνθρωποι, οι ασθενείς δε που υποφέρουν από χρόνιες ασθένειες όπως ο ΣΔ, συχνά βιώνουν ένα φάσμα αγχωδών διαταραχών με πηγές και επίπεδα φόβου πολύ μεγαλύτερα από εκείνα που βιώνουν τα περισσότερα άτομα στο γενικό πληθυσμό. Οι αγχώδεις διαταραχές, όπως και η κατάθλιψη, παραμένουν σε μεγάλο βαθμό εκτός διάγνωσης και θεραπείας, στα άτομα που πάσχουν από ΣΔ, παρόλο που υπάρχουν εξειδικευμένες διαγνωστικές ψυχομετρικές κλίμακες για αυτές τις διαταραχές και αποτελεσματικές μορφές ψυχοθεραπείας, καθώς και νέα ρηζικέλευθα πρωτόκολλα εκπαίδευσης και παρεμβάσεων στο ΣΔ ακόμη και μέσω μουσικοθεραπείας. (Mandel, Davis, & Secic, 2013)

4.5 Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και ΣΔ

Η διαχείριση των νοσημάτων θα ήταν καλύτερη αν υπήρχε προσανατολισμός και στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, ώστε οι ειδικοί να προσεγγίζουν τον ασθενή με ενσυναίσθηση βασιζόμενοι στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Πέρα από την ενδεικνυόμενη βιοϊατρική θεραπεία για τον ΣΔ είναι σημαντικό ο ασθενής να ενισχύεται και ψυχολογικά. Ιδιαίτερα οι χρόνιοι πάσχοντες έχουν σκέψεις, που περιστρέφονται γύρω από το νόσημα τους, πως αυτό έχει αλλάξει τη ζωή τους, πως να ανταπεξέρθουν σε αυτή την μεγάλη απαιτητική αλλαγή στην καθημερινότητα και πως να διαχειριστούν τον φόβο της απώλειας ελέγχου και ιδιαίτερα το φόβο του θανάτου. Συγκεκριμένα στη διαχείριση του ΣΔ, οι διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το ψυχολογικό και κοινωνικό προφίλ των ασθενών, στο σχεδιασμό προγραμμάτων ψυχολογικών παρεμβάσεων για την μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας, για την καλύτερη λειτουργικότητα και ισορροπία και εντέλει την βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Τα προγράμματα Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης κερδίζουν συνεχώς έδαφος από την επιστημονική κοινότητα για την αποτελεσματικότητά τους σε διαβητικούς πληθυσμούς. Η γνωσιακή θεραπεία (CBT, cognitive-behavior therapy) στο άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς με ΣΔ είναι μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία, που γίνεται σε ατομική ή ομαδική βάση και έχει θετική επίδραση και στους βιοχημικούς δείκτες ιδιαίτερα στην γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, μέσω της δημιουργίας ενός κατάλληλου θεραπευτικού πλαισίου και συμμαχίας με τον ασθενή. (Boyle, Allan, & Millar, 2004; Hermanns et al., 2015; Uchendu & Blake, 2017). Η βιβλιογραφία καταγράφει επίσης τον σπουδαίο ρόλο που έχει μια ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στην βελτίωση της γλυκαιμικής ρύθμισης σε ασθενείς με ΣΔτ2 σε μια συστηματική ανασκόπηση 25 τυχαιοποιημένων-ελεγχόμενων μελετών (Ismail, Winkley, & Rabe-Hesketh, 2004)

Οι βασικοί άξονες της Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας είναι η εγκατάσταση “κατάλληλης” θεραπευτικής σχέσης στα πλαίσια του συνεργατικού μοντέλου με την ενσυναίσθηση (empathy) να αποτελεί απαραίτητο προσόν του θεραπευτή, ο καθορισμός των θεραπευτικών στόχων σε συνεργασία με τον θεραπευόμενο, η διερεύνηση των σκέψεων οι οποίες επηρεάζουν στη συνέχεια τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές των ασθενών μέσω τεχνικών όπως: δουλειάς στο σπίτι (homework) και τέλος βασικό άξονα και συγκλίνοντα στόχο αποτελεί η γνωσιακή αναδόμηση όπου οι ασθενείς αναθεωρούν, απορρίπτουν και αμφισβητούν τις δυσπροσαρμοστικές νοητικές δραστηριότητες (Παπακώστας, 1994).

Οι ασθενείς με ΣΔ μπορούν να ωφεληθούν από την γνωσιακή ψυχοθεραπεία με τον εντοπισμό των δυσλειτουργικών γνωσιών και στη συνέχεια με την αναδόμηση αυτών να τροποποιήσουν τις λανθασμένες συναισθηματικές αντιδράσεις τους και να πετύχουν καλύτερη αυτοδιαχείριση και αποδοχή του ΣΔ. Οι ασθενείς βοηθούνται επίσης με τις τεχνικές συμπεριφορικού τύπου της γνωσιακής –συμπεριφορικής θεραπείας για την καθημερινή διαχείριση της αντιμετώπισης της ασθένειας (M. Peyrot & Rubin, 2007).

Στη σημερινή εποχή στην φαρέτρα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι διαθέσιμες και άλλες ψυχολογικές προσεγγίσεις με ψυχοεκπαιδευτικό υπόβαθρο. Εφαρμόζονται τεχνικές συναισθηματικής επικοινωνίας, εμπύχωσης, ενδυνάμωσης, τεχνικές αντιμετώπισης του χρόνιου άγχους μέσω μουσικής-χαλάρωσης, συμβουλευτικής παρέμβασης και τεχνικές δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων (Chew, Vos, Metzendorf, Scholten, & Rutten, 2017). Επιπλέον η καταγραφή των

συναισθημάτων σε ημερολόγια, τα ποιήματα καθώς και η αφήγηση των προβληματισμών των ασθενών είναι βοηθητικές και θεραπευτικές μέθοδοι παρεμβάσεων.

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί και η ανάγκη στήριξης των μελών της οικογένειας του ασθενούς, δεδομένου ότι, όταν νοσεί ένα μέλος της οικογένειας, νοσεί όλο το σύστημα με βάση τις αρχές της συστημικής θεραπείας. Η διάγνωση και η αντιμετώπιση της ασθένειας βιώνεται συνήθως με ψυχική οδύνη από τα μέλη και καθορίζει την μετέπειτα ζωή της οικογένειας. Ωστόσο η όποια συνεισφορά του οικογενειακού συστήματος (ψυχολογική-υλική) μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή-μέλος στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης ακολουθείται συχνά από μια ποικιλία ψυχολογικών προβλημάτων, τα οποία αφορούν συναισθηματικές, αγχώδεις, γνωσιακές και ψυχωτικές διαταραχές. Πλήθος ενδείξεων που τείνουν να αποδειχτούν υποδηλώνουν με έμφαση τη συσχέτιση του ΣΔ με τα ψυχολογικά προβλήματα. Η σύγχρονη βιβλιογραφία καταγράφει αυτές τις ενδείξεις συσχετίσεων των ψυχολογικών διαταραχών (κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές) με το ΣΔ. Η παρουσία ψυχοπαθολογίας σε ασθενείς με διαβήτη σχετίζεται με κακή γλυκαιμική ρύθμιση καθώς και με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η έγκαιρη και σωστή θεραπεία των ψυχικών νόσων συμβάλει στην ευρύτερη λειτουργικότητα τους και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών.

Σκοπός της μελέτης με βάση το παραπάνω θεωρητικό πλαίσιο είναι η συσχέτιση και η αλληλεπίδραση των ψυχολογικών καταστάσεων και της ποιότητας ζωής με βιοχημικούς, οφθαλμολογικούς και δημογραφικούς παράγοντες στο ΣΔτ2 καθώς και η καταγραφή τους.

Πιο συγκεκριμένα εξετάστηκε η διαφοροποίηση δείγματος ασθενών με ΣΔτ2 σε σχέση με δείγμα ασθενών με διαγνωσμένη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) καθώς και σε σχέση με δείγμα υγιών μαρτύρων ως προς τους βιοχημικούς δείκτες, την ψυχική υγεία και την ΠΖ. Δευτερευόντως διερευνήθηκε η συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων καθώς και η ύπαρξη αλληλεπίδρασης αυτών με την κατάσταση υγείας τους ως προς την ψυχική υγεία και την ΠΖ.

Διατυπώθηκαν οι παρακάτω διερευνητικές υποθέσεις:

A. Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια θα έχουν αυξημένο επίπεδο ψυχοπαθολογίας(κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές) σε σχέση με τους διαβητικούς ασθενείς χωρίς πρόβλημα όρασης καθώς και σε σχέση με τους μη πάσχοντες.

Β. Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια θα έχουν πιο παθολογικές τιμές στους βιοχημικούς δείκτες (Σάκχαρο, κρεατινίνη, HbA1c) σε σχέση με τους διαβητικούς ασθενείς χωρίς πρόβλημα όρασης.

Γ. Οι ασθενείς και των δύο ομάδων διαβητικών (με και χωρίς πρόβλημα όρασης) με παθολογικές τιμές στους βιοχημικούς δείκτες (Σάκχαρο, κρεατινίνη, HbA1c) διαφοροποιούνται ως προς την ψυχική τους υγεία σε σχέση με τη ομάδα ελέγχου(υγείς μάρτυρες).

Δ. Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια θα έχουν μειωμένο επίπεδο ποιότητας ζωής και μειωμένη αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή σε σχέση με τους διαβητικούς ασθενείς χωρίς πρόβλημα όρασης καθώς και σε σχέση με τους μη πάσχοντες. Ειδικότερα:

- Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια σε ποιους τομείς από αυτούς που συνθέτουν την προσλαμβανόμενη αντίληψη της Ποιότητας Ζωής (σωματική, ψυχολογική, διαπροσωπική, κοινωνική ευημερία) υστερούν σε σχέση με τους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 χωρίς πρόβλημα όρασης και σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό;
- Η άλλη υπόθεση αφορά στη σχέση του αισθήματος Ικανοποίησης από τη Ζωή με την Ποιότητα της Ζωής. Ειδικότερα, όσο πιο ικανοποιημένοι από τη ζωή δηλώνουν οι συμμετέχοντες, τόσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής.

Ε. Οι ασθενείς και των δύο διαβητικών ομάδων (με και χωρίς πρόβλημα όρασης) με λήψη ινσουλίνης διαφοροποιούνται ως προς την ψυχική τους υγεία σε σχέση με τους ασθενείς που δεν λαμβάνουν ινσουλίνη.

Στ. Υφίσταται συσχέτιση δημογραφικών χαρακτηριστικών (συμπεριλαμβανομένου του βιομετρικού χαρακτηριστικού: βάρος) των συμμετεχόντων στην έρευνα και της ψυχικής τους υγείας και της ποιότητας ζωής.

Υλικά και Μέθοδοι

Δείγμα

Συμπεριλάβαμε στη μελέτη άτομα με ΣΔ τύπου 2 ηλικίας 55-75 ετών με σταθερή αντιδιαβητική αγωγή κατά τους 3 μήνες πριν από την ένταξη στη μελέτη. Η μελέτη διεξήχθη, αφού εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Αιγινητείου Νοσοκομείου και ύστερα από ενυπόγραφη ενημερωμένη συγκατάθεση. Τηρήθηκαν όλα τα κριτήρια της ερευνητικής δεοντολογίας. Σε κανένα σημείο της έρευνας δεν αναφέρονται τα υποκείμενα ονομαστικά και ακολουθήθηκε πιστά το ιατρικό απόρρητο για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τα κίνητρα που δόθηκαν στα άτομα για την συμμετοχή ήταν η παρακίνηση από τον ερευνητή (για την ομάδα ελέγχου) και τους θεράποντες ιατρούς τους (για τις ομάδες διαβητικών) ότι συμβάλλουν στην έρευνα για την καλύτερη αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη, επίσης δέχθηκαν πολλές ευχαριστίες.

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα εξής: σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, ασθενείς που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν και να απαντήσουν στις ερωτήσεις, απροθυμία συμμετοχής στη μελέτη, στεφανιαία νόσο, αιμοκάθαρση, ιστορικό παλαιών ή σημερινών κακοήθων ασθενειών, ιστορικό ψυχιατρικών ασθενειών και / ή παρούσα χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων διαφορετικών από τα ηρεμιστικά, τύφλωση/σοβαρή μείωση της οπτικής οξύτητας και ιστορικό μείζονων ακρωτηριασμών. Διεξήχθη μελέτη ασθενών-μαρτύρων. Συνολικά εξετάστηκαν 252 άτομα. Από το δείγμα 42 άτομα αποκλείστηκαν επειδή δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης / αποκλεισμού (n = 36) ή γιατί αρνήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια για προσωπικούς λόγους (n = 6). Το τελικό δείγμα της μελέτης περιλάμβανε: 70 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 και ΔΑ, 70 άτομα με ΣΔ τύπου 2 χωρίς αμφιβληστροειδοπάθεια και 70 υγιείς από την τοπική κοινότητα οι οποίοι παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία του Διαβητολογικού Κέντρου της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών. Η συλλογή δεδομένων διήρκεσε 2 χρόνια, από τον 10/2015 έως τις 12/2017 και πραγματοποιήθηκε μετά από προσωπική επικοινωνία με τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα μέσω: (α) του ειδικού εντύπου καταγραφής δημογραφικών και κλινικών στοιχείων, (β) της ελληνικής εκδοχής της Life Satisfaction, Diener για την εκτίμηση της ικανοποίησης από τη ζωή, (γ) της ελληνικής εκδοχής του WHO Quality Of Life- BREF για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής και (δ) του Ερωτηματολογίου SCL-90 για την εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας.

Επιπρόσθετα, υπολογίστηκαν οι βιοχημικοί δείκτες της Γλυκοζυλιωμένης Αιμοσφαιρίνης (HbA1c), του Σακχάρου και της Κρεατινίνης. Επιπλέον, έγινε καταγραφή όσων διαβητικών ασθενών έπασχαν από ΔΑ με οφθαλμολογική εκτίμηση μέσω βυθοσκόπησης.

Η ολοκλήρωση της διαδικασίας αποδείχτηκε ιδιαίτερα κοπιαστική και χρονοβόρα. Η διαδικασία συλλογής δεδομένων που ακολουθήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν με τέτοιο τρόπο επιλεγμένη, ώστε να μην εμποδίζει την λειτουργία στα ραντεβού των ασθενών του νοσοκομείου.

Συνολικά, στη μελέτη αυτή αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής, η ψυχοπαθολογία των ασθενών ως προς τους υγιείς μάρτυρες, η γλυκαιμική τους ρύθμιση και διερευνήθηκαν και οι δημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν(ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, χρονική διάρκεια νόσου, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό- οικονομικό επίπεδο) καθώς και ανθρωπομετρικά στοιχεία (βάρος, ύψος). Το σωματικό βάρος και το ύψος, που αφορούν ανθρωπομετρικές μεταβλητές είχαν πράγματι μετρηθεί σε ελαφριά ρούχα και δεν ήταν αναφερόμενα.

Μέθοδοι

Προκειμένου να αξιολογηθούν λεπτομερώς διάφορες εκφάνσεις της ποιότητας ζωής, του αισθήματος ευτυχίας και της ψυχοπαθολογίας, διεξήχθη στατιστική ανάλυση των δεδομένων του δείγματος ώστε να εντοπιστούν ποσοτικές διαφοροποιήσεις μεταξύ ομάδων.

Ψυχομετρικά εργαλεία

(α) Ειδικό αυτοσχέδιο έντυπο καταγραφής δημογραφικών και κλινικών στοιχείων, το οποίο περιλαμβάνει δημογραφικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, οικονομικό επίπεδο και ανθρωπομετρικά στοιχεία: βάρος, ύψος).

Συλλέχθηκαν κοινωνικοοικονομικά στοιχεία σχετικά με την εκπαίδευση, την οικογένεια, την απασχόληση και την ασφάλιση, το σπίτι που διαμένουν και το εισόδημα. Το επίπεδο εκπαίδευσης ταξινομήθηκε σε 3 κλίμακες ως αποφοίτους από την πρωτοβάθμια (6 έτη εκπαίδευσης), δευτεροβάθμια (12 έτη εκπαίδευσης) και τριτοβάθμια εκπαίδευση (πάνω από 12 έτη εκπαίδευσης). Όσον αφορά το καθεστώς

απασχόλησης, οι συμμετέχοντες κατατάχθηκαν ως μισθωτοί, άνεργοι και συνταξιούχοι. Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν επίσης σχετικά με τον τύπο κατοικίας (κατοικία ή μονοκατοικία), ανεξάρτητα από το αν το σπίτι που διαμένουν ήταν ιδιόκτητο, μισθωμένο ή φιλοξενούνται, εάν είχαν ιδιωτική ασφάλιση ή όχι, για την οικογενειακή κατάσταση (μονογονεϊκοί, παντρεμένοι, διαζευγμένοι, χήροι), και το εισόδημα. Το εισόδημα χωρίστηκε σε 3 κλίμακες: <880 ευρώ / μήνα, 881-1760 ευρώ / μήνα, και > 1761 ευρώ / μήνα.

(β) Η έννοια της ποιότητας ζωής αξιολογήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (WHOQOL, 1995), του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και αποτελεί εδώ και χρόνια επίσημο εργαλείο της ΠΟΥ σε θέματα Ποιότητας Ζωής. Ανάμεσα στις 50 γλώσσες που έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί είναι και η Ελληνική. Η μετάφραση, η βαθμολόγηση και η επικύρωση- στάθμιση του ερωτηματολογίου για την Ελληνική εκδοχή, έγινε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το Αιγινήτειο Νοσοκομείο υπό την αιγίδα του ΠΟΥ (Τζινιέρη-Κοκκώση et al., 2003). Παρουσιάζει ευκολία στη χρήση, συνδυάζοντας απλότητα και πληρότητα σε πεδία που προσδιορίζουν την Ποιότητα Ζωής, έναντι των άλλων εργαλείων. Το WHOQOL – BREF περιέχει 26 ερωτήσεις. Για να παρέχεται μια ευρεία, περισσότερο χρήσιμη, ευέλικτη και κατανοητή αξιολόγηση για επιδημιολογικές μελέτες που απαιτούν μια σύντομη εκτίμηση της ΠΖ, 1 από τα 24 πεδία του WHOQOL – 100 εμπεριέχεται στο νεότερο εργαλείο. Επιπλέον, έχουν συμπεριληφθεί οι 2 πρώτες ερωτήσεις που αφορούν την συνολική ποιότητα ζωής (γενικός δείκτης εκτίμησης της ΠΖ) και της γενικής κατάστασης της υγείας, όπως αυτοπροσδιορίζονται από τον ερωτώμενο. Το ερωτηματολόγιο WHOQOL – BREF περιλαμβάνει 5 στοιχεία της κλίμακας Likert (από το 1: Καθόλου έως το 5: Υπερβολικά). Το ερωτηματολόγιο, στην αρχική μορφή του, περιλαμβάνει 24 θεματικές ενότητες, που αξιολογούν την ποιότητα ζωής και την υγεία του ατόμου γενικά. Όλες οι βαθμολογίες αντιστοιχήθηκαν σε μια κλίμακα 0-100, σύμφωνα με τις οδηγίες του ΠΟΥ. Οι τέσσερις κλίμακες-πεδία του ερωτηματολογίου WHOQOL- είναι η *Σωματική Υγεία* (ποιότητα ύπνου, ικανότητα για καθημερινές δραστηριότητες, απουσία ή παρουσία πόνου και κόπωσης κ.α.), η *Ψυχολογική Υγεία* (θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, αυτό-εικόνα, σκέψη, μνήμη κ.α.), οι *Κοινωνικές Σχέσεις* (προσωπικές σχέσεις, κοινωνική υποστήριξη και σεξουαλική δραστηριότητα), και το *Περιβάλλον* (ποιότητα κατοικίας, ασφάλεια, οικονομική κατάσταση, κοινωνική και

υγειονομική πρόνοια κ.α.). Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η έκδοση του ελληνικού ερωτηματολογίου για το WHOQOL (WHOQOL-BREF). Το WHOQOL-BREF περιέχει τέσσερα νέα εθνικά-πολιτισμικά στοιχεία και πλευρές της ΠΖ σε υπάρχοντες τομείς στο WHOQOL - BREF. Στοιχείο 1: Διατροφή. Πόσο υγιεινή και κατάλληλη για τις ανάγκες σας είναι η διατροφή που ακολουθείτε;

Στοιχείο 2: Ικανοποίηση από την εργασία. Πόσο ικανοποιημένος είστε με τη δουλειά σας και την απασχόληση που έχετε;

Στοιχείο 3: Κοινωνική ζωή. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τους δικούς σας κοινωνικούς ρόλους και τις κοινωνικές σας δραστηριότητες;

Στοιχείο 4: Οικιακή ζωή. Πόσο ικανοποιημένος είστε με τη ζωή στο σπίτι;

(γ) Επιπλέον, χορηγήθηκε η κλίμακα «Ικανοποίηση από τη ζωή» («Satisfaction with life scale» Diener, 2000), η οποία αξιολογεί τον βαθμό ικανοποίησης του καθένα από τις συνθήκες της ζωής του (1=διαφωνώ πολύ, 7=συμφωνώ πολύ). Το εργαλείο «ικανοποίηση από την ζωή» (SWLS) είναι μια κλίμακα 5 «προτάσεων» η οποία έχει σχεδιαστεί για να μετράει τις παγκόσμιες γνωσιακές κρίσεις της ικανοποίησης από τη ζωή (δεν αποτελεί μέτρο θετικής ή αρνητικής επίδρασης). Οι συμμετέχοντες υποδεικνύουν πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν με καθεμιά από τις 5 προτάσεις (SWB1-5) χρησιμοποιώντας μια κλίμακα 7 βαθμών με βάση την οποία ο βαθμός 1 αντιστοιχεί σε αυτούς που διαφωνούν έντονα και ο βαθμός 7 σε αυτούς που συμφωνούν έντονα. Οι προτάσεις είναι οι εξής:

- SWB1: Με τους περισσότερους τρόπους η ζωή μου είναι κοντά στο ιδανικό μου.
- SWB2: Οι συνθήκες της ζωής μου είναι εξαιρετικές.
- SWB3: Είμαι ικανοποιημένος με τη ζωή μου.
- SWB4: Μέχρι στιγμής έχω πάρει τα σημαντικά πράγματα που θέλω στη ζωή.
- SWB5: Εάν θα μπορούσα να ζήσω τη ζωή μου, από την αρχή δεν θα άλλαζα σχεδόν τίποτα.

Το εργαλείο SWLS αποδεικνύεται ότι είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα μέτρησης ικανοποίησης της ζωής, κατάλληλο για χρήση με ένα ευρύ φάσμα ηλικιακών ομάδων και εφαρμογών, γεγονός που καθιστά δυνατή την εξοικονόμηση χρόνου και πόρων συνέντευξης σε σύγκριση με πολλές κλίμακες μέτρησης ικανοποίησης από τη ζωή. Επιπλέον, η υψηλή σύγκλιση των μετρήσεων της

υποκειμενικής ευημερίας και της ικανοποίησης από τη ζωή, αποτελεί ισχυρή ένδειξη ότι η υποκειμενική ευημερία είναι ένα σχετικά παγκόσμιο και σταθερό φαινόμενο, όχι μόνο μια στιγμιαία κρίση που βασίζεται σε φευγαλέες επιρροές. Η συνολική βαθμολογία μεταξύ των 5 προτάσεων υπολογίστηκε για να εξεταστεί η συνολική ικανοποίηση της ζωής μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Ένα συνολικό σκορ 20-24 είναι μια μέση βαθμολογία σχετικά με την κλίμακα ικανοποίησης της ζωής και το 15-19 είναι ελαφρώς κάτω από το μέσο όρο στο σύστημα βαθμολογίας ικανοποίησης ζωής (μέγιστο σκορ = 35) (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

(δ) το Ερωτηματολόγιο SCL-90 για την εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας. Το ερωτηματολόγιο SCL-90 είναι αυτοσυμπληρούμενο, αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977) και αποτελεί μια πολυδιάστατη κλίμακα εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας με 90 ερωτήσεις, οι οποίες με τον τρόπο που έχουν διατυπωθεί, δίνουν ένα μέτρο για την ένταση των συμπτωμάτων σε αρκετές υποκλίμακες της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Θεωρείται ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας τόσο για τον γενικό πληθυσμό, όσο και για χορήγηση σε ψυχιατρικούς ασθενείς αλλά και σε ασθενείς που πάσχουν από διάφορες σωματικές νόσους. Εμπεριέχει μετρήσεις για 9 παραμέτρους ψυχοπαθολογίας: 1.Σωματοποίηση, 2. Κατάθλιψη, 3.Αγχος, 4.Φοβικό άγχος, 5.Ψυχαναγκαστικότητα, 6. Διαπροσωπική Ευαισθησία, 7.Εχθρικότητα, 8.Παρανοϊκό ιδεασμό, 9. Ψυχωτισμό. Η βαθμολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4), δίνοντας ένα συνολικό σκορ έως 360. Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, εξάγονται 3 συνολικοί δείκτες: α) ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων, β)το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων γ) ο δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα (Derogatis, 1994).

Η σταθμισμένη Ελληνική εκδοχή, παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI, το οποίο αποτελεί δεκαετίες τώρα το βασικότερο ψυχομετρικό διαγνωστικό test προσωπικότητας. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (Camara, Nathan, & Puente, 2000; Donias, Karastergiou, & Manos, 1991). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε βιοχημικό και οφθαλμολογικό έλεγχο.

Βιοχημικός έλεγχος

Όσον αφορά τον εργαστηριακό έλεγχο, συλλέχθηκαν δείγματα αίματος, 30cc φλεβικό αίμα από κάθε ασθενή, από το Εργαστήριο Βιοπαθολογίας και Ανοσολογίας του Αιγινήτειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, για τη μέτρηση βιοχημικών παραμέτρων και συγκεκριμένα της γλυκόζης και της κρεατινίνης στον ορό νηστείας καθώς και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Ο εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης (eGFR) υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας την τροποποίηση της τιμής στην εξίσωση μελέτης νεφρικής νόσου (MDRD) (Levey et al., 2006).

Οφθαλμολογικός έλεγχος

Όλοι οι τελικοί συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε εμπειρισταωμένη οφθαλμολογική εκτίμηση από ειδικό οφθαλμίατρο με λήψη ιστορικού και κλινική εξέταση που περιλάμβανε μια βυθοσκόπηση και αν χρειαζότανε διενεργούνταν επιπλέον διαγνωστικές και απεικονιστικές εξετάσεις. Χρησιμοποιήσαμε τα κριτήρια της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρίας για τη διάγνωση και ταξινόμηση της ΔΑ (Solomon et al., 2017). Οι ασθενείς με ΔΑ (περιπτώσεις) ταξινομήθηκαν ως έχοντες ήπια μη παραγωγική ΔΑ(NPDR) (μικροανευρύσματα), μέτρια μη παραγωγική ΔΑ (NPDR), (πρήξιμο και παραμόρφωση των αιμοφόρων αγγείων που αλλάζουν τη διαμόρφωση του αμφιβληστροειδή), σοβαρή μη παραγωγική ΔΑ (NPDR), (πολλά αιμοφόρα αγγεία εμποδίζονται, στερούν την παροχή αίματος σε περιοχές του αμφιβληστροειδούς, αιμορραγίες) και παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (PDR) (ανάπτυξη νέων αιμοφόρων αγγείων στον αμφιβληστροειδή και στην οπίσθια επιφάνεια του υαλοειδούς, -νεοαγγείωση και υαλοειδική αιμορραγία-). Από τη μελέτη αποκλείστηκαν άτομα με κλινικό σημαντικό οίδημα της ωχράς κηλίδας, ανεξάρτητα αν έλαβαν ή όχι θεραπεία.

Λήψη ινσουλίνης

Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για το αν λαμβάνουν ινσουλίνη στη θεραπευτική τους αγωγή ή δεν κάνουν χρήση ινσουλινοθεραπείας.

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS έκδοση λογισμικού 24.0 για Windows. Τα δεδομένα σχετικά με τις συνεχείς μεταβλητές εξετάστηκαν για κανονικότητα χρησιμοποιώντας τη δοκιμή Shapiro-Wilk. Για τις συνεχείς μεταβλητές υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές με τις αντίστοιχες τυπικές αποκλίσεις (SD), ενώ για τις κατηγορικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι κατανομές συχνοτήτων. Για τις συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων όσον αφορά τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση της διακύμανσης (ANOVA) και η δοκιμή Kruskal-Wallis. Για επιπλέον αναλύσεις μεταξύ δύο μεμονωμένων ομάδων, εφαρμόστηκε η διόρθωση Bonferroni. Η μονομεταβλητή ανάλυση (χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης της Spearman) πραγματοποιήθηκε για να αναζητηθούν συσχετισμοί μεταξύ των δεικτών του εργαλείου για την ποιότητα ζωής, του εργαλείου για την ικανοποίηση από τη ζωή και του ψυχομετρικού εργαλείου με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων του δείγματος. Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε ένα μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να εξεταστεί η συσχέτιση των ανεξάρτητων μεταβλητών (ηλικία, βάρος, ύψος, εισόδημα κλπ) με τις παραμέτρους των εργαλείων της ποιότητας ζωής, της ικανοποίησης, από τη ζωή και της κλίμακας της ψυχοπαθολογίας. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < 0,05$.

Αποτελέσματα

Τα βασικά κοινωνικοοικονομικά, δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων σε καθεμία από τις ομάδες μελέτης παρουσιάζονται στον πίνακα 1 και στα γραφήματα 1 έως 6. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν και οι κατάλληλοι έλεγχοι για την εύρεση διαφορών μεταξύ των τριών ομάδων του δείγματος όσον αφορά τα χαρακτηριστικά τους. Τα αναλυτικά αποτελέσματα των ελέγχων παρουσιάζονται και αυτά συγκεντρωτικά στον πίνακα 1. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη σύνθεση των δύο φύλων, την οικογένεια και την ασφάλιση μεταξύ των τριών ομάδων. Τα άτομα στην ομάδα ελέγχου ήταν νεότερης ηλικίας, είχαν χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και έλαβαν υψηλότερα εισοδήματα σε σύγκριση με αυτά και στις δύο ομάδες των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Επιπλέον, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές μέσης γλυκόζης στο πλάσμα και HbA1c. Όσον αφορά τις δύο ομάδες συμμετεχόντων με διαβήτη, οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και αμφιβληστροειδοπάθεια ήταν μεγαλύτερης ηλικίας, είχαν μεγαλύτερη διάρκεια διαβήτη, είχαν συχνότερα θεραπευθεί με ινσουλίνη, εμφάνισαν επιδεινούμενους γλυκαιμικούς δείκτες και είχαν χαμηλότερο EGFR σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν μόνο σακχαρώδη διαβήτη. Επιπλέον, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και αμφιβληστροειδοπάθεια είχαν πιο συχνά χαμηλότερο εισόδημα και λιγότερο συχνά μεσαίο εισόδημα, ενώ κατείχαν λιγότερο συχνά κάποιο πτυχίο στην τριτοβάθμια εκπαίδευση σε σχέση με τις άλλες 2 ομάδες.

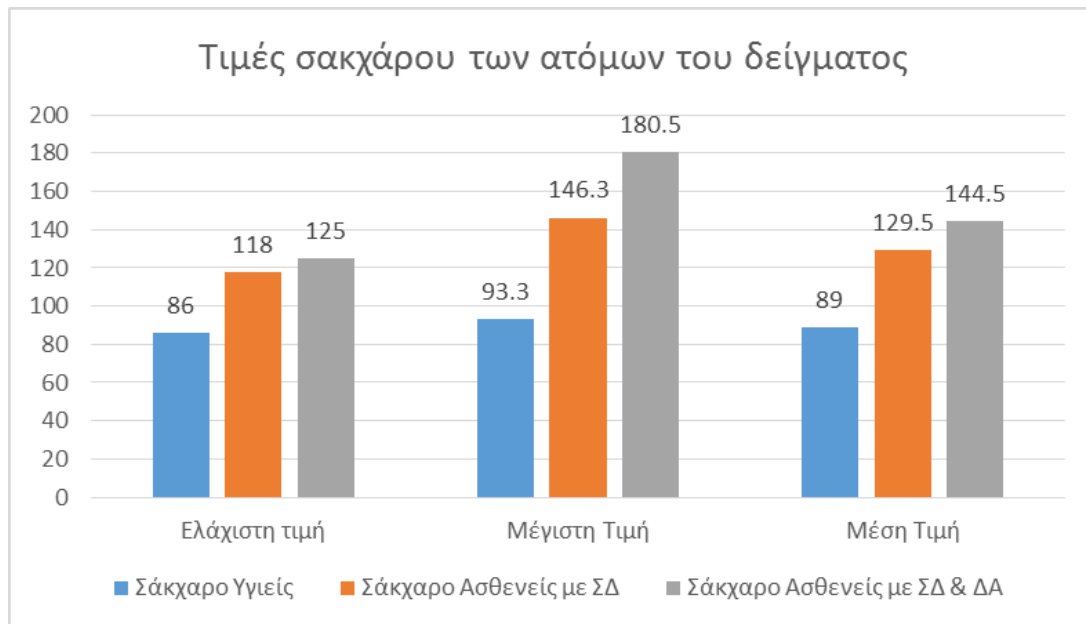
Πίνακας 1: Συγκριτική παρουσίαση των βασικών δημογραφικών κοινωνικοοικονομικών, κλινικών και βιοχημικών χαρακτηριστικών των υπό εξέταση ομάδων του δείγματος.

	Ομάδα ελέγχου (Υγιείς)	ΣΔ + Αμφιβληστροειδοπάθεια	ΣΔ Αμφιβληστροειδοπάθεια	p-value
Ηλικία (έτη)	60.97±5.98*	65.01±4.47* [@]	62.81±5.55 [@]	<0.001
Φύλο [Άρρεν, ν (%)]	32 (45.7)	32 (45.7)	34 (48.6)	0.926
ΔΜΣ (kg/m ² , mean)	25.20±3.72* [#]	29.46±5.43*	29.37±4.42 [#]	<0.001
Διάρκεια Διαβήτη (έτη)	-	14 [12, 16]	11 [9, 13]	<0.001
Ινσουλινοθεραπεία [ναί, ν (%)]	-	60 (85.7%) [@]	25 (35.7%) [@]	<0.001
Γλυκόζη (mg/ml)	89.0 [86.0, 93.3]* [#]	144.5 [125.0, 180.5]* [@]	129.5 [118.0, 146.3] ^{#@}	<0.001
HbA1c (%)	5.8 [5.6, 5.93] * [#]	7.5 [7.0, 8.1] * [@]	7.0 [6.7, 7.6] ^{#@}	<0.001
eGFR (ml/min m ²)	76.1 [70.6, 88.2]*	63.0 [54.9, 75.3]* [@]	74.0 [56.2, 85.2] [@]	<0.001
Οικογενειακή κατάσταση [ν (%)]				
Παντρεμένος/-η	44 (62.9)	53 (75.7)	42 (60)	0.121
Διαζευγμένος/-η	15*	4*	7	0.012
Χήρος/-α	6	9	10	0.303
ΔΑ	1	0	0	
Εισόδημα [ν (%)]				
<880 Ευρώ/μήνα	16 (22.9)*	33 (47.1)* [@]	17 (24.3) [@]	0.002
881-1720 Ευρώ/μήνα	31 (44.3) [#]	33 (47.1) [@]	49 (70.0) ^{#@}	0.004
>1720 Ευρώ/μήνα	23 (32.9)* [#]	4 (5.7)*	4 (5.7) [#]	<0.001
Επίπεδο εκπαίδευσης [ν, (%)]				
Πρωτοβάθμια	2 (2.8)	9 (12.8)	6 (8.6)	0.094
Δευτεροβάθμια	50 (71.4)	51 (72.9)	41 (58.5)	0.138
Τριτοβάθμια	18 (25.7)	10 (14.3) [@]	23 (32.9) [@]	0.035
Ιδιωτική ασφάλιση [ναί, ν (%)]	11 (15.7)	7 (10.0)	15 (21.4)	0.243
Κατοικία [διαμέρισμα/μονοκατοικία, ν(%)]	65(92.9) / 5(7.1) [#]	60(85.7) / 10(14.3)	51(72.9) / 19(27.1) [#]	0.005
Κατοικία [ιδιόκτητη/ενοίκιο/φιλοξενία, ν(%)]	49(70) / 18(25.7) / 3(4.3) [#]	50(71.4) / 20(28.6) / 0 [@]	61(87.1) / 9(12.9) ^{#@}	0.017

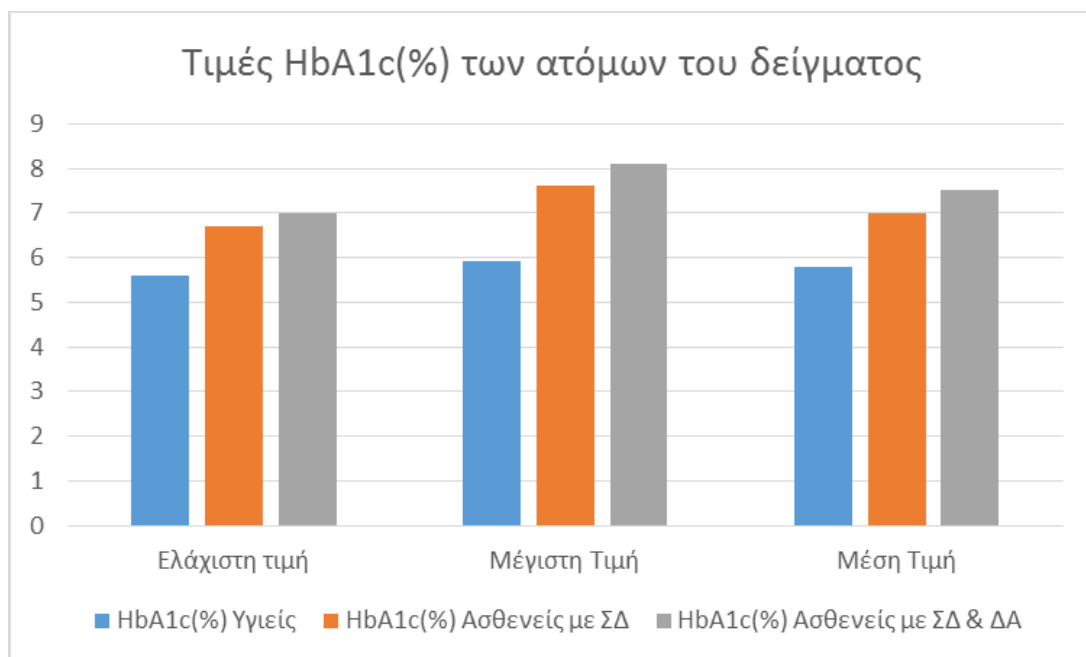
*Στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ομάδας ΣΔ+αμφιβληστροειδοπάθεια και ομάδας ελέγχου

Στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ομάδας ΣΔ-αμφιβληστροειδοπάθεια και ομάδας ελέγχου

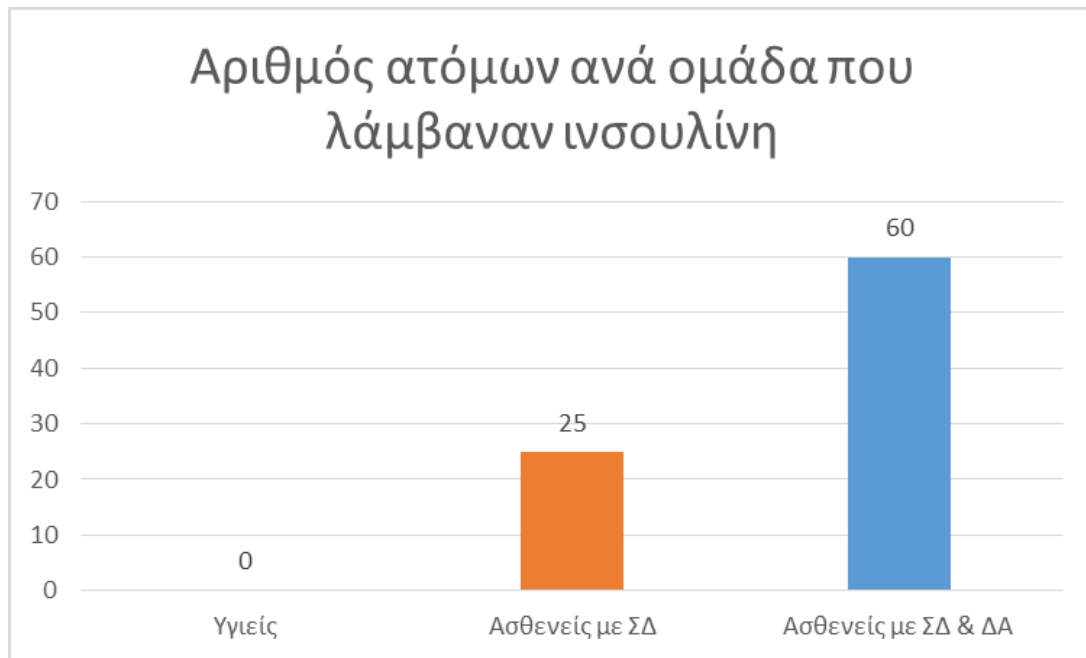
@ Στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ομάδων με ΣΔ με και χωρίς αμφιβληστροειδοπάθεια



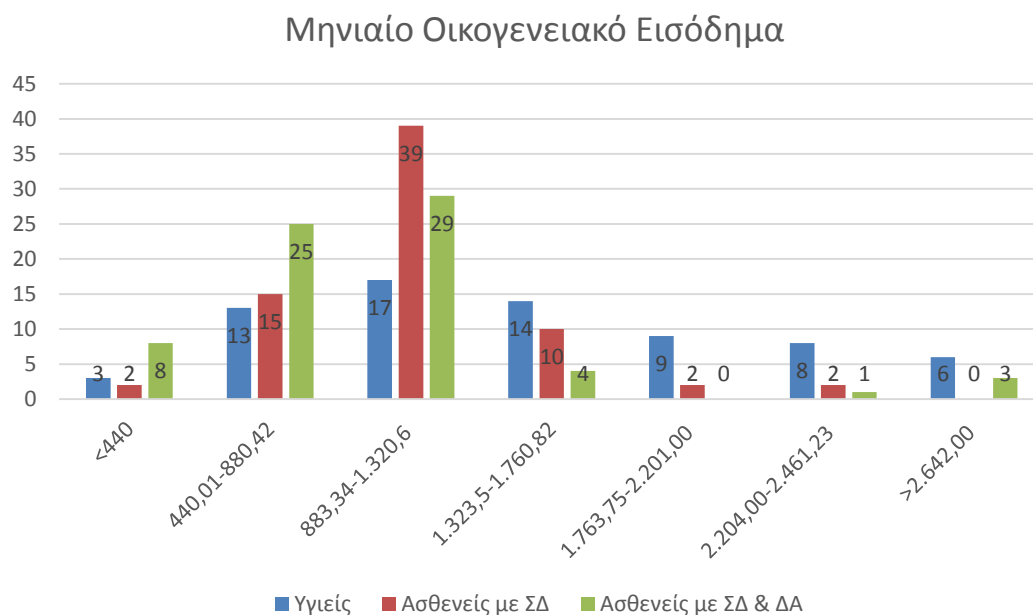
Γράφημα 1: Οι τιμές του σακχάρου ανά ομάδα ατόμων του δείγματος.



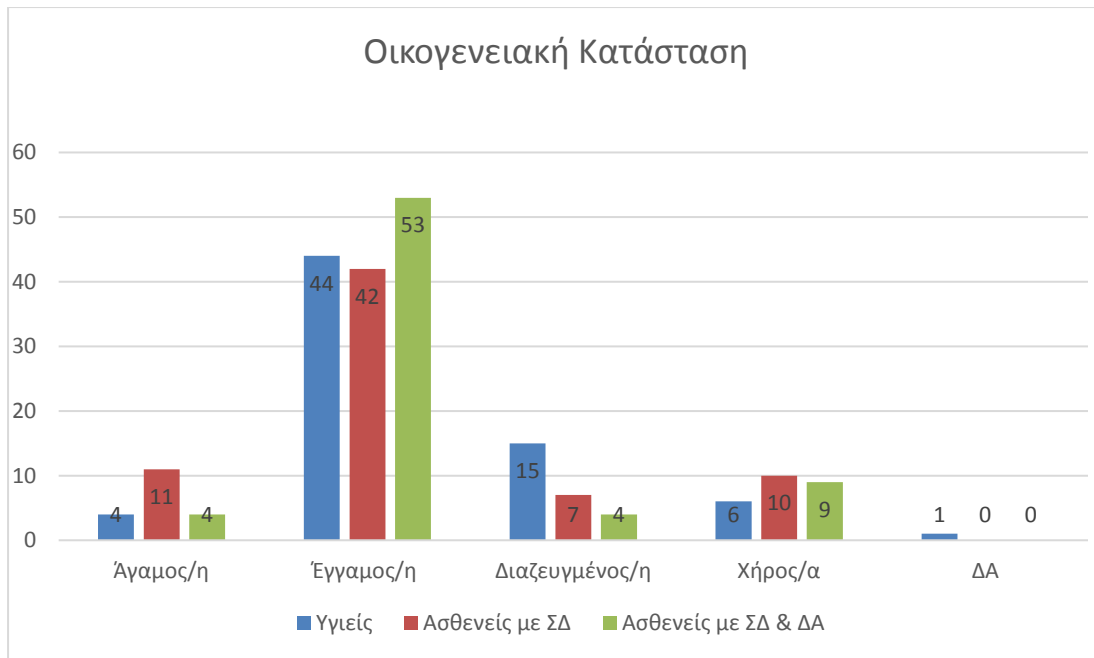
Γράφημα 2: Οι τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ανά ομάδα ατόμων του δείγματος.



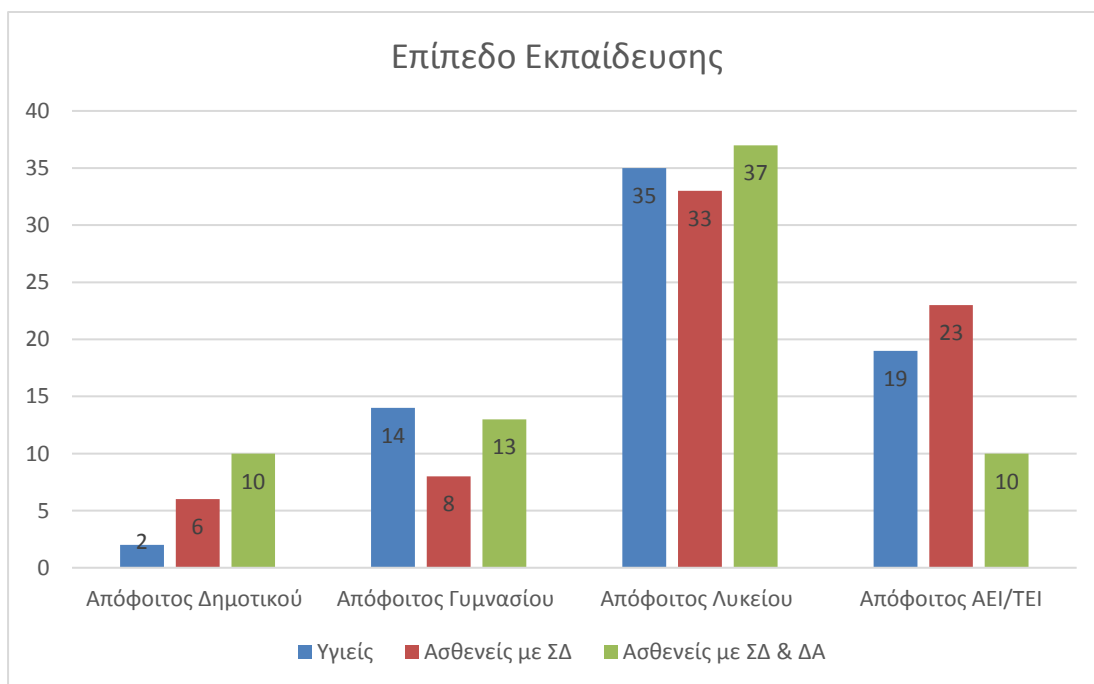
Γράφημα 3: Ο αριθμός των ατόμων που λάμβαναν ινσουλίνη ανά ομάδα ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 4: Ο αριθμός των ατόμων του δείγματος ανάλογα με το οικογενειακό τους εισόδημα.



Γράφημα 5: Ο αριθμός των ατόμων του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.



Γράφημα 6: Ο αριθμός των ατόμων του δείγματος ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης τους.

Μετά την ανάλυση των βασικών κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, η παρούσα έρευνα περιελάμβανε 2 άξονες: Α) την ανάλυση της κλίμακας σχετικά με την ποιότητα ζωής και της κλίμακας ικανοποίησης της ζωής των ατόμων του δείγματος και Β) την ανάλυση της κλίμακας της ψυχοπαθολογίας.

A) Αποτελέσματα ανάλυσης της κλίμακας σχετικά με την ποιότητα ζωής WHO Quality Of Life- BREF και της κλίμακας ικανοποίησης της ζωής

Η σύγκριση των ομάδων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου WHQOL-BREF μεταξύ ασθενών και υγιών ατόμων έδειξε ότι η γενική, σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και οι κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα στους ασθενείς με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια σε σχέση με τους ασθενείς μόνο με σακχαρώδη διαβήτη και φυσικά με τους υγιείς. Το ίδιο ισχύει για τους τομείς της κλίμακας DWHQOL-BREF η οποία δείχνει ότι οι ασθενείς εμφάνιζαν μειωμένη σωματική υγεία, κοινωνική και οικογενειακές σχέσεις καθώς και μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία τους (Πίνακας 2). Επιπλέον, όσον αφορά τις προτάσεις της κλίμακας Ικανοποίηση από τη ζωή, τα ευρήματα της ανάλυσης έδειξαν ότι τόσο οι επιμέρους προτάσεις όσο και το συνολικό σκορ της κλίμακας ήταν σημαντικά χαμηλότερο στις περιπτώσεις από ό, τι στους ελέγχους στους ασθενείς με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια σε σχέση με τους υγιείς (16.09 ± 5.54 vs. 22.30 ± 4.29 , $p < 0.001$).

Πίνακας 2: Τα αποτελέσματα της κλίμακας WHO Quality Of Life- BREF και της κλίμακας ικανοποίησης της ζωής των ατόμων του δείγματος

	Controls	Cases	p-value
n	70	70	
WHQOL-BREF Domains			
QoL/Συνολική-γενική υγεία	3.70 ± 0.56	2.42 ± 0.79	<0.001
Σωματική υγεία	3.16 ± 0.23	3.05 ± 0.34	0.021
Ψυχική υγεία	3.26 ± 0.27	3.04 ± 0.47	0.001
Κοινωνικές σχέσεις	3.50 ± 0.44	2.98 ± 0.51	<0.001
Περιβάλλον	3.26 ± 0.36	3.00 ± 0.35	<0.001
DWHOQOL-BREF			
Τομέας Σωματικής υγείας			
Facet: Διατροφή	3.54 ± 0.58	3.07 ± 0.72	<0.001
Facet: Ικανοποίηση από την εργασία	3.29 ± 0.71	2.81 ± 0.70	<0.001
Τομέας: Κοινωνικές σχέσεις			
Facet: Κοινωνική ζωή	3.56 ± 0.60	3.17 ± 0.63	<0.001
Facet: Οικογενειακή ζωή	3.43 ± 0.66	2.75 ± 0.88	<0.001
Satisfaction With Life Scale			
SWB1	4.59 ± 0.79	3.30 ± 1.06	<0.001
SWB2	4.53 ± 0.96	3.14 ± 1.25	<0.001
SWB3	4.64 ± 0.95	3.07 ± 1.24	<0.001
SWB4	4.40 ± 1.19	3.30 ± 1.34	<0.001
SWB5	4.14 ± 0.15	3.27 ± 1.48	<0.001
Satisfaction with life(total score)	22.30 ± 4.29	16.09 ± 5.54	<0.001

Στη συνέχεια, συγκρίναμε τους συμμετέχοντες χωρίς διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και αυτούς με ήπια και μέτρια / σοβαρή αμφιβληστροειδοπάθεια, χρησιμοποιώντας τον έλεγχο ANOVA για να εξεταστούν πιθανές για διαφορές στις παραμέτρους της ποιότητας ζωής ανάλογα με την παρουσία και τη σοβαρότητα της αμφιβληστροειδοπάθειας (Πίνακας 3). Όλες οι κατηγορίες ερωτήσεων στην κλίμακα των ερωτηματολογίων WHQOLBREF, DWHQOL-BREF και SWLS ήταν σημαντικά χαμηλότερες στους συμμετέχοντες με ήπια ή μέτρια / σοβαρή αμφιβληστροειδοπάθεια σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες χωρίς αμφιβληστροειδοπάθεια. Στις ερωτήσεις του WHQOL-BREF, η ψυχική και η κοινωνική υγεία ήταν σημαντικά χειρότερες σε άτομα με μέτρια / σοβαρή αμφιβληστροειδοπάθεια σε σχέση με αυτά με ήπιο αμφιβληστροειδοπάθεια. Από το ερωτηματολόγιο DWHQOL-BREF, η κοινωνική ζωή τείνει να είναι χειρότερη για τους ασθενείς με μέτρια / σοβαρή αμφιβληστροειδοπάθεια σε σύγκριση με τους ασθενείς με ήπιο αμφιβληστροειδοπάθειας ($p = 0,053$).

Τέλος, όσον αφορά την κλίμακα σχετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή, στις ερωτήσεις SWB1 (με τους περισσότερους τρόπους η ζωή μου είναι κοντά στο ιδανικό μου, $p = 0.042$) και SWB3 (ικανοποιημένος από τη ζωή μου, $p = 0,045$) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με μέτρια / σοβαρή αμφιβληστροειδοπάθεια δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένα από τη ζωή τους συγκρινόμενοι με ασθενείς με ήπια αμφιβληστροειδοπάθεια (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Τα αποτελέσματα των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου WHQOL-BREF και της κλίμακας ικανοποίηση από τη ζωή σε διαβητικά άτομα χωρίς διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (DR-) και σε άτομα με ήπια (ήπια DR) και μέτρια / σοβαρή διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

	χωρίς αμφιβληστρο- ειδοπάθεια (DR-)	Ήπια αμφιβληστρο- ειδοπάθεια	μέτρια/σοβαρή ή αμφιβληστρο- ειδοπάθεια	p	p*	p**	p***
N	70	49	21				
WHQOL-BREF Domains							
Συνολική Υγεία	3.70 ± 0.56	2.53 ± 0.79	2.19 ± 0.76	<0.001	0.135	0.008	0.06
Σωματική Υγεία	3.16 ± 0.23	3.08 ± 0.34	2.96 ± 0.33	0.02	<0.001	0.008	0.135
Ψυχική Υγεία	3.26 ± 0.27	3.15 ± 0.39	2.78 ± 0.44	<0.001	0.115	<0.001	<0.001
Κοινωνικές Σχέσεις	3.50 ± 0.44	3.03 ± 0.53	2.85 ± 0.46	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Περιβάλλον	3.26 ± 0.36	3.04 ± 0.35	2.92 ± 0.34	<0.001	0.001	<0.001	0.219
DWHOQOL-BREF							
<i>Physical health domain</i>							
Διατροφή 1	3.54 ± 0.58	3.08 ± 0.73	3.05 ± 0.74	<0.001	<0.001	0.003	0.844
Ικανοποίηση από την εργασία 2	3.29 ± 0.71	2.80 ± 0.73	2.86 ± 0.65	0.001	<0.001	0.018	0.743
<i>Social relationships domain</i>							
Κοινωνική Ζωή 3	3.56 ± 0.60	3.27 ± 0.63	2.95 ± 0.59	<0.001	0.012	<0.001	0.053
Οικογενειακή Ζωή 4	3.43 ± 0.66	2.74 ± 0.86	2.78 ± 0.97	0.001	<0.001	0.019	0.897
Satisfaction With Life Scale							
SWB1	4.59 ± 0.79	3.45 ± 1.08	2.95 ± 0.97	<0.001	<0.001	<0.001	0.042
SWB2	4.53 ± 0.96	3.29 ± 1.33	2.81 ± 0.98	<0.001	<0.001	<0.001	0.102
SWB3	4.64 ± 0.95	3.24 ± 1.26	2.67 ± 1.11	<0.001	<0.001	<0.001	0.045
SWB4	4.40 ± 1.19	3.35 ± 1.37	3.19 ± 1.28	<0.001	0.002	0.001	0.639
SWB5	4.14 ± 0.15	3.37 ± 1.48	3.05 ± 1.49	<0.001	<0.001	<0.001	0.359
Satisfaction with life (Συνολικό Σκορ)	22.30 ± 4.29	16.69 ± 5.69	14.67 ± 5.01	0.001	<0.001	<0.001	0.117

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέσες τιμές όρος ± τυπικές αποκλίσεις. QoL: ποιότητα ζωής. DWHOQOL-BREF: Νέα εθνικά στοιχεία και πτυχές σε υπάρχοντες τομείς. SWB1-5: υποκειμενική ευημερία.

Οι τιμές p είναι για τις συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων μελέτης από τον έλεγχο ANOVA. οι τιμές p * είναι για τις συγκρίσεις μεταξύ DR- και ήπιων DR ομάδων. Οι τιμές p ** είναι για τις συγκρίσεις μεταξύ DR- και μέτριας / σοβαρής ομάδας DR. Οι τιμές p *** είναι για τις συγκρίσεις μεταξύ ήπιας DR και μέτριας / σοβαρής ομάδας DR.

Η πολυμεταβλητή ανάλυση έδειξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της αμφιβληστροειδοπαθειας και της ηλικίας ($p = 0,015$), του σωματικού βάρους ($p = 0,004$), του διαβήτη ($p = 0,002$) και της eGFR ($p = 0,002$) και αρνητική συσχέτιση με το ύψος ($p = 0,003$) και το εισόδημα ($p = 0,002$). Σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις βρέθηκαν με τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή καθώς και με τις κοινωνικές σχέσεις του WHOQOL-BREF και με τη διατροφή (Πίνακας 4). Δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με την HbA1c, τη χρήση της ινσουλίνης, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, την απασχόληση, τον τύπο διαμονής, την ιδιοκτησία της κατοικίας και τον τύπο ασφάλισης (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Η συσχέτιση του OR (Odds Ratio) με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και των παραμέτρων της μελέτης με τη χρήση μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης

Μεταβλήτη	OR	95% CI	p
Κύριο Μοντέλο			
Ηλικία (έτη)	1.3	1.05-1.61	0.015
Βάρος (kg)	1.18	1.05-1.33	0.004
Ύψος	0.77	0.65-0.91	0.003
Διάρκεια διαβήτη (έτη)	2.23	1.33-3.75	0.002
Χρήση ινσουλίνης (ναι/οχι)	0.49	1.85-16.82	0.697
HbA1c (%)	1.58	1.29-1.91	0.091
eGFR (ml/min/1.73 m ²)	1.07	1.09-1.13	0.002
Μεταβλητές οι οποίες προστέθηκαν στη συνέχεια μετά την παραμετροποίηση του κύριου μοντέλου			
Εισόδημα (υψηλό vs. μέτριο and χαμηλό)	0.51	0.33-0.78	0.002
Ιδιοκτησία κατοικίας (ναι vs. οχι)	0.68	0.22-2.05	0.81
Τύπος κατοικίας (διαμέρισμα vs. μονοκατοικία)	1.04	0.52-1.30	0.623
Ιδιωτική ασφάλιση (ναι vs. οχι)	1.15	0.34-3.85	0.81
Εκπαίδευση (πρωτοβάθμια vs. δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια)	0.97	0.50-1.13	0.94
Εργαζόμενος/Συνταξιούχος vs. Άνεργος)	1.33	0.74-2.39	0.34
Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι vs. άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι)	0.51	0.25-1.01	0.051
WHQOL-BREF Domains			
Συνολική υγεία	0.04	0.01-0.18	<0.001
Σωματική υγεία	1.15	0.20-6.47	0.862
Ψυχική υγεία	0.93	0.23-3.69	0.918
Κοινωνικές σχέσεις	0.24	0.07-0.75	0.015
Περιβάλλον	0.19	0.03-1.08	0.061
DWHOQOL-BREF Domains			
Διατροφή 1	0.38	0.18-0.78	0.009
Ικανοποίηση από την εργασία 2	0.72	0.37-1.41	0.262

Τομέας Κοινωνικές σχέσεις			
Κοινωνική ζωή 3	0.47	0.22-1.01	0.053
Οικογενειακή ζωή 4	0.15	0.04-0.51	0.002
Satisfaction With Life Scale			
SWB1	0.26	0.12-0.54	<0.001
SWB2	0.39	0.22-0.67	0.001
SWB3	0.3	0.16-0.55	<0.001
SWB4	0.56	0.36-0.88	0.013
SWB5	0.15	0.35-0.87	0.011
Satisfaction with life (Συνολικό Σκορ)	0.78	0.69-0.89	<0.001

B) Ανάλυση της κλίμακας της ψυχοπαθολογίας.

Η κλίμακα της ψυχοπαθολογίας SCL-90 αποτελείται από 90 ερωτήσεις οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε 9 ομάδες και επιπλέον υπολογίζονται και κάποιοι δείκτες οι οποίοι αντιστοιχούν είτε στο συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου είτε σε κάποιες από τις επιμέρους ομάδες. Μετά την ένταξη των επιμέρους ερωτήσεων σε ομάδες η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στα δεδομένα των ομάδων. Η στατιστική ανάλυση των παραμέτρων που σχετίζονται με την κλίμακα της ψυχοπαθολογίας SCL-90 αποκάλυψε σημαντικές διαφορές στις τρεις ομάδες πληθυσμών για τις 9 επιμέρους ομαδοποιήσεις της κλίμακας (Σωματική, Συμπτωματική-Συμπεριφορική Διαταραχή, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Εχθρότητα, Φοβικό Άγχος, Παρανοϊκό, Ιδεασμό και Ψυχωτισμός), για το Δείκτη σοβαρότητας-GSI, το δείκτη κινδύνου θετικού συμπτώματος-PSDI και το συνολικό δείκτη θετικών συμπτωμάτων -PST (πίνακας 5). Οι post hoc συγκρίσεις έδειξαν ότι τα άτομα και στις δύο ομάδες διαβητικών είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες SCL-90 σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Μεταξύ των ασθενών με διαβήτη χωρίς αμφιβληστροειδοπάθεια και αυτών με αμφιβληστροειδοπάθεια, διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική υψηλότερη βαθμολογία στο δείκτη της Σωματοποίησης ενώ για τους άλλους δείκτες δεν διαπιστώθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές (Πίνακας 5).

Η ανάλυση παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκε σε ολόκληρο το δείγμα της μελέτης προκειμένου να αναζητηθούν συσχέτισης μεταξύ του δείκτη παγκόσμιας σοβαρότητας (GSI) και των άλλων δημογραφικών, κοινωνικών και κλινικών

χαρακτηριστικών του δείγματος. Σε μια μονομεταβλητή ανάλυση διαπιστώθηκε ότι οι βαθμολογίες του δείκτη GSI εμφανίζουν θετική συσχέτιση με την παρουσία του σακχαρώδους διαβήτη και της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, με το αν τα άτομα λάμβαναν θεραπεία με ινσουλίνη, την παρουσία συν-νοσηρότητας εκτός του σακχαρώδους διαβήτη, με το γυναικείο φύλο, τον υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος, το χαμηλότερο εισόδημα και τον ελλιπή γλυκαιμικό έλεγχο (όπως υποδεικνύεται από υψηλότερο FPG και HbA1c). Από την ανάλυση διαπιστώθηκε επιπλέον ότι οι βαθμολογίες του δείκτη GSI εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με την ηλικία, το υψηλότερο εισόδημα (> 1320 ευρώ / μήνα) και την τιμή της eGFR (Πίνακας 6).

Προκειμένου να ελεγχθεί αν παραπάνω από μια μεταβλητές αλληλοεπιδρούν με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας ψυχοπαθολογίας, πραγματοποιήθηκε μια ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης, η οποία περιλάμβανε μεταβλητές που βρέθηκαν ότι συσχετίζονταν σημαντικά με τις τιμές GSI σε μονοπαραγοντική παλινδρόμηση. Στο τελικό μοντέλο, μετά τον αποκλεισμό των μη στατιστικά σημαντικών μεταβλητών, η τελική βαθμολογία του ερωτηματολογίου (δείκτης GSI) βρέθηκε ότι συσχετίζεται θετικά με το γυναικείο φύλο, την παρουσία του σακχαρώδους διαβήτη, του δείκτη μάζας σώματος και της τιμής FPG και αρνητικά με υψηλότερο εισόδημα. Η παρουσία αμφιβληστροειδοπάθειας δεν παίζει κάποιο ρόλο στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας ψυχοπαθολογίας GSI (Πίνακας 7).

Πίνακας 5: Συγκριτική παρουσίαση των παραμέτρων του SCL-90 μεταξύ των υπό εξέταση ομάδων

	Υγιείς	ΣΔ + Αμφιβληστροειδο πάθεια	ΣΔ- Αμφιβληστροειδο πάθεια	p-value
Σωματοποίηση	0.33 [0.17, 0.67]**#	0.75 [0.50, 1.02]**@	0.50 [0.40, 0.83]**#	<0.001
Ιδεοψυχαναγκαστικ ή διαταραχή	0.20 [0.10, 0.40]**#	0.70 [0.50, 1.1]*	0.85 [0.60, 1.20]**#	<0.001
Διαπροσωπική ευαισθησία	0.11 [0.33, 0.56]**#	0.56 [0.33, 0.81]*	0.67 [0.33, 1.00]**#	<0.001
Κατάθλιψη	0.23 [0.13, 0.54]**#	0.96 [0.54, 1.25]*	1.00 [0.77, 1.52]**#	<0.001
Άγχος	0.20 [0.00, 0.33]**#	0.50 [0.30, 0.80]*	0.70 [0.48, 0.83]**#	<0.001
Επιθετικότητα	0.17 [0.13, 0.33]**#	0.33 [0.17, 0.54]*	0.42 [0.17, 0.83]**#	0.001
Φοβικό άγχος	0.07 [0.00, 0.29]**#	0.29 [0.00, 0.57]*	0.21 [0.00, 0.57]**#	<0.001
Παρανοϊκός ιδεασμός	0.67 [0.33, 1.04]**#	1.00 [0.50, 1.33]*	1.08 [0.67, 1.50]**#	<0.001
Ψυχωτισμός	0.10 [0.00, 0.20]**#	0.30 [0.10, 0.50]*	0.30 [0.67, 1.50]**#	<0.001
G.S.I.	0.27 [0.18, 0.45]**#	0.60 [0.48, 0.86]*	0.68 [0.56, 0.95]**#	<0.001
P.S.T.	18.5 [14.0, 32]**#	36.0 [27.0, 44.3]*	38.5 [29.8, 48.0]**#	<0.001
P.S.D.I.	1.17 [1.07, 1.32]**#	1.61 [1.44, 1.75]*	1.65 [1.43, 1.85]**#	<0.001

*Στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ομάδας ΣΔ+αμφιβληστροειδοπάθεια και ομάδας ελέγχου

Στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ομάδας ΣΔ-αμφιβληστροειδοπάθεια και ομάδας ελέγχου

@ Στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ομάδων με ΣΔ με και χωρίς αμφιβληστροειδοπάθεια

Πίνακας 6: Μονοπαραγοντική ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ του δείκτη G.S.I και των δημογραφικών, κοινωνικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Μεταβλητή	Rs	p-value
Ηλικία (έτη)*	-0.189	0.006
Φύλο (θηλυκό vs. αρσενικό)*	0.182	0.009
Εκπαίδευση (πρωτοβάθμια vs. δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια)	0.188	0.007
Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι vs. άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι)*	-0.126	0.071
Τύπος κατοικίας (διαμέρισμα vs. μονοκατοικία)	0.074	0.291
Ιδιοκτησία κατοικίας (ναι vs. όχι)	0.074	0.291
eGFR (MDRD)*	-0.192	0.006
Διαβήτης (ναι)*	0.593	<0.001
Αμφιβληστροειδοπάθεια (ναι)*	0.235	0.001
Ιδιωτική Ασφάλιση	0.075	0.282
Εισόδημα (Υψηλό vs. Χαμηλό/Μεσαίο)	-0.361	<0.001
BMI (kg/m ²)	0.368	<0.001
Ινσουλίνη (ναι vs. όχι)*	0.428	<0.001
Συ-νοσημρότητα (ναι)	0.353	<0.001
FPG (mg/dl)	0.568	<0.001
HbA1c (%)	0.543	<0.001

Πίνακας 7: Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης μεταξύ του δείκτη G.S.I. (εξαρτημένη μεταβλητή) και των στατιστικά σημαντικών παραμέτρων στην μονοπαραγοντική ανάλυση (Ως έχουσες στατιστικά μη σημαντική συσχέτιση εξαιρέθηκαν: ηλικία, αμφιβληστροειδοπάθεια, τριτοβάθμια εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, eGFR, ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ινσουλινοθεραπεία)

	Standardized beta coefficient	p-value
Φύλο (θήλυ)	0.207	<0.001
ΣΔ (ναι)	0.302	<0.001
Εισόδημα >1720 (yes)	-0.170	<0.001
ΔΜΣ (kg/m ²)	0.168	0.006
Γλυκόζη νηστείας (mg/dl)	0.170	0.022

Συζήτηση -Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ΠΖ, και της εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας των ασθενών με ΣΔ τύπου 2, που είχαν διαγνωστεί με ΔΑ, σε σύγκριση με αυτούς χωρίς ΔΑ σε σχέση με υγιείς μάρτυρες λαμβάνοντας υπόψη, δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και κλινικά δεδομένα. Επόμενος στόχος ήταν η εκτίμηση του βαθμού ψυχολογικής επιβάρυνσης και του επιπέδου της ΠΖ, μεταξύ ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2) με και χωρίς εγκατεστημένη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, σε σχέση με νορμογλυκαιμικό πληθυσμό ελέγχου.

Η ΔΑ είναι μια συχνή επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη και αποτελεί κύρια αιτία τύφλωσης. Πρόκειται για την πρώτη μελέτη ασθενών-μαρτύρων, που διενεργήθηκε στον ελληνικό πληθυσμό και προσπάθησε να επικυρώσει τα ευρήματα προηγούμενων μελετών σχετικά με τη σχέση της ΔΑ και την χαμηλή ΠΖ των ασθενών. Αναλύοντας τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ΠΖ των ασθενών με ΔΑ, θα μπορούσαμε να σχεδιάσουμε ένα καλύτερο πρωτόκολλο υγειονομικής περίθαλψης για να βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής ειδικά για ασθενείς με χαμηλότερο εισόδημα και χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.

Στην παρούσα μελέτη με βάση το θεωρητικό πλαίσιο που αφορά την ΠΖ και την ψυχική υγεία μιας χρόνιας νόσου όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, επιβεβαιώθηκαν οι αρχικές υποθέσεις από τα αποτελέσματα της έρευνας. Συγκεκριμένα υφίσταται διαφοροποίηση των ασθενών με ΣΔΤ2 και των μη πάσχόντων από την νόσο όσον αφορά την ΠΖ και την ψυχική τους υγεία.

Οι ασθενείς με ΣΔ παρουσιάζουν αυξημένο επίπεδο κατάθλιψης, άγχους και γενικότερης ψυχολογικής δυσφορίας σε σχέση με τους μη πάσχοντες, ενώ αντιθέτως εμφανίζουν μειωμένο επίπεδο ΠΖ και ικανοποίησης από τη ζωή σε σχέση με τους υγιείς. Αντίστοιχα οι εξωγενείς μεταβλητές των δημογραφικών όπως το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα επηρεάζουν τις εξαρτημένες μεταβλητές της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας. Οι μη πάσχοντες φαίνεται να απολαμβάνουν καλύτερο επίπεδο ΠΖ και να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ψυχιατρικών συμπτωμάτων καθώς και λιγότερο άγχος από τις ομάδες κλινικού πληθυσμού.

Η συγκεκριμένη μελέτη δείχνει ότι η ΠΖ ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε άτομα με ΣΔ τύπου 2, που έχουν ΔΑ από εκείνα χωρίς ΔΑ. Αυτό το αποτέλεσμα είναι

σύμφωνα με πολλές άλλες μελέτες που έδειξαν επίσης την ποιοτική και ποσοτική μείωση της ΠΖ σε ασθενείς με ΔΑ (Alcubierre et al., 2014; Pereira et al., 2017). Σε μια κινεζική μελέτη που διεξήγαγε ο Goh et al., οι διαβητικές επιπλοκές στο πολυεθνικό περιβάλλον είχαν επίσης μεγάλη επίδραση στην ΠΖ (Goh, Rusli, & Khalid, 2015). Επιπρόσθετα, η μελέτη μας έδειξε ότι η ηλικία, το εισόδημα και η εκπαιδευτική κατάσταση ήταν καθοριστικοί παράγοντες για μια καλύτερη ζωή και στις δύο ομάδες με και χωρίς ΔΑ. Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν επίσης από προηγούμενες μελέτες (Bagust & Beale, 2005; Redekop et al., 2002).

Η ΔΑ έχει σημαντικό αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική υγεία σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ΔΑ. Δεδομένου ότι είναι μια ασθένεια που επηρεάζει την καθημερινή ρουτίνα τους και μειώνει τα επίπεδα της ανεξαρτησίας τους, οι κοινωνικές σχέσεις των ασθενών θα είναι επίσης ελλειμματικές. Επιπλέον, ο γλυκαιμικός έλεγχος ήταν χειρότερος στην ομάδα των ασθενών με ΔΑ και αυτό μπορεί να επηρεάσει τη μη ικανοποίηση τους από τη ζωή σε αυτούς τους ασθενείς, ενώ η συνήθης χρήση ινσουλίνης δεν επηρέασε την ΠΖ. Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν από τους Coffey et al, σε 2048 άτομα με διαβήτη που έδειξαν ότι οι βαθμολογίες υγείας ήταν σημαντικά χαμηλότερες (0.052-0.170) σε άτομα είτε με ΣΔ τύπου 1 είτε με ΣΔ τύπου 2 (Coffey et al., 2002).

Ο Pereira και οι συνεργάτες του αναφέρουν ότι, όπως συμβαίνει με όλες τις χρόνιες ασθένειες, οι ασθενείς με ΣΔ και ΔΑ πάσχουν από σωματικό και ψυχικό τραύμα (Pereira et al., 2017). Αυτό το εύρημα είναι δικαιολογημένο διότι τόσο η ασθένεια όσο και οι απώλειες που τη συνοδεύουν συχνά κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται ότι έχει χάσει τον έλεγχο του σώματος και της ζωής του, προκαλώντας φόβο, θλίψη, ανασφάλεια και άλλα αρνητικά συναισθήματα. Γενικά, οι ασθενείς με καλύτερη ψυχολογική υγεία έχουν καλύτερη συμμόρφωση με ιατρικές οδηγίες, αποτελεσματικότερη διαχείριση της νόσου και καλύτερη ποιότητα ζωής (Delamater, 2006). Για το λόγο αυτό, η χρήση ψυχοθεραπευτικών και ψυχο-εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου και της ΠΖ, καθώς και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων του εαυτού τους, μπορεί να βελτιώσει τη συμμόρφωση με τα θεραπευτικά σχήματα για τον ΣΔ. Συνεπώς, η επεξεργασία των ανησυχιών και των συναισθημάτων αυτών των ασθενών σε ένα υποστηρικτικό ψυχοθεραπευτικό περιβάλλον γίνεται αναγκαία (Keogh et al., 2011; Noroozi et al., 2017). Με αυτόν τον τρόπο, οι ασθενείς με ΔΑ θα μπορέσουν να αποδεχτούν την ασθένειά τους, να αναπτύξουν τις απαραίτητες δεξιότητες για τη

βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου, καθώς και να αποκτήσουν συνειδητοποίηση, αυτογνωσία και αυτονομία προκειμένου να είναι υπεύθυνοι για τη ζωή τους και να επιτύχουν και τον θεραπευτικό στόχο της ΠΖ.

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με ΣΔτ2 και ΔΑ είχαν χαμηλότερα επίπεδα ΠΖ και ικανοποίησης από τη ζωή τους σε σύγκριση με υγιή άτομα. Τα θέματα ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους κλινικούς για να σχεδιάσουν τις κατάλληλες παρεμβάσεις. Ο διαβήτης καθ' αυτός επηρεάζει σημαντικές πτυχές της ποιότητας ζωής και ιδιαίτερα της σωματικής και ψυχικής υγείας. Επιπλέον, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη και διαχείριση χρόνιων επιπλοκών του ΣΔ. Ένα ζήτημα που συνήθως αγνοείται στην καθημερινή κλινική πρακτική είναι το πόσο κρίσιμη είναι η προσωπικότητα και οι συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς με ΣΔ και που διαγνώστηκε με ΔΑ και πώς αυτές οι αντιδράσεις μπορούν να επηρεάσουν τη συμμόρφωση, τη θεραπεία και τον γλυκαιμικό έλεγχο. Είναι σαφές ότι χρειάζεται περισσότερη έρευνα στον τομέα των επιπτώσεων της ΔΑ σε θέματα ποιότητας και ικανοποίησης από τη ζωή και είναι σημαντικό να διερευνηθεί μελλοντικά με προοπτικές μελέτες, εάν οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και τη συμμόρφωση στη θεραπεία σε ασθενείς με ΔΑ.

Μια εμπειριστατωμένη στρατηγική για την υλοποίηση προγραμμάτων συμμόρφωσης ασθενών με χρόνια νόσο εμπεριέχει και την υποστήριξη των ασθενών με προσφορά συναισθηματικής / ψυχολογικής βοήθειας (Lowes, 1998).

Αναλύοντας τα δεδομένα της ψυχομετρικής κλίμακας αποδείχθηκε ότι ο βαθμός της ψυχολογικής επιβάρυνσης είναι μεγαλύτερος στα άτομα με ΣΔΤ2 σε σχέση με τα άτομα χωρίς ΣΔ. Ωστόσο, η αμφιβληστροειδοπάθεια δεν προκαλεί περαιτέρω επιβάρυνση στα άτομα με ΣΔΤ2.

Τα ψυχολογικά προβλήματα, ανεξαρτήτως της έκτασης τους, είναι πιθανόν να επηρεάζουν τον μεταβολικό έλεγχο, άμεσα ως νευροενδοκρινική και φυσιολογική επίδραση της ψυχολογικής πίεσης, ή έμμεσα, μέσα από μια ροή γεγονότων, συμπεριλαμβανόμενης της επιδείνωσης της αυτοδιαχείρισης της θεραπείας και του μεταβολικού ελέγχου, κάτι που με τη σειρά του, μπορεί να επιφέρει ένα δυσμενές αποτέλεσμα στη συναισθηματική ευεξία. Αυτό μπορεί να επιφέρει οξείες κρίσεις οι οποίες θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς, αλλά και να επιταχύνει τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές του ΣΔ. Οι ψυχολογικές δυσκολίες, αναπαριστούν έναν σαφή και υπαρκτό κίνδυνο για τους ασθενείς με ΣΔ, και αντικατοπτρίζουν την

ανάγκη για αποτελεσματική αντιμετώπιση των εν λόγω ψυχικών δυσλειτουργιών, τουλάχιστον στα άτομα που είναι επιρρεπή στην εμφάνιση τους και δεν διαθέτουν επαρκείς αμυντικούς μηχανισμούς.

Κρίνεται πλέον αναγκαίο οι παθολόγοι και οι εξειδικευμένοι ιατροί στον ΣΔ σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγείας στους ασθενείς αυτούς, να μπορούν να αναγνωρίσουν την κατάθλιψη και το έντονο ψυχικό stress, μέσω απλών ψυχομετρικών διαγνωστικών εργαλείων που είναι διαθέσιμα από την λειτουργική διασύνδεση τους με Ψυχιάτρους και Ψυχολόγους, προκειμένου να παρέχουν καταλληλότερες μορφές θεραπείας που αφορούν φαρμακευτικές ή μη φαρμακευτικές εξατομικευμένες παρεμβάσεις.

Περιορισμοί

Πρέπει να αναφερθούν ορισμένοι περιορισμοί της μελέτης μας. Παρά το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη είναι μια πρώτη προσπάθεια να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΔΑ στην Ελλάδα, ένα μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος θα μπορούσε να είναι πιο αντιπροσωπευτικό για τον ελληνικό πληθυσμό και να αυξήσει την ακρίβεια των νεότερων παραμέτρων.

Σε αυτή τη μελέτη επιχειρήσαμε να συμπεριλάβουμε ασθενείς με ήπια και μέτρια ΔΑ και λίγες μόνο περιπτώσεις με πιο σοβαρή ΔΑ. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά για τα άτομα με πολύ σοβαρή ΔΑ. Ένας άλλος περιορισμός είναι ότι οι αλλαγές στην πρόοδο της ΔΑ σε σχέση με τα θέματα της ΠΖ δεν είναι διαθέσιμες, δεδομένου ότι η μελέτη αφορούσε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και θα μπορούσε αυτό να είναι εφικτό σε μια μελλοντική προοπτική μελέτη.

Ένας επιπλέον περιορισμός σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές είναι ότι η μελέτη αφορά ένα υποσύνολο του φάσματος των ψυχικών διαταραχών και η ψυχομετρική κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε, ήταν αυτοαναφορική και αυτοσυμπληρούμενη, επομένως οι απαντήσεις ίσως να εμπεριείχαν και μια υποκειμενική διάσταση της ψυχικής κατάστασης των συμμετεχόντων, προσπαθώντας να διαφυλάξουν την κοινωνικά επιθυμητή εικόνα τους και όχι να αποκαλύψουν την πραγματική-αντικειμενική διάσταση του ψυχισμού τους.

Ωστόσο στα ισχυρά σημεία της μελέτης συγκαταλέγονται οι βιοχημικές μετρήσεις του δείγματος, ιδιαίτερα της HbA1c, καθώς και η οφθαλμολογική εξέταση των συμμετεχόντων, αποτελώντας αντικειμενικά κριτήρια μετρήσεων, της εν λόγω έρευνας.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, δίνει μια νέα κατεύθυνση προς την ασθενοκεντρικότητα, δίνοντας έμφαση στην προσωπικότητα του ασθενούς και στις συναισθηματικές αντιδράσεις του σε διάφορα χρόνια νοσήματα. Η έμφαση δίνεται στον ασθενή και όχι στην ασθένεια. Ο ασθενής με χρόνια νόσο καλείται να μεταβάλλει συμπεριφορές και τρόπο ζωής, να τηρεί πολύπλοκη φαρμακευτική αγωγή και να αποκτά δεξιότητες που είναι άγνωστες σε αυτόν. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται εκπαίδευση των ειδικών σε τεχνικές συναισθηματικής επικοινωνίας, ανακοίνωσης της διάγνωσης και του θεραπευτικού πλάνου και σε τεχνικές συμβουλευτικής παρέμβασης. Τα δεδομένα από διάφορες μελέτες καταδεικνύουν τέτοιου τύπου ανάγκες και παρεμβάσεις και νέες έρευνες θα ήταν πολύ χρήσιμες να επαληθεύσουν και να ενισχύσουν τα ήδη υπάρχοντα δεδομένα.

Η οργάνωση νέων ερευνητικών προγραμμάτων, στα οποία θα μελετηθεί η αποτελεσματικότητα του μοντέλου διαχείρισης χρόνιων ασθενών καθίσταται αναγκαία για την αντιμετώπιση του μείζονος προβλήματος της χαμηλής συμμόρφωσης – αφού λιγότερο από το 7% των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη συμμορφώνονται προς τη θεραπευτική αγωγή. Ωστόσο πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι πίσω από την χαμηλή συμμόρφωση υποβόσκουν συναισθηματικές δυσκολίες καθώς και χρονίζουσες ψυχοπιεστικές συνθήκες, που έχουν γενικότερη επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Στην παρούσα έρευνα έγινε μια προσπάθεια αξιολόγησης της ψυχικής υγείας και της ΠΖ των ασθενών με ΣΔτ2, η οποία μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο συναφών ερευνών μπορεί να αναδείξει την τεράστια ανάγκη επαρκούς ψυχολογικής στήριξης των ασθενών αυτών, που αν ενσωματωθεί στα θεραπευτικά πρωτόκολλα, θα έχει ως συνέπεια τη βελτίωση της συμμόρφωσης, της προσαρμοστικότητας και της

αυτοδιαχείρισης καθώς και την επίτευξη δέσμευσης των πασχόντων, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις της ρύθμισης.

Τα ευρήματα αυτής της έρευνας μπορούν να οδηγήσουν σε μια πιο εκτεταμένη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών για την ασθένεια του ΣΔ. Καθίσταται επίσης σαφές, ότι χρειάζεται να διεξαχθούν περισσότερες μελέτες, με την συμμετοχή μεγαλύτερων δειγμάτων ασθενών με μεγαλύτερη τυχειότητα, όσο μπορεί να είναι εφικτό και η συλλογή δείγματος ασθενών από όλα τα στάδια ΔΑ, όπου τα επίπεδα βαρύτητας της ΔΑ είναι πιθανόν να διαφοροποιούν τα αποτελέσματα.

Για τη διεξαγωγή των σχετικών ερευνών οι οποίες θα αποδώσουν τεκμηριωμένα αποτελέσματα απαιτείται η αύξηση της παροχής κονδυλίων για τις ψυχοκοινωνικές μελέτες παρέμβασης, από την πλευρά των κρατικών και των λοιπών πηγών χρηματοδότησης, ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Στο άμεσο μέλλον, οι στρατηγικές χρηματοδότησης των μελετών, θα αποτελέσουν σημαντικό ζήτημα, αναγκαίο για την εξέλιξη της ψυχοκοινωνικής έρευνας, δεδομένου ότι, οι περισσότερες Ευρωπαϊκές και Αμερικανικές επιστημονικές εταιρείες, βασίζονται -εκτός των ιατρικών στατιστικών δεδομένων διεθνώς- και στις ήδη υπάρχουσες μελέτες, για τις κατευθυντήριες οδηγίες τους, τους αλγόριθμους αντιμετώπισης του ΣΔτ2, για την εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων με φαρμακευτικές ή μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις και κατευθύνονται πλέον και στην ενσωμάτωση οδηγιών για την αντιμετώπιση του στρες και της κατάθλιψης στο ΣΔ οι οποίες θα αποδώσουν καλύτερα αποτελέσματα στη μείωση του κινδύνου των επιπλοκών.

Η διαχείριση του ΣΔ αποτελεί πρόκληση των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας και επιβάλλεται η χρηματοδότηση προγραμμάτων πρόληψης, αφού σύμφωνα με στατιστικές εκτιμήσεις, η νοσηρότητα του ΣΔ σε ορίζοντα εικοσαετίας, το 2040 αναμένεται να αυξηθεί στα 642 εκατομμύρια και να δημιουργήσει τεράστια οικονομική επιβάρυνση στα εθνικά συστήματα υγείας.

Ως εκ τούτου καθίσταται αναγκαία και η ενσωμάτωση κλινικών ψυχολόγων στις διεπιστημονικές ομάδες των διαβητολογικών κέντρων που θα συμβάλουν συνεργαζόμενοι επικουρικά στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και θετική έκβαση των ψυχολογικών δυσκολιών των ασθενών με ΣΔ, επιφέροντας βελτίωση της γλυκαιμικής ρύθμισης, καθώς επίσης θα ήταν χρήσιμο να αξιοποιηθούν και στην συμμετοχή με άλλους ειδικούς για την διεξαγωγή περαιτέρω μελλοντικών κλινικών ερευνών σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

Περίληψη

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) και οι συνέπειες του έχουν μια θεμελιώδη βιολογική βάση που όμως είναι αλληλένδετη με σύνθετα ψυχολογικά ζητήματα και αποτελεί μια εμπειρία στην οποία συνυφαίνεται σωματικός και ψυχικός πόνος με επιπτώσεις σε πολλά επίπεδα: οργανικό, ενδοψυχικό, ατομικό, κοινωνικό. Η πολυπαραγοντικότητα του τον καθιστά δύσκολο να διαγνωστεί σε πρόωμη φάση. Το μέγεθος του προβλήματος στη σημερινή εποχή, αποτυπώνεται με την σχεδόν επιδημική, διαχρονικά, αύξηση της επίπτωσης του ΣΔ και την αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα λόγω των μακροχρόνιων αγγειακών επιπλοκών που προκύπτουν.

Οι επιπτώσεις του ΣΔ αφορούν βεβαίως στον ασθενή αλλά απηχούν επίσης στο οικογενειακό του περιβάλλον. Από τη στιγμή της ανακοίνωσης της διάγνωσης ξεκινά μια διαπραγμάτευση του ασθενή με τη νόσο. Πρόκειται για μια ψυχική διεργασία που συνίσταται στο να αναιρέσει, να εγκαταλείψει ένα υγιές σώμα και να αποδεχτεί τη συνέχιση της ζωής μέσα σε ένα νέο σώμα που ασθενεί. Το πλεόνασμα του σακχάρου στο αίμα συχνά υπάρχει σε συνάρτηση με συναισθηματικά αδιέξοδα, τα οποία δεν θεραπεύονται μόνο από την λήψη ινσουλίνης και φαρμακευτικής αγωγής.

Ο ΣΔ αποτελεί ένα ψυχολογικό φορτίο που επιβαρύνει την ποιότητα ζωής του ασθενή. Ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, άγχος, σεξουαλική δυσλειτουργία, χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Δυσάρεστα συναισθήματα και συμπεριφορές όπως άρνηση, παθητικότητα για αλλαγή, ανησυχία και απογοήτευση για τη ζωή είναι συχνά θέματα στους ασθενείς με ΣΔ. Η συναισθηματική και κοινωνική επίπτωση του ΣΔ μπορεί να προκαλέσει σημαντική ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία στους ασθενείς. Ιδιαίτερα δε όταν δε ρυθμίζεται και δεν ελέγχεται έχει ως αποτέλεσμα οδυνηρές επιπλοκές, με συνέπεια μία από αυτές, να είναι η Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια(ΔΑ), το πρώτο αίτιο τύφλωσης των ενηλίκων. Ο οφθαλμός επηρεάζεται σημαντικά και πολύ νωρίς από τον ΣΔ και οι βλάβες αφορούν σχεδόν όλη τη δομή του ματιού. Ως επιπλοκή του ΣΔ η ΔΑ δεν απασχολεί μόνο τον οφθαλμίατρο αλλά αποτελεί κοινωνικό και ψυχολογικό πρόβλημα, λόγω της αυξημένης συχνότητας και της πιθανότητας να καταλήξει σε τύφλωση. Η ΔΑ είναι η συχνότερη αιτία τύφλωσης στις ηλικίες από 30-60 ετών.

Η αποδοχή της νόσου και η απαραίτητη φροντίδα μπορεί να βοηθήσουν τον ασθενή να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο απώλειας όρασης που θα έχει σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της ψυχικής του υγείας και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του.

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης των παραμέτρων μεταξύ των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 που πάσχουν από αμφιβληστροειδοπάθεια, σε σχέση με δείγμα ασθενών με ΣΔ Τύπου 2 μη πασχόντων με πρόβλημα όρασης, καθώς και η συσχέτιση με υγιείς μάρτυρες ως προς την επίδραση κλινικο-εργαστηριακών τιμών(βιοχημικός-οφθαλμολογικός έλεγχος) και ως προς πιθανές αλληλεπιδράσεις με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, με το επίπεδο ψυχικής υγείας καθώς και με την ποιότητα ζωής και ευεξίας.

Στη μελέτη συμμετείχαν 70 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, ηλικίας 55-75 ετών, 70 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 και με ΔΑ από το Διαβητολογικό Κέντρο του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών. Επίσης στην ανάλυση των αποτελεσμάτων συμπεριλήφθηκε ομάδα 70 υγιών ατόμων του ίδιου ηλικιακού φάσματος, φύλου και μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος με τους διαβητικούς ασθενείς.

Η συγκεκριμένη μελέτη δείχνει ότι η Ποιότητα Ζωής ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε άτομα με ΣΔ τύπου 2, που έχουν ΔΑ από εκείνα χωρίς ΔΑ. Η ΔΑ έχει σημαντικό αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική υγεία σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ΔΑ. Οι ασθενείς με ΣΔ και ΔΑ παρουσιάζουν, αυξημένο επίπεδο κατάθλιψης και άγχους, μειωμένο γλυκαιμικό έλεγχο σε σχέση με τους μη πάσχοντες, ενώ αντιθέτως εμφανίζουν μειωμένη αίσθηση υποκειμενικής ευεξίας η οποία αντικατοπτρίζει και χειρότερη ποιότητα ζωής. Από τα συμπεράσματα ανάγεται ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 είναι αλληλένδετη με την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών τους. Αναλύοντας τα δεδομένα της ψυχομετρικής κλίμακας αποδείχθηκε ότι ο βαθμός της ψυχολογικής επιβάρυνσης είναι μεγαλύτερος στα άτομα με ΣΔ τύπου 2 σε σχέση με τα άτομα χωρίς διαβήτη. Ωστόσο, η αμφιβληστροειδοπάθεια δεν προκαλεί περαιτέρω επιβάρυνση στα άτομα με ΣΔ τύπου 2.

Λέξεις - κλειδιά:

Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2, Βιοχημικοί Δείκτες, Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια, Ποιότητα Ζωής, Ψυχοπαθολογία

Summary

Diabetes Mellitus (DM) and its consequences have a basic biological background that is related with complex psychological issues and physical and mental illnesses that affect many aspects of life (organic, intrapulmonary, individual and social). Its multifactorial nature makes it difficult to diagnose it at an early stage. The magnitude of the problem is recorded with the epidemic, longitudinal increase of the DM incidents. Moreover, morbidity and mortality due to the long-term vascular complications of DM are increased.

DM affects the patient and his family life. After the DM diagnosis, the patient should accept the new life in a new body that is ill. Blood sugar surplus is often present and related to emotional deadlocks, which are not only cured by insulin and medication.

The DM is a psychological burden that affects the quality of life of the patient. Mental disorders such as depression, anxiety, sexual dysfunction, low self-confidence and self-esteem, unpleasant feelings and behaviors such as denial, passivity for change, anxiety and frustration about life are often issues in diabetic patients. The emotional and social impact of DM can cause significant psychosocial dysfunction in patients. Particularly when diabetes is not regulated and controlled, it results in painful complications, one of which is Diabetic Retinopathy (DR), the main cause of blindness in adults. The eye is significantly affected and very early in the DM patients and the lesions affect almost the entire structure of the eye. As a complication of DM, DR is a social and psychological problem because of the increased probability of blindness. DR is the most common cause of blindness in the age of 30-60 years.

Acceptance of the disease and primary care can significantly help the patient to reduce the risk of vision loss, resulting in improved mental health and upgrading the quality of life.

The purpose of this study was to investigate the relationship of demographic characteristics, mental health, quality of life and well-being, clinical and laboratory measures between patients with type 2 diabetes who suffered from retinopathy in relation to patients with type 2 diabetes but without retinopathy comparing to with healthy controls.

The study included 70 patients with type 2 diabetes, 70 patients with type 2 diabetes and Diabetic Retinopathy and a group of 70 healthy individuals from the Diabetes Center of the Laiko Hospital of Athens. Also, the group of healthy individuals has the same age spectrum, gender and monthly family income with the groups of diabetic patients. This study showed that Quality of Life was significantly lower in people with Type 2 diabetes mellitus and DR than those without DR. DR has a significant impact on physical and mental health compared to people without DR. Patients with DM and DR have an increased level of depression and anxiety, reduced glycemic control, a reduced sense of subjective well-being that reflects a lower quality of life comparing to healthy individuals. In conclusion, quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus is related to the satisfaction of their emotional needs. Analyzing data of the Psychopathology questionnaire it turned out that the degree of psychological burden is higher in people with DM than in non-diabetic patients. However, retinopathy does not cause further burden on people with DM.

Keywords:

Type 2 Diabetes Mellitus, Biochemical Indicators, Diabetic Retinopathy, Quality of Life, Psychopathology

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ- ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΣΔ	Σακχαρώδης Διαβήτης
ΣΔτ2	Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2
ΔΑ	Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια
ΟΟ	Οπτική Οξύτητα
ΠΖ	Ποιότητα Ζωής
HbA1c	Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

Βιβλιογραφία

- Aikens, J. E., & Wagner, L. I. (2004). Diabetes Mellitus and Other Endocrine Disorders. In P. M. Camic & S. J. Knight (Eds.), *Clinical handbook of health psychology: A practical guide to effective interventions, 2nd rev. & exp. ed.* (pp. 117-138). Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers.
- Alcubierre, N., Rubinat, E., Traveset, A., Martinez-Alonso, M., Hernandez, M., Jurjo, C., & Mauricio, D. (2014). A prospective cross-sectional study on quality of life and treatment satisfaction in type 2 diabetic patients with retinopathy without other major late diabetic complications. *Health Qual Life Outcomes*, *12*, 131. doi: 10.1186/s12955-014-0131-2
- APA. (2015). *ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟ DSM-5™*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Atlas, I. D. (2017). "8th." International Diabetes Federation 2. from <http://www.diabetesatlas.org>
- Bagust, A., & Beale, S. (2005). Modelling EuroQol health-related utility values for diabetic complications from CODE-2 data. *Health Econ*, *14*(3), 217-230. doi: 10.1002/hec.910
- Beeney, L. J., Bakry, A. A., & Dunn, S. M. (1996). Patient psychological and information needs when the diagnosis is diabetes. *Patient Educ Couns*, *29*(1), 109-116.
- Bourne, R. R., Stevens, G. A., White, R. A., Smith, J. L., Flaxman, S. R., Price, H., . . . Taylor, H. R. (2013). Causes of vision loss worldwide, 1990-2010: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*, *1*(6), e339-349. doi: 10.1016/s2214-109x(13)70113-x
- Bowling, A. (2004). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales. Third edition*. Maidenhead, UK: Open University.
- Boyle, S., Allan, C., & Millar, K. (2004). Cognitive-behavioural interventions in a patient with an anxiety disorder related to diabetes. *Behav Res Ther*, *42*(3), 357-366. doi: 10.1016/j.brat.2003.11.006
- Browne, J. L., Ventura, A., Mosely, K., & Speight, J. (2013). 'I call it the blame and shame disease': a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open*, *3*(11), e003384. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003384
- Camara, W. J., Nathan, J. S., & Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*(2), 141-154. doi: 10.1037/0735-7028.31.2.141

- Cassidy, F., Ahearn, E., & Carroll, B. J. (1999). Elevated frequency of diabetes mellitus in hospitalized manic-depressive patients. *Am J Psychiatry*, *156*(9), 1417-1420. doi: 10.1176/ajp.156.9.1417
- Charlton, P., & Thompson, J. (1996). Ways of coping with psychological distress after trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*(4), 517-530.
- Chelvanayagam, S., & James, J. (2018). What is diabulimia and what are the implications for practice? *Br J Nurs*, *27*(17), 980-986. doi: 10.12968/bjon.2018.27.17.980
- Chew, B. H., Vos, R. C., Metzendorf, M. I., Scholten, R. J., & Rutten, G. E. (2017). Psychological interventions for diabetes-related distress in adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*, *9*, Cd011469. doi: 10.1002/14651858.CD011469.pub2
- Chibber, R., Ben-Mahmud, B. M., Chibber, S., & Kohner, E. M. (2007). Leukocytes in diabetic retinopathy. *Curr Diabetes Rev*, *3*(1), 3-14.
- Coffey, J. T., Brandle, M., Zhou, H., Marriott, D., Burke, R., Tabaei, B. P., . . . Herman, W. H. (2002). Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*, *25*(12), 2238-2243.
- Dantzer, C., Swendsen, J., Maurice-Tison, S., & Salamon, R. (2003). Anxiety and depression in juvenile diabetes: a critical review. *Clin Psychol Rev*, *23*(6), 787-800.
- Davidov, E., Breitscheidel, L., Clouth, J., Reips, M., & Happich, M. (2009). Diabetic retinopathy and health-related quality of life. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, *247*(2), 267-272. doi: 10.1007/s00417-008-0960-y
- Del Prato, S., & Tiengo, A. (2001). The importance of first-phase insulin secretion: implications for the therapy of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab Res Rev*, *17*(3), 164-174.
- Delamater, A. M. (2006). Improving Patient Adherence. *Clinical Diabetes*, *24*(2), 71-77. doi: 10.2337/diaclin.24.2.71
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R : symptom checklist-90-R : administration, scoring & procedures manual*. [Minneapolis, Minn.]: [National Computer Systems, Inc.].
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*, *49*(1), 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Doka, K. J. (1993). *Living with life-threatening illness: A guide for patients, their families, and caregivers*: Jossey-Bass.
- Donias, S., Karastergiou, A., & Manos, N. (1991). Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population. [Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population.]. *Psychiatriki*, *2*(1), 42-48.

- Eurofound. (2012). Έρευνα για την ποιότητα ζωής στην Ευρώπη 2003, Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας. from <https://www.eurofound.europa.eu/el/data/european-quality-of-life-survey-2003>
- Falcao, M. A., & Francisco, R. (2017). Diabetes, eating disorders and body image in young adults: an exploratory study about "diabulimia". *Eat Weight Disord*, 22(4), 675-682. doi: 10.1007/s40519-017-0406-9
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2000). *Quality of Life: Assessment, Analysis, and Interpretation*: Wiley.
- Fenwick, E. K., Cheng, G. H., Man, R. E. K., Khadka, J., Rees, G., Wong, T. Y., . . . Lamoureux, E. L. (2018). Inter-relationship between visual symptoms, activity limitation and psychological functioning in patients with diabetic retinopathy. *Br J Ophthalmol*, 102(7), 948-953. doi: 10.1136/bjophthalmol-2017-310915
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91(4), 999-1005.
- Fritschi, C., & Quinn, L. (2010). Fatigue in patients with diabetes: a review. *J Psychosom Res*, 69(1), 33-41. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.021
- Gary, T. L., Crum, R. M., Cooper-Patrick, L., Ford, D., & Brancati, F. L. (2000). Depressive symptoms and metabolic control in African-Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23(1), 23-29.
- Gavard, J. A., Lustman, P. J., & Clouse, R. E. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care*, 16(8), 1167-1178.
- Gepts, W., & Lecompte, P. M. (1981). The pancreatic islets in diabetes. *Am J Med*, 70(1), 105-115.
- Gikas, A., Sotiropoulos, A., Panagiotakos, D., Pastromas, V., Paraskevopoulou, E., Skliros, E., & Pappas, S. (2008). Rising prevalence of diabetes among Greek adults: findings from two consecutive surveys in the same target population. *Diabetes Res Clin Pract*, 79(2), 325-329. doi: 10.1016/j.diabres.2007.09.002
- Gikas, A., Sotiropoulos, A., Politakis, P., Spanou, E., Apostolou, O., & Pappas, S. (2006). Level of glycaemic and lipid control among diabetic patients in Greek primary care. *Eur J Gen Pract*, 12(4), 181-182. doi: 10.1080/13814780600888495
- Goh, S. G., Rusli, B. N., & Khalid, B. A. (2015). Diabetes quality of life perception in a multiethnic population. *Qual Life Res*, 24(7), 1677-1686. doi: 10.1007/s11136-014-0885-3
- Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., & Ritterband, L. M. (2002). Diabetes and behavioral medicine: the second decade. *J Consult Clin Psychol*, 70(3), 611-625. doi: 10.1037//0022-006x.70.3.611

- Goodman, R. F. (2001). Children with a chronic illness: The interface of medicine and mental health. *Child Study Centre*, 5(4), 1-5.
- Green, L., Feher, M., & Catalan, J. (2000). Fears and phobias in people with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*, 16(4), 287-293.
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res*, 53(6), 1053-1060.
- Group, U. P. D. S. (1998). Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ*, 317(7160), 703-713.
- Hendricks, L. E., & Hendricks, R. T. (1998). Greatest fears of type 1 and type 2 patients about having diabetes: implications for diabetes educators. *Diabetes Educ*, 24(2), 168-173. doi: 10.1177/014572179802400206
- Hermanns, N., Schmitt, A., Gahr, A., Herder, C., Nowotny, B., Roden, M., . . . Kulzer, B. (2015). The effect of a Diabetes-Specific Cognitive Behavioral Treatment Program (DIAMOS) for patients with diabetes and subclinical depression: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 38(4), 551-560. doi: 10.2337/dc14-1416
- Herpertz, S., Albus, C., Wagener, R., Kocnar, M., Wagner, R., Henning, A., . . . Senf, W. (1998). Comorbidity of diabetes and eating disorders. Does diabetes control reflect disturbed eating behavior? *Diabetes Care*, 21(7), 1110-1116. doi: 10.2337/diacare.21.7.1110
- Hovland, C. I., Janis, I. L., & Kelley, H. H. (1953). *Communication and persuasion; psychological studies of opinion change*. New Haven, CT, US: Yale University Press.
- Hyphantis, T., Kaltsouda, A., Triantafyllidis, J., Platis, O., Karadagi, S., Christou, K., . . . Mavreas, V. (2005). Personality correlates of adherence to type 2 diabetes regimens. *Int J Psychiatry Med*, 35(1), 103-107. doi: 10.2190/nbqa-08a7-6mg9-gc8w
- Ignatavicius, D., & Workman, L. (2008). Παθολογική-Χειρουργική νοσηλευτική Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα. *Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα*.
- International Diabetes Federation, t. E. (2009). *The Diabetes Atlas*.
- Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesketh, S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, 363(9421), 1589-1597. doi: 10.1016/s0140-6736(04)16202-8
- Ivinson, M. H. (1995). The emotional world of the diabetic patient. *Diabet Med*, 12(2), 113-116.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2003). Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliative medicine*, 17(1), 11-20.

- Kahn, S. E., Zraika, S., Utzschneider, K. M., & Hull, R. L. (2009). The beta cell lesion in type 2 diabetes: there has to be a primary functional abnormality. *Diabetologia*, *52*(6), 1003-1012. doi: 10.1007/s00125-009-1321-z
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*: Russell Sage Foundation.
- Kan, C., Pedersen, N. L., Christensen, K., Bornstein, S. R., Licinio, J., MacCabe, J. H., . . . Rijdsdijk, F. (2016). Genetic overlap between type 2 diabetes and depression in Swedish and Danish twin registries. *Mol Psychiatry*, *21*(7), 903-909. doi: 10.1038/mp.2016.28
- Kato, A., Takada, M., & Hashimoto, H. (2014). Reliability and validity of the Japanese version of the self-stigma scale in patients with type 2 diabetes. *Health Qual Life Outcomes*, *12*, 179. doi: 10.1186/s12955-014-0179-z
- Katon, W., Fan, M.-Y., Unützer, J., Taylor, J., Pincus, H., & Schoenbaum, M. (2008). Depression and diabetes: a potentially lethal combination. *Journal of general internal medicine*, *23*(10), 1571-1575. doi: 10.1007/s11606-008-0731-9
- Katon, W., von Korff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G., . . . Young, B. (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*, *27*(4), 914-920.
- Keogh, K. M., Smith, S. M., White, P., McGilloway, S., Kelly, A., Gibney, J., & O'Dowd, T. (2011). Psychological family intervention for poorly controlled type 2 diabetes. *Am J Manag Care*, *17*(2), 105-113.
- King, H., Aubert, R. E., & Herman, W. H. (1998). Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*, *21*(9), 1414-1431.
- Lane, J. D., McCaskill, C. C., Williams, P. G., Parekh, P. I., Feinglos, M. N., & Surwit, R. S. (2000). Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, *23*(9), 1321-1325. doi: 10.2337/diacare.23.9.1321
- LeMaistre, J. (1999). *After the diagnosis: From crisis to personal renewal for patients with chronic illness*: Ulysses press.
- Leone, S. S., Huibers, M. J., Knottnerus, J. A., & Kant, I. J. (2007). Similarities, overlap and differences between burnout and prolonged fatigue in the working population. *Qjm*, *100*(10), 617-627. doi: 10.1093/qjmed/hcm073
- Levey, A. S., Coresh, J., Greene, T., Stevens, L. A., Zhang, Y. L., Hendriksen, S., . . . Van Lente, F. (2006). Using standardized serum creatinine values in the modification of diet in renal disease study equation for estimating glomerular filtration rate. *Ann Intern Med*, *145*(4), 247-254.
- Lewis, R., & Dixon, J. (2004). Rethinking management of chronic diseases. *BMJ*, *328*(7433), 220. doi: 10.1136/bmj.328.7433.220

- Lohaus, A., & Ball, J. (2006). *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern*: Hogrefe Verlag.
- Loos, C., Briancon, S., Frimat, L., Hanesse, B., & Kessler, M. (2003). Effect of end-stage renal disease on the quality of life of older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*(2), 229-233.
- Lowes, R. (1998). Patient-centered care for better patient adherence. *Fam Pract Manag*, *5*(3), 46-47, 51-44, 57.
- Lustman, P., Griffith, L., & Clouse, R. (1996). Recognizing and managing depression in patients with diabetes. In B. Anderson & R. Rubin (Eds.), *Practical Psychology for Diabetes Clinicians: How to Deal with the Key Behavioral Issues Faced by Patients and Health Care Teams*. (pp. 143-154): Alexandria, VA: American Diabetes Association.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., de Groot, M., Carney, R. M., & Clouse, R. E. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, *23*(7), 934-942. doi: 10.2337/diacare.23.7.934
- Lustman, P. J., Frank, B. L., & McGill, J. B. (1991). Relationship of personality characteristics to glucose regulation in adults with diabetes. *Psychosom Med*, *53*(3), 305-312.
- Mandel, S. E., Davis, B. A., & Secic, M. (2013). Effects of music therapy and music-assisted relaxation and imagery on health-related outcomes in diabetes education: a feasibility study. *Diabetes Educ*, *39*(4), 568-581. doi: 10.1177/0145721713492216
- Manski-Nankervis, J. A., Furler, J., Blackberry, I., Young, D., O'Neal, D., & Patterson, E. (2014). Roles and relationships between health professionals involved in insulin initiation for people with type 2 diabetes in the general practice setting: a qualitative study drawing on relational coordination theory. *BMC Fam Pract*, *15*, 20. doi: 10.1186/1471-2296-15-20
- Mazhar, K., Varma, R., Choudhury, F., McKean-Cowdin, R., Shtir, C. J., & Azen, S. P. (2011). Severity of diabetic retinopathy and health-related quality of life: the Los Angeles Latino Eye Study. *Ophthalmology*, *118*(4), 649-655. doi: 10.1016/j.ophtha.2010.08.003
- McCall, S. (1975). Quality of life Social Indicators Research.
- McPhee, S., & Φυσιολογία, Μ. Χ. Π. (2000). Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας: Αθήνα.
- Michels, H.-P. (1996). *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: psychosoziale Betreuung und Rehabilitation*: Dgvt-Verlag.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2016). *An introduction to health psychology*: Buckingham: Open University Press.

- Naicker, K., Overland, S., Johnson, J. A., Manuel, D., Skogen, J. C., Sivertsen, B., & Colman, I. (2017). Symptoms of anxiety and depression in type 2 diabetes: Associations with clinical diabetes measures and self-management outcomes in the Norwegian HUNT study. *Psychoneuroendocrinology*, *84*, 116-123. doi: 10.1016/j.psyneuen.2017.07.002
- Nathan, D. M., Buse, J. B., Davidson, M. B., Ferrannini, E., Holman, R. R., Sherwin, R., & Zinman, B. (2009). Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*, *32*(1), 193-203. doi: 10.2337/dc08-9025
- Nijrolder, I., van der Windt, D. A., & van der Horst, H. E. (2008). Prognosis of fatigue and functioning in primary care: a 1-year follow-up study. *Ann Fam Med*, *6*(6), 519-527. doi: 10.1370/afm.908
- Noroozi, Z., Hamidian, S., Khajeddin, N., Mehrabi Zadeh Honarmand, M., Zargar, Y., Rashidi, H., & Dolatshahi, B. (2017). Improving Depression, and Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes: Using Group Cognitive Behavior Therapy. *Iran J Psychiatry*, *12*(4), 281-286.
- Ostenson, C. G. (2001). The pathophysiology of type 2 diabetes mellitus: an overview. *Acta Physiol Scand*, *171*(3), 241-247. doi: 10.1046/j.1365-201x.2001.00826.x
- Otaka, H., Murakami, H., Nakayama, H., Murabayashi, M., Mizushiri, S., Matsumura, K., . . . Daimon, M. (2019). Association between insomnia and personality traits among Japanese patients with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Investig*, *10*(2), 484-490. doi: 10.1111/jdi.12927
- Pelizza, L., & Pupo, S. (2016). Brittle diabetes: Psychopathology and personality. *J Diabetes Complications*, *30*(8), 1544-1547. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2016.07.028
- Pereira, D. M., Shah, A., D'Souza, M., Simon, P., George, T., D'Souza, N., . . . Baliga, M. S. (2017). Quality of Life in People with Diabetic Retinopathy: Indian Study. *J Clin Diagn Res*, *11*(4), Nc01-nc06. doi: 10.7860/jcdr/2017/24496.9686
- Perrin, E. C., Stein, R. E., & Drotar, D. (1991). Cautions in using the Child Behavior Checklist: Observations based on research about children with a chronic illness. *Journal of pediatric psychology*, *16*(4), 411-421.
- Perrin, N. E., Davies, M. J., Robertson, N., Snoek, F. J., & Khunti, K. (2017). The prevalence of diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*, *34*(11), 1508-1520. doi: 10.1111/dme.13448
- Petermann, F., Walter, H., & Goldt, S. (2000). Asthma-verhaltenstraining mit vorschulkindern. *Asthma bronchiale. Göttingen: Hogrefe*, 137-189.
- Petrak, F., Herpertz, S., Stridde, E., & Pfutzner, A. (2013). Psychological insulin resistance in type 2 diabetes patients regarding oral antidiabetes treatment, subcutaneous insulin

- injections, or inhaled insulin. *Diabetes Technol Ther*, 15(8), 703-711. doi: 10.1089/dia.2012.0257
- Peveler, R. C., Fairburn, C. G., Boller, I., & Dunger, D. (1992). Eating disorders in adolescents with IDDM. A controlled study. *Diabetes Care*, 15(10), 1356-1360.
- Peyrot, M., McMurry, J. F., Jr., & Kruger, D. F. (1999). A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping and regimen adherence. *J Health Soc Behav*, 40(2), 141-158.
- Peyrot, M., & Rubin, R. R. (1997). Levels and Risks of Depression and Anxiety Symptomatology Among Diabetic Adults. *Diabetes Care*, 20(4), 585. doi: 10.2337/diacare.20.4.585
- Peyrot, M., & Rubin, R. R. (2007). Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: a conceptual review. *Diabetes Care*, 30(10), 2433-2440. doi: 10.2337/dc07-1222
- Pless, I. B., & Pinkerton, P. (1976). *Chronic childhood disorder: Promoting patterns of adjustment*: Year Book Medical Publishers, Incorporated.
- Poggi, A., Bizzotto, G., Devicienti, F., Vesan, P., & Villosio, C. (2011). Quality of life in Europe: Empirical evidence: LABORatorio R. Revelli, Centre for Employment Studies.
- Polonsky, W. (1999). *Diabetes burnout: What to do when you can't take it anymore*: American Diabetes Association.
- Polonsky, W. H., Davis, C. L., Jacobson, A. M., & Anderson, B. J. (1992). Correlates of hypoglycemic fear in type I and type II diabetes mellitus. *Health Psychol*, 11(3), 199-202.
- Polonsky, W. H., Fisher, L., Guzman, S., Villa-Caballero, L., & Edelman, S. V. (2005). Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes: the scope of the problem. *Diabetes Care*, 28(10), 2543-2545.
- Redekop, W. K., Koopmanschap, M. A., Stolk, R. P., Rutten, G. E., Wolffenbuttel, B. H., & Niessen, L. W. (2002). Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25(3), 458-463.
- Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). The DCCT Research Group. (1988). *Diabetes Care*, 11(9), 725-732. doi: 10.2337/diacare.11.9.725
- Resnikoff, S., Pascolini, D., Etya'ale, D., Kocur, I., Pararajasegaram, R., Pokharel, G. P., & Mariotti, S. P. (2004). Global data on visual impairment in the year 2002. *Bull World Health Organ*, 82(11), 844-851. doi: /S0042-96862004001100009
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Schirop, T., & Klapp, B. F. (2002). The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care*, 25(1), 35-42.

- Rubin, R., & Peyrot, M. (1994). Psychosocial problems in diabetes treatment: impediments to intensive self care. *Pract Diabetol*, *13*, 8-14.
- SAGE. (2008). *The SAGE Handbook of Health Psychology*. London: SAGE Publications Ltd.
- Saisho, Y. (2018). Use of Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire in Diabetes Care: Importance of Patient-Reported Outcomes. *International journal of environmental research and public health*, *15*(5), 947. doi: 10.3390/ijerph15050947
- Schabert, J., Browne, J. L., Mosely, K., & Speight, J. (2013). Social stigma in diabetes : a framework to understand a growing problem for an increasing epidemic. *Patient*, *6*(1), 1-10. doi: 10.1007/s40271-012-0001-0
- Scherrer, J. F., Xian, H., Lustman, P. J., Franz, C. E., McCaffery, J., Lyons, M. J., . . . Kremen, W. S. (2011). A test for common genetic and environmental vulnerability to depression and diabetes. *Twin Res Hum Genet*, *14*(2), 169-172. doi: 10.1375/twin.14.2.169
- Sevilla-Gonzalez, M. D. R., Quintana-Mendoza, B. M., & Aguilar-Salinas, C. A. (2017). Interaction Between Depression, Obesity, and Type 2 Diabetes: A Complex Picture. *Arch Med Res*, *48*(7), 582-591. doi: 10.1016/j.arcmed.2018.02.004
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*, *13*(2), 299-310. doi: 10.1023/b:qure.0000018486.91360.00
- Solomon, S. D., Chew, E., Duh, E. J., Sobrin, L., Sun, J. K., VanderBeek, B. L., . . . Gardner, T. W. (2017). Diabetic Retinopathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, *40*(3), 412-418. doi: 10.2337/dc16-2641
- Stover, J. C., Skelly, A. H., Holditch-Davis, D., & Dunn, P. F. (2001). Perceptions of health and their relationship to symptoms in African American women with type 2 diabetes. *Appl Nurs Res*, *14*(2), 72-80. doi: 10.1053/apnr.2001.22372
- Tak-Ying Shiu, A., Kwan, J. J., & Wong, R. Y. (2003). Social stigma as a barrier to diabetes self-management: implications for multi-level interventions. *J Clin Nurs*, *12*(1), 149-150.
- Talbot, F., & Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? *Diabetes Care*, *23*(10), 1556-1562.
- Trikkalinou, A., Papazafiropoulou, A. K., & Melidonis, A. (2017). Type 2 diabetes and quality of life. *World J Diabetes*, *8*(4), 120-129. doi: 10.4239/wjd.v8.i4.120
- Uchendu, C., & Blake, H. (2017). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy on glycaemic control and psychological outcomes in adults with diabetes mellitus: a

- systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabet Med*, 34(3), 328-339. doi: 10.1111/dme.13195
- Waterman, A. S., Schwartz, S. J., & Conti, R. (2008). The Implications of Two Conceptions of Happiness (Hedonic Enjoyment and Eudaimonia) for the Understanding of Intrinsic Motivation. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 41-79. doi: 10.1007/s10902-006-9020-7
- WHOQOL. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41(10), 1403-1409.
- Wijeratne, C., Hickie, I., & Brodaty, H. (2007). The characteristics of fatigue in an older primary care sample. *J Psychosom Res*, 62(2), 153-158. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.09.011
- Williams, R., Airey, M., Baxter, H., Forrester, J., Kennedy-Martin, T., & Girach, A. (2004). Epidemiology of diabetic retinopathy and macular oedema: a systematic review. *Eye (Lond)*, 18(10), 963-983. doi: 10.1038/sj.eye.6701476
- ΕΛΛΗΝΙΚΗΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΕΤΑΙΡΕΙΑ. (2019). Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς.
- Κάβουρα, Μ., Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Μ., & Βανδώρου, Χ. (2003). Ποιότητα Ζωής. *Ιατρικό τμήμα Janssen-Cilag, Αθήνα.*
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. *Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253.
- Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2015). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*: Papazisis Publishers.
- Παπακόστας, Ι. (1994). Γνωσιακή ψυχοθεραπεία: Θεωρία και πράξη. *Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς.*
- Πήτα, Ρ., Γρηγοριάδου, Ε., Μαρίνα, Ε., Κουβάτσου, Ζ., Διδάγγελος, Τ., & Καραμήτσος, Δ. (2006). Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1.
- Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Αντωνοπούλου, Β., Τομαράς, Β., & Χριστοδούλου, Γ. (2003). Εγχειρίδιο ποιότητας ζωής με άξονα το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100: Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 24, 6-18.
- Υφαντόπουλος, Ι. (2003). Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. *Νέα Υγεία*, 36(1), 4-7.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έντυπο Ατομικής Συγκατάθεσης

Καλείστε να συμμετάσχετε στη διεξαγωγή επιστημονικής έρευνας, η οποία εντάσσεται στο πλαίσιο διατριβής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Προτού αποφασίσετε να δηλώσετε συμμετοχή, είναι σημαντικό να σας περιγραφεί με σαφήνεια η έρευνα σε γλώσσα οικεία προς εσάς.

Τα παρακάτω συνιστούν τους όρους προς τους οποίους συγκατατίθεστε όταν υπογράφετε το παρόν έντυπο συγκατάθεσης:

Ο ερευνητής σας έχει εξηγήσει (1)τους σκοπούς της έρευνας, (2)τις διαδικασίες και πόσο αυτή θα διαρκέσει, (3)τις δυσχέρειες και τα οφέλη της έρευνας, (4)τον τρόπο με τον οποίο θα τηρηθεί η εμπιστευτικότητα. Είναι σημαντικό να απαντηθούν οι ερωτήσεις των ερωτηματολογίων με ειλικρίνεια. Τα δημογραφικά στοιχεία που ζητούνται θα χρησιμοποιηθούν μόνο για στατιστικούς λόγους και σε καμιά περίπτωση δε θα κοινοποιηθούν σε τρίτους. Το ιατρικό απόρρητο θα τηρηθεί αυστηρά. Παρακαλείσθε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Μπορείτε να ενημερώνεστε από τον ερευνητή στην περίπτωση που έχετε απορίες που σχετίζονται με την έρευνα, πληροφορίες για την έκβαση της θα χρησιμοποιούνται ανώνυμα και ΜΟΝΟ για επιστημονικούς σκοπούς.

Η συμμετοχή σας σε αυτήν την έρευνα είναι εθελοντική και δεν θα υποστείτε κυρώσεις εάν αρνηθείτε να συμμετάσχετε ή εφόσον αποφασίσετε να διακόψετε ενώ έχετε ήδη δηλώσει τη συγκατάθεσή σας.

Υπογράφοντας το παρόν έγγραφο αναγνωρίζετε ότι ενημερωθήκατε προφορικώς και ότι συμφωνείτε εθελοντικά να συμμετάσχετε σε αυτήν.

Υπογραφή Συμμετέχοντος

Ημερομηνία

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥ

Δ.1	Πότε γεννηθήκατε;		1	9		
Δ.2	Φύλο:	Άνδρας	1	Γυναίκα	2	
Δ.3	Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει;					
	Απόφοιτος Δημοτικού -----				1	
	Απόφοιτος Γυμνασίου -----				2	
	Απόφοιτος Λυκείου -----				3	
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ -----				4	
	ΔΑ (αυθ.) -----				9	
Δ.4	Οικογενειακή κατάσταση					
	Άγαμος/η -----				1	
	Έγγαμος/η -----				2	
	Διαζευγμένος/η -----				3	
	Χήρος/α -----				4	
	ΔΑ (αυθ.) -----				9	
Δ.5	Θέση στην απασχόληση					
	Εργοδότης εκτός γεωργών, κτηνοτρόφων, ψαράδων (απασχολεί μισθωτούς σε μόνιμη βάση) -----				1	
	Αυτοαπασχολούμενος εκτός γεωργών, κτηνοτρόφων, ψαράδων -----				2	
	Μισθωτός του δημόσιου τομέα -----				4	
	Μισθωτός του ιδιωτικού τομέα -----				5	
	Άνεργος -----				6	
	Συνταξιούχος -----				7	
	Νοικοκυρά -----				8	
	Φοιτητής/Σπουδαστής/Μαθητής -----				9	
	Στρατιώτης -----				10	
	Εισοδηματίας -----				11	
	Άλλο (πι;) -----				12	
	ΔΑ (αυθ.) -----				99	
Δ.6	Ποιο είναι το Ασφαλιστικό σας Ταμείο					

	ΔΑ (αυθ.) -----				9	
Δ.7	Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας;					

Ναι -----	1
Όχι -----	2
ΔΑ (αυθ.) -----	9

Δ.8 Το σπίτι σας είναι Διαμέρισμα **1** Μονοκατοικία **2**

Δ.9 Και είναι Ιδιόκτητο, Ενοικιαζόμενο ή σας έχει παραχωρηθεί δωρεάν;

Ιδιόκτητο -----	1
Ενοικιαζόμενο -----	2
Σας έχει παραχωρηθεί δωρεάν -----	3
ΔΑ (αυθ.) -----	9

Δ.10 Σε ποια θέση της κλίμακας βρίσκεται το συνολικό, μηνιαίο, οικογενειακό εισόδημα του νοικοκυριού σας;

Λιγότερο από 440,00 ευρώ -----	1
440,01-880,42 ευρώ -----	2
883,34-1.320,6 ευρώ -----	3
1.323,5-1.760,82 ευρώ -----	4
1.763,75-2.201,00 ευρώ -----	5
2.204,00-2.461,23 ευρώ -----	6
Πάνω από 2.642,00 ευρώ -----	7
ΔΑ (αυθ.) -----	9

ΥΨΟΣ:

ΒΑΡΟΣ:

Πάσχετε από άλλη νόσο (οργανική, ψυχική);

Ναι

Όχι

Βιοχημικοί δείκτες

Σάκχαρο:

Κρεατινίνη:

HbA1c:

Οφθαλμολογικοί Δείκτες

Ημερομηνία τελευταίας βυθοσκόπησης:

Διάγνωση Διαβητικής Αμφιβληστροειδοπάθειας (Δ.Α.)

ΝΑΙ:

Στάδιο:

ΟΧΙ:

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Λήψη ινσουλίνης:

Αντιδιαβητική αγωγή:

Χρονική διάρκεια που νοσείτε από Σ.Δ. ΙΙ (από την ημερομηνία της 1^{ης} διάγνωσης):

Αντικαταθλιπτική αγωγή:

Υπναγωγά, αγχολυτικά, νευροληπτικά φάρμακα:

Άλλη αγωγή:

Έχετε επισκεφτεί πρόσφατα ή στο παρελθόν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας (ψυχίατρο, ψυχολόγο);

«Σύντομη έκδοση της κλίμακας Life Satisfaction (Diener, 1985) για τη μέτρηση της ικανοποίησης από τη ζωή».

Παρακαλούμε να βάλετε σε κύκλο την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο

1. Η ζωή μου είναι με πολλούς τρόπους σχεδόν ιδεώδης

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ κάπως	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

2. Οι συνθήκες της ζωής μου είναι εξαιρετικές

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ κάπως	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

3. Είμαι απόλυτα ικανοποιημένος από τη ζωή μου

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ κάπως	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

4. Μέχρι τώρα έχω πάρει ό,τι καλύτερο από τη ζωή

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ κάπως	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

5. Αν ήταν να ξαναζήσω από την αρχή, δεν θα άλλαζα τίποτα

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ κάπως	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ WHOQOL-BREF
(Ποιότητας ζωής)

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής του ατόμου, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα της ζωής του.

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες της ζωής σας.

Παράδειγμα ερώτησης:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Έχετε από τους άλλους την συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Για παράδειγμα, εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 5 που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση «Απόλυτα». Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε καθόλου ικανοποιητικό βαθμό την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 1, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση «Καθόλου».

Παρακαλούμε αφού διαβάσετε τις δύο ακόλουθες ερωτήσεις, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε γενικά για την υγεία και την ποιότητα της ζωής σας. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε ορισμένες καταστάσεις (π.χ. σωματικούς πόνους). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή ζωή;	1	2	3	4	5
5	Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από εξωτερικούς κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι παρακάτω ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε τη δυνατότητα ή και την ικανότητα να βιώνετε ορισμένες καταστάσεις που αφορούν σε ένα συγκεκριμένο τομέα της ζωής σας (π.χ. την δυνατότητα ή και ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.ά.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Πόσο καλά μπορείτε να αποδεχτείτε την εικόνα του σώματός σας (εξωτ. εμφάνιση)	1	2	3	4	5
12	Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα διαθέσιμες είναι οι πληροφορίες που χρειάζεστε για την καθημερινότητά σας;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο και ευκαιρίες για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε από διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Πολύ δυσα- ρεστημένος/η	Δυσα- ρεστημένος /η	Ούτε δυσα- ρεστημένος /η ούτε ικανοποι- ημένος/η (Ουδέτερος)	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανοποι- ημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/η	Δυσ- ρεστημένος /η	Ούτε δυσ- ρεστημένος /η ούτε ικανοποι- ημένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανοποιη- μένος/η
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις συνθήκες που υπάρχουν στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση αφορά το πόσο συχνά νιώσατε κάποια συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες;

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος /η	Ούτε δυσαρεστημένος /η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τους ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;	1	2	3	4	5
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις επιδιώξεις και τα προσόντα σας)	1	2	3	4	5

Ευχαριστώ για τη συνεργασία σας.

Κλίμακα ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist-90-R, SCL-90-R)

L.R. Derogatis, 1977

Ελληνική στάθμιση & προσαρμογή: Σ. Ντώνιας, Α. Καραστεργίου, Ν. Μάνος 1991

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος από προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Διάβασε προσεκτικά το καθένα. Έπειτα, διάλεξε εκείνο τον αριθμό ο οποίος περιγράφει καλύτερα το ΠΟΣΟ ΠΟΛΥ Σ' ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΕ Ή Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΕ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΥΤΟ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΣΕ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΜΕΡΑΣ. Βάλε τον αριθμό στο τετράγωνο που βρίσκεται στα δεξιά του κάθε ενοχλήματος ή προβλήματος. Μην παραλείψεις κανένα και σημείωσε τον αριθμό σου. Διάβασε το παρακάτω παράδειγμα προτού αρχίσεις, κι αν έχεις απορίες ζήτησε να σου τις εξηγήσουν.

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	Απάντηση	0: Καθόλου 1: Λίγο 2: Μέτρια 3: Πολύ 4: Πάρα πολύ
Π.χ. Πόνοι στο σώμα σου...	3	
ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	0: Καθόλου 1: Λίγο 2: Μέτρια 3: Πολύ 4: Πάρα πολύ	

1. Πονοκέφαλοι
2. Νευρικότητα ή ταραχή μέσα σου
3. Επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δεν φεύγουν από το μυαλό σου
4. Τάση για λιποθυμία ή ζάλη
5. Απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης στο σεξ
6. Διάθεση να κρίνεις του άλλους

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	0: Καθόλου
	1: Λίγο
	2: Μέτρια
	3: Πολύ
	4: Πάρα πολύ

7. Η ιδέα ότι κάποιος άλλος μπορεί να ελέγχει τις σκέψεις σου
8. Η αίσθηση ότι άλλοι φταίνε για τα περισσότερα από τα βάσανά σου
9. Δυσκολία να θυμάσαι
10. Δυσφορία για τσαπατσουλιά ή αμέλεια
11. Το να νιώθεις ενοχλημένος(η) ή τσαντίλα
12. Πόνοι στην καρδιά ή στο στήθος.....
-
13. Το να νιώθεις φόβο σ' ανοιχτούς χώρους ή στο δρόμο.....
14. Το να νιώθεις πεσμένη ή επιβραδυμένη την ενεργητικότητά σου
15. Σκέψεις να βάλεις τέλος στη ζωή σου
16. Το ν' ακούς φωνές που οι άλλοι δεν τις ακούν
17. Τρεμούλα
18. Το να νιώθεις ότι τους περισσότερους ανθρώπους δεν μπορείς να τους εμπιστευτείς
19. Ανορεξία.....
20. Εύκολο κλάμα
21. Το να νιώθεις ντροπαλός(ή) ή όχι άνετα με το άλλο φύλο
22. Το να νιώθεις παγιδευμένος(η) ή σε αδιέξοδο

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:

- 0: Καθόλου**
- 1: Λίγο**
- 2: Μέτρια**
- 3: Πολύ**
- 4: Πάρα πολύ**

23. Ξαφνικός φόβος χωρίς λόγο.....
24. Εκρήξεις θυμού που δεν μπορείς να ελέγξεις.....
25. Το να φοβάσαι να βγεις από το σπίτι μόνος(η) σου.....
26. Το να κατηγορείς τον εαυτό σου για διάφορα πράγματα.....
27. Πόνοι στη μέση.....
28. Το να νιώθεις μπλοκαρισμένος(η) να βγάλεις πέρα τις δουλειές σου
-
29. Το να νιώθεις μοναξιά.....
30. Το να νιώθεις τα κέφια σου πεσμένα
31. Το ν' ανησυχείς υπερβολικά για διάφορα πράγματα
32. Το να μην ενδιαφέρεσαι για ό,τι συμβαίνει
33. Το να νιώθεις φοβισμένος(η)
34. Το να πληγώνονται εύκολα τα αισθήματά σου
35. Το να γνωρίζουν οι άλλοι τις προσωπικές σου σκέψεις.....
36. Το να αισθάνεσαι ότι οι άλλοι δεν σε καταλαβαίνουν ή δεν σε συμπονούν.....
37. Το να νιώθεις ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σου ή δεν σε χωνεύουν
38. Το να είσαι αναγκασμένος(η) να κάνεις όλα τα πράγματα
πολύ αργά για να είσαι σίγουρος(η) πως θα γίνουν σωστά

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	0: Καθόλου
	1: Λίγο
	2: Μέτρια
	3: Πολύ
	4: Πάρα πολύ

39. Το να χτυπάει η καρδιά σου πολύ δυνατά ή πολύ γρήγορα.....
40. Ναυτία ή ανακάτεμα στο στομάχι
41. Το να νιώθεις κατώτερος(η) από τους άλλους
42. Πόνοι και ευαισθησία στους μυς
43. Το να νιώθεις ότι σε παρακολουούν ή σε σχολιάζουν
44. Δυσκολία να σε πάρει ο ύπνος
45. Το να νιώθεις την ανάγκη να ελέγχεις και να ξαναελέγχεις ό,τι κάνεις.....
46. Δυσκολία να παίρνεις αποφάσεις.....
47. Το να φοβάσαι να ταξιδέψεις με λεωφορείο, τρένο ή τον υπόγειο.....
48. Δυσκολία να πάρεις αναπνοή.....
49. Ξαφνικά αισθήματα ζέστης ή κρύου
50. Το να είσαι αναγκασμένος(η) ν' αποφεύγεις ορισμένα πράγματα ή χώρους ή δραστηριότητες, επειδή σε φοβίζουν
51. Το να σταματάει το μυαλό σου
52. Μουδιάσματα ή τσιμπήματα σε διάφορα μέρη του σώματος.....
53. Κόμπος στο λαιμό.....
54. Το να νιώθεις χωρίς ελπίδα για το μέλλον

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:

0: Καθόλου

1: Λίγο

2: Μέτρια

3: Πολύ

4: Πάρα πολύ

55. Δυσκολία να συγκεντρωθείς
56. Το να νιώθεις αδυναμία σ' ορισμένα μέρη του σώματός σου.....
57. Το να νιώθεις υπερένταση ή τεντωμένος(η)
58. Το να νιώθεις τα χέρια ή τα πόδια σου βαριά
59. Σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνεις
60. Το να τρως υπερβολικά.....
61. Το να νιώθεις άνετα όταν οι άλλοι σε κοιτάζουν ή μιλούν για σένα
62. Το να έχεις σκέψεις που δεν είναι δικές σου.....
63. Το να σου 'ρχεται να χτυπήσεις, να τραυματίσεις ή να κάνεις κακό σε κάποιον...
64. Το να ξυπνάς παλύ νωρίς το πρωί.....
65. Το να νιώθεις την ανάγκη να επαναλαμβάνεις τις ίδιες πράξεις, όπως π.χ. να πλένεσαι, να μετράς, να αγγίζεις.....
66. Υπνος ανήσυχος ή ταραγμένος.....
67. Το να σου 'ρχεται να σπάσεις ή να τα κάνεις κομμάτια
68. Το να έχεις ιδέες ή πεποιθήσεις που δεν τις συμμερίζονται οι άλλοι
69. Το να παρατηρείς συνέχεια τον εαυτό σου και να νιώθεις άβολα όταν βρίσκεσαι με άλλους.....

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	0: Καθόλου
	1: Λίγο
	2: Μέτρια
	3: Πολύ
	4: Πάρα πολύ

70. Το να μην νιώθεις άνετα όταν βρίσκεσαι μέσα σε πλήθος, όπως π.χ. στην αγορά ή στον κινηματογράφο.....
71. Το να νιώθεις ότι το καθετί χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια.....
72. Επεισόδια τρόμου ή πανικού
73. Το να μην νιώθεις άνετα όταν τρως ή πίνεις μπροστά σε άλλους
74. Το να καβγαδίζεις συχνά.....
75. Το να νιώθεις ανήσυχος(η) όταν μένεις μόνος(η).....
-
76. Το να μην σου αναγνωρίζουν οι άλλοι όσο πρέπει τα επιτεύγματά σου
77. Το να νιώθεις μόνος(η) ακόμη κι όταν βρίσκεσαι μαζί με άλλους.....
78. Το να νιώθεις τόσο ανήσυχος(η) ώστε να μην μπορείς να κάτσεις σ' ένα μέρος ...
79. Αισθήματα αναξιότητας.....
80. Το αίσθημα ότι κάτι κακό θα συμβεί
81. Το να βάζεις τις φωνές ή να πετάς πράγματα
82. Το να φοβάσαι ότι θα λιποθυμήσεις μπροστά σε κόσμο
83. Το να νιώθεις πως οι άλλοι θα σ' εκμεταλλευτούν αν τους αφήσεις.....
84. Το να κάνεις σκέψεις για το σεξ που σου είναι ενοχλητικές
85. Η ιδέα ότι θα πρέπει να τιμωρηθείς για τις αμαρτίες σου
86. Σκέψεις και εικόνες τρομαχτικές

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:

- 0: Καθόλου**
- 1: Λίγο**
- 2: Μέτρια**
- 3: Πολύ**
- 4: Πάρα πολύ**

87. Η ιδέα ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει με το σώμα σου.....
88. Το να μην νιώθεις ποτέ κοντά σε άλλο άτομο
89. Αισθήματα ενοχής.....
90. Η ιδέα ότι κάτι δεν πάει καλά με το μυαλό σου.

