



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ»**  
**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΤΑΡΑΝΤΙΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

**Δρ ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ**

**Δρ ΦΕΦΕΣ ΜΙΧΑΗΛ**

**Δρ ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΥ ΗΛΕΚΤΡΑ**

Κόρινθος, 2015

Copyright © Ταραντίλη Βασιλική, 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τη συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τη συγγραφέα και μόνο.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>5</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>6</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>1. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ</b>	
1.1 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί	7
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	7
1.3 Αιτιοπαθογένεια	9
1.4 Κληρονομικότητα Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1	11
1.5 Κληρονομική προδιάθεση Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2	11
1.6 Παράγοντες κινδύνου Σακχαρώδη Διαβήτη	12
1.7 Διάγνωση Σακχαρώδη Διαβήτη	12
1.8 Συμπτωματολογία του Σακχαρώδη Διαβήτη	14
1.9 Οι κυριότερες επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη	15
<i>1.9.1 Οξείες επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη</i>	15
<i>1.9.2 Χρόνιες επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη</i>	16
1.10 Θεραπευτική αγωγή του Σακχαρώδη Διαβήτη	17
<i>1.10.1 Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1</i>	18
<i>1.10.2 Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2</i>	18
1.11 Ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη	19
1.12 Νομοθεσία για τους διαβητικούς ασθενείς	19

<b>2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ</b>	
2.1 Η θεωρία για το ανθρώπινο σώμα	27
2.2 Η υγεία και η ποιότητα ζωής	28
2.3 Ορισμός ποιότητας ζωής	29
2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής	29
2.5 Χρόνιες νόσοι και ποιότητα ζωής	30
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
1. Σκοπός μελέτης	33
2. Σχεδιασμός ποιοτικής έρευνας – Μεθοδολογία	34
3. Αποτελέσματα	37
3.1 Διάγνωση του διαβήτη	38
3.2 Κοινωνική ζωή	40
3.3 Θεραπευτική ομάδα ή γιατρός και σχέσεις	43
3.4 Ατομικές στάσεις και αντιλήψεις	44
4. Συζήτηση - Συμπεράσματα	47
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	49
1. Διεθνής Βιβλιογραφία	49
2. Ελληνική Βιβλιογραφία	55
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	57

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία και επηρεάζει αρνητικά τους δείκτες υγείας, λόγω της χρονιότητας ως νόσου και των επιπλοκών του. Επιπλέον, οι παγκόσμιες επιδημιολογικές μελέτες επιβεβαιώνουν το γεγονός της ταχείας αύξησης των κρουσμάτων διαβήτη και της πτωχής ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών.

**ΣΚΟΠΟΣ** της μελέτης ήταν η διερεύνηση των συνεπειών του διαβήτη στην ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από τη νόσο και γενικότερα σε τομείς της κοινωνικής τους ζωής.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μεθοδολογία της μελέτης περιελάμβανε ποιοτική ημιδομημένη συνέντευξη. Ο αριθμός του δείγματος που επιλέχθηκε να συμμετάσχει στη μελέτη ήταν δέκα διαβητικοί ασθενείς από διαφορετικά κοινωνικά, οικονομικά μορφωτικά επίπεδα, διαφορετική οικογενειακή κατάσταση, τρόπο ζωής και, μέρος αυτών, κουλτούρα. Από τους δέκα συνεντευξιαζόμενους – πληροφορητές, οι έξι ήταν γυναίκες και οι τέσσερις άντρες. Η διαδικασία πρόσβασης διήρκησε δύο μήνες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τη μελέτη φάνηκε ότι η ποιότητα της ζωής ενός διαβητικού ασθενή επηρεάζεται σε όλες της τις εκφράσεις της ζωής του. Οι απαγορεύσεις στη διατροφή, η συχνή παρακολούθηση από τη θεραπευτική ομάδα, το άγχος που δημιουργείται για την επίτευξη του καλού γλυκαιμικού ελέγχου, η αλλαγή του τρόπου ζωής, οι επιπλοκές της ασθένειας, το κοινωνικό στίγμα, η αβεβαιότητα για το μέλλον, καθώς και η κατά περίπτωση, αρνητική ψυχολογία που εκφράζεται ως συνέπεια της χρονιότητας της νόσου, αποτελούν βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του διαβητικού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η καλή ρύθμιση του σακχάρου του αίματος και η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή, διατηρούν καλή ποιότητα ζωής στο παρόν και δημιουργούν θετικά μελλοντικά αισθήματα. Σκοπός των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να είναι η σωστή γλυκαιμική ρύθμιση των διαβητικών ασθενών και η διατήρηση ή η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, μέσω ηθικής και ψυχολογικής στήριξης και ενσυναίσθησης.

## **ΛΕΞΕΙΣ –ΚΛΕΙΔΙΑ: ποιότητα ζωής, σακχαρώδης διαβήτης, στάσεις και αντιλήψεις**

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η διαχείριση μιας χρόνιας νόσου, όπως ο διαβήτης, αποτελεί βαρύ φορτίο για τον άνθρωπο, καθώς πρέπει να αναπροσαρμόσει τη ζωή και τις συνήθειές του σε μια νέα πραγματικότητα. Στην προσπάθεια αποδοχής της νέας κατάστασης πολλοί ασθενείς δεν τα καταφέρνουν με αποτέλεσμα την πτωχή ποιότητα της ζωής τους, η οποία με τη σειρά της επιδεινώνει την πορεία της χρόνιας νόσου.

Η μελέτη αυτή διεξήχθη στα πλαίσια της απόκτησης του διπλώματος από το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας», του Τμήματος της Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Το θέμα της μελέτης επιλέχθηκε λαμβάνοντας υπόψη τη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και διαβήτη, ως ένας ιδιαίτερος τομέας ενδιαφέροντος, αφού έχει φανεί ότι η πτωχή ποιότητα ζωής σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα και θνησιμότητα, επιδείνωση της λειτουργικής ικανότητας και της επαγγελματικής ανικανότητας, καθώς και μειωμένη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και των παρεμβάσεων για τη γλυκαιμική ρύθμιση.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέπων Καθηγητή μου Δρ Σπυριδάκη Εμμανουήλ, για τη βοήθεια και την καθοδήγησή του σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της διπλωματικής εργασίας, την άψογη συνεργασία που μου προσέφερε και την κατανόησή του.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

### 1.1 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

#### *Ο Σακχαρώδης Διαβήτης*

Αποτελεί χρόνια νόσο που χαρακτηρίζεται από διαταραγμένη ομοιοστασία της γλυκόζης, στην οποία παρατηρείται αύξηση των επιπέδων σακχάρου του αίματος επειδή διατίθεται ανεπαρκώς η ινσουλίνη στον οργανισμό. Συνοδεύεται από γενική διαταραχή του μεταβολισμού, εκτός της γλυκόζης, των αμινοξέων και των λιπών. Τα συμπτώματα μεταξύ των ασθενών είναι υποκειμενικά και η εξέλιξη της νόσου είναι απρόβλεπτη (Harris et al, 1997).

### 1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο διαβήτης αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα που είναι αδύνατον να αγνοηθεί. Οι παγκόσμιες επιδημιολογικές μελέτες επιβεβαιώνουν το γεγονός της ταχείας αύξησης των κρουσμάτων διαβήτη. Ο διαβήτης τύπου 2 παρουσιάζει άνοδο κυρίως στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες. Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization – WHO), το 1995 οι διαβητικοί ασθενείς παγκοσμίως ανέρχονταν στα 135 εκατομμύρια, το 2000 στα 171 εκατομμύρια, το 2006 στα 230 εκατομμύρια και εκτιμάται ότι το 2025 θα υπάρξει αύξηση των διαβητικών κατά 54,5% (WHO, 1997; WHO, 2002; Wild et al, 2004). Το 2030 αναμένεται ότι ο πληθυσμός των διαβητικών θα αγγίξει τα 366 εκατομμύρια, γεγονός που θα σημαίνει ότι ένας στους 14 ενήλικες ανά την υφήλιο θα πάσχει από διαβήτη. Το 80% των διαβητικών παγκοσμίως ζει στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου στα επόμενα 20 έτη αναμένεται αύξηση του αριθμού των ασθενών με διαβήτη κατά 150% (King et al, 1998; Unwin & Marlin, 2004; Mayor, 2006). Περίπου το 46% των διαβητικών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 40-59 ετών. Αν δεν ληφθούν άμεσα μέτρα, υπολογίζεται ότι οι θάνατοι από διαβήτη θα αυξηθούν κατά 50% την επόμενη πενταετία. Η Διεθνής Ομοσπονδία για τον Διαβήτη (International Diabetes Federation

- IDF) υποστηρίζει ότι το 2007 περίπου 3,8 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους εξαιτίας του διαβήτη, αριθμός που υπερβαίνει τους θανάτους από AIDS και ελονοσία (Wild et al, 2004).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, σύμφωνα με τα επίσημα στατιστικά στοιχεία, το 2007 αναφέρεται ότι το 7,8% του γενικού πληθυσμού (23,6 εκατομμύρια) πάσχουν από διαβήτη, με διαγνωσμένους 17,9 εκατομμύρια διαβητικούς, 57 εκατομμύρια άτομων με προδιαβήτη και 1,6 εκατομμύρια νέων περιπτώσεων διαβητικών ανά έτος, στις ηλικίες άνω των 20 ετών. Ένα στα 400 παιδιά και εφήβους διαγιγνώσκεται κάθε χρόνο με διαβήτη τύπου 1 και 2 εκατομμύρια έφηβοι έχουν προδιαβήτη. Στην ηλικιακή ομάδα από 20 ως 60 ετών οι διαβητικοί είναι 23,5 εκατομμύρια ή το 10,7% του συνόλου του πληθυσμού. Άνω των 60 ετών οι διαβητικοί ανέρχονται στα 12,2 εκατομμύρια ή στο 23,1% του συνόλου του πληθυσμού. Δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές ως προς το φύλο, αφού τα ποσοστά σε άνδρες και γυναίκες είναι σχεδόν ίσα (άνδρες 11,2% και γυναίκες 10,2%). Παρατηρούνται υψηλότερα όμως ποσοστά σε σχέση με την εθνικότητα, 6,6% στους λευκούς αμερικανούς, 7,5% στους ασιατικής καταγωγής αμερικανούς, 11,8% στους αφροαμερικανούς και 10,4% στους ισπανόφωνους αμερικανούς. Τα ίδια στοιχεία αναφέρουν 233,619 θανάτους το 2005, που σχετίζονται με τον διαβήτη (ADA, 2007).

Στην Ευρώπη καταγράφονται το 2007 περίπου 53,2 εκατομμύρια ενήλικες διαβητικοί, σε ποσοστό 6,6% επί του συνολικού πληθυσμού, ενώ το 2025 αναμένεται ο αριθμός αυτός να φτάσει τα 64,1 εκατομμύρια, 7,8% του γενικού πληθυσμού, αύξηση δηλαδή του επιπολασμού κατά 20,6% (Storving et al, 2003; IDF, 2007).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον Άτλαντα για τον Διαβήτη, το 2007 το ποσοστό των ενηλίκων διαβητικών υπολογίζεται στο 8,6% (736.700 άτομα), ενώ το 2025 θα αγγίξει το 9,7% του συνόλου του πληθυσμού. Αποτελέσματα μελετών παρατήρησης έδειξαν ότι το ποσοστό εμφάνισης του αυτοαναφερόμενου διαβήτη αυξήθηκε από 2,4% στο 3,1% μεταξύ των ετών 1974 - 1990 (Katsilambros et al, 1993), ενώ ο επιπολασμός του ΣΔ τύπου 2 στην μελέτη ΑΤΤΙΚΗ το έτος 2001 ήταν 7,6% στους άντρες και 5,9% στις γυναίκες (Gikas et al, 2004; Panagiotakos et al, 2004).

Με βάση πρόσφατα στοιχεία της μελέτης ΑΤΤΙΚΗ (2001-2006), η αδρή πενταετής επίπτωση ΣΔ ήταν 58 ανά 1000 άντρες και 53 ανά 1000 γυναίκες ( $p=0.64$ ). Επομένως θα μπορούσε να υποθεθεί ότι το ετήσιο ποσοστό επίπτωσης είναι 1,16% στους άντρες και 1,06% στις γυναίκες. Ο λόγος του ποσοστού επίπτωσης ΣΔ των αντρών προς τις



γυναίκες ήταν περίπου 1 προς 1 σε όλες σχεδόν τις ηλικιακές ομάδες. Ωστόσο, στην ηλικιακή ομάδα των 65-75 ετών οι άντρες ήταν 1,5 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν διαβήτη σε σύγκριση με τις γυναίκες, ενώ στους συμμετέχοντες που ήταν άνω των 75 ετών οι γυναίκες ήταν 1,56 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν διαβήτη σε σχέση με τους άντρες. Επίσης, βρέθηκε ότι ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη αυξάνεται κατά 5,6% ανά έτος ηλικίας (95% ΔΕ 4,0%-7,2%). Οι μελέτες στον ελληνικό πληθυσμό δείχνουν τριπλασιασμό των ατόμων με ΣΔ τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με αποτελέσματα άλλων επιδημιολογικών μελετών στη Βόρεια Αμερική και σε χώρες της Μεσογείου (Harrison et al, 2003; Geiss et al, 2006; Evans et al, 2007; Fox, 2006; Dinsmoor, 2006). Αναλυτικότερα, ο επιπολασμός του ΣΔ στην Ελλάδα είναι στα ίδια περίπου επίπεδα με τις ΗΠΑ (9,6%)(Geiss et al, 2006), την Ισπανία (11%)(Valverde et al, 2006) και την Κύπρο (10,3%) (Loizou et al, 2006).

### **1.3 Αιτιοπαθογένεια**

Ο ΣΔ προκαλείται από σχετική ή απόλυτη έλλειψη της ινσουλίνης, πολυπεπτιδικής ορμόνης, η οποία παράγεται από τα β-κύτταρα της ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος, τα νησίδια του Langerhans. Η ινσουλίνη έχει πολυάριθμες και ποικίλες μεταβολικές και αγγειακές επιδράσεις. Παραδοσιακά η δράση της έχει συσχετιστεί με τη ρύθμιση του μεταβολισμού της γλυκόζης, αλλά επηρεάζει εξίσου σημαντικά τον μεταβολισμό των λιπιδίων και των πρωτεϊνών και έχει σημαντικές επιδράσεις στη λειτουργία των αγγείων, των αιμοπεταλίων, του νευρικού συστήματος και την ισορροπία των ηλεκτρολυτών του οργανισμού (Verges, 2005). Αναλυτικότερα, η ινσουλίνη:

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

Σε σχετική ή απόλυτη έλλειψη ινσουλίνης διαταράσσονται οι παραπάνω διεργασίες, με συνέπεια την διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των

λευκωμάτων, η οποία συνεπάγεται την αύξηση της τιμής του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία) (Kuzuya et al, 2002). Ανάλογα με την αιτιολογία, ο ΣΔ διακρίνεται σε:

- *διαβήτη τύπου 1*, που οφείλεται σε πρωτοπαθή παθοφυσιολογική βλάβη (αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, που οδηγεί σε ενδογενή έλλειψη ινσουλίνης),
- *διαβήτη τύπου 2*, που αφορά το 80% περίπου των περιπτώσεων διαβήτη. Οι περισσότεροι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 παρουσιάζουν πολλές διαφορετικές διαταραχές: Από τον κύριο παθοφυσιολογικό πυλώνα της ελλειμματικής λειτουργίας του β-παγκρεατικού κυττάρου στην 20ετία που διανύθηκε περάσαμε στη γνώση του έτερου παθοφυσιολογικού πυλώνα δημιουργίας του διαβήτη, που είναι ο πυλώνας της ιστικής ινσουλινοαντίστασης και η ανεπάρκεια του β-κυττάρου να ανταποκριθεί στην αντίσταση στην ινσουλίνη με ικανοποιητική αύξηση της έκκρισης ινσουλίνης. Στην τρέχουσα δεκαετία φαίνεται να ολοκληρώνεται η γνώση του παθοφυσιολογικού παζλ του διαβήτη με την αναγνώριση της σημασίας που έχει η μειονεκτική λειτουργία των ινκρετινικών ορμονών στον διαβήτη και την συνεπακόλουθη υπεργλυκαγοναιμία. Ο ΣΔ τύπου 2 συναντάται συχνά και στα παιδιά (Kahn, 1994; Knowler et al, 1997).
- *διαβήτη της κήσης*, που αφορά εμφάνιση διαταραχής της γλυκόζης για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μεταξύ της 24ης και 28ης εβδομάδας της κυφορίας, δεν σχετίζεται με το ΣΔ τύπου 1 ή 2 και, τις περισσότερες φορές, εξαφανίζεται μετά τη γέννηση του παιδιού. Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση του διαβήτη κήσης αποτελούν η προχωρημένη ηλικία της εγκύου και η παχυσαρκία (Colagiuri et al, 2005).
- *διάφορους ειδικούς τύπους διαβήτη*, που οφείλονται σε γνωστά γενετικά ή άλλα σύνδρομα, σε φάρμακα, σε ενδοκρινοπάθειες (σύνδρομο Cushing, φαιοχρωμοκύτωμα, ακρομεγαλία), λόγω παθήσεων που προσβάλλουν το πάγκρεας (χρόνια παγκρεατίτιδα, αιμοχρωμάτωση, κυστική ίνωση) κ.λ.π. (Davis et al, 1997; Bloomgarden, 1998; Colagiuri et al, 2005).

## 1.4 Κληρονομικότητα Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1

Ο διαβήτης τύπου 1 παρουσιάζεται σε άτομα με γενετική προδιάθεση αλλά περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή του.

- Όταν ο πατέρας έχει διαβήτη τύπου 1, το παιδί του έχει 6% πιθανότητα να αναπτύξει διαβήτη τύπου 1.
- Όταν η μητέρα έχει διαβήτη τύπου 1, το παιδί της έχει 1-3% πιθανότητα ανάπτυξης διαβήτη τύπου 1.
- Όταν και οι δύο γονείς έχουν διαβήτη τύπου 1 το παιδί τους έχει 10-25% πιθανότητα να αναπτύξει διαβήτη τύπου 1.
- Σε μονοωογενείς διδύμους, όταν το ένα από τα αδέλφια έχει διαβήτη τύπου 1, ο μονοωογενής δίδυμός του έχει 50% πιθανότητα ανάπτυξης διαβήτη τύπου 1.

Γενετικοί δείκτες (HLA DR3, DR4) μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε συγγενικά άτομα διαβητικών τύπου 1 για τον υπολογισμό πιθανότητας εμφάνισης διαβήτη τύπου 1. Επίσης, διάφορα αυτο-αντισώματα μπορούν να ανιχνευθούν στο αίμα πριν την ανακάλυψη διαβήτη τύπου 1 (αντισώματα έναντι των νησιδίων του παγκρέατος, έναντι ινσουλίνης, και έναντι της δεκαρβοξυλάσης του γλουταμινικού οξέος) (Malecki, 2005; Pearson, 2008).

## 1.5 Κληρονομική προδιάθεση Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2

Παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2 αποτελούν η ύπαρξη προδιαβήτη (ασυμπτωματική κατάσταση, στην οποία τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα είναι ψηλότερα του φυσιολογικού αλλά όχι τόσο υψηλά ώστε να χαρακτηρίζονται διαβήτη) (Wood et al, 2000) , η παχυσαρκία και ειδικά η εναπόθεση λίπους στην κοιλιακή χώρα, το ιστορικό διαβήτη της κύησης, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και το οικογενειακό ιστορικό διαβήτη τύπου 2.

- Όταν ο ένας γονέας έχει διαβήτη τύπου 2, που αναπτύχθηκε πριν την ηλικία των 50 ετών, κάθε ένα από τα παιδιά του έχει 15% πιθανότητα ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2.
- Εάν στο γονέα ο διαβήτης αναπτύχθηκε μετά την ηλικία των 50 ετών, η πιθανότητα ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2 σε κάθε ένα από τα παιδιά είναι 7,5%.

- Όταν και οι δύο γονείς έχουν διαβήτη τύπου 2, κάθε ένα από τα παιδιά τους έχει 50% πιθανότητα ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2.
- Σε μονοωογενείς διδύμους, όταν το ένα από τα αδέρφια έχει διαβήτη τύπου 2, ο μονοωογενής δίδυμός του έχει 75% πιθανότητα ανάπτυξης του ίδιου τύπου διαβήτη (Gloyn & McCarthy, 2001; Owen & McCarthy, 2007).

## 1.6 Παράγοντες κινδύνου Σακχαρώδη Διαβήτη

Σύμφωνα με τις συστάσεις της Αμερικανικής Ένωσης για τον Διαβήτη (American Diabetes Association - ADA), όλος ο πληθυσμός άνω των 45 ετών πρέπει να ελέγχεται ανά 3 έτη (GSEDNu & ADA, 2006). Ο έλεγχος πρέπει να ξεκινάει σε νεαρότερη ηλικία για τα υπέρβαρα άτομα ( $\Delta\text{ΜΣ} > 25 \text{ kg/m}^2$ ) με έναν ή παραπάνω παράγοντες κινδύνου του διαβήτη, οι οποίοι είναι:

- Ύπαρξη συγγενούς πρώτου βαθμού με ΣΔ (γονείς, αδέρφια).
- Ιστορικό διαταραγμένης γλυκόζης νηστείας ή παθολογικής ανοχής στη γλυκόζη.
- Καθιστικός τρόπος ζωής.
- Πολυκυστικές ωοθήκες, μελανίζουσα ακάνθωση, σύνδρομο άπνοιας ύπνου.
- Προέλευση από φυλές με υψηλό επιπολασμό διαβήτη.
- Αρτηριακή πίεση  $> 140/90 \text{ mmHg}$ .
- HDL χοληστερόλη  $< 35 \text{ mg/dl}$ .
- Τριγλυκερίδια  $> 250 \text{ mg/dl}$ .
- Ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου.
- Εκδήλωση ΣΔ κήσεως ή γέννηση παιδιού άνω των 4kg (για γυναίκες) (Hoerger et al, 2009; Li et al, 2009).

## 1.7 Διάγνωση Σακχαρώδη Διαβήτη

Η διαδικασία της διάγνωσης του ΣΔ αρχίζει με τη λήψη οικογενειακού και ατομικού ιατρικού ιστορικού, ακολουθεί η παρατήρηση των συμπτωμάτων και της κλινικής εικόνας του ατόμου και ολοκληρώνεται με την αξιολόγηση των εργαστηριακών

ευρημάτων, στα οποία υπάγονται η ανίχνευση σακχαρουρίας (ύπαρξη σακχάρου στα ούρα), κετονουρίας (ύπαρξη κετονικών σωμάτων στα ούρα), υπεργλυκαιμίας (μέτρηση σακχάρου του αίματος μετά από μικρή διάρκεια νηστεία και μετά από γεύμα, οι φυσιολογικές τιμές σακχάρου στο αίμα κυμαίνονται μεταξύ 80 – 120 mg/dl πριν από λήψη τροφής ) και ινσουλίνης στο αίμα (οι φυσιολογικές τιμές της στο αίμα κυμαίνονται μεταξύ 10 – 25  $\mu$ U/ml πριν από λήψη τροφής). Άλλες εργαστηριακές μέθοδοι για ανίχνευση ΣΔ είναι η δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη, η ανίχνευση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA<sub>1c</sub>) και ο προσδιορισμός C – πεπτιδίου (Rodriguez -Moran & Guerrero-Romero, 2001; Peel et al, 2004).

*Διαβήτης τύπου 1:* το άτομο παρουσιάζει πολυουρία, πολυδιψία, πολυφαγία και απώλεια βάρους. Τα συμπτώματα οφείλονται στην αύξηση του σακχάρου του αίματος πάνω από τα φυσιολογικά όρια, συνήθως άνω των 180 mg/dl, που έχει ως αποτέλεσμα τη σακχαρουρία, με συνέπεια την αφυδάτωση και τη δίψα (Quinn et al, 2006). Ως πρώτη εκδήλωση μπορεί να εμφανιστεί με κετοξέωση και ενίοτε διαβητικό κώμα, αν τα πρόδρομα συμπτώματα δεν τύχουν προσοχής. Η διάγνωση τίθεται με μέτρηση του σακχάρου αίματος και ταυτόχρονη μέτρηση του σακχάρου ούρων (Santos-Ayarzagoitia et al, 2006).

*Διαβήτης τύπου 2:* σχετίζεται με την παχυσαρκία, την έλλειψη άσκησης, το οικογενειακό ιστορικό και τη μεγάλη ηλικία. Απαντάται κυρίως σε παχύσαρκους ενήλικες χωρίς, όμως, να αποκλείονται άτομα ισχνά ή νεαρής ηλικίας. Η υπερινσουλιναιμία και η ινσουλinoαντοχή προκαλούν διαταραχή στην ομοιοστασία της γλυκόζης (προδιαβητική κατάσταση). Αν δεν αντιμετωπιστεί, οδηγεί σε ινσουλινοπενία και προοδευτικά εμφανίζεται υπεργλυκαιμία και εκδηλώνεται ο διαβήτης. Συχνά, αυτός ο τύπος ΣΔ είναι ασυμπτωματικός (Webb et al, 2006).

Σύμφωνα με τις συστάσεις της Αμερικανικής Ένωσης Διαβήτη (ADA), τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν θεσπιστεί για τον διαβήτη (Sauvanet & ADA, 2010), αναφέρονται στον **Πίνακα 1**.

**Πίνακας 1.** Διαγνωστικά κριτήρια για τον διαβήτη, σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Διαβήτη (Sauvanet & ADA , 2010).

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
<p>1. Πολυουρία</p> <p>2. Πολυδιψία</p> <p>3. Ανεξήγητη απώλεια βάρους</p>	<p>Τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA<sub>1c</sub>) <math>\geq 6,5\%</math></p> <p>ή</p> <p>Τιμή γλυκόζης (σακχάρου) νηστείας <math>\geq 126\text{mg/dl}</math> (<math>7,0\text{ mmol/l}</math>)</p> <p>ή</p> <p>Τιμή σακχάρου 2 ώρες μετά από φόρτιση με 75g γλυκόζης από του στόματος (καμπύλη σακχάρου) <math>&gt; 200\text{mg/dl}</math> (<math>&gt;11,1\text{mmol/l}</math>)</p> <p>ή</p> <p>Παρουσία των κλασικών συμπτωμάτων του διαβήτη ή διαβητικής κετοξέωσης ή υπερωσμωτικού υπεργλυκαιμικού μη κετονικού κόματος και τιμή γλυκόζης σε οποιαδήποτε στιγμή μέτρησης (τυχαία μέτρηση) <math>&gt;200\text{mg/dl}</math> (<math>&gt;11,1\text{mmol/l}</math>)*</p>

*\*Σε περίπτωση απουσίας ή αμφιβολίας της υπεργλυκαιμίας, τα διαγνωστικά κριτήρια (HbA<sub>1c</sub> και τιμή σακχάρου 2 ώρες μετά από φόρτιση) πρέπει να επιβεβαιώνονται με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις.*

## 1.8 Συμπτωματολογία του Σακχαρώδη Διαβήτη

Στις περισσότερες των περιπτώσεων τα συμπτώματα είναι ήπια ή δεν γίνονται αντιληπτά. Όταν όμως η τιμή του σακχάρου του αίματος είναι υψηλή, μπορεί να εμφανιστούν:

- Πολυδιψία (αυξημένο αίσθημα δίψας) και αυξημένη κατανάλωση υγρών
- Πολυουρία (αυξημένη συχνότητα ούρησης, με αυξημένη ποσότητα ούρων)
- Νυκτουρία (το άτομο ξυπνάει συχνά το βράδυ για να ουρήσει)
- Απώλεια βάρους
- Διαταραχές όρασης (θάμβος όρασης)
- Κόπωση
- Αργή επούλωση πληγών
- Συχνές λοιμώξεις π.χ. μυκητιάσεις

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα συμπτώματα του νεανικού διαβήτη συνήθως εμφανίζονται απότομα και εξελίσσονται γρήγορα (Herlitz et al, 2000).

## 1.9 Οι κυριότερες επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη

Οι άνθρωποι που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη κινδυνεύουν να εμφανίσουν οξείες και χρόνιες επιπλοκές, αν δεν ρυθμίζουν καλά τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα τους.

Οι οξείες επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν είναι η διαβητική κετοξέωση, το υπερωσμωτικό υπεργλυκαιμικό μη κετονικό σύνδρομο και η υπογλυκαιμία.

Οι χρόνιες επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν μετά την πάροδο αρκετών ετών είναι η αμφιβληστροειδοπάθεια που μπορεί να προκαλέσει τύφλωση, η νεφροπάθεια που μπορεί να εξελιχθεί σε νεφρική ανεπάρκεια, η περιφερική νευροπάθεια με τον κίνδυνο ελκών των κάτω άκρων, που μπορεί να οδηγήσει σε ακρωτηριασμό, η αυτόνομη νευροπάθεια που προκαλεί γαστρεντερικά, ουρογεννητικά και καρδιαγγειακά συμπτώματα, όπως επίσης και σεξουαλική δυσλειτουργία. Επίσης, η υψηλή αρτηριακή πίεση και η στένωση των αρτηριών αυξάνει τον κίνδυνο για εγκεφαλικά και καρδιακά επεισόδια (Herlitz et al, 2000).

### **1.9.1 Οξείες επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη**

**Διαβητική κετοξέωση:** αποτελεί σοβαρή διαταραχή του μεταβολισμού, η οποία περιλαμβάνει ανεπάρκεια ινσουλίνης, αυξημένη έκκριση των ορμονών του στρες (αυξητική ορμόνη, γλυκαγόνη, κατεχολαμίνες, κορτιζόλη) και υποογκαιμία. Τα κλινικά σημεία είναι: πολουρία, νυκτουρία, πολυδιψία, απώλεια βάρους, ανορεξία, εμέτους, κοιλιακά άλγη, αφυδάτωση, ταχυκαρδία, απόπνοια οξόνης, δύσπνοια, αναπνοή Kussmaul, συγχυτική κατάσταση ή κώμα και εργαστηριακά από υπεργλυκαιμία, με γλυκόζη αίματος πάνω από 250 mg%, γλυκοζουρία, κετοναιμία, κετονουρία και οξέωση, με pH<7,30 ή διττανθρακικά ορού <15 mEq/l (Pag et al, 2003; Takaike et al, 2004).

**Υπερωσμωτικό υπεργλυκαιμικό μη κετονικό σύνδρομο:** παρατηρείται συχνότερα σε ηλικιωμένα άτομα με διαβήτη τύπου 2. Στην κατάσταση αυτή η τιμή της γλυκόζης αίματος είναι πολύ υψηλή, με αποτέλεσμα να οδηγεί σε αφυδάτωση. Εάν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα, οδηγεί σε επιληπτικούς σπασμούς, κώμα και θάνατο (Greenstein & Dreiling, 1971; Filbin et al, 2001).

**Υπογλυκαιμία** (γλυκόζη αίματος: από 61-80 mg/dL ισοδυναμεί με ήπια υπογλυκαιμία, 41-60 mg/dL με μέτριας σοβαρότητας υπογλυκαιμία και λιγότερο από 40 mg/dL με σοβαρή υπογλυκαιμία): χαρακτηρίζεται η πτώση των επιπέδων της γλυκόζης κάτω των 45 mg% στο πλάσμα ή των 40 mg% στο ολικό αίμα. Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας στο διαβητικό ασθενή είναι ο τρόμος, η ζάλη, ο κρύος ιδρώτας, το αίσθημα πείνας, ο πονοκέφαλος, η ωχρότητα δέρματος, η αιφνίδια αλλαγή διάθεσης ή μεταβολή στη συμπεριφορά, η ευερεθιστότητα, η παρουσία αδέξιων κινήσεων, η αιμωδία γύρω από το στόμα, η σύγχυση ή δυσκολία στην προσοχή και τη συγκέντρωση, οι σπασμοί και η απώλεια των αισθήσεων (Klein et al, 2002; Eliasson et al, 2007).



### **1.9.2 Χρόνιες επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη**

Ο διαβήτης είναι μία χρόνια κατάσταση και μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές, σε ποσοστό 30% περίπου. Οι επιπλοκές της νόσου οφείλονται σε προσβολή των μεγάλων και των μικρών αγγείων. Η προσβολή των μεγαλύτερων αγγείων (μακροαγγειοπάθεια) οδηγεί στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και περιφερικής αγγειοπάθειας. Η προσβολή των μικρών αγγείων (μικροαγγειοπάθεια) έχει ως συνέπεια την εμφάνιση αμφιβληστροειδοπάθειας, νεφροπάθειας και πολυνευροπάθειας (γαστροπάρεση, διάρροια, δυσκοιλιότητα, ανώδυνη ισχαιμία του μυοκαρδίου, ορθοστατική υπόταση, διαβητικό πόδι κ.λ.π.). Οι επιπλοκές αυτές σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα των ασθενών και μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια της όρασης, τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια και ακρωτηριασμό των κάτω άκρων.

Πιθανολογείται κοινός μηχανισμός ανάπτυξης των επιπλοκών, ο οποίος σχετίζεται με σημαντικές μεταβολές που συμβαίνουν στο εσωτερικό των κυττάρων του οργανισμού των διαβητικών ασθενών και οι οποίες οφείλονται στη διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης. Εκτός από τη διαπίστωση κοινού παθογενετικού μηχανισμού και κοινών παραγόντων κινδύνου (αρτηριακή υπέρταση, υπεργλυκαιμία και δυσλιπιδαιμία), που αποτελούν δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες και χρήζουν θεραπευτικής αντιμετώπισης, φαίνεται να υφίσταται σχέση της εμφάνισης και της εξέλιξης των επιπλοκών αυτών και μεταξύ τους. Η παρουσία μιας επιπλοκής φαίνεται ότι συμβάλλει στην εμφάνιση μιας άλλης. Πολλές από τις επιπλοκές αυτές δεν προκαλούν συμπτώματα στα αρχικά στάδια, όπως και δεν εμφανίζονται σε όλους τους διαβητικούς αλλά η συχνότητα εμφάνισής τους αυξάνει με την ηλικία των ασθενών και τη διάρκεια της νόσου. Μπορούν όμως να προληφθούν ή τουλάχιστον ο κίνδυνος ανάπτυξης τους μπορεί να ελαττωθεί σημαντικά με ένα συνδυασμό ιατρικής παρακολούθησης, προληπτικών ελέγχων, ρύθμιση του σακχάρου και των άλλων παραγόντων κινδύνου, εάν συνυπάρχουν (Abraira et al, 2003).

## **1.10 Θεραπευτική αγωγή του Σακχαρώδη Διαβήτη**

### **1.10.1 Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1**

Σε αυτόν τον τύπο ΣΔ είναι απαραίτητος ο συνδυασμός ινσουλίνης, διαίτας και άσκησης, τρία στοιχεία τα οποία πρέπει να συμβαδίζουν μεταξύ τους αλλά και με τον τρόπο ζωής του ασθενή σε όλους τους τομείς της καθημερινότητάς του. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ισορροπία μεταξύ αυτών των σπουδαίων παραμέτρων για την πορεία του διαβητικού ασθενούς είναι τόσο η αποδοχή της κατάστασης και η θέληση για σωστή αντιμετώπισή της εκ μέρους του ίδιου του ασθενή, όσο και η ορθή συνεργασία αυτού με τον κατάλληλο θεράποντα ιατρό.

Μέχρι σήμερα, οι επιπλοκές που έχουν παρατηρηθεί από την ινσουλινοαγωγή είναι αλλεργίες (τοπικές ή γενικευμένες), υπογλυκαιμία, λοιμώξεις, λιποδυστροφία, φαινόμενο Somogi, φαινόμενο Dawn, κ.α. (Gomis et al, 2007). Το σωστό διαιτολόγιο κατέχει σημαντική θέση στην προσπάθεια ορθής ρύθμισης του ΣΔ τύπου 1. Τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες, η κατανομή των γευμάτων ποιοτικά και ποσοτικά πρέπει να ακολουθεί το είδος της χορηγούμενης ινσουλίνης καθώς και το είδος και τη διάρκεια των σωματικών δραστηριοτήτων (Chao & Liu, 2008).

Επίσης, σκοπός της άσκησης του διαβητικού τύπου 1 είναι η διατήρηση ή η βελτίωση της κατάστασης του καρδιαγγειακού συστήματος (πρόληψη ή ελαχιστοποίηση των απώτερων επιπλοκών), η βελτίωση της μυϊκής ισχύος (η οποία επιδεινώνεται από τη νευροπάθεια) και η δυνατότητα του διαβητικού τύπου 1 να συμμετέχει σε δραστηριότητες αθλητικές και σωματικές με ασφάλεια (Garg et al, 2004).

### **1.10.2 Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2**

Σε αυτόν τον τύπο ΣΔ επιβάλλεται έγκαιρη θεραπεία με ολιγοθερμιδική διαίτα, δεδομένου ότι η πλειοψηφία των ασθενών που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία είναι παχύσαρκοι. Μέσω της διαιτητικής αγωγής επιτυγχάνεται, συνήθως, η διατήρηση της ομοιοστασίας της γλυκόζης του αίματος, αν και η ενδογενής ινσουλίνη είναι ανεπαρκής (Hirsch et al, 2002). Η άσκηση είναι πρωτεύουσας σημασίας για την πορεία ασθενών με ΣΔ τύπου 2. Ωστόσο, όπως και στον ΣΔ τύπου 1, υπάρχουν

περιορισμοί, καθώς ενέχονται κίνδυνοι για την υγεία των ασθενών. Η χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων για τον έλεγχο του διαβήτη παρουσιάζει πλεονεκτήματα με κυριότερο την αποφυγή χορήγησης ινσουλίνης σε περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατή η ρύθμιση μόνο με κατάλληλη δίαιτα και άσκηση (Vischer et al, 2009). Τέλος, η ινσουλινοθεραπεία σε αυτόν τον τύπο ΣΔ ξεκινά όταν κρίνεται αδύνατη η ρύθμισή του μέσω διαίτας, άσκησης και χρήσης αντιδιαβητικών δισκίων (Wilson et al, 2004).

### **1.11 Ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη**

Στόχος του καλού γλυκαιμικού ελέγχου είναι η επίτευξη της τιμής της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA<sub>1c</sub>) <7%, όπως έχει τεθεί από την Αμερικανική Ένωση για τον Διαβήτη (ADA) ή <6,5%, όπως θέτει η Διεθνής Ομοσπονδία για τον Διαβήτη (IDF). Μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες έδειξαν ότι το εντατικοποιημένο σχήμα θεραπείας ή ινσουλινοθεραπείας απέφερε καλύτερη τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης στους διαβητικούς και των δύο τύπων διαβήτη και ότι η εμφάνιση επιπλοκών και η πρόωμη καρδιαγγειακή θνητότητα δεν είναι καταστάσεις μη αναστρέψιμες. Ωστόσο, η καλή ρύθμιση του διαβήτη στοχεύει και στη μείωση ή εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου. Η επίτευξη γλυκαιμικού ελέγχου, η διατήρηση φυσιολογικού βάρους, η αποφυγή του καπνίσματος, η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και των λιπιδίων, μειώνουν στο ελάχιστο τον κίνδυνο επιπλοκών (Nilsson et al, 2004; Tuomilehto & Wareham, 2006; Craig et al, 2007; Cabarello, 2009).

### **1.12 Νομοθεσία για τους διαβητικούς ασθενείς**

Η Ελλάδα έχει αποδεχθεί τις Διεθνείς Συμβάσεις, Διακηρύξεις και Κανονισμούς Προστασίας Σχετικά με την Αναπηρία και έχει προσαρμοστεί με τις ανάλογες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το σχετικό Διεθνές και Ευρωπαϊκό Δίκαιο επιχειρεί να θέσει κανόνες, οι οποίοι να προστατεύουν και να βελτιώνουν τη ζωή των ατόμων με αναπηρία με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, όπως είναι και οι διαβητικοί ασθενείς. Η κοινωνική προστασία των Ατόμων με Αναπηρία οφείλει να κατοχυρώνεται σε διεθνές πλαίσιο, όπως αναφέρεται στην Οικουμενική Διακήρυξη του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα

του Ανθρώπου και στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και των Θεμελιωδών Ελευθεριών (Δαγτόγλου, 2005; Δημητρόπουλος, 2004).

Στη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των ΑμεΑ (1975) προκηρύσσονται τα ακόλουθα βασικά σημεία (Δημητρόπουλος, 2008):

- I.** Ο όρος «ανάπηρο άτομο» σημαίνει κάθε άτομο ανίκανο να επιβεβαιώσει από μόνο του, ολικά ή μερικά, τις αναγκαιότητες για μια κανονική ατομική και κοινωνική ζωή, εξαιτίας μειωμένων σωματικών ή πνευματικών δυνατοτήτων που έχει εκ γενετής ή όχι.
- II.** Τα ανάπηρα άτομα θα απολαμβάνουν όλα τα δικαιώματα που προβάλλονται σε αυτή τη Διακήρυξη. Αυτά τα δικαιώματα θα αποδοθούν σε όλα τα ανάπηρα άτομα, χωρίς οποιαδήποτε εξαίρεση και χωρίς θρησκείας, πολιτικών ή άλλων γνώμων, εθνικής ή κοινωνικής καταγωγής, οικονομικής κατάστασης, γέννησης ή όποιας άλλης κατάστασης που αφορά στο ίδιο το ανάπηρο άτομο ή την οικογένειά του.
- III.** Τα ανάπηρα άτομα έχουν το κληρονομικό δικαίωμα σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς τους. Τα ανάπηρα άτομα, οποιαδήποτε κι αν είναι η προέλευση, η φύση και η σοβαρότητα των μειονεκτημάτων και ανικανοτήτων τους, έχουν τα ίδια θεμελιώδη δικαιώματα με τους συμπολίτες της ίδιας ηλικίας, που συνεπάγεται πρώτα και κύρια το δικαίωμα να απολαμβάνει μια καθώς πρέπει ζωή, όσο το δυνατό κανονική και πλήρη.
- IV.** Τα ανάπηρα άτομα έχουν τα ίδια πολιτικά δικαιώματα όπως οι άλλοι άνθρωποι. Η παράγραφος 7 της Διακήρυξης των δικαιωμάτων των πνευματικά καθυστερημένων ατόμων που αφορά σε κάθε πιθανό περιορισμό ή καταστολή των δικαιωμάτων των ατόμων αυτών, εφαρμόζεται και για τα πνευματικά ανάπηρα άτομα. Τα ανάπηρα άτομα δικαιούνται να απολαμβάνουν τα μέτρα που σχεδιάστηκαν για να τα καταστήσουν ικανά να γίνουν όσο το δυνατόν αυτοδύναμα.
- V.** Τα ανάπηρα άτομα έχουν το δικαίωμα για ιατρική, ψυχολογική και λειτουργική μεταχείριση, συμπεριλαμβανομένων προσθετικών και υποβοηθητικών συσκευών, για ιατρική και κοινωνική αποκατάσταση, για εκπαίδευση, για επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση για βοήθεια, για

συμβουλευτική, για υπηρεσίες τοποθέτησης σε εργασία και για άλλες υπηρεσίες που θα τα καταστήσουν ικανά να αναπτύξουν τις ικανότητες και δεξιότητές τους στο ανώτατο όριο και θα επισπεύσουν τη διαδικασία της κοινωνικής ενσωμάτωσης ή επανενσωμάτωσής τους. Τα ανάπηρα άτομα έχουν το δικαίωμα για οικονομική και κοινωνική ασφάλιση και για ένα καθώς πρέπει επίπεδο ζωής. Έχουν το δικαίωμα, σύμφωνα με τις ικανότητές τους, να εξασφαλίσουν και να διατηρήσουν την εργασία ή να ενασχοληθούν με ένα επάγγελμα που να ανταμείβεται, χρήσιμο και παραγωγικό, και να συμμετέχουν σε εμπορικές ενώσεις.

- VI.** Τα ανάπηρα άτομα έχουν το δικαίωμα οι ειδικές ανάγκες τους να λαμβάνονται υπόψη σε όλα τα επίπεδα του οικονομικού και κοινωνικού προγραμματισμού.
- VII.** Τα ανάπηρα άτομα έχουν το δικαίωμα να ζουν με τις οικογένειές τους ή τους θετούς γονείς και να λαμβάνουν μέρος σε όλες τις κοινωνικές, δημιουργικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Κανένα ανάπηρο άτομο δε θα υπόκειται, όσο αφορά στην κατοικία του, σε διαφορετική μεταχείριση άλλη από εκείνη που απαιτείται από την κατάστασή του ή από τη βελτίωση αυτής. Εάν η παραμονή ενός αναπήρου ατόμου σε ένα ειδικό ίδρυμα είναι απαραίτητη, το περιβάλλον και οι συνθήκες ζωής σε αυτό θα είναι όσο το δυνατό πλησιέστερες με εκείνες της κανονικής ζωής ενός συνομηλίκου του.
- VIII.** Τα ανάπηρα άτομα θα προστατεύονται από κάθε εκμετάλλευση, κάθε κανονισμό και κάθε μεταχείριση διακριτικής, υβριστικής ή υποβαθμισμένης φύσης.
- IX.** Τα ανάπηρα άτομα θα μπορούν να δεχτούν νόμιμη βοήθεια, όταν τέτοια βοήθεια αποδειχθεί απαραίτητη για την προστασία των ατόμων τους και της περιουσίας τους. Εάν δικαστικές διαδικασίες έχουν θεσπισθεί εναντίον τους, η νομική διαδικασία που ακολουθείται θα λάβει πλήρως υπόψη τη σωματική και την πνευματική κατάστασή τους (Δημητρόπουλος, 2008).

Όσον αφορά αποκλειστικά τα άτομα με διαβήτη, με βάση την κοινωνική πολιτική της χώρας, έχουν ικανό αριθμό δικαιωμάτων παροχών, τα οποία δεν μένουν σταθερά και μεταβάλλονται ανάλογα με νομοθετικές ρυθμίσεις, υπουργικές και άλλες αποφάσεις. Στους Πίνακες 2 και 3 αναφέρονται τα δικαιώματα αυτά, τα οποία ο κάθε διαβητικός

οφείλει να γνωρίζει προς διευκόλυνση της θεραπευτικής αγωγής του και την καλή ποιότητα ζωής του.

**Πίνακας 2.** Δικαιώματα παροχών για τους ασφαλισμένους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (2013)

<b>Δικαιώματα παροχών για τους ασφαλισμένους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I. που έχουν ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω.</b>
1. Φοροαπαλλαγή στην δήλωση της εφορίας του ύψους των 2.000€
2. Πάσο για την ελεύθερη είσοδο στα μέσα μαζικής μεταφοράς, με την προϋπόθεση το ετήσιο εισόδημα του ενδιαφερόμενου να μην ξεπερνά τις 23.000€.
3. Μείωση δημοτικών τελών έως και 50% η οποία εξαρτάται από την απόφαση του εκάστοτε Δ.Σ. του Δήμου
4. Μείωση ηλεκτρικού ρεύματος με την εισαγωγή στο κοινωνικό οικιακό τιμολόγιο της ΔΕΗ
<b>Δικαιώματα παροχών για τους ασφαλισμένους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I. που έχουν ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω.</b>
1. Απαλλαγή στρατιωτικών υποχρεώσεων
2. Ιατροί που ασκούν την ειδικότητα τους, μπορούν να περάσουν ως υπεράριθμοι με την προϋπόθεση να έχουν αμφιβλιστροειδοπάθεια
3. Δυνατότητα, ενδοσχολικών εξετάσεων και εισαγωγή στα ΑΕΙ & ΤΕΙ
4. Χορήγηση προνοιακού επιδόματος
5. Μεταγραφές φοιτητών, ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 που εισήχθησαν με το 5%

Πηγή: Νόμοι που αφορούν τα άτομα με διαβήτη (2013). Διαθέσιμο σε: <http://www.syl-diavitikon-nthess.gr/>

**Πίνακας 3.** Δικαιώματα ασθενών με διαβήτη σύμφωνα με τη νομοθεσία

<b>1</b>	<b>ΠΡΟΝΟΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ</b> Τροποποίηση και επέκταση της αριθ.Γ4α/Φ.225/161/89(ΦΕΚ.108/89/τ.Β) Κ. Υπουργική απόφαση «Περί της οικονομικής Ενίσχυσης Ατόμων με ειδικές ανάγκες»
<b>2</b>	<b>ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ</b> Προεδρικό διάταγμα 133 αριθ. Φύλλου 109/17-7-2002
<b>3</b>	<b>Νόμος 3421/2005 Στρατολογία των Ελλήνων</b>
<b>4</b>	<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</b> Αριθ. Φύλλου 151/17104/β6/17/2/206 για την εισαγωγή στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.
<b>5</b>	<b>ΜΕΤΑΓΡΑΦΕΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ</b> Νόμος 3282/2004 Μετεγγραφές φοιτητών καθώς και ειδικοί όροι της μετεγγραφής αυτών
<b>6</b>	<b>ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗ-ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</b> Νόμος 2640/1998 Δευτεροβάθμια τεχνική – επαγγελματική εκπαίδευση.
<b>7</b>	<b>ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗ</b> Νόμοι 3522/2006, 3554/2007 Φορολογική απαλλαγή, μείωση φόρου κληρονομιάς.
<b>8</b>	<b>ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΜΕΣΩ Ο.Α.Ε.Δ.</b> Νόμος 2643/1998
<b>9</b>	<b>ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ &amp; ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ.</b> Νόμος 3227/2004
<b>10</b>	<b>ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ Ο.Α.Ε.Δ.</b> Νόμος 2956/2001
<b>11</b>	<b>ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΩΝ ΑΓΟΡΑΣ 1ΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ &amp; ΔΑΝΕΙΩΝ ΜΕΣΩ Ο.Ε.Κ.</b>
<b>12</b>	<b>ΡΥΘΜΙΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ.</b> Νόμος 2639/1998
<b>13</b>	<b>ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΕΛΤΙΟΥ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ Α.Μ.Ε.Α.</b>

	Υπουργική απόφαση αριθ. Φύλλου 177/2000 Χορήγηση δελτίου μετακίνησης Α.Μ.Ε.Α. Κάρτα Πολιτισμού – παροχές αυτής – δικαιολογητικά. Έντυπο Κοινωνικού Τουρισμού.
14	ΜΕΙΩΣΗ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΤΕΛΩΝ. Νόμος 3463/2006
15	ΚΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΚΩΔΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ Ν.Π.Δ.Δ. Νόμος 3528/2007 ΚΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΚΩΔΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ Ν.Π.Δ.Δ.
16	ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ Υπουργική απόφαση αριθ. Φύλλου 21/2207
17	ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ. Νόμος 3599/2007 αριθ. Φύλλου 176/Α άρθρο 30

Πηγή: Νόμοι που αφορούν τα άτομα με διαβήτη. Διαθέσιμο σε: <http://www.syl-diavitikon-nthess.gr/>

Επιπλέον, σχετικά με την κείμενη νομοθεσία που αφορά τα ινσουλινοεξαρτώμενα άτομα με διαβήτη και ποσοστό αναπηρίας 67%, ορίζεται (Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Γ Ν Π, 2012):

- Προνιακό επίδομα ανά δίμηνο, στα έμμεσα ασφαλισμένα μέλη (παιδιά και συζύγους). Νόμος 2866 του 1995 ΦΕΚ 629B
- Φορολογική απαλλαγή ύψους 2.400 ευρώ ετησίως βάσει του Νόμου 3522 του 2006 ΦΕΚ 276 παρ 2 άρθρο Β
- Μείωση φόρου 60% από γονική παροχή ή δωρεά, ή κληρονομιάς πέρα του ποσού των 114,117 ευρώ. Νόμος 2579 του 1998 άρθρο 14
- Φορολογική απαλλαγή πρώτης κατοικίας που αποκτάται από γονική παροχή. Νόμος 1828 του 1989 άρθρο 23 παρ. 6
- Πρώτη κατοικία με απαλλαγή φόρου για στεγαστική κάλυψη 90τ.μ. Νόμος 3522 του 2006 ΚΕΦ Β. άρθρο 16 παρ. 14
- Επιδότηση στεγαστικού δανείου για αγορά πρώτης κατοικίας ή ανέγερση ή επισκευή κατοικίας με όσα άτομα έχουν πλέον των 1400 ενσήμων και εφόσον έχουν καταβάλλει εισφορές στο ΙΚΑ, φορέας υλοποίησης, Οργανισμός Εργατικής Κατοικίας (ΟΕΚ)



- Επιδότηση ενοικίου από τον ΟΕΚ εφόσον έχουν πραγματοποιήσει 1500 μέρες εργασίας. Απόφαση Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Διατάξεις Κανονισμών «περί προϋποθέσεων παροχών»
- Εισαγωγή των νέων σε ΑΕΙ και ΤΕΙ της χώρας. Νόμος 2640 του 1998, ΦΕΚ 78α. Νόμος 2817 του 2000
- Επιδότηση νέων θεσμών εργασίας πλήρους ή μερικής απασχόλησης τετραετούς διάρκειας. Τους 36 μήνες επιχορηγείται ο εργοδότης με είκοσι επτά (27) ευρώ ημερησίως για 25 ημέρες το μήνα. Τους υπόλοιπους 12 μήνες υποχρεούται να πληρώσει ο εργοδότης. Προσαύξηση κατά 1,5 ευρώ την ημέρα εάν η προσλαμβανόμενη είναι γυναίκα.
- Επιχορήγηση νέων ελεύθερων επαγγελματιών από 16.000 ευρώ έως 18.100 ευρώ (έτος 2006) με προσαύξηση 1.500 ευρώ εάν η προσληφθείσα είναι γυναίκα με απόφαση του Υπουργού Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας αριθμός 2 0295/20-04-2005
- Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται σε ανέργους ηλικίας μέχρι 29 ετών, εφόσον έχουν παραμείνει εγγεγραμμένοι στα μητρώα ανέργων του ΟΑΕΔ επί ένα συνεχές δίμηνο τουλάχιστον. Νόμος 2639 του 1998 αρ. 18 παρ. 1539
- Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται σε ανέργους ηλικίας άνω των 29 ετών έως και 55 ετών, εφόσον έχουν παραμείνει εγγεγραμμένοι στα μητρώα ανέργων του ΟΑΕΔ επί 12 τουλάχιστον μήνες Ν. 2708/99 αρ. 5
- Προϋπόθεση των δύο ανωτέρω παροχών είναι να έχουν πραγματοποιήσει ασφάλιση σε οποιοδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό 600 ημέρες εργασίας, οι οποίες αυξάνονται ανά 100 ημέρες κάθε χρόνο μετά τη συμπλήρωση του 30<sup>ου</sup> έτους ηλικίας και μέχρι τα 54.
- Άδεια 6 ημερών πλέον της ετήσιας κανονικής άδειας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα Ν. 2683 του 1999 αρ. 5 παρ. 2
- Άδεια 22 ημερών μετ' αποδοχών, για περιοδική νοσηλεία, επιπλέον αναρρωτικής άδειας και πέραν της κανονικής άδειας για την αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων. Ν. 2683 του 1999 αρ. 5 παρ. 7
- Προσλήψεις στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα Ν. 2643 του 1998 ΦΕΚ 220<sup>α</sup>
- Κοινωνικό τουρισμό 7 ημερών κάθε χρόνο μετά συνοδού ανεξαρτήτως εισοδήματος (Ν2224 του 1994 άρθρο 20 παρ. 7) Φορέας υλοποίησης Οργανισμός Εργατικής Εστίας

- Κάρτα ελευθέρων διαδρομών δωρεάν για την αστική συγκοινωνία (ΗΣΑΠ, ΜΕΤΡΟ, ΕΘΕΛ, ΠΡΟΑΣΤΙΑΚΟΙ). Στα υπεραστικά λεωφορεία και στον ΟΣΕ έκπτωση 50% Ν. 2072/92 φορέας υλοποίησης Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τμήμα πρόνοιας και στα κατά τόπους ΚΕΠ
- Κάρτα πολιτισμού για δωρεάν ή μειωμένη είσοδο σε πολλές πολιτιστικές εκδηλώσεις που διοργανώνει το Υπουργείο Πολιτισμού. Πληροφορίες στο τηλ. 800-1-100 100
- Βοήθεια στο σπίτι – Προγράμματα που υλοποιούν οι δήμοι με ομάδες υποστήριξης (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, καθαριστές, νοσηλευτές) σε θέματα υγείας, καθαριότητας κλπ.
- Έκπτωση του ΦΠΑ από 19% σε 9% για αντλίες συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης, βελόνες για πένες ινσουλίνης, ταινίες μέτρησης σακχάρου αίματος, κάλτσες. Ν 3522/αρ. 2 παρ. 48,49,56,57 αρ. Φύλλου 276
- Μείωση δημοτικών φόρων μέχρι 50% από το λογαριασμό της ΔΕΗ Ν. 3463 του 2006/άρθρο 202 παρ. 3 φύλλο 114
- Για τα οικονομικά ασθενέστερα μέλη μας, παρέχονται τρόφιμα από τα αποθέματα παρέμβασης της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέσω των συλλόγων των ατόμων με διαβήτη που είναι φορείς μέλη της ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ και της ΕΣΑμεΑ και είναι εγγεγραμμένοι στο Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και στις κατά τόπους Νομαρχίες.

## 2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

### 2.1 Η θεωρία για το ανθρώπινο σώμα

Οι απόψεις για το σώμα διαμέσου των αιώνων παρουσιάζονται αντιφατικές, ανάλογα με ιστορικά, κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Οι φιλοσοφικές αναζητήσεις και η ανάπτυξη θεωριών για το ανθρώπινο σώμα ξεκινά από τους Αρχαίους Έλληνες, οι οποίοι πρώτοι το αποτύπωσαν σε μάρμαρο ή χαλκό και εξύμνησαν την ομορφιά του.

Στον «Φαίδωνα» του Πλάτωνα, ο Σωκράτης, ως γνήσιος φιλόσοφος, παρουσιάζεται να επιθυμεί να πεθάνει το σώμα του, ώστε να απελευθερωθεί η ψυχή του από τα απατηλά ερεθίσματα των υλικών αισθητηρίων και με αυτό τον τρόπο να κατακτήσει την πραγματική γνώση και σοφία. Ο Πλάτωνας, ακολουθώντας τη σκέψη του Σωκράτη, θεωρεί το σώμα σαν τάφο της ψυχής και πιστεύει ότι όχι μόνο σώμα και ψυχή είναι διαχωρισμένα, αλλά αντίθετα και άνισα. Η ψυχή είναι προορισμένη να ηγείται ενώ το σώμα να υπακούει και να υπηρετεί.

Αντίστοιχες θεωρίες διατύπωσαν ο Αριστοτέλης, ο Επίκτητος, ο Επίκουρος και άλλοι αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι, αναφέροντας ως πρωταρχικό αγαθό για το σώμα την απόλαυση. Οι θεωρίες αυτές φάνηκαν να αποτελούν τη βάση πάνω στην οποία αναπτύχθηκαν όλες οι μεταγενέστερες θεωρίες για το σώμα από τους δυτικούς ευρωπαϊκούς πολιτισμούς, διατηρώντας τον διπολισμό των εννοιών: ψυχή – σώμα, σώμα – πνεύμα κλπ. Στο Μεσαίωνα τις απόψεις για το σώμα τις εξέφρασε το θρησκευτικό κατεστημένο της εποχής, εκλαμβάνοντάς το ως μειωμένου κύρους βιολογική οντότητα, τονίζοντας την παροδικότητα της ύλης. Με δεδομένη την απόλυτη εξουσία της θρησκείας, το σώμα και κάθε έκφρασή του αποτελούσε κίνδυνο επειδή δεν μπορούσε να ελεγχθεί ορθολογικά. Στο Χριστιανισμό το σώμα θεωρήθηκε ως η δήλωση της ζώδους διάστασης της ανθρώπινης φύσης και εμπόδιο για την ανύψωση και ολοκλήρωση του πνεύματος (Αλεξιάς, 2006).

Στην περίοδο της Αναγέννησης, το σώμα δεν στόχευε πλέον στην ικανοποίηση της ανάγκης αλλά ακολουθούσε τις επιταγές του νόμου της επιθυμίας, θεωρώντας την ενδυνάμωση της αντίληψης του σώματος σαν κάτι ατομικό και ιδιωτικό χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως το σώμα δε παρέμεινε ένα εργαλείο στη βούληση του Θεού.

Μετέπειτα, οι θεωρίες των Μαρξ, Νίτσε και Δαρβίνου, σε συνδυασμό με τις εξελίξεις στην ιατρική, εισήγαγαν μια ανακατασκευή του σώματος. Η βιολογική διάσταση του σώματος αποτέλεσε την αντικειμενική υπόστασή του και αυτό οδήγησε στη σχετικοποίηση της ιατρικής γνώσης. Η υγεία και η διαχείριση της είναι αντικείμενο του ιατρικού λόγου και το σώμα παίζει ενεργό ρόλο στις αποφάσεις του κράτους και της κοινωνίας. Έτσι διαμορφώνονται οι προσεγγίσεις για το σώμα που αφορούν στη σχέση του σώματος με το κοινωνικό και το πολιτισμικό περιβάλλον, στην αύξηση του πολιτικού και πειθαρχικού ελέγχου μέσα από θεσμικές διαδικασίες και στη διαπίστωση ότι το σώμα δεν είναι απλά ένα παθητικό υλικό υπόστρωμα αλλά συμμετέχει ενεργά στη διαμόρφωση της κοινωνικής εμπειρίας και δράσης (Αρώνη, 2008).

## **2.2 Η υγεία και η ποιότητα ζωής**

Από κοινωνική σκοπιά η υγεία και η ποιότητα ζωής (ΠΖ) αποτελούν ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, αφού διέπονται τόσο από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, όσο και από τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία του ατόμου. Επιπλέον, η ικανοποίηση συνολικά από τη ζωή, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση κάθε ανθρώπου επηρεάζει την προσωπικότητά του και επιδρά στην άποψη που έχει για την υγεία του (Lawn et al, 2008).

Το θέμα αυτό απασχόλησε την επιστημονική κοινότητα κοινωνιολογικά, εκφράζοντας τη συσχέτιση της υγείας και της αρρώστιας με το επίπεδο σχέσεων του ατόμου με την κοινωνία. Κύριοι εκφραστές φάνηκαν ο Parsons και ο Bastide τη δεκαετία του '70 με τις θεωρίες τους. Όρισαν την υγεία ως την κατάσταση που επιτρέπει την καλύτερη δυνατή ανάληψη και εκπλήρωση των ρόλων για τους οποίους το άτομο έχει οριστεί και την αρρώστια ως μια απειλή για το άτομο και το κοινωνικό σύστημα.

Επειδή η υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα ευημερίας και υψηλού βιοτικού επιπέδου, επιδρώντας έμμεσα στο κοινωνικό σύνολο, την καθιστά άμεσα σχετιζόμενη με την ΠΖ (Σαρής, 2001).

## 2.3 Ορισμός ποιότητας ζωής

Τις τελευταίες δεκαετίες υπήρξε έντονο ενδιαφέρον σε όλες σχεδόν τις επιστήμες αναφορικά με την ΠΖ και πολλοί επιστήμονες και ερευνητικές ομάδες ανέπτυξαν συγκεκριμένη μεθοδολογία και ανάλογα εργαλεία μέτρησης και ερωτηματολόγια για την ποσοτική μέτρηση της ΠΖ, αργότερα και για την ποιοτική της μεθοδολογική διάσταση. Παρά τις αξιόλογες προσπάθειες που έγιναν και τους διάφορους ορισμούς που δόθηκαν, ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει κοινώς αποδεκτός ορισμός. Ίσως αυτό να οφείλεται στις διαφορετικές οπτικές γωνίες των επιστημών, καθώς κάθε επιστήμη ορίζει την ΠΖ με βάση τη διάσταση που τη διέπει και την αφορά.

Περισσότερο αποδεκτός ορισμός για τις επιστήμες υγείας είναι αυτός που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος ορίζει την ΠΖ ως *«στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη 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 τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους»* (Σαρρής, 2001).

## 2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας, οι παράγοντες που προσδιορίζουν και επηρεάζουν την ΠΖ του ατόμου, συνοπτικά αναφέρονται στον **Πίνακα 4**.

**Πίνακας 4.** Παράγοντες που προσδιορίζουν και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου (Σαρρής, 2001)

<b>Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας</b>	τρόπος παραγωγής, σχέση παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση
---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

<b>Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες</b>	επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας
<b>Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες</b>	τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες
<b>Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες</b>	ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων
<b>Περιβαλλοντικοί παράγοντες</b>	επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων
<b>Γεωφυσικοί παράγοντες</b>	φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες
<b>Δημογραφικοί παράγοντες</b>	ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά ηλικία, φύλο, επάγγελμα κ.α.
<b>Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες</b>	επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών

## 2.5 Χρόνιες νόσοι και ποιότητα ζωής

Η συνειδητοποίηση της ανάγκης για παροχή ποιοτικής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από ένα οργανωμένο σύστημα υγείας, που να βασίζεται σε τεκμηριωμένες ιατρονοσηλευτικές πρακτικές, άρχισε από τα μέσα του 20ου αιώνα.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η σύγχρονη ιατρική επικεντρώθηκε στις επιπτώσεις που έχουν οι πράξεις αυτές στη συνολική ζωή του αρρώστου και όχι μόνο στα αποτελέσματά τους (Σαρρής, 2001).

Ο στόχος και το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας, εκτός της επιμήκυνσης της ζωής των ασθενών, εστιάζεται και στις επιπτώσεις που προκαλούνται, όπως οι επιπλοκές της νόσου, καθώς και τα συμπτώματα που επηρεάζουν την ζωή του. Όλα αυτά τις περισσότερες φορές δημιουργούν περιορισμούς στην καθημερινή ζωή, μειώνουν το θεραπευτικό όφελος και επιδρούν αρνητικά στην αναμενόμενη βελτίωση της ΠΖ (Hathaway et al, 1990; Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Από τη στιγμή που η αρρώστια επιφέρει δυσλειτουργικές και περιοριστικές επιπτώσεις στη σωματική και την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς, η αβεβαιότητα θα αποτελεί το επίκεντρο της υποκειμενικής εμπειρίας πολλών χρόνιων παθήσεων. Παρατηρείται ο χρόνιος πάσχοντας να ζει υπό συνθήκες και όρους ύπαρξης και διαβίωσης που επιδρούν δεσμευτικά και περιοριστικά στην ικανοποίηση της ανάγκης για μια υψηλού επιπέδου ΠΖ (Dew et al, 1997).

Η ασθένεια θα πρέπει να ερευνάται και να αναλύεται σε όλες τις όψεις της κοινωνικής ζωής και ιδιαίτερα της καθημερινής ζωής, των ανθρώπων που ζουν μαζί και υπό το βάρος της ασθένειας (Matas et al, 2002). Επίσης, ο προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας της ιατρικής παρέμβασης και η βελτίωση της διαδικασίας των ιατρικών αποφάσεων παίζει σημαντικό ρόλο. Η εκτίμηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και η χρησιμότητα που έχει μια θεραπευτική πράξη για τον ασθενή, καθώς και ο ρόλος και η σχέση με την ΠΖ παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Τέλος, η σπανιότητα των διαθέσιμων πόρων και η συνεχής διαφοροποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού κάνουν την καθιέρωση εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των ιατρικών πράξεων επιτακτική (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας σημαντικός παράγοντας είναι η αντίληψη των ασθενών για την υγεία και την ΠΖ (Fiebiger et al., 2004; Patric & Chiang, 2000). Σύμφωνα με τη μελέτη της βιβλιογραφίας, τα χρόνια νοσήματα επιφέρουν αποσταθεροποίηση των βασικών λειτουργιών του οργανισμού και οδηγούν σε προεκτάσεις, που ανατρέπουν την συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική ισορροπία του ατόμου και της οικογένειας (Σαρρής, 2001).

Οι χρόνιοι πάσχοντες έρχονται αντιμέτωποι με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις, όπως τη διατήρηση της συναισθηματικής ισορροπίας, της αυτοεκτίμησης, του αυτοελέγχου και του συμβιβασμού, τις περισσότερες φορές, με ένα αβέβαιο μέλλον. Πολλοί παράγοντες, που είναι κοινοί σε όλους τους χρόνιους ασθενείς, έχουν δυσμενή επίδραση στην ΠΖ τους. Αυτοί είναι οι διαγνωστικές δυσκολίες, η ανικανότητα, η εξάρτηση, το κοινωνικό στίγμα καθώς και οι αλλαγές που επιφέρει η νόσος (Μηνασίδου & Λεμονίδου, 2005). Σημαντική πληθυσμιακή ομάδα ασθενών αποτελούν οι ασθενείς με διαβήτη, οι οποίοι συγκεντρώνουν όλα τα χαρακτηριστικά των χρόνιων πασχόντων και μεγάλο μέρος των παραμέτρων που επιδρούν στην ΠΖ.



## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **1. Σκοπός μελέτης**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των συνεπειών της νόσου του σακχαρώδη διαβήτη στην ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από τη νόσο και γενικότερα σε τομείς της κοινωνικής τους ζωής.

Οι **επιμέρους στόχοι της μελέτης** αφορούσαν παραμέτρους, όπως:

- I.** Ο χρόνος διάρκειας της νόσου, από την έναρξή της έως σήμερα.
- II.** Η διερεύνηση της κοινωνικής ζωής των ασθενών από το χρόνο διάγνωσης της νόσου έως σήμερα.
- III.** Η διερεύνηση της σχέσης με τη θεραπευτική ομάδα ή το θεράποντα γιατρό.
- IV.** Η διερεύνηση των προσωπικών τους στάσεων και αντιλήψεων σχετικά με τη νόσο και την ποιότητα ζωής τους.

## 2. Σχεδιασμός ποιοτικής έρευνας – Μεθοδολογία

Οι ασθενείς με διαβήτη είναι χρόνιοι ασθενείς, διαφορετικών ηλικιακών ομάδων, γενικής κατάστασης υγείας, μορφωτικών, κοινωνικών και οικονομικών επιπέδων, καθώς και οικογενειακού περιβάλλοντος, συνεπώς με διαφορετικές στάσεις, απόψεις, αντιλήψεις και κυρίως προσωπικές εμπειρίες. Για τους λόγους αυτούς, και με δεδομένο ότι η ποσοτική αποτύπωση ενός μετρήσιμου αποτελέσματος δεν εμπλεκόταν στην αρχική ιδέα της μελέτης, επιλέχθηκε η ποιοτική μέθοδος έρευνας, στοχεύοντας στην εμβάθυνση των αιτιών που επηρεάζουν την ΠΖ των διαβητικών ασθενών.

Τα κύρια σημεία του μεθοδολογικού σχεδιασμού, ο οποίος ακολουθήθηκε πιστά κατά τη διεξαγωγή της παρούσας ποιοτικής μελέτης, ήταν:

### ***I. Πρόσβαση στο πεδίο και το δείγμα της μελέτης***

Το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε διαβητικούς ασθενείς, οι οποίοι επισκέφθηκαν τα Εξωτερικά Ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Άργους. Η επαφή με τους ασθενείς έγινε στο χώρο των Εξωτερικών Ιατρείων, κατά τη διάρκεια αναμονής τους για εξέταση από ειδικό γιατρό διαβητολόγο. Η σχέση της ερευνήτριας με τους διαβητικούς ασθενείς που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη στηρίχθηκε στην παροχή υπηρεσιών υγείας και μερικώς σε προηγούμενη προσωπική επαφή από προγενέστερη νοσηλεία τους σε κλινική του ίδιου νοσοκομείου, γεγονός που είχε αναπτύξει αμοιβαία εμπιστοσύνη.

### ***II. Ποιοτική μέθοδος έρευνας***

Η αρχική ιδέα, πάνω στην οποία στηρίχθηκε η παρούσα μελέτη και σύμφωνα με το σκοπό της, ο οποίος αναφέρεται ανωτέρω, προέκρινε ως καταλληλότερη μέθοδο για την παρούσα έρευνα την ποιοτική ημιδομημένη συνέντευξη, μέσω της οποίας αντλούνται πληροφορίες και ποιοτικά δεδομένα. Η ημιδομημένη συνέντευξη δημιουργεί ένα πλαίσιο εντός του οποίου ο συνεντευξιαζόμενος έχει την ευκαιρία να εμβαθύνει στις προσωπικές του αντιλήψεις, να αναπτύσσει ελεύθερα τις σκέψεις του και να εκφράζεται σύμφωνα με τις απόψεις του για ένα σαφώς καθορισμένο ζήτημα ή ερευνητικό αντικείμενο.

Ο αριθμός του δείγματος που επιλέχθηκε να συμμετάσχει στη μελέτη ήταν δέκα διαβητικοί ασθενείς. Τα άτομα αυτά είχαν διαφορετικά κοινωνικά, οικονομικά μορφωτικά επίπεδα, διαφορετική οικογενειακή κατάσταση, τρόπο ζωής και, μέρος αυτών, κουλτούρα. Από τους δέκα συνεντευξιαζόμενους – πληροφορητές, οι έξι ήταν γυναίκες και οι τέσσερις άντρες. Η διαδικασία πρόσβασης διήρκησε δύο μήνες.

Περιορισμοί της μελέτης: Προϋπόθεση για την συμμετοχή στη μελέτη ήταν η γνώση της ελληνικής γλώσσας, η άριστη ικανότητα επικοινωνίας και η πλήρης νοητική διαύγεια.

### III. *Διεξαγωγή της έρευνας*

Κατά την πρώτη προσέγγιση των διαβητικών ασθενών, δίνονταν πληροφορίες σχετικά με τη μελέτη (φορέας, σκοπός, μεθοδολογία, ανωνυμία κλπ.) και οι ίδιοι απαντούσαν θετικά ή όχι για την προοπτική της συμμετοχής τους σε αυτή. Από τους είκοσι δύο διαβητικούς ασθενείς που προσέγγισε η ερευνήτρια, πληροφορημένη συγκατάθεση έδωσαν μόνο οι δέκα, οι οποίοι και αποτελούν το τελικό δείγμα της παρούσας μελέτης.

Όλες οι ημιδομημένες συνεντεύξεις δόθηκαν με την πληροφορημένη συγκατάθεση του κάθε συμμετέχοντα, στη βάση μεικτών ερωτήσεων. Στόχος των μεικτών ερωτήσεων ήταν τόσο οι απαντήσεις σε ορισμένες ερωτήσεις, οι οποίες αναμένεται να δώσουν σαφές αποτέλεσμα, όσο και η ελεύθερη ανάπτυξη των σκέψεων και απόψεών τους.

Πριν την έναρξη της συνέντευξης, αναφέρονταν και τονίζονταν θέματα όπως της τήρησης της ανωνυμίας, το αντικείμενο της συζήτησης – συνέντευξης, η σημασία της συμμετοχής τους στη συγκεκριμένη μελέτη, αναδεικνύοντας ένα σοβαρό προσωπικό τους ιατρικό πρόβλημα, που απασχολεί πολλούς ακόμα συνανθρώπους τους, καθώς και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων και αποτελεσμάτων, τα οποία θα διαχθούν μόνο στην επιστημονική κοινότητα για την πρόοδο της γνώσης και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονικούς λόγους.

#### **IV. Ανάλυση των δεδομένων – Παρουσίαση των αποτελεσμάτων**

Το σύνολο των συνεντεύξεων οργανώθηκε βάση πρωτοκόλλου σε άξονες, στοχεύοντας στην ομαδοποίηση, κωδικοποίηση συσσωρευμένων δεδομένων, καταγραφή και ανάλυση των πληροφοριών και του εμπειρικού υλικού που συλλέχθηκαν και στη διευκόλυνση των αποτελεσμάτων. Οι κύριοι άξονες, βάση των οποίων οργανώθηκαν οι συνεντεύξεις, αφορούσαν:

- Ο *πρώτος άξονας* αφορούσε συλλογή στοιχείων για δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και τα έτη με διαβήτη.
- Ο *δεύτερος άξονας* αφορούσε πληροφορίες σχετικά με γεγονότα, αναμνήσεις, σκέψεις και συναισθήματα του συνεντευξιζόμενου από την εποχή που έμαθε για τη νόσο του, δίνοντας σημασία σε αυτά που του άλλαξαν την καθημερινή του ζωή και τις οικογενειακές και κοινωνικές του σχέσεις ως σήμερα.
- Ο *τρίτος άξονας* περιελάμβανε πληροφορίες σχετικά με την παρούσα κοινωνική ζωή του συνεντευξιζόμενου. Οι σχέσεις με το οικογενειακό, το φιλικό και το ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον, η ικανότητα στην εργασία, η συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες, αποτελούν κομβικά σημεία για την ποιότητα της ζωής του.
- Ο *τέταρτος άξονας* σχετιζόταν με πληροφορίες σχετικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις του συνεντευξιζόμενου με τη θεραπευτική ομάδα ή το γιατρό που τον παρακολουθεί, καθώς και με άλλους ασθενείς με διαβήτη, δίνοντας σημασία κυρίως στον τρόπο επικοινωνίας.
- Ο *πέμπτος άξονας* αφορούσε σκέψεις, απόψεις και αντιλήψεις του διαβητικού σχετικά με τη νόσο, τον τρόπο με τον οποίο τη βιώνει και την επιδίωξή του για το μέλλον.

### 3. Αποτελέσματα της μελέτης

Ακολουθώντας τον σκοπό της παρούσας μελέτης και τους επιμέρους στόχους της, ακολουθεί με ακρίβεια η παράθεση των απόψεων, αντιλήψεων, στάσεων, συμπεριφορών των συνεντευξιαζόμενων διαβητικών ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, επιδιώκοντας από πλευράς της ερευνήτριας να επεξηγηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τους διαβητικούς ασθενείς στην ποιότητα της ζωής τους.

Στην παρούσα ποιοτική μελέτη συμμετείχαν έξι γυναίκες και οι τέσσερις άντρες, οι οποίοι ήταν ηλικίας άνω των 30 ετών, οι πέντε έγγαμοι, οι δύο διαζευγμένοι, ο ένας άγαμος και οι δύο σε χηρεία. Το μορφωτικό, οικονομικό και κοινωνικό τους επίπεδο διέφερε σχεδόν και στους δέκα πληροφορητές, γεγονός που βοηθά στην ευρεία κάλυψη των απόψεων και αντιλήψεων τους.

Η αντίληψη της νόσου του σακχαρώδη διαβήτη, κυρίως λόγω της χρονιότητάς της, φαίνεται να αποτελεί μία επίπονη και ψυχοφθόρο διαδικασία. Στην ερώτηση για το πώς θα χαρακτήριζαν τη νόσο με μία λέξη, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων περιελάμβαναν λέξεις όπως: «φυλακή», «μαρτύριο», «αργό θάνατο», χαρακτηρίζοντας αρνητικά από την αρχή τη νόσο και δίνοντας το πρώτο στίγμα της καθημερινής σωματικής και ψυχικής κόπωσης από το διαβήτη. Εντύπωση κάνει το γεγονός ότι ούτε ένας από τους συμμετέχοντες δεν απάντησε με κάποια λέξη θετικού περιεχομένου.

Ο Γ., 38 ετών, είναι ένας δραστήριος νέος άνθρωπος, ο οποίος διαγνώσθηκε με διαβήτη πριν τρία χρόνια. Παρά το γεγονός ότι στην οικογένειά του υπήρχε κληρονομικό ιστορικό, ο ίδιος θεωρούσε ως τη στιγμή της διάγνωσης ότι είναι πολύ νέος για να αρρωστήσει από αυτή τη νόσο. Μη δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στα πρώτα συμπτώματα και δίχως να προσέχει τη διατροφή του, κατέληξε στο νοσοκομείο για άλλο λόγο υγείας, όπου, μετά από σειρά επαναλαμβανόμενων εξετάσεων, διαγνώσθηκε ο διαβήτης.

*«Ήρθε ένας γιατρός και μου είπε ότι έχω διαβήτη και θα πρέπει να αλλάξω όλη τη ζωή μου από δω και πέρα, αν θέλω να αποφύγω τις επιπλοκές, Ένωσα αδύναμος, άρρωστος, σα να μην μπορώ να αντιδράσω, σα να γκρεμίστηκαν όλα τα όνειρα για το μέλλον μου».*

Η αντίδραση αυτή του Γ. είναι χαρακτηριστική και συμβαδίζει με τις αντιδράσεις και των υπόλοιπων ερωτώμενων. Ο διαβήτης συχνά αποτελεί κληρονομική νόσο, που οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους δεν μπορούν να αποφύγουν, ακόμα κι αν είναι προσεκτικοί στον τρόπο ζωής τους. Δεν είναι δύσκολο να αντιληφθεί κανείς τον αρνητισμό που μπορεί να εκπέμπουν οι ασθενείς αυτοί μετά τη συνήθως τυχαία διάγνωση της νόσου.

### 3.1 Διάγνωση του διαβήτη

Ανεξάρτητα από τη χρονική στιγμή και τις ιδιαίτερες συνθήκες υπό τις οποίες έγινε η διάγνωση του διαβήτη, οι ασθενείς θυμούνται έντονα τον τρόπο που συνέβη και τα αισθήματα που ένιωσαν ή τις πρώτες τους σκέψεις. Ίσως επειδή η συγκεκριμένη χρονική στιγμή αποτελεί την αρχή αυστηρών και περιοριστικών κανόνων και το τέλος του φυσιολογικού τρόπου ζωής, όπως θεωρείται διαφορετικά για τον καθένα. Οι συνήθειες που αφορούν τη διατροφή, την άσκηση, τη σωματική φροντίδα, οι οποίες αποτελούν ως εκείνη τη στιγμή τον τρόπο ζωής του κάθε ατόμου, ξαφνικά πρέπει να αλλάξουν, συνήθως ριζικά, γεγονός που αποτελεί δυσβάσταχτο ψυχικό φορτίο για τους νεοδιαγνωσθέντες διαβητικούς. Η Μ., 56 ετών, έχει διαγνωσθεί με διαβήτη τα τελευταία 4 έτη. Είχε η μητέρα της διαβήτη, η οποία και απεβίωσε σε νέα ηλικία λόγω των πολλών επιπλοκών της νόσου. Για το λόγο αυτό, η Μ. πρόσεχε πάντα τη διατροφή της και ακολουθούσε χαλαρό πρόγραμμα σωματικής άσκησης, τρεις φορές την εβδομάδα. Τη στιγμή όμως που της ανακοινώθηκε η διάγνωση του διαβήτη τη θυμάται σαν να ήταν χτες:

*«Ήταν η τρίτη φορά που πήγαινα στον παθολόγο το τελευταίο τρίμηνο. Είχα χάσει επιπλέον κιλά και είχα εντείνει την σωματική άσκηση. Τελικά, μετά τις τελευταίες εξετάσεις, ο γιατρός μου ανακοίνωσε ότι είμαι διαβητική. Μου ήρθε στο μυαλό η μητέρα μου, πόσο υπέφερε από τη νόσο και τις επιπλοκές της και με πιασαν τα κλάματα».*

Σε μια τόσο σημαίνουσα χρονική στιγμή όπως είναι η ανακοίνωση της διάγνωσης του διαβήτη, οι ασθενείς αντιδρούν με ποικίλους τρόπους. Η σιωπή, η αμηχανία, η οργή, ακόμα και το ξέσπασμα στα κλάματα ήταν οι αντιδράσεις των συνεντευξιζόμενων. Αντίστοιχες, αλλά πιο ήπιες, ήταν και οι αντιδράσεις των

οικείων τους. Η Τ., 63 ετών, είναι διαβητική 6 χρόνια. Όταν πρωτόμαθε για τη νόσο αναφέρει:

*«Όταν ο γιατρός μου είπε ότι είμαι διαβητική και ότι έχω ανάγκη από ινσουλίνη, τον άκουγα σιωπηλή και βουρκωμένη. Ο άντρας μου όμως αφού τον ρώτησε αν είναι σίγουρος για αυτά που λέει, άρχισε να βρίζει για το κακό που μας έτυχε».*

Εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι η συναισθηματική φόρτιση των διαβητικών ασθενών κατά τη διάγνωση της νόσου, που είναι ήδη μεγάλη, μπορεί να επιβαρύνεται με τις τυχόν αντιδράσεις του οικογενειακού τους περιβάλλοντος που μαθαίνουν πρώτοι τα «δυσάρεστα», κατά την αντίληψή τους, νέα. Όμως είναι αναγκαίο να υποστούν και αυτού του είδους τις αντιδράσεις, αφού οι διαβητικοί ασθενείς θα αναζητήσουν πρωτίστως τη στήριξη από το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Οι περισσότεροι διαβητικοί ασθενείς, πριν τους τεθεί η οριστική διάγνωση, έχουν περάσει από σειρά κλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων. Επιπλέον, μπαίνουν σε διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών σχετικά με τη νόσο. Οι περισσότεροι σχηματίζουν μία ιδέα σχετικά με το τι πρόκειται να επακολουθήσει, ιδέα που συνήθως είναι περιορισμένη και αρνητική. Η πραγματικότητα όμως συγκρούεται με την ιδέα αυτή που έχουν αναπτύξει, με αποτέλεσμα η πρώτη αντίδραση να είναι συνήθως η άρνηση της νόσου. Η τελική διάγνωση, που την ακολουθεί η πρώτη συνταγογράφηση των αντιδιαβητικών φαρμάκων και το ειδικό διαιτολόγιο με τους περιορισμούς στην ποσότητα τροφής, αποτελεί την απαρχή της νέας πραγματικότητας του ασθενούς.

Ο Ν., 33 ετών, είναι ο πλέον πρόσφατα διαγνωσθής διαβητικός ασθενής, ο οποίος αναφέρει:

*«Κάθισα στην καρέκλα του γραφείου του παθολόγου – διαβητολόγου και κοιτούσα το ταβάνι καθώς αυτός διάβαζε τις τελευταίες εξετάσεις. Δεν θυμάμαι όλα αυτά που μου έλεγε, τις μερίδες φαγητού που μου έδειχνε ότι πρέπει στο εξής να τρώω, τις εξηγήσεις για τα φάρμακα και όλα τα υπόλοιπα. Αλλά θυμάμαι ότι έβλεπα τον εαυτό μου δεμένο σε μια καρέκλα και τον κόσμο γύρω μου να καταρρέει. Μόνο μια φωνή μου έρχεται στο μυαλό, που μου έλεγε να κάνω υπομονή και ότι όλα θα πάνε καλά. Νομίζω ότι ήταν της κοπέλας μου, που με συνόδευε, αλλά και πάλι δεν είμαι σίγουρος».*

Οι αλλαγές που συνέβησαν στους διαβητικούς ασθενείς εντοπίζονται κυρίως στο τρόπο ζωής, στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και τη συναισθηματική τους κατάσταση. Τις περισσότερες φορές οι αλλαγές είναι ήπιες αλλά υπάρχουν και εξαιρέσεις. Η Ξ., 40 ετών, έχει διαβήτη 3 χρόνια. Η έναρξη της νόσου έφερε πολλές αλλαγές και μεγάλες ανατροπές στη ζωή της. Η ίδια χαρακτηριστικά αναφέρει:

*«Όταν έμαθα ότι έχω διαβήτη και χρειάζομαι εντατική θεραπευτική αντιμετώπιση, ήμασταν με το σύζυγό μου σε διαδικασία απόκτησης παιδιού. Το νέο της διάγνωσης του διαβήτη μας αποξένωσε και χάλασε τη μεταξύ μας σχέση».*

Εκτός της απάντησης της Ξ., που η διάγνωση του διαβήτη της άλλαξε το μεγαλύτερο μέρος της ζωής της, όλοι οι υπόλοιποι ερωτώμενοι στην ερώτηση πως άλλαξε τη ζωή τους η νόσος, οι απαντήσεις τους αφορούσαν κυρίως την συνήθη καθημερινότητά τους. Σωματικά συμπτώματα αλλά και συναισθηματικές αλλαγές, όπως απομόνωση, θυμός, φόβος, συνέπεσαν με το πρώτο χρονικό διάστημα μετά τη διάγνωση της νόσου. Όσοι από τους συμμετέχοντες εργάζονταν, ζήτησαν αναρρωτική άδεια, έχοντας την ανάγκη να μείνουν έστω για λίγο μόνοι, με αποτέλεσμα να παρατηρηθούν μεταβολές τόσο στο κοινωνικό τους ρόλο όσο και στις κοινωνικές τους σχέσεις.

### **3.2 Κοινωνική ζωή**

Μία χρόνια νόσος, όπως είναι ο διαβήτης, επηρεάζει τον ασθενή στον τρόπο που βλέπει και ζει τη καθημερινότητά του, τις αξίες του, τα «πιστεύω» του, τις προτεραιότητές του. Τον αλλάζει όχι μόνο ατομικά, αλλά και ως μέλος του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Οι ρόλοι που έχει στη ζωή του, ως σύζυγος, ως γονιός, ως εργαζόμενος, ως μέλος μιας κοινότητας, αλλάζουν τις περισσότερες φορές. Οι δυσκολίες που πιθανά μπορεί να συναντά στο να ανταποκριθεί στους παραπάνω ρόλους, είναι συνήθως σε άμεση εξάρτηση με τις σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες της χρονιότητας της νόσου. Ίσως σε κάποιες περιπτώσεις να αμφισβητείται κάθε μορφή κοινωνικότητας, τόσο από τον ίδιο όσο και από τον κοινωνικό του περίγυρο.

Πρώτα η οικογένεια δέχεται τις αλλαγές που συντελούνται στον ασθενή με διαβήτη, μεταβάλλοντας τις ισορροπίες και επηρεάζοντας τις οικογενειακές σχέσεις. Ο Χ., 72



ετών, είναι παντρεμένος και έχει 3 παιδιά. Για τις οικογενειακές του σχέσεις αναφέρει:

*«Πάντα ήμουν εγώ που φρόντιζα την οικογένεια μου. Ήμουν ανεξάρτητος και δυνατός. Όταν αρρώστησα, άρχισα να νιώθω ότι η οικογένεια μου με φροντίζει. Μου δείχνουν ότι με αγαπάνε αλλά μερικές φορές υπερβάλλουν. Ρωτούν συνεχώς αν τηρώ την αγωγή και τότε θα πάω πάλι για εξετάσεις. Η γυναίκα μου καθημερινά ελέγχει τα δάκτυλα των ποδιών μου. Νιώθω ότι με έχουν σε επιτήρηση και κοιτούν τι τρώω και πόσο».*

Αναμενόμενη είναι σε πολλές περιπτώσεις η υπερπροστατευτικότητα από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας προς τον διαβητικό – μέλος της οικογένειας. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που οι οικογενειακοί δεσμοί επηρεάζονται με αρνητικό τρόπο, όπως στην περίπτωση της Ξ., η οποία συμπληρώνει:

*«Ο σύζυγός μου δεν μπόρεσε να αποδεχθεί τη νόσο, σταμάτησε να έχει κάθε επιθυμία για οικογένεια, θεώρησε ότι εγώ δεν ήμουν πλέον ικανή να γίνω μάνα, παρά τις προσπάθειες που είχαμε κάνει ήδη και τις διαβεβαιώσεις των γιατρών ότι είναι εφικτό και ελεγχόμενο. Το αποτέλεσμα ήταν έξι μήνες μετά τη διάγνωση να ζητήσει διαζύγιο, ώστε να φτιάξει τη ζωή του. Ο κοινωνικός μας κύκλος με απέκλεισε στο μεγαλύτερο κομμάτι του, όχι τόσο λόγω της νόσου, όσο κυρίως του διαζυγίου. Το αποτέλεσμα όμως ήταν απογοητευτικό, κι εγώ κατέρρευσα συναισθηματικά και σωματικά».*

Η χρόνια νόσος φαίνεται να επηρεάζει τους υπάρχοντες οικογενειακούς δεσμούς και τις κοινωνικές σχέσεις, αλλά και τους μελλοντικούς. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του Ν., 33 ετών, που έχει προτού τη διάγνωση μία μόνιμη και σοβαρή σχέση:

*«Γνώρισα τη κοπέλα μου και είμαστε μαζί αρκετά χρόνια σε σοβαρό δεσμό, σκεπτόμενοι το γάμο. Τώρα το σκέφτομαι να προχωρήσω. Δε θέλω η γυναίκα μου να με βλέπει κάθε πρωί να τρυπιέμαι και να είμαι περιορισμένος στην καθημερινότητά μου. Θέλω να έχει ένα δυνατό άνδρα δίπλα της ώστε να κάνουμε οικογένεια».*

Η παρουσία του διαβητικού σε κοινωνικές εκδηλώσεις σε αρκετές περιπτώσεις περιορίζεται. Αποφεύγει να πηγαίνει σε οικογενειακές συναντήσεις και κοινωνικές εκδηλώσεις, κυρίως όταν αυτές περιλαμβάνουν γεύμα, γιατί αισθάνονται άσχημα που

θα χρειαστούν ιδιαίτερο φαγητό, λόγω των περιορισμών στη διατροφή. Ο Τ., 70 ετών, περίπου 5 χρόνια διαβητικός, εξηγεί:

*«Εδώ και πέντε σχεδόν χρόνια που έχω αρχίσει τη θεραπευτική αγωγή για το διαβήτη αποφεύγω τις οικογενειακές μαζώξεις ή τις προσκλήσεις σε ταβέρνες και εστιατόρια. Δεν μου αρέσει πλέον να πηγαίνω έξω για φαγητό, το πολύ πολύ να πάω για καφέ. Με εκνευρίζει να βλέπω τους άλλους να τρώνε και να πίνουν όσο θέλουν».*

Γίνεται αντιληπτό ότι τα απλά καθημερινά γεγονότα για τους περισσότερους ανθρώπους, όπως ένα γεύμα σε μία ταβέρνα ή ένα δείπνο σε εστιατόριο δυσκολεύει τους διαβητικούς ασθενείς, ίσως γιατί δεν θέλουν να νιώθουν περιορισμένοι όταν συνεστιάζονται με ανθρώπους που δεν έχουν περιορισμό στη διατροφή ή όταν αναγκάζονται να απαντήσουν σε ερωτήσεις απλών γνωστών αν έχουν κάποιο πρόβλημα για το γεύμα που παρήγγειλαν. Συχνά παρατηρείται να καταστρατηγούν το πρόγραμμα διατροφής τους όταν είναι σε παρέα, μόνο και μόνο για να μη νιώθουν ξένο σώμα μέσα σε αυτή. Η Κ., 77 ετών, ομολογεί:

*«Έκανα ότι δεν είχα κανένα πρόβλημα υγείας όταν βγαίναμε σε ταβερνάκια με τα ΚΑΠΗ. Έτρωγα ότι έτρωγαν και οι υπόλοιποι της παρέας, ακόμα κι αν ήξερα ότι έβαζα την υγεία μου σε κίνδυνο. Ήταν προτιμότερο από το να άρχιζαν τις ερωτήσεις».*

Ο εργασιακός τομέας σε κάποιες περιπτώσεις επηρεάζεται μετά τη διάγνωση της νόσου, λόγω της άρνησης του ασθενή σε αυτή ή στην πορεία από κακή γλυκαιμική ρύθμιση και την εμφάνιση επιπλοκών, όπως νεφροπάθεια, νευροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια, αγγειακές νόσους, ή στη χειρότερη, διαβητικό πόδι. Παρά το ότι η πλειοψηφία των διαβητικών ασθενών ανήκει σε ηλικίες που πιθανά βρίσκονται σε σύνταξη, η ικανότητα για κάθε φύσης εργασία μειώνεται στους περισσότερους, αποτέλεσμα τόσο των σωματικών επιδράσεων της νόσου, όσο και των ψυχολογικών. Η Φ., 79 ετών, αναφέρει:

*«Έκανα ότι περισσότερο μπορούσα για την οικογένειά μου. Τους μαγείρευα, τους φρόντιζα, πρόσεχα τα εγγόνια μου, πήγαινα στα κτήματα. Από τότε που άρχισα την ινσουλίνη δεν έχω τόσο κουράγιο. Με δυσκολία κάποιες φορές φροντίζω τον εαυτό μου και οι άλλοι δε μπορούν να βασιστούν πλήρως πάνω μου».*

Ο Χ., 72 ετών, ελεύθερος επαγγελματίας, δηλώνει:

*«Τις ημέρες που το σάκχαρο είναι υψηλό, δεν μπορώ να πάω στο μαγαζί. Μόνο κάποια στιγμή μέσα στη μέρα περνάω για να δω πως πηγαίνει. Αν δεν είχα την οικογένειά μου, δε θα μπορούσα να κρατήσω μόνος μου το μαγαζί».*

Φαίνεται ότι για τις γυναίκες, η επιστροφή στην οικιακή εργασία είναι μάλλον πιο εφικτή, ενώ για τους άνδρες έχει έντονη ψυχολογική επίδραση. Η αίσθηση της αρσενικότητας και η ικανοποίηση συνδέονται άμεσα με την εργασία τους.

### **3.3 Θεραπευτική ομάδα ή γιατρός και σχέσεις**

Από την ώρα που τίθεται η διάγνωση της νόσου και για όλη τη ζωή τους οι διαβητικοί ασθενείς παρακολουθούνται από θεραπευτική ομάδα ή από ειδικό γιατρό σε διαβητολογικό ή παθολογικό ιατρείο. Με την εμφάνιση πιθανών επιπλοκών της νόσου έρχονται σ' επαφή με άλλες ειδικότητες, όπως καρδιολόγο, νεφρολόγο, οφθαλμίατρο, χειρουργό κ.ά., καθώς και με το νοσοκομειακό περιβάλλον όταν χρήζουν εισαγωγής για περαιτέρω νοσηλεία.

Η σχέση θεραπευτικής ομάδας ή γιατρού με τον διαβητικό ασθενή είναι σχέση εμπιστοσύνης και συμπαράστασης. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να τον βοηθήσουν να συμμορφωθεί με τη θεραπευτική αγωγή, η οποία δεν περιλαμβάνει μόνο τη φαρμακευτική θεραπεία, αλλά κυρίως την αλλαγή στον τρόπο ζωής και την καθημερινότητα, ώστε να επιτευχθεί η σωστή γλυκαιμική ρύθμιση, η οποία και προάγει την ποιότητα ζωής του διαβητικού. Η Ξ. αναφέρει:

*«Πάντα έχω αγωνία για το πώς θα πάνε οι εξετάσεις. Περιμένω να δω τα αποτελέσματα. Και παρακαλώ να πάνε όλα καλά, δε θέλω να περιοριστώ ακόμα πιο πολύ στην καθημερινή μου ζωή. Νιώθω να κουράζομαι. Όταν πάνε όλα καλά, μετά ηρεμώ. Ο γιατρός μου είναι προσεκτικός και εξηγεί τα πάντα, σε όποια απορία κι αν έχω. Γι' αυτό και δεν τον έχω αλλάξει από τότε που μου έκανε τη διάγνωση».*

Αντίθετα, η Μ. δηλώνει:

*«Στην αρχή πήγα στο γιατρό που παρακολουθούσε τη μάνα μου. Μετά όμως άρχισα να μη νιώθω εμπιστοσύνη και ξεκίνησα να επισκέπτομαι διάφορους γιατρούς*

*και ιατρεία, ψάχνοντας να βρω αυτόν που θα με ικανοποιούσε ως ασθενή. Κατέληξα εδώ. Σαν ασθενής είμαι τυπική σε όσα πρέπει να κάνω. Μου αρέσει να μιλώ με σας τους νοσηλευτές γιατί μπορώ να ρωτήσω πράγματα που δεν ρωτάω τους γιατρούς και νιώθω εμπιστοσύνη. Μπορώ ακόμα να μιλήσω και για προσωπικά μου θέματα που δεν θα μιλούσα σε κανέναν από το σπίτι μου».*

Οι διαβητικοί ασθενείς, ως χρόνιοι νοσούντες, χρειάζονται ιδιαίτερη μεταχείριση και αυξημένη προσοχή και φροντίδα, λόγω των διαφόρων επιπλοκών που τους παρουσιάζονται και των συναισθηματικών τους μεταπτώσεων εξαιτίας της επίπονης προσπάθειας που τελούν καθημερινά για την καλή γλυκαιμική τους ρύθμιση. Όμως η επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας που τους φροντίζουν και η άμεση διαπροσωπική επαφή, αναπτύσσοντας σχέση εμπιστοσύνης, είναι κύριοι παράγοντες που συντελούν στην άρτια και αποτελεσματική παροχή φροντίδας και προάγουν έμμεσα την ποιότητα ζωής τους.

### **3.4 Ατομικές στάσεις και αντιλήψεις**

Είναι γεγονός ότι η εγκατάσταση μιας χρόνιας νόσου, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, μεταβάλλει την καθημερινότητα του ασθενή αναφορικά με τον τρόπο που ζει, τις κοινωνικές του σχέσεις και την εργασία του. Συνάμα αποτελεί μία νέα εμπειρία που οδηγεί αναπόφευκτα σε νέο τρόπο ζωής. Ταυτόχρονα, διαφοροποιεί την στάση ζωής και τις αντιλήψεις του διαβητικού σχετικά με την υγεία και την ασθένεια, καθώς και τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το παρόν και το μέλλον. Ιδιαίτερη σημασία έχει το μέγεθος του αισθήματος που νιώθουν ότι ξεχωρίζουν από τους άλλους ανθρώπους. Ο Ν., 33 ετών, αναφέρει σχετικά:

*«Κάνω τη ζωή μου όσο πιο φυσιολογικά μπορώ. Πιέζομαι μέσα μου αλλά προσπαθώ να μην το δείχνω. Δε μπορώ να σου πω αν χαρακτηρίζω τον εαυτό μου ασθενή με τη κλασσική έννοια της λέξης. Μου φαίνεται ότι πιο πολύ με αρρωσταίνει το άγχος μου για το πώς θα πάει το σάκχαρο, αν και τότε θα εμφανιστούν οι πρώτες επιπλοκές, αν θα μπορώ να είμαι με τη σύντροφό μου και τι θα γίνει στο μέλλον, πάρα η αρρώστια αυτή καθαυτή».*

Ο διαβητικός ασθενής δεν έχει εμφανή τα σημάδια της αρρώστιας του. Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν είναι η χρόνια νόσος που μπορεί εύκολα κάποιος να παρατηρήσει είτε φίλος είτε τυχαία κάποιος άγνωστος. Το γεγονός αυτό κάνει τον διαβητικό να αισθάνεται καλύτερα στις κοινωνικές του εκδηλώσεις και να προσπαθεί να απολαύσει τις χαρές της ζωής. Όμως οι συναισθηματικές και ψυχολογικές μεταπτώσεις που εμφανίζονται συχνά, καθώς και οι υπεργλυκαιμίες ή υπογλυκαιμίες, μπορεί να τον ωθήσουν σε αρνητικές συμπεριφορές. Στην ερώτηση για το πώς βλέπουν το μέλλον τους τα επόμενα χρόνια, η Μ. δηλώνει:

*«Είναι φορές που αισθάνομαι αδυναμία, κούραση και το σώμα μου υποφέρει. Τότε έχω νεύρα, αισθάνομαι απογοήτευση και θέλω να απομονωθώ από τους υπόλοιπους γύρω μου. Νευριάζω με τη κατάστασή μου και φοβάμαι για το μέλλον και τι θα εμφανιστεί. Είναι όμως και στιγμές που αισθάνομαι καλά σωματικά και βλέπω τα πράγματα αισιόδοξα».*

Αντίθετα, η Κ. αναφέρει:

*«Αισθάνομαι γενικά καλά. Όσο καλά αισθανόμουν και πριν από δύο και τρία χρόνια. Όμως μεγαλώνω και δε ξέρω αν σε ένα χρόνο από τώρα θα έχω τις ίδιες δυνάμεις ή την ίδια διάθεση. Φαντάζομαι το μέλλον μου να στέκομαι όρθια, να είμαι μαζί με τα παιδιά μου και τα εγγόνια μου και να τους χαίρομαι όλους όπως και σήμερα».*

Συχνά εμφανίζεται το φαινόμενο των συναισθηματικών μεταπτώσεων στους διαβητικούς ασθενείς, το οποίο και επηρεάζει τις αντιλήψεις και τις απόψεις τους για τη νόσο. Ο Χ. συνεχίζει:

*«Πριν από ένα χρόνο αισθανόμουν πιο καλά από τώρα. Δεν είχα το πρόβλημα στην καρδιά που με περιορίζει ακόμα πιο πολύ. Φοβάμαι ότι θα καταπέσω πιο πολύ με τον καιρό και θα μου παρουσιαστεί και άλλο πρόβλημα. Για το μέλλον δε σκέφτομαι τίποτα, απλά παρακαλώ το Θεό να με έχει καλά για να μη κουράζω τους δικούς μου και τους γίνω βάσανο».*

Και ο Ν. συμπληρώνει:

*«Πέρσι ήμουν πολύ πιο αγχωμένος. Η ρύθμισή μου δεν ήταν όπως έπρεπε. Τώρα είμαι πολύ καλύτερα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Στο μέλλον θα ήθελα να παραμείνω στα επίπεδα ρύθμισης που είμαι και τώρα, να αποφύγω όλες τις επιπλοκές, να συνεχίζω να εργάζομαι και ίσως αποφασίσω να κάνω οικογένεια με τη γυναίκα που αγαπώ».*

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων διαβητικών φαίνεται ότι η καλή ρύθμιση του σακχάρου του αίματος, η αποφυγή των επιλοκών και η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή, διατηρούν καλή ποιότητα ζωής και δημιουργούν θετικά αισθήματα και σκέψεις για το μέλλον.

#### 4. Συζήτηση - Συμπεράσματα

Στην παρούσα ποιοτική μελέτη επιχειρήθηκε να διερευνηθούν, μέσα από ένα ανθρωπολογικό και κοινωνικό πρίσμα, οι συνέπειες της νόσου του σακχαρώδη διαβήτη στην ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από τη νόσο και γενικότερα σε τομείς της κοινωνικής τους ζωής. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν παράμετροι όπως ο χρόνος διάρκειας της νόσου, από την έναρξή της έως σήμερα, η κοινωνική ζωή των ασθενών από το χρόνο διάγνωσης της νόσου, η σχέση των διαβητικών ασθενών με τη θεραπευτική ομάδα ή το θεράποντα γιατρό και οι προσωπικές τους στάσεις και αντιλήψεις αναφορικά με τη νόσο και την ποιότητα ζωής τους.

Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε και ακολουθήθηκε οδήγησε ουσιαστικά σε μία νέα εμπειρία, τόσο για τους ασθενείς, οι οποίοι μέσα από τη διαδικασία της συνέντευξης είχαν την ευκαιρία να εκφράσουν όσα σκέφτονται και νιώθουν, όσο και για την ερευνήτρια, η οποία για πρώτη φορά έγινε συμμετοχος σκέψεων και συναισθημάτων, αντιμετωπίζοντας τον κάθε διαβητικό ασθενή ως ξεχωριστή προσωπικότητα και όχι απλά ως ασθενή από την επαγγελματική της θέση.

Το γενικό συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι η ποιότητα της ζωής ενός διαβητικού ασθενή επηρεάζεται σε όλες τις εκφράσεις της ζωής του. Οι απαγορεύσεις στη διατροφή, η συχνή παρακολούθηση από τη θεραπευτική ομάδα, το άγχος που δημιουργείται για την επίτευξη του καλού γλυκαιμικού ελέγχου, η αλλαγή του τρόπου ζωής, οι επιπλοκές της ασθένειας, το κοινωνικό στίγμα, η αβεβαιότητα για το μέλλον, καθώς και η, κατά περίπτωση, αρνητική ψυχολογία που εκφράζεται ως συνέπεια της χρονιότητας της νόσου, αποτελούν βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική ζωή του διαβητικού.

Μέσα από τις συνεντεύξεις τονίστηκαν ιδιαίτερα οι περιορισμοί που υπόκεινται οι διαβητικοί ασθενείς, στη θεραπεία και τη διατροφή, γεγονός που τους μειώνει την ευχαρίστηση από την κοινωνική ζωή ή τους καθιστά μη κοινωνούς στην ψυχαγωγία και τις ανθρώπινες σχέσεις. Επιπλέον, η ανάγκη για αυξημένη παρακολούθηση και φροντίδα για την αποφυγή των επιπλοκών της νόσου και την καλή ρύθμιση του σακχάρου του αίματος φαίνεται να δημιουργεί συναισθηματικές και ψυχολογικές μεταπτώσεις, αφού η προσπάθεια είναι καθημερινή και επίπονη. Στο σημείο αυτό

εμφανίζεται καίριος ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας που συνθέτουν τη θεραπευτική ομάδα, με την ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και καλή διαπροσωπική επαφή, προάγοντας έμμεσα την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Αναμφίβολα, η καλή ρύθμιση του σακχάρου του αίματος και η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή, διατηρούν καλή ποιότητα ζωής στο παρόν και δημιουργούν θετικά μελλοντικά αισθήματα. Σκοπός των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να είναι αφενός η σωστή γλυκαιμική ρύθμιση των διαβητικών ασθενών και αφετέρου η διατήρηση ή η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, μέσω ηθικής και ψυχολογικής στήριξης και ενσυναίσθησης. Επιπλέον, ο τομέας της υγείας θα πρέπει να αναπτύξει υποστηρικτικές δομές για τους διαβητικούς ασθενείς, ώστε να συμβάλλει προς τον ίδιο στόχο.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### 1. Διεθνής Βιβλιογραφία

- Abraira, C., Duckworth, W., McCarren, M., Emanuele, N., Arca, D., Reda, D., et al for the participants of the VA Cooperative Study of Glycemic Control and Complications in Diabetes Mellitus Type 2. (2003). *“Design of the cooperative study on glycemic control and complications in diabetes mellitus type 2: Veterans Affairs Diabetes Trial”*. J Diabetes Complications, 17(6): 314-322.
- American Diabetes Association (ADA), Diabetes Basic, Diabetes Statistics, 2007 National Diabetes Fact Sheet. Available at: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/> [Retrieved 22/06/2014]
- Bloomgarden, Z.T. (1998). *“International Diabetes Federation meeting, 1997. Type 2 diabetes: its prevalence, causes, and treatment”*. Diabetes Care, 21: 860–865.
- Caballero, A.E. (2009). *“Long-term benefits of insulin therapy and glycemic control in overweight and obese adults with type 2 diabetes”*. J Diabetes Complications, 23(2): 143-152.
- Chao, C., Liu, S. (2008). *“Diabetes Mellitus Treatment”*. International Encyclopedia of Public Health, 153-160.
- Colagiuri, S., Borch-Johnsen, K., Glümer, C., et al. (2005). *“There really is an epidemic of type 2 diabetes”*. Diabetologia, 48 (8): 1459-1463.
- Craig, M.E., Jones, T.W., Silink, M., Ping, Y.J., On behalf of the International Diabetes Federation Western Pacific Region Steering Committee. (2007). *“Diabetes care, glycemic control, and complications in children with type 1 diabetes from Asia and the Western Pacific Region”*. J Diabetes Complications, 21(5): 280-287.
- Davis, T.M., Stratton, I.M., Fox, C.J., et al. (1997). *“U.K. Prospective Diabetes Study 22. Effect of age at diagnosis on diabetic tissue damage during the first 6 years of NIDDM”*. Diabetes Care, 20 (9): 1435-1441.

- Dinsmoor, R.S. (2006). *“Healthy aging with diabetes”*. Diabetes Self Manag, 23: 20 - 2.
- Dew, M.A., Switzer, G.E., Goycoolea, J.M., Allen, A.S., et al. (1997). *“Does transplantation produce quality of life benefits? A quantitative analysis of the literature.”* Transplantation 64:1261–1273.
- Eliasson, B., Eeg-Olofsson, K., Cederholm, J., Nilsson, P.M., Gudbjörnsdóttir, S., for the Steering Committee of the Swedish National Diabetes Register (NDR). (2007). *“Antihyperglycaemic treatment of type 2 diabetes: results from a national diabetes register”*. Diab & Metab, 33(4): 269-276.
- Evans, J.M., Barnett, K.N., Ogston, S.A., et al. (2007). *“Increasing prevalence of type 2 diabetes in a Scottish population: effect of increasing incidence or decreasing mortality?”* Diabetologia, 50: 729–32.
- Filbin, M.R., Brown, D.F., Nadel, E.S. (2001). *“Hyperglycemic hyperosmolar nonketotic coma”*. J Emerg Med, 20(3): 285-290.
- Fiebiger, W., Mitterbauer, C., Oberbauer, R., (2004). *“Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation”*. Health Qual Life Outcomes 2:2. doi:10.1186/1477-7525-2-2.
- Fox, C.S., Pencina, M.J., Meigs, J.B., Vasan, R.S., Levitzky, Y.S., D'Agostino, R.B. Sr. (2006). *“Trends in the incidence of type 2 diabetes mellitus from the 1970s to the 1990s: the Framingham Heart Study”*. Circulation, 113: 2914–2918.
- Garg, S.K., Gottlieb, P.A., Hisatomi, M.E., D'Souza, A., Walker, A.J., Izuora, K.E., et al. (2004). *“Improved glycemic control without an increase in severe hypoglycemic episodes in intensively treated patients with type 1 diabetes receiving morning, evening, or split dose insulin glargine”*. Diab Res Clinic Pract, 66(1): 49-56.
- Geiss, L.S., Pan, L., Cadwell, B., et al. (2006). *“Changes in incidence of diabetes in U.S. adults, 1997–2003”*. Am J Prev Med, 30: 371–7.
- Gikas, A., Sotiropoulos, A., Panagiotakos, D., et al. (2004). *“Prevalence, and associated risk factors, of self-reported diabetes mellitus in a sample of urban*

*population in Greece: MEDICAL Exit Poll Research in Salamis (MEDICAL EXPRESS 2002)*". BMC Public Health, 4:2.

- Gloyn, A.L., McCarthy, M.I. (2001). "*The genetics of type 2 diabetes*". Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 15(3): 293-308.
- Gomis, R., Storms, F., Conget, I., Sinnassamy, P., Davies, M., and on behalf of the AT.LANTUS Study Group. (2007). "*Improving metabolic control in sub-optimally controlled subjects with Type 1 diabetes: Comparison of two treatment algorithms using insulin glargine*". Diab Res Clinic Pract, 77(1): 84-91.
- Greenstein, A.J., Dreiling, D.A. (1971). "*Nonketotic hyperosmolar coma in the postoperative patient*". Am J Surg, 121(6): 698-701.
- Hathaway, D., Strong, M., Ganza, M. (1990). "*Post transplant quality of life expectations*". ANNA Journal 17:433-439.
- Harris, M., Zimmet, P. (1997). "*Classification of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance*". In Alberti K, Zimmet P, Defronzo R, editors. International Textbook of Diabetes Mellitus. Second Edition. Chichester: John Wiley and Sons Ltd; p 9-23.
- Harrison, T.A., Hindorff, L.A., Kim, H., Wines, R.C., Bowen, D.J., McGrath, B.B., Edwards, K.L. (2003). "*Family history of diabetes as a potential public health tool*". Am J Prev Med, 24(2): 152-159.
- Herlitz, J., Caidahl, K., Wiklund, I., Sjöland, H., Karlson, B.W., Karlsson, T., et al. (2000). "*Impact of a history of diabetes on the improvement of symptoms and quality of life during 5 years after coronary artery bypass grafting*". J Diabetes Complications, 14(6): 314-321.
- Hirsch, I.B., Goldberg, H.I., Ellsworth, A., Evans, T.C., Herter, C.D., Ramsey, S.D., et al. (2001). "*A multifaceted intervention in support of diabetes treatment guidelines: a cont trial*". Diabet Res Clinic Pract, 58(1): 27-36.
- Hoerger, T.J., Zhang, P., Segel, J.E., Gregg, E.W., Narayan, K.M.V., Hicks, K.A. (2009). "*Improvements in risk factor control among persons with diabetes in*

- the United States: Evidence and implications for remaining life expectancy*". Diab Res Clinic Pract, 86(3): 225-232.
- Ilag, L.L., Kronick, S., Ernst, R.D., Grondin, L., Alaniz, C., Liu, L. E., et al. (2003). *"Impact of a critical pathway on inpatient management of diabetic ketoacidosis"*. Diab Res Clinic Pract, 62(1): 23-32.
- International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. (2007). Brussels, International Diabetes Federation, 2007. Available at: <http://da3.diabetesatlas.org/index1397.html> [Retrieved 10/06/2014]
- Kahn, S.E., Hull, R.L., Utzschneider, K.M. (2006). *"Mechanisms linking obesity to insulin resistance and type 2 diabetes"*. Nature, 444: 840–846.
- Katsilambros, N., Aliferis, K., Darviri, C., Tsapogas, P., Alexiou, Z., Tritos, N., Arvanitis, M. (1993). *"Evidence for an increase in the prevalence of known diabetes in a sample of an urban population in Greece"*. Diabetic Med, 10: 87-90.
- King, H., Aubert, R.E., Herman, W.H. (1998). *"Global burden of diabetes, 1995–2025"*. Diabetes Care, 1998; 21: 1414–31.
- Klein, J., Ott, V., Schütt Klein, H.H. (2002). *"Recurrent hypoglycaemic episodes in a patient with Type 2 diabetes under fibrate therapy"*. J Diabetes Complications, 16(3): 246-248.
- Kuzuya, T., Nakagawa, S., Satoh, J., Kanazawa, Y., Iwamoto, Y., Kobayashi, M., et al, and The Committee of the Japan Diabetes Society on the diagnostic criteria of diabetes mellitus. (2002). *"Report of the Committee on the classification and diagnostic criteria of diabetes mellitus"*. Diab Res Clinic Pract, 55(1): 65-85.
- Lawn, J.E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V.K., Chopra, M. (2008) *"Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize"*. The Lancet 372(9642): 917 – 927.
- Lee, P.P., Feldman, Z.W., Ostermann, J., Brown, D.S., Sloan, F.A. (2003). *"Longitudinal rates of annual eye examinations of persons with diabetes and chronic eye diseases"*. Ophthalmol, 110(10): 1952-1959.
- Loizou, T., Pouloukas, S., Tountas, C., et al. (2006). *"An epidemiologic study on the prevalence of diabetes, glucose intolerance, and metabolic syndrome in the adult population of the Republic of Cyprus"*. Diabetes Care, 29: 1714–15.

- Malecki, M.T. (2005). “*Genetics of type 2 diabetes mellitus*”. *Diab Res Clinic Pract*, 68(Suppl ): S10-S21.
- Matas, A.J., Halbert, R.J., Barr, M.L., Helderman, J.H., et al. (2002). “*Life satisfaction and adverse effects in renal transplant recipients: A longitudinal analysis*”. *ClinTransplant*, 16:113–121.
- Mayor, S. (2006). “*Diabetes affects nearly 6% of the world’s adults*”. *BMJ*, 333: 1191.
- Nilsson, P.M., Gudbjörnsdóttir, S., Eliasson, B., Cederholm, J., and for the Steering Committee of the Swedish National Diabetes Register. (2004). “*Smoking is associated with increased HbA<sub>1c</sub> values and microalbuminuria in patients with diabetes — data from the National Diabetes Register in Sweden*”. *Diabetes & Metabolism*, 30(3): 261-268.
- Owen, K.R., McCarthy, M.I. (2007). “*Genetics of type 2 diabetes*”. *Current Opinion in Genetics & Development*, 17(3): 239-244.
- Panagiotakos, D.B., Pitsavos, C., Chrysohoou, C., Risvas, G., Kontogianni, M.D., Zampelas, A., Stefanadis, C. (2004). “*Epidemiology of overweight and obesity in a greek adult population: the ATTICA Study*”. *Obesity Research* 12: 1914–1920.
- Patrick D.L., Chiang Y.P. (2000). “*Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: Conceptual and methodological challenges*”. *Med Care* 38:14–25.
- Pearson, E.R. (2008). “*Recent advances in the genetics of diabetes*”. *Prim Care Diab*, 2(2): 67-72.
- Peel, E., Parry, O., Douglas, M., Lawton, J. (2004). “*Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients’ emotional reactions and views about information provision*”. *Patient Education and Counseling*, 53(3): 269-275.
- Quinn, M., Fleischman, A., Rosner, B., Nigrin, D.J., Wolfsdorf, J.I. (2006). “*Characteristics at diagnosis of type 1 diabetes in children younger than 6 years*”. *J Pediatr*, 148(3): 366-371.
- Rodriguez –Moran, M., Guerrero-Romero, F. (2001). “*Fasting plasma glucose diagnostic criterion, proposed by the American Diabetes Association, has low*

- sensitivity for diagnoses of diabetes in Mexican population*". J Diabetes Complications, 15(4): 171-173.
- Santos-Ayarzagoytia, M., Salinas-Martínez, A.M., Villarreal-Pérez, J.Z. (2006). *"Gestational diabetes: Validity of ADA and WHO diagnostic criteria using NDDG as the reference test"*. Diab Res Clinic Pract, 74(3): 322-328.
- Sauvanet, J.-P. & Consensus ADA/EASD (2010) *"2009: l'algorithme pour le traitement médical du diabète de type 2 est utile!"* Médecine des Maladies Métaboliques, 4(2): 181-190.
- Stovring, H., Andersen, M., Beck-Nielsen, H., Green, A., Vach, W. (2003). *"Rising prevalence of diabetes: evidence from a Danish pharmaco-epidemiological database"*. Lancet, 362:537–538.
- Takaike, H., Uchigata, Y., Iwasaki, N., Iwamoto, Y. (2004). *"Transient elevation of liver transaminase after starting insulin therapy for diabetic ketosis or ketoacidosis in newly diagnosed type 1 diabetes mellitus"*. Diab Res Clinic Pract, 64(1): 27-32.
- Tuomilehto, J., Wareham, N. (2006). *"Glucose lowering and diabetes prevention: are they the same?"* Lancet, 368: 1218–19.
- Unwin, N., Marlin, A. (2004). *"Diabetes Action Now: WHO and IDF working together to raise awareness worldwide"*. Diabetes Voice, 49(2): 27-31.
- Valverde, J.C., Tormo, M.J., Navarro, C., et al. (2006). *"Prevalence of diabetes in Murcia (Spain): a Mediterranean area characterised by obesity"*. Diabetes Res Clin Pract, 71: 202–9.
- Vergès, B. (2005). *"New insight into the pathophysiology of lipid abnormalities in type 2 diabetes"*. Diab & Metabol, 31(5): 429-439.
- Vischer, U.M., Bauduceau, B., Bourdel-Marchasson, I., Blicke, J.F., Constans, T., Fagot-Campagna, A., et al and For The Alfediam/SFGG French-speaking group for study of diabetes in the elderly. (2009). *"A call to incorporate the prevention and treatment of geriatric disorders in the management of diabetes in the elderly"*. Diab & Metabol, 35(3): 168-177.
- Webb, D.R., Stockman, J., Healey, E., Jarvis, J., Farooqi, A., Skinner, C., et al. (2006). *"Broadening impaired fasting glucose criteria (IFG) results in*

- increased identification of impaired glucose tolerance (IGT) which is not affected by ethnicity*". Diabet Med, 23: 73.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., King, H. (2004). "*Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030*". Diabetes Care, 27: 1047–53.
- Wilson, M., Moore, M.P., Lunt, H. (2004). "*Treatment satisfaction after commencement of insulin in Type 2 diabetes*". Diab Res Clinic Pract, 66(3): 263-267.
- Wood, S.L., Sauve, R., Ross, S., Brant, R., Love, E.J. (2000). "*Prediabetes and perinatal mortality*". Diabetes Care, 23: 1752-1754.
- World Health Organization (WHO). (1997). "*Obesity: preventing and managing the global epidemic*". Report of a WHO Consultation presented at: the World Health Organization; Geneva, Switzerland, WHO. Publication WHO/NUT/NCD/98.1.
- World Health Organization (WHO). (2002). "*Diabetes mellitus Fact Sheet No 138*". Geneva, Switzerland: WHO.

## **2. Ελληνική Βιβλιογραφία**

- Αλεξιάς Γ. (2006). «*Κοινωνιολογία του Σώματος*». Από τον «Άνθρωπο του Νεότερου» στον «Εξολοθρευτή». Ελληνικά Γράμματα.
- Αρώνη Α. (2008). «*Κοινωνικές Αναπαραστάσεις, πρακτικές και χρήσεις του Σώματος*». Διδακτορική Διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Ψυχολογίας.
- Δαγτόγλου Π.Δ. (2005) «*Ατομικά Δικαιώματα*». Σάκκουλας Α.Ν., Αθήνα – Κομοτηνή.

- Δημητρόπουλος Α.Γ. (2004) «Γενική Συνταγματική Θεωρία». Σάκκουλας Α.Ν., Αθήνα – Κομοτηνή.
- Δημητρόπουλος Α. (2008). «Εφαρμογές Δημοσίου Δικαίου». Άτομα με Ειδικές Ανάγκες. ΕΚΠΑ. Σχολή ΝΟΠΕ. Τμήμα Νομικής.
- Διαβητολογικό Κέντρο. Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά. Νομοθεσία για Ινσουλινοεξαρτώμενα άτομα με ποσοστό αναπηρίας 67%. Διαθέσιμο σε: [http://www.tzaniodiabetes.gr/?page\\_id=201](http://www.tzaniodiabetes.gr/?page_id=201) [Πρόσβαση 18/05/2014]
- Μηνασίδου Ε., Λεμονίδου Χ. (2005). «Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών». Νοσηλευτική 44: 202–211.
- Νόμοι που αφορούν τα άτομα με διαβήτη (2013). Διαθέσιμο σε: [http://www.syl-diavitikon-nthess.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=129:%CE%9D%CF%8C%CE%BC%CE%BF%CE%B9-%CF%80%CE%BF%CF%85-%CE%B1%CF%86%CE%BF%CF%81%CF%80%CF%8D%CE%BD-%CF%84%CE%B1-%CE%AC%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%B1-%CE%BC%CE%B5-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%B2%CE%AE%CF%84%CE%B7&catid=44:%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82&Itemid=79](http://www.syl-diavitikon-nthess.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=129:%CE%9D%CF%8C%CE%BC%CE%BF%CE%B9-%CF%80%CE%BF%CF%85-%CE%B1%CF%86%CE%BF%CF%81%CF%80%CF%8D%CE%BD-%CF%84%CE%B1-%CE%AC%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%B1-%CE%BC%CE%B5-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%B2%CE%AE%CF%84%CE%B7&catid=44:%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82&Itemid=79) [Πρόσβαση 08/05/2014]
- Σαρρής Μ. (2001). «Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα ζωής». Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ. (2001). «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(3): 218-229.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Οδηγός συνέντευξης

1. Ηλικία:
2. Φύλο: Άρρεν  Θήλυ
3. Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος  Έγγαμος
4. Συνθήκες διαβίωσης: Μένω μόνος  Δεν μένω μόνος
5. Μορφωτικό επίπεδο: Γυμνάσιο  Λύκειο  Τριτοβάθμια εκπαίδευση   
Μεταπτυχιακές σπουδές  Διδακτορικό
6. Μηνιαίο εισόδημα σε €: <600  601- 1000  1001-1500  >1501
7. Πριν πόσα χρόνια διαγνώσθηκε για πρώτη φορά ο Σακχαρώδης διαβήτης:
8. Έχετε κάποιον σταθερό γιατρό; Ναι  Όχι
9. Πόσα χρόνια έχετε τον ίδιο γιατρό;
10. Πώς θα χαρακτηρίζατε τον σακχαρώδη διαβήτη με μία λέξη;
11. Πώς σας διαγνώστηκε ο διαβήτης και πότε;
12. Τι σκεφτήκατε όταν ο γιατρός σας είπε ότι είστε διαβητικός;
13. Πώς επηρεάστηκαν οι οικογενειακές σας σχέσεις εξαιτίας της νόσου;
14. Πώς επηρεάστηκαν οι κοινωνικές σας σχέσεις εξαιτίας της νόσου;
15. Πώς επηρεάστηκε ο εργασιακός σας τομέας εξαιτίας της νόσου;
16. Πώς είναι οι σχέσεις σας με τη θεραπευτική ομάδα ή με το γιατρό σας;

**17.** Πόσο επηρεάστηκε η καθημερινή σας ζωή εξαιτίας της νόσου;

**18.** Πώς νιώθετε σωματικά σε σχέση με τη νόσο;

**19.** Πώς βλέπετε τον εαυτό σας ως ασθενή σε σχέση με το μέλλον;