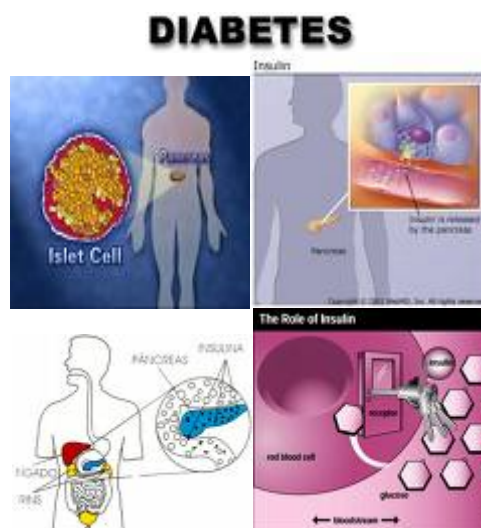


«Επίδραση Βιοσυμπεριφορικών Παραγόντων  
στη Σωματική και Ψυχική Ευεξία των  
Διαβητικών»



Διπλωματική Εργασία της Μεταπτυχιακής φοιτήτριας: **Φουντουλάκη Δέσποινα**  
Α.Μ.: 64

Υπεύθυνος Καθηγητής: **Σιδερίδης Γεώργιος**

Τριμελή Επιτροπή : **Καραδήμας Ευάγγελος**  
**Νέστορος Ιωάννης**  
**Σιδερίδης Γεώργιος**

Ρέθυμνο, 2007

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Περίληψη</i> .....	3
Πρόλογος .....	4
<b>I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	
<i>1. Βιολογική Θεώρηση του Διαβήτη</i> .....	5
1.1. Εννοιολογική Προσέγγιση του Διαβήτη .....	5
1.2. Συμπτωματολογία του Διαβήτη .....	5
1.3. Παθογένεια του Διαβήτη .....	6
1.4. Διάγνωση του Διαβήτη .....	7
1.5. Αντιμετώπιση του Διαβήτη .....	8
<i>2. Διαβήτης και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά</i> .....	10
2.1. Φύλο .....	10
2.2. Ηλικία .....	10
2.3. Κοινωνικοοικονομική Κατάσταση .....	11
<i>3. Ψυχοκοινωνική Θεώρηση του Διαβήτη</i> .....	13
3.1. Διαβήτης και Συμπεριφορές Υγείας .....	13
3.2. Διαβήτης και Ψυχολογικές Δυσκολίες .....	14
<i>4. Ο σκοπός της έρευνας</i> .....	22
<b>II. Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	
1. Οι συμμετέχοντες της έρευνας .....	23
2. Εργαλεία μέτρησης .....	26
3. Διαδικασία συλλογής και επεξεργασίας του ερευνητικού υλικού .....	30
<b>III. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	
1. Δείκτες υγείας ως προς υγιείς και διαβητικούς .....	31
2. Δείκτες υγείας ως προς υγιείς, ινσουλοεξαρτώμενους και μη ινσουλοεξαρτώμενους .....	32
3. Δείκτες υγείας ως προς την κατάσταση συνοσηρότητας ατόμων με διαβήτη .....	33
4. Δείκτες υγείας μεταξύ των ομάδων των διαβητικών ατόμων, ινσουλοεξαρτώμενων και μη ινσουλοεξαρτώμενων .....	36
5. Αξιολόγηση δεικτών υγείας από τους διαβητικούς .....	38
6. Συμβολή δεικτών υγείας στην πρόβλεψη της Ποιότητας ζωής των διαβητικών.....	41
<b>IV. ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	44
<b>VI. Βιβλιογραφικές Αναφορές</b> .....	49
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	54
Ερευνητικά Εργαλεία .....	55

## ***Περίληψη***

Το ανοιχτό πεδίο μελέτης στην επίτευξη της σωματικής και ψυχικής ευεξίας του διαβητικού ατόμου μας ώθησε, να διερευνήσουμε το βαθμό επίδρασης δημογραφικών, ιατρικών και ψυχολογικών παραγόντων σε μια ομάδα ατόμων με διαβήτη (ινσουλοεξαρτώμενων και μη) καθώς και τη διαφορά των ψυχολογικών χαρακτηριστικών μεταξύ της ομάδας των διαβητικών και των υγιών ατόμων. Η εκτέλεση της έρευνας βασίστηκε σε δείγμα 200 ατόμων εθνικότητας ελληνικής, με σταθερό τόπο διαμονής, κατόπιν επισκέψεως στα σπίτια τους. Το δείγμα αυτό συλλέχθηκε με βάση την κατάσταση υγείας των ατόμων με σχετική αναλογία, 100 υγιείς και 100 εξωνοσοκομειακούς διαβητικούς. Συλλέχθηκαν δημογραφικά, ιατρικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια των προγραμμάτων SPSS και LISREL. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προσδιορίστηκε ότι ο μέσος όρος συνολικής βαθμολογίας των ερωτηματολογίων Άγχους, Κατάθλιψης και Ποιότητα Ζωής ήταν σημαντικά υψηλότερος για τους διαβητικούς από τους υγιείς και αντίστοιχα υψηλότερος για τους ινσουλοεξαρτώμενους σε σχέση με τους μη ινσουλοεξαρτώμενους και τους υγιείς. Επίσης διαπιστώθηκε ότι η Ποιότητα Ζωής των διαβητικών προβλέπεται άμεσα από την κατάθλιψη, το δείκτη μάζα σώματος και την άσκηση (με αρνητικό τρόπο) και έμμεσα από το άγχος, το άγχος υγείας και τις συνέπειες της αντίληψης της ασθένειας, ερμηνεύοντας το 52% της διακύμανσης του βαθμού της Ποιότητα Ζωής τους. Τα ευρήματα της έρευνας αυτής ορίζουν ένα πλαίσιο σωματικής και ψυχικής ευεξίας των διαβητικών ατόμων που περιλαμβάνει περισσότερα ψυχολογικά παρά ιατρικά χαρακτηριστικά και σχετίζεται θετικά με αυτά.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα διπλωματική εργασία θα εξετάσουμε τη σωματική και ψυχική ευεξία των Ελλήνων διαβητικών ατόμων. Θα επιχειρήσουμε να μελετήσουμε αν ο βαθμός ορισμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών διαφέρει μεταξύ μιας ομάδας διαβητικών (ινσουλοεξαρτώμενων και μη) και υγιών ατόμων, καθώς και αν υπάρχει διαφορά στο βαθμό επίδρασης των δημογραφικών, ιατρικών και ψυχολογικών παραγόντων στην ομάδα των διαβητικών ατόμων. Η επιλογή του θέματος έγινε ύστερα από προσωπική ανάγκη αναγνώρισης των παραγόντων που επηρεάζουν την πορεία και την εξέλιξη του διαβήτη στους Έλληνες και ελπίζοντας πως αυτή η εμπειρική έρευνα θα συνεισφέρει στην πρόβλεψη των συμπεριφορών υγείας του ελληνικού διαβητικού πληθυσμού και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτού με την προσμέτρηση των ψυχολογικών παραμέτρων πέρα των βιολογικών στην εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση του διαβήτη.

Η συνολική εργασία αποτελείται από τέσσερα μέρη, την εισαγωγή, τη μέθοδο της ερευνάς, τα αποτελέσματα αυτής και την ερμηνεία των ευρημάτων. Στο πρώτο μέρος γίνεται μια ανασκόπηση στην υπάρχουσα βιβλιογραφία για το υπό συζήτηση θέμα και παρουσιάζεται ο σκοπός που έγινε η εν λόγω έρευνα. Στο δεύτερο μέρος παρατίθενται περιγραφικά οι συμμετέχοντες, τα εργαλεία μέτρησης και η διαδικασία συλλογής και επεξεργασίας του ερευνητικού υλικού. Στο τρίτο και τέταρτο μέρος πραγματοποιείται η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας με την παράθεση των αποτελεσμάτων και μια συνθετική θεώρηση – ερμηνεία αυτών. Η επεξεργασία του ερευνητικού υλικού επιτεύχθηκε με τη χρήση των προγραμμάτων SPSS (Statistical Package for Social Sciences) και LISREL.

## **I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

### ***1.Βιολογική Θεώρηση του Διαβήτη***

#### **1.1. Εννοιολογική Προσέγγιση του Διαβήτη**

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (Σ.Δ.) είναι μια χρόνια μεταβολική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από αύξηση των τιμών του σακχάρου, είτε διότι δεν παράγουν ινσουλίνη, είτε διότι η ινσουλίνη που παράγουν δεν είναι αποτελεσματική, δημιουργώντας ένα ιδιαίτερο τρόπο ζωής (Καραδήμας,2005). Ειδικότερα διακρίνεται σε δύο μορφές: στον *Διαβήτη τύπου I* και στον *Διαβήτη τύπου II*. Στην περίπτωση του πρώτου παράγεται πολύ λίγη ινσουλίνη, συνήθως επειδή αντισώματα του ίδιου του οργανισμού εξουδετέρωσαν τα β-κύτταρα του παγκρέατος ή ιοί έβλαψαν το πάγκρεας ή χειρουργικά αφαιρέθηκε το πάγκρεας. Στην περίπτωση του δεύτερου υπάρχουν άνθρωποι που δεν παράγουν αρκετή ινσουλίνη ή παράγουν αρκετή που όμως δεν κάνει σωστά τη δουλειά της με αποτέλεσμα οι τιμές της γλυκόζης του αίματος να μένουν υψηλές. Δηλαδή είτε παράγεται ινσουλίνη από το πάγκρεας, όμως συμβαίνει πολλές φορές το πάγκρεας να παράγει λιγότερη ινσουλίνη από αυτή που απαιτείται με αποτέλεσμα να χρειάζεται χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων (αντιδιαβητικά δισκία), ώστε αυτό, εφόσον ακόμη μπορεί να παράγει περισσότερη, είτε παράγεται σημαντική ποσότητα ινσουλίνης (συνήθως παχύσαρκοι), η οποία όμως δεν είναι αποτελεσματική, καθώς δεν κατορθώνει να επηρεάσει τα διάφορα κύτταρα του οργανισμού, ώστε η γλυκόζη του αίματος να εισέλθει στο εσωτερικό τους και να χρησιμοποιηθεί (Aikens & Wagner, 2004. Παππας,2001. Sarafino,1998. Votey,2004).

#### **1.2. Συμπτωματολογία του Διαβήτη**

Η κλινική εκδήλωση του Σ.Δ., που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των τιμών του σακχάρου στο αίμα, είναι συνήθως θορυβώδης με πολυουρία, πολυδιψία, πολυφαγία, απώλεια βάρους, αίσθημα κόπωσης, σημαντική υπεργλυκαιμία, οξοναιμία ή οξονουρία, και επί μη έγκαιρης και αποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, οξέωση, κώμα και θάνατο. Πιο συγκεκριμένα ο Πάππας (2001) αναφέρει ότι τα κυριότερα συμπτώματα στον *διαβήτη τύπου I* ή *ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη* είναι τα εξής :

1. έντονη δίψα
2. πολυουρία (δηλαδή το άτομο ουρεί συχνά και αποβάλλει μεγάλη ποσότητα ούρων)
3. μεγάλη πείνα
4. απώλεια βάρους (παρ' όλο ότι το άτομο τρώει περισσότερο απ' όσο έτρωγε πριν λίγο καιρό, αδυνατίζει συνεχώς)
5. καταβολή δυνάμεων

Αντίστοιχα, συνήθως τα άτομα με *διαβήτη τύπου II* ή *μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη* εμφανίζουν τα ακόλουθα συμπτώματα, αν και υπάρχουν πολλοί που πάσχουν από αυτόν χωρίς να εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα από τα παρακάτω και έτσι δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη :

1. καταβολή δυνάμεων (αισθάνονται αυξημένη κούραση)
2. αν έχουν πληγή ή τραύμα αργεί να επουλωθεί
3. ξηρό δέρμα και κνησμός (φαγούρα )
4. συχνές λοιμώξεις ( κυρίως ουρολοιμώξεις )
5. θάμβος οράσεως (βλέπουν θολά)
6. μεγάλη πείνα
7. μεγάλη δίψα
8. μούδιασματα ή μυρμηγκιάσματα
9. διαταραχές της libido.

### **1.3. Παθογένεια του Διαβήτη**

Ο Μελιδώνης (2001) σημειώνει ότι η παθογένεια του Σακχαρώδη Διαβήτη αποδίδεται σε μη γενετικούς, περιβαλλοντικούς δηλαδή παράγοντες, που δρουν σε ένα γενετικά προδιατεθειμένο ξενιστή, ξεκινώντας μια καταστροφική ανοσολογική διεργασία.

Πιο συγκεκριμένα όμως αναφέρει ότι η αλληλεπίδραση των γενετικών και των περιβαλλοντικών παραγόντων είναι αυτή που διαφωτίζει καλύτερα την παθογένεια του ΣΔ. Αφού η γενετική προδιάθεση είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη του διαβήτη τύπου I και μπορεί να διαφέρει σε ισχύ (όπως επίσης και η γενετική προστασία σε κάποια άλλα άτομα), το τελικό αποτέλεσμα της παθογενετικής διεργασίας εξαρτάται από την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο γενετικό στοιχείο και την ένταση του περιβαλλοντικού παράγοντα. Επομένως η παθογένεια του ΣΔΤ I περιλαμβάνει τη διαταραχή της ισορροπίας ανάμεσα σε παράγοντες που προάγουν την ανάπτυξη της

νόσου και παράγοντες που την καθυστερούν ή την προλαμβάνουν. Πρόκειται για μια ισορροπία ανάμεσα σε γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς και τη ρύθμιση του ανοσολογικού συστήματος του οργανισμού.

Μάλιστα αξιοσημείωτες ερευνητικές εργασίες έχουν συνδέσει τους διάφορους περιβαλλοντοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου για ΣΔ ( έλλειψη άσκησης, κακή διατροφή, stress κτλ.) με την ανάπτυξη ιστικής ινσουλινοαντοχής. Επιδημιολογικά δεδομένα, ισχυρά υποστηρίζουν τη συμβολή της ινσουλινοαντίστασης στην ανάπτυξη ΣΔ τύπου II. Είναι αναμφισβήτητη η γενετική συμμετοχή, η κληρονομική προδιάθεση σαν παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση ΣΔ τύπου II. Ειδικότερα σύμφωνα με το Μελιδώνη (2001) οι ομάδες υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη ΣΔ τύπου II διαθέτουν :

- Διαταραχή ανοχής γλυκόζης
- Θετικό οικογενειακό ιστορικό διαβήτη τύπου II σε α' βαθμού συγγενείς
- Εθνικές ομάδες με αυξημένη συχνότητα ΣΔ
- Παχυσαρκία
- Ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών
- Ιστορικό προηγηθείσας διαταραχής ανοχής γλυκόζης ή διαβήτη κήσεως
- Υπέρταση, στεφανιαία νόσος, δυσλιπιδαιμία.

#### **1.4. Διάγνωση του Διαβήτη**

Η διάγνωση του διαβήτη πραγματοποιείται με την μέτρηση της γλυκόζης στο αίμα. Για την ανίχνευση αυτών των ατόμων χρησιμοποιείται η από του στόματος Δοκιμασία Ανοχής στη Γλυκόζη (Oral Glucose Tolerance Test - OGTT) ή η απλούστερη διαγνωστική διαδικασία επιπέδου γλυκόζης πλάσματος νηστείας. Σύμφωνα με τον Πάππα (2001) κατά την εκτέλεση της πρώτης δοκιμασίας χορηγούνται το πρωί, μετά 10ωρο νηστεία, 75 γρ. γλυκόζης από του στόματος και μετριέται η γλυκόζη πλάσματος πριν και 2 ώρες μετά. Εάν η τιμή των 2 ωρών υπερβαίνει τα 200 mg% το άτομο χαρακτηρίζεται ως διαβητικό, έστω και αν η τιμή νηστείας είναι των 140 mg%. Εάν η τιμή των 2 ωρών είναι κάτω του 140 mg% το άτομο χαρακτηρίζεται ως φυσιολογικό. Υπάρχουν όμως και άτομα με τιμή γλυκόζης νηστείας κάτω των 140 mg% και τιμή 2 ωρών κάτω των 200 mg% και άνω των 140 mg%. Επειδή στα άτομα αυτά έχει παρατηρηθεί αυξημένη συχνότητα

μακροαγγειοπάθειας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, κατατάσσονται σε μια ιδιαίτερη κατηγορία, τη Διαταραγμένη Ανοχή στην Γλυκόζη (Impaired Glucose Tolerance - IGT) και θεωρούνται εν δυνάμει διαβητικά. Στη δεύτερη περίπτωση, με μόνο κριτήριο διάγνωσης την γλυκόζη πλάσματος νηστείας καθορίζεται ως επίπεδο γλυκόζης τα 126 mg%. Το άτομο χαρακτηρίζεται διαβητικό, εφόσον παρουσιάσει άνω αυτού του επιπέδου γλυκόζης. Επιπρόσθετα, προσδιορίζει μια ομάδα ατόμων με τιμή γλυκόζης νηστείας 110 – 126 mg%, την οποία ονομάζει ομάδα Διαταραγμένης Γλυκόζης Νηστείας (Impaired Fasting Glucose, IGF) και την θεωρεί υψηλού κινδύνου, τόσο για μακροαγγειοπάθεια, όσο και για εξέλιξη σε διαβήτη. Ως φυσιολογικά χαρακτηρίζονται τα άτομα με γλυκόζη νηστείας κάτω των 110 mg%. Γενικότερα όμως ως επίπεδο γλυκόζης πλάσματος νηστείας που διαχωρίζει τα άτομα με ΣΔ, έχει καθοριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) το 140 mg% και από την Αμερικανική Εταιρεία Διαβήτη (American Diabetes Association) το άνω του 126 mg%.

### **1.5. Αντιμετώπιση του Διαβήτη**

Στόχος στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΔ όπως αναφέρει ο Πάππας (2001) είναι η φροντίδα του «ευ ζην» του ασθενή, με την έννοια όχι μόνο της αποτροπής των άμεσων επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει η νόσος, αλλά και της πρόληψης των επιπλοκών μικρο και μακροαγγειοπάθειας. Η θεραπεία λοιπόν του διαβήτη πρέπει να έχει ως στόχο την εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου της μικρο (υπεργλυκαιμία και υπέρταση) και μακροαγγειοπάθειας (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία και κάπνισμα) σε συνδυασμό με την επίτευξη της άριστης γλυκαιμικής ρύθμισης.

Πιο συγκεκριμένα επισημαίνει ότι ο στόχος της θεραπείας του διαβητικού ασθενούς είναι η επίτευξη της άριστης γλυκαιμικής ρύθμισης 24 ώρες το 24ωρο. Ειδικότερα στον *διαβήτη τύπου I* η ομοιοστασία της γλυκόζης αλλά και γενικότερα η ομαλή λειτουργία του μεταβολισμού στους πάσχοντες εξαρτάται εξ' ολοκλήρου από την εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης. Αντίστοιχα για την από του στόματος θεραπευτική αντιμετώπιση του *διαβήτη τύπου II* χρησιμοποιούνται κάποιες ομάδες αντιδιαβητικών δισκίων, όπως οι: σουλφονουλουρίες, διγουανίδες, αναστολείς των α-γλυκοσιδασών, μεγλιτινίδες, θειαζολιδινεδιόνες. Η δίαιτα ωστόσο αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας του ΣΔ. Επίσης στον διαβητικό ασθενή η άσκηση βελτιώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη, την υπεργλυκαιμία και το λιπιδαιμικό προφίλ. Όλοι οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να εφαρμόζουν κατάλληλα



προσαρμοσμένο στην γενική τους κατάσταση, πρόγραμμα άσκησης. Εάν με την δίαιτα και την άσκηση δεν επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι, τότε συνίσταται η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Επομένως κύριος στόχος της θεραπείας σύμφωνα με τους Gatchel & Oordt (2003) για όλες τις μορφές του διαβήτη είναι η μείωση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα σε επίπεδα φυσιολογικά, η εξάλειψη των συμπτωμάτων και η μείωση του κινδύνου εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών, είτε με τη χρήση φαρμάκων, είτε με τη δίαιτα και την άσκηση ή και το συνδυασμό όλων αυτών.

## **2. Διαβήτης και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά**

### **2.1. Φύλο**

Ο διαβήτης είναι η πέμπτη πάθηση στη λίστα των θανατηφόρων ασθενειών στις Ηνωμένες Πολιτείες και δεν έχει θεραπεία. Περίπου 10.9 εκατομύρια ή 10.5% από όλους τους άνδρες και αντίστοιχα, περίπου 9.7 εκατομύρια ή 8.8% από όλες τις γυναίκες στην ηλικία των 20 ετών, στις Ηνωμένες Πολιτείες, έχουν διαβήτη και σχεδόν το ένα τρίτο από αυτούς δεν το ξέρει (American Diabetes Association).

Αναλογικά σε εθνικό επίπεδο, μία έρευνα σε Ελληνικό αστικό πληθυσμό από τους Gikas, Sotiropoulos, Panagiotakos, Peppas, Skliros, και Pappas (2004) σημείωσε μια μικρή επικράτηση των ανδρών έναντι των γυναικών. Το ίδιο είχε παρατηρηθεί και σε άλλες μελέτες στην Αυστραλία και στον Καναδά. Η εξήγηση για αυτές τις διαφορές φύλου μπορεί να είναι, ότι οι άνδρες είναι πιο επιρρεπής από τις γυναίκες στις συνέπειες της νωθρότητας και της παχυσαρκίας, πιθανόν εξαιτίας των διαφορών στην ευαισθησία της ινσουλίνης και μαρτυρίας περιφερειακού πάχους.

Σε γενικές γραμμές λοιπόν μπορεί να υποστηριχθεί ότι η αναλογία ανδρών και γυναικών είναι περίπου 1:1 για τον διαβήτη τύπου I, αλλά και ο τύπος II εμφανίζεται ισότιμα και στα δύο φύλα σε όλους τους πληθυσμούς (Votey, 2004).

### **2.2. Ηλικία**

Έχει διατυπωθεί η άποψη από το Μελιδώνη (2004) ότι επικρατεί διαβητική πανδημία στον πλανήτη μας. Βέβαια χωρίς να έχει τον πανικό της επιδημίας, παρουσιάζει μια μακροχρόνια και ύπουλη πορεία και συμπαρασύρει όλες τις ηλικίες. Ο αριθμός των πασχόντων από ΣΔ παγκοσμίως υπολογίζεται σε 150-200 εκατομμύρια και εκτιμάται, ότι ο αριθμός αυτός, θα αυξηθεί σε 300 εκατομμύρια τα επόμενα 25 έτη. Από αυτούς έχει διαπιστωθεί ότι το 97% υποφέρουν από ΣΔ τύπου II.

Μάλιστα η επικράτηση του Σακχαρώδη Διαβήτη σύμφωνα με τον Votey (2004) αυξάνεται με την ηλικία. Περίπου οι μισές από όλες τις περιπτώσεις διαβήτη συμβαίνουν σε ανθρώπους μεγαλύτερους από 55 χρονών. Ιδιαίτερα ο *διαβήτης τύπου I* καλείται και *νεανικός διαβήτης*, καθώς τυπικά διαγνώσκεται στην παιδική ηλικία, στην εφηβεία ή στην έναρξη της ενηλικίωσης. Βέβαια μπορεί να αναπτυχθεί και σε ενηλίκους, αλλά η κορύφωση του συναντάται στην εφηβεία. Αντίστοιχα ο *διαβήτης τύπου II* γίνεται αυξητικά κοινός, επειδή περισσότεροι άνθρωποι ζουν περισσότερο (η επικράτηση του διαβήτη αυξάνεται με την ηλικία). Επίσης συναντάται πιο συχνά

σε νεότερους ανθρώπους σε συνδυασμό με την αυξημένη επικράτηση της παιδικής παχυσαρκίας. Αν και ο διαβήτης τύπου II παρατηρείται κοινώς σε ενήλικες 40 ετών και άνω, η παρουσία της ασθένειας αυτής αυξάνεται πιο γρήγορα στους εφήβους και στους νέους ενήλικες από ότι σε άλλες ηλικιακές ομάδες.

Σύμφωνα λοιπόν με τα πρόσφατα δεδομένα διαφαίνεται η ξεκάθαρη σχέση του διαβήτη με την ηλικία. Ιδιαίτερα ο διαβήτης τύπου II θεωρείται η ασθένεια της μέσης ηλικίας και της ενηλικίωσης. Σχετική έρευνα μάλιστα στον Ελληνικό αστικό πληθυσμό από τους Gikas, Sotiropoulos, Panagiotakos, Peppas, Skliros, και Pappas (2004) έδειξε, ότι η επικράτηση του διαβήτη αυξάνεται αξιοσημείωτα και στα δύο φύλα μετά την ηλικία των 30 ετών. Ο διαβήτης επομένως αρχίζει να γίνεται ολοένα και πιο κοινός ανάμεσα σε νεότερους ενηλίκους.

Σε γενικές γραμμές λοιπόν ο Σακχαρώδης Διαβήτης συνήθως εκδηλώνεται στην παιδική και εφηβική ηλικία, χωρίς να αποκλείεται σύμφωνα με τον Πάππα (2001) η εμφάνιση του με σαφώς όμως μικρότερη συχνότητα σε μεγαλύτερη ηλικία.

### **2.3. Κοινωνικοοικονομική Κατάσταση**

Σύμφωνα με δεδομένα ερευνών έχει δειχθεί ότι η συσχέτιση του διαβήτη (τύπου II) ήταν αντιστρόφως συσχετιζόμενη με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Ανάμεσα στους δείκτες του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου έχει δηλωθεί ότι το εισόδημα είναι πιο στενά συνδεδεμένα με την επικράτηση του διαβήτη, ειδικά ανάμεσα στις γυναίκες. Στην συγκεκριμένη μελέτη, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέθηκε με το διαβήτη μόνο ανάμεσα στις γυναίκες. Η εξήγηση που δόθηκε για αυτό το εύρημα είναι ότι ανάμεσα στον ελληνικό γυναικείο πληθυσμό το μορφωτικό επίπεδο μπορεί να είναι τόσο ισχυρός δείκτης για το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όπως το εισόδημα (Gikas, Sotiropoulos, Panagiotakos, Peppas, Skliros, & Pappas, 2004). Επίσης σε άλλη έρευνα έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με υψηλότερο ακαδημαϊκό επίπεδο και καλύτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου έχουν μια μεγαλύτερη ευκαιρία για να αποκτήσουν γνώση σχετικά με το διαβήτη από τον τύπο, βιβλία και άλλες πηγές πληροφόρησης. Μικρότερη συσχέτιση υπάρχει ανάμεσα στη γνώση που αφορά το διαβήτη με την ηλικία και το φύλο. Παρατηρήθηκε χαμηλό επίπεδο γνώσης του διαβήτη στις γυναίκες και στους ηλικιωμένους (Kamel, Badawy, El- Zeiny & Merdan, 1999). Συνάμα έχει διαπιστωθεί, ότι η επίπτωση της νόσου σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές είναι σημαντικά μικρότερη (Μελιδώνης, 2001).

Σε γενικές γραμμές η εξέταση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στα άτομα με διαβήτη στις Ηνωμένες Πολιτείες συνέθεσε αναφορές κατανομής, οι οποίες επικεντρώνονται σε ενήλικες, ηλικίας άνω των 20 ετών και παρουσιάζουν τους διαβητικούς με μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ηλικιωμένοι, γυναίκες, μέλη μιας φυλής ή μιας εθνικής μειονότητας, λιγότερο μορφωμένοι και να έχουν χαμηλότερο εισόδημα σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν διαβήτη (NDDG,1985).

Μια έρευνα στη Γερμανία, με δείγμα 684 ενήλικες με διαβήτη τύπου I, εξετάζοντας το κοινωνικό επίπεδο και τη ποιότητα φροντίδας διαπίστωσε ότι η συσχετιζόμενη ποιότητα ζωής με το διαβήτη ήταν μειωμένη στις χαμηλά κοινωνικές τάξεις ασθενών (εκπαίδευση, εργασία, εισόδημα). Αξιοσημείωτο είναι ότι οι ασθενείς με χαμηλή κοινωνική τάξη φάνηκε να έχουν μη ρεαλιστικούς θεραπευτικούς στόχους. Αυτοί αγωνίζονταν για χαμηλές τιμές γλυκόζης στο αίμα ακόμη πιο έντονα από τους ασθενείς με υψηλά κοινωνική τάξη, αλλά ήταν λιγότερο έτοιμοι να αποδεχτούν δυναμικά μειονεκτήματα για την επιτυχία καλού γλυκαιμικού ελέγχου, όπως ήπια υπογλυκαιμία και συχνές εξετάσεις γλυκόζης αίματος. Η διαφορά στην κοινωνική τάξη παρατηρήθηκε όχι εξαιτίας της ανισότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, αλλά στη μειωμένη αποδοχή από τη χαμηλή κοινωνική τάξη της πρόληψης και συντήρησης συμπεριφορών υγείας, ή διαφορετικά στο μειωμένο έλεγχο των παραγόντων κινδύνου (Muhlhauser, Overmann, Bender, Bott, Jorgens, Trautner, Siegrist, & Berger, 1998).

### **3. Ψυχοκοινωνική Θεώρηση του Διαβήτη**

#### **3.1. Διαβήτης και Συμπεριφορές Υγείας**

Ο διαβήτης αποτελεί μια μεταβολική νόσο, στην αιτιοπαθογένεια της οποίας σημαντικό ρόλο έχουν πολλοί παράγοντες. Από τη μια πλευρά υπάρχει η γενετική προδιάθεση, και από την άλλη, υπάρχουν εξωτερικές παράμετροι βιολογικής επιδράσεως, όπως η διατροφή, η παχυσαρκία, η σωματική άσκηση, η συνοσηρότητα, η χρονική διάρκεια πάθησης, η ύπαρξη χοληστερίνης και η συνήθεια καπνίσματος, η συνεπής λήψη φαρμάκων κ.α.

Σύμφωνα με τον Zacker (2004) ο συνυπολογισμός της άσκησης στην διαχείριση του διαβήτη μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά σε ένα ωφέλιμο κύκλο βελτιωμένου ελέγχου, λιγότερων επιπλοκών, βελτιωμένης διάθεσης και καλύτερες συμπεριφορές αυτοφροντίδας. Και τα δυο ωφέλη σωματικά και ψυχολογικά της άσκησης συνεισφέρουν σε ένα τέτοιο κύκλο τονίζοντας την εξαιρετική ζωτικότητα της άσκησης ως απαραίτητο συστατικό στη διαχείριση του διαβήτη.

Σε ένα διεθνή αντιπροσωπευτικό δείγμα 6588 ηλικιωμένων ενηλίκων (>60 ετών) με διαβήτη ανιχνεύτηκε από τους Gregg, Beckles, Williamson, Leveille, Langlois, Engelgau & Venkat Narayan (2000) ένα μεγάλο φορτίο σωματικής ανικανότητας στο περπάτημα, στη σκάλα και στην εκπλήρωση εργασιών του νοικοκυριού σε συνδυασμό με τον έλεγχο της παρουσίας τυχών συνοσηρότητας. Τα αποτελέσματα επισήμαναν ότι η στεφανιαία νόσος είναι ένας μεγάλος παράγοντας συνεισφοράς στην ανικανότητα των διαβητικών να εκτελούν κινητικές εργασίες ανάμεσα στις γυναίκες και στους άνδρες, όπως και το εγκεφαλικό ιδίως στους άνδρες. Επίσης η παχυσαρκία σύμφωνα με το δείκτη μάζας σώματος, βρέθηκε σημαντικός παράγοντας επιρροής της ανικανότητας εκτέλεσης κινητικών εργασιών ανάμεσα στις γυναίκες. Αντίστοιχα μικρότερης συνεισφοράς υπήρξε η παρουσία οφθαλμοπάθειας και αρθρίτιδας στα άτομα με διαβήτη. Γενικά ο διαβήτης σε αυτή τη μελέτη συνδέθηκε με τις κινητικές ανικανότητες οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των διαβητικών, σε σύγκριση με αυτές που παρουσιάζονται στο γενικό πληθυσμό.

Μία άλλη μελέτη από τον Egede (2005) χρησιμοποιώντας δεδομένα από τη 1999 National Health Interview Survey (NHIS), σε δείγμα 1794 διαβητικών ενηλίκων διερεύνησε την επιρροή της συνύπαρξης χρόνιων καταστάσεων στην επικράτηση και στις πιθανότητες παρουσίας κατάθλιψης σε αυτούς. Συγκεκριμένα τα ευρήματα καθόρισαν ότι οι πιθανότητες της μείζονος κατάθλιψης είναι σημαντικά αυξημένες ανάμεσα στα διαβητικά άτομα κατά την παρουσία δύο ή περισσότερων

συνυπαρχόντων χρόνιων καταστάσεων, και η συνύπαρξη ιδίως της στεφανιαία νόσου, της χρόνιας αρθρίτιδας και του εγκεφαλικού είναι συνδεδεμένες με αυξημένες πιθανότητες μείζων κατάθλιψης.

Επίσης τα αποτελέσματα μιας μετανάλυσης 27 μελετών από τους De Groot, Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, (2001), με σκοπό να εξετάσει τη δύναμη και τη συνοχή της σχέσεως ανάμεσα στην κατάθλιψη και στις επιπλοκές του διαβήτη, αποκάλυψε μια συνάφεια με στατιστική σημαντική σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και σε μια ποικιλία διαβητικών επιπλοκών. Τα ευρήματα είναι αξιοσημείωτα για τη συνέπεια τους, υποδεικνύοντας μια θετική κατεύθυνση στη σχέση, καθώς μια αύξηση στα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν συνδεδεμένη με μια αύξηση στη σοβαρότητα ή τον αριθμό των διαβητικών επιπλοκών.

### **3.2. Διαβήτης και Ψυχολογικές Δυσκολίες**

Αντίστοιχα υπάρχουν εξωτερικές παράμετροι ψυχολογικοί επιδράσεως στο διαβήτη, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η κοινωνική υποστήριξη, η ποιότητα ζωής, η αντίληψη της ασθένειας, το άγχος υγείας, κ.α. Μια ενδιαφέρουσα μελέτη επιχειρήσε να εξετάσει την αλληλοσυσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με γνωστικούς παράγοντες στα άτομα με διαβήτη τύπου II και να καθορίσει το βαθμό στον οποίο οι παράγοντες αυτοί συνεισφέρουν ανεξάρτητα στο επίπεδο γλυκαιμικού ελέγχου, σωματικής και ψυχικής λειτουργικότητας. Οι Paschalides, Wearden, Dunkerley, Bundy, Davies, Dickens, (2004) συνέλεξαν ένα μεγάλο δείγμα (N=184) με εξωτερικούς ασθενείς που παρακολουθούνταν σε ένα μεγάλο διαβητικό κέντρο στην Αγγλία, το οποίο συμπλήρωσε ένα αριθμό ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το άγχος και η κατάθλιψη συνδεόταν με περισσότερο αρνητικές εκτιμήσεις του διαβήτη, ιδίως με περισσότερα παρατηρούμενα συμπτώματα, μεγαλύτερη προβλεπόμενη διάρκεια της πάθησης, πιο σοβαρές συνέπειες του διαβήτη και λιγότερο έλεγχο στη διαχείριση του διαβήτη. Τα συμπτώματα λοιπόν του άγχους και της κατάθλιψης και των αρνητικών σχημάτων σχετικά με το διαβήτη συνδέονται με μειωμένη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, όπως αυτή καθορίζεται από τη σωματική και ψυχική λειτουργικότητα, αλλά όχι με μειωμένο μεταβολικό έλεγχο.

Επίσης οι Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, (2002) με μια συστηματική ανασκόπηση επιχειρήσαν να εκτιμήσουν την επικράτηση του άγχους σε ενήλικες με διαβήτη και συγκέντρωσαν 18 μελέτες από την επιστημονική βιβλιογραφία μέσα από τις βάσεις δεδομένων, συνδυάζοντας ένα πληθυσμό

συμμετοχόντων 4076 (2584 διαβητικοί, 1492 ομάδα ελέγχου). Η στατιστική επεξεργασία των μελετών κατέδειξε ότι συγκριτικά με τις βαθμολογίες που παρατηρήθηκαν στο γενικό πληθυσμό, η αναλογία της γενικευμένης αγκώδης διαταραχής και των αυξημένων συμπτωμάτων άγχους είναι υψηλότερη στους διαβητικούς, τουλάχιστον σε αυτούς που συμμετέχουν στις κλινικές μελέτες. Πιο συγκεκριμένα η επικράτηση της γενικευμένης αγκώδης διαταραχής σε διαβητικούς ασθενείς παρουσιάζεται σε ποσοστό 14% και αντίστοιχα τα αυξημένα συμπτώματα άγχους σε 40%. Μάλιστα η επικράτηση των αυξημένων συμπτωμάτων ήταν σημαντικά υψηλότερα στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες και αντίστοιχα στους ασθενείς με διαβήτη τύπου I σε σύγκριση με του τύπου II.

Συνάμα είναι γνωστό ότι η φύση της κατάθλιψης στον διαβήτη είναι ένα σύνθετο και αντίστροφο γεγονός, η σοβαρότητα της ιατρικής πάθησης, γενετικοί και παράγοντες προσωπικότητας, και ψυχιατρικό ιστορικό είναι πιθανοί συντελεστές στην εμφάνιση της (NDDG, 1985).

Γενικά η επιστημονική βιβλιογραφία σύμφωνα με τους Talbot & Nouwen (2000) προτείνει ότι η πορεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στα άτομα με διαβήτη δεν είναι ανεξάρτητης αιτιότητας από το διαβήτη. Πολύ πιθανόν η ΜΚΔ στους διαβητικούς αποτελεί ένα περίπλοκο φαινόμενο, το οποίο προέρχεται από αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σε γενετικούς, βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να εξηγήσουν την επανεμφάνιση και τη μακρύτερη διάρκεια της ΜΚΔ. Πιο πρόσφατα ευρήματα δηλώνουν ότι αμοιβαίες αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στη ΜΚΔ και στο διαβήτη είναι πιθανό να συμβαίνουν λόγω του ότι η ΜΚΔ και η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο για έναρξη του διαβήτη τύπου II και την πιθανότητα ανάπτυξης διαβητικών επιπλοκών, οι οποίες προσφέρουν επιπλέον στην πολυπλοκότητα του φαινομένου.

Πολλές μελέτες έχουν καθορίσει την επιρροή της κατάθλιψης στο διαβήτη στα πλαίσια της ατομικής λειτουργικότητας ή της ποιότητας ζωής. Αξιοσημείωτη είναι μια μελέτη σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα Αυστραλιανού πληθυσμού (>15 ετών), όπου διεξάχθηκαν 3010 συνεντεύξεις από εκπαιδευμένους ειδικούς, για να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και στο διαβήτη και η επιρροή τους στην ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα εντοπίστηκε ότι το 23,6% των διαβητικών είχαν μια καταθλιπτική συνδρομή σε σύγκριση με το 17,1% του γενικού πληθυσμού και η κατάθλιψη όταν προστέθηκε στο διαβήτη, σημειώθηκε επιρροή που ήταν προσθετική

και στις δυο συνιστώσες του SF-36, σωματική και ψυχική. Η επίδραση λοιπόν της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής είναι μεγαλύτερη από ότι η επιρροή του διαβήτη σε αυτή, γι αυτό η κατάθλιψη στους διαβητικούς αποτελεί μια σημαντική συνοσηρότητα, η οποία απαιτεί προσεχτικό χειρισμό λόγω της σοβαρής επιρροής του στην ποιότητα ζωής (Goldney, Fisher, Phillips, & Wilson, 2004).

Μία άλλη μελέτη από τους Engum, Mykletun, Midthjell, Holen, και Dahl (2005) διερεύνησε το ρόλο μερικών παραγόντων κοινωνικοδημογραφικών, κλινικών και του τρόπου ζωής που συνδέονται με την κατάθλιψη στο διαβήτη τύπο I και II, και εξέτασε αν αυτοί οι παράγοντες ήταν διαφορετικοί από αυτούς του πληθυσμού των μη διαβητικών. Υπήρξαν τρία μεγάλα ευρήματα: 1) η συνοσηρότητα της χρόνιας σωματικής ασθένειας ήταν συνδεδεμένη με την κατάθλιψη στο διαβήτη τύπου II αλλά όχι στον τύπο I, 2) η υπεργλυκαιμία δεν ήταν συνδεδεμένη με την κατάθλιψη στον τύπο I ή τύπο II, και 3) οι παράγοντες που συσχετιζόνταν με την κατάθλιψη στον τύπο I και II ήταν ίδιοι με του πληθυσμού των μη διαβητικών. Η επικράτηση της κατάθλιψης ήταν σημαντικά υψηλότερη στα άτομα με διαβήτη τύπου I και II σε σύγκριση με τον πληθυσμό των μη διαβητικών. Στον διαβήτη τύπου I και II, μια μεγάλη αναλογία των ατόμων είχε μια ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες, με την καρδιοπάθεια να είναι η πιο συχνή κατάσταση συνοσηρότητας. Η συνοσηρότητα συνδεόταν με την κατάθλιψη στον διαβήτη τύπου II αλλά όχι στον τύπο I. Στον διαβήτη τύπου II, αυτοί χωρίς καμία συνοσηρότητα είχαν τις ίδιες πιθανότητες για κατάθλιψη όπως ο πληθυσμός μη διαβητικών χωρίς χρόνιες σωματικές παθήσεις. Αυτό υποδεικνύει ότι ο διαβήτης τύπου II χωρίς άλλες χρόνιες σωματικές παθήσεις δεν αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης.

Επίσης ένας εξίσου σημαντικό ψυχολογικό παράγοντα αποτελεί η ποιότητα ζωής, η οποία περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος μετρήσεων σωματικής λειτουργίας, συναισθηματικής ευεξίας και λειτουργικότητας ρόλου. Ο διαβήτης είναι συνδεδεμένος με σημαντική μειωμένη ποιότητα ζωής σχετικά με τη σωματική λειτουργικότητα, την κυκλική επιρροή, τον πόνο, τον ύπνο, τη σεξουαλική δυσλειτουργία, τις αντιλήψεις υγείας και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η βελτίωση αυτών των επιδράσεων του διαβήτη απαιτούν μια καθαρή κατανόηση για ένα δυναμικό έλεγχο που θα επιτρέψει την ακολουθία οδηγιών (δίαιτας, άσκησης, κ.α.) χωρίς μείωση της ποιότητας ζωής (Smith & McFall, 2005).

Μια μελέτη των Wexler, Grant, Wittenberg, Bosch, Cagliero, Delahanty, Blais, και Meigs (2006) σε ένα πληθυσμό 909 ασθενών πρωτοβάθμιας φροντίδας με



διαβήτη τύπου II στην Αμερική, επιχείρησε να μετρήσει την ποιότητα ζωής τους και να καθορίσει τους παράγοντες που συνεισφέρουν στη μείωση της. Βρέθηκε ότι η παρουσία συγκεκριμένων παθήσεων ως συνοσηρότητα και επιπλοκών στο διαβήτη τύπου II είναι συνδεδεμένη με ουσιαστική μείωση στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Πιο συγκεκριμένα δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση των ασυμπτωματικών καταστάσεων (υπέρταση, παχυσαρκία, χρήση ινσουλίνης, υπερλιπιδαιμία) με τη μειωμένη ποιότητα ζωής. Ενώ οι συμπτωματικές καταστάσεις (καρδιακή ανεπάρκεια και μακροαγγειακές ή μικροαγγειακές επιπλοκές του διαβήτη) αποδείχθηκε να συνδέονται σημαντικά με τη μειωμένη ποιότητα ζωής. Μάλιστα τα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η θεραπεία της κατάθλιψης και η πρόληψη των επιπλοκών έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση για την βελτίωση της ποιότητας ζωής στον διαβήτη τύπου II.

Πολλές μελέτες εξετάζοντας την αναπηρία ανάμεσα στους διαβητικούς βρήκαν ότι οι επιπλοκές, η συνοσηρότητα χρόνιας πάθησης, τα συμπτώματα του διαβήτη, η κατάθλιψη, η παχυσαρκία, τα χαμηλά επίπεδα άσκησης, η αυξημένη ηλικία, και τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης είναι συνδεδεμένα με αυξημένη αναπηρία, αν και ο πρόσφατος γλυκαιμικός έλεγχος δεν φάνηκε συσχετισμένος με αυτήν. Μάλιστα πιο συγκεκριμένα μια έρευνα από τους Von Korff, Katon, Lin, Simon, Ludman, Oliver, Ciechanowski, Rutter, και Bush, (2005) αναγνώρισε τους δυναμικούς τροποποιητικούς παράγοντες κινδύνου για αναπηρία ανάμεσα σε δείγμα 4357 διαβητικών ατόμων. Σε αυτούς περιλαμβάνονταν η καταθλιπτική πάθηση, ο αριθμός των διαβητικών επιπλοκών και η συχνότητα της άσκησης, αλλά και η σοβαρότητα των διαβητικών συμπτωμάτων και η συνοσηρότητα της χρόνιας πάθησης έδειξαν δυνατές σχέσεις με την αναπηρία, συστήνοντας πιο ολοκληρωμένες βιοψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις για την κατανόηση και τη βελτίωση της αναπηρίας στους διαβητικούς.

Ωστόσο ελάχιστα είναι γνωστά για τις ψυχολογικές διαδικασίες που αναμειγνύονται στις εκτιμήσεις για την ποιότητα ζωής. Ο σκοπός μιας μελέτης που διεξήχθη από τους Kohen, Burgess, Catalan και Lant (1998), ήταν να καθορίσει το ρόλο του άγχους και της κατάθλιψης στις αναφορές σχετικά με την ποιότητα ζωής μιας ομάδας από ασθενείς με διαβήτη. Εκτιμήθηκαν 100 ασθενείς με διαβήτη (36 ινσουλοεξαρτώμενοι και 64 μη ινσουλοεξαρτώμενοι) χρησιμοποιώντας μια μέτρηση αυτοαναφοράς της ποιότητας ζωής, μια λίστα συμπτωμάτων και ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης άγχους και κατάθλιψης, σε συνδυασμό με τη μέτρηση της σωματικής κατάστασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατάθλιψη και σε μικρότερη έκταση το

άγχος συσχετιζόταν σημαντικά με τις αυτοαναφορές ποιότητας ζωής ακόμη και όταν οι διαφορές στη σωματική υγεία και ηλικία ήταν ελεγχόμενες για στατιστικούς λόγους. Άτομα με υψηλό άγχος ή κατάθλιψη έτειναν να αναφέρουν φτωχότερη ποιότητα ζωής από άτομα με κανονικά επίπεδα διάθεσης. Η καταθλιπτική διάθεση συνδεόταν γενικότερα με φτωχότερες αναφορές στη σωματική λειτουργικότητα (σωματική και κοινωνική λειτουργία) και συνολικές βαθμολογίες της γενικής υγείας. Μάλιστα υπήρξαν υψηλές συσχετίσεις ανάμεσα στην ενέργεια-κόπωση και την κατάθλιψη, όπως και της κατάθλιψης με τη συνολική βαθμολογία της γενικής ποιότητας ζωής. Αυτή η μελέτη έδειξε λοιπόν ότι ανεξάρτητα από το επίπεδο της σωματικής πάθησης, η επίδραση του καταθλιπτικού συναισθήματος αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό της ποιότητας ζωής.

Σχετικά με τον παράγοντα αντίληψης της ασθένειας στο διαβήτη έχουν διαπιστωθεί συγκεκριμένες γνωστικές αναπαραστάσεις του διαβήτη. Οι Leventhal και Diefenbach, όπως αναφέρουν οι Watkins, Connell, Fitzgerald, Klem, Hickey, και Ingersoll-Dayton (2000), προτείνουν ένα μοντέλο αυτορύθμισης της ασθένειας, το οποίο αποτελείται από 5 βασικά στοιχεία κατά τη γνωστική αναπαράσταση της: την ταυτότητα της ασθένειας (κατανόησης της ασθένειας στα όρια των συμπτωμάτων και των περιγραφών), τις συνέπειες (αντιλαμβανόμενη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική επιρροή της ασθένειας), την χρονικότητα (χρόνος έναρξης, προβλεπόμενη διάρκεια και πιθανότητα επανεμφάνισης) και την ελεγχιμότητα (πιθανότητα θεραπείας ή μείωση προόδου). Χρησιμοποιώντας αυτό το μοντέλο οι Watkins, Connell, Fitzgerald, Klem, Hickey, και Ingersoll-Dayton (2000) επιδίωξαν να εξετάσουν τις σχέσεις ανάμεσα στις γνωστικές αναπαραστάσεις του διαβήτη, των ειδικών συμπεριφορών υγείας του διαβήτη και της ποιότητας ζωής, σε ένα δείγμα 296 ενηλίκων διαβητικών (20-90 ετών). Τα αποτελέσματα υπέδειξαν ότι συγκεκριμένες γνωστικές αναπαραστάσεις του διαβήτη (επίπεδο κατανόησης του διαβήτη και αντιλήψεις ελέγχου αυτού) είναι σημαντικοί θετικοί προβλεπτικοί παράγοντες των συμπεριφορών υγείας και της ποιότητα ζωής, παρέχοντας μερική υποστήριξη στο παραπάνω μοντέλο και προτείνοντας την δημιουργία ενός θεμελιώδους μοντέλου αυτορύθμισης της ασθένειας, το οποίο θα αποσκοπεί στη μείωση του φορτίου του διαβήτη (περιορισμοί ακολουθίας δίαιτας ή άσκησης) που συνδέεται με συμπεριφορές υγείας αλλά μειώνει την ποιότητα ζωής.

Τέλος μια πρόσφατη μελέτη των Lange και Piette (2005) επικέντρωσε τους στόχους της στη διερεύνηση της σκέψης του ασθενή και αναγνώρισε ψυχολογικούς,

όπως και σωματικούς παράγοντες, που είναι σημαντικοί για τη βαθμολόγηση της αντιλαμβανόμενης υγείας του ασθενή, σε ένα δείγμα 623 διαβητικών. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι διαβητικοί ενσωματώνουν μια ποικιλία από αντιλήψεις, συναισθήματα και πληροφορίες στον τρόπο εκτίμησης της γενικότερης υγείας τους και στον έλεγχο του διαβήτη, όπου η ψυχική υγεία και η διαγνωσμένη κατάθλιψη ήταν συνδεδεμένη με σφάλματα στις προσωπικές εκτιμήσεις του διαβητικού ελέγχου. Μάλιστα η μελέτη αυτή διαπίστωσε ότι οι ασθενείς με αρνητικά συναισθήματα (καταθλιπτικοί) είναι πιο ευαίσθητοι στο να αξιολογούν καταστάσεις φτωχής υγείας, ενώ ασθενείς με θετικά συναισθήματα (μη καταθλιπτικοί) είναι πιο πιθανό να βαθμολογούν ανακριβώς τον έλεγχο του διαβήτη τους ως καλό, γεγονότα που απαιτούν παρεμβάσεις ενημερότητας για δράση και βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας.

Ωστόσο αρκετές μελέτες έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στη σύγκριση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των διαβητικών και των υγιών, προκειμένου να διερευνήσουν τυχόν διαφορές. Ο Koopmanschap (2002) διερευνώντας το συνολικό κόστος 4747 ασθενών με διαβήτη τύπου II σε 5 χώρες (Βέλγιο, Ιταλία, Ολλανδία, Ισπανία και Σουηδία) της Ευρώπης (CODE-2), επιβεβαίωσε τη σημαντικότητα της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, καθώς αυτή μειώνεται με την πρόοδο της ασθένειας. Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου II έχουν μέτρια χαμηλότερη βαθμολογία στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία από ότι ο γενικός πληθυσμός ίδιας ηλικίας. Επιπλέον η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία φθίρεται με την πρόοδο της ασθένειας, την πρόοδο της θεραπείας και την ανάπτυξη επιπλοκών. Τέλος παρατηρήθηκαν υψηλές τιμές στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία στους διαβητικούς τύπου II που δεν είχαν καμία επιπλοκή, ενώ η έναρξη μικροαγγειακών ή μακροαγγειακών επιπλοκών μείωναν την ποιότητα ζωής και ακόμη περισσότερο αν υπήρχαν και τα δύο είδη επιπλοκών.

Γενικότερα λοιπόν οι ασθενείς με διαβήτη σύμφωνα με τον Koopmanschap (2002) έχουν μια φτωχότερη ποιότητα ζωής από ότι τα άτομα χωρίς μια χρόνια πάθηση. Η μεγάλης διάρκειας επιπλοκές του διαβήτη, όπως οφθαλμοπάθεια, νευροπάθεια, καρδιοπάθεια και εγκεφαλικό, έχουν μια επιζήμια επίδραση στην ποιότητα ζωής. Αυτό υποστηρίχτηκε από την έρευνα της United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS). Μάλιστα το φορτίο παραπάνω από μιας επιπλοκής συχνά έχει μια ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής. Άρα το κλειδί για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία στους

διαβητικούς θεωρείται η αποφυγή της ινσουλινοθεραπείας και η μείωση ή η πρόληψη των επιπλοκών και μάλιστα συνιστάται ως στόχος κοινής δράσης στο θέμα του διαβήτη από τον ερευνητή.

Ο σκοπός μιας άλλης μελέτης των Hart, Bilo, Redekop, Stolk, Assink, και Meyboom-de Jong (2003) ήταν να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με διαβήτη τύπου I και να την συγκρίνει με αυτή των ατόμων ανάλογης ηλικίας στο γενικό πληθυσμό, ερευνώντας ταυτόχρονα τους πιθανούς παράγοντες που ασκούν μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής των διαβητικών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μια ομάδα 281 γερμανών διαβητικών. Τα αποτελέσματα από το RAND-36 έδειξαν για όλες σχεδόν τις περιοχές μια ποιότητα ζωής ισοδύναμη με αυτή των ατόμων του γενικού πληθυσμού. Αντίθετα το EuroQol έδωσε χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής για τα άτομα με διαβήτη τύπου I από ότι στο γενικό πληθυσμό. Μάλιστα εντοπίστηκε ότι η υπεργλυκαιμία και οι μακροαγγειακές επιπλοκές (πιθανόν οι μικροαγγειακές επιπλοκές να εντοπίζονταν σε πρώιμα στάδια και γι αυτό δεν προκαλούσαν συμπτώματα που να παρεμποδίζουν την καθημερινή ζωή) είχαν μια βαθιά αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής.

Τέλος έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες με σκοπό να καθορίσουν τους προβλεπτικούς παράγοντες που σχετίζονται με το διαβήτη. Μια μελέτη από τους Maddigan, Majumdar, και Johnson (2005) επιχείρησε να εκτιμήσει τις συνδέσεις ανάμεσα στις αντιλήψεις της σχέσεως ασθενή-γιατρού, δείκτη μάζας σώματος, και κατανόησης ακολουθίας ενός προγράμματος διαίτας και άσκησης σε έναν αγροτικό πληθυσμό με διαβήτη τύπου II και να καθορίσει πως αυτές οι μεταβλητές σχετίζονται με την ποιότητα ζωής που αφορά την υγεία. Οι αντιλήψεις της σχέσεως ασθενή-γιατρού και η ακολουθία της διαίτας φάνηκε να αποτελούν τα δομικά κλειδιά σε αυτό το μοντέλο. Η σχέση ασθενή-γιατρού είχε μια έμμεση επίδραση στην ποιότητα ζωής που αφορά την υγεία μέσω της διαίτας, της άσκησης, των συμπεριφορών διαχείρισης και του δείκτη μάζας σώματος. Σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες για τη σχέση ασθενή-γιατρού ήταν η διαίτα και η άσκηση. Αντίστοιχα ο δείκτης μάζας σώματος (υψηλός δείκτης μάζας σώματος ήταν συνδεδεμένος με χαμηλή ποιότητα ζωής που αφορά την υγεία) και η άσκηση είχαν μια σημαντική σχέση με την ποιότητα ζωής που αφορά την υγεία, αποκτώντας ρόλο άμεσων προβλεπτικών παραγόντων. Γενικότερα η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία στα άτομα με διαβήτη τύπου II συνδεόταν θετικά με την ακολουθία της άσκησης, η οποία συσχετιζόταν με μια θετική αντίληψη της σχέσεως ασθενή-γιατρού. Η ακολουθία της διαίτας συσχετιζόταν

επίσης με μια θετική σχέση ασθενή-γιατρού, αλλά η δίαιτα δεν συσχετιζόταν με την ποιότητα ζωής που αφορά την υγεία.

#### **4. Ο σκοπός της έρευνας**

Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι να μετρήσουμε τη διαφορά των ψυχολογικών χαρακτηριστικών μεταξύ της ομάδας των διαβητικών και των υγιών ατόμων και να εντοπίσουμε το βαθμό επίδρασης δημογραφικών, ιατρικών και ψυχολογικών παραγόντων σε μια ομάδα ατόμων με διαβήτη (ινσουλοεξαρτώμενων και μη). Δηλαδή θέσαμε δυο στόχους, την σύγκριση συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών διαβητικών και υγιών, και την εξέταση ορισμένων παραγόντων στους διαβητικούς. Συλλέχθηκαν δημογραφικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασία, μορφωτικό επίπεδο, μηνιαίο εισόδημα, ασφάλεια), ιατρικά (διάκριση σύμφωνα με τη χρήση ινσουλίνης ή όχι, χρονική διάρκεια πάθησης, συνοσηρότητα, ύπαρξη χοληστερίνης και συνήθεια καπνίσματος, μέτρηση σακχάρου νηστείας, δείκτη μάζα σώματος, αρτηριακής υπέρτασης, ένταση σωματικής άσκησης, συχνότητας ακολουθίας συγκεκριμένων διατροφικών συνηθειών και συνεπής λήψη φαρμάκων) και διάφορα ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Πρόκειται για μια μελέτη που θα προσφέρει σημαντικά στην κατανόηση των ψυχολογικών δυσκολιών και προβλημάτων που φέρει και πιθανόν αυξάνει η παρουσία του σακχαρώδη διαβήτη στον ελληνικό πληθυσμό, καθώς είναι η πρώτη μελέτη που διερευνά την επίδραση βιοσυμπεριφορικών παραγόντων στη σωματική και ψυχική ευεξία του διαβητικού πληθυσμού στον ελληνικό χώρο.

Πιο συγκεκριμένα οι υποθέσεις της έρευνας μας ήταν οι εξής:

1. ο βαθμός των ψυχολογικών χαρακτηριστικών, άγχους, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής εμφανίζεται σημαντικά υψηλότερος στους διαβητικούς από τους υγιείς (χωρίς διαγνωσμένες παθήσεις) και αντίστοιχα υψηλότερος για τους ινσουλοεξαρτώμενους σε σχέση με τους μη ινσουλοεξαρτώμενους και τους υγιείς, και
2. οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να ερμηνεύσουν σημαντικό τμήμα της διακύμανσης του βαθμού ποιότητας ζωής των διαβητικών, σε σύγκριση με τους δημογραφικούς και τους ιατρικούς παράγοντες.

## II. Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 1. Συμμετέχοντες

Η έρευνα βασίστηκε σε δείγμα 200 ατόμων εθνικότητας ελληνικής. Το δείγμα αυτό συλλέχθηκε με βάση την κατάσταση υγείας των ατόμων με σχετική αναλογία 100 υγιείς (50%) και 100 διαβητικούς (50%) από τους οποίους 21 ινσουλοεξαρτώμενους (10,5%) και 79 μη ινσουλοεξαρτώμενους (39,5%).

Συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια της συγκεκριμένης έρευνας στη διάρκεια του έτους 2006-2007, 200 άτομα από τα οποία, τα 61 (30,5%) ήταν άνδρες και τα 139 (69%) ήταν γυναίκες. Από το πλήθος των υγιών, οι 30 (15,0%) ήταν άνδρες και οι 70 (35,0%) γυναίκες. Αντίστοιχα από το πλήθος των διαβητικών, οι 11 (5,5%) ήταν άνδρες ινσουλοεξαρτώμενοι και οι 20 (10%) μη ινσουλοεξαρτώμενοι, ενώ οι 10 (5,0%) γυναίκες ινσουλοεξαρτώμενες και οι 59 (29,5%) μη ινσουλοεξαρτώμενες. Μάλιστα όπως έδειξε το  $\chi^2$  κριτήριο υπάρχει μια μικρή στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ φύλου και κατάστασης υγείας ( $\chi^2(2)=5.75$ ,  $p>.05$ ). Ειδικότερα μόνο το 70% (70 γυναίκες) του υγιούς δείγματος είναι γυναίκες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το δείγμα των διαβητικών είναι 47,6% (10 γυναίκες ινσουλοεξαρτώμενες) και 74,7% (59 γυναίκες μη ινσουλοεξαρτώμενες).

Σε γενικές γραμμές οι ηλικίες που υπάρχουν στο παρόν δείγμα κυμαίνονται από 55 έως 88 χρονών. Επιπλέον σχετικά με τον παράγοντα τόπου μόνιμης διαμονής των συμμετεχόντων υπήρξε σταθερός, καθώς η έρευνα υλοποιήθηκε σε κατοίκους χωριών ενός μικρού Δήμου.

Αναφορικά με τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης εντοπίστηκε ότι στο πλήθος 200 ατόμων, τα 125 (62,5%) ήταν παντρεμένα, οι 63 (31,5%) ήταν σε χηρεία, τα 9 (4,5%) ήταν ανύπαντρα και τα 3 (1,5%) ήταν διαζευγμένα. Πιο συγκεκριμένα στην κατηγορία των υγιών ατόμων ανήκαν 58 (29,0%) παντρεμένοι, 32 (16,0%) σε κατάσταση χηρείας, 7 (3,5%) ανύπαντροι και 3 (1,5%) διαζευγμένοι. Αντίστοιχα στην κατηγορία των διαβητικών ατόμων ανήκαν 18 (9,0%) παντρεμένοι ινσουλοεξαρτώμενοι και 49 (24,5%) μη ινσουλοεξαρτώμενοι, 3 (1,5%) σε κατάσταση χηρείας ινσουλοεξαρτώμενοι και 28 (14,0%) μη ινσουλοεξαρτώμενοι, και τέλος 2 (1,0%) ανύπαντροι μη ινσουλοεξαρτώμενοι. Όπως έδειξε το  $\chi^2$  κριτήριο δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά της κατάστασης υγείας των ατόμων με την οικογενειακή τους κατάσταση ( $\chi^2(6)=10.52$ ,  $p>.05$ ). Ειδικότερα μόνο το 32,0% (32 χήροι) της κατηγορίας των υγιών είναι σε κατάσταση χηρείας αλλά και το αντίστοιχο

δείγμα των διαβητικών είναι 14,3% (3 χήροι ινσουλοεξαρτώμενοι) και 35,4% (28 χήροι μη ινσουλοεξαρτώμενοι).

Σχετικά με τον παράγοντα εργασιακής κατάστασης διαπιστώθηκε ότι στον αριθμό των 200 ατόμων, οι 20 (10%) ήταν εργαζόμενοι και οι 180 (90%) ήταν συνταξιούχοι. Μάλιστα στην κατηγορία των υγιών ανήκαν 15 (7,5%) εργαζόμενα άτομα και 85 (42,5%) συνταξιούχοι. Αντίστοιχα στην κατηγορία των διαβητικών ανήκαν 2 (1,0%) εργαζόμενοι ινσουλοεξαρτώμενοι και 3 (1,5%) εργαζόμενοι μη ινσουλοεξαρτώμενοι, ενώ οι 19 (9,5%) ήταν συνταξιούχοι ινσουλοεξαρτώμενοι και οι 76 (38,0%) συνταξιούχοι μη ινσουλοεξαρτώμενοι. Όπως έδειξε το  $\chi^2$  κριτήριο υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά της κατάστασης υγείας των ατόμων με την εργασιακή κατάσταση ( $\chi^2(2)=6.16, p<.05$ ). Ειδικότερα μόνο το 85% (85 συνταξιούχοι) της κατηγορίας των υγιών είναι σε μη κατάσταση εργασίας ενώ το αντίστοιχο δείγμα των διαβητικών είναι 90,5% (19 συνταξιούχοι ινσουλοεξαρτώμενοι) και 96,2% (76 συνταξιούχοι μη ινσουλοεξαρτώμενοι).

Αναφορικά με τον παράγοντα μορφωτικού επιπέδου εντοπίστηκε ότι στο πλήθος των 200 ατόμων, οι 68 (34%) ήταν αναλφάβητοι, οι 124 (62%) ήταν πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Δημοτικού), οι 7 (3,5%) ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνασίου/Λυκείου) και 1 (0,5%) ήταν ανωτάτης εκπαίδευσης (Τ.Ε.Ι./Α.Ε.Ι.). Πιο συγκεκριμένα στην κατηγορία των υγιών ανήκαν 25 (12,5%) άτομα αναλφάβητα, 70 (35,0%) με πρωτοβάθμια εκπαίδευση, 4 (2,0%) με δευτεροβάθμια εκπαίδευση και 1 (0,5%) με ανώτατη εκπαίδευση. Αντίστοιχα στην κατηγορία των διαβητικών ανήκαν 9 (4,5%) αναλφάβητοι ινσουλοεξαρτώμενοι και 34 (17,0%) αναλφάβητοι μη ινσουλοεξαρτώμενοι, 11 (5,5%) ινσουλοεξαρτώμενοι με πρωτοβάθμια εκπαίδευση και 43 (21,5%) μη ινσουλοεξαρτώμενοι με πρωτοβάθμια εκπαίδευση, 1 (0,5%) ινσουλοεξαρτώμενοι με δευτεροβάθμια εκπαίδευση και 2 (1,0%) μη ινσουλοεξαρτώμενοι με δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Όπως έδειξε το  $\chi^2$  κριτήριο δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά της κατάστασης υγείας των ατόμων με το μορφωτικό τους επίπεδο ( $\chi^2(6)=8.21, p>.05$ ). Ειδικότερα μόνο το 70,0% (70 άτομα πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης) της κατηγορίας των υγιών είναι σε μορφωτικό επίπεδο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αλλά και το αντίστοιχο δείγμα των διαβητικών είναι 52,4% (11 ινσουλοεξαρτώμενοι δημοτικού) και 54,4% (43 μη ινσουλοεξαρτώμενοι δημοτικού).



Τέλος σχετικά με τον παράγοντα μηνιαίου εισοδήματος διαπιστώθηκε ότι στο δείγμα των 200 ατόμων, οι 164 (82,0%) είχαν εισόδημα έως 300€, οι 27 (13,5%) έως 500€, οι 6 (3,0%) έως 1000€, και οι 3 (1,5%) πάνω από 1000€. Μάλιστα στην κατηγορία των υγιών ανήκαν 78 (39,0%) με μηνιαίο εισόδημα έως 300€, 15 (7,5%) έως 500€, 4 (2,0%) έως 1000€ και 3 (1,5%) πάνω των 1000€. Αντίστοιχα στην κατηγορία των διαβητικών ανήκαν 19 (9,5%) ινσουλοεξαρτώμενοι με μηνιαίο εισόδημα έως 300€ και 67 (33,5%) μη ινσουλοεξαρτώμενοι με αυτό το εισόδημα, 2 (1,0%) ινσουλοεξαρτώμενοι έως 500€ και 10 (5,0%) μη ινσουλοεξαρτώμενοι έως 500€, και 2 (1,0%) μη ινσουλοεξαρτώμενοι με εισόδημα έως 1000€. Όπως έδειξε το  $\chi^2$  κριτήριο δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά της κατάστασης υγείας των ατόμων με το μηνιαίο εισόδημα τους ( $\chi^2(6)=4.93, p>.05$ ). Ειδικότερα μόνο το 15,0% (15 άτομα με μηνιαίο εισόδημα έως 500€) της κατηγορίας των υγιών είναι σε επίπεδο εισοδήματος έως 500€ αλλά και το αντίστοιχο δείγμα των διαβητικών είναι 9,5% (2 ινσουλοεξαρτώμενοι με εισόδημα 500 ) και 12,7% (10 μη ινσουλοεξαρτώμενοι με εισόδημα 500€).

## 2. Εργαλεία μέτρησης

Για την επίτευξη των σκοπών της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν 6 ερωτηματολόγια (βλ. Παράρτημα). Μοιράστηκαν ερωτηματολόγια άγχους, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής στο δείγμα των υγιών και ερωτηματολόγια άγχους, κατάθλιψης, κοινωνικής υποστήριξης, ποιότητας ζωής, αντίληψης της ασθένειας και άγχους υγείας στο δείγμα των διαβητικών.

Το άγχος μετρήθηκε με την κλίμακα Άγχους του Spielberger (1970) (STAI/A-State), μεταφρασμένη στην Ελληνική γλώσσα και σταθμισμένη στα Ελληνικά δεδομένα (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984). Η κλίμακα αποτελείται από 20 θέματα (π.χ. 'αισθάνομαι ήρεμος', 'αισθάνομαι ασφαλής', 'νιώθω μια εσωτερική ένταση') (Cronbach  $\alpha = .91$  στο παρόν δείγμα). Οι συμμετέχοντες δήλωναν γενικά τον βαθμό στον οποίο συμφωνούσαν με κάθε θέμα τη στιγμή που το συμπλήρωναν σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (Καθόλου) ως το 4 (Πάρα πολύ).

Η κατάθλιψη αντίστοιχα μετρήθηκε με την κλίμακα Κατάθλιψης του Center For Epidemiological Studies- Depression Scale (CES-D) μεταφρασμένη και σταθμισμένη στα Ελληνικά δεδομένα από μια ομάδα ερευνητών (Fountoulakis, Iacovides, Kleanthous, Samolis, Kaprinis, Sitzoglou, Kaprinis & Bech, 2001). Η κλίμακα περιελάμβανε 20 θέματα (π.χ. 'με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δε με ενοχλούν' 'δεν είχα διάθεση να φάω, η όρεξη μου ήταν κακή' 'αισθανόμουν ότι δε θα μπορούσα να ξεφύγω από τις μαύρες μου, ακόμα ούτε και με τη βοήθεια της οικογένειας μου ή των φίλων μου') (Cronbach  $\alpha = .84$  στο παρόν δείγμα). Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το βαθμό στον οποίο ίσχυε κατά την περασμένη εβδομάδα κάθε ένα από τα θέματα του ερωτηματολογίου, σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (Σπάνια ή Καθόλου) ως το 4 (Σταθερά ή τις Περισσότερες φορές).

Η κοινωνική υποστήριξη αξιολογήθηκε με την κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης από τις καθημερινές συναλλαγές και της λαμβανόμενης ικανοποίησης από αυτές (SSQT & SSQS) των Doeglas, Suurmeijer, Briancon, Moum, Krol, Bjelle, Sanderman & van Den Heuvel (1996). Αποτελείται από 5 θέματα λήψης καθημερινής συναισθηματικής υποστήριξης ('πόσο συχνά οι άλλοι είναι ζεστοί μαζί σας', 'πόσο συχνά οι άλλοι έχουν τη διάθεση να σας ακούσουν', 'πόσο συχνά οι άλλοι συμπερίζονται τα προβλήματα σας') (Cronbach  $\alpha = .87$  στο παρόν δείγμα) και 5 θέματα καθημερινής υλικής υποστήριξης ('πόσο συχνά οι άλλοι σας δανείζουν μικροπράγματα', 'πόσο συχνά σας δανείζουν χρήματα, όταν τα χρειάζεστε', 'πόσο

συχνά σας βοηθούν εάν τους το ζητήσετε ξαφνικά') (Cronbach  $\alpha = .87$  στο παρόν δείγμα) με τα αντίστοιχα θέματα λαμβανόμενης ικανοποίησης από αυτές. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το βαθμό στον οποίο ίσχυε κάθε ένα από τα θέματα του ερωτηματολογίου, σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (Σπάνια ή Ποτέ) ως το 4 (Συχνά) σχετικά με τη λήψη υποστήριξης και από το 1 (Καθόλου) ως το 4 (Πολύ) σχετικά με την ικανοποίηση από την αντίστοιχη λήψη υποστήριξης.

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Ποιότητα Ζωής (EQ-5D) (Krabbe & Weijnen, 2001). Αποτελείται από 5 θέματα και σχεδιάστηκε για να αξιολογεί βασικές διαστάσεις της κινητικότητας, της αυτοεξυπηρέτησης, των καθημερινών δραστηριοτήτων, του πόνου/δυσφορίας και του άγχους/θλιψης (Cronbach  $\alpha = .61$  στο παρόν δείγμα). Οι συμμετέχοντες σημείωσαν ποιες δηλώσεις περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους τη στιγμή εκείνη, αξιολογώντας το βαθμό στον οποίο ίσχυε κάθε ένα από τα 5 θέματα του ερωτηματολογίου, σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (Καθόλου) ως το 3 (Υπερβολικό).

Η αντίληψη της ασθένειας αξιολογήθηκε με τη χρήση της αντίστοιχης κλίμακας Αντίληψης της Ασθένειας (IPQ-R) των Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick (2002). Η κλίμακα περιελάμβανε 38 θέματα καταναμημένα στα ακόλουθα στοιχεία που αφορούσαν τη χρονική διάρκεια, τη χρονική κυκλικότητα, τις συνέπειες, τον προσωπικό έλεγχο, τον έλεγχο θεραπείας, την κατανόηση της ασθένειας και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το βαθμό στον οποίο ίσχυε κάθε ένα από τα θέματα του ερωτηματολογίου σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (Διαφωνώ έντονα) ως το 5 (Συμφωνώ πολύ). Συγκεκριμένα στο ερωτηματολόγιο IPQ-R ο Cronbach  $\alpha$  των 6 στοιχείων της χρονικής διάρκειας (π.χ. 'η ασθένεια μου θα διαρκέσει λίγο', 'η ασθένεια μου είναι πιθανώς μόνιμη και όχι παροδική', 'η ασθένεια μου θα διατηρηθεί για πολύ καιρό') είναι .81, των 4 στοιχείων της χρονικής κυκλικότητας (π.χ. 'τα συμπτώματα μου αλλάζουν πολύ από μέρα σε μέρα', 'τα συμπτώματα έρχονται και φεύγουν κατά περιόδους', 'η ασθένεια μου είναι απρόβλεπτη') .85, των 6 στοιχείων των συνεπειών (π.χ. 'η ασθένεια μου είναι μια σοβαρή κατάσταση', 'η ασθένεια μου έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου', 'η ασθένεια μου δεν έχει μεγάλη επίδραση στη ζωή μου') .52, των 6 στοιχείων του προσωπικού ελέγχου (π.χ. 'πολλά μπορώ να κάνω για να ελέγξω τα συμπτώματα μου', 'αυτά που κάνω μπορούν να καθορίσουν αν η ασθένεια μου θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί', 'η πορεία της ασθένειας εξαρτάται

από εμένα') .68, των 5 στοιχείων ελέγχου θεραπείας (π.χ. 'λίγα μπορούν να γίνουν για να βελτιώσουν την ασθένεια μου', 'η θεραπεία που ακολουθώ είναι αποτελεσματική για την ασθένεια μου', 'οι αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας μου μπορούν να αποφευχθούν με την αγωγή που ακολουθώ') .75, των 5 στοιχείων της κατανόησης της ασθένειας (π.χ. 'τα συμπτώματα της ασθένειας μου με μπερδεύουν', 'η ασθένεια μου είναι ένα μυστήριο για μένα', 'δεν καταλαβαίνω την ασθένεια μου') .65 και των 6 στοιχείων των συναισθηματικών αναπαραστάσεων (π.χ. 'στενοχωριέμαι όταν σκέφτομαι την ασθένεια μου', 'όταν σκέφτομαι την ασθένεια μου αναστατώνομαι', 'η ασθένεια μου με θυμώνει') .84. Αυτοί οι συντελεστές δείχνουν ότι η κλίμακα διαθέτει καλή αξιοπιστία μόνο στα στοιχεία της χρονικής διάρκειας, της χρονικής κυκλικότητας, του ελέγχου θεραπείας και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων, καθώς ο Cronbach  $\alpha$  μόνο όταν είναι ίσος με .70 ή μεγαλύτερος θεωρείται ικανοποιητικός.

Τέλος το άγχος υγείας μετρήθηκε με την κλίμακα του Άγχους σχετιζόμενου με την Κατάσταση Υγείας κατά τον τελευταίο μήνα (Health Distress) του Stanford Patient Education Research Center που σταθμίστηκε από τους Lorig, Stewart, Ritter, Conzalez, Laurent & Lynch (1996). Η κλίμακα αποτελείται από 4 θέματα (Cronbach  $\alpha = .80$  στο παρόν δείγμα) που αφορούν το πώς νιώθουν και το πώς πάνε τα πράγματα σχετικά με την υγεία κατά τον τελευταίο μήνα σύμφωνα με τους συμμετέχοντες που δήλωναν γενικά το βαθμό που συμφωνούσαν με κάθε θέμα σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 0 (Καθόλου) ως το 5 (Όλο τον Καιρό).

Επίσης συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία για κάθε άτομο που πήρε μέρος στην έρευνα, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εργασία, το μορφωτικό επίπεδο, το μηνιαίο εισόδημα και η ασφάλεια, αλλά και ιατρικά στοιχεία, όπως η διάκριση σύμφωνα με τη χρήση ινσουλίνης ή όχι, η χρονική διάρκεια πάθησης, η συνοσηρότητα (παρουσία άλλων παθήσεων), η ύπαρξη χοληστερίνης (Ναι ή Όχι) και συνήθεια καπνίσματος (Ναι ή Όχι), η μέτρηση σακχάρου νηστείας (με τη χρήση μετρητή σακχάρου γλυκόζη πλάσματος νηστείας, όπου λαμβάνεται μια σταγόνα αίμα το πρωί κατά την επίσκεψη μας ενώ δεν έχει φάει τίποτα από το βραδινό που έλαβε πριν κοιμηθεί. Σύμφωνα με αυτή τη διαγνωστική διαδικασία καθορίζεται ως επίπεδο γλυκόζης τα 126 mg% και ως φυσιολογικά χαρακτηρίζονται τα άτομα με γλυκόζη νηστείας κάτω των 110 mg%)., ο δείκτης μάζα σώματος (προσωπική αναφορά κάθε ατόμου για το ύψος και το βάρος του), η αρτηριακή υπέρταση (με τη χρήση πιεσόμετρου κατά την επίσκεψη μας μετρίοταν η πίεση του

ατόμου και καταγραφόταν η συστολική και διαστολική πίεση αντίστοιχα), η ένταση σωματικής άσκησης (προσωπική καταγραφή έντασης σωματικής δραστηριότητας σε ώρες και ημέρες), η συχνότητα ακολουθίας συγκεκριμένων διατροφικών συνηθειών (προσωπική συμπλήρωση σωστής λήψης και κατανάλωσης τροφής:περισσότερες φορές, μερικές φορές, σπάνια, ποτέ) και η συνέπεια λήψης φαρμάκων (προσωπική συμπλήρωση:περισσότερες φορές, μερικές φορές, σπάνια, ποτέ). Αυτά βρίσκονται αναλυτικότερα στο παράρτημα μαζί με το ερωτηματολόγιο, όπως μοιράστηκε στα υποκείμενα.

### **3. Διαδικασία συλλογής και επεξεργασίας του ερευνητικού υλικού**

Η διαδικασία σχεδιασμού της παρούσας έρευνας έλαβε χώρα στις αρχές του ακαδημαϊκού έτους 2006 - 2007 και η διεξαγωγή της υλοποιήθηκε στα τέλη Ιουνίου. Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε αυτοπροσώπως με τις απαιτούμενες εξηγήσεις για την συμπλήρωση του, στον προσωπικό χώρο κάθε ατόμου ανάλογα με τις επισκέψεις των Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων «Μονάδας Κοινωνικής Μέριμνας» και «Βοήθειας στο Σπίτι» στα χωριά του Δήμου Κόφινα. Το δείγμα των υγιών ατόμων συμπλήρωσε ερωτηματολόγια άγχους, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής και το δείγμα των διαβητικών ατόμων ερωτηματολόγια άγχους, κατάθλιψης, κοινωνικής υποστήριξης, ποιότητας ζωής, αντίληψης της ασθένειας και άγχους υγείας. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου για κάθε υποκείμενο κυμαινόταν από 5 έως και 10 λεπτά για τους υγιείς και από 15 έως και 20 λεπτά για τους διαβητικούς. Αφού λοιπόν ολοκληρώθηκε η συλλογή των ερωτηματολογίων ξεκίνησε η επεξεργασία του ερευνητικού υλικού, σύμφωνα με τους υπό εξέταση παραμέτρους. Ειδικότερα με τη χρήση του προγράμματος SPSS αφού καταχωρήθηκαν τα δεδομένα, εφαρμόστηκε η ανάλυση της διακύμανσης (ANOVA) για να ελεγχθεί η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών των μέσων όρων μεταξύ των δυο ομάδων της συγκεκριμένης έρευνας, το t - κριτήριο ανεξαρτήτων δειγμάτων για να συγκριθούν οι μέσοι όροι των χαρακτηριστικών μεταξύ των ομάδων των διαβητικών και η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για να προβλεφθούν οι τιμές μιας εξαρτημένης μεταβλητής από τις ανεξάρτητες. Επίσης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Lisrel για να διερευνηθεί η ανάλυση διαδρομών πρόβλεψης της ποιότητας ζωής των διαβητικών.

### III. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 1. Δείκτες υγείας ως προς υγιείς και διαβητικούς

Η επεξεργασία των ερωτηματολογίων, που συμπληρώθηκαν από ελληνικό πληθυσμό υγιών και διαβητικών ατόμων, πραγματοποιήθηκε με μια σειρά στατιστικών αναλύσεων.

Η σχέση ανάμεσα στην κατάσταση υγείας των 200 ελλήνων συμμετεχόντων (n=100 υγιείς και n=100 διαβητικοί) και στη συνολική βαθμολογία των ερωτηματολογίων Άγχους, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής (τα οποία προσδιορίζουν το γενικό επίπεδο των αντίστοιχων εννοιών) προσδιορίστηκε με τη σύγκριση των μέσων όρων των δυο ομάδων. Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας των ερωτηματολογίων Άγχους, Κατάθλιψης και Ποιότητας ζωής ήταν σημαντικά υψηλότερος για τους διαβητικούς από τους υγιείς. Ο μέσος όρος σχετικά με το Άγχος για τους υγιείς ήταν 50,98 (SD=13,36) και για τους διαβητικούς 53,65 (SD=11,81), για την Κατάθλιψη στους πρώτους 22,61 (SD=11,07) και στους δεύτερους 23,94 (SD=10,67), ανάλογα για την Ποιότητα ζωής 7,63 (SD=1,57) και 8,47 (SD=1,74) (βλ. Πίνακα 1). Η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ήταν στατιστικώς σημαντική μόνο στην Ποιότητα ζωής [ $F(12,789)=1.198, p<.001$ ] και στατιστικώς ασήμαντη στο Άγχος [ $F(2,185)=1.194, p>.001$ ] και την Κατάθλιψη [ $F(0,716)=1.189, p>.001$ ].

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των δεικτών υγείας ως προς την κατάσταση υγείας (υγιείς και διαβητικοί).

		N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Άγχος	Υγιείς	96	50,9896	13,3673
	Διαβητικοί	100	53,6500	11,8111
Κατάθλιψη	Υγιείς	94	22,6170	11,0707
	Διαβητικοί	97	23,9485	10,6726
Ποιότητα ζωής	Υγιείς	100	7,6300	1,5741
	Διαβητικοί	100	8,4700	1,7434

## 2. Δείκτες υγείας ως προς υγιείς, ινσουλοεξαρτώμενους και μη ινσουλοεξαρτώμενους

Επίσης η επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών, των τριών ομάδων (υγιών, ινσουλοεξαρτώμενων και μη ινσουλοεξαρτώμενων) βρέθηκε στατιστικά σημαντική μόνο ως προς τη συνολική βαθμολογία των ερωτηματολογίων Ποιότητας ζωής. Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας των ερωτηματολογίων Άγχους, Κατάθλιψης και Ποιότητας ζωής ήταν σημαντικά υψηλότεροι για τους ινσουλοεξαρτώμενους σε σχέση με τους μη ινσουλοεξαρτώμενους και τους υγιείς. Ο μέσος όρος σχετικά με το Άγχος για τους υγιείς ήταν 50,98 (SD=13,36), για τους ινσουλοεξαρτώμενους 54,85 (SD=12,05) και για τους μη ινσουλοεξαρτώμενους 53,32 (SD=11,80). Αντίστοιχα ο μέσος όρος σχετικά με την Κατάθλιψη για τους υγιείς ήταν 22,61 (SD=11,07), για τους ινσουλοεξαρτώμενους 25,40 (SD=10,68) και για τους μη ινσουλοεξαρτώμενους 23,57 (SD=10,70). Τέλος ο μέσος όρος σχετικά με την Ποιότητα ζωής για τους υγιείς ήταν 7,63 (SD=1,57), για τους ινσουλοεξαρτώμενους 9,23 (SD=1,99) και για τους μη ινσουλοεξαρτώμενους 8,26 (SD=1,62) (βλ. Πίνακα 2). Η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ήταν στατιστικώς σημαντική μόνο στην Ποιότητα ζωής [ $F(9,462)=2.197, p<.001$ ] και στατιστικώς ασήμαντη στο Άγχος [ $F(1,210)=2.193, p>.001$ ] και την Κατάθλιψη [ $F(0,581)=2.188, p>.001$ ].

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των δεικτών υγείας ως προς την κατάσταση υγείας (υγιείς και ινσουλοεξαρτώμενοι και μη ινσουλοεξαρτώμενοι)

		N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Άγχος	Υγιείς	96	50,9896	13,3673
	Ινσουλοεξαρτώμενοι	21	54,8571	12,0511
	Μη Ινσουλοεξαρτώμενοι	79	53,3291	11,8037
Κατάθλιψη	Υγιείς	94	22,6170	11,0707
	Ινσουλοεξαρτώμενοι	20	25,4000	10,6840
	Μη Ινσουλοεξαρτώμενοι	77	23,5714	10,7071
Ποιότητα ζωής	Υγιείς	100	7,6300	1,5741
	Ινσουλοεξαρτώμενοι	21	9,2381	1,9976
	Μη Ινσουλοεξαρτώμενοι	79	8,2658	1,6228



### 3. Δείκτες υγείας ως προς την κατάσταση συνοσηρότητας ατόμων με διαβήτη

Ταυτόχρονα η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων μεταξύ τεσσάρων ομάδων συνοσηρότητας ατόμων με διαβήτη, και της επίδρασης αυτών στα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά. Η σχέση ανάμεσα στη διάκριση της κάθε ομάδας των 100 διαβητικών ατόμων σύμφωνα με τη συνοσηρότητα που παρουσιάζουν (ομάδα με καμία συνοσηρότητα=17 άτομα, ομάδα με συνοσηρότητα καρδιοπάθεια=15 άτομα, ομάδα με συνοσηρότητα καρδιοπάθεια και άλλες παθήσεις=34 άτομα, ομάδα με συνοσηρότητα άλλες παθήσεις=34 άτομα) και τη συνολική βαθμολογία των ερωτηματολογίων Άγχους, Κατάθλιψη, Κοινωνικής υποστήριξης, Ποιότητας ζωής, Άγχους Υγείας και Αντίληψης της ασθένειας προσδιορίστηκε με τη σύγκριση των μέσων όρων των τεσσάρων ομάδων. Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας των ανωτέρω ερωτηματολογίων ήταν σημαντικά υψηλότερος για την ομάδα με συνοσηρότητα καρδιοπάθεια και άλλες παθήσεις. Η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ήταν στατιστικώς σημαντική στην Κατάθλιψη [ $F(3,617)=3.93, p<.001$ ], στην Ποιότητα ζωής [ $F(9,969)=3.96, p<.001$ ], στο δείκτη χρονικής διάρκειας [ $F(3,085)=3.96, p<.001$ ], στο δείκτη χρονικής κυκλικότητας [ $F(3,350)=3.96, p<.001$ ], στο δείκτη συνεπειών [ $F(7,810)=3.94, p<.001$ ], στο δείκτη προσωπικού ελέγχου [ $F(3,241)=3.95, p<.001$ ], στο δείκτη ελέγχου θεραπείας [ $F(2,857)=3.95, p<.001$ ]. Στατιστικώς ασήμαντη υπήρξε η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους στο Άγχος [ $F(2,054)=3.96, p>.001$ ], στην Κοινωνική υποστήριξη, στα θέματα συναισθηματικής υποστήριξης [ $F(0,719)=3.96, p>.001$ ], ικανοποίησης από συναισθηματική υποστήριξη [ $F(0,695)=3.96, p>.001$ ], υλικής υποστήριξης [ $F(1,183)=3.95, p>.001$ ] και ικανοποίησης από υλική υποστήριξη [ $F(2,323)=3.95, p>.001$ ], στο Άγχος Υγείας [ $F(2,116)=3.96, p>.001$ ], στους δείκτες της Αντίληψης της ασθένειας, κατανόηση της ασθένειας [ $F(0,103)=3.96, p>.001$ ] και συναισθηματικές αναπαραστάσεις [ $F(1,924)=3.96, p>.001$ ], στη Σωματική άσκηση [ $F(3,066)=3.96, p>.001$ ] και στο Δείκτη μάζας σώματος [ $F(2,981)=3.96, p>.001$ ].

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3:** Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των δεικτών υγείας ως προς την κατάσταση υγείας τεσσάρων ομάδων συνοσηρότητας ατόμων με διαβήτη (Καμία Συνοσηρότητα, Καρδιοπάθεια, Καρδιοπάθεια και Άλλη Συνοσηρότητα, Άλλη Συνοσηρότητα).

		N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Άγχος	Καμία	17	49,8824	12,8398
	Καρδιοπάθεια	15	50,6667	14,3062
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	57,2941	11,6034
	Άλλη	34	53,2059	9,5846
Κατάθλιψη	Καμία	17	21,2353	9,6471
	Καρδιοπάθεια	13	23,1538	12,4623
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	33	28,6364	10,1329
	Άλλη	34	21,0588	9,7761
Συν.Κοιν.Υποστ.	Καμία	17	15,8824	3,7564
	Καρδιοπάθεια	15	14,2667	3,8073
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	15,1765	4,1155
	Άλλη	34	15,8235	3,4419
Ικαν.Συν.Υποστ	Καμία	17	16,7647	3,5272
	Καρδιοπάθεια	15	15,8667	3,5024
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	16,7647	4,0680
	Άλλη	34	17,4706	3,3415
Υλικ.Κοιν.Υποστ.	Καμία	17	13,3529	4,4573
	Καρδιοπάθεια	15	13,1333	4,4056
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	14,1765	3,1859
	Άλλη	33	14,9394	3,2107
Ικαν.Υλικ.Υποστ.	Καμία	17	16,4706	4,0945
	Καρδιοπάθεια	15	15,4667	3,2042
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	17,2353	3,3399
	Άλλη	33	18,0303	2,8227
Ποιότητα ζωής	Καμία	17	7,8824	1,3639
	Καρδιοπάθεια	15	6,9333	1,1629
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	9,4118	1,9246
	Άλλη	34	8,5000	1,3314
Άγχος υγείας	Καμία	17	8,6471	5,6230
	Καρδιοπάθεια	15	11,1333	4,7938
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	12,2059	6,1338
	Άλλη	34	9,6765	4,7336
Χρονική Διάρκεια	Καμία	17	21,4706	5,2216
	Καρδιοπάθεια	15	24,4000	3,2249
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	24,3529	3,9071
	Άλλη	34	22,2059	3,8121
Χρονική Κυκλικότητα	Καμία	17	15,8235	3,0462
	Καρδιοπάθεια	15	16,3333	3,3947
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	17,7353	2,2604

	Άλλη	34	16,1176	1,9190
Συνέπειες	Καμία	17	19,5294	3,6076
	Καρδιοπάθεια	15	18,1333	3,7960
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	33	21,7879	3,0079
	Άλλη	33	18,6970	2,2148
Προσωπικός έλεγχος	Καμία	17	23,8235	2,5307
	Καρδιοπάθεια	15	22,4000	2,4437
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	33	21,3030	3,0154
	Άλλη	34	22,5882	2,7865
Έλεγχος θεραπείας	Καμία	17	19,4118	2,3200
	Καρδιοπάθεια	15	17,2667	3,2834
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	17,0294	3,1477
	Άλλη	33	18,2121	2,8147
Κατανόηση ασθένειας	Καμία	17	14,6471	4,4009
	Καρδιοπάθεια	15	14,8000	3,4059
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	15,0882	3,2879
	Άλλη	34	14,6765	3,0523
Συν. Αναπαραστάσεις	Καμία	17	21,2941	5,7420
	Καρδιοπάθεια	15	23,6000	5,6543
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	24,7647	3,9777
	Άλλη	34	23,2647	4,9745
Σωματική άσκηση	Καμία	17	818,8235	886,0014
	Καρδιοπάθεια	15	1136,6667	875,7419
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	512,6471	526,0966
	Άλλη	34	778,6765	605,6568
Μάζα σώματος	Καμία	17	28,5868	4,2413
	Καρδιοπάθεια	15	25,2715	2,4771
	Καρδιοπάθεια&Άλλη	34	29,1796	5,1190
	Άλλη	34	28,2022	3,9644

#### **4. Δείκτες υγείας μεταξύ των ομάδων των διαβητικών ατόμων, ινσουλοεξαρτώμενων και μη ινσουλοεξαρτώμενων**

Στη συνέχεια συγκρίναμε τους μέσους όρους ιατρικών και ψυχολογικών μεταβλητών μεταξύ των ομάδων των διαβητικών ατόμων, δηλαδή ανάμεσα στους ινσουλοεξαρτώμενους και τους μη ινσουλοεξαρτώμενους. Ο έλεγχος των μέσων όρων με το t-κριτήριο για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι ο αριθμός ορισμένων μόνο ιατρικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών συνδέεται σημαντικά με τις ομάδες των διαβητικών. Ειδικότερα η υψηλή πίεση παρουσιάζεται υψηλότερη στους μη ινσουλοεξαρτώμενους (M=137,28) από ότι στους ινσουλοεξαρτώμενους (M=127,86) [t (31,63)=2,26 , p<0,05]. Η άσκηση παρουσιάζεται υψηλότερη στους μη ινσουλοεξαρτώμενους (M=821,83) από ότι στους ινσουλοεξαρτώμενους (M=473,80) [t (39,49)=2,37 , p<0,05]. Η ποιότητα ζωής παρουσιάζεται υψηλότερη στους ινσουλοεξαρτώμενους (M=9,23) από ότι στους μη ινσουλοεξαρτώμενους (M=8,26) [t (27,41)=2,05 , p<0,05]. Ο δείκτης χρονικής κυκλικότητας του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας παρουσιάζεται υψηλότερος στους ινσουλοεξαρτώμενους (M=17,76) από ότι στους μη ινσουλοεξαρτώμενους (M=16,35) [t (35,89)=2,47 , p<0,05]. Και ο δείκτης συνεπειών του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας παρουσιάζεται υψηλότερος στους ινσουλοεξαρτώμενους (M=20,90) από ότι στους μη ινσουλοεξαρτώμενους (M=19,51) [t (30,88)=2,29 , p<0,05].



**ΠΙΝΑΚΑΣ 4:** Οι μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των ιατρικών και ψυχολογικών μεταβλητών μεταξύ των ομάδων των διαβητικών ατόμων (Ινσουλοεξαρτώμενων & Μη Ινσουλοεξαρτώμενων) και F-κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς των μέσων όρων.

	Μέσος Όρος (Ινσ)	Μέσος Όρος (Μη Ινσ)	Τυπική Απόκλιση(Ινσ)	Τυπική Απόκλιση(Μη Ινσ)	F-κριτήριο	t-τιμή	(df)
Υψηλή Πίεση	127,86	137,28	16,92	17,04	,091	-2,264 <sup>α</sup>	31,638
Χαμηλή Πίεση	70,48	74,62	9,73	11,34	,264	-1,672	35,850
Χοληστερίνη	1,43	1,51	,51	,50	1,541	-,626	31,289
Δίαιτα	1,52	1,49	,68	,85	,290	,171	38,180
Συνεπής Λήψη Φαρμάκων	1,05	1,09	,22	,29	1,599	-,713	40,280
Σωματική άσκηση	473,8095	821,8354	560,3613	720,6884	4,434	-2,372 <sup>α</sup>	39,496
Μάζα σώματος	28,7982	27,9907	4,9915	4,2542	,143	,679	28,200
Άγχος	54,8571	53,3291	12,0511	11,8037	,081	,519	30,985
Κατάθλιψη	25,4000	23,5714	10,6840	10,7071	,002	,682	29,701
Συν.Κοιν.Υποστ.	14,7619	15,5443	3,9988	3,7203	,006	-,808	29,857
Ικαν.Συν.Υποστ.	16,4286	16,9873	3,7626	3,6250	,005	-,609	30,609
Υλικ.Κοιν.Υποστ.	13,9048	14,1923	3,3898	3,7279	,008	-,338	34,204
Ικαν.Υλικ.Υποστ.	16,3810	17,2949	3,2168	3,4002	,257	-1,142	33,065
Ποιότητα ζωής	9,2381	8,2658	1,9976	1,6228	,284	2,057 <sup>α</sup>	27,416
Άγχος Υγείας	11,6667	10,2911	5,4985	5,4986	,032	1,019	31,476
Χρονική διάρκεια	24,5238	22,7722	3,8938	4,1785	,053	1,804	33,318
Χρονική κυκλικότητα	17,7619	16,3544	2,2339	2,6069	,001	2,474 <sup>α</sup>	35,894
Συνέπειες	20,9000	19,5128	3,9855	3,0948	,888	1,449 <sup>α</sup>	25,181
Προσωπικός έλεγχος	21,1000	22,6582	2,6735	2,8505	,046	-2,297	30,887
Έλεγχος θεραπείας	16,7619	18,1667	2,7551	3,0298	,141	-2,029	34,202
Κατανόησης ασθένειας	14,2381	14,9873	3,9611	3,2364	1,178	-,799	27,506
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	24,0476	23,3418	4,6741	5,0735	,059	,604	33,643

<sup>α</sup>=p<.05, <sup>β</sup>= p>.05

## 5. Αξιολόγηση δεικτών υγείας από τους διαβητικούς

Επίσης αξιοσημείωτες υπήρξαν οι συνάφειες ανάμεσα στην Ποιότητα ζωής των Διαβητικών με το Άγχος [ $r = 0,42, p=.000$ ], με την Κατάθλιψη [ $r = 0,59, p=.000$ ], με το Άγχος υγείας [ $r = 0,45, p=.000$ ], με το στοιχείο των Συνεπειών του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας [ $r = 0,40, p=.000$ ], με το στοιχείο των Συναισθηματικών αναπαραστάσεων του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας [ $r = 0,27, p=.006$ ], με τη Μάζα σώματος [ $r = 0,28, p=.004$ ] και την Σωματική άσκηση [ $r = -0,38, p=.000$ ].

Επίσης παρατηρήθηκε ότι υπάρχει συστηματική συνάφεια μεταξύ του βαθμού του Άγχους των διαβητικών με του βαθμού τους στην κλίμακα Κατάθλιψης [ $r = 0,68, p=.000$ ], στην κλίμακα Άγχους υγείας [ $r = 0,43, p=.000$ ] και στο στοιχείο Συναισθηματικών αναπαραστάσεων του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας [ $r = 0,48, p=.000$ ].

Συνάμα διαπιστώθηκε συστηματική συνάφεια μεταξύ του βαθμού Κατάθλιψης με το Άγχος, την κλίμακα Άγχους υγείας [ $r = 0,49, p=.000$ ], το στοιχείο Συνεπειών του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας [ $r = 0,44, p=.000$ ] και το στοιχείο Συναισθηματικών αναπαραστάσεων του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας [ $r = 0,42, p=.000$ ].

Επιπλέον εντοπίστηκε συστηματική συνάφεια ανάμεσα στο βαθμό της κλίμακας Άγχους υγείας με τη βαθμολογία του Άγχους [ $r = 0,43, p=.000$ ], της Κατάθλιψης [ $r = 0,49, p=.000$ ], του στοιχείου Συνεπειών του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας [ $r = 0,47, p=.000$ ] και του στοιχείου Συναισθηματικών αναπαραστάσεων του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας [ $r = 0,62, p=.000$ ].

Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε ότι υπάρχει συστηματική συνάφεια μεταξύ του βαθμού του στοιχείου Συνεπειών του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας με την βαθμολογία της Κατάθλιψης [ $r = 0,44, p=.000$ ], της κλίμακας του Άγχους υγείας [ $r = 0,47, p=.000$ ] και του στοιχείου Συναισθηματικών αναπαραστάσεων του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας [ $r = 0,41, p=.000$ ].

Επίσης βρέθηκε συστηματική συνάφεια μεταξύ του βαθμού του στοιχείου Συναισθηματικών αναπαραστάσεων του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας με τη βαθμολογία του Άγχους [ $r = 0,48, p=.000$ ], της Κατάθλιψης [ $r = 0,42, p=.000$ ], της κλίμακας του Άγχους υγείας [ $r = 0,62, p=.000$ ] και του στοιχείου Συνεπειών του ερωτηματολογίου Αντίληψη της ασθένειας [ $r = 0,41, p=.000$ ].

Τέλος διαπιστώθηκε συστηματική συνάφεια μεταξύ του βαθμού της Μάζας σώματος με τον αντίστοιχο βαθμό Σωματικής άσκησης [ $r = -0,26, p=.008$ ].

Ωστόσο αξιολογώμενη υπήρξε και η συστηματική συνάφεια που παρατηρήθηκε μεταξύ του βαθμού της Κατάθλιψης με το κομμάτι της Συναισθηματικής στήριξης από το ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης [ $r = -0,29, p=.003$ ] και της Ικανοποίησης από τη Συναισθηματική στήριξη [ $r = -0,33, p=.001$ ]. Και αντίστοιχα του Άγχους με το κομμάτι της Συναισθηματικής στήριξης [ $r = -0,26, p=.007$ ] και της Ικανοποίησης από αυτήν [ $r = -0,30, p=.002$ ].

Δηλαδή όσο πιο θετικά αξιολογείται από τον διαβητικό η Ποιότητα ζωής τόσο θετικότερα τείνουν να αξιολογούνται και άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά (άγχος-κατάθλιψη - Άγχος υγείας - συνέπειες αντίληψης ασθένειας) και ορισμένα ιατρικά χαρακτηριστικά (μάζα σώματος – σωματική άσκηση) καθώς και το μέγεθος των συσχετίσεων αυτών είναι αρκετά υψηλό.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 5:** Συνάφειες μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1. Ποιότητα ζωής	1.00																							
2. Άγχος	.421**	1.00																						
3. Κατάθλιψη	.599**	.684**	1.00																					
4. Συν.Κοιν.Υποστ.	-.144	-.266**	-.297**	1.00																				
5. Ικαν.Συν.Υποστ.	-.186	-.303**	-.339**	.850**	1.00																			
6. Υλικ.Κοιν.Υποστ.	.022	-.111	-.163	.581**	.456**	1.00																		
7. Ικαν.Υλικ.Υποστ.	-.074	-.187	-.204*	.556**	.613**	.788**	1.00																	
8. Άγχος Υγείας	.454**	.436**	.496**	-.137	-.215*	-.205*	-.238*	1.00																
9. Χρονική διάρκεια	.001	-.012	.008	.067	.158	.021	.093	.163	1.00															
10. Χρονική κυκλικότητα	.149	.131	.136	.086	.048	.111	.025	.280**	.278**	1.00														
11. Συνέπειες	.407**	.195	.441**	-.114	-.115	-.071	-.064	.479**	.229*	.418**	1.00													
12. Προσωπικός έλεγχος	-.178	-.159	-.105	.299**	.303**	.093	.170	.002	-.171	.094	-.053	1.00												
13. Έλεγχος θεραπείας	-.156	-.206*	-.185	.367**	.294**	.224*	.270**	-.183	-.203*	.037	-.043	.705**	1.00											
14. Κατανόησης ασθένειας	-.089	-.089	-.060	.221*	.161	.067	.116	-.042	.144	-.039	-.051	.354**	.383**	1.00										
15. Μάζα σώματος	.285**	-.003	-.036	.089	.087	.091	.125	.055	.080	.069	.144	-.039	-.007	.121	1.00									
16. Διάρκεια ασθένειας	.238*	.188	.213*	.024	.020	-.016	-.078	.138	.362**	.190	.111	-.140	-.079	.165	-.121	1.00								
17. Μέτρηση σακχάρου	.019	.122	.064	-.100	-.119	-.099	-.194	.114	.127	.265**	-.032	-.069	-.183	-.025	-.159	.087	1.00							
18. Υψηλή Πίεση	.045	.121	.114	.031	.017	-.075	.009	.094	.227*	.149	-.022	.107	.120	.249*	.133	.018	-.015	1.00						
19. Χαμηλή Πίεση	-.165	.020	-.094	-.026	-.032	-.017	-.009	-.104	.070	-.019	-.395**	.030	-.007	.069	.036	-.217*	.008	.511**	1.00					
20. Χοληστερίνη	-.035	-.284**	-.184	.125	.074	-.119	-.078	-.045	.044	.056	-.108	.032	.224*	.150	-.052	.003	-.059	.134	.120	1.00				
21. Σωματική άσκηση	-.380**	.017	-.107	-.082	-.052	-.028	.023	-.171	-.147	-.084	-.193	.036	-.156	-.083	-.265**	-.215*	.067	-.104	.124	-.006	1.00			
22. Δίαιτα	.018	.055	.021	-.116	-.101	-.263**	-.343**	.014	.126	-.070	-.049	-.088	-.135	.079	.123	.020	.209*	.000	.003	.186	-.010	1.00		
23. Συνεπής Λήψη Φαρμάκ.	-.122	.050	-.115	-.177	-.152	-.113	-.097	-.011	.008	-.017	-.241*	-.075	-.222*	.026	.013	-.058	.026	.016	.133	.006	.175	.137	1.00	

\*\* Συνάφεια είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (2-tailed).

\* Συνάφεια είναι σημαντική σε επίπεδο 0.05 (2-tailed).

## 6. Συμβολή δεικτών υγείας στην πρόβλεψη της Ποιότητας ζωής των διαβητικών

Χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια η ανάλυση παλινδρόμησης για να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης του βαθμού ποιότητας ζωής από συγκεκριμένους ψυχολογικούς και ιατρικούς (βιοψυχολογικούς ή βιοσυμπεριφορικούς) παραμέτρους. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν: φύλο, ηλικία, χαμηλή & υψηλή πίεση αίματος, μέτρηση σάκχαρου νηστείας, ένταση σωματικής άσκησης, χοληστερίνη, συνέπεια στη λήψη φαρμάκων, κάπνισμα, χρονική διάρκεια πάθησης, δείκτης μάζας σώματος, διαίτα (σωστή λήψη και κατανάλωση τροφής), στοιχεία αντίληψης ασθένειας (χρονική διάρκεια, χρονική κυκλικότητα, συνέπειες, προσωπικό έλεγχο, έλεγχο θεραπείας, κατανόηση της ασθένειας και συναισθηματικές αναπαραστάσεις), κοινωνική υποστήριξη συναισθηματικής φύσεως και ικανοποίησης από αυτήν, άγχος, κατάθλιψη και άγχος υγείας. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας είναι ίσος με 0,80 και ο προσαρμοσμένος δείκτης  $R^2$  είναι ίσος με 0,51. Αυτό σημαίνει ότι 51% της διασποράς του βαθμού της Ποιότητας ζωής των διαβητικών μπορεί να ερμηνευθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Από την επισκόπηση των β-τιμών διαπιστώνουμε ότι δυο από όλες τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης: η "μάζα σώματος" ( $\beta=0,13$ ,  $p<0,001$ ) και η "κατάθλιψη" ( $\beta=6,888E-02$ ,  $p<0,001$ ).

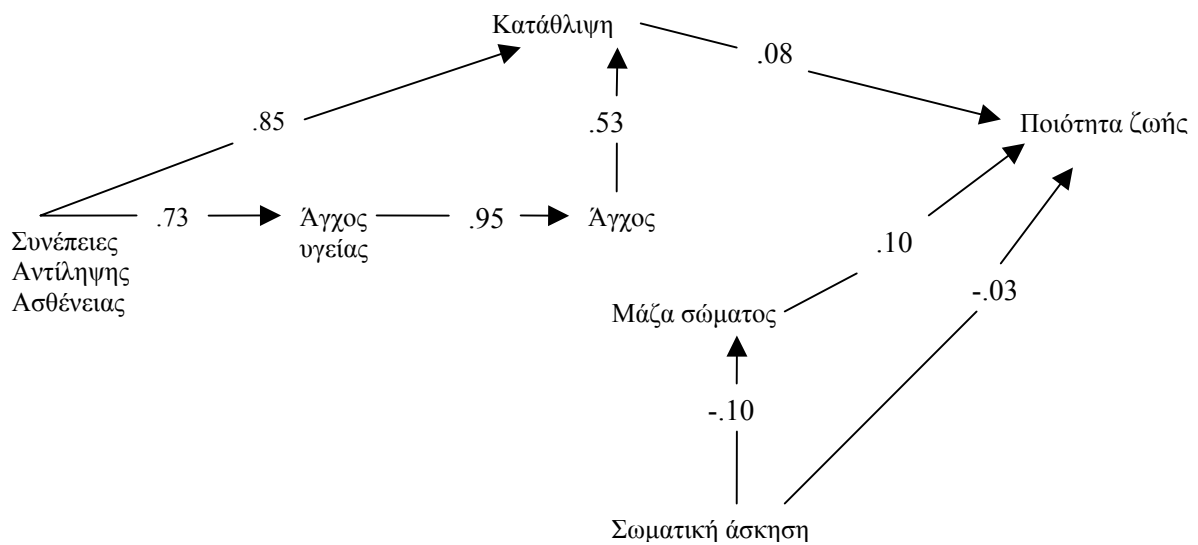
**ΠΙΝΑΚΑΣ 6:** Ανάλυση πολλαπλή παλινδρόμηση των ανεξάρτητων μεταβλητών επί της Ποιότητας ζωής.

	$\beta$	T	R <sup>2</sup>	F	d.f.
Φύλο	-.051	-.514	.034	1.574	2,90
Ηλικία	.188	1.779			
Χρονική διάρκεια πάθησης	.099	.950	.303	3.097	10,80
Μέτρηση σάκχαρου νηστείας	.085	.959			
Υψηλή πίεση	-.028	-.275			
Χαμηλή πίεση	-.011	-.106			
Χοληστερίνη	.121	1.256			
Δίαιτα	-.026	-.282			
Κάπνισμα	-.013	-.145			
Συνεπής λήψη φαρμάκων	.032	.372			
Ένταση σωματικής άσκησης	-.139	-1.487			
Μάζας σώματος	.347*	3.913			
Άγχος	.132	1.030	.652	4.726	14,66
Κατάθλιψη	.412*	3.229			
Συν.Κοιν.Υποστ.	-.114	-.598			
Ικαν.Συν.Υποστ.	.052	.277			
Υλικ.Κοιν.Υποστ.	.227	1.491			
Ικαν.Υλικ.Υποστ.	-.085	-.540			
Άγχος υγείας	.208	1.822			
Χρονική διάρκεια	-.124	-1.138			
Χρονική κυκλικότητα	-.085	-.832			
Συνέπειες	.133	1.031			
Προσωπικό έλεγχο	-.041	-.335			
Έλεγχο θεραπείας	-.047	-.327			
Κατανόηση της ασθένειας	-.047	-.512			
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-.111	-.993			

\* Σημαντικό σε επίπεδο .01.

Είναι εμφανές ότι οι περισσότεροι δείκτες συσχέτισης είναι σχετικά μεγάλου μεγέθους, καθώς στην πλειονότητα τους κυμαίνονται μεταξύ του -0,26 και του 0,68 (Pearson  $r$ ). Προκειμένου να ελεγχθούν οι υποθέσεις της έρευνας και ιδίως η δυνατότητα πρόβλεψης του βαθμού ποιότητας ζωής των διαβητικών από συγκεκριμένους ψυχολογικούς και ιατρικούς παράγοντες καθώς και για να διευκρινιστούν διεξοδικότερα τα αποτελέσματα της ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης προβήκαμε σε μια ανάλυση διαδρομών με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Lisrel 8.30 (Joreskog&Sorbom,1993). Το  $\chi^2$  ήταν 23,03 (df=26,  $p=0.63$ , AGFI=0.90, NNFI=1.02, CFI=1.00) δείχνοντας ότι τα δεδομένα της έρευνας παρέχουν επαρκή στήριξη στο συγκεκριμένο μοντέλο. Στο μοντέλο που ελέγξαμε οριζόταν αρχικά ότι η ποιότητα ζωής προβλεπόταν από το άγχος, την κατάθλιψη, το άγχος υγείας, το δείκτη μάζας σώματος, τη χρονική διάρκεια πάθησης και την ένταση σωματικής άσκησης. Το άγχος οριζόταν ότι προβλέπεται από την κατάθλιψη, το άγχος υγείας, την κοινωνική υποστήριξη συναισθηματικής φύσεως και ικανοποίησης από αυτήν. Αντίστοιχα η κατάθλιψη προβλεπόταν από το άγχος, το άγχος υγείας, την κοινωνική υποστήριξη συναισθηματικής φύσεως και ικανοποίησης από αυτήν αλλά και από το στοιχείο των συνεπειών της αντίληψης της ασθένειας. Συνάμα το άγχος

υγείας οριζόταν ότι προβλέπεται από δυο στοιχεία της αντίληψης της ασθένειας, των συνεπειών και της κυκλικότητας. Τέλος ο δείκτης μάζας σώματος προβλεπόταν από την ένταση σωματικής άσκησης και η κοινωνική υποστήριξη συναισθηματικής φύσεως από την αντίστοιχη ικανοποίηση. Στο Σχήμα 1 παρουσιάζονται οι β-τιμές των συσχετίσεων, όπως προέκυψαν από την ανάλυση διαδρομών.



**Σχήμα 1.** Ανάλυση διαδρομών μεταξύ της ποιότητας ζωής, του άγχους, της κατάθλιψης, του health distress, του δείκτη μάζας σώματος, της έντασης σωματικής άσκησης και των συνεπειών της αντίληψης της ασθένειας, καθώς και οι β-τιμές των σημαντικών διαδρομών.

Πιο συγκεκριμένα η ανάλυση διαδρομών έδειξε ότι η ποιότητα ζωής προβλέπεται αρνητικά από την ένταση σωματικής άσκησης και θετικά από το δείκτη μάζας σώματος, την κατάθλιψη, το άγχος, το άγχος υγείας και τις συνέπειες της αντίληψης της ασθένειας. Μάλιστα οι συνέπειες της αντίληψης της ασθένειας προβλέπουν θετικά την κατάθλιψη και το άγχος υγείας, το οποίο με τη σειρά του προβλέπει θετικά το άγχος και το άγχος επίσης με θετικό τρόπο την κατάθλιψη. Παρατηρούμε λοιπόν ότι η ποιότητα ζωής των διαβητικών προβλέπεται άμεσα από την κατάθλιψη, το δείκτη μάζας σώματος και την άσκηση (με αρνητικό τρόπο) και έμμεσα από το άγχος, το άγχος υγείας και τις συνέπειες της αντίληψης της ασθένειας. Το μοντέλο ερμηνεύει το 52% της διακύμανσης του βαθμού της ποιότητας ζωής των διαβητικών.

#### IV. ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έγιναν αποδεκτές οι στατιστικές υποθέσεις μας, δηλαδή εντοπίστηκε η ύπαρξη διαφοράς των ψυχολογικών χαρακτηριστικών μεταξύ της ομάδας των διαβητικών και των υγιών ατόμων και διαπιστώθηκε ο διαφορετικός βαθμός επίδρασης βιοσυμπεριφορικών παραγόντων σε μια ομάδα ατόμων με διαβήτη (ινσουλοεξαρτώμενων και μη).

Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τα αποτελέσματα (ANOVA) προσδιορίστηκε ότι ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας των ερωτηματολογίων Άγχους, Κατάθλιψης και Ποιότητα Ζωής ήταν σημαντικά υψηλότερος για τους διαβητικούς από τους υγιείς και αντίστοιχα υψηλότερος για τους ινσουλοεξαρτώμενους σε σχέση με τους μη ινσουλοεξαρτώμενους και τους υγιείς.

Ειδικότερα η σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ διαβητικών (t-κριτήριο) έδειξε ότι ο αριθμός ορισμένων μόνο ιατρικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών συνδέεται σημαντικά με τις ομάδες των διαβητικών (υψηλή πίεση και άσκηση υψηλότερη στους μη ινσουλοεξαρτώμενους, ενώ ποιότητα ζωής, συνέπειες και κυκλικότητα των αντιλήψεων της ασθένειας υψηλότερη στους ινσουλοεξαρτώμενους).

Επίσης με την εφαρμογή των Correlations εντοπίστηκε ότι όσο πιο θετικά αξιολογείται από τον διαβητικό η Ποιότητα Ζωής τόσο θετικότερα τείνουν να αξιολογούνται και άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά (άγχος, κατάθλιψη, άγχος υγείας, συνέπειες αντίληψης της ασθένειας) και ορισμένα ιατρικά χαρακτηριστικά (μάζα σώματος, σωματική άσκηση).

Συνάμα από την ανάλυση παλινδρόμησης βρέθηκε ότι το 51% της διασποράς του βαθμού Ποιότητα Ζωής των διαβητικών μπορεί να ερμηνευθεί από τον αριθμό των δημογραφικών, ιατρικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών με ιδιαίτερα σημαντική για την πρόβλεψη, τη συμβολή του δείκτη μάζας σώματος και της κατάθλιψης.

Και πιο συγκεκριμένα η ανάλυση διαδρομών με τη χρήση του Lisrel έδειξε ότι η Ποιότητα Ζωής των διαβητικών προβλέπεται άμεσα από την κατάθλιψη, το δείκτη μάζα σώματος και την άσκηση (με αρνητικό τρόπο) και έμμεσα από το άγχος, το άγχος υγείας και τις συνέπειες της αντίληψης της ασθένειας, ερμηνεύοντας το 52% της διακύμανσης του βαθμού της Ποιότητα Ζωής τους.

Η επιβεβαίωση λοιπόν των υποθέσεων, μας επιτρέπει να συμπεράνουμε ότι το Άγχος, η Κατάθλιψη και η Ποιότητα Ζωής ήταν σημαντικά υψηλότερα για τους διαβητικούς από τους υγιείς και αντίστοιχα υψηλότερα για τους ινσουλοεξαρτώμενους σε σχέση με τους μη ινσουλοεξαρτώμενους και τους υγιείς, καθώς η ύπαρξη μιας χρόνιας ασθένειας σε συνδυασμό με τη σοβαρότητα της αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης σημαντικών ψυχολογικών δυσκολιών και προβλημάτων που σχετίζονται άμεσα με τη ρύθμιση της ασθένειας. Γενικότερα έχει διαπιστωθεί από ένα αριθμό ερευνών ότι οι ασθενείς με διαβήτη έχουν μια φτωχότερη ποιότητα ζωής και ένα υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης και άγχους από ότι τα άτομα χωρίς μια χρόνια πάθηση (π.χ. Koopmanschap,2002. Hart et al.,2003. Lustman et al., 1986. Grigsby et al. 2002 κ.α.). Είναι μάλλον δικαιολογημένη η συνύπαρξη αυξημένου βαθμού του Άγχους και της Κατάθλιψης και μειωμένου βαθμού Ποιότητα ζωής, εφόσον η εμπειρία της ασθένειας και η αντίδραση του ατόμου σε αυτήν εξαρτάται από την αντίληψη των συμπτωμάτων, η οποία επηρεάζεται όχι μόνο από την οργανική κατάσταση αλλά και από τη συναισθηματική διάθεση, τη μάθηση, από γνωστικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Αναγνωστόπουλος, 1999).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι πάσχοντες από τη νόσο του διαβήτη αισθάνονται την επίδραση της με πολλούς τρόπους κάθε μέρα, γεγονός που παρουσιάζει το εύρημα αυτό μάλλον αναμενόμενο. Η λήψη ενός γεύματος, ο βαθμός σωματικής άσκησης, ο έλεγχος του σακχάρου αίματος, ο σχεδιασμός διακοπών κ.α. είναι πιο περίπλοκα όταν υπάρχει ο διαβήτης, καθώς απαιτεί υψηλού βαθμού αυτοφροντίδα, λεπτομερή οργάνωση και πειθαρχία. Ιδιαίτερα αν η διάγνωση της νόσου έχει γίνει πρόσφατα, αυτά φαίνονται πιο τρομακτικά. Έτσι φαίνεται ότι οι παραπάνω δυσκολίες προκαλούν αισθήματα άγχους, θλίψης και μειώνουν την ποιότητα ζωής των διαβητικών σε σύγκριση με τους υγιείς. Ωστόσο είναι πλέον σίγουρο ότι άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που είναι συνεπή και οργανωμένα μπορούν να ζήσουν το ίδιο καλά και μακροχρόνια όσο και ο υπόλοιπος κόσμος.

Επίσης η διαπίστωση διαφορετικού βαθμού επίδρασης των βιοσυμπεριφορικών παραγόντων ανάμεσα στους διαβητικούς και πιο συγκεκριμένα η επιβεβαίωση πρόβλεψης της Ποιότητα Ζωής των διαβητικών από ένα αριθμό δημογραφικών, ιατρικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών καθόρισε τη σημαντικότητα ορισμένων μόνο συνδέσεων. Δηλαδή η Ποιότητα Ζωής των

διαβητικών φάνηκε να προβλέπεται άμεσα από την κατάθλιψη, το δείκτη μάζα σώματος και την άσκηση (με αρνητικό τρόπο) και έμμεσα από το άγχος, το άγχος υγείας και τις συνέπειες της αντίληψης της ασθένειας, αφήνοντας εκτός τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με πολλές έρευνες ιδίως στην επίδραση της κατάθλιψης, του άγχους, της άσκησης και της μάζας σώματος (π.χ. Paschalides et al., 2004. Goldney, Fisher, Phillips & Wilson, 2004. Von Korff et al., 2005. Kohen, Burgess, Catalan & Lant, 1998. Maddigan et al., 2005) ενώ η επιρροή του δείκτη συνεπειών της Αντίληψης της ασθένειας δεν διαπιστώθηκε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση σε αντιδιαστολή με του δείκτη κατανόησης της ασθένειας και του ελέγχου θεραπείας (Watkins et al., 2000). Ωστόσο νέο εύρημα από την έρευνα μας αποτελεί η επίδραση του άγχους υγείας στην Ποιότητα ζωής των διαβητικών, στοιχείο που φαίνεται να σχετίζεται καθοριστικά με αυτήν και να συμφωνεί με τους Lange & Piette (2005), οι οποίοι κατέδειξαν ότι οι ασθενείς με αρνητικά συναισθήματα (καταθλιπτικοί) είναι πιο ευαίσθητοι στο να αξιολογούν καταστάσεις φτωχής υγείας.

Φαίνεται λοιπόν ότι είναι εφικτό να υπάρξουν αρκετά ωφέλη ως προς τη βελτίωση ποιότητας ζωής τους, εφόσον γίνονται γνωστοί οι προβλεπτικοί παράγοντες και ο βαθμός επίδρασης αυτών (εξηγούν το 52% της διακύμανσης του βαθμού ποιότητας ζωής των διαβητικών). Η άσκηση με ασφάλεια, η πειθαρχημένη διαίτα και η συνειδητοποίηση ότι ο σακχαρώδης διαβήτης δεν είναι ασθένεια, αλλά τρόπος ζωής μπορούν να επηρεάσουν θετικά την ποιότητα ζωής των διαβητικών. Η αδιαφορία είναι ο μεγαλύτερος εχθρός του διαβητικού καθώς οι επιπτώσεις και οι επιπλοκές συμβαίνουν μόνο όταν ο διαβήτης τους δεν είναι ρυθμισμένος. Επομένως η σωστή αντιμετώπιση του διαβήτη περιλαμβάνει τα προαναφερόμενα, τα οποία προκύπτουν μέσω της ενδυνάμωσης της αυτοπεποίθησης του διαβητικού και αντίστοιχα της μείωσης του άγχους και της θλίψης. Δηλαδή είναι απαραίτητο ο διαβητικός να συνειδητοποιήσει όσο πιο σύντομα γίνεται το γεγονός ότι είναι ένας άνθρωπος σαν όλους τους άλλους και όχι «διαφορετικός». Ο διαβήτης δεν είναι νόσημα φθοράς, ούτε εχθρός, αλλά σύμμαχος που απαιτεί συνεχή φροντίδα και επαγρύπνηση. Με τα σημερινά δεδομένα ο διαβήτης δεν θεραπεύεται, αλλά ο ασθενής μπορεί με σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση να μειώσει το βάρος που του προκαλεί η ασθένεια.

Στην παρούσα έρευνα λοιπόν η παρουσίαση των παραπάνω σχέσεων ανάμεσα στους παράγοντες που προβλέπουν την ποιότητα ζωής των διαβητικών επισήμανε τον αναπόσπαστο ρόλο αυτών στη διαχείριση του διαβήτη και την αντίστοιχη επιρροή

τους στην πορεία κι εξέλιξη της ασθένειας. Άλλωστε είναι γνωστό ότι οι συμπεριφορές υγείας (άσκηση και διατροφή) αλλά και οι ψυχολογικές δυσκολίες (κατάθλιψη, άγχος, άγχος υγείας, αντίληψη της ασθένειας) μπορούν να προβλέψουν την φροντίδα εαυτού και τον κατάλληλο έλεγχο της ασθένειας διαμορφώνοντας την ανάλογη ποιότητα ζωής (Καραδήμας,2005).

Επομένως η έρευνα μας με τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της θεωρούμε ότι παρέχει μια καλύτερη κατανόηση των προβλεπτικών παραγόντων της ποιότητα ζωής στα άτομα με διαβήτη. Ειδικότερα ως προς τους περιορισμούς της είναι εμφανές ότι πρόκειται για μια συναφειακή έρευνα που δεν επιτρέπει αιτιώδεις ερμηνείες και το δείγμα της προέρχεται μόνο από αγροτικές περιοχές. Παρόλα αυτά αποτελεί ένα σημαντικό βήμα στην κατανόηση και διερεύνηση των σχέσεων ανάμεσα στους παράγοντες που προβλέπουν την ποιότητα ζωής των διαβητικών, καθώς θα επιτρέψει την ανάπτυξη και την υλοποίηση δυναμικών παρεμβάσεων για την επίτευξη βελτίωσης της ζωής τους.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) εκτιμά ότι τουλάχιστον 170 εκατομμύρια άτομα υποφέρουν από διαβήτη παγκοσμίως και η εικόνα αυτή είναι πιθανό να διπλασιαστεί το 2030. Ωστόσο έχει διαπιστωθεί, ότι ευνοϊκότερα επίπεδα φροντίδας του διαβήτη επιτυγχάνονται με τη σταθερή και καθημερινή αυτοδιαχείριση, η οποία περιλαμβάνει ακολουθία μιας δίαιτας, άσκηση και παρακολούθηση σακχάρου με συνεπή λήψη φαρμακοθεραπείας, αποφεύγοντας τις επιπλοκές και τη πιθανή αυξανόμενη παρουσία του διαβήτη (Lin et al.,2004).

Μάλιστα ένα σημαντικό ποσοστό ερευνών της επιστήμης της συμπεριφοράς έχει αποδείξει ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν ένα αναπόσπαστο ρόλο στη διαχείριση του διαβήτη και στα παιδιά και στους ενήλικους. Η έρευνα έχει καταδείξει τη δύναμη ενός αριθμού ψυχοκοινωνικών θεραπειών που μπορούν να βελτιώσουν την ακολουθία δίαιτας, το γλυκαιμικό έλεγχο, την ψυχοκοινωνική λειτουργία και την ποιότητα ζωής (Delamater et al.,2001).

Είναι λοιπόν ενθαρρυντικό ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών αυξάνεται σημαντικά μετά από διδακτικά προγράμματα, εξαιτίας της μείωσης της κατάθλιψης και του άγχους και της αύξησης της ευεξίας. Μάλιστα τα αποτελέσματα μιας έρευνας έδειξαν ότι η δομημένη εκπαίδευση ασθενών αυξάνει την ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών και τον μεταβολικό έλεγχο τους και μειώνει σημαντικά το βαθμό συγκεκριμένων επιπλοκών της πάθησης. Ωστόσο θεωρείται απαραίτητη και ευεργετική η επανεκπαίδευση των διαβητικών ασθενών, προκειμένου να



διατηρηθούν οι θετικές επιδράσεις ενός εκπαιδευτικού προγράμματος (Tankova, Dakovska & Koen,2001).

Άρα η σωστή αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη φαίνεται να αποτελεί συνδυασμό ενημέρωσης και εκπαίδευσης του διαβητικού ατόμου, τακτικού ελέγχου από τον ιατρό και σωστής τήρησης και εφαρμογής των διαιτητικών και φαρμακευτικών οδηγιών. Δηλαδή αναγκαία προϋπόθεση για την αυτοδιαχείριση του διαβήτη εν γένει είναι η εκπαίδευση. Εκπαίδευση που στοχεύει όχι μόνο στην παροχή θεωρητικών γνώσεων και πρακτικών δεξιοτήτων, αλλά και στην ενδυνάμωση της υπευθυνότητας των διαβητικών ως προς την υγεία τους και τις επιλογές τους. Μάλιστα σήμερα η ανάγκη για εκπαίδευση είναι μεγαλύτερη παρά ποτέ. Η εκπαίδευση θα δώσει τη δυνατότητα στους ασθενείς να αποκτήσουν δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να προσαρμόσουν το διαβήτη στη ζωή τους και όχι το αντίθετο. Επίσης προσφέρει ενημέρωση και μάθηση σε θέματα αυτοφροντίδας και ψυχοκοινωνική υποστήριξη στα άτομα με διαβήτη. Και τέλος έχει στόχο μια καλύτερη συνεργασία των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Όλα τα παραπάνω αποτελέσματα της παρούσας έρευνα καθώς και των υπόλοιπων σχετικών ερευνών πρέπει να εξετασθούν και να ληφθούν σοβαρά υπό όψιν από το θεράποντα ιατρό, ο οποίος θα πρέπει να υιοθετήσει μια όσο το δυνατόν περισσότερο εξατομικευμένη θεραπευτική αγωγή, η οποία θα ανταποκρίνεται στη καθημερινότητα του ασθενούς και στην οποία θα έχουν προσμετρηθεί και ψυχολογικοί παράμετροι πέραν των βιολογικών.

## VI. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Aikens, J.E., & Wagner, L.I. (2004). Diabetes Mellitus and Other Endocrine Disorders. In P. Camic & S. Knight (Eds). "*Clinical Handbook of Health Psychology*" (pp 117- 138). New York: Hogrefe& Huber.
- American Diabetes Association, [www.diabetes.org](http://www.diabetes.org). Ανασύρθηκε από το διαδίκτυο στις 17/5/2007.
- Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). Η γνωστική αναπαράσταση της αρρώστιας. Στο Δ. Παπαδάτου & Φ. Αναγνωστόπουλος (Επιμ.Έκδ.), *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας* (σσ. 73-90). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K.E., Clouse, R.E., & Lustman, P.J. (2001). Association of Depression and Diabetes Complications: A Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 619-630.
- Delamater, A.M., Jacobson, A.M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R., & Wysocki, T. (2001). Psychosocial Therapies in Diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1286-1292.
- Doeglas, D., Suurmeijer, T., Briancon, S., Moum, T., Krol, B., Bjelle, A., Sanderman, R. & van Den Heuvel, W. (1996). An international study on measuring social support: interactions and satisfaction. *Social Science and Medicine*, 43, 1389-1397.
- Egede, L.E. (2005). Effect of Comorbid Chronic Diseases on Prevalence and Odds of Depression in Adults With Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 67, 46-51.
- Engum, A., Mykletun, A., Midthjell, K., Holen, A., & Dahl, A.A. (2005). Depression and Diabetes. *Diabetes Care*, 28, 1904-1909.
- Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S.G., Sitzoglou, K., Kaprinis, G.St. & Bech, P. (2001). Reliability, Validity and

Psychometric Properties of the Greek Translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry*,1:3. This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/1/3>.

- Gatchel, R.J., & Oordt, M.S. (2003). *Clinical Health Psychology and Primary Care. Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gikas, A., Sotiropoulos, A., Panagiotakos, D., Peppas, T., Skliros, E. and Pappas, S. (2004). Prevalence and associated risk factors, of self-reported diabetes mellitus in a sample of adult urban population in Greece: Medical Exit Poll Research in Salamis (Medical Express 2002). *BMC Public Health*, 4, 2.
- Goldney, R.D., Phillips, P.J., Fisher, L.J., & Wilson, D.H. (2004). Diabetes, Depression, and Quality of Life. *Diabetes Care*, 27, 1066-1070.
- Gregg, E.W., Beckles, G.L.A., Williamson, D.F., Leveille, S.G., Langlois, J.A., Engelgau, M.M., & Venkat Narayan, K.M. (2000). Diabetes and Physical Disability Among Older U.S. Adults. *Diabetes Care*, 23, 1272-1277.
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. A., & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1053- 1060.
- Hart, H.E., Bilo, H.J.G., Redekop, W.K., Stolk, R.P., Assink, J.H., & Meyboom-de Jong, B. (2003). Quality of life of patients with type I diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 12, 1089-1097.
- Kamel, N. M., Badawy, Y. A., El- Zeiny, N. A. and Merdan, I. A. (1999). Sociodemographic determinants of management behavior of diabetic patients Part II. Diabetics' knowledge of the disease and their management behavior. *Eastern Mediterranean health Journal*, 5(5), 974- 983.

- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: τυπωθήτω-Γιώργος Δάρδανος.
- Kohen, D., Burgess, A.P., Catalan, J., & Lant, A. (1998). The role of anxiety and depression in quality of life and symptom reporting in people with diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 7, 197-204.
- Koopmanschap, M. (2002). Coping with Type II diabetes: the patient's perspective. *Diabetologia*, 45, S18-S22.
- Krabbe, P. & Weijnen, T. (2001). Guidelines for analysing and reporting EQ-5D outcomes. In R. Brooks, R. Rabin & F. de Charro (Eds). *"The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective"* (pp. 7-19). London: Kluwer Academic Publishers.
- Lange, L.J., & Piette, J.D. (2005). Perceived health status and perceived diabetes control: psychological indicators and accuracy. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 129-137.
- Λιάκος, Α. & Γιαννίτση, Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, 71-76.
- Lin, E.H.B., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G.E., Oliver, M., Ciechanowski, P., Ludman, E.J., Bush, T., & Young, B. (2004). Relationship of Depression and Diabetes Self-Care, Medication Adherence, and Preventive Care. *Diabetes Care*, 27, 2154-2160.
- Lorig, K., Stewart, A., Ritter, P., Conzalez, V., Laurent, D. & Lynch, J. (1996). *Outcome Measures for Health Education and other Health Care Interventions*. Thousand Oaks CA: Sage Publications, pp.25. This scale is free to use without permission from Stanford Patient Education Research Center.

- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse, R.E., & Cryer, P.E. (1986). Psychiatric illness in diabetes mellitus: Relationship to symptoms and illness control. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 736- 742.
- Maddigan, S.L., Majumdar, S.R., & Johnson, J.A. (2005). Understanding the complex associations between patient-provider relationships, self-care behaviours, and health-related quality of life in type 2 diabetes: A structural equation modelling approach. *Quality of Life Research*, 14, 1489-1500.
- Μελιδώνης, Ανδρέας (2004), *Σακχαρώδης Διαβήτης, Μεταβολικό Σύνδρομο και Αθηρωμάτωση*, εκδ. Σελίδα, Αθήνα.
- Μελιδώνης, Ανδρέας (2001), *Η πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του*, εκδ. Σελίδα, Αθήνα.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- Muhlhauser, I., Overmann, H., Bender, R., Bott, U., Jorgens, V., Trautner, Ch., Siegrist, J., & Berger, M. (1998). Social status and the quality of care for adult people with Type I (insulin-dependent) diabetes mellitus – a population-based study. *Diabetologia*, 41, 1139-1150.
- NDDG (1985). Harris, M.I., & Hamman R.F., eds. *Diabetes in America*. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1985. NIH publ. no. 85-1468.
- Πάππας, Ι. Σ. (2001), *Η αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων από τον οικογενειακό/γενικό ιατρό*, εκδ. Δήμητρα Τσίπη, Αθήνα.
- Paschalides, C., Wearden, A. J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R., Dickens, C. M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in

- patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 557- 564.
- Sarafino, E.P. (1998). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.
- Smith, D.W., & McFall, S.L. (2005). The relationship of diet and exercise for weight control and the quality of life gap associated with diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 385-392.
- Talbot, F., & Nouwen, A. (2000). A Review of the Relationship Between Depression and Diabetes in Adults. *Diabetes Care*, 23, 1556-1562.
- Tankova, T., Dakovska, G., Koev, D. (2001). Education of diabetic patients- a one year experience. *Patient Education and Counseling*, 43, 139- 145.
- Von Korff, M., Katon, W., Lin, E.H.B., Simon, G., Ludman, E., Oliver, M., Ciechanowski, P., Rutter, C., & Bush, T. (2005). Potentially Modifiable Factors Associated With Disability Among People With Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 67, 233-240.
- Votey, S.R. (2004). Diabetes Mellitus, Type I& II, [www.emedicine.com](http://www.emedicine.com).
- Watkins, K.W., Connell, C.M., Fitzgerald, J.T., Klem, L., Hickey, T., & Ingersoll-Dayton, B. (2000). Effect of Adults' Self-Regulation of Diabetes on Quality-of-Life Outcomes. *Diabetes Care*, 23, 1511-1515.
- Wexler, D.J., Grant, R.W., Wittenberg, E., Bosch, J.L., Cagliero, E., Delahanty, L., Blais, M.A., & Meigs, J.B. (2006). Correlates of health-related quality of life in type 2 diabetes. *Diabetologia*, 49, 1489-1497.
- Zacker, R.J. (2004). Exercise: A Key Component of Diabetes Management. *Diabetes Spectrum*, 17, 142-144.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

[Παράθεση Ερωτηματολογίου για διαβητικά άτομα]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα

Ηλικία:

Οικογενειακή Κατάσταση: Παντρεμένος/ η  Χήρος/ α  Ανύπαντρος/ η  Διαζευγμένος/ η

Εργασία: Εργαζόμενος  Συνταξιούχος

Μορφωτικό Επίπεδο: Αναλφάβητος  Δημοτικό  Γυμνάσιο/ Λύκειο  Α.Ε.Ι.

Εισόδημα: 300  500  1000  >1000

Ασφάλεια:

**ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Χρονική Διάρκεια Πάθησης (Έναρξη):

Επιπλοκές από πάθηση (Συνοσηρότητα): Οφθαλμοπάθεια  Νευροπάθεια  Νεφροπάθεια   
Προβλήματα Πόδια  Καρδιοπάθεια  Άλλο.....

Γλυκοζυλιωμένη:

Βάρος:  Ύψος:

A.Y.:  Χοληστερίνη:

Διατροφικές Συνήθειες: Δίαιτα: Σωστή λήψη και κατανάλωση τροφής:  
Περισσότερες φορές  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ

Κάπνισμα : ΝΑΙ  ΟΧΙ

Άσκηση: Ένταση Σωματικής Δραστηριότητας : Πόσες ώρες την ημέρα;

Πόσες ημέρες την εβδομάδα;

Συνεπής Λήψη Φαρμάκων: Περισσότερες φορές  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α΄

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε τώρα.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος.....	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής .....	1	2	3	4
3. Νιώθω μια εσωτερική ένταση.....	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.....	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα.....	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος.....	1	2	3	4
7. Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.....	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος.....	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος .....	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.....	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.....	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικότητα.....	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος .....	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.....	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος .....	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος .....	1	2	3	4
17. Ανησυχώ.....	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.....	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση.....	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα.....	1	2	3	4

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β΄

ΟΔΗΓΙΕΣ: Βάλτε ένα κύκλο για κάθε πρόταση που περιγράφει καλύτερα, πόσο συχνά νιώθατε ή συμπεριφερθήκατε κατά αυτό το τρόπο ΤΗΝ ΠΕΡΑΣΜΕΝΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ.

	Σπάνια ή καθόλου (για λιγότερο από 1 μέρα)	Μερικές φορές (1-2 μέρες)	Αρκετές φορές (3-4 μέρες)	Σταθερά ή τις περισσότερες φορές (5-7 μέρες)
1.Με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δε με ενοχλούν.....	0	1	2	3
2.Δεν είχα διάθεση να φάω. Η όρεξη μου ήταν κακή.....	0	1	2	3
3.Αισθανόμουν ότι δε θα μπορούσα να ξεφύγω από τις μαύρες μου, ακόμα ούτε και με τη βοήθεια της οικογένειας μου ή των φίλων μου...0		1	2	3
4.Αισθανόμουν ότι είμαι το ίδιο καλά όπως οι άλλοι άνθρωποι.....	0	1	2	3
5.Είχα πρόβλημα στο να κρατήσω το μυαλό μου συγκεντρωμένο σε αυτό που έκανα.....	0	1	2	3
6.Αισθανόμουν κατάθλιψη.....	0	1	2	3
7.Αισθανόμουν ότι οτιδήποτε έκανα απαιτούσε μεγάλη προσπάθεια.....	0	1	2	3
8.Αισθανόμουν γεμάτος/ ή ελπίδα για το μέλλον...0		1	2	3
9.Πίστευα ότι η ζωή μου ολόκληρη ήταν μια αποτυχία.....	0	1	2	3
10.Αισθανόμουν γεμάτος/ η φόβο.....	0	1	2	3
11.Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος.....	0	1	2	3
12.Ήμουν χαρούμενος/ η.....	0	1	2	3
13.Μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο....	0	1	2	3
14.Αισθανόμουν μοναξιά.....	0	1	2	3
15.Οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί μαζί μου.....	0	1	2	3
16.Απολάμβανα τη ζωή.....	0	1	2	3
17.Ξεσπούσα σε κλάμα.....	0	1	2	3
18.Αισθανόμουν λυπημένος/ η.....	0	1	2	3
19.Ένιωθα ότι οι άλλοι με αντιπαθούσαν.....	0	1	2	3
20.Δε μπορούσα να τα καταφέρω να ξεκινήσω να κάνω πράγματα.....	0	1	2	3

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Γ΄

ΟΔΗΓΙΕΣ: Απαντήστε παρακαλώ στις παρακάτω ερωτήσεις που περιγράφουν πόσο σας υποστηρίζουν οι γύρω σας. Κάθε ερώτηση ακολουθείται από μια συμπληρωματική, η οποία αναφέρεται στο κατά πόσο σας ικανοποιεί η υποστήριξη που δηλώνετε ότι λαμβάνετε για το συγκεκριμένο θέμα.

Για να απαντήσετε, βάλτε σε κύκλο ή υπογραμμίστε την κατάλληλη για σας απάντηση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Απαντήστε γρήγορα χωρίς να σκεφτείτε πολύ, γιατί το πρώτο που έρχεται στο μυαλό μας συνήθως αντικατοπτρίζει καλύτερα τη γνώμη μας.

1. Πόσο συχνά οι άλλοι είναι ζεστοί μαζί σας;	Σπάνια ή ποτέ	Κάποιες φορές	Τακτικά	Συχνά
1 <sup>α</sup> . Πόσο σας ικανοποιεί αυτό;.....	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
2. Πόσο συχνά οι άλλοι σας φέρονται φιλικά;	Σπάνια ή ποτέ	Κάποιες φορές	Τακτικά	Συχνά
2 <sup>α</sup> . Πόσο σας ικανοποιεί αυτό;.....	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
3. Πόσο συχνά οι άλλοι συμμερίζονται τα προβλήματα σας;.....	Σπάνια ή ποτέ	Κάποιες φορές	Τακτικά	Συχνά
3 <sup>α</sup> . Πόσο σας ικανοποιεί αυτό;.....	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
4. Πόσο συχνά οι άλλοι εκφράζουν την κατανόηση τους για σας; .....	Σπάνια ή ποτέ	Κάποιες φορές	Τακτικά	Συχνά
4 <sup>α</sup> . Πόσο σας ικανοποιεί αυτό;.....	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
5. Πόσο συχνά οι άλλοι έχουν τη διάθεση να σας ακούσουν; .....	Σπάνια ή ποτέ	Κάποιες φορές	Τακτικά	Συχνά
5 <sup>α</sup> . Πόσο σας ικανοποιεί αυτό;.....	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
6. Πόσο συχνά οι άλλοι σας βοηθούν να κάνετε διάφορες δουλειές; .....	Σπάνια ή ποτέ	Κάποιες φορές	Τακτικά	Συχνά
6 <sup>α</sup> . Πόσο σας ικανοποιεί αυτό;.....	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
7. Πόσο συχνά οι άλλοι σας δανείζουν μικροπράγματα (π.χ., ζάχαρη, ένα εργαλείο);	Σπάνια ή ποτέ	Κάποιες φορές	Τακτικά	Συχνά
7 <sup>α</sup> . Πόσο σας ικανοποιεί αυτό;.....	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
8. Πόσο συχνά οι άλλοι σας δανείζουν χρήματα, όταν τα χρειάζεστε; .....	Σπάνια ή ποτέ	Κάποιες φορές	Τακτικά	Συχνά
8 <sup>α</sup> . Πόσο σας ικανοποιεί αυτό;.....	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
9. Πόσο συχνά οι άλλοι σας παρέχουν ενημέρωση ή πληροφορίες για κάτι;...	Σπάνια ή ποτέ	Κάποιες φορές	Τακτικά	Συχνά
9 <sup>α</sup> . Πόσο σας ικανοποιεί αυτό;.....	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
10. Πόσο συχνά οι άλλοι σας βοηθούν εάν τους το ζητήσετε ξαφνικά;.....	Σπάνια ή ποτέ	Κάποιες φορές	Τακτικά	Συχνά
10 <sup>α</sup> . Πόσο σας ικανοποιεί αυτό;.....	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Δ΄

Βάζοντας ένα √ σε ένα κουτάκι κάθε ομάδας παρακάτω, παρακαλούμε σημειώστε ποιες δηλώσεις περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας σήμερα.

### Κινητικότητα

Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα

Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα

Είμαι καθηλωμένος/ η στο κρεβάτι

### Αυτοεξυπηρέτηση

Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτηση μου

Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι

Είμαι ανίκανος/ η να πλυθώ ή να ντυθώ

### Συνηθισμένες Δραστηριότητες ( π.χ. δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες μου

Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες μου

Είμαι ανίκανος/ η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες μου

### Πόνος/ Δυσφορία

Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία

Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία

Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία

### Άγχος/ Θλίψη

Δεν έχω άγχος ή θλίψη

Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη

Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Ε΄

Στη συνέχεια παρατίθενται ορισμένες απόψεις για την ασθένεια που αντιμετωπίζετε. Σας παρακαλούμε να σημειώσετε το βαθμό στον οποίο προσωπικά συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε άποψη, σημειώνοντας με ένα √ το αντίστοιχο τετράγωνο.

	Απόψεις για την ασθένειά σας:	Διαφωνό έντονα	Διαφωνό	Ούτε συμφωνό, ούτε διαφωνό	Συμφωνό	Συμφωνό πολύ
1.	Η ασθένειά μου θα διαρκέσει λίγο.					
2.	Η ασθένειά μου είναι πιθανώς μόνιμη και όχι παροδική.					
3.	Η ασθένειά μου θα διατηρηθεί για πολύ καιρό.					
4.	Η ασθένειά μου θα περάσει γρήγορα.					
5.	Περιμένω ότι θα είμαι ασθενής για το υπόλοιπο της ζωής μου.					
6.	Η ασθένειά μου είναι μια σοβαρή κατάσταση.					
7.	Η ασθένειά μου έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου.					
8.	Η ασθένειά μου δεν έχει μεγάλη επίδραση στη ζωή μου.					
9.	Η ασθένειά μου επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που με βλέπουν οι άλλοι.					
10.	Η ασθένειά μου έχει σοβαρές οικονομικές συνέπειες.					
11.	Η ασθένειά μου προξενεί δυσκολίες στους οικείους μου.					
12.	Πολλά μπορώ να κάνω για να ελέγξω τα συμπτώματά μου.					
13.	Αυτά που κάνω μπορούν να καθορίσουν αν η ασθένειά μου θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί.					
14.	Η πορεία της ασθένειας εξαρτάται από εμένα.					
15.	Τίποτα δεν μπορώ να κάνω για να επηρεάσω την ασθένειά μου.					
16.	Έχω τη δύναμη να επηρεάσω την ασθένειά μου.					
17.	Οι πράξεις μου δεν θα έχουν καμία επίδραση στην έκβαση της ασθένειάς μου.					
18.	Η ασθένειά μου θα βελτιωθεί με τον καιρό.					
19.	Λίγα μπορούν να γίνουν για να βελτιώσουν την ασθένειά μου.					
20.	Η θεραπεία που ακολουθώ είναι αποτελεσματική για την ασθένειά μου.					
21.	Οι αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειάς μου μπορούν να αποφευχθούν (ή προληφθούν) με την αγωγή που ακολουθώ.					
22.	Η ασθένειά μου μπορεί να ελεγχθεί με τη θεραπεία που ακολουθώ.					
23.	Τίποτα δεν μπορεί να βοηθήσει την κατάστασή μου.					
24.	Τα συμπτώματα της ασθένειάς μου με μπερδεύουν.					
25.	Η ασθένειά μου είναι ένα μυστήριο για μένα.					
26.	Δεν καταλαβαίνω την ασθένειά μου.					

		Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
27.	Η ασθένειά μου είναι ακατανόητη σε μένα.					
28.	Έχω μια ξεκάθαρη εικόνα για την κατάστασή μου.					
29.	Τα συμπτώματά μου αλλάζουν πολύ από μέρα σε μέρα.					
30.	Τα συμπτώματα έρχονται και φεύγουν κατά περιόδους.					
31.	Η ασθένειά μου είναι απρόβλεπτη.					
32.	Η ασθένειά μου άλλοτε βελτιώνεται και άλλοτε χειροτερεύει κάνοντας κύκλους.					
33.	Στενοχωριέμαι όταν σκέφτομαι την ασθένειά μου.					
34.	Όταν σκέφτομαι την ασθένειά μου αναστατώνομαι.					
35.	Η ασθένειά μου με θυμώνει.					
36.	Δεν με ανησυχεί η ασθένειά μου.					
37.	Αγχώνομαι με την ασθένεια που έχω.					
38.	Η ασθένειά μου με φοβίζει.					

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤ΄

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν το πώς νιώθετε και το πώς πάνε τα πράγματα κατά τον τελευταίο μήνα. Για κάθε ερώτηση, παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο τρόπο που νιώθετε.

Πόσο καιρό τον τελευταίο μήνα ....

	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Τον Περισσότερο καιρό	Όλον τον καιρό
1. αποθαρρυνθήκατε από τα προβλήματα της υγείας σας;	0	1	2	3	4	5
2. φοβηθήκατε για την υγεία σας στο μέλλον;	0	1	2	3	4	5
3. ήταν η υγεία σας μια "έγνοια" στη ζωή σας;	0	1	2	3	4	5
4. απογοητευθήκατε από τα προβλήματα της υγείας σας;	0	1	2	3	4	5

[Παράθεση Ερωτηματολογίου για υγιή άτομα]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα

Ηλικία:

Οικογενειακή Κατάσταση: Παντρεμένος/ η  Χήρος/ α  Ανύπαντρος/ η  Διαζευγμένος/ η

Εργασία: Εργαζόμενος  Συνταξιούχος

Μορφωτικό Επίπεδο: Αναφάβητος  Δημοτικό  Γυμνάσιο/ Λύκειο  Α.Ε.Ι.

Εισόδημα: 300  500  1000  >1000

Ασφάλεια:

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α΄

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε τώρα.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος.....	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής .....	1	2	3	4
3. Νιώθω μια εσωτερική ένταση.....	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.....	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα.....	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος.....	1	2	3	4
7. Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.....	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος.....	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος .....	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.....	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.....	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικότητα.....	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος .....	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.....	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος .....	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος .....	1	2	3	4
17. Ανησυχώ.....	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.....	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση.....	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα.....	1	2	3	4



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β΄

ΟΔΗΓΙΕΣ: Βάλτε ένα κύκλο για κάθε πρόταση που περιγράφει καλύτερα, πόσο συχνά νιώθατε ή συμπεριφερθήκατε κατά αυτό το τρόπο ΤΗΝ ΠΕΡΑΣΜΕΝΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ.

	Σπάνια ή καθόλου (για λιγότερο από 1 μέρα)	Μερικές φορές (1-2 μέρες)	Αρκετές φορές (3-4 μέρες)	Σταθερά ή τις περισσότερες φορές (5-7 μέρες)
1.Με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δε με ενοχλούν.....	0	1	2	3
2.Δεν είχα διάθεση να φάω. Η όρεξη μου ήταν κακή.....	0	1	2	3
3.Αισθανόμουν ότι δε θα μπορούσα να ξεφύγω από τις μαύρες μου, ακόμα ούτε και με τη βοήθεια της οικογένειας μου ή των φίλων μου...0		1	2	3
4.Αισθανόμουν ότι είμαι το ίδιο καλά όπως οι άλλοι άνθρωποι.....	0	1	2	3
5.Είχα πρόβλημα στο να κρατήσω το μυαλό μου συγκεντρωμένο σε αυτό που έκανα.....	0	1	2	3
6.Αισθανόμουν κατάθλιψη.....	0	1	2	3
7.Αισθανόμουν ότι οτιδήποτε έκανα απαιτούσε μεγάλη προσπάθεια.....	0	1	2	3
8.Αισθανόμουν γεμάτος/ ή ελπίδα για το μέλλον...0		1	2	3
9.Πίστευα ότι η ζωή μου ολόκληρη ήταν μια αποτυχία.....	0	1	2	3
10.Αισθανόμουν γεμάτος/ η φόβο.....	0	1	2	3
11.Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος.....	0	1	2	3
12.Ήμουν χαρούμενος/ η.....	0	1	2	3
13.Μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο....	0	1	2	3
14.Αισθανόμουν μοναξιά.....	0	1	2	3
15.Οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί μαζί μου.....	0	1	2	3
16.Απολάμβανα τη ζωή.....	0	1	2	3
17.Ξεσπούσα σε κλάμα.....	0	1	2	3
18.Αισθανόμουν λυπημένος/ η.....	0	1	2	3
19.Ένιωθα ότι οι άλλοι με αντιπαθούσαν.....	0	1	2	3
20.Δε μπορούσα να τα καταφέρω να ξεκινήσω να κάνω πράγματα.....	0	1	2	3

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Δ΄

Βάζοντας ένα √ σε ένα κουτάκι κάθε ομάδας παρακάτω, παρακαλούμε σημειώστε ποιες δηλώσεις περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας σήμερα.

### **Κινητικότητα**

Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα

Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα

Είμαι καθηλωμένος/ η στο κρεβάτι

### **Αυτοεξυπηρέτηση**

Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτηση μου

Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι

Είμαι ανίκανος/ η να πλυθώ ή να ντυθώ

### **Συνηθισμένες Δραστηριότητες ( π.χ. δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)**

Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες μου

Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες μου

Είμαι ανίκανος/ η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες μου

### **Πόνος/ Δυσφορία**

Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία

Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία

Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία

### **Άγχος/ Θλίψη**

Δεν έχω άγχος ή θλίψη

Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη

Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη

