



ΔΙΕΘΝΕΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

**ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΔΙ.Π.Α.Ε.)  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:  
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η Διερεύνηση της Συμμόρφωσης των Ασθενών με Σακχαρώδη  
Διαβήτη Τύπου 2 στην Θεραπευτική τους Αγωγή και η Επίδραση  
στην Ποιότητα Ζωής των Ασθενών.**

Κανελλοπούλου Χριστιάνα

Νοσηλεύτρια

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Επιβλέπουσα καθηγήτρια : Τσαλογλίδου Αρετή

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019

**ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΔΙ.ΠΑ.Ε.)  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:  
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

**Η Διερεύνηση της Συμμόρφωσης των Ασθενών με Σακχαρώδη  
Διαβήτη Τύπου 2 στην Θεραπευτική τους Αγωγή και η Επίδραση  
στην Ποιότητα Ζωής των Ασθενών.**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Κανελλοπούλου Χριστιάνα, Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Τσαλογλίδου Αρετή, Επίκουρος Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΔΙ.ΠΑ.Ε.

Θεσσαλονίκης

Κουρκούτα Λαμπρινή, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΔΙ.ΠΑ.Ε.

Θεσσαλονίκης

Λαβδανίτη Μαρία, Αναπληρώτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΔΙ.ΠΑ.Ε.

Θεσσαλονίκης

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019

**ΣΕΛΙΔΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

Εγκρίθηκε την: .....

**ΒΑΘΜΟΣ :** **ΑΡΙΣΤΗ :** .....

**ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ :** .....

**ΚΑΛΗ:** .....

**ΑΠΟΔΕΚΤΗ :** .....

**Εξεταστική επιτροπή :**

Τσαλογλίδου Αρετή

Κουρκούτα Λαμπρινή

Λαβδανίτη Μαρία

.....  
(Υπογραφή)

.....  
(Υπογραφή)

.....  
(Υπογραφή)

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	6
ABSTRACT.....	7
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>1) ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	
1.1) ΙΣΟΤΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	8
1.2) ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	9
<b>2) ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ</b>	
2.1) ΟΡΙΣΜΟΣ.....	10
2.2) ΑΙΤΙΑ.....	11
2.3) ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	12
2.4) ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	13
2.5) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	14
2.6) ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....	15
<b>3) ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ</b>	
3.1) ΟΡΙΣΜΟΣ.....	16
3.2) ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	17
3.3) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ..	18
3.4) ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	19
<b>4) ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΑΓΩΓΗ</b>	
4.1) ΟΡΙΣΜΟΣ.....	21
4.2) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΑΓΩΓΗ	22

<b>4.3) ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	
<b>4.3.Α) ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>25</b>
<b>4.3.Β) ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3.Γ) ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ.....</b>	<b>29</b>

***ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

**5) ΜΕΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

<b>5.1) ΣΚΟΠΟΣ.....</b>	<b>30</b>
<b>5.2) ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ.....</b>	<b>30</b>
<b>5.3) ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ.....</b>	<b>30</b>
<b>5.4) ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>31</b>
<b>5.5) ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>31</b>

**6) ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

<b>6.1) ΑΤΟΜΙΚΑ- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....</b>	<b>32</b>
<b>6.2) ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ.....</b>	<b>37</b>
<b>6.3) ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ.....</b>	<b>72</b>
<b>7) ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>82</b>
<b>8) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>84</b>
<b>9) ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>85</b>
<b>10) ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>89</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπο 2 είναι διαταραχή που επιβαρύνει την υγεία των ασθενών και ταυτόχρονα οι ρυθμοί επιπολασμού αυξάνονται και εξελίσσονται σε σύγχρονη επιδημία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της συμμόρφωσης στην θεραπευτική αγωγή των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, η εκτίμηση των παραμέτρων που ασκούν επιρροή στη συμμόρφωση αλλά κατά πόσο η συμμόρφωση αυτή επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το δείγμα της μελέτης αυτής αποτέλεσαν 100 ασθενείς που επισκέφτηκαν το διαβητολογικό ιατρείο του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΑΝΘ) “Θεαγένειο” με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η συμμόρφωση στην θεραπεία διερευνήθηκε από ένα ειδικό ερωτηματολόγιο που συμπληρωνόταν από τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Για την ποιότητα ζωής έχει χρησιμοποιηθεί ένα γενικό ερωτηματολόγιο που έχει γίνει ξανά η χρήση του. Ακόμη το ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβάνει κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα, τα χαρακτηριστικά που συνδυάζονται με την θεραπεία και την νόσο και τους παράγοντες που έχουν σχέση με την φροντίδα τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από γυναίκες (62,6%) με μέση τιμή ηλικίας που κυμαίνεται από 61 έως 75. Η μεγαλύτερη συμμόρφωση εντοπίζεται ως προς την διαίτα, τις εξετάσεις αίματος- έλεγχος σακχάρου του αίματος και την φροντίδα ποδιών. Από την άλλη η μικρότερη συμμόρφωση παρατηρείται στην άσκηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το δείγμα των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζει σχετικά καλά επίπεδα συμμόρφωσης στην θεραπευτική τους αγωγή σε καθημερινή βάση και ως προς τις ιατρικές οδηγίες. Οι διάφορες κλινικές παράμετροι ασκούν αρνητική επιρροή στην ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών. Θα ήταν προτιμότερο να πραγματοποιηθεί εκτενέστερη έρευνα σε διεθνές επίπεδο προκειμένου να γενικευτούν τα αποτελέσματα αυτά.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Type 2 diabetes mellitus is a disorder that affects a patient's health and at the same time the prevalence rates are increasing and evolving to an epidemics of the modern times.

**PURPOSE:** The purpose of this research is to investigate the rates of the patients' compliance to their treatment for diabetes type 2, the estimation of the factors that affect the abidance and in it's turn how does the conformity to the treatment itself affects the patients' quality of life.

**METHODS:** The sample of this survey is consisted of 100 patients suffering from type 2 diabetes who visited the diabetics department of the Anticancer Hospital of Thessaloniki "Theageneio". The individuals filled a questionnaire concerning their compliance to the treatment they were receiving. As far as the quality of their lives is concerned a more general questionnaire was used which in fact has been used before. Moreover, social and demographic data, traits linked to the disorder and its treatment and factors concerning the treatment are included.

**Results:** The majority of the survey's participants is consisted of women (62%) with the average age of 61 until 75 years old. High levels of conformity have been observed in the patients' diet, their tendency to do blood tests especially by checking the sugar levels in their blood and through provision and control for sores and other lesions in their feet, while on the contrary exercising is the least preferable way of adjusting to the treatment.

**Conclusions:** In conclusion, the results of this research are relatively good in accordance to the number of patients participating and the compliance to the treatment as well as the following the medical advice on a daily basis. Clinical factors have been shown to affect negatively the patients' quality of life. In order to be able to generalize the results it would be preferably wise carry out a survey on an international level.

# 1) ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## 1.1) ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα πρόβλημα της ιατρικής τα τελευταία 3.500 χρόνια. Η ιστορία της νόσου είναι παράδειγμα της μεγάλης, συνεχόμενης και επίπονης προσπάθειας της επιστήμης για την ανάδειξη της αλήθειας, την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και την θεραπεία του.

Ο πρώτος που δίνει το όνομα "Διαβήτη" είναι ο Αρεταίος ο μεγάλος Έλληνας γιατρός της αρχαιότητας (περίπου 120-200 μ.Χ.) ενώ αργότερα επέρχονται άλλες δύο προσωπικότητες εξίσου σημαντικές, ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός. Ο όρος "Διαβήτης" βγαίνει από το ρήμα "διαβαίνω" και αναφέρεται σε ένα από τα πιο σημαντικά συμπτώματα δηλαδή την πολουρία (το νερό που καταναλώνει ο άρρωστος για να κατασιγάσει το αίσθημα δίψας που έχει και "διαβαίνει" σαν μέσα από σιφόνιο, με αποτέλεσμα την πολουρία).

Ο John Rollo το 1797 ήταν ο πρώτος που ανέφερε την επίδραση της διατροφής στην αντιμετώπιση του διαβήτη και πρότεινε να είναι εμπλουτισμένη σε ζωικές πρωτεΐνες και φτωχές σε υδατάνθρακες. Το 1923 προτάθηκε από τον Joslin η αντικατάσταση σουκρόζης από φρουκτόζη στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Από το 1869 που ανακαλύφθηκε η ινσουλίνη μέχρι τις μέρες μας οι προτάσεις για την κατάλληλη διατροφή έχει μεταβληθεί αρκετές φορές σε σχέση με την περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες ή λίπος. Παρ'όλα αυτά το ποσοστό περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες παραμένει στο 10%-15% της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης.

Η ιστορία των χρόνιων επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη ξεκινά το 1886, όπου ο καθηγητής Dreschfeld περιέγραψε το διαβητικό κώμα στην Broadsaw διάλεξη, που ως τις μέρες μας είναι γνωστό ως διαβητική κετοξέωση. Το θέμα των μακροαγγειακών επιπλοκών αναφέρθηκε το 1941 (νευροπάθεια, νεφροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια). Η άμεση σχέση των εκδηλώσεων νευροπάθειας με τον διαβήτη ήταν η αιτία για την οποία αρκετοί γιατροί πίστευαν ότι ο διαβήτης οφείλεται σε νευροπάθεια. Ο πρώτος που έκανε αναφορά στα συμπτώματα περιφερικής νευροπάθειας σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ήταν ο Rollo, ενώ το 1887 ο Ryce παρατήρησε την σχέση μεταξύ νευροπάθειας, έλκος ποδιού και αγγειοπάθειας.

Σε όλο τον κόσμο οι ερευνητές με την συμβολή της βιοτεχνολογίας και της γενετικής μηχανικής προχωρούν με έντονο ρυθμό το ερευνητικό έργο τους και την οριστική αντιμετώπιση αλλά και πρόληψη του σακχαρώδη διαβήτη. Σύμφωνα με τον Carol Lurie, Πρόεδρο του Διεθνούς Ιδρύματος για το Νεανικό Διαβήτη, υφίσταται μια λέξη που συνδέει αυτούς που ασχολούνται με το σακχαρώδη διαβήτη και αυτή είναι ο "ΔΙΑΒΗΤΗΣ". (Καζάκος, 2016)



## 1.2)ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχει σχεδόν διπλασιαστεί στις ΗΠΑ ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκε 3 με 5 φορές σε Ινδία, Ινδονησία, Κορέα, Ταϊλάνδη, και Κίνα (Yoon et.al.,2006).Το 2007 υπήρχαν 246 εκατομμύρια με διαβήτη σε όλο τον κόσμο και 308 εκατομμύρια άτομα με διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη, αριθμοί που μέχρι το 2025 εκτιμάται ότι θα φτάσουν τα 380 εκατομμύρια και τα 418 εκατομμύρια αντίστοιχα(Sicree et.al., 2006).Η δεδομένη αύξηση του σακχαρώδη διαβήτη οφείλεται στην αύξηση του επιπολασμού και της επίπτωσης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 Είναι 20 φορές συχνότερος από του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, καθώς ο τελευταίος δεν παρουσιάζει αυξητική τάση. Η αύξηση αυτή ενδέχεται να είναι μεγαλύτερη στις αναπτυσσόμενες χώρες εξαιτίας της αλλαγής του τρόπου ζωής καθώς αυτός είναι ο πιο σημαντικός λόγος αύξησης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Στο Μεξικό το 18% των ενήλικων το 2025 θα πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) στην Κίνα και στην Ινδία το 2025 τα διαβητικά άτομα θα φτάσουν 130 εκατομμύρια και θα δαπανάται το 40% του προϋπολογισμού της υγειονομικής περίθαλψης της χώρας τους. Πρώτη φορά οι κυβερνήσεις αναγνώρισαν ότι μια μη μολυσματική ασθένεια θέτει σε σοβαρή απειλή την παγκόσμια υγεία όπως είχαν κάνει στο παρελθόν οι μολυσματικές ασθένειες όπως HIV/AIDS, φυματίωση και ελονοσία.(Robert et. al., 2010)

Στην Ελλάδα το 6% του πληθυσμού πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Η νόσος έχει ψηλότερο επιπολασμό στο δυτικό κόσμο και πιο πολύ ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και αυτό είναι μια ένδειξη για την σχέση της νόσου με τις διατροφικές μας συνήθειες, την έλλειψη σωματικής άσκησης και τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 αποτελεί μια από τις σημαντικές αιτίες θανάτου καθώς συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά επεισόδια αλλά και τύφλωση, ακρωτηριασμούς και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια(King et.al.,1998,Zimmet et.al.,2001).

## 2) ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

### 2.1) ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια ξεχωριστή διαταραχή αλλά ένα σύνολο χρόνιων διαταραχών της ενδοκρινούς μοίρας και του παγκρέατος που όλες συμπεριλαμβάνονται σε μια γενική διάγνωση. Είναι μια νόσος που την χαρακτηρίζει η υπεργλυκαιμία η οποία μπορεί να οφείλεται σε μερική ή ολική έλλειψη ινσουλίνης ή σε αντίσταση των κυττάρων στη δράση της ινσουλίνης. Αποτελεί ένα χρόνια νόσημα των ενηλίκων στο οποίο επιβάλλεται τακτική επίβλεψη στον ανάλογο γιατρό και εκπαίδευση του ασθενούς για την αυτοφροντίδα του. Παρόλαυτά ανάλογα με τον τύπο ΣΔ, την ηλικία του ασθενούς, τις ανάγκες αλλά και τη νοσηλευτική φροντίδα διαφέρουν αρκετά. Υφίστανται 4 κύριοι τύποι ΣΔ, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, διαβήτης κύησης και άλλα είδη τύποι διαβήτη.

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 εμφανίζεται κυρίως κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή την εφηβεία αλλά υπάρχει πιθανότητα να εμφανιστεί ακόμα και σε ηλικία 80 και 90 ετών. Χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία, αποδόμηση πρωτεϊνών και λιπών και ανάπτυξη κέτωσης (Lemone et.al., 2014) Στον ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη (IDDM) ή ΣΔ τύπου 1 υπάρχει ολική ή μερική έλλειψη ορμόνης από το νησίδιο του Langerhans και το πλάσμα. Η αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 προϋποθέτει τη χορήγηση ινσουλίνης.(Vander et.al., 2011)

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι μια κατάσταση που έχει σαν σύμπτωμα την υπογλυκαιμία νηστείας παρά την παροχή ενδογενούς ινσουλίνης. Υπάρχει πιθανότητα να εκδηλωθεί σε κάθε ηλικία αλλά κατά βάση εμφανίζεται στους μεσήλικους και τους ηλικιωμένους. Ένας από τους λόγους που συμβαίνει είναι λόγω κληρονομικότητας. Το ήπαρ παράγει μεγαλύτερη ποσότητα γλυκόζης από το φυσιολογικό, δεν μεταβολίζονται ολοκληρωτικά οι υδατάνθρακες και τελικά το πάγκρεας εκκρίνει επαρκείς ποσότητες ινσουλίνης(Porth & Matfin, 2009) Όποια και αν είναι η αιτία υφίσταται επαρκής παραγωγή ινσουλίνης για την παρεμπόδιση της αποδόμησης της κέτωσης και των λιπών. Έτσι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 ορίζεται ως μη κετωτική μορφή διαβήτη. Παρόλαυτα το ποσό της ινσουλίνης που είναι σε διαθεσιμότητα είναι ανεπαρκές για την ελάττωση του επιπέδου γλυκόζης με την πρόσληψη της από τα λιποκύτταρα και τα μυοκύτταρα. Θεωρείται ως ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδη διαβήτη (NIDDM) ή ΣΔ τύπου 2 στον οποίο η ορμόνη έχει σχεδόν φυσιολογική ή και μερικώς αύξηση συγκέντρωσης στο πλάσμα και η αντιμετώπιση του δεν προϋποθέτει τη χορήγηση ινσουλίνης.(Vander et.al., 2011)

Ο διαβήτης κύησης κάνει την εμφάνιση του κατά την έναρξη ή την διάρκεια περιόδου της κύησης καθώς διαταράσσεται ο μεταβολισμός των ορμονικών μεταβολών και υδατανθράκων. Αυξάνεται η γλυκόζη νηστείας > 92mg/dl (Μελιδώνης, 2010).

## 2.2)ΑΙΤΙΑ

Οι παράγοντες που οφείλονται για την εκδήλωση του σακχαρώδη διαβήτη είναι:

- Η κληρονομικότητα καθώς το 2% του πληθυσμού είναι άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ενώ παράλληλα το 8% των γονέων που έχουν παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη είναι και οι ίδιοι διαβητικοί.
- Οι διατροφικές συνήθειες καθώς η μεγάλη πρόσληψη πρωτεϊνών κορεσμένου λίπους και υδατανθράκων υψηλού γλυκαιμικού δείκτη αποτελούν προδιαθεσιακούς παράγοντες ανάπτυξης διαβήτη.
- Το φύλο. Οι άνδρες προσβάλλονται σπανιότερα από το διαβήτη σε σχέση με τις γυναίκες και αυτό συμβαίνει λόγω της εγκυμοσύνης και των ενδοκρινικών μεταβολών που προκαλεί.
- Η παχυσαρκία. Ορίζεται ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ενώ μικρό ποσοστό από τα παχύσαρκα άτομα δεν αναπτύσσουν αντίσταση στην ινσουλίνη.
- Η ηλικία καθώς με βάση αυτή αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη, ο οποίος προέρχεται από μια απορρύθμιση των β-κυττάρων των νησιδίων του Langerhans.
- Η καθιστική ζωή που αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη σε ένα άντρα παρά σε μια γυναίκα.
- Τα φάρμακα όπως τα αντιεπιληπτικά και τα διουρητικά. (Lederer, 2002, Μανιός,2006)

## 2.3)ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Συνήθως στα πρώτα στάδια της νόσου δεν εμφανίζονται καθόλου συμπτώματα και υπάρχει πιθανότητα χρόνια μετά την εκδήλωση του σακχαρώδη διαβήτη ένας ασθενής να μην καταλάβει ότι πάσχει από την νόσο. Στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 εμφανίζονται συμπτώματα απότομα και με γρήγορη εξέλιξη και συχνά η πρώτη εκδήλωση είναι η διαβητική κετοξέωση με εμετό, κοιλιακό πόνο, απώλεια συνείδησης και ναυτία.(Summerson et.al.,1999, Herlitz et. al.,2000)

Τα συμπτώματα στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι εντελώς απόντα και ο ασθενής αισθάνεται υγιής. Η μειωμένη έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας και η αντίσταση στη δράση της στους περιφερικούς ιστούς(Melidonis et.al.,2006, Guyton,1998, Πάγκαλος & Πάγκαλος, 2002) αυξάνουν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Όταν η τιμή σακχάρου είναι μεγαλύτερη 180-200 mg/dl τότε προκύπτουν βραχυπρόθεσμα συμπτώματα όπως για παράδειγμα:

- Πολυφαγία
- Πολυδιψία (αύξηση αισθήματος δίψας κα κατανάλωσης υγρών)
- Πολυουρία (αύξηση συχνότητας ούρησης με αυξημένη ποσότητα ούρων)
- Διαταραχές όρασης
- Απώλεια σωματικού βάρους
- Κούραση
- Νυκτουρία (το άτομο με σακχαρώδη διαβήτη ξυπνάει κατά την διάρκεια του ύπνου του για να ουρήσει)
- Οργή επούλωσης υγρών
- Συχνές λοιμώξεις π.χ. Μυκητιάσεις

Εκτός από αυτά, ο σακχαρώδης διαβήτης επιφέρει και μακροπρόθεσμα όπως για παράδειγμα μικροαγγειοπάθεια (αμφιβληστροειδή και νεφροπάθεια), αγγειοπάθεια, περιφερική αγγειοπάθεια,νευροπάθεια (αυτόνομη και περιφερική), καρδιαγγειακά προβλήματα και άλλα. Ακόμη έχει άμεση σχέση με πρώιμο θάνατο και νοσηρότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα

στα οποία συμπεριλαμβάνονται αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Α.Ε.Ε.) και έμφραγμα του μυοκαρδίου (Ο.Ε.Μ.)(Melidonis et.al.,2006, Guyton,1998, Πάγκαλος & Πάγκαλος, 2002, Capron,2003).

## 2.4)ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα κριτήρια που πρέπει να υφίστανται προκειμένου να γίνει η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη είναι τα εξής :

- Γλυκόζη νηστείας  $>$  ή ίση με 126 mg/dl. Ο ασθενής οφείλει να είναι νηστικός το λιγότερο 8 ώρες πριν την μέτρηση. Επί απουσίας εκσεσημασμένης υπεργλυκαιμίας, η μέτρηση οφείλει να πραγματοποιείται ξανά σε επόμενη μέρα.
- Συμπτώματα υπογλυκαιμίας, τα οποία είναι πολυδιψία, πολουρία και απώλεια βάρους, και τυχαία μέτρηση γλυκόζης πλάσματος στο αίμα  $>$  ή ίση με 200mg/dl ανεξάρτητα από τον χρόνο και την ποσότητα τροφής που έλαβε ο ασθενής.
- Μεταγευματική γλυκόζη πλάσματος (2 ώρες έπειτα από το φαγητό)  $>$  ή ίση με 200mg/dl κατά την διαδικασία ανοχής γλυκόζης, η οποία πρέπει να μπαίνει σε εφαρμογή με βάση τις οδηγίες του Παγκόμιου Οργανισμού Υγείας με την χρήση ισοδύναμου 75g άνδρης γλυκόζης διαλυμένης σε νερό. (Κατσίκη και συν., 2010)
- Γλυκοζηλιωμένη αιμοσφαιρίνη ή αιμοσφαιρίνη A1C  $>$  ή ίση 6,5%
- Υψηλό επίπεδο τριγλυκεριδίων
- Αυξημένη αρτηριακή πίεση
- Κοιλιακή παχυσαρκία
- Χαμηλό επίπεδο χηστερόλης υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (HDL) (Unnikrishnan et.al., 2016)

## 2.5) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Προκειμένου να αντιμετωπίσει ο ασθενής το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 οφείλει να πραγματοποιήσει μια σειρά οδηγιών και ανάλογων θεραπειών που θα του υποδείξει ο προσωπικός γιατρός του αλλά και να ενημερώνεται ο ίδιος για τα αποτελέσματα εξετάσεων σακχάρου του αίματος και να ζητά την βοήθεια του σε περίπτωση οποιασδήποτε επιπλοκής. (Engram, 1995)

Ένα εξ αυτών είναι η διαιτητική αγωγή. Όποια προσπάθεια και αν πραγματοποιήθηκε για την θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη, η οποία δεν περιείχε το ανάλογο διαιτητικό σχήμα, δεν είχε θετικό αποτέλεσμα. Η “καλή διαίτα” ενός ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη ή καλύτερα η “σωστή διατροφή” του συνεχίζει να αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική θεραπεία του διαβήτη. Η ορθή διατροφή του διαβητικού είναι παρόμοια με την σωστή διατροφή που οφείλει να τηρεί ο καθένας. Όπως όλοι μας έτσι και ο διαβητικός με βάση το φύλο, το σωματικό βάρος, την ηλικία και τη φυσική δραστηριότητα οφείλει να τρέφεται σωστά και δεν πρέπει να στερείται την κατανάλωση ενός “καλού φαγητού”. Απαραίτητη θεωρείται η μείωση του σωματικού βάρους προκειμένου να ελέγχεται ο σακχαρώδης διαβήτης και να μειώνονται οι κίνδυνοι επιπλοκών. (Καρδάση και Πάνου, 2000) Εν ανάγκη παραπέμπεται σε ένα εξειδικευμένο διατροφολόγο.

Ένα δεύτερο είναι να δίνονται σωστές οδηγίες χρήσης ινσουλίνης για το σπίτι με το να χορηγείται ινσουλίνη σε θερμοκρασία δωματίου 30’ περίπου πριν την λήψη φαγητού καθημερινά, για την μείωση των υπογλυκαιμικών επεισοδίων και την πρόληψη λιποδυστροφίας. Παράλληλα όμως πρέπει να οριστεί ένα καθημερινό εντατικό πρόγραμμα ασκήσεων και να υιοθετηθεί ένας πιο υγιεινός τρόπος ζωής.

Τέλος για την θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη θα πρέπει να διδαχθεί ο ασθενής για την σωστή φροντίδα του ποδιού του με την τακτική καθαριότητα του, προκειμένου να διατηρείται η σπαργή του δέρματος και η μείωση κινδύνου ακρωτηριασμού. (Engram, 1995)

## 2.6) ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι ασθενείς στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπάρχει πιθανότητα να μην παρουσιάσουν συμπτώματα για χρόνια. Ορισμένοι παρουσιάζουν τα συνήθη συμπτώματα επιπλοκών, τα οποία θεωρούνται αιτία της ουσιαστικής θνησιμότητας και νοσηρότητας που συνοδεύουν τον σακχαρώδη διαβήτη, και διακρίνονται στις εξής μεγάλες κατηγορίες: επιπλοκές μικροαγγειοπάθειας ή επιπλοκές μακροαγγειοπάθειας.

Μια από τις εκδηλώσεις της μικροαγγειοπάθειας είναι η διαβητική νεφροπάθεια η οποία θεωρείται ασυμπτωματική έως τα τελικά στάδια όπου οι ασθενείς εκδηλώνουν οίδημα, κόπωση, συμπτώματα από κατακράτηση υγρών ή υπερτασική κρίση (Netter et al. 2009) και προοδευτική νεφρική ανεπάρκεια (Lemone et al. 2014). Η διαβητική νευροπάθεια εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους με αποτέλεσμα την προβολή των περιφερικών αισθητικών και κινητικών νεύρων, του αυτόνομου νευρικού συστήματος και των κρανιακών νεύρων. Η συχνότερη εκδήλωση είναι η περιφερική νευροπάθεια της οποίας τα συμπτώματα είναι αίσθημα βελονισμών. Μια άλλη επιπλοκή είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Χαρακτηρίζεται ασυμπτωματική αν και οι ασθενείς πιθανόν να εκδηλώσουν θόλωση όρασεως κατά την εγκατάσταση ενδοφθάλμιας αιμορραγίας από υπερτασική κρίση ή κατακράτηση υγρών.

Οι κλασσικές εκδηλώσεις της μακροαγγειοπάθειας είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που σαν συμπτωματολογία παρουσιάζει όμοια συμπτώματα με την υπογλυκαιμία όπως επίσης διαταραχές λόγου, ζάλη, θόλωση όρασης και αδυναμία (Lemone et al. 2014). Ακόμη στη μακροαγγειοπάθεια συμπεριλαμβάνονται περιφερική αγγειακή νόσο και στεφανιαία νόσο. (Netter et al. 2009).

### **3) ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

#### **3.1) ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η ποιότητας ζωής δεν είναι εύκολο να οριστεί καθώς είναι ένας όρος που συμπεριλαμβάνει όλους τους τομείς της ζωής και της γνώσης. Σύμφωνα με το Bowling to 2001, η φράση "ποιότητα ζωής" πιθανόν να αναφέρεται σε μια σειρά διαφορετικών σημασιών, όσο διαφορετικές σημασίες έχουν η καλή σωματική υγεία, με την ευτυχία και την ικανοποίηση από την ζωή.

Η ποιότητα ζωής λοιπόν μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός ικανοποίησης σωματικών ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών όπως για παράδειγμα η κοινωνική θέση, η ελευθερία, η ασφάλεια, η άνεση και άλλα. Στην ψυχολογία επισημαίνεται ότι η ευημερία έχει σχέση με την εκτίμηση και την αντίληψη του ατόμου για τα συμβάντα του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος. Ακόμη ένα αξιοσημείωτο ζήτημα για την καλή ή κακή ποιότητα αποτελεί το ηθικό ζήτημα για τις αποφάσεις που οφείλουν να λαμβάνονται και αφορούν τους ασθενείς και τους ασθενείς με αναπηρίες.

Οι Chen Li και Kochen το 2005, αναφέρουν ότι τα αποτελέσματα της προόδου της ιατρικής επιστήμης είναι ένας ουσιαστικός αριθμός ατόμων με χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες. Το φαινόμενο αυτό δείχνει την τροποποίηση του μοντέλου που πραγματοποιείται με την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας και της ασθένειας. (Chen, Li, Kochen, 2005, p.936)

Συμπερασματικά η ποιότητα ζωής είναι ένας σημαντικός όρος ιδιαίτερα όταν θα πρέπει να ληφθούν ορισμένες αποφάσεις για την ζωή ενός ανθρώπου μέσω των ιατρικών οδηγιών και οφείλουν να είναι διαθέσιμα εργαλεία αξιολόγησης για υποθέσεις που σχετίζονται με χρόνιες ασθένειες.

Οι ερευνητές και οι κλινικοί ιατροί πρέπει να επικεντρωθούν στον ορισμό HRQoL για τρεις λόγους:

- Αποτελεί ένα ουσιαστικό τρόπο για να γίνει αντιληπτή η νόσος από τον ασθενή και η θεραπεία του.



- "Συνεισφέρει" στην αντίληψη της φυσιολογικής διαδικασίας προσαρμογής του ατόμου στην νόσο και τι ανταπόκριση υπάρχει στην θεραπεία αλλά και τότε η θεραπεία είναι αποτελεσματική ή είναι απαραίτητος ο επαναπροσδιορισμός της.
- Με την HRQoL πραγματοποιούνται συγκρίσεις ανάμεσα σε διαφορετικά ανάλογα αποτελέσματα και παρεμβάσεις.

### **3.2)ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

Τα τελευταία χρόνια ο όρος της ποιότητας ζωής έχει απασχολήσει αρκετά τους ερευνητές στο χώρο της υγείας. Στις μέρες μας η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και εκτιμάται ιδιαίτερος σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις ή από ψυχικές διαταραχές και ασθενείς τελευταίου σταδίου.

Η ποιότητα ζωής είναι χωρίς καμία αμφιβολία μια ευμετάβλητη, πολυδιάστατη και υποκειμενική έννοια η οποία δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και να οριστεί. Ο ορισμός της έχει μελετηθεί από αρκετούς αρχαίους φιλόσοφους. Για πρώτη φορά κάνει την εμφάνιση της το στα "Ηθικά Νικομάχεια" με τον όρο ευδαιμονία όπου ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) αποδίδει την έννοια της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα ζωής ορίζεται με διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους και αλλάζει ανάλογα με τις συνθήκες ζωής του καθενός.

Έπειτα από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ο όρος της ποιότητας ζωής κάνει ξανά την εμφάνιση του λόγω της οικονομικής ανάπτυξης που παρατηρήθηκε, της χρήσης των καταναλωτών αγαθών και την διακίνηση του χρήματος. Τα επόμενα χρόνια στο περιεχόμενο της έννοιας συμπεριλαμβάνεται η υγεία, η εκπαίδευση, η διαθεσιμότητα ελεύθερου χρόνου για ξεκούραση και δραστηριότητες και την συναισθηματική και ψυχο-κοινωνική ισορροπία και ευεξία.

Ωστόσο το 1948 δόθηκε ο τελικός όρος για την ποιότητα ζωής από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) στον οποίο δίνεται έμφαση σε τρεις διαστάσεις: την σωματική κοινωνική και ψυχική.

Στις μέρες μας για την ποιότητα ζωής δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος ορισμός καθώς είναι μια έννοια που κυμαίνεται ανάμεσα στις επιστήμες υγείας αλλά και τις ανθρωπιστικές και κοινωνικές επιστήμες, με αποτέλεσμα να αποτελεί μια θεωρητική έννοια. Θεωρητικά λοιπόν η ποιότητα ζωής ορίζεται από την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την ελευθερία δράσης, την διατήρηση υγείας και την εκπλήρωση ψυχοκοινωνικών και βιολογικών λειτουργιών στην καθημερινότητα των ασθενών.

Γενικότερα η ποιότητα ζωής θεωρείται ότι είναι επίπτωση της αλληλεπίδρασης παραγόντων όπως υγεία, οικονομική κατάσταση, περιβάλλον και κοινωνία που συσχετίζονται με την

ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών με διάφορους και ανεξερεύνητους τρόπους.(Fayers και Machin,2006)

### 3.3) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής (HRQoL) που σχετίζεται με την υγεία είναι πολυδιάστατη καθώς περιλαμβάνει διάφορα χαρακτηριστικά και στοιχεία του κάθε ατόμου και αλλάζει με το πέρασμα του χρόνου, καθώς οι προσδοκίες, οι προτεραιότητες και οι στόχοι του μπορεί να αλλάξουν σε διαφορετικές περιόδους της ζωής του.

Η ποιότητα ζωής είναι υποκειμενική και βασίζεται στις προσωπικές αξίες, προσδοκίες και συναισθήματα του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Ο καθένας έχει ένα δικό του πρότυπο για να αξιολογήσει αν μια κατάσταση είναι επιθυμητή ή όχι. (Pallini et. Al., 2011).

Η ποιότητα ζωής συμπεριλαμβάνει τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές προσωπικές διαστάσεις της κατάστασης ενός ασθενούς. Η θετική πλευρά αναφέρεται στα συναισθήματα σωματικής και ψυχικής ευεξίας, πλήρη λειτουργικότητα, προσαρμογή και αποτελεσματικότητα του νου και του σώματος, φυσική κατάσταση, ενώ η αρνητική πλευρά περιλαμβάνει τις δυσλειτουργίες της νόσου. Η ποιότητα ζωής που έχει σχέση με την υγεία θεωρείται υποκειμενική, καθώς οι διαστάσεις της είναι κατά κόρον κοινωνικές, ψυχολογικές, σωματικές και πνευματικές.

Αποτελεί λοιπόν έναν όρο που επηρεάζεται από την ψυχολογική και σωματική κατάσταση του ασθενούς, τις κοινωνικές του σχέσεις, την σχέση του με το περιβάλλον γύρω του και το επίπεδο ανεξαρτησίας του ( Wilson, 2004).

Η ποιότητα ζωής, σύμφωνα με την εργασία των Bakas et al (2012), είναι το σύνολο των αλληλεπιδράσεων 5 μεταβλητών.

- Η βιολογική λειτουργία (εργαστηριακές εξετάσεις, φυσική εξέταση)
- Η λειτουργική κατάσταση (ικανότητα για εκτέλεση εργασιών- καθηκόντων)
- Τα συμπτώματα (ψυχολογικά και φυσικά συμπτώματα όπως ο πόνος και η κατάθλιψη)
- Η συνολική ποιότητα ζωής
- Η γενική αντίληψη για την υγεία

### **3.4)ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Η ποιότητα ζωής των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 επιβαρύνεται από την ίδια την νόσο, αλλά ταυτόχρονα λόγω των αυξητικών ρυθμών, εξελίσσεται με το πέρασμα του χρόνου σε σύγχρονη επιδημία.

Επιπροσθέτως, επειδή ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 κάνει την εμφάνιση του χωρίς συμπτώματα, υπάρχει πιθανότητα να μην ‘εμφανίσει’ την δράση του για μεγάλη χρονική περίοδο έτσι ώστε στην μελλοντική εξελικτική του πορεία να είναι υπεύθυνη για την εμφάνισή αρκετών νοσημάτων και προβλημάτων κλιμακούμενης σοβαρότητας. Πιο συγκεκριμένα οι πρώτες καθημερινές ενοχλήσεις όπως η πολυδιψία και η κόπωση στη συνέχεια εξελίσσονται σε σοβαρά καρδιαγγειακά προβλήματα ή στις γνωστές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη. Στις μέρες μας έχει γίνει αποδεκτό ότι η νόσος επιβαρύνει σωματικά και ψυχικά τα άτομα που πάσχουν από αυτή, αλλά ταυτόχρονα και την κοινωνική τους ζωή. ( Παπαδόπουλος και συν, 2007).

Παράγοντες που ασκούν επιρροή στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με σακχαρώδη διαβήτη είναι:

1. Η χορήγηση αρκετών φαρμάκων (συνηθισμένο φαινόμενο στις μεγαλύτερες ηλικίες)
2. Κινητικά προβλήματα εξαιτίας της ηλικίας και συνύπαρξης άλλων νόσων όπως μυοσκελετικές παθήσεις
3. Αδυναμία φροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης
4. Μειωμένη λειτουργία των νεφρών λόγω ηλικίας
5. Η ύπαρξη και άλλων νόσων (καρδιαγγειακά νοσήματα και αρτηριακή πίεση)
6. Αδυναμία παρακολούθησης και ρύθμισης των προβλημάτων υγείας (μετακίνηση-οικονομικές δυσχέρειες)

Ακόμη έχει αποδειχθεί στην βιβλιογραφία ότι οι μυοσκελετικές διαταραχές, ψυχιατρικές διαταραχές όπως το άγχος και η κατάθλιψη αλλά και διαταραχές στην σωματική υγεία είναι συχνότερες σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (Wandell, 2005).

Ειδικότερα το ποσοστό των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που έχουν μη διαγνωσμένη κατάθλιψη είναι αρκετά μεγάλα με 19,4% των ασθενών να έχουν ήπια συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ το 30,6% έχει εμφανή συμπτώματα κατάθλιψης. Η ένδειξη συμπτωμάτων κατάθλιψης έχει άμεση σχέση με την διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη, την μειωμένη σωματική δραστηριότητα και το ιστορικό κατάθλιψης καθώς είναι αποδεδειγμένο ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην μη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη και των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Επιπλέον η διαχείριση της ασθένειας έχει επιπτώσεις στην ψυχολογία τόσο του/της ασθενούς όσο και του/της συντρόφου του/της, ενώ παράλληλα δυσκολία στην αντιμετώπισή της μπορεί να επιφέρουν και οικογενειακά προβλήματα που υπάρχει πιθανότητα να τους επηρεάσουν (Delamater, 2006).

Επιπροσθέτως μια μελέτη έδειξε ότι για την επιτυχημένη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη είναι απαραίτητη η στήριξη της οικογένειας, η γνώση της νόσου και των επιπλοκών της, η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς, αλλά και η ύπαρξη κινήτρων και αυτοπεποίθησης για την διαχείριση του διαβήτη (Sotiropoulos et al., 2008).

Ομολογουμένως ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα θέμα σε ζήτηση με αρκετά αυξημένο ενδιαφέρον ιδιαίτερα λόγω της διάρκειας της νόσου έτσι ώστε η κοινότητα της επιστήμης να δίνει περισσότερη έμφαση στον τρόπο που επιδρά η παθογένεια της νόσου στην ποιότητα ζωής των διαβητικών.

Επίσης ο σακχαρώδης διαβήτης καθώς σχετίζεται με σοβαρές αγγειακές επιπλοκές, είναι ζωτικής σημασίας για τους ασθενείς να αποφεύγουν οξείες και χρόνιες επιπλοκές του προκειμένου να διατηρήσουν μια καλή ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής τους μπορεί να επηρεάζεται από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες όπως οικογενειακή κατάσταση, φύλο, ηλικία και μορφωτικό επίπεδο.

Εφόσον η νόσος δεν είναι προς το παρόν θεραπεύσιμη, η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει ως στόχο την διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των διαβητικών (Παπαδόπουλος και συν, 2007).

Η έρευνα των παραγόντων που επηρεάζουν και επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη βρίσκεται σε προτεραιότητα για την επιστημονική κοινότητα. Στην χώρα μας παρατηρείται έλλειμμα στις έρευνες που είναι προσανατολισμένες στο δεδομένο θέμα, σε αντίθεση με την διεθνή βιβλιογραφία όπου έχουν χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγια γενικά και ειδικά εννοιολογικά προσδιορισμένα στην συγκεκριμένη ασθένεια.

## **4)ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΑΓΩΓΗ**

### **4.1)ΟΡΙΣΜΟΣ**

Το τελευταίο καιρό η συμμόρφωση των ασθενών στην αντιδιαβητική τους αγωγή απασχολεί αρκετά την επιστημονική κοινότητα. Έχουν χρησιμοποιηθεί τρεις έννοιες για να περιγράψουν το φαινόμενο αυτό, οι οποίες είναι αυτής της προσήλωσης (adherence), της παραμονής (persistence) και της συμμόρφωσης (compliance) στην θεραπεία (Pharmaceutical Group,2008).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2003, η έννοια της προσήλωσης (adherence) αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο ένα άτομο με σακχαρώδη διαβήτη ακολουθεί τις οδηγίες ενός επαγγελματία υγείας όσον αφορά την θεραπευτική του αγωγή αλλά και την αλλαγή στον τρόπο ζωής του (World Health Organization, 2003). Με την έννοια παραμονή στην θεραπεία (persistence) αναφέρεται στον ασθενή που εξακολουθεί να χρησιμοποιεί το συνταγογραφούμενο φάρμακο(Pharmaceutical Group,2008). Τέλος ως συμμόρφωση (compliance) ορίζεται η υπακοή των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες και κατά πόσο ακολουθούν τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας όσο αφορά την αλλαγή του τρόπου ζωής τους ή την λήψη των φαρμάκων τους. Οι όροι "προσήλωση" (compliance) θεωρούνται συνώνυμες από τους επαγγελματίες υγείας και κατά κόρον από τους νοσηλευτές, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό χρησιμοποιεί την έννοια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για να τους περιγράψει (Alikari & Zyga, 2014).

Η συμμόρφωση ενός ασθενή στην αντιδιαβητική τους αγωγή μπορεί να εκτιμηθεί λαμβάνοντας υπόψη την αναλογία ή το ποσοστό του συνόλου των ημερών σε μια συγκεκριμένη περίοδο μέσα στην οποία κάνει λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Η μη συμμόρφωση στην αγωγή της θεραπείας του ποικίλει και κυμαίνεται 19%-46% για την αγωγή με ινσουλίνη και 13%-64% για αντιδιαβητικά δισκία (Salas et.al., 2009).Χωρίζεται σε σκόπιμη και μη σκόπιμη όταν αγνοούνται ή δεν κατανοούνται και ακολουθούνται λανθασμένα οι ιατρικές οδηγίες αντίστοιχα(Miller & Dimatteo, 2013). Σε ποσοστό >80% η συμμόρφωση αναφέρεται ως καλή ενώ <20% θεωρείται κακή (Pharmaceutical Group,2008). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση συμβαίνουν περίπου 194.500 θάνατοι κάθε χρόνο λόγω της μη σωστής λήψης φαρμάκων και της μη συμμόρφωσης στην θεραπεία (Η κακή συμμόρφωση επηρεάζει την υγεία του κάθε ατόμου αρνητικά αλλά και παράλληλα επιβαρύνει συχνά τα συστήματα περίθαλψης σε μια περίοδο κρίσης όπου η ανεύρεση πόρων συνεχώς προβάλλει. Σε έκθεσή της τον Μάιο του 2008 η φαρμακευτική ομάδα της Ευρώπης επισημαίνει σε μεγάλο ποσοστό την μέτρια και κακή συμμόρφωση των ασθενών στην θεραπευτική τους αγωγή και αναφέρει συχνά ότι οι επαγγελματίες υγείας εκτιμούν σε μεγάλο βαθμό την συμμόρφωση (Pharmaceutical Group,2008).

## **4.2) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΑΓΩΓΗ**

Είναι γεγονός ότι ο σακχαρώδης διαβήτης όταν συνοδεύεται από μη σοβαρές επιπλοκές είναι σχεδόν νόσος χωρίς συμπτώματα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της συμμόρφωσης των ασθενών καθώς οι ίδιοι μπορεί να θεωρήσουν ασήμαντη την τήρηση των δοθέντων οδηγιών και την λήψη των απαραίτητων φαρμάκων.

Επιπροσθέτως οι τιμές της γλυκοζηλιωμένης αιμοσφαιρίνης πιθανόν να επιδρούν στη συμμόρφωση. Έρευνες τους έδειξαν ότι οι τιμές της αρχικής γλυκοζηλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) σχετίζονται θετικά με μεγαλύτερη συμμόρφωση. Κατά την διάρκεια της διάγνωσης ασθενείς με χειρότερο γλυκαιμικό έλεγχο έχουν καλύτερη συμμόρφωση όσον αφορά την αγωγή τους. Το γεγονός αυτό οφείλεται κυρίως στην επιμονή των επαγγελματιών υγείας για την εντατικοποίηση της αγωγής στους ασθενείς με χειρότερο γλυκαιμικό έλεγχο.

Επίσης, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη έχουν συνήθως και άλλα προβλήματα όπως για παράδειγμα αρτηριακή υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, στεφανιαία νόσο έτσι ώστε να είναι απαραίτητο να λαμβάνουν μεγάλο αριθμό φαρμακευτικών δισκίων καθημερινά. Το γεγονός αυτό αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την συμμόρφωση.

Από την άλλη όμως θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για πολλά προβλήματα υγείας, δείχνουν πιο μεγάλη συμμόρφωση καθώς έχουν αποδεχτεί το γεγονός της “πολυφαρμακίας”. Σε μια έρευνα το 2003 που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε 128 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, δεν φαίνεται να επιβεβαιώθηκε η υπόθεση ότι η λήψη αντιδιαβητικών δισκίων συνδέεται με την πολυφαρμακία. Έτσι η πολυφαρμακία δεν αποτελεί ξεκάθαρο παράγοντα που επηρεάζει την συμμόρφωση των ασθενών.

Επιπλέον τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν πιο συχνά κατάθλιψη σε σύγκριση με τον γενικότερο πληθυσμό. Το αποτέλεσμα της μείζονος κατάθλιψης υπολογίζεται γύρω στο 15-20% στους διαβητικούς σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό που αγγίζει το 2-9%. Σύμφωνα με τις πρόσφατες έρευνες φαίνεται ότι το γεγονός αυτό προκαλεί μείωση της συμμόρφωσης.

Η συμμόρφωση των ασθενών στην αντιδιαβητική τους αγωγή εξαρτάται βέβαια και από το είδος του φαρμάκου που λαμβάνει για την νόσο. Έρευνες αναφέρουν ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν σουλφονουριές συμμορφώνονται πιο δύσκολα σε σύγκριση με εκείνους που λαμβάνουν μετφορμίνη. Σε μια ελληνική έρευνα του Καραμήτσου και των συνεργατών δεν προέκυψαν ουσιαστικές διαφορές όσον αφορά την συμμόρφωση λήψης διγουανιδών και σουλφονουριών. Ο Nirav και οι συνεργάτες του σε μια έρευνα τους που αποτελούνταν από 1.132 ασθενείς έδειξαν ότι έχουν αυξημένη συμμόρφωση στην μετφορμίνη ή/ και τις σουλφονουριές έναντι άλλες κατηγορίες αντιδιαβητικών φαρμάκων. Επιπροσθέτως έχει

σημειωθεί ότι όσο αυξάνεται η συχνότητα λήψης των αντιδιαβητικών φαρμάκων κατά την καθημερινότητα, τόσο μειώνεται η συμμόρφωση των ασθενών σε αυτά, ενώ η πλειοψηφία των ασθενών που λαμβάνουν ινσουλίνη επιθυμούν να ελαττώσουν τις ενέσεις κατά την διάρκεια της ημέρας. Παρολαυτά σε άλλη έρευνα αποδείχθηκε ότι η δυσκολία των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη που κάνουν τις ενέσεις αποτέλεσε βασικός παράγοντας για την βελτίωση της συμμόρφωσης. Παρά το γεγονός ότι φαντάζει παράδοξο με την πρώτη ματιά, πιθανόν να οφείλεται στην φρονίδα και περιποίηση των ατόμων αυτών από άλλα άτομα είτε είναι επαγγελματίες υγείας είτε από τους ίδιους τους συγγενείς.

Ένας ακόμα παράγοντας που ασκεί σημαντική επιρροή στη συμμόρφωση των ασθενών είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιδιαβητικών όπως η αύξηση σωματικού βάρους, κεφαλαλγία, διαταραχές στο γαστρεντερικό σύστημα, υπογλυκαιμίες και κατακράτηση υγρών. Ο φόβος της υπογλυκαιμίας είναι ουσιαστικός παράγοντας όσο αφορά την υποθεραπεία με ινσουλίνη όπως το άγχος για αύξηση σωματικού βάρους κυρίως σε κορίτσια νεαρής ηλικίας που έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών όπως το κόστος της θεραπείας γεγονός ου παρατηρείται και σε άλλες χρόνιες παθήσεις. Σε μια παλαιότερη μελέτη το 2008 που πήραν μέρος 1.132 ασθενείς η συμμόρφωση κυμαινόταν περίπου στο 89% σε περίπτωση που ο ασθενής έπρεπε να πληρώσει λιγότερο από 10 δολάρια, ενώ όταν το ποσό ήταν περισσότερο από το προαναφερθέν η συμμόρφωση έφτανε στο 77%. Αντίστοιχα σε μια έρευνα ελλήνων μελετητών το 2011 αναφέρεται ότι η μη συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος των αντιδιαβητικών δισκίων είχε ως αποτέλεσμα την μείωση της HbA1C κατά 0,6% και αύξηση της συμμόρφωσης κατά 30,5%.

Τέλος παράγοντες που έχουν άμεση σχέση με το σύστημα υγείας επηρεάζουν την συμμόρφωση. Οι ασθενείς λοιπόν όσο συνεπείς είναι με το χρονοδιάγραμμα παρακολούθησης τους από τους επαγγελματίες υγείας, τόσο πιο αυστηρά ακολουθούν την φαρμακευτική τους αγωγή και έχουν ως αποτέλεσμα μια καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση. Αυτό είναι πιθανό αποτέλεσμα της σωστής επικοινωνίας γιατρού ή θεραπευτικής ομάδας με τον ασθενή, την θέληση και δύναμη του να ελέγξει την πάθηση του, την καλύτερη και πιο ορθή πληροφόρησή του να έρχεται σε επαφή με το σύστημα υγείας. Ειδικά το τελευταίο έχει άμεση σχέση με το κόστος που προαναφέρθηκε καθώς συμπεραίνεται ότι όταν αυξάνεται η οικονομική επιβάρυνση του ασθενή ( κόστος επισκέψεων), μειώνεται η συχνότητα των επισκέψεων στον γιατρό του.

Ουσιαστικό ρόλο επίσης παίζει η επικοινωνία ανάμεσα στο γιατρό και κατόπιν φαρμακοποιό με τον ίδιο τον ασθενή. Ο ελλιπής χρόνος στην εκάστοτε επίσκεψη δεν δίνει την δυνατότητα στον γιατρό να εξηγήσει το όφελος και την χρησιμότητα της αντιδιαβητικής αγωγής. Ακόμη στις επόμενες επισκέψεις έπειτα από την αρχική συνταγογράφηση, ο ασθενής όσο αφορά την συμμόρφωση στην αγωγή του δεν ερωτάται αν ακολουθεί πιστά την φαρμακευτική του αγωγή, κάτι που στην συνέχεια δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί και από τον ίδιο τον φαρμακοποιό.

Συμπερασματικά είναι σημαντικό να αναπτυχθούν δομές και τεχνικές στα συστήματα υγείας που να βελτιώνουν την συμμόρφωση των ασθενών, παρά τα αίτια που υφίστανται και την



μειώνουν. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι όσο αυξάνεται η συμμόρφωση τόσο αυξάνεται και ο γλυκαιμικός έλεγχος. Σε μια άλλη έρευνα 3 ετών που έλαβαν μέρος 2.065 διαβητικοί τύπου 2, παρατηρήθηκε ότι η αυξημένη συμμόρφωση είχε σχέση με την μεγαλύτερη λήψη της αγωγής από τους ασθενείς σε κάθε ανευρεθείσα επιδείνωση του γλυκαιμικού ελέγχου. Ειδικότερα για την ινσουλίνη έχει σημειωθεί ότι αν παραλειφθούν 2,1 δόσεις την εβδομάδα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κατά 0,3% έως 0,4% και για τα ανάλογα ινσουλίνης υπερταχίας και βραδείας δράσης κατά 0,2% έως 0,3%.

Ακόμη η αυξημένη συμμόρφωση σχετίζεται με μειωμένες επισκέψεις σε τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, μειωμένες ημέρες νοσηλείας, λιγότερες επιπλοκές (αμφιβληστροειδοπάθεια, έλκη/ακρωτηριασμοί), και μειωμένες ημέρες εργασίας. Από αυτά συμπεραίνεται ότι η αυξημένη συμμόρφωση οδηγεί σε μείωση του οικονομικού κόστους.

### **4.3.) ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

#### **4.3.A) ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Στις μέρες μας υπάρχουν ποικίλοι τρόποι αύξησης της συμμόρφωσης των ασθενών στην αντιδιαβητική τους αγωγή. Αρχικά ρόλο ουσιαστικό έχει η καλή και σωστή επικοινωνία ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με το να αφιερώνεται ο κατάλληλος χρόνος για να δοθούν επεξηγήσεις που αφορούν τη φαρμακευτική αγωγή. Ο θεράπωντας γιατρός οφείλει να ορίζει τον σκοπό της θεραπείας, να επισημαίνει τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν και να ενημερώνουν για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που είναι πιθανόν να συμβούν. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται άνετα για να εκφράσει οποιαδήποτε απορία και ανησυχία τον διακατέχει στον θεράποντα γιατρό του. Ο γιατρός από την άλλη πλευρά οφείλει να ακούσει προσεκτικά τον ασθενή και να απαντήσει στις εκάστοτε απορίες του, έτσι ώστε αυτός μετά το πέρας της επίσκεψης να θέλει να ακολουθήσει πιστά την θεραπευτική του αγωγή. Επιπλέον είναι απαραίτητη η συνταγογράφηση των φαρμάκων κατά την διάρκεια της επίσκεψης και πιο πολύ η χορήγηση επαναλαμβανόμενης συνταγής. Όλα τα παραπάνω φυσικά απαιτούν ικανοποιητικό χρόνο πράγμα που είναι τις περισσότερες φορές δύσκολο στην καθημερινή κλινική πράξη.

Η διερεύνηση για παρουσία κατάθλιψης είναι κάτι το οποίο δεν λείπει από την επίσκεψη του ασθενούς. Ακόμη και η μείζων κατάθλιψη δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμη στους περισσότερους ασθενείς. Επιπροσθέτως είναι ουσιαστική η παραπομπή και η θεραπεία όπου χρειάζεται. Υπολογίζεται ότι σε επαρκή ψυχοθεραπεία βρίσκεται μόνο το 6,7% ενώ το 1/3 των διαβητικών με κατάθλιψη λαμβάνει αρκετή αντικαταθλιπτική αγωγή. Η βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων υπάρχει πιθανότητα να ωφελήσει τη συμμόρφωση.

Στους ασθενείς πρέπει να γίνονται προτάσεις όσο αφορά τις τεχνικές αυτοβοήθειας όπως για παράδειγμα συσκευές υπενθύμισης, λήψη φαρμάκων με συγκεκριμένη δραστηριότητα ή συγκεκριμένες ώρες κ.ά. Ωστόσο ο τρόπος χορήγησης της ινσουλίνης παίζει ουσιαστικό ρόλο στην συμμόρφωση των ασθενών στην αντιδιαβητική τους αγωγή.

Ακόμη ο φαρμακοποιός από την άλλη θα μπορούσε να παίζει σημαντικό ρόλο στην συμμόρφωση του ασθενή, καθώς αποτελεί συνήθως ένα πιο οικείο πρόσωπο αλλά και είναι πιο προσβάσιμος από τον γιατρό. Η συνάντηση μαζί του δεν απαιτεί ραντεβού. Είναι συχνό φαινόμενο τουλάχιστον στην Ελλάδα οι ασθενείς να ακολουθούν με μεγαλύτερη ευκολία συμβουλές που θα δωθούν από τον φαρμακοποιό παρά από τον γιατρό τους.

Ένας άλλος τρόπος βελτίωσης της συμμόρφωσης των ασθενών θα μπορούσε να θεωρηθεί η σύγχρονη τεχνολογία με την χρήση διαδικτύου και κινητής τηλεφωνίας. Αυτό φυσικά

προϋποθέτει αρκετή οργάνωση του συστήματος υγείας, κατάλληλη επιλογή ασθενών, κόστος και σχετικά μεγάλη δοκιμαστική περίοδο.

Ένα ακόμη σημαντικό μέτρο θα ήταν η διαδικτυακή σύνδεση των φαρμακείων με συγκεκριμένες συσκευές χορήγησης των δισκίων και ταυτόχρονα παρέμβαση με αποστολή μηνύματος (SMS) υπενθύμισης στο κινητό τηλέφωνο του ασθενή. Η τεχνική αυτή είναι σχετικά εύκολα εφαρμόσιμη. Παρεμβάσεις από επαγγελματίες υγείας, όπως του οικογενειακού γιατρού, μέσω τηλεφώνου, θα μπορούσαν επίσης να οδηγήσουν σε αύξηση της συμμόρφωσης των ασθενών.

Η διαθεσιμότητα περισσότερων δισκίων σε κάθε συσκευασία θα μπορούσε να αυξήσει την συμμόρφωση και να μειώσει την ανάγκη για ανανέωση της συνταγής με αποτέλεσμα να απαλλάσσει τον ασθενή από διαδικασίες που απαιτούν αρκετό χρόνο. Επιπλέον η παραγωγή δισκίων που εμπεριέχουν περισσότερες της μίας δραστικές ουσίες υπάρχει πιθανότητα να βελτιώσει την συμμόρφωση. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν κάποιοι ενδοιασμοί όσον αφορά το μέγεθος των χαπιών, τι ανεπιθύμητες ενέργειες, τις αλλεργικές αντιδράσεις, την δυσκολία στην ευελιξία της δόσης και την ώρα χορήγησης κατά την διάρκεια της ημέρας. (Ε.ΚΕ.ΔΙ.,2012)

### 4.3.B) ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Έρευνες που απευθύνονται σε ενήλικες και παιδιά δείχνουν τον σημαντικό ρόλο που έχει η υποστήριξη της οικογένειας για την επίτευξη της καλύτερης έκβασης της ασθένειας. Αρκετοί παράγοντες της οικογενειακής σχέσης φαίνεται να έχουν άμεση σχέση με την πορεία της ασθένειας. Ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται η οικογένεια υπάρχει πιθανότητα να έχει είτε ενθαρρυντικές είτε επιβλαβείς επιπτώσεις στην συμπεριφορά, στην ευεξία αλλά και την υγεία του ασθενή. Στην αντιμετώπιση της ασθένειας δείχνει να συμβάλλουν σημαντικά παράγοντες όπως η ενθάρρυνση και άμεση επικοινωνία, αμοιβαιότητα και η συνεκτικότητα της οικογένειας. Η υποστήριξη της οικογένειας έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την συμπεριφορά των ασθενών όσον αφορά τη θεραπεία και να συμβάλει στην επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. Αυτό συμβαίνει με το να αναλαμβάνουν μέλη της οικογένειας τον καθορισμό των ραντεβού με τον γιατρό, να βοηθούν τους πάσχοντες να ακολουθούν το σωστό πρόγραμμα ρύθμισης του διαβήτη τους, και ταυτόχρονα να δημιουργούν το κατάλληλο περιβάλλον για την ενίσχυση της συμμόρφωσης. Επιπροσθέτως απαραίτητη είναι η υποστήριξη της οικογένειας στην σωστή προετοιμασία των τροφίμων, στον έλεγχο αν πραγματοποιήθηκε η άσκηση, στην ορθή λήψη φαρμακευτικής αγωγής, στον έλεγχο του σακχάρου στο αίμα (Mayberry & Osborn,2012) αλλά και σε γενικότερο πλαίσιο εάν ο ασθενής έχει συμμορφωθεί στην θεραπεία του.(Watanabe et al 2010) Η οικογένεια συμβάλει κατά κόρον όχι στην προσαρμογή της ζωής του στο διαβήτη αλλά του διαβήτη στην ζωή τους.

Σε αντίθεση υπάρχουν συμπεριφορές προερχόμενες από την οικογένεια, οι οποίες μπορεί να είναι επιβλαβείς στην θεραπεία του ασθενή (Mayberry & Osborn,2012) . Η τελειομανία και η ακαμψία, η κριτική και η επίπληξη, αλλά και η ελλιπής οικογενειακή υποστήριξη που οδηγούν σε χειρότερη έκβαση της ασθένειας. (Watanabe et al 2010) Τα μέλη της οικογένειας υπάρχει πιθανότητα να φέρουν εμπόδια στην προσπάθεια αυτοφροντίδας των ασθενών είτε με το να παροτρύνουν τους ασθενείς να τρώνε ανθυγιεινά- απαγορευτικά φαγητά, είτε με το να ετοιμάζουν ανθυγιεινά γεύματα είτε με το να αμφισβητούν την ανάγκη τους για λήψη φαρμάκων.(Mayberry et.al,2014) Ακόμη μπορεί να φέρνουν αντιρρήσεις όσο αφορά την συμμόρφωση των ασθενών στην αντιδιαβητική τους αγωγή(Mayberry & Osborn,2014) με αποτέλεσμα να προκαλούνται σχέσεις ανταγωνισμού. Τα μέλη στην της οικογένειας για παράδειγμα, μπορεί να μην επιθυμούν να ακολουθήσουν την υγιεινή διατροφή που πρέπει να ακολουθήσει ο ίδιος ο ασθενής. Η συμμετοχή σε εκδηλώσεις όπως γενέθλια, γιορτές, η επιθυμία της οικογένειας να λαμβάνουν έτοιμες τροφές και η ελλιπής στήριξη και κατανόηση από την οικογένεια εμποδίζουν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη να έχουν μια σωστή διατροφή .(Wong, 2005)

Τέτοιο είδους σχέσεις προκαλούν άγχος στους ασθενείς και τους ασκούν αρνητική επιρροή στην προσπάθεια τους να φέρουν σε μια ισορροπία τους οικογενειακούς ρόλους και τις απαιτήσεις στην ασθένεια.(Miller, 2013) Όλα τα παραπάνω οδηγούν σε ενδοοικογενειακές διαμάχες , οι οποίες δεν βοηθούν στην συμμόρφωση.(DiMatteo, 2004)

Οι οικογένειες οι οποίες έχουν κάποιο μέλος με σακχαρώδη διαβήτη οφείλουν:

- Να πληροφορηθούν ανάλογα και σωστά για την ασθένεια αυτή (συμπτώματα, επιπλοκές, τρόποι θεραπείας, φάσεις ασθένειας, εναλλακτικές μορφές φροντίδας και θεραπείας)
- Να αποδεχτούν και να υιοθετήσουν καινούργιες συνήθειες στον τρόπο ζωής τους αλλά ταυτόχρονα να μάθουν τρόπους αντιμετώπισης της ασθένειας αλλά και των επακολουθών της (κοινωνικά, συναισθηματικά, οικονομικά) (Σαπουντζή-Κρέπια 2004)

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να έχουν επίγνωση των επιθυμιών αλλά και των αναγκών του ασθενούς και της οικογένειάς του προκειμένου να παρέμβει για να ενισχύσει το υποστηρικτικό δίκτυο του χρονίως πάσχοντα και της οικογένειάς του. Για αυτό οφείλει :

- Να διευκρινίσει τους σκοπούς σε προσιτά και εύκολα βήματα
- Να διδάξει στην οικογένεια τι πρέπει να κάνει για τον εαυτό της, την πρόοδο και την εξέλιξη της
- Να εξηγήσει με σαφήνεια τους στόχους
- Να μην έχει μεγάλες προσδοκίες
- Να είναι ικανοποιημένος ακόμα και με την επίτευξη μικρών αλλά εξίσου σημαντικών αλλαγών
- Να είναι ελαστικός και όχι άκαμπτος. (Σαπουντζή-Κρέπια 2003)

### 4.3.Γ) ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ

Η κοινωνική στήριξη είναι ένα εξίσου σημαντικό θέμα για τους ασθενείς με χρόνια ασθένεια. Όπως έχει αναφερθεί ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια ασθένεια η οποία επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες αλλά κυρίως από την οικογένεια του ασθενούς και τους φίλους του. Θεωρείται ότι η επιρροή από τους φίλους και την οικογένεια παίζει πολύ ουσιαστικό ρόλο στην καλύτερη έκβαση της ασθένειας. Ακόμη η κοινωνική υποστήριξη προερχόμενη από τα τηλεφωνική επικοινωνία, το Διαδίκτυο ή άλλους τρόπους φαίνεται να ωφελεί την αυτοδιαχείριση της ασθένειας.

Σημαντικό ρόλο παίζουν οι φίλοι των ασθενών για τους ασθενείς στο να θέτουν ή όχι σε εφαρμογή την θεραπεία. Μια αρνητική κριτική είναι πολύ πιθανό να αποθαρρύνει τους ασθενείς να μην ακολουθήσουν σωστά ή και καθόλου την θεραπεία τους , ενώ συμβαίνει το αντίθετο όταν τους ενθαρρύνουν συναισθηματικά ( Bearman & La Greca 2002). Η προσφορά των φίλων στον ορθό μεταβολικό έλεγχο και την ψυχολογική υποστήριξη είναι αρκετά σημαντική για τους ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. (Kakleas et al 2009)

Σε μια έρευνα αναφέρθηκε ότι η σύγκρουση μεταξύ φίλων προκάλεσε πτώση της ψυχολογικής ευεξίας και επιδείνωση του μεταβολικού ελέγχου που είχε διάρκεια πάνω από ένα χρόνο στα άτομα με διαβήτη. Όπως φάνηκε οι προβληματικές σχέσεις με τους φίλους συσχετίζονται με την ψυχολογική καταπόνηση των ασθενών. ( Helgeson et al 2007 )

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **5)ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **5.1)ΣΚΟΠΟΣ**

Κύριος σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση και η καταγραφή της σχέσης μεταξύ της συμμόρφωσης των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στην φαρμακευτική τους αγωγή με την ποιότητα της ζωής τους.

Κύρια ερευνητικά ερωτήματα θεωρούνται τα εξής:

A) Κατά πόσο έχουν συμμορφωθεί οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στην θεραπευτική τους αγωγή;

B) Η συμμόρφωση αυτή έχει επηρεάσει καθόλου την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών;

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως συμμόρφωση ορίζεται ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ακολουθεί τις οδηγίες ενός επαγγελματία υγείας, όσον αφορά την θεραπευτική του αγωγή, αλλά και την αλλαγή στον τρόπο ζωής του καθώς αυτό επιδρά σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής του στην οποία περιλαμβάνονται σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες.

#### **5.2)ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ**

Στη συγκεκριμένη μελέτη έλαβαν μέρος 100 ασθενείς άνω των 18 ετών που έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και επισκέφτηκαν το διαβητολογικό ιατρείο του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΑΝΘ) ‘‘Θεαγένειο’’ από την χρονική περίοδο Μαρτίου του 2019 μέχρι τον Ιούλιο του 2019. Τα κριτήρια εισόδου στην έρευνα αποτέλεσαν η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, η γνώση ελληνικής γλώσσας και η εκούσια συμμετοχή των ασθενών στην μελέτη.

#### **5.3) ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ**

Το ανώνυμο ερωτηματολόγιο που αφορούσε την ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 διανεμήθηκε σχετικά με το θέμα χωρίζεται σε 2 τμήματα. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από ερωτήσεις που σχετίζονται με τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, αλλά και τις συνήθειες για τις οποίες έχει ενστερνιστεί ο καθένας τους ξεχωριστά στην καθημερινή τους ζωή. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν την υγεία. Το τρίτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από ερωτήσεις για τον σακχαρώδη διαβήτη, την θεραπευτική αγωγή και για την ύπαρξη ή όχι επιπλοκών.

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα ανάλυσης για έρευνες κοινωνικών επιστημών Statistical Package for Social Sciences, SPSS 25. Τα στοιχεία των ασθενών παρουσιάζονται αρχικά υπό μορφή πίνακα και

στη συνέχεια ακολουθεί η περιγραφική στατιστική για τις διάφορες μεταβλητές. Στη συνέχεια μελετήθηκε για το εάν υφίσταται κάποια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών.

#### **5.4) ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η συμμετοχή και η συμπλήρωση ερωτηματολογίων ήταν εθελοντική. Ήταν όλοι οι ασθενείς ενήμεροι εξαρχής για τον σκοπό της έρευνας και την εμπιστευτικότητα. Στην έρευνα δεν θα γίνει καμία αναφορά στο ονοματεπώνυμο τους ή άλλων προσωπικών στοιχείων. Η υγεία τους δεν διέτρεξε κάποιο κίνδυνο ούτε επιβαρύνθηκαν με κάποιο οικονομικό κόστος.

#### **5.5) ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Στην παρούσα εργασία ο περιορισμός αφορά το μικρό μέγεθος δείγματος, κάτι το οποίο δεν μας δίνει την δυνατότητα να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα για την συμμόρφωση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στην θεραπευτική τους αγωγή αλλά και την επιρροή που έχει στην ποιότητα ζωής τους. Με τον τρόπο αυτό απαιτούνται περισσότερες και μεγαλύτερου εύρους έρευνες για το συγκεκριμένο θέμα.



## 6) ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

### 6.1) ΑΤΟΜΙΚΑ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

#### Πίνακας 1

Το δείγμα στο οποίο βασίζεται η παρούσα έρευνα είναι 99 συμμετέχοντες εκ των οποίων το 1%(N=1) κυμαίνεται από 30 με 45 χρονών, το 23,3%(N=23) είναι ανάμεσα στα 45 έως 60 ετών, από 61 μέχρι 75 χρόνων φτάνει το μεγαλύτερο ποσοστό στο 55,6% (N=55), ενώ το υπόλοιπο 20,2%( N=20) βρίσκεται ανάμεσα στην ηλικία 76 με 90.

		Ηλικία ομαδοποιημένη			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	30-45	1	1,0	1,0	1,0
	45-60	23	23,2	23,2	24,2
	61-75	55	55,6	55,6	79,8
	76-90	20	20,2	20,2	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

ΜΟ 67,9 Τυπική Απόκλιση 10,4

#### Πίνακας 2

Εκ των 99 συμμετεχόντων, το 37,4% (N=37) είναι άντρες και το 62,6% (N=62) γυναίκες.

		Φύλο		
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Αντρας	37	37,4	37,4
	Γυναίκα	62	62,6	62,6
	Total	99	100,0	100,0

#### Πίνακας 3

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των 99 ατόμων με διαβήτη τύπου 2 που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο το 18,2% (N=18) ζει μόνο του ενώ το υπόλοιπο 81,8% (N= 81) είναι έγγαμο.

		Οικογενειακή κατάσταση		
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Άγαμος	10	10,1	10,1

Έγγαμος	76	76,8	76,8
Διαζευγμένος	4	4,0	4,0
Χηρεία	9	9,1	9,1
Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 4

Συμπεραίνεται από τον παρακάτω πίνακα ότι το 59,6% (N=56) των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ζούνε στην πόλη ενώ το 24,2 % (N=24) και το 15,2% (N=15) βρίσκονται σε ημιαστική και αγροτική περιοχή αντίστοιχα.

		Ζείτε		
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Μόνος	18	18,2	18,2
	Όχι μόνος	81	81,8	81,8
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 5

Σύμφωνα με τον επόμενο πίνακα το 59,6% (N=59) των συμμετεχόντων μένει σε πόλεις, το 24,2% (N=24) κάνει ημιαστική ζωή ,ενώ μόλις το 15,2% (N=15) κάνει αγροτική ζωή.

		Τόπος διαμονής			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Αστική	59	59,6	59,6	59,6
	Ημιαστική	24	24,2	24,2	83,8
	Αγροτική	15	15,2	15,2	99,0
	99,00	1	1,0	1,0	100,0
Total	99	100,0	100,0		

## Πίνακας 6

Διαπιστώνεται ότι το 40,8% (N=40) είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 6,1% (N=6) απόφοιτοι γυμνασίου, το 25,5% (N=25) έχουν τελειώσει το λύκειο, το 25,5% (N=25) έχουν τελειώσει ανώτερη/ανωτάτη εκπαίδευση ενώ ορισμένοι έχουν και τίτλο μεταπτυχιακό ποσοστό που φθάνει το 4,1% (N=4).

### Επίπεδο εκπαίδευσης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημοτικό	40	40,4	40,8	40,8
	Γυμνάσιο	6	6,1	6,1	46,9
	Λύκειο	25	25,3	25,5	72,4
	Ανώτερη/Ανώτατη	23	23,2	23,5	95,9
	Μεταπτυχιακό	4	4,0	4,1	100,0
	Total	98	99,0	100,0	
Missing	Δεν απαντώ	1	1,0		
Total		99	100,0		

### Πίνακας 7

Σε ότι αφορά την κατάσταση ασφάλισης τους το 86,7% (N=85) των ανθρώπων που αφιέρωσαν χρόνο στο ερωτηματολόγιο δήλωσαν ότι είναι ασφαλισμένοι στο δημόσιο, το 6,1% (N=6) ότι έχουν ιδιωτική ασφάλεια ενώ μόλις το 7,1% (N=7) έχουν και ιδιωτική αλλά και δημόσια ασφάλεια.

### Κατάσταση ασφάλισης

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Δημόσια	85	85,9	86,7
	Ιδιωτική	6	6,1	6,1
	Δημόσια και Ιδιωτική	7	7,1	7,1
	Total	98	99,0	100,0
Missing	Δεν απαντώ	1	1,0	
Total		99	100,0	

### Πίνακας 8

Σε ότι αφορά το βάρος το 26,3% (N=26) κυμαίνονται από 47kg έως 70kg, το 32,3% (N=32) είναι 71kg έως 85kg, το 25,3%(N=25) βρίσκονται ανάμεσα στα 86-100kg, ενώ μόνο το 16,2% (N=16) κυμαίνονται από 101kg έως 130kg.

### Βάρος ομαδοποιημένο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	47-70	26	26,3	26,3	26,3
	71-85	32	32,3	32,3	58,6
	86-100	25	25,3	25,3	83,8

101-130	16	16,2	16,2	100,0
Total	99	100,0	100,0	

Μέσος Όρος 83,6 Τυπική Απόκλιση 17,3

## Πίνακας 9

Όσον αφορά το ύψος το 34,3%(N=34) των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχει 1.40cm -1.60cm, το 38,4%(N=38) έχουν ύψος 1.61cm έως 1.70cm και το 27,3% (N=27) κυμαίνονται ανάμεσα στο 1.71 cm και το 1.90cm.

### Ύψος ομαδοποιημένο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	140-160	34	34,3	34,3	34,3
	161-170	38	38,4	38,4	72,7
	171-190	27	27,3	27,3	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Μέσος Όρος 165,3 Τυπική Απόκλιση 9,3

## Πίνακας 10

Από τον παρακάτω πίνακα συμπεραίνεται ότι το 16,3%(N=16) των ασθενών έχει δείκτη μάζα σώματος (ΔΜΣ) μέχρι 25, το 65,3%(N=64) βρίσκεται από 25 μέχρι 35 ,ενώ ταυτόχρονα το 18,4% πάνω από 35.

### Δείκτης μάζας σώματος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μέχρι 25	16	16,2	16,3	16,3
	25-35	64	64,6	65,3	81,6
	πάνω από 35	18	18,2	18,4	100,0
	Total	98	99,0	100,0	
Missing	Δεν απαντώ	1	1,0		
Total		99	100,0		

## Πίνακας 11

Διαπιστώνεται ότι το 3,1%(N=3) των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη είναι χωρίς εργασία , το 14,4 (N=14) ασχολούνται με τα οικιακά, το 16,5% (N=16) είναι δημόσιοι υπάλληλοι ενώ μόλις το 6,2%(N=6) ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα. Ακόμη το 1%(N=1) ασχολούνται με αγροτικές εργασίες, ενώ στο ίδιο ποσοστό κυμαίνονται και οι ελεύθεροι επαγγελματίες που ασχολούνται με το εμπόριο. Από την άλλη όμως το 2,1%(N=2) είναι οι ελεύθεροι

επαγγελματίες που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών, αλλά στο μεγαλύτερο ποσοστό βρίσκονται οι συνταξιούχοι με 55,7%(N=54)

### Επαγγελματική κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ανεργος	3	3,0	3,1
	Οικιακά	14	14,1	14,4
	Δημόσιος υπάλληλος	16	16,2	16,5
	Ιδιωτικός υπάλληλος	6	6,1	6,2
	Αγρότης	1	1,0	1,0
	Ελεύθερος επαγγελματίας-Εμπόριο	1	1,0	1,0
	Ελεύθερος επαγγελματίας-παροχή υπηρεσιών	2	2,0	2,1
	Συνταξιούχος	54	54,5	55,7
	Total	97	98,0	100,0
	Missing	Δεν απαντώ	2	2,0
Total		99	100,0	

### Πίνακας 12

Σε ότι αφορά το μηνιαίο εισόδημα το 22%(N=18) από τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 λαμβάνουν λιγότερο από 600 ευρώ, το 48,8%(N=40) παίρνουν από 601 ευρώ μέχρι 1000 ευρώ, το 24,4%(N=20) κυμαίνεται ανάμεσα στα 1001 ευρώ έως τα 1500, ενώ μόνο στο 4,9% (N=4) ο μισθός του μήνα φθάνει περισσότερο από 1501 ευρώ.

### Μηνιαίο εισόδημα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λιγότερο από 600	18	18,2	22,0	22,0
	601-1000	40	40,4	48,8	70,7
	1001-1500	20	20,2	24,4	95,1
	Περισσότερο από 1501	4	4,0	4,9	100,0
	Total	82	82,8	100,0	
Missing	Δεν απαντώ	17	17,2		
Total		99	100,0		

## 6.2) ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

### ΔΙΑΒΗΤΗΣ-ΓΙΑΤΡΟΣ

#### Πίνακας 13

Εκ των 99 ασθενών το 35,4% (N=35) πάσχει από διαβήτη 1 με 5 χρόνια, το 37,4% 9(N=37) 6 έως 15 χρόνια ενώ το 27,3% (N=27) 16 έως 43 χρόνια.

Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5	35	35,4	35,4	35,4
	6-15	37	37,4	37,4	72,7
	16-43	27	27,3	27,3	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Μέσος Όρος 12,1 Τυπική Απόκλιση 10,3

#### Πίνακας 14

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι από τους 99 συμμετέχοντες το 69,7% (N=69) έχει τον ίδιο γιατρό σε αντίθεση με το υπόλοιπο 30,3% (N=30).

Έχετε τον ίδιο γιατρό;				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	69	69,7	69,7
	Όχι	30	30,3	30,3
	Total	99	100,0	100,0

#### Πίνακας 15

Από τα 99 άτομα το 31,9% (N=22) παρακολουθούνται 1 χρόνο από τον ίδιο γιατρό, το 40,6% (N=28) παρακολουθούνται 2 χρόνια από τον ίδιο επαγγελματία υγείας και το 27,5%(N=19) έχουν 3 έτη τον ίδιο γιατρό.

Πόσα έτη έχετε τον ίδιο γιατρό;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	22	22,2	31,9	31,9
	2,00	28	28,3	40,6	72,5
	3,00	19	19,2	27,5	100,0
	Total	69	69,7	100,0	

Missing	System	30	30,3	
Total		99	100,0	

## Πίνακας 16

Στο παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι από τους 99 συμμετέχοντες διαπιστώνεται ότι το 21,6% (N=21) επισκέφτηκαν τον γιατρό τους 1 φορά τον χρόνο, το 42,3% (N=41) 2 φορές τον χρόνο, το 11,3% (N=11) 3 φορές τον χρόνο, το 13,4% (N=13) 4 φορές τον χρόνο ενώ το 11,3% (N=11) πήγαν στον γιατρό τους από 5 έως 24 φορές τον χρόνο.

### Πόσες φορές το χρόνο επισκεφτήκατε το γιατρό σας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	21	21,2	21,6	21,6
	2,00	41	41,4	42,3	63,9
	3,00	11	11,1	11,3	75,3
	4,00	13	13,1	13,4	88,7
	5-24	11	11,1	11,3	100,0
	Total	97	98,0	100,0	
Missing	System	2	2,0		
Total		99	100,0		

## ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

### Πίνακας 17

Από τους 99 ασθενείς που έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 το 12,1% (N=12) έχει καρδιακή ανεπάρκεια σε αντίθεση με το 87,9% (N=87).

### Καρδιακή ανεπάρκεια

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	12	12,1	12,1
	Όχι	87	87,9	87,9
	Total	99	100,0	100,0

### Πίνακας 18

Από τα 99 άτομα που συμμετείχαν στο ερωτηματολόγιο διαπιστώνεται ότι το 10,1%(N=10) έχουν στεφανιαία νόσος έναντι του υπόλοιπου 89,9% (N=89).

<b>Στεφανιαία νόσος</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	10	10,1	10,1
	Όχι	89	89,9	89,9
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 19

Στον επόμενο πίνακα αναφέρεται ότι το 74,7%(N=74) από τους 99 συμμετέχοντες έχει υπέρταση, ενώ το 25,3% (N=25) δεν έχει.

<b>Υπέρταση</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	74	74,7	74,7
	Όχι	25	25,3	25,3
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 20

Σύμφωνα με τον επόμενο πίνακα από τους 99 συμμετέχοντες το 76,8% (N=76) ρυθμίζει την αρτηριακή του πίεση σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού έναντι του 23,2%(N=23).

**Ρυθμίζετε σωστά την αρτηριακή σας πίεση σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού;**

<b>Ρυθμίζετε σωστά την αρτηριακή σας πίεση σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού;</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	76	76,8	76,8
	Όχι	23	23,2	23,2
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 21

Όσον αφορά τον επόμενο πίνακα διαπιστώνεται ότι το 55,6%(N=55) έχει υπερλιπιδαιμία σε αντίθεση με το υπόλοιπο 44,4% (N=44).

<b>Έχετε υπερλιπιδαιμία;</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent



Valid	Ναι	55	55,6	55,6
	Όχι	44	44,4	44,4
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 22

Συμπεραίνεται από τον επόμενο πίνακα ότι από τα 99 άτομα που έχουν υπερλιπιδαιμία το 54,5% (N=54) ακολουθούν σωστά την αγωγή του γιατρού, ενώ το 45,5% (N=45) δεν την ακολουθούν τις οδηγίες του επαγγελματία υγείας.

### Αν ναι, ακολουθείτε σωστή την αγωγή του γιατρού;

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	54	54,5	54,5
	Όχι	45	45,5	45,5
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 23

Εκ των 99 ασθενών που έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 το 7,1% (N=7) αναφέρεται ότι είχε κάποιο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε αντίθεση με το υπόλοιπο 92,9% (N=92).

### Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	7	7,1	7,1
	Όχι	92	92,9	92,9
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 24

Στον επόμενο πίνακα αναφέρεται ότι το 12,1% (N=12) από τους 99 συμμετέχοντες έχουν ακράτεια ούρων, έναντι του 87,9% (N=87).

### Ακράτεια ούρων

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	12	12,1	12,1
	Όχι	87	87,9	87,9
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 25

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι μόνο το 9,1% (N=9) εκ των 99 ατόμων που συμμετείχαν στα ερωτηματολόγια έχει σοβαρή νεφρική νόσο, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό που φτάνει το 90,9% (N=90) δεν έχει.

<b>Σοβαρή νεφρική νόσος</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	9	9,1	9,1
	Όχι	90	90,9	90,9
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 26

Από τα 99 άτομα που απάντησαν στα ερωτηματολόγια διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία δεν έχει απώλεια νεφρού φτάνοντας το 98% (N=97), ενώ μόνο το 2% (N=2) συμπεραίνεται ότι δεν έχει.

<b>Απώλεια νεφρού</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	2	2,0	2,0
	Όχι	97	98,0	98,0
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 27

Στον επόμενο πίνακα επισημαίνεται ότι το 3% (N=3) πάσχουν από χρόνια λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος, σε αντίθεση με το 97% (N=96).

<b>Χρόνια λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	3	3,0	3,0
	Όχι	96	97,0	97,0
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 28

Όσον αφορά τον παρακάτω πίνακα από τους 99 συμμετέχοντες το 7,1% (N=7) πάσχει από τύφλωση ενώ το 92,9% (N=92) δεν πάσχει.

<b>Τύφλωση</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent

Valid	Ναι	7	7,1	7,1
	Όχι	92	92,9	92,9
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 29

Παρακάτω συμπεραίνεται ότι το 27,3% (N=27) των ασθενών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχουν ορισμένες διαταραχές στην όραση τους, κάτι το οποίο έρχεται σε αντίθεση με το 72,7% (N=72).

### Διαταραχές στην όραση

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	27	27,3	27,3
	Όχι	72	72,7	72,7
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 30

Εκ των 99 ατόμων διαπιστώνεται ότι το 13,1% (N=13) πάσχει από νευροπάθεια ενώ το 86,9% (N=86) δεν πάσχει.

### Νευροπάθεια

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	13	13,1	13,1
	Όχι	86	86,9	86,9
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 31

Στον επόμενο πίνακα αναφέρεται ότι από τους 99 συμμετέχοντες το 19,2% (N=19) πάσχουν από αγγειοενύρωση, έναντι του 80,9% (N=80).

### Αγγειοενύρωση

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	19	19,2	19,2
	Όχι	80	80,8	80,8
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 32

Από τους 99 ασθενείς που απάντησαν στα ερωτηματολόγια το 19,2% (N=19) έχουν ορισμένα συμπτώματα κατάθλιψης αλλά το 80,9% (N=80) δεν έχει εμφανίσει.

		Κατάθλιψη		
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	19	19,2	19,2
	Όχι	80	80,8	80,8
	Total	99	100,0	100,0

## **ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

### **Πίνακας 33**

Στον παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται ότι εκ των 99 ατόμων που ήταν πρόθυμοι και απάντησαν τα ερωτηματολόγια το 11,1% (N=11) δεν ακολούθησε υγιεινή διατροφή την τελευταία εβδομάδα, το 2% (N=2) έκανε υγιεινή διατροφή 1 φορά την εβδομάδα, το 7,1% (N=7) 2 φορές την εβδομάδα, το 5,1% (N=5) 3 φορές την εβδομάδα, το 12,1% (N=12) 4 φορές την εβδομάδα και το ίδιο ποσοστό 5 φορές την εβδομάδα, το 11,1% (N=11) 6 φορές την εβδομάδα ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό 39,4% (N=39) ακολούθησε διατροφή 7 φορές τις τελευταίες 7 ημέρες.

#### **Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα ακολουθήσατε υγιεινή διατροφή;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	11	11,1	11,1	11,1
	1,00	2	2,0	2,0	13,1
	2,00	7	7,1	7,1	20,2
	3,00	5	5,1	5,1	25,3
	4,00	12	12,1	12,1	37,4
	5,00	12	12,1	12,1	49,5
	6,00	11	11,1	11,1	60,6
	7,00	39	39,4	39,4	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

### **Πίνακας 34**

Στον επόμενο πίνακα διαπιστώνεται ότι από τους 99 ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 το 5,1% (N=5) δεν κατανάλωσε καθόλου λαχανικά ή φρούτα μέσα στην εβδομάδα, το 2% (N=2) έφαγε 2 φορές την εβδομάδα φρούτα ή λαχανικά, το 7,1% (N=7) 3 φορές την εβδομάδα, το 5,1% (N=5) 4 φορές την εβδομάδα, το 9,1% (N=9) 5 φορές την εβδομάδα, το 13,1% (N=13) 6 φορές την εβδομάδα και ο 56,6% (N=58) 7 φορές τις τελευταίες 7 ημέρες.

#### **Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα καταναλώσατε πέντε ή περισσότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	5	5,1	5,1	5,1

2,00	2	2,0	2,0	7,1
3,00	7	7,1	7,1	14,1
4,00	5	5,1	5,1	19,2
5,00	9	9,1	9,1	28,3
6,00	13	13,1	13,1	41,4
7,00	58	58,6	58,6	100,0
Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 35

Όσον αφορά τους 99 συμμετέχοντες το 14,1% (N=14) δεν κατανάλωσε φαγητά με υψηλά λιπαρά την τελευταία εβδομάδα, το 9,1% (N=9) έφαγε την τελευταία εβδομάδα 1 φορά φαγητά με υψηλά λιπαρά, το 20,2% (N=20) 2 φορές την εβδομάδα, το 16,2% (N=16) 3 φορές την εβδομάδα, το 11,1% (N=11) 4 φορές την εβδομάδα, όπως και εκείνοι που κατανάλωσαν 5 φορές την τελευταία εβδομάδα τέτοιου είδους φαγητά, το 9,1% (N=9) 6 φορές την εβδομάδα και το 9,1% (N=9) 7 φορές τις τελευταίες 7 ημέρες.

#### Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα καταναλώσατε φαγητά με υψηλά λιπαρά;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	14	14,1	14,1	14,1
	1,00	9	9,1	9,1	23,2
	2,00	20	20,2	20,2	43,4
	3,00	16	16,2	16,2	59,6
	4,00	11	11,1	11,1	70,7
	5,00	11	11,1	11,1	81,8
	6,00	9	9,1	9,1	90,9
	7,00	9	9,1	9,1	100,0
Total		99	100,0	100,0	

### Πίνακας 36

Στον επόμενο πίνακα φαίνεται ότι από τους 99 συμμετέχοντες το 16,2% (N=16) δεν μοίρασε την τελευταία εβδομάδα τα γεύματα σε ίσες ποσότητες υδρογονανθράκων. Από την άλλη το 1% (N=1) μοίρασε τα γεύματα σε ίσες ποσότητες υδρογονανθράκων 1 φορά την εβδομάδα, το 4% (N=4) μοίρασε 2 φορές, το 12,1% (N=12) μοίρασε 3 φορές, το 12,1% (N=12) 4 φορές, το 18,2% (N=18) 5 φορές, το 15,2% (N=15) 6 φορές και το 21,2% (N=21) 7 φορές.

#### Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα μοιράσατε τα γεύματά σας σε ίσες ποσότητες υδρογονανθράκων;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	16	16,2	16,2	16,2

1,00	1	1,0	1,0	17,2
2,00	4	4,0	4,0	21,2
3,00	12	12,1	12,1	33,3
4,00	12	12,1	12,1	45,5
5,00	18	18,2	18,2	63,6
6,00	15	15,2	15,2	78,8
7,00	21	21,2	21,2	100,0
Total	99	100,0	100,0	

## **ΑΣΚΗΣΗ**

### **Πίνακας 37**

Στον επόμενο πίνακα διαπιστώνεται ότι από τους 99 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 το 30,3% (N=30) δεν αφιέρωσαν 30 λεπτά συνεχόμενα για φυσική άσκηση την τελευταία εβδομάδα, το 11,1% (N=11) ξόδεψαν 30 λεπτά έστω μια φορά τις τελευταίες 7 ημέρες, το 6,1% (N=6) 2 φορές την εβδομάδα, το 8,1% (N=8) 3 φορές την εβδομάδα, το 11,1% (N=11) αφιέρωσαν 4 φορές την εβδομάδα, το 7,1 % (N=7) 5 φορές την εβδομάδα, το 3% (N=3) 6 φορές την εβδομάδα και το 23,2% (N=23) 7 φορές τις τελευταίες 7 ημέρες.

#### **Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα ξοδέψατε 30 συνεχή λεπτά για φυσική άσκηση;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	30	30,3	30,3	30,3
	1,00	11	11,1	11,1	41,4
	2,00	6	6,1	6,1	47,5
	3,00	8	8,1	8,1	55,6
	4,00	11	11,1	11,1	66,7
	5,00	7	7,1	7,1	73,7
	6,00	3	3,0	3,0	76,8
	7,00	23	23,2	23,2	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 38

Στον επόμενο πίνακα αναφέρεται ότι από τους 99 ασθενείς το μεγαλύτερο ποσοστό τους που φθάνει το 77,8% (N=77) δεν έχουν κάνει καμία έντονη άσκηση τις τελευταίες 7 ημέρες. Από την άλλη το 5,1% (N=5) έχουν κάνει έντονη άσκηση 1 φορά την εβδομάδα, το 3% (N=3) έχει κάνει 2 φορές την εβδομάδα, όπως και εκείνοι που ασκήθηκαν έντονα τις τελευταίες 7 μέρες 3 και 4 φορές. Τέλος το 1% (N=1) ασκήθηκε έντονα 5 φορές μέσα στην εβδομάδα, το 2% (N=2) ασκήθηκε 6 φορές την εβδομάδα και το 5,1% (N=5) ασκήθηκε 7 φορές μέσα στην εβδομάδα.

#### Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα κάνατε έντονη άσκηση;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	77	77,8	77,8	77,8
	1,00	5	5,1	5,1	82,8
	2,00	3	3,0	3,0	85,9
	3,00	3	3,0	3,0	88,9
	4,00	3	3,0	3,0	91,9
	5,00	1	1,0	1,0	92,9
	6,00	2	2,0	2,0	94,9
	7,00	5	5,1	5,1	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

### ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

### Πίνακας 39

Εκ των 99 συμμετεχόντων το 6,1% (N=6) δεν έλεγξε καμία φορά μέσα στην εβδομάδα το σάκχαρό του. Το 13,1% (N=13) έλεγξαν 1 φορά την εβδομάδα το σάκχαρό του, το 7,1% (N=7) έλεγξαν 2 φορές την εβδομάδα, το 15,2% (N=15) έλεγξαν 3 φορές, το 10,1% (N=10) 4 φορές, το 9,1% (N=9) 5 φορές, το 8,1% (N=8) 6 φορές και το 31,3% (N=31) έλεγξαν 7 φορές τις τελευταίες 7 μέρες.

#### Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα ελέγξατε το σάκχαρό σας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	6	6,1	6,1	6,1

1,00	13	13,1	13,1	19,2
2,00	7	7,1	7,1	26,3
3,00	15	15,2	15,2	41,4
4,00	10	10,1	10,1	51,5
5,00	9	9,1	9,1	60,6
6,00	8	8,1	8,1	68,7
7,00	31	31,3	31,3	100,0
Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 40

Σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού από τα 99 άτομα που απάντησαν τα ερωτηματολόγια το 9,1% (N=9) δεν έλεγξαν το σάκχαρό τους την τελευταία εβδομάδα. Από την άλλη το 8,1% (N=8) έλεγξαν το σάκχαρό τους σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού 1 φορά την εβδομάδα, το 7,1% (N=7) έλεγξαν το σάκχαρό τους σύμφωνα με οδηγίες του επαγγελματία υγείας 2 φορές, το 10,1% (N=10) έλεγξαν 3 φορές την εβδομάδα, το 12,1% (N=12) 4 φορές την εβδομάδα, το 9,1% (N=9) 5 φορές εβδομάδα, το 10,1% (N=10) 6 φορές και το 34,3% (N=34) έλεγξαν 7 φορές την εβδομάδα το σάκχαρό τους σύμφωνα με οδηγίες του γιατρού.

### Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα ελέγξατε το σάκχαρό σας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	9	9,1	9,1	9,1
	1,00	8	8,1	8,1	17,2
	2,00	7	7,1	7,1	24,2
	3,00	10	10,1	10,1	34,3
	4,00	12	12,1	12,1	46,5
	5,00	9	9,1	9,1	55,6
	6,00	10	10,1	10,1	65,7
	7,00	34	34,3	34,3	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΔΙΩΝ

### Πίνακας 41

Όσον αφορά τον παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται εμφανώς ότι το 14,1% (N=14) δεν φρόντισε καθόλου τα κάτω άκρα του μέσα στην εβδομάδα. Αντίθετα το 2% (N=2) έλεγξε 1 φορά τα πόδια του την τελευταία εβδομάδα, το 3% (N=3) έλεγξε 2 φορές την εβδομάδα, το 4% (N=4)



3 φορές, το 3%(N=3) 4 φορές, το 4%(N= 4) 5 φορές, το 19,2% (N=19) 6 φορές και το 50,5% (N=50) έκανε έλεγχο των κάτω άκρων 7 φορές την εβδομάδα.

#### Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα ελέγξατε τα πόδια σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	14	14,1	14,1
	1,00	2	2,0	16,2
	2,00	3	3,0	19,2
	3,00	4	4,0	23,2
	4,00	3	3,0	26,3
	5,00	4	4,0	30,3
	6,00	19	19,2	49,5
	7,00	50	50,5	100,0
Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 42

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρεται ότι από τους 99 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 την τελευταία εβδομάδα το 18,2% (N=18) δεν έλεγξε καθόλου το εσωτερικό των παπουτσιών του. Το 4% (N=4) από την άλλη έκανε έλεγχο 1 φορά τις τελευταίες 7 μέρες, το 5,1% (N=5) έκανε έλεγχο 2 φορές, το 1% (N=1) 3 φορές, το 7,1% (N=7) 4 φορές, το 2% (N=2) 5 φορές, το 19,2% (N=19) 6 φορές ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό που έλεγξε το εσωτερικό των παπουτσιών του 7 φορές την τελευταία εβδομάδα φθάνει το 43,4% (N=43).

#### Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα ελέγξατε το εσωτερικό των παπουτσιών σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	18	18,2	18,2
	1,00	4	4,0	22,2
	2,00	5	5,1	27,3
	3,00	1	1,0	28,3
	4,00	7	7,1	35,4
	5,00	2	2,0	37,4
	6,00	19	19,2	56,6
	7,00	43	43,4	100,0
Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 43

Από τον επόμενο πίνακα διαπιστώνεται ότι το 2% (N=2) των ασθενών δεν έπλυνε μέσα στην εβδομάδα τα πόδια του. Από την άλλη το 1% (N=1) συμπεραίνεται ότι έπλυνε 1 φορά την

εβδομάδα τα πόδια τους, το άλλο 1% (N=1) έπλυνε τα κάτω άκρα 2 φορές ην εβδομάδα και το άλλο 1% (N=1) πλύθηκε 3 φορές την εβδομάδα. Ακόμη το 5,1% (N=5) έπλυνε τα κάτω άκρα 4 φορές την εβδομάδα, το 11,1% (N=11) τα έπλυνε 5 φορές, το 16,2% (N=16) 6 φορές και το 62,6% (N=62) 7 φορές.

#### Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα πλύνετε τα πόδια σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	2	2,0	2,0
	1,00	1	1,0	3,0
	2,00	1	1,0	4,0
	3,00	1	1,0	5,1
	4,00	5	5,1	10,1
	5,00	11	11,1	21,2
	6,00	16	16,2	37,4
	7,00	62	62,6	100,0
Total	99	100,0	100,0	

#### Πίνακας 44

Το 30,3% (N=30) την τελευταία εβδομάδα δεν μούλιασε σε διάλυμα νερού τα πόδια τους, το 1% (N=1) τα μούλιασε τα πόδια μέσα στην εβδομάδα 1 φορά, το 4% (N=4) 2 φορές, το 3% (N=3) 3 φορές, το 2% (N=2) 4 φορές, το 7,1% (N=7) 5 φορές, το 14,1% (N=14) 6 φορές και το 38,4% (N=38) 7 φορές.

#### Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα μούλιάσατε σε διάλυμα νερού τα πόδια σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	30	30,3	30,3
	1,00	1	1,0	31,3
	2,00	4	4,0	35,4
	3,00	3	3,0	38,4
	4,00	2	2,0	40,4
	5,00	7	7,1	47,5
	6,00	14	14,1	61,6
	7,00	38	38,4	100,0
Total	99	100,0	100,0	

#### Πίνακας 45

Στον επόμενο πίνακα διαπιστώνεται ότι την τελευταία εβδομάδα το 14,1% (N=14) δεν στέγνωσαν τα κενά μεταξύ των δακτύλων των ποδιών. Από την άλλη το 2% (N=2) στέγνωσε 1 φορά την τελευταία εβδομάδα τα κενά ανάμεσα στα πόδια, το 3% (N=3) 2 φορές, το 8,1% (N=8) 3 φορές, το 4 % (N=4) 4 φορές, το 9,1% (N=9) 5 φορές, το 17,2% (N=17) 6 φορές και το 42,4% (N=42) 7 φορές.

**Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα στεγνώσατε τα κενά μεταξύ των δακτύλων των ποδιών σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	14	14,1	14,1	14,1
	1,00	2	2,0	2,0	16,2
	2,00	3	3,0	3,0	19,2
	3,00	8	8,1	8,1	27,3
	4,00	4	4,0	4,0	31,3
	5,00	9	9,1	9,1	40,4
	6,00	17	17,2	17,2	57,6
	7,00	42	42,4	42,4	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

**ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

**Πίνακας 46**

Εκ των 99 συμμετεχόντων διαπιστώνεται ότι το 26,3% (N=26) κάπνισε την τελευταία εβδομάδα σε αντίθεση με το 73,7% (N=73).

**Καπνίσατε τις τελευταίες 7 μέρες;**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	26	26,3	26,3
	Όχι	73	73,7	73,7
	Total	99	100,0	100,0

**Πίνακας 47**

Στο επόμενο πίνακα αναφέρεται ότι από τα 99 άτομα που πήραν μέρος στην μελέτη το 15,4% (N=4) καπνίζει 1 έως 5 τσιγάρα την ημέρα, το 26,9% (N=7) καπνίζει 6 μέχρι 10 τσιγάρα ημερησίως, το 3,8% (N=1) κάνει 11 έως 15 την ημέρα, το 38,5%(N=10) καπνίζει 16 μέχρι 20 τσιγάρα ενώ το 15,4%(N=4) κάνει 21 έως 30 τσιγάρα ημερησίως.

### Πόσα τσιγάρα καπνίσατε την ημέρα;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5	4	4,0	15,4	15,4
	6-10	7	7,1	26,9	42,3
	11-15	1	1,0	3,8	46,2
	16-20	10	10,1	38,5	84,6
	21-30	4	4,0	15,4	100,0
	Total		26	26,3	100,0
Missing	System	73	73,7		
Total		99	100,0		

### Πίνακας 48

Διαπιστώνεται ότι οι μισοί περίπου [50,5% (N=50)] ρωτήθηκαν από τον γιατρό τους στην τελευταία επίσκεψη τους εάν καπνίζουν και πόσο σε αντίθεση με το 49,5% (N=49).

#### Στην τελευταία επίσκεψη στο γιατρό σας, σας ρώτησε εάν καπνίζετε και πόσο;

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	50	50,5	50,5
	Όχι	49	49,5	49,5
Total		99	100,0	100,0

### Πίνακας 49

Συμπεραίνεται ότι στην τελευταία επίσκεψη ο επαγγελματίας δεν συνέστησε στην πλειοψηφία [70,7% (N=70)] να σταματήσει το κάπνισμα, ενώ μόνο στο 29,3% (N=29) προτάθηκε να σταματήσει.

#### Σας συνέστησε ο γιατρός στην τελευταία επίσκεψη να σταματήσετε το κάπνισμα;

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	29	29,3	29,3
	Όχι	70	70,7	70,7
Total		99	100,0	100,0

## Πίνακας 50

Στον επόμενο πίνακα φαίνεται ότι από τους 99 συμμετέχοντες που απάντησαν το ερωτηματολόγιο το 72,7% (N=72) έχει να καπνίσει περισσότερο από δύο χρόνια ή δεν κάπνισε ποτέ. Το 1% (N=1) κάπνισε τελευταία φορά πριν από 1 με 2 χρόνια και ένα ακόμα 1% (N=1) τελευταία φορά κάπνισε μέσα στον μήνα. Το υπόλοιπο 25,3% (N=25) κάπνισε την ίδια μέρα.

### Πότε καπνίσατε για τελευταία φορά;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Περισσότερο από δύο χρόνια ή δεν κάπνισα ποτέ	72	72,7	72,7	72,7
	Πριν 1-2 χρόνια	1	1,0	1,0	73,7
	Λιγότερο από 1 μήνα	1	1,0	1,0	74,7
	Σήμερα	25	25,3	25,3	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## **ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ-ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ**

## Πίνακας 51

Στον επόμενο πίνακα διαπιστώνεται ότι από τους συμμετέχοντες που πήραν μέρος το 25,3% (N=25) ακολουθεί δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά, το 10,1% (N=10) ακολουθεί δίαιτα σε συνδυασμό με υδατάνθρακες και το 38,4% (N=38) προσπαθεί να μειώσει τις καθημερινές θερμίδες για απώλεια βάρους. Επίσης το 4% (N=4) καταναλώνει φαγητά πλούσια σε φυτικές ίνες, το 8,1% (N=8) καταναλώνει φρούτα και λαχανικά ενώ το 9,1% (N=9) χρησιμοποιεί άλλες μεθόδους και συμβουλές για αυτοφροντίδα. Σε αντίθεση έρχεται το 5,1% (N=5) όπου το ποσοστό των ατόμων αυτών δεν πήρε οδηγίες από κάποιον.

### Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε;

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά	25	25,3	25,3
	Δίαιτα σε συνδυασμό με υδατάνθρακες	10	10,1	10,1
	Μείωση καθημερινών θερμίδων για απώλεια βάρους	38	38,4	38,4
	Κατανάλωση φαγητών πλούσιων σε φυτικές ίνες	4	4,0	4,0

Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών	8	8,1	8,1
Άλλο	9	9,1	9,1
Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν	5	5,1	5,1
Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 52

Στον παρακάτω πίνακα επισημαίνεται ότι το 55,6% (N=55) ασκούνται ήπια καθημερινά, το 16,2% (N=16) κάνει συνεχή άσκηση για 20 λεπτά, το 6,1% (N=6) υιοθετούν μερικές ασκήσεις σε καθημερινή βάση, το 2% (N=2) υιοθετούν ένα συγκεκριμένο είδος, διάρκεια και βαθμό άσκησης, το 11,1% έχει πάρει κάποια διαφορετική συμβουλή από τον επαγγελματία υγείας ενώ το 6,1% (N=6) δεν πήρε από κάποιον οδηγίες.

### Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε;

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Κάντε ήπια καθημερινή άσκηση	55	55,6	55,6
	Κάντε συνεχή άσκηση για 20 λεπτά	16	16,2	16,2
	Υιοθετείστε μερικές ασκήσεις σε καθημερινή βάση	6	6,1	6,1
	Υιοθετείστε ένα συγκεκριμένο είδος, διάρκεια και βαθμό άσκησης	2	2,0	2,0
	Άλλο	11	11,1	11,1
	Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν	6	6,1	6,1
	7,00	1	1,0	1,0
	8,00	2	2,0	2,0
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 53

Από το παρακάτω συμπεραίνεται ότι το 17,2% (N=17) συμβουλευτήκατε να ελέγχει το σάκχαρό του αίματος, το 77,8% (N=77) να ελέγχει το σάκχαρό του αίματος χρησιμοποιώντας ένα

μηχάνημα, το 3% (N=3) πήρε κάποια άλλη συμβουλή ενώ το υπόλοιπο 2% (N=2) δεν πήρε οδηγίες από κανέναν.

**Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ελέγξετε το σάκχαρο του αίματος	17	17,2	17,2
	Ελέγξετε το σάκχαρο του αίματος σας χρησιμοποιώντας ένα μηχάνημα	77	77,8	77,8
	Άλλο	3	3,0	3,0
	Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν	2	2,0	2,0
	Total	99	100,0	100,0

**Πίνακας 54**

Σύμφωνα με τον επόμενο πίνακα φαίνεται ότι το 16,2% (N=16) συμβουλευτήκατε να κάνει έγχυση ινσουλίνης 1 ή 2 φορές την ημέρα, το 13,1% (N=13) κάνει έγχυση ινσουλίνης 3 ή περισσότερες φορές μέσα στην ημέρα, το 58,6% (N=58) λαμβάνει αντιδιαβητικά χάπια, το 10,1% (N=10) ακολουθεί διαφορετικές οδηγίες ενώ το 2% (N=2) δεν έχει πάρει από κάποιον οδηγίες.

**Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Έγχυση ινσουλίνης 1 ή 2 φορές την ημέρα	16	16,2	16,2
	Έγχυση ινσουλίνης 3 ή περισσότερες φορές την ημέρα	13	13,1	13,1
	Αντιδιαβητικά χάπια	58	58,6	58,6
	Άλλο	10	10,1	10,1
	Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν	2	2,0	2,0
	Total	99	100,0	100,0

**ΦΑΡΜΑΚΑ-ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ**

## Πίνακας 55

Στον επόμενο πίνακα φαίνεται ότι το 8,1% (N=8) δεν έλαβε τα φάρμακά του μέσα στην εβδομάδα, το 3% (N=3) τα έλαβε 3 φορές, το 1% (N=1) τα πήρε 1 φορά ενώ το 87,9% (N=87) τα έλαβε 7 φορές τις τελευταίες 7 ημέρες.

### Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα πήρατε τα φάρμακά σας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	8	8,1	8,1	8,1
	3,00	3	3,0	3,0	11,1
	4,00	1	1,0	1,0	12,1
	7,00	87	87,9	87,9	100,0
Total		99	100,0	100,0	

## Πίνακας 56

Στον επόμενο πίνακα διαπιστώνεται ότι το 45,5% (N=45) των συμμετεχόντων δεν πήρε ινσουλίνη μέσα στην εβδομάδα. Το 1% (N=1) έκανε 1 φορά την τελευταία εβδομάδα έγχυση ινσουλίνης, το επόμενο 1% (N=1) έκανε έγχυση 3 φορές την εβδομάδα και το επόμενο 1% (N=1) έκανε 4 φορές την τελευταία εβδομάδα έγχυση. Ακόμη το 7,1% (N=7) έκανε έγχυση 5 φορές μέσα στην εβδομάδα, το 6,1% (N=6) έκανε 6 φορές ενώ το 38,4% (N=38) έκανε 7 φορές.

### Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα πήρατε ινσουλίνη;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	45	45,5	45,5	45,5
	1,00	1	1,0	1,0	46,5
	3,00	1	1,0	1,0	47,5
	4,00	1	1,0	1,0	48,5
	5,00	7	7,1	7,1	55,6
	6,00	6	6,1	6,1	61,6
	7,00	38	38,4	38,4	100,0
Total		99	100,0	100,0	



## Πίνακας 57

Όσον αφορά την θεραπευτική αγωγή των συμμετεχόντων το 5,1% (N=5) ακολουθεί μόνο δίαιτα, το 63,6% (N=63) καταναλώνει μόνο δισκία, το 15,2% (N=15) κάνει έγχυση ινσουλίνης αλλά το 16,2% (N=16) καταναλώνει και χάπια και κάνει έγχυση ινσουλίνης.

### Ποια είναι η θεραπευτική σας αγωγή;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δίαιτα μόνο	5	5,1	5,1	5,1
	Δισκία μόνο	63	63,6	63,6	68,7
	Ινσουλίνη μόνο	15	15,2	15,2	83,8
	Δισκία και ινσουλίνη	16	16,2	16,2	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 58

Εκ των 99 συμμετεχόντων το 40,4% (N=40) ανέφερε ότι η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη βρίσκεται κάτω από την τιμή 6,5, το 35,4% (N=35) επισήμανε ότι βρίσκεται ανάμεσα στο 6,5 και το 7, το 12,1% (N=12) διαπιστώθηκε ότι η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης είναι μεταξύ του 7 με 7,5, το 10,1% (N=10) κυμαίνεται ανάμεσα στις τιμές 7,5 μέχρι 8, και το 2% (N=2) έχει τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης πάνω από 8.

### Ποια είναι συνήθως η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη σας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	κάτω από 6,5	40	40,4	40,4	40,4
	6,5-7	35	35,4	35,4	75,8
	7-7,5	12	12,1	12,1	87,9
	7,5-8	10	10,1	10,1	98,0
	πάνω από 8	2	2,0	2,0	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

## Πίνακας 59

Από τον παρακάτω πίνακα επισημαίνεται ότι το 3% (N=3) θεωρούν ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική, το 11,1% (N=11) θεωρούν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ καλή, το 43,4% (N=43) ισχυρίζονται ότι η υγεία τους είναι καλή, το 36,4% (N=36) θεωρούν ότι η υγεία τους είναι μέτρια και το 6,1% (N=6) λένε ότι η υγεία τους είναι σε κακή κατάσταση.

### Σε γενικές γραμμές η υγεία σας είναι

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εξαιρετική	3	3,0	3,0	3,0
	Πολύ καλή	11	11,1	11,1	14,1
	Καλή	43	43,4	43,4	57,6
	Μέτρια	36	36,4	36,4	93,9
	Κακή	6	6,1	6,1	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 60

Διαπιστώνεται ότι το 4% (N=4) των ατόμων ισχυρίστηκε ότι σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν η υγεία τους είναι πολύ καλύτερη, το 4% (N=4) θεωρούν ότι είναι κάπως καλύτερη, το 78,8% (N=78) ισχυρίζονται ότι είναι περίπου η ίδια, το 12,1% (N=12) ισχυρίστηκε ότι η υγεία τους είναι κάπως χειρότερη ενώ μόνο το 1% (N=1) θεωρεί ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ χειρότερη σε σχέση με ένα χρόνο πριν.

### Συγκρίνοντας την υγεία σας τώρα με τη υγεία σας ένα χρόνο πριν θα λέγατε ότι τώρα είναι

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλύτερη	4	4,0	4,0	4,0
	Κάπως καλύτερη	4	4,0	4,0	8,1
	Περίπου ίδια	78	78,8	78,8	86,9
	Κάπως χειρότερη	12	12,1	12,1	99,0
	Πολύ χειρότερη	1	1,0	1,0	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 61

Όσον αφορά τον επόμενο πίνακα συμπεραίνεται ότι η υγεία του 29,3% (N=29) επηρεάζεται πολύ στο να κάνει έντονες σωματικές δραστηριότητες, του 41,4% (N=41) επηρεάζεται λιγότερο ενώ του 29,3% (N=29) δεν επηρεάζεται καθόλου.

### Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	29	29,3	29,3	29,3
	Λίγο	41	41,4	41,4	70,7
	Καθόλου	29	29,3	29,3	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 62

Όσον αφορά τον επόμενο πίνακα συμπεραίνεται ότι η υγεία του 21,2% (N=21) επηρεάζεται πολύ στο να κάνει μέτριες σωματικές δραστηριότητες, του 37,4% (N=37) επηρεάζεται λιγότερο ενώ του 41,4% (N=41) δεν επηρεάζεται καθόλου.

### Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	21	21,2	21,2	21,2
	Λίγο	37	37,4	37,4	58,6
	Καθόλου	41	41,4	41,4	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 63

Διαπιστώνεται ότι η κατάσταση υγείας του 19,2% (N=19) των ασθενών τους περιορίζει να σηκώνουν ή να μεταφέρουν σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ, το 36,4% (N=36) περιορίζεται λιγότερο ενώ το 44,4% (N=44) δεν περιορίζεται καθόλου.

### Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	19	19,2	19,2	19,2
	Λίγο	36	36,4	36,4	55,6
	Καθόλου	44	44,4	44,4	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 64

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι από τους 99 συμμετέχοντες το 25,3% (N=25) δυσκολεύεται πολύ λόγω της υγείας του να ανεβαίνει αρκετούς ορόφους από τις σκάλες, το 37,4%(N=37) δυσκολεύεται λιγότερο ενώ το υπόλοιπο 37,4% (N=37) δεν δυσκολεύεται καθόλου.

### Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	25	25,3	25,3	25,3
	Λίγο	37	37,4	37,4	62,6
	Καθόλου	37	37,4	37,4	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 65

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι από τους 99 συμμετέχοντες το 22,2% (N=22) δυσκολεύεται πολύ λόγω της υγείας του να ανεβαίνει έναν όροφο από τις σκάλες, το 36,4% (N=36) δυσκολεύεται λιγότερο ενώ το υπόλοιπο 41,4% (N=41) δεν δυσκολεύεται καθόλου.

### Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	22	22,2	22,2	22,2
	Λίγο	36	36,4	36,4	58,6
	Καθόλου	41	41,4	41,4	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 66

Στον επόμενο πίνακα διαπιστώνεται ότι η κατάσταση της υγείας των ασθενών περιορίζει σε μεγάλο βαθμό το 24,2% (N=24) να σκύβουν ή να γονατίζουν, σε μικρότερο βαθμό το 36,4% (N=36) και καθόλου το υπόλοιπο 39,4% (N=39).

### Μη σκύβετε ή να γονατίζετε

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	24	24,2	24,2	24,2
	Λίγο	36	36,4	36,4	60,6
	Καθόλου	39	39,4	39,4	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 67

Όσον αφορά τον επόμενο πίνακα φαίνεται ότι το 20,2% (N=20) των ασθενών λόγω της υγείας περιορίζεται να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο σε αντίθεση με το 34,3% (N=34) που περιορίζεται λιγότερο και το 45,5% (N=45) που δεν περιορίζεται καθόλου.

### Να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	20	20,2	20,2	20,2
	Λίγο	34	34,3	34,3	54,5
	Καθόλου	45	45,5	45,5	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 68

Διαπιστώνεται ότι το 25,3%(N=25) των ασθενών λόγω της υγείας περιορίζεται αρκετά να περπατήσει αρκετά τετράγωνα σε αντίθεση με το 30,3%(N=30) που περιορίζεται λιγότερο και το 44,4% (N=44) που δεν περιορίζεται καθόλου.

### Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	25	25,3	25,3	25,3
	Λίγο	30	30,3	30,3	55,6
	Καθόλου	44	44,4	44,4	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 69

Διαπιστώνεται ότι το 19,2% (N=19) των ασθενών λόγω της υγείας περιορίζεται αρκετά να περπατήσει ένα τετράγωνο σε αντίθεση με το 29,3% (N=29) που περιορίζεται λιγότερο και το 51,5% (N=51) που δεν περιορίζεται καθόλου.

### Να περπατάτε ένα τετράγωνο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	19	19,2	19,2	19,2
	Λίγο	29	29,3	29,3	48,5
	Καθόλου	51	51,5	51,5	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 70

Στον επόμενο πίνακα φαίνεται ότι η υγεία του 10,1% (N=10) το περιορίζει πολύ να πλένονται ή να ντύνονται μόνοι, το 24,2% (N=24) δυσκολεύονται λιγότερο ενώ το 65,7% (N=65) δεν δυσκολεύεται καθόλου.

**Να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνοι**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	10	10,1	10,1	10,1
	Λίγο	24	24,2	24,2	34,3
	Καθόλου	65	65,7	65,7	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 71

Από τους 99 ασθενείς αναφέρεται ότι το 38,4% (N=38) μείωσε το χρόνο που διαθέτετε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες του, έναντι του 61,6% (N=61).

**Μειώσατε το χρόνο που διαθέτετε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας1**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	38	38,4	38,4
	Όχι	61	61,6	61,6
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 72

Στον επόμενο πίνακα το 40,4% (N=40) από τα 99 άτομα που συμμετείχαν στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων κάνανε λιγότερα από όσα θα ήθελαν σε αντίθεση με το υπόλοιπο 59,6% (N=59).

**Κάνετε λιγότερα πράγματα από όσα θα θέλατε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	40	40,4	40,4
	Όχι	59	59,6	59,6
	Total	99	100,0	100,0

Όσον αφορά το είδος της εργασίας ή των πολλών ασχολιών των ασθενών το 39,4% (N=39) το έχει περιορίσει, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό που φτάνει το 60,6% (N=60) δεν το έχει περιορίσει.

**Περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των πολλών ασχολιών σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	39	39,4	39,4
	Όχι	60	60,6	60,6
	Total	99	100,0	100,0

**Πίνακας 73**

Στον επόμενο πίνακα διαπιστώνεται ότι το 43,4% (N=43) χρειάστηκε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσει την εργασία, έναντι του 56,6% (N=56).

**Χρειάστηκε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	43	43,4	43,4
	Όχι	56	56,6	56,6
	Total	99	100,0	100,0

**Πίνακας 74**

Σε ότι αφορά τον χρόνο που διέθεταν για την εργασία τους το 39,4% (N=39) τον έχει μειώσει ενώ το 60,6% (N=60) δεν έχει αλλάξει κάτι στην καθημερινότητά του.

**Μειώσατε το χρόνο που διαθέτετε για την εργασία σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	39	39,4	39,4
	Όχι	60	60,6	60,6
	Total	99	100,0	100,0

**Πίνακας 75**

Διαπιστώνεται ότι το 42,4% (N=42) κάνει πιο λίγα πράγματα στην καθημερινότητά του από όσα θα ήθελε σε αντίθεση με το 57,6% (N=57).

**Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσα θα θέλατε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	42	42,4	42,4
	Όχι	57	57,6	57,6
	Total	99	100,0	100,0

Όχι	57	57,6	57,6
Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 76

Παρακάτω συμπεραίνεται ότι το 41,4% (N=41) έκανε την εργασία του προσεκτικά και με επιμέλεια ως συνήθως έναντι του 58,6% (N=58).

### Δεν κάνατε την εργασία σας τόσο προσεκτικά όσο συνήθως;

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ναι	41	41,4	41,4
	Όχι	58	58,6	58,6
	Total	99	100,0	100,0

## Πίνακας 77

Στον επόμενο πίνακα διαπιστώνεται ότι τον τελευταίο μήνα η υγεία δεν επηρέασε καθόλου το 49,5% (N=49) των ατόμων όσον αφορά τις συνηθισμένες δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους κλπ. Από την άλλη οι συνήθειες του 11,1% (N=11) επηρεάστηκαν λίγο, του 27,3% (N=27) επηρεάστηκαν μέτρια, του 7,1% (N=7) επηρεάστηκαν αρκετά ενώ του 5,1% (N=5) επηρεάστηκαν πάρα πολύ.

### Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο η υγεία σας επηρέασε τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους κλπ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	49	49,5	49,5	49,5
	Λίγο	11	11,1	11,1	60,6
	Μέτρια	27	27,3	27,3	87,9
	Αρκετά	7	7,1	7,1	94,9
	Πάρα πολύ	5	5,1	5,1	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 78

Στον παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται ότι τον τελευταίο μήνα το 36,4% (N=36) των ατόμων δεν είχε καθόλου σωματικό πόνο. Από την άλλη είχε λίγο σωματικό πόνο το 23,2% (N=23), το 24,2% (N=24) είχε μέτριο σωματικό πόνο, το 13,1% (N=13) είχε αρκετό ενώ το 3% (N=3) είχε πάρα πολύ σωματικό πόνο.

### Τον τελευταίο μήνα πόσο σωματικό πόνο είχατε;



		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	36	36,4	36,4	36,4
	Λίγο	23	23,2	23,2	59,6
	Μέτρια	24	24,2	24,2	83,8
	Αρκετά	13	13,1	13,1	97,0
	Πάρα πολύ	3	3,0	3,0	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 79

Στον παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται ότι τον τελευταίο μήνα ο σωματικός πόνος δεν επηρέασε καθόλου το 36,4% (N=36) των ατόμων όσον αφορά τη συνηθισμένη εργασία τους εντός και εκτός σπιτιού. Από την άλλη οι συνήθειες του 21,2% (N=21) επηρεάστηκαν λίγο ,του 22,2% (N=22) επηρεάστηκαν μέτρια, του 17,2% (N=17) επηρεάστηκαν αρκετά ενώ το 3% (N=3) επηρεάστηκαν πάρα πολύ.

### Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο ο σωματικός πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	36	36,4	36,4	36,4
	Λίγο	21	21,2	21,2	57,6
	Μέτρια	22	22,2	22,2	79,8
	Αρκετά	17	17,2	17,2	97,0
	Πάρα πολύ	3	3,0	3,0	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 80

Τον τελευταίο μήνα το 2% (N=2) των ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο αισθάνθηκε συνέχεια ότι είναι γεμάτος ζωτικότητα, το 16,2% (N=16) αισθάνθηκε πολύ συχνά, το 27,3% (N=27) αισθάνθηκε αρκετά συχνά, το 34,3% (N=34) ήταν μερικές φορές γεμάτος ζωτικότητα, το 17,2% (N=17) αισθάνθηκε πιο σπάνια ενώ το 3% (N=3) δεν αισθάνθηκε ποτέ.

### Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνέχεια	2	2,0	2,0	2,0
	Πολύ συχνά	16	16,2	16,2	18,2

Αρκετά συχνά	27	27,3	27,3	45,5
Μερικές φορές	34	34,3	34,3	79,8
Σπάνια	17	17,2	17,2	97,0
Ποτέ	3	3,0	3,0	100,0
Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 81

Τον τελευταίο μήνα το 3% (N=3) των ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν συνέχεια πολύ νευρικοί, το 1% (N=1) ήταν πολύ συχνά, το 10,1% (N=10) ήταν αρκετά συχνά, το 36,4% (N=36) ήταν μερικές φορές πολύ νευρικοί, το 41,4%(N=41) ήταν πιο σπάνια ενώ το 8,1% (N=8) δεν ήταν νευρικοί.

#### Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα ήσασταν πολύ νευρικός

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνέχεια	3	3,0	3,0	3,0
	Πολύ συχνά	1	1,0	1,0	4,0
	Αρκετά συχνά	10	10,1	10,1	14,1
	Μερικές φορές	36	36,4	36,4	50,5
	Σπάνια	41	41,4	41,4	91,9
	Ποτέ	8	8,1	8,1	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 82

Τον τελευταίο μήνα το 5,1% (N=5) των ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο αισθάνθηκαν τόσο άσχημα πολύ συχνά που τίποτα δεν μπορούσε να τους δώσει λίγη χαρά, το 12,1% (N=12) ήταν αρκετά συχνά, το 33,3% (N=33) ήταν μερικές φορές πολύ νευρικοί, το 35,4% (N=35) ήταν πιο σπάνια ενώ το 14,1% (N=14) δεν αισθάνθηκε ποτέ τόσο άσχημα.

#### Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγο χαρά

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ συχνά	5	5,1	5,1	5,1
	Αρκετά συχνά	12	12,1	12,1	17,2

Μερικές φορές	33	33,3	33,3	50,5
Σπάνια	35	35,4	35,4	85,9
Ποτέ	14	14,1	14,1	100,0
Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 83

Στον παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται ότι το 3% (N=3) των ασθενών που αισθάνθηκαν ήρεμα και γαλήνια ήταν για μια συνεχή περίοδο, το 10,1% (N=10) αισθάνθηκε πολύ συχνά, το 29,3% (N=29) αισθάνθηκε αρκετά συχνά, το 39,4% (N=39) μερικές φορές, το 17,2% (N=17) αισθάνθηκε σπανιότερα ενώ το 1% (N=1) δεν αισθάνθηκε καθόλου ήρεμα και γαλήνια.

#### Αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνέχεια	3	3,0	3,0	3,0
	Πολύ συχνά	10	10,1	10,1	13,1
	Αρκετά συχνά	29	29,3	29,3	42,4
	Μερικές φορές	39	39,4	39,4	81,8
	Σπάνια	17	17,2	17,2	99,0
	Ποτέ	1	1,0	1,0	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 84

Στον παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται ότι το 4%(N=4) των ασθενών που αισθάνθηκαν ότι είχαν μια μεγάλη νευρικότητα ήταν για μια συνεχή περίοδο, το 2% (N=2) αισθάνθηκε πολύ συχνά, το 5,1%(N=5) αισθάνθηκε αρκετά συχνά, το 27,3% (N=27) μερικές φορές, το 48,5% (N=48) αισθάνθηκε σπανιότερα ενώ το 13,1%(N=13) δεν αισθάνθηκε ότι είχε μεγάλη νευρικότητα.

#### Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα είχατε μεγάλη ενεργητικότητα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνέχεια	4	4,0	4,0	4,0
	Πολύ συχνά	2	2,0	2,0	6,1
	Αρκετά συχνά	5	5,1	5,1	11,1
	Μερικές φορές	27	27,3	27,3	38,4
	Σπάνια	48	48,5	48,5	86,9

	Ποτέ	13	13,1	13,1	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 85

Στον παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται ότι το 3% (N=3) των ασθενών που αισθάνθηκαν ήρεμα και γαλήνια ήταν για μια συνεχή περίοδο, το 10,1% (N=10) αισθάνθηκε πολύ συχνά, το 29,3% (N=29) αισθάνθηκε αρκετά συχνά, το 39,4% (N=39) μερικές φορές, το 17,2% (N=17) αισθάνθηκε σπανιότερα ενώ το 1% (N=1) δεν αισθάνθηκε καθόλου ήρεμα και γαλήνια.

### Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνέχεια	1	1,0	1,0	1,0
	Πολύ συχνά	5	5,1	5,1	6,1
	Αρκετά συχνά	9	9,1	9,1	15,2
	Μερικές φορές	32	32,3	32,3	47,5
	Σπάνια	40	40,4	40,4	87,9
	Ποτέ	12	12,1	12,1	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 86

Στον παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται ότι το 2% (N=2) των ασθενών που αισθάνθηκαν εξαντλημένοι ήταν για μια συνεχή περίοδο, το 5,1% (N=5) αισθάνθηκε πολύ συχνά, το 15,2% (N=15) αισθάνθηκε αρκετά συχνά, το 44,4% (N=44) μερικές φορές, το 22,2% (N=22) αισθάνθηκε σπανιότερα ενώ το 10,1% (N=10) δεν αισθάνθηκε καθόλου εξαντληση.

### Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε εξαντλημένος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνέχεια	2	2,0	2,0	2,0
	Πολύ συχνά	5	5,1	5,1	7,1
	Αρκετά συχνά	15	15,2	15,2	22,2
	Μερικές φορές	44	44,4	44,4	66,7
	Σπάνια	22	22,2	22,2	88,9
	Ποτέ	10	10,1	10,1	99,0
	7,00	1	1,0	1,0	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

## Πίνακας 87

Στον παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται ότι το 4% (N=4) των ασθενών που αισθάνθηκαν ευτυχισμένοι ήταν για μια συνεχή περίοδο, το 11,1%(N=11) αισθάνθηκε πολύ συχνά, το 31,3% (N=31) αισθάνθηκε αρκετά συχνά, το 41,4% (N=41) μερικές φορές, το 11,1% (N=11) αισθάνθηκε σπανιότερα ενώ το 1% (N=1) δεν αισθάνθηκε καθόλου ευτυχία.

**Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα νιώσατε ευτυχισμένος**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνέχεια	4	4,0	4,0	4,0
	Πολύ συχνά	11	11,1	11,1	15,2
	Αρκετά συχνά	31	31,3	31,3	46,5
	Μερικές φορές	41	41,4	41,4	87,9
	Σπάνια	11	11,1	11,1	99,0
	Ποτέ	1	1,0	1,0	100,0
	Total		99	100,0	100,0

## Πίνακας 88

Στον παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται ότι το 2% (N=2) των ασθενών που αισθάνθηκαν κουρασμένοι ήταν για μια συνεχή περίοδο, το 8,1% (N=8) αισθάνθηκε πολύ συχνά, το 22,2% (N=22) αισθάνθηκε αρκετά συχνά, το 41,4%(N=41) μερικές φορές, το 18,2% (N=18)αισθάνθηκε σπανιότερα ενώ το 8,1% (N=8)δεν αισθάνθηκε καθόλου κούραση.

**Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε κουρασμένος**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνέχεια	2	2,0	2,0	2,0
	Πολύ συχνά	8	8,1	8,1	10,1
	Αρκετά συχνά	22	22,2	22,2	32,3
	Μερικές φορές	41	41,4	41,4	73,7
	Σπάνια	18	18,2	18,2	91,9
	Ποτέ	8	8,1	8,1	100,0
	Total		99	100,0	100,0

## Πίνακας 89

Τον τελευταίο μήνα το 4% (N=4) των ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο επηρεάστηκαν σε συνεχή βαθμό οι κοινωνικές δραστηριότητες με φίλους και συγγενείς από την υγεία τους, το 9,1% (N=9) επηρεάστηκε πολύ συχνά, το 38,4% (N=38) επηρεάστηκε μερικές φορές, το 25,3% (N=25) επηρεάστηκε σπανιότερα, ενώ το 23,2% (N=23) δεν επηρεάστηκε ποτέ.

**Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα η υγεία σας επηρέασε τις κοινωνικές δραστηριότητες με φίλους, συγγενείς**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συνέχεια	4	4,0	4,0	4,0
Πολύ συχνά	9	9,1	9,1	13,1
Μερικές φορές	38	38,4	38,4	51,5
Σπάνια	25	25,3	25,3	76,8
Ποτέ	23	23,2	23,2	100,0
Total	99	100,0	100,0	

**Πίνακας 90**

Διαπιστώνεται ότι το 2% (N=2) των ατόμων σίγουρα αρρωσταίνει πιο εύκολα από τους άλλους, το 11,1% (N=11) πιθανόν να αρρωσταίνει πιο εύκολα, το 52,5% (N=52) δεν γνωρίζει αν συμβαίνει κάτι τέτοιο, το 12,1% (N=12) πιθανόν να μην αρρωσταίνει πιο εύκολα ενώ το 22,2% (N=22) δεν αρρωσταίνει πιο εύκολα από άλλους.

**Νομίζω ότι αρρωσταίνω πιο εύκολα από άλλους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Εντελώς σωστό	2	2,0	2,0	2,0
Μάλλον σωστό	11	11,1	11,1	13,1
Δεν γνωρίζω	52	52,5	52,5	65,7
Μάλλον λάθος	12	12,1	12,1	77,8
Εντελώς λάθος	22	22,2	22,2	100,0
Total	99	100,0	100,0	

**Πίνακας 91**

Διαπιστώνεται ότι το 12,1% (N=12) των ατόμων σίγουρα είναι υγιής όπως κάθε άλλος που γνωρίζει, το 15,2% (N=15) πιθανόν να είναι υγιής όπως κάθε άλλος που γνωρίζει, το 25,3%

(N=25) δεν γνωρίζει αν συμβαίνει κάτι τέτοιο, το 33,3% (N=33) πιθανόν να μην είναι υγιής όπως κάθε άλλος που γνωρίζει ενώ το 14,1% (N=14) δεν θεωρεί ότι είναι υγιής όπως καθένας που γνωρίζει.

### Είμαι υγιής όπως κάθε άλλος που γνωρίζω

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εντελώς σωστό	12	12,1	12,1	12,1
	Μάλλον σωστό	15	15,2	15,2	27,3
	Δεν γνωρίζω	25	25,3	25,3	52,5
	Μάλλον λάθος	33	33,3	33,3	85,9
	Εντελώς λάθος	14	14,1	14,1	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 92

Διαπιστώνεται ότι το 1% (N=1) των ατόμων σίγουρα περιμένουν ότι η υγεία τους θα χειροτερέψει, το 23,2% (N=23) πιθανόν να περιμένουν ότι η υγεία τους θα χειροτερέψει, το 34,3% (N=34) δεν γνωρίζει αν συμβαίνει κάτι τέτοιο, το 23,2% (N=23) πιθανόν να μην περιμένουν ότι η υγεία τους θα χειροτερέψει ενώ το 18,2% (N=18) δεν περιμένει ότι η υγεία τους θα χειροτερέψει.

### Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εντελώς σωστό	1	1,0	1,0	1,0
	Μάλλον σωστό	23	23,2	23,2	24,2
	Δεν γνωρίζω	34	34,3	34,3	58,6
	Μάλλον λάθος	23	23,2	23,2	81,8
	Εντελώς λάθος	18	18,2	18,2	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

### Πίνακας 93

Διαπιστώνεται ότι το 7,1% (N=7) των ατόμων σίγουρα θεωρούν ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική, το 11,1% (N=11) πιθανόν θεωρούν ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική, το 25,3% (N=25) δεν γνωρίζει αν συμβαίνει κάτι τέτοιο, το 37,4% (N=37) πιθανόν να μην θεωρούν ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική ενώ το 19,2% (N=19) δεν θεωρεί ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική.

#### Η υγεία μου είναι εξαιρετική

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εντελώς σωστό	7	7,1	7,1	7,1
	Μάλλον σωστό	11	11,1	11,1	18,2
	Δεν γνωρίζω	25	25,3	25,3	43,4
	Μάλλον λάθος	37	37,4	37,4	80,8
	Εντελώς λάθος	19	19,2	19,2	100,0
	Total		99	100,0	100,0



## 6.3) ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

### Πίνακας 94

Εντοπίστηκε συνάφεια ανάμεσα στην ηλικία των ασθενών και στο αν έχουν στεφανιαία νόσο. ( $X^2(3) = 17,136$ ,  $p=0,00$  Cramer's  $V = 0,42$ ) Συγκεκριμένα το 35% ( $z=4,1$ ) των ηλικιωμένων (76-90) παρουσιάζει στεφανιαία νόσο έναντι του 65% ( $z=-4,1$ ). Από τους ασθενείς ηλικίας 61-75 το 3,6% ( $z=-2,4$ ) εμφάνισε στεφανιαία νόσο έναντι του 96,4% ( $z=2,4$ ). Από την άλλη όμως κατά την στατιστική επεξεργασία δεν προέκυψε καμία συνάφεια μεταξύ της στεφανιαίας νόσου και των ηλικιών 30-60.

#### A. Ηλικία

			Στεφανιαία νόσος		Total
			Ναι	Όχι	
Ηλικία ομαδοποιημένη	30-45	% within Ηλικία ομαδοποιημένη	0,0%	100,0%	100,0%
		Adjusted Residual	-,3	,3	
	45-60	% within Ηλικία ομαδοποιημένη	4,3%	95,7%	100,0%
		Adjusted Residual	-1,0	1,0	
	61-75	% within Ηλικία ομαδοποιημένη	3,6%	96,4%	100,0%
		Adjusted Residual	-2,4	2,4	
	76-90	% within Ηλικία ομαδοποιημένη	35,0%	65,0%	100,0%
		Adjusted Residual	4,1	-4,1	
Total		% within Ηλικία ομαδοποιημένη	10,1%	89,9%	100,0%

$X^2(3) = 17,136$ ,  $p=0,00$  Cramer's  $V = 0,42$

### Πίνακας 95

Στον επόμενο πίνακα βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και αν έχουν υπέρταση οι συμμετέχοντες. ( $X^2(3) = 8,925$ ,  $p=0,03$ ) Σύμφωνα με το 56,5% ( $z=-2,3$ ) των υποκειμένων του δείγματος που κυμαίνονται από 45-60 παρουσιάζουν υπέρταση σε αντίθεση με το 43,5% ( $z=2,3$ ). Αντίθετα δεν υπήρξε κάποια συσχέτιση των δύο αυτών παραγόντων στους ηλικιωμένους αλλά και σε ηλικία από 30-45.

#### Ηλικία ομαδοποιημένη \* Υπέρταση

		Υπέρταση		Total
		Ναι	Όχι	

Ηλικία ομαδοποιημένη	30-45	% within Ηλικία ομαδοποιημένη	0,0%	100,0%	100,0%
		Adjusted Residual	-1,7	1,7	
	45-60	% within Ηλικία ομαδοποιημένη	56,5%	43,5%	100,0%
		Adjusted Residual	-2,3	2,3	
	61-75	% within Ηλικία ομαδοποιημένη	80,0%	20,0%	100,0%
		Adjusted Residual	1,3	-1,3	
	76-90	% within Ηλικία ομαδοποιημένη	85,0%	15,0%	100,0%
		Adjusted Residual	1,2	-1,2	
Total		% within Ηλικία ομαδοποιημένη	74,7%	25,3%	100,0%

$\chi^2(3) = 8,925, p = 0,03$

## Πίνακας 96

Παρακάτω ο πίνακας δείχνει την συνάφεια ανάμεσα στην ηλικία των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και την συχνότητα που οι ασθενείς έλεγξαν το σάκχαρό τους. ( $\chi^2(9) = 21,465, p = 0,01$  **Cramer's V = 0,27**) Συγκεκριμένα δείχνει ότι το 100,0% ( $z = 2$ ) των ασθενών από 30 έως 45 χρονών έλεγξαν το σάκχαρό τους 1 με 2 φορές, το 17,4% ( $Z = 2,6$ ) των ατόμων από 45 μέχρι 60 ετών δεν μετρήθηκαν μέσα στην εβδομάδα ενώ το 21,7% ( $z = -2$ ) της ίδιας ηλικίας μετρήθηκαν 6 έως 7 φορές. Άτομα ηλικίας 61 έως 75 έλεγξαν το σάκχαρό τους 3 μέχρι 5 φορές την εβδομάδα οι οποίοι φθάνουν το ποσοστό των 43,6% ( $z = 2,2$ ), ενώ άτομα μεγαλύτερα από 76 χρόνων που μετρήθηκαν 3 με 5 φορές φτάνουν το 15,0% ( $z = -2$ ) και το 65,0% ( $z = 2,6$ ) μετρήθηκαν 6 έως 7. Αντίθετα δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση ανάμεσα στις ηλικίες 30 με 45 όσο αφορά την μέτρηση τους πάνω από 2 φορές την εβδομάδα, 45 με 60 όσον αφορά την μέτρησή τους 2 με 5 φορές την εβδομάδα, 61 με 75 όσον αφορά την μέτρηση τους 0 έως 2 φορές και 6 με 7 φορές την εβδομάδα και μεγαλύτερες από 76 όσον αφορά την μέτρησή τους 0 έως 2 φορές μέσα σε 7 ημέρες.

		Εξετάσεις Αίματος				Total
		Καμία	Μια με δύο	Τρεις με πέντε	6 με 7	
Ηλικία ομαδοποιημένη	30-45	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		-3	2,0	-7	-8	
	45-60	17,4%	30,4%	30,4%	21,7%	100,0%
		2,6	1,4	-5	-2,0	
	61-75	3,6%	14,5%	43,6%	38,2%	100,0%
		-1,1	-1,6	2,2	-3	
	76-90	0,0%	20,0%	15,0%	65,0%	100,0%

	-1,3	,0	-2,0	2,6	
Total	6,1%	20,2%	34,3%	39,4%	100,0%

$\chi^2(9) = 21,465, p = 0,01$  Cramer's V = 0,27

## Πίνακας 97

Εντοπίστηκε συνάφεια ανάμεσα στην ηλικία των συμμετεχόντων και το αν πραγματοποίησαν τον έλεγχο των κάτω άκρων τους ( $\chi^2(9) = 22,129, p = 0,00$  Cramer's V = 0,27). Αναλυτικότερα άτομα ηλικίας 30 έως 45 που έκαναν έλεγχο των ποδιών τους 1 με 2 φορές την εβδομάδα φθάνουν το ποσοστό των 100% ( $z = 3,2$ ), ενώ ηλικίες 45- 60 και 61-75 που δεν φρόντισαν καθόλου τα κάτω άκρα τους φθάνουν το 34,8% (2,4) και το 7,3% ( $z = -3,1$ ) αντίστοιχα. Από την άλλη δεν βρέθηκε συσχέτιση όσον αφορά τους ανθρώπους που φρόντισαν τα πόδια τους 3 έως 7 φορές την εβδομάδα από 30 έως 90 χρονών και όσον αφορά τους ασθενείς ηλικίας 45 με 90 που δεν έλεγξαν τα πόδια τους 1 με 2 φορές την εβδομάδα.

		έλεγχος κάτω άκρων				Total
		Καμία	Μια με δύο	Τρεις με πέντε	6 με 7	
Ηλικία ομαδοποιημένη	30-45	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		-5	3,2	-3	-1,3	
45-60		34,8%	8,7%	4,3%	52,2%	100,0%
		2,4	-1	-1,0	-1,2	
61-75		7,3%	9,1%	14,5%	69,1%	100,0%
		-3,1	,0	1,6	1,5	
76-90		30,0%	5,0%	5,0%	60,0%	100,0%
		1,5	-7	-8	-3	
Total		18,2%	9,1%	10,1%	62,6%	100,0%

$\chi^2(9) = 22,129, p = 0,00$  Cramer's V = 0,27

## Πίνακας 98

Στον παρακάτω πίνακα εντοπίζεται συνάφεια ανάμεσα στην ηλικία των συμμετεχόντων και στο αν κάπνισαν την τελευταία εβδομάδα  $\chi^2(3) = 21,367, p = 0,00$  Cramer's V = 0,46. Πιο αναλυτικά από ηλικία 45 μέχρι 60 το 56,5% ( $z = 3,8$ ) κάπνισε τις τελευταίες επτά ημέρες σε αντίθεση με το 43,5% ( $z = -3,8$ ). Επιπροσθέτως βρέθηκε ότι το 100% ( $z = 3$ ) των συμμετεχόντων σε ηλικίες ανάμεσα στα 76 με 90 δεν κάπνισαν την τελευταία εβδομάδα ενώ το 0,0% ( $z = -3$ ) κάπνισε. Αντίθετα στις ηλικίες 30 έως 45 και 61 έως 75 δεν βρέθηκε κάποια συνάφεια μεταξύ των παραγόντων αυτών.

Καπνίσατε τις τελευταίες 7 μέρες; | Total

			Ναι	Όχι	
Ηλικία ομαδοποιημένη	30-45	% within Ηλικία ομαδοποιημένη	100,0%	0,0%	100,0%
		Adjusted Residual	1,7	-1,7	
	45-60	% within Ηλικία ομαδοποιημένη	56,5%	43,5%	100,0%
		Adjusted Residual	3,8	-3,8	
	61-75	% within Ηλικία ομαδοποιημένη	21,8%	78,2%	100,0%
		Adjusted Residual	-1,1	1,1	
	76-90	% within Ηλικία ομαδοποιημένη	0,0%	100,0%	100,0%
		Adjusted Residual	-3,0	3,0	
Total		% within Ηλικία ομαδοποιημένη	26,3%	73,7%	100,0%

$\chi^2(3) = 21,367, p=0,00$  Cramer's V= 0,46

### Πίνακας 999

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο βάρος των ασθενών και την συχνότητα που αφιέρωσαν προκειμένου να γυμναστούν για 30 λεπτά. ( $\chi^2$ )= 19,878,  $p=0,00$  Cramer's V= 0,26) Σε άτομα με σωματικό βάρος από 47kg μέχρι 70kg και ασκήθηκαν 6 με 7 φορές την εβδομάδα φτάνει το ποσοστό του 42,3% ( $z=2,2$ ) ενώ ασθενείς με σωματικό βάρος 101kg έως 130kg που ασκήθηκαν 1 με 2 φορές την εβδομάδα φτάνει το 37,5% ( $z=2,4$ ) και το 0,0% ( $z=-2,6$ ) εκείνοι που ασκήθηκαν 6 μέχρι 7 φορές την εβδομάδα. Κάποια συνάφεια δεν βρέθηκε σε σχέση με την φυσική άσκηση 30 λεπτών και τους ασθενείς που έχουν σωματικό βάρος από 71kg έως 100kg. Ακόμη καμία συσχέτιση δεν υφίσταται ανάμεσα σε άτομα με βάρος 47 με 70 κιλά όσον αφορά 1 με 5 φορές άσκησης την εβδομάδα και 3 με 5 φορές άσκηση την εβδομάδα όσον αφορά τους συμμετέχοντες που κυμαίνονται μεταξύ 101 και 130 κιλών.

		Πόσες φορές την εβδομάδα ξοδέψατε 30 λεπτά για φυσική άσκηση				Total
		Καμία	Μια με δύο	Τρεις με πέντε	6 με 7	
ος ομαδοποιημένο	47-70	15,4%	19,2%	23,1%	42,3%	100,0%
		-1,9	,3	-,4	2,2	
	71-85	31,3%	9,4%	21,9%	37,5%	100,0%
		,1	-1,4	-,7	1,8	
	86-100	40,0%	12,0%	36,0%	12,0%	100,0%
		1,2	-,8	1,3	-1,9	
	101-130	37,5%	37,5%	25,0%	0,0%	100,0%
		,7	2,4	-,1	-2,6	
Total		30,3%	17,2%	26,3%	26,3%	100,0%

$\chi^2$  ( )= 19,878,  $p=0,00$  Cramer's V= 0,26

## Πίνακας 100

Εντοπίστηκε συνάφεια ανάμεσα στο φύλο των ασθενών και στο αν έχουν υπερλιπιδαιμία ( $X^2(1) = 7,511, p=0,00$  Cramer's  $V = 0,27$ ). Συγκεκριμένα το 37,8% ( $z=-2,7$ ) από τους άνδρες και το 66,1% ( $z=2,7$ ) από τις γυναίκες παρουσίασαν υπερλιπιδαιμία. Από την άλλη το 62,2% ( $z=2,7$ ) των ανδρών και το 33,9% ( $z=-2,7$ ) δεν παρουσίασαν υπερλιπιδαιμία.

		Έχετε υπερλιπιδαιμία;		Total	
		Ναι	Όχι		
Φύλο	Αντρας	% within Φύλο	37,8%	62,2%	100,0%
		Adjusted Residual	-2,7	2,7	
	Γυναίκα	% within Φύλο	66,1%	33,9%	100,0%
		Adjusted Residual	2,7	-2,7	
Total		% within Φύλο	55,6%	44,4%	100,0%

$X^2(1) = 7,511, p=0,00$  Cramer's  $V = 0,27$

## Δ. Έτη

### Πίνακας 101

Εντοπίστηκε συσχέτιση ανάμεσα στην ποσότητα των χρόνων που έχουν οι ασθενείς σακχαρώδη διαβήτη και στο είδος της θεραπευτικής τους αγωγής ( $X^2(6) = 30,518, p=0,00$  Cramer's  $V = 0,39$ ). Αναλυτικότερα το 11,4% ( $z=2,1$ ) που έχουν διαβήτη 1 έως 5 χρόνια ακολουθούν μόνο δίαιτα ενώ το 5,7% ( $z=-2,1$ ) κάνει χρήση δισκίων και ινσουλίνης. Από την άλλη το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από διαβήτη 6 μέχρι 15 έτη και χρησιμοποιούν μόνο δισκία για την θεραπεία τους φθάνει το 78,4% ( $z=2,4$ ), ενώ εκείνοι που πάσχουν από 16 έως 43 έτη το 29,6% ( $z=-4,3$ ) κάνουν χορήγηση μόνο δισκίων, το 29,6% ( $z=2,5$ ) κάνουν χορήγηση μόνο ινσουλίνης και το 40,7% ( $z=4,1$ ) παίρνουν και δισκία αλλά και κάνουν χορήγηση ινσουλίνης. Αντίθετα δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση ανάμεσα στους ασθενείς που πάσχουν 6 με 43 έτη από την νόσο όσον αφορά την μόνο την δίαιτα, τα άτομα που πάσχουν 1 έως 5 έτη από την ασθένεια όσο αφορά την χορήγηση δισκίων μόνο, τους συμμετέχοντες που πάσχουν 1 έως 15 χρόνια από τον διαβήτη όσον αφορά την χορήγηση ινσουλίνης μόνο και οι ασθενείς που πάσχουν 6 έως 15 χρόνια όσον αφορά και τα δισκία και την ινσουλίνη.

		Ποια είναι η θεραπευτική σας αγωγή;				Total
		Δίαιτα μόνο	Δισκία μόνο	Ινσουλίνη μόνο	Δισκία και ινσουλίνη	
Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	1-5	11,4%	74,3%	8,6%	5,7%	100,0%
		2,1	1,6	-1,4	-2,1	

6-15	2,7%	78,4%	10,8%	8,1%	100,0%
	-,8	2,4	-,9	-1,7	
16-43	0,0%	29,6%	29,6%	40,7%	100,0%
	-1,4	-4,3	2,5	4,1	
Total	5,1%	63,6%	15,2%	16,2%	100,0%

$\chi^2(6)= 30,518, p=0,00$  Cramer's V= 0,39

## Πίνακας 102

Στον παρακάτω πίνακα αναδεικνύεται η συνάφεια ανάμεσα στη ποσότητα των ετών που έχουν σακχαρώδη διαβήτη οι συμμετέχοντες και στο αν έχουν υπερλιπιδαιμία. ( $\chi^2(2)= 10,227, p=0,00$  Cramer's V= 0,32) Συγκεκριμένα το 37,1% ( $z=-2,7$ ) των ατόμων που έχουν 1 μέχρι 5 έτη την νόσο έχουν και υπερλιπιδαιμία έναντι των 62,9% ( $z=2,7$ ) οι οποίοι δεν έχουν. Επίσης το 77,8% ( $z=2,7$ ) των ατόμων που έχουν σακχαρώδη διαβήτη 16 έως 43 χρόνια έχουν υπερλιπιδαιμία ενώ το υπόλοιπο 22,2% ( $z=-2,7$ ) δεν παρουσίασε. Ασθενείς που έχουν την νόσο 6 έως 15 χρόνια δεν παρουσίασαν υπερλιπιδαιμία.

			Έχετε υπερλιπιδαιμία;		Total
			Ναι	Όχι	
Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	1-5	% within Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	37,1%	62,9%	100,0%
		Adjusted Residual	-2,7	2,7	
	6-15	% within Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	56,8%	43,2%	100,0%
		Adjusted Residual	,2	-,2	
16-43	% within Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	77,8%	22,2%	100,0%	
	Adjusted Residual	2,7	-2,7		
Total		% within Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	55,6%	44,4%	100,0%

$\chi^2(2)= 10,227, p=0,00$  Cramer's V= 0,32

## Πίνακας 103

Παρατηρήθηκε συσχέτιση ανάμεσα στα έτη που έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 οι ασθενείς και στο αν έχουν στεφανιαία νόσο ( $\chi^2(4)= 6,514, p=0,04$  Cramer's V= 0,26). Πιο αναλυτικά το 100.0% ( $z=2,5$ ) που πάσχει 1 έως 5 χρόνια από την νόσο δεν εμφάνισε

στεφανιαία νόσο. Αντιθέτως δεν εμφανίστηκε κάποια συσχέτιση ανάμεσα στους δεδομένους παράγοντες σε ασθενείς που πάσχουν από την νόσο 6 μέχρι 43 έτη.

			Στεφανιαία νόσος		Total
			Ναι	Όχι	
Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	1-5	% within Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	0,0%	100,0%	100,0%
		Adjusted Residual	-2,5	2,5	
	6-15	% within Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	13,5%	86,5%	100,0%
		Adjusted Residual	,9	-,9	
	16-43	% within Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	18,5%	81,5%	100,0%
		Adjusted Residual	1,7	-1,7	
Total	% within Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	10,1%	89,9%	100,0%	

$\chi^2(4) = 6,514$ ,  $p = 0,04$  Cramer's  $V = 0,26$

## Πίνακας 104

Στον επόμενο πίνακα βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στα χρόνια που έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 οι ασθενείς και με το αν κάπνισαν την τελευταία εβδομάδα ή όχι ( $\chi^2(2) = 12,207$ ,  $p = 0,00$  Cramer's  $V = 0,35$ ). Ειδικότερα το 45,7% ( $z = 3,3$ ) των ασθενών που έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 από 1 έως 5 χρόνια κάπνισαν τις τελευταίες επτά ημέρες ενώ το 54,3% ( $z = -3,3$ ) των ασθενών δεν κάπνισε. Ακόμη το 7,4% ( $z = -2,6$ ) των ασθενών από 16 μέχρι 43 χρόνια κάπνισε την τελευταία εβδομάδα έναντι του 92,6% ( $z = 2,6$ ) οι οποίοι δεν κάπνισαν. Αντίθετα δεν υπήρχε καμία συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων σε ασθενείς που πάσχουν από την νόσο 6 με 15 έτη.

			Καπνίσατε τις τελευταίες 7 μέρες;		Total
			Ναι	Όχι	
Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	1-5	% within Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	45,7%	54,3%	100,0%
		Adjusted Residual	3,3	-3,3	
	6-15	% within Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα	21,6%	78,4%	100,0%

	Adjusted Residual		-,8	,8	
16-43	% within Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα		7,4%	92,6%	100,0%
	Adjusted Residual		-2,6	2,6	
Total	% within Έτη Διαβήτη Ομαδοποιημένα		26,3%	73,7%	100,0%

$\chi^2(2) = 12,207, p = 0,00$  Cramer's V = 0,35

## Πίνακας 105

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ των ασθενών που κάπνισαν τις τελευταίες 7 μέρες και εκείνων που πραγματοποίησαν έντονες σωματικές δραστηριότητες.

### Καπνίσατε τις τελευταίες 7 μέρες; \* Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες Crosstabulation

		Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες			Total
		Πολύ	Λίγο	Καθόλου	
Καπνίσατε τις τελευταίες 7 μέρες;	Ναι	15,4%	53,8%	30,8%	100,0%
	Όχι	34,2%	37,0%	28,8%	100,0%
Total		29,3%	41,4%	29,3%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,671 <sup>a</sup>	2	,160
Likelihood Ratio	3,930	2	,140
Linear-by-Linear Association	1,410	1	,235
N of Valid Cases	99		

## Πίνακας 106

Στον επόμενο πίνακα φαίνεται να μην υπάρχει καμία συνάφεια μεταξύ των φορών που ακολούθησαν υγιεινή διατροφή οι ασθενείς με την συχνότητα που αισθάνθηκαν ζωτικότητα τον τελευταίο μήνα.



**Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα ακολουθήσατε υγιεινή διατροφή; \* Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα Crosstabulation**

% within Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα ακολουθήσατε υγιεινή διατροφή;

		Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα				Σπάνια	Ποτέ	Total
		Συνέχεια	Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές			
Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα ακολουθήσατε υγιεινή διατροφή;	,00	18,2%	9,1%	18,2%	45,5%	9,1%		100,0%
	1,00		50,0%				50,0%	100,0%
	2,00			42,9%	42,9%	14,3%		100,0%
	3,00		20,0%	20,0%	40,0%	20,0%		100,0%
	4,00		16,7%	16,7%	50,0%	16,7%		100,0%
	5,00		25,0%	16,7%	41,7%	16,7%		100,0%
	6,00		9,1%	54,5%	18,2%	9,1%	9,1%	100,0%
	7,00		17,9%	28,2%	28,2%	23,1%	2,6%	100,0%
Total		2,0%	16,2%	27,3%	34,3%	17,2%	3,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	48,499 <sup>a</sup>	35	,064
Likelihood Ratio	33,219	35	,554
Linear-by-Linear Association	,508	1	,476
N of Valid Cases	99		

**Πίνακας 107**

Στον επόμενο πίνακα φαίνεται να μην υπάρχει καμία συνάφεια μεταξύ των φορών που έλεγξαν τα πόδια τους οι ασθενείς με την συχνότητα που αισθάνθηκαν απογοητευμένοι και μελαγχολικοί τον τελευταίο μήνα.

**Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα ελέγξατε τα πόδια σας; \* Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός; Crosstabulation**

		Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός;				Σπάνια	Ποτέ	Total
		Συνέχεια	Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές			
Πόσες φορές την	,00	7,1%	14,3%		21,4%	35,7%	21,4%	100,0%

τελευταία εβδομάδα	1,00				50,0%	50,0%		100,0%
ελέγξατε τα πόδια σας;	2,00				33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	3,00		50,0%			50,0%		100,0%
	4,00			33,3%	66,7%			100,0%
	5,00				50,0%	50,0%		100,0%
	6,00			10,5%	47,4%	42,1%		100,0%
	7,00		2,0%	12,0%	28,0%	42,0%	16,0%	100,0%
Total		1,0%	5,1%	9,1%	32,3%	40,4%	12,1%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	45,141 <sup>a</sup>	35	,117
Likelihood Ratio	40,556	35	,239
Linear-by-Linear Association	1,035	1	,309
N of Valid Cases	99		

## 7)ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη αυτή προσπαθεί να διερευνήσει και να καταγράψει την συμμόρφωση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στην θεραπευτική τους αγωγή και εστιάζει στην συμμόρφωση σε όλους τους τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης του σακχαρώδη διαβήτη όπως επίσης και αν η ποιότητα ζωής τους είναι βελτιωμένη ή όχι. Από τα αποτελέσματα των πινάκων της στατιστικής ανάλυσης των δημογραφικών και ατομικών χαρακτηριστικών των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 προκύπτει ότι οι περισσότεροι ήταν γυναίκες. Το γεγονός αυτό συμπίπτει με την διερεύνηση της Ζιώγας (2014), αλλά έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα του Παναγιωτάκου και συνερ. (2002) καθώς προκύπτει ότι συμμετείχαν περισσότεροι άντρες.

Το δείγμα των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που συμμετείχαν στην συμπλήρωση ερωτηματολογίων εμφανίζουν καλά επίπεδα συμμόρφωσης στην θεραπευτική τους αγωγή και τις ιατρικές οδηγίες. Η μεγαλύτερη συμμόρφωση εμφανίζεται κυρίως στον τομέα της διαίτας, τις εξετάσεις αίματος- έλεγχος σακχάρου του αίματος και την φροντίδα ποδιών. Από την άλλη η μικρότερη συμμόρφωση παρατηρείται στην άσκηση. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συμφωνούν εν μέρει με την διερεύνηση της Ζιώγας καθώς η μόνη διαφορά που υπάρχει είναι η φροντίδα ποδιών όπου και συγκλίνουν.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες της συγκεκριμένης έρευνας δεν καπνίζουν και ένα μικρό ποσοστό κάπνιζε πριν 1 με 2 χρόνια , κάτι που έρχεται να συμφωνήσει με τα αποτελέσματα των Δημητρακάκης και Πετρίδου (2013) καθώς τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη είναι πιο συνειδητοποιημένα όσον αφορά την σοβαρότητα της καταστάσεως τους οπότε είναι και πιο υπεύθυνοι για την υγεία τους.

Όσον αφορά την ποιότητα ζωής οι ασθενείς αναφέρουν ότι έχουν μια σχετικά καλή υγεία σε γενικές γραμμές και βρίσκονται στην ίδια περίπου κατάσταση με ένα χρόνο πριν. Κάτι τέτοιο όμως θεωρείται λογικό λόγω της βελτίωσης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης των περισσότερων.

Η υγεία των ασθενών, ψυχική και σωματική όπως συμπεραίνεται από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, φαίνεται να είναι σε μια μέτρια κατάσταση. Αυτό συμβαίνει με την έρευνα της Ζιώγας (2014), αλλά διαφωνεί ως προς τα αποτελέσματα ψυχικής υγείας της έρευνας (Hoffmanetal, 2009).

Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι τα αποτελέσματα του καπνίσματος, της φροντίδας ποδιών και της διατροφής έχουν αρνητική συσχέτιση όσον αφορά την υγεία. Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο οι ασθενείς δεν καπνίζουν ή φροντίζουν τα κάτω άκρα τους και ακολουθούν μια συγκεκριμένη διατροφή δεν αισθάνονται γεμάτοι ζωτικότητα, αλλά πιο μελαγχολικοί και απογοητευμένοι κάτι που τους εμποδίζει να κάνουν έντονες δραστηριότητες.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθούμε στους περιορισμούς της μελέτης αυτής οι οποίοι είναι το μικρό δείγμα που χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διεξαχθούν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα. Για αυτό τον λόγο είναι προτιμότερο να γίνει μεγαλύτερη μελέτη σε μεγαλύτερο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να καταλήξουμε σε πιο ασφαλή και

σίγουρα συμπεράσματα όσον αφορά τη συμμόρφωση, τους παράγοντες αλλά και την επιρροή που έχουν στην ποιότητα ζωής.

## **8)ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Εν κατακλείδι παρά το γεγονός ότι η δεδομένη μελέτη έλαβε χώρα σε μικρό και μη αντιπροσωπευτικό δείγμα ασθενών και παρά τους περιορισμούς, συλλέγει ορισμένους παράγοντες που παίζουν βασικό ρόλο στον καθορισμό συμμόρφωσης των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη.

Η κατανόηση της συμμόρφωσης των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη, απαιτεί μια προσέγγιση πολύπλευρη για να υπάρξει μια σαφής και ακριβής εικόνα για το αν και κατά πόσο ακολουθούνται οι ιατρικές οδηγίες. Μέσα από την μελέτη είναι πάντως φανερό ότι υπάρχει μια βελτίωση όσον αφορά την κατανόηση συμμόρφωσης των ασθενών.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη επηρεάζεται από πολλούς κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες οι οποίοι αδυνατούν να ελεγχθούν όπως είναι η ηλικία, το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση. Ακόμη επηρεάζεται από άλλες κλινικές παραμέτρους όπως η διάρκεια της ασθένειας, το είδος της θεραπείας και οι περιορισμοί που έχουν στην καθημερινότητα τους τα άτομα αυτά.

Τα αποτελέσματα της μελέτης πιθανότατα να ωφελήσουν στην ανάπτυξη κατάλληλων εθνικών προγραμμάτων προαγωγής και πρόληψης της υγείας με στόχο την μείωση επιπολασμού της νόσου. Επίσης επειδή η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μικρό δείγμα ενός ιατρείου σε νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης τα συμπεράσματα απαιτείται να γενικευτούν σε εθνικό επίπεδο με επιπλέον έρευνα.

## 9) ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alikari V, Zyga S. Conceptual analysis of patient compliance in treatment. *Health Science Journal*. 2014; 8: 179-186.

Bakas T., McLennon, S.M., Carpenter, J.S., Buelow, J.M., Otte, J.L., Hanna, K.M., Ellett M.L., Hadler K.A., Welch J.L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:134.

Bearman KJ, La Greca AM. (2002) Assessing friend support of adolescents' diabetes care: The Diabetes Social Support Questionnaire-Friends Version. *Journal of Pediatric Psychology*.27:417–428.

Bowling, A. (2001). *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales* (2nd ed.). Buckingham, U.K.: Open University Press

Capron L. What is in a risk factor? He, who strikes the ball *Diabetes Metabolis* .2003;29(1):6-13

Chen, T. H., Li, L., & Kochen, M. M. (2005). A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQoL) measures in routine general practice?, *Journal of Zhejiang University Science*, 6 (9): 936-940.

DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42:200–9

Delamater, A.M. (2006). Improving patient adherence, *Clin Diabetes*, 24 (2): 71-77, ects, *BMC Res Notes*, 1: 101-106

Engram, B. (1995). *Νοσηλευτική Φροντίδα Στη Παθολογία & Χειρουργική* (σελ.516-517), Εκδόσεις ‘ΕΛΛΗΝ’.

Fayers P.M. & Machin D. (2006). *Ποιότητα ζωής: αξιολόγηση, ανάλυση και ερμηνεία*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

Guyton, A.(1998).*Η Φυσιολογία του Ανθρώπου* ,Εκδόσεις Λίτσας.

Helgeson VS, Reynolds KA, Escobar O, Siminerio L, Becker D (2007). The role of friendship in the lives of male and female adolescents: Does diabetes make a difference? *Journal of Adolescent Health*. 40:36–43.

Herlitz J, Caidahl K, Wiklund I, Sjöland H, Karlson BW, Karlsson T, et al. Impact of a history of diabetes on the improvement of symptoms and quality of life during 5 years after coronary artery bypass grafting. *J Diabetes Complications*, 2000; 14(6): 314-321.

Kakleas K, Kandyla B, Karayianni C, Karavanaki K. *Diabetes Metab.* (2009) Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. Nov;35(5):339-50. Epub 2009

King H., Aubert R, Herman W. Global burden of diabetes, 1995-2025: Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998;21: 1414-31.

Lemone, P., Burke, K. & Bauldoff, G.(2014). Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική:Κριτική Σκέψη κατά την Φροντίδα του Ασθενούς(σελ 647), Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος.

Lederer J. (2002) *Εγχειρίδιο Διαιτητικής*, Εκδόσεις: Παρισιανού, Αθήνα.

Lin, X.-J., Lin, I.M., Fan, S.-Y (2012). Methodological issues in measuring health-related quality of life, *Tzu-Chi Medical Journal*, 25: 8-12.

Mayberry LS, Osborn CY.(2012).Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012; 35: 1239-45. doi: 10.2337/dc11-2103. Epub 2012 Apr 26.

Mayberry LS, Osborn CY. Family involvement is helpful and harmful to patients' self-care and glycemic control. *Patient Educ Couns*. 2014 ;97:418-25

Mayberry LS, Rothman RL, Osborn CY. Family members' obstructive behaviors appear to be more harmful among adults with type 2 diabetes and limited health literacy. *J Health Commun*. 2014;19 Suppl 2:132-43.

Melidonis AM.,Tournis SM., Kompoti MK.,Lentzas IL.,Roussou VR., Iraklianiou SL., et al. Increased prevalence of diabetes mellitus in a rural Greek population.*Rural Remote Health*.2006;6(1):534.

Miller TA, Dimatteo MR. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2013; 6:421-6.

Netter, F., Runge, M. & Greganti, A.(2009). Παθολογία Βασικές αρχές(σελ 217), Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Pallini S., Bove G., & Laghi, F. (2011). Classification of professional values based on motivational content: an exploratory study on Italian Adolescents. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 44, 16-31.

Pharmaceutical Group of the European Union Targeting adherence: Improving patient outcomes in Europe through Community Pharmacists' Interventions. May 2008.

Porth, C. & Matfin, G. (2009). Pathophysiology: Concepts of altered health states (8<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott.

Robert C. Atkins, Paul Zimmet. Diabetic Kidney Disease :Act now or Pay Later. Saudi J Kidney Dis Transpl 2010;21:217-221.

Salas M, Hughes D, Zuluaga A, Vardeva K, Lebmeier M. Costs of medication nonadherence in patients with diabetes mellitus: a systematic review and critical analysis of the literature. Value Health. 2009;12(6):915-22.

Sicree R, Shaw J, Zimmet P. Diabetes and impaired glucose tolerance. In Diabetes Atlas, 3rd edition, Gan D, (Ed) 2006, International Diabetes Federation: Brussels. p. 15-109.

Sotiropoulos, A., Papazafiropoulou, A., Apostolou, O., Kokolakis A., Gikas, A., Pappas, S. (2008). Prevalence of depressive symptoms among non insulin treated Greek type 2 diabetic subj

Summerson JH, Spangler JG, Bell RA, Shelton BJ, Konen JC. Association of gender with symptoms and complications in type II diabetes mellitus. Women's Health Issues, 1999; 9(3): 176-182.

Unnikrishnan, R., Shah, V. and Molan, V. (2016). Challenges in diagnosis and management of diabetes in the young. Clinical Diabetes and Endocrinology, 2:18.

Vander, M., Sherman, Ph., Luciano, D. & Τσακόπουλος, Μ. (2011). Φυσιολογία του ανθρώπου, Μηχανισμοί της Λειτουργίας του Οργανισμού (σελ. 802), Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Wandell, P. (2005). Quality of life of patients with diabetes mellitus, Scandinavian Journal of Primary Health Care, 23: 68-74

Watanabe K, Kurose T, Kitatani N, Yabe D, Hishizawa M, Hyo T and Seino Y (2010). The Role of Family Nutritional Support in Japanese. Patients with Type 2 Diabetes

Wilson, I. (2004). The challenge of understanding articles about health-related quality of life, Clinical infectious diseases, 39 (3): 434-436.

Wong M, Gucciardi E, Li L, Grace SL. Gender and nutrition management in type 2 diabetes. Can J Diet Pract Res. 2005;66:215-20



World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva, Switzerland: WHO; 2003. Available at: [http://www.who.int/chronic\\_conditions/adherencereport/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/)

Yoon KH, Lee JH, Kim JW, et al. Epidemic obesity and type 2 diabetes in Asia. *Lancet* 2006;368 (9548):1681-8.

Zimmet P, Alberti K, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature* 2001;414:782-7.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη και των επιπλοκών του, Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, Ε.ΚΕ.ΔΙ., 2012.

Καζάκος, Κ., (2016). Σακχαρώδης Διαβήτης Σύγχρονες Απόψεις (σελ 21,25,26), Κύπρος: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Καρδάση- Σαχίνη, Α. & Πάνου, Μ. (2000). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές Διαδικασίες (σελ 82), Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΕΠΕ.

Κατσίκη, Ν., Ηλιάδης, Φ., Ζαντίδης, Α. Και Διδάγγελος, Τ. (2010). Σακχαρώδης Διαβήτης: Διάγνωση και ταξινόμηση. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά* 23,1:78-86.

Μανιός Γ. (2006) Διατροφική αξιολόγηση: Διαιτολογικό & Ιατρικό Ιστορικό, Σωματομετρικοί, Κλινικοί & Βιοχημικοί Δείκτες, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.

Μελιδώνης, Α. (2010). Σύγχρονες προσεγγίσεις σε θέματα αιχμής (σελ 391), Θεσσαλονίκη.

Νιάκας, Δ. (2007). Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου 2, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(συμπλήρωμα 1):66-74.

Πάγκαλος Μ., Πάγκαλος Ε. *Ιατρική* 2002,82(Συμπλήρωμα):27-32.

Σαπουντζή -Κρέπια Δ (2003). Οικογένεια και Νοσηλευτική φροντίδα στο Σημειώσεις Εισαγωγής στην Κοινωνική Νοσηλευτική Θεσσαλονίκη, 114-134

Σαπουντζή-Κρέπια Δ (2004). Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα. Εκδόσεις Έλλην, 11:43, 103-106

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλώ απαντήστε στις ακόλουθες ερωτήσεις, εάν έχετε διαγνωσθεί με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

**Ηλικία:**

**Φύλλο:** Άνδρας ⇨ Γυναίκα ⇨

**Οικογενειακή κατάσταση:** Άγαμος ⇨ Έγγαμος ⇨

Διαζευγμένος ⇨ Χηρεία ⇨ Συμβίωση

⇨

**Ζείτε:** Μόνος/η ⇨ Όχι μόνος ⇨

**Τόπος διαμονής:** Αστική ⇨ Ημιαστική ⇨ Αγροτική ⇨

**Επίπεδο εκπαίδευσης:** Δημοτικό ⇨ Γυμνάσιο ⇨ Απόφοιτος Λυκείου ⇨

Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση ⇨ Μεταπτυχιακό ⇨

**Κατάσταση ασφάλισης:** Δημόσια ⇨ Ιδιωτική ⇨ Δημόσια και ιδιωτική ⇨

**Βάρος:**

**Ύψος:**

Δείκτης Μάζας Σώματος (βάρος σε κιλά δια το ύψος στο τετράγωνο σε μέτρα):

≤25 ⇨ 25-35 ⇨ >35 ⇨

**Επαγγελματική κατάσταση ή δραστηριότητα:**

Άνεργος ⇨

Οικιακά ⇨

Δημόσιος Υπάλληλος

⇨

Ιδιωτικός Υπάλληλος ⇨

Αγρότης ⇨

Διοικητικό στέλεχος ⇨

Ελεύθερος Επαγγελματίας- εμπόριο ⇨

Ελεύθερος Επαγγελματίας Παροχή Υπηρεσιών ⇨

Συνταξιούχος ⇨

Άλλο ⇨

**Μηνιαίο εισόδημα σε ευρώ:** <600 ⇨ 601-1000 ⇨ 1001-1500 ⇨ >1501 ⇨

**Ασφάλεια:**

**Έτη που έχετε διαγνωσθεί με διαβήτη:**

**Έχετε τον ίδιο γιατρό;**      Ναι ⇨      Όχι ⇨

**Αν ναι, πόσα έτη έχετε τον ίδιο γιατρό;**

**Πόσες φορές το χρόνο επισκεφτήκατε τον ιατρό σας;**

## ΦΥΣΙΚΗ-ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Έχετε κάποια από τις ακόλουθες ασθένειες;

Ασθένεια	Ναι	Όχι
Καρδιακή ανεπάρκεια		
Στεφανιαία νόσος		
Υπέρταση		
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο		
Ακράτεια ούρων		
Σοβαρή νεφρική νόσος		
Απώλεια νεφρού		
Χρόνια λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος		
Τύφλωση		
Διαταραχές στην όραση		
Νευροπάθεια		
Προβλήματα με τις κατώτερες πλευρές (αγγειονεύρωση)		
Κατάθλιψη		

### Δίαιτα

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ακολουθήσατε υγιεινή διατροφή;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες ημέρες την εβδομάδα, από τον τελευταίο μήνα, ακολουθήσατε το πλάνο της διατροφής σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) καταναλώσατε πέντε ή περισσότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) καταναλώσατε φαγητά με ψηλά λιπαρά (κόκκινο κρέας, γαλακτοκομικά κτλ);

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

### Άσκηση

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ξοδέψατε 30 συνεχή λεπτά για φυσική άσκηση (πχ περπάτημα);

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) κάνατε έντονη άσκηση (πχ κολύμβηση, ποδηλασία, χορός κτλ);

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

### Εξετάσεις αίματος – έλεγχος σακχάρου αίματος

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε το σάκχαρό σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε το σάκχαρό σας σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

### Φροντίδα ποδιών

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε τα πόδια σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε το εσωτερικό των παπουτσιών σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

### Κάπνισμα

Καπνίσατε τις τελευταίες 7 ημέρες; Όχι ⇒ Ναι ⇒

Εάν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίσατε την ημέρα;

**Συστάσεις- συμβουλές για αυτοφροντίδα**

**(ΝΑ ΔΩΣΕΤΕ ΜΟΝΟ ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΚΑΣΤΟΤΕ ΕΡΩΤΗΣΗ)**

**1) Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλεύτης) μα κάνατε;**

- A. Δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά
- B. Δίαιτα σε συνδυασμό με υδατάνθρακες
- C. Μείωση των καθημερινών θερμίδων για απώλεια βάρους
- D. Κατανάλωση φαγητών πλούσιων σε φυτικές ίνες
- E. Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ( 5 μερίδες την ημέρα)
- F. Μείωση στην κατανάλωση του νερού στο ελάχιστο
- G. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
- H. Δεν πήρα οδηγίες από κανένα

**2) Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλεύτης) να κάνετε;**

- A. Κάνετε ήπια καθημερινή άσκηση (περπάτημα)
- B. Κάντε συνεχή άσκηση για 20 λεπτά τουλάχιστον την ημέρα
- C. Υιοθετείστε μερικές ασκήσεις σε καθημερινή βάση (πχ χρησιμοποιείτε τις σκάλες αντί του ανελκυστήρα, χρησιμοποιείτε το λεωφορείο αντί του αυτοκινήτου, κατεβείτε μια στάση νωρίτερα από αυτή που επιθυμείτε κτλ)
- D. Υιοθετείστε ένα συγκεκριμένο είδος, διάρκεια και βαθμό άσκησης
- E. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
- F. Δεν πήρα οδηγίες από κανένα

**3) Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλεύτης) να κάνετε;**

- A. Ελέγξτε το σάκχαρο του αίματος σας χρησιμοποιώντας μια σταγόνα αίματος από το δάκτυλο σε μια ειδική ταινία που αλλάζει χρώμα ανάλογα με τα επίπεδα του σακχάρου
- B. Ελέγξτε το σάκχαρο του αίματος σας χρησιμοποιώντας ένα μηχάνημα
- C. Ελέγξτε το σάκχαρο στα ούρα
- D. Άλλο ( παρακαλώ διευκρινίστε)
- E. Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν

**4) Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλεύτης) να κάνετε;**

- A. Έγχυση ινσουλίνης 1 ή 2 φορές την ημέρα
- B. Έγχυση ινσουλίνης 3 ή περισσότερες φορές την ημέρα
- C. Αντι- διαβητικά χάπια - ταμπλέτες
- D. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
- E. Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν

**Δίαιτα**

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες ( τελευταία εβδομάδα) μοιράσατε τα γεύματά σας σε ίσες ποσότητες υδρογονανθράκων;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

**Φάρμακα**

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες ( τελευταία εβδομάδα) πήρατε τα φάρμακά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) πήρατε ινσουλίνη;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

**Φροντίδα ποδιών**

Πόσες φορές τις τελευταίες εβδομάδες πλύνετε τα πόδια σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Μουλιάσατε σε διάλυμα νερού και αντισηπτικού τα πόδια σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες εβδομάδες στεγνώσατε προσεκτικά τα κενά μεταξύ των δακτύλων των ποδιών σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

### Κάπνισμα

Στην τελευταία επίσκεψη στον ιατρό σας, σας ρώτησε εάν καπνίζετε και πόσο;

Ναι ⇒ Όχι ⇒

Εάν καπνίζετε, στην τελευταία επίσκεψη στον ιατρό σας, σας συνέστησε να σταματήσετε το κάπνισμα ή σας ανέφερε κάποιο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος;

Ναι ⇒ Όχι ⇒

Πότε καπνίσατε για τελευταία φορά;

- A. Περισσότερο από δύο χρόνια ή δεν κάπνισα ποτέ
- B. Πριν 1-2 χρόνια
- C. Πριν 4-12 μήνες
- D. Πριν 1-3 μήνες
- E. Λιγότερο από 1 μήνα
- F. Σήμερα



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι :

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή

2. Συγκρίνοντας την υγεία σας τώρα με την υγεία σας ένα χρόνο πριν θα λέγατε ότι τώρα είναι :

Πολύ καλύτερη	Κάπως καλύτερη	Περίπου ίδια	Κάπως χειρότερη	Πολύ χειρότερη

Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει...

3. Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες πχ τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα κλπ

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

4. Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες πχ μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο, ελαφρό τροχάδην κλπ

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

5. Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

6. Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

7. Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

8. Να σκύβετε ή να γονατίζετε

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

9. Να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

10. Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

11. Να περπατάτε ένα τετράγωνο

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

12. Να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνος

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

Τον περασμένο μήνα είχατε κάποιο από τα παραπάνω προβλήματα σαν αποτέλεσμα της υγείας σας;

13. Μειώσατε το χρόνο που διαθέτετε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας;

Ναι	
Όχι	

14. Κάνετε λιγότερα πράγματα από όσα θα θέλατε;

Ναι	
Όχι	

15. Περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των πολλών ασχολιών σας ;

Ναι	
Όχι	

16. Χρειαστήκατε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας;

Ναι	
Όχι	

17. Μειώσατε τον χρόνο που διαθέτετε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας;

Ναι	
Όχι	

18. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσα θα θέλατε;

Ναι	
Όχι	

19. Δεν κάνατε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας τόσο προσεκτικά όσο συνήθως;

Ναι	
Όχι	

20. Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή άλλους;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ

21. Τον τελευταίο μήνα πόσο σωματικό πόνο είχατε;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ

22. Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο ο σωματικός πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθάνεστε και πως σας πήγαν τα πράγματα τον τελευταίο μήνα. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα...

	Συνέχεια	Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
23. Αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα						
24. Ήσασταν πολύ νευρικός						
25. Αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγο χαρά						
26. Αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια						
27. Είχατε μεγάλη νευρικότητα						
28. Αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός						
29. Αισθανθήκατε εξαντλημένος						
30. Νιώσατε ευτυχισμένος						
31. Αισθανθήκατε κουρασμένος						

32. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες πχ με φίλους, συγγενείς κλπ.;

Συνέχεια	Πολύ συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ

Πόσο Σωστό ή Λάθος είναι για εσάς οι παρακάτω καταστάσεις;

	Εντελώς σωστό	Μάλλον σωστό	Δεν νομίζω	Μάλλον λάθος	Εντελώς λάθος
33. Νομίζω ότι αρρωσταίνω πιο εύκολα από άλλους					
34. Είμαι υγιής όπως κάθε άλλος που γνωρίζω					
35. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει					
36. Η υγεία μου είναι εξαιρετική					

## **ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

1. Ποια είναι η θεραπευτική σας αγωγή;

α) δίαιτα μόνον β) δισκία μόνον γ) ινσουλίνη μόνον δ) δισκία και ινσουλίνη

2. Ποια είναι συνήθως η γλυκοζυλιωμένη

αιμοσφαιρίνη σας;

α) <6,5

β) 6,5-7

γ) 7-7,5

δ) 7,5-8

ε) >8

3. Έχετε υπέρταση;

Ναι

Όχι

Εάν ναι ρυθμίζετε σωστά την αρτηριακή σας πίεση σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού σας;

Ναι

Όχι

4. Έχετε υπερλιπιδαιμία;

Ναι

Όχι

Εάν ναι ακολουθείτε σωστά την αγωγή του

γιατρού σας;

Ναι

Όχι

5. Είστε καπνιστής, πρώην καπνιστής ή μη καπνιστής;

Ναι

Όχι