



ΔΙΕΘΝΕΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΔΙ.ΠΑ.Ε)

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

**Η επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα
ζωής σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και ΣΔ2**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αγγελική Καραγκιοζίδου, Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Μαρία Λαβδανίτη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια τμήματος
Νοσηλευτικής ΔΠΙΑΕ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2019



ΔΙΕΘΝΕΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΔΙ.ΠΑ.Ε)

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

**Η επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα
ζωής σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και ΣΔ2**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αγγελική Καραγκιοζίδου, Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: Μαρία Λαβδανίτη – Αναπληρώτρια Καθηγήτρια τμήματος
Νοσηλευτικής, ΔΙΠΑΕ

ΜΕΛΟΣ: Λαμπρινή Κουρκούτα – Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής, ΔΙΠΑΕ

ΜΕΛΟΣ: Αρετή Τσαλογλίδου – Επίκουρος καθηγήτρια , τμήματος Νοσηλευτικής
ΔΙΠΑΕ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2019

copyright ©2019, Αγγελική Καραγκιοζίδου

ALL RIGHTS RESERVED

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

Εγκρίθηκε την

ΒΑΘΜΟΣ: ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

.....

.....

.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....

.....

.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της.

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Λαβδανίτη Μαρία για τις εποικοδομητικές της υποδείξεις, τη συνεχή καθοδήγηση και την αμέριστη υποστήριξη που μου παρείχε σε όλο αυτό το διάστημα.

Επιπλέον, ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στον ανηψιό μου Δημήτρη που χωρίς τη συνδρομή του η ολοκλήρωση της συγκεκριμένης εργασίας θα ήταν πολύ πιο δύσκολη

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην οικογένειά μου και ιδιαίτερα στο γιο μου Μανόλη για τη συνεχή στήριξη και συμπαράσταση και τη κατανόησή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

8

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	12
ABSTRACT	13
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	14
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	16
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΓΧΟΣ	21
1.1. Οι γνωσιακές διαστάσεις του άγχους	21
1.2. Αντιμετώπιση άγχους	29
1.3. Άγχος και καρκίνος	31
1.4. Άγχος και σακχαρώδης διαβήτης	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	36
2.1. Αιτιολογικοί παράγοντες - ο αρνητικός τρόπος σκέψης και οι σχέσεις με τους άλλους	36
2.2. Θεραπεία της κατάθλιψης	39
2.3. Κατάθλιψη και καρκίνος	41
2.4. Κατάθλιψη και σακχαρώδης διαβήτης	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	47
3.1. Η υγεία και η ποιότητα ζωής ως πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο	47
3.2. Όργανα εκτίμησης και μέτρησης της Ποιότητας Ζωής	50
3.3. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο	60
3.4. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη	63
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	67
1.1. Σκοπός	67
1.2. Υλικό και Μέθοδος	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	129
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	133
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	135
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	151

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης

Πίνακας 2. Περιγραφικά στοιχεία κλινικών παραγόντων

Πίνακας 3. Περιγραφικά στοιχεία κλινικών παραγόντων

Πίνακας 4. Επιπλοκές σακχαρώδη διαβήτη

Πίνακας 5. Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης

Πίνακας 6. Περιγραφικά στοιχεία του EORTC QLQ-C30

Πίνακας 7. Περιγραφικά στοιχεία του EORTC OLO – CR29

Πίνακας 8. Διαφορές μεταξύ καπνιζόντων και μη αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος

Πίνακας 9. Διαφορές μεταξύ εκπαιδευτικών επιπέδων αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος

Πίνακας 10. Διαφορές μεταξύ καταστάσεως ασφάλισης αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος

Πίνακας 11. Διαφορές μεταξύ επιπέδων ΔΜΣ αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος

Πίνακας 12. Διαφορές μεταξύ επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος

Πίνακας 13. Διαφορές μεταξύ ειδών θεραπευτικής αγωγής αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος

Πίνακας 14. Διαφορές μεταξύ επαγγελματικής κατάστασης αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος

Πίνακας 15. Διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος

Πίνακας 16. Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 17. Διαφορές μεταξύ του τρόπου διαβίωσης αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 18. Διαφορές μεταξύ καπνιζόντων και μη αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 19. Διαφορές μεταξύ χρηστών αλκοόλ και μη αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 20. Διαφορές μεταξύ χρηστών υπερτασικών και μη αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 21. Διαφορές μεταξύ επιπέδων οικογενειακής κατάστασης αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 22. Διαφορές μεταξύ τόπων μόνιμης διαμονής αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 23. Διαφορές μεταξύ επιπέδων ΔΜΣ αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 24. Διαφορές μεταξύ ειδών θεραπευτικής αγωγής αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 25. Διαφορές μεταξύ επιπλοκών ΣΔ αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 26. Διαφορές μεταξύ επιπλοκών ΣΔ αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 27. Διαφορές μεταξύ φύλων αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 28. Διαφορές μεταξύ του τρόπου διαβίωσης αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 29. Διαφορές μεταξύ καπνιζόντων και μη αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 30. Διαφορές μεταξύ χρηστών και μη αλκοόλ αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 31. Διαφορές μεταξύ υπερτασικών και μη αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 32. Διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 33. Διαφορές μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 34. Διαφορές μεταξύ ΔΜΣ αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 35. Διαφορές μεταξύ επαγγελματικής κατάστασης αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 36. Διαφορές μεταξύ ειδών θεραπευτικής αγωγής αναφορικά με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 37. Διαφορές μεταξύ τιμών γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αναφορικά με την ποιότητα ζωής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή Ο διαβήτης και ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι δύο χρόνιες ασθένειες, που μπορεί να εκδηλωθούν σε διάφορες περιόδους της ζωής του ατόμου.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την ύπαρξη κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και ΣΔ2, την ποιότητα ζωής τους καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις εν λόγω μεταβλητές (κατάθλιψη, άγχος και ποιότητα ζωής).

Μεθοδολογία Για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα HADS για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας (κατάθλιψη και άγχος), το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 μέτρησης ποιότητας ζωής για ασθενείς με καρκίνο και το EORTC QLQ-CR29 για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού.

Αποτελέσματα Στην έρευνα συμμετείχαν 100 ασθενείς (58 άνδρες και 42 γυναίκες) με μέση ηλικία τα $65,77 \pm 9,99$ έτη ζωής. Στο πλαίσιο των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας του δείγματος και του άγχους ($r = -0,227$, $p = 0,024$) καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου HADS ($r = -0,238$, $p = 0,019$).

Συμπεράσματα Τόσο η κατάθλιψη και το άγχος όσο και η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών επηρεάζονται από διαφορετικούς κοινωνικοδημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες.

Λέξεις - κλειδιά Σακχαρώδης διαβήτης, καρκίνος παχέος εντέρου, κατάθλιψη, άγχος, ποιότητα ζωής

ABSTRACT

Introduction Diabetes and colorectal cancer are two chronic illnesses that can occur in different periods of a person's life.

The **aim** of this study is to investigate the existence of depression and anxiety in patients with colorectal cancer and diabetes mellitus, their quality of life and the factors that affect these variables (depression, anxiety and quality of life).

Methodology The HADS scale for mental health assessment (depression and anxiety), the EORTC QLQ-C30 quality of life measurement for cancer patients and EORTC QLQ-CR29 for colorectal cancer were used to collect the research data. rectum.

Results The study involved 100 patients (58 men and 42 women) with an average age of 65.77 ± 9.99 years of life. In the context of the correlations between the variables, the results showed that there is a negative correlation between sample age and anxiety ($r = -0.227$, $p = 0.024$) as well as the total score of the HADS questionnaire ($r = -0.238$, $p = 0.019$).

Conclusions Both depression and anxiety and the quality of life of these patients are affected by different sociodemographic and clinical factors.

Key words Diabetes mellitus, colon cancer, depression, anxiety, quality of life

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, υπήρξε μια αυξανόμενη κυριαρχία των χρόνιων διαταραχών, ως αποτέλεσμα των βελτιωμένων συνθηκών διαβίωσης, καλύτερης πρόληψης, διαχείρισης μολυσματικών ασθενειών, ιατρικών τεχνολογικών βελτιώσεων και γενικής γήρανσης του πληθυσμού. Ως εκ τούτου, ένας αυξανόμενος αριθμός ανθρώπων ζουν με χρόνιες ασθένειες που μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς την ποιότητα ζωής (ΠΖ) τους. Γενικά, οι χρόνιες παθήσεις είναι αργές στην εξέλιξη, με μεγάλη διάρκεια, και απαιτούν ιατρική περίθαλψη. Η πλειοψηφία των χρόνιων ασθενειών έχουν τη δυνατότητα να επιδεινώσουν τη συνολική υγεία των ασθενών περιορίζοντας την ικανότητά τους να ζουν καλά, μειώνοντας τη λειτουργική τους κατάσταση, το επίπεδο παραγωγικότητας καθώς και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ) και συνεισφέρουν σημαντικά στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (Montazeri, 2008).

Μεταξύ αυτών των ασθενειών είναι ο καρκίνος, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο HIV, οι ασθένειες του εντέρου, η νεφρική νόσος και οι ασθένειες του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Στο πλαίσιο της μελέτης των χρόνιων ασθενειών, η ΣΥΠΖ διερευνάται ως πρωτεύον ή δευτερογενές αποτέλεσμα. Η ΣΥΠΖ είναι ένα σημαντικός δείκτης για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας νόσου και των αποτελεσμάτων της ιατρικής παρέμβασης. Συνεπώς, μια βελτίωση στη ΣΥΠΖ θεωρείται ότι είναι ένα βασικό πρωταρχικό αποτέλεσμα και καθοριστικός παράγοντας για το θεραπευτικό όφελος (Brown, Bowling, Flynn, 2004). Παρόλο που διαπιστώνεται πιο συχνά ότι είναι δευτερογενής έκβαση που παρέχει στους ερευνητές δεδομένα που δημιουργούν υποθέσεις, σε ορισμένες περιπτώσεις τα αποτελέσματα ενδιαφέροντος μπορεί να

περιλαμβάνουν μόνο ορισμένους τομείς, όπως είναι η φυσική λειτουργία ή η συναισθηματική λειτουργία. Οι πληροφορίες σχετικά με τις επιπτώσεις των χρόνιων ασθενειών στη ΣΥΠΖ μπορούν να κάνουν τις υπηρεσίες υγείας πιο επικεντρωμένες στον ασθενή (Brown, Bowling, Flynn, 2004).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημερινή κοινωνία του δυτικού κόσμου είναι μία κοινωνία που γερνά περισσότερο απ' ό,τι παλιά, με συνέπεια την αύξηση και επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων. Εξ ορισμού, μία θεραπεία που απευθύνεται σε χρόνιους ασθενείς δεν αποσκοπεί στην ίαση αλλά κυρίως στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη διατήρηση μίας αξιοπρεπούς ποιότητας της υπόλοιπης ζωής τους. Έτσι, αναπτύχθηκε ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής που προσφέρεται στους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και βρίσκονται σε κάποιου είδους συνεχή αγωγή και ιατρική παρακολούθηση.

Στην Ιατρική, στις δυτικές κυρίως κοινωνίες, οι τελευταίες δεκαετίες χαρακτηρίζονται από μεγάλα επιτεύγματα στην αντιμετώπιση των διαφόρων νοσημάτων. Η σύγχρονη τεχνολογία και ιδιαίτερα ο κλάδος της βιοτεχνολογίας, που έχει επεκταθεί σημαντικά στα πεδία της αντιμετώπισης πολλών παθολογικών καταστάσεων καθώς και της ιατρικής φροντίδας ασθενών, προσφέρει πλέον αυξημένες δυνατότητες διατήρησης και επιμήκυνσης της ζωής για μεγάλες κατηγορίες αρρώστων, που κάποτε αφήνονταν στην τύχη τους (Αποστόλου, 2000). Έτσι, πέραν πλέον της επιβίωσης, ο τρόπος που κανείς επιβιώνει, η δυνατότητα πλήρους ή μερικής αποκατάστασης, καθώς και η αξιολόγησή της, έγιναν πρόσθετοι ιατρικοί στόχοι.

Ο καρκίνος είναι η κύρια αιτία θανάτου στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες και η δεύτερη αιτία θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες (WHO, 2008, Theofilou, 2012). Το βάρος του καρκίνου αυξάνεται στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες ως αποτέλεσμα της γήρανσης του πληθυσμού και της ανάπτυξης καθώς και της υιοθέτησης των σχετικών με τον καρκίνο επιλογών του τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος, της σωματικής αδράνειας και της «δυτικής»

δίαιτας. Με την αυξανόμενη ανάπτυξη των θεραπειών για τον καρκίνο, συμπεριλαμβανομένης της πρόσφατης έκρηξης αναστολέων μικρών μορίων που έχουν ήδη εγκριθεί από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων ή εξετάζονται σε συνεχιζόμενες κλινικές δοκιμές, το θέμα της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών έχει αποκτήσει μεγάλη σημασία την ογκολογική κοινότητα (WHO, 2008).

Από την άλλη πλευρά, ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) τύπου 2 θεωρείται ένα μείζον πρόβλημα υγείας παγκοσμίως και τείνει να λάβει επιδημικές διαστάσεις. Εκτιμάται ότι 246 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από τη νόσο (ποσοστό που ανέρχεται στο 6% του ενήλικου πληθυσμού). Ο αριθμός αυτός προβλέπεται ότι το 2025 θα διαμορφωθεί στα 380 εκατομμύρια (7,3%). Σήμερα, ο σακχαρώδης διαβήτης καταλαμβάνει την 11^η θέση με 3,8 εκατομμύρια θανάτους ετησίως, ενώ το 2030 αναμένεται να ανέλθει στην 6^η θέση (IDF, 2017). Ο σακχαρώδης διαβήτης επιβαρύνει την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία των διαβητικών λόγω των σοβαρών επιπλοκών του.

Η ΣΥΠΙΖ είναι οι υποκειμενικές εμπειρίες ή προτιμήσεις, οι οποίες εκφράζονται από ένα άτομο ή από τα μέλη μιας ομάδας ατόμων, σε σχέση με συγκεκριμένες διαστάσεις της κατάστασης της υγείας τους (Theofilou, 2012). Στα χρόνια νοσήματα, η ποιότητα ζωής εξαρτάται από την ιδιαιτερότητα της νόσου και τη θεραπευτική αγωγή. Η εξέλιξη της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας, στο θέμα της θεραπείας του ΣΔ, όπως είναι οι πέννες ινσουλίνης, οι αντλίες ινσουλίνης ή η έρευνα για την εισπνεόμενη ινσουλίνη, δημιουργούν νέο επιστημονικό ενδιαφέρον για την καταγραφή της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με ΣΔ και καρκίνο.

Η αναφορά του όρου «ποιότητα ζωής» στη βιβλιογραφία το διάστημα 1966-1974 ήταν περίπου 40, ενώ για το διάστημα 1986-1994 ήταν πάνω από 10,000 (Theofilou, 2012) γεγονός που αποδεικνύει το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την

διερεύνηση της ποιότητας ζωής τόσο στον σακχαρώδη διαβήτη, όσο και σε άλλα χρόνια νοσήματα (Theofilou, 2012).

Η μελέτη για την ποιότητα ζωής του πάσχοντα περιλαμβάνει δύο διαστάσεις: την υποκειμενική διάσταση που περιλαμβάνει την προσωπική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του και την αντικειμενική διάσταση που αφορά στην εκτίμηση των εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την ύπαρξη κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και ΣΔ2, την ποιότητα ζωής τους καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις εν λόγω μεταβλητές (κατάθλιψη, άγχος και ποιότητα ζωής).

Στο πλαίσιο συγγραφής του πρώτου κεφαλαίου της παρούσας εργασίας, παρουσιάζεται αναλυτικά το άγχος (αίτια, θεραπεία) καθώς και η σύνδεσή του με τον καρκίνο και το ΣΔ2 μέσα από την παράθεση σχετικής βιβλιογραφίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην κατάθλιψη στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και ΣΔ2 μέσα από την παράθεση σχετικής βιβλιογραφίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ποιότητα ζωής στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και ΣΔ2 μέσα από την παράθεση επίσης σχετικής βιβλιογραφίας.

Στο ειδικό μέρος της παρούσας εργασίας και πιο συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το ερευνητικό τμήμα (μεθοδολογία) της εν λόγω μελέτης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρατίθενται με τη μορφή πινάκων τα αποτελέσματα, τα οποία και αναλύονται.

Στο τρίτο κεφάλαιο της συζήτησης, εκτός από τον κριτικό σχολιασμό των αποτελεσμάτων, αναφέρονται οι περιορισμοί και τα αδύνατα σημεία της μελέτης.

Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα - προτάσεις της μελέτης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΓΧΟΣ

1.1. Οι γνωσιακές διαστάσεις του άγχους

Το άγχος είναι φαινόμενο πολύ γνωστό σε όλους μας, όπως και οι συνέπειές του ή οι αντιδράσεις σε αυτό. Μια μέτρια «δόση» άγχους δεν «παράγει» συνήθως δυσάρεστες συνέπειες. Όταν όμως δεν μπορεί να ελεγχθεί, τότε μπορεί να προκαλέσει διάφορα σοβαρά προβλήματα στον τρόπο, με τον οποίο τα άτομα σκέφτονται και συμπεριφέρονται, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει ακόμα και σωματικές και ψυχικές δυσλειτουργίες. Η διεργασία του άγχους είναι σημαντική για την επιβίωση γιατί προετοιμάζει στην αντιμετώπιση των αρνητικών ή ανεπιθύμητων και δυσάρεστων καταστάσεων. Γίνεται το αίτιο για αλλαγές στο ορμονικό σύστημα, και με αυτόν τον τρόπο, προετοιμάζει το σώμα να αμυνθεί κατά του «κινδύνου» ή να «το βάλει στα πόδια». Παράλληλα οι ορμονικές αλλαγές, προκαλούν ορισμένα σωματικά αισθήματα που μπορούμε να συσχετίσουμε με το στρες, όπως:

- ένταση των μυών
- γρήγορους καρδιακούς παλμούς
- γρήγορη αναπνοή
- εφίδρωση

Βραχυπρόθεσμα, αυτές οι αλλαγές είναι θετικές, εφόσον βοηθούν το σώμα να προετοιμαστεί για δράση και το μυαλό μας να συγκεντρωθεί στο παρόν πρόβλημα. Οι αλλαγές αυτές όμως κανονικά σταματούν και επανέρχεται στην προηγούμενη κατάσταση ηρεμίας, μόλις ο κίνδυνος ή αυτό που προκάλεσε άγχος, περάσει. Αν όμως οι αντιδράσεις δε σταματήσουν, οι σωματικές αισθήσεις γίνονται πλέον δυσάρεστες και καταλήγουν σε:

- μυϊκούς πόνους
- αδυναμία στα πόδια
- έντονη εφίδρωση
- τρέμουλο
- δύσκολη και άτακτη αναπνοή
- φούσκωμα ή πόνο στο στομάχι
- δυνατούς ή γρήγορους καρδιακούς παλμούς

Τα τελευταία χρόνια, το κεφάλαιο της θεωρίας και θεραπείας του άγχους έχει προσελκύσει το ιδιαίτερο ενδιαφέρον των κλινικών ερευνητών, οι οποίοι εξετάζουν το άγχος ως ένα σύνθετο φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από γνωσιακές, συμπεριφοριστικές και οργανικές διαστάσεις.

Με βάση αυτή την άποψη και τα αποτελέσματα πρόσφατων κλινικών πειραμάτων, είναι βέβαιο ότι οι γνωσιακές διαστάσεις των διαταραχών του άγχους αρχίζουν να προσελκύουν όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον των ερευνητών. Φυσικά, σ' αυτό συντελεί το γεγονός ότι η γνωσιακή θεραπεία του άγχους (μόνη της ή σε συνδυασμό με συμπεριφοριστική θεραπεία ή φαρμακοθεραπεία) αρχίζει να εμφανίζει παρόμοιο βαθμό επιτυχίας με αυτόν της κατάθλιψης, με πολύ καλά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

1.1.1. Γνωσιακά μοντέλα

Οι Hoehn-Saric & McLeod (1988, Freeman και συν., 1990) περιγράφουν το άγχος ως μια παγκοσμίως γνωστή εμπειρία, η οποία λειτουργεί σα μηχανισμός προειδοποίησης (ασφάλειας). Ο μηχανισμός αυτός εκπέμπει προειδοποιητικά σήματα σε καταστάσεις κινδύνου που έχουν σχέση με αβεβαιότητα, ενώ φαίνεται να δυσλειτουργεί σε έναν αριθμό περιπτώσεων, όπως όταν:

- (α) το άγχος είναι υπερβολικά έντονο,
- (β) διαρκεί πέρα από την έκθεση σε κάποιο κίνδυνο,
- (γ) παρουσιάζεται σε καταστάσεις, οι οποίες αντικειμενικά δεν εμπεριέχουν κίνδυνο ή απειλή, ή
- (δ) παρουσιάζεται χωρίς κανένα ιδιαίτερο λόγο.

Μετά τις θεωρίες των Lazarus (1966) και Bandura (1977), το γνωσιακό μοντέλο του άγχους του Aaron Tim Beck (Beck & Emery, 1985) παρουσιάζεται ως ένα καλά επεξεργασμένο μοντέλο του κλινικού άγχους (Clark & Beck, 1988).

Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι υφίσταται μια σχέση μεταξύ συναισθημάτων και σκέψης στις διαταραχές του άγχους, οι οποίες ορίζονται πρωταρχικά ως διαταραχές της σκέψης (Blackburn & Davidson, 1990). Η έμφαση σε αυτό το μοντέλο δίνεται στον τρόπο, με τον οποίο ερμηνεύονται γεγονότα και καταστάσεις από τους ανθρώπους, παρά στα ίδια τα γεγονότα.

Αυτές οι ερμηνείες δημιουργούν με τη σειρά τους έναν αριθμό αρνητικών συναισθημάτων (πχ. άγχος, θυμό, θλίψη) που στην περίπτωση του κλινικού άγχους χαρακτηρίζονται από:

- (α) μη ρεαλισμό,
- (β) υπερεκτίμηση της πιθανότητας παρουσίασης και του βαθμού δριμύτητας των άσχημων καταστάσεων, και
- (γ) υποεκτίμηση των υπάρχόντων τρόπων αντιμετώπισης των καταστάσεων ή των τρόπων επίλυσης (Clark & Beck, 1988).

Το γνωσιακό μοντέλο του άγχους, όπως παρουσιάζεται από τους Blackburn και Davidson (1990), αποτελείται από τρία μέρη: το ερέθισμα (stimulus), τη μεσολάβηση (mediation) και την αντίδραση (response).

Η μεσολάβηση μεταξύ ενός ερεθίσματος (που μπορεί να είναι μια κατάσταση, σκέψη, ανάμνηση κ.λπ.) και μιας αντίδρασης (άγχος, συμπτώματα κ.λπ.) αντιπροσωπεύει το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των εν ενεργεία γνωσιακών σχημάτων και διαδικασιών με τις αυτόματες σκέψεις.

1.1.2. Γνωσιακά σχήματα

Τα γνωσιακά σχήματα ορίζονται ως *λειτουργικές κατασκευές των σχετικά μόνιμων αναπαραστάσεων προηγούμενων πληροφοριών και εμπειριών* (Clark & Beck, 1989). Αποτελούνται από τη γνώση που έχει κάποιος γύρω από το άτομό του, τους άλλους και τον υπόλοιπο κόσμο γενικότερα.

Σύμφωνα με τους Clark και Beck (1989), το άτομο προσλαμβάνει έναν μεγάλο αριθμό ερεθισμάτων και πληροφοριών από το περιβάλλον και τα γνωσιακά σχήματα προσφέρουν έναν *οικονομικό* τρόπο για την επεξεργασία τους.

Αν τα εισερχόμενα ερεθίσματα είναι συμβατά (παρόμοια) με τα υπάρχοντα σχήματα, τότε τυγχάνουν επεξεργασίας και κωδικοποίησης. Σε αντίθετη περίπτωση αγνοούνται ή ξεχνιούνται.

Σε περιπτώσεις ψυχολογικών διαταραχών, όπως του άγχους και της κατάθλιψης, αυτή η επεξεργασία μπορεί να επηρεαστεί από συνθήκες που επιτρέπουν την ύπαρξη και την κυριαρχία *αρνητικών* σχημάτων, με αποτέλεσμα η πραγματικότητα πολλές φορές να παρερμηνεύεται.

Στις ψυχολογικές διαταραχές τα ενεργά αρνητικά σχήματα συνήθως αναφέρονται στον εαυτό, είναι αυστηρά και απόλυτα, επηρεασμένα από το κοινωνικό και πολιτιστικό ιστορικό, και μεταβάλλονται δύσκολα (Beck, 1987, Clark & Beck, 1989, Blackburn & Davidson, 1990).

Οι Clark και Beck (1989) υποθέτουν ότι όταν υπάρχουν πολλά αρνητικά σχήματα για μια σειρά από παρόμοιες καταστάσεις, τότε τίθεται σε λειτουργία μια γενικότερη γνωσιακή αρχή (mode). Για παράδειγμα, στις καταστάσεις άγχους η γνωσιακή αρχή έχει σχέση με την απειλή ή τον κίνδυνο στο περιβάλλον του ατόμου (με την ευρεία έννοια).

Βάσει αυτής της αρχής, το άτομο βρίσκεται σε επαγρύπνηση αναζητώντας ερεθίσματα ή πληροφορίες που θα σημαίνουν κάποιον πιθανό κίνδυνο. Το άτομο δίνει μεγαλύτερη έμφαση στις επικίνδυνες πλευρές μιας κατάστασης, ενώ τα στοιχεία που υποδηλώνουν ασφάλεια αγνοούνται.

Επιπλέον, αυτή η γνωσιακή αρχή επιδρά στην αυτοεκτίμηση του ατόμου, δημιουργώντας του το αίσθημα ότι είναι περισσότερο ευάλωτο ή επιρρεπές στο άγχος.

Σύμφωνα με την άποψη των Kendall και Ingram (1987, 1989), τα ιδιαίτερα γνωσιακά σχήματα που υπογραμμίζουν τις καταστάσεις άγχους αναφέρονται σε προτάσεις σχετικές με τον τρόπο σκέψης του ατόμου, αντί της σκέψης για τον εαυτό του γενικότερα. Οι παραπάνω θεωρητικοί προτείνουν μάλιστα δύο ειδών σχήματα που είναι ενεργά στις διαταραχές του άγχους:

το πρώτο έχει σχέση με τον εαυτό και περιέχει ερωτήματα αγχωτικής φύσης, ενώ το δεύτερο περιέχει προτάσεις σχετικές με τους άλλους ανθρώπους και την κριτική τους και τίθεται σε λειτουργία πριν από πιθανές στρεσογόνες καταστάσεις.

Με έναν παρόμοιο τρόπο, ο Buss (1980) κάνει μια διαφοροποίηση ανάμεσα στην προσωπική αυτο-αντίληψη (private self-awareness), που απευθύνεται στον εαυτό, στα προσωπικά αισθήματα και σε τρόπους συμπεριφοράς, και τη δημόσια αυτο-αντίληψη (public self-awareness), που απευθύνεται στην πιθανή παρακολούθηση και κριτική από τους άλλους.

Ανάλογα με τη φύση και το βαθμό της ανησυχίας, οι διαταραχές του άγχους είναι πολλών ειδών (απλή φοβία, αγοραφοβία, κοινωνική φοβία, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, διαταραχή πανικού κ.λπ). Από τη γνωσιακή οπτική σκοπιά τονίζεται ότι, παρόλο που αυτές οι διαταραχές έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά, εντούτοις έχουν και σημαντικές διαφορές που χαρακτηρίζουν την καθεμία ξεχωριστά (Clark & Beck, 1988).

Για παράδειγμα, στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή πολλές καταστάσεις ερμηνεύονται ως απειλητικές ή επικίνδυνες για το άτομο, οι δε ασθενείς παρουσιάζονται με χαμηλότερη αυτοπεποίθηση και αισθήματα ανικανότητας (ανεπάρκειας).

Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς με διαταραχή πανικού έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρερμηνεύσουν με καταστροφικό τρόπο διάφορα σωματικά συμπτώματα, τα οποία άλλα άτομα θα θεωρούσαν απολύτως φυσιολογικά.

Ωστόσο, υπάρχει και η διατυπωμένη άποψη των Hampl, Scott, Carmin και Fleming (1990), οι οποίοι, έχοντας εξετάσει τα σχήματα ενός μεγάλου αριθμού

ασθενών με διαταραχές του άγχους, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η διαφοροποίηση των διαταραχών αυτών δεν είναι εύκολη, όταν βασίζεται μόνο στο είδος των αρνητικών σχημάτων που τις χαρακτηρίζουν.

Διαφορετικές, αλλά όχι απόλυτα ξεχωριστές, κατηγορίες αρνητικών σχημάτων αποτελούν εν μέρει τη βάση της λογικο-θυμικής θεραπείας (rational-emotive therapy) του Ellis (1962). Οι Ellis και οι συνεργάτες του (1988) υποστηρίζουν ότι οι κατηγορίες αυτές περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- ✓ Προτάσεις απαίτησης (demand statements): Πρόκειται για ιδέες με αυστηρό χαρακτήρα, που δεν αφήνουν πιθανότητες, έτσι ώστε οι καταστάσεις να εξελιχθούν άσχημα ή να γίνουν λάθη. Αυτές οι προτάσεις εμπεριέχουν συνήθως κάποιο *πρέπει* και απευθύνονται στον εαυτό, στον κόσμο, στο μέλλον και στις καταστάσεις που τις προκαλούν. Οι απαιτήσεις αυτών των προτάσεων αφορούν κυρίως σε θέματα, όπως η αναγνώριση, η τελειότητα, η επιτυχία και η άνεση.
- ✓ Καταστροφικά πιστεύω (catastrophizing beliefs): Οι πεποιθήσεις που σχετίζονται με τις αρνητικές πλευρές μιας κατάστασης και ερμηνεύονται ως *τρομερές*. Επίσης, οι οποιεσδήποτε ενοχλήσεις που μεταφράζονται από το άτομο ως *τραγωδίες*.
- ✓ Χαμηλή ανεκτικότητα (Low frustration tolerance): Η τάση του ατόμου να μην ανέχεται την παραμικρή ενόχληση ή να πιστεύει ότι δεν μπορεί να την ανεχθεί.
- ✓ Προτάσεις αξιολόγησης (Rating statements): Πρόκειται για τις αξιολογήσεις κάποιου ατόμου, οι οποίες βασίζονται σε ορισμένα μόνο χαρακτηριστικά, συμπεριφορές ή επιτυχίες.

- ✓ Υπεργενίκευση για το μέλλον (Overgeneralizing about the future): Αναφέρεται συνήθως στην επιμονή για άριστες διαρκώς επιδόσεις και στην αναζήτηση της επιδοκιμασίας από τρίτους. Όταν υπάρχουν αποτυχίες, το άτομο έχει την τάση να πιστεύει ότι αυτές θα επαναλαμβάνονται στο μέλλον.

1.1.3. Γνωσιακές λειτουργίες

Ο τρόπος, με τον οποίο ένα άτομο αντιδρά, τόσο σωματικά όσο και γνωσιακά, σε καταστάσεις που ερμηνεύονται ως απειλητικές ή επικίνδυνες ποικίλει. Ό,τι μπορεί να επηρεάσει την αντίδραση ενός ατόμου έχει σχέση με τη διάθεση, την προηγούμενη εμπειρία, τις αναμνήσεις, την ευπάθεια και τις απαραίτητες δεξιότητες που διαθέτει το συγκεκριμένο άτομο (Endler & Parker, 1990).

Ωστόσο, στο γνωσιακό μοντέλο, η έμφαση τοποθετείται στον τρόπο, με τον οποίο το σύστημα επεξεργασίας πληροφοριών (γνωσιακές λειτουργίες) επηρεάζεται από τα ενεργά αρνητικά σχήματα.

Αυτή η διαδικασία υπογραμμίζει μια αρνητική προκατάληψη (negative bias) απέναντι:

- (1) στην επιλογή πληροφοριών,
- (2) στην εξαγωγή συμπερασμάτων γύρω από τον εαυτό, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η ενοχή και η απόδοση αιτιών, και
- (3) στη συμπεριφορά αντιμετώπισης, όπως υπερεκτίμηση της απειλής και υποεκτίμηση των δυνατών τρόπων αντιμετώπισης (Rorer, 1989).

Επίσης, σύμφωνα με τους Blackburn και Davidson (1990), ο αρνητικός τρόπος, με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται ή σκέφτεται για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον ορίζει την αγχογενή γνωσιακή τριάδα (anxiogenic cognitive triad), βάσει της οποίας τα άτομα με άγχος θεωρούν:

- ✓ τον εαυτό τους ευάλωτο (στο άγχος, στην κατάθλιψη, παρουσιάζουν έλλειψη αυτοπεποίθησης, αποφυγή και αυξημένη εξάρτηση)
- ✓ τον κόσμο απειλητικό (ταραγμένος ύπνος, έλλειψη αυθορμητισμού και χαμηλή αυτοσυγκέντρωση), και το μέλλον απρόβλεπτο (συνεχής επαγρύπνηση)

1.2. Αντιμετώπιση άγχους

Οι παραδοσιακές επιλογές για την αντιμετώπιση της ανησυχίας, του φόβου και του άγχους είναι οι ψυχολογικές μέθοδοι και/ή τα φάρμακα. Παρότι το φάρμακα ήταν πολύ διαδεδομένα στη δεκαετία του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του 1980, τον τελευταίο καιρό οι ψυχολογικές μέθοδοι γίνονται ολοένα και πιο δημοφιλείς. Τα ηρεμιστικά φάρμακα δεν είναι απαραίτητως κάτι κακό στο βαθμό που η λήψη τους γίνεται υπό ιατρική παρακολούθηση. Μπορεί μάλιστα να είναι πολύ χρήσιμα σε περιόδους κρίσης, αλλά η μακροχρόνια χρήση τους γενικά δε θεωρείται ωφέλιμη (Skarstein et al., 2000).

Υπάρχουν πολύ ισχυρά επιχειρήματα για τα πλεονεκτήματα της ψυχολογικής προσέγγισης σε σχέση με τη φαρμακευτική. Κατ' αρχάς, υπάρχουν αποδείξεις ότι τα φάρμακα προκαλούν εξάρτηση, χωρίς να είναι περισσότερο αποτελεσματικά από την ψυχοθεραπεία. Κατά δεύτερο λόγο, τα φάρμακα μπορεί να προσφέρουν στον

πάσχοντα ένα μέσο συγκαλυμμένων αποφυγών, με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται ψυχολογική εξάρτηση. Κατά τρίτο λόγο, υπάρχει η πιθανότητα τα ηρεμιστικά απλώς να καλύπτουν τα συμπτώματα της ανησυχίας, του φόβου και του άγχους, χωρίς να στοχεύουν στην αιτία του προβλήματος, με αποτέλεσμα το άτομο να συνεχίζει να είναι ευάλωτο στην ψυχολογική πίεση. Τέλος, η χρήση των φαρμάκων μπορεί να έχει δυσάρεστες παρενέργειες και να αυξήσει το άγχος των ανθρώπων που είναι ιδιαίτερος ευαίσθητοι στις σωματικές αλλαγές (Skarstein et al., 2000).

Από την άλλη πλευρά, ολοένα και περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι οι πάσχοντες από αγχώδεις διαταραχές μπορούν να ωφεληθούν από προγράμματα αυτοβοήθειας, υπό την απαραίτητη προϋπόθεση όμως ότι το πρόγραμμα είναι οργανωμένο με τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτρέπει στον πάσχοντα να ακολουθήσει ρεαλιστικούς ρυθμούς και ότι οι τεχνικές που περιλαμβάνονται σ' αυτό θα γίνουν κτήμα του ατόμου μέσω εντατικής πρακτικής εξάσκησης. Οποιοσδήποτε επιθυμεί να μειώσει τη χρήση των ηρεμιστικών πρέπει να γνωρίζει ότι απαιτείται χρόνος για την εκμάθηση και την πρακτική εξάσκηση των στρατηγικών αυτοβοήθειας.

1.2.1. Στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων (ΣΑΣΚ)

Για να αντιμετωπιστούν όλες αυτές οι δυσκολίες καταφεύγουμε σε διάφορες μεθόδους (στρατηγικές αντιμετώπισης στρες). Κάποιες είναι βραχυπρόθεσμης μόνο ωφέλειας, π.χ. χρήση ηρεμιστικών ή άλλων ουσιών, κατάχρηση αλκοόλ και καπνού, υπερβολική λήψη τροφής, αποφυγή των αγχογόνων ερεθισμάτων. Αυτές οι στρατηγικές όμως αφορούν τον ίδιο μας τον εαυτό. Γίνεται προσπάθεια αλλαγής εαυτού, να ξεχαστούν στρεσογόνες καταστάσεις χωρίς να λύνεται το πρόβλημα που εξακολουθεί να παράγει άγχος και άλλες δυσάρεστες συνέπειες. Από την άλλη, υπάρχουν κάποιες στρατηγικές βραχυπρόθεσμης αλλά και μακροπρόθεσμης

ωφέλειας, που στρέφονται προς το ίδιο το πρόβλημα με στόχο την υπερκέρασή του και την οριστική απαλλαγή μας από τις συνέπειές του. Τέτοιες στρατηγικές είναι: η σωματική άσκηση, οι ασκήσεις χαλάρωσης, οι προσπάθειες αντιμετώπισης του ίδιου του προβλήματος (π.χ. μαζεύοντας πληροφορίες), η αισιόδοξη και δημιουργική σκέψη κ.ά. Κάθε στρατηγική διαδραματίζει το δικό της ρόλο και έχει το δικό της στόχο. Συνήθως, κάθε πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπισθεί εάν χρησιμοποιήσουμε αποτελεσματικά την κατάλληλη στρατηγική. Επομένως, η ανάλυση του προβλήματος και η παράλληλη γνώση του τρόπου χρήσης των ΣΑΣΚ μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του άγχους όταν το άτομο τα «ταιριάζει» αποτελεσματικά (Robin & Leslie, 2006).

1.3. Άγχος και καρκίνος

Ο πάσχων από καρκίνο βιώνει μια πληθώρα αρνητικών και επώδυνων συμπτωμάτων, όπου διαταράσσονται πολλά συστήματα του ατόμου. Τα σχετικά συμπτώματα εντοπίζονται σε οργανικό, συναισθηματικό, κοινωνικό, ψυχολογικό, υπαρξιακό και ατομικό επίπεδο. Τα κύρια συμπτώματα που καταπονούν τους ασθενείς με νεοπλασίες είναι ο πόνος, η κόπωση, τα σωματικά προβλήματα, η δυσφορία, η αδυναμία, η οδύνη, η αβεβαιότητα, η ματαιώση, ο φόβος εγκατάλειψης, ο φόβος της υποτροπής, η σεξουαλική δυσλειτουργία, οι διαταραχές ύπνου και γενικά η καχεξία. Ορισμένες φορές συνυπάρχουν και γαστρεντερικές διαταραχές, όπως ναυτία και έμετος. Επί πλέον, η χημειοθεραπεία συμβάλλει στην απότομη τριχόπτωση του ασθενούς. Η προκύπτουσα αλωπεκία αποτελεί άλλο ένα ισχυρό ψυχολογικό πλήγμα για τον ογκολογικό ασθενή, με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται αρνητικά η εικόνα του εαυτού του (χαμηλή αυτοεκτίμηση). Όλοι αυτοί είναι

παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση άγχους στους ογκολογικούς ασθενείς (Ανδριοπούλου, Χάρος, Στεργιάδη, 2018).

Ως εκ τούτου, αυτοί οι ασθενείς έχουν να αντιμετωπίσουν πληθώρα ζητημάτων, όπως διαχείριση πόνου και άλλων ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, αρνητικών συναισθηματικών, ψυχοκοινωνικών και ψυχολογικών επιδράσεων, διαχείριση άγχους θανάτου και επικείμενης υποτροπής, συμμόρφωση προς τη θεραπεία, διαχείριση συμπτωμάτων από την επίπονη και μακροχρόνια θεραπεία, άγχος εγκατάλειψης από τους σημαντικούς άλλους, ψυχολογικές επιπτώσεις της οικογένειας και των φροντιστών, διαχείριση των συγκρούσεων κ.ά. (Ανδριοπούλου, Χάρος, Στεργιάδη, 2018).

Τέσσερις μελέτες που επικεντρώθηκαν στον καρκίνο γενικά παρατήρησαν ότι το άγχος επικρατούσε στο 13-48% των ασθενών (Skarstein et al., 2000, Stark et al., 2002). Οι Skarstein et al. (2000) μελέτησαν επίσης το άγχος μεταξύ των διαφορετικών τύπων καρκίνου μαζί. Διαπίστωσαν ότι το 13% των 568 ασθενών εμφάνισαν ανησυχία. Οι Skarstein et al. (2000) συνδύασαν επίσης το άγχος και την κατάθλιψη, με αποτέλεσμα το 17% των ασθενών να υποφέρουν και από τα δύο. Ο Stark et al. (2002) παρατηρούσε άγχος στους ασθενείς με καρκίνωμα νεφρικών κυττάρων (N = 54), HL (N = 21), πολλαπλό μύελωμα (N = 6), κακόηθες μελάνωμα (N = 41). Από τους 178 ασθενείς, το 48% ανέφερε άγχος. Διαταραχή άγχους αναφέρθηκε από το 17,9% των ασθενών. Παρατήρησαν επίσης ότι το 8,9% ανέφερε Διαταραχή Πανικού, 13,5% ανέφεραν φοβία και το 8,4% ανέφεραν γενικευμένη διαταραχή άγχους.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα μεταξύ των τύπων καρκίνου, παρατηρήθηκε ότι όταν ελέγχονται για την ηλικία και άλλες μεταβλητές, οι ασθενείς με λέμφωμα

είχαν περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης άγχους από ό,τι οι ασθενείς με κακήθες μελάνωμα (Stark et al., 2002). Δύο μελέτες παρατήρησαν ότι το άγχος επικρατούσε σε 14,5-15% των επιζώντων HL (Loge κ.ά., 2000). Και οι δύο μελέτες είχαν σχεδιασμό εγκάρσιας διατομής, διεξήχθησαν στη Νορβηγία και χρησιμοποίησαν το HADS για να αξιολογήσουν το άγχος (Loge et al., 2000). Ο Loge et al. (2000) παρατήρησαν σημαντική διαφορά στη μελέτη τους σε σχέση με το επίπεδο ανησυχίας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, ήτοι παρατηρήθηκε υψηλότερο επίπεδο ανησυχίας μεταξύ των λιγότερο μορφωμένων.

1.4. Άγχος και σακχαρώδης διαβήτης

Η σχέση του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και της ψυχολογίας έχει επισημανθεί εδώ και αρκετά χρόνια. Περισσότερο από 50 χρόνια έχει επιβεβαιωθεί το ψυχοσωματικό μοντέλο, το οποίο στηρίζεται στη θεωρία ότι ψυχολογικοί μηχανισμοί μπορούν να πυροδοτήσουν διάφορες διαταραχές ή σωματικές ασθένειες, περιλαμβανομένου και του ΣΔ. Η συγκεκριμένη άποψη σταδιακά εγκαταλείφθηκε, αλλά είναι φανερό ότι για έναν άνθρωπο διαβητικό που καθημερινά πρέπει να διαχειρίζεται αυτή τη νόσο υπάρχουν πολλά σημεία, όπου ο ΣΔ αλληλεπιδρά με την ψυχολογία (Κοντοάγγελος και συν., 2013).

Κλινικές παρατηρήσεις έχουν δείξει ότι οι διαβητικοί ασθενείς υποφέρουν από έντονο ψυχολογικό stress. Αντιμετωπίζουν καθημερινά μια νόσο που μειώνει το χρόνο επιβίωσής τους και μπορεί να οδηγήσει σε βιοχημικές και σωματικές επιπλοκές, περιλαμβανομένης της απώλειας όρασης και της νευροπάθειας, ενώ απαιτείται καθημερινά να δείχνουν μια υπευθυνότητα όσον αφορά στη διαχείριση της υγείας τους με από του στόματος χορηγούμενα φάρμακα ή ενέσεις ινσουλίνης,

συνεχή καταγραφή των τιμών γλυκόζης, διαίτα και γυμναστική για το υπόλοιπο του βίου τους (Κοντοάγγελος και συν., 2013).

Η συχνότητα του άγχους στους συμμετέχοντες στην έρευνα με ΣΔ ήταν 25% κατά μέσο όρο (εύρος 13-38%). Όταν συγκρίθηκαν οι μελέτες που χρησιμοποίησαν μόνο μέτρα αναφοράς, ο μέσος όρος ήταν ελαφρώς υψηλότερος στο 27%. Η σημαντική διακύμανση στις αναφερόμενες τιμές αντικατοπτρίζει μια εγγενή αβεβαιότητα μέσα στη σχετική βιβλιογραφία για τη συνολική επικράτηση του άγχους στα άτομα με ΣΔ. Προηγούμενες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας δεν είχαν αξιολογήσει εάν το άγχος είναι υψηλότερο ή όχι σε άτομα με ΣΔ σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Roy, Lloyd, 2012, Sane, 2011), επομένως δεν μπορούν να γίνουν συγκρίσεις. Ωστόσο, τα δεδομένα που περιλαμβάνονται σε αυτήν την ανασκόπηση αποδεικνύουν ότι το άγχος είναι πιο συχνό σε άτομα με ΣΔ σε σύγκριση με τα αναφερόμενα ποσοστά άγχους στο γενικό πληθυσμό (Schoevers et al., 2008). Αυτά τα υψηλά ποσοστά φαίνονται λογικά δεδομένου ότι η κατάθλιψη και το άγχος είναι συχνά συμβατικά (Hopkins et al., 2012). Ωστόσο, δεν ήταν σαφές από αυτήν την ανασκόπηση εάν το άγχος ή η κατάθλιψη είναι συχνότερα ως συννοσηρότητες στο ΣΔ. Οι Maia et al. (2012) διαπίστωσαν ότι η γενικευμένη διαταραχή άγχους ήταν πιο κοινή από την κατάθλιψη με επιπολασμό 24%. Ο τρόπος της ψυχολογικής αξιολόγησης είναι ένας σημαντικός παράγοντας κατά την εξέταση αυτών των αποτελεσμάτων. Τρεις μελέτες (Collins, Corcoran, Perry, 2009, Mezuk et al., 2008, Manarte et al., 2010) έδειξαν ότι τουλάχιστον το ένα τρίτο του δείγματος είχε σημαντικά συμπτώματα άγχους. Είναι σημαντικό ότι όλες αυτές οι μελέτες χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο HADS, το οποίο μπορεί να αντιπροσωπεύει μια τάση για υψηλότερες βαθμολογίες. Οι Spreight et al., (2012) χρησιμοποίησαν το GAD-7 ως μέτρο άγχους που ανέφερε συγκριτικά χαμηλότερα ποσοστά άγχους και

ως εκ τούτου δεν είναι σαφές εάν αυτή η διαφορά οφείλεται σε διαφορές στο δείγμα πληθυσμού ή στις ψυχολογικές μετρήσεις. Αρκετοί παράγοντες εμπλέκονταν στον κίνδυνο συναισθηματικής ανησυχίας στο ΣΔ. Οι Collins et al. (2009) βρήκαν ότι η πίεση για διατήρηση του γλυκαιμικού ελέγχου προκαλούσε άγχος, καθώς οι συμμετέχοντες που αντιλαμβάνονταν ότι ο έλεγχος του σακχάρου στο αίμα τους ήταν φτωχότερος, ήταν πιθανότερο να είναι ανήσυχοι από αυτούς που έκριναν θετικά τον έλεγχό τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1. Αιτιολογικοί παράγοντες - ο αρνητικός τρόπος σκέψης και οι σχέσεις με τους άλλους

Όταν το άτομο πάσχει από κατάθλιψη, όπως έχει ήδη αναφερθεί, τον περισσότερο καιρό νιώθει κουρασμένο, δεν κοιμάται καλά, δεν προσδοκά τίποτε, χάνει το ενδιαφέρον του για το σεξ, το φαγητό κ.ο.κ.

Μία άλλη πολύ βασική αλλαγή σχετίζεται με τον τρόπο σκέψης του. Στην κατάθλιψη οι αρνητικές σκέψεις, οι αρνητικές ερμηνείες και οι αρνητικές ή δυσάρεστες αναμνήσεις είναι πλέον πολύ πιο συχνές. Ενώ προηγουμένως το άτομο ένιωθε αρκετά επιτυχημένο, τώρα αισθάνεται εντελώς αποτυχημένο. Ενώ προηγουμένως ανυπομονούσε να πάει διακοπές, τώρα αυτές τού φαίνονται σα δοκιμασία. Ενώ προηγουμένως χαιρόταν να βρίσκεται με την οικογένειά του, τώρα δεν είναι σίγουρο για το τι νιώθει για αυτούς ή για το αν νιώθει ο,τιδήποτε. Όταν το άτομο είναι καταθλιπτικό, αλλάζει ο τρόπος, με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον (Ευθυμίου, 2002, Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

2.1.1. Οι σχέσεις με τους άλλους

Λέγεται ότι κανείς δεν μπορεί να ζήσει μόνος του. Κάποιες στιγμές οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη από τη φροντίδα των άλλων. Αν αρρωστήσουν ή εισαχθούν στο νοσοκομείο, νιώθουν την ανάγκη να τούς φροντίσουν οι άλλοι. Όταν είναι λυπημένοι, επιζητούν να στραφούν στους άλλους για παρηγοριά. Μπορεί λοιπόν να έχουν ανάγκη τόσο για σωματική φροντίδα όσο και για συναισθηματική υποστήριξη. Η στενή επαφή με κάποιο άτομο τούς καθησυχάζει, καθώς επιδρά σε

νευροχημικό επίπεδο προκαλώντας την απελευθέρωση κάποιων ουσιών στον εγκέφαλο, οι οποίες ονομάζονται *ενδορφίνες* και τούς κάνουν να νιώθουν καλύτερα (Ευθυμίου, 2002, Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Αν όλα πάνε καλά, όταν το άτομο στρέφεται στους άλλους, τονώνεται το ηθικό του, ηρεμεί, δέχεται βοήθεια κ.λπ. Ας εξετάσουμε, ωστόσο, μία άλλη περίπτωση: να έχει το άτομο αρνητικές πεποιθήσεις για τις συναισθηματικές του ανάγκες. Τέτοιες αρνητικές πεποιθήσεις μπορεί να είναι οι ακόλουθες (Ευθυμίου, 2002, Ευθυμίου και Ψωμά, 2012):

- «Κανείς δε θα ενδιαφερθεί για μένα».
- «Οι συναισθηματικές μου ανάγκες ενοχλούν».
- «Είμαι βάρος στους άλλους».
- «Η ανάγκη μου για επιβεβαίωση και αγάπη με κάνει αξιοθρήνητο».
- «Δεν μπορώ να τα βγάλω πέρα βασιζόμενος μόνο στις δικές μου δυνάμεις».
- «Θα είμαι πάντοτε μόνος».
- «Η αναζήτηση της επιδοκίμασίας των άλλων είναι παιδαριώδης».
- «Οι άνθρωποι που έχουν ανάγκες είναι αδύναμοι».
- «Οι άνθρωποι που έχουν ανάγκες είναι άπληστοι».
- «Οι ανάγκες μου είναι τόσο μεγάλες που κανείς δεν μπορεί να με βοηθήσει».

Αυτές οι πεποιθήσεις μπορεί να κάνουν το χειρισμό των ανθρωπίνων αναγκών δύσκολο. Έτσι, το άτομο δεν ξεκαθαρίζει τα συναισθήματά του και δε μαθαίνει να διακρίνει αυτά, για τα οποία πραγματικά έχει ανάγκη τους άλλους, από αυτά, τα οποία μπορεί να διευθετήσει μόνο του. Σε μία τέτοια περίπτωση καταπνίγει τις συναισθηματικές του ανάγκες και βυθίζεται βαθύτερα στην κατάθλιψη. Η συζήτηση με φίλους μπορεί να το βοηθήσει πολύ, επειδή με αυτό τον τρόπο επιχειρεί να έλθει

σε επαφή με τους άλλους και να αποδεχτεί τις ανάγκες του. Είναι γεγονός ότι η επίγνωση από το άτομο των αναγκών του και η δυνατότητα έκφρασής τους είναι σημαντική για την ψυχική του υγεία, ιδίως όταν το ίδιο είναι σε θέση να προσελκύσει τη βοήθεια των άλλων (Ευθυμίου, 2002, Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Είναι πιθανό, φυσικά, να έχει πεποιθήσεις και για τους άλλους. Αυτές καλύπτουν δύο βασικά θέματα: την απροθυμία ή την ανικανότητα των άλλων να φροντίσουν το άτομο και τη διαθεσιμότητα ή την απουσία προσώπων που μπορούν να το φροντίσουν.

Η ανάγκη του ανθρώπου για τους άλλους συνανθρώπους αποτελεί χαρακτηριστικό της φύσης του. Όταν μάλιστα βρίσκεται υπό ψυχολογική πίεση, είναι φυσικό η ανάγκη αυτή να γίνεται εντονότερη. Επιπλέον, συχνά στην ενήλικη ζωή δεν ικανοποιούνται όλες οι ανάγκες. Είναι επίσης αλήθεια ότι ορισμένες φορές οι άλλοι δεν καταλαβαίνουν πως αισθάνονται οι γύρω τους, ούτε μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους. Μερικές φορές οι άνθρωποι γυρίζουν την πλάτη τους στις προσωπικές τους ανάγκες και εστιάζουν στις ανάγκες των άλλων.

Το βασικό σημείο εδώ είναι ότι η προσφορά και η αποδοχή, αυτό το «δούναι και λαβείν» είναι πάντοτε θέμα ισορροπίας. Αν υπάρχει υπερβολή προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση, θα δημιουργηθούν προβλήματα (π.χ. αν το άτομο δίνει πολλά και έχει την αίσθηση ότι οι άλλοι δεν ανταποδίδουν στον ίδιο βαθμό). Αν το άτομο είναι ειλικρινές, θα παραδεχθεί ότι μερικές φορές προσφέρει στους άλλους για να νιώσει το ίδιο καλά: *«Είμαι καλός άνθρωπος, αφού ενδιαφέρομαι τόσο πολύ»*. Όσο είναι ειλικρινές με τον εαυτό του και αναγνωρίζει ότι προσφέρει στους άλλους για να νιώσει το ίδιο το άτομο καλά ή καλύτερα, δεν υπάρχει πρόβλημα. Όταν όμως εξαπατά τον εαυτό του πιστεύοντας ότι φροντίζει αποκλειστικά και μόνο τους άλλους

και ότι δεν υπάρχει κανένα προσωπικό όφελος στην «ανιδιοτελή» προσφορά του, τότε μπορεί να νιώσει μεγάλη απογοήτευση όταν οι άλλοι δεν ανταποδίδουν τη φροντίδα του (Ευθυμίου, 2002, Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Μερικές φορές, προκειμένου οι άνθρωποι να νιώσουν καλύτερα, δείχνουν εξαιρετική προθυμία να προσφέρουν και μετά νιώθουν να πνίγονται από τις ανάγκες των άλλων. Στην ουσία «σκάβουν μόνοι τους το λάκκο τους». Κάποια στιγμή έχουν πιο πολύ έντονη επιθυμία να αποποιηθούν τα βάρη που ανέλαβαν. Αν όμως πιστεύουν βαθιά στην αξία της αυτοθυσίας, αυτή η ανάγκη διαφυγής δε γίνεται αντιληπτή ως προειδοποίηση για να κάνουν πίσω και να κοιτάζουν περισσότερο τον εαυτό τους, αλλά μετατρέπεται σε πηγή ενοχής και αρνητικών συναισθημάτων.

Αν το άτομο συμπεριφέρεται σαν υποτελής, είναι πιθανό οι άλλοι να αρχίσουν να το αντιμετωπίζουν με αυτόν τον τρόπο. Είναι δύσκολο να διατηρήσει μία υποστηρικτική σχέση, στην οποία να υπάρχει χώρος για την έκφραση των συναισθημάτων του, αν δε διεκδικήσει την ικανοποίηση των αναγκών του. Όλοι οι άνθρωποι έχουν κοινωνικές και συναισθηματικές ανάγκες, αλλά ορισμένοι στην ενήλικη ζωή είτε έχουν υπερβολικές ανάγκες είτε διαμορφώνουν την ισχυρή πεποίθηση ότι οι ανάγκες τους δεν είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν ή πιστεύουν ότι το να έχουν ανάγκες σημαίνει πως είναι αδύναμοι ή ανίκανοι (Ευθυμίου, 2002, Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

2.2. Θεραπεία της κατάθλιψης

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία της κατάθλιψης είναι μια σύντομη και σαφώς περιγεγραμμένη θεραπεία που διαρκεί 15 με 25 συνεδρίες, οι οποίες γίνονται μια φορά την εβδομάδα. Συχνά, βέβαια στις αρχές της θεραπείας και ανάλογα με τη περίπτωση η συχνότητα μπορεί να είναι μεγαλύτερη (2-3 φορές την εβδομάδα).

Στις αρχικές φάσεις και ιδίως όταν επικρατούν τα βιολογικά, βουλητικά και συναισθηματικά στοιχεία, οι θεραπευτικές επεμβάσεις αποσκοπούν στην άμεση δραστηριοποίηση και ανακούφιση του ασθενούς.

Αντικειμενικός στόχος είναι η κατά το δυνατό επάνοδος του ασθενούς στα προ κατάθλιψης επίπεδα λειτουργικότητας. Ο ασθενής με βιωματικό τρόπο μαθαίνει να αναγνωρίζει τις αυτόματες αρνητικές του σκέψεις και να κατανοεί το τρόπο, με τον οποίο οδηγούν σε προβληματικές συμπεριφορές. Μαθαίνει ότι η παρερμηνεία των γεγονότων προκαλεί τα συναισθήματα της κατάθλιψης. Σε δεύτερο χρόνο η θεραπεία παίρνει ένα όλο και μεγαλύτερο «γνωσιακό» χαρακτήρα. Από την απλή καταγραφή και τροποποίηση πολυπλοκότερων νοητικών δραστηριοτήτων, όπως των διεργαστικών λαθών και σχημάτων. Η διεργασία αυτή καλείται γνωσιακή αναδόμηση. Στη τελική φάση το άτομο προετοιμάζεται, ώστε να λειτουργήσει χωρίς τη βοήθεια του θεραπευτή για την αντιμετώπιση αντίξοων μελλοντικών συνθηκών ή υποτροπών.

Αναφορικά με τη χρήση φαρμακευτικής θεραπείας, τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία της κατάθλιψης και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωσικά στοιχεία και/ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιαζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα παλιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα *τρικυκλικά* αντικαταθλιπτικά. Άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι οι *αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)* και νεότερα αντικαταθλιπτικά, όπως π.χ. οι *εκλεκτοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ)* (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Το ηλεκτροσόκ κυρίως ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη είναι πιο βαριά, ώστε να κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου και που η ταχεία βελτίωση είναι αναγκαία (π.χ. πολύ σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας, «κατατονική» κατάθλιψη) ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών (καρδιαγγειακή νόσος, εγκυμοσύνη).

Αν και εφαρμόζονται διάφορα σχήματα, συνήθως χορηγούνται 6 ως 10 συνεδρίες με ρυθμό 3 ή 4 συνεδριών την εβδομάδα. Η απάντηση συνήθως είναι ταχεία - μέσα σε μέρες παρά σε εβδομάδες. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

2.3. Κατάθλιψη και καρκίνος

Η κατάθλιψη συχνά συνοδεύει τις διάφορες σωματικές νόσους και κυρίως τις χρόνιες, οι οποίες προκαλούν σοβαρή ψυχική επιβάρυνση. Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης στον καρκίνο (Μουσσάς, Καρκανιάς, Παπαδοπούλου, 2008):

- Πόνος/αίσθημα αβοήθητου
- Αυξημένο άγχος
- Παρορμητικές συμπεριφορές που συνδυάζονται με κατάχρηση αλκοόλ, οργανικό ψυχοσύνδρομο και ψύχωση
- Δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις
- Το αίσθημα που μπορεί να έχει ο άρρωστος ότι εξαρτάται από τρίτους
- Σοβαρά οικογενειακά προβλήματα

- Διαταραχή προσωπικότητας
- Σοβαρό ψυχικό τραύμα στο παρελθόν
- Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης και απόπειρας αυτοκτονίας
- Θετικό οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας

Στους κοινωνικούς παράγοντες συγκαταλέγονται οι κάτωθι (Μουσσάς, Καρκανιάς, Παπαδοπούλου, 2008):

- Περιορισμένη υποστήριξη από το σπίτι
- Χαμηλή κοινωνική υποστήριξη
- Έντονα εξαρτητικές σχέσεις
- Σοβαρές οικογενειακές διαφωνίες
- Έντονη ανησυχία του πάσχοντος για την οικογένεια και παιδιά
- Σοβαρή πνευματική και ψυχική κρίση

Το να εντοπίσουμε αυτούς τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες και κατά συνέπεια να αναγνωρίσουμε τους ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, είναι το πρώτο βήμα για μια σωστή θεραπευτική προσέγγιση.

Διάφορες μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη και το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι οι πιο συχνές διαγνώσεις των ασθενών με καρκίνο με πρόθεση να αυτοκτονήσουν ή εκείνων που διέπραξαν απόπειρα αυτοκτονίας. Ιδιαίτερα, το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή στους ασθενείς τελικού σταδίου και ο συγκεκριμένος αυτοκτονικός ιδεασμός στους ασθενείς αυτούς ανήκει συχνά στα πλαίσια διαταραχών της διάθεσης.

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός συνήθως παρουσιάζεται στα πλαίσια ψυχιατρικής διαταραχής και μια προσεκτική εκτίμηση και παρέμβαση είναι αποτελεσματική στην

αντιμετώπιση της αυτοκτονικής πρόθεσης, σε αυτούς τους αρρώστους. Με τη έγκαιρη ψυχιατρική παρέμβαση μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος για αυτοκτονία ακόμη και στους ασθενείς τελικού σταδίου (Μουσσάς, Καρκανιάς, Παπαδοπούλου, 2008).

Δύο μελέτες που αξιολόγησαν την κατάθλιψη μεταξύ ασθενών με καρκίνο βρήκαν συνδυασμένο ποσοστό κατάθλιψης και άγχους 17% (Skarstein et al., 2000). Οι Skarstein et al. (2000) διεξήγαγαν μελέτη μεταξύ 568 ασθενών με καρκίνο. Διαπίστωσαν ότι το 17% παρουσίαζε ψυχική δυσφορία (είτε κατάθλιψη, άγχος ή και τα δύο). Οι Skarstein et al. (2000), επίσης, διαχώρισαν αυτό το ποσοστό στο άγχος, την κατάθλιψη ή και στα δύο.

Δύο μελέτες που επικεντρώθηκαν στην κατάθλιψη σε επιζώντες με HL, διαπίστωσαν ότι η επικράτηση της κατάθλιψης κυμαίνεται από 3% έως 4% (Loge κ.ά., 2000). Και οι δύο μελέτες χρησιμοποίησαν το HADS των Zigmond και Snaith (1983). Οι Loge et al. (2000) παρατήρησαν επίσης διαφορές στο επίπεδο της κατάθλιψης σε σχέση με το επίπεδο της εκπαίδευσης, ήτοι ένα υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης μεταξύ των λιγότερο μορφωμένων. Επίσης, μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της ηλικίας, του σταδίου της νόσου και του χρόνου από τη διάγνωση. Τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης βρέθηκαν μεταξύ των ατόμων 7-10 ετών μετά τη διάγνωση, μεταξύ των ασθενών (ηλικίας 60-74 ετών) και μεταξύ των ασθενών με στάδιο ασθένειας IB/IIA (Loge et al., 2000). Τέλος, σε άρθρο που μελέτησε την κατάθλιψη μεταξύ ασθενών με λέμφωμα και λευχαιμία (Montgomery et al., 2003) παρατηρήθηκε ότι το 51% των ασθενών παρουσίαζε δυσφορία και ήπια έως μέτρια κατάθλιψη. Σχεδόν το 14% των ασθενών εμφάνιζε αγωνία για το μέλλον και μείζονα κατάθλιψη (Montgomery et al., 2003).

2.4. Κατάθλιψη και σακχαρώδης διαβήτης

Ο αναφερθείς επιπολασμός της κατάθλιψης μεταξύ των μελετών κυμαίνεται από 9% (Maia et al., 2012) έως 54% (Manarte et al., 2010). Παρόλο που οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποίησαν την αυτοαναφορά ως μέσο ψυχολογικής αξιολόγησης, οι διαφορές στις συγκεκριμένες κλίμακες που επιλέχθηκαν μπορεί να συνέβαλαν στις διαφορές που παρατηρήθηκαν στα ποσοστά επικράτησης. Από τις μελέτες που χρησιμοποίησαν ερευνητικές ομάδες και ομάδες ελέγχου, αναφέρουν ότι η μέση επικράτηση της κατάθλιψης ήταν 20% (εύρος 10-54%). Αυτό το ποσοστό είναι υψηλότερο από τα επίπεδα που είχαν αναφερθεί προηγουμένως από τους Roy et al., οι οποίοι διαπίστωσαν ότι μελέτες χωρίς ομάδες ελέγχου ανέφεραν επικράτηση της κατάθλιψης στο 12% (Roy, Lloyd, 2012). Ο Gendelman et al. ήταν η μόνη μελέτη που περιελάμβανε μια ομάδα ελέγχου των συμμετεχόντων που δεν είχαν διαβήτη και διαπίστωσαν ότι η επικράτηση της κατάθλιψης σε άτομα με ΣΔ είναι 18% και ακόμη υψηλότερη αν προστεθούν άτομα που παίρνουν αντικαταθλιπτικά (32%) (Gendelman et al., 2009) - υψηλότερα από τη μέση επικρατούσα συχνότητα 12% στις ελεγχόμενες μελέτες (Roy, Lloyd, 2012). Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες (Pouwer et al., 2013), μελέτες που εκπονήθηκαν μέσω συνέντευξης έδειξαν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από ό,τι μελέτες - αυτοαναφορές. Οι Maia et al., για παράδειγμα, διαπίστωσαν ότι ο επιπολασμός της «τρέχουσας κατάθλιψης» σε ομάδα 100 ατόμων με ΣΔ ήταν 9%. Αυτή η χαμηλή τιμή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ερευνητές διαφοροποιούν την τρέχουσα κατάθλιψη από την παρελθούσα κλινική κατάθλιψη και τη δυσθυμία. Επιπλέον, το γεγονός ότι οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με τη διεθνή ψυχιατρική συνέντευξη (MINI), μπορεί να βοηθήσει να εξηγηθεί γιατί η τωρινή κατάθλιψη επικρατούσε κατά 9% και η συνολική επικράτηση της διαταραχής της διάθεσης ήταν υψηλή (67%) (Maia, Braga Ade, Brouwers, Nardi, Oliveira e

Silva, 2012). Ο υψηλότερος επιπολασμός της κατάθλιψης αναφέρθηκε από τους Manarte et al., οι οποίοι χρησιμοποίησαν την κλίμακα Hamilton με βαθμολογία αποκοπής 7 και άνω για να διαπιστώσουν ότι το 54% του δείγματός τους είχε συμπτώματα κατάθλιψης (Manarte, Dias, Góis, Boavida, 2010). Αυτό το εργαλείο μέτρησης δε χρησιμοποιήθηκε από άλλη μελέτη σε αυτήν την αναθεώρηση και συνεπώς δεν μπορούν να γίνουν συγκρίσεις με βάση την εκτίμηση. Ωστόσο, στο δείγμα τους το 75% είχε τουλάχιστον μία επιπλοκή του διαβήτη και μόνο το 24% είχε «καλά ελεγχόμενο» διαβήτη με HbA1c κάτω από 7% (Gendelman et al., 2009). Επομένως, είναι πιθανό ότι το δείγμα τους είναι αντιπροσωπευτικό, τα άτομα είναι πιο δύσκολο να ελέγξουν τον διαβήτη και μπορεί να μην ισχύουν σε άτομα χωρίς επιπλοκές ή καλό γλυκαιμικό έλεγχο.

Η κατάθλιψη συνδέθηκε με τις επιπλοκές του διαβήτη σε αρκετές μελέτες (Tacconelli, 2010, Hirai, Tielsch, Klein, Klein, 2012), ωστόσο υπήρχαν κάποια αντικρουόμενα στοιχεία. Υπήρχαν μερικά στοιχεία που η νευροπάθεια είναι πιο συνηθισμένη με την ύπαρξη κατάθλιψης (Ahola et al., 2010, Melin et al, 2013). Ωστόσο, ενώ ο Melin et al. βρήκαν να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και φτωχού γλυκαιμικού ελέγχου, η κατάθλιψη δεν αύξησε τον κίνδυνο επιπλοκών του διαβήτη (Melin, Thunander, Svensson, Landin-Olsson, Thulesius, 2013). Ομοίως, αν και οι Ahola et al. διαπίστωσαν ότι η αμφιβληστροειδοπάθεια ήταν πιο συνηθισμένη με την συνυπάρχουσα κατάθλιψη (Ahola, Thorn, Saraheimo, Forsblom, Groop, Finndiane Study Group, 2010), άλλες μελέτες δεν έδειξαν καμία σχέση με την αμφιβληστροειδοπάθεια (Gendelman, Snell-Bergeon, McFann, Kinney, Paul Wadwa, et al., 2009). Δύο βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις κατέληξαν προηγουμένως στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη συνδέθηκε με αυξημένο κίνδυνο για διαβητικές επιπλοκές (Roy, Lloyd, 2012, Sane, 2011), ωστόσο κανένας δε μελέτησε

αποκλειστικά δεδομένα που εξετάζαν ασθενείς με ΣΔ τύπου 1. Ως εκ τούτου, η επίδραση της συνυπάρχουσας κατάθλιψης στον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών του διαβήτη σε άτομα με ΣΔ τύπου 1 δεν είναι τόσο ξεκάθαρη από εκείνη των ασθενών με ΣΔ τύπου 2. Η ανασκόπηση επίσης της βιβλιογραφίας έδειξε ότι το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η διάρκεια του διαβήτη μπορεί να είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για συνυπάρχουσα κατάθλιψη (Hirai, Tielsch, Klein, Klein, 2012, Andreoulakis, Hyphantis, Kandyli, Iacovides, 2012). Αυτό είναι σύμφωνο με προηγούμενες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας και αντανακλά παρόμοιες τάσεις στον ευρύ πληθυσμό (Ahol, Thorn, Saraheimo, Forsblom, Groop, Finndiane Study Group, 2010). Ο Melin et al. διαπίστωσε ότι η κατάθλιψη ήταν πιο συχνή μεταξύ των γυναικών σε σύγκριση με τους άνδρες (Melin, Thunander, Svensson, Landin-Olsson, Thulesius, 2013), και ο Collins et al. ανέφεραν ότι το άγχος ήταν συχνότερο στις γυναίκες (Collins, Corcoran, Perry, 2009). Η βιβλιογραφία εξέτασε επίσης εάν η ηλικία ή η διάρκεια του διαβήτη είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Ο Collins et al. διαπίστωσαν ότι η μεγαλύτερη ηλικία ήταν παράγοντας που προστατεύει από την κατάθλιψη στο ΣΔ, ωστόσο, τέσσερις άλλες μελέτες διαπίστωσαν ότι η αυξημένη ηλικία ήταν παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη (Collins, Corcoran, Perry, 2009). Παρομοίως, η προηγούμενη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρήκε επίσης αντικρουόμενα στοιχεία για τη σχέση μεταξύ ηλικίας και κατάθλιψης (Roy, Lloyd, 2012)). Ειδικοί για το διαβήτη παράγοντες, όπως η διαβητική εκπαίδευση, είναι σημαντικοί να εξετάσουν τις επιπτώσεις τους στην ψυχική νοσηρότητα. Οι Hopkins et al. διαπίστωσαν ότι μετά την παροχή δομημένης εκπαίδευσης - πρόγραμμα σε άτομα με ΣΔ, αυτό είχε ως αποτέλεσμα χαμηλότερες βαθμολογίες σε καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με την αρχική τιμή (Reichel, Schwarz, Schulze, Licinio, Wong et al., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

3.1. Η υγεία και η ποιότητα ζωής ως πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο

«Ο άνθρωπος, ως βιοψυχοκοινωνικό ον, επιχειρεί, στη διάρκεια της ζωής του, να κατασκευάσει μία γέφυρα, να δημιουργήσει μία διασύνδεση μεταξύ ενός βαθύτερου εσωτερικού κόσμου και ενός ευρύτερου εξωτερικού κόσμου. Η ανθρώπινη ζωή είναι λειτουργικά δομημένη και οργανωμένη σε επίπεδα, η οποία, αρχόμενη από τα οργανικά μόρια και τα κύτταρα, ακολούθως μέσω του οργανισμού και του εαυτού και εν συνεχεία μέσω των σχέσεων του εαυτού με τους άλλους (άμεσο και ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον), ολοκληρώνεται τελικά στη σχέση της με τον κόσμο στο σύνολό του (κοινωνία και βίοςφαιρα). Κάθε επίπεδο προσδιορίζεται και χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο συστατικών στοιχείων, ποσοτικών και ποιοτικών. Για να εκφράσει πλήρως η ανθρώπινη ζωή την υπόστασή της πρέπει να υπάρχει, σε κάθε επίπεδο, επαρκής ποσότητα και ποιότητα των συστατικών της στοιχείων. Όλα τα επίπεδα θεωρούνται εξ' ορισμού ότι έχουν ίση βαρύτητα και σημασία για τη ζωή ενός ανθρώπου (λειτουργική αλληλεξάρτηση)» (Σαρρής, 2001, σ. 251).

Ο ορισμός για την ποιότητα ζωής στην υγεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1948, τόνισε τρεις διαστάσεις στο πλαίσιο της ασθένειας, τη σωματική, την ψυχική, και την κοινωνική, ξεκαθαρίζοντας το περιεχόμενο του όρου (Σαρρής, 2001). Δεν υπάρχει μέχρι σήμερα ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής, αφού η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των κοινωνικών, των ανθρωπιστικών επιστημών και των επιστημών της υγείας.

Σήμερα, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Μείζονος σημασίας θεωρείται επίσης η συσχέτιση και αλληλεξάρτηση παραγόντων και παραμέτρων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση του κάθε ανθρώπου (Σαρρής, 2001), συντελεστές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης μίας χώρας καθώς και στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Η υγεία και η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων (Σαρρής, 2001), εκ των οποίων οι σημαντικότεροι φαίνεται να είναι το εισόδημα και ο τρόπος διανομής του, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό, μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Για παράδειγμα, εστιάζοντας την προσοχή μας στην ποιότητα της παρεχόμενης φαρμακευτικής περίθαλψης, βλέπουμε ότι το καταναλωτικό πρότυπο

φαρμάκων, που χαρακτηρίζεται από το φαινόμενο της πολυφαρμακίας, προκαλεί παρενέργειες στον άρρωστο-χρήστη τους. Όπως αναφέρεται σε έκθεση του ΠΟΥ, έχουν υπολογισθεί οι ζημιές από την αλόγιστη, υπερβολική ή κακή χρήση των φαρμάκων σε ανθρώπινες ζωές ή σε δαπάνες για την αντιμετώπιση των παρενεργειών τους. Παρόλο που επιστημονικά είναι παραδεκτό ότι μόνο 200 περίπου βασικά φάρμακα (δραστικές ουσίες) είναι αναγκαία, στην Ελλάδα, για παράδειγμα, κυκλοφορούν 3.000 ιδιοσκευάσματα σε 8.000 μορφές ενώ στη Σουηδία, Ολλανδία, Νορβηγία, Δανία κυκλοφορούν 2.000 μορφές ιδιοσκευασμάτων (Αντωνοπούλου, 1987).

Στηριζόμενοι, λοιπόν, στους *προσδιοριστικούς παράγοντες* που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού, είναι δυνατή η κατηγοριοποίησή τους ως εξής (Σαρρής, 2001, σ. 254):

1. *Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας*: Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
2. *Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες*: Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
3. *Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες*: Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες.
4. *Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες*: Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.

5. *Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες*: Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
6. *Γεωφυσικοί παράγοντες*: Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
7. *Δημογραφικοί παράγοντες*: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ.
8. *Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες*: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

3.2. Όργανα εκτίμησης και μέτρησης της Ποιότητας Ζωής

Τα όργανα μέτρησης της Ποιότητας Ζωής, των οποίων η συνοπτική παρουσίαση ακολουθεί, δεν εκφράζουν υποχρεωτικά την άποψη ότι αποτελούν τα πλέον αξιόλογα μεταξύ όσων αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Αντιθέτως, εκφράζουν ένα μικρό, αντιπροσωπευτικό ίσως δείγμα των οργάνων μέτρησης που έχουν χρησιμοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής διαφόρων κατηγοριών ασθενών.

3.2.1. Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (The Karnofski Performance Index - KPI)

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (1969) επικεντρώνεται περισσότερο στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας. Η εκτίμηση γίνεται από τον ιατρό ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Δεν αναφέρεται καθόλου στην εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του αρρώστου. Σε μία ποσοστιαία κλίμακα από το 0

έως το 100 έχουν κατηγοριοποιηθεί 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας με ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Η βαθμολογία τίθεται από τον ιατρό, όπου το 100% αντιπροσωπεύει τη φυσική σωματική λειτουργία χωρίς περιορισμούς ή χωρίς την εμφάνιση κάποιας νόσου και το 0% το θάνατο (Conill, Verger & Salamero, 1990; Mercler, Schraub, Bransfield & Fournier, 1992). Ένας άρρωστος με χαμηλή επί τοις εκατό βαθμολογία υποτίθεται ότι έχει κακή ποιότητα ζωής σε αντίθεση με έναν άρρωστο με υψηλή βαθμολογία που θεωρείται ότι έχει καλή ποιότητα ζωής. Το όργανο αυτό μέτρησης, παρόλο που συναντάται πολύ συχνά στην ιατρική βιβλιογραφία, εντούτοις αποφέρει μία πολύ αδρή εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Griego & Long, 1984), δεδομένου ότι δεν είχε σχεδιασθεί σαν όργανο μέτρησής της.

3.2.2. Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The WHO Performance Status)

Παρόμοιο δείκτη λειτουργικότητας με το Δείκτη Karnofski δημιούργησε ο WHO (1979). Σε μία 5βαθμη κλίμακα, από 0 έως 4, κατατάσσονται 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας, όπου η βαθμίδα 0 αντιπροσωπεύει την κατάσταση του αρρώστου που είναι ικανός να κάνει όλες τις δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς ενώ στη βαθμίδα 4 ο άρρωστος είναι εντελώς ανίκανος να κάνει οτιδήποτε ή να φροντίσει τον εαυτό του. Όπως και με τον προηγούμενο δείκτη, η αξιολόγηση γίνεται από τον ιατρό και δεν αναφέρεται σε καμία ψυχοκοινωνική διάσταση.

3.2.3. Ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (*The Katz Index of Activities of Daily Living*)

Ο Δείκτης Katz (1963) δημιουργήθηκε αρχικά για να εκτιμήσει τη λειτουργική κατάσταση ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση γίνεται από ιατρούς ή νοσηλευτές σύμφωνα με έξι ερωτήσεις που αφορούν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας τους. Οι άρρωστοι βαθμολογούνται ανάλογα με την εξάρτηση ή τη μη εξάρτησή τους σε συγκεκριμένα θέματα καθημερινής φροντίδας. Οι ερωτήσεις είναι διατεταγμένες κατά βαθμίδα δυσκολίας. Ο Δείκτης αυτός θεωρείται ότι έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για τους συγκεκριμένους αρρώστους αλλά δεν είναι ιδιαίτερα κατάλληλος να χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής.

3.2.4. Ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (*The Spitzer Quality of Life Index*)

Ο Δείκτης Spitzer (1981) σχεδιάστηκε αρχικά για να χρησιμοποιηθεί ως όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής καρκινοπαθών αλλά εφαρμόστηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Η εκτίμηση προσανατολίζεται σε πέντε βασικούς τομείς: α) δραστηριότητες, β) καθημερινή ζωή, γ) αντίληψη της υγείας, δ) κοινωνική υποστήριξη και ε) άποψη για τη ζωή. Σε καθέναν από τους παραπάνω τομείς, ο άρρωστος, είτε αυτο-βαθμολογείται, είτε βαθμολογείται από τον ιατρό σε μία κλίμακα 3 βαθμίδων, από το 0 μέχρι το 2. Από τους σχεδιαστές του έχουν αναφερθεί καλές συσχετίσεις μεταξύ των δύο τύπων βαθμολόγησης, καθώς επίσης ο δείκτης αυτός παρουσιάζει καλή διάκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων αρρώστων, όπως και μεταξύ διαφόρων επιπέδων μίας αρρώστιας. Η απλότητα και η ταχύτητα στη συμπλήρωσή του το καθιστά ιδανικό για τη χρήση από πολυάσχολους ιατρούς ή νοσηλευτές που δε διαθέτουν ικανό χρόνο.

3.2.5. Το Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο (*The McGill Pain Questionnaire*)

Οι Melzack και Torgerson κατασκεύασαν το 1971 ένα όργανο μέτρησης με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα για τη μέτρηση του πόνου. Ο πόνος, ως γνωστόν, επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός αρρώστου και χωρίς αμφιβολία η μέτρησή του αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την εκτίμησή της. Το ερωτηματολόγιο για τον πόνο συνίσταται σε κατηγορίες καταστάσεων που περιγράφουν πώς ένας άρρωστος αισθάνεται τον πόνο. Το Ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική έρευνα σε διάφορες κατηγορίες ασθενών.

3.2.6. Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (*The Nottingham Health Profile*)

Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham δημιουργήθηκε από τους Hunt και McEwen το 1980 για να μελετήσουν τα αποτελέσματα ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Το ερωτηματολόγιο είναι αυτο-συμπληρούμενο και διαθέτει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα ως όργανο μέτρησης. Είναι αποτελεσματικό σε άτομα μεγαλύτερα των 16 ετών και με μόρφωση τουλάχιστον τρίτης γυμνασίου (10ετής εκπαίδευση). Αν και σχεδιάστηκε να χρησιμοποιηθεί, όπως αναφέρθηκε και πρωτύτερα, ως αυτο-συμπληρούμενο, είναι δυνατόν σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν συντρέχει λόγος, να συμπληρωθεί και με τη βοήθεια μέλους του ιατρικού ή νοσηλευτικού προσωπικού (π.χ. σε άτομα με προβλήματα όρασης). Επιπροσθέτως, μπορεί να χορηγηθεί σε ομάδα ατόμων ή να αποσταλεί ταχυδρομικά προς συμπλήρωση (Βιδάλης & Συγγελάκης, 2000). Αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος αναφέρονται 38 καταστάσεις που ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες προβλημάτων: ενέργεια-ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος,

κοινωνική απομόνωση και σωματική κίνηση. Το δεύτερο μέρος συνίσταται σε επτά τομείς της καθημερινής ζωής: αμειβόμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, ασχολίες ελεύθερου χρόνου και ενδιαφέροντα. Σε κάθε ερώτηση υπάρχει η απάντηση ναι ή όχι και με βάση έναν ειδικό συντελεστή βαρύτητας για κάθε ερώτηση υπολογίζεται η τελική βαθμολογία. Υψηλή βαθμολογία εκφράζει την ύπαρξη έντονων προβλημάτων στον άρρωστο. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί και σε υγιείς πληθυσμούς, καταγράφοντας καλή εγκυρότητα διάκρισης μεταξύ υγιών και ασθενών και καλή ευαισθησία (Hunt, McEwen & McKenna, 1985). Ως όργανο μέτρησης της Ποιότητας Ζωής παρουσιάζει το μειονέκτημα ότι διερευνά μόνο τα προβλήματα υγείας (αρνητικές πλευρές της υγείας) καθώς δεν περιλαμβάνει θετικές διαστάσεις της υγείας. Η χαμηλή ή μηδενική βαθμολογία δε σημαίνει αφ' εαυτής καλή ποιότητα ζωής λόγω της μη καταγραφής προβλημάτων. Εντούτοις, έχει καθιερωθεί ευρέως ως όργανο μέτρησης της Ποιότητας Ζωής.

3.2.7. Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (*The General Health Questionnaire*)

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει δημιουργηθεί από τον Goldberg το 1972 και κυκλοφορεί σε τρεις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων: η πρώτη με 28, η δεύτερη με 30 και η τρίτη με 60 ερωτήσεις. Οι 28 ερωτήσεις της πρώτης έκδοσης κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες που αφορούν: α) τα σωματικά συμπτώματα, β) το άγχος και την αϋπνία, γ) την κοινωνική δυσλειτουργία και δ) τη σοβαρή κατάθλιψη. Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το μειονέκτημά του είναι ότι ενδιαφέρεται κυρίως για τη σωματική υγεία και την ψυχολογική κατάσταση, χωρίς να προσεγγίζει

ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής.

3.2.8. Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (*The Psychological Adjustment to Illness Scale*)

Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια κατασκευάστηκε το 1978 από τον Morrow και τους συνεργάτες του. Η προσαρμογή στην αρρώστια και τη θεραπεία της είναι κοινά αποδεκτό ότι επηρεάζει σημαντικά πολλές διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής. Οι 45 ερωτήσεις που συνθέτουν την κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής αφορούν 7 κύριους τομείς της Ποιότητας Ζωής: α) φροντίδα υγείας (οι συμπεριφορές και οι προσδοκίες έναντι του ιατρού και της θεραπείας), β) επαγγελματικο-εργασιακό περιβάλλον (ικανοποίηση από το επάγγελμα και προσαρμογή στην εργασία), γ) οικιακό περιβάλλον (η επίδραση της αρρώστιας στα οικονομικά της οικογένειας και στην επικοινωνία), δ) σεξουαλικές σχέσεις (η επιρροή της αρρώστιας στη συχνότητα και ικανοποίηση της σεξουαλικής δραστηριότητας, ε) ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις (προβλήματα από την αρρώστια στα μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος), στ) κοινωνικό περιβάλλον (η διατήρηση του ενδιαφέροντος στις κοινωνικές δραστηριότητες) και ζ) ψυχολογική κατάπτωση (άγχος, κατάθλιψη, κ.ά.). Η απάντηση σε κάθε ερώτηση σημειώνεται σε μία 4βαθμη κλίμακα. Η τελική βαθμολογία μπορεί να συγκριθεί με διαθέσιμες προτυποποιημένες βαθμολογίες. Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε από εκπαιδευμένους γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς με ημι-δομημένες συνεντεύξεις προς τους ασθενείς είτε να αυτοσυμπληρωθεί από τους ίδιους τους ασθενείς. Εφαρμόζεται σε διάφορες κατηγορίες χρόνιων αρρώστων (π.χ. καρδιοπαθείς, νεφροπαθείς, καρκινοπαθείς κ.ά.) και παρουσιάζει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.

3.2.9. Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας (*The Sickness Impact Profile*)

Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας έχει δημιουργηθεί το 1981 από τον Bergner και τους συνεργάτες του και αποτελεί ένα από τα πλέον γνωστά και συνθετέστερα χρησιμοποιημένα όργανα μέτρησης της Ποιότητας Ζωής. Συνίσταται σε 136 ερωτήσεις που αφορούν 12 υπο-κατηγορίες, οι οποίες συνθέτουν δύο τελικές ανεξάρτητες κατηγορίες: α) της σωματικής λειτουργίας και β) της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας. Οι 136 ερωτήσεις έχουν επιλεγθεί από μία δεξαμενή 312 θεμάτων που αφορούν την επίδραση της αρρώστιας στη συμπεριφορά και λειτουργία ενός ατόμου. Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση σημειώνονται με Ναι ή Όχι και η βαθμολογία υπολογίζεται με βάση σταθμισμένους δείκτες, σύμφωνα με τους οποίους έχει ληφθεί υπόψη η ειδική βαρύτητα κάθε ερώτησης. Ο προσδιορισμός της ειδικής αυτής βαρύτητας είναι προϊόν της συνεργασίας 25 επαγγελματιών υγείας και άλλων επιστημόνων, όπως και αρρώστων (Lauracis, Muirhead & Keown, 1992). Η τελική βαθμολογία μπορεί να εκφρασθεί είτε ως συνολική είτε ως βαθμολογία στις 2 κύριες κατηγορίες. Ως όργανο μέτρησης έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, χρησιμοποιείται ευρέως σε διάφορες κατηγορίες αρρώστων, συνεχώς βελτιώνεται, υφιστάμενο εκτεταμένους ελέγχους και δοκιμασίες που αφορούν το περιεχόμενο, τη μεθοδολογία, τη βαθμολογία ή τη στατιστική του επεξεργασία. Το μειονέκτημά του είναι ότι λόγω μεγέθους μάλλον καθίσταται χρονοβόρο και κοπιαστικό στην εφαρμογή του.

3.2.10. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (*The SF-36 Health Survey*)

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware προκειμένου να επιτύχει τις ψυχομετρικές εκείνες προδιαγραφές που απαιτούνται για τη

σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μίας κατηγορίας ασθενών. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας που δεν προσδιορίζονται ως ειδικές κάποιας αρρώστιας ή θεραπείας. Οι 36 ερωτήσεις προέρχονται από μία πηγή 149 ερωτήσεων που συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικώς επέλεξαν οι ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study - MOS). Η πηγή αυτή σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής. Οι 36 ερωτήσεις συνθέτουν 8 κλίμακες από 2 μέχρι 10 ερωτήσεις η καθεμία: α) Σωματική Λειτουργικότητα, β) Ρόλος-Σωματικός, γ) Σωματικός Πόνος, δ) Γενική Υγεία, ε) Ζωτικότητα, στ) Κοινωνική Λειτουργικότητα, ζ) Ρόλος-Συναισθηματικός και η) Ψυχική Υγεία. Οι 8 αυτές επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, στις κλίμακες της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 είναι κατάλληλη για αυτο-συμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 και άνω ετών. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την Ποιότητα Ζωής του γενικού πληθυσμού των Η.Π.Α και της Ε.Ε. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά ενώ διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Merkus, 1999; Mingardi et al., 1999; Wight et al., 1998). Υπάρχουν επίσης διαθέσιμες βαθμολογίες που καθιστούν δυνατή τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μέτρησης στις διάφορες εφαρμογές του SF-36. Η ευρεία χρήση του SF-36 σε μελέτες γενικού πληθυσμού ή σε ομάδες ασθενών το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων (McHorney,

Ware & Racjek, 1993; Tarlow, Ware & Greenfield, 1989; Ware & Sherbourne, 1992).

3.2.11. Ερωτηματολόγιο WHOQOL για την Ποιότητα Ζωής

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100 αναπτύχθηκε από τον ΠΟΥ και περιλαμβάνει 24 προτάσεις, οι οποίες εντάσσονται σε 6 βασικές θεματικές ενότητες: (α) Σωματική, (β) Ψυχολογική, (γ) Επίπεδο Ανεξαρτησίας, (δ) Κοινωνικές Σχέσεις, (ε) Περιβάλλον και (στ) Πνευματικότητα, Θρησκεία και Προσωπικές Πεποιθήσεις. Επίσης, εκτός των 24 επιμέρους θεμάτων, συμπεριλαμβάνεται και μία γενική θεματική ενότητα με τίτλο «Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία» που αξιολογεί το επίπεδο ποιότητας ζωής του ατόμου στο σύνολό της και τη γενική κατάσταση της υγείας του. Τα τέσσερα νέα θέματα και οι αντίστοιχες ερωτήσεις που ενσωματώθηκαν στην ελληνική-πilotική μορφή του ερωτηματολογίου αφορούν τομείς που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη διαμόρφωση της έννοιας ποιότητα ζωής στα πολιτισμικά μας δεδομένα. Τα θέματα αυτά είναι: α) Διατροφή, β) Ικανοποίηση από την Εργασία, γ) Κοινωνική Ζωή και δ) Οικογενειακή Ζωή. Επιπλέον, προστέθηκαν 5 νέες ερωτήσεις ως συμπληρωματικές στις υπάρχουσες ερωτήσεις των αρχικών θεμάτων του ερωτηματολογίου (Ginieri-Coccosis, Antonopoulou, Triantafillou & Christodoulou, 2001; Τζινιέρη-Κοκκώση, 2004; Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Τομαράς & Ραμπαβίλας, 2004).

Συνεπώς, η ελληνική-πilotική μορφή του ερωτηματολογίου WHOQOL-100, μετά τη γλωσσική και πολιτισμική προσαρμογή του, περιλαμβάνει 28 επιμέρους θέματα καθώς και τη γενική ενότητα που αναφέρθηκε προωτέρα.

Τα θέματα αυτά ελέγχονται με 123 κύριες ερωτήσεις και συνοδεύονται από 36 ερωτήσεις σημαντικότητας (Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Αντωνοπούλου, Τομαράς & Χριστοδούλου, 2003).

Ως προς τις κλίμακες απαντήσεων, το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100 χρησιμοποιεί 5 τύπους κλιμάκων, οι οποίες αναφέρονται (α) στο βαθμό κάποιας ικανότητας ή ιδιότητας, που χαρακτηρίζει το άτομο, (β) στη συχνότητα εκδήλωσης μίας συμπεριφοράς ή ενός φαινομένου, (γ) στην ένταση μίας εμπειρίας ή ενός συμπτώματος, (δ) στο βαθμό ικανοποίησης του ατόμου σχετικά με κάποια πλευρά της ζωής του και (ε) στην εκτίμηση του βαθμού σημασίας που αποδίδει το άτομο σε κάθε πλευρά. Οι κλίμακες αυτές έχουν πέντε διαβαθμίσεις, από το 1 ως το 5 (Likert), π.χ. 1 =καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=υπερβολικά (Τζινιέρη-Κοκκώση, 2005). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης Ποιότητας Ζωής.

Τα ερωτηματολόγια WHOQOL-100 και WHOQOL- BREF (σύντομη μορφή) είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν με εγκυρότητα σε μελέτες του ευρύτερου χώρου της υγείας. Επίσης, η θεματολογία του ερωτηματολογίου αποτελεί ένα πολιτισμικά έγκυρο πλαίσιο ορισμού της έννοιας ποιότητα ζωής, με βάση την οποία είναι δυνατό να σχεδιαστούν και να πραγματοποιηθούν συμβουλευτικές, εκπαιδευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Τζινιέρη-Κοκκώση και συν., 2003; Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Μαυρέας & Χριστοδούλου, 2003; Ginieri-Coccosis *et al.*, 2009).

3.3. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο

Οι ασθενείς με καρκίνο έχουν να αντιμετωπίσουν πληθώρα ζητημάτων, όπως διαχείριση πόνου και άλλων ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, αρνητικών συναισθηματικών, ψυχοκοινωνικών και ψυχολογικών επιδράσεων, διαχείριση άγχους θανάτου και επικείμενης υποτροπής, συμμόρφωση προς τη θεραπεία, διαχείριση συμπτωμάτων από την επίπονη και μακροχρόνια θεραπεία, άγχος εγκατάλειψης από τους σημαντικούς άλλους, ψυχολογικές επιπτώσεις της οικογένειας και των φροντιστών, διαχείριση των συγκρούσεων κ.ά. (Ανδριοπούλου, Χάρος, Στεργιάδη, 2018). Όλοι οι προαναφερθέντες παράγοντες συμβάλλουν στη μείωση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας.

Οι Kannan και συν. (2011) διεξήγαγαν μια μελέτη με θέμα την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (QOL) των καρκινοπαθών σε νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης της Νότιας Ινδίας, στην οποία ο σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει το QOL των καρκινοπαθών χρησιμοποιώντας ένα επικυρωμένο ερωτηματολόγιο. Εντοπίστηκαν 11 τύποι καρκίνου. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μεταξύ των συνολικών δειγμάτων, το 80% αυτών έχει μέσο όρο και κάτω από το μέσο όρο QOL, υποδηλώνοντας ότι θα πρέπει να δοθεί ολόένα και μεγαλύτερη σημασία στην ενσωμάτωση της ποιότητας ζωής ως αποτέλεσμα, πέραν των άλλων κλινικών παραμέτρων.

Ο Sunderam και συν. (2016) διεξήγαγε μια μελέτη για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο σε σχέση με τον τύπο της θεραπείας (χημειοθεραπεία έναντι ακτινοθεραπείας) και για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής σε σχέση με τον αριθμό των κύκλων χημειοθεραπείας. Υποβλήθηκαν 64 ασθενείς σε χημειοθεραπεία και 49 υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία και ερωτήθηκαν

με ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονταν σε θεραπεία είχαν κακή ποιότητα ζωής και μεταξύ αυτών οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία. Οι τρόποι θεραπείας λόγω των μακροπρόθεσμων παρενεργειών τους έχουν επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Ο Dehkordi και συν. (2009) διεξήγαγε μια μελέτη με θέμα την Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, όπου ο σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με συμπαγείς όγκους και σε διαφορετικό κύκλο χημειοθεραπείας (CT). Ο ίδιος κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με καρκίνο θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ολοκληρώσουν μια σειρά συνεδριών CT, καθώς παίζουν σημαντικό ρόλο στην έκβαση της θεραπείας και στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών που υποβάλλονται σε CT. Το αποτέλεσμα ήταν παρόμοιο με τη μελέτη που έγινε από τον ίδιο συγγραφέα το 2011.

Σε μια μελέτη που έγινε από τον Elsaie και συν. (2012), οι τιμές των περισσότερων διαστάσεων λειτουργικότητας της ποιότητας ζωής για τον καρκίνο του παχέος εντέρου μειώθηκαν σημαντικά μετά την πρώτη χημειοθεραπευτική συνεδρίαση και όλες οι διαστάσεις των συμπτωμάτων εκτός από την κούραση έχουν αυξηθεί μετά την πρώτη χημειοθεραπευτική συνεδρία. Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του QOL και του αριθμού των κύκλων θεραπείας και οι διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο μπορούν να επηρεάσουν το QOL.

Ο συχνότερα εμφανιζόμενος καρκίνος μεταξύ των γυναικών είναι ο καρκίνος του μαστού και κατατάσσεται τρίτος σε όλους τους θανάτους από καρκίνο. Μια μελέτη έγινε από την Akca και συν. (2014) για την αξιολόγηση των αλλαγών στην

ποιότητα ζωής των γυναικών ασθενών που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία για καρκίνο του μαστού. Οι γυναίκες ασθενείς με χειρουργική συντήρησης του μαστού (BPS), τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (MRM), απλή μαστεκτομή (SM) ηλικίας μεταξύ 28-55 ετών συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Οι επικυρωμένες Τουρκικές εκδόσεις ερωτηματολογίων EORTC QLQ-C30 και EORTC-BR23 χρησιμοποιήθηκαν για όλους τους ασθενείς. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ομάδα MRM βρέθηκε να επηρεάζεται δυσμενέστερα από την ομάδα BPS.

Σε μια παρόμοια μελέτη που διενεργήθηκε από τον Dubashi et al. (2010), η συνολική QOL σε νεαρότερους ασθενείς με καρκίνο του μαστού φαίνεται να είναι γενικά καλή. Η QOL και η σεξουαλική λειτουργία ήταν οριακά χειρότερα στην ομάδα διατήρησης του μαστού σε σύγκριση με την ομάδα μαστεκτομής.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο συνηθέστερος καρκίνος και η κύρια αιτία θανάτου για τις γυναίκες που επηρεάζει το QOL των γυναικών. Οι Hemavathy et al. (2016) διεξήγαγαν μελέτη για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, στις οποίες συμπεριλήφθηκαν 280 δείγματα. Σύμφωνα με αυτήν, το QOL μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι πολύ σημαντική πτυχή σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Ινδία, και υπάρχει ανάγκη να αξιολογηθεί το QOL και να εφαρμοστούν τα σχετικά μέτρα στους επιζώντες του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Ο Jyothi D. Souza et al. (2013) διενήργησε μελέτη του QOL και της κατάστασης απόδοσης των ασθενών με καρκίνο κεφαλής για να βρεθεί σχέση μεταξύ των τομέων της QOL και να βρεθεί συσχέτιση μεταξύ QOL και δημογραφικών μεταβλητών και μεταβλητών νόσου, στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κατάστασης απόδοσης Karnofsky (KPS) για την αξιολόγηση της κατάστασης

απόδοσης. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι φυσικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πνευματικοί, λειτουργικοί τομείς επηρεάζονται σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής. Ο αντίκτυπος σε μία διάσταση της ποιότητας ζωής μπορεί να επηρεάσει σημαντικά και κάποιον άλλον τομέα της ποιότητας ζωής και επομένως υπάρχει σχέση μεταξύ της κατάστασης απόδοσης και της ποιότητας ζωής.

3.4. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη

Έρευνες απέδειξαν ότι η συμπεριφορά του διαβητικού ατόμου σχετικά με την ασθένειά του εξαρτάται από μια σειρά δημογραφικών, ανθρωπομετρικών και οικονομικο-κοινωνικών παραγόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, τα συνυπάρχοντα νοσήματα, η παχυσαρκία, η εκπαίδευση, η ανεργία και η διάρκεια της νόσου (Westaway et al., 2001, Coffey et al., 2002).

Έχει παρατηρηθεί ότι λόγω προσωπικών εμπειριών, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αντιμετωπίζουν καλύτερα τις απαιτήσεις της νόσου, των επιπλοκών της και των θεραπευτικών παρενεργειών. Επίσης, έχει βρεθεί πως υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην αντιμετώπιση της ασθένειας και στην αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους. Έτσι, ενώ οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο απαισιόδοξες, αρνητικές και δυσκολεύονται να δεχτούν την ύπαρξη της χρόνιας ασθένειας, οι άντρες, αντιθέτως, προσαρμόζονται καλύτερα στη νέα πραγματικότητα, βλέπουν πιο αισιόδοξο το μέλλον, αντιμετωπίζουν ευκολότερα την κατάσταση της υγείας τους και καταφέρνουν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της νόσου. Επιπλέον, σταθεροποιητικό παράγοντα αποτελεί ο έγγαμος βίος, ο οποίος φαίνεται να διαδραματίζει θετικό ρόλο τόσο στην αντίληψη της κατάστασης της υγείας όσο και στην ποιότητα ζωής. Η αντιμετώπιση των απαιτήσεων της νόσου στα

πλαίσια της οικογενειακής στήριξης καθίσταται πολύ ευκολότερη απομακρύνοντας έτσι τον πάσχοντα από αρνητικές ψυχολογικές καταστάσεις, όπως είναι η κατάθλιψη. Επίσης, αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής του διαβητικού έχει η συνύπαρξη επιπλοκών ή άλλων νοσημάτων αφού αυξάνουν την πιθανότητα ύπαρξης συμπτωμάτων ή/και αναπηριών (Γρηγοριάδου, 2006, Κιουτσούκη & Βασιλειάδου, 2008).

Αποτελέσματα μελετών σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη έδειξαν τόσο ότι υπάρχει συσχέτιση της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών με την HbA1c, το φύλο, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση και την κοινωνική υποστήριξη, όσο και ότι το ερωτηματολόγιο EQ-5D αποτελεί ένα έγκυρο εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής καθώς μπορεί να εντοπίσει τον αντίκτυπο και τις συνέπειες των διαβητικών επιπλοκών στις διάφορες διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των πασχόντων (Grandinetti et al., 2000, Kaholokula et al., 2003, Park et al., 2004, Solli et al., 2010).

Σαράντα οκτώ άτομα με διαβήτη τύπου 2 (22 γυναίκες, 26 άνδρες, $59,66 \pm 7,24$ ετών, $10,45 \pm 7,38$ χρόνια από τη διάγνωση) συμμετείχαν σε μελέτη των Singh et al. (2016). Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης Pearson ακολουθούμενη από μοντέλο πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κόπωση σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής και τη λειτουργική κατάσταση.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η συννοσηρότητα του διαβήτη μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου που επηρεάζει την ποιότητα ζωής (QOL) ασθενών με καρκίνο του μαστού. Ο διαβήτης μπορεί να συντομεύσει την επιβίωση χωρίς τη νόσο των ασθενών με καρκίνο του μαστού και να αυξήσει τη θνησιμότητα των ασθενών (Chen et al., 2012).

Επιπλέον, οι ασθενείς που έχουν διαβήτη και καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης των ανεπιθύμητων ενεργειών μετά τη χημειοθεραπεία (Srokowski, Fang, Hortobagyi, Giordano, 2009). Εν τω μεταξύ, οι ασθενείς με τιμή HbA1C άνω του 7% έχουν μικρότερη επιβίωση (Erickson et al., 2011). Ωστόσο, εξ όσων γνωρίζουμε, υπήρξαν μόνο μερικές μελέτες που διερευνούν την επίδραση του διαβήτη στην ποιότητα ζωής για ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1. Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την ύπαρξη κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και ΣΔ2, την ποιότητα ζωής τους καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις εν λόγω μεταβλητές (κατάθλιψη, άγχος και ποιότητα ζωής).

Η καινοτομία της έρευνας βασίζεται στο γεγονός ότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα παρόμοιες μελέτες που να αφορούν στην αξιολόγηση των προαναφερόμενων παραγόντων σε άτομα με ΣΔ2 και καρκίνο παχέος εντέρου.

1.2. Υλικό και Μέθοδος

1.2.1. Ερωτηματολόγια

Στην εν λόγω έρευνα, για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα κάτωθι εργαλεία:

1. Η κλίμακα HADS για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας (κατάθλιψη και άγχος), η οποία αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αξιολογούν το πώς αισθάνονταν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Επτά από τις 14 ερωτήσεις αξιολογούν το επίπεδο κατάθλιψης και οι υπόλοιπες 7 αξιολογούν το επίπεδο άγχους των ερωτώμενων. Η συνολική βαθμολογία κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται από 0–21. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα. Η κλίμακα HADS, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στη βιβλιογραφία, ακολουθεί την εξής κατηγοριοποίηση: Βαθμολογία 0–7 υποδηλώνει καθόλου άγχος ή κατάθλιψη, βαθμολογία 8–10 υποδηλώνει μέτρια επίπεδα άγχους ή

κατάθλιψης και βαθμολογία >11 υποδηλώνει υψηλά επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης (Zigmond, Snaith, 1983). Η κλίμακα HADS έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και έχει ελεγχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της σε καρκινοπαθείς ασθενείς τελικού σταδίου από τους Mystakidou et al. (2004) το 2004. Επίσης, ικανοποιητικά αποτελέσματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας της συγκεκριμένης κλίμακας βρέθηκαν και από τους Michopoulos et al. (2008) όταν η κλίμακα εφαρμόστηκε σε ασθενείς παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων.

2. Το βασικό ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 είναι ένα όργανο μέτρησης ποιότητας ζωής για ασθενείς με καρκίνο (Chie, Chang, Huang, Kuo , 2003, Huang, Lien, Sung, Liu, Chie, 2007). Η κλινική εφαρμογή για τον καρκίνο του μαστού, τον καρκίνο του πνεύμονα, τον καρκίνο της κεφαλής και του τραχήλου, τον γαστρικό καρκίνο και τον καρκίνο του οισοφάγου έχει καταδειχθεί (Chie, Chang, Huang, Kuo , 2003, Huang, Lien, Sung, Liu, Chie, 2007). Το QLQ-C30 εκφράζει μια σφαιρική κατάσταση υγείας/ποιότητα ζωής, αποτελείται από πέντε υποκλίμακες που αφορούν στη λειτουργικότητα και υποκλίμακες που μετρούν τα συμπτώματα. Με γραμμικό μετασχηματισμό, οι κλίμακες Likert επτά και τεσσάρων επιπέδων (επτά για τη σφαιρική κατάσταση υγείας/ποιότητα ζωής της κλίμακας και τέσσερις για τις υπόλοιπες) μετατράπηκαν σε βαθμολογία 0 έως 100 με 100 να αντιπροσωπεύουν την καλύτερη σφαιρική υγεία, λειτουργική κατάσταση ή το χειρότερο σύμπτωμα ανάλογα με το χαρακτηριστικό μέτρησης κάθε κλίμακας πολλαπλών στοιχείων ή μεμονωμένου στοιχείου (Chie, Chang, Huang, Kuo , 2003, Huang, Lien, Sung, Liu, Chie, 2007)

3. Το EORTC QLQ-CR29 είναι ένα συμπληρωματικό εργαλείο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού, το οποίο στοχεύει στην ενίσχυση της ευαισθησίας και της εξειδίκευσης στο πλαίσιο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής του καρκίνου του παχέος εντέρου (Gujral et al., 2007, Whistance et al., 2009). Η αρχική αγγλική έκδοση περιλαμβάνει 4 κλίμακες πολλαπλών στοιχείων (εικόνα σώματος, συχνότητα ούρων, αίμα και βλέννα στα κόπρανα και συχνότητα κοπράνων) και 17 λειτουργικά συμπτώματα ως μεμονωμένα στοιχεία (άγχος, βάρος, σεξουαλικό ενδιαφέρον, ακράτεια ούρων, δυσουρία, κοιλιακό άλγος, πόνος στο γλουτό, φούσκωμα, ξηροστομία, απώλεια μαλλιών, γεύση, μετεωρισμός, ακράτεια κοπράνων, πονόλαιμο, αμηχανία, πρόβλημα στοματικής φροντίδας, ανικανότητα ή δυσπασμού), με υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν καλύτερη λειτουργική ή χειρότερη συμπτωματική κατάσταση. Από αυτές τις 21 κλίμακες ή στοιχεία, μόνο η εικόνα του σώματος, το άγχος, το βάρος και το σεξουαλικό ενδιαφέρον είναι λειτουργικές κλίμακες/αντικείμενα, και όλα τα υπόλοιπα είναι συμπτώματα (Gujral et al., 2007, Whistance et al., 2009).
4. Εκτός από το ερωτηματολόγιο, υπήρχαν ερωτήσεις που αφορούσαν στα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, π.χ. φύλο, ηλικία, διάγνωση της νόσου, ύψος, βάρος, Hbc, κλπ.

1.2.2. Δείγμα

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων έλαβε χώρα στο Θεαγένειο (Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης) σε διάρκεια περίπου 5 μηνών. Συλλέχθηκε δείγμα ευκολίας και ειδικότερα, στην έρευνα συμμετείχαν 100 ασθενείς (58 άνδρες και 42 γυναίκες).

Οι ασθενείς επιλέχθηκαν βάσει των κριτηρίων εισαγωγής στη μελέτη, τα οποία είναι τα κάτωθι:

- Η συναίνεση του ασθενή
- Ηλικία άνω των δέκα οχτώ ετών
- Διάγνωση με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και καρκίνο παχέος εντέρου
- Δυνατότητα επικοινωνίας στην Ελληνική γλώσσα
- Η γενική κατάσταση της υγείας του (ασθενή) να του επιτρέπει να λάβει μέρος στη μελέτη

Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν γραπτά και προφορικά και υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης. Της συλλογής του δείγματος προηγήθηκε γραπτή έγκριση από την Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου, κατόπιν σχετικής αίτησης της ερευνήτριας.

1.2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ειδικών ερωτηματολογίων. Η ερευνήτρια ήταν υπεύθυνη για τη συλλογή των δεδομένων, ενημέρωνε τους ασθενείς προφορικά σχετικά με τους σκοπούς της μελέτης και στη συνέχεια συμπλήρωνε με συνέντευξη τα ερωτηματολόγια, τα οποία συνοδεύονταν από επιστολή, στην οποία αναφέρονταν πληροφορίες σχετικά με το σκοπό της μελέτης, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων, καθώς και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σήμαινε αποδοχή της συμμετοχής και πληροφορημένη συναίνεση, ενώ η διάρκεια συμπλήρωσής τους δεν ξεπερνούσε τα 30 λεπτά. Η λήψη άδειας για τη διεξαγωγή της

μελέτης πραγματοποιήθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 100%.

1.2.4. Στατιστική ανάλυση

Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με τις απαντήσεις των ασθενών στα ερωτηματολόγια, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα, πραγματοποιήθηκε ανάλυση συχνοτήτων (frequencies). Επιπρόσθετα, για την εξέταση των μέσων όρων εκτελέστηκε η εντολή *descriptives*. Οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (\pm τυπική απόκλιση) ενώ οι ποιοτικές μεταβλητές ως συχνότητα (%). Επίσης, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας του δείγματος με τη χρήση του Kolmogorov Smirnov test. Ωστόσο, τα δεδομένα δεν ακολούθησαν κανονική κατανομή. Προκειμένου να διερευνηθούν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ της κατάθλιψης, άγχους και ποιότητας ζωής και κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών παραγόντων πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ (Spearman correlation analysis, Mann-Whitney test, Kruskal Wallis test).

Όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην εν λόγω έρευνα έδειξαν πολύ καλή αξιοπιστία (Cronbach α), που κυμαίνεται στο 0,71.

Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 23. Τιμή $p < 0,05$ θεωρήθηκε ότι υποδεικνύει στατιστική σημαντικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 100 ασθενείς (58 άνδρες και 42 γυναίκες) με μέση ηλικία τα $65,77 \pm 9,99$ έτη ζωής. Η πλειοψηφία αυτών ήταν έγγαμοι (67,0%), το 24,0% χήροι, το 3,0% άγαμοι ενώ το 6,0% ήταν διαζευγμένοι. Εβδομήντα ένας ασθενείς δήλωσαν ότι δε ζουν μόνοι τους και 20 ασθενείς δήλωσαν ότι ζουν μόνοι τους.

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, 8 ασθενείς (8%) ήταν απόφοιτοι δημοτικού, 31 ασθενείς (31%) ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, 31 ασθενείς (31%) δήλωσαν ότι ήταν απόφοιτοι λυκείου ενώ 27 (27%) είχαν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ (ανώτατη εκπαίδευση). Μόλις 2 ασθενείς (2%) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών.

Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση των ασθενών, η πλειοψηφία (58 ασθενείς) δήλωσαν ότι είναι συνταξιούχοι, 7 ιδιωτικοί υπάλληλοι, 12 δημόσιοι υπάλληλοι, 7 ασθενείς ασχολούντο με τα οικιακά και 11 επίσης δήλωσαν ελεύθεροι επαγγελματίες. Η πλειοψηφία των ασθενών διέμενε σε αστική περιοχή (66,0%), 15 ασθενείς (15,0%) σε αγροτική και 18 ασθενείς (18,0%) σε ημιαστική περιοχή.

Αναφορικά με την κατάσταση ασφάλισης του δείγματος, 87 ασθενείς (87,0%) είχαν δημόσια ασφάλιση, 6 ασθενείς (6,0%) ιδιωτική ασφάλιση ενώ ανασφάλιστοι δήλωσαν 7 ασθενείς (7,0%).

Πίνακας 1. Κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης

n	97	
φύλο		
(άνδρες) n (%)	58	58,0
(γυναίκες) n (%)	42	42,0
εκπαίδευση		
δημοτικό n (%)	8	8,0
γυμνάσιο n (%)	31	31,0
λύκειο n (%)	31	31,0
ΑΕΙ/ΤΕΙ n (%)	27	27,0
Μεταπτυχιακό n (%)	2	2,0
οικογενειακή κατάσταση		
άγαμος n (%)	3	3,0
έγγαμος n (%)	67	67,0
διαζευγμένος n (%)	6	6,0
χήρος n (%)	24	24,0
ζείτε		
μόνος/η n (%)	20	20,0
όχι μόνος/η n (%)	71	71,0
τόπος μόνιμης διαμονής		
αστική n (%)	66	66,0
ημιαστική n (%)	18	18,0
αγροτική n (%)	15	15,0
κατάσταση ασφάλισης		
ανασφάλιστος n (%)	7	7,0
δημόσια n (%)	87	87,0
ιδιωτική n (%)	6	6,0
επαγγελματική κατάσταση		
άνεργος n (%)	2	2,0
οικιακά n (%)	7	7,0
δημόσιος υπάλληλος n (%)	12	12,0
ιδιωτικός υπάλληλος n (%)	7	7,0
ελεύθερος επαγγελματίας n (%)	11	11,0
συνταξιούχος n (%)	58	58,0
άλλο n (%)	1	1,0

Παρακάτω, αναλύονται τα αποτελέσματα της μελέτης.

Πίνακας 2. Περιγραφικά στοιχεία κλινικών παραγόντων					
	N	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
ηλικία	100	29	90	65,77	9,993
βάρος	97	45,00	123,00	69,2381	17,29020
ύψος	97	155,00	187,00	172,2374	7,79180
πότε διαγνώστηκε ο διαβήτης	100	1,00	30,00	9,0500	6,03588
Τιμή Hbc	98	5,00	8,72	6,7183	,95555
γλυκόζη αίματος	100	90,00	296,00	150,7040	57,46550
ολική χολυστερόλη	98	88,00	300,00	178,6102	46,82558
τριγλυκερίδια	100	53,00	441,00	160,9770	91,18220
HDL	99	37,00	77,10	52,9848	8,37528
LDL	97	55,00	202,00	116,1670	40,75371

Στον παραπάνω πίνακα, παρουσιάζονται αναλυτικά τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Ο μέσος όρος του βάρους και ύψους ήταν 69,23 kg και 172 εκατοστά αντίστοιχα. Περίπου 9 έτη είχαν περάσει από τη διάγνωση των ασθενών με τη νόσο του ΣΔ2. Η μέση τιμή Hbc ήταν 6,71, το επίπεδο της γλυκόζης αίματος άγγιξε το 150,70, η ολική χολυστερόλη ήταν 178,61, τα τριγλυκερίδια 160,97 ενώ οι τιμές HDL και LDL ήταν 52,98 και 116,16 αντίστοιχα.

Πίνακας 3. Περιγραφικά στοιχεία κλινικών παραγόντων		
	n	%
κάπνισμα		
ναι n (%)	26	26,0
όχι n (%)	73	73,0
αλκοόλ		
ναι n (%)	10	10,0
όχι n (%)	88	88,0
υπέρταση		
ναι n (%)	63	63,0
όχι n (%)	37	37,0
νεοδιαγνωσθείς		

ναι n (%)	7	7,0
όχι n (%)	42	42,0
ΔΜΣ		
25	48	48,0
26-35	22	22,0
>35	8	8,0
Θεραπευτική αγωγή		
μόνο δίαιτα	6	6,0
μόνο δισκία	61	61,0
μόνο ινσουλίνη	15	15,0
δισκία και ινσουλίνη	14	14,0
δίαιτα και άσκηση	3	3,0
γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη		
<6,5	42	42,0
6,5-7	28	28,0
7-7,5	10	10,0
7,5-8	8	8,0
>8	10	10,0

Με βάση τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 3, 26 ασθενείς (26%) ανέφεραν ότι καπνίζουν ενώ 73 ασθενείς (73%) ότι δεν καπνίζουν. Δέκα ασθενείς (10%) απάντησαν ότι κάνουν χρήση αλκοόλ ενώ 88 ασθενείς (88%) δήλωσαν ότι δεν πίνουν αλκοόλ. Επιπρόσθετα, 63 ασθενείς (63%) δήλωσαν ότι πάσχουν από υπέρταση ενώ 37 ασθενείς (37%) δήλωσαν ότι δεν πάσχουν. Επτά ασθενείς (7%) δήλωσαν ότι είναι νεοδιαγνωσθέντες σε αντίθεση με 42 ασθενείς (42%) που απάντησαν ότι δεν είναι. Αναφορικά με τις τιμές του ΔΜΣ, σε 48 ασθενείς (48%) αγγίζει το 25, σε 22 ασθενείς (22%) κυμαίνεται από 26-35 και σε μόλις 8 ασθενείς (8%) κυμαίνεται >35. Όσον αφορά στο είδος της θεραπευτικής αγωγής, 15 ασθενείς (15%) ελάμβαναν μόνο ινσουλίνη και 14 ασθενείς (14%) δισκία και ινσουλίνη. Τέλος, αναφορικά με το επίπεδο γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, σε 10 ασθενείς (10%) ήταν 7-7,5, 8 ασθενείς (8%) 7,5-8, 28 ασθενείς (28%) 6,5-7 και 42 ασθενείς (42%) <6,5.

Πίνακας 4. Επιπλοκές σακχαρώδη διαβήτη			
		n	%
	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	17,0
	Νευροπάθεια	5	5,0
	Νεφροπάθεια	5	5,0
	Αγγειοπάθεια	2	2,0
	Στεφανιαία Νόσος	14	14,0
	Έμφραγμα Μυοκαρδίου	10	10,0
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	3,0
	Άλλη επιπλοκή	20	20,0
	Σύνολο	76	76,0
Ελλιπείς τιμές		24	24,0
Σύνολο		100	100,0

Με βάση τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 4, 17 ασθενείς είχαν ως επιπλοκή εξαιτίας του σακχαρώδη διαβήτη την αμφιβληστροειδοπάθεια, 5 ασθενείς νευροπάθεια, 14 ασθενείς στεφανιαία νόσο, 2 ασθενείς αγγειοπάθεια και 5 ασθενείς νεφροπάθεια.

Πίνακας 5. Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης			
		n	%
	0-7 καθόλου κατάθλιψη	1	1,0
	8-10 μέτρια κατάθλιψη	41	41,0
	>10 υψηλή κατάθλιψη	55	55,0
	Σύνολο	97	97,0
Ελλιπείς τιμές		3	3,0
Σύνολο		100	100,0
		n	%
	0-7 καθόλου άγχος	25	25,0
	8-10 μέτριο άγχος	31	31,0
	>10 υψηλό άγχος	43	43,0
	Σύνολο	99	99,0
Ελλιπείς τιμές		1	1,0
Σύνολο		100	100,0

Με βάση τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 5, 1 ασθενής (1,0%) εμφάνισε καθόλου κατάθλιψη, 41 ασθενείς (41,0%) μέτριας μορφής κατάθλιψη και

55 ασθενείς (55,0%) υψηλή κατάθλιψη. Η μέση τιμή του επιπέδου κατάθλιψης άγγιξε το 10,73±1,61. Αναφορικά με το άγχος, 25 ασθενείς (25,0%) εμφάνισαν καθόλου άγχος, 31 ασθενείς (31,0) μέτριας μορφής άγχος και 43 ασθενείς (43,0%) υψηλό άγχος. Η μέση τιμή του επιπέδου άγχους άγγιξε το 9,81±2,58.

Πίνακας 6. Περιγραφικά στοιχεία του EORTC QLQ-C30					
	n	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Σφαιρική κατάσταση υγείας/ΠΖ	100	8,33	91,67	49,3333	21,24360
Λειτουργικότητα-Σωματική κατάσταση	100	,00	100,00	63,7333	24,42276
Λειτουργικότητα-Ρόλος	100	,00	100,00	60,1667	31,23847
Λειτουργικότητα-Συναισθηματική κατάσταση	100	,00	100,00	63,7500	28,90091
Λειτουργικότητα-Γνωστική κατάσταση	100	,00	100,00	77,1667	23,40957
Λειτουργικότητα-Κοινωνική κατάσταση	100	,00	100,00	64,1667	30,18601
Σύμπτωμα-κόπωση	98	,00	88,89	37,4150	21,84023
Σύμπτωμα-ναυτία και έμετος	100	,00	83,33	35,1667	23,91237
Σύμπτωμα-πόνος	100	,00	100,00	18,1667	22,73339
Σύμπτωμα-δύσπνοια	99	,00	100,00	34,6801	26,04688
Σύμπτωμα-αϋπνία	100	,00	100,00	44,3333	27,64818
Σύμπτωμα-απώλεια όρεξης	99	,00	100,00	39,3939	29,49447
Σύμπτωμα-δυσκοιλιότητα	99	,00	100,00	29,2929	29,84188
Σύμπτωμα-διάρροια	100	,00	100,00	30,3333	29,62353
Σύμπτωμα-οικονομικές δυσκολίες	100	,00	100,00	33,6667	27,82622

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου EORTC QLQ-C30. Ο υψηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στη διάσταση της λειτουργικότητας (Functional scale cognitive) (77,16±23,41) ενώ ο

χαμηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στη διάσταση σύμπτωμα - πόνος (18,16±22,73).

Πίνακας 7. Περιγραφικά στοιχεία του EORTC QLQ – CR29					
	n	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Εικόνα σώματος	98	,00	100,00	59,1837	29,92398
Άγχος	100	,00	100,00	51,0000	24,82486
Βάρος	100	,00	100,00	60,3333	31,31786
Σεξουαλικό ενδιαφέρον ανδρών	57	,00	100,00	58,4795	26,18668
Σεξουαλικό ενδιαφέρον γυναικών	43	33,33	100,00	68,9922	30,33791
Συχνουρία	100	,00	83,33	34,5000	23,24116
Αίμα και βλέννα στα κόπρανα	100	,00	50,00	6,0000	10,98923
Συχνότητα κοπράνων	51	,00	66,67	33,6601	17,15621
Συχνότητα κοπράνων1	46	,00	100,00	42,0290	23,50181
Ακράτεια ούρων	100	,00	66,67	7,3333	16,80415
Δυσουρία	100	,00	66,67	9,3333	17,13484
Κοιλιακό άλγος	99	,00	66,67	17,1717	21,48861
Άλγος γλουτών	100	,00	66,67	15,3333	21,40938
Φούσκωμα	100	,00	100,00	24,3333	24,09064
Ξηροστομία	99	,00	100,00	53,5354	23,72279
Απώλεια μαλλιών	100	,00	100,00	37,6667	35,97449
Γεύση	100	,00	100,00	49,3333	29,76903
Φούσκωμα	51	,00	100,00	58,1699	26,53563
Φούσκωμα1	49	,00	100,00	51,7007	24,59037
Ακράτεια κοπράνων	51	,00	66,67	18,9542	22,36555
Ακράτεια κοπράνων1	49	,00	66,67	18,3673	24,59037
Ερεθισμένο δέρμα	51	,00	66,67	9,8039	16,72539
Ερεθισμένο δέρμα1	48	,00	100,00	22,9167	27,63854
Ενόχληση	51	,00	100,00	62,7451	28,00560
Ενόχληση1	49	,00	100,00	44,8980	30,84536
Ανικανότητα	54	,00	100,00	9,8765	21,11130
Δυσπαρευνία	37	,00	33,33	8,1081	14,49863
Πρόβλημα στοματικής φροντίδας	50	,00	100,00	36,0000	29,23049

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου EORTC QLQ – CR29. Ο υψηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στη διάσταση σεξουαλικό ενδιαφέρον των γυναικών ($68,99 \pm 30,33$) ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στη διάσταση αίμα και βλέννα στα κόπρανα ($6,00 \pm 10,98$).

Στο πλαίσιο των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας του δείγματος και του άγχους ($r = -0,227$, $p = 0,024$) καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου HADS ($r = -0,238$, $p = 0,019$). Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του βάρους και της κατάθλιψης ($r = 0,237$, $p = 0,021$), θετική συσχέτιση μεταξύ της τιμής Hbc και του άγχους ($r = 0,268$, $p = 0,008$) καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου HADS ($r = 0,224$, $p = 0,029$) και θετική συσχέτιση μεταξύ της τιμής της γλυκόζης αίματος και του άγχους ($r = 0,227$, $p = 0,024$) καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου HADS ($r = 0,222$, $p = 0,029$).

Πίνακας 8. Διαφορές μεταξύ καπνιζόντων και μη αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος				
	κάπνισμα	n	M.O.	p-value
HADSΑΓΧΟΣ	ναι	26	59,90	0,028
	όχι	72	45,74	
	Σύνολο	98		
HADSKΑΤΑΘΛΙΨΗ	ναι	26	43,08	0,235
	όχι	70	50,51	
	Σύνολο	96		
HADSΣΥΝΟΛΟ	ναι	26	54,73	0,179
	όχι	70	46,19	
	Σύνολο	96		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 8, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διάσταση του άγχους ($p < 0,05$), πλην εκείνων που αφορούν στην κατάθλιψη και τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου, με εκείνους που είναι καπνίζοντες να εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στο επίπεδο άγχους σε σύγκριση με τους μη καπνίζοντες.

Πίνακας 9. Διαφορές μεταξύ εκπαιδευτικών επιπέδων αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος				
	επίπεδο εκπαίδευσης	n	M.O.	p-value
HADSΑΓΧΟΣ	δημοτικό	8	44,50	0,011
	γυμνάσιο	30	39,15	
	απόφοιτος λυκείου	31	50,02	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	63,87	
	μεταπτυχιακό	2	22,75	
	Σύνολο	98		
HADSKΑΤΑΘΛΙΨΗ	δημοτικό	8	56,88	0,677
	γυμνάσιο	29	50,24	
	απόφοιτος λυκείου	30	46,78	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	44,76	
	μεταπτυχιακό	2	66,00	
	Σύνολο	96		
HADΣΥΝΟΛΟ	δημοτικό	8	51,94	0,112
	γυμνάσιο	29	39,93	
	απόφοιτος λυκείου	30	47,73	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	58,83	
	μεταπτυχιακό	2	31,00	
	Σύνολο	96		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 9, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ διαφορετικών εκπαιδευτικών επιπέδων ως προς τη διάσταση του άγχους ($p < 0,05$), πλην εκείνων που αφορούν στην κατάθλιψη και τη συνολική βαθμολογία

του ερωτηματολογίου, με τους αποφοίτους λυκείου και ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης να εμφανίζουν τις υψηλότερες βαθμολογίες.

Πίνακας 10. Διαφορές μεταξύ καταστάσεως ασφάλισης αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος				
	κατάσταση ασφάλισης	n	M.O.	p-value
HADSAΓΧΟΣ	ανασφάλιστος	7	48,50	0,556
	δημόσια	87	50,88	
	ιδιωτική	5	36,80	
	Σύνολο	99		
HADSKΑΤΑΘΛΙΨΗ	ανασφάλιστος	7	31,43	0,028
	δημόσια	85	51,79	
	ιδιωτική	5	26,20	
	Σύνολο	97		
HADΣΥΝΟΛΟ	ανασφάλιστος	7	41,14	0,102
	δημόσια	85	51,04	
	ιδιωτική	5	25,40	
	Σύνολο	97		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 10, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διάσταση της κατάθλιψης ($p < 0,05$) με εκείνους που έχουν δημόσια ασφάλιση ή είναι ανασφάλιστοι να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες.

Πίνακας 11. Διαφορές μεταξύ επιπέδων ΔΜΣ αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος				
	ΔΜΣ	n	M.O.	p-value
HADSAΓΧΟΣ	25	47	35,88	0,261
	26-35	22	42,52	
	>35	8	47,63	
	Σύνολο	77		
HADSKΑΤΑΘΛΙΨΗ	25	47	34,84	0,154
	26-35	22	45,55	
	>35	7	40,93	
	Σύνολο	76		
HADΣΥΝΟΛΟ	25	47	33,53	0,042

	26-35	22	46,75
	>35	7	45,93
	Σύνολο	76	

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 11, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου HADS ($p < 0,05$) με εκείνους που έχουν τιμή ΔΜΣ 26-35 και >35 να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες.

Πίνακας 12. Διαφορές μεταξύ επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος				
	γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	n	M.O.	p-value
HADSΑΓΧΟΣ	<6,5	42	42,68	0,015
	6,5-7	27	44,46	
	7-7,5	10	52,25	
	7,5-8	8	72,75	
	>8	10	65,55	
	Σύνολο	97		
HADSKΑΤΑΘΛΙΨΗ	<6,5	40	48,75	0,514
	6,5-7	27	50,09	
	7-7,5	10	36,40	
	7,5-8	8	41,94	
	>8	10	55,80	
	Σύνολο	95		
HADSΣΥΝΟΛΟ	<6,5	40	42,65	0,053
	6,5-7	27	45,02	
	7-7,5	10	45,75	
	7,5-8	8	65,25	
	>8	10	65,90	
	Σύνολο	95		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 12, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διάσταση του άγχους του ερωτηματολογίου HADS ($p < 0,05$) με εκείνους που έχουν τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης 7,5-8 και >8 να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες.

Τέλος, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p>0,05$) ως προς τις υπόλοιπες κοινωνικοδημογραφικές και κλινικές μεταβλητές (είδος θεραπευτικής αγωγής, οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση).

Πίνακας 13. Διαφορές μεταξύ ειδών θεραπευτικής αγωγής αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος				
	θεραπευτική αγωγή	N	Mean Rank	p-value
HADSΑΓΧΟΣ	μόνο δίαιτα	6	52,08	0,522
	μόνο δισκία	60	43,55	
	μόνο ινσουλίνη	15	62,07	
	δισκία και ινσουλίνη	14	59,11	
	δίαιτα και άσκηση	3	55,67	
	Total	98		
HADSKΑΤΑΘΛΙΨΗ	μόνο δίαιτα	6	44,58	0,970
	μόνο δισκία	58	51,10	
	μόνο ινσουλίνη	15	34,10	
	δισκία και ινσουλίνη	14	59,68	
	δίαιτα και άσκηση	3	25,83	
	Total	96		
HADΣΥΝΟΛΟ	μόνο δίαιτα	6	48,75	0,715
	μόνο δισκία	58	44,02	
	μόνο ινσουλίνη	15	52,93	
	δισκία και ινσουλίνη	14	63,43	
	δίαιτα και άσκηση	3	42,83	
	Total	96		

Πίνακας 14. Διαφορές μεταξύ επαγγελματικής κατάστασης αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος				
	επαγγελματική κατάσταση	N	Mean Rank	p-value
HADSΑΓΧΟΣ	άνεργος	2	76,00	0,502
	οικιακά	7	52,43	
	δημόσιος υπάλληλος	12	55,79	
	ιδιωτικός υπάλληλος	7	54,79	

	ελεύθερος επαγγελματίας	11	51,27	
	συνταξιούχος	57	45,03	
	άλλο	1	50,50	
	Total	97		
HADSKATAΘΛΙΨΗ	άνεργος	2	44,00	0,463
	οικιακά	7	56,71	
	δημόσιος υπάλληλος	12	48,63	
	ιδιωτικός υπάλληλος	6	38,50	
	ελεύθερος επαγγελματίας	11	56,73	
	συνταξιούχος	56	46,97	
	άλλο	1	6,00	
	Total	95		
HADSEYNOΛO	άνεργος	2	70,25	0,419
	οικιακά	7	55,57	
	δημόσιος υπάλληλος	12	53,21	
	ιδιωτικός υπάλληλος	6	52,58	
	ελεύθερος επαγγελματίας	11	53,82	
	συνταξιούχος	56	44,02	
	άλλο	1	19,50	
	Total	95		

Πίνακας 15. Διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης αναφορικά με την κατάθλιψη και το άγχος				
	οικογενειακή κατάσταση	N	Mean Rank	p-value
HADSAΓXOΣ	άγαμος	3	64,00	0,696
	έγγαμος	67	50,13	
	διαζευγμένος	6	54,83	
	χήρος	23	46,52	
	Total	99		
HADSKATAΘΛΙΨΗ	άγαμος	3	38,00	0,504
	έγγαμος	66	52,28	
	διαζευγμένος	6	39,00	
	χήρος	22	43,39	
	Total	97		
HADSEYNOΛO	άγαμος	3	56,00	0,419
	έγγαμος	66	51,20	
	διαζευγμένος	6	46,50	
	χήρος	22	42,14	
	Total	97		

Στο πλαίσιο συσχετίσεων μεταβλητών με την ποιότητα ζωής, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p < 0,05$) με την ηλικία ($r = 0,234$, $p = 0,019$), το βάρος ($r = -0,273$, $p = 0,007$), ύψος ($r = -0,326$, $p = 0,001$), έτος διάγνωσης διαβήτη ($r = 0,333$, $p = 0,001$), τιμή Hbc ($r = -0,307$, $p = 0,002$), γλυκόζη αίματος ($r = -0,265$, $p = 0,008$), τριγλυκερίδια ($r = -0,217$, $p = 0,030$), τιμές HDL ($r = 0,373$, $p = 0,000$), LDL ($r = -0,248$, $p = 0,014$).

Πίνακας 16. Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	φύλο	n	M.O.	p-value
Σφαιρική κατάσταση υγείας/ΠΖ	άνδρας	58	51,98	0,545
	γυναίκα	42	48,45	
	Σύνολο	100		
Λειτουργικότητα-Σωματική κατάσταση	άνδρας	58	51,71	0,623
	γυναίκα	42	48,83	
	Σύνολο	100		
Λειτουργικότητα-Ρόλος	άνδρας	58	51,45	0,696
	γυναίκα	42	49,19	
	Σύνολο	100		
Λειτουργικότητα-Συναισθηματική κατάσταση	άνδρας	58	52,48	0,419
	γυναίκα	42	47,76	
	Σύνολο	100		
Λειτουργικότητα-Γνωστική κατάσταση	άνδρας	58	52,09	0,504
	γυναίκα	42	48,31	
	Σύνολο	100		
Λειτουργικότητα-Κοινωνική κατάσταση	άνδρας	58	55,60	0,035
	γυναίκα	42	43,45	
	Σύνολο	100		
Σύμπτωμα-κόπωση	άνδρας	58	49,87	0,875
	γυναίκα	40	48,96	
	Σύνολο	98		
Σύμπτωμα-ναυτία και έμετος	άνδρας	58	52,04	0,522
	γυναίκα	42	48,37	
	Σύνολο	100		
Σύμπτωμα-πόνος	άνδρας	58	49,67	0,715
	γυναίκα	42	51,64	
	Σύνολο	100		

Σύμπτωμα-δύσπνοια	άνδρας	57	50,09	0,970
	γυναίκα	42	49,88	
	Σύνολο	99		
Σύμπτωμα-αϋπνία	άνδρας	58	49,60	0,699
	γυναίκα	42	51,74	
	Σύνολο	100		
Σύμπτωμα-απώλεια όρεξης	άνδρας	57	50,21	0,929
	γυναίκα	42	49,71	
	Σύνολο	99		
Σύμπτωμα-δυσκοιλιότητα	άνδρας	58	48,33	0,463
	γυναίκα	41	52,37	
	Σύνολο	99		
Σύμπτωμα-διάρροια	άνδρας	58	52,06	0,502
	γυναίκα	42	48,35	
	Σύνολο	100		
Σύμπτωμα-οικονομικές δυσκολίες	άνδρας	58	45,72	0,040
	γυναίκα	42	57,10	
	Σύνολο	100		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 16, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που αναφέρονται στην κοινωνική δραστηριότητα και τις οικονομικές δυσκολίες ($p < 0,05$) με τους άνδρες ασθενείς να εμφανίζουν υψηλότερη και χαμηλότερη βαθμολογία αντίστοιχα σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Πίνακας 17. Διαφορές μεταξύ του τρόπου διαβίωσης αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	ζείτε	n	M.O.	p-value
Σφαιρική κατάσταση υγείας/ΠΖ	μόνος/η	20	38,05	0,125
	όχι μόνος/η	71	48,24	
	Total	91		
Λειτουργικότητα- Σωματική κατάσταση	μόνος/η	20	34,63	0,028
	όχι μόνος/η	71	49,20	
	Total	91		
Λειτουργικότητα-Ρόλος	μόνος/η	20	36,38	0,060
	όχι μόνος/η	71	48,71	
	Total	91		
Λειτουργικότητα- Συναισθηματική	μόνος/η	20	40,90	0,325
	όχι μόνος/η	71	47,44	

κατάσταση	Total	91		
Λειτουργικότητα- Γνωστική κατάσταση	μόνος/η	20	40,50	0,274
	όχι μόνος/η	71	47,55	
	Total	91		
Λειτουργικότητα- Κοινωνική κατάσταση	μόνος/η	20	34,10	0,021
	όχι μόνος/η	71	49,35	
	Total	91		
Σύμπτωμα-κόπωση	μόνος/η	20	52,50	0,135
	όχι μόνος/η	69	42,83	
	Total	89		
Σύμπτωμα-ναυτία και έμετος	μόνος/η	20	56,75	0,035
	όχι μόνος/η	71	42,97	
	Total	91		
Σύμπτωμα-πόνος	μόνος/η	20	56,83	0,024
	όχι μόνος/η	71	42,95	
	Total	91		
Σύμπτωμα-δύσπνοια	μόνος/η	20	50,80	0,269
	όχι μόνος/η	70	43,99	
	Total	90		
Σύμπτωμα-αϋπνία	μόνος/η	20	45,75	0,959
	όχι μόνος/η	71	46,07	
	Total	91		
Σύμπτωμα-απώλεια όρεξης	μόνος/η	20	55,30	0,045
	όχι μόνος/η	70	42,70	
	Total	90		
Σύμπτωμα-δυσκοιλιότητα	μόνος/η	20	45,65	0,975
	όχι μόνος/η	70	45,46	
	Total	90		
Σύμπτωμα-διάρροια	μόνος/η	20	52,05	0,216
	όχι μόνος/η	71	44,30	
	Total	91		
Σύμπτωμα-οικονομικές δυσκολίες	μόνος/η	20	51,48	0,267
	όχι μόνος/η	71	44,46	
	Total	91		

Τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που αναφέρονται στη σωματική κατάσταση, την κοινωνική ζωή, τη ναυτία και τον έμετο, τον πόνο και την όρεξη ($p < 0,05$) με όσους ζουν μόνοι να εμφανίζουν χαμηλότερη βαθμολογία στη σωματική κατάσταση και την κοινωνική δραστηριότητα.

Πίνακας 18. Διαφορές μεταξύ καπνιζόντων και μη αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	κάπνισμα	n	M.O.	p-value
Σφαιρική κατάσταση υγείας/ΠΖ	ναι	26	40,25	0,042
	όχι	73	53,47	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Σωματική κατάσταση	ναι	26	43,81	0,198
	όχι	73	52,21	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Ρόλος	ναι	26	45,87	0,384
	όχι	73	51,47	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Συναισθηματική κατάσταση	ναι	26	42,63	0,126
	όχι	73	52,62	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Γνωστική κατάσταση	ναι	26	48,10	0,682
	όχι	73	50,68	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Κοινωνική κατάσταση	ναι	26	42,75	0,127
	όχι	73	52,58	
	Total	99		
Σύμπτωμα-κόπωση	ναι	26	53,29	0,422
	όχι	72	48,13	
	Total	98		
Σύμπτωμα-ναυτία και έμετος	ναι	26	53,81	0,420
	όχι	73	48,64	
	Total	99		
Σύμπτωμα-πόνος	ναι	26	57,83	0,078
	όχι	73	47,21	
	Total	99		
Σύμπτωμα-δύσπνοια	ναι	25	50,24	0,871
	όχι	73	49,25	
	Total	98		
Σύμπτωμα-αϋπνία	ναι	26	54,50	0,321
	όχι	73	48,40	
	Total	99		
Σύμπτωμα-απώλεια όρεξης	ναι	25	54,42	0,291
	όχι	73	47,82	
	Total	98		
Σύμπτωμα-δυσκοιλιότητα	ναι	26	57,60	0,975
	όχι	72	46,58	

	Total	98		
Σύμπτωμα-διάρροια	ναι	26	50,06	0,071
	όχι	73	49,98	
	Total	99		
Σύμπτωμα-οικονομικές δυσκολίες	ναι	26	59,73	0,990
	όχι	73	46,53	
	Total	99		

Τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα κατέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη συνολική ποιότητα ζωής ($p < 0,05$) με όσους καπνίζουν να εμφανίζουν χαμηλότερη βαθμολογία.

Πίνακας 19. Διαφορές μεταξύ χρηστών αλκοόλ και μη αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	αλκοόλ	n	M.O.	p-value
Σφαιρική κατάσταση υγείας/ΠΖ	ναι	10	57,15	0,366
	όχι	88	48,63	
	Total	98		
Λειτουργικότητα-Σωματική κατάσταση	ναι	10	53,15	0,667
	όχι	88	49,09	
	Total	98		
Λειτουργικότητα-Ρόλος	ναι	10	42,75	0,420
	όχι	88	50,27	
	Total	98		
Λειτουργικότητα- Συναισθηματική κατάσταση	ναι	10	45,65	0,650
	όχι	88	49,94	
	Total	98		
Λειτουργικότητα-Γνωστική κατάσταση	ναι	10	36,45	0,111
	όχι	88	50,98	
	Total	98		
Λειτουργικότητα- Κοινωνική κατάσταση	ναι	10	54,10	0,583
	όχι	88	48,98	
	Total	98		
Σύμπτωμα-κόπωση	ναι	10	41,70	0,380
	όχι	87	49,84	
	Total	97		
Σύμπτωμα-ναυτία και έμετος	ναι	10	47,25	0,787
	όχι	88	49,76	
	Total	98		

Σύμπτωμα-πόνος	ναι	10	46,50	0,702
	όχι	88	49,84	
	Total	98		
Σύμπτωμα-δύσπνοια	ναι	10	53,95	0,526
	όχι	87	48,43	
	Total	97		
Σύμπτωμα-αϋπνία	ναι	10	16,75	0,000
	όχι	88	53,22	
	Total	98		
Σύμπτωμα-απώλεια όρεξης	ναι	10	51,40	0,764
	όχι	87	48,72	
	Total	97		
Σύμπτωμα-δυσκοιλιότητα	ναι	10	67,15	0,022
	όχι	87	46,91	
	Total	97		
Σύμπτωμα-διάρροια	ναι	10	30,65	0,019
	όχι	88	51,64	
	Total	98		
Σύμπτωμα-οικονομικές δυσκολίες	ναι	10	41,30	0,307
	όχι	88	50,43	
	Total	98		

Τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις διαστάσεις ποιότητας ζωής της αϋπνίας, της δυσκοιλιότητας και της διάρροιας ($p < 0,05$).

Πίνακας 20. Διαφορές μεταξύ υπερτασικών και μη αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	έχετε υπέρταση	n	M.O.	p-value
Σφαιρική κατάσταση υγείας/ΠΖ	ναι	63	48,39	0,339
	όχι	37	54,09	
	Total	100		
Λειτουργικότητα- Σωματική κατάσταση	ναι	63	45,60	0,027
	όχι	37	58,85	

	Total	100		
Λειτουργικότητα-Ρόλος	ναι	63	46,78	0,088
	όχι	37	56,84	
	Total	100		
Λειτουργικότητα-Συναισθηματική κατάσταση	ναι	63	47,40	0,161
	όχι	37	55,78	
	Total	100		
Λειτουργικότητα-Γνωστική κατάσταση	ναι	63	43,06	0,001
	όχι	37	63,18	
	Total	100		
Λειτουργικότητα-Κοινωνική κατάσταση	ναι	63	47,53	0,174
	όχι	37	55,55	
	Total	100		
Σύμπτωμα-κόπωση	ναι	61	54,73	0,018
	όχι	37	40,88	
	Total	98		
Σύμπτωμα-ναυτία και έμετος	ναι	63	54,56	0,062
	όχι	37	43,59	
	Total	100		
Σύμπτωμα-πόνος	ναι	63	55,06	0,025
	όχι	37	42,73	
	Total	100		
Σύμπτωμα-δύσπνοια	ναι	62	53,34	0,106
	όχι	37	44,41	
	Total	99		
Σύμπτωμα-αϋπνία	ναι	63	51,48	0,637
	όχι	37	48,82	
	Total	100		
Σύμπτωμα-απώλεια όρεξης	ναι	63	48,93	0,605
	όχι	36	51,88	
	Total	99		
Σύμπτωμα-δυσκοιλιότητα	ναι	63	53,74	0,068
	όχι	36	43,46	
	Total	99		
Σύμπτωμα-διάρροια	ναι	63	49,87	0,762
	όχι	37	51,58	
	Total	100		
Σύμπτωμα-οικονομικές δυσκολίες	ναι	63	51,36	0,683
	όχι	37	49,04	
	Total	100		

Τα αποτελέσματα του πίνακα 20 κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις διαστάσεις ποιότητας ζωής της σωματικής κατάστασης, της γνωστικής ικανότητας, της κόπωσης και του πόνου ($p<0,05$).

Πίνακας 21. Διαφορές μεταξύ επιπέδων οικογενειακής κατάστασης αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	οικογενειακή κατάσταση	n	M.O.	p-value
Σφαιρική κατάσταση υγείας/ΠΖ	άγαμος	3	44,50	0,267
	έγγαμος	67	54,49	
	διαζευγμένος	6	40,33	
	χήρος	24	42,65	
	Total	100		
Λειτουργικότητα-Σωματική κατάσταση	άγαμος	3	23,00	0,056
	έγγαμος	67	55,35	
	διαζευγμένος	6	50,50	
	χήρος	24	40,40	
	Total	100		
Λειτουργικότητα-Ρόλος	άγαμος	3	43,67	0,189
	έγγαμος	67	54,84	
	διαζευγμένος	6	39,00	
	χήρος	24	42,13	
	Total	100		
Λειτουργικότητα-Συναισθηματική κατάσταση	άγαμος	3	45,67	0,796
	έγγαμος	67	52,54	
	διαζευγμένος	6	45,92	
	χήρος	24	46,54	
	Total	100		
Λειτουργικότητα-Γνωστική κατάσταση	άγαμος	3	40,17	0,158
	έγγαμος	67	53,69	
	διαζευγμένος	6	60,42	
	χήρος	24	40,40	
	Total	100		
Λειτουργικότητα-Κοινωνική κατάσταση	άγαμος	3	28,00	0,051
	έγγαμος	67	55,88	
	διαζευγμένος	6	40,50	
	χήρος	24	40,79	
	Total	100		
Σύμπτωμα-κόπωση	άγαμος	3	64,00	0,541

	έγγαμος	66	46,88	
	διαζευγμένος	6	56,17	
	χήρος	23	53,39	
	Total	98		
Σύμπτωμα-ναυτία και έμετος	άγαμος	3	83,17	0,058
	έγγαμος	67	46,61	
	διαζευγμένος	6	66,92	
	χήρος	24	53,17	
	Total	100		
Σύμπτωμα-πόνος	άγαμος	3	75,50	0,021
	έγγαμος	67	44,95	
	διαζευγμένος	6	59,00	
	χήρος	24	60,75	
	Total	100		
Σύμπτωμα-δύσπνοια	άγαμος	3	85,00	0,087
	έγγαμος	66	46,92	
	διαζευγμένος	6	55,25	
	χήρος	24	52,79	
	Total	99		
Σύμπτωμα-αϋπνία	άγαμος	3	37,00	0,534
	έγγαμος	67	48,71	
	διαζευγμένος	6	56,25	
	χήρος	24	55,75	
	Total	100		
Σύμπτωμα-απώλεια όρεξης	άγαμος	3	90,33	0,005
	έγγαμος	66	44,06	
	διαζευγμένος	6	61,00	
	χήρος	24	58,54	
	Total	99		
Σύμπτωμα-δυσκοιλιότητα	άγαμος	3	58,50	0,957
	έγγαμος	66	49,58	
	διαζευγμένος	6	50,42	
	χήρος	24	50,00	
	Total	99		
Σύμπτωμα-διάρροια	άγαμος	3	57,00	0,201
	έγγαμος	67	46,73	
	διαζευγμένος	6	49,50	
	χήρος	24	60,46	
	Total	100		
Σύμπτωμα-οικονομικές δυσκολίες	άγαμος	3	61,67	0,109
	έγγαμος	67	45,90	
	διαζευγμένος	6	64,92	

	χήρος	24	58,35
	Total	100	

Τα αποτελέσματα του πίνακα 21 κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις διαστάσεις ποιότητας ζωής του πόνου και της απώλειας όρεξης ($p < 0,05$) με τους άγαμους να εμφανίζουν την υψηλότερη βαθμολογία.

Πίνακας 22. Διαφορές μεταξύ τύπων μόνιμης διαμονής αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	τύπος μόνιμης διαμονής	n	M.O.	p-value
Σφαιρική κατάσταση υγείας/ΠΖ	αστική	66	50,70	0,432
	ημιαστική	18	42,94	
	αγροτική	15	55,40	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Σωματική κατάσταση	αστική	66	50,80	0,274
	ημιαστική	18	41,31	
	αγροτική	15	56,90	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Ρόλος	αστική	66	50,92	0,041
	ημιαστική	18	37,03	
	αγροτική	15	61,53	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Συναισθηματική κατάσταση	αστική	66	49,77	0,326
	ημιαστική	18	43,69	
	αγροτική	15	58,60	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Γνωστική κατάσταση	αστική	66	52,13	0,115
	ημιαστική	18	37,94	
	αγροτική	15	55,10	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Κοινωνική κατάσταση	αστική	66	50,51	0,344
	ημιαστική	18	42,53	
	αγροτική	15	56,73	
	Total	99		
Σύμπτωμα-κόπωση	αστική	64	48,47	0,606
	ημιαστική	18	55,06	
	αγροτική	15	44,00	
	Total	97		

Σύμπτωμα-ναυτία και έμετος	αστική	66	47,27	0,144
	ημιαστική	18	61,75	
	αγροτική	15	47,93	
	Total	99		
Σύμπτωμα-πόνος	αστική	66	49,11	0,354
	ημιαστική	18	57,50	
	αγροτική	15	44,93	
	Total	99		
Σύμπτωμα-δύσπνοια	αστική	65	49,88	0,370
	ημιαστική	18	54,61	
	αγροτική	15	41,73	
	Total	98		
Σύμπτωμα-αϋπνία	αστική	66	51,42	0,319
	ημιαστική	18	52,81	
	αγροτική	15	40,40	
	Total	99		
Σύμπτωμα-απώλεια όρεξης	αστική	65	50,48	0,067
	ημιαστική	18	57,31	
	αγροτική	15	35,90	
	Total	98		
Σύμπτωμα-δυσκοιλιότητα	αστική	65	51,18	0,174
	ημιαστική	18	53,19	
	αγροτική	15	37,77	
	Total	98		
Σύμπτωμα-διάρροια	αστική	66	47,55	0,349
	ημιαστική	18	51,94	
	αγροτική	15	58,47	
	Total	99		
Σύμπτωμα-οικονομικές δυσκολίες	αστική	66	48,05	0,572
	ημιαστική	18	52,58	
	αγροτική	15	55,47	
	Total	99		

Τα αποτελέσματα του πίνακα 22 κατέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διάσταση ποιότητας ζωής του ρόλου ($p < 0,05$) με όσους ζουν σε αγροτική περιοχή να εμφανίζουν την υψηλότερη βαθμολογία.

Πίνακας 23. Διαφορές μεταξύ επιπέδων ΔΜΣ αναφορικά με την ποιότητα ζωής

	ΔΜΣ	n	M.O.	p-value
Σφαιρική κατάσταση υγείας/ΠΖ	25	48	38,02	0,558
	26-35	22	39,91	
	>35	8	47,25	
	Total	78		
Λειτουργικότητα-Σωματική κατάσταση	25	48	40,53	0,700
	26-35	22	36,18	
	>35	8	42,44	
	Total	78		
Λειτουργικότητα-Ρόλος	25	48	39,14	0,832
	26-35	22	41,50	
	>35	8	36,19	
	Total	78		
Λειτουργικότητα-Συναισθηματική κατάσταση	25	48	39,90	0,884
	26-35	22	40,00	
	>35	8	35,75	
	Total	78		
Λειτουργικότητα-Γνωστική κατάσταση	25	48	43,97	0,020
	26-35	22	36,20	
	>35	8	21,75	
	Total	78		
Λειτουργικότητα-Κοινωνική κατάσταση	25	48	42,34	0,357
	26-35	22	34,73	
	>35	8	35,56	
	Total	78		
Σύμπτωμα-κόπωση	25	46	36,67	0,561
	26-35	22	39,91	
	>35	8	45,13	
	Total	76		
Σύμπτωμα-ναυτία και έμετος	25	48	40,18	0,817
	26-35	22	39,73	
	>35	8	34,81	
	Total	78		
Σύμπτωμα-πόνος	25	48	39,17	0,411
	26-35	22	43,05	
	>35	8	31,75	
	Total	78		
Σύμπτωμα-δύσπνοια	25	48	40,19	0,888
	26-35	22	37,66	
	>35	8	40,44	
	Total	78		
	25	48	42,11	0,393

Σύμπτωμα-αϋπνία	26-35	22	35,45	
	>35	8	34,94	
	Total	78		
Σύμπτωμα-απώλεια όρεξης	25	47	41,31	0,448
	26-35	22	34,36	
	>35	8	38,19	
	Total	77		
Σύμπτωμα-δυσκοιλιότητα	25	48	36,78	0,340
	26-35	21	40,62	
	>35	8	48,06	
	Total	77		
Σύμπτωμα-διάρροια	25	48	43,85	0,010
	26-35	22	37,30	
	>35	8	19,44	
	Total	78		
Σύμπτωμα-οικονομικές δυσκολίες	25	48	37,74	0,402
	26-35	22	44,59	
	>35	8	36,06	
	Total	78		

Τα αποτελέσματα του πίνακα 23 κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις διαστάσεις ποιότητας ζωής της γνωστικής ικανότητας και της διάρροιας ($p < 0,05$) με όσους έχουν ΔΜΣ 25 να εμφανίζουν την υψηλότερη βαθμολογία.

Πίνακας 24. Διαφορές μεταξύ ειδών θεραπευτικής αγωγής αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	θεραπευτική αγωγή	n	M.O.	p-value
Σφαιρική κατάσταση υγείας/ΠΖ	μόνο δίαιτα	6	60,58	0,235
	μόνο δισκία	61	53,35	
	μόνο ινσουλίνη	15	36,73	
	δισκία και ινσουλίνη	14	44,21	
	δίαιτα και άσκηση	3	54,00	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Σωματική κατάσταση	μόνο δίαιτα	6	70,25	0,006
	μόνο δισκία	61	53,87	
	μόνο ινσουλίνη	15	33,47	

	δισκία και ινσουλίνη	14	36,75	
	δίαιτα και άσκηση	3	75,33	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Ρόλος	μόνο δίαιτα	6	58,92	0,074
	μόνο δισκία	61	53,75	
	μόνο ινσουλίνη	15	31,80	
	δισκία και ινσουλίνη	14	51,93	
	δίαιτα και άσκηση	3	38,00	
	Total	99		
Λειτουργικότητα- Συναισθηματική κατάσταση	μόνο δίαιτα	6	52,92	0,262
	μόνο δισκία	61	54,54	
	μόνο ινσουλίνη	15	41,90	
	δισκία και ινσουλίνη	14	38,11	
	δίαιτα και άσκηση	3	47,83	
	Total	99		
Λειτουργικότητα-Γνωστική κατάσταση	μόνο δίαιτα	6	51,92	0,045
	μόνο δισκία	61	54,13	
	μόνο ινσουλίνη	15	45,13	
	δισκία και ινσουλίνη	14	31,79	
	δίαιτα και άσκηση	3	71,50	
	Total	99		
Λειτουργικότητα- Κοινωνική κατάσταση	μόνο δίαιτα	6	55,17	0,693
	μόνο δισκία	61	51,70	
	μόνο ινσουλίνη	15	40,70	
	δισκία και ινσουλίνη	14	51,64	
	δίαιτα και άσκηση	3	44,00	
	Total	99		
Σύμπτωμα-κόπωση	μόνο δίαιτα	6	25,25	0,008
	μόνο δισκία	59	45,35	
	μόνο ινσουλίνη	15	66,00	
	δισκία και ινσουλίνη	14	59,57	
	δίαιτα και άσκηση	3	34,00	
	Total	97		
Σύμπτωμα-ναυτία και έμετος	μόνο δίαιτα	6	25,08	0,071
	μόνο δισκία	61	47,63	
	μόνο ινσουλίνη	15	58,90	

	δισκία και ινσουλίνη	14	59,11	
	δίαιτα και άσκηση	3	61,00	
	Total	99		
Σύμπτωμα-πόνος	μόνο δίαιτα	6	34,17	0,002
	μόνο δισκία	61	44,21	
	μόνο ινσουλίνη	15	70,77	
	δισκία και ινσουλίνη	14	61,39	
	δίαιτα και άσκηση	3	42,33	
	Total	99		
Σύμπτωμα-δύσπνοια	μόνο δίαιτα	6	36,83	0,188
	μόνο δισκία	61	47,41	
	μόνο ινσουλίνη	14	62,36	
	δισκία και ινσουλίνη	14	53,86	
	δίαιτα και άσκηση	3	37,00	
	Total	98		
Σύμπτωμα-αϋπνία	μόνο δίαιτα	6	61,83	0,497
	μόνο δισκία	61	47,30	
	μόνο ινσουλίνη	15	54,57	
	δισκία και ινσουλίνη	14	54,71	
	δίαιτα και άσκηση	3	36,50	
	Total	99		
Σύμπτωμα-απώλεια όρεξης	μόνο δίαιτα	6	38,92	0,171
	μόνο δισκία	60	48,27	
	μόνο ινσουλίνη	15	64,03	
	δισκία και ινσουλίνη	14	42,64	
	δίαιτα και άσκηση	3	54,67	
	Total	98		
Σύμπτωμα-δυσκοιλιότητα	μόνο δίαιτα	6	33,33	0,081
	μόνο δισκία	60	46,93	
	μόνο ινσουλίνη	15	58,60	
	δισκία και ινσουλίνη	14	51,29	
	δίαιτα και άσκηση	3	79,33	
	Total	98		
Σύμπτωμα-διάρροια	μόνο δίαιτα	6	43,33	0,554
	μόνο δισκία	61	48,65	
	μόνο ινσουλίνη	15	49,73	

	δισκία και ινσουλίνη	14	60,79	
	δίαιτα και άσκηση	3	41,83	
	Total	99		
Σύμπτωμα-οικονομικές δυσκολίες	μόνο δίαιτα	6	33,75	0,275
	μόνο δισκία	61	49,52	
	μόνο ινσουλίνη	15	59,80	
	δισκία και ινσουλίνη	14	45,89	
	δίαιτα και άσκηση	3	62,50	
	Total	99		

Τα αποτελέσματα του πίνακα 24 κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις διαστάσεις ποιότητας ζωής της σωματικής κατάστασης, της γνωστικής ικανότητας, της κόπωσης και του πόνου ($p < 0,05$).

Πίνακας 25. Διαφορές μεταξύ επιπλοκών ΣΔ αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	επιπλοκές σακχαρώδη διαβήτη	n	M.O.	p-value
Σφαιρική κατάσταση υγείας/ΠΖ	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	40,71	0,432
	Νευροπάθεια	5	51,20	
	Νεφροπάθεια	5	27,50	
	Αγγειοπάθεια	2	55,00	
	Στεφανιαία Νόσος	14	39,93	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίου	10	29,60	
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	26,33	
	Άλλη επιπλοκή	20	39,83	
	Total	76		
Λειτουργικότητα- Σωματική κατάσταση	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	34,09	0,586
	Νευροπάθεια	5	44,60	
	Νεφροπάθεια	5	22,50	
	Αγγειοπάθεια	2	52,00	
	Στεφανιαία Νόσος	14	39,50	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίου	10	36,40	
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	40,67	
	Άλλη επιπλοκή	20	43,40	
	Total	76		

Λειτουργικότητα-Ρόλος	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	37,32	0,038
	Νευροπάθεια	5	41,60	
	Νεφροπάθεια	5	12,10	
	Αγγειοπάθεια	2	57,50	
	Στεφανιαία Νόσος	14	50,93	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίου	10	33,30	
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	28,67	
	Άλλη επιπλοκή	20	38,80	
	Total	76		
	Λειτουργικότητα-Συναισθηματική κατάσταση	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	
Νευροπάθεια		5	54,80	
Νεφροπάθεια		5	39,30	
Αγγειοπάθεια		2	52,75	
Στεφανιαία Νόσος		14	43,39	
Έμφραγμα Μυοκαρδίου		10	32,40	
Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο		3	36,67	
Άλλη επιπλοκή		20	37,43	
Total		76		
Λειτουργικότητα-Γνωστική κατάσταση		Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	34,24
	Νευροπάθεια	5	55,10	
	Νεφροπάθεια	5	28,30	
	Αγγειοπάθεια	2	53,00	
	Στεφανιαία Νόσος	14	41,39	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίου	10	39,50	
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	37,50	
	Άλλη επιπλοκή	20	36,70	
	Total	76		
	Λειτουργικότητα-Κοινωνική κατάσταση	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	39,97
Νευροπάθεια		5	56,20	
Νεφροπάθεια		5	33,00	
Αγγειοπάθεια		2	58,00	
Στεφανιαία Νόσος		14	43,57	
Έμφραγμα Μυοκαρδίου		10	32,40	
Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο		3	35,33	
Άλλη επιπλοκή		20	32,23	
Total		76		
Σύμπτωμα-κόπωση		Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	45,97
	Νευροπάθεια	5	39,20	

	Νεφροπάθεια	5	48,80	
	Αγγειοπάθεια	2	19,00	
	Στεφανιαία Νόσος	13	35,92	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίου	10	42,20	
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	35,00	
	Άλλη επιπλοκή	20	29,83	
	Total	75		
Σύμπτωμα-ναυτία και έμετος	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	39,09	0,978
	Νευροπάθεια	5	39,90	
	Νεφροπάθεια	5	38,80	
	Αγγειοπάθεια	2	27,00	
	Στεφανιαία Νόσος	14	37,29	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίου	10	38,30	
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	50,50	
	Άλλη επιπλοκή	20	37,88	
	Total	76		
Σύμπτωμα-πόνος	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	38,03	0,384
	Νευροπάθεια	5	51,20	
	Νεφροπάθεια	5	48,60	
	Αγγειοπάθεια	2	18,00	
	Στεφανιαία Νόσος	14	33,75	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίου	10	44,65	
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	42,67	
	Άλλη επιπλοκή	20	34,88	
	Total	76		
Σύμπτωμα-δύσπνοια	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	39,06	0,829
	Νευροπάθεια	5	48,10	
	Νεφροπάθεια	5	45,00	
	Αγγειοπάθεια	2	24,25	
	Στεφανιαία Νόσος	14	39,39	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίου	9	34,56	
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	37,50	
	Άλλη επιπλοκή	20	34,85	
	Total	75		
Σύμπτωμα-αϋπνία	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	46,06	0,178
	Νευροπάθεια	5	25,40	
	Νεφροπάθεια	5	44,60	
	Αγγειοπάθεια	2	57,00	

	Στεφανιαία Νόσος	14	30,93	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίο	10	45,40	
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	37,67	
	Άλλη επιπλοκή	20	33,95	
	Total	76		
Σύμπτωμα-απώλεια όρεξης	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	36,03	0,383
	Νευροπάθεια	5	47,10	
	Νεφροπάθεια	5	53,50	
	Αγγειοπάθεια	2	20,25	
	Στεφανιαία Νόσος	14	33,96	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίο	10	39,45	
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	23,83	
	Άλλη επιπλοκή	19	39,61	
	Total	75		
Σύμπτωμα-δυσκοιλιότητα	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	40,41	0,582
	Νευροπάθεια	5	42,70	
	Νεφροπάθεια	5	35,70	
	Αγγειοπάθεια	2	44,00	
	Στεφανιαία Νόσος	14	27,71	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίο	10	44,55	
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	34,50	
	Άλλη επιπλοκή	20	41,10	
	Total	76		
Σύμπτωμα-διάρροια	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	43,29	0,198
	Νευροπάθεια	5	44,00	
	Νεφροπάθεια	5	28,70	
	Αγγειοπάθεια	2	14,00	
	Στεφανιαία Νόσος	14	45,00	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίο	10	33,50	
	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	54,50	
	Άλλη επιπλοκή	20	33,50	
	Total	76		
Σύμπτωμα-οικονομικές δυσκολίες	Αμφιβληστροειδοπάθεια	17	31,65	0,163
	Νευροπάθεια	5	24,40	
	Νεφροπάθεια	5	38,80	
	Αγγειοπάθεια	2	27,00	
	Στεφανιαία Νόσος	14	37,71	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίο	10	48,90	

	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	59,33	
	Άλλη επιπλοκή	20	41,15	
	Total	76		

Τα αποτελέσματα του πίνακα 25 κατέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διάσταση ποιότητας ζωής του ρόλου ($p < 0,05$) με όσους πάσχουν από αγγειοπάθεια να εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία.

Πίνακας 26. Διαφορές μεταξύ επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	n	M.O.	p-value
Σφαιρική κατάσταση υγείας/ΠΖ	<6,5	42	56,57	0,099
	6,5-7	28	47,54	
	7-7,5	10	50,55	
	7,5-8	8	29,88	
	>8	10	39,95	
	Total	98		
Λειτουργικότητα- Σωματική κατάσταση	<6,5	42	59,77	0,001
	6,5-7	28	51,16	
	7-7,5	10	42,50	
	7,5-8	8	31,81	
	>8	10	22,85	
	Total	98		
Λειτουργικότητα-Ρόλος	<6,5	42	58,93	0,022
	6,5-7	28	48,48	
	7-7,5	10	33,95	
	7,5-8	8	42,00	
	>8	10	34,30	
	Total	98		
Λειτουργικότητα- Συναισθηματική κατάσταση	<6,5	42	55,69	0,057
	6,5-7	28	51,71	
	7-7,5	10	48,95	
	7,5-8	8	30,69	
	>8	10	32,90	
	Total	98		
	<6,5	42	56,44	0,026

Λειτουργικότητα- Γνωστική κατάσταση	6,5-7	28	50,95	
	7-7,5	10	47,35	
	7,5-8	8	39,88	
	>8	10	26,15	
	Total	98		
Λειτουργικότητα- Κοινωνική κατάσταση	<6,5	42	53,80	0,443
	6,5-7	28	46,93	
	7-7,5	10	45,50	
	7,5-8	8	35,38	
	>8	10	53,95	
	Total	98		
Σύμπτωμα-κόπωση	<6,5	40	38,75	0,007
	6,5-7	28	47,25	
	7-7,5	10	59,85	
	7,5-8	8	63,50	
	>8	10	67,65	
	Total	96		
Σύμπτωμα-ναυτία και έμετος	<6,5	42	41,49	0,096
	6,5-7	28	50,61	
	7-7,5	10	59,50	
	7,5-8	8	61,06	
	>8	10	60,80	
	Total	98		
Σύμπτωμα-πόνος	<6,5	42	39,75	0,001
	6,5-7	28	46,61	
	7-7,5	10	64,65	
	7,5-8	8	71,31	
	>8	10	65,95	
	Total	98		
Σύμπτωμα-δύσπνοια	<6,5	42	48,12	0,486
	6,5-7	28	43,70	
	7-7,5	10	52,35	
	7,5-8	8	56,38	
	>8	9	59,33	
	Total	97		
Σύμπτωμα-αϋπνία	<6,5	42	47,33	0,487
	6,5-7	28	46,70	
	7-7,5	10	54,25	
	7,5-8	8	48,00	
	>8	10	62,90	
	Total	98		
Σύμπτωμα-απώλεια	<6,5	41	46,15	0,164

όρεξης	6,5-7	28	46,71	
	7-7,5	10	66,65	
	7,5-8	8	57,81	
	>8	10	42,40	
	Total	97		
Σύμπτωμα-δυσκοιλιότητα	<6,5	41	44,30	0,239
	6,5-7	28	53,05	
	7-7,5	10	48,00	
	7,5-8	8	65,81	
	>8	10	44,45	
	Total	97		
Σύμπτωμα-διάρροια	<6,5	42	47,21	0,378
	6,5-7	28	45,89	
	7-7,5	10	49,55	
	7,5-8	8	55,88	
	>8	10	64,05	
	Total	98		
Σύμπτωμα-οικονομικές δυσκολίες	<6,5	42	46,19	0,650
	6,5-7	28	52,41	
	7-7,5	10	54,10	
	7,5-8	8	57,88	
	>8	10	43,95	
	Total	98		

Τα αποτελέσματα του πίνακα 26 κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις διαστάσεις ποιότητας ζωής της σωματικής κατάστασης, της γνωστικής ικανότητας, του ρόλου, της κόπωσης και του πόνου ($p < 0,05$).

Τέλος, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις υπόλοιπες κοινωνικοδημογραφικές και κλινικές μεταβλητές.

Στο πλαίσιο συσχετίσεων μεταβλητών με την ποιότητα ζωής, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p < 0,05$) με την ηλικία ($r = 0,323$, $p = 0,021$), το βάρος ($r = 0,385$, $p = 0,023$), ύψος ($r = -0,354$, $p = 0,012$), έτος διάγνωσης διαβήτη ($r = 0,358$, $p = 0,011$), τιμή Hbc ($r = 0,329$, $p = 0,001$), γλυκόζη αίματος ($r = 0,366$, $p = 0,000$),

τριγλυκερίδια ($r=0,364$, $p=0,000$), τιμές HDL ($r=0,239$, $p=0,019$), LDL ($r=0,332$, $p=0,013$).

Πίνακας 27. Διαφορές μεταξύ φύλων αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	φύλο	n	M.O.	p-value
Εικόνα σώματος	άνδρας	56	52,46	0,228
	γυναίκα	42	45,55	
	Total	98		
Άγχος	άνδρας	58	55,40	0,028
	γυναίκα	42	43,74	
	Total	100		
Βάρος	άνδρας	58	51,98	0,529
	γυναίκα	42	48,45	
	Total	100		
Σεξουαλικό ενδιαφέρον ανδρών	άνδρας	55	28,76	0,546
	γυναίκα	2	35,50	
	Total	57		
Σεξουαλικό ενδιαφέρον γυναικών	άνδρας	3	17,00	0,440
	γυναίκα	40	22,38	
	Total	43		
Συχνουρία	άνδρας	58	60,91	0,000
	γυναίκα	42	36,12	
	Total	100		
Αίμα και βλέννα στα κόπρανα	άνδρας	58	50,47	0,986
	γυναίκα	42	50,55	
	Total	100		
Συχνότητα κοπράνων	άνδρας	34	25,94	0,966
	γυναίκα	17	26,12	
	Total	51		
Συχνότητα κοπράνων ¹	άνδρας	21	22,07	0,490
	γυναίκα	25	24,70	
	Total	46		
Ακράτεια ούρων	άνδρας	58	51,07	0,730
	γυναίκα	42	49,71	
	Total	100		
Δυσουρία	άνδρας	58	55,16	0,012
	γυναίκα	42	44,07	
	Total	100		
Κοιλιακό άλγος	άνδρας	57	49,12	0,687
	γυναίκα	42	51,19	

	Total	99		
Άλγος γλουτών	άνδρας	58	51,38	0,678
	γυναίκα	42	49,29	
	Total	100		
Φούσκωμα	άνδρας	58	48,17	0,303
	γυναίκα	42	53,71	
	Total	100		
Ξηροστομία	άνδρας	57	48,92	0,626
	γυναίκα	42	51,46	
	Total	99		
Απώλεια μαλλιών	άνδρας	58	49,30	0,612
	γυναίκα	42	52,15	
	Total	100		
Γεύση	άνδρας	58	51,95	0,536
	γυναίκα	42	48,50	
	Total	100		
Φούσκωμα	άνδρας	34	27,24	0,354
	γυναίκα	17	23,53	
	Total	51		
Φούσκωμα1	άνδρας	24	27,21	0,247
	γυναίκα	25	22,88	
	Total	49		
Ακράτεια κοπράνων	άνδρας	34	27,26	0,337
	γυναίκα	17	23,47	
	Total	51		
Ακράτεια κοπράνων1	άνδρας	24	25,00	1,000
	γυναίκα	25	25,00	
	Total	49		
Ερεθισμένο δέρμα	άνδρας	34	25,09	0,425
	γυναίκα	17	27,82	
	Total	51		
Ερεθισμένο δέρμα1	άνδρας	24	25,23	0,692
	γυναίκα	24	23,77	
	Total	48		
Ενόχληση	άνδρας	34	24,62	0,319
	γυναίκα	17	28,76	
	Total	51		
Ενόχληση1	άνδρας	24	21,35	0,065
	γυναίκα	25	28,50	
	Total	49		
Ανικανότητα	άνδρας	52	27,24	0,393
	γυναίκα	2	34,25	

	Total	54		
Δυσπαρευνία	άνδρας	3	20,67	0,708
	γυναίκα	34	18,85	
	Total	37		
Πρόβλημα στοματικής φροντίδας	άνδρας	34	24,93	0,667
	γυναίκα	16	26,72	
	Total	50		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 27, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που αναφέρονται στο άγχος, τη συχνότητα ούρων και τη δυσουρία ($p < 0,05$) με τους άνδρες ασθενείς να εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία αντίστοιχα σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Πίνακας 28. Διαφορές μεταξύ του τρόπου διαβίωσης αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	ζείτε	n	M.O.	p-value
Εικόνα σώματος	μόνος/η	20	33,03	0,017
	όχι μόνος/η	69	48,47	
	Total	89		
Άγχος	μόνος/η	20	33,90	0,011
	όχι μόνος/η	71	49,41	
	Total	91		
Βάρος	μόνος/η	20	34,28	0,019
	όχι μόνος/η	71	49,30	
	Total	91		
Σεξουαλικό ενδιαφέρον ανδρών	μόνος/η	6	23,92	0,634
	όχι μόνος/η	46	26,84	
	Total	52		
Σεξουαλικό ενδιαφέρον γυναικών	μόνος/η	14	22,86	0,206
	όχι μόνος/η	25	18,40	
	Total	39		
Συχνουρία	μόνος/η	20	36,28	0,056
	όχι μόνος/η	71	48,74	
	Total	91		
Αίμα και βλέννα στα κόπρανα	μόνος/η	20	49,53	0,387
	όχι μόνος/η	71	45,01	
	Total	91		
Συχνότητα κοπράνων	μόνος/η	9	23,89	0,702
	όχι μόνος/η	35	22,14	
	Total	44		

Συχνότητα κοπράνων1	μόνος/η	11	23,41	0,778
	όχι μόνος/η	33	22,20	
	Total	44		
Ακράτεια ούρων	μόνος/η	20	44,43	0,663
	όχι μόνος/η	71	46,44	
	Total	91		
Δυσουρία	μόνος/η	20	41,10	0,214
	όχι μόνος/η	71	47,38	
	Total	91		
Κοιλιακό άλγος	μόνος/η	20	48,43	0,515
	όχι μόνος/η	70	44,66	
	Total	90		
Άλγος γλουτών	μόνος/η	20	56,05	0,023
	όχι μόνος/η	71	43,17	
	Total	91		
Φούσκωμα	μόνος/η	20	54,95	0,062
	όχι μόνος/η	71	43,48	
	Total	91		
Ξηροστομία	μόνος/η	20	55,05	0,040
	όχι μόνος/η	70	42,77	
	Total	90		
Απώλεια μαλλιών	μόνος/η	20	47,60	0,748
	όχι μόνος/η	71	45,55	
	Total	91		
Γεύση	μόνος/η	20	49,83	0,441
	όχι μόνος/η	71	44,92	
	Total	91		
Φούσκωμα	μόνος/η	9	18,83	0,277
	όχι μόνος/η	35	23,44	
	Total	44		
Φούσκωμα1	μόνος/η	11	25,73	0,603
	όχι μόνος/η	36	23,47	
	Total	47		
Ακράτεια κοπράνων	μόνος/η	9	22,83	0,923
	όχι μόνος/η	35	22,41	
	Total	44		
Ακράτεια κοπράνων1	μόνος/η	11	24,91	0,777
	όχι μόνος/η	36	23,72	
	Total	47		
Ερεθισμένο δέρμα	μόνος/η	9	27,94	0,073
	όχι μόνος/η	35	21,10	
	Total	44		

Ερεθισμένο δέρμα ¹	μόνος/η	11	24,09	0,855
	όχι μόνος/η	35	23,31	
	Total	46		
Ενόχληση	μόνος/η	9	23,00	0,890
	όχι μόνος/η	35	22,37	
	Total	44		
Ενόχληση ¹	μόνος/η	11	32,45	0,014
	όχι μόνος/η	36	21,42	
	Total	47		
Ανικανότητα	μόνος/η	5	28,20	0,481
	όχι μόνος/η	44	24,64	
	Total	49		
Δυσπαρευνία	μόνος/η	12	14,42	0,081
	όχι μόνος/η	22	19,18	
	Total	34		
Πρόβλημα στοματικής φροντίδας	μόνος/η	9	26,56	0,493
	όχι μόνος/η	34	20,79	
	Total	43		

Τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που αναφέρονται στην εικόνα του σώματος, το άγχος, το βάρος, τον πόνο στο γλουτό, την ξηροστομία και την αμηχανία ($p < 0,05$).

Επιπλέον, στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0,05$) σημειώθηκαν ως προς

- τους καπνίζοντες και μη σχετικά με τη δυσουρία και την πτώση των μαλλιών,
- τη χρήση ή μη αλκοόλ αναφορικά με το άγχος, τη συχνότητα ούρων, την ουρητική ανοχή, την ξηροστομία, την ακράτεια κοπράνων, την αμηχανία και την ανικανότητα,
- τους υπερτασικούς ή μη αναφορικά με τον πόνο στους γλουτούς,
- την οικογενειακή κατάσταση αναφορικά με το βάρος, την αμηχανία, το αίμα και βλέννα στα κόπρανα και τη δυσπάρεια,

- το επίπεδο εκπαίδευσης σχετικά με το αίμα και βλέννα στα κόπρανα, τον πόνο στους γλουτούς, την πτώση των μαλλιών και την ακράτεια κοπράνων,
- το ΔΜΣ σχετικά με το βάρος, την αμηχανία και την επώδυνη επιδερμίδα,
- την επαγγελματική κατάσταση σχετικά με την αμηχανία και τη συχνότητα ούρων,
- το είδος της θεραπευτικής αγωγής σχετικά με τη δυσπάρεια και την ακράτεια ούρων,
- την τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σχετικά με το σεξουαλικό ενδιαφέρον στους άνδρες, τη συχνότητα ούρων και τη δυσουρία.

Πίνακας 29. Διαφορές μεταξύ καπνιζόντων και μη αναφορικά με την ποιότητα ζωής					
	κάπνισμα	N	Mean Rank	Sum of Ranks	p-value
Εικόνα σώματος	ναι	24	42,90	1029,50	0,228
	όχι	73	51,01	3723,50	
	Total	97			
Άγχος	ναι	26	47,50	1235,00	0,328
	όχι	73	50,89	3715,00	
	Total	99			
Βάρος	ναι	26	43,81	1139,00	0,529
	όχι	73	52,21	3811,00	
	Total	99			
Σεξουαλικό ενδιαφέρον ανδρών	ναι	18	27,58	496,50	0,546
	όχι	39	29,65	1156,50	
	Total	57			
Σεξουαλικό ενδιαφέρον γυναικών	ναι	8	20,88	167,00	0,440
	όχι	34	21,65	736,00	
	Total	42			
Συχνουρία	ναι	26	57,79	1502,50	0,295
	όχι	73	47,23	3447,50	
	Total	99			
Αίμα και βλέννα στα κόπρανα	ναι	26	56,17	1460,50	0,986
	όχι	73	47,80	3489,50	
	Total	99			
Συχνότητα κοπράνων	ναι	20	28,08	561,50	0,966
	όχι	31	24,66	764,50	
	Total	51			

Συχνότητα κοπράνων1	ναι	6	27,83	167,00	0,490
	όχι	39	22,26	868,00	
	Total	45			
Ακράτεια ούρων	ναι	26	55,96	1455,00	0,730
	όχι	73	47,88	3495,00	
	Total	99			
Δυσουρία	ναι	26	58,77	1528,00	0,412
	όχι	73	46,88	3422,00	
	Total	99			
Κοιλιακό άλγος	ναι	25	56,64	1416,00	0,687
	όχι	73	47,05	3435,00	
	Total	98			
Άλγος γλουτών	ναι	26	57,69	1500,00	0,678
	όχι	73	47,26	3450,00	
	Total	99			
Φούσκωμα	ναι	26	54,67	1421,50	0,303
	όχι	73	48,34	3528,50	
	Total	99			
Ξηροστομία	ναι	25	56,88	1422,00	0,626
	όχι	73	46,97	3429,00	
	Total	98			
Απώλεια μαλλιών	ναι	26	64,06	1665,50	0,612
	όχι	73	44,99	3284,50	
	Total	99			
Γεύση	ναι	26	55,35	1439,00	0,536
	όχι	73	48,10	3511,00	
	Total	99			
Φούσκωμα	ναι	20	25,73	514,50	0,354
	όχι	31	26,18	811,50	
	Total	51			
Φούσκωμα1	ναι	6	22,92	137,50	0,247
	όχι	42	24,73	1038,50	
	Total	48			
Ακράτεια κοπράνων	ναι	20	27,85	557,00	0,337
	όχι	31	24,81	769,00	
	Total	51			
Ακράτεια κοπράνων1	ναι	6	23,58	141,50	1,000
	όχι	42	24,63	1034,50	
	Total	48			
Ερεθισμένο δέρμα	ναι	20	28,10	562,00	0,425
	όχι	31	24,65	764,00	
	Total	51			

Ερεθτισμένο δέρμα1	ναι	6	24,25	145,50	0,692
	όχι	41	23,96	982,50	
	Total	47			
Ενόχληση	ναι	20	25,10	502,00	0,319
	όχι	31	26,58	824,00	
	Total	51			
Ενόχληση1	ναι	6	28,00	168,00	0,065
	όχι	42	24,00	1008,00	
	Total	48			
Ανικανότητα	ναι	18	24,64	443,50	0,393
	όχι	36	28,93	1041,50	
	Total	54			
Δυσπαρευνία	ναι	7	14,00	98,00	0,708
	όχι	29	19,59	568,00	
	Total	36			
Πρόβλημα στοματικής φροντίδας	ναι	20	21,68	433,50	0,667
	όχι	30	28,05	841,50	
	Total	50			

Πίνακας 30. Διαφορές μεταξύ χρηστών και μη αλκοόλ αναφορικά με την ποιότητα ζωής					
	αλκοόλ	N	Mean Rank	Sum of Ranks	p-value
Εικόνα σώματος	ναι	10	60,90	609,00	0,217
	όχι	87	47,63	4144,00	
	Total	97			
Άγχος	ναι	10	67,35	673,50	0,311
	όχι	88	47,47	4177,50	
	Total	98			
Βάρος	ναι	10	62,10	621,00	0,419
	όχι	88	48,07	4230,00	
	Total	98			
Σεξουαλικό ενδιαφέρον ανδρών	ναι	8	28,94	231,50	0,634
	όχι	48	28,43	1364,50	
	Total	56			
Σεξουαλικό ενδιαφέρον γυναικών	ναι	2	27,00	54,00	0,206
	όχι	40	21,23	849,00	
	Total	42			
Συχνουρία	ναι	10	66,15	661,50	0,059
	όχι	88	47,61	4189,50	
	Total	98			
Αίμα και βλέννα στα κόπρανα	ναι	10	55,50	555,00	0,387
	όχι	88	48,82	4296,00	

	Total	98			
Συχνότητα κοπράνων	ναι	6	17,50	105,00	0,702
	όχι	45	27,13	1221,00	
	Total	51			
Συχνότητα κοπράνων1	ναι	4	12,75	51,00	0,778
	όχι	40	23,48	939,00	
	Total	44			
Ακράτεια ούρων	ναι	10	61,10	611,00	0,663
	όχι	88	48,18	4240,00	
	Total	98			
Δυσουρία	ναι	10	58,50	585,00	0,214
	όχι	88	48,48	4266,00	
	Total	98			
Κοιλιακό άλγος	ναι	10	38,55	385,50	0,515
	όχι	87	50,20	4367,50	
	Total	97			
Άλγος γλουτών	ναι	10	52,30	523,00	0,423
	όχι	88	49,18	4328,00	
	Total	98			
Φούσκωμα	ναι	10	40,60	406,00	0,062
	όχι	88	50,51	4445,00	
	Total	98			
Ξηροστομία	ναι	10	30,65	306,50	0,070
	όχι	87	51,11	4446,50	
	Total	97			
Απώλεια μαλλιών	ναι	10	34,70	347,00	0,748
	όχι	88	51,18	4504,00	
	Total	98			
Γεύση	ναι	10	53,10	531,00	0,441
	όχι	88	49,09	4320,00	
	Total	98			
Φούσκωμα	ναι	6	23,83	143,00	0,277
	όχι	45	26,29	1183,00	
	Total	51			
Φούσκωμα1	ναι	4	18,63	74,50	0,603
	όχι	43	24,50	1053,50	
	Total	47			
Ακράτεια κοπράνων	ναι	6	37,17	223,00	0,923
	όχι	45	24,51	1103,00	
	Total	51			
Ακράτεια κοπράνων1	ναι	4	14,50	58,00	0,777
	όχι	43	24,88	1070,00	

	Total	47			
Ερεθισμένο δέρμα	ναι	6	28,50	171,00	0,073
	όχι	45	25,67	1155,00	
	Total	51			
Ερεθισμένο δέρμα1	ναι	4	27,25	109,00	0,855
	όχι	42	23,14	972,00	
	Total	46			
Ενόχληση	ναι	6	8,58	51,50	0,890
	όχι	45	28,32	1274,50	
	Total	51			
Ενόχληση1	ναι	4	15,50	62,00	0,064
	όχι	43	24,79	1066,00	
	Total	47			
Ανικανότητα	ναι	8	34,38	275,00	0,481
	όχι	45	25,69	1156,00	
	Total	53			
Δυσπαρευνία	ναι	2	23,00	46,00	0,081
	όχι	34	18,24	620,00	
	Total	36			
Πρόβλημα στοματικής φροντίδας	ναι	6	19,17	115,00	0,493
	όχι	44	26,36	1160,00	
	Total	50			

Πίνακας 31. Διαφορές μεταξύ υπερτασικών και μη αναφορικά με την ποιότητα ζωής					
	έχετε υπέρταση	N	Mean Rank	Sum of Ranks	p-value
Εικόνα σώματος	ναι	61	48,63	2966,50	0,230
	όχι	37	50,93	1884,50	
	Total	98			
Άγχος	ναι	63	50,29	3168,50	0,528
	όχι	37	50,85	1881,50	
	Total	100			
Βάρος	ναι	63	52,14	3285,00	0,529
	όχι	37	47,70	1765,00	
	Total	100			
Σεξουαλικό ενδιαφέρον ανδρών	ναι	39	29,35	1144,50	0,546
	όχι	18	28,25	508,50	
	Total	57			
Σεξουαλικό ενδιαφέρον γυναικών	ναι	24	24,88	597,00	0,440
	όχι	19	18,37	349,00	
	Total	43			
Συχνουρία	ναι	63	53,48	3369,00	0,324
	όχι	37	45,43	1681,00	

	Total	100			
Αίμα και βλέννα στα κόπρανα	ναι	63	51,34	3234,50	0,986
	όχι	37	49,07	1815,50	
	Total	100			
Συχνότητα κοπράνων	ναι	32	28,20	902,50	0,966
	όχι	19	22,29	423,50	
	Total	51			
Συχνότητα κοπράνων1	ναι	29	25,84	749,50	0,490
	όχι	17	19,50	331,50	
	Total	46			
Ακράτεια ούρων	ναι	63	51,07	3217,50	0,730
	όχι	37	49,53	1832,50	
	Total	100			
Δυσουρία	ναι	63	51,68	3256,00	0,512
	όχι	37	48,49	1794,00	
	Total	100			
Κοιλιακό άλγος	ναι	62	51,86	3215,50	0,687
	όχι	37	46,88	1734,50	
	Total	99			
Άλγος γλουτών	ναι	63	54,79	3451,50	0,678
	όχι	37	43,20	1598,50	
	Total	100			
Φούσκωμα	ναι	63	49,57	3123,00	0,303
	όχι	37	52,08	1927,00	
	Total	100			
Ξηροστομία	ναι	63	53,38	3363,00	0,626
	όχι	36	44,08	1587,00	
	Total	99			
Απώλεια μαλλιών	ναι	63	49,35	3109,00	0,612
	όχι	37	52,46	1941,00	
	Total	100			
Γεύση	ναι	63	53,94	3398,50	0,536
	όχι	37	44,64	1651,50	
	Total	100			
Φούσκωμα	ναι	32	27,41	877,00	0,354
	όχι	19	23,63	449,00	
	Total	51			
Φούσκωμα1	ναι	31	23,95	742,50	0,247
	όχι	18	26,81	482,50	
	Total	49			
Ακράτεια κοπράνων	ναι	32	26,66	853,00	0,337
	όχι	19	24,89	473,00	

	Total	51			
Ακράτεια κοπράνων ¹	ναι	31	25,74	798,00	0,342
	όχι	18	23,72	427,00	
	Total	49			
Ερεθισμένο δέρμα	ναι	32	25,47	815,00	0,425
	όχι	19	26,89	511,00	
	Total	51			
Ερεθισμένο δέρμα ¹	ναι	30	26,48	794,50	0,692
	όχι	18	21,19	381,50	
	Total	48			
Ενόχληση	ναι	32	25,53	817,00	0,319
	όχι	19	26,79	509,00	
	Total	51			
Ενόχληση ¹	ναι	31	26,92	834,50	0,065
	όχι	18	21,69	390,50	
	Total	49			
Ανικανότητα	ναι	37	27,16	1005,00	0,393
	όχι	17	28,24	480,00	
	Total	54			
Δυσπαρευνία	ναι	18	18,61	335,00	0,708
	όχι	19	19,37	368,00	
	Total	37			
Πρόβλημα στοματικής φροντίδας	ναι	32	26,77	856,50	0,667
	όχι	18	23,25	418,50	
	Total	50			

Πίνακας 32. Διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	οικογενειακή κατάσταση	N	Mean Rank	p-value
Εικόνα σώματος	άγαμος	3	38,33	0,267
	έγγαμος	65	53,27	
	διαζευγμένος	6	36,67	
	χήρος	24	43,90	
	Total	98		
Άγχος	άγαμος	3	33,67	0,056
	έγγαμος	67	55,33	
	διαζευγμένος	6	40,67	
	χήρος	24	41,58	
	Total	100		
Βάρος	άγαμος	3	55,33	0,189
	έγγαμος	67	56,32	

	διαζευγμένος	6	31,08	
	χήρος	24	38,50	
	Total	100		
Σεξουαλικό ενδιαφέρον ανδρών	άγαμος	1	13,00	0,796
	έγγαμος	50	28,78	
	διαζευγμένος	2	24,25	
	χήρος	4	38,13	
	Total	57		
Σεξουαλικό ενδιαφέρον γυναικών	άγαμος	2	27,25	0,158
	έγγαμος	17	18,82	
	διαζευγμένος	4	23,88	
	χήρος	20	23,80	
	Total	43		
Συχνουρία	άγαμος	3	42,67	0,059
	έγγαμος	67	54,89	
	διαζευγμένος	6	49,08	
	χήρος	24	39,58	
	Total	100		
Αίμα και βλέννα στα κόπρανα	άγαμος	3	87,83	0,541
	έγγαμος	67	48,40	
	διαζευγμένος	6	52,17	
	χήρος	24	51,29	
	Total	100		
Συχνότητα κοπράνων	άγαμος	3	17,83	0,058
	έγγαμος	35	25,64	
	διαζευγμένος	4	28,00	
	χήρος	9	29,22	
	Total	51		
Συχνότητα κοπράνων1	έγγαμος	29	22,31	0,081
	διαζευγμένος	2	20,00	
	χήρος	15	26,27	
	Total	46		
Ακράτεια ούρων	άγαμος	3	73,50	0,087
	έγγαμος	67	49,65	
	διαζευγμένος	6	49,50	
	χήρος	24	50,25	
	Total	100		
Δυσουρία	άγαμος	3	70,33	0,534
	έγγαμος	67	52,13	
	διαζευγμένος	6	48,17	
	χήρος	24	44,06	
	Total	100		

Κοιλιακό άλγος	άγαμος	3	58,83	0,321
	έγγαμος	66	48,70	
	διαζευγμένος	6	43,67	
	χήρος	24	54,04	
	Total	99		
Άλγος γλουτών	άγαμος	3	83,83	0,957
	έγγαμος	67	47,62	
	διαζευγμένος	6	54,50	
	χήρος	24	53,38	
	Total	100		
Φούσκωμα	άγαμος	3	83,50	0,201
	έγγαμος	67	47,37	
	διαζευγμένος	6	66,83	
	χήρος	24	51,02	
	Total	100		
Ξηροστομία	άγαμος	3	76,17	0,109
	έγγαμος	66	46,13	
	διαζευγμένος	6	66,00	
	χήρος	24	53,38	
	Total	99		
Απώλεια μαλλιών	άγαμος	3	79,33	0,158
	έγγαμος	67	48,84	
	διαζευγμένος	6	48,50	
	χήρος	24	52,04	
	Total	100		
Γεύση	άγαμος	3	65,17	0,059
	έγγαμος	67	49,75	
	διαζευγμένος	6	40,92	
	χήρος	24	53,17	
	Total	100		
Φούσκωμα	άγαμος	3	14,50	0,541
	έγγαμος	35	28,63	
	διαζευγμένος	4	20,50	
	χήρος	9	22,06	
	Total	51		
Φούσκωμα1	έγγαμος	32	23,91	0,058
	διαζευγμένος	2	35,00	
	χήρος	15	26,00	
	Total	49		
Ακράτεια κοπράνων	άγαμος	3	29,33	0,267
	έγγαμος	35	26,23	
	διαζευγμένος	4	31,25	

	χήρος	9	21,67	
	Total	51		
Ακράτεια κοπράνων1	έγγαμος	32	23,81	0,056
	διαζευγμένος	2	36,00	
	χήρος	15	26,07	
	Total	49		
Ερεθισμένο δέρμα	άγαμος	3	35,67	0,189
	έγγαμος	35	24,20	
	διαζευγμένος	4	31,50	
	χήρος	9	27,33	
	Total	51		
Ερεθισμένο δέρμα1	έγγαμος	31	24,08	0,796
	διαζευγμένος	2	32,50	
	χήρος	15	24,30	
	Total	48		
Ενόχληση	άγαμος	3	10,00	0,158
	έγγαμος	35	26,99	
	διαζευγμένος	4	16,88	
	χήρος	9	31,56	
	Total	51		
Ενόχληση1	έγγαμος	32	20,52	0,059
	διαζευγμένος	2	41,50	
	χήρος	15	32,37	
	Total	49		
Ανικανότητα	άγαμος	1	47,00	0,957
	έγγαμος	48	27,19	
	διαζευγμένος	2	34,25	
	χήρος	3	21,50	
	Total	54		
Δυσπαρευνία	άγαμος	2	14,50	0,201
	έγγαμος	15	24,37	
	διαζευγμένος	3	20,67	
	χήρος	17	14,50	
	Total	37		
Πρόβλημα στοματικής φροντίδας	άγαμος	3	19,17	0,367
	έγγαμος	35	23,93	
	διαζευγμένος	4	20,63	
	χήρος	8	37,19	
	Total	50		

Πίνακας 33. Διαφορές μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης αναφορικά με την ποιότητα ζωής

	επίπεδο εκπαίδευσης	N	Mean Rank	p-value
Εικόνα σώματος	δημοτικό	8	46,88	0,099
	γυμνάσιο	30	46,40	
	απόφοιτος λυκείου	31	57,06	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	26	40,48	
	μεταπτυχιακό	2	82,25	
	Total	97		
Άγχος	δημοτικό	8	50,13	0,321
	γυμνάσιο	31	50,02	
	απόφοιτος λυκείου	31	53,40	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	44,67	
	μεταπτυχιακό	2	68,50	
	Total	99		
Βάρος	δημοτικό	8	50,94	0,522
	γυμνάσιο	31	43,97	
	απόφοιτος λυκείου	31	53,66	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	52,07	
	μεταπτυχιακό	2	55,00	
	Total	99		
Σεξουαλικό ενδιαφέρον ανδρών	δημοτικό	4	32,50	0,059
	γυμνάσιο	14	29,39	
	απόφοιτος λυκείου	19	32,42	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	20	24,78	
	Total	57		
	Σεξουαλικό ενδιαφέρον γυναικών	δημοτικό	4	
γυμνάσιο		17	23,26	
απόφοιτος λυκείου		12	19,21	
ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση		7	22,00	
μεταπτυχιακό		2	8,00	
Total		42		
Συχνουρία	δημοτικό	8	48,94	0,443
	γυμνάσιο	31	45,87	
	απόφοιτος λυκείου	31	55,00	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	52,31	
	μεταπτυχιακό	2	9,50	
	Total	99		

Αίμα και βλέννα στα κόπρανα	δημοτικό	8	36,00	0,327
	γυμνάσιο	31	51,84	
	απόφοιτος λυκείου	31	42,42	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	61,78	
	μεταπτυχιακό	2	36,00	
	Total	99		
Συχνότητα κοπράνων	δημοτικό	4	31,63	0,096
	γυμνάσιο	15	19,77	
	απόφοιτος λυκείου	13	28,15	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	19	28,26	
	Total	51		
	Συχνότητα κοπράνων ¹	δημοτικό	4	
γυμνάσιο		15	19,93	
απόφοιτος λυκείου		17	23,29	
ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση		7	24,43	
μεταπτυχιακό		2	12,75	
Total		45		
Ακράτεια ούρων	δημοτικό	8	41,00	0,486
	γυμνάσιο	31	48,95	
	απόφοιτος λυκείου	31	49,24	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	55,41	
	μεταπτυχιακό	2	41,00	
	Total	99		
Δυσουρία	δημοτικό	8	43,50	0,487
	γυμνάσιο	31	43,69	
	απόφοιτος λυκείου	31	50,29	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	59,76	
	μεταπτυχιακό	2	37,50	
	Total	99		
Κοιλιακό άλγος	δημοτικό	8	42,38	0,164
	γυμνάσιο	30	42,70	
	απόφοιτος λυκείου	31	54,44	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	53,39	
	μεταπτυχιακό	2	51,00	
	Total	98		
Άλγος γλουτών	δημοτικό	8	36,69	

	γυμνάσιο	31	48,37	0,239
	απόφοιτος λυκείου	31	44,82	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	63,17	
	μεταπτυχιακό	2	31,00	
	Total	99		
Φούσκωμα	δημοτικό	8	45,81	0,378
	γυμνάσιο	31	49,13	
	απόφοιτος λυκείου	31	47,06	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	56,19	
	μεταπτυχιακό	2	42,25	
	Total	99		
Ξηροστομία	δημοτικό	8	45,25	0,650
	γυμνάσιο	31	49,32	
	απόφοιτος λυκείου	31	50,69	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	26	50,04	
	μεταπτυχιακό	2	43,75	
	Total	98		
Απώλεια μαλλιών	δημοτικό	8	34,06	0,728
	γυμνάσιο	31	43,35	
	απόφοιτος λυκείου	31	53,34	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	60,78	
	μεταπτυχιακό	2	19,50	
	Total	99		
Γεύση	δημοτικό	8	36,56	0,347
	γυμνάσιο	31	52,97	
	απόφοιτος λυκείου	31	52,65	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	27	48,83	
	μεταπτυχιακό	2	32,50	
	Total	99		
Φούσκωμα	δημοτικό	4	34,25	0,564
	γυμνάσιο	15	22,77	
	απόφοιτος λυκείου	13	23,54	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	19	28,50	
	Total	51		
Φούσκωμα I	δημοτικό	4	31,88	0,461
	γυμνάσιο	16	21,72	

	απόφοιτος λυκείου	18	25,75	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	8	26,31	
	μεταπτυχιακό	2	13,50	
	Total	48		
Ακράτεια κοπράνων	δημοτικό	4	19,75	0,456
	γυμνάσιο	15	25,53	
	απόφοιτος λυκείου	13	22,92	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	19	29,79	
	Total	51		
Ακράτεια κοπράνων1	δημοτικό	4	42,50	0,789
	γυμνάσιο	16	24,09	
	απόφοιτος λυκείου	18	20,17	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	8	28,56	
	μεταπτυχιακό	2	14,50	
	Total	48		
Ερεθισμένο δέρμα	δημοτικό	4	25,25	0,483
	γυμνάσιο	15	25,67	
	απόφοιτος λυκείου	13	25,31	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	19	26,89	
	Total	51		
Ερεθισμένο δέρμα1	δημοτικό	4	32,50	0,325
	γυμνάσιο	15	22,57	
	απόφοιτος λυκείου	18	21,92	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	8	29,88	
	μεταπτυχιακό	2	13,00	
	Total	47		
Ενόχληση	δημοτικό	4	36,50	0,346
	γυμνάσιο	15	25,47	
	απόφοιτος λυκείου	13	23,69	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	19	25,79	
	Total	51		
Ενόχληση1	δημοτικό	4	32,88	0,781
	γυμνάσιο	16	26,13	
	απόφοιτος λυκείου	18	23,83	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	8	21,69	

	μεταπτυχιακό	2	12,00	
	Total	48		
Ανικανότητα	δημοτικό	4	21,50	0,423
	γυμνάσιο	13	27,81	
	απόφοιτος λυκείου	17	29,74	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	20	26,60	
	Total	54		
Δυσπαρευνία	δημοτικό	3	14,00	0,561
	γυμνάσιο	15	17,60	
	απόφοιτος λυκείου	10	21,20	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	6	17,00	
	μεταπτυχιακό	2	23,00	
	Total	36		
Πρόβλημα στοματικής φροντίδας	δημοτικό	4	31,00	0,723
	γυμνάσιο	14	28,86	
	απόφοιτος λυκείου	13	26,46	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	19	21,21	
	Total	50		

Πίνακας 34. Διαφορές μεταξύ ΔΜΣ αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	ΔΜΣ	N	Mean Rank	p-value
Βάρος	25	48	31,13	0,323
	26-35	22	52,30	
	>35	8	54,56	
	Total	78		
Ερεθισμένο δέρμα	25	25	21,42	0,456
	26-35	14	22,71	
	>35	3	16,50	
	Total	42		
Ενόχληση	25	25	23,36	0,359
	26-35	14	15,75	
	>35	3	32,83	
	Total	42		

Πίνακας 35. Διαφορές μεταξύ επαγγελματικής κατάστασης αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	επαγγελματική κατάσταση	N	Mean Rank	p-value
Συχνότητα ούρων	άνεργος	2	90,50	0,743

	οικιακά	7	35,00	
	δημόσιος υπάλληλος	12	45,75	
	ιδιωτικός υπάλληλος	7	19,86	
	ελεύθερος επαγγελματίας	11	45,05	
	συνταξιούχος	58	55,08	
	άλλο	1	47,00	
	Total	98		
Ενόχληση	άνεργος	1	10,00	0,649
	οικιακά	4	14,50	
	δημόσιος υπάλληλος	9	15,94	
	ιδιωτικός υπάλληλος	2	36,25	
	ελεύθερος επαγγελματίας	5	31,00	
	συνταξιούχος	29	28,83	
	Total	50		

Πίνακας 36. Διαφορές μεταξύ ειδών θεραπευτικής αγωγής αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	θεραπευτική αγωγή	N	Mean Rank	p-value
Ακράτεια ούρων	μόνο δίαιτα	6	41,00	0,329
	μόνο δισκία	61	47,52	
	μόνο ινσουλίνη	15	50,50	
	δισκία και ινσουλίνη	14	66,04	
	δίαιτα και άσκηση	3	41,00	
	Total	99		
Δυσπαρευνία	μόνο δίαιτα	4	19,13	0,478
	μόνο δισκία	27	17,24	
	μόνο ινσουλίνη	1	14,50	
	δισκία και ινσουλίνη	2	33,00	
	δίαιτα και άσκηση	3	26,83	
	Total	37		

Πίνακας 37. Διαφορές μεταξύ τιμών γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αναφορικά με την ποιότητα ζωής				
	γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	N	Mean Rank	p-value
Σεξουαλικό ενδιαφέρον ανδρών	<6,5	18	24,83	0,652
	6,5-7	15	27,90	
	7-7,5	7	16,21	
	7,5-8	8	38,88	

	>8	9	40,33	
	Total	57		
Συχνότητα ούρων	<6,5	42	43,20	0,345
	6,5-7	28	43,75	
	7-7,5	10	54,65	
	7,5-8	8	67,06	
	>8	10	72,85	
	Total	98		
Δυσουρία	<6,5	42	44,92	0,247
	6,5-7	28	49,32	
	7-7,5	10	43,00	
	7,5-8	8	56,38	
	>8	10	70,25	
	Total	98		

Τέλος, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις υπόλοιπες κοινωνικοδημογραφικές και κλινικές μεταβλητές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα που προέκυψαν από την εν λόγω ερευνητική μελέτη είναι σημαντικά και μπορούν να συνοψιστούν στα κάτωθι:

Στο πλαίσιο των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών, τα ευρήματα κατέδειξαν ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας του δείγματος και του άγχους καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου HADS. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του βάρους και της κατάθλιψης, θετική συσχέτιση μεταξύ της τιμής HbA1c και του άγχους καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου HADS και θετική συσχέτιση μεταξύ της τιμής της γλυκόζης αίματος και του άγχους καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου HADS.

Επιπλέον, φάνηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται από διάφορους κοινωνικοδημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες, όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το επάγγελμα, το είδος της θεραπευτικής αγωγής και ο ΔΜΣ.

Τα εν λόγω ευρήματα έρχονται σε πλήρη συμφωνία με εκείνα άλλων παρόμοιων μελετών. Ειδικότερα, σύμφωνα με διάφορες μελέτες (Γρηγοριάδου, 2006, Wasserman & Trinova, 2006, Imasiku et al., 2005, Goldney et al., 2004) έχει αποδειχτεί πως ο διαβήτης επηρεάζει τη σωματική, την κοινωνική και την ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, συνήθως, προσβάλει ενήλικες με ένα μέσο όρο ηλικίας εμφάνισης της νόσου που μειώνεται συνεχώς. Η νόσος έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνική δραστηριότητα του πάσχοντα και πιο συγκεκριμένα στην εργασία του, τον οικογενειακό του βίο, καθώς και σε όλες τις πλευρές της κοινωνικής του ζωής.

Επίσης, σε έρευνα των Yeong-Mi et al. (2015), τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας, η διάρκεια της νόσου και η ηλικία συσχετίστηκαν θετικά με την ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής. Η ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης

αποκάλυψε ότι τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας ήταν η μεταβλητή που επηρεάζει θετικά την κατάθλιψη και το άγχος σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 μετά από προσαρμογή για επιδράσεις δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών μεταβλητών. Σε άλλη έρευνα των Jain et al. (2015), τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας, η διάρκεια της νόσου και η ηλικία συσχετίστηκαν θετικά με την ποιότητα ζωής.

Οι Παπαδόπουλος και συν. το 2007 διεξήγαγαν έρευνα σε ελληνικό νησί σχετικά με τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των διαβητικών και με στόχο τον καθορισμό των απαραίτητων ενεργειών για την βελτίωσή τους. Το αποτέλεσμα της μελέτης έδειξε ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών επηρεάζεται από μια σειρά δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου. Επιπλέον, βρέθηκε ότι κλινικοί παράγοντες, όπως η διάρκεια και οι επιπλοκές του διαβήτη, συμβάλουν στη διαμόρφωση του επιπέδου ποιότητας ζωής των ασθενών (Παπαδόπουλος και συν., 2007). Ο Kontodimopoulos et al. (2012), μετά από έρευνα σε πληθυσμό της ελληνικής επαρχίας, εντόπισε ως επιβαρυντικούς παράγοντες της σχετιζόμενης με το διαβήτη ποιότητας ζωής, την ηλικία, το γυναικείο φύλο, τις επιπλοκές, τα συνυπάρχοντα νοσήματα, την παχυσαρκία, την ινσουλινοθεραπεία και τη διάρκεια της νόσου. Επίσης, αποτελέσματα μελετών σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη έδειξαν τόσο ότι υπάρχει συσχέτιση της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών με την HbA1c, το φύλο, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση και την κοινωνική υποστήριξη (Grandinetti et al., 2000, Kaholokula et al., 2003, Park et al., 2004, Solli et al., 2010). Έρευνες έδειξαν ότι η συμπεριφορά του διαβητικού ατόμου σχετικά με την ασθένειά του εξαρτάται από

μια σειρά δημογραφικών, ανθρωπομετρικών και οικονομικο-κοινωνικών παραγόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, τα συνυπάρχοντα νοσήματα, η παχυσαρκία, η εκπαίδευση, η ανεργία και η διάρκεια της νόσου (Westaway et al., 2001, Coffey et al., 2002).

Τα παραπάνω ευρήματα συνάδουν με τα ευρήματα της εν λόγω έρευνας, στην οποία βλέπουμε την επίδραση στην ποιότητα ζωής της ηλικίας, του βάρους, ύψους, έτους διάγνωσης διαβήτη, τιμής Hbc, γλυκόζης αίματος, τριγλυκεριδίων, τιμών HDL, LDL.

Ο Souza et al. (2013) διενήργησε μελέτη του QOL και της κατάστασης απόδοσης των ασθενών με καρκίνο κεφαλής για να βρεθεί σχέση μεταξύ των τομέων της QOL και να βρεθεί συσχέτιση μεταξύ QOL και δημογραφικών μεταβλητών και μεταβλητών νόσου, στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κατάστασης απόδοσης Karnofsky (KPS) για την αξιολόγηση της κατάστασης απόδοσης. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι φυσικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πνευματικοί, λειτουργικοί τομείς επηρεάζονται σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής. Ο αντίκτυπος σε μία περιοχή ευημερίας επηρεάζει σημαντικά τον άλλο τομέα της QOL και υπάρχει σχέση μεταξύ της κατάστασης απόδοσης και του QOL.

Αναφορικά με τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, σημειώνεται ότι τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εν λόγω μελέτη δεν μπορούν να γενικευθούν γιατί προέρχονται από ένα μόνο νοσοκομείο μεγάλης πόλης στην Ελλάδα. Θα πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω σε μεγαλύτερα δείγματα και από άλλα νοσοκομεία ιδιωτικά ή και δημόσια, δίνοντας τη δυνατότητα ελέγχου των υπό μελέτη μεταβλητών, σύγκρισης των αποτελεσμάτων, έτσι ώστε να μπορούν να προκύψουν γενικότερα συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ποιότητα ζωής είναι εγγενώς μια δυναμική, πολυεπίπεδη και σύνθετη έννοια, αντικατοπτρίζοντας αντικειμενικές, υποκειμενικές, μακρο-κοινωνικές και

μικρο-ατομικές, θετικές και αρνητικές επιρροές που αλληλεπιδρούν. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη δομή που αποτελείται από τουλάχιστον τρεις ευρείες περιοχές - ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία - που επηρεάζονται από τη νόσο και/ή τη θεραπεία.

Οι περισσότερες μελέτες σε άτομα με διάφορες χρόνιες παθήσεις συνήθως περιγράφουν την ποιότητα ζωής και θα ήταν ασυνήθιστο να συμπεριληφθούν/εκτιμηθούν οι ευρύτερες πτυχές αυτής. Η μέτρησή της χωρίς αναφορά σε ένα εννοιολογικό πρότυπο έχει περιορίσει την ανάπτυξη μιας βάσης γνώσεων για την έρευνα σχετικά με την εν λόγω έννοια. Ένα εννοιολογικό μοντέλο τοποθετεί τις έννοιες σε ένα πλαίσιο και καθοδηγεί την ανάπτυξη νέων θεωριών. Η χρήση θεωρητικών εννοιολογικών μοντέλων θα ενισχύσει την εφαρμογή της έννοιας ως αξιόπιστου και έγκυρου μέτρου έκβασης.

Η εκτίμηση του σχετικού αντίκτυπου των χρόνιων ασθενειών στην ποιότητα ζωής είναι απαραίτητη για τον καλύτερο σχεδιασμό και διανομή πόρων για την έρευνα, την κατάρτιση και την υγειονομική περίθαλψη, για την περαιτέρω προώθηση της καλής διαβίωσης των χρόνιων πασχόντων. Κατά συνέπεια, η συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επιστημών θα μπορούσε να παράγει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα για τους ανθρώπους που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, ειδικά εκείνοι που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη.

Ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο, όπως το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την υγειονομική περίθαλψη, θα βασίζεται σε μια ενιαία κατευθυντήρια αρχή: ότι ο στόχος της αντιμετώπισης των σωματικών, κοινωνικών και ψυχολογικών πτυχών των χρόνιων νοσημάτων είναι να βοηθηθούν οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και ολόκληρος ο πληθυσμός, ανεξάρτητα από τη χρόνια ασθένεια ή την τρέχουσα κατάσταση της υγείας ενός ατόμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη

Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res* 2008;27:1-31.

Brown J, Bowling A, Flynn T. Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of the literature. Proceedings of European Forum on Population Ageing Research. Sheffield, UK; June 2004.

World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008.

Theofilou P. Quality of life outcomes in patients with breast cancer. *Oncology Reviews* 2012;6:e2.

IDF DIABETES ATLAS (2017). 8TH EDITION.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Simon, K.M. (1990). Clinical applications of cognitive therapy, Plenum, New York.

Hoehn-Saric, R., McLeod, D.R. (1988). Panic and Generalized Anxiety Disorders. In C.G. Last & M. Hersen (eds), *Handbook of Anxiety Disorders*, Pergamon Press, Oxford.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw Hill, New York.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological review*, 84, 191-215.

Beck, A.T., Emery, G. (with Greenberg, R.) (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Basic Books, New York.

Clark, D.M., Beck, A.T. (1988). Cognitive Approaches. In C.G. Last & M. Hersen (eds), *Handbook of Anxiety Disorders*, Pergamon Press, Oxford.

Blackburn, I., Davidson, K. (1990). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.

Clark, D.M., Beck, A.T. (1989). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. In P.C. Kendall & D. Watson (eds), *Anxiety and depression: distinctive and overlapping features*, Academic Press, London.

Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of cognitive psychotherapy, an international quarterly*, 1(1), 5-37.

Kendall, P.C., Ingram, R. (1987). The future for cognitive assessment of anxiety: Let's get specific. In L. Michelson & L.M. Ascher (eds), *Anxiety and stress disorders: cognitive-behavioral assessment and treatment*, The Guildford Press, London.

Kendall, P.C., Ingram, R. (1989). Cognitive-behavioral perspectives: theory and research on depression and anxiety. In P.C. Kendall & D. Watson (eds), *Anxiety and depression: distinctive and overlapping features*, Academic Press, London.

Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. Freeman, San Francisco.

Hampl, S., Scott, W., Carmin, C., Fleming, B. (1990). Irrational beliefs test: diagnostic utility with anxiety disorder patients. *Phobia practice and research journal*, 3(1), 27-32.

Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York: Lyle Stuart.

Ellis, A., McNerney, J.F., DiGiuseppe, R., Yeager, R.J. (1988). *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. Pergamon Press, Oxford.

Endler, N.S., Parker, J.D. (1990). Stress and anxiety: conceptual and assessment issues. *Stress medicine*, 6, 243-248.

Rorer, L.G. (1989). Rational-Emotive theory: I. An integrated psychological and philosophical basis. *Cognitive therapy and research*, 13(5), 475-492.

Robin M, Leslie RM. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Skarstein J, Aass N, Fosså SD, Skovlund E, Dahl AA. Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *J Psychosom Res.* 2000 Jul;49(1):27-34.

Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., & Selby, P. (2002). Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 3137-3148.

Loge, J.H., Abrahamsen, A.F., Ekeberg, Ø., & Kaasa, S. (2000). Fatigue and Psychiatric Morbidity Among Hodgkin's Disease Survivors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19, 91-99.

Roy T, Lloyd CE (2012) Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord* 142: 8-21

Sane (2011) Anxiety Disorders. Sane Australia.

Schoevers RA, van HL, Koppelmans V, Kool S, Dekker JJ (2008) Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *Drugs* 68: 1621-1634.

Hopkins D, Lawrence I, Mansell P, Thompson G, Amiel S, et al. (2012) Improved biomedical and psychological outcomes 1 year after structured education in flexible insulin therapy for people with type 1 diabetes: the UK. DAFNE experience. *Diabetes Care* 35: 1638-1642.

Maia AC, Braga Ade A, Brouwers A, Nardi AE, Oliveira e Silva AC (2012) Prevalence of psychiatric disorders in patients with diabetes types 1 and 2. *Compr Psychiatry* 53: 1169-1173.

Collins MM, Corcoran P, Perry IJ (2009) Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabet Med* 26: 153-161.

Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH (2008) Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care* 31: 2383-2390.

Manarte LF, Dias S, Góis C, Boavida JM (2010) Independent factors associated with depression in type 1 diabetes mellitus. *Acta Diabetol* 47: 201-207.

Speight J, Browne JL, Holmes-Truscott E, Hendrieckx C, Pouwer F (2012) Diabetes MILES--Australia (management and impact for long-term empowerment and success): methods and sample characteristics of a national survey of the psychological aspects of living with type 1 or type 2 diabetes in Australian adults. *BMC Public Health* 12: 120.

Montgomery, C., Pocock, M., Titley, K., & Lloyd, K. (2003). Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 289-292.

Maia AC, Braga Ade A, Brouwers A, Nardi AE, Oliveira e Silva AC (2012) Prevalence of psychiatric disorders in patients with diabetes types 1 and 2. *Compr Psychiatry* 53: 1169-1173.

Manarte LF, Dias S, Góis C, Boavida JM (2010) Independent factors associated with depression in type 1 diabetes mellitus. *Acta Diabetol* 47: 201-207.

Gendelman N, Snell-Bergeon JK, McFann K, Kinney G, Paul Wadwa R, et al. (2009) Prevalence and correlates of depression in individuals with and without type 1 diabetes. *Diabetes Care* 32: 575-579.

Pouwer F, Wijnhoven HA, Ujcic-Voortman JK, de Wit M, Schram MT, et al. (2013) Ethnic aspects of emotional distress in patients with diabetes--the Amsterdam Health Monitor Study. *Diabet Med* 30: 25-31.

Tacconelli E (2010) Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. *The Lancet Infectious Diseases* 10: 226.

Hirai FE, Tielsch JM, Klein BE, Klein R (2012) Relationship between retinopathy severity, visual impairment and depression in persons with long-term type 1 diabetes. *Ophthalmic Epidemiol* 19: 196-203.

Ahola AJ, Thorn LM, Saraheimo M, Forsblom C, Groop PH, Finndiane Study Group (2010) Depression is associated with the metabolic syndrome among patients with type 1 diabetes. *Ann Med* 42: 495-501

Melin EO, Thunander M, Svensson R, Landin-Olsson M, Thulesius HO (2013) Depression, obesity, and smoking were independently associated with inadequate glycemic control in patients with type 1 diabetes. *Eur J Endocrinol* 168: 861-869.

Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandylis D, Iacovides A (2012) Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. *Hippokratia* 16: 205-214.

Melin EO, Thunander M, Svensson R, Landin-Olsson M, Thulesius HO (2013) Depression, obesity, and smoking were independently associated with inadequate glycemic control in patients with type 1 diabetes. *Eur J Endocrinol* 168: 861-869.

Reichel A, Schwarz J, Schulze J, Licinio J, Wong ML, et al. (2005) Depression and anxiety symptoms in diabetic patients on Continuous Subcutaneous Insulin Infusion (CSII). *Mol Psychiatry* 10: 975-976.

Karnofski, D. A. & Burchenal, J. H. (1969). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents. In McLeod (Ed.), *Cancer in Evaluation of Chemo-therapeutic Agents* (pp. 196). New York: Columbia University Press.

Mercler, M., Schraub, S., Bransfield, B. & Fournier, (1992). Acceptance and differential perceptions of quality of life measures in a French oncology setting. *Qual Life Res*, 1, 53-61.

Conill, C., Verger, E. & Salamero, M. (1990). Performance status assessment in cancer patients. *Cancer*, 65, 1864-1866.

Griego, A. & Long, C. J. (1984). Investigation of the Karnofski Performance Status as a measure of quality of life. *Health Psychol*, 3, 129-143.

World Health Organisation, (1979). Hand book for reporting results of cancer treatment. Geneva: WHO.

Katz, S. T., Ford, A. B., Mosowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. *JAMA*, 185, 914-919.

Spitzer, W., Dobson, A., Hall, J., Cheeseman, E., Levi, J. & Shepherd, R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QoL index for use by physicians. *J Chron Dis*, 34, 585-597.

Melzack, R. & Torgerson, W. S. (1971). On the language of pain. *Anaesthesiology*, 34, 50-59.

Hunt, S. M. & Mc Ewen, J. (1980). The development of a subjective health indicator. *Social Health Illness*, 2, 231-246.

Hunt, S. M., McEwen, J. & McKenna, S. P. (1985). Measuring health status: A new tool for clinicians and epidemiologists. *J Roy Coll Gen Pract*, 35, 185-188.

Goldberg, D. (1972). *Detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford: Oxford University Press.

Morrow, G. R., Chiarello, R. J. & Derogatis, L. R. (1978). A new scale for assessing patients' psychological adjustment to medical illness. *Psychol Med*, 8, 605-610.

Bergner, M., Bobbit, R. A., Carter, W. B. & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Med Care*, 19, 787-805.

Laupacis, A., Muirhead, N. & Keown, P. (1992). A disease specific questionnaire for assessing quality of life in patients on haemodialysis. *Nephron*, 60, 302-306.

Ware, J. E. (1992). *The SF-36 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Centre.

Merkus, M. P. (1999). Quality of life over time in dialysis: the Netherlands Cooperative Study Group on the adequacy of dialysis. NECOSAD Study Group. *Kidney Int*, 56, 720-728.

Mingardi, G., Cornalba, L., Cortinovis, E., Ruggiata, R., Mosconi, P. & Apolone, G. (1999). Health - related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. DIAQOL Group. *Nephrol Dial Transplant*, 14, 1503-1510.

Wight, J. P., Edwards, L., Brazier, J., Walters, S., Payne, J. N. & Brown, C. B. (1998). The SF-36 as an outcome measure of services for end-stage renal failure. *Qual Health Care*, 7, 209-221.

Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473-483.

Tarlow, A. A., Ware, J. E. & Greenfield, S. (1989). The MOS study: an application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA*, 262, 925-930.

McHorney, C. A., Ware, J. E. & Racjek, A. G. (1993). The MOS 36 item short form health survey II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and medical health construct. *Med Care*, 31, 247.

Ginieri - Coccossis, M., Antonopoulou, V., Triantafillou, E. & Christodoulou, G. N. (2001). Translation and Cross-cultural Adaptation of WHOQOL -100 in Greece. Part I & Part II. *Psychiatry Today*, 33, 5-16 & 27-40.

Ginieri - Coccossis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Liappas, I., Christodoulou, G. & Papadimitriou, G. (2009). Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy

individuals: The validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire. *Annals of General Psychiatry*, 8, 23.

Kannan G, Rani V, Ananthanarayanan RM1 Palani T, I Nigam N, Janardhan V, Reddy UM . Assessment of quality of life of cancer patients in a tertiary care hospital of South. India. *Journal of Cancer Research and Therapeutics* 2011; 7(3):275-279

Sunderam S, Jeseena KJ, Kashyap V, Singh SB, Kumar M. Study on Quality Of Life of Cancer Patients In Relation To Treatment Modality in a Tertiary Health Institute of Jharkhand. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences* 2016; 15(5):16-20

Dehkordi A, Heydarnejad MS, Fatehi D. Quality of Life in Cancer Patients undergoing Chemotherapy. *Oman Medical Journal*. 2009; 24(3)

Elsaie OA, Elazazy HM, Abdelhaie SA. The Effect of Chemotherapy on Quality Of Life of Colorectal Cancer Patients before and 21 Days after the First Chemotherapeutic Sessions. *Life Science Journal* 2012; 9(4): 3504-3514.

Akca M, Ata A, Nayır E, Erdoğan S, Arıcan A. Impact of Surgery Type on Quality of Life in Breast Cancer Patients. *J Breast Health*. 2014; 10: 222-8.

Dubashi B, Vidhubala E, Cyriac S, Sagar TG. Quality of life among younger women with breast cancer: study from a tertiary cancer institute in south India. *Indian J Cancer* 2010; 47: 142147.

Hemavathy V, Julius A. A study to assess the quality of life among women with cervical cancer in selected hospitals at Chennai. *Int J Pharm Bio Sci* 2016; 7(4): 722–724

Prima Jenevive Jyothi D.Souza, Chakrabarty J, Sulochana B, Gonsalves J. Quality of Life of Head and Neck Cancer Patients Receiving Cancer Specific Treatments. Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University. 2013; 2(1): 51-57.

Westaway, M., Rheeder, P., Gumede, T. (2001). The effect of type 2 diabetes mellitus on health-related quality of life (HRQOL), Curationis.

Coffey, T., Brandle, M., Zhou, H., Marriott, D., Burke, R., Tabaei, B., Engelgau, M., Kaplan, R., Herman, W. (2001). Valuing health-related quality of life in diabetes. Diabetes Care, 25:2238-2243.

Grandinetti, A., Kaholokula, JK., Crabbe, KM., Kenui, CK., Chen, R., Chang, HK. (2000), Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. Psychoneuroendocrinology, 25(3); 239-46.

Kaholokula, JK., Haynes, SN., Grandinetti, A., Chang, HK. (2003). Biological, psychological, and sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. Journal of behavioral medicine 26(5);435-58.

Park H., Hong Y., Lee H., Ha E., Sung, Y. (2004). Individuals with type 2 diabetes and depressive symptoms exhibited lower adherence with self-care. Journal of Clinical Epidemiology, 57(9);978-84.

Solli O., Stavem, K., Kristiansen IS. (2010). Health – related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. Health and Quality of life Outcomes, 8 (1);18

Singh R, Teel C, Sabus C, McGinnis P, Kluding P. Fatigue in Type 2 Diabetes: Impact on Quality of Life and Predictors. PLoS One. 2016 Nov 8;11(11):e0165652. doi: 10.1371/journal.pone.0165652. eCollection 2016.

ZIGMOND AS, SNAITH RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67:361–370 11.

MYSTAKIDOU K, TSILIKA E, PARPA E, KATSOUDA E, GALANOS A, VLAHOS L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: Psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer* 2004, 12:821–825 12.

MICHOPOULOS I, DOUZENIS A, KALKAVOURA C, CHRISTODOULOU C, MICHALOPOULOU P, KALEMI G ET AL. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry* 2008, 7:4

Chie WC, Chang KJ, Huang JS, Kuo WH. Quality of life of breast cancer patients in Taiwan: validation of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-C30 and EORTC BR-23. *Psychooncology*. 2003;12:729–35.

Huang CC, Lien HH, Sung YC, Liu HT, Chie WC. Quality of life of patients with gastric cancer in Taiwan: validation and clinical application of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-STO22. *Psychooncology*. 2007;16:945–9.

Gujral S, Conroy T, Fleissner C, Sezer O, King PM, Avery KN, et al. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group: assessing quality of life in patients with colorectal cancer: an update of the EORTC quality of life questionnaire. *Eur J Cancer*. 2007;43:1564–73.

Whistance RN, Conroy T, Chie W, Costantini A, Sezer O, Koller M, et al. European organisation for the research and treatment of Cancer quality of life group: Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to

assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Eur J Cancer*. 2009;45:3017–26.

Wasserman, L., Trifonova, E. (2006). Diabetes mellitus as a model of psychosomatic and somatopsychic interrelations, www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/11387416/articulos/SJOP0606120075A.pdf [05/05/14]

Imasiku, M. (2005). Efficacy of behavioral intervention for diabetes mellitus type 1. http://www.unza.zm/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=108

Godney, R., Fisher, L., Phillips, P., Wilson, D. (2004). Diabetes, Depression and Quality of Life. <http://care.diabetesjournals.org/cgc/reprint/27/5/1066pdf>. [05/04/14]

Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Chadjiapostolou, Z., Arvanitaki, E., Papadopoulos, AA., Niakas, D. (2012). Comparing the sensitivity of EQ-5D, SF-6D and 15D utilities to the specific effect of diabetic complications. *Eur J Health Econ*. 13(1):111-20.

Grandinetti, A., Kaholokula, JK., Crabbe, KM., Kenui, CK., Chen, R., Chang, HK. (2000), Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. *Psychoneuroendocrinology*, 25(3); 239-46.

Kaholokula, JK., Haynes, SN., Grandinetti, A., Chang, HK. (2003). Biological, psychological, and sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. *Journal of behavioral medicine* 26(5);435-58.

Park H., Hong Y., Lee H., Ha E., Sung, Y. (2004). Individuals with type 2 diabetes and depressive symptoms exhibited lower adherence with self-care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(9);978-84.

Solli O., Stavem, K., Kristiansen IS. (2010). Health – related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. *Health and Quality of life Outcomes*, 8 (1);18

Westaway, M., Rheeder, P., Gumede, T. (2001). The effect of type 2 diabetes mellitus on health-related quality of life (HRQOL), *Curationis*.

Coffey, T., Brandle, M., Zhou, H., Marriott, D., Burke, R., Tabaei, B., Engelgau, M., Kaplan, R., Herman, W. (2001). Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*, 25:2238-2243.

Seo Y.-M., Hahm J.-R., Kim T.-K., Choi W.-H. Factors affecting fatigue in patients with type II diabetes mellitus in Korea (2015) *Asian Nursing Research*, 9(1), 124, 60-64.

Erickson K, Patterson RE, Flatt SW, Natarajan L, Parker BA, Heath DD, et al. Clinically defined type 2 diabetes mellitus and prognosis in early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*. 2011;29:54–60. 10.1200/JCO.2010.29.3183

Chen WW, Shao YY, Shau WY, Lin ZZ, Lu YS, Chen HM, et al. The impact of diabetes mellitus on prognosis of early breast cancer in Asia. *Oncologist*. 2012;17:485–91. 10.1634/theoncologist.2011-0412

Srokowski TP, Fang S, Hortobagyi GN, Giordano SH. Impact of diabetes mellitus on complications and outcomes of adjuvant chemotherapy in older patients with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2009;27:2170–6. 10.1200/JCO.2008.17.5935

Ελληνική

Αποστόλου, Θ. (2000). Ποιότητα ζωής: Μία παραμελημένη παράμετρος αξιολόγησης θεραπευτικών αποφάσεων. *Ελληνική Νεφρολογία*, 12, 28-33.

Υφαντόπουλος, Γ. Σαρρής, Μ. (2001) , Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μέθοδοι μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 18 (3): 218-22.

Μουσσάς Γ.Ι., Καρκανιάς Α.Π., Παπαδοπούλου Α. (2008). Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου με καρκίνο. *Ψυχιατρική*, 19, 124-144-

Κοντοάγγελος και συν. (2013). Σακχαρώδης διαβήτης και ψυχοπαθολογία. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 30(6), 688-699.

Ανδριοπούλου Μ., Χάρος, Δ. Στεργιάδη Ε. (2018). Ο αντίκτυπος του καρκίνου στον ασθενή και στους φροντιστές και η σπουδαιότητα της ενδυνάμωσης. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 35(5), 601-611.

Ευθυμίου, Κ. (2002). Εφαρμογή της συμπεριφοριστικής - γνωσιακής ψυχοθεραπείας στην κατάθλιψη. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας & Θεραπείας της Συμπεριφοράς.

Ευθυμίου, Κ., Ψωμά, Μ. (2012). Το γνωσιακό - συμπεριφορικό πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας της κατάθλιψης του Lewinsohn: Δομή, Εφαρμογή και Αποτελεσματικότητα του προγράμματος. *Εγκέφαλος* 49, 60-66.

Σαρρής, Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Παπαζήσης.

Αντωνοπούλου, Λ. (1987). Η Κρατική Πολιτική για το Φάρμακο στις Χώρες του Αναπτυγμένου Κόσμου. Αθήνα: Σύγχρονα Θέματα.

Βιδάλης, Α. & Συγγελάκης, Μ. (2000). Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής. Nottingham Health Profile (NHP) - Ελληνική έκδοση. Ιπποκράτεια, 4, 39-42.

Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ. (2004). Ελληνική εκδοχή των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και εφαρμογή στο χώρο της Υγείας. 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογίας της Υγείας. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Τομαράς, Β. & Ραμπαβίλας, Α. Δ. (2004). Ποιότητα ζωής: Εφαρμογές των ερωτηματολογίων WHOQOL στο χώρο της Υγείας. 18^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. Κως: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία.

Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Αντωνοπούλου, Β., Τομαράς, Β. & Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2003). Εγχειρίδιο Ποιότητας Ζωής με Άξονα το Ερωτηματολόγιο WHOQOL-100. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ. (2005). Ψυχομετρία και Ποιότητα Ζωής. Το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Στο Β. Π. Κονταξάκης, Μ. Ι. Χαβάκη - Κονταξάκη & Γ. Ν. Χριστοδούλου (Επιμ.), Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή (σ. 594-608). Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Μαυρέας, Β. & Χριστοδούλου, Γ. (2003). Ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής WHOQOL-BREF του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας. Ρόδος: Ελληνική Ψυχολογική Εταιρεία.

Γρηγοριάδου, Ε. (2006). Λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Μεταπτυχιακή εργασία.

Κιουτσούκη, Ε., & Βασιλειάδου, Β. (2008). Διερεύνηση ποιότητας ζωής ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό

Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας,
Τμήμα νοσηλευτικής. Μεταπτυχιακή εργασία.

Παπαδόπουλος, Α., Οικονομάκης, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν., Φρυδάς, Α., Νιάκας, Δ.,
(2007). Εκτίμηση της ΣΥΠΖ διαβητικών ασθενειών τύπου ΙΙ. Αρχεία ελληνικής
ιατρικής, 24 (Συμπ 1), 66-74.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ