ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία:

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ Β΄ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΗΞΗΣ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ/ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΠΕΛΕΚΙΔΟΥ ΛΙΝΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΛΑΖΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ-ΝΑΤΑΛΙΑ

ΜΠΟΥΧΛΗ ΑΘΗΝΑ-ΜΑΡΙΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2020

Copyright@ 2020 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥ, ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ.

http://www.teicrete.gr/koinerg/koinwnikis.html

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των Μπούχλη Αθηνά – Μαρία και Λάζου Ευθυμία – Ναταλία και της επιβλέπουσας εργαστηριακής συνεργάτισας Πελεκίδου Λίνας και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας

Οι υπογράφουσες φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

ΜΠΟΥΧΛΗ ΑΘΗΝΑ ΜΑΡΙΑ

&

ΛΑΖΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ ΝΑΤΑΛΙΑ

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

«ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ Β΄ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΗΞΗΣ»

είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μας δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

(Υπογραφή)	(Υπογραφή)
ΜΠΟΥΧΛΗ ΑΘΗΝΑ ΜΑΡΙΑ	ΛΑΖΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ ΝΑΤΑΛΙΑ
_____	_____
Ονοματεπώνυμο	Ονοματεπώνυμο

Περίληψη

Ο διαβήτης εν γένει αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας παγκοσμίως, δεδομένης της αυξανόμενης τάσης που παρατηρείται στα κρούσματα της ασθένειας ανεξαρτήτως φυλής, φύλου ηλικίας και οικονομικής κατάστασης και περιοχής διαμονής (WHO 1999a). Ιδιαίτερα δε, ο διαβήτης τύπου ΙΙ που επηρεάζει ιδιαίτερα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αποτελεί σημαντικό παράγοντα ανησυχίας τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς και τον κοινωνικό-οικογενειακό τους κύκλο, όσο και τις αρμόδιες κατά τόπους αρχές που έχουν επιφορτιστεί με την φροντίδα όσο και με την εξασφάλιση της περίθαλψης αυτών (Funnell & Anderson 2004).

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην επίδραση του διαβήτη τύπου ΙΙ στην υγεία και την ζωή των ηλικιωμένων ασθενών που έχουν διαγνωστεί με αυτόν. Περαιτέρω, υπάρχει εστίαση στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις υπάρχουσες κοινωνικές και εθελοντικές δομές, και της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών με διαβήτη τύπου ΙΙ από αυτές.

Για τις ανάγκες της εργασίας, διενεργήθηκε πρωτογενής έρευνα στην οποία συμμετείχαν 50 ηλικιωμένοι ασθενίς, διαγνωσμένοι με διαβήτη τύπου ΙΙ με την χρήση κατάλληλου εργαλείου ποσοτικής έρευνας που προέκυψε από την προσαρμογή υφιστάμενων αντίστοιχων εργαλείων που υπάρχουν στην συναφή βιβλιογραφία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν μια σαφώς αρνητική επίδραση του διαβήτη τύπου ΙΙ τόσο στην υγεία όσο και στην ζωή και τις διάφορες εκφάνσεις αυτής για τους συμμετέχοντες, ενώ στο θέμα της ικανοποίησης από τις υπάρχουσες δομές υποστήριξης διεφάνει μια σχετική ικανοποίηση του δείγματος, με την υποσημείωση όμως της ανάγκης βελτίωσης τους.

Λέξεις κλειδιά: Διαβήτης τύπου ΙΙ, τρίτη ηλικία, ποιότητα ζωής

Abstract

Diabetes is a major health problem worldwide, given the increasing trend in disease incidence regardless of race, sex, age, economic status and area of residence. Type II diabetes, which notably affects elders, concerns both patients themselves and their socio-family circle, as well as the local welfare organizations responsible for their care.

This paper highlights the impact of type II diabetes on the health and social lives of elderly patients. Furthermore, it accentuates the state of services provided by the current social support system, and the satisfaction rate of elderly patients with type II diabetes.

To meet the needs of the following paper, a primary research was conducted involving 50 elderly patients diagnosed with type II diabetes, utilizing the appropriate research tool according to the research methods previously used in similar researches.

The results of the study indicated a negative impact of Type II diabetes on both health and life and its various manifestations for participants, whereas the issue of satisfaction regarding the current support system revealed a mediocre satisfaction rate of the sample, while underling the importance of their improvement.

Keywords: Type II diabetes, elders, quality of life

Περιεχόμενα

Περίληψη 2
Abstract 4
Περιεχόμενα 5
Κεφάλαιο 1ο Εισαγωγή 5
1.1 Ταξινόμηση του σακχαρώδους διαβήτη 5
1.2 Διαβήτης τύπου 2 5
1.2.1 Αιτιολογία και παθοφυσιολογία του T2DM 6
1.2.2 Συμπτώματα και παράγοντες κινδύνου 6
1.2.3 Διαγνωστικά Κριτήρια 6
1.3 Επικράτηση του σακχαρώδους διαβήτη 6
1.3.1 Θνησιμότητα 7
1.3.2 Οικονομικός Αντίκτυπος 7
1.4 Επιπλοκές του Σακχαρώδους Διαβήτη 7
Κεφάλαιο 2ο Ο διαβήτης Τύπου 2 στην Τρίτη Ηλικία 8
2.1 Ταξινόμηση ηλικιωμένων 8
2.1.1 Καθορισμός του «ηλικιωμένου» - μια όχι τόσο απλή διεργασία 8
2.1.2 Χρονολογική ηλικία 8
2.1.3 Τόπος κατοικίας 8
2.1.4 Αδυναμία 9
2.2 Η κανονική διαδικασία γήρανσης 9
2.2.2 Μεταβολικές αλλαγές που σχετίζονται με τη γήρανση 10
2.2.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες και ηλικιωμένοι 10
2.2.4 Επιδράσεις των φαρμάκων 11
2.3 Διάγνωση του διαβήτη σε ηλικιωμένους 11
2.3.1 Πρόληψη και έλεγχος 11
2.4 Η πρόκληση της ανάπτυξης αποτελεσματικών συστημάτων περίθαλψης για τους ηλικιωμένους 11
2.6 Μοντέλα φροντίδας 12
Κεφαλαιο 3ο . Κοινωνικη Εργασια και ηλικωμένοι 13
3.1 Εκπαίδευση και πρόληψη 15
3.2 Περιεκτική Φροντίδα και Θεραπεία 15
3.3 Συνεργασίες με άτομα που πάσχουν από Διαβήτη Τύπου ΙΙ 16
3.4 Η Χρησιμότητα της Κοινωνικής Εργασίας στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων 16
Εστιάζοντας στον ηλικιωμένο που χρειάζεται φροντίδα . 16
Συνεργασία με στενό, οικογενειακό περιβάλλον . 17

Κεφάλαιο 4ο Μέθοδος και Υλικό 18
4.1 Στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα 18
4.2 Μέθοδος 18
4.3 Εργαλείο Έρευνας 18
4.3.1 Ερευνητική διαδικασία 20
4.3.2 Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας 20
4.4 Δείγμα 20
4.5 Μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων 20
4.5.1 Αναλυση Της Διακυμανσης (Anova) 20
4.5.2 Έλεγχος Σημαντικότητας 21
4.5.3 Έλεγχος Συσχετίσεων 21
4.5.4 Σύγκριση μέσων όρων 21
Κεφάλαιο 5ο Αποτελέσματα 22
5.1 Περιγραφή του δείγματος – Δημογραφικά στοιχεία 22
5.2Ιστορικό δείγματος – Χρόνια που υφίσταται η διάγνωση του διαβήτη τύπου ΙΙ 22
5.3 Ανάλυση επιμέρους δεικτών - Περιγραφική στατιστική ανάλυση 23
5.3.1 Δείκτης Ποιότητας ζωής 23
5.3.2 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις δραστηριότητες 23
5.3.3 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εργασιακή ζωή 23
5.3.4 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στη μετακίνηση 24
5.3.5 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις διακοπές 24
5.3.6 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην φυσική υγεία 24
5.3.7 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην οικογενειακή ζωή 25
5.3.8 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην κοινωνική ζωή 25
5.3.9 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις στενές προσωπικές σχέσεις 25
5.3.10 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην ερωτική ζωή 26
5.3.11 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εξωτερική εμφάνιση 26
5.3.12 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην αυτοπεποίθηση 26
5.3.12 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις αντιδράσεις των άλλων 26
5.3.13 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στα συναισθήματα για το μέλλον 27
5.3.14 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην οικονομική κατάσταση 27
5.3.15 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις συνθήκες διαβίωσης 27
5.3.16 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εξάρτηση από τους άλλους 28
5.3.17 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην ελευθερία κατανάλωσης φαγητού - ποτού 28
5.3.18 Δείκτης Ικανοποίησης από Κοινωνικές και Θεραπευτικές Δομές 28
5.4 Επαγωγικά στατιστική ανάλυση αποτελεσμάτων 28
5.4.1 Μελέτη συσχετίσεων μέσω του συντελεστή Pearson και Spearman 29
5.4.2 Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) 29

5.4.3 Σύγκριση μέσων όρων 29
Κεφάλαιο 6ο Απάντηση Ερευνητικών Ερωτημάτων 31
6.1 Ερευνητικό Ερώτημα 1 31
6.2 Ερευνητικό ερώτημα 2 31
6.3 Ερευνητικό Ερώτημα 3 31
Κεφάλαιο 7ο Συζήτηση αποτελεσμάτων 32
7.1 Περιορισμοί έρευνας 32
Κεφάλαιο 8ο Συμπεράσματα - Προτάσεις 33
8.1 Προτάσεις 33
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 34
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία 34
Ελληνική Βιβλιογραφία 37
Παράρτημα Α – Όργανο Έρευνας 40
Ερωτηματολόγιο Ασθενών με Διαβήτη Τύπου Β 42
Δημογραφικά στοιχεία 42
Ερωτήσεις 43

Κεφάλαιο 1^{ο} Εισαγωγή

Κατά την τελευταία δεκαετία, ο αριθμός των διαβητικών ασθενών αυξάνεται έντονα ως αποτέλεσμα της εξελισσόμενης πανδημίας του διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης (DM) έχει εξελιχθεί σε ένα από τα κορυφαία προβλήματα υγείας παγκοσμίως που επηρεάζουν άτομα όλων των ηλικιών, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών, των νέων, των ενηλίκων και των εγκύων γυναικών. Ο σακχαρώδης διαβήτης και οι επιπλοκές που απορρέουν από αυτόν επιβάλλουν ένα αρκετά σημαντικό βάρος τόσο στους ασθενείς, όσο και στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (WHO 1999a).

Η λέξη διαβήτης στα ελληνικά σημαίνει «*αυτός που διαβαίνει*» - περιγράφοντας την υπερβολική ούρηση. Ο όρος σακχαρώδης προέρχεται από τη λατινική και την ελληνική λέξη για το «*μέλι*», το οποίο προστέθηκε αργότερα στο όνομα αυτής της διαταραχής, όταν ήταν γνωστό ότι η γεύση των διαβητικών ούρων είναι γλυκιά. Η κατάσταση αυτή έχει αναγνωριστεί από αρχαία παραδοσιακά ιατρικά συστήματα όπως η αιγυπτιακή ιατρική ή η Αγιουρβέδα στην Ινδία (Scobie 2007, Anjana et al., 2011).

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια ομάδα μεταβολικών διαταραχών πολυάριθμης αιτιολογίας που χαρακτηρίζονται από υπεργλυκαιμία και δυσανεξία στη γλυκόζη. Η κατάσταση προκύπτει από τις μεταβολικές διαταραχές των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών που προκαλούνται από την ατελή απελευθέρωση ινσουλίνης, την δράση της ινσουλίνης ή και τα δύο (WHO 1999a, 2006).

1.1 Ταξινόμηση του σακχαρώδους διαβήτη

Το 1980, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) δημοσίευσε την κατηγοριοποίηση του σακχαρώδους διαβήτη που στη συνέχεια αναθεωρήθηκε το 1985. Η ταξινόμηση του

1985 έγινε ευρέως αποδεκτή και χρησιμοποιείται διεθνώς (WHO 1999a, 2006, Davis 2006, Tripathi 2008, American Diabetes Association 2013a, b).

Η διάγνωσή «*σακχαρώδης διαβήτης*» που αντιμετωπίζεται ως «*υψηλό επίπεδο γλυκόζης*» στο αίμα λόγω της έλλειψης ινσουλίνης, της ανθεκτικότητας των ιστών στην ινσουλίνη ή και των δύο μπορεί να οδηγήσει σε αρκετές επιπλοκές.. Επί του παρόντος, με βάση την αιτιολογία, ο DM ταξινομείται σε τέσσερις τύπους:

- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (IDDM)
- 2. Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (NIDDM)
- 3. Άλλα ειδικά φάρμακα
- 4. Σακχαρώδης διαβήτης κύησης (GDM)

1.2 Διαβήτης τύπου 2

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (T2DM) είναι επίσης γνωστός ως NIDDM, ο οποίος αποδεικνύεται από την αντίσταση των ιστών προς τη δράση της ινσουλίνης ή τη σχετική μείωση της έκκρισης ινσουλίνης. Ο τύπος 2 σχετίζεται με την παχυσαρκία και συνήθως εμφανίζεται αργότερα στη ζωή (μετά την ηλικία των 40 ετών). Ο T2DM μπορεί να παραμείνει μη ανιχνεύσιμος (ασυμπτωματικός) για αρκετά χρόνια, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικές διαβητικές επιπλοκές. Τα άτομα που πάσχουν από T2DM δεν εξαρτώνται από την ινσουλίνη από μια εξωγενή πηγή. Αυτός ο τύπος διαβήτη αντιπροσωπεύει το 90-95% των περιπτώσεων σακχαρώδους διαβήτη. Σε αυτή τη μορφή διαβήτη, η κετοξέωση είναι λιγότερο πιθανή αλλά πιθανή (Mohan 2003, Davis 2006, Scobie 2007, Tripathi 2008).

1.2.1 Αιτιολογία και παθοφυσιολογία του T2DM

Ο T2DM είναι χαρακτηριστικά μια πολυπαραγοντική ασθένεια που σχετίζεται με πολλούς παράγοντες.

Γενετική: Η οικογενειακή ιστορία γενικά θεωρείται βασικός παράγοντας κινδύνου για τον T2DM. Οι σχετικές παρατηρήσεις επιδεικνύουν σαφώς τη συμμετοχή της γενετικής στην εμφάνιση T2DM. Πρόσφατα, οι ερευνητές ανακάλυψαν κάποια υποψήφια γονίδια που σχετίζονται με την εμφάνιση του T2DM, αν και αυτή δεν είναι ακόμα βέβαιη. Η μετάλλαξη αρκετών γονιδίων συμπεριλαμβανομένων των πολλαπλών μορφών γονιδίων γλυκοκινάσης όπως HNF-4-α, HNF-1-β και IPF-1 και NeuroD1 βρέθηκε να συσχετίζεται με τον διαβήτη κατά την έναρξη της ζωής των νέων (MODY) μια μορφή του T2DM. Το γονίδιο TCF7L2 στα β κύτταρα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης του T2DM. (Kitabchi 2009, Kaku 2010).

Περιβαλλοντικοί Παράγοντες: Η φυσική αδράνεια και η ανθυγιεινή διατροφή (κατανάλωση περισσότερων λιπαρών) είναι οι βασικοί υπαίτιοι της παχυσαρκίας. Η παχυσαρκία (ιδιαίτερα η σπλαχνική παχυσαρκία) μπορεί να προκαλέσει αντίσταση στην δράση της ινσουλίνης. Έτσι, πρόσφατα, έχει αναδειχθεί ως βασική αιτία του T2DM. Η ανεπαρκής κατανάλωση θερμίδων, το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ κλπ. αποτελούν ανεξάρτητα θέματα επικινδυνότητας της παθογένειας του T2DM (Kaku 2010).

Υπάρχουν τρία σημαντικά προβλήματα που σχετίζονται με τον T2DM, τα οποία περιλαμβάνουν μειωμένη έκκριση ινσουλίνης, διαταραγμένη δράση ινσουλίνης και αυξημένη παραγωγή ηπατικής γλυκόζης.

Διαταραγμένη έκκριση ινσουλίνης (IGT): Η IGT λόγω μειωμένης απόκρισης γλυκόζης στην απελευθέρωση ινσουλίνης σε πρώιμη φάση από κύτταρα και μείωση της περαιτέρω έκκρισης ινσουλίνης μετά την λήψη των γευμάτων είναι υπεύθυνη για τη μεταγευματική υπεργλυκαιμία. Η πρόοδος αυτής της κατάστασης μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εξασθένιση της λειτουργίας των παγκρεατικών β-κυττάρων και τη μείωση της μάζας τους, γεγονός που μεταβάλλει τον μακροπρόθεσμο έλεγχο της γλυκόζης στο αίμα. (Scheen 2003, Kitabchi 2009, Kaku 2010).

Αντίσταση ινσουλίνης: Η αντίσταση στην ινσουλίνη είναι μια κατάσταση κατά την οποία η ινσουλίνη δεν παρουσιάζει επαρκή δράση ιδιαίτερα στη μείωση της γλυκόζης στο αίμα παρά την επαρκή συγκέντρωσή της σε αυτό. Η εξασθένιση της δράσης της

ινσουλίνης παρατηρείται κυρίως στο ήπαρ και στους μύες. Η παχυσαρκία είναι καθοριστικός παράγοντας για την αντίσταση και την ευαισθησία στην ινσουλίνη. Η κατανομή του σωματικού λίπους φαίνεται να είναι μια κρίσιμη πτυχή από την άποψη αυτή. (Scheen 2003, DeFronzo 2004, Kaku 2010).

1.2.2 Συμπτώματα και παράγοντες κινδύνου

Ο T2DM έχει μια μακρά ασυμπτωματική προκλινική φάση, η οποία συχνά δεν ανιχνεύεται. Αν και τόσο ο T1DM όσο και ο T2DM έχουν αρκετά κοινά σημεία και συμπτώματα όπως και παράγοντες κινδύνου, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τη διαφορά στους παράγοντες κινδύνου και τα συμπτώματα. Ο Πίνακας 1 περιλαμβάνει σημάδια, συμπτώματα και παράγοντες κινδύνου του T2DM. (Mohan 2003, Loghmani 2005, WHO 2006, Rotella και Mannucci 2013, American Diabetes Association 2013a, Whiting 2013).

Πίνακας 1 Σημάδια, Συμπτώματα και παράγοντες κινδύνου T2DM

Χαρακτηριστικό	T2DM
Σημάδια και συμπτώματα	Πολυουρία, πολυδιψία, πολυφαγία, υπεργλυκαιμία, γλυκοζουρία, συχνές λοιμώξεις, σεξουαλική δυσλειτουργία, ξηρό δέρμα / φαγούρα, κόπωση
Παράγοντες κινδύνου	Η παχυσαρκία, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής, η διατροφή, η σωματική αδράνεια, η αντίσταση στην ινσουλίνη, το οικογενειακό ιστορικό, το ενδομήτριο περιβάλλον, το ιστορικό του GDM, το κάπνισμα, η αυξημένη πρόσληψη αλκοόλ, η υπέρταση, ανώμαλο προφίλ λιπιδίων, IFG / IGT, ιστορικό αγγειακών παθήσεων, τοξαιμίας, θνησιγένειας, σύνδρομο

	πολυκυστικών ωοθηκών, κατάθλιψη

1.2.3 Διαγνωστικά Κριτήρια

Στην κλινική παρατήρηση, η διάγνωση του διαβήτη γενικά προκαλείται από διάφορα συμπτώματα όπως αυξημένος όγκος ούρων, δίψα, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, απότομη απώλεια βάρους και, σε σοβαρές περιπτώσεις, υπνηλία και κώμα. Γενικά, η ανίχνευση γλυκόζης αίματος / πλάσματος (γλυκόζη πλάσματος νηστείας, τυχαία γλυκόζη στο πλάσμα, γλυκόζη πλάσματος 2 ωρών), δοκιμή ανοχής γλυκόζης από το στόμα (OGTT) ή εκτίμηση αιμοσφαιρίνης A1c (HbA1C) χρησιμοποιείται για την ανίχνευση DM. Τα διαγνωστικά κριτήρια διαφέρουν μεταξύ των διαφόρων οργανισμών. Ο προσδιορισμός του επιπέδου γλυκόζης αίματος εξακολουθεί να θεωρείται βασικός δείκτης για τη διάγνωση του διαβήτη. Συνήθως, τα κοινά και ευρέως χρησιμοποιούμενα κριτήρια για τη διάγνωση καταστάσεων DM και προ- DM προτάθηκαν από τον WHO και την ADA.

Σε μη διαγνωσμένο διαβήτη, μόνο η γλυκόζη πλάσματος νηστείας αποτυγχάνει να εντοπίσει σχεδόν 30% των περιπτώσεων. Το OGTT είναι χρήσιμο στη συνέχεια για να εντοπιστεί η διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Η ADA τροποποίησε τις συστάσεις για το 2003 και συμπεριέλαβε το HbA1C για τον υπολογισμό του διαβήτη. Ο WHO ανέφερε επίσης στην έκθεσή του για το 2011 ότι το HbA1C μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστική εξέταση για DM, αλλά η δοκιμή πρέπει να ακολουθεί την τυπική διαδικασία και την τιμή αναφοράς. (American Diabetes Association 2013b, 2014, WHO 1999α, b , 2006, Reinauer et al., 2002).

Οι άνθρωποι που έχουν κάποια προβλήματα όπως αδικαιολόγητη κόπωση, κάψιμο των ποδιών, κνησμός, υποτροπιάζουσα λοίμωξη, τσούξιμο και αμέτρητες, επιμένουσες και μη θεραπεύσιμες πληγές, ανικανότητα και πρόωρο καταρράκτη πρέπει επίσης να υποβληθούν σε εξέταση διαλογής DM, καθώς αυτές μπορεί να συμβούν ως αποτέλεσμα μη ανιχνευόμενου DM.

1.3 Επικράτηση του σακχαρώδους διαβήτη

Σύμφωνα με μια έκθεση του WHO εκτιμήθηκε ότι 135 εκατομμύρια άνθρωποι έπασχαν από διαβήτη το 1998 (King et al., 1998), ενώ το 2004 μια άλλη έκθεση του WHO εκτιμά ότι 171 εκατομμύρια άνθρωποι θα επηρεαστούν από τον διαβήτη σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, το 2025 (Wild et al., 2004). Η έκθεση ανέφερε ότι ο επιπολασμός του διαβήτη θα αυξηθεί από 2,4% το 2000 σε 4,0% το 2030 μεταξύ όλων των ηλικιακών ομάδων. Σύμφωνα με την έκθεση αυτή, μεταξύ 2000 και 2030, ο συνολικός πληθυσμός του κόσμου θα αυξηθεί κατά 37%, αλλά το ποσοστό των διαβητικών θα αυξηθεί κατά 114% (Wild et al., 2004). Σύμφωνα με μια έκθεση του WHO για μη μεταδοτικές νόσους (2008), ο επιπολασμός του διαβήτη εκτιμάται ότι είναι 10% παγκοσμίως σε ενήλικες άνω των 25 ετών (WHO 2011).

Η Διεθνής Ομοσπονδία Διαβήτη (IDF) εκτιμά περιοδικά τον διαβητικό επιπολασμό παγκοσμίως. Σύμφωνα με τον Άτλαντα του διαβήτη της IDF, η εκτίμηση του αριθμού των διαβητικών ατόμων ήταν 151 εκατομμύρια το 2000, 194 εκατομμύρια το 2003, 246 εκατομμύρια το 2007 και 285 εκατομμύρια το 2010. Ο Άτλας του διαβήτη της IDF του 2009 εκτιμά ότι ο αριθμός διαβητικών θα αυξηθεί σε 438 εκατομμύρια έως το 2030. Η έκθεση εκτιμά επίσης ότι ο επιπολασμός του διαβήτη ήταν περίπου 6,4% το 2010, ο οποίος θα αυξηθεί στο 7,7% έως το 2030 (σε άτομα ηλικίας 20-79 ετών). Σύμφωνα με την έκθεση αυτή, μεταξύ του 2010 και του 2030, ο συνολικός πληθυσμός του κόσμου θα αυξηθεί κατά 20%, ο αριθμός των ενηλίκων (20-79 ετών) θα αυξηθεί κατά 30%, αλλά το ποσοστό των διαβητικών (20-79 ετών) θα αυξηθεί κατά 54%. Εντούτοις η τελευταία έκτη έκδοση του Άτλαντα του διαβήτη της IDF (2013) αναθεώρησε τους αριθμούς αυτούς και έδειξε ότι το πρόβλημα είναι πιο σοβαρό. Εκτιμάται ότι το 2013, περίπου 382 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν προσβληθεί από DM και θα φθάσουν στον αριθμό των 592 εκατομμυρίων μέχρι το 2035 (ηλικιακή ομάδα 20-79 ετών) και ο αριθμός των διαβητικών θα αυξηθεί κατά 55% έως το 2035. Αυτό συνεπάγεται περίπου τρεις νέες περιπτώσεις σε κάθε 10 άτομα ή περίπου δέκα εκατομμύρια περιπτώσεις διαβήτη ανά έτος. Ο επιπολασμός του T2DM αυξάνεται εντυπωσιακά και τα άτομα ηλικίας 40 έως 59 ετών επηρεάζονται περισσότερο (International Federation of Diabetes 2000, 2003, 2006,

2009, 2013).

Η μεταβολή της συχνότητας εμφάνισης DM μεταξύ των φύλων δεν είναι σημαντική σήμερα. Οι εκθέσεις αναφέρουν ότι 184 εκατομμύρια γυναίκες επλήγησαν από DM το 2013, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός για άνδρες ήταν 198 εκατομμύρια. Ωστόσο, αναμένεται ότι η διακύμανση θα αυξηθεί σε 15 εκατομμύρια μέχρι το 2035 (303 εκατομμύρια άνδρες σε σύγκριση με 288 εκατομμύρια γυναίκες). Οι επιδράσεις του γρήγορου φαγητού, της σωματικής αδράνειας και του στρες είναι επίσης ο παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη του DM. Σήμερα, 246 εκατομμύρια διαβητικοί ζουν σε αστικές περιοχές, ενώ στις αγροτικές περιοχές ο αριθμός τους είναι 136 εκατομμύρια. Μέχρι το 2035, η διακύμανση αναμένεται να επεκταθεί καθώς ο αριθμός θα είναι 347 εκατομμύρια ε αστικές περιοχές και 145 εκατομμύρια σε αγροτικές περιοχές. Εκτιμάται επίσης ότι ένας μεγάλος αριθμός ατόμων περίπου 175 εκατομμύρια (46%) εξακολουθούν να αγνοούν τη διαβητική κατάσταση. Γενικά, τα άτομα με T2DM μπορούν να παραμείνουν χωρίς διάγνωση αυτού για αρκετά χρόνια και έτσι αυξάνουν την πιθανότητα μακροχρόνιας βλάβης που προκαλείται από τη νόσο (International Federation of Diabetes 2009, 2013).

1.3.1 Θνησιμότητα

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένας από τους πρωταρχικούς λόγους πρόωρης ασθένειας και θανάτου στα περισσότερα μέρη του κόσμου. Οι επιπλοκές του διαβήτη είναι κυρίως υπεύθυνες για το θάνατο των ατόμων με διαβήτη (International Federation of Diabetes 2006, 2009). Πιστεύεται ότι αν και η θνησιμότητα λόγω του διαβήτη είναι υψηλότερη, υποτιμάται στις εκθέσεις καθώς η άμεση σύνδεση θανάτου και διαβήτη λείπει. Πάνω από το ένα τρίτο των χωρών σε όλο τον κόσμο δεν διαθέτουν κατάλληλα στατιστικά στοιχεία για τη θνησιμότητα που σχετίζεται με το διαβήτη. Επιπλέον, οι στατιστικές της νοσηρότητας βασίζονται συχνά σε νοσοκομειακές αναφορές οι οποίες έχουν πιθανότητα μεροληψίας (International Federation of Diabetes 2006, 2009).

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, κατά τη διάρκεια του 2008 σημειώθηκαν συνολικά 57 εκατομμύρια θάνατοι παγκοσμίως. 36 εκατομμύρια (63%) θάνατοι σχετίζονταν με ασθένειες όπως CVD, DM, χρόνιες αναπνευστικές ασθένειες και καρκίνο. Μια έκθεση

σχετικά με τα μη μεταδοτικά νοσήματα προβλέπει επίσης παγκόσμια αύξηση κατά 15% του θανάτου λόγω των διαταραχών της νόσου μεταξύ 2010 και 2020 (σε 44 εκατομμύρια θανάτους). Η έκθεση αυτή υποδεικνύει επίσης ότι ο διαβήτης είναι υπεύθυνος για το 4% των θανάτων λόγω μη μεταδοτικών νοσημάτων (WHO 2011). Αν και η εικόνα μπορεί να μην αντιπροσωπεύει την πραγματική κατάσταση δεδομένου ότι ένας μεγάλος αριθμός θανάτων προέρχεται απο καρδιαγγειακές παθήσεις, άλλες ασθένειες σχετίζονται στην πραγματικότητα με επιπλοκές του διαβήτη.

Στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι περίπου 5,1 εκατομμύρια άνθρωποι (20-79 ετών) πέθαναν παγκοσμίως λόγω αιτιών που σχετίζονται με το διαβήτη κατά το έτος 2013, ποσοστό που αντιπροσωπεύει περίπου το 8,4% της παγκόσμιας θνησιμότητας σε άτομα ηλικίας 20-79 ετών (International Diabetes Federation 2013). Περίπου το 48% των θανάτων λόγω διαβήτη αναφέρονται σε άτομα κάτω των 60 ετών. Οι τρέχουσες στατιστικές του IDF υποδηλώνουν ότι η αύξηση του αριθμού των θανάτων κατά 11% οφείλεται στο DM το 2013 από τον αριθμό των εκτιμήσεων θανάτου για το έτος 2011 (International Diabetes Federation 2013).

1.3.2 Οικονομικός Αντίκτυπος

Ο διαβήτης τοποθετεί ένα τεράστιο οικονομικό βάρος για κάθε άτομο, οικογένεια, κοινωνία και σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ενός έθνους και θεωρείται ως ένα από τα πιο δαπανηρά προβλήματα υγείας (Siegel και Narayan 2008). Τα έξοδα για τον DM υπολογίζονται ως άμεσες και έμμεσες δαπάνες. Οι άμεσες δαπάνες καταλογίζουν τα ιατρικά έξοδα για τη μακροχρόνια περίθαλψη του διαβήτη και τις επιπλοκές του και τα έμμεσα κόστη περιλαμβάνουν τους μηχανισμούς αντιμετώπισης, την απώλεια παραγωγικότητας και το κόστος της αξίας της ζωής, το οποίο επηρεάζει τα άτομα, την οικογένεια και τα έθνη (Siegel και Narayan 2008). Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη για τον διαβήτη και τις επιπλοκές του αυξάνονται με υψηλό ρυθμό.

Εκτιμάται ότι περίπου το 11,6% των συνολικών παγκοσμίων δαπανών κατευθύνθηκε για τη διαχείριση του διαβήτη και των επιπλοκών του το 2010. Περίπου το 80% των 216 χωρών που αναφέρει ο Άντλαντας της IDF (2009) δαπανούν το 5-13% του συνολικού

κόστους υγείας στον DM. Εκτιμήθηκε ότι οι παγκόσμιες δαπάνες για την περίθαλψη για την αντιμετώπιση ή / και την αποτροπή του DM και των επιπλοκών του είναι περίπου 376 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ το 2010 και το 2030 προβλέπεται να υπερβεί τα 490 δισεκατομμύρια δολάρια. Η μέση εκτιμώμενη δαπάνη για διαβήτη είναι 703 $ ανά άτομο παγκοσμίως το 2010 (International Federation of Diabetes 2009). Η έκτη έκδοση του IDF διαβήτη Atlas εκτιμά ότι περίπου 548 δισεκατομμύρια $ δαπανήθηκαν για τη θεραπεία του διαβήτη και την αντιμετώπιση επιπλοκών το 2013 (11% του συνόλου των δαπανών παγκοσμίως), το οποίο αναμένεται να φθάσει τα 627 δισεκατομμύρια δολάρια μέχρι το 2035. Εκτιμήθηκε ότι 1,437 δολάρια ΗΠΑ ανά διαβητικό άτομο (κατά μέσο όρο) δαπανήθηκε παγκοσμίως λόγω των συνεπειών του DM (International Diabetes Federation 2013).

1.4 Επιπλοκές του Σακχαρώδους Διαβήτη

Ο DM συνδέεται με μακροχρόνιες βλάβες, δυσλειτουργία διαφορετικών οργάνων όπως τα μάτια, τα νεφρά, το δέρμα, η καρδιά, τα νεύρα, τα αιμοφόρα αγγεία κ.λπ. Ο DM μετατράπηκε γρήγορα σε παγκόσμιο πρόβλημα υγείας λόγω των επιπλοκών του με την ταχεία αύξηση τον πληθυσμό, τη γήρανση, την αστικοποίηση και την αύξηση της συχνότητας της σωματικής αδράνειας και της παχυσαρκίας.

- Οξείες μεταβολικές επιπλοκές
- Επιπλοκές των κάτω άκρων
- Καρδιαγγειακές επιπλοκές
- Πεπτικές Επιπλοκές
- Επιπλοκές του δέρματος
- Στοματικές και οδοντικές επιπλοκές
- Σεξουαλικές Επιπλοκές
- Διαβητική νευροπάθεια

- Συμπτώματα που σχετίζονται με το ΚΝΣ
- Ασθένειες του θυρεοειδούς

Αναπηρία

Κεφάλαιο 2^{ο} Ο διαβήτης Τύπου 2 στην Τρίτη Ηλικία

2.1 Ταξινόμηση ηλικιωμένων

Η γήρανση δεν είναι ασθένεια, αλλά περιλαμβάνει μια σταδιακή μείωση της φυσιολογικής λειτουργίας που έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανότητα αντίδρασης στο στρες (Hammond & Jilek 2003). Οι ηλικιωμένοι είναι μια ποικιλόμορφη ομάδα που μπορεί να χωριστεί χρονολογικά στα εξής:

- Νέοι ηλικιωμένοι 65-74 ετών.
- Μέσης ηλικίας ηλικιωμένοι 75-79 ετών.
- Μεγάλης ηλικίας ηλικιωμένοι, πάνω από 80 ετών.

Ωστόσο, τα χαρακτηριστικά της γήρανσης είναι πολύ ατομικά - δηλαδή, οι άνθρωποι μεγαλώνουν σε μεμονωμένους ρυθμούς και τα όργανα τους γηράσκουν με διαφορετικούς ρυθμούς. Ο όρος «*ηλικιωμένος*» χρησιμοποιείται χαλαρά για να περιγράψει κάποιον άνω

των 65 ετών, βασισμένο στη αυθαίρετη εικόνα που είχε τεθεί στη Γερμανία πριν από 100 χρόνια, η οποία σε μεγάλο βαθμό σχετίζεται με το πότε απομακρύνονται οι άνθρωποι από την αμειβόμενη εργασία (Hammond & Jilek 2003). Η ηλικία συνταξιοδότησης αλλάζει: ορισμένοι συνταξιοδοτούνται νωρίτερα και κάποιοι δουλεύουν έως ότου φθάσουν τα 65. Ίσως μια πιο χρήσιμη ταξινόμηση μπορεί να είναι η ενεργός γήρανση, η γήρανση και η προχωρημένη ηλικία, όπου τα κριτήρια αφορούν την ποιότητα ζωής, την ανεξαρτησία και τις νοητικές ικανότητες (Hammond & Jilek 2003).

Οι ηλικιωμένοι συχνά χωρίζονται επίσης σε δύο βασικές ομάδες. Η πρώτη ομάδα, η πλειοψηφία, είναι ικανοί για αυτο-φροντίδα και ζουν στο σπίτι. Η δεύτερη πολύ μικρότερη ομάδα ζει σε εγκαταστάσεις φροντίδας ηλικιωμένων. Ανεξάρτητα από το πού ζει το άτομο και την ηλικία και τη λειτουργική του κατάσταση, ο διαβήτης πρέπει να αντιμετωπίζεται επαρκώς στο φυσικό, κοινωνικό και ψυχολογικό περιβάλλον και η οικογένειά του και οι φροντιστές του να υποστηρίζονται επαρκώς για να μειώσουν τις επιπτώσεις του διαβήτη και των επιπλοκών του σε αυτές τις παραμέτρους.

2.1.1 Καθορισμός του «ηλικιωμένου» - μια όχι τόσο απλή διεργασία

Οι ηλικιωμένοι δεν είναι μια ομοιογενής ομάδα (Souder 1992). Επομένως, κάθε άτομο θα πρέπει να αξιολογείται μεμονωμένα, να αποφεύγονται οι παραδοχές για την ηλικία και οι ειδικές ανάγκες των ηλικιωμένων που θεωρούνται ότι εξασφαλίζουν αποτελεσματική και κατάλληλη περίθαλψη. Ένα σημαντικό πρώτο βήμα στην ανάπτυξη αποτελεσματικών συστημάτων φροντίδας για τους ηλικιωμένους είναι να προσδιοριστεί πώς θα πρέπει να ταξινομηθούν. Οι κοινές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν τη χρονολογική ηλικία, τον τόπο κατοικίας και τον βαθμό αδυναμίας.

2.1.2 Χρονολογική ηλικία

Ο διαβήτης προσκρούει σε πολλές πτυχές της καθημερινής ζωής και έχει μια σειρά ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων. Συνεπώς, η χρονολογική ηλικία δεν είναι πολύ χρήσιμη για την κατανόηση των αναγκών των ηλικιωμένων με διαβήτη. Η ηλικία στη διάγνωση μπορεί επίσης να είναι σημαντική, καθώς οι άνθρωποι που διαγιγνώσκονται στην παιδική ηλικία έχουν μια διαφορετική άποψη του διαβήτη τους από τους ανθρώπους που διαγνώστηκαν στην ηλικία των '50 ή '70.

2.1.3 Τόπος κατοικίας

Ένας άλλος κοινός τρόπος ταξινόμησης των ηλικιωμένων είναι η σχέση μεταξύ του τόπου όπου ζουν και της λειτουργικής τους ικανότητας. Υπάρχουν ειδικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους με διαβήτη που διαμένουν περιορισμένοι στα σπίτια (Forbes et al., 2004). Οι πρόωρες μελέτες τους όρισαν με βάση τη σωματική ασθένεια ή την αναπηρία (Buchanan & Chamberlain 1978). Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι επιλέγουν να παραμείνουν σε ένα ιδιαίτερο είδος στέγασης, συχνά επειδή η χρηματοδότηση και οι ειδικές υπηρεσίες τους επιτρέπουν να «ζούν για χρόνια», ακόμη και όταν γίνονται εύθραυστοι και εξαρτώμενοι με την πάροδο του χρόνου.

Άλλοι παράγοντες περιλαμβάνουν απώλεια εμπιστοσύνης ή ενδιαφέρον για τον έξω κόσμο. Η κινητικότητα εξαρτάται από μηχανικούς, παρακινητικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, μια απότομη σκάλα μπορεί να καταστήσει δυσχερή την έξοδο. Οι περιφερειακές διαφορές, όπως η ύπαρξη ζωντανών αγροτικών περιοχών και μεμονωμένων χωριών και αγροκτημάτων, όπου οι μεταφορές και οι υπηρεσίες δεν είναι άμεσα διαθέσιμες, ενδέχεται να περιορίσουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες. Σε αστικές περιοχές μπορεί να κυριαρχήσουν κοινωνικά ζητήματα όπως ο φόβος της εγκληματικότητας (Bowling & Browne 1991). Τα ζητήματα αυτά δυσχεραίνουν τον προσδιορισμό του πληθυσμού βάσει του τόπου στον οποίο ζουν.

Ο τύπος κατοικίας, όπως για παράδειγμα η υποστηριζόμενη κατοικία, η χαμηλού

επιπέδου φροντίδα κατοικίας ή υψηλού επιπέδου, είναι ένα εναλλακτικό κριτήριο κατοικίας. Τα ρητά κριτήρια συνήθως ελέγχουν την είσοδο σε επιλογές στέγασης, όπου οι πιο αδύναμοι και εξαρτημένοι άνθρωποι ζουν σε εγκαταστάσεις φροντίδας ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι με διαβήτη σε ιδρύματα φροντίδας απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή, αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι το επίπεδο της ειδικής φροντίδας του διαβήτη είναι συχνά ανεπαρκές σε αυτά τα περιβάλλοντα.

2.1.4 Αδυναμία

Η αδυναμία κατά το Hamerman (1999) χαρακτηρίζεται ως «η σύνθετη και σωρευτική έκφραση αλλαγμένων ομοιοστατικών αποκρίσεων σε πολλαπλές καταπονήσεις». Παρά το γεγονός ότι επικεντρώνεται κυρίως στις βιολογικές διαδικασίες που προάγουν την αδυναμία, ο Hamerman τοποθέτησε την αδυναμία στο χρήσιμο πλαίσιο του «γηριατρικού λειτουργικού συνεχούς» ως το σημείο τομής της ανεξαρτησίας και του παρελθόντος, και αναγνώρισε μια σειρά παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν αδυναμία:

- Φυσική: φορτίο, ασθένεια, αναπηρία και λειτουργική παρακμή.
- Κοινωνική: εξάρτηση από άλλους.
- Ψυχολογική: γνωστική εξασθένηση και κατάθλιψη.

Αντίθετα, οι Chin et al. (1999) όρισαν την αδυναμία ως αδράνια (φυσική δραστηριότητα <210 λεπτά / εβδομάδα) σε σχέση με άλλες μεταβλητές όπως η απώλεια βάρους, η χαμηλή ενέργεια και ο χαμηλός ΔΜΣ. Είναι ενδιαφέρον ότι οι Chin et al. διαπίστωσαν ότι η σχέση μεταξύ απώλειας βάρους και αδυναμίας ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας της θνησιμότητας (αναλογία πιθανότητας 4.1, διάστημα εμπιστοσύνης 1.8-9.4).

2.2 Η κανονική διαδικασία γήρανσης

Η εγγενής γήρανση (στο άτομο) καθορίζεται γενετικά και είναι ουσιαστικά κοινή για όλους (Krinsley 2004). Η εξωγενής γήρανση οφείλεται σε παράγοντες εξωτερικούς του ατόμου, όπως η ασθένεια, η ρύπανση, η υπερβολική έκθεση στον ήλιο και το κάπνισμα. Αυτοί οι παράγοντες προκαλούν αλλαγές στη φυσική εμφάνιση και στη σωματική και πνευματική λειτουργία (Krinsley 2004). Σε κυτταρικό επίπεδο, η ικανότητα διατήρησης της ομοιόστασης και της κυτταρικής αναγέννησης μειώνεται με την ηλικία. Η καθαρή επίδραση των αλλαγών σχετιζόμενων με την ηλικία και του διαβήτη για την οξεία και οικιακή φροντίδα του ατόμου είναι:

- Αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών του διαβήτη που προδιαθέτουν το άτομο σε λοίμωξη και λειτουργική παρακμή.
- Η συχνή αξιολόγηση είναι απαραίτητη για την έγκαιρη ανίχνευση αλλαγών.
- Η ενθάρρυνση της δραστηριότητας, της βαθιάς αναπνοής και ενίοτε των φαρμάκων είναι απαραίτητη για τη μείωση του κινδύνου αναπνευστικών λοιμώξεων και φλεβικής θρόμβωσης.
- Μπορεί να χρειαστεί βοήθεια για καθημερινές δραστηριότητες σε προσωρινή ή μόνιμη βάση.
- Η αξιολόγηση που πραγματοποιείται σε οξείες ρυθμίσεις μπορεί να μην αντανακλά τη λειτουργική κατάσταση ή τη γνωστική ικανότητα μόλις επιλυθεί το οξύ πρόβλημα.
- Περιβαλλοντικά ζητήματα όπως ο θόρυβος, το φως και οι συχνές διαταραχές μπορεί να επηρεάσουν την προσαρμογή ενός ηλικιωμένου σε νέες καταστάσεις.
- Ο έλεγχος των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα του νοσοκομείου (Krinsley 2004).

Καθώς τα άτομα μεγαλώνουν η φαρμακολογική παρέμβαση γίνεται πιο πιθανή για να

διατηρηθεί η ομοιόσταση και να διαχειριστούν οι ανωμαλίες. Η πολυφαρμακία είναι πιθανή σε ηλικιωμένους με διαβήτη εξαιτίας των μακροχρόνιων επιπλοκών, της φυσιολογικής διαδικασίας γήρανσης. Όλοι αυτοί οι παράγοντες αυξάνουν την πιθανότητα ότι το άτομο θα απαιτήσει (Hammond & Jilek 2003):

- Αξιολόγηση στο τμήμα έκτακτης ανάγκης.
- Εισαγωγή στο νοσοκομείο.
- Κοινοτικές υπηρεσίες για τη διατήρησή τους στην κοινότητα.
- Βοήθεια από την οικογένεια ή τους φροντιστές.
- Εισδοχή στην φροντίδα ηλικιωμένων.
- Διεπιστημονική, συντονισμένη αξιολόγηση και διαχείριση.

2.2.1 Φαρμακολογία και γήρανση

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα φάρμακα βελτιώνουν την υγεία και την ευημερία. Ωστόσο, η κανονική διαδικασία γήρανσης επηρεάζει τη φαρμακοδυναμική και τη φαρμακοκινητική των περισσοτέρων φαρμάκων και μπορεί να απαιτούνται προσαρμογές ή αλλαγές στη δόση ή το διάστημα δόσης καθώς και προσαρμογές για συγκεκριμένους λόγους όπως χειρουργική επέμβαση, διαδικασίες έρευνας και εντερική τροφοδοσία (Hammond & Jilek 2003).

2.2.2 Μεταβολικές αλλαγές που σχετίζονται με τη γήρανση

Η έρευνα για την παθοφυσιολογία του διαβήτη σε ηλικιωμένους είναι μια σχετικά νέα περιοχή (Sinclair & Finucane 1995). Η γενετική σύνθεση του ατόμου είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη του διαβήτη και επιδεινώνεται από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Επιπλέον, ο μεταβολισμός της γλυκόζης αλλάζει με την αυξανόμενη ηλικία. Η προκαλούμενη από γλυκόζη απελευθέρωση ινσουλίνης και η μεσολαβούμενη από τη γλυκόζη απόρριψη γλυκόζης

αλλάζουν και συμβάλλουν στη δυσανεξία στη γλυκόζη (Iozzo et al., 1999). Είναι σημαντικό ότι ο βαθμός της μείωσης της έκκρισης ινσουλίνης είναι περισσότερο εμφανής σε ένα φορτίο γλυκόζης από του στόματος παρά σε ενδοφλέβια γλυκόζη. Η σημασία αυτού του ζητήματος για την κλινική φροντίδα είναι άγνωστη, αλλά μπορεί να είναι σχετική με τις διαδικασίες διαγνωστικής και υπογλυκαιμικής διαχείρισης.

Ο σημαντικότερος παθοφυσιολογικός μηχανισμός που υποκρύπτει τη δυσανεξία στη γλυκόζη σε ηλικιωμένους ανθρώπους είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη, ιδιαίτερα η αντίσταση των ιστών στη διαμεσολαβούμενη από ινσουλίνη απόρριψη γλυκόζης (Ferrannini 1996). Συγκεκριμένα, το άτομο μπορεί να παράγει επαρκείς ποσότητες ινσουλίνης, αλλά οι ιστοί δεν ανταποκρίνονται στην ινσουλίνη και η γλυκόζη δεν εισέρχεται εύκολα στα κύτταρα. Κάτω από συνηθισμένες συνθήκες, το άτομο παρουσιάζει λίγα αποτελέσματα της αντίστασης στην ινσουλίνη. Ωστόσο, οι καταστάσεις άγχους αυξάνουν περαιτέρω τον βαθμό της αντίστασης στην ινσουλίνη και μπορεί να εμφανιστεί μεταβολική ανεπάρκεια και να απαιτηθεί θεραπεία. Δεν είναι σαφές εάν η αντίσταση στην ινσουλίνη λόγω ηλικίας είναι μέρος της κανονικής διαδικασίας γήρανσης ή είναι αποτέλεσμα αλλαγών στον τρόπο ζωής που συμβαίνουν με την αύξηση της ηλικίας, ειδικά στις εγκαταστάσεις φροντίδας. Και οι δύο παράγοντες έχουν πιθανώς ρόλο.

Ανεξάρτητα από τον υποκείμενο μηχανισμό, το αποτέλεσμα είναι ότι οι ηλικιωμένοι συχνά διαγιγνώσκονται όταν αρρωσταίνουν και είναι λιγότερο ικανοί να αντεπεξέλθουν στη διάγνωση ή τα καθήκοντα αυτοεξυπηρέτησης που απαιτούνται. Ο τακτικός έλεγχος μπορεί να εντοπίσει άτομα με δυσανεξία στη γλυκόζη και να επιτρέψει την έγκαιρη εφαρμογή των στρατηγικών διαμόρφωσης και διαχείρισης του τρόπου ζωής. Ο έλεγχος για τις υπάρχουσες επιπλοκές του διαβήτη είναι μια σημαντική πτυχή των προγραμμάτων διαλογής, καθώς πάνω από το 20% των νεοδιαγνωσθέντων ηλικιωμένων έχουν ήδη επιπλοκές (National Health and Medical Research Council 1992).

Οι αδύνατοι ηλικιωμένοι έχουν μειωμένη έκκριση ινσουλίνης, αλλά ελάχιστη αντίσταση στην ινσουλίνη, η οποία έχει επιπτώσεις στη διαχείριση. Τα παχύσαρκα ηλικιωμένα άτομα έχουν συνήθως ανέπαφη έκκριση ινσουλίνης που προκαλείται από τη γλυκόζη

(συχνά υπερινσουλιναιμία), αλλά εμφανίζουν αντίσταση στην ινσουλίνη (Meneilly & Elliott 1999). Ένα σημαντικό συμπέρασμα είναι ότι η μειωμένη ροή αίματος εμφανίζεται σε ηλικιωμένους παχύσαρκους ανθρώπους με αντοχή στην ινσουλίνη (Meneilly & Elliott 1999).

Αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ότι οι αυτοάνοσοι παράγοντες και η καταστροφή των β-κυττάρων παίζουν ρόλο στην παθογένεση του διαβήτη σε ένα υποσύνολο ηλικιωμένων με διαβήτη. Αυτοί οι άνθρωποι συχνά έχουν υψηλά επίπεδα κυττάρων νησιδίων και αντισωμάτων GAD, τα οποία αποτελούν δείκτες καταστροφής αυτοάνοσων β-κυττάρων (Zimmet 1999). Η παρουσία αυτών των αντισωμάτων προβλέπει την ανάγκη για ινσουλίνη. Μερικοί εμπειρογνώμονες υποδεικνύουν ότι η δοκιμή αντισωμάτων GAD θα πρέπει να είναι συνήθης πρακτική, καθώς μεγάλο μέρος των ηλικιωμένων ατόμων με διαβήτη έχει κύτταρα κυττάρων νησιδίων και αντισώματα GAD (Zimmet 1999). Άλλοι πιστεύουν ότι η κλινική σημασία αυτών των αντισωμάτων σε ηλικιωμένους ανθρώπους και αν προβλέπουν την ανάγκη για ινσουλίνη ή ρόλο για θεραπείες που τροποποιούν την αυτοάνοση καταστροφή του παγκρέατος δεν είναι ξεκάθαρη (Sinclair & Finucane 1995).

Ωστόσο, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η υποκείμενη μεταβολική ανωμαλία όταν αποφασίζονται οι επιλογές θεραπείας. Για παράδειγμα, οι άπαχοι ηλικιωμένοι έχουν βαθιά εξασθενημένη έκκριση ινσουλίνης που προκαλείται από τη γλυκόζη και ως εκ τούτου η ινσουλίνη είναι η θεραπεία επιλογής (Holt, et al, 2017). Τα παχύσαρκα άτομα χρειάζονται θεραπείες που ενισχύουν τη μεσολαβούμενη από ινσουλίνη απόρριψη γλυκόζης (μείωση της αντίστασης στην ινσουλίνη) όπως η μετφορμίνη (Holt, et al, 2017). Η γλυκόζη μπορεί επίσης να διεγείρει τη δική της πρόσληψη απουσία ινσουλίνης. Αυτό είναι γνωστό ως διαμεσολαβούμενη από τη γλυκόζη απόρριψη γλυκόζης και συμβαίνει υπό συνθήκες νηστείας και στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όπου το 70% της πρόσληψης γλυκόζης λαμβάνει χώρα μέσω αυτού του μηχανισμού. Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως αποτελεσματικότητα της γλυκόζης. Σε υγιείς ηλικιωμένους, η αποτελεσματικότητα της γλυκόζης μειώνεται κατά τη διάρκεια της νηστείας, αλλά είναι φυσιολογική υπό συνθήκες υπογλυκαιμίας. Οι ηλικιωμένοι με διαβήτη έχουν ακόμη μεγαλύτερη δυσλειτουργία της γλυκόζης. Η αιτία αυτών των ανωμαλιών είναι προς το παρόν άγνωστη και μπορεί να γίνει ολοένα και πιο σημαντική στο μέλλον (Holt, et al,

2017).

Ένας σημαντικός παράγοντας για τη διαχείριση του διαβήτη σε ηλικιωμένους ανθρώπους είναι οι αλλαγές στην απόρριψη της ορμονικής αντίδρασης, ιδιαίτερα η γλυκαγόνη και η αυξητική ορμόνη, στην υπογλυκαιμία σε φυσιολογικούς ηλικιωμένους και σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό σε άτομα με διαβήτη. Κατά συνέπεια, τα αυτόματα υπογλυκαιμικά προειδοποιητικά σημάδια μπορεί να μην αναγνωρίζονται (Holt, et al, 2017). Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι έχουν σημαντικά μειωμένη ψυχοκινητική απόδοση κατά τη διάρκεια της υπογλυκαιμίας που τους εμποδίζει να θεραπεύσουν κατάλληλα την υπογλυκαιμία, ακόμη και αν έχουν καταρτιστεί κατάλληλα για την υπογλυκαιμία (Holt, et al, 2017).

2.2.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες και ηλικιωμένοι

Οι παράγοντες του τρόπου ζωής επηρεάζουν εάν ή όχι γενετικά ευαίσθητα άτομα αναπτύσσουν διαβήτη όταν μεγαλώνουν. Ο διαβήτης είναι πιθανότερο να αναπτυχθεί σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που:

- έχουν δίαιτες υψηλές σε απλή ζάχαρη και κορεσμένα λιπαρά που οδηγούν σε παχυσαρκία, υπεργλυκαιμία και υπερλιπιδαιμία. Τέτοιες δίαιτες είναι συχνά ελλιπείς σε σημαντικές βιταμίνες και ιχνοστοιχεία λόγω της παραγωγής ελεύθερων ριζών που συμβάλλουν στη βλάβη των ιστών. Τα αντιοξειδωτικά τρόφιμα που περιέχουν βιταμίνη C και E βελτιώνουν τη δράση της ινσουλίνης και τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Τα συμπληρώματα ψευδαργύρου και μαγνησίου βελτιώνουν επίσης το μεταβολισμό της γλυκόζης (Paolisso et al., 1994).
- Είναι παχύσαρκοι, ειδικά αν έχουν παχυσαρκία.
- Είναι ανενεργά.
- Καταναλώνουν υπερβολικό αλκοόλ, το οποίο προδιαθέτει το άτομο σε διαταραγμένες ασθένειες και υποσιτισμό.

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες μπορούν επίσης να συνεισφέρουν, για παράδειγμα,

σε άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα (Gullitural et al., 2003).

2.2.4 Επιδράσεις των φαρμάκων

Πολλοί ηλικιωμένοι έχουν συνυπάρχουσες ασθένειες και αλληλεπιδρώντες ασθένειες που απαιτούν φάρμακα. Η ίδια η ασθένεια μπορεί να προδιαθέσει το άτομο στις ανωμαλίες της γλυκόζης, για παράδειγμα ασθένειες του θυρεοειδούς και μόλυνσεις. Επιπλέον, πολλά από τα φάρμακα που συνταγογραφούνται συνήθως για τη ρύθμιση των προϋπάρχουσων καταστάσεων και των συνεχών ασθενειών προκαλούν αντίσταση στην ινσουλίνη, όπως τα θειαζιδικά διουρητικά, τα γλυκοκορτικοειδή και ορισμένα αντιψυχωσικά φάρμακα, όπως η ολανζαπίνη, η οποία μπορεί να μην οφείλεται αποκλειστικά στην αύξηση βάρους (Proietto 2004). Η διάγνωση του διαβήτη που σχετίζεται με την ολανζαπίνη συμβαίνει εντός έξι μηνών από την έναρξη της θεραπείας σε 73% των περιπτώσεων. Το βάρος πρέπει να παρακολουθείται και να ενθαρρύνεται ο υγιεινός τρόπος ζωής. Παρόλο που ο διαβήτης φαίνεται να είναι ένας κίνδυνος που σχετίζεται με την ολανζαπίνη, το φάρμακο είναι πιο αποτελεσματικό και καλύτερα ανεκτό από πολλά άλλα αντιψυχωσικά και οι κίνδυνοι και τα οφέλη πρέπει να εξεταστούν προσεκτικά. Η υπεργλυκαιμία συνήθως επιλύεται όταν αποσυρθεί το φάρμακο (Proietto 2004).

2.3 Διάγνωση του διαβήτη σε ηλικιωμένους

Η έγκαιρη ανίχνευση για τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας και η διατήρηση της ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής είναι υποχρεωτική. Η κάλυψη του κόστους υγείας είναι απαραίτητη. Η έγκαιρη διάγνωση απαιτεί υψηλό βαθμό υποψίας και τακτικής εξέτασης, καθώς πολλοί ηλικιωμένοι με καθιερωμένο διαβήτη είναι ασυμπτωματικοί (Sinclair & Finucane 1995). Ωστόσο, πολλοί ηλικιωμένοι εμφανίζουν μόνο μη συγκεκριμένα συμπτώματα τα οποία μπερδεύονται με τη «φυσιολογική γήρανση». Ακόμα και τα κλασικά συμπτώματα ενδέχεται να μην υπάρχουν.

Ο επιπολασμός του διαβήτη, διαγνωσμένος και μη διαγνωσμένος, μετά από 80 χρόνια

ηλικίας μπορεί να φθάσει το 80% (Sinclair & Finucane 1995). Η κατάλληλη θεραπεία μειώνει τη νοσηρότητα και επιτρέπει την κατάλληλη παρηγορητική φροντίδα. Η δοκιμή ανοχής γλυκόζης από του στόματος (OGTT) δεν θα πρέπει να διεξάγεται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που:

- έχουν ήδη μια διάγνωση διαβήτη επειδή μπορεί να οδηγήσουν σε υπεργλυκαιμία και να αυξήσουν τον κίνδυνο υπεργλυκαιμικών βραχυπρόθεσμων επιπτώσεων.

- Έχουθν γλυκόζη στο αίμα νηστείας> 7 mmol / L, ειδικά εάν υπάρχουν συμπτώματα.

- Είναι άρρωστα ή υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις που ενδέχεται να προκαλέσουν μεταβολικό στρες, όπου θα μπορούσαν να ληφθούν ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Η εξέταση θα πρέπει να διεξάγεται μετά την ανάκτηση του ατόμου. Η υπεργλυκαιμία πρέπει να αντιμετωπίζεται υπό αυτές τις συνθήκες.

- Είναι χρόνια υποσιτισμένα, επειδή το άτομο μπορεί να έχει περιορισμένα αποθέματα για να ανταποκριθεί στο άγχος του φορτίου γλυκόζης.

- Είναι στο κρεβάτι για τρεις ή περισσότερες ημέρες (Sinclair & Finucane 1995).

Η διαχείριση των υποκείμενων μεταβολικών ανωμαλιών βελτιώνει σημαντικά το αποτέλεσμα. Οι δοκιμασίες τριχοειδούς γλυκόζης αίματος δεν επαρκούν για την ανίχνευση του διαβήτη και συνιστώνται δείγματα φλεβικού αίματος.

2.3.1 Πρόληψη και έλεγχος

Όλα τα άτομα άνω των 65 ετών θα πρέπει να εξετάζονται τακτικά για τον διαβήτη. Ο έλεγχος στοχεύει στον εντοπισμό ατόμων που πιθανόν να έχουν διαβήτη και μπορεί να επιτευχθεί με μέτρηση του επιπέδου τυχαίας φλεβικής γλυκόζης στο πλάσμα, αλλά δείγματα νηστείας ή OGTT έχουν μεγαλύτερη προγνωστική αξία (WHO 2011). Παρέχουν, ωστόσο, πρόσθετη έμφαση στο άτομο. Δύο διαγνωστικά αποτελέσματα δοκιμών σε δύο ξεχωριστές ημέρες απαιτούνται, εκτός εάν υπάρχουν σαφή συμπτώματα διαβήτη.

Σήμερα διαβήτης είναι γνωστός ως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας

υγείας και είναι η πέμπτη κύρια αιτία θνησιμότητας στον κόσμο (Roglic et al 2000). Στην ασθένεια αυτή δίνεται μεγαλύτερη προσοχή λόγω του υψηλού της επιπολασμού, του επιβαλλόμενου κόστους στα συστήματα υγείας και των διαφόρων αρνητικών επιπτώσεων στους ασθενείς (Dickson 1999). Η υποτονία από χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη οδηγεί στη μείωση του προσδόκιμου ζωής και στην αύξηση των θανάτων, επιβάλλει μεγάλη οικονομική επιβάρυνση στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία και επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου και της οικογένειάς του. (Funnell & Anderson 2004). Έτσι, πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι ο διαβήτης ανήκει στο άτομο και στην οικογένειά του (Heisler 2005, Anderson & Funnell 2005) καθώς η ύπαρξη του ως χρόνια ασθένεια διαταράσσει την οικογενειακή ζωή του ατόμου και τις μελλοντικές προοπτικές (Telford 2006), απειλεί την προσωπική του ανεξαρτησία και δημιουργεί μια αίσθηση να είναι διαφορετική από άλλες (Oki & Hoshi 2004).

2.4 Η πρόκληση της ανάπτυξης αποτελεσματικών συστημάτων περίθαλψης για τους ηλικιωμένους

Τα συστήματα έκτακτης φροντίδας είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική διαχείριση του διαβήτη λόγω της πολύπλοκης φύσης του διαβήτη και των επιπλοκών του. Τα αποτελεσματικά συστήματα φροντίδας ακολουθούν όλο και περισσότερο κατευθυντήριες γραμμές βασισμένες σε αποδεικτικά στοιχεία και φιλοσοφία περίθαλψης που βασίζεται στον καταναλωτή (Sinclair & Barnett 1993). Ο στόχος των συστημάτων φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα με διαβήτη είναι να επιτευχθεί βέλτιστος μεταβολικός έλεγχος για την πρόληψη οξειών και χρόνιων επιπλοκών. Πολλά συστήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για ένα μοντέλο εταιρικής σχέσης στο οποίο το άτομο ενθαρρύνεται να συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του και υποδεικνύει ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι να υποστηρίζουν το άτομο μέσω της εκπαίδευσης και της τακτικής αξιολόγησης (Sinclair & Barnett 1993).

Οι ηλικιωμένοι συχνά έχουν δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες λόγω σωματικών αναπηριών, επιπλοκών διαβήτη και συχνά λαμβάνουν σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο διαβήτη από ό, τι τα ενεργά, κινητά άτομα (Sinclair & Barnett 1993, Gadsby 1994,

Farooqi & Sorrie 1999).

Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η καλύτερη προσέγγιση για τη φροντίδα ηλικιωμένων με διαβήτη. Οι ηλικιωμένοι συχνά αποκλείονται από έρευνες και μελέτες έρευνας που υποστηρίζουν τη σημερινή πρακτική, όπως για παράδειγμα η Μελέτη Διαβήτη του Ηνωμένου Βασιλείου και η Δοκιμή Επιπλοκών Ελέγχου Διαβήτη, λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι ερευνητές στη συνεργασία με ηλικιωμένους (Forbes et al 2002a, 2002b) . Έτσι, η ανάπτυξη αποτελεσματικών συστημάτων φροντίδας για τη στήριξη της φροντίδας του διαβήτη των ηλικιωμένων είναι δύσκολη και σημαντική. Οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση της πρόκλησης.

Ανεξάρτητοι Αδύναμοι Ηλικιωμένοι

Αυτοί οι άνθρωποι ήταν γενικά αρκετά ανεξάρτητοι και ήταν σε θέση να κάνουν τα δικά τους ψώνια και να φροντίσουν την πρόσβαση έξω από τα σπίτια τους ανεξάρτητα. Ωστόσο, θεωρήθηκαν επίσης «εύθραυστοι» εξαιτίας της εκτεταμένης συννοσηρότητάς τους και της παρουσίας επιπλοκών του διαβήτη, ιδιαίτερα της αμφιβληστροειδοπάθειας (Sinclair 2000).

Εξαρτημένοι Αδύναμοι Ηλικιωμένοι

Αυτή η ομάδα είχε επίσης πολλαπλές συννοσηρότητες και εξαρτιόταν από άλλους για σωματική φροντίδα και υποστήριξη. Είχαν εξαιρετική δυσκολία να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες έξω από τα σπίτια τους χωρίς βοήθεια (Sinclair 2000).

Υψηλά Εξαρτώμενοι Αδύναμοι Ηλικιωμένοι

Οι άνθρωποι αυτής της ομάδας είχαν διανοητική και σωματική βλάβη που προκάλουσε γνωστικά προβλήματα και προβλήματα επικοινωνίας, που ήταν η μεγαλύτερη πρόκληση για την παροχή φροντίδας του διαβήτη. Τα ηλικιωμένα άτομα που εξαρτώνται από ευαίσθητα άτομα είναι πιθανό να ζουν σε περιθάλψεις φροντίδας υψηλής εξάρτησης ή να υποστηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στο σπίτι. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι φροντιστές συχνά χρειάζονται υποστήριξη και πρόσβαση σε φροντίδα ανακούφισης (Sinclair 2000).

2.6 Μοντέλα φροντίδας

Τα μοντέλα ασθενείας και αδυναμίας παρέχουν τη βάση για την ανάπτυξη σχεδίων φροντίδας για ηλικιωμένους. Ενώ είναι ακόμη σημαντικό να παρέχεται φροντίδα σε ατομική βάση, τα μοντέλα αυτά μπορούν να ενημερώσουν τον αντικειμενικό χαρακτήρα και το πλαίσιο της περίθαλψης.

Εξαρτημένοι Αδύναμοι Ηλικιωμένοι

Ο πρωταρχικός στόχος της φροντίδας των ηλικιωμένων εξαρτημένων ατόμων είναι να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι που συνδέονται με τον κακό μεταβολικό έλεγχο και τη χρήση φαρμάκων και να προωθηθεί η ποιότητα ζωής. Βασικό στοιχείο φροντίδας σε αυτό το μοντέλο είναι να συμπεριλάβει σημαντικούς άλλους, όπως οι επίσημοι και άτυποι φροντιστές που υποστηρίζουν το άτομο να εκπληρώσει τις καθημερινές του ανάγκες, σε αποφάσεις περίθαλψης διαφορετικά είναι πιθανό ότι η φροντίδα μπορεί να αποτύχει. Η παράδοση φροντίδας σε αυτό το μοντέλο μπορεί να περιλαμβάνει επισκέψεις νοσοκόμου στο σπίτι, είτε από νοσοκόμα της κοινότητας είτε από ειδικευμένο νοσοκόμο για διαβητικούς, ή την παροχή οργανωμένης μεταφοράς σε εγκαταστάσεις ημερήσιας φροντίδας και ραντεβού. Η νοσηλευτική φροντίδα επιτρέπει την πλήρη αξιολόγηση του ατόμου στο περιβάλλον του σπιτιού και βελτιώνει την προσβασιμότητα στη φροντίδα του διαβήτη.

Υψηλά Εξαρτώμενοι Αδύναμοι Ηλικιωμένοι

Ο στόχος της φροντίδας για τους πολύ εξαρτημένους ηλικιωμένους ανθρώπους είναι κατά κύριο λόγο παρηγορητικός για να εξασφαλιστεί η ποιότητα ζωής και να ελαχιστοποιηθούν τα δυσμενή συμπτώματα όπως η υπερβολική δίψα και η πολυουρία. Είναι σημαντικό να ελέγχεται η γλυκόζη του αίματος για να αποφύγετε αυτά τα συμπτώματα και τις οξείες επιπλοκές, όπως η διαβητική κετοξέωση (DKA) ή ο υπεροσμωτικός μη κετοτικός διαβητικός κώνος (HONK). Η φροντίδα θα πρέπει να είναι παρόμοια με εκείνη που παρέχεται σε ηλικιωμένα εξαρτώμενα άτομα Ωστόσο, η φροντίδα παρέχεται συχνά σε ιδρύματα όπως νοσηλευτικό ίδρυμα. Ως εκ τούτου, η

εκπαίδευση του προσωπικού φροντίδας είναι μια σημαντική πτυχή της φροντίδας.

Κεφαλαιο 3^{ο} . Κοινωνικη Εργασια και ηλικωμένοι

Η κοινωνική εργασία είναι ένα επάγγελμα που προάγει την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή και την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού των διαφορών αποτελούν κεντρικό στοιχείο της κοινωνικής εργασίας (Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Εργαζωμένων (IFSW), 2014). Υποστηριζόμενες από θεωρίες κοινωνικής εργασίας, κοινωνικών επιστημών, ανθρωπιστικών επιστημών και γηγενών γνώσεων, κοινωνικής εργασίας δεσμεύει ανθρώπους και δομές για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της ζωής και να βελτιώσει την ευημερία.

Η άσκηση της κοινωνικής εργασίας αντανακλά το ενδιαφέρον της κοινωνίας για τον άνθρωπο και τις ανθρώπινες αξίες, καθώς και τη μέριμνα για την επιβίωση των ατόμων,

των ομάδων και των κοινοτήτων στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το έργο της καθοδηγείται από δύο βασικά ερωτήματα στα οποία και προσπαθεί να δώσει απάντηση: α) πώς ζουν οι άνθρωποι από βιοποριστική άποψη (εισόδημα, στέγαση, σίτιση, ένδυση, υγεία, απασχόληση) και β) πώς ζουν από ψυχοκοινωνική άποψη (διαπροσωπικές σχέσεις, εκπαίδευση, ψυχαγωγία) (Καλλινικάκη, 1998).

Η κοινωνική εργασία βασίζεται στο σεβασμό της έμφυτης αξίας και αξιοπρέπειας όλων των ανθρώπων και στα δικαιώματα που είναι επακόλουθα αυτού.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί θα πρέπει να υπερασπίζονται τη φυσική, ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική ακεραιότητα και ευεξία κάθε ατόμου. Αυτό σημαίνει:

1.Να σέβονται το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης (αυτο-προσδιορισμού). Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί θα πρέπει να σέβονται και να προωθούν το δικαίωμα των ανθρώπων να κάνουν τις δικές τους επιλογές και να παίρνουν τις δικές τους αποφάσεις, ανεξαρτήτως από τις αξίες και τις επιλογές της ζωής τους, αρκεί αυτό να μην απειλεί τα δικαιώματα και τα νόμιμα συμφέροντα των άλλων.

2. Να προωθούν το δικαίωμα της συμμετοχής. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί θα πρέπει να προωθούν την πλήρη εμπλοκή και συμμετοχή των ανθρώπων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες τους, με τρόπους που τους καθιστά ικανούς να είναι ενδυναμωμένοι, ώστε να συμμετέχουν σε όλες τις πλευρές των αποφάσεων και των ενεργειών που επηρεάζουν τη ζωή τους.

3. Να φέρονται σε κάθε άτομο ως μία ολότητα. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί θα πρέπει να ασχολούνται με την ολότητα του προσώπου, της οικογένειας, της κοινότητας, του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος και θα πρέπει να επιδιώκουν την αναγνώριση όλων των πλευρών της ζωής ενός ατόμου.

4. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί θα πρέπει να εστιάζουν στις δυνάμεις όλων των

ατόμων,

ομάδων και κοινοτήτων και κατά αυτό τον τρόπο να προωθούν την ενδυνάμωσή τους (Διεθνής Κώδικας Δεοντολογίας Κοινωνικών Λειτουργών IFSW, 2004).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν την ευθύνη να προωθούν την κοινωνική δικαιοσύνη, σε σχέση με την κοινωνία γενικότερα και σε σχέση με τους ανθρώπους με τους οποίους δουλεύουν. Αυτό σημαίνει:

1. Να αντιπαλεύουν την αρνητική διάκριση. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν την ευθύνη να αντιπαλεύουν τις αρνητικές διακρίσεις στη βάση των χαρακτηριστικών όπως η ικανότητα, ηλικία, κουλτούρα, γένος ή φύλο, οικογενειακή κατάσταση, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, πολιτικές απόψεις, χρώμα δέρματος, φυλετικά ή άλλα φυσικά χαρακτηριστικά, σεξουαλικός προσανατολισμός, ή πνευματικές δοξασίες (πιστεύω).

2. Να αναγνωρίζουν τη διαφορετικότητα. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί θα πρέπει να αναγνωρίζουν και να σέβονται την εθνική και πολιτισμική διαφορετικότητα των κοινωνιών, στις οποίες δρουν λαμβάνοντας υπ’ όψιν τους τις ατομικές, οικογενειακές, ομαδικές και κοινοτικές διαφορές.

3. Να διανέμουν τις πηγές ισότιμα (δίκαια). Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί θα πρέπει να διασφαλίζουν (εξασφαλίζουν) πως οι πηγές που έχουν στη διάθεσή τους διανέμονται δίκαια σύμφωνα με τις ανάγκες.

4. Να προκαλούν (αντιπαλεύουν) τις άδικες πολιτικές και πρακτικές. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν καθήκον να εφιστούν την προσοχή των εργοδοτών τους, σε αυτούς που δημιουργούν πολιτικές, στους πολιτικούς και στο γενικό κοινό, όπου οι πηγές ή η διανομή των πηγών είναι ανεπαρκείς, οι πολιτικές και οι πρακτικές είναι καταπιεστικές, άδικες ή επιβλαβείς.

5. Να δουλεύουν με αλληλεγγύη. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν την υποχρέωση να προκαλούν (αντιπαλεύουν) τις κοινωνικές καταστάσεις που συμβάλλουν (συντελούν)

στον κοινωνικό αποκλεισμό, στιγματισμό ή υποδούλωση και να δουλεύουν με στόχο μια κοινωνία που να τους εντάσσει όλους (Διεθνής Κώδικας Δεοντολογίας Κοινωνικών Λειτουργών IFSW, 2004).

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα αυξανόμενο ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού και αυτή η μετατόπιση πληθυσμού έχει σοβαρές κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές επιπτώσεις για τους ανθρώπους όλων των ηλικιών(Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Εργαζομένων 1999). Είναι γεγονός πως οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν σημαντικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με τις ανάγκες, αλλά και τη σημασία τους. Όπως αναφέρεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το θέμα των ηλικιωμένων αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο κόσμος στον 21ο αιώνα, με δεδομένο ότι στις αναπτυγμένες και στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων, λόγω της επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής και της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων. Στην Ελλάδα το πρόβλημα παρουσιάζεται εντονότερο τα τελευταία χρόνια, αφού οι ηλικιωμένοι από 7.4% που ήταν το 1951 σήμερα καλύπτουν το 12-15% του συνολικού πληθυσμού εξαιτίας του μεγάλου περιορισμού της γονιμότητας (Βανταράκης, 2000).

Οι μεγάλοι ενήλικες συμβάλλουν πολύτιμα στην κοινωνία, τόσο υλικά όσο και άυλα, ενώ οι νέες γενιές επωφελούνται από την εμπειρία τους (Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Εργαζομένων. (1999)). Η αυξημένη μακροζωία και η αυξανόμενη παρουσία ηλικιωμένων ενηλίκων δημιουργούν νέες ευκαιρίες τόσο για ατομική όσο και για κοινωνική ανάπτυξη. Ταυτόχρονα, απαιτούνται κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές, υπηρεσίες και έρευνα για την ενίσχυση της ευημερίας των ηλικιωμένων ενηλίκων και για την εξάλειψη της ηλικίας που εμποδίζει τους ηλικιωμένους να ζουν με αξιοπρέπεια, να αξιοποιούν πλήρως τις δυνατότητές τους και να έχουν πρόσβαση σε πόρους (Εθνική Ένωση Κοινωνικών Εργαζομένων-ΗΠΑ (2006)) . Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι σε θέση να συνεργαστούν με τους ηλικιωμένους ενήλικες για τη δημιουργία και την προαγωγή πολιτικών και προγραμμάτων φιλικών προς τη γήρανση, καθώς και για την παροχή πολιτιστικών ικανοτήτων σε ηλικιωμένους ενήλικες.

Αν και οι ηλικιωμένοι αποτελούν βασικούς πόρους για τις κοινότητές τους,

αντιμετωπίζουν μεγάλο κίνδυνο περιθωριοποίησης καθώς αντιμετωπίζουν συχνά κοινωνική υποτίμηση και φτώχεια όταν εγκαταλείπουν την αγορά εργασίας (Διάσκεψη της Χάγης για το ιδιωτικό διεθνές δίκαιο2000). Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι ενήλικες που αναζητούν υποστήριξη για τη διατήρηση της ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής αντιμετωπίζουν συχνά είτε την έλλειψη κοινωνικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα στις αγροτικές και τις απομακρυσμένες περιοχές, είτε τις υπηρεσίες που έχουν κακή ποιότητα ή δεν ανταποκρίνονται στη γλωσσική και πολιτισμική ποικιλομορφία (Διάσκεψη της Χάγης για το ιδιωτικό διεθνές δίκαιο 2000).

Η πρόσβαση στην παιδεία, την αριθμητική και τη δια βίου μάθηση - προσαρμοσμένη ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες γνωστικές ικανότητες των ηλικιωμένων - διευκολύνει επίσης τη συμμετοχή των ηλικιωμένων στην κοινωνική ανάπτυξη και την απόλαυση της πολιτιστικής ζωής. Οι δραστηριότητες μεταξύ των γενεών, όπως είναι τα προγράμματα εκμάθησης υπηρεσιών στις οποίες οι νεώτερες γενιές καθοδηγούν τους ηλικιωμένους ενήλικες σε δεξιότητες πληροφορικής, ενισχύουν την κοινωνική συνοχή και τη γνώση των ηλικιωμένων. Εξίσου σημαντικό είναι, οι ηλικιωμένοι να εργάζονται ως μέντορες, διαμεσολαβητές και σύμβουλοι, μεταφέροντας τις κοινωνικές, πολιτιστικές και εκπαιδευτικές γνώσεις τους στις νεότερες γενιές. Η βελτίωση των κακών συνθηκών διαβίωσης και των υποδομών στις αγροτικές περιοχές και η εξάλειψη της φτώχειας σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές είναι κρίσιμη. Η φτώχεια στους ηλικιωμένους, όπως και σε άλλες ηλικιακές ομάδες, επιδεινώνει την κοινωνική περιθωριοποίηση, συμβάλλει στην κακή υγεία και την ψυχική υγεία και διαβρώνει την ικανότητα να ζει και να λειτουργεί τόσο ανεξάρτητα όσο και αλληλεξαρτώμενα - όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Οι μεταρρυθμίσεις στην αγορά εργασίας και τα κατάλληλα συνταξιοδοτικά συστήματα ή ισοδύναμα συστήματα συνταξιοδότησης (τα οποία προσαρμόζονται στο βιοτικό επίπεδο κάθε κοινωνίας και είναι διαθέσιμα τόσο σε επίσημους όσο και σε ανεπίσημους τομείς) είναι ουσιώδεις για την εξασφάλιση κοινωνικής και οικονομικής ασφάλειας στην τρίτη ηλικία (Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Εργαζομένων 1999).

Οι προοπτικές, οι οποίες αντιστοιχούν στην αξία της κοινωνικής εργασίας της αυτοδιάθεσης και του πλαισίου προσώπου στο περιβάλλον, αποτελούν το θεμέλιο για

όλες τις προσπάθειες για την προώθηση της υγείας και της ευημερίας σε γηρατειά. Οι κοινωνικοί λειτουργοί διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην υποστήριξη και παροχή υγειονομικής περίθαλψης που επικεντρώνεται στους στόχους, τις ανάγκες και τα πλεονεκτήματα των ηλικιωμένων ενηλίκων και στη δημιουργία κοινωνικών συνθηκών ευνοϊκών για την υγεία και την ευημερία στην τρίτη ηλικία (Εθνική Ένωση Κοινωνικών Εργαζομένων-ΗΠΑ, 2005).

Οι πρωτοβουλίες προώθησης της υγείας προσφέρουν στους ηλικιωμένους και τους ανθρώπους όλων των ηλικιών τις γνώσεις και τα εργαλεία για τη διαχείριση και τη βελτίωση της υγείας τους. Για τους ανθρώπους με αναπηρία, η διατήρηση της μέγιστης λειτουργικής ικανότητας και η πλήρης κοινωνική ένταξη είναι ζωτικής σημασίας.

Ένα ισχυρό εργατικό δυναμικό που ειδικεύεται στην γηριατρική και τη γεροντολογία -περιλαμβανομένων των παραπαγγελματικών και των άτυπων φροντιστών, όπως η οικογένεια και άλλα μέλη της κοινότητας- είναι απαραίτητο για την προώθηση της υγείας και της ευημερίας των ηλικιωμένων ενηλίκων. Αν και οι ιατρικές προόδους έχουν αυξήσει όχι μόνο τη διάρκεια ζωής αλλά και την ποιότητα ζωής πολλών ηλικιωμένων, δεν πρέπει να παραμεληθούν οι ψυχοκοινωνικές πτυχές της γήρανσης - και ο κρίσιμος ρόλος της κοινωνικής εργασίας στην υποστήριξη της ευημερίας των ηλικιωμένων ενηλίκων. Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι μοναδικά προετοιμασμένοι να βοηθήσουν τόσο τους επίσημους όσο και τους άτυπους φροντιστές να κατανοήσουν και να παράσχουν τις κοινωνικές πτυχές της φροντίδας που είναι τόσο σημαντικές για την ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία (Chau, & Edelman,, 2001).

Διασφάλιση και ενεργοποίηση υποστηρικτικών περιβαλλόντων

Η διασφάλιση και η παροχή υποστηρικτικών περιβαλλόντων για τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας απαιτεί την προσοχή σε πέντε παράγοντες:

- ασφαλή, προσβάσιμη και προσιτή στέγαση
- υποστήριξη και ανακούφιση οικογενειακών και άλλων άτυπων φροντιστών
- την πρόληψη και τη μείωση της κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων

- τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση των ηλικιωμένων ατόμων
- και την εξάλειψη του ageism.

Η δράση για την πρόληψη και τη μείωση όλων των μορφών παραμέλησης και κακοποίησης των ηλικιωμένων, μαζί με τη δημιουργία υπηρεσιών υποστήριξης για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, είναι ένας από τους σημαντικότερους στόχους της κοινωνικής εργασίας που ειδικεύεται με την τρίτη ηλικία (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 2002).

Ο WHO (2007) προσδιορίζει ένα ορισμένο παράγοντα κινδύνου για την κακοποίηση ηλικιωμένων:

- **κοινωνική απομόνωση**. η κοινωνική απεικόνιση των ηλικιωμένων ως αδύναμων, αδύναμων και εξαρτημένων. και τη διάβρωση των δεσμών μεταξύ οικογενειακών γενεών. Παρόλο που οι χώρες σε όλο τον κόσμο διαφέρουν σημαντικά στις απαντήσεις τους στην κακοποίηση και την παραμέληση των ηλικιωμένων, τα υπάρχοντα δίκτυα υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών παρέχουν γενικά υπηρεσίες όπως καταφύγια έκτακτης ανάγκης και ομάδες υποστήριξης. Εκπαιδευτικά προγράμματα για την ευαισθητοποίηση σχετικά με το αυξανόμενο πρόβλημα της κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων και για τη μείωση των στερεοτύπων ηλικιωμένων ατόμων είναι απαραίτητα για την πρόληψη της αυξημένης κακοποίησης, της αμέλειας και της εκμετάλλευσης των ηλικιωμένων ενηλίκων.

Καθώς ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνεται σε όλο τον κόσμο, οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν μεγαλύτερη επιρροή στην κοινωνία. Η ενδυνάμωση και η πολιτική συμμετοχή των παλαιότερων γενεών ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών. Οι ηλικιωμένοι σε μερικές χώρες ενεργά και αποτελεσματικά παράγουν και προωθούν πολιτικές και προγράμματα που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους. σε πολλές χώρες, ωστόσο, οι ηλικιωμένοι δεν οργανώνονται και αγωνίζονται να ενσωματώσουν τα συμφέροντά τους σε δημόσιο διάλογο και κοινωνική πολιτική. Οι αρνητικές εικόνες της γήρανσης, στις οποίες οι ίδιοι οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν είναι άνοσοι, συμβάλλουν επίσης στην περιθωριοποίηση των

ηλικιωμένων ενηλίκων. Οι μη κυβερνητικοί οργανισμοί αναλαμβάνουν συχνά την πρωτοβουλία να προωθήσουν την ενδυνάμωση των ηλικιωμένων μέσω προγραμμάτων κοινωνικής ανάπτυξης (Ηνωμένα Έθνη. (2007)). Με την εξέταση και την αντιμετώπιση της ηλικίας τους, οι κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες διαδραματίζουν επίσης βασικό ρόλο στην ενδυνάμωση των ηλικιωμένων ενηλίκων.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι σε μια μοναδική θέση να δημιουργούν, να εφαρμόζουν και να υποστηρίζουν πολιτικές, προγράμματα, υπηρεσίες και έρευνα που ωφελούν τους ηλικιωμένους. Αναγνωρίζοντας ότι η γήρανση του πληθυσμού πλήττει βαθιά όλους τους τομείς της κοινωνίας, στηρίζονται οι ακόλουθες πολιτικές αρχές που προάγουν την ευημερία όλων των ηλικιωμένων ενηλίκων (WHO, 2007):

- Συμμετοχή ηλικιωμένων ενηλίκων στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση προγραμμάτων, πολιτικών και έρευνας για τη γήρανση

- Σεβασμός στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (σωματική, ψυχολογική, κοινωνική, πνευματική και οικονομική) και αυτοδιάθεση

- Υποστήριξη, προστασία και ενίσχυση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, συμπεριλαμβανομένης της εξάλειψης της σωματικής, συναισθηματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, της οικονομικής και υλικής εκμετάλλευσης, της παραμέλησης, της εγκατάλειψης και της αμέλειας.

- εφαρμογή της νομοθεσίας και των συμβάσεων για τα ανθρώπινα δικαιώματα

- Την καθολική και ισότιμη πρόσβαση των ηλικιωμένων ενηλίκων σε προσιτές, ολοκληρωμένες και συντονισμένες υπηρεσίες σε όλους τους τομείς της κοινωνίας, ανεξαρτήτως φυλής, εθνότητας, φύλου, σεξουαλικού προσανατολισμού, ταυτότητας ή έκφρασης φύλου, θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων ή προσχώρησης, σωματική, ψυχολογική ή γνωστική ικανότητα, γεωγραφική θέση ή άλλους παράγοντες ποικιλομορφίας

- Η εξάλειψη των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και των ανισοτήτων υγείας και των συμπεριφορών, πρακτικών και πολιτικών που εισάγουν διακρίσεις που

εμποδίζουν τη συμμετοχή των ηλικιωμένων ενηλίκων στην κοινωνία

- Προώθηση της πλήρους κοινωνικής ενσωμάτωσης των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας -συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με σωματικές, ψυχολογικές και γνωστικές αναπηρίες, ασθένειες και ασθένειες, καθώς και ενδοεθνικών και διεθνών μεταναστών- μέσω της δια βίου μάθησης, της πολιτικής συμμετοχής, των σχέσεων μεταξύ γενεών, τις δραστηριότητες και την αμειβόμενη απασχόληση

- Ασφαλής και προσιτή στέγαση για τους ηλικιωμένους σε κοινοτικό και θεσμικό επίπεδο. φυσική προσβασιμότητα δημόσιων και ευρέως χρησιμοποιούμενων εμπορικών χώρων και υπηρεσιών

- Εισαγωγή, διατήρηση και ενίσχυση δημόσιων, ιδιωτικών και εμπορικών συνταξιοδοτικών συστημάτων που εξασφαλίζουν επαρκές εισόδημα για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών των ηλικιωμένων ενηλίκων. την εξάλειψη της φτώχειας μεταξύ των ηλικιωμένων, ιδίως των ηλικιωμένων γυναικών

- Παροχή φροντίδας υγείας και ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων πρωτοβουλιών προώθησης για την πρόληψη και βελτίωση της σωματικής, ψυχολογικής και νοητικής αναπηρίας και της νόσου, διαταραχές της χρήσης ουσιών και αυτοκτονία μεταξύ των ηλικιωμένων ενηλίκων. πρωτοβάθμια και οξεία περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων αποτελεσματικών φαρμάκων και σεξουαλικής φροντίδας υγείας. υπηρεσίες αποκατάστασης και βοηθητική τεχνολογία · ψυχοθεραπεία και θεραπεία κατάχρησης ουσιών ·

- Παρηγορητική και νοσοκομειακή φροντίδα. και εξειδικευμένες υπηρεσίες γηριατρικής και γεροντολογικής υγείας και ψυχικής υγείας

- Μακροπρόθεσμες υπηρεσίες και υποστήριξη που διατίθενται στο σπίτι, στην κοινότητα και στις εγκαταστάσεις και περιλαμβάνουν εξειδικευμένες υπηρεσίες για ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με νόσο Alzheimer και άλλες γνωστικές διαταραχές που μεγιστοποιούν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και διευκολύνουν τη συνεχή συμμετοχή στην κοινότητα

- Αγορά εργασίας, οικονομική, ψυχοκοινωνική και ανακουφιστική υποστήριξη για οικογενειακούς φροντιστές όλων των ηλικιών

- Ειδική προσοχή στις ανάγκες και τη συμβολή των ηλικιωμένων ενηλίκων σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όπως φυσικές καταστροφές και ανθρωπιστικές κρίσεις

- Προώθηση και επέκταση της παιδείας και της κατάρτισης σε θέματα γεροντολογικής, γηριατρικής και πολιτιστικής επάρκειας για όλους τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, ψυχικής υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών.

- Στρατολόγηση και διατήρηση γεωπονικών και γηριατρικών ειδικών ·

- Ασφαλή εργασιακά περιβάλλοντα, δίκαιες συνθήκες και δίκαιη αποζημίωση για όλους τους εργαζομένους στον τομέα της γήρανσης

- Προώθηση και ενίσχυση του ρόλου της κοινωνικής εργασίας στην κάλυψη των βιοψυχοκοινωνικών αναγκών των ηλικιωμένων ενηλίκων μέσω της πρακτικής, της πολιτικής, της έρευνας και της υπεράσπισης.

3.1 Εκπαίδευση και πρόληψη

Η εκπαίδευση αποτελεί βασική στρατηγική για την αντιμετώπιση της ασθένειας (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 2005). Κατά συνέπεια:

• Έχει αποδειχθεί ότι οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να ξεκινήσουν από μικρή ηλικία και πρέπει να στοχεύουν, να σέβονται τις μοναδικές ανάγκες των πληθυσμών που διατρέχουν κίνδυνο και να συνοδεύονται από φροντίδα, υποστήριξη παρεμβάσεων (Οργανισμός Ηνωμένων Πολιτειών για τη Διεθνή Ανάπτυξη (USAID) 2001)).

• Οι χώρες με ποιοτικά προγράμματα εκπαίδευσης, πρόληψης και φροντίδας συχνά εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά αύξουσας ίασης με αποτέλεσμα να μέχει σε σταθερά , χαμηλά επίπεδα (Αμερικανική Ένωση για την Παγκόσμια Υγεία (AAWH) 2001). Η εκπαίδευση πρέπει να απευθύνεται τόσο σε παρόχους όσο και σε καταναλωτές υπηρεσιών.

• Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να υποστηρίζουν την ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων που περιλαμβάνουν εκπαιδευτικές στρατηγικές και στρατηγικές πρόληψης που ικανοποιούν τις ανάγκες διαφόρων πληθυσμιακών τμημάτων της κοινωνίας.

• Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να υποστηρίζουν επαρκή στελέχωση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και των αναγκαίων υποδομών μέσω ενισχυμένης βοήθειας από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, ώστε να εξασφαλίζεται η κατάρτιση και η συνεχής εκπαίδευση που απευθύνονται σε όλους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας Αυτές οι προσπάθειες πρέπει να βασίζονται σε γνώσεις έρευνας και πρακτικής που είναι οι πλέον κατάλληλες για την κάλυψη της μοναδικής ανάγκης των τοπικών κοινοτήτων.

• Η εκπαίδευση στην κοινωνική εργασία πρέπει να περιλαμβάνει προγράμματα σπουδών που αφορούν τον Διαβήτη Τύπου ΙΙ από την οπτική των βασικών αξιών του επαγγέλματος (Εθνική Ένωση Κοινωνικών Εργαζομένων 2003). Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν την ευθύνη να ενημερώνουν συνεχώς τις γνώσεις τους για όλες τις πτυχές του Διαβήτη, συμπεριλαμβανομένων των νέων στρατηγικών πρόληψης, των μοντέλων θεραπείας και φροντίδας, των φαρμάκων, της έρευνας και των πολιτικών.

3.2 Περιεκτική Φροντίδα και Θεραπεία

Το IFSW υποστηρίζει την πρόσβαση σε προσιτές υπηρεσίες που βασίζονται σε μια συνεχή φροντίδα για άτομα που έχουν πάσχουν από Διαβήτη. Λόγω του εύρους των ψυχοκοινωνικών και πολιτιστικών θεμάτων που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και ψυχικής υγείας των ατόμων που ζουν και επηρεάζονται από τον Διαβήτη, η IFSW ενθαρρύνει τις προσπάθειες για:

• Υποστήριξη και να άσκηση πίεσης για πιο δίκαιη και δίκαιη κατανομή πόρων, υπηρεσιών και δομών υποστήριξης παγκοσμίως, και ιδιαίτερα για την παροχή φαρμάκων.

• Εξασφάλιση ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν πρόσβαση στην ψυχική υγεία και στην υγεία /

υπηρεσίες υγείας συμπεριφοράς ανεξάρτητα από την ικανότητα πληρωμής.

• Προστασία των ευάλωτων ομάδων (παιδιά και νέοι) με την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στα παιδιά που πάσχουν από Διαβήτη.

• Ενθάρρυνση της εφαρμογής των υπηρεσιών εθελοντικής παροχής συμβουλών και δοκιμών (VCT) και να διασφαλίζουν ότι είναι προσβάσιμες και είτε δωρεάν είτε οικονομικά προσιτές σε περιοχές με χαμηλή κατανάλωση πόρων.

• Να υιοθετήσουν οικονομικά προσιτά προγράμματα πρόληψης, θεραπείας και περίθαλψης που είναι προσαρμοσμένα ώστε να προσεγγίζουν όλα τα άτομα που πάσχουν από Διαβήτη, ιδιαίτερα εκείνα των οποίων η γλώσσα, ο πολιτισμός ή το καθεστώς μετανάστευσης ενδέχεται να περιορίσουν την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες ή να τα υποστούν καταπιεστικές και διακριτικές καταστάσεις (Αμερικανική Ένωση για την Παγκόσμια Υγεία (AAWH) 2001).

3.3 Συνεργασίες με άτομα που πάσχουν από Διαβήτη Τύπου II

Η Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Εργαζομένων (IFSW) είναι το παγκόσμιο όργανο για το επάγγελμα. Η Ομοσπονδία και τα εθνικά της μέλη επιδιώκουν την κοινωνική δικαιοσύνη, τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιώσιμη κοινωνική ανάπτυξη χωρίς αποκλεισμούς, μέσω της προώθησης βέλτιστων πρακτικών κοινωνικής εργασίας και εμπλοκής στη διεθνή συνεργασία.
Είναι ένας παγκόσμιος οργανισμός που αγωνίζεται για την κοινωνική δικαιοσύνη, τα ανθρώπινα δικαιώματα και την κοινωνική ανάπτυξη μέσω της προώθησης της κοινωνικής εργασίας, των μοντέλων βέλτιστης πρακτικής και της διευκόλυνσης της διεθνούς συνεργασίας.

Το IFSW υποστηρίζει την αρχή ότι τα άτομα που πάσχουν από Διαβήτη Τύπου ΙΙ είναι ζωτικής σημασίας πόρος για την πρόληψη (Αμερικανική Ένωση για την Παγκόσμια Υγεία (AAWH) 2001). Συνεπώς, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει:

• Να συμμετέχουν σε σεβαστές επαγγελματικές συνεργασίες με ανθρώπους που ζουν με Διαβήτη, λαμβάνοντας δεόντως υπόψη τις βασικές αξίες της κοινωνικής εργασίας όπως η αυτοδιάθεση, η αξιοπρέπεια και η αξία του ατόμου.

• Να εργαστούν σε συνεργασία με ανθρώπους που ζουν με τον Διαβήτη για να αναπτύξουν προγράμματα που ενθαρρύνουν το άνοιγμα, την αποκάλυψη όπου χρειάζεται και την ανταλλαγή εμπειριών για τη ζωή με την ασθένεια αυτή.

• Να εργαστούν με τα άτομα που ζουν με τα άτομα με ειδικές ανάγκες και τις οργανώσεις αυτοβοήθειας και τα δίκτυά τους και να παρέχουν βοήθεια όπου χρειάζεται.

3.4 Η Χρησιμότητα της Κοινωνικής Εργασίας στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων

Ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στη συναισθηματική αποφόρτιση του ασθενή και μέσω της ψυχοκοινωνικής ενδυνάμωσης στην κατανόηση, επεξεργασία και ορθή διαχείριση των συναισθημάτων που παράγονται. (Δημόπουλος , 2013)

Ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στη συναισθηματική αποφόρτιση του ασθενή και μέσω της ψυχοκοινωνικής ενδυνάμωσης στην κατανόηση, επεξεργασία και ορθή διαχείριση των συναισθημάτων που παράγονται. Μειώνει βαθμιαία την ισχύ των παρατεταμένων εξάρσεων άρνησης, απορροφώντας τους κραδασμούς των σπασμωδικών συμπεριφορικών παρεκκλίσεων. Οδηγεί στην αναγκαία παραδοχή, ότι δηλ. υφίσταται η ασθένεια. Βοηθάει στο να αντιμετωπίσει με ρεαλιστικό τρόπο ο ασθενής και κατ' επέκτασην το στενό οικογενειακό περιβάλλον του, την προοπτική της θεραπευτικής διαδικασίας που θα διεξαχθεί εντός της μονάδος, επεξηγώντας και αναλύοντας ταυτόχρονα τους επιμέρους στόχους. (Δημόπουλος , 2013)

Οι μέθοδοι ψυχοκοινωνικής υποστήριξης βοηθούν τον ασθενή να ανακαλύψει εσωτερικές δυνάμεις και να τις αντλήσει προκειμένου να επιτευχθεί η όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης του. Σε ευδόκιμο χρονικό διάστημα κατασκευάζονται οι αναγκαίοι δίαυλοι επικοινωνίας αφ' ενός με τον νεοεισελθόντα

ηλικιωμένο ασθενή και με τους οικείους του, οι οποίοι θα αποτελέσουν το μέσο για την εμπέδωση ενός κλίματος εμπιστοσύνης, αλληλοσεβασμού και αμφίπλευρης συνεργασίας. (Δημόπουλος , 2013)

Ακολούθως διενεργείται συλλογή στοιχείων που συνθέτουν το κοινωνικό ιστορικό του ασθενούς και σκιαγραφούν το κοινωνικό προφίλ εκείνου και της οικογένειας του. Συντάσσονται εκθέσεις κοινωνικής έρευνας, οι οποίες εκτιμούν πρωτογενώς την κατάσταση, δίνοντας παράλληλα κατευθυντήριες γραμμές για τον πρέποντα χειρισμό του ατόμου. Οι εκθέσεις αυτές αποτελούν σημαντικό εργαλείο συνδρομής στο διεπιστημονικό έργο και φυλάσσονται ως απόρρητες αποκλειστικά από τη διεύθυνση της μονάδος. (Δημόπουλος , 2013)

Εστιάζοντας στον ηλικιωμένο που χρειάζεται φροντίδα .

- Βοηθά τον ηλικιωμένο ασθενή να προσαρμοστεί στο νέο περιβάλλον διαβίωσης και θεραπείας.
- Ενημερώνει και προετοιμάζει το νεοεγκατασταθέν μέλος να συμπορευτεί με το πρόγραμμα και εν γένει τη λειτουργία της μονάδος.
- Εντοπισμός και ανίχνευση των ιδιαίτερων αναγκών του σε τομείς όπως η ικανοποίηση των γενικότερων βιολογικών αναγκών, του τρόπου σίτισης, του τρόπου λήψης φαρμακευτικών σκευασμάτων κ.α.
- Ενισχύει τους μηχανισμούς κοινωνικοποίησης, ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή σε συλλογικές διαδικασίες, π.χ. συζητήσεις, δημιουργική απασχόληση κ.α.
- Προετοιμάζει το ηλικιωμένο άτομο να ενταχθεί ομαλώς και να προσαρμοστεί στο πλαίσιο λειτουργίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Στοχεύει στο να καθησυχάσει τον ασθενή και να τον βοηθήσει να συμφιλιωθεί με το γεγονός ότι πρέπει να παρέλθει ένα χρονικό διάστημα, στο οποίο θα εξελιχθεί η θεραπεία του, ενθαρρύνοντάς τον να εξαλείψει βαθμιαία τις τάσεις φυγής.
- «Ρυθμίζει» την ψυχολογική και συναισθηματική κατάστασή του. Μετριάζει το – ως είναι φυσιολογικό – μεγιστοποιημένο άγχος, την κυρίαρχη αμφιβολία και την επιφυλακτικότητα απέναντι στα άτομα που συνυπάρχουν στο χώρο, στις παρεχόμενες υπηρεσίες και στον τρόπο θεραπείας.
- Επιδεικνύει ιδιαίτερο ζήλο απέναντι στην προάσπιση των δικαιωμάτων του και τη

θωράκισή τους με απόλυτο σεβασμό και υψηλό αίσθημα ευθύνης στη διαφύλαξη της «ιδιωτικότητάς» τους, της αξιοπρέπειάς τους και της ισότιμης μεταχείρισης.

Συνεργασία με στενό, οικογενειακό περιβάλλον .

- Διενεργεί διάλογο, με σκοπό την αγαστή συνεργασία με τα μέλη της οικογενείας ή τους άμεσα εμπλεκόμενους με τη φροντίδα και την ευρύτερη κάλυψη των αναγκών του ασθενούς, για την αποδοχή της ισχύουσας κατάστασης και την αντιμετώπιση των παράπλευρων προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένεια.
- Μία ασθένεια ή ένα πρόβλημα υγείας, δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να αφήσει ανεπηρέαστη μία οικογένεια. Ως εκ τούτου, πολλές είναι οι φορές που είναι επιβεβλημένη μία σειρά συναντήσεων με τους εμπλεκόμενους συγγενείς για τη σταδιακή ψυχοσυναισθηματική αποφόρτισή τους.
- Τονώνει το ηθικό με συνεχείς «ενέσεις» ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και συμβουλευτικής, καθώς ακόμη και μετά την εισαγωγή του αγαπημένου προσώπου τους, οι συγγενείς διακατέχονται από τύψεις και σε πολλές περιπτώσεις «αυτοτιμωρούνται» για την επιλογή τους. Ενεργοποιεί την εσωτερική διεργασία αναστροφής της πτωτικής πορείας της ψυχολογικής κατάστασης τους και την σταδιακή απαγκίστρωση από τις προαναφερόμενες τύψεις.
- Προβαίνει σε διατύπωση προτροπών και παραινέσεων για ανασύνταξη των εσωτερικών δυνάμεων τους, καθώς είναι επιβεβλημένο οι ίδιοι να είναι εκείνοι που κατά την επίσκεψή τους στο χώρο του ασθενούς, να είναι σε θέση να τον στηρίζουν ψυχολογικά κι όχι, γνωστοποιώντας το πρόβλημά τους να εκμαιεύουν ανάλογη υποστήριξη από τον ηλικιωμένο ασθενή.
- Διευκολύνει την επικοινωνία της οικογένειας και του ασθενή με τα υπόλοιπα τμήματα της μονάδος π.χ. ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό ή την ίδια τη διεύθυνση, σε περίπτωση που δεν υπάρχει απευθείας επικοινωνία και συνεργασία.
- Σε συνεργασία με τη διεύθυνση της μονάδας, βοηθά για την παραπομπή και διασύνδεση των ιδίων με δημοσίου χαρακτήρα υπηρεσίες, για την εξυπηρέτησή τους, σχετικά με ζητήματα ενδεχόμενης λήψης επιδομάτων, ενημέρωσης επί ασφαλιστικών θεμάτων κ.α.

Η κοινωνική εργασία και η στελέχωση μίας Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων από λειτουργούς της, είναι σήμερα ένα από τα συστατικής σημασίας συγκριτικά πλεονεκτήματα για την ανάδειξή της και την περαιτέρω εξέλιξή της, μέσα σε ένα περιβάλλον που κυριαρχείται από ανηλεή ανταγωνισμό. Παράλληλα για τον ασθενή και τα αγαπημένα του πρόσωπα ένας ατόφιος "healthcaregiver" όπως ο Κοινωνικός Λειτουργός, είναι ο καλύτερος ακροατής των ανησυχιών που ανακύπτουν και ο πολυτιμότερος συμπαραστάτης στον μαραθώνιο αγώνα τους. (Δημόπουλος , 2013)

Κεφάλαιο 4^{ο} Μέθοδος και Υλικό

4.1 Στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα

Ο σκοπός της μελέτης που παρουσιάζεται στην παρούσα εργασία είναι να εξεταστεί η επίδραση που έχει η ύπαρξη διαβήτη τύπου ΙΙ στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Οι ηλικιωμένοι είναι μια ποικιλόμορφη ομάδα που μπορεί να χωριστεί χρονολογικά στα εξής:

- Νέοι ηλικιωμένοι 55-74 ετών.
- Μέσης ηλικίας ηλικιωμένοι 75-79 ετών.
- Μεγάλης ηλικίας ηλικιωμένοι, πάνω από 80 ετών(Hammond & Jilek, 2003).

Στην παρούσα εργασία, βάση της κατάταξης των Hammond & Jilek, (2003) επιλέχθηκε να υπάρξει μια εστίαση στους ηλικιωμένους με ηλικίες από 55 και άνω ετών, καθώς το όριο (σύμφωνα με τα παραπάνω) για να αναγνωρίζεται κάποιος ως ηλικιωμένος είναι σε όλες τις περιπτώσεις τα 55 έτη.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας που παρουσιάζεται στην παρούσα εργασία είναι οι ακόλουθοι:

- Η διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν καθημερινά και ψυχοσυναισθηματικά οι ηλικιωμένοι με διαβήτη τύπου ΙΙ
- Η διερεύνηση της ανταπόκρισης των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας στα ζητήματα που οι ηλικιωμένοι με διαβήτη τύπου ΙΙ αντιμετωπίζουν
- Η διερεύνηση της ανταπόκρισης του κοινωνικού συνόλου και του οικογενειακού δικτύου στα ζητήματα που οι ηλικιωμένοι με διαβήτη τύπου ΙΙ αντιμετωπίζουν

Με βάση την βιβλιογραφική επισκόπηση που παρουσιάστηκε, τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας τα ακόλουθα:

ΕΕ 1: Ποια η άποψη των ηλικιωμένων ατόμων με διαβήτη τύπου ΙΙ σχετικά με την

αντιμετώπιση από τον κοινωνικό τους περίγυρο

ΕΕ 2: Ποια η ανταπόκριση των δομών υποστήριξης στις ανάγκες των ηλικιωμένων με διαβήτη τύπου ΙΙ

ΕΕ 3: Ποιες οι συνέπειες του διαβήτη τύπου ΙΙ στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων;

4.2 Μέθοδος

Δειγματοληψία είναι η συλλογή παρατηρήσεων από ένα δείγμα, δηλαδή ένα μέρος των ατόμων του πληθυσμού (Visser et. al; 2000). Η δειγματοληπτική μέθοδος την οποία θα ακολουθήσουμε σε μια έρευνα αποτελεί την βάση της αξιοπιστίας την οποία θα παρουσιάσουν τα τελικά αποτελέσματα. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι κατασκευής δείγματος. Ανεξαρτήτως μεθόδου ο επιδιωκόμενος αντικειμενικός σκοπός παραμένει πάντα ο ίδιος: "Η αντιπροσωπευτικότατα του δείγματος". Το πόσο καλά ένα δείγμα αντιπροσωπεύει τον πληθυσμό εξαρτάται από το δειγματοληπτικό πλαίσιο (sample frame), το μέγεθος του δείγματος (sample size) και το σχεδιασμό της διαδικασίας συλλογής (selection procedure). (Visser et. al; 2000). Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε να λάβει χώρα μια ποσοτική έρευνα, ώστε (Visser et. al; 2000):

- Το δείγμα να είναι αρκετά μεγάλο ώστε να μπορεί να υπάρχει μια προβολή των αποτελεσμάτων της έρευνας στον πληθυσμό των ατόμων μεγάλης ηλικίας που έχουν διαγνωστεί με διαβήτη τύπου ΙΙ. Η ποιοτική έρευνα αφορά σε συνεντεύξεις που συνήθως απαιτούν σημαντικά μεγαλύτερο χρόνο και συνεπώς το δείγμα περιορίζεται σημαντικά.

- Τα αποτελέσματα να είναι άμεσα συγκρίσιμα και να είναι εφικτή η χρήση μεθόδων επαγωγικής στατιστικής για την εξακρίβωση συσχετίσεων και μεταβολών μεταξύ του τρόπου απάντησης των συμμετεχόντων. Στην περίπτωση της ποιοτικής ανάλυσης η διερεύνηση για την εξακρίβωση συσχετίσεων ή διαφορετικού τρόπου απάντησης μεταξύ των συμμετεχόντων επαφίεται στην ανάλυση του ερευνητή και μόνο, κάτι που μπορεί να επηρεαστεί από τις δικές του

απόψεις- αντιλήψεις (bias).

4.3 Εργαλείο Έρευνας

Στην παρούσα εργασία, η συλλογή δεδομένων έλαβε χώρα με την χρήση ερωτηματολογίου το οποίο διανεμήθηκε σε άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών (χωρίς ανώτερο όριο ηλικίας) που πάσχουν από διαβήτη τύπου ΙΙ. Το δείγμα αναζητήθηκε μέσω ενδοκρινολόγων που διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία , όπου και πραγματοποιήθηκε μια πρώτη επαφή μέσω αυτών. Η παράδοση των ερωτηματολογίων έλαβε χώρα στα ιατρεία είτε από τους ιατρούς, είτε από την γραμματεία των ιατρείων ώστε να μην διαβάλλεται το ιατρικό απόρρητο σε ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια της έρευνας (ηλικία μεγαλύτερη των 55 ετών) με τυχαίο τρόπο (τυχαία δειγματοληψία). Όσον αφορά στο ιατρικό απόρρητο, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικώς αλλά και γραπτώς μέσω σχετικού εισαγωγικού μηνύματος στο έντυπο προς συμπλήρωση (εργαλείο έρευνας). Συνολικά συμπληρώθηκαν 50 ερωτηματολόγια από τους ίδιους του συμμετέχοντες, χωρίς την απαίτησή αναγραφής προσωπικών δεδομένων που θα μπορούσαν να αποκαλύψουν τον εκάστοτε συμμετέχοντα (ονοματεπώνυμο, ΑΜΚΑ, κ.α.). Η έρευνα διήρκεσε χρονική περίοδο δύο εβδομάδων στο τέλος της οποίας οι ερευνήτριες συνέλεξαν τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από τα ιατρεία των θεραπόντων.

Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α) σχεδιάστηκε για τη συλλογή των κατάλληλων και απαραίτητων δεδομένων για την επίτευξη του σκοπού αυτής της έρευνας. Για την δημιουργία του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν/ τροποποιήθηκαν αντίστοιχα ερωτηματολόγια από έρευνες που βρίσκονται δημοσιευμένες στην αντίστοιχη βιβλιογραφία:

- Το ερωτηματολόγιο που εισήγαγε ο Jeavons D.(Jeavons, 2006)
- Το ερωτηματολόγιο που εισήγαγε ο Tomlin A. E. (Tomlin, 2011)
- Το WHOHQL που εισήγαγε ο WHO(WHOHQL, 1998)

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας περιελάμβανε συνολικά 4 ερωτήματα σχετικά με τα

κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία του συμμετέχοντα (φύλλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και αριθμός τέκνων) και ένα που αφορούσε το ιστορικό του ως ασθενή με διαβήτη τύπου ΙΙ (έτη που είναι διαγνωσμένος/η με διαβήτη τύπου ΙΙ). Το κύριο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε συνολικά 50 ερωτήματα που αφορούσαν στους δείκτες που περιλαμβάνονται και εξετάζονται μέσω του εργαλείου έρευνας. Τα περισσότερα από τα ερωτήματα δομήθηκαν σε δηλώσεις χρησιμοποιώντας μια μορφή της κλίμακας τύπου Likert. Οι συμμετέχοντες απαντούσαν στις ερωτήσεις αυτές σε μια κλίμακα πέντε βαθμών στο βαθμό που συμφωνούν ή διαφωνούν με κάθε δήλωση.

Οι δείκτες που εξετάστηκαν είναι οι ακόλουθοι. Το τελικό σκορ για τον εκάστοτε δείκτη υπολογίζεται από το σύνολο των σκορ (αριθμητικό μέσος όρος) των απαντήσεων των επιμέρους ερωτήσεων.

- Δείκτης ποιότητας ζωής. (Ερωτήσεις 1, 2)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις δραστηριότητες (Ερωτήσεις 3,4, 36, 38,39, 40)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εργασιακή ζωή (Ερωτήσεις 5)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στη μετακίνηση (Ερωτήσεις 6,7)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις διακοπές (Ερωτήσεις 8)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην φυσική υγεία (Ερωτήσεις 9,10)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην οικογενειακή ζωή (Ερωτήσεις 11,12, 37)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην κοινωνική ζωή (Ερωτήσεις 13,14)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις στενές προσωπικές σχέσεις (Ερωτήσεις 15,16)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην ερωτική ζωή (Ερωτήσεις 17,18)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εξωτερική εμφάνιση (Ερωτήσεις 19,20)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην αυτοπεποίθηση (Ερωτήσεις 21,22,23,24, 41)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις αντιδράσεις των άλλων (Ερωτήσεις 25,26)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στα συναισθήματα για το μέλλον (Ερωτήσεις 27,28)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην οικονομική κατάσταση (Ερωτήσεις 29,30)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις συνθήκες διαβίωσης (Ερωτήσεις 31,32)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εξάρτηση από τους άλλους (Ερωτήσεις 33)
- Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην ελευθερία κατανάλωσης φαγητού - ποτού (Ερωτήσεις 34,35)

- Δείκτης Ικανοποίησης από Κοινωνικές και Θεραπευτικές Δομές (ερωτήσεις 42,43)

4.3.1 Ερευνητική διαδικασία

Πριν από τη διεξαγωγή της επίσημης έρευνας, πραγματοποιήθηκε μια πιλοτική έρευνα 10 ερωτηματολογίων, με σκοπό να εξακριβωθεί η λειτουργικότητα και η κατανόηση του μεθοδολογικού εργαλείου. Εξετάστηκε εάν η ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας ήταν διατυπωμένη με σαφήνεια, εάν οι ερωτήσεις ήταν σαφείς και η συντακτική διάρθρωση ήταν σωστή.

Ο αριθμός των 10 ερωτηματολογίων της πιλοτικής έρευνας δεν αποτέλεσε μέρος της κύριας έρευνας και συνεπώς δεν εμπεριέχεται στη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

4.3.2 Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας

Για να θεωρηθεί μια έρευνα πετυχημένη είναι αναγκαίο να διασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου. Με τον όρο εγκυρότητα εννοούμε την ιδιότητα της κλίμακας να μετρά αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά (Ψαρού και Ζαφειρόπουλος, 2004).

Στη συγκεκριμένη έρευνα, το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήματα, τα οποία εξέταζαν λεπτομερώς το κύριο μέρος της μελέτης. Στην περίπτωσή μας, το ερευνητικό εργαλείο διερευνούσε όλες τις πλευρές σχετικά με το θέμα και περιελάμβανε πρόσθετες ερωτήσεις όπως φύλο, ηλικία, οικονομική κατάσταση κ.α. για τη λήψη περαιτέρω πληροφοριών.

Ο όρος αξιοπιστία ενός στατιστικού εργαλείου αφορά στο κατά πόσο τα ευρήματά του χαρακτηρίζονται από επαναληψιμότητα, δηλαδή, το κατά πόσο τα εξαγόμενα αποτελέσματα παραμένουν σταθερά αν η έρευνα γίνει σε επόμενη χρονική στιγμή ή αν οι απαντήσεις παραμένουν σταθερές, ακόμα και αν αλλάξει η διατύπωση των ερωτήσεων (Ψαρού και Ζαφειρόπουλος, 2004).

Η αξιοπιστία είναι το πρώτο χαρακτηριστικό που θα πρέπει να διαθέτει ένα εργαλείο μέτρησης και αναφέρεται στη σταθερότητα που εμφανίζει σε διαδοχικές μετρήσεις. Δηλαδή, ένα εργαλείο μέτρησης θεωρείται αξιόπιστο, όταν σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στο ίδιο δείγμα και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές εμφανίζονται σταθερά τα ίδια αποτελέσματα.

Θέλοντας να ελεγχθεί η αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου έγινε χρήση της μεθόδου έλεγχος-επανέλεγχος, για την εφαρμογή της οποίας πραγματοποιούνται δύο δειγματοληπτικές έρευνες, σε διαδοχικές χρονικές στιγμές, σε ένα σύνολο ερωτώμενων. Δηλαδή, η αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου διερευνήθηκε μέσω της διενέργειας πιλοτικής έρευνας, με τη συμπλήρωση ενός μικρού αριθμού ερωτηματολογίων. Στη συνέχεια, στην έρευνα που ακολούθησε, παρατηρήθηκαν ίδιες απαντήσεις και ίδια αποτελέσματα. Επίσης, υπήρξαν παρόμοια αποτελέσματα στην έρευνα που είχε πραγματοποιήσει ο κ. Μωυσίδης το 2002 με τους συνεργάτες του (Μωυσίδης και συν., 2002).

4.4 Δείγμα

Το τελικό δείγμα που έλαβε μέρος στην έρευνα αποτελούνταν από 50 ασθενείς στην εξεταζόμενη ηλικιακή ομάδα ασθενών με διαβήτη τύπου ΙΙ (άνω των 55 ετών). Τα σχετικά δημογραφικά στοιχεία του δείγματος παρουσιάζονται στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων.

4.5 Μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων

Η επεξεργασία τω δεδομένων έλαβε χώρα με την χρήση του λογισμικού SPSSv.22.0 της IBM, όπου για να γίνει αυτό πήραμε βοήθεια από ειδικό της χρήσης του λογισμικού αυτού, με σκοπό τα αποτελέσματα να είναι ακριβή και σωστά. Η ανάλυση των δεδομένων αφορούσε τόσο στην περιγραφική στατιστική ανάλυση τους (μέσος όρος, τυπική απόκλιση, συχνότητες), όσο και στην επαγωγική στατιστική ανάλυση (έλεγχος συσχετίσεων με βάση δημογραφικά στοιχεία, ανάλυση διακύμανσης (ANOVA),

σύγκριση μέσων όρων (independent sample t-test)) (Visser et. al; 2000).

4.5.1 Αναλυση Της Διακυμανσης (Anova)

Η ανάλυση της διακύμανσης (ANalysis Of VAriance – ANOVA) είναι μία στατιστική μέθοδος με την οποία η μεταβλητότητα που υπάρχει σ' ένα σύνολο δεδομένων διασπάται στις επιμέρους συνιστώσες της με στόχο την κατανόηση της σημαντικότητας των διαφορετικών πηγών προέλευσής της (Visser et. al; 2000). Η ανάπτυξη της μεθοδολογίας οφείλεται στον θεμελιωτή της σύγχρονης στατιστικής επιστήμης, Άγγλο στατιστικό Sir Ronald Aylmer Fisher (1890-1962). Στην πραγματικότητα η ANOVA περιλαμβάνει μία ομάδα στατιστικών μεθόδων κατάλληλων για την ανάλυση δεδομένων που προκύπτουν από πειραματικούς σχεδιασμούς.

Τα δεδομένα ενός δείγματος ανάλογα με την προέλευσή τους διακρίνονται σε παρατηρήσεις (observational sampling) ή σε πειραματικά (designed sampling) (Visser et. al; 2000). Στην πρώτη κατηγορία ο στατιστικός ερευνητής απλώς παρατηρεί τις τιμές που εμφανίζονται χωρίς να έχει δυνατότητα επέμβασης στις αντίστοιχες μεταβλητές. Αντίθετα στη δεύτερη κατηγορία ο στατιστικός ερευνητής προσπαθεί να ελέγξει τα επίπεδα μιας ή περισσότερων ανεξάρτητων (independent) μεταβλητών προκειμένου να προσδιορίσει την επίδραση που έχουν πάνω στην υπό μελέτη μεταβλητή που καλείται εξαρτημένη (dependent) απόκριση (response).

Στόχος κάθε στατιστικού πειράματος είναι ο προσδιορισμός της επίδρασης μιας η περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών πάνω στην απόκριση. Οι μεταβλητές αυτές αναφέρονται συνήθως ως παράγοντες (factors) και μπορεί να είναι είτε ποσοτικές είτε ποιοτικές (Visser et. al; 2000). Για παράδειγμα, θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνήσουμε την επίδραση που έχει ο ποιοτικός παράγων "φύλο" στη βαθμολογία της στατιστικής ή ο ποσοτικός παράγων "πλήθος καταστημάτων πώλησης" στον όγκο των πωλήσεων. (Visser et. al; 2000)

4.5.2 Έλεγχος Σημαντικότητας

Στη στατιστική δοκιμασία υποθέσεων, ένα αποτέλεσμα έχει στατιστική σημασία όταν είναι πολύ απίθανο να έχει συμβεί, δεδομένης της μηδενικής υπόθεσης. Πιο συγκεκριμένα, το επίπεδο σημαντικότητας που ορίζεται για μια μελέτη «α» είναι η πιθανότητα της μελέτης να απορρίπτει την μηδενική υπόθεση, δεδομένου ότι ήταν αληθής. Η p-τιμή ενός αποτελέσματος, είναι η πιθανότητα λήψης ενός αποτελέσματος που είναι τουλάχιστον τόσο ακραίο, δεδομένου ότι η μηδενική υπόθεση ήταν αληθής. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό, σύμφωνα με τα πρότυπα της μελέτης, όταν $p < \alpha$ (Visser et. al; 2000).

Το επίπεδο σπουδαιότητας για μια μελέτη επιλέγεται πριν από τη συλλογή δεδομένων και συνήθως ορίζεται στο 5% ή πολύ χαμηλότερα, ανάλογα με το πεδίο μελέτης. Σε κάθε πείραμα ή παρατήρηση, που περιλαμβάνει τη λήψη δείγματος από έναν πληθυσμό, υπάρχει πάντοτε η πιθανότητα ότι μια παρατήρηση συμβαίνει μόνο εξαιτίας σφάλματος δειγματοληψίας. Αλλά, εάν η τιμή p ενός παρατηρούμενου αποτελέσματος είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας, ένας ερευνητής μπορεί να συμπεράνει ότι το αποτέλεσμα αντανακλά τα χαρακτηριστικά ολόκληρου του πληθυσμού, απορρίπτοντας έτσι την μηδενική υπόθεση. Στην περίπτωση της έρευνας και της ανάλυσης των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο, η σημαντικότητα εξετάζεται παράλληλα με την ανάλυση της διακύμανσης (Visser et. al; 2000).

4.5.3 Έλεγχος Συσχετίσεων

Ο έλεγχος συσχετίσεων σε αυτή τη περίπτωση έλαβε χώρα με τον υπολογισμό της τιμής του συντελεστή του Pearson μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων με τις απαντήσεις στα ερωτήματα της έρευνας. Ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης του Pearson (r) παίρνει τις τιμές: $-1 < r < +1$, με την αρνητική τιμή να υποδηλώνει αρνητική συσχέτιση και την θετική αντίστοιχα θετική συσχέτιση. Η τιμή του επίσης δείχνει την ένταση της συσχέτισης(Wallace, 2000):

$0,7 < r < 1$ Ικανοποιητική έως πολύ ισχυρή

$0.5 < r < 0.7$ Μέτρια ως ικανοποιητική

0<r<0.5 Ασθενής ως μέτρια

Για την περίπτωση των κατηγοριών μεταβλητών (π.χ. οικογενειακή κατάσταση), ο έλεγχος συσχετίσεων έλαβε χώρα με τον υπολογισμό της τιμής του συντελεστή του Spearman μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων με τις απαντήσεις στα ερωτήματα της έρευνας. Ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r) παίρνει τις τιμές: -1 <r< +1, με την αρνητική τιμή να υποδηλώνει αρνητική συσχέτιση και την θετική αντίστοιχα θετική συσχέτιση. Η διαφορά του με τον συντελεστή του Pearson αφορά στο ότι επιτρέπει την εξέταση συσχέτισης μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών και συνεχών μεταβλητών όπως οι εξεταζόμενες σε αυτή τη περίπτωση. Η τιμή του επίσης δείχνει την ένταση της συσχέτισης(Wallace, 2000):

0,7<r<1 Ικανοποιητική έως πολύ ισχυρή

0.5<r<0.7 Μέτρια ως ικανοποιητική

0<r<0.5 Ασθενής ως μέτρια

4.5.4 Σύγκριση μέσων όρων

Το Independent Sample t-Test επιτρέπει την σύγκριση των μέσων όρων των υποομάδων μιας δημογραφικής μεταβλητής στις απαντήσεις στα ερωτήματα του ερωτηματολογίου. Η στατιστικά σημαντική διαφορά στον τρόπο απάντησης των υποομάδων μιας δημογραφικής μεταβλητής καθορίζεται από την στατιστική σημαντικότητα p (Wallace, 2000):

p>0.05 δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά

p<0.05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά

Η αναφορά της στατιστικά σημαντικής διαφοράς γίνεται μέσω των τιμών t(p). Το t είναι η υπολογισμένη διαφορά σε μονάδες τυπικού σφάλματος. Όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος της, τόσο μεγαλύτερα είναι τα στοιχεία κατά της μηδενικής υπόθεσης ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Όσο πιο κοντά είναι στο 0, τόσο πιθανότερο είναι να μην υπάρχει σημαντική διαφορά(Wallace, 2000).

Κεφάλαιο 5^{ο} Αποτελέσματα

5.1 Περιγραφή του δείγματος – Δημογραφικά στοιχεία

Στην έρευνα που διεξήχθη έλαβαν μέρος 50 άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών που είναι διαγνωσμένα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ. Η περιγραφή του δείγματος με βάση τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζεται στον Πίνακα 2 .

Πίνακας Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία δείγματος

Μεταβλητή	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό	
Φύλλο	Άνδρας	25	50	50
	Γυναίκα	25	50	100
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	40	80.0	80.0
	Διαζευγμένος/η	6	12.0	92.0
	Χήρος/α	4	8.0	100.0
	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία	55	72	63,8	5,29
Αριθμός Τέκνων	1	5	2,76	1,02

Το δείγμα ήταν απολύτως αντικειμενικά τυχαία μοιρασμένο όσον αφορά το φύλλο το συμμετεχόντων με ποσοστά 50% άνδρες και 50% γυναίκες.

Η μικρότερη ηλικία που αναφέρθηκε ήταν 55 έτη ενώ η μεγαλύτερη ήταν τα 72 έτη. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 63,8 έτη και η τυπική απόκλιση αυτού ήταν 5,29.

Η πλειονότητα του δείγματος αναφέρει ότι είναι έγγαμοι\ες (40 συμμετέχοντες 80%) ενώ οι δηλώνοντες διαζευγμένοι/ες ήταν 6 (12%) και χηροι/ες 4 (8%).

Ο ελάχιστος αριθμός τέκνων που αναφέρθηκε ήταν 1, ο μέγιστος 5. Ο μέσος όρος τέκνων προέκυψε 2,76 τέκνα με τυπική απόκλιση 1,02.

5.2 Ιστορικό δείγματος – Χρόνια που υφίσταται η διάγνωση του διαβήτη τύπου ΙΙ

Τα αποτελέσματα σε σχέση με τα χρόνια που το δείγμα έχει διαγνωστεί με διαβήτη τύπου ΙΙ παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Ο ελάχιστος αριθμός ετών με την ασθένεια ήταν τα 6 έτη, και ο μέγιστος τα 12 έτη. Ο μέσος όρος των ετών που το δείγμα ζει με διαβήτη τύπου ΙΙ ήταν 9,26 έτη με τυπική απόκλιση 1.998.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με την έτη με διαβήτη τύπου ΙΙ του δείγματος

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Έτη με διαβήτη τύπου ΙΙ	50	6	12	9,26	1,998

5.3 Ανάλυση επιμέρους δεικτών - Περιγραφική στατιστική ανάλυση

5.3.1 Δείκτης Ποιότητας ζωής

Ο δείκτης ποιότητας ζωής σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 1 και 2 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη ποιότητας ζωής εμφανίζονται στον πίνακα 4. Σε σχέση με την αναφερόμενη ποιότητα ζωής η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 2 (αντιστοιχώντας στο πολύ καλή) και η μέγιστη 5 (Κακή). Ο

μέσος όρος ήταν 2,86, ήτοι ουδέτερη επίδραση της ασθένειας με μια ελαφρώς θετική ροπή όσον αφορά στην ποιότητα ζωής με τυπική απόκλιση 0.889 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό. Σε σχέση με την ποιότητα ζωής που θα είχαν χωρίς διαβήτη, η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 2 (Καλύτερη), η μέγιστη 5 (χειρότερη). Ο αντίστοιχος μέσος όρος προέκυψε 2.47 ήτοι καλύτερη ποιότητα ζωής με τυπική απόκλιση 0.504 που δείχνει σημαντικά επίπεδα συμφωνίας στο δείγμα ως προς το μέσο όρο. Από τα αποτελέσματα είναι εμφανές ότι το δείγμα κρίνει ως εν γένει καλή την ποιότητα ζωής με τον διαβήτη τύπου ΙΙ εντούτοις, η απουσία της ασθένειας θα οδηγούσε σε σαφώς καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πίνακας Αποτελέσματα δείκτη ποιότητας ζωής του δείγματος

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Ποιότητα ζωή με διαβήτη	50	2	5	2,86	0,889
Ποιότητα ζωής χωρίς διαβήτη	50	2	3	2,47	0,504

5.3.2 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις δραστηριότητες

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στις δραστηριότητες σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 3,4, 36, 38,39, 40 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 5. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 1,6 (αντιστοιχώντας σε ιδιαίτερα αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης τις δραστηριότητες) και η μέγιστη 3 (ουδέτερη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,06, ήτοι υπάρχει σαφώς αρνητική επίδραση του διαβήτη στις δραστηριότητες με τυπική απόκλιση 0.311 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στις δραστηριότητες

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις δραστηριότητες	50	1,6	3	2,06	0,311

Είναι εμφανές από τα αποτελέσματα του δείκτη ότι ο διαβήτης περιορίζει σε αρκετό βαθμό τις δραστηριότητες των συμμετεχόντων.

5.3.3 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εργασιακή ζωή

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εργασιακή ζωή σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 6 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 7. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 1 (αντιστοιχώντας σε ιδιαίτερα αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης την εργασιακή ζωή) και η μέγιστη 4 (ουδέτερη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,255, ήτοι υπάρχει αρνητική επίδραση του διαβήτη στην εργασιακή ζωή με τυπική απόκλιση 1,036 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στην εργασιακή ζωή

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εργασιακή ζωή	47	1	4	2,255	1,036

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει αρνητικά τη εργασιακή ζωή των συμμετεχόντων. Πρέπει να σημειωθεί ότι στο ερώτημα αυτό 3 άτομα δεν απάντησαν στα σχετικά ερωτήματα.

5.3.4 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στη μετακίνηση

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στη μετακίνηση σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 6,7 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 7. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 2 (αντιστοιχώντας σε αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης τη μετακίνηση) και η μέγιστη 4,5 (ουδέτερη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,35, ήτοι υπάρχει αρνητική επίδραση του διαβήτη στη μετακίνηση με τυπική απόκλιση 0.612 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στη μετακίνηση

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στη μετακίνηση	50	2	4,5	2,35	0,612

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει σαφώς αρνητικά τις μετακινήσεις των συμμετεχόντων.

5.3.5 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις διακοπές

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στις διακοπές σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 8 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 8. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 1,5 (αντιστοιχώντας σε αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης τις διακοπές) και η μέγιστη

2,5 (αρνητική άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,15, ήτοι υπάρχει αρνητική επίδραση του διαβήτη τις διακοπές με τυπική απόκλιση 0.293 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στις διακοπές

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις διακοπές	33	1,5	2,5	2,15	0,293

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει σαφώς αρνητικά τις διακοπές των συμμετεχόντων. Αξίζει σε αυτό το σημείο να σημειωθεί ότι σημαντικό μέρος του δείγματος (7 άτομα) δεν απάντησε στα ερωτήματα για τον δείκτη αυτό.

5.3.6 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην φυσική υγεία

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στην φυσική υγεία σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 9,10 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 9. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 1,3 (αντιστοιχώντας σε αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης την φυσική υγεία) και η μέγιστη 2,7 (αρνητική άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 1,83, ήτοι υπάρχει σημαντικά αρνητική επίδραση του διαβήτη την φυσική υγεία με τυπική απόκλιση 0.328 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στην φυσική υγεία

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην φυσική	50	1,3	2,7	1,83	0,328

υγεία					

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει σαφώς αρνητικά την φυσική υγεία των συμμετεχόντων.

5.3.7 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην οικογενειακή ζωή

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στην οικογενειακή ζωή σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 11,12, 37 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 10. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 1,2 (αντιστοιχώντας σε αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης την οικογενειακή ζωή) και η μέγιστη 4 (θετική άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,44, ήτοι υπάρχει αρνητική επίδραση του διαβήτη στην οικογενειακή ζωή με τυπική απόκλιση 0.328 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στην οικογενειακή ζωή

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην οικογενειακή ζωή	50	1,2	4	2,44	0,328

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει σαφώς αρνητικά την οικογενειακή ζωή των συμμετεχόντων.

5.3.8 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην κοινωνική ζωή

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στην κοινωνική ζωή σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 13,14 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 11. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 2

(αντιστοιχώντας σε αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης την κοινωνική ζωή) και η μέγιστη 4 (ουδέτερη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,87, ήτοι υπάρχει σχετικά αρνητική επίδραση του διαβήτη στην κοινωνική ζωή με τυπική απόκλιση 0.587 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στην κοινωνική ζωή

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην κοινωνική ζωή	50	2	4	2,87	0,587

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει αρνητικά την κοινωνική ζωή των συμμετεχόντων.

5.3.9 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις στενές προσωπικές σχέσεις

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στις στενές προσωπικές σχέσεις σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 13,14 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 12. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 1,2 (αντιστοιχώντας σε αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης τις στενές προσωπικές σχέσεις) και η μέγιστη 3,8 (ουδέτερη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,68, ήτοι υπάρχει σχετικά αρνητική επίδραση του διαβήτη στις στενές προσωπικές σχέσεις με τυπική απόκλιση 0.495 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στις στενές προσωπικές σχέσεις

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική

					Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις στενές προσωπικές σχέσεις	50	1,2	3,8	2,68	0,495

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει αρνητικά τις στενές προσωπικές σχέσεις των συμμετεχόντων.

5.3.10 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην ερωτική ζωή

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στην ερωτική ζωή σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 17,18 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 13. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 2 (αντιστοιχώντας σε αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης την ερωτική ζωή) και η μέγιστη 4 (ουδέτερη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,72, ήτοι υπάρχει σχετικά αρνητική επίδραση του διαβήτη στην ερωτική ζωή με τυπική απόκλιση 0.637 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στην ερωτική ζωή

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην ερωτική ζωή	50	2	4	2.72	0,637

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει αρνητικά την ερωτική ζωή των συμμετεχόντων.

5.3.11 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εξωτερική εμφάνιση

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εξωτερική εμφάνιση σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 19,20 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 14. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 2 (αντιστοιχώντας σε αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης την εξωτερική εμφάνιση) και η μέγιστη 4 (ουδέτερη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,89, ήτοι υπάρχει αρνητική επίδραση του διαβήτη στην εξωτερική εμφάνιση με τυπική απόκλιση 0.641 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στην εξωτερική εμφάνιση

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εξωτερική εμφάνιση	50	2	4	2,89	0,641

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει αρνητικά την άποψη των συμμετεχόντων για την εξωτερική τους εμφάνιση.

5.3.12 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην αυτοπεποίθηση

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στην αυτοπεποίθηση σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 21,22,23,24, 41 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 15. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 2,2 (αντιστοιχώντας σε αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης την αυτοπεποίθηση) και η μέγιστη 3,4 (ελαφρώς ουδέτερη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,6, ήτοι υπάρχει σχετικά αρνητική επίδραση του διαβήτη στην αυτοπεποίθηση με τυπική απόκλιση 0.390 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στην αυτοπεποίθηση

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην αυτοπεποίθηση	50	2,2	3,6	2,60	0,390

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει αρνητικά την αυτοπεποίθηση των συμμετεχόντων.

5.3.12 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις αντιδράσεις των άλλων

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στις αντιδράσεις των άλλων σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 25,26 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 16. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 2,3 (αντιστοιχώντας σε αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης τις αντιδράσεις των άλλων) και η μέγιστη 4 (ουδέτερη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 3,1, ήτοι υπάρχει σχετικά αρνητική επίδραση του διαβήτη στις αντιδράσεις των άλλων με τυπική απόκλιση 0.530 που δείχνει μια σημαντική συμφωνία μεταξύ του δείγματος ως προς αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στις αντιδράσεις των άλλων

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις αντιδράσεις των άλλων	50	2,3	4	3,1	0,530

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει αρνητικά στις αντιδράσεις των άλλων κατά τους συμμετέχοντες.

5.3.13 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στα συναισθήματα για το μέλλον

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στα συναισθήματα για το μέλλον σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 27,28 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 17. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 1.6 (αντιστοιχώντας σε σημαντικά αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης τα συναισθήματα για το μέλλον) και η μέγιστη 4 (ουδέτερη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,34, ήτοι υπάρχει σχετικά αρνητική επίδραση του διαβήτη στα συναισθήματα για το μέλλον με τυπική απόκλιση 0,795.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στα συναισθήματα για το μέλλον

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στα συναισθήματα για το μέλλον	50	1,6	4	2,34	0,895

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει αρνητικά τα συναισθήματα για το μέλλον των συμμετεχόντων.

5.3.14 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην οικονομική κατάσταση

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στην οικονομική κατάσταση σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 29,30 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 18. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 1 (αντιστοιχώντας σε σημαντικά αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης την οικονομική κατάσταση) και η μέγιστη 3 (ελαφρώς ουδέτερη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,35, ήτοι υπάρχει σχετικά αρνητική επίδραση του διαβήτη στην οικονομική κατάσταση με τυπική απόκλιση 0,714.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στην οικονομική κατάσταση

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην οικονομική κατάσταση	50	1	3	2,35	0,714

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει αρνητικά την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων.

5.3.15 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις συνθήκες διαβίωσης

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στις συνθήκες διαβίωσης σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 29,30 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 19. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 1 (αντιστοιχώντας σε σημαντικά αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης τις συνθήκες διαβίωσης) και η μέγιστη 2,3 (αρνητική άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 1,85, ήτοι υπάρχει σαφώς αρνητική επίδραση του διαβήτη στις συνθήκες διαβίωσης με τυπική απόκλιση 0,422.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στις συνθήκες διαβίωσης

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στις συνθήκες διαβίωσης	50	1	2,3	1,85	0,422

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει αρνητικά τις συνθήκες

διαβίωσης των συμμετεχόντων.

5.3.16 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εξάρτηση από τους άλλους

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εξάρτηση από τους άλλους σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 33 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 20. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 1 (αντιστοιχώντας σε σημαντικά αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης την εξάρτηση από τους άλλους) και η μέγιστη 2 (αρνητική άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 1,79, ήτοι υπάρχει σημαντικά αρνητική επίδραση του διαβήτη στην εξάρτηση από τους άλλους με τυπική απόκλιση 0,341.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στην εξάρτηση από τους άλλους

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην εξάρτηση από τους άλλους	50	1	2	1,79	0,341

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει σημαντικά αρνητικά την εξάρτηση από τους άλλους των συμμετεχόντων. Αυτό συνεπάγεται μια μεγάλη εξάρτηση των ασθενών με διαβήτη τύπου ΙΙ από τους άλλους.

5.3.17 Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην ελευθερία κατανάλωσης φαγητού - ποτού

Ο δείκτης επιρροής Διαβήτη στην ελευθερία κατανάλωσης φαγητού - ποτού σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 34,35 του ερωτηματολογίου. Τα

σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 21. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 1 (αντιστοιχώντας σε σημαντικά αρνητικό σκορ σε σχέση με το πως επηρεάζει ο διαβήτης την ελευθερία κατανάλωσης φαγητού - ποτού) και η μέγιστη 3,6 (ουδέτερη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 2,42, ήτοι υπάρχει αρνητική επίδραση του διαβήτη στην ελευθερία κατανάλωσης φαγητού - ποτού με τυπική απόκλιση 1,140.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη επιρροής Διαβήτη στην ελευθερία κατανάλωσης φαγητού - ποτού

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης επιρροής Διαβήτη στην ελευθερία κατανάλωσης φαγητού - ποτού	50	1	3,6	2,42	1,140

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης επηρεάζει αρνητικά την ελευθερία κατανάλωσης φαγητού - ποτού των συμμετεχόντων.

5.3.18 Δείκτης Ικανοποίησης από Κοινωνικές και Θεραπευτικές Δομές

Δείκτης Ικανοποίησης από Κοινωνικές και Θεραπευτικές Δομές σχηματίζεται από τις απαντήσεις στα ερωτήματα 42,43 του ερωτηματολογίου. Τα σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στον δείκτη στον πίνακα 22. Σε σχέση αυτόν η ελάχιστη αναφερόμενη τιμή ήταν 3 (αντιστοιχώντας σε ουδέτερο σκορ σε σχέση την ικανοποίηση από Κοινωνικές και Θεραπευτικές Δομές) και η μέγιστη 3,5 (ελαφρώς θετική άποψη άποψη). Ο μέσος όρος ήταν 3,3 ήτοι υπάρχει μια ελαφρώς θετική άποψη του δείγματος σε σχέση με τις υπάρχουσες δομές με τυπική απόκλιση 0,25 που υποδηλώνει σχεδόν πλήρη συμφωνία με αυτό.

Πίνακας Αποτελέσματα σε σχέση με τον Δείκτη Ικανοποίησης από Κοινωνικές και Θεραπευτικές Δομές

	Απαντήσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης Ικανοποίησης από Κοινωνικές και Θεραπευτικές Δομές	10	3	3,5	3,3	0,25

5.4 Επαγωγικά στατιστική ανάλυση αποτελεσμάτων

5.4.1 Μελέτη συσχετίσεων μέσω του συντελεστή Pearson και Spearman

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης συσχετίσεων μεταξύ τόσο των δημογραφικών μεταβλητών όσο και των δεικτών μεταξύ τους απέδωσαν τα κάτωθι αποτελέσματα:

- Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση του αριθμού των τέκνων και του δείκτη επίδρασης του διαβήτη στις αντιδράσεις των άλλων (συντελεστής Pearson’s 0.623, sig=0.022<0.05). Η συσχέτιση υποδηλώνει ότι όσο αυξάνει ο αριθμός των τέκνων των συμμετεχόντων τόσο βελτιώνεται και η αντίληψη των αντιδράσεων των άλλων από τους συμμετέχοντες και αντίστροφα.
- Διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση του ετών με διαβήτη και του δείκτη ποιότητας ζωής (συντελεστής Pearson’s -0.715, sig=0.04<0.05). Η συσχέτιση υποδηλώνει ότι όσο αυξάνει ο αριθμός των ετών που οι συμμετέχοντες ζουν με διαβήτη τόσο περισσότερο μειώνεται η ποιότητα ζωής τους όπως μετράται με τον δείκτη ποιότητας ζωής και αντίστροφα.
- Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση του Δείκτη επιρροής του διαβήτη στις

δραστηριότητες και του δείκτη επίδρασης του διαβήτη στην φυσική υγεία (συντελεστής Pearson's 0.576, sig=0.023<0.05). Η συσχέτιση υποδηλώνει ότι όσο θετικότερη είναι η στάση των συμμετεχόντων ως προς την επιρροή του διαβήτη στις δραστηριότητες τόσο βελτιώνεται και η αντίληψη για την επίδραση του στην φυσική τους υγεία και αντίστροφα

- Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση του Δείκτη επιρροής του διαβήτη στις δραστηριότητες και του δείκτη επίδρασης του διαβήτη στις συνθήκες διαβίωσης (συντελεστής Pearson's 0.711, sig=0.000<0.05). Η συσχέτιση υποδηλώνει ότι όσο θετικότερη είναι η στάση των συμμετεχόντων ως προς την επιρροή του διαβήτη στις δραστηριότητες τόσο βελτιώνεται και η αντίληψη για την επίδραση του στις συνθήκες διαβίωσης τους και αντίστροφα.
- Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση του Δείκτη επιρροής του διαβήτη στις δραστηριότητες και του δείκτη επίδρασης του διαβήτη οικονομική κατάσταση (συντελεστής Pearson's 0.720, sig=0.012<0.05). Η συσχέτιση υποδηλώνει ότι όσο θετικότερη είναι η στάση των συμμετεχόντων ως προς την επιρροή του διαβήτη στις δραστηριότητες τόσο βελτιώνεται και η αντίληψη για την επίδραση του στην οικονομική τους κατάσταση και αντίστροφα.
- Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση του Δείκτη επιρροής του διαβήτη στις μετακινήσεις και του δείκτη επίδρασης του στις στενές προσωπικές σχέσεις (συντελεστής Pearson's 0.768, sig=0.012<0.05). Η συσχέτιση υποδηλώνει ότι όσο θετικότερη είναι η στάση των συμμετεχόντων ως προς την επιρροή του διαβήτη στις μετακινήσεις τόσο βελτιώνεται και η αντίληψη για την επίδραση του στις στενές προσωπικές τους σχέσεις και αντίστροφα.
- Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση του Δείκτη επιρροής του διαβήτη στη φυσική υγεία και του δείκτη επίδρασης του στην αυτοπεποίθηση (συντελεστής Pearson's 0.899, sig=0.021<0.05). Η συσχέτιση υποδηλώνει ότι όσο θετικότερη είναι η στάση των συμμετεχόντων ως προς την επιρροή του διαβήτη στη φυσική τους υγεία τόσο βελτιώνεται και η αντίληψη για την επίδραση του στην αυτοπεποίθηση τους και αντίστροφα.
- Διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση του Δείκτη επιρροής του διαβήτη στην οικογενειακή ζωή και του δείκτη εξάρτησης από τους άλλους (συντελεστής

Pearson's -0.689, sig=0.024<0.05). Η συσχέτιση υποδηλώνει ότι όσο βελτιώνεται η τιμή του δείκτη της επίδρασης του διαβήτη στην οικογενειακή ζωή (ήτοι βελτιώνεται η σχέση με την οικογένεια) τόσο περισσότερο μειώνεται η τιμή του δείκτη εξάρτησης από τους άλλους ήτοι υπάρχει μεγαλύτερη εξάρτηση από τους άλλους και αντίστροφα.

5.4.2 Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA)

Από την ανάλυση διακύμανσης που διενεργήθηκε προέκυψαν τα κάτωθι:

- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διακύμανση σε σχέση με την ηλικία και τον δείκτη «Επίδραση του διαβήτη τύπου ΙΙ στις διακοπές» (sig=0.023, F=2,744).Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στον τρόπο με τον οποίο οι υποομάδες της δημογραφικής μεταβλητής απαντούν στο ερώτημα .
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διακύμανση σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση και τον δείκτη «Ποιότητα ζωής» (sig=0.009, F=5,198).Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στον τρόπο με τον οποίο οι υποομάδες της δημογραφικής μεταβλητής απαντούν στο ερώτημα .
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διακύμανση σε σχέση με τον αριθμό των τέκνων και τον δείκτη «Επίδραση του διαβήτη τύπου ΙΙ στις μετακινήσεις» (sig=0.001, F=5,333).Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στον τρόπο με τον οποίο οι υποομάδες της δημογραφικής μεταβλητής απαντούν στο ερώτημα .
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διακύμανση σε σχέση με την ηλικία και τον δείκτη «Επίδραση του διαβήτη τύπου ΙΙ στην οικογενειακή ζωή» (sig=0.014, F=4,778).Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στον τρόπο με τον οποίο οι υποομάδες της δημογραφικής μεταβλητής απαντούν στο ερώτημα .
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διακύμανση σε σχέση με τα έτη με διαβήτη και τον δείκτη «Επίδραση του διαβήτη τύπου ΙΙ στην ποιότητα ζωής» (sig=0.023, F=2,784).Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στον τρόπο με

τον οποίο οι υποομάδες της δημογραφικής μεταβλητής απαντούν στο ερώτημα .

- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διακύμανση σε σχέση με τα έτη με διαβήτη και τον δείκτη «Επίδραση του διαβήτη τύπου ΙΙ στις δραστηριότητες» (sig=0.012, F=3,173).Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στον τρόπο με τον οποίο οι υποομάδες της δημογραφικής μεταβλητής απαντούν στο ερώτημα .

5.4.3 Σύγκριση μέσων όρων

Κατά την ανάλυση της σύγκρισης των μέσων όρων παρατηρήθηκαν οι κάτωθι στατιστικά σημαντικές διαφορές

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην τιμή του συνολικού δείκτη «επίδραση διαβήτη τύπου ΙΙ στις στενές προσωπικές σχέσεις» σε σχέση με το φύλο (t(p))=1,175(0.021)), ήτοι η υπολογισμένη διαφορά σε μονάδες τυπικού σφάλματος μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι 1,175, με στατιστική σημαντικότητα 0.021. Από την σχετική ανάλυση των μέσων όρων στο ερώτημα προκύπτει ότι οι γυναίκες αναφέρουν κατά μέσο όρο μεγαλύτερη τιμή του συνολικού δείκτη.

Κεφάλαιο 6^{ο} Απάντηση Ερευνητικών Ερωτημάτων

6.1 Ερευνητικό Ερώτημα 1

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα της έρευνας αφορά στην άποψη των ηλικιωμένων ατόμων με διαβήτη τύπου ΙΙ σχετικά με την αντιμετώπιση από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Η σχέση των ασθενών με διαβήτη τύπο ΙΙ και του κοινωνικού τους περίγυρου έχει αναφερθεί στην σχετική βιβλιογραφική επισκόπηση ως ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάληψη συμπεριφορών αυτό-φροντίδας από τους ασθενείς, καθώς η στήριξη του άμεσου τους περίγυρου αλλά και του γενικού τους κοινωνικού περίγυρου συνδέεται σημαντικά με την στήριξη τους και την όλη τους συμπεριφορά και διάθεση όσο αφορά στην κατάσταση υγείας τους και την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτής.

Στο εργαλείο έρευνας ενσωματώθηκαν μια σειρά από δείκτες που μπορούν να «φωτίσουν» την σχέση των συμμετεχόντων με τον κοινωνικό τους περίγυρο, άμεσο ή γενικότερο σε σχέση με την ασθένεια τους.

Η επιρροή του διαβήτη στις δραστηριότητες των συμμετεχόντων σύμφωνα με τον αντίστοιχο δείκτη είναι εμφανώς αρνητική. Παρόλο που οι δραστηριότητες που εξετάζονται αφορούν σε αυτές που στην πραγματικότητα εκτελούν οι συμμετέχοντες μόνοι τους, η χαμηλή τιμή του μ.ο. του δείκτη σε όλο το δείγμα (2.06) δείχνει ότι η εκτέλεση αυτών δυσχεραίνεται από την ύπαρξη του διαβήτη. Εμμέσως, αυτό υποδεικνύει ότι οι συμμετέχοντες εξαιτίας αυτών των δυσκολιών χρειάζονται την στήριξη και βοήθεια τουλάχιστον του στενού κοινωνικού τους περίγυρου, αλλά και των σχετικών δομών υποστήριξης και της εθελοντικής εργασίας ατόμων που να μπορούν να τους επιτρέψουν να εκτελούν τις απαραίτητες δραστηριότητες για την καθημερινή τους ζωή χωρίς προβλήματα.

Περαιτέρω, η σύνδεση αυτή υποδεικνύεται και από την χαμηλή τιμή του δείκτη επιρροής του διαβήτη στην μετακίνηση των συμμετεχόντων (μ.ο. 2.35). Είναι σαφές ότι ο διαβήτης εμποδίζει σε κάποιο βαθμό την ευχέρεια στις μετακινήσεις στις οποίες επίσης

απαιτείται εξωτερική βοήθεια ώστε να ξεπεραστούν τα σχετικά προβλήματα που προκύπτουν ως προς αυτές. Συνδέοντας την μετακίνηση με τις διακοπές προκύπτει ότι χωρίς βοήθεια είναι σημαντικά δύσκολο για τους συμμετέχοντες να κάνουν διακοπές χωρίς την βοήθεια τρίτων (μ.ο. δείκτη επιρροής διαβήτη σε διακοπές 2.15).

Εξετάζοντας επίσης τους δείκτες που αφορούν την σχέση με το κοινωνικό στενό και ευρύτερο σύνολο, είναι εμφανές ότι η οικογενειακή ζωή επηρεάζεται αρνητικά από την ύπαρξη του διαβήτη. Το παρόν συνάδει και με αντίστοιχα αποτελέσματα που αναφέρονται στην βιβλιογραφική επισκόπηση (Gregg & Caspersen 2005), που κατονομάζουν τον διαβήτη ως οικογενειακή ασθένεια, εννοώντας ότι όταν ένα άτομο στην οικογένεια νοσεί στην ουσία νοσεί όλη οι οικογένεια εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων της ασθένειας και της διαχείρισης της (μ.ο. 2.44). Σε σχέση με την κοινωνική ζωή ωστόσο η αρνητική επίδραση του διαβήτη υπάρχει αλλά είναι σαφώς πιο μειωμένη (μ.ο. 2.87), γεγονός που προκύπτει το συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει σημαντική επίδραση σε αυτή. Οι προσωπικές σχέσεις των συμμετεχόντων επίσης επηρεάζονται αρνητικά (μ.ο. 2.68) αλλά και σε αυτή τη περίπτωση σε μικρότερο βαθμό απ’ ό,τι αφορά στις σχέσεις με την οικογένεια τους. Παρόμοια σύνδεση προκύπτει και σε σχέση με την ερωτική ζωή των συμμετεχόντων (μ.ο. 2.72). Σημαντικό είναι επισης το εύρυμμα ότι ο διαβήτης δεν επηρρεάζει σχεδόν καθόλου τις αντιδράσεις άλλων ατόμων σε σχέση με τους συμμετέχοντες (μ.ο. 3,1).

Με βάση τα παραπάνω, και όσον αφορά στο ερευνητικό ερώτημα, προκύπτει ότι εν γένει οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι ο κοινωνικός τους περίγυρος (γενικότερος) δεν αντδρά αρνητικά στην ύπαρξη της ασθένειας, και μόνο ο κοντινότερος κοινωνικός τους κύκλος (οικογένεια – σύντροφοι) επηρεάζεται αρνητικά λόγω της ασθένειας.

6.2 Ερευνητικό ερώτημα 2

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα της έρευνας αφορά στην η ανταπόκριση των δομών υποστήριξης στις ανάγκες των ηλικιωμένων με διαβήτη τύπου ΙΙ. Για τις ανάγκες της απάντησης στο συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα, το εργαλείο έρευνας περιελάμβανε συγκεκριμένο δείκτη. Ο δείκτης Ικανοποίησης από Κοινωνικές και Θεραπευτικές Δομές

σχεδιάστηκε και εισήχθη στο ερευνητικό εργαλείο για την απάντηση στο συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του δείκτη (μ.ο. 3.3, τ.α. 0.25) προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες αξιολογούν με ουδέτερο κατ' ουσία τρόπο την ανταπόκριση των δομών υποστήριξης στις ανάγκες τους. Το παρόν εύρημά μπορεί να σχολιαστεί τόσο θετικά όσο και αρνητικά. Στην θετική πλευρά διαφαίνεται ότι οι υποστηρικτικές δομές προφανώς υφίστανται και λειτουργούν διαφορετικά σε αντίθετη περίπτωση θα ήταν αναμενόμενη μια σημαντικά αρνητική στάση όσο και η πιθανότητα μη απαντήσεων. Περαιτέρω η ουδέτερη στάση του δείγματος, και μάλιστα με σχετικά υψηλό ποσοστό συμφωνίας με αυτή όπως φαίνεται από την τιμή της τυπικής απόκλισης που είναι ιδιαιτέρως μικρή, αντικατοπτρίζει ένα πεδίο που αν μη τι άλλο οι δομές αυτές εκτελούν τις δέοντες δραστηριότητες για την υποστήριξη ατόμων με διαβήτη τύπου δύο.

Εντούτοις το αρνητικό σημείο, προκύπτει από την τιμή για τον δείκτη σε σχέση με την λειτουργία των υποστηρικτικών δομών. Η ουδέτερη στάση του δείγματος αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι οι υποστηρικτικές δομές απλά διεκπεραιώνουν τις δράσεις που τους αναλογούν σε βαθμό που απλά να καλύπτουν τις βασικές ανάγκες για τις οποίες και δημιουργήθηκαν. Στην περίπτωση της βέλτιστης λειτουργίας τους είναι σαφές ότι ο συγκεκριμένος δείκτης αναμενόταν να έχει μεγαλύτερη τιμή.

Συνεπώς, όσον αφορά στο ερευνητικό ερώτημα αυτό, η ανταπόκριση των δομών υποστήριξης με βάση τις απαντήσεις του δείγματος κρίνεται αφενός ικανοποιητική στο ότι τελούνται οι απαραίτητες δράσεις, αφετέρου όμως απαιτείται βελτίωση της λειτουργίας αυτών.

6.3 Ερευνητικό Ερώτημα 3

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα της έρευνας αφορά στην εξέταση του ποιες οι συνέπειες του διαβήτη τύπου ΙΙ στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Η απάντηση στο ερώτημα αυτό είναι απολύτως σαφής και διαφαίνεται από την τιμή όλων των επιμέρους δεικτών που εξετάζονται με το εργαλείο της έρευνας. Ο διαβήτης έχει όσον αφορά στις περισσότερες πλευρές της ποιότητας ζωής αρνητική έως και πολύ αρνητική επίδραση.

Τα αποτελέσματα για τον δείκτη ποιότητα ζωής είναι σαφή. Η τιμή που το δείγμα αποδίδει στον δείκτη για την περίπτωση που δεν είχε διαβήτη (μ.ο. 2.47) είναι σαφώς θετικότερη αυτή που αποδίδεται στον δείκτη για την ζωή με διαβήτη (μ.ο. 2,86). Περαιτέρω η τιμή του δείκτη στην περίπτωση της ζωής με τον διαβήτη δείχνει μια ουδέτερη στάση όσον αφορά στην ποιότητα ζωής κάτι που υποδηλώνει μια στάση διεκπεραίωσης των τυπικών καθημερινών δραστηριοτήτων και μειωμένη «χαρά» από την ολοκλήρωση δράσεων αναψυχής και ψυχικής ανάτασης.

Το παρόν μπορεί εύκολα να στηριχθεί με βάση τις τιμές των υπολοίπων δεικτών, όπως π.χ. των δραστηριοτήτων (μ.ο. 2.06), της εργασιακής ζωής (μ.ο. 2.255), της μετακίνησης (μ.ο. 2.35), των διακοπών (μ.ο. 2.15), της φυσικής υγείας (μ.ο. 1.83), της οικογενειακής ζωής (μ.ο. 2.44), των στενών προσωπικών σχέσεων (μ.ο 2.68), της αυτοπεποίθησης (μ.ο. 2.6), των σκέψεων για το μέλλον (μ.ο. 2.34), της οικονομικής κατάστασης (μ.ο. 2.35), των συνθηκών διαβίωσης (μ.ο. 1,85) και της ελευθερίας κατανάλωσης φαγητών-ποτών (μ.ο. 2.42). Όλοι οι παραπάνω δείκτες αντικατοπτρίζουν ένα σύνολο πλευρών της ποιότητας ζωής και κατά μόνας ο καθένας μια από αυτές τις πλευρές. Η αρνητική και σε ορισμένες περιπτώσεις εξόχως αρνητική επίδραση του διαβήτη σε αυτές είναι εμφανής στις χαμηλές τιμές του γενικού μέσου όρου που το δείγμα απέδωσε σε αυτές, στηρίζοντας το εύρημά για την μειωμένη και ουδέτερη στάση για την ποιότητα ζωής που αναφέρει το δείγμα για την ζωή με τον διαβήτη.

Κεφάλαιο 7^{ο} Συζήτηση αποτελεσμάτων

Από την εξέταση των τιμών των δεικτών μέσω της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης όσο και των συσχετίσεων αυτών μέσω της επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης, προκύπτει ότι οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην φυσιολογική τους ζωή.

Οι περισσότερες από τις συσχετίσεις που εντοπίσθηκαν ήταν κατά βάση αναμενόμενες με βάση την σχετική βιβλιογραφία. Οι επιμέρους δείκτες επηρεάζουν την τελική τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής με θετική συσχέτιση κα συνεπώς οι αρνητικές τους τιμές είναι σαφές ότι διατηρούν την τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής σε σχετικά χαμηλά επίπεδα. (Bradley and Speight 2002, Hogg et al., 2012). Οι επιμέρους συσχετίσεις μεταξύ των επιμέρους δεικτών που επίσης αναγνωρίστηκαν συνάδουν με τα αντίστοιχα ευρήματα στην σχετική βιβλιογραφία. (Bradley and Speight 2002, Hogg et al., 2012)

Εντούτοις ένα στοιχείο όπου τα αποτελέσματα της έρευνας όσον αφορά στις συσχετίσεις των επιμέρους δεικτών και σχέσεων μέσων όρων αφορούν στις συσχετίσεις και την επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών στις τιμές των επί μέρους δεικτών όπου βρέθηκε μόνο μια θετική συσχέτιση του αριθμού των τέκνων με τον δείκτη επίδρασης του διαβήτη στις αντιδράσεις των άλλων. Στην σχετική βιβλιογραφία, εν γένει, έχουν αναγνωριστεί μια σειρά συσχετίσεων ιδιαίτερα σε σχέση με το φύλλο (Funnell & Anderson 2004, Siguroardottir , 2010, Lee et al 2005), με τις γυναίκες γενικά να δίνουν μικρότερες τιμές στους επιμέρους δείκτες (Bradley and Speight 2002, Hogg et al., 2012).

Οι περισσότεροι επιμέρους δείκτες δείχνουν μια μειωμένη ικανότητα των συμμετεχόντων να αντιμετωπίσουν τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά της δυσκολίες που επιβάλλει η πάθηση.

Σωματικά οι περισσότεροι δείκτες είναι σαφώς αρνητικοί ειδικά ο δείκτης επίδρασης στην φυσική κατάσταση (μ.ο. 1.88) πράγμα που οδηγεί στο σαφές συμπέρασμα ότι ο ηλικιωμένος διαβητικός ασθενής με διαβήτη τύπου 2 χρειάζεται την βοήθεια που μπορεί να του προσφερθεί μέσω των υποστηρικτικών δομών. Ο ασθενής αυτός αντιμετωπίζει

σημαντικά προβλήματα στην μετακίνηση και την εκτέλεση των βασικών καθημερινών του δραστηριοτήτων, ενώ δεν μπορεί εύκολα να πάει διακοπές και να εργαστεί. Σε όλες αυτές τις πλευρές χρειάζεται την στήριξη είτε από τον εγγύς οικογενειακό και κοινωνικό του κύκλο είτε από δομές υποστήριξης. Το εύρημα αυτό συνάδει με αντίστοιχα από παλαιότερες συναφείς έρευνες στην σχετική βιβλιογραφία (Jacobson, et al 1994, Hörnquist, et al, 1995).

Ψυχολογικά, ο ασθενής αντιμετωπίσεις παρόμοιες καταστάσεις, Με μόνη εξαίρεση την αντίδραση των άλλων οι περισσότεροι ψυχολογικοί δείκτες φανερώνουν είτε μια αρνητική είτε μια σχετικά αρνητική στάση σε διάφορες πλευρές κοινωνικής ζωής (οικογένεια, στενές προσωπικές σχέσεις αυτοπεποίθηση). Ο διαβήτης, όπως αναφέρεται και στην βιβλιογραφία αποτελεί μια νόσο που δεν επηρεάζει μόνο το άτομο που νοσεί αλλά και τα κοντινότερα του άτομα δυσχεραίνοντας ορισμένες φορές την σχέση τους καθώς επέρχεται κόπωση από την διαρκή ανάγκη για στήριξη του νοσούντος ατόμου (Vijan et al , 2005). Εντούτοις, στις περισσότερες μελέτες καθορίζεται η ευεργετική στάση της στήριξης πέραν της οικογενειακής από την κοινωνία και τις αντίστοιχες δομές (Aalto & Uutela, 1997, Gillibrand & Stevenson, 2006, Albright et al, 2001).Αυτή η υποστήριξη είναι σαφώς ευεργετική ιδιαίτερα όσον αφορά στην έναυση των λειτουργιών αυτό-φροντίδας των ατόμων με διαβήτη. Παρατηρώντας τους σχετικούς δείκτες είναι εμφανής αυτή η ανάγκη για στήριξη στους συμμετέχοντες της έρευνας.

Εξετάζοντας περαιτέρω τους δείκτες που είναι περισσότερο τεχνικοί, όπως π.χ. η επίδραση του διαβήτη στην οικονομική κατάσταση είναι επίσης εμφανής η ανάγκη στήριξης των συμμετεχόντων από δομές υποστήριξης δεδομένης της ιδιαίτερα αρνητικής επίπτωσης του διαβήτη στην οικονομική τους κατάσταση. Η ζωή με τον διαβήτη είναι ακριβή, και η παρακολούθηση και αντιμετώπιση του στερούν από το άτομα σημαντικά ποσά από τον σχετικό προϋπολογισμό του με συνέπεια την μείωση πιθανών εξόδων με στόχο την ψυχολογική ηρεμία αλλά και την κοινωνική ζωή. Ως εκ τούτου, το βάρος αυτό θα πρέπει να επωμιστεί είτε στα άτομα του στενού κύκλου του ασθενούς είτε σε δομές υποστήριξης που θα προσφέρουν λύσεις τόσο όσον αφορά στην ψυχαγωγία όσο και όσον αφορά στην βελτίωση της κοινωνικής ζωής του ασθενούς. |Το παραπάνω επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών που παρουσιάζονται στην σχετική

βιβλιογραφία (Williams, et al, 2002, Massi-Benedetti, 2002)

Είναι οξύμωρο ότι οι συμμετέχοντες ωστόσο δήλωσαν ότι δεν εξαρτώνται από άλλους λόγω του διαβήτη (μ.ο. 1.88) Εντούτοις, όπως αναφέρεται και στην σχετική βιβλιογραφία (Bradley and Speight 2002) υπάρχει σοβαρό το ενδεχόμενο οι απαντήσεις σε αυτό το ερώτημα να κρύβουν μια biased λογική των συμμετεχόντων, καθώς δεν θέλουν να εμφανιστούν ανίσχυροι ή/και ανίκανοι να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές προκλήσεις από την ασθένεια τους. Η τιμή του συγκεκριμένου δείκτη, σε αντιπαραβολή με τις τιμές των υπολοίπων δείχνει μια τέτοια τάση στο δείγμα της παρούσης εργασίας καθώς είναι μάλλον δύσκολο να αναφέρονται τόσες δυσκολίες και από την άλλη να μην υπάρχει καμία εξάρτηση των συμμετεχόντων από άλλους. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και από τα αποτελέσματα της έρευνας των Kadirvelu, & Sivalal Sadasivan, (2012).

Σε σχέση με το κατά πόσο οι δομές υποστήριξης στην Ελλάδα είναι ικανές και προσφέρουν κατάλληλα στους ηλικιωμένους διαβητικούς ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, καθώς και η ανάγκη ύπαρξης αυτών, τα ευρήματα είναι αρκετά σαφή και ευκρινή. Το συμπέρασμα προκύπτει αφενός από τις σχετικές απαντήσεις στα ερωτήματα που άπτονται άμεσα της λειτουργίας των υποστηρικτικών δομών στην Ελλάδα (βλ. σχετικό δείκτη) αλλά και από την ανάλυση των αποτελεσμάτων των υπολοίπων δεικτών και των μεταξύ τους συσχετίσεων. Εν τέλει, όλα τα παραπάνω συμπεράσματα σχετικά με την επίπτωση του διαβήτη τύπου ΙΙ σε διάφορες εκφάνσεις της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με αυτόν στηρίζουν το συμπέρασμα ότι: (α) οι δομές υποστήριξης είναι απαραίτητες δεδομένων των προβλημάτων που δημιουργεί η ασθένεια στα άτομα που πάσχουν από αυτή και του βάρους που επιβάλλει στην οικογένεια τους, και (β) μετριάζουν εν γένει τις πολύ αρνητικές απαντήσεις και βαθμολογίες για τους διάφορους επιμέρους δείκτες. Σε αντίστοιχα συμπεράσματα κατέληξαν και οι Kadirvelu, & Sivalal Sadasivan, (2012), αποδίδοντας τις μειωμένες τιμές (από το αναμενόμενο πλήρως αρνητικό πρόσημο στις απαντήσεις των συμμετεχόντων) εν μέρει στις προσπάθειες του κοινωνικού και οικογενειακού τους περίγυρου, και εν μέρει στην ύπαρξης των δομών υποστήριξης. Επίσης καταλήγουν στο παρόμοιο συμπέρασμα ότι οι συμμετέχοντες εν γένει αναφέρονται περισσότερο αρνητικά σε σχέση με την λειτουργία

των δομών απ' ό,τι στην πραγματικότητα συμβαίνει εξαιτίας του φόβου να αποκαλύψουν το εύρος της ανάγκης υποστήριξης που έχουν πέραν τους στενού οικογενειακού και κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

7.1 Περιορισμοί έρευνας

Μολονότι τα αποτελέσματα της έρευνας που παρουσιάστηκαν είναι σημαντικά όσον αφορά στην λειτουργία των υποστηρικτικών δομών, εντούτοις θα πρέπει να αναφερθούν σε αυτό το σημείο ορισμένες αδυναμίες της έρευνας που παρουσιάζεται. Η πρώτη αφορά στο σχετικά μικρό δείγμα το οποίο δεν επιτρέπει την ασφαλή γενίκευση των αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων της εργασίας στον γενικό πληθυσμό ηλικιωμένων ασθενών με διαβήτη τύπου 2. Η πλήρης γενίκευση των συμπερασμάτων θα απαιτούσε μια μελέτη σε δείγμα που αποτελεί σημαντικό ποσοστό των ηλικιωμένων ασθενών με διαβήτη τύπου 2. Η δεύτερη αδυναμία της έρευνας αφορά στο βάθος στο οποίο εξετάστηκαν τα ιατρικά στοιχεία του δείγματος. Στην βιβλιογραφία, το εργαλείο της έρευνας όσο και οι αντίστοιχοι δείκτες συχνά εξετάζονται σε σχέση με διάφορες ιατρικές συνιστώσες όπως π.χ. BMI, υπέρτασή κα. Ωστόσο, στην παρούσα δεν εξετάστηκαν, αλλά ενδεχομένως να μπορούσαν να αποδώσουν ορισμένες χρήσιμες επιπλέον συσχετήσεις.

Ένα ακόμα σημείο που θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί θα ήταν μια αντίστοιχη παράλληλη έρευνα σε φροντιστές των συμμετεχόντων, είτε αυτοί/αυτές είναι άτομα του στενού οικογενειακού ή κοινωνικού περιβάλλοντος, είτε αυτοί/αυτές είναι εργαζόμενοι σε δομές υποστήριξης, ώστε να υπάρξει μια πιο σφαιρική διερεύνηση της τελικής επιρροής του διαβήτη τύπου ΙΙ στην ζωή των ηλικιωμένων ατόμων που έχουν διαγνωσθεί και νοσούν από αυτό, και παράλληλα να βελτιώσει την εικόνα που παρουσιάζεται (όχι ποσοτικά αλλά ποιοτικά) σε σχέση με την ανάγκη υποστήριξης και ύπαρξης αντίστοιχων δομών. Τέλος, δεδομένης της γεωγραφικής συγκέντρωσης του δείγματος σε μια μόνο περιοχή (ήτοι ένας στενός γεωγραφικός περιορισμός της έρευνας) λόγω της ευχέρειας κίνησης και πρόσβασης των συγγραφουσών σε σχετικά ιδιωτικά ιατρεία, δημιουργεί επιπλέον θέματα στην προβολή των αποτελεσμάτων στον γενικότερο πληθυσμό ηλικιωμένων που πάσχουν από διαβήτη τύπου ΙΙ στην Ελλάδα.

Κεφάλαιο 8^{ο} Συμπεράσματα - Προτάσεις

Η παρούσα εργασία εξέτασε την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με διαβήτη τύπου 2 στην Ελλάδα με στόχους να εξακριβώσει τόσο την επίδραση του διαβήτη σε αυτή όσο και να αξιολογήσει και να εξετάσει την λειτουργία και ύπαρξη των υποστηρικτικών δομών που διατίθενται προς τέτοιους ασθενείς στην Ελλάδα.

Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι:

1. Ο διαβήτης τύπου 2 επιβάλει σημαντικά προβλήματα στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων σχεδόν σε όλα τα επίπεδα της ζωής τους (καθημερινή ζωή, φυσική κατάσταση, κοινωνική ζωή, ψυχολογική κατάσταση, οικονομική και εργασιακή ζωή).
2. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 όντως χρειάζονται την ύπαρξη υποστηρικτικών δομών καθώς σε όλες τις πλευρές της καθημερινότητας τους απαιτείται η στήριξη τους τόσο φυσικά όσο και ψυχολογικά και οικονομικά. Μολονότι το βάρος αυτής της στήριξης πέφτει τις περισσότερες φορές στον εγγύς κοινωνικό κύκλο, η ύπαρξη και λειτουργία των δομών υποστήριξης είναι απαιτητή και σημαντική ώστε να ελαφρύνει το φορτίο των κοντινών προσώπων και να μην επέλθει κόπωση των στενών κοινωνικών σχέσεων του ασθενούς.
3. Στην παρούσα φάση και με βάση τα αποτελέσματα της ανάλυσης του εργαλείου έρευνας, οι υπάρχουσες δομές λειτουργούν στο απολύτως βασικό επίπεδο τους. Είναι σαφές ότι απαιτείται μια βελτιστοποίηση της λειτουργίας τους με στόχο την καλύτερη στήριξη των ασθενών και όχι απλά την διεκπεραίωση των δράσεων που αναλαμβάνουν

8.1 Προτάσεις

Σε σχέση με τις δομές υποστήριξης η εργασία καταλήγει στις ακόλουθες προτάσεις:

1. Αναδιάρθρωση, διεύρυνση και στελέχωση των υπαρχόντων δομών με στόχο την βέλτιστη λειτουργία αυτών και την μεγαλύτερη ευεργετική δράση τους τόσο ως

προς το άτομο όσο και ως προς τις σχέσεις αυτού με τον στενό κοινωνικό του κύκλο (ελάφρυνση του φορτίου του δεύτερου). Οι σχετικές δομές θα πρέπει να μπορούν να παρεμβαίνουν άμεσα στην περίπτωση που υπάρχει άτομο (ασθενής) που εκφράζει την ανάγκη υποστήριξης με παρεμβάσεις που αφορούν τόσο στην ζωή του ίδιου του ατόμου, όσο και τους στενού κοινωνικού και οικογενειακού τους κύκλου. Για παράδειγμα, θα μπορεί να υπάρχει συνεχής βοήθεια στην αγορά αγαθών, όχι με την παράδοση στο σπίτι του ατόμου από άτομα που εργάζονται στις δομές (αν και αυτό μπορεί να απαιτηθεί ανάλογα με την περίπτωση) αλλά με την συνοδεία και βοήθεια σε αυτό το σκέλος της ζωής των ασθενών. Παρόμοια λύση θα ήταν η διενέργεια σχετικών ημερίδων αλλά και δρώμενων για τα άτομα και τις οικογένειες τους που θα ενημερώνουν και θα εκπαιδεύουν σε σχέση με την ζωή με τον διαβήτη τύπου ΙΙ.

2. Υποστήριξη των ασθενών ιδιαίτερα των ηλικιωμένων με διαβήτη τύπου 2 σε υλικοτεχνικά θέματα, όπως εργασία και οικονομική κατάσταση όπου η επίδραση του διαβήτη είναι σημαντικά αρνητική. Οι υποστηρικτικές δομές, καθώς και η κοινωνική εργασία θα πρέπει να μπορούν να παρέχουν (όπου χρειάζεται) αναλώσιμα για την ιατρική παρακολούθηση της ασθένειας (π.χ. ταινίες μέτρησης ζάχαρου, βελόνες ινσουλίνης κ.α.) και κατά διαστήματα να μπορούν να διοργανώνουν εκδηλώσεις ιατρικής παρακολούθησης (π.χ. μαζικές εξετάσεις καμπύλων σακχάρου κλπ).Περαιτέρω, θα πρέπει να μπορούν να προσφέρουν τα μέσα μεταφοράς που απαιτούνται για την μετακίνηση των ατόμων από και προς τα ιατρεία νοσοκομεία κλπ.

3. Διεύρυνση της δράσης των υποστηρικτικών δομών ώστε να αναλαμβάνουν δράση από το προ-διαβητικό στάδιο και να εκπαιδεύουν ασθενείς και οικογένεια στην πρόληψη, αντιμετώπιση και σωστές πρακτικές αυτό-φροντίδας. Η διάγνωση ηλικιωμένων σε προ-διαβητικό στάδιο απαιτεί πλέον τη συχνή παρακολούθηση τους και της ζωής αυτών ώστε να μην εκδηλωθεί ή να καθυστερήσει η εκδήλωση της πλήρους ασθένειας. Οι δομές υποστήριξης θα πρέπει σε αυτό το σημείο να παρέχουν την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή αλλά και υποστήριξη μέσω

εκπαίδευσης για να καθυστερήσει η εκδήλωση όσο περισσότερο γίνεται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

American Diabetes Association. Diagnosis and classifi cation of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2013a; 36(supply 1):S67–74

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2013. Diabetes Care. 2013b;36(supply 1):S11–66.

Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes, a meta-analysis. Diabetes Care. 2001;24: 1069–7

Bowling, A. & Browne, P. (1991) Social networks health and emotional well-being among the oldest old in London. Journal of Gerontology, 46, 530–2.

Brown JS, Stapleton AE, Wessells H, et al. Urologic complications of diabetes. Diabetes Care. 2005;28: 177–85.

Buchanan, J. & Chamberlain, M. (1978) Survey of the Mobility of the Disabled in an Urban Environment. Royal Association for Disability and Rehabilitation, London

Davis SN. Insulin, oral hypoglycemic agents, and the pharmacology of the endocrine pancreas. In: Brunton LL, Lazo JS, Parker KL, editors. Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 2006

Farooqi, A. & Sorrie, S. (1999) Monitoring of elderly housebound and mobile diabetics in 31 Leicestershire practices: a comparative study. Practical Diabetes International, 16(4), 114–16.

Ferrannini, E. (1996) European Group for the Study of Insulin Resistance. Insulin action and age. Diabetes, 45, 949.

Figueroa MS, Peters JI. Congestive heart failure, diagnosis, pathophysiology, therapy,

and implications for respiratory care. Respir Care. 2006;51:403–12

Forbes, A. & Morris, L. (1999) Housebound older people are missing out on diabetes care. Nursing Times, 95(14), 30–1.

Forbes, A., Berry, J. & While, A. (2001) A critical examination of a clinical protocol to support district nurses in the domiciliary annual review of older frail people with Type 2 diabetes. British Journal of Community Nursing, 6(12), 652–60.

Forbes, A., Berry, J., While, A., Hitman, G. & Sinclair, A. (2002a) Issues and methodological challenges in developing and evaluating health care interventions for older people with diabetes mellitus. Part 1. Practical Diabetes International, 19(2), 55–9.

Forbes, A., Berry, J., While, A., Hitman, G. & Sinclair, A. (2002b) Issues and methodological challenges in developing and evaluating health care interventions for older people with diabetes mellitus. Part 2. Practical Diabetes International, 19(3), 81–4.

Forbes, A., Berry, J., While, A., Hitman, G. & Sinclair, A. (2004) A pilot project to explore the feasibility and potential of a protocol to support district nurses in the assessment of older frail people with Type 2 diabetes. Nursing Research, 9(4), 282–94

Gullitural, M., Mahahir, D. & Roke, B. (2003) Diabetes-related inequities in health status and financial barriers to health care access in a population based study. Diabetic Medicine, 21, 45–51

Hall, K. (1992) Care of the housebound diabetic. Practice Nurse, December, 539–42

Hamet P. Hypertension and diabetes. Clin Exp Hypertens. 1993;15:1327–42.

Hamerman, D. (1999) Toward an understanding of frailty. Annals of Internal Medicine, 130(11), 945–59

Hammond, G. & Jilek, R. (2003) Caring for the Aged. Media 21 Publishing, Sydney, Australia

International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 1st ed. Brussels: IDF Executive

Offi ce; 2000.

International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 2nd ed. Brussels: IDF Executive Offi ce; 2003.

International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 3rd ed. Brussels: IDF Executive Offi ce; 2006.

International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 4th ed. Brussels: IDF Executive Offi ce; 2009.

International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 6th ed. Brussels: IDF Executive Offi ce; 2013.

Iozzo, P., Beck-Neilsen, J., Loakso, M., Smith, U., Yki-Jarvinen, H. & Ferrannini, E. (1999) Independent influence of age on basal insulin secretion in non-diabetic humans. European Group for the Study of Insulin Resistance. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 84, 863–8.

Kaku K. Pathophysiology of type 2 diabetes and its treatment policy. Japan Med Assoc J. 2010;53:41–6.

Kitabchi AE. Physiology of endocrine pancreas and pathophysiology of diabetes mellitus (DM). 2009.

Krinsley, J. (2004) Effect of an intensive glucose management protocol on the mortality of critically ill adult patients. Mayo Clinic Proceedings, 79(8), 992–1000

McHorney C (2003) Ten recommendations for advancing patient-centered outcomes measurement for older persons. Annals of Internal Medicine 139(5 Pt 2): 403

Meneilly, G. & Elliott, T. (1999) Metabolic alterations in middle-aged and elderly obese patients with Type 2 diabetes. Diabetes Care, 22, 112–18.

Miocic J, Car N, Metelko Z. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. Diabetol Croatica. 2008;37:35–42.

Mohan H. Text book of pathology. 4th ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2003

Morrish NJ, Wang SL, Stevens LK, Fuller JH, Keen H. Mortality and causes of death in the WHO, multinational study of vascular disease in diabetes. Diabetologia. 2001;44:S14–21.

National Health and Medical Research Council Series on Diabetes (1992) Diabetes in Older People. Australian Government Publishing Service, Canberra

National Glaucoma Research. Diabetes kinked to higher incidence of glaucoma. Clarksburg: National Glaucoma Research, A Program of the American Health Assistance Foundation; 2009

Paolisso, G., D'Amora, A., Balbi, V., Volpe, C., Galzerano, D. & Giugliano, D. (1994) Plasma Vitamin C affects glucose homeostasis in healthy subjects in non-insulin dependent diabetes. American Journal of Physiology, 266, E261–8.

Proietto, J. (2004) Diabetes and antipsychotic drugs. Australian Prescriber, 27(5), 118–19.

Ralph DJ, Wylie KR. Ejaculatory disorders and sexual function. BJU Int. 2005;95:1181–6

Sander D, Sander K, Poppert H. Stroke in type 2 diabetes. Br J Diabetes Vasc Dis. 2008;8:222–30

Sathish R, Mohan V. Diabetes and thyroid disease – a review. Int J Diabetes Dev Countries. 2003;23:120–4.

Schattner A, Bronstein A & Jellin N (2006) Information and shared decision-making are top patients' priorities. BMC Health Services Research 6(1): 21

Scheen AJ. Pathophysiology of type 2 diabetes. Acta Clin Belg. 2003;58:335–41.

Scobie IN. Atlas of diabetes mellitus. 3rd ed. London: Informa Healthcare; 2007

Shaw DA, Duncan LJP. Optic atrophy and nerve deafness in diabetes mellitus. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1958;21:47–9.

Ship JA. Diabetes and oral health, an overview. J Am Dental Assoc. 2003;134:4S–10

Siegel K, Narayan KMV. The Unite for Diabetes campaign: Overcoming constraints to fi nd a global policy solution. Glob Health. 2008;4:3.

Silliman, R., Bhatti, S., Khan, A., Dukes, K. & Sullivan, L. (1996) The care of older persons with diabetes mellitus: families and primary care physicians. Journal of the American Geriatrics Society, 44(11), 1314–21.

Sinclair, A. & Barnett, A. (1993) Special needs of elderly diabetic patients. British Medical Journal, 306, 1142–3

Sinclair, A., Girling, A. & Bayer, J. (2000) Cognitive dysfunction in older subjects with diabetes mellitus: impact on diabetes self-management and use of care services. Diabetes Research and Clinical Practice, 50, 203–12

Sinclair, A. & Finucane, P. (1995) Diabetes in Old Age. John Wiley, Chichester

Songer TJ. Disability in diabetes. In: Harris MI, Cowie CC, Stern MP, Boyko EJ, Reiber GE, Bennett PH, editors. Diabetes in America. Bethesda: National Institutes of Health; 1995. p. 259–83.

Souder, J.E. (1992) The consumer approach to recruitment of elder subjects. Nursing Research, 41(5), 314–16.

Spirn MJ, Regillo CD. Current and future treatment trends in diabetic macular edema. Retina Today. 2008 Sept, p. 58–61.

Sreedevi C, Car N, Pavlic-Renar I. Dermatological lesions in diabetes mellitus. Diabetol Croatica. 2002;31:147–59.

Vernillo AT. Dental considerations for the treatment of patients with diabetes mellitus. J Am Dental Assoc. 2003;134:24S–33

Veselinovi D, Jovanovi M. Diabetes mellitus and optic nerve diseases. Acta Facult Med Naissensis. 2005;22:145–8

Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK & Vonkorff M (2005) Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. Journal of Alternative & Complementary Medicine 11(supplement 1).

Whiting D. IDF diabetes atlas. 6th ed. Basel: International Diabetes Federation; 2013.

Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Diabetes Care. 2004;27:1047–53.

Williams, R., Van Gaal, L., & Lucioni, C. (2002). Assessing the impact of complications on the costs of Type II diabetes. *Diabetologia*, *45*(1), S13-S17.

Wolosin JD, Edelman SV. Diabetes and the gastrointestinal tract. Clin Diab. 2000;18:148–51.

World Health Organization. Defi nition, diagnosis and classifi cation of diabetes mellitus and its complications (part 1: diagnosis and classifi cation of diabetes mellitus). Report of a WHO consultation. Geneva: Department of Noncommunicable Disease Surveillance, WHO; 1999a. p. 1–59

World Health Organization. Use of glycated haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus. Abbreviated Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO; 1999b. p. 1–29

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva : World Health Organization; 2011

World Health Organization. Defi nition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. Geneva: WHO Document Production Services; 2006. p. 1–38

Whoqol Group (1994) Development of the WHOQOL: Rationale and current status. International Journal of Mental Health 23(3): 24–56.

Zimmet, P. (1999) Diabetes epidemiology as a tool to trigger diabetes research and care. Diabetologia, 42, 499–518

IFSW Διεθνής Κώδικας Δεοντολογίας Κοινωνικών Λειτουργών. Το κείμενο

«Δεοντολογία στην Κοινωνική Εργασία, Διακήρυξη Αρχών» εγκρίθηκε κατά την Γενική Συνάντηση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Κοινωνικών Λειτουργών και της Διεθνούς Ένωσης Σχολών Κοινωνικής Εργασίας στην Αδελαΐδα, Αυστραλία, τον Οκτώβριο του 2004.

http://www.ifsw.org/en/p38000398.html (27-8-2011)

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αβεντισιάν - Παγοροπούλου Α. (2000). Η ψυχολογία της τρίτης ηλικίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Βανταράκης, Α. «Η ευαίσθητη τρίτη ηλικία».

http://www.avantarakis.gr/cms/wp-content/uploads/I-eyaisthiti-triti-ilikia3.pdf (10-10-11)

Δανιλόπουλος, Δ. (2003). «Στάσεις και προκαταλήψεις απέναντι στην αναπηρία».

Διάσκεψη της Χάγης για το ιδιωτικό διεθνές δίκαιο. (2000). Σύμβαση για τη διεθνή προστασία των ενηλίκων. www.alz.co.ukhcch.e-vision.nl/index_el.php

Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Εργαζομένων. (1999). Διεθνής πολιτική για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Ανακτήθηκε στις 11 Μαΐου 2007, από το www.ifsw.org/p38001808.html

Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Εργαζομένων. (2006). www.ifsw.org/en/p38001031.html

Εθνική Ένωση Κοινωνικών Εργαζομένων. (2003).

Εθνική Ένωση Κοινωνικών Εργαζομένων-ΗΠΑ (2005). Πρότυπα NASW για την πρακτική κοινωνικής εργασίας σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Ουάσιγκτον, DC: NASW Press. Επίσης διατίθεται στο διαδίκτυο στη διεύθυνση www.socialworkers.org/practice/standards/NASWHealthCareStandards.pdf,

Εθνική Ένωση Κοινωνικών Εργαζομένων-ΗΠΑ (2005). Πρότυπα NASW για την πρακτική κοινωνικής εργασίας σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Ουάσιγκτον, DC: NASW Press. Επίσης διατίθεται στο διαδίκτυο στη διεύθυνση www.socialworkers.org/practice/standards/NASWHealthCareStandards.pdf,

Εθνική Ένωση Κοινωνικών Εργαζομένων-ΗΠΑ (2006). Η ανώτερη υγεία, η ασφάλεια και η ζωτικότητα. Στο Social Work Speaks (7η έκδοση, σελ. 341-347). Ουάσιγκτον, DC: NASW Press.

Ηνωμένα Έθνη. (2005). Συνθήκες διαβίωσης ηλικιωμένων σε όλο τον κόσμο. Νέα Υόρκη: Συγγραφέας.

Ηνωμένα Έθνη. (2007). Παγκόσμια οικονομική και κοινωνική έρευνα: Ανάπτυξη σε ένα γηράσκοντα κόσμο. Νέα Υόρκη: Συγγραφέας.

Ηνωμένα Έθνη. (2008). Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία. www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150

Θοδωρής Π. Δημόπουλος , 2013

https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/apopseis-sxolia/news/23365/i-xrisimotita-tis-koinwnikis-ergasias-stis-monades-frontidas-ilikiwmenwn.html

Καλλινικάκη, Θ. (1998). Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στην θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μωυσίδης, Α., Ανθοπούλου, Θ., Ντύκεν, Μ.Ν., (2002). Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο. Αθήνα: Gutenberg.

Οργανισμός Ηνωμένων Πολιτειών για τη Διεθνή Ανάπτυξη (USAID). (2001)

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. (1998). Γλωσσάρι προώθησης της υγείας. www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdfΟ ορισμός προέκυψε από το προοίμιο του Συντάγματος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, όπως εγκρίθηκε από τη Διεθνή Διάσκεψη για την Υγεία, Νέα Υόρκη, 19 Ιουνίου - 22 Ιουλίου 1946. που υπογράφηκε στις 22 Ιουλίου 1946 από τους αντιπροσώπους 61 κρατών (Αρχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αριθ. 2, σελ. 100) και τέθηκε σε ισχύ στις 7 Απριλίου 1948.

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. (2005) Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. (2003).

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. (2007). Οι κατευθυντήριες οδηγίες του ΙΕΔΛ για την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. (2008). Υγιές προσδόκιμο ζωής (HALE) κατά τη γέννηση (έτη). www.who.int/whosis/indicators/2007HALE0/en/index.html

Ψαρού, Κ. και Ζαφειρόπουλος, Κ. (2004). Επιστημονική έρευνα θεωρία και εφαρμογές στις κοινωνικές επιστήμες. Αθήνα: Υποθέτω.

Παράρτημα Α – Όργανο Έρευνας

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ερευνητική μελέτη με θέμα:

«**ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ Β΄ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ– ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΗΞΗΣ**»

Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας του προπτυχιακού προγράμματος του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης των φοιτητών και θα μας ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο αν αφιερώνατε λίγα λεπτά για να το συμπληρώσετε. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξεταστεί η επίδραση που έχει η ύπαρξη διαβήτη τύπου ΙΙ στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Η έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση των ζητημάτων που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι με διαβήτη τύπου ΙΙ και στην ανταπόκριση των δομών και του κοινωνικού συνόλου σχετικά με το εν λόγω ζήτημα υγείας των ηλικιωμένων.

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο αποτελεί το βασικό μέσο για τη συλλογή στοιχείων της έρευνας, της οποίας τα αποτελέσματα θα είναι έγκυρα μόνο αν οι απαντήσεις σας είναι αληθείς και ακριβείς. Γι’ αυτόν τον λόγο παρακαλείστε να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και σαφήνεια.

Η έρευνα είναι ανώνυμη και οι ερευνητές εγγυόνται ότι η δημοσίευση των αποτελεσμάτων της έρευνας σε καμιά περίπτωση δε θα εκθέσει μεμονωμένα άτομα. Παρακαλείστε να μη διστάσετε να εκφράσετε οποιεσδήποτε απορίες και ερωτήσεις που αφορούν στις διαδικασίες ή σε άλλες πλευρές της έρευνας. Τέλος, είστε ελεύθεροι να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας και να διακόψετε τη συμμετοχή σας στην έρευνα, οποιαδήποτε στιγμή αν το θελήσετε.

Έντυπο Συναίνεσης

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η έλαβα γνώση των χαρακτηριστικών της έρευνας που συνδέεται με το παρόν ερωτηματολόγιο και συναινώ στην χρήση των στοιχείων που θα συμπληρώσω απαντώντας το για την διενέργεια της. Επίσης, έλαβα γνώση της πλήρους ανωνυμίας της έρευνας και διατηρώ το δικαίωμα μου στο μέλλον και για οποιονδήποτε λόγο να απαιτήσω την αφαίρεση των δεδομένων που έχω συνεισφέρει σε αυτή.

Ο/Η Υπογραφών/φουσα

Ερωτηματολόγιο Ασθενών με Διαβήτη Τύπου Β

Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλλο: Άνδρας……. Γυναίκα …….

2. Ηλικία: ……

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η……. Έγγαμος/η……. Διαζευγμένος/η (ή σε διάσταση) ……. Χήρος/α ……

4. Αριθμός Τέκνων: …….

5. Πριν πόσα έτη διαγνωστήκατε με Διαβήτη τύπου Β; ……

Ερωτήσεις

Παρακαλώ στα επόμενα ερωτήματα, απαντήστε τοποθετώντας ένα Χ στην αντίστοιχη επιθυμητή απάντηση.

1. Σε γενικές γραμμές η ποιότητα ζωής σας είναι:

Α. Εξαιρετική	Β. Πολύ καλή	Γ. Καλή	Δ. Ούτε καλή ούτε κακή	Ε. Κακή	ΣΤ. Πολύ κακή	Ζ. Υπερβολικά κακή

2. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, η ποιότητα ζωής μου θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερη	Β. Καλύτερη	Γ. Λίγο καλύτερη	Δ. Η ίδια	Ε. Χειρότερη

3. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, θα απολάμβανα τις δραστηριότητες του ελευθέρου χρόνου μου

Α. Πάρα πολύ περισσότερο	Β. Πολύ περισσότερο	Γ. Λίγο περισσότερο	Δ. Η ίδια	Ε. Λιγότερο

4. Οι δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου μου είναι για εμένα κάτι το:

Α.	Β.	Γ.	Δ.	Ε.

Απολύτως σημαντικό	Σημαντικό	Αδιάφορο	Ελάχιστα Σημαντικό	Καθόλου σημαντικό

5. Αυτό τον καιρό εργάζεστε;

Ναι	Όχι

- 5α Αν δεν εργάζεστε, ψάχνετε για εργασία;

Ναι	Όχι

- 5β Αν δεν εργάζεστε θα θέλατε να είχατε κάποια εργασία αυτό το διάστημα;

Ναι	Όχι

- 5γ Εάν **δεν** είχατε διαβήτη, η εργασιακή σας ζωή θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερη	Β. Καλύτερη	Γ. Λίγο καλύτερη	Δ. Η ίδια	Ε. Χειρότερη

- 5δ Για εσάς το να έχετε εργασιακή ζωή είναι κάτι το :

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

6. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, οι τοπικές μετακινήσεις ή τα μεγάλα ταξίδια θα ήταν:

Α. Πάρα πολύ ευκολότερα	Β. Πολύ ευκολότερα	Γ. Λίγο ευκολότερα	Δ. Τα ίδια	Ε. Πιο δύσκολα

7. Για εμένα οι τοπικές μετακινήσεις ή τα μεγάλα ταξίδια είναι κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

8. Πάτε διακοπές;

Ναι	Όχι

- 8α Εάν απαντήσατε ναι, εάν **δεν** είχατε διαβήτη, οι διακοπές σας θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερες	Β. Καλύτερες	Γ. Λίγο καλύτερες	Δ. Ίδιες	Ε. Χειρότερες

- 8β Ομοίως αν απαντήσατε ναι στο ερώτημα 8, για εσάς οι διακοπές είναι κάτι το :

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

9. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, σωματικά θα μπορούσα να κάνω

Α. Πάρα πολύ περισσότερα	Β. Πολύ περισσότερα	Γ. Λίγο περισσότερα	Δ. Τα ίδια	Ε. Λιγότερα

10. Για εμένα το πόσα μπορώ να κάνω σωματικά είναι κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

11. Εάν δεν είχα διαβήτη, η οικογενειακή μου ή/και ευρύτερη οικογενειακή, συγγενική μου ζωή θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερη	Β. Καλύτερη	Γ. Λίγο καλύτερη	Δ. Η ίδια	Ε. Χειρότερη

12. Η οικογενειακή μου ή/και ευρύτερη οικογενειακή, συγγενική μου ζωή είναι κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

13. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, οι φιλίες και η κοινωνική μου ζωή θα ήταν:

Α. Πολύ καλύτερες	Β. καλύτερες	Γ. Λίγο καλύτερες	Δ. Οι ίδιες	Ε. Χειρότερες

14. Οι φιλίες και η κοινωνική μου ζωή είναι για εμένα κάτι το:

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

15. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, η σχέση μου με τον/την σύντροφο μου θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερη	Β. Καλύτερη	Γ. Λίγο καλύτερη	Δ. Η ίδια	Ε. Χειρότερη

16. Το να έχω μια στενή προσωπική σχέση είναι για εμένα

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

17. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, η σεξουαλική μου ζωή θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερη	Β. Καλύτερη	Γ. Λίγο καλύτερη	Δ. Η ίδια	Ε. Χειρότερη

18. Για εμένα το να έχω σεξουαλική ζωή είναι κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

19. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, η εμφάνιση μου θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερη	Β. Καλύτερη	Γ. Λίγο καλύτερη	Δ. Η ίδια	Ε. Χειρότερη

20. Για εμένα η εμφάνιση μου είναι κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

21. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, η αυτοπεποίθηση μου θα ήταν

Α. Πολύ μεγαλύτερη	Β. Μεγαλύτερη	Γ. Λίγο μεγαλύτερη	Δ. Η ίδια	Ε. Μικρότερη

22. Για εμένα η αυτοπεποίθηση μου είναι κάτι το

Α. Απολύτως	Β.	Γ.	Δ. Ελάχιστα	Ε. Καθόλου

σημαντικό	Σημαντικό	Αδιάφορο	Σημαντικό	σημαντικό

23. Εάν **δεν** είχα διαβήτη τα κίνητρα μου για την ζωή θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερα	Β. Καλύτερα	Γ. Λίγο καλύτερα	Δ. Τα ίδια	Ε. Χειρότερα

24. Για εμένα τα κίνητρα για την ζωή είναι κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

25. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, ο τρόπος που οι άλλοι αντιδρούν σε εμένα θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερος	Β. Καλύτερος	Γ. Λίγο καλύτερος	Δ. Ο ίδιος	Ε. Χειρότερος

26. Για εμένα ο τρόπος που οι άλλοι αντιδρούν σε εμένα είναι κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

27. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, τα συναισθήματα μου για το μέλλον θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερα	Β. Καλύτερα	Γ. Λίγο καλύτερα	Δ. Τα ίδια	Ε. Χειρότερα

28. Για εμένα τα συναισθήματα μου για το μέλλον είναι κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

29. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, η οικονομική μου κατάσταση θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερη	Β. Καλύτερη	Γ. Λίγο καλύτερη	Δ. Η ίδια	Ε. Χειρότερη

30. Για εμένα η οικονομική μου κατάσταση είναι κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

31. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, οι συνθήκες διαβίωσης μου θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερες	Β. καλύτερες	Γ. Λίγο καλύτερες	Δ. Οι ίδιες	Ε. Χειρότερες

32. Για εμένα οι συνθήκες διαβίωσης είναι κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

33. Εξαρτάστε από άλλους λόγω της κατάστασης σας;

Ναι	Όχι

- 33α Εάν απαντήσατε θετικά, εάν **δεν** είχατε διαβήτη, η εξάρτηση σας από τους άλλους θα ήταν

Α. Πολύ μικρότερη	Β. Μικρότερη	Γ. Λίγο μικρότερη	Δ. Η ίδια	Ε. Μεγαλύτερη

- 33β Η **μη** εξάρτηση από τους άλλους είναι για εμένα κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

34. Εάν δεν είχα διαβήτη, η ελευθερία μου να τρώω και να πίνω ότι επιθυμώ θα ήταν

Α. Πολύ μεγαλύτερη	Β. Μεγαλύτερη	Γ. Λίγο μεγαλύτερη	Δ. Η ίδια	Ε. Μικρότερη

35. Για εμένα το να μπορώ να τρώω και να πίνω ό,τι θέλω είναι κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

36. Το μερίδιο του χρόνου που απαιτείται για την διαχείριση της ασθένειας μου είναι

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

37. Το βάρος της ασθένειας μου στην οικογένεια και τα κοντινά μου πρόσωπα είναι:

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

38. Εάν **δεν** είχα διαβήτη, ο ύπνος μου θα ήταν

Α. Πολύ καλύτερος	Β. Καλύτερος	Γ. Λίγο καλύτερος	Δ. Ο ίδιος	Ε. Χειρότερος

39. Για εμένα ο καλός ύπνος είναι κάτι το

Α. Απολύτως σημαντικό	Β. Σημαντικό	Γ. Αδιάφορο	Δ. Ελάχιστα Σημαντικό	Ε. Καθόλου σημαντικό

40. Θεωρείτε ότι χρειάζεται να πάτε στην τουαλέτα περισσότερες φορές από τους άλλους εξαιτίας του διαβήτη;

Ναι	Όχι

- 40α Εάν απαντήσατε ναι, αυτό σας κάνει να νιώθετε μειονεκτικά;

Ναι	Όχι

- 40β Εάν απαντήσατε ναι, σε ποιο βαθμό σας επηρεάζει αυτό αρνητικά;

Α. Πάρα πολύ	Β. Πολύ	Γ. Ούτε λίγο ούτε πολύ	Δ. Ελάχιστα	Ε. Καθόλου

41. Νιώθετε πολλές φορές την ανάγκη να «κρύψετε» την αναγκαία ένεση ινσουλίνης από τους άλλους;

Ναι	Όχι

- Εάν απαντήσατε ναι, σε ποιο βαθμό σας επηρεάζει αυτό αρνητικά;

Α. Πάρα πολύ	Β. Πολύ	Γ. Ούτε λίγο ούτε πολύ	Δ. Ελάχιστα	Ε. Καθόλου

42. Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι από τις υπάρχουσες κοινωνικές και θεραπευτικές δομές που σας αφορούν;

Α. Πάρα πολύ	Β. Πολύ	Γ. Ούτε λίγο ούτε πολύ	Δ. Ελάχιστα	Ε. Καθόλου

43. Σε ποιο βαθμό αξιοποιείτε τις υπάρχουσες κοινωνικές και θεραπευτικές δομές που σας αφορούν;

Α. Πάρα πολύ	Β. Πολύ	Γ. Ούτε λίγο ούτε πολύ	Δ. Ελάχιστα	Ε. Καθόλου