

ΕΡΕΥΝΑ

Διαταραχές της διάθεσης και διαχείριση της καθημερινότητας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου IIΑγορίτσα Κουλούρη¹, Ζωή Ρούπα², Πηνελόπη Σωτηροπούλου³, Μαργίτσα Σκοπελίτου⁴

1. Νοσηλεύτρια MSc, Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας
2. Καθηγήτρια ΤΕΙ Λάρισας
3. Επισκέπτρια Υγείας MSc, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"
4. Νοσηλεύτρια MSc, ΓΝΠ "Τζάνειο"

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών και η σχέση τους με την διαχείριση της καθημερινότητας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II.

Υλικό και Μέθοδος: 310 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II συμμετείχαν στη μελέτη κατά τη διάρκεια προγραμματισμένου γλυκαιμικού ελέγχου σε Διαβητολογικά κέντρα της Αττικής. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με την συμπλήρωση φόρμας που περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτελούσαν 174(56%) γυναίκες και 136(44%) άνδρες με μέση ηλικία 61,7 έτη. Οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν "πολύ δύσκολη" έως "ακατόρθωτη" τη διευθέτηση της καθημερινότητας παρουσίασαν δύο έως πέντε φορές υψηλότερο σκορ άγχους και 1,5 έως 5 φορές υψηλότερο σκορ κατάθλιψης, σε σχέση με τα άτομα που θεωρούσαν εύκολη την διαχείριση των προβλημάτων ($p < 0.001$). Το συνολικό ποσοστό των ατόμων με σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας άγγιζε το 13%, ενώ το 23% του δείγματος δήλωνε ότι δεν ήταν ευτυχισμένοι. Η διευθέτηση των καθημερινών προβλημάτων φάνηκε ότι είναι "δύσκολη" τόσο για τους άνδρες (14%) όσο και για τις γυναίκες (37,9%).

Συμπεράσματα: Το άγχος και η κατάθλιψη συνδέονται ισχυρά με την μη ικανοποιητική διαχείριση των προβλημάτων της καθημερινότητας, την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και την ανηδονία.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχές διάθεσης, άγχος, κατάθλιψη, διαχείριση καθημερινότητας, Σακχαρώδης διαβήτης.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Αγορίτσα Κουλούρη

Μ. Ζερβού 3 Σαλαμίνα

Τηλ: 6948579784

E mail: ritsa_koulouri@yahoo.gr

ORIGINAL PAPER

Mood disorders and handling of daily routine in patients with diabetes melitus type II

Koulouri Agoritsa¹, Roupa Zoi², Sotiropoulou Penelope³, Skopelitou Margitsa⁴

1. RN, MSc, Salaminas' Health Center

2. RN, Professor in Nursing Department, ATEI of Larissa, Greece

3. Health Visitor, MSc, "Sotiria" Hospital

4. RN, MSc, "Tzaneio" Hospital

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was the meditation of stressful and depressive disorders and their relation to the halding of daily routine to patients with diabetes melitus type II.

Material and method: 310 patients with diabetes mellitus type II took part in the study during programmed glucose control in Diabetological centers of Attica. Data have been collected with a form which concludes the questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results: The sample has been comprised by 174(56%) women and 136(44%) men with middle age the 61, 7 years. The participants that esteem "too hard" until "impacticable" the arrangement of everyday life two to five higher stress level and 1,5 to 5 higher depression level, in relation to those that regard as easy the problems arrangement ($p<0.001$). The summary of people with thoughts or attempts of suicide reached 13%, whereas the 23% of the sample states that they're not happy. The arrangement of everyday problems seems to be hard as for men (14%) just like as women (37, 9%).

Conclusions: Anxiety and depression are strongly connected with the non satisfactory arrangement of routine problems, the selfdestencive behavior and the andelightment.

Key words: Mood disorders, anxiety, depression, arrangement of routine problems, diabetes mellitus

CORRESPONDING AUTHOR*Agoritsa Koulouri**M. Zervou 3 Salamina**Tel: 6948579784**E mail: ritsa_koulouri@yahoo.gr***ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια μεταβολική νόσος της οποίας η συχνότητα πενταπλασιάστηκε την τελευταία δεκαπενταετία και αποτελεί μια από τις κυριότερες απειλές για την ανθρώπινη υγεία τον 21^ο αιώνα.^{1,2,3,4,5}

Το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν διαταραχές με ευρύ φάσμα εκδηλώσεων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Συχνά συνδέονται με την αδυναμία μεταβολικού ελέγχου, τις χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη, τη μη ικανοποιητική αυτοδιαχείριση και την χαμηλή ικανοποίηση από τα αποτελέσματα της ακολουθούμενης αγωγής.^{6,7,8}

Ο σακχαρώδης διαβήτης προκαλεί σημαντικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου διότι απαιτεί συγκεκριμένο διαιτολόγιο, καθημερινό αυτοέλεγχο της τιμής του σακχάρου, ενέχει τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας, γεγονότα που ενδέχεται να επηρεάζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες και να οδηγήσουν στην εκδήλωση αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.⁹ Η εμφάνιση των

διαταραχών της διάθεσης στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη φαίνεται να έχει σχέση με το φύλο^{10,11,12} την οικογενειακή κατάσταση^{13,14} την παχυσαρκία^{14,15} την ένταξη της άσκησης στο καθημερινό πρόγραμμα^{16,17} και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση.^{13,18}

Σκοπός

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των διαταραχών της διάθεσης με την διαχείριση της καθημερινότητας. Μελετήθηκε ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζουν ορισμένοι παράγοντες όπως το φύλο, η προσωπική εκτίμηση για την ευτυχία, το άγχος και η κατάθλιψη τα άτομα στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και στην διαχείριση της καθημερινότητας.

Υλικό και μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν 310 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Η μέση ηλικία ήταν τα 61,73 έτη και μέση ηλικία διάγνωσης της νόσου τα 49,98 έτη. Η έρευνα

πραγματοποιήθηκε σε διαβητολογικά κέντρα της Αττικής. Η συλλογή των ερωτηματολογίων γινόταν στο χώρο αναμονής των ιατρικών και μετά την επίσκεψη των ατόμων σε αυτά. Προηγούνταν ενημέρωση που παρείχε συνοπτικά πληροφορίες για την έρευνα και την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το δείγμα ελήφθη με τους κανόνες της τυχαίας δειγματοληψίας.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την ανίχνευση των διαταραχών της διάθεσης ήταν το ερωτηματολόγιο Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Το ερωτηματολόγιο HADS αποτελείται από 14 στοιχεία (items) με απαντήσεις σε τέσσερις διαβαθμίσεις της κλίμακας likert. Το HADS μετρά τα επίπεδα των συμπτωμάτων της περασμένης εβδομάδας και αποκλείει στοιχεία (items) που θα μπορούσαν να παραπέμπουν σε προβλήματα όπως η αϋπνία, οι διαταραχές της όρεξης, ο πονοκέφαλος και η κούραση για να αποφευχθούν ψευδοθετικές περιπτώσεις, μεταξύ των ατόμων με σωματικές ασθένειες.^{19,20}

Το HADS-D (Depression) καλύπτει κυρίως την ανηδονία και την απώλεια ενδιαφέροντος, που αποτελούν τον πυρήνα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ το HADS-A (Anxiety) καλύπτει κυρίως την ανησυχία και την ένταση. Το HADS χρησιμοποιεί σαν "cat off level" το >8, που συμφωνεί με τις συστάσεις των δημιουργών του^{21,22} αλλά και με τα αποτελέσματα πολλών μελετών.²³

Άθροισμα (score) κάτω <8 σημαίνει ότι το άτομο είναι "ελεύθερο" συμπτωμάτων, και άθροισμα >8 ότι παρουσιάζει αγχώδη ή καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η ικανοποίηση από την διευθέτηση της καθημερινότητας αποτυπώθηκε με χρήση ερωτήσεων που αφορούσαν την ατομική εκτίμηση για το αίσθημα της ευτυχίας, τις σκέψεις ή πράξεις αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς που επέδειξαν και την εκτίμησή τους σχετικά με την ικανότητά τους να κάνουν παρέα και να συνδιαλλέγονται με άλλους, να φροντίζουν τα πράγματα στο σπίτι και να επιλύουν τα προβλήματα ρουτίνας που παρουσιάζονται.

Στατιστική ανάλυση – Statistics

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 15 (Statistical Package for the Social Sciences) και μέθοδοι της περιγραφικής και συμπερασματολογικής στατιστικής (descriptive and inferential statistics).

Επίσης μονόδρομη ανάλυση μεταβλητότητας ANOVA, με χρήση Tuckey test για τις πολλαπλάσιες συγκρίσεις (multiple comparisons) και ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο ισότητας, μέσης και διάμεσης τιμής αντίστοιχα στα επίπεδα κατηγορικών μεταβλητών με 3 ή παραπάνω επίπεδα.

Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες ορίσθηκε το $p < 0,05$.

Αποτελέσματα

Στην μελέτη έλαβαν μέρος τριακόσια δέκα (310) άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, εκ των οποίων οι 174 (56%) ήταν γυναίκες και οι 136 (44%) άνδρες.

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 61,73 έτη και η μέση ηλικία διαγνωσης της νόσου τα 49,98 έτη.

Οι 243(78%) ήταν έγγαμοι, οι 34(11%) διαζευγμένοι ή χήροι και οι 33(10,6%) άγαμοι. Οι 196(63,2%) από τους συμμετέχοντες είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό για σακχαρώδη διαβήτη, ενώ οι 114(36,8%) ήταν ελεύθεροι κληρονομικής προδιάθεσης.

Ο ασφαλιστικός φορέας των ατόμων ήταν το ΙΚΑ (n= 180, 58,1%), το Δημόσιο (n=33, 10,6%), το NAT (n=25, 8,1%) το ΤΕΒΕ (n=21, 6,8%), ο ΟΓΑ (n=18, 5,8%) ή άλλα ταμεία (n=32, 10,7%).

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, η θεραπευτική αγωγή που ελάμβαναν ήταν μόνο με χάπια (n=136, 43,9%), με χρήση χαπιών και ινσουλίνης (n=85, 27,4%) με συνδυασμό χαπιών και δίαιτας (n=51, 16,5%), και άλλο (n=38, 12,2%).

Στον πίνακα 2 αποτυπώνεται η συσχέτιση μεταξύ της αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το φύλο των συμμετεχόντων. Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες

εμφανίζουν τριπλάσια ποσοστά άγχους (62%), σε σχέση με τους άνδρες (21,5%), αλλά και στην κατάθλιψη οι γυναίκες υπερτερούν με διπλάσιο ποσοστό (41,4%) από αυτό των ανδρών (17,8%).

Από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι οι γυναίκες δηλώνουν ότι δεν νιώθουν ευτυχισμένες και ότι αυτό τις ενοχλεί "πολύ" έως "ανυπόφορα" σε ποσοστό πολλαπλάσιο, 24,7% και 8% αντίστοιχα, από αυτό των ανδρών, 8,1% και 2,2% αντίστοιχα.

Η σχέση μεταξύ του άγχους, της κατάθλιψης και της ατομικής εκτίμησης της ευτυχίας είναι στατιστικά σημαντική. Όσο περισσότερο συμφωνεί κανείς με την πρόταση "δεν νιώθω ευτυχισμένος" τόσο μεγαλύτερη ενόχληση του προκαλεί η έλλειψη ευτυχίας και τόσο μεγαλύτερο είναι το score άγχους και κατάθλιψης.

Στο γράφημα 1 παρουσιάζονται οι απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση "Σκέφτεστε ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε βάλει τέλος στην ζωή σας, ή σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο" που αφορούν σκέψεις ή πράξεις αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Το 21,3% των γυναικών και το 2,2% των ανδρών έδωσαν θετική απάντηση.

Οι σκέψεις και πράξεις αυτοκτονίας σχετίζονται ισχυρά με το score άγχους και κατάθλιψης αφού η τιμή του είναι υψηλότερη (στατιστικά σημαντικά) στην κατηγορία των ατόμων με σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας (πίνακας 4). Η διαφορά αυτή στο score άγχους

και κατάθλιψης είναι στατιστικά σημαντική τόσο με τη χρήση του παραμετρικού ελέγχου t test όσο και με τη χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney.

Στον πίνακα 4 παρατηρούμε ότι το score άγχους και κατάθλιψης αντίστοιχα εμφανίζει σημαντικές διαφορές ανάλογα με την προσωπική εκτίμηση για τη διευθέτηση της καθημερινότητας. Το score αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αυξάνεται όσο αυξάνεται και η δυσκολία διαχείρισης της καθημερινότητας. Τα άτομα που θεωρούν "πολύ δύσκολη" έως "ακατόρθωτη" τη διευθέτηση των καθημερινών προβλημάτων έχουν 2 έως 5 φορές υψηλότερο άγχος και 1,5 έως 5 φορές υψηλότερη κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που θεωρούν "λίγο δύσκολη" ή "καθόλου δύσκολη" τη διευθέτηση των πραγμάτων. Οι διαφορές στο score άγχους και κατάθλιψης είναι στατιστικά σημαντικές για κάθε ζεύγος κατηγοριών σύγκρισης ($p < 0,001$).

Συζήτηση

Οι διαταραχές της διάθεσης συχνά απαντώνται σε άτομα που πάσχουν από χρόνια μεταβολικά νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης.²⁴⁻³² Η αναγνώριση του άγχους και της κατάθλιψης αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη και στην υποστήριξη των ατόμων ώστε να μπορούν ικανοποιητικά να διαχειρίζονται την καθημερινότητά τους.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η υποκειμενική αντίληψη που είχαν τα άτομα για την κατάστασή τους και τα συμπτώματα της ασθένειας, σχετίζονταν περισσότερο με την καταθλιπτική διάθεση παρά με την προσπάθεια για τον γλυκαιμικό έλεγχο.³³

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι το φύλο σχετίζεται ισχυρά με την εμφάνιση διαταραχών της διάθεσης (πιν. 2). Τα άτομα που ανήκουν στο γυναικείο φύλο υπερτερούν τόσο στην αγχώδη όσο και στην καταθλιπτική συμπτωματολογία.^{10,15,31,32,34-41} Πιθανά αυτό συμβαίνει διότι οι γυναίκες διαδραματίζουν πολλούς ρόλους που τους προσδίδουν αυξημένες αρμοδιότητες. Έρευνητές υποστηρίζουν ότι οι επιστήμονες υγείας ίσως να είναι προκατειλημμένοι ως προς το γυναικείο πληθυσμό, δίνοντας ευκολότερα τη διάγνωση της κατάθλιψης σε γυναίκες από ότι σε άνδρες, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο μια πλαστή υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών.⁴² Η Engum A. το 2007 σε έρευνα που έκανε δεν διαπίστωσε διαφορές στην αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με το φύλο.⁴³

Η ύπαρξη σκέψεων ή αυτοκαταστροφικών πράξεων εξετάστηκε στην παρούσα έρευνα, και διαπιστώθηκε ότι το καταθλιπτικό συναίσθημα, η μείωση της ενεργητικότητας και η αρνητική αξιολόγηση του εαυτού και της κατάστασης συνυπήρχαν, και αυτό φάνηκε από τις απαντήσεις που έδωσαν τα υπο μελέτη άτομα στις ερωτήσεις που αφορούσαν το

αίσθημα της ευτυχίας, την ικανότητά τους να διευθετήσουν τα προβλήματα της καθημερινότητας και τις σκέψεις ή απόπειρες αυτοκαταστροφής.

Απόπειρες και πράξεις αυτοκτονίας διαβητικών και μη-διαβητικών ατόμων από κακή χρήση της ινσουλίνης ή αντιδιαβητικών δισκίων, για πρόκληση "μοιραίας" υπογλυκαιμίας έχουν αναφερθεί σε μελέτες αρκετών ερευνητών.⁴⁴⁻⁴⁷

Η κατάθλιψη στην παρούσα μελέτη σχετίζεται με τις σκέψεις αυτοκτονίας (πίνακας 4), αφού η τιμή αυτού του σκορ είναι υψηλότερη - στατιστικά σημαντικά- στην κατηγορία ατόμων με σκέψεις/απόπειρες αυτοκτονίας. Το συνολικό ποσοστό ατόμων που απάντησαν θετικά σε αυτό το στοιχείο αγγίζει το 13% περίπου. Αυτό οφείλεται κυρίως στο πολύ υψηλό ποσοστό των γυναικών με σκέψεις αυτοκτονίας (21.3%) και πολύ λιγότερο στο αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών που μόλις ξεπερνάει το 2% στην έρευνά μας όπως φαίνεται στο γράφημα 1.

Ο άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη έχει την πεποίθηση ότι είναι ανεπαρκής, επικρατεί μέσα του η αίσθηση ότι τα πράγματα έχουν χάσει πια τη σημασία τους, θεωρεί ότι τίποτα δεν μπορεί πλέον να του προσφέρει ικανοποίηση και ευχαρίστηση και αντιμετωπίζει τις δυσκολίες με τη βεβαιότητα ότι η κάθε προσπάθεια είναι άσκοπη και χωρίς νόημα γιατί πιστεύει ότι ουσιαστικά τίποτα δεν μπορεί να οδηγήσει στο επιθυμητό

αποτέλεσμα και περιμένει ότι το μέλλον θα είναι αρνητικό.

Όλα τα παραπάνω δημιουργούν τάση παραίτησης, αποθαρρύνουν το άτομο, και μειώνουν την δυνατότητά του να φροντίσει επαρκώς τον εαυτό του. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης επιβαρύνει την κλινική εικόνα, δυσχεραίνει τη θεραπευτική αντιμετώπιση και αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής. Η Κουνενού Κ. 2003 υποστηρίζει ότι η ψυχολογική επιβάρυνση που προκαλεί ο διαβήτης και άλλες χρόνιες ασθένειες μοιάζει με αυτή του πένθους. Ο ασθενής πενθεί την πρώην εικόνα του, όταν ήταν εντελώς υγιής και πλήρης.⁴⁸

Η ύπαρξη αυτοκτονικών σκέψεων πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο ύπαρξης συμπτωμάτων κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη αμβλύνονται ή εκλείπουν δύο θεμελιώδεις για την αποτελεσματική επίλυση των προβλημάτων συνιστώσες: η ικανότητα του ατόμου να αξιολογεί ρεαλιστικά την κατάσταση, και η δυνατότητά του να διατηρεί υψηλό κίνητρο αναφορικά με την ενεργό συμμετοχή του στην αντιμετώπιση των αντίξοων καταστάσεων της καθημερινότητας. Προτεραιότητα αποτελεί η αντιμετώπιση, η αναγνώριση και η διαχείριση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς που εκφράζεται άμεσα ή έμμεσα, αποτελεί μείζον θέμα και συνδέεται ευθέως με τις απόπειρες αυτοκτονίας.⁴⁹

Συμπεράσματα

Οι χρόνιες σωματικές ασθένειες επιβαρύνουν το άτομο κυρίως με οργανικά και λειτουργικά προβλήματα, συχνές νοσηλείες, συνεχείς ιατρικές επισκέψεις και εξετάσεις καθώς και δευτερογενώς με κοινωνικά, ψυχολογικά και επαγγελματικά προβλήματα. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι νόσημα που επιφέρει μεταβολές στην κοινωνική λειτουργικότητα ή και στην άσκηση των κοινωνικών ρόλων.⁵⁰ Εξαιτίας των σύνθετων και πολλαπλών προβλημάτων που προκαλεί, αποτελεί μια πηγή χρόνιου στρες για το άτομο. Στόχος είναι η ενδυνάμωση των ατόμων και η εκπαίδευσή τους ώστε να μάθουν να προσεγγίζουν τα προβλήματά τους και να λειτουργούν με γνωσιακό τρόπο. Η διαδικασία αυτή θα τα βοηθήσει να εντοπίζουν πιο εύκολα τις σκέψεις και τα αισθήματά τους και να μην μεταφέρουν σε σωματικό ή ψυχολογικό επίπεδο τις δυσκολίες της καθημερινότητας που βιώνουν.⁴⁸ Η αναζήτηση ενδείξεων μέσω έγκυρων ερευνών για την προσέγγιση και υποστήριξη των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, θα δώσει τη δυνατότητα στους επιστήμονες υγείας να παρέχουν αποτελεσματική θεραπεία και φροντίδα βασισμένη σε ενδείξεις.⁵¹

Ο ρόλος τους είναι σημαντικός γιατί στοχεύει αφενός στην ικανότητα αξιολόγησης των συναισθηματικών προβλημάτων των ατόμων με διαβήτη και αφετέρου στην ικανότητα αναγνώρισης των ατόμων με διαταραχές της

διάθεσης, συνήθως ως σημείο μη καλής αποδοχής της νόσου από τους ασθενείς.

Βιβλιογραφία

1. Zimmet P, Alberti K.G, Shaw J. Global and societal implication of the diabetes epidemic. *NATURE* 2001; 414:782-787
2. Zimmet P, Globalization, coca-colorization and the chronic disease epidemic: can the doomsday scenario be averted? *J intern Med.* 2000; 247:301-310
3. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H, Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27(5): 1047-1053
4. Sicree R, Shaw JE, Zimmet P, The global burden of diabetes, In Gan D, editor *Diabetes atlas*, 2nd ed., Brussels: International diabetes Federation. 2003:15-71
5. International Diabetes Federation, *Diabetes Atlas 2000*, Brussels: International diabetes Federation 2000
6. Bogner H.R, Morales K.H, Post E.P, Bruce M.L. Diabetes, Depression, and Death. *Diabetes Care.* 2007; 30:3005-3010
7. Van der Does F.E.E, De Neeling J.N.D, Snoek F.J, Kostense P.J, Grootenhuis P.A. Bouter L.M. et al. Symptoms and well-being in relation to glycemic control in type II diabetes, *Diabetes Care.* 1996; 19:204-210
8. Κουλούρη Α. Ρύθμιση του σωματικού βάρους στο διαβήτη τύπου II, Παρεμβάσεις

- αγωγής υγείας. Νοσηλευτική 2008, 47:356-366
9. Μπακομήτρου Φ. Ο ρόλος της ψυχικής υγείας στα χρόνια νοσήματα. Στο Σ. Παππάς (υπ. έκδοση), Αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων από τον ιατρό της «ΠΦΥ. Β' τόμος» 2009; 443-445.
10. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24:1069-1078
11. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care*. 1993 Aug;16(8):1167-1178.
12. Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2006; 23(11):1165-1173
13. Everson SA, Maty SC, Lynch JW, Kaplan GA: Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *J Psychosom Res* 2002; 53:891– 895
14. Peyrot M, Rubin RR: Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care* 1997; (20):585–590
15. Katon W, Von Korff M, Ciechanowski P, Russo J, Lin E, Simon G, Ludman E, Walker E, Bush T, Young B: Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27:914 –920
16. Egede LE, Zheng D. Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26:104–111
17. Ryerson B, Tierney EF, Thompson TJ, Engelgau MM, Wang J, Gregg EW, Geiss LS: Excess physical limitations among adults with diabetes in the U.S. population, 1997–1999. *Diabetes Care* 2003; 26:206 –210
18. Fisher L, Chesla CA, Mullan JT, Skaff M, Kanter RA. Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:1751-1757
19. Herrmann C. International experiences with the hospital anxiety and depression scale a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997; 42:17–41.
20. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, Kempen GI, Speckens AE, Van Hemert AM. A validation study of the hospital anxiety and depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med* 1997;27:363–70.

21. Zigmund AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370
22. Snaith RP, Zigmund AS. The Hospital Anxiety and Depression Scale manual. Windsor7 NFER-Nelson, 1994
23. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. A review of validation studies of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *J Psychosom Res* 2002; 52:69 – 77.
24. Petersen T, Iosifescu DV, Papakostas GI, Shear DL, Fava M. Clinical characteristics of depressed patients with comorbid diabetes mellitus. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006; 21(1):43-47.
25. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Clouse RE. The course of major depression in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997;19(2):138-143.
26. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE. Depression in adults with diabetes. Results of 5-yr follow-up study. *Diabetes Care*. 1988 Sep; 11(8):605-12.
27. Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT, Heine RJ, Snoek FJ, Pouwer F. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*. 2006 ;49(5):837-45. Epub 2006 .Comment in: *Diabetologia*. 2006; 49(11):2797-8; author reply 2799-800.
28. Golden SH, Lazo M, Carnethon M, Bertoni AG, Schreiner PJ, Roux AV, Lee HB, Lyketsos C. Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *JAMA*. 2008;299(23):2751-9.
29. Arroyo C, Hu FB, Ryan LM, Kawachi I, Colditz GA, Speizer FE, Manson J. Depressive symptoms and risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care*. 2004 ;27(1):129-33.
30. Sherbourne CD, Jackson CA, Meredith LS, Camp P, Wells KB. Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients. *Arch Fam Med*. 1996 Jan;5(1):27-34; discussion 35.
31. Bell R.A, Smith S.L, Arcury T.A, Snively, Stafford J.M. Quandt S.A. Prevalence and correlates of depressive symptoms among rural older African Americans, native Americans, and whites with diabetes, *Diabetes Care* 2005;28:823–829
32. Zhang Cai-Xia, Yu-Ming Chen, Wei-Qing Chen. Association of psychosocial factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients with type 2 diabetes diabetes research and clinical practice. 2008; 79:523-530
33. Lustman PS, Clouse RE, Carney RM, Depression and the reporting of diabetes symptoms. *Int J Psychiatry Med* 1988: 295-303
34. Lloyd CE, Dyert PH, Barnett AH. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population *Diabet. Med*. 2000;17: 198-202

35. Asghar S, Hussain A., Ali S.M, Khan. A. Magnusson Prevalence of depression and diabetes: a population-based study from rural Bangladesh Diabet. Med. 2007; 24: 872–877
36. Ali S, Stone M.A, Peters J.L, Davies M.J. University Hospitals of Leicester, Leicester, UK and K. Khunti The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis Diabet. Med. 2006;23: 1165–1173
37. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994 120
38. Skilton MR, Moulin P, Terra JL, Bonnet F. Associations between anxiety, depression, and the metabolic syndrome. Biol Psychiatry. Epub 2007;62(11):1251-7.
39. Enzlin P, Mathieu C, Demyttenaere K. Patient Gender differences in the psychological adjustment to type 1 diabetes mellitus: an explorative study. Educ Couns. 2002 ;48(2):139-45.
40. Lee S, Chiu A, Tsang A, Chow CC, Chan WB Treatment-related stresses and anxiety-depressive symptoms among Chinese outpatients with type 2 diabetes mellitus in Hong Kong. Diabetes Res Clin Pract. Epub 2006 ;74(3):282-8.
41. Xu L, Ren J, Cheng M, Tang K, Dong M, Hou X, Sun L, Chen L Depressive symptoms and risk factors in Chinese persons with type 2 diabetes. Arch Med Res. 2004; 35(4):301-7.
42. Mc Grath, E., Keita, G. P., Stickland, B. R., Russo, N. F. Women and depression: Risk factors and treatment issues. Washington, DC: American Psychological Association. 1990.
43. Engum A. The role of depression and anxiety in onset of diabetes in a large population-based study. J Psychosom Res. 2007;62(1):31-38.
44. Hambrecht M, Kuchenhoff B Suicide attempts in diabetic patients with insulin and their neuropsychiatric sequelae. Nervenarzt. 1989; 60:367–369
45. Kernbach-Wighton G, Püschel K. On the phenomenology of lethal applications of insulin. Forensic Sci Int 1998; 93:61–73
46. Barracca A, Ledda O, Michittu B, Pili GF, Manca O, Pani A, Altieri P. Acute renal failure after massive ingestion of gliclazide in a suicide attempt. Ren Fail 1998; 20:533–537
47. Banaschak S, Bajanowski T, Brinkmann B. Suicide of a diabetic by inducing hyperglycemic coma Int J Legal Med. 2000; 113:162–163
48. Κουνενού Κ. Οικογένεια και σακχαρώδης διαβήτης: Παρέμβαση με στόχο την πρόληψη στο Μελιδώνης Α. Η πρόληψη

- του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του. Ηλιότυπο 2001; 297-318
49. Ουζούνη Χ, Νακάκης Κ. Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με κατάθλιψη. Νοσηλευτική 2008; 47(4): 458-470
50. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individual with anxiety disorders. Am J Psychiatry 2000; 157:669-682
51. Νακάκης Κ., Ουζούνη Χ. Νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις. Μια νέα προοπτική για την Ελληνική Νοσηλευτική, Το Βήμα του Ασκληπιού 2008; 7(3):208-22

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του δείγματος

	N	%
Φύλο		
<i>Γυναίκες</i>	174	56
<i>Άνδρες</i>	136	44
Οικογενειακή κατάσταση		
<i>Έγγαμοι</i>	243	78,4
<i>Διαζευγμένοι, χήροι</i>	34	11
<i>Άγαμοι</i>	33	10,6
Θετικό οικογενειακό ιστορικό για ΣΔ		
<i>Ναι</i>	196	63,2
<i>Όχι</i>	114	36,8
Ασφαλιστικός φορέας		
<i>ΙΚΑ</i>	180	58,1
<i>Δημόσιο</i>	33	10,6
<i>NAT</i>	25	8,1
<i>ΤΕΒΕ</i>	21	6,8
<i>ΟΓΑ</i>	18	5,8
<i>Άλλο ταμείο</i>	32	10,7
Θεραπευτική αγωγή		
<i>Χάπια</i>	136	43,9
<i>Χάπια και ινσουλίνη</i>	85	27,4
<i>Χάπια και δίαιτα</i>	51	16,5
<i>Άλλο συνδυασμό</i>	38	12,2

Πίνακας 2. Αγχώδης και καταθλιπτική συμπτωματολογία και φύλο

Μεταβλητή	Anxiety symptoms HADS-A <8	Anxiety symptoms HADS-A >8	Depression symptoms HADS-D <8	Depression symptoms HADS-D >8	P
Φύλο	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	<0.001
Γυναίκες	66 (37.9)	108 (62.1)	102 (58.6)	72 (41.4)	
Άνδρες	106 (78.5)	29 (21.5)	111 (82.2)	24 (17.8)	

Πίνακας 3. Ατομική εκτίμηση για την ευτυχία σε σχέση με το φύλο

Δεν νιώθω ευτυχισμένος

Κατηγορία	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο
Λάθος	59 (33.9%)	79 (58.5%)	138 (44.7%)
Ναι και με ενοχλεί λίγο	58 (33.3%)	42 (31.1%)	100 (32.4%)
Ναι και με ενοχλεί πολύ	43 (24.7%)	11 (8.1%)	54 (17.5%)
Ναι και με ενοχλεί ανυπόφορα	14 (8.0%)	3 (2.2%)	17 (5.5%)

Πίνακας 4. Σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας και score άγχους και κατάθλιψης

Σκέψεις & απόπειρες αυτοκτονίας		
Σκορ άγχους	Ναι	Όχι
N	40	269
Μέση τιμή	12.25	6.51
Διάμεσος	12.50	6.00
95% Δ.Ε.	(11.15-13.35)	(6.09-6.93)
Σκορ κατάθλιψης	Ναι	Όχι
N	40	269
Μέση τιμή	10.65	5.32
Διάμεσος	11.00	5.00
95% Δ.Ε.	(9.38-11.92)	(4.94-5.69)
t-test p-value<0.001	Mann-Whitney p-value<0.001	

Πίνακας 5. Ατομική εκτίμηση για τη διευθέτηση των πραγμάτων και σκορ άγχους και κατάθλιψης

Προσωπική εκτίμηση για τη διευθέτηση των πραγμάτων				
Σκορ άγχους	(1) Καθόλου δύσκολο	(2) Λίγο δύσκολο	(3) Πολύ δύσκολο	(4) Ακατόρθωτο
N	56	168	79	6
Μέση τιμή	3.25	6.74	10.57	15.33
Διάμεσος	3.00	6.00	11.00	16.50
95% Δ.Ε.	(2.63-3.87)	(6.27-7.21)	(9.89-11.25)	(11.84-18.82)
ANOVA p-value<0.001 Multiple comparisons			Kruskal-Wallis p-value<0.001	
Compare	p-value			
(1) vs (2)	<0.001			
(1) vs (3)	<0.001			
(1) vs (4)	<0.001			
(2) vs (3)	<0.001			
(2) vs (4)	<0.001			
(3) vs (4)	0.001			
Σκορ κατάθλιψης	(1) Καθόλου δύσκολο	(2) Λίγο δύσκολο	(3) Πολύ δύσκολο	(4) Ακατόρθωτο
N	56	168	79	6
Μέση τιμή	2.82	5.37	9.03	13.83
Διάμεσος	2.50	5.00	9.00	13.00
95% Δ.Ε.	(2.30-3.34)	(4.94-5.80)	(8.25-9.81)	(10.55-17.11)
ANOVA p-value<0.001 Multiple comparisons			Kruskal -Wallis p-value<0.001	
Compare	p-value			
(1) vs (2)	<0.001			
(1) vs (3)	<0.001			
(1) vs (4)	<0.001			
(2) vs (3)	<0.001			
(2) vs (4)	<0.001			
(3) vs (4)	0.001			

Γράφημα 1. Σκέψεις και απόπειρες αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και φύλο

