



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

**Η κατάθλιψη των ατόμων με ΣΔ2 και οι αντιλήψεις τους για
το υποστηρικτικό περιβάλλον της οικογένειάς τους**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Γεωργία Καραγιαννίδου, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Μαρία Λαβδανίτη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Νοσηλευτικής**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2019



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

**Η κατάθλιψη των ατόμων με ΣΔ2 και οι αντιλήψεις τους για
το υποστηρικτικό περιβάλλον της οικογένειάς τους**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Γεωργία Καραγιαννίδου, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: Μαρία Λαβδανίτη – Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής,
Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΜΕΛΟΣ: Κουρκούτα Λαμπρινή

ΜΕΛΟΣ: Τσαλογλίδου Αρετή

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2019

copyright ©2019, Γεωργία Καραγιαννίδου

ALL RIGHTS RESERVED

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

Εγκρίθηκε την

ΒΑΘΜΟΣ: ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

.....

.....

.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....

.....

.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά το γιό μου Γιώργο γιατί χωρίς την πολύτιμη βοήθεια του η διεκπεραίωση αυτής της εργασίας θα ήταν πολύ δύσκολη. Ευχαριστώ επίσης την επιβλέπουσα μου κυρία Λαβδανίτη Μαρία για την καθοδήγηση, την υποστήριξη της, τις λεπτομερείς διορθώσεις της και το χρόνο που αφιέρωσε πάνω στην εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κατάλογος πινάκων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

- 1.1. Ορισμός κατάθλιψης
- 1.2. Συνοδά συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές
- 1.3. Τί προκαλεί την κατάθλιψη;
- 1.4. Θεραπεία της κατάθλιψης
- 1.5. Εργαλεία μέτρησης της κατάθλιψης
- 1.6. Κατάθλιψη και σακχαρώδης διαβήτης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

- 2.1. Η έννοια της οικογενειακής στήριξης στην ασθένεια
- 2.2. Οικογενειακή στήριξη σε ασθενείς και προσαρμογή
στο θεραπευτικό πρόγραμμα
- 2.3. Ο υποστηρικτικός ή μη ρόλος της οικογένειας στη
συμμόρφωση των ασθενών με διαβήτη

2.4. Οικογενειακή στήριξη και κατάθλιψη στο σακχαρώδη διαβήτη –

ερευνητικά δεδομένα

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1. Γενικά

1.2. Σκοπός

1.3. Υλικό και Μέθοδος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης

Πίνακας 2. Περιγραφικά στοιχεία κλινικών παραγόντων

Πίνακας 3. Περιγραφικά στοιχεία κλινικών παραγόντων

Πίνακας 4. Επιπλοκές σακχαρώδη διαβήτη

Πίνακας 5. Περιγραφικά στοιχεία κατάθλιψης

Πίνακας 6. Περιγραφικά στοιχεία του DSSQ-Family

Πίνακας 7. Συσχετίσεις δημογραφικών και άλλων μεταβλητών με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 8. Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 9. Διαφορές μεταξύ του τρόπου διαβίωσης αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 10. Διαφορές μεταξύ νεοδιαγνωσθέντων και μη αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 11. Διαφορές μεταξύ καπνιζόντων και μη αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 12. Διαφορές μεταξύ υπερτασικών και μη αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 13. Διαφορές μεταξύ εκπαιδευτικών επιπέδων αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 14. Διαφορές μεταξύ καταστάσεως ασφάλισης αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 15. Διαφορές μεταξύ επαγγελματικών καταστάσεων αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 16. Διαφορές μεταξύ ειδών θεραπείας αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 17. Διαφορές μεταξύ επιπλοκών σακχαρώδη διαβήτη αναφορικά με την ειδική στήριξη

Πίνακας 18. Διαφορές μεταξύ χρήσης αλκοόλ και μη αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 19. Διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 20. Διαφορές μεταξύ τόπου μόνιμης διαμονής αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 21. Διαφορές μεταξύ ΔΜΣ αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

Πίνακας 22. Διαφορές μεταξύ γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή Ο διαβήτης είναι μία χρόνια ασθένεια, που μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορες περιόδους της ζωής του ατόμου.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την ύπαρξη κατάθλιψης και υποστηρικτικού περιβάλλοντος σε άτομα με ΣΔ2 καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις εν λόγω δύο μεταβλητές (κατάθλιψη και υποστήριξη).

Μεθοδολογία Για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο υγείας PHQ-9 και το ερωτηματολόγιο The Diabetes Social Support Questionnaire-Family Version (DSSQ-Family).

Αποτελέσματα Στην έρευνα συμμετείχαν 97 ασθενείς (46 άνδρες και 51 γυναίκες). Προέκυψε η στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) και θετική (+) συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κατάθλιψης και της ηλικίας καθώς των ετών από τη διάγνωση του διαβήτη. Επιπλέον, προέκυψε η στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) και αρνητική (-) συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κατάθλιψης και του ύψους. Το κομμάτι της συχνότητας επέμβασης της οικογένειας σε διάφορες πράξεις σχετικά με το ΣΔ, η συχνότητα των ενέσεων ινσουλίνης και η συχνότητα της διατροφής φάνηκε να επηρεάζονται στατιστικώς σημαντικά και θετικά από το βάρος και το ύψος ($p < 0,05$).

Συμπεράσματα Τόσο η κατάθλιψη όσο και η οικογενειακή υποστήριξη αυτών των ασθενών επηρεάζονται από διαφορετικούς κοινωνικοδημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες.

Λέξεις - κλειδιά Σακχαρώδης διαβήτης, κατάθλιψη, οικογενειακή υποστήριξη

ABSTRACT

Introduction Diabetes is a chronic illness that can be appeared in various periods of an individual's life.

The **purpose** of this study is to investigate the existence of depression and supportive environment in patients with diabetes and the factors that affect these two variables (depression and support).

Methodology PHQ-9 Health Questionnaire and The Diabetes Social Support Questionnaire-Family Version (DSSQ-Family) were used to collect the research data.

Results The study involved 97 patients (46 men and 51 women). There was a statistically significant ($p < 0.05$) and positive (+) correlation between the dimensions of depression and age as well as years of diabetes diagnosis. In addition, there was a statistically significant ($p < 0.05$) and negative (-) relationship between the dimensions of depression and height. The part of the family intervention frequency in a number of operations related to diabetes, the frequency of insulin injections and the frequency of diet seemed to be significantly and positively influenced by weight and height ($p < 0.05$).

Conclusions Both depression and family support of these patients are affected by different sociodemographic and clinical factors.

Key words Diabetes mellitus, depression, family support

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Διάφορες μελέτες εκτιμούν ότι ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη σε παγκόσμια βάση υπερβαίνει τα 100 εκατομμύρια. Είναι καθολικά γνωστό ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης συνδέεται με την παρουσία του ανθρώπου στη γη. Ο πρώτος που αναγνώρισε την κατάθλιψη ως διαταραχή ήταν ο αρχαίος Έλληνας γιατρός Ιπποκράτης πριν από περίπου 2.400 χρόνια. Ο Ιπποκράτης χρησιμοποιούσε επίσης τον όρο «μελαγχολία». Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, παρόλο που τα ζώα δεν μπορούν να ερωτηθούν πώς νιώθουν, κατά πάσα πιθανότητα και αυτά αισθάνονται κατάθλιψη. Το σίγουρο είναι ότι τα ζώα συμπεριφέρονται κάποιες φορές σα να έχουν κατάθλιψη. Άρα, σε μεγαλύτερο ή σε μικρότερο βαθμό, όλοι δυνητικά μπορούν να εκδηλώσουν κατάθλιψη, όπως ακριβώς όλοι μπορεί να νιώσουν άγχος, λύπη ή αγάπη (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Η κατάθλιψη δεν υπολογίζει ούτε την κοινωνική θέση ούτε τον πλούτο. Σύμφωνα με ιστορικές μαρτυρίες, πολλές διάσημες προσωπικότητες υπέφεραν από αυτήν. Ο βασιλιάς Σολομώντας, ο Αβραάμ Λίνκολν, ο Ουίνστον Τσόρτσιλ και ο Φιλανδός συνθέτης Γιαν Σιμπέλιους είναι γνωστά ιστορικά παραδείγματα. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η κατάθλιψη δε συνδέεται με την αδυναμία (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012). Επιπλέον, η εμφάνισή της έχει μελετηθεί τις τελευταίες δεκαετίες σε χρόνιους ασθενείς.

Μία χρόνια πάθηση, κατά τη διάρκεια της οποίας μπορεί ο ασθενής να αναπτύξει καταθλιπτική συμπτωματολογία, αποτελεί και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2). Η διάδοση της εν λόγω ασθένειας σε παγκόσμιο επίπεδο έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον τόσο των επιστημόνων υγείας όσο και άλλων, όπως κοινωνιολόγων, ψυχολόγων και οικονομολόγων, αφού παρουσιάζει πολλαπλές

επιρροές όχι μόνο στην κλινική κατάσταση του πάσχοντα αλλά και στην ψυχосύνθεσή του, στις κοινωνικές συναναστροφές του και στην οργάνωση του στενού οικογενειακού του περιβάλλοντος. Επιπλέον, το ζήτημα έχει απασχολήσει τους οικονομικούς τομείς των εθνικών συστημάτων υγείας αφού οι διαστάσεις της νόσου θα μπορούσαν στο μέλλον να απειλήσουν την ισορροπία κατανομής των υγειονομικών πόρων. Έτσι, τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται προσπάθεια ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας για το διαβήτη, ώστε να μειωθεί ο επιπολασμός της νόσου και να ελεγχθούν οι επιπλοκές της. Τα προγράμματα αυτά για να πετύχουν τους στόχους τους θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους μελέτες που διερευνούν την ψυχική υγεία των διαβητικών ασθενών και την ικανοποίησή τους από την αντιδιαβητική θεραπεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), οι διαβητικοί ασθενείς θα αυξηθούν από 143 εκατομμύρια που ήταν το 1997 σε 300 εκατομμύρια το 2025 (Σωτηρόπουλος, Κουτσοβασίλης, 2016). Ένας από τους πρωτεύοντες παράγοντες νοσηρότητας και θνησιμότητας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της αμερικανικής ηπείρου οφείλεται στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη. Ο διαβήτης είναι μία χρόνια ασθένεια, που μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορες περιόδους της ζωής του ατόμου. Τα αίτιά του είναι γενετικά και περιβαλλοντικά. Η καθημερινή θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη περιλαμβάνει ένα πολύπλοκο και απαιτητικό πρόγραμμα.

Η προσαρμογή στο πρόγραμμα αυτό είναι δύσκολη και οι συμβουλές για την αλλαγή της συμπεριφοράς ανεπαρκείς, ώστε να συμβαδίσουν με τις πολυπλοκότητες της διαχείρισης της ασθένειας. Πολλές συμπεριφορές αυτό-φροντίδας εμπλέκονται στην καθημερινή θεραπεία: περιορισμοί στη διατροφή και παρακολούθηση της γλυκόζης του αίματος, τακτική άσκηση, δύο έως τέσσερις ενέσεις ινσουλίνης κάθε μέρα, πιστή ακολουθία της φαρμακευτικής αγωγής, κανονικότητα στη διατροφή και τον ύπνο, προσαρμογή των δόσεων της ινσουλίνης ανάλογα με την εισαγόμενη τροφή και τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, διακοπή του καπνίσματος, φροντίδα των κάτω άκρων και προσπάθεια αποφυγής υπογλυκαιμικού επεισοδίου. Στόχος της θεραπείας είναι η ρύθμιση του σακχάρου, δηλαδή η διατήρηση της γλυκόζης του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα, προκειμένου να καθυστερήσουν οι επιπλοκές που προέρχονται από το διαβήτη στα μάτια, τα νεύρα, τους νεφρούς, τα αγγεία και άλλα όργανα (Σωτηρόπουλος, Κουτσοβασίλης, 2016). Η προσαρμογή στο θεραπευτικό πρόγραμμα του διαβήτη επηρεάζεται από διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, η στάση και οι συμπεριφορές της

οικογένειας του διαβητικού ασθενή προς τον ίδιο, αλλά και το πώς ο ίδιος αντιλαμβάνεται την ασθένειά του και πώς ερμηνεύει τα συμπτώματά του.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την ύπαρξη κατάθλιψης και υποστηρικτικού περιβάλλοντος σε ασθενείς με ΣΔ2 καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις εν λόγω δύο μεταβλητές (κατάθλιψη και υποστήριξη).

Στο πλαίσιο συγγραφής του πρώτου κεφαλαίου της παρούσας εργασίας, παρουσιάζεται αναλυτικά η κατάθλιψη (ορισμός, αίτια, θεραπεία) καθώς και οι τρόποι, με τους οποίους μπορούμε να την αξιολογήσουμε.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην οικογενειακή υποστήριξη στους ασθενείς με ΣΔ2 μέσα από την παράθεση σχετικής βιβλιογραφίας.

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

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

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

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

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1. Ορισμός κατάθλιψης

Αυτό το ερώτημα είναι δύσκολο να απαντηθεί με ακρίβεια, καθώς το περιεχόμενο της απάντησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πρόσωπο, το οποίο θα ερωτηθεί. Η λέξη προέρχεται από το ρήμα «καταθλίβω», που μπορεί να σημαίνει «καταπιέζω» ή «ζουλώ» (πιέζω κάτι πάνω σε κάτι άλλο), αλλά και στεναχωρώ, «συγκινώ». Ο όρος πρωτοχρησιμοποιήθηκε στα ελληνικά από τον Πλούταρχο για να υποδηλώσει την ψυχική διάθεση («το πνεύμα του καταθλίψαντος», Πλουτ. Ηθ. 1331). Στα αγγλικά ο αντίστοιχος όρος είναι «depression» από το λατινικό ρήμα «deprimere», που σημαίνει πιέζω κάτι προς τα κάτω, καταπιέζω [το «depressive», δηλαδή καταθλιπτικός, έχει διαφορετικές σημασίες ανάλογα με τα συμφραζόμενα: μελαγχολικός (για τον καιρό), πεσμένη (για την αγορά), βαθουλομένο (για το έδαφος) και φυσικά κακή (ψυχολογική διάθεση)] (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Όταν κάποιος υποφέρει από κατάθλιψη, δε σημαίνει απλώς το να έχει άσχημη διάθεση. Είναι γεγονός ότι η κατάθλιψη δεν επηρεάζει μόνο το ανθρώπινο συναίσθημα, αλλά και τη σκέψη, την ενεργητικότητα, τη συγκέντρωση της προσοχής, τον ύπνο, ακόμη και την ερωτική διάθεση. Επομένως, η κατάθλιψη επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής των ανθρώπων. Πιο συγκεκριμένα (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012):

Τα κίνητρα: Η κατάθλιψη επηρεάζει το βαθμό κινητοποίησης του ατόμου για διάφορα πράγματα, τα κίνητρά του για δράση. Μπορεί κάποιος να αισθάνεται απάθεια ή να νιώθει ότι δεν έχει δυνάμεις ή το ενδιαφέρον να εμπλακεί σε οποιαδήποτε δραστηριότητα: μπορεί να έχει τη αίσθηση ότι δεν αξίζει να κάνει τίποτα και ότι όλα είναι τόσο ανούσια και άσκοπα, που είναι μάταιο ακόμα και να

προσπαθήσει. Αν έχει παιδιά, μπορεί να χάσει το ενδιαφέρον του γι' αυτά και μετά να έχει ενοχές. Τα ίδια επαγγελματικά σχέδια που κάποτε τον γέμιζαν ενθουσιασμό, τού φαίνονται βαρετά όταν έχει κατάθλιψη. Νιώθει ότι πραγματικά σέρνεται από εδώ και από εκεί. Οι μέρες του είναι μαρτυρικές και πρέπει να πιάσει τον εαυτό του για να ολοκληρώσει ακόμα και τις πιο απλές δραστηριότητες (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Τα συναισθήματα: Η γενική αντίληψη που επικρατεί είναι ότι η κατάθλιψη σχετίζεται μόνο με κακή διάθεση ή με το αίσθημα ότι δεν «πάει άλλο». Αυτά τα στοιχεία υπάρχουν στην κατάθλιψη, αλλά δεν είναι τα μόνα της χαρακτηριστικά. Πράγματι, το κύριο σύμπτωμα της κατάθλιψης ονομάζεται *ανηδονία*, δηλαδή απώλεια της δυνατότητας βίωσης οποιασδήποτε ευχαρίστησης. Η ζωή του ατόμου με κατάθλιψη είναι άδεια και το ίδιο είναι βυθισμένο στη θλίψη. Παρότι χάνει τη δυνατότητα βίωσης θετικών συναισθημάτων, τα αρνητικά συναισθήματά του αυξάνονται, ιδίως ο θυμός. Μπορεί να έχει μεγάλης έντασης θυμό και αγανάκτηση και να μην μπορεί να τα εκφράσει. Γίνεται τρομερά ευερέθιστο, μιλά απότομα στα παιδιά του και στα άλλα μέλη της οικογένειάς του, και σε ορισμένες περιπτώσεις, λογομαχεί ή έρχεται σε σύγκρουση μαζί τους. Έπειτα, το άτομο νιώθει ενοχές για τη συμπεριφορά του αυτή και έτσι βυθίζεται ακόμη περισσότερο στην κατάθλιψη. Άλλα πολύ συνηθισμένα συμπτώματα είναι το άγχος και ο φόβος. Όταν το άτομο πάσχει από κατάθλιψη, μπορεί να αισθάνεται τρομερά ευάλωτο. Πράγματα που παλαιότερα έκανε με ευκολία, τώρα του προκαλούν φόβο και ορισμένες φορές δε γνωρίζει το γιατί. Το άγχος και ο φόβος λοιπόν αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Άλλα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να ενταθούν, όταν υπάρχει κατάθλιψη, είναι η λύπη, η ενοχή, η ντροπή, ο φθόνος και η ζήλια (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Οι σκέψεις: Η κατάθλιψη επηρεάζει τις σκέψεις του ανθρώπου με δύο τρόπους. Πρώτον, επηρεάζει τη συγκέντρωση και τη μνήμη. Το άτομο διαπιστώνει ότι δεν μπορεί να εστιάσει την προσοχή του σε τίποτα. Τού είναι σχεδόν αδύνατο να διαβάσει ένα βιβλίο ή να παρακολουθήσει ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα. Εκτός αυτού, δε θυμάται πολύ καλά ή έχει την τάση να ξεχνά διάφορα πράγματα. Και, εντούτοις, τού είναι ευκολότερο να θυμάται αρνητικά πράγματα παρά θετικά (Ευθυμίου, 2002, Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Δεύτερον, η κατάθλιψη επηρεάζει τις σκέψεις του ατόμου για τον εαυτό του, το μέλλον και τον κόσμο. Πολύ λίγοι άνθρωποι με κατάθλιψη νιώθουν καλά για τον εαυτό τους. Γενικά, τείνουν να βλέπουν τον εαυτό τους ως κατώτερο, ελλιπή, κακό ή άχρηστο. Αν ρωτηθεί ένας καταθλιπτικός για το μέλλον του, είναι πιθανό ότι θα απαντήσει: «Ποιο μέλλον;». Το μέλλον μοιάζει σκοτεινό, ένα κενό ή ένας ατέλειωτος κύκλος ματαιώσεων και απωλειών. Όπως όλες οι έντονες συναισθηματικές καταστάσεις, η κατάθλιψη ωθεί σε ακραίες μορφές σκέψης. Το άτομο σκέφτεται με διπολικό τρόπο: είτε είναι απόλυτα επιτυχημένο είτε εντελώς αποτυχημένο (Ευθυμίου, 2002, Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Οι νοητικές εικόνες: Όταν υπάρχει κατάθλιψη, οι εικόνες που χρησιμοποιεί το άτομο για να περιγράψει την κατάστασή του είναι λίγο-πολύ κοινές. Μπορεί να αναφέρει ότι το σκεπάζει ένα μαύρο σύννεφο, ότι βρίσκεται σε μία βαθιά τρύπα, σε ένα βαθύ πηγάδι ή σε ένα σκοτεινό δωμάτιο. Ο Ουίνστον Τσόρτσιλ αποκαλούσε την κατάθλιψή του «*το μαύρο σκλί μου*». Οι νοητικές εικόνες που εμφανίζονται στην κατάθλιψη είναι πάντοτε σχετικές με το σκοτάδι, με την αίσθηση ότι είμαστε εγκλωβισμένοι κάπου και ότι δεν μπορούμε να διαφύγουμε. Αν ζητούσε κάποιος από ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη να ζωγραφίσει την κατάθλιψή του, θα

χρησιμοποιούσε μελανά χρώματα. Το σκοτάδι και αίσθηση εγκλωβισμού είναι οι κύριες νοητικές εικόνες (Ευθυμίου, 2002).

Η συμπεριφορά: Όταν το άτομο νιώθει κατάθλιψη, η συμπεριφορά του αλλάζει. Απασχολείται με πολύ λιγότερες θετικές δραστηριότητες, μπορεί να αποσυρθεί κοινωνικά και νιώθει την ανάγκη να κρυφτεί. Πολλές από τις δραστηριότητες που προηγουμένως τού ήταν ευχάριστες, τού φαίνονται πλέον μαρτυρικές. Επειδή όλα μοιάζουν να απαιτούν τόση μεγάλη προσπάθεια, κάνει πολύ λιγότερα πράγματα από ό,τι προηγουμένως. Είναι πιθανό να αλλάξει και η συμπεριφορά του προς τους άλλους. Έχει την τάση να αποφεύγει τις δραστηριότητες μαζί με άλλους ανθρώπους και ενδέχεται να έρθει σε σύγκρουση με αυτούς. Αν αισθανθεί υπερβολικό άγχος, μπορεί να αρχίσει να αποφεύγει την επαφή με τους άλλους ή να χάσει την κοινωνική του αυτοπεποίθηση (Ευθυμίου, 2002).

Οι άνθρωποι με κατάθλιψη ορισμένες φορές νιώθουν ένταση και δυσκολεύονται πολύ να χαλαρώσουν. Νιώθουν σαν παγιδευμένα ζώα και βηματίζουν πάνω-κάτω θέλοντας να κάνουν κάτι, χωρίς όμως να ξέρουν τι ακριβώς. Μερικές φορές η επιθυμία να δραπετεύσουν και να ξεφύγουν είναι πολύ έντονη, χωρίς όμως να είναι σαφές που θα πάνε και τι θα κάνουν. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν σημαντική ψυχοκινητική επιβράδυνση. Περιπατούν αργά και σκυφτά, το μυαλό τους μοιάζει να έχει κολλήσει και όλα τους φαίνονται δυσβάσταχτα.

Η φυσιολογία: Όταν το άτομο νιώθει άγχος, το σώμα του παράγει μία ουσία που ονομάζεται αδρεναλίνη. Αντίστοιχα, η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα άλλων βιολογικών αλλαγών που επηρεάζουν το σώμα του και τον εγκέφαλό του. Λέγοντας ότι ο εγκέφαλός του ανθρώπου λειτουργεί διαφορετικά, όταν έχει κατάθλιψη,

ουσιαστικά διατυπώνουμε κάτι αυτονόητο. Όλες οι ψυχολογικές καταστάσεις - η χαρά, η σεξουαλική διέγερση, ο ενθουσιασμός, το άγχος και η κατάθλιψη - σχετίζονται με βιολογικές αλλαγές στον εγκέφαλο. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ορισμένες από αυτές τις αλλαγές σχετίζονται με τις ορμόνες του στρες, όπως είναι η κορτιζόλη, γεγονός που υποδηλώνει ότι στην κατάθλιψη εμπλέκεται και το σωματικό σύστημα του στρες. Επιπλέον, επηρεάζονται και κάποιες χημικές ουσίες του εγκεφάλου που ονομάζονται *νευροδιαβιβαστές* (μεταξύ των οποίων οι μονοαμίνες είναι αυτές που έχουν μελετηθεί εκτενέστερα). Γενικά, τα επίπεδα των ουσιών αυτών στον ανθρώπινο εγκέφαλο μειώνονται όταν υπάρχει κατάθλιψη, για αυτό ορισμένα άτομα ωφελούνται από τα φάρμακα που αυξάνουν τα επίπεδα των μονοαμινών στον οργανισμό (Ευθυμίου, 2002).

Πιθανότατα, εξαιτίας των βιολογικών αλλαγών που παρουσιάζονται στην κατάθλιψη, παρατηρείται και μία σειρά ανεπιθύμητων συμπτωμάτων. Δεν επηρεάζεται μόνο η ενέργεια/ενεργητικότητα, αλλά και ο ύπνος. Όταν το άτομο έχει κατάθλιψη, είναι πιθανό να ξυπνά πιο νωρίς το πρωί ή κατά τη διάρκεια της νύκτας (αϋπνία) ή να δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί. Σε άλλες περιπτώσεις, ωστόσο, οι ώρες ύπνου αυξάνονται (υπερυπνία). Επιπλέον, πολύ συνηθισμένη είναι η απώλεια της όρεξης. Το φαγητό χάνει τη γεύση του και μερικές φορές παρατηρείται απώλεια βάρους. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν καταθλιπτικοί που τρώνε περισσότερο και παχαίνουν (Ευθυμίου, 2002).

Οι κοινωνικές σχέσεις: Ακόμη και όταν το άτομο προσπαθεί να κρύψει την κατάθλιψή του, σχεδόν πάντα οι κοινωνικές του σχέσεις θα επηρεαστούν. Όταν υποφέρει από κατάθλιψη, είναι κακή παρέα για τους άλλους. Μπορεί να γίνει ευερέθιστο και να συλλάβει τον εαυτό του να λέει συνέχεια «όχι». Το φαινόμενο αυτό είναι πολύ συχνό – έχει παρατηρηθεί ήδη από την εποχή που οι άνθρωποι

ένιωσαν κατάθλιψη για πρώτη φορά. Άρα, πρέπει το άτομο να αποδεχθεί τα συναισθήματά του και να μη νιώθει ντροπή γι' αυτά, γιατί αν κάνει κάτι τέτοιο, το μόνο που θα επιτύχει είναι να βυθιστεί ακόμη περισσότερο στην κατάθλιψη. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στις σχέσεις τους (Ευθυμίου, 2002).

Ενδέχεται να υπάρχουν συγκρούσεις που νιώθουν ότι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν. Μπορεί να υπάρχει μη εκφρασμένη αγανάκτηση. Ίσως να νιώθουν ότι έχουν χάσει τον έλεγχο. Οι φίλοι τους και ο σύντροφός τους μπορεί να μην καταλαβαίνουν τι τους συμβαίνει. Ορισμένες φορές είναι δύσκολο για τους άλλους να κατανοήσουν τι σημαίνει να υποφέρει κανείς από κατάθλιψη.

1.2. Συνοδά συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές

Άτομα που βρίσκονται σε ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο συχνά παρουσιάζουν συμπτώματα, όπως εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, νοσηρή ενασχόληση με κάθε είδους προβλήματα, άγχος, φοβίες, υπερβολικό ενδιαφέρον και στενοχώρια για τη σωματική τους υγεία, διάφορους πόνους (πονοκεφάλους, αρθρικούς, κοιλιακούς ή άλλους πόνους) ή και Προσβολές Πανικού (που μπορεί να πληρούν τα κριτήρια για Διαταραχή Πανικού) (Alexopoulos, 2003).

Επίσης, η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να συνδέεται με χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις. Αναφέρεται ότι 20%-25% των ατόμων με γενικές ιατρικές καταστάσεις, όπως π.χ. διαβήτη, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρκίνος ή εγκεφαλικό επεισόδιο, μπορεί να αναπτύξουν Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή κατά την πορεία της σωματικής αρρώστιας (Alexopoulos, 2003).

Αν και τα βασικά χαρακτηριστικά ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου είναι τα ίδια στα νήπια, στα παιδιά, στους εφήβους και στους ενήλικους, εντούτοις υπάρχουν ορισμένα συμπτώματα που διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία.

Έτσι, σωματικά ενοχλήματα, ευερεθιστότητα και κοινωνική απόσυρση είναι πιο συχνά στα παιδιά ενώ ψυχοκινητική επιβράδυνση, υπερυπνία και παραληρητικές ιδέες είναι λιγότερο συχνά στην προεφηβεία απ' ό τι στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια συχνά εμφανίζονται μαζί με άλλες ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς και Αγχώδεις Διαταραχές. Σε εφήβους, τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια συχνά εμφανίζονται μαζί με Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς, με Αγχώδεις Διαταραχές, με Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες και με Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής (Ευθυμίου, 2002).

Επομένως, στα προεφηβικά χρόνια μπορεί να αναπτυχθεί *άγχος αποχωρισμού* και το παιδί να προσκολληθεί, να αρνείται να πάει στο σχολείο και να φοβάται ότι οι γονείς του θα πεθάνουν. Σε εφήβους, μπορεί να εμφανισθεί αρνητική ή καθαρά αντικοινωνική συμπεριφορά. Τάσεις φυγής από το σπίτι, αισθήματα έλλειψης κατανόησης και επιδοκμασίας, ανησυχία, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα είναι συχνά, όπως και η απομάκρυνση από κοινωνικές δραστηριότητες, η απομόνωση και προβλήματα με το σχολείο. Η προσωπική εμφάνιση μπορεί να παραμεληθεί. Μπορεί να εμφανισθεί ευαισθησία στην απόρριψη στις ετεροφυλικές σχέσεις και να αναπτυχθεί εξάρτηση σε ψυχοδραστικές ουσίες (Ευθυμίου, 2002).

Σε ηλικιωμένα άτομα η έκπτωση της προσοχής, της συγκέντρωσης και η «έκπτωση της μνήμης», η εικόνα δηλαδή της ψευδοάνοιας, είναι συχνή και χρειάζεται διαφοροδιάγνωση από την Άνοια.

1.3. Αίτια κατάθλιψης

Οι αιτίες για την εμφάνιση της κατάθλιψης ποικίλουν και κάποιες φορές είναι περίπλοκες.

Οι θεωρίες για τα αίτια της κατάθλιψης θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: σε αυτές που δίνουν έμφαση στους βιολογικούς παράγοντες, σε αυτές που δίνουν έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες (και στον τρόπο σκέψης) και σε αυτές που δίνουν έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες και στα γεγονότα της ζωής. Μερικές από τις θεωρίες αυτές είναι αρκετά περίπλοκες και μπορεί να είναι δύσκολο να γίνουν κατανοητές. Βεβαίως, καμία θεωρία από μόνη της δεν επαρκεί για να κατανοηθεί πλήρως η κατάθλιψη (Alexopoulos, 2003).

Το ενδιαφέρον για τα αίτια της κατάθλιψης έχει ιστορία χιλιάδων ετών. Περισσότερα από 2000 χρόνια πριν, οι αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από υψηλά επίπεδα *μέλαινας χολής* στο σώμα. Αλλά, όπως γνώριζαν πολύ καλά και οι ίδιοι, η απάντηση αυτή γεννούσε ένα νέο ερώτημα: Τι προκαλεί την αύξηση των επιπέδων της *μέλαινας χολής*; Οι αρχαίοι Έλληνες ανέπτυξαν μία σύνθετη θεωρία για να απαντήσουν σε αυτό το ερώτημα. Θεωρούσαν ότι υπάρχουν άνθρωποι που από τη φύση τους έχουν περισσότερη *μέλαινα χολή*, είναι δηλαδή *μελαγχολικοί*. Αλλά πίστευαν επίσης ότι και το άγχος, η διατροφή και οι εποχιακές αλλαγές είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ποσότητα της *μέλαινας χολής* στο σώμα. Οι αρχαίοι Έλληνες αναγνώριζαν ότι τα διάφορα γεγονότα της ζωής προκαλούν

αναστάτωση και ότι η αναστάτωση αυτή επηρεάζει τις σωματικές λειτουργίες, δηλαδή τα επίπεδα της μέλαινας χολής (Alexopoulos, 2003).

Φυσικά, σήμερα δε θεωρείται πλέον ότι η μέλαινα χολή ευθύνεται για την κατάθλιψη. Τα τελευταία χρόνια γίνεται λόγος για χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο ή, για να χρησιμοποιηθεί ο επιστημονικός όρος, για τη *νευροχημεία* του εγκεφάλου. Δυστυχώς, η άποψη ορισμένων σύγχρονων ερευνητών δεν είναι τόσο σύνθετη όσο αυτή των αρχαίων Ελλήνων. Ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη προκαλείται *αποκλειστικά* και μόνο από τις αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου. Αλλά παρότι είναι γνωστά πολύ περισσότερα για το τι συμβαίνει στον εγκέφαλο ενός καταθλιπτικού ατόμου, δεν υποστηρίζεται ότι αιτία της κατάθλιψης είναι αυτές οι χημικές αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο. Για παράδειγμα, είναι γνωστό ότι η έκκριση αδρεναλίνης σχετίζεται με το άγχος, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι η αδρεναλίνη είναι το μοναδικό αίτιο του άγχους, ή ότι η μείωση των επιπέδων αδρεναλίνης μπορεί να εξαλείψει το άγχος. Μπορεί, για παράδειγμα, το άτομο να εκκρίνει αδρεναλίνη και στη συνέχεια να βιώσει άγχος επειδή ένας κακοποιός θέλει να κλέψει τα χρήματά του. Προκειμένου όμως να απαλλαγεί από το άγχος αυτό, θα ήταν προτιμότερο να απομακρυνθεί από τον κακοποιό παρά να πάρει ένα χάπι (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Το στοιχείο που συχνά απουσιάζει από τις διάφορες θεωρίες για την κατάθλιψη είναι η έννοια της *αλληλεπίδρασης* μεταξύ του κόσμου, στον οποίο ζει το άτομο, του τρόπου, με τον οποίο σκέπτεται και νοηματοδοτεί τα πράγματα, και του σώματός του. Αν ένα άτομο καταφύγει στο γιατρό, αυτός είναι πιθανό να διαγνώσει κατάθλιψη και να του χορηγήσει κάποιο φάρμακο. Το φάρμακο αυτό μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη διάθεσή του, να εξομαλύνει τον ύπνο του, να μειώσει το άγχος του κ.ο.κ. Ωστόσο, δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι το φάρμακο θα το βοηθήσει

να ανακαλύψει το αρχικό αίτιο των χημικών αλλαγών, ούτε θα το διδάξει τρόπους για να μπορέσει να τις ελέγξει στο μέλλον (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Από την άλλη, ορισμένοι ειδικοί αποδίδουν την κατάθλιψη αποκλειστικά στον τρόπο σκέψης του ανθρώπου ή στις σχέσεις που αναπτύσσει. Αυτοί δε δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στο γεγονός ότι, όταν υπάρχει κατάθλιψη, ο εγκέφαλος λειτουργεί διαφορετικά. Αλλά το σώμα και ο εγκέφαλος είναι ένα. Για παράδειγμα, όταν οι άνθρωποι νιώθουν άγχος, θυμό, ενθουσιασμό ή σεξουαλική διέγερση, ο εγκέφαλός τους παρουσιάζει αλλαγές. Με άλλα λόγια, σε κάθε ψυχολογική κατάσταση αναλογεί διαφορετική κατάσταση του εγκεφάλου. Το γεγονός ότι ο εγκέφαλος του ανθρώπου λειτουργεί διαφορετικά όταν ο ίδιος έχει κατάθλιψη σημαίνει ότι η αντιμετώπισή του μπορεί να είναι δύσκολη (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Οποσδήποτε ορισμένες φορές τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι πολύ χρήσιμα (υπό την προϋπόθεση ότι ελέγχονται οι παρενέργειες) και σε κάποιες περιπτώσεις θεωρούνται απαραίτητα. Αλλά πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η αλληλεπίδραση των διαφόρων τομέων της ζωής του ατόμου. Πρέπει να γίνει κατανοητό και σαφές πώς αλληλοσυνδέονται ο εγκέφαλος, οι σκέψεις και το κοινωνικό περιβάλλον.

1.4. Θεραπεία της κατάθλιψης

Κατ' αρχήν, θα πρέπει να ειπωθεί ότι οι εφαρμοζόμενες σήμερα θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικά ότι η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή.

Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι βέβαια μεγάλο και περιλαμβάνει και *σωματικές* και *ψυχοθεραπευτικές* μεθόδους. Αυτό που έχει σημασία είναι ότι ο κλινικός θα πρέπει να είναι έτοιμος να χρησιμοποιήσει κατάλληλο συνδυασμό μεθόδων σωματικών και/ή ψυχοθεραπευτικών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Παρακάτω θα αναφερθούμε στις βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην κατάθλιψη (Alexopoulos, 2003).

1.4.1. Οργανικές θεραπείες

Τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία της κατάθλιψης και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωσικά στοιχεία και/ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα.

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

Το ηλεκτροσόκ ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία - ΗΣΘ (electroconvulsive therapy, ECT) με χρονική διάρκεια άνω των 75 ετών έχει δείξει έγκριτα τα αποτελέσματά της από τη δεκαετία του 1970 και μετά και στη χώρα μας. Κυρίως ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη είναι πιο βαριά, ώστε να κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου και που η ταχεία βελτίωση είναι αναγκαία (π.χ. πολύ σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας, «κατατονική» κατάθλιψη) ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η

χορήγηση αντικαταθλιπτικών (καρδιαγγειακή νόσος, εγκυμοσύνη) (Robertson, Pryor, 2006).

Αν και εφαρμόζονται διάφορα σχήματα, συνήθως χορηγούνται 6 ως 10 συνεδρίες με ρυθμό 3 ή 4 συνεδριών την εβδομάδα. Η απάντηση συνήθως είναι ταχεία - μέσα σε μέρες παρά σε εβδομάδες. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Alexopoulos, 2003).

Μία συχνή ανεπιθύμητη παρενέργεια της ΗΣΘ είναι ο αποπροσανατολισμός καθώς και η μνημονική ικανότητα που αφορά γεγονότα που έλαβαν χώρα πριν από την ΗΣΘ (οπισθοδρομική αμνησία) και γεγονότα μετά την ΗΣΘ (εμπροσθοδρομική αμνησία). Υπάρχει βελτίωση στις απώλειες μνήμης μετά την ολοκλήρωση του κύκλου ΗΣΘ αλλά σε κάποιους ασθενείς παραμένουν υπολειμματικές δυσκολίες και ιδιαίτερα σε όσους έχει εφαρμοστεί αμφοτερόπλευρη τοποθέτηση. Επίσης, έχουν καταγραφεί παράπονα ασθενών σε θέματα εμπειρίας και ακρίβειας παρά το γεγονός ότι η μνήμη τους έχει επανέλθει και ιδιαίτερα σε όσους δεν είχαν ενημερωθεί επαρκώς (Robertson, Pryor, 2006).

1.4.2. Ψυχοθεραπείες

Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές - ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία - είναι ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Φυσικά η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη, σα σύνδρομο, βοηθείται στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έμμεσα, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των

διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής ευαισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας κτλ. Η βελτίωση αυτή, βέβαια, έρχεται μέσα από εξέταση, επαναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή – ασθενή (Yucedal et al., 2003).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών και στην ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση.

Η γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία είναι βέβαια μία ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Πρόκειται, ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία, με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη (Yucedal et al., 2003).

1.5. Εργαλεία μέτρησης της κατάθλιψης

Τα ειδικά εργαλεία για τους πάσχοντες από συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές αποσκοπούν στην αξιολόγηση συγκεκριμένων διαστάσεων της ποιότητας ζωής, οι οποίες επηρεάζονται από τη σχετική συμπτωματολογία των διαταραχών αυτών. Είναι βασικό να επισημανθεί ότι υπάρχουν κλίμακες που αξιολογούν την

κατάθλιψη και άλλες κλίμακες που μετρούν σαν υποκλίμακα την κατάθλιψη και αφορούν στην ποιότητα ζωής.

1.5.1. Ερωτηματολόγιο CES-D

Το ερωτηματολόγιο CES-D κατασκευάστηκε από το Κέντρο Επιδημιολογικών Μελετών για την Κατάθλιψη (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES-D). Αποτελεί ένα σύντομο εργαλείο αυτο-αναφοράς σχεδιασμένο να ανιχνεύσει την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης τόσο σε υγιή όσο και σε άρρωστο πληθυσμό (π.χ. αισθανόμουν μοναξιά την τελευταία εβδομάδα, ξεσπούσα σε κλάματα) (Radloff, 1977; 1991). Κυκλοφορεί σε δύο μορφές: 10 (CES-D 10) και 20 (CES-D 20) ερωτήσεις ενώ οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό (σπάνια ή ποτέ - <1 μέρα, λίγες φορές - 1-2 μέρες, σχετικά συχνά - 3-4 μέρες, τον περισσότερο καιρό - 5-7 μέρες), στον οποίο τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος. Οι απαντήσεις στα θέματα δίνονται βάσει μίας κλίμακας τεσσάρων διαβαθμίσεων (από το 0 έως το 3). Οι ερωτήσεις 4, 8, 12 και 16 βαθμολογούνται αντίστροφα (3=0), (2=1), (1=2), (0=3). Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση όλων των ερωτήσεων (Hann, Winter & Jacobsen, 1999).

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και εγκυρότητα κριτηρίου. Επιπρόσθετα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας εμφανίζεται υψηλή (τιμές εύρους 0,84 έως 0,90) (Hann, Winter & Jacobsen, 1999).

1.5.2. *Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής, Θετικής Διάθεσης και Ικανοποίησης (Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)*

Το Ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τους Endicott και συνεργάτες στις αρχές της δεκαετίας του 1990, με στόχο την ανάπτυξη ενός εύχρηστου εργαλείου αξιολόγησης της ικανότητας του ασθενούς να αισθάνεται ικανοποίηση και απόλαυση σε διάφορες περιοχές της ζωής του. Είναι αυτοσυμπληρούμενο και αποτελείται από 93 ερωτήσεις. Οι τομείς που αξιολογούνται περιλαμβάνουν (Endicott *et al.*, 1993): σωματική υγεία, συναισθηματική διάθεση, ελεύθερος χρόνος και ψυχαγωγία, κοινωνικές σχέσεις, δραστηριότητες καθημερινής ζωής, εργασία, οικιακές εργασίες και εκπαίδευση. Επίσης, εξετάζεται η ικανοποίηση του ασθενούς από τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει και η ικανοποίησή του γενικότερα από τη ζωή. Αναφέρονται ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά. Το Ερωτηματολόγιο έχει παρουσιάσει σχετικά καλές συσχετίσεις με την κλίμακα Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) και τα ερωτηματολόγια Beck Depression Inventory και Symptom Checklist - 90.

1.5.3. *Κλίμακα Ποιότητας Ζωής Smithkline Beecham (SmithKline Beecham Quality of Life Scale, SBQOL)*

Η Κλίμακα δημιουργήθηκε από τους Stoker και συνεργάτες στις αρχές της δεκαετίας του 1990, με στόχο την αξιολόγηση των ασθενών που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές. Συνίσταται σε ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 28 ερωτήσεων. Οι τομείς που ελέγχονται περιλαμβάνουν (Stoker, Dunbar & Beaumont, 1992): σωματική ευεξία, ψυχική ευεξία, συναισθηματική διάθεση, εστίαση ελέγχου (locus of control), κοινωνικές σχέσεις, σεξουαλική λειτουργικότητα, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα, εργασία και απασχόληση,

οικονομική κατάσταση και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Το εργαλείο διερευνά επίσης τρεις άξονες, οι οποίοι αναφέρονται στην αντίληψη που έχει ο ασθενής για α) τον εαυτό του στον παρόντα χρόνο, β) τον ιδανικό εαυτό που θα επιθυμούσε να έχει και γ) τον "άρρωστο" εαυτό. Αναφέρονται ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά.

1.5.4. Κλίμακα Ποιότητας Ζωής στην Κατάθλιψη (Quality of life in Depression Scale, QLDS)

Το εργαλείο δημιουργήθηκε από τους Hunt και Mckenna και τους Gregoire και συνεργάτες στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και αποσκοπούσε στην εκτίμηση των επιπτώσεων της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής των καταθλιπτικών ασθενών. Είναι αυτοσυμπληρούμενο και περιλαμβάνει 34 ερωτήσεις. Εξετάζονται οι τομείς (Gregoire, de Leval, Mesters & Czarka, 1994; Hunt & Mckenna, 1992): προσωπική υγιεινή, οικιακές δραστηριότητες, διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνική ζωή, γνωστική λειτουργικότητα, ελεύθερος χρόνος και ψυχαγωγία. Αναφέρονται ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά.

1.5.5. Ερωτηματολόγιο Ψυχοσωματικής Υγείας (PHQ-9)

Η αξιολόγηση της παρουσίας και του επιπέδου της κατάθλιψης πραγματοποιείται και με τη χρήση του Ερωτηματολογίου Υγείας του Ασθενούς (Patient's Health Questionnaire - PHQ-9). Το PHQ-9 αποτελείται από 9 ερωτήσεις και οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0-27, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να αποτελούν ένδειξη υψηλού επιπέδου κατάθλιψης. Ο ασθενής καλείται να απαντήσει στο κατά πόσον οι συναισθηματικές δυσκολίες ή τα προβλήματα επηρεάζουν την καθημερινή του ζωή. Για να τεθεί η διάγνωση της κατάθλιψης, θα πρέπει ο ασθενής να απαντήσει θετικά σε μία τουλάχιστον από τις δύο πρώτες ερωτήσεις του PHQ-9

και να σημειώσει ότι αυτό συμβαίνει για περισσότερες από τις μισές μέρες κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων. Βαθμολογίες από 0-4 υποδηλώνουν ότι ο ασθενής δεν έχει κατάθλιψη, 5-9 ήπια καταθλιπτική διαταραχή, 10-14 ήπια μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, 15-19 μέτρια μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και πάνω από 20 σοβαρή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Kroenke et al., 2001).

1.5.6. Κλίμακα HADS για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας

Αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αξιολογούν το πώς αισθάνονταν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Επτά από τις 14 ερωτήσεις αξιολογούν το επίπεδο κατάθλιψης και οι υπόλοιπες 7 αξιολογούν το επίπεδο άγχους των ερωτώμενων. Η συνολική βαθμολογία κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται από 0-21. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα. Η κλίμακα HADS, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στη βιβλιογραφία, ακολουθεί την εξής κατηγοριοποίηση: Βαθμολογία 0-7 υποδηλώνει καθόλου άγχος ή κατάθλιψη, βαθμολογία 8-10 υποδηλώνει μέτρια επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης και βαθμολογία >11 υποδηλώνει υψηλά επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης (Zigmond, Snaithe, 1983). Η κλίμακα HADS έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και έχει ελεγχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της σε καρκινοπαθείς ασθενείς τελικού σταδίου από τους Mystakidou et al. (2004) το 2004. Επίσης, ικανοποιητικά αποτελέσματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας της συγκεκριμένης κλίμακας βρέθηκαν και από τους Michopoulos et al. (2008) όταν η κλίμακα εφαρμόστηκε σε ασθενείς παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων.

1.5.7. Κλίμακα κατάθλιψης του A.T. Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*)

Περιλαμβάνει 21 θέματα, το καθένα από τα οποία, ανάλογα με τη σοβαρότητά του, βαθμολογείται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων (0–3). Τα θέματα αφορούν στη θλίψη (λύπη), στην απαισιοδοξία, στην αποθάρρυνση, στο αίσθημα αποτυχίας, στην έλλειψη ικανοποίησης, στην ενοχή, στην προσδοκία τιμωρίας, στην απέχθεια προς τον εαυτό, στην αυτομορφή, στις ιδέες αυτοκτονίας, στο κλάμα, στην ευερεθιστότητα, στην κοινωνική απόσυρση, στην αναποφασιστικότητα, στην εικόνα του σώματος, στην εργασιακή επιβράδυνση, στην αϋπνία, στην εύκολη κόπωση, στην ανορεξία, στην απώλεια βάρους, στη σωματική ενασχόληση, στην απώλεια της libido (Beck et al., 1961). Η κλίμακα προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τους Mystakidou et al και έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Mystakidou et al., 2007).

1.5.8. Κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton

Η Κλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton είναι η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης παγκοσμίως. Περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις που βαθμολογούνται από 0 έως 2 ή από 0 έως 4, δίνοντας έτσι ένα συνολικό αποτέλεσμα που κυμαίνεται από 0-50. Η βαθμολόγηση των λημμάτων γίνεται βάσει των συμπτωμάτων που αναφέρει ο ασθενής κατά τη συνέντευξη, των παρατηρήσεων του εκτιμητή και των πληροφοριών που συλλέγει από τρίτους (συγγενείς, νοσηλευτές) (Hamilton, 1960). Κατά τη βαθμολόγηση δεν γίνεται διάκριση ανάμεσα στην ένταση και στη συχνότητα των συμπτωμάτων. Η κλίμακα καλύπτει την κατάσταση του ασθενούς κατά την εβδομάδα που προηγείται της βαθμολόγησης όσον αφορά τα περισσότερα συμπτώματα, εκτός από τις διαταραχές του ύπνου που αφορούν το τελευταίο τριήμερο. Έχουν βρεθεί τα ακόλουθα κριτήρια

βαρύτητας της κατάθλιψης (cut-off points): 07 όχι κατάθλιψη, 8-12 ήπια, 13-17 μέτρια, 18-29 σοβαρή, 30-52 πολύ σοβαρή κατάθλιψη.

1.6. Κατάθλιψη και σακχαρώδης διαβήτης

Η κατάθλιψη στο διαβήτη είναι επίμονη και/ή επαναλαμβανόμενη. Σε μελέτες διαχρονικής παρακολούθησης, τα ποσοστά επιδείνωσης ή επανάληψης της κατάθλιψης έχουν αναφερθεί ότι κυμαίνονται ευρέως μεταξύ 11,6% και 92%, ανάλογα με τα μεγέθη των δειγμάτων, τα κριτήρια διάγνωσης της κατάθλιψης και την ταξινόμηση κατάθλιψης (μείζων κατάθλιψη ή αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης).

Ο Peyrot (2005) διεξήγαγε μια μελέτη παρακολούθησης μεταξύ 245 ασθενών με ΣΔ, οι οποίοι αξιολογήθηκαν τρεις φορές (βασική, μετά από ψυχοεκπαίδευση 1 εβδομάδας και 6 μήνες). Τα αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης [που ορίζονται ως βαθμολογία κλινικής κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών (CES-D) ≥ 16] βρέθηκαν σε 93 ασθενείς (38%) κατά την έναρξη της μελέτης. Ένα ποσοστό 34,4% των αρχικά καταθλιπτικών ασθενών παρέμεινε καταθλιπτικό και στα τρία χρονικά σημεία. Οι προγνωστικοί παράγοντες της κατάθλιψης είναι η έλλειψη γυμνασιακής εκπαίδευσης, η παρουσία περισσότερων από 2 επιπλοκών και η θεραπεία εκτός από την ινσουλίνη.

Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ύπαρξη κατάθλιψης σε ασθενείς με διαβήτη περιλαμβάνουν το γυναικείο φύλο, τη νεαρή ηλικία, την έλλειψη συζύγου, την κακή κοινωνική υποστήριξη, τη χαμηλή εκπαίδευση, τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τον κακό γλυκαιμικό έλεγχο, την παρουσία διαβητικών επιπλοκών, την ηπατική ανεπάρκεια και το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης (Katon et al., 2008).

Ο Rouwer και συν. (2003), σε μια ελεγχόμενη μελέτη με βάση την κοινότητα μεταξύ 216 ασθενών με ΣΔ2 που προσδιορίστηκε από ένα δείγμα 3107 ατόμων (ηλικιακή ομάδα 55-85), αξιολόγησαν τη συσχέτιση διαφόρων παραγόντων με την κατάθλιψη - αξιολογήθηκε με τις κλίμακες CIDI και CES-D - (μοντέλο 1, $R^2 = 9,0\%$), κλινικά χαρακτηριστικά [οφθαλμικές δυσκολίες, καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD), άλλες χρόνιες ιατρικές παθήσεις] και ιατρική συννοσηρότητα (μοντέλο 2, $R^2 \text{ change} = 2,0\%$), οι λειτουργικοί περιορισμοί (μοντέλο 3, $R^2 \text{ change} = 3,8\%$), η κοινωνική υποστήριξη και η αντιληπτή γνώση της νόσου (μοντέλο 4, $R^2 \text{ change} = 8,6\%$) εισήχθησαν διαδοχικά στην ανάλυση. Στο τελικό μοντέλο ($R^2 = 23,4\%$), εντόπισαν τους ακόλουθους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται ανεξάρτητα με την κατάθλιψη: λειτουργικοί περιορισμοί (βήτα = 0,18, $p = 0,034$), οργανική κοινωνική υποστήριξη (βήτα = -0,26, $p = 0,017$) (βήτα = -0,26, $p = 0,001$). Το γυναικείο φύλο εμφανίστηκε σημαντικά συνδεδεμένο με την κατάθλιψη μόνο στο 1ο μοντέλο. Η συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της άγαμης οικογενειακής κατάστασης προέκυψε ως σημαντική στο 2ο και 3ο μοντέλο, αλλά κατέληξε ως οριακά μη σημαντική ($p = 0,057$) και πάλι στο τελικό μοντέλο. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά δε συσχετίστηκαν σημαντικά με την κατάθλιψη σε κανένα από τα μοντέλα σταδιακής παλινδρόμησης.

Οι Egede και συν. (2010), σε μια συγχρονική μελέτη μεγάλης κλίμακας μεταξύ 16754 ασθενών με ΣΔ2, εξέτασαν τις διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων, στις οποίες διαιρούσαν το δείγμα με βάση την κατάσταση σοβαρότητας κατάθλιψης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων PHQ-8 (0-4: όχι κατάθλιψη, 5-9: μικρή κατάθλιψη, ≥ 10 : μείζων κατάθλιψη). Εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων σχετικά με τη φυλή (τέσσερις ομάδες), το φύλο (γυναίκες), την ηλικία (τέσσερις κλάσεις), την εκπαίδευση (τέσσερις κλάσεις), το εισόδημα

(τέσσερις τάξεις), την οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένος/η) , ασφάλιση (ασφαλισμένος/η), ενώ δε διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας και την εκπαίδευση στο διαβήτη. Η ανάλυση chi-square δεν μπόρεσε να καθορίσει πλήρως τις διαφορές που εντοπίστηκαν σε όλες τις υποομάδες των μεταβλητών με περισσότερες από δύο κατηγορίες.

Στην προοπτική μελέτη από τους Katon και συν. (2008), εντοπίστηκαν οι ακόλουθοι παράγοντες κινδύνου για μείζονα κατάθλιψη: προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης (OR = 1,68 CI: 1,15-2,45), σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την έναρξη (OR = 7,70 CI: 4,63- 12,81 για βαθμολογία PHO-9 > 5 και OR = 2,24 CI: 1,30-3,88 για βαθμολογία PHQ-9 > 10), αυξημένα συμπτώματα σχετιζόμενα με το διαβήτη κατά την έναρξη της νόσου (OR = 1,13 CI: 1,05-1,22).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η παρουσία ενός ιστορικού κατάθλιψης είναι ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να προσαρμοστεί για την αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη της κατάθλιψης στο ΣΔ2.

Ένας άλλος παράγοντας που δεν έχει ληφθεί επαρκώς υπόψη είναι η χρήση φαρμάκου με πιθανή καταθλιπτικογόνα επίδραση, όπως για παράδειγμα ορισμένοι αντιυπερτασικοί παράγοντες, οι οποίοι συχνά συνταγογραφούνται σε ασθενείς με ΣΔ2 και υπέρταση ως κατάσταση συννοσηρότητας.

Σε μελέτη των Garousi & Garrusi (2013) που διεξήχθη στο νοτιοανατολικό Ιράν αξιολογήθηκαν 386 διαβητικοί ασθενείς. Τα όργανα αξιολόγησης ήταν η Ειδική Οικογενειακή Υποστήριξη του Διαβήτη (DSFS), η Κλίμακα Άγχους - Κατάθλιψης (HADS) και οι δημογραφικές μεταβλητές. Περίπου το 52% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία (SD) ήταν 50,77 (10,24) χρόνια. Η μέση βαθμολογία των υποστηρικτικών συμπεριφορών στις γυναίκες ήταν πιο αδύναμη από ότι στους

άνδρες. Δεν υπήρχε σχέση μεταξύ των μέσων βαθμών κατάθλιψης και άγχους με το φύλο. Η διάρκεια του διαβήτη, το μορφωτικό επίπεδο και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είχαν σημαντική σχέση με την κατάθλιψη. Η σχέση μεταξύ υποκλίμακων οικογενειακών συμπεριφορών (υποστηρικτικών και μη υποστηρικτικών) και ψυχολογικών συννοσηρότητων (κατάθλιψη, άγχος) ήταν σημαντική.

Σε άλλη έρευνα των Akash Rajender, Krishna Kanwal, Deepa Chaudhary, RS Chaudhri (2016), 312 τυχαία επιλεγμένοι ασθενείς με T2DM αξιολογήθηκαν σε κέντρο τριτοβάθμιας φροντίδας στη Βόρεια Ινδία. Δεδομένα κοινωνικο-δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά συλλέχθηκαν. Η κλίμακα κατάθλιψης Montgomery Asberg χρησιμοποιήθηκε για την ανίχνευση της κατάθλιψης. Οι ομάδες με και χωρίς μεγάλη κατάθλιψη συγκρίθηκαν για διάφορες μεταβλητές. Το ένα τρίτο των ασθενών με T2DM (32,05%) υπέφερε από σοβαρή κατάθλιψη. Το γυναικείο φύλο, το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, το χαμηλότερο μηνιαίο εισόδημα των νοικοκυριών, τα άγαμα ή τα διαζευγμένα/χήρα άτομα και η ανεργία ήταν οι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για μείζονα κατάθλιψη σε ασθενείς με T2DM.

Στη μελέτη των Ching-Ju Chiu, Ye-Fong Du (2019) εφαρμόστηκε ένα μοντέλο διασταυρωμένης δομικής εξίσωσης για να εξετασθεί η αμοιβαία σχέση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του γλυκαιμικού ελέγχου για μια τριετή περίοδο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες και οι γυναίκες δεν ήταν διαφορετικοί από άποψη καταθλιπτικών συμπτωμάτων και σχέσης γλυκαιμικού ελέγχου, με ισχυρότερη συσχέτιση για υψηλότερες καταθλιπτικές βαθμολογίες συμπτωμάτων που προβλέπουν χειρότερη γλυκαιμική ρύθμιση, σε αντίθεση με το χειρότερο γλυκαιμικό έλεγχο που προβλέπει υψηλότερη βαθμολογία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η υποστήριξη της οικογένειας και των φίλων για την αυτοδιαχείριση του διαβήτη χρησιμεύει ως σημαντικό αποθεματικό. Σε ασθενείς με χαμηλή

οικογενειακή και φιλική υποστήριξη, περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την έναρξη της μελέτης συσχετίστηκαν με επακόλουθα χειρότερα επίπεδα γλυκαιμίας. Αντίθετα, σε άτομα που είχαν ισχυρή υποστήριξη, τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν προέβλεπαν μεταγενέστερο γλυκαιμικό έλεγχο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

2.1. Η έννοια της οικογενειακής στήριξης στην ασθένεια

Η οικογένεια ενός ανθρώπου είναι τα άτομα, που ο ίδιος αντιλαμβάνεται ως μέρος του συγγενικού του δικτύου (Miller, Dimatteo 2013). Άρα ο ορισμός της οικογένειας και το περιεχόμενο της διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ωστόσο, κάθε άτομο μαζί με την οικογένεια του ανήκουν σε ένα κοινωνικό περιβάλλον.

Η κοινωνική στήριξη είναι μία πολύ σημαντική συνιστώσα για την έκβαση της υγείας. Βοηθάει στην καλύτερευση των αποτελεσμάτων της υγείας και οι κοινωνικές σχέσεις επιμηκύνουν και δυναμώνουν τη φυσική δυσλειτουργία του ασθενούς. Η κοινωνική στήριξη έχει οριστεί με αρκετούς διαφορετικούς τρόπους. Σε μερικές επιδημιολογικές έρευνες ορίζεται ως ο αριθμός των κοινωνικών επαφών, που διατηρούνται από ένα άτομο ή από την ευρύτητα του κοινωνικού του δικτύου. Οι πιο πρόσφατες έρευνες στην κοινωνική στήριξη δίνουν έμφαση στην αντίληψη του «ανήκειν».

Η House περιέγραψε τέσσερις κύριες κατηγορίες κοινωνικής στήριξης. Η συναισθηματική στήριξη περιλαμβάνει το ενδιαφέρον, τη φροντίδα, την αγάπη και την πίστη. Η «εκτιμητική» στήριξη περιλαμβάνει μετάδοση πληροφοριών με τη μορφή της επιβεβαίωσης, της ανατροφοδότησης και της κοινωνικής σύγκρισης ενώ η πληροφοριακή υποστήριξη περιλαμβάνει τη συμβουλή, την πρόταση ή κατευθύνσεις, που βοηθούν το άτομο να ανταποκριθεί σε προσωπικές και περιβαλλοντικές απαιτήσεις. Η υλική υποστήριξη είναι η πιο ειδική, άμεση μορφή στήριξης;

περικλείοντας τη βοήθεια με τη μορφή χρημάτων και βοήθεια για τη διεκπεραίωση συγκεκριμένων εργασιών (Baig, Benitez, Quinn, Burnet, 2015).

Μία μορφή κοινωνικής στήριξης, ίσως και η πιο σημαντική, λόγω του ρόλου που κατέχει η οικογένεια στο κοινωνικό δίκτυο, είναι η οικογενειακή στήριξη, δηλαδή η στήριξη, που λαμβάνει το άτομο από την οικογένεια του. Η οικογενειακή στήριξη ορίζεται ως το αντιλαμβανόμενο «ανήκειν» στο σύστημα της οικογένειας, που έχει αμοιβαίες υποχρεώσεις και τους δικούς της κανόνες επικοινωνίας. Οι άνθρωποι που περιλαμβάνονται στο σύστημα της οικογενειακής στήριξης είναι τα μέλη της οικογένειας, τα οποία το άτομο μπορεί να εμπιστευτεί και τα οποία γνωρίζει ότι το εκτιμούν, φροντίζουν γι' αυτό και το αγαπούν. Άρα, η οικογενειακή στήριξη προς τον ασθενή ορίζεται ως η παροχή θετικών, ψυχολογικών και υλικών πηγών, σε ένα άτομο από τα μέλη της οικογένειάς του μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων, που ενυπάρχουν στο οικογενειακό δίκτυο, προκειμένου ο ασθενής να μπορέσει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα υγείας, που έχει.

Σε έρευνες έχει βρεθεί, ότι υπάρχει μία σύνδεση μεταξύ της οικογενειακής στήριξης και των αποτελεσμάτων της υγείας, όμως δεν έχουν περιγραφεί πλήρως οι πολύπλοκες σχέσεις μεταξύ των χρόνιων ασθενειών, των συμπεριφορών αυτοφροντίδας του ασθενούς και του κοινωνικού του περιβάλλοντος.

Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί η οικογενειακή στήριξη για την αντιμετώπιση των ασθενειών δεν έχει κατανοηθεί πλήρως. Οι Cohen και Syme (1985) αναγνώρισαν τουλάχιστον δύο αντιφατικές μεταξύ τους ερμηνείες αυτής της σχέσης. Δύο μοντέλα, το μοντέλο κύριων αποτελεσμάτων και το μοντέλο απομάκρυνσης του στρες, ερμηνεύουν αυτή τη σχέση, αλλά διαφέρουν στις απόψεις τους σχετικά με τη σημαντικότητα του στρες. Το μοντέλο απομάκρυνσης του στρες

υποθέτει, ότι το στρες οδηγεί σε χαμηλού επιπέδου αποτελέσματα υγείας και ότι οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να μειώσουν την επίδραση του στρες. Το μοντέλο των κύριων αποτελεσμάτων υποθέτει, ότι οι κοινωνικές σχέσεις επηρεάζουν άμεσα τα αποτελέσματα της υγείας και ότι το στρες είναι μόνο ένας από αρκετούς ενδιάμεσους παράγοντες, που επιδρούν πάνω στην υγεία.

Το τελευταίο αυτό μοντέλο θεωρεί, ότι το στρες δεν είναι η μόνη σημαντική μεταβλητή, που επηρεάζει τα αποτελέσματα της υγείας. Αντ' αυτού, οι κοινωνικές και κυρίως οι οικογενειακές σχέσεις δυναμώνουν την υγεία και την καλή γενική φυσική κατάσταση ανεξάρτητα από το στρες. Υπάρχει μία ποικιλία τρόπων, που οι οικογενειακές σχέσεις μπορούν να επηρεάσουν άμεσα τα αποτελέσματα της υγείας. Ο ένας είναι μέσω της στήριξης για την υιοθέτηση και προαγωγή συμπεριφορών υγείας. Οι οικογενειακές σχέσεις επηρεάζουν τις συμπεριφορές και οι συμπεριφορές με τη σειρά τους προάγουν τα επιθυμητά αποτελέσματα για την υγεία. Μία άλλη ερμηνεία είναι, ότι η κοινωνική εμπλοκή παρέχει θετικές πηγές αυτο-αξιολόγησης. Αυτό μπορεί να ενδυναμώσει την αντίληψη του ελέγχου του ατόμου πάνω στην ασθένεια του και να μειώσει την εμπειρία του στρες. Το μοντέλο των κύριων αποτελεσμάτων φαίνεται εύλογο, ωστόσο δεν εξηγεί ολοκληρωτικά και σε κάθε περίπτωση τη σχέση της οικογενειακής στήριξης και των αποτελεσμάτων της υγείας.

Το μοντέλο της απομάκρυνσης του στρες υποθέτει, ότι το ψυχολογικό στρες έχει παθογενετικά αποτελέσματα. Οι Cohen και Syme περιέγραψαν δύο διαφορετικούς τρόπους, με τους οποίους μπορεί να λειτουργήσει το μοντέλο. Πρώτον, η οικογενειακή στήριξη μπορεί να παρεμβαίνει στο μονοπάτι μεταξύ του στρεσογόνου γεγονότος και του αποδέκτη. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να βοηθήσουν το άτομο, να δώσει νέα ερμηνεία στο στρεσογόνο γεγονός της ασθένειας ή να μειώσει το στρες του, προσθέτοντας στη γνωστική του διαδικασία στρατηγικές

αντιμετώπισης γι' αυτό. Μία δεύτερη ερμηνεία, για το πώς η οικογενειακή στήριξη μπορεί να επηρεάσει το στρες, είναι μεταξύ της απόκρισης στο στρες και στα αποτελέσματα. Τα άτομα που παρέχουν στήριξη μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να ηρεμήσει ή να διευκολύνουν την προαγωγή αναγκαίων συμπεριφορών, όπως η προσαρμογή στη φαρμακευτική αγωγή, η προσωπική υγιεινή και η επαρκής ξεκούραση (Hu, Wallace, McCoy, Amirehsani, 2014).

Συνοπτικά, στο μοντέλο απομάκρυνσης του στρες υποστηρίζεται, ότι η οικογενειακή στήριξη μπορεί να λειτουργήσει ως πηγή προστασίας απέναντι στα επιβλαβή αποτελέσματα του στρες, επιτρέποντας στους ανθρώπους να αντιλαμβάνονται τις πηγές στρες ως λιγότερο απειλητικές και πιθανώς να επαυξάνουν την ικανότητα τους να διαχειρίζονται τις καταστάσεις. Το δεύτερο μοντέλο των κύριων αποτελεσμάτων αναφέρεται στην αξία της οικογενειακής υποστήριξης ανεξάρτητα από το στρες. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο εκτιμάται, ότι η στήριξη είναι μία θετική και χρήσιμη πηγή και υποστηρίζει, ότι τα οφέλη της είναι μεγάλα, ακόμα και όταν οι άνθρωποι δεν εκτίθενται σε καταστάσεις στρες (Hu et al., 2014). Γενικότερα, πιστεύεται, ότι χρειάζονται πολυπλοκότερα μοντέλα για το πώς η οικογενειακή στήριξη επηρεάζει την πορεία της ασθένειας.

Η παροχή επαρκούς οικογενειακής στήριξης δεν είναι πάντοτε εύκολη για το οικογενειακό δίκτυο. Απαιτείται ουσιαστική ικανότητα. Όταν η στήριξη παρέχεται από λάθος άτομο, μπορεί να μην είναι ουσιαστική ή μπορεί να απορρίπτεται από τον ασθενή. Η οικογενειακή στήριξη μπορεί επίσης να είναι αναποτελεσματική εάν το είδος της στήριξης που παρέχεται, δεν είναι ακριβώς το είδος, το οποίο έχει ανάγκη ο ασθενής.

Υπάρχουν θεωρητικές και εμπειρικές αιτίες για την πεποίθηση, ότι η οικογενειακή στήριξη, που παρέχεται από κοινωνικές σχέσεις συνεισφέρει σε θετική προσαρμογή και ότι έχει ένα προστατευτικό ρόλο απέναντι στις χρόνιες ασθένειες. Η έρευνα έχει αποκαλύψει σημαντικές διαφορές στην αντιμετώπιση της ασθένειας μεταξύ ομάδων, που διαφέρουν στην οικογενειακή στήριξη. Οι διαφορές είναι ιδιαίτερα μεγάλες σε ομάδες, που διαφέρουν στο επίπεδο της ικανοποίησης από τη διαθέσιμη στήριξη. Οι υποστηρικτικοί «άλλοι» διαδραματίζουν έναν προστατευτικό ρόλο στην ασθένεια. Σημαντικά αποτελέσματα μπορεί να έχει η μελέτη του τρόπου, με τον οποίο επεξεργάζονται γνωστικά οι ίδιοι οι ασθενείς τη διαθέσιμη υποστήριξη (Hamidreza, Farah, Mohsen, Mohsen, Gholamhossein, 2014).

2.2. Οικογενειακή στήριξη σε ασθενείς και προσαρμογή στο θεραπευτικό πρόγραμμα

Η οικογενειακή στήριξη μπορεί να επηρεάσει την προσαρμογή στο θεραπευτικό πρόγραμμα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Οι ασθενείς έχουν οικογένειες. Η δυναμική μέσα στις οικογένειες διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της ασθένειας, την αναζήτηση βοήθειας και στην προσαρμογή στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η οικογένεια και η σχέση της με τη χρόνια ασθένεια έχουν γίνει το θέμα μίας εκτεταμένης δέσμης ερευνών, που οδηγείται από δύο υποθέσεις: α. η ασθένεια έχει αντίκτυπο στην οικογένεια, το οποίο είναι θετικό ή αρνητικό και β. η οικογένεια έχει ένα σημαντικό αντίκτυπο στην προσαρμογή του ατόμου στην ασθένεια του και στην ίδια τη διαδικασία της ασθένειας. Η Shapiro (1983) δήλωσε: «Είναι έως τώρα σαφές, ότι μία αδιαμφισβήτητη σχέση υπάρχει μεταξύ της οικογένειας και της ασθένειας και

ότι μία συγκεκριμένη ασθένεια επηρεάζει, αλλά και επηρεάζεται από το περιεχόμενο της οικογένειας».

Οι οικογένειες και επηρεάζουν και επηρεάζονται από την παρουσία χρόνιων ασθενειών. Οι μορφές επικοινωνίας, οι τρόποι αλληλεπίδρασης και οι συμμαχίες μέσα στο δίκτυο της οικογένειας μπορεί να αλλαχθούν, καθώς η οικογένεια προσαρμόζεται στις φυσικές και ψυχολογικές απαιτήσεις της διαχείρισης μίας σοβαρής και πολύπλοκης ασθένειας. Προσθετικά, η προσαρμογή της οικογένειας στην ασθένεια δεν είναι μία στατική διαδικασία, αλλά πρέπει να αλλάζει λαμβάνοντας υπόψη την αναπτυσσόμενη ικανότητα του ασθενούς για την αυτο-διαχείριση της ασθένειας του (Hamidreza et al., 2014).

Η λειτουργικότητα της οικογένειας μετρημένη από μεταβλητές, όπως η στήριξη που μπορεί να προσφερθεί από μέλη της οικογένειας, η συζυγική ικανοποίηση, η συνοχή και η συχνότητα διαφωνιών, έχει σημαντική συνάφεια με τη διαχείριση και την προσαρμογή του ασθενούς (Keogh et al., 2011). Οι Kang et al. (2010) σημειώνουν, ότι η πλειοψηφία των μελετών για την οικογενειακή στήριξη αποκαλύπτουν μία θετική συνάφεια μεταξύ αυτής και της προσαρμογής, καθώς και του ελέγχου σε ασθένειες, όπως ο καρκίνος, ο διαβήτης το εγκεφαλικό και το άσθμα.

Η προώθηση των συμπεριφορών για την υγεία συμβαίνει ουσιαστικά μέσα από την οικογένεια. Με τον τρόπο αυτό μειώνονται οι παράγοντες κινδύνου και μέσω της ικανότητας της οικογένειας να παρέχει στήριξη, ενθαρρύνεται η αυτονομία των μελών της, που έχουν κάποια χρόνια ασθένεια.

Η προσαρμογή στη φαρμακοθεραπεία επηρεάζεται από το κλίμα της οικογένειας. Η εμπλοκή του ή της συζύγου ή κάποιου σημαντικού άλλου από τα μέλη της οικογένειας μπορεί να βελτιώσει την προσαρμογή. Κλινικά είναι βοηθητικό να

λαμβάνεται υπόψη η προϋπάρχουσα οργάνωση της οικογένειας ως ένα χαρακτηριστικό, που μπορεί να αλληλεπιδράσει με εξωτερικά γεγονότα, ώστε να παραχθούν οι προσαρμοστικές στρατηγικές στον ασθενή, να βασιστεί δηλαδή η ασθένεια στον τύπο και στο επίπεδο των προϋπαρχουσών πηγών της οικογένειας (Miller, Dimatteo 2013).

Γενικά, οι άνθρωποι που νιώθουν, ότι λαμβάνουν τη θαλπωρή, τη φροντίδα και τη βοήθεια των μελών της οικογένειας τους, είναι περισσότερο πιθανό να ακολουθήσουν τις ιατρικές συμβουλές, από τους ασθενείς που λαμβάνουν λιγότερη στήριξη. Η στήριξη, που λαμβάνουν οι ασθενείς φαίνεται να είναι περισσότερο ωφέλιμη για την προσαρμογή στο θεραπευτικό πρόγραμμα, όταν περιλαμβάνει συγκεκριμένα βοήθεια και ενθάρρυνση στη φροντίδα του προβλήματος υγείας (Garcia-Huidobro, Bittner M, Brahm P, Puschel, 2011).

Κοινωνικές δυνάμεις στη ζωή του ασθενή έχουν σημαντικά αποτελέσματα στην προσαρμογή, κυρίως όταν το πρόγραμμα είναι μακροχρόνιο ή απαιτεί αλλαγές στον τρόπο ζωής του ασθενή. Γι αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία. Τα μέλη της οικογένειας, που είναι αφοσιωμένα στο θεραπευτικό πρόγραμμα, μπορούν να προωθήσουν την προσαρμογή σε αυτό με το να έχουν θετικές και υποστηρικτικές στάσεις και συμπεριφορές ως προς τις δραστηριότητες της θεραπείας και με το να σιγουρεύονται, ότι αυτές γίνονται. Τα άτομα που λαμβάνουν την ενθάρρυνση, τον έπαινο, τις υπενθυμίσεις και τη βοήθεια στη διεξαγωγή του θεραπευτικού προγράμματος είναι πιθανότερο να προσαρμοστούν σε αυτό από αυτούς, που δε λαμβάνουν αυτού του είδους τη στήριξη.

Ένας τρόπος επιρροής της προσαρμογής στο θεραπευτικό πρόγραμμα, το κύριο συμπεριφορικό μετρήσιμο αποτέλεσμα στο διαβήτη και άμεσα συνδέσιμο με τα

αποτέλεσμα της υγείας, το γλυκαιμικό έλεγχο, είναι η μέτρηση της συμβολής της οικογένειας. Πολλές έρευνες εξετάζουν τις επιρροές της οικογένειας στο επίπεδο προσαρμογής.

2.3. Ο υποστηρικτικός ή μη ρόλος της οικογένειας στη συμμόρφωση των ασθενών με διαβήτη

Η συσχέτιση μεταξύ της διαχείρισης της νόσου και της κοινωνικής υποστήριξης έχει διερευνηθεί εκτενώς στις κοινωνικές και συμπεριφορικές επιστήμες. Ο ακριβής μηχανισμός, με τον οποίο η κοινωνική στήριξη συμβάλλει στα αποτελέσματα της υγείας δεν έχει ακόμη κατανοηθεί πλήρως. Ωστόσο, η έρευνα δείχνει ότι η κοινωνική στήριξη μπορεί να ωφελήσει την υγεία των ασθενών, περιορίζοντας το άγχος, αλλάζοντας συναισθηματικές καταστάσεις, αυξάνοντας την αυτο-αποτελεσματικότητα και επηρεάζοντας την αλλαγή στις αρνητικές συμπεριφορές στην υγεία (DiMatteo, 2009). Οι Rosland και συνεργάτες διαπίστωσαν ότι η πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη που παρείχαν οι φίλοι είχε θετική επίδραση στη διαχείριση της νόσου σε ασθενείς με διαβήτη (Rosland, Kieffer, Israel, et al., 2008). Στην πραγματικότητα, μια μετα-αναλυτική ανασκόπηση 122 εμπειρικών μελετών διαπίστωσε ότι η συμμόρφωση ήταν 27% υψηλότερη όταν οι ασθενείς είχαν πρακτική υποστήριξη (DiMatteo, 2009). Οι Pereira et al. υποδεικνύουν ισχυρούς συσχετισμούς ανάμεσα στις θετικές οικογενειακές σχέσεις (π.χ. συνοχή και οικογενειακή καθοδήγηση) και τον καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο μεταξύ των διαβητικών ασθενών (Pereira, Berg-Cross, Almeida, Machado, 2008). Όσον αφορά στην οικογενειακή συνοχή, όπου οι οικογένειες περιγράφονται ως ζεστές, αποδεκτές και στενές, οι πιθανότητες της συμμόρφωσης ήταν τρεις φορές υψηλότερες σε

σύγκριση με τις οικογένειες που δεν είχαν συνοχή (DiMatteo, 2009). Επιπλέον, η οικογενειακή δομική υποστήριξη (δηλαδή η οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς και η ρύθμιση του τρόπου διαβίωσης) συνδέεται επίσης θετικά με τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Στην έρευνα του DiMatteo, οι πιθανότητες συμμόρφωσης σε παντρεμένους ασθενείς ήταν 1,27 φορές υψηλότερες από εκείνες των ανύπαντρων ασθενών (DiMatteo, 2009). Επιπλέον, η «διαβίωση με άλλους» είχε θετικές συνέπειες στη συμμόρφωση των ενηλίκων ($r = 0,08$, $P < 0,05$) (DiMatteo, 2009). Πιο συγκεκριμένα, η επίδραση της συμμόρφωσης των ασθενών και της «διαβίωσης με άλλους» ήταν ισχυρότερη για τα σχήματα συμπεριφοράς σε σύγκριση με τα σχήματα φαρμακευτικής αγωγής (DiMatteo, 2009). Επιπλέον, στην ίδια μελέτη, η λειτουργική κοινωνική στήριξη (π.χ. πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη) είχε ισχυρότερα αποτελέσματα στη συμμόρφωση από ότι η δομική κοινωνική υποστήριξη, υποδηλώνοντας ότι η ποιότητα των σχέσεων οικογένειας - ασθενών έχει σημασία περισσότερο από την απλή παρουσία ατόμων μέσα στο δίκτυο υποστήριξης ενός ασθενούς (DiMatteo, 2009).

Ωστόσο, η κοινωνική στήριξη έχει επίσης συνδεθεί με αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία (Rosland, Kieffer, Israel, et al., 2008). Μερικές μελέτες υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς συνήθως αισθάνονται επικριμένοι ή παραγκωνισμένοι και μερικές φορές ακόμη και ενοχές όταν λαμβάνουν υποστήριξη από την οικογένεια (Carter-Edwards L, Skelly AH, Cagle CS, Appel, 2004). Άλλες μελέτες έχουν δείξει ανταγωνιστικές απαιτήσεις μεταξύ ασθενών και μελών της οικογένειας ως εμπόδια για την αυτοδιαχείριση. Για παράδειγμα, τα μέλη της οικογένειας μπορεί να μη θέλουν να τρώνε τα ίδια τρόφιμα με τους διαβητικούς ασθενείς που προσπαθούν να διατηρήσουν μια πιο υγιεινή διατροφή. Αυτές οι ανταγωνιστικές απαιτήσεις περιορίζουν το χρόνο και την ενέργεια των ασθενών και εισάγουν άγχος που μπορεί

να επηρεάσει αρνητικά τους ασθενείς που προσπαθούν να διαχειρίζονται πολλούς οικογενειακούς ρόλους ενώ ζουν με την ασθένεια (π.χ. γονείς ή σύζυγος) (Gallant, 2007).

2.4. Οικογενειακή στήριξη και κατάθλιψη στο σακχαρώδη διαβήτη - ερευνητικά δεδομένα

Η θεώρηση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ατόμου είναι σημαντική για την επιτυχή αντιμετώπιση και διαχείριση του διαβήτη. Η διαχείριση του διαβήτη και οι συμπεριφορές, που σχετίζονται με το ακολουθούμενο πρόγραμμα, επηρεάζονται όχι μόνο από ενδοατομικούς παράγοντες, αλλά και από το σύστημα που περιβάλλει το άτομο. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έχει αναδειχθεί ως παράδειγμα και υποστηρίζει, ότι η ασθένεια και η συμπεριφορά είναι μία αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχοκοινωνικών, αναπτυξιακών, κοινωνικοπολιτιστικών και οικολογικών παραγόντων. Υπάρχουν αμφίπλευρες επιρροές μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος και πολλοί παράγοντες, που επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια.

Η οικογένεια είναι το πιο συχνά αναφερόμενο κοινωνικό πλαίσιο στην ψυχοκοινωνική βιβλιογραφία του διαβήτη. Είναι γενικά αποδεκτό, ότι υπάρχουν επιρροές και από τις τρεις κατευθύνσεις, δηλαδή ανάμεσα στην οικογένεια, την ασθένεια και τους παράγοντες, που σχετίζονται με το θεραπευτικό πρόγραμμα (Miller, Dimatteo 2013).

Άλλες έρευνες έχουν εστιαστεί στις συμπεριφορές της οικογένειας ή σε παράγοντες, που στηρίζουν την προσαρμογή στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Για παράδειγμα, μη υποστηρικτικές συμπεριφορές της οικογένειας σχετίζονται με χαμηλά

επίπεδα προσαρμογής στη μέτρηση της γλυκόζης, τη διαίτα και τις ενέσεις ινσουλίνης σε ενήλικες διαβητικούς. Αυτά τα αποτελέσματα παρέχουν απόδειξη για το δυνατό δεσμό μεταξύ του πλαισίου της οικογένειας του διαβητικού, τις συμπεριφορές προσαρμογής και το μεταβολικό έλεγχο.

Μία δεύτερη θεωρητική άποψη που έχει δημιουργηθεί από τον Tai και τους συνεργάτες του (2010) και έχει καθοδηγήσει την έρευνα των παραγόντων της οικογένειας και του διαβήτη, είναι η προσαρμογή της οικογένειας. Συνοπτικά, αυτό είναι ένα μοντέλο που εξετάζει την αλληλεπίδραση των στρεσογόνων καταστάσεων της οικογένειας (απαιτήσεις) και των πηγών δεξιοτήτων διαχείρισης αυτών των καταστάσεων, της οικογενειακής στήριξης, των οικονομικών πόρων και της δυναμικής της οικογένειας, για να καθοριστεί ο βαθμός, στον οποίο η οικογένεια προσαρμόζεται στην κρίση της διάγνωσης.

Η έρευνα, που λαμβάνει υπόψη τη φάση της ασθένειας έχει πρωταρχικά εστιαστεί σε πρόσφατα διαγνωσθέντες διαβητικούς και τις οικογένειες τους. Επειδή οι περισσότεροι ειδικοί υγείας σπάνια δουλεύουν με πρόσφατα διαγνωσθέντες ασθενείς, χρειάζονται περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις αντιδράσεις της οικογένειας, τις ανάγκες και τους τύπους των στρατηγικών αντιμετώπισης του διαβήτη σε άλλες φάσεις της ασθένειας.

Έρευνες δείχνουν, ότι συγκεκριμένα μέσα μέτρησης της οικογενειακής στήριξης για το διαβήτη είναι δυνατότερα κριτήρια πρόβλεψης της αυτο-φροντίδας του διαβήτη παρά γενικότερα μέσα μέτρησης της οικογενειακής λειτουργίας. Επίσης, θετικές, υποστηρικτικές οικογενειακές συμπεριφορές και αρνητικές, μη-υποστηρικτικές συμπεριφορές είναι σαφώς ξεχωριστές διαστάσεις (Glasgow και Toobert, 1988).

Η οικογενειακή στήριξη έχει συσχετιστεί με καλύτερο έλεγχο του διαβήτη. Τα άτομα με υψηλά επίπεδα οικογενειακής στήριξης είναι περισσότερο προσαρμοστικά στο θεραπευτικό τους πρόγραμμα (Rosland, Piette, 2010).

Η στήριξη του διαβητικού ατόμου από την οικογένεια και πιο συγκεκριμένα οι στάσεις της οικογένειας απέναντι στο διαβήτη αναφέρονται στο σύνολο των συμπεριφορών των μελών της οικογένειας, όπως τη νοεί ο διαβητικός, οι οποίες μπορεί να είναι υποστηρικτικές, δηλαδή να βοηθούν και να συμβάλλουν στην προσαρμογή στο θεραπευτικό πρόγραμμα του διαβητικού και μπορεί επίσης να είναι μη- υποστηρικτικές (Κλημεντιώτη, 1995).

Οι κοινωνικοί παράγοντες και η λειτουργία της οικογένειας διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην παρότρυνση του ατόμου να υιοθετήσει προσαρμοστικές συμπεριφορές για τη θεραπεία του διαβήτη. Οι οικογένειες μπορούν να καλλιεργήσουν την ανεξαρτησία και την αυτό- πεποίθηση του ασθενούς μέσω της ενεργούς υποστήριξης. Εάν είναι δυνατό, οι οικογένειες πρέπει να περιλαμβάνονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα και στην εκπαίδευση. Ωστόσο, εάν οι οικογένειες είναι δυσλειτουργικές, χρειάζεται προσεκτική εκτίμηση για την εμπλοκή τους έως το επίπεδο που κρίνεται απαραίτητο. Σε μία προσπάθεια να αυξηθεί η στήριξη είναι σημαντικό να συζητούνται με το άτομο τα προτερήματα της εμπλοκής των συγγενών του στη θεραπευτική διαδικασία για το διαβήτη (King et al., 2010).

Έρευνες αναφέρουν, ότι η αντίληψη για την υποστηρικτική συμπεριφορά της οικογένειας είναι προβλεπτική της προσαρμογής και των συμπεριφορών αυτοφροντίδας του προγράμματος. Όμοια, έρευνες για την επιρροή της οικογενειακής λειτουργίας στον έλεγχο του διαβήτη έχουν δείξει, ότι τα άτομα με καλό μεταβολικό έλεγχο αντιλαμβάνονται το οικογενειακό περιβάλλον να είναι περισσότερο

προσανατολισμένο στην επίτευξη της προσαρμογής παρά αυτά, που έχουν φτωχό έλεγχο. Η καλή λειτουργία της οικογένειας είναι προβλεπτική για τον καλό διαβητικό έλεγχο. Γενικότερα, πιστεύεται, ότι η οικογενειακή στήριξη επιδρά θετικά στα αποτελέσματα του διαβήτη (King et al., 2010).

Οι διαβητικοί ασθενείς, που λαμβάνουν χαμηλή οικογενειακή στήριξη, αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως μη ικανούς να διεξάγουν πολλές από τις συμπεριφορές αυτο-φροντίδας, που αναφέρονται στη θεραπεία του διαβήτη. Η αλληλεπίδραση μεταξύ της οικογενειακής στήριξης και της προσαρμογής στο πρόγραμμα θεραπείας του διαβήτη παρουσιάζει μία περίπλοκη σχέση. Στα παιδιά και τους εφήβους η οικογενειακή στήριξη σχετίζεται με βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο και βελτιωμένη γενικότερη προσαρμογή. Ωστόσο, μεταξύ των ενηλίκων οι σχέσεις δεν είναι τόσο άμεσες. Η ικανοποίηση με τη στήριξη, που λαμβάνει κάποιος, σχετίζεται με καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο σε γυναίκες με διαβήτη τύπου 2 παρά σε άνδρες. Οι άνδρες, που αναφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, είχαν χαμηλότερα επίπεδα γλυκαιμικού ελέγχου (King et al., 2010).

Σε μία έρευνα από τον Pham και άλλους (1996) με μη ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς ασθενείς εξετάστηκε η σχέση μεταξύ των αντιλήψεων τους, όσον αφορά το διαβήτη και της θεραπείας τους και της αυτο-αξιολόγησης της προσαρμογής τους στις συμπεριφορές αυτο-φροντίδας τους για το διαβήτη. Τα ευρήματα τους υποστηρίζουν τη σημασία τού να δίνεται προσοχή στις ανάγκες του ασθενή σχετικά με την προσαρμογή στη διαίτα και την άσκηση, Βελτιώνοντας την κοινωνική στήριξη και απομακρύνοντας τα εμπόδια στη θεραπεία του ασθενή.

Στην έρευνα της Lo R. (1999) βρέθηκε, ότι ανάμεσα στις μεταβλητές, που προβλέπουν καλύτερα την επιτυχία στην προσαρμογή στο θεραπευτικό πρόγραμμα, το χρόνιο στρες είναι η πρώτη μεταβλητή και η οικογενειακή στήριξη η δεύτερη σε προβλεψιμότητα. Ειδικότερα, η οικογενειακή στήριξη ερμήνευε στη συγκεκριμένη έρευνα το 22% της διασποράς των παραγόντων για την προβλεψιμότητα της προσαρμογής στο πρόγραμμα θεραπείας για το διαβήτη και θεωρείται σημαντικός παράγοντας για την προσαρμογή. Η οικογενειακή στήριξη έχει αναγνωριστεί στα αποτελέσματα ως μία μεταβλητή, που ουσιαστικά επηρεάζει την προσαρμογή του ατόμου. Έρευνες έδειξαν, ότι η οικογενειακή υποστήριξη μπορεί να τροποποιήσει την αντίληψη των στρεσογόνων γεγονότων παρέχοντας στα άτομα επιπρόσθετες πηγές για την αντιμετώπιση τους και έτσι να οδηγεί σε καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο στους διαβητικούς ασθενείς. Μπορεί κατά συνέπεια να γίνει κάποια παρέμβαση με τη λειτουργία ή τη χρήση του υπάρχοντος δικτύου του ασθενή ή με την παροχή άμεσης στήριξης σε ένα άτομο.

Σε μία έρευνά τους οι Mayberry και Osborn (2012) βρήκαν αποτελέσματα που συμφωνούν με προηγούμενες αναφορές, που παρέθεταν τη σημασία της οικογενειακής στήριξης για την ευνοϊκή προσαρμογή. Η επιπρόσθετη συμβολή τους έγκειται, στο ότι η οικογενειακή στήριξη σχετίζεται και με τη βραχυπρόθεσμη και με τη μακροπρόθεσμη προσαρμογή.

Οι Tang, Brown, Funnell, Anderson (2008) βρήκαν, ότι στις οικογένειες που υπάρχει θετική στάση προς το διαβήτη, τα άτομα προσαρμόζονται καλύτερα στο θεραπευτικό πρόγραμμα για τη διατροφή και τις εξετάσεις της γλυκόζης. Επίσης, βρήκαν ότι στους ενήλικες διαβητικούς η μη- υποστηρικτική στάση της οικογένειας προδηλώνει μη- καλή προσαρμογή στο πρόγραμμα και κακή ποιότητα ζωής (Tang, Brown, Funnell, Anderson, 2008).

Σε μία έρευνα για την προσαρμογή σε ασθενείς με διαβήτη οι Vassilev, Rogers, Kennedy, Koetsenruijter (2014) βρήκαν ότι η συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία σχετιζόταν με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής στήριξης.

Η La Greca και οι συνεργάτες της (1991) βρήκαν, ότι η συνοχή της οικογένειας και η συγκεκριμένη οικογενειακή στήριξη για το διαβήτη σχετιζόταν με τη συμμόρφωση στο πρόγραμμα για το διαβήτη σε 74 εφήβους με διαβήτη τύπου 1 ηλικίας 10 έως 19.

Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (RCT) σε 164 διαβητικούς ασθενείς που ανατέθηκε στο πλαίσιο παρέμβασης φροντίδας έναντι 165 διαβητικών ασθενών που είχαν ακολουθήσει τη συνήθη περίθαλψη, από τους Katon και συν. (2004), έδειξε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα που αξιολογήθηκαν με τη λίστα ελέγχου συμπτωμάτων Hopkins 90 (SCL-90) παρέμειναν (η παραμονή ορίστηκε ως <50% μείωση της βαθμολογίας SCL-90) στο 59,9% της ομάδας παρέμβασης σε σύγκριση με το 68,3% της συνήθους ομάδας φροντίδας κατά την επόμενη δωδεκάμηνη περίοδο.

Οι Fischer και συν. (2008) διεξήγαγαν μια διαχρονική μελέτη σε 508 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 που αξιολογήθηκαν τρεις φορές σε διάστημα 18 μηνών (αρχική τιμή, 9 μήνες και 18 μήνες). Μεγάλη κατάθλιψη - η οποία αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο CIDI - ήταν παρούσα στο 14,9% των ασθενών κατά την έναρξη και σε 19,8% σε οποιοδήποτε σημείο της μελέτης. Η διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης εξακολούθησε και στα τρία σημεία αξιολόγησης στο 11,6% των ασθενών που διαγνώστηκαν με σημαντική κατάθλιψη κατά την έναρξη της μελέτης. Αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα - που ορίστηκαν ως βαθμολογία κλίμακας CESD \geq 16 - ήταν παρόντα στο 15,5% των ασθενών κατά την έναρξη και σε 34,4% σε

οποιοδήποτε σημείο κατά τη διάρκεια της μελέτης. Τα αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης εξακολούθησαν και στα τρία σημεία αξιολόγησης στο 58,1% των ασθενών με αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την έναρξη. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η επιμονή της κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου αναφέρεται κυρίως σε αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα και όχι σε μείζονα κατάθλιψη. Αξιοσημείωτο είναι ότι η νεαρή ηλικία και η υψηλότερη συννοσηρότητα σχετίζονταν ανεξάρτητα με την επιμονή της μείζονος κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου, ενώ η νεαρή ηλικία, το γυναικείο φύλο, η χαμηλότερη εκπαίδευση, η υψηλότερη συννοσηρότητα και οι υψηλότερες τιμές HBA1c συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την επιμονή των αυξημένων καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Οι Katon και συν. (2008), σε μια προοπτική μελέτη μεταξύ 2759 διαβητικών ασθενών που παρακολουθήθηκαν για 5 χρόνια διαπίστωσαν ότι το 42,4% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη είχε θετικό ιστορικό κατάθλιψης εντός περιόδου 18 μηνών πριν από τη μελέτη. Συμπερασματικά, η κατάθλιψη είναι επίμονη και/ή επαναλαμβανόμενη, ακόμη και μετά την επιτυχή αρχική θεραπεία. Επομένως, οι ασθενείς με ιστορικό καταθλιπτικού επεισοδίου που υπήρχε, θα πρέπει να θεωρούνται υψηλού κινδύνου υποτροπής, ειδικά υπό την επίδραση ψυχοκοινωνικών πιέσεων.

Σε μελέτη του Kee-Sun Park και συν. (2009) διερευνήθηκε ο βαθμός της αυτο-φροντίδας, της οικογενειακής υποστήριξης και της κατάθλιψης και η σχέση μεταξύ αυτών των μεταβλητών για τους ηλικιωμένους με σακχαρώδη διαβήτη. Συμμετείχαν 202 διαβητικοί ασθενείς, 65 ετών και άνω, που ζούσαν στη Σεούλ της Κορέας. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με χρήση του εργαλείου αυτο-φροντίδας για διαβητικούς ασθενείς από τον Kim (1996), το εργαλείο οικογενειακής υποστήριξης για τους διαβητικούς ασθενείς από τον Park (1984) και την κλίμακα BDI της

Κορέας από τον Lee (1995). Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την αυτο-φροντίδα ήταν η απασχόληση, η εκπαίδευση, το επίπεδο HbA1c, η διαβητική αυτοεκπαίδευση και οι επιπλοκές. Παράγοντες που επηρεάζουν την οικογενειακή υποστήριξη ήταν η διαβίωση με την οικογένεια, η διαβητική αυτοφροντίδα, η νοσηλεία και οι επιπλοκές. Παράγοντες που επηρέασαν την κατάθλιψη ήταν το φύλο, η οικογένεια και οι επιπλοκές. Όλοι αυτοί οι παράγοντες ήταν σημαντικοί. Οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη ήταν 16,8% των ασθενών. Υπήρξε μια σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοεξυπηρέτησης και της υποστήριξης της οικογένειας, καθώς και των σημαντικών αρνητικών συσχετισμών μεταξύ της αυτοεξυπηρέτησης και της κατάθλιψης, της υποστήριξης της οικογένειας και της κατάθλιψης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1. Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την ύπαρξη κατάθλιψης και υποστηρικτικού περιβάλλοντος σε άτομα με ΣΔ2 καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις εν λόγω δύο μεταβλητές (κατάθλιψη και υποστήριξη).

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

1.2. Υλικό και Μέθοδος

1.2.1. Ερωτηματολόγια

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

1. Ερωτηματολόγιο υγείας PHQ-9. Μετρά ποσοτικά την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το σκορ κυμαίνεται από 0 έως 27 με υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001). Αποτελείται από 9 ερωτήσεις που βαθμολογούνται σε τετραβάθμια κλίμακα (0-3, καθόλου, αρκετές ημέρες, περισσότερες από τις μισές ημέρες, σχεδόν κάθε μέρα)
2. Για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε επίσης το ερωτηματολόγιο της Annette M. La Greca με τίτλο The Diabetes Social Support Questionnaire-Family Version (DSSQ-Family). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί με τη μέθοδο διπλής αντίστροφης μετάφρασης από τα αγγλικά στα ελληνικά και υπάρχει έγκριση άδειας χρήσης από τη συγγραφέα.

Το DSSQ-Family είναι ένα χρήσιμο κλινικό και ερευνητικό εργαλείο για τη μέτρηση των αντιλήψεων των ατόμων με ΣΔ για την ειδική στήριξη από την οικογένεια. Αποτελείται από 58 ερωτήσεις χωρισμένες σε πέντε διαστάσεις: ενέσεις ινσουλίνης, εξέταση αίματος, πλάνο διατροφής, άσκηση και ερωτήσεις για την ψυχολογική υποστήριξη. Κάθε ερώτηση περιλαμβάνει δύο σκέλη: από τη μία οι ασθενείς συμπληρώνουν τη συχνότητα επέμβασης της οικογένειας σε διάφορες πράξεις σχετικά με το ΣΔ και από την άλλη την υποστήριξη - συναίσθημα. Αναλυτικότερα, αποτελείται από 10 ερωτήσεις στην κατηγορία ενέσεις ινσουλίνης, 14 ερωτήσεις για τις εξετάσεις αίματος, 20 ερωτήσεις για την κατηγορία της διατροφής, 9 ερωτήσεις για την άσκηση και 5 ερωτήσεις για την ψυχολογική υποστήριξη. Στην κάθε ερώτηση, το άτομο αξιολογεί πόσο συχνά ένα οικογενειακό μέλος επεμβαίνει σε μία δραστηριότητα διαχείρισης του διαβήτη με κλίμακα από το 0 έως το 5. Συγκεκριμένα, το 0 δηλώνει ποτέ, το 1 λιγότερο από δύο φορές το μήνα, το 2 δηλώνει δύο φορές το μήνα, το 3 μία φορά την εβδομάδα, το 4 πολλές φορές την εβδομάδα και το 5 δηλώνει το λιγότερο μία φορά την ημέρα. Επίσης, στην ίδια ερώτηση το άτομο αξιολογεί πώς αισθάνεται για αυτή την παρέμβαση με κλίμακα από το -1 έως το 3. Δηλαδή, το -1 δείχνει ότι ο ασθενής νιώθει αβοήθητος ή όχι υποστηριγμένος, το 0 ουδέτερα, το 1 λίγο βοηθημένος ή υποστηριγμένος, το 2 βοηθημένος/υποστηριγμένος και το 3 πολύ υποστηριγμένος.

3. Εκτός από το ερωτηματολόγιο, υπήρχαν ερωτήσεις που αφορούσαν στα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, π.χ. φύλο, ηλικία, διάγνωση της νόσου, ύψος, βάρος, Hbc, κλπ.

1.2.2. Δείγμα

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων έλαβε χώρα στο Νοσοκομείο Άγιος Δημήτριος στην περιοχή της Θεσσαλονίκης σε διάρκεια περίπου 5 μηνών. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα που είχε σα σκοπό τη διερεύνηση της κατανόησης της διαδικασίας από τους ασθενείς με ΣΔ2.

Πρόκειται για δείγμα ευκολίας και ειδικότερα, στην έρευνα συμμετείχαν 97 ασθενείς (46 άνδρες και 51 γυναίκες).

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

- Η συναίνεση του ασθενή
- Ηλικία άνω των δέκα οχτώ ετών
- Διάγνωση με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2
- Δυνατότητα επικοινωνίας στην Ελληνική γλώσσα
- Τα άτομα με ΣΔ2 να λαμβάνουν σα θεραπεία ινσουλίνη
- Η γενική κατάσταση της υγείας του (ασθενή) να του επιτρέπει να λάβει μέρος στη μελέτη

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

1.2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ειδικών ερωτηματολογίων. Η ερευνήτρια ήταν υπεύθυνη για τη συλλογή των δεδομένων, ενημέρωνε τους ασθενείς προφορικά σχετικά με τους σκοπούς της μελέτης και στη συνέχεια συμπλήρωνε με συνέντευξη τα ερωτηματολόγια, τα οποία συνοδεύονταν από επιστολή, στην οποία αναφέρονταν πληροφορίες σχετικά με το σκοπό της μελέτης, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων, καθώς και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σήμαινε αποδοχή της συμμετοχής και πληροφορημένη συναίνεση, ενώ η διάρκεια συμπλήρωσής τους δεν ξεπερνούσε τα 30 λεπτά. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 100%.

1.2.4. Στατιστική ανάλυση

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

Και τα δύο εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην εν λόγω έρευνα έδειξαν πολύ καλή αξιοπιστία (Cronbach α), που κυμαίνεται στο 0,75.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 97 ασθενείς (46 άνδρες και 51 γυναίκες) με μέση ηλικία τα $66,03 \pm 9,34$ έτη ζωής. Η πλειοψηφία αυτών ήταν έγγαμοι (63,9%), το 18,6% χήροι, το 7,2% άγαμοι ενώ το 6,2% ήταν διαζευγμένοι. Εξήντα επτά ασθενείς δήλωσαν ότι δε ζουν μόνοι τους και 16 ασθενείς δήλωσαν ότι ζουν μόνοι τους.

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, 25 ασθενείς ήταν απόφοιτοι δημοτικού, 25 ασθενείς ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, 24 ασθενείς δήλωσαν ότι ήταν απόφοιτοι λυκείου ενώ 14 είχαν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ (ανώτατη εκπαίδευση). Μόλις 4 ασθενείς ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών.

Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση των ασθενών, η πλειοψηφία (55 ασθενείς) δήλωσαν ότι είναι συνταξιούχοι, 7 ιδιωτικοί υπάλληλοι, 21 δημόσιοι υπάλληλοι, 3 ασθενείς ασχολούνται με τα οικιακά και 4 επίσης δήλωσαν ελεύθεροι επαγγελματίες. Η πλειοψηφία των ασθενών διέμενε σε αστική περιοχή (71,1%), 10 ασθενείς (10,3%) σε αγροτική και 12 ασθενείς (12,4%) σε ημιαστική περιοχή.

Αναφορικά με την κατάσταση ασφάλισης του δείγματος, 54 ασθενείς (55,7%) είχαν δημόσια ασφάλιση, 23 ασθενείς (23,7%) ιδιωτική ασφάλιση, ανασφάλιστοι δήλωσαν 3 ασθενείς (3,1%) και 2 ασθενείς (2,1%) είχαν δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση.

Πίνακας 1. Κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης

n	97	
φύλο		
(άνδρες) n (%)	46	47,4
(γυναίκες) n (%)	51	52,6
εκπαίδευση		
δημοτικό n (%)	25	25,8
γυμνάσιο n (%)	25	25,8
λύκειο n (%)	24	24,7
ΑΕΙ/ΤΕΙ n (%)	14	14,4
Μεταπτυχιακό n (%)	4	4,1
οικογενειακή κατάσταση		
άγαμος n (%)	7	7,2
έγγαμος n (%)	62	63,9
διαζευγμένος n (%)	6	6,2
χήρος n (%)	18	18,6
σε συμβίωση n (%)	3	3,1
ζείτε		
μόνος/η n (%)	16	16,5
όχι μόνος/η n (%)	67	69,1
τύπος μόνιμης διαμονής		
αστική n (%)	69	71,1
ημιαστική n (%)	12	12,4
αγροτική n (%)	10	10,3
κατάσταση ασφάλισης		
ανασφάλιστος n (%)	3	3,1
δημόσια n (%)	54	55,7
ιδιωτική n (%)	24	23,7
δημόσια και ιδιωτική n (%)	2	2,1
επαγγελματική κατάσταση		
άνεργος n (%)	2	2,1
οικιακά n (%)	3	3,1
δημόσιος υπάλληλος n (%)	21	21,6
ιδιωτικός υπάλληλος n (%)	7	7,2
αγρότης n (%)	3	3,1
ελεύθερος επαγγελματίας n (%)	4	4,1
Συνταξιούχος n (%)	55	56,7

Παρακάτω, αναλύονται τα αποτελέσματα της μελέτης.

Πίνακας 2. Περιγραφικά στοιχεία κλινικών παραγόντων					
	n	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
ηλικία	96	48	90	66,03	9,342
βάρος	91	60,00	120,00	85,0879	14,48420
ύψος	91	158,00	185,00	170,2747	7,80180
πότε διαγνώστηκε ο διαβήτης	97	1,00	45,00	11,4742	8,11518
τιμή Hbc	84	6,50	11,00	7,6262	,63552
γλυκόζη αίματος	97	116,00	300,00	142,3608	22,67717
ολική χολυστερόλη	55	138,00	280,00	218,0545	27,23044
τριγλυκερίδια	55	104,00	400,00	169,0727	46,55497
HDL	52	30,00	100,00	47,8654	13,07149
LDL	54	50,00	180,00	130,0185	26,16889

Στον παραπάνω πίνακα, παρουσιάζονται αναλυτικά τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Ο μέσος όρος του βάρους και ύψους ήταν 85,08 kg και 170 εκατοστά αντίστοιχα. Περίπου 11 έτη είχαν περάσει από τη διάγνωση των ασθενών με τη νόσο του ΣΔ2. Η μέση τιμή Hbc ήταν 7,62, το επίπεδο της γλυκόζης αίματος άγγιξε το 142,36, η ολική χολυστερόλη ήταν 218,05, τα τριγλυκερίδια 169,07 ενώ οι τιμές HDL και LDL ήταν 47,86 και 130,01 αντίστοιχα.

Πίνακας 3. Περιγραφικά στοιχεία κλινικών παραγόντων		
	n	%
κάπνισμα		
ναι n (%)	43	44,3
όχι n (%)	54	55,7
αλκοόλ		
ναι n (%)	5	5,2
όχι n (%)	92	94,8
υπέρταση		
ναι n (%)	50	51,5
όχι n (%)	45	46,4
νεοδιαγνωσθείς		
ναι n (%)	40	41,2

όχι n (%)	9	9,3
ΔΜΣ		
26-35	36	37,1
>35	5	5,2
θεραπευτική αγωγή		
μόνο ινσουλίνη	64	66,0
δισκία και ινσουλίνη	32	33,0
γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη		
<6,5	4	4,1
6,5-7	5	5,2
7-7,5	3	3,1
7,5-8	2	2,1

Με βάση τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 3, 43 ασθενείς (44,3%) ανέφεραν ότι καπνίζουν ενώ 54 ασθενείς (55,7%) ότι δεν καπνίζουν. Πέντε ασθενείς (5,2%) απάντησαν ότι κάνουν χρήση αλκοόλ ενώ 92 ασθενείς (94,8%) δήλωσαν ότι δεν πίνουν αλκοόλ. Επιπρόσθετα, 50 ασθενείς (51,5%) δήλωσαν ότι πάσχουν από υπέρταση ενώ 45 ασθενείς (46,4%) δήλωσαν ότι δεν πάσχουν. Σαράντα ασθενείς (41,2%) δήλωσαν ότι είναι νεοδιαγνωσθέντες σε αντίθεση με 9 ασθενείς (9,3%) που απάντησαν ότι δεν είναι. Αναφορικά με τις τιμές του ΔΜΣ, σε 36 ασθενείς (37,1%) κυμαίνεται από 26-35 και σε μόλις 5 ασθενείς (5,2%) κυμαίνεται >35. Όσον αφορά στο είδος της θεραπευτικής αγωγής, 64 ασθενείς (66,0%) ελάμβαναν μόνο ινσουλίνη και 32 ασθενείς (33,0%) δισκία και ινσουλίνη. Τέλος, αναφορικά με το επίπεδο γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, σε 3 ασθενείς (3,1%) ήταν 7-7,5, 2 ασθενείς (2,1%) 7,5-8, 5 ασθενείς (5,2%) 6,5-7 και 4 ασθενείς (4,1%) <6,5.

Πίνακας 4. Επιπλοκές σακχαρώδη διαβήτη			
		n	%
	Αμφιβληστροειδοπάθεια	24	24,7
	Νευροπάθεια	3	3,1
	Νεφροπάθεια	4	4,1
	Αγγειοπάθεια	9	9,3
	Στεφανιαία Νόσος	5	5,2
	Έμφραγμα Μυοκαρδίου	5	5,2
	Σύνολο	50	51,5

Με βάση τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 4, 24 ασθενείς (24,7%) είχαν ως επιπλοκή εξαιτίας του σακχαρώδη διαβήτη την αμφιβληστροειδοπάθεια, 3 ασθενείς (3,1%) νευροπάθεια, 5 ασθενείς (5,2%) στεφανιαία νόσο, 9 ασθενείς (9,3%) αγγειοπάθεια και 4 ασθενείς (4,1%) νεφροπάθεια.

Πίνακας 5. Περιγραφικά στοιχεία κατάθλιψης			
		n	%
	0-4 καθόλου-ελάχιστη κατάθλιψη	57	58,8
	5-9 ήπια κατάθλιψη	25	25,8
	10-14 μέτρια κατάθλιψη	7	7,2
	15-19 αρκετά σοβαρή κατάθλιψη	6	6,2
	Σύνολο	95	97,9

Με βάση τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 5, 57 ασθενείς (58,8%) εμφάνισαν καθόλου - ελάχιστη κατάθλιψη, 25 ασθενείς (25,8) ήπιας μορφής κατάθλιψη, 7 ασθενείς (7,2%) μέτρια κατάθλιψη και μόλις 6 ασθενείς (6,2%) αρκετά σοβαρή κατάθλιψη. Η μέση τιμή του επιπέδου κατάθλιψης άγγιξε το $4,69 \pm 4,54$.

Πίνακας 6. Περιγραφικά στοιχεία του DSSQ-Family					
	n	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
συχνότητα	77	,00	4,76	3,0228	1,29930
Συχνότητα ενέσεις ινσουλίνης	91	,00	4,90	2,4934	1,45372
Συχνότητα εξέταση αίματος	84	,00	4,86	2,8342	1,48429
Συχνότητα διατροφή	87	,00	4,90	3,4770	1,24520
Συχνότητα άσκηση	94	,00	4,33	2,1348	1,37218
Συχνότητα συναισθήματα	97	,00	5,00	3,4598	1,50808
υποστήριξη	73	-,64	2,86	2,0172	,84186
Υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	88	-,90	3,00	1,8443	,90234
Υποστήριξη εξέταση αίματος	81	-1,00	3,00	2,0608	,93119
Υποστήριξη διατροφή	87	-,70	2,95	2,1167	,79693
Υποστήριξη άσκηση	94	-,11	2,78	1,5236	,91300
Υποστήριξη συναισθήματα	97	,00	3,00	2,1711	,84950
Ατομικά σκορ στο σύνολο	73	,00	12,81	7,0582	4,43940
Ατομικά σκορ ενέσεις ινσουλίνης	88	-1,24	13,50	5,6520	4,18980
Ατομικά σκορ εξέταση αίματος	81	,00	14,36	6,9927	4,93690
Ατομικά σκορ διατροφή	87	,00	14,31	8,2773	4,37813
Ατομικά σκορ άσκηση	94	-,09	10,59	4,3344	3,49477
Ατομικά σκορ συναισθήματα	97	,00	15,00	8,7076	5,46428

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου DSSQ-Family. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το εν λόγω εργαλείο αποτελείται από 58 ερωτήσεις χωρισμένες σε πέντε διαστάσεις: ενέσεις ινσουλίνης, εξέταση αίματος, πλάνο διατροφής, άσκηση και ερωτήσεις για την ψυχολογική υποστήριξη. Κάθε ερώτηση περιλαμβάνει δύο σκέλη: από τη μία οι ασθενείς συμπληρώνουν τη συχνότητα επέμβασης της οικογένειας σε διάφορες πράξεις σχετικά με το ΣΔ και από

την άλλη την υποστήριξη - συναίσθημα. Ο υψηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στη διάσταση της διατροφής ($3,47 \pm 1,24$) ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στη διάσταση της άσκησης ($2,13 \pm 1,37$). Αναφορικά με την υποστήριξη, ο υψηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στη διάσταση των συναισθημάτων ($2,17 \pm 0,85$) ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στη διάσταση επίσης της άσκησης ($1,52 \pm 0,91$). Στο πλαίσιο της εξατομικευμένης προσέγγισης (individualized approach), ο υψηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στη διάσταση των συναισθημάτων ($8,70 \pm 5,46$) ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στη διάσταση της άσκησης ($4,33 \pm 3,49$).

Αναφορικά με τις συσχετίσεις των διερευνώμενων μεταβλητών, προέκυψε η στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) και θετική (+) συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κατάθλιψης και της ηλικίας καθώς των ετών από τη διάγνωση του διαβήτη. Επιπλέον, προέκυψε η στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) και αρνητική (-) συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κατάθλιψης και του ύψους. Το κομμάτι της συχνότητας επέμβασης της οικογένειας σε διάφορες πράξεις σχετικά με το ΣΔ, η συχνότητα των ενέσεων ινσουλίνης και η συχνότητα της διατροφής φάνηκε να επηρεάζονται στατιστικώς σημαντικά και θετικά από το βάρος και το ύψος ($p < 0,05$). Η συχνότητα εξέτασης αίματος παρουσίασε σημαντική και επίσης θετική συσχέτιση με τις μεταβλητές του βάρους και της γλυκόζης αίματος ($p < 0,05$), ενώ η συχνότητα στην άσκηση εμφάνισε αρνητική συσχέτιση με την ηλικία, τα έτη διάγνωσης του διαβήτη και την ολική χοληστερόλη ($p < 0,05$) και θετική συσχέτιση με το βάρος και το ύψος ($p < 0,05$). Η συχνότητα των συναισθημάτων βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με τη μεταβλητή του βάρους και αρνητικά με τη μεταβλητή Hbc ($p < 0,05$). Το κομμάτι της υποστήριξης βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με τη μεταβλητή της ηλικίας ($p < 0,05$). Η

υποστήριξη ως προς τις ενέσεις ινσουλίνης βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με το βάρος και αρνητικά με τα τριγλυκερίδια ($p<0,05$). Η υποστήριξη ως προς την εξέταση αίματος και τη διατροφή εμφάνισε αρνητική συσχέτιση με την τιμή Hbc ($p<0,05$), ενώ η υποστήριξη ως προς την άσκηση παρουσίασε θετική συσχέτιση με το βάρος και ύψος ($p<0,05$). Τέλος, η υποστήριξη ως προς τα συναισθήματα παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με την τιμή Hbc ($p<0,05$) και θετική συσχέτιση με το βάρος και ύψος ($p<0,05$).

Πίνακας 7. Συσχετίσεις δημογραφικών και άλλων μεταβλητών με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

	κατάθλιψη	συχνότητα των ενέσεων ινσουλίνης	συχνότητα της διατροφής	συχνότητα εξέτασης αίματος	συχνότητα στην άσκηση	συχνότητα των συναισθημάτων	υποστήριξη	υποστήριξη ως προς τις ενέσεις ινσουλίνης	υποστήριξη ως προς την εξέταση αίματος και τη διατροφή	υποστήριξη ως προς την άσκηση	υποστήριξη ως προς τα συναισθήματα
ηλικία	0,414				-0,377		-0,249				
έτη από τη διάγνωση του διαβήτη	0,230				-0,222						
ύψος	-0,214	0,235	0,242		0,368					0,289	0,230
βάρος		0,405	0,314	0,301	0,402	0,333		0,241		0,309	0,302
γλυκόζη αίματος				0,227							
ολική χοληστερόλη					-0,278						
Hbc							-0,262		-0,234 -0,229		-0,264
τριγλυκερίδια								-0,285			

Πίνακας 8. Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη

	φύλο	n	M.O.	p-value
PHQTOTAL	άνδρας	46	46,87	0,697
	γυναίκα	49	49,06	
	Σύνολο	95		
συχνότητα	άνδρας	35	45,37	0,023
	γυναίκα	42	33,69	
	Σύνολο	77		
Συχνότητα ενέσεις ινσουλίνης	άνδρας	41	54,52	0,005
	γυναίκα	50	39,01	
	Σύνολο	91		
Συχνότητα εξέταση αίματος	άνδρας	40	48,23	0.040
	γυναίκα	44	37,30	

	Σύνολο	84		
Συχνότητα διατροφή	άνδρας	41	50,30	0.028
	γυναίκα	46	38,38	
	Σύνολο	87		
Συχνότητα άσκηση	άνδρας	45	52,34	0.098
	γυναίκα	49	43,05	
	Σύνολο	94		
Συχνότητα συναισθήματα	άνδρας	46	53,54	0.124
	γυναίκα	51	44,90	
	Σύνολο	97		
υποστήριξη	άνδρας	34	39,12	0.426
	γυναίκα	39	35,15	
	Σύνολο	73		
Υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	άνδρας	40	46,14	0.581
	γυναίκα	48	43,14	
	Σύνολο	88		
Υποστήριξη εξέταση αίματος	άνδρας	40	41,21	0.936
	γυναίκα	41	40,79	
	Σύνολο	81		
Υποστήριξη διατροφή	άνδρας	41	47,52	0.218
	γυναίκα	46	40,86	
	Σύνολο	87		
Υποστήριξη άσκηση	άνδρας	45	50,84	0.254
	γυναίκα	49	44,43	
	Σύνολο	94		
Υποστήριξη συναισθήματα	άνδρας	46	54,11	0.079
	γυναίκα	51	44,39	
	Σύνολο	97		

Βάσει των αποτελεσμάτων του παραπάνω πίνακα, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το κομμάτι της συχνότητας επέμβασης της οικογένειας σε διάφορες πράξεις σχετικά με το ΣΔ και ειδικότερα στη συνολική συχνότητα, τη συχνότητα στις ενέσεις ινσουλίνης, στην εξέταση αίματος και τη διατροφή με τους άνδρες να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες συγκριτικά με τις γυναίκες ($p < 0,05$).

Πίνακας 9. Διαφορές μεταξύ του τρόπου διαβίωσης αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη				
	ζείτε	n	M.O.	p-value
RHQTOTAL	μόνος/η	15	46,17	0,398
	όχι μόνος/η	67	40,46	
	Σύνολο	82		
συχνότητα	μόνος/η	12	27,96	0,349
	όχι μόνος/η	52	33,55	
	Σύνολο	64		
Συχνότητα ενέσεις ινσουλίνης	μόνος/η	15	23,30	0,002
	όχι μόνος/η	63	43,36	
	Σύνολο	78		
Συχνότητα εξέταση αίματος	μόνος/η	13	34,35	0,821
	όχι μόνος/η	57	35,76	
	Σύνολο	70		
Συχνότητα διατροφή	μόνος/η	13	33,58	0,521
	όχι μόνος/η	60	37,74	
	Σύνολο	73		
Συχνότητα άσκηση	μόνος/η	16	40,31	0,971
	όχι μόνος/η	64	40,55	
	Σύνολο	80		
Συχνότητα συναισθήματα	μόνος/η	16	41,53	0,930
	όχι μόνος/η	67	42,11	
	Σύνολο	83		
υποστήριξη	μόνος/η	11	25,82	0,249
	όχι μόνος/η	51	32,73	
	Σύνολο	62		
Υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	μόνος/η	15	26,03	0,014
	όχι μόνος/η	61	41,57	
	Σύνολο	76		
Υποστήριξη εξέταση αίματος	μόνος/η	12	32,25	0,663
	όχι μόνος/η	56	34,98	
	Σύνολο	68		
Υποστήριξη διατροφή	μόνος/η	13	32,31	0,377
	όχι μόνος/η	60	38,02	
	Σύνολο	73		
Υποστήριξη άσκηση	μόνος/η	16	39,00	0,772
	όχι μόνος/η	64	40,88	
	Σύνολο	80		
Υποστήριξη συναισθήματα	μόνος/η	16	40,09	0,714
	όχι μόνος/η	67	42,46	
	Σύνολο	83		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 8, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το κομμάτι της συχνότητας επέμβασης της οικογένειας σε διάφορες πράξεις σχετικά με το ΣΔ και ειδικότερα στη συχνότητα στις ενέσεις ινσουλίνης με όσους δε ζουν μόνοι να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες συγκριτικά με εκείνους που ζουν ($p < 0,05$). Το ίδιο παρατηρήθηκε και στην υποστήριξη ως προς τις ενέσεις ινσουλίνης.

Πίνακας 10. Διαφορές μεταξύ νεοδιαγνωσθέντων και μη αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη				
	νεοδιαγνωσθείς	n	M.O.	p-value
PHQTOTAL	ναι	39	22,94	0,104
	όχι	9	31,28	
	Σύνολο	48		
συχνότητα	ναι	38	26,12	0,000
	όχι	7	6,07	
	Σύνολο	45		
Συχνότητα ενέσεις ινσουλίνης	ναι	39	25,58	0,081
	όχι	8	16,31	
	Σύνολο	47		
Συχνότητα εξέταση αίματος	ναι	39	27,12	0,001
	όχι	8	8,81	
	Σύνολο	47		
Συχνότητα διατροφή	ναι	40	28,85	0,000
	όχι	9	7,89	
	Σύνολο	49		
Συχνότητα άσκηση	ναι	40	27,88	0,000
	όχι	8	7,63	
	Σύνολο	48		
Συχνότητα συναισθήματα	ναι	40	28,93	0,000
	όχι	9	7,56	
	Σύνολο	49		
υποστήριξη	ναι	35	24,66	0,000
	όχι	7	5,71	
	Σύνολο	42		
Υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	ναι	38	26,13	0,004
	όχι	8	11,00	

	Σύνολο	46		
Υποστήριξη εξέταση αίματος	ναι	37	26,30	0,000
	όχι	8	7,75	
	Σύνολο	45		
Υποστήριξη διατροφή	ναι	40	28,85	0,000
	όχι	9	7,89	
	Σύνολο	49		
Υποστήριξη άσκηση	ναι	40	27,84	0,000
	όχι	8	7,81	
	Σύνολο	48		
Υποστήριξη συναισθήματα	ναι	40	28,88	0,000
	όχι	9	7,78	
	Σύνολο	49		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 9, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς όλες τις διαστάσεις ($p < 0,05$) πλην εκείνης που αφορά στη συχνότητα στις ενέσεις ινσουλίνης με εκείνους που είναι νεοδιαγνωσθέντες να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες.

Πίνακας 11. Διαφορές μεταξύ καπνιζόντων και μη αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη				
	κάπνισμα	n	M.O.	p-value
RHQTOTAL	ναι	41	39,54	0,009
	όχι	54	54,43	
	Σύνολο	95		
συχνότητα	ναι	38	45,46	0,012
	όχι	39	32,71	
	Σύνολο	77		
Συχνότητα ενέσεις ινσουλίνης	ναι	40	51,25	0,093
	όχι	51	41,88	
	Σύνολο	91		
Συχνότητα εξέταση αίματος	ναι	40	48,96	0,021
	όχι	44	36,63	
	Σύνολο	84		
Συχνότητα διατροφή	ναι	41	50,79	0,018
	όχι	46	37,95	
	Σύνολο	87		
Συχνότητα άσκηση	ναι	43	61,80	0,000
	όχι	51	35,44	

	Σύνολο	94		
Συχνότητα συναισθήματα	ναι	43	58,35	0,003
	όχι	54	41,56	
	Σύνολο	97		
υποστήριξη	ναι	35	41,66	0,072
	όχι	38	32,71	
	Σύνολο	73		
Υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	ναι	38	52,95	0,007
	όχι	50	38,08	
	Σύνολο	88		
Υποστήριξη εξέταση αίματος	ναι	39	45,28	0,113
	όχι	42	37,02	
	Σύνολο	81		
Υποστήριξη διατροφή	ναι	41	48,72	0,099
	όχι	46	39,79	
	Σύνολο	87		
Υποστήριξη άσκηση	ναι	43	55,73	0,007
	όχι	51	40,56	
	Σύνολο	94		
Υποστήριξη συναισθήματα	ναι	43	56,93	0,010
	όχι	54	42,69	
	Σύνολο	97		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 10, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς όλες τις διαστάσεις ($p < 0,05$) πλην εκείνων που αφορούν στη συχνότητα στις ενέσεις ινσουλίνης, την υποστήριξη στο σύνολο, την υποστήριξη στην εξέταση αίματος και τη διατροφή με εκείνους που είναι καπνίζοντες να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες. Επίσης, οι μη καπνίζοντες εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους καπνίζοντες ($p < 0,05$).

Πίνακας 12. Διαφορές μεταξύ υπερτασικών και μη αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη				
	Έχετε υπέρταση	n	M.O.	p-value
RHQTOTAL	ναι	50	56,06	0,000
	όχι	43	36,47	
	Σύνολο	93		
συχνότητα	ναι	37	30,66	0,004

	όχι	38	45,14	
	Σύνολο	75		
Συχνότητα ενέσεις ινσουλίνης	ναι	46	41,16	0,147
	όχι	43	49,10	
	Σύνολο	89		
Συχνότητα εξέταση αίματος	ναι	42	35,88	0,029
	όχι	40	47,40	
	Σύνολο	82		
Συχνότητα διατροφή	ναι	43	34,63	0,002
	όχι	42	51,57	
	Σύνολο	85		
Συχνότητα άσκηση	ναι	47	34,85	0,000
	όχι	45	58,67	
	Σύνολο	92		
Συχνότητα συναισθήματα	ναι	50	40,36	0,004
	όχι	45	56,49	
	Σύνολο	95		
υποστήριξη	ναι	36	28,85	0,003
	όχι	35	43,36	
	Σύνολο	71		
Υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	ναι	44	35,61	0,003
	όχι	42	51,76	
	Σύνολο	86		
Υποστήριξη εξέταση αίματος	ναι	41	33,54	0,009
	όχι	38	46,97	
	Σύνολο	79		
Υποστήριξη διατροφή	ναι	43	34,49	0,001
	όχι	42	51,71	
	Σύνολο	85		
Υποστήριξη άσκηση	ναι	47	37,85	0,001
	όχι	45	55,53	
	Σύνολο	92		
Υποστήριξη συναισθήματα	ναι	50	40,95	0,006
	όχι	45	55,83	
	Σύνολο	95		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 11, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς όλες τις διαστάσεις ($p < 0,05$) πλην εκείνης που αφορά στη συχνότητα στις ενέσεις ινσουλίνης με εκείνους που δεν είναι υπερτασικοί να

εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες. Επίσης, οι μη υπερτασικοί εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους καπνίζοντες ($p < 0,05$).

Πίνακας 13. Διαφορές μεταξύ εκπαιδευτικών επιπέδων αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη				
	επίπεδο εκπαίδευσης	n	M.O.	p-value
RHQTOTAL	δημοτικό	25	59,50	0,011
	γυμνάσιο	25	44,92	
	απόφοιτος λυκείου	22	32,39	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	14	43,11	
	μεταπτυχιακό	4	42,13	
	Σύνολο	90		
συχνότητα	δημοτικό	20	33,88	0,050
	γυμνάσιο	21	43,21	
	απόφοιτος λυκείου	18	45,14	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	12	26,54	
	μεταπτυχιακό	3	19,67	
	Σύνολο	74		
Συχνότητα ενέσεις ινσουλίνης	δημοτικό	24	49,38	0,083
	γυμνάσιο	25	50,02	
	απόφοιτος λυκείου	22	44,05	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	13	33,12	
	μεταπτυχιακό	4	20,25	
	Σύνολο	88		
Συχνότητα εξέταση αίματος	δημοτικό	21	38,86	0,013
	γυμνάσιο	21	46,21	
	απόφοιτος λυκείου	19	48,71	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	14	26,86	
	μεταπτυχιακό	4	18,00	
	Σύνολο	79		
Συχνότητα διατροφή	δημοτικό	23	36,78	0,012
	γυμνάσιο	22	51,07	
	απόφοιτος λυκείου	19	49,11	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	14	29,71	
	μεταπτυχιακό	4	21,13	
	Σύνολο	82		

Συχνότητα άσκηση	δημοτικό	24	34,65	0,171
	γυμνάσιο	25	47,10	
	απόφοιτος λυκείου	24	52,63	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	13	44,23	
	μεταπτυχιακό	3	52,67	
	Σύνολο	89		
Συχνότητα συναισθήματα	δημοτικό	25	45,66	0,173
	γυμνάσιο	25	50,14	
	απόφοιτος λυκείου	24	53,00	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	14	35,46	
	μεταπτυχιακό	4	28,63	
	Σύνολο	92		
υποστήριξη	δημοτικό	19	33,76	0,267
	γυμνάσιο	20	37,30	
	απόφοιτος λυκείου	16	42,91	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	12	29,08	
	μεταπτυχιακό	3	20,67	
	Σύνολο	70		
Υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	δημοτικό	24	44,10	0,541
	γυμνάσιο	25	45,04	
	απόφοιτος λυκείου	19	46,08	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	13	37,92	
	μεταπτυχιακό	4	25,50	
	Σύνολο	85		
Υποστήριξη εξέταση αίματος	δημοτικό	20	38,13	0,179
	γυμνάσιο	20	40,33	
	απόφοιτος λυκείου	19	45,66	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	13	31,46	
	μεταπτυχιακό	4	20,13	
	Σύνολο	76		
Υποστήριξη διατροφή	δημοτικό	23	38,93	0,044
	γυμνάσιο	22	47,09	
	απόφοιτος λυκείου	19	50,16	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	14	31,18	
	μεταπτυχιακό	4	20,50	
	Σύνολο	82		

Υποστήριξη άσκηση	δημοτικό	24	41,25	0,669
	γυμνάσιο	25	47,10	
	απόφοιτος λυκείου	24	50,19	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	13	39,27	
	μεταπτυχιακό	3	40,83	
	Σύνολο	89		
Υποστήριξη συναισθήματα	δημοτικό	25	44,74	0,093
	γυμνάσιο	25	51,96	
	απόφοιτος λυκείου	24	52,27	
	ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	14	36,93	
	μεταπτυχιακό	4	22,25	
	Σύνολο	92		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 12, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ διαφορετικών εκπαιδευτικών επιπέδων ως προς τη συχνότητα για την εξέταση αίματος και τη διατροφή (συχνότητα και υποστήριξη) ($p < 0,05$) με τους αποφοίτους λυκείου και γυμνασίου να εμφανίζουν τις υψηλότερες βαθμολογίες. Στην κατάθλιψη, παρουσίασαν τα υψηλότερα επίπεδα οι απόφοιτοι δημοτικού ($p < 0,05$).

Πίνακας 14. Διαφορές μεταξύ καταστάσεως ασφάλισης αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη				
	κατάσταση ασφάλισης	n	M.O.	p-value
RHQTOTAL	ανασφάλιστος	3	37,00	0,397
	δημόσια	53	44,11	
	ιδιωτική	23	34,24	
	δημόσια και ιδιωτική	2	42,25	
	Σύνολο	81		
συχνότητα	ανασφάλιστος	3	41,67	0,000
	δημόσια	42	24,89	
	ιδιωτική	19	47,87	
	Σύνολο	64		
Συχνότητα ενέσεις	ανασφάλιστος	3	49,50	0,002

ινσουλίνης	δημόσια	49	32,03	
	ιδιωτική	22	52,84	
	δημόσια και ιδιωτική	2	22,75	
	Σύνολο	76		
Συχνότητα εξέταση αίματος	ανασφάλιστος	3	46,67	0,000
	δημόσια	47	27,34	
	ιδιωτική	19	54,18	
	δημόσια και ιδιωτική	1	30,50	
	Σύνολο	70		
Συχνότητα διατροφή	ανασφάλιστος	3	47,50	0,000
	δημόσια	50	29,42	
	ιδιωτική	19	55,92	
	δημόσια και ιδιωτική	1	25,00	
	Σύνολο	73		
Συχνότητα άσκηση	ανασφάλιστος	3	52,67	0,056
	δημόσια	53	36,41	
	ιδιωτική	23	49,61	
	δημόσια και ιδιωτική	1	11,50	
	Σύνολο	80		
Συχνότητα συναισθήματα	ανασφάλιστος	3	60,33	0,000
	δημόσια	54	34,27	
	ιδιωτική	23	57,28	
	δημόσια και ιδιωτική	2	27,00	
	Σύνολο	82		
υποστήριξη	ανασφάλιστος	3	38,17	0,000
	δημόσια	39	23,33	
	ιδιωτική	19	45,61	
	Σύνολο	61		
Υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	ανασφάλιστος	3	48,33	0,002
	δημόσια	46	30,98	
	ιδιωτική	22	50,02	
	δημόσια και ιδιωτική	2	15,25	
	Σύνολο	73		
Υποστήριξη εξέταση αίματος	ανασφάλιστος	3	41,33	0,000
	δημόσια	46	27,18	
	ιδιωτική	19	51,13	
	Σύνολο	68		
Υποστήριξη διατροφή	ανασφάλιστος	3	52,83	0,000
	δημόσια	50	28,97	
	ιδιωτική	19	56,34	
	δημόσια και ιδιωτική	1	23,50	
	Σύνολο	73		

Υποστήριξη άσκηση	ανασφάλιστος	3	58,33	0,002
	δημόσια	53	34,27	
	ιδιωτική	23	53,74	
	δημόσια και ιδιωτική	1	12,50	
	Σύνολο	80		
Υποστήριξη συναισθήματα	ανασφάλιστος	3	58,00	0,000
	δημόσια	54	33,94	
	ιδιωτική	23	58,83	
	δημόσια και ιδιωτική	2	21,75	
	Σύνολο	82		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 13, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς όλες τις διαστάσεις ($p < 0,05$) πλην εκείνης που αφορά στη συχνότητα στην άσκηση με εκείνους που έχουν ιδιωτική ασφάλιση ή είναι ανασφάλιστοι να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες.

Πίνακας 15. Διαφορές μεταξύ επαγγελματικών καταστάσεων αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη				
	επαγγελματική κατάσταση	n	M.O.	p-value
RHQTOTAL	άνεργος	2	38,25	0,022
	οικιακά	3	40,00	
	δημόσιος υπάλληλος	20	42,55	
	ιδιωτικός υπάλληλος	6	19,00	
	αγρότης	3	19,17	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	42,88	
	συνταξιούχος	55	54,19	
	Σύνολο	93		
συχνότητα	άνεργος	1	47,00	0,146
	οικιακά	2	21,50	
	δημόσιος υπάλληλος	19	36,08	
	ιδιωτικός υπάλληλος	6	60,33	
	αγρότης	2	54,00	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	39,88	
	συνταξιούχος	41	35,24	
	Σύνολο	75		
Συχνότητα ενέσεις ινσουλίνης	άνεργος	2	36,25	0,295
	οικιακά	3	18,17	

	δημόσιος υπάλληλος	20	40,63	
	ιδιωτικός υπάλληλος	7	58,79	
	αγρότης	2	62,25	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	52,50	
	συνταξιούχος	51	45,48	
	Σύνολο	89		
Συχνότητα εξέταση αίματος	άνεργος	1	60,50	0,129
	οικιακά	2	20,50	
	δημόσιος υπάλληλος	21	38,45	
	ιδιωτικός υπάλληλος	6	67,17	
	αγρότης	3	46,50	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	40,88	
	συνταξιούχος	45	39,73	
	Σύνολο	82		
Συχνότητα διατροφή	άνεργος	1	49,00	0,136
	οικιακά	2	26,00	
	δημόσιος υπάλληλος	21	40,81	
	ιδιωτικός υπάλληλος	6	67,83	
	αγρότης	3	57,67	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	52,38	
	συνταξιούχος	48	39,74	
	Σύνολο	85		
Συχνότητα άσκηση	άνεργος	2	40,00	0,011
	οικιακά	3	28,67	
	δημόσιος υπάλληλος	20	55,10	
	ιδιωτικός υπάλληλος	7	72,36	
	αγρότης	3	64,83	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	58,88	
	συνταξιούχος	53	39,12	
	Σύνολο	92		
Συχνότητα συναισθήματα	άνεργος	2	47,25	0,214
	οικιακά	3	29,83	
	δημόσιος υπάλληλος	21	47,24	
	ιδιωτικός υπάλληλος	7	71,21	
	αγρότης	3	63,00	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	54,50	
	συνταξιούχος	55	45,06	
	Σύνολο	95		
υποστήριξη	άνεργος	1	39,00	0,055
	οικιακά	2	26,00	
	δημόσιος υπάλληλος	18	36,64	
	ιδιωτικός υπάλληλος	6	56,50	

	αγρότης	2	61,75	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	42,75	
	συνταξιούχος	38	30,84	
	Σύνολο	71		
Υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	άνεργος	2	34,50	0,085
	οικιακά	3	25,33	
	δημόσιος υπάλληλος	19	47,34	
	ιδιωτικός υπάλληλος	7	62,50	
	αγρότης	2	75,00	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	46,38	
	συνταξιούχος	49	39,26	
	Σύνολο	86		
Υποστήριξη εξέταση αίματος	άνεργος	1	47,00	0,102
	οικιακά	2	29,00	
	δημόσιος υπάλληλος	20	41,13	
	ιδιωτικός υπάλληλος	6	63,58	
	αγρότης	3	57,83	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	39,25	
	συνταξιούχος	43	35,36	
	Σύνολο	79		
Υποστήριξη διατροφή	άνεργος	1	52,00	0,087
	οικιακά	2	33,00	
	δημόσιος υπάλληλος	21	40,10	
	ιδιωτικός υπάλληλος	6	66,75	
	αγρότης	3	66,17	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	54,50	
	συνταξιούχος	48	39,13	
	Σύνολο	85		
Υποστήριξη άσκηση	άνεργος	2	36,25	0,015
	οικιακά	3	46,17	
	δημόσιος υπάλληλος	20	49,30	
	ιδιωτικός υπάλληλος	7	69,79	
	αγρότης	3	69,17	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	73,50	
	συνταξιούχος	53	39,45	
	Σύνολο	92		
Υποστήριξη συναισθήματα	άνεργος	2	51,75	0,210
	οικιακά	3	27,67	
	δημόσιος υπάλληλος	21	47,33	
	ιδιωτικός υπάλληλος	7	69,14	
	αγρότης	3	57,67	
	ελεύθερος επαγγελματίας	4	61,75	

	συνταξιούχος	55	45,01	
	Σύνολο	95		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 14, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0,05$) ως προς τις διαστάσεις της συχνότητας και υποστήριξης στην άσκηση με εκείνους που είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι ή ελεύθεροι επαγγελματίες να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες. Στην κατάθλιψη, παρουσίασαν τα υψηλότερα επίπεδα οι συνταξιούχοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες ($p < 0,05$).

Πίνακας 16. Διαφορές μεταξύ ειδών θεραπείας αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη				
	θεραπευτική αγωγή	n	M.O.	p-value
PHQTOTAL	μόνο ινσουλίνη	63	45,75	0,371
	δισκία και ινσουλίνη	31	51,06	
	Σύνολο	94		
συχνότητα	μόνο ινσουλίνη	49	47,13	0,000
	δισκία και ινσουλίνη	27	22,83	
	Σύνολο	76		
Συχνότητα ενέσεις ινσουλίνης	μόνο ινσουλίνη	60	51,17	0,004
	δισκία και ινσουλίνη	30	34,17	
	Σύνολο	90		
Συχνότητα εξέταση αίματος	μόνο ινσουλίνη	52	51,26	0,000
	δισκία και ινσουλίνη	31	26,47	
	Σύνολο	83		
Συχνότητα διατροφή	μόνο ινσουλίνη	54	53,99	0,000
	δισκία και ινσουλίνη	32	25,80	
	Σύνολο	86		
Συχνότητα άσκηση	μόνο ινσουλίνη	64	51,34	0,021

	δισκία και ινσουλίνη	29	37,43	
	Σύνολο	93		
Συχνότητα συναισθήματα	μόνο ινσουλίνη	64	57,20	0,000
	δισκία και ινσουλίνη	32	31,11	
	Σύνολο	96		
υποστήριξη	μόνο ινσουλίνη	47	44,46	0,000
	δισκία και ινσουλίνη	25	21,54	
	Σύνολο	72		
Υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	μόνο ινσουλίνη	59	50,41	0,001
	δισκία και ινσουλίνη	28	30,50	
	Σύνολο	87		
Υποστήριξη εξέταση αίματος	μόνο ινσουλίνη	50	49,62	0,000
	δισκία και ινσουλίνη	30	25,30	
	Σύνολο	80		
Υποστήριξη διατροφή	μόνο ινσουλίνη	54	54,21	0,000
	δισκία και ινσουλίνη	32	25,42	
	Σύνολο	86		
Υποστήριξη άσκηση	μόνο ινσουλίνη	64	52,75	0,002
	δισκία και ινσουλίνη	29	34,31	
	Σύνολο	93		
Υποστήριξη συναισθήματα	μόνο ινσουλίνη	64	57,34	0,000
	δισκία και ινσουλίνη	32	30,81	
	Σύνολο	96		

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 15, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς όλες τις διαστάσεις ($p < 0,05$) με εκείνους που λαμβάνουν μόνο ινσουλίνη να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ειδική υποστήριξη από την οικογένεια.

Πίνακας 17. Διαφορές μεταξύ επιπλοκών σακχαρώδη διαβήτη αναφορικά με την ειδική στήριξη				
	επιπλοκές σακχαρώδη διαβήτη	n	M.O.	p-value
Συχνότητα ενέσεις ινσουλίνης	Αμφιβληστροειδοπάθεια	23	25,61	0,037
	Νευροπάθεια	3	20,00	
	Νεφροπάθεια	4	30,00	
	Αγγειοπάθεια	9	19,89	
	Στεφανιαία Νόσος	4	7,50	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίου	4	37,50	
	Σύνολο	47		
Συχνότητα συναισθήματα	Αμφιβληστροειδοπάθεια	24	26,13	0.013
	Νευροπάθεια	3	17,50	
	Νεφροπάθεια	4	38,63	
	Αγγειοπάθεια	9	17,33	
	Στεφανιαία Νόσος	5	16,40	
	Έμφραγμα Μυοκαρδίου	5	40,60	
	Σύνολο	50		

Στατιστικά σημαντικές διαφορές σημειώθηκαν και ως προς τη συχνότητα στις ενέσεις ινσουλίνης και τα συναισθήματα ($p < 0,05$) με τους ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου να παρουσιάζουν τις υψηλότερες βαθμολογίες (πίνακας 16).

Τέλος, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη χρήση αλκοόλ, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής, το ΔΜΣ καθώς και τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ($p < 0,05$).

Πίνακας 18. Διαφορές μεταξύ χρήσης αλκοόλ και μη αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη					
	αλκοόλ	N	Mean Rank	Sum of Ranks	p-value
PHQTOTAL	ναι	5	47,40	237,00	0,368
	όχι	90	48,03	4323,00	
	Total	95			
συχνότητα	ναι	4	30,63	122,50	0,139
	όχι	73	39,46	2880,50	
	Total	77			
συχνότητα ενέσεις ινσουλίνης	ναι	4	38,50	154,00	0,134

νης	όχι	87	46,34	4032,00	
	Total	91			
συχνότητα εξέταση αίματος	ναι	5	36,00	180,00	0,132
	όχι	79	42,91	3390,00	
	Total	84			
συχνότητα διατροφή	ναι	5	34,50	172,50	0,138
	όχι	82	44,58	3655,50	
	Total	87			
συχνότητα άσκηση	ναι	5	44,20	221,00	0,132
	όχι	89	47,69	4244,00	
	Total	94			
συχνότητα συναισθήματα	ναι	5	38,60	193,00	0,129
	όχι	92	49,57	4560,00	
	Total	97			
υποστήριξη	ναι	3	23,67	71,00	0,231
	όχι	70	37,57	2630,00	
	Total	73			
υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	ναι	3	29,00	87,00	0,137
	όχι	85	45,05	3829,00	
	Total	88			
υποστήριξη εξέταση αίματος	ναι	5	32,70	163,50	0,132
	όχι	76	41,55	3157,50	
	Total	81			
υποστήριξη διατροφή	ναι	5	30,90	154,50	0,133
	όχι	82	44,80	3673,50	
	Total	87			
υποστήριξη άσκηση	ναι	5	39,40	197,00	0,136
	όχι	89	47,96	4268,00	
	Total	94			
υποστήριξη συναισθήματα	ναι	5	38,10	190,50	0,135
	όχι	92	49,59	4562,50	
	Total	97			

Πίνακας 19. Διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη				
	οικογενειακή κατάσταση	N	Mean Rank	p-value
PHQTOTAL	άγαμος	6	51,17	0,139
	έγγαμος	61	46,33	
	διαζευγμένος	6	35,08	
	χήρος	18	58,36	

	σε συμβίωση	3	23,67	
	Total	94		
συχνότητα	άγαμος	6	32,67	0,132
	έγγαμος	48	38,09	
	διαζευγμένος	5	48,00	
	χήρος	14	36,32	
	σε συμβίωση	3	51,00	
	Total	76		
συχνότηταενέσειινσουλί νης	άγαμος	7	34,36	0,138
	έγγαμος	58	48,09	
	διαζευγμένος	6	42,67	
	χήρος	16	39,63	
	σε συμβίωση	3	58,33	
	Total	90		
συχνότηταεξετάσηαίματο ς	άγαμος	6	33,92	0,129
	έγγαμος	53	40,59	
	διαζευγμένος	5	57,20	
	χήρος	16	42,69	
	σε συμβίωση	3	54,00	
	Total	83		
συχνότηταδιατροφή	άγαμος	6	41,17	0,137
	έγγαμος	55	42,89	
	διαζευγμένος	5	53,90	
	χήρος	17	41,09	
	σε συμβίωση	3	55,67	
	Total	86		
συχνότηταάσκηση	άγαμος	7	42,71	0,133
	έγγαμος	59	45,28	
	διαζευγμένος	6	72,58	
	χήρος	18	41,69	
	σε συμβίωση	3	71,50	
	Total	93		
συχνότητασυναισθήματα	άγαμος	7	41,00	0,135
	έγγαμος	62	46,49	
	διαζευγμένος	6	67,50	
	χήρος	18	50,58	
	σε συμβίωση	3	57,00	
	Total	96		
υποστήριξη	άγαμος	6	37,83	0,139
	έγγαμος	46	35,99	
	διαζευγμένος	4	45,00	
	χήρος	13	32,08	

	σε συμβίωση	3	49,50	
	Total	72		
υποστήριξη ενέσεων σουλίνης	άγαμος	7	39,07	0,132
	έγγαμος	55	45,75	
	διαζευγμένος	6	46,83	
	χήρος	16	35,66	
	σε συμβίωση	3	62,17	
	Total	87		
υποστήριξη εξέταση αίματος	άγαμος	6	40,58	0,139
	έγγαμος	52	38,87	
	διαζευγμένος	4	54,38	
	χήρος	15	40,30	
	σε συμβίωση	3	51,17	
	Total	80		
υποστήριξη διατροφή	άγαμος	6	48,75	0,132
	έγγαμος	55	41,50	
	διαζευγμένος	5	54,60	
	χήρος	17	42,74	
	σε συμβίωση	3	55,50	
	Total	86		
υποστήριξη άσκηση	άγαμος	7	60,79	0,142
	έγγαμος	59	44,33	
	διαζευγμένος	6	55,25	
	χήρος	18	44,03	
	σε συμβίωση	3	68,67	
	Total	93		
υποστήριξη συναισθήματα	άγαμος	7	42,07	0,143
	έγγαμος	62	46,39	
	διαζευγμένος	6	67,25	
	χήρος	18	50,50	
	σε συμβίωση	3	57,67	
	Total	96		

Πίνακας 20. Διαφορές μεταξύ τύπου μόνιμης διαμονής αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη				
	τύπος μόνιμης διαμονής	N	Mean Rank	p-value
PHQTOTAL	αστική	67	45,25	0,234
	ημιαστική	12	40,29	
	αγροτική	10	48,95	
	Total	89		
συχρότητα	αστική	55	36,03	0,112

	ημιαστική	8	46,94	
	αγροτική	10	34,40	
	Total	73		
συχνότητα ενέσεων σουλίνης	αστική	65	40,47	0,121
	ημιαστική	10	56,90	
	αγροτική	10	45,55	
	Total	85		
συχνότητα εξέταση αίματος	αστική	59	38,87	0,123
	ημιαστική	10	48,20	
	αγροτική	10	38,45	
	Total	79		
συχνότητα διατροφή	αστική	60	40,39	0,121
	ημιαστική	12	49,13	
	αγροτική	10	39,00	
	Total	82		
συχνότητα άσκηση	αστική	67	44,39	0,127
	ημιαστική	12	50,92	
	αγροτική	10	42,00	
	Total	89		
συχνότητα συναισθήματα	αστική	69	43,79	0,126
	ημιαστική	12	55,54	
	αγροτική	10	49,80	
	Total	91		
υποστήριξη	αστική	52	34,11	0,124
	ημιαστική	8	39,81	
	αγροτική	9	35,89	
	Total	69		
υποστήριξη ενέσεων σουλίνης	αστική	62	39,83	0,122
	ημιαστική	10	50,90	
	αγροτική	10	42,45	
	Total	82		
υποστήριξη εξέταση αίματος	αστική	57	37,16	0,126
	ημιαστική	10	42,40	
	αγροτική	9	42,67	
	Total	76		
υποστήριξη διατροφή	αστική	60	39,44	0,121
	ημιαστική	12	50,79	
	αγροτική	10	42,70	
	Total	82		
υποστήριξη άσκηση	αστική	67	42,42	0,124
	ημιαστική	12	58,71	
	αγροτική	10	45,85	

	Total	89		
υποστήριξη συναισθήματα	αστική	69	43,82	0,127
	ημιαστική	12	55,25	
	αγροτική	10	49,95	
	Total	91		

Πίνακας 21. Διαφορές μεταξύ ΔΜΣ αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη				
	ΔΜΣ	N	Mean Rank	p-value
PHQTOTAL	26-35	36	20,58	0,321
	>35	5	24,00	
	Total	41		
συχνότητα	26-35	29	17,16	0,127
	>35	4	15,88	
	Total	33		
συχνότητα ενέσεις ινσουλίνης	26-35	33	19,05	0,121
	>35	4	18,63	
	Total	37		
συχνότητα εξέταση αίματος	26-35	33	20,12	0,119
	>35	5	15,40	
	Total	38		
συχνότητα διατροφή	26-35	35	21,60	0,123
	>35	5	12,80	
	Total	40		
συχνότητα άσκηση	26-35	34	20,59	0,124
	>35	5	16,00	
	Total	39		
συχνότητα συναισθήματα	26-35	36	21,61	0,118
	>35	5	16,60	
	Total	41		
υποστήριξη	26-35	28	16,50	0,119
	>35	4	16,50	
	Total	32		
υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	26-35	31	18,15	0,112
	>35	4	16,88	
	Total	35		
υποστήριξη εξέταση αίματος	26-35	33	19,56	0,113
	>35	5	19,10	
	Total	38		
υποστήριξη διατροφή	26-35	35	21,21	0,119
	>35	5	15,50	
	Total	40		

	Total	40		
υποστήριξη άσκηση	26-35	34	20,79	0,117
	>35	5	14,60	
	Total	39		
υποστήριξη συναισθήματα	26-35	36	21,82	0,115
	>35	5	15,10	
	Total	41		

Πίνακας 22. Διαφορές μεταξύ γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αναφορικά με την κατάθλιψη και την ειδική στήριξη				
	γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	N	Mean Rank	p-value
PHQTOTAL	<6,5	4	6,25	0,237
	6,5-7	5	6,60	
	7-7,5	2	7,25	
	7,5-8	2	9,25	
	Total	13		
συχνότητα	6,5-7	1	1,00	0,123
	7,5-8	2	2,50	
	Total	3		
συχνότητα ενέσεων ινσουλίνης	<6,5	4	6,00	0,121
	6,5-7	3	6,33	
	7-7,5	3	5,33	
	7,5-8	2	9,50	
	Total	12		
συχνότητα εξέτασης αίματος	6,5-7	2	2,00	0,127
	7,5-8	2	3,00	
	Total	4		
συχνότητα διατροφή	6,5-7	2	2,50	0,124
	7,5-8	2	2,50	
	Total	4		
συχνότητα άσκηση	<6,5	4	6,38	0,123
	6,5-7	5	7,90	
	7-7,5	3	9,00	
	7,5-8	2	6,50	
	Total	14		
συχνότητα συναισθήματα	<6,5	4	6,25	0,116
	6,5-7	5	9,60	
	7-7,5	3	6,33	
	7,5-8	2	6,50	
	Total	14		
υποστήριξη	6,5-7	1	1,00	0,119

	7,5-8	2	2,50	
	Total	3		
υποστήριξη ενέσεις ινσουλίνης	<6,5	3	4,67	0,122
	6,5-7	3	5,83	
	7-7,5	3	5,83	
	7,5-8	2	8,50	
	Total	11		
υποστήριξη εξέταση αίματος	6,5-7	2	2,50	0,131
	7,5-8	2	2,50	
	Total	4		
υποστήριξη διατροφή	6,5-7	2	2,50	0,134
	7,5-8	2	2,50	
	Total	4		
υποστήριξη άσκηση	<6,5	4	6,75	0,129
	6,5-7	5	7,50	
	7-7,5	3	8,33	
	7,5-8	2	7,75	
	Total	14		
υποστήριξη συναισθήματα	<6,5	4	8,13	0,128
	6,5-7	5	9,60	
	7-7,5	3	4,67	
	7,5-8	2	5,25	
	Total	14		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

Τα επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών με διαβήτη είναι μικρά καταδεικνύοντας ελάχιστη ή ήπιας μορφής κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, το κυριότερο εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας έγκειται στην επίδραση που έχουν διάφοροι κοινωνικοδημογραφικοί, όπως το φύλο, και κλινικοί παράγοντες τόσο στην κατάθλιψη όσο και στην οικογενειακή υποστήριξη. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε πλήρη συμφωνία με εκείνα άλλων σχετικών ερευνών και ειδικότερα με τη μελέτη των Kee-Sun Park και συν. (2009), οι οποίοι κατέδειξαν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την οικογενειακή υποστήριξη ήταν το φύλο, η διαβίωση με την οικογένεια, η διαβητική αυτο-φροντίδα, η νοσηλεία και οι επιπλοκές. Παράγοντες που επηρέασαν την κατάθλιψη ήταν το φύλο, η οικογένεια και οι επιπλοκές.

Σε μελέτη των Garousi & Garrusi (2013) που διεξήχθη στο νοτιοανατολικό Ιράν αξιολογήθηκαν 386 διαβητικοί ασθενείς. Η μέση βαθμολογία των υποστηρικτικών συμπεριφορών στις γυναίκες ήταν πιο αδύναμη από ότι στους άνδρες. Επιπλέον, δεν υπήρχε σχέση μεταξύ των μέσων βαθμών κατάθλιψης και άγχους με το φύλο, εύρημα το οποίο έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας. Η διάρκεια του διαβήτη, το μορφωτικό επίπεδο και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είχαν σημαντική σχέση με την κατάθλιψη. Στη συγκεκριμένη εργασία φαίνεται η επίδραση της μεταβλητής της εκπαίδευσης στα επίπεδα κατάθλιψης. Η σχέση μεταξύ υποκλίμακων οικογενειακών συμπεριφορών (υποστηρικτικών και μη υποστηρικτικών) και ψυχολογικών συννοσηρότητων (κατάθλιψη, άγχος) ήταν σημαντική.

Σε άλλη έρευνα των Akash Rajender, Krishna Kanwal, Deepa Chaudhary, RS Chaudhri (2016), 312 τυχαία επιλεγμένοι ασθενείς με T2DM αξιολογήθηκαν σε κέντρο τριτοβάθμιας φροντίδας στη Βόρεια Ινδία. Δεδομένα κοινωνικο-δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά συλλέχθηκαν. Η κλίμακα κατάθλιψης Montgomery Asberg χρησιμοποιήθηκε για την ανίχνευση της κατάθλιψης. Οι ομάδες με και χωρίς μεγάλη κατάθλιψη συγκρίθηκαν για διάφορες μεταβλητές. Το ένα τρίτο των ασθενών με T2DM (32,05%) υπέφερε από σοβαρή κατάθλιψη. Το γυναικείο φύλο, το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, το χαμηλότερο μηνιαίο εισόδημα των νοικοκυριών, τα άγαμα ή τα διαζευγμένα/χήρα άτομα και η ανεργία ήταν οι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για μείζονα κατάθλιψη σε ασθενείς με T2DM. Και στην εν λόγω έρευνα διαφαίνεται η σημαντική επίδραση του εκπαιδευτικού – κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στα επίπεδα κατάθλιψης.

Στη μελέτη των Ching-Ju Chiu, Ye-Fong Du (2019) εφαρμόστηκε ένα μοντέλο διασταυρωμένης δομικής εξίσωσης για να εξετασθεί η αμοιβαία σχέση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του γλυκαιμικού ελέγχου για μια τριετή περίοδο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες και οι γυναίκες δεν ήταν διαφορετικοί από άποψη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (εύρημα που ενισχύει το σχετικό αποτέλεσμα της εν λόγω έρευνας) και σχέσης γλυκαιμικού ελέγχου, με ισχυρότερη συσχέτιση για υψηλότερες καταθλιπτικές βαθμολογίες συμπτωμάτων που προβλέπουν χειρότερη γλυκαιμική ρύθμιση, σε αντίθεση με το χειρότερο γλυκαιμικό έλεγχο που προβλέπει υψηλότερη βαθμολογία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η υποστήριξη της οικογένειας και των φίλων για την αυτοδιαχείριση του διαβήτη χρησιμεύει ως σημαντικό αποθεματικό. Σε ασθενείς με χαμηλή οικογενειακή και φιλική υποστήριξη, περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την έναρξη της μελέτης συσχετίστηκαν με επακόλουθα χειρότερα επίπεδα γλυκαιμίας. Αντίθετα, σε

άτομα που είχαν ισχυρή υποστήριξη, τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν προέβλεπαν μεταγενέστερο γλυκαιμικό έλεγχο.

Αναφορικά με τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, σημειώνεται ότι τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εν λόγω μελέτη μπορούν να διερευνηθούν περαιτέρω σε δείγματα από άλλα νοσοκομειακά πλαίσια, ιδιωτικά ή και δημόσια, δίνοντας τη δυνατότητα ελέγχου των υπό μελέτη μεταβλητών, σύγκρισης των αποτελεσμάτων, έτσι ώστε να μπορούν να προκύψουν γενικότερα συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την ύπαρξη κατάθλιψης και υποστηρικτικού περιβάλλοντος σε ασθενείς με ΣΔ2 καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις εν λόγω δύο μεταβλητές (κατάθλιψη και υποστήριξη). Τα αποτελέσματα έρχονται σε συμφωνία με αντίστοιχα άλλων ερευνών που έχουν προηγηθεί καταδεικνύοντας πως οι κοινωνικοδημογραφικές και κλινικές μεταβλητές μπορούν να αποτελέσουν προσδιοριστικούς, και μάλιστα επιβαρυντικούς, παράγοντες της κατάθλιψης και της οικογενειακής στήριξης των διαβητικών ασθενών.

Καθώς λοιπόν ο ΣΔ2 έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία καθώς και την κοινωνική υποστήριξη των πασχόντων, στόχος της πολιτείας αλλά και των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να είναι η δημιουργία, ανάπτυξη και εφαρμογή κατάλληλων και προσαρμοσμένων ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού προγραμμάτων, τα οποία θα στοχεύουν πρωτίστως στην ενημέρωση για τη βαρύτητα της νόσου, στην πρόληψη αυτής αλλά και στη διαχείρισή της σε ομάδες που πάσχουν με σκοπό τη μείωση των κρουσμάτων αφενός και των επιπλοκών αφετέρου. Τα ανωτέρω αποτελέσματα θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη βάση για νέες έρευνες, εστιάζοντας σε επιπρόσθετους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας.

Προκειμένου όμως να υπάρξουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις που θα εξασφαλίσουν καλύτερη ψυχική υγεία στον πληθυσμό, απαιτείται η αέναη προσπάθεια και έρευνα από όλους τους επιστήμονες στο χώρο της υγείας, καθώς μέσα από την έρευνα προκύπτει νέα γνώση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Σωτηρόπουλος, Α., Κουτσοβασίλης, Α. (2016). Επιδημιολογία του σακχαρώδη διαβήτη. Στο: Καζάκος, Κ. Σακχαρώδης Διαβήτης Σύγχρονες Απόψεις, σ. 141-150.

Κύπρος: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD

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

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

Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandyliis D, Iacovides A. Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. Hippokratia. 2012;16(3):205–214.

Alexopoulos, G.S. (2003). Vascular disease, depression, and dementia. J Am Geriatr Soc, 51, 1178-80.

Robertson H, Pryor R. Memory and cognitive effects of ECT: informing and assessing patients. Advances in psychiatric treatment. Journal of continuing professional development. APT 2006;12:228-237.

Yucedal, C., Olmez, N., Gezen, G., Celik, F., Altindag, A., Yilmaz, M. E. & Kara, I. H. (2003). Κατάθλιψη στους ασθενείς εξωνεφρικής κάθαρσης. EDTNA ERCA Journal, 29, 160-164, Greek edition.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.

Radloff, L. S. (1991). The Use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in Adolescents and Young Adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 149-166.

Hann, D., Winter, K. & Jacobsen, P. (1999). Measurement of depressive symptoms in cancer patients: Evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 437-443.

Endicott, J., Nee, J., Harrison, W. & Blumenthal, R. (1993). Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire; A new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29, 321-326.

Stoker, M. J., Dunbar, G. C. & Beaumont, G. (1992). The SmithKline Beecham "Quality of life" Scale: A validation and reliability study in patients with affective disorder. *Quality of Life Research*, 1, 385-395.

Gregoire, J., deLeval, N., Mesters, P. & Czarka, M. (1994). Validation of the quality of life in depression scale in a population of adult depressive patients aged 60 and above. *Quality of Life Research*, 3, 13-19.

Hunt, S. M. & McKenna, S. P. (1992). A new measure of quality of life in depression: testing the reliability and construct validity of the QLDS. *Health Policy*, 22, 321-330.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. (2001). The PHQ -9 validity of a brief depression severity measure. *J Cen Intern Med*, 16, 606-613.

Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, et al. (2005). Resistance to insulin therapy among patients and providers. *Diabetes Care*. 28, 2673-2679.

Katon W, Fan MY, Unützer J, Taylor J, Pincus H, Schoenbaum M. (2008). Depression and diabetes: a potentially lethal combination. *J Gen Intern Med.* 23, 1571-1578.

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

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

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

BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, 4:561–571

MYSTAKIDOU K, TSILIKA E, PARPA E, SMYRNIOTIS V, GALANOS A, VLAHOS L. Beck Depression Inventory: Exploring its psychometric properties in a palliative care population of advanced cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2007, 16:244–250

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23(1):56-62.

Pouwer F, Beekman ATF, Nijpels G, Dekker JM, Snoek FJ, Kostense PJ, et al. (2003). Rates and risks for co-morbid depression in patients with type 2 diabetes mellitus: results from a communitybased study. *Diabetologia.* 46, 892-898.

Egede LE, Ellis C. (2010). The effects of depression on metabolic control and quality of life in indigent patients with type 2 diabetes. *Diabetes Technol The.* 12, 257-262.

Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3–22). New York: Academic Press.

Shapiro J. (1983). Family reactions and coping strategies in response to the physically ill or handicapped child: a review. *Soc Sci Med.* 17(14), 913-931.

La Greca AM, Auslander W, et al. (1991). Family and peer support of diabetes care among adolescents. *Diabetes*, 40 (1), 537A

Glasgow, RE. & Toobert, D.J. (1988). Social Environment and regimen adherence among type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 11 (5), 377-386.

Κλημεντιώτη, Α.Φ. (1995). Ένα παρεμβατικό πρόγραμμα αυτοελέγχου σε εφήβους με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη. Διδακτορική υδιατριβή. Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Pham, D., Fortin, F., & Thibaudeau, M. (1996). The role of the health belief model in amputees' self-evaluation of adherence to diabetes self-care behaviors. *The Diabetes Educator*, 22, 126–132.

Katon WJ, Simon G, Russo J, Von Korff M, Lin EH, Ludman E, et al. (2004). Quality of depression care in a population-based sample of patients with diabetes and major depression. *Med Care*, 42, 1222-1229.

Fischer L, Skaff MM, Mullan JT, Areant P, Glasgow R, Masharani U. (2008). A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. *Diabet Med.* 25, 1096-1101.

Park KS, Moon JS, Park SN. (2009). Self-care, family support and depression in elderly patients with diabetes mellitus. *J Korean Acad Fundam Nurs.* 2009;16(3):345-52.

Garousi & Garrusi (2013). Does Perceived Family Support has a Relation with Depression and Anxiety in an Iranian Diabetic Sample? *International Journal of Caring Sciences* September-December, Vol 6 Issue 3, 360-368.

Rajender A, Kanwal K, Chaudhary D, Chaudhri RS, Rajender G, Choudhary P. (2016). Study of depression in type 2 diabetes mellitus patients. *Int J Med Sci Public Health*, 5, 1874-1877.

Ching-Ju Chiu, Ye-Fong Du (2019). Longitudinal investigation of the reciprocal relationship between depressive symptoms and glycemic control: The moderation effects of sex and perceived support. *J Diabetes Investig*,10, 801-808.

La Greca AM, Bearman KJ. (2002). The diabetes social support questionnaire-family version: evaluating adolescents' diabetes-specific support from family members. *J Pediatr Psychol.* Dec;27(8), 665-76.

Miller T.A., Dimatteo M.R. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metab. Syndr. Obes. Targets Ther.* 2013;6:421–426. doi: 10.2147/DMSO.S36368.

Baig A.A., Benitez A., Quinn M.T., Burnet D.L. Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2015;1353:89–112. doi: 10.1111/nyas.12844.

Hu J., Wallace D.C., McCoy T.P., Amirehsani K.A. A family-based diabetes intervention for Hispanic adults and their family members. *Diabetes Educ.* 2014;40:48–59. doi: 10.1177/0145721713512682.

Hamidreza K.T., Farah M., Mohsen K.N., Mohsen H., Gholamhossein M. Impact of family support improvement behaviors on anti diabetic medication adherence and cognition in type 2 diabetic patients. *J. Diabetes Metab. Disord.* 2014;13:6.

Keogh K.M., Smith S.M., White P., McGilloway S., Kelly A., Gibney J., O’Dowd T. Psychological Family Intervention for Poorly Controlled Type 2 Diabetes. *Am. J. Manag. Care.* 2011;17:105–113.

Kang C.M., Chang S.C., Chen P.L., Liu P.F., Liu W.C., Chang C.C., Chang W. Comparison of family partnership intervention care vs. conventional care in adult patients with poorly controlled type 2 diabetes in a community hospital: A randomized controlled trial. *Int. J. Nurs. Stud.* 2010;47:1363–1373. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.009.

Garcia-Huidobro D., Bittner M., Brahm P., Puschel K. Family intervention to control type 2 diabetes: A controlled clinical trial. *Fam. Pract.* 2011;28:4–11. doi: 10.1093/fampra/cmq069.

Tai J.M., Jerica M.B., Peter H., Betty G., Nan L.-W., Sheila W., Steve B. The Family Education Diabetes Series (FEDS): Community-based participatory research with a

midwestern American Indian community. *Nurs. Inq.* 2010;17:359–372. [PubMed]
[Google Scholar]

Rosland A.M., Piette J.D. Emerging models for mobilizing family support for chronic disease management: A structured review. *Chronic Illn.* 2010;6:7–21. doi: 10.1177/1742395309352254.

King D., Glasgow R. E., Toobert D. J., Strycker L. A., Estabrooks P. A., Osuna D., Faber A. J. (2010). Self-efficacy, problem solving, and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. *Diabetes Care*, 33, 751–753. doi:10.2337/dc09-1746

Mayberry L. S., Osborn C. Y. (2012). Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with Type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35, 1239–1245. doi:10.2337/dc11-2103

Tang T. S., Brown M. B., Funnell M. M., Anderson R. M. (2008). Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 34, 266–276. doi:10.1177/0145721708315680

Vassilev I., Rogers A., Kennedy A., Koetsenruijter J. (2014). The influence of social networks on self-management support: A methasynthesis. *BMC Public Health*, 14, Article 719. doi:10.1186/1471-2458-14-719

Rosland AM, Kieffer E, Israel B, et al. When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. *J Gen Intern Med.* 2008;23:1992–1999.

DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol.* 2009;23:207–218.

Pereira M, Berg-Cross L, Almeida P, Machado J. Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. *Int J Behav Med.* 2008;15:187–193.

Carter-Edwards L, Skelly AH, Cagle CS, Appel SJ. They care but don't understand: family support of African American women with type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2004;30:493–501.

Gallant M. Help or hindrance? How family and friends influence chronic illness self-management among older adults (report) *Res Aging.* 2007;29:375.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ