

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



ΤΙΤΛΟΣ

ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ 1.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΟΥ/ΤΗΣ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Φραγκιαδάκη Κυριακής
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:1615

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Ε. Καραδήμας

ΡΕΘΥΜΝΟ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2007-2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	3
---------------	---

A) ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Σακχαρώδης διαβήτης- θεωρητική προσέγγιση	
1.1) Μορφές-Επιδημιολογία	4
1.2.) Παθογένεια	7
1.3.) Συμπτωματολογία και Επιπλοκές	8
1.4.) Διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη.....	10
1.5.) Αντιμετώπιση σακχαρώδη διαβήτη.....	11
2. Σακχαρώδης διαβήτης- ψυχοκοινωνική προσέγγιση	
2.1.) Σακχαρώδης διαβήτης και δημόσια υγεία.....	14
2.2.) Σακχαρώδης διαβήτης και ψυχική υγεία.....	16
2.3.) Σακχαρώδης Διαβήτης και διαταραχές διάθεσης.....	17
2.4.) Σκοπός έρευνας.....	21
2.5.) Ερευνητικά ερωτήματα- υποθέσεις.....	22

B) ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. Εργαλεία μετρήσεων.....	24
2. Δείγμα έρευνας – παράμετροι επιλογής.....	26

Γ) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Άγχος και κατάθλιψη ανάμεσα σε διαβητικούς και μη διαβητικούς...28
2. Άγχος διαβητικών.....29
3. Κατάθλιψη διαβητικών.....30
4. Άγχος και κατάθλιψη στους διαβητικούς με την πάροδο του χρόνου...31
5. Άγχος και κατάθλιψη ανάμεσα στους διαβητικούς σε σχέση με την ηλικία, αξιολόγηση της υγείας τους και τη ρύθμιση του διαβήτη.....32

Δ) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ε) ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΣΤ) ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί πλέον ένα παγκόσμιο φαινόμενο χρόνιας ασθένειας που προσβάλλει όλες τις ηλικιακές ομάδες με επιπτώσεις σε κοινωνικό και ψυχολογικό τομέα στα άτομα που πάσχουν, αλλά και στις εκάστοτε κυβερνήσεις των κρατών, αποτελώντας σημαντικό κομμάτι της δημόσιας υγείας. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες γύρω από το διαβήτη, σε κάθε τύπο του, συσχετίζοντας τον με διάφορες μεταβλητές. Η ποιότητα ζωής των διαβητικών, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές διάθεσης, η κοινωνική στήριξη είναι κάποιες από τις μεταβλητές που διεθνώς έχουν μελετηθεί σε συνάρτηση με το σακχαρώδη διαβήτη, και για το λόγο αυτό υπάρχουν 60 περίπου κλίμακες σταθμισμένες που μελετούν διάφορες πτυχές της σχέσης του διαβήτη με διάφορες ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους. Στην ελληνική βιβλιογραφία, αν και έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες τα τελευταία χρόνια, δεν έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί κάποιο από τα αντίστοιχα εργαλεία που χρησιμοποιούν επαγγελματίες υγείας και ψυχολόγοι στο εξωτερικό και αρκετές από τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί ως τώρα αντιμετωπίζουν αρκετές δυσκολίες στη γενίκευση των αποτελεσμάτων τους. Με την παρούσα εργασία προσπαθούμε να εξετάσουμε τη σχέση ανάμεσα σε Διαβήτη τύπου 1, αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη. Το δείγμα αποτελείται από 40 διαβητικά άτομα και 40 άτομα χωρίς διαβήτη ως ομάδα ελέγχου, από τα οποία συλλέχθηκαν δημογραφικά, ψυχολογικά στοιχεία και στοιχεία για συμπεριφορές υγείας στους διαβητικούς. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του προγράμματος SPSS. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα σε διαβήτη, κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Βρέθηκε τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης να αυξάνονται με την πάροδο των ετών στους διαβητικούς, καθώς επίσης η αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του οι διαβητικοί την κρίνουν ανεξάρτητα από το αν έχουν ρυθμισμένο διαβήτη ή όχι.

1. Σακχαρώδης διαβήτης- θεωρητική προσέγγιση

1.1 Σακχαρώδης διαβήτης. Μορφές και επιδημιολογία

1.1.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (Σ.Δ.) είναι μια χρόνια μεταβολική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από αύξηση των τιμών του σακχάρου, είτε διότι τα παγκρεατικά κύτταρα δεν παράγουν ινσουλίνη, είτε διότι η ινσουλίνη που παράγουν δεν είναι αποτελεσματική, δημιουργώντας έναν ιδιαίτερο τρόπο ζωής (Καραδήμας, 2005).

Ο σακχαρώδης διαβήτης διακρίνεται σε δύο μορφές κυρίως, σε διαβήτη τύπου 1 και 2.

Ο διαβήτης τύπου 1 είναι μια πάθηση με αυτοάνοσο μηχανισμό, που χαρακτηρίζεται από την καταστροφή των κυττάρων που παράγουν ινσουλίνη στο πάγκρεας. (Bell, Horita, Karam, 1984). Συνεπώς, τα άτομα που πάσχουν από Διαβήτη τύπου 1 παράγουν ελάχιστη ή καθόλου ινσουλίνη, με αποτέλεσμα η επιβίωση τους να στηρίζεται στη λήψη ινσουλίνης με ενέσεις ή με αντλία. Σύμφωνα με τις τελευταίες εξελίξεις, η ανακάλυψη νέων μεθόδων διευκολύνει την χορήγηση ινσουλίνης, όπως παρατηρείται για παράδειγμα στην περίπτωση της εισπνεόμενης ινσουλίνης. Ο Διαβήτης τύπου 1, γνωστός και ως νεανικός διαβήτης, διαγιγνώσκете κυρίως στα παιδιά και στους νέους (International diabetes foundation, 2007).

Ο Διαβήτης τύπου 2 χαρακτηρίζεται από αντίσταση στην ινσουλίνη. Α άτομα με Διαβήτη τύπου 2 αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν την παραγόμενη ινσουλίνη αποτελεσματικά. Η κατάσταση συνήθως αντιμετωπίζεται μέσω της δίαιτας και της άσκησης. Στις περισσότερες περιπτώσεις χορηγούνται δισκία και συχνά ινσουλίνη. Ο Διαβήτης τύπου 2 καλύπτει πάνω από το 90% των 246 εκατομμυρίων περιστατικών με Διαβήτη παγκοσμίως. Ο διαβήτης τύπου 1 και 2 είναι το ίδιο σοβαροί και είναι εξίσου δυνατόν να προσβάλλουν παιδιά (Tfayli, Arslanian, 2007)

Ένας τρίτος τύπος Διαβήτη εμφανίζεται σε μερικές περιπτώσεις κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ωστόσο υπάρχουν και σπανιότεροι τύποι Διαβήτη. Μερικά παιδιά διαγιγνώσκοντε με Διαβήτη που φέρει τα χαρακτηριστικά και των δύο τύπων. Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίζεται και

ως <<υβριδικός>>, <<μικτός>> ή <<διπλός>> Διαβήτης και συναντάται σε υπέρβαρα παιδιά και παχύσαρκους εφήβους. Ο νεανικός Διαβήτης με όψιμη έναρξη (MODY), είναι ένας από τους σπανιότερους τύπους Διαβήτη, που μπορεί να προσβάλλει τα παιδιά και να οφείλεται σε ένα γονίδιο, το οποίο ευθύνεται για την αναποτελεσματική έκκριση ινσουλίνης. Συνεπώς ο Διαβήτης τύπου MODY είναι υπεύθυνος για ένα ποσοστό άνω του 5% των περιπτώσεων με Διαβήτη στα παιδιά και παραμένει για πολύ καιρό αδιάγνωστος (Slink,2002).

1.1.2. Επιδημιολογία

Στις μέρες μας, σχεδόν 250 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από Διαβήτη παγκοσμίως. Σε μια εικοσαετία ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(WHO), προβλέπει πως ο αριθμός αυτός θα φτάσει τα 380 εκατομμύρια. Ο Διαβήτης είναι μια επιδημία παγκόσμιας εμβέλειας, που αποφέρει φθορές στον ανθρώπινο οργανισμό, θέτοντας σε κίνδυνο την δημόσια υγεία.

Ο Διαβήτης τύπου 1 αυξάνεται κατά 3% κάθε χρόνο στα παιδιά και στους εφήβους. Ένα ανησυχητικό ποσοστό 5% παρατηρείται στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, ενώ σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου 70.000 παιδιά κάτω των 15 ετών παρουσιάζουν κάθε χρόνο Διαβήτη τύπου 1 σε παγκόσμια κλίμακα, δηλαδή 200 παιδιά περίπου ημερησίως! Σύμφωνα με στατιστικές ο Διαβήτης τύπου 1 έχει ήδη προσβάλλει 440.000 παιδιά που βρίσκονται κάτω από την ηλικία των 14 ετών παγκόσμια. Από αυτά, υπολογίζεται ότι το 25% ζουν στην νοτιοανατολική Ασία και 20% στην Ευρώπη (WHO).

Προβλέπεται επίσης πως η αύξηση των κρουσμάτων νεανικού θα είναι κατά 40% το 2010 σε σύγκριση με το 1998. Η ραγδαία αυτή αύξηση παίρνει πλέον μορφή επιδημιολογίας, αναφορικά με τον διαβήτη τύπου 1 (Gillespie, 2006) .

Από όλες τις περιπτώσεις του διαβήτη υπολογίζεται πως το 10% όλων των περιπτώσεων του διαβήτη συμβαίνει πιο συχνά σε άτομα από την Ευρώπη και πάνω από 2 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με διαβήτη σε Ευρώπη και Αφρική. Υπάρχει ένας δημογραφικός καταμερισμός κατά κάποιο τρόπο των ατόμων που έχουν πιθανότητες να προσβληθούν από διαβήτη με τα παιδιά που προέρχονται από την Φιλανδία να έχουν 400 φορές περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν σε σύγκριση με τα παιδιά από τη Βενεζουέλα (Eurodiabace study group, 2006).

Στην Ελλάδα περίπου ένα εκατομμύριο Έλληνες πάσχει από Διαβήτη, ενώ στο διαβητολογικό ιατρείο του Βενιζέλειου Νοσοκομείου στο Ηράκλειο

Κρήτης έχει περίπου 800 ασθενείς καταχωρημένους, εκ των οποίων οι 200 περίπου είναι ενήλικες με Διαβήτη τύπου 1.

Σχετικά με το φύλο στην χώρα μας φαίνεται, από μια πρόσφατη μελέτη πως οι άντρες φαίνεται να έχουν ελαφρώς μεγαλύτερη αναλογία από τις γυναίκες, φαινόμενο που παρατηρήθηκε και σε άλλες χώρες, όπως Αυστραλία και Καναδάς (Gikas, Sotiropoulos, Panagiotakos, Peppas, Skliros,& Pappas, 2004) . Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι το γεγονός πως οι άντρες είναι πιο επιρρεπής σε διατροφικές ατασθαλίες και ενδεχομένως να υπάρχουν και διαφορές στην ευαισθησία της ινσουλίνης σε σχέση με τις γυναίκες.

Μιλώντας παραπάνω για την κατάσταση στην χώρα μας αξίζει να αναφερθούμε σε μια μελέτη της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, στο τμήμα προληπτικής ιατρικής και διατροφολογίας ,όπου εξετάστηκαν 718 παιδιά, ηλικίας 8 ως 17,5 ετών από όλους τους νομούς του νησιού για να εξεταστεί αν υπάρχουν ενσωματωμένοι στις ηλικίες αυτές, παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα και σακχαρώδη διαβήτη. Οι παράγοντες που συνθέτουν το μεταβολικό σύνδρομο είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση, η ‘κακή χοληστερόλη’, τα τριγλυκερίδια, ο αθηρωματικός δείκτης και η ινσουλίνη. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως 58-61% των αγοριών και 50-62% των κοριτσιών έφεραν δύο από τους παραπάνω δείκτες, ενώ 9-10% των αγοριών και 13-14% των κοριτσιών τρεις με τέσσερις δείκτες. (Καφάτος,2004)

Στοιχεία που δίνονται από τον Παγκύπριο Διαβητικό Σύλλογο, στην Κύπρο υπολογίζεται πως περίπου 70000 χιλιάδες άνθρωποι έχουν διαβήτη (αυτός ο αριθμός περιλαμβάνει και άτομα που υπολογίζεται ότι έχουν διαβήτη και δεν το γνωρίζουν). Αυτό αντιστοιχεί περίπου στο 9% του συνολικού πληθυσμού της χώρας, ποσοστό που θεωρείται αρκετά ψηλό εάν συγκριθεί με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης οποίος αναφέρεται πιο κάτω. Η πλειονότητα των ατόμων με διαβήτη στην Κύπρο έχει διαβήτη τύπου 2.

1.2 Παθογένεια σακχαρώδη διαβήτη

Οι περισσότερες από τις μελέτες που έχουν διεξαχθεί ως τώρα συγκλίνουν στον κοινό άξονα πως η παθογένεια του Διαβήτη προέρχεται από μια αλληλεπίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Τα γονίδια που καθιστούν ορισμένα άτομα πιο πιθανά να εκδηλώσουν διαβήτη, που έχουν δηλαδή τη γενετική προδιάθεση, στον τύπο 1 πιο συγκεκριμένα, η οποία μπορεί να διαφέρει και σε ισχύ, όπως κι η γενετική προστασία σε κάποιους άλλους, θα εξαρτηθούν σε συνδυασμό με την ένταση του περιβαλλοντικού ερεθίσματος για το αν θα εμφανιστεί ο Διαβήτης ή όχι. Η παθογένεια του Διαβήτη ουσιαστικά αφορά την διαταραχή παραγόντων που προάγουν την ανάπτυξη της νόσου και παράγοντες που την καθυστερούν ή την προλαμβάνουν. (Μελιδώνης, 2001).

Μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχουν κάποιοι συγκεκριμένοι παράγοντες, τόσο κοινωνικοί, όσο και περιβαλλοντικοί γενικά, που είναι επικίνδυνοι για την εμφάνιση του Διαβήτη. Πιο συγκεκριμένα οι άνθρωποι που αποτελούν ομάδες υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση Διαβήτη, τύπου 2 κυρίως, διαθέτουν:

- Α) Διαταραχή ανοχής γλυκόζης
- Β) Οικογενειακό ιστορικό Διαβήτη σε πρώτου βαθμού συγγενείς
- Γ) Εθνικές ομάδες με αυξημένη συχνότητα Διαβήτη
- Δ) Ηλικία άνω των 50 ετών (τείνει να θεωρείται μικρότερο το ηλικιακό αυτό όριο πλέον)
- Ε) Ιστορικό προηγούμενης διαταραχής ανοχής γλυκόζης ή διαβήτη κνήσεως
- Στ) Υπέρταση, στεφανιαία νόσος, δυσλιπιδαιμία (Παππάς, 2001).

1.3. Συμπτωματολογία

Με την έναρξη του διαβήτη τα ποσοστά της γλυκόζης στο αίμα αυξάνουν απότομα και αυτό συνεπάγει μια αλυσίδα οργανικών αντιδράσεων. Η ινσουλίνη είναι μια μεταφορική πρωτεΐνη με ορμονική δράση, η οποία μεταφέρει τη γλυκόζη από την αιματική κυκλοφορία στα κύτταρα, όπου είτε χρησιμοποιείται για τις ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού με διάφορες χημικές αντιδράσεις, είτε αποθηκεύεται σε λίπος (Nair, & Muralitharam, 2007).

Με την ανικανότητα των β- κυττάρων του παγκρέατος να παράγουν οι διαβητικοί παρουσιάζουν τα εξής συμπτώματα:

- Πολυουρία
- Πολυδιψία
- Πολυφαγία
- Απότομη απώλεια βάρους
- Υπερβολική κόπωση
- Έλλειψη ενδιαφέροντος και συγκέντρωσης
- Διαταραχές στην όραση
- Τάση για εμετό και πόνο στο στομάχι(συμπτώματα που συχνά συγχέονται με τον ιό της γρίπης)

Τα παιδιά με Διαβήτη τύπου 2 εμφανίζουν κάποια ή κανένα από αυτά τα συμπτώματα (International Diabetes Federation, 2006).

1.3.2. Διαβητικές επιπλοκές

Ο Διαβήτης είναι μία χρόνια νόσος, η οποία απαιτεί σωστή ρύθμιση και παρακολούθηση. Η έλλειψη της σωστής ρύθμισης μπορεί να οδηγήσει σε πολύ υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα(υπεργλυκαιμία). Κάτι τέτοιο συνδέεται με μακροπρόθεσμες βλάβες στον οργανισμό και δυσλειτουργία στα διάφορα όργανα του σώματος. Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν :

A)Καρδιαγγειακά νοσήματα, τα οποία επηρεάζουν την καρδιά και τα διάφορα αιμοφόρα αγγεία και μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές επιπλοκές, όπως τη στεφανιαία νόσο και εγκεφαλικά επεισόδια.

B)Νεφροπάθεια, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και στην ανάγκη αιμοκάθαρσης ή μεταμόσχευσης των νεφρών.

Γ)Νευροπάθεια, της οποίας το τελικό στάδιο είναι η εμφάνιση εξελκώσεων και ο ακρωτηριασμός των κάτω άκρων συνήθως.

Δ)Αμφιβληστροειδοπάθεια, η οποία επιφέρει βλάβη στον αμφιβληστροειδή χιτώνα του ματιού και μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στην απώλεια της όρασης.

Ε)Κετοξέωση, η οποία είναι και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου και ανικανότητας στα παιδιά με Διαβήτη τύπου 1 παγκοσμίως. Η έλλειψη κατάλληλης αγωγής οδηγεί ακόμα και στο θάνατο. Το 60-90% όλων των θανατηφόρων περιστατικών που σχετίζονται με τη διαβητική κετοξέωση, είναι αποτέλεσμα εγκεφαλικού οιδήματος ή εγκεφαλίτιδας και αποτελεί χαρακτηριστική επιπλοκή σε παιδιά με Διαβήτη. (Swift, 2007)

1.4. Διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη

Η διάγνωση του Διαβήτη μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμα και με μια απλή εξέταση ούρων, χωρίς όμως να εντοπίζεται με ευκρίνεια Διαβήτης. Οι ακόλουθες δοκιμές γλυκόζης αίματος χρησιμοποιούνται για να εντοπίσουν το διαβήτη:

A) Μέτρηση επίπεδου γλυκόζης αίματος νηστείας: ο διαβήτης εντοπίζεται εάν το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα είναι υψηλότερο από 126 mg/dL σε δύο περιπτώσεις. Τα επίπεδα μεταξύ 100 και 126 mg/dl αναφέρονται ως εξασθετισμένη γλυκόζη ή προ-διαβήτης νηστείας. Αυτά τα επίπεδα εξετάζονται να είναι παράγοντες κινδύνου για τον τύπο 2 το διαβήτη και τις επιπλοκές του.

B) Τυχαίο επίπεδο γλυκόζης αίματος: ο διαβήτης υποψιάζεται εάν το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα είναι υψηλότερο από 200 mg/dL και συνοδεύεται από τα κλασικά συμπτώματα της αυξανόμενης δίψας, της συχνουρίας και της κούρασης. (Αυτή η δοκιμή πρέπει να επιβεβαιωθεί με μια δοκιμή γλυκόζης αίματος νηστείας.)

Γ) Προφορική εξέταση ανοχής γλυκόζης: ο διαβήτης εντοπίζεται εάν το επίπεδο γλυκόζης είναι πιο υψηλό από 200 mg/dL μετά από 2 ώρες από κάποιο γεύμα(αυτή η δοκιμή χρησιμοποιείται περισσότερο για τον τύπο 2 διαβήτη.)

Το HbA1c είναι ένα μέτρο της μέσης γλυκόζης αίματος κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 2 έως 3 μηνών. Είναι ένας πολύ χρήσιμος τρόπος να καθοριστεί πόσο καλά ρυθμίζεται ο Διαβήτης. Η δοκιμή κετονών είναι μια άλλη δοκιμή που χρησιμοποιείται στον τύπο 1 το διαβήτη. Οι κετόνες είναι επιβλαβείς σε υψηλά επίπεδα. Η δοκιμή κετονών γίνεται χρησιμοποιώντας ένα δείγμα ούρων. Τα υψηλά επίπεδα των κετονών αίματος μπορούν να οδηγήσουν σε έναν σοβαρές συνέπειες όπως η κετοξέωση, συχνή επιπλοκή στα παιδιά με Διαβήτη τύπου 1. (ανασύρθηκε από το διαδύκτιο 16/12/07, www.healthline.com)

1.5. Αντιμετώπιση σακχαρώδη διαβήτη

Βασικότερος στόχος της θεραπείας και αντιμετώπισης του Διαβήτη είναι ο γλυκαιμικός έλεγχος, η μείωση δηλαδή του επίπεδου της γλυκόζης στο αίμα, η εξάλειψη των συμπτωμάτων και η ελαχιστοποίηση του κίνδυνου εμφάνισης σοβαρών διαβητικών επιπλοκών (Gatschel, & Oordt, 2003).

Η αντιμετώπιση του Διαβήτη περιλαμβάνει φάρμακα, τη διατροφή, και την άσκηση για να ελεγχθεί η γλυκόζη του αίματος και να περιοριστούν τα συμπτώματα και οι επιπλοκές. Βασικότερο όμως κομμάτι στην διαχείριση και αντιμετώπιση του διαβήτη από τον πάσχοντα, είναι να αναπτύξει ή καλύτερα να εκπαιδευτεί σε ορισμένες δεξιότητες ελέγχου του σακχάρου. Οι δεξιότητες αυτές είναι οι εξής :

A)Να μπορεί να αναγνωρίσει και να μεταχειριστεί τη χαμηλή ζάχαρη αίματος (υπογλυκαιμία) και την υψηλή ζάχαρη αίματος (υπεργλυκαιμία)

B)Σωστή λήψη και προγραμματισμένη λήψη γευμάτων

Γ)Εκπαίδευση στην εξέταση και καταγραφή των επιπέδων γλυκόζης αίματος

Δ)Εκπαίδευση στην εξέταση των ούρων για τις κετόνες (τύπος 1 διαβήτης μόνο)

E)Ρύθμιση στην εισαγωγή ινσουλίνης

Οι άνθρωποι με Διαβήτη πρέπει να αναθεωρήσουν και να ενημερώσουν τη γνώση τους, επειδή η νέα έρευνα και οι βελτιωμένοι τρόποι να θεραπευθεί ο διαβήτης αναπτύσσονται συνεχώς. Ο αυτοέλεγχος σε συνεργασία με το γιατρό μπορεί να αποτρέψει τις επιπλοκές. Η αμερικανική ένωση διαβήτη συστήνει ότι η προ- γεύματος μείωση των επιπέδων γλυκόζης αίματος συστήνεται να είναι 80 έως 120 επιπέδου αίματος mg/dL και πριν από τον ύπνο 100 έως 140 mg (Austin, Haans, Johnson, Parkin, Spollett, & Volpone,2006).

Οι άνθρωποι με τύπο 1 διαβήτη πρέπει να φάνε στους σχεδόν ίδιους χρόνους κάθε ημέρα και να προσπαθήσουν να είναι σύμφωνοι με τους τύπους τροφίμων που επιλέγουν. Αυτό βοηθά στη σωστή ρύθμιση του Διαβήτη. Τα άτομα με τύπου 2 Διαβήτη πρέπει να ακολουθήσουν μια ισορροπημένη και χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά διατροφή (Povey, & Clark- Carter,2007).

Η φυσική δραστηριότητα και άσκηση συνεισφέρει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση και επιτυχία στη ρύθμιση του Διαβήτη παρόλο που σε μια πρόσφατη μελέτη σε παιδιά με διαβήτη τύπου 1 δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην ψυχική τους ευημερία γενικά και τη φυσική δραστηριότητα, ή τη γλυκοζηλιωμένη αιμοσφαιρίνη και την άσκηση, ευρήματα που καταδεικνύουν πως δεν υπάρχει άμεση

σχέση ανάμεσα στην ψυχοκοινωνική ευημερία και την άσκηση (Edmunds, Roche, Stratton, Wallymahmed, & Glenn, 2007).

Σημαντικό επίσης είναι η σωστή εκπαίδευση ασθενών με διαβήτη, αφού ερευνητικά αποτελέσματα φανερώνουν πως εφόσον ο διαβητικός εκπαιδευτεί σωστά σε συμπεριφορές φροντίδας της νόσου, αυξάνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών, αποκτάται μεταβολικός άγχος και μειώνεται σημαντικά διαβητικές επιπλοκές. Πέρα από αυτό όμως είναι αναγκαία η διαρκής επανεκπαίδευση των διαβητικών, ώστε να διατηρηθεί η θετική επίδραση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος (Tankova, Dakovska, & Koen, 2001).

Τα φάρμακα για το διαβήτη περιλαμβάνουν την ινσουλίνη και λήψη χαπιών. Η ινσουλίνη δεν χορηγείται με μορφή χαπιών. Εγχύσεις που απαιτούνται γενικά μια έως τέσσερις φορές ανά ημέρα. Μερικοί άνθρωποι χρησιμοποιούν μια αντλία ινσουλίνης, η οποία φοριέται πάντα και παραδίδει μια σταθερή ροή της ινσουλίνης καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. Άλλοι άνθρωποι μπορούν να χρησιμοποιήσουν έναν νέο τύπο εισπνεόμενης ινσουλίνης. Οι προετοιμασίες ινσουλίνης διαφέρουν στο πόσο γρήγορα αρχίζουν να λειτουργούν και πόσο διάστημα παραμένουν ενεργές. Μερικές φορές οι διαφορετικοί τύποι ινσουλινών αναμιγνύονται μαζί σε μια ενιαία έγχυση.

Πέρα από αυτά όμως τα άτομα με Διαβήτη εισπράττουν καθημερινά την έλλειψη κατανόησης για την κατάσταση την οποία βιώνουν σε κοινωνικό, αλλά ακόμα και σε ποιο οικείο- προσωπικό επίπεδο. Η κοινή αντίληψη που επικρατεί πολλές φορές πως η καθημερινότητα με το Διαβήτη είναι ήπια, αλλά και η κατανόηση πως ο Διαβήτης δεν είναι μια ασθένεια που μπορεί να ελεγχθεί απλώς με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής, όπως συμβαίνει με άλλες ασθένειες, δείχνει την έλλειψη ενημέρωσης και την αμάθεια που επικρατεί γενικά (Debono, & Cachia, 2007) .

Πέρα από τα παραπάνω ο Swift σε μια πρόσφατη δημοσίευση του κατηγοριοποιεί κατά κάποιο τρόπο τις ιδιαίτερες ανάγκες – χαρακτηριστικά του Διαβήτη σε ηλικιακές ομάδες. Τα χαρακτηριστικά- ανάγκες αυτά είναι τα εξής:

→ βρέφη και νήπια

- α) εξάρτηση από τους γονείς και από τα οικεία πρόσωπα για την αντιμετώπιση του Διαβήτη
- β) απουσία προγράμματος σε ότι αφορά τις διατροφικές συνήθειες και δραστηριότητες
- γ) δυσκολία αναγνώρισης από το οικείο περιβάλλον, της φυσιολογικής συμπεριφοράς από τη συμπεριφορά που οφείλεται στο Διαβήτη.

δ)δυσαρέσκεια και αίσθημα φόβου για τις ενέσεις και τον συνεχή γλυκαιμικό έλεγχο

ε)συχνότερη εμφάνιση υπογλυκαιμίας

→ προσχολική ηλικία

α)αναγκαιότητα προσαρμογής από το οικογενειακό περιβάλλον στο σχολικό

β)δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων με άλλα παιδιά

γ)εκπαίδευση των παιδιών στην φροντίδα του Διαβήτη με στόχο την αυτονομία τους

δ)προσαρμογή του παιδιού με Διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον

→έφηβοι

α)μείωση ευαισθησίας στην ινσουλίνη λόγω της εφηβείας

β)αλλαγές στη συμπεριφορά

γ)αυξημένος κίνδυνος της κατάθλιψης, του στρες και της χαμηλής αυτοεκτίμησης

δ)μετάβαση στην ενηλικίωση

2.Σακχαρώδης διαβήτης- ψυχοκοινωνική προσέγγιση

2.1. Σακχαρώδης διαβήτης και δημόσια υγεία

Σύμφωνα με στοιχεία της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρίας ο Διαβήτης αποτελεί την πέμπτη κατά σειρά ασθένεια που μπορεί να προκαλέσει θάνατο και η διαβητική νευροπάθεια και αγγειοπάθεια αποτελεί την δεύτερη αιτία ακρωτηριασμού παγκοσμίως μετά από τα τροχαία ατυχήματα. Περίπου 10,9 εκατομμύρια από τον ανδρικό πληθυσμό της Αμερικής πάσχει από Διαβήτη και 9.7 εκατομμύρια από τον γυναικείο πληθυσμό αντίστοιχα, ενώ το ένα τρίτο από αυτούς συνολικά δεν το γνωρίζει.

Η αντιμετώπιση του διαβήτη, οποιουδήποτε τύπου και γενικότερα η φροντίδα των ατόμων με Διαβήτη και του περιβάλλοντος τους αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία, που ανάγκασε τους επιστήμονες στην δημιουργία ειδικών επιστημονικών εταιρειών, τους πάσχοντες στην ίδρυση ενώσεων και ομοσπονδιών και την πολιτεία να καθορίσει στόχους, απαιτήσεις και ποιοτικό έλεγχο των διαβητολογικών κέντρων ,ειδικών ιατρείων, αλλά και των ίδιων των γιατρών ,με την θέσπιση νομοθετικών πλαισίων.(ανασύρθηκε από το διαδύκτιο, 25/12/07)

Ένας κορυφαίος επιστήμονας πάνω στο Διαβήτη, ο καθηγητής Harry Keen, επίτιμος πρόεδρος της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη και αντιπρόεδρος του Διαβήτη στο Ηνωμένο Βασίλειο προτείνει την λεγόμενη ιατρική τριάδα αντιμετώπισης του Διαβήτη, η οποία αποτελείται από την Κλινική ιατρική, τη Δημόσια υγεία και την Επιδημιολογία, ως το 'interface' του Διαβήτη.(Keen, 2001).

Κατά την 43^η ετήσια συνεδρίαση της ευρωπαϊκής ένωσης για την μελέτη του διαβήτη(EASD), στο Άμστερνταμ ο καθηγητής Eberhard Standl (Munich Diabetes Research Institute) δήλωσε πως πάνω από 53 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρώπη υποφέρουν από Διαβήτη τύπου 2 και τις σχετικές επιπλοκές του , που κοστίζουν στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σχεδόν 3,5 φορές περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό που δεν πάσχει από Διαβήτη. Αξιοσημείωτο επίσης είναι πως 5% των προϋπολογισμών υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρη την Ευρώπη ξοδεύονται στους ανθρώπους με Διαβήτη τύπου 2.

2.1.1. Διαβητικοί στην Ελλάδα

Στην χώρα μας πριν από μια δεκαετία δημιουργήθηκε Πανελλήνια Συνομοσπονδία Διαβητικών που στελεχώνεται από τοπικούς συλλόγους διαβητικών από όλη την Ελλάδα. Ο Παγκρήτιος Σύλλογος Διαβήτη αποτελείται από 1500 μέλη και από τους τέσσερις νομούς του νησιού.

Τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν κατά κανόνα το μεγαλύτερο οικονομικό κόστος της φαρμακοθεραπείας των διαβητικών, όπως συμβαίνει σε όλα τα χρόνια νοσήματα στην Ελλάδα. Οι διαβητικοί έχουν ενταχθεί στην κατηγορία των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων έχει ορίσει ειδική νομοθεσία ως προς τον τρόπο εισαγωγής στην τριτοβάθμια εκπαίδευση ατόμων με ειδικές ανάγκες εξεταζόμενοι σε ενδοσχολικό επίπεδο και όχι σε πανελλαδικό, οπότε οι διαβητικοί επωφελούνται της νομοθεσίας αυτής. Δικαιούνται κάρτα δωρεάν μεταφορών από αστικά και υπεραστικά μέσα συγκοινωνιών, που εκδίδεται από την κοινωνική πρόνοια, εφόσον έχουν πιστοποίηση από υγειονομική επιτροπή για ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω. Επίσης σε φορολογικό επίπεδο υπάρχει το ποσό 2000 ευρώ ετησίως αφορολόγητα. Πρόσφατα ψηφίστηκε από το ελληνικό Κοινοβούλιο νομοσχέδιο που παρέχει στους διαβητικούς έκπτωση 50% από τα δημοτικά τέλη των λογαριασμών της ΔΕΗ.

2.1.2. Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη

Η 20η Δεκεμβρίου 2006 σηματοδοτήθηκε ως ημερομηνία έγκρισης του ψήφισματος 61/225 από τη Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών. Στο ψήφισμα αυτό, ο Διαβήτης χαρακτηρίζεται ως μια χρόνια πάθηση, της οποίας η ψυχοσωματική φθορά και οι οικονομικές επιπτώσεις μπορούν να οδηγήσουν στην υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς. Επιπλέον οι σοβαρές επιπλοκές με τις οποίες σχετίζεται η νόσος δύνανται να θέσουν σε κίνδυνο την ανθρώπινη ζωή, καθιστώντας το θέμα του διαβήτη οικογενειακό πρόβλημα, ζήτημα εθνικού προβληματισμού και στη συνέχεια μάστιγα οικουμενικής σημασίας. Το ψήφισμα 61/225 καθιερώνει τη 14η Νοεμβρίου, γνωστή ως Παγκόσμια ημέρα Διαβήτη, ως ημέρα των Ηνωμένων Εθνών. Κάθε χρόνο, η ημέρα αυτή θα εορτάζεται έχοντας στόχο στην εστίαση του ενδιαφέροντος στο θέμα του Διαβήτη, από φέτος.

2.2 Σακχαρώδης διαβήτης και ψυχική υγεία

Όπως συμβαίνει στη διάγνωση κάθε ασθένειας, έτσι και στο Διαβήτη με την έναρξη και ανακοίνωση της νόσου και αναλόγως φυσικά και την προσωπικότητα του ασθενούς, λαμβάνουν χώρα μια σειρά από συναισθηματικές αντιδράσεις, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν ακόμα και την πορεία της νόσου (Theleritis, Psarros, Papadimitriou, & Soldatos, 2007).

Η παθητικότητα, η ανωριμότητα και η αδυναμία αποδοχής της πάθησης, είναι μερικές από τις αντιδράσεις ατόμων που πάσχουν από διαβήτη και που μπορούν να αποδειχθούν επιζήμιες για την εξέλιξη της νόσου και για την πορεία της υγείας του ασθενή. Ακόμη, η ανακοίνωση στον ασθενή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, ενδέχεται να προκαλέσει συναισθήματα, όπως αυτό του θυμού, της απελπισίας και του φόβου και να έχει σημαντική επίπτωση στην αυτοπεποίθηση του ατόμου (Duberstein, & Masling, 2007).

Πολύ συχνό είναι και το φαινόμενο της άρνησης των συμπτωμάτων, με άλλα λόγια, της μη παραδοχής της νόσου. Ιδιαίτερα όταν η νόσος εμφανίζεται σε νεανική ηλικία, κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο αισθάνεται πιο υγιές, γεμάτο ενέργεια, δύναμη και ζωτικότητα, οι ασθενείς αγνοούν τα συμπτώματα και δεν αποδέχονται τη σοβαρότητα της πάθησής τους, με αποτέλεσμα να μην ακολουθούν πιστά τις οδηγίες των γιατρών.

Πολλές μελέτες ως τώρα έχουν δείξει πως οι διαβητικοί έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συναισθηματικές δυσκολίες και δυσκολίες στην συμπεριφορά σε σχέση με μη διαβητικούς. Επίσης άλλες μελέτες έχουν δείξει πως διαβητικοί που αντιμετωπίζουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθημάτων δεν ρυθμίζουν καλά το διαβήτη τους. Σε μια μεταανάλυση 27 μελετών, στις ΗΠΑ, φάνηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και στα διαβητικές επιπλοκές (De Groot, Aderson, Clouse, & Lustman, 2001).

Ειδικοί στο χώρο της ψυχικής υγείας, υποστηρίζουν ότι άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, χαρακτηρίζονται από το λεγόμενο «φόβο της ιδιαιτερότητας». Με άλλα λόγια, όσοι υποφέρουν από τη νόσο αυτή, διακατέχονται από το φόβο μήπως στιγματιστούν, λόγω του ότι η συγκεκριμένη ασθένεια συνδέεται με την παχυσαρκία. Άλλοι πάλι, φοβούνται τις επιπλοκές του διαβήτη, στις οποίες περιλαμβάνονται η νεφροπάθεια, η συμφόρηση, η τύφλωση, η καρδιοπάθεια και τα κυκλοφορικά προβλήματα.

2.3. Σακχαρώδης διαβήτης και διαταραχές διάθεσης.

Σε μια ανασκόπηση αρκετών μελετών που στοχεύουν στη συσχέτιση του διαβήτη με διαταραχές διάθεσης, κατά καιρούς έχει βρεθεί, πως στρεσογόνες εμπειρίες στη ζωή σε κρίσιμες αναπτυξιακές περιόδους, αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης σακχαρώδη διαβήτη. Σε συνδυασμό με δυσλειτουργία του οικογενειακού συστήματος, διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες εμπειρίες που υποβάλλουν το άτομο σε στρες μπορεί να εκδηλωθεί διαβήτης σε ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες. Σε όλες τις μελέτες έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία για την μελέτη των αγχογόνων γεγονότων, από απλές λίστες, ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς και εκ βάθους συνεντεύξεις. Σε άλλες μελέτες πάλι γίνονται προσπάθειες να εξεταστεί κατά πόσο η ύπαρξη στρες συσχετίζεται με γλυκαιμική ρύθμιση και προαγωγή συμπεριφορών υγείας για το διαβήτη (Lloyd,Smith,& Weingner, 2005).

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι, ίσως το μοναδικό χρόνια νόσημα, το οποίο απαιτεί μεγάλο αυτό-έλεγχο και στρατηγικές αυτοπειθαρχίας. Το άγχος και το στρες ενδεχομένως να είναι το κλειδί για το γλυκαιμικό έλεγχο και γι' αυτό το λόγο η ρύθμιση των συναισθημάτων μπορεί να επιφέρει το γλυκαιμικό έλεγχο και ρύθμιση του Διαβήτη. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1999 από τους Lloyd, Dyer, Lancashire, Harris, Daniels και Barnett, εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα σε στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και το γλυκαιμικό έλεγχο σε ενήλικες διαβητικούς. Η μελέτη κατέδειξε άτομα που δεν ρύθμιζαν καλά το διαβήτη τους είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναφέρουν δυσφορία ως προς το άγχος που αντιμετωπίζουν ,σε σύγκριση με άτομα που είχαν ρυθμισμένο διαβήτη.

Σε μια πολύ πιο πρόσφατη μελέτη φετινή των Sultan, Epel, Sachon, Vaillant και Hartemann- Heurtier, που εξετάζει πως οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους μπορούν να επιδράσουν στη ρύθμιση του Διαβήτη, σε διαβητικούς τύπου 1, φάνηκε πως η αποτελεσματική διαχείριση του άγχους προβλέπει χαμηλά επίπεδα γλυκοζηλιωμένης αιμοσφαιρίνης, δηλαδή ρύθμισης του διαβήτη, ακριβώς επειδή ως νόσημα απαιτεί αυτοέλεγχο και πειθαρχία.

Πέρα όμως από τις μελέτες που πραγματοποιούνται σε αμερικάνικο κυρίως πληθυσμό, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία επιβεβαιώνει τη σχέση ανάμεσα σε διαβήτη και αγχώδεις διαταραχές. Οι Kruse, Schmitz και Thefeld μελέτησαν τη σχέση του διαβήτη με ψυχιατρικές διαταραχές χρησιμοποιώντας το CIDI (Composite International Diagnostic Interview), δε βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση

με το διαβήτη και ψυχιατρικές διαταραχές, παρά μόνο με αυξημένες πιθανότητες αγχωδών διαταραχών στους διαβητικούς.

Σε γενικές γραμμές το στρες φαίνεται να εμπλέκεται σε διαδικασίες υπεργλυκαιμίας στους διαβητικούς, δηλαδή οι διαβητικοί που έχουν ιδιοσυγκρασία ευαίσθητη στο στρες να μην κατορθώνουν να ρυθμίζουν επαρκώς το Διαβήτη τους, μιας και το άγχος επηρεάζει τις μεταβολικές διεργασίες(Surwit, Schneider, & Feinglos, 1992).

Οι Peyot και Rubin σε μια μελέτη τους το 1997 προσπάθησαν να εξετάσουν τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους ανάμεσα σε διαβητικούς και να αναγνωρίσουν παράγοντες που κατατάσσουν ορισμένους διαβητικούς σε ομάδες υψηλού κινδύνου για αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη. Οι διαβητικοί φάνηκε να έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης από το γενικό πληθυσμό και η ομάδα που ενδέχεται να έχει χαρακτηριστικά τα οποία την κατατάσσουν ως χαμηλού κίνδυνου, ενδέχεται να έχει ποσοστό εμφάνισης διαταραχής 5-7%, ενώ η ομάδα υψηλού κινδύνου 82- 93%.

Μια πιο πρόσφατη προσέγγιση του Διαβήτη και της κατάθλιψης που πραγματοποιήθηκε το 2007 από το Vastag, σε διαβητικούς τύπου 2, έδειξε πως άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, τα οποία αναφέρουν καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιθανό να εμφανίσουν διαβήτη σε ποσοστό 50-60 % περισσότερο, σε σχέση με άτομα κοντινής ηλικίας που δεν εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Σε μια πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να εξετάσει το αίσθημα της κατάθλιψης, του άγχους και θυμού σε διαβητικές γυναίκες κατέδειξε πως οι διαβητικές βιώνουν τα παραπάνω συναισθήματα, τα οποία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους και την αναγκαιότητα της παροχής σωστής ψυχολογικής υποστήριξης σε αυτές(Penckofer, Ferrans, Velsor-Friedrich, & Savoy, 2007).

2.4. Σκοπός έρευνας

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές μελέτες σχετικά με το σακχαρώδη διαβήτη και την ψυχική ευεξία των διαβητικών, την ποιότητα ζωής τους, μελέτες ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τον γλυκαιμικό έλεγχο, και ακόμα περισσότερες βιο-ιατρικές μελέτες σχετικά με το Διαβήτη. Έρευνες έχουν δείξει πως μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, είναι ιδιαίτερα αυξημένα ανάμεσα σε διαβητικούς ιδιαίτερα κατά την παρουσία δύο ή περισσότερων διαβητικών επιπλοκών (Egede, 2005).

Στην ελληνική βιβλιογραφία ωστόσο υπάρχουν μεν δημοσιεύσεις, οι οποίες επικεντρώνονται αφενός στη βιολογική θεώρηση του Διαβήτη και αφετέρου η δειγματοληψία για τις μελέτες συγκαταλέγει διαβητικούς τύπου ένα και δυο μαζί.

Επίσης πρέπει να λάβουμε υπόψη πως ο Διαβήτης, ιδιαίτερα του τύπου 1 εκδηλώνεται σε νεαρές ηλικίες και παιδιά ή έφηβοι υιοθετούν ένα νέο τρόπο ζωής από τη στιγμή της διάγνωσης ουσιαστικά, επιφέροντας πολλές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στη ζωή τους, είτε άμεσα, είτε μακροπρόθεσμα.

Βασιζόμενοι σε μια πρόσφατη διπλωματική εργασία,(2007), της Φουντουλάκη, που διαπραγματεύεται τους βιοσυμπεριφορικούς παράγοντες που επιδρούν στην ευεξία των διαβητικών πραγματοποιήσαμε μια μελέτη η οποία επικεντρώνεται σε διαβητικούς τύπου 1 και τις τυχόν διαταραχές διάθεσης (άγχος και κατάθλιψη), που εμφανίζουν.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να εξεταστεί η σχέση ανάμεσα σε Διαβήτη- Άγχος- Κατάθλιψη εξετάστηκαν , δηλαδή κατά πόσο οι διαβητικοί έχουν περισσότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης από τον υγιή, χωρίς Διαβήτη πληθυσμό και εάν τα υψηλότερα επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης επηρεάζουν τους διαβητικούς να ρυθμίσουν το Διαβήτη τους, όταν και αν φυσικά έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης από τους μη διαβητικούς. Με τον περιορισμό της ομάδας των διαβητικών σε ινσουλινοεξαρτώμενους, τύπου 1, χωρίς διαβητικές επιπλοκές, θα προσπαθήσουμε να εξετάσουμε τις ιδιαιτερότητες και τις αποκλίσεις του πληθυσμού αυτού, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου στην Κρήτη.

2.5. Ερευνητικά ερωτήματα- υποθέσεις

Πολλές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί καταδεικνύοντας αιτιότητα ανάμεσα στο σακχαρώδη διαβήτη και διάφορες ψυχολογικές δυσκολίες. Η αρχική μας υπόθεση ήταν πως ενδεχομένως άτομα με Διαβήτη τύπου 1 εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, συγκριτικά με άτομα που δεν έχουν Διαβήτη. Εφόσον επαληθευθεί αυτό, υποθέτουμε πως το άγχος και η καταθλιπτική διάθεση επηρεάζουν τους διαβητικούς σε συμπεριφορές υγείας (τακτικές ημερήσιες μετρήσεις σακχάρου αίματος, τακτές αιματολογικές εξετάσεις αίματος, εξετάσεις στα άκρα και την όραση, συνεπής λήψη φαρμάκων και γευμάτων), προς τη ρύθμιση του διαβήτη σε σχέση με διαβητικά άτομα που έχουν φυσιολογικά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης

Και αναλόγως αν επαληθευτεί η εναλλακτική υπόθεση, υποθέτουμε πως οι διαβητικοί που έχουν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη δεν ακολουθούν συμπεριφορές υγείας για το διαβήτη τους, σε σχέση με διαβητικούς που δεν έχουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση σχετίζεται με το αν αυξάνονται τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου, δηλαδή όσο περισσότερα χρόνια πάσχει ο διαβητικός από διαβήτη, τόσο υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης θα εμφανίσει, συγκριτικά με διαβητικούς που πάσχουν λιγότερα χρόνια από την ασθένεια.

Η τρίτη ερευνητική υπόθεση αφορά το πώς αξιολογούν την κατάσταση υγείας τους οι διαβητικοί (άριστη, πολύ καλή, καλή, μέτρια και κακή) σε σχέση με τη μέση τιμή HbA1c. Αν δηλαδή οι διαβητικοί που έχουν μέτρια ρυθμισμένο διαβήτη αξιολογούν λιγότερη καλή την κατάσταση της υγείας τους, συγκριτικά με τους διαβητικούς που έχουν καλύτερα ρυθμισμένο το διαβήτη τους.

B) ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. Δείγμα έρευνας – παράμετροι επιλογής

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 80 άτομα εκ των οποίων ήταν οι 40 διαβητικοί τύπου 1 και 40 υγιή άτομα, (χωρίς διαβήτη), ως ομάδα ελέγχου, με μόνιμο τόπος διαμονής την Κρήτη, από όλους τους νομούς του νησιού. Απαραίτητη προϋπόθεση για να συμμετάσχουν οι διαβητικοί ήταν να είναι ινσουλινοεξαρτώμενοι τύπου 1 και να μην έχουν κάποια διαβητική επιπλοκή. Ο μέσος όρος των ετών της πάθησης είναι 15.5 χρόνια και η τυπική απόκλιση της κατανομής 8.97.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κατά τη διάρκεια ενός μήνα (Νοέμβριος 2007) από 80 άτομα, εκ των οποίων ήταν 40 άτομα διαβητικοί και 40 άτομα υγιείς, με τη μέθοδο 50- 50.

Σε γενικές γραμμές οι ηλικίες των συμμετασχόντων είναι μεταξύ 17 έως 60 ετών, τόσο στους διαβητικούς, όσο και στους υγιείς. Ηλικιακά προκύπτει σχεδόν κανονική κατανομή στους διαβητικούς, με μέσο όρο χρονική διάρκεια της πάθησης τα 15,5 χρόνια στο δείγμα μας και με τυπική απόκλιση 8,97 στην κατανομή.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε ότι στα 80 άτομα τα 36 ήταν παντρεμένα, 35 άτομα ανύπαντρα, 2 άτομα σε χηρεία και μόλις 4 άτομα διαζευγμένα. Σχετικά με την εργασιακή κατάσταση των συμμετασχόντων από τα 80 άτομα οι 51 ήταν εργαζόμενοι, 19 άνεργοι, και 6 συνταξιούχοι. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετασχόντων, βρέθηκε συνολικά από τους 80 κανέννας, τόσο απ' τους διαβητικούς, όσο και από τους υγιείς, δεν ήταν αναλφάβητος, 8 άτομα ήταν πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (δηλαδή απόφοιτοι Δημοτικού), 38 ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο- Λύκειο), και 32 τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Εν κατακλείδι, σχετικά με το μηνιαίο εισόδημα, από τους 80 συμμετάσχοντες, οι 11 είχαν εισόδημα έως 300 ευρώ, 7 άτομα με εισόδημα έως 500 ευρώ, 17 άτομα με εισόδημα 1000 ευρώ, και 30 με εισόδημα μεγαλύτερο από 1000 ευρώ.

Πιο συγκεκριμένα στην κατηγορία των διαβητικών ατόμων, σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, 16 άτομα ήταν παντρεμένα, τα 18 ανύπαντρα, 1 σε χηρεία και μόλις 2 διαζευγμένα, ενώ 3 άτομα δεν απάντησαν στην ερώτηση. Η εργασιακή κατάσταση των διαβητικών συμμετασχόντων συμπεριλάμβανε 22 εργαζόμενους, 10 άνεργους και 4

συνταξιούχους, ενώ 4 άτομα δεν απάντησαν την ερώτηση. Στο μορφωτικό επίπεδο των διαβητικών, 3 άτομα ήταν πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, 17 ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, και 18 τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, και 2 άτομα δεν απάντησαν την ερώτηση. Σε σχέση με το εισόδημα, οι διαβητικοί με εισόδημα ως 300 ευρώ ήταν 6, 5 άτομα με μηνιαίο εισόδημα έως 500 ευρώ, 6 με εισόδημα 1000 ευρώ, και 15 με εισόδημα μεγαλύτερο από 1000 ευρώ, ενώ 7 άτομα δεν απάντησαν την ερώτηση.

Ανάμεσα στα υγιή άτομα και την οικογενειακή κατάσταση, τα 20 ήταν παντρεμένα, τα 17 ανύπαντρα, ένα σε χηρεία και μόλις 2 διαζευγμένα. Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση 29 ήταν εργαζόμενοι, οι 9 άνεργοι και 2 συνταξιούχοι. Αντίστοιχα στο μορφωτικό επίπεδο των υγιών οι 5 πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, 21 ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, και 14 τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ενώ δεν απάντησαν την ερώτηση τρία άτομα. Τέλος όσον αφορά το εισόδημα, 5 είχαν εισόδημα έως 300 ευρώ, 2 έως 500 ευρώ, 11 με εισόδημα 1000 ευρώ, και 15 με εισόδημα μεγαλύτερο από 1000 ευρώ, ενώ 7 άτομα δεν απάντησαν την ερώτηση

2. Διαδικασία

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 80 άτομα, 40 διαβητικούς τύπου 1 και 40 υγιείς, από την Κρήτη, από όλους τους νομούς του νησιού. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από μέλη του Παγκρήτιου Συλλόγου Αγώνα Κατά του Διαβήτη, σε συνεννόηση με το διοικητικό συμβούλιο του συλλόγου, οι οποίοι βοήθησαν στην ανεύρεση μελών του συλλόγου, με διαβήτη τύπου 1. Ο τόπος συμπλήρωσης από τα μέλη του συλλόγου ήταν η Αθήνα, όπου βρέθηκαν τα μέλη για τις διεργασίες εκλογών της Πανελληνίας Συνομοσπονδίας Διαβητικών, αρχές Νοεμβρίου, 2007.

Τα άτομα χωρίς διαβήτη που συμμετείχαν στην έρευνα, επιλέχθηκαν τυχαία, μοιράζοντας ερωτηματολόγια σε οικεία άτομα, από όλο οι οποίοι μας έφεραν σε επαφή με γνωστούς τους. Σε κάθε περίπτωση ο σκοπός της έρευνας εξηγούνταν με προσωπική επαφή δική μας, τόσο στους διαβητικούς, όσο και στους υγιείς.

Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν από κοινού σε διαβητικούς και υγιείς ήταν η Κλίμακα Κατάθλιψης του Center For Epidemiological Studies(CES-D), για την μέτρηση της κατάθλιψης, και η Κλίμακα Άγχους του Spielberg (STAI/A- State), για την μέτρηση του άγχους. Επίσης χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια για τη συλλογή δημογραφικών στοιχείων, με επιπρόσθετες ερωτήσεις στους διαβητικούς, γύρω από συμπεριφορές υγείας, σχετικές με τη φροντίδα του διαβήτη.

3. Ψυχομετρικά εργαλεία

Συνολικά χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνα τρία συνολικά ερωτηματολόγια. Οι κλίμακες άγχους και κατάθλιψης χορηγήθηκαν από κοινού, τόσο στους διαβητικούς, όσο και στα υγιή άτομα. Ένα γενικό ερωτηματολόγιο με κοινωνικό- δημογραφικά στοιχεία χορηγήθηκε και στις δύο ομάδες, με ορισμένες πρόσθετες ερωτήσεις στα διαβητικά άτομα. Οι ερωτήσεις αποσκοπούσαν στην συλλογή πληροφοριών σχετικές με συμπεριφορές υγείας στους διαβητικούς, όπως παραδείγματος χάρη τη χρονική διάρκεια της πάθησης, το σχήμα θεραπείας που ακολουθούν, την τελευταία τιμή της γλυκοζηλιωμένης τους, τη συχνότητα μετρήσεων σακχάρου αίματος, αν καπνίζουν, αν και πόσο συχνά γυμνάζονται, εάν παίρνουν τα φάρμακα τους σωστά, αν κάνουν γενικές εξετάσεις για τον έλεγχο της υγείας τους και τέλος μια ερώτηση αυτοαναφοράς για το πώς θα χαρακτήριζαν οι ίδιοι την κατάσταση της υγείας τους.

Η αρχική ιδέα ήταν να συγκριθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της ομάδας των διαβητικών ατόμων για να εξεταστεί αν υπάρχει ομοιογένεια ανάμεσα τους, έτσι ώστε να αποκλειστεί η παρεμβολή κοινωνικό- δημογραφικών διαφορών ως ενδιάμεση μεταβλητή που να επηρεάσει τις αναλύσεις των δεδομένων.

Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης για την κατάθλιψη ήταν η Κλίμακα Κατάθλιψης του Center For Epidemiological Studies(CES-D) μεταφρασμένη και σταθμισμένη στον ελληνικό πληθυσμό το 2001 από τους Fountoulakis, Iacovides, Kleanthous, Samolis, Kaprinis, Sitzoglou, Kaprinis & Bech. Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει είκοσι ερωτήσεις(δεν είχα διάθεση να φάω, αισθανόμουν κατάθλιψη, αισθανόμουν μεγάλη μοναξιά, ήμουν χαρούμενος), σε κλίμακα Likert με σκορ από 0-3 όπου το 0 εκφράζει σπάνια ή καθόλου, το 1 μερικές φορές, το 2 αρκετές φορές και το 3 σταθερά ή τις περισσότερες φορές. Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν ερωτήσεις που σχετίζονται με σκέψεις, αισθήματα, ή συμπεριφορές που ο συμμετέχων έκρινε πως είχε κατά την τελευταία εβδομάδα.

Για την μέτρηση του άγχους χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Άγχους του Spielberger (STAI/A- State), μεταφρασμένη και σταθμισμένη στον ελληνικό πληθυσμό το 1984 από το Λιάκο και τη Γιαννίτση. Η κλίμακα αποτελείται από είκοσι ερωτήσεις (πχ. Αισθάνομαι ήρεμος, αισθάνομαι ασφαλής, αισθάνομαι άγχος), τα οποία αντιπροσωπεύουν το πώς αισθάνεται ο κάθε συμμετέχων στο παρόν. Οι απαντήσεις είναι σε κλίμακα Likert, από το 1 (Καθόλου) ως το 4 (Πάρα πολύ).

Επιλέχθηκαν οι παραπάνω ψυχομετρικές κλίμακες επειδή είναι σύντομες, ως προς τον χρόνο που απαιτείται για να συμπληρωθούν, ευκρινείς και απλές, ως προς την κατανόηση τους και έχουν αρκετά καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα όσον αφορά τη στάθμιση τους στον ελληνικό πληθυσμό.

Γ) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Άγχος και κατάθλιψη ανάμεσα σε διαβητικούς και μη διαβητικούς.

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων, που συμπληρώθηκαν από διαβητικούς και μη διαβητικούς, πραγματοποιήθηκε μέσω του προγράμματος SPSS και μια σειρά στατιστικών αναλύσεων.

Για να εξεταστούν οι ομοιότητες ή τυχόν διαφορές ανάμεσα στα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης, ανάμεσα σε διαβητικούς και μη διαβητικούς, πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων όρων των ομάδων με το στατιστικό κριτήριο T- Test, για ανεξάρτητα δείγματα, σε σχέση με τη γενική βαθμολογία κάθε ομάδας στα ερωτηματολόγια του άγχους και της κατάθλιψης. Ο μέσος όρος για το άγχος στους διαβητικούς ήταν 51,6250 με τυπική απόκλιση 5,1624, ενώ ο μέσος όρος του άγχους για τους μη διαβητικούς ήταν 51,1282 με τυπική απόκλιση 4,4614. Ο μέσος όρος σχετικά με την κατάθλιψη στους διαβητικούς ήταν 27,8250 και η τυπική απόκλιση ήταν 3,5147, ενώ ο μέσος όρος για την κατάθλιψη στους μη διαβητικούς ήταν 27,5135 με τυπική απόκλιση 3,3385. Στο συγκεκριμένο T- Test το Levene test έδειξε πως υπάρχει ίση διασπορά στις τιμές των ομάδων.

Η διαφορά μεταξύ των μέσων όρων ανάμεσα σε διαβητικούς και μη διαβητικούς δεν εμφάνισε κάποια στατιστική σημαντικότητα. Όσον αφορά τη διαφορά στους μέσους όρους ως προς το άγχος ανάμεσα σε διαβητικούς και μη διαβητικούς έχουμε $t(77) = .457, ns$ με τυπικό σφάλμα μέσου όρου $= 1,0867$ και για την κατάθλιψη $t(75) = .398, ns$, με τυπικό σφάλμα μέσου όρου $= .7827$ (βλ. παράρτημα, πίνακες 1^A και 1B).

Πίνακας 1. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις κατάθλιψης και άγχους ανάμεσα σε υγιείς και διαβητικούς.

		N	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Άγχος	Διαβητικοί	40	51,6250	5,1624
	Υγιείς	39	51,1282	4,4614
Κατάθλιψη	Διαβητικοί	40	27,8250	3,5147
	Υγιείς	37	27,5135	3,3385

2. Άγχος διαβητικών.

Προσπαθήσαμε να εξετάσουμε το άγχος συγκρίνοντας τους μέσους όρους ανάμεσα στις ομάδες των διαβητικών και των υγιών αντίστοιχα, και σε σχέση με το φύλο, άντρες και γυναίκες, τα αποτελέσματα όμως δεν μας έδωσαν κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Για τις συγκρίσεις των μέσων όρων χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα. Πιο συγκεκριμένα με εξαρτημένη μεταβλητή το άγχος συγκριτικά με διαβητικούς και υγιείς βρήκαμε πως οι διαβητικοί έχουν μέσο όρο 51,655, ενώ στους υγιείς ο μέσος όρος είναι 51,144. Διαπιστώσαμε πως ο διαβήτης δεν αποτελεί παράγοντα που αυξάνει τα επίπεδα άγχους, αφού το αποτέλεσμα είναι στατιστικά ασήμαντο με $F(3,97) = .244, p < .005$. (βλ. παράρτημα, πίνακες 2^A, 2B)

Με εξαρτημένη μεταβλητή του άγχος και εξετάζοντας τη σχέση του με το φύλο βρήκαμε πως οι άντρες έχουν μέσο όρο 51,349 και οι γυναίκες 51,421, με στατιστικά ασήμαντη σχέση, $F(3,97) = .004, p < .005$. (βλ. παράρτημα, πίνακες 3^A, 3B). Εξετάζοντας τη σχέση ανάμεσα σε διαβητικούς και υγιείς, άντρες και γυναίκες δε βρήκαμε κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές με $F(3,97) = 1,092, p < .005$ (βλ. παράρτημα, πίνακας 4).

Πίνακας 2. μέσοι όροι και τυπικό σφάλμα για άγχος ανάμεσα σε διαβητικούς και υγιείς.

Ομάδες	Μέσος όρος	Τυπικό σφάλμα
Διαβητικοί	51,655	,769
Υγιείς	51,114	,778

3.Κατάθλιψη διαβητικών.

Όσον αφορά την κατάθλιψη ανάμεσα σε διαβητικούς και υγιείς , με μέσο όρο στους διαβητικούς 27,893 και μέσο όρο στους υγιείς 27,531, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με $F(1-73)= .232$, ns(βλ. παράρτημα, πίνακες 5^A, 5B).Για τη σύγκριση των μέσων όρων χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα.

Εξετάζοντας τη σχέση ανάμεσα στο φύλο και την κατάθλιψη, με εξαρτημένη μεταβλητή την κατάθλιψη, ανάμεσα σε διαβητικούς και υγιείς, ο μέσος όρος στους διαβητικούς άντρες ήταν 26,524, και ο μέσος όρος στους υγιείς άντρες ήταν 26,895, ενώ αντίστοιχα στις διαβητικές γυναίκες ο μέσος όρος ήταν 29,263 και στις γυναίκες χωρίς διαβήτη 28,167. Παρόλο που δεν βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική σχέση, με $F(1-73)= 7,104$, n.s., ως προς την κατάθλιψη ανάμεσα σε διαβητικούς και υγιείς, βλέπουμε πως οι γυναίκες γενικά τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους άντρες, με αμελητέα διαφορά ανάμεσα στις διαβητικές και στις υγιείς γυναίκες(βλ. παράρτημα, πίνακες 5Γ, 5Δ, 5^E).

Πίνακας 3.μέσοι όροι και τυπικό σφάλμα κατάθλιψης ανάμεσα σε διαβητικούς& υγιείς σε σχέση με το φύλο.

Ομάδες	Φύλο	Μέσο όρο	Τυπικό σφάλμα
Διαβητικοί	Άντρες	26,524	,719
	Γυναίκες	29,263	,756
Υγιείς	Άντρες	26,895	,756
	Γυναίκες	28,167	,777

4.Άγχος και κατάθλιψη στους διαβητικούς με την πάροδο του χρόνου

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση εξετάζει εάν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης αυξάνονται στους διαβητικούς με την πάροδο του χρόνου. Τα έτη ασθένειας συλλέχθηκαν από ανοιχτού τύπου ερώτηση και η ανάλυση τους έγινε χωρίζοντας τους διαβητικούς σε ομάδες με λιγότερο ή περισσότερο από 10 έτη ασθένειας, με την υπόθεση πως οι πάσχοντες από διαβήτη περισσότερο από 10 έτη, έχουν την τάση να εμφανίζουν περισσότερα επίπεδα σε άγχος και κατάθλιψη. Για να εξεταστεί η συσχέτιση αυτή χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα και ο δείκτης Pearson's r. Εξετάζοντας τα έτη πάθησης, χρησιμοποιώντας το κριτήριο t, ο μέσος όρος για τα άτομα που έπασχαν από διαβήτη λιγότερο από δέκα χρόνια, ως προς το άγχος ήταν 51,6875 και SD=3,7722, ενώ στους διαβητικούς που έπασχαν από διαβήτη περισσότερο από δέκα χρόνια, το μέσο όρο ήταν 50,7391 και η τυπική απόκλιση 4,9287. Ο μέσος όρος ως προς την κατάθλιψη στους διαβητικούς με διαβήτη λιγότερο από δέκα χρόνια, ήταν 27,200 και η τυπική απόκλιση 3,3848, και στους διαβητικούς με διαβήτη άνω της δεκαετίας, ο μέσος όρος ήταν 27,7273 και η τυπική απόκλιση 3,3691. Ως προς την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους οι διαβητικοί με διαβήτη λιγότερο από δεκαετία, είχαν μέσο όρο 2,3750 και SD=1,2042, ενώ οι διαβητικοί με διαβήτη άνω μιας δεκαετίας είχαν μέσο όρο 2,7917 και SD=.8836. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν με τη χρήση του T-test δεν εμφανίζουν κάποια στατιστική σημαντικότητα με $t(37)=.521$, n.s. και διαφορά μέσων όρων .9484 για την κατάθλιψη και τα έτη πάθησης, $t(35)=.644$, n.s. για το άγχος και τα έτη πάθησης και διαφορά μέσων όρων -.5273 και τέλος $t(38)=.246$, n.s. για την αξιολόγηση της υγείας τους και τα έτη πάθησης(βλ παράρτημα, πίνακες 6^A, 6B) .

Πίνακας 4.Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις άγχους -κατάθλιψης-αξιολόγησης υγείας

	Έτη πάθησης	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Άγχος	<10 έτη	16	51,6875	3,7722
	>10 έτη	23	50,7391	4,9287
Κατάθλιψη	<10 έτη	15	27,2000	3,3848
	>10 έτη	22	27,7273	3,3691
Κατάσταση υγείας	<10 έτη	16	2,3750	1,2042
	>10 έτη			
	<10 έτη	24	2,7917	,8836
	>10 έτη			

Χρησιμοποιώντας το δείκτη συσχέτισης Pearson, και εξετάζοντας την τρίτη ερευνητική υπόθεση, βρέθηκε ότι τα έτη πάθησης συσχετίζονται οριακά με το πόσο θετικά αξιολογούν οι διαβητικοί την υγεία τους, χωρίς όμως να αγγίζουν το όριο της στατιστικής σημαντικότητας σε επίπεδο 0.05 ($r(38) = .230, p > .05$). Όσο δηλαδή περισσότερα χρόνια έχει κάποιος διαβήτη, τόσο καλύτερα τείνει να αξιολογεί την κατάσταση της υγείας του. Στο γεγονός αυτό ενδεχομένως να συμβάλλει η εκπαίδευση γύρω από την ασθένεια, αλλά και το ότι το δείγμα μας αποτελείται από διαβητικούς, χωρίς επιπλοκές. Τα έτη ασθένειας δεν φαίνονται να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το άγχος, φαίνεται όμως η τάση για μείωση του άγχους με την πάροδο του χρόνου στη νόσο ($r(37) = -.102, p > .05$), γεγονός που μπορεί πάλι να ερμηνευθεί λόγω της εξοικείωσης των ασθενών με τη νόσο και την εκπαίδευση πάνω σε αυτή και επειδή το δείγμα δεν έχει επιπλοκές. Για την κατάθλιψη βρέθηκε πως δεν υπάρχει συνάφεια με αύξηση ή μείωση των επιπέδων της σε σχέση με τα έτη της νόσου ($r(35) = .10, p > .05$). Σχετικά με την αξιολόγηση της υγείας τους και το άγχος δεν υπάρχει συστηματική συνάφεια ($r(38) = .051, p > .05$), ούτε με την κατάθλιψη ($r(36) = .070, p > .05$), αναμενόμενα από τη στιγμή που δεν εμφανίζουν περισσότερο άγχος ή κατάθλιψη περισσότερο από τους υγιείς, γεγονός που πιθανά αν υπήρχε να τους επηρέαζε στην αξιολόγηση της υγείας τους.

Πίνακας 5. συσχετίσεων άγχους- κατάθλιψης-αξιολόγησης υγείας και ετών πάθησης

		Έτη πάθησης	Κατάσταση υγείας	άγχος	κατάθλιψη
Έτη πάθησης	Pearson Correlation	1,000	,230	-,102	,100
	Sig. (2-tailed)	,	,154	,538	,556
Κατάσταση υγείας	Pearson Correlation	,230	1,000	,051	,070
	Sig. (2-tailed)	,154	,	,753	,678
Άγχος	Pearson Correlation	-,102	,051	1,000	,049
	Sig. (2-tailed)	,538	,753	,	,672
Κατάθλιψη	Pearson Correlation	,100	,070	,049	1,000
	Sig. (2-tailed)	,556	,678	,672	,

5. Άγχος και κατάθλιψη ανάμεσα στους διαβητικούς σε σχέση με την ηλικία, αξιολόγηση της υγείας τους και τη ρύθμιση του διαβήτη.

Με τη χρήση Correlations Pearson's r σχετικά με την αξιολόγηση της υγείας οι διαβητικοί δεν φαίνεται να εμφανίζουν συστηματική σχέση με το άγχος και την κατάθλιψη, δηλαδή αν εμφανίζουν περισσότερα επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης αυτοί που αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους πιο θετικά σε σχέση με αυτούς που πιστεύουν πως έχουν λιγότερη καλή υγεία. Η αξιολόγηση της υγείας των διαβητικών με το άγχος έδωσε ($r(37)=.034$, $p>.05$), ενώ με την κατάθλιψη ($r(35)=0.66$, $p>.05$), σχέσεις στατιστικά ασήμαντες. Το αξιοσημείωτο εύρημα ήταν πως οι διαβητικοί, όσο μεγαλύτερη ηλικία είχαν αξιολογούσαν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους με ($r(38)=.318$, $p<0.05$). Ενδεχομένως το εύρημα αυτό να ερμηνεύεται βάση την ωριμότητας και συνειδητότητας της ασθένειας του διαβήτη τύπου 1 από ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας ή ακόμα και λόγω της αύξησης των ετών πάθησης του διαβήτη και η εξοικείωση των ασθενών με συμπεριφορές υγείας προς το διαβήτη με την πάροδο των ετών σε σχέση με μικρότερες ηλικίες. Το άγχος ανάμεσα στους διαβητικούς δεν φαίνεται να σχετίζεται με τα επίπεδα της κατάθλιψης με ($r(34)=.122$, $p>.05$), ούτε με την ηλικία των διαβητικών με ($r(35)=-.087$, $p>.05$), δείχνοντας την τάση να μειώνονται τα επίπεδα του άγχους με την αύξηση της ηλικίας των διαβητικών. Η κατάθλιψη πάλι δεν φαίνεται να εμφανίζει συσχέτιση με τα επίπεδα άγχους στους διαβητικούς ($r(34)=.122$, $p>.05$), ενώ με την αύξηση της ηλικίας οι διαβητικοί φαίνονται να τείνουν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, παρόλο που δεν είναι στατιστικά σημαντική η συσχέτιση ($r(35)=-.087$, $p>.05$).

Πίνακας 6.Συσχετίσεις άγχους- κατάθλιψης- ηλικίας και αξιολόγησης υγείας διαβητικών

		Κατάσταση υγείας	Άγχος	Κατάθλιψη	Ηλικία
Κατάσταση υγείας	Pearson Correlation	1,000	,034	,066	,318(*)
	Sig. (2-tailed)	,	,839	,698	,046
Άγχος	Pearson Correlation	,034	1,000	,122	-,169
	Sig. (2-tailed)	,839	,	,478	,304
Κατάθλιψη	Pearson Correlation	,066	,122	1,000	-,087
	Sig. (2-tailed)	,698	,478	,	,607
Ηλικία	Pearson Correlation	,318(*)	-,169	-,087	1,000
	Sig. (2-tailed)	,046	,304	,607	,

Το παράδοξο εύρημα με την χρήση Correlations Pearson's r ήταν πως οι διαβητικοί τείνουν να αξιολογούν καλύτερη την υγεία τους πιο θετικά όσο μεγαλύτερες τιμές έχει η γλυκοζηλιωμένη αιμοσφαιρίνη τους με ($r(36)=.302, p>.05$), παρόλο που το εύρημα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Το γεγονός αυτό μπορεί να υποδηλώνει, αφενός, την ελλιπή ενημέρωση που ενδεχομένως να έχουν οι διαβητικοί γύρω από το διαβήτη τους και τις συμπεριφορές ρύθμισής του. Αφετέρου θα μπορούσαμε να υποθέσουμε πως οι διαβητικοί που αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους θετική παρόλο που ο μέσος όρος των επιπέδων σακχάρου αίματος τους υπερβαίνει τις φυσιολογικές τιμές, έχουν συνηθίσει υψηλά σάκχαρα αίματος και αναμενόμενα αξιολογούν θετικά την κατάσταση της υγείας τους, αφού το δείγμα της έρευνας μας προέρχεται από διαβητικό πληθυσμό που δεν αντιμετωπίζει διαβητικές επιπλοκές..

Πίνακας 7. Συσχετίσεις άγχους- κατάθλιψης-αξιολόγησης υγείας-Hba1c διαβητικών

		Κατάσταση υγείας	Άγχος	κατάθλιψη	Hba1c
Κατάσταση υγείας	Pearson Correlation	1,000	,034	,066	,302
	Sig. (2-tailed)	,	,839	,698	,065
Άγχος	Pearson Correlation	,034	1,000	,122	-,320
	Sig. (2-tailed)	,839	,	,478	,053
Κατάθλιψη	Pearson Correlation	,066	,122	1,000	,166
	Sig. (2-tailed)	,698	,478	,	,340
Hba1c	Pearson Correlation	,302	-,320	,166	1,000
	Sig. (2-tailed)	,065	,053	,340	,

Δ) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η αποδοχή λοιπόν της μηδενικής υπόθεσης, ότι οι ινσουλινο-εξαρτώμενοι διαβητικοί δεν εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, σε σύγκριση με τον μη διαβητικό πληθυσμό, παρόλο που γενικά τα χρόνια νοσήματα συνδέονται με ψυχολογικές δυσκολίες.

Η παρούσα μελέτη μας έδειξε πως ο διαβητικός πληθυσμός, που πάσχει από διαβήτη τύπου 1 δεν παρουσιάζει κάποια ιδιομορφία σχετικά με το άγχος και την κατάθλιψη σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί είτε κυριολεκτικά, είτε ενδεχομένως να σημασιοδοτεί την εξοικείωση των διαβητικών με τα συγκεκριμένα ψυχομετρικά τεστ που χρησιμοποιήθηκαν, λαμβάνοντας υπόψη πως είναι ευρέως διαδεδομένα, απλά, έγκυρα, αξιόπιστα και κατανοητά από τους συμμετέχοντες.

Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με μια σειρά ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί, στο εξωτερικό κυρίως και καταδεικνύουν πως οι ασθενείς με διαβήτη έχουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, από ότι τα άτομα χωρίς μια χρόνια πάθηση (πχ. Peyot, & Rubin, 1997. De Groot et al., 2001. Kruse et al., 2003. Vastag, 2007).

Το παράδοξο εύρημα φυσικά ήταν πως όσο πιο αρρυθμιστο Διαβήτη είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο καλύτερα έτειναν να αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους ($r(36)=-.302$), παρόλο που το εύρημα αυτό δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Το αποτέλεσμα αυτό μας παραξενεύει καθώς είναι γνωστό από πολλές μελέτες πως η φροντίδα του διαβήτη σχετικά με την διατροφή, άσκηση, παρακολούθηση του σακχάρου, είναι καλύτερη, ενώ η κακή ρύθμιση φέρνει αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών, και κακή κατάσταση υγείας γενικά(π.χ. Lin et al, 2004. Lange, & Piette, 2005).

Το εύρημα αυτό ενδεχομένως να καταδεικνύει την ελλιπή εκπαίδευση που έχουν οι διαβητικοί αφενός, αλλά και ενδεχομένως να προσδίδει την χαμηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα της αυτοαναφοράς ως μέθοδο στην έρευνα μας. Ενδεχομένως η εξέταση ταυτόχρονα και του ιατρικού φακέλου των ασθενών να πρόσδιδε περισσότερη αξιοπιστία στην παρούσα μελέτη. Επιπλέον το δείγμα της έρευνας αποτελείται από διαβητικό πληθυσμό που δεν αντιμετωπίζει διαβητικές επιπλοκές και πιθανά η έλλειψη συνεπειών-επιπλοκών από τα υψηλά επίπεδα σακχάρου αίματος που έχουν δεν τους εμποδίζει να αξιολογούν θετικά την κατάσταση της υγείας τους.

Επίσης η καλή αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των διαβητικών σε σχέση με την ηλικία των συμμετασχόντων ($r(38)=-.318$,

$p < .05$) δείχνει πως η εξοικείωση με συμπεριφορές φροντίδας του διαβήτη όσο περνάνε τα χρόνια πιθανά να είναι καλύτερη. Ακόμα το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί, σε σχέση με τα επίπεδα άγχους που τείνουν και αυτά να μειώνονται όσο αυξάνεται η ηλικία των διαβητικών ($r(37) = -.169$, $p > .05$), όπως και της κατάθλιψης ($r(35) = -.087$, $p > .05$) με το γεγονός ότι με την πάροδο του χρόνου τα άτομα γενικά ωριμάζει και υιοθετεί πιθανά καλύτερες και αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου, από ότι σε μικρότερες ηλικίες.

Βασικοί περιορισμοί της μελέτης μας αποτελούν το μέγεθος του δείγματος ($n=40$), το οποίο δεν είναι αρκετά μεγάλο για το μέγεθος και τις διαστάσεις της ασθένειας που μελετήθηκε, καθώς επίσης και η αντιπροσωπευτικότητα του μπορεί να τεθεί υπό αμφισβήτηση, καθώς το δείγμα μας αποτελείται αποκλειστικά από διαβητικούς- μέλη του τοπικού συλλόγου διαβητικών. Η επανάληψη της έρευνας με μεγαλύτερο δείγμα, με τυχαία δειγματοληψία, ίσως να δείξει περισσότερα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και τα αποτελέσματα να συγκριθούν με αποτελέσματα διαβητικών εκτός Κρήτης.

Σε ερευνητικό επίπεδο, έχοντας διαφορετικά αποτελέσματα ερευνών σε δείκτες όπως η κατάθλιψη και το άγχος στον ελληνικό διαβητικό πληθυσμό, σε σχέση πληθυσμό από άλλες χώρες, τόσο από την παρούσα μελέτη, όσο και από τη μελέτη της Φουντουλάκη (2007), θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον να πραγματοποιηθεί μια διαπολιτισμική μελέτη ανάμεσα στους διαβητικούς που να εξετάζει τις συγκεκριμένες παραμέτρους, ή και περισσότερες.

Επίσης θα είχε μεγάλο ενδιαφέρον να εξεταστούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αλλά και η συναισθηματική νοημοσύνη ή παράγοντες αυτορύθμισης των συναισθημάτων τους, οι οποίοι τους καθιστούν ικανούς να έχουν δείκτες ψυχικής υγείας στο ίδιο επίπεδο με τον υγιή πληθυσμό, ως συνέχεια της παρούσας μελέτης.

Εν κατακλείδι, θα ήταν εξίσου ενδιαφέρον να πραγματοποιηθεί μια μελέτη ανάμεσα σε διαβητικούς, εξετάζοντας και τον παράγοντα της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι διαβητικοί, τόσο από την οικογένεια τους, όσο και από το οικείο περιβάλλον τους.

Οι πρακτικές διαστάσεις των ευρημάτων της μελέτης αυτής διαφοροποιούν τις διαστάσεις των ψυχολογικών επιπτώσεων που προκύπτουν στο διαβήτη τύπου 1, σε σχέση με άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί πάνω σε διαβητικούς, με τύπου 1 και 2 διαβήτη. Στην μελέτη αυτή φάνηκε πως τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης δεν διαφοροποιούνται σημαντικά στο διαβητικό πληθυσμό σε σχέση με άτομα χωρίς διαβήτη, παρά μόνο τείνουν να αυξάνονται με την πάροδο του

χρόνου. Η θετική αξιολόγηση της υγείας των διαβητικών, ανεξάρτητα από τη ρύθμιση του διαβήτη τους, τονίζει την αναγκαιότητα για καλύτερη εκπαίδευση που ενδεχομένως χρειάζεται να παρέχεται στους διαβητικούς.

Η έρευνα αυτή αποτελεί ένα σημαντικό βήμα να κατανοήσουμε, παρόλους τους περιορισμούς της, πως ο διαβήτης τύπου 1, που είναι μια ασθένεια που ουσιαστικά οι πάσχοντες από μικρή ηλικία καλούνται να αλλάξουν τρόπο ζωής, να είναι υπεύθυνοι και συνεπείς, έχουν ανάγκη από εκπαίδευση και εκμάθηση τεχνικών αυτοδιαχείρισης της νόσου τους, περισσότερο από στήριξη για την κατάθλιψη και το άγχος, που δεν διαφοροποιείται σε σχέση με τους υγιείς.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του διαβήτη και διάφορες ψυχοκοινωνικές θεραπείες μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της διατροφής, γλυκαιμικού ελέγχου και ποιότητα ζωής των διαβητικών (Delamater et al., 2001). Τα αποτελέσματα αυτά, καθώς και άλλων μελετών, σε επίπεδο παρέμβασης, πρέπει να ληφθούν υπόψη από το θεράποντα ιατρό, καθώς επίσης και από το περιβάλλον του ασθενούς, έτσι ώστε να ακολουθηθεί μια πιο προσεκτική και εξατομικευμένη θεραπευτική αγωγή, που να μπορεί κάθε διαβητικός να αναβαθμίσει τις συμπεριφορές υγείας του και να πετύχει ένα άριστο γλυκαιμικό έλεγχο και μέσα από αυτόν υγιή μακροζωία.

Οι αρμοδιότητες ενός ψυχολόγου σε άτομα με διαβήτη αφορούν την κατανόηση και ερμηνεία των λανθασμένων και διαστρεβλωμένων αντιλήψεων των διαβητικών για την ασθένεια τους. Οι ασθενείς έχουν πολλές και ποικίλες αντιδράσεις όταν τους ανακοινώνεται ότι πάσχουν από μια ανίατη ασθένεια. Κάποιοι αντιμετωπίζουν με νηφαλιότητα το απρόσμενο και δυσάρεστο γεγονός, ενώ άλλοι αδυνατούν να το αποδεχτούν υιοθετώντας συμπεριφορές που επιβαρύνουν την υγεία τους. Δεν είναι λίγοι οι ασθενείς που «εθελουφλούν» μπροστά στα συμπτώματα τις ασθένειάς τους, δεν συμμορφώνονται με την ιατρική αγωγή και αποφεύγουν να έρθουν αντιμέτωποι με το πρόβλημα ώστε να το αντιμετωπίσουν. Ρόλος του ψυχολόγου είναι να διερευνήσει από που πηγάζει αυτή η συμπεριφορά προκειμένου να προσπαθήσει στο επόμενο στάδιο των ενεργειών του να καταπολεμήσει ό,τι παρεμποδίζει την προώθηση της υγείας του ασθενούς.

Η ένταξη ατόμων με υψηλό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της νόσου σε ειδικά νοσοκομειακά προγράμματα είναι ένας τρόπος να ελαττώσουμε τις περιπτώσεις διαβητικών στη χώρα μας. Τα προγράμματα αυτά θα έχουν ως στόχο τη μείωση της παχυσαρκίας, την αύξηση της σωματικής άσκησης και την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών. Μια πρόσφατη έρευνα του Swift (2007) απέδειξε πως μέθοδοι σαν κι αυτήν

μειώνουν σημαντικά το ποσοστό των διαβητικών επιπλοκών.

Παράλληλα, οι ψυχολόγοι με τη συνδρομή και άλλων επαγγελματιών στο χώρο της υγείας, έχουν τη δυνατότητα να θέσουν σε εφαρμογή στρατηγικές και μεθόδους που θα βοηθήσουν άτομα που δε γνωρίζουν ότι πάσχουν από διαβήτη να το ανακαλύψουν και να τον αντιμετωπίσουν εγκαίρως.

Σημαντική είναι επίσης η συμβολή του ψυχολόγου και σε ειδικά προγράμματα «παρέμβασης» σε θέματα υγείας (intervention programmes), τα οποία εφαρμόζονται ευρέως στο εξωτερικό, αλλά δυστυχώς σε περιορισμένα ειδικά κέντρα και νοσοκομεία της Ελλάδας. Συνήθως, στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι να ενισχύσουν ικανότητες και δεξιότητες του ασθενή προκειμένου να μπορεί να αυτοδιαχειρίζεται τη νόσο του (self-management). Το θέμα της αυτοδιαχείρισης είναι φλέγον σε μια ανίατη ασθένεια όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Οι διαβητικοί αισθάνονται συχνά ότι γίνονται «βάρος» στους δικούς τους ανθρώπους, γεγονός που παράλληλα μειώνει την αυτοεκτίμησή τους και τους καθιστά εξαρτώμενους, πρακτικά και συναισθηματικά από άτομα του οικείου περιβάλλοντός τους. Με τέτοια προγράμματα παρέμβασης οι διαβητικοί εκπαιδεύονται κατάλληλα ώστε να γίνουν αυτόνομοι, να ελέγχουν οι ίδιοι τις διατροφικές τους επιλογές και ακόμα, να διαχειρίζονται θέματα όπως το στρες και οι διαταραχές διάθεσης που είναι συνήθεις επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη (Swift, 2007).

Η συνδρομή ενός ειδικού είναι, αδιαμφισβήτητα, χρήσιμη χωρίς, ωστόσο, να λησμονούμε πως το οικογενειακό περιβάλλον έχει ρόλο καταλυτικό στην ενδυνάμωση της ψυχολογίας και στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης ατόμων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Αυτό που πρέπει πρώτα από όλα να γίνει κατανοητό από το περιβάλλον του ασθενή, είναι, ότι ένας διαβητικός, εξακολουθεί να είναι ένας άνθρωπος που μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, να διατηρήσει την ανεξαρτησία του και να αναλάβει, ο ίδιος προσωπικά, με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, την ευθύνη για την προάσπιση της υγείας του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Diabetes Association, www.diabetes.org, ανασύρθηκε από το διαδίκτυο στις 17/12/07.

Anderson, R., Frelund, K., Clouse, R., & Lustman, P.(2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1969- 1978.

Austin, M.M., Haans, L., Johnson, T., Parkin, C.G., Spollett, G.& Volpone, M.T.(2006). Self- Monitoring of Blood- Glucose: Benefits and Utilization. *The Diabetes Educator*, 32, 835- 47.

Bell, G.I., Horita, S., Haram, J.H. (1984). A polymorphic locus near the insulin- dependent diabetes mellitus, *Diabetes*, 33, 176-183.

Colagiuri, R., *National Diabètes Programmes Toolbox*, Sydney, Australia, 2003.

Debono, M. & Cachia, E.(2007).The impact of diabetes well being and quality of life. The role of patient education. *Psychology, Health and Medicine*,12, 545-55.

De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K.E., & Lustman, P.J.(2001). Association of Depression and Diabetes Complications: A Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*,63, 619-630.

Delamater, A.M., Jacobson, A.M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R., & Wysocki, T.(2001). Psychosocial Therapies in Diabetes. *Diabetes Care*, 24,1286- 1292.

Diabetes in Greece. www.diabetes-in-greece.gr, ανασύρθηκε από το διαδίκτυο στις 29/12/07.

Edmunds, S., Roche, D., Stratton, G., Wallymahmed, K., & Glenn, S., (2007). Physical activity and psychological well- being in children with Type 1 diabetes. *Psychology, Health and Medicine*,12, 353-363.

Egede, L.E. (2005). Effect of Comorbid Diseases on Prevalence and Odds of Depression in Adults With Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 67, 46-51.

EURODIAB ACE Study group, (2006). Variation and trends in incidence of childhood diabetes in Europe. *Lancet*, 873- 6.

Ελληνικό Τμήμα Διεθνούς Έρευνας Νεανικού Διαβήτη, www.jdrf.org.gr, ανασύρθηκε από το διαδίκτυο στις 24/12/07.

Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S.G., Sitzoglou, K, Kaprinis. G.St.& Bech, P.(2001). Reliability, Validity and Psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies- Depression(CES-D) Scale. *BMC Psychiatry*, 1:3. This Article is available from <http://www.biomedcentral.com/1471-244x/1/3>.

Gatchel, R.J., & Oordt, M.S. (2003). *Clinical Health Psychology and Primary Care. Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington, DC: American Psychological Association.

Gillespie, M.K. (2006). Type 1 Diabetes: pathogenesis and prevention, *Diabetes*, 175, 165- 170.

International Diabetes Federation, (2006). *Diabetes Atlas*, 3rd edition.

Καραδήμας, Ε.Χ.(2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω- Γιώργος Δάρδανος.

Καφάτος, Α. (2004). Μεγάλος ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και διαβήτη. *Το Βήμα online*. Το άρθρο είναι διαθέσιμο σε : http://tovima.dolnet.gr/print_article.php?e=B&f=14882m=A402aa=1.

Kaufman, F.(2007). Preventing type 2 diabetes in children-a role for the whole community, *Diabetes Voice*, 52, Special Issue, 35-39.

Keen, H.(2001). Epidemiology, clinical medicine and public health: at the interface. *Diabetes Voice*, 46 issue 4.

King, H., & Herman W.(2001). Global burden of diabetes 1995-2025: Prevalence, numerical estimates, and projections, *Diabetes Care*, 21, 1414-21.

Kruse, J., Schmitz, N.,& Thefeld, W.(2003).On the Association Between Diabetes and Mental Disorders In a Community Sample, *Diabetes Care*, 26,1841- 46.

Ksamseh, M.E., Baradaran, H.R.& Rajabali, H.(2007). Depression and diabetes in Iranian patients: A comparative study, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37, 81-6.

Lange, L.J., & Piette, J.D. (2005). Perceived health status and perceived diabetes control : Psychological indicators and accuracy. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 129-137.

Lin, E.H.B., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G.E., Oliver, M., Ciechanowski, P., Ludman, E.J., Bush, T., & Young, B. (2004). Relationship pf Depression and Diabetes Self- Care, Medication, Adherence, and Preventive Care. *Diabetes Care*, 27,2154- 2160.

Lloyd, E.K., Dyer, P., Lancashire, R., Tirril, H., Daniel, J., & Barnett, A.,(1999).Association between stress and glycemic control in adults with type 1(insulin-dependent) diabetes. *Diabetes Care*, 22,1278- 83.

Lloyd, E.K., Smith, J.,& Weingner.(2005). Stress and Diabetes: A Review of the Links, *Diabetes Spectrum*, 18, 121- 127.

Μελιδώνης, Ανδρέας, (2001). *Η πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη και τω επιπλοκών του*, εκδ. Σελίδα, Αθήνα.

Nair& Muralitharan, (2007).Diabetes Mellitus, part 1: Physiology and complications, *British Journal of Nursing*, 16, issue 3, 184-8.

Penckofer, S., Estwing Ferrans, C., Velsor- Friedrich, B.& Savoy, S.(2007). The Psychological Impact of Living With Diabetes: Women's Day-to-Day Experiences. *The Diabetes Educator*, 33, 680-690.

Peyot, M., & Rubin, M., M. (1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults, *Diabetes Care*, 20, 585-590.

Povey, C.R. & Clark- Carter, D. (2007). Diabetes and Healthy Eating: A Systematic Review of the Literature. *The Diabetes Educator*, 33, 931-59.

Sprangler, J., Summerson, J., H., & Ronny, A., (2001). Smoking status and psychosocial variables in type 1 diabetes mellitus, *Addictive Behaviors*, 26, 21-9.

Sotesz, G. (2007). Diabetes in children: changing trends in an emerging epidemic, *Diabetes Voice*, 52, Special Issue, 13-15.

Standards of medical care in diabetes. (2007, January). *Diabetes Care*, 30 Suppl 1: S4-S41.

Sultan, S., Epel, E., Sachon, C., Vaillant, G., & Hartemann- Heurtier, A. (2008). A longitudinal study of coping, anxiety and glycemic control in adults with type 1 diabetes. *Psychology & Health*, 23, Issue 1, 73- 89.

Surwit, R.S., Schneider, M.S., & Feinglos, M.N. (1992). Stress and diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 15, 1413-1442.

Swift, C.R., Seidman, F., & Stein, H. (2007). Adjustment problems in Juvenile Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 29, 555-71.

Swift, P. (2007). Diabetes Education. *Pediatric Diabetes*, 8, 103-109.

πρακτικά συνεδρίου 43^η ετήσια συνεδρίαση ευρωπαϊκής ένωσης για την μελέτη του διαβήτη, Άμστερνταμ 18 Σεπτεμβρίου 2007.

Tankova, T., Dakovska, G, Koev, D. (2001). Education of diabetic patients- a one-year experience. *Patient Education and Counseling*, 43, 139-145.

Theleiteris, Ch., Psarros, C., Papadimitriou, G.N., & Soldatos, C.R. (2007). Trends in diabetes. *Lancet*, 369, 1257-1257.

Tfayli, H., Arslanian, S.(2007). The challenge of adolescence: hormonal changes and sensitivity to insulin, *Diabetes Voice*, 52, Special Issue,28-30.

Vastag, B.(2007). Diabetes from depression, *Science News* , 171,261-262.

www.healthline.com, ανασύρθηκε από το διαδίκτυο στις 16/12/07.

Φουντουλάκη Δ.(2007).*Επίδραση βιοσυμπεριφορικών παραγόντων στη σωματική και ψυχική ευεξία των διαβητικών*, Διπλωματική εργασία, Υπό δημοσίευση.

Yalom, I., (2006) *Θεωρία και Πράξη της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας*, Αθήνα : Άγρα.

ΣΤ) ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1Α

	ομάδα	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Άγχος	Διαβητικοί	40	51,6250	5,1624	,8163
	Υγιείς	39	51,1282	4,4614	,7144
κατάθλιψη	Διαβητικοί	40	27,8250	3,5147	,5557
	Υγιείς	37	27,5135	3,3385	,5488

Πίνακας 1Β

		Levene's Test for Equality of Variances		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Upper
		F	Sig.						
Άγχος	Equal variances assumed	,815	,369	,457	77	,649	,4968	1,0867	2,660
	Equal variances not assumed			,458	75,916	,648	,4968	1,0847	2,657
Κατάθλιψη	Equal variances assumed	,082	,775	,398	75	,692	,3115	,7827	1,870
	Equal variances not assumed			,399	74,943	,691	,3115	,7811	1,867

Πίνακας 2Α

Dependent Variable: άγχος

Ομάδες	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Διαβητικοί	51,655	,769	50,123	53,187
Υγιείς	51,114	,778	49,564	52,665

Πίνακας 2Β

Dependent Variable: άγχος

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	5,769	1	5,769	,244	,622
Error	1769,818	75	23,598		

The F tests the effect of διαβητικοί- υγιείς. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

Πίνακας 3Α

Dependent Variable: άγχος

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	,103	1	,103	,004	,948
Error	1769,818	75	23,598		

The F tests the effect of Φύλο. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

Πίνακας 3Β

διαβητικοί/ υγιείς* φύλο

Dependent Variable: άγχος

Ομάδα	Φύλο	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
Διαβητικοί	Άντρες	51,048	1,060	48,936	53,159
	Γυναίκες	52,263	1,114	50,043	54,483
Υγιείς	Άντρες	51,650	1,086	49,486	53,814
	γυναίκες	50,579	1,114	48,359	52,799

Πίνακας 4

Dependent Variable: άγχος

Source	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	91,671(a)	3	30,557	2,812	,045
Intercept	58949,786	1	58949,786	5425,202	,000

Ομάδες	2,526	1	2,526	,232	,631
Φύλο	77,195	1	77,195	7,104	,009
Διαβητικοί/ υγιείς *άντρες/ γυναίκες	10,331	1	10,331	,951	,333
Error	793,212	73	10,866		
Total	59861,000	77			
Corrected Total	884,883	76			

a R Squared = ,104 (Adjusted R Squared = ,067)

Πίνακας 5A

Dependent Variable: κατάθλιψη

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	2,526	1	2,526	,232	,631
Error	793,212	73	10,866		

The F tests the effect of ομάδες. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

Πίνακας 5B

Dependent Variable: κατάθλιψη

Ομάδες	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Διαβητικοί	27,893	,522	26,853	28,934
Υγιείς	27,531	,542	26,450	28,611

Πίνακας 5Γ

Dependent Variable: κατάθλιψη

Φύλο	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Άντρες	26,709	,522	25,669	27,749
Γυναίκες	28,715	,542	27,634	29,795

Πίνακας 5Δ

Dependent Variable: κατάθλιψη

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	77,195	1	77,195	7,104	,009
Error	793,212	73	10,866		

The F tests the effect of Φύλο. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

Πίνακας 5Ε
ομάδες *φύλο

Dependent Variable: κατάθλιψη

Ομάδες	Φύλο	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
Διαβητικοί	Άντρες	26,524	,719	25,090	27,957
	Γυναίκες	29,263	,756	27,756	30,770
Υγιείς	Άντρες	26,895	,756	25,388	28,402
	Γυναίκες	28,167	,777	26,618	29,715

Πίνακας 6

	XRONIA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00064	1,00	16	51,6875	3,7722	,9430
	2,00	23	50,7391	4,9287	1,0277
VAR00065	1,00	15	27,2000	3,3848	,8740
	2,00	22	27,7273	3,3691	,7183
VAR00023	1,00	16	2,3750	1,2042	,3010
	2,00	24	2,7917	,8836	,1804

Ερωτηματολόγια

[Παράθεση ερωτηματολογίου για υγιή άτομα]

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Φύλο : Άνδρας Γυναίκα :

Ηλικία : _____

Οικογενειακή κατάσταση :

Παντρεμένος,-η Χήρος,- α Ανύπαντρος,-η Διαζευγμένος,- η

Εργασία : Εργαζόμενος,-η Άνεργος,-η Συνταξιούχος,-α

Μορφωτικό επίπεδο :

Αναλφάβητος Δημοτικό Γυμνάσιο- Λύκειο Τ.Ε.Ι-Α.Ε.Ι

Τόπος διαμονής : Χωριό Κωμόπολη Πόλη

Μηνιαίο εισόδημα : 300 500 1000 >1000

Ασφάλεια: _____

[Παράθεση ερωτηματολογίου για διαβητικά άτομα]

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Φύλο : Άνδρας Γυναίκα :

Ηλικία : _____

Οικογενειακή κατάσταση :

Παντρεμένος,-η Χήρος,- α Ανύπαντρος,-η Διαζευγμένος,- η

Εργασία : Εργαζόμενος,-η Άνεργος,-η Συνταξιούχος,-α

Μορφωτικό επίπεδο :

Αναλφάβητος Δημοτικό Γυμνάσιο- Λύκειο Τ.Ε.Ι-Α.Ε.Ι

Νομός διαμονής : Ηράκλειο Λασιθί Ρέθυμνο Χανιά

Τόπος διαμονής : Χωριό Κωμόπολη Πόλη

Μηνιαίο εισόδημα : 300 500 1000 >1000

Ασφάλεια: _____

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Χρονική διάρκεια πάθησης (έτη) : _____

Σχήμα θεραπείας : ινσουλίνη χάπια άλλο(π.χ. δίαιτα)

Γλυκοζηλιωμένη : _____

Κάνετε μετρήσεις σακχάρου στο αίμα σας; Όχι : Ναι :

Αν ναι πόσες φορές κάνετε μετρήσεις; 2-3 φορές τη μέρα
1-2 φορές ανα 2 μέρες
3 φορές την εβδομάδα
1 φορά την εβδομάδα
λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα

Κάπνισμα : Ναι Όχι

Διατροφικές συνήθειες (δίαιτα, σωστή λήψη και κατανάλωση τροφής)

Πάντα Περισσότερες φορές Μερικές φορές Σπάνια Ποτέ

Άσκηση (περπάτημα, γυμναστική, ποδηλασία): Πόσες ώρες την ημέρα ___

Πόσες ώρες τη βδομάδα ___

Συνεπής λήψη φαρμάκων:

Πάντα Περισσότερες φορές Μερικές φορές Σπάνια Ποτέ

Ελέγχετε τα άκρα σας σε τακτά χρονικά διαστήματα: Ναι Όχι

Κάνετε αιματολογικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα :
Ναι Όχι

Ελέγχετε την όραση σας σε τακτά χρονικά διαστήματα : Ναι Όχι

Πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;

Άριστη Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή