



ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«Διασυνδεδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και Ψυχικής Υγείας»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Συσχέτιση του σακχαρώδη διαβήτη με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές. Αναδρομική μελέτη ενηλίκων ασθενών της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής υπηρεσίας του Αττικού Νοσοκομείου»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: Νεφέλη Στεφάνου, Α.Μ.: 20170536

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Ρωσσέτος Γουρνέλλης, Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

Αθανάσιος Δουζένης, Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

Ιωάννης Μιχόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ 2022

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ της νόσου του σακχαρώδους διαβήτη και της συναισθηματικής διαταραχής της κατάθλιψης ή/και των αγχώδων διαταραχών. Στη παρούσα έρευνα ο σακχαρώδης διαβήτης κατηγοριοποιείται σε ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, σε μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη και σε «άλλες μορφές διαβήτη». Στην κατηγορία της καταθλιπτικής συναισθηματικής διαταραχής, συμπεριλαμβάνονται και άλλα νοσήματα στα οποία υπάρχει είτε καταθλιπτικό επεισόδιο είτε δυσθυμία. Συγκεκριμένα, συνυπολογίζονται η υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, το καταθλιπτικό επεισόδιο, η επιλόχειος κατάθλιψη, η διπολική συναισθηματική διαταραχή και οι επίμονες διαταραχές του θυμικού. Στην κατηγορία αγχώδεις διαταραχές συμπεριλαμβάνεται οποιαδήποτε διαταραχή ανήκει στις νευρωτικές, σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 146 άτομα, 67 άνδρες και 79 γυναίκες. Η ηλικία του δείγματος κυμαίνεται από 27 έως 93, με μέσο όρο τα 69 έτη. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν υψηλό ποσοστό διαταραχών διάθεσης. Τα ευρήματα συζητούνται σε συνάρτηση με τη βιβλιογραφία, η οποία χρησιμοποιήθηκε στο κεφάλαιο της Εισαγωγής.

Λέξεις – κλειδιά: σακχαρώδης διαβήτης, συναισθηματική καταθλιπτική διαταραχή, αγχώδεις διαταραχές.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	2
Εισαγωγή.....	4
Διαβήτης.....	4
Διαβήτης Τύπου Ι.....	5
Διαβήτης Τύπου ΙΙ.....	5
Διαβήτης κατά την κύηση.....	6
Διαβήτης και Ψυχοπαθολογία.....	7
Κατάθλιψη.....	7
Διαβήτης και Κατάθλιψη.....	9
Αγχώδεις Διαταραχές.....	20
Διαβήτης και Αγχώδεις Διαταραχές.....	20
Μέθοδος.....	30
Συμμετέχοντες.....	30
Μέσα Συλλογής Δεδομένων.....	41
Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	43
Αποτελέσματα.....	44
Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες.....	44
Έλεγχος Ερευνητικών Ερωτημάτων και Υποθέσεων.....	47
Συζήτηση.....	64
Βιβλιογραφία.....	72

ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο διαβήτης είναι μια μεταβολική νόσος των υδατανθράκων, η οποία χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία, δηλαδή αύξηση της συγκέντρωσης σακχάρου στο αίμα, καθώς και από διαταραχή μεταβολισμού της γλυκόζης. Ο διαβήτης προκύπτει λόγω προβλημάτων στην έκκριση της ινσουλίνης, στην δράση της ή και στα δύο μαζί. Η χρόνια μορφή του μπορεί να προκαλέσει πολυάριθμες επιπλοκές στους νοσούντες όπως βλάβες στα μάτια, νεφροπάθειες, νευροπάθειες, καρδιολογικά προβλήματα.¹⁻⁴ Παράλληλα, η νόσος του διαβήτη σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα. Η αυξημένη θνητότητα λόγω του διαβήτη παρατηρείται ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες. Ακόμα, υπάρχει μια συσχέτιση εμφάνισης του διαβήτη με το σύγχρονο τρόπο ζωής, όπως η κακή διατροφή και η έλλειψη φυσικής άσκησης. Επίσης, ο αυξανόμενος επιπολασμός του διαβήτη, ανησυχεί τα κράτη και λόγω του υψηλού κόστους, το οποίο προκαλεί στη δημόσια υγεία (Σάλλα., Κογεώργος, 2009) Τα συχνότερα συμπτώματα της νόσου είναι η πολυδιψία, η πολουρία, απώλεια βάρους, ενίοτε αύξηση της όρεξης και θολή όραση. Τα περισσότερα περιστατικά διαβήτη, διακρίνονται σε δυο κατηγορίες λόγω της αιτιοπαθογένειάς τους. Πρόκειται για τον Διαβήτη Τύπου I και τον Διαβήτη Τύπου II. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλες κατηγορίες όπως ο διαβήτης κατά την κύηση, ο διαβήτης προκαλούμενος από φάρμακα ή από άλλες νόσους. Πολύ συχνά ο διαβήτης συνοδεύεται από ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες χρήζουν αντιμετώπισης, οι συχνότερες από τις οποίες είναι η κατάθλιψη, οι αγχώδεις, οι ψυχωσικές καθώς και οι διαταραχές προσωπικότητας. Τέλος, στους ασθενείς με διαβήτη παρατηρείται συννοσηρότητα και με άλλες οργανικές νόσους. Συχνά, παρατηρείται συννόσηση με διαβήτη και υπέρταση (American Diabetes Association, 2014, International Diabetes Federation, 2003, Σάλλα, Κογεώργος, 2009, Watkins, 1983).

Διαβήτης Τύπου I

Ο Διαβήτης Τύπου I είναι μια αυτοάνοση νόσος η οποία καταστρέφει τα β-κύτταρα του παγκρέατος τα οποία είναι υπεύθυνα για την παραγωγή ινσουλίνης. Η καταστροφή αυτών

κυττάρων οδηγεί σε ανεπάρκεια έκκρισης ινσουλίνης και κατ' επέκταση σε αύξηση των επιπέδων γλυκόζης. Η ταχύτητα καταστροφής των β κυττάρων είναι μεταβλητή. Στα βρέφη και στα παιδιά είναι πολύ ταχεία ενώ είναι πιο αργή σε μεγαλύτερες ηλικίες. Στις ανεπτυγμένες χώρες ο διαβήτης τύπου I είναι η πιο συχνή παιδική νόσος. Η εμφάνισή της παρατηρείται συχνότερα σε παιδιά και εφήβους, ωστόσο, δεν είναι απίθανο κάποιος να αναπτύξει τη νόσο και μετά την όγδοη δεκαετία της ζωής του. Επιπλέον, στα παιδιά και στους εφήβους, το πρώτο σύμπτωμα της ασθένειας μπορεί να είναι η κετοξέωση. Αντίθετα, στους ενήλικες μπορεί να υπάρχει για αρκετά χρόνια επαρκής λειτουργία των β- κυττάρων, τα οποία θα καθυστερήσουν ή θα προλάβουν την εμφάνιση κετοξέωσης. Φαίνεται ότι η πρόκληση της νόσου συμβαίνει εξαιτίας γενετικών προδιαθέσεων. Βέβαια, ερευνώνται και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι όμως δεν έχουν αποσαφηνιστεί ακόμα. Σημειώνεται, ωστόσο ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ της εμφάνισης της νόσου του διαβήτη τύπου I και της παρουσίας παχυσαρκίας, καθώς και επιρρέπεια σε άλλες αυτοάνοσες νόσους, όπως η νόσος του Graves, ή μυασθένειες (American Diabetes Association, 2014, International Diabetes Federation, 2003, Σάλλα, Κογεώργος, 2009, Watkins, 1983).

Διαβήτης Τύπου II

Η νόσος αυτή προκαλεί αύξηση της γλυκόζης στο αίμα λόγω της μειωμένης έκκρισης ινσουλίνης είτε λόγω της αυξημένης αντίστασης στην ινσουλίνη. Τις περισσότερες φορές δεν προκαλείται απόλυτη ανεπάρκεια ινσουλίνης, επομένως οι νοσούντες δεν λαμβάνουν θεραπεία με τη χρήση ινσουλίνης. Ο διαβήτης τύπου II συχνά ονομάζεται και μη ινσουλινοεξαρτώμενος, ή διαβήτης ενηλίκων. Το 90% - με 95% των διαβητικών ασθενών υπολογίζεται ότι πάσχει από αυτόν τον τύπο διαβήτη. Η υπεργλυκαιμία η οποία προκαλείται λόγω της αύξησης της γλυκόζης στο αίμα, αναπτύσσεται σταδιακά και πολλές φορές τα συμπτώματά της στα αρχικά στάδια δεν είναι ευκόλως παρατηρήσιμα, με αποτέλεσμα να υποδιαγιγνώσκεται ή η διάγνωση να γίνεται αρκετά χρόνια μετά την έναρξη της νόσου. Συνήθως, η πρώτη διάγνωση γίνεται μετά τα σαράντα χρόνια του

ασθενούς, ενώ υπολογίζεται ότι η νόσος έχει ξεκινήσει ήδη από την προηγούμενη δεκαετία. Επιπλέον, στο διαβήτη τύπου II, η κετοξέωση δεν συμβαίνει ιδιαίτερα συχνά. Τα γενετικά αίτια πρόκλησης του διαβήτη τύπου II δεν έχουν ακόμα εντοπιστεί, ωστόσο δεν προκύπτει από αυτοάνοση καταστροφή των β – κυττάρων του παγκρέατος, όπως στον διαβήτη τύπου I. Παράλληλα, δεν έχουν διευκρινιστεί και περιβαλλοντικοί λόγοι, οι οποίοι πιθανώς προκαλούν τη νόσο. Ωστόσο, παρατηρείται υψηλή συσχέτιση του διαβήτη τύπου II με την παχυσαρκία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ίδια η παχυσαρκία, συνεπάγεται έναν βαθμό αντίστασης στην ινσουλίνη. Ακόμα, έχει φανεί συσχέτιση μεταξύ ανάπτυξης αυτής της νόσου με το αίσθημα άγχους το οποίο βιώνει ο ασθενής λόγω κάποιας άλλης ασθένειας (American Diabetes Association, 2014, International Diabetes Federation, 2003, Σάλλα,Κογεώργος, 2009, Watkins,1983).

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΚΥΗΣΗ

Πρόκειται για οποιονδήποτε βαθμό δυσανεξίας στη γλυκόζη, ο οποίος διαγιγνώσκεται κατά την κύηση. Συνεπώς, η διάγνωση του διαβήτη θα πρέπει να γίνει κατά τη διάρκεια της κύησης, χωρίς όμως με κάποιο τρόπο να μπορεί να ελεγχθεί αν ο διαβήτης προϋπήρχε και δεν είχε διαγνωσθεί. Μοιάζει με τον διαβήτη τύπου II, εφόσον παρατηρείται μειωμένη έκκριση ινσουλίνης καθώς και μειωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη. Ο διαβήτης κατά την κύηση, ποικίλει σε βαθμό σοβαρότητας. Πολύ συχνά υποχωρεί μετά το τοκετό, ωστόσο σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στη μητέρα ή στο νεογνό. Έχει παρατηρηθεί ότι οι παχύσαρκες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαβήτη κατά την κύηση, καθώς και ότι οι γυναίκες οι οποίες θα εμφανίσουν διαβήτη κατά τη κύηση, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαβήτη τύπου II στην μετέπειτα ζωή τους (T. D. Dye, Knox, Artal, Aubry, and Wojtowycz. 1997).

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης συνοδεύεται σε πολλές περιπτώσεις από κάποια ή κάποιες

νευροψυχολογικές διαταραχές, συχνότερες εκ των οποίων είναι η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και οι διατροφικές διαταραχές (Doherty,2015,Σάλλα,Κογεώργος,2009). Λιγότερο συχνές σε βαθμό συννόσησης φαίνεται να είναι οι ψυχώσεις και οι διαταραχές προσωπικότητας. Η σχέση μεταξύ της νόσου του διαβήτη και των ψυχικών διαταραχών μελετάται και υπό το πρίσμα των βιολογικών μηχανισμών που δρουν όταν ένας οργανισμός νοσεί από διαβήτη ή κατάθλιψη, οι οποίοι μπορεί να προκαλούν ψυχιατρικά συμπτώματα ή τη νόσο του διαβήτη αντίστοιχα (Κοντοάγγελος, Παπαγεωργίου, Ράπτης, Τσιότρα, Μπουτάτη, Παπαδημητρίου «και συν», 2014), αλλά και εξετάζοντας τις συμπεριφορές των ασθενών και την ποιότητα ζωής τους, οι οποίες μπορεί να επηρεάζουν την κατάλληλη συμμόρφωση προς τη θεραπεία της νόσου καθώς και τη γνωστική και κατ' επέκταση συναισθηματική αντίληψη για τη νόσο.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή είναι μια κλινική πορεία η οποία περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια, χωρίς ιστορικό εμφάνισης μανιακού, μεικτού ή υπομανιακού επεισοδίου. Για να θεωρηθεί ότι ένα άτομο πάσχει από καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει για δυο εβδομάδες να παρουσιάζει τουλάχιστον πέντε από εννέα χαρακτηριστικά συμπτώματα, τα οποία είναι τα εξής: Πρώτον, καταθλιπτική διάθεση, η οποία μπορεί να κυμαίνεται από μελαγχολία μέχρι την απόλυτη απελπισία. Η καταθλιπτική διάθεση μπορεί να ομολογείται ως αυτοαναφορά αλλά μπορεί επίσης να παρατηρείται από τρίτα άτομα. Δεύτερον, μειωμένο ενδιαφέρον ή μειωμένη ευχαρίστηση από όλες ή τις περισσότερες δραστηριότητες του ατόμου. Τρίτον, διαταραχή της όρεξης. Το άτομο είτε χάνει την όρεξη του είτε τρώει περισσότερο. Τέταρτον, σχεδόν καθημερινή διαταραχή του ύπνου. Το άτομο παρουσιάζει είτε υπερυπνία είτε αϋπνία. Πέμπτον, ψυχοκινητική διαταραχή, όπου το άτομο παρουσιάζει είτε διέγερση είτε επιβράδυνση. Έκτον, απώλεια ενέργειας, λόγω της οποίας το άτομο βιώνει σχεδόν καθημερινή κόπωση και εξάντληση. Έβδομον, αίσθημα αναξιότητας ή ενοχής. Όγδοον, δυσκολίες στη σκέψη. Ο πάσχων

δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, να λάβει αποφάσεις, να θυμηθεί, και συνεπώς να εργασθεί. Ένατον, σκέψεις για θάνατο και αυτοκτονία. Το άτομο σκέφτεται πολύ συχνά τον θάνατο ως μοναδική λύση για τα προβλήματά του, προγραμματίζει μια απόπειρα ή όντως αποπειράται. Παράλληλα, με την προϋποτιθέμενη ύπαρξη των παραπάνω συμπτωμάτων, για να διαγνωσθεί μια κατάσταση ως καταθλιπτικό επεισόδιο, θα πρέπει το άτομο να αντιμετωπίζει σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητάς του στους σημαντικότερους τομείς της ζωής τους, καθώς επίσης να αποκλείεται το ενδεχόμενο τα παραπάνω συμπτώματα να προκαλούνται λόγω κάποιας έτερης ιατρικής κατάστασης. Η καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αν και τα τελευταία χρόνια, η ηλικία έναρξης έχει μειωθεί. Τα συμπτώματά της είναι ανομοιογενή και η έναρξή τους μπορεί να έχει είτε βαθμιαία είτε ραγδαία εξέλιξη. Η σοβαρότητα της νόσου κυμαίνεται από ήπια, σε μέτρια και βαριάς μορφής. Μερικοί από τους προσδιοριστές της σοβαρότητας της νόσου είναι η ύπαρξη κατατονικών, μελαγχολικών ή άτυπων χαρακτηριστικών, η επιλόχεια έναρξη και η ύπαρξη ψυχωτικών στοιχείων συμβατών ή μη με τη διάθεση του πάσχοντα. Η πορεία της νόσου μπορεί να είναι χρόνια ή αντίθετα να παρουσιάσει πλήρη ή μερική ύφεση (American Psychiatric Association, 2014).

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες, τόσο η νόσος του διαβήτη όσο και η νόσος της κατάθλιψης εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επιπολασμού, τα οποία παίρνουν μορφή επιδημίας λόγω της συνεχούς και ραγδαίας αύξησής τους. Η κατάθλιψη φαίνεται να είναι το τέταρτο χρόνια νόσημα παγκοσμίως, ενώ ο διαβήτης υπολογίζεται ότι πλήττει περίπου το 9% του γενικού πληθυσμού. Παράλληλα όμως με την συνεχώς αυξανόμενη επίπτωση αυτών των νόσων, παρατηρείται και μελετάται και η συννοσηρότητα την οποία εμφανίζουν μεταξύ τους. Οι ασθενείς με διαβήτη, νοσούν και από κατάθλιψη σχεδόν δύο ή τρεις φορές περισσότερο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, ο βαθμός συννοσηρότητας του διαβήτη με την κατάθλιψη φαίνεται να αυξάνεται αναλογικά με τον

βαθμό σοβαρότητας της νόσου του διαβήτη, της έκβασής της και των ιατρικών υπηρεσιών τις οποίες λαμβάνει ο ασθενής, όπως η παραμονή στο νοσοκομείο. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αύξηση των περιστατικών διαβήτη και κατάθλιψης, μεμονωμένα είτε παράλληλα, συμβαίνει παρά τη μεγάλη πρόοδο η οποία συντελείται τόσο στη θεραπεία όσο και στην πρόληψη αυτών των δυο ασθενειών (Κόντι ,2016). Επιπλέον, στους ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από διαβήτη και κατάθλιψη ταυτόχρονα, φαίνεται ότι ο βαθμός σοβαρότητας της κατάθλιψης εξαρτάται και από το αν το άτομο νοσεί και από μια τρίτη νόσο, η πορεία και η έκβαση της οποίας θα επηρεαστεί αντίστοιχα από την κατάθλιψη. Ακόμα, το ποσοστό της κατάθλιψης σε ασθενείς με διαβήτη φαίνεται να είναι πιο υψηλό σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, και ιδιαίτερα στις γυναίκες (Κόντι ,2016). Σε μια μελέτη είχε σημειωθεί, ότι η ψυχοπαθολογία των ασθενών με διαβήτη είναι πιο συχνή όταν ο διαβήτης είναι "ασταθής", παρουσιάζει δηλαδή ακατάστατα υψηλή και χαμηλή μέτρηση, σε αντίθεση με τα περιστατικά όπου ο διαβήτης τους παραμένει σχετικά σταθερός. Σε αυτή την έρευνα η διαφορά αυτή αποδίδεται κυρίως στην δυσπροσαρμοστική προσωπικότητα των ασθενών με "ασταθή" διαβήτη. Επίσης, αναφέρεται ότι ασθενείς με διαβήτη και κατάθλιψη, οι οποίοι όμως είχαν αναπτύξει έλκος κάτω άκρου είχαν πολύ πιο υψηλό ποσοστό θνητότητας, υποστηρίζοντας ότι ήταν δυο με τρεις φορές πιο πιθανό να πεθάνουν μέσα στους επόμενους δεκαοχτώ μήνες (Doherty, 2015). Σε μια αντίθετη έρευνα, ωστόσο, γίνεται διάκριση μεταξύ του διαβήτη τύπου I και του διαβήτη τύπου II. Συγκεκριμένα υποστηρίζεται ότι τόσο στον διαβήτη τύπου I όσο και στον διαβήτη τύπου II, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα συννόσησης και με μια τρίτη νόσο, συχνότερη όλων, κάποια καρδιαγγειακή πάθηση. Και στη συνέχεια υποστηρίζεται ότι η συννόσηση και με μια τρίτη νόσο, συνδέεται με κατάθλιψη μόνο στον διαβήτη τύπου II. Παράλληλα, αναφέρεται ότι στον διαβήτη τύπου II, αν δεν υπάρχει συννόσηση και με άλλη χρόνια ασθένεια, πέραν της κατάθλιψης, οι πιθανότητες ανάπτυξης κατάθλιψης είναι ίδιες με εκείνες στον μη διαβητικό πληθυσμό. Συνεπώς, υποστηρίζεται ότι η ύπαρξη διαβήτη τύπου II, δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου κατάθλιψης από μόνη της. Τέλος, παρουσιάζονται ως παράγοντες

κινδύνου ανάπτυξης για τον διαβήτη τύπου I το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και η σωματική δυσλειτουργία και αντίστοιχα για τον διαβήτη τύπου II το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, τα παράπονα για τη σωματική λειτουργία, η σωματική αδράνεια και η σωματική βλάβη (Engum, Mykletun, Midthjell, Holen, Dahl, 2005).

Ωστόσο, παρά τον αυξανόμενο αριθμό ατόμων τα οποία υποφέρουν από τη συννόσηση διαβήτη και κατάθλιψης, και κατ' επέκταση το σημαντικό υγειονομικό και οικονομικό πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζουν τα κράτη, η άμεση συνεκτίμηση των δύο αυτών νόσων δεν έχει ακόμα εδραιωθεί στην καθημερινή κλινική πρακτική, με αποτέλεσμα πολλές φορές η νόσος της κατάθλιψης να υποδιαγιγνώσκεται. Αυτό πολύ συχνά μπορεί να οφείλεται στο ότι η σωματική νόσος θεωρείται πιο σημαντική και επείγουσα, συγκριτικά με την οιαδήποτε ψυχική νόσο. Παράλληλα, οι ίδιοι οι ασθενείς, ειδικότερα όταν εκείνοι προέρχονται από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, δεν ευκαιρούν στο να εστιάσουν την προσοχή τους στην κατάσταση της συναισθηματικής τους υγείας (Κόντι, 2016, Κοντοάγγελος, Παπαγεωργίου, Ράπτης, Τσιότρα, Μπουτάτη, Παπαδημητρίου, Δημητριάδης, Ραμπαβίλας, Ράπτης, 2013). Παρόλα αυτά, η δυσκολία της συνεκτίμησης δεν προκύπτει μόνο από γνωστικές αντιλήψεις και ανθρώπινες πρακτικές. Αρκετά έντονες δυσκολίες επιφέρει και το γεγονός ότι η νόσος της κατάθλιψης και του διαβήτη έχουν αλληλεπιδρώμενη σχέση και επιπλέον τα συμπτώματά τους πολλές φορές αλληλοκαλύπτονται (Doherty, 2015). Ερευνάται, δηλαδή, ο τρόπος με τον οποίο δημιουργείται υψηλή συννόσηση κατάθλιψης και διαβήτη στους ασθενείς, προσπαθώντας να εντοπισθούν αιτιώδεις σχέσεις, ωστόσο ακόμα δεν φαίνεται να έχουν αποσαφηνιστεί καθολικώς. Οι έρευνες εστιάζουν κυρίως στον τρόπο με τον οποίο παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί οι οποίοι λειτουργούν στον διαβήτη μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση κατάθλιψης, στον τρόπο με τον οποίο η κατάθλιψη μέσω μηχανισμών συμπεριφοράς ή νευροενδοκρινικών μηχανισμών μπορεί να συμβάλει στην εκδήλωση διαβήτη, καθώς και στο πώς νευροενδοκρινικές και ψυχοανοσολογικές παράμετροι συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν δημιουργώντας κοινούς παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης και των δυο

νόσων (Lin, Katon, Korff, Rutter, Simon, Oliver et al., 2004, Κοντοάγγελος, Παπαγεωργίου, Ράπτης, Τσιότρα, Μπουτάτη, Παπαδημητρίου, Δημητριάδης, Ραμπαβίλας, Ράπτης, 2013). Αναλυτικότερα, σημασία δίνεται στον τρόπο ζωής και στη συμπεριφορά του ασθενούς. Παρατηρείται ότι η ανακοίνωση της διάγνωσης του διαβήτη, συνεπάγεται μια σειρά αλλαγών στην καθημερινή ζωή, τις οποίες πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής προκειμένου να επιτύχει την καλύτερη έκβαση της νόσου και την καλύτερη ανταπόκριση του οργανισμού στη θεραπεία. Εξ' αρχής, η ανακοίνωση μιας χρόνιας νόσου, η οποία θα συνοδεύει τον ασθενή στο υπόλοιπο της ζωής του και παράλληλα θα αυξάνει τις πιθανότητες σοβαρών σωματικών επιπλοκών όπως καρδιοπάθειες, νευροπάθειες, προβλήματα όρασης ή στη σεξουαλική ζωή, δημιουργεί αισθήματα θυμού προς τον ίδιο τον εαυτό του ασθενούς, λύπη λόγω της απώλειας της προηγούμενης σωματικής κατάστασης, άρνησης και άγχους για το μέλλον. Όλες αυτές οι ψυχικές αντιδράσεις του ατόμου στην ανακοίνωση της νόσου, δημιουργούν ένα συναισθηματικό και ψυχικό έδαφος το οποίο προσφέρεται για την ανάπτυξη της κατάθλιψης, αν το άτομο δεν επεξεργαστεί επαρκώς αυτά τα συναισθήματα μετά το πέρας των πρώτων αμυντικών του θέσεων. Όσον αφορά στην καθημερινή ζωή, το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με πολλές αλλαγές, προκλήσεις και δυσκολίες. Πρέπει το άτομο να αναδιοργανώσει ολοκληρωτικά τη ζωή του προκειμένου να εντάξει νέες δραστηριότητες, καθώς και να αλλάξει κάποιες συνήθειες προκειμένου να συμβάλει στην καλύτερη εξέλιξη της νόσου. Θα πρέπει δηλαδή το άτομο, να αθλείται καθημερινά, να έχει ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα και πρόγραμμα ύπνου, να αποφεύγει επιβλαβείς συνήθειες, όπως η χρήση αλκοόλ και το κάπνισμα, και να αφιερώνει χρόνο πραγματοποιώντας καθημερινούς ελέγχους για το επίπεδο σακχάρου στο αίμα. Πρέπει να αναφερθεί ότι ο κακός γλυκαιμικός έλεγχος σχετίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό με την συμπεριφορά του ασθενή, αν ανταποκρίνεται ή όχι στις επιταγές της νόσου, ενώ παράλληλα φαίνεται ότι ο κακός γλυκαιμικός έλεγχος είναι υψηλός παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης της κατάθλιψης εφόσον στο άτομο δημιουργούνται συναισθήματα όπως η απελπισία, η ανημποριά, η θλίψη και ο θυμός. Συνεπώς με βάση αυτές τις

παρατηρήσεις υποθέτεται η αλληλεπιδρώμενη σχέση της συναισθηματικής αντιμετώπισης της νόσου και της πορείας της νόσου. Πράγματι, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι λιγότερο καλός γλυκαιμικός έλεγχος σημειώνεται σε ασθενείς οι οποίοι έχουν διαγνωσθεί και με κατάθλιψη (Κόντι, 2016, Κοντοάγγελος, Παπαγεωργίου, Ράπτης, Τσιότρα, Μπουτάτη, Παπαδημητρίου «και συν»,2014). Παράλληλα, παρατηρείται ότι η καταθλιπτική διάθεση του ασθενή μπορεί να σχετίζεται, και με τον στιγματισμό που δημιουργεί η νόσος του διαβήτη στο άτομο, ιδιαίτερα στα παιδιά και στους εφήβους. Κάθε είδους στιγματισμός μπορεί να προκαλέσει κλονισμό στην αίσθηση της προσωπικής ταυτότητας, δημιουργώντας αισθήματα αποξένωσης και αποστασιοποίησης από τους άλλους και αισθήματα αυτοαπόρριψης και απώλειας της προσωπικότητας, καταστάσεις οι οποίες μπορούν να ερμηνευθούν ως καταθλιπτικά συμπτώματα. Επιπλέον, η νόσος του διαβήτη προκαλεί ψυχολογικές δυσκολίες λόγω των προβλημάτων τα οποία προκύπτουν στη σεξουαλική ζωή του ασθενή, είτε είναι άνδρας είτε γυναίκα. Οι άνδρες είτε λόγω οργανικών είτε λόγω συναισθηματικών δυσκολιών εμφανίζουν ανικανότητα, ενώ οι γυναίκες εκδηλώνουν μειωμένη σεξουαλική επιθυμία (Κοντοάγγελος, Παπαγεωργίου, Ράπτης, Τσιότρα, Μπουτάτη, Παπαδημητρίου «και συν»,2014). Ένας άλλος λόγος για τον οποίο ο ασθενής με διαβήτη μπορεί να βιώσει αρνητικά συναισθήματα είναι το οικονομικό κόστος το οποίο επιφέρει η νόσος στη ζωή του καθώς και η αλλαγή στις προσωπικές του σχέσεις (Κόντι, 2016). Ο έλεγχος του επιπέδου σακχάρου στο αίμα καθώς και η αγωγή είναι αρκετά κοστοβόρα και η αίσθηση ανικανοποίητου την οποία πολλές φορές μπορεί να εκφράζουν οι ασθενείς με διαβήτη μειώνουν την ποιότητα ζωής (Κόντι, 2016). Παράλληλα, η έναρξη μιας χρόνιας νόσου, κοστοβόρας και απαιτητικής ως προς την θεραπεία της μπορεί να επηρεάσει τις σχέσεις του ασθενή και να προκύψουν αλλαγές στην σύνθεση της ζωής του. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να προκύψουν τόσο από τον ίδιο εξαιτίας της συναισθηματικής του αλλαγής, η οποία μπορεί να προκαλεί συγκρούσεις και εντάσεις αλλά και λόγω αποφάσεων τρίτων προσώπων. Αυτή η αίσθηση ανικανοποίητου ως προς τη πορεία της ασθένειας, μπορεί να δυσχεράνει επίσης και τις σχέσεις του ασθενή με το

ιατρικό προσωπικό. Βέβαια, η αίσθηση του ανικανοποίητου ως προς την θεραπεία και τον έλεγχο της νόσου, επιδεινώνεται αλλά και προκαλείται από την καταθλιπτική συμπεριφορά και συναίσθημα, εφόσον ο ασθενής εμφανίζει μειωμένη διάθεση και ικανότητα ως προς την ίδια του την αυτοφροντίδα, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται τόσο ο διαβήτης όσο και η κατάθλιψη.

Παράλληλα, με μελέτη αυτών των ψυχολογικών μηχανισμών και συμπεριφορών, οι οποίοι μελετώνται ως προς τη συσχέτισή τους με την ανάπτυξη και την εξέλιξη της νόσου του διαβήτη, έρευνες διεξάγονται και ως προς τη συσχέτιση βιολογικών και παθοφυσιολογικών μηχανισμών που σημειώνονται στη νόσο του διαβήτη σε σχέση με την εμφάνιση της κατάθλιψης (Κόντι ,2016). Σε μια έρευνα παρατηρείται υψηλή συσχέτιση των ασθενών οι οποίοι νοσούν από διαβήτη και κατάθλιψη με υπεργλυκαιμία στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι οι διαταραχές της κορτιζόλης, οι οποίες προκαλούν υπεργλυκαιμία, σχετίζονται κατ' επέκταση και με την αύξηση του βάρους, τη σωματική κόπωση και συνεπώς με την κακή συμμόρφωση ως προς τη θεραπεία.⁸ Επιπλέον, έχει φανεί συσχέτιση μεταξύ της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης στους διαβητικούς ασθενείς, εφόσον η μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σχετίζεται με ύφεση της κατάθλιψης. Ακόμα, υποστηρίζεται ότι η αντίσταση στην ινσουλίνη, συνδέεται με τη κατάθλιψη (Κοντοάγγελος, Παπαγεωργίου, Ράπτης, Τσιότρα, Μπουτάτη, Παπαδημητρίου «και συν»,2014). Μια άλλη υπόθεση είναι ότι η υπεργλυκαιμία διεγείρει το νευρικό σύστημα, γεγονός το οποίο καθιστά ενδεχομένως το άτομο πιο ευαίσθητο στην αγχογόνα κατάσταση η οποία προκαλείται από την διάγνωση μιας νόσου, και συνεπώς πιο ευάλωτο και στην ανάπτυξη κατάθλιψης (Black, Makrides, Ray, 2003). Όπως φάνηκε από μελέτες ζώων με διαβήτη, η ανάπτυξη της νόσου της κατάθλιψης μπορεί να προκληθεί και από λειτουργικές διαταραχές νευροδιαβιβαστών, όπως είναι για παράδειγμα η σεροτονίνη ή η νορεπινεφρίνη (Black, Makrides, Ray, 2003). Επιπροσθέτως, μελετώνται στον αντίποδα και οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της κατάθλιψης οι οποίοι πιθανώς να συνδέονται με την ανάπτυξη της νόσου του διαβήτη. Ερευνάται ο τρόπος με τον οποίο βιοχημικές

μεταβολές οι οποίες προκαλούνται από την νόσο της κατάθλιψη συνδέονται με την αύξηση της γλυκόζης στο αίμα και με διαταραχές στην ανοχή της γλυκόζης. Φαίνεται ότι η αύξηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού-αδρενεργικού συστήματος συνοδεύει τη κατάθλιψη. Υποστηρίζεται ότι η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει τη νόσο του διαβήτη, επιδεινώνοντας την κατανομή των υδατανθρακικών αποθηκών μέσω μεγαλύτερης έκκρισης αντισταθμιστικών ορμονών (Black, Makrides, Ray, 2003). Σε μια άλλη έρευνα υποστηρίζεται ότι η παρουσία της κατάθλιψης ή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, και οι μεταβολικές αλλαγές όπου αυτή επιφέρει, όπως η αντίσταση στην ινσουλίνη και η μείωση στη πρόσληψη της γλυκόζης, συνδέονται με την εμφάνιση του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου II. Παρατηρείται δηλαδή, ότι ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου I, φαίνεται να προηγείται της εμφάνισης της κατάθλιψης, ενώ ο τύπου II να έπεται της κατάθλιψης (Talbot, Nouwen , 2000). Παράλληλα, με αυτές τις υποθέσεις και τις αντίστοιχες έρευνες, στο επίκεντρο έρχεται και η αντικαταθλιπτική θεραπεία. Το ερώτημα που τίθεται είναι πόσο ωφέλιμη ή βλαβερή είναι όσον αφορά στην νόσο του διαβήτη. Σε πολλές έρευνες αναφέρεται η ευεργετική χρήση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας εφόσον εμμέσως βοηθάει στη καλύτερη έκβαση του διαβήτη, μέσω της καλύτερης ανταπόκρισης των ασθενών στις λειτουργίες αυτοφροντίδας τους. Η χρήση αντικαταθλιπτικής θεραπείας, βελτιώνει τη διάθεση των ασθενών με αποτέλεσμα συμπτώματα όπως το μειωμένο ενδιαφέρον, η αδυναμία συγκέντρωσης, η έλλειψη ενέργειας, να μη συμβάλουν πια με τον ίδιο βαθμό στο κακό γλυκαμικό έλεγχο των ασθενών. Σε πολλές έρευνες γίνεται συγκεκριμένη αναφορά στην αναγκαιότητα της κλινικής και φαρμακευτικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης κυρίως για δύο λόγους. Πρώτον, γιατί η καλή ψυχική λειτουργία δεν πρέπει να θεωρείται λιγότερο σημαντική από την υγιή σωματική λειτουργία, συνεπώς οιοσδήποτε οργανισμός ο οποίος πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα ή σύμπτωμα θα πρέπει να ανακουφίζεται. Δεύτερον, προτείνεται η ιατρική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου ή δυσφορίας, εφόσον η καλύτερη λειτουργία του ψυχισμού φαίνεται να σχετίζεται με καλύτερη έκβαση και της σωματικής νόσου. Συγκεκριμένα, όσον αφορά στο

σακχαρώδη διαβήτη και στη κατάθλιψη, η θεραπεία της κατάθλιψης συνδέεται αρχικά με βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο και κατ' επέκταση με λιγότερες επιπλοκές, αναπηρίες, νοσηλείες και θνητότητα. Σε μια έρευνα αναφέρθηκε ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης σχετίζεται με αποτελέσματα μείωσης και βελτίωσης συγκεκριμένα της διαβητικής νευροπάθειας (Doherty, 2015). Ωστόσο, σε κάποιες μελέτες εξετάζεται η πιθανή σχέση αιτιότητας μεταξύ αντικαταθλιπτικής αγωγής και διαβήτη. Αναλυτικότερα, σε πολλές έρευνες γίνεται προσπάθεια να διευκρινισθεί αν η χρήση αντικαταθλιπτικής αγωγής μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη. Ακόμα, δεν έχει υπάρξει η δυνατότητα να διευκρινισθεί και να υποστηριχθεί μια τέτοια θέση, παρόλα αυτά τα κυριότερα στοιχεία των ερευνών είναι τα εξής: Πρώτον, γίνεται αναφορά στο ότι τα ψυχιατρικά φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται για την κατάθλιψη, ακόμα και τα αντιψυχωτικά, μπορούν να επηρεάσουν το μεταβολισμό της γλυκόζης και επομένως να οδηγήσουν στη νόσο του διαβήτη (Barnard, Peveler, Holt, 2013). Δεύτερον, οι μελέτες αυτές εστιάζουν στο γεγονός ότι τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά σκευάσματα επιφέρουν αύξηση του σωματικού βάρους και κατ' επέκταση αύξηση στην αντίσταση στην ινσουλίνη και συνεπώς σακχαρώδη διαβήτη. Οι έρευνες αυτές αφορούν σε τρικυκλικά σκευάσματα, σε SSRIs, καθώς και σε συνδυαστικά σχήματα. Εξετάζονται και τα SSRIs, παρά το γεγονός ότι συνδέονται περισσότερο με σταθερό βάρος ή απώλεια βάρους γιατί μακροπρόθεσμα φαίνεται να επιφέρουν αύξηση του σωματικού βάρους (Kivim, Hamer, Batty D., Batty G., Geddes, Tabak et al.2016, Rubin, Marrero, Peyrot, Barrett-Connor, Kahn et al., 2008). Επιπλέον, παρατηρείται ότι οι μακροχρόνιες, υψηλές ή μέτριες ημερήσιες δόσεις, σε αντίθεση με τις χαμηλές ημερήσιες δόσεις, σχετίζονται με χειρότερη έκβαση του διαβήτη. Για την σχέση αυτή βέβαια, υπάρχει η ερμηνεία ότι η σοβαρότητα του διαβήτη σχετίζεται με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης, και όχι με την ποσότητα της αγωγής αυτή καθ' αυτή (Kivim, Hamer, Batty D., Batty G., Geddes, Tabak et al.2016). Επίσης, ερευνάται η πιθανότητα η εμφάνιση και η επιδείνωση του διαβήτη να σχετίζεται με την συνεχιζόμενη χρήση αντικαταθλιπτικών. Επί του θέματος, απαιτούνται και άλλες

έρευνες, προκειμένου να διευκρινισθεί η σχέση μεταξύ της αντικαταθλιπτικής αγωγής και του σακχαρώδη διαβήτη.

Παράλληλα, με την μελέτη της πιθανής αλληλεπιδρώμενης συσχέτισης του σακχαρώδη διαβήτη με την κατάθλιψη, όσον αφορά στην αιτιότητα, γίνονται κάποιες έρευνες στις οποίες γίνεται προσπάθεια να εντοπισθούν κοινοί παθοφυσιολογικοί παράγοντες πρόκλησης τόσο του διαβήτη όσο και της κατάθλιψης. Αναφορά γίνεται σε δράσεις του αυτόνομου ή του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, σε πολυμορφισμό γονιδίων τα οποία σχετίζονται με παχυσαρκία, αντίσταση στην ινσουλίνη, ευαισθησία στο στρες, καθώς και σε διαταραχή της υποθαλαμικής υπόφυσης (Black, Makrides, Ray, 2003). Ακόμα, μελετάται η πιθανότητα ο σακχαρώδης διαβήτης και η κατάθλιψη να είναι αποτέλεσμα έκθεσης σε κάποιο κοινό παράγοντα κινδύνου, όπως η παχυσαρκία, η φυσική αδράνεια, η λήψη φαρμάκων (Black, Makrides, Ray, 2003).

Όπως, ήδη αναφέρθηκε άνωθεν, η νόσος του σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να προκαλέσει στον οργανισμό πολυάριθμες πιθανές επιπλοκές, συνηθέστερες εκ των οποίων είναι οι καρδιοπάθειες, η αμφιβληστροειδοπάθεια, οι νεφροπάθειες. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη εμφανίζουν υψηλή συχνότητα συννοσηρότητας με άλλες νόσους όπως υπέρταση, στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικά επεισόδια (Watkins, 1983). Συνεπώς, οι έρευνες οι οποίες διεξάγονται δεν αφορούν μόνο στην διευκρίνιση των σχέσεων αιτίου αιτιατού, ανάμεσα στον σακχαρώδη διαβήτη και τη κατάθλιψη. Αντιθέτως, σημειώνονται πολλές έρευνες στις οποίες γίνεται προσπάθεια να μελετηθεί η πορεία της νόσου του διαβήτη, των επιπλοκών και των συννοσηροτήτων του, όταν οι ασθενείς πάσχουν ταυτόχρονα και από κατάθλιψη. Μελετάται επομένως, η επιβαρυντική σημασία της κατάθλιψης σε ασθενείς με διαβήτη (Rubin, Marrero, Peyrot, Barrett-Connor, Kahn et al. 2008). Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τις έρευνες, οι ασθενείς με διαβήτη, οι οποίοι πάσχουν και από κατάθλιψη ή βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα, παρουσιάζουν πολύ πιο συχνά επιπλοκές στον διαβήτη, ο οποίος φαίνεται να είναι πιο σοβαρής μορφής. Επίσης, εκείνοι οι ασθενείς φαίνεται να απευθύνονται πιο συχνά σε ιατρικές υπηρεσίες και οργανισμούς. Παράλληλα,

υποστηρίζεται ότι δεν επιδεινώνεται μόνο η σοβαρότητα του διαβήτη, αλλά ταυτόχρονα αυξάνονται και οι πιθανότητες να αναπτυχθούν συννοσηρότητες καθώς και η πιθανότητα για σοβαρότερη πορεία και έκβαση αυτών (Anderson, Freedland, Clouse, Lustman, 2001, Doherty, 2015, Groot, Kushnick, Doyle, Merrill, McGlynn, Shubrook et al, (2010). Επιπλέον, όσον αφορά στις συννοσηρότητες και με άλλες νόσους, θεωρείται ότι η συνύπαρξη διαβήτη και κατάθλιψης, αυξάνει και την ταχύτητα με την οποία θα εμφανισθούν καθώς και το βαθμό θνητότητας, ο οποίος προκύπτει λόγω αυτής (Pan, Lucas, Sun O., Van Dam, Franco, Willet et al, 2011). Σε μια έρευνα σημειώνεται ότι η θνητότητα των ασθενών οι οποίοι πάσχουν την ίδια στιγμή από σακχαρώδη διαβήτη και από κατάθλιψη είναι διπλάσια σε σχέση με εκείνη του γενικού πληθυσμού. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στη συσχέτιση σακχαρώδη διαβήτη, κατάθλιψης και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σε μια έρευνα υποστηρίζεται ότι η πρώτη αιτία θανάτου στους ασθενείς με διαβήτη τύπου I με συννοσηρότητα κατάθλιψης είναι η στεφανιαία αρτηριακή νόσος. Γενικότερα, υποστηρίζεται η άποψη ότι η νόσος της κατάθλιψης αυξάνει τη πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από στεφανιαία νόσο, αν πάσχει ήδη από διαβήτη (Gendelman, Stell- Bergeon, McFann, Kinney, Wawa, Bishop, Rewer, Mahhs, 2009).

Επίσης, υποστηρίζεται ότι η θνητότητα είτε λόγω καρδιαγγειακών νόσων, είτε λόγω άλλων συννοσηροτήτων του διαβήτη, είναι υψηλότερη στα άτομα τα οποία νοσούν από διαβήτη και κατάθλιψη, σε σχέση με τα άτομα τα οποία δεν πάσχουν από κατάθλιψη. Και ακόμα, αναφέρεται ότι οι γυναίκες συγκεκριμένα έχουν 40% περισσότερες πιθανότητες να καταλήξουν συγκριτικά με τα άτομα τα οποία δεν έχουν κατάθλιψη (Pan, Lucas, Sun O., Van Dam, Franco, Willet et al, 2011). Αντίστοιχα, μια ακόμα έρευνα αναφέρει ότι μέσα σε μια επταετία οι ασθενείς με συννοσηρότητα διαβήτη και κατάθλιψης, είναι πιο πιθανόν να νοσήσουν από στεφανιαία νόσο ή να καταλήξουν από στεφανιαία νόσο, σε σχέση με ασθενείς οι οποίοι πάσχουν μόνο από διαβήτη (Katon, Lin, Russo, Von Korff, Ciechanouski et al, 2004). Υπάρχουν πολλές ερμηνείες και απόψεις για τις αιτιώδεις σχέσεις, οι οποίες προκαλούν αυτή τη σύνδεση της κατάθλιψης με τις καρδιαγγειακές νόσους. Η σύνδεση

αυτή αποδίδεται τόσο σε συμπεριφορικές συνήθειες, κατά βάση ανθυγιεινές, όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ, αλλά και σε βιολογικές εξηγήσεις.

Επιπροσθέτως, παράλληλα με την αυξημένη συννοσηρότητα από άλλες νόσους καθώς και θνητότητα την οποία παρουσιάζουν τα άτομα με διαβήτη και κατάθλιψη, στο προσκήνιο έρχεται και η συνοδός λειτουργική αναπηρία η οποία αναπτύσσεται. Πρόκειται τόσο για σωματική όσο και για ψυχοκοινωνική αναπηρία (Egede, 2004). Λεπτομερέστερα, η φυσική και η ψυχοκοινωνική λειτουργία των ατόμων τα οποία πάσχουν από διαβήτη και κατάθλιψη ταυτόχρονα, είναι σημαντικά μειωμένη σε σχέση με άτομα τα οποία νοσούν είτε μόνο από κατάθλιψη, είτε μόνο από διαβήτη. Παράλληλα, σε σχετική έρευνα παρατηρείται ότι σε εκείνα τα άτομα γίνεται αυξημένη χρήση υγειονομικής περίθαλψης και το κόστος υγείας τους είναι αυξημένο.

Συμπερασματικά, όπως σχολιάζετε και από τις περισσότερες έρευνες, η σχέση αιτιότητας μεταξύ της νόσου του διαβήτη και της νόσου της κατάθλιψης δε μπορεί ακόμα να διευκρινισθεί και απαιτούνται περισσότερες έρευνες. Επίσης, σε πολλές έρευνες αναφέρεται η απουσία εξέτασης και διάγνωσης της κατάθλιψης στους πάσχοντες από διαβήτη. Αυτό συνδέεται κυρίως με τον ισχυρισμό ότι συχνά δεν αποδίδεται η πρέπουσα σημασία στις ψυχικές νόσους καθώς και στο γεγονός ότι πολλές φορές τα συμπτώματα και των δύο νόσων αλληλοκαλύπτονται. Τα συμπτώματα δηλαδή της κατάθλιψης, όπως η κόπωση, οι αλλαγές του σωματικού βάρους, η αδυναμία, μπορεί να ερμηνευθούν ως συμπτώματα του διαβήτη. Ως απάντηση προς αυτό το πρόβλημα, προτείνεται από τις έρευνες τόσο η προσπάθεια ένταξης της εξέτασης για ψυχική νόσο στη κλινική πρακτική όσο και η προσπάθεια ταυτόχρονης φροντίδας σωματικής και ψυχικής νόσου. Η αγωγή και η θεραπεία της κατάθλιψης παράλληλα με την ανακούφιση από την ίδια την νόσο, φαίνεται να βελτιώνει την εξέλιξη του διαβήτη, να μειώνει τις επιπλοκές, τις νοσηλείες, καθώς και την έκβαση των συννοσηροτήτων οι οποίες έχουν αναπτυχθεί στον εκάστοτε ασθενή και κατ' επέκταση τη θνητότητα όσων πάσχουν και από τις δύο ή περισσότερες ασθένειες.

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν μια ομάδα ψυχικών διαταραχών, στις οποίες βασικότερο κοινό σημείο είναι ότι ο πάσχων βιώνει αίσθημα άγχους και φόβου. Ο φόβος ορίζεται ως η δυσάρεστη αίσθηση που βιώνει το άτομο στην ιδέα έλευσης ενός κινδύνου. Το άγχος αντίστοιχα, έχει κοινό χαρακτηριστικό με τον φόβο, την αίσθηση κινδύνου. Ωστόσο, η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι στη περίπτωση του άγχους η αντίληψη του κινδύνου δεν είναι ρεαλιστική και η συναισθηματική αντίδραση του ατόμου είναι υπερβολική. Βασικό χαρακτηριστικό του άγχους είναι ότι το άτομο έχει συνείδηση της πραγματικής έκτασης του κινδύνου καθώς και του ότι η αντίδρασή του είναι υπερβολική. Τα συμπτώματα τα οποία παρουσιάζει κάποιος ο οποίος πάσχει από κάποια αγχώδη διαταραχή είναι γνωστικά, συναισθηματικά και σωματικά. Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η αίσθηση αυξημένων παλμών, η εφίδρωση, η αίσθηση επικείμενης λιποθυμίας καθώς και η αίσθηση επικείμενης τρέλας μέσω απώλειας του ελέγχου ή η αίσθηση επικείμενου θανάτου. Υπάρχουν διάφορες αγχώδεις διαταραχές, συνηθέστερες εκ των οποίων είναι η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία, η ειδική φοβία, η γενικευμένη διαταραχή άγχους, διαταραχή μετά από τραυματικό στρες. Η έναρξή τους συνήθως εντοπίζεται στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής, με εξαίρεση την αγοραφοβία η οποία εμφανίζεται αργότερα στην ενήλικη ζωή. Το ποσοστό επιπολασμού των αγχωδών διαταραχών στις γυναίκες φαίνεται να είναι διπλάσιο από εκείνο των ανδρών. Επίσης, υψηλή συσχέτιση αυτών των διαταραχών εμφανίζεται με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, παρατήρηση η οποία ερμηνεύεται με διάφορους τρόπους (American Psychiatric Association, 2014).

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Κατ' αντιστοιχία με τη συννοσηρότητα της κατάθλιψης και του διαβήτη, παρατηρούμε ότι παρεμφερή ευρήματα υπάρχουν και για τη συννοσηρότητα της νόσου του διαβήτη με τις αγχώδεις διαταραχές. Οι αγχώδεις διαταραχές φαίνεται να παρουσιάζουν επίσης, συνεχώς

αυξανόμενο επιπολασμό στις δυτικές κοινωνίες, με το μέσο όρο ηλικίας έναρξης των διαταραχών να φθίνει, όπως παρατηρήθηκε και στο διαβήτη και στην κατάθλιψη. Στις περισσότερες έρευνες αναδεικνύεται και υποστηρίζεται η υψηλότερη συννοσηρότητα της νόσου της κατάθλιψης με το διαβήτη και λιγότερο εντοπίζεται η κλινική παρουσία κάποιας αμιγούς αγχώδους διαταραχής. Ωστόσο, γίνεται φανερή μια διαφορά. Στις έρευνες οι οποίες δεν έχουν χρησιμοποιήσει κλινικά ψυχομετρικά εργαλεία, αντίθετα στηρίζονται σε αυτοαναφορές των ασθενών, σχεδόν το 40% του πληθυσμού με διαβήτη ο οποίος ελέγχεται δηλώνει ότι αντιμετωπίζει συμπτώματα άγχους και στρες (Doherty, 2015). Επιπλέον, μια δεύτερη διαφορά ανάμεσα στις έρευνες συσχέτισης διαβήτη – κατάθλιψης και διαβήτη – αγχωδών διαταραχών είναι ότι οι πρώτες εστιάζουν περισσότερο το αντικείμενό τους στον εντοπισμό κοινών παθοφυσιολογικών μηχανισμών ή στο τρόπο με τον οποίο οργανικές καταστάσεις οι οποίες συντρέχουν είτε στο διαβήτη είτε στη κατάθλιψη προκαλούν αντίστοιχα την εμφάνιση της άλλης νόσου. Αντίθετα, στις έρευνες στις οποίες το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάζεται στη συσχέτιση διαβήτη και αγχωδών διαταραχών, περισσότερη σημασία δίνεται στο τρόπο με τον οποίο ψυχικοί παράγοντες προκαλούν την εμφάνιση κάποιας αγχώδους διαταραχής στους ασθενείς με διαβήτη.

Πέραν όμως αυτών των δύο διαφορών, κοινό σημείο είναι ότι εντοπίζεται υψηλή ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με διαβήτη, η οποία πιθανώς οδηγεί ή συμβάλει στην ίδια την πρόκλησή του, αλλά ταυτόχρονα δυσχεραίνει την εξέλιξη της νόσου, την διαδικασία ορθής ανταπόκρισης στη θεραπεία καθώς και επιδεινώνει τις επιπλοκές της. Παρατηρούμε ότι στις έρευνες υποστηρίζεται η σύνδεση του αισθήματος του άγχους ή της ύπαρξης κάποιας αγχώδους διαταραχής με κακό γλυκαιμικό έλεγχο, σοβαρότερες επιπλοκές, συχνότερες νοσηλείες και αδυναμία ανταπόκρισης στη θεραπευτική αγωγή λόγω αισθήματος ματαιότητας (Stojanović-Tasić, Grgurević, Cvetković, Grgurević, Trajković, 2014). Το υπογλυκαιμικό επεισόδιο είναι μια επικίνδυνη για τον ασθενή και την επιβίωσή του κατάσταση η οποία χρήζει πιθανώς νοσηλείας σε νοσοκομείο, άμεση βοήθεια από τρίτο πρόσωπο και κάποιες φορές οδηγεί σε απώλεια συνείδησης. Παράλληλα όμως με την

οργανική επικινδυνότητα η οποία χαρακτηρίζει αυτή τη κατάσταση, το υπογλυκαιμικό επεισόδιο βιώνεται και ψυχοσυναισθηματικώς επώδυνα από τους ασθενείς. Οι διαβητικοί ασθενείς φαίνεται να βιώνουν το άγχος ότι θα έρθουν αντιμέτωποι με αυτό το γεγονός ή αν ήδη τον έχουν βιώσει μια ή περισσότερες φορές, τότε αντιμετωπίζουν το φόβο επανάληψης του υπογλυκαιμικού επεισοδίου. Σε μια έρευνα αναφέρεται, ότι γι' αυτό το λόγο πολλοί ασθενείς δυσκολεύονται στο γλυκαιμικό έλεγχο, επειδή δεν ανταποκρίνονται στις επιταγές της θεραπευτικής αγωγής τους. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς, τρώνε περισσότερο και ακαταλληλότερα, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της νύχτας, προκειμένου να αποφύγουν τη πιθανότητα επανάληψης ή εμφάνισης ενός υπογλυκαιμικού επεισοδίου (Doherty, 2015).

Επιπροσθέτως, σε πολλές έρευνες αναφέρεται ότι παρατηρήθηκε σύνδεση της νόσου του διαβήτη, των αγχώδων διαταραχών και της κατάθλιψης με χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων και των εθνικών μειονοτήτων και των φυλετικών συμπεριφορών. Αναλυτικότερα, σε μια έρευνα υποστηρίζεται ότι ο διαβήτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής σε ενήλικες χαμηλού εισοδήματος, οι οποίοι λαμβάνουν υπηρεσίες από κλινικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σε αυτή την έρευνα φαίνεται ότι πολίτες οι οποίοι νοσούν από διαβήτη με χαμηλό οικονομικό, κοινωνικό και εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους συγκριτικά με όσους δεν έχουν οικονομική δυσχέρεια. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους τα οποία συνοδεύουν εκείνες τις συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, τις καθιστούν πιο ευάλωτες σε ανάπτυξη και άλλων χρόνιων νοσημάτων, γεγονός το οποίο επιβαρύνει πολύ τη πορεία της νόσου του διαβήτη. Συνεπώς, φαίνεται ότι διαβητικά άτομα με χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο εμφανίζουν συχνότερα αγχώδεις διαταραχές ή συμπτώματα άγχους καθώς και συννοσηρότητα με άλλες ασθένειες αλλά και σοβαρότερες επιπλοκές στο διαβήτη. Ταυτόχρονα, υποστηρίζεται ότι συμβαίνει και η αντίστροφη διαδικασία, ότι άτομα τα οποία πάσχουν από διαβήτη αλλά και από άλλη χρόνια νόσο, όπως η υπέρταση, η αρθρίτιδα ή το άσθμα, ασθένειες οι οποίες συναντώνται

συχνά στο γενικό πληθυσμό όσο και ο διαβήτης, καθίστανται πιο ευάλωτα στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας. Ακόμα, αναφέρεται ότι άτομα με διαβήτη τα οποία έλαβαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, εμφανίζουν σε χαμηλότερο ποσοστό συννοσηρότητα με άλλες παθήσεις. Σε αυτό το σημείο προτείνεται από την έρευνα για ακόμη μια φορά η σημασία της πρόληψης και η σημασία της ένταξης στην κλινική πράξη της συνεξέτασης ψυχικών νοσημάτων ή συμπτωμάτων (Thomas, Jones, Scarinci, Brantley, 2003). Σε σχέση με αυτό το ζήτημα, σε μια άλλη έρευνα αναφέρεται ότι ακόμα και αν υπάρξει συνεξέταση για συμπτώματα άγχους ή για την ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής, ιδιαίτερα αγχώδους διαταραχής, καθώς και ενημέρωση των ασθενών με διαβήτη για την ορθή αντιμετώπιση της νόσου, για την αναγκαιότητα υιοθέτησης κατάλληλων προστατευτικών συμπεριφορών, όπως η άθληση, η διακοπή επιβλαβών συνηθειών όπως η χρήση αλκοόλ και οίνοπνεύματος, οι ασθενείς δείχνουν να αδυνατούν να υιοθετήσουν αυτές τις πρακτικές (Doherty, 2015). Ωστόσο, παρά τη γενική αποδοχή αυτής της παρατήρησης, δεν εντοπίστηκαν στη βιβλιογραφική έρευνα πιο δομημένες προτάσεις για την αποτελεσματικότερη ενημέρωση και εκπαίδευση εκείνων των ασθενών, οι οποίες θα υπερνικούν τα επιπρόσθετα εμπόδια των οικονομικών και εκπαιδευτικών δυσκολιών. Όσον αφορά στις φυλετικές συμπεριφορές και στις εθνοφυλετικές μειονότητες, παρατηρείται ότι και οι δυο είναι παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας, και ως επί το πλείστον άγχους, σε διαβητικό πληθυσμό. Σε μια έρευνα φαίνεται ότι το άγχος των φυλετικών συμπεριφορών, με την έννοια των φυλετικών διακρίσεων σε συνδυασμό με το χαμηλό οικονομικό επίπεδο, καθιστούσε τον αντίστοιχο πληθυσμό, ιδιαίτερα τους Αφροαμερικανούς, πολύ πιο ευάλωτο στην εμφάνιση αγχωδών διαταραχών και κατάθλιψης (Thomas, Jones, Scarinci, Brantley, 2003). Σε μια αντίστοιχη έρευνα, η οποία έγινε με γηγενή ολλανδικό διαβητικό πληθυσμό και μειονότητες Μαροκινών και Τούρκων, επίσης διαβητικών, σημειώνονται αντίστοιχα ευρήματα. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι οι εθνικές μειονότητες σε σύγκριση με τους ντόπιους ανέπτυξαν περισσότερα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους καθώς και διαβητικής δυσφορίας. Σε

σχέση με αυτό το εύρημα διατυπώνονται κάποιες υποθέσεις για περαιτέρω ανάλυση, αλλά αφορούν στη διαφορά μεταξύ των εθνοτικών μειονοτήτων και των γηγενών, και όχι στις διαφορές τις οποίες παρουσιάζουν οι μειονότητες μεταξύ τους. Επομένως, γίνεται αναφορά και σε αυτή την έρευνα στη σημασία του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των εθνοτικών μειονοτήτων ως πιθανό παράγοντα κινδύνου για την ευκολότερη και συνηθέστερη ανάδειξη συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας. Επιπλέον, ως πιθανός παράγοντας ο οποίος δυνάμει σχετίζεται με την παρατηρούμενη κατάσταση, αναφέρεται η θρησκεία. Συγκεκριμένα, στην έρευνα υποστηρίζεται ότι επειδή η πλειοψηφία των Μαροκινών και των Τούρκων ασπάζονται τη Μουσουλμανική θρησκεία, αυτό οδηγεί το συγκεκριμένο πληθυσμό πιο συχνά σε αναζήτηση θρησκευτικών τρόπων αντιμετώπισης των ψυχικών δυσκολιών τους. Αυτή η υπόθεση γίνεται με βάση ότι στο μουσουλμανικό πληθυσμό, η ψυχική αδυναμία στιγματίζεται ακόμα πιο πολύ απ' ότι σε άλλους πληθυσμούς, με αποτέλεσμα οι διαβητικοί ασθενείς από αντίστοιχες εθνοτικές ή/και θρησκευτικές μειονότητες να μην αναζητούν και να μην λαμβάνουν κατάλληλη ψυχιατρική περίθαλψη. Όσον αφορά στις μεταξύ τους διαφορές, οι Τούρκοι διαβητικοί ασθενείς φαίνεται να αναπτύσσουν σε υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψη, ενώ οι Μαροκινοί διαβητικοί ασθενείς, φαίνεται να προβληματίζονται περισσότερο από διαβητική δυσφορία. Αυτή η διαφορά δεν διερευνήθηκε, ωστόσο η συγγραφική ομάδα υπέθεσε ότι ο τούρκικος πληθυσμός μπορεί να βίωνε και να εξέφραζε περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα λόγω της περιθωριοποίησης και του διαχωρισμού τον οποίο υφίσταντο στην Ολλανδία, αντίθετα ο πληθυσμός των Μαροκινών διαταρασσόταν περισσότερο από διαβητική δυσφορία. Γι' αυτή τη παρατήρηση, αναφέρθηκε ως πιθανή εξήγηση, ότι το Μαρόκο ανήκει στις Αραβικές Χώρες, όπου οι πολίτες συνηθίζουν να εκφράζουν τα ψυχικά τους συμπτώματα με όρους σωματικούς. Παρόλα αυτά, οι μηχανισμοί οι οποίοι συνδέουν την συναισθηματική αγωνία και γενικότερα τα ψυχικά συμπτώματα με την εθνικότητα και τη θρησκεία δεν είναι σαφείς (Schmidt, Van Loon, Torensma, Snoek, Honig, 2017).

Συνεχίζοντας, μέσα από τη βιβλιογραφική έρευνα, φαίνεται να υπάρχει σύνδεση της

νοσηλείας, των αγχωδών διαταραχών και των διαβητικών ασθενών. Συχνά αναφέρεται ότι οι επαναλαμβανόμενες νοσηλείες των διαβητικών ασθενών σχετίζονται με τα αυξημένα επίπεδα άγχους τα οποία βιώνουν οι τελευταίοι. Παράλληλα όμως μελετάται και το άγχος των νοσοκομειακών διαβητικών ασθενών σε σύγκριση με τους εξωτερικούς διαβητικούς ασθενείς. Σε μια έρευνα, η οποία συνέκρινε αυτούς τους δυο πληθυσμούς ως προς τη ψυχοπαθολογία την οποία ανέπτυξαν, υποστηρίζεται ότι ο επιπολασμός του άγχους και της κατάθλιψης είναι πολύ πιο υψηλός στους νοσοκομειακούς διαβητικούς ασθενείς. Αναφέρεται ότι πάνω από 50% του αντίστοιχου πληθυσμού παρουσιάζει συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης ενώ τουλάχιστον το 32,9% διαγνώσθηκε με κάποια από τις αντίστοιχες διαταραχές. Οι ερευνητές συνδέουν το αυξημένο άγχος των νοσοκομειακών διαβητικών ασθενών με τη παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας, τη κοινωνική απομόνωση, τη φυσική αδράνεια, και τη οξύτητα είτε της νόσου του διαβήτη είτε κάποιας άλλης νόσου από την οποία πάσχουν. Αυτό παρατηρήθηκε ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς, καθώς και στους ασθενείς οι οποίοι είχαν συννοσηρότητα με νεφροπάθεια. Επιβαρυνμένοι από ψυχικές νόσους φάνηκαν και οι ενδονοσοκομειακοί ασθενείς οι οποίοι είχαν χαμηλό εισόδημα. Σε αυτή την έρευνα προτείνεται η προσπάθεια μείωσης της φυσικής αδράνειας και αύξησης της κινητικότητας των ασθενών, εφόσον υποστηρίζεται ότι η αδράνεια είναι ο πιο εύκολα τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου πρόκλησης άγχους στη διάρκεια μιας νοσηλείας. Επίσης, δεδομένου ότι γίνεται αντιληπτή μόνο η σύνδεση των αγχωδών διαταραχών με τη νοσηλεία διαβητικών ασθενών, και όχι το είδος της σχέσης, είναι πιθανόν η κατάσταση αυξημένου άγχους να συμβάλει στη παράταση της νοσηλείας. Επομένως, προτείνεται, η γρηγορότερη έξοδος των ασθενών από το εκάστοτε νοσοκομειακό πλαίσιο (Bekairy, AbuRuz, Alsabani, Alshehri , Aldebasi, Alkatheri et al, 2017).

Παράλληλα, κάποιες έρευνες, εστιάζουν στη δυσφορία του διαβητικού ασθενή, η οποία δυνάμει προκαλεί εντάσεις και στις διάφορες προσωπικές και διαπροσωπικές του σχέσεις. Όπως είδαμε και όσον αφορά στο ζήτημα της κατάθλιψης στους διαβητικούς ασθενείς, οι

σχέσεις διαταράσσονται και οι δυναμικές αλλάζουν. Αντίστοιχα, όσον αφορά στη συννοσηρότητα αγχωδών διαταραχών και διαβήτη δεν είναι μόνο ο ασθενής εκείνος ο οποίος θα επηρεαστεί αλλά και οι προσωπικές του σχέσεις καθώς και το σύστημα της πατρικής ή/ και της δικής του οικογένειας. Σε πολλές έρευνες, παράλληλα με τους διαβητικούς ασθενείς, ελέγχεται και η ψυχική υγεία των συντρόφων τους. Παρατηρείται ότι οι σύντροφοι, ειδικά αν είναι γυναίκες εμφανίζουν το ίδιο άγχος με τον ασθενή, ενώ κάποιες φορές εκδηλώνουν περισσότερο άγχος συγκριτικά με τον ασθενή. Σε σχέση με αυτή τη παρατήρηση, αναφέρονται κάποιες υποθέσεις, οι οποίες όμως δεν έχουν ελεγχθεί και φυσικά δε μπορούν να αποδείξουν το είδος και τη κατεύθυνση αυτής της σχέσης. Πρώτον, πιστεύετε ότι πιθανώς οι γυναίκες σύντροφοι βιώνουν περισσότερο άγχος απ' ότι ο διαβητικός σύντροφός τους, γιατί επωμίζονται οι ίδιες τις πρακτικές καθημερινές ανάγκες οι οποίες επιβάλλονται για τη καλύτερη θεραπευτική αγωγή του διαβήτη. Αναλαμβάνουν δηλαδή, τη διεκπεραίωση των κατάλληλων διατροφικών συνηθειών του συντρόφου, των υγιεινών συνηθειών διαβίωσης, καθώς και όλες τις υπόλοιπες οργανικές πτυχές της νόσου όπως τη παρακολούθηση της ασθένειας και του γλυκαιμικού ελέγχου. Δεύτερον, οι γυναίκες σύντροφοι, πιθανώς βιώνουν μεγαλύτερο άγχος από τους ασθενείς, διότι πέραν της ανάληψης των καθημερινών αναγκών της νόσου του διαβήτη, αναλαμβάνουν και την ηθική ευθύνη να φροντίσουν τη δυσφορία και τις συναισθηματικές ανάγκες του συντρόφου τους. Αυτή η φροντίδα, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι πολλές φορές οι διαβητικοί ασθενείς γίνονται πιο απαιτητικοί, λιγότερο υπομονετικοί και πιο επιρρεπείς στο συναίσθημα της ματαιότητας, θεωρείται ο πιθανός τρίτος λόγος εξαιτίας του οποίου πολλές φορές οι γυναίκες σύντροφοι αισθάνονται έντονη δυσφορία και άγχος. Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα, όπως υποστηρίζεται από έρευνες ο ίδιος ο διαβητικός ασθενής δε θα διαμαρτυρηθεί καθόλου για ψυχική δυσφορία, ενώ η σύντροφός του θα παρουσιάζει έντονα συμπτώματα. Γι' αυτό το λόγο, σε μια έρευνα προτείνεται η αναγκαιότητα συνεξέτασης των συντρόφων των ασθενών. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι εφόσον οι χρόνιες νόσοι, και εν προκειμένω ο διαβήτης δεν επηρεάζει μόνο τον ίδιο τον ασθενή αλλά

και ολόκληρο το διαπροσωπικό σύστημά του, προτείνεται η συμπερίληψη της αξιολόγησης ζεύγους και οικογενείας στη κλινική πρακτική, κυρίως για δύο λόγους. Πρώτον, με αυτό το τρόπο θα βοηθηθούν τα άτομα τα οποία έμεναν αδιάγνωστα, επειδή δεν αποσπούσαν την προσοχή των γιατρών τη δεδομένη χρονική στιγμή και δεύτερον θεωρείται ότι οι υγιείς προσωπικές σχέσεις, μειώνουν τη δυσφορία του κάθε ατόμου και αυτό εξυπηρετεί στη καλύτερη αυτοφροντίδα του ασθενή σε σχέση με τη πάθηση του από διαβήτη (Fisher, Chesla, Skaff, Mullan, Kanter, 2002). Ωστόσο, παράλληλα με τις συντρόφους των ασθενών με διαβήτη, οι οποίες δεν εξετάζονται για ψυχική δυσφορία και ψυχιατρικά συμπτώματα, σε κάποιες έρευνες παρατηρείται ότι και οι ηλικιωμένοι ασθενείς με διαβήτη θα μείνουν αδιάγνωστοι ως προς τις ψυχιατρικές νόσους. Στις περισσότερες έρευνες φαίνεται ότι η σχέση διαβήτη σε ηλικιωμένους και ψυχοπαθολογίας σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι αμφίδρομη. Η οξύτητα και η επικινδυνότητα της νόσου του διαβήτη μπορεί να δημιουργήσει περισσότερο άγχος στους ηλικιωμένους ασθενείς συγκριτικά με νεότερους, ενώ η σοβαρότερη ψυχοπαθολογία μπορεί να δυσκολεύει τους ασθενείς ως προς την κάλλιστη προσαρμογή στη θεραπεία του διαβήτη ή ακόμα και αν υπάρχει αυτή, ο γλυκαιμικός έλεγχος να παραμένει μη ικανοποιητικός. Παρόλα αυτά, στους ηλικιωμένους ασθενείς θα διαγνωσθεί πολύ εύκολα και άμεσα η νόσος του διαβήτη σε αντίθεση με τα ψυχιατρικά συμπτώματα ή ψυχικές νόσους οι οποίες δε θα εντοπισθούν, με αποτέλεσμα τη δυσμενέστερη έκβαση τόσο της παθολογίας όσο και της ψυχοπαθολογίας σε παγκόσμιο επίπεδο, με αύξηση των επιπλοκών του διαβήτη και αύξηση της επιβάρυνσης της κρατικής οικονομίας. Υποστηρίζεται ότι οι ηλικιωμένοι διαβητικοί ασθενείς μπορεί να διαφύγουν προσοχής ως προς τη ψυχική τους δυσφορία γιατί οι ίδιοι δεν αναφέρονται σε αυτή φοβούμενοι ότι θα χαρακτηρισθούν αρνητικά. Επιπλέον, είναι πιθανόν εκείνοι να εκφράζουν τη ψυχική τους δυσκολία αναφερόμενοι σε δυσκολίες οι οποίες προκύπτουν φαινομενικά από σωματικά συμπτώματα. Ταυτόχρονα και το ιατρικό προσωπικό μπορεί να αποδώσει αιτιολογικά τη ψυχική δυσφορία των ηλικιωμένων στη γενικότερη βεβαρημένη σωματική τους υγεία και να μη δώσει σημασία στη πραγματική

συναισθηματική τους κατάσταση (Mamoudi, Damak, Zouari, Ouali, Mechri., Zouari et al, 2013). Γι' αυτή τη πρακτική δε σημειώνονται ερμηνευτικές υποθέσεις στις αντίστοιχες έρευνες, ωστόσο προτείνεται η συνεργασία γηριάτρων, ψυχιάτρων, διαβητολόγων και διατροφολόγων. Σε μια έρευνα η οποία αφορούσε το άγχος θανάτου σε διαβητικούς και μη ασθενείς, φάνηκε ότι η νόσος του διαβήτη από μόνη της δεν επηρεάζει το άγχος θανάτου (Singh, 2013). Ωστόσο, για να υπάρχει αυτή η συνθήκη, το ρόλο εξισορροπητικού παράγοντα φαίνεται να έχει η καλή οικονομική κατάσταση, η θρησκευτικότητα των ασθενών, ιδιαίτερα η Μουσουλμανική κοινότητα ανέδειξε υψηλότερη ανοχή στο άγχος θανάτου, καθώς και η εξασφάλιση της οικογενειακής κατάστασης των παιδιών των ασθενών, και συγκεκριμένα των θηλυκών τέκνων.

Συνοψίζοντας, παρατηρείται από τις διάφορες έρευνες ότι οι αγχώδεις διαταραχές ή ακόμα και το συναίσθημα του άγχους χωρίς διάγνωση συνδέονται αναλογικά και πιθανώς αμφίδρομα με τη νόσο του διαβήτη. Η ύπαρξη άγχους σχετίζεται με το κακό γλυκαιμικό έλεγχο, και η αδυναμία ή η δυσκολία ρύθμισης του σακχάρου στο αίμα αυξάνει τα επίπεδα άγχους των ασθενών. Συνεπώς, όπως αναφέρεται σε μια έρευνα, μπορεί να διαγιγνώσκονται περισσότεροι διαβητικοί ασθενείς με συννοσηρή κατάθλιψη σε σχέση με το μικρότερο ποσοστό συννοσηρότητας από κάποια αγχώδη διαταραχή, ωστόσο φαίνεται ότι τουλάχιστον το 40% των διαβητικών ασθενών παρουσιάζει συμπτώματα άγχους, ενώ το 15% φαίνεται να πάσχει από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (Doherty, 2015). Οι γυναίκες και σε αυτή τη μορφή ψυχοπαθολογίας, όπως και στη κατάθλιψη παρουσιάζουν διπλάσιο ποσοστό επιπολασμού συγκριτικά με τους άνδρες. Οι μέχρι στιγμής ερευνητικές προσπάθειες δεν έχουν καταφέρει να συγκεκριμενοποιήσουν τους πιθανούς βιολογικούς λόγους για τους οποίους οι γυναίκες φαίνονται πιο ευάλωτες στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας με ή χωρίς τη συνοδό νόσο του διαβήτη. Επιπρόσθετα, στις δυτικές κοινωνίες, παρατηρείται σύνδεση του εργασιακού στρες με την νόσου του διαβήτη καθώς και προβλήματα στη θεραπεία του διαβήτη τα οποία συνδέονται με διάφορες μορφές άγχους και φοβιών (Bener, Hamaq, Dafeeah, 2011). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς οι οποίοι

παρουσιάζουν φοβία της βελόνας, δυσκολεύονται ιδιαίτερα στην αγωγή με ινσουλίνη, με αποτέλεσμα είτε το κακό γλυκαιμικό έλεγχο, είτε την έντονη συναισθηματική δυσφορία, είτε και τα δυο μαζί. Επίσης, κάποιοι ασθενείς βιώνουν ιδιαίτερο άγχος για το αν η μέτρηση του σακχάρου τους στο αίμα είναι καλή, με αποτέλεσμα να επιδίδονται αρκετά συχνά σε πρακτικές μέτρησης και ελέγχου του διαβήτη. Λόγω αυτής της συνθήκης γίνεται λόγος για αύξηση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής στους διαβητικούς ασθενείς και σύνδεσή της με το διαβήτη (Doherty, 2015).

Εξετάζοντας λοιπόν όλα τα στοιχεία των παραπάνω ερευνών, καθώς και τις αντίστοιχες υποθέσεις συσχετίσεων της νόσου του διαβήτη και των ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές, παρατηρείται και η πρόταση των ερευνητών για την απόδοση σημασίας στη καταλληλότερη διαχείριση τόσο της νόσου του διαβήτη όσο και των ψυχιατρικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, σε μια έρευνα προτείνεται η συμπερίληψη στη κλινική πράξη διάγνωσης ή συστηματικού ελέγχου του διαβήτη της ψυχικής κατάστασης του εκάστοτε ασθενούς. Προτείνεται δηλαδή, η άμεση εξέταση της ψυχικής υγείας του ασθενούς, ανεξαρτήτως από το αν θα δηλώσει ο ίδιος κάποια συναισθηματική δυσκολία, και η αναγνώρισή της συνεξέτασης ως σημαντικό παράγοντα αποτελεσματικότητας για τη φροντίδα του διαβήτη. Συνεπώς, προτείνεται η συνεξέταση καθώς και η παραπομπή του διαβητικού ασθενή σε κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας, τόσο για τη πρώτη διαδικασία αξιολόγησης όσο και για τους επόμενους συστηματικούς ελέγχους της ψυχικής κατάστασης του ασθενή, καθώς έχει παρατηρηθεί η πιθανότητα να αναπτυχθεί ή να εντοπισθεί η ψυχική νόσος μετά την έναρξη του διαβήτη (Ramkisson., Pillay, Sartorius, 2016).

Επομένως, ανάλογος θα είναι και ο στόχος της παρούσας έρευνας. Μέσω στατιστικής ανάλυσης δεδομένων τα οποία συλλέχθηκαν από ασθενείς του Αττικού νοσοκομείου, στους οποίους προσφέρθηκαν οι υπηρεσίες της Διασυνδεδετικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, θα γίνει προσπάθεια ανάδειξης του είδους της σχέσης της νόσου του διαβήτη με τη κατάθλιψη ή/και τις αγχώδεις διαταραχές. Δεδομένου ότι η συσχέτιση αυτών των

κλινικών οντοτήτων δεν φαίνεται να είναι μονόπλευρη, αλλά αντίθετα πολλαπλώς ερμηνεύσιμη, και δεδομένου ότι τα περιστατικά πάθησης τόσο από διαβήτη όσο και από ψυχικές διαταραχές αυξάνονται παγκοσμίως, η σημασία της συγκεκριμένης έρευνας είναι να ενισχύσει τις προσπάθειες εντοπισμού της συσχέτισης αυτών των νόσων και κατ' επέκταση την αποτελεσματικότερη φροντίδα των ασθενών.

Αναλυτικότερα, στην παρούσα εργασία, θα υπολογισθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όλων των διαβητικών ασθενών της έρευνας καθώς και ο επιπολασμός των τριών διαφορετικών τύπων διαβήτη, οι οποίοι εντοπίζονται στους συμμετέχοντες, είτε ως αιτία νοσηλείας, είτε ως συνοδή οργανική νόσος, παράλληλη με την αιτία νοσηλείας. Συγκεκριμένα, το δείγμα θα διακριθεί σε τρεις κατηγορίες και θα υπολογισθούν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των εξής τριών συγκεκριμένων τύπων σακχαρώδους διαβήτη: ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης, μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης και «άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη». Τα χαρακτηριστικά τα οποία θα μετρηθούν είναι το ψυχιατρικό ιστορικό το οποίο εμφανίζεται σε κάθε τύπο διαβήτη, η ψυχιατρική διάγνωση που δίνεται στους συμμετέχοντες, το αίτημα παραπομπής για το οποίο κλήθηκε η ομάδα της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής υπηρεσίας, καθώς και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της κάθε ομάδας διαβήτη. Ως ψυχιατρικό ιστορικό ή ψυχιατρική διάγνωση, δημιουργούνται οι κατηγορίες διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές, ψυχώσεις, άλλη ψυχική νόσος. Επίσης, ελέγχεται η χρήση ψυχιατρικής αγωγής από τους ασθενείς, πριν από την είσοδό τους στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, ελέγχεται η χρήση αγχολυτικών, υπναγωγών σκευασμάτων, αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων και βενζοδιαζεπινών.

Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Η παρούσα ερευνητική εργασία βασίζεται στη περιγραφική αναδρομική μελέτη δεδομένων τα οποία βασίζονται σε ιστορικά ασθενών του Αττικού Νοσοκομείου Χαϊδαρίου, οι οποίοι εξετάστηκαν από τη Διασυνδεδετική Υπηρεσία του νοσοκομείου, και τα οποία καταγράφηκαν ηλεκτρονικά για τη μετέπειτα στατιστική τους ανάλυση. Το τμήμα του συνολικού αριθμού των ιστορικών τα οποία αναλύθηκαν στην παρούσα έρευνα είναι 146. Συγκεκριμένα, από όλα τα ιστορικά τα οποία κωδικοποιήθηκαν, στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιούνται οι ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονταν λόγω κάποιας μορφής σακχαρώδους διαβήτη ή εκείνοι οι οποίοι νοσούσαν, παράλληλα με την αιτία νοσηλεία τους, από κάποια μορφή σακχαρώδους διαβήτη. Το παρόν δείγμα αποτελείτο από 67 άνδρες και 79 γυναίκες. Συνεπώς, στην πλειοψηφία του το δείγμα, είναι θηλυκού γένους. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνεται από 27 έως 93 ετών, με το μέσο όρο να υπολογίζεται στα 69 έτη. Ως προς την εθνικότητα και το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, δεν υπήρξε περιορισμός στην έρευνα. Σημειώνεται ότι από τους συμμετέχοντες οι 48 είναι Έλληνες, ενώ στους υπόλοιπους 98 συμμετέχοντες δεν σημειώνεται η εθνικότητά τους. Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, το μέσο όρο υπολογίζεται σε 9 έτη και τυπική απόκλιση τα 4 έτη. Ωστόσο, η τιμή αυτή προκύπτει από 53 συμμετέχοντες, εφόσον για 93 δεν έχουμε στοιχεία ως προς την εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Όσον αφορά στις μετρήσεις για το αν μένουν μόνοι τους ή με κάποιον άλλο, για το 26,7%, δηλαδή για 39 ασθενείς, δεν έχουμε στοιχεία. Για το υπόλοιπο δείγμα, για το οποίο υπάρχουν πληροφορίες, υπολογίζεται ότι το 28% ζει μόνο του, 34,6% ζει με κάποιο σύντροφο, 11,2% ζει με σύντροφο/ σύζυγο και παιδιά, 1,9% ζει με γονείς και 24,3% με κάποιον άλλο ή άλλους αδιευκρίνιστο/αδιευκρίνιστους. Όσον αφορά στις μετρήσεις για την οικογενειακή κατάσταση των διαβητικών ασθενών υπολογίζεται ότι για 33 ασθενείς, δηλαδή για το 22,6%, δεν υπάρχουν πληροφορίες. Για το ποσοστό για το οποίο υπάρχουν πληροφορίες, φαίνεται ότι ελεύθεροι είναι το 8%, σε σχέση είναι το 0,9%, έγγαμοι είναι το 52,2%, σε

διάσταση είναι το 13,3% και σε κατάσταση χηρείας είναι το 25,7%.

Πίνακας 1

Ποσοστά επί των απαντήσεων και επί του συνόλου ως προς την κατάσταση κατοικίας των διαβητικών ασθενών

	<u>MENEI ME</u>		
	Συχνότητα	Ποσοστό επί του συνόλου	Ποσοστό επί των απαντήσεων
Μόνος	30	20,5	28
Σύζυγο – Σύντροφο	19	25,3	34,6
Σύζυγο και παιδιά	12	8,2	11,2
Γονείς	2	1,4	1,9
Άλλο	26	17,8	24,3
Σύνολο	107	73,3	100
Ελλιπή στοιχεία	39	26,7	
Σύνολο	146	100	

Πίνακας 2

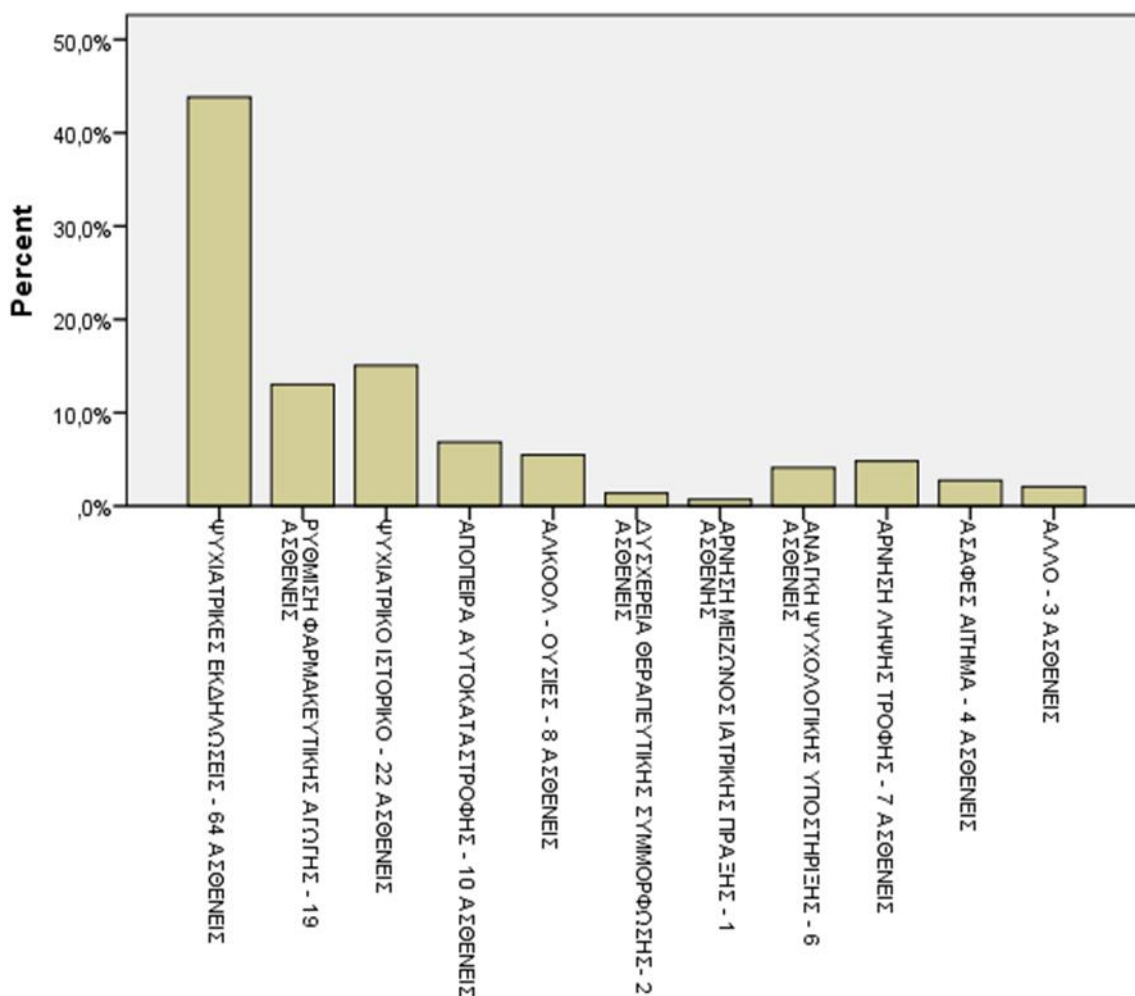
Ποσοστά επί των απαντήσεων και επί του συνόλου ως προς την οικογενειακή κατάσταση των διαβητικών ασθενών

	<u>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</u>		
	Συχνότητα	Ποσοστό επί του συνόλου	Ποσοστό επί των απαντήσεων
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ	9	5,2	8
ΣΕ ΣΧΕΣΗ	1	0,6	0,9
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	59	40,8	52,2
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/ ΣΕ ΔΙΑ-ΣΤΑΣΗ	15	10,9	13,3
ΧΗΡΟΣ/Α	29	17,8	25,7
ΣΥΝΟΛΟ	113	73,3	100
ΕΛΛΙΠΗ ΣΤΟΙ-ΧΕΙΑ	33	26,7	
ΣΥΝΟΛΟ	146	100	

Οι πληροφορίες για τον τόπο κατοικίας των ασθενών, μας δείχνουν ότι 85 μένουν στην Αθήνα, 11 μένουν σε αστικό κέντρο και 18 σε περιφέρεια. Για 32 ασθενείς, δεν έχουμε πληροφορίες για το τόπο κατοικίας τους. Παράλληλα, υπολογίζεται ότι σε σχέση με τη κλινική νοσηλείας των ασθενών, 59 από τους ασθενείς ήταν σε παθολογική κλινική, 3 σε νευρολογική, 8 σε πνευμονολογική, 13 σε καρδιολογική, 6 σε δερματολογική, 8 σε ωτορινολαρυγγολογική κλινική, 10 σε χειρουργική κλινική, 3 σε καρδιοχειρουργική κλινική, 1 σε θωρακοχειρουργική κλινική, 1 σε γυναικολογική-μαιευτική κλινική, 5 σε ορθοπαιδική κλινική, 13 σε αγγειοχειρουργική κλινική, 1 σε οφθαλμολογική, 4 σε μονάδα εμφραγμάτων, 2 σε μονάδα εντατικής θεραπείας και 1 σε μονάδας ειδικών λοιμώξεων. Για 8 από τους ασθενείς δεν έχουμε πληροφορίες για την κλινική στην οποία νοσηλεύτηκαν. Ακόμα, παρατηρείται ότι 83 από τους ασθενείς νοσηλεύτηκαν στην κλινική στην οποία ανήκαν, ενώ 10 από τους συμμετέχοντες νοσηλεύτηκαν σε κλινικές φιλοξενίας. 53 από τους συμμετέχοντες, δεν είναι γνωστό, αν νοσηλεύτηκαν στην κλινική νοσηλείας όπου ανήκαν ή σε κάποια κλινική φιλοξενίας.

Στη συνέχεια της δημογραφικής ανάλυσης εξετάζεται το αίτημα παραπομπής στη

διασυνδεδετική υπηρεσία του νοσοκομείου. Το πιο συχνό αίτημα παραπομπής, με 64 ασθενείς, ήταν το γεγονός ότι εκείνοι εμφάνιζαν ψυχιατρικές εκδηλώσεις. Για 19 ασθενείς χρειαζόταν η ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής τους, 22 από τους ασθενείς είχαν ψυχιατρικό ιστορικό, 10 ασθενείς είχαν προβεί σε απόπειρα αυτοκαταστροφής. Συνεχίζοντας, υπολογίζεται ότι 8 ασθενείς έκαναν χρήση αλκοόλ και ουσιών, 2 παρουσίαζαν δυσχέρεια θεραπευτικής συμμόρφωσης και συνεργασίας, 1 αρνείτο να προχωρήσουν σε μείζονα ιατρική πράξη. Ακόμα, 6 ασθενείς είχαν ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης, 7 ασθενείς αρνούσαν τη λήψη τροφής. Υπάρχουν και 7 αιτήματα παραπομπής για τα οποία δε δόθηκαν περαιτέρω πληροφορίες.



Γράφημα 1. Ποσοστά του δείγματος ως προς το κύριο αίτημα παραπομπής.

Συνεχίζοντας την ανάλυση, υπολογίζονται τα στοιχεία των ασθενών ως προς τις αιτίες νοσηλείας. Φαίνεται ότι υπάρχουν στοιχεία για τους 144 από τους συμμετέχοντες. Για τους υπόλοιπους 2 συμμετέχοντες, δεν έχουμε καμία πληροφορία. Ξεκινώντας την εν λόγω ανάλυση παρατηρείται ότι η πρώτη σε ποσοστό αιτία νοσηλείας των συμμετεχόντων πρόκυψε από παθήσεις του αναπνευστικού, όπως αναγράφεται στο ιστορικό 20 ασθενών. Δηλαδή το ποσοστό που αφορά στους ασθενείς για τους οποίους έχουμε πληροφορίες είναι 13,9%. Αμέσως μετά, σε 17 ασθενείς η αιτία νοσηλείας αφορά σε προβλήματα που δεν ταξινομούνται αλλού, δηλαδή το 11,8%, δηλαδή ανήκουν στην κατηγορία ICD R00-R99. Στη συνέχεια παρατηρείται ότι ποσοστό 9,7% αντιμετωπίζει ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις. Το αμέσως επόμενο ποσοστό, 6,9%, αφορά σε 10 ασθενείς, οι οποίοι αντιμετωπίζουν παθήσεις του κυκλοφορικού καθώς και σε 10 ασθενείς, οι οποίοι είχαν προβεί σε απόπειρα αυτοκαταστροφής. Αντίστοιχο ποσοστό, 6,9% , σχηματίζεται και για τους ασθενείς, οι οποίοι αντιμετώπιζαν λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα. 9 ασθενείς, 6,3% των ασθενών για τους οποίους έχουμε πληροφορίες νοσηλεύτηκαν γιατί αντιμετώπιζαν προβλήματα του ουροποιογεννητικού και αντίστοιχο ποσοστό, 6,3%, νοσηλεύτηκε λόγω παθήσεων του πεπτικού. Επιπλέον, 8 ασθενείς νοσηλεύτηκαν λόγω τραυματισμών από εξωγενείς ταινίες, δηλαδή το 5,6%. Αντίστοιχο ποσοστό, νοσηλεύτηκε λόγω παθήσεων του δέρματος. 6 ασθενείς νοσηλεύτηκαν λόγω νεοπλασμάτων, δηλαδή, το 4,2%. Σε ποσοστό 3,5%, δηλαδή σε 5 ασθενείς, ανέρχεται ο πληθυσμός του δείγματος ο οποίος νοσηλεύτηκε λόγω παθήσεων του αίματος και ορισμένων του ανοσολογικού και σε ποσοστό 2,1%, δηλαδή σε 3 ασθενείς λόγω παθήσεων του νευρικού. Παράλληλα, σε 2 ασθενείς, 1,4% των ασθενών, η αιτία νοσηλείας αφορούσε σε χειρουργική επέμβαση και σε 2 ασθενείς η νοσηλεία αφορούσε σε προβλήματα του μυοσκελετικού. 1 ασθενής έπασχε από ψυχικής διαταραχής, δηλαδή ποσοστό 0,7% και 1 ασθενής νοσηλεύτηκε από κάποια πάθηση του ωτός

Πίνακας 3

Ποσοστά επί των απαντήσεων και επί του συνολικού δείγματος ως προς την πρώτη αιτία νοσηλείας

ΚΥΡΙΑ ΑΙΤΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ 1

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΕΠΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
Ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά	10	6,8	6,9	6,9
Νεοπλάσματα	6	4,1	4,2	11,1
Παθήσεις του αίματος και ορισμένες του ανοσολογικού	5	3,4	3,5	14,6
Ψυχικές διαταραχές	1	,7	,7	15,3
Παθήσεις του νευρικού	3	2,1	2,1	17,4
Παθήσεις του ωτός	1	,7	,7	18,1
Παθήσεις του κυκλοφορικού	10	6,8	6,9	25
Παθήσεις του αναπνευστικού	20	13,7	13,9	38,9
Παθήσεις του πεπτικού	9	6,2	6,3	45,1
Παθήσεις του δέρματος	8	5,5	5,6	50,7
Παθήσεις του μυοσκελετικού	2	1,4	1,4	52,1
Παθήσεις του ουροποιογεννητικού	9	6,4	6,3	58,3
Τραυματισμοί από εξωγενείς αιτίες	8	5,5	5,6	63,9
Απόπειρα αυτοκτονίας	10	6,8	6,9	70,8
Χειρουργική επέμβαση	2	1,4	1,4	72,2
Συμπτώματα που δεν ταξινομούνται αλλού	17	11,6	11,8	84
Ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις	14	9,6	9,7	93,8
Άλλο	5	3,4	3,5	97,2
Δεν υπάρχει πληροφόρηση	4	2,7	2,8	100,0
Σύνολο	144	98,6	100,0	
Ελλείψεις τιμές	2	1,4		
Σύνολο	146	100,0		

Επιπλέον, ταυτόχρονα με την αιτία ή τις αιτίες νοσηλείας των συμμετεχόντων, παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν και άλλα οργανικά προβλήματα. Όσον

αφορά στα λοιπά οργανικά προβλήματα των συμμετεχόντων, αναφέρεται αρχικά ότι 100% του δείγματος έπασχε από κάποια ενδοκρινική, διατροφική και μεταβολική διαταραχή. Επίσης, συνεχίζοντας, διαπιστώνεται ότι ποσοστό 78,7%, δηλαδή 115 ασθενείς αντιμετωπίζουν, πέραν των αιτιών νοσηλείας τους, κάποια πάθηση του κυκλοφορικού. Ως τρίτο υψηλότερο ποσοστό, 16,4% των ασθενών, υπολογίζονται οι ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν παθήσεις του ουροποιογεννητικού, δηλαδή 24 ασθενείς. Αμέσως επόμενο ποσοστό, είναι αυτό των ασθενών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα του αναπνευστικού, και ανέρχεται στο 9,5% του δείγματος, δηλαδή 14 ασθενείς. Στη συνέχεια, παρατηρείται ότι 8 ασθενείς πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, δηλαδή 5,4% του δείγματος, 5 ασθενείς πάσχουν από κάποια νόσο του νευρικού, ποσοστό 3,4%. Επίσης, 6 ασθενείς αντιμετωπίζουν παθήσεις του μυοσκελετικού, ποσοστό 4,1% και 7 ασθενείς, 4,7%, αντιμετώπιζε κάποια πάθηση του πεπτικού. Στο 2,7% του πληθυσμού, βρίσκονται οι ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν τραυματισμούς από εξωγενείς αιτίες. 2,5% των ασθενών, δηλαδή, 3 από τους συμμετέχοντες, πάσχουν από κάποια μορφή νεοπλασματος ή κάποια πάθηση του οφθαλμού. Ποσοστό 1,3%, 2 ασθενείς, αντιμετώπιζαν παράλληλα με την αιτία νοσηλείας τους, εξωνεφρική κάθαρση και θεραπεία. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις, δηλαδή σε ποσοστό 0,6%, υπήρχαν ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία, είτε είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, είτε αντιμετώπιζαν κάποια πάθηση του ωτός, του αίματος, είτε κάποια πάθηση του δέρματος, είτε κάποιο λοιμώδες και παρασιτικό νόσημα.

Στη δημογραφική ανάλυση εξετάζεται και το ψυχιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων. 46 από τους ασθενείς δεν αναφέρουν ιστορικό ψυχικής νόσου, δηλαδή το 33,3% του δείγματος, ενώ για 8 από τους ασθενείς δεν έχουμε στοιχεία. Επίσης, για το 13% του δείγματος, δηλαδή για 19 από τους ασθενείς, είναι γνωστό ότι στο παρελθόν έχουν αντιμετωπίσει κάποιο ψυχικό νόσημα, αλλά δεν υπάρχουν διευκρινιστικές πληροφορίες επ' αυτών. Συνεχίζοντας, και συνυπολογίζοντας όλες τις απαντήσεις των ασθενών, διότι κάποιοι δεν έπασχαν μόνο από μια ψυχική νόσο, υπολογίζονται τα ποσοστά των ασθενών

που αφορούσαν σε συγκεκριμένες νόσους. Αναλυτικότερα, υπολογίζεται ότι 17 από τους ασθενείς, δηλαδή το 11,6% του δείγματος, είχαν νοσήσει από υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή και 18, δηλαδή 13%, από σχιζοφρένεια και συναφείς διαταραχές. 10,9% των ασθενών, 16 ασθενείς, δηλώνουν ως ψυχιατρικό ιστορικό τη χρήση ουσιών και αλκοόλ. 5,7% των συμμετεχόντων, δηλαδή 7 ασθενείς, έχουν αντιμετωπίσει διπολική συναισθηματική διαταραχή και 4 ασθενείς, 2,9% του δείγματος, έχουν υποστεί καταθλιπτικό επεισόδιο. Επιπλέον, το 4,7% του δείγματος, 7 ασθενείς, έχουν νοσήσει από κάποια αγχώδη διαταραχή. Το 2,2% του δείγματος, δηλαδή 3 ασθενείς πάσχουν από ανοϊκή συνδρομή ή από χρόνια οργανικό ψυχοσύνδρομο. Σε αντίστοιχο ποσοστό υπολογίζονται και οι ασθενείς που είχαν νοσήσει από επιλόχειες διαταραχές. Συνεχίζοντας, υπολογίζεται ότι σε ποσοστό 0,7% του δείγματος, δηλαδή σε μεμονωμένα περιστατικά, βρίσκονται οι ασθενείς οι οποίοι είτε πάσχουν από νοητική υστέρηση είτε έχουν αντιμετωπίσει στο παρελθόν οξεία και παροδική ψυχωσική συνδρομή, είτε αντιμετώπισαν πρωτοπαθή διαταραχή ύπνου είτε οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, είτε αντιμετώπιζαν εξάρτηση από εξαρτησιογόνες ουσίες. Ακόμα, όσον αφορά στο οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό, 4 ασθενείς αναφέρουν την ύπαρξη αυτού, 3 ασθενείς αναφέρουν ότι δεν υπάρχει, ενώ για τους υπόλοιπους 139 συμμετέχοντες δεν έχουμε πληροφορίες. Συνεχίζοντας, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν έχουν αντιμετωπίσει ένα ή παραπάνω ψυχοπιεστικά γεγονότα τόσο τους τελευταίους 12 μήνες όσο και αν έχουν αντιμετωπίσει κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός πριν την ενηλικίωσή τους. 41 από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός τους τελευταίους 12 μήνες. Αναλυτικότερα, 7 ασθενείς αντιμετώπισαν το θάνατο του/ της συντρόφου τους, 5 αντιμετώπισαν το θάνατο κάποιου στενού μέλους της οικογένειας. 23 ασθενείς υπέστησαν βαρύ τραυματισμό ή νόσησαν από σοβαρή ασθένεια, σε 1 ασθενή προέκυψε μείζονα αλλαγή στην υγεία ή στη συμπεριφορά στενού μέλους της οικογένειας, 1 συμμετέχουσα έμαθε ότι κυοφορούσε, 2 συμμετέχοντες ήρθαν αντιμέτωποι με μείζονα αλλαγή της οικονομικής τους κατάστασης και 1 συμμετέχων αντιμετώπιζε προβλήματα με το προϊστάμενο ή με τους συναδέλφους

του, ενώ καταγράφονται ακόμα 9 περιστατικά τα οποία βίωσαν κάποια δύσκολη συνθήκη, η οποία όμως δεν συγκεκριμενοποιείται. 48 ασθενείς αναφέρουν ότι δεν αντιμετώπισαν κάποια δύσκολη συνθήκη και 57 συμμετέχοντες δεν απάντησαν. Όσον αφορά στα ψυχοπιεστικά γεγονότα πριν τα 18 έτη των συμμετεχόντων, 2 απάντησαν πως έχουν υποστεί κάποιο γεγονός, 53 απάντησαν πως δεν αντιμετώπισαν κάποια σοβαρή δυσκολία κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, ενώ για 91 ασθενείς δεν έχουμε πληροφορίες.

Συνεχίζοντας την ανάλυση, εξετάζεται η συμπτωματολογία την οποία παρουσίασαν οι ασθενείς κατά την εξέτασή τους στη διασυνδεδετική ομάδα. Υπολογίζεται ότι 28 ασθενείς παρουσίαζαν αγχώδεις εκδηλώσεις και αποσυνδεδετικά συμπτώματα, 47 παρουσίαζαν καταθλιπτικές εκδηλώσεις, 1 ασθενής παρουσίαζε μανιακές εκδηλώσεις και 20 εκδήλωναν ψυχωσικά συμπτώματα. 9 ασθενείς είχαν ανοϊκή συνδρομή, 28 ασθενείς βρίσκονταν σε ντελίριο, 2 παρουσίαζαν συμπτωματολογία από στερητικό σύνδρομο από αλκοόλ ή ουσίες και 4 παρουσίαζαν συμπτωματολογία από τοξίκωση από αλκοόλ ή ουσίες. Ακόμα, 1 ασθενής έπασχε από νοητική υστέρηση, 4 ασθενείς φαίνονταν να αντιμετωπίζουν προβλήματα διαταραχών στην πρόσληψη τροφής, 9 ασθενείς παρουσίαζαν συμπτώματα αυτοκαταστροφικότητας, 6 εκδήλωναν επιθετικότητα και 5 εκδήλωναν αρνητισμό. Κανένας ασθενής δεν σημειώθηκε να παρουσιάζει συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης. Επιπλέον, σημειώνεται η ψυχιατρική διάγνωση η οποία έγινε με το πέρας της εξέτασης, για τον κάθε ασθενή. Αρχικά, αναφέρεται ότι για 27 ασθενείς, δηλαδή το 18,4% του δείγματος, στα έντυπα αναγράφεται ότι υπάρχει ενεργή ψυχοπαθολογία, χωρίς όμως να διευκρινίζεται περαιτέρω. Επιπλέον, παρατηρείται ότι ενώ στην ανάλυση για το ψυχιατρικό ιστορικό του δείγματος, 46 ασθενείς, δηλαδή 33,3% του δείγματος, παρουσιάζουν ή δηλώνουν απουσία ψυχοπαθολογίας, στην ανάλυση που αφορά στην ψυχιατρική διάγνωση, παρατηρείται ότι μόνο το 2,7%, δηλαδή 4 ασθενείς, χαρακτηρίζονται από απουσία ψυχοπαθολογίας. Σε σχέση με αυτή τη διαφορά, δεν υπάρχουν πληροφορίες για το αν η ψυχική νόσος προέκυψε πρόσφατα ή αν οφείλεται σε πρόβλημα των δεδομένων. Ως προς την πρώτη σε ποσοστό νόσο, για την ψυχική διάγνωση,

παρατηρείται ότι σε ποσοστό 13%, δηλαδή σε 19 ασθενείς, έχει δοθεί η διάγνωση του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Στο δεύτερο υψηλότερο ποσοστό, όπως και στο ιστορικό, υπολογίζεται η υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, από την οποία φαίνεται να νοσούν 17 ασθενείς, δηλαδή το 11,9%. Αμέσως μετά, σε ποσοστό 8,9%, δηλαδή σε 13 ασθενείς, αποδίδεται η διάγνωση των αγχωδών διαταραχών και σε άλλους 13 ασθενείς αποδίδεται η διαταραχή χρήσης ουσιών – αλκοόλ. Το 8,2% του δείγματος, δηλαδή 12 ασθενείς χαρακτηρίζονται από σχιζοφρένεια και συναφείς διαταραχές. Από διπολική διαταραχή χαρακτηρίζονται 8 ασθενείς, δηλαδή το 5,4% του συνόλου. Ακόμα, παρατηρείται ότι ενώ στο ιστορικό ψυχικής νόσου υπήρχαν 3 ασθενείς οι οποίοι έπασχαν από ανοϊκή συνδρομή, όσον αφορά στη διάγνωση, υπολογίζεται ότι 6 ασθενείς διαγνώστηκαν από ανοϊκη συνδρομή, δηλαδή 4,1% του συνόλου. 5 ασθενείς υπολογίζεται ότι αντιμετωπίζουν καταθλιπτικό επεισόδιο, δηλαδή το 3,4% του δείγματος. Συνεχίζοντας, υπολογίζεται ότι 2 ασθενείς νοσούν από διαταραχή της προσωπικότητας και 2 ασθενείς παρουσιάζουν διαταραχή προσαρμογής, δηλαδή ποσοστό 1,3%. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις υπάρχει η διαταραχή χρήσης ουσιών, εξαρτησιογόνα, ψυχοτρόπα, οι οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές, οι επίμονες διαταραχές της διάθεσης, η πρωτοπαθής διαταραχή ύπνου και η διαταραχή προσαρμογής. Συνεχίζοντας, όσον αφορά συγκεκριμένα στο οργανικό ψυχοσύνδρομο, υπολογίζεται ότι 50 από τους ασθενείς οι οποίοι εξετάστηκαν δεν παρουσίαζαν οργανικό ψυχοσύνδρομο κατά την παρούσα νοσηλεία, 6 παρουσίαζαν υποκινητικό οργανικό ψυχοσύνδρομο, 10 παρουσίαζαν υπερκινητικό οργανικό ψυχοσύνδρομο και σε 12 ασθενείς παρατηρήθηκε μεικτό οργανικό ψυχοσύνδρομο κατά τη παρούσα νοσηλεία. Για 68 ασθενείς, οι οποίοι εξετάστηκαν, δεν έχουμε στοιχεία.

Όσον αφορά σε λοιπά στοιχεία για τους ασθενείς, παρατηρείται από την ανάλυση ότι 47 ασθενείς δεν μεταφέρθηκαν σε ψυχιατρική κλινική. Για τους υπόλοιπους 99 ασθενείς, δεν υπάρχουν στοιχεία μεταφοράς. Στη συνέχεια, υπολογίζεται το αν οι ασθενείς παρουσίαζαν προβλήματα ύπνου προ της νοσηλείας του. Φαίνεται ότι 21 ασθενείς αντιμετώπιζαν

διαταραχές ύπνου, ενώ 21 δεν είχαν κάποια σχετική διαταραχή. 104 ασθενείς δεν γνωρίζουμε αν αντιμετώπιζαν διαταραχές ύπνου. Σε ερώτηση σχετικά με το αν οι ασθενείς είχαν λάβει κάποια αγωγή προ της νοσηλείας η οποία επηρέαζε τη ψυχική τους κατάσταση, υπολογίζεται ότι 14 ασθενείς δεν είχαν λάβει, ενώ 3 ασθενείς είχαν λάβει αγωγή. Για τους υπόλοιπους 129 ασθενείς δεν υπάρχουν πληροφορίες. Επιπλέον, ελέγχθηκε η χρήση ψυχιατρικής αγωγής των ασθενών πριν τη νοσηλεία τους. Υπολογίζεται ότι 44 ασθενείς δεν λάμβαναν ψυχιατρική αγωγή, σε αντίθεση με 85 ασθενείς, οι οποίοι λάμβαναν. Για 17 ασθενείς, δεν γνωρίζουμε. Από την ερώτηση σχετικά με το αν υπήρχε ψυχιατρική παρακολούθηση πριν από τη νοσηλεία, 25 ασθενείς απάντησαν ότι παρακολουθούνταν από κάποιον ειδικό, ενώ 61 ασθενείς απάντησαν πως δεν είχαν ψυχιατρική παρακολούθηση. Για 60 από τους ασθενείς δεν υπάρχουν πληροφορίες. Από τις ερωτήσεις οι οποίες εξετάζουν το κάπνισμα και τη χρήση αλκοόλ, παρατηρείται ότι 21 ασθενείς κάπνιζαν, 28 δεν κάπνιζαν, ενώ για 97 ασθενείς δεν γνωρίζουμε. Όσον αφορά στο αλκοόλ, υπολογίζεται ότι 17 ασθενείς κάπνιζαν αλκοόλ, 39 δήλωσαν πως δεν πίνουν, ενώ για 90 ασθενείς, επίσης δεν γνωρίζουμε. Ακόμα, σε ερώτηση η οποία αφορά στη πιθανή χρήση αγχολυτικών, φαίνεται ότι 14 ασθενείς κάνουν χρήση αγχολυτικών, ενώ 17 ασθενείς δεν κάνουν. Ωστόσο, για τους υπόλοιπους 115 ασθενείς, τα στοιχεία απουσιάζουν. Επιπλέον, από το σύνολο των ασθενών οι οποίοι εξετάστηκαν από τη διασυνδεδετική ομάδα, υπολογίζεται ότι οι 130 εξ αυτών δεν είχαν προβεί σε απόπειρα αυτοκαταστροφής στο παρόν, ενώ 10 ασθενείς είχαν αποπειραθεί με μη βίαιο τρόπο. Για τους υπόλοιπους 6 ασθενείς, δεν είναι εξακριβωμένο το αν αποπειράθηκαν ή όχι. Όσον αφορά στο ιστορικό αποπειρών των ασθενών, τα στοιχεία μαρτυρούν ότι 15 ασθενείς είχαν αποπειραθεί και στο παρελθόν. 17 από τους ασθενείς δεν ανέφερα ιστορικό αποπειρών, ενώ για τους υπόλοιπους 115 δεν υπήρχαν στοιχεία.

Στη συνέχεια της έρευνας μελετάται αναλυτικότερα η χρήση ψυχιατρικής αγωγής από τους ασθενείς κατά την είσοδό τους για νοσηλεία. Υπολογίζεται ότι 86 από τους ασθενείς λάμβαναν ψυχιατρική αγωγή, ενώ 48 δεν λάμβαναν. Για 12 ασθενείς, δεν είναι

καταγεγραμμένο αν έκαναν κάποια χρήση. Πιο λεπτομερώς, υπολογίζεται ότι 51 ασθενείς λάμβαναν αντικαταθλιπτική αγωγή, 45 ασθενείς λάμβαναν αντιψυχωσικά σκευάσματα, 17 ασθενείς λάμβαναν αντιεπιληπτικά και 36 ασθενείς λάμβαναν βενζοδιαζεπίνες. 21 ασθενείς έκαναν χρήση αγχολυτικών και υπναγωγών κατά την είσοδο, 2 ασθενείς λάμβαναν αντιανοϊκά σκευάσματα, 12 ασθενείς λάμβαναν αντιπαρκινσονική αγωγή, ενώ κανένας ασθενής δεν δήλωσε να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή απεξάρτησης ή λίθιο. Συνεχίζοντας την ανάλυση, μελετώντας την αγωγή εξόδου των ασθενών παρατηρούνται τα εξής: 15 ασθενείς δεν έλαβαν αγωγή εξόδου, 32 ασθενείς έλαβαν, και για 99 ασθενείς δεν υπάρχει πληροφόρηση. Η αγωγή εξόδου, σημειώνεται ότι σε 22 ασθενείς διαφοροποιήθηκε σε σχέση με την αγωγή εισόδου, ενώ σε 20 ασθενείς παρέμεινε η ίδια. Για το σύνολο των υπόλοιπων ασθενών η πληροφόρηση δεν είναι επαρκής. Ωστόσο, από τα δεδομένα τα οποία υπάρχουν υπολογίζεται ότι 18 ασθενείς έκαναν χρήση αντικαταθλιπτικών κατά την έξοδό τους, 15 ασθενείς έκαναν χρήση αντιψυχωσικών, 8 ασθενείς λάμβαναν αντιεπιληπτικά, 11 ασθενείς λάμβαναν βενζοδιαζεπίνες, 5 ασθενείς λάμβαναν αγχολυτικά και υπναγωγά σκευάσματα, 1 ασθενής λάμβανε αντιπαρκινσονική αγωγή. Δεν καταγράφηκε ασθενής να λαμβάνει λίθιο, αντιανοϊκή αγωγή ή αγωγή απεξάρτησης. Στο τέλος της περιγραφικής ανάλυσης υπολογίζεται η διαγνωσμένη άνοια των ασθενών. Υπολογίζεται ότι 19 ασθενείς δεν νοσούν από άνοια, 3 νοσούν, ενώ για τους υπόλοιπους 124 ασθενείς δεν γνωρίζουμε.

Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Τα δεδομένα της παρούσας έρευνας συλλέχθηκαν μέσω των ιστορικών των ασθενών, οι οποίοι εξετάστηκαν από την ομάδα της Διασυνδεδετικής Υπηρεσίας κατά την περίοδο 2016-2017. Τα ιστορικά αυτά συμπληρώθηκαν από κοινού από τον ιατρό που είχε εξετάσει τον εκάστοτε ασθενή και στη συνέχεια από τους ειδικούς της Διασυνδεδετικής Υπηρεσίας κατά τη διάρκεια της πρώτης κλινικής συνέντευξης με τους ασθενείς και συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ειδικούς σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών. Τα ιστορικά αυτά

αφορούσαν σε αναλυτική καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών. Συγκεκριμένα, συμπεριλάμβαναν ερωτήσεις για την ηλικία, την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, το τόμο διαμονής, τις συνθήκες διαμονής, αν ζούσαν μόνοι ή αν συζούν και με ποιόν, την εργασία, την οικογενειακή κατάσταση. Στη συνέχεια, καταγράφεται ο λόγος παραπομπής του κάθε ασθενή, τα λοιπά οργανικά προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει, το ψυχιατρικό ιστορικό και η διάρκεια της νόσου, εάν υπάρχει. Επιπλέον, διερευνάτο αν ο ασθενής έχει υποστεί κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, καθώς και το ποια ήταν τα σημαντικά γεγονότα πριν συμπληρώσουν το 18^ο έτος ζωής του. Η λίστα των ψυχοπιεστικών γεγονότων συμπεριλάμβανε προσωπικούς ή οικείων τραυματισμούς ή προσφάτως διαγνωσμένες ασθένειες, δυσχερές εργασιακό περιβάλλον, αλλαγή στην οικονομική κατάσταση του ασθενούς, αλλαγή στη προσωπική κατάσταση του ασθενούς, οικογενειακές ή προσωπικές διαμάχες, έκθεση σε πόλεμο και άλλα. Ο ασθενής είχε τη δυνατότητα να αναφέρει και οποιοδήποτε άλλο γεγονός θεωρούσε ο ίδιος ως ψυχοπιεστικό. Ακόμα, σημειώνεται η κλινική νοσηλείας και η κλινική φιλοξενίας του ασθενή. Στη συνέχεια του ιστορικού καταγραφόταν η ψυχιατρική συμπτωματολογία κατά την εξέταση στο παρόν, η ψυχιατρική διάγνωση, αν υπήρχε, καθώς και το αν ο ασθενής έπασχε από οργανικό ψυχοσύνδρομο κατά την παρούσα νοσηλεία. Σημειώνεται, αν ο ασθενής παραπέμφθηκε σε ψυχιατρική κλινική, αν έπασχε από διαταραχές ύπνου προ νοσηλείας, αν λάμβανε αγωγή η οποία μπορεί να επηρέαζε την ψυχική κατάσταση του πριν τη νοσηλεία. Ελέγχεται αν ο ασθενής λάμβανε ψυχιατρική αγωγή πριν τη νοσηλεία, ποια σκευάσματα, και για πόσο καιρό τα χρησιμοποιούσε. Επίσης, σημειώνεται ποιος χορήγησε τη φαρμακευτική αγωγή, αν υπήρχε ψυχιατρική παρακολούθηση, και αν κρίνεται ότι έπρεπε να λαμβάνει τη ψυχιατρική αγωγή. Συνεχίζοντας, εξετάζεται αν ο ασθενής είχε πιθανή εξάρτηση από αγχολυτικά, αν κάπνιζε και αν έκανε χρήση αλκοόλ πριν τη νοσηλεία, αν ναι τι είδους χρήση, και αν έχει διακόψει, πόσο καιρό βρίσκεται σε αποχή. Επιπλέον, ελέγχεται αν υπήρξε απόπειρα αυτοκαταστροφής στο παρόν και αν υπάρχει ιστορικό αποπειρών. Στη συνέχεια,

σημειώνεται αν ο ασθενής λάμβανε ψυχιατρική αγωγή κατά την είσοδό του στο νοσοκομείο, τι είδους αγωγή έπαιρνε, αν ο ασθενής λάμβανε ψυχιατρική αγωγή κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο, και αν η αγωγή εισόδου διαφοροποιήθηκε κατά την έξοδο. Τέλος, καταγράφεται αν ο ασθενής πάσχει από άνοια.

Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα έγινε μέσω της καταγραφής των ιστορικών και των ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώθηκαν σύμφωνα με τα στοιχεία των ασθενών, οι οποίοι εξετάστηκαν από τη Διασυνδεδετική Υπηρεσία του Αττικού Νοσοκομείου, κατά τα έτη 2016-2017. Την καταγραφή των ιστορικών και των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια, ανέλαβαν φοιτητές του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Διασυνδεδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και Ψυχικής Υγείας, των ετών 2017-2019. Η καταγραφή των στοιχείων έγινε κατά το χειμερινό ακαδημαϊκό εξάμηνο, του έτους 2019, σε αίθουσα της Ψυχιατρικής Κλινικής. Πρόσβαση στα ιστορικά και στα ερωτηματολόγια των ασθενών είχαν μόνο τα μέλη της Διασυνδεδετικής Υπηρεσίας καθώς και οι φοιτητές, οι οποίοι είχαν αναλάβει την ηλεκτρονική καταγραφή τους. Το απόρρητο των ασθενών ήταν εξασφαλισμένο και δηλωμένο στους ασθενείς, ήδη από την πρώτη λήψη του ιστορικού και των ερωτηματολογίων αντίστοιχα. Στη καταγραφή των δεδομένων, οι ασθενείς κωδικοποιούνταν με αριθμητικά δεδομένα στο πρόγραμμα καταγραφής των δεδομένων, τα οποία αποθηκεύονταν σε αντιστοιχία με το ονοματεπώνυμο των ασθενών σε ένα ξεχωριστό αρχείο excel.

Αποτελέσματα

Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες

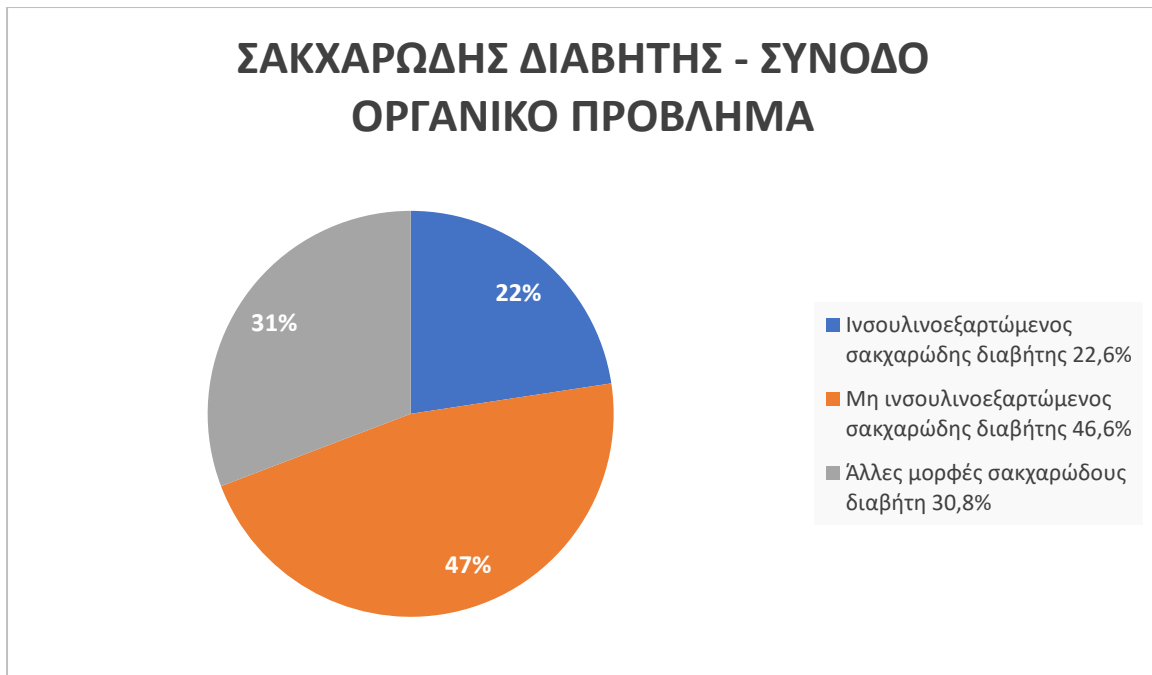
Στη περιγραφική στατιστική ανάλυση εξετάζονται οι κατανομές συχνότητας των μεταβλητών της έρευνας. Συγκεκριμένα ελέγχεται η κατανομή συχνότητας των ασθενών οι οποίοι νοσηλεύτηκαν εξαιτίας κάποιας μορφής σακχαρώδους διαβήτη. Επίσης, εξετάζεται η κατανομή συχνότητας των ασθενών οι οποίοι δεν νοσηλεύτηκαν εξαιτίας της νόσου του σακχαρώδους διαβήτη, αλλά πάσχουν από μια μορφή αυτού, παράλληλα με την αιτία νοσηλείας τους. Επιπλέον, γίνεται ανάλυση των ασθενών οι οποίοι έχουν ψυχιατρικό ιστορικό με κατάθλιψη ή σημειώνεται κατά την παρούσα εξέταση η διάγνωση της κατάθλιψης, των ασθενών με ψυχιατρικό ιστορικό αγχώδους διαταραχής ή παροντική αναφορά σε διάγνωση αγχώδους διαταραχής από τον ιατρό ο οποίος ανέλαβε την εξέταση του εκάστοτε ασθενούς. Τέλος, ελέγχεται η κατανομή συχνότητας των ασθενών οι οποίοι λάμβαναν αντικαταθλιπτική και αγχολυτική αγωγή, καθώς και βενζοδιαζεπίνες πριν από τη νοσηλεία τους.

Σύμφωνα με την ανάλυση παρατηρείται ότι 9.7% των ασθενών νοσηλεύτηκε λόγω ενδοκρινικών, μεταβολικών και διατροφικών παθήσεων. Συγκεκριμένα, εξετάζοντας την κατανομή συχνότητας των ICD κωδικών νοσηλείας, παρατηρείται ότι το 2,1% των ασθενών νοσηλεύτηκε λόγω ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδους διαβήτη. Επίσης, 0,7% νοσηλεύτηκε λόγω μη ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδους διαβήτη και 0,7% νοσηλεύτηκε λόγω διαφόρων μορφών σακχαρώδους διαβήτη με κετοξέωση. Ακόμα, 0.7% νοσηλεύτηκε από άλλες συγκεκριμένες μορφές σακχαρώδους διαβήτη με επιλοκές της περιφερικής κυκλοφορίας του αίματος. Επομένως, το σύνολο των ασθενών οι οποίοι νοσηλεύτηκαν λόγω κάποιας μορφής διαβήτη είναι 6, δηλαδή το 6.3% του συνολικού δείγματος.



Γράφημα 2. ICD μορφές σακχαρώδους διαβήτη ως αιτία νοσηλείας.

Στη συνέχεια της ανάλυσης, υπολογίζεται πόσοι από τους ασθενείς έπασχαν από κάποια μορφή διαβήτη, ανεξάρτητα από το γεγονός ότι δεν νοσηλεύτηκαν εξαιτίας αυτής της νόσου. Εξαρχής το 100% των ασθενών παρουσιάζει ως συνοδά οργανικά προβλήματα της αιτίας νοσηλείας, ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις. Αναλυτικότερα όμως, σύμφωνα με την ανάλυση των κωδικών του ICD, φαίνεται ότι 22.6% των ασθενών, παράλληλα με την αιτία νοσηλείας, νοσούσε από ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, το 46.6% νοσούσε από μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη και 30.8% από διάφορες μορφές σακχαρώδους διαβήτη.



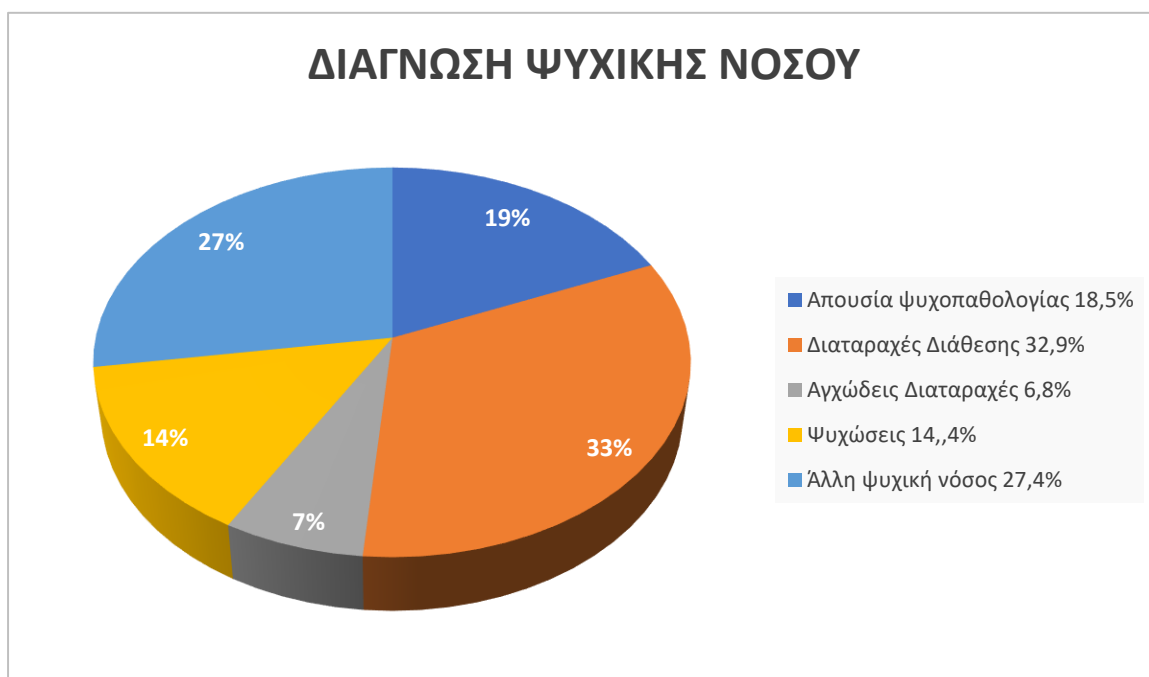
Γράφημα 3. ICD μορφές σακχαρώδους διαβήτη ως οργανικό πρόβλημα.

Συνεχίζοντας την ανάλυση, όσον αφορά στη ψυχική υγεία των ασθενών, υπολογίζεται ότι το 32.2% των ασθενών δεν έχει ψυχιατρικό ιστορικό. Ωστόσο, 36,3% των ασθενών έχουν ιστορικό διαταραχής του συναισθήματος, 6,8% των ασθενών έχει ιστορικό αγχώδων διαταραχών. Το 6,2% των ασθενών έχει εμφανίσει ψύχωση στο παρελθόν και το 18,5% των ασθενών έχει νοσήσει από κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή στο παρελθόν



Γράφημα 4. Ποσοστά ιστορικού ψυχικής νόσου.

Στη συνέχεια, υπολογίζεται το ποσοστό των ασθενών, στους οποίους σημειώθηκε ψυχιατρική διάγνωση κατά την εξέταση τους από τον εκάστοτε ιατρό της Διασυνδεδετικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, κατά την παρούσα νοσηλεία του. Αναλυτικότερα, σημειώνεται ότι το 18,5% δεν έλαβε διάγνωση ψυχοπαθολογίας. Επίσης, το 32,9% του δείγματος διαγνώσθηκε με κάποια διαταραχή διάθεσης, το 6,8 με αγχώδη διαταραχή. Το 4,4% έλαβε διάγνωση ψύχωσης και το 27,4% νοσούσε από κάποια άλλη ψυχική νόσο.



Γράφημα 5. Ποσοστά διάγνωσης ψυχικής νόσου.

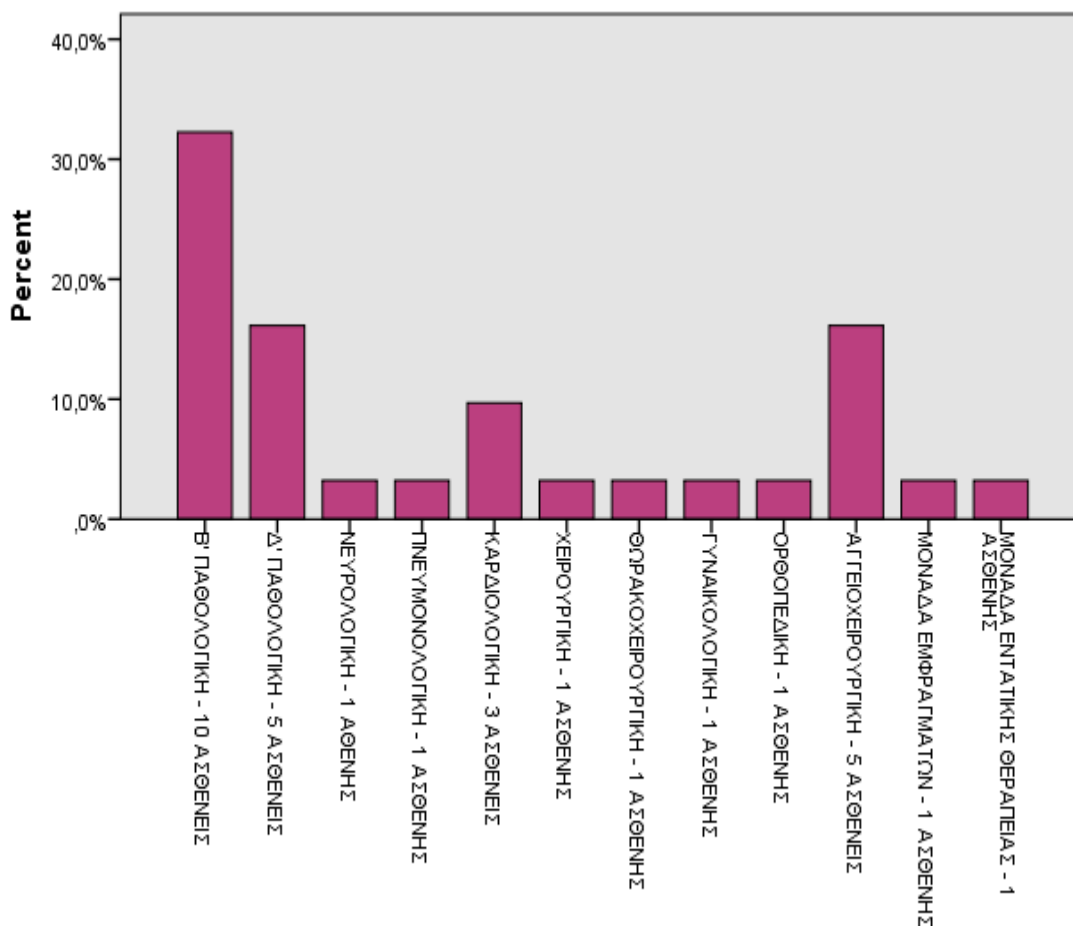
Όσον αφορά στην ανάλυση για τη χρήση ψυχιατρικής αγωγής από τους ασθενείς κατά την είσοδο τους στο νοσοκομείο, παρατηρείται ότι υπάρχουν πολλοί ασθενείς για τους οποίους δεν έχουμε επαρκή αναλυτική πληροφόρηση ως προς το είδος της αγωγής. Ωστόσο, υπολογίζεται ότι το 32,9% των ασθενών δεν λάμβαναν ψυχιατρική αγωγή κατά την είσοδό τους στο νοσοκομείο, ενώ οι υπόλοιποι 58,9% έκαναν χρήση ψυχιατρικών σκευασμάτων.

Έλεγχος Ερευνητικών Ερωτημάτων και Υποθέσεων

Στη συνέχεια της έρευνας, υπολογίζεται ο επιπολασμός των διαφορετικών τύπων διαβήτη, οι οποίοι εντοπίστηκαν στο συνολικό δείγμα. Συγκεκριμένα, αναλύονται τα

επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των εξής τριών τύπων σακχαρώδους διαβήτη, όπως εκείνοι διακρίνονται στο δείγμα: του ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδους διαβήτη, του μη ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδους διαβήτη και των «άλλων μορφών σακχαρώδους διαβήτη».

Αρχικά, αναλύονται τα δεδομένα του ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδους διαβήτη, δηλαδή του Διαβήτη Τύπου I. Από το σύνολο των 146 διαβητικών συμμετεχόντων, υπολογίζεται ότι ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν οι 33 εξ' αυτών, 16 εκ των οποίων είναι άνδρες και 17 γυναίκες. Όσον αφορά στην ηλικία, ο μέσος όρος ηλικίας των συγκεκριμένων ασθενών είναι 66 έτη με τυπική απόκλιση 16 και ο μέσος όρος χρόνων σε εκπαίδευση είναι τα 12 έτη, με τυπική απόκλιση 3. 15 από αυτούς νοσηλεύτηκαν σε παθολογική κλινική, 3 σε καρδιολογική, 5 σε αγγειοχειρουργική κλινική, 2 σε χειρουργική κλινική και στη νευρολογική, στην πνευμονολογική, στη γυναικολογική – μαιευτική, στη μονάδα εμφραγμάτων και στη ΜΕΘ υπήρχε από ένας ασθενής.

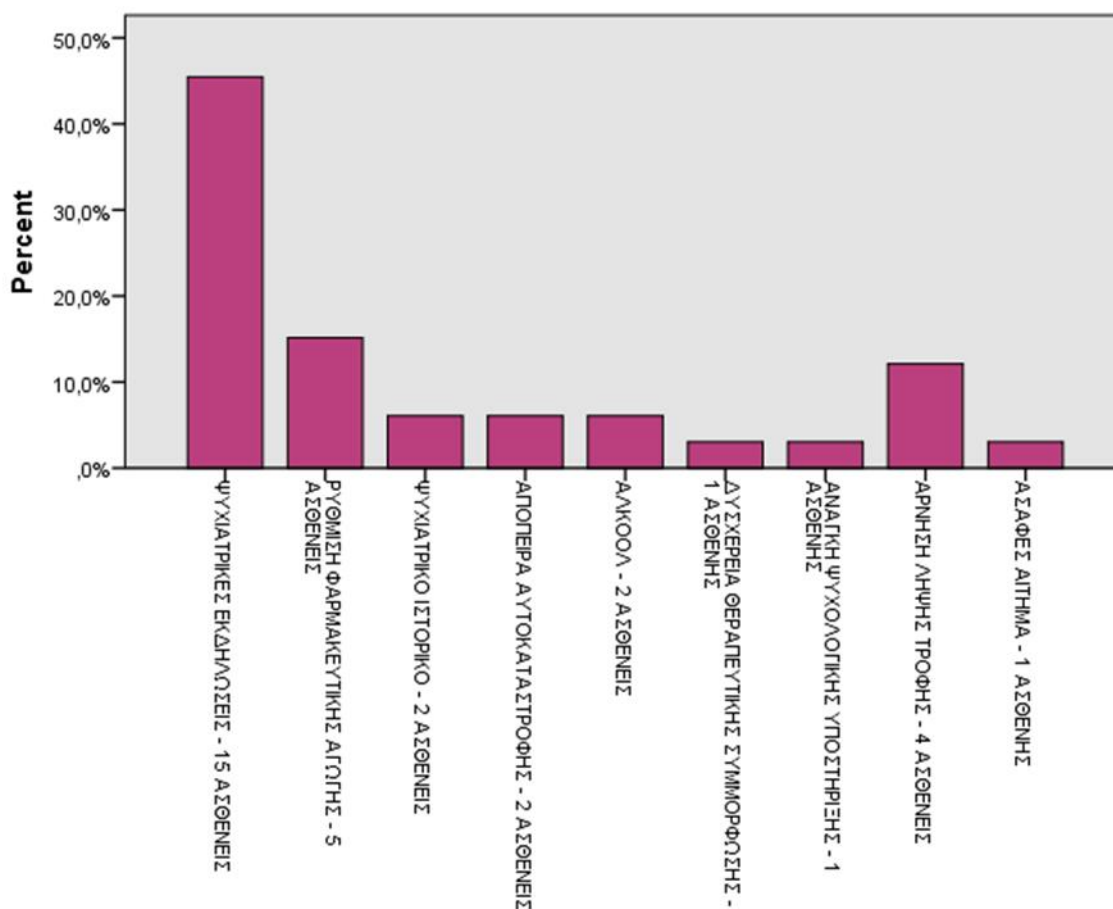


Γράφημα 6 . Κλινικές νοσηλείας των ασθενών με Διαβήτη Τύπου I

Στη συνέχεια υπολογίζεται σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση, ότι 2 ήταν ελεύθεροι, 12 έγγαμοι, 3 σε διάσταση ή χωρισμένοι, 7 χήροι και για 9 ασθενείς δεν υπάρχουν πληροφορίες. Επίσης, υπολογίζεται ότι 4 ασθενείς έμεναν μόνοι, 10 με τον/την σύζυγο, 1 με τους γονείς τους, και για τους υπόλοιπους 18 ασθενείς δεν είναι διευκρινισμένο.

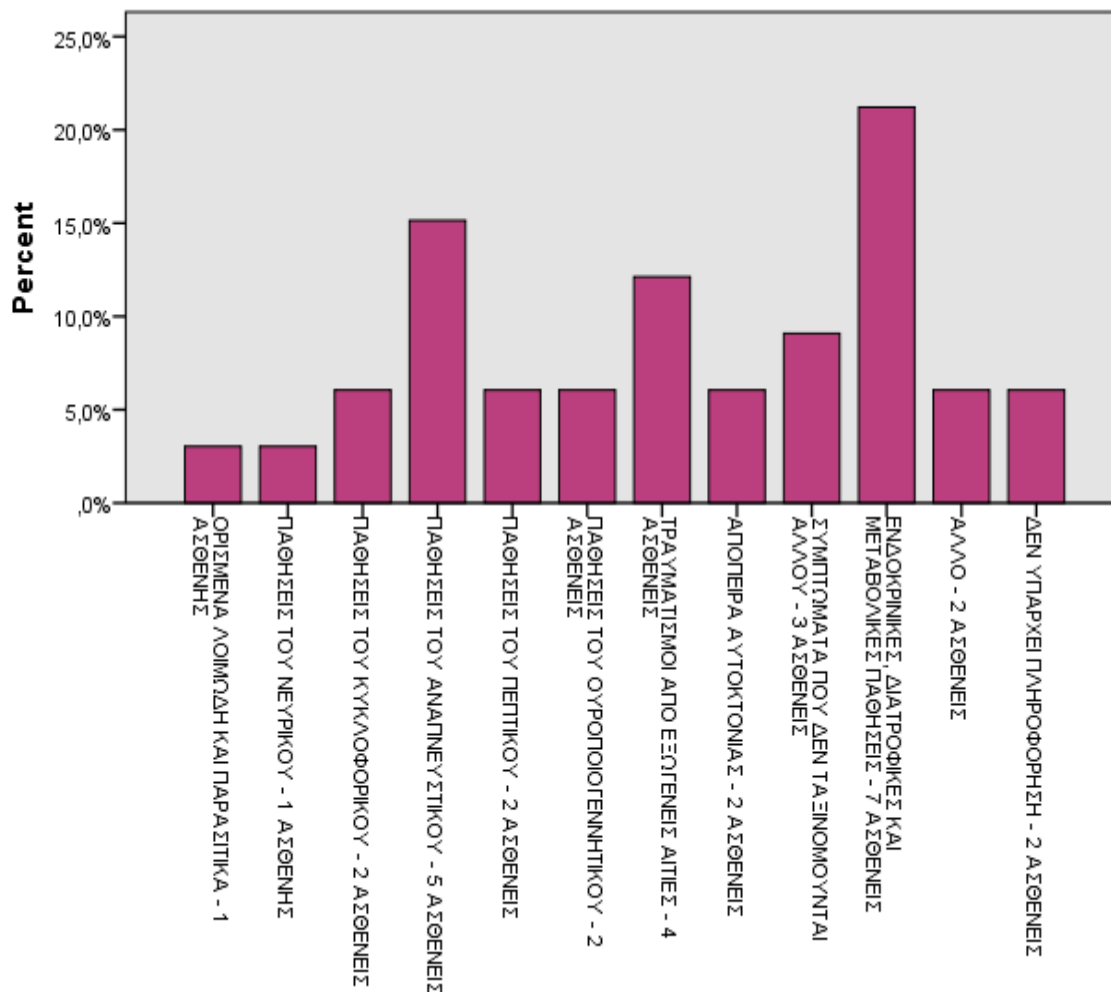
Συνεχίζοντας, αναφέρεται το αίτημα παραπομπής των συγκεκριμένων ασθενών για εξέταση από την διασυνδεδετική ομάδα του νοσοκομείου. Υπολογίζεται ότι 15 ασθενείς παρουσίαζαν ψυχιατρικές εκδηλώσεις, για 5 ασθενείς έπρεπε να γίνει ρύθμιση της φαρμακευτικής τους αγωγής, 2 ασθενείς είχαν ψυχιατρικό ιστορικό, 2 ασθενείς αντιμετώπιζαν πρόβλημα με το αλκοόλ και άλλες ουσίες, 4 ασθενείς αρνούσαν τη λήψη τροφής, 1 ασθενής παρουσίαζε δυσχέρεια θεραπευτικής συμμόρφωσης και 1 ασθενής είχε

ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης. Για έναν ασθενή δεν είναι σαφές το αίτημα.



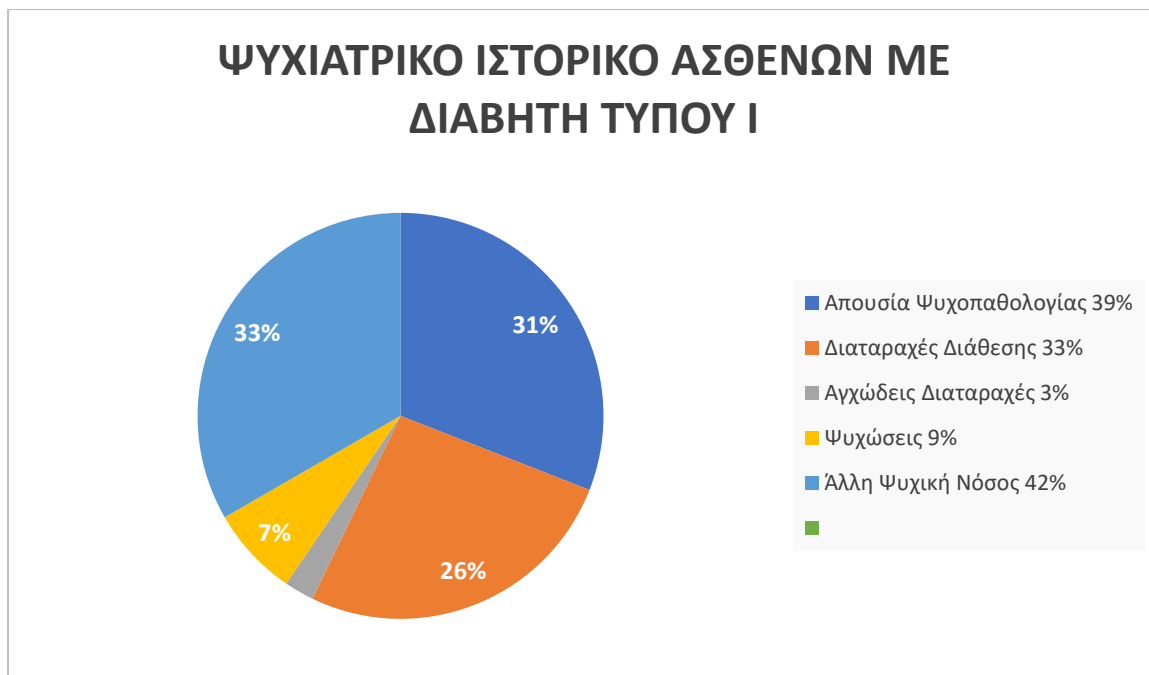
Γράφημα 7. Αίτημα Παραπομπής ασθενών με Διαβήτη Τύπου II, στην Διασυνδεδετική Υ-πηρεσία

Στη συνέχεια αναφέρονται τα στοιχεία σε σχέση με την πρώτη αιτία νοσηλείας των διαβητικών ασθενών τύπου I. Συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι 2 ασθενείς νοσηλεύτηκαν λόγω παθήσεων του κυκλοφορικού, 5 ασθενείς λόγω παθήσεων του αναπνευστικού, 2 ασθενείς νοσηλεύτηκαν λόγω παθήσεων του πεπτικού, 2 λόγω παθήσεων του ουροποιητικού, 4 από τραυματισμούς εξωγενών αιτιών και 7 ασθενείς νοσηλεύονταν λόγω παθήσεων ενδοκρινικών, διατροφολογικών και μεταβολικών. 2 ασθενείς είχαν προβεί σε απόπειρα αυτοκαταστορφής, 1 ασθενής νοσηλευόταν λόγω παθήσεων του νευρικού και 1 ασθενής λόγω ορισμένων λοιμωδών και παρασιτικών. Για 7 ασθενείς, η αιτία νοσηλείας δεν υπάρχει σαφής αιτία νοσηλείας.



Γράφημα 8 . Αιτία νοσηλείας των ασθενών με διαβήτη τύπου I

Όσον αφορά στο ψυχιατρικό ιστορικό των ασθενών με διαβήτη τύπου I, παρατηρείται το εξής: 13 ασθενείς δεν είχαν ψυχιατρικό ιστορικό, 11 ασθενείς είχαν αντιμετωπίσει κάποια διαταραχή διάθεσης, 1 ασθενείς είχε αντιμετωπίσει αγχώδη διαταραχή, 3 είχαν νοσήσει από ψυχοτικό επεισόδιο και 5 ακόμα ασθενείς, είχαν αντιμετωπίσει κάποια άλλη νόσο, είτε οργανικό ψυχοσύνδρομο, είτε άνοια, είτε εξάρτηση από ουσίες, είτε νητική υστέρηση. Ωστόσο, δυο από αυτά αφορούν σε μόνιμη κατάσταση, όχι μόνο σε ψυχιατρικό ιστορικό, συγκεκριμένα η άνοια, και η νοτική υστέρηση.



Γράφημα 9 . Ψυχιατρικό ιστορικό ασθενών με Διαβήτη Τύπου Ι

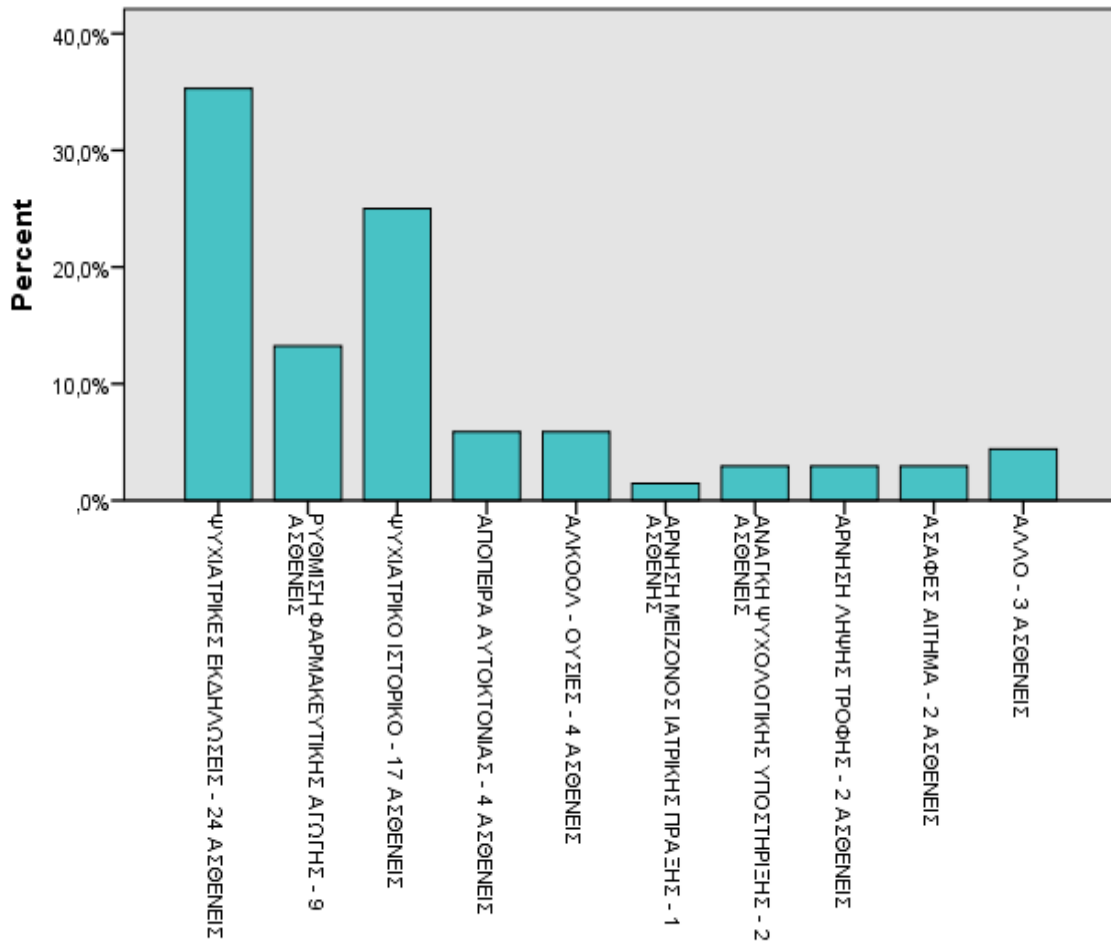
Παράλληλα, πέραν του ψυχιατρικού ιστορικού εκείνων των ασθενών, υπολογίζεται και το ποσοστό ψυχιατρικών διαγνώσεων οι οποίες τους αποδόθηκαν, μετά την εξέτασή τους από την ομάδα της Διασυνδευτικής Υπηρεσίας. Συγκεκριμένα, με απουσία ψυχοπαθολογίας χαρακτηρίζονται 8 ασθενείς, δηλαδή 4 λιγότεροι από εκείνους που στο ιστορικό τους δεν εμφάνιζαν ψυχοπαθολογία. Διαταραχές διάθεσης φαίνεται να παρουσιάζουν 8 ασθενείς, 3 να αντιμετωπίζουν ψύχωση, 6 ασθενείς να έχουν οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, 2 ασθενείς να είναι ανοϊκοί, 2 ασθενείς να έχουν εξάρτηση από αλκοόλ, 1 ασθενής να έχει εξάρτηση από εξαρτισιογόνες ουσίες, 1 ασθενής να έχει διαταραχή προσωπικότητας. Σε 2 ασθενείς δεν διευκρινίζεται η διάγνωσή τους. Σημειώνεται ότι κανένας ασθενείς δεν έλαβε διάγνωση αγχώδους διαταραχής.



Γράφημα 10 . Ψυχιατρική διάγνωση ασθενών με διαβήτη τύπου Ι

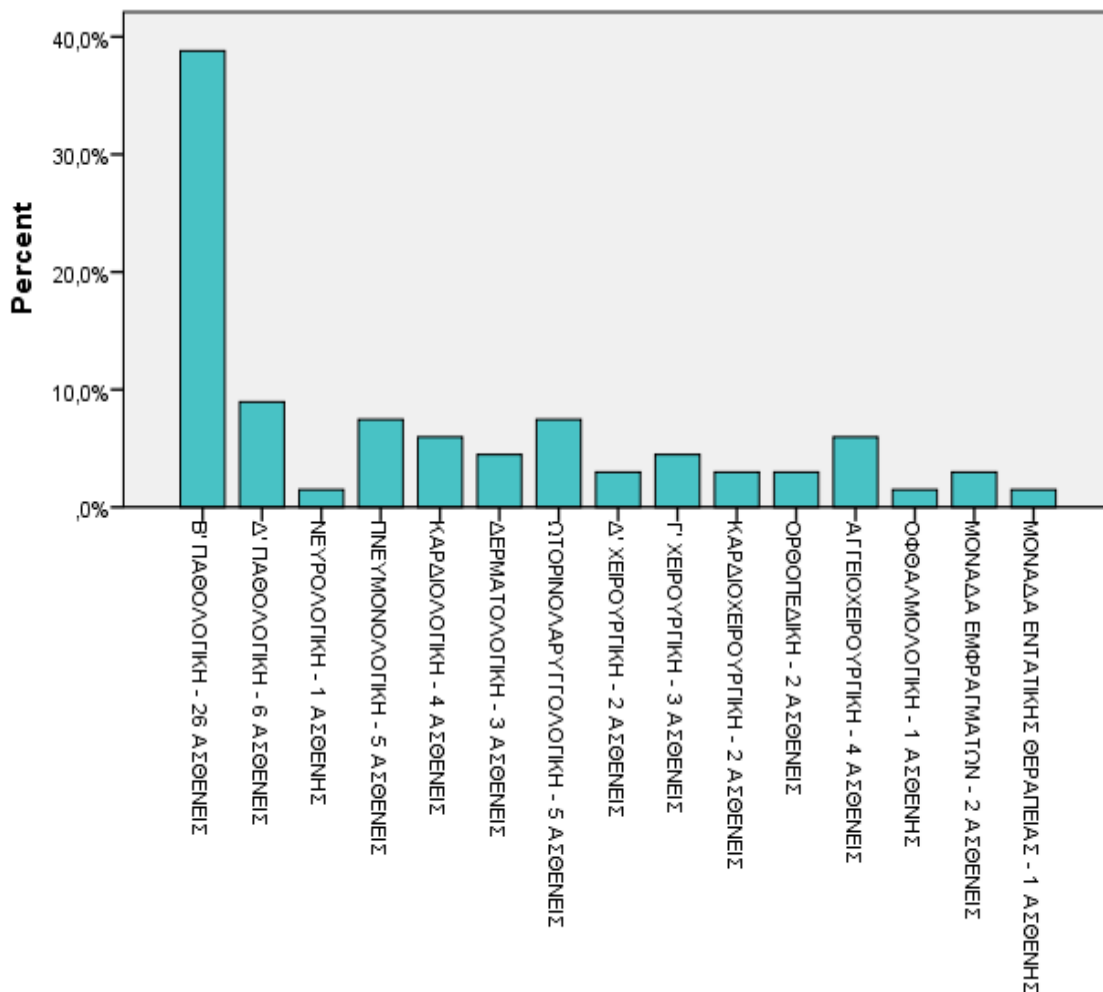
Στη συνέχεια της έρευνας υπολογίζεται ο επιπολασμός των ασθενών της έρευνας, οι οποίοι νοσούσαν από μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, ή αλλιώς διαβήτη τύπου ΙΙ. Υπολογίζεται ότι είναι διπλάσιοι σε αριθμό σε σχέση με τους διαβητικούς ασθενείς τύπου Ι. Αναλυτικότερα, οι διαβητικοί ασθενείς τύπου ΙΙ, είναι στο σύνολό τους 68, 30 άνδρες και 38 γυναίκες. Όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων 68 ασθενών, υπολογίζεται ότι ο μέσος όρος της ηλικίας τους είναι 69 ετών, με τυπική απόκλιση 11 και ο μέσος όρος των ετών εκπαίδευσης είναι 8 έτη, με τυπική απόκλιση 4. Σχετικά με την προσωπική τους κατάσταση, 6 από τους διαβητικούς ασθενείς τύπου ΙΙ, ήταν ελεύθεροι, 1 ασθενής ήταν σε σχέση, 27 ήταν έγγαμοι, 7 σε διάσταση ή χωρισμό, 14 χήροι και για 13 δεν υπάρχουν σχετικές πληροφορίες. Στη συνέχεια, παρατηρείται ότι 18 ασθενείς έμεναν μόνοι, 17 με τον/ την σύντροφο – σύζυγο, 5 έμεναν με σύζυγο και παιδιά, και για τους υπόλοιπους 28 δεν υπάρχουν επίσης πληροφορίες. Συνεχίζοντας, όσον αφορά στα αιτήματα παραπομπής των ασθενών στην διασυνδεδετική υπηρεσία του νοσοκομείου, παρατηρείται ότι για 24 από τους ασθενείς, κλήθηκε η Διασυνδεδετική Υπηρεσία, επειδή εκδήλωναν ψυχιατρικές εκδηλώσεις. Επίσης, για 9 ασθενείς, ήταν απαραίτητη η ρύθμιση

της φαρμακευτικής τους αγωγής. 17 ασθενείς είχαν ψυχιατρικό ιστορικό, 4 είχαν προβεί σε απόπειρα αυτοκαταστροφής, 4 είχαν εξάρτηση από αλκοόλ, 1 ασθενής αρνείτο ιατρική πράξη μείζονος σημασίας, 2 ασθενείς παρουσίαζαν ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης και 2 ασθενείς αρνούσαν τη λήψη τροφής.



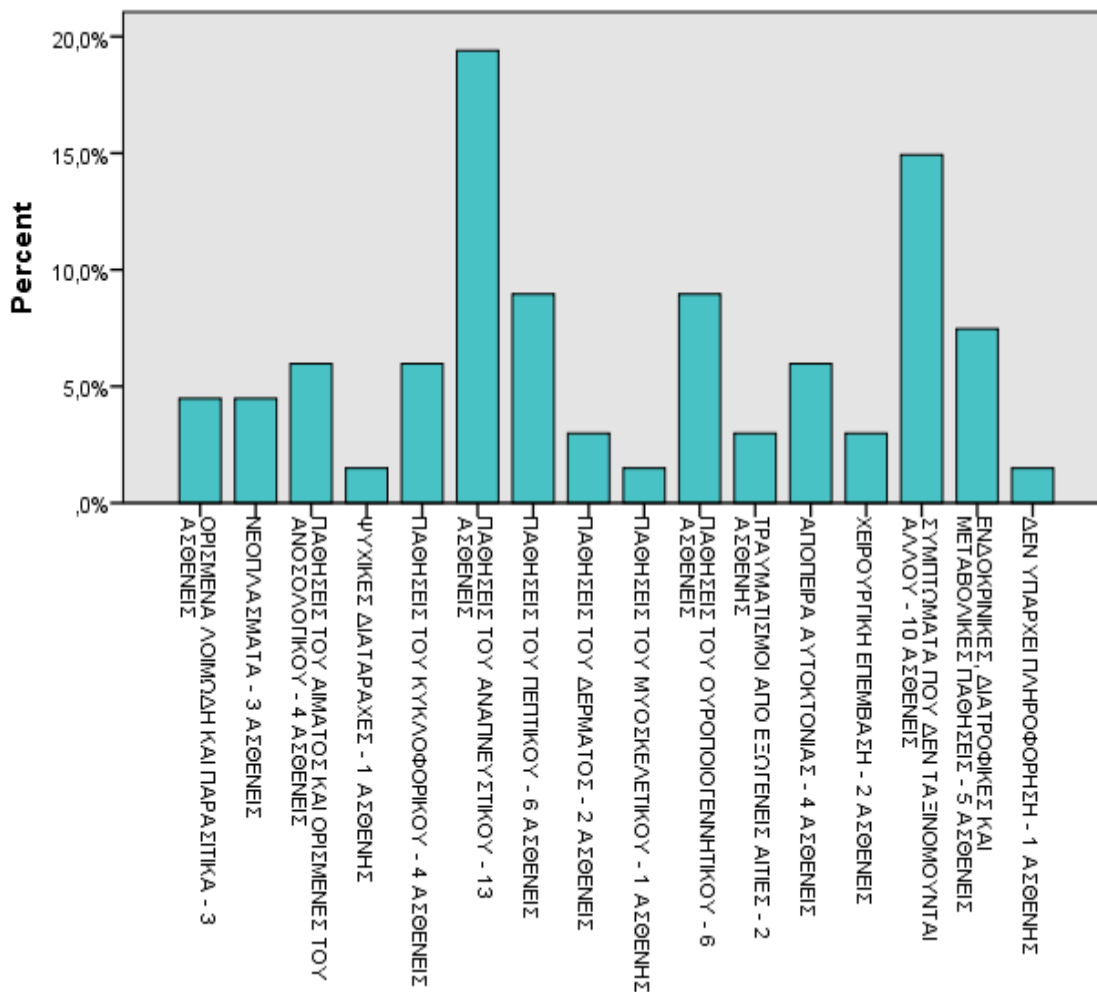
Γράφημα 11 . Αίτιμα παραπομπής ασθενών με Διαβήτη Τύπου II, στην Διασυνδεδετική Υπηρεσία

Σχετικά με την κλινική νοσηλείας, υπολογίζεται ότι 32 ασθενείς νοσηλεύτηκαν σε παθολογική κλινική, 5 ασθενείς σε πνευμονολογική κλινική, 4 σε καρδιολογική κλινική, 3 σε δερματολογική, 5 σε ωτορινολαρυγγολογική κλινική, 5 σε χειρουργική, 2 σε καρδιολογική κλινική, 2 σε ορθοπεδική κλινική, 4 σε αγγειοχειρουργική, 2 σε μονάδα εμφραγμάτων, και από 1 ασθενής στην νευρολογική, στην οφθαλμολογική και στη ΜΕΘ.



Γράφημα 12 . Κλινικές νοσηλείας ασθενών με Διαβήτη Τύπου II

Στη συνέχεια, σε σχέση με την αιτία νοσηλείας των ασθενών με διαβήτη τύπου II, υπολογίζεται ότι 3 ασθενείς νοσηλεύτηκαν λόγω ορισμένων λοιμωδών και παρασιτικών και 3 λόγω νεοπλασμάτων. 4 ασθενείς νοσηλεύτηκαν λόγω παθήσεων του αίματος και του ανοσολογικού και 4 ασθενείς νοσηλεύτηκαν λόγω παθήσεων του κυκλοφορικού. Συνεχίζοντας, παρατηρείται ότι 13 ασθενείς νοσηλεύτηκαν λόγω αναπνευστικών παθήσεων, 6 λόγω παθήσεων του πεπτικού, 6 λόγω παθήσεων του ουροποιητικού, 2 λόγω παθήσεων του δέρματος, 2 από τραυματισμό εξωγενούς αιτίας και 2 λόγω χειρουργικής επέμβασης. 5 ασθενείς χρειάστηκαν νοσηλεία λόγω ενδοκρινικών, διατροφικών και μεταβολικών παθήσεων και λόγω ψυχικών διαταραχών καθώς και λόγω παθήσεων του μυοσκελετικού νοσηλεύτηκαν από 1 ασθενής. Ασαφές αίτημα νοσηλείας υπάρχει για 12 ασθενείς.



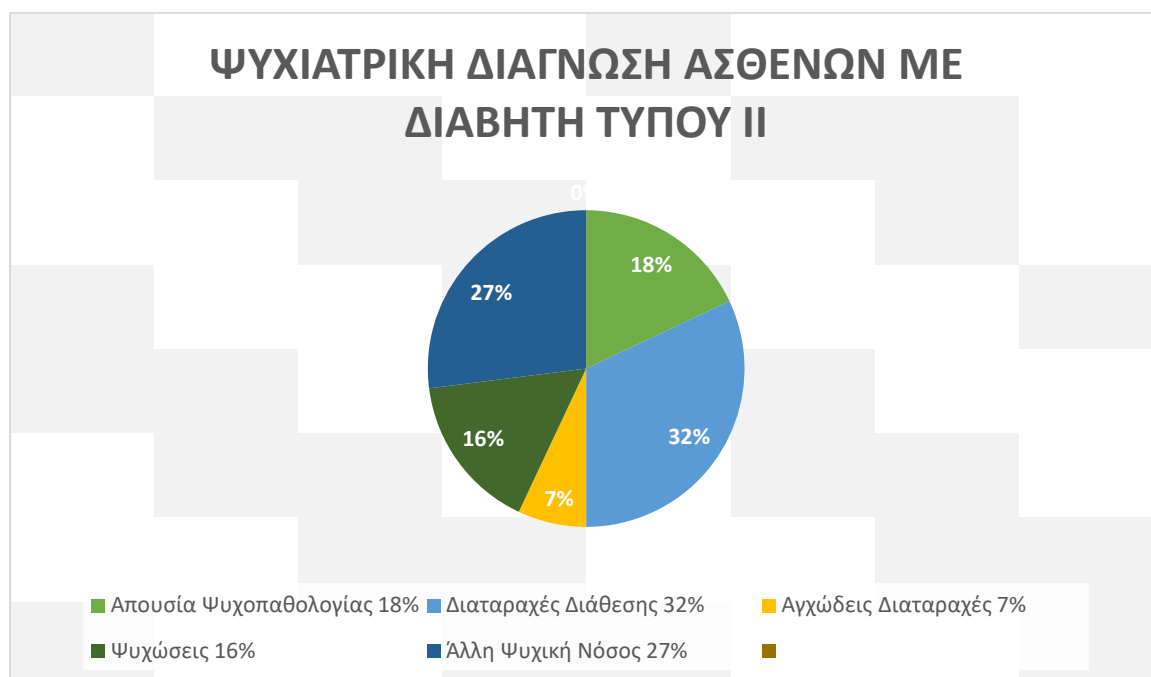
Γράφημα 13 . Αιτία νοσηλείας ασθενών με διαβήτη τύπου II

Ακόμα, υπολογίζεται το ψυχιατρικό ιστορικό των διαβητικών ασθενών τύπου II. Συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι σε 20 από τους ασθενείς έχει σημειωθεί απουσία ψυχιατρικού ιστορικού. 27 ασθενείς φαίνεται να έχουν νοσήσει από κάποια διαταραχή διάθεσης, 6 ασθενείς να έχουν νοσήσει από κάποια μορφή ψύχωσης. Οι υπόλοιποι 8 ασθενείς αντιμετώπιζαν κάποια άλλη ψυχικό νόσο στο παρελθόν, όπως η εξάρτηση από αλκοόλ, από ουσίες, πρωτοπαθή διαταραχή ύπνου ή άνοια.



Γράφημα 14 . Ψυχιατρικό ιστορικό ασθενών με Διαβήτη Τύπου II

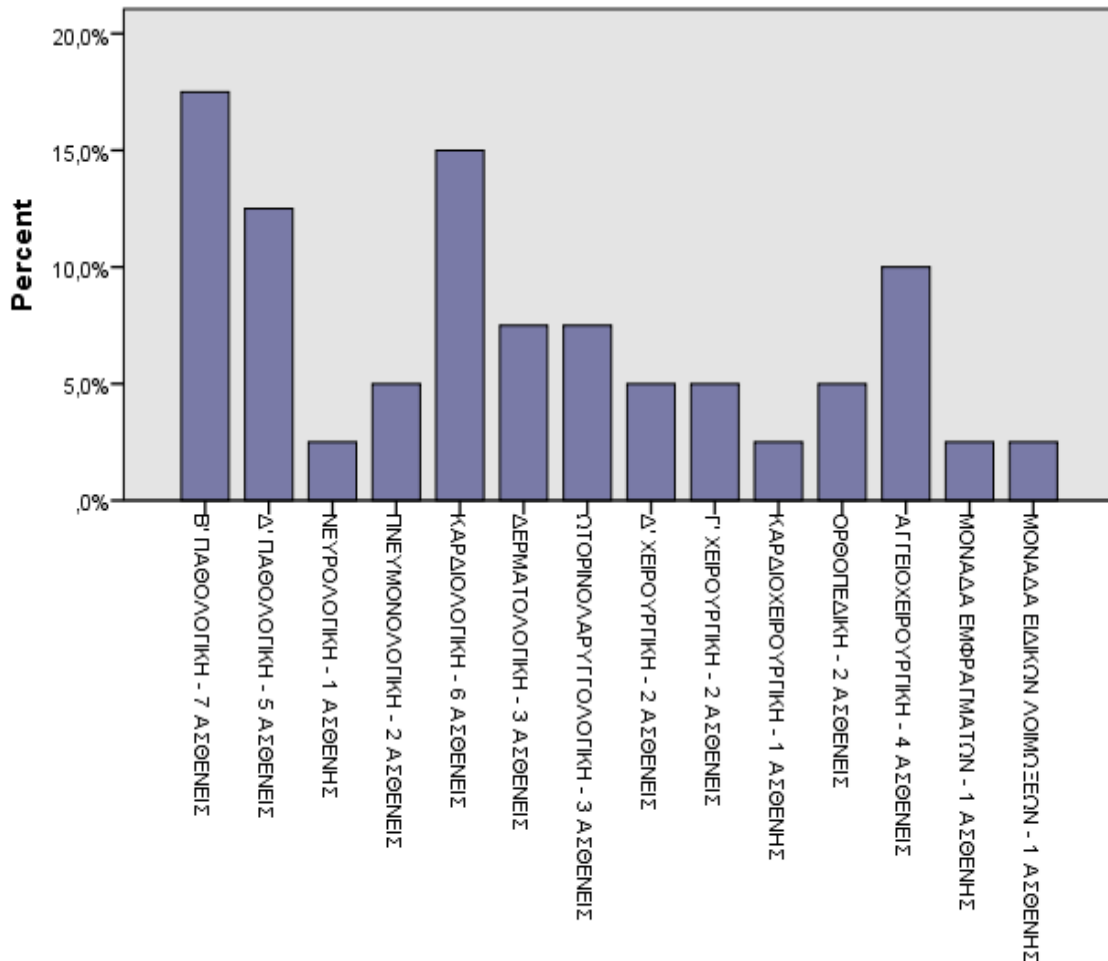
Επιπλέον, ερευνάται και η ψυχιατρική διάγνωση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Υπολογίζεται ότι 12 ασθενείς χαρακτηρίστηκαν από απουσία ψυχοπαθολογίας στο παρόν. 22 ασθενείς φαίνεται να νοσούν από κάποια διαταραχή διάθεσης, 5 να νοσούν από αγχώδη διαταραχή και 11 ασθενείς να πάσχουν από ψύχωση. 18 ασθενείς νοσούν από κάποια άλλη ψυχική νόσο, όπως η άνοια, το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, η εξάρτηση από αλκοόλ ή από άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες.



Γράφημα 15 . Ψυχιατρική διάγνωση ασθενών με διαβήτη τύπου I

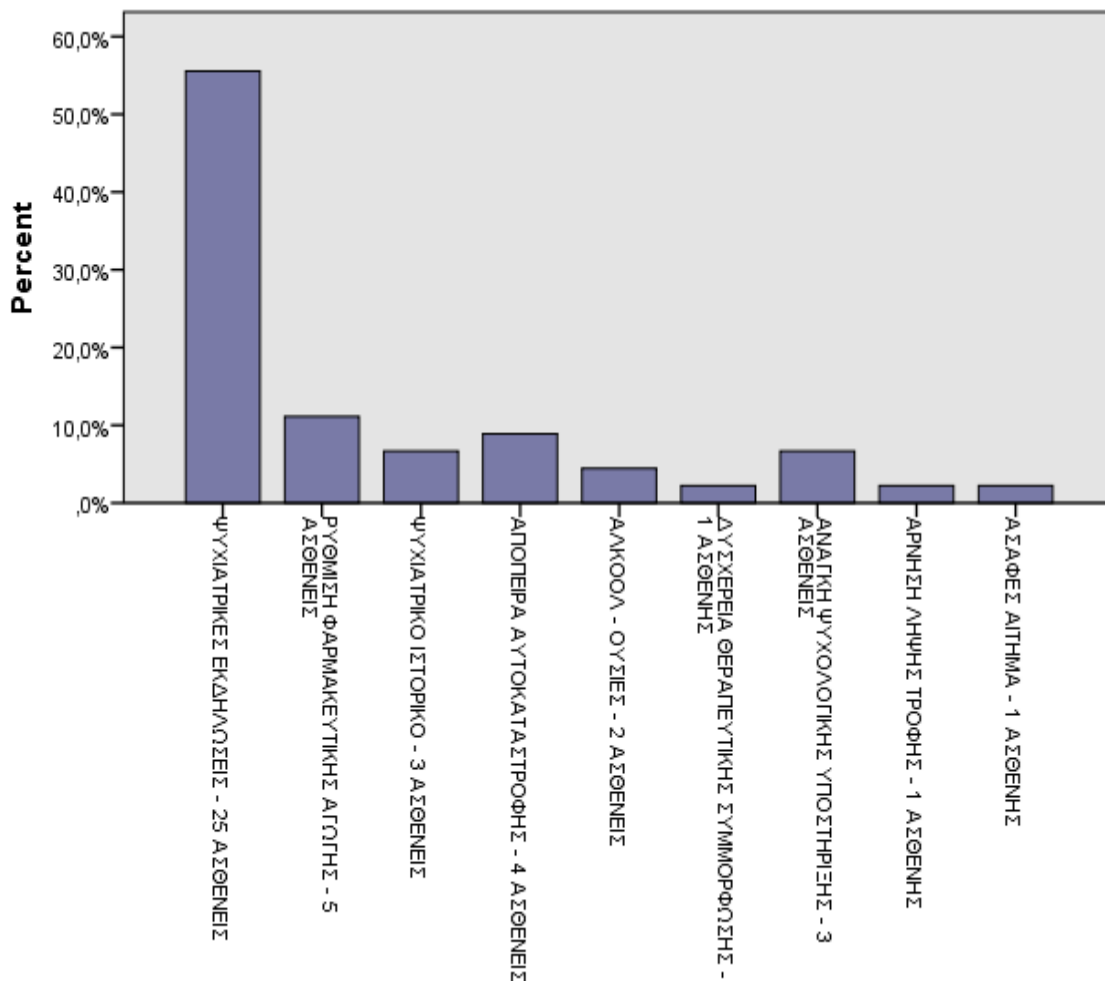
Τέλος, υπολογίζονται τα χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος, οι οποίοι νοσούσαν από “άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη”. Το μέρος αυτό του δείγματος αφορά σε 45 ασθενείς, 21 άνδρες και 24 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι τα 71 έτη, με τυπική απόκλιση 12, και ο μέσος όρος εκπαίδευσης σε έτη είναι 7, με τυπική απόκλιση 4. Από τους 45 ασθενείς, 1 ήταν ελεύθερος, 20 ήταν έγγαμοι, 5 σε διάσταση ή χωρισμένοι και 8 χήροι. Για τους υπόλοιπους 11 δεν υπάρχουν στοιχεία. Επίσης, 8 από τους ασθενείς έμεναν μόνοι τους, 10 έμεναν με τον/την σύζυγο, 7 έμεναν με σύζυγο και παιδιά και 1 με τους γονείς του. Για τους υπόλοιπους 19 δεν υπάρχουν στοιχεία. Όσον αφορά στη κλινική στην οποία νοσηλεύτηκαν υπολογίζεται το εξής: 12 ασθενείς νοσηλεύτηκαν σε παθολογική

κλινική, 2 σε πνευμονολογική, 6 σε καρδιολογική, 3 σε δερματολογικοί, 4 σε χειρουργική, 3 σε ωτορινολαρυγγολογική, 2 σε ορθοπαιδική, 4 σε αγγειοχειρουργική και υπολογίζεται ακόμα από 1 ασθενής στην μονάδα εμφραγμάτων, 1 ασθενής στη μονάδα ειδικών λοιμώξεων, 1 ασθενής στην καρδιοχειρουργική και 1 ασθενής στη νευρολογική.



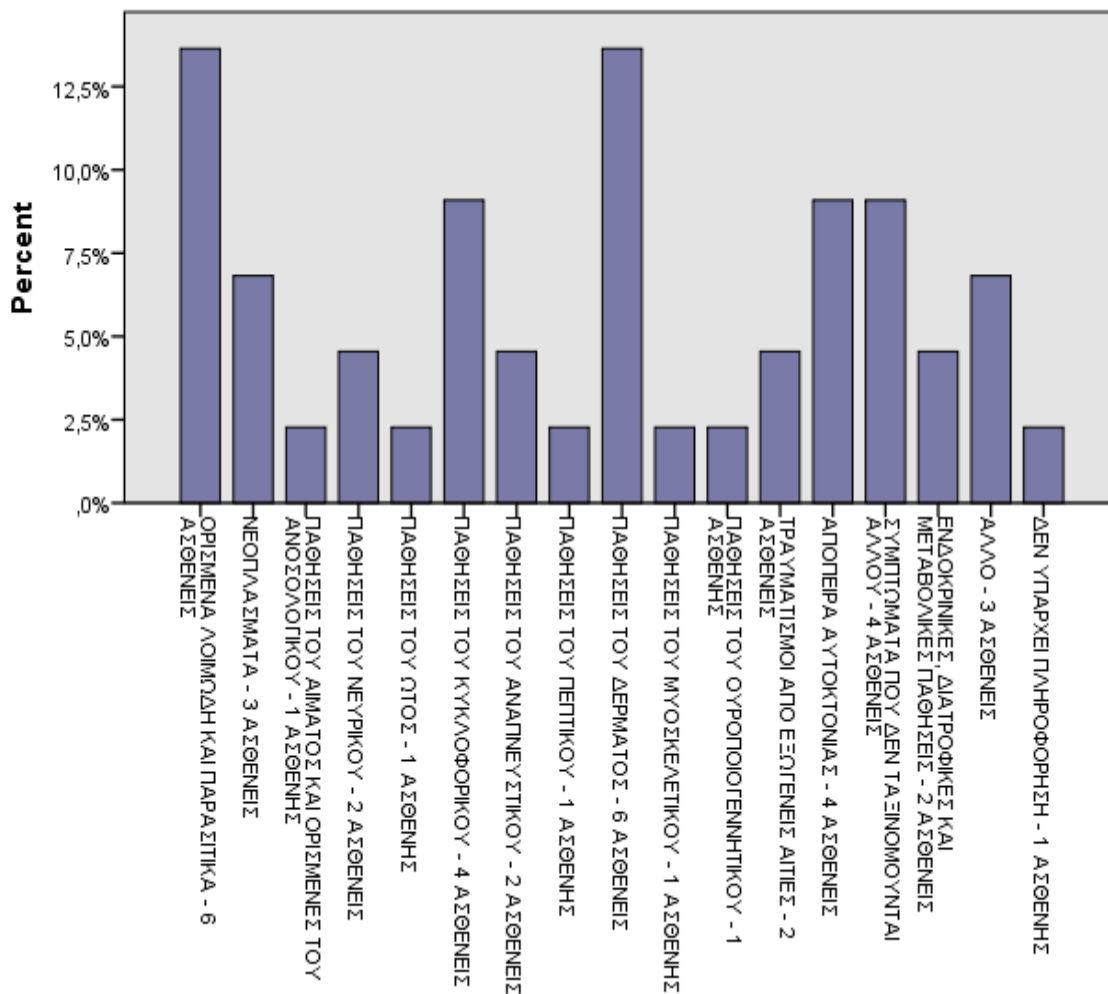
Γράφημα 16 . Κλινική νοσηλείας των ασθενών με "άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη"

Το αίτημα παραπομπής για το οποίο κλήθηκε η Διασυνδεδετική Υπηρεσία σε 25 ασθενείς πρόκυπτε από ψυχιατρικές εκδηλώσεις, σε 5 ασθενείς ήταν αναγκαία η ρύθμιση της φαρμακευτικής τους αγωγής, 3 ασθενείς είχαν ψυχιατρικό ιστορικό, 2 έκαναν κατάχρηση αλκοόλ, 3 ασθενείς είχαν ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης και 4 ασθενείς είχαν διαπράξει απόπειρα αυτοκαταστροφής. 1 ασθενής παρουσίαζε δυσχέρεια συμμόρφωσης και 1 ασθενής αρνείτο τη λήψη τροφής. Για 1 ασθενή, το αίτημα ήταν ασαφές.



Γράφημα 17. Αίτημα παραπομπής ασθενών με "άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη", στην Διασυνδεδετική Υπηρεσία

Όσον αφορά στην αιτία νοσηλείας των ασθενών με άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη, σημειώνεται ότι 6 ασθενείς νοσηλεύτηκαν λόγω ορισμένων λοιμωδών και παρασιτικών και 6 λόγω παθήσεων του δέρματος. 4 ασθενείς διέπραξαν απόπειρα αυτοκτονίας και 4 είχαν κάποια πάθηση του κυκλοφορικού. Επίσης, 3 ασθενείς νοσηλεύτηκαν λόγω νεοπλασμάτων και 2 ασθενείς λόγω παθήσεων του νευρικού, 2 ασθενείς λόγω ενδοκρινικών, μεταβολικών και διατροφικών παθήσεων, 2 λόγω τραυματισμών από εξωγενείς αιτίες. 1 ασθενής νοσηλεύτηκε λόγω πάθησης του ωτός, 1 ασθενής λόγω πάθησης του μυοσκελετικού και 1 ασθενής λόγω πάθησης του ουροποιογεννητικού. Για 5 ασθενείς δεν υπάρχει σαφής αιτία νοσηλείας.



Γράφημα 18 . Αιτία νοσηλείας ασθενών με "άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη".

Παράλληλα, υπολογίζεται το ψυχιατρικό ιστορικό των ασθενών με “άλλες μορφές διαβήτη”. Φαίνεται ότι 14 ασθενείς δεν είχαν ιστορικό ψυχοπαθολογίας, 15 ασθενείς είχαν στο παρελθόν νοσήσει από κάποια διαταραχή της διάθεσης, 3 ασθενείς είχαν αγχώδη διαταραχή και 1 ασθενής είχε ψύχωση. 12 ασθενείς έπασχαν από κάποια άλλη ψυχική νόσο, όπως η εξάρτηση από αλκοόλ, η εξάρτηση από ουσίες, το οργανικό ψυχοσύνδρομο και η άνοια.



Γράφημα 19 . Ψυχιατρικό ιστορικό ασθενών με “άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη”

Τέλος, όσον αφορά στη ψυχιατρική διάγνωση των ασθενών με κάποια άλλη μορφή σακχαρώδους διαβήτη, υπολογίζονται τα εξής: 7 ασθενείς δεν έχουν κάποια ψυχική νόσο, 18 ασθενείς αντιμετωπίζουν κάποια διαταραχή διάθεσης, 5 ασθενείς νοσούν από αγχώδη διαταραχή και 7 ασθενείς έχουν ψύχωση. Οι υπόλοιποι 8 ασθενείς έχουν κάποια άλλη ψυχική νόσο, όπως το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, η άνοια, η διαταραχή προσαρμογής, η εξάρτηση από ουσίες ή αλκοόλ.



Γράφημα 20 . Ψυχιατρική Διάγνωση ασθενών με "άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη"

Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα στόχος είναι να υπολογισθούν τα χαρακτηριστικά των διαβητικών ασθενών ως προς τα δημογραφικά τους στοιχεία αλλά και ως προς το ψυχιατρικό τους ιστορικό αλλά και τη ψυχιατρική τους διάγνωση. Επειδή, τα δεδομένα συλλέγονταν από διαφορετικές μεταβλητές και διασκορπίζονταν ατάκτως μέσα σε αυτές, γίνεται προσπάθεια ομαδοποίησης αυτών και οι τελικές μεταβλητές, βάση των οποίων υπολογίζονται τα χαρακτηριστικά των διαβητικών ασθενών σχηματίζονται ως εξής: πρώτον, ως μορφές σακχαρώδους διαβήτη ορίζονται ο ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης, ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης και οι «άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη» και δεύτερον, ως ψυχοπαθολογία ορίζονται στην πρώτη φάση της έρευνας 5 κατηγορίες: απουσία ψυχοπαθολογίας, διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές, ψυχώσεις, άλλη ψυχική νόσος. Παράλληλα, συλλέγονται και αναλύονται και κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά προκειμένου να ελεγχθούν κάποιοι βιολογικοί παράγοντες, όπως δηλαδή το φύλο, η ηλικία και κάποιοι κοινωνικοί καθώς και προσωπικοί παράγοντες, όπως παραδείγματος χάριν το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό των ασθενών, η ύπαρξη ή μη ψυχοπιεστικών γεγονότων, οι οποίοι θεωρείται πως πιθανώς θα μπορούσαν να σχετίζονται με κάποιο τρόπο με τα ευρήματα.

Αρχικά, παρατηρείται ότι στο σύνολο των 146 διαβητικών ασθενών, οι ασθενείς με διαβήτη τύπου II, δηλαδή μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη είναι διπλάσιοι από τους ασθενείς με διαβήτη τύπου I, δηλαδή ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη είναι 68 και οι ασθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη είναι 33. Οι ασθενείς με «άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη είναι 45». Σε σύγκριση με τη βιβλιογραφία σημειώνεται ότι οι περισσότερες έρευνες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα εργασία, ερευνούσαν τις συσχετίσεις του σακχαρώδους διαβήτη τύπου II με την ψυχοπαθολογία. Λιγότερες, ερευνούσαν τις συσχετίσεις τόσο του σακχαρώδους διαβήτη τύπου II όσο και του σακχαρώδους διαβήτη τύπου I με την ψυχοπαθολογία. Και καμία έρευνα δεν αφορούσε

σε άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη. Επομένως, το δείγμα της παρούσας έρευνας σε σχέση με τη χρησιμοποιούμενη βιβλιογραφία διαφέρει ως προς αυτό. Επίσης, όσον αφορά στην ηλικία, παρατηρείται ότι και οι τρεις κατηγορίες των διαβητικών ασθενών είναι σε σχετικώς κοντινή ηλικία. Συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι οι ασθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη έχουν ως μέσο όρο ηλικίας τα 66 έτη. Οι ασθενείς με μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη έχουν ως μέσο όρο ηλικίας τα 69 έτη και οι ασθενείς με «άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη» έχουν ως μέσο όρο ηλικίας τα 71 έτη. Παρόμοια και στη βιβλιογραφία της παρούσα έρευνας το δείγμα αφορά σε μεσήλικες καθώς και σε ηλικιωμένους ασθενείς. Δεν έχουν παρατεθεί έρευνες οι οποίες αφορούσαν στο παιδικό διαβήτη ή σε νεότερες ηλικίες. Σχετικά με την εκπαίδευση, παρατηρείται ότι οι ασθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη έχουν ως μέσο όρο εκπαίδευσης σε έτη τα 12 έτη ενώ οι ασθενείς με μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη καθώς και άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη, έχουν ως μέσο όρο εκπαίδευσης σε έτη τα 7 χρόνια. Η χρησιμοποιούμενη βιβλιογραφία εν μέρει επιβεβαιώνει αυτά τα αποτελέσματα, εφόσον και σε αυτή φαίνεται το μεγαλύτερο μέρος των διαβητικών ασθενών να είναι μέσης εκπαίδευσης και όχι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, Συνεχίζοντας, γίνεται αναφορά στην οικογενειακή κατάσταση των ασθενών. Και στις τρεις διαφορετικές κατηγορίες των διαβητικών ασθενών φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό είναι παντρεμένοι, αμέσως μετά είναι οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε χηρεία και στο τέλος οι ασθενείς οι οποίοι είναι είτε χωρισμένοι είτε σε διάσταση με τον/την σύντροφό τους. Και στη βιβλιογραφία, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είναι παντρεμένοι. Ωστόσο, στη βιβλιογραφία τίγεται το ερώτημα αν υπάρχει διαβητικός πληθυσμός ο οποίος δεν εντοπίζεται, λόγω της χαμηλότερης ποιότητας ζωής των ανθρώπων οι οποίοι είναι σε χηρεία ή χωρισμένοι. Αυτό, αναφέρεται και στο πλαίσιο όπου, στους διαβητικούς ασθενείς, μελετάται και η συμμετοχή των συντρόφων τους στην καλύτερη συμμόρφωση ως προς την ενδεικνυόμενη αντιμετώπιση της νόσου. Επιπλέον, ως προς το αίτημα παραπομπής των διαβητικών ασθενών για εξέταση από την διασυνδεδετική υπηρεσία του νοσοκομείου,

υπολογίζεται ότι το υψηλότερο ποσοστό αφορά σε ψυχιατρικές εκδηλώσεις ασθενών καθώς και στη ρύθμιση της ψυχιατρικής φαρμακευτικής τους αγωγής. Σχετικά με τα ιατρικά χαρακτηριστικά των τριών κατηγοριών των διαβητικών ασθενών υπολογίζεται ότι και στις τρεις κατηγορίες των διαβητικών ασθενών, το υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τη κλινική νοσηλεία, αφορούσε σε παθολογικές κλινικές. Επίσης, υψηλά ποσοστά είχαν και οι καρδιολογικές κλινικές και οι αγγειοχειρουργικές κλινικές. Αυτό το στοιχείο φαίνεται να ταιριάζει με τις αναφορές των βιβλιογραφικών πηγών για τη συννοσηρότητα του σακχαρώδους διαβήτη με καρδιολογικά προβλήματα και προβλήματα του κυκλοφορικού. Όσον αφορά συγκεκριμένα στις αιτίες νοσηλείας των διαβητικών ασθενών, φαίνεται ότι τα υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας των ασθενών με «άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη», έγιναν λόγω λοιμωδών και παρασιτικών, λόγω παθήσεων του κυκλοφορικού, του δέρματος καθώς και λόγω απόπειρας αυτοκαταστροφής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη με αυτοκτονικές συμπεριφορές καθώς και προβλήματα του κυκλοφορικού. Δερματολογικά προβλήματα έχουν εμφανιστεί σε διαβητικούς ασθενείς αλλά στις έρευνες γίνεται προσπάθεια συσχέτισής τους με τις αγχώδεις διαταραχές οι οποίες αναπτύσσονται ή μεγιστοποιούνται στους διαβητικούς ασθενείς. Ωστόσο, αυτά τα ευρήματα αφορούν γενικώς στη νόσο του σακχαρώδους διαβήτη και όχι συγκεκριμένα τις «άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη». Οι ασθενείς με μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη φαίνεται να εισήχθησαν στο νοσοκομείο σε υψηλότερο ποσοστό λόγω προβλημάτων του αναπνευστικού του ουροποιητικού, του πεπτικού συστήματος και λόγω απόπειρας αυτοκαταστροφής. Η βιβλιογραφία στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών φαίνεται να αναφέρει συσχέτιση του μη ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδους διαβήτη με τις αυτοκαταστροφικές τάσεις, ωστόσο στις υπόλοιπες νόσους δεν γίνεται αναφορά. Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου I, είχαν σε υψηλότερο ποσοστό ως αιτία νοσηλείας παθήσεις του αναπνευστικού καθώς και τραυματισμούς από εξωγενείς αιτίες. Αυτά τα δυο στοιχεία δεν αναφέρονται κάπου στην βιβλιογραφία.

Στη συνέχεια της έρευνας παρατηρούνται και αναφέρονται τα χαρακτηριστικά των τριών κατηγοριών των διαβητικών ασθενών ως προς ψυχιατρικό τους ιστορικό αλλά και ως προς την ψυχιατρική τους διάγνωση. Ξεκινώντας με το ψυχιατρικό ιστορικό των ασθενών παρατηρείται ότι οι ασθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, δηλαδή 39%, είχαν απουσία ιστορικού ψυχοπαθολογίας. Αμέσως μετά ωστόσο, σε ποσοστό 33%, φαίνεται ότι οι διαβητικοί ασθενείς τύπου I, νοσούσαν στο παρελθόν από κάποια διαταραχή διάθεσης. Σε μικρότερο ποσοστό, 9%, φαίνεται οι διαβητικοί ασθενείς τύπου I να έχουν εμφανίσει ψύχωση και σε ποσοστό 3% να αντιμετώπισαν κάποια αγχώδη διαταραχή στο παρελθόν. Στη συνέχεια, υπολογίζεται το ψυχιατρικό ιστορικό των ασθενών με διαβήτη τύπου II. Σε αυτή τη κατηγορία, υπάρχει η διαφορά σε σχέση με τον ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δε παρουσιάζει απουσία ψυχιατρικού ιστορικού, αλλά κάποια συναισθηματική διαταραχή. Συγκεκριμένα, η απουσία ψυχιατρικού ιστορικού αφορά σε ποσοστό 29%, ενώ οι συναισθηματικές διαταραχές σε ποσοστό 40%. Οι ψυχώσεις σε αυτή τη κατηγορία υπολογίζονται στο 10% των ασθενών και οι αγχώδεις διαταραχές στο 9%. Τέλος, οι ασθενείς με «άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη», επίσης, εμφανίζουν σε υψηλότερο ποσοστό το ιστορικό με διαταραχές της διάθεσης, συγκεκριμένα το 33% των ασθενών, και αμέσως μετά, σε ποσοστό 31% την απουσία ψυχιατρικού ιστορικού. Η ψύχωση αφορά στο 2% του συγκεκριμένου πληθυσμού και οι αγχώδεις διαταραχές στο 7%. Δυστυχώς, η βιβλιογραφία η οποία έχει χρησιμοποιηθεί στην παρούσα έρευνα δεν αφορά σε έρευνες στις οποίες μετρήθηκε το ψυχιατρικό ιστορικό των διαβητικών ασθενών, επομένως δεν γίνεται να υπάρξει ισχυρισμός για συμφωνία ή ασυμφωνία ως προς τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Ωστόσο, από τα υπάρχοντα δεδομένα παρατηρείται μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία, έστω και ως ιστορικό, στους διαβητικούς ασθενείς με μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, γεγονός που επιβεβαιώνεται από την βιβλιογραφία.

Συνεχίζοντας, υπολογίζονται τα ποσοστά των διαφόρων ψυχιατρικών διαγνώσεων στις

τρεις κατηγορίες των διαβητικών ασθενών. Παρατηρείται ότι στη ψυχιατρική διάγνωση, υψηλότερο ποσοστό έχει η ύπαρξη διαταραχών της διάθεσης. Αναλυτικότερα, στους διαβητικούς ασθενείς τύπου II, σε ποσοστό 32% βρίσκονται οι διαταραχές διάθεσης. Υπολογίζονται σε ποσοστό 18% η απουσία ενεργούς ψυχοπαθολογίας, σε ποσοστό 7% οι αγχώδεις διαταραχές και σε ποσοστό 16% οι ψυχώσεις. Στους διαβητικούς ασθενείς τύπου I, υπολογίζεται ότι οι διαταραχές της διάθεσης αφορούν στο 24%, η απουσία ψυχοπαθολογίας υπολογίζεται σε ποσοστό επίσης 24% και οι ψυχώσεις σε ποσοστό 9%. Όσον αφορά στους διαβητικούς ασθενείς με «άλλες μορφές σακχαρώδους διαβήτη», υπολογίζεται ότι 40% των ασθενών αντιμετωπίζει κάποια διαταραχή διάθεσης, 16% των ασθενών χαρακτηρίζονται από απουσία ψυχοπαθολογίας, 16% των συγκεκριμένων ασθενών έχουν εμφανίσει ψύχωση και 11% των ασθενών αντιμετωπίζει κάποια αγχώδη διαταραχή. Σε σχέση με τη βιβλιογραφία, φαίνεται να υπάρχει συμφωνία ως προς το γεγονός ότι ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης παρουσιάζει μεγαλύτερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τον ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη. Ωστόσο, υπάρχει η διαφορά ότι στις έρευνες στις οποίες βασίστηκε η εισαγωγή της παρούσας εργασίας, υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη υποφέρουν όχι μόνο από διαταραχές της διάθεσης, αλλά και από αγχώδεις διαταραχές, γεγονός που δεν επιβεβαιώνεται σε αυτή την έρευνα. Σημειώνεται ότι στις έρευνες οι οποίες απαρτίζουν τη βιβλιογραφία γίνεται απόπειρα σύνδεσης των ψυχώσεων με τη νόσο του διαβήτη, χρησιμοποιώντας την ερμηνεία ότι οι ψυχασικοί ασθενείς δεν έχουν καλή ποιότητα ζωής, γεγονός το οποίο μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη διαβήτη ή να μη συμβάλει στην κατάλληλη συμμόρφωση ως προς την θεραπεία του.

Τέλος, πρέπει να αναφερθούν οι περιορισμοί τους οποίους παρουσιάζει η παρούσα έρευνα. Αρχικά, πρόκειται για μια έρευνα αναδρομική περιγραφική, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν μπορούν να αναδειχθούν συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών, παρά μόνο οι συσχετίσεις μεταξύ τους.

Επίσης, ένας άλλος περιορισμός είναι το γεγονός ότι δεν πρόκειται για μια διαχρονική

μελέτη με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις, επομένως δεν είναι δυνατόν να υπολογισθούν οι πιθανές ατομικές αλλαγές οι οποίες μπορεί να προκύψουν στους συμμετέχοντες. Ακόμα, ένας περιορισμός, ο οποίος σχετίζεται με τη μέθοδο συλλογής δεδομένων, προκύπτει από το γεγονός ότι τα δεδομένα συλλέχθηκαν είτε από αυτοαναφορές είτε από αναφορές συγγενών των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι σε κάποιες περιπτώσεις τα δεδομένα μπορεί να μην είναι είτε ακριβή είτε αληθή. Για παράδειγμα, οι ασθενείς αναφέρουν μόνοι τους το ψυχιατρικό ιστορικό τους, χωρίς να υπάρχουν πληροφορίες για τον αν έχουν διαγνωσθεί από κάποιον ψυχίατρο. Επιπλέον, στις περιπτώσεις όπου τις πληροφορίες τις δίνουν οι συγγενείς, όταν οι ασθενείς δεν είχαν τη συνείδηση ή το σθένος να δώσουν πληροφορίες για το ιστορικό τους, υπάρχει η πιθανότητα οι πληροφορίες να είναι ανακριβείς. Μπορεί δηλαδή να υπάρχουν διαστρεβλώσεις ή παρερμηνείες των καταστάσεων και των συναισθημάτων των ασθενών. Προβληματικό σημείο στη συλλογή δεδομένων είναι, επίσης, το γεγονός ότι τα ιστορικά των ασθενών παίρνονταν σε μια στιγμή για εκείνους ιδιαίτερος φορτισμένη συναισθηματικά, εφόσον οι ασθενείς είτε είχαν μόλις νοσηλευθεί είτε μόλις είχαν δεχθεί επίσκεψη από την διασυνδεδετική ομάδα. Και τα δυο αυτά γεγονότα, μπορεί να επηρεάζουν τη διάθεση των ασθενών και το τρόπο με τον οποίο στιγμιαία αντιλαμβάνονται τις καταστάσεις και αποδίδουν νόημα σε αυτές. Αυτή η ιδιαίτερη συνθήκη, μπορεί να επηρέασε τα δεδομένα των μετρήσεων που αφορούσαν στην ψυχιατρική διάγνωση των συμμετεχόντων. Για παράδειγμα, κάποιος ασθενής θα μπορούσε να δώσει την εικόνα καταθλιπτικού ή αγχώδους ασθενή, χωρίς να πληροί όμως τα κριτήρια για μια τέτοια διάγνωση. Επίσης, τα δεδομένα συλλέγονταν σε μια χρονική στιγμή η οποία ήταν αγχωτική τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους ιατρούς οι οποίοι συμπλήρωναν το ιστορικό ή για το μέλος της Διασυνδεδετικής Υπηρεσίας, το οποίο επίσης συμπλήρωνε το ιστορικό. Πιθανώς, λόγω της πίεσης του χρόνου ή και των απαιτήσεων της κάθε ιατρικής βάρδιας, ο όγκος των πληροφοριών ο οποίος έπρεπε να συμπληρωθεί σε κάθε ιστορικό δεν διευκόλυνε την πλήρη συμπλήρωσή του. Επομένως, στις περισσότερες από τις μεταβλητές υπήρχαν πάρα πολλές ελλειψεις απαντήσεων. Συγκεκριμένα, ως προς

την εθνικότητα οι ελλειπείς τιμές είναι το 67,1 %. Για το 95,2% των συμμετεχόντων δεν είναι καταγεγραμμένο το αν είχαν οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό. 66,4% ήταν οι ελλειπείς τιμές ως προς το κάπνισμα, 61,6% ως προς τη χρήση αλκοόλ, 77,5% ελλειπείς τιμές για το αν οι ασθενείς είχαν ιστορικό αποπειρών αυτοκαταστροφής. Ακόμα, ελλειπείς τιμές υπάρχουν ως προς τα εξής: 78,8% τιμές λείπουν για τη πληροφορία εάν οι συμμετέχοντες είχαν πιθανή εξάρτηση από αγχολυτικά, για το 41,1% του δείγματος δεν υπάρχουν πληροφορίες για το αν ήταν υπό ψυχιατρική παρακολούθηση, για το 88,4% του δείγματος δεν υπάρχουν πληροφορίες για το αν έπαιρνε κάποια αγωγή η οποία επηρεάζει την ψυχική κατάσταση πριν τη νοσηλεία και για το 71,2% δεν υπάρχουν πληροφορίες για το αν αντιμετώπιζε διαταραχές ύπνου πριν τη νοσηλεία του. Για το 67,8% είναι αδιευκρίνιστο αν μετά την καταγεγραμμένη αυτή νοσηλεία, εάν μεταφέρθηκαν σε ψυχιατρική κλινική και για το 62,3% δεν σημειώνεται εάν η ψυχιατρική αγωγή την οποία ελάμβαναν χορηγήθηκε από ψυχίατρο ή από κάποια άλλη ειδικότητα. Τέλος, στις πληροφορίες για την ψυχιατρική αγωγή εισόδου λείπει μόνο το 8,2% των συμμετεχόντων, αντίθετα, για την ψυχιατρική αγωγή εξόδου οι ελλειπείς τιμές αγγίζουν το 70,5%. Οι ελλειπείς αυτές τιμές δεν εμποδίζουν τη διατύπωση των περιγραφικών αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας, αλλά αν υπήρχαν ίσως μπορούσαμε να κάνουμε και κάποιες συσχετίσεις της ψυχικής και της οργανικής υγείας των συμμετεχόντων και με τα υπόλοιπα στοιχεία, που αφορούν στην πρότερη αλλά και στη παροντική κατάσταση ζωής τους. Ωστόσο, πρέπει να αναφερθεί ότι πολλές από τις ελλειπείς τιμές, ίσως δεν οφείλονται μόνο στα μη επαρκώς συμπληρωμένα ερωτηματολόγια αλλά και στη λανθασμένη κωδικοποίηση των δεδομένων κατά την περίοδο των ηλεκτρονικών καταγραφών τους.

Όσον αφορά σε περιορισμούς του ίδιου του δείγματος βλέπουμε ότι παρά το γεγονός ότι υπάρχει μεγάλο ηλικιακό εύρος, ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 69 έτη. Συνεπώς τα δεδομένα μας σε σχέση με την ψυχοπαθολογία των διαβητικών ασθενών, προκύπτουν στο μεγαλύτερο βαθμό από αυτή την ηλικιακή ομάδα. Επομένως, δεν είναι εύκολο να γίνει κάποια υπόθεση για την ψυχοπαθολογία την οποία μπορεί να αναπτύξουν ή έχουν ήδη,

νεότεροι διαβητικοί ασθενείς. Αντίστοιχος είναι και ο περιορισμός που προκύπτει από τον εξωτερικό παράγοντα, διαμονής των ασθενών. Συγκεκριμένα, όπως αναφέρθηκε στην αρχή, υπολογίζεται ότι οι 101 από τους 174 ασθενείς ζουν στην Αθήνα. Εάν το δείγμα ήταν πιο ισάριθμα κατανομημένο, ίσως μπορούσε να εξαχθεί κάποιο συμπέρασμα για το αν ο τόπος διαμονής, επηρεάζει τη πορεία της νόσου καθώς και τα πιθανά συνοδά της νοσήματα. Επομένως, σε κάποια επόμενη έρευνα με αντίστοιχα ερωτήματα, όχι όμως σε αναδρομική έρευνα, θα ήταν ωφέλιμο εάν αρχικά η συλλογή δεδομένων γινόταν με διαφορετικό τρόπο. Αναλυτικότερα, προτείνεται τα δεδομένα που θα χρησιμοποιηθούν στην έρευνα να μην συλλεχθούν κατά την πρώτη συνάντηση του ασθενούς – ιατρού, όπως συμβαίνει με τη λήψη του ιστορικού. Επίσης, προτείνεται να συμπεριλαμβάνονται στις απαντήσεις μόνο οι αυτοαναφορές των ασθενών, και όχι οι αναφορές τρίτων προσώπων, παρά μόνο αν ο ασθενής δεν έχει αντιληπτική ικανότητα του τόπου και του χώρου. Κατ' αυτόν τον τρόπο ίσως συλλεχθούν περισσότερα αλλά και πιο αξιόπιστα δεδομένα. Επιπλέον, προτείνεται μια δεύτερη συνάντηση με τους ασθενείς, πιθανώς θα ήταν βοηθητικό 6 μήνες μετά την πρώτη συνάντηση, προκειμένου να ερευνηθεί αν η διάγνωση που αποδόθηκε στον εκάστοτε ασθενή κατά τη νοσηλεία ίσχυε ή όχι. Όσον αφορά στο δείγμα του πληθυσμού, εάν θα ήταν διαμοιρασμένο με άλλο τρόπο πιθανότατα θα μπορούσαν να ελεγχθούν και άλλοι παράγοντες πέραν των συναφειών των τριών νόσων όπου ερευνώνται στη παρούσα έρευνα, δηλαδή του σακχαρώδη διαβήτη, της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών, όπως για παράδειγμα η ηλικία των ασθενών ή ο τόπος διαμονής τους. Στην παρούσα έρευνα, οι περισσότερες τιμές συγκεντρώνονται σε συγκεκριμένα σημεία, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, και έτσι δεν είναι δυνατή η εξαγωγή κάποιων συμπερασμάτων. Τέλος, ίσως εάν υπήρχαν περισσότερα δεδομένα, και σαφέστερα κατανομημένα να ήταν δυνατή και η διεξαγωγή επαγωγικών αποτελεσμάτων, προκειμένου να μελετηθούν και συσχετίσεις μεταξύ της νόσου του διαβήτη και των ψυχικών διαταραχών.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (5η έκδοση)*. Arlington: American Psychiatric Association: 155-188.
- Anderson R. J., Freedland K. E., Clouse R. E., Lustman P. J. (2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes. *Diabetes Care*, 24: 1069–1078.
- Barnard K., Peveler R. C., Holt R. I.G. (2013). Antidepressant Medication as a Risk Factor for Type 2 Diabetes and Impaired Glucose Regulation. *Diabetes Care*, 36:3337-3345.
- Bekairy A., AbuRuz S., Alsabani B., Alshehri A., Aldebasi T., Alkatheri A., et al. (2017). Exploring Factors Associated with Depression and Anxiety among Hospitalized Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Med Princ Pract*, 26:547–553. DOI: 10.1159/000484929
- Bener A., Hamaq A. O. A. A., Dafeeah E. E. (2011). High Prevalence of Depression, Anxiety and Stress Symptoms Among Diabetes Mellitus Patients. *The Open Psychiatry Journal*, 5: 5-12.
- Black S. A., Makrides K. S., Ray L. A. (2003). Depression Predicts Increased Incidence of Adverse Health Outcomes in Older Mexican Americans With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 26:2822–2828.
- Doherty A., M. (2015). Psychiatric Aspects of Diabetes Mellitus. *BJPsych Advances*, 21, 407-416. doi: 10.1192/apt.bp.114.013532
- Dye, Knox, Artal, Aubry, and Wojtowycz. (1997). Physical Activity, Obesity, and Diabetes in Pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 146, 961-965.
- Egede L. E., (2004). Diabetes, Major Depression, and Functional Disability Among U.S. Adults. *Diabetes Care*, 27: 421-428.
- Engum A., Mykletun A., Midthjell K., Holen A., Dahl A.A. (2005). Depression and Diabetes. A large population- based study of sociodemographic,

- lifestyle and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*,28:1904–1909.
- Fisher L., Chesla C. A., Skaff M. M., Mullan J., Kanter R. A. (2002). Depression and Anxiety Among Partners of European-American and Latino Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 25:1564–1570.
- Gendelman N., Stell- Bergeon J. K., McFann K., Kinney G., Wawa R. P. Bishop F., Rewers M., Mahhs D. M. (2009). Prevalence and Correlates of Depression in Individuals With and Without Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 32: 373-379.
- Groot M., Kushnick M., Doyle T., Merrill J., McGlynn M., Shubrook J. et al. (2010). Depression Among Adults With Diabetes: Prevalence, Impact, and Treatment Options. *Diabetes Spectrum*, 23: 15-18.
- International Diabetes Federation (2003). *Diabetes Atlas*. Belgium: International Diabetes Federation Executive Office
- Katon W. J., Lin E. H. B., Russo J., Von Korff M., Ciechanowski P., Simon G., et al. (2004). Cardiac Risk Factors in Patients with Diabetes Mellitus and Major Depression. *JGIM*, 19:1192 – 1199.
- Kivim M., Hamer M., Batty D., Batty G. D., Geddes J. R., Tabak A. G. et al. (2016). Antidepressant Medication Use, Weight Gain, and Risk of Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*,33: 2611–2616.
- Κόντι Π. (2016). Άγχος – Κατάθλιψη Διαβητικών Ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*,5 (1): 4-11
- Κοντοάγγελος Κ., Παπαγεωργίου Χ., Ράπτης Α. , Τσιότρα Π., Μπουτάτη Ε., Παπαδημητρίου Γ. Ν. «και συν». (2014). Ο ρόλος της ωκυτοκίνης, της κορτιζόλης, της ομοκυστεΐνης, των κυτταροκινών στο σακχαρώδη διαβήτη και η αλληλεπίδρασή τους με ψυχολογικούς παράγοντες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1):7-22.
- Κ. Κοντοάγγελος, Χ. Παπαγεωργίου, Α. Ράπτης, Π. Τσιότρα, Ε. Μπουτάτη, Γ.Ν.

- Παπαδημητρίου, Γ. Δημητριάδης, Α. Ραμπαβίλας, Σ. Ράπτης. (2013). Diabetes mellitus and psychopathology. *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE*, 30(6):688-699.
- Larijani B., Bayat M. K. S., Gorgani M. K., Bandarian F., Akhondzadeh S., Sadjadi S. A. (2004). Association Between Depression and Diabetes. *German Journal of Psychiatry*, 7:62-65.
- Lin H. B. E., Katon W., Korff M. V., Rutter C., Simon G. E., Oliver M., et al. (2004). Relationship of Depression and Diabetes Self – Care, Medication Adherence, and Preventive Care. *Diabetes Care* 27:2154–2160.
- Mamoudi J., Damak R., Zouari H., Ouali U., Mechri A., Zouari N. et al. Prevalence and Impact of Anxiety and Depression on Type 2 Diabetes in Tunisian Patients over Sixty Years Old. (2013). *Hindawi Publishing Corporation Depression Research and Treatment*, 2013: 1-7. doi.org/10.1155/2013/341782.
- Pan A., Lucas M., Sun O., Van Dam R. M., Franco O. H., Willet W. C. et al. (2011). Increased Mortality Risk in Women With Depression and Diabetes Mellitus. *Arch Gen Psychiatry*, 68(1):42-50.
- Rubin R. R., Ma Y., Marrero D. G., Peyrot M., Barrett-Connor E. L., Kahn S. E. et al. (2008). Elevated Depression Symptoms, Antidepressant Medicine Use, and Risk of Developing Diabetes During the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*, 31:420–426.
- Ramkisson S., Pillay B. J., Sartorius B. (2016). Anxiety, depression and psychological well-being in a cohort of South African adults with Type 2 diabetes mellitus. *South African Journal of Psychiatry*, 22: a935.
- Σάλλα, Θ., Κογεώργος, Ι. (2009). Ψυχιατρικές επιπλοκές των κοινών ενδοκρinoπαθειών. Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας (Επιμ.), Διασυνδεδετική Ψυχιατρική (σσ. 361-375). Αθήνα: *BHTA Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΙΠΕ*
- Schmidt C. B., Van Loon B., Torensma B., Snoek F., Honig A. (2017). Ethnic Minorities

with Diabetes Differ in Depressive and Anxiety Symptoms and Diabetes-Distress.

Singh C. (2013). An Analytic Study of Death Anxiety among Type 2 Diabetes.

Mediterranean Journal of Social Sciences,4: 205-217.

Doi:10.5901/mjss.2013.v4n11p205.

Stojanović-Tasić M., Grgurević A., Cvetković J., Grgurević U., Trajković G. (2014).

Association between somatic diseases and symptoms of depression and anxiety among Belgrade University students *Medicinski Glasnik*,11:378 – 383.

Talbot F., Nouwen A. (2000). A Review of the Relationship Between Depression and

Diabetes in Adults. *Diabetes Care*, 23:1556–1562.

Thomas J., Jones G., Scarinci I., Brantley P. (2003). A Descriptive and Comparative of the Prevalence of Depressive and Anxiety Disorders in Low- Income Adults with Type 2 Diabetes and other chronic Illnesses. *Diabetes Care*, 26, 2311-2317. *Journal of Diabetes Research*, 2017: 1-11. doi.org/10.1155/2017/1204237

Watkins P. J. (1983). ABC Of Diabetes. London: PMJ Publishing Group Ltd.

American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 37(1), S81-S9