

## Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1

**P. Πήτα**  
**E. Γρηγοριάδου**  
**E. Μαρίνα**  
**Z. Κουβάτσου**  
**T. Διδάγγελος**  
**Δ. Καραμήτσος**

### Περίληψη

Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετηθούν σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 1 οι παράγοντες που συμμετέχουν στη δημιουργία της εικόνας που έχουν για τον εαυτό τους, την ασθένειά τους και τη ζωή τους. **Ασθενείς – Μέθοδος:** Χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια σε 69 άτομα με ΣΔ τύπου 1, (32 άντρες), ηλικίας 18 έως 55 ετών. Συγκεκριμένα, δόθηκαν το QOLID-89 για την αξιολόγηση της ποιότητα ζωής (ΠΖ), το SCL-90-R για την εκτίμηση στοιχείων ψυχοπαθολογίας, το ASI για τον δείκτη της ευαισθησίας των ατόμων σε καταστάσεις άγχους, το BDI - II για την ανίχνευση πιθανής κατάθλιψης, και το EDI για την εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών και της εικόνας εαυτού. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v.12 για συσχετίσεις Pearson απλές και πολλαπλές. **Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στην κλινική εικόνα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και σε παράγοντες ψυχολογικούς και συμπεριφορικούς, οι οποίοι επιδρούν άμεσα στην ποιότητα ζωής των διαβητικών ατόμων. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι τα κλινικά συμπτώματα του διαβήτη επηρεάζουν σημαντικά την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση και το επίπεδο της λειτουργικότητας των διαβητικών ατόμων. Η κατάθλιψη εμφανίστηκε ως ο πιο ισχυρός παράγοντας συσχέτισης με την ΠΖ, εξασθενίζοντας τη σχέση «υπογλυκαιμίας-ποιότητας ζωής» και των υπολοίπων μεταβλητών (άγχους και ψυχοπαθολογίας).

### Εισαγωγή

Το 1948 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας όρισε την υγεία ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία νόσου. Η υγεία και η ευεξία, που αποτελούν ταυτόχρονα τις θετικές παραμέτρους της ποιότητας ζωής ενός ατόμου, είναι έννοιες πολυδιάστατες και καλύπτουν ευρύ φάσμα σωματικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών, τα οποία καθιστούν το άτομο ικανό να λειτουργεί και να αντλεί ικανοποίηση από τη δραστηριότητά του. Ειδικότερα, η μελέτη της ποιότητας ζωής (ΠΖ) των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, αποτελεί ένα σημαντικό κλινικό ζήτημα και ταυτόχρονα ένα βήμα προς την καλύτερη αντιμετώπιση της πάθησης και των συνεπειών της, τόσο για το άτομο όσο και το περιβάλλον του.<sup>1,2</sup> Η συμβολή της επιστήμης της ψυχολογίας αφορά στη διατήρηση, ενίσχυση και προαγωγή της υγείας, στη θεραπεία αλλά και την πρόληψη της ασθένειας, και στην αναγνώριση των παραγόντων εκείνων, οι οποίοι συνδέονται αιτιολογικά και διαγνωστικά με τις καταστάσεις της υγείας και ασθένειας (ατομικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες, κ.λπ). Η αναγνώριση ότι μη σωματικοί παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση, αλ-

Τμήμα Ψυχολογίας &  
Διαβητολογικό Κέντρο  
B' Προπαιδευτικής  
Κλινικής Αριστοτελείου  
Πανεπιστημίου  
Θεσσαλονίκης

λά και την εξέλιξη πολλών ασθενειών είναι θεμελιώδους σημασίας για την πρόοδο της επιστήμης, και προσφέρει πολλά οφέλη στον τομέα της πρόληψης αλλά και αποκατάστασης.<sup>3</sup> Η θεώρηση του ατόμου ως μιας ολότητας, με μια ισορροπία ανάμεσα στα βιοψυχοκοινωνικά μέρη της ταυτότητάς του, οδηγεί στην ανακάλυψη των βαθύτερων σχέσεων που τα συνδέουν, και στη διαπίστωση πως η παρέμβαση σε ένα τμήμα του συστήματος “ασθενής-περιβάλλον” έχει παράλληλα επιδράσεις και σε άλλα τμήματα.

Μολονότι δεν υφίσταται οριστική θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη, υπάρχει ωστόσο αποτελεσματική αντιμετώπιση. Η ινσουλινοθεραπεία (απαραίτητη για την επιβίωση των ατόμων με διαβήτη τύπου 1), η κατάλληλη διατροφή και δίαιτα, προσαρμοσμένα στις ανάγκες του κάθε ατόμου, καθώς και ένας υγιεινός τρόπος ζωής, αποτελούν τα καλύτερα όπλα απέναντι στις επιπλοκές και τους κινδύνους που ενέχει ο σακχαρώδης διαβήτης.<sup>3,4</sup>

Η χρονιότητα της πάθησης αποτελεί έναν από τους κυριότερους επιβαρυντικούς παράγοντες, δεδομένου ότι καταβάλλει το άτομο, εξασθενεί τις δυνάμεις του, μειώνει τις ψυχικές αντοχές του, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσμενείς επιπτώσεις όχι μόνο στην υγεία, αλλά και στις προσπάθειές του για συμμόρφωση στη θεραπεία. Η χρονιότητα της ασθένειας και οι ενδεχόμενες επιπλοκές της δημιουργούν συχνά προβλήματα στην ποιότητα ζωής ενός διαβητικού ατόμου, προβλήματα που ενέχουν συγχρόνως μια αντικειμενική και μια υποκειμενική διάσταση, γεγονός που καταδεικνύει την πολύπλευρη σημασία της “ποιότητα ζωής”.<sup>5</sup>

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη συνολική κατάσταση υγείας του ατόμου, την προσωπική και κοινωνική ευημερία, καθώς και την ικανοποίησή του από τη ζωή. Επομένως, κριτήρια αντικειμενικά (δείκτες σωματικής υγείας και λειτουργικότητας), αλλά και υποκειμενικά (ψυχολογικές και περιβαλλοντικές παράμετροι) χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής κάθε ατόμου.<sup>6,7</sup> Ιδιαίτερα για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, έχουν σημασία η επίτευξη άριστου ελέγχου του διαβήτη και η ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν μαζί με τον ιατρό τους τις απαιτήσεις της πάθησής τους. Η καλή προσαρμογή στην προγραμματισμένη καθημερινή ζωή, όπως καθορίζεται από τον ιατρό, η ψύχραιμη αντιμετώπιση όλων των συμπτωμάτων και των ενδεχόμενων επιπλοκών, η συνεχής ενημέρωση για τις νέες επιστημονικές εξελίξεις, σε συνδυασμό με τη

βιωματική εμπειρία αποτελούν τους κύριους παράγοντες για μία καλή ποιότητα ζωής και προσωπική ευημερία του ατόμου που ζει με τον διαβήτη.<sup>8</sup>

Μέσα σε όλο αυτό το πλαίσιο είναι πιθανό να δημιουργούνται ποικίλες γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις στα άτομα με διαβήτη, ως απόρροια του άγχους και της ανησυχίας τους για την επικείμενη “επίδραση” της ασθένειας στην καθημερινότητα και την ποιότητα της ζωής τους. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ορισμένοι από τους σημαντικότερους παράγοντες, οι οποίοι δρουν επιβαρυντικά στην ποιότητα ζωής των ατόμων με διαβήτη τύπου 1, είναι οι εξής:

**Αρνητικές γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στην πάθηση.** Οι απόψεις ενός διαβητικού ατόμου αναφορικά με την πάθησή του είναι συχνά τόσο ισχυρές για την ιδιοσυγκρασία του, με αποτέλεσμα να δρουν αλληλεπιδραστικά ακόμη και με το είδος ή την ποιότητα των φυσιολογικών αλλαγών, που πρόκειται να συμβούν στο σώμα του (σε περιόδους μεταβολικών διαταραχών). Αυτό σημαίνει ότι σκέψεις και συναισθήματα με αρνητικό φορτίο για την ασθένεια μπορούν να οδηγήσουν σε μια κατάσταση σύγχυσης και άγχους. Επομένως, μια θετική στάση ζωής απέναντι στο πρόβλημα θα μπορούσε να έχει ως στόχο ένα καθημερινό έλεγχο με στόχο την καλή ρύθμιση.<sup>8</sup>

**Στρες.** Η αρνητική συναισθηματική διάθεση που προξενεί ο διαβήτης στον πάσχοντα, σε συνδυασμό με τον παράγοντα της χρονιότητας της πάθησης και της δυσκολίας που ενέχει η αυτορρύθμισή της, δημιουργεί παρατεταμένο στρες, και κατ'επέκταση τεράστια ψυχολογική επιβάρυνση, με αποτέλεσμα όχι σπάνια να επηρεάσει σημαντικά, και μακροχρόνια, την ποιότητα ζωής τους.<sup>9</sup>

**Κατάθλιψη.** Ο σακχαρώδης διαβήτης οδηγεί συχνά σε κατάθλιψη καθώς δημιουργεί μεγάλο ψυχοκοινωνικό άγχος στο διαβητικό άτομο, το οποίο σχετίζεται με την ανάγκη για συνεχή αυτοέλεγχο και αντιμετώπιση των επιπτώσεών του,<sup>10</sup> τις απαιτήσεις για συμμόρφωση στις οδηγίες των ιατρών και την προσκόλληση στο καθημερινό διαιτολόγιο, αλλά και τις συνέπειες όλων αυτών στις κοινωνικές σχέσεις και επαγγελματικές δραστηριότητες, κ.ο.κ.,<sup>11</sup> όπως και την επίδραση του διαβήτη στην ικανοποίηση από τη ζωή, την αυτοεικόνα, και το ηθικό του ατόμου.<sup>10,12,13</sup>

**Αντιλήψεις, πεποιθήσεις και στάσεις γύρω από θέματα της υγείας.** Οι “νεότεροι” ασθενείς, είτε πληροφορούμενοι για πρώτη φορά τη διάγνωση

της πάθησής τους, είτε διανύοντας ακόμα το στάδιο της αποδοχής και προσαρμογής τους στη νέα πραγματικότητα, βιώνουν συχνά δυσάρεστα και έντονα συναισθήματα, όπως είναι η υπερβολική ανησυχία και το άγχος, που συνοδεύονται από φόβο, αίσθημα αβοηθησίας, αποδιοργάνωση, και – κάποιες φορές – κρίσεις πανικού.<sup>14</sup> Οι “παλαιότεροι” ασθενείς, οι οποίοι έχουν ήδη προσαρμοσθεί στις νέες συνθήκες της ζωής τους, εκφράζουν συχνότερα ανησυχίες γύρω από θέματα που αφορούν την αναγκαστική συμμόρφωση στη θεραπεία, την ανάγκη να υιοθετήσουν ένα πειθαρχημένο και αυστηρό ίσως πρότυπο συμπεριφοράς για τον καλύτερο δυνατό έλεγχο του διαβήτη, καθώς και την προσκόλλησή τους σε έναν ψυχαναγκαστικό, κάποιες φορές, τρόπο σκέψης που προκαλεί μεγαλύτερη ακόμα δυσφορία.<sup>15,16</sup> Η βασική ψυχοσύνθεση του ατόμου επιδρά φυσικά στον τρόπο που αντιμετωπίζει το στρες του σακχαρώδη διαβήτη. Άλλα άτομα είναι εξ αρχής πιο ψύχραμα και εφαρμόζουν τις ιατρικές οδηγίες, χωρίς ιδιαίτερο άγχος, και άλλα είναι δύσκολο να προσαρμοστούν και είτε εμφανίζουν καταθλιπτικά στοιχεία είτε επαναστατούν στους περιορισμούς και τις ιατρικές εντολές, συμπεριφερόμενα σαν να μην υπάρχει ανάγκη εφαρμογής θεραπείας. Η υπερπροστασία των γονέων συχνά προκαλεί δυσμενείς επιπτώσεις στη διαμόρφωση του χαρακτήρα των παιδιών τους, τα οποία γίνονται είτε πολύ εξαρτώμενα από τους γονείς είτε σε κάποια φάση από αντίδραση γίνονται εντελώς επαναστάτες, αλλά η επανάστασή τους τελικά βλάπτει τον εαυτό τους.<sup>2</sup>

**Διατροφικές συνήθειες.** Οι διατροφικές συνήθειες και επιρροές των ατόμων με διαβήτη ασκούν σαφέστατα σημαντικές επιδράσεις, τόσο στη βιολογική όσο και στην ψυχολογική λειτουργικότητά τους. Συμβάλλουν στην κλινική ρύθμιση του διαβήτη μέσω της διατήρησης των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα σε ανεκτά (αποδεκτά) επίπεδα, διαμορφώνουν μια ρεαλιστική εικόνα σώματος για το άτομο (με τις ανάλογες βέβαια ψυχολογικές προεκτάσεις για την εικόνα εαυτού), καθώς και ενισχύουν το προσωπικό αίσθημα ευθύνης για την πορεία της νόσου και τη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής.<sup>17,18</sup>

Συμπερασματικά, αξίζει να τονιστεί η επίδραση που ασκεί η ίδια η εμπειρία του σακχαρώδη διαβήτη (και πώς το άτομο τη βιώνει στο σύνολό της) στην αντίδραση του ατόμου σε αυτήν. Η γνωστική αντίληψη της πάθησης είναι το ερέθισμα για την παραπάνω αντίδραση. Η διαδικασία, με την οποία το άτομο βιώνει τα κλινικά συμπτώματα είναι

σύνθετη και επηρεάζεται όχι μόνο από την οργανική κατάσταση, αλλά και από τη συναισθηματική διάθεση, τη μάθηση, και από γνωστικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Όμως, το άτομο δεν βιώνει μεμονωμένα τα συμπτώματα της νόσου του, αντιθέτως τα οργανώνει σε ένα σύνολο και τα ερμηνεύει σύμφωνα με ορισμένες γνωστικές αναπαραστάσεις που έχει σχετικά με τις διάφορες ασθένειες.<sup>19</sup>

Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσεται η παρούσα έρευνα, η οποία αποσκοπεί στη μελέτη της λειτουργικής επίδρασης του διαβήτη τύπου 1 στην υγεία, την ευημερία και την ποιότητα ζωής του πάσχοντα, μέσα από την εικόνα που διαμορφώνει για τον εαυτό, την ασθένεια και τη ζωή του γενικότερα. Συγκεκριμένα, οι υποθέσεις της έρευνας αφορούν την επίδραση που ασκούν τα κλινικά δεδομένα της χρόνιας πάθησης του διαβήτη στην εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του και την ποιότητα της ζωής του γενικότερα, και ποια σχέση συνδέει τις κλινικές ιατρικές «απαιτήσεις» για καλή ρύθμιση του διαβήτη (αποδεκτές τιμές γλυκόζης αίματος και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, μικρή συχνότητα υπογλυκαιμιών και τήρηση διαιτολογίου) με τις υποκειμενικές τους κρίσεις και πεποιθήσεις γύρω από τον εαυτό τους και την προσωπική τους ανάπτυξη (απόψεις των ατόμων σχετικά με την αυτοεικόνα και αυτοεκτίμησή τους).

## Μέθοδος

### Συμμετέχοντες

Στην έρευνα έλαβαν μέρος οικειοθελώς άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 που επισκέπτονταν τακτικά για την ιατρική φροντίδα και παρακολούθησή τους το Διαβητολογικό Κέντρο της Β' Προπαιδευτικής Κλινικής του ΑΠΘ στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Συνολικά συμμετείχαν 69 άτομα, εκ των οποίων οι 32 ήταν άνδρες (46.4%) και οι 37 ήταν γυναίκες (53.6%). Οι ηλικίες τους κυμαίνονταν από 18 έως 55 ετών, (ΜΟ=28.7 και ΤΑ=10 έτη). Η διάρκεια του διαβήτη εκτεινόταν από 2 έως και 36 έτη (ΜΟ=12.6, ΤΑ= 7.9) και η οικογενειακή τους κατάσταση συνοψίζεται ως εξής: 23 έγγαμοι (33.3%), 45 άγαμοι (65.2%), και 1 διαζευγμένος (1.4%). Τέλος, το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος περιλάμβανε τις παρακάτω διαβαθμίσεις: 5 άτομα ήταν απόφοιτοι δημοτικού σχολείου (7.2%), 5 απόφοιτοι γυμνασίου (7.2%), 18 απόφοιτοι λυκείου (26.1%), 18 απόφοιτοι ΤΕΙ (26.1%), και 23 απόφοιτοι ΑΕΙ (33.3%).

## Διαδικασία

Η συμμετοχή των ενδιαφερομένων στην έρευνα πραγματοποιήθηκε στον χώρο του Διαβητολογικού Κέντρου, σε περιβάλλον όσο το δυνατόν απομονωμένο από ερεθίσματα που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν διασπαστικά για τα άτομα. Η χορήγηση των ερευνητικών εργαλείων ολοκληρώθηκε σε δύο φάσεις: Η πρώτη φάση περιλάμβανε τη διεξαγωγή ημιδομημένης κλινικής συνέντευξης για λήψη ιστορικού, η οποία αποσκοπούσε επίσης στη γνωριμία και αμεσότερη επικοινωνία με τους συμμετέχοντες. Η δεύτερη φάση αφορούσε τη χορήγηση κατάλληλα διαμορφωμένων ερωτηματολογίων και κλιμάκων και, ακολούθως, τη συλλογή των δεδομένων που προέκυπταν από αυτά. Η συνολική διαδικασία της χορήγησης των εργαλείων διαρκούσε περίπου 2 ώρες.

## Εργαλεία

Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκαν το QOLID-89 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (ΠΖ), το SCL-90-R για την εκτίμηση στοιχείων ψυχοπαθολογίας, το ASI για τον δείκτη της ευαισθησίας των ατόμων σε καταστάσεις άγχους, το BDI-II για την εμφάνιση πιθανής κατάθλιψης, και το EDI για την εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών και της εικόνας εαυτού.

**Ημιδομημένη κλινική συνέντευξη:** Πρόκειται για κλινική συνέντευξη ιστορικού που βασίζεται στο ερωτηματολόγιο «Ψυχολογική Αξιολόγηση», κατασκευασμένο κατάλληλα για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Συμπεριλαμβάνει ενότητες που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, το κλινικό ιστορικό, τις απόψεις τους για την πάθησή τους, την αυτοεικόνα και αυτοεκτίμησή τους, τις διαταραχές ύπνου, την επικοινωνία, τις γλωσσικές και μνημονικές διαταραχές, καθώς και στοιχεία που βοηθούν στη διαμόρφωση της υποκειμενικής εκτίμησης (κλινικής εικόνας) του εξεταστή για τον εξεταζόμενο.

**Ερωτηματολόγιο Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής (Eating Disorder Inventory – EDI).** Το EDI αξιολογεί έναν αριθμό από συμπεριφορές και ψυχολογικά χαρακτηριστικά που είναι συχνά στις διαταραχές διατροφής. Το αυτοσυμπληρούμενο EDI έχει 64 θέματα, τα οποία ταξινομούνται στις ακόλουθες οκτώ υποκλίμακες:<sup>20,21</sup> (προσαρμογή και στάθμιση για τον ελληνικό πληθυσμό).

**I. Παρόρμηση για λεπτότητα:** Περιγράφει την υπερβολική ενασχόληση με τη δίαιτα, την υπερα-

πασχόληση με το βάρος του σώματος και τον ιδιαίτερο προσανατολισμό προς την απόκτηση ενός λεπτού σώματος, σύμφωνα με ακραίες επιταγές της μόδας.

**II. Βουλιμία:** Αξιολογεί την τάση προς επεισόδια μη ελεγχόμενης υπερφαγίας (βουλιμικά επεισόδια), καθώς και την παρόρμηση για αυτοπροκαλούμενους εμέτους.

**III. Δυσαρέσκεια με το σώμα:** Εκτιμά την πεποίθηση ότι συγκεκριμένα μέρη του σώματος που συνδέονται με αλλαγές στο σχήμα ή την αύξηση του «λίπους», είναι υπερβολικά μεγάλα (π.χ. γλουτοί, μηροί, λεκάνη).

**IV. Αναποτελεσματικότητα:** Αξιολογεί αισθήματα γενικής ανεπάρκειας, ανασφάλειας, αναξιότητας, καθώς και την αίσθηση του να μην ελέγχει κάποιος άλλος τη ζωή του.

**V. Τελειοθηρία:** Εκτιμά την υπερβολική προσωπική προσδοκία για μείζονα επιτεύγματα.

**VI. Διαπροσωπική δυσπιστία:** Περιγράφει μία αίσθηση αποξένωσης και μία γενική απροθυμία για δημιουργία στενών σχέσεων.

**VII. Ενδοδεκτική αντίληψη:** Αξιολογεί μία υποκειμενική μείωση της ικανότητας να αναγνωρίζουμε και να προσδιορίζουμε με ακρίβεια συναισθήματα και τις αισθήσεις της πείνας και του κορεσμού.

**VIII. Φόβοι ενηλικίωσης:** Μετρά την επιθυμία μας να υποχωρήσουμε προς την ασφάλεια των προεφηβικών χρόνων εξαιτίας των υπερβολικών απαιτήσεων της ενήλικης ζωής.

**Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI-II).** Η ευρέως χρησιμοποιούμενη, αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI-II) δημιουργήθηκε με στόχο να μετρήσει τις γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και σωματικές εκδηλώσεις κατάθλιψης του ατόμου κατά το χρονικό διάστημα των τελευταίων δύο εβδομάδων. Αντίθετα με το BDI, η δεύτερη έκδοσή του αξιολογεί τα συγκεκριμένα συμπτώματα που αντιστοιχούν στα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-IV.<sup>22</sup> Οι νόρμες για τον ελληνικό πληθυσμό είναι οι εξής: Βαθμολογία 0-9=Απουσία καταθλιπτικής διαταραχής, 10-17=Ήπια καταθλιπτική διαταραχή, 18-23=Μέτρια καταθλιπτική διαταραχή, και >24=Σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή.

**Δείκτης Ευαισθησίας Άγχους (Anxiety Sensitivity Index, ASI):** Το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο αυτό των Reis και McNally (1985) είναι μεταφρασμένο και προσαρμοσμένο στα ελληνικά

από τον Σίμο (2001).<sup>21</sup> Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 16 καταστάσεις και έχει στόχο την καταγραφή των νευροφυτικών και γνωστικών συμπτωμάτων του άγχους. Η συνολική βαθμολογία εξάγεται από το συνολικό άθροισμα των απαντήσεων στις 16 καταστάσεις. Η κλίμακα αξιολογείται κατά μήκος τεσσάρων παραγόντων, προσθέτοντας τις βαθμολογίες των επιμέρους απαντήσεων:

1) Ανησυχία γύρω από σωματικές αισθήσεις: (ερωτήσεις 3, 4, 7, 8, 11).

2) Ανησυχία γύρω από ψυχική/γνωστική (νοητική) έκπτωση: (ερωτήσεις 2, 12, 13, 14, 15, 16).

3) Ανησυχία γύρω από την απώλεια του ελέγχου: (ερωτήσεις 1, 5).

4) Ανησυχία γύρω από καρδιακή/αναπνευστική έκπτωση: (ερωτήσεις 6, 9, 10).

**Λίστα καταγραφής συμπτωμάτων-90 (Symptom Checklist 90-R, SCL-90-R):** Το πολυπαραγοντικό ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς SCL-90-R –κατασκευασμένο από τον Derogatis (1977), σταθμισμένο και προσαρμοσμένο στον ελληνικό πληθυσμό από τους Ντώνια, Καραστεργίου & Μάνο<sup>21,22</sup>– εξετάζει ευρύ φάσμα ψυχολογικών προβλημάτων και συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήσεις. Το SCL-90-R εντοπίζει 9 κλινικά σημεία (υποκλίμακες) και 3 σύνολα απαντήσεων που περιλαμβάνουν τη βαθμολογία των επιμέρους υποκλιμάκων. Οι υποκλίμακες ορίζονται ως εξής:

**I. Σωματοποίηση.** Αντανακλά τη δυσφορία και το άγχος που νιώθει το άτομο από τις υποκειμενικές του εκτιμήσεις για σωματική του δυσλειτουργία, με ενοχλήματα από το καρδιαγγειακό, γαστρεντερικό, αναπνευστικό και άλλα συστήματα μέσω της μεσολάβησης του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

**II. Ψυχαναγκαστικότητα – καταναγκαστικότητα.** Αναφέρεται σε σκέψεις, παρορμήσεις, και συμπεριφορές που βιώνονται ως «ανεπίτρεπτες», αλλά ταυτόχρονα θελκτικές, και που συχνά είναι εγωκεντρικές ή δυστονικές προς το Εγώ.

**III. Διαπροσωπική ευαισθησία.** Αναφέρεται σε αισθήματα ανεπάρκειας και κατωτερότητας, ιδιαίτερα όταν επέρχεται σύγκριση με άλλα άτομα. Η αυτοαποδοκιμασία, η αυτοαμφισβήτηση, και η δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συνδρόμου αυτού.

**IV. Κατάθλιψη.** Αντανακλά μια αντιπροσωπευτική εικόνα των χαρακτηριστικών εκδηλώσεων της κλινικής καταθλιπτικής διαταραχής. Συμπτώ-

ματα δυσφορικής διάθεσης και συναισθήματος εκδηλώνονται ως σημάδια απόσυρσης από το περιβάλλον και έλλειψης ενδιαφέροντος για τη ζωή, έλλειψη κινήτρων και απώλεια ζωτικής ενέργειας. Επιπρόσθετα, αισθήματα αβοηθησίας, αυτοκτονικός ιδεασμός και άλλες γνωστικές και σωματικές παράμετροι της κατάθλιψης συνυπολογίζονται.

**V. Άγχος.** Περιλαμβάνονται νευρικότητα, ευερεθιστότητα και τρεμούλα, όπως επίσης οι προσβολές πανικού, ο φόβος, και ο τρόμος.

**VI. Θυμός – επιθετικότητα.** Πρόκειται για σκέψεις, συναισθήματα, ή συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν την αρνητική συναισθηματική κατάσταση της έντονης οργής.

**VII. Φοβικό άγχος.** Είναι ο επίμονος φόβος (ως αντίδραση σε ένα άτομο, αντικείμενο, ή κατάσταση), που είναι παράλογος και αταίριαστος για το είδος του ερεθίσματος και οδηγεί σε απομάκρυνση ή αποφυγή.

**VIII. Παρανοϊδής ιδεασμός.** Αναφέρεται στην παρανοϊκού τύπου συμπεριφορά ως μια διαταραγμένη μορφή σκέψης. Βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής είναι η προβολική σκέψη, η εχθρότητα, η καχυποψία, η μεγέθυνση των γεγονότων και οι παραληρητικές ιδέες.

**IX. Ψυχωτισμός.** Χαρακτηρίζεται από συναισθηματική απόσυρση, απομόνωση, σχιζοειδή τρόπο ζωής, καθώς επίσης ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.

Επίσης, όπως αναφέρθηκε αρχικά, υπάρχουν τρεις επιπλέον υποκλίμακες του ερωτηματολογίου που αποτελούν τη σφαιρική απόδοση και αξιολόγηση των επιμέρους απαντήσεων του εξεταζόμενου, συγκεκριμένα, ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων που εκτιμά τη γενική ψυχολογική κατάσταση του εξεταζόμενου, ο δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα που μετρά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων, το οποίο μετρά τον αριθμό των συμπτωμάτων που το άτομο αναφέρει ότι έχει.

**Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής στον Διαβήτη, QOLID-89:** Με βάση το QOLIE-89 των Vickrey, Perrine, Hays, Hermann, Cramer, Gordon, Meador, & Devinsky (1993),<sup>23</sup> σχεδιάστηκε από την ερευνητική μας ομάδα το QOLID-89, με σκοπό να μελετήσει την ποιότητα ζωής διαβητικών ασθενών όσον αφορά θέματα υγείας και λειτουργικότητας στην καθημερινή ζωή. (Επεξεργασία και προσαρμογή για τον ελληνικό πληθυσμό από την Πήτα, 2001).

Αποτελείται από 89 ερωτήσεις που δημιουρ-

γούν 20 ξεχωριστούς παράγοντες, για κάθε έναν από τους οποίους ο εξεταστής υπολογίζει μια ξεχωριστή βαθμολογία. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- (1) «αντίληψη της κατάστασης υγείας»,
  - (2) «συνολική ποιότητα ζωής»,
  - (3) «σωματική λειτουργικότητα»,
  - (4) «σωματικός περιορισμός σε ρόλους»,
  - (5) «συναισθηματικός περιορισμός σε ρόλους»,
  - (6) «τόνος»,
  - (7) «εργασία/οδήγηση/κοινωνική λειτουργικότητα»,
  - (8) «ενέργεια/κούραση»,
  - (9) «συναισθηματική ευεξία»,
  - (10) «προσοχή/συγκέντρωση»,
  - (11) «αποθάρρυνση σχετικά με θέματα υγείας»,
  - (12) «φόβος για επικείμενη υπογλυκαιμία»,
  - (13) «μνήμη»,
  - (14) «γλώσσα»,
  - (15) «επίδραση των φαρμάκων»,
  - (16) «κοινωνική υποστήριξη»,
  - (17) «κοινωνική απομόνωση»,
  - (18) «αλλαγές στην υγεία»,
  - (19) «σεξουαλικές σχέσεις» και
  - (20) «δείκτης της κατάστασης υγείας».
- Κάθε ένας από τους παράγοντες αυτούς έχει

διαφορετικό βάρος στον τελικό υπολογισμό ενός συνολικού δείκτη της ποιότητας ζωής του ατόμου, με μέγιστη συνολική βαθμολογία το 100.

### Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v.12 και πραγματοποιήθηκαν τρία κύματα αναλύσεων. Στο πρώτο κύμα αναλύσεων διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στις κύριες ανεξάρτητες μεταβλητές (υπογλυκαιμία, ρύθμιση) και την εξαρτημένη (ΠΖ, όπως ορίζεται από τις 20 υποκλίμακες του QOLID-89) διαμέσου της επίδρασης της κατάθλιψης. Οι στατιστικές αναλύσεις για τη μελέτη των δεδομένων στη φάση αυτή πραγματοποιήθηκαν με συσχετίσεις Pearson μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων, της υπογλυκαιμίας, της ρύθμισης, της κατάθλιψης, και των υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου QOLID-89 (Πίν. 1).

Στη συνέχεια, στο δεύτερο κύμα αναλύσεων, εφαρμόστηκε μια σειρά παλινδρομήσεων κατά βήμα ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές των υποκλιμάκων των EDI, ASI και SCL-90 με την εξαρτημένη μεταβλητή ΠΖ (QOLID-89). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα 2.

**Πίνακας 1.** Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων, της υπογλυκαιμίας, της ρύθμισης, της κατάθλιψης, και των υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου QOLID-89

Υποκλίμακες	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Φύλο											
Ηλικία											
Οικογενειακή κατάσταση											
Διάρκεια νόσου											
Υπογλυκαιμία	.340*							(.318*)	.384*		
Ρύθμιση											
Κατάθλιψη	-.640**		-.331*								
		-.709**				-.478**	-.418**	-.663**	-.766**	-.773**	
										-.773**	
Σημείωση: * = p<.05 ** = p<.01											
Υποκλίμακες	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Φύλο											-.348*
Ηλικία		-.297*									
Οικογενειακή κατάσταση											
Διάρκεια νόσου											
Υπογλυκαιμία											
		.391*	.366*	(.305*)		.561*				.358*	(.327*)
Ρύθμιση											
Κατάθλιψη	-.598**	-.552**	-.523**		-.442**	-.566**	-.550**	-.365*	-.348*	-.622**	-.853**

**Πίνακας 2.** Παλινδρομήσεις κατά βήμα ανάμεσα στα EDI, ASI και SCL-90 με το QOLID-89

QOLID-89	EDI	ASI	SCL-90
Αντίληψη κατάστασης υγείας	Δυσαρέσκεια με το σώμα	Ανησυχία γύρω από ψυχική/ γνωστική έκπτωση	Σύνολο θετικών συμπτωμάτων
Συνολική ποιότητα ζωής	Τελειοθρία, Ενδοδοκετική αντίληψη	-	-
Σωματική λειτουργικότητα	-	-	Δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα
Σωματικοί περιορισμοί ρόλων	-	-	-
Συναισθηματικοί περιορισμοί ρόλων	Ενδοδοκετική αντίληψη	-	-
Πόνος	-	-	-
Εργασία/Οδήγηση/Κοινωνική λειτουργικότητα	-	-	-
Ενέργεια/Κόπωση	Ενδοδοκετική αντίληψη	Ανησυχία γύρω από ψυχική/ γνωστική έκπτωση	Σύνολο θετικών συμπτωμάτων
Συναισθηματική ευεξία	Ενδοδοκετική αντίληψη	Ανησυχία γύρω από ψυχική/ γνωστική έκπτωση	Σύνολο θετικών συμπτωμάτων
Προσοχή/Συγκέντρωση	Αναποτελεσματικότητα	-	-
Αποθάρρυνση υγείας	Ενδοδοκετική αντίληψη, Βουλμία, Παρόρμηση για λεπτότητα	-	-
Ανησυχία για επικείμενη υπογλυκαιμία	Παρόρμηση για λεπτότητα	Ανησυχία γύρω από σωματικές αισθήσεις	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων
Μνήμη	Διαπροσωπική δυσπιστία, Ενδοδοκετική αντίληψη	-	Δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα
Γλώσσα	Αναποτελεσματικότητα	-	-
Επιδράσεις φαρμακοθεραπείας	Δυσαρέσκεια με το σώμα	-	-
Κοινωνική υποστήριξη	Αναποτελεσματικότητα, Διαπροσωπική δυσπιστία	Ανησυχία γύρω από καρδιακή/ αναπνευστική έκπτωση	Σύνολο θετικών συμπτωμάτων
Κοινωνική απομόνωση	Δυσαρέσκεια με το σώμα	-	-
Αλλαγές στην υγεία	Ενδοδοκετική αντίληψη	-	-
Σεξουαλικές σχέσεις	-	-	v
Δείκτης της κατάστασης υγείας	Ενδοδοκετική αντίληψη	Ανησυχία γύρω από ψυχική/ γνωστική έκπτωση	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων
Συνολικό σκορ ερωτηματολογίου	Ενδοδοκετική αντίληψη	Ανησυχία γύρω από ψυχική/ γνωστική έκπτωση	Σύνολο θετικών συμπτωμάτων

Τέλος, στο τρίτο και τελευταίο κύμα της στατιστικής επεξεργασίας ακολουθήθηκε μια σειρά Ιεραρχικών Παλινδρομήσεων μεταξύ των κύριων ανεξάρτητων μεταβλητών της υπογλυκαιμίας και της ρύθμισης και των (με βάση τις προηγούμενες αναλύσεις) δέκα προεπιλεγμένων υποκλιμάκων του QOLID (εξααριθμημένη μεταβλητή), διατηρώντας σταθερά τα δημογραφικά στοιχεία και ελέγχοντας την πιθανή διαμεσολάβηση της κατάθλιψης (ως ενδιάμεση μεταβλητή).

### Αποτελέσματα

Αρχικά παρατηρήθηκε ότι σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία υπάρχει αρνητική συσχέτιση

ανάμεσα στο φύλο και τη συνολική κατάσταση της υγείας των υποκειμένων, όπως επίσης και ανάμεσα στην ηλικία και την ανησυχία για επερχόμενο υπογλυκαιμικό επεισόδιο. Ειδικότερα, οι γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες θεωρούν πως η συνολική κατάσταση της υγείας τους δεν είναι καλή, και όσο αυξάνεται η ηλικία των υποκειμένων, τόσο μειώνεται η ανησυχία τους για ένα επερχόμενο υπογλυκαιμικό επεισόδιο.

Σε ό,τι αφορά την αντίληψη της υπογλυκαιμίας την ημέρα και τη νύχτα (η μία από τις κύριες ανεξάρτητες μεταβλητές) υπάρχει σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες του QOLID-89 “αντίληψη της κατάστασης της υγείας”, “συναισθηματι-

**Πίνακας 3α.** Ιεραρχική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή “Συνολικό σκορ QOLID”: Δείκτες καλής προσαρμογής και σημαντικότητά τους

Μοντέλο	R Square	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.051	.051	.459	2	17	.639
2	.734	.683	11.979	3	14	.000
3	.766	.032	.502	3	11	.688

Μοντέλο 1: ηλικία, φύλο.

Μοντέλο 2: ηλικία, φύλο, κατάθλιψη, άγχος (ανησυχία γύρω από ψυχική/γνωστική έκπτωση), ψυχοπαθολογία (σύνολο θετικών συμπτωμάτων).

Μοντέλο 3: ηλικία, φύλο, κατάθλιψη, άγχος (ανησυχία γύρω από ψυχική/γνωστική έκπτωση), ψυχοπαθολογία (σύνολο θετικών συμπτωμάτων), διατροφή (ενδοδεκτική αντίληψη), υπογλυκαιμία, ρύθμιση.

**Πίνακας 3β.** Ιεραρχική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή “Συνολικό σκορ QOLID”: Συντελεστές παλινδρόμησης και σημαντικότητά τους

Μοντέλο	Beta	t	Sig.
1 ηλικία	-.224	-.940	.360
φύλο	-.073	-.306	.763
2 ηλικία	-.026	-.173	.865
φύλο	-.011	-.077	.940
κατάθλιψη	-.851	-3.306	.005
άγχος	.000	.000	1.000
ψυχοπαθολογία	.003	.016	.987
3 ηλικία	-.078	-.469	.648
φύλο	-.011	-.072	.944
κατάθλιψη	-.681	-2.172	.053
άγχος	-.119	-.424	.680
ψυχοπαθολογία	.021	.114	.911
διατροφή	-.182	-.830	.424
υπογλυκαιμία	-.010	-.051	.960
ρύθμιση	-.137	-.873	.401

Beta: τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης.

κή ευεξία”, “ανησυχία για επικείμενη υπογλυκαιμία”, “μνήμη”, “κοινωνική υποστήριξη” από το περιβάλλον και “δείκτη της κατάστασης της υγείας” των ασθενών.

Επίσης, η αντίληψη της υπογλυκαιμίας συνδέεται δευτερευόντως και πιο έμμεσα και με άλλες

υποκλίμακες του QOLID-89, όπως π.χ. με την εντύπωση των υποκειμένων για την ενεργητικότητα ή την κόπωση που νιώθουν, τη γλωσσική ικανότητα και τη συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους. Σε αντίθεση με τη μεταβλητή της υπογλυκαιμίας, ο παράγοντας της κλινικής ρύθμισης του διαβήτη δεν φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τις υποκλίμακες του QOLID-89, παρά μόνο με αυτήν που αξιολογεί τη σωματική λειτουργικότητα. Η συσχέτιση είναι αρνητική, γεγονός που σημαίνει ότι όσο υψηλότερη είναι η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (η ρύθμιση δεν είναι καλή), τόσο χαμηλότερη είναι η λειτουργικότητα του ατόμου.

Όσον αφορά την κατάθλιψη, παρατηρείται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης με όλες σχεδόν τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής. Αντιθέτως, δεν βρέθηκε συσχέτιση με τις υποκλίμακες της “σωματικής λειτουργικότητας”, των σωματικών περιορισμών σε “ρόλους” και της “γλωσσας”.

Στο στάδιο αυτό των αναλύσεων η κατάθλιψη εμφανίστηκε ως ο πιο ισχυρός παράγοντας συσχέτισης με την ΠΖ εξασθενίζοντας, τη σχέση “υπογλυκαιμίας – ποιότητας ζωής” και των υπολοίπων μεταβλητών (άγχους και ψυχοπαθολογίας). Βέβαια, τα ευρήματα αυτά έρχονται σε πλήρη συμ-

**Πίνακας 4α.** Ιεραρχική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή “Ανησυχία επικείμενης υπογλυκαιμίας”: Δείκτες καλής προσαρμογής και σημαντικότητά τους

Μοντέλο	R Square	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.177	.177	1.936	2	18	.173
2	.694	.517	8.436	3	15	.002
3	.790	.097	1.843	3	12	.193

Μοντέλο 1: ηλικία, φύλο.

Μοντέλο 2: ηλικία, φύλο, κατάθλιψη, άγχος (ανησυχία γύρω από σωματικές αισθήσεις), ψυχοπαθολογία (γενικός δείκτης συμπτωμάτων).

Μοντέλο 3: ηλικία, φύλο, κατάθλιψη, άγχος, ψυχοπαθολογία, διατροφή (παρόρμηση για λεπτότητα), υπογλυκαιμία, ρύθμιση.



**Πίνακας 4β.** Ιεραρχική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την “Ανησυχία επικείμενης υπογλυκαιμίας”: Συντελεστές παλινδρόμησης και σημαντικότητά τους

Μοντέλο	Beta	t	Sig.
1 ηλικία	-.410	-1.916	.071
φύλο	-.109	-.508	.671
2 ηλικία	-.179	-1.097	.290
φύλο	-.235	-1.547	.143
κατάθλιψη	-.121	-.616	.547
άγχος	.655	-3.302	.005
ψυχοπαθολογία	.102	-.607	.553
3 ηλικία	-.193	-1.263	.231
φύλο	-.425	-2.615	.023
κατάθλιψη	-.188	-.801	.439
άγχος	-.849	-3.907	.002
ψυχοπαθολογία	.192	.941	.365
διατροφή	-.566	-2.297	.040
υπογλυκαιμία	-.193	-1.066	.307
ρυθμισή	-.207	1.270	.228

Beta: τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης.

φωνία με το γεγονός της υψηλής συσχέτισης της κατάθλιψης με τη μεγάλη πλειοψηφία των 10 υποκλιμάκων του QOLID. Ενδεικτικά, στους πίνακες 3α και 3β παρατίθεται η ιεραρχική παλινδρόμηση για την εξαρτημένη μεταβλητή της συνολικής βαθμολογίας στο QOLID-89.

Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον φαίνεται να παρουσιάζει η παλινδρόμηση με την εξαρτημένη μεταβλητή “Ανησυχία επικείμενης υπογλυκαιμίας” (Πίν. 4α και 4β), όπου στο μοντέλο 2 ο παράγοντας με τη μεγαλύτερη προβλεπτική αξία και στατιστική σημαντικότητα είναι το άγχος και όχι η κατάθλιψη, ενώ στο μοντέλο 3 εμπλέκονται σημαντικά – εκτός από το άγχος – και οι μεταβλητές του φύλου και της διατροφής. Παρατηρείται, επίσης, πως αντίθετα ίσως με το αναμενόμενο κινούνται οι συντελεστές σημαντικότητας της υπογλυκαιμίας και της ρύθμισης, αποδιοργανώνοντας με τον τρόπο αυτό το γενικότερο κλίμα των αποτελεσμάτων.

## Συζήτηση

Από την ανάλυση των παραπάνω αποτελεσμάτων συμπεραίνουμε ότι υπάρχει σαφές στα στενή σχέση ανάμεσα στην κλινική εικόνα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 καθώς και σε παράγοντες κοινωνικούς, ψυχολογικούς και συμπεριφορής. Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται πως δρουν καθοριστικά στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής των διαβητικών ατόμων, ευρήματα ανάλογα με άλλων μελετητών.<sup>24-26</sup>

Οι πεποιθήσεις των ατόμων για τον εαυτό τους και την ποιότητα της ζωής τους δεν σχετίζονται άμεσα με αντικειμενικές κλινικές μετρήσεις της κατάστασης της υγείας τους (π.χ. τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης). Αντίθετα, διαπιστώνεται πως οι κρίσεις και αξιολογήσεις που κάνουν στηρίζονται περισσότερο στη γνωστικο-συναίσθηματική αντίληψη της κατάστασής τους, καθώς και στη φάση, στην οποία βρίσκεται η διαδικασία της ψυχολογικής προσαρμογής τους στην πάθηση.<sup>27</sup> Φαίνεται ότι στα άτομα με διαβήτη, ανεξάρτητα από την όποια φυσική δυσλειτουργία και την κατάσταση της σωματικής τους υγείας, η διάθεση και το συναίσθημα – ιδιαίτερα το καταθλιπτικό συναίσθημα – είναι ο βασικότερος παράγοντας για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής τους, όπως επισημαίνουν και άλλοι ερευνητές.<sup>28,29</sup>

Σχετικά με το φύλο βρέθηκε ότι οι γυναίκες, σε σχέση με τους άνδρες, είναι περισσότερο απαισιόδοξες για το παρόν και το μέλλον και κρίνουν περισσότερο αρνητικά τη συνολική κατάσταση της υγείας τους. Το εύρημά μας αυτό παραπέμπει σε παρεμφερή αποτελέσματα των Enzlin, Mathieu, & Demyttenaere.<sup>30</sup> Από την άλλη πλευρά, παρατηρείται μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και την ανησυχία ή το άγχος για τυχόν κρίσεις υπογλυκαιμίας, τις οποίες θα αδυνατούν να ελέγξουν. Ως προς τις άλλες δημογραφικές μεταβλητές (εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, διάρκεια νόσου) δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική συσχέτιση με παραμέτρους της ποιότητας ζωής, παρόλο που ως προς την τελευταία μεταβλητή θα περίμενε κανείς μάλλον το αντίθετο.

Όσον αφορά τώρα τον παράγοντα της ηλικίας, η παρούσα έρευνα δείχνει πως όσο αυξάνεται η ηλικία αντιμετωπίζονται καλύτερα οι απαιτήσεις του διαβήτη λόγω της εμπειρίας του ατόμου, και παράλληλα μειώνεται η ανησυχία για την πιο αποτελεσματική ρύθμιση της μεταβολικής διαταραχής (π.χ. υπογλυκαιμία ή υπεργλυκαιμία). Γενικά, διαφαίνεται πως υψηλά επίπεδα αυτοαποδοτικότητας συσχετίζονται θετικά με την αυξανόμενη ηλικία στα άτομα με διαβήτη τύπου 1, όπως φαίνεται και στη σχετική βιβλιογραφία.<sup>16</sup>

Ωστόσο, σε αντίθεση με τα δημογραφικά στοιχεία κινούνται οι δείκτες του άγχους και της ψυχοπαθολογίας και επιβεβαιώνουν τις αρχικές υποθέσεις για κλινικά σημαντική επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Όπως φαίνεται και από τα ευρήματά μας, το ψυχοσωματικό άγχος που βιώνει ο

διαβητικός ασθενής, η καλή ρύθμιση που απαιτείται για τον σωστό έλεγχο της πορείας του διαβήτη, αλλά και η ανάγκη που επιτάσσει την αναζήτηση και ανεύρεση ψυχολογικής υποστήριξης από το στενό – οικογενειακό ή φιλικό – περιβάλλον είναι παράγοντες που σαφέστατα επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται και αξιολογεί τον εαυτό του, τη ζωή του, και το μέλλον του γενικότερα, ευρήματα που συναντούμε συχνά στη διεθνή βιβλιογραφία.<sup>31-33</sup>

Η συγκεκριμένη έρευνα καταδεικνύει το γεγονός ότι το άγχος, το οποίο πηγάζει από μια χρόνια κατάσταση, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, αλληλεπιδρά με παράγοντες που χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής, όπως είναι η αντίληψη για την κατάσταση της υγείας, η συναισθηματική ευεξία, η ενεργητικότητα ή η ενδεχόμενη κόπωση, η ανησυχία για επερχόμενες υπογλυκαιμικές κρίσεις, η ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη και η συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής.<sup>34</sup>

Στο πλαίσιο αυτό, η αξιολόγηση του ψυχολογικού προφίλ, όπως προκύπτει από την κλίμακα ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων SCL-90, τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και σε άλλες παρόμοιες,<sup>35-37</sup> δείχνει ότι υπάρχει σημαντική ψυχολογική δυσπροσαρμοστικότητα στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Συγκεκριμένα, παρατηρούνται πιο υψηλές βαθμολογίες στις περισσότερες υποκλίμακες και στο συνολικό σκορ στους διαβητικούς ασθενείς, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Τα ευρήματα αυτά για μια ακόμα φορά επιβεβαιώνουν την ύπαρξη ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας στα άτομα με χρόνιες παθήσεις, όπως ο διαβήτης, γεγονός το οποίο δεν αφήνει ανεπηρέαστο το γενικότερο κλίμα που επικρατεί ή χαρακτηρίζει την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών, όπως παρατηρούν και άλλοι μελετητές.<sup>38-40</sup>

Ακόμα, καταδεικνύεται η κλινική σημαντικότητα που μπορεί να διαθέτει ο παράγοντας της καταθλιπτικής σημειολογίας στον διαβήτη, διαμέσου της συσχέτισης της τελευταίας με το φτωχό γλυκαιμικό έλεγχο και τη μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης της νόσου. Μια προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, πάντως, δείχνει πως ολοένα και περισσότερο επιβεβαιώνεται η επικυριαρχία της κατάθλιψης στον ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη.<sup>41-48</sup>

Η παρούσα έρευνα καταδεικνύει, επίσης, τη σπουδαιότητα της κλινικά σημαντικής συσχέτισης που διαφαίνεται μεταξύ των συμπτωμάτων κατά-

θλιψης των συμμετεχόντων και των αυτοαναφορών τους σχετικά με την αντίληψη και εκτίμηση της υγείας τους και της ποιότητας ζωής τους, την αυτοφροντίδα, και το γλυκαιμικό έλεγχο, με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση της πάθησης. Το αίσθημα της απειλής –η οποία γίνεται αντιληπτή ως τέτοια εξαιτίας της χρονιότητας και της επικινδυνότητας που αυτή υποθάλλει για την υγεία του ατόμου– αποτελεί έναν ισχυρό ενισχυτικό παράγοντα για την εμφάνιση κατάθλιψης, ικανό να επηρεάσει σημαντικά τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς των ατόμων (πρβλ.<sup>48,28,49-51</sup>).

Οι διατροφικές συνήθειες και η ανάγκη για διαρκώς ελεγχόμενη δίαιτα στα άτομα με διαβήτη δημιουργεί μια περίπλοκη σχέση με την πάθηση, η οποία προκαλεί ψυχολογικές προεκτάσεις συσχετιζόμενες με την αντιλαμβανόμενη εικόνα σώματος και την αυτοκριτική, που επέρχεται άμεσα ή έμμεσα ως συνέπεια της παραπάνω αντίληψης (για παρόμοια αποτελέσματα βλ.<sup>52,53</sup>). Ως εκ τούτου δημιουργούνται στη συνέχεια προκαταλήψεις στο άτομο, το οποίο επηρεαζόμενο από την όλη κατάσταση οδηγείται σε αρνητικές (απαισιόδοξες) σκέψεις για την κατάσταση της υγείας του και την εξέλιξή της, όπως βρήκαν και άλλοι ερευνητές σε μελέτες τους.<sup>25,32,54-59</sup>

Στην έρευνά μας διαφαίνεται ότι ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τα άτομα την κατάσταση της σωματικής τους υγείας και εκτιμούν την ποιότητα της ζωής τους στο σύνολό της συσχετίζεται σημαντικά με όλες σχεδόν τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου διατροφής και σωματικής εικόνας που χρησιμοποιήσαμε (EDI). Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι εκτιμήσεις των ατόμων συνδέονται με τον φτωχό γλυκαιμικό έλεγχο και την κακή ρύθμιση του διαβήτη τους και επηρεάζουν αρνητικά τον τρόπο που σκέφτονται και αξιολογούν καταστάσεις. Αυτή η πραγματικότητα προκαλεί την ανάγκη για άμεση αναζήτηση και εύρεση ψυχολογικής υποστήριξης στο περιβάλλον, όπως φαίνεται και στη διεθνή βιβλιογραφία.<sup>60-64</sup>

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι, όταν διαμορφώνεται αρνητικά η κλινική εικόνα του ΣΔ τύπου 1 από παράγοντες (όπως η κακή ρύθμιση του σακχάρου, οι υπογλυκαιμίες και η κακή διατροφή), το άτομο κινητοποιείται για αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, προκειμένου να ανακουφιστεί από τις σωματικές επιπλοκές της νόσου και τις συνέπειές τους, καθώς και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που δημιουργούνται (πρβλ.<sup>56-65</sup>). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, μάλιστα, παρουσιάζει το γεγονός ότι η

υποκειμενική αντίληψη της υπογλυκαιμίας για το διαβητικό άτομο φαίνεται να είναι πιο σημαντική από τις κλινικές ενδείξεις. Επίσης, παίζει ουσιαστικό ρόλο για το εάν και κατά πόσο το άτομο αποφασίζει να ανατρέξει σε τρίτους για αναζήτηση βοήθειας, για να αντιμετωπίσει την υπογλυκαιμική κρίση.<sup>8,66,67</sup>

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα δείχνει ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με διαβήτη τύπου 1 αποτελεί αμάλγαμα ποικίλων παραγόντων και αλληλεπιδράσεων. Η συμβολή των παραγόντων αυτών είναι καθοριστική στην εξέλιξη όχι μόνο της σωματικής, αλλά και της ψυχικής υγείας τους, καθώς επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς απέναντι σε μια πληθώρα καταστάσεων και δυσχερειών που τα διαβητικά άτομα καλούνται καθημερινά να αντιμετωπίσουν.

## Abstract

**Pita R, Grigoriadou E, Marina E, Kouvatso Z, Ddangelos T, Karamitsos D. Quality of life of patients with Diabetes Mellitus type 1. Hellen Diabetol Chron 2006; 4: 282-294.**

Quality of life may be significantly affected in type 1 Diabetes Mellitus subjects and seems to be highly related to depression, self-image, and everyday life of the diabetic individuals. Diabetes is a challenging disease because of its chronic nature, long-term complications and high demands for daily monitoring and care. It may be perceived as threatening to the extent that it interferes with social, physical, psychological or role functioning. The latter are the four primary domains of quality of life, which in clinical practice represents the functional effects of an illness and its consequent therapy upon a patient, as perceived by the patient. Thus, the management of diabetes is clearly a complex behavioral process, influenced by a multitude of disease, individual, psychosocial, situational and nutritional variables. In particular, demographic and health background variables, blood glucose levels (especially hypoglycemia – the major disadvantage to therapy), psychosocial parameters and attitudes towards diabetes were examined, in order to investigate their impact on various aspects of quality of life. The present study aimed at the evaluation of the quality of life (QoL) of Greek type 1 diabetic subjects. This research is a precursor of a project entitled: ‘Enhancement of Quality of Life in Type 1 Diabetic subjects’. **Patients – Method:** In sixty-nine participants with DM type 1 (32 men), aged 18-55 years, were administered QOLID-89 measuring QoL and functioning levels, SCL-90-R estimating psy-

chopathology, ASI measuring the anxiety sensitivity in everyday life, BDI-II measuring possible depression and EDI evaluating nutritional habits and/or disorders as well as self-image of the diabetics. The statistical package SPSS v.12 was used for Pearson’s partial and multiple correlations. According to the results, patients with IDDM1 seem to face difficulties regarding the four primary domains of the health-related quality of life: The smaller the QOLID-89 scores, the more patients worry about their condition and the harder their everyday life becomes, since their social life, emotional well being, attention, and nutritional habits are affected, as well as the overall quality of life. In addition, self-reported symptoms of disturbed sleep have been found to correlate positively to pain, attention, concentration, memory, social isolation and overall quality of life. Furthermore, the subjective perception of quality of life was associated with problems the participants have in discussing their disease with other people. The fear of having hypoglycemic episodes and the disappointment from their own body image seem to affect patients’ well-being negatively.

## Βιβλιογραφία

1. *Καραμήτσος ΔΘ.* Σακχαρώδης Διαβήτης: Από τη θεωρία στην πράξη. Β’ έκδοση. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σιώκη, Θεσσαλονίκη, 1987.
2. *Καραμήτσος ΔΘ.* Διαβητολογία: Θεωρία και Πρακτική στην αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σιώκη, Θεσσαλονίκη, 2000.
3. American Diabetes Association (ADA). Basic Diabetes Information, 2003.
4. *Diabetes Control and Complications Trial Research Group.* The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications of insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329: 977-86.
5. *Taylor SE.* Management of Chronic Illness. *Health Psychology*, Ch.12, 367-98. New York: Mc Graw-Hill, Inc, 1991.
6. *Fayers MP, Machin D.* Quality of life. Assessment, Analysis and Interpretation. Chichester: John Wiley & Sons, 2000.
7. *Fayers MP, Machin D.* Ελληνική έκδοση (μετφρ. Πανέρα Α και επιμέλεια Πήτα Ρ & Λέκκας Φ). Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2006.
8. *Rose M, Fliege H, Hildebrandt M, Schirop T, Klapp B.* The Network of Psychological Variables in Patients with Diabetes and Their Importance for Quality of Life and Metabolic Control. *Diabetes Care* 2003; 25, 35–42.
9. *Gonder-Frederick LA, Cox DJ, Ritterband LM.* Diabetes and Behavioral Medicine: The Second Decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70, 3, 611-25.
10. *Connell CM.* Psychosocial predictors of morale among older adults with diabetes. *Psychology and Health* 1990; 4: 91-8.

11. *Connell CM, Fisher EB, Houston CA.* Relationships among social support, diabetes outcome, and morale for older men and women. *Journal of Aging and Health* 1992; 4: 77-100.
12. *Connell CM, Storandt M, Lichty W.* Impact of health belief and diabetes-specific psychosocial context variables on self-care behaviors, metabolic control, and depression of older adults with diabetes. *Behavior, Health and Aging* 1991; 1: 63-75.
13. *Harris MD* Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression. *Current Diabetes Reports* 2003; 3, 1: 49- 55.
14. *Taylor SE, Aspinwall.* Emotional responses to chronic illness. In S.E. Taylor. *Management of Chronic Illness. Health Psychology*, Ch. 1991; 12: 367-98. New York: Mc Graw-Hill, Inc.
15. *Gatz M, Hurwicz M.* Are old people more depressed? Cross-sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale factors. *Psychology and Aging* 1990; 5: 284-90.
16. *Laffel L, Connell A, Vangness L, Goebel-Fabbri A, Mansfield A, Anderson B.* General Quality of Life in Youth With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 3067-73.
17. *Herpertz S, Albus C, Kielmann R, Hagemann-Patt H, Lichtblau K, Kohle K, Mann K, Senf W.* Comorbidity of diabetes mellitus and eating disorders. A follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 51: 673-78.
18. *Neumark-Sztainer D, Story M, Toporoff R, Cassuto N, Resnick M, Blum R.* Psychosocial Predictors of Binge Eating and Purging Behaviors among Adolescents with and without Diabetes Mellitus. *Journal of Adolescent Health* 1996; 19: 289-96.
19. *Αναγνωστόπουλος Φ.* Η γνωστική αναπαράσταση της αρρώστιας. Κεφάλαιο 4. Στο: Δ. Παπαδάτου και Φ. Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2000.
20. *Garner DM, Olmstead MP, Polivy J.* Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1983; 2: 15-34.
21. *Σίμος Γ.* Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης: Διδακτορική Διατριβή. Υποβλήθηκε στο Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας, του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης 1996.
22. *Στάλικας Α, Τριλίβα Σ, Ρούσση Π.* Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2002.
23. *Vickrey BG, Perrine KR, Hays RD, Hermann C, Cramer JA, Gordon J, Meador KJ, Devinsky O.* Quality of life in epilepsy QoLIE-89 (Version 1.0). Santa Monica: RAND, 1993.
24. *Brown GC, Brown MM, Sharma S, Brown H, Gozum M, Denton P.* Quality of life associated with diabetes mellitus in an adult population. *Diabetes Complications* 2000; 14, 1: 18-24.
25. *Brownlee-Duffeck M, et al.* The role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55, 2: 139-44.
26. *Tankova T, Dakovska G, Koev D.* Education and quality of life in diabetic patients. *Patient Education and Counseling* 2004; 53: 285-90.
27. *Petterson T, Lee P, Hollis S, Young B, Newton P, Dorman T.* Well-Being and Treatment Satisfaction in Older People With Diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21, 6: 930-935.
28. *Kohen D, Burgess AP, Catalan J, Lant A.* The role of anxiety and depression in quality of life and symptom reporting in people with diabetes mellitus. *Qual Life Res* 1998; 7, 3: 197-204.
29. *Gaynes BN, Burns BJ, Tweed L, Erickson P.* Depression and health-related quality of life. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190, 12: 799-806.
30. *Enzlin P, Mathieu C, Demyttenaere K.* Gender differences in the psychological adjustment to type 1 diabetes mellitus: an explorative study. *Patient Education and Counselling* 2002; 48: 139-45.
31. *Hill-Briggs F.* Problem solving in diabetes self-management: a model of chronic illness self-management behavior. *Annals of Behavioral Medicine* 2003; 25, 3: 182-93.
32. *Toljamo M, Hentinen M.* Adherence to self-care and glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34(6): 780-86.
33. *Mayfield J.* Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: New Criteria. *American Family Physician* 1998; 58, 6: 1355- 73.
34. *Steed L, Cooke D, Newman S.* A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling* 2003; 51 (1): 5-15.
35. *Van der Ven NCW, Chatrou M, Snoek FJ.* Cognitive – Behavioural Group Training. *Psychology in Diabetes Care*, Ch 8 New York, Wiley, 2000.
36. *Weissman MM.* Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for depression. *American Journal of Public Health* 1987; 77: 450-51.
37. *Wells KB, Golding JM, Burnam MA.* Affective, substance use, and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure, or chronic lung conditions. *General Hospital Psychiatry* 1989; 11: 320-27.
38. *Wilkinson G, Borsev DQ, Leslie P, Newton RW, Lind, C, Ballinger CB.* Psychiatric morbidity and social problems in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153: 38-43.
39. *Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ, Wilson DH.* Diabetes, Depression, and Quality of Life. *Diabetes Care* 2004; 27: 1066-70.
40. *Gonder-Frederick LA, Cox DJ.* Symptom perception, symptom beliefs, and blood glucose discrimination in the self-treatment of insulin-dependent diabetes. In J.A. Skelton and R.T. Croyle (Eds.) *Mental represen-*

- tation in health and illness, 1991: 217-46. New York: Springer-Verlag.
41. *Anderson R, Freedland K, Clouse R, Lustman P.* The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24, 6: 1069-78.
  42. *Katon W, Ciechanowski P.* Impact of Major Depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 859-63.
  43. *Lustman PJ.* Anxiety. In S.E. Taylor, (1991). *Management of Chronic Illness.* Health Psychology, Ch.12, 367-98. New York: McGraw-Hill, Inc, 1988.
  44. *Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE.* Depression in adults with diabetes: Results of a 5-year follow-up study. *Diabetes Care* 1988; 11: 605-12.
  45. *Christman et al.* Anxiety. In S.E. Taylor (1991). *Management of Chronic Illness.* Health Psychology, Ch.12, 367-98. New York: McGraw-Hill, Inc, 1988.
  46. *Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Hirsch IB.* The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *General Hospital Psychiatry* 2003; 25: 246-52.
  47. *Carroll P, Matz R.* Uncontrolled diabetes mellitus in adults: Experience in treating diabetic ketoacidosis and hyperosmolar nonketotic, with low-dose insulin and a uniform treatment regimen. *Diabetes Care* 183; 6: 579.
  48. *Connell CM, Davis WK, Gallant MP, Sharpe PA.* Impact of social support, social cognitive variables, and perceived threat on depression among adults with diabetes. *Health Psychology* 1994; 13, 3: 263-73.
  49. *Cox DJ, Gonder-Frederick LA.* Major Developments in Behavioral Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60, 4: 628-38.
  50. *Doherty Y, James P, Roberts S.* Stage of Change Counseling, Ch.5. In F.J. Snoek and T.C. Skinner (Eds.) *Psychology in Diabetes Care.* New York: Wiley, 2000.
  51. *Frenzel Mc Caul KD, Glasgow RE, Schafer LC.* Coping strategies and chronic illness. In S.E. Taylor, (1991). *Management of Chronic Illness.* Health Psychology, Ch.12, 367-98. New York: McGraw-Hill, Inc, 1988.
  52. *Steel JM, Young RJ, Lloyd GG, Macintyre CCA.* Abnormal eating attitudes in young insulin-dependent diabetics. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155: 515-21.
  53. *Foster DW, Mc Garry LD.* The metabolic derangements and treatment of diabetic ketoacidosis. *N Engl J Med* 1989; 309: 159.
  54. *Ryan CM.* Measures of Cognitive Function. In C. Bradley (Ed.) *Handbook of Psychology and Diabetes.* Amsterdam: Harwood academic publishers 1994.
  55. *Schiffirin A.* Psychosocial issues in pediatric diabetes. *Current Diabetes Reports* 2001; 1: 33-40.
  56. *Rubin RR.* Psychotherapy and Counselling in Diabetes Mellitus. In F.J. Snoek & T.C. Skinner (Eds.) *Psychology in Diabetes Care,* Ch. 9. New York: Wiley, 2000.
  57. *Rubin RR, Peyrot M.* Psychosocial problems and interventions in diabetes. A review of the literature. *Diabetes Care* 1992; 15: 1640-57.
  58. *Pita R, Fotakopoulou O, Kiosseoglou G, Zafiri M, Roikou K, Simos G, Didagelos T, Karamitsos D.* Depression, quality of life and diabetes mellitus. *Hippokratia* 2002; 6 (Suppl. 1): 44-48.
  59. *Glasgow RE, Mc Caul KD, Schafer LC.* Self-care behaviors and glycemic control in Type 1 diabetes. *Journal of Chronic Diseases* 1987; 40: 399-412.
  60. *Harris R, Linn MW.* Health beliefs, compliance, and control of diabetes mellitus. *Southern Medical Journal* 1985; 78, 2: 162-66.
  61. *Harris MA, Lustman PJ.* The Psychologist in Diabetes Care. *Clinical Diabetes* 1998; 16: 2.
  62. *LaGreca A, Schwarz L, Satin W, Rafkin - Mervis L, Enfield G, Goldberg R.* Binge eating among women with IDDM: Associations with weight dissatisfaction, adherence and metabolic control (Abstract). *Diabetes* 1990; Suppl. 1, 39: 164A.
  63. *Newberry BH, Baldwin DR, Madden JE, Gestenberger, TJ.* Stress and Disease: An Assessment. In J.H. Humphrey (Ed.) *Human Stress.* Current Selected Research, 1987; 2: 123-51. New York: AMS Press, Inc.
  64. *Wing RR, Epstein LH, Norwalk MP, Lamparski DM.* Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Psychological Bulletin* 1986; 99, 78-89.
  65. *Wing RR, Norwalk MP, Marcus MD, Koeske R, Finegold D.* Subclinical eating disorders and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1986; 9: 162-67.
  66. *Διαβητολογική Εταιρία Βορείου Ελλάδος.* Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά. Οδηγός του Διαβητικού: Έκδοση της Δ.Ε.Β.Ε. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2004.
  67. *Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE.* Prevalence of depression in adults with diabetes: An epidemiological evaluation. *Diabetes Care* 1993; 16, 8: 1167-78.

**Λέξεις κλειδιά:**

Κατάθλιψη  
Άγχος

**Key words:**

Depression  
Anxiety