



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**«Διατροφή, φυσική δραστηριότητα και ψυχική υγεία ασθενών με
Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2»**

ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΝΤΑΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Τ.Ε.

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΦΡΑΔΕΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΟΥ Π.Θ., ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΜΑΛΛΗ ΦΩΤΕΙΝΗ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΟΥ Π.Θ., ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
ΑΛΜΠΑΝΗ ΕΛΕΝΗ, ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΟΥ Π.Π., ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΛΑΡΙΣΑ 2022



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**«Diet, physical activity and mental health of patients
with diabetes type 2»**

ELISAVET DAI
NURSE

LARISA 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	Σελίδες
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Σακχαρώδης Διαβήτης	12
1.1 Ορισμός και επιδημιολογία	12
1.2 Ταξινόμηση του Σακχαρώδη διαβήτη	14
1.3 Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2	14
1.3.1 Προδιαβήτης	15
1.3.2 Κλινική εικόνα και επιπλοκές	15
1.3.3 Οξείες καταστάσεις στο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2	16
1.3.4 Παράγοντες κινδύνου	17
1.3.5 Πρόληψη επιπλοκών και θεραπεία	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ψυχική υγεία	18
2.1 Ψυχική υγεία	18
2.2 Ψυχική διαταραχή	18
2.3 Άγχος	20
2.4 Κατάθλιψη	21
2.4.1 Ορισμός και Επιδημιολογία	21
2.4.2 Συμπτώματα, αίτια και θεραπεία	21
2.5 Συννοσηρότητα του Σακχαρώδη διαβήτη με την κατάθλιψη και το άγχος	22
2.5.1 Χαρακτηριστικά της συννοσηρότητας	24
2.5.2 Επιδείνωση των επιπλοκών του Σ.Δ. λόγω κατάθλιψης	25
2.5.3 Μηχανισμοί συσχέτισης Σ.Δ. και κατάθλιψης	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Διατροφή	26
3.1 Μεσογειακή διατροφή	26
3.2 Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 και Μεσογειακή Διατροφή	27
3.3 Ψυχική υγεία και διατροφή	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Φυσική Δραστηριότητα	30
4.1 Φυσική δραστηριότητα	30
4.2 Φυσική δραστηριότητα και σακχαρώδης διαβήτης	31
4.3 Φυσική δραστηριότητα και κατάθλιψη	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Έρευνα	35
5.1 Σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα	35
5.2 Σχεδιασμός της μελέτης	35
5.3 Πληθυσμός και Δείγμα	35
5.4 Οργάνωση συλλογή δεδομένων και Δεοντολογία	36
5.5 Εργαλεία Μέτρησης	37
5.6 Συλλογή δεδομένων και προ επεξεργασία	40
5.7 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Αποτελέσματα έρευνας	41
6.1 Περιγραφική ανάλυση	41
6.1.1 Ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος: Πίνακας 1	41
6.1.2 Κλινικά χαρακτηριστικά: Πίνακες 2,3,4	42
6.1.3 Θεραπεία και συμμόρφωση: Πίνακες 5,6	45
6.1.4 Κατάθλιψη και άγχος: Πίνακας 7	46
6.1.5 Διατροφή: Πίνακας 8	47
6.1.6 Φυσική δραστηριότητα: Πίνακας 9	47
6.2 Επαγωγική ανάλυση- Σύγκριση στοιχείων	48
6.2.1 Σχέση της συνολικής βαθμολογίας δεικτών MED, I.P.A.Q., H.A.D.S. και δημογραφικών χαρακτηριστικών δείγματος: Πίνακες 10,11,12,13	48
6.2.2 Σχέση της συνολικής βαθμολογίας δεικτών MED, I.P.A.Q., H.A.D.S. και κλινικών χαρακτηριστικών δείγματος: Πίνακες 14,15,16,17	52
6.2.3 Σχέση βαθμού προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή και επίπεδα Κατάθλιψης και Άγχους: Πίνακες 18,19	54
6.2.4 Σχέση Φυσικής Δραστηριότητας και επιπέδων Άγχους & Κατάθλιψης: Πίνακες 20,21	55
7. Συζήτηση	57
7.1 Συζήτηση για την περιγραφική ανάλυση	57
7.2 Συζήτηση για την επαγωγική ανάλυση	59
8. Συμπεράσματα	61
9. Βιβλιογραφία	63

Παράρτημα

1.Ερωτηματολόγιο

67

2.Άδεια διενέργειας της έρευνας

75

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Φθάνοντας στο τέλος μιας κοπιαστικής αλλά και δημιουργικής διαδρομής, θα ήθελα να ευχαριστήσω ειλικρινά όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Αρχικά ευχαριστώ την οικογένειά μου για την υπομονή και συμπαράστασή τους καθ' όλη την διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στον επιβλέπων καθηγητή μου κ^ο Ευάγγελο Φραδέλο για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του.

Επίσης ευχαριστώ όλους τους συναδέλφους μου στο Κέντρο Υγείας Καρπενησίου και ιδιαιτέρως την πρώην διευθύντριά μου κυρία Τσίπρα Σταυρούλα Πνευμονολόγο, που χάρη στην παρότρυνσή της αποφάσισα να παρακολουθήσω το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους ασθενείς που συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα μου.

Ελισάβετ Νταή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα της δημόσιας υγείας και της σύγχρονης κοινωνίας, καθώς εκτιμάται ότι έως το 2030 θα είναι η 7^η αιτία θανάτου παγκοσμίως (WHO 2011). Η αύξηση του επιπολασμού και της νοσηρότητας των διαβητικών κάνει επιτακτική την ανάγκη για ολιστική αντιμετώπιση της νόσου, προκειμένου να αποτραπούν σοβαρές σωματικές επιπλοκές και ψυχικά νοσήματα, όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Οι κύριες αιτίες αύξησης του πληθυσμού με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι η παχυσαρκία, η κακή διατροφή και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εργασία αυτή επικεντρώνεται στη μελέτη ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και στον εντοπισμό στοιχείων κατάθλιψης και άγχους στους νοσούντες. Παράλληλα, καταγράφονται οι συνήθειες τους, όπως η διατροφή και η φυσική δραστηριότητα, προκειμένου να γίνουν ανάλογες συσχετίσεις, με σκοπό να αναδειχθούν τα κοινά χαρακτηριστικά και οι συνήθειες που υποβοηθούν ή επιβαρύνουν την σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο πληθυσμός της μελέτης είναι οι διαβητικοί ασθενείς τύπου 2 του Νομού Ευρυτανίας. Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει ενήλικες που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και επισκέπτονται το Κέντρο Υγείας Καρπενησίου για τακτικό έλεγχο ή συνταγογράφηση φαρμάκων. Συμμετέχουν 123 άτομα, που με ελεύθερη βούληση και μετά από προφορική ενημέρωση σχετικά με τον σκοπό της εργασίας, συναίνεσαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με την χρήση 5 ερωτηματολογίων. Εφαρμόστηκε για την συλλογή των δεδομένων προσωπική συνέντευξη σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο του Κ.Υ. Τα δύο ερωτηματολόγια δημιουργήθηκαν για την συγκεκριμένη μελέτη με ερωτήσεις δημογραφικού-κοινωνικού χαρακτήρα και ερωτήσεις σχετικές με την κλινική κατάσταση του διαβητικού ασθενή π.χ. τιμή γλυκοζυλιωμένης, συμπτώματα, επιπλοκές και συμμόρφωση με την θεραπευτική αγωγή. Το τρίτο ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε αφορά την Μεσογειακή Διατροφή «MED DIET SCORE», το τέταρτο αφορά την φυσική δραστηριότητα «International Physical Activity Questionnaire» και το πέμπτο ερωτηματολόγιο αφορά τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους και είναι η κλίμακα H.A.D.S. «Hospital Anxiety and Depression scale». Για την συγγραφή της εργασίας πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Scholar. Ακόμη χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από παγκόσμιους, ευρωπαϊκούς και ελληνικούς οργανισμούς. Αποθηκεύτηκαν όλα τα χρήσιμα άρθρα, μελέτες, βιβλία και δημοσιεύσεις στο Mendeley Desktop. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα Excel της Microsoft και του προγράμματος spss της IBM.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των διαβητικών τύπου 2 που συμμετείχαν στην μελέτη οι 69 ήταν άνδρες και οι 54 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 69,28 έτη. Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της έρευνας αποτελείται από συνταξιούχους, υπερήλικες, έγγαμους και με μορφωτικό επίπεδο δημοτικού. Διαπιστώθηκε ότι 106 διαβητικοί τύπου 2 σύμφωνα με τον δείκτη μάζας σώματος ανήκουν στις κατηγορίες: υπέρβαρος, παχύσαρκος 1, 2 και 3. Επίσης 77 από τους 123 σύμφωνα με την περίμετρο της μέσης τους ανήκουν στην κατηγορία σοβαρού κινδύνου για εμφάνιση νοσημάτων όπως έμφραγμα μυοκαρδίου, σακχαρώδη διαβήτη κ.α. Από τα αποτελέσματα

του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της ψυχικής υγείας προέκυψε ότι το 26,80% παρουσιάζει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και το 21,10% παρουσιάζει υψηλά επίπεδα άγχους. Ωστόσο τα αποτελέσματα μετά από την επαγωγική στατιστική ανάλυση έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο $p < 0,05$ μεταξύ υψηλού επιπέδου κατάθλιψης και μειωμένης σωματικής δραστηριότητας. Επίσης η συνολική βαθμολογία H.A.D.S. – Κατάθλιψη σχετίζεται με τον Δείκτη μάζας σώματος με $r = 0,22$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα στοιχεία δείχνουν ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 έχει άμεση σχέση με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και ειδικότερα σε ευάλωτες ομάδες, όπως οι μεγάλοι σε ηλικία, οι χήρες/οι και όσοι ζουν μόνοι τους. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι, η Μεσογειακή Διατροφή (Μ.Δ.) και η Φυσική Δραστηριότητα (Φ.Δ.) επηρεάζουν την έκβαση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και της κατάθλιψης, αυτό διαπιστώνεται από την στατιστική ανάλυση. Εν κατακλείδι, επιβεβαιώνεται η ανάγκη ολιστικής αντιμετώπισης της συννοσηρότητας.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, ψυχική υγεία, κατάθλιψη, άγχος, διατροφή, Μεσογειακή διατροφή, σωματική άσκηση, φυσική δραστηριότητα.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes is a serious public health problem and is estimated to be the 7th leading cause of death worldwide in 2030 (W.H.O. 2011). The increasing prevalence and morbidity of diabetics makes the need for holistic treatment of the disease urgent in order to prevent serious physical complications and mental illnesses such as depression and anxiety. The causes of the increase in the population with type 2 diabetes is obesity, poor diet and lack of physical activity.

Aim: This study focuses on the study of people with type 2 diabetes and the identification of signs of depression and anxiety in them. At the same time, their habits such as diet and physical activity are evaluated in order to make similar correlations. In order to highlight the characteristics and habits of people with the best outcome of type 2 diabetes and the absence of depression and anxiety.

Material and method: The population of this research is the residents of Evritania that suffer from diabetes type 2. The research sample includes adults with type 2 diabetes who visit the Health Centre of Karpenisi for regular check-ups or prescriptions. There was oral information about the purpose of the research in order to participate and answer the questionnaires. The volunteers were 123 people. The personal interviews took place at the Health Centre and 5 questionnaires were used. The two first questionnaires were created for the specific study with questions of demographic- social character and questions related to the clinical condition of the diabetic patient as in glycosylated value, symptoms, complications and adherence to treatment. The third questionnaire selected information about the Mediterranean Diet « MED DIET SCORE», the fourth questionnaire concerns the physical activity « International Physical Activity Questionnaire» and the fifth is the H.A.D.S. « Hospitality Anxiety and Depression scale». A review was held in the data bases of Pubmed and Scholar. Also information – data from global and international organizations was used. All useful articles, studies, books and publications are stored on the Mendeley Desktop. The statistical analysis was performed with Microsoft Excel and spss program of IBM.

Results: Of the total type 2 diabetics who participated in the study, 69 were men and 54 were women, with an average age of 69.28 years. The majority of the survey population consists of retirees, the elderly, married and with an elementary school education. It was found that 106 type 2 diabetics according to the body mass index belong to the categories: overweight, obese 1, 2 and 3. Also 77 of the 123 according to their waist circumference belong to the category of serious risk for diseases such as myocardial infarction, diabetes etc. The results of the mental health assessment questionnaire showed that 26.80% have high levels of depression and 21.10% have high levels of anxiety. However, the results after the inductive statistical analysis showed that there is a relationship between a high level of depression and reduced physical activity $p < 0,05$. Also the overall H.A.D.S. - Depression is related to the Body mass index $r = 0,22$.

Conclusions: Evidence shows that type 2 diabetes is directly related to the onset of depressive symptoms, especially in vulnerable groups, such as the elderly, widows and those living alone. In addition, it was observed

that the Mediterranean Diet (MD) and Physical Activity (FD) affect the outcome of type 2 diabetes and depression, this is shown by statistical analysis. In conclusion, the need for a holistic approach to comorbidity is confirmed.

Key words: Type 2 diabetes, diabetes mellitus, mental health, depression, anxiety, diet, Mediterranean diet, exercise, physical activity.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι χρόνιο νόσημα που τείνει να εξελιχθεί σε σύγχρονη επιδημία, με πολλές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των διαβητικών σε ατομικό, οικογενειακό, ψυχοκοινωνικό επίπεδο, αλλά και με πολλές οικονομικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. (1) Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η παχυσαρκία και η αύξηση του μέσου όρου διαβίωσης είναι οι βασικοί παράγοντες αύξησης των κρουσμάτων, μαζί με την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, την κακή διατροφή, το κάπνισμα και το αλκοόλ (την υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ). Ο συνεχώς αυξανόμενος επιπολασμός του Σ.Δ. 2 σε παγκόσμιο επίπεδο κάνουν επιτακτική την ανάγκη για αντιμετώπιση της νόσου ολιστικά, προκειμένου να καθυστερήσουν ή να μετριαστούν οι σοβαρές επιπλοκές και οι ασθενείς να έχουν μια ποιοτική ζωή. Καθοριστικό ρόλο έχει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για την άμεση διάγνωση του διαβήτη, την ενημέρωση και εκπαίδευση των διαβητικών πάνω σε θέματα διατροφής, φυσικής άσκησης, μείωση ανθυγιεινών συνηθειών και πιστή τήρηση των θεραπειών.

Χαρακτηριστικό των διαβητικών είναι το έντονο στρες (άγχος), καθώς η αντιμετώπιση του διαβήτη απαιτεί αλλαγές στην καθημερινότητα με την αυστηρή τήρηση ενός πειθαρχημένου προγράμματος. Το έντονο και χρόνιο στρες οδηγεί σταδιακά τους διαβητικούς στην κατάθλιψη. Άλλα και το αντίστροφο ισχύει, καθώς τα καταθλιπτικά άτομα δεν δείχνουν ενδιαφέρον για σωματική δραστηριότητα και σωστή διατροφή, με αποτέλεσμα συχνά να οδηγούνται στην παχυσαρκία και τον Σακχαρώδη Διαβήτη. Επίσης, ορισμένα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προκαλούν υπεργλυκαιμικά επεισόδια, τα οποία με το πέρασμα του χρόνου προκαλούν την εμφάνιση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.(2) Είναι δύσκολο να διατηρηθεί μία καλή ποιότητα ζωής των ανθρώπων με συννοσηρότητες, όπως του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και της Κατάθλιψης, γι' αυτόν τον λόγο αξίζει να μελετήσουμε τις συνήθειες αυτών των ασθενών, προκειμένου να εξάγουμε ορισμένα καίρια συμπεράσματα σχετικά με την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, μέσα από την διατροφή και την φυσική δραστηριότητα με σκοπό την άμεση πρόληψη και αντιμετώπιση. Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι πολύπλευρος, αφενός συνδράμει στην έγκαιρη διάγνωση του διαβήτη και στην έγκαιρη ανίχνευση στοιχείων κατάθλιψης, αφετέρου συμβάλλει δραστικά στον τομέα της συμβουλευτικής μαζί με την θεραπευτική παρέμβαση.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Σακχαρώδης Διαβήτης

1.1 Ορισμός και Επιδημιολογία του Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης θεωρείται ένα ετερογενές και πολυπαραγοντικό σύνδρομο με κύριο χαρακτηριστικό του το αυξημένο σάκχαρο στο αίμα. Η υπεργλυκαιμία παρουσιάζεται λόγω διαταραχής του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών καθώς παρατηρείται *έλλειψη της ορμόνης ινσουλίνη*. Η έλλειψη ινσουλίνης οφείλεται σε μειωμένη έκκριση ή σε μειωμένη δράση της ή σε συνδυασμό και των δύο με αποτέλεσμα την απόλυτη ή σχετική έλλειψη της.(3)

Η ινσουλίνη παράγεται στο πάγκρεας και ο ρόλος της είναι ο μεταβολισμός, δηλαδή η διάσπαση και χρησιμοποίηση του σακχάρου από τα κύτταρα του σώματος για παραγωγή ενέργειας. Στον διαβήτη λόγω της ελαττωμένης παραγωγής ινσουλίνης, το σάκχαρο δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τα κύτταρα του σώματος. Πέρα από την ελαττωμένη παραγωγή της ινσουλίνης μπορεί να υπάρχει ινσουλίνη σε αυξημένα επίπεδα στο αίμα, αλλά λόγω αντίστασης των περιφερειακών ιστών στη δράση της να υπάρχουν αυξημένες τιμές σακχάρου, αυτό ονομάζεται αντίσταση στην ινσουλίνη. Ο Σ.Δ. λόγω των αυξημένων επιπέδων γλυκόζης στο αίμα δημιουργεί με την πάροδο του χρόνου σοβαρές βλάβες σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού (καρδιαγγειακό, νευρικό, πεπτικό, νεφρά, δέρμα και στην ψυχική σφαίρα) γεγονός το οποίο καθιστά άμεση την ανάγκη για άριστη μεταβολική ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα.

Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός του Σακχαρώδη Διαβήτη παρουσιάζει αύξηση σε παγκόσμιο επίπεδο, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με τα στοιχεία του International diabetes federation atlas για το 2021 στον παγκόσμιο πληθυσμό ηλικίας 20- 79 ετών, 536,6 εκατομμύρια άτομα είχαν Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 -ποσοστό 10,5%- ενώ ο αριθμός των θανάτων που καταγράφηκε με κύρια αιτία τον Σ.Δ. ήταν 6,7 εκατομμύρια για το 2021. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, αναμένεται αύξηση των διαβητικών τις επόμενες δεκαετίες. Αναλυτικές πληροφορίες σχετικά, παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα του IDF:

Πίνακας 1:Εκτιμώμενος συνολικός αριθμός ενηλίκων από 20 έως 79 ετών με διαβήτη το 2021,2030,2045

Με μια ματιά	2021	2030	2045
Συνολικός παγκόσμιος πληθυσμός	7.9 δισεκατομμύρια	8.6 δισεκατομμύρια	9.5 δισεκατομμύρια
Ενήλικος πληθυσμός (20-79)	5.1 δισεκατομμύρια	5.7 δισεκατομμύρια	6.4 δισεκατομμύρια
Διαβήτης (20-79 ετών)			
Συχνότητα	10.5%	11.3%	12.2%
Αριθμός ατόμων με διαβήτη	536 εκατομμύρια	647.7 εκατομμύρια	783.3 εκατομμύρια
Αριθμός θανάτων με αιτία των διαβήτη	6.7 εκατομμύρια	-	-
Συνολικές δαπάνες υγείας λόγω διαβήτη	U.S.D 966 δισεκατομμύρια	U.S.D. 1.028 δισεκατομμύρια	U.S.D. 1.054 δισεκατομμύρια

Στην Ευρώπη το 2021 ο επιπολασμός του Σακχαρώδη Διαβήτη για τις ηλικίες από 20-79 ετών ήταν 9,2%, δηλαδή 61 εκατομμύρια από τον συνολικό πληθυσμό της Ευρώπης (670 εκατομμύρια). Αυτό το ποσοστό αναμένεται να σημειώσει αύξηση μέχρι το 2030 της τάξης του 0,6%, δηλαδή 67εκατομμύρια διαβητικοί. Ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης, μεγαλύτερα ποσοστά παρουσιάστηκαν στην Τουρκία με 14,5% και στην Ισπανία με ποσοστό 10,3%. (4)

Η συχνότητα της εμφάνισης του Σακχαρώδη Διαβήτη στην Ελλάδα, σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες πιθανολογείται, στο 8-10%. Παρατηρείται και στη χώρα μας μία συνεχή αύξηση της συχνότητας του Σ.Δ., με χαρακτηριστικό παράδειγμα την αύξηση του ποσοστού από 2,4% το 1974, στο 8-10% το 2019.(5)

Εδώ αξίζει να αναφέρουμε στοιχεία σχετικά με την άγνοια των ασθενών ότι πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη. Υπολογίζεται ότι 240 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως δεν γνωρίζουν ότι έχουν αυξημένες τιμές γλυκόζης στο αίμα και αναμένεται αυτός ο αριθμός να αυξηθεί λόγω της παχυσαρκίας, του αυξημένου γήρατος και της καθιστικής ζωής. (6) Η άγνοια παρατηρείται περισσότερο στις φτωχές χώρες, όπου δεν γίνεται τακτικός έλεγχος αλλά και στις εύπορες χώρες συμβαίνει, γιατί τα συμπτώματα αρχικά είναι ήπια.(2) Αναλυτικότερες πληροφορίες σχετικά, παρουσιάζονται στο παρακάτω πίνακα του IDF:

Πίνακας 2: Ενήλικες (20-79 ετών) με αδιάγνωστο διαβήτη από την Ταξινόμηση εισοδήματος βάσει της Παγκόσμιας Τράπεζας

Παγκόσμια Τράπεζα ταξινόμηση εισοδήματος	Αναλογία Αδιάγνωστη(%)	Αριθμός ατόμων με αδιάγνωστο διαβήτη (εκατομμύρια)
Χώρες υψηλού εισοδήματος	28,8%	29,9
Χώρες μεσαίου εισοδήματος	48,4%	200,4
Χώρες χαμηλού εισοδήματος	50,5%	9,5

Αυτά τα ποσοστά μας δείχνουν ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι απαραίτητος και πρέπει να καθιερωθεί. Για τους εξής λόγους: πρώτον να ανιχνεύονται έγκαιρα τα άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο (risk) να εμφανίσουν διαβήτη και με τις κατάλληλες παρεμβάσεις να αποτρέπεται η εξέλιξη του προδιαβήτη σε διαβήτη, και δεύτερον να ανιχνεύονται έγκαιρα τα άτομα που ήδη πάσχουν από διαβήτη και δεν το γνωρίζουν.(6)

1.2 Ταξινόμηση του Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης διακρίνεται στις παρακάτω κατηγορίες:

- i. Ο Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, ανήκει στα αυτοάνοσα νοσήματα και είναι γνωστός με τις ονομασίες: «νεανικός διαβήτης» ή «ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης». Αντιστοιχεί στο 5-10% των Διαβητικών, συνήθως αφορά παιδιά αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε μεγαλύτερες ηλικίες, το χαρακτηριστικό είναι ότι δεν παράγεται η ορμόνη ινσουλίνη από τα β- κύτταρα των νησίδων Langerhans του παγκρέατος, λόγω αυτοάνοσης καταστροφής τους. Η θεραπεία του Σ.Δ.1 είναι η χορήγηση ινσουλίνης.
- ii. Ο Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, γνωστός με τις ονομασίες: «μη ινσουλινοεξαρτώμενος» ή «διαβήτης των ενηλίκων». Εμφανίζεται σε ενήλικους και πολύ σπάνια σε παιδιά που παρουσιάζουν συμπτώματα παχυσαρκίας. Στην περίπτωση αυτή παράγεται ινσουλίνη αλλά δεν επαρκεί ή υπάρχει μειωμένη έκκριση ή υπάρχει αντίσταση στη δράση της.
- iii. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης, ορίζεται ως διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων με έναρξη ή πρώτη αναγνώριση στην εγκυμοσύνη.
- iv. Ειδικοί τύποι Σ.Δ. που οφείλονται σε γενετικές διαταραχές των β- κυττάρων, όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου M.O.D.Y. (7)(5)

1.3 Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι ένα χρόνια νόσημα με πολλές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Αφορά το 90-95% των διαβητικών και είναι γνωστός και με τα ονόματα που αναφερθήκαν «μη ινσουλινοεξαρτώμενος» ή « διαβήτης των ενηλίκων».

Η Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία ορίζει έναν ασθενή ως διαβητικό όταν παρουσιάζει τα παρακάτω:

- Σάκχαρο νηστείας >126mg/dl (αποχή από τροφή για 8 ώρες).
- Σάκχαρο ≥ 200 mg/dl μετά από 2 ώρες λήψη 75gr γλυκόζης από το στόμα.
- Συμπτώματα πολυδιψίας, πολυφαγίας, πολυουρίας ή απώλεια βάρους συνοδευόμενα με τυχαία τιμή σακχάρου ≥ 200 mg/dl.(7)

Ειδικότερα, η υπεργλυκαιμία στον Σ.Δ.2 οφείλεται στο ότι η ινσουλίνη που παράγεται από τα β-κύτταρα του παγκρέατος βρίσκει αντίσταση και δεν μπορεί να δράσει και να γίνει ο μεταβολισμός των υδατανθράκων, δηλαδή της γλυκόζης, για την παραγωγή ενέργειας. Με αποτέλεσμα να αυξάνεται η γλυκόζη (σάκχαρο) στο αίμα και να κυκλοφορεί στα αγγεία, δημιουργώντας σοβαρές αλλοιώσεις.

Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί η παραγωγή της ινσουλίνης να είναι ανεπαρκής, οπότε πάλι παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Σε αυτόν τον τύπο διαβήτη δεν παρατηρείται αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων, γι' αυτό αρχικά δεν έχουν ανάγκη από θεραπεία με ινσουλίνη για να επιβιώσουν. Η έναρξη των

συμπτωμάτων είναι βραδεία και ήπια και συχνά δεν αντιλαμβάνονται την νόσο μέχρι να προκύψει κάποιο πρόβλημα υγείας και να γίνουν εξετάσεις αίματος ή ούρων.

Κατά τη διάγνωση, έκτος από την υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής συνιστάται η χορήγηση μετφορμίνης (δισκία), όμως ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 μετά από 15-20 χρόνια η ρύθμιση του σακχάρου τους επιτυγχάνεται με χορήγηση ινσουλίνης.(7)

Η εξελικτική πορεία της νόσου επηρεάζει την καθημερινή ζωή του ατόμου, καθώς απαιτείται πιστή εφαρμογή της θεραπείας, τακτικός αυτοέλεγχος της γλυκόζης του αίματος, υιοθέτηση σωστής διατροφής, σωματική δραστηριότητα, μείωση του σωματικού βάρους και την αντιμετώπιση των πιθανών επιπλοκών. Αυτές οι αλλαγές στον τρόπο ζωής έχουν συχνά αρνητική επίπτωση στη ψυχολογία του διαβητικού.(5)

Υψηλού κινδύνου για εμφάνιση Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 χαρακτηρίζονται ως επί το πλείστον οι ενήλικες άνω των 45, με παχυσαρκία, κληρονομικότητα και έλλειψη σωματικής άσκησης.(5)

1.3.1 Προδιαβήτης

Ο προδιαβήτης είναι ο προάγγελος του διαβήτη τύπου 2, η διαπίστωση του οποίου αρχικά γίνεται τυχαία με την τιμή του σακχάρου στο αίμα να κυμαίνεται από 110- 125mg/dl. Για επιβεβαίωση ακολουθεί η εξέταση αίματος που λέγεται καμπύλη σακχάρου, όπου η 1^η μέτρηση σακχάρου νηστείας είναι σε φυσιολογικές τιμές, αλλά η 2^η μετά από λήψη 75 γραμμαρίων ζάχαρης και αφού περάσουν 2 ώρες το σάκχαρο κυμαίνεται από 140-199mg/dl. Φυσιολογικά το σάκχαρο μετά το δίωρο θα έπρεπε να είναι κάτω από 140mg/dl ενώ στον διαβήτη βρίσκεται πάνω από 200mg/dl. Αυτό το στάδιο «προδιαβήτη» δεν έχει συμπτώματα αλλά πρέπει να ανιχνεύεται έγκαιρα και να αντιμετωπίζεται σωστά γιατί μπορεί άμεσα να εξελιχθεί σε Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Στο στάδιο του προδιαβήτη μπορεί να δημιουργηθούν ανεπανόρθωτες βλάβες στα αγγεία.(5)

1.3.2 Κλινική εικόνα και Επιπλοκές

Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τον Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι πολυδιψία, πολουρία, πείνα και πολυφαγία. Συχνό σύμπτωμα, αλλά πολύ κοινό σε πολλά νοσήματα, είναι η αδυναμία και η εύκολη κόπωση. Τα υπόλοιπα συμπτώματα περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά όπως θολή όραση, λοιμώξεις δέρματος με αργή επούλωση, μούδιασμα στα χέρια και στα πόδια, ανησυχία και νευρικότητα, υπνηλία και ταχυκαρδία. Αρχικά τα συμπτώματα αυτά είναι συνήθως ήπια και δεν γίνονται αντιληπτά.(6)

Επιπλοκές

Οι ασθενείς με Σ.Δ.2 είναι επιρρεπείς σε σοβαρές επιπλοκές, λόγω της χρόνιας υπεργλυκαιμίας προκαλούνται αλλοιώσεις στα μικρά και μεγάλα αγγεία. Οι πιο συχνές επιπλοκές είναι οι καρδιαγγειακές, τα εγκεφαλικά επεισόδια, το διαβητικό πόδι δηλαδή έλκη στα κάτω άκρα που οδηγούν σε ακρωτηριασμό, η διαβητική νευροπάθεια, η διαβητική νεφρική ανεπάρκεια, η διαβητική αμφίβληστροειδοπάθεια και ο καταρράκτης που αν εξελιχθούν οδηγούν σε τύφλωση, οι λοιμώξεις, η στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες, η άνοια και η νόσος Αλτσχάιμερ.(3)Μελέτες έχουν δείξει ότι επιπλοκές συμβαίνουν και πριν την διάγνωση, δηλαδή τη περίοδο του προδιαβήτη. Ορισμένες φορές μαζί με την διάγνωση του προ διαβήτη ανιχνεύονται αλλοιώσεις και βλάβες στα μάτια, τα νεφρά και τα νεύρα.(8)

1.3.3 Οξείες καταστάσεις στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να εκδηλώσουν δύο σοβαρές οξείες καταστάσεις, την υπογλυκαιμία και την υπεργλυκαιμία.

Υπογλυκαιμία

Η υπογλυκαιμία είναι η κατάσταση που ο διαβητικός ασθενής έχει τιμή γλυκόζης στο αίμα κάτω από 70mg/dl. Συμβαίνει συχνά στους ινσουλινοεξαρτώμενους και δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος από επαναλαμβανόμενα υπογλυκαιμικά επεισόδια. Τα επεισόδια αυτά εκδηλώνονται όταν ο διαβητικός πάρει παραπάνω ινσουλίνη από αυτή που χρειάζεται ή παραλείψει κάποιο γεύμα ή ασκηθεί περισσότερο από το προγραμματισμένο ή έχει νεφρολογικό πρόβλημα. Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας είναι τρόμος, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, κεφαλαλγία, αδυναμία συγκέντρωσης, θολή όραση, σύγχυση, άνοια και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη μείωση της γλυκόζης στον εγκέφαλο. Απαραίτητη προσοχή απαιτείται στα παιδιά που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη, γιατί υπάρχουν ενδείξεις ότι οι υπογλυκαιμίες δημιουργούν καθυστέρηση στη διανοητική ανάπτυξη και στους ηλικιωμένους διανοητική έκπτωση, γι' αυτό η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν πρέπει να είναι πολύ αυστηρή. Σε περίπτωση που η υπογλυκαιμία είναι πολύ χαμηλή και παρατεταμένη υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης πολύ σοβαρών επιπλοκών όπως σπασμούς, κώμα και τελικώς να οδηγήσει στην κατάληξη του ασθενούς. Συνιστάται η εκπαίδευση των ατόμων με Σ.Δ. που λαμβάνουν ινσουλίνη ή κάποιο άλλο φάρμακο ινσουλινοεκκριτικό και να παρακολουθούν την τιμή σακχάρου πριν και μετά από κάποια άσκηση και πριν τον ύπνο. Σε περίπτωση νοητικής δυσλειτουργίας θα πρέπει να δίνονται απλά σχήματα αντιδιαβητικής αγωγής για να αποφεύγονται λάθη που οδηγούν στην υπογλυκαιμία. Ο τρόπος άμεσης αντιμετώπισης της υπογλυκαιμίας είναι η χορήγηση 15-20γραμμάρια γλυκόζης ή υδατάνθρακα ή χορήγηση γλυκαγόνης.

Υπεργλυκαιμία

Η υπεργλυκαιμία είναι η κατάσταση που η γλυκόζη στο αίμα είναι πολύ αυξημένη >250mg/dl. Εκδηλώνεται όταν η ινσουλίνη είναι μειωμένης δοσολογίας ή έχει παραλειφθεί η δόση ή υπάρχει βλάβη στην αντλία χορήγησης ινσουλίνης με συνδυασμό μεγάλης κατανάλωσης φαγητού και μειωμένης σωματικής δραστηριότητας και στρες. Επίσης μπορεί να συμβεί υπεργλυκαιμία λόγω λοίμωξης, χειρουργικής επέμβασης, εμφράγματος του μυοκαρδίου ή αλκοολισμού, αλλά και από χρήση κάποιων ψυχοφαρμάκων. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι η συχνουρία και η πολυδιψία. Η υπεργλυκαιμία οδηγεί σε διαβητική κετοξέωση με χαρακτηριστικά συμπτώματα τη ναυτία, τον έμετο, την δύσκολη αναπνοή, ταχυκαρδία, ξηροστομία, αφυδάτωση, σύγχυση και κάποιες φορές ακόμη και κώμα. Η άμεση αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας είναι η χορήγηση ινσουλίνης ταχείας δράσεως αρχικά εφάπαξ ενδοφλέβια, καλή ενυδάτωση για διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, με στόχο να μειωθεί η γλυκόζη αίματος κατά 50-70mg/dl την ώρα. (7)

1.3.4 Παράγοντες κινδύνου

Κινδυνεύουν να παρουσιάσουν Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 όσοι:

- i) έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού με διαβήτη,
- ii) είναι υπέρβαροι με δείκτη μάζας σώματος $\geq 30 \text{kg/m}^2$,
- iii) ακολουθούν ανθυγιεινή διατροφή,
- iv) κάνουν καθιστική ζωή και δεν ασκούνται,
- v) είναι μεγάλη σε ηλικία,
- vi) έχουν υψηλή αρτηριακή πίεση,
- vii) έχουν ιστορικό με καρδιαγγειακό επεισόδιο,
- viii) έχουν HDL < 35mg/dl ή τριγλυκερίδια νηστείας > 250mg/dl,
- ix) έχουν μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη και
- x) οι γυναίκες που παρουσίασαν σάκχαρο κήσεως ή έχουν ιστορικό γέννησης τέκνου με βάρος > 4 kg ή
- xi) έχουν σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. (6)(5).

1.3.5 Πρόληψη επιπλοκών – Θεραπεία

Είναι σημαντική η πρόωπη αναγνώριση ατόμων σε κίνδυνο και η άμεση παρέμβαση για την πρόληψη των επιπλοκών από τον Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αυτό επιτυγχάνεται με:

- τη μείωση του σωματικού βάρους κατά 7%,
- την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας σε τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα με αερόβια άσκηση,
- τη μείωση του ολικού λίπους σε < 30% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης,
- τη μείωση του κορεσμένου λίπους σε < 10% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης,
- την αύξηση της πρόσληψης φυτικών ινών (25-35g ημερησίως),
- την επιθετική διαχείριση των υπολοίπων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου (υπέρταση, χοληστεριναιμία κ.α.)(9)

Με την τήρηση ενός προγράμματος με σωματική δραστηριότητα ≥ 150 λεπτά την εβδομάδα και εφαρμογή σωστής διατροφής και μείωση του βάρους κατά 7%, μειώνεται έως 58% η πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη τα επόμενα χρόνια.(10)

Η θεραπεία του Σ.Δ. τύπου 2 απαιτεί ισόβια πειθαρχία από τους ασθενείς, οι οποίοι πρέπει να ελέγχουν τακτικά τα επίπεδα σακχάρου, να ακολουθούν πιστά το θεραπευτικό πρόγραμμα ξεκινώντας από την διατροφή, την σωματική άσκηση, την λήψη φαρμάκων, έλεγχο του σωματικού βάρους, την μείωση του καπνίσματος και του αλκοόλ. (6)

Ο διαβητικός χρειάζεται εκπαίδευση, καθώς στην καθημερινότητα του χρειάζεται να κάνει προσαρμογές στις δόσεις ινσουλίνης, ανάλογα με τις δραστηριότητες και την διατροφή του, με σκοπό

την διατήρηση της γλυκόζης αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα και τον περιορισμό των παραγόντων που θα μπορούσαν να αυξήσουν τις αλλοιώσεις οργάνων και την εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών. Η φαρμακευτική αγωγή πρώτης γραμμής για τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 είναι δισκία μετφορμίνης και όταν η μετφορμίνη δεν επαρκεί γίνεται συνδυασμός με σουλφονουλουρίες και άλλα ινσουλινοεκκριτικά φάρμακα και σπανιότερα χορηγείται ινσουλίνη σε ενέσιμη μορφή, είτε μόνη της, είτε σε συνδυασμό με τα παραπάνω δισκία.(6)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ψυχική υγεία

2.1 Ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία είναι μία κατάσταση ευημερίας, κατά την οποία ένα άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει το παραγωγικό άγχος της καθημερινότητας, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητα. (11) Ουσιαστικά ψυχική υγεία σημαίνει συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία που μας επηρεάζει στο πως σκεφτόμαστε, αισθανόμαστε και ενεργούμε. Όταν είμαστε ψυχικά υγιείς χειριζόμαστε το άγχος, επικοινωνούμε καλύτερα και κάνουμε υγιείς επιλογές, όμως υπάρχουν περιπτώσεις που οι απαιτήσεις είναι πάνω από τις δυνάμεις μας και η αντιμετώπιση τους επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία και ανάλογα το άτομα εμφανίζονται ψυχικές διαταραχές. Αυτές οι απαιτήσεις μπορεί να είναι: άσχημες εμπειρίες όπως κακοποίηση, χρόνια νοσήματα όπως καρκίνος, διαβήτης, χρήση ουσιών όπως ναρκωτικών, αλκοόλ και καταστάσεις όπως η μοναξιά. (12) Η ψυχική υγεία είναι το θεμέλιο για τα συναισθήματα, τη σκέψη, την επικοινωνία, τη μάθηση, την ανθεκτικότητα και την αυτοεκτίμηση. Η ψυχική υγεία είναι επίσης το κλειδί για τις διαπροσωπικές σχέσεις, την προσωπική και συναισθηματική ευημερία και την συμβολή στην κοινότητα ή την κοινωνία. (13)

2.2 Ψυχική Διαταραχή

Η ψυχική διαταραχή είναι ένα ιατρικό πρόβλημα όπως ακριβώς και η καρδιοπάθεια, το οποίο απαιτεί ιατρική βοήθεια χωρίς την υποβάθμιση του προβλήματος εξαιτίας κοινωνικών και στερεοτυπικών αντιλήψεων. Οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές :

- Ένας στους πέντε, δηλαδή 19%, περίπου ενήλικες στις Η.Π.Α. εμφανίζουν κάποια ψυχικό νόσημα.
- Ένας στους 24, δηλαδή 4,1%, περίπου έχει σοβαρή ψυχική ασθένεια.
- Ένας στους 12 δηλαδή 8,5%, περίπου έχει διαταραχή από χρήση ουσιών

Η ψυχική ασθένεια αφορά:

- Αλλαγές στη σκέψη στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά.
- Δυσφορία και προβλήματα λειτουργίας σε κοινωνικές, εργασιακές ή οικογενειακές δραστηριότητες.

Οι ψυχικές ασθένειες δεν κάνουν διακρίσεις, μπορούν να εμφανιστούν σε οποιονδήποτε και σε οποιαδήποτε ηλικία. Βέβαια υπάρχουν θεραπείες για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να διαχειριστούν με επιτυχία καταστάσεις ψυχικής διαταραχής. (13)

Οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές είναι:

i) Η κατάθλιψη η οποία είναι νόσος που προκαλεί μια συνεχή επιδείνωση της συναισθηματικής κατάστασης, και αποτελείται από έναν συνδυασμό συμπτωμάτων με χαρακτηριστικότερα την θλίψη, τις αρνητικές σκέψεις, την απώλεια ενδιαφερόντων, την μείωση του συναισθήματος ευχαρίστησης, την έλλειψη αυτοεκτίμησης, την εύκολη κόπωση, τη δυσκολία συγκέντρωσης, την μειωμένη απόδοση στην εργασία. Συχνά αυτά τα συμπτώματα συνοδεύονται με σωματικά ενοχλήματα. Η μείζων κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή στην αυτοκτονία.

ii) Η διπολική διαταραχή, με το χαρακτηριστικό των εναλλαγών καταστάσεων κατάθλιψης και μανίας. Τα συμπτώματα της μανίας είναι η υπερβολική συμπεριφορά, υπερεκτίμηση του εγώ, η νευρικότητα, η έντονη δραστηριότητα, η αϋπνία.

iii) Οι ψυχώσεις όπως η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από παρανοήσεις, ψευδαισθήσεις ακουστικές ή οπτικές, φανταστικές ιδέες και πολλές υποψίες.

iv) Οι άνοιες όπως το Αλτσχάϊμερ χαρακτηρίζεται από απώλεια μνήμης, γλώσσας, κρίσης, προσανατολισμού του χώρου και χρόνου.

v) Αναπτυξιακές διαταραχές όπως ο αυτισμός που εμφανίζεται στα παιδιά και περιλαμβάνει μαθησιακές διαταραχές, κινητικές διαταραχές και διαταραχές του λόγου. (14)

Η κατάθλιψη είναι ένας σοβαρός παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση σωματικών προβλημάτων όπως του σακχαρώδη διαβήτη, καρδιολογικών παθήσεων και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων κ.α. Αλλά και οι χρόνιες παθήσεις όπως η νεφρική ανεπάρκεια, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης ψυχικών ασθενειών όπως της κατάθλιψης. (12)

2.3 Άγχος

Η λέξη άγχος προέρχεται από το ρήμα «άγχω», το οποίο σημαίνει πιέζω δυνατά στο λαιμό και από το ρήμα «άγχομαι» το οποίο σημαίνει πνίγομαι. Από την ετυμολογία της λέξης καταλαβαίνουμε ότι το άτομο με άγχος νιώθει ότι πνίγεται.(15)

Το άγχος στη σύγχρονη εποχή αποτελεί φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση σε μια απειλή ή στην αντιμετώπιση δύσκολης κατάστασης. Όταν το άγχος είναι μικρής έντασης χαρακτηρίζεται ως φυσιολογικό και χρήσιμο στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας, με αυτό οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις αυξάνονται, ενώ όταν το άγχος είναι επίμονο και μεγάλης έντασης χαρακτηρίζεται ως παθολογικό γιατί δημιουργεί διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπου.(16) Στα χρόνια προβλήματα υγείας ένας ακόμη παράγοντας που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται είναι το άγχος που αναπτύσσουν οι ασθενείς. Τα σοβαρά νοσήματα προκαλούν ανησυχία, απαισιοδοξία και απελπισία, γεννιούνται φόβοι για την έκβαση της νόσου. Μειώνεται η αυτοεκτίμηση του ατόμου και πυροδοτείτε το άγχος. Βέβαια πρέπει να δούμε και τις ευεργετικές ιδιότητες του άγχους διότι κινητοποιεί τον ασθενή και ζητά ιατρική βοήθεια, συμβαίνει και το αντίστροφο όπου από το άγχος – φόβο του ο ασθενής αποφεύγει τις ιατρικές πράξεις όπως χειρουργικές επεμβάσεις, αναισθησία κ.α. (15)

Τα συμπτώματα του άγχους διακρίνονται σε σωματικά και ψυχολογικά. Τα σωματικά συμπτώματα είναι η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού ή κόμπου στον λαιμό, ο πόνος στο στήθος, το αίσθημα παλμών, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, η κόπωση, η αδυναμία, η ζάλη, η εφίδρωση, η συχνοουρία και η κεφαλαλγία, ενώ τα ψυχικά συμπτώματα είναι η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα αόριστου φόβου, η νευρικότητα, η διάσπαση προσοχής, η δυσκολία συγκέντρωσης, το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας, η μη ανταπόκριση στις καθημερινές δραστηριότητες. Τα σωματικά συμπτώματα δημιουργούν έντονη απειλή για την υγεία και βέβαια αυτό επιδεινώνει το άγχος. (16)

Οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αγχώδεις διαταραχές. Οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να αναγκάσουν τους ανθρώπους να προσπαθήσουν να αποφύγουν καταστάσεις που προκαλούν ή επιδεινώνουν τα συμπτώματα τους. Η εργασία, το σχολείο και οι προσωπικές σχέσεις μπορούν να επηρεαστούν. Για να διαγνωστεί ένα άτομο με αγχώδη διαταραχή ο φόβος ή το άγχος θα πρέπει να είναι δυσανάλογο με την κατάσταση ή ακατάλληλο για την ηλικία και να εμποδίζουν την ικανότητα για κανονική λειτουργία. Οι τύποι αγχωδών διαταραχών είναι: η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή πανικού, οι ειδικές φοβίες, η αγοροφοβία, η κοινωνική αγχώδης διαταραχή και η διαταραχή άγχους αποχωρισμού.

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τόσο οι γενετικοί όσο και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στον κίνδυνο ανάπτυξης αγχώδης διαταραχής. Οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να εμφανιστούν σε οικογένειες άρα ίσως οφείλεται σε γονίδια και περιβαλλοντικό στρες. Η θεραπεία του άγχους είναι με ψυχοθεραπεία ή θεραπεία ομιλίας και φάρμακα όπως βενζοδιαζεπίνες, αντικαταθλιπτικά και οι β-αναστολείς. Ακόμη χρησιμοποιούνται και μη βενζοδιαζεπινικά αγχολυτικά π.χ. νευροληπτικά και η βουσπιρόνη.(15)(13) Επίσης ο κάθε άνθρωπος έχει τρόπους για να διαχειρίζεται το άγχος, όπως τεχνικές διαχείρισης του στρες και ο διαλογισμός. Η γνώση γύρω από την διαταραχή βοηθάει στην αντιμετώπιση του. (13)

2.4 Κατάθλιψη

2.4.1 Ορισμός και Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη είναι μία διαταραχή του συναισθήματος με βασικά χαρακτηριστικά τη συνεχή επιδείνωση της διάθεσης, τη μείωση της ευχαρίστησης και τις αρνητικές σκέψεις. Είναι μια άσχημη εμπειρία που κάποιες φορές ξεπερνιέται αρκετά γρήγορα και κάποιες άλλες μπορεί να διαρκέσει περισσότερο και να χρειαστεί θεραπεία. Τα χαρακτηριστικά και τα αισθήματα της κατάθλιψης είναι: θλίψη, δυστυχία, απελπισία, μελαγχολία, ενοχή, έλλειψη αισιοδοξίας και ενδιαφερόντων, απώλεια ενέργειας, συνεχόμενη κούραση και δυσκολία στη συγκέντρωση, στον ύπνο και στη μνήμη κ.α.(17) (18)

Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη είναι μία ευρέως γνωστή ψυχιατρική διαταραχή, η οποία απασχολεί τουλάχιστον το 5% των ενηλίκων σε παγκόσμιο επίπεδο. Αποτελεί την τέταρτη συχνότερη αιτία αναπηρίας και δυστυχώς είναι νόσος συχνή και υποτροπιάζουσα. Περίπου 280 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο έχουν κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι διαφορετική από τις συναισθηματικές διακυμάνσεις και αλλαγές στην διάθεση. Ο καταθλιπτικός ασθενής υποφέρει και λειτουργεί περιορισμένα στην εργασία, στο σχολείο και στην οικογένεια, και όμως δεν λαμβάνει καμία φαρμακευτική αγωγή. Στην χειρότερη περίπτωση, η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Περίπου 700.000 άνθρωποι διαπράττουν αυτοχειρία ως αποτέλεσμα της κατάθλιψης κάθε χρόνο και καταγράφεται ως η τέταρτη αιτία θανάτου στις ηλικίες 15-29 ετών. Μόνο το 25% των καταθλιπτικών σε χώρες χαμηλού εισοδήματος λαμβάνει αποτελεσματική θεραπεία. Τα εμπόδια για την παροχή είναι το κοινωνικό στίγμα, έλλειψη πόρων και έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού.(19) Εκτιμάται ότι μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οχτώ άνδρες θα παρουσιάσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους. Σύμφωνα με μελέτες, τα ποσοστά της κατάθλιψης σε κάποιες περιοχές της Ελλάδας φτάνει στο 17,5% στις γυναίκες και το 14,6% στους άνδρες. Από αυτό το ποσοστό μόνο το 40% ακολουθεί κάποια θεραπεία. Έχει υπολογιστεί ότι από τα άτομα που προσέρχονται σε μονάδες Π.Φ.Υ., το 12% πάσχει από κατάθλιψη.(20)

2.4.2 Συμπτώματα, αίτια και θεραπεία

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης κατανέμονται σε πέντε βασικές διαστάσεις:

- I. Συναισθηματική διάσταση είναι όταν ο ασθενής βιώνει σε έντονο βαθμό καταστάσεις και επιδρά στην λειτουργικότητα του, τέτοια συμπτώματα είναι το άγχος, ο θυμός, ο εκνευρισμός και η καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση.
- II. Συμπεριφορική διάσταση είναι όταν ο ασθενής δυσκολεύεται να κάνει τις πιο απλές πράξεις, καθυστερεί, αποφεύγει ευθύνες και δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις. Υπάρχουν χαρακτηριστικά της κατάστασης και στο σώμα π.χ. σκυφτή στάση, αργή ομιλία, βλέμμα χαμηλό.
- III. Γνωστική διάσταση έχει σχέση με το πως σκέφτεται για τον εαυτό του και πως εκτιμά την ζωή, σε όλα είναι απαισιόδοξος και αρνητικός. Υπάρχει διαταραχή της συγκέντρωσης, της προσοχής και της μνήμης.

- IV. Λειτουργική διάσταση έχει σχέση με το πως λειτουργεί στην εργασία του και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Το χαρακτηριστικό στη δουλειά είναι η ελάττωση της αποδοτικότητας και της επικοινωνίας, ενώ στις διαπροσωπικές σχέσεις υπάρχει ένταση, τριβές και κακή επικοινωνία.
- V. Σωματική διάσταση είναι τα συμπτώματα που εκδηλώνονται μέσω των σωματικών λειτουργιών όπως ανορεξία, κόπωση, αϋπνίες, απώλεια βάρους ή και αύξησης βάρους σε ήπιες μορφές κατάθλιψης. (21)

Αίτια

Η κατάθλιψη είναι μία νόσος πολυπαραγοντική, καθώς αλληλοεπιδρούν κληρονομικοί, βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Αναλυτικότερα, η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης οφείλεται σε απώλεια αγαπημένων προσώπων και απώλεια ή έλλειψη εργασίας, σε ενδοκρινολογικές διαταραχές, σε νοσήματα του Κ.Ν.Σ. όπως το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το Parkinson, σε διάφορες διαταραχές όπως είναι του θυρεοειδή, η αναιμία, ο καρκίνος, ο σακχαρώδης διαβήτης κ.α. Ακόμη για την κατάθλιψη ευθύνονται κάποια φάρμακα όπως η κορτιζόλη και κάποια αντιυπερτασικά. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο έχει και η χρήση αλκοόλ και διάφορων ναρκωτικών ουσιών. Σαφέστατα η προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση και εξέλιξη της κατάθλιψης.(22)

Η απώλεια της υγείας είναι ένας ακόμη σοβαρός παράγοντας που οδηγεί στην κατάθλιψη, καθώς παρουσιάζονται συμπτώματα όπως πένθος, θλίψη, άρνηση, άγχος και οργή, συναισθήματα που αν ο ασθενής δεν μπορεί να διαχειριστεί τον οδηγούν στην κατάθλιψη.(22)

Θεραπεία

Η ήπια κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί με ψυχοθεραπεία, ενώ για την μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη χρειάζεται θεραπεία συνδυαστική, με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ψυχοθεραπεία. Είδος ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιείται συχνά είναι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, που εστιάζει στην επίλυση των προβλημάτων, βοηθά στην αναγνώριση των αρνητικών σκέψεων με στόχο να αλλάξει ο τρόπος που σκέφτεται και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της ζωής. Η φαρμακευτική αγωγή αποτελείται από κατηγορίες φαρμάκων όπως: τα αντικαταθλιπτικά (αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, νοραδρεναλίνης και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης), οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντιψυχωσικά και τα θυμορρυθμιστικά φάρμακα.(21)(23) Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σε άτομα με σοβαρή κατάθλιψη και αφού δεν έχουν πετύχει οι άλλες θεραπείες, η συγκεκριμένη θεραπεία προκαλεί ηλεκτρική διέγερση του εγκεφάλου και είναι αποτελεσματική. Είναι σημαντικό να κατανοήσει ο ασθενής με κατάθλιψη ότι κάποια συμπτώματα μπορούν να μειωθούν υιοθετώντας κάποιες συνήθειες π.χ. η τακτική σωματική άσκηση, υγιεινή διατροφή κ.α.(23)

2.5 Συννοσηρότητα του Σακχαρώδη Διαβήτη με την κατάθλιψη και του άγχους

Πρώτος ο Thomas Willis Βρετανός Παθολόγος το 1684 προσπάθησε να συσχετίσει την κατάθλιψη με τον Σακχαρώδη Διαβήτη, ο οποίος υποστήριξε ότι η χρόνια θλίψη και η στενοχώρια οδηγεί στον διαβήτη. Δεν μπόρεσε όμως να αποδείξει τον ισχυρισμό του. Το ερώτημα ξανά προέκυψε πριν 50 χρόνια, αν τελικά ο διαβήτης τύπου 2 είναι αιτία εμφάνισης κατάθλιψης ή αν ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι συνέπεια της κατάθλιψης. (24)

Μία μετά- ανάλυση και ανασκόπηση αποτελούμενη από 13 μελέτες που πραγματοποιήθηκε σε 6414 άτομα έδειξε ότι ο σχετικός κίνδυνος σε καταθλιπτικούς να εμφανίσουν διαβήτη αυξάνεται κατά 1,60, ενώ η παρουσία διαβήτη αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης κατά 1,15. Δεν έχει διευκρινιστεί αν υπάρχει σχέση αιτίας – αποτελέσματος μεταξύ Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και κατάθλιψης ή αν υπάρχει κάποια κοινή γενετική προδιάθεση σε αυτά τα νοσήματα. (24)

Κλινικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι διαβητικοί ασθενείς υποφέρουν από έντονο στρες/άγχος. Η αντιμετώπιση του διαβήτη απαιτεί αλλαγές στην καθημερινότητα των νοσούντων, με πιστή εφαρμογή ενός πειθαρχημένου προγράμματος φαρμακευτικής αγωγής, λαμβανόμενης από το στόμα ή με ενέσιμη μορφή-ινσουλίνη, σε συνδυασμό με δίαιτα και γυμναστική, εξετάσεις για τον έλεγχο σακχάρου και για την πρόωρη διάγνωση των επιπλοκών. Αυτό το έντονο και χρόνιο stress, κάποιους ανθρώπους τους οδηγεί στην κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι δύο φορές πιο συχνή σε ασθενείς Σ.Δ. τύπου 2 σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Ένα ποσοστό 15- 30% των ασθενών με διαβήτη εμφανίζουν κατάθλιψη, παρουσιάζοντας σε υψηλά ποσοστά χρόνιες επιπλοκές και μη ρυθμισμένο σάκχαρο. Η κατάθλιψη ως παράγοντας κινδύνου για πρόκληση Σ.Δ. τύπου 2 ισχύει, καθώς υπάρχουν μελέτες που έχουν δείξει ότι καταθλιπτικά άτομα αναπτύσσουν με το πέρασμα του χρόνου Σ.Δ.2, εξαιτίας της αντικαταθλιπτικής αγωγής που προκαλεί υπεργλυκαιμικά επεισόδια, της έλλειψης διάθεσης για σωματική δραστηριότητα και για σωστή διατροφή.(2)

Από το Υπουργείο Υγείας έχουν δημιουργηθεί κατευθυντήριες οδηγίες για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας όπου κρίνεται απαραίτητη η χρήση των κατάλληλων εργαλείων για την διάγνωση της κατάθλιψης σε άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα.(5) Συγκεκριμένα, θα πρέπει να αξιολογούνται τα συμπτώματα του άγχους, της κατάθλιψης, οι διατροφικές συνήθειες και η γνωστική κατάσταση του διαβητικού ασθενή κατά την αρχική ιατρική του διάγνωση για τον διαβήτη. Αν διαπιστωθούν ψυχοκοινωνικά προβλήματα πρέπει να παραπέμπεται σε ειδικούς π.χ. ψυχολόγο, ψυχίατρο, διαιτολόγο, κοινωνικό λειτουργό κ.α.. Επίσης συστήνεται στην πρώτη επίσκεψη να είναι παρόντα και μέλη της οικογένειας. Σε κάθε επανέλεγχο του διαβητικού ασθενή, θα πρέπει να γίνεται εκτίμηση της συμμόρφωσης με τις θεραπευτικές οδηγίες που είχαν δοθεί και με τα κατάλληλα εργαλεία τύπου ερωτηματολογίων π.χ. (PHQ-9) να αξιολογείται η ψυχική του κατάσταση.(25)

Η κατάθλιψη είναι ένα νόσημα που συνυπάρχει με τον διαβήτη τύπου 2, με εκτιμώμενο επιπολασμό 15-20%, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό που ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης είναι 2-9%. Η συνύπαρξη και των δύο νοσημάτων αυξάνουν την θνησιμότητα των διαβητικών, καθώς εντείνεται και ο κίνδυνος επιπλοκών.(26)

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης αυξάνεται με την ηλικία και επηρεάζει το 20-40% των διαβητικών στην καθημερινότητα τους. Βασική αιτία είναι οι σοβαρές επιπλοκές που κάνουν την εμφάνισή τους μετά από την χρόνια, μη αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου όπως το έλκος ποδιού, το έμφραγμα μυοκαρδίου, η νευροπάθεια που αυξάνονται στην τρίτη ηλικία καθιστώντας τους ασθενείς ανήμπορους να αυτοεξυπηρετηθούν. Το γεγονός ότι εξαρτώνται από φροντιστές και απομονώνονται κοινωνικά, τους προκαλεί σε αρκετές περιπτώσεις ακόμη και τάσεις αυτοκτονίας. Η σωστή αντιμετώπιση της κατάθλιψης βελτιώνει την ποιότητα ζωής και αυξάνει την ικανότητα του διαβητικού για αυτοφροντίδα. Συγχρόνως, μειώνονται οι κρατικές δαπάνες για την αντιμετώπιση των επιπλοκών που μόνο για την θεραπεία του διαβητικού ποδιού στις Η.Π.Α. το κόστος φτάνει ανά άτομο τα 107.000\$ όταν χρειαστεί και ακρωτηριασμός. Η ψυχική υγεία των

διαβητικών επιβαρύνεται λόγω των σοβαρών επιπλοκών από τα έλκη στα πόδια και του ενδεχόμενου ακρωτηριασμού. Για αποτελεσματική αντιμετώπιση της συννοσηρότητας είναι απαραίτητη η συνεργασία επαγγελματιών υγείας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας.(27)

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα νόσημα για το οποίο απαιτείται η πιστή συμμόρφωση σε κανόνες διατροφής, σωματικής άσκησης, τακτικούς ελέγχους από ειδικούς γιατρούς και τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Διαπιστώθηκε σε έρευνα που έγινε σε μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στη Μασαχουσέτη ότι 19% των διαβητικών τύπου 2 εμφάνιζαν στοιχεία πιθανής κατάθλιψης που συσχετίστηκαν με την μειωμένη αυτοφροντίδα των ασθενών, ξεκινώντας από την διατροφή και την μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και την μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Τα αποτελέσματα έδειξαν μία συνεχή σχέση μεταξύ κατάθλιψης και μειωμένης αυτοφροντίδας, άρα αύξηση επιπλοκών, νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τονίστηκε η ανάγκη για εφαρμογή προ-συμπτωματικού ελέγχου κατάθλιψης σε όλες τις χρόνιες παθήσεις στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Απαιτείται βελτίωση στην θεραπεία της κατάθλιψης με φαρμακευτική αγωγή ή συνεδρίες καθώς τα κλινικά συμπτώματα της κατάθλιψης επηρεάζουν αρνητικά την συμμόρφωση στην θεραπεία του διαβήτη τύπου 2.(26)

Τα ποσοστά κατάθλιψης στους διαβητικούς τύπου 2 διαφέρουν από φυλή σε φυλή, υπάρχουν διακυμάνσεις στον επιπολασμό της, εξαιτίας παραγόντων που έχουν σχέση με τον κάθε πολιτισμό ξεκινώντας από την διατροφή και συνήθειες όπως το κάπνισμα, ακόμα και το πως αντιλαμβάνονται τα χρόνια νοσήματα και τις θεραπείες.(28)

Σε μία ανασκόπηση και μετά- ανάλυση που πραγματοποιήθηκε προέκυψε ότι αυξάνεται ο κίνδυνος καταθλιπτικής διαταραχής μετά από 2 χρόνια από την διάγνωση του διαβήτη. Σε μια άλλη μελέτη συγκρίθηκαν δύο ομάδες μία που έλαβε εντατική θεραπεία διαβήτη η οποία και εμφάνισε περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στα πρώτα 3 χρόνια έναντι της ομάδας που έλαβε λιγότερο εντατική θεραπεία.(29)

Αποτελεί γενική διαπίστωση ότι η κατάθλιψη επιδρά στην ποιότητα ζωής των ατόμων με διαβήτη, και είναι αρκετοί παράγοντες που την επηρεάζουν όπως η ηλικία , το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα κ.α.. Η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων συμβάλλει στην ανεπαρκή αυτοφροντίδα, την κακή συμμόρφωση στην ιατρική θεραπεία. με αποτέλεσμα την επιδείνωση της νοσηρότητας. Επιπλέον, αρνητικά συντελεί το γεγονός ότι αδυνατούν να συμμορφωθούν με τις συμβουλές διατροφής και άσκησης.(30)

2.5.1 Χαρακτηριστικά της συννοσηρότητας

Η συννοσηρότητα του Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 με την κατάθλιψη έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία, την αύξηση των επιπλοκών, της νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Η κακή ρύθμιση του σακχάρου συμβαίνει για πολλούς λόγους. Ο πρώτος είναι η μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και των θεραπευτικών οδηγιών.

Συγκεκριμένα έγινε μία μελέτη σε 4.463 άτομα με διαβήτη όπου αξιολογήθηκε η αυτοφροντίδα, η παρακολούθηση του διαβήτη και η κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι διαβητικοί με μείζονα κατάθλιψη εμφάνισαν λιγότερη προσκόλληση στην φαρμακευτική αγωγή από το στόμα για τον διαβήτη, την υπέρταση και την υπερλιπιδαιμία, από τους διαβητικούς χωρίς κατάθλιψη. Αναλυτικότερα, 80 ήμερες τον προηγούμενο χρόνο δεν έλαβαν την φαρμακευτική αγωγή, ποσοστό της τάξης του 24,5%, ενώ οι μη

καταθλιπτικοί ασθενείς δεν έλαβαν την αγωγή τους 62 ημέρες ποσοστό 18,8%. Επίσης, πάνω από το 59,8% δεν είχε εφοδιαστεί με τα φάρμακά του για ένα μήνα και το 27% είχε περισσότερο από 3 μήνες να εφοδιαστεί με τα φάρμακά του. (31)

Ο δεύτερος λόγος κακής ρύθμισης του σακχάρου είναι η έλλειψη σωματικής άσκησης και υγιεινής διατροφής, η μελέτη της Lin αξιολόγησε και αυτούς τους δύο παράγοντες. Τα αποτελέσματα έδειξαν και εδώ ότι τα ποσοστά της σωματικής άσκησης και της υγιεινής διατροφής ήταν χαμηλά στους καταθλιπτικούς με σακχαρώδη διαβήτη συγκριτικά με τους μη καταθλιπτικούς.(31)

Ο τρίτος λόγος κακής ρύθμισης του σακχάρου είναι η παχυσαρκία και το κάπνισμα. Οι δύο αυτοί παράγοντες σχετίστηκαν σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 4.193 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, όπου η ομάδα με μείζονα κατάθλιψη ήταν η ομάδα με τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών και με υψηλό δείκτη μάζας σώματος $\Delta\text{ΜΣ} \geq 30\text{kg/m}^2$ (παχυσαρκία).(32)

2.5.2 Επιδείνωση των επιπλοκών του Σ.Δ. λόγω κατάθλιψης

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι υπεύθυνος για πολλές σοβαρές επιπλοκές στην υγεία του ασθενούς, οι οποίες με την προσθήκη της κατάθλιψης επιδεινώνουν και την ποιότητα ζωής του διαβητικού.

Η συσχέτιση της κατάθλιψης με τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 τεκμηριώνεται σε μελέτη που έγινε σε 4.600 διαβητικούς τύπου 2. Βρέθηκε ότι τα άτομα με κατάθλιψη διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μικρό-αγγειακών και μακρό-αγγειακών επιπλοκών σε σχέση με άτομα χωρίς κατάθλιψη. Οι ασθενείς με Σ.Δ.2 και μείζονα κατάθλιψη είχαν 36% υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν μικροαγγειακές επιπλοκές όπως νεφρική νόσο τελικού σταδίου, τύφλωση από αμφιβληστροειδοπάθεια, και 25% υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν μακροαγγειακές επιπλοκές όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό σε σύγκριση με διαβητικούς ασθενείς χωρίς κατάθλιψη.(33)

2.5.3 Μηχανισμοί συσχέτισης του Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και της κατάθλιψης

Ο υψηλός επιπολασμός της κατάθλιψης στον διαβήτη τύπου 2 πιθανότατα οφείλεται στην υπεργλυκαιμία και την αντίσταση στην ινσουλίνη μέσω διάφορων μηχανισμών, όπως στην κούραση, νευρική φύση, δυσκολία συγκέντρωσης, αλλά και σε σοβαρές επιπλοκές νευρολογικής φύσεως. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα άτομα με αδιάγνωστο διαβήτη έχουν χαμηλό ποσοστό κατάθλιψης. Αυτό δηλώνει ότι εφόσον δεν γνωρίζουν από τι πάσχουν δεν νιώθουν το ψυχολογικό βάρος που έχουν οι διαβητικοί για την πάθησή τους. Συμπερασματικά, τα ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης σε αδιάγνωστους ασθενείς με ΣΔ2 σε σύγκριση με όσους δεν έχουν Σ.Δ.2 είναι το ίδιο, άρα το άγχος για την νόσο με τις επιπλοκές επιδρούν περισσότερο στην αύξηση του ποσοστού της κατάθλιψης απ' ότι η διαταραχή της υπεργλυκαιμίας.(29)

Ένας άλλος μηχανισμός είναι η αγωνία του διαβητικού για τις επιπλοκές, την θεραπεία, τους τακτικούς ελέγχους. Μία μελέτη έδειξε ότι ο κίνδυνος κατάθλιψης αυξάνεται στα 2 χρόνια μετά την διάγνωση του διαβήτη τύπου 2 και χωρίς να έχει επιπλοκές. Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που συνυπάρχει και με άλλα χρόνια νοσήματα π.χ. παθήσεις που συνοδεύονται από έντονους πόνους- καρκίνος, δυσχέρεια αναπνοής -άσθμα, καρδιολογικά προβλήματα και νεφρική ανεπάρκεια.(29) Ένας κοινός περιβαλλοντικός παράγοντας υπεύθυνος για την ενεργοποίηση του Σ.Δ. τύπου 2 και της κατάθλιψης, είναι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Άλλες κοινές αιτίες είναι η καθιστική ζωή, η ανθυγιεινή διατροφή και η αϋπνία.(34)

Παθολογικοί μηχανισμοί υπεύθυνοι για την συννοσηρότητα είναι το χρόνιο στρες που ενεργοποιεί το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και τον άξονα υποθάλαμος -υπόφυση- επινεφρίδια, με αποτέλεσμα την παραγωγή περισσότερης κορτιζόλης, αδρεναλίνης, νορ- αδρεναλίνης από τα επινεφρίδια, ακολουθεί η ενεργοποίηση του συστήματος φόβου και η αύξηση του άγχους, της ανορεξίας ή της υπερφαγίας. Επιπρόσθετα, από τις παραπάνω ορμόνες προκαλείται η δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και αύξηση των φλεγμονώδη κυτοκινών. Οι κυτοκίνες αλληλοεπιδρούν με τα β- παγκρεατικά κύτταρα και προκαλούν την αντίσταση στην ινσουλίνη και έτσι παρουσιάζεται ο Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Η αυξημένη ποσότητα κορτιζόλης προκαλεί διαταραχές στη νευρογένεση του ιππόκαμπου. Ο ιππόκαμπος είναι περιοχή του εγκεφάλου που σχετίζεται με την κατάθλιψη και τον Σακχαρώδη διαβήτη.(34)

Η υπογλυκαιμία των διαβητικών πυροδοτεί την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ακόμη βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης σε άτομα ηλικίας 40 ετών με διαβήτη, οι οποίοι ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή με δισκία σε σύγκριση με άτομα 70 ετών. Αποδείχθηκε ότι η χρήση ενέσιμης ινσουλίνης σε ηλικιωμένους βελτίωσε τα επίπεδα κατάθλιψης.(34)

Αξίζει να αναφέρουμε μία παρενέργεια από την μακροχρόνια χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, η οποία είναι η αύξηση του γλυκαιμικού δείκτη. Η αντικαταθλιπτική αγωγή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τον Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η καλύτερη θεραπεία για την κατάθλιψη είναι με αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης που βελτιώνει την τιμή του σακχάρου σε καταθλιπτικούς με Σ.Δ. 2. Ο διαβήτης προκαλεί ανεπαρκή αιμάτωση του εγκεφάλου και αλλοιώσεις του. Αλλά και η κατάθλιψη έχει σχέση με εκφυλίσεις του εγκεφάλου που προκαλούνται από χρόνιες φλεγμονές.(34)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Διατροφή

3.1 Μεσογειακή διατροφή

Ο ρόλος της υγιεινής διατροφής είναι ιδιαίτερα σημαντικός στις μέρες μας. Πολλαπλές έρευνες τεκμηριώνουν την ευεργετική επίδραση της παραδοσιακής μεσογειακής διατροφής στην υγεία με αποτέλεσμα να είναι επιστημονικά αποδεκτή ως ένα από τα υγιεινότερα διατροφικά πρότυπα.(35) Το 2010 ο Οργανισμός των Ηνωμένων Εθνών (UNESCO) ανέδειξε την Μεσογειακή Διατροφή ως «άυλο πολιτιστικό αγαθό της ανθρωπότητας».(35)

Η Μεσογειακή Διατροφή βασίζεται στις διατροφικές παραδόσεις της Κρήτης και της Νότιας Ιταλίας. Τα οφέλη της Μ.Δ. είναι γνωστά από την δεκαετία του 1960, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης (Ancel Keys) που πραγματοποιήθηκε σε 8 χώρες, διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός των καρδιαγγειακών νοσημάτων και του καρκίνου σε άνδρες που ζούσαν στα ορεινά της Κρήτης ήταν μειωμένος συγκριτικά με τους συμμετέχοντες των άλλων χωρών. Μετά από 25 χρόνια υλοποιήθηκε εκ νέου αντίστοιχη μελέτη, με την Κρήτη και την Νότια Ιταλία να έχουν παρόμοια χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας από καρκίνο και καρδιαγγειακά νοσήματα και αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης. Η ταύτιση των δύο αυτών περιοχών είναι οι διατροφικές τους συνήθειες, οι οποίες μελετήθηκαν και δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας W.H.O. η γνωστή πυραμίδα της Μεσογειακής Δίαιτας σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο του Harvard και Ελλήνων Επιστημών.

Στην βάση της πυραμίδας είναι τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται σε καθημερινή βάση όπως φρούτα, λαχανικά, όσπρια, δημητριακά και ελαιόλαδο ως βασικό λίπος. Κατανάλωση κόκκινου άπαχου κρέατος μερικές φορές το μήνα και σε μικρές ποσότητες.

Χαμηλή ως μέτρια κατανάλωση τροφίμων ζωικής προέλευσης, όπως γαλακτοκομικά προϊόντων με εξαίρεση το τυρί και το γιαούρτι τα οποία μπορούν να καταναλώνονται καθημερινά.(36)

Τα χαρακτηριστικά της Μεσογειακής Διατροφής, τα οποία είναι:

1. Η καθημερινή κατανάλωση φυτικών τροφίμων όπως λαχανικά, δημητριακά, φρούτα, όσπρια και ξηροί καρποί.
2. Η προτίμηση φρέσκων προϊόντων χωρίς επεξεργασία, εποχής και τοπικά προϊόντα είναι το ιδανικό.
3. Η προτίμηση γλυκών φτιαγμένων από ξηρούς καρπούς, μέλι και ελαιόλαδου, λίγες φορές την εβδομάδα.
4. Χρήση του ελαιόλαδου ως λιπαρή ουσία.
5. Η καθημερινή πρόσληψη γαλακτοκομικών προϊόντων σε μικρές ή μέτριες ποσότητες.
6. Η κατανάλωση μέχρι 4 αυγών την εβδομάδα.
7. Η κατανάλωση μικρής έως μέτριας ποσότητας λευκού κρέατος και ψαριών.
8. Μικρή κατανάλωση κόκκινου κρέατος.
9. Μικρή έως μέτρια κατανάλωση κρασιού μαζί με το γεύμα.(35)

3.2 Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 και Μεσογειακή Διατροφή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προωθεί την ανάπτυξη στρατηγικών που επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, προτείνοντας στις χώρες μέτρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση ασθενειών που σχετίζονται με την διατροφή και την παχυσαρκία. Μία από αυτές είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2, όπου η διαίτα έχει έναν από τους θεμελιώδεις ρόλους στην συνολική αντιμετώπιση της νόσου. Η ανθυγιεινή διατροφή είναι ένας σημαντικός παράγοντας εμφάνισης και επιδείνωσης του Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Η κατάλληλη διατροφή για τους διαβητικούς έχει διαφοροποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες, από την στερητική διαίτα με ελάχιστους υδατάνθρακες και αυξημένα λιπαρά, σε διαίτα αρκετά πιο ελεύθερη και υγιεινή, η οποία παρουσιάζει εμφανή πολλαπλά οφέλη για την σωστή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού.

Οι στόχοι της σωστής διατροφής ενός διαβητικού είναι να διατηρήσει την γλυκόζη σε φυσιολογικά επίπεδα, να ελαχιστοποιήσει την εμφάνιση υπογλυκαιμίας, να μειώσει τον κίνδυνο επιπλοκών, να πετύχει την απώλεια βάρους σε όσους το χρειάζονται. Τα χαρακτηριστικά μίας διαβητικής διατροφής είναι η προσαρμογή των θερμίδων στις καθημερινές του ανάγκες. Ιδανικά θα πρέπει να περιέχει αυξημένους υδατάνθρακες και σύνθετους υδατάνθρακες όπως φυτικές ίνες και μειωμένα σάκχαρα, μειωμένο λίπος, μειωμένο αλάτι και μειωμένες πρωτεΐνες. Συστήνεται ο διαβητικός να έχει Δείκτη μάζας σώματος από 18,5 έως 24,9 kg/m². Αν ο Δ.Μ.Σ. είναι παραπάνω από 25 τότε συστήνεται διατροφή με λιγότερες θερμίδες αλλά οι υδατάνθρακες δεν θα πρέπει να είναι λιγότερο από 130 γραμμάρια ημερησίως. (37)

Οι περισσότεροι άνθρωποι με διαβήτη δυσκολεύονται να συμμορφωθούν με ένα πρόγραμμα διατροφής, για αυτό από την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία συνίσταται η λεγόμενη διατροφική εκπαίδευση του

διαβητικού, μαζί με συμβουλευτική πάνω στο ιδανικό εξατομικευμένο διατροφικό πλάνο, ιδανικά συνοδευόμενη από τακτική παρακολούθηση διαιτολόγου.(37)

Η PREDIMED είναι μία δοκιμή που έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες για την Μεσογειακή Διατροφή και την θετική επίδραση της σε διάφορα νοσήματα. Συγκεκριμένα, σε μια ανασκόπηση και μετα-ανάλυση αναφέρονται ορισμένες από αυτές. Ειδικότερα, μία από αυτές έγινε σε 3541 ασθενείς χωρίς διαβήτη αλλά με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακού νοσήματος, οι οποίοι ακολούθησαν μεσογειακή διατροφή για 4 χρόνια και παρατηρήθηκε μείωση του κινδύνου εμφάνισης διαβήτη κατά 40%. Η πρόληψη του διαβήτη με Μεσογειακή Διατροφή εξετάστηκε με δύο μετά-αναλύσεις, όπου αξιολογήθηκε η τήρηση της Μ.Δ. και η συχνότητα εμφάνισης Σ.Δ.2. Τα αποτελέσματα έδειξαν μείωση από 19% έως 23% της εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Από άλλες μετά- αναλύσεις προκύπτει ότι με την τήρηση για δύο χρόνια μίας μεσογειακής διατροφής από παχύσαρκους διαβητικούς μπορεί να μειώσει την τιμή HbA1c κατά $0,5 \pm 1,1\%$. Επίσης, μειώνεται η συνολική χοληστερίνη και αυξάνονται τα επίπεδα χοληστερόλης HDL με την μεσογειακή διατροφή, οπότε προστατεύει από καρδιαγγειακά νοσήματα τους διαβητικούς. Και τέλος μία ακόμη μελέτη βασισμένη στην κλίμακα PREDIMED και μετά από 4,8 χρόνια παρακολούθησης 3614 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 έδειξε 28% μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακού επεισοδίου.(38) Συμπέρασμα αυτής της ανασκόπησης είναι ότι η μεσογειακή διατροφή με μειωμένη την περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες ταιριάζει καλύτερα σε άτομα με διαβήτη τύπου 2 ή σε αυτούς που έχουν αυξημένο κίνδυνο «at risk» για διαβήτη. (38)

Η σωστή διατροφή στους διαβητικούς ασθενείς είναι μέρος της θεραπείας και πρόληψης του Σ.Δ.2. Υπάρχουν γενικές οδηγίες από διάφορες διαβητολογικές εταιρείες όπως της Αμερικάνικης(A.D.A.) και της Βρετανικής(B.D.A.). Τα τελευταία χρόνια οι οδηγίες διατροφής έχουν διαφοροποιηθεί και από στερητική διαίτα με περιορισμένους υδατάνθρακες έχουν οδηγηθεί σε μια υγιεινή διατροφή με τους υδατάνθρακες(δημητριακά ολικής άλεσης, φρούτα, λαχανικά, όσπρια και ημίπαχα γαλακτοκομικά) να καλύπτουν το 45-60% του συνόλου πρόσληψης ενέργειας.(3) Η ανθυγιεινή διατροφή και η καθιστική ζωή έχουν θεωρηθεί ότι συμβάλλουν ραγδαία στην ανάπτυξη του διαβήτη τύπου 2. Η Μεσογειακή Διατροφή συνιστάται από την Αμερικάνικη Ένωση Διαβήτη (A.D.A.), καθώς έχει αποδειχθεί από μελέτες ότι μειώνει τα επίπεδα HbA1c κατά 0,30-0,47%, μειώνει την γλυκόζη νηστείας και ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επιπλοκών.

Πολλές μελέτες σχετικά με την πρόληψη του Σ.Δ.2 καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι στοχευμένες παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής με βασικότερες την διατροφή, σωματική άσκηση μπορούν να μειώσουν την εμφάνιση του Διαβήτη μέχρι 58% σε διάστημα 3 ετών. Μία Βρετανική μελέτη έδειξε ότι η απώλεια βάρους τουλάχιστον 15 κιλών σε υπέρβαρους και παχύσαρκους, μπορεί να πετύχει υποστροφή του ΣΔ2 σε ποσοστό που αγγίζει το 86%. (38)

Ο σχεδιασμός του διατροφικού προγράμματος πρέπει να γίνει αφού ελεγχθεί η γλυκόζη του αίματος μετά τα γεύματα για να καθοριστεί η ποσότητα υδατανθράκων που μπορεί να καταναλώνει. Προσεκτικός θα πρέπει να είναι ο σχεδιασμός του διατροφικού προγράμματος στους ινσουλίνοεξαρτώμενους γιατί η ποσότητα, το είδος και η ώρα λήψης των υδατανθράκων πρέπει να συντονίζεται με την δόση και τον χρόνο δράσης του σκευάσματος ινσουλίνης που χρησιμοποιεί.(37)

Σύμφωνα με τον A.D.A. «AMERICAN DIABETES ASSOCIATION» έχουν οριστεί κάποιοι θεραπευτικοί στόχοι για τους διαβητικούς τύπου 2 οι οποίοι είναι:

i)HbA1c Γλυκοζυλιωμένη <7 %, ii) Αρτηριακή πίεση <140/80mmHg, iii) LDL χοληστερόλη<100mg/dl, iv)HDL χοληστερόλη >40mg/dl για τους άνδρες, v) HDL χοληστερόλη >50mg/dl για τις γυναίκες, vi)καθυστέρηση και πρόληψη επιπλοκών vii)μείωση σωματικού βάρους.(39)

3.3 Ψυχική υγεία και Διατροφή

Στη σημερινή εποχή η σχέση μεταξύ διατροφής και ψυχικής υγείας απασχολεί ολοένα και περισσότερο, υπάρχει όμως δυσκολία στο να κατανοηθούν οι μηχανισμοί συσχέτισης. Τα αποτελέσματα της ανθυγιεινής διατροφής συνήθως είναι η εμφάνιση παχυσαρκίας, η οποία σχετίζεται με το στρες και την κατάθλιψη, κάποιες φορές αυτή η σχέση είναι και αντίστροφη. Άρα μία δίαιτα χαμηλής σε κορεσμένα λιπαρά και υψηλή σε πολυακόρεστα ωμέγα 3 είναι ιδανική για αποφυγή της παχυσαρκίας, του Μεταβολικού συνδρόμου, του stress και άλλων νοσημάτων. Αναλυτικότερα μία διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, ξηρούς καρπούς και ψάρια όπως η Μεσογειακή Διατροφή σίγουρα έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία. Πρέπει να γίνουν έρευνες στο μηχανισμό δράση της διατροφής στις ψυχικές διαταραχές, ξεκινώντας από τον βιολογικό σύστημα του εγκεφάλου και του εντέρου.(40)

Ο Bremner και οι συνεργάτες του προσπάθησαν να αναλύσουν τους πολύπλοκους μηχανισμούς, όπου η διατροφή επηρεάζει αρχικά το μικροβίωμα του εντέρου στη συνέχεια τη λειτουργία του εγκεφάλου άρα και την διάθεση με ανάλογες δυσάρεστες εξελίξεις όταν η διατροφή δεν είναι ισορροπημένη. Εξέτασαν 6 διαφορετικούς τρόπους όπου εμπλέκονται οι νευροδιαβιβαστές (σεροτονίνη, νορεπινεφρίνη, ντοπαμίνη) ,η νευροορμόνη (κορτιζόλη), τα νευροπεπτίδια (γρελίνη, γαλανίνη) με τις αλλαγές στο μεταβολισμό, την παχυσαρκία , τις σωματικές διαταραχές (διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα) και κατέληξαν ότι υπάρχει στενή αλληλεπίδραση, δηλαδή όλοι οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν την διάθεση και δημιουργούν στρες όταν υπάρχει υπερφαγία- παχυσαρκία. (40)

Πρόσφατες συγχρονικές και διαχρονικές μελέτες αναφορικά με τη σχέση διατροφής και ψυχικών διαταραχών έχουν δείξει ότι όσοι ακολουθούν διατροφή με τα δυτικά πρότυπα παραδείγματος χάριν με πολλές επεξεργασμένες τροφές, κινδυνεύουν να εμφανίζουν άγχος και κατάθλιψη, συγκριτικά με όσους ακολουθούν μεσογειακή διατροφή. Στις περισσότερες έρευνες παρατηρήθηκε ότι προϋπήρχε ο τύπος διατροφής πριν εμφανιστεί η ψυχική νόσος. Αξίζει να αναφέρουμε τα αποτελέσματα μίας διαχρονικής μελέτης διάρκειας 27 ετών, κατά την οποία τα άτομα με παχυσαρκία μέσης ηλικίας είχαν διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας σε μεγαλύτερες ηλικίες. (41) Αναφορά γίνεται και στα συμπληρώματα διατροφής που έχουν ευεργετικές δράσεις στο άγχος και την ευεξία, όπως είναι το φυλλικό οξύ, τα ωμέγα -3, το έλαιο PUFA, οι βιταμίνες B₆,B₁₂. Μάλιστα στις Η.Π.Α. το φυλλικό οξύ προστίθεται στο αλεύρι για την αποφυγή κατάθλιψης λόγω ελλείψεως του. (42)

Σχετικά με τη χώρα μας αποτελέσματα μελετών έδειξαν ότι η προσκόλληση στην Μεσογειακή διατροφή διατηρεί τους ηλικιωμένους της Ελλάδος σε καλύτερη φυσική κατάσταση με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης. (43)

Η σχέση διατροφής και ψυχικής υγείας υφίσταται και από μία άλλη σκοπιά. Οι σύγχρονες διατροφικές διαταραχές τύπου νευρικής ανορεξίας, νευρικής βουλιμίας και υπερφαγίας κ.λ.π. συνυπάρχουν με ψυχικά νοσήματα όπως κατάθλιψη. Η κατάθλιψη συνυπάρχει με τις διατροφικές διαταραχές σε ποσοστό έως 50%. (44)

Η μελέτη C.H.A.P. που πραγματοποιήθηκε στο Σικάγο με συμμετέχοντες 6.000 κατοίκους άνω των 65 ετών, οι οποίοι ερωτηθήκαν σχετικά με την διατροφή τους με το MEDDIETSCORE και σχετικά με την ψυχική υγεία με χρήση ερωτηματολογίου CES-D, με ερωτήσεις γύρω από την εκπαίδευση τους, το ετήσιο εισόδημα τους, τον Δείκτη μάζας σώματος, το κάπνισμα, την ύπαρξη νοσημάτων κ.α. Οι ίδιοι συμμετέχοντες επαναλάμβαναν τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια ανά τρία χρόνια. Η έρευνα ολοκληρώθηκε επιτυχώς μετά από 12 χρόνια και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που είχαν το μικρότερο σκορ στη προσκόλληση στη Μεσογειακή Δίαιτα ήταν πιο πιθανό να είναι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, μαύροι, με χαμηλό εισόδημα, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και με πολλές πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης. Αυτή η μελέτη συσχετίστηκε με μία αντίστοιχη Ισπανική που έγινε σε 10.000 νέους, όπου υπήρχαν παρόμοια αποτελέσματα δηλαδή όσοι είχαν μεγαλύτερα σκορ στη προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή είχαν μειωμένα στοιχεία κατάθλιψης. (42)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Φυσική Δραστηριότητα

4.1 Φυσική Δραστηριότητα

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η φυσική δραστηριότητα είναι όλες οι κινήσεις που απαιτείται η συμμετοχή του μυοσκελετικού συστήματος και καταναλώνεται ενέργεια για να πραγματοποιηθούν, από το περπάτημα μέχρι τις οικιακές δουλειές. Η φυσική δραστηριότητα έχει πολλαπλά οφέλη για την υγεία της καρδιάς και του μυαλού, ένα αρχαίο γνωμικό που ίσχυε, ισχύει και θα ισχύει είναι το γνωστό: «νους υγιής εν σώματι υγιεί».

Η φυσική δραστηριότητα περιλαμβάνει κάθε δραστηριότητα όπως: α) της εργασίας, β) των οικιακών εργασιών, γ) των καθημερινών μετακινήσεων, δ) όλες οι δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο, δηλαδή κάθε δραστηριότητα προγραμματισμένη, επαναλαμβανόμενη που έχει σκοπό τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης. Ανάλογα με την ένταση της σωματικής δραστηριότητας χωρίζεται σε τρία επίπεδα: α) χαμηλής έντασης π.χ. δουλειές του σπιτιού και το περπάτημα, β) μέτριας έντασης όπως το γρήγορο περπάτημα, ο χορός, η χρήση σκάλας, εδώ το χαρακτηριστικό είναι η αύξηση των καρδιακών παλμών και των αναπνοών και γ) υψηλής έντασης όπως το τρέξιμο, το κολύμπι και η ποδηλασία σε γρήγορους ρυθμούς ανεβάζοντας τους παλμούς και τις αναπνοές πιο πολύ, χαρακτηριστικό της υψηλής έντασης είναι ότι το άτομο για να μιλήσει πρέπει να σταματήσει και να πάρει μερικές αναπνοές.

Σχετικά με την σωματική δραστηριότητα των Ευρωπαίων δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία καθώς οι περισσότερες πληροφορίες έχουν συλλεχθεί από αυτό-συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Όμως κάποια σχετικά στοιχεία έχουν αντληθεί από τις έρευνες των Ευρωβαρόμετρων όπου εξετάζονται οι απόψεις των Ευρωπαίων σε διάφορα θέματα. Αξίζει να αναφέρουμε τα αποτελέσματα ενός Ευρωβαρόμετρου που έγινε σε 27 χώρες όπου οι χώρες με το χαμηλότερο ποσοστό ατόμων που ασχολούνται με αθλήματα συστηματικά είναι η Ελλάδα με 3%, η Ιταλία με 3% και η Βουλγαρία επίσης 3%. Οι Έλληνες δηλώνουν ως εμπόδιο την έλλειψη χρόνου σε

ποσοστό 51%, συγκεκριμένα οι πιο συχνές σωματικές τους δραστηριότητες είναι οι μετακινήσεις από και προς την εργασία, το σχολείο και τα εμπορικά καταστήματα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης ΑΤΤΙΚΗ βρέθηκε ότι 53% των ανδρών και 48% των γυναικών είχαν υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας. Υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας είχαν τα άτομα που: α) κατοικούσαν σε αγροτικές περιοχές, β) είχαν αυξημένες επαγγελματικές δεξιότητες, γ) δεν είχαν παντρευτεί ποτέ, δ) είχαν ένα υγιεινό τρόπο ζωής (μη καπνιστές, με προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή). Επίσης, διαπιστώθηκε ότι όσοι έχουν συστηματική σωματική δραστηριότητα είχαν λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης στοιχείων κατάθλιψης.

Τα οφέλη από την σωματική δραστηριότητα είναι πολυάριθμα, ξεκινώντας από την μείωση της παχυσαρκίας και του λίπους στην περιοχή της κοιλιάς, τη καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και την υψηλή αντιοξειδωτική δράση που προκαλείται κατά την σωματική δραστηριότητα. Όλα τα παραπάνω συμμετέχουν στη προστασία από σοβαρά νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά, το σακχαρώδη διαβήτη, την υπέρταση, τον καρκίνο παχέος εντέρου, του μαστού, καθώς και πρόληψη από την κατάθλιψη, το άγχος και άλλες ψυχικές διαταραχές. (35)

4.2 Φυσική Δραστηριότητα και Σακχαρώδης Διαβήτης 2

Όσοι πάσχουν από Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχουν ένα σημαντικό πλεονέκτημα έναντι άλλων χρόνιων νοσημάτων, αφού τους δίνεται η δυνατότητα αλλάζοντας τον τρόπο ζωής τους να ρυθμίσουν την γλυκόζη χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Μία από αυτές τις αλλαγές είναι η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, είτε μέσω ειδικών προγραμμάτων γυμναστικής, είτε καταργώντας κάποιες καθημερινές συνήθειες, όπως η χρήση του αυτοκινήτου για μικρές αποστάσεις και του ασανσέρ κ.α.

Η φυσική δραστηριότητα είναι ανάγκη να γίνει τρόπος ζωής γιατί παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και :

- Στον έλεγχο του σακχάρου,
- Στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης,
- Στη μείωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων,
- Στη βελτίωση της δράσης της ινσουλίνης,
- Στη μείωση του τοπικού λίπος της κοιλιακής χώρας,
- Στην ενίσχυση του μυϊκού και οστικού συστήματος,
- Στον έλεγχο του βάρους,
- Στη μείωση της αρτηριακής πίεσης,
- Στη βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος,
- Στην αύξηση της ενέργειας,
- Στη μείωση του άγχους,
- Στη μείωση της χοληστερίνης.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανιστεί σε άτομα που κάνουν καθιστική ζωή. Η φυσική δραστηριότητα μαζί με την εφαρμογή προγράμματος άσκησης μπορεί να αναχαιτίσει την εμφάνιση του Σ.Δ.2, αρκεί να υιοθετηθεί ένα πρόγραμμα μέτριας έντασης άσκησης για 210 λεπτά την εβδομάδα ή 125 λεπτά έντονης άσκησης. Καλό θα ήταν να προηγηθεί ιατρικός έλεγχος και να δοθούν οι σχετικές οδηγίες πριν από κάθε έναρξη φυσικής δραστηριότητας. (45)

Μελέτες έχουν δείξει ότι με την σωματική άσκηση η τιμή της αρτηριακής πίεσης μειώνεται κατά ένα βαθμό και ο κίνδυνος για έμφραγμα του μυοκαρδίου μειώνεται κατά 30%.

Δεν υπάρχει κάποιο φάρμακο για την πρόληψη του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, η πρόληψη για τα άτομα με προ-διαβήτη είναι να ακολουθήσουν έναν ποιοτικό τρόπο ζωής που πρέπει να περιλαμβάνει ισορροπημένη διατροφή και φυσική δραστηριότητα. (5)

Η σωματική δραστηριότητα περιλαμβάνει τις καθημερινές δραστηριότητες (του σπιτιού, την κηπουρική) που αυξάνουν τη χρήση ενέργειας (γλυκόζης) ενώ η άσκηση είναι η προγραμματισμένη σωματική δραστηριότητα. Η αερόβια άσκηση αυξάνει την πρόσληψη γλυκόζης από τους μύες έως και πέντε φορές μέσω μηχανισμών ανεξάρτητων από την ινσουλίνη. Γι' αυτό η σωματική δραστηριότητα θα πρέπει να συνιστάται σε όλα τα άτομα με διαβήτη ως μέρος του γλυκαιμικού ελέγχου και της συνολικής υγείας. Οι δραστηριότητες πρέπει να προσαρμόζονται ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις ικανότητες του κάθε ατόμου. Ο μέσος χρόνος αερόβιας άσκησης πρέπει να είναι 150-175 λεπτά/εβδομάδα και με περιορισμό των θερμίδων μέσω ισορροπημένης διατροφής, επιτυγχάνεται ο στόχος της μείωσης του βάρους κατά 5%-7%, που οδηγεί σε μείωση του γλυκαιμικού δείκτη, ενίσχυση της δράσης της ινσουλίνης, μείωση των επιπλοκών και καθυστέρηση εμφάνισης Σ.Δ.2 σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.(46)

Σύμφωνα με την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία και τις Κατευθυντήριες Οδηγίες για τον Σακχαρώδη Διαβήτη η άσκηση είναι απαραίτητη για την πρόληψη της νόσου. Συνιστάται η μέτρια αερόβια άσκηση όπως ποδήλατο, γρήγορο βάδισμα, κολύμβηση, χορός αλλά και έντονη αερόβια άσκηση όπως τρέξιμο, αεροβική γυμναστική, γρήγορο περπάτημα σε ανηφόρα, ποδόσφαιρο, μπάσκετ και γρήγορος χορός για τουλάχιστον 30 λεπτά 5 φορές την εβδομάδα. Επίσης, η αναερόβια άσκηση με βάρη και αντιστάσεις 2-3 φορές την εβδομάδα προτείνεται σε άτομα με Σ.Δ. Έκτος από την πρόληψη, η σωματική δραστηριότητα συνιστάται και στη θεραπεία του διαβήτη, καθώς ρυθμίζει την γλυκόζη του αίματος, μειώνεται το βάρος, ο καρδιαγγειακός κίνδυνος και η τιμή της γλυκοζυλιωμένης.(7)

Σαφέστατα πιο μειωμένος εμφανίζεται ο κίνδυνος ανεπιθύμητων ενεργειών όπως υπογλυκαιμία στους διαβητικούς τύπου 2 που ακολουθούν ένα πρόγραμμα χαμηλής και μέτριας έντασης π.χ. γρήγορο περπάτημα. Μολαταύτα, αν θέλουν να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα με αυξημένη ένταση, τότε θα πρέπει να συμβουλευτούν γιατρό και γυμναστή για την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως η υπογλυκαιμία. Πρέπει να προσαρμοστεί η δόση της ινσουλίνης(μείωση) και των υδατανθράκων (αύξηση) πριν την άσκηση. Υπάρχει κίνδυνος νυχτερινής υπογλυκαιμίας μετά από έντονη άσκηση, η κατάσταση αυτή προλαμβάνετε με μείωση της ινσουλίνης, κατανάλωσης ενός σνακ πριν τον ύπνο ή με την τακτική παρακολούθηση της γλυκόζης του αίματος κατά την διάρκεια του ύπνου ή με τη χρήση της συσκευής συνεχούς παρακολούθησης γλυκόζης. Αξίζει εδώ να αναφέρουμε ότι ένα σπριντ μεγάλης έντασης δέκα δευτερολέπτων

πριν ή μετά από μία μέτριας έντασης άσκηση προστατεύει από υπογλυκαιμία (επιβραδύνεται η πτώση της γλυκόζης). Τα υπογλυκαιμικά επεισόδια συμβαίνουν συνήθως μετά την άσκηση από 6 έως 15 ώρες, σπανιότερα έως 48 ώρες. Για να αποτραπούν αυτές οι κρίσεις θα χρειαστεί να μειωθεί η δόση της ινσουλίνης κατά 20% για όσους κάνουν πολλαπλές υποδόριες ενέσεις ινσουλίνης την ημέρα. Οι διαβητικοί που κάνουν χρήση υποδόριας αντλίας ινσουλίνης CSII θα πρέπει να μειώσουν τον ρυθμό της ινσουλίνης κατά 20%. (46)

Κάποιες γενικές οδηγίες για την σωματική δραστηριότητα των διαβητικών είναι απαραίτητες όπως την σταδιακή αύξηση της έντασης και της διάρκειας. Χρειάζεται βέβαια αυξημένη προσοχή σε όσους χρησιμοποιούν την ινσουλίνη ως θεραπευτική αγωγή, καθώς υπάρχει κίνδυνος υπογλυκαιμίας. Εδώ συνιστάται η μέτρηση της γλυκόζης και αν είναι κάτω από 100mg/dl πριν την άσκηση, καλό θα ήταν να καταναλώνονται υδατάνθρακες.(3)

Μια ακόμη σημαντική λεπτομέρεια είναι η επιλογή των κατάλληλων ενδυμάτων για την εκτέλεση ορισμένων ασκήσεων, όπως τα κατάλληλα υποδήματα γυμναστικής, ειδικότερα αν συνυπάρχει περιφερειακή νευροπάθεια ή αγγειοπάθεια (διαβητικό πόδι). Απαραίτητη κρίνεται επίσης η λήψη άφθονων υγρών προ της άσκησης, αλλά και κατά τη διάρκεια. Στο πρόγραμμα που θα ενταχθεί ένας διαβητικός θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένο π.χ. αν έχει αμφιβληστροειδοπάθεια αποφεύγεται η έντονη άσκηση και τα βάρη. Επίσης συστήνεται σε όσους θα ενταχθούν σε έντονο πρόγραμμα άσκησης και είναι άνω των 40 ετών και έχουν καρδιαγγειακό νόσημα ή αθηροθρομβωτική νόσο ή νεφρική ανεπάρκεια ή νευροπάθεια να υποβληθούν σε δοκιμασία- τεστ κοπώσεως. Στους ηλικιωμένους διαβητικούς προτείνονται οι ασκήσεις ενδυνάμωσης και ισορροπίας. (3)

4.3 Φυσική Δραστηριότητα και Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι το πιο συχνό ψυχικό νόσημα, που παρουσιάζεται σε όλες τις ηλικίες και σε όλες τις κοινωνίες αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Πολλές φορές υποτιμούνται τα συμπτώματα της κατάθλιψης γιατί αποδίδονται σε συμβάντα της καθημερινής ζωής. Με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος από καταθλιπτική διάθεση, αρνητικές σκέψεις και μείωση δραστηριοτήτων. Οι πάσχοντες σε αυτή την φάση χρήζουν βοήθειας. Η βασική θεραπεία της κατάθλιψης είναι με φαρμακευτική αγωγή, πιο σπάνια εφαρμόζεται η ψυχοθεραπεία και τελευταία η ψυχοκινητική ως εναλλακτική πρακτική αντιμετώπιση της νόσου.(47)

Η ψυχοκινητική δηλαδή η φυσική δραστηριότητα μπορεί να βοηθήσει τον καταθλιπτικό ασθενή να ξεχάσει τις ανησυχίες του και τις αρνητικές σκέψεις. Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες σχετικές με τα θετικά αποτελέσματα της φυσικής δραστηριότητας. Συγκεκριμένα μία έρευνα του Πανεπιστημίου Duke των Η.Π.Α. χρησιμοποίησε την αερόβια άσκηση ως μοναδική θεραπεία για τέσσερις μήνες στην πρώτη ομάδα καταθλιπτικών και στη δεύτερη χορήγησε τα αντικαταθλιπτικά φάρμακο σεριτραλίνη, από την σύγκριση των δύο ομάδων προέκυψαν παρόμοια ποσοστά βελτίωσης. Ήταν ενθαρρυντικά τα αποτελέσματα καθώς η αντικαταθλιπτική αγωγή είχε παρενέργειες, κάποιοι υποτροπίασαν και επανεμφάνισαν συμπτώματα, ενώ η φυσική δραστηριότητα δεν έχει καμία παρενέργεια και επιπλέον υπήρχαν και τα οφέλη πρόληψης από την παχυσαρκία, τα καρδιολογικά νοσήματα, τον σακχαρώδη διαβήτη, την υπέρταση κ.α. Μένει να αποδειχθεί και με άλλες έρευνες τα θετικά αποτελέσματα της φυσικής δραστηριότητας, προκειμένου να ενταχθεί στο θεραπευτικό πρωτόκολλο ως βασική θεραπεία της κατάθλιψης. (48)

Μια κλινική δοκιμή πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο του Σάο Πάολο της Βραζιλίας σε 57 ανθρώπους που διαγνώστηκαν με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και για 28 μέρες μπόηκαν σε φαρμακευτική αγωγή με σερταλίνη. Χωριστήκαν με τυχαίο τρόπο σε δύο ομάδες, η μία ομάδα είχε επιπλέον 4 φορές την εβδομάδα αερόβια άσκηση. Η βαθμολογία τους στην κλίμακα Hamilton (HAM-D) μειώθηκε και στις δύο ομάδες. Το ενδιαφέρον σε αυτή την μελέτη είναι ότι η ομάδα της αερόβιας γυμναστικής χρειάστηκε μικρότερη δόση σερταλίνης, συγκριτικά με την ομάδα που δεν είχε καμία δραστηριότητα και λάμβανε μόνο το ίδιο φάρμακο σε μεγαλύτερη δόση. (49)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Σκοπός- Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανίχνευση στοιχείων κατάθλιψης και άγχους στους κατοίκους της περιοχής του Καρπενησίου που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και παράλληλα να γίνει συσχέτιση με τις συνήθειες τους, όπως η προσκόλληση τους στη Μεσογειακή Διατροφή και η εκτίμηση της εβδομαδιαίας φυσικής δραστηριότητας.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της διπλωματικής εργασίας ήταν:

1. Τα άτομα που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 εμφανίζουν κατάθλιψη και άγχος;
2. Υπάρχει σχέση μεταξύ της προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή, της φυσικής δραστηριότητας με την κατάθλιψη ή το άγχος στους διαβητικούς τύπου 2;
3. Υπάρχει σχέση μεταξύ της ψυχικής υγείας, φυσικής δραστηριότητας, προσκόλληση στην Μεσογειακή διατροφή με τις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA_{1c} που έχουν οι διαβητικοί τύπου 2;
4. Υπάρχει σχέση μεταξύ των κοινωνικών, δημογραφικών, κλινικών χαρακτηριστικών και του άγχους, της κατάθλιψης σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2;

5.2 Σχεδιασμός της μελέτης

Ο τύπος της έρευνας που διεξήχθη είναι συγχρονική μελέτη, διατομής και παρατήρησης μιας συγκεκριμένης χρονικής στιγμής (Cross- Sectional Study). Τα πλεονεκτήματα των μελετών αυτού του σχεδιασμού είναι η ευκολία υλοποίησής τους. Οι μελέτες αυτές μπορούν να εκτελεστούν γρήγορα με μικρό κόστος και γίνεται μία πρώτη επισκόπηση και διερεύνηση του θέματος. Έτσι δίνεται το κίνητρο για περαιτέρω έρευνα με μελέτες κοόρτης και άλλες που απαιτούν χρόνο και χρήμα.

5.3 Πληθυσμός και Δείγμα

Ο πληθυσμός μελέτης (Study population) που επιλέχθηκε για την έρευνα ήταν ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 του Νομού Ευρυτανίας. Το δείγμα (sample) της μελέτης αποτελείται από ασθενείς με Σ.Δ. τύπου 2 που έχουν επισκεφτεί το Κέντρο Υγείας Καρπενησίου του νομού Ευρυτανίας, οι λόγοι επίσκεψής τους δεν αφορούσε αποκλειστικά τον διαβήτη. Συμμετείχαν στην έρευνα 123 άτομα με Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (n=123). Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν συνολικά 5 ερωτηματολόγια, οι διαβητικοί τύπου 2 επιλέχθηκαν να απαντήσουν βάσει των παρακάτω κριτηρίων:

- Την συναίνεση τους.
- Τη διάγνωση με Σ.Δ. τύπου 2.

- Την καλή επικοινωνία με τον ασθενή ή με τον συνοδό προκειμένου να απαντηθούν οι ερωτήσεις.

Εφαρμόστηκε η Μη τυχαία δειγματοληψία σε δείγμα ευκολίας (Convenience sample). Η συλλογή των δεδομένων έγινε με προσωπική συνέντευξη και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από την γράφουσα, κάποια ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς. Η συνέντευξη είχε διάρκεια 20 λεπτών. Υπήρχε σχεδιασμός για το μέγεθος του δείγματος να είναι τουλάχιστον $n=120$ άτομα. Στην μελέτη αυτή δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου.

5.4 Οργάνωση συλλογή δεδομένων και Δεοντολογία

Η έρευνα οργανώθηκε και πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τους κανόνες δεοντολογίας. Μετά από αναζήτηση κατάλληλων ερωτηματολογίων για την έρευνα, αποφασίστηκε η χρησιμοποίηση του MED DIET SCORE για την αξιολόγηση της προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή, για το οποίο έπρεπε να υπάρχει έγκριση από τον δημιουργό. Έτσι στις 8/1/2022 στάλθηκε αίτημα μέσω email στον κύριο Δημοσθένη Παναγιωτάκου καθηγητής Βίο-στατιστικής και Επιδημιολογίας της Σχολής Υγείας και Αγωγής του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου και η έγκριση της χρήσης του MED DIET SCORE στάλθηκε άμεσα στις 9/1/2022. Στη συνέχεια διαβιβάστηκε αίτηση στις 20/1/2022 προς το Επιστημονικό Συμβούλιο της 5^{ης} Υ.ΠΕ. για άδεια διεξαγωγής της μελέτης στο χώρο του Κ.Υ. Καρπενησίου, μέσω διανομής ερωτηματολογίων σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Η έγκριση δόθηκε μέσω με την Απόφαση Αρ. πρ.: 10395/3-2-2022. Στην μελέτη τηρήθηκαν οι ηθικές αρχές που οφείλουν να διέπουν όλες τις έρευνες σε ανθρώπινο πληθυσμό, σύμφωνα με την Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki). Συμμετείχαν στην έρευνα διαβητικοί τύπου 2 μόνο αφού τους είχε γίνει πλήρη ενημέρωση σχετικά με τον σκοπό της μελέτης και έδιναν την συγκατάθεση για την συμμετοχή υπογράφοντας στο ειδικό έντυπο. Το ειδικό έντυπο διαβεβαίωνε :

- για την τήρηση της ανωνυμίας,
- πλήρης εχεμύθεια των πληροφοριών,
- τον σκοπό της έρευνας,
- αν κάποιες ερωτήσεις τον δυσκολεύουν ή τον φέρνουν σε δύσκολη θέση μπορεί να μην απαντήσει.

Η χρονική διάρκεια συλλογής των δεδομένων ήταν από την ημερομηνία έγκρισης της έρευνας, δηλαδή 3/2/2022 έως 31/3/2022. Ο χώρος που διεξήχθη η έρευνα ήταν το Κ.Υ. Καρπενησίου, όπου όποιος προσερχόταν για ιατρικές υπηρεσίες π.χ. τακτικό έλεγχο, συνταγογράφηση ή ακόμη και για οδοντιατρικές θεραπείες και έπασχε από Σ.Δ. τύπου 2 λάμβανε την ακόλουθη ενημέρωση για την σχετική μελέτη. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν τα αρχεία των ιατρείων του Κ.Υ. για την ανεύρεση διαβητικών τύπου 2, όπου μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας ενημερώνονταν για την έρευνα και όποιος επιθυμούσε να συμμετέχει προσέρχονταν στο Κ.Υ. για την πραγματοποίηση της συνέντευξης μέσω των ερωτηματολογίων.

5.5 Εργαλεία Μέτρησης

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από πέντε ενότητες:

Το πρώτο μέρος αφορούσε **τα δημογραφικά-ατομικά χαρακτηριστικά** και περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις σχετικές με το φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση κ.α

Το δεύτερο μέρος αφορούσε **τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις συνήθειες των διαβητικών**. Περιλάμβανε 19 ερωτήσεις σχετικές με τις τιμές: σακχάρου, χοληστερίνης, αρτηριακής πίεσης, βάρους, ύψος. Σε αυτό το σημείο πραγματοποιούνταν μέτρηση αρτηριακής πίεσης με ηλεκτρονικό πιεσόμετρο (για λόγους συντομίας), μέτρηση του βάρους σε ηλεκτρονική ζυγαριά και μέτρηση περιμέτρου μέσης με μεζούρα. Υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος με τον τύπο $BMI = \frac{Βάρους}{Υψος^2}$, συνήθειες μονάδες μέτρησης είναι kg/m^2 . Βάση του αποτελέσματος του Δείκτη Μάζας Σώματος ο εξεταζόμενος χαρακτηρίζεται ως:

- Λιποβαρές άτομο : $BMI < 18,5kg/m^2$
- Φυσιολογικού βάρους: $BMI 18,5kg/m^2-24,9kg/m^2$
- Υπέρβαρο: $BMI 25kg/m^2-29,9kg/m^2$
- Παχύσαρκο κατηγορίας 1: $BMI 30kg/m^2-34,9kg/m^2$
- Παχύσαρκο κατηγορίας 2: $BMI 35kg/m^2-39,99kg/m^2$
- Παχύσαρκο κατηγορίας 3: $BMI 40kg/m^2$ και πάνω

Ακολούθησαν ερωτήσεις σχετικές με τα συμπτώματα και τις επιπλοκές από τον διαβήτη. Τέλος έλαβαν χώρα ερωτήσεις σχετικές με την συμμόρφωση στις οδηγίες αντιμετώπισης της νόσου και τις καθημερινές τους συνήθειες όπως το κάπνισμα. Το Α και Β ερωτηματολόγιο συντάχθηκε ώστε να συλλεχθούν στοιχεία που θα βοηθήσουν στην διεξαγωγή συμπερασμάτων.

Στο τρίτο μέρος εξετάστηκε η προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή των ασθενών με Σ.Δ. τύπου 2 κάνοντας χρήση το ερωτηματολόγιο «**MED DIET SCORE**» του κυρίου Παναγιωτάκου, στο οποίο περιλαμβάνονται 11 ερωτήσεις με βαθμολογούμενες απαντήσεις ανά ερώτηση. Υπολογίστηκε το κατά πόσον η διατροφή του εξεταζόμενου είναι σε συμφωνία με το Ελληνικό- Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο. Τα τρόφιμα που θεωρούνται κοντά στις Αρχές της Μεσογειακής Διατροφής όπως φρούτα, λαχανικά, ελαιόλαδο, δημητριακά (ολική αλέσεως), όσπρια και ψάρια βαθμολογούνται με:

- 0 όταν δεν καταναλώνεται το τρόφιμο
- 1 όταν καταναλώνεται 1-4 μερίδες/εβδομάδα
- 2 όταν καταναλώνεται 5-8 μερίδες/εβδομάδα
- 3 όταν καταναλώνεται 9-12 μερίδες/εβδομάδα
- 4 όταν καταναλώνεται 13-18 μερίδες/εβδομάδα
- 5 όταν καταναλώνονται >18 μερίδες/εβδομάδα

Αντίθετα, για τα τρόφιμα που θεωρούνται «μακριά» από τη Μεσογειακή Διατροφή (π.χ. κόκκινο κρέας και τα παράγωγα του, πουλερικά, πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα) χρησιμοποιήθηκε η αντίστροφη κλίμακα βαθμολόγησης που έχει ως εξής:

- 5 δηλώνει μηδενική ή πολύ χαμηλή κατανάλωση.
- 0 όταν αναφέρει σχεδόν καθημερινή κατανάλωση.

Κάθε στατιστική μονάδα βαθμολογείται ως προς τη συμμόρφωση της στο Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο σύμφωνα με το άθροισμα που προκύπτει από τις επιμέρους απαντήσεις της ανά ερώτηση. Ενδεικτικά η εν λόγω βαθμολόγηση θα μπορούσε να οριστεί ως:

$$MED_n = \sum_{i=1}^{11} Βαθμός_i$$

Όπου: n = η στατιστική μονάδα του δείγματος N

i = η ερώτηση του ερωτηματολογίου

$Βαθμός_i$ = η βαθμολογία της απάντησης της στατικής μονάδας n στην ερώτηση i .

Η βαθμολόγηση κυμαίνεται από μηδέν έως πενήντα πέντε, τα υψηλά σκορ υποδεικνύουν μεγαλύτερη συμμόρφωση με τις Αρχές της Μεσογειακής Διατροφής. Κάθε ερωτώμενος κατατάσσεται σύμφωνα με τη βαθμολογία του (MED_n) ως εξής:

1. 0-13 Καθόλου καλή συμμόρφωση,
2. 14-27 Ανεπαρκής συμμόρφωση,
3. 28-41 Καλή συμμόρφωση,
4. 42-55 Πολύ καλή συμμόρφωση με την Ελληνική – Μεσογειακή Διατροφή.

Για την εκτίμηση της Σωματικής Δραστηριότητας του δείγματος χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «**INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE – SHORT FORM**». Το εν λόγω εμπεριέχει επτά ερωτήσεις οι οποίες αποσκοπούν στην άντληση πληροφορίας που αφορά τη συχνότητα και την ένταση της σωματικής δραστηριότητας του ατόμου το τελευταίο επτάήμερο. Έχει γίνει διαχωρισμός των σωματικών δραστηριοτήτων σε τρεις κατηγορίες όπου η κάθε μια έχει και δικό της συντελεστή βαρύτητας. Πιο συγκεκριμένα έχει οριστεί το εξής:

1. Μειωμένης Έντασης Σωματική Δραστηριότητα, με συντελεστή βαρύτητας: $w_1 = 3.3$,

2. Μέτριας Έντασης Σωματική Δραστηριότητα, με συντελεστή βαρύτητας: $w_2 = 4$,

3. Έντονης Έντασης Σωματική Δραστηριότητα, με συντελεστή βαρύτητας: $w_3 = 8$.

Σε κάθε στατιστική μονάδα δίνεται βαθμολογία σύμφωνα με τις απαντήσεις της στις επιμέρους ερωτήσεις, η οποία ορίζεται σύμφωνα με το ακόλουθο άθροισμα:

$$IPAQ_n = \sum_{i=1}^3 w_i * Λεπτά * Ημέρες$$

Όπου: n = αφορά τις απαντήσεις του $n^{ου}$ ερωτώμενου από το συνολικό δείγμα N ,

i = αφορά τη i^{η} έντασης σωματικής δραστηριότητας ομάδα – όπως έχουν οριστεί προηγουμένως

w_i = ο συντελεστής βαρύτητας της ομάδας σωματικής δραστηριότητας i , όπως έχουν οριστεί προηγουμένως,

Ημέρες : οι ημέρες ανά εβδομάδα που έχει αφιερώσει ο ερωτώμενος σε σωματικές δραστηριότητες της i^{η} ομάδας,

Λεπτά : τα λεπτά που έχουν αφιερωθεί ανά ημέρα από τον ερωτώμενο σε σωματικές δραστηριότητες της i^{η} ομάδας.

Κάθε στατιστική μονάδα κατατάσσεται σε μια τρισδιάστατη διάταξη, σύμφωνα με το παραπάνω άθροισμα. Η κατάταξη της σωματικής δραστηριότητας των ερωτώμενων, έχει οριστεί ως:

1. Μειωμένης Σωματικής Δραστηριότητας: $IPAQ_n < 600$,
2. Μέτριας Σωματικής Δραστηριότητας: $600 \leq IPAQ_n \leq 1499$,
3. Αυξημένης Σωματικής Δραστηριότητας: $1500 \leq IPAQ_n$.

Για τον εντοπισμό διαβητικών με εικόνα κατάθλιψης ή άγχους χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα αξιολόγησης «**HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE-H.A.D.S.**» η οποία χρησιμοποιείται σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Το H.A.D.S. TEST αναπτύχθηκε από το Zigmond & Snaith το 1983 με σκοπό να παρέχει στους νοσοκομειακούς γιατρούς ένα πρακτικό εργαλείο αξιόπιστο, έγκυρο και εύκολο στη χρήση για τον εντοπισμό και ποσοτικού προσδιορισμού της κατάθλιψης και του άγχους σε ασθενείς.(50)

Στο ερωτηματολόγιο αυτό εμπεριέχονται δεκατέσσερις ερωτήσεις, από τις οποίες οι επτά αφορούν την κατάθλιψη και οι υπόλοιπες επτά το άγχος, με επιμέρους βαθμολόγηση ανά απάντηση μέσω της κλίμακας τύπου Likert -4 διαβαθμίσεων από το 0 καθόλου έως το 3 μου συμβαίνει συνέχεια/ συχνά. Για κάθε στατιστική μονάδα υπολογίζονται δυο βαθμολογίες, οι οποίες προκύπτουν από το άθροισμα βαθμολογιών των επιμέρους απαντήσεών τους. Η μια βαθμολογία αφορά την εικόνα κατάθλιψης και η άλλη την εικόνα άγχος του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα η βαθμολογία του ερωτώμενου ως προς την εικόνα άγχους του ορίζεται ως εξής:

$$\text{Άγχος}_n = \sum_{a=1}^7 \text{Βαθμός } a$$

Όπου, a : Η ερώτηση που αφορά εξέταση του ατόμου ως προς το άγχος,

$\text{Βαθμός } a$: ο βαθμός που έλαβε το άτομο σύμφωνα με την απάντηση που έχει δώσει στην ερώτηση a .

Παρομοίως η βαθμολογία του ερωτώμενου n ως προς την εικόνα κατάθλιψής του ορίζεται ως:

$$\text{Κατάθλιψη}_n = \sum_{k=1}^7 \text{Βαθμός } k$$

Όπου, k : Η ερώτηση που αφορά εξέταση του ατόμου ως προς την κατάθλιψη,

$\text{Βαθμός } k$: ο βαθμός που έλαβε το άτομο σύμφωνα με την απάντηση που έχει δώσει στην ερώτηση k .

Στη συνέχεια οι ερωτώμενοι σύμφωνα με τη ως άνω οριζόμενη βαθμολόγησή τους κατατάσσονται ως ακολούθως, από όπου προκύπτει και εικόνα αυτών για τα επίπεδα άγχους τους:

- α) καθόλου άγχους, με βαθμολογία από 0-7,
- β) μέτρια επίπεδα άγχους, με βαθμολογία από 8-10,
- γ) η υψηλά επίπεδα άγχους, με βαθμολογία από 11-21.

Τέλος ακολουθείται η ίδια διαδικασία κατάταξης ώστε να προσδιοριστούν τα επίπεδα κατάθλιψης των συμμετεχόντων:

- α) καθόλου κατάθλιψη, με βαθμολογία από 0-7,
- β) μέτρια επίπεδα κατάθλιψης, με βαθμολογία από 8-10,
- γ) υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, με βαθμολογία από 11-21.

5.6 Συλλογή δεδομένων και προ επεξεργασία

Αρχικά δημιουργήθηκε μία βάση δεδομένων, με μορφή αρχείου Microsoft Office -Excel, με απόψεις όλες τις απαντήσεις του δείγματος. Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να τονισθεί πως απαντήθηκαν όλα τα ερωτήματα από όλους τους ερωτώμενους, δεν υπήρχε καμία κενή τιμή σε καμία μεταβλητή της βάσης δεδομένων. Στη συνέχεια υπολογίστηκαν οι επιμέρους βαθμολογίες ανά μέρος ερωτηματολογίου. Δημιουργήθηκαν εκ νέου στήλες στην αρχική βάση δεδομένων κατά τις οποίες οι στατιστικές μονάδες κατατάσσονται ως προς τη συμμόρφωση τους στα μεσογειακά πρότυπα διατροφής, ως προς τη φυσική δραστηριότητα και την ψυχική τους κατάσταση.

Τέλος για να θεωρηθεί μία βάση δεδομένων ορθά δομημένη θα πρέπει να είναι συγκρίσιμες οι εγγραφές μεταξύ τους όταν ανήκουν στην ίδια μεταβλητή, ώστε τα συμπεράσματα που θα βασιστούν σε αυτή να είναι έγκυρα. Για αυτό και όλες οι τιμές που αφορούσαν μετρήσεις μιας μεταβλητής μετατράπηκαν σε ίδιες μονάδες μέτρησης. Για παράδειγμα στην μεταβλητή που αφορά το ύψος του εξεταζόμενου όλες οι τιμές μετατράπηκαν σε μονάδες μέτρησης του μέτρου, ενώ η περίμετρος μέσης στο ύψος του αφαλού σε εκατοστά.

5.7 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από το ερωτηματολόγιο έγινε με την χρήση του λογισμικού «IBM SPSS» Statistical Package for the Social Science στην έκδοση 28. Η ανάλυση έγινε με τις μεθόδους της περιγραφικής στατιστικής και της επαγωγικής στατιστικής για την διερεύνηση διαφοροποιήσεων των ασθενών με διαβήτη τύπου 2 σε σχέση με την κατάθλιψη- άγχος, την προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με ανάλυση συχνοτήτων (frequencies), οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως συχνότητα (%) και οι ποσοτικές μεταβλητές ως μέση τιμή (\pm τυπική απόκλιση). Η επαγωγική ανάλυση για την διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων περιλαμβάνει τον συντελεστή συσχέτισης r Pearson, τον έλεγχο t -test και την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one way ANOVA) για ανεξάρτητα δείγματα, ενώ για τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε το LSD test.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Αποτελέσματα έρευνας

6.1 Περιγραφική ανάλυση 6.1.1 Ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ατομικά χαρακτηριστικά Δείγματος (n=123)

Χαρακτηριστικά	Πλήθος (n)	Ποσοστό (%)
Φύλο		
Γυναίκα	54	56.1%
Άντρας	69	43.9%
Ηλικία (έτη)		
Mean ± St. Dev.	69.28 ± 13.768	
Min – Max	38 – 102	
First Quartiles (25%)	60	
Second Quartiles (50%)	67	
Third Quartiles (75%)	81	
Επάγγελμα		
Μερική Απασχόληση	9	7.30%
Πλήρη Απασχόληση	26	21.10%
Οικιακά	7	5.70%
Συνταξιούχος	81	65.90%
Μορφωτικό Επίπεδο		
Δημοτικού	67	54.50%
Γυμνασίου	16	13%
Λυκείου	29	23.60%
T.E.I. / A.E.I.	10	8.10%
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος/η	11	8.90%
Έγγαμος/η	81	65.90%
Διαζευγμένος/η	3	2.40%
Χήρος/α	28	22.80%
Συγκατοίκηση		
0 (Μόνος/η)	27	21.90%
1 άτομο	45	36.60%
2 άτομα	25	20.30%
Περισσότερα από 2 άτομα	26	21.10%

- Στον πίνακα 1 σχετικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών με Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, προκύπτει ότι συμμετείχαν 69 άνδρες (σχετική συχνότητα 56,10%) και 54 γυναίκες (σχετική συχνότητα 43,90%). Η ηλικία τους κυμαίνεται από 38 έως 102 ετών με μέση ηλικία των ερωτώμενων τα 69,28 έτη και με τυπική απόκλιση περίπου 13,7 έτη. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση 81 ασθενείς από τους 123 είναι έγγαμοι ποσοστό 65,90%. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι 81 είναι συνταξιούχοι (σχετική συχνότητα 65,90%) και 67 ασθενείς έχουν μορφωτικό επίπεδο δημοτικού (σχετική συχνότητα 54,50%). Επίσης, 27 ασθενείς (σχετική συχνότητα 21,90%) διαμένουν μόνοι τους. Προέκυψε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αφορά υπερήλικες, συνταξιούχους, έγγαμους με μορφωτικό επίπεδο δημοτικού.

6.1.2 Κλινικά χαρακτηριστικά

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κλινικά χαρακτηριστικά

Περίμετρος μέσης	n	%
<80cm(γυναίκες) & <94cm(άνδρες) χαμηλού κινδύνου	14	11,38%
81-88cm(γυναίκες) & 95-102cm(άνδρες) μετρίου κινδύνου	32	26,02%
88cm<(γυναίκες)&102cm<(άνδρες) σοβαρού κινδύνου	77	62,60%
First Quartiles (25%)	92cm	
Second Quartiles (50%)	102cm	
Third Quartiles	114cm	
ΒΜΙ-Δείκτης Μάζας Σώματος		
BMI<18,5kg/m ² Λιποβαρής	0	0%
BMI 18,5-24,99 kg/m ² Φυσιολογικό βάρος	16	13,01%
BMI 25-29,99 kg/m ² Υπέρβαρος	52	42,28%
BMI 30-34,99 kg/m ² Παχύσαρκος κατηγορίας 1	34	27,64%
BMI 35-39,99 kg/m ² Παχύσαρκος κατηγορίας 2	15	12,20%
BMI 40 kg/m ² και πάνω παχύσαρκος κατηγορίας 3	6	4,88%
Mean±St.Dev.	30,11kg/m ² ±5,90kg/m ²	
Min-Max	19,27kg/m ² - 58,27kg/m ²	
First Quartiles (25%)	25,78kg/m ²	
Second Quartiles (50%)	29,38 kg/m ²	
Third Quartiles	32,87 kg/m ²	
Τιμή γλυκοζυλιωμένης-HbA1c		
<5,6mg/dl Φυσιολογική τιμή	7	5,69%
5,7-6,4mg/dl Προδιαβήτης	36	29,27%
6,5mg/dl< Διαβήτης	80	65,04%
Mean±St.Dev.	7,02±1,1	
Min-Max	4,8-11	

First Quartiles (25%)	6,20mg/dl	
Second Quartiles (50%)	6,80mg/dl	
Third Quartiles	7,40mg/dl	
Τιμή αρτηριακής πίεσης		
<90/60mmHg Υπόταση	2	1,63%
91/60-120/80mmHg Ιδανική αρτηριακή πίεση	39	31,71%
121/80-139/89mmHg Προ υπέρτασης	49	39,84%
140/90-180/100mmHg Υπέρταση	32	26,02%
>181/120mmHg Κρίση υπέρτασης	1	0,81%
Τιμή Χοληστερίνης		
<200mg/dl Ιδανική τιμή χοληστερίνης	97	78,86%
201-239mg/dl Οριακά υψηλή τιμή χοληστερίνης	15	12,20%
>240mg/dl Υπερχοληστεριναιμία	11	8,94%
Έτη Διάγνωσης με Σ.Δ.		
Mean ± St. Dev.	11.58 ± 8.621	
Min – Max	0.33 – 40	
First Quartiles (25%)	5	
Second Quartiles (50%)	10	
Third Quartiles (75%)	15	
Ηλικία Διάγνωσης με Σ.Δ.		
Mean ± St. Dev.	57.701 ± 13.589	
Min – Max	30 – 87	
First Quartiles (25%)	46	
Second Quartiles (50%)	56	
Third Quartiles (75%)	69	

- Στον πίνακα 2, σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά των διαβητικών, προκύπτει ότι 77 άτομα (σχετική συχνότητα 62,60%) ταξινομούνται στην κατηγορία σοβαρού κινδύνου για έμφραγμα και εγκεφαλικό λόγω της περιμέτρου μέσης, αυτό το εύρημα συμφωνεί με τα αποτελέσματα του Δείκτη Μάζας Σώματος των συμμετεχόντων, χαρακτηριστικά μόνο 16 από τους 123 ασθενείς έχουν φυσιολογικό βάρος, οι υπόλοιποι κατανέμονται στις κατηγορίες υπέρβαρος, παχύσαρκος κατηγορίας 1,2 και 3. Επιπλέον, 80 άτομα από τα 123 έχουν παθολογική γλυκοζυλιωμένη, πάνω από 6,5mg/dl (διαβήτης). Επιπλέον, 25% των ασθενών έχουν τιμή γλυκοζυλιωμένης πάνω από 7,40mg/dl. Τα ευρήματα για την τιμή χοληστερίνης είναι θετικά, καθώς 97 από τους 123 ασθενείς (σχετική συχνότητα 78,86%) έχουν ρυθμισμένη τιμή χοληστερίνης, δηλαδή λιγότερο από 200mg/dl. Τέλος ιδανική αρτηριακή πίεση <120/80mmHg έχουν μόλις 39 άτομα (σχετική συχνότητα 31,71%). Το δείγμα γνωρίζει ότι πάσχει από την ασθένεια του Σακχαρώδη Διαβήτη κατά μέσο όρο 11,58 έτη με τυπική απόκλιση 8,6 έτη. Η αρχική διάγνωση των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα τέθηκε στα 57έτη, η οποία είναι και η μέση τιμή με τυπική απόκλιση περίπου 13,58 έτη. Η νεότερη ηλικία που φαίνεται να έχει διαγνωστεί με Σ.Δ. ερωτώμενος είναι τα 38 έτη, ενώ η μεγαλύτερη ηλικία διάγνωσης τα 87 έτη. Επιπλέον, το 25% του συνόλου είναι ηλικιακά πάνω από 81 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Παράλληλα νοσήματα

Άλλα νοσήματα	Συχνότητα		Ποσοστά %	
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Υπέρταση	62	61	50,41%	49,59%
Στεφανιαία νόσο	25	98	20,33%	79,67%
Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου	4	119	3,25%	96,75%
Αγγειακό Εγκεφαλικό επεισόδιο	8	115	6,50%	93,5%
Άλλο	32	91	26,02%	73,98%

- Στον πίνακα 3, φαίνεται ότι σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες πάσχουν από υπέρταση, ενώ 25 άτομα από τα 123 πάσχουν από στεφανιαία νόσο (σχετική συχνότητα 20,33%). Αναλυτικότερα, έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου 4 άτομα από τα 123 (σχετική συχνότητα 3,25%) και 8 άτομα από τα 123 (σχετική συχνότητα 6,5%) έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συμπτώματα

Συμπτώματα	Συχνότητα		Ποσοστά	
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Πολυδιψία	47	76	38,21%	61,79%
Πολυουρία	63	60	51,22%	48,78%
Ανησυχία- Νευρική	28	95	22,76%	77,24%
Αδυναμία-Κόπωση	58	65	47,15%	52,85%
Υπνηλία	31	92	25,20%	74,80%
Θαμπή όραση	29	94	23,58%	76,42%
Ταχυκαρδία	20	103	16,26%	83,74%
Πείνα	42	81	34,15%	65,85%
Εμέτους-Πονόκοιλο	9	114	7,32%	92,68%
Ζάλη	18	105	14,63%	85,37%
Εφίδρωση- Κρύος Ιδρώτας	10	113	8,13%	91,87%
Αλλαγή συμπεριφοράς	13	110	10,57%	89,43%

- Στον πίνακα 4, διαπιστώνεται ότι τα πιο συχνά συμπτώματα που παρουσιάζει ο πληθυσμός της μελέτης είναι με σειρά συχνότητας : η πολυουρία (51,22%), η αδυναμία- κόπωση (47,15%), η πολυδιψία (38,21%), η πείνα (34,15%), η υπνηλία (25,20%), η θαμπή όραση (23,58%), η ανησυχία νευρική (22,76%), η ταχυκαρδία (16,26%) και η ζάλη (14,63%).

6.1.3 Θεραπεία και συμμόρφωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Θεραπεία

Θεραπεία	Συχνότητα		Ποσοστά	
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Δίαιτα	34	89	27,64%	72,36%
Δισκία	107	16	86,99%	13,01%
Ινσουλίνη	30	93	24,39%	75,61%
Συνδυασμός	37	86	30,08%	69,92%

- Στον πίνακα 5, διαπιστώνεται ότι οι 107 από τους 123 ρυθμίζουν το σακχαρώδη διαβήτη με δισκία (σχετική συχνότητα 86,99%), ενώ 30 από τους 123 είναι ινσουλινοεξαρτώμενοι (σχετική συχνότητα 24,39%). Υπάρχουν 37 άτομα που ακολουθούν παραπάνω από μία είδος θεραπείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Συμμόρφωση στην αντιμετώπιση της νόσου (με θεραπεία – αλλαγές στις συνήθειες)

Συμμόρφωση	Συχνότητα		Ποσοστά	
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Πιστή εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής	114*	7	94,21%	5,79%
Καθημερινός έλεγχος τιμής σακχάρου	70	53	56,91%	43,09%
Τακτικός έλεγχος από ειδικό γιατρό	82	41	66,67%	33,33%
Καπνιστής	21	102	17,07%	82,93%
Προσοχή στη διατροφή	85	38	69,11%	30,89%
Μείωση Σωματικού βάρους μετά την διάγνωση	54	69	43,90%	56,1%
Αύξηση σωματικής δραστηριότητας μετά την διάγνωση	45	78	36,59%	63,41%

- Δύο συμμετέχοντες αντιμετωπίζουν τον σακχαρώδη διαβήτη μόνο δίαιτα.

- Στον πίνακα 6, φαίνεται ότι 114 άτομα από τους 121 (σχετική συχνότητα 94,21%) ακολουθούν πιστά την φαρμακευτική τους αγωγή. Θετικό είναι ότι μόνο 21 από τους 123 είναι καπνιστές (σχετική συχνότητα 17,07%) και 85 άτομα από τα 123 προσέχουν την διατροφή τους (σχετική συχνότητα 69,11%). Επίσης, διαπιστώνεται ότι μόνο 54 άτομα από τους 123 έχουν μειώσει το σωματικό τους βάρος (σχετική συχνότητα 43,90%) και 45 άτομα από τους 123 έχουν αυξήσει την σωματική δραστηριότητα (σχετική συχνότητα 36,59%).

6.1.4 Κατάθλιψη και άγχος

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κλίμακα Αξιολόγησης Άγχους και Κατάθλιψης «HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE -H.A.D.S.» (n=123)

Άγχος	n	%
0-7 Απουσία άγχους	63	51,20%
8-10 Μέτρια επίπεδα άγχους	34	27,60%
>11 Υψηλά επίπεδα άγχους	26	21,10%
Mean± St. Dev. Score H.A.D.S.	7,05±4,27	
Min- Max	0-17	
First Quartiles	3	
Second Quartiles	7	
Third Quartiles	10	
Κατάθλιψη	n	%
0-7 Απουσία κατάθλιψης	55	44,70%
8-10 Μέτρια επίπεδα κατάθλιψης	35	28,50%
>11 Υψηλά επίπεδα κατάθλιψης	33	26,80%
Mean ± St. Dev. Score H.A.D.S.	7,38±4,18	
Min-Max	0-18	
First Quartiles	4	
Second Quartiles	8	
Third Quartiles	11	

Η κλίμακα παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνέπεια με Cronbach's alpha= 0,887

- Στον πίνακα 7, έχουν αποτυπωθεί τα αποτελέσματα του H.A.D.S. «Hospital anxiety and depression scale» κατάθλιψη- άγχος. Αναλυτικότερα, 28 από τους 123 ασθενείς (σχετική συχνότητα 22,76%) έχουν υψηλά επίπεδα άγχους και αντίστοιχα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης παρουσιάζουν 34 από τους 123 ασθενείς (σχετική συχνότητα 27,64%). Ενώ, απουσία στοιχείων κατάθλιψης έχουν οι 55 από τους 123 ασθενείς (σχετική συχνότητα 44,70%) και οι 63 από τους 123 ασθενείς δεν έχουν άγχος (σχετική συχνότητα 51,20%).

RELIABILITY STATISTICS		
CRONBACH'S ALPHA	CRONBACH'S ALPHA BASED ON STANDARDIZED ITEMS	N OF ITEMS
0,886	0,887	13

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (international consistency reliability) του ερωτηματολογίου (H.A.D.S.) Νοσοκομειακή κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης -14 προσδιορίστηκε με τον συντελεστή Cronbach's alpha και ήταν $\alpha=0,887$, για το σύνολο της κλίμακας, τιμή $> 0,70$ σημαίνει πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων της συνολικής κλίμακας.

6.1.5 Διατροφή

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κλίμακα αξιολόγησης της προσκόλλησης στην Μεσογειακή Διατροφή «MEDDIETSCORE»

Προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή	n	%
0–13: Καθόλου καλή συμμόρφωση	0	0%
14–27: Ανεπαρκής συμμόρφωση	31	25,20%
28 – 41: Καλή συμμόρφωση	92	74,80%
42 – 55: Πολύ καλή συμμόρφωση	0	0%
Mean ± St. Dev. Med diet score	29,8±3,6	
Min - Max	17-40	
First Quartiles	27	
Second Quartiles	30	
Third Quartiles	32	

- Διαπιστώνεται από τον πίνακα 8, ότι όλοι έχουν κάποιου είδους συμμόρφωσης στο μεσογειακό τρόπο διατροφής, αλλά κανείς σε πολύ καλό βαθμό. Αναλυτικότερα, 31 ασθενείς (σχετική συχνότητα 25,20%) έχουν ανεπαρκής συμμόρφωση με την Μεσογειακή διατροφή, οι 92 από τους 123 ασθενείς (σχετική συχνότητα 74,80%) έχουν καλή συμμόρφωση στις αρχές της Μεσογειακής Διατροφής. Χαρακτηριστικό των βαθμολογιών που έχουν επιφέρει οι εξεταζόμενοι είναι η μέση τιμή 29,8 με τυπική απόκλιση 3,6 , ενώ ως μέγιστη και ελάχιστη βαθμολογία έχει επιτευχθεί 40 και 17 αντίστοιχα.

6.1.6 Φυσική δραστηριότητα

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κλίμακα αξιολόγησης φυσική δραστηριότητας

Φυσική δραστηριότητα	n	%
<600 MET-minutes /week Μειωμένη φυσική δραστηριότητα	46	37,40%
600-1499 MET- minutes /week Μέτρια φυσική δραστηριότητα	38	30,90%
1500-3000 and more MET- minutes /week Αυξημένη φυσική δραστηριότητα	39	31,70%
Mean ± St. Dev Score I.P.A.Q.	1359,52±1466,72	
Min- Max	0-9786	

Σύμφωνα με την κλίμακα «I.P.A.Q.» οι διαβητικοί ταξινομηθήκαν με την βαθμολογία-σκορ που συγκέντρωσαν στο σχετικό ερωτηματολόγιο ως εξής:

A) μειωμένη φυσική δραστηριότητα είχαν 46 άτομα (σχετική συχνότητα 37,40%),

B) μέτρια φυσική δραστηριότητα είχαν 38 άτομα (σχετική συχνότητα 30,70%),

Γ) αυξημένη σωματική δραστηριότητα είχαν τα 39 άτομα (σχετική συχνότητα 31,70%).

Χαρακτηριστικά των βαθμολογιών που έχουν προκύψει από τους ερωτώμενους είναι η μέση τιμή 1359 με τυπική απόκλιση 1466,72- θετική ασυμμετρία κατανομής.

6.2 Επαγωγική Ανάλυση

6.2.1 Σχέση Συνολικής Βαθμολογίας Δεικτών MED, IPAQ, HADS και Δημογραφικών Χαρακτηριστικών Δείγματος

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Συσχέτιση Δείκτη «MEDDIETSCORE - MED» με δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Χαρακτηριστικά	"Συνολική Βαθμολογία MED"		t / F / r	P value
	Mean ± sd			
Φύλο			t= -0.35	0.72
Γυναίκα	29.67 ± 3.40			
Άντρας	29.90 ± 3.76			
Ηλικία (έτη)			r= -0.01	0.92
Επάγγελμα			F= 0.43	0.64
1. Συνταξιούχοι	29.84 ± 3.07			
2. Πλήρη Απασχόληση	- ± -			
3. Μερικής Απασχόλησης	29.49 ± 4.32			
4. Οικιακά	30.86 ± 5.40			
Μορφωτικό Επίπεδο			F= 0.11	0.95
1. Δημοτικού	29.65 ± 3.69			
2. Γυμνασίου	29.98 ± 3.78			
3. Λυκείου	28.67 ± 2.30			
4. ΤΕΙ/ΑΕΙ	29.54 ± 3.20			
Οικογενειακή Κατάσταση			F= 0.24	0.86
1. Άγαμη-ος	29.45 ± 3.70			
2. Έγγαμη-ος	29.98 ± 3.78			
3. Διαζευγμένη-ος	28.67 ± 2.31			
4. Χήρα-ος	29.54 ± 3.2			
Συγκάτοικοι (πλήθος)			F= 0.41	0.74
1. 1	30.24 ± 3.6			
2. 2	29.76 ± 3.1			
3. Περισσότερα από 2	29.38 ± 4.4			
4. 0 (Μόνη-ος)	29.48 ± 3.2			

- Σύμφωνα με τον πίνακα 10, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με την κλίμακα MED.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Συσχέτιση Δείκτη «INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE – I.P.A.Q.» Φυσική δραστηριότητα με δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Χαρακτηριστικά	"Συνολική Βαθμολογία I.P.A.Q."		t / F / r	P value
	Mean	± sd		
Φύλο			t= -0.17	0.86
Γυναίκα	1333.3	± 1202.32		
Αντρας	1380.26	± 1652.85		
Ηλικία (έτη)			r= -0.28	0.002
Επάγγελμα			F= 0.80	0.45
1. Συνταξιούχοι	1238.5	± 1532.67		
2. Πλήρη Απασχόληση	-	± -		
3. Μερικής Απασχόλησης	1595.4	± 1392.93		
4. Οικιακά	1580.50	± 920		
Μορφωτικό Επίπεδο			F= 0.80	0.50
1. Δημοτικού	1197.66	± 1087.34		
2. Γυμνασίου	1556.4	± 1689.75		
3. Λυκείου	1661.81	± 2133		
4. ΤΕΙ/ΑΕΙ	1268.55	± 931.52		
Οικογενειακή Κατάσταση			F= 5.5	0.001
1. Άγαμη/ος	1507.09	± 1645.51		
2. Έγγαμη/ος	1366.90	± 1173.52		
3. Διαζευγμένη/ος	4368.66	± 4721.4		
4. Χήρα/ος	957.80	± 1342.94		
LSD Post Hoc		(3)>(1)		0.002
		(3)>(2)		<0.001
		(3)>(4)		<0.001
Συγκάτοικοι (πλήθος)			F= 0.50	0.68
1. 1	1312.19	± 1406		
2. 2	1136.46	± 1199.83		
3. Περισσότερα από 2	1627.88	± 1172.45		
4. 0 (Μόνη-ος)	1386.53	± 1992.70		

Από τον πίνακα 11, προκύπτουν τα παρακάτω:

- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας «I.P.A.Q.»-φυσική δραστηριότητα και της μεταβλητής «Ηλικία», με τιμή συσχέτισης κατά Pearson $r=-0,28$, η οποία χαρακτηρίζεται ως αρνητικής κατεύθυνσης με χαμηλή τάση. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνονταν η ηλικία του δείγματος τόσο μειώνονταν η φυσική δραστηριότητα.
- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση, σε επίπεδο σημαντικότητας 1%, μεταξύ του σκορ της κλίμακας «I.P.A.Q.-Φυσική Δραστηριότητα» με την «Οικογενειακή κατάσταση» ($p=0,001$). Συγκεκριμένα, οι διαζευγμένοι παρουσίαζαν μεγαλύτερη μέση τιμή φυσικής δραστηριότητας, σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» ($p=0,002$), σε επίπεδο σημαντικότητας 1%.
- Τέλος, δε διαπιστώνεται κάποια επιπλέον στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τη συνολική βαθμολογία του δείκτη I.P.A.Q.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Συσχέτιση Δείκτη «HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE-H.A.D.S. – ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ » με δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Χαρακτηριστικά	" Συνολικής Βαθμολογίας Η.Α.Δ.Σ. - Επίπεδα Άγχους "		t / F / r	P value
	Mean	± sd		
Φύλο			t= 2.50	0.014
Γυναίκα	8.11	± 3.8		
Άντρας	6.22	± 4.4		
Ηλικία (έτη)			r= 0.14	0.12
Επάγγελμα			F= 0.32	0.72
1. Συνταξιούχοι	7.21	± 4.1		
2. Πλήρη Απασχόληση	-	± -		
3. Μερικής Απασχόλησης	6.57	± 4.64		
4. Οικιακά	7.57	± 4.9		
Μορφωτικό Επίπεδο			F= 1.91	0.13
1. Δημοτικού	7.50	± 3,93		
2. Γυμνασίου	7.7	± 3.38		
3. Λυκείου	6.59	± 5.28		
4. ΤΕΙ/ΑΕΙ	4.30	± 3.86		
Οικογενειακή Κατάσταση			F= 4.7	0.004
1. Άγαμη/ος	8.91	± 4.63		
2. Έγγαμη/ος	6.17	± 4.24		
3. Διαζευγμένη/ος	4.67	± 1.15		
4. Χήρα-ος	9.11	± 3.5		
LSD Post Hoc	(1)>(2)			0.039
	(4)>(2)			0.001
Συγκάτοικοι (πλήθος)			F= 2.98	0.034
1. 1	6.53	± 4.15		
2. 2	6.16	± 4.06		
3. Περισσότερα από 2	6.62	± 4.61		
4. 0 (Μόνη-ος)	9.15	± 3.8		
LSD Post Hoc	(4)>(1)			0.011
	(4)>(2)			0.011
	(4)>(3)			0.03

Από τον πίνακα 12, προκύπτουν τα παρακάτω:

- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του σκορ της κλίμακας Η.Α.Δ.Σ.- Άγχος με το Φύλο (p=0.014). Συγκεκριμένα, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή άγχους σε σχέση με την μέση τιμή των ανδρών.
- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του σκορ της κλίμακας «Η.Α.Δ.Σ.- Άγχος» με την «Οικογενειακή κατάσταση» (p=0,004). Συγκεκριμένα, σε επίπεδο σημαντικότητας 1% , οι χήροι/ες εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή άγχους από την κατηγορία έγγαμος/η (p=0,001). Ενώ, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, οι άγαμοι έχουν μεγαλύτερη μέση τιμή άγχους από τους έγγαμους (p=0,039).

- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του σκορ της κλίμακας «H.A.D.S.- Άγχος» με την «Συγκατοίκηση» ($p=0,034$). Συγκεκριμένα, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, όσοι διαμένουν μόνοι τους εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή άγχους από αυτούς που διαμένουν με περισσότερα από 2 άτομα ($p= 0,03$).
- Τέλος, δεν διαπιστώθηκε κάποια άλλη στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «H.A.D.S.- Άγχος».

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Συσχέτιση Δείκτη «HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE-HADS – ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ » με δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Χαρακτηριστικά	"Συνολική Βαθμολογία H.A.D.S.– Επίπεδα Κατάθλιψης"		t / F / r	P value
	Mean ± sd			
Φύλο			t= 2.22	0.028
Γυναίκα	8.31 ± 3.91			
Άντρας	6.65 ± 4.2			
Ηλικία (έτη)			r= 0.33	<0.001
Επάγγελμα			F= 2.52	0.084
1. Συνταξιούχοι	7.93 ± 4.14			
2. Πλήρη Απασχόληση	6.06 ± 3.8			
3. Μερικής Απασχόλησης	- ± -			
4. Οικιακά	7.71 ± 5.59			
LSD Post Hoc	(1)>(2)			0.027
Μορφωτικό Επίπεδο			F= 3.04	0.032
1. Δημοτικού	8.25 ± 4.03			
2. Γυμνασίου	6.94 ± 4.3			
3. Λυκείου	6.55 ± 4.4			
4. ΤΕΙ/ΑΕΙ	4.60 ± 2.95			
LSD Post Hoc	(1)>(4)			0.009
Οικογενειακή Κατάσταση			F= 7.3	<0.001
1. Αγαμη-ος	7.82 ± 3.90			
2. Έγγαμη-ος	6.44 ± 4.12			
3. Διαζευγμένη-ος	4.33 ± 3.21			
4. Χήρα-ος	10.25 ± 3.15			
LSD Post Hoc	(4)>(2)			<0.001
	(4)>(3)			0.014
Συγκάτοικοι (πλήθος)			F= 3.7	0.014
1. 1	7 ± 4.20			
2. 2	6.72 ± 4.78			
3. Περισσότερα από 2	6.35 ± 4.08			
4. 0 (Μόνη-ος)	9.63 ± 2.83			
LSD Post Hoc	(4)>(1)			0.009
	(4)>(2)			0.011
	(4)>(3)			0.004

Από τον πίνακα 13, προκύπτουν τα παρακάτω:

- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας «H.A.D.S.-Κατάθλιψη» με το «Φύλο» ($p=0,028$). Συγκεκριμένα, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή κατάθλιψης από τους άνδρες.
- Διαπιστώνεται σε επίπεδο σημαντικότητας 1%, μια γραμμική θετική σχέση μεταξύ της μεταβλητής «Ηλικία» με την συνολική βαθμολογία της κλίμακας «H.A.D.S.-Κατάθλιψη» ($r=0,33$) κατά Pearson, η οποία χαρακτηρίζεται ως θετικής κατεύθυνσης με μέτρια τάση. Συγκεκριμένα, αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνονταν η ηλικία τόσο αυξάνονταν και τα επίπεδα κατάθλιψης.
- Διαπιστώνεται μία οριακή τάση σε επίπεδο σημαντικότητας 10%, μεταξύ της κλίμακας «H.A.D.S.-Κατάθλιψη» με το «Επάγγελμα» ($p=0,084$). Οι συνταξιούχοι έχουν οριακά μεγαλύτερη μέση τιμή κατάθλιψης συγκριτικά με τους υπόλοιπους (οικιακά, πλήρη, μερική εργασία). Συγκεκριμένα, σε επίπεδο σημαντικότητας 5% , οι συνταξιούχοι εμφάνισαν μεγαλύτερη μέση τιμή κατάθλιψης από τα άτομα που είχαν πλήρη απασχόληση εργασίας ($p=0,027$).
- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, μεταξύ της κλίμακας «H.A.D.S.-Κατάθλιψη» με το «Μορφωτικό επίπεδο» ($p=0,032$). Συγκεκριμένα, σε επίπεδο σημαντικότητας 1%, οι απόφοιτοι δημοτικού εμφάνισαν μεγαλύτερη μέση τιμή κατάθλιψης από τους απόφοιτους Τ.Ε.Ι./Α.Ε.Ι. ($p=0,009$).
- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση, σε επίπεδο σημαντικότητας 1%, μεταξύ της κλίμακας «H.A.D.S.-Κατάθλιψη» με την «Οικογενειακή κατάσταση» ($p=0,001$). Συγκεκριμένα, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, οι χήρες/οι εμφάνισαν μεγαλύτερη μέση τιμή κατάθλιψης από τους διαζευγμένους ($p=0,014$).
- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, μεταξύ της κλίμακας «H.A.D.S.-Κατάθλιψη» με την «Συγκατοίκηση» ($p=0,014$). Συγκεκριμένα, σε επίπεδο σημαντικότητας 1%, αυτοί που διέμεναν μόνοι τους εμφάνισαν μεγαλύτερη μέση τιμή κατάθλιψης, από αυτούς που συγκατοικούσαν με πάνω από 2 άτομα ($p=0,004$).
- Τέλος, δεν παρατηρείται κάποια επιπλέον στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος σε συνδυασμό με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας «H.A.D.S.-Κατάθλιψη».

6.2.2 Σχέση Συνολικής Βαθμολογίας Δεικτών MED, I.P.A.Q., H.A.D.S. και Κλινικών Χαρακτηριστικών Δείγματος

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Συσχέτιση Δείκτη «MEDDIETSCORE - MED» με κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος

Χαρακτηριστικά	" Συνολικής Βαθμολογίας MED " Προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή	
	t / F / r	P value
Περίμετρος Μέσης στο Ύψος του Αφαλού	$r = -0.12$	0.16
Έτη Διάγνωσης με Σ.Δ.	$r = -0.053$	0.56
Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ. ή Β.Μ.Ι.)	$r = -0.16$	0.06
Γλυκοζυλιωμένης (HbA1c)	$r = -0.07$	0.39

Από τον πίνακα 14, προκύπτουν τα παρακάτω:

- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας «Med Diet Score»-προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή και του «Δείκτη Μάζας Σώματος» ($p=0,06$). Συγκεκριμένα, δίνεται γραμμική συσχέτιση κατά Pearson ($r = -0.16$), η οποία χαρακτηρίζεται ως αρνητικής κατεύθυνσης και πολύ χαμηλής τάσης. Δηλαδή, όσο αυξάνονταν η προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή τόσο μειώνονταν και ο Δείκτης Μάζας Σώματος.
- Δεν διαπιστώνεται κάποια άλλη σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ της κλίμακας «Med Diet Score» και των κλινικών χαρακτηριστικών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Συσχέτιση Δείκτη «INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE – I.P.A.Q.» με κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος

Χαρακτηριστικά	"Συνολική Βαθμολογία «INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE- I.P.A.Q.» Φυσική Δραστηριότητα	
	t / F / r	P value
Περίμετρος Μέσης στο Ύψος του Αφαλού	r= -0.35	0.7
Έτη Διάγνωσης με Σ.Δ.	r= 0.045	0.62
Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ. ή Β.Μ.Ι.)	r= -0.11	0.21
Γλυκοζυλιωμένης (HbA1c)	r= -0.066	0.47

- Τέλος, σύμφωνα με τον πίνακα 15, καμία άλλη στατιστικά σημαντική συσχέτιση δε φαίνεται να λαμβάνει χώρα μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και της συνολικής βαθμολογίας «I.P.A.Q.»

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Συσχέτιση Δείκτη «HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE-H.A.D.S. – ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ» με κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος

Χαρακτηριστικά	"Συνολική Βαθμολογία « HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE H.A.D.S.» – Επίπεδα Άγχους"	
	t / F / r	P value
Περίμετρος Μέσης στο Ύψος του Αφαλού	r= 0.047	0.60
Έτη Διάγνωσης με Σακχαρώδη Διαβήτη	r= 0.03	0.74
Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ. ή Β.Μ.Ι.)	r= 0.13	0.14
Γλυκοζυλιωμένης (HbA1c)	r= 0.77	0.40

- Από τον πίνακα 16, δεν προκύπτουν κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας «H.A.D.S.-Άγχους» με τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Συσχέτιση Δείκτη «HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE-HADS – ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ» με κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος

Χαρακτηριστικά	"Συνολική Βαθμολογία H.A.D.S. – Επίπεδα Κατάθλιψης"	
	t / F / r	P value
Περίμετρος Μέσης στο Ύψος του Αφαλού	r= 0.18	0.048
Έτη Διάγνωσης με Σακχαρώδη Διαβήτη	r= 0.023	0.80
Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ. ή Β.Μ.Ι.)	r= 0.22	0.015
Γλυκοζυλιωμένης (HbA1c)	r= 0.13	0.15

Από τον πίνακα 17, προκύπτουν τα παρακάτω:

- Διαπιστώνεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, να λαμβάνει χώρα στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της κλίμακας «H.A.D.S.-Κατάθλιψη» και «Περίμετρος Μέσης στο Ύψος του Αφαλού» ($p= 0,048$). Συγκεκριμένα, δίνεται γραμμική συσχέτιση κατά Pearson ($r =0,18$), η οποία χαρακτηρίζεται ως θετικής κατεύθυνσης και αμελητέας τάσης. Δηλαδή, όσο αυξάνονταν η περίμετρος μέσης των διαβητικών τόσο αυξάνονταν και τα επίπεδα κατάθλιψης τους.
- Διαπιστώνεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, να λαμβάνει χώρα στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της κλίμακας «H.A.D.S.-Κατάθλιψη» και του «Δείκτη Μάζας Σώματος» ($p= 0,015$). Συγκεκριμένα, δίνεται γραμμική συσχέτιση κατά Pearson ($r =0,22$), η οποία χαρακτηρίζεται ως θετικής κατεύθυνσης και χαμηλής τάσης. Δηλαδή, όσο αυξάνονταν ο Δ.Μ.Σ. των διαβητικών τόσο αυξάνονταν και το επίπεδο κατάθλιψης.
- Τέλος, δεν παρατηρείται κάποια επιπλέον στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και της συνολικής βαθμολογίας «H.A.D.S.-Κατάθλιψη».

6.2.3 Σχέση Βαθμού Προσκόλλησής στη Μεσογειακή Διατροφή και Επίπεδα Κατάθλιψης και Άγχους

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Γραμμικές Συσχετίσεις Βαθμίδων από Κλίμακες ερωτηματολογίων MED. & H.A.D.S – Επίπεδο Άγχους

MEDITERRANEAN MED DIET SCORE (MED.)	HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE - H.A.D.S. (Επίπεδα Άγχους)			Σύνολο H.A.D.S. Άγχους
	Καθόλου Άγχος	Μέτριο Επίπεδο Άγχους	Υψηλό Επίπεδο Άγχους	
	Καθόλου καλή συμμόρφωση	0	0	
Ανεπαρκής συμμόρφωση	0.224	-0.325	0.421	0.096
Καλή συμμόρφωση	-0.93	-0.123	0	-0.094
Πολύ Καλή συμμόρφωση	0	0	0	0
Σύνολο MED.	0.136	-0.006	-0.067	-0.161

* $p<0.05$ ** $p<0.10$ *** $p<0.15$

- Από τον πίνακα 18, δεν παρατηρείται κάποια στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των βαθμίδων προσκόλλησής στη μεσογειακή διατροφή και στις βαθμίδες των επιπέδων άγχους του δείγματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Γραμμικές Συσχετίσεις Βαθμίδων από Κλίμακες ερωτηματολογίων MED. & H.A.D.S – Επίπεδα Κατάθλιψης

MEDITERRANEAN MED DIET SCORE (MED.)	HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE - H.A.D.S. (Επίπεδα Κατάθλιψης)			Σύνολο H.A.D.S. Κατάθλιψης
	Καμία Ένδειξη Κατάθλιψης	Μέτρια Επίπεδα Κατάθλιψης	Υψηλά Επίπεδα Κατάθλιψης	
Καθόλου καλή συμμόρφωση	0	0	0	0
Ανεπαρκής συμμόρφωση	0.395	-0.11	0.126	0.064
Καλή συμμόρφωση	-0.005	-0.013	0.008	-0.229*
Πολύ Καλή συμμόρφωση	0	0	0	0
Σύνολο MED.	0.144	0.081	-0.241	-0.184*

*p<0.05 **p<0.10 ***p<0.15

Από τον πίνακα 19, προκύπτουν τα παρακάτω:

- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ της «Καλής συμμόρφωσης στη Μεσογειακή διατροφή» με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας «H.A.D.S. κατάθλιψης» $r = -0.229$ κατά Pearson. Συγκεκριμένα, χαρακτηρίζεται από αρνητική γραμμική συσχέτιση, χαμηλής τάσης και σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.05$. Ειδικότερα, όσο μειώνονταν η συνολική βαθμολογία της «Κατάθλιψης» τόσο αυξάνονταν η καλή συμμόρφωση στη «Μεσογειακή διατροφή».
- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών «MED.» και συνολικών βαθμολογιών «H.A.D.S. κατάθλιψης» $r = -0.184$ κατά Pearson. Συγκεκριμένα, χαρακτηρίζεται από αρνητική γραμμική συσχέτιση χαμηλής τάσης και σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.05$. Ειδικότερα, όσο αυξάνονταν η συνολική βαθμολογία στη κλίμακα «MED» προσκόλληση στη Μ.Δ. τόσο μειώνονταν και η συνολική βαθμολογία στη κλίμακα «H.A.D.S.- κατάθλιψη».

6.2.4 Σχέση Φυσικής Δραστηριότητας και Επιπέδων Κατάθλιψης και Άγχους

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Γραμμικές Συσχετίσεις Βαθμίδων από τις Κλίμακες I.P.A.Q. & H.A.D.S (Επίπεδα Άγχους)

INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE – SHORT FORM (I.P.A.Q.)	HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE - H.A.D.S. (Επίπεδα Άγχους)			Σύνολο H.A.D.S. Άγχους
	Καθόλου Άγχος	Μέτριο Επίπεδο Άγχους	Υψηλό Επίπεδο Άγχους	
Μειωμένης Φυσικής Δραστηριότητας	0.203	-0.303	0.116	-0.058
Μέτριας Φυσικής Δραστηριότητας	0.040	-0.043	-0.729*	0.118
Αυξημένης Φυσικής Δραστηριότητας	0.051	0.057	0.963	-0.033
Σύνολο I.P.A.Q.	0.057	0.035	0.034	-0.155

*p<0.05 **p<0.10 ***p<0.15

Από τον πίνακα 20, προκύπτουν τα παρακάτω:

- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ της «Μέτριας φυσικής δραστηριότητας» και «Υψηλού επιπέδου άγχος» ($r=-0.729$) κατά Pearson. Συγκεκριμένα, χαρακτηρίζεται από αρνητική γραμμική συσχέτιση, υψηλής τάσης και σε επίπεδο σημαντικότητας $p<0.05$. Ειδικότερα, όσο αυξάνονταν η «Μέτρια φυσική δραστηριότητα» τόσο μειώνονταν το «Υψηλό επίπεδο άγχος».

ΠΙΝΑΚΑΣ 21 : Γραμμικές Συσχετίσεις Βαθμίδων από Κλίμακες ερωτηματολογίων I.P.A.Q. & H.A.D.S

(Επίπεδα Κατάθλιψης)

INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE – SHORT FORM (I.P.A.Q.)	HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE - H.A.D.S. (Επίπεδα Κατάθλιψης)			Σύνολο H.A.D.S. Κατάθλιψης
	Καμία Ένδειξη Κατάθλιψης	Μέτρια Επίπεδα Κατάθλιψης	Υψηλά Επίπεδα Κατάθλιψης	
Μειωμένης Φυσικής Δραστηριότητας	0.466	-0.207	-0.502*	-0.138
Μέτριας Φυσικής Δραστηριότητας	0.008	0.164	-0.771**	-0.005
Αυξημένης Φυσικής Δραστηριότητας	0.219	-0.116	-0.439	-0.144
Σύνολο I.P.A.Q.	-0.188	-0.253	-0.38*	-0.155

* $p<0.05$ ** $p<0.10$ *** $p<0.15$

Από τον πίνακα 21, τα παρακάτω:

- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ «Υψηλά επίπεδα κατάθλιψης» και «Μειωμένη Φυσική δραστηριότητα» ($r=-0.502$) κατά Pearson. Συγκεκριμένα, χαρακτηρίζεται από αρνητική γραμμική συσχέτιση, μέτριας τάσης και σε επίπεδο σημαντικότητας $p<0.05$. Ειδικότερα, όσο αυξάνονταν τα «Υψηλά επίπεδα κατάθλιψης» τόσο μειώνονταν η «Μειωμένη φυσική δραστηριότητα».
- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ «Υψηλά επίπεδα κατάθλιψης» και «Μέτριας Φυσικής Δραστηριότητας» ($r=-0.771$) κατά Pearson. Συγκεκριμένα, χαρακτηρίζεται από αρνητική γραμμική συσχέτιση, υψηλής τάσης και σε επίπεδο σημαντικότητας $p<0.10$. Ειδικότερα, όσο αυξάνονταν η μέτρια «Φυσική δραστηριότητα» τόσο μειώνονταν τα «Υψηλά επίπεδα κατάθλιψης»
- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ «Υψηλά Επίπεδα Κατάθλιψης» και το σύνολο της κλίμακας «I.P.A.Q.» ($r=-0.38$) κατά Pearson. Συγκεκριμένα, χαρακτηρίζεται από αρνητική γραμμική συσχέτιση, χαμηλής τάσης και σε επίπεδο σημαντικότητας $p<0.05$. Ειδικότερα, όσο αυξάνονταν η συνολική βαθμολογία της «Φυσικής δραστηριότητας» τόσο μειώνονταν τα «Υψηλά επίπεδα κατάθλιψης».

7. Συζήτηση

7.1 Συζήτηση για την Περιγραφική ανάλυση

Από την περιγραφική ανάλυση της συγχρονικής μελέτης προέκυψαν, δεδομένα αρκετά αντιπροσωπευτικά για τον πληθυσμό των διαβητικών τύπου 2 του Νομού Ευρυτανίας. Καταγράφηκαν ατομικά χαρακτηριστικά, στοιχεία της νόσου και με την χρήση ειδικών ερωτηματολογίων συλλεχθήκαν στοιχεία σχετικά με τη διατροφή, φυσική δραστηριότητα και την ψυχική υγεία των ερωτηθέντων. Αρχικά, το σύνολο των διαβητικών που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη ήταν 123 άτομα (69 άνδρες και 54 γυναίκες), μέσου όρου ηλικίας 69,28 έτη και το 25% ήταν πάνω από 81 ετών. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος μας δήλωσε ότι δεν εργάζεται, καθώς είναι συνταξιούχοι ή ασχολούνται με τα οικιακά, με ποσοστό 65,90% και 5,7% αντίστοιχα. Σχεδόν το ήμισυ του δείγματος με ποσοστό 54,50% έχει φοιτήσει μέχρι τις τάξεις του Δημοτικού. Ενώ μόνο το 8,10% έχει αποφοιτήσει από την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Το 22% του δείγματος διαμένει μόνο του.

Ο μέσος όρος του χρόνου νόσησης ήταν τα 11,58 έτη. Φυσιολογικό Δείκτη μάζας σώματος δηλαδή 18,5-24,9 kg/m² είχε μόνο το 13,01% , κανείς δεν είχε Δ.Μ.Σ. κάτω από 18,5kg/m² , στις κατηγορίες «Παχύσαρκος 1,2 και 3» βρίσκεται το 44,72% . Ποσοστό 62,60% του δείγματος ανήκει στη ομάδα σοβαρού κινδύνου λόγω της κεντρικής παχυσαρκίας- περίμετρος μέσης. Στους Διαβητικούς τύπου 2, η γλυκοζυλιωμένη θα πρέπει να έχει τιμές κάτω από 7mg/dl σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ένωση Διαβήτη για να χαρακτηρίζεται ρυθμισμένο, εδώ το 50% είχε τιμές κάτω από 6,8mg/dl και η μέση τιμή της γλυκοζυλιωμένης ήταν 7,02mg/dl. Με βάση το ερωτηματολόγιο που αξιολογεί την κατάθλιψη και το άγχος σε άτομα με χρόνια νοσήματα « Hospital anxiety and depression scale-H.A.D.S.» προέκυψε ότι το 44,70% δεν εμφανίζει κανένα στοιχείο κατάθλιψης, το 28,50% εμφανίζει μέτρια στοιχεία κατάθλιψης και το 26,80% έχει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Επίσης οι μετρήσεις του άγχους έχουν ως εξής: 51,20% καθόλου άγχος, 27,60% μέτρια επίπεδα άγχος και το 21,10% υψηλά επίπεδα άγχος.

Τα παραπάνω αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά της ερευνητικής εργασίας «Αυτοαξιολόγηση κατάθλιψης ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με τις επιπλοκές του», η οποία πραγματοποιήθηκε σε 164 ασθενείς από Αττική και Κόρινθο με διαβήτη τύπου 1 και 2 και χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης Zung (ZDRS), όπου τα ποσοστά ήταν οριακή κατάθλιψη 18,9% , ήπια κατάθλιψη 30,50% και φυσιολογικά συναισθήματα 50,6%. Ο μέσος όρος της ηλικίας ήταν 66,9 έτη και πάνω από 50% ήταν παχύσαρκοι. Ακόμη η μέση τιμή της γλυκοζυλιωμένης ήταν 7,73mg/dl.(51) Συγκρίνοντας τις δύο εργασίες παρατηρούνται πολλά κοινά στοιχεία στους διαβητικούς. Υπάρχουν κάποιες μικρές αποκλίσεις, οι οποίες μπορεί να οφείλονται και στα διαφορετικά εργαλεία- ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν π.χ. για την αυτοαξιολόγηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Zung από την ομάδα της κ. Ρεκλείτη.

Όσον αφορά άλλα προβλήματα υγείας, το 78,86% έχει ρυθμισμένη χοληστερίνη, σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες πάσχουν από υπέρταση, ποσοστό 50,41%, ενώ 25 άτομα από τα 123 πάσχουν από στεφανιαία νόσο, ποσοστό 20,33%. Αναλυτικότερα, έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου 4 άτομα από τους συμμετέχοντες, ενώ 8 άτομα από τα 123 έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο πληθυσμός της μελέτης είναι με σειρά συχνότητας: η πολυουρία (51,22%), η αδυναμία- κόπωση

(47,15%), η πολυδιψία (38,21%), η πείνα (34,15%), η υπνηλία (25,20%), η θαμπή όραση (23,58%), η ανησυχία-νευρικότητα (22,76%), η ταχυκαρδία (16,26%) και η ζάλη (14,63%).

Διαπιστώθηκε ότι οι 107 διαβητικοί από τους 123 ρυθμίζουν το σακχαρώδη διαβήτη με δισκία, ενώ 30 από τους 123 είναι ινσουλινοεξαρτώμενοι. Θετικό είναι ότι δηλώσαν καπνιστές μόνο 17,07% των διαβητικών. Όσον αφορά την προσωπική προσπάθεια των ασθενών ώστε να αντιμετωπίσουν το Σακχαρώδη Διαβήτη, παρατηρείται ότι σε καθημερινό έλεγχο της τιμής του σακχάρου του προχωρά μόλις του 56.91% ενώ ρυθμισμένο σάκχαρο έχουν δηλώσει το 74%. Τακτικά φαίνεται να επισκέπτεται το θεράποντα ιατρό του το 66.67%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων δεν έχουν καπνίσει ποτέ 65.83%, ενώ οι πρώην καπνιστές είναι κοντά στο 17.10%. Από τη διάγνωση και έπειτα το δείγμα σε ποσοστό 69.11% προσέχει τη διατροφή του και το 36.59% έχει αυξήσει τη σωματική του δραστηριότητα. Τέλος, 54 διαβητικοί από τους 123, ποσοστό 43.90% έχει δηλώσει μείωση σωματικού βάρους.

Σχετικά με την προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή το δείγμα απάντησε σε σχετικές ερωτήσεις και προέκυψαν τα εξής: ότι 74,80% του δείγματος έχει καλή συμμόρφωση, ενώ οι υπόλοιποι 25,20% ανεπαρκής συμμόρφωση, η μέση τιμή του σκορ είναι 29,8. Επίσης, το 69,11% των διαβητικών τύπου 2 απάντησαν ότι προσέχουν την διατροφή τους από τότε που διαγνώστηκε η πάθηση. Παρόμοια αποτελέσματα είχε η μελέτη C.H.A.P. Chicago Health Aging Project, διάρκειας 12 ετών που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α., και συγκεκριμένα στο Chicago σε 6158 κατοίκους ηλικίας 65 ετών και άνω. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι: η κλίμακα Med Diet Score έχει μέση τιμή 28,2 (συμμόρφωση στην Μεσογειακή διατροφή) και μέσο όρο ηλικίας 73,5 έτη, η ομάδα με την χαμηλότερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή είχε και το υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης.(42)

Οι διαβητικοί τύπου 2 αξιολογήθηκαν και για την φυσική τους δραστηριότητα και σύμφωνα με τις απαντήσεις τους τα αποτελέσματα είναι τα εξής: αυξημένη σωματική δραστηριότητα το 31,70%, μέτρια σωματική δραστηριότητα το 38,90% και τέλος το 37,40% μειωμένη σωματική δραστηριότητα. Η φυσική τους δραστηριότητα δεν είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα, αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί λόγω του αυξημένου μέσο όρο ηλικίας τους 69,28 έτη. Επίσης, μόνο το 36,59% δήλωσε ότι από τότε που διαγνώστηκε με Σ.Δ. τύπου 2 αύξησε τη σωματική του δραστηριότητα. Είναι γνωστό ότι η φυσική δραστηριότητα βοηθά στη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, όμως είναι δύσκολο να εντάξει ο διαβητικός τη σωματική άσκηση στη ζωή του. Τα αντίστοιχα αποτελέσματα αναφέρονται σε μία ισπανική μελέτη, όπου πραγματοποιήθηκε μία παρέμβαση από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, συμμετείχαν 26 Κέντρα Υγείας με σκοπό, να βοηθήσουν τους διαβητικούς να αλλάξουν τις συνήθειες τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή, αλλά όχι στην αύξηση της σωματικής δραστηριότητας. (52)

Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει καλή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή από τους περισσότερους του δείγματος και συγκεκριμένα, ποσοστό 94,21% απάντησε ότι ακολουθεί πιστά την φαρμακευτική αγωγή. Ενδιαφέρον παρουσιάζει μία εργασία με διαφορετικά αποτελέσματα αλλά σίγουρα πιο αξιόπιστα, που έγινε από το τμήμα Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον. Αξιολογήθηκε η αυτοφροντίδα και η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή των διαβητικών που έχουν και στοιχεία κατάθλιψης. Από την

επεξεργασία που έγινε στο πρόγραμμα συνταγογράφησης παρατηρήθηκε μη λήψη φαρμάκων για 70 περίπου μέρες το χρόνο από τους συμμετέχοντες της έρευνας.(31)

7.2 Συζήτηση για την επαγωγική ανάλυση

Από την επαγωγική ανάλυση των ατομικών χαρακτηριστικών με τη συνολική βαθμολογία της Μεσογειακής Διατροφής (MedDietScore), της Φυσικής δραστηριότητας (I.P.A.Q.), της Κατάθλιψης και του Άγχους (H.A.D.S.), προέκυψαν τα παρακάτω:

Η προσκόλληση στη «Μεσογειακή Διατροφή» του MedDietScore, δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά των διαβητικών. Σύμφωνα με τη Κλίμακα MedDietScore που χρησιμοποιήθηκε, όλοι οι ερωτώμενοι παρουσιάζουν κάποιου είδους συμμόρφωση στο μεσογειακό τρόπο διατροφής, αλλά κανείς δεν την έχει εντάξει σε πολύ καλό βαθμό στην καθημερινότητα του και κανείς δεν ανήκει στη κατηγορία «καθόλου καλή συμμόρφωση». Αυτό σημαίνει ότι όλοι οι ερωτώμενοι με τις απαντήσεις που έδωσαν συγκεντρώνονται στις δύο μεσαίες- κεντρικές κατηγορίες, μιας που οι βαθμολογίες τους κυμαίνονται από το 17-40, ενώ η κλίμακα είναι από 0-55. Αποτέλεσμα το οποίο θα μπορούσε να χαρακτηριστεί αναμενόμενο για γεωπολιτικούς λόγους, αφού το δείγμα αποτελούνταν μόνο από Έλληνες των οποίων παραδοσιακά η διατροφή τους βασίζεται στη Μ.Δ.

Η «Φυσικής Δραστηριότητας» του I.P.A.Q. παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά των διαβητικών τύπου 2. Παρατηρείται μια αρνητική σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ηλικίας ($r = -0,28$) και πιο συγκεκριμένα με την αύξηση της ηλικίας υπήρξε μείωση της φυσικής δραστηριότητας. Το αποτέλεσμα αυτό συμβαδίζει με τα όσο γνωρίζουμε σχετικά με τα άτομα τρίτης ηλικίας και την μείωση της φυσικής δραστηριότητας λόγω κινητικών προβλημάτων κ.α.. Επίσης, στην ίδια επαγωγική ανάλυση παρατηρήθηκε σχέση «Φυσικής Δραστηριότητας» και οικογενειακής κατάστασης ($p = 0,001$). Ειδικότερα, οι διαζευγμένοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη Φυσική δραστηριότητα συγκριτικά με τους έγγαμους, χήρους και άγαμους.

Το «Άγχος» του H.A.D.S. παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με το φύλο ($p = 0,014$). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερο άγχος από τους άνδρες. Ακόμη, παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με την οικογενειακή κατάσταση ($p = 0,004$). Ειδικότερα, οι χήρες/οι εμφάνισαν περισσότερο άγχος, ακολουθούσαν οι άγαμοι, οι έγγαμοι και τελευταίοι οι διεζευγμένοι. Επίσης, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της συγκατοίκησης ($p = 0,034$). Αναλυτικότερα, όσοι διέμεναν μόνοι τους παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία άγχους συγκριτικά με όσους συγκατοικούσαν. Το εν λόγω συμπέρασμα συμβαδίζει με μία ανασκόπηση που αναφέρει ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αγχώδης διαταραχή και ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση του άγχους.(13)

Η «Κατάθλιψη» του H.A.D.S. παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με το Φύλο ($p = 0,028$). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τους άνδρες. Ακόμη, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση Κατάθλιψης και Ηλικίας ($r = 0,33$). Ειδικότερα, όταν αυξάνει η ηλικία αυξάνουν και τα επίπεδα κατάθλιψης. Επίσης, διαπιστώθηκε μια οριακή τάση, στο στατιστικό επίπεδο του 10%, οι συνταξιούχοι

εμφάνισαν πιο συχνά κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που εργάζονταν ($p=0,084$). Επιπλέον, διαπιστώνεται στατιστική σημαντικότητα μεταξύ Κατάθλιψης και Οικογενειακής κατάστασης ($p=0,001$). Παρατηρείται ακόμη ότι, οι χήρες/οι παρουσίασαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης συγκριτικά με τους διαζευγμένους, έγγαμους και άγαμους. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με τη μελέτη του Maydick, όπου αναφέρεται ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης αυξάνεται με την ηλικία και από καταστάσεις όπως η απομόνωση. (27) Ακόμη, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση Κατάθλιψης και Μορφωτικού επιπέδου ($p=0,032$). Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι δημοτικού εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τέλος, διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση της Κατάθλιψης και της Συγκατοίκησης. Ειδικότερα, παρατηρείται ότι όσοι διέμεναν μόνοι τους εμφάνισαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης συγκριτικά με αυτούς που συγκατοικούσαν. Τα παραπάνω αποτελέσματα μας είναι γνωστά από βιβλιογραφίες και μελέτες όπως «Ο επιπολασμός της συννοσηρότητας κατάθλιψης σε ενήλικες με διαβήτη» του Anderson, όπου γίνονται σχετικές αναφορές.(53)

Από την επαγωγική ανάλυση των κλινικών χαρακτηριστικών με τις συνολικές βαθμολογίες της «Μεσογειακής Διατροφής-Med Diet Score», της «Φυσικής δραστηριότητας I.P.A.Q.», της «Κατάθλιψης και του Άγχους H.A.D.S.», προέκυψαν τα παρακάτω:

Η προσκόλληση στη «Μεσογειακή διατροφή» του Med Diet Score, παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με το Δείκτη Μάζας Σώματος ($p=0,06$). Και συγκεκριμένα αρνητική γραμμική σχέση($r=-0,16$) που σημαίνει ότι όσο αυξάνονταν η προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή τόσο μειώνονταν ο Δείκτης Μάζας Σώματος. Το αποτέλεσμα συμβαδίζει με πολλές σχετικές μελέτες, όπου η Μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με τη μείωση του δείκτη μάζας σώματος κ.α.(54)

Η «Κατάθλιψη» του H.A.D.S. παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με την περίμετρο μέσης ($p=0,048$). Συγκεκριμένα, η γραμμική συσχέτιση είναι θετική ($r=0,18$) αλλά ελάχιστη, δηλαδή όταν αυξάνονταν η περίμετρος της μέσης αυξάνονταν οριακά και τα επίπεδα κατάθλιψης. Επίσης, διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση κατάθλιψης και Δείκτη Μάζας Σώματος ($p=0,015$). Αναλυτικότερα, υπάρχει θετική γραμμική σχέση ($r=0,32$), δηλαδή όταν αυξάνονταν ο Δ.Μ.Σ. των διαβητικών αυξάνονταν και τα επίπεδα κατάθλιψης.

Από την επαγωγική ανάλυση μεταξύ της «Μεσογειακής Διατροφής (MedDietScore)», της «Φυσικής δραστηριότητας (I.P.A.Q.)», της «Κατάθλιψης και του Άγχους (H.A.D.S.)», προέκυψαν τα παρακάτω:

Συσχέτιση «Κατάθλιψης H.A.D.S.» με την «Μεσογειακή Διατροφή». Παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση της «Κατάθλιψης» με την «Καλή Συμμόρφωση στη Μ.Δ.» ($r=-0,229$). Ειδικότερα, υπάρχει αρνητική γραμμική σχέση, δηλαδή όταν είχαμε αύξηση της καλής συμμόρφωσης στη Μ.Δ. είχαμε μείωση του επιπέδου κατάθλιψης. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρονται σε παρόμοιες καταστάσεις. Επίσης, υπάρχει αρνητική συσχέτιση συνολικής βαθμολογίας Κατάθλιψης με της συνολικής βαθμολογίας Μ.Δ.($r=-0,184$), που σημαίνει ότι μια πιθανή μείωση των τιμών προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή θα σηματοδοτεί αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα αυτά συμβαδίζουν με μια μελέτη που έγινε στο Σικάγο όπου διαπιστώθηκε ότι οι άνθρωποι με λιγότερη προσκόλληση στη Μ.Δ. ήταν άτομα που είχαν στοιχεία κατάθλιψης.(42)

Συσχέτιση «Φυσικής δραστηριότητας- I.P.A.Q.» με το «Άγχος- H.A.D.S.». Παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ «Μέτριας Φυσικής Δραστηριότητας» και «Υψηλού Επιπέδου Άγχους», με αρνητική γραμμική συσχέτιση ($r = -0,729$) και υψηλή τάση. Πιο συγκεκριμένα, μια πιθανή αύξηση της «Μέτριας Φυσικής Δραστηριότητας» σηματοδοτεί μείωση του υψηλού άγχους τους.

Συσχέτιση «Κατάθλιψης H.A.D.S.» με τη «Φυσικής δραστηριότητας- I.P.A.Q.». Παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ «Υψηλά επίπεδα κατάθλιψης» και «Μειωμένης Φυσικής Δραστηριότητας», με αρνητική γραμμική συσχέτιση ($r = -0,502$) μέτριας τάσης. Συγκεκριμένα, μια πιθανή μείωση της φυσικής δραστηριότητας σηματοδοτεί την αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης. Το εν λόγω συμπέρασμα συμβαδίζει με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Νορβηγία σε διαβητικούς με κατάθλιψη, όπου διαπιστώθηκε σχέση κατάθλιψης με τη σωματική αδράνεια.(55)

8. Συμπεράσματα

Έχοντας ολοκληρώσει την έρευνα για την παρούσα εργασία, έχουμε φτάσει στο σημείο να μπορούμε να απαντήσουμε στα ερευνητικά ερωτήματα που είχαμε θέσει ως κατευθυντήριες γραμμές της παρούσας έρευνας.

Αρχικά, ο σκοπός μας ήταν να προσεγγίσουμε ανθρώπους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που επισκέπτονται το Κ.Υ. Καρπενησίου. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο H.A.D.S. για την κατάθλιψη- άγχος, για να διαπιστώσουμε αν υπάρχει συννοσηρότητα και στη συνέχεια με την χρήση δύο ακόμη εργαλείων-ερωτηματολογίων προχωρήσαμε στην συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα «I.P.A.Q.» και τη διατροφή τους «MedDietScore».

Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης έδειξαν ότι το δείγμα μας οι διαβητικοί τύπου 2 παρουσιάζουν κατάθλιψη σε ποσοστό που άγγιζε το 27% και το άγχος στα 21%. Γνωρίζαμε από την βιβλιογραφία ότι η κατάθλιψη παρουσιάζεται στους διαβητικούς τύπου 2 σε ποσοστό 15-30%. Το αυξημένο αυτό ποσοστό κατάθλιψης στο δείγμα μας σχετίζεται με την αυξημένη ηλικία του δείγματος, τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα και την παχυσαρκία. Αναλυτικότερα, από την επαγωγική στατιστική ανάλυση διαπιστώθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ανθρώπων με την συννοσηρότητα είχαν τα εξής χαρακτηριστικά: άτομα τρίτης ηλικίας, γυναίκες, συνταξιούχοι, απόφοιτοι δημοτικού, χήρες/οι και όσοι διέμεναν μόνοι τους. Όσον αφορά το άγχος, ήταν πιο συχνή η εμφάνισή του στις γυναίκες, χήρες/οι και σε όσους διέμεναν μόνοι τους. Ειδικότερα, εξετάστηκε η ψυχική υγεία των διαβητικών τύπου 2 σε σχέση με την Μεσογειακή Διατροφή, όπου παρατηρήθηκε ότι όσοι είχαν υιοθετήσει την Μεσογειακή Διατροφή παρουσίαζαν λιγότερα στοιχεία κατάθλιψης.

Επιπλέον, μελετήθηκε η Μεσογειακή Διατροφή και η φυσική δραστηριότητα σε σχέση με την γλυκοζυλιωμένη, καθώς υπήρχε και ως ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή αν η Μεσογειακή διατροφή και η φυσική δραστηριότητα επηρεάζουν τις τιμές γλυκοζυλιωμένης. Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε να υπάρχει κάποια σχέση. Ενώ, μας είναι γνωστό ότι συμβάλει θετικά η Μ.Δ. και η φυσική δραστηριότητα στην μείωση της γλυκοζυλιωμένης. Βρέθηκε ωστόσο ότι, όσοι ακολουθούσαν την Μ.Δ. είχαν μειωμένο Δείκτη Μάζας Σώματος, το οποίο είναι και επιθυμητό στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, καθώς γνωρίζουμε ότι προτείνεται για την ρύθμιση του σακχάρου η μείωση του σωματικού βάρους σε ποσοστό 7%. Γενικά, οι ερωτώμενοι παρουσίασαν κάποιου είδους

προσκόλλησης στη Μ.Δ., οι οποίοι βάση των απαντήσεων τους στο MedDietScore ταξινομήθηκαν όλοι στις δύο κεντρικές κατηγορίες, με ποσοστό 74,50% στη καλή συμμόρφωση στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής. Ακόμη διαπιστώθηκε ότι, τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης επηρεάζουν κάποια κλινικά χαρακτηριστικά των διαβητικών. Συγκεκριμένα, όσοι διαβητικοί της μελέτης είχαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης εμφάνισαν και αυξημένες τιμές στο Δείκτη Μάζας Σώματος και στη περίμετρο μέσης. Όσον αφορά τη Φυσική Δραστηριότητα του πληθυσμού της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία επηρεάζει την φυσική δραστηριότητα, δηλαδή οι μεγαλύτεροι σε ηλικίας διαβητικοί είχαν και λιγότερη φυσική δραστηριότητα. Επίσης, βρέθηκε ότι συσχετίζεται η αυξημένη φυσική δραστηριότητα με μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης.

Συμπερασματικά, η παρούσα εργασία έδειξε ότι ένα σημαντικό ποσοστό διαβητικών τύπου 2 παρουσιάζει κατάθλιψη. Αυτό που αποδείχθηκε και στη παρούσα εργασία είναι ότι, βελτιώνοντας απλές καθημερινές συνήθειες μπορούν να μειωθούν τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους και παράλληλα να αντιμετωπιστεί καλύτερα ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Όσο εύκολο ακούγεται τόσο δύσκολο είναι η εφαρμογή ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Γι' αυτό θα πρέπει να υπάρξει η κατάλληλη εκπαίδευση των διαβητικών αλλά και των επαγγελματιών υγείας, τόσο από πλευράς των ασθενών ως προς την συχνή παρακολούθηση της υγείας τους, αλλά και από πλευράς των ειδικών με την προσφορά πολύτιμων συμβουλών και τακτικών ελέγχων σε άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και την διευκόλυνση της καθημερινότητάς τους. Ίσως το ποσοστό των διαβητικών με ψυχικές διαταραχές να ήταν μικρότερο αν είχαν την δυνατότητα τακτικής παρακολούθησης και συμβουλευτικής από οργανωμένο διαβητολογικό ιατρείο το οποίο λείπει από τις δημόσιες δομές υγείας του Δήμου Καρπενησίου.

9. Βιβλιογραφία

1. Chew B-H, Shariff-Ghazali S, Fernandez A. Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *World J Diabetes*. 2014 Dec;5(6):796–808.
2. Kontoangelos K, Papageorgiou CC, Raptis AE, Tsiotra P, Boutat E, Papadimitriou GN, et al. Diabetes mellitus and psychopathology. *Arch Hell Med*. 2013;30(6):688–99.
3. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία. Κατευθυντήριες Οδηγίες Για Τη Διαχείριση Του Διαβητικού Ασθενούς. 2013;1–121.
4. International DF. IDF Diabetes Atlas 2019. International Diabetes Federation. 2019. 1–168 p.
5. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ Διάγνωση - Θεραπεία. 2019;1–31.
6. D.INTERNATIONAL. IDF DIABETES ATLAS 2021. FEDERATION; 2021. 1–168 p.
7. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία. Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς. 2021;1–252.
8. Μελιδώνης Α. Σακχαρώδης Διαβήτης Σύγχρονες προσεγγίσεις σε θέματα αιχμής. Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Παρισιάνος; 2011. 1–390 p.
9. Association AD. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* [Internet]. 2013 Dec 16;37(Supplement_1):S81–90. Available from: <https://doi.org/10.2337/dc14-S081>
10. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002 Feb;346(6):393–403.
11. Organization WH. The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health [Internet]. Geneva PP - Geneva: World Health Organization; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>
12. CDC. CDC- Center for disease control and prevention:About mentalhealth- Mental health basics control. 2021.
13. What is mental health illness? AMERICAN PSYTHIATRIC ASSOCIATION,APA.
14. W.H.O. MENTAL DISORDERS. 2019.
15. Πολυκανδριώτη Μ. Άγχος σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*. 2014;13(1):55–64.
16. Μητρούση Σ. Τραυλός Α. Κούκια Ε. Ζύγα Σ. Θεωρίες Άγχους. *ENE*. 2013;6(1):23–7.
17. Brosan & Hogan. An introduction to coping with depression. Dioptra; 2007.
18. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical

descriptions and diagnostic guidelines [Internet]. Geneva PP - Geneva: World Health Organization; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>

19. W.H.O. Depression. 2021.
20. Λιονής Χρήστος. Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.” 464637 Ελλάδα: Υπουργείο Υγείας; 2017.
21. Πολυκανδριώτη Μ. ΣΣ. Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ. 2013;12(4):397–408.
22. Κόντι Π. Άγχος -Κατάθλιψη Διαβητικών Ασθενών. ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. 2016;5(1).
23. American Psychiatric Association. What is depression? A.P.A. 2020.
24. Χωρέψιμα Σ. Τεντολούρης Ν. Αδιάγνωστη κατάθλιψη σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η κατάθλιψη στον διαβήτη. Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά. 2013;26(1):59–67.
25. Young-Hyman D, De Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial care for people with diabetes: A position statement of the American diabetes association. Diabetes care 2016;39:2126-2140. Vol. 41, Diabetes Care. 2018. p. e33–4.
26. Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ, et al. Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. Diabetes Care. 2008 Dec;31(12):2398–403.
27. Maydick DR, Acee AM. Comorbid Depression and Diabetic Foot Ulcers. Home Healthc now. 2016 Feb;34(2):62–7.
28. Lloyd CE, Dyer PH, Barnett AH. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. Diabet Med. 2000 Mar;17(3):198–202.
29. Nouwen A, Nefs G, Caramlau I, Connock M, Winkley K, Lloyd CE, et al. Prevalence of depression in individuals with impaired glucose metabolism or undiagnosed diabetes: a systematic review and meta-analysis of the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. Diabetes Care. 2011 Mar;34(3):752–62.
30. Schram MT, Baan CA, Pouwer F. Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium. Curr Diabetes Rev. 2009 May;5(2):112–9.
31. Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Diabetes Care. 2004 Sep;27(9):2154–60.
32. Katon W, von Korff M, Ciechanowski P, Russo J, Lin E, Simon G, et al. Behavioral and clinical

- factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*. 2004 Apr;27(4):914–20.
33. Lin EHB, Rutter CM, Katon W, Heckbert SR, Ciechanowski P, Oliver MM, et al. Depression and advanced complications of diabetes: a prospective cohort study. *Diabetes Care*. 2010 Feb;33(2):264–9.
 34. Bădescu S V, Tătaru C, Kobylinska L, Georgescu EL, Zahiu DM, Zăgrean AM, et al. The association between Diabetes mellitus and Depression. *J Med Life*. 2016;9(2):120–5.
 35. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ PROLEPSIS ΛΙΝΟΥ ΑΘΗΝΑ. Ευ ΔιαΤροφήν Εθνικός Διατροφικός Οργανισμός για Ενήλικες. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ PROLEPSIS; 2013. 163–213 p.
 36. Υπουργείο Υγείας Τομέας Διατροφής. Τι είναι και πως καθορίστηκε η Πυραμίδα Μεσογειακής Δίαιτας.
 37. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία. Η δίαιτα στον Σακχαρώδη διαβήτη. 2021. p. 21–33.
 38. Esposito K, Maiorino MI, Ceriello A, Giugliano D. Prevention and control of type 2 diabetes by Mediterranean diet: a systematic review. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010 Aug;89(2):97–102.
 39. Alison G, Rebecca JT. Nutritional Recommendations for Individuals with Diabetes - Endotext - NCBI Bookshelf [Internet]. 2019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279012/>
 40. Bremner JD, Moazzami K, Wittbrodt MT, Nye JA, Lima BB, Gillespie CF, et al. Diet, Stress and Mental Health. *Nutrients*. 2020 Aug;12(8).
 41. Owen L, Corfe B. The role of diet and nutrition on mental health and wellbeing. Vol. 76, *The Proceedings of the Nutrition Society*. England; 2017. p. 425–6.
 42. Skarupski KA, Tangney CC, Li H, Evans DA, Morris MC. Mediterranean diet and depressive symptoms among older adults over time. *J Nutr Health Aging*. 2013;17(5):441–5.
 43. Mantzorou M, Vadikolias K, Pavlidou E, Tryfonos C, Vasios G, Serdari A, et al. Mediterranean diet adherence is associated with better cognitive status and less depressive symptoms in a Greek elderly population. *Aging Clin Exp Res*. 2021 Apr;33(4):1033–40.
 44. Robinson DJ, Luthra M, Vallis M. Diabetes and mental health. *Can J diabetes*. 2013 Apr;37 Suppl 1:S87-92.
 45. Hordern MD, Dunstan DW, Prins JB, Baker MK, Singh MAF, Coombes JS. Exercise prescription for patients with type 2 diabetes and pre-diabetes: a position statement from Exercise and Sport Science Australia. *J Sci Med Sport*. 2012 Jan;15(1):25–31.
 46. Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, Riddell MC, Dunstan DW, Dempsey PC, et al. Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes*

Care. 2016 Nov;39(11):2065–79.

47. Νταλίπης Βασίλειος. Τα οφέλη της προσαρμοσμένης φυσικής δραστηριότητας στην κατάθλιψη. *intellectum*. 2008;
48. Blumenthal JA, Babyak MA, Doraiswamy PM, Watkins L, Hoffman BM, Barbour KA, et al. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosom Med*. 2007;69(7):587–96.
49. Siqueira CC, Valiengo LL, Carvalho AF, Santos-Silva PR, Missio G, de Sousa RT, et al. Antidepressant Efficacy of Adjunctive Aerobic Activity and Associated Biomarkers in Major Depression: A 4-Week, Randomized, Single-Blind, Controlled Clinical Trial. *PLoS One*. 2016;11(5):e0154195.
50. Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemi G, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry*. 2008 Mar;7:4.
51. PEKLEITH M.,POYPIA Z.,KYPIAZHIS I. Αυτοαξιολόγηση κατάθλιψης ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με τις επιπλοκές του. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*. 2012;29(5):599–605.
52. Represas-Carrera F, Couso-Viana S, Méndez-López F, Masluk B, Magallón-Botaya R, Recio-Rodríguez JI, et al. Effectiveness of a Multicomponent Intervention in Primary Care That Addresses Patients with Diabetes Mellitus with Two or More Unhealthy Habits, Such as Diet, Physical Activity or Smoking: Multicenter Randomized Cluster Trial (EIRA Study). *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May;18(11).
53. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001 Jun;24(6):1069–78.
54. Uusitupa M, Khan TA, Viguioliouk E, Kahleova H, Rivellese AA, Hermansen K, et al. Prevention of Type 2 Diabetes by Lifestyle Changes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2019 Nov;11(11).
55. Engum A, Mykletun A, Midthjell K, Holen A, Dahl AA. 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*. 2005 Aug;28(8):1904–9.

Παράρτημα : 1.Ερωτηματολόγιο



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητή Κυρία / Κύριε

Ονομάζομαι Ελισάβετ Νταή και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της Μεταπτυχιακής εργασίας μου με θέμα: «Διατροφή, φυσική δραστηριότητα και ψυχική υγεία ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2», του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και έχετε δικαίωμα να μην απαντήσετε σε κάποια ερώτηση που πιθανόν σας δυσκολεύει, ή να διακόψετε στην πορεία.

Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν, θα οδηγήσουν στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων σχετικών με τη συσχέτιση της κατάθλιψης - άγχους και του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 των ασθενών και των συνηθειών τους όπως: διατροφή, σωματική άσκηση και κάπνισμα.

Οι πληροφορίες που θα μας παρέχετε είναι αυστηρώς απόρρητες και θα τηρηθεί η ανωνυμία σας.

Ευχαριστούμε για το χρόνο που θα διαθέσετε. Με την βοήθεια σας θα είναι δυνατή η εκπλήρωση της εργασίας.

Καταννώ και δέχομαι να συμμετέχω στην έρευνα

Υπογραφή

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αριθμός περιστατικού:

1. Φύλο: Άντρας Γυναίκα

2. Ποια είναι η ηλικία σας:.....

3. Ποια η επαγγελματική σας κατάσταση:
α) οικιακά, β) πλήρη απασχόληση, γ) μερική απασχόληση, δ) συνταξιούχος

4. Ποιο το εκπαιδευτικό σας επίπεδο – απόφοιτος:
α) Δημοτικού, β) Γυμνασίου, γ) Λυκείου, δ) Τ.Ε.Ι./Α.Ε.Ι.

5. Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση:
α) Άγαμος, β) Έγγαμος, γ) Διαζευγμένος, δ) Χήρος

6. Πόσα άτομα διαμένουν μαζί σας:
α) 0(μόνος), β) 1, γ) 2, δ) περισσότερα από 2

7. Πόσα χρόνια πάσχετε από Σ.Δ. τύπου 2:.....

8. Ποιο το σωματικό σας βάρος:.....

9. Ποιο το ύψος σας:.....

10. Ποια η περίμετρος μέσης στο ύψος του αφαλού:.....
 Δείκτης μάζας σώματος:.....

11. Τιμή Γλυκοζυλιωμένης:.....

12. Τιμή αρτηριακής πίεσης:.....

13. Τιμή χοληστερίνης:.....

14. Πάσχετε από άλλα νοσήματα όπως:
 α) Υπέρταση, β) Στεφανιαία νόσο, γ) Οξύ Έμφραγμα, δ) Αγγειακό Εγκεφαλικό
 ε) Άλλο

15. Ποια από τα παρακάτω συμπτώματα έχετε λόγω του Σ.Δ. :

Πολυδιψία		Υπνηλία		Εμέτους- Πονόκοιλο	
Πολουρία		Θαμπή όραση		Ζάλη	
Ανησυχία- Νευρικότητα		Ταχυκαρδία		Εφίδρωση- Κρύος Ιδρώτας	
Αδυναμία- Κόπωση		Πείνα		Αλλαγή συμπεριφοράς	

16. Σας έχουν δημιουργηθεί επιπλοκές από τον Σακχαρώδη Διαβήτη:

- α) Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια
 β) Διαβητικό πόδι
 γ) Διαβητική Νεφροπάθεια
 δ) Στυτική δυσλειτουργία
 ε) Άλλο:.....

17. Τι είδος θεραπείας ακολουθείται για τον Σ.Δ.:

- α) δίαιτα, β) δισκία, γ) ινσουλίνη, δ) συνδυασμός

18. Ακολουθείτε πιστά την φαρμακευτική σας αγωγή: ναι όχι

19. Έχετε ρυθμισμένο σάκχαρο: ναι όχι

20. Ελέγχετε καθημερινά την τιμή του σακχάρου: ναι όχι

21. Παρακολουθήστε τακτικά από τον ειδικό ιατρό: ναι όχι

22. Είστε καπνιστής: ναι όχι

- α) Είμαι καπνιστήςέτη
 β) Αριθμός τσιγάρων την ημέρα.....
 γ) Δεν έχω καπνίσει ποτέ
 δ) Πρώην καπνιστής
 ε) Διέκοψα το κάπνισμα πριν από....

23. Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. προσέχετε τη διατροφή σας: ναι
 όχι

24. Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. το σωματικό βάρος σας έχει :

- α) μειωθεί, β) αυξηθεί, γ) είναι ίδιο

25. Από τότε που διαγνωστήκατε με Σ.Δ. αυξήσατε την σωματική δραστηριότητα: ναι όχι

Παρακαλώ τσεκάρετε το κουτάκι αριστερά από την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα το πως νιώθατε την προηγούμενη εβδομάδα. Μην σκέφτεστε τις απαντήσεις σας για πολλή ώρα. Οι αυθόρμητες απαντήσεις είναι οι καλύτερες.

	A	Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος
	3	Τον περισσότερο καιρό
	2	Πολύ καιρό
	1	Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά
	0	Καθόλου
K		Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω
0		Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό
1		Όχι στον ίδιο βαθμό
2		Λίγο μόνο
3		Καθόλου
	A	Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί
	3	Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό
	2	Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά
	1	Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί
	0	Καθόλου
K		Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων
0		Τόσο, έτσι όπως πάντα μπορούσα
1		Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν
2		Σίγουρα όχι τόσο τώρα πια
3		Καθόλου
	A	Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου
	3	Πάρα πολλές φορές
	2	Πολλές φορές
	1	Όχι και τόσο συχνά
	0	Μόνο περιστασιακά
K		Νιώθω κεφάλτος
3		Ποτέ
2		Όχι συχνά
1		Μερικές φορές
0		Τον περισσότερο καιρό

	A	Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος
	0	Ακριβώς
	1	Συνήθως
	2	Όχι συχνά
	2	Καθόλου
K		Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου
	3	Σχεδόν όλο τον καιρό
	2	Πολύ συχνά
	1	Μερικές φορές
	0	Καθόλου
	A	Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου
	0	Καθόλου
	1	Περιστασιακά
	2	Αρκετά συχνά
	3	Πολύ συχνά
K		Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου
	3	Σίγουρα
	2	Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
	1	Ίσως δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
	0	Τη φροντίζω όπως πάντοτε
	A	Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι
	3	Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό
	2	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό
	1	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό
	0	Καθόλου
K		Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα
	0	Τόσο όπως και στο παρελθόν
	1	Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα
	2	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα
	3	Καθόλου
	A	Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού
	3	Πράγματι πολύ συχνά
	2	Αρκετά συχνά
	1	Όχι τόσο συχνά
	0	Καθόλου
K		Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα
	0	Συχνά
	1	Μερικές φορές
	2	Όχι τόσο συχνά

International Physical Activity Questionnaire*

Short - self answered - 7 items

Greek Version**

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στο χρόνο που έχετε αφιερώσει για κάποια σωματική δραστηριότητα τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με δραστηριότητες που κάνετε κατά την εργασία σας, στις μετακινήσεις σας, στις δουλειές του σπιτιού, του κήπου και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση. Σας παρακαλώ να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις, ακόμα και εάν πιστεύετε ότι δεν είστε ένα ιδιαίτερα σωματικά δραστήριο άτομο.

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 1 και 2, σκεφτείτε όλες τις **έντονες** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Μια έντονη σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν έντονη σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε σημαντικά δυσκολότερα από ότι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις **έντονες** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια **μεγαλύτερη από 10 λεπτά** κάθε φορά.

1. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, όπως σκάψιμο, έντονη άσκηση με βάρη, τρέξιμο σε διάδρομο με κλίση, γρήγορο τρέξιμο, **aerobics**, γρήγορη ποδηλασία, γρήγορη κολύμβηση, τένις μονό, αγώνας σε γήπεδο (ποδόσφαιρο, **basketball**-μπάσκετ, **volleyball**-βόλεϊ, κλπ);

_____ ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν κάνατε έντονες σωματικές δραστηριότητες, τότε

προχωρήστε στην ερώτηση 3

2. Τις ημέρες που κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνετε συνήθως;

_____ λεπτά ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 3 και 4, σκεφτείτε όλες τις **μέτριας έντασης** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Μια μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν μέτρια σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε κάπως δυσκολότερα από ότι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις **μέτριας έντασης** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια **μεγαλύτερη από 10 λεπτά** κάθε φορά.

* The IPAQ group: <https://sites.google.com/site/theipaq/home>

** Papathanasiou G, et al. *Hellenic J Cardiol.* 2009; 50: 283-294

3. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, όπως το να σηκώσετε και να μεταφέρετε ελαφρά βάρη (λιγότερο από 10 κιλά), συνολική καθαριότητα του σπιτιού, ήπιες ρυθμικές ασκήσεις σώματος, ποδηλασία αναψυχής με χαμηλή ταχύτητα, χαλαρή κολύμβηση; Σας παρακαλώ να μη συμπεριλάβετε το περπάτημα.

_____ ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν κάνατε μέτριας έντασης σωματικές δραστηριότητες, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 5

4. Τις ημέρες που κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνατε συνήθως;

_____ λεπτά ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Πριν απαντήσετε στις ερωτήσεις 5 και 6, σκεφτείτε το χρόνο που περπατήσατε κατά τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Να συμπεριλάβετε το περπάτημα στο χώρο της εργασίας σας, στο σπίτι, στις μετακινήσεις σας και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση.

5. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες περπατήσατε για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά;

_____ ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν περπατήσατε καμία φορά περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 7

6. Τις ημέρες που περπατήσατε, για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, πόσο χρόνο περάσατε περπατώντας;

_____ λεπτά ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

7. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσο χρόνο περάσατε καθισμένος/η σε μια συνηθισμένη μέρα; Ο χρόνος αυτός μπορεί να περιλαμβάνει χρόνο που περνάτε καθισμένος/η στο σπίτι, στο γραφείο, στο αυτοκίνητο, όταν διαβάζετε, όταν είστε με φίλους, ξεκουράζεστε σε πολυθρόνα ή βλέπετε τηλεόραση, αλλά δεν περιλαμβάνει τον ύπνο.

_____ ώρες ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

MEDITERRANEAN SCORE CARD Το ερωτηματολόγιο **MED DIET SCORE** αξιολογεί το βαθμό προσκόλλησης στο Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο και περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά τη συχνότητα καταναλισκόμενων τροφών 11 κύριων συστατικών που αποτελούν τη βάση του διαιτητικού προτύπου της Μεσογειακής διατροφής σε μερίδες την τελευταία εβδομάδα. Παρακαλώ κυκλώστε την αντίστοιχη απάντηση σχετικά με το πόσο συχνά καταναλώσατε τις παρακάτω κατηγορίες τροφών την προηγούμενη εβδομάδα.

Κατηγορία Τροφών	Συχνότητα Κατανάλωσης (Μερίδες/Εβδομάδα)					
	Ποτέ (0)	1-6 (1)	7-12 (2)	13-18 (3)	19-31 (4)	>32 (5)
1. Δημητριακά ολικής αλέσεως (ψωμί ολικής αλέσεως, ζυμαρικά, ρύζι) (1 φέτα ή 1 φλιτζάνι)	Ποτέ (0)	1-6 (1)	7-12 (2)	13-18 (3)	19-31 (4)	>32 (5)
2. Πατάτες (1 μικρή μερίδα)	Ποτέ (0)	1-4 (1)	5-8 (2)	9-12 (3)	13-18 (4)	>18 (5)
3. Φρούτα και χυμούς (1 μερίδα: μικρά φρούτα κεράσια, φράουλες σταφύλια - 1 φλιτζάνι ή μεσαία φρούτα - μήλο, πορτοκάλι, αχλάδι - 1 μέτριο ή μεγάλα - πεπόνι,	Ποτέ (0)	1-4 (1)	5-8 (2)	9-15 (3)	16-21 (4)	>22 (5)
4. Λαχανικά και σαλάτες (1 φλιτζάνι ωμά ή βρασμένα)	Ποτέ (0)	1-6 (1)	7-12 (2)	13-20 (3)	21-32 (4)	>33 (5)
5. Όσπρια (1 φλιτζάνι)	Ποτέ (0)	<1 (1)	1-2 (2)	3-4 (3)	5-6 (4)	>6 (5)
6. Ψάρι και σούπες (120 γρ. ή 1 πιάτο)	Ποτέ (0)	<1 (1)	1-2 (2)	3-4 (3)	5-6 (4)	>6 (5)
7. Κόκκινο κρέας και παράγωγα προϊόντα (120γρ.)	<1 (5)	2-3 (4)	4-5 (3)	6-7 (2)	8-10 (1)	>10 (0)
8. Πουλερικά (120 γρ.)	<3 (5)	4-5 (4)	5-6 (3)	7-8 (2)	9-10 (1)	>10 (0)
9. Πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα) (1 ποτήρι ή 1 κεσεδάκι ή 40 γρ. τυρί)	<10 (5)	11-15 (4)	16-20 (3)	21-28 (2)	29-30 ^(^)	>30 (0)
10. Χρήση ελαιολάδου στο μαγείρεμα (1 κουτ.σούπας)	Ποτέ (0)	Σπάνια (1)	<1 (2)	1-3 (3)	3-5 (4)	Καθημερινά (5)
11. Αλκοολούχα ποτά (1 μερίδα ποτού: 120 ml κρασί ή 300 ml μπύρα ή 40 ml ούισκι, βότκα, τζιν, ούζο = 12 gr αιθανόλης)	<300 (5)	300 (4)	400 (3)	500 (2)	600 (1)	>700 ή 0 (0)

2. Άδεια διενέργειας της έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΛΑΡΙΣΑ 31 .01.2022

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ 1^{ης} ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ 5^{ης} Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Στη Λάρισα σήμερα στις 31 Ιανουαρίου ημέρα Δευτέρα και ώρα 12:00π.μ στην Κεντρική Υπηρεσία της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας πραγματοποιήθηκε συνεδρίαση μέσω τηλεδιάσκεψης του Ε.Σ. μετά από πρόσκληση του Αν. Διοικητή και Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, το οποίο συγκροτήθηκε με την με την αριθμ. 2849/ 11.01.2019 και τροποποιήθηκε με τις αριθμ. 91139/04-12-2019, 1851/09-01-2020 και 42186/26.5.2021 Αποφάσεις του Διοικητή της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και των μελών του Επιστημονικού Συμβουλίου. Η τηλεδιάσκεψη πραγματοποιήθηκε, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 33 πράξη νομοθετικού περιεχομένου κατεπείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών του κινδύνου διασποράς του κορωνοϊού covid-19, τη στήριξη της κοινωνίας και της επιχειρηματικότητας και τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας της αγοράς και της δημόσιας διοίκησης (ΦΕΚ 68/20-03-2020 τεύχος Α'). Στη συνεδρίαση συμμετείχαν οι κάτωθι:

1. Ηλίας Τσιαούσης, Αν. Διοικητής της 5^{ης} Υ,ΠΕ. , ως Πρόεδρος.
2. Μαρία Γεωργοπούλου , Διευθύντρια ΕΣΥ Ιατρικής Βιοπαθολογίας Υπεύθυνη Συντονίστρια Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Αταλάντης.
3. Θεοχάρης Λεπενός, Διευθυντής ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής, Υπεύθυνος Συντονιστής Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Αμφίκλειας.
4. Αντωνίου Γεώργιος, Διευθυντή ΕΣΥ Ακτινοδιαγνωστικής, Υπεύθυνος Συντονιστής Επιστημονικής Λειτουργίας του Κ.Υ Αλιβερίου.
5. Παναγιώτα Λιάκου, μόνιμη υπάλληλος του Κ.Υ Φαρσάλων, κλάδου ΠΕ Διοικητικού Λογιστικού.
6. Στυλιανή Χατζηνίκου, υπάλληλος κλάδου ΔΕ Διοικητικού -Γραμματέων, της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς, Γραμματέας του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Θέματα Ημερήσιας Διάταξης :

Θέμα 3^ο : «Αίτηση της κ. Νταή Ελισσάβητ, υπαλλήλου του Κ.Υ Καρπενησίου και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου».

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου ενημέρωσε τα μέλη του Ε.Σ. για το αίτημα της κ. Νταή Ελισσάβητ, υπαλλήλου του Κ.Υ Καρπενησίου και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου, σε πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που προσέρχονται στο ΚΥ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ. Το θέμα της διπλωματικής είναι: « Διατροφή, φυσική δραστηριότητα και ψυχική υγεία ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2».

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

1. Την εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου,
2. Την με αριθμ. πρωτ. 5688/ 20-01-2022 αίτηση της κ. Νταή Ελισσάβητ.

Ομόφωνα εισηγείται

Την έγκριση του αιτήματος της κ. Νταή Ελισσάβητ, υπαλλήλου του Κ.Υ Καρπενησίου και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου. Η διεξαγωγή της εν λόγω μελέτης αποτελεί μέρος για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στην «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η παραπάνω έρευνα θα γίνει κατόπιν συνεννόησης με τους Συντονιστές ώστε να μην παρακωλύεται η λειτουργία των υπηρεσιών.

Ο Πρόεδρος

Ηλίας Τσιαούσης

Ακριβές απόσπασμα

Η Γραμματέας

Στυλιανή Χατζηνίκου

Τα Μέλη

Θεοχάρης Λεπενός

Μαρία Γεωργοπούλου

Αντώνιος Γεωργίου

Παναγιώτα Λιάκου