

# Κατάθλιψη και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II: η περίπτωση του Νομού Σερρών

Παναγιώτης Τζουράκης<sup>1</sup>, Θεοδώρα Καυκιά<sup>2</sup>, Θάλεια Μπελλάλη<sup>3</sup>

1. Ψυχολόγος, MSc, ΕΑΠ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»

2. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

3. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, ΣΕΠ- ΕΑΠ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II (ΣΔ II) αποτελεί μια χρόνια νόσο η οποία επηρεάζει ιδιαίτερα τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) των ασθενών.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίδρασης του επιπέδου κατάθλιψης στη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ II του Νομού Σερρών.

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για μια συγχρονική αναλυτική μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2016 έως το Μάρτιο του 2016. Στη μελέτη συμμετείχαν 100 ασθενείς με διαγνωσμένο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II (ΣΔ II), οι οποίοι προσεγγίστηκαν από το Σύλλογο Διαβητικών του Νομού Σερρών. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία μέτρησης: α) ερωτηματολόγιο με κοινωνικό-δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, β) το ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής στο Σακχαρώδη Διαβήτη (Audit of Diabetes Dependent Quality of Life Questionnaire, ADDQoL-19) και γ) η κλίμακα Κατάθλιψης του Beck II. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics v23.0.

**Αποτελέσματα:** Το 45% των διαβητικών ασθενών παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης. Η κατάθλιψη διαπιστώθηκε ότι επηρεάζει τη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ II. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η κατάθλιψη τόσο μειώνεται το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών. Οι συσχετίσεις μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του εκπαιδευτικού επιπέδου, του τόπου κατοικίας και του επαγγέλματος των συμμετεχόντων με τη ΣΥΠΖ των ασθενών έδειξαν ότι μόνο ο τόπος κατοικίας επιδρά στην ποιότητα ζωής ( $F=5,208, p=0,015$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ΣΔ II παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ΣΥΠΖ και σε υψηλό ποσοστό συμπτώματα κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούν να συμβάλουν στη διαμόρφωση νέων ολοκληρωμένων προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ΣΔ II, που να δίνουν έμφαση στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

**Λέξεις κλειδιά:** Ασθενείς, κατάθλιψη, σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:  
Παναγιώτης Τζουράκης  
e-mail: p.tzourakis@yahoo.gr  
Τηλ. +306980759557

Ημερομηνία Υποβολής: 30/08/16  
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 22/12/16

## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Οι ασθενείς με ΣΔ II παρουσιάζουν σε υψηλό ποσοστό συμπτώματα κατάθλιψης, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής τους.
- Ο τόπος κατοικίας των ασθενών με ΣΔ II επιδρά στην ποιότητα ζωής τους.
- Απαιτείται η διαμόρφωση νέων ολοκληρωμένων προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ΣΔ II, τα οποία να βασίζονται στη ψυχολογική και κοινωνική ενδυνάμωσή τους.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σημερινή εποχή, είναι γεγονός ότι οι ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου έχουν αντιμετωπίσει οριστικά τις περισσότερες από τις ασθένειες του παρελθόντος, με αποτέλεσμα να έχει αυξηθεί σε σημαντικό ποσοστό το προσδόκιμο επιβίωσης των πολιτών τους. Παράλληλα όμως, έχει διαπιστωθεί ότι οι ανεπτυγμένες χώρες πλήττονται πλέον από τις ονομαζόμενες νόσους του πολιτισμού. Στις σύγχρονες αυτές ασθένειες περιλαμβάνονται τα κακοήθη νεοπλασμάτα, οι παθήσεις του αναπνευστικού και του κυκλοφορικού συστήματος και ο σακχαρώδης διαβήτης (Ιωαννίδη και συν 1999).

Τα τελευταία χρόνια, η συχνότητα εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) σημειώνει ιδιαίτερα αυξητική τάση, σχεδόν σε όλες της χώρες της Ευρώπης, αλλά και γενικότερα σε ολόκληρο τον κόσμο (Γιωτάκη 2014). Ο ΣΔ θεωρείται ως μια από τις κυριότερες χρόνιες νόσους για τον 21ο αιώνα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από ΣΔ έχει ανέλθει σε 422 εκατομμύρια, ενώ το ποσοστό για την ηλικιακή ομάδα των ενηλίκων ανέρχεται στο 8.5% (World Health Organization 2016). Σε ότι αφορά στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της τελευταίας έκθεσης της Διεθνούς Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (IDF 2014), η συχνότητα εμφάνισης του ΣΔ ανέρχεται στο 7,04%. Ειδικότερα για το ΣΔ II, το ποσοστό εμφάνισης βρίσκεται στο 6,9% με 8,7% και εκτιμάται ότι θα ανέλθει σε υψηλότερο ποσοστό τα επόμενα χρόνια. Επίσης, η Ελλάδα, σε σύνολο 220 χωρών, βρίσκεται στην ογδοκοστή θέση. Ως προς την εσωτερική γεωγραφική κατανομή παρατηρείται πως οι αστικές περιοχές της χώρας, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ΣΔ, σε σχέση με τη περιφέρεια. Ακόμα ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει, το γεγονός ότι οι θάνατοι οι οποίοι καταγράφονται στην Ελλάδα λόγω του ΣΔ φθάνουν τους 4.906 περίπου τον χρόνο (IDF 2014).

Στην εξελικτική πορεία της νόσου του ΣΔ, φαίνεται να παίζουν ιδιαίτερα κομβικό ρόλο η ατομική συμπεριφορά του κάθε ατόμου, όπως και το κοινωνικό περιβάλλον του. Η γήρανση του πληθυσμού, το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και γενικότερα οι καταχρήσεις απο-

τελούν σημαντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη αυτής της χρόνιας νόσου (Pettrak et al 2010). Επίσης, σε διάφορες έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι οι πιθανότητες να εμφανίσει κάποιος ΣΔ, αυξάνονται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Ιδιαίτερα κρίσιμο φαίνεται να είναι το εβδομοκοστό με ογδοκοστό έτος της ηλικίας (Ryden et al 2007), παρόλο που σε ορισμένες μελέτες στην Ευρώπη, παρατηρήθηκε μια ραγδαία αύξηση της επίπτωσης του ΣΔ II σε πληθυσμό κάτω των 20 με 30 ετών (Bloomgarden 2004, Bradley et al 2011). Σε επιδημιολογικές μελέτες επίσης, οι οποίες μελετούσαν τους δημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με το ΣΔ, παρατηρήθηκε πως ο επιπολασμός της νόσου κυμαίνεται σε υψηλότερα ποσοστά στους άντρες, σε σχέση με τις γυναίκες. Παράλληλα όμως βρέθηκε, πως οι γυναίκες νοσούν από διαβήτη τύπου II (ΣΔ II) σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τους άντρες (Wild et al 2004).

Οι ασθενείς με ΣΔ δεν υποφέρουν μόνο σωματικά, αλλά κυρίως ψυχολογικά, καθώς η νόσος πλήττει διάφορες πτυχές της ζωής τους (Παπαματθαίου 2013). Πολλές μελέτες έχουν εξετάσει το βαθμό επίδρασης της νόσου στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) αυτών των ασθενών. Η ΣΥΠΖ αποτελεί μια πολυδύναμη έννοια, της οποίας το περιεχόμενο περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις της ζωής όπως είναι για παράδειγμα η σωματική υγεία, η ψυχολογική υγεία, η κοινωνική-σεξουαλική υγεία και η πνευματική υγεία (Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001). Για τους Patrick και συν (1993), η ΣΥΠΖ μπορεί να περιγραφεί ως η κατάσταση σωματικής-ψυχολογικής-κοινωνικής υγείας, αλλά και κοινωνικής ευεξίας.

Σε μελέτη των Μαλλιαρού και συν (2012), στην οποία αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ II, σε σύγκριση με τη ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού, παρατηρήθηκε πως η ποιότητα ζωής των πρώτων κυμαίνεται σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, σε διάφορες μελέτες οι οποίες εξέταζαν τους παράγοντες που δρουν αρνητικά στη ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ II, παρατηρήθηκε πως οι επιπλοκές που συνοδεύουν το διαβήτη (πχ μικροαγγειακές, μακροαγγειακές), το υψηλό οικονομικό κόστος, ο υψηλός γλυκαιμικός δείκτης και η παχυσαρκία επηρεάζουν

αρνητικά τη ζωή των συγκεκριμένων ασθενών (Liuetal 2012). Επίσης στην έρευνα των Παπαδόπουλου και συν (2007) βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ II επηρεάζεται σημαντικά από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, φύλο κτλ) και ότι οι μικρο-μακροαγγειακές επιπλοκές που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη χρόνια νόσο, επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.

Παρατηρώντας τα διεθνή επιστημονικά δεδομένα, έχει διαπιστωθεί ότι ο ΣΔ συνοδεύεται σε μεγάλο βαθμό από μια ποικιλία ψυχολογικών διαταραχών όπως είναι οι διαταραχές διάθεσης, άγχους και προσωπικότητας. Σε ό,τι αφορά στην κατάθλιψη έχει παρατηρηθεί, πως επηρεάζει ιδιαίτερος αρνητικά τους διαβητικούς ασθενείς κάθε ηλικίας, ως προς τον έλεγχο της ασθένειάς τους (Peyrotetal 1997). Σε έρευνα η οποία διεξήχθη το 1997 από τους Lustman και συν, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη, και ιδιαίτερα από ΣΔ II, είναι δύο φορές πιο πιθανόν να εμφανίσουν κάποια μορφή κατάθλιψης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Μάλιστα παρατηρήθηκε πως μετά από ένα πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης, οι ασθενείς με ΣΔ II έχουν την τάση να υποτροπιάζουν πιο εύκολα, σε σύγκριση με άτομα τα οποία πάσχουν από κάποια άλλη οργανική ασθένεια. Επιπλέον, στη μελέτη των Fisher και συν (2008) διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ΣΔ II παρουσιάζουν έως και δύο φορές πιο συχνά διαταραχή διάθεσης, σε σχέση πάντοτε με το γενικό πληθυσμό. Σε παλιότερη μελέτη άλλωστε, των Anderson και συν (2001), είχε επισημανθεί ότι οι γυναίκες με διαβήτη παρουσιάζουν κατά 28% πιο συχνά κατάθλιψη σε αντιπαραβολή με τους άντρες διαβητικούς (18%). Ομοίως στην έρευνα των Chen και συν (2012) διαπιστώθηκε, η σημαντική σχέση μεταξύ ΣΔ και κατάθλιψης. Τέλος, στη συστηματική ανασκόπηση των Tarash & Lloyd (2012), παρατηρήθηκε, ότι το ποσοστό κατάθλιψης, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, είναι περισσότερο από τρεις φορές υψηλότερο σε ασθενείς με ΣΔ I και σχεδόν δύο φορές υψηλότερο σε ασθενείς με ΣΔ II.

Σε ό,τι αφορά στην Ελλάδα, εντοπίζονται στη βιβλιογραφία διάφορες μελέτες που διερευνούν την κατάθλιψη που εμφανίζουν οι ασθενείς με ΣΔ. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Πίτα και συν (2006), παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και ΣΔ και επιπλέον βρέθηκε ότι οι δευτερογενείς ασθένειες από τις οποίες υποφέρει ο διαβητικός ασθενής, επηρεάζουν σε σημαντικό ποσοστό την ποιότητα ζωής του. Σημαντικά επίσης είναι τα ευρήματα της μελέτης των Sotiropoulos et al (2008), όπου διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΣΔ II κυμαίνεται σε υψηλό ποσοστό και μάλιστα οι γυναίκες ασθενείς με ΣΔ II παρουσίασαν σε μεγαλύτερο ποσοστό συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής, σε σύγκριση με τους άντρες. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας της Φαιτατζίδου (2014),

στην οποία διαπιστώθηκε ότι η συνοσηρότητα ανάμεσα στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και στη κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα υψηλή και κυρίως στις γυναίκες. Τέλος, στη μελέτη των Τσιρογιάννη και συν (2010), η οποία πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη σε ασθενείς με ΣΔ II, διαπιστώθηκε πως τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης τα σημείωναν οι διαβητικοί ασθενείς με κοιλιακή παχυσαρκία. Επίσης, οι άντρες διαβητικοί με υπέρταση παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τις γυναίκες με υπέρταση.

Αναφορικά με τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης των ασθενών με ΣΔ I και II στην Ελλάδα, εντοπίστηκαν επίσης ορισμένες μελέτες. Οι Paschalides et al (2004), διαπίστωσαν ότι οι προσωπικές πεποιθήσεις, η κατάθλιψη και το άγχος των ασθενών με ΣΔ II επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Ωστόσο δεν παρατηρήθηκε κάποια σημαντική επίδραση ως προς τον έλεγχο του γλυκαιμικού δείκτη της εν λόγω πληθυσμιακής ομάδας. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας της Αντωνοπούλου (2013), στην οποία διερευνήθηκε η ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ II και η επίδραση της κατάθλιψης και της αϋπνίας σε αυτήν, όπου διαπιστώθηκε, αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών. Επίσης στη μελέτη του Παπαμαθαίου (2013) παρατηρήθηκε ότι παράγοντες όπως είναι η κατάθλιψη, οι διαταραχές ύπνου και η οικονομική κατάσταση φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά τη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ II. Ανάλογα είναι και τα ευρήματα της μελέτης του Παπαδόπουλου (2013) στην οποία διαπιστώθηκε η ΠΖ των διαβητικών ασθενών (ΣΔ II) να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα και κυρίως των γυναικών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον ακόμα παρουσιάζει η μελέτη των Παπαδόπουλου και συν (2007) στην οποία βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ επηρεάζεται σημαντικά από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες (π.χ ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, φύλο), ενώ οι μικρο-μακροαγγειακές επιπλοκές που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη χρόνια νόσο επηρεάζουν αρνητικά επίσης τη ποιότητα ζωής τους.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο της κατάθλιψης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ II στο Νομό Σερρών, καθώς και την επίδραση της κατάθλιψης και άλλων κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, στη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ II. Αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης μελέτης που αφορά στη διερεύνηση της επίδρασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της αντίληψης για τη νόσο, στη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ II στο Νομό Σερρών, με απώτερο στόχο να διατυπωθούν προτάσεις οι οποίες θα συμβάλουν στη διαμόρφωση προγραμμάτων ολοκληρωμένης υποστήριξης, ψυχολογικής και σωματικής, για την εν λόγω πληθυσμιακή ομάδα.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια συγχρονική, αναλυτική μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΔ II, το χρονικό διάστημα από 8/01/2016 έως 18/3/2016.

### Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για την πραγματοποίηση της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας από ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΔ II, οι οποίοι είναι μέλη του συλλόγου διαβητικών του Νομού Σερρών. Χορηγήθηκαν 110 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 100 ( ποσοστό ανταπόκρισης 90,9%). Τα κριτήρια εισαγωγής των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν: α) να είναι ενήλικοι, β) να έχουν διαγνωσθεί με ΣΔ II, γ) να κατανοούν και να ομιλούν σε ικανοποιητικό επίπεδο την ελληνική γλώσσα και δ) να έχουν δώσει τη συγκατάθεση τους για τη συμμετοχή στη συγκεκριμένα μελέτη. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους διαβητικούς ασθενείς από τον ερευνητή, κατά τη διάρκεια της συνέλευσης του συλλόγου διαβητικών του Νομού Σερρών. Οι συμμετέχοντες τα συμπλήρωναν στο χώρο του συλλόγου ή στο σπίτι και τα επέστρεφαν μέσα σε κλειστό φάκελο μετά από τρεις ημέρες.

### Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή και καταγραφή των απαραίτητων δεδομένων χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούν σε κοινωνικό-δημογραφικά, σωματομετρικά (ύψος και βάρος) και κλινικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών), καθώς και ερωτήσεις οι οποίες σχετίζονταν με τη διάρκεια της νόσου, τη θεραπευτική αντιμετώπιση, τις επιπλοκές από τη νόσο.

Στο δεύτερο μέρος υπήρχε το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής ασθενών με ΣΔ, το Audit of Diabetes Dependent Quality of Life Questionnaire-ADD QoL-19 (Bradley & Gilbride 2008). Περιλαμβάνει δεκαεννέα ερωτήσεις οι οποίες, αφορούν στην επίδραση του διαβήτη σε συγκεκριμένους τομείς της ζωής των ασθενών, όπως είναι για παράδειγμα η οικογενειακή, η επαγγελματική, η κοινωνική και η σεξουαλική ζωή, η σωματική υγεία, η κινητοποίηση για επιτεύγματα, η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους κτλ. Οι συμμετέχοντες απαντούν στις δεκαεννέα ερωτήσεις, εκτιμώντας πώς θα ήταν η ζωή τους σε αυτούς τους τομείς εάν δεν έπασχαν από ΣΔ, επιλέγοντας ένα από τα ακόλουθα πέντε σημεία: πάρα πολύ περισσότερο, πολύ περισσότερο, λίγο περισσότερο, το ίδιο, λιγότερο. Για κάθε ένα από αυτά σημεία υπολογίζεται τόσο ο αντίκτυπος από -3 έως και 1, όσο και το πόσο σημαντικό το θεωρούν τα υποκείμενα από 0 έως 3. Στη συνέχεια πολλαπλασιάζεται ο αντίκτυπος με το βαθμό σημαντικότητας για κάθε τομέα και υπολογίζεται

ο σταθμισμένος δείκτης (από -9 έως 3) όπως επίσης και ο μέσος σταθμισμένος δείκτης (από -1 έως +3). Χαμηλότερα σκορ δείχνουν φτωχότερο επίπεδο ποιότητας ζωής για τους ασθενείς με ΣΔ. Η ελληνική μετάφραση του ADD QoL-19, ελήφθη και χρησιμοποιήθηκε μετά από σχετική άδεια από το δημιουργό του (Bradley 2016).

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει την κλίμακα της Κατάθλιψης του Beck II (Beck et al1996). Περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις, απευθύνεται σε ενήλικα άτομα και συγκεκριμένα κάθε συμμετέχων καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις, οι οποίες περιγράφουν βασικά συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής. Οι απαντήσεις σχετίζονται με τη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων στη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων. Η κάθε ερώτηση βαθμολογείται από το 0 έως 3, ενώ το συνολικό μέγεθος της βαθμολογίας το οποίο περιγράφει τη πλήρη ψυχολογική εικόνα του ερωτώμενου είναι το 63. Τα υποκείμενα τα οποία έχουν σημειώσει βαθμολογία <9 θεωρούνται ότι δεν παρουσιάζουν κατάθλιψη, με σκορ 14-19 παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη, με βαθμολογία 20-28 έχουν μέτρια κατάθλιψη και με 29-63 σοβαρή κατάθλιψη. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη για τον ελληνικό πληθυσμό έκδοση της κλίμακας (Γιαννακού και συν 2013). Τέλος, ο έλεγχος του συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's alpha (α)έδειξε υψηλές τιμές για το δείγμα που συμμετείχε (ADDQoL-19= 0.87 και Beck II= 0.9).

### Θέματα ηθικής - δεοντολογίας

Για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης εξασφαλίστηκε η έγκριση από το επιστημονικό και διοικητικό συμβούλιο του συλλόγου διαβητικών του Νομού Σερρών, σύμφωνα με τη διαδικασία που προβλέπεται από τον εσωτερικό κανονισμό του εν λόγω συλλόγου. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες με βάση τις αρχές της ανωνυμίας, της εμπιστευτικότητας και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων. Πιθανοί κίνδυνοι και λοιπές επιβλαβείς συνέπειες από τη συμμετοχή της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας στην εν λόγω έρευνα δεν προβλέπονται.

### Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics v23.0. Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση. Οι διχοτόμες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες. Ο έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov. Στην αναλυτική στατιστική χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές δοκιμασίες t-test και One-Way ANOVA για τη σύγκριση των μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων. Για τον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ δύο συνεχών

μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r$  correlation. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και των τριών ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha ( $\alpha$ ). Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $p < 0.05$ .

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΔ ΙΙ που ήταν μέλη του συλλόγου διαβητικών του Νομού Σερρών. Το 53% των συμμετεχόντων ήταν άντρες και το 47% ήταν γυναίκες. Το 30% των συμ-

μετεχόντων είχαν ηλικία από 58-67 έτη και το 73% ήταν έγγαμοι. Το 90% των συμμετεχόντων είχαν τέκνα και το 34% είχαν απολυτήριο πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας (γυμνασίου/λυκείου) εκπαίδευσης. Το 60% των συμμετεχόντων κατοικούσε σε αστική περιοχή και το 52% ήταν συνταξιούχοι. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

### Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Όσον αφορά στα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Πίνακας 2), αξίζει να σημειωθεί ότι στο 39% των συμμετεχόντων η διάγνωση του ΣΔ ΙΙ τέθηκε τα προηγούμενα 1-5 έτη και στο 23% τα προηγούμενα 11-15 έτη. Σχετικά με τη θεραπεία που ακολουθείται σε σχέση με το

**Πίνακας 1.**  
Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης

<b>Φύλο</b>	Άντρας	53%
	Γυναίκα	47%
<b>Τέκνα</b>	Ναι	90%
	Όχι	10%
<b>Επάγγελμα</b>	Άνεργος	16%
	Δημόσιος υπάλληλος	14%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	16%
	Ελεύθερο επάγγελμα	4%
	Συνταξιούχος	52%
<b>Ηλικία</b>	28-37 έτη	12%
	38-47 έτη	6%
	48-57 έτη	18%
	58-67 έτη	30%
	68-77 έτη	18%
	77 έτη και άνω	16%
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα	8%
	Απολυτήριο δημοτικού	34%
	Απολυτήριο γυμνασίου/λυκείου	34%
	Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	20%
	Μεταπτυχιακό/διδακτορικό	4%
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος/η	6%
	Έγγαμος/η	73%
	Διαζευγμένος/η	7%
	Χήρος/α	14%
<b>Τόπος κατοικίας</b>	Αγροτική περιοχή	28%
	Ημιαστική περιοχή	12%
	Αστική περιοχή	60%

**Πίνακας 2.**  
Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

<b>Πόσα χρόνια έχει διαγνωσθεί ότι πάσχετε από ΣΔ ΙΙ;</b>	1-5 έτη	39%
	6-10 έτη	20%
	11-15 έτη	23%
	16-20 έτη	8%
	21-25 έτη	2%
	26-30 έτη	6%
<b>Επιπλοκές</b>	30 έτη και άνω	2%
	Καμία επιπλοκή	55%
	Μόνο μικροαγγειακές επιπλοκές	20%
	Μόνο μακροαγγειακές επιπλοκές	17%
<b>Άλλες χρόνιες παθήσεις</b>	Μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές	8%
	Αρτηριακή υπέρταση	67%
	Δυσλιπιδαιμία (χοληστερίνη)	42%
	Στεφανιαία νόσος/καρδιακή ανεπάρκεια	17%
<b>Θεραπεία σε σχέση με το ΣΔ ΙΙ</b>	Κατάθλιψη	8%
	Μόνο δίαιτα και άσκηση	12%
	Αντιδιαβητικά δισκία	66%
	Ινσουλίνη	6%
	Συνδυασμός ινσουλίνης και αντιδιαβητικών δισκίων	16%
<b>Φαρμακευτική αγωγή για το ΣΔ ΙΙ;</b>	Ναι	76%
	Όχι	24%



ΣΔ II το 12% των συμμετεχόντων ακολουθεί μόνο δίαιτα και άσκηση, το 66% λαμβάνει αντιδιαβητικά δισκία, το 6% λαμβάνει ινσουλίνη και το 16% λαμβάνει συνδυασμό ινσουλίνης και αντιδιαβητικών δισκίων.

Σχετικά με τις επιπλοκές από το ΣΔ το 55% δεν παρουσίαζε καμία επιπλοκή, το 20% παρουσιάζει μόνο μικροαγγειακές επιπλοκές (αμφιβληστροειδοπάθεια, απώλεια όρασης, νεφροπάθεια, νευροπάθεια), το 17% παρουσιάζει μόνο μακροαγγειακές επιπλοκές (στεφανιαία νόσο, έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αγγειοπάθεια) και το 8% μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές. Το 67% των συμμετεχόντων εμφάνιζε υψηλή αρτηριακή πίεση, το 42% δυσλιπιδαιμία, το 17% είχε στεφανιαία νόσο και το 8% κατάθλιψη. Το 76% των συμμετεχόντων που είχαν κάποια άλλη χρόνια πάθηση λάμβαναν κάποια φαρμακευτική αγωγή για αυτήν.

Ο μέσος όρος του σωματικού βάρους ήταν 84,92 ( $\pm 15.7$ ). Το 52% των συμμετεχόντων είχαν φυσιολογικό βάρος, το 34% ήταν υπέρβαροι και το 14% ήταν παχύσαρκοι.

### Μέσες τιμές κατάθλιψης και ΣΥΠΖ

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 23% του δείγματος χαρακτηριζόταν από μέτρια κατάθλιψη, το 12% από ήπια κατάθλιψη και το 10% από σοβαρή κατάθλιψη. Οι μέσες τιμές για τα ερευνητικά εργαλεία της ΣΥΠΖ (ADDQoL-19) και της Κατάθλιψης (Beck II) είναι αντίστοιχα 99.79 ( $\pm 18,31$ ) και 1.88 ( $\pm 1.08$ ).

### Συγκρίσεις δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τη ΣΥΠΖ

Οι συγκρίσεις μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του εκπαιδευτικού επιπέδου, του τύπου κατοικίας και του επαγγέλματος των συμμετεχόντων με την ποιότητα ζωής των ασθενών έδειξαν ότι μόνο ο τύπος κατοικίας επιδρά στην ποιότητα ζωής ( $F=5.208$ ,  $p=0.015$ ). Μάλιστα, το μεγαλύτερο σκορ σημείωσαν όσοι κατοικούσαν σε αγροτική περιοχή (μέσος όρος=118.04) και το μικρότερο σκορ όσοι κατοικούσαν σε ημιαστική περιοχή (μέσος όρος= 82.71). Όλα τα υπόλοιπα αποτελέσματα των συγκρίσεων των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά (Πίνακας 3).

Οι συγκρίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με την ποιότητα ζωής τους έδειξαν ότι η θεραπεία, η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης και της στεφανιαίας νόσου, καθώς επίσης και το αν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για τις επιπλέον ασθένειες που έχουν είναι στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 4). Πιο συγκεκριμένα όσοι λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής (μέσος όρος= 108.05), σε σύγκριση με όσους κάνουν μόνο δίαιτα και άσκηση (μέσος

**Πίνακας 3. Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη ΣΥΠΖ των ασθενών**

ADDQ-oL	Pearson r	P
<b>Ηλικία</b>	0.186	0.395
	<b>Μέσος όρος</b>	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος = 109.54	0.204
	Έγγαμος = 99.70	
	Διαζευγμένος = 81.02	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Δημοτικό = 105.77	0.212
	Γυμνάσιο/Λύκειο = 95.45	
	Πτυχίο = 109.54	
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό = 81.02	
<b>Τόπος Κατοικίας</b>	Αγροτική περιοχή = 118.04	0.015
	Ημιαστική περιοχή = 82.71	
	Αστική περιοχή = 105.05	
<b>Επάγγελμα</b>	Άνεργος = 109.39	0.633
	Δημόσιος υπάλληλος = 97.55	
	Ιδιωτικός υπάλληλος = 90.54	
	Ελεύθερο επάγγελμα = 98.05	
	Συνταξιούχος = 99.36	

όρος=75.03)( $p=0.001$ ). Όσοι συμμετέχοντες είχαν αρτηριακή υπέρταση, είχαν στατιστικά σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν αρτηριακή υπέρταση( $p=0.021$ ).Οι ασθενείς με ΣΔ II, στεφανιαία νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν. Τέλος όσοι λάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή καθώς και αγωγή για τη στεφανιαία νόσο είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν λάμβαναν αγωγή ( $p=0.037$ ).

### Κατάθλιψη και ποιότητα ζωής

Σε ότι αφορά στη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της κατάθλιψης και της ΣΥΠΖ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μεταξύ των δύο μεταβλητών υπάρχει αρνητική, μέτρια συσχέτιση (pearson  $r=0.573$ ,  $p=0.004$ ). Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται το σκορ στην κλίμακα του Beck, τόσο μειώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό να διερευνήσει το επίπεδο της κατάθλιψης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ II στο Νομό Σερρών, καθώς και την επίδραση της κατάθλιψης και άλλων κοινωνικο-δημογραφικών και, κλινικών χαρακτηρι-

**Πίνακας 4. Συγκρίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών με τη ΣΥΠΖ των ασθενών**

ADDQoL	Pearsonr	p
Πόσα χρόνια έχετε διαγνωσθεί ότι πάσχετε από ΣΔ II	0.306	0.155
	<b>Μέσος όρος</b>	<b>F/sig</b>
Θεραπεία που ακολουθείτε σε σχέση με το ΣΔ II	Μόνο δίαιτα και άσκηση= 99.57	F= 9.694
	Αντιδιαβητικά δισκία= 108.05	p= 0.001
	Συνδυασμός ινσουλίνης/αντιδιαβητικών δισκίων= 93.55	
Επιπλοκές	Καμία επιπλοκή= 99.57	F= 0.829
	Μόνο μικροαγγειακές επιπλοκές= 114.08	p= 0.451
	Μόνο μακροαγγειακές επιπλοκές= 93.55	
	<b>Μέσος όρος</b>	<b>t/sig</b>
Αρτηριακή υπέρταση	Ναι= 107.29	t= 2.492
	Όχι= 90.03	p= 0.021
Δυσλιπιδαιμία	Ναι= 81.02	t= -1.566
	Όχι= 101.57	p= 0.132
Στεφανιαία νόσος/καρδιακή ανεπάρκεια	Ναι= 114.08	t= 3.855
	Όχι= 98.42	sig= 0.001
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για την παραπάνω νόσο σας;	Ναι= 107.29	t= 2.32
	Όχι= 98.42	sig= 0.037

στικών στη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ II.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 45% των ασθενών με διαγνωσμένο ΣΔ II παρουσιάζει συμπτώματα μέτριας έως και σοβαρής κατάθλιψης. Ωστόσο μόνο το 8% των συμμετεχόντων ανέφεραν οι ίδιοι ότι πάσχουν από διαγνωσμένη κατάθλιψη. Παρομοίως σε αντίστοιχες έρευνες σε Ευρώπη και Ελλάδα διαπιστώθηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και ΣΔ II (Peyrot et al 1997, Ali et al 2006, Chen et al 2012, Πήτα και συν 2006, Sotiropoulos et al 2008, Καραδήμας 2005). Το παραπάνω εύρημα μπορεί να ερμηνευτεί, λαμβάνοντας υπόψη τόσο την αδυναμία των ίδιων των ασθενών να εντοπίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης, όσο και από την αδυναμία των επαγγελματιών υγείας να διαφοροδιαγνώσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης που εντοπίζουν από τη συμπτωματολογία του ΣΔ II (Ρεκλείτη και συν 2012).

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση (και μάλιστα αρνητική-μέτρια) ως προς την επίδραση της κατάθλιψης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ II. Αναλυτικότερα, όσο αυξάνεται το σκορ στην κλίμακα του Beck τόσο μειώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί απόλυτα με τα αντίστοιχα ευρήματα άλλων ερευνών (Goldney et al 2004, Derakhshanpour et al 2015, Egede et al 2009, Paschalides et al 2004, Αντωνοπούλου

2013). Το παραπάνω εύρημα είναι απόλυτα λογικό καθώς η νόσος του ΣΔ II αποτελεί μια ιδιαίτερα απαιτητική χρόνια νόσο. Οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να ζουν ακολουθώντας πολύ συγκεκριμένους κανόνες όπως είναι για παράδειγμα η τήρηση σε καθημερινή βάση ενός απαιτητικού διαιτολογίου, η φαρμακευτική αγωγή και η σωματική άσκηση (Παπαδόπουλος 2013). Η ύπαρξη επομένως και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας επιβαρύνει ακόμα πιο πολύ την ήδη «δύσκολη» ζωή του διαβητικού ασθενή, με αποτέλεσμα να κατακλύζεται από έντονα καταθλιπτικά συναισθήματα όπως είναι αυτά της θλίψης, της απογοήτευσης, της ανηδονίας και της αίσθησης ματαιότητας και έτσι να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής του (Ταχτσόγλου και συν 2015).

Αναφορικά με τη διερεύνηση της επίδρασης των κοινωνικο-δημογραφικών παραμέτρων και των άλλων κλινικών χαρακτηριστικών στη ΣΥΠΖ, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι κατοικούσαν σε αγροτική περιοχή παρουσίαζαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους. Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευτεί αναλογιζόμενοι τις καλύτερες συνθήκες διαβίωσης που επικρατούν γενικότερα στις αγροτικές περιοχές. Σύμφωνα με αποτελέσματα διαφόρων ερευνών έχει παρατηρηθεί πως οι κάτοικοι της υπαίθρου εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά αίσθησης ικανοποίησης από τη ζωή, ασφάλεια

και ψυχολογική υγεία σε σχέση με τους κατοίκους των πόλεων (Moser et al 2006, Γιαννακάκη και συν 2012).

Επίσης από τις συσχετίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής των ασθενών προέκυψε ότι όσοι ασθενείς λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία, έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, συγκριτικά με όσους ακολουθούν θεραπευτικό πρόγραμμα μόνο με δίαιτα και άσκηση. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία που δείχνει ότι η άσκηση και η δίαιτα βοηθά στην ΣΥΠΖ των διαβητικών ατόμων (Morrato et al 2007), ωστόσο μπορεί να ερμηνευτεί δεδομένης της μεγάλης ηλικίας των συμμετεχόντων την παρούσα μελέτη και την εξοικείωση τους με ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής.

Τέλος, όσοι από τους συμμετέχοντες έπασχαν και από κάποια άλλη χρόνια πάθηση και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για τις διαταραχές αυτές, εμφάνισαν καλύτερη ποιότητα ζωής. Στη βιβλιογραφία δεν εντοπίστηκαν παρόμοια ευρήματα από μελέτες με δείγμα ασθενείς με ΣΔ II, αλλά προφανώς αυτό συμβαίνει καθώς η επιτυχής διαχείριση των υπολοίπων χρόνιων παθήσεων επιφέρει στον ασθενή καλύτερη ψυχολογική υγεία και γενικότερα καλύτερη ποιότητα ζωής.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται από άλλους παράγοντες και όχι από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, με εξαίρεση τον τόπο κατοικίας των ασθενών. Επίσης, από τις συσχετίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής των ασθενών προέκυψε ότι όσοι ασθενείς λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία, έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, συγκριτικά με όσους κάνουν μόνο δίαιτα και άσκηση. Επίσης όσοι από τους συμμετέχοντες πάσχουν από κάποια άλλη χρόνια πάθηση και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για τις διαταραχές αυτές, εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Σε ότι αφορά στη διερεύνηση της επίδρασης των επιπέδων κατάθλιψης στη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ II, διαπιστώθηκε ότι μεταξύ τους υπάρχει μία μέτρια συσχέτιση, δηλαδή

όσο αυξάνεται το σκορ στη κλίμακα του Beck, τόσο μειώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως στη συγκεκριμένη μελέτη υπήρχαν κάποιοι περιορισμοί. Αρχικά το δείγμα των ασθενών με ΣΔ II που χρησιμοποιήθηκε ήταν δείγμα ευκολίας και μικρό σε μέγεθος. Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός πως η νόσος του ΣΔ II εξελίσσεται στο χρόνο δεν επαναλήφθηκε η αξιολόγηση της ΣΥΠΖ των διαβητικών ασθενών.

Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν για να διατυπωθούν προτάσεις σχετικά με την κλινική πρακτική, όπως είναι η διαμόρφωση νέων ολοκληρωμένων προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ΣΔ II, τα οποία να λαμβάνουν υπόψη τους την ψυχοκοινωνική στήριξη αυτών των ασθενών. Παράγοντας κλειδί σε αυτά τα προγράμματα είναι η στελέχωση τους από εξειδικευμένους επιστήμονες όπως είναι ο ειδικός διαβητολόγος, ο ψυχολόγος, ο διατροφολόγος και ο ειδικός νοσηλευτής (Καραδήμας 2005). Τέλος, μελλοντικά θα μπορούσε να διερευνηθεί περαιτέρω η επίδραση της κατάθλιψης και των άλλων δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών σε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού μιας ευρύτερης περιοχής. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων που θα οδηγήσουν στην καλύτερη κατανόηση της χρόνια νόσου του ΣΔ II και της επίδρασής της στη ΣΥΠΖ αυτών των ασθενών.

### ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Ο ΠΤ: συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού και το σχεδιασμό της μελέτης, συνέλεξε και ανέλυσε τα δεδομένα, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του τελικού κειμένου. Η ΘΚ: συμμετείχε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του τελικού κειμένου. Η ΘΜ: συμμετείχε στο σχεδιασμό της μελέτης, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του τελικού κειμένου, ενώ είχε τη γενική εποπτεία της μελέτης. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ali S., Stone M.A., Peters J.L., Davies M.J. & Khunti K. (2006). The prevalence of comorbid depression in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*, 23:1165-73.
- Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E. & Lustman P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24:1069-1078.
- Beck A.T., Steer R.A., & Brown G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bloomgarden Z. (2004). Type 2 diabetes in the young: the evolving epidemic. *Diabetes Care* 27(4): 998-1010.
- Bradley C., (2016). ADDQuol-19. Greek for Greece 19.05.09A . For Use by Panayiotis Tzourakis under license CB515 (from Standard UK English rev. 1.3.06) Health Psychology Research, Dept of Psychology, Royal Holloway, University of London, Egham.
- Bradley C., De Pablos-Velasco P., Parhofer K., Escwege E., et al. (2011). Panorama: A European Study to evaluate quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes mellitus-study design. *Primary Care Diabetes*, 5: 231-239.



- Bradley C. & Gilbride J. (2008). Improving treatment Satisfaction and other patient-reported outcomes in people with type 2 diabetes: the role of once daily insulin glargine. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 10: 50-65.
- Chen P.C., Chan Y.T., Chen H.F., Ko M.C. & Li C.Y. (2012). Population-based cohort analyses of the bidirectional relationship between type 2 diabetes and depression. *Diabetes Care*, 36(2): 376-382.
- Derakhshpour F., Vakili M.A., Farsinia M. & Mirkarimi K. (2015). Depression and quality of life in patients with type II diabetes in north of Iran, Gorgan. *Iran Red Crescent Med J*, 17(5): 9-25.
- Egede L.E., Ellis C. & Grubaugh A.L. (2009). The effect of depression on self-care behaviors and quality of care in a national sample of adults with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*, 31 (5): 422-427.
- Fisher L., Skaff M.M., Mullan J.T., Areal P., Glasgow R. & Masharani U. (2008). A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. *Diabet Med*, 25: 1096-1101.
- Goldney D.R., Phillips J.P., Fisher J.L. & Hons B.A. (2004). Diabetes Depression and Quality of Life: A population study. *Diabetes Care*. 27(5):1066-70.
- International Diabetes Federation (IDF). (2014) www.idf.org (Ηλεκτρονικό) (Ημερομηνία ανάκτησης: 5/12/2016).
- Liu Y., Maier M., Hao Y., Chen Y., Qin Y. & Huo R. (2012). Factors related to quality of life for patients with type 2 diabetes with or without depressive symptoms – results from a community-based study in China. *Journal of Clinical Nursing*, 22: 80-88.
- Lustman P.J., Clouse R.E., Griffith L.S., Carney R.M. & Freedland K.E. (1997). Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosom Med*, 59:24-31
- Morrato E.H., Hill, J.O., Wyatt H.R., Ghushchyan V. & Sullivan P.W. (2007). Physical activity in U.S. adults with diabetes and at risk for developing diabetes, 2003. *Diabetes Care*, 30: 203-209.
- Moser G. & Robin M. (2006). Environment annoyances: an urban-specific threat to quality of life? *Review of European and Psychological Applications*, 56: 35-41.
- Paschalides A.J., Wearden R., Dunkerley C., Bundy R., Davies. & Dickens C.M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(6): 557-564.
- Patrick B. & Erickson P.D. (1993). In: *Oxford University Press. Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care*. Oxford.
- Petrak F., Hautzinger M., Plack K., Kronfeld K., Ruckers C., Herpertz S. & Muller M. (2010). Cognitive behavioral therapy in elderly type 2 diabetes patients with minor depression or mild major depression: study protocol of a randomized trial (MIND-DIA). *BMC Geriatrics*, 10, 21.
- Peyrot M. & Rubin R.R. (1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 20: 585-590.
- Rydén, L., Standl, E., Bartnik, M., Van den, Berghe G., Betteridge, J., de Boer, M.J., et al. (2007). The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases. *Eur Heart J*, 28 (1): 88-136.
- Sotiropoulos A., Papazafiroπούλου Α., Apostolou O., Kokolaki A, Gikas A. & Pappas S. (2008). Prevalence of depressive symptoms among non insulin treated Greek type 2 diabetic subjects. *BMC Res Notes*: 1: 101.
- Tapash R. & Lloyd L. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 142: 8-221.
- Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R. & King H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5): 1047-1053.
- World Health Organization (WHO) (2016). *Global Report on Diabetes*. Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization.
- Αντωνοπούλου Κ. (2013). *Εκτίμηση της ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου II και πως αυτή επηρεάζεται από την κατάθλιψη και τις διαταραχές του ύπνου*. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης.
- Γιαννακάκη Α. & Κουγιουμτζάκη Δ. (2012). *Διατροφικές συνήθειες και ποιότητα ζωής σε αγροτικό πληθυσμό στην Κρήτη*. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Τμήμα Διατροφής και Διατολογίας.
- Γιαννακού Μ., Ρούσση Π., Κοσμίδου Μ.Ε., Κιοσέογλου Γ., Αδαμαπούλου Α. & Γαρυφαλλός Γ. (2013). Προσαρμογή της κλίμακας κατάθλιψης του Beck-II σε ελληνικό πληθυσμό. *Hellenic Journal of Psychology*, 10: 120-146
- Γιωτάκη Ε. (2014). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. 2η έκδοση. Ιωάννινα: Εκδόσεις: Ελένη Χαράτσι-Γιωτάκη.
- Ιωαννίδη Ε., Λοπατατζίδης Α. & Μάντη Π. *Υψηλές Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιωτικές και Προκλήσεις*. Τόμος Α-Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα 1999.
- Καραδήμας Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
- Μαλλιάρου Μ., Αγόρη Α., Σαράφης Π. & Κοτρώτσιου Ε. (2012). Ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5(1): 45-55.
- Παπαδόπουλος ΑΑ., Οικονομάκης Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Φρυδάς Α. & Νιάκας Δ. (2007). Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου 2. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24: 66-74.
- Παπαδόπουλος Α. (2013). *Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής της κατάθλιψης και της ικανοποίησης από τη θεραπεία ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Σέρρες.
- Παπαμαθαίου Α. (2013). *Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με διαβήτη τύπου I και II και η επίδραση των διαταραχών ύπνου, της κατάθλιψης και της ικανοποίησης από τη θεραπεία*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα.
- Πήτα Ρ., Γρηγοριάδου Ε., Μαρίνα Ε., Κουβάτσου Ζ., Διδάγγελος Τ. & Καραμήτσος Δ. (2006). Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά* 19(4): 282-294.
- Ρεκλείτη Μ., Ρούπα Ζ., Κυριαζής Ι., Βόζνιακ Γ., Σαρίδη Μ., Κουλούδης Π., Κουράκος Μ. & Σουλιάτης Κ. (2012). Αυτοαξιολόγηση κατάθλιψης ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με τις επιπλοκές του. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29 (5): 599-605.
- Ταχτσόγλου Κ. & Ηλιάδης Χ. (2015). Επιπτώσεις του Σακχαρώδη Διαβήτη στη Ποιότητα Ζωής των ασθενών. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 4(2): 50-57.
- Τσιρογιάννη Ε., Κουνιάκης Φ., Μπαλτατζή Μ., Λαυρεντιάδης Γ. & Αλεβίζος Α. (2010). Βιολογικές Παράμετροι και κατάθλιψη σε διαβητικούς ασθενείς. *Ψυχιατρική*, 21 (2): 115-125.
- Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 18(3): 218-229.
- Φαιτατζίδου Α. (2014). *Διερεύνηση της συντότητας κατάθλιψης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 με βάση το φύλο*. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας – Τμήμα Νοσηλευτικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη».

# Depression and health-related quality of life of patients with diabetes mellitus type II: data from Serres province, Greece

Panagiotis Tzourakis<sup>1</sup>, Theodora Kafkia<sup>2</sup>, Thalia Bellali<sup>3</sup>

1. Psychologist, MSc, "Health Care Management"

2. Clinical Lecturer, Department of Nursing, "Alexandreio" Technological Educational Institution of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece.

3. Professor, Department of Nursing, "Alexandreio" Technological Educational Institution of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece.

## ABSTRACT

**Introduction:** Diabetes Mellitus Type II (DM II) is a chronic disease that particularly affects the patients' Health-Related Quality of Life (HRQOL).

**Aim:** The aim of the present study was to investigate the effect of various depression levels on HRQOL in DM II patients in Serres province of Northern Greece.

**Methodology:** A cross-sectional analytical study was conducted from January 2016 to March 2016. The study involved 100 patients diagnosed with DM II who were approached through the Diabetic Association of Serres province. Data were collected with the following research tools: a) a questionnaire with socio-demographic and clinical data, b) the questionnaire Audit of Diabetes Dependent Quality of Life Questionnaire (ADDQoL-19), and c) the Beck II depression scale. Statistical analysis of the results was performed using the statistical program IBM SPSS Statistics v23.0.

**Results:** Forty five percent of the diabetic patients under study, present symptoms of depression which affected their HRQOL. Specifically, the more depression increases, the more the level of quality of life of the patients is decreased. Correlations between gender, age, marital status, educational level, place of residence and profession of the participants with the quality of the patients' life showed that only the place of residence affected their quality of life ( $F=5.208$ ,  $p=0.015$ ).

**Conclusions:** Patients with diabetes mellitus type II present low HRQOL levels and a high rate of depression symptoms. The results of the present research could help develop new integrated healthcare programs for patients with diabetes mellitus type II with emphasis to psychosocial interventions.

**Key-words:** Depression, diabetes mellitus type II, health-related quality of life, patients.

Corresponding Author:  
Panagiotis Tzourakis,  
e-mail: p.tzourakis@yahoo.gr  
Tel.. +306980759557

Submission Date: 30/08/16  
Publication Date: 22/12/16