

БИЈАНА СОЛУНЧЕВСКА

**ДИЈАБЕТЕСОТ, ДЕПРЕСИВНОСТА И
ВАЖНОСТА НА ПСИХОЛОШКАТА
ПОДДРШКА**

м-р Биљана Солунчевска

Биљана Солунчевска

Издавач

Дом на култура „Илинден“ Демир Хисар

Главен и одговорен уредник

Славче Велјановски

Рецензенти

проф. д-р Сапо Кочанковски

д-р Катерина Адамова

Техничко уредување

Оливер Солунчевски

Лектор

Христијан Аџиоски

Дизајн на корица

Златко Стровјановски

Компјутерска обработка и печатење

Графо Пром Битола

Тираж

500 примероци

Демир Хисар, 2023

Оваа книга е поддржана од:



CIP – Каталогизација во публикација

Национална и универзитетска библиотека "Св. Климент Охридски", Скопје

616.379-008.64:616.895.4

СОЛУНЧЕВСКА, Биљана

Дијабетесот, депресивноста и важноста на психолошката поддршка /
Биљана Солунчевска. - Демир Хисар : Дом на култура „Илинден“, 2023
(Битола : Графо Пром). - 102 стр. ; 24 см

Тираж 500. - Библиографија: стр. 100-102

ISBN 978-608-66546-6-5

а) Дијабетес мелитус -- Депресија

COBISS.MK-ID 59408901

СОДРЖИНА

ВОВЕД	7
1. ДИЈАБЕТЕС	9
1.1.Настанување и историски развој на дијабетесот	9
1.2.Типови на Дијабетес.....	11
1.3.Психосоматски причини на болеста	11
2. МЕТОДИ И ПОСТАПКИ ЗА СПРЕЧУВАЊЕ И ЛЕЧЕЊЕ НА ДИЈАБЕТЕСОТ	13
2.1.Знаци и симптоми карактеристични за дијабетес.....	13
2.2.Основни испитувања поврзани со дијабетесот.....	13
2.3.Лекување на пациенти со дијабетес мелитус	14
2.3.1.Базични правила	14
2.3.2.Фармаколошки мерки	16
2.3.3.Инсулинска терапија.....	17
2.3.4.Инсулинска пумпа.....	19
3. ДЕПРЕСИЈА	20
3.1.Заблуди поврзани со депресијата.....	25
3.2.Медицински третмани	26
3.2.1.Непсихијатриски болести	26
3.2.2.Психијатриски синдроми.....	27
3.2.3.Третман	28
3.2.4.Социјализација.....	28
3.3.Интензитет на симптомите, функционален капацитет на пациентот и нивна здравствена заштита.....	29
4. ПРИЧИНИ И ТРЕТМАН НА ДЕПРЕСИЈА	30
4.1.Релевантни емпириски истражувања за депресија	32
4.2.Испитување на состојбата на депресија	35
5. ПСИХОПАТОЛОГИЈА И ДИЈАБЕТЕС	37
5.1.Фактори кои влијаат на депресивноста кај лица со дијабетес	37
5.1.1.Ментални нарушување како резултат на дијабетес	37
5.1.2.Психосоматски причини на болеста	38
5.1.3.Карактеристики на психата на лицата со дијабетес	38
5.1.4.Ефектот на дијабетесот врз психата: агресија, депресија и други нарушувања.....	39
5.1.5.Психолошки карактеристики на пациенти со дијабетес	39
тип 1 и тип 2.....	39
5.1.6.Најчестите ментални нарушувања кај лицата со дијабетес.....	40
5.2.Депресијата и дијабетесот одат рака под рака.....	41
6. УЛОГАТА НА ПСИХОЛОГОТ ВО ГРИЖАТА ЗА ДИЈАБЕТЕСОТ.....	45
6.1.Психосоцијални фактори во неа на дијабетесот	46
6.2.Психосоцијални прашања уникатни за деца и адолесценти	47
6.3.Тим за зачувување на менталното здравје кај лицата со дијабетес... ..	47
6.4.Психолошки интервенции наменети за психолошки проблеми поврзани со дијабетесот.....	48
6.5.Советување и психотерапија кај дијабетес мелитус.....	49

7. ПСИХОЛОШКА ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА НА ПОДДРШКАТА КАЈ ЛИЦАТА СО ДИЈАБЕТЕС.....	50
7.1.Психосоциолошки препораки за деца.....	50
7.2.Проблеми во третманот кај деца од школска возраст	50
7.3.Импликации за дејствување за време на бременост.....	51
7.4.Образовни и психосоциолошки интервенции	52
7.5.Интервенции за промена на животниот стил	53
7.6.Проблеми со самоконтролата.....	53
7.7.Имплементација на принципот на еманципација во давањето поддршка за самоконтрола со дијабетес	54
8. ТРЕТМАН НА ДЕПРЕСИЈАТА КАЈ ЛИЦАТА СО ДИЈАБЕТЕС	55
9. СЕМЕЈНАТА ПОДДРШКА ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА СТЕПЕНОТ НА ДЕПРЕСИЈА.....	57
9.1.Поддршка и контрола од страна на семејството на лицето со дијабетес.....	57
9.2.Едукација на членовите на семејството за подобар третман на лицето со дијабетес.....	59
10. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ	62
10.1.Предмет на истражувањето	62
10.2.Цел и карактер на истражувањето	62
10.3.Хипотези на истражувањето.....	62
10.4.Варијабли на истражувањето.....	63
10.5.Методи, техники и инструменти на истражувањето	63
10.6.Популација и примерок на истражување.....	64
10.7.Статистичка обработка на податоци.....	64
10.8.Организација и тек на истражувањето	64
11. РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО И АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИ...	65
11.1.Примерок на истражувањето	65
11.2.Влијание на полот врз степен на депресивност според Бековата скала на депресија.....	65
11.3.Влијание на возраст врз степен на депресивност според Бекова скала.....	75
11.4.Разлики помеѓу очекуваните и опсервираните фреквенции на искази	86
11.4.1 Разлики помеѓу пчекувани и ппсервирани фреквенции на искази.....	86
11.4.2.Разлики помеѓу дадените искази кај испитаниците според полова припадност.....	87
11.4.3.Разлики помеѓу дадените искази кај испитаниците според старосните граници	88
11.5.Заклучоци од истражувањето (дискусија).....	90
ЗАКЛУЧОК.....	93
РЕЦЕНЗИИ	95
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА	100

ВОВЕД

Едно од најчестите заболувања на светско ниво (10 % од светската популација) е дијабетесот (lat. Diabetes mellitus), кој е во сè поголем пораст. Дијабетесот е хронично системско пореметување на метаболизмот кое се карактеризира со хипергликемија, т.е. трајно зголемување на нивото на глукоза во крвта. Тоа е последица на модерниот стил на живот и зголемениот број на надворешни етиолошки предизвикувачи, меѓу кои посебно се издвојува претераниот вишок на килограми.

Дијабетесот може да предизвика не само физиолошки проблеми, како што се траума, асоциран е со вирусна инфекција или автоимуна болест, но и психолошки. Потиснување на емоциите, неможноста да се управува со нив, постојана напнатост и хроничен стрес, сите се фактори на ризик од дијабетес.

Еден од психолошките проблеми до кои може да доведе дијабетот е депресијата. Какво е влијанието на дијабетесот врз депресивноста на лицата со дијабетес, како и поддршка на тие лица, е тема на ова дело.

„Дијабетесот, депресивноста и важноста на психолошката поддршка“ е дело кое е резултат на долгогодишно работење на авторот како фармацевски техничар во инсулинска аптека во ЈЗУ „Здравствен дом“ Демир Хисар. Согледувајќи ја психолошката состојба на лицата со дијабетес, посебно веднаш по дијагностицирањето на болеста, колку е важна психолошката поддршка во тие моменти, не само за самите лица туку и за нивните најблиски, посебно за родителите кога се работи за дете со дијабетес.

Книгата е креирана во два дела: теоретски и истражувачки. Првиот, теоретски дел го сочинуваат девет теми: дијабетес, методи и постапки за спречување и лечење на дијабетесот, депресија, причини и третман на депресијата, психопатологија и дијабетес, улога на психологот во грижа на дијабетесот, психолошка имплементација и поддршка на лицата со дијабетес, третман на депресија кај лица со дијабетес и семнејна поддршка за намалување на степенот на депресија. Вториот, истражувачкиот дел е претставен со методологијата на истражувањето, резултати и анализа на резултатите од истражувањето.

Целта на оваа книга е да им се помогни на лицата со дијабетес и нивните семејства за полесно да ги надминат психолошките проблеми, со што би имале поквалитетен живот.

Користената литература укажува на богатиот опус и избор на материјал за дијабетесот, временски и просторно, со акцент на компетентни светски, но и домашни автори и релевантните извори на интернет.

1. ДИЈАБЕТЕС

1.1. Настанување и историски развој на дијабетесот

Шеќерна болест или дијабетес (лат. *Diabetes mellitus*) е хронично системско пореметување на метаболизмот кое се карактеризира со хипергликемија, т.е. трајно зголемување на нивото на глукоза во крвта. Генерално е условен од наследни фактори, а настанува како последица на намалено излучување или намалено биолошко дејство на хормонот инсулин, односно во комбинација со овие два фактора. Тој недостаток ја попречува размената на јаглехидрати, масти и белковини во организмот (што се манифестира со карактеристични тегоби), а по подолго време влијае и на структурата и функцијата на крвните садови, нервите и други витални органи и органски системи.

Зборот дијабетес прв го употребил Деметрије од Аполонија, околу 200 година пред нашата ера. Тој е изведен од грчкиот збор *υῦρό μέσσω*, што во превод значи „течен низ“, што одговара на една од главните симптоми на оваа болест – непрекинато земање на течности и прекумерна продукција на урина. Во 1675 година Томас Вилис на постоечкиот назив го додал зборот *mellitus* кој е изведен од латинскиот јазик и во превод значи „сладок“, (Ова е поврзано со слаткиот вкус на урината кај заболените личности). Метју Доксон во 1776 година докажал дека слаткиот вкус потекнува од присуството на шеќер во крвта и урината кај лицата со дијабетес.

Ова заболување е познато повеќе од 3500 години. Првпат е опишано на староегипетски папирус кој е откриен во 1862 година во гробница во околината на Теба. Неговата содржина во 1878 година ја дешифрирал германскиот египтолог, Георг Еберс, а дијабетесот во него е опишан како болест која се одликува со силна жед и често и обилно мокрење. Записите на санскритскиот јазик (околу 500 г. п.н.е.) ја опишуваат како „медена мочка“, а исто така шеќерната болест се споменува и во голем број други записи на лекари од претхристијанскиот период. Во почетокот на I век, римскиот лекар Целзије ги опишал болните со симптоми на дијабетес, а еден век подоцна античкиот лекар Аретеј од Кападокија во своите записи детално го опишал ова заболување. Од прилика во исто време приказ на болеста дале кинескиот лекар Чанг-Чанг и индискиот лекар Шушрута кој вели дека тоа е болест на луѓето кои „конзумираат многу ориз, храна со скроб и шеќер“. Јапонските лекари во III век воочиле дека кучињата ја лижат мочката на лицата со дијабетес (поради големата концентрација на гликоза), па почнале да ги користат овие животни во откривањето на болеста. Сличен принцип користел и Ратсимаманга,

лекар од Мадагаскар, кој од своите пациенти барал да уринираат покрај мравјалник и потоа набљудувал дали мравките се собираат на урината. Персискиот лекар и филозоф Авицена во XI век ја опишал дијабетската гангрена, а подоцна е воочено дека кај заболените од дијабетес често се јавуваат рани и туберкулоза. Прочуениот лекар Парацелзус во XIV век пронашол кристали во урината на лицата со дијабетес, но не ја открил и природата на тие кристали. Тој мислел дека причина за болеста е „големата топлина во бубрезите“. Англискиот лекар Томас Сиденхајм во XV век ја изнел теоријата дека шеќерната болест настанува „како последица на нецелосно варење на хилусата во крвта, при што се излачуваат неасимилирани состојки“. Неговиот сонародник Мортон кон крајот на XVII век констатирал дека во прашање е наследно заболување. Италијанскиот анатом Џовани Батиста Моргањи во XVIII век во својата книга „За седиште и причини за болеста“ запишал дека дијабетес е заболување со непосредно седиште (лат. *Morbus in sede in certo lokus*). Дури подоцна е откриена улогата на панкреасот во настанокот на шеќерната болест благодарение на работата на Швајцарецот Јохан Конрад Брунер (кој на кучињата им го отстранувал панкреасот и така предизвикувал симптоми на дијабетес), Французинот Клод Бернер и Германецот Паул Лангер Ханс (кој ги поставил темелите на експерименталната физиологија и ги проучувал црниот дроб и панкреасот).

И покрај фактот дека за неа се знаело релативно долго, дијабетесот за првпат експериментално е изучен и опишан кон крајот на XIX век. Откривачката улога и значењето на панкреасот во настанокот на дијабетесот им е препишано на научниците Јозев Фон Меринг и Оскар Минковски. Тие во 1889 година откриле дека кучињата на кои им е отстранет панкреасот набрзо ги развиваат сите знаци и симптоми на шеќерната болест и дека потоа тие брзо умираат. Сер Едварт Алберт Шарпеј во 1910 година навестил дека кај заболените од дијабетес недостасува една од супстанциите кои ги продуцира панкреасот и тој предложил да ја наречат инсулин. Тој назив е изведен од латинскиот збор *insula* кој во превод значи „остров“, што се однесува на фактот дека инсулинот создава бета-клетки на Лангерхансови островчиња во панкреасот. Ендокрината улога на панкреасот во метаболизмот, како и вистинското откривање на инсулинот не биле расветлени до 1921 година, кога Сер Фредерик Гранд Бандинг и Чарлс Херберт Бест докажале дека кај кучињата без панкреас дијабетесот може да се спречи со давање на екстракти од Лангерхансовите островчиња на здравите кучиња. Banting, Best и соработниците (посебно хемичарот Колип) успеале да го изолираат инсулинот од панкреасот на некое говедо на универзитетот во Торонто што во 1922 година овозможило негова примена во терапијата на шеќерната болест. Една година подоцна, Бантинг и Мек Клауд за ова откритие добиле Нобелова награда. Тие откритието го заштитиле со патент, но овозможиле негова

употреба без надомест, што придонело за брзо ширење на примената на инсулинот за терапијата на оваа болест ширум светот. Разликата помеѓу дијабетесот од тип 1 и тип 2 прв ја открил и објавил Сер Херолд Персивал Химсворд во јануари, 1936 година.

1.2. Типови на Дијабетес

Постојат три главни типа на дијабетес:

- **Дијабетес тип 1 (инсулинозависен дијабетес).** Станува збор за автоимуно заболување со можна генетска предиспозиција. Се јавува во која било возраст, но најчесто кај деца, тинејџери или млади луѓе. Кај овој тип дијабетес панкреасот создава многу малку или воопшто не создава инсулин.
- **Дијабетес тип 2 (инсулинонезависен дијабетес).** Оваа е најчеста форма на дијабетес. Претежно ги афектира возрасните, но во последните години се јавува и кај тинејџерите и младите лица поради прекумерно зголемување на телесната тежина. Кај овој тип на дијабетес, панкреасот најчесто создава инсулин, но или таа количина не е доволна за потребите на организмот или клетките се резистентни на инсулинот.
- **Гестациски дијабетес.** Гестацискиот дијабетес се карактеризира со високо ниво на гликоза во крвта и се јавува во кој било период од бременоста кај жени кои дотогаш не страдале од дијабетес. Оваа состојба мора да се контролира бидејќи може да влијае врз нормалниот раст и развој на бебето. Околу 10 % од трудниците се засегнати од гестациски дијабетес. По породувањето најчесто сите симптоми на дијабетес исчезнуваат. Но, доколку се јавил во една бременост овој тип на дијабетес, тогаш постои голема веројатност тој да се повтори и во следните бремености. Исто така, студиите покажуваат дека кај 20 — 50 % од жените што имале гестациски дијабетес, во рок од 10 години може да се развие дијабетес тип 2.

Разликата помеѓу дијабетесот од тип 1 и тип 2 прв ги открил и објавил Сер Херолд Персивал Химсворт во 1936 година.

1.3 Психосоматски причини на болеста

Психосоматиката на која било болест која влијае на ендокриниот систем е скриена во сериозни нарушувања на нервната регулација. Ова го потврдуваат клиничките симптоми, вклучувајќи шок и

невротични состојби, депресија и сл. Сепак, овие состојби можат да бидат и главната причина за развој на дијабетес тип 1 и тип 2.

Во медицинската наука мислењата на научниците за оваа тема се многу различни едни од други. Некои сметаат дека психосоматиката е основна додека други целосно ја побиваат оваа теорија. Нездравата личност може да се препознае веднаш и како по правило, тоа се случува преку карактеристики на однесување, како и склоност кон необични манифестации на емоции.

Секоја дисфункција на човечкото тело се рефлектира во неговата психолошка состојба. Затоа постои мислење дека обратниот процес може целосно да ја исклучи можноста за развој на која било болест.

Луѓето со дијабетес се склони кон ментални нарушувања. Пропишаните лекови за намалување на шеќерот, стресните ситуации, емоционалната презаситеност, нестабилноста и негативните компоненти на животната средина исто така можат да го стимулираат менталното заболување. Ова се должи на фактот дека кај здрава личност хипергликемијата брзо исчезнува, веднаш штом стимулот престане да дејствува. Сепак, тоа не се случува кај лицата со дијабетес. Затоа, според концептите на психосоматиката, дијабетесот честопати ги погодува луѓето на кои им е потребна грижа.

2. МЕТОДИ И ПОСТАПКИ ЗА СПРЕЧУВАЊЕ И ЛЕЧЕЊЕ НА ДИЈАБЕТЕСОТ

2.1. Знаци и симптоми карактеристични за дијабетес

Пациентите со дијабетес независно дали тип 1 или тип 2, се препознаваат по следните знаци:

- обилно и често мокрење
- чувство на глад во текот на целиот ден и земање на голема количина храна
- глукозата во крвта на гладно е над 7 ммол/л
- повредите и раните тешко зараснуваат
- појава на честа инфекција и чешање по кожата и половите органи;
- необично и ненадејно губење на телесната тежина (иако многу се јаде, сепак се слабее);
- постојано чувство на жед, земање на големи количини на вода;
- заматен вид;
- постојан умор и поспаност,
- сува уста;
- слабост, омалаксалост;
- чувство на трпки по рацете и стапалата (жешки стапала);
- ако член на семејството веќе има дијабетес.

Ако некој има дел од овие проблеми и траат подолго од една недела, треба веднаш да се обрати за совет и помош кај лекар.

2.2. Основни испитувања поврзани со дијабетесот

Кога дијабетесот е дијагностициран, потребно е да се направат основни испитувања. Во основните испитувања спаѓаат: клиничко испитување и лабораториско испитување. Кај клиничкото испитување се следи:

- BMI индекс на телесна тежина;
- крвен притисок;
- срце и големи артерии;
- периферни нерви,
- стапала;
- острината на видот;
- офталмоскопија

Кај лабораториското испитување се следи:

- плазматски крвен шеќер, на гладно;
- HbA1c
- прекуноќна уринарна албуминска екскреција;
- серумски креатинин;
- серумски холестерол, HDL-холестерол, LDL-холестерол, триглицериди

Мерење на крвниот шеќер

Доволна информација за 24-часовен гликозен профил може вообичаено да се добие од четири примероци:

- плазма гликоза на гладно за да се одреди дали дозата на долгодејствувачкиот вечерен инсулин е доволна. Високо ниво на гладно сугерира недоволна доза, а ниско ниво сугерира превисока доза. Хипергликемија на гладно.
- адекватноста на дозата на брзодејствувачкиот инсулин се евалуира со мерења на нивоа на плазма гликоза 1,5-2 часа по оброк, а кај трудници 1 час по оброк.
- примероците пред ручек, вечера и пред спиење одредуваат дали е доволна дозата на инсулинот. Високи вредности вообичаено сугерираат потреба за зголемување на дозата на краткодејствувачкиот инсулин пред оброците или на утринскиот долгодејствувачки инсулин.
- во стабилна фаза на болеста две мерења дневно на 2-3 дневни интервали, можат да бидат доволни.

2.3.Лекување на пациенти со дијабетес мелитус

Главни цели на терапијата се: да се ублажи хипергликемијата и нејзините симптоми, да се превенираат хипергликемичните кризи (на пр. кетоацидоза, хиперосмоларна кома) и да се превенираат или забават хроничните компликации на заболувањето (неуропатија, ретинопатија, нефропатија, кардиоваскуларна болест). Сите лица со дијабетес со тип 1 дијабет примаат инсулинска терапија, додека со тип 2 дијабет иницијално не примаат инсулин, но може да постигнат соодветна контрола на гликемијата преку комбинација со рестрикција на калорискиот влез, вежби и орални лекови поединечни или во комбинација. Сепак, при клучните абнормалности во секрецијата на инсулин и неговото дејство, зголемувањето на фармаколошката терапија е потребно за одржување на контролата.

2.3.1Базични правила

Целна вредност на HbA1c е 7,0-7,5 % (нормални граници 4,0-6,0 %). За да се избегнат компликациите од дијабетесот, HbA1c треба да биде колку што е можно поблиску до нормалната вредност.

Целна вредност за плазматски крвен шеќер кај домашно мерење е 4,4- 6,7 ммол/л, по гладување и пред оброци и 6,1-8,0 ммол/л 90-120 минути по завршување на оброкот. Плазматската глукоза не смее никогаш да падне под 4,0 (3,0) ммол/л.

Треба да се избегнува хипогликемија, целното ниво секогаш треба да се одреди индивидуално.

Нефармаколошки мерки:

Природата на дијабетесот е таква што оптовареноста и одговорноста за негата е на самиот пациент. Мултипните аспекти за соодветно лекување, напорот потребен за следење на успехот и спектарот на сериозни компликации можат да бидат премногу тешки за пациентите. Едукацијата на пациентите е круцијална и честото зајакнување и морална поддршка се есенцијални во помошта на пациентите успешно да се справат со својата болест. Оптималното лекување на пациентите со дијабетес вклучува тим на здравствени професионалци, вклучувајќи лекари-специјалисти и лекари од примарна здравствена заштита, едукатори.

- сестри кои работат со болни со дијабетес, нутриционисти, психолози и служба за домашна нега.
- Тимскиот приод е важен за да се осигура сеопфатно внимание на ова мултифакторијално нарушување.

Сите пациенти треба да ја научат техниката за самите да го следат нивото на шеќерот во крвта затоа што оваа информација е многу важна за оптимална контрола на гликемијата. Лицата од тип 1 дијабетес кои земаат повеќепати на ден инсулин треба да изведуваат мерење на шеќерот со глуметри преку крв од прст 4 или повеќепати на ден (пред оброци и пред спиење), додека лицата со тип 2 дијабетес, орални лекови или двапати дневно може да е доволно. Тестирањето на глукозата во урина е непрецизно за да се користи како метода за прилагодување на дозата на инсулинот. Тестирањето на урината за кетони, сепак е корисно во детекција на кетоацидоза кај слабо контролирани болни со дијабетес од тип 1.

Режимот во исхраната е регулирање на калориски внес и внес на незаситени масти. Поради можноста за реверзија на инсулинската резистенција, калориска резистенција (250 — 500 ккал 1 дневно под калорискиот внес за одржување на тежината) е многу важно кај дебели лица кои имаат дијабетес тип 2. Земањето на оброците во редовно време и големината на оброците дозволува фармаколошкиот режим да го креираат самите пациенти.

Постојаниот режим на вежбање придонесува за контрола на тежината и кардиоваскуларен фитнес и ја зголемува сензитивноста кон инсулинот независно од неговиот ефект врз тежината. Пред да се вклучат лицата со дијабетес во програма за вежбање, треба да се земе предвид можноста за постоење и на КАД. Сите пациенти мора да ги знаат симптомите на хипогликемија и како да реагираат во такви

ситуации. Лицата со дијабетес кои примаат инсулин мора да ја научат техниката на самоинјектирање, односно фамилијата или тој кој се грижи за болниот мора да биде обучен.

Следењето на успехот на терапевскиот режим се постигнува со самоследење на гликозата во крвта и мерење на вредностите на HbA1c.

2.3.2 Фармаколошки мерки

а) Орални антидијабетични лекови

Пред 1995 година, фармаколошкиот третман на пациенти со тип 2 дијабетес бил лимитиран на една група орални лекови и инсулин препарати со три различни фармаколошки профили. Оттогаш лекувањето на овие пациенти беше револуционерно изменето со воведувањето на четири нови класи на антидијабетични лекови и три инсулин варијанти со различна фармакокинетика. Бидејќи повеќето од овие класи имаат различни механизми на дејство, комбинацијата на оралната терапија стана можна и многу пациенти можат многу години да го избегнуваат инјектирањето на инсулин. За жал, природата на текот на дијабетес тип 2 носи незапирливо влошување со континуирано намалување на секрецијата и сензитивноста на инсулинот доведува до влошување на хипергликемијата и зголемување на потребата за лекови.

Сулфониуреата ја зголемува секрецијата на инсулин во панкреасот при сите концентрации на глюкозата во крвта. Главни компликации од терапијата со овие лекови се одржување зголемување на телесна тежина и хипогликемија.

Бигванидите, деривати на францускиот јоргофан го намалуваат нивото на шеќерот во крвта примарно преку инхибиција на продукцијата на гликоза во хепарот. Тие исто така, предизвикуваат скромно зголемување на инсулинската сензитивност во периферните ткива (мускул, масно ткиво). Под оваа група единствен достапен лек е метформин кој има поволен ефект врз липидниот профил. Ретко предизвикува хипогликемија, а поради лесен степен на анораксичен ефект предизвикува скромно губење на телесната тежина. Најчесто несакано дејство е дијареата, а најзагрижувачки несакан ефект е млечна ацидоза, која сепак е многу ретка.

Тијазолидинедиони. Оваа нова група на лекови влегува во интеракција со рецептори на клеточното јадро и преку непознати ефекти на генетска транскрипција ја зголемува осетливоста на инсулинот во таргет ткивата вклучувајќи мускули, масно ткиво и хепар (црн дроб). Ефектите за намалување на глюкозата во крвта на овие лекови се постепени на почетокот, потребни се од четири до шест недели за целосни ефекти кај повеќето пациенти.

Меглитиниди. Овие деривати на бензоична киселина делуваат на 3-клетките во панкреасот зголемувајќи ја секрецијата на инсулинот.

Репаглинид, прв од оваа група на лекови има краток период на дејство и е посебно ефикасен во намалувањето на постпрандијалното ниво на глукоза. Намалувањето на глукозата на гладно е скромно и генерално добро се поднесува.

Инхибитори на Алфа-гликозини. Алфа-гликозидазите. Фамилија на ензими сместени на границата со тенкото црево, ги разлагаат дисахаридите и полисахаридите на моносахариди за да ја овозможат нивната апсорпција. Инхибицијата на овие ензими со инхибиторите на Алфа-гликозидите ја намалуваат апсорпцијата на јагленохидратите. Нивоата на постпардијалната глукоза се намалуваат повеќе отколку нивоата на глукозата на гладно. Неапсорбираните јагленохидрати преминуваат во дебелото црево, каде што се подложни на ферментација од страна на флората на колонот што резултира со гасови и тоа претставува лимитирачки фактор во употребата и прифаќањето на оваа група на лекови.

Комбинирана терапија. Бидејќи овие групи на лекови имаат различни механизми на дејство, тие може да се употребуваат во комбинација за да ја постигнат и одржат контролата на гликемијата кај повеќето пациенти без употреба на инсулин. Кај пациентите со постојана хипергликемија и покрај максималната терапија со орални лекови, додаток на една инекција инсулин навечер може често да ги намали нивоата на гликоза до приближно нормални вредности со мало намалување на тежината наспроти повеќепати инјектирање на инсулин.

2.3.3 Инсулинска терапија

Кај повеќето пациенти администрацијата на инсулин не ја враќа еугликемијата или не ги превенира хроничните компликации од дијабетес, бидејќи не е можна надворешната администрација на инсулионот и не го регулира нивото на шеќерот во крвта, како панкреасот. Неколку типа на инсулин со различни фармакокинетски профили се достапни да му овозможат на пациентот индивидуално да го дизајнира режимот во зависност од неговите потреби и животни навики. Широкиот опфат на почеток, пик и траење на дејството влијае на различната фармакокинетика на инсулиноот кај пациентите. Апсорпцијата може да варира во зависност од дозата и од местото на инјектирање. Физичката активност, на пример, ја забрзува апсорпцијата на инсулин во ногата за разлика од стомакот. Режимот мора да биде во зависност од одговорот на пациентот. Сите болни од дијабетес тип 1 мораат да примаат инсулин и мора да имаат инсулин на располагање во секое време за да ја одбегнат кетоацидозата. Неколку шеми (распореди) обезбедуваат дејство на инсулиноот помеѓу оброците и постпардијално што овозможува добра контрола на гликозата кај

лицата со дијабетес од тип 1 дијабетес. Генерално краткоделувачкиот инсулин се дава пред оброци, средноделувачкиот инсулин типично се дава на почетокот еднаш или двапати дневно, наутро или пред вечера или пред спиење. Среднодејствувачки инсулин администриран пред спиење најчесто постигнува пик на дејство околу времето за појадок, обезбедувајќи добра контрола на гликозата нагладно наутро. Долгоделувачките инсулини немаат специфичен пик на дејство и обезбедуваат повеќе физиолошко базално ниво на инсулин што бара надоместување пред оброците со друг инсулин.

Видови на инсулин. Постојат две главни класификации на инсулин според времетраење на неговиот ефект и според неговото потекло. Според времетраење на неговиот ефект, тие се делат на:

- Инсулин со брзо дејство. Тие се аналози на хуман инсулин создадени преку техники на рекомбинантна ДНК. Нивното дејство започнува помеѓу 5-15 минути по администрацијата и тие остануваат активни до четири часа. Неговиот ефект е најсличен на ендогениот инсулин произведен од панкреасот по внесувањето храна.
- Инсулин со средно дејство почнува да дејствува помеѓу еден и два часа по администрацијата, а некои автори опишуваат дека нивниот ефект трае до шеснаесет часа. Во овие варијанти, инсулинот беше комбиниран со основен протеин наречен протамин, што предизвикува одложување на неговата апсорпција и како очигледна последица, неговиот ефект е продолжен. Познат е како НПХ инсулин и може да се користи само поткожно.
- Инсулин со долго дејство или бавно дејство. Производството на овој вид инсулин се засноваше на откритието дека комбинацијата на инсулин со мала количина на цинк предизвикува пролонгирање на неговиот ефект. Неговото дејство започнува четири или шест часа по администрацијата, а во некои случаи е опишано времетраењето на неговата активност до триесет и два часа.

Инсулини според потеклото:

- Животински, првите инсулини кои се користеле клинички кај луѓето имале говедско, свинско, па дури и рибјо потекло. Производството на инсулин земен од животни беше широко распространето неколку децении, а денес мал број компании сè уште го прават тоа.
- Биосинтетички-човечко. Тие се произведени преку генетски инженеринг. Процесот се состои од вметнување на човечка ДНК во клетка домаќин, пр. бактерија, со репродукција и множење таа произведува верзија која се карактеризира со тоа што е синтетичка во однос на хуманиот инсулин. Моментално е најшироко користена во медицинската пракса иако

високопроцестените од животинско потекло сè уште се совршено прифатлива алтернатива.

- Мешани инсулини. Мешаните инсулини заслужуваат посебно поглавје. Инсулините со средно дејство (НПХ) обично се мешаат со редовни аналози со брзо дејство во различни пропорции, според потребите на секој пациент, со што се бара брз почеток на дејство и подолг ефект.

2.3.4 Инсулинска пумпа

Инсулинската пумпа е мал електронски уред со големина на мал мобилен телефон кој работи на батерии и се носи на стомак или околу половина како појас. Се состои од резервоар кој содржи инсулин и инфузиски сет кој со канила поткожно е прикачен за телото. Оваа пумпа работи со микропроцесор кој е програмиран од ендокринолог 24 часа да внесува инсулин во организмот (базална доза на инсулин), а пред оброците пациентот самиот ги уфрла дополнителните болус дози на кристален инсулин.

Се препорачува кај деца заболени од дијабетес мелитус тип 1, кај пациенти кои често се боцкаат со инсулин и немаат добро регулирана гликемија, кај физички активни лица кои се занимаваат со спорт и сл., како и кај трудници.

Предности на инсулинската пумпа:

Предностите од користењето на инсулинската пумпа се во тоа што се намалува појавата на хипогликемиите, се намалуваат компликациите од покачениот шеќер во крвта, има помалку боцкање во текот на денот, пофлексибилен начин на живеење и подобро регулирана гликемија во крвта. Со десетгодишна студија се утврдило дека користењето на инсулинската пумпа ја намалило појавата на слепило за 76 %, ампутации на екстремитети за 60 % и бубрежни компликации за 54 %.

Инсулинската пумпа овозможува активно занимавање со голем број спортови. Инфузионите сетови се менуваат на неколку дена и тоа во домашни услови. По потреба може да се извади пумпата, но краткотрајно. Со инсулинската пумпа може да се конзумира храна кога се сака, а доколку се прескокне оброк, нема да се прими болус инсулин со што не се нарушуваат секојдневните активности.

Најдобра примена има кај децата кои поради фактот дека тие сами не се боцкаат со инсулин, тешко може сами да се обучат и за важноста од земањето на храна по примениот инсулин. Најважно од сè е што ризикот од хипогликемии е минимален.

3. ДЕПРЕСИЈА

Депресијата е една од најстарите заболувања опишани кај луѓето. Самото име потекнува од латинскиот збор *deprimere*, што во превод означува *поттиштеност*. Терминот е многу често употребуван, а многу од лицата кои секојдневно го користат не го знаат вистинското значење на поимот. Лаиците најчесто го користат терминот депресивност за да означат депресивно расположение, односно пад на расположението на кое повремено е склон секој од нас, а се јавува како реакција на некои неповолни, за нас животни околности, како губење на работа, неуспех на училиште, прекин на врска, несогласување со лицата од блиската околина, неостварување на некоја важна цел и сл. Овој начин на пад на расположението вклучува замор, намалување на енергијата, пад на мотивацијата, привремено повлекување од социјалните односи, појава на тага и други непријатни чувства. Оваа реакција се смета за сосема нормална и не се вбројува во пореметувањата бидејќи трае кратко и најчесто за неколку дена минува по што личноста продолжува да функционира најнормално како и претходно.

Депресијата најчесто се врзува за чувството на тага, меѓутоа таа е многу покомплексна. Доколку тагата се појави без причина или пак е несразмерна со причината за нејзината појава и не престанува подолго време, или пак постојано рецидивира и притоа индивидуата има проблеми со сонот, активностите, мотивацијата и способноста за веселење на животот е на многу ниско ниво, во тој случај не станува збор за обично нерасположение, туку зборуваме за депресија.

Се смета дека 15 % од лицата кои патат од депресија извршуваат самоубиство. Овој податок дава нова димензија на целото гледиште, пристап и терапија на заболувањето бидејќи станува збор за смртоносна болест која бара озбилен третман. Клиничката депресија се опишува како пореметување со ментални и физички карактеристики кои ја пореметуваат способноста на поединецот да функционира нормално во неговото опкружување. Депресијата е состојба која трае повеќе од две недели. Таа почесто се јавува кај лица кои имаат доживеано било каков вид на за нив, болно искуство или деградација, понижување, срам, губење на блиска личност. Како резултат на разочарување или загуба во детството, лошо справување со самодовербата која е на многу ниско ниво и чувство на беспомошност и безнадежност се јавуваат првите знаци на депресија. Повторувањето на непријатните искуства од детството и несвесната ранливост претставуваат плодна подлога за развивање на депресијата. Како ризик од појава на депресија претставува и искуството на некои лица од соочување со оптужби од социјална или психолошка природа како што се лагите, измамите или предавството од блиска личност. Несигурноста во своите потреби, целите и очекувањата од себе и

другите лица од околината се исто така голем ризик фактор. Голема улога игра и наследниот фактор и постоењето на позитивна фамилијарна анамнеза. И биолошките фактори многу придонесуваат за развојот на депресијата, а исто така, и недостатокот на невротрансмитерот серотонин во централниот нервен систем, забавениот метаболизам и недостатокот на сонце во текот на зимата се битни елементи.

За да се дијагностицира депресијата, психологот или психијатарот ќе се обиде со поставување на неколку прашања во врска со чувствата на индивидуата, нивното настанување и развој како и дали може самиот да се справи со тие чувства. Со помош на овие прашања и добиените одговори се составува историја за тоа како депресијата започнала, колку долго трае, колку е тешка и дали е рецидив на претходна дијагноза и начинот на кој е третирана истата. Прашањата дали некој во фамилијата боледувал од депресија и како е третирана се очекувани и нормални за време на посетата на лекар. Проценката исто така вклучува и испитување на психичката состојба, начинот на кој размислува индивидуата, дали постои намалено паметење и концентрација.

Според Светската здравствена организација (СЗО), до 2030 година бројот на лицата кои патат од депресија ќе се зголеми толку многу што оваа проблематика ќе претставува еден од најголемите терети на здравствениот систем. Депресијата претставува најголем проблем во земјите во развој бидејќи бројот на лицата кои патат е сè поголем, а многу малку ресурси се трошат на менталното здравје. Лицата кои патат од депресија имаат право да добијат адекватен третман и нега.

Депресијата е ментално пореметување кое е претставено со депресивно расположение, губење на интерес или задоволство, чувство на вина со ниска самоверба, несоница или губење на апетит, недостаток на енергија и слаба концентрација (Светска здравствена организација)

Сите овие проблеми кои ги носи депресијата може да доведат до суштинско пореметување на способноста на единката да се грижи сама за себе и да ги исполнува секојдневните обврски и активности. Според СЗО, до 2030 година депресијата ќе биде на второ место на ранг листата од болести кои предизвикуваат инвалидитет, без разлика на полот и возраста. Загрижувачки е фактот дека помалку од 25 % од лицата кои патат од депресија имаат добиено адекватна и ефикасна терапија.

Како избор на третман се наведуваат антидепресивите и психотерапијата кои се ефикасни кај околу 60 до 80 % од вкупниот број на пациенти, така што доколку е овозможено и постои соодветно обучен кадар, овој третман може да се изведува и во амбулантите од општа пракса. За останатиот процент на лица кај кои овој вид третман

нема да даде задоволителни резултати, потребно е да бидат препратени до високоспецијализирани психијатриски установи каде ќе добијат професионална помош од високообучени кадри како клинички психолози и психијатри.

Основни симптоми на депресијата се недостаток на задоволство, тага, губење на енергија, чувство на хроничен замор, намалена концентрација, намалена самодоверба, чувство на вина и инфериорност, песимистички мисли поврзани со иднината, пореметен сон, намален интерес за иднината.

Депресијата може да се манифестира од блага депресија која се смета за емоционално пореметување до депресија со психотични симптоми како халуцинации, ступор, налудничави идеи, кои се сметаат за душевна болест и бараат хоспитализација. При дијагностицирањето на депресијата од страна на психијатрите и психолозите се проценува и интензитетот на изразеноста на симптомите, квалитетот, односно дали покрај специфичните симптоми постојат и психотични и соматски симптоми, како и времетраењето на депресивноста.

Психијатрите разликуваат два вида на депресија според МКБ10: униполарна и биполарна. Под униполарна депресија се подразбира само појава на депресивни симптоми, додека биполарната подразбира појава на хипоманични или манични симптоми.

Врз основа на дијагностичките критериуми психолозите и психијатрите депресијата можат да ја групираат како блага, умерена, тешка и повторувачка.

Кај *благата депресија* постојат два главни симптоми и два споредни. Тешките симптоми овде не се присутни, така што лицето може да функционира со помали тешкотии во социјалното и работно опкружување, го води својот живот како и претходно меѓутоа сето тоа сега им изгледа многу потешко и имаат чувство дека се помалку способни од вообичаено.

Кај *умерената депресија* пациентите најчесто не работат и избегнуваат да бидат на работа или пак во друштво. Овој степен на депресија има значајно влијание врз секојдневниот социјален живот на единката.

Кај *тешката депресија* се присутни скоро сите симптоми, пациентите не можат да функционираат социјално ниту пак на работа, проблем им претставуваат и секојдневните домашни обврски и грижата за себе.

Како специфични облици на депресија се вбројуваат дистимијата, биполарното растројство, сезонското афективно пореметување, постпартална депресија.

Дистимијата претставува благ тип на депресија која е хронична и најчесто со времетраење од најмалку две години. Овие лица можат да функционираат, меѓутоа имаат постојано чувство на тага. Се смета дека овој тип на депресија настанува како резултат на недостаток на серотонин. Како ризик фактори се јавуваат и хроничните

стресови, употреба на некои лекови, хронични заболувања, проблеми на приватен и професионален план. При дијагностицирање на дистимијата, односно хроничната депресија, многу е важно да се утврди дали симптомите се последица на некој вид зависност или пак на некој вид телесно заболување од хроничен карактер кое има слични симптоми.

Навремената дијагноза и третман го намалува интензитетот и времетраењето на заболувањето, и ја намалува веројатноста од поново јавување. При третманот се користи комбинација од психотерапија и антидепресиви.

Поставувањето на точна дијагноза и навремената терапија е многу важно, а исто така од особено значење е социјалната поддршка од блиската околина, здравиот начин на исхрана и физичката активност кои повторно ќе му го подобрат расположението и чувството на благосостојба.

Биполарното афективно пореметување е тип на депресија која се карактеризира со нагла промена на расположението, односно се менуваат фазите на позитивно и негативно расположение. Овој вид исто така се нарекува и манична депресија. Лицата кои патат од манична депресија понекогаш имаат несоница и со денови придружена со халуцинации и делузии. Биполарното растројство е комплексно пореметување, промените во расположението се големи од депресија до манија кои можат да се менуваат постепено или пак одеднаш во рок од неколку минути. Заедно со драматичните промени на расположението можно е и да се забележат промени во перцепцијата и социјалното функционирање. Овој вид на пореметување најчесто се јавува на возраст од 15 до 24 години и трае цел живот, многу се ретки случаите на дијагностицирана манијакална депресивност кај деца и возрасни над 65 години. Овие лица се карактеризираат со нарушувања на апетитот, односно или имаат намален апетит и губиток на тежина или пак постојано се прејадуваат и ја покачуваат телесната тежина. Намалената концентрација, заборавеноста, заморот, тешкото донесување на одлуки, недостатокот на енергија, чувството на успореност и вина, несигурност и беспомошност, безнадежност, песимизам, инсомнија, губење на интересот или задоволството за извршување на некои активности во кои претходно уживале, хронично чувство на замор, вознемиреност или чувство на празнина, немир, раздразливост, размислување на смрт и самоубиство се исто така симптоми кои може да бидат присутни кај биполарната афективна депресија.

Сезонското афективно пореметување се јавува во различна годишна доба и се карактеризира со големи промени во расположението. Се јавува секоја година во исто време, најчесто тоа е со почетокот на есента или зимата и трае сè до почетокот на пролетта или почетокот на летото. Поредок облик на сезонската депресија е

летната депресија која се јавува пред крајот на пролетта и трае сè до почетокот на есента. Поради цикличниот начин на појава често се нарекува и рекурентна или повратна депресија. Многу од симптомите кои се јавуваат се типични како на пример, лошото расположение кое најчесто е на многу ниско ниво во утринските часови, недостаток на енергија, намален интерес за животот и случувањата, неможност за уживање во работите кои претходно причинувале задоволство, вознемиреност, помала потреба од социјални контакти.

Во симптомите на сезонското афективно пореметување може да доминираат и зголемениот апетит и зголемената телесна тежина.

Како главен причинител на овој тип депресија се смета намаленото изложување на дневна светлина. За време на зимскиот период, поголем дел од времето сме во затворени простории, а со тоа и помалку изложени на светлина што го потврдува фактот дека најголемиот дел од сезонските афективни пореметувања се зимски. Намаленото изложување на светлина доведува до намален метаболизам на серотонин што потоа ќе резултира со појава на претходно набројаните симптоми.

Во терапевтскиот пристап се употребува светлосна терапија која претставува замена за природната светлина, а позитивни резултати се гледаат веќе по недела по примената. Како комбинација со светлосната терапија се даваат и антидепресиви. Освен терапевтскиот пристап, особено е важна социјалната поддршка од најблиската околина, физичката активност и изложувањето на дневна светлина.

Постпартална депресија се јавува кај мал процент на жени набргу по породувањето. Претставува комплексна мешавина од физички, емоционални и бихејвиорални промени кои се случуваат кај жената по породувањето. Промените се поврзани со појавата на нови хемиски, социјални и психолошки промени кои се во врска со постоењето на нов член. Настанува брз пад на хормоните по породувањето иако врска меѓу депресијата и овој пад сè уште не е доволно разјаснет. Нивото на естрогенот и прогестеронот за време на бременоста е трипати повисоко за разлика од претходно, но неколку дена по породувањето овие хормони се враќаат во нормала. Симптомите на постпарталната депресија вклучуваат недостаток на сон, промена на апетитот, чувство на претеран замор, намалено либидо, чести промени на расположението, чувство на безнадежност, мисли за смртта и суицидални идеи.

Постојат три вида на промени кај жената по породувањето. Бејби блуз се јавува кај повеќето жени и се смета за нормално. Новата мајка има нагли промени на расположението како чувство на среќа, потоа чувство на тага. Се јавува нестрпливост, раздражливост, немир, плачливост, осаменост и тага. Овој стадиум може да трае само неколку часа или пак до две недели по породувањето. Овој стадиум не бара третман, а најдобро е да се разговара и со други жени кои се наоѓаат во истата ситуација.

Постпарталната депресија може да настане за неколку дена, но и за неколку месеци по породувањето. Може да настане по породувањето со било кое дете по ред иако најчесто се случува кај прворотките. Доколку жената ги почувствува симптомите кои се исти како кај стадиумот на бејби блуз освен многу посилен интензитет, потребно е да побара помош бидејќи ситуацијата може да се влоши и да трае многу подолго.

Постпарталната депресија се третира во зависност од видот и тежината на симптомите на жената, пристапот најчесто вклучува употреба на анксиолитици или антидепресиви и психотерапија.

3.1. Заблуди поврзани со депресијата

Многу индивидуи сметаат дека депресијата и не е така сериозна појава бидејќи е многу честа и заради нивната недоволна информираност за заболувањето, тие формираат сосема погрешен став кон проблемот. Овие лица веруваат дека депресијата ќе помине сама од себе и не е потребна помош од стручни лица и терапија. Постојат верувања и дека депресијата е заболување кое може да се појави само кај лица кои се карактерно слаби и беспомошни. Верувањата во однос на терапијата се исто така погрешни. Голем број на лица се убедени во ставот дека депресивните лица може да се излекуваат сами или пак дека е доволно само промена на околината и депресијата ќе ја снема.

Сите овие заблуди доведуваат до покасно дијагностицирање на проблемот и касно обраќање до психијатар и психолог што води до покасно започнување на третманот и негово усложнување.

Депресија - состојба на нерасположение и аверзија кон активност која може да влијае врз мислите, однесувањето, чувствата и чувство на благосостојба на една личност. Депресивните луѓе можат да се чувствуваат тажни, вознемирени, празни, безнадежни, загрижени, беспомошни, безвредни, виновни, раздразливи, повредени или преморени. Тие можат да го изгубат интересот за активностите кои некогаш им биле пријатни, го губат апетитот за јадење или се прејаднуваат, имаат проблеми со концентрација, помнење на детали или донесување одлуки и може да размислуваат, да се обидат или да извршат самоубиство. Несоница, прекумерно спиење, замор, губење на енергија, или заболувања, болка, или дигестивни проблеми, исто така може да бидат присутни.

Депресивното расположение не секогаш е психијатриско нарушување. Тоа исто така може да биде нормална реакција на одредени животни настани, симптом на некои здравствени состојби, или пропратен ефект на некои лекови или медицински третмани. Депресивното

расположение исто така е основна или поврзана карактеристика на одредени психијатриски синдроми како што е клиничката депресија.

Според дефицитот на невротрансмитерот, депресивните растројства се класифицирани во два типа:

Тип 1 — во кој депресивните растројства би биле последица на дефицит на норадреналинот и на норадренергичната мозочна невротрансмисија. Од феноменолошкиот аспект, типот 1 би се карактеризирал со следниве симптоми: депресивно расположение придружено со психомоторна инхибиција и пад на когнитивните функции.

Тип 2 — во кој депресивните растројства би биле последица на недостиг на серотонинот и на серотонергичната мозочна невротрансмисија. Овој тип би се одликувал со депресивно расположение придружено со психомоторна агитација, немир, анксиозност, панични атаци и со инсомнија.

Настани во животот

Настаните во животот кои можат да предизвикаат депресивно расположение вклучуваат породување, менопауза, финансиски тешкотии, проблеми на работното место, медицинска дијагноза (рак, ХИВ итн.), насилничко однесување, загуба на некој близок, природни катастрофи, социјална изолација, проблеми во врските, љубомора, развод и катастрофална повреда. Трауматизирачките настани кои се случиле во детството можат да предизвикаат депресија. Иако траума од детството и особено детска сексуална злоупотреба не секогаш се фактор за депресија во зрелите години, сепак може да создадат психолошки патишта кои можат да доведат до депресија. Направено е истражување во оваа област за да се демонстрираат хемиските ангажмани објаснувајќи го овој феномен. Нееднаквиот родителски третман исто така е фактор на ризик.

3.2. Медицински третмани

Одредени лекови се познати по предизвикувањето на депресивно расположение кај значителен број на пациенти. Ова ги вклучува терапијата со лекови за хепатит Ц и некои лекови кои се користат за лекување на висок крвен притисок, како што се бета блокатори или резерпин.

3.2.1 Непсихијатриски болести

Депресивното расположение може да биде резултат на голем број на заразни болести, невролошки болести и физиолошки проблеми вклучувајќи ги хипоандрогената (кај мажите) Адисонова болест, Лајмска

болест, мултиплекс склероза, хронична болка, мозочен удар, дијабетес, рак, ноќна апнеа, и нарушен деноноќен ритам. Ова расположение е често еден од првите симптоми на хипотироидизам (намалена активност на штитната жлезда).

3.2.2 Психијатриски синдроми

Голем број на психијатриски синдроми се одликуваат со депресивно расположение како главен симптом. Нарушувањата на расположението се група на нарушувања кои се сметаат за основни пореметувања на расположението. Тие го вклучуваат најголемото депресивно нарушување (ГДС; најчесто се нарекува голема депресија или клиничка депресија) каде што едно лице е во депресивно расположение најмалку две недели или губење на интерес или задоволство во речиси сите активности; и дистимија, состојба на хронично депресивно расположение, симптоми коишто не ја исполнуваат сериозноста на голема депресивна епизода. Друго пореметување на расположението, биполарното растројство, има една или повеќе епизоди на абнормално зголемено расположение, спознание и нивоа на енергија, но исто така може да опфати една или повеќе депресивни епизоди. Кога текот на депресивните епизоди следи сезонски модел, нарушувањето (големо депресивно нарушување, биполарно растројство итн.) може да се определи како сезонско афективно нарушување.

Надвор од нарушувања на расположението: гранично растројство на личноста најчесто се карактеризира со депресивно расположение; адаптивно растројство со депресивно расположение е нарушување на расположението кое се појавува како психолошка реакција на препознатлив настан или стресор, во кои произлезените емоционални или симптоми на однесување се значајни, но го исполнуваат критериумот за голема депресивна епизода; и посттравматско стресно растројство, анксиозно растројство кое понекогаш е проследено со траума и најчесто е придружено со депресивно расположение.

Употреба на дроги.

Депресијата е поврзана со злоупотреба на дрога.

Процена. Постојат многу психолошки процени поврзани со испитување на депресија и/или за сериозноста на симптомите на депресија, процени за депресија и/или депресивни симптоми како што е Беков инвентар за депресија и тестот Детски инвентар за депресија.

3.2.3 Третман

Депресивното расположение може да не бара никаков професионален третман и може да биде нормална реакција на одредени животни настани, симптом на некои здравствени состојби или несакан ефект од некои лекови или медицински третмани. Продолжено депресивно расположение, особено во комбинација со други симптоми може да доведе до дијагноза на психијатриска или медицинска состојба кои можат да имаат корист од третман. Различни подгрупи на депресија имаат различни третмански пристапи.

Дадената прецизна дијагноза на растројство, во целина видот на третманот (психотерапија и/или антидепресиви, алтернативни терапии или активна интервенција) е „помалку важен отколку вклучувањето на депресивни пациенти во активна терапевтска програма“. Стратегиите за стил на живот кои можат да го подобрат депресивното расположение вклучуваат терапија на будење, терапија на светлина, јадење здрава храна, медитација, вежбање и престанок на пушењето.

3.2.4 Социјализација

Жените се повеќе склони кон депресија и ова би можело да се објасни со родовите улоги и нормите во прилог на тие улоги. Од жените се очекува да се грижат за семејството и пријателите, но без силни, стабилни и односи со поддршка, тие се повеќе податливи на депресивни симптоми.

Истовремено постоење на анксиозно растројство, растројство на личноста или злоупотреба на супстанции може да прикрие дури и тешка депресија. Кој е следен чекор по препознавање на депресија и поставување на дијагноза?

1. Да се препознае скриена депресија зад соматски симптоми
2. Да се евалуира интензитетот
3. Да се забележат психотични симптоми
4. Да се процени суицидален ризик и да се организира принудна нега
5. Да се исклучи органско афективно растројство
6. Да се исклучи биполарно афективно растројство

3.3 Интензитет на симптоми, функционален капацитет на пациентот и ниво на здравствена заштита

Лесна депресија

- Со 4 – 5 симптоми
- Се лекува во ПЗЗ
- Способен за работа

Умерена депресија

- Со 6 – 7 симптоми
- Не е способен за работа
- Потребно е боледување
- Потребно е упатување до специјалист, особено пациенти со коморбидитет, автодеструктивност, нефункционалност

Тешка депресија

- Со 8 – 10 симптоми
- Пациентот има потреба од постојано надгледување спроведувано во специјализирана психијатриска установа

Психотична депресија

- Освен тешка депресија, има психотични симптоми и тоа: ступор, делузии, халуцинации.

4. ПРИЧИНИ И ТРЕТМАН НА ДЕПРЕСИЈА

Иако во терминологијата на двете најчесто користени нозологични класификации МКБ-10 и DSM-IV постојат разлики, главните црти на депресивниот синдром се: депресивно расположение, губење на искуство за задоволство, недостаток на енергија, песимистичко размислување, значително нарушување на општото, семејното, општественото и работно функционирање.

Депресивните епизоди се карактеризираат со: намалено расположение, губење на интересот и задоволствата, намалување на психичката и физичката енергија и активната, ментален и телесен замор, намалување на вниманието и концентрацијата, намалување на себедоверието и себеченењето, чувство на вина и безвредност, идеи на самоповредување и самоубиство, нарушено спиење и намален апетит. Намаленото расположение варира од ден на ден и постои тренд кон дневни варијации.

Причини — денес најактуелни се: генетски условеност, биохемиски промени, невроендокрини, мембранска-електролитна хипотеза, холинергичните хипотези, хронобиолошки хипотези, невроанатомски и неврофункционални промени, невроендокрина дисрегулација, невротрансмитерска дисфункција, временски и деноноќен ритам, психолошки и социјални фактори, психолошки теории, социолошки теории.

Третман на депресијата — постојат три главни типови на лекување на депресијата: медицинска, психолошка и социјална. Справувањето со депресија често вклучува комбинација од овие типови.

Депресивните епизоди се карактеризираат со:

- намалено расположение,
- губење на интересот и задоволствата,
- намалување на психичката и физичката енергија и активната, ментален и телесен замор,
- намалување на вниманието и концентрацијата,
- намалување на самодовербата и себеченењето, чувство на вина и безвредност,
- идеи на самоповредување и самоубиство, нарушено спиење и намален апетит.

Намаленото расположение варира од ден на ден и постои тренд кон дневни варијации.

Основни симптоми: » намалено расположение, » губење на интересите и задоволствата, » намалување на психичката и физичката енергија и активност и ментален и телесен замор.

Инди­ректни сим­птоми: » на­ма­ле­но вни­ма­ние и кон­цен­тра­ција, » на­ма­ле­на са­мо­до­вер­ба и са­мо­почи­ту­ва­ње, » чув­ство на ви­на и без­вред­ност, » пе­си­ми­стич­ки поглед на ид­ната, » идеи за са­мо­пов­ре­ду­ва­ње и са­мо­уби­ство, » на­ру­ше­но спие­ње и » на­ма­лен апетит. Епи­де­ми­о­лош­ките по­да­то­ци се про­ве­ру­ваат во од­нос на шире­њето, курсот, со­ци­о­де­мо­граф­ски ко­ре­ла­ти, и јавни тро­шо­ци за тешка деп­ре­си­ја во целиот свет. Тешка деп­ре­си­ја се оценува во овие студии, за да би­дат ви­дени по честите на­ру­шу­ва­ња. Иако оценките за шире­њето и раз­би­ра­њето на жи­вотот ва­ри­раат зна­чи­тел­но во раз­лич­ните земји од при­чини во кои би можеле да учествуваат како ма­те­ри­јал­ните и ме­то­до­лош­ки про­це­си, крос-на­ци­онал­ните по­да­то­ци се јасни при до­ку­мен­ти­ра­њето на шире­њето зна­чајни за жи­вот со големи раз­ли­ки во воз­ра­ста на по­четок и висок ри­зик од до­жи­вот­ното chronic-пов­то­ру­вач­ки стресови. Бројот на со­ци­о­де­мо­граф­ските ко­ре­ла­ти на тешка деп­ре­си­ја се среќаваат постојано во раз­лич­ни земји, како и крос-на­ци­онал­ни по­да­то­ци до­ку­мен­ти­рани од здру­же­ни­ја со бројни не­га­тив­ни по­сле­ди­ци, вк­лу­чу­вајќи тешкотии во улогата на тран­зи­ции (на пример, ниско образование, тинејџер, раѓање, брачна интер­фе­рен­ција, не­ста­бил­на вработеност) на­ма­ле­на улога и функци­о­ни­ра­ње (на пример: низок семеен квалитет, ниска про­дук­тив­ност на работа, ниски примања), зголемен ри­зик од појава, упорност и се­ри­оз­ност на широк спектар на секундарни бо­ле­сти и зголемен ри­зик од рана смртност како резултат на физи­чки бо­ле­сти и са­мо­уби­ство. Деп­ре­си­јата е честа состојба која го на­ру­шу­ва функци­о­ни­ра­њето на луѓето поради на­ру­шу­ва­њето на рас­по­ло­же­ни­ето, не­до­ста­ток на енергија и замор во поголемиот дел од времето. При најсериозните случаи деп­ре­си­јата може да до­ве­де до мисли за са­мо­пов­ре­ду­ва­ње и са­мо­уби­ство. Ети­о­па­то­ге­не­зата на афективните ра­строј­ства до денес е не­до­раз­јас­не­та и сè уште е не­об­јас­не­та. Се споменуваат многу хипотези на кои механизмите при­чинителите се по­с­ма­траат секој од сопствен агол на по­с­ма­тра­ње.

Биолошки фактори: ге­не­тски усло­ве­ност, биолошки про­ме­ни, не­вро­ен­до­кри­ни, мембранско-електролитна хипотеза, хо­ли­нер­гич­ните хипотеза, хро­но­био­лош­ки хипотези, не­вро­а­на­то­мски и не­вро­функ­ци­онални про­ме­ни, не­вро­ен­до­кри­на дис­ре­гу­ла­ција, не­вро­тран­с­ми­тер­ска дис­функ­ција, годишни и де­но­но­ќни ритми, пси­хо­лош­ки и со­ци­јал­ни фактори, пси­хо­лош­ки те­о­рии, со­ци­о­лош­ки те­о­рии. Пси­хо­лош­ки и со­ци­јал­ни фактори: докажани ри­зик фактори вк­лу­чу­ваат не­га­тив­ни на­ста­ни во детството, не­га­тив­ни жи­вот­ни на­ста­ни, стрес и не­до­ста­ток на со­ци­јал­на под­др­шка. Пси­хо­лош­ките те­о­рии ста­ваат акцент на емоционалните те­го­би во раниот раз­вој (фиксација на оралната фаза) поради ус­кратена љубов, за­гу­ба на са­ка­ни­от об­јект и поради за­ви­с­ност. Пси­хо­ди­на­мски ори­ен­ти­раните аналитичари при­чините ги наоѓаат во на­ру­ше­ната врска меѓу три­те

инстанци на личноста, во престрогото супер его кое поставува строги и ригидни забрани пред него.

Психолошко лекување » Да се проучат причините кои стојат зад желбата на пациентот да умре (емоционален стрес, животни проблеми?). » Важно е да се олесни чувството на безнадежност. Да се нагласи иреверзибилноста на смртта и дека тоа не е решение за проблемите или чувствата на тага. » Поврзете ја суицидалната идеја со емоционалниот стрес: депресијата често е проследена со чувство на безнадежност и желба за смрт и тие ќе се намалат кога се ублажуваат депресивни симптоми. » Објаснете како и во кој временски период лекови и други можности за третман можат да ја олеснат маката на пациентот. » Испитувајте ги факторите во животот на пациентот кои можат да дејствуваат како протективен фактор против самоубиствено однесување, вклучувајќи блиски членови на семејството и ефектот на можното самоубиство за нивните животи. Точки за разгледување за време на третманот » Полна терапевска корист од антипсихотици и антидепресиви не се постигнува до една недела по започнатото лекување. Бензодиазепините брзо ја олеснуваат анксиозноста. » Ординирајте само мала количина лекови истовремено. » Кажете му на пациентот како да влезе во контакт и да добие помош во криза 24 часа дневно. » Обидете се да откриете дали пациентот има специфична опрема дома, потребна за извршување на самоубиство (други лекови, оружје и др.). » Да се идентификуваат социјалната мрежа на пациентот (човек за одржување).

4.1.Релевантни емпириски истражувања за депресија

Истражување за поврзаноста на карактеристиките на личноста и психолошките нарушувања, со дијабетес мелитус тип 2 и контрола на глукозата.

Постојат физички болести како што се: алергиски реакции, бронхијална астма, дијабетес мелитус и други, во кои психолошките фактори играат значајна улога во болеста и текот на болеста. Сепак, споменатите болести не се секогаш под доволно влијание на психолошките фактори за да се класифицираат како психосоматски нарушувања. Овие болести сè уште се предмет на интерес на психолозите.

Епидемиолошката проценка на дваесет студии, спроведена во 90-тите години на минатиот век, покажа дека стапките на клиничка депресија кај луѓе со дијабетес се најмалку трипати повисоки отколку кај општата популација (Гавард, А.А., 1993). Од една страна, се верува дека дијабетисот, сам по себе, не го зголемува ризикот од депресија, туку дека тоа се, всушност, последиците од оваа болест (обејкобсон 1993 според Регенолд, ВТ & Марано, ЦМ 2005), а од друга страна се преклопуваат во патофизиологијата и укажуваат на истите

метаболички абнормалности (Камерон и сор., 1984; Хадсон и сор., 1984, Talbot and Nouwen, 2000 според Regenold, W. T. and Marano, C. M. 2005). Дистимија (благо депресивно растројство) и прилагодување на депресијата (последича на справување со компликации) се најчестите придружни нарушувања на дијабетесот. Од групата на анксиозни нарушувања, вообичаени се специфични фобии и социјална фобија (од страв од изолација поради болест) (преземено од „германското здружение за дијабетес, клиничко упатство — психосоцијални фактори и дијабетес). Григсби и др. откриле дека општото анксиозно растројство е присутно кај 14 % и покачените симптоми на вознемиреност кај 40 % од луѓето со дијабетес (Григсби и сор., 2002). Во контролирана студија спроведена од Chuyn et al., 82 % од нив имале зголемено ниво на анксиозност, 14 % симптоми на депресија, 34 % симптоми на лутина и 17 % симптоми на агресија (Chuyn D. & al., 2006). Една студија вклучена во педесет жени со дијабетес покажа дека 30 % имале нестабилно расположение, од кои: нарушување на емоционалната нестабилност (16 %), рекурентно депресивно растројство (4 %), дистимија (4 %), продолжена депресивна реакција (2 %) и општо анксиозно растројство (4 %). Почетокот и развојот на метаболичкиот синдром (директна причина за тип 2), кој го карактеризира трајното нарушување на инсулинската активност е значително под влијание на присуството на психосоцијални стресори, а невротичноста и интроверзијата, како домени на личноста се откриени како најсилни предиктори.) Раиконен и сор. испитале дали му претходи психолошки фактор на ризик или, всушност, обратно.

Кај 425 жени на средна возраст, над осум години беа следени психолошките фактори на ризик (депресија, вознемиреност, напнатост, постојан стрес и лутина) и биолошките компоненти на синдромот (гликоза, холестерол, крвен притисок). Жените кои изложија повисоки нивоа на депресија, напнатост и гнев при првото мерење беа изложени на зголемен ризик и беше пронајдена реципрочна поврзаност на овој синдром со агресија (Raikonen & al. 2002 според Špirić Ž., 2003). Гудвин и Фридман се обидоа да најдат врска помеѓу карактеристиките на тестот Neo PiR, од една страна, и менталните и физичките болести (вклучително и дијабетесот), од друга страна. Кај луѓето со дијабетес, со тоа соработката и невротичноста (пропорционално повисока со сериозноста на болеста) беа значително зголемени, додека организацијата, одговорноста и трудољубивоста во доменот на совесноста, беа значително намалени (Гудвин Д. и Фридман С., 2006). Јусфи и сор. нашле многу значајни корелации помеѓу дијабетесот и емоционалната нестабилност (во која беше вклучена и агресијата) и однесувањето од типот А (Јусфи и сор., 2004). Кај луѓето со дијабетес, при контролата и соработката на емоциите се покажа дека се проблематични со покачени нестабилност (во која беше вклучена и агресијата) и однесување од типот А (Јусфи и сор., 2004). Кај луѓето со

дијабетес, контролата на емоциите и соработката се покажаа како проблематични, а беше посочена и зголемена тенденција за агресивна реакција. Податоците добиени во ММПИ укажуваат на тоа дека, во споредба со недијабетичарите, тие дури можат да имаат повеќе проблеми со авторитет, прокриминално однесување и збунувачко размислување (Лангевин Р. и Бејн Ј., 1992). Исто така, беше утврдено присуство на невропсихолошки нарушувања. Невроразвојни нарушувања, шизофренија, манично-депресивно растројство, нарушување на хиперактивност со дефицит на внимание се дијагностицирани кај деца кои неодамна страдале од дијабетес тип 2 (Кац L & сор. 2005) Послабиот квалитет на когнитивните функции кај луѓето со дијабетес се манифестира во форма на значително намалување на капацитетот на меморијата, учењето и сложената обработка на информации (Biessels, G. J. & al. 2001; Qiu, 2006). Нејасно е дали шизофренијата може да биде независен фактор на ризик за дијабетес. Уште во почетокот на XX век, беше откриено дека нетолеранцијата на глукоза и хипергликемијата се јавуваат почесто кај луѓе со преексокс деменција, а се претпоставува и потенцијална генетска врска помеѓу наследството на шизофренија и наследството на дијабетес (од интервју за Citrome L., 2006). за постоењето на заеднички метаболички патишта за обете болести (Динан ТГ, 2004). Студиите постојано покажуваат дека стапките на дијагностициран дијабетес кај шизофреничарите ги надминуваат оние кај општата популација дури и пред појавата на атипични антипсихотици (за чија дијабетогеност се дискутира) (Holt R.I.G., 2005; Llorente M. D. & al., 2006).

Исто така, докажано е дека психолошките фактори влијаат многу на контролата на гликозата во крвта. Иако е многу присутна кај дијабетес, асоцијацијата на депресија со гликемиска контрола не е систематски проучена. Во студија на Лустман и сор., Се покажа дека е значително поврзана со хипергликемија, како кај тип 1, така и кај тип 2 (Лустман, 2000). Во овој контекст, граничното нарушување на личноста е исто така поврзано со постојаноста на лоши навики, како резултат на опструктивно однесување, избегнување на правење на потребното, импулсивност и нестабилност на расположението (Leichter SB & Dreelin E., 2005). Тродимензионалниот попис на личноста на Клонингер покажа дека опортунистичките, отугени и експлозивни темпераменти почесто се поврзани со лошо справување со вредностите на гликозата во крвта (Lustman P.J. & al., 1991). Надминување на депресијата со фармакотерапија и психотерапија или комбинација од нив, може да го подобри здравјето и способноста да се справат со дијабетесот.

Кај луѓето кои страдаат и од депресија и од дијабетес, психотерапијата и употребата на антидепресиви имаат позитивен ефект и на стабилизацијата на расположението и на нивото на глукоза во крвта. Затоа, третманот на депресија и слични нарушувања во контекст на дијабетес треба да го врши професионалец за ментално здравје — психијатар, психолог или социјален работник, првенствено во

постојана соработка со ендокринолог, за општа благосостојба на пациентот.

4.2. Испитување на состојбата на депресија

Пациентите со зголемен ризик за депресија може да бидат идентификувани преку медицинската историја и клиничката презентација и преку поставување на прашања специфични за дијабетесот или преку употреба на алатки за испитување на депресија. Пациентите со историја на депресија имаат зголемен ризик за депресија и оние кои имаат семејна историја на депресија или третман на менталното здравје. Жените имаат поголема веројатност да бидат депресивни отколку мажите. Пациентите кои имаат повеќе компликации имаат поголема веројатност да бидат депресивни, особено кога овие компликации вклучуваат невропатија, импотенција или кардиоваскуларна болест.

Пациентите кои се жалат на хронична болка или симптоми надвор од размерот на нивната очигледна физичка основа, пациентите кои имаат повеќе нејасни поплаки и пациентите кои не се способни да управуваат со нивниот дијабетес и кои многу и често ги употребуваат здравствените услуги се исто така на зголемен ризик за депресија.

Според дијагностичкиот и статистичкиот прирачник за ментални нарушувања, девет симптоми се карактеристични за депресија:

- депресивно расположение (чувство на тага и празнина) поголемиот дел од денот, речиси секој ден.
- Значително губење на тежината кога пациентот не е на диета, или зголемување на тежината, или намалување или зголемување на апетитот речиси секој ден.
- Проблем со спиењето или премногу спиење речиси секој ден.
- Чувство на вознемиреност или физичка мрзливост речиси секој ден.
- Измореност или загуба на енергијата речиси секој ден.
- Значително намален интерес или задоволство за сите активности во поголемиот дел од денот, речиси секој ден.
- Чувство на безвредност или несоодветна вина речиси секој ден.
- Намалена способност за мислење или концентрирање, нерешителност, речиси секој ден.
- Повторувачки мисли за смрт (не само страв од умирање), повторувачки мисли за самоубиство, или обид за самоубиство, или специфичен план за вршење на самоубиство.

Депресивно расположение и загуба на интересот и задоволството се сметаат за кардинални симптоми и најмалку еден од нив мора да биде присутен за дијагнозата за депресија. Докторите треба да бидат свесни дека луѓето може да бидат депресивни и да страдаат од последиците на депресијата без да изразуваат депресивно

расположение. Четири од секундарните симптоми се физички и тоа промена во спиењето, промена во апетитот – тежината, слаба енергија – измореност и психомоторна вознемиреност или ретардација. Останатите три секундарни симптоми се когнитивни или ментални: слаба концентрација, ниска самопочит – вина и повторувачки мисли за смрт или самоубиство. Истражувањата кои ги класифицирале пациентите, според нивото на веројатната депресија откриле дека дури и слабата депресија е поврзана со слабите резултати на дијабетес.

Некои физички симптоми на депресијата се исти како и симптомите на хипергликемијата или други симптоми на дијабетес, а тоа може да претставува проблем во обидот да се идентификуваат дијабетичарите кои може да се депресивни. За да можат да се идентификуваат пациентите кои веројатно се депресивни, се поставуваат најчесто прашања за расположението и анхедонијата, на пример: „Во последните две недели, дали сте се почувствувале депресивни, плачливи или безнадежни?“ и „Во последните две недели дали почувствувавте слаб интерес или задоволство во правењето на работите кои уживавте да ги правите?“ Исто така, може да се изберат некои од големиот број на различни докажани прашалници за самоизвестување за да ја испитаат депресијата. Тука се вклучува Бековата скала за депресија која укажува на можна, слаба, средна и сериозна депресија.

5. ПСИХОПАТОЛОГИЈА И ДИЈАБЕТЕС

Приближно една третина од пациентите со дијабетес имаат дијагностицирани психолошки проблеми во одреден момент во текот на нивниот живот до слаба контрола на гликемијата преку измени во функционирањето на неврохормоналните и невротрансмитерите и преку нарушување на грижата за себе за дијабетес.

Големата депресија влијае на приближно еден на секои пет пациенти со дијабетес и сериозно го нарушува квалитетот на животот и сите аспекти на функционирањето, и создава компликации на болеста.

Депресијата останува непризнаена и нелекувана во повеќето случаи и покрај нејзината специфична важност за дијабетесот. Друга област на загриженост е зголемениот број на документираните случаи на нарушување во исхраната на лица со дијабетес. Дали овие проблеми се повеќе, помалку или подеднакво распространети кај дијабетесот во споредба со општата популација, останува контроверзно. Без оглед, нарушувањата во исхраната се клинички важни поради нивната поврзаност со слаба контрола на гликемијата и зголемен ризик за ретинопатија. Нарушувањата во исхраната можат ефикасно да се третираат со психотерапија. Сепак, и нарушувањата во исхраната и депресијата имаат тенденција да бидат повторливи и да бараат повторен третман.

5.1. Фактори кои влијаат на депресивноста кај лица со дијабетес

5.1.1 Ментални нарушување како резултат на дијабетес

Секоја болест влијае на психолошката или менталната состојба на пациентот. Болест предизвикана од недостаток на хормон инсулин не се смета за исклучок. **Дијабетес мелитус** се карактеризира и со присуство на неговите психосоматски отстапувања од нормата на развој, што доведува до различни нарушувања.

Постојат два вида на дијабетес: независен од инсулин и зависен од инсулин по стара класификација, или дијабетес тип1 и дијабетес тип2 на орална терапија и дијабетес тип2 на инсулинска терапија по нова класификација. Нивните симптоми се слични едни на други, како што е текот на болеста, но сепак тактиките на третман значително се разликуваат.

Ментални нарушувања се јавуваат како резултат на оштетување на внатрешните органи, вклучително и на циркулаторниот и лимфниот систем.

5.1.2 Психосоматски причини на болеста

Психосоматиката на која било болест која влијае на ендокриниот систем е скриена во сериозни нарушувања на нервната регулација. Ова го потврдуваат клиничките симптоми, вклучувајќи шок и невротични состојби, депресија и сл. Сепак, овие состојби можат да бидат и главната причина за развој на дијабетес тип 1 и тип 2.

Во медицинската наука мислењата на научниците за оваа тема се многу различни едни од други. Некои сметаат дека психосоматиката е основна, додека други целосно ја побиваат оваа теорија. Нездравата личност може да се препознае веднаш, како по правило, тоа се случува преку карактеристики на однесување, како и склоност кон необични манифестации на емоции.

Секоја дисфункција на човечкото тело се рефлектира во неговата психолошка состојба. Затоа постои мислење дека обратниот процес може целосно да ја исклучи можноста за развој на која било болест.

Луѓето со дијабетес се склони кон ментални нарушувања. Пропишаните лекови за намалување на шеќерот, стресните ситуации, емоционалната презаситеност, и нестабилноста и негативните компоненти на животната средина исто така можат да го стимулираат менталното заболување. Ова се должи на фактот дека кај здрава личност хипергликемијата брзо исчезнува, веднаш штом стимулот престане да дејствува. Сепак, тоа не се случува кај дијабетичарите. Затоа, според концептите на психосоматика, дијабетесот честопати ги погодува луѓето на кои им е потребна грижа.

5.1.3 Карактеристики на психата на лицата со дијабетес

Кога на пациентот му е дијагностициран дијабетес, тој започнува да се менува не само надворешно, туку и внатрешно.

Болеста негативно влијае на работата на секој орган, вклучително и на мозокот кој страда многу од недостаток на гликоза. Дијабетес тип 1 и тип 2 може да предизвика ментално заболување. Меѓу нив, главните можат да се разликуваат:

1. Прејадување. Лицето со дијабетес, обидувајќи се да ја подобри неговата состојба, се стреми да јаде што е можно повеќе храна, меѓу која има малку здрава храна. Прекршувањето на диетата води до фактот дека пациентот на емоционално ниво доживува вознемиреност кога доаѓа чувство на глад.

2. Лицето со дијабетес е постојано во состојба на вознемиреност и страв. Секој дел од мозокот е под влијание на психосоматиката на дијабетесот. Беспричинската појава на страв, вознемиреност и состојба на угнетување стануваат причина за долготрајна депресија што е тешко да се лекува.

3. За потешки случаи, карактеристично се појава на психоза и шизофренија што е патолошка состојба, кај некои пациенти со предходна генетика би можело да е компликација на дијабетес мелитус.

Така, процесот на лекување е проследен со појава на секакви отстапувања од психолошки тип, започнувајќи со постојана апатија и завршувајќи со сериозна шизофренија.

Тоа е причината зошто на пациентите со дијабетес им е потребна психотерапија, што ќе помогне да се идентификува главната причина, а потоа навремено да се елиминира.

5.1.4 Ефектот на дијабетесот врз психата: агресија, депресија и други нарушувања

Ментални нарушувања се јавуваат кај дијабетес мелитус првенствено во форма на општа нервоза.

Раздразливост, апатија и агресија, исто така се приклучуваат на оваа состојба. Расположението е нестабилно, брзо се засилува со замор и силни главоболки. Со соодветна дијабетска исхрана и соодветен психолошки третман стресот и депресијата исчезнуваат. Но, во раните фази на нарушувања на метаболизмот на јагленхидрати се забележуваат помалку или повеќе пролонгирани депресивни состојби.

Периодично се забележуваат напади на зголемен апетит и жед, во подоцнежните фази на тековната болест, сексуалниот нагон целосно исчезнува, страда либидото што дополнително ја зголемува депресивната состојба.

5.1.5 Психолошки карактеристики на пациенти со дијабетес тип

1 и тип 2

Податоците од многу студии потврдуваат дека луѓето со дијабетес честопати имаат многу психолошки проблеми. Ваквите прекршувања имаат огромно влијание не само на самата терапија, туку и на исходот на болеста.

Во суштина, методот на адаптација на нарушените перформанси на панкреасот не е последна работа бидејќи зависи од тоа дали болеста ќе се појави со сериозни компликации или не. Секако се појавуваат одредени психолошки проблеми на крајот или едноставно можат да се избегнат последователно.

Болеста од тип 1 може во голема мера да го промени животот на пациентот со дијабетес. Откако пациентот ќе ја дознае неговата дијагноза, болеста прави свои прилагодувања во животот. Постојат многу тешкотии и ограничувања. Често по дијагнозата се јавува т.н.

„период на мед“ чие времетраење често се движи од неколку дена до неколку месеци. Во овој временски период пациентот се прилагодува на ограничувањата и барањата на режимот на лекување. Како што многумина знаат, има многу исходи и опции за развој на настанот. Сè може да заврши со појава на мали компликации.

Човечката перцепција директно зависи од степенот на социјална адаптација. Состојбата на пациентот може да биде како што тој ја перципира.

Луѓето кои се лесно зависни, некомуникативни и повлечени, многу е тешко да доживеат дијагностицирање на дијабетес кај нив. Многу често таквите пациенти тешко се справуваат со болеста, на секој можен начин негираат дека имаат сериозни здравствени проблеми. Ваквата честа реакција има исклучително негативен ефект врз психичката состојба на лицата со дијабетес.

5.1.6 Најчестите ментални нарушувања кај лицата со дијабетес

Во моментот, социјалното значење на дијабетесот е толку големо што оваа болест е честа појава кај луѓе од различен пол и возрасна категорија. Честопати има изразени карактеристики во однесувањето што се развиваат против позадината на невротичниот, астетичкиот и депресивниот синдром.

Потоа синдромите доведуваат до такви отстапувања:

Психоргански, со него се следат сериозни проблеми со меморијата. Лекарите забележуваат и појава на нарушување во психоемотивната и менталната сфера. Психата станува помалку стабилна.

Психооргански синдром со психотични симптоми. Наспроти позадината на патолошка болест, лежат човечко-интелектуалното намалување и изразената промена на личноста. Ова отстапување со текот на годините може да се развие во нешто друго, како деменција.

Минливо нарушена свест. Оваа болест се карактеризира со: губење на сензација, чувство на глупост, несвестица, па дури и кома.

Во медицината, постои концепт наречен компулсивно прејадување. Ова е неконтролирана апсорпција на храна дури и во отсуство на апетит. Човекот апсолутно не разбира зошто јаде толку многу. Потребата тука најверојатно не е физиолошка, туку психолошка.

Крајната состојба на вознемиреност е карактеристична за многу ментални и соматски заболувања. Честопати, овој феномен се јавува во присуство на дијабетес.

Дијабетес мелитус има силен ефект врз психата на пациентот

Во присуство на астеничен синдром кај една личност се следат такви симптоми на нездравост, како зголемена раздразливост,

агресивност, незадоволство од себе. Подоцна, некое лице ќе доживее одредени проблеми со спиењето. Се јавува со депресивен синдром. Честопати станува компонента на невротични и астенични синдроми, но сепак, во некои случаи се јавува самостојно. Луѓето со ова ендокрино нарушување имаат одредена predisposition за чести промени во расположението.

Како се менува дијабетичкото однесување

Научниците сè повеќе почнаа да размислуваат за тоа како дијабетесот влијае на психата на пациентот, какви ментални промени во нивното однесување се манифестираат и од што се предизвикани.

Важна улога тука ја игра вознемиреноста на роднините на таквите пациенти кои зборуваат за промена во семејните односи. Покрај тоа, сериозноста на проблемот зависи од времетраењето на болеста.

Статистичките податоци покажуваат дека ризикот од развој на нарушување кај дијабетес зависи од комплекс на синдроми и може да биде од 17 до 84 %. Синдромот е збир на симптоми кои го опишуваат значењето на синдромот. Може да се разликуваат три типа на синдроми, кои можат да се појават истовремено или самостојно. Психологијата ги разликува следниве синдроми:

- Невротичен синдром кај пациент. За време на дијабетес мелитус, често се забележуваат невротични нарушувања, вклучувајќи лошо расположение, недостаток на радост, збунетост, непријатно алармантно чешање, нестабилност на емоции итн. Таквите лица се чувствителни и иритирачки.
- Синдромот на астенија се манифестира со прекумерна ексцитабилност, која се карактеризира со агресивност, конфликт, лутина, незадоволство од себеси. Ако некое лице страда од овој синдром, тоа најверојатно ќе доживее проблеми со спиењето.
- Депресивниот синдром честопати станува компонента на првите две варијанти, но во ретки случаи, но исто така се јавува и самостојно.

5.2 Депресијата и дијабетесот одат рака под рака

Лицата со дијабетес се изложени на зголемен ризик од развој на депресија отколку остатокот од популацијата, но подеднакво депресивните луѓе се повеќе склони кон дијабетес, тврдат истражувачите од Харвард. Дијабетесот и депресијата се чини дека се јавуваат заедно, но научниците се вознемирени од прашањето — што беше на прво место: пилето или јајцето, односно дали дијабетесот го зголемува ризикот од депресија или обратно. Една студија објавена во списанието „Архива на интерна медицина“ сугерира дека и двете опции

се можни. Сами по себе, двете болести се сериозни и во голема мера го нарушуваат квалитетот на животот на заболеното лице.

Лицата со дијабетес се изложени на зголемен ризик од развој на депресија отколку остатокот од популацијата, но подеднакво депресивните луѓе се повеќе склони кон дијабетес, тврдат истражувачите од Харвард. Откриле и дека колку се поголеми симптомите на депресија, т.е. дијабетес, толку е поголем ризикот од дијабетес или депресија. На пример, жените кои земале антидепресиви (што укажува на потешка депресија што трае подолго) имале зголемен ризик од развој на дијабетес отколку жените кои не земале лекови за нарушување на нивното ментално здравје.

На слична основа, лицата кои земале инсулин за да ја држат својата болест под контрола биле поподложни на депресија отколку другите кои не започнале да земаат инсулин.

Можеме да кажеме дека двете состојби се поврзани и се причина и последица едни од други, ги сумираа резултатите од студијата на Френк Ху, нутриционист и епидемиолог на школата за јавно здравје на Харвард. Неговиот тим дошол до овој заклучок откако следел над 65.380 луѓе во период од десет години.

Клиничките облици на депресија и т.н. големи депресивни епизоди се јавуваат во 11 % кај личностите со шеќерна болест, додека преваленцата на истите пореметувања во недијабетичката популација е 5 %. Според тоа, 31 % од дијабетеските пациенти покажуваат зголемени депресивни симптоми кои иако недостигаат критериуми за клиничка дијагноза, неповолно се одразуваат на подобрување на поединецот и самозагрижување од дијабетесот. Долготрајната потиштеност, губењето на интерес за живот, губењето на интерес за она што некогаш ја правело среќна личноста и за она во кое повеќето луѓе наоѓаат уживање, на постојаниот умор, несоница итн., се симптоми на депресија. Или сликовито кажано, на личноста која пати од депресија целиот свет ѝ е сив. Ниту добрите вести ја радуваат, ниту лошите вести ја растажуваат. Сериозната медицинска состојба придонесува за депресија, затоа што физичката слабост ја намалува отпорноста на стрес која претставува една од главните причини за депресија. Депресијата може медицинската состојба да ја влоши затоа што го ослабува имунолошкиот состав, а може и да го отежне поднесувањето на болката. Истражувањата покажуваат дека депресијата и сама може да биде симптом на некои болести или пореметувања како што се одредени метаболички пореметувања и невролошки болести, како Паркинсонова и Алцхајмерова болест или пак ендокринолошко пореметување како дијабетесот. За зачестената депресија кај лицата со дијабетес сè почесто се зборува за поврзаноста на дијабетесот и депресијата и останатите психички болести. Шеќерната болест сама по себе е значаен ризичен фактор за развојот на депресивните пореметувања на расположението — веројатност да во текот на целиот животен век се развива депресијата кај

лицата со дијабетес, а во споредба со физички здравите поединци е 24 % поголема. Односот помеѓу дијабетесот и депресијата не е нужно придружен со присуство на дијабетските компликации — податоците на истражувањето покажуваат дека неповолната спrega помеѓу шеќерната болест и депресијата останува во значителна мера и кога присуството на компликации се контролира. Тоа значи дека и различните други фактори, најпрвин емоционалниот дистрес дејствува во настанокот на депресијата. Во општата популација се бележи само 14 % случајна супклиничка депресија. Значи, појавувањето на депресивни тегоби кај дијабетичарите е двапати поголема отколку во општата популација.

Промената на расположението е составен дел од секојдневниот живот. Да можеме да ја препознаеме границата на која емоционалната ранливост преминува во можно депресивно пореметување, мораме да обрнеме внимание на два основни фактора: на траењето на депресивното расположение и неговите последици на секојдневните активности. Ако забележиме дали тегобите траат долго и значително го нарушуваат нашиот секојдневен живот, социјалните контакти и сл., време е за одлука да поразговараме за нив со стручно лице, односно да се информираме за можностите за психолошка помош.

Тешкотиите за самогрижа од дијабетесот се изразени и кај болните со благи, супклинички емоционални симптоми. Со оглед дека таквите пациенти се во многу поголем број, потребна е едукација и психолошка активност. Влијанието кое се однесува на бихевиоралните третмани-психоедукација, теловежби и кратки дијабетолошки реедукации, на депресивните симптоми и контрола на шеќерната болест влијаат на намалување на депресивните симптоми и зачестеното спроведување на постапката за самогрижа, може да се претпостави дека релативно едноставни и краткотрајни бихевиорални интервенции можат да го поправат расположението и да го унапредат здравственото однесување кај болните со депресивни симптоми. Кај заболените кои патат од психички тегоби најдобро е да се работи постапно, со редовно мерење на депресивните симптоми и следење на промените. Честото пратење на лицето со дијабетес со депресивни тегоби овозможува да се прилагодува од едноставни кон сложени облици, или пак да се прекини доколку дошло до повлекување на симптомите. Поддршката од семејството е значајна за совладување на симптомите за депресија, но во некои случаи не е доволна. Исклучително е важно семејството да го прифати проблемот и да е подготвена за него да разговара. Тоа ќе ѝ помогне на погодената личност полесно да се носи со тешкотиите и да донесе одлука за евентуално дополнителни форми на помош.

Емоционалните симптоми и компликации на шеќерната болест двосмерно се поврзани. Од една страна, присуството на емоционалните симптоми е ризичен фактор за развој на компликации

од дијабетесот, вклучувајќи ги: ретинопатијата, нефропатијата, неуропатијата, кардиоваскуларната болест и еректилната дисфункција, додека од друга страна, присуството на компликации од шеќерна болест го зголемува ризикот за развојот на емоционалните симптоми. На заболените со развиени компликации треба да им се посвети особено внимание. Најмногу може да се направи додека компликациите на болеста сè уште не се во напредна фаза до мера која го ограничува поединецот во извршување на секојдневните активности и остварување на личните цели. Со оглед дека депресијата е еден од ризичните фактори за развој на компликациите, најдобро би било со нејзино лечење да се започне што порано. Во спротивно, настаните би се случувале во затворен круг:

- депресивност
- слаба загриженост за болеста
- чувство на неефикасност
- влошување на депресијата
- лоша контрола на болеста
- развој на компликации

Целта е да ги охрабриме лицата со дијабетес за активно самозгрижување на болеста со помош на едукација за дијабетесот и психолошка работа.

6. УЛОГАТА НА ПСИХОЛОГОТ ВО ГРИЖАТА ЗА ДИЈАБЕТЕСОТ

Важноста на менталното здравје во менаџирањето со болните лица расте со зголемувањето на бројот на информациите во врска со здравјето и однесувањето. Седум од десетте водечки причини за смрт се поврзани со однесувањето, психолошките проблеми (пр. депресија, анксиозност) имаат негативни ефекти врз многу болести преку различни однесувања и физиолошки насоки. Менталното здравје има за цел да се развие здрава личност и да го отстрани негативното однесување на сите пациенти и да се ослободат од емоционална болка со очигледна психопатологија. Доказите покажуваат на важноста на психолошките фактори во однесувањето кај дијабетес пациентите, како и на улогата на психологот во грижата за дијабетесот. Употребата на психолошки третмани за подобрување на резултатите на дијабетес е одредена од тим на професионалци. Идеално грижата за дијабетес се обезбедува од тим на здравствени професионалци кој се состои од лекар, дијабетолошка сестра, психолог, нутриционист и социолог. Психологот обезбедува директни услуги на пациентите преку третман на психолошки проблеми, а исто така обезбедува консултации за медицинскиот тим, за тоа како да се вклучат во грижата за пациентот за да се подобри психичката состојба и да се подобрат клиничките резултати.

Најголемиот дел од психолошки услуги во грижата за дијабетесот се предвидени пациентите кои немаат дијагностициран психолошки проблем. На пр. непознавањето на режимот за дијабетес е најчеста причина за упатување на психолог иако самото непознавање на третманот не е доказ дека постои психолошки проблем. Целите на психолошкиот третман за пациентите со дијабетес, со или без емоционални проблеми се:

- Да се подобри режимот за придржување кон третманот за дијабетес.
- Да се промовира справување со продијабетично однесување (на пр. исхрана и вежбање)
- да се намали високиот ризик по здравјето (на пр. пушење, висок внес на масти)
- Да се подобри функционирањето на семејството, како тоа да се однесува, да комуницира, да помага во решавање на проблемот со дијабетес.
- да се обезбеди поддршка во однос на вознемиреноста во врска со дијабетесот.

Ова се однесува за сите пациенти со дијабетес. Додека пак, за пациентите со дијабетес со психолошки проблеми:

- Да се процени и третира психопатологијата, особено депресијата, анксиозноста и нарушување во исхраната
- Да користат психоактивни лекови по потреба.

6.1. Психосоцијални фактори во нега на дијабетесот

Скоро сите пациенти со дијабетес има докази дека психички пропаѓаат во одреден момент во текот на нивната болест. Стапката на непридржување флукутира како функција на режимската задача. Стапки на непочитување на режимот на дијабетес се:

- диета (не следејќи план за јадење)
- инсулин (неправилна администрација)
- тестирање на гликоза во крвта (неточно мерење)
- нега на стапалата (несоодветна грижа)
- вежбање (недоволна физичка активност)

Човековата природа, комплексноста на режимот и хроничноста на дијабетесот придонесуваат важно непридржување. Непочитувањето е централен фокус на психолошкиот третман поради неговата призната асоцијација со слаба метаболичка контрола и зголемен ризик за компликации на дијабетес.

Непочитувањето честопати погрешно се препишува на несоодветно знаење за соодветна грижа на дијабетесот. Многу други психосоцијални фактори значително придонесуваат за овој проблем, како што се несоодветна социјална поддршка, временски притисоци, стрес и здравствени убедувања кои се некомпатибилни со режимот.

Психологот може да обезбеди третман за развој на нови здрави однесувања, подобрување на постојното здраво однесување и да се отстрани нездравото однесување, бидејќи тие се однесуваат на подобрена контрола на гликемијата. Непридржувањето може исто така да биде манифестација на посериозни психолошки проблеми како што се: депресија, анксиозност или нарушување во исхраната. Овие проблеми можат ефикасно да се третираат со психотерапија или психотропни лекови.

Стресот е чест кај дијабетесот и се појавува преку обични секојдневни проблеми (на пр. возење во сообраќај, конфликт на членови на семејството, работни рокови), негативни настани во животот (на пр. смрт на сакана личност, финансиски проблеми, развод) и дополнителни товари на справување со дијабетес. Стресот може да има директни ефекти врз здравјето преку нарушување на однесувањето и рутините (на пр. јадење и спиење). Психологот може да биде вреден ресурс во идентификување на несоодветни реакции на стрес и може да им помогне на пациентите да развијат покорисни и ефективни методи за справување.

6.2. Психосоцијални прашања уникатни за деца и адолесценти

Детски и возрасни пациенти со дијабетес може да манифестираат психолошки проблеми на различни начини. Докази за психосоцијални проблеми поврзани со дијабетес кај деца честопати се забележуваат при слаби перформанси во училиште, нарушени врски меѓу врстници или промени во однесувањето дома, на училиште или со пријатели. Покрај тоа, конфликтните семејни односи се често индикации за психосоцијални проблеми за деца дијабетичари, бидејќи децата се потпираат на своите родители во голем дел од грижата за дијабетесот. Конфликтните односи родител – дете може да го попречат правилното управување со дијабетесот.

Адолесценцијата е време на бунт од конвенцијата. Конвенцијата е претставена не само од родители, наставници, туку и од медицински професионалци. Адолесцентни пациенти можат да им пркосат на препораките на здравствените работници од причини поврзани со нормалниот развој. Сепак, овој пркос може да ги стави адолесцентите во ризик за посиромашна метаболичка контрола дури и до степен на дијабетична кетоацидоза. И со деца и со адолесценти, психологот може да обезбеди информации до тимот за третман на дијабетес за психосоцијалниот развој и како најдобро да се решат некои борби помеѓу родителите и младите што може да бидат пречка за правилно управување со дијабетес. Родители во преговори за контрола со своето дете во режимот на третман со дијабетес.

6.3. Тим за зачувување на менталното здравје кај лицата со дијабетес

Покрај психологот во тимот за третман на дијабетес, има и други лица кои можат во значителна мера да помогнат во истиот. Сепак, постојат посебни разлики во позадината, обуката и способностите на овие лица.

Клиничките психолози се соодветен извор на тимот за третман на дијабетес за дијагностицирање, проценка и третман на проблеми со менталното здравје на лица со дијабетес. Психолозите со експертиза во стратегиите за зајакнување, принципите за учење и модификацијата на однесувањето се многу пожелни со оглед на корисноста на овие вештини за развој на здравото однесување. Иако не се сите психолози обучени за дијабетес, се препорачува клиничките психолози кои работат со пациенти со дијабетес да имаат обука за здравствена и/или детска психологија и да бидат лиценцирани од државата во која работат. Ова ќе обезбеди одреден степен на осигурување на

квалитетот и ќе ги зголеми шансите услугите дадени од психолог да ги надоместат осигурителните компании.

Медицинските социјални работници се уште еден пример за лица со експертиза во ментални здравствени проблеми. Медицинските социјални работници се единствени по тоа што се обучени за управување со случаи и идентификување на ресурсите на заедницата за пациентите. Овие вештини се корисни во управуваните средини за грижа за справување со финансиските трошоци за управување на лице со дијабетес кое не е покриено со осигурување. На пример, на пациентите често им е потребна помош за да добијат соодветни материјали (на пр. мерачи за гликемија, ленти за истите, инсулин и др.) за правилно управување со нивниот дијабетес.

Несаканите ефекти и интеракциите со лекови мора да се земат предвид при изборот на антидепресивни лекови за пациенти со дијабетес. Во комплицирана медицинска болест, психијатриски консултации може да се користат за да се разјасни соодветниот третман. Психијатриската експертиза може да биде корисна иако пациентот не реагира на психотерапија или на психоактивни агенси пропишани од лекар од примарна здравствена заштита. Во повеќето случаи, психијатриско упатување е индицирано за пациенти со историја на тешка емоционална болест или самоубиствена идеја.

6.4. Психолошки интервенции наменети за психолошки проблеми поврзани со дијабетесот

Слично како и кај луѓето коишто страдаат од други хронични болести, распространетоста на психолошките нарушувања, особено анксиозноста и депресијата, е релативно висока помеѓу луѓето со дијабетес. И покрај тоа што анксиозноста и депресијата очигледно имаат важно влијание на справувањето со дијабетес кај децата и адолесцентите, нивната поврзаност со метаболичката контрола кај популацијата на адолесценти не е сè уште јасно докажана. Кај возрасните со дијабетес, депресијата може да се јави како резултат на влошувањето на физичкото и емоционалното здравје и нарушувањето на навиките на самогрижа, докажано е дека депресивните симптоми се поврзани со лошите медицински исходи. Третманот на психолошките нарушувања, (психотерапевски и/ или фармаколошки) главно се прави со индивидуална терапија и не постојат примери на групен третман за депресија кај дијабетесот.

Еден систематски преглед покажува дека општото анксиозно нарушување, најзастапеното од сите нарушувања на анксиозност, исто така се случува почесто помеѓу луѓето со дијабетес. Нарушувањата на анксиозност изгледа дека се поврзани со хипергликемијата само кога тие се потврдени преку дијагностичко интервју, а не кога анксиозноста

е самоискажана. Тоа укажува на тоа дека третманот на анксиозноста може да ја подобри гликемичната контрола. Психолошките нарушувања кои се поврзани со анксиозноста најчесто се третираат во индивидуален формат т.е. индивидуално слично како третманот на депресија.

6.5. Советување и психотерапија кај дијабетес мелитус.

Психопатологија. Лицата со дијабетес доживуваат несразмерно високи стапки на психолошки нарушувања. Депресијата е најчеста дијагноза помеѓу луѓето со дијабетес и оваа состојба настанува многу почесто кај овие пациенти отколку кај општата популација. Без разлика дали нарушувањата во исхраната кои клинички можат да се дијагностицираат се почести меѓу пациентите со дијабетес или не, овие нарушувања јасно претставуваат специјални проблеми за овие пациенти поради нивната поврзаност со зголемениот ризик за компликации од дијабетес. Депресијата и нарушувањата во исхраната можат да бидат третирани ефективно, но сите тие може да се повторат пак и може да бараат повторен третман.

7. ПСИХОЛОШКА ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА НА ПОДДРШКАТА КАЈ ЛИЦАТА СО ДИЈАБЕТЕС

7.1 Психосоциолошки препораки за деца

Од суштествено значење е докторите кои работат со педијатриски дијабетес да го ценат стресот и да обрнуваат внимание на психичките проблеми со кои се соочуваат родителите на бебињата, на децата од една до три години и децата од предучилишна возраст со дијабетес, преку промовирање на развојот на клиничките услови, изворите за препорака за детска нега, образовни материјали и групи за поддржување на семејствата коишто живеат со дијабетес во овие најрани развојни периоди. Родителите имаат потреба од разбирање и соработка со тим за поддршка и нега на здравјето (доктор, психолог, социјален работник и дијабетолошка медицинска сестра). Справувањето со дијабетес кај малите деца бара интегриран мултидисциплинарен тимски пристап сè со цел за соодветно да се одговори на комплексните физиолошки и психосоциолошки потреби на децата и нивните семејства. Групите за поддршка и образовните материјали кои се наменети за семејствата со многу мали деца можат исто така да им помогнат на родителите да се чувствуваат помалку осамени и можат да ги стават во нормала чувството на вина, анксиозност и страв. Тимот за поддршка и нега на здравјето мора да создаде поддржувачка околина преку обезбедување на 24-часовна телефонска покриеност за да им се помогне на родителите да се справат со неочекуваните проблеми, особено додека тие се прилагодуваат на животот со дијабетес надвор од болницата. Уверувањето и неосудувачката поддршка за сите членови од семејството е од голема важност, доколку се земе предвид емоционалниот предизвик за прилагодувањето на животот по дијагнозата.

7.2. Проблеми во третманот кај деца од школска возраст

Целите на терапијата кај децата од школска возраст се следните: да се избегне сериозна метаболичка декомпензација (дијабетична кетоацидоза, да се одржи нормална висина и тежина, да се намалат ослабувачките симптоми предизвикани од високо или ниско ниво на гликоза во крвта, да се основа и одржи здрава психосоциолошка околина за детето и семејството и да се одржи вклученоста на членовите на семејството во извршувањето на дневните инсулински терапии и надгледувањето на шеќерот во крвта. На оваа возраст, децата може да се развојно и интелектуално способни да ја

препознаваат и соодветно да ја третираат хипогликемијата. На тој начин, како што детето го напушта претшколскиот период, тимот за дијабетес може да работи заедно со семејството за подобрена гликемична контрола, со намалени целни вредности на гликозата во крвта. Едно истражување користејќи Прашалник за детско здравје извести дека психосоциолошките индикации за добро здравје биле подобри кај децата од 5 до 11 -годишна возраст со дијабетес тип 1, кои биле во добра контрола на гликозата ($HbA1c < 8,8 \%$), додека пак физичките индикации за добро здравје не се разликувале помеѓу младите деца со добра контрола и тие со лоша контрола ($HbA1c > 8,8 \%$). Податоците од Шведска и САД документираат дека постои граница на степенот до кој намалувањето на $HbA1c$ може да го подобри психосоциолошкиот и физичкиот квалитет на животот кај децата со дијабетес со сериозни напади на хипогликемија кои се поврзани со најнискиот квалитет на животот во поглед на здравјето, кај децата и нивните родители.

Тимот за третман на дијабетес мора да се обиде да ги научи родителите и децата на вештините за решавање на проблеми и да дозволи флексибилност во планот за третман на дијабетесот. Слично како и во претшколскиот период, терапијата за справување со дијабетесот често е повеќе реагирачка, отколку предвидувачка. За време на почетните училишни години, семејството продолжува да биде *пациентот*. Родителите се важен дел од секоја посета на медицинската ординација и родителите одржуваат телефонска врска за активностите коишто следат дома. За време на истата посета на ординацијата, детето и семејството може да се сретнат со повеќе од еден член од тимот за нега на дијабетес. Исто така, потребни се и чести прилагодувања на планот на исхрана, затоа што детето во овој развоен период расте многу брзо. Според тоа, децата од училишна возраст треба да посетуваат нутриционист најмалку еднаш секоја година. Специјалистите за ментално здравје кои се дел од тимот може се особено важни во превенцијата и преговорите за време на конфликтите кои настануваат како резултат на проблемите при негата на децата коишто имаат дијабетес и помеѓу родителите и останатите луѓе (како што е училишниот персонал) додека детето е надвор од дома. За да се обезбеди безбедна училишна околина, членовите на тимот треба да им дадат помош на семејствата, при соопштувањето на упатствата и очекувањата на училишниот персонал. Семејствата треба да го информираат училишниот персонал и да достават телефонски броеви од тимот кој се грижи за дијабетесот.

7.3.Импликации за дејствување за време на бременоост

Советувањето пред бременоста досега покажало само ограничен ефект во промената на однесувањето кај жените со

дијабетес. Поради тоа, оправдани се идните истражувања за можните начини за подобрување на програмите пред бременоста. Таквите истражувања треба да ги земат предвид социоекономските, културните и етичките фактори, коишто можат многу да влијаат врз прифаќањето, разбирањето и придржувањето кон ограничувањата наметнати од дијабетичната бременост на една жена.

Образованието е предуслов за соодветно самосправување со дијабетесот, но во никој случај не е гаранција дека пациентите навистина ќе се придржуваат кон режимот на дијабетес. За да им се помогне на жените да се справуваат поефикасно со нивниот дијабетес, од суштинско значење е да се идентификуваат нивните специфични психолошки пречки и пречките на однесување, како што се ниската дијабетична самоефикасност, страв од хипогликемија и недостаток од социјална поддршка. Прилагодените психосоциолошки интервенции би требало да се докажат како корисни во подобрувањето на резултатот на дијабетичната бременост, како и на квалитетот на животот на жените. Новите технологии во следењето на гликемичната контрола треба да се евалвираат според нивните психолошки импликации. Психолошките последици од постојаното следење на глукозата кај бремените дијабетични жени кои се соочени со скриени високи и ниски нивоа на гликозата во крвта и покрај честото следење, треба да бидат предмет за идните истражувања.

Важноста на контрониот протокол по пораѓањето се истакнува со забелешката дека гликемичната контрола често се влошува по пораѓањето, враќајќи се до под оптималните нивоа од пред бременоста. Освен медицинските аспекти на дијабетичната бременост, психолошките и социолошките проблеми се важни решаваачки фактори за исходот од бременоста и се клучни за понатамошната нега на дијабетесот во бременоста. Интеграцијата на психолошката експертиза со специјализираната медицинска нега може да обезбеди значаен придонес за понатамошно подобрување на мултидисциплинарното управување со дијабетесот во бременоста.

7.4. Образовни и психосоциолошки интервенции

Поради тоа што имплементирањето на управувањето со дијабетес лежи главно кај дневните напори на пациентот, развиени се голем број на образовни интервенции за пациентите. Овие интервенции биле систематски прегледувани во две анализи и се покажало дека ја подобруваат самонегата и здравствениот статус, откритие кое неодамна било зајакнато од едно истражување за образовните и психосоциолошките интервенции за луѓе со дијабетес. Неколку интервенции за активирање на пациентите покажале силни и широкоопфатни ефекти: подобрување на самовербата, подобрување на метаболичната контрола, зголемување на

задоволството на пациентот и подобрување на квалитетот на живот. Контролирани истражувања покажале долготрајни подобрувања во квалитетот на животот, како и гликемична контрола. Компјутерски прилагодените интервенции исто така се докажуваат како се поефикасни и поефективни во мотивирањето на луѓето да прифаќаат однесување кое го подобрува здравјето и психичката состојба.

7.5.Интервенции за промена на животниот стил

Интервенциите за промена на животниот стил се фокусираат на промена на однесувањето кое се смета дека придонесува кон, или ја одржува дебелината и неактивноста, и свои корени имаат во промената на однесувањето и вклучуваат: употреба на самонабљудување и поставување на цели, контрола на стимулите и промена на стилот и навиките на јадење, употреба на зајакнување на здравото однесување, когнитивни-бихевиористички тераписки интервенции кои се фокусираат на идентификација на пречките за променување и подобрување на вештините за справување, обука за превенција против повторно враќање на болеста и одржување на состојбата и употреба на социјална поддршка. Сите овие стратегии се фокусираат на промена на проблематичните навики во исхраната на индивидуите кои имаат дијабетес и физичката неактивност со цел да се намали дебелината и да се зголеми физичката активност, при што и двете се покажале дека можат да ги подобрат резултатите на здравјето кај лицата со дијабетес.

7.6.Проблеми со самоконтролата

Третманите на дијабетес вклучуваат самоконтрола на однесувањето од страна на пациентот, однесување кое вклучува дневни инјекции и земање на лекови, тестирање на нивото на гликозата и промена на физичката активност и навиките во исхраната. Проблемите во режимот на дијабетес кои следуваат се добро потврдени и овие проблеми може да бидат понатаму воочени кај послаби и постари индивидуи. Истражувањето открива дека и покрај тоа што различните однесувања за нега на дијабетесот се релативно независни едни од други, аспектите на режимот кои се поврзани со исхраната се доживуваат како најтешки, а потоа следи физичката активност.

7.7.Имплементација на принципот на еманципација во давањето поддршка за самоконтрола со дијабетес

Образованието за самоконтрола со дијабетесот генерално се покажало како ефективно во подобрувањето на метаболичните и психосоциолошките исходи на краток рок. Еднократната образовна програма ретко успева во помагањето на лицата со дијабет да ги поднесат видовите на однесување кои се потребни за успешна самогрижа за дијабетес. Исто така, им треба постојана поддршка за самоуправување за да продолжат да ги задоволуваат образовните, психосоцијалните потреби и потребите на однесувањето. Како и едукацијата за самогрижа со дијабетес, поддршката за самогрижа со дијабетес која е базирана на еманципација, може да биде дадена и во индивидуални и во групни сесии. Поставувањето на цели е една ефективна стратегија за да се обезбеди постојана поддршка во самогрижата со дијабетесот. За таа цел, се употребува процес составен од пет чекори за да им се обезбеди на пациентите разбирање, јасност и искуство во поставувањето и постигнувањето на нивните самоизбрани цели за однесувањето. Првите два чекора го дефинираат проблемот и поврзаните мисли и чувства кои можат да им помогнат или да го спречат постигнувањето на целта. Третиот чекор е да се идентификува долгорочната цел, а четвртиот да се идентификува специфичниот чекор на активност на однесувањето кој пациентот ќе го преземе за постигнување на долгорочната цел. Откако пациентите ќе изведат самоуправувачки експеримент, ним им се помага да одредат што научиле и да го идентификуваат следниот чекор на самогрижа. Пациентите се охрабрани да мислат на овие чекори повеќе како самоуправувачки експерименти, отколку како на успеси или неуспеси. Секој експеримент обезбедува информација за вистинската природа на проблемот, пречките и достапната поддршка и следните ефективни чекори. Улогата на психологот е: активно да слуша и да му помага на пациентот да постигне јасност за проблемите со самогрижата за дијабетесот, чувствата и целите, да соработува и да обезбедува информации и да нуди помош и поддршка. Потребата за ефективни, доброевалвирани психосоциолошки интервенции за обезбедување на помош на луѓето во справувањето со дневните барања на дијабетесот потребни се разбирливи промени во однесувањето, потребна е дополнителна психосоциолошка поддршка за да им се помогне на луѓето да ги направат потребните промени и да ги зачуваат и поднесат нивните напори со цел за подобрување на гликемичната контрола и квалитетот на животот.

8. ТРЕТМАН НА ДЕПРЕСИЈАТА КАЈ ЛИЦАТА СО ДИЈАБЕТЕС

Истражувачите на Медицинското училиште на Универзитетот во Вашингтон спровеле три различни, краткотрајни контролирани клинички истражувања за да ја испитаат ефикасноста на трицикличните антидепресиви, селективните серотонински ресорбирачки инхибитори и психотерапијата (когнитивно- бихевиористичка терапија) за клиничка депресија кај луѓето со дијабетес. Резултатите укажуваат дека третманите кои дејствуваат на општата популација делуваат и кај луѓето со дијабетес. Во секое од трите истражувања спроведени на Универзитетот во Вашингтон, намалувањето на сериозноста на симптомите на депресија било значително поголемо со активниот во споредба со контролниот третман и намалувањето на депресијата било подеднакво високо кај третираната група споредено со контролната група. Дополнително, секое истражување открило дека подобрувањето на симптомите на депресијата имало корисни ефекти на регулацијата на глукоза, пресметана преку нивоата на гликолизираниот хемоглобин (HbA1c). И покрај тоа што овие откритија се охрабрувачки и истражувањата биле добро контролирани, бројот на пациенти кои биле испитувани бил мал. Неодамнешните рандомизирани истражувања со поголем број на пациенти кои имале многу подобра контрола на крвната глукоза дале различни резултати: третманот на депресијата ја подобрила депресијата, но промените додатно на глюкозната контрола не се разликувале од групата која не добивала третман на депресија.

Во истражувањата за когнитивната терапија на Универзитетот во Вашингтон, контролната група добила едукативна интервенција која била наменета кон поцврста гликемична контрола комбинирана со поддржувачко советување од едукатор за дијабетес (дијабетолошка медицинска сестра и др). Овој пристап водел до намалување на депресијата кај само 27 % од случаите, стапка која била само една третина ефективна како и активниот третман (когнитивно-бихевиористичка терапија) и генерално не била различна од стапката на плацебо одговорот набљудуван во психијатриските истражувања. Ова истражување строго укажува на тоа дека ефективното олеснување од депресијата бара психотераписко справување, специфично за депресија.

Истражувачите исто така откриле дека хипергликемијата и присуството на дијабетични компликации предвидувале намален одговор на третманот на депресија и кај истражувањето со нордтриптилин и истражувањето со когнитивна терапија. Нивото на HbA1c пред третманот бил значително помал кај пациентите кои реагирале на третманот на депресија во споредба со тие кои не

реагирале ($p < 0,05$ за секоја споредба). Земено сè заедно, овие откритија укажуваат дека тие кои имале подобра гликемична контрола реагирале подобро на третманот на депресија и тие кои реагирале подобро на третманот на депресија ја подобриле нивната гликемична контрола. Ова ја разјаснува потребата за детален пристап за справување кои симултано се фокусира на подобрена гликемична контрола и олеснување на симптомите на депресија.

Одлуките во однос на третманот на депресија треба да бидат информирани од фактот дека депресијата кај дијабетичарите е хронична состојба, со ставка на влошување од околу 80 % во петгодишни интервали.

Влошувањето кое следи по успешниот третман е норма, а само неколку субјекти се асимптоматични повеќе од една година. Придобивките на когнитивно-бихејвиористичка терапија биле задржани шест месеци, но не го знаеле максималното времетраење на овој ефект. Хроницитетот на депресијата сè повеќе се препознава и придобивките од третманот за задржување (т.е. продолжување на пациентите на антидепресиви над точката на намалување на депресијата) биле основани во психијатриските примероци. Патрик Ластмен опишал значителна придобивка на терапијата за задржување со лекови за депресија кај дијабетесот. На дванаесетмесечна контрола пациентите кои примале третман за задржување на состојбата имале најмалку 20 % помала веројатност да страдаат од повторно враќање на депресијата, отколку групата на пациенти чии лекови за депресија биле прекинати кога нивните симптоми се намалиле.

Овие откритија укажуваат на придобивките од третманот за хронична депресија кај пациентите со дијабетес.

9. СЕМЕЈНАТА ПОДДРШКА ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА СТЕПЕНОТ НА ДЕПРЕСИЈА

9.1. Поддршка и контрола од страна на семејството на лицето со дијабетес

Болестите се составен дел од семејниот живот присутни во различни форми, тие претставуваат еден вид искуство што секој поединец го стекнува за време на животот. Во исто време, семејството стекнува искуство за тоа како да се организира и какви сили и ресурси вклучува кога болеста е присутна. Општата поделба ги дели болестите на акутни и хронични. Кога станува збор за акутни заболувања, другите членови на семејството се соочуваат со предизвик за брза реакција, брзи реорганизации, флексибилност (можност за моментално заменување или преземање на други улоги). Нивото на поврзаност и меѓусебна соработка се менува преку повик за болниот член што побрзо да се згрижи. Високото ниво на интензивен стрес трае во согласност со времетраењето на кризата предизвикана од болеста.

Кај хроничните болести (дијабетес, реуматски астрит и др.) семејната приказна е поинаква. Самата хронична болест може да биде постојана, прогресивна (постепено доведува до полоши услови) или може да има стабилни фази кои се менуваат со фази на влошување. Во зависност од начинот на одржување на хроничната болест, ќе зависат и реакциите на семејството. На пример: ако болеста има стабилни фази кои се менуваат со фази на влошување, членовите на семејството можат да почувствуваат повремено олеснување, со вознемиреност за тоа која ќе биде следната фаза. Кога има постепено влошување, семејството може со текот на времето да се прилагоди на присуството на болеста, со истовремено зголемување на ангажманот. Во принцип, болеста е криза што предизвикува семејни промени, предизвикува емоционални реакции (отфрлање, вина, лутина, очај, страв, вознемиреност, тага итн.) на сите членови на семејството. Справувајќи се со овие чувства, и болното лице и членовите на неговото семејство се борат со новонастанатата ситуација на различни начини. На првата конфронтација со дијагнозата, може да има конфузија, лутина, вина, негирање, критики упатени кон здравствените работници, отфрлање итн. Како што болеста станува очигледна, така и семејството постепено ја прифаќа реалноста. Тогаш може да има срам поради претходните реакции, гнев поради неправда, страв од тоа како ќе реагира болниот член. Врските што претходно постоеле во семејството значително ќе влијаат на искуството што секој ќе го има откако ќе се соочи со болеста. Историјата на искуството на претходните генерации е важна за секое семејство. Таа понекогаш

дава позитивни и поддржувачки упатства, а понекогаш и не. Ако постои традиционално семејното верување да не се зборува за болеста, да се крие од другите, во тој случај семејството ќе биде ограничено на системот за поддршка што може да го добие од околината. Наспроти ова, во денешно време семејствата сè повеќе се отвораат и говорат за болеста.

Квалитетот на животот на целото семејство се менува на физичко, психолошко и социјално ниво и влијаат врз семејството и начинот на кои тоа се справува со болеста.

Депресијата кај лицето со дијабетес влијае на субјективните доживувања и објективните параметри на квалитетот на живот, како кај самиот пациент, така и кај членовите на неговото семејство со кои тој живее. Препознавањето и подобро разбирање на динамичните фамилијарни односи во таквите семејства, од страна на самите членови на семејството и стручните лица кои се ангажираат во работата со семејството, ги условуваат промените во интеракцијата кои ги менуваат и перципираат личните доживувања на квалитетот на живот и често значително го унапредуваат. Фокусирањето на напредувањето на квалитетот на живот на овие личности, напоредно со процесот на лечење, подразбира и нужна промена во поширок контекст и во системите во кои личноста живее, при што доколку во тие системи од семејството е прифатено и поддржано.

Улогата на семејството во добриот третман на дијабетесот поголемиот број на истражувачи го третираат преку следните карактеристики: поддршка од семејството и контрола од страна на семејството.

Поддршката од семејството го вклучува однесувањето внатре во семејството кое развива емпатија, конфор и чувствата на самата личност со дијабетес дека е прифатен таков каков што е.

Контролата од страна на семејството се гледа во однесувањето насочено кон здравјето на лицето со дијабетес, а со цел да се засили чувството на безбедност во семејството.

Големиот број на истражувања го потврдиле значењето на поврзаноста помеѓу поддршката од страна на семејството и психичките прилагодувања, меѓутоа постојат и подеднакво ист број на студии кои не го докажале ова тврдење. Поддршката на семејството има посебно важна улога во промоција на самоконтролата во однесувањето и претставува еден од условите за добра метаболичка контрола.

Разгледувањето на односите меѓу поддршката на семејството и метаболичката контрола се разбира од две причини: првата, е неопходноста за вклучување на семејството во спроведувањето на потребите за третман на болеста, а другата се однесува на потребата од промени во однесувањето на членовите на семејството и нивниот стил на живот во функција на членот на семејството со дијабетес. Докажано е дека промените во семејното функционирање како што се поделби, развод, основање нови семејства, загуби, промени во

финансиска смисла и семејни окружувања имаат свое влијание на метаболичката контрола и психичката состојба.

Односите на семејството кон личноста со дијабетес исто така влијаат во голема мера и на однесувањето на личноста кон социјалното окружување. Кога е во прашање социјалниот живот, на прво место по значење се рангира највисоко прифаќањето на личноста од својата генерација. Денес е општо прифатено мислењето дека социјалната поддршка е медијатор помеѓу однесувањето насочено кон здравјето и позитивниот резултат во третманот на болеста. Постојат два правци кои го објаснуваат ова влијание. „Модел на главно влијание“ и „Тампон модел“.

Моделот на главното влијание ја застапува тезата дека социјалната поддршка и доживувањата на личноста со дијабетес се доволни да имаат позитивно влијание на добрата здравствена состојба, без разлика на тоа дали е личноста под стрес или не. Спротивно на тоа „Тампон модел“ се однесува на тоа дека социјалната поддршка својот ефект го остварува така што го намалува ефектот на стрес, за време на неговото дејство. Социјалната поддршка, како и семејната се важни во стресни ситуации и своето влијание го остваруваат преку покривање на психолошките и бихевиорални последици од стресот, депресијата, модифицирајќи ја перцепцијата на стресот зголемувајќи ги постоечките ресурси за справување со психолошките процеси кај личноста и на тој начин му овозможуваат емоционална поддршка.

9.2. Едукација на членовите на семејството за подобар третман на лицето со дијабетес

Она што е регистрирано како клучен фактор за соодветно следење на болеста и однесувањето насочено кон здравјето е зголеменото вклучување на членовите на семејството во третманот на дијабетот и психичката состојба по реализација на едукативна програма. Едукацијата на членовите на семејството претставува темел во третманот на членот со дијабетес, при што има најдобри ефекти доколку е постојана, осмислена и интегрирана. Во текот на едукацијата треба да се инсистира на отворен разговор во семејството за дијабетот со користење на соодветни техники на комуникација. Се покажало дека ваквата концепирана едукација игра важна улога во постигнување на добра гликемија и психичка состојба кај личноста со дијабетес.

Вршени се испитувања кај семејствата каде што има член од семејството со дијабетес, посебно деца и млади, односно едукација на родителите и на членот од семејството со дијабет, како индивидуална, така и групни разговори со ендокринолог, психолог, нутриционист. Целта на оваа едукација е запознавање со болеста, обучување во самостојно давање на терапијата кај лицето, укажување на значењето

на правилната исхрана и физичката активност, самоконтрола, како и запознавање со правилно однесување во специфични ситуации (хипогликемија, инфекција, психички проблеми).

Улогата на психологот во едукацијата е работа на соочување на членовите на семејството со новонастанатата ситуација за прифаќање на дијагнозата на хроничната болест — дијабетесот и помош во реализација на однесувањето насочено кон здравјето кое е потребно за оваа болест. Но кога се во прашање деца, работењето на прифаќање на болеста и помошта е во надминување на разликите во однос на здравите врстници. Социјалната поддршка од страна на семејството се покажало како многу важна за добра метаболичка и психичка контрола кај лицата со дијабетес, а спремноста на членовите на семејството да учествуваат во мерење на нивото на шеќер во крвта се покажало како значаен фактор за добра гликемија. Кај семејствата со искуство за дијабетесот постои развиена свест за важноста на придржување кон режим на однесување насочен кон здравјето.

Од сето тоа може да се заклучи дека за добра гликемија и добра психичка состојба на лицето со дијабетес, најважна е поддршката од страна на семејството и едукацијата на истите.

Како што кажавме и претходно, дијабетесот е семејна болест и барањата на дијабетесот и неговото управување влијае на секој кој ја сака личноста која има дијабетес, живее со неа или грижи за неа. Уште повеќе, однесувањето на оние кои се блиски до нив влијае на начинот на кој луѓето се грижат за нивниот дијабетес. Најсоодветната помош за пациентот со поддржувачки проблеми зависи од специфичната ситуација. Ако недостигот на поддршка од фамилијата или големото вклучување произлегува од недостигот на знаење или разбирање за дијабетесот и негата за дијабетесот, присуството на едукативни часови за дијабетес или читање на книги или списанија кои ги обработуваат овие проблеми можат да бидат корисни.

Сретнувањето со личност која има дијабетес и нејзиното или неговото семејство може исто така да ја помогне поконструктивната интеракција и комуникација. Ако пациентот или членовите на семејството не изберат да се сретнат во ова окружување поставувањето на некои основни прашања на дијабетичарот може да помогне. Пациентот може да биде прашан да понуди примери на начини на кои семејството и пријателите го олеснуваат справувањето со дијабетес, реалистични промени кои другите може да ги направат и кои може да ѝ помогнат на личноста да се чувствува повеќе поддржана и помалку вознемирена. Советувајќи го пациентот за начини на кои ефективно ќе може да ја искаже желбата за промена ќе го потпомогне процесот. Крајно, некои луѓе со дијабетес имаат корист од учеството во групите за поддршка на лица со дијабетес организирани од страна на психолозите во болниците.

Ефективното справување со дијабетесот и неговите психички промени бара емоционална сила, како и вештини за решавање на

проблеми. Основните елементи на оваа емоционална сила се љубов, верба и хумор. Докторите и психолозите можат да ги поттикнат овие квалитети во самите себе или нивните пациенти. Се вели дека љубовта победува сè и кога станува збор за справување со стресот и депресијата во животот на личностите со дијабетес ова може и тоа како да биде вистина. Треба да им се помогне на пациентите да ја препознаат моќта на оваа позитивна емоција, со цел грижите и нервозите од секојдневниот живот со дијабетес да не ги спречи пациентите и нивните семејства од меѓусебно уживање, почитување и сакање.

Оптимизмот е друг антидот за психологијата кај лицето со дијабетес. Треба да им се помогне на пациентите и нивните семејства да ги најдат нивните извори на надеж и оптимизам. Како пример, тринаесетгодишно девојче било првата личност во нејзиното семејство на кое му било дијагностициран дијабетес. Кога девојчето ја прашало нејзината мајка што значи да се има дијабетес за нив, нејзината мајка одговорила: „Тоа значи дека ние ќе научиме да се храниме подобро отколку порано, сите ќе бидеме поздрави отколку што некогаш сме биле и ќе научиме да се сакаме меѓусебно повеќе отколку порано. Друг пример, педесет и четиригодишен маж неколку месеци откако му бил дијагностициран дијабетес, откако ги искажал неговите проблеми во прилагодувањето кон некои аспекти од неговиот нов режим, рекол: „Не е сè толку лошо. Започнав да пешачам во попладневните часови и тоа беше одлично. Мојата сопруга и јас започнавме да одиме на вечера три вечери во неделата одиме и разговараме, а во брак сме триесет и три години и јас мислам дека никогаш досега не сме биле толку блиски. И тоа не е сè, изгубивме по некој килограм и се чувствуваме многу подобро за тоа.

Хуморот е исто така моќен извор на емоционална сила. Хуморот помага да се одржат работите во перспектива, тој ги заштитува луѓето од чувството на поразеност. Психологот може да им помогне на пациентите и нивните семејства да го употребуваат хуморот во нивните животи со дијабетес, како на пример, кога еден испитаник имал речено: „Не знам како би преживеал ако не беше мојата смисла за хумор. Суштината на хуморот е земањето на една лоша ситуација и зголемување на ужасот до точка кога таа станува безсмислена сè додека не стане смешна. За среќа или несреќа, животот со дијабетес ни дава многу материјал за хумор. Идентификувањето и дискутирањето на какви и да се нежни, надежни или хумористични искуства поврзани со дијабетесот може да им помогне на пациентите или нивните семејства да се справат подобро со нивниот дијабетес и психолошките проблеми. Овие искуства се ретки за повеќето луѓе, но препознавањето дека тие сепак постојат, може да има моќен корисен ефект смирувајќи го во тој момент и зголемувајќи ја мотивацијата за неа на дијабетесот на подолгорочен план.

10. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ

10.1 Предмет на истражувањето

Дијабетесот е едно од најчестите заболувања кое е во сè поголем пораст. Пет до десет проценти од светската популација се лица со дијабетес, а како тој настанува, постојат повеќе причини за неговата појава и фактори кои влијаат на неговото настанување.

Дијабетесот може да предизвика не само физиолошки причини, како што се траума, вирусна инфекција или автоимуна болест, туку и психолошки. Потиснување на емоциите, неможноста да управуваат со нив, постојана напнатост и хроничен стрес — сите се фактори кои придонесуваат лицата со дијабет да западнат во психолошки проблеми како анксиозност, депресија и стрес.

Предмет на оваа магистерска тема е депресивноста на лицата со дијабетес во Пелагонискиот Регион. Просторно предметот на проучување на дијабетесот и депресивноста ќе биде на таргетирана популација во Пелагонискиот Регион (Битола, Прилеп и Демир Хисар). Важен дел од овој труд секако е и докажување /истражување на статистичкото движење на депресивноста на заболени од дијабетес мелитус во Пелагонискиот Регион преку статистичката обработка на податоците.

10.2. Цел и карактер на истражувањето

Главната цел во истражувањето е дефинирањето на главната причина: Како влијае дијабетес мелитус врз психичката состојба на лицата со дијабетес, со посебен осврт на депресивноста, во Пелагонискиот Регион (Битола, Прилеп и Демир Хисар).

Основни цели се да се проучи дијабетесот, да се проучи депресијата и да се проучи влијанието на дијабетесот врз депресијата.

Покрај тоа, да се понудат мерки за психолошката поддршка на лицата со дијабетес.

Истражувањето на предметот ќе биде теоретско и емпириско.

10.3 Хипотези на истражувањето

Генерална хипотеза;

Дијабетесот влијае врз психичката состојба на лицата со дијабетес и развој на депресивност

Посебни хипотези:

1. Дијабетесот води кон поголем степен на депресивност кај женскиот пол;
2. Дијабетесот води кон поголем степен на депресивност кај повозрасните;
3. Навременото снабдување со медикаменти за негово лекување води кон помала депресивност.
4. Семејната поддршка води кон намалување на степенот на депресија;

10.4 Варијабли на истражувањето

Зависна варијабла во истражувањето е степенот на депресија кај лицата со дијабетес.

Независни варијабли во истражувањето се: типови на дијабетес, семејна поддршка, дијабетес и компликациите од него и третман на дијабетесот.

10.5.Методи, техники и инструменти на истражувањето

Тргувајќи од проблемот, предметот и целите на истражувањето, истражувањето ќе опфати три димензии:

1. Пристап кон истражувањето
2. Постапки и техники за собирање на податоци
3. Постапки и техники за анализа на податоци

Во истражувањето ќе се користи интегрален пристап.

Квалитативниот пристап ќе се користи за опишување на самата појава, како и собирање и анализа и интерпретација на резултатите од истражувањето.

Квантитативниот пристап преку поставените хипотези и варијабли ќе овозможи прецизно мерење на зависностите и односите меѓу појавите.

Во рамките на интегралниот пристап ќе се користат повеќе методи и групи на методи.

Дескриптивниот метод ќе се користи за опишување на дијабетесот и депресијата.

Аналитичкиот метод ќе се користи за утврдување на односите помеѓу овие состојби.

Историскиот метод ќе се користи за прибирање на податоци поврзани со истражувањето на дијабетесот и депресијата.

Како методолошки постапки и техники во истражувањето ќе се користат:

Анализа на содржината и Беков инвентар за депресија (БДИ).

Извори на податоци. Во теориската елаборација и во емпириската експликација на предметот ќе се користат следните извори:

1. Извори кои обезбедуваат теориски преглед преку консултирана литература и норматива.
2. Извори кои обезбедуваат емпириска евиденција поделена на:
 - А) Примарни извори, податоци прибирани од Беков инвентар за депресија (БДИ)
 - Б) Секундарни извори: Податоци од надлежни институции, податоци од интернет и други извори.

10.6. Популација и примерок на истражување

Со Беков инвентар за депресија (БДИ) ќе се тестираат лица со дијабетес по стратификуван случаен примерок од Битола, Прилеп и Демир Хисар. Примерокот ќе изнесува околу 100 испитаници. Ќе бидат тестирани лица од двата пола, различна возраст.

10.7. Статистичка обработка на податоци

За статистичка обработка на податоците, ќе се користат компјутерските програми Exsel и SPSS.

10.8. Организација и тек на истражувањето

Истражувачкиот тим ќе биде во следниот состав:

1. Раководител на истражувањето
2. Членови на тимот
3. Статистичар
4. Оператор на компјутер
5. и други извршители

Динамиката на истражувањето ќе ги опфати следните активности:

1. Теоретска подготовка, операционализација на поимите и подготовка на инструментот за прибирање на податоци (декември 2020)
2. Собирање на податоци (јануари – април 2021)
3. Обработка на податоци (мај 2021)
4. Анализа на податоците (јуни 2021)
5. Подготовка на извештајот и резултатите од истражувањето и објавувањето (септември 2021)

11. РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО И АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ

11.1. Примерок на истражувањето

Во истражувањето се вклучени 110 испитаници лица со дијабетес. Според полот, вклучени се 47 лица од машки пол и 63 лица од женски пол. Според возраст, примерокот е категоризиран на три групи. Прва група, лица од 18 до 40 години, втора група, лица од 41 до 60 години и третата група, лица од 61 до 80 години.

Поголемиот број од испитаниците се од женски пол. Лица од женски пол се 63 или 57,3 %, додека лица од машки пол се 47 или 42,7 %. Според возраста, доминираат лицата на возраст од 41 до 60 години, 56 или 50,9 %, а најмалку со дијабет се помладите лица од 18 до 40 години, 26 или 23,6 %. Лица на возраст од 61 до 80 години се 28 или 25,4 %.

Во однос на полот и возраст на испитаниците, лица од машки пол на возраст од 18 до 40 години се 10 или 21,3 %, од 41 до 60 години, 28 или 59,6 % и 9 на возраст од 61 до 80 години или 19,1 %. Лица од женски пол се: на возраст од 18 до 40 години се 16 или 25,4 %, од 41 до 60 години 28 или 44,4 % и на возраст од 61 до 80 години 19 или 30,2 %. Кај испитаниците е анализирано влијанието на дијабетот врз половата и возрастната структура. Истото е претставено графички и табеларно поодделно за секој исказ.

11.2. Влијание на полот врз степен на депресивност според Бековата скала на депресија

Табела 1

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	40	85,1	7	14,9	0	0,0	0	0,0	47	42,7
Женско	21	33,3	42	66,7	0	0,0	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	61	55,4	49	44,6	0	0,0	0	0,0	110	100,0

Поголем број од испитаниците „0 – Не се чувствуваат тажни— – 61 или 55,4 %. „1 –

Тажни се чувствуваат— – 49 или 44,6 %. Според полот, поголем процент се тажни лицата од женски пол, 42 или 66,7 % наспроти лицата од машки пол, 7 или 14,9 %. Ниту еден од испитаниците не се изјаснил дека: „2 – Цело време сум тажен и не можам да се ослободам од тоа чувство— и „3 – Толку сум тажен и несрекен што не можам да издржам.

Табела 2

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	17	36,2	30	63,8	0	0,0	0	0,0	47	42,7
Женско	17	26,9	46	73,1	0	0,0	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	34	30,9	76	69,1	0	0,0	0	0,0	110	100,0

Најголем број од испитаниците „0 – Се чувствуваат обесхрабени во однос на иднината— – 76 или 69,1 %, помал е бројот за лица кои „1 – Не се чувствуваат посебно обесхрабени— – 34 или 30,9

%. Процентот на обесхрабеност е поизразен кај лицата од женски пол — 46 или 73,1 %. Од испитаниците од 2 и 3 степен од оваа скала не се изјаснил никој дека дека „2 — Се чувствувам дека нема на што да се надевам— и „3 — Чувствувам дека иднината ми е безнадежна и дека нештата не можат да се поправат.

Табела 3

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	20	42,6	23	48,9	0	0,0	4	8,5	47	42,7
Женско	39	61,9	10	15,8	0	0,0	14	22,3	63	57,3
ВКУПНО	59	53,6	33	30,0	0	0,0	18	16,4	110	100,0

Најголем број од испитаниците, 59 или 53,6 % се изјасниле за „0 — Чувствуваат дека се неуспешни личности—, 33 или 30 % „1 — Чувствуваат дека се понеуспешни од просечен човек— и 18 или 16,4 % се изјасниле за „2 — Како личности се чувствуваат комплетно

промашени—. Ова чувство е позиразено кај лицата од женски пол, 14 или 22,3 % во однос на лицата од машки пол, 4 или 8,5 %.

Табела 4

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	11	23,4	31	65,9	5	10,7	0	0,0	47	42,7
Женско	12	19,1	12	19,1	39	61,8	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	23	20,9	43	39,1	44	40,0	0	0,0	110	100,0

Има лица со дијабет кои во континуитет наоѓаат задоволство во работата. Дека „0 — Некои работи и понатаму ми причинуваат задоволство како порано— се изјасниле 23 или 20,9 % од испитаниците. Голем е бројот на лица со дијабет кои се изјасниле 43 или 39,1 % за „1 — Не уживам во некои работи како порано—, и 44 или 40,0 % за „2 — Повеќе скоро ништо не ми причинува задоволство—. Никој не се изјаснил за последниот степен — „3 Ништо не може да ми причини задоволство, сè ми е досадно—. Не постои голема разлика помеѓу лицата од машки и женски пол.

Табела 5

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	44	93,7	1	2,1	2	4,2	0	0,0	47	42,7
Женско	53	84,1	10	15,9	0	0,0	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	97	88,2	11	10,0	2	1,8	0	0,0	110	100,0

Најголем број од испитаниците, 97 или 88,2 % се изјасниле „0 — Не се чувствувам посебно виновен—, 11 или 10,0 % се изјасниле дека „1 — Добар дел од времето чувствуваат вина—, а само 2 или 1,8 % се изјасниле дека „2 — Во поголем дел од времето чувствуваат вина—. Никој од испитаниците не се изјаснил за „3 — Цело време се чувствувам виновен—. Од оние лица кои чувствуваат вина, поголем процент се лица од женски пол.

Табела 6

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	35	74,7	7	14,8	5	10,5	0	0,0	47	42,7
Женско	14	22,2	35	55,6	14	22,2	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	49	44,5	42	38,2	19	17,3	0	0,0	110	100,0

Поделени се мислите и чувствата кај испитаниците дека се казнети. Од нив, 49 или 44,5 % се изјасниле: „0 – Не мислам дека сум казнет—, а 42 или 38,2 % се изјасниле за „1 – Чувствувам дека можеби сум казнет—. Од испитаниците, 19 или 17,3 % се изјасниле за „2 – Очекувам дека ќе бидам казнет—. Ниту еден не се изјаснил за „3 – Чувствувам дека ова ми е казна—. Во однос на половата структура, поголем процент чувството на казна е застапено кај лицата од женски пол. 49 или 77,8 %.

Табела 7

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	19	40,4	27	57,4	0	0,0	1	2,2	47	42,7
Женско	33	52,4	30	47,6	0	0,0	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	52	47,3	57	51,8	0	0,0	1	0,9	110	100,0

Поделени се мислењата кај испитаниците во однос на разочараноста. Од нив, 52 или 47,3 % се изјасниле: „0 – Не сум разочаран од себе—, наспроти 57 или 51,8 % „1 – Разочаран сум од себе—. Само еден испитаник се изјаснил за „3 – Се мразам—, а ниту еден за „2 – Се гадам сам на себе—. Кај половата структура во поглед на разочараноста, поголем е процентот кај лицата од машки пол.

Табела 8

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	33	70,2	9	19,1	0	0,0	5	10,7	47	42,7
Женско	51	80,9	3	4,8	0	0,0	9	14,3	63	57,3
ВКУПНО	84	76,4	12	10,9	0	0,0	14	12,7	110	100,0

Најголем број од испитаниците, 84 или 76,4 % се изјасниле дека „0 – Не се чувствувам полошо од било кој друг—, 12 или 10,9 % се изјасниле за „1 – Критичен сум спрема себе поради своите слабости и грешки— и 14 или 12,7 % се изјасниле за „3 – Се обвинувам себе за сè лошо што ми се има случено—. Нема испитаници кои се изјасниле „2 – Цело време се обвинувам поради моите грешки—. Лицата од машки пол се покритични кон себе за своите слабости и грешки во однос на жените, односно 19,1 % во однос на 4,8 %.

Табела 9

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	14	29,8	33	70,2	0	0,0	0	0,0	47	42,7
Женско	52	82,5	11	17,5	0	0,0	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	66	60,0	44	40,0	0	0,0	0	0,0	110	100,0

Во поглед на самоубиството, поголемиот број од испитаниците, односно 66 или 60 % се изјасниле за „0 – Воопшто не помислувам на самоубиство—, 44 или 40 % се изјасниле за „1 – Помислувам на самоубиство, но не би го сторил тоа—. Не се изјасниле испитаници за „2 – Би сакал да се самоубијам— и „3 – Би се убил да имам прилика—. Поголем процент од испитаниците кои помислуваат на самоубиство се лица од машки пол – 70,2 %, наспроти лица од женски пол, односно 17,5 %.

Табела 10

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	2	4,2	34	72,3	6	12,8	5	10,7	47	42,7
Женско	18	28,6	12	19,1	19	30,1	14	22,2	63	57,3
ВКУПНО	20	18,2	46	41,8	25	22,7	19	17,3	110	100,0

Лицата со дијабет плачат повеќе од останатите лица. 46 од испитаниците односно 41,8 % се изјасниле за „1 — Сега плачам повеќе од порано—. 25 испитаници или 22,7 % се изјасниле за „2 — Сега постојано плачам —. Од испитаниците, 20 или 18,2 % се изјасниле за „0 — Не плачам повеќе од обично— и 19 или 17,3 % се изјасниле за „3 — Порано многу плачев, но сега не можам ни кога сакам—. За истакнување е дека машките испитаници кои се застапени со 91,1 %, повеќе плачат отколку женските со 49,2 %.

Табела 11

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	8	17,0	33	70,2	6	12,8	0	0,0	47	42,7
Женско	1	1,6	48	76,2	14	22,2	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	9	8,2	81	73,6	20	18,2	0	0,0	110	100,0

Дијабетот влијае врз степенот и интензитетот на лутина кај лицата со дијабет. Од испитаниците, 81 или 73,6 % истакнале „1 — Полесно се разлутувам од порано—. Од испитаниците, 20 или 18,2 % кажаа „2 — Сега цело време сум лут— и 9 или 8,2 % се изјасниле за „0 — Повеќе се разлутувам од било кога порано—. Од испитаниците никој не се изјаснил за „3 — Повеќе не ме лутат работи кои порано ме лутеа—. Не постои особена разлика во поглед на степенот и интензитетот на лутење и полот.

Табела 12

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	20	42,5	6	12,7	21	44,8	0	0,0	47	42,7
Женско	4	6,3	41	65,1	18	28,6	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	24	21,8	47	42,7	39	35,5	0	0,0	110	100,0

Поголем број од лицата со дијабет го губат интересот за другите луѓе. Од испитаниците, 47 или 42,7 % се изјасниле за „1 – Другите луѓе не ме интересираат како порано —, а 39 или 35,5 % за „2 – Во главно го имам изгубено интересот за други луѓе—. Од испитаниците, 24 или 21,8 % се изјасниле за „0 – Не го изгубиле интересот за други луѓе—. Губењето на интерес за другите луѓе е поизразен кај лицата од женски пол — 93,7 % во однос кај лицата од машки пол, кои се застапени со 57,5 %.

Табела 13

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	16	34,1	1	2,1	30	63,8	0	0,0	47	42,7
Женско	4	6,3	41	65,1	18	28,6	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	20	18,2	42	38,1	48	43,7	0	0,0	110	100,0

Дијабетесот создава потешкотии и во одлучувањето. Најголем број од испитаниците, 42 или 38,1 % се изјасниле за „1 – Го одложувам донесувањето на одлуки повеќе од порано—, а 48 или 43,7 % се изјасниле за „2 – Потешко ми е донесувањето одлуки од порано—. Од испитаниците, 20 или 18,2 % се изјасниле за „0 – Одлуките ги донесувам добро како порано—. Нема испитаници кои се изјасниле за „3 – Повеќе воопшто не можам да носам одлуки—. Донесувањето на одлуки е поотезнато кај лицата од женски пол, или 93,7 % во однос на лицата од машки пол, или 65,9 %.

Табела 14

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	24	51,0	23	49,0	0	0,0	0	0,0	47	42,7
Женско	29	46,1	0	0,0	33	52,4	1	1,5	63	57,3
ВКУПНО	53	48,1	23	20,9	33	30,1	1	0,9	110	100,0

Кај лицата со дијабет во поглед на изгледот пред и потоа се поделени мислењата. Од испитаниците, 53 или 48,1 % се изјасниле за „0 – Не мислам дека изгледам ништо полошо од порано—, наспрема 23 или 20,9 % кои се изјасниле за „1 – Се плашам дека изгледам старо и непожелно— и 33 или 30,1 % за „2 – Чувствувам дека во мојот изглед се

имаат случено промени кои ме прават непривлечен—. Ниту еден испитаник не се изјаснил за „3 — Мислам дека изгледам грдо—. Нема голема разлика во поглед на половата структура.

Табела 15

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	7	14,9	40	85,1	0	0,0	0	0,0	47	42,7
Женско	26	41,3	31	49,2	6	9,5	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	33	30,0	71	64,5	6	5,5	0	0,0	110	100,0

Лицата со дијабет имаат проблеми во работата. Приближно една третина, 30 или 30 % од лицата со дијабет се изјасниле за „0 — Мојам да работам еднакво добро како и порано—, наспрема 71 или 64,5 % кои се изјасниле за „1 — Мојам да вложам посебен напор за да почнам нешто да работам— и особено 6 или 5,5 % за „2 — Мојам многу тешко да се натерам да работам—. Не постојат лица со дијабет кои се изјасниле за „3 — Воопшто не мојам да работам—. Не постои разлика во половата структура.

Табела 16

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	8	17,1	34	72,3	5	10,6	0	0,0	47	42,7
Женско	37	58,8	17	26,9	9	14,3	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	45	40,9	51	46,4	14	12,7	0	0,0	110	100,0

Голем број од лицата со дијабет го имаат изгубено сонот. Од испитаниците, 51 или 46,4 %, односно 14 или 12,7 % се изјасниле за „1 — Не спијам добро како порано— и „2 — Се будам час до два порано и тешко ми е повторно да заспијам—. Сепак, голем број испитаници, 45 или 40,9 % се изјасниле за „0 — Спијам добро како порано—. Ниту еден испитаник не се изјаснил за „3 — Се будам неколку часа пред обично и тешко ми е да заспијам—. Овие промени поврзани со нарушен сон се поизразени кај лицата од машки пол, или 82,9 % во однос на лицата од женски пол или 41,2

Табела 17

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	32	68,1	14	29,8	0	0,0	1	2,1	47	42,7
Женско	37	58,7	26	41,3	0	0,0	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	69	62,7	40	36,4	0	0,0	1	0,9	110	100,0

Постојат спротивставени мислења кај лицата со дијабет околу заморот. Од нив, 69 или 62,7 % се изјасниле за „0 – Не се заморувам повеќе од обично—, наспроти 40 или 36,4 % кои се изјасниле за „1 – Се уморувам повеќе од обично—. Само еден испитаник се изјаснил за „3 – Преуморен сум било што да работам—. Лицата од женски пол се заморуваат повеќе во однос на лицата од машки пол.

Табела 18

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	41	87,2	6	12,8	0	0,0	0	0,0	47	42,7
Женско	13	20,6	41	65,1	9	14,3	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	54	49,1	47	42,7	9	8,2	0	0,0	110	100,0

Дијабетесот не влијае врз апетитот кај сите лица. Од испитаниците 54 или 49,1 % се изјасниле за „0 – Немам послаб апетит од порано—, наспроти 47 или 42,7 % кои се изјасниле за „1 – Немам така добар апетит како порано— и 9 или 8,2 % за „2 – Апетитот сега ми е многу послаб—. Ниту еден испитаник не се изјаснил за „3 – Повеќе воопшто немам апетит—. Поголем процент од лицата со дијабет од женски пол го изгубиле апетитот, или 79,4 % во однос на лица од машки пол – 12,8 %.

Табела 19

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	24	51,1	12	25,5	11	23,4	0	0,0	47	42,7
Женско	43	68,2	9	14,3	2	3,2	9	14,3	63	57,3
ВКУПНО	67	60,9	21	19,1	13	11,8	9	8,2	110	100,0

Лицата кои го изгубиле апетитот изгубиле и од својата тежина. Од испитаниците, 43 или 39,1 % изгубиле од 2 до 7 кг од својата тежина поради појавата на дијабет. Сепак, голем е бројот, дури 67 или 60,9 % кои се изјасниле дека не се ослабени. Лицата од машки пол со дијабет имаат поголема склоност кон губење на тежината.

Табела 20

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	43	91,5	0	0,0	4	8,5	0	0,0	47	42,7
Женско	36	57,2	27	42,8	0	0,0	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	79	71,8	27	24,5	4	3,7	0	0,0	110	100,0

Иако поголемиот број од испитаниците, 79 или 71,8 % се изјасниле за „0 — Здравјето не ги загрижува повеќе од обично—, сепак голем број, 31 или 28,2 % се загрижени бидејќи чувствуваат одредени здравствени проблеми. Од нив, 27 или 24,5 % се изјасниле за „1 — Загрижен сум поради проблеми како што се болки, нервозен желудник, запек—, а 4 испитаници или 3,7 % се изјасниле за „2 — Многу сум загрижен за здравствените проблеми и тешко ми е да размислувам за било што—. Ниту еден испитаник не се изјаснил за „3 — Толку сум загрижен за здравјето што веќе на ништо друго не размислувам—. Појавата и загриженоста за појава на здравствени проблеми е поевидентна кај лицата од женски пол.

Табела 21

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Пол	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
Машко	26	55,3	17	36,2	4	8,5	0	0,0	47	42,7
Женско	49	77,8	14	22,2	0	0,0	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	75	68,2	31	28,2	4	3,6	0	0,0	110	100,0

Сите претходно наведени промени влијаат и на сексот кај лицата со дијабет. Иако поголемиот број, 75 или 68,2 % се изјасниле дека „0 — Во последно време не сум забележал дека мојот интерес за секс се променил—, сепак 31 или 28,2 % се изјасниле за „1 — Сексот ме интересира помалку од обично—, а 4 или 3,6 % за „2 — Во голема мера го имам изгубено интересот за сексот—. Не се изјасниле испитаници за „3 — Потполно го имам изгубено интересот за секс—. Според полот, загубата за интересот за секс е поизразен кај лицата од машки пол.

11.3. Влијание на возраста врз степен на депресивност според Бековата скала

Во овој дел збирните бројки и проценти нема да ги коментирам бидејќи истите се коментирани во претходните табели. Тука коментарот ќе биде насочен кон влијанието на дијабетесот врз возраста. Испитаниците се поделени во три групи на возраст. Првата група, од 18 до 40 години, втората група се на возраст од 41 до 60 години и третата група на возраст од 61 до 80 години. Во натамошниот текст ќе се користат двата термини, нумерички и описно.

Табела 22

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	20	76,9	6	23,1	0	0,0	0	0,0	26	23,6
41-60 години	21	37,5	35	62,5	0	0,0	0	0,0	56	50,9
61-80 години	20	71,4	8	28,5	0	0,0	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	61	55,4	49	44,6	0	0,0	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот, „0 — Не, се чувствувам тажно—, се изјасниле: 76,9 % од 18 до 40 години, 37,5 % од 41 до 60 години и 71,4 % од 61 до 80 години. На исказот „1 — Се чувствувам тажно—, се изјасниле: 23,1 % од 18 до 40 години, 62,5 % од 41 до 60 години и 28,5 % од 61 до 80 години. На исказите „2 — Се чувствувам тажно цело време и не можам да се отргнам од тоа— и „3 — Така сум тажен и несрекен, што тоа повеќе не можам да го поднесам—, не се изјасниле испитаници. Лицата на помлада и на постара возраст се чувствуваат помалку тажни во однос на средната возраст, односно од 41 до 60 години. Најтажни се чувствуваат лицата од втората група.

Табела 23

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	11	42,3	15	51,7	0	0,0	0	0,0	26	23,6
41-60 години	17	30,4	39	69,6	0	0,0	0	0,0	56	50,9
61-80 години	6	21,4	22	78,6	0	0,0	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	34	30,9	76	69,1	0	0,0	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 – Не сум посебно обесхрабрен во поглед на иднината—, се изјасниле: 42,3 % од 18 до 40 години, 30,4 % од 41 до 60 години и 21,4 % од 61 до 80 години. На исказот „1 – Обесхрабрен сум во поглед на иднината—, се изјасниле: 51,7 % од 18 до 40 години, 69,6 % од 41 до 60 години и 78,6 % од 61 до 80 години. На исказите „2 – Чувствувам дека нема на што да се радувам— и „3 – Чувствувам дека иднината е безнадежна и дека работите не може да се поправат—, не се изјасниле испитаници. Обесхрабреноста кон иднината е правопрпорционална со возраста. Според возраста, старите лица, односно од трета доба се најобесхрабрани во поглед на иднината.

Табела 24

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	24	92,3	2	7,7	0	0,0	0	0,0	26	23,6
41-60 години	19	33,9	19	33,9	0	0,0	18	32,2	56	50,9
61-80 години	16	57,1	12	42,9	0	0,0	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	59	53,6	33	30,0	0	0,0	18	16,4	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 – Чувствувам дека сум неуспешна личност—, се изјасниле: 92,3 % од 18 до 40 години, 33,9 % од 41 до 60 години и 57,1% од 61 до 80 години. На исказот „1 – Чувствувам дека сум понеуспешен од просечен човек—, се изјасниле: 7,7 % од 18 до 40 години, 33,9 % од 41 до 60 години и 42,9 % од 61 до 80 години. На исказот „2 – Кога ќе погледнам назад во животот, гледам само неуспех—, не се изјасниле испитаници и на исказот „3 – Како личност се чувствувам комплетно промашен—, се изјасниле 32,2 % од 41 до 60 години. Чувството за неуспешна личност доминира кај најмладите и најстарите, односно лицата од првата и третата група.

Табела 25

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	10	38,5	9	34,6	7	26,9	0	0,0	26	23,6
41-60 години	6	10,7	20	35,7	30	53,6	0	0,0	56	50,9
61-80 години	7	25,0	14	50,0	7	25,0	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	23	20,9	43	39,1	44	40,0	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 — Некои работи и понатаму ми причинуваат задоволство како порано—, се изјасниле 38,5 % на возраст од 41 до 60 години, 10,7 % на возраст од 41 до 60 години и 25,0 % на возраст од 61 до 80 години. Од испитаниците на исказот „1 — Не уживам во некои работи како порано—, се изјасниле: 34,6 % на возраст од 18 до 40 години, 35,7 % на возраст од 41 до 60 години и 50 % на возраст од 61 до 80 години. На исказот „2 — Повеќе сокоро ништо не ми причинува задоволство—, се изјасниле: 26,9 % на возраст од 18 до 40 години, 53,6 % на возраст од 41 до 60 години и 25 % на возраст од 61 до 80 години. Исказот „3 — Ништо не може да ми причини задоволство, сè ми е досадно—, не е евидентиран кај ниедна група на испитаници. Немањето задоволство е правопрпорционално со возраста. Повеќе е изразено кај лица од втората и третата група.

Табела 26

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	24	92,4	1	3,8	1	3,8	0	0,0	26	23,6
41-60 години	49	87,5	7	12,5	0	0,0	0	0,0	56	50,9
61-80 години	24	85,7	3	10,7	1	3,6	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	97	88,2	11	10,0	2	1,8	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 — Не се чувствувам посебно виновен—, се изјасниле: 92,4 % од 18 до 40 години, 87,5 % од 41 до 60 години и 85,7 % од 61 до 80 години. На исказот „1 — Дobar дел од времето чувствувам вина—, се изјасниле: 3,8 % од 18 до 40 години, 12,5 % од 41 до 60 години и 10,7 % од 61 до 80 години. На исказот „2 — Во поголем дел од времето чувствувам вина—, се изјасниле: 3,8 % од 18 до 40 години и 3,6 % од 61 до 80 години. На исказот „3 — Цело време се чувствувам виновен—, не се изјасниле испитаници. Само мал дел од испитаниците чувствуваат вина. Чувството на вина не е поврзано сигнификантно со возраста

Табела 27

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	14	53,8	10	38,4	2	7,8	0	0,0	26	23,6
41-60 години	20	35,7	19	33,9	17	30,4	0	0,0	56	50,9
61-80 години	15	53,5	13	46,5	0	0,0	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	49	44,5	42	38,2	19	17,3	0	0,0	110	100,0

Чувството за казна ги подели испитаниците. Од испитаниците на исказот „0 – Не мислам дека сум казнет—, се изјасниле: 53,8 % од 18 до 40 години, 35,7 % од 41 до 60 години и 53,5 % од 61 до 80 години. На исказот „1 – Чувствувам дека можеби сум казнет—, се изјасниле: 38,4 % од 18 до 40 години, 33,9 % од 41 до 60 години и 46,5 % од 61 до 80 години. На исказот „2 – Очекувам дека ќе бидам казнет—, се изјасниле: 7,8 % од 18 до 40 години, 30,4 % од 41 до 60 години, додека на исказот „3 – Чувствувам дека ова ми е казна—, не се изјасниле испитаници. Чувството за казна е правопрпорционално со возраста. Најголемо чувство за казна постои кај испитаниците на третата група.

Табела 28

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	21	80,7	5	19,3	0	0,0	0	0,0	26	23,6
41-60 години	14	25,0	42	75,0	0	0,0	0	0,0	56	50,9
61-80 години	17	60,7	10	35,7	0	0,0	1	3,6	28	25,4
ВКУПНО	52	47,3	57	51,8	0	0,0	1	0,9	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 – Не сум разочаран од себе— се изјасниле: 80,7 % од 18 до 40 години, 25,0 % од 41 до 60 години и 60,7 % од 61 до 80 години. На исказот „1 Разочаран сум од себе—, се изјасниле: 19,3 % од 18 до 40 години, 75,0 % од 41 до 60 години и 35,7 % од 61 до 80 години. На исказот „2 – Се гадам сам на себе—, не се изјаснил ниту еден испитаник и на исказот „3 – Се мразам—, се изјасниле: 3,6 % од 61 до 80 години. Скоро половина од испитаниците не се разочарани. Разочараноста од животот е доминантна кај лицата на возраст од 41 до 60 години, односно втората група.

Табела 29

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	17	65,4	7	26,9	0	0,0	2	7,7	26	23,6
41-60 години	42	75,0	2	3,5	0	0,0	12	21,5	56	50,9
61-80 години	25	89,3	3	10,7	0	0,0	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	84	76,4	12	10,9	0	0,0	14	12,7	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 — Не се чувствувам полошо од било кој друг— се изјасниле: 65,4 % од 18 до 40 години, 75,0 % од 41 до 60 години и 89,3 од 61 до 80 години. На исказот „1 — Критичен сум спрема себе поради своите слабости и грешки—, се изјасниле: 26,9 % 18 до 40 години, 3,5 % од 41 до 60 години и 10,7 % од 61 до 80 години. На исказот „2 — Цело време се обвинувам поради моите грешки— не се изјаснил никој, а на исказот „3 — Се обвинувам себеси за сè лошо што ми се има случено—, се изјасниле: 7,7 % од 18 до 40 години и 27,5 % од 41 до 60 години. Во поглед на самокритичноста, најголемиот број од испитаниците, 84 или 76,4 % не се самокритични. Самокритичноста и себеообвинувањето се поизразени кај лицата на возраст од 41 до 60 години.

Табела 30

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18 – 40 години	14	53,8	12	46,2	0	0,0	0	0,0	26	23,6
41 – 60 години	41	73,2	15	26,8	0	0,0	0	0,0	56	50,9
61 – 80 години	11	39,3	17	60,7	0	0,0	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	66	60,0	44	40,0	0	0,0	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 — Воопшто не помислувам на самоубиство—, се изјасниле: 53,8 % од 18 до 40 години, 73,2 % од 41 до 60 години и 39,3 % од 61 до 80 години. На исказот „1 — Помислувам на самоубиство, но не би го сторил тоа—, се изјасниле: 46,2 % од 18 до 40 години, 26,8 % од 41 до 60 години и 60,7 % од 61 до 80 години. На исказот „2 — Би сакал да се самоубијам—, не се изјаснил никој и на исказот „3 — Би се убил да имам прилика—, исто така не се изјаснил никој. Самоубиството не е опција на лицата со дијабет. Поголемиот дел од испитаниците се изјасниле дека не помислуват на самоубиство. Помислата на самоубиство е поголема кај постарите и помладите лица.

Табела 31

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	4	15,4	13	50,0	7	26,9	2	7,7	26	23,6
41-60 години	8	14,3	20	35,7	11	19,6	17	30,4	56	50,9
61-80 години	8	28,6	13	46,4	7	25,0	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	20	18,2	46	41,8	25	22,7	19	17,3	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 – Не плачам повеќе од обично—, се изјасниле: 15,4 % од 18 до 40 години, 14,3 % од 41 до 60 години и 28,6 % од 61 до 80 години. На исказот „1 – Сега плачам повеќе од порано—, се изјасниле: 50,0 % од 18 до 40 години, 35,7 % од 41 до 60 години и 46,4 % од 61 до 80 години. На исказот „2 – Сега постојано плачам—, се изјасниле: 26,9 % од 18 до 40 години, 19,6 % од 41 до 60 години и 25,0 % од 61 до 80 години и на исказот „3 – Порано многу плачев, но сега не можам ни кога сакам—, се изјасниле: 7,7 % од 18 до 40 години и 30,4 % од 41 до 60 години. Постои разноликост во исказите на лицата со дијабет поврзани со плачењето. Плачењето е повеќе присутно кај помладите лица од првата група и кај повозрасните лица од третата група.

Табела 32

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18 – 40 години	4	15,5	19	73,2	3	11,1	0	0,0	26	23,6
41 – 60 години	1	1,7	38	67,8	17	30,5	0	0,0	56	50,9
61 – 80 години	4	14,3	24	85,7	0	0,0	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	9	8,2	81	73,6	20	18,2	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 – Повеќе се разлутувам од било кога порано—, се изјасниле: 15,5 % од 18 до 40 години, 1,7 % од 41 до 60 години и 14,3 % од 61 до 80 години. На исказот „1 – Полесно се разлутувам од порано—, се изјасниле: 73,2 % од 18 до 40 години, 67,8 % од 41 до 60 години и 85,7 % од 61 до 80 години. На исказот „2 – Сега цело време сум лут—, се изјасниле: 11,1 % од 18 до 40 години и 30,5 % од 41 до 60 години. На исказот „3 – Повеќе не ме лутат работи кои

порано ме лутеа—, не се изјасниле испитаници. Лицата со дијабет полесно и почесто се лутат. Помладите и повозрасните лица од првата и третата група почесто се лутат, додека лицата од втора група подолго време држат лутина.

Табела 33

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	15	57,7	8	30,7	3	11,6	0	0,0	26	23,6
41-60 години	0	0,0	34	60,7	22	39,3	0	0,0	56	50,9
61-80 години	9	32,2	5	17,8	14	50,0	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	24	21,8	47	42,7	39	35,5	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 – Не го изгубив интересот за други луѓе—, се изјасниле: 57,7 % од 18 до 40 години и 32,2 % од 61 до 80 години. На исказот „1 – Другите луѓе не ме интересираат како порано—, се изјасниле: 30,7 % од 18 до 40 години, 60,7 % од 41 до 60 години и 17,8 % од 61 до 80 години. На исказот „2 – Во главно го имам изгубено интересот за други луѓе—, се изјасниле: 11,6 % од 18 до 40 години, 39,3 % од 41 до 60 години, 50,0 % од 61 до 80 години. На исказот „3 – Го имам изгубено интересот за други луѓе—, не се изјасниле испитаници. Поголемиот број од лицата со дијабетес го губат интересот за другите луѓе. Изгубениот интерес за другите луѓе е најкарактеристичен за лицата од втората група.

Табела 34

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18 – 40 години	8	30,7	12	46,2	6	23,1	0	0,0	26	23,6
41 – 60 години	12	21,4	20	35,7	24	42,9	0	0,0	56	50,9
61 – 80 години	0	0,0	10	35,7	18	64,3	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	20	18,2	42	38,1	48	43,7	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 – Одлуките ги донесувам добро како порано—, се изјасниле: 30,7 % од 18 до 40 години и 21,4 % од 41 до 60 години. На исказот „1 – Го одложувам донесувањето на одлуки повеќе од порано—, се изјасниле: 46,2 % од 18 до 40 години, 35,7 % од 41 до 60 години и 35,7 % од 61 до 80 години. На исказот „2 – Потешко ми е донесувањето одлуки од порано—, се изјасниле: 23,1 % од 18 до 40

години, 42,9 % од 41 — 60 години и 64,3 % од 61 до 80 години. На исказот „3 — Повеќе воопшто не можам да носам одлуки—, не се изјасниле испитаници. Дијабетесот влијае врз ефективноста и ефикасноста во одлучувањето. Процесот на одлучување е отежнат кај лицата со поголема возраст од втората и третата група.

Табела 35

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	15	57,7	11	42,3	0	0,0	0	0,0	26	23,6
41-60 години	26	46,4	7	12,5	23	41,1	0	0,0	56	50,9
61-80 години	12	42,8	5	17,8	10	35,8	1	3,6	28	25,4
ВКУПНО	53	48,1	23	20,9	33	30,1	1	0,9	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 — Не мислам дека изгледам ништо полошо од порано—, се изјасниле: 57,7 % од 18 до 40 години, 46,4 % од 41 до 60 години и 42,8 % од 61 до 80 години. На исказот „1 — Се плашам дека изгледам старо и непожелно—, се изјасниле: 42,3 % од 18 до 40 години, 12,5 % од 41 до 60 години и 17,8 % од 61 до 80 години. На исказот „2 — Чувствувам дека во мојот изглед се имаат случено промени кои ме прават непривлечен—, се изјасниле: 41,1 % од 41 до 60 години и 35,8 % од 61 до 80 години. На исказот „3 — Мислам дека изгледам грдо—, се изјасниле 3,6 % од 61 до 80 години. Дијабетот влијае и врз перцепцијата на лицата за нивниот надворешен изглед. Влијанието е поизразено кај лицата со дијабет од втората група.

Табела 36

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	16	61,5	10	38,5	0	0,0	0	0,0	26	23,6
41-60 години	12	21,4	41	73,2	3	5,4	0	0,0	56	50,9
61-80 години	5	17,8	20	71,4	3	10,8	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	33	30,0	71	64,5	6	5,5	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 — Можам да работам еднакво добро како и порано—, се изјасниле: 61,5 % од 18 до 40 години, 21,4 % од 41 до 60 години и 17,8 % од 61 до 80 години. На исказот „1 — Морам

да вложам посебен напор за да почнам нешто да работам—, се изјасниле: 38,5 % од 18 до 40 години, 73,2 % од 41 до 60 години и 71,4 % од 61 до 80 години. На исказот „2 – Морам многу тешко да се натерам да работам—, се изјасниле: 5,4 % од 41 до 60 години и 10,8 % од 61 до 80 години. На исказот „3 – Воопшто не можам да работам—, не се изјасниле испитаници. Дијабетот влијае и врз работата. Оваа карактеристика е поизразена кај лицата кои се повозрасни од втората и третата група.

Табела 37

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	18	69,2	5	19,2	3	11,6	0	0,0	26	23,6
41-60 години	25	44,6	30	53,6	1	1,8	0	0,0	56	50,9
61-80 години	2	7,1	16	57,1	10	35,7	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	45	40,9	51	46,4	14	12,7	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 – Спијам добро како порано—, се изјасниле: 69,2 % од 18 до 40 години, 44,6 % од 41 до 60 години и 7,1 % од 61 до 80 години. На исказот „1 – Не спијам добро како порано—, се изјасниле: 19,2 % од 18 до 40 години, 53,6 % од 41 до 60 години и 57,1 % од 61 до 80 години. На исказот „2 – Се будам час до два порано и тешко ми е повторно да заспијам—, се изјасниле: 11,6 % од 18 до 40 години, 1,8 % од 41 до 60 години и 35,7 % од 61 до 80 години. На исказот „3 – Се будам неколку часа пред обично и тешко ми е да заспијам—, не се изјасниле испитаници. Дијабетот влијае и на сонот. Повеќе од половина од испитаниците имаат проблеми со спиењето. Поголеми проблеми со спиењето имаат лицата од втората и третата група.

Табела 38

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	18	69,2	8	30,7	0	0,0	0	0,0	26	23,6
41-60 години	30	53,6	26	46,4	0	0,0	0	0,0	56	50,9
61-80 години	21	75,0	6	21,4	0	0,0	1	3,6	28	25,4
ВКУПНО	69	62,7	40	36,4	0	0,0	1	0,9	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 — Не се заморувам повеќе од обично—, се изјасниле: 69,2 % од 18 до 40 години, 53,6 % од 41 до 60 години и 75,0 % од 61 до 80 години. На исказот „1 — Се уморувам повеќе од обично—, се изјасниле: 30,7 % од 18 до 40 години, 46,4 % од 41 до 60 години и 21,4 % од 61 до 80 години. На исказот „2 — Ако било што работам, се уморувам—, не се изјасниле испитаници и на исказот „3 — Преуморен сум било што да работам—, се изјасниле: 0,9 % од 61 до 80 години. Лицата со дијабет се заморуваат повеќе од останатите лица. Зголемениот замор е покарактеристичен за лицата со дијабет од втората група.

Табела 39

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	18	69,2	8	30,8	0	0,0	0	0,0	26	23,6
41-60 години	21	37,5	33	58,9	2	3,6	0	0,0	56	50,9
61-80 години	15	53,5	6	21,5	7	25,0	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	54	49,1	47	42,7	9	8,2	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 — Немам послаб апетит од порано—, се изјасниле: 69,2 % од 18 до 40 години, 37,5 % од 41 до 60 години и 53,5 % од 61 до 80 години. На исказот „1 — Немам така добар апетит како порано—, се изјасниле: 30,8 % од 18 до 40 години, 58,9 % од 41 до 60 години и 21,5 % од 61 до 80 години. На исказот „2 — Апетитот сега ми е многу послаб—, се изјасниле: 3,6 % од 41 до 60 години и 25,0 % од 61 до 80 години. На исказот „3 — Воопшто повеќе немам апетит—, не се изјасниле испитаници. Дијабетот влијае и на апетитот. Апетитот го губат повеќе испитаниците од првата и втората група.

Табела 40

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	19	73,1	4	15,4	3	11,5	0	0,0	26	23,6
41-60 години	29	51,7	11	19,6	9	16,1	7	12,6	56	50,9
61-80 години	19	67,8	6	21,4	1	3,6	2	7,2	28	25,4
ВКУПНО	67	60,9	21	19,1	13	11,8	9	8,2	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 – Не сум ослабен—, се изјасниле: 73,1% од 18 до 40 години, 51,7 % од 41 до 60 години и 67,8 % од 61 до 80 години. На исказот „1 – Изгубив повеќе од два килограми—, се изјасниле: 15,4 % од 18 до 40 години, 19,6 % од 41 до 60 години и 21,4 % од 61 до 80 години. На исказот „2 – Изгубив повеќе од пет килограми—, се изјасниле: 11,5 % од 18 до 40 години, 16,1 % од 41 до 60 години и 3,6 % од 61 до 80 години. На исказот „3 – Изгубив повеќе од седум килограми—, се изјасниле: 12,6 % од 41 до 60 години и 7,2 % од 61 до 80 години. Дијабетот влијае и врз губењето на тежина. Поголема тежина изгубиле повозрасните лица од втората и третата група.

Табела 41

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	13	50,0	12	46,2	1	3,8	0	0,0	26	23,6
41-60 години	43	76,8	10	17,8	3	5,4	0	0,0	56	50,9
61-80 години	23	82,1	5	17,9	0	0,0	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	79	71,8	27	24,5	4	3,7	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 – Здравјето не ме загрижува повеќе од обично—, се изјасниле: 50,0 % од 18 до 40 години, 76,8 % од 41 до 60 години и 82,1 % од 61 до 80 години. На исказот „1 – Загрижен сум поради проблеми како што се болки, нервозен желудник, запек—, се изјасниле: 46,2 % од 18 до 40 години, 17,8 % од 41 до 60 години и 17,9 % од 61 до 80 години. На исказот „2 – Многу сум загрижен за здравствените проблеми и тешко ми е да размислувам за било што—, се изјасниле: 3,8 % од 18 – 40 години и 5,4 % од 41 – 60 години. На исказот „3 – Толку сум загрижен за здравјето што веќе на ништо друго не размислувам—, не се изјасниле испитаници. Дијабетот влијае и врз здравјето и создава здравствени проблеми. Поголема загриженост за здравствените проблеми покажуваат помладите, односно лицата од првата и втората група.

Табела 42

Степен на депресивност	0		1		2		3		ВКУПНО	
Возраст	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
18-40 години	24	92,3	2	7,7	0	0,0	0	0,0	26	23,6
41-60 години	48	85,7	8	14,3	0	0,0	0	0,0	56	50,9
61-80 години	3	10,7	21	75,0	4	14,3	0	0,0	28	25,4
ВКУПНО	75	68,2	31	28,2	4	3,6	0	0,0	110	100,0

Од испитаниците на исказот „0 – Во последно време не сум забележал дека мојот интерес за секс се променил—, се изјасниле: 92,3 % од 18 до 40 години, 85,7 % од 41 до 60 години и 10,7 % од 61 – 80 години. На исказот „1 – Сексот ме интересира помалку од обично—, се изјасниле: 7,7 % од 18 до 40 години, 14,3 % од 41 до 60 години и 75,0 % од 61 до 80 години. На исказот „2 – Во голема мера го имам изгубено интересот за сексот—, се изјасниле 14,3 % од 61 до 80 години. На исказот „3 – Потполно го имам изгубено интересот за секс—, не се изјасниле испитаници. Во одредена доза дијабетот влијае и врз сексот. Според возраста, тоа е најизразено кај повозрасните лица од третата група.

11.4.Разлики помеѓу очекуваните и опсервираните фреквенции на искази

11.4.1Разлики помеѓу очекуваните и опсервираните фреквенции на искази

Со хи-квадрат тест утврдени се разликите помеѓу очекуваните и опсервираните фреквенции на искази заеднички за сите испитаници. Според добиените резултати, од вкупно дваесет и еден индикатор (табела бр. 1.1.-1 и табела бр. 1.1.-2), статистички (сигнификантни) значајни разлики утврдени се во дваесет индикатори. Статистички значајни разлики не се утврдени само во првиот индикатор (VAR00001). Поединечен преглед за секој индикатор во кој е утврдена значајност на разликите:

VAR00002, $\chi^2 = 16,036$; $df = 1$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 2);

VAR00003, $\chi^2 = 21,291$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 3);

VAR00004, $\chi^2 = 8,855$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,012$ (Анкетно прашање бр. 4);
 VAR00005, $\chi^2 = 150,018$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 5);
 VAR00006, $\chi^2 = 13,109$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,001$ (Анкетно прашање бр. 6);
 VAR00007, $\chi^2 = 53,145$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 7);
 VAR00008, $\chi^2 = 91,709$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 8);
 VAR00009, $\chi^2 = 4,400$; $df = 1$; $n = 110$; $Sig. = ,036$ (Анкетно прашање бр. 9);
 VAR00010, $\chi^2 = 15,891$; $df = 3$; $n = 110$; $Sig. = ,001$ (Анкетно прашање бр. 10);
 VAR00011, $\chi^2 = 82,055$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 11);
 VAR00012, $\chi^2 = 8,306$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,016$ (Анкетно прашање бр. 12);
 VAR00013, $\chi^2 = 38,691$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 13);
 VAR00014, $\chi^2 = 82,055$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 14);
 VAR00015, $\chi^2 = 34,382$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 15);
 VAR00016, $\chi^2 = 99,673$; $df = 3$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 16);
 VAR00017, $\chi^2 = 63,509$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 17);
 VAR00018, $\chi^2 = 31,982$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 18);
 VAR00019, $\chi^2 = 48,691$; $df = 3$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 19);
 VAR00020, $\chi^2 = 76,491$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 20);
 VAR00021, $\chi^2 = 70,055$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 21).

11.4.2 Разлики помеѓу дадените искази кај испитаниците според полова припадност

Со хи-квадрат тест утврдени се разликите помеѓу дадените искази на испитаници според половата припадност. Според добиени резултати, од вкупно дваесет и еден индикатор (табела бр. 1.2.-1 и табела бр. 1.2.-1а заклучно со табела бр. 1.2.-21 и табела бр. 1.2.-21а),

статистички (сигнификантни) значајни разлики утврдени се во четиринаесет индикатори. Додека значајни разлики не се утврдени во седум индикатори (VAR00002; VAR00007; VAR00008; VAR00013; VAR00014; VAR00016 и VAR00017). Поединечен преглед за секој индикатор во кој е утврдена значајност на разликите:

VAR00001, $\chi^2 = 25,562$; $df = 1$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 1);

VAR00003, $\chi^2 = 14,255$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,001$ (Анкетно прашање бр. 3);

VAR00004, $\chi^2 = 34,010$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 4);

VAR00005, $\chi^2 = 8,042$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,018$ (Анкетно прашање бр. 5);

VAR00006, $\chi^2 = 32,260$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 6);

VAR00009, $\chi^2 = 31,212$; $df = 1$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 9);

VAR00010, $\chi^2 = 30,742$; $df = 3$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 10);

VAR00011, $\chi^2 = 9,292$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,010$ (Анкетно прашање бр. 11);

VAR00012, $\chi^2 = 34,652$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 12);

VAR00015, $\chi^2 = 35,323$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 15);

VAR00018, $\chi^2 = 48,276$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 18);

VAR00019, $\chi^2 = 37,998$; $df = 3$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 19);

VAR00020, $\chi^2 = 30,786$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 20);

VAR00021, $\chi^2 = 11,046$; $df = 2$; $n = 110$; $Sig. = ,000$ (Анкетно прашање бр. 21).

11.4.3 Разлики помеѓу дадените искази кај испитаниците според старосните граници

Со хи-квадрат тест утврдени се разликите помеѓу дадените искази на испитаници според годините на старост. Според добиените резултати, од вкупно дваесет и еден индикатор (табела бр. 1.3.-1 и табела бр. 1.3.-1а заклучно со табела бр. 1.3.-21 и табела бр. 1.3.-21а), статистички (сигнификантни) значајни разлики утврдени се во тринаесет индикатори. Додека значајни разлики не се утврдени во осум индикатори (VAR00002; VAR00005; VAR00009; VAR00013; VAR00014; VAR00015; VAR00017 и VAR00020).

Поединечен преглед за секој индикатор во кој е утврдена значајност на разликите:
 VAR00001, $\chi^2 = 15,051$; df= 2; n= 110; Sig. = ,001 (Анкетно прашање бр. 1);
 VAR00003, $\chi^2 = 27,961$; df= 4; n= 110; Sig. = ,000 (Анкетно прашање бр. 3);
 VAR00004, $\chi^2 = 13,002$; df= 4; n= 110; Sig. = ,011 (Анкетно прашање бр. 4);
 VAR00006, $\chi^2 = 17,275$; df= 4; n= 110; Sig. = ,002 (Анкетно прашање бр. 6);
 VAR00007, $\chi^2 = 33,304$; df= 4; n= 110; Sig. = ,000 (Анкетно прашање бр. 7);
 VAR00008, $\chi^2 = 24,423$; df= 4; n= 110; Sig. = ,000 (Анкетно прашање бр. 8);
 VAR00010, $\chi^2 = 16,952$; df= 6; n= 110; Sig. = ,009 (Анкетно прашање бр. 10);
 VAR00011, $\chi^2 = 21,272$; df= 4; n= 110; Sig. = ,000 (Анкетно прашање бр. 11);
 VAR00012, $\chi^2 = 41,950$; df= 4; n= 110; Sig. = ,000 (Анкетно прашање бр. 12);
 VAR00016, $\chi^2 = 22,625$; df= 6; n= 110; Sig. = ,000 (Анкетно прашање бр. 16);
 VAR00018, $\chi^2 = 13,878$; df= 4; n= 110; Sig. = ,008 (Анкетно прашање бр. 18);
 VAR00019, $\chi^2 = 24,681$; df= 6; n= 110; Sig. = ,000 (Анкетно прашање бр. 19);
 VAR00021, $\chi^2 = 21,079$; df= 4; n= 110; Sig. = ,000 (Анкетно прашање бр. 21);

11.5. Заклучоци од истражувањето (дискусија)

Во поглед на влијанието на дијабетес на полот и возраста врз депресивноста од истражувањето, следуваат следните заклучоци:

Помал дел од лицата со дијабетес чувствуваат тага поради оваа состојба. Тагата повеќе е застапена кај лицата од женски пол. Според возраста, тагата е застапена кај лицата на средна возраст.

Кај поголемиот процент од лицата со дијабетес иднината е обесхрабрувачка, бесперспективна. Обесхрабрувањето е поизразено кај лицата од женски пол. Обесхрабреноста кон иднината е пропорционална со возраста. Според возраста, старите лица се најобесхрабрани во поглед на иднината.

Поголемиот процент од лицата со дијабетес се чувствуваат како неуспешни личности. Ова чувство е поизразено кај лицата од женски пол. Според возраста, чувството за неуспешна личност доминира кај најмладите и најстарите лица.

Поголемиот процент од лицата со дијабетес не чувствуваат задоволство во работата како пред да им биде детектиран дијабетес. Не постои сигнификантна разлика според полот. Според возраста, немањето задоволство е пропорционално со возраста. Повеќе изразено е кај постарите лица.

Помалку од 50 % лицата со дијабетес доживуваат чувство на вина. Од оние лица кои чувствуваат вина, поголем процент се лица од женски пол. Чувството на вина не е поврзано сигнификантно со возраста.

Половина од испитаниците имаат чувство дека се казнети или ќе бидат казнети. Поголем процент чувството на казна е застапено кај лицата од женски пол. Чувството за казна е пропорционално со возраста. Најголемо чувство за казна постои кај постарите испитаници.

Половина од испитаниците чувствуваат разочараност во животот. Чувството на разочараност е пофреквентно кај лицата од машки пол. Според возраста, разочараноста од животот е доминантна кај лицата на возраст од средна доба.

Не е голем процентот на лица со дијабетес кои се самокритични за новонастанатата ситуација. Лицата од машки пол се покритични кон себе за своите слабости и грешки. Според возраста, покритични кон себе се лицата од средна доба.

Мал процент од лицата со дијабетес размислуваат за самоубиство. Најчесто само размислуваат без практични обиди да го сторат. Поголем процент од испитаниците кои помислуваат на самоубиство се лица од машки пол. Според возраста, помислата на самоубиство е поголема кај помладите лица.

Лицата со дијабетес плачат повеќе од останатите лица. Лицата од машки пол повеќе плачат во однос на лицата од женски пол. Според

возраста, плачењето е поврзано со најмладите и најстарите испитаници.

Дијабетесот влијае врз степенот и интензитетот на лутина кај лицата со дијабет. Не постои особена разлика во поглед на степенот и интензитетот на лутење и полот. Според возраста, помладите и повозрасните лица почесто се лутат, додека лицата од средна доба подолго време држат лутина.

Поголем процент од лицата со дијабетес го губат интересот за другите луѓе. Губењето на интерес за другите луѓе е поизразен кај лицата од женски пол. Изгубениот интерес за другите луѓе е најкарактеристичен за лицата од средно доба.

Дијабетесот создава потешкотии и во одлучувањето. Донесувањето на одлуки е поотежнато кај лицата од женски пол. Процесот на одлучување е отежнат кај лицата со поголема возраст.

Поголем процент од лицата со дијабетес во поглед на надворешниот физички изглед ценат дека изгледаат полошо од порано. Нема голема разлика во поглед на половата структура. Перцепцијата за полош физички изглед е поизразена кај лицата со дијабетес во средна доба.

Лицата со дијабетес имаат проблеми во работата. Сметаат дека не можат да работат еднакво добро како и порано. Не постои разлика според пол. Оваа карактеристика е поизразена кај повозрасните лица.

Најголемиот број од лицата со дијабетес го имаат изгубено сонот. Промените поврзани со нарушен сон се поизразени кај лицата од машки пол. Поголеми проблеми со спиењето имаат повозрасните лица. Поголемиот процент од лицата со дијабетес не се заморуваат повеќе од обично. Лицата од женски пол се заморуваат повеќе во однос на лицата од машки пол. Зголемениот замор е покарактеристичен за лицата со дијабет од средната доба.

Помал процент од половина од испитаниците го изгубиле апетитот. Поголем процент од лицата со дијабетес од женски пол го изгубиле апетитот. Апетитот го губат повеќе помладите лица и лицата во средна доба.

Лицата со дијабетес губат од својата телесна тежина. Губењето на телесна тежина е поизразено кај лицата од машки пол. Поголема тежина изгубиле повозрасните лица со дијабетес.

Мал е процентот на лица со дијабетес кои се загрижени за компликација на здравјето. Појавата на здравствени проблеми е поевидентна кај лицата од женски пол. Поголема загриженост за здравствените проблеми покажуваат помладите и лицата од средна доба.

Мал е процентот на лица со дијабетес кои го загубиле интересот за секс. Според полот, загубата за интересот за секс е поизразена кај лицата од машки пол. Според возраста, најизразена е загубата за интересот за секс кај постарите лица.

Со хи-квадрат тест утврдени се разликите помеѓу очекуваните и опсервираните фреквенции на искази заеднички за сите испитаници. Според добиените резултати, од вкупно дваесет и еден индикатор, статистички (сигнификантни) значајни разлики утврдени се во дваесет индикатори. Статистички значајни разлики не се утврдени само во првиот индикатор

Со хи-квадрат тест утврдени се разликите помеѓу дадените искази на испитаници според половата припадност. Според добиените резултати, од вкупно дваесет и еден индикатор, статистички (сигнификантни) значајни разлики се утврдени во четиринаесет индикатори.

Со хи-квадрат тест утврдени се разликите помеѓу дадените искази на испитаници според годините на старост. Според добиени резултати, од вкупно дваесет и еден индикатор, статистички (сигнификантни) значајни разлики се утврдени во тринаесет индикатори.

ЗАКЛУЧОК

Хроничните заболувања генерално имаат големо влијание врз психолошката состојба на личноста која се соочува со нив. Дијабетесот е едно од овие заболувања, кое поради неговата природа, покрај со здравствените проблеми, пациентите се соочуваат и со проблеми од психолошка природа.

Истражувањата на овој проблем стануваат важни за науката и медицината. Со оглед на тоа дека дијабетесот има големи реперкусии не само врз квалитетот и начинот на живот на лицата со дијабетес, туку и на нивните семејства, кај ова заболување лицата може да имаат значајни психолошки и социјални проблеми, независно од возраста. Истражувањата покажаа дека влијанието на дијабетесот се рефлектира со тага, незадоволство, чувство дека се казнети, иднината им е неохрабрувачка, се чувствуваат неуспешни, не чувствуваат задоволство како пред дијагностицирање на болеста, туку тоа го чувствуваат како казна. Овие лица се раздразливи, почувствителни. Сметаат дека не можат да работат еднакво добро како и порано. Потешко донесуваат одлуки од суштински карактер.

Најголем дел од испитаниците потенцираа дека успешниот медицински третман е од најголемо значење за нив. Употребата на користење на најнови лекови (таблети, инсулин и инсулински пумпи) и точни глукомери, се најважни во третманот на дијабетесот.

За лицата со дијабетес е посебно важно да се лечат со најсовремени лекови и да имаат можност од постојана нега, здрава исхрана и физички активности, бидејќи само на тој начин ќе можат да ја држат гликемијата под контрола и да имаат подобар живот, колку е тоа повеќе можно.

Од големо значење покрај лекувањето е едукацијата, да знаат што повеќе за оваа состојба на организмот, како самите лица со дијабетес, така и нивните семејства да се запознаат како најдобро да им помогнат на своите блиски кои имаат дијабетес, во случај кога тоа им е потребно. Бидејќи сè уште јавната свест не е на завидно ниво, сè уште постојат предрасуди, лицата со дијабетес се чувствуваат дискриминирано поради што се повлекуваат во себе, имаат чувство на пониска вредност, се чувствуваат несигурни, депресивни.

Намалувањето на квалитетот на живот влијае врз зголемувањето на ризикот од депресија. Кај заболениите од дијабетес забележано е пореметување во расположението, губење на либидото, формирање на негативна слика за себе, неодлучност, хипохондрија, самоосудување, неспособност за работа, недостаток на апетит, неспособност за уживање, едноставно им се менува целиот биоритам.

Основната препрека во лечењето на депресијата е што многу ретко се бара помош од професионални и стручни лица и препознавањето на знаците и симптомите на депресија во примарното здравство. Ова ја наметнува потребата од поголема стратегија на заштита на менталното здравје, нејзина детекција и препознавање уште во примарната здравствена заштита. Во решавањето на овој проблем во примарното здравство треба да вклучи цел тим, кој би имал задача да ја подигне свеста како кај самите лица со дијабетес, така и на пошироката јавност. Да се организираат предавања (во самите здравствени установи, како и во училиштата, пензионерски домови и сл.), да се изработат флаери со информации за подобар и поквалитетен начин на живот, за начинот на исхрана, физичка активност и др. Со преземањето на овие мерки ќе се подигне нивото на свесност и успешно ќе се избегнат несаканите последици кои го придружуваат дијабетесот. Навременото препознавање на симптомите и нивно превенирање е од посебна важност имајќи го предвид и фактот дека депресијата е поврзана со висок процент на суицидалност.

Сите здравствени работници кои се вклучени во дијагностиката и лекувањето, потребно е да се со високи специјалистички стандарди и да се во координација како би придонеле за подобри резултати. При донесувањето на одлуките за лекување и превенирање на депресијата, потребно е целокупниот третман да му биде објаснет на лицето со дијабетес, како и на неговото поблиско семејство, да се земат предвид и останатите фактори како што се: анамнеза на минати заболувања, фамилијарна анамнеза, социјална, фармаколошка анамнеза, главните тегоби и сегашната состојба.

Неопходно е присуство на психолози кои со својата професионалност ќе им укажат на лицата со дијабетес и на членовите на нивните семејства за проблемите со кои се соочуваат овие лица.

Се наметнува потреба од една подобрена координација во примарното здравство, помеѓу докторите (матични лекари, интернисти, ендокринолози) и психијатриско-психолошките служби во здравствениот систем за успешно да се детектира, превенира и лекува депресијата кај заболениите од дијабетес.

РЕЦЕНЗИИ

РЕЦЕНЗИЈА

на книгата „Дијабетесот, депресивноста и важноста на психолошката поддршка“ од авторката м-р Биљана Солунчевска

Всушност, ова е психолошка книга. И покрај тоа што дијабетесот е во центарот на овој труд - хронично системско пореметување на метаболизмот кое се карактеризира со хипергликемија, односно трајно зголемување на нивото на гликоза во крвта, сепак психолошката поврзаност со настанувањето, последиците и справувањето имаат големо влијание.

За тоа колку е актуелен, зборува податокот дека на светско ниво 10 % од светската популација е засегната со дијабетесот (Diabetes mellitus) и потоа растечки тренд.

Дијабетесот може да предизвика не само физиолошки проблеми, како што се траума, вирусна инфекција или автоимуна болест, туку и психолошки. Потиснувањето на емоциите, неможност да се управува со нив, постојана напнатост и хроничен стрес — се фактори на ризик од дијабетес.

Еден од психолошките проблеми до кои може да доведе дијабетот е депресијата.

Какво е влијанието на дијабетот врз појавувањето на депресивноста кај лицата со дијабетес, како и поддршка на тие лица, е тема на овој магистерски труд, чиј ментор бев јас со особено задоволство.

Напишан е со едноставен академски и разбирлив јазик. Материјата е конципирана во дванаесет целини кои се многу добро обработени и даваат целостен приказ:

1. Дијабетес

2. Методи и постапки за спречување и лечење на дијабетесот
3. Депресија
4. Причини и третман на депресија
5. Психопатологија и дијабетес
6. Улогата на психологот во грижата за дијабетесот
7. Психолошка имплементација на поддршката кај дијабетичарите
8. Третман на депресијата кај лицата со дијабет
9. Семејната поддршка за намалување на степенот на депресија
10. Методологија на истражување
11. Резултати од истражувањето и анализа на резултатите
12. Заклучок

Оваа книга е значајна, не само заради искреното споделување на личните искуства, туку и заради настојувањето да допре до лицата со дијабетес и да им помогне преку нејзините сознанија како психолог.

Целта на овој труд е да даде приказ на една значајна тема од психолошкото живеење на лицата со дијабетес, да послужи како прирачник што ќе поттикне да го преиспитаат сопствениот однос кон себе, начините на кои реагираат во одредени секојдневни или стресни животни ситуации и да ги поттикне да ги променат/подобрат.

Исто така, овој е значаен труд кој треба да ги поттикне професионалците кои работат на ментално здравствени програми, да имаат на ум за последиците и предизвиците со кои се соочуваат лицата со дијабетес и да креираат програми за превенција и намалување на овие ментално здравствени проблеми, како што е депресивноста и другите.

За мене, како психолог и професор кој работи во областа на менталното здравје од особена важност се деловите: Улогата на психологот во грижата за дијабетесот; Психолошката имплементација на поддршката кај лицата со дијабетес; Третманот на депресијата кај лицата со дијабетес и секако - Семејната поддршка за намалување на степенот на депресија.

Резултатите од направеното истражување само ја потврдуваат важноста и потребата за вклучување на психолози, психотерапевти, психијатри, како и семејството во третманот на лицата со дијабетес и подобрување на нивниот квалитет на живот и менталното здравје.

Оваа книга изобилува со корисна современа и актуелна литература, која може да се консултира и да се продлабочат знаењата.

Со особено задоволство го препорачувам, на лицата со дијабетес, како и на дипломираните психолози, психотерапевти, психијатри и ендокринолози, кои работат со лицата со дијабетес.

проф. д-р Сашо Кочанковски Доктор
на психолошки науки и Гешталт терапевт

РЕЦЕНЗИЈА

на книгата „ДИЈАБЕТЕСОТ, ДЕПРЕСИВНОСТА И ВАЖНОСТА НА ПСИХОЛОЛОШКАТА ПОДДРШКА“ од авторката м-р Биљана Солунчевска

Книгата претставува одличен опис на две состојби, дијабетесот и депресијата, кои многу често се преплетуваат меѓу себе и влијаат на подобрување или влошување на другата состојба. Дијабетесот е доста актуелна тема, земајќи го во предвид фактот дека 10 % од светската популација е засегната со истиот (Diabetes mellitus), но и дека постои континуиран нагорен тренд.

Во книгата е направен добар историски осврт на дијабетесот и дефиниран како хронично системско пореметување на метаболизмот, кое се карактеризира со хипергликемија, т.е. трајно зголемување на нивото на глукоза во крвта. Одлично е опишан дијабетесот, неговата поделба од која зависи и третманот, како и комплетната таблетарна и инсулинска терапија кај овие пациенти.

Во книгата се опишува и психолошката состојба и како таа влијае на настанувањето на дијабетес, неговата регулација и справување со последиците.

Од друга страна една од психолошките компликации на дијабетесот е депресијата, која пак доведува до влошена гликорегулација. Во книгата се опишани темелно двете состојби, нивниот меѓусебен однос, начинот на поддршка кај овие лица и понатамошно следење.

Материјалот е поделен на дванаесет целини, темелно обработени:

1. Дијабетес
2. Методи и постапки за спречување и лечење на дијабетесот
3. Депресија
4. Причини и третман на депресија
5. Психопатологија и дијабетес
6. Улогата на психологот во грижата за дијабетесот
7. Психолошка имплементација на поддршката кај дијабетичарите
8. Третман на депресијата кај лицата со дијабетес
9. Семејната поддршка за намалување на степенот на депресија
10. Методологија на истражување
11. Резултати од истражувањето и анализа на резултатите
12. Заклучок

Целта на оваа книга е да се прикаже еден значаен сегмент од секојдневното живеење, кој често е запоставен кај пациентите со дијабетес и ретко е третиран. Важноста на книгата се состои во обидот да се допре до лицата со дијабетес и да им се помогне, да им послужи како прирачник за справување со своите емоции, начини на реагирање во секојдневниот живот и/или стресни ситуации.

Во исто време книгата ќе биде од голема помош и на професионалците кои работат со овие лица, односно психолозите и дијабетолозите/ендокринолозите, за полесно да ја разберат проблематиката и полесно да се справат со последиците и предизвиците со кои се соочуваат секојдневно лицата со дијабетес и депресија.

Третманот на депресија кај лицата со дијабетес и Семејната поддршка за намалување на степенот на депресија се од посебна важност за мене, како ендокринолог кој секојдневно е во контакт со пациенти со дијабетес и членови на нивната фамилија, затоа што подобрувањето на менталната состојба на овие лица ќе доведе до подобрување на дијабетичната регулација, а со тоа и подобрување на нивниот квалитет на живот и менталното здравје.

Во книгата се користи современа и актуелна литература, од која може да се продлабочат знаењата.

Со големо задоволство ја препорачувам на лицата со дијабетес, како и на дијабетолозите, ендокринолозите, дипломираните психолози, психотерапевти, психијатри и ситеоние кои работат со лицата со дијабетес.

Д-р Катерина Адамова -ендокринолог

Магистер по јавно здравје

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

Книги:

- Frank J. Snoek T. Chas Skinner, Psychology in Diabetes Care, VU University Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands, 2005
- Benjamin J. Sadok, Virginia A. Sadok, Kaplan & Sadok's, Comprehensive textbook of Psychiatry, tom I i II, Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2005 (Македонско издание), Каплан и Садок (Сеопфатен учебник по психијатрија, издавач Табернакул, 2012)
- Д-р Хенри М. Кроненберг, д-р Шломо Мелемед, д-р Кенет С. Полонски, П.Рид Ларсен, Учебник по Ендокринологија, Табернакул, 2012
- Белевска, Д.; Филиповска, А.; Чадловски, Ѓ. (2010), Медицинска психологија, Скопје: Просветно дело
- Георги Чадловски – (2004) Психијатрија том 2 , Скопје: Просветно дело
- Д-р Клаудија Мартинес, Да ја победам Депресијата, издавач, Гармонд,
- Меѓународен дијалог: исток – запад» (психологија и образование и медицина), списание на научни трудови, Издавач: Меѓународен Центар за славјанска просвета – Свети Николе, година 4, број 3, април 2017, Свети Николе, Република Македонија
- Antoan Pop, Enciklopedija psihijatrije, NOLIT Beograd, 1984
- Kecmanovic. S. Loga I. Ceri A. Markovic, Psihijatrija, Medicinska kniga, Beograd. Zagreb, 1980
- ПСИХОЛОГИЈА, 2009, Вол. 42 (4), Ѓуровиќ, Д. и др., ИЗЗ, Нови Сад, стр. 505–515
- Височки Т., и др. Бихевиористичка терапија за семејства со дијабетес: одржување на ефектите на третманот.

Нормативни акти

- Закон за здравствена заштита, Сл. весник на Р. Македонија 43, 2012
- Упатства за практикување медицина заснована на докази, ендокринологија, Министерство за здравство на Република Северна Македонија, ноември, 2015 г.

Други документи и списанија:

- Zbornik radova VI kongres neurologa psihijatra Jugoslavije, Psihijatrija, Sarajevo 1980

Интернет

- www.diabetes.nhs.uk
- <https://www.nainzulinu.com/psihologija/emotivna-strana-dijabetesa-1-od-3-osobe-nemaju-podrsku-koja-im-treba/>
- <https://mk.pobedidijabetes.org/3662-psychology-of-diabetes-psychological-difficulties.html>
- <https://mac.dailydosehealth.com/risk-of-diabetes-psychological-factors>
- <https://library.ajman.ac.ae/eds/detail?db=asn> HYPERLINK
["https://library.ajman.ac.ae/eds/detail?db=asn&an=136411532&isbn=1330724X"](https://library.ajman.ac.ae/eds/detail?db=asn&an=136411532&isbn=1330724X) & HYPERLINK
["https://library.ajman.ac.ae/eds/detail?db=asn&an=136411532&isbn=1330724X"](https://library.ajman.ac.ae/eds/detail?db=asn&an=136411532&isbn=1330724X) an=136411532 HYPERLINK
["https://library.ajman.ac.ae/eds/detail?db=asn&an=136411532&isbn=1330724X"](https://library.ajman.ac.ae/eds/detail?db=asn&an=136411532&isbn=1330724X) & HYPERLINK
["https://library.ajman.ac.ae/eds/detail?db=asn&an=136411532&isbn=1330724X"](https://library.ajman.ac.ae/eds/detail?db=asn&an=136411532&isbn=1330724X) isbn=1330724X
- <https://www.kindredhealthcare.com/resources/blog-kindred-continuum/2013/11/07/pathophysiology-of-diabetes-mellitus>
- <https://www.google.com/search?source=univ> HYPERLINK
["https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"](https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625) & HYPERLINK
["https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"](https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625) tbm=isch HYPERLINK
["https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"](https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625) & HYPERLINK
["https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"](https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625) q=physiology+and+diabetes+mellitus HYPERLINK
["https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"](https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625) & HYPERLINK
["https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"](https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625) sa=X HYPERLINK
["https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"](https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625) & HYPERLINK
["https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"](https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625)

gy+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyI
UKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"ved=2ahUKEwic
2LGArlntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB HYPERLINK
"https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiolo
gy+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyI
UKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"& HYPERLINK
"https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiolo
gy+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyI
UKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"biw=1366
HYPERLINK

"https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiolo
gy+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyI
UKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"& HYPERLINK
"https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiolo
gy+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArlntAhUyyI
UKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&bih=625"bih=625

- <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Endokrinologija.pdf>
- <https://www.lchfishrana.com/post/dijabetes-i-depresija>
- <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0042-8450/2010/0042-84501006493S.pdf>
- https://www.diabetes.org.uk/resources-s3/2017-10/Emotional_and_Psychological_Support_and_Care_in_Diabetes_2010%20%28DUK%29.pdf
- <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0048-5705/2009/0048-57050904505D.pdf>
- <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.941.9244>
HYPERLINK
"https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.941.9244&rep=rep1&type=pdf"& HYPERLINK
"https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.941.9244&rep=rep1&type=pdf"rep=rep1 HYPERLINK
"https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.941.9244&rep=rep1&type=pdf"& HYPERLINK
"https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.941.9244&rep=rep1&type=pdf" type=pdf
- Jelcic, A., Specijalen pedagog I semejen savetnik, Vas psiholog, 2019, (www.vas psiholog.com-kako se nositi sa bolescu clana porodice) pristapeno.12.6.2021