МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ

“ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН”

Свети Николе – Битола, Република Северна Македонија

ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА

насока: Клиничка и советодавна психологија (втор циклус)

тема: Влијанието на дијабетесот врз депресивноста кај лицата со дијабет и психолошка поддршка

Изработил:

Биљана Солунчевска

Битола, 2021

СОДРЖИНА

ВОВЕД 4
1.ДИЈАБЕТЕС 5
1.1.Настанување и историски развој на дијабетесот 6
1.2.Типови на Дијабетес 8
1.3Психоматски причини на болеста 9
2.МЕТОДИ И ПОСТАПКИ ЗА СПРЕЧУВАЊЕ И ЛЕЧЕЊЕ НА ДИЈАБЕТЕСОТ 10
2.1Знаци и симптоми карактеристични за дијабетес 10
2.2.Основни испитувања поврзани со дијабетесот 10
2.3.Лекување на пациенти со дијабетес мелитус 11
2.3.1.Базични правила 12
2.3.2Фармаколошки мерки 13
2.3.3 Инсулинска терапија 15
2.3.4Инсулинска пумпа 17
3. ДЕПРЕСИЈА 18
3.1.Заблуди поврзани со депресијата 23
3.2.Медицински третмани 25
3.2.1Непсихијатриски болести 25
3.2.2Психијатриски синдроми 25
3.2.3Третман 26
3.2.4Социјализација 27
3.3Интензитет на симптоми, функционален капацитет на пациентот и ниво на здравствена заштита 27
4.ПРИЧИНИ И ТРЕТМАН НА ДЕПРЕСИЈА 28
4.1.Релевантни емпириски истражувања за депресија 30
4.2.Испитување на состојбата на депресија 33
5.ПСИХОПАТОЛОГИЈА И ДИЈАБЕТЕС 36
5.1.Фактори кои влијаат на депресивноста кај лица со дијабет 36
5.1.1Ментални нарушување како резултат на дијабетес 36
5.1.2Психоматски причини на болеста 37
5.1.3Карактеристики на психата на дијабетичарите 37
5.1.4Ефектот на дијабетесот врз психата: агресија, депресија и други нарушувања 38
5.1.5Психолошки карактеристики на пациенти со дијабетес Тип 1 и Тип 2 38
5.1.6Најчестите ментални нарушувања кај дијабетичарите 39
5.1.7Како се менува дијабетичкото однесување 40
5.2Депресијата и дијабетисот одат рака под рака 40

6.УЛОГАТА НА ПСИХОЛОГОТ ВО ГРИЖАТА ЗА ДИЈАБЕТЕСОТ 44
6.1Психосоцијални фактори во нега на дијабетесот 45
6.2Психосоцијални прашања уникатни за деца и адолесценти.....46
6.3Тим за зачувување на менталното здравје кај лицата со дијабетес.....47
6.4Психолошки интервенции наменети за психолошки проблеми поврзани со дијабетесот.....48
6.5Советување и психотерапија кај дијабетес мелитус. 48
7.ПСИХОЛОШКА ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА НА ПОДРШКАТА КАЈ ДИЈАБЕТИЧАРИТЕ 49
7.1Психосоциолошки препораки за деца.....49
7.2Проблеми во третманот кај деца од школска возраст.....49
7.3Импликации за дејствување за време на бременоост.....51
7.4Образовни и психосоциолошки интервенции.....52
7.5Интеревенции за промена на животниот стил 52
7.6Проблеми со самоконтролата 52
7.7Имплементација на принципот на еманципација во давањето подршка за самоконтрола со дијабетес.....53
8.ТРЕТМАН НА ДЕПРЕСИЈАТА КАЈ ЛИЦАТА СО ДИЈАБЕТ 55
9. СЕМЕЈНАТА ПОДДРШКА ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА СТЕПЕНОТ НА ДЕПРЕСИЈА57
9.1 Подршка и контрола од страна на семејството на лицето со дијабет.....57
9.2 Едукација на членовите на семејството за подобар третман на лицето со дијабет 59
10.МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ.....63
10.1 Предмет на истражувањето.....63
10.2.Цел и карактер на истражувањето.....63
10.3Хипотези на истражувањето 63
10.4Варијабли на истражувањето.....64
10.5. Методи, техники и инструменти на истражувањето 64
10.6.Популација и примерок на истражување.....65
10.7. Статистичка обработка на податоци 65
10.8.Организација и тек на истражувањето.....65
11. РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО И АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ 67
11.1.Примерок на истражувањето 67
11.2.Влијание на полот врз степен на депресивност според Бековата скала на депресија.....68
11.3.Влијание на возраста врз степен на депресивност според Бековата скала 82
11.4 Разлики помеѓу очекуваните и опсервираните фреквенции на искази.....99
11.4.1Разлики помеѓу очекуваните и опсервираните фреквенции на искази.....99

11.4.2Разлики помеѓу дадените искази кај испитаниците според полова припадност 100
11.4.3 Разлики помеѓу дадените искази кај испитаниците според старосните граници 105
11.5 Заклучоци од истражувањето (дискусија) 110
12. ПОТВРДА НА ХИПОТЕЗИТЕ 113
12.1Потврдување на посебни хипотези 113
12.1.1Дијабетот води кон поголем степен на депресивност кај женскиот пол. 113
12.1.2Дијабетот води кон поголем степен на депресивност кај повозрасните. 114
12.1.3Навременото снабдување со медикаменти за негово лекување води кон помала депресивност. 115
12.1.4Семејната поддршка води кон намалување на степенот на депресија кај лица со дијабет. 117
12.2 Потврдување на Генералната хипотеза 118
ЗАКЛУЧОК 119
ПРИЛОЗИ 121
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА 124

ВОВЕД

Едно од најчестите заболувања на светско ниво (10% од светската популацијаа) е дијабетесот (lat. Diabetes mellytus), кој е во се 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, 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.

Едно од психолошките проблеми до кои можи да доведи дијабетот е депресијата. Какво е влијанието на дијабетот врз депресивноста на лицата со дијабет, како и поддршка на тие лица е тема на овај магистерски труд.

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 излачување или намалено биолошко дејство на хормонот инсулин, односно во комбинација со овие два фактори. Тој недостаток ја попречува размената на јаглени хидрати, 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 огранск системи.

Зборот дијабетес прв го употребил Деметрије од Аполонија, околу 200-тата година пред нашата ера.[1] Тој е изведен од грчкиот збор υγρό μέσω, кој во превод значи „течен низ“, што одговара на една од главните симптоми на оваа болест-непрестано земање на течности и прекумерна продукција на урина. Во 1675 година Томас Вилис на постоечкиот назив го додал зборот Melitus кој е изведен од латинскиот јазик и во превод значи „сладок“, (Ова е поврзано со сладкиот 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 дијабетичарите.[2]

Ова заболување е познато повеќе од 3500 години. Прв пат е опишано на старо египетски 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 500г, пр.н.е.) ја опишуваат како „медена мочка“, а исто така шеќерната болест се споменува и во голем број други записи на лекари од пред христијанскиот период. Во почетокот на Првиот век, римскиот лекар Целзије ги опишал болните со симтоми 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 Третиот век воочиле дека кучината ја лижат мочката на дијабетичарите (поради големата

[1] проф. д-р Лазар Лепшеновиќ, проф.д-р Теодор Ковач: Историја на шеќерната болест, Списание(Ме-Ди), бр.30, 2009, стр.28-30,
[2] Dobson, M., (1776) Nature of the urine in diabetes, Madical observations and Inquires 5> 298-310.

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 филозов Авицена во XI век ја опишал дијабетската гангрена, а подоцна е воочено дека кај заболените од дијабетес често се јавуваат чирови и туберколоза. Прочуениот лекар Парацелзус во XIV век пронашол кристали во урината на дијабетичарите, но не ја открил и природата на тие кристали. Тој мислел дека причина за болеста е „големата топлина во бубрезите“. Англискиот лекар Томас Сиденхајн во XV век ја изнел теоријата дека шеќерната болест настанува „како последица на нецелосно варење на хилусата во крвта, при што се излачуваат неасимидирани состојки“. Неговиот сонародник Мортон кон крајот на XVII век констатирал дека во прашање е наследно заболување. Италијанскиот анатом Ѓовани 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 кучината им го отстранувал панкреасот и така предизвикувал симптоми на дијабетес), францускинот Клод Бернер и германецот Паул Лангер Ханс (кој ги поставиле темелите на екпериментална физиологија и ја проучувал јетрата и панкреасот).

И покрај фактот дека за неа се знаело релативно долго, дијабетесот за прв пат експериментално е изучен и опишан кон крајот на XIX век.[3] 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 кучината на кои им е отстранет панкреасот набрзо ги развиваат сите знаци и симптоми на шеќерната болест и дека потоа тие брзо умираат[4]. Сер Едварт Алберт Шарпеј во 1910 година наговестил 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 Insola кој во превод значи „остров“, што се однесува на фактот дека инсулинот создеава бета-клетки на Лангер хансови островчина во

[3] Patlak M, New weaspons to combat an ancient disease treating diabetes, 2002

[4] Von MehringJ, Minkowski O. (1980) Diabetes mellitus nach pankreasexstirpation, Arch Ehp Pathol Pharmakol 26, pp 371-387.

панкреасот[5] Ендокрината улога на панкреасот во метаболизмот, како и вистинското откривање на инсулинот не биле расфетлени до 1921 година, кога Сер Фредерик Гранд Бандинг и Чарлс Херберт Бест докажале дека кај кучината без панкреас дијабетесот може да се спречe со давање на екстракти од Лангерхансовите островчина на здравите кучина.[6] 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 Новбелова награда. Тие откритоието 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.[7]

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

[5] Patlak M, New weaspons to combat an ancient disease treating diabetes, 2002
[6] Banting FG, Best CH, Collip JB, Campbell WR, Fletcher AA, Pancreatic extracts in the treatment of diabetes mellitus, 1922.
[7] Himsworth (1936) Diabetes mellitus, its differentiation into insulin-sensitive and insulin-insensitive types, Lancet, 127-130.

гестациски дијабетес. По породувањето најчесто сите симптоми на дијабетес исчезнуваат. Но, доколку се јавил во една бременост овај 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 тип1 и тип 2 прв ги открил и објавил Сер Херолд Персивал Химсворт во 1936 год.

1.3Психоматски причини на болеста

Психоматиката на која било болест која влијае на ендокриниот систем е скриена во серуиозни нарушувања на нервната регулација. Ова го потврдуваат клиничките симптоми, вклучувајќи шок и невротични состојби, депресија и сл. Сепајк овие состојби можат да бидат и главната причина за развој на дијавбетес 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 сртедина 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.

2.МЕТОДИ И ПОСТАПКИ ЗА СПРЕЧУВАЊЕ И ЛЕЧЕЊЕ НА ДИЈАБЕТЕСОТ

2.1Знаци и симптоми карактеристични за дијабетес

Пациентите со дијабет 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 е над 7ммоли/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 јади сепак се слабее)
- постојано чувство на жед, земање на големи количини на вода;
- заматен вид;
- постојан умор и поспаност,
- сува уста,
- слабост, омалаксалост
- укоченост или здрвување на рацете и стапалата (жешки стапала)
- ако член на семејството веќе има шеќер.

Ако се 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 иуспитувања спаѓаат: клиничко испитување и лабораториско испитување. Кај клиничкото испитување се следи:

- тежина,bmi
- крвен притисок
- срце и големи артерии;

- периферни нерви,
- стапала;
- острина 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 4 примероци:

- плазма гликоза на гладно за да се одреди дали дозата на долгодејствувачкиот вечлерен инсулин е доволна. Високо ниво на гладно сугерира недоволна доза, а ниско ниво сугерира превисоика доза. Хипергликемија на гладно.
- адекватноста на дозата на брзодејствувачкиот инсулин се евалуира со мерења на нивоа на плазма гликоза1,5-2 часа 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 сè : 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

дијабетичари 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 комнбинација со рестрикција на калорискиот влез, вежби и орални лекови поединечни или во киомбинација. Сепак при клучните абнормалности во секрецијата на инсулин и неговото дејство, зголемувањето на фармаколошката терапија, е потребно за одржување на контролата.

2.3.1.Базични 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 4,4-6,7ммол/л, после гладување и пред оброци и 6,1-8,0ммол/л 90-120минути после оброк. 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 може да биде премногу тежок за пациентите. Едукацијата на пациентите е круцијална и честото зајакнување и морална подршка се есенцијални во помошта на пациентите успешно да се справат со својата болест. Оптималното лекување на пациентите со дијабетес вклучува тим на здравственио професионалци, вклучувајќи лекари специјалисти и лекари од примјарна здравствена заштита, едукатори.

- сестри кои работата 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 информаџција е многу важна за оптимална контрола на гликемијата. Болните од Тип 1 дијабетес кои земаат повеќе пати на ден инсулин треба да изведуваат мерење на шеќерот со индикатори преку крв од прст 4 или повеќе пати на ден (пред оброци и пред спиење), додека болните со Тип 2 дијабетес, орални лекови или два пати дневно може да е доволнно. 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 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 кса1 деневно под калорискиот внес за одржување на тежината) е многу важно кај дебели лица болни од дијабетес Тип2. 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 болните од 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. Дијабетичарите кои примнаат инсулин мора да ја научлат техниката на самоинјектирање или фамилијата или тој кој се грижи за болниот мора да биде обучен.

Следењето на успехот на терапевскиот режим се постигнува со само-следење на гликоизата во крвта и мерење на вредностите на HbA1c.

2.3.2Фармаколошки мерки

а)Орални антидијабетични лекови

Пред 1995 година, фармаколошкиот третман на пациенти со Тип2 дијабетес бил лимитиран на една група орални лекови и инсулин препарати со три различни фармаколошки профили. Од тогаш лекувањето на овие пациенти беше револуционерно изменето со воведувањето на 4 нови класи на анти-дијабетични лекови и 3 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 да го избегнат инјектирањето на инсулин многу години. За жал, природата на текот на дијабетес Тип 2 е незапирливо влошување со континуирано

намалување на секрецијата и сензитивноста на инсулинот, влошување на хипергликемијата и зголемување на потребата за лекови.

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

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

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 дроп). Ефектите за намалување на глукозата во крвта на овие лекови се постепени на почетокот, потребни се 4-6 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 одколку 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 надувување 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 повеќе пати 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, 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 инсулинот кај пациентите. Апсорпцијата може да варира во зависност од дозата и од местото на инјектирање. Физичката активност, на пример ја забрзува апсорпцијата на инсулин од ногата одколку 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 инсулинот помеѓу оброците и постпардијално што овозможува добра контрола на гликозата кај дијабетичарите од Тип 1 дијабетес. Генерално краткоделувачкиот инсулин се дава пред оброци, средноделовачкиот инсулин типично се дава на почетокот еданаш или два пати дневно, на утро 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 на утро. Долгоделувачките инсулини немаат специфичен пик на дејство и обезбедуваат повеќе физиолошко базално ниво на инсулин што бара надоместување пред оброците со друг инсулин.[8]

Видови на инсулин Постојат две главни класификации на инсулин според времетраење на неговиот ефект и според неговото потекло. Според времетраење

[8]www.lekariinfo.mk/index.php/bolesti/bolesti-na-endokriniot-sistem/803-lekuvanje-na-pacienti (18.05.21)

на неговиот ефект се делат на **:**

- инсулин со брзо дејство. Тие се аналози на хуман инсулин создадени преку техники на реконбинантна ДНК. Нивното дејство започнува помеѓу 5 и 15 минути по администрацијата и тие остануваат активни до 4 часа. Неговиот ефект најсличен на ендогениот инсулин произведен од панкреасот по внесувањето храна.
- Инсулин со средно дејство почнува да дејствува помеѓу 1 и 2 часа по администрацијата, а некои автори опишуваат дека нивниот ефект трае до 16 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 подкожно.
- 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, 4 или 6 часа по администрацијата, а во некои случаи е опишано времетраењето на неговата активност 32 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 се уште го прават тоа.
- биосинтетички-човечко. Тие се произведени преку генетски инженеринг. Процесот се состои од вметнувцање 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 висопкопрочистените од животинско потрекло сеуште 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 поациент, со

што се бара брз почеток на дејство и подолг ефект.[9]

2.3.4Инсулинска пумпа

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

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 занимацваат со спорт и сл., како и кај трудници.

Предности на инсулинската пумпа

Предностите од користењето на инсулинската пумппа 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 глукемнија во крвта. Со 10 годишна студија се утврдило дека користењето на инсулинската пумпа ја намалило појавата на слепило за 76%, ампутации на екстремитети за 60% и бубрежни компликациии 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 можи да се извади пумпата но краткотрајно. Со инсулинската пумпа моиже да се конзумира храна кога се сака, а доколку се прескокне обрек нема да се притискни копчето за дополнителен инсулин и со тоа не се нарушуваат секојдневните активноисти.

Најдобра примена има кај децата 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 се шпто ризикот од хипогликемнии е минимален.[10]

[9] www. mk.warbletonsouncil.org/insulinoterapia-10597 (18.05.21)
[10] www.doktori.mk/2018-12-07-insulinska-pumpa(18.05.2021)

3. ДЕПРЕСИЈА

Депресијата е една од најстарите заболувања опишани кај луѓето. Самото име потекнува од латинскиот збор Deprimere, што во превод означува потиштеност. Терминот е многу често употребуван, а многу од лицата кои секојдневно го користат него 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, губиток на блиска личност. Како резултат на разочарување или губиток 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, 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 чувтсвата 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 се 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, губиток на интерес или задоволство, чувство на вина со ниска самодоверба, несоница или губиток 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 високо специјализирани психијатриски установи каде ќе добијат професионална помош од високо обучени кадри како клинички психолози и психијатри.

Основни симптоми на депресијата се недостаток на задоволство, тага, губиток 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 постои и психотични и соматски симптоми, 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, 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 се многу важни, исто така од особено значење е социјалната подршка 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 кој 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 интересор 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 различни годишни доби 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 се 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 се 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 зголемен апетит и зголемена 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 подршка од најблиската околина, физичката активност и изложувањето на дневна светлина.

Постпартална депресија се јавува кај мал процент на жени набргу после породувањето. Претставува комплексна мешавина од физички, емоционални и бихејвиорални промени кои се случуваат кај жената после 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 врската меѓу депресијата и овој пад се уште не е доволно разјаснета. Нивото на естрогенот и прогестеронот за време на бременоста е трипати повисоко за разлика од

претходно, 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, раздразливост, немир, плачливост, осаменост и тага. Овој стадиум може да трае само неколку часа или пак до две недели после 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 после породувањето со било кое дете по ред иако најчесто се случува кај првородките. Доколку жената ги почувствува симптомите кои се исти како кај стадиумот на бејби блуз освен многу посилниот 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 прејадуваат, 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 клиничка 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. Овај 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, 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.

3.2.1Непсихијатриски 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 денонoќен ритам. Ова расположение е често еден од првите симптоми на хипотироидизам (намалена активност на штитната жлезда).

3.2.2Психијатриски синдроми

Голем број на психијатриски синдроми се одликуваат со депресивно расположение како главен симптом. Нарушувањата на расположението се група на нарушувања кои 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 посттрауматско стресно растројство, анксиозно растројство кое понекогаш е проследено со траума, е најчесто 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.

3.2.3Третман

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 под-поделби 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.

3.2.4Социјализација

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 симтоми
4. Да се процени суицидален ризик и да се организира принудна нега
5. Да се ислучи органско афективно растројство
6. Да се исклучи биполарно афективно растројство

3.3Интензитет 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

Апстракт: 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, песимистички 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 активноста, ментален и телесен замор, намалување на вниманието и концентрацијата, намалување на себедоверието и себеценењето, чувство на вина и безвредност, идеи на самоповредување и самоубиство, нарушено спиење и намален апетит. Намаленато 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 денонoќен ритам, психолошки и социјални фактори, психолошки теории, социолошки теории.

Третман на депресијата - постојат три главни типови лекување на депресијата: медицинска, психолошка и социјална. Справување 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 активноста,

ментален и телесен замор,

намалување на вниманието и концентрацијата,

намалување на себедоверието и себеценењето,

чувство на вина и безвредност,

идеи на самоповредување и самоубиство,

нарушено спиење и намален апетит.

Намаленато 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 конценрација, » намалени 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, социо-демографски 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 сресови. Бројот на социо-демографските 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 се уште е необјаснета. Се споменуваат многу хипотези на кои механизмите причинители се посматрат 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 денонoќни 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 стават акцент на емоционалните тегоби во раниот развој (фиксација на оралната фаза) поради ускратена љубов, загуба на саканиот објект и поради зависност. Психодинамски ориентираните аналититичари причините ги наоѓаат во нарушената врска меѓу трите инстанци на личноста, во престрогото супер - егото кое поставува строги и ригидни забрани пред егото.

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 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 тераписка 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, потребни за извршување на самоубиство (други лекови, оружје и др.). » Да се идентификуваат социјалната мрежа на пациентот (човек за одржување).[11]

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

[11] Билјана Илиева, «МЕЃУНАРОДЕН ДИЈАЛОГ: ИСТОК - ЗАПАД» (ПСИХОЛОГИЈА И ОБРАЗОВАНИЕ И МЕДИЦИНА), С П И С А Н И Е на научни трудови, Издавач: Меѓународен Центар за Славјанска Просвета - Свети Николе, година4, број3, стр 209-212 Април 2017, Свети Николе, Република Македонија

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 три пати 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 е, всушност, последиците од оваа болест (obejкобсон 1993 според Регенолд, ВТ & Марано, ЦМ 2005), а од друга страна нивниот 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 депресија (последица 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 Chyun et al., 82% од нив имале зголемено ниво на анксиозност, 14% симптоми на депресија, 34% симптоми на лутина и 17% симптоми на агресија (Chyun 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. испитал 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). Womenените 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

(Raikonnen & al. 2002 според Špirić Ž., 2003). Гудвин и Фридман се обидоа да најдат врска помеѓу карактеристиките на тестот NeoPiR, 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 трудоубивоста, во доменот на совесноста, беа значително намалени (Гудвин Д. и Фридман С., 2006). Јусфи и сор. најдете многу значајни корелации помеѓу дијабетесот и емоционалната нестабилност (во која беше вклучена и агресијата) и однесувањето од типот А (Јуусфи и сор., 2004). Кај луѓето со дијабетес, контролата и соработката на емоциите се покажа дека се проблематични и покачени нестабилност (во која беше вклучена и агресијата) и однесување од типот А (Јуусфи 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 20 век, беше откриено дека нетолеранцијата на глукоза и хипергликемијата се јавуваат почесто кај луѓе со праексокс 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). Три-димензионалниот попис на личноста на Клонингер покажа дека опортунистичките, отуѓени 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 гликоза 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 зголеме 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.[12]

Пациентите кои се жалат на хронична болка или симптоми надвор од размерот на нивната очигледна физичка основа, пациентите кои имаат повеќе нејасни поплаки и

[12] De Grut M, Anderson P, Fridlend K, Klaus R, et all, The association of depression with the complications of diabetes, 2001, p.619

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:

1. депресивно расположение (чувство на тага и празнина) поголемиот дел од денот, речеси секој ден.
2. Значително губење на тежината кога пациентот не е на диета, или зголемување на тежината, или намалување или зголемување на апетитот речиси секој ден.
3. Проблем со спиењето или премногу спиење речиси секој ден
4. Чувство на вознемиреност или физичпка мрзливост речиси секој ден
5. Измореност или загуба на енергијата речиси секој ден.
6. Значително намален интерес или задоволство за сите активности во поголемиот дел од денот, речиси секој ден.
7. Чувство на безвредност или претерано или несоодветна вина речиси секој ден.
8. Намалена способност за мислење или концентрирање, нерешителност, речиси секој ден.
9. 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 мкоже да се депресивни. За да можат да се идентификуваат пациентите кои веројатно се депресивни се поставуваат најчесто прашања за расположението и анхедонијата пример „Во последните две недели, дали сте се почуствувале депресивни, плачливи или безнадежни?“ и „Во последнитре две недели дали почувствцувавте 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, сериозна депресија.

5.ПСИХОПАТОЛОГИЈА И ДИЈАБЕТЕС

Приближно 1/3 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, компликации на болеста.[13]

Депресијата останува непризнаена и нелекувана во повеќето случаи и покрај нејзината специфична важност за дијабетесот. Друга област на загриженост е зголемениот број на документирани случаи на нарушување во исхраната на лица со дијабетес. Дали овие проблеми се повеќе, помалку или подеднакво распространети кај дијабетесот во споредба со општата популацциија, останува контраверзно. 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 дијабет

5.1.1Ментални нарушување како резултат на дијабетес

Секоја болест влијае на психолошката или менталната состојба на пациентот. Болест предизвикана од недосток 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. Нивните симптоми се слични едни на други, како што е текот на болеста, 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.

[13] Lustman RJ,Grifit LS, Clous RE: Депресија кај возрасни со дијабетес. За мерење Ciln Neuropsychiatar 2: 15-23,1997

5.1.2Психоматски причини на болеста

Психоматиката 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 сртедина 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.

5.1.3Карактеристики на психата на дијабетичарите

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. Дијабетичарот, обидувајќи се да ја подобри неговата состојба, се стреми да јаде што е можно повеќе храна, меѓу која има малку здрава храна. Прекршувањето на дietата води до фактот дека пациентот на емоционално ниво доживува вознемиреност кога доаѓа чуство на глад.

2.Дијабетичарот е постојано во состојба на вознемиреност и страв. Секој дел од мозокот е под влијание на психосоматиката на дијабетесот. Појавата на безпричина 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, што 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 да се елиминира навремено.

5.1.4Ефектот 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.

5.1.5Психолошки карактеристики на пациенти со дијабетес Тип 1 и Тип 2

Податовците 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 дијабет. Од како ја дознал 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 перцепира.

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

5.1.6Најчестите ментални нарушувања кај дијабетичарите

Во моментот, социјалното значење на дијабетесот е толку големо што оваа болест е честа појава кај луѓе од различен пол и возрасна категорија. Често пати 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 свера. Психата станува помалку страбилна.

Психо-органски синдром со психотични симптоми. Наспроти позадината на патолошка болест, лежат човечко-интелектуално намалување и изразена 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, чуство на глупост, несвестица па дури и кома.

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

Крајната состојба на вознемиртеност 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 синдромм 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 предиспозиција за чести промени во расположението

5.1.7Како се менува дијабетичкото однесување

Научниците се 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%. Синдромокомлекс 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 дијабетичари се чуствителни и иритирачки.

-Синдром 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, исто така се јавува самостојно.

5.2Депресијата и дијабетисот одат рака под рака

Дијабетичарите 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.

Дијабетичарите 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, дијабетичарите кои земале инсулин за да ја држат својата болест под контрола биле подложни на депресија отколку другите дијабетичари 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 дијабетските пациенти покажуваат зголемени депресивни симптоми кои се, иако недостигаат критериуми за клиничка дијагноза неповолно се одразуваат на подобрување на поединецот и самозагрижувае од дијабетесот. Долготрајната потиштеност, губење на интересот за живот, губење на интерес за онашто 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 и е сив. Ниту добрите вести ја радуваат, ниту лошуте веси ја растажуваат. Сериозната медицинска состојба придонесува за депресија, затоа што физичката слабост ја намалува отпорноста на стрес кој претставцува една од главните причини за депресија. Депресијата можи медицинската состојба да ја влоши затоа што го ослабува имонолошкиот состав, а можи и да ја отежни поднесувањето на болката.

Истражувањата покажуваат дека депресијата и сама можи да биди симптом на некои болести или пореметувања како што се одредени метаболитички пореметувања невролошки болести, како Паркинсонова и Алтсхајмерова болест или пак ендокринолошко пореметување како дијабетесот. За зачестената депресија кај дијабетичарите се почесто се зборува за поврзаноста на дијабетесот и депресијата и останатите психички болести. Чеќерната 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 дијабетичарите, а во споредба со физички здравите поединци 24% поголема. Одмносот помеѓу шеќерната болест и депресијата не е нужно придружен со присуство на дијабетските компликации-податоците на истражувањето покажуваат дека неповолоната спрега 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, појавувањетso на депресивни тегоби кај дијабетичарите е два пати поголема него во општата популација.

Промената на расположението е составен делк од секојдневниот живот. Да можиме да ја препознаеме границата на која емоциоиналкна ранливост преминува во можно депресивно пореметување, мораме да обврнеме внимание на два основни фактори: на траењето на депресивното расположение и неговите последици на секојдневните активности. Ако забележиме дали тегобите траат долго и значителноо го наррушуваат нашиот секојдневен живот, социјалните контакти и сл., време е за одлука да поразговараме за нив со стручно лоице, односно да се информирање за можностите за психолошка помош.

Тешкотиите за самогрижа од дијабетот изразени се 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 набихевиоралните третмани-психоедукација, теловежби и кратки дијабетолошки реедукации, на депресивните симптоми и контрола на шеќерната болест влијаат на намалување на депресивните симптоми и зачестено спроведување на постапката за самогрижа може да се претпостави дека релатривно едноставни и краткотрајни бихевиорални интервенции да го поправат расположението и да го унапредат здравственото однесување кај болните со депресивни симптоми. Најдобро Кај дијабетиучарите кои патат од психички тегоби најдобро е да се работи постапно, со

редовно мерење на депресивните симптоми и следење на промените. Честото пратење на дијабетичарот со депресивни тегоби овозможува да се прилагодува од едноставни кон сложѓени облици, или пак да се прекиуни доколку дошло до повлекување на симптомите. Подршката од семејството е значајна за совладување на симптомите за депресија ноп во некои случаи не е доволна. Исклучително е важно семејството да го прифати проблемот и да е подготвена за него да разговара. Тоа ќе и помогне на погодената личност полесно да се носи со тешкотиите и да донеси одлука за евентуално дополнителни форми на помош.

Емоционалните симптоми и компликации на шеќерната болест пшоврзани се двосмерно. Од една страна присуството на емоционалните симптоми е ризичен фактор за развој на компликации од дијабетесот, вклучувајќи ги: ретинопатија, нефропатија, неуропатија, кардиоваскуларна болест и еректилна дисфункција, додека од друга страна присуството на компликации од шеќертна болест го зголемува ризикот за развојот на емоционалните симптоми. На дијабетичарите со развиени компликации треба да им се посвети оособено внимание. Најмногу можи да се направи додека компликациите на болеста сеуште не се во напредна фаза до мера која го ограничува поединецот во извршување на секојдневните активности и остварување на личните цели. Со оглед дека депртесијата 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
- чуство на неефикасност
- -влошување на депресијата
- -лоша контрола на болеста
- -развој на компликации

Целта е да ги охрабриме дијабетичарите за активно самозгрижување на болеста со помош на едукација за дијабетесот и психолошка работа.[14]

[14] Pibernik-Okanovik,M., Casopis za zdrav zivot, HSDU, Zagreb, br. 3, 2013, str. 12-15

6.УЛОГАТА НА ПСИХОЛОГОТ ВО ГРИЖАТА ЗА ДИЈАБЕТЕСОТ

Важноста на менталното здравје во менаџирањето со болните лица расте со зголемувањето на броојот 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 психиолошките фактори во однесувањето кај дијабетес пациентите како и на улогата на психологот во грижата за дијабетесот. Употренбата 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 дирекни услуги на пациентите преку третман на психолошки проблеми а исто така обезбедува консултации за медицинскјиот тим, за тоа како да се вклучат во грижата за пациентот за да се подобри психичката соистојба и да се подобрат клиничките резултати.

Најголеммиот 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 н, со или без емоционални проблеми се:

- да се подобри режимот за придржување кон третманот за дијабетес.
- да се промовира справување со про-дијабетично 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 подршка 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, анкциозноста и нарушување во исхраната
- да користат психоактивни лекови по потреба.

6.1Психосоцијални 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 флуктуира 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 не придржување. Не почитувањето е централен фокус на психолошкиот третман поради неговата призната асоцијација со слаба метаболичка контрола и зголемен ризик за компликации на дијабетес.[15]

Не почитувањето 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 подршка, временски притисоци, стрес и здравствени убедувања кои се некомпатибилни со режимот.[16]

Психологот може да обезбеди третман за развој на нови здрави однесувања, подобрување на постојното здраво однесување и да се отстрани нездраво 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.[17]

[15] Kutz SM: Придржувањето кон дијабетес режими: емпириски статус и клинички апликации. Diabetes Educ 16:50-56,1990
[16] Schlundt GD, Rea MP,Klain SS, Pichert DzV: Ситуациони пречки за исхраната, придржување за возрасни со диабетес: перспектива на примарната здравствена заштита, Клинички дијабетес 16:122-26,1997
[17] Mendez FJ, Belendez M:Ефекти од однесувањето, интервенција на третман, придржување и управување со стресот кај адолесцентите со IDDM. Грижа за дијабетесоот 20:1370-75,1997 г

Стресот е чест кај дијабетесот и се појавуива преку обични секојдневни проблеми (на пр. возење во сообрајќај, конфликт на членови на семејството, работни нрокови), 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 споравување

6.2Психосоцијални 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 врсници или промени во однесувањето дома, на училиуште или со пријатели. Покрај тоа, конфликтните семејни односи се често индиции 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.[18]

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.

[18] Wysocki T.,: Асоцијации меѓу тинејџери-родител односи, метаболна контрола и прилагодување на дијабетес кај адолесцентите. J Pediatar psihology 18:441-452 1993

6.3Тим за зачувување на менталното здравје кај лицата со дијабетес

Покрај психолохгот 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 финанасиксите 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.

6.4Психолошки интервенции наменети за психолошки проблеми поврзани со дијабетесот

Слично како и кај луѓето кои што 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 се 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, 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.

6.5Советување 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 одколку 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 ПОДРШКАТА КАЈ ДИЈАБЕТИЧАРИТЕ

7.1Психосоциолошки 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 бебината, на децата од 1-3 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 подржување на семејствата кои што живеат со дијабетес во овие најрани развојни периоди . Родителите имаат потреба од разбвирање и соработка со тим за подршка и нега на здравјето (доктор, психолог, социјален работни 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 подршка 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 подршка и нега на здравјето мора да создаде подржувачка 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 подршка за сите членови од семејството е од голема важност, доколку се земе во предвид емоционалниот предизвик за прилагодувањето на животот по дијагнозата.

7.2Проблеми 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 инсулиснски терапии и надгледувањето на шеќерот во крвта. На оваа возраст, децата може да се развојно интелектуално поспособни да ја препознаваат и соодветно да ја третиртаат хипогликемнијата. На тој начин, како што

детететo 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 децатsa 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 хипогликемнмкија 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 на претдшколскиот период, терапијата за справуивање со дијабетесот често е реагирачка, одколку предвидувачка. За време на почетните училишпни години семејството продолжува да биде *пациентот.* Родителите се важен дел од секоја посета на медицинската ординација и родителите одржуваат телефонска врска за активностите кои што 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 дететто 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 кои што 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.

7.3Импликации 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 во предвид социоекономските, културните и етичките фактори, кои што можат многу да влијаат врз прифаќањето, разбирањето и придржувањето кон ограничувањата наметнати од дијабетичната бременост на една жена.[19]

Образованието е предуслов за соодветно самосправување со дијабетесот, но во никој случај не е гаранција дека пациентите навистина ќе се придржуваат кон режимот на дијабетис. 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 само-ефикасност, страв од хипогликемнија и недостаток од социјална подршка. 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 технологиии во следењето на гликемиќната контрола треба да се евалвирани според нивните психолошки импликации. Психолошките последици опд 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 решавачки фактори за исходот од бременоста и се клучни за понатамошната нега на дијабетесот во бременоста. Интеграцијата на псоихолошката експертиза со специјализираната медицинска нега може да обезбеди значаен придонес за понатамошно подобрување на мултидисциплинарното управување со дијабетесот во бременоста.

[19] Wootton J, Girling JC. Addressing the needs of the inner city clinics. In Dornhorst A, Hadden DR (eds), Diabetes and Pregnancy. An International Approach to Diagnosis and Management. Chichester: Wiley, 1996, pp 265–276.

7.4Образовни 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, одкрите 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 широко опфатни ефекти: подобрување на самодовербата, 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.

7.5Интеревенции за промена на животниот стил

Интеревенциите 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 подршка. 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 физичкatsa активност, при што и двете се покажале дека можат да ги подобрат резултатите на здравјето кај лицата со дијабетес.

7.6Проблеми со самоконтролата

Третманите на дијабетес вклучуваат самоконтрола на однесувањето од страна на пацинтот, однесување кое вклучува дневни инјекции и земање на лекови, тестирање на нивото на гликозата и промена на физичката активност и навиките во исхраната.

Проблеми 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 само нега на дијабетесот се релативно независни едни од други, аспектите на режинмот кои се поврзани со исхраната се доживуваат како најтешки, а потоа следи физичката активност.

7.7Имплементација на принципот на еманципација во давањето подршка 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 диојабет да ги поднесат видовите на однесување кои се потребни за успешна самогрижа за дијабетес. Исто така им треба постојана подршка за самоуправување за да продолжат да ги задоволуваат образовните, психосоцијалните потреби и потребите на однесувањето. Како и едукацијата за самогрижа со дијабетес, подршката 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 подршка 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 чекори 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. Одкако пациентите ќе изведат самоуправувачки експеримент, ним им се помага да одредат што научиле и да го идентификуваат следниот чекор на самогрижа. Пациентите се охрабрени да мислат на овие чекори како самоуправувачки експерименти, одколку како на успеси или неуспеси. Секој експеримент обесбедува информација за вистинската природа на проблемот, пречките и достапната подршка 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 подршка. 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 подршка 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 ДИЈАБЕТ

Истражувачите на Медицинското училиште на Универзитетот во Вашингтон, спровеле три различни, краткотрајкни 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 дијабет. 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 треман и намалувањето на депресијата било подеднакво високо кај третираната група споредено со контролната група. Дополнително, секое истражување откриле 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 глукозната контрола не се разликувале од групата која не добивала третман на депресија.[20]

Во истражувањата за когнитивнта терапија на Универзитетот во Вашингтон, контролната група добила едукативна интервенција која била наменета кон поцврста гликемична контрола комбинирана со подржувачко 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 1/3 ефективна како и активниот третман (когнитивно-бихејвиористичка 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

[20] Williams JW, Katon WJ, Lin EHB et al. The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. Ann Intern Med 2004; 140: 1015–1024.

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 пациенбтите кои реагирале на третманот на депресија во споредба со тиа кои не реагирале ($p<0,05$ за секоја споредба). Земено се 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 5 годишни интервали.[21]

Влошувањето кое следи по успешниот третман е норма, а само неколку субјекти се асимптоматични повеќе од 1 година. Придобивките на когнитивно-бихејвиористичка терапија биле задржани 6 месеци, но него знаеле максималното време траење на овој ефект. Хроницитетот на депресијата се 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 12 месечна контрола пациентите кои примале третман за задржување на состојбата имале најмалку 20% помала веројатност да страдаат од повторно враќање на депресијата, одколку групата на пациенти чии лекови за депресија биле прекинати кога нивните симптоми се намалиле.[22]

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

[21] Rubin RR, Ciechanowski P, Egede LE, Lin EHB, Lustman P. Recognizing and treating depression in patients with diabetes. Curr Diabetes Rep 2004; 4: 119–125.

[22] Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE. Depression in adults with diabetes: results of a 5-year follow-up study. Diabetes Care 1988; 11: 605–612.

9. СЕМЕЈНАТА ПОДДРШКА ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА СТЕПЕНОТ НА ДЕПРЕСИЈА

9.1 Подршка и контрола од страна на семејството на лицето со дијабет.

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 претходниоте 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 одкако ќе се соочи со болеста. Историјата на искуството

на претходните генерации е важна за секое семејство. Таа понекогаш дава позитивни и подржувачки 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 подршка што може да го добие од околината. Наспроти ова во денешно време семејствата се 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.[23]

Депресијата кај лицето со дијабет 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 подоброто 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 перцепираат 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 контекс и во системите во кои личноста живее, при што доколку во тие системи од семејството е прифатено и подржано.

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

Подршката од семејството го вклучува однесувањето внатре во семејството кои развиваат емпатија, конфорт и чуствата на самиот дијабетичар дека е прифатен татков каков што е.

Контролата од страна на семејството се гледа во однесувањето насочено кон здравјето на дијабетичарот, а со цел да се засили чуството на безбедност во семејството.[24]

Големиот број на истражувања го потврдиле значењето на поврзаноста помеѓу подршката од страна на семејството и психичките прилагодувања меѓутоа постојат и подеднакво ист број на студии кои не го докажале ова тврдење. Подршката на

[23] Jelcic, A., Specijalen pedagog I semejen savetnik, Vas psiholog, 2019, (www.vas psiholog.com-kako se nositi sa bolescu clana porodice) pristapeno.12.06.2021
[24] Maccoby & Martin,1983... (506)

семејството има посебно важна улога во промоција на самоконтролата во однесувањето и претставува еден од условите за добра метаболичка контрола.

Разгледувањето на односите меѓу подршката 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 дијабет. 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 дијабет 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 прифаќањаето 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“[25]

Моделот на главното влијание ја застапува тезата дека социјалната подршка и доживувањата на личноста со дијабет 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“ претставува дека социјалната подршка својот ефект го остварува така што го намалува ефектот на стрес, за време на неговото дејство. Социјалната подршка како и семејната се важни во стресни ситуации и своето влијание го остваруваат преку покривање на психлошките и бихевиорални последици од стресот, депресијата, модифицирајќи ја перцепцијата на стресор зголемувајќи ги постоечките ресурси за справување со психолошките процеси кај личноста и на тој начин му овозможуваат емоционална подршка.

9.2 Едукација на членовите на семејството за подобар третман на лицето со дијабет

Она што е регистрирано како клучен фактор за соодветно следење на болеста и однесувањето насочено кон здравјето е зголеменото вклучување на членовите на

[25] CVohen I Vils, 1985

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 дијабет, 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 дијабет.

Вршени се испитувања кај семејствата каде што има член од семејството со дијабетес посебно деца и млади и се покажало дека едукацијата на родителите и на членот од семејството со дијабет како индивидуална или во 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 надмиинување на разликите во однос на здравите врсници. Социјалната подршка од страна на семејствотро се покажало како многу важна за добра метаболичка и психичка контрола кај дијабетичарите, 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 та може да се заклучи за добра гликемија и добра психичка состојба на дијабетичарот најважна е подршката од страна на семејството и едукацијата на истите.[26]

Како што кажавме и претходно, дијабетесот е семејна болест барањата на дијабетесот и неговото управување влијае на секој кој ја сака, живее со или се грижи за личноста која има дијабетес. Уште повеќе, однесувањето на оние кои се блиски до нив

[26] ПСИХОЛОГИЈА, 2009, Вол.42(4), Ѓуровиќ,Д., и др., ИЗЗ,Нови Сад, стр. 505-515,

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 подршка 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 и помогнат на личноста да се чувствува повеќе подржана 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 подршка на дијабетиучарите 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 сé и кога станува збор за справување со стресот и депресијата во животот на личностите со дијабетес ова може и те 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 дијабетичарот. Треба да им се помогне на пациентите и нивните семејства да ги најдат нивните извори на надеж и оптимизам. Како пример, тринаесет годишно девојче било првата личност во нејзиното семејство на која и 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 одколку порано, сите ќе бидеме поздрави одколку што некогаш сме биле и ќе научиме да се сакаме меѓусебно повеќе

одколку порано.“ Друг пример, педесет и четири годишен маж неколку месеци одкако му бил дијагностициран дијабетес одкако ги искажал неговите проблеми во прилагодувањето кон некои аспекти од неговиот нов режим рекол: „Не е се 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 до сега не сме биле толку блиски. И тоа не е се, 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 перспоективa, тој ги заштитува луѓето од чувството на поразеност. Психологот може да им помогнат на пациентите и нивните семејства да го употребуваат хуморот во нивните животи со дијабетес, како 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 се 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 смејства 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 нега на дијабетесот на подолгорочен план.[27]

[27] Височки Т., и др. Бихевиористичка терапија за семејства со дијабетес: одржување на ефектите на третманот. Нега на дијабетес, 2001, стр. 441-446.

10.МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ

10.1 Предмет на истражувањето

Дијабетесот е едно од најчестите заболувања, кое е во се поголем пораст. 5% до 10% од светската популација се лица со дијабет, како тој настанува, причини за неговата појава, фактори кои влијаат на неговото настанување.

Дијабетесот може да предизвика не само физиолошки причини, како што се траума, вирусна инфекција или автоимуна болест, но 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 анксиознот,депресија и стрес.

Предмет на оваа магистерска тема е депресивноста на лицата со дијабет во Пелагонискиот регион. Просторно предметот на проучување на дијабетот и депресивноста ќе биди на таргетирана поплуација 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 дијабет, со посебен осврт на депресивноста, во Пелагонискиот регион (Битола, Прилеп и Демир Хисар).

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

Покрај тоа да се понудат мерки за психолошка поддрша на лицата со дијабет.

Истражувањето на предметот ќе биди теоретско и емпириско.

10.3Хипотези на истражувањето

Генерална хипотеза;

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

Посебни хипотези:

1. Дијабетот води кон поголем степен на депресивност кај женскиот пол;

2. Дијабетот 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;

10.4Варијабли на истражувањето

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

Независни варијабли во истражувањето се : Типови на дијабет, семејна поддршка, дијабет и компликациите од него и третман на дијабетот.

10.5. Методи, техники и инструменти на истражувањето

Тргнувајќи 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 корист 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 нормативa

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 дијабет по стратификуван случаен примерок од Битола, Прилеп и Демир Хисар. Примерокот ке 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 истражтвањето,

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, операзионализација 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

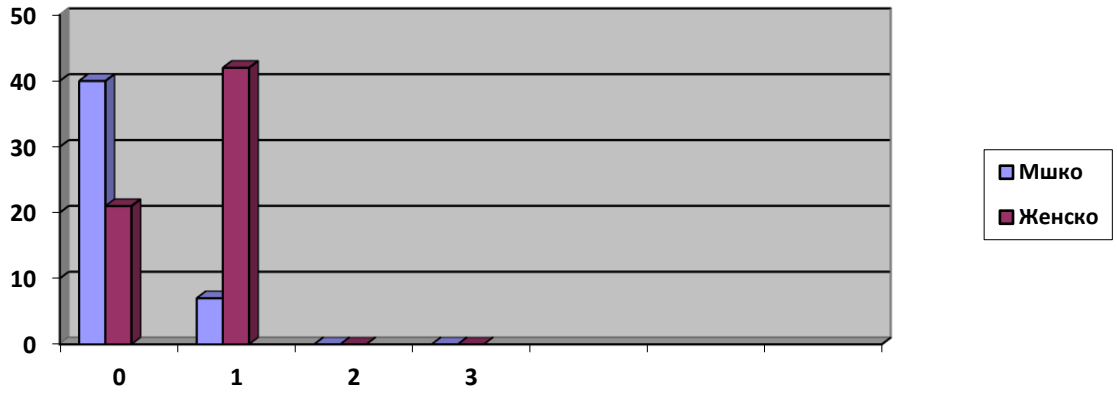
Во истражувањето се вклучени 110 испитаници лица со дијабет. Според пол се вклучени 47 лица од машки пол и 63 лица од женски пол. Според возраст примерокот е категоризиран на три групи. Прва група лица од 18-40 години, Втора група лица од 41-60 години и Третата група лица од 61-80 години.

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 возраст доминираат лицата на возраст од 41-60 години 56 или 50,9%, а најмалку со дијабет се помладите лица од 18-40 години 26 или 23,6%. Лица на возраст од 61-80 години се 28 или 25,4%.

Во однос на полот и возраст на испитаниците лица од машки пол на возраст од 18-40 години се 10 или 21,3%, од 41-60 години 28 или 59,6% и 9 на возраст од 61-80 години 9 или 19,1%. Лица од женски пол се: на возраст од 18-40 години се 16 или 25,4%, од 41-60 години 28 или 44,4% и на возраст од 61-80 години 19 или 30,2%.

Кај испитаниците е анализирано влијанието на дијабетот врз половата и возрасната 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

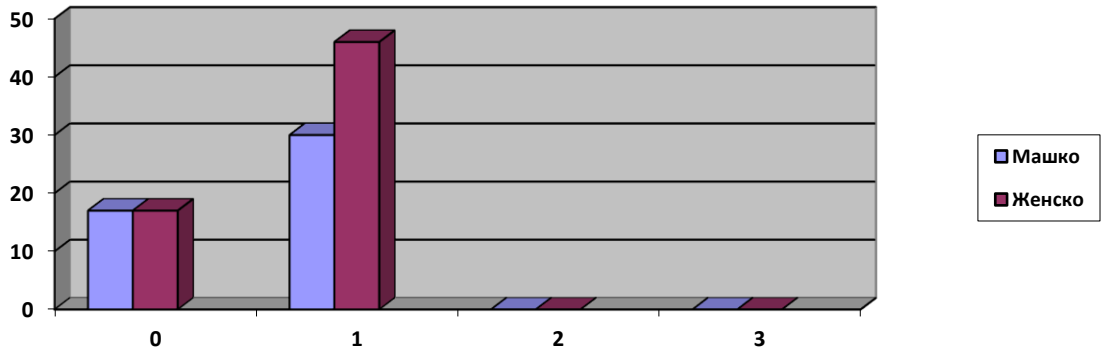


Слика 1.

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 чуствуваат тажни“ 61 или 55,4%. „1 Тажни се чуствуваат“ 49 или 44,6%. Според пол поголем процент се тажни лицата од женски пол 42 или 66,7‘ наспроти лицата од машки пол 7 или 14,9%. Не се изјасниле од испитаниците ниту еден дека: „2 Цело време сум тажен и не можам да се ослободам од тоа чуство“ и „3 Толку сум тажен и несреќен што не можам да издржам“

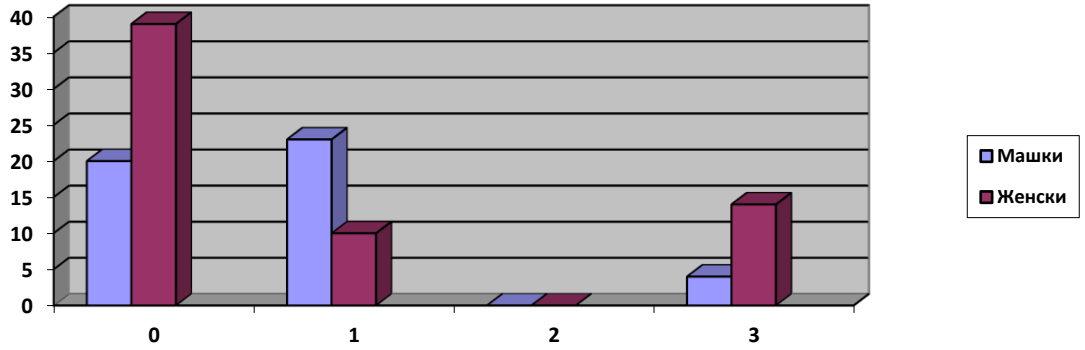


Слика 2

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 обесхрабрени во однос на иднината“ 76 или 69,1%, помал е бројот кои „1 не се чуствувуваат посебно обесхрабрени“ 34 или 30,9%. Процентот на обесхрабреност е поизразен кај лицата од женски пол 46 или 73,1%. Од испитаниците 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“

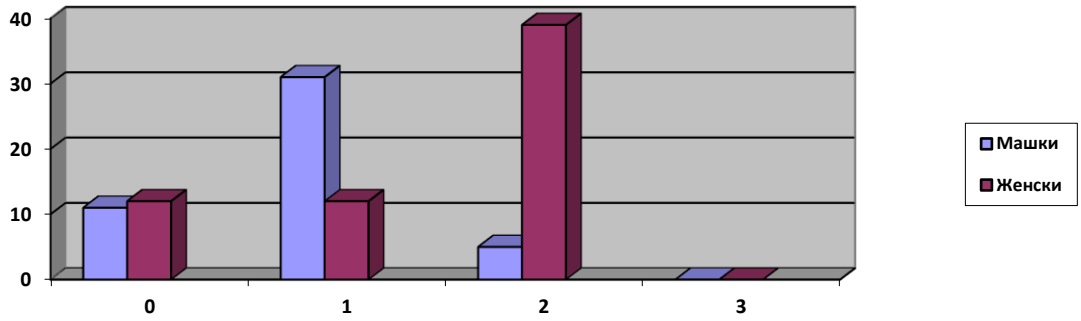


Слика 3

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% „**0** Чувствуваат дека се неуспешна личности“, 33 или 30% „**1** Чувствуваат дека се понеуспешни од просечен човек “ и 18 или 16,4% „**3** Како личност 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%.

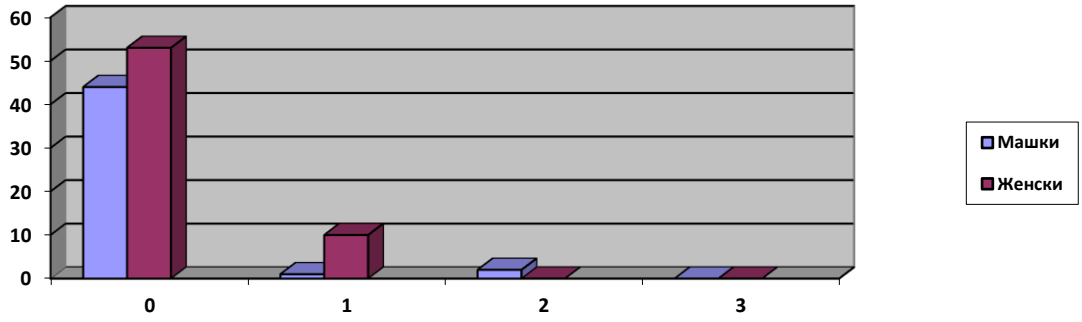


Слика 4

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% „**1** Не уживам во некои работи како порано“„ и 44 или 40,0% **2** Повеќе скоро ништо не ми причинува задоволство“. Никој не се изјаснил за последниот степен „3 Ништо не може да ми причини задоволство, се ми е досадно“ Не постои голема разлика помеѓу лицата од машки и женски пол.

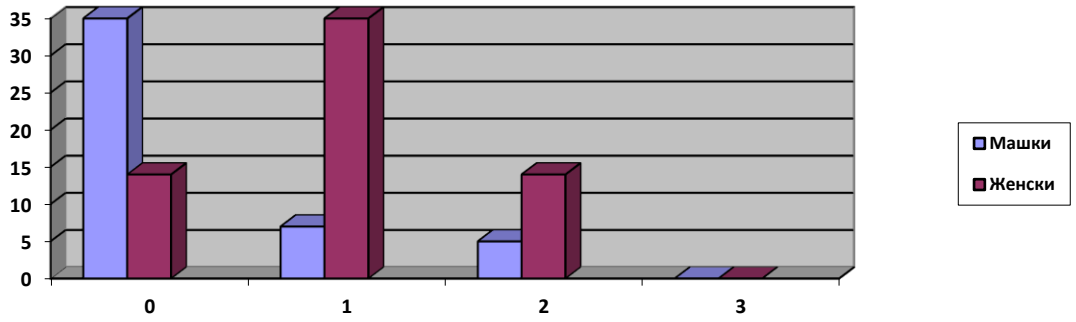


Слика 5

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% „**1** Добар дел од времето чувствуваат вина“ а само 2 или 1,8% „**2** Во поголем дел од времето чувствуваат вина “ Никој од испопитаниците не се изјаснил „3 Цело време се чувствувам виновен “ Од оние лица кои чуствуваат вина поголем процент се лица од женски пол.

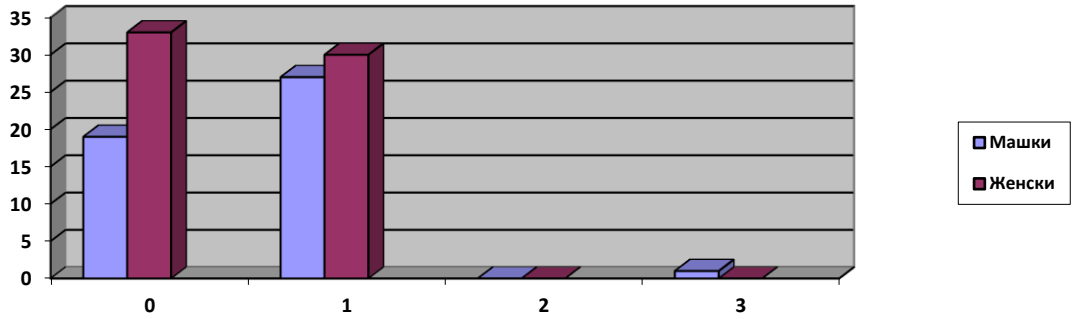


Слика 6

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“**,** во однос на тие кои се изјасниле 42 или 38,2% „**1** Чувствувам дека можеби сум казнет“. Од испитаниците 19 или 17,3% се изјасниле **„2** Очекувам дека ќе бидам казнет“. Ниту еден не се изјаснил „3 Чувствувам дека ова ми е казна“. Во однос на половата структура поголем процент чуството на казна е застапено кај лицата од женски пол. 49 или 77,8%.

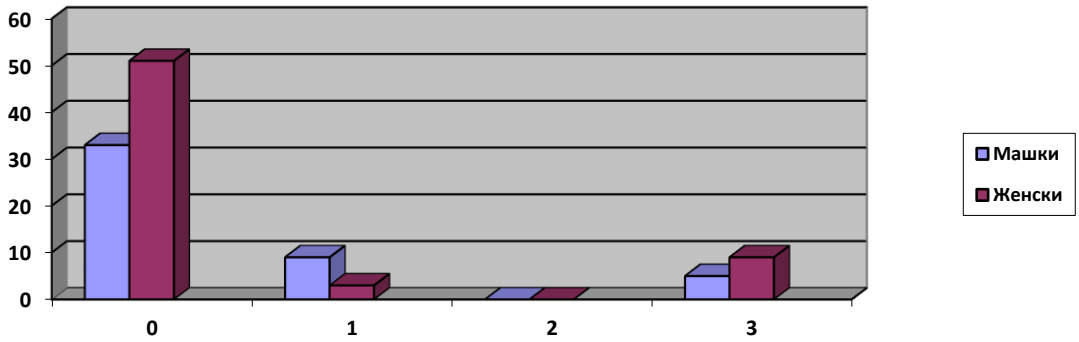


Слика 7

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 1 испитаник се изјаснил „**3** Се мразам“, а ниту еден „2 Се гадам сам на себе“ Кај половата структура во поглед на разочараноста поголем е процентот кај лицата од машки пол.

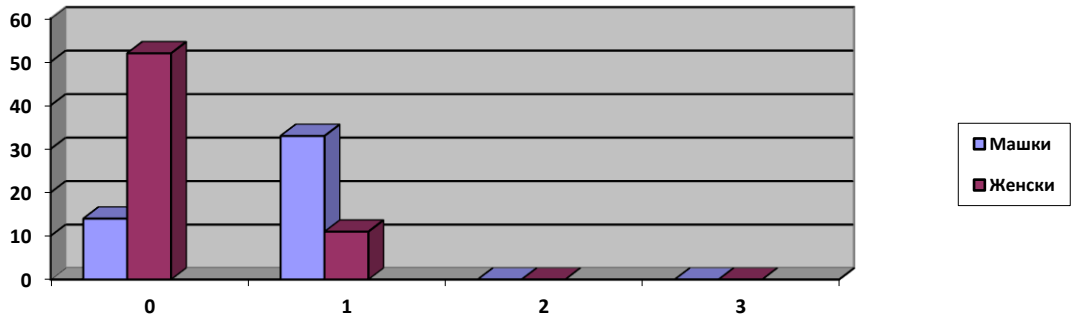


Слика 8

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 „**1** Критичен сум спрема себе поради своите слабости и грешки “ и 14 или 12,7% кажуваат „**3** Се обвинувам себе за се 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 19,1% во однос на 4,8%.



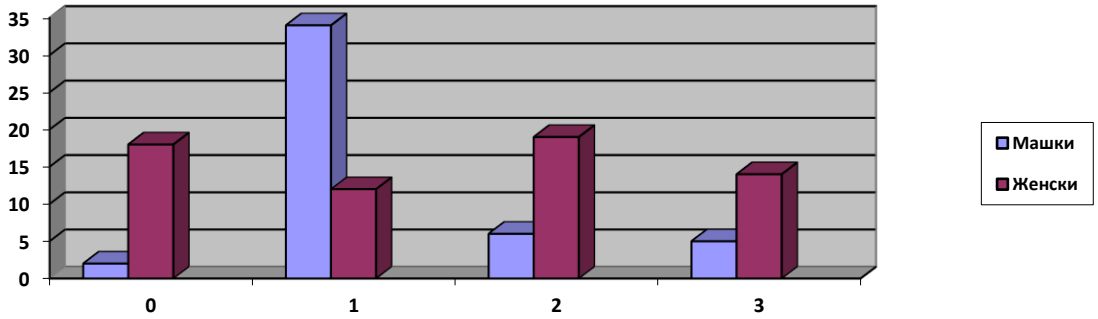
Слика 9

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 66 или 60% се изјасниле „**0** Воопшто не помислувам на самоубиство“ во однос на 44 или 40% кој кажаа „**1** Помислувам на самоубиство, но не би го сторил тоа“ Не се изјасниле испитаници „**2** Би сакал да се самоубијам “.„**3** Би се убил да имам прилика“. Поголем

процент од испитаниците кои помислуваат на самоубиство се лица од машки пол 70,2% наспрот лица од женски пол 17,5%.

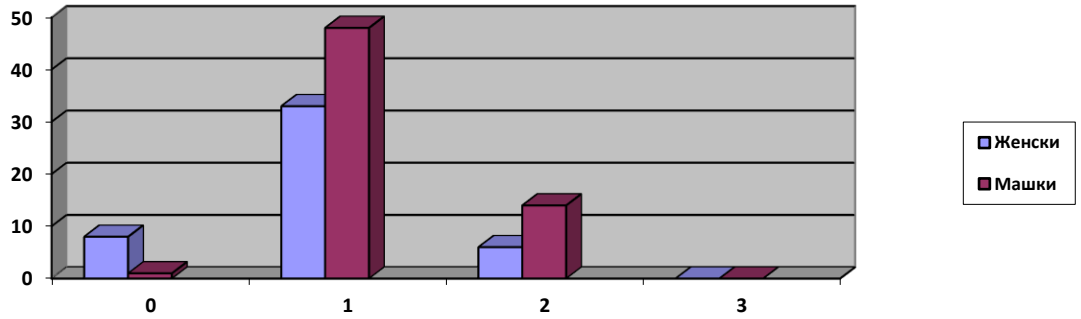


Слика 10

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. Испитаниците се изјасниле 46 или 41,8% „**1** Сега плачам повеќе од порано“ и 25 или 22,7% „**2** Сега постојано плачам “. Од испитаниците 20 или 18,2% се изјасниле „**0** Не плачам повеќе од обично“ и 19 или 17,3% „**3** Порано многу плачев, но сега неможам ни кога сакам “. За истакнување е дека машките испитаници процентуално 91,1% повеќе плачат одколку женските 49,2%.

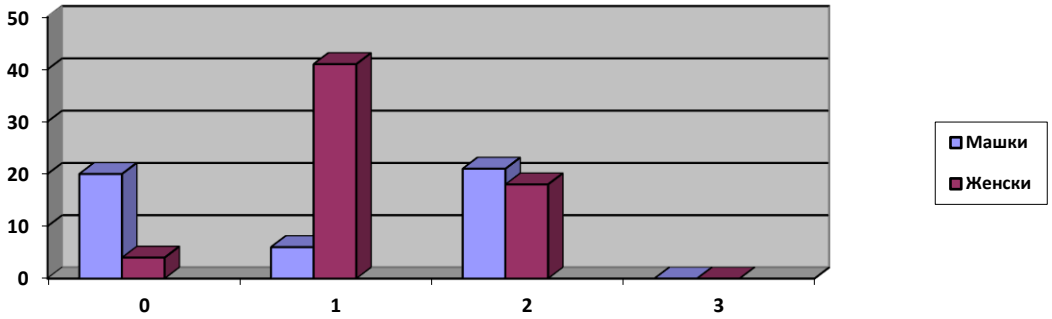


Слика 11

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% „**0** Повеќе се разлутувам од било кога порано “. Од испитаниците никој не се изјаснил. „3 Повеќе не ме лутат работи кои порано ме лутеа“ Не постои особена разлика во поглед на степенот и интензитетот на лутење и полот.



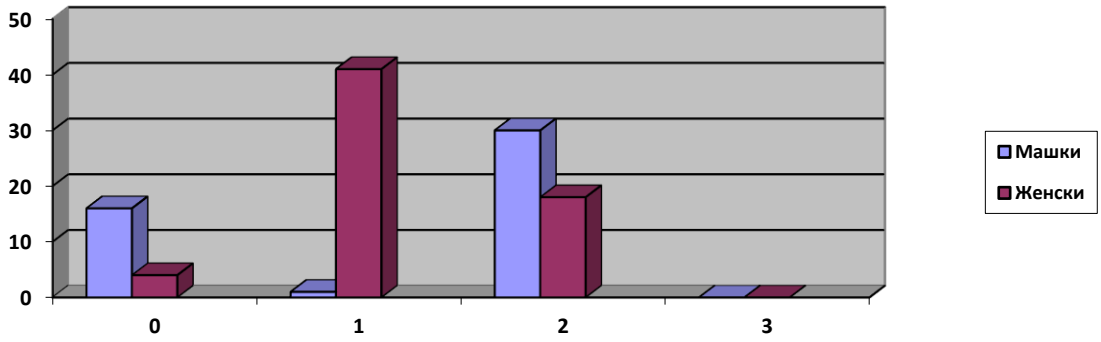
Слика 12

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 се изјасниле: 47 или 42,7% , „**1** Другите луѓе не ме интересираат како порано “односно 39 или 35,5% „**2** Воглавно го имам изгубено интересот за други луѓе“Од испитаниците 24 или 21,8% „**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 57,5%.

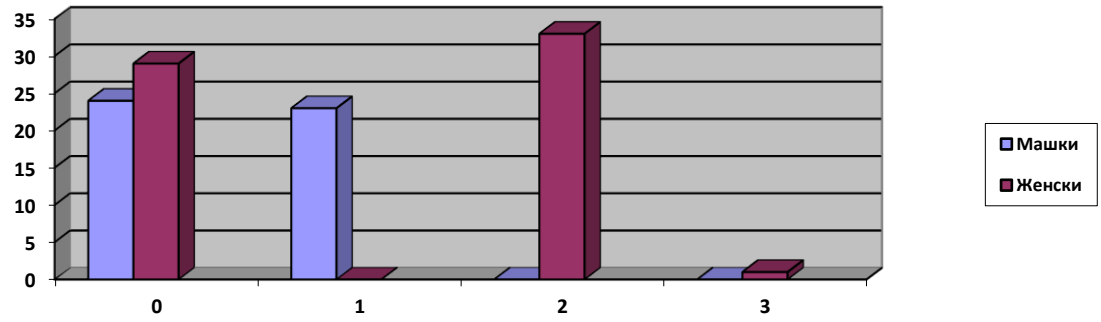


Слика 13

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 се изјасниле 42 или 38,1% „**1** Го одложувам донесувањето на одлуки повеќе од порано“ и 48 или 43,7% „**2** Потешко ми е донесувањето одлуки од порано“. Од испитаниците 20 или 18,2% се изјасниле „**0** Одлуките ги донесувам добро како порано“. Нема испитаници „3 Воопшто повеќе не можам да донесам одлуки“ Донесувањето на одлуки е потежнато кај лицата од женски пол 93,7% во однос на лицата од машки пол 65,9%.

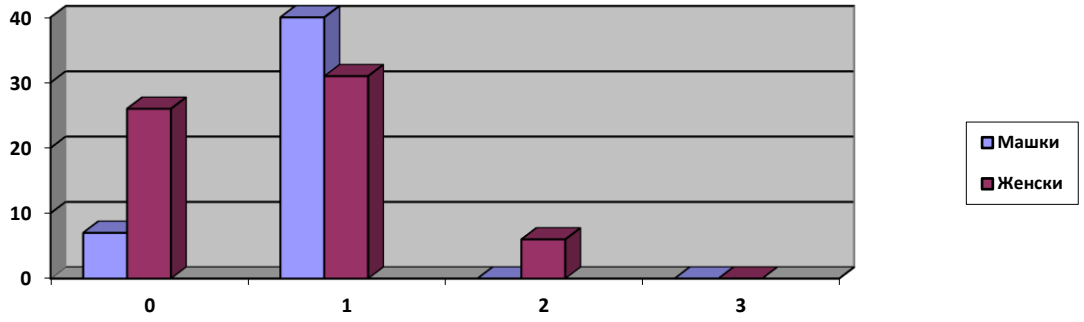


Слика 14

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 „**0** Не мислам дека изгледам ништо полошо од порано“ наспроти 23 или 20,9% „**1** Се плашам дека изгледам старо и непожелно“ и 33 или 30,1% „**2** Чувствувам дека во мојот изглед се имат случено промени кои ме прават непривлечен“. Не се изјаснил испитаник „3 Мислам дека изгледам грдо“. Нема голема разлика во поглед на половата структура.



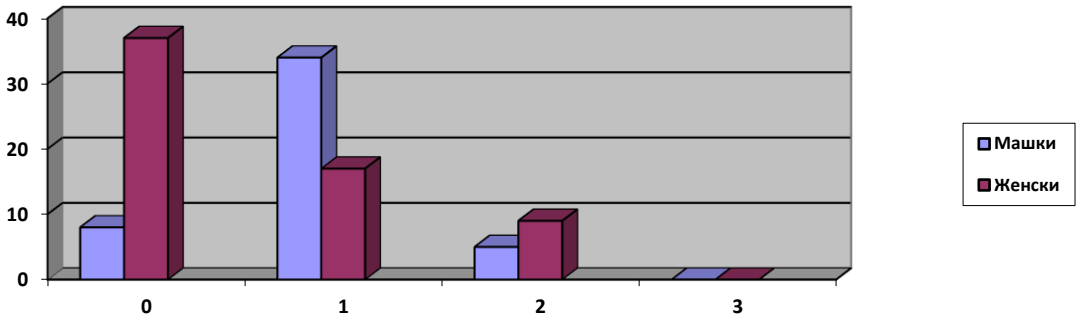
Слика 15

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 1/3 30 или 30% од лицата со дијабет се изјасниле „**0** Можам да работам еднакво добро како и порано “, наспроти 71 или 64,5% „**1** Морам да вложам посебен напор за да почнам нешто да работам“ и особено 6 или 5,5% „**2** Морам многу тешко да се натерам да работам“ . Не постојат лица со дијабет кои „**3** Воопшто не можат да работат “. Не постои разлика

според пол.

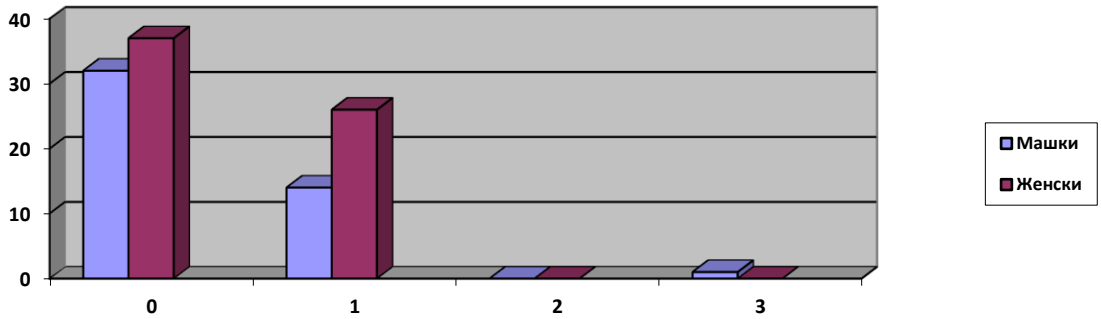


Слика 16

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: „**1** Не спијам добро како порано“ и „**2** Се будам час до два порано и тешко ми е повторно да заспијам“. Сепак голем број 45 или 40,9% се изјасниле „**0** Спијам добро како порано“. Не се изјасниле испитаници „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 82,9% во однос на лицата од женски пол 41,2 %.

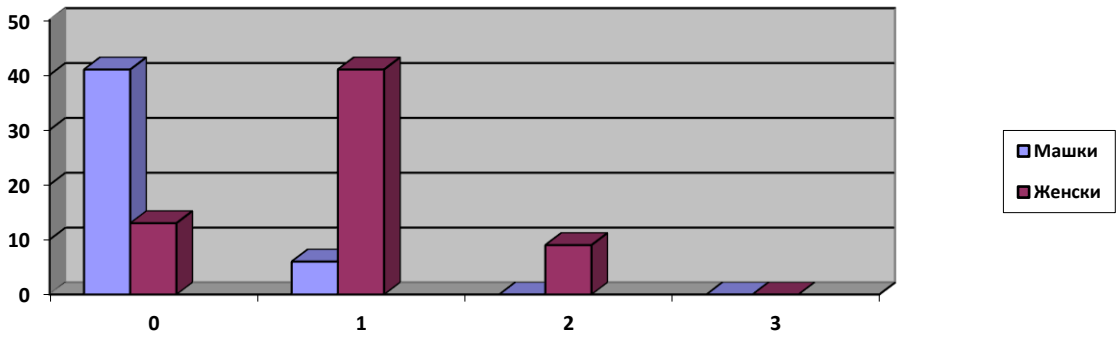


Слика 17

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: „**0** Не се заморувам повеќе од обично“ наспроти 40 или 36,4% кои се изјасниле „**1** Се уморувам повеќе од обично“. Само 1 испитаник се изјаснал „**3** Преуморен сум било што да работам“. Лицата од женски пол се заморуваат повеќе во однос на лицата од машки пол.

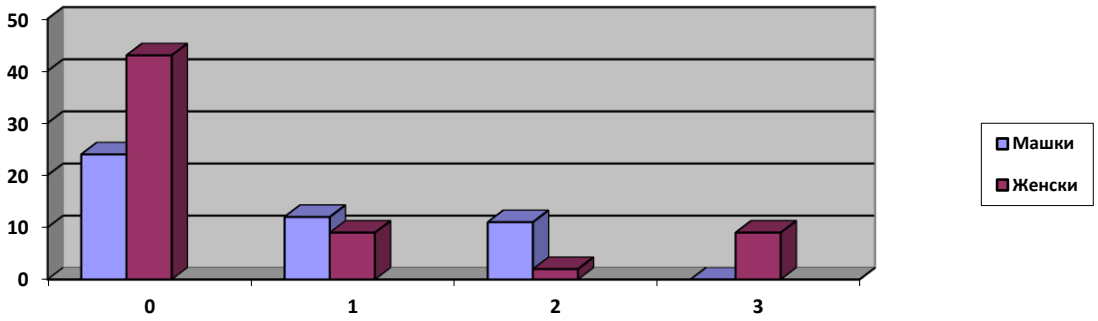


Слика 18

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 се изјасниле 54 или 49,1% „**0** Немам послаб апетит од порано“, наспроти 47 или 42,7% „**1** Немам така добар апетит како порано“ и 9 или 8,2% „**2** Апетитот сега ми е многу послаб“. Ниту еден не се изјаснил „3 Воопшто повеќе немам апетит“. Поголем процент од лицата со дијабет од женски пол го изгубиле апетитот 79,4% во однос на лица од машки пол 12,8%.

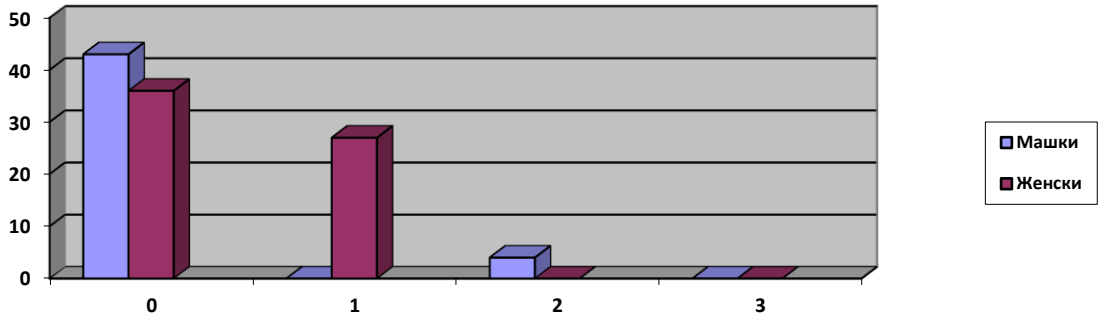


Слика 19

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 7кг од својата тежина поради појавата на дијабет. Сепак голем е бројот 67 или 60,9% кои се изјасниле дека не се ослабени. Лицата од машки пол со дијабет имаат поголема склоност кон губење на тежината.

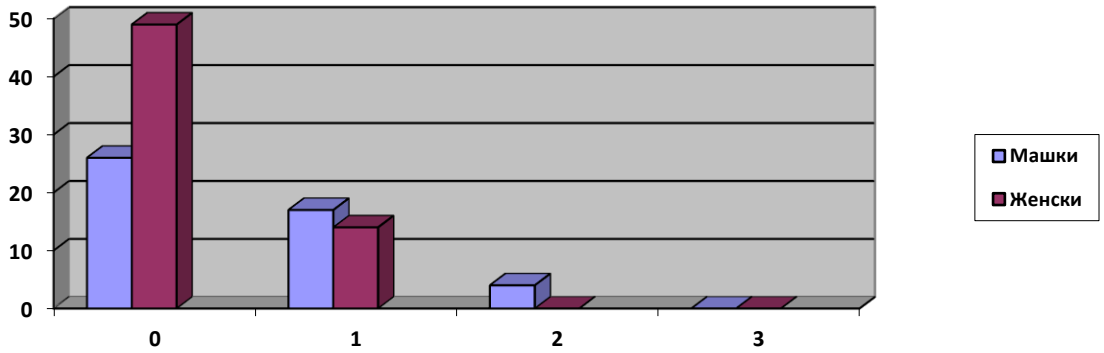


Слика 20

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% „**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 „1 Загрижен сум поради проблеми како што се болки , нервозен желудник , запек“, а 4 или 3,7% се изјасниле „2 Многу сум загрижен за здравствените проблеми и тешко ми е да размислувам за било што“. Ниту еден испитаник не се изјаснил „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.



ССлика 21

Табела 21

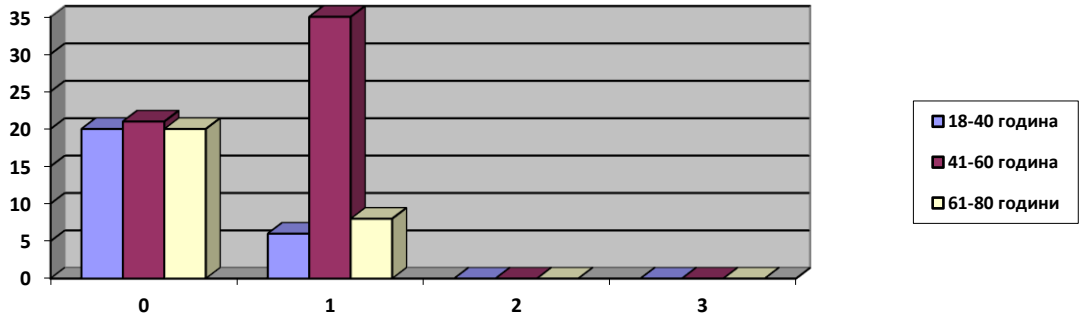
Степен на депресивност	**0**		**1**		**2**		**3**		**ВКУПНО**	
Пол	**број**	**%**	**број**	**%**	**број**	**%**	**број**	**%**	**број**	**%**
Машко	26	55,3	17	36,2	4	8,5	0	0,0	47	42,7
Женско	49	77,8	14	22,2	0	0,0	0	0,0	63	57,3
ВКУПНО	**75**	**68,2**	**31**	**28,2**	**4**	**3,6**	**0**	0,0	**110**	**100,0**

Сите поретходно наведени промнени влијаат и на сексот кај лицата со дијабет. Иако поголемиот број 75 или 68,2% се изјасниле дека „**0** Во последно време на сум приметил дека мојот интерес за секс се променил“, сепак 31 или 28,2 „**1** Сексот ги

интересира помалку од обично“а 4 или 3,6% „**2** Во голема мера го имаат изгубено интересот за сексот“. Не се изјасниле испитаници дека „3 Потполно го имам изгубено интересот за секс“. Според пол 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 влијанието на дијабетесот врз возраста. Испитаниците се поделени во три групи на возраст. Прва група од 18-40 години. Втората група се на возраст од 41-60 години и Трета група на возраст од 61-80 години. Во натамошниот текст ќе се користам двата термини нумерички и описно.



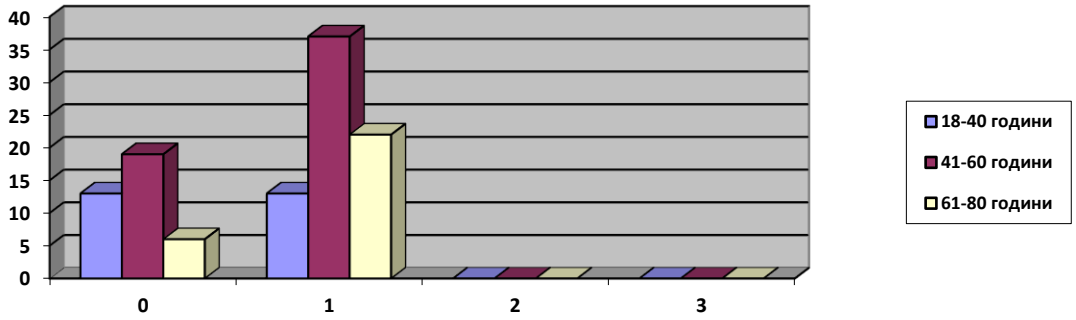
Слика 22

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 18-40 години, 37,5% од 41-60 години, 71,4% од 61-80 години, на исказот„1 Се чувствувам тажно“ се изјасниле: 23,1% од 18-40 години, 62,5 % од 41-60 години, 28,5% од 61-80 години. На исказите „2 Се чувствувам тажно цело време и неможам да

се оттргнам од тоа“ и „3 Така сум тажен и несреќен што тоа повеќе не можам да го поднесам“ не се изјасниле испитаници. Лицата на помлада возраст и на постара возраст се чуствуваат помалку тажни во однос на средната возраст лица од 41-60 години.. Најтажни се чувствуваат лицата од Втората група.

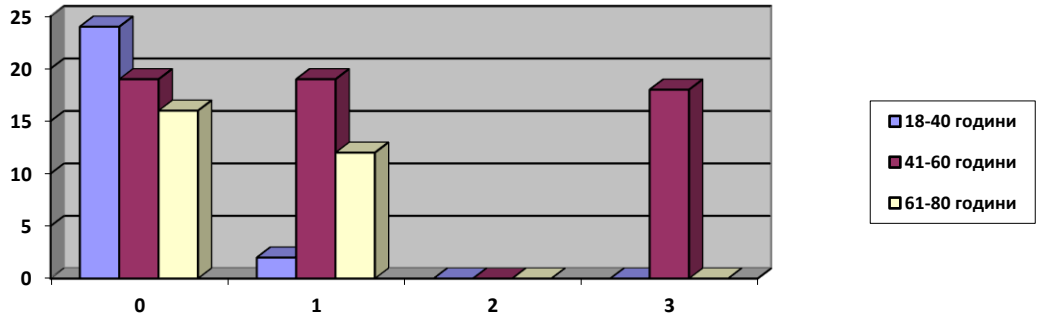


Слика 23

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 18-40 години, 30,4% од 41-60 години, 21,4% од 61-80 години, на исказот„1 Обесхрабрен сум во поглед на иднината“ се изјасниле: 51,7% од 18-40 години, 69,6% од 41-60 години, 78,6% од 61-80 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 право пропорционална со возраста. Според возраст старите лица односно од трета доба се најобесхрабрени во поглед на иднината.

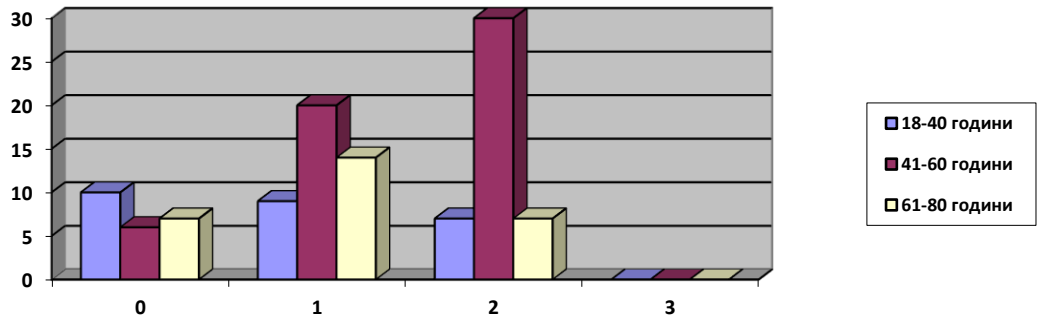


Слика 24

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 18-40 години, 33,9% од 41-60 години, 57,1% од 61-80 години, на исказот „1 Чувствувам дека сум понеуспешен од просечен човек “ се изјасниле: 7,7 % од 18-40 години, 33,9% од 41-60 години, 42,9% од 61-80 години, на исказот„2 Кога 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 41-60 години. Чуството за неуспешна личност доминира кај најмладите и најстарите, односно лицата од Првата и Третата група..

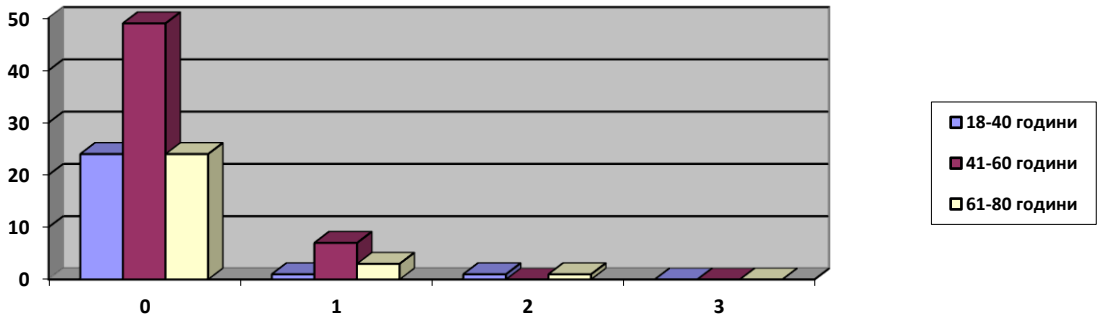


Слика 25

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 41-60 години и 10,7% на возраст од41-60 години, 25,0% на возраст од 61-80 години. Од испитаниците на исказот „1 Не уживам во некои работи како порано“ се изјасниле 34,6% на возраст 18-40 години, 35,7% на возраст од 41-60 години и 50% на возраст од 61-80 години, на исказот „2 Повеќе сокоро ништо не ми причинува задоволство“ се изјасниле 26,9% на возраст од 18-40 години, 53,6 % на возраст од 41-60 години и 25% на возраст од 61-80 години, на исказот „3 Ништо не може да ми причини задоволство, се ми е досадно“ не е евидентиран кај ниедна група на испитаници. Немање задовоството е правопропорционално со возраста. Повеќе изразено е кај лица од Втората и Трета група.

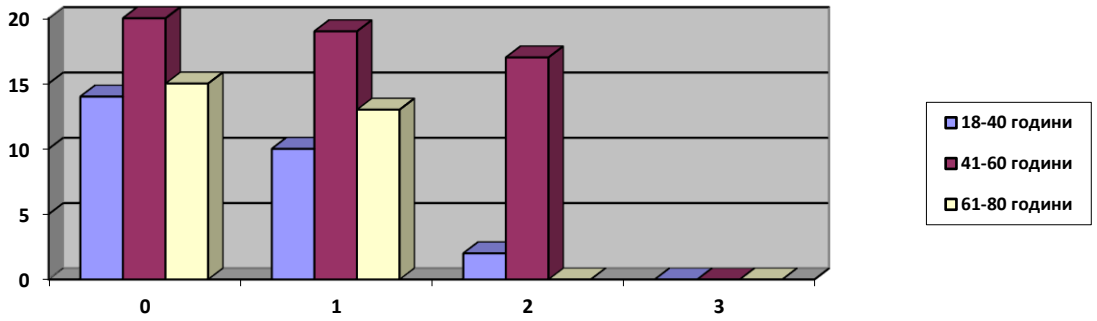


Слика 26

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 18-40 години, 87,5% од 41-60 години, 85,7% од 61-80 години, на исказот„1 Добар дел од времето чувствувам вина“ се изјасниле: 3,8% од 18-40 години, 12,5% од 41-60 години, 10,7% од 61-80 години, на исказот„2 Во поголем дел од времето чувствувам вина “ се изјасниле: 3,8% од 18-40 години и 3,6% од 61-80 години. На исказот „3 Цело време се чувствувам виновен “ не се изјасниле испитаници. Само мал дел од испитаниците чуствуваат вина. Чувството на вина не е поврзано сигнификантно со возраста.



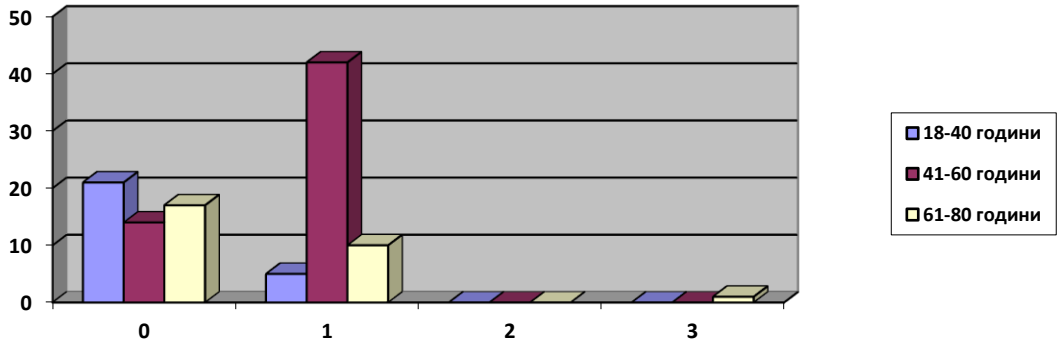
Слика 27

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 18-40 години, 35,7% од 41-60 години, и 53,5% од 61-80 години, на исказот„1 Чувствувам дека можеби сум казнет“ се изјасниле: 38,4% од 18-40 години, 33,9% од 41-60 години и 46,5% од 61-80 години, на исказот „2 Очекувам дека ќе бидам казнет“ се изјасниле: 7,8% од 18-40 години, 30,4% од 41-60 години, додека на исказот„3 Чувствувам дека ова ми е казна“ не се изјасниле. Чувството за казна е правопропрционално со возраста. Најголемио чувство за казна постои кај испитаниците на Третата група.

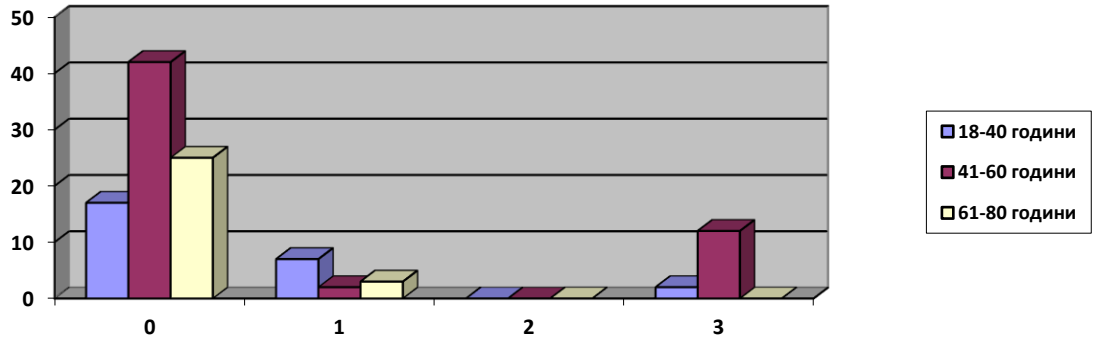


Слика 28

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

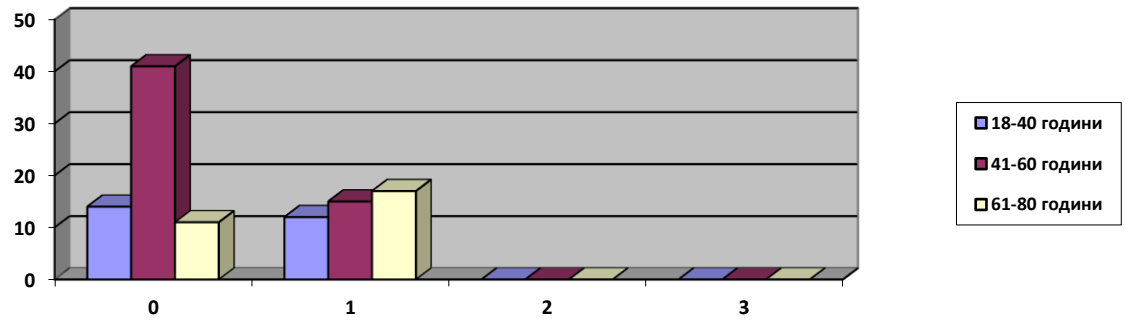


Слика 29

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 18-40 години, 75,0% од 41-60 години и 89,3 од 61-80 години, на исказот „1 Критичен сум спрема себе поради своите слабости и грешки “се изјасниле: од 26,9% 18-40 години, 3,5% од 41-60 години и 10,7% од 61-80 години, на исказот„2 Цело време се обвинувам поради моите грешки“ не се изјасниле никој и на исказот„3 Се обвинувам себе за се лошо што ми се има случено“ се изјасниле: 7,7% од 18-40 години и 27,5% од 41-60 години. Во поглед на самокритичноста најголемиот број од испитаниците 84 или 76,4% не се самокритични, Самокритичноста и себеобвинувањето поизразени се кај лицата од 41-60 години возраст.

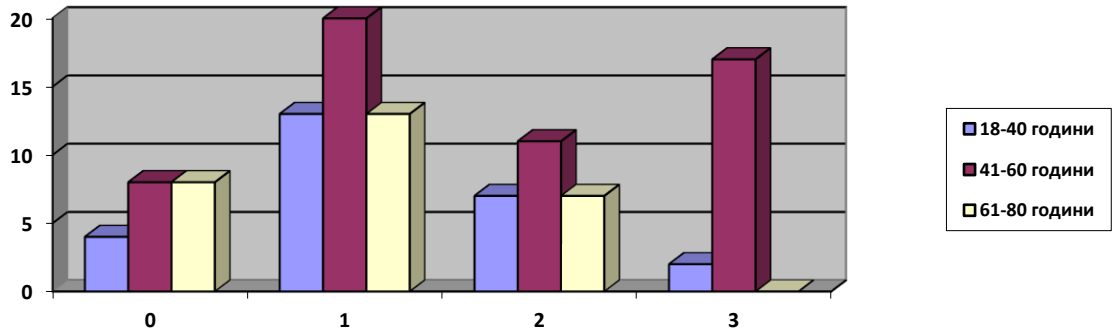


Слика 30

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 18-40 години, 73,2% од 41-60 години и 39,3% од 61-80 години, на исказот „1 Помислувам на самоубиство, но не би го сторил тоа“ се изјасниле: 467,2% од 18-40 години, 26,8% од 41-60 години и 60,7% од 61-80 години, на исказот се „2 Би сакал да се самоубијам “ не се изјаснил никој и на исказот „3 Би се убил да имам прилика“ не се изјаснил никој. Самоубиството не е опција на лицата со дијабет. Поголемиот дел од испитаниците се изјасниле дека не помислуваат на самоубиство. Помислата на самоубиство е поголема кај постарите и помладите лица.



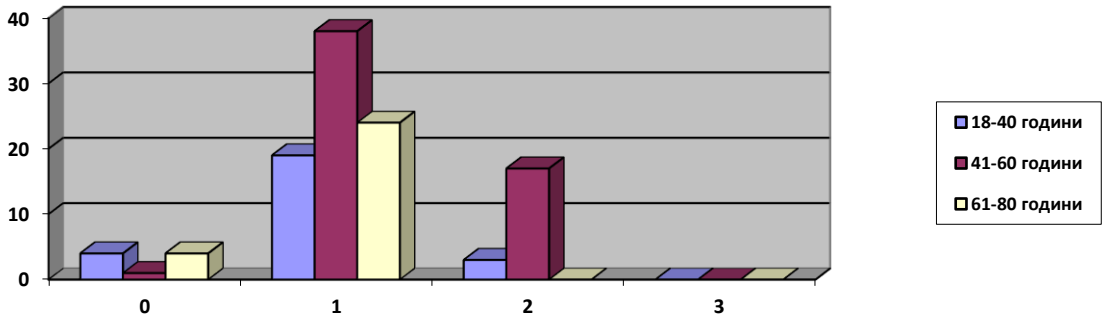
Слика 31

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 18-40 години, 14,3% од 41-60 години и 28,6% од 61-80 години, на исказот „1 Сега плачам повеќе од порано“ се изјасниле: 50,0% од 18-40 години 35,7% од 41-60 години и 46,4% од 61-80 години, на исказот„2 Сега постојано плачам “ се изјасниле:26,9% од 18-40 години, 19,6% од 41-60 години, 25,0% од 61-80 години и на исказот „3 Порано многу плачев , но сега неможам ни кога сакам “се изјасниле: 7,7% од 18-40 години, 30,4% од 41-60 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.

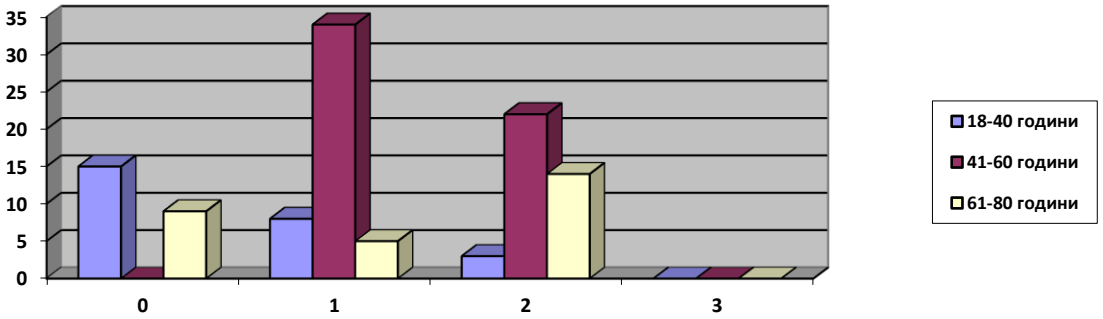


Слика 32

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 18-40 години, 1,7% од 41-60 години, 14,3% од 61-80 години, на исказот„1 Полесно се разлутувам од порано“ се изјасниле: 73,2% од 18-40 години, 67,8% од 41-60 години, 85,7% од 61-80 години, на исказот„2 Сега цело време сум лут“ се изјасниле: 11,1% од 18-40 години, 30,5% од 41-60 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 Прва и Трета група почесто се лутат, додека лицата од Втора група подолго време држат лутина.

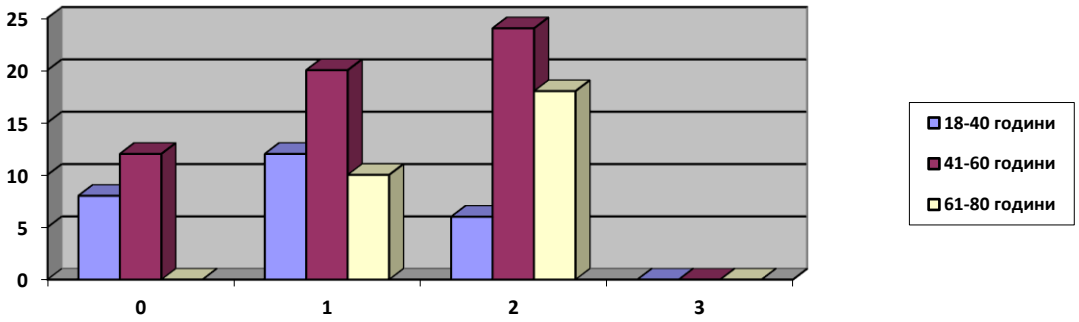


Слика 33

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 18-40 години и 32,2% од 61-80 години, на исказот„1 Другите луѓе не ме интересираат како порано “се изјасниле: 30,7% од 18-40 години, 60,7% од 41-60 години, 17,8% од 61-80 години, на исказот„2 Воглавно го имам изгубено интересот за други луѓе“ се изјасниле: 11,6% од 18-40 години,39,3% од 41-60 години, 50,0% од 61-80 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.

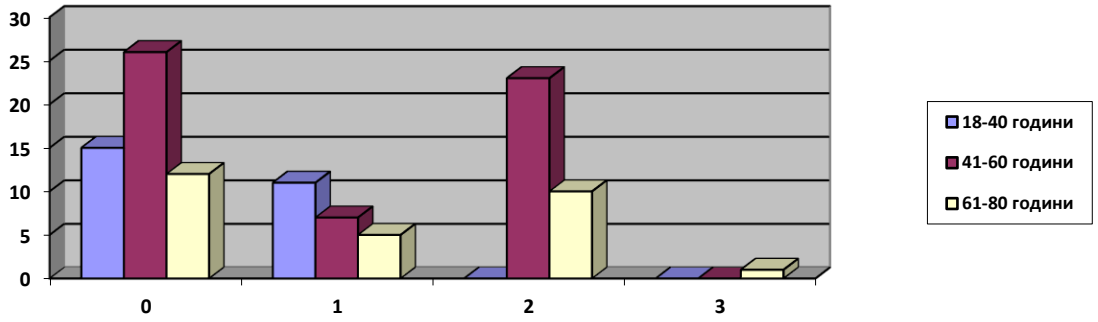


Слика 34

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 18-40 години, 21,4% од 41-60 години, на исказот„1 Го одложувам донесувањето на одлуки повеќе од порано“ се изјасниле: 46,2% од 18-40 години, 35,7% од 41-60 години, 35,7% од 61-80 години, на исказот „2 Потешко ми е донесувањето одлуки од порано“се изјасниле: 23,1% од 18-40 години,42,9% од 41-60 години, 64,3% од 61-80 години. На исказот„3 Воопшто повеќе не можам да донесам одлуки“ не се изјасниле испитаници. Дијабетисот влијае врз ефективноста и ефикасноста во одлучувањето. Процесот на одлучување е отежнат кај лицата со поголема возраст од Втората и Третата група.

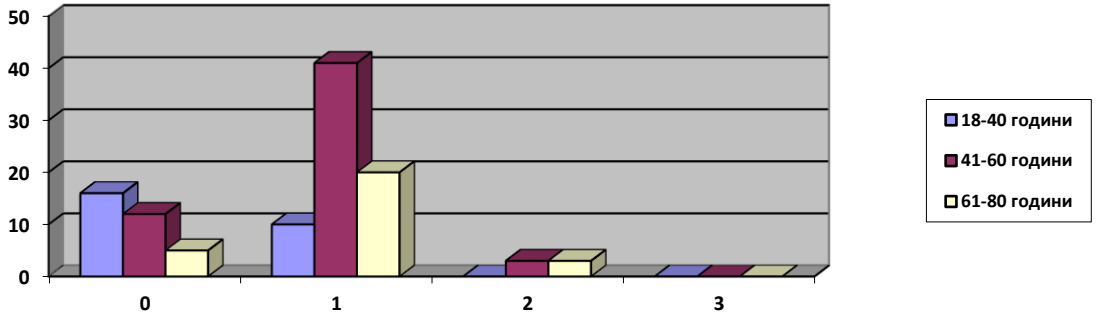


Слика 35

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 18-40 години, 46,4% од 41-60 години, 42,8% од 61-80 години, на исказот„1 Се плашам дека изгледам старо и непожелно“ се изјасниле: 42,3% од 18-40 години, 12,5% од 41-60 години, 17,8% од 61-80 години, на исказот„2 Чувствувам дека во мојот изглед се имат случено промени кои ме прават непривлечен“ се изјасниле: 41,1% од 41-60 години и 35,8% од 61-80 години, на исказот „3 Мислам дека изгледам грдо“ се изјасниле: 3,6% од 61-80 години. Дијабетот влијае и врз перцепцијата на лицата за нивниот надворешен изглед. Влијанието е поизразено кај лицата со дијабет од Втората група.

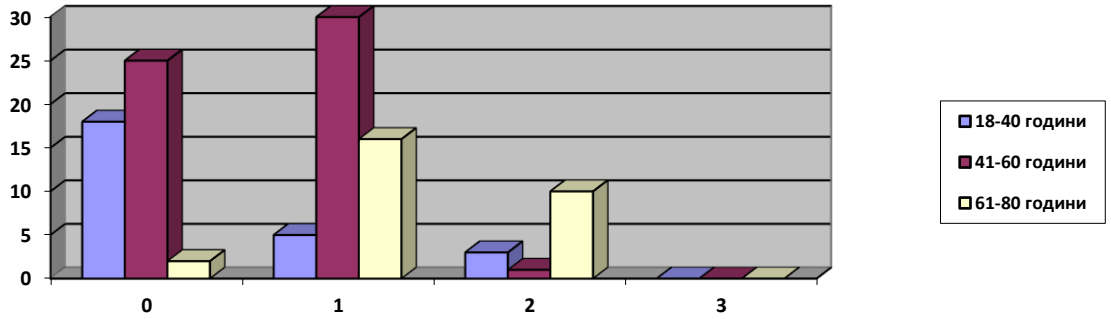


Слика 36

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 18-40 години, 21,4% од 41-60 години, 17,8% од 61-80 години, на исказот „1 Морам да вложам посебен напор за да почнам нешто да работам“ се изјасниле: 38,5% од 18-40 години, 73,2% од 41-60 години, 71,4% од 61-80 години, на исказот „2 Морам многу тешко да се натерам да работам“ се изјасниле: 5,4% од 41-60 години и 10,8% од 61-80 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.

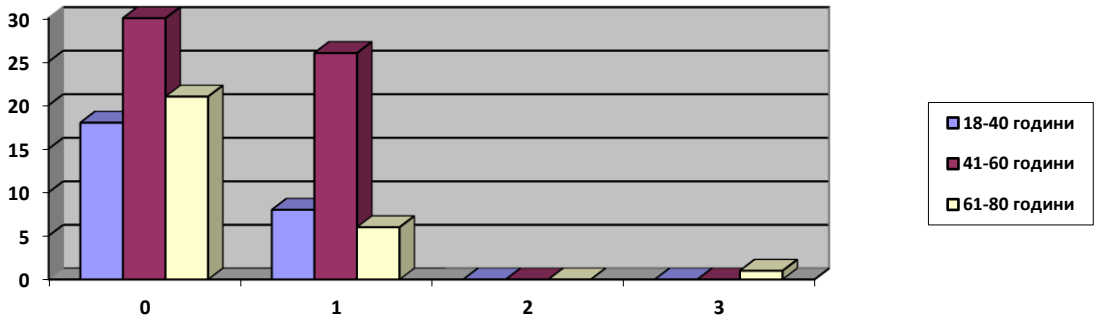


Слика 37

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 18-40 години, 44,6% од 41-60 години, 7,1% од 61-80 години, на исказот„1 Не спијам добро како порано“ се изјасниле: 19,2% од 18-40 години, 53,6% од 41-60 години, 57,1% од 61-80 години, на исказот „2 Се будам час до два порано и тешко ми е повторно да заспијам“ се изјасниле: 11,6% од 18-40 години, 1,8% од 41-60 години, 35,7% од 61-80 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 имаа проблеми со спиењето. Поголеми проблеми со спиењето имаат лицата од Втората и Третата група.

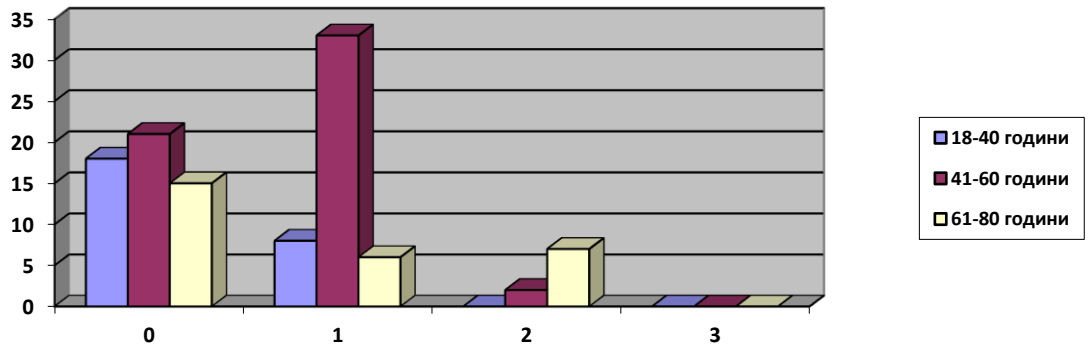


Слика 38

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



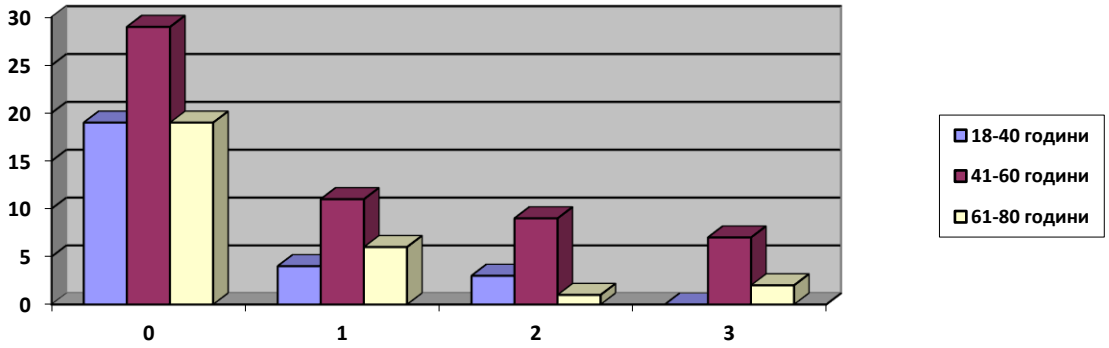
Слика 39

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 18-40 години, 37,5% од 41-60 години, 53,5% од 61-80 години, на исказот„1

Немам така добар апетит како порано“ се изјасниле:30,8% од 18-40 години, 58,9% од 41-60 години, 21,5% од 61-80 години, на исказот„2 Апетитот сега ми е многу послаб“ се изјасниле: 3,6% од 41-60 години и 25,0% од 61-80 години. На исказот„3 Воопшто повеќе немам апетит“ не се изјасниле испитаници. Дијабетот влијае и на апетитот. Апетитот го губат повеќе кај испитаниците од Првата и Втората група.

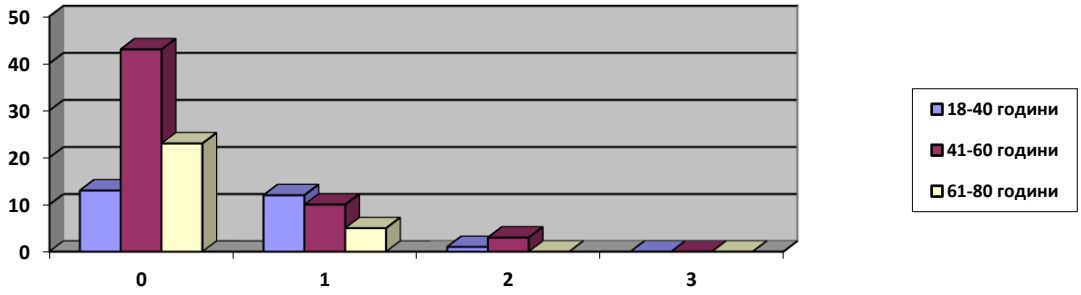


Слика 40

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 18-40 години, 51,7% од 41-60 години, 67,8% од 61-80 години, на исказот„1 Изгубив повеќе од 2 kg.“ се изјасниле: 15,4% од 18-40 години, 19,6% од 41-60 години, 21,4% од 61-80 години. На исказот „2 Изгубив повеќе од 5 kg. се изјасниле: 11,5% од 18-40 години, 16,1% од 41-60 години, 3,6% од 61-80 години, на исказот „3 Изгубив повеќе од 7 kg. се изјасниле: 12,6% од 41-60 години и 7,2% од 61-80 години. Дијабетот влијае и врз губењето на тежина. Поголема тежина изгубиле повозрасните лица од Втората и Третата група.

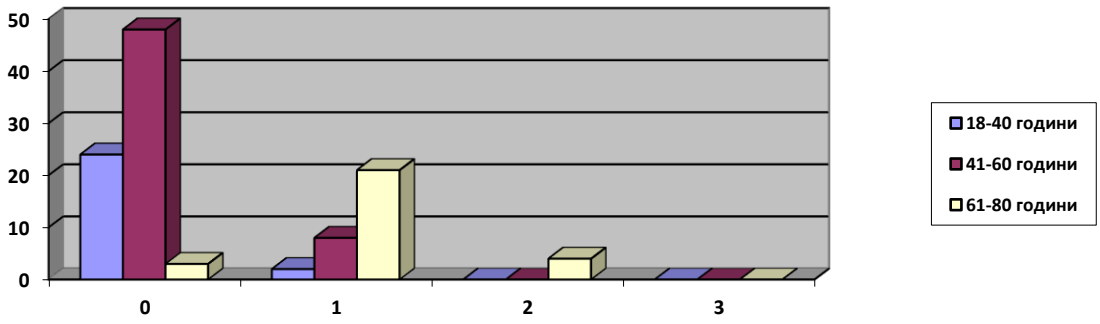


Слика 41

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 18-40 години, 76,8% од 41-60 години, 82,1% од 61-80 години, на исказот „1 Загрижен сум поради проблеми како што се болки , нервозен желудник , запек“ се изјасниле: 46,2% од 18-40 години, 17,8% од 41-60 години, 17,9% од 61-80 години, на исказот„2 Многу сум загрижен за адравствените 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 пороблеми. Поголема загриженост за здравствените проблеми покажуваат помладите, односно лицата од Првата и Втората група.



Слика 42

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 приметил дека мојот интерес за секс се променил“ се изјасниле: 92,3% од 18-40 години, 85,7% од 41-60 години, 10,7% од 61-80 години, на исказот„1 Сексот ме интересира помалку од обично“ се изјасниле: 7,7% од 18-40 години, 14,3% од 41-60 години, 75,0% од 61-80 години, на исказот „2 Во голема мера го имам изгубено интересот за сексот“ се изјасниле: 14,3% од 61-80 години. На исказот „3 Потполно го имам изгубено интересот за секс“ не се изјасниле испитаници. Во одредена доза дијабетот влијае и врз сексот. Според возраст тоа е најизразено кај повозрасните лицата 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 добиени 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).

Табела бр. 1.1.-1

Test statistics

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011
Chi-Square	1.782[a]	16.036[a]	21.291[b]	8.855[b]	150.018[b]	13.109[b]	53.145[b]	91.709[b]	4.400[a]	15.891[c]	82.055[b]
df	1	1	2	2	2	2	2	2	1	3	2
Asymp. Sig.	.182	.000	.000	.012	.000	.001	.000	.000	.036	.001	.000

Табела бр. 1.1.-2

Test sttistics

	VAR00012	VAR00013	VAR00014	VAR00015	VAR00016	VAR00017	VAR00018	VAR00019	VAR00020	VAR00021
Chi-Square	8.309[b]	108.036[c]	38.691[b]	34.382[b]	99.673[c]	63.509[b]	31.982[b]	48.691[c]	76.491[b]	70.055[b]
df	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2
Asymp. Sig.	.016	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

11.4.2Разлики помеѓу дадените искази кај испитаниците според полова припадност

Со хи-квадрат тест утврдени се раликите 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 заклкучно со табела бр. 1.2.-21 и табела бр. 1.2.-21а), статистички (сигнификантни) значајни разлики утврдени се во четиринаесет индикатор. Додека значајни разлики не се утврдени во седум индикатор (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).

Табела бр. 1.2.-1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	27.565[a]	1	.000		
Continuity Correction[b]	25.562	1	.000		
Likelihood Ratio	29.629	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	27.314	1	.000		
N of Valid Cases	110				

Табела бр. 1.2.-2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.064[a]	1	.302		
Continuity Correction[b]	.677	1	.411		
Likelihood Ratio	1.058	1	.304		
Fisher's Exact Test				.404	.205
Linear-by-Linear Association	1.054	1	.305		
N of Valid Cases	110				

Табела бр. 1.2.-3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.255[a]	2	.001
Likelihood Ratio	14.406	2	.001
Linear-by-Linear Association	.006	1	.936
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34.010[a]	2	.000
Likelihood Ratio	37.345	2	.000
Linear-by-Linear Association	16.310	1	.000
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-5а

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.042[a]	2	.018
Likelihood Ratio	9.821	2	.007
Linear-by-Linear Association	.474	1	.491
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.260[a]	2	.000
Likelihood Ratio	33.977	2	.000
Linear-by-Linear Association	21.154	1	.000
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.019[a]	2	.364
Likelihood Ratio	2.383	2	.304
Linear-by-Linear Association	1.508	1	.219
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.795[a]	2	.055
Likelihood Ratio	5.850	2	.054
Linear-by-Linear Association	.031	1	.860
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	31.212[a]	1	.000		
Continuity Correction[b]	29.053	1	.000		
Likelihood Ratio	32.460	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	30.928	1	.000		
N of Valid Cases	110				

Табела бр. 1.2.-10

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30.724[a]	3	.000
Likelihood Ratio	32.771	3	.000
Linear-by-Linear Association	.560	1	.454
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.292[a]	2	.010
Likelihood Ratio	9.947	2	.007
Linear-by-Linear Association	6.515	1	.011
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34.652[a]	2	.000
Likelihood Ratio	37.952	2	.000
Linear-by-Linear Association	1.219	1	.270
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.648[a]	3	.302
Likelihood Ratio	4.390	3	.222
Linear-by-Linear Association	1.112	1	.292
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.045[a]	2	.080
Likelihood Ratio	7.252	2	.027
Linear-by-Linear Association	2.851	1	.091
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.323[a]	2	.000
Likelihood Ratio	40.102	2	.000
Linear-by-Linear Association	5.530	1	.019
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-16

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.605[a]	3	.055
Likelihood Ratio	9.544	3	.023
Linear-by-Linear Association	7.035	1	.008
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-17

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.692[a]	2	.260
Likelihood Ratio	3.069	2	.216
Linear-by-Linear Association	.237	1	.626
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-18

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48.276[a]	2	.000
Likelihood Ratio	54.648	2	.000
Linear-by-Linear Association	43.049	1	.000
N of Valid Cases	110		

Табела бр.1.2.-19

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37.998[a]	3	.000
Likelihood Ratio	42.616	3	.000
Linear-by-Linear Association	3.512	1	.061
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-20

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30.786[a]	2	.000
Likelihood Ratio	42.488	2	.000
Linear-by-Linear Association	3.955	1	.047
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.2.-21

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.046[a]	2	.004
Likelihood Ratio	12.515	2	.002
Linear-by-Linear Association	10.640	1	.001
N of Valid Cases	110		

11.4.3 Разлики помеѓу дадените искази кај испитаниците според старосните граници

Со хи-квадрат тест утврдени се раликите помеѓу дадените искази на испитаници според годините на старост. Според добиени резултати од вкупно дваесет и еден индикатор (табела бр. 1.3.-1 и табела бр. 1.3.-1а заклкучно со табела бр. 1.3.-21 и табела бр. 1.3.-21а), статистички (сигнификантни) значајни разлики утврдени се во тринаесет индикатор. Додека значајни разлики не се утврдени во осум индикатор (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);

Табела бр. 1.3.-1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.051[a]	2	.001
Likelihood Ratio	15.492	2	.000
Linear-by-Linear Association	.091	1	.762
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.886[a]	2	.087
Likelihood Ratio	4.926	2	.085
Linear-by-Linear Association	4.803	1	.028
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.961[a]	4	.000
Likelihood Ratio	33.329	4	.000
Linear-by-Linear Association	.022	1	.882
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13.002[a]	4	.011
Likelihood Ratio	13.534	4	.009
Linear-by-Linear Association	.166	1	.683
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.501[a]	4	.478
Likelihood Ratio	4.548	4	.337
Linear-by-Linear Association	.355	1	.551
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.275[a]	4	.002
Likelihood Ratio	21.929	4	.000
Linear-by-Linear Association	.371	1	.542
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33.304[a]	4	.000
Likelihood Ratio	34.396	4	.000
Linear-by-Linear Association	7.321	1	.007
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.423[a]	4	.000
Likelihood Ratio	29.828	4	.000
Linear-by-Linear Association	2.000	1	.157
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.759[a]	2	.093
Likelihood Ratio	4.774	2	.092
Linear-by-Linear Association	1.255	1	.263
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-10

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.952[a]	6	.009
Likelihood Ratio	21.571	6	.001
Linear-by-Linear Association	.696	1	.404
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.272[a]	4	.000
Likelihood Ratio	29.145	4	.000
Linear-by-Linear Association	.758	1	.384
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41.950[a]	4	.000
Likelihood Ratio	51.643	4	.000
Linear-by-Linear Association	8.686	1	.003
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.158[a]	6	.165
Likelihood Ratio	8.656	6	.194
Linear-by-Linear Association	1.731	1	.188
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.032[a]	4	.134
Likelihood Ratio	8.885	4	.064
Linear-by-Linear Association	1.300	1	.254
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.181[a]	4	.057
Likelihood Ratio	11.929	4	.018
Linear-by-Linear Association	3.552	1	.059
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-16

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.625[a]	6	.001
Likelihood Ratio	28.664	6	.000
Linear-by-Linear Association	1.087	1	.297
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-17

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.373[a]	4	.117
Likelihood Ratio	7.082	4	.132
Linear-by-Linear Association	1.436	1	.231
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-18

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13.878[a]	4	.008
Likelihood Ratio	16.500	4	.002
Linear-by-Linear Association	.351	1	.554
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-19

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.681[a]	6	.000
Likelihood Ratio	32.312	6	.000
Linear-by-Linear Association	1.040	1	.308
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-20

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.276[a]	4	.685
Likelihood Ratio	3.425	4	.489
Linear-by-Linear Association	.411	1	.521
N of Valid Cases	110		

Табела бр. 1.3.-21а

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.079[a]	4	.000
Likelihood Ratio	22.986	4	.000
Linear-by-Linear Association	1.349	1	.245
N of Valid Cases	110		

11.5 Заклучоци од истражувањето (дискусија)

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

Помал дел од лицата со дијабет чуствуваат тага поради оваа состојба. Тагата повеќе е застапена кај лица од женски пол. Според возраст тагата е позастапена кај лица на средна возраст.

Кај поголемиот процент од лицата со дијабет иднината е обесхрабувачка, безперспективна. Обесхрабрувањето е поизразено кај лицата од женски пол. Обесхрабреноста кон иднината е право пропорционална со возраста. Според возраст старите лица се најобесхрабрени во поглед на иднината.

Поголемиот процент од лицата со дијабет се чувствуваат како неуспешни личности. Ова чувство е поизразено кај лицата од женски пол. Според возраст чуството за неуспешна личност доминира кај најмладите и најстарите лица.

Поголемиот процент од лицата со дијабет не чуствуваат задоволство во работата како пред да им биде детектиран дијабет. Не постои сигнификантна разлика според пол. Според возраст немање задовоството е правопропорционално со возраста. Повеќе изразено е кај постарите лица.

Помалку од 50% лицата со дијабет доживуваат чуство на вина. Од оние лица кои чуствуваат вина поголем процент се лица од женски пол. Чувството на вина не е поврзано сигнификантно со возраста.

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

Половина од испитаниците чуствуваат разочараност во животот. Чуството на разочараност е пофрекфентно кај лицата од машки пол. Според возраст разочараноста од животот е доминантна кај лицата на возраст од средна доба.

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

Мал процент од лицата со дијабет 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 возраст помислата на

самоубиство е поголема кај помладите лица.

Лицата со дијабет плачат повеќе од останатите лица. Лицата од машки пол повеќе плачат во однос на лицата од женски пол. Според возраст плачењето е поврзано со најмладите и најстарите испитаници.

Дијабетот 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 возраст помладите и повозрасните лица, почесто се лутат, додека лицата од средна доба подолго време држат лутина.

Поголем процент од лицата со дијабет 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 потежнато кај лицата од женски пол. Процесот на одлучување е отежнат кај лицата со поголема возраст

Поголем процент од лицата со дијабет 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 поизразено кај лицата со дијабет во средна доба.

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

Најголемиот број од лицата со дијабет го имаат изгубено сонот. Промени поврзани со нарушен сон се поизразени кај лицата од машки пол. Поголеми проблеми со спиењето имаат повозрасните лица.

Поголемиот процент од лицата со дијабет 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 дијабет од женски пол го изгубиле апетитот. Апетитот го губат повеќе помладите лица и лица во средна доба.

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

Мал е процентот на лица со дијабет 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 дијабет кои го загубиле интересот за секс. Според пол загубата за интрересот за секс е поизразен е кај лицата од машки пол. Според возраст најизразена загубата за интрересот за секс кај постарите лица.

Со хи-квадрат тест утврдени се разликите помеѓу очекуваните и опсервираните фреквенции на искази заеднички за сите испитаници. Според добиени 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 раликите помеѓу дадените искази на испитаници според половата припадност. Според добиени резултати од вкупно дваесет и еден индикатор статистички (сигнификантни) значајни разлики утврдени се во четиринаесет индикатор.

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

12. ПОТВРДА НА ХИПОТЕЗИТЕ

Генерална хипотеза на истражувањето е: Дијабетесот влијае врз психичката состојба на лицата со дијабет и развој на депресивност

Посебни хипотези се: Дијабетот води кон поголем степен на депресивност кај женскиот пол; Дијабетот води кон поголем степен на депресивност кај повозрасните; Навременото снабдување со медикаменти за негово лекување води кон помала депресивност и Семејната поддршка води кон намалување на степенот на депресија кај лица со дијабет.

12.1Потврдување на посебни хипотези

12.1.1Дијабетот води кон поголем степен на депресивност кај женскиот пол.

Од Табела 1 во истражувањето Тажни се чуствуваат 44,6% од испитаниците. Од нив според пол поголем процент се тажни лицата од женски пол 66,7‘ наспроти лицата од машки пол 14,9%. Од Табела 2 може да се види дека 69,1% од испитаниците се чувствуваат обесхрабрени. Процентот на обесхрабреност е поизразен кај лицата од женски пол 73,1% наспроти 26,9% кај лицата од машки пол. Во Табела 3 се чувствуваат дека се неуспешна личности 53,6% од кои 61,9% од женски пол наспроти 42,6% од машки пол. Од Табела 4 се констатира дека голем број од лицата не наоѓаат задоволство во работата 79,1%. Од нив 80,9% се лица од женски пол, наспроти 76,6% лица од машки пол. Во Табела 11 претставен е прикажан Дијабетот како влијае врз степенот и интензитетот на лутина кај лицата со дијабет. Тоа е истакнато дури кај 91,8%. Од нив кај 61,4% степенот и интензитетот на лутина е кај лицата од женски пол. Во Табела 12 губењето на интерес за другите луѓе е поизразен кај лицата од женски пол 93,7% во однос кај лицата од машки пол 57,5%. Во Табела 13 од изјавите се заклучува дека Дијабетесот создава потешкотии и во одлучувањето. Донесувањето на одлуки е отежнато кај лицата од женски пол 93,7% во однос на лицата од машки пол 65,9%. Од Табела 17 се заклучува дека постојат спротивставени мислења кај лицата со дијабет околу заморот. Од испитаниците 62,7, Не се заморувам повеќе од обично наспроти 36,3% на кои влијае дијабетесот врз нивниот замор. Лицата од женски пол се заморуваат повеќе во однос на лицата од машки пол 41,3 во однос на 29,8. Од Табела 18 дијабетесот не влијае врз апетитот кај сите лица. Поголем процент од лицата со дијабет од женски пол го изгубиле апетитот 79,4% во однос на лица од машки пол 12,8%. Од Табела 20 може да се види дека Појавата и загриженоста за појава на

здравствени проблеми е поевидентна кај лицата од женски пол 42,8% во однос на лица од машки пол 8,5%.

Врз основа на наведените искази (ајтеми) се потврдува тезата дека: дијабетот води кон поголем степен на депресивност кај лицата од женскиот пол

12.1.2Дијабетот води кон поголем степен на депресивност кај повозрасните.

Од Табела 22 се гледа дека лицата на помлада возраст и на постара возраст се чуствуваат помалку тажни во однос на средната возраст лица од 41-60 години. И тоа лица на возраст од од 18-40 години (Прва група) се чувствуваат тажни 23,1%, лица на возраст од 41-60 годни (Втора група) 62,5 и лица од 61-80 години (Трета група) 28,5. Најтажни се чувствуваат лицата од Втората група. Од Табела 23 се гледа дека правопропрционално според возраст е обесхрабреноста кон иднината на испитаниците. Обесхрабрен сум во поглед на иднината“ се изјасниле: 51,7% од 18-40 години, 69,6% од 41-60 години, 78,6% од 61-80 години. Во Табела 24, чуството за неуспешна личност доминира кај најмладите и најстарите, односно лицата од Првата група 92,3% и Третата група 57,1%. Во Табела 25 се гледа дека чувството на незадоволство од работите што ги прават испитаниците е правопропорционално со возраста. Тоа чуство го делат 34,6 % од Првата група, 35,7 % од Втората група и 50,0% од Третата група. Во Табела 26 иако не во голем процент сепак кај испитаниците постои чувство на вина. Чувството на вина е правопропорционално изразено според возраста. И тоа: 76,6% кај Првата група, 12,5% кај Втората група и 14,3% кај Третата група. Во Табела 28 разочараноста од животот е доминантна кај лицата на возраст од 41-60 години, односно Втората група. Кај Првата група 19,3 % , кај Втората група 75,0% и кај Третата група 35,7%. Од Табела 32 се констатира дека лутењето е со висок интензитет кај лицата со дијабет. Доминира кај лицата од Втората група со 98,3%, кај Првата група изнесува 84,3% и кај Третата група 85,7%. Од Табела 33 се констатира дека поголемиот број од лицата со дијабетес го губат интересот за другите луѓе. Изгубениот интерес за другите луѓе е најкарактеристичен за лицата од Втората група. Од нив сите 100% го изгубиле интересот, од Првата група 42,3% и од Третата група изнесува 67,8%. Од Табела 34 се гледа дека Дијабетисот влијае врз ефективноста и ефикасноста во одлучувањето. Процесот на одлучување е отежнат правопрпопорционално со возраста. Во Првата група изнесува 69,3%, Втората група изнесува 78,6% и Третата група 100%. Од исказите во Табела 36 се констатира дека дијабетот влијае и врз работата. Оваа карактеристика е поизразена кај лицата кои се повозрасни од Втората и Третата група.

Од Првата група потешкотии во работата се изјасниле дека имаат 38,5%, од Втората група 78,6% и од Третата група се изјасниле 82,1%. Според исказите на испитаниците во Табела 37 дијабетот влијае и на сонот. Повеќе од половина од испитаниците имаа проблеми со спиењето. Поголеми проблеми со спиењето имаат лицата од Втората и Третата група. Од Првата група се изјасниле 30,8%, од Втората група се изјасниле 55,4% од Третата група се изјасниле 92,8%. Во Табела 40 според исказите дијабетот влијае и врз губењето на телесната тежина кај лицата со дијабет. Губењето тежина е поизразена кај лицата кои се повозрасни од Втората и Третата група. Од Првата група се изјасниле 26,9%, од Втората група се изјасниле 48,3% и од Третата група се изјасниле 32,2%. Во Табела 42 се истакнува дека во одредена доза дијабетот влијае и врз сексот. Според возраст тоа е најизразено кај повозрасните лицата од Третата група. Од Првата група се изјасниле 7,7%, од Втората група се изјасниле 14,3% и од Третата група се изјасниле 89,3%.

Врз основа на наведените искази (ајтеми) делумно се потврдува тезата дека: Дијабетот води кон поголем степен на депресивност кај повозрасните.

12.1.3Навременото снабдување со медикаменти за негово лекување води кон помала депресивност.

Сите дијабетичари 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 киомбинација. Оптималното лекување на пациентите со дијабетес вклучува тим на здравственио професионалци, вклучувајќи лекари специјалисти и лекари од примјарна здравствена заштита, едукатори. Болните од Тип 1 дијабетес кои земаат повеќе пати на ден инсулин треба да изведуваат мерење на шеќерот со индикатори преку крв од прст 4 или повеќе пати на ден (пред оброци и пред спиење), додека болните со Тип 2 дијабетес, орални лекови или два пати 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 уринатa за кетони, сепак е корисно во детекција на кетоацидоза кај слабо контролирани болни со дијабетес Тип 1. Комбинацијата на оралната терапија стана можна и многу пациенти можат да го избегнат инјектирањето на инсулин многу години. За жал, природата на текот на дијабетес Тип 2 е незапирливо влошување со континуирано намалување на секрецијата и сензитивноста на инсулинот, влошување на хипергликемијата и

зголемување на потребата за лекови. Сулфонилуреа ја зголемува, секрецијата на инсулин во панкреасот при сите концентрации на глукозата во крвта. Главни компликации од терапијата со овие лекови се одржување на телесна тежина и хипогликемија. Бигваниди, дериватии на францускиот јоргофан, го намалуваат нивото на шеќерот во крвта примарно преку инхибиција на продукцијата на гликоза во хепарот. Тие исто така, предиизвикуваат скромно зголемување на инсулинската сензитивност во периферните ткива (мускул, масно ткиво). 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 дроп). Ефектите за намалување на глукозата во крвта на овие лекови се постепени на почетокот, потребни се 4-6 недели за целосни ефекти кај повеќето пациенти. 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.

Широкиот опфат на почеток, пик и траење на дејството влијае на различната фармакокинетика на инсулинот кај пациентите. Апсорпцијата може да варира во зависност од дозата и од местото на инјектирање. Физичката активност, на пример ја забрзува апсорпцијата на инсулин од ногата одколку од стомакот. 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 инсулинот помеѓу оброците и постпардијално што овозможува добра контрола на гликозата кај дијабетичарите од Тип 1 дијабетес. Постојат две главни класификации на инсулин според времетраење на неговиот ефект и според неговото потекло. Инсулинската пумпа е мал електронски уред со големина на мал мобилен телефон кој работи на батерии и се носи на стомак или околи половина како појас. 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 занимацваат со спорт и сл., како и кај трудници. Со 10 годишна студија се утврдило дека користењето на инсулинската пумпа ја намалило појавата на слепило за 76%, ампутации на екстремитети за 60% и бубрежни компликациии за 54%.

Согласно консултираната теоретска литература и теренски истражувања се потврдува тезата дека: Навременото снабдување со медикаменти за негово лекување води кон помала депресивност.

12.1.4Семејната поддршка води кон намалување на степенот на депресија кај лица со дијабет.

Дијабетесот е хроноична болест. Самата хронична болест може да биде постојана, прогресивна или може да има стабилни фази кои се менуваат со фази на влошување. Во зависност од начинот на одржување на болеста ќе зависат и реакциите на семејството. 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. Депресијата кај лицето со дијабет 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. Врските што претходно постоеле во семејството значително ќе влијаат на искуството што секој ќе го има одкако ќе се соочи со болеста.

Подршката од семејството го вклучува однесувањето внатре во семејството кои развиваат емпатија, конфорт и чуствата на самиот дијабетичар дека е прифатен татков каков што е. 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 дијабет 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.

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. Едукацијата на членовите на семејството претставува темел во третманот на членот со дијабет. Целта на оваа едукација е запознавање на лицето 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. Едукацијата на членовите на семејството исто така се однесува на стекнување на знаење за карактеристиките за болеста и стекнување вештини како на лицето со дијабет во специфични ситуации соодветно да му се помогне.

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 кај лицата со дијабет и членовите на семејството во кое има лице со дијабет.

Согласно консултираната теоретска литература и теренски истражувања делумно се потврдува тезата дека: Семејната поддршка води кон намалување на степенот на депресија кај лица со дијабет.

12.2 Потврдување на Генералната хипотеза

Во истражувањето преку потврда на посебните хипотези се потврдува Генерална хипотеза на истражувањето дека: Дијабетесот влијае врз психичката состојба на лицата со дијабет и развој на депресивност

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, чувсто дека се казнети, иднината им е неохрабрувачка, се чувствуваат неуспешни, не чувствуваат задоволство како пред дијагностицирање на болеста, тоа го чувствуваат како казна. Овие лица се раздразливи, почувствителни. Сметаат дека неможат 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 дијабет, така и нивните семејства да се запознаат како најдобро да им помогнат на своите блиски кои имаат дијабет, во случај кога тоа им е потребно. Бидејќи се уште јавната свест не е на завидно ниво, сеуште постојат предрасуди, лицата со дијабет 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 заболените 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 непрепознавањето 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 дијабет, 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 во 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 допринеле 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 во 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 дијатебес 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 заболените од дијабетес.

ПРИЛОЗИ

Прилог број 1

БЕКОВА СКАЛА НА ДЕПРЕСИЈА (BDI)

A.
0 Не , се чувствувам тажно .
1 Се чувствувам тажно .
2 Се чувствувам тажно цело време и неможам да се оттргнам од тоа .
3 Така сум тажен и несреќен што тоа повеќе не можам да го поднесам.
B.
0 Не сум посебно обесхрабрен во поглед на иднината .
1 Обесхрабрен сум во поглед на иднината .
2 Чувствувам дека нема на што да се радувам .
3 Чувствувам дека иднината е безнадежна и дека работите не може да се поправат .
C.
0 Чувствувам дека сум неуспешна личност .
1 Чувствувам дека сум понеуспешен од просечен човек .
2 Кога погледнам назад во животот гледам само неуспех.
3 Како личност се чувствувам комплетно промашен .
D.
0 Некои работи и понатаму ми причинуваатзадоволство како порано .
1 Не уживам во некои работи како порано .
2 Повеќе сокоро ништо не ми причинува задоволство .
3 Ништо не може да ми причини задоволство, се ми е досадно .
E.
0 Не се чувствувам посебно виновен .
1 Добар дел од времето чувствувам вина .
2 Во поголем дел од времето чувствувам вина .
3 Цело време се чувствувам виновен .
F.
0 Не мислам дека сум казнет .
1 Чувствувам дека можеби сум казнет .
2 Очекувам дека ќе бидам казнет.
3 Чувствувам дека ова ми е казна .
G.
0 Не сум разочаран од себе .
1 Разочаран сум од себе .
2 Се гадам сам на себе .
3 Се мразам .
H.
0 Не се чувствувам полошо од било кој друг .
1 Критичен сум спрема себе поради своите слабости и грешки .
2 Цело време се обвинувам поради моите грешки .
3 Се обвинувам себе за се лошо што ми се има случено .
I.

0 Воопшто не помислувам на самоубиство .
1 Помислувам на самоубиство, но не би го сторил тоа.
2 Би сакал да се самоубијам .
3 Би се убил да имам прилика .
J.
0 Не плачам повеќе од обично.
1 Сега плачам повеќе од порано .
2 Сега постојано плачам .
3 Порано многу плачев , но сега неможам ни кога сакам .
K.
0 Повеќе се разлутувам од било кога порано .
1 Полесно се разлутувам од порано .
2 Сега цело време сум лут .
3 Повеќе не ме лутат работи кои порано ме лутеа .
L.
0 Не го изгубив интересот за други луѓе .
1 Другите луѓе не ме интересираат како порано .
2 Воглавно го имам изгубено интересот за други луѓе .
3 Го имам изгубено интересот за други луѓе .
M.
0 Одлуките ги донесувам добро како порано .
1 Го одложувам донесувањето на одлуки повеќе од порано .
2 Потешко ми е донесувањето одлуки од порано .
3 Воопшто повеќе не можам да донесам одлукиі .
N.
0 Не мислам дека изгледам ништо полошо од порано .
1 Се плашам дека изгледам старо и непожелно .
2 Чувствувам дека во мојот изглед се имат случено промени кои ме прават непривлечен .
3 Мислам дека изгледам грдо .
O.
0 Можам да работам еднакво добро како и порано .
1 Морам да вложам посебен напор за да почнам нешто да работам.
2 Морам многу тешко да се натерам да работам .
3 Воопшто не можам да работам .
P.
0 Спијам добро како порано .
1 Не спијам добро како порано .
2 Се будам час до два порано и тешко ми е повторно да заспијам .
3 Се будам неколку часа пред обично и тешко ми е да заспијам .
Q.
0 Не се заморувам повеќе од обично .
1 Се уморувам повеќе од обично .
2 Ако било што работам , се уморувам .
3 Преуморен сум било што да работам .
R.
0 Немам послаб апетит од порано .

1 Немам така добар апетит како порано .
2 Апетитот сега ми е многу послаб .
3 Воопшто повеќе немам апетит .
S.
0 Не сум ослабен.
1 Изгубив повеќе од 2 kg.
2 Изгубив повеќе од 5 kg.
3 Изгубив повеќе од 7 kg.
T.
0 Здравјето не ме загрижува повеќе од обично.
1 Загрижен сум поради проблеми како што се болки , нервозен желудник , запек.
2 Многу сум загрижен за адравствените проблеми и тешко ми е да размислувам за било што.
3 Толку сум загрижен за здравјето што веќе на ништо друго не размислувам.
U.
0 Во последно време на сум приметил дека мојот интерес за секс се променил.
1 Сексот ме интересира помалку од обично.
2 Во голема мера го имам изгубено интересот за сексот .
3 Потполно го имам изгубено интересот за секс.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

Книги:

- Frank J. Snoek T. Chas Skinner, Psychology in Diabetes Care, VU University Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands, 2005
- Benjamin J.Sadok, Virgina A.Sadok, Kaplan & Sadok`s, Comprehensive textbook of Psihiatry, 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 Еднокринологија, 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), с п и с а н и Е на научни трудови, Издавач: Меѓународен Центар за Славјанска Просвета - Свети Николе, година4, број3, Април 2017, Свети Николе, Република Македонија
- Antoan Porp,Enciklopedija psihijatrije, NOLIT Beograd,1984
- Kecmanovic. S. Loga I.Ceric A. Markovic, Psihijatrija, Medicinska knigaBeograd. 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, 2015г

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&an=136411532&isbn=1330724X
- https://www.kindredhealthcare.com/resources/blog-kindred-continuum/2013/11/07/pathophysiology-of-diabetes-mellitus

- https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=physiology+and+diabetes+mellitus&sa=X&ved=2ahUKEwic2LGArLntAhUyyIUKHb8dApQQjJkEegQIGxAB&biw=1366&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&rep=rep1&type=pdf
- Jelcic, A., Specijalen pedagog I semejen savetnik, Vas psiholog, 2019, (www.vas psiholog.com-kako se nositi sa bolescu clana porodice) pristapeno.12.06.2021