

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Πτυχιακή Εργασία:

**ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ –
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ
ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Σπουδαστές: Αναστάσιος Καραφωτιάς

Άλκης Σουλιώτης

Σοφία Φουσταλιεράκη

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Αθανασία Στρατίκη- Πανταζάκα

ΠΑΤΡΑ 2007

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε την επόπτρια μας κ. Αθανασία Στατική-Πανταζάκα για τις συμβουλές και την συνεχή καθοδήγηση της ώστε να ολοκληρώσουμε την παρούσα πτυχιακή.Επίσης είμαστε ευγνώμονες προς την κ. Ανδριανή Βαζαίου-Γερασιμίδου, Επιστημονικά Υπεύθυνη στο Διαβητικό Κέντρο του Νοσοκομείου Παιδων Π.& Α. Κυριακού, που μας επέτρεψε να πραγματοποιήσουμε το ερευνητικό μας κομμάτι στο χώρο του Νοσοκομείου καθώς και τους συμμετέχοντες νέους στην έρευνα για τη συνεργασία τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	7
Εισαγωγή	7
Το Πρόβλημα.....	9
Σκοπός Μελέτης	10
Ορισμοί Όρων.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.....	14
1.ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	14
1.1. Ιστορική Αναδρομή.....	14
1.2 Ταξινόμηση Σακχαρώδους Διαβήτη.....	15
1.3 Η Επιδημιολογία του Νεανικού Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου Ι στην Ελλάδα.....	18
1.4 Κλινική Εικόνα.....	19
1.4.1 Συμπτώματα.....	19
1.5 Διάγνωση	21
1.6 Στάδια του Νεανικού Σακχαρώδους Διαβήτη	23
1.7 Αίτια Σακχαρώδους Διαβήτη.....	24
2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ – ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΑΝΙΚΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	28
2.1 Ψυχολογικές Επιπτώσεις του Νεανικού Διαβήτη	28
2.2 Άγχος	33
2.3 Κατάθλιψη.....	34
2.4 Διαβήτης και Σεξουαλικότητα.....	41
3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	45
3.1 Η Επίδραση του Νεανικού Διαβήτη στη Λειτουργία της Οικογένειας.....	45
3.2. Η Αντίδραση του Εφήβου	49
3.3. Ο Ρόλος της Οικογένειας στη Διαχείριση του Νεανικού Διαβήτη	51
4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	60
4.1 Σχέση Ιατρού και Εφήβου/ Νέου με Σακχαρώδη Διαβήτη	60
4.2 Ο Ρόλος του Ειδικού Νοσηλευτή για το Διαβήτη	61
4.3 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού.....	64
5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΑΝΙΚΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ	68
5.1 Πρόληψη.....	68
5.1.1 Σωματική Άσκηση.....	70
5.1.2 Διαβήτης και Διατροφή	74
5.1.3 Ιατροφαρμακευτική Αντιμετώπιση	77

5.1.3.1 Υπογλυκαιμικά Χάπια.....	77
5.1.3.2 Ινσουλίνη.....	78
5.2 Ψυχιατρική Αντιμετώπιση.....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.....	85
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	85
1. Σκοπός της έρευνας.....	85
2. Μεθοδολογία και Σχεδιασμός της έρευνας.....	86
3. Πληθυσμός.....	87
4. Δείγμα.....	87
5. Υποθέσεις.....	88
6. Ερωτηματολόγιο.....	88
7. Περιορισμοί της έρευνας.....	89
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	106
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	106
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία μελετά και καταγράφει τις ψυχοκοινωνικές- συναισθηματικές επιπτώσεις του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι.

Ο Σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια από τις σημαντικές χρόνιες ασθένειες της εποχής μας. Τα αίτια εκδήλωσης του περιλαμβάνουν τη γενετική προδιάθεση, περιβαλλοντικούς και ανοσολογικούς παράγοντες. Ο διαβήτης επιδρά στην ψυχοσύνθεση του παιδιού περιορίζοντας τις καθημερινές δραστηριότητες, τις κοινωνικές σχέσεις και την καθημερινότητα του. Συνηθισμένες αντιδράσεις των εφήβων στην ασθένεια είναι ο θυμός, ο φόβος, η απελπισία, η απόσυρση. Παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης κατάθλιψης. Ακόμη ο διαβήτης επιδρά στη σεξουαλική ζωή των ατόμων. Πέρα από το άτομο επηρεάζεται και το οικογενειακό σύστημα από την ασθένεια, καθώς καλείται να ανταπεξέλθει με τη νέα επώδυνη πραγματικότητα και να βρει νέες ισορροπίες. Η αποδοχή της ασθένειας, η καλή επικοινωνία και η θετική αντιμετώπιση εκ μέρους της οικογένειας διευκολύνει την προσαρμογή του εφήβου και τη διαχείριση της ασθένειας. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας, καθώς και της συμβουλευτικής και της ψυχολογικής υποστήριξης τόσο στον έφηβο, όσο και στην οικογένεια. Τρόποι αντιμετώπισης του σακχαρώδους διαβήτη είναι η σωματική άσκηση, η κατάλληλη διατροφή, η φαρμακευτική αγωγή και η ψυχιατρική αντιμετώπιση που πραγματοποιείται με τις μορφές της ατομικής ψυχοθεραπείας, της ομαδικής ψυχοθεραπείας και της οικογενειακής ψυχοθεραπείας.

Στα πλαίσια της διερεύνησης των ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών επιδράσεων της νόσου σε νέους πάσχοντες διεξήχθη

έρευνα σε τριάντα πάσχοντες ηλικίας απο 12 έως 18 ετών. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα αγόρια βιώνουν σε μεγάλο βαθμό κόπωση, άγχος και ελαττωμένη ικανότητα για σκέψη και για συγκέντρωση, ενώ τα κορίτσια άγχος, υποτίμηση των προσωπικών αναγκών τους και συχνά ξεσπάσματα σε κλάμματα. Και στα δύο φύλα παρατηρείται υψηλό ποσοστό απογοήτευσης από την ασθένεια, και αναστολής της κοινωνικής δραστηριότητας λόγω του διαβήτη. Το μεγαλύτερο μέρος των παιδιών έχει ζητήσει βοήθεια από άλλους ανθρώπους για να χειριστεί τα συναισθήματα του, ενώ είναι εξαιρετικά υψηλό το ποσοστό των παιδιών που δεν χρειάστηκε ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό.

Όπως φαίνεται λοιπόν ο νεανικός σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα πολύπλοκο θέμα στο οποίο αλληλεπιδρούν ιατρικοί, συναισθηματικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες, και απαιτείται η διεπιστημονική συνεργασία επαγγελματιών διαφορετικών κλάδων και η παροχή συστηματικής υποστήριξης έτσι, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής και να προαχθεί η ψυχική υγεία των πασχόντων και των οικογενειών τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή

Ο Σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια από τις σημαντικές χρόνιες ασθένειες της εποχής μας. Ο σακχαρώδης διαβήτης, όπως όλες οι χρόνιες ασθένειες, για να αντιμετωπιστεί έχει κάποιο κόστος το οποίο επωμίζονται οι υπηρεσίες υγείας.

Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν μια δοκιμασία για τα άτομα που πάσχουν αλλά και για τις οικογένειές τους, εξαιτίας ακριβώς της χρονιότητάς τους και λόγω της αβεβαιότητας που δημιουργούν όσον αφορά την πορεία της έκβασής τους. Και ενώ οι ασθένειες έχουν διαφορετική εκδήλωση συμπτωμάτων και κάθε ασθενής βιώνει διαφορετικά την νόσο του, υπάρχουν κοινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χρόνιοι ασθενείς ανεξάρτητα από την νόσο την οποία πάσχουν (Snoek & Skinner,2002) .

Συγκεκριμένα οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα και οι οικογένειές τους περνούν διάφορα στάδια, που μπορεί να επιδράσουν καταλυτικά στην ικανότητα του ατόμου για βασικές λειτουργίες όπως η επικοινωνία, η κοινωνικότητα και η αυτοφροντίδα. Γι'αυτό και η προσαρμογή του ατόμου και της οικογένειάς του στην ασθένεια είναι μια συνθέτη διαδικασία που επηρεάζεται από το άτομο, την οικογένεια, την κοινότητα και από κοινωνικούς παράγοντες.

Η πολυπλοκότητα και η αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων όταν η ασθένεια εμφανίζεται στην ιδιαίτερη αναπτυξιακή περίοδο της εφηβείας είναι το αντικείμενο της παρούσας εργασίας. Στη μελέτη αυτή θα διερευνηθεί πώς λειτουργούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και οι συναισθηματικές επιδράσεις στους εφήβους πάσχοντες.

Η παρούσα μελέτη θα εστιαστεί σε μια αναλυτικότερη προσέγγιση των παραπάνω παραγόντων και ειδικότερα στην επίδρασή τους σε έφηβους που πάσχουν από ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη.

Αναλυτικότερα, αρχικά παρουσιάζεται επιδημιολογική μελέτη του σακχαρώδους διαβήτη τύπου I, η κλινική του εικόνα, ο τρόπος διάγνωσής του, τα στάδια του Νεανικού Σακχαρώδους διαβήτη αλλά και οι αιτίες εμφάνισής του. Στη συνέχεια, γίνεται μελέτη των ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών επιπτώσεων του Νεανικού Σακχαρώδους διαβήτη. Παρουσιάζονται τα διάφορα στάδια εμφάνισής του, η συσχέτιση του άγχους - κατάθλιψης και του σακχαρώδους διαβήτη, κατά πόσο είναι πιθανό το άτομο με διαβήτη να εμφανίσει κατάθλιψη, καθώς και οι ψυχοκοινωνικές του επιπτώσεις στην σεξουαλικότητα των ασθενών. Στο επόμενο κεφάλαιο μελετώνται οι δυνατότητες προσαρμογής της οικογένειας και του ασθενή στην νόσο, αλλά και ο ρόλος του ενδοοικογενειακού περιβάλλοντος στη διαχείριση της ασθένειας από τον έφηβο. Στη συνέχεια, διερευνάται ο ρόλος του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην πορεία της νόσου, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και γενικότερα η σχέση του επαγγελματία υγείας και τού εφήβου/ νέου, ο οποίος έχει σακχαρώδη διαβήτη. Κατόπιν, παρουσιάζονται τα μέτρα με τα οποία μπορεί να γίνει η πρόληψη της νόσου, αλλά και τρόποι θεραπείας της, όπως οι σωματικές ασκήσεις, η ψυχοθεραπεία, και η ψυχιατρική αντιμετώπισή της. Ακολουθεί η παρουσίαση της μεθοδολογίας της έρευνας που διεξήχθη στα πλαίσια της διερεύνησης των ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών επιδράσεων της νόσου σε νέους πάσχοντες, η παρουσίαση των αποτελεσμάτων, και τέλος γίνεται η διεξαγωγή συμπερασμάτων και η παρουσίαση προτάσεων για την καλύτερη αντιμετώπιση του διαβήτη και την πληρέστερη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών επιδράσεων του στο παιδί και στην οικογένεια.

Το Πρόβλημα

Όταν η χρόνια ασθένεια του σακχαρώδους διαβήτη εμφανίζεται στην περίοδο της εφηβείας, το άτομο εξαναγκάζεται να αντιμετωπίσει πράγματα που σχετίζονται με τη γεροντική ηλικία.

Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών, κάθε χρόνο 10000 παιδιά και έφηβοι αναπτύσσουν ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη στην Ευρώπη, ενώ στην Ελλάδα ο αριθμός των παιδιών και εφήβων που εμφανίζουν την ασθένεια ανέρχεται στις 5000. (Τσαμασίρος, Γ., 1998, σελ 22-24). Το 1992 διαγνώσθηκαν στην Ελλάδα 131 νέες περιπτώσεις ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη. Από αυτές 69 αφορούν αγόρια και 62 κορίτσια. Η επίπτωση του ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη στην Ελλάδα το 1992 ήταν 6,6/100.000. Συνεπώς η Ελλάδα κατατάσσεται ανάμεσα στις 5 χώρες με χαμηλότερη επίπτωση ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη στην Ευρώπη (Ελληνική Παιδαγωγική Εταιρεία, 1995).

Μεγάλος αριθμός ερευνητών έχει μελετήσει τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις που αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της κατάστασης της υγείας και της προσαρμογής του εφήβου στην ασθένεια, καθώς ο διαβήτης τον φέρνει πρόωρα αντιμέτωπο με ζητήματα όπως η απώλεια της υγείας και ο φόβος του θανάτου.

Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι λόγω της μακρόχρονης έκθεσης στις ψυχοπιεστικές συνθήκες του απαιτητικού πλαισίου ρύθμισης του σακχάρου και του φόβου πιθανών επιπλοκών, εμφανίζονται ή επιτείνονται τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στους εφήβους και στις οικογενείες τους. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το παιδί ή ο έφηβος με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη και οι γονείς του, ιδιαίτερα η μητέρα, εμφανίζουν συμπτώματα διαταραχών διάθεσης κατά την περίοδο που ακολουθεί τη διάγνωση, ενώ η πιθανότητα εμφάνισης

αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης είναι σχεδόν τριπλάσια σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η εμφάνιση διαταραχών διάθεσης και άγχους επηρεάζουν με τη σειρά τους αρνητικά την ποιότητα ζωής του ατόμου, δημιουργούν σοβαρά ατομικά και οικογενειακά προβλήματα και παρεμποδίζουν την ικανοποιητική γλυκαιμική ρύθμιση. (Hauser, S.T & Pollets, D., 1979, σελ 227-232, Jacobson, A. et al, 1986, σελ 323-329, Wilkinson, G. et al, 1988 , σελ 38-43, Glassgow, R. E., 1991, σελ 209-224). Ο φόβος των επιπλοκών και η αγωνία για ενδεχόμενη απόρριψη από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον επιτείνουν την αμφιθυμική εξαρτητικότητα του εφήβου και την υπερπροστατευτική στάση των γονέων του. Οι συχνότερες αντιδράσεις των εφήβων σε αυτό το αδιέξοδο είναι η εγκατάλειψη του προγράμματος ρύθμισης, ή η αυτοαπομόνωση και η δυσκολία ένταξης στην ομάδα των συνομηλίκων. (Barglow, P. et al, 1986, σελ 785-793).

Τα παραπάνω υποδεικνύουν την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης του τρόπου με τον οποίο λειτουργούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και οι συναισθηματικές επιδράσεις στους εφήβους πάσχοντες.

Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών παραγόντων και η καταγραφή των στοιχείων τα οποία συγκεντρώθηκαν από έγκυρες επιστημονικές πηγές.

Στόχοι της παρούσας έρευνας είναι οι ακόλουθοι:

- Η καταγραφή ιατρικών στοιχείων για την καλύτερη κατανόηση του Νεανικού Σακχαρώδη Διαβήτη.
- Στόχος είναι η κατανόηση των ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών επιπτώσεων στους νέους και η διερεύνηση της συσχέτισης της νόσου με το άγχος, την κατάθλιψη και

άλλου τύπου ψυχολογικά προβλήματα ή δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές.

- Η καταγραφή των επιπτώσεων της νόσου στο οικογενειακό του περιβάλλον του εφήβου, καθώς και η μελέτη της αλληλεπίδρασης παιδιού και οικογένειας και του ρόλου που διαδραματίζει στη διαχείριση της ασθένειας.
- Στόχος είναι επίσης η διερεύνηση των σχέσεων των νοσηλευομένων με τους επαγγελματίες υγείας.
- Η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας και κυρίως των Κοινωνικών Λειτουργών, ώστε να κατανοήσουν τη σημασία και το ρόλο που διαδραματίζουν οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες στη χρόνια νόσο.
- Η καταγραφή και παρουσίαση των τρόπων πρόληψης και των μεθόδων αντιμετώπισης του σακχαρώδη διαβήτη.
- Στόχο αποτελεί και η καταγραφή της σημαντικότητας της διεπιστημονικής συνεργασίας σε χρόνια νοσήματα, στα οποία μόνο η φαρμακευτική αντιμετώπιση δεν αρκεί αλλά απαιτείται και ψυχοκοινωνική στήριξη.

Ορισμοί Όρων

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1:

Ο τύπος αυτός του διαβήτη, είναι γνωστός και ως νεανικός, διαβήτης, χαρακτηρίζεται από αδυναμία των κυττάρων του παγκρέατος να παράγουν επαρκή ποσότητα ινσουλίνης. Ως αποτέλεσμα, δεν ρυθμίζονται ικανοποιητικά τα επίπεδα σακχάρου του αίματος, κατάσταση που οδηγεί τελικά σε πολυάριθμες και επικίνδυνες για τη ζωή επιπλοκές. Έτσι, οι πάσχοντες από διαβήτη τύπου 1 είναι αναγκασμένοι

να υποβάλλονται καθημερινά σε ενέσεις ινσουλίνης. (Καραμήτσος, 1986, σελ. 5-55)

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2:

Ο τύπος αυτός του σακχαρώδους διαβήτη, εμφανίζεται σε παχύσαρκα ενήλικα άτομα, με επίπεδα ινσουλίνης στο αίμα που δεν επαρκούν για την ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης. (Καραμήτσος, 1986, σελ. 5-55)

ΕΦΗΒΕΙΑ:

Είναι η χρονική περίοδος από 10-12 μέχρι τα 16-18, αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενηλικίωσης.

Είναι μια εποχή αλλαγών για το άτομο, στη διάρκεια αυτής της εποχής γίνονται σωματικές, νοητικές και ψυχολογικές αλλαγές. (Καραμήτσος, 1986, σελ. 5-55)

ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ:

Η ινσουλίνη είναι μια μικρή πρωτεΐνη με μοριακό βάρος, στον άνθρωπο, 5808. Αποτελείται από δυο αλυσίδες αμινοξέων που συνδέονται μεταξύ τους με δισουλφιδικούς δεσμούς. Προκαλεί γρήγορη πρόσληψη, εναποθήκευση και χρησιμοποίηση της γλυκόζης από όλους σχεδόν τους ιστούς του οργανισμού, αλλά ιδιαίτερα από το ήπαρ, το μυϊκό και λιπώδη ιστό. (Καραμήτσος, 1986, σελ. 5-55)

ΠΑΓΚΡΕΑΣ:

Το πάγκρεας είναι ενδοκρινής αδένας, που περιέχει ειδικά κύτταρα (β-κύτταρα) που παράγουν την ινσουλίνη, το ρυθμιστή της γλυκόζης στον οργανισμό.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ:

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί σύνδρομο διαταραχής του μεταβολισμού το οποίο χαρακτηρίζεται από παθολογικώς αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Οφείλεται ή σε απόλυτη ανεπάρκεια εκκρίσεως ινσουλίνης ή σε περιορισμό της δραστηκότητάς της ή και στα δυο. (Καραμήτσος, 1986, σελ. 5-55)

ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ:

Η υπογλυκαιμία είναι μια κατάσταση κατά την οποία η τιμή του σακχάρου στο αίμα πέφτει σε χαμηλές τιμές (συμβατικά μπορούμε να πούμε κάτω από 50 mg/dl). Η μείωση της τιμής του σακχάρου στο αίμα συμβαίνει σε έναν διαβητικό συνήθως όταν παραλείψει κάποιο γεύμα, ενώ έχει πάρει τα φάρμακά του, ή όταν η δόση του φαρμάκου είναι μεγαλύτερη από αυτή που χρειάζεται. Εκδηλώνεται συνήθως με ιδρώτα και τρόμο. Μπορεί να την αντιμετωπίσει κανείς εύκολα και γρήγορα, αρκεί να λάβει άμεσα μικρή ποσότητα ζάχαρης ή τροφής. (Καραμήτσος, 1986, σελ. 5-55)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

1. ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

1.1. Ιστορική Αναδρομή

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης από την εμφάνισή του, περίπου εδώ και 3.500, χρόνια αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα. Κατά τη διάρκεια όλων αυτών των ετών έχει γίνει ασταμάτητη και επίπονη προσπάθεια της επιστήμης για την ανακάλυψη της αλήθειας, για την ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο και για την αποκατάσταση της υγείας του. Αν σήμερα οι διαβητικοί ζουν σχεδόν μια πλήρη φυσιολογική ζωή, τούτο είναι αποτέλεσμα του τιτάνιου αγώνα που συνεχίζεται μέχρι σήμερα.

Η πρώτη εμφάνιση του διαβήτη καταγράφηκε σε χειρόγραφο της αρχαίας Αιγύπτου («Πάπυρος Ebers») το 1.500 π.Χ. Στο χειρόγραφο αυτό ο διαβήτης περιγράφεται ως «νόσος με πολυουρία, χωρίς πόνους, αλλά με λιποσαρκία», δηλαδή ως νόσος φθοράς. Ο πρώτος όμως που ονομάζει τη νόσο «ΔΙΑΒΗΤΗ» είναι ο μεγάλος Έλληνας γιατρός της αρχαιότητας Αρεταίος (περίπου 120-200 μ.Χ.), από το ρήμα «διαβαίνω». Έτσι, με τον όρο αυτό ο Αρεταίος αναφέρεται σε ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου, την πολυουρία. Ο όρος «Διαβήτης» σημαίνει πως το νερό, που ακατάπαυστα πίνει ο άρρωστος για να κατασιγάσει το έντονο αίσθημα της δίψας που έχει, «διαβαίνει» σαν μέσα από ένα σιφώνιο, αναλλοίωτο. Μέχρι τότε η ασθένεια αυτή ονομαζόταν «Δίψα». (Παυλάτος Φ., 1998)

Χαρακτηριστικά αναφέρει ο Αρεταίος στο βιβλίο του «Περί Ακτών και Σημείων Οξέων και Χρόνιων Παθών» «ο Διαβήτης είναι μια εντυπωσιακή αρρώστια, και όχι από τις πιο συνηθισμένες στον άνθρωπο. Χαρακτηρίζεται από υγρή και ψυχρή σύντηξη της σάρκας και των άκρων, που αποβάλλονται με τα ούρα. Η δίψα είναι αχαλιναγώγητη. Η φύση της νόσου είναι χρόνια, αν και ο άρρωστος δεν επιζεί επί πολύ γιατί

όταν η νόσος πλήρως εξελιχθεί γρήγορα έρχεται ο μαρασμός και ο θάνατος. Και η ιστορία συνεχίζεται...».

Στην Καππαδοκία της Μ. Ασίας το 2 μ.Χ. αιώνας, ο Αρεταίος μας δίνει την πρώτη ακριβή περιγραφή μιας ήδη γνώριμης από εκατοντάδες χρόνια παθολογικής κατάστασης, τον Σακχαρώδη Διαβήτη. Από τότε μόλις στα 1889, οι Minkomski και Mering απέδειξαν την άρρηκτη σχέση μεταξύ διαβήτη και παγκρέατος.

Στα 1921, με την ανακάλυψη της ινσουλίνης, τα διαβητικά παιδιά μπορούν να ενηλικιωθούν, με καθημερινές ενέσεις ινσουλίνης και με συνεχείς μετρήσεις σακχάρου του αίματος για τυχόν επιπλοκές. Επιπλοκές που αν και η παθογένειά τους δεν είναι απόλυτα γνωστή, είναι σχεδόν βέβαιο ότι σχετίζονται άμεσα με την μεταβολική κατάσταση των διαβητικών.

Με τις σύγχρονες τεχνικές οι ασθενείς μπορούν να επιτύχουν και να διατηρήσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα μεταβολική κατάσταση που να πλησιάζει το φυσιολογικό. (www.wikipedia.org)

1.2 Ταξινόμηση Σακχαρώδους Διαβήτη

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (Σ.Δ.) είναι λοιπόν ένα σύνδρομο, κατά το οποίο ο μεταβολισμός των υδατανθράκων, των λιπών και των λευκωμάτων με ετερογενές και πολυπαραγοντικό αιτιολογικό υπόστρωμα, διαταράσσεται. Οι διαταραχές αυτές στην κλασσική εκδήλωση του συνδρόμου εκφράζονται, κατά κύριο λόγο, με υπεργλυκαιμία, υπερλιπιδαιμία και υπεραμινοξαιμία, οφείλονται στην έλλειψη (πλήρη ή μερική) της ινσουλίνης ή στην ελάττωση της βιολογικής δραστηρότητάς της στους περιφερικούς ιστούς στόχους ή και στα δυο (Καραμήτσος, 1998, σελ. 1038-1064)

Επομένως, η ελαττωμένη έκκριση ή δραστηριότητα της ινσουλίνης σχετίζεται συχνά με ειδικές βλάβες στη μικροκυκλοφορία, νευροπαθητικές διαταραχές και προδιάθεση για αθηροσκλήρυνση (Κρασσάς Γ.Ποντικίδης, 1998).

Οι τύποι του σακχαρώδους διαβήτη είναι:

ü **ΤΥΠΟΣ 1** Ινσουλινο-εξαρτώμενος

ü **ΤΥΠΟΣ 2** Μη ινσουλινο-εξαρτώμενος

A) Άτομα κανονικού βάρους (~20%)

B) Άτομα παχύσαρκα (~80%)

Άλλοι τύποι: αυτοί οι τύποι σχετίζονται με ορισμένες κλινικές καταστάσεις ή σύνδρομα όπως: νοσήματα, φαρμακευτικές ή χημικές ουσίες, γενετικά σύνδρομα, σύνδρομα με ανωμαλίες στους υποδοχείς της ινσουλίνης. (Καραμήτσος, 1998, σελ. 1038-1064)

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1

Στον τύπο αυτό υπάγονται όλοι οι διαβητικοί που από τη διάγνωση του Σακχαρώδους Διαβήτη είναι ινσουλινό-εξαρτώμενοι ή χρειάστηκαν μόνιμη ινσουλινοθεραπεία το αργότερο ένα χρόνο μετά την διάγνωση. Ο τύπος 1 του Σακχαρώδους Διαβήτη χαρακτηρίζεται συνήθως από απότομη και αιφνίδια έναρξη των συμπτωμάτων. Στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση γίνεται στην παιδική, στην εφηβική ηλικία ή σε νεαρούς ενήλικες, αν και αυτός ο τύπος διαβήτη μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία.

Η πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη σε παιδιά σχολικής ηλικίας είναι 1 προς 600. Η νόσος σπάνια διαγιγνώσκεται στη βρεφική ηλικία, και η συχνότητά της στα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι μικρότερη από εκείνη των παιδιών της σχολικής ηλικίας. Η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται κατά την αρχή της εφηβείας και κατόπιν μειώνεται. Ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να εκδηλωθεί σε

οποιαδήποτε ηλικία, πάνω όμως από 80% των διαγνωσμένων περιπτώσεων αφορούν τον πληθυσμό των ενηλίκων.

Όσο μεγαλώνει το άτομο τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα έχει να εμφανίσει κάποιο τύπο διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης στα παιδιά, με λίγες εξαιρέσεις, είναι ινσουλινοεξαρτώμενος και διαφέρει από τον σακχαρώδη διαβήτη του ενήλικα στο ότι πάντοτε χρειάζεται την χορήγηση ινσουλίνης, είναι πιο ασταθής, εύκολα αναπτύσσεται διαβητική κένωση και τέλος, η παχυσαρκία δεν αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα, όπως συμβαίνει στους ενήλικες.(Πάνου Μ., 1998).

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 περιλαμβάνει μια ετερογενή ομάδα ηπιότερων μορφών διαβήτη. Αυτός ο τύπος σακχαρώδους διαβήτη οφείλεται στην κληρονομικότητα και προσβάλλει κυρίως ενήλικες άνω των 40 χρονών και σε ποσοστό 10-20% περίπου, μπορεί να εκδηλωθεί και σε άτομα μικρότερης ηλικίας. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 τουλάχιστον στα πρώτα χρόνια δεν απαιτεί τη χορήγηση ινσουλίνης. Από αυτό προέρχεται και το όνομα «Μη Ινσουλινοεξαρτώμενος Σακχαρώδης Διαβήτης»

Σημειώνεται ότι αυτός ο τύπος διαβήτη εμφανίζεται στους παχύσαρκους.

Άλλοι τύποι σακχαρώδους διαβήτη

Στην ομάδα αυτή ανήκουν διάφορες υποκατηγορίες Σακχαρώδους Διαβήτη που παλαιότερα ταξινομούνταν κάτω από το γενικό τίτλο «Δευτεροπαθής Διαβήτης». Εδώ περιλαμβάνονται ειδικές διαταραχές όπως νοσήματα του παγκρέατος, ενδοκρινολογικές, φαρμακευτικές, χημικές ή τοξικές ουσίες που μπορεί να προκαλέσουν Σακχαρώδη Διαβήτη και διάφορα γενετικά σύνδρομα ή καταστάσεις (Καραμήτσος, 1998, σελ. 1038-1064).

1.3 Η Επιδημιολογία του Νεανικού Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου I στην Ελλάδα

Η μελέτη της επίπτωσης του νεανικού Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου I στις διάφορες χώρες και ηπείρους παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την αίτια εμφάνισης του νεανικού διαβήτη τύπου I (βλέπε σχήμα 1 Παράρτημα 2).

Όταν διαγιγνώσκεται σακχαρώδης διαβήτης σε ένα παιδί τότε εξετάζεται από παιδιατρικά νοσοκομεία, από τμήματα ή διαβητολογικά κέντρα και μετά εισάγεται στο νοσοκομείο για αρχικό έλεγχο και εκπαίδευση. Με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο αρχίζει και η χορήγηση ινσουλίνης.

Το 1992 διαγνώσθηκαν στην Ελλάδα 131 νέες περιπτώσεις . Από αυτές 69 αφορούν αγόρια και 62 κορίτσια. Η επίπτωση του ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη στην Ελλάδα το 1992 ήταν 6,6/100.000. Συνεπώς η Ελλάδα κατατάσσεται ανάμεσα στις 5 χώρες με χαμηλότερη επίπτωση σακχαρώδους διαβήτη στην Ευρώπη.

Η επίπτωση στην ομάδα εφήβων ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με τις δυο άλλες ομάδες ηλικιών. Η εφηβική αυτή κορύφωση παρουσιάζεται νωρίτερα στα κορίτσια από ό,τι στα αγόρια. Η εφηβική κορύφωση στην περίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου I οφείλεται στις ορμονικές μεταβολές της εφηβείας και εμφανίζεται νωρίτερα στα κορίτσια στα οποία η εφηβεία ξεκινά νωρίτερα από τα αγόρια.

Από τα ανωτέρω συνεπάγεται ότι η Ελλάδα έχει την χαμηλότερη επίπτωση του ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη στην Ευρώπη. Επίσης το ποσοστό εμφάνισης διαβήτη αυξάνεται στην πρωτεύουσα σε σύγκριση με λιγότερο πυκνοκατοικημένες περιοχές. Από αυτό συμπεραίνουμε ότι οι περιβαλλοντικοί παραγόντες (καταστάσεις, stress,

δαιτητικές συνήθειες, λοιμογόνοι παράγοντες) αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης του διαβήτη τύπου I (Ελληνική Παιδαγωγική Εταιρεία, 1995).

1.4 Κλινική Εικόνα

Η νόσος εκδηλώνεται με πολυουρία, πολυδιψία, νυχτουρία, καταβολή δυνάμεων, αυξομείωση βάρους και με συχνές ή υποτροπιάζουσες λοιμώξεις. Ως ένδειξη για την ύπαρξη πολυουρίας είναι η επανεμφάνιση νυκτερινής ενούρησης.

Η διάρκεια των συμπτωμάτων ποικίλλει και δεν υπερβαίνει τον ένα μήνα. Εάν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα τότε εμφανίζεται απόπνοια όξινης, οξεωτική αναπνοή, θόλωση της διανοίας, μειωμένη αντίδραση στα ερεθίσματα, υπνηλία, αφυδάτωση και κώμα.

Κατά τη διάρκεια της διαβητικής οξέωσης εμφανίζονται κοιλιακές άλγεις με σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Επίσης, διαπιστώνεται λευκοκυττάρωση, καθώς και αύξηση της αμυλάσης του ορού, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει και την ύπαρξη οξείας παγκρεατίτιδας. Το οικογενειακό ιστορικό και η εμφάνιση νευροπαθητικών διαταραχών θέτουν επίσης την ένδειξη ύπαρξης σακχαρώδους διαβήτη τύπου I (Καραμήτσος, 1986)

1.4.1 Συμπτώματα

Η κλασική συμπτωματολογία του σακχαρώδους διαβήτη περιλαμβάνει την πολυουρία, την πολυδιψία, την πολυφαγία και την απώλεια σωματικού βάρους. Στον διαβήτη τύπου 1 η εισβολή της νόσου είναι συνήθως απότομη και συχνά η πρώτη εκδήλωσή της μπορεί να είναι η ανάπτυξη διαβητικής κετοξέωσης, με ναυτία, εμετούς, διάχυτο κοιλιακό άλγος και απώλεια συνείδησης. Στον διαβήτη τύπου 2, η νόσος εισβάλλει βαθμιαία, η πολυφαγία παρατηρείται σπανιότερα, ενώ συχνά

συνυπάρχουν αδυναμία, κόπωση, ζάλη και ευπάθεια σε λοιμώξεις. Συχνά, η συμπτωματολογία στον διαβήτη τύπου 2 λείπει τελείως και ο ασθενής αισθάνεται υγιής. (Καραμήτσος, 1986)

Βραχυχρόνια Συμπτώματα

Συνήθη συμπτώματα του διαβήτη Τύπου 1 αποτελούν η υπερβολική δίψα, η συχνή διούρηση, η απότομη αυξομείωση βάρους, η υπερβολική κόπωση και η θολή όραση.

Τα άτομα με διαβήτη Τύπου 2 μπορεί να έχουν τα ίδια συμπτώματα αλλά να είναι λιγότερο εμφανή. Πολλοί δεν έχουν καθόλου συμπτώματα και διαγιγνώσκονται, ενώ πάσχουν από τη νόσο για πολλά χρόνια.

Βασικό χαρακτηριστικό του διαβήτη είναι η αυξημένη συγκέντρωση της γλυκόζης. Αυτή η αύξηση της γλυκόζης στο αίμα έχει άμεσες συνέπειες στην ομαλή λειτουργία του οργανισμού, οι οποίες εκδηλώνονται ως εξής: απώλεια υγρών και αφυδάτωση, αύξηση των λιπαρών οξέων, επιβάρυνση της κυκλοφορίας του αίματος, και διαταραχή της σύνθεσης των πρωτεϊνών, που οδηγεί σε μυϊκές ατροφίες.

Ως βραχυπρόθεσμη επιπλοκή του Σακχαρώδους Διαβήτη μπορούν να θεωρηθούν και τα επεισόδια υπογλυκαιμίας, δηλαδή η μείωση της συγκέντρωσης της γλυκόζης στο αίμα κάτω από τα φυσιολογικά όρια. Τα επεισόδια αυτά είναι παρενέργεια του τρόπου αντιμετώπισης της νόσου. Η μείωση της συγκέντρωσης της γλυκόζης στο αίμα επηρεάζει άμεσα την ασφαλή λειτουργία του εγκεφάλου του διαβητικού. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο διαβητικός μπορεί να χάσει τις αισθήσεις του ή να έχει σπασμούς. Ταυτόχρονα, ο οργανισμός αντιδρά με την έκκριση επιπλέον ορμονών, όπως η αδρεναλίνη. Αυτό έχει ως εκδήλωση ρίγη των άκρων, εφίδρωση, γρήγορους καρδιακούς παλμούς και αίσθημα της πείνας. Η άμεση αντιμετώπιση των επεισοδίων υπογλυκαιμίας συνίσταται στη χορήγηση ζάχαρης. (Μυγδαλης Η. ,1996)

Μακροχρόνιες Συνέπειες

Με την πάροδο του χρόνου ο διαβήτης προκαλεί βλάβη και δυσλειτουργία πολλαπλών οργανικών συστημάτων. Η κύρια αιτία για πολλές από αυτές τις επιπλοκές είναι η αγγειοπάθεια. Οι επιπλοκές από τη μικροαγγειοπάθεια (αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια) και τη μακροαγγειοπάθεια (στεφανιαία νόσος, περιφερική αγγειοπάθεια) συμβάλλουν στους υψηλούς δείκτες νοσηρότητας που παρατηρούνται στους διαβητικούς. Η νευροπάθεια αυξάνει επίσης τη νοσηρότητα, δεδομένου ότι συμβάλλει στην παθογένεια των ελκών των κάτω άκρων. Τόσο οι διαβητικοί Τύπου 1, όσο και οι διαβητικοί Τύπου 2 μπορούν να εμφανίσουν όλο το φάσμα των επιπλοκών του διαβήτη, αν και η συχνότητα της κάθε επιπλοκής ποικίλει ανάλογα με τον τύπο της νόσου. Στους διαβητικούς Τύπου 2, η μακροαγγειοπάθεια αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου, ενώ η νεφρική ανεπάρκεια, ως συνέπεια της διαβητικής νεφροπάθειας, αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου στους διαβητικούς Τύπου 1. Αν και η τύφλωση απαντάται και στους δύο τύπους διαβητικών, η υπερπλασία των αγγείων του αμφιβληστροειδούς αποτελεί την κυριότερη αιτία τύφλωσης για τους διαβητικούς Τύπου 1. Αντίθετα στους διαβητικούς τύπου 2 η κυριότερη αιτία τύφλωσης είναι το οίδημα της οπτικής θηλής. (Μυγδαλης Η. ,1996)

Γενικά, τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη είναι πιο επιρρεπή σε λοιμώξεις, οι οποίες συχνά εκδηλώνονται σε μεγαλύτερη έκταση και με μεγαλύτερη συχνότητα (Μύγδαλης Η. ,1996)

1.5 Διάγνωση

Η διάγνωση του διαβήτη είναι εύκολη όταν υπάρχουν τα κλασικά συμπτώματα και αρκεί η επιβεβαίωση με τη μέτρηση του σακχάρου του αίματος. Η διάγνωση γίνεται επίσης εύκολα όταν ο ασθενής

παρουσιάζεται με συμπτώματα και σημεία διαβητικής κετοξέωσης. Τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν θεσπιστεί για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη είναι τα ακόλουθα:

- Παρουσία κλασικών συμπτωμάτων του διαβήτη και τιμή γλυκόζης σε οποιαδήποτε στιγμή $> 200\text{mg/dl}$
- Τιμή σακχάρου νηστείας (που λαμβάνεται δηλαδή μετά από 8 τουλάχιστον ώρες αποχής από την πρόσληψη τροφής) $> 126\text{mg/dl}$
- Τιμή σακχάρου 2 ώρες μετά από φόρτιση με 75g γλυκόζης από το στόμα $> 200\text{mg/dl}$

Ένας άλλος χρήσιμος δείκτης είναι η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Δεν χρησιμοποιείται για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη, αλλά για την παρακολούθηση της ρύθμισης του σακχάρου αίματος αφού αντικατοπτρίζει τη μέση τιμή σακχάρου αίματος τους τελευταίους 3 μήνες πριν την εξέταση. Τιμές HbA1c $< 6\%$ θεωρούνται ενδεικτικές καλού γλυκαιμικού ελέγχου. (www.wikipedia.org)

Η διάγνωση του κλινικού διαβήτη γίνεται μετά από την εμφάνιση των εκδηλούμενων σημείων και συμπτωμάτων και μετά από την ανεύρεση υπεργλυκαιμίας και σακχαρουρίας.

Σάκχαρο αίματος νηστείας πάνω από 120 mg/dl ή σάκχαρο πάνω από 120 mg/dl 2 ώρες μετά τη λήψη γεύματος είναι ένδειξη υπεργλυκαιμίας. Στα παιδιά η διάγνωση είναι εύκολη, γι' αυτό και δε γίνεται δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη (ΔΑΓ). Η δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη είναι επίσης τραυματική, δαπανηρή και μερικές φορές ανακριβής.

Στα παιδιά η διάγνωση του διαβήτη γίνεται συχνά σε κατάσταση κετοξέωσης. Σημειώνεται ότι ακόμη και σήμερα υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών, τα οποία διαγνώστηκαν εσφαλμένως ως πάσχοντα από οξεία σκωληκοειδίτιδα, ενώ έχουν κοιλιακά άλγη και εμετούς στα πλαίσια της διαβητικής κετοξέωσης.

Επίσης η απώλεια βάρους ανησυχεί τους γονείς και τους παρακινεί να ζητήσουν ιατρική βοήθεια. Σε δυο ή τρεις βδομάδες που γίνονται εμφανή τα συμπτώματα της δίψας και της πολυουρίας χάνονται 8-12 kg βάρους.

Επίσης κατά την εμφάνιση του διαβήτη τα παιδιά εμφανίζουν προβλήματα οράσεως, γεγονός που οφείλεται σε διαθλαστικές διαταραχές του οφθαλμού. (Πάνου Μ., 1988).

1.6 Στάδια του Νεανικού Σακχαρώδους Διαβήτη

Υπάρχουν διάφορα στάδια κατά την εμφάνιση του νεανικού σακχαρώδους διαβήτη. Στα νεογνά, παρατηρείται παροδική και αυτοπεριοριστική ανεπάρκεια της ινσουλινικής έκκρισης, αλλά εξαφανίζεται αμέσως μετά τη γέννηση και δεν έχει επακόλουθα.

Ο *προδιαβητης* αναφέρεται στην περίοδο από τη σύλληψη μέχρι τη διαπίστωση των πρώτων διαταραχών του μεταβολισμού των υδατανθράκων σε μελλοντικό διαβητικό. Στο χρόνο παρατηρούνται και οι πρώιμες αγγειακές βλάβες.

Στο δεύτερο στάδιο, ο *υποκλινικός διαβητης*, αντιπροσωπεύει την χρονική περίοδο κατά την οποία ο μεταβολισμός των υδατανθράκων είναι παθολογικός μόνο σε περιόδους καταπόνησεως του οργανισμού (λοίμωξη, χειρουργική επέμβαση, τραύμα). Το σάκχαρο αίματος νηστείας όμως παραμένει φυσιολογικό όταν πάψει να επιδρά ο παράγων που προκάλεσε την καταπόνηση. Το παιδί αυτό είναι ασυμπτωματικό. (Καραμήτσος, 1986)

Το τρίτο στάδιο του *λανθάνοντος διαβήτη*, χαρακτηρίζεται από επίμονα παθολογική δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη, αλλά με φυσιολογικό σάκχαρο αίματος νηστείας. Το στάδιο αυτό είναι σύντομο κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας αν και μπορεί να υπάρχει αξιόλογος αριθμός παιδιών με λανθάνοντα διαβήτη.

Στο τελευταίο στάδιο, γίνεται πλέον *έκδηλος ο κλινικός διαβήτης*. Εμφανίζεται απότομα στην παιδική ηλικία και η μετάπτωση από τον λανθάνων στο έκδηλο στάδιο μπορεί να παρατηρηθεί μετά από περίοδο καταπόνησως του οργανισμού, π.χ. μετά από λοίμωξη (Πάνου Μ., 1988).

1.7 Αίτια Σακχαρώδους Διαβήτη

Τα αίτια του σακχαρώδους διαβήτη ποικίλουν. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο διαβήτης είναι γενετική διαταραχή, αλλά το γενετικό σχήμα δεν είναι διευκρινισμένο. Τα αίτιά του δεν είναι τόσο κληρονομικά καθώς η συχνότητα εμφάνισής του είναι μικρότερη απ' ό τι θα αναμενόταν σε παιδιά που γεννήθηκαν από γονείς που και οι ίδιοι είναι διαβητικοί. Ο διαβήτης μπορεί να οφείλεται και σε πολυγονιδιακή κληρονομικότητα.

Ο νεανικού τύπου ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης είναι αυτοάνοσο νόσημα, καθώς συχνά παρουσιάζεται με νόσο του Addison, διαταραχές του θυρεοειδούς και με κακοήθη αναιμία. Σε ορισμένα άτομα με γενετική προδιάθεση, η λειτουργία των νησιδίων του παγκρέατος διαταράσσεται μετά από ιογενή λοίμωξη. Τα νησιδιακά κύτταρα εμφανίζονται ιδιαίτερα ευαίσθητα είτε στην απευθείας ιογενή βλάβη είτε στη χημική προσβολή. Ο ιός της παρωτίτιδας, ο μεγαλοκυτταροϊός, ο ιός Epstein Barr και ο ιός της λοιμώδους ηπατίτιδας έχουν επίσης ενοχοποιηθεί. Παρ' όλα αυτά, κανένας ειδικός ιός δεν έχει τεκμηριωθεί ως επισπευστικός παράγοντας (Πάνου Μ., 1998).

1.7.1 Παθογενετικά Αίτια του Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου I

1. Γενετική Προδιαθεση

Στον ινσουλινοεξαρτώμενο Σακχαρώδη Διαβήτη, ο κληρονομικός παράγοντας δεν φαίνεται να είναι τόσο σημαντικός δεδομένου ότι 90% των παιδιών, τα οποία εμφανίζουν τη νόσο δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό Σακχαρώδους Διαβήτη.

Επίσης, σε ζευγάρια μονογενών διδύμων, η συχνότητα εμφάνισης της νόσου και στους δυο διδύμους ανέρχεται μόνο στο 50%. Η μεταβίβαση του διαβήτη φαίνεται ότι γίνεται όχι μόνο σε ένα γόνο, αλλά σε περισσότερους γόνους (πολυπαραγοντική κληρονομικότητα).

Η γενετική προδιάθεση για το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 συσχετίζεται με την παρουσία ορισμένων αντιγόνων του Μείζονος Συστήματος ιστοσυμβατότητας. Το σύστημα αυτό ελέγχεται από γόνους που στον άνθρωπο βρίσκονται στο βραχύ σκέλος του 6^{ου} χρωμοσώματος και καθορίζουν την ανοσιακή απάντηση στον οργανισμό. (Καραμήτσος, 1986)

Όσον αφορά στο θηλασμό, τα άτομα τα οποία δεν θήλασαν καθόλου ή θήλασαν για πολύ μικρό χρονικό διάστημα, και η αναπλήρωση του μητρικού γάλακτος έγινε από γάλα αγελάδας, παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 1.

Σε ομάδες παιδιών διαβητικών και μη, διερευνήθηκε ο τρόπος και οι συνθήκες διατροφής κατά τους πρώτους, από τη γέννηση, μήνες.

A) Τα παιδιά με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, θήλασαν για διάστημα των έξι μηνών.

B) Στην πλειοψηφία αυτών των παιδιών, ο θηλασμός διεκόπη και αντί για μητρικό γάλα, εδόθη γάλα αγελάδας, από ηλικίας μικρότερης των τριών μηνών.

Γ) Ο κίνδυνος για την εμφάνιση σακχρώδους διαβήτη τύπου 1, ήταν 1,4 φορές μεγαλύτερος για τα παιδιά που θήλασαν λιγότερο από έξι μήνες. (Καραμήτσος, 1986)

2. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Από τα μέχρι σήμερα επιδημιολογικά δεδομένα ενισχύεται η άποψη της συμμετοχής «διαβητογόνων» παραγόντων του περιβάλλοντος για την εμφάνιση του Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 1. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται λοιμώξεις κυρίως από ιούς, (όπως οxsakie BM, παρωτίδας, ερυθράς), τοξικοί παράγοντες (όπως το πρωκτικοκτόνο vacoz που προκαλεί βαριά μορφή ινσολινοεξαρτώμενου Σακχαρώδη Διαβήτη) και άλλες κυτταροτοξικές ουσίες (όπως υδροκυάνιο από ρίζες κασσόβα ή χαλασμένη ταπιόκα). Η βλαπτική επίδραση των παραπάνω εξωγενών παραγόντων στα β-κύτταρα του παγκρέατος σε άτομα με κληρονομική προδιάθεση στο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, θεωρείται ότι πυροδοτεί την ανάπτυξη αυτοάνοσων μηχανισμών. Οι μηχανισμοί αυτοί οδηγούν τελικά στην καταστροφή των ινσουλινοπαραγωγών κυττάρων και στην εμφάνιση του Σακχαρώδους Διαβήτη (Καραμήτσος, 1986).

3. Ανοσολογικοί Παράγοντες

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 είναι αποτέλεσμα χρόνιας ανοσολογικής διεργασίας (αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων), η οποία πυροδοτείται από περιβαλλοντικούς ή άλλους επίκτητους παράγοντες, σε άτομα με γενετικά προκαθορισμένη ευαισθησία. *Η άποψη αυτή βασίστηκε:*

A. Στην ανεύρεση στον ορό ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, κατά το χρόνο της διάγνωσης της νόσου, υψηλών τίτλων αντισωμάτων έναντι των νησίδων του Laugezhaus και αυτοαντισωμάτων έναντι της

ενδογενούς ινσουλίνης (πριν τη χορήγηση ινσουλίνης για τη θεραπεία του Σακχαρώδους Διαβήτη).

Β) Στο συνδυασμό του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα (όπως θυρεοειδίτιδα, Hashimoto, νόσος Addison, κακοήθης αναιμία του Biermer κ.α.).

Γ) Στη διαπίστωση ιστοπαθολογικών ευρημάτων (στο πάγκρεας ατόμων που απεβίωσαν κοντά στο χρόνο της διάγνωσης του Σακχαρώδη Διαβήτη) αυτοάνοσης διεργασίας (νησιδίτιδα). (Καραμήτσος, 1998, σελ. 1038-1064)

2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ – ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΑΝΙΚΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

2.1 Ψυχολογικές Επιπτώσεις του Νεανικού Διαβήτη

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα υπάρχει συσχέτιση μεταξύ χρόνιας ασθένειας και προβλημάτων ψυχικής υγείας ή προσαρμογής. Συγκεκριμένα σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία βρέθηκε ότι 17% των παιδιών με χρόνια ασθένεια εμφάνισαν ψυχιατρικές διαταραχές, συγκεκριμένα νεύρωση, διαταραχή διαγωγής, κατάθλιψη, σε σύγκριση με το 7% των υγιών παιδιών (Felig, P., 1996, σελ. 1107-1153).

Καταρχάς, η ανακοίνωση στον ασθενή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, ενδέχεται να προκαλέσει συναισθήματα, όπως αυτό του θυμού, της απελπισίας και του φόβου και να έχει σημαντική επίπτωση στην αυτοπεποίθηση του ατόμου.

Όσον αφορά στην επίδραση της ασθένειας στην καθημερινότητα του ατόμου, ο διαβήτης, ως χρόνια πάθηση, επιδρά στην ψυχοσύνθεση του παιδιού, περιορίζοντας τις καθημερινές δραστηριότητες, τις κοινωνικές σχέσεις και την καθημερινότητά του (Μπαρτσόκας, Χ., 1995, σελ. 158-168).

Είναι σίγουρο πως ο νεανικός διαβήτης έρχεται να προσβάλλει τον έφηβο σε μια περίοδο που είναι έτοιμος να κατακτήσει πολύ σημαντικές ικανότητες, να αποκτήσει την ανεξαρτησία του, να αναπτύξει ταλέντα και δημιουργικές τάσεις, να εξελιχθεί σεξουαλικά και συναισθηματικά. Λαμβάνοντας υπόψη την αναπτυξιακή φάση της εφηβείας που διέρχονται, είναι ιδιαίτερα τραυματικό για τους εφήβους ότι εξαναγκάζονται να αντιμετωπίσουν πράγματα που σχετίζονται με τη γεροντική ηλικία, όπως η αγωνία θανάτου, και τα στρεσογόνα γεγονότα της νοσηλείας, των εξετάσεων, και των ενέσεων. Οι έφηβοι με νεανικό διαβήτη, βιώνουν την ασθένειά τους ως υπαρξιακή πληγή, ως σταμάτημα

της εξέλιξής τους, ως οπισθοδρόμηση και απώλεια της αυτονομίας τους, γι' αυτό και χάνουν την αυτοεκτίμησή τους και νιώθουν όλο και πιο έντονα την αγωνία εγκατάλειψης ή απόρριψης από το περιβάλλον τους (Τσιάντης, Γ., 1987).

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου που πυροδοτούνται από την ασθένεια και τα νέα δεδομένα που επιβάλλει είναι ποικίλες. Συγκεκριμένα, το νεαρής ηλικίας άτομο με διαβήτη αντιμετωπίζει άγχος για την πορεία του διαβήτη του, ματαίωση για όλα όσα, ίσως, θα ήθελε, αλλά δεν μπορεί να κάνει, πένθος για όσες δυνατότητες πιστεύει ότι έχασε και θλίψη για το μέλλον του, που το βλέπει πολλές φορές αβέβαιο. Ακόμα, μπορεί να νιώσει φόβο όταν αντιμετωπίσει τις αυξημένες απαιτήσεις της ρύθμισης, θυμό γιατί πιστεύει ότι είναι άδικο να συμβαίνει κάτι τέτοιο σ' εκείνον και ενοχές γιατί ίσως να μην καταφέρνει να ρυθμίζεται πάντα όσο καλά θα ήθελε. Επιπρόσθετα, μπορεί να υπάρχει "συναίσθημα αβοήθητου", απογοήτευση και έλλειψη ελπίδας. Όλα αυτά τα συναισθήματα είναι φυσιολογικά ως αντιδράσεις, αν και δεν απαντώνται με την ίδια ένταση, ούτε και σε όλους τους ανθρώπους με διαβήτη (Λιακόπουλος, 1998, σελ. 219-228).

Τα ψυχολογικά προβλήματα εμφανίζονται όταν υπάρχει ανεπαρκής ή αργοπορημένη προσαρμογή στην ασθένεια (Λιακοπούλου, Μ., 1987, Τσιάντης, Γ., 1987). Η μη ομαλή προσαρμογή διατηρεί το στρες σε υψηλά επίπεδα, εμποδίζει τη ρύθμιση των δυσάρεστων συναισθημάτων, καθώς και τη διαφύλαξη ή αποκατάσταση των κοινωνικών σχέσεων, πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση συμπεριφορών παραίτησης, άρνησης και παθητικότητας (Λιακοπούλου, Μ., 1987).

Αναλυτικότερα τα συνηθέστερα ψυχολογικά προφίλ των εφήβων με φτωχή προσαρμογή στην ασθένεια είναι τα ακόλουθα.

Καταρχάς, κάποιοι έφηβοι εμφανίζουν την ψυχιατρική εικόνα των χρόνιων εξαρτητικών, δηλαδή παρουσιάζουν αγωνία, παθητικότητα,

έλλειψη ενδιαφέροντος για ατομικές κοινωνικές δραστηριότητες και μεγάλη τάση εξάρτησης από τους γονείς, ένεκα γονικής υπερπροστασίας (Τσιάντης, Γ., 1987). Κατά τον Denolin, ο ινσουλινοεξαρτώμενος ασθενής είναι παθητικός και ανασφαλής για το αν θα καταφέρει να αντιμετωπίσει την ασθένεια καθώς έχει έντονο και το φόβο του θανάτου. Ο έφηβος με διαβήτη δοκιμάζει συν τοις άλλοις και διάφορους άλλους φόβους, όπως το φόβο ότι δε θα μπορέσει να ζήσει μια κανονική επαγγελματική ζωή, το φόβο ότι δεν θα μπορέσει να έχει κανονική σεξουαλική ζωή και ότι δε θα μπορέσει να κάνει παιδιά. Αυτοί οι φόβοι και η αίσθηση του διαφορετικού από τα άλλα παιδιά, δημιουργούν αίσθημα απόσυρσης για τον έφηβο (Λιακοπούλου, Μ., 1987).

Μια άλλη συνηθισμένη αντίδραση είναι η εκδήλωση υπερβολικής τάσης για ανεξαρτοποίηση και η απασχόληση με επικίνδυνες δραστηριότητες. Οι έφηβοι στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιούν έντονα τους μηχανισμούς άρνησης, με άλλα λόγια μη παραδοχής της νόσου, ενώ συμπεριφέρονται σαν να έχουν απωλέσει ως ένα βαθμό τον έλεγχο της πραγματικότητας (reality testing) και μοιάζει σαν να προκαλούν με τη συμπεριφορά τους την πιθανότητα να επιβαρύνουν την υγεία τους. Ιδιαίτερα όταν η νόσος εμφανίζεται σε νεανική ηλικία, κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο αισθάνεται πιο υγιές, γεμάτο ενέργεια, δύναμη και ζωτικότητα, οι ασθενείς αγνοούν τα συμπτώματα και δεν αποδέχονται τη σοβαρότητα της πάθησής τους, με αποτέλεσμα να μην ακολουθούν πιστά τις οδηγίες των γιατρών.

Ένας άλλος τύπος παθολογικής συμπεριφοράς που παρουσιάζεται είναι να εμφανίζονται ως δειλοί και μοναχικοί, ενώ παράλληλα τρέφουν συναισθήματα αγανάκτησης και εχθρότητας προς τα υγιή άτομα. Επιπλέον αισθάνονται πως οι «φυσιολογικοί» τους οφείλουν πολλά, επειδή έτυχε σε εκείνους η ασθένεια, που θα μπορούσε να συμβεί στον καθένα (Τσιάντης, Γ., 1987).

Το θέμα του θυμού στους διαβητικούς ασθενείς είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη είναι ιδιαίτερα ευερέθιστοι σε σχέση με άτομα που πάσχουν από άλλες ασθένειες (Dunn, M.S., 1993, σελ. 175-195). Ο θυμός αυτός αντανακλά τον θυμό που αισθάνονται για την ίδια την ασθένεια και τον οποίο εκφορτίζουν προβάλλοντάς τον σε άλλους. Ωστόσο, συχνά μπορεί να εκφράζει και τις ενοχές που νιώθει ο ασθενής ως υπεύθυνος για την κατάσταση του (Τσιάντης, Γ., 1987).

Τα στάδια στα οποία διέρχονται τα παιδιά και οι έφηβοι που η προσαρμογή τους στην χρόνια ασθένεια είναι αργοπορημένη ή ανεπαρκής, σχετίζονται με τα στάδια τα οποία διέρχεται ο χρόνιος ασθενής που εισήγαγε η Kubler-Ross. Έτσι, η πρώτη ομάδα έχει καθλωθεί στο στάδιο της καταθλιπτικής συμπεριφοράς, που διακρίνεται από σοκ, απογοήτευση, παθητικότητα. Η δεύτερη κατηγορία δεν έχει πιθανόν ξεπεράσει τη φάση της άρνησης, με αποτέλεσμα ο ασθενής να αποφεύγει κάθε σχετική σκέψη και να συμπεριφέρεται σαν να μην πάσχει από διαβήτη. Τέλος, στην τρίτη ομάδα εμμένουν στο θυμό, τον οποίο εξωτερικεύουν προς κάθε κατεύθυνση (Τσιάντης, Γ., 1987).

Η κατηγοριοποίηση των πασχόντων εφήβων δεν είναι αυστηρή, καθώς είναι συνήθεις και οι εναλλαγές μεταξύ καταθλιπτικών συναισθημάτων και επαναστατικότητας. Αυτές οι συχνές εναλλαγές στη συναισθηματική διάθεση των διαβητικών εφήβων, επηρεάζονται και από τις εναλλαγές του επιπέδου της γλυκόζης στο αίμα του, που επηρεάζει το νευρικό τους σύστημα (Λιακοπούλου, Μ., 1987).

Επαρκής σημασία πρέπει να δοθεί και στο θέμα της αποδοχής από την ομάδα συνομηλίκων και τον τρόπο που το διαχειρίζονται οι νεαροί πάσχοντες. Οι έφηβοι, την περίοδο της εφηβείας τους επιδιώκουν να γίνονται αποδεκτοί από τους συνομηλικούς τους. Ο διαβήτης όμως τους διαφοροποιεί από εκείνους, γι' αυτό πάνω από 50% των εφήβων το

κρατούν κρυφό και αισθάνονται έντονα την εμφάνιση το συναίσθημα της ντροπής, το άγχος για την τυχόν αποκάλυψη του μυστικού τους. Στην προσπάθειά τους να αποκρύψουν την ασθένειά τους δεν τηρούν το ωρολόγιο πρόγραμμα για το φαγητό και την ινσουλίνη ή απομονώνονται από τους φίλους τους (Liakoroulou, M., Korvesi, M., 1992, σελ. 83-88, Barglow, P. et al, 1986, σελ. 785-793). Ειδικοί στο χώρο της ψυχικής υγείας, υποστηρίζουν ότι άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, χαρακτηρίζονται από το λεγόμενο «φόβο της ιδιαιτερότητας». Με άλλα λόγια, όσοι υποφέρουν από τη νόσο αυτή, διακατέχονται από το φόβο μήπως στιγματιστούν, λόγω του ότι η συγκεκριμένη ασθένεια συνδέεται με την παχυσαρκία, κάτι που δυσκολεύει ακόμη περισσότερο την ένταξη τους στην ομάδα συνομηλίκων (Clark, M., 2003, σελ. 86-89)

Συνοψίζοντας μπορεί να ειπωθεί ότι η παθητικότητα, η ανωριμότητα και η αδυναμία αποδοχής της πάθησης, είναι μερικές από τις συνηθέστερες αντιδράσεις ατόμων που πάσχουν από διαβήτη και που μπορούν να αποδειχθούν επιζήμιες για την εξέλιξη της νόσου και για την πορεία της υγείας του ασθενή.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω στοιχεία, ο διαβήτης πέρα από τα πολλά και ποικίλα σωματικά συμπτώματα, προκαλεί και αλλαγές στην προσωπικότητα και επιδρά συναισθηματικά στον ασθενή. Οι συναισθηματικές αυτές επιδράσεις μπορούν να επηρεάσουν με τη σειρά τους την πορεία της νόσου.

Τα ερευνητικά δεδομένα πάντως δείχνουν ότι το άγχος και η κατάθλιψη ή καταθλιπτικού τύπου συναισθήματα παρουσιάζονται συχνότερα σε διαβητικούς ασθενείς από ό,τι στον υγιή πληθυσμό (Jacobson, M.A., Hauser, T.S., Anderson, J.B., 1994, σελ. 431-450). Τα ευρήματα αυτά καθώς και ο τρόπος που λειτουργούν το άγχος και η κατάθλιψη στους διαβητικούς αναλύονται εκτενέστερα στα κεφάλαια που ακολουθούν.

2.2 Άγχος

Ο διαβήτης, όπως κάθε χρόνια ασθένεια, συνοδεύεται με ψυχολογική πίεση και άγχος. Αυτό συμβαίνει γιατί ο άνθρωπος με διαβήτη, η οικογένεια και γενικά το περιβάλλον του πρέπει να προσαρμοστούν σε έναν διαφορετικό τρόπο ζωής και να δεχτούν τους περιορισμούς του διαβήτη. Ακόμα θα πρέπει να εκπαιδευτούν σε νέα δεδομένα, και μεθόδους μέτρησης και προσδιορισμού των δόσεων ινσουλίνης, και να αντιμετωπίσουν με ψυχραιμία, έγκαιρα και αποτελεσματικά, κρίσεις υπογλυκαιμίας και υπεργλυκαιμίας. Η πραγματικότητα αυτή, όπως είναι αναμενόμενο, σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα άγχους (Λιακόπουλος, 1998, σελ. 219-228).

Το άγχος επιδρά σε παιδιά και εφήβους με διαβήτη με διάφορους τρόπους.

Καταρχάς, το στρες δημιουργεί συνεχώς υπογλυκαιμία και αύξηση στο πλάσμα της κοτριζόλης, της αυξητικής ορμόνης και των ελεύθερων λιπαρών οξέων, καθώς και στα ούρα αύξηση των εκκρινόμενων κατεχολαμινών.

Έρευνες δείχνουν ότι το στρες πολλές φορές, προηγείται του διαβήτη, αν και δεν είναι γενεσιουργός αίτια. Η αύξηση του στρες αυξάνει τις εκκρίσεις της υπόφυσης και της παραγωγής κατεχολαμινών και μειώνει την αντίσταση του οργανισμού στις ιώσεις.

Ανάλογα με τον τύπο της προσωπικότητας του παιδιού με διαβήτη, προσωπικότητα τύπου Α, παιδιά εξωστρεφή, αγχώδη με έντονη έκφραση του θυμού, με έντονη κινητικότητα και βιασύνη όταν εκτελούν κάποιο έργο ή προσωπικότητα τύπου Β, παιδιά χωρίς άγχος, ήρεμα, διαφοροποιείται η αντίδραση στο στρες. Τα παιδιά με προσωπικότητα τύπου Α είχαν υπογλυκαιμική αντίδραση στο στρες, που δείχνει ότι το

στρες σε συνδυασμό με την προσωπικότητα του ατόμου επηρεάζει τον υπογλυκαιμικό έλεγχο.

Ο τρόπος αντιμετώπισης του στρες, διαφοροποιείται ανάλογα και με την πηγή του στρες, οι έφηβοι με στρες σχετικά με το σχολείο χρησιμοποιούσαν λιγότερο τη μαγική σκέψη και την αποφυγή σαν άμυνα από ό,τι οι έφηβοι που ένιωσαν στρες λόγω της ύπαρξης του διαβήτη (Τσιάντης, 1994).

Αξίζει να σημειωθεί επίσης, ότι κατά τη διάρκεια της εφηβείας τα χρόνια προβλήματα υγείας αυξάνουν τα επίπεδα περιστασιακού άγχους (state anxiety) παράλληλα με τη σωματική ταλαιπωρία των ατόμων (Τσιάντης, Γ., 1987). Άλλες φορές πάλι το άγχος προηγείται της εκδήλωσης συμπτωμάτων και συνδέεται με το φόβο για τις επιπλοκές του διαβήτη, στις οποίες περιλαμβάνονται η νεφροπάθεια, η συμφόρηση, η τύφλωση, η καρδιοπάθεια και τα κυκλοφορικά προβλήματα (Clark, M., 2003, σελ. 86-89)

Έχει παρατηρηθεί ότι κάποιοι παράγοντες και συνθήκες λειτουργούν επιβαρυντικά. Τα επίπεδα του άγχους αυξάνονται όταν ο έφηβος δεν κινείται πολύ, όταν λαμβάνει φάρμακα και όταν στερείται από τις φυσιολογικές δραστηριότητες της ηλικίας τους.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η σχέση άγχους και ασθένειας είναι αμφίδρομη, καθώς η φύση και οι δυσκολίες που προκύπτουν από τα προβλήματα υγείας επιτείνουν το άγχος, ενώ τα αυξημένα επίπεδα άγχους επηρεάζουν τον υπογλυκαιμικό έλεγχο.

2.3 Κατάθλιψη

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, κυρίως σε πανεπιστήμια του εξωτερικού, οι διαβητικοί έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη, από ότι μη διαβητικά άτομα. Γενικότερα, όσοι πάσχουν από διαβήτη, αισθάνονται, μερικές φορές, τόση θλίψη και

απογοήτευση, που μοιάζουν να πενθούν για την ξέγνοιαστη ζωή τους, πριν την έναρξη της ασθένειας.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η παρουσία συναισθημάτων ματαίωσης, άγχους, θλίψης, πένθους, θυμού, ενοχών, απογοήτευσης, έλλειψης ελπίδας είναι φυσιολογικές συναισθηματικές αντιδράσεις στους νεαρούς πάσχοντες από διαβήτη.

Όταν, όμως, όλα αυτά συνοδεύονται από κλασική καταθλιπτική συμπτωματολογία, που περιλαμβάνει απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης, αίσθημα παραίτησης, αρνητικές σκέψεις για τον ίδιο και το μέλλον, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου, επιθετικότητα, άγχος, έντονη κόπωση, μπορεί να σηματοδοτούν την εγκατάσταση μιας συναισθηματικής κατάστασης, που λέγεται κατάθλιψη. (Λιακόπουλος, 1998)

Δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία μεταξύ των ερευνητών σχετικά με το αν η εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης, καθώς και με τα αίτια εμφάνισης της.

Κατά τους La Greca et al (1995), η εμφάνιση διαβήτη αυξάνει και την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης, μεταξύ των εφήβων. Η κατάθλιψη στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη είναι εντονότερη στα κορίτσια. (Τσιάντης, Γ., 1987). Σε άλλες μελέτες έχει φανεί ότι ένα ποσοστό 40% ατόμων με διαβήτη τύπου 1 και 2 εμφανίζουν ταυτόχρονα και συμπτώματα κατάθλιψης(Μπαρτσόκας, 1999).

Αντίθετα, οι Kvist, Rajanantie, Kvist & Siimes, και οι Bennett, S.D., διαφοροποιούνται και υποστηρίζουν ότι ο διαβήτης δεν κατατάσσεται στις ασθένειες με υψηλό κίνδυνο για κατάθλιψη καθώς συχνά τα άτομα προστατεύονται από τις οικογένειές τους κατά τη θεραπεία τους. Τα ποσοστά κατάθλιψης αυξάνονται στους ενήλικες από ό,τι σε παιδιά με διαβήτη, ενώ τα παιδιά που έχουν περισσότερη γνώση για την ασθένεια παρουσιάζονται λιγότερο καταθλιπτικά (Τσιάντης, Γ., 1987).

Κατά τους Jacobson, M.A., Hauser, T.S., Anderson, J.B. (1994) η κατάθλιψη σχετίζεται με την μη ικανοποιητική ρύθμιση του διαβήτη και με τα αυξημένα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, συχνά θεωρείται πρόδρομος διαβητικών επιπλοκών καθώς και μπορεί να ενισχύσει την πιθανότητα ανάπτυξής τους (Jacobson, M.A., Hauser, T.S., Anderson, J.B., 1994, σελ. 431-450). Με την άποψη αυτή, συμφωνούν και οι Peyrot M. & Rubin, R.R., που υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη στους διαβητικούς οφείλεται σε μεταβολικές διαταραχές (Λιακοπούλου, M., 1987).

Ένα σημαντικό ζήτημα είναι η αλληλεπίδραση της κατάθλιψης με το διαβήτη και η σημασία της έγκαιρης αντιμετώπισης της για την προστασία της υγείας του ασθενούς.

Η κατάθλιψη είναι ιάσιμη ασθένεια, τόσο με ψυχοθεραπεία, όσο και με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, πρέπει να γίνει έγκαιρα αντιληπτή από το άνθρωπο με διαβήτη και τους δικούς του, γιατί μπορεί να αποτελέσει μεγάλο εμπόδιο στην καθημερινή προσπάθεια για επιβίωση και καλή ρύθμιση του διαβήτη.

Το άτομο με κατάθλιψη, μπορεί να βιώσει συναισθήματα παραίτησης, απάθειας και έλλειψης κινητοποίησης με αποτέλεσμα να αδιαφορήσει για την υγεία του παραμελώντας την αντιμετώπιση κρίσεων ως επικίνδυνων καταστάσεων, να σταματήσει να παίρνει την ινσουλίνη του, να τρώει ανεξέλεγκτα γιατί δεν βρίσκει νόημα στην τήρηση της διαβητικής δίαιτας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει άμεσα σε ανεπαρκή ρύθμιση και μακροπρόθεσμα σε εμφάνιση επιπλοκών του διαβήτη.

Η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά τόσο το άτομο όσο και τον περίγυρό του. Η κατάθλιψη δε συνδέεται μόνο με συμπτώματα που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική υγεία, όπως η καταθλιπτική διάθεση, το μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες, αλλά και με συμπτώματα που βλάπτουν τη σωματική υγεία όπως η κόπωση, οι διαταραχές του ύπνου,

οι διάχυτοι σωματικοί πόνοι, προκαλώντας έκπτωση της λειτουργικότητας και αποτελεσματικότητας του ατόμου στον ενδοπροσωπικό, στον διαπροσωπικό και στον επαγγελματικό τομέα. Ως επακόλουθο η εμφάνιση της διαταραχής: α. προκαλεί σημαντική οδύνη στον πάσχοντα, β. δημιουργεί δυσμενείς επιπτώσεις στο οικογενειακό του περιβάλλον, γ. συνδέεται με φαινόμενα όπως η κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας, ο μεγάλος αριθμός αδειών για λόγους υγείας, και η πρόωμη συνταξιοδότηση, και συσχετίζεται με κοινωνικά φαινόμενα όπως ο αλκοολισμός, η χρήση ουσιών, κ.λπ. (Λιακοπούλου, 1987)

Όταν το άτομο με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη έχει και κατάθλιψη τότε η μια κατάσταση επιδεινώνει την άλλη. Για παράδειγμα η ορμονική απορρύθμιση που συνδέεται με την κατάθλιψη συμβάλλει στη γλυκαιμική απορρύθμιση και αντιστρόφως. Η κατάθλιψη περιστέλλει ή καταργεί δυο καθοριστικές για την ικανοποιητική ποιότητα ζωής παραμέτρους: την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και τη δυνατότητα προσαρμογής. Ο σακχαρώδης διαβήτης διαμορφώνει μια απαιτητική κατάσταση κατά την οποία το άτομο καλείται να αντιμετωπίζει περιορισμούς και προκλήσεις που δοκιμάζουν την ικανότητά του αναφορικά με την επίλυση προβλημάτων και την επίτευξη της προσαρμογής, όπως πότε, τι και πόσο θα φάει, πότε και πόσο θα γυμναστεί, σε καθημερινή βάση. Η επίτευξη ικανοποιητικού γλυκαιμικού ελέγχου προϋποθέτει τη διατήρηση της επιθυμίας και της ικανότητας για αυτο-φροντίδα σε υψηλά επίπεδα. Η κατάθλιψη εμποδίζει τη δόμηση ή εκδίπλωση των παραμέτρων που αποτελούν τη βάση της ικανοποιητικής αυτο-φροντίδας, δηλαδή: α. της αναζήτησης της κατάλληλης φροντίδας, υποστήριξης και ενημέρωσης, β. της αφομοίωσης των απαραίτητων δεξιοτήτων, γ. της διατήρησης της απαιτούμενης προσπάθειας για την τήρηση του πλαισίου ρύθμισης, δ. της αξιοποίησης των ικανοτήτων του ατόμου για την αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Σημειώνεται ότι πολλές φορές δε μπορεί να γίνει έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση γιατί η κατάθλιψη είναι άμεσα εκφραζόμενη ή συγκαλυμμένη και εκδηλώνεται με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Υπολογίζεται ότι το 60% των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη επιχειρούν τουλάχιστον μια απόπειρα αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Σε ένα ποσοστό περίπου 70% τα άτομα που έχουν αυτοκαταστροφικές τάσεις προσπαθούν με άμεσο ή έμμεσο τρόπο να προειδοποιήσουν το περιβάλλον τους ή τον ιατρό τους για τις προθέσεις τους. Επομένως, θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα και να γίνεται πλήρης και άμεση διερεύνηση σε περιπτώσεις που ένα άτομο:

α. εκφράζει αυτοκτονικό ιδεασμό : "σκέπτομαι να δώσω ένα τέλος", "καλύτερα να πέθαινα", "όταν δε θα υπάρχω θα είναι καλύτερα",

β. παρουσιάζει αισθήματα απελπισίας και αδιεξόδου : "τίποτα δεν έχει σημασία", "δεν αξίζει να ζει κανείς", ιδιαίτερα το αίσθημα ότι η κατάσταση είναι μη ικανοποιητική και το άτομο δεν μπορεί να κάνει τίποτα για να την αλλάξει : "τίποτα δεν γίνεται όσο και αν προσπαθώ",

γ. εκδηλώνει απότομες αλλαγές στη συμπεριφορά του, όπως άγχος, ευερεθιστότητα, απώλεια όρεξης, συναισθηματική απόσυρση, απομόνωση από μέλη της οικογένειας ή τους φίλους, απάθεια, μοίρασμα αγαπημένων αντικειμένων ή υπάρχοντων, κατάχρηση οινόπνευματων ή άλλων ουσιών. (Στεφανής κα, 1993)

Συχνά το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη, συνειδητά ή ασυνείδητα, καταφεύγει σε ακραίες συμπεριφορές για να εκφράσει έμμεσα την ανάγκη του για βοήθεια και υποστήριξη. Η μη έγκαιρη αναγνώριση της συγκαλυμμένης έκκλησης για βοήθεια μπορεί να οδηγήσει σε μια σοβαρή κλιμάκωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη μπορεί να εξελίσσεται σε λανθάνουσα μορφή. Επομένως πρέπει να διερευνάται η πιθανότητα κατάθλιψης γενικά, για παράδειγμα στο άτομο με διαβήτη

που εκδηλώνει καταθλιπτική διάθεση, στη μητέρα του παιδιού με διαβήτη που παρουσιάζει "συναισθηματική εξουθένωση", αλλά και ειδικά σε άτομα με διαβήτη των οποίων ο τρόπος ζωής υποδηλώνει παραμέληση του εαυτού ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, για παράδειγμα, συστηματικές καταχρήσεις που δυσχεραίνουν τον γλυκαιμικό έλεγχο, ή καταφυγή σε στάσεις και συμπεριφορές που επανειλημμένως επιφέρουν αρνητικές συνέπειες. (Τσαμασίρος, 2001)

Δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι περίπου το 20% των ασθενών, δηλαδή ένας στους πέντε ασθενείς, που καταφεύγουν σε κάποιο κέντρο πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα που συνδέεται με την κατάθλιψη. Το ποσοστό αναγνώρισης του προβλήματος δεν υπερβαίνει το 50%. Ωστόσο ακόμη και στις περιπτώσεις που αναγνωρίζεται η κατάθλιψη ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών δεν αντιμετωπίζεται κατάλληλα. Υπολογίζεται ότι μόνο το 50% των ατόμων που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής λαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική φροντίδα.

Και ενώ η κατάθλιψη έχει άριστη πρόγνωση - σε ένα ποσοστό 70-80% των περιπτώσεων επιτυγχάνεται ικανοποιητικό θεραπευτικό αποτέλεσμα μέσα σε διάστημα λίγων εβδομάδων ή μηνών - ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που πάσχει υποφέρει καθημερινά χωρίς να γνωρίζει την πραγματική αιτία και χωρίς να μπορεί να επωφεληθεί από τις δυνατότητες της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Μια ιδιαιτερότητα της κατάθλιψης είναι ότι σε ορισμένες περιπτώσεις είναι κεκαλυμμένη με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή της. Η κλινική εικόνα μπορεί να περιλαμβάνει συμπτώματα, όπως π.χ: άγχος, έντονη ανησυχία, ευερεθιστότητα, επιθετική συμπεριφορά, ή επίμονα σωματικά συμπτώματα, όπως ζάλη, αίσθημα συνεχούς κόπωσης, κεφαλαλγίες, ξηροστομία, διάχυτους πόνους σε όλο το σώμα, καρδιακά άλγη, κρίσεις

εφίδρωσης, πεπτικές διαταραχές, δυσκοιλιότητα, αμηνόρροια, με αποτέλεσμα συχνά να δίνεται η λανθασμένη διάγνωση.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην περίπτωση που το άτομο το οποίο εξετάζεται για κατάθλιψη έχει διαβήτη είναι απαραίτητο να διασαφηνιστεί η πιθανότητα κάποια από τα συμπτώματα που αναφέρει (π.χ. μειωμένη ενεργητικότητα ή αίσθημα ευερεθιστότητας) να οφείλονται σε γλυκαιμικές διακυμάνσεις (π.χ. υπογλυκαιμία). (Τσαμασίρος, 2001)

Για να διαπιστωθεί ότι η κατάθλιψη είναι δευτεροπαθής χρειάζεται περαιτέρω ιατρική εξέταση δηλαδή αν αποτελεί εκδήλωση άλλων οργανικών παθήσεων (π.χ. υποθυρεοειδισμού, αρτηριοσκλήρυνσης) ή παρενέργεια φαρμακευτικών ουσιών (π.χ. ρεζερπίνη, κορτιζόνη, προπρανολόλη).

Όπως είναι εμφανές, υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ σακχαρώδους διαβήτη και κατάθλιψης. Ειδικά στα άτομα με διαβήτη η κατάθλιψη αναγνωρίζεται και αντιμετωπίζεται θεραπευτικά σε λιγότερο από το ένα τρίτο των περιπτώσεων. Αιτιακοί παράγοντες είναι η μη επαρκής εκπαίδευση αναφορικά με την αναγνώριση της κατάθλιψης, η αντίληψη ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία αποτελεί απόρροια του διαβήτη και όχι μια ξεχωριστή κατάσταση υγείας, και η τάση να δίδεται περισσότερο έμφαση στα σωματικά προβλήματα παρά στα ψυχικά κατά την εξέταση του ασθενούς.

Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν στην πλειονότητα τους, ότι η εμφάνιση κατάθλιψης σε άτομα με διαβήτη είναι πολύ πιθανή. Η επίπονη, καθημερινή προσπάθεια για αντιμετώπιση του διαβήτη δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για την εμφάνιση κατάθλιψης, σε ορισμένους ανθρώπους. Παράλληλα, η εμφάνιση κατάθλιψης αποδεδειγμένα εμποδίζει τον ασθενή να φροντίσει αποτελεσματικά τον εαυτό του, λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος και νοήματος στη ζωή του. Ο

καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης στην περίπτωση αυτή είναι η αναζήτηση της κατάλληλης θεραπείας στον κατάλληλο ειδικό, έναν εξειδικευμένο ψυχολόγο. (Μπαρτσόκας, 1999)

2.4 Διαβήτης και Σεξουαλικότητα

Ο διαβήτης επηρεάζει την σεξουαλική διάθεση του ανθρώπου, τη libido, καθώς επίσης και την σεξουαλική ικανότητα για να ολοκληρώσουν μια σεξουαλική δραστηριότητα. Επιπλέον όταν ο Σακχαρώδης Διαβήτης δεν ελέγχεται σωστά, μπορεί να επιδεινωθεί η κατάσταση. Συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα, όπως η έλλειψη ενέργειας ή απλώς μόνο η έλλειψη της διάθεσης του διαβητικού, μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην σεξουαλική τους ζωή.

Για να έχουν οι διαβητικοί μια φυσιολογική σεξουαλική ζωή, παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο οι ψυχολογικοί παράγοντες, όσο και η σωστή ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα. (Σαββόπουλος, 1996)

Τα υψηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα συσχετίζονται με σεξουαλικές δυσλειτουργίες και κατάθλιψη. Δηλαδή, η σεξουαλική δραστηριότητα επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το διαβήτη. Η σεξουαλική δραστηριότητα επηρεάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό όταν ο διαβητικός έχει κατάθλιψη, καθώς η κατάθλιψη επιδρά στα επίπεδα της ενέργειας, και κατ' επέκταση στο σεξ.

Τα σωματικά συμπτώματα του διαβήτη, είναι βραχυχρόνια ή μακροχρόνια. Τόσο τα βραχυχρόνια (π.χ. εμφανίζονται κοιλιακές μολύνσεις), όσο και τα μακροχρόνια (π.χ. εμφανίζεται αδυναμία στύσεως) έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην σεξουαλική ευχαρίστηση. Τα υψηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα, προκαλούν εξάντληση με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ενδιαφέρον για σεξουαλική δραστηριότητα. (Day, J.L.,1995)

Οι περισσότεροι άνθρωποι μιλούν σπάνια για την σεξουαλική τους ζωή ακόμα και με τον σύντροφό τους. Έτσι αρκετοί διαβητικοί βρίσκουν δύσκολο να αναφέρουν τα σεξουαλικά τους προβλήματα στο γιατρό και το νοσηλευτή. Γι' αυτό και η ομάδα υγείας που αντιμετωπίζει αυτά τα ζητήματα, βοηθά τον διαβητικό να καταλάβει τους μηχανισμούς με τους οποίους ο Σακχαρώδης Διαβήτης μπορεί να επηρεάσει την σεξουαλική του ζωή, καθώς και να αναζητήσει τις κατάλληλες διαθέσιμες θεραπείες. (Saudek, C., Rubin, R., Shump, C., 1997, σελ.210-218)

Πολλά από τα συμπτώματα του Σακχαρώδους Διαβήτη μπορούν να εμποδίσουν την ενεργό σεξουαλική δραστηριότητα. Οι άμεσες επιδράσεις του υψηλού σακχάρου στο αίμα, συνήθως παίζουν κάποιο ρόλο τόσο στις γυναίκες, όσο και στους άνδρες. Για παράδειγμα, μια γενική κόπωση, έλλειψη ενέργειας και εξάντληση σε ολόκληρο το σώμα, δεν βοηθούν στην σεξουαλική διάθεση, το άτομο πρέπει να ουρεί συχνά, και είναι διαρκώς διψασμένο. (Day, J.L., 1995)

Οι γυναίκες με διαβήτη, έχουν ξηρότητα στο στόμα, η οποία συνήθως συνδυάζεται με ξηρότητα στον κόλπο. Επιπλέον όταν ο διαβήτης δεν ελέγχεται είναι πιθανό μια γυναίκα να αναπτύξει μολύνσεις του κόλπου, ειδικότερα μονυλίαση και καντιντίαση. Ο κνησμός και η δυσφορία που προκαλείται από τις κολπικές μολύνσεις κάνει το σεξ λιγότερο αρεστό. Τα συμπτώματα αυτά βελτιώνονται με τον σωστό γλυκαιμικό έλεγχο. (Saudek, C., Rubin, R., Shump, C., 1997, σελ.349-409)

Όταν δεν υπάρχει σωστός έλεγχος του σακχάρου στο αίμα, μπορεί να μειωθούν τα επίπεδα οιστρογόνων των γυναικών, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή ύγρανση του κόλπου. Η ξηρότητα του κόλπου δεν οφείλεται μόνο στο διαβήτη, όλες οι γυναίκες έχουν χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης ή όταν αφαιρούνται οι σάλπιγγες χειρουργικά. Για την αντιμετώπιση των ξηρότητας του κόλπου, μπορεί

να χρησιμοποιηθούν τοπικά λιπαντικά για την βελτίωση της λίπανσης ή να αντικατασταθούν τα οιστρογόνα με τη μορφή χαπιών, αυτοκόλλητων ή κολπικών κρεμών. Τα εσωτερικά λιπαντικά μπορούν να βοηθήσουν στη συντήρηση ενός επιθυμητού, ισορροπημένου pH στον κόλπο, αλλά είναι ακριβά. Μια εναλλακτική λύση είναι η χρησιμοποίηση ενός gel (με βάση το νερό) στο εξωτερικό του κόλπου, ενώ για σοβαρή ξηρότητα τοποθετείται κολπικό υπόθετο πριν την συνουσία. (Saudek, C., Rubin, R., Shump, C., 1997, σελ.349-409)

Επίσης, ο μη σωστός έλεγχος του διαβήτη προκαλεί ανωμαλίες στον καταμήνιο κύκλο ή απουσία εμμήνου ρήσεως. Η βελτίωση του έλεγχου του σακχάρου στο αίμα είναι ο καλύτερος τρόπος θεραπείας. Η μόνη μακροχρόνια επιπλοκή του διαβήτη, που μπορεί σποραδικά να επηρεάσει τη σεξουαλική λειτουργία στις γυναίκες είναι η νευροπάθεια, η οποία επιδρά και στη γενετική περιοχή. Στις γυναίκες αυτή η κατάσταση μπορεί να εμποδίσει την επαρκή ύγρανση του κόλπου και τον οργασμό. (Day, J.L.,1995)

Όταν η γυναίκα με διαβήτη δεν ικανοποιείται από το σεξ, ή την απόδοσή της στο σεξ, το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνει είναι να αναφέρει το πρόβλημα στην ομάδα υγείας. Τα μέλη της ομάδας υγείας θα τη βοηθήσουν στο να αναγνωρίσει ότι τα σεξουαλικά προβλήματα της δεν προέρχονται από αυτή, αλλά από το διαβήτη της. Με τη βελτίωση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα, βελτιώνονται και τα σεξουαλικά προβλήματα. Η ντροπή και η αμηχανία είναι οι βασικοί λόγοι απόκρυψης των σεξουαλικών προβλημάτων από την ομάδα υγείας. (Σαββόπουλος, 1996)

Ο διαβητικός άρρεν ασθενής κατά την διάρκεια της ζωής του μπορεί να παρουσιάσει ανδρολογικά προβλήματα. Δηλαδή μπορεί να παρουσιάσει στυτική δυσλειτουργία, εκσπερμάτωση, λοιμώξεις και μυκητιάσεις των γεννητικών οργάνων, καθώς επίσης και μια πάθηση που

ονομάζεται πλαστική ίνωση του πέους ή νόσος του La Peyronie, και προβλήματα γονιμότητας.

Με τη ρύθμιση της γλυκαιμίας και την αποφυγή του καπνίσματος ακόμα και του παθητικού μπορεί να ανασταλεί η εμφάνιση των παθήσεων αυτών. Δυσκολίες στην στύση παρουσιάζει το 35 - 50 % των διαβητικών ασθενών σε κάποια φάση της ζωής τους. Η αιτιολογία μπορεί να είναι ψυχογενής, όπως συχνά συμβαίνει με τους νέους όταν γίνεται η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη για πρώτη φορά, ή να οφείλεται σε περιφερειακή νευροπάθεια ή αρτηριοπάθεια που συνοδεύει τα τελικά στάδια του σακχαρώδη διαβήτη. Η στυτική δυσλειτουργία μπορεί να είναι στιγμιαία, περιοδική κάθε φορά που απορυθμίζεται η γλυκαιμία, ή επιμένουσα και μόνιμη.

Τα προβλήματα της εκσπερμάτωσης είναι κυρίως η παλίνδρομη εκσπερμάτωση κατά την οποία το σπέρμα λόγω παράλυσης του έσω σφικτήρα στον αυχένα της ουροδόχου κύστης αντί να εξέλθει κατά τον οργασμό από το έξω στόμιο της ουρήθρας, ακολουθεί μια πορεία προς τα πίσω και καταλήγει στην ουροδόχο κύστη για να εξέλθει κατά την διάρκεια της ούρησης αναμιγμένο με ούρα. (Day, J.L.,1995)

Οι λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων, είναι η οξεία επιδιδιμίτις, που παρουσιάζεται με διόγκωση του όρχεως, πόνο, πυρετός που χρήζει αγωγής με αντιβίωση, και οι μυκητιάσεις της βάλανου από *Candida Albicans* για τις οποίες η τοπική αγωγή με κρέμες είναι αρκετή για τη λύση του προβλήματος. Οι συχνές όμως υποτροπές μπορούν να φέρουν φίμωση της ακροποσθίας, και τότε η χειρουργική επέμβαση είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία. Τέλος η πλαστική ίνωση του πέους ή νόσος La Peyronie παρουσιάζεται με κάμψη του πέους κατά την στύση, πόνο και οφείλεται σε ίνωση των σηραγγωδών σωμάτων, που μπορεί να είναι ψηλαφητή σαν οζίδιο στο πέος. Επίσης, παρουσιάζονται και προβλήματα γονιμότητας. (Ασβεστής X.,2000)

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

3.1 Η Επίδραση του Νεανικού Διαβήτη στη Λειτουργία της Οικογένειας

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει επεξεργασία ζητημάτων που έχουν να κάνουν με την αρχική αντίδραση της οικογένειας στη διάγνωση της ασθένειας, τις φάσεις που διέρχεται το οικογενειακό σύστημα μετά την αρχική αντίδραση, την αντίδραση του εφήβου και πως αυτή αλληλεπιδρά με την αντίδραση της οικογένειας, και το ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια στη διαχείριση του νεανικού διαβήτη.

Οι οικογένειες των παιδιών και των εφήβων που έχουν διαγνωστεί πρόσφατα ότι πάσχουν από ινσουλινοεξαρτώμενη μορφή διαβήτη επηρεάζονται με ποικίλους τρόπους. Σύμφωνα με μελέτες ο διαβήτης επηρεάζει σημαντικά τη σωματική και κοινωνικοσυναισθηματική υγεία του παιδιού και της οικογένειας. (Τσιαντής, Ι., 1993).

Η οικογένεια και το άτομο περνούν διάφορα στάδια μέχρι να αποδεχθούν την ασθένεια. Τα στάδια που διέρχεται η οικογένεια με την ως προς τη χρόνια ασθένεια έχουν παρόμοια πορεία με τα στάδια που διέρχεται το άτομο, όπως προτάθηκαν από την Kubler-Ross (Τσαμασίρος, Γ., 1998) καθώς και με τα στάδια του πένθους (Λιακοπούλου, Μ., 1987). Οι γονείς πενθούν για την απώλεια της τέλει σωματικής υγείας του παιδιού τους.

Το πρώτο στάδιο είναι αυτό της άρνησης. Αρχικά οι γονείς όντας βαθιά συγκλονισμένοι και συναισθηματικά φορτισμένοι αρνούνται και δυσπιστούν να δεχτούν την οδυνηρή πραγματικότητα. Οι γονείς αμφισβητούν γιατρούς και εξετάσεις: «Σίγουρα έγινε κάποιο λάθος στη διάγνωση», «Δεν μπορεί...είναι αδύνατο να το πιστέψω». Αυτή η άρνηση της πραγματικότητας αποτελεί μια φυσιολογική ψυχική άμυνα που βοηθά το γονιό να αντιμετωπίσει την αρχική έντονη κρίση με λιγότερη συναισθηματική φόρτιση.

Ακολουθεί το στάδιο της διαμαρτυρίας και του θυμού. Την άρνηση διαδέχεται η μερική αποδοχή της πραγματικότητας: «ναι, ίσως πράγματι συμβαίνει αυτό στο δικό μου παιδί...», και ταυτόχρονα εγείρονται συνασθήματα θυμού: «γιατί να τύχει σε μας αυτό το κακό;». Το συναίσθημα του θυμού εκφράζει τη βαθύτερη απελπισία, ένα συναίσθημα αδικίας. Ο θυμός στρέφεται άλλοτε προς τον Θεό, άλλοτε προς τον γιατρό, άλλοτε προς το/τη σύζυγο και σπανιότερα προς το άρρωστο παιδί. Μερικές φορές οι γονείς κατευθύνουν τον θυμό προς τον ίδιο τους τον εαυτό: «φταίω γιατί δεν έφερα το παιδί μου νωρίτερα στο γιατρό».

Το επόμενο στάδιο είναι αυτό της διαπραγμάτευσης, όπου τα έντονα συναισθήματα άγχους, αντιμετωπίζονται μέσω διαπραγματεύσεων: «Αν τηρήσουμε με προσοχή το πρόγραμμα του γιατρού, τότε ο διαβήτης θα περάσει». Όταν αυτές οι διαπραγματεύσεις δεν φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, οι οικογένειες αισθάνονται αβοήθητες και κατακλύζονται από συναισθήματα απελπισίας.

Ακολουθεί ένα στάδιο καταθλιπτικής αντίδρασης στο οποίο οι γονείς μετά την αρχική έκπληξη και τον πανικό που ακολουθεί την διάγνωση της ασθένειας περνούν μια περίοδο πένθους. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, από ριζικές αλλαγές στη ζωή του αρρώστου και της οικογένειας καθώς και από το γεγονός ότι καλούνται να πάρουν σημαντικές αποφάσεις που σχετίζονται με τη λειτουργία όλης της οικογένειας. Η μητέρα πολλές φορές βιώνει μια απώλεια του ρόλου της καθώς από το πρόσωπο προσφοράς μετατρέπεται στο πρόσωπο που απαγορεύει και στερεί, προσπαθώντας να εφαρμόσει τους αυστηρούς κανόνες του πλαισίου ρύθμισης (Τσαμασίρος, Γ., 1998).

Σύμφωνα με τους Liakopoulou, M., Korvesi, M., (1992) η περίοδος του πένθους είναι διαφορετική για την κάθε οικογένεια, και για

του δύο γονείς και διαρκεί περίπου 6 μήνες με 1 χρόνο και συνήθως καταλήγει στην αποδοχή της διάγνωσης και στην αντιμετώπιση της πραγματικότητας (Liakoroulou, M., Korvesi, M., 1992, Λιακοπούλου M., 1994). Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις όπου η περίοδος του πένθους διαρκεί περισσότερο από ένα χρόνο ή όπου ο ένας από τους δυο γονείς δεν μπορεί να πενήσει. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχουν δυσκολίες προσαρμογής και αποδοχής της πραγματικότητας, με συνέπεια να παρουσιάζονται προβλήματα στην ανταπόκριση στις ιδιαίτερες απαιτήσεις του διαβήτη και γενικότερα στην αυτοδιαχείρισή του.

Το τελικό στάδιο είναι το στάδιο της αποδοχής. Προοδευτικά οι οικογένειες, μέσα από την επιτυχή έκβαση των προηγούμενων σταδίων, διαφοροποιούν τα πράγματα που μπορούν να αλλάξουν από αυτά που δεν επιδέχονται αλλαγή. Έτσι, κινητοποιούνται προσαρμοστικοί μηχανισμοί, αφομοιώνονται τα νέα δεδομένα και επαναπροσδιορίζονται, οι ανάγκες, οι προσδοκίες και οι στόχοι, ώστε να διαμορφωθεί μια νέα ισορροπία στην οικογένεια.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η ιδανική προσαρμογή δεν αποτελεί ένα εφικτό στόχο. Η αποδοχή της κατάστασης και η επίτευξη προσαρμογής μοιάζει με περισσότερο με μια προοδευτική διαδικασία συνεχούς αναζήτησης νοήματος, αναθεώρησης και αφομοίωσης των νέων δεδομένων (Τσαμασίρος, Γ., 1998).

Στο σημείο αυτό θα γίνει αναφορά στον τρόπο που επηρεάζουν συγκεκριμένα στοιχεία της ασθένειας τη λειτουργία της οικογένειας, καθώς και σε άλλους προστατευτικούς και επιβαρυντικούς παράγοντες

Ο διαβήτης επηρεάζει τη λειτουργία της οικογένειας μέσα από θέματα που σχετίζονται με τη διαχείρισή του, όπως είναι η διατροφή, οι ενέσεις ινσουλίνης, ο έλεγχος της γλυκόζης του αίματος (Wertlieb, D., Hauser, T.S. & Jacobson, 1986, Τσιαντής, I., 1993). Η ψυχοπιεστική κατάσταση που δημιουργείται λόγω του περιοριστικού πλαισίου

ρύθμισης, της αίσθησης απώλειας ελέγχου και της αίσθησης απειλής, που οφείλεται στην πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών, κινητοποιεί αμυντικούς μηχανισμούς οι οποίοι τροποποιούν τη λειτουργία της οικογένειας.

Σύμφωνα με τον Τσιάντη, Γ.(1987) η αντίδραση της οικογένειας στην χρόνια ασθένεια εξαρτάται από την ηλικία έναρξης της ασθένειας. Όσο νωρίτερα εμφανιστεί, τόσο λιγότερες αξιώσεις προβάλλουν οι γονείς για το παιδί τους, παρά το έντονο σοκ που υφίστανται. Επίσης η αντίδραση της οικογένειας απέναντι στην χρόνια ασθένεια εξαρτάται από την σοβαρότητα της ασθένειας, την πρόγνωση και τη δυνατότητα θεραπείας: η χρόνια και σοβαρή ασθένεια έχει ως αποτέλεσμα η οικογένεια να βιώνει υψηλά επίπεδα στρες.

Επιπλέον, εξαρτάται και από την παρουσία ή απουσία προηγούμενης ψυχολογικής διαταραχής στα μέλη της οικογένειας: σε οικογένειες όπου οι σχέσεις των μελών τους ήταν διαταραγμένες πριν την έναρξη της ασθένειας είναι πιθανή η εμφάνιση έντονων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

Ως προστατευτικός παράγοντας λειτουργεί η παρουσία άλλων υγιών παιδιών στην οικογένεια διατηρώντας χαμηλά τα επίπεδα στρες .

Επίσης η αντίδραση διαφοροποιείται εάν η ασθένεια είναι συγγενής ή επίκτητη. Εάν, για παράδειγμα, ο ίδιος ο γονιός πάσχει από διαβήτη είναι πιθανόν να αισθανθεί ένοχος για την κατάσταση του παιδιού του. (Τσιάντης, Γ., 1987) .

Η προσαρμογή της οικογένειας στην ασθένεια του διαβήτη κατά τους Pearlin et al, επηρεάζεται και από τις ανάγκες που παρουσιάζονται στον ίδιο τον ασθενή μετά τη διάγνωση της ασθένειας (πρωτογενές στρες), αλλά και από τις απαιτήσεις που δημιουργεί η ίδια η χρόνια ασθένεια (δευτερογενές στρες) (Jacobson, M.A., Hauser, T.S., 1994, σελ.

431-450). Δηλαδή η συνεχής φροντίδα του παιδιού ή του εφήβου εντείνει τα επίπεδα στρες της οικογένειας.

Συγκεκριμένα, σε έρευνα βρέθηκε ότι οι κυριότεροι παράγοντες δευτερογενούς στρες της οικογένειας είναι οι οικονομικές απαιτήσεις της ασθένειας και η έλλειψη ή μη γνώση των διαθέσιμων πόρων.

Επίσης, άλλος παράγοντας δευτερογενούς στρες είναι τα προβλήματα από τη μετάβαση και την κάλυψη μεγάλων αποστάσεων και την έλλειψη ελεύθερου χρόνου. Αυτά δημιουργούν εμφάνιση προβλημάτων κόπωσης, αισθήματα κατάθλιψης, εκνευρισμού, αρνητικής διάθεσης, χαμηλής αυτοεκτίμησης καθώς και εμφάνιση χρόνιου άγχους και φόβου θανάτου του παιδιού.

Τέλος ο φόβος του κοινωνικού στίγματος για το παιδί αποτελεί ένα ακόμη παράδειγμα δευτερογενούς στρες της οικογένειας που τους οδηγεί στην απομόνωση της οικογένειας από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, με αποτέλεσμα να μειώνεται η δυνατότητα παροχής υποστήριξης ακόμη και στις περιπτώσεις που αυτή είναι διαθέσιμη.

3.2. Η Αντίδραση του Εφήβου

Η εφηβεία αποτελεί μια ξεχωριστή μεταβατική αναπτυξιακή περίοδο κατά την οποία συντελούνται έντονες και ραγδαίες αλλαγές στο σωματικό, ψυχολογικό, συναισθηματικό, γνωσιακό και κοινωνικό τομέα. Αναπτυξιακοί στόχοι της εφηβείας είναι η αποδοχή της νέας μορφής του σώματος, η διαμόρφωση ενός κοινωνικά αποδεκτού σεξουαλικού ρόλου, η δημιουργία βάσεων για την αυριανή οικονομική ανεξαρτησία, η προοδευτική επίτευξη συναισθηματικής αυτονομίας και ανεξαρτητοποίησης από τους γονείς, η διαμόρφωση ταυτότητας. Οι ορμονικές και ενδοψυχικές αλλαγές συχνά προκαλούν έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις και αντιδράσεις καθώς και ευμετάβλητη, αμφιθυμική και αντιδραστική συμπεριφορά. Ο έφηβος, μέσω της

αποστασιοποίησης από τους γονείς του και της εναντίωσης σε κάθε μορφή εξουσίας, επιδιώκει την εγκατάλειψη της εξάρτησης και την επίτευξη της διαφοροποίησης και αυτονομίας. Η αποεξιδανίκευση των γονιών και η απώλεια του παιδικού εαυτού συνοδεύεται από την προσήλωση του εφήβου στην ομάδα συνομηλίκων, μέσω της οποίας διαμορφώνεται η κοινωνική του ταυτότητα.

Η επίδραση του ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη περιπλέκει τις αναπτυξιακές διεργασίες της εφηβείας δυσχεραίνοντας την προσαρμογή. Οι περιορισμοί που απαιτούνται λόγω του πλαισίου ρύθμισης, η εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων, όπως η υπογλυκαιμία και η πιθανότητα επιπλοκών, αποτελούν ειδικές δυσκολίες, που παρεμποδίζουν την επίτευξη των αναπτυξιακών στόχων του εφήβου, καθώς δημιουργούν δυσχέρειες σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο (Τσαμασίρος, Γ., 1998).

Ο φόβος των επιπλοκών και η αγωνία για την ενδεχόμενη απόρριψη από το ευρύτερο περιβάλλον επιτείνουν την αμφιθυμική εξαρτητικότητα του εφήβου από τους γονείς, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται ακόμη περισσότερο η προσπάθεια διαφοροποίησης του και επίτευξης των αναπτυξιακών στόχων του. Η αποτυχία του εφήβου να προσαρμοστεί στους κανόνες ρύθμισης, λόγω των ορμονικών και ενδοψυχικών μεταβολών, επιτείνει τις συγκρούσεις με τους γονείς και δημιουργεί ένα αίσθημα αδεξόδου (Barglow, P. et al, 1986, σελ. 785-793). Συχνά, ο έφηβος προσπαθεί να αντιμετωπίσει τα συνακόλουθα συναισθήματα άγχους, φόβου, αγωνίας, αβεβαιότητας και κατάθλιψης μέσω της εκδραμάτισης. Ο έφηβος κάτω από αυτές τις συνθήκες, στρέφεται εναντίον του προγράμματος ρύθμισης, για να εκφράσει τη σύγκρουση με τους γονείς του, και πειραματίζεται για να προσδιορίσει τα ρευστά όρια του, καταργώντας για παράδειγμα την προτεινόμενη διαίτα, ενώ ταυτόχρονα αρνείται την πιθανότητα των επιπτώσεων.

Η ανάγκη του εφήβου για την ύπαρξη μιας σταθερής σχέσης εμπιστοσύνης, υποστήριξης και συναισθηματικής επανατροφοδότησης, μέσω της οποίας προωθείται το αίσθημα αυτονομίας, αναπτύσσεται το αίσθημα του ενδοπροσωπικού ελέγχου και της αυτοεκτίμησης του εφήβου, διαμορφώνονται τα κατάλληλα όρια και κανόνες και βιώνονται τα έντονα και επώδυνα συναισθήματα χωρίς να καταστρέφεται η σχέση, γίνεται ακόμη πιο επιτακτική στην περίπτωση του νεανικού διαβήτη, όπου ο έφηβος βιώνει έντονα συναισθήματα φόβου και ανασφάλειας (Τσαμασίρος, Γ., 1998).

3.3. Ο Ρόλος της Οικογένειας στη Διαχείριση του Νεανικού Διαβήτη

Ο ρόλος που διαδραματίζει η οικογένεια και η αλληλεπίδραση γονέων και εφήβου στη διαχείριση του νεανικού διαβήτη είναι πολύ σημαντικός. Η επίδραση της οικογένειας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ως προς την αντιμετώπιση της ασθένειας, από τη στάση που υιοθετεί απέναντι στη νόσο, καθώς και από τη λειτουργικότητα της, τις σχέσεις των μελών μεταξύ τους, και τα χαρακτηριστικά της οικογένειας, τα οποία προϋπήρχαν της νόσου.

Καταρχάς, όταν η οικογένεια βρίσκεται στο στάδιο της μη αποδοχής, οι συνέπειες είναι καταστροφικές για την υγεία του παιδιού. Κι αυτό γιατί, όταν το οικογενειακό περιβάλλον δεν αποδέχεται την ασθένεια, τότε εμφανίζονται δυσκολίες στην προσαρμογή του παιδιού στο μεταβολικό έλεγχο. Συνήθως στο στάδιο αυτό οι γονείς διατηρούν άκαμπτη και παθητική συμπεριφορά, δε στηρίζουν συναισθηματικά το παιδί και συγκρούονται συνέχεια μεταξύ τους, με αποτέλεσμα αδυναμία μεταβολικού ελέγχου του εφήβου

Επίσης, όταν η οικογένεια βρίσκεται στο στάδιο θυμού-διαμαρτυρίας, οι συνέπειες είναι εξίσου επιζήμιες για τη ζωή του παιδιού

Συγκεκριμένα, ο θυμός και η προβολή ενοχών δημιουργούν κλίμα έντασης στο γονεϊκό ζευγάρι, με αποτέλεσμα την δημιουργία προβλημάτων στη γενικότερη λειτουργία της οικογένειας. Οι ενοχές από τους γονείς για την κατάσταση υγείας του παιδιού δημιουργούν συνήθως παθολογική υπερπροστασία της μητέρα και άρνηση του παιδιού να κάνει μόνος του τις ενέσεις ινσουλίνης και να συνεργαστεί (Τσαμασίρος, Γ., 1998).

Όσον αφορά στο στάδιο της κατάθλιψης, όταν αυτό διαρκεί πολύ, υπάρχουν δυσκολίες προσαρμογής και αποδοχής της πραγματικότητας, με συνέπεια να παρουσιάζονται προβλήματα στην ανταπόκριση στις ιδιαίτερες απαιτήσεις του διαβήτη και γενικότερα στην διαχείρισή του(Λιακοπούλου Μ.,1994).

Όταν το οικογενειακό περιβάλλον αποδέχεται την ασθένεια τότε, οι συνέπειες είναι θετικές για τη ζωή του παιδιού. Συγκεκριμένα μετά την αποδοχή της πραγματικότητας, ακολουθεί επαναπροσδιορισμός και εξέταση του τι μπορεί να γίνει για τη βελτίωση της κατάστασης.

Οι τρόποι για την αντιμετώπιση του γεγονότος που αναπτύσσει η οικογένεια μπορεί να έχουν λειτουργικό ή και δυσλειτουργικό χαρακτήρα στη διαδικασία προσαρμογής του εφήβου στην ασθένειά του. Οι Hamllet, Pellegrini & Katz αναφέρουν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης της οικογένειας έχουν σημαντική επίδραση στην ψυχολογική προσαρμογή του παιδιού που έχει διαγνωστεί ο διαβήτης.

Στις περιπτώσεις όπου οι γονείς θεωρούν ότι η εμφάνιση της ασθένειας είναι απόδειξη της κακής τύχης, παρουσιάζονται έντονες δυσκολίες που απειλούν την διατάραξη της ισορροπίας του οικογενειακού συστήματος. Δυσκολίες επίσης δημιουργούνται και στις περιπτώσεις που η ασθένεια γίνεται αντιληπτή ως αποτέλεσμα της μοίρας, όπου οι γονείς ακολουθούν μια παθητική στάση καθώς βιώνουν το αίσθημα της απώλειας ελέγχου και θεωρούν ότι δεν μπορούν να

κάνουν τίποτα για την βελτίωση της κατάστασης, γεγονός, που οδηγεί σε δυσκολίες προσαρμογής.

Όταν πάλι, οι γονείς θεωρούν ότι η εμφάνιση της ασθένειας αποτελεί ένδειξη τιμωρίας, ενισχύεται η άκαμπτη και παθητική στάση τους και δεν μπορούν να προσαρμοστούν και να αποδεχθούν την εμφάνιση του διαβήτη με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσκολίες στον μεταβολικό έλεγχο (Τσαμασίρος, Γ.,1999).

Εάν, από την άλλη η οικογένεια προσαρμοστεί και συνεργαστεί μπορεί να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις της ασθένειας αποτελεσματικά. Όταν οι γονείς αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως πρόκληση εμφανίζουν ενεργητική στάση, που έχει ως συνέπεια την υιοθέτηση συμπεριφορών για την αντιμετώπιση των δυσκολιών και την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και συνεργασίας για την εφαρμογή και την ανάπτυξη των κατάλληλων δεξιοτήτων.

Εδώ πρέπει να επισημανθεί, ότι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το ρόλο και τη στάση της οικογένειας στην ασθένεια είναι η ενημέρωση των γονέων. Οι γονείς που θέλουν να ξέρουν τι συμβαίνει στο παιδί τους, μπορούν να καταλάβουν όλες τις λεπτομέρειες μιας πληροφόρησης, ανεξάρτητα από το επίπεδο μόρφωσης, αρκεί να είναι αυτή προσαρμοσμένη στο μορφωτικό τους επίπεδο. (Leventhal, M.J., 1983, σελ.31,71-86) (Λιακοπούλου, Μ., 1994).

Ο γονιός που δεν ενημερώνεται ζει με ένα συνεχές άγχος και πανικό, που δημιουργείται από την άγνοια ή τις παρερμηνείες που διαμορφώνονται από πληροφόρηση και γνώμες τρίτων. Αντίθετα, ο γονιός που ενημερώνεται, παρόλο που μπορεί να πολλαπλασιαστεί προσωρινά το άγχος του, νιώθει ότι ελέγχει όσα συμβαίνουν και προετοιμάζεται ψυχικά για τις καταστάσεις που θα αντιμετωπίσει, και με τη σειρά του βοηθά το παιδί να κατανοήσει και να διαχειριστεί την ασθένεια.

Μεγάλος αριθμός ερευνών εστιάζεται στον προσδιορισμό των οικογενειακών χαρακτηριστικών που μπορούν να επηρεάσουν το μεταβολικό έλεγχο και γενικότερα την αυτοδιαχείριση.

Κατά τους Jacobson, M.A. και Hauser, T.S., (1994) η επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας επηρεάζει το επίπεδο αποτελεσματικού ελέγχου του διαβήτη. Συγκεκριμένα θεωρούν ότι η επικοινωνία περιλαμβάνει τη συζήτηση των προβλημάτων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, την έκφραση των συναισθημάτων και την εκπόνηση σχεδίου δράσης για το μέλλον με στόχο τον έλεγχο της κατάστασης (Jacobson, M.A., Hauser, T.S., 1994, σελ. 431-450).

Παρόμοια ευρήματα προκύπτουν και σε έρευνά των Wertlieb, D., Hauser T.S. & Jacobson, M.A. (1986, σελ. 463-479) σε σχέση με την αυτοδιαχείριση της ασθένειας, οι οποίοι επισημαίνουν ότι το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει και τα επίπεδα αυτοδιαχείρισης του διαβήτη. Συγκεκριμένα σε έρευνα που συμμετείχαν 15 οικογένειες με «καλή» διαχείριση και 15 οικογένειες με «κακή» διαχείριση του διαβήτη, προέκυψε ότι στις οικογένειες όπου υπήρχε ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων και ενίσχυση της ατομικότητας και της ανεξαρτησίας, τα επίπεδα μεταβολικού ελέγχου ήταν καλύτερα σε σύγκριση με τις οικογένειες όπου δεν επιτρέπονταν η ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων (Wertlieb, D., Hauser T.S. & Jacobson, M.A., 1986, σελ. 463-479).

Ανάλογα συμπεράσματα για την σημαντικότητα της έκφρασης των συναισθημάτων στο οικογενειακό περιβάλλον προκύπτουν και από άλλες έρευνες. Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ερευνητικά η σχέση που υπάρχει μεταξύ της δομής της οικογένειας (διάκριση σε παραδοσιακές οικογένειες και σε μη-παραδοσιακές οικογένειες π.χ. μονογονεϊκές ή διαζευγμένοι κ.α.), της ενθάρρυνσης ή μη της έκφρασης των

συναισθημάτων με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς στο παιδί/έφηβο.

Το κύριο εύρημα στο οποίο κατέληξαν είναι ότι τα παιδιά που προέρχονταν από μη-παραδοσιακές οικογένειες είχαν πιο φτωχό μεταβολικό έλεγχο από ότι τα παιδιά παραδοσιακών οικογενειών. Επίσης παιδιά μη παραδοσιακών οικογενειών όπου υπήρχαν χαμηλά επίπεδα εκφραστικότητας παρουσίαζαν υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς από ότι τα παιδιά παραδοσιακών οικογενειών με υψηλά επίπεδα εκφραστικότητας.

Η προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια είναι ένας πολύπλοκος συνδυασμός συμπεριφορικών και συναισθηματικών διαντιδράσεων που λαμβάνουν χώρα ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και στο άτομο με διαβήτη και κατέχουν κεντρική θέση στη διαδικασία ψυχολογικής προσαρμογής. (Τσιαντής, Ι., 1993)

Μεγάλη σημασία για την προσαρμογή και τη διαχείριση της ασθένειας έχει η ποιότητα των σχέσεων στην οικογένεια. Όταν η συνεργασία των γονέων είναι καλή και είναι στενές οι σχέσεις τους με τα παιδιά τους, τότε οι γονείς προσαρμόζονται στις ψυχολογικά μεταβατικές περιόδους του παιδιού, σέβονται και ενθαρρύνουν την αυτονομία και την ανεξαρτησία του, ενισχύοντας με αυτόν τον τρόπο την ικανότητα του παιδιού για αυτό-φροντίδα και αυτό-διαχείριση της ασθένειας του.

Τα μοντέλα στρατηγικών αντιμετώπισης δείχνουν την αλληλεπίδραση της μητρικής προσαρμογής στην προσαρμογή του παιδιού και αντίστροφα. Αντίστοιχα ερευνητικά δεδομένα όσον αφορά την πατρική συνεισφορά στην προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια είναι περιορισμένα.

Σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητα προσαρμογής και αυτό-διαχείρισης του εφήβου με διαβήτη είναι η συνοχή της οικογένειας, η οργάνωση και λειτουργία της, και τα επίπεδα

εκφραστικότητας ανάμεσα στα μέλη. Οι έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα μοντέλα σχέσεων του οικογενειακού συστήματος σχετίζονται με την έκβαση της υγείας του παιδιού και την προσαρμογή περισσότερο από ότι οι ιδιαίτεροι εσωτερικοί παράγοντες της ασθένειας.

Η οικογενειακή ζωή συμβάλλει καταλυτικά στον τρόπο διαχείρισης και στην πορεία της ασθένειας, γι' αυτό και η καλή λειτουργία της οικογένειας διευκολύνει την προσαρμογή του παιδιού στον διαβήτη και την αυτοδιαχείριση της ασθένειας του παρέχοντας συναισθηματική ενίσχυση, συμβουλές και βοήθεια σε πρακτικό επίπεδο σχετικά με τις καθημερινές απαιτήσεις του διαβήτη.

Επίσης η καλή συζυγική σχέση και η έλλειψη συγκρούσεων δίνει τη δυνατότητα στους γονείς για αποτελεσματική διαχείριση του προβλήματος και την αύξηση της δυνατότητας αυτοφροντίδας. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Marteau, Bloch & Baum (Τσιάντης, Γ., 1987), καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι καλύτερο μεταβολικό έλεγχο επιτυγχάνουν τα παιδιά με διαβήτη που προέρχονται από οικογένειες με συνοχή, συναισθηματική έκφραση και χωρίς συγκρούσεις από ότι τα παιδιά από οικογένειες με προβλήματα. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα έρευνας των Wertlieb, D., Hauser, T.S. & Jacobson, M.A. (1986, σελ. 463-479), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι όταν οι οικογένειες έχουν υψηλά επίπεδα ενισχυτικής στάσης, τότε έχουν υψηλά επίπεδα ευελιξίας και στοργής προς τον πάσχοντα με αποτέλεσμα την ύπαρξη καλού μεταβολικού ελέγχου. Ένώ σύμφωνα και με τον Τσιάντη, υψηλά επίπεδα οικογενειακής φροντίδας και ενίσχυσης συνδέονται με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του παιδιού. (Τσιάντης, Γ., 1987).

Αντίθετα, διαπιστώθηκε ότι όταν οι οικογένειες έχουν υψηλά επίπεδα μη ενισχυτικής στάσης, έχουν και υψηλά επίπεδα σύγκρουσης και «φτωχό» μεταβολικό έλεγχο στους εφήβους με διαβήτη (Wertlieb, D., Hauser, T.S. & Jacobson, M.A., 1986, σελ. 463-479), ενώ σύμφωνα

και με τον Τσιάντη, Γ., (1987) οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και η ακαμψία στην επικοινωνία μειώνουν το μεταβολικό έλεγχο του διαβητικού παιδιού. Όταν υπάρχουν οικογενειακές συγκρούσεις και η μητέρα δεν ενισχύει τη θεραπεία του εφήβου, τότε το παιδί αρνείται να συμμορφωθεί στις συμπεριφορές που συμβάλλουν στον μεταβολικό έλεγχο και στη θετική ανταπόκριση των παιδιών στις διατροφικές απαιτήσεις του διαβήτη.

Οι Yet, Kovacs, Kass, Schnell, Goldstant & Marsh (1989) (Northam, A.E., Anderson, J.P., 1999, σελ.1438-1444), από την άλλη υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του τρόπου οικογενειακής ζωής και του μεταβολικού ελέγχου ούτε μακροχρόνια ούτε βραχυχρόνια. Αλλά οι οικογενειακοί παράγοντες αλληλεπιδρούν στην ανάπτυξη του παιδιού, στη διάρκεια της ασθένειας και στο ταμπεραμέντο του, το δείκτη νοημοσύνης και την αυτοεκτίμηση του (Northam, A.E., Anderson, J.P., 1999, σελ.1438-1444). Γι'αυτό και κατά τους Yet, Kovacs, Kass, Schnell, Goldstant & Marsh (1989) τα παιδιά που προέρχονται από άκαμπτες οικογένειες έχουν καλύτερο μεταβολικό έλεγχο από ό,τι τα παιδιά που προέρχονται από καλά προσαρμοσμένες οικογένειες.

Ο ρόλος που παίζουν οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και η επικοινωνία της οικογένειας στη διαχείριση και την προσαρμογή του παιδιού στην ασθένεια σκιαγραφείται στα παρακάτω κλινικά παραδείγματα.

Η πρώτη περίπτωση του Ν. του οποίου η ασθένεια δεν ήταν αποδεκτή από τους γονείς του. Ο ίδιος ανέφερε ότι από τη στιγμή της διάγνωσης ο πατέρας του συμπεριφερόταν άσχημα και ότι γενικότερα οι γονείς του δεν αποδέχονταν ούτε τον ίδιο ούτε την ασθένειά του.

Το γεγονός αυτό αποτελούσε πηγή έντονων ενδοοικογενειακών συγκρούσεων μεταξύ κυρίως του πατέρα και του ίδιου καθώς η μητέρα ακολουθούσε μια παθητική υποταγμένη στάση όπως ο ίδιος υποστηρίζει.

Σε ηλικία 22 χρονών και ενώ ο διαβήτης ήταν απορρυθμισμένος για 2 χρόνια αναζητά την ιατρική βοήθεια λόγω μιας αιμορραγίας του αμφιβληστροειδούς οφειλόμενης στο διαβήτη. Ο Ν. θεωρεί υπεύθυνο για το γεγονός αυτό τον πατέρα του γιατί, όπως υποστηρίζει, του δημιουργούσε έντονο άγχος και τον πίεζε υπερβολικά πριν αυτό το συμβάν. Από την άλλη μεριά οι γονείς δεν δέχονται το θυμό του Ν. και θεωρούν ότι ο ίδιος είναι υπεύθυνος για την αιμορραγία.

Άλλη κλινική περίπτωση που επιβεβαιώνει την συσχέτιση ενδοοικογενειακών συγκρούσεων και αυτοδιαχείρισης είναι η περίπτωση της Ε. 13 χρονών. Ο διαβήτης είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση έντονων συγκρούσεων μεταξύ των δυο γονιών όπου το επίκεντρο της σύγκρουσης ήταν η Ε. Η Ε. έχει αποσυρθεί από το κοινωνικό περιβάλλον και αντιδρούσε έντονα στις πιέσεις των γονιών της και κυρίως της μητέρας της σχετικά με το φαγητό. Η μητέρα της είναι αγχώδης και καταπιεστική και ήθελε να ελέγχει όλες τις κινήσεις της κόρης της σχετικά με τη διαχείριση του διαβήτη. Επίσης η ίδια υποστηρίζει ότι ο πατέρας της αδιαφορούσε για το θέμα και το ίδιο ακριβώς υποστηρίζει και ο πατέρας. (Λιακοπούλου, Μ. 1987).

Όπως φαίνεται από όλα τα παραπάνω η ψυχολογική προσαρμογή του παιδιού, σχετίζεται με την προσαρμογή της οικογένειας του και τη μεταξύ τους σχέση. Προκειμένου να επιτευχθεί επιτυχημένη διαχείριση της ασθένειας του εφήβου, καθίσταται αναγκαία η αναδιοργάνωση της καθημερινής ρουτίνας της οικογένειας, η ανακατανομή των υπευθυνότητων και των κανόνων, η αναδιαπραγμάτευση των ρόλων και των ορίων μέσα στην οικογένεια και η τροποποίηση της ποιότητας της επικοινωνίας και της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Από την άλλη η προσαρμογή της οικογένειας στην ασθένεια εξαρτάται και από τις ικανότητες του παιδιού που αναπτύσσονται όσον αφορά στην αυτό-διαχείριση της ασθένειας.

Συμπερασματικά είναι χρήσιμο να επισημανθεί ότι η οικογένεια και επηρεάζει και επηρεάζεται από την παρουσία της χρόνιας ασθένειας. Το πρότυπο της επικοινωνίας και του τρόπου αλληλεπίδρασης του οικογενειακού δικτύου παρουσιάζει αλλαγές στις σωματικές και ψυχολογικές απαιτήσεις της διαχείρισης του διαβήτη που είναι μια σοβαρή και πολύπλοκη ασθένεια (Northam, A.E., Anderson, J.P., 1999), αλλά και η οργάνωση της οικογένειας κι η επικοινωνία μεταξύ των μελών της επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τα επίπεδα αυτοδιαχείρισης της νόσου και τη γενικότερη προσαρμογή του εφήβου.

4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

4.1 Σχέση Ιατρού και Εφήβου/ Νέου με Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο βαθμός της αποδοχής του διαβήτη από τον ίδιο τον ασθενή και γενικότερα της προσαρμογής του στις απαιτήσεις της ασθένειας (ινσουλίνη, διατροφή, άσκηση) επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό και από τη σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στον έφηβο και στον γιατρό, από την αρχική φάση της διάγνωσης όσο και στη συνέχεια, στην εξέλιξη της ασθένειας. Μετά τη διάγνωση της ασθένειας ο γιατρός, αντιμετωπίζεται από τον έφηβο με φόβο και επιφύλαξη, γι' αυτό και αποφεύγει την επαφή. Σταδιακά όμως δημιουργείται σχέση εμπιστοσύνης και ασφάλειας, που δίνουν τη δυνατότητα να προσαρμοστεί καλύτερα ο έφηβος στις απαιτήσεις της ασθένειας.

Οι περισσότεροι ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη δεν παρακολουθούν προγράμματα διαχείρισης της ασθένειας, πραγματοποιούν όμως τακτικά ραντεβού με το γιατρό τους. Στο πλαίσιο της ιατρικής επίσκεψης ο γιατρός διατηρεί καθοριστικό ρόλο στην παροχή βοήθειας στον ασθενή για τη βελτίωση διαχείρισης του διαβήτη. Πρόκειται για μια χρονική στιγμή, που οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα κινητοποιημένοι ώστε να ακούσουν και να αναλάβουν δράση, σύμφωνα με τις συμβουλές του γιατρού. Έτσι η επίσκεψη στο ιατρείο παρέχει μια ευκαιρία προσέγγισης της πλειοψηφείας των ασθενών που πάσχουν από διαβήτη και μάλιστα με μια πηγή πληροφόρησης υψηλής αξιοπιστίας. Πολλές φορές όμως οι γιατροί είναι υπερβολικά απασχολημένοι από τις απαιτήσεις της εργασίας και την πίεση του χρόνου και δεν είναι διαθέσιμοι στην ανάληψη αυτού του συμβουλευτικού, καθοδηγητικού ρόλου προς τον ασθενή. Προς αυτή την κατεύθυνση θα μπορούσαν να αποδειχθούν χρήσιμες κάποιες παρεμβάσεις με στόχο την τροποποίηση της συμπεριφοράς του ιατρικού προσωπικού. (Snoek & Skinner, 2002)

Σύμφωνα με τον Μπαρτσόκα, Χ., (1995) ο γιατρός, και όλη η διεπιστημονική ομάδα, δίνουν κίνητρο στον έφηβο να αυξήσει τη γνώση του και να κατανοήσει καλύτερα την ασθένειά του, για να μπορέσει με τη σειρά του να συμβάλει στη σωστή θεραπευτική αντιμετώπισή της (Μπαρτσόκας, Χ., 1995. σελ. 158-168).

Επομένως, ο γιατρός είναι ιδιαίτερα βοηθητικός, όταν παράλληλα με τη διάγνωση και τη θεραπεία ενισχύει τον ασθενή και κατανοεί το βαθύτερο νόημα όσων εκφράζει ο έφηβος, και παράλληλα του μεταφέρει το μήνυμα ότι τον αποδέχεται και τον κατανοεί.

4.2 Ο Ρόλος του Ειδικού Νοσηλευτή για το Διαβήτη

Το Σεπτέμβριο του 1992 ιδρύθηκε η Ευρωπαϊκή Ομάδα Νοσηλευτών που εργάζονται στο Διαβήτη (European Diabetes Nurse Working Group), της οποίας πρωταρχικός σκοπός ήταν να αναδείξει το νοσηλευτικό επάγγελμα στο διαβήτη, στις χώρες όπου αυτό δεν έχει πραγματοποιηθεί. Για το σκοπό αυτό δημιούργησε ένα Επαγγελματικό Κώδικα, ο οποίος υποστηρίχθηκε και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Στην ομάδα αυτή συμμετείχαν δύο νοσηλευτές από κάθε Ευρωπαϊκή Χώρα. Οι επιμέρους στόχοι της ομάδας αυτής των νοσηλευτών ήταν: Η εφαρμογή του ρόλου του ειδικού νοσηλευτή σύμφωνα με τους στόχους που περιλαμβάνονται στη Διακήρυξη του Αγ. Βικεντίου. Ο προσδιορισμός των αναγκών εκπαίδευσης των νοσηλευτών στο διαβήτη. Η Συζήτηση της εφαρμογής των προτύπων (standards) στη νοσηλευτική του διαβήτη. Η Επίσημη αναγνώριση του ειδικού νοσηλευτή στο διαβήτη. Η Κινητοποίηση των νοσηλευτών που προέρχονται από λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες και η δημιουργία προϋποθέσεων για την πραγματοποίηση αυτών των σκοπών. Η Ανάπτυξη Επαγγελματικού Κώδικα για τους νοσηλευτές που εργάζονται στη φροντίδα του διαβήτη σε όλη την Ευρώπη. Η Συζήτηση και εφαρμογή

εκπαιδευτικών προτύπων (standards) για το διαβήτη σε όλη την Ευρώπη (Wetering M., et al, 1994)

Ο ειδικός νοσηλευτής βοηθά σε σημαντικό βαθμό τα άτομα που έχουν σακχαρώδη διαβήτη. Ειδικότερα, ο ειδικός νοσηλευτής βελτιώνει τον τρόπο ζωής τους. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε ο Joslin: «Diabetes is primarily a disease for Nurse» (ο σακχαρώδης διαβήτης είναι πρωταρχικά ένα νόσημα για νοσηλευτές).

Σύμφωνα με τον Επαγγελματικό Κώδικα για Νοσηλευτές που εργάζονται στο διαβήτη, απαιτούνται γενικές γνώσεις και δεξιότητες, εκτεταμένες γνώσεις για τη νόσο, τη θεραπεία της, τις επιπλοκές, τις ειδικές ανάγκες των διαφόρων ομάδων που υποφέρουν από σακχαρώδη διαβήτη και άλλα θέματα, όπως θεωρίες εκπαίδευσης και μοντέλα αξιολόγησης. Επίσης, απαιτείται η παρακολούθηση και η συμμετοχή σε ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για τη φροντίδα του διαβήτη, συναντήσεις, ομάδες εργασίας κ.λ.π. Τέλος για να είναι αποτελεσματικός ο ρόλος του νοσηλευτή απαιτείται η συστηματική άσκηση του επαγγέλματος με διαβητικούς.

Είναι πλέον αποδεκτό ότι τα διαβητικά άτομα πρέπει να καταλάβουν τη νόσο τους και το πώς θα την χειριστούν για να επιτύχουν καλό έλεγχο, για να αποφύγουν τα οξέα μεταβολικά προβλήματα της νόσου και πιθανόν τις χρόνιες επιπλοκές.

Ο ειδικός νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των διαβητικών. Ο πρωταρχικός ρόλος του ειδικού νοσηλευτή είναι να εκπαιδεύσει τα άτομα με διαβήτη έτσι ώστε να αποκτήσουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανεξαρτησία και να ζήσουν μια ζωή φυσιολογική στα πλαίσια των περιορισμών της νόσου. Αυτό συχνά χρειάζεται υπομονή, ευγένεια και επιμονή καθώς και θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις για το διαβήτη. Επιπλέον, πέρα από το να είναι εκπαιδευτής, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει αναπτύξει δεξιότητες συμβούλου σε

επείγουσες καταστάσεις και συντονισμού, αφού συχνά είναι ο σύνδεσμος ανάμεσα στον ασθενή και στα άλλα μέλη της ομάδας του διαβήτη (Anderson R., 1986)

Ο νοσηλευτής, πλέον δε μετρά και καταγράφει μόνο τα άτομα με διαβήτη Τύπου I, αλλά τους επιβλέπει μέσα σε ξεκάθαρα περιορισμένα όρια, και αναλαμβάνει τη συνεχή εκπαίδευσή τους. Οι νοσηλευτές αξιολογούν και τους μη ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς. Τα ιατρεία που λειτουργούν με νοσηλευτές δίνουν τη δυνατότητα στους ασθενείς να επιβλέπονται σε μικρά ιατρεία και να συναντούν το ίδιο πρόσωπο σε κάθε επίσκεψη. Υπάρχει ευελιξία η οποία δεν είναι δυνατή στα παραδοσιακά ιατρεία των νοσοκομείων, οι νοσηλευτές ακολουθούν το πρωτόκολλο πιο πιστά από τους γιατρούς, και τέλος έχει φανεί ότι αποτελεί μια ικανοποιητική εναλλακτική λύση των ιατρείων που λειτουργούν με γενικούς γιατρούς.

Δεν πρέπει πάντως να παραγνωρίζεται πως η καλύτερη και αποτελεσματικότερη φροντίδα του διαβητικού γίνεται από ομάδα επαγγελματιών, δηλαδή γίνεται διεπιστημονικά διεπαγγελματικά. Η ομάδα πρέπει να αποτελείται από το διαβητολογικό και τους επαγγελματίες: το διαβητολόγο, τον ειδικευμένο στον διαβήτη νοσηλευτή και επισκέπτη υγείας, τον κοινωνικό λειτουργό, τον ειδικό για τα πόδια (ποδιάτρο), και το διαιτολόγο, τους οποίους βοηθούν όταν χρειάζεται, οι συνάδελφοί τους μαιευτήρας, οφθαλμίατρος, νεφρολόγος, ψυχολόγος και άλλοι. Σήμερα, προτείνεται η συμμετοχή στην ομάδα και ενός γυμναστή, αφού η άσκηση θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα της θεραπευτικής αγωγής του διαβήτη. Τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να λειτουργούν ξεκινώντας από τις ίδιες αντιλήψεις και υποθέσεις, αν να επικοινωνούν και να συνεργάζονται αποτελεσματικά μεταξύ τους. (Herbschuleb, G., 1994).

4.3 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Από τα ανωτέρω συνάγεται ότι ο διαβήτης έχει ένα μεγάλο ψυχολογικό και κοινωνικό αντίκτυπο στη ζωή των ανθρώπων. Η διάγνωσή του επηρεάζει το διαβητικό ασθενή και την οικογένειά του. Ο τρόπος που οι άνθρωποι βλέπουν το διαβήτη διαφέρει και αυτό επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι βλέπουν τον εαυτό τους και τον τρόπο που τον ελέγχουν. Επομένως η διάγνωση του διαβήτη προκαλεί ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα στον ασθενή- έφηβο. (Σπινάρης Β., 1998).

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί προσφέροντας υψηλής ποιότητας ψυχολογική φροντίδα-υποστήριξη, να βοηθήσει στη νοσηλεία του διαβητικού ασθενή. Η άποψή του για τον ασθενή που ζει με το διαβήτη και τις εμπειρίες του σε καθημερινή βάση είναι γεμάτη από στοιχεία νοσοκομειακής φροντίδας και προσωπικές εμπειρίες. (Wetering M. et al, 1994).

Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη, η «συμβουλευτική», είναι μια διαδικασία κατά την οποία ένας άνθρωπος βοηθάει έναν άλλο άνθρωπο μέσα από μια συγκεκριμένη συζήτηση μέσα σε ατμόσφαιρα κατανόησης. Πρέπει να υπάρχει μια βοηθητική σχέση στην οποία ο έφηβος διαβητικός μπορεί να εκφράσει τις σκέψεις του και τα συναισθήματά του με τέτοιο τρόπο ώστε να ξεκαθαρίσει την κατάστασή του, να συμβιβαστεί με την καινούργια του εμπειρία και να δει τη δυσκολία του πιο αντικειμενικά, ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα με λιγότερο άγχος και ένταση. Βασικός στόχος του κοινωνικού λειτουργού είναι να βοηθήσει τον έφηβο διαβητικό να πάρει τις δικές του αποφάσεις από τις ήδη διαθέσιμες επιλογές του. (Mc Dowell, I., 1996).

Στο σημείο αυτό κρίνεται χρήσιμο να γίνει εκτενέστερη αναφορά σε συγκεκριμένες ικανότητες και χαρακτηριστικά της συμβουλευτικής υποστήριξης καθώς και στη σημασία τους στη θεραπεία του διαβήτη.

Στη συμβουλευτική, η έμφαση πρέπει να δίδεται στο πως το άτομο αισθάνεται σχετικά με το πρόβλημα και πως θα βοηθηθεί ώστε να δεχθεί την κατάσταση του και να μάθει να ζει με αυτήν. (Σπινάρης Β., 1998)

Βασικό στοιχείο της είναι ότι αποτελεί **συζήτηση με κάποιο σκοπό**. Η συμβουλευτική θεωρείται μια συζήτηση πάνω σε ψυχοκοινωνικά θέματα. Αυτό που συχνά συμβαίνει σε αυτή την κατάσταση είναι ότι η συζήτηση αποτελείται από έναν αριθμό «κλειστών» ερωτήσεων, οι οποίες κατά τον κοινωνικό λειτουργό, σχετίζονται με την καλή κατάσταση του ασθενούς, αλλά δεν επιτρέπουν στον διαβητικό να επεκταθεί ή να εκφράσει νέα γεγονότα. Η συζήτηση είναι ένας ακριβής τρόπος επικοινωνίας του κοινωνικού λειτουργού με τον ασθενή. (Mc Dowell, I., 1996, p.37-58)

Επίσης βασική προϋπόθεση της είναι ότι πρέπει να διενεργείται σε **μια ατμόσφαιρα κατανόησης**. Στην συμβουλευτική είναι σημαντικό να καθορίζεται ο χρόνος που θα αφιερωθεί στον ασθενή. Αυτό βοηθά τον διαβητικό να γνωρίζει πόσο χρόνο έχει στη διάθεσή του, καθώς συχνά αισθάνεται πιεσμένος στη σκέψη των υπολοίπων ασθενών που περιμένουν να συζητήσουν με το κοινωνικό λειτουργό. Ο χρόνος που του αφιερώνεται δεν πρέπει να διακόπτεται. Το περιβάλλον πρέπει να είναι άνετο, να μην είναι πολύ ζεστό ή ψυχρό, να είναι ελεύθερο από θορύβους και με καθίσματα τοποθετημένα με τέτοια διάταξη ώστε να επιτρέπεται η αίσθηση της εύκολης επικοινωνίας. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να δημιουργεί μια ατμόσφαιρα κατανόησης. (Mc Dowell, I., 1996, p.37-58)

Βασικά χαρακτηριστικά της συμβουλευτικής είναι ότι αποτελεί **μια βοηθητική σχέση** μέσα στην οποία πραγματοποιείται **διευκρίνιση και έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων**. Είναι στην φύση της κοινωνικής εργασίας, οι κοινωνικοί λειτουργοί να «προσφέρουν» στους ασθενείς, ότι οι ίδιοι οι ασθενείς δεν μπορούν να δώσουν στον εαυτό τους, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Συχνά οι άνθρωποι είναι

μπερδεμένοι, προβληματισμένοι και αγχωμένοι με αυτό που τους συνέβη, το διαβήτη. Έτσι, χρησιμοποιούνται οι ικανότητες συμβουλευτικής, με σκοπό ο νεαρός διαβητικός να κατανοήσει τι ακριβώς του συμβαίνει, ούτως ώστε να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του. Δεν είναι μόνο ένα συναισθηματικό σημείο, αλλά βοηθά στην καλύτερη διευκρίνιση των γεγονότων που αφορούν το διαβήτη (Mc Dowell, I., 1996). Πολλές φορές ο κοινωνικός λειτουργός θέλοντας να βοηθήσει τον διαβητικό που βρίσκεται σε απόγνωση, προσπαθεί να τον πείσει να υιοθετήσει τη λύση που θεωρείται καλύτερη για αυτόν. Αυτή η τακτική δεν ενδείκνυται, καθώς παραγνωρίζει την ένταση των συναισθημάτων απόγνωσης του ασθενή, τα οποία πολλές φορές λειτουργούν διαστρεβλωτικά ως προς τα γεγονότα και κατά δεύτερον δε σέβεται το δικαίωμα του ασθενή να αποφασίσει ο ίδιος για τον εαυτό του. Αν προταθεί μια θεραπεία με την οποία δε συμφωνεί ο ασθενής, προφανώς δε θα την ακολουθήσει(www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab24.htm).

Στη συνέχεια παρατίθεται ένα παράδειγμα που δείχνει το αποτέλεσμα αυτού του τύπου χειρισμού, καθώς και εναλλακτική προσέγγιση.

- Κοινωνικός Λειτουργός: «Πιστεύω ότι το καλύτερο πράγμα που μπορείς να κάνεις είναι να συζητήσεις με τους γονείς σου για τις ανησυχίες σου και είμαι σίγουρη ότι θα δείξουν κατανόηση».

- Ασθενής: (Μιλώντας στον εαυτό του) «Δεν θα μπορούσα σε καμία περίπτωση να το συζητήσω μαζί τους. Θα τρελαίνονταν», (μιλώντας δυνατά) «Αν πιστεύετε ότι είναι το καλύτερο, θα το κάνω»

Υπάρχει ένας εναλλακτικός διάλογος που η κοινωνικός λειτουργός προτείνει μια πιθανή λύση, αλλά με τέτοιο τρόπο που επιτρέπει στην ασθενή να την δεχθεί ή να την απορρίψει.

- Κοινωνικός Λειτουργός: «Τι θα συνέβαινε αν συζητούσες με τους γονείς σου, για τις ανησυχίες σου;»

-Ασθενής: «Αποκλείεται να το συζητήσω μαζί τους. Θα τρελαίνονταν»

Η σχέση βοήθειας είναι μια συνεργασία ανάμεσα στο κοινωνικό λειτουργό και τον ασθενή, όπου ο διαβητικός χρησιμοποιεί τις δυνάμεις του, σε συνδυασμό με την εμπειρία του κοινωνικού λειτουργού, ώστε να πάρει τις δικές του αποφάσεις. (Mc Dowell, I., 1996).

5. ANTIMETΩΠΙΣΗ ΝΕΑΝΙΚΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

5.1 Πρόληψη

Ο σακχαρώδης διαβήτης εμφανίζεται όταν τα επίπεδα της γλυκόζης (σακχάρο) στο αίμα του ατόμου αυξάνονται. Αυτό οφείλεται είτε στην προβληματική έκκριση είτε στην προβληματική δράση μιας ορμόνης, της ινσουλίνης, ή και στα δύο.

Ανάλογα με το τύπο του σακχαρώδους διαβήτη, δίνονται και άλλες συμβουλές πρόληψής του. Τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ή νεανικό διαβήτη, ΣΔ1) εκκρίνουν από ελάχιστη έως καθόλου ινσουλίνη και είναι εξαρτημένα από την εξωγενή χορήγηση αυτής. Ο ΣΔ1 είναι κληρονομική νόσος και εμφανίζεται σε σχετικά μικρό ποσοστό του πληθυσμού. Προς το παρόν, δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν διατροφικές συστάσεις για την πρόληψή του, με εξαίρεση ίσως ότι ο μητρικός θηλασμός μπορεί να είναι ευεργετικός.

Τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2, μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη) έχουν κυρίως πρόβλημα στη δράση της ινσουλίνης και όχι τόσο στην έκκρισή της. Αυτό σημαίνει ότι, ενώ υπάρχουν στο αίμα οι απαραίτητες ποσότητες ινσουλίνης, ο οργανισμός αντιστέκεται στη δράση της (η λεγόμενη αντίσταση στην ινσουλίνη). Μάλιστα, τα επίπεδα της ινσουλίνης στα άτομα αυτά είναι μεγαλύτερα από το φυσιολογικό στην προσπάθεια της ορμόνης να δράσει καλύτερα. Ο ΣΔ2 εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, τα αίτιά της είναι κληρονομικά, αλλά και επηρεάζεται και από τον τρόπο ζωής του ατόμου, δηλαδή εξαρτάται από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τέτοιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι η παχυσαρκία, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και η διατροφή(www.iator.gr).

Τα άτομα με σάκχαρο παρουσιάζουν μια διαταραχή των θρεπτικών ουσιών και συγκεκριμένα των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών. Γι' αυτό το λόγο συνιστάται η υγιεινή διατροφή.

Επίσης για την πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, συνιστάται η μείωση της κατανάλωσης διαιτητικού λίπους και του αλκοόλ, και η αύξηση κατανάλωσης φυτικών ινών. Η υψηλή πρόσληψη κακής ποιότητας λίπους αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ΣΔ2., καθώς τα λιπαρά οξέα και κυρίως τα κορεσμένα φαίνεται να αυξάνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη. Επομένως τρόφιμα πλούσια σε αυτά είναι όπως το κρέας, το πλήρες γάλα και τα γαλακτοκομικά, τα γλυκίσματα, τα έτοιμα και συσκευασμένα τρόφιμα, και γενικότερα τα προϊόντα ζωικής προέλευσης καλό είναι να αποφεύγονται. Αντιθέτως, τα ω-3 λιπαρά οξέα φαίνεται να δρουν προστατευτικά. Τρόφιμα πλούσια σε αυτά είναι τα ψάρια και τα ιχθυέλαια.

Ακόμη, συνιστάται η αύξηση της κατανάλωσης τροφίμων πλούσιων σε φυτικές ίνες γιατί με αυτό τον τρόπο μειώνεται η συχνότητα εμφάνισης ΣΔ2. Για την κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε φυτικές ίνες ενδείκνυται να καταναλώνεται μία σαλάτα με κάθε γεύμα, 2-3 μερίδες φρούτων την ημέρα και να εμπλουτίζεται το διατολόγιο με δημητριακά ολικής αλέσεως.

Επιπλέον, συνιστάται η μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος, γιατί η υπερβολική κατανάλωση αυξάνει το ενδεχόμενο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη.

Με την υιοθέτηση υγιεινότερων συνηθειών διατροφής, προλαμβάνεται η εμφάνιση του ΣΔ2, ακόμη και σε άτομα με επιβαρυνμένο οικογενειακό περιβάλλον. Οι μικρές αλλαγές στη διατροφή και την άσκηση μπορεί να φέρουν ευεργετικά αποτελέσματα. Και η πρόληψη είναι οπωσδήποτε προτιμότερη από τη θεραπεία (www.nutridiet.gr).

5.1.1 Σωματική Άσκηση

Η σωματική άσκηση, σε τακτική βάση είναι ωφέλιμη για την υγεία κάθε ανθρώπου. Με την άσκηση ο διαβητικός, όπως και ο υγιής, καταναλώνει ενέργεια, άρα και σάκχαρο, που είναι η κύρια πηγή ενέργειας στον άνθρωπο. Εκτός από αυτό το πλεονέκτημα, η μυϊκή άσκηση είναι απαραίτητη για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων που είναι πολύ συχνότερα στους διαβητικούς.

Με την άσκηση αυξάνεται η ευαισθησία του σώματος στην ινσουλίνη με αποτέλεσμα τη μείωση του σακχάρου στο αίμα. Ο τύπος και η ένταση της μυϊκής άσκησης για κάθε διαβητικό καθορίζεται βάσει της ηλικίας, της γενικής κατάστασής του και από την τυχόν ύπαρξη επιπλοκών. Η έναρξη σωματικής άσκησης στη μέση ηλικία και σε άτομα που δεν είναι συνηθισμένα από νεαρή ηλικία σ' αυτή, δεν είναι ακίνδυνη. Στις περιπτώσεις αυτές συστήνεται μέτρια αύξηση της κινητικότητας με καθημερινό περπάτημα σε κανονικό ρυθμό. Γενικά, ο καλύτερος τρόπος άσκησης για το διαβητικό είναι το περπάτημα διάρκειας μισής με μία ώρα ημερησίως.

Η τακτική άσκηση είναι καλύτερη, γιατί η απρογραμματίστη μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στα επίπεδα σακχάρου αίματος. Πιο έντονη άσκηση, όπως ποδηλασία, τρέξιμο, κολύμπι, συμμετοχή σε διάφορα σπορ καθορίζεται από το θεράποντα ιατρό. Ένα σημείο που χρειάζεται προσοχή είναι ότι η μυϊκή άσκηση αντενδεικνύεται σε διαβητικούς με μεγάλη απορρύθμιση του σακχάρου.

Συνιστάται η άσκηση να γίνεται μετά από τα γεύματα, παρά πριν, που το σάκχαρο αίματος είναι συνήθως χαμηλό. Σε διαβητικά άτομα που θεραπεύονται με ινσουλίνη ή χάπια και πρόκειται να κάνουν σωματική άσκηση, συστήνεται η λήψη επιπλέον υδατανθράκων πριν από την άσκηση. Για περιπτώσεις έντονης και παρατεταμένης άσκησης

συστήνεται σε συνδυασμό με την προσθήκη τροφής, προηγούμενη μείωση της δόσης ινσουλίνης. (Μυγδαλης Η. ,1996)

Επομένως, η άσκηση παρά τις θετικές επιπτώσεις της μπορεί να μεταβάλει το μεταβολισμό του διαβητικού. Συγκεκριμένα στον απορρυθμιζόμενο διαβητικό να απορυθμίσει τα επίπεδα της υπογλυκαιμίας του και στο ρυθμιζόμενο να προκαλέσει υπογλυκαιμία.

Με την σωματική άσκηση βελτιώνεται η ψυχοσωματική ευεξία του εφήβου και καταπολεμάται η παχυσαρκία. Επίσης, αυξάνεται η ευαισθησία στην ινσουλίνη και μειώνεται ο κίνδυνος για αρτηριοσκλήρυνση.

Η σωματική άσκηση πρέπει να γίνεται σταδιακά, και τακτικά και σε κατάσταση καλής μεταβολικής ρύθμισης. Δεν υπάρχει αθλοπαιδιά, ίσως με εξαίρεση την άρση βαρών και την πυγμαχία, από την οποία να αποκλείονται τα διαβητικά παιδιά και οι έφηβοι. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι απαιτούνται τροποποιήσεις της δίαιτας καθώς και της δοσολογίας της ινσουλίνης για την αποφυγή υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Οι καλύτερες ασκήσεις για την ρύθμιση της γλυκόζης είναι η ποδηλασία, το αργό τρέξιμο (jogging) και η βόλτα. Απεναντίας, η άρση βαρών λόγω της αναερόβιας μυϊκής προσπάθειας μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα. Αθλητικές δραστηριότητες όπως η ορειβασία, τα χειμερινά σπορ (χιονοδρομία), οι καταδύσεις και η υποβρύχια κολύμβηση εμπεριέχουν κινδύνους υπογλυκαιμίας για το διαβητικό άτομο. Για τον ίδιο λόγο δεν συνιστάται το διαβητικό παιδί να ασκείται μόνο του.

Κατά τόν Τούντα Χ., (1995) λόγω της ανάγκης να είναι καλά ρυθμισμένη η γλυκόζη του αίματος συνιστάται η εντατικοποιημένη θεραπεία με 3 ή 4 ενέσεις την ημέρα στα αθλούμενα παιδιά. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται μεγαλύτερη ελαστικότητα στο ωράριο των γευμάτων και ρύθμιση της δοσολογίας ινσουλίνης για να προσαρμόζεται στη σωματική άσκηση (Τούντας Χ., 1995, σελ. 167).

Σημειώνεται ότι η αύξηση του δείκτη της μάζας σώματος ενός ατόμου (πηλίκο του βάρους (σε κιλά) προς το ύψος (σε μέτρα) στο τετράγωνο) αυξάνει και τις πιθανότητες εμφάνισης ΣΔ2. Όταν τα υπέρβαρα άτομα μειώσαν το βάρος τους και το διατήρησαν για περισσότερο από μία δεκαετία παρουσίασαν 40% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2, ενώ αυτά που επανέκτησαν βάρος δεν είχαν κάποια προστασία.

Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης ΣΔ2. Συγκεκριμένα, με τη μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα, όπως το καθημερινό περπάτημα, το ανεβοκατέβασμα σκάλας, το ελαφρύ τρέξιμο κα, καθώς και με υψηλής έντασης δραστηριότητες, όπως η συμμετοχή σε οργανωμένη άσκηση. Αρκεί, λοιπόν, ο καθένας να διαλέξει εκείνο το είδος φυσικής δραστηριότητας που μπορεί εύκολα και ευχάριστα να προσαρμόσει στην καθημερινή του ζωή και να επιδίδεται σε αυτό συστηματικά. Με την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας μεταβάλλονται τα επίπεδα διαταραχής του μεταβολισμού του σακχάρου (από τα αρχικά μέχρι την εμφάνιση ΣΔ2), αλλά και σε όλες τις κατηγορίες βάρους (φυσιολογικό βάρος έως παχυσαρκία).

Σύμφωνα με το περιοδικό του ιδρύματος Έρευνας Νεανικού Διαβήτη όταν τα παχύσαρκα άτομα αθλούνται συστηματικά, βελτιώνεται η ενδοθηλιακή τους λειτουργία. Σε σχετικό άρθρο συντάξεως, οι Drs. Stephan Gielen και Rainer Hambrecht από το Πανεπιστήμιο της Λειψίας στη Γερμανία, σημειώνουν ότι υπάρχουν βάσιμες αποδείξεις ότι «επιθετική» τροποποίηση του τρόπου ζωής με δίαιτα και έντονη σωματική άσκηση, θεωρούνται απαραίτητες για να διορθώσουν στα παχύσαρκα παιδιά την ενδοθηλιακή λειτουργία, ως δείκτη καρδιαγγειακής νόσου. (Gielen & Hambrecht, 2005).

Στο ίδιο περιοδικό υποστηρίζεται ότι η μείωση του βάρους μετά από δίαιτα, σε συνδυασμό με άσκηση, συμβάλει σε βελτίωση του ολικού κοιλιακού λίπους, του υποδόριου λίπους, και του σπλαγγχνικού λίπους και της γλυκαιμικής κατάστασης. Η σωματική δραστηριότητα μειώνει το μέγεθος της μέσης στις γυναίκες με τύπο 2 διαβήτη, και ελαττώνει και το σπλαγγχνικό λίπος που περιβάλλει τα κοιλιακά όργανα, το οποίο σχετίζεται με την ινσουλινική αντίσταση, ακόμη και χωρίς δίαιτα. Η άσκηση σε συνδυασμό με τη σωστή δίαιτα αυξάνει την ινσουλινική ευαισθησία των γυναικών μέχρι 44% (<http://health.ana-mpa.gr/>).

Το πρόγραμμα άσκησης που συνιστάται για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι τακτική εκγύμναση που να επαναλαμβάνεται ανά κανονικά χρονικά διαστήματα προκειμένου να διατηρούνται οι ευνοϊκές συνέπειες στη δυσανεξία της γλυκόζης. Και αυτό γιατί η αύξηση η ευαισθησίας στην ινσουλίνη χάνεται εντός 12- 48 ωρών μετά το τέλος της άσκησης. Έτσι θα πρέπει η εναρξη να γίνεται με ήπια άσκηση όπως βάδισι ή ποδηλασία δωματίου και προοδευτική αύξηση της συχνότητας. Η συχνότητα της άσκησης πρέπει να είναι 4 ημ/εβδ. Η καλή φυσική κατάσταση μπορεί να επιτευχθεί με καθημερινή σωματική δραστηριότητα 30 λεπτών. Πρέπει να γίνονται ασκήσεις προθέρμανσης και χαλάρωσης για βελτίωση μυϊκής ευκαμψίας και την πρόληψη κακώσεων, καθώς και αερόβια άσκηση μικρής έντασης και ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης, οι οποίες συμβάλλουν στη βελτίωση της ρύθμισης της γλυκόζης.

Πριν ξεκινήσει την οποιαδήποτε δραστηριότητα ο ασθενής με Σ. Δ θα πρέπει να εξετάζεται από καρδιολογικής πλευράς συμπεριλαμβανομένου και δοκιμασία κόπωσης.

Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να τηρούνται με συνέπεια για να ελαχιστοποιήθουν οι κίνδυνοι της άσκησης στον Σ.Δ. που είναι

υπογλυκαιμία, υπεργλυκαιμία, επιδείνωση σιωπηλής καρδιοπάθειας και επιδείνωση επιπλοκών του διαβήτη

Όσο σημαντική είναι η άσκηση στη θεραπεία του Σ.Δ. άλλο τόσο σημαντική είναι για την πρόληψη της ασθένειας. Μπορεί να μην υπάρχουν ενδείξεις ότι η άσκηση αποτρέπει την εμφάνιση του Σ.Δ. τύπου 1, μπορεί όμως να αυξήσει την πιθανότητα επιμήκυνσης του χρόνου ύφεσης επειδή βελτιώνει την ευαισθησία των ιστών στη δράση της ινσουλίνης.

Σε ότι αφορά στον Σ.Δ τύπου 2 υπάρχει σημαντικός αριθμός μελετών ο οποίος παρέχει ισχυρές ενδείξεις, ότι η συστηματική άσκηση μπορεί να οδηγήσει στη πρόληψη ή να καθυστερήσει την εμφάνισή του.

Είναι αναγκαίο να ενταχθεί ή άσκηση στο οπλοστάσιο της πρόληψης τόσο από πλευράς της ατομικής φροντίδας υγείας όσο και από τη σκοπιά των εφαρμογών στη Δημόσια Υγεία. (<http://www.iatronet.gr/>)

5.1.2 Διαβήτης και Διατροφή

Ο διαβήτης (diabetes mellitus), σαν ασθένεια, είναι γνωστός πάνω από δύο χιλιάδες χρόνια και επηρεάζει τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα. Σε φυσιολογικές περιπτώσεις η περιεκτικότητα σε γλυκόζη στο αίμα αυξάνει κατά ένα ποσοστό, λίγο μετά το γεύμα (1 ώρα) και σε 2 ώρες επανέρχεται στα πριν από το γεύμα επίπεδα. Σε περιπτώσεις όμως που δεν υπάρχει η αναγκαία ποσότητα ινσουλίνης (ορμόνη που ρυθμίζει το μεταβολισμό της γλυκόζης) τότε παρουσιάζονται υψηλές τιμές γλυκόζης στο αίμα που όταν ξεπεράσουν ένα όριο (180 mg/100 ml αίματος) αποβάλλεται γλυκόζη από τα ούρα. (Δημόπουλος, Α. & Ανδρικόπουλος, Δ., 1996, σελ.171-174)

Η διαδικασία με την οποία η ινσουλίνη ρυθμίζει τον μεταβολισμό της γλυκόζης περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

- Σε περίπτωση περίσσειας γλυκόζης, ενεργοποιεί την αποθήκευσή της

γλυκόζης στο ήπαρ, σα γλυκογόνο

- Ρυθμίζει την οξείδωση της γλυκόζης ενεργοποιώντας το ένζυμο (εξοκινάση) που φωσφορυλιώνει τη γλυκόζη, για να ξεκινήσει η γλυκόλυση.

- Ρυθμίζει τη μετατροπή της γλυκόζης σε λιπαρά οξέα στο ήπαρ και

- Ρυθμίζει την αποθήκευση λίπους στο λιπώδη ιστό.

Στην περίπτωση των διαβητικών, λόγω μη δυνατότητας χρησιμοποίησης της γλυκόζης ομαλά, ο οργανισμός για να καλύψει τις ανάγκες σε γλυκόζη ξεκινά τη γλυκονεογένεση, χρησιμοποιώντας για το λόγο αυτό πρωτίστως το οξαλοξικό οξύ. Η διεργασία της γλυκονεογένεσης ξεκινά πολύ νωρίς γιατί ο οργανισμός αφ' ενός μεν έχει απόλυτη ανάγκη γλυκόζης (ιδιαίτερα ο εγκέφαλος που τη χρησιμοποιεί σαν το μόνο καύσιμο), αφ'ετέρου δε τα αποθέματα γλυκογόνου στο ήπαρ καλύπτουν τις ανάγκες του για λίγες μόνο ώρες. Επειδή όμως χρησιμοποιείται το οξαλοξικό στην γλυκονεογένεση, η ποσότητά του δεν επαρκεί και για να εκπληρώσει το ρόλο του, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην παράγεται ενέργεια, με τους απαραίτητους ρυθμούς. (Δημόπουλος, Α. & Ανδρικόπουλος, Δ., 1996,)

Το ακετοξικό και το 6-υδροξυ-βουτυρικό είναι φυσιολογικά προϊόντα του μεταβολισμού και παράγονται από αμινοξέα όπως η λευκίνη, η φαινυλαλανίνη και η τυροσίνη (κετογονικά αμινοξέα), αν και η κύρια ποσότητά τους προέρχεται από την αποικοδόμηση των λιπαρών οξέων. Τα κετονικά σώματα προκαλούν την κετοναιμία (ketosis) στο αίμα. Μια ελαφρά κετοναιμία θεωρείται φυσιολογική και ακίνδυνη. Μπορεί να δημιουργηθεί και κατά τη διάρκεια νηστείας περιορισμένου χρονικού διαστήματος ή από δίαιτα φτωχή σε σάκχαρα. Τα κετονικά σώματα σε μέτριες συγκεντρώσεις δεν είναι επιβλαβή ούτε άχρηστα παραπροϊόντα, αφού μεταφέρονται από το ήπαρ με το αίμα στους περιφερειακούς ιστούς (μύες, καρδιά, νεφρά) καίγονται και αποδίδουν

ενέργεια. Όταν όμως δεκαπλασιαστεί η ποσότητά τους, τότε αποβάλλονται μέσω των νεφρών στα ούρα. Στην περίπτωση μεγάλων ποσοτήτων κετονικών σωμάτων, η κετοναιμία είναι επιβλαβής και επικίνδυνη διότι τα κετονικά σώματα είναι τοξικά και παρεμποδίζουν τη δράση ορισμένων ενζύμων και δεν αποβάλλονται σαν ελεύθερα οξέα από τα ούρα αλλά υπό μορφήν αλάτων, προκαλώντας έτσι απώλεια ιόντων (κυρίως Na). Η κετοξέωση (acidosis), όπως ονομάζεται το φαινόμενο αυτό, μπορεί να αποβεί επικίνδυνη και μοιραία.

Η αντιμετώπιση αυτής της πάθησης μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους. Κατ' αρχήν με προσθήκη ινσουλίνης, ενδοφλέβια, γιατί όταν ληφθεί από το στόμα υδρολύεται και δεν απορροφάται σωστά από το πεπτικό σύστημα .

Πέρα από την προσθήκη ινσουλίνης η πάθηση αντιμετωπίζεται με την κατάλληλη διατροφή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, όταν δηλαδή απαιτείται μια ειδική δίαιτα όπου στα τρόφιμα δεν πρέπει να περιέχονται ορισμένα συστατικά, αναφερόμαστε στα διαιτητικά τρόφιμα (dietetic foods). Στην περίπτωση του διαβήτη οι τροφές πρέπει να περιέχουν λίγα ή καθόλου σάκχαρα και λίγες θερμίδες. Τα σάκχαρα σ' αυτές τις περιπτώσεις αντικαθίστανται από ένα τεχνητό γλυκαντικό, Π.χ. σακχαρίνη, ή από σορβίτη, ή μαννιτόλη ή φρουκτόζη. Ο σορβίτης και η μαννιτόλη έχουν γλυκιά γεύση, απορροφώνται αργά από τον οργανισμό και αυξάνουν λίγο τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, αλλά δρουν σαν καθαρικά σε μεγαλύτερες ποσότητες. Η φρουκτόζη χρησιμοποιείται γιατί δε χρειάζεται τη δράση της ινσουλίνης για να μπει στη γλυκολυτική πορεία και απορροφάται βραδύτερα από τη γλυκόζη. Επιπλέον είναι πολύ γλυκύτερη από τη γλυκόζη και τη ζάχαρη και έτσι ικανοποιείται και η αίσθηση της γεύσης.

Υπάρχουν αρκετά διαιτητικά τρόφιμα όπως τρόφιμα "ελεύθερα υδατανθράκων" ή "χαμηλής περιεκτικότητας υδατανθράκων", "χαμηλής

περιεκτικότητας σε Να" κλπ. Όλα αυτά τα τρόφιμα πρέπει να περιέχουν ότι ακριβώς δηλώνεται και πρέπει να δίνεται πολλή προσοχή σ' αυτό, γιατί συνήθως προορίζονται για ασθενείς. Η παρασκευή και διάθεσή τους στην αγορά επιτρέπεται μόνο μετά από σχετική έγκριση.

Διαιτητικά τρόφιμα με την ένδειξη "για διαβητικούς" είναι:

Το "άλευρο για διαβητικούς", που σύμφωνα με τον Κώδικα Τροφίμων και Ποτών πρέπει να περιέχει 12% υδατάνθρακες κατ' ανώτατο όριο και 65% αζωτούχα κατ' ελάχιστο όριο (επί ξηράς ουσίας).

Τα "ζυμαρικά για διαβητικούς" και ο "άρτος για διαβητικούς" που περιέχουν 25% υδατάνθρακες κατ' ανώτατο όριο και 60% αζωτούχα κατ' ελάχιστο όριο (επί ξηράς ουσίας). (Δημόπουλος, Α. & Ανδρικόπουλος, Δ., 1996)

5.1.3 Ιατροφαρμακευτική Αντιμετώπιση

5.1.3.1 Υπογλυκαιμικά Χάπια

Στην αγωγή για την προφύλαξη της ζωής του ασθενούς και την υποχώρηση των συμπτωμάτων του, αλλά και την καλύτερη δυνατή ρύθμιση του διαβήτη συνιστάται φαρμακευτική αγωγή όπως υπογλυκαιμικά χάπια και ινσουλίνη.

Τα υπογλυκαιμικά χάπια δεν περιέχουν ινσουλίνη. Γενικά, οι ενδείξεις χορήγησης των εν λόγω χαπιών είναι για τους διαβητικούς με διαβήτη τύπου II, οι οποίοι δεν ρυθμίζονται με τη δίαιτα και άσκηση. Σε ένα αριθμό διαβητικών με την πάροδο του χρόνου τα χάπια δεν μπορούν να ενεργήσουν και η χορήγηση ινσουλίνης είναι η μόνη εναλλακτική οδός φαρμακευτικής αγωγής. Επιπρόσθετα, υπάρχουν περίοδοι, π.χ. στη διάρκεια σοβαρής ασθένειας ή εγχείρισης που η θεραπεία με χάπια αντικαθίσταται προσωρινά με ινσουλίνη. (Μυγδαλης Η., 1996)

5.1.3.2 Ινσουλίνη

Στην φαρμακευτική αγωγή για την προφύλαξη της ζωής του ασθενούς και την καλύτερη δυνατή ρύθμιση του διαβήτη συνιστάται η χορήγηση ινσουλίνης.

Η ινσουλίνη μπορεί να δοθεί μόνο με ένεση, γιατί καταστρέφεται στο στομάχι, αν χορηγηθεί από το στόμα. Η θεραπεία με ινσουλίνη ενδείκνυται απόλυτα στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, στην εγκυμοσύνη, και στη διαβητική οξέωση. Σχετικές ενδείξεις χορήγησης ινσουλίνης είναι: οι χειρουργικές επεμβάσεις, οι λοιμώξεις, η νεφρική ανεπάρκεια, η αποτυχία στη θεραπεία με υπογλυκαιμικά χάπια.

Στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, η χορήγηση ινσουλίνης γίνεται εφ' όρου ζωής. Στις άλλες περιπτώσεις χορηγείται για όσο διάστημα υπάρχει η σχετική ένδειξη. Έτσι, σε κάποια λοίμωξη (π.χ. ουρολοίμωξη) ή σε μια χειρουργική επέμβαση, το διαβητικό άτομο μπορεί να κάνει ινσουλίνη για κάποιο διάστημα και μετά να επανέλθει στην προηγούμενή του θεραπεία (δίαιτα ή δίαιτα και υπογλυκαιμικά δισκία) (Μυγδαλης, Η., 1996).

Η ινσουλίνη αποτελεί τη θεραπεία εκλογής στην περίπτωση του ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη. Όμως, νεότερα δεδομένα δείχνουν ότι πιθανόν να δρα προστατευτικά και σε άτομα που έχουν προδιάθεση να εμφανίσουν διαβήτη (Βαζαίου, 2001).

Τα τελευταία χρόνια πολλοί ερευνητές έχουν επικεντρωθεί στην ανεύρεση μεθόδων που θα τους επιτρέψει να προβλέπουν με μεγάλη ακρίβεια την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη αλλά και να παρεμβαίνουν θεραπευτικά με στόχο την πρόληψη αυτού. Μία ουσία η οποία πιστεύεται από πολλούς επιστήμονες ότι παίζει καθοριστικό ρόλο και μπορεί ενδεχόμενα να χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη της νόσου είναι η ινσουλίνη (Βαζαίου, 2001).

5.2 Ψυχιατρική Αντιμετώπιση

Υπάρχει ένα ποσοστό νεαρών διαβητικών νεαρών, 1%, το οποίο παρουσιάζει μεγάλη δυσκολία στο να έχει καλό μεταβολικό έλεγχο και ταλαιπωρείται με αλληπάλληλα επεισόδια υπογλυκαιμίας ή κετοοξέωσης.

Η ύπαρξη του «εύθραυστου διαβήτη», οφείλεται σε διάφορους οργανικούς λόγους, όπως η κυμαινόμενη υποδόρια απορρόφηση της ινσουλίνης, αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης, απρόβλεπτη απελευθέρωση ελεύθερης ορμόνης από τα αντισώματα που δεσμεύουν ινσουλίνη στο κυκλοφορικό σύστημα κ.ά (Τσιαντής, I., 1993).

Το άγχος και η κατάθλιψη προοιωνίζουν την ύπαρξη κακού μεταβολικού ελέγχου και αυτό δείχνει ότι η ασθένεια δεν είναι αποδεκτή από τον έφηβο διαβητικό. Η κακή ρύθμιση του διαβήτη και η είσοδος στο νοσοκομείο μπορεί να είναι ένας τρόπος για να αποφύγει ο έφηβος την οικογένειά του ή το άγχος που του προκαλεί η ψυχοσεξουαλική του εξέλιξη, το οποίο προσπαθεί να μειώσει μέσω της αναστολής της αύξησής του. Συνήθως κακά ρυθμιζόμενο διαβήτη έχουν κορίτσια στην εφηβεία, με αυξημένο βάρος και με αυξημένες δόσεις ινσουλίνης. Η ίδια η ασθένεια είναι μια πηγή στρες για ορισμένους εφήβους.

Επομένως, δεν είναι μόνον οργανικοί οι παράγοντες που δημιουργούν κακό μεταβολικό έλεγχο, αλλά και ψυχολογικοί, και ίσως μερικές φορές ο συνδυασμός τους. Ο διαβήτης είναι κατεξοχήν ασθένεια κατά την οποία η ψυχοπαθολογία επηρεάζει και επηρεάζεται από τη φυσιοπαθολογία. Ο «εύθραυστος διαβήτης» δείχνει την ψυχολογική διαταραχή που προέρχεται από την προσπάθεια προσαρμογής σε ένα απαιτητικό περιβάλλον και σε μια απαιτητική ασθένεια(Τσιαντής, I., 1993).

Γι' αυτό και συνιστάται αμέσως μετά τη διάγνωση του διαβήτη την ψυχολογική εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειάς του, για να

εκτιμηθεί τι είδους επίδραση έχει η ασθένεια επάνω τους και να δοθούν οι ανάλογες συμβουλές. Η ψυχιατρική εκτίμηση και η θεραπεία είναι απαραίτητη για τους εφήβους που έχουν κακό μεταβολικό έλεγχο.

Εάν διαπιστωθεί ύπαρξη κατάθλιψης, η θεραπεία επιτυγχάνεται μέσω της φαρμακευτικής θεραπείας και της ψυχοθεραπείας. Υπάρχουν διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Ανάλογα με το θεωρητικό μοντέλο στο οποίο βασίζεται η ψυχοθεραπεία επικεντρώνεται στη διερεύνηση και αντιμετώπιση των παθογόνων ενδοψυχικών παραγόντων (π.χ. των ασυνείδητων διεργασιών), στην τροποποίηση της συμπεριφοράς και του αρνητικού τρόπου αξιολόγησης του εαυτού και της πραγματικότητας που συμβάλλουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης, καθώς και στην ανάπτυξη διαπροσωπικών δεξιοτήτων και στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων. Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στη λειτουργία της οικογένειας φέρνει επίσης σημαντικά αποτελέσματα. Η διάρκεια και η συχνότητα της ψυχοθεραπείας εξαρτάται από τη διάρκεια, την ένταση και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Ο συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας φέρνει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. (Τσαμασίρος, Γ., 2001)

Ακόμη και στην περίπτωση που δεν διαπιστώνεται κατάθλιψη, η συνδρομή ενός ειδικού είναι, αδιαμφισβήτητα, χρήσιμη ιδιαίτερα όταν αυτή πραγματοποιείται παράλληλα με την συνδρομή του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Η οικογενειακή θεραπεία, με την οποία ενθαρρύνεται η αυτονομία του εφήβου και επιδεικνύονται τρόποι επίλυσης συγκρούσεων, μπορεί να αποδειχθεί πολύ ωφέλιμη. (Τσιαντής, Ι., 1993). Με αυτό τον τρόπο ενδυναμώνεται η ψυχολογία και ενισχύεται η αυτοεκτίμηση των εφήβων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Αυτό που πρέπει πρώτα από όλα να γίνει κατανοητό από το περιβάλλον του ασθενή, είναι, ότι ένας

διαβητικός, εξακολουθεί να είναι ένας άνθρωπος που μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, να διατηρήσει την ανεξαρτησία του και να αναλάβει, ο ίδιος προσωπικά, με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, την ευθύνη για την προάσπιση της υγείας του (Φρεγγίδου, Ε., 2006).

Επίσης για την ψυχιατρική θεραπεία του εφήβου που έχει κακό μεταβολικό έλεγχο χρησιμοποιείται η ψυχιατρικού τύπου ψυχοθεραπεία βραχείας διάρκειας. Αυτού του είδους η θεραπεία γίνεται κατά την διάρκεια μιας παρατεταμένης νοσηλείας του εφήβου με συχνά επεισόδια κετοοξέωσης ή υπογλυκαιμίας και εισαγωγής εξαιτίας αυτών.

Έχουν προταθεί διάφορες μέθοδοι ψυχολογικής θεραπείας για την ανάπτυξη της συνεργασιμότητας των διαβητικών ασθενών. Για ενήλικες που είναι σοβαρά ανυποχώρητοι και η επιμονή άρνησης τους να ακολουθήσουν ιατρικές συμβουλές έχει οδηγήσει στον "αρρυθμιστο διαβήτη", οι Boehmert & Porkin έχουν συστήσει μια θεραπευτική προσέγγιση, η οποία μετά την αντιμετώπιση της κρίσης, ακολουθείται από τυπική ψυχοθεραπεία.

Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι να καταδείξει στον έφηβο ότι υπάρχουν ασυνείδητες συγκρούσεις και παθολογικές άμυνες οι οποίες δημιουργούν ψυχολογική διαταραχή και συγχρόνως οδηγούν σε κακό Χειρισμό της διαβητικής αγωγής. (Σπινάρης Β., 1998)

Στα εξωτερικά ιατρεία ως τρόπος παρέμβασης χρησιμοποιείται η θεραπεία ομάδας βραχέως τύπου. Παράλληλα λειτουργούν και ομάδες γονέων και εφήβων. Στην ομάδα ο έφηβος δέχεται υποστήριξη από τους άλλους εφήβους και ξεπερνάει το φόβο του για την αποκάλυψη του μυστικού όταν ο διαβήτης είναι μυστικό, βλέπει και ταυτίζεται με τις αντιδράσεις και τον τρόπο επίλυσης προβλημάτων που παρουσιάζονται, εκφράζει τους φόβους του για το σώμα του και για το μέλλον, μαθαίνει να απαντά με θετικό τρόπο στις ερωτήσεις για το διαβήτη και τέλος

δέχεται ανανεωμένες γνώσεις και καθοδήγηση για το χειρισμό της ασθένειας.

Επίσης έχουν αναπτυχθεί ποικίλες επεμβάσεις ομαδικής ψυχοθεραπείας για την βελτίωση της αντιμετώπισης του διαβήτη. Οι επεμβάσεις αυτές διαφέρουν από τα περισσότερα παραδοσιακά προγράμματα ομαδικής θεραπείας, καθώς κατά τη διάρκειά τους χρησιμοποιούνται αρκετές συνεδρίες για να στοχεύσουν ένα ή περισσότερους τρόπους συμπεριφοράς, ατομικής φροντίδας ή ψυχολογικούς παράγοντες που συνδέονται με την συμπεριφορά συνεργασιμότητας. Ένα τυπικό πρόγραμμα μπορεί να συνεδριάζει για 12-16 εβδομάδες, 1 - 2 φορές την εβδομάδα, παράλληλα μπορεί να λειτουργεί ομάδα γονέων διαβητικών καθώς και μεικτές ομάδες ασθενών και των γονέων τους. (Σπινάρης Β., 1998)

Ένας άλλος τρόπος ψυχολογικής θεραπείας είναι με την «εμπύχωση» ή την «ενδυνάμωση» των ασθενών, π.χ. η ενθάρρυνσή τους να αναλαμβάνουν προσωπική ευθύνη αντιμετώπισης του διαβήτη τους. Τέτοια προγράμματα στοχεύουν να βελτιώσουν την ικανότητα του ασθενή να αναγνωρίσει και να θέσει ρεαλιστικούς στόχους, να αναζητήσει τρόπους λύσης των προβλημάτων, να αναπτύξει γενικότερα πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση, να χειρισθεί το άγχος (stress) εποικοδομητικά, να αυξήσει τα επίπεδα κοινωνικής στήριξης και να βελτιώσει τα προσωπικά του κίνητρα.

Οι διαβητικοί μπορεί να ωφεληθούν σημαντικά από τον ανερχόμενο κλάδο της Ψυχολογίας της Υγείας (Health Psychology), στα πλαίσια του οποίου, προάγεται και διατηρείται η υγεία, καθώς αναπτύσσονται συνήθειες και συμπεριφορές που την προστατεύουν. Με αυτό τον τρόπο προλαμβάνεται και η ολιστική θεραπεία της εμφάνισης ασθενειών. Η συνεισφορά αυτού του κλάδου είναι ιδιαίτερα σημαντική σε χρόνιες ασθένειες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης.

Με την ψυχολογία της Υγείας, κατανοούνται και ερμηνεύονται οι λανθασμένες και διαστρεβλωμένες αντιλήψεις των διαβητικών για την ασθένεια τους. Οι ασθενείς έχουν πολλές και ποικίλες αντιδράσεις όταν τους ανακοινώνεται ότι πάσχουν από μια ανίατη ασθένεια. Κάποιοι αντιμετωπίζουν με νηφαλιότητα το απρόσμενο και δυσάρεστο γεγονός, ενώ άλλοι αδυνατούν να το αποδεχτούν υιοθετώντας συμπεριφορές που επιβαρύνουν την υγεία τους. Άλλοι πάλι έφηβοι «εθελουφλούν» μπροστά στα συμπτώματα τις ασθένειάς τους, δεν συμμορφώνονται με την ιατρική αγωγή και αποφεύγουν να έρθουν αντιμέτωποι με το πρόβλημα ώστε να το αντιμετωπίσουν. Ρόλος του ψυχολόγου είναι να διερευνήσει από που πηγάζει αυτή η συμπεριφορά προκειμένου να προσπαθήσει στο επόμενο στάδιο των ενεργειών του να «καταπολεμήσει» ό,τι παρεμποδίζει την προώθηση της υγείας του ασθενούς (Φρεγγίδου Ε., 2006).

Επίσης, ο ψυχολόγος, σε στενή συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και με άλλους ειδικούς ψυχικής υγείας, βοηθά τα άτομα με κάποια προδιάθεση στην εμφάνιση της νόσου να μειώσουν την πιθανότητα εκδήλωσης του σακχαρώδους διαβήτη.

Επίσης μέσω της ψυχοθεραπείας, ενισχύονται οι ικανότητες και οι δεξιότητες του ασθενή προκειμένου να μπορεί να αυτοδιαχειρίζεται τη νόσο του (self-management). Το θέμα της αυτοδιαχείρισης είναι φλέγον σε μια ανίατη ασθένεια όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Οι διαβητικοί αισθάνονται συχνά ότι γίνονται «βάρος» στους δικούς τους ανθρώπους, γεγονός που παράλληλα μειώνει την αυτοεκτίμησή τους και τους καθιστά εξαρτώμενους, πρακτικά και συναισθηματικά από άτομα του οικείου περιβάλλοντός τους. Με τέτοια προγράμματα παρέμβασης οι διαβητικοί εκπαιδεύονται κατάλληλα ώστε να γίνουν αυτόνομοι, να ελέγχουν οι ίδιοι τις διατροφικές τους επιλογές και ακόμα, να διαχειρίζονται θέματα

όπως το στρες και οι διαταραχές διάθεσης που είναι συνήθεις επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη.

Επιπλέον, με την Ψυχολογία της υγείας, βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών στο νοσοκομειακό χώρο και αυξάνεται η ικανοποίησή του από τις θεραπευτικές μεθόδους που εφαρμόζει το προσωπικό.

Γενικότερα με τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις βελτιώνονται οι σχέσεις του ασθενή τόσο με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και με το οικογενειακό του περιβάλλον (Φρεγγίδου Ε., 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των ψυχολογικών επιπτώσεων του ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη στους νέους ηλικίας από 12 έως 18 ετών.

Στόχοι:

- Να σκιαγραφηθούν οι πιθανές αρνητικές συνέπειες του διαβήτη στην κοινωνική και ψυχολογική ανάπτυξη του νέου.
- Η ενδεχόμενη μείωση της ποιότητας ζωής του νέου και οι σοβαρές αλλαγές που θα επέλθουν λόγω του διαβήτη
- Οι αυξομειώσεις της ενεργητικότητας του διαβητικού και η επιρροή της στη συμπεριφορά του νέου.
- Η προσαρμοστικότητα του ατόμου αλλά και της οικογένειας του απέναντι στα νέα δεδομένα που δημιουργούνται εξαιτίας του διαβήτη, π.χ. η δυσκολία προσέγγισης του αντίθετου φύλου, ο γονικός έλεγχος.

Παρόλο που η παρούσα έρευνα είναι πιλοτική και γίνεται κύρια για εκπαιδευτικούς λόγους, τα αποτελέσματα της μπορούν να δώσουν μια πρώτη εικόνα, για τις πιθανές επιπτώσεις μιας χρόνιας ασθένειας στη ζωή ενός νέου, κάτι που πιθανά να βοηθήσει τόσο εμάς όσο και άλλους επαγγελματίες στη βαθύτερη κατανόηση των διαβητικών ασθενών.

Αναμφισβήτητα η γνώση αυτή αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της φιλοδοξίας των κοινωνικών λειτουργών και του επαγγελματικού τους

σκοπού στο να παρέχουν υπηρεσίες οι οποίες προάγουν την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και εξέλιξη του ατόμου.

2. Μεθοδολογία και Σχεδιασμός της έρευνας

Για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε η διερευνητική-περιγραφική μέθοδος εργασίας. Διερευνητική-περιγραφική είναι η επιστημονική έρευνα που κύριο χαρακτηριστικό της είναι ο χαμηλός βαθμός- η απουσία- περιοριστικών ελέγχων και ρυθμιστικών παρεμβάσεων εκ μέρους του ερευνητή. Η διερευνητική έρευνα διενεργείται στο φυσικό περιβάλλον των υποκειμένων, με μεθοδολογικό τρόπο ευέλικτο- αναγνωριστικό και περιορίζεται, κατά κύριο λόγο, στην παρατήρηση και καταγραφή των διαφόρων εκφράσεων του φαινομένου- και όχι στην ερμηνεία του, καθορίζοντας αιτιώδεις σχέσεις που το διέπουν και στη γενίκευση των ευρημάτων σε ευρύτερα ομοειδή σύνολα.»(Παρασκευόπουλος 1993, σελ132).

Η επιλογή της συγκεκριμένης στρατηγικής έγινε για τους ακόλουθους λόγους:

- γιατί οι ερευνητές δε διαθέτουν τις εξειδικευμένες γνώσεις και την κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή για μια ποιο εξειδικευμένη διερεύνηση του θέματος
- γιατί η διερευνητική στρατηγική χρησιμοποιείται για να εντοπίσει γενικές τάσεις και πιθανές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών του ερευνητικού προβλήματος. Η διερεύνηση επίσης αυτής της έρευνας έχει καθαρά εκπαιδευτικό χαρακτήρα.
- γιατί στην παρούσα έρευνα θέλαμε να δώσουμε μια εικόνα των επιπτώσεων του Σακχαρώδη διαβήτη στους νέους χωρίς να ερμηνεύσουμε τις επιπτώσεις αυτές σε σχέση με τον εντοπισμό ενδεχόμενων αιτιωδών σχέσεων.

Ως εργαλείο διεξαγωγής της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο, ενώ η ανάλυση των ευρημάτων της έρευνας μέσω του ερωτηματολογίου έγινε με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή με το πρόγραμμα SPSS από ειδικό στατιστικολόγο.

3. Πληθυσμός

Τα κριτήρια με τα οποία επιλέχθηκε ο πληθυσμός της έρευνας ήταν καταρχάς έφηβοι ηλικίας 12 έως 18 ετών και δεύτερον να πάσχουν από Νεανικό Σακχαρώδη Διαβήτη.

Τα άτομα συμμετείχαν με τη θέληση τους και σε ορισμένες περιπτώσεις έπρεπε να υπάρχει και η συγκατάθεση του γονέα, ενώ η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν αφού πρώτα ενημερώνονταν για το σκοπό, το περιεχόμενο της έρευνας και φυσικά από ποίους διενεργείται.

Ο τόπος πραγματοποίησης της έρευνας ήταν η Αθήνα, θεωρήθηκε ως το καταλληλότερο περιβάλλον μιας και διαμένει η πλειοψηφία του Ελληνικού πληθυσμού. Συνυπολογίστηκε φυσικά και η χρονική περίοδος, μέσα Ιουλίου με αρχές Σεπτεμβρίου, κατά την οποία μεγάλο μέρος πολιτών ήταν σε διακοπές, οπότε στην Αθήνα υπήρχαν περισσότερες πιθανότητες να συμπληρωθεί ένας ικανοποιητικός αριθμός ερωτηματολογίων. Τέλος ο χώρος ήταν το νοσοκομείο «Αγλαΐα Κυριακού Παίδων», ένα μεγάλο νοσοκομείο κοντά στο κέντρο της Αθήνας, που λόγω της θέσης του παρείχε μεγαλύτερο εύρος υποψηφίων.

4. Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας το αποτελούσαν 35 νέοι/ες πάσχοντες από Νεανικά Σακχαρώδη Διαβήτη, από τους οποίους μόνο οι 30 θεωρήθηκε ότι μπορούν να παρέχουν αξιόπιστες πληροφορίες, και που παρακολουθούνταν από γιατρούς του νοσοκομείου «Αγλαΐα Κυριακού Παίδων».

5. Υποθέσεις

- Νέοι/νέες που παράλληλα με την ιατρική επίβλεψη και θεραπευτική αγωγή, παρακολουθούνται και βοηθούνται στη διαχείριση των συναισθημάτων τους θα έχουν καλύτερη ρύθμιση του διαβήτη τους.
- Άτομα που ζουν μέσα σ' ένα ευαισθητοποιημένο και ενημερωμένο περιβάλλον, όσον αφορά τις επιπλοκές που προέρχονται από το διαβήτη, θα έχουν λιγότερες πιθανότητες να τις αποκτήσουν ή ακόμα και αν συμβεί κάτι τέτοιο η διάγνωση και αντιμετώπιση θα είναι αμεσότερη.
- Οι οικογένειες που αποδέχονται και παρακινούν το ή τα διαβητικό/α μέλος/ει, αντιμετωπίζοντας την κατάσταση με ψυχραιμία, δε θα έχουν ανεξέλεγκτες συναισθηματικές αντιδράσεις από το μέρος του παιδιού και θα υπάρχει μικρότερος κίνδυνος να παρουσιάσουν κατάθλιψη στο μέλλον.

6. Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελείται από 18 ερωτήσεις. Όπως έχει ήδη επισημανθεί, οι ερωτήσεις αυτές απευθύνθηκαν στους νέους/ες ηλικίας 12 έως 18 ετών με διαβήτη (τύπου I) και που παρακολουθούνταν ιατρικά από το διαβητολογικό κέντρο του νοσοκομείου Αγλαΐα Κυριακού. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 3 μέρη:

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από τις ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από ερωτήσεις που αναφέρονται διερεύνηση της λειτουργικότητας των νέων σε κοινωνικό επίπεδο καθώς επίσης και ερωτήσεις αναφορικά με το ρόλο των γονέων στη διαχείριση του διαβήτη.

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου, αφορά την διερεύνηση του κατά πόσο ο διαβήτης επηρεάζει συναισθηματικά τους ερωτώμενους.

7. Περιορισμοί της έρευνας

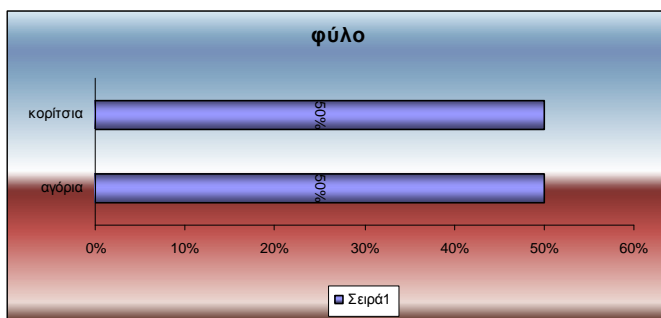
Όπως αρχικά είχαμε διευκρινίσει η έρευνα αυτή είναι πιλοτική-διερευνητική με περιορισμένο δείγμα. Αυτό σημαίνει ότι τα αποτελέσματα της δεν μπορούν να εξάγουν συμπεράσματα βαρύτητας ίσης όπως αυτά που προέρχονται από μια σε βάθος μελέτη-έρευνα και που θα μπορούσαν να αφορούν τον γενικότερο πληθυσμό των διαβητικών νέων. Ο εκπαιδευτικός χαρακτήρας αυτής της μελέτης λοιπόν μας επιτρέπει να δώσουμε μόνο κάποια πιθανά στοιχεία και συμπεράσματα που όμως χρίζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Επιπλέον, η έρευνα αυτή περιορίστηκε στην καταγραφή των ενδεχόμενων ψυχολογικών επιπτώσεων του διαβήτη στους νέους και δεν συμπεριέλαβε καθόλου στους αρχικούς της σκοπούς την διερεύνηση των πιο συγκεκριμένων αιτιών ή αιτιωδών σχέσεων.

Στους πίνακες που παρατίθενται τα αποτελέσματα κάθε μιας ερώτησης υπάρχουν αριθμητικές και ποσοστιαίες συχνότητες των απαντήσεων που δώσανε οι ερωτηθέντες και ακολουθεί γραπτή αναφορά των αποτελεσμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

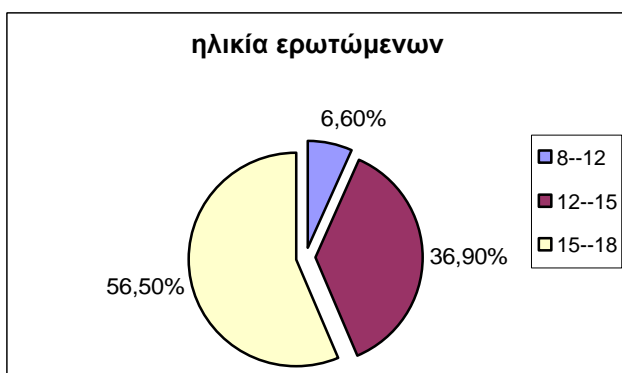
1. το φύλο των ερωτώμενων νέων με διαβήτη τύπου Ι



(πίνακας 1) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Από τους ερωτώμενους νέους οι 15 (50%) ήταν αγόρια και το αντίστοιχο ποσοστό (50%) ήταν κορίτσια.

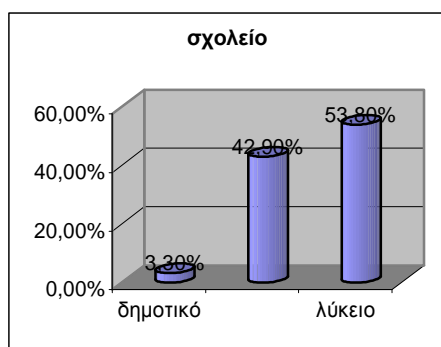
2. η ηλικία των ερωτώμενων



(πίνακας 2) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Στον πίνακα 2 φαίνονται οι ηλικίες των ερωτώμενων. Από τους ερωτώμενους 2 (6,6%) ήταν ηλικίας 8-12 ετών, οι 11 (36,9%) ήταν 12-15 ετών και οι 17 (56,5%) ήταν ηλικίας 15-18 ετών.

3. Σε ποια τάξη του σχολείου φοιτούν οι ερωτώμενοι

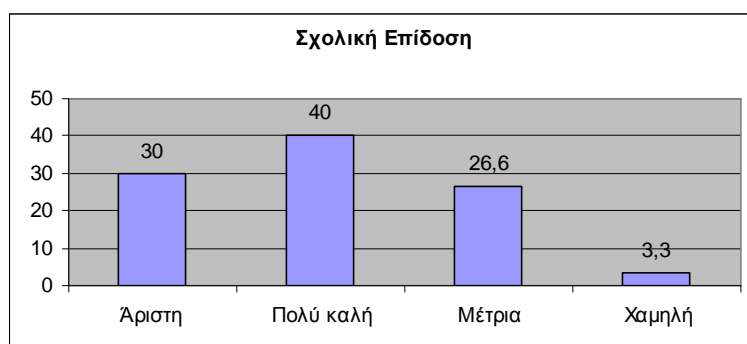


(πίνακας 2) Στατιστολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Οι 15 από τους ερωτώμενους φοιτούσαν στο Λύκειο (53,8%), οι 13 (42,9%) φοιτούσαν στο Γυμνάσιο και ένας ερωτώμενος στο Δημοτικό 3,3%.

Ένας από τους ερωτώμενους δεν απάντησε στην ερώτηση.

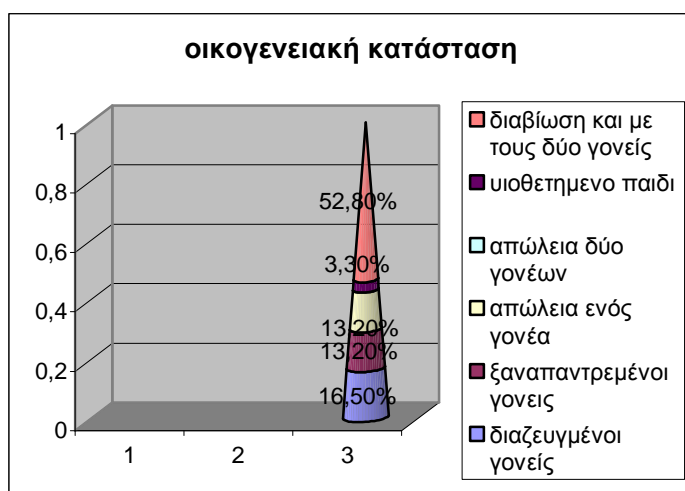
4. Σχολική επίδοση ερωτώμενων



(πίνακας 3) Στατιστολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Από τους ερωτώμενους οι 9 (30%) δήλωσαν ότι έχουν άριστη επίδοση στο σχολείο, οι 12 (40%) πολύ καλή, οι 8 (26,6%) μέτρια και ένας (3,4%) ερωτώμενος δήλωσε ότι έχει χαμηλή επίδοση

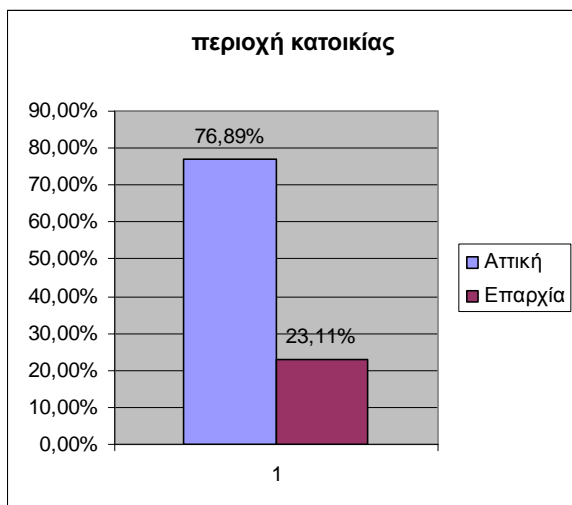
5. Οικογενειακή κατάσταση



(πίνακας 4) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Οι 16 ερωτώμενοι (52,8%) δήλωσαν ότι ζουν και με τους δύο γονείς τους, 5 από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι έχουν διαζευγμένους γονείς (16,5%), οι 4 (13,2%) δήλωσαν ότι έχουν χάσει έναν γονέα και αντίστοιχα 4 (13,2%) δήλωσαν ότι οι γονείς τους είναι για δεύτερη φορά παντρεμένοι. Ένας από τους ερωτώμενους (3,3%) δήλωσε ότι είναι υιοθετημένο παιδί.

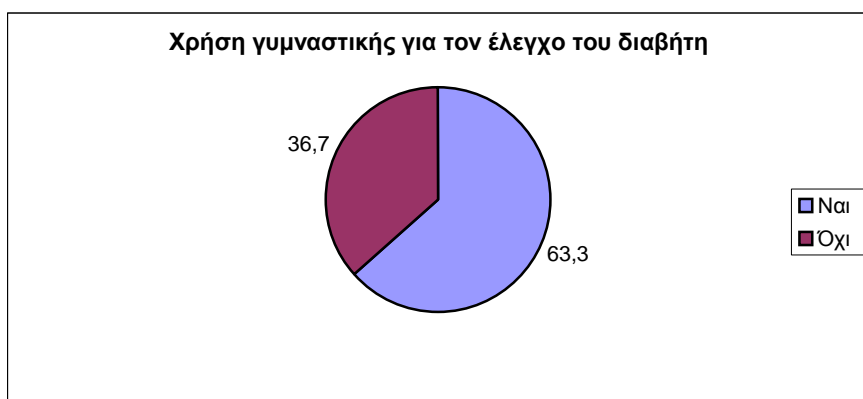
6. Περιοχή κατοικίας



(πίνακας 5) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Από τους ερωτώμενους οι 23 (76,89%) δήλωσαν ότι είναι κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής Αττικής και οι υπόλοιποι 7 (23,11%) δήλωσαν κάτοικοι επαρχίας. (πίν. 5)

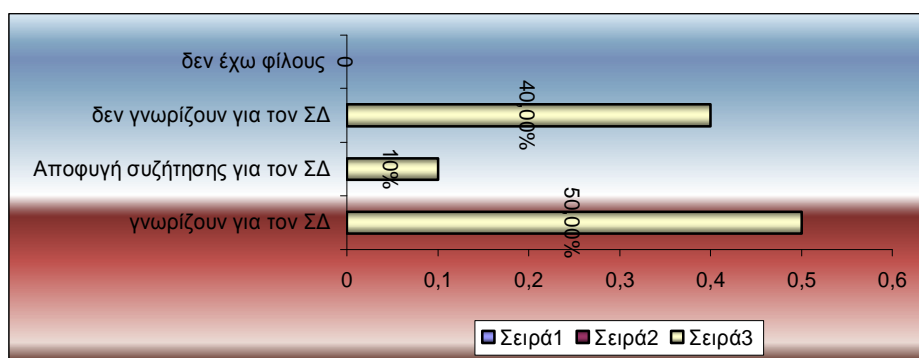
7. Χρήση γυμναστικής για τον έλεγχο του διαβήτη



(Πίνακας 6) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Οι 19 ερωτώμενοι (63,3%) δήλωσαν ότι κάνουν γυμναστική για τον έλεγχο του διαβήτη τους, ενώ οι 11 (36,7%) απάντησαν αρνητικά.

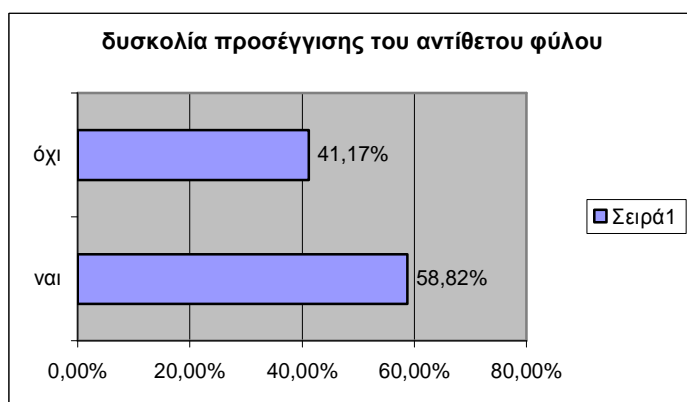
8. Γνωστοποίηση του διαβήτη στους φίλους του ερωτώμενου



(Πίνακας 7) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Από τους ερωτώμενους οι 15 (50%) δήλωσαν ότι οι φίλοι τους γνωρίζουν ότι έχουν διαβήτη, ωστόσο οι 12 (40%) απάντησαν ότι οι φίλοι τους δεν το γνωρίζουν ενώ αντίστοιχα οι 3 (10%) δήλωσαν ότι τους το έχουν γνωστοποιήσει αλλά αποφεύγουν να το συζητάνε περισσότερο. Κανένας ερωτώμενος δεν δήλωσε ότι δεν έχει φίλους.

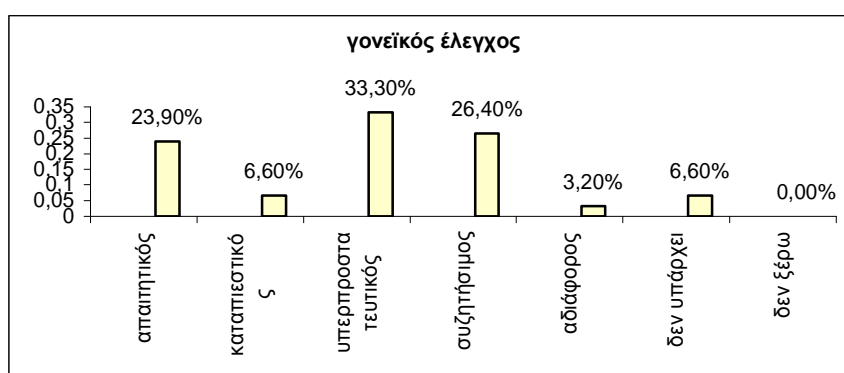
9. δυσκολία προσέγγισης του αντίθετου φύλου λόγω διαβήτη



(Πίνακας 8) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Από τους ερωτώμενους μόνο οι 17 απάντησαν στην ερώτηση. Από αυτούς που απάντησαν στην ερώτηση, οι 10 (58,82%) δήλωσαν ότι δυσκολεύονται να προσεγγίσουν το αντίθετο φύλο λόγω του διαβήτη, ενώ οι 7 (41,7%) απάντησαν αρνητικά.

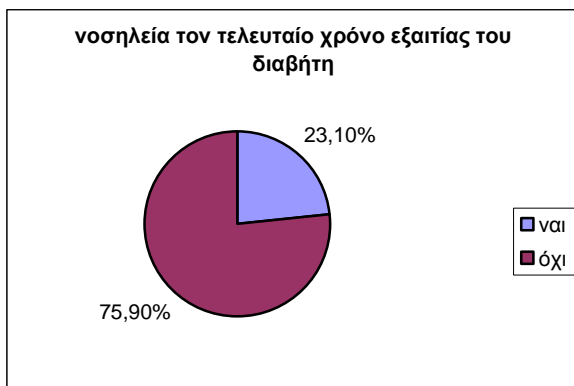
10. Γονεϊκός έλεγχος του διαβήτη των ερωτώμενων



(Πίνακας 9) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Από τους ερωτώμενους, οι 10 (33,3%) δήλωσαν ότι οι γονείς τους είναι υπερπροστατευτικοί, οι 8 (26,4%) δήλωσαν ότι οι γονείς τους είναι συζητήσιμοι, οι 7 (23,9%) δήλωσαν ότι είναι απαιτητικοί, οι 2 δήλωσαν ότι είναι καταπιεστικοί και αντίστοιχα το ίδιο ποσοστό (6,6%) δήλωσαν ότι δεν υπάρχει έλεγχος από τους γονείς τους. Ένας ερωτώμενος (3,2%) δήλωσε ότι οι γονείς τους είναι αδιάφοροι.

11. Νοσηλεία του ερωτώμενου τον τελευταίο χρόνο λόγω διαβήτη



(Πίνακας 9) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Οι 23 (75,9%) ερωτώμενοι δήλωσαν ότι τον τελευταίο χρόνο δεν έχουν νοσηλευτεί λόγω του διαβήτη ενώ οι 7 (23,1%) δήλωσαν ότι έχουν νοσηλευτεί.

12. Τα συναισθήματα των ερωτώμενων επηρεαζόμενα από τον διαβήτη

12^α) Συναίσθημα απελπισίας και αδιεξόδου

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	4	13,3
ΟΧΙ	26	86,7
Σύνολο	30	100

(Πίνακας 10) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Τέσσερις από τους ερωτώμενους (13,3%) δήλωσαν ότι έχουν συναισθήματα απελπισίας και αδιεξόδου. (Πιν.10)

12β) Ιδέες ενοχής

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	4	13,3
ΟΧΙ	26	86,7
Σύνολο	30	100

(Πίνακας 11) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Τέσσερις από τους ερωτώμενους (13,3%) δήλωσαν ότι έχουν ιδέες ενοχής.

12γ) Μείωση ενδιαφερόντων

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	8	33,3
ΟΧΙ	22	66,7
Σύνολο	30	100

(Πίνακας 12) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Οκτώ από τους ερωτώμενους (33,3%) δήλωσαν ότι έχουν μείωση ενδιαφερόντων

12γ) Ξέσπασμα σε κλάματα

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	8	26,6
ΟΧΙ	22	73,3
Σύνολο	30	100

(Πίνακας 13) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Από τους ερωτώμενους οι 8 (33,3%) δήλωσαν ότι ξεσπούν σε κλάματα.

12δ) Άγχος

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	15	50
ΟΧΙ	15	50
Σύνολο	30	100

(Πίνακας 14) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Οι 15 (50%) ερωτώμενοι δήλωσαν ότι έχουν άγχος

12ε) Απομόνωση

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	4	13,3
ΟΧΙ	26	86,7
Σύνολο	30	100

(Πίνακας 15) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Οι 4 ερωτώμενοι (13,3%) αισθάνονται απομονωμένοι

12στ) Προσωπική παραμέληση

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	8	26,6
ΟΧΙ	22	73,3
Σύνολο	30	100

(Πίνακας 16) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Οι 8 ερωτώμενοι (26,6%) δήλωσαν ότι παραμελούν τον εαυτό τους.

12ζ) Αϋπνία

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	8	26,6
ΟΧΙ	22	73,3
Σύνολο	30	100

(Πίνακας 17) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Οκτώ από τους ερωτώμενους (26,6%) δήλωσαν ότι έχουν αϋπνίες.

12η) Υποτίμηση προσωπικών αναγκών

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	8	26,6
ΟΧΙ	22	73,3
Σύνολο	30	100

(Πίνακας 18) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Οκτώ από τους ερωτώμενους (26,6%) δήλωσαν ότι υποτιμούν τις προσωπικές τους ανάγκες.

12θ) Κόπωση

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	17	56,6
ΟΧΙ	13	43,3
Σύνολο	30	100

(Πίνακας 19) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

17 (56,6%) από τους ερωτώμενους δήλωσαν να έχουν κόπωση.

12ι) ελαττωμένη ικανότητα συγκέντρωσης

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	11	36,6
ΟΧΙ	19	63,3
Σύνολο	30	100

(Πίνακας 20) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Οι 11 (36,6%) ερωτώμενοι δήλωσαν ότι έχουν ελαττωμένη ικανότητα συγκέντρωσης.

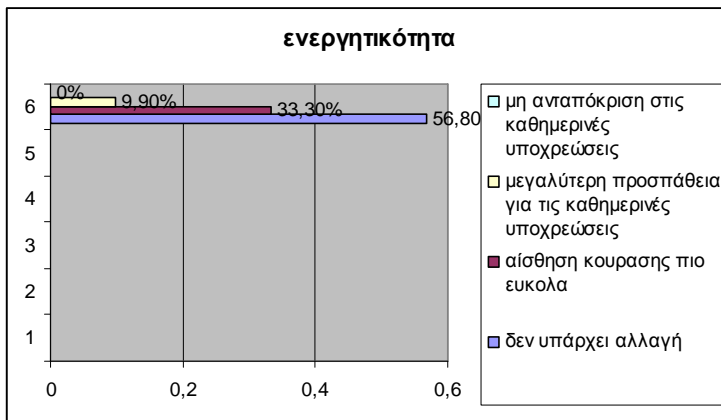
12κ) θυμός

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	3	10
ΟΧΙ	27	90
Σύνολο	30	100

(Πίνακας 21) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι μόνο 3ερωτώμενοι δήλωσαν ότι έχουν θυμό λόγο του διαβήτη

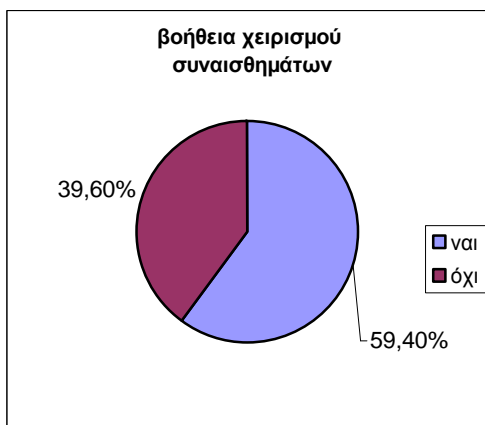
13. ενεργητικότητα ερωτώμενων



(Πίνακας 22) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (56,8%) δεν ανέφεραν καμία αλλαγή στην ενεργητικότητά τους. Ωστόσο οι 10 (33,3%) δήλωσαν ότι κουράζονται πιο εύκολα, και οι 3 (9,9%) δήλωσαν ότι καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια για τις καθημερινές τους υποχρεώσεις.

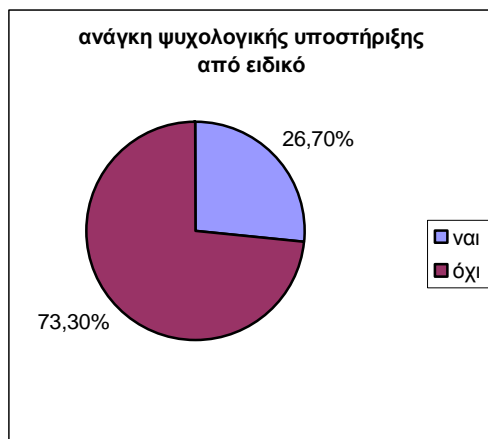
14. Ζήτησες βοήθεια προκειμένου να χειριστείς τα συναισθήματά σου;



(Πίνακας 23) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (63.3 %) δήλωσαν ότι δεν έχουν ζητήσει βοήθεια προκειμένου να χειριστούν τα συναισθήματά τους. Αντίστοιχα, οι 11 (36.7%) δήλωσαν ότι έχουν ζητήσει.

15. Έχεις χρειαστεί ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό για την αντιμετώπιση του διαβήτη;



(Πίνακας 24) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων 22 (73,3%) δήλωσαν ότι δεν έχει χρειαστεί να ζητήσουν βοήθεια από ειδικό ενώ οι 8 (26,7%) δήλωσαν ότι έχουν ζητήσει βοήθεια από ειδικό.

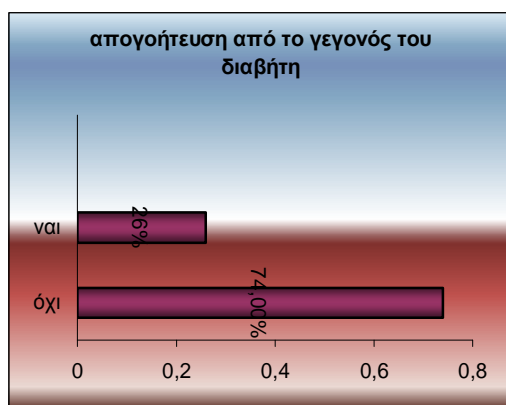
16. Αναστολή κοινωνικών δραστηριοτήτων



(Πίνακας 25) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων 25 (83,3%) δήλωσαν ότι ο διαβήτης τους εμποδίζει από τις συνήθειες κοινωνικές τους δραστηριότητες ενώ οι 5 (16,7%) απάντησαν αρνητικά.

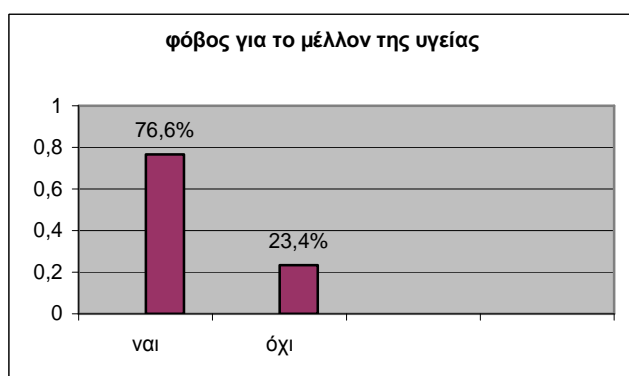
17. Σε απογοητεύει το γεγονός ότι έχεις διαβήτη;



(Πίνακας 26) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων 22 (74%) δήλωσαν απογοητευμένοι που έχουν διαβήτη. Αντίθετα, οι 8 (26%) απάντησαν αρνητικά.

18) Φόβος για την μελλοντική πορεία της υγείας;



(Πίνακας 27) Στατιστικολόγος Σπύρος Πολίτης spyrospolitis@datarc.gr

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων 23 (76,6%) δήλωσαν ότι φοβούνται για την μελλοντική πορεία της υγείας τους ενώ οι 7 (23,4%) απάντησαν αρνητικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τ' αποτελέσματα της έρευνας μπορούμε να συμπεράνουμε τα εξής:

- Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (63,3%) χρησιμοποιούν τη γυμναστική για την καλή ρύθμιση του διαβήτη σε αντίθεση με το (36,7%) που δε γυμνάζονται. Λαμβάνοντας υπόψη την βιβλιογραφία (Μυγδάλης Η. 1996) που υποστηρίζει ότι η άσκηση βοηθάει όχι μόνο στη καλή ρύθμιση αλλά και στην δημιουργία ευφορίας, κάτι που έχει αποδειχθεί και με έρευνες, ίσως είναι και ένας παράγοντας πρόληψης κατά της κατάθλιψης όσων χρησιμοποιούν την άσκηση για τη ρύθμιση του διαβήτη. Ενδέχεται λοιπόν η πλειοψηφία των ερωτώμενων να έχουν λιγότερες πιθανότητες ν' αναπτύξουν κατάθλιψη.
- Παρόλο που ένα μεγάλο ποσοστό (50%) υποστήριξαν ότι οι φίλοι τους γνωρίζουν τη πάθησή τους, είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι ένας αντίστοιχα μεγάλος αριθμός νέων (40%) δήλωσαν ότι δεν το έχουν αναφέρει. Τα παραπάνω ποσοστά πιθανόν να δείχνουν ύπαρξη μειονεκτικών συναισθημάτων και μειωμένης αυτοπεποίθησης. Η ύπαρξη μεγάλου ποσοστού νέων (40%) που δεν έχουν αναφέρει στους φίλους τους ότι πάσχουν από διαβήτη ενδεχομένως συσχετίζεται με τον φόβο στιγματισμού που πολλές φορές διακατέχονται τα άτομα με διαβήτη. (Clark M., 2003)

- Αν και μόνο 17 άτομα προθυμοποιήθηκαν ν' απαντήσουν στο αν ο διαβήτης τους εμποδίζει στην προσέγγιση του άλλου φύλου. Απ' αυτούς η πλειοψηφία (58,82%) δήλωσαν ότι δυσκολεύονται στην προσέγγιση του αντίθετου φύλου λόγω διαβήτη, επιβεβαιώνοντας το συμπέρασμα του παραπάνω πίνακα, για την ύπαρξη συναισθημάτων μειονεξίας. Το συμπέρασμα αυτό υποστηρίζεται επίσης και από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και συγκεκριμένα σύμφωνα με τον Μπαρτζόκα (1999) και Saudek, Rubin ,Shump (1997).
- Στην ερώτησης που αφορά το αν ο διαβήτης προκαλεί αρνητικά συναισθήματα, ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτηθέντων απάντησε πως δεν έχουν τέτοιο πρόβλημα, παρόλα αυτά δεν θα πρέπει ν' αγνοήσουμε κάποια ποσοστά όπως το (33,3%) της μείωσης των ενδιαφερόντων, ή το (50%) που αφορά το άγχος. Μπορούμε να ισχυριστούμε ότι πιθανόν ο διαβήτης σε κάποιο βαθμό επηρεάζει τα συναισθήματα και την ενεργητική διάθεση τους. Σύμφωνα μάλιστα με τον Λιακόπουλο (1998) ο διαβήτης πράγματι σχετίζεται με υψηλά επίπεδα άγχους.
- Μόνο 36,7% των ερωτηθέντων είπαν πως έχουν ζητήσει βοήθεια για τη διαχείριση των συναισθημάτων τους, εκ των οποίων, είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι, η πλειοψηφία (73,3%) δε ζήτησαν βοήθεια από ειδικό. Ενδεχομένως, η υποστήριξη προήλθε από τους δικούς τους ανθρώπους(φίλους,συγγενείς) και να ήταν επαρκής χωρίς να χρειάστηκε η παρέμβαση ειδικού.Ωστόσο αυτό θέλει περαιτέρω διερεύνηση.
- Είναι αξιοπρόσεχτο οτι το (83,3%) των ερωτώμενων δήλωσαν ότι ο διαβήτης, τους εμποδίζει από τις κοινωνικές τους δραστηριότητες,η πάθηση λοιπόν ίσως έχει τόσο μεγάλη επιρροή στη ζωή του διαβητικού, ώστε σε κάποιο βαθμό τη διαμορφώνει κιόλας.

- Στους πίνακες 25 και 26 με ποσοστά (74%) και (76,6%) αντίστοιχα είναι φανερό το πόσο ο διαβήτης προκαλεί την απογοήτευση και το φόβο φυσικά για την πορεία της υγείας τους ,σκεπτόμενοι πιθανές μελλοντικές επιπλοκές λόγω του διαβήτη.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1) Στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας πρόληψης υγείας και των γενικότερων στόχων της προαγωγής της υγείας στη κοινότητα, να δημιουργηθούν κινητές ιατρικές και εκπαιδευτικές μονάδες σε κάθε δήμο, οι οποίες θα προσφέρουν, συμβουλές για την υγεία, διατροφή κ.λ.όπως επίσης και εξετάσεις αίματος που θα μπορούν να κάνουν οι νέοι και τα παιδιά ώστε να διαπιστώσουν εάν πάσχουν από διαβήτη (τύπου I) ή προδιατίθενται να πάθουν. Στη συνέχεια εφόσον διαπιστωνόταν ότι το άτομο έπασχε από διαβήτη ή είχε προδιάθεση, ο/η νέος/α με την οικογένεια του θα οδηγείται στο Διαβητικό Σύλλογο της κοινότητας ώστε να ενημερωθούν για το που πρέπει ν' απευθυνθούν και πως πρέπει να ενεργήσουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι κινητές μονάδες θα μπορούσαν με το εξειδικευμένο τους προσωπικό, να λειτουργούν σαν προθάλαμοι ψυχολογικής υποστήριξης αλλά και να ελέγχουν την πορεία και την προσαρμογή της οικογένειας και του πάσχοντα στα νέα δεδομένα που προέκυψαν λόγω του διαβήτη.

2) Οι σύλλογοι των διαβητικών ασθενών θα πρέπει να βρουν τρόπους καλύτερης προσέγγισης των νέων ασθενών και ειδικά των παιδιών ούτως ώστε να μπορούν ν' ανταποκρίνονται ταχύτερα και ποιο άμεσα στις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες των νέων.

3) Τα διαβητολογικά κέντρα των νοσοκομείων θα πρέπει να έχουν συμβουλευτικό κέντρο με ειδικά εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό μεταξύ των οποίων και Κοινωνικούς Λειτουργούς που θα παρέχουν υποστήριξη στις οικογένειες και ψυχολογικές υπηρεσίες στους νέους που αντιμετωπίζουν άγχος ή θυμό ως αποτέλεσμα των ενδεχόμενων δυσκολιών που έχει η ζωή με διαβήτη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Ασβεστής, Χ. (2000). Ανδρολογία και Σάκχαρο. Αθήνα: Το Βήμα της Πανεπιστημιακής Ένωσης για το Νεανικό Διαβήτη, Τεύχος 12, 18-20.
2. Βαζαίου, (2001). Προστατεύει η Χορήγηση Ινσουλίνης από την Εμφάνιση του Σακχαρώδη Διαβήτη; Αθήνα: Διαβητολογικά Νέα, Τόμος 14, Τεύχος 47, <http://www.mednet.gr/>.
3. Δημόπουλος, Α. & Ανδρικόπουλος, Δ. (1996). *Διατροφή και Διαβήτης*. Αθήνα: Μπιστικέα.
4. Ελληνική Παιδαγωγική Εταιρεία. 33^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο. Λήμνος 9-11 Ιουνίου 1995.
5. Κρασσάς, Γ., Ποντικίδης, Μ. (1998). *Σακχαρώδης Διαβήτης (φοιτητικές παραδόσεις)*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
6. Καραμήτσος, Δ. (1986). *Σακχαρώδης Διαβήτης (φοιτητικές παραδόσεις)*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
7. Καραμήτσος, Δ. (1998). *Εσωτερική Παθολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
8. Λιακόπουλος, (1998). Σακχαρώδης Διαβήτης: Ψυχολογικές Επιπτώσεις στο Παιδί στην Οικογένεια. Επιμέλεια Ι. Τσιαντής, *Βασική Παιδοψυχιατρική, Ερευνητικά και κλινικά κείμενα*. Αθήνα: Καστανιώτης.
9. Λιακοπούλου, Μ. (1998). Σακχαρώδης Διαβήτης: Ψυχολογικές Επιπτώσεις στο Παιδί και την Οικογένεια. Επιμέλεια Ι. Τσιαντής,

Βασική Παιδοψυχιατρική, Ερευνητικά και κλινικά κείμενα. Αθήνα: Καστανιώτης.

- 10.Λιακοπούλου, Μ. (1994). *Η Αυτοεκτίμηση του Εφήβου με Σακχαρώδη Διαβήτη, Εφηβεία: Ένα Μεταβατικό Στάδιο σε ένα Μεταβαλλόμενο Κόσμο.* Αθήνα: Καστανιώτης.
- 11.Λιακοπούλου, Μ. (1987). Ψυχολογικά Προβλήματα Παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη και των Οικογενειών τους. Αθήνα:Ιατρική, Τόμος 52, Τεύχος 3, 301-306.
- 12.Μπαρτσόκας, Χ.Σ. (1999). *Χρόνιες Επιπλοκές του Σακχαρώδους διαβήτη στο Παιδί και στον Έφηβο.* Αθήνα: Κύτταρο.
- 13.Μυγδαλης, Η. (1996), *Το αλφάβητο του διαβητικού- τι πρέπει να γνωρίζει ο διαβητικός.* Αθήνα: www.healthvisitor.gr/
- 14.Παυλάτος, Φ. (1998). Η Ιστορία του Διαβήτη (Μια Ιατρική Οδύσσεια).Αθήνα: Διαβητολογικά Νέα, Τόμος 36, Τεύχος 3, 7-19.
- 15.Πάνου Μ. (1998). *Παιδιατρική Νοσηλευτική- Εννοιολογική Προσέγγιση.* Αθήνα : Εκδόσεις Βήτα.
- 16.Παπάζογλου, (1998). *Οξείες Μεταβολικές Καταστάσεις στο Σακχαρώδη Διαβήτη.* Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- 17.Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας.* Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- 18.Σαββόπουλος, Γ. (1996). *Βασική Παιδοψυχιατρική (Μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση).* Αθήνα : Εκδόσεις «ΤΑΒΙΘΑ».

- 19.Σαχίνη- Καρδάση, Α. (1997). *Μεθοδολογία Έρευνας, Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Medical Arts.
- 20.Snoek, F.J. & Skinner, C.T. (2002). *Διαβήτης: Ψυχολογία και Φροντίδα*. Μετάφραση: Σοφία Τριανταφυλλίδου. Αθήνα: Παρισιάνου.
- 21.Σπινάρης, Β. (1998). Ψυχολογικοί παράγοντες και σακχαρώδης διαβήτης. Αθήνα: Διαβητολογικά Νέα ,Τομος 35, Τεύχος 2 ,112-116.
- 22.Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ. & Μαυρέας,Β. (1993). *ICD-10. Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς*. Αθήνα. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- 23.Τούντας, Χ. (1998). Διαβητική Νεφροπάθεια. Επιμέλεια Β. Καραμάνος, *Ετήσια Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα για το Σακχαρώδη Διαβήτη Πρακτικά 20^ο Έτους*. Αθήνα: Καραμάνος .
- 24.Τσαμασίρος, Γ. (1998). Η επίδραση του ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη στη λειτουργία της οικογένειας. Αθήνα: Διαβητολογικά Νέα, Τόμος 36, Τεύχος 3, <http://www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab14.htm>.
- 25.Τσαμασίρος, Γ. (2001). Κατάθλιψη και σακχαρώδης διαβήτης. Αθήνα: Διαβητολογικά Νέα, <http://www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab14.htm> .
- 26.Τσιάντης, Ι. (1987). Ψυχοκοινωνικά προβλήματα παιδιών με χρόνιες σωματικές παθήσεις. Στο *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*. Αθήνα: Καστανιώτης.

- 27.Τσιαντής, Ι. (1993). *Ψυχική Υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας*. Αθήνα : Καστανιώτης.
- 28.Τσιαντής, Ι. (1994). *Βασική Παιδοψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- 29.Φρεγγίδου Ε. (2006). *Οι συνέπειες στην ψυχική υγεία του ασθενή*.
www.iatronet.gr

Ξένη Βιβλιογραφία

- 30.Anderson R., (1986). *The Personal Meaning of Having Diabetes, Implication for Patient Behavior and Education*. USA : Diabetic Med.
- 31.Barglow, P., Berndt, W.J & Hatcher, R. (1986). Neuroendocrine and psychological factor in childhood diabetes mellitus. *American Academy Journal of Child Psychiatry*, 25, 785-793.
- 32.Clark, M. (2003). The NSF for diabetes: a health psychologist's perspective. *Health Psychology. Diabetes and Primary Care*, 5, 2, 86-89.
- 33.Clark, M.(2004)*Understanding Diabetes*. John Wiley & Sons, Ltd.
- 34.Day J.L.(1995). *Sexuality in diabetes*. E.DNWG Bulletin European Diabeetes Nurse Working Group.
- 35.Dunn, M. S. (1993). Psychological Aspects of Diabetes in Adults. *International Journal of Health Psychology*, 2, 175-195.

36. Felig, P. (1996) *Endocrinology and Metabolism*. UK: Churchill Livingstone.
37. Gielen, S. & Hambrecht, R. (2005). Περιοδικό του Ιδρύματος Έρευνας Νεανικού Διαβήτη, τεύχος 56, <http://health.ana-mpa.gr/>.
38. Glasgow, R.E. (1991). Compliance to diabetes regimens: Conceptualization, complexity and determinants. In J.A. Cramer & B. Spiker (eds), *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. New York: Raven Press.
39. Hauser, S. T. & Pollets, D. (1979). Psychological aspects of diabetes mellitus: a critical review. *Diabetes care*, 2, 227-232.
40. Herbschuleb, G. (1994) *International Training Course for Diabetes Nurses. Gets off to a Good Start*. EDNWG Bulletin, European Diabetes Nurse Working Group.
41. Jacobson, M.A. & Hauser, T.S. (1994) Psychological Aspects of Diabetes. In C.R. Kahn, & C.G. Weir, *Joslin's Diabetes Mellitus*. USA.
42. Jacobson, M.A., Hauser, T. S., Wertlieb, D., Wolfsdorf, J., Orleans, J. & Vieyra, M. (1986). Psychological adjustment of children with recently diagnosed diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 9, 323-329.
43. Kellerman, J., Zeltzer, L., Ellenberg, L., Dash, J. & Rigler, D. (1980) Psychological effects of illness in adolescence. *The Journal of Pediatrics*, 5, 285-293.
44. La Greca, A. M., Swales, T., Klemp, S., Madigan, Skyner, J. (1995). Adolescents with Diabetes: Gender Differences in

- Psychological Functioning and Glycemic Control. *Children's Health Care*, 3, 92-105.
45. Leventhal, M.J. (1983). *Psychological Assessment of Children with Chronic Physical Disease*. Pediatric Clinics of North America
46. Liakopoulou, M. & Korvesi, M. (1992). Characteristics of Adolescents Diabetics and Factor related to their Environment, Association with Glycemic Control. *European Journal of child and Adolescent Psychiatry*.
47. McDowell, I. (1996). *Diabetes Caring For Patients in the Community*. U.K.: Churchill Livingstone.
48. Northam, A.E. & Anderson, J.P. (1999) Psychological and Family Functioning in children with insulin – dependent diabetes at diagnosis and one year later. *Journal of Pediatric*, 22, 9, 1438-1444.
49. Saudek C., Rubin R. & Shump C. (1997) *The John Hopkins Guide to Diabetes*. U.S.A.: John Hopkins University Press.
50. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, August 2005, στο <http://health.ana-mpa.gr/>
51. Wertlieb, D., Hauser T.S. & Jacobson, M.A. (1986) Adaptation to diabetes: Behavior symptoms and family context. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 463-476.
52. Wetering M., et al (1994). *Code of Conduct for the diabetes nurse. The St. Vincent Declaration*. Netherlands.

53. Willkinson, G., Borseley, D.Q., Leslie, P., Newton, R. W., Lind, C., Ballinger, C.B. (1988). Psychiatric morbidity and social problems in patients with insulin- dependent diabetes mellitus. *British Journal of Psychiatry*, 153, 38-43.

Διαδίκτυο

54. <http://health.ana-mpa.gr/>

55. www.e-psychology.gr

56. www.healthvisitor.gr/

57. www.iatronet.gr

58. www.wikipedia.org

59. www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab24.htm

60. www.nutridiet.gr

61. www.iator.gr

62. <http://www.acponline.org/clinicalskills/>

63. <http://Sdc.Jefferson.edu/crmehc/2>

64. www.essex.ac.uk

65. www.centrastate.com

66. www.mednet.gr

67. www.healthcarecommission.org.uk

68. www.jdrf.org

69. www.SAGICOR.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Στα πλαίσια της εκπόνησης της παρούσης πτυχιακής εργασίας, η οποία εποπτεύεται από την υπεύθυνη καθηγήτρια κα. Πανταζάκα και έχει ως θέμα: « ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ – ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ», επιθυμούμε να πραγματοποιήσουμε την παρακάτω έρευνα, μέσω ερωτηματολογίου, που ως σκοπό θα έχει την καταγραφή των ψυχοκοινωνικών – συναισθηματικών επιδράσεων του νεανικού διαβήτη σε νέους πάσχοντες από ινσουλινοεξαρτώμενο Σακχαρώδη Διαβήτη και του αντίκτυπου αυτού τόσο στο στενό όσο και στο ευρύτερο περιβάλλον του νέου.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

- Για κάθε απάντηση που επιλέγετε να σημειώνετε το αντίστοιχο τετράγωνο
- Παρακαλούμε να συμπληρωθούν όλα τα ερωτήματα
- Για οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία μπορείτε να απευθυνθείτε στον υπεύθυνο
- Παρακαλούμε όπως απαντήσετε, σας γνωρίζουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τον στόχο της έρευνας

Σας ευχαριστούμε πολύ για την συνεργασία σας

- 1) Ποιο είναι το φύλο σου; Αγόρι Κορίτσι
- 2) Πόσο χρονών είσαι;
- 3) Σε ποια σχολική τάξη φοιτάς;
Γυμνάσιο Α Β Γ
Λύκειο Α Β Γ
- 4) Η επίδοσή σου στο σχολείο/ σπουδές είναι:
 Άριστη Πολύ καλή Μέτρια Χαμηλή
- 5) Ποια είναι η οικογενειακή σου κατάσταση;
 Διαζευγμένοι γονείς Ξαναπαντρεμένοι γονείς
 Απώλεια ενός γονέα Απώλεια δυο γονέων
 Υιοθετημένο παιδί Με τους δύο γονείς
- 6) Σε ποια περιοχή είναι η κατοικία σου;.....
- 7) Χρησιμοποιείς τη γυμναστική για τον έλεγχο του διαβήτη σου;
 Ναι Όχι
- 8) Οι φίλοι σου
 Γνωρίζουν ότι έχεις διαβήτη
 Δε γνωρίζουν ότι έχεις διαβήτη
 Γνωρίζουν αλλά αποφεύγεις να το συζητάς
 Δεν έχεις φίλους
- 9) Δυσκολεύεσαι να προσεγγίσεις άτομα του αντίθετου φύλου λόγω διαβήτη;
 Ναι Όχι
- 10) Πιστεύεις ότι ο γονεϊκός έλεγχος όσον αφορά τον διαβήτη σου είναι:
 Απαιτητικός Καταπιεστικός Υπερπροστατευτικός
 Συζητήσιμος Χαμηλός και αδιάφορος Δεν υπάρχει
- 11) Έχεις νοσηλευτεί εξαιτίας του διαβήτη σου τον τελευταίο χρόνο;
 Ναι Όχι
- 12) Ένιωσες/ είχες νιώσει για κάποιο διάστημα:

Συναίσθημα απελπισίας και αδιεξόδου Ιδέες
ενοχής
 Μείωση ενδιαφερόντων Ξέσπασμα σε κλάματα
 Άγχος Απομόνωση Παραμέληση του εαυτού σου
 Αϋπνία Υποτίμηση του εαυτού σου Θυμό
 Ελαττωμένη ικανότητα για σκέψη ή συγκέντρωση
προσοχής θλίψη

13) Ένωσες/είχες νιώσει ότι λόγο διαβήτη:

Δεν μπορείς ν' ανταποκριθείς στις καθημερινές σου υποχρεώσεις

Καταβάλεις μεγαλύτερη προσπάθεια για ν' ανταποκριθείς στις

καθημερινές σου υποχρεώσεις

Κουράζεσαι πιο εύκολα απ' ότι συνήθως

Δεν υπάρχει αλλαγή στην ενεργητικότητα σου

14) Ζήτησες βοήθεια προκειμένου να χειριστείς τα συναισθήματα σου;

Ναι Όχι

15) Έχεις χρειαστεί ψυχολογική υποστήριξη, από ειδικό, για την αντιμετώπιση του διαβήτη;

Ναι Όχι

16) Ο διαβήτης σου σε εμποδίζει από τις συνήθεις κοινωνικές σου δραστηριότητες με την οικογένεια και τους φίλους σου;

Ναι Όχι

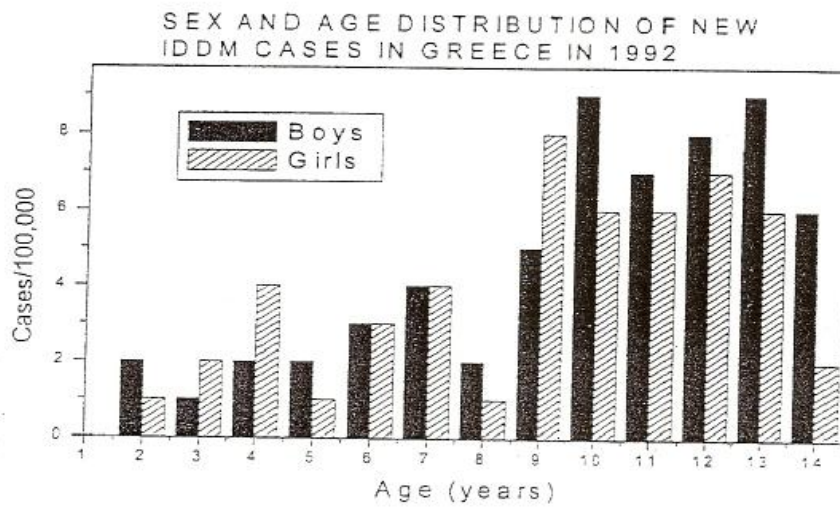
17) Σε απογοητεύει το γεγονός ότι έχεις διαβήτη;

Ναι Όχι

18) Φοβάσαι για την πορεία της υγείας σου;

Ναι Όχι

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2



Σχήμα 1: Φύλο και κατανομή ηλικίας σε νέες περιπτώσεις ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη στην Ελλάδα το 1992