

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ : « ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΩΣ 12
ΕΤΩΝ»**



**Σπουδάστρια : Δανδουλάκη Ειρήνη
Υπεύθυνη καθηγήτρια : Χαραλάμπους Μαίρη**



**Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην κοινωνική εργασία από
το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας
και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος
(Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας).**

I

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην πραγματοποίηση της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω αρχικώς, την κα Χαραλάμπους Μαίρη για την πολύτιμη βοήθεια, στήριξη και συμβολή της καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της. Επίσης τον κο Μαγιώνο Φάνη (αντιδήμαρχο Δήμου Ρίου) και τον κο Παππά Άγγελο (παθολόγος-διαβητολόγος), που με έφεραν σε επαφή με ανθρώπους της Ελληνικής Ομοσπονδίας Διαβητικών και ιατρούς, οι οποίοι με βοήθησαν στην εύρεση βιβλιογραφικού υλικού. Ολοκληρώνοντας επιθυμώ να ευχαριστήσω τον κο Σπαντιδάκη Νεκτάριο για την πολυτιμότερη βοήθειά του κατά τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας.

II

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η πτυχιακή εργασία με θέμα «Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη σε παιδιά ηλικίας έως 12 ετών» έχει ως σκοπό την μελέτη της ασθένειας από ιατρικής απόψεως, τη μελέτη των ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων που εμφανίζονται σε παιδιά μέχρι και 12 ετών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου I (ινσουλινοεξαρτώμενος) και των μέτρων που λαμβάνουν για τα διαβητικά παιδιά τόσο για τη θεραπεία τους, όσο και για τη βοήθεια που δέχονται από τους ειδικούς (ψυχολόγους-κοινωνικούς λειτουργούς), το κράτος και ιδιώτες(σύλλογοι-ομοσπονδίες-εταιρίες) που ενδιαφέρονται για αυτή την ασθένεια και τους πάσχοντές της.

Αρχικά οι πρώτες υπό ενότητες του II κεφαλαίου στοχεύουν να παρουσιάσουν την ιατρική πλευρά του διαβήτη, το τι είναι ο σακχαρώδης διαβήτης σε άτομα που πάσχουν από αυτόν, ώστε να σημειωθεί και να κατανοηθεί η έννοιά του, οι μορφές με τις οποίες εμφανίζεται στα άτομα και οι επιπτώσεις που προκαλεί στον ανθρώπινο οργανισμό γενικώς. Οι επόμενες ενότητες, έχουν ως στόχο να αναλύσουν τις έννοιες του διαβήτη σε νεογνά και παιδιά, τις επιπτώσεις στον οργανισμό, την επιδημιολογία και την αιτιοπαθογένειά του. Συγκεκριμένα, ποιος είναι ο παιδικός διαβήτης (το τι είναι ο διαβήτης τύπου I – ο λεγόμενος ινσουλινοεξαρτώμενος), τι προβλήματα είναι ικανός να προκαλέσει στον οργανισμό, ποια είναι

III

η συχνότητα εμφάνισής του και ποιες είναι οι πιθανές αιτίες ύπαρξής του και εμφάνισης. Κατά αυτό τον τρόπο διαφοροποιείται και σημειώνεται το βάρος που δίνεται στη μελέτη της συγκεκριμένης ασθένειας σε παιδιά και νεογνά.

Στο III κατά σειρά κεφάλαιο παρουσιάζονται οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που προκαλεί ο διαβήτης στα παιδιά. Την μειωμένη αντίδραση του παιδιού σε έντονες καταστάσεις (όπως αυτή του διαβήτη), με ποιο τρόπο συμπεριφέρεται σε εκείνη τη χρονική περίοδο και πως αυτή είναι ικανή να προκαλέσει σοβαρούς κινδύνους σωματικά στο παιδί. Τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις που βιώνει το παιδί κατά την ασθένειά του, συγκεκριμένα τις άσχημες εμπειρίες που βιώνει από την σωματική του κατάσταση, το φόβο του μήπως πεθάνει, την πιθανή τιμωρία που νιώθει από την πλευρά των γονέων του, γενική απογοήτευση για την όλη σωματική κατάστασή του, τα συναισθήματα κατωτερότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης που νιώθει απέναντι σε άλλους ανθρώπους γύρω του και τις αντιδράσεις επιθετικότητας που βγάζει προς τους γονείς του. Τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζεται η σχολική του ζωή όπως η συνεχής απομόνωση προς τους συνομηλίκους, η ανικανότητά του να δημιουργήσει φίλους που να τους εμπιστεύεται για την αποκάλυψη της ασθένειάς του, συναισθήματα οίκτου και ιδιαίτερης μεταχείρισής του από τους δασκάλους και οι χαμηλές επιδόσεις του στα μαθήματα. Τον τρόπο που επηρεάζεται η καθημερινή του ζωή, οι καθημερινές κοινωνικές δραστηριότητές του στο παιχνίδι, στα ταξίδια με τους γονείς και τις

IV

εξόδους σε εστιατόρια που μπορεί να κάνει με του γονείς του. Το τέλος αυτού του κεφαλαίου στοχεύει να επιδείξει πως η οικογένεια του διαβητικού παιδιού επηρεάζεται από την ασθένεια, τα στάδια πένθους που περνάνε οι γονείς από τη στιγμή διάγνωσης της ασθένειας και τις συναισθηματικές του αντιδράσεις κατά τη διάρκειά της.

Το IV κεφάλαιο στοχεύει να παρουσιάσει τους τρεις βασικούς τομείς θεραπείας που θα πρέπει να ακολουθεί το διαβητικό παιδί για να αντιμετωπίσει την ασθένεια και τις επιπτώσεις που είναι δυνατόν να προκαλέσει στο σώμα του. Η θεραπεία με την ινσουλίνη (ενέσεις που πρέπει να γίνονται, πότε και πώς), την οποία έχει απολύτως ανάγκη το παιδί, αφού τη στερείται πλήρως ο οργανισμός του, η δίαιτα που θα πρέπει να ακολουθεί (ομάδες τροφών και ποτών που επιτρέπονται και που απαγορεύονται) και η σωματική άσκηση που πρέπει να χρησιμοποιεί στη θεραπεία του μια και το βοηθάει και σωματικά και ψυχολογικά, σωματικά συνδυαζόμενη με τη δίαιτα και την ινσουλινοθεραπεία του μειώνοντας τους κινδύνους εμφάνισης επιπλοκών και ψυχολογικά βοηθώντας το στην πρόληψη αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων και στο καλό μεταβολικό έλεγχο. Στο τέλος αυτού του κεφαλαίου υπάρχει μία ενότητα που έχει στόχο να περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται η λεγόμενη διαβητική κετοξέωση στο νοσοκομείο.

Το V κεφάλαιο στοχεύει να παρουσιάσει την ψυχοκοινωνική βοήθεια του παιδιού και της οικογένειάς του. Συγκεκριμένα τις σχέσεις

V

που δημιουργούνται μέσα στο νοσοκομείο με τους ειδικούς (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό) και πως η σχέση του παιδιού μαζί τους, τα επηρεάζει. Επιπλέον γίνεται προσπάθεια να περιγραφεί η νοσηλεία του παιδιού στα νοσοκομεία, πως αντιμετωπίζει την κατάσταση τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, τα συναισθήματά του και τις αντιδράσεις του. Επίσης προβάλλεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μέσα στο νοσοκομείο, ο τρόπος που χειρίζεται το παιδί βοηθώντας το να προσαρμοστεί στο ξένο περιβάλλον, η ψυχολογική στήριξη που προσφέρει στο ίδιο και την οικογένειά του κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, αλλά και μετά από αυτήν στο σπίτι του, γεφυρώνοντας το χάσμα μεταξύ του νοσοκομείου και του σπιτιού και τη βοήθειά του προς τα παιδιά, ώστε να πάρουν μέρος στο σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους. Ολοκληρώνοντας η τελευταία ενότητα του κεφαλαίου έχει ως στόχο, να αναφέρει τον τρόπο με τον οποίο το κράτος μπορεί να βοηθήσει το παιδί και την οικογένειά του και την ιδιωτική πρωτοβουλία για βοήθεια από συλλόγους διαβητικών ατόμων και οικογενειών που έχουν παιδιά διαβητικά ή εταιριών που ασχολούνται με την ενημέρωση των διαβητικών, όσον αφορά ιατρικές συμβουλές.

VI

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Αναγνώριση.....σελ.1	σελ.1
Περίληψη μελέτης.....σελ.2	σελ.2
Πίνακας περιεχομένων.....σελ.6	σελ.6
Αρτικόλεξο.....σελ.7	σελ.7
Κεφάλαιο Ι. Η ιατρική πλευρά του σακχαρώδη διαβήτη και οι επιπλοκές στον ανθρώπινο οργανισμό.....σελ.8	σελ.8
Κεφάλαιο ΙΙ. Η ιατρική πλευρά του σακχαρώδη διαβήτη και οι επιπλοκές στον ανθρώπινο οργανισμόσελ.13	σελ.13
Κεφάλαιο ΙΙΙ. Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη σε παιδιά ηλικίας έως 12 ετώνσελ.50	σελ.50
Κεφάλαιο ΙV. Τρόποι θεραπείας για τα διαβητικά παιδιά.....σελ.80	σελ.80
Κεφάλαιο V. Η ψυχοκοινωνική βοήθεια του διαβητικού παιδιού και της οικογένειάς του.....σελ.107	σελ.107
Κεφάλαιο VI. Συμπεράσματα-Προτάσεις.....σελ.138	σελ.138
Παράρτημα.....σελ.143	σελ.143
Βιβλιογραφία.....σελ.184	σελ.184

ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΟ

A.D.A. : American Diabetes Association, Αμερικάνικη ένωση διαβητικών. Ασχολείται με ιατρικές συμβουλές και ψυχολογική βοήθεια των διαβητικών ατόμων, με έδρα του τη Bethesda.

J.D.R.F. : Jouveline Diabetes Researcher Foundation, Νεανικό Ερευνητικό Ίδρυμα Διαβήτη. Ασχολείται με την ενημέρωση και εκπαίδευση των διαβητικών παιδιών και των οικογενειών τους, με έδρα του τη New York.

N.D.E.P. : National Diabetes Educational Program, Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Διαβήτη. Ασχολείται με τον έλεγχο και την ενημέρωση σε θέματα του διαβήτη, με παράρτημα στη Bethesda.

N.I.D.C. : National Institute Diabetes Compensation, Ίδρυμα Πληροφοριών Διαβήτη. Ασχολείται με την έρευνα, μελέτη του διαβήτη και ενημέρωση με δημοσιεύσεις άρθρων που αφορούν την ασθένεια, με έδρα του τη Bethesda.

ΙΕΣΔ : ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης, ο διαβήτης που τα άτομα που πάσχουν από αυτόν είναι εξαρτημένα από την ινσουλίνη, διότι ο οργανισμός τους δεν την παράγει.

ΜΙΕΣΔ : μη ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης, ο διαβήτης που τα άτομα που πάσχουν από αυτόν δεν εξαρτώνται από ινσουλίνη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1. Εισαγωγή

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα σύνδρομο διαταραχής που οφείλεται σε ανεπάρκεια της ινσουλίνης ή της δράσης της, η οποία οδηγεί σε ανώμαλο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών. Αντιπροσωπεύει τα τελευταία είκοσι χρόνια τη συνηθέστερη ενδοκρινολογική-μεταβολική διαταραχή της παιδικής ηλικίας και συνδυάζεται με επιπτώσεις όσον αφορά τη σωματική και συναισθηματική ανάπτυξη των ασθενών παιδιών.

Μπορεί να έχουν περάσει πενήντα χρόνια από την ανακάλυψη της ινσουλίνης και από τότε ο χρόνος επιβίωσης των παιδιών να έχει επιμηκυνθεί κατά πολύ, όμως τα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν είτε στο σώμα τους, είτε στο ψυχισμό τους και τη συμπεριφορά τους, τόσο τα ίδια όσο και η οικογένειά τους, παραμένουν.

Τα άτομα λοιπόν με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη παρουσιάζουν προβλήματα γι' αυτό θεωρήθηκε αναγκαίο η μελέτη αυτή της ασθένειας, οι ιατρικές ερμηνείες τόσο του συνδρόμου, όσο και των ιδιομορφιών της, σωματικών και ψυχοκοινωνικών. Η πτυχιακή εργασία όμως αυτή επικεντρώνεται στην περιγραφή των ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων που έχει αυτή η ασθένεια στα παιδιά ηλικίας έως δώδεκα ετών.

Ο διαβήτης είναι ένα κλασσικό παράδειγμα χρόνιας ασθένειας που δημιουργεί αρχικά ψυχολογική κρίση. Κατά τη διάρκειά της εμφανίζονται επιπτώσεις στην εξωτερική πραγματικότητα αλλά και ψυχολογική πραγματικότητα του παιδιού. Η εξωτερική πραγματικότητα αντιπροσωπεύει τις ανάγκες αντιμετώπισης του διαβήτη, ενώ η ψυχολογική πραγματικότητα αντιπροσωπεύει τα αλληλοδιαπλεκόμενα συναισθήματα του παιδιού, όπως είναι συναισθήματα θυμού, φόβου, άγχους-stress, κατωτερότητας και, ίσως, κατάθλιψης. Η συνολική κατάστασή του σωματική και οι αλλαγές που δημιουργούνται στην καθημερινότητά του επηρεάζουν το ίδιο άμεσα και την οικογένειά του έμμεσα, η οποία περνάει τη δική της κρίση που τα αποτελέσματά της τα μεταφέρει στα παιδιά.

2. Σκοπός Μελέτης

Η πτυχιακή εργασία έχει ως σκοπό να μελετηθούν και να περιγραφούν οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που προκαλεί ο διαβήτης στα παιδιά. Τα συναισθήματά τους και τις αντιδράσεις τους μετά την εμφάνιση της ασθένειας τόσο στα ίδια, όσο και στην οικογένειά τους και κατά πόσο και πώς όλα τα παραπάνω επηρεάζουν τη ζωή τους.

Επίσης συγχρόνως υπάρχουν και οι επιμέρους στόχοι της εργασίας, που είναι η μελέτη του διαβήτη (ως μία ασθένεια) από την ιατρική του πλευρά, δίνοντας έμφαση στο παιδικό διαβήτη, αφού με αυτόν ασχολείται η εργασία. Συγκεκριμένα τι είναι ο διαβήτης, πόσο

συχνά εμφανίζεται, ποια τα αίτια εμφάνισης και τις επιπλοκές που είναι ικανός να προκαλέσει στον οργανισμό.

Επιπλέον την μελέτη και καταγραφή των τρόπων θεραπείας των διαβητικών παιδιών. Συγκεκριμένα πως τα παιδιά μπορούν να αντιμετωπίσουν την ασθένεια με την ιατρική βοήθεια.

Ολοκληρώνοντας τους στόχους με την μελέτη της ψυχοκοινωνικής βοήθειας του διαβητικού παιδιού είτε από τους νοσοκομειακούς κοινωνικού λειτουργούς, είτε από το κράτος και τις ιδιωτικές ομοσπονδίες, περιγράφοντας τα μέτρα που λαμβάνουν για τα διαβητικά παιδιά.

3. Ορισμοί Όρων

Γλυκόζη : είναι μια μορφή σακχάρου, όπου το μεγαλύτερο ποσό της προέρχεται από τους υδατάνθρακες που περιέχονται στις τροφές. Ο οργανισμός χρησιμοποιεί τη γλυκόζη είτε για να παράγει ενέργεια, είτε την αποθηκεύει σε μορφή λίπους.

Γλυκοζουρία : όταν το ποσοστό σακχάρου αυξάνεται και ξεπερνάει τα 10 millimols για κάθε λίτρο, το πλεόνασμα σακχάρου περνάει στα ούρα, διότι τα νεφρά, που υπό συνήθεις συνθήκες δεν εκκρίνουν γλυκόζη, ενεργούν σε ένα σύστημα υπερεκχείλησης.

Διαβητική Κετοξέωση : χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη υπεργλυκαιμίας, κετοναιμίας, οξέωσης (υπογλυκαιμία, ουραιμία, γαλακτική οξέωση), γλυκοζουρίας. Οι παράγοντες πυροδότησης, ακόμη και της αρχικής εμφάνισης, περιλαμβάνουν καταστάσεις stress,

τραύματα, λοιμώξεις, εμετοί και η ψυχολογική φόρτιση. Η θεραπεία της θα πρέπει να αρχίσει αμέσως μετά την επιβεβαίωση της υπεργλυκαιμίας και κετοναιμίας.

Ινσουλίνη : είναι μια ουσία (ορμόνη) που παρασκευάζεται σε ειδικά κύτταρα στο πάγκρεας και βγαίνει στο αίμα όταν το επίπεδο (ποσό) της γλυκόζης στο αίμα ανεβαίνει όπως π.χ. μετά από ένα γεύμα. Σε ένα άτομο που δεν έχει διαβήτη, όσο και να φάει, το σάκχαρο δεν θα ανέβει πάνω από ένα ορισμένο επίπεδο γιατί θα παραχθεί τόση ινσουλίνη όση χρειάζεται για να σταματήσει αυτό το ανέβασμα. Στα διαβητικά άτομα αυτή ή δεν παράγεται καθόλου ή παράγεται σε μικρή ποσότητα από αυτή που χρειάζεται ή είναι κακής ποιότητας.

Ουρία : ένα από τα κυριότερα απόβλητα του σώματος. Όταν το σώμα διασπά το φαγητό, χρησιμοποιεί ότι χρειάζεται και πετάει τα υπόλοιπα. Τα νεφρά πετάνε τα απόβλητα από το σώμα με την ουρία, που βρίσκεται στα ούρα.

Ουρία αίματος : απόβλητα των νεφρών, αυξημένα επίπεδα ουρίας μπορεί να οφείλονται σε πρόωρη νεφροπάθεια.

Πόσθη : το ανδρικό μόριο

Υδατάνθρακες : αντιπροσωπεύουν τη μια από τις τρεις βασικές ομάδες των θρεπτικών ουσιών. Αποτελούνται από άνθρακα, υδρογόνο και οξυγόνο και καθιστούν την τροφή ενεργητική στο ανώτατο σημείο, εξασφαλίζοντας στον οργανισμό πλήρη και τέλεια καύση.

Υπεργλυκαιμία : όταν δεν υπάρχει πια ινσουλίνη, η γλυκόζη που κυκλοφορεί δεν μπορεί πια να μπει στους ιστούς (μυώδεις, λιπώδεις

κ.α.) και από αυτό το γεγονός δεν καταναλώνεται από τα κύτταρα. Το συκώτι που κανονικά πρέπει να τη αποθηκεύει μετατρέποντάς τη σε γλυκογόνο δεν μπορεί να το κάνει και αρχίζει, με την απουσία της ινσουλίνης, να παρασκευάζει υπέρμετρα γλυκόζη ξεκινώντας από τα αποθέματα γλυκογόνου.

Υπογλυκαιμία : συμβαίνει όταν η γλυκόζη στο αίμα κατέβει πολύ χαμηλά. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να παρουσιασθούν τα εξής ενοχλήματα :

- ⇒ Ιδρώτας
- ⇒ Τρεμούλα
- ⇒ Πονοκέφαλος
- ⇒ Μούδιασμα στα χείλη και τη γλώσσα
- ⇒ Κομάρα
- ⇒ Ταχυπαλμία
- ⇒ Πείνα ή λιγούρα
- ⇒ Κακή διάθεση
- ⇒ Αλλαγές στη συμπεριφορά
- ⇒ Απότομη θολούρα στα μάτια
- ⇒ Μπέρδεμα της γλώσσας

Ναρκισσισμός : Στον τύπο αυτό ανήκουν άτομα που πέρασαν μια άνετη ζωή, γιατί άλλοι είχαν την κύρια φροντίδα του παιδιού. Τώρα οι ίδιοι πρέπει να αναλάβουν νέους ρόλους και περισσότερες ευθύνες, νιώθουν δέος. Φοβούνται ότι θα πάψουν να είναι το επίκεντρο προσοχής και φροντίδας. Νιώθουν ότι με αυτή τη δια βίου υποχρέωση έχουν παγιδευτεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Π

Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Π.1. Τι είναι ο σακχαρώδης διαβήτης

Η φράση «σακχαρώδης διαβήτης» προέρχεται από το ρήμα διαβαίνω, στην περίπτωση του διαβήτη σύμφωνα με το Θαλασσινό (1981), και τον Τσινίκα (1982), επειδή το σάκχαρο περνάει - διαβαίνει στα ούρα. Είναι μία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από πολύ σάκχαρο στο αίμα και οφείλεται στη διαταραχή του φυσιολογικού μηχανισμού με τον οποίο ο οργανισμός χρησιμοποιεί τη γλυκόζη που είναι μία μορφή σακχάρου.

Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτής προέρχεται από τους υδατάνθρακες, που περιέχονται στις τροφές και μετατρέπονται με την πέψη σε γλυκόζη, η οποία απορροφάται από το αίμα, με αποτέλεσμα το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα να ανεβαίνει.

Ο οργανισμός είτε χρησιμοποιεί τη γλυκόζη για να παράγει ενέργεια, είτε την αποθηκεύει με τη μορφή λίπους για μελλοντική χρήση. Για τον σκοπό όμως αυτό ο οργανισμός χρειάζεται ινσουλίνη που είναι μία ουσία, η οποία παρασκευάζεται σε ειδικά κύτταρα στο πάγκρεας και βγαίνει στο αίμα όταν το επίπεδο της γλυκόζης (σάκχαρο) ανεβαίνει όπως συμβαίνει για παράδειγμα μετά από ένα

γεύμα. Σε ένα άτομο που δεν έχει διαβήτη, όσο και να φάει, το σάκχαρο δεν θα ανέβει, πάνω από το ορισμένο επίπεδο γιατί θα παραχθεί τόση ινσουλίνη όση χρειάζεται για να τη συγκρατήσει.

Αντιθέτως, στον διαβητικό για λόγους μέχρι σήμερα άγνωστους η ινσουλίνη ή δεν παράγεται καθόλου ή παράγεται σε μικρότερη ποσότητα από αυτήν που χρειάζεται ή είναι κακής ποιότητας. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι ότι το σάκχαρο στο αίμα εξακολουθεί να ανεβαίνει με συνέπεια να « πλημμυρίσει » από σάκχαρο, που ξεχύνεται στα ούρα. Αυτό δημιουργεί τα συμπτώματα του διαβήτη.

Ο σακχαρώδης διαβήτης, είναι μία νόσος στην οποία παρατηρείται πολυουρία, με άλλες σύνοδες εκδηλώσεις. Αυτό οφείλεται στην άρρυθμη λειτουργία του γλυκορυθμιστικού μηχανισμού, και είναι νόσος της πέψης (θρέψης) που προκαλεί διαταραχή του γλυκολυτικού μεταβολισμού του οργανισμού. Επομένως ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μία διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, οι οποίοι περιέχουν οξυγόνο, υδρογόνο, άνθρακα.

Ο Delaroché (1990), υποστηρίζει πως, ο διαβήτης είναι μία ασθένεια η οποία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το πρόβλημα αφομοίωσης από τον οργανισμό των γλυκιδίων, δηλαδή των υδατανθράκων. Αυτό μεταφράζεται ως μία υπερβολική, χρόνια παρουσία σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία). Το περίσσειμα αυτό σακχάρου ανιχνεύεται μέσα στα ούρα (γλυκοζουρία). Ο μεταβολισμός των γλυκιδίων είναι ένα σύνθετο βιολογικό σύστημα,

το οποίο εξασφαλίζει την απορρόφηση των γλυκιδίων που περιέχονται στις τροφές από το έντερο, την μεταφορά τους στον οργανισμό, υπό τη μορφή αφομοιώσιμου σακχάρου, της γλυκόζης, η οποία αποτελεί βασικό καύσιμο των κυττάρων μας. Η γλυκόζη θα πρέπει να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κάθε στιγμή, δεν πρέπει να λείπει, αλλά επίσης δεν πρέπει να υπάρχει σε αφθονία, γιατί γίνεται επικίνδυνη για τον οργανισμό. Και αυτό γιατί ο μεταβολισμός της γλυκόζης ενέχει πολύ εξειδικευμένους ρυθμιστικούς μηχανισμούς ελέγχου, που σταθεροποιούν το επίπεδο της γλυκόζης στο αίμα.

Ένας από αυτούς είναι η ινσουλίνη μία ουσία, που παράγεται από συγκεκριμένα ειδικά κύτταρα του παγκρέατος, που έχουν την ιδιαιτερότητα να είναι συγκεντρωμένα στα λεγόμενα «νησάκια Langerhans», από το όνομα εκείνου που τα ανακάλυψε. Η ινσουλίνη είναι μία ορμόνη, ουσία, που αφού εκκριθεί μέσα στον οργανισμό, έχει την ιδιότητα να ενεργεί σε διαφορετικό επίπεδο σε ουσιώδη όργανα. Ανάμεσα στις πολλές ενέργειες της ινσουλίνης, είναι το χαμήλωμα του ποσοστού του σακχάρου στο αίμα. Είναι δηλαδή μία ορμόνη υπογλυκαιμική των νεφρών και έτσι βρίσκεται στα ούρα.

Κατά το Δελλαγραμμάτικα (1983), η έλλειψη ινσουλίνης έχει ως συνέπεια την ανικανότητα αφομοίωσης των τροφών, με αποτέλεσμα τη δυσανεξία της γλυκόζης Συγκεκριμένα βάσει μελετών από ιδρύματα του διαβήτη J.D.R.F. (Jouveline Diabetes Researcher Foundation, Νεανικό Ερευνητικό Ίδρυμα Διαβήτη) και N.D.E.P. (National Diabetes Educational Program, Εθνικό Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Διαβήτη) και είναι ανίκανοι να

μετατρέψουν τη γλυκόζη σε ενέργεια. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις, βαριάς ανεπάρκειας παραγωγής ινσουλίνης, όπου παρατηρούνται η υπεργλυκαιμία, κετογένεση και η απώλεια πρωτεϊνών.

II.1.1.α). Μορφές - Τύποι του σακχαρώδη διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης εμφανίζει διάφορες μορφές - τύπους σύμφωνα με την άποψη των ειδικών επιστημόνων. Με κοινή ταξινόμηση των Petrides-Weiss-Loffler-Weiland (1974), και Anderson (1981), ως πρώτο τύπο αναφέρουν τον «Νηπιακό ή Παιδικό Διαβήτη» (Infantile ή Childhood Diabetics), τον οποίο εμφανίζουν παιδιά από 0 έως και 14 ετών, τα οποία παρουσιάζουν βαριά συμπτώματα, με ταχεία εξάρτηση από την ινσουλίνη.

Στη συνέχεια συναντάμε το «Νεανικό Διαβήτη» (Young Diabetics), οι διαβητικοί αυτού του τύπου ηλικίας 15-24 ετών, δεν έχουν σχεδόν καμία ικανότητα να παρασκευάσουν στον οργανισμό τους ινσουλίνη με αποτέλεσμα να εμφανίζουν οξέως τα συμπτώματα του διαβήτη. Αυτή η μορφή πάθησης είναι γνωστή επίσης σαν «ζαχαρώδης διαβήτης» με εξάρτηση από ινσουλίνη. Χωρίς αποθέματα ινσουλίνης, τα άτομα αυτά παθαίνουν εύκολα διαβητική οξέωση (κώμα) μία κατάσταση που προκαλείται από τη συσσώρευση υποπροϊόντων των λιπών, που λέγονται κετόνες στο αίμα. Όταν υπάρχει άφθονη ινσουλίνη παράγονται ελάχιστες κετόνες, όταν όμως τα λίπη αναλώνονται για παραγωγή ενέργειας,

δίχως ινσουλίνη, τότε μία μεγάλη ποσότητα λιπών μετατρέπεται σε κετόνες. Η αύξηση αυτή των όξινων υποπροϊόντων προκαλεί την οξέωση που μπορεί να καταλήξει σε κώμα.

Σχεδόν όλα τα διαβητικά παιδιά υποφέρουν από αυτόν τον τύπο διαβήτη. Ο παιδικός διαβήτης προσβάλλει σε ίση αναλογία κορίτσια και αγόρια και εμφανίζεται ακόμα και κατά τη διάρκεια μιας ίωσης, καθώς όλα τα παιδιά, που υποφέρουν από αυτόν παρουσιάζουν, μεγάλες διακυμάνσεις, στα επίπεδα σακχάρου στο αίμα.

Ο τρίτος τύπος διαβήτη, γνωστός ως «Διαβήτης των Ενηλίκων» (Adults Diabetics), αφορά περίπου το 85% των διαβητικών (άτομα από 25-64) οι οποίοι όμως διατηρούν μια σχετική ικανότητα να παράγουν οι ίδιοι ινσουλίνη. Ο διαβήτης αυτού του τύπου αρχίζει με ποικίλα συμπτώματα και δεν καθίσταται υποχρεωτικά διαβήτης στον οποίο τα διαβητικά άτομα να είναι εξαρτημένα από ινσουλίνη. Συχνά το πάγκρεάς τους παράγει ένα μέρος ινσουλίνης, που το σώμα δεν είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει σωστά. Άλλωστε τα άτομα αυτά έχουν την τάση της παχυσαρκίας και τα επιπλέον λιπαρά κύτταρα δημιουργούν ένα πρόσθετο βάρος για το πάγκρεας που δεν έχει τη δύναμη να παράγει ινσουλίνη. Πολλοί από τους ενήλικες διαβητικούς έχουν ανάγκη από ενέσεις ινσουλίνης ή από αντιδιαβητικά χάπια, αλλά πολλοί από αυτούς ρυθμίζουν το διαβήτη με τη σωστή διαίτα. Είναι άξιο να αναφερθεί, πως σε αυτό τον τύπο διαβήτη σπάνια τα άτομα παθαίνουν διαβητική οξέωση και πέφτουν σε κώμα μόνο όταν

πάθουν αφυδάτωση και ανέβει υπερβολικά το επίπεδο σακχάρου στο αίμα.

Ξεχωρίζουν το «Διαβήτη των Ηλικιωμένων ή το γεροντικό διαβήτη» (Elderly Diabetics) τον οποίο εμφανίζουν άτομα από 65 ετών και άνω. Σε αυτόν τον τύπο διαβήτη τα διαβητικά άτομα παρουσιάζουν διαβητικές επιπλοκές. Η ρύθμιση του διαβήτη μπορεί να γίνει και δίχως ινσουλίνη.

Επισημαίνουν κάποια ιδιαίτερα είδη τύπων διαβήτη : 1) τον «Ασταθή Διαβήτη» (Brittle Diabetes), ο όρος αυτός θεωρούν ότι πρέπει να χρησιμοποιείται για τους ασθενείς εκείνους, στους οποίους, παρ' όλες τις προσπάθειες τις οποίες γίνονται, δεν είναι δυνατόν να αποφευχθούν κάποιες ακραίες ταλαντώσεις μεταξύ των υπεργλυκαιμιών και κετοξεώσεων, 2) τον «Ινσουλινάντοχο Διαβήτη» (Insulin - Resistant Diabetes), στον οποίο ανήκουν ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται μεγάλες ποσότητες ινσουλίνης, άνω των 200 μονάδων, ημερησίως, 3) τον «Διαβήτη της Κύησης» (Gestationat Diabetes), στον οποίο ανήκουν οι γυναίκες που βρίσκονται κατά την κύηση και εμφανίζουν συμπτώματα διαβήτη, 4) τον «Παγκρεατικό Διαβήτη» (Pancreatic Diabetes), στον οποίο τα διαβητικά άτομα παρουσιάζουν καταστροφή του παγκρέατος, μετά από παγκρεατομή ή αποτιτάνωση του παγκρέατος.

Μία διαφορετική ταξινόμηση πραγματοποιεί ο Delaroché (1990), : Α) σ' αυτόν που εξαρτάται από την ινσουλίνη «Ινσουλινοεξαρτώμενος Διαβήτης» ή διαβήτης τύπου I, που χαρακτηρίζεται από παντελή έλλειψη ινσουλίνης. Ο διαβήτης αυτός

μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, αλλά είναι πρακτικά ο μόνος που μπορεί να τον συναντήσει κάποιος σε παιδιά και εφήβους, πράγμα που εξηγεί την πρώτη του ονομασία «διαβήτης νεαρής ηλικίας», «νεανικός» ή και ακόμα «διαβήτης του αδυνάτου ατόμου». Β) στον μη εξαρτώμενο διαβήτη από ινσουλίνη ή διαβήτη τύπου II . Διαφέρει από τον πρώτο στο ότι δεν υπάρχει παντελής έλλειψη ινσουλίνης, η οποία μπορεί να είναι φυσιολογική μερικές φορές ή αυξημένη. Ο τύπος αυτός διαβήτη μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε ηλικία, αλλά συνήθως αφορά άτομα άνω των 40 ετών.

Π.1.1.β). Επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη στον ανθρώπινο οργανισμό (γενικώς).

Ο σακχαρώδης διαβήτης θεωρείται ότι είναι μία από τις σοβαρότερες ασθένειες, που μαστίζει την ανθρωπότητα. Η ασθένεια αυτή να επηρεάζει το σώμα-οργανισμό των διαβητικών ατόμων, δημιουργώντας σοβαρές επιπλοκές σε αυτόν.

Σύμφωνα με τον Τσινίκα (1982), τα διαβητικά άτομα κουράζονται αρκετά εύκολα, αισθανόμενα επιπλέον μία γενική αδυναμία και αδιαθεσία ασαφή και αόριστη. Ο χαρακτήρας και η συμπεριφορά τους μεταβάλλεται με σοβαρές συνέπειες την ανικανότητα πρωτοβουλίας, την αδιαφορία και την απάθεια. Η

μνήμη των διαβητικών ατόμων εξασθενεί με το πέρασμα του χρόνου και ο ύπνος του αρχίζει να γίνεται ταραγμένος και διακεκομμένος. Μέσα από αυτή τη γενική εξάντληση προκαλείται μείωση των αμυντικών δυνάμεων του οργανισμού και γι' αυτό το λόγο οι διαβητικοί προσβάλλονται εύκολα και από άλλες σοβαρές ασθένειες.

Διαταράσσεται το νευρικό σύστημα, και παρουσιάζονται νευραλγίες, ισχυαλγία, ημικρανίες, κεφαλαλγίες κ.α. Άλλοτε συμβαίνουν και παραλύσεις μόνιμες, εκτεταμένες, οργανικές, οι οποίες οφείλονται σε οργανικές αλλοιώσεις των νευρικών κέντρων, όπως αιμορραγίες, μαλακύνσεις, ενώ άλλες από αυτές είναι παροδικές. Είναι αξιοσημείωτο, ότι η διαβητική παραπληγία, εμφανίζεται ως πολυνευρίτιδα των κάτω άκρων, η οποία συνοδεύεται από μυϊκή ατροφία.

Σοβαρές διαταραχές είναι και αυτές της όρασης, οι οποίες εμφανίζονται στον έναν από τους τέσσερις διαβητικούς (1:4). Ο καταρράκτης αποτελεί μία από τις συχνότερες και σοβαρότερες επιπλοκές. Οι διαβητικοί καταρράκτες των γερόντων συγχέονται βέβαια και με τους γεροντικούς καταρράκτες. Συχνή είναι και η παράλυση των κινητικών μυών των οφθαλμών. Επίσης τα διαβητικά άτομα παρουσιάζουν εύκολα βλεφαρίτιδα, επιπεφυκίτιδα, κριθαράκι, κερατίτιδα. Σπάνιες είναι οι επιπλοκές, όπως διαβητικές ιρίτιδες και αμφιβληστροειδίτιδες. Συνηθισμένο είναι το φαινόμενο ανάπτυξης διαταραχών στο δέρμα, όπου τα διαβητικά άτομα παρουσιάζουν δέρμα ξηρό, εκζεματώδες, διότι μία ποσότητα

σακχάρου εκκρίνεται από αυτό. Οι διαβητικές δερματίτιδες είναι εκζεματοειδείς και ερυθροειδείς. Η βάλανος του πέους και η πόσθη, εκκρίνουν το γλυκό, λόγω του σακχάρου, με αποτέλεσμα τα ούρα να έχουν χρώμα ερυθρό, ενώ παρουσιάζεται επώδυνος κνησμός σε αυτά τα σημεία αλλά και διάφορα εξανθήματα. Η πάθηση αυτή του δέρματος είναι ακόμα σοβαρότερη και περισσότερο επώδυνη για τις γυναίκες, διότι τα ούρα κατακρατούνται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στον κόλπο, κι αυτό έχει ως αποτέλεσμα εντονότερο κνησμό, ερυθρότητα και εξελκώσεις. Οι επανειλημμένες βαλανοποστιθίτιδες, λόγω σακχάρου, οδηγούν στη σκλήρυνση του πέους και διαρκή φίμωση. Σπανιότερη από τις διαταραχές στο δέρμα είναι η γάγγραινα, η οποία οφείλεται σε εκτεταμένες μυκητιάσεις. Πολλές φορές παρατηρείται τριχόπτωση, πτώση των νυχιών αλλά και γαγγραινώδεις μολύνσεις.

Συχνοί είναι και οι τραυματισμοί του δέρματος από τις ενέσεις, που πραγματοποιούν οι διαβητικοί, για την αντιμετώπισή του σύμφωνα με τους Petrides-Weiss Loffler-Weiland (1974). Μία συχνή δερματική πάθηση είναι η μονιλίαση, που η ανάπτυξή στις γυναίκες γίνεται αντιληπτή από τον έντονο κνησμό του αιδοίου. Η ανάπτυξη στους άνδρες γίνεται αντιληπτή κυρίως από την εμφάνιση βαλανίτιδας. Η εμφάνιση της επιπλέον ευνοείται και από τη χρήση αντιβιοτικών και κορτικοειδών. Άλλη συχνή δερματική πάθηση είναι η Λιποειδής νεκροβίωση των διαβητικών, που θεωρείται δερματική αλλοίωση στις επιφάνειες των κνημών και εμφανίζεται με ερυθρούς έως κίτρινους, άλλες φορές γεμάτους πληγές, ωοειδείς

σχηματισμούς. Το ξάνθωμα των διαβητικών είναι μία άλλη δερματική αλλοίωση και εμφανίζεται με μικρά ερυθροκίτρινα εξανθήματα στην περιοχή των αγκώνων, στους γλουτούς και στα γόνατα. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι γιατροί συμβουλεύουν τα διαβητικά άτομα να περιποιούνται το δέρμα τους.

Ο διαβήτης δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες για την ανάπτυξη φλεγμονών στις αρτηρίες, που χαρακτηρίζονται ως αρτηρίτιδα. Η διαβητική αρτηρίτιδα εμφανίζεται, σπάνια, όμως είναι απότομη, οξύτατη και κεραυνοβόλα. Συνήθως διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα, άλλοτε όμως χάνεται, και άλλοτε εμφανίζεται κυρίως στα κάτω άκρα. Η αρτηρίτιδα αποκαλύπτεται από τον πόνο στην κνήμη και τις συσπάσεις των μυών με αποτέλεσμα οι αρτηρίες είναι σκληρές οστιοειδείς. Οι διαβητικές αρτηρίτιδες διαφέρουν από τις γεροντικές αρτηρίτιδες, διότι οι γεροντικές είναι περισσότερο ύπουλες, χρόνιες και σιωπηρές, και οδηγούν σε γάγγραινα. Η γάγγραινα αρχίζει από τα δάκτυλα των ποδιών, που το χρώμα τους γίνεται κυανό, με σκούρες κηλίδες, ενώ μετά από λίγο χρονικό διάστημα το χρώμα γίνεται μαύρο και οι ιστοί ξηραίνονται. Οι πόνοι σε αυτές τις περιπτώσεις είναι αφόρητοι και συνεχείς. Η γάγγραινα εξελίσσεται αργά, αλλά σταθερά προς τα πάνω. Ολόκληρο το πόδι διογκώνεται, γεμίζει με πληγές και κύστες.

Επίσης ο διαβήτης αρκετά συχνά προκαλεί συχνές επιπλοκές στο αναπνευστικό σύστημα. Συνήθης είναι ο θάνατος των διαβητικών ατόμων από πνευμονίες, πνευμονικές επιπλοκές όπως η φυματίωση και η γάγγραινα.

Συνήθεις είναι οι νεφρικές διαταραχές, που οφείλονται στην αύξηση της λειτουργικότητας των νεφρών. Συνέπεια αυτής της υπερλειτουργικότητας είναι η πολουρία. Ένα υγιές νεφρό μπορεί να διαβιβάσει από 100-140% σάκχαρο στα ούρα, όμως σε περιπτώσεις διαταραχών, τα νεφρά αδυνατούν να διαβιβάσουν σάκχαρο στα ούρα κι όχι μόνο αυτό αλλά και άλλες ουσίες, όπως ουρία. Όσο προχωρά και αναπτύσσεται η νεφρίτιδα, τόσο ελαττώνεται η απεκκριτική και λειτουργική ικανότητα των νεφρών. Γι' αυτό το λόγο σε πολλούς διαβητικούς, οι οποίοι πάσχουν από χρόνια νεφρίτιδα η σακχαροουρία φθάνει το μηδέν, ενώ αντίθετα, το μη αποβαλλόμενο σάκχαρο πλεονάζει μέσα στο αίμα και επομένως η γλυκαιμία αυξάνεται.

Σύμφωνα με τους Petrides-Weiss-Loffler-Weiland (1974), συχνές είναι και επιπλοκές στην οδοντοστοιχία των διαβητικών ατόμων, με σοβαρότερη αυτή της τερηδόνας. Η τερηδόνα κάνει την εμφάνιση με τη συνοδεία της πυόρροιας στις ρίζες των δοντιών, των παροδοντώσεων και της ατροφίας των ριζών των δοντιών. Επιπλέον επικρατεί μία ξηρότητα στο στόμα αλλά και οίδημα του βλεννογόνου, όπως και ουλίτιδα, η οποία αποδίδεται στην έλλειψη βιταμίνης Β και όχι στο διαβήτη.

Μεγάλη ομάδα διαβητικών ατόμων, εμφανίζουν και διαβητική εντεροπάθεια, αρκετά σπάνια όμως. Πολλές γαστρεντερικές επιπλοκές, οφείλονται στην πάθηση του φυτικού νευρικού συστήματος του γαστρεντερικού σωλήνα σε παραλλαγή με τη διαβητική νευροπάθεια. Αυτή λόγω της απώλειας των υγρών,

των πρωτεϊνών και των ηλεκτρολυτών, επιβαρύνει τη διαβητική μεταβολική κατάσταση και δημιουργεί μεγάλη αστάθεια.

Η διόγκωση του ήπατος εμφανίζεται ως επιπλοκή των διαβητικών ατόμων και αποδίδεται στην κακή λειτουργία του μεταβολισμού. Αυτή η επιπλοκή είναι περισσότερο συχνή και ισχύει στο Νεανικό Διαβήτη. Σπάνια αλλά και ακραία περίπτωση, το σύνδρομο Mauriac, στα διαβητικά παιδιά, το οποίο συνοδεύεται από νανισμό και διόγκωση του ήπατος, η οποία οφείλεται στην αποθήκευση του λίπους και του γλυκογόνου. Η συχνή εμφάνιση ηπατίτιδων στους διαβητικούς οφείλεται στις πολλές διαγνωστικές και θεραπευτικές επεμβάσεις μετά από την αυξημένη έκθεση στον ιό της ηπατίτιδας.

Η συχνή εμφάνιση της χολοκυστίτιδας και χολολιθίασης στα διαβητικά άτομα, πιθανώς να εξαρτάται από τη διαταραχή του μεταβολισμού. Λαμβάνοντας υπόψη τον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης φλεγμονής στη χοληδόχο κύστη, με την ταυτόχρονη βλάβη του ήπατος και του παγκρέατος και την επιβάρυνση της διαβητικής μεταβολικής κατάστασης, συνιστάται η πραγματοποίηση χολολυστεκτομής.

Αφού έχει πια εγκατασταθεί ο διαβήτης στα άτομα, η οξεία παγκρεατίτιδα, μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές του διαβήτη, οδηγεί σε σοβαρή επιδείνωση της μεταβολικής κατάστασης, με έντονη ροπή προς την οξέωση (κόμα) και την υψηλή θνησιμότητα. Τα καρκινώματα του παγκρέατος άλλωστε είναι συχνότερα στους διαβητικούς.

Η φυματίωση, άλλη μία ακόμη επιπλοκή του διαβήτη, η οποία δεν είναι τόσο επικίνδυνη, αλλά δημιουργεί μεγάλο φόβο λόγω της εξάπλωσής της κατά το παρελθόν. Χάρη στα αντιφυματικά φάρμακα της εποχής, η φυματίωση στα διαβητικά άτομα αντιμετωπίζεται παραβλέποντας τα σοβαρά μέχρι τώρα συμπτώματα - επιπλοκές της φυματίωσης, όπως οι εξιδρωματικές διηθήσεις και ο σχηματισμός σπηλαίων.

Ολοκληρώνοντας με τις τελευταίες μελέτες των ιδρυμάτων διαβήτη N.D.E.P. (Bethesda) –N.I.D.D.K. (Bethesda) –J.D.R.F. (New York), εμφανίζονται οι εξής επιπλοκές :

- Συχνουρία
- Υπερβολική δίψα
- Ανεξήγητη απώλεια βάρους
- Ακραία πείνα
- Ξαφνικές αλλαγές οράματος
- Τσούξιμο ή μούδιασμα στα άνω-κάτω άκρα
- Ξηρότητα δέρματος
- «Αποτυχία νεφρών» (γνωστή ως nephropathy)

II.1.2. Ο σακχαρώδης διαβήτης στα νεογνά

Ο σακχαρώδης διαβήτης, είτε είναι ινσουλινοεξαρτώμενος (ΙΕΣΔ), είτε είναι μη ινσουλινοεξαρτώμενος (ΜΙΕΣΔ), είτε είναι διαβήτης κύησης, είναι μία από τις συχνότερες παθήσεις της μητέρας, σύμφωνα με Βαζαίου-Γερασιμίδα (1995), και προκαλεί αύξηση της νοσηρότητας της ίδιας, επιπλέον όμως επηρεάζει τη συχνότητα αποβολών του εμβρύου και αυξάνει την περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα του νεογέννητου. Η διαταραχή του μεταβολισμού των θρεπτικών συστατικών της μητέρας, όπως η υπέρ ή υπογλυκαιμία, η αύξηση της συγκέντρωσης των αμινοξέων, των λιπιδίων και των κετονικών σωμάτων επηρεάζει τη διαφοροποίηση, τον πολλαπλασιασμό, την αύξηση και τη λειτουργική ωρίμανση των κυττάρων του εμβρύου, ανάλογα με το χρονικό διάστημα της κύησης, κατά το οποίο δρουν, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ανάλογων επιπλοκών στο νεογνό.

Σύγχρονες μελέτες έχουν δείξει ότι ο σακχαρώδης διαβήτης, που έχει διαγνωσθεί πριν από την κύηση επιλέκει το 0,2-0,3% των κύσεων, ενώ ο σακχαρώδης που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρείται επιπλέον σε 2-3% των κύσεων. Η πάθηση αυτή συνοδεύεται από νοσηρότητα και θνησιμότητα της μητέρας και του εμβρύου κυρίως αλλά και αυξάνει τον κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου.

Ο Pedersen το 1954, ήταν ο πρώτος, ο οποίος διατύπωσε την υπόθεση της υπεργλυκαιμίας – υπερινσουλιαιμίας. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση η υπεργλυκαιμία της μητέρας διεγείρει το εμβρυϊκό πάγκρεας προς ωρίμανση και έκκριση ινσουλίνης, με αποτέλεσμα την αύξηση επιπλοκών του εμβρύου και στη συνέχεια του νεογνού.

Κατά τη Βαζαίου-Γερασιμίδα (1995), είναι ευνόητο, πως ο πλακούντας είναι ο αγωγός, μέσω του οποίου μεταφέρονται συστατικά από τη μητέρα στο έμβρυο. Η ινσουλίνη όμως δεν διέρχεται τον πλακούντα αλλά ένα μέρος της μητρικής ινσουλίνης αποδομείται εκεί. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα στις διαβητικές μητέρες, τα επίπεδα έκκρισης ινσουλίνης αλλάζουν σημαντικά δημιουργώντας επιπλοκές στο νεογνό.

II.1.2.α). Τι είναι ο σακχαρώδης διαβήτης στα παιδιά

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι η πιο συχνή ενδοκρινική διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Το 99% των παιδιών το σακχαρώδη διαβήτη, σύμφωνα με τον Μπαρτσόκα (1995).

Σύμφωνα με τους Behram, Kliegman και Arvin (2002), ο Παιδικός Διαβήτης - Νεανικός Διαβήτης, είναι μία κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από βαριά ινσουλινοπενία και εξάρτηση από

εξωγενή ινσουλίνη για να αποφευχθεί η κέτωση και να διατηρηθεί η ζωή και γι' αυτό το λόγο πια ονομάζεται ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης (ΙΣΔ). Η έναρξη αυτής της ασθένειας, συμβαίνει κυρίως κατά την παιδική ηλικία, αν και μπορεί να επέλθει σε οποιαδήποτε ηλικία. Ο διαβήτης τύπου I, όπως έχει οριστεί ο σακχαρώδης διαβήτης «είναι σαφώς διακριτός λόγω της συσχέτισής του, με συγκεκριμένα αντιγόνα του συστήματος ιστοσυμβατότητας, της παρουσίας κυκλοφορούντων αντισωμάτων εναντίον κυτταροπλασματικών συστατικών και συστατικών της κυτταρικής μεμβράνης των κυττάρων των νησιδίων του παγκρέατος της ύπαρξης αντισωμάτων κατά της ινσουλίνης, επί απουσίας προηγούμενης έκθεσης σε εξωγενή έγχυση ινσουλίνης, η οποία είναι το ένζυμο που μετατρέπει το γλουταμικό οξύ σε γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) και ανιχνεύεται σε αφθονία στους ιστούς που νευρώνουν τα παγκρεατικά νησίδια» (Behram, Kliegman, Arvin, Nelson Παιδιατρική III, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2002, σελ. 2589).

Συνακολούθως, σύμφωνα με το J.D.R.F. και το N.D.E.P. ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου I είναι μία χρόνια πάθηση, που επηρεάζει τα παιδιά. Στην περίπτωση αυτή, το πάγκρεας δεν παράγει την ινσουλίνη, ορμόνη απαραίτητη για να στηρίζει το παιδί στη ζωή. Έτσι εμφανίζει χαμηλή ποσότητα σακχάρου στο αίμα με αποτέλεσμα την απώλεια ενέργειας. Κατά συνέπεια, το ανοσοποιητικό σύστημα των παιδιών χάνει τη δυναμικότητα του και τα παιδιά βρίσκονται εκτεθειμένα.

Επίσης, στον ορισμό του σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, αναφέρεται ο Delaroché (1990). Χαρακτηρίζεται ως πρώτος διαβήτης και έχει ως κύριο γνώρισμά του την παντελή έλλειψη ινσουλίνης και απαιτεί επιτακτικά θεραπεία αντικατάστασης της ινσουλίνης. Η ινσουλίνη, ορμόνη του παγκρέατος, χρησιμοποιείται για την παραγωγή γλυκόζης, ορμόνη που εκλείπει από τον οργανισμό των παιδιών. Τα οποία βρίσκονται εξαρτημένα από αυτή, ώστε να συνεχίσουν να ζουν.

Σύμφωνα με τους Petrides-Weiss-Loffler-Weiland (1974), υποστηρίζεται πως ο διαβήτης τύπου I ή παιδικός ή νεανικός διαβήτης, εκδηλώνεται στα παιδιά, και τα συμπτώματά του είναι βαριά και εξαπλώνονται ταχέως. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Anderson (1981), τα παιδιά καταλήγουν στην οξέωση, η οποία προκαλείται από τη συσσώρευση υποπροϊόντων των λιπών-κετόνες στο αίμα. Τα λίπη που καίγονται για ενέργεια δίχως ινσουλίνη, μετατρέπονται σε κετόνες. Η αύξηση των κετόνων οδηγεί στην οξέωση, η οποία καταλήγει σε κώμα. Ο διαβήτης τύπου I, «πυροδοτείται» συνήθως από τις παιδικές αρρώστιες ή μολύνσεις, σε περιπτώσεις δηλαδή, όπου τα παιδιά έχουν ανάγκη παραγωγής ινσουλίνης.

Ολοκληρώνοντας, τον ορισμό του διαβήτη τύπου I, σύμφωνα με τον Παπαδόπουλο (1995), είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα, όπου για άγνωστους λόγους καταστρέφονται από το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού τα ινσουλινοπαραγάγα β-νησιδικύτταρα. Αποτέλεσμα αυτού η άμεση εξάρτηση των παιδιών από ινσουλίνη.

Π.1.2.β). Επιδημιολογία του σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά

Σύμφωνα με μελέτες των Behram, Kliegman και Arvin (2002), που διεξήχθησαν στις Η.Π.Α., η επικράτηση του διαβήτη στα παιδιά σχολικής ηλικίας φθάνει περίπου στο 1,9/1000. Η συχνότητα, όμως, σχετίζεται άμεσα με την αύξηση της ηλικίας και σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία κυμαίνεται από 1/1430 παιδιά ηλικίας 5 ετών, έως 1/360 παιδιά ηλικίας μέχρι 12 ετών. Τα στοιχεία για την εμφάνιση και τις επιπτώσεις του διαβήτη ανάλογα με το φυλετικό ή εθνικό υπόβαθρο είναι ενδεικτικά. Περίπου 30 νέες περιπτώσεις εμφανίζονται ετησίως ανά 100.000 άτομα στην Φιλανδία, ενώ αντιστοίχως στην Ιαπωνία, δεν ξεπερνούν το 0,8 ανά 100.000. Στους μαύρους Αμερικανούς η εμφάνιση του διαβήτη έχει αναφερθεί ότι φθάνει στο 20-30% του συνολικού πληθυσμού, ενώ στους λευκούς Αμερικανούς μπορεί να φθάσει στα 2/3. Αυτές οι παρατηρήσεις καθιστούν αναγκαία την γενετική καθοδήγηση των γονέων. Η ετήσια επίπτωση στις Η.Π.Α. φθάνει στις 12-15 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 του παιδιατρικού πληθυσμού. Και τα δύο φύλα προσβάλλονται το ίδιο. Η εμφάνιση της νόσου παρατηρείται σε δύο ηλικιακές ομάδες: 5-7 ετών και κατά την εφηβεία. Η ηλικία που παρατηρείται η πρώτη κορύφωση συμπίπτει με την περίοδο

έναρξης του σχολείου, ενώ η δεύτερη κορύφωση αντιστοιχεί στην περίοδο ανάπτυξης κατά την εφηβεία.

Ταυτόχρονα ο ΙΕΣΔ διαβήτης χαρακτηρίζεται από εποχιακή και μακροπρόθεσμη κυκλική κατανομή. Νέες περιπτώσεις εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα κατά τη διάρκεια των φθινοπωρινών και των χειμερινών μηνών στο Νότιο και Βόρειο Ημισφαίριο.

Στην επιδημιολογία του σακχαρώδους διαβήτη, αναφέρεται και ο Μπαρτσόκας (1995). Υποστηρίζει, πως η συχνότητα του ΙΕΣΔ διαβήτη στις ανεπτυγμένες χώρες υπολογίζεται στο 3-5%. Στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι το 10% των διαβητικών ασθενών πάσχουν από ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη. Οι επιπτώσεις αυτής της ασθένειας αυξάνονται από τη γέννηση μέχρι και την ηλικία των 11-13 χρόνων και μειώνονται στη διάρκεια της ενηλίκου ζωής. Κάθε χρόνο υπολογίζεται ότι 10.000 παιδιά και έφηβοι κάτω των 15 ετών νοσούν στην Ευρώπη από ΙΕΣΔ. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία, η ετήσια εμφάνιση νέων περιπτώσεων ΙΕΣΔ είναι περίπου 10 σε 100.000 παιδιά μικρότερα των 14 ετών στην περιοχή της Αττικής και 5-7/100.000 στην επαρχία.

Ο ίδιος ερευνητής υποστηρίζει, ότι η επίπτωση του ΙΕΣΔ εμφανίζει σημαντικές διαφορές στις χώρες του πλανήτη μας αλλά και μέσα στους ίδιους τους πληθυσμούς. Η μεγαλύτερη επίπτωση παρατηρείται στις Σκανδιναβικές χώρες και η μικρότερη στην Ιαπωνία. Όπως φαίνεται από επιδημιολογικές μελέτες ο ΙΕΣΔ είναι

σήμερα στην Ευρώπη 2-3 φορές συχνότερος από ότι στις δεκαετίες του 1950 και του 1960.

Είναι ευνόητο, ότι η γεωγραφική ποικιλομορφία του ΙΕΣΔ, ακόμα και στις ίδιες χώρες καταδεικνύει την ετερογένεια της αιτιοπαθογένειας της νόσου. Η ανεύρεση γενετικών δεικτών σε ορισμένους πληθυσμούς ενισχύει το ρόλο της γενετικής προδιάθεσης, αλλά οι διαφορές που υπάρχουν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η διατροφή και γενικά ο τρόπος ζωής, καθιστούν το ρόλο τους σημαντικό. Η μεγαλύτερη εμφάνιση νέων περιπτώσεων ΙΕΣΔ (διαβήτη τύπου I), το φθινόπωρο και το χειμώνα είναι ένα ακόμα ενδιαφέρον επιδημιολογικό στοιχείο, που παρατηρείται και στα δύο ημισφαίρια και έχει συσχετιστεί με τις αυξημένες ιογενείς λοιμώξεις των εποχών αυτών.

Σύμφωνα με το Delaroché (1990), εδώ και ενάμισυ αιώνα, πολλές μελέτες περιγράφουν τη συχνότητα και τα χαρακτηριστικά του σακχαρώδους διαβήτη σε διάφορες χώρες. Το 1979 ο Αμερικανός Κέλλυ Γουέστ ένωσε σε μία πολύ ωραία σύνθεση το σύνολο των αποτελεσμάτων. Ακολούθησαν και άλλες αξιοσημείωτες μελέτες, από τις οποίες αντλούμε στοιχεία για την επιδημιολογία του ΙΕΣΔ. Αρχικά αναφέρεται στην επικράτηση του ΙΕΣΔ, ποικίλλει ανάλογα με τις χώρες. Η επικράτησή του δεν ξεπερνάει 3 τοις χιλίοις (μέσος όρος όλων των χωρών). Στη Γαλλία είναι 0,32 τοις χιλίοις για τα άτομα κάτω των 19 και 0,49 τοις χιλίοις για τα άτομα των 10 ετών έως 19 ετών. Η Γιουγκοσλαβία, το Ισραήλ, η Ισπανία και η Ιταλία, έχουν επικράτηση παρόμοια με της

Γαλλίας. Η πιο χαμηλή επικράτηση παρατηρείται στην Κούβα, Ιαπωνία και την Κίνα. Αντίθετα η πιο υψηλή παρατηρείται στην Φιλανδία, Μ. Βρετανία, Σουηδία και Η.Π.Α.

Στη Φιλανδία υπολογίζονται 29 νέοι άρρωστοι για κάθε 100.000 υγιείς και κάθε χρόνο. Ο αριθμός στις Η.Π.Α. είναι 16 και στη Σουηδία 20. Στη Γαλλία, η συχνότητα είναι μικρή, εκτιμώμενη σε 7,2 νέα περιστατικά διαβήτη τύπου I το χρόνο, σε κάθε 100.000 παιδιά μικρότερα των 19 ετών το 1988. Βέβαια στη Γαλλία ο αριθμός έχει διπλασιαστεί με την πάροδο του χρόνου.

Σημαντικό ρόλο στην επιδημιολογία παίζουν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, το κύλισμα του χρόνου καθώς και η επίδραση της εποχής, όπου μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται κατά τους φθινοπωρινούς και τους χειμερινούς μήνες.

Καταλήγοντας, σύμφωνα με την Λιακοπούλου (1994), ο ΙΕΣΔ είναι μία ασθένεια αρκετά διαδεδομένη και υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα η συχνότητά του είναι 1 στα 1.000 παιδιά, ενώ στις αγγλοσαξονικές χώρες είναι 2 στα 1.000 παιδιά. Εμφανίζεται για πρώτη φορά στα 2-16 έτη, αλλά συνήθως μεταξύ 10-12 ετών.

II.1.2.γ). Αιτιοπαθογένεια του σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά

Ο ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης ή διαβήτης τύπου I (ΙΕΣΔ), σύμφωνα με τον Μπαρτσόκα (1995), είναι πολυπαραγοντικό νόσημα, που οφείλεται στην καταστροφή των β-κυττάρων των νησιδίων του παγκρέατος με αυτοάνοσο μηχανισμό.

Για την ανάπτυξη του ανοσολογικού μηχανισμού που καταστρέφει τα β-κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος είναι απαραίτητη η επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων και η γενετική προδιάθεση του ατόμου. Το παθογενετικό μοντέλο αποδεικνύεται από τις εξής παρατηρήσεις: 1) σε μονοωγενείς διδύμους με ΙΣΕΔ (διαβήτης τύπου I) νοσεί μόνο το 36% των αδελφών των πασχόντων, 2) Τα αδέλφια παιδιών με ΙΕΣΔ (διαβήτης τύπου I), και ταυτόσημο HLA γονότυπο έχουν 12% κίνδυνο να νοσήσουν, 3) Παρ'ότι υπάρχει οικογενειακή κατανομή του ΙΕΣΔ (διαβήτης τύπου I), ο κίνδυνος νόσησης στα αδέλφια (6%) και στους γονείς (4%) δεν είναι σημαντικά μεγαλύτερος του γενετικού πληθυσμού.

Επιπρόσθετα η επίδραση των διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων όπως ιοί, τοξίνες, συστατικά των τροφών αλλά και καταστάσεις «stress» θεωρείται απαραίτητη για την ανάπτυξη της αυτοάνοσης διαδικασίας που καταστρέφει τα β κύτταρα. Οι ιοί

θεωρούνται από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες με διαβητογόνο δράση, και έχουν ενοχοποιηθεί οι ιοί της ερυθράς, οι ιοί Coxsackie, διάφοροι ρετροϊοί και άλλοι. Διάφορα τρόφιμα, προσθετικά των τροφών και οι προσβαλλόμενες θερμίδες έχουν ενοχοποιηθεί σύμφωνα με επιδημιολογικές και πειραματικές μελέτες. Ο ανεπαρκής μητρικός θηλασμός και η πρόωμη χορήγηση γάλακτος αγελάδος ερευνάται με ενδιαφέρον μετά τη διαπίστωση ότι ο θηλασμός διάρκειας μικρότερης των 6 μηνών σχετίζεται με τη νόσηση από ΙΕΣΔ. Οι νιτροζαμίνες, που χρησιμοποιούνται σαν συντηρητικό των τροφών έχουν θεωρηθεί υπεύθυνες εμφάνισης του ΙΕΣΔ. Παρ'όλα αυτά ο μηχανισμός δράσης των περιβαλλοντικών παραγόντων δεν έχει διευκρινισθεί και πιθανότατα δεν είναι ενιαίος.

Αξιοσημείωτη είναι και η αναφορά της Λιακοπούλου (1994), για την αιτιοπαθογένεια του ΙΕΣΔ. Υποστηρίζεται πως είναι πολύ πιθανό η ασθένεια να οφείλεται σε ανοσοβιολογική διαταραχή, αφού σε μελέτες ασθενών βρέθηκαν αντιγόνα τύπου ΗΛΑ. Χρωμοσωμικές μελέτες έδωσαν ενδείξεις ότι υπάρχει γενετική διαταραχή. Το 1/3 των παιδιών με διαβήτη προέρχονται από οικογένειες με διαβητικά μέλη καθώς πιθανολογείται ότι η αντίσταση των οικογενειών αυτών σε ορισμένους ιούς είναι μειωμένη. Τέλος θεωρείται ότι η ασθένεια μπορεί να οφείλεται σε ιώδη λοίμωξη.

Σύμφωνα με το Delaroche (1990), ο διαβήτης τύπου I χαρακτηρίζεται από μία πλήρη έλλειψη ινσουλίνης καθώς οι νησίδες

Langerhans οι οποίες είναι μικρές συγκεντρώσεις κυττάρων, κατανεμημένες στο πάγκρεας, που παράγουν την ινσουλίνη καταστρέφονται στην περίπτωση αυτής της ασθένειας. Είναι λοιπόν μία ασθένεια αυτοανοποίησης, διότι πρόκειται για μία καταστροφή από τον ίδιο τον οργανισμό των κατάλληλων κυττάρων.

Οι ανοσοποιητικοί μηχανισμοί του οργανισμού, που εμποδίζουν την εισχώρηση στον οργανισμό κάθε ξένου παράγοντα (ξένα σώματα, βακτήρια, ιοί κ.λ.π.), αποτελούνται από δύο συστήματα στενά συνδεδεμένα: 1) Το ένα αποτελείται από κύτταρα του αίματος (κυτταρική ανοσοποίηση), ικανά να επιτίθενται σε κάθε παρείσακτο που εισδύει στον οργανισμό. Τα κύτταρα αυτά, ονομάζονται κύτταρα με ικανότητα ανοσοποίησης (λεμφοκύτταρα, μακροφάγοι), τα οποία επιτρέπουν να αμυνθούν οι άνθρωποι ειδικά κατά των λοιμώξεων και η κανονική αντίδραση είναι η καταστροφή των μολυσματικών παραγόντων, 2) το άλλο αποτελείται από τα αντισώματα (χυμώδης ανοσοποίηση), τα οποία μπλοκάρουν και επιτρέπουν την καταστροφή αυτών των εξωτερικών μολυσματικών παραγόντων.

Στην περίπτωση όμως μιας αυτοανοσοποιητικής ασθένειας, η δράση των κυττάρων που έχουν ανοσοποιητική ικανότητα και η παραγωγή των αντισωμάτων κατευθύνεται εναντίον ιστών που αποτελούν τον ίδιο οργανισμό του ατόμου. Καταλήγουν σε μία αυτοκαταστροφή αυτών των ιστών. Κατά συνέπεια, στην περίπτωση του ΙΕΣΔ, διαπιστώνονται στο αίμα αντισώματα, που κατευθύνονται

κατά των κυττάρων των νησίδων του Langerhans, που παράγουν ινσουλίνη.

Ο οικογενειακός παράγοντας, που ονομάζεται γενετικός είναι ένας άλλος παράγοντας αιτιοπαθογένειας. Οι γενετικοί χαρακτήρες, κληρονομιά κάθε ατόμου, μεταβιβάζονται από γονείς σε παιδιά και μεταφέρονται από τα γονίδια, τα οποία αποτελούν ένα πραγματικό λεξικό που διέπει από το Α μέχρι το Ω τη σύσταση του ατόμου: σύνθεση των βασικών συστατικών κυττάρων, διεύθυνση των κυττάρων σε ιστούς και όργανα, σύνθεση των πληροφοριών που επιτρέπουν στον οργανισμό να λειτουργεί κ.λ.π. Τα άτομα, στα οποία υπάρχει προδιάθεση στο διαβήτη, που εξαρτάται από την ινσουλίνη, είναι φορείς γενετικής πληροφορίας, που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 6. Μελέτες επιτρέπουν να καθοριστεί ότι αν ένα άτομο είναι φορέας αυτού του χρωμοσώματος, μπορεί να κινδυνεύει ή όχι να αποκτήσει μία ημέρα αυτή την αυτό-ανοσοποίηση που καταλήγει στο διαβήτη τύπου I.

Το κύριο αίτιο, σύμφωνα με τους Behram, Kliegman και Arvin (2002), των αρχικών κλινικών ευρημάτων, για το διαβήτη τύπου I της παιδικής ηλικίας είναι η απότομη ελάττωση της έκκρισης ινσουλίνης. Η παραγωγή ινσουλίνης ως μία απάντηση σε μία ποικιλία ισχυρών εκκριταγωγών παραγόντων, είναι μειωμένη ή συνήθως απουσιάζει πλήρως μετά από 5 έτη. Στα άτομα που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου εμφάνισης του ΙΕΣΔ έχει παρατηρηθεί σταδιακή μείωση ικανότητας έκκρισης ινσουλίνης για μήνες έως και χρόνια.

Η αυξημένη επιρρέπεια σε ένα αριθμό νοσημάτων έχει συσχετισθεί με ένα ή περισσότερα από τα ταυτοποιημένα HLA αντιγόνα, των οποίων η κληρονομικότητα φαίνεται να διπλασιάζει ή να τριπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου I.

Π.1.2.δ). Επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη στα νεογνά

Τα νεογνά που γεννιούνται, από διαβητικές μητέρες, εμφανίζουν ΙΕΣΔ (διαβήτη τύπου I), σύμφωνα με τη Βαζαίου-Γερασιμίδα (1995), κατά συνέπεια παρουσιάζουν επιπλοκές από αυτήν την πάθηση.

Αρχικά, αναφέρεται, η διαταραχή της αύξησης βάρους, καθώς οι διαβητικές μητέρες γεννούν παιδιά μεγαλόσωμα με βάρος μεγαλύτερο από εκείνο που αναλογεί για την ηλικία κύησης. Τα παιδιά των διαβητικών μητέρων είναι πληθωρικά με στρογγυλό πρόσωπο. Το υπερβολικό βάρος προέρχεται από το αυξημένο ποσοστό λίπους του σώματος, καθώς και την αύξηση του πλακούντα, του ομφάλιου λώρου. Η οστική ωρίμανση του βρέφους σχετίζεται με την ηλικία κύησης και όχι με το βάρος ή το μήκος. Η περίμετρος του κεφαλιού των νεογνών διαβητικών μητέρων παρουσιάζεται δυσανάλογα μικρή, διότι ο εγκέφαλος δεν ακολουθεί την παθολογική αύξηση των λοιπών οργάνων. Νεότερες μελέτες

δείχνουν όμως το αντίθετο, ότι δηλαδή τα νεογνά έχουν μεγαλύτερη περίμετρο κεφαλιού από ότι τα φυσιολογικά νεογνά.

Η μακροσωμία συνδέεται με παρατεταμένο τοκετό, δυστοκία ώμων, περιγεννητική ασφυξία, εγκεφαλική αιμορραγία και τραυματισμούς οστών. Η υπασβαιστιαμία, υπομαγνησία, υπερχολερυθριναιμία παρατηρούνται στα μακροσωμικά νεογνά αλλά και μη με την ίδια συχνότητα. Η υπογλυκαιμία όμως εμφανίζεται στο 47% των μακροσωμικών νεγνών.

Στη διαταραχή αύξησης, περιλαμβάνεται και η υπερτροφική καρδιομυοπάθεια και η καρδιακή ανεπάρκεια, η οποία εκδηλώνεται με ταχύπνοια και ταχυκαρδία. Η υπετροφία του διαφράγματος και η πάχυνση του κοιλιακού τοιχώματος είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μειωμένη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας και αποφρακτικού τύπου καρδιοπάθεια.

Ως δεύτερη επιπλοκή των νεογνών, θεωρείται η υπογλυκαιμία. Στη γέννηση τα επίπεδα γλυκόζης πλάσματος στον ομφάλιο λώρο συσχετίζονται με τα επίπεδα γλυκόζης της μητέρας. Κατά συνέπεια στις διαβητικές μητέρες, όπου τα επίπεδα γλυκόζης είναι χαμηλά και τα επίπεδα γλυκόζης των νεογνών θα είναι χαμηλά. Τα υπογλυκαιμικά νεογνά είναι δυνατόν να παρουσιάζουν σηψαιμία, πνευμονία, περιγεννητική ασφυξία. Επίσης τα υπογλυκαιμικά νεογνά παρουσιάζουν τρόμο, ευερεθιστικότητα, έντονη αντίδραση στο αντανακλαστικό του Moro, άπνοιες ή κυανώσεις, σπασμούς, νωθρότητα, υποτονία, λήθαργο, υποθερψία, υψίσυχο κλάμα, άρνηση λήψης τροφής και εφίδρωση. Η παράταση

της υπογλυκαιμίας είναι δυνατόν να προκαλέσει καρδιακή ανεπάρκεια και καρδιακή ανακοπή.

Ως τρίτη επιπλοκή, παρουσιάζεται η υπασβεστιαμία και υπομαγνησία των νεογνών, οι οποίες απαντώνται στο 50% των νεογνών από διαβητικές μητέρες. Η υπασβεστιαμία και υπομαγνησία σχετίζονται με τη βαρύτητα του διαβήτη στη μητέρα, την περιγεννητική ασφυξία και την προωρότητα. Έχει αναφερθεί ότι η έκκριση παραθορμόνης είναι αρκετά μειωμένη στα νεογνά διαβητικών μητέρων. Συνήθεις εκδηλώσεις είναι η ευερεθιστικότητα, τινάγματα, άπνοια, ράπισμα χειλιών, σπασμοί ή αρρυθμία.

Ως τέταρτη επιπλοκή, παρουσιάζεται το ιδιοπαθές σύνδρομο αναπνευστικής ανεπάρκειας του νεογνού (ΙΣΑΔ). Τα παιδιά διαβητικών μητέρων παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο έως 6 φορές, εμφάνισης του ΙΣΑΔ. Το ΙΣΑΔ επηρεάζει την ωρίμανση των πνευμόνων των νεογνών.

Ως πέμπτη επιπλοκή, παρουσιάζεται η πολυκυθαιμία - υπεργλοιότητα των νεογνών. Η υπεργλοιότητα νεογνών από διαβητικές μητέρες προκαλεί σοβαρές επιπτώσεις σε διάφορα όργανα, όπως θρόμβωση της νεφρικής φλέβας. Αιτία είναι η αυξημένη αιμοποίηση κατά τη διάρκεια της εξωμήτριας ζωής, αποτέλεσμα της αυξημένης ερυθροποιητίνης.

Η υπερχολερυθριναιμία, αποτελεί την έκτη επιπλοκή των νεογνών από διαβητικές μητέρες, λόγω αυξημένου καταβολισμού

της αιμοσφαιρίνης, ο οποίος οφείλεται στην πολυκυθαιμία και μειωμένη διατασιμότητα των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Το υποκινητικό ή βραχύ αριστερό κόλο, αποτελεί την έβδομη επιπλοκή των νεογνών. Πρόκειται για λειτουργική ανωμαλία του εντέρου, η οποία παρουσιάζεται ως «απόφραξη του γαστρεντερικού σωλήνα με αδυναμία προώθησης του μηκωνίου, με διάταση της κοιλίας και χολοβαφή εμέσματα». (Βαζαίου - Γερασιμίδα Αν., ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ, Εκδόσεις ΤΟΥΝΤΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 1995, σελ. 583).

Τα παιδιά διαβητικών μητέρων παρουσιάζουν και άλλες μακροχρόνιες επιπλοκές, όπως παχυσαρκία, νευροψυχιατρικές διαταραχές, εμφάνιση μακροχρόνιων νευρολογικών ελλειμμάτων (εγκεφαλική δυσλειτουργία), εγκεφαλική αιμορραγία, παρατεταμένη υπογλυκαιμία, πυρηνικός ίκτερος κ.λ.π.

Σύμφωνα με την ίδια οι συγγενείς ανωμαλίες του σακχαρώδη διαβήτη στα νεογνά αφορούν συστήματα του οργανισμού, όπως κεντρικό νευρικό, καρδιαγγειακό, γαστρεντερικό, ουροποιητικό και ερειστικό. Όσον αφορά το κεντρικό νευρικό, οι πιο συχνές είναι, μικροκεφαλία, ολοπροσεγκεφαλία, αρρινεγκεφαλία, ανωμαλίες του νωτιαίου μυελού. Ταυτόχρονα παρουσιάζονται συγγενείς ανωμαλίες του κοιλιακού διαφράγματος, μετάθεση μεγάλων αγγείων, αρτησία της πνευμονικής βαλβίδας κ.α. Οι συχνότερες συγγενείς ανωμαλίες στο ουροποιητικό είναι η υδρονέφρωση, η αγενεσία νεφρού και ο διπλασιασμός ουρητήρα. Από το γαστρεντερικό είναι η αρτησία της ορθοπρωκτικής χώρας και γαστρόχιση.

Αξιοπρόσεκτη είναι και η αναφορά των επιπλοκών νεογνών διαβητικών μητέρων, από τη Γιαννακοπούλου-Βρέντζου και Ματαλιωτάκη (1994) : 1) Η υπογλυκαιμία, όταν τα επίπεδα της γλυκόζης πλάσματος είναι κάτω από 35mg/dL σε νεογνά βάρους 2.500gr. και κάτω από 25mg/dl σε νεογνά βάρους μικρότερο των 2.500gr. Τα νεογνά διαβητικών μητέρων σε ποσοστό 30-40%, προβλέπεται να παρουσιάσουν υπογλυκαιμία, η οποία μπορεί να εμφανιστεί κατά τα πρώτα 30 λεπτά μετά την κύηση.

2) Το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, το οποίο λόγω της έλλειψης επιφανειοδραστικού παράγοντα, είναι 5-6 φορές συχνότερο στα νεογνά διαβητικών μητέρων, απ'ότι στα νεογνά φυσιολογικών μητέρων. Τα έμβρυα διαβητικών μητέρων, παρουσιάζουν καθυστέρηση πνευμονικής ωρίμανσης.

3) Η υπασβεστιαμία - υπομανγησισαιμία, επιπλοκή, η οποία συναντάται σε ποσοστό 50% των νεογνών διαβητικών μητέρων. Συνοδεύεται με περιγεννητική ασφυξία και προωρότητα και νεογνά τα οποία δεν μπορούν να σιτισθούν. Η βαρύτητα του μητρικού διαβήτη, η οποία σχετίζεται με το βαθμό υπασβεστιαμίας, φαίνεται ότι σχετίζεται με την αυξημένη συγκέντρωση ενδογενούς φωσφόρου που παρατηρείται λόγω αυξημένης καταστροφής γλυκογόνου στους ιστούς και με την υπομανησισαιμία που παρατηρείται, προκαλεί υπολειτουργία των παραθυρεοειδών αδένων.

4) πολυερυθραιμία παρατηρείται στο 20-40% των νεογνών διαβητικών μητέρων. Οι εκδηλώσεις της μπορεί να είναι

ευερεθιστικότητα, σπασμοί, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, πριαπισμός, ολιγοουρία.

5) Η θρόμβωση της νεφρικής φλέβας θεωρείται η πιο σπάνια στα νεογνά. Εκδηλώσεις της είναι η πολυεθραιμία, η αυξημένη συγκόλληση των αιμοπεταλίων και η κάκωση κατά τον τοκετό. Μετά τον τοκετό εμφανίζεται η βαριά κατάσταση του νεογνού, με εκδηλώσεις όπως αιματουρία και ψηλαφητή μάζα στη λαγώνιο περιοχή.

II.1.2.δ). Επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά

Τα αποτελέσματα ερευνών, σύμφωνα με τους Petrides-Weiss-Loffler-Wieland (1974), όσον αφορά τις επιπτώσεις του σακχαρώδους διαβήτη στα παιδιά που παρουσιάζουν μεγάλη απώλεια βάρους παρά την υπερορεξία. Άλλοτε βέβαια εμφανίζουν και ανορεξία, μεγάλη δίψα, πολυουρία, νυκτερινή ούρηση, μαθησιακές δυσκολίες και απώλεια συγκέντρωσης.

Συχνή είναι η εμφάνιση των οξέωσεων (κώμα), οι οποίες παρουσιάζουν διάφορες επιπλοκές στον οργανισμό των παιδιών. Συνήθεις είναι οι ναυτίες και έμετοι, διαταραχή της συνειδήσεως (υπνηλία), οξεωτική αναπνοή (περιοδική αναπνοή), σημεία αφυδατώσεως (όπως ξηρότητα δέρματος, δίψα, μειωμένη σπαργή,

κοιλιακά συμπτώματα), shock, προβλήματα στα νεφρά (ολιγουρία, ανουρία), ταχυκαρδία, πτώση πίεσης, κυάνωση των άκρων και κατάργηση των αντανακλαστικών.

Ο Δελλαγραμμάτικας (1983), αναφέρεται στη συχνή εμφάνιση λοιμώξεων, όπως ουρολοιμώξεων, υποδόρια αποστήματα, μονιλιασικής αιδοίτιδας και κυστίτιδας (λοιμώξεις που εμφανίζονται στα κορίτσια μικρής ηλικίας). Επιπλέον αναφέρεται, στην πυελονεφρίτιδα, μία πάθηση πάρα πολύ συχνή στα διαβητικά παιδιά.

Σύμφωνα, με τον Delaroche (1990), τα διαβητικά παιδιά παρουσιάζουν συχνά πολυουρία, ένα είδους αφύσικης δίψας (πολυδιψία), αδυνατίζουν με μεγάλη ευκολία αν και τρώνε κανονικά, ίσως και περισσότερο από το κανονικό. Σύνηθες είναι το φαινόμενο, τα διαβητικά παιδιά, να νιώθουν ατονία και κούραση, με αποτέλεσμα την υπνηλία.

Οι μακροχρόνιες επιπλοκές, στις οποίες αναφέρεται η Λιακοπούλου (1994), αφορούν αλλοιώσεις του αμφιβληστροειδούς, που μερικές φορές οδηγούν στην τύφλωση. Επίσης υποστηρίζει την ύπαρξη διαταραχών στα νεφρά, δηλαδή αποτυχίας λειτουργίας αυτών. Ολοκληρώνει αναφερόμενη σε περιπτώσεις θανάτου, όταν το διαβητικό παιδί περιπέσει σε κώμα.

Τον ΙΕΣΔ, συνοδεύουν, σύμφωνα με τον Μπαρτσόκα (1995), διάφορες νοσολογικές οντότητες, όπως παθήσεις του παγκρέατος (ινώδης κυστική νόσος, αιμοχρωμάτωση), των ενδοκρινών αδένων

(σύνδρομο cushing, φαιοχρωματοκύττωμα), γενετικά σύνδρομα (λιποατροφικός διαβήτης), τη χρόνια λήψη κορτικοειδών.

Πολλά από τα παιδιά, που πάσχουν από ΙΕΣΔ, υποστηρίζει ότι αναπτύσσουν όψιμες επιπλοκές στα μικρά και μεγάλα αγγεία. Η διαβητική νεφροπάθεια, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και αθηρωμάτωση είναι συχνές επιπλοκές του ΙΕΣΔ, όπου στην ενήλικη ζωή των διαβητικών παιδιών αποτελούν αιτία αυξημένης νοσηρότητας.

Σύμφωνα με το Θαλασσινό (1981), ο ΙΕΣΔ, προκαλεί βλάβες, στον οργανισμό των διαβητικών παιδιών, που αφορούν : τα μάτια, στα νεφρά και στα πόδια. Στα μάτια μπορεί να προκαλέσει ελάττωση της όρασης είτε σαν αμφιβληστροειδοπάθεια (προβολή των αγγείων του βυθού της ματιού), είτε σαν καταρράκτης (θόλωμα του φακού του ματιού). Στα νεφρά η βλάβη εμφανίζεται, ίσως και πολύ αργότερα μετά την εμφάνιση του διαβήτη τύπου I. Στα πόδια ο διαβήτης τύπου I, μπορεί να προκαλέσει έλκη (πληγές) των δακτύλων των ποδιών και ολόκληρου του ποδιού, οι οποίες αν δεν αντιμετωπιστούν είναι δυνατόν να καταλήξουν σε γάγγραινα. Επίσης επειδή πάσχουν και τα νεύρα των ποδιών τα διαβητικά παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν συχνά κοψίματα και πόνους στους μύες ή αναισθησία στον πόνο.

Ο Anderson (1981), υποστηρίζει πως τα διαβητικά παιδιά, παρουσιάζουν ανωμαλίες στα νεφρά, οι οποίες αποτελούν το πρωταρχικό πρόβλημα, αφού είναι υπεύθυνες για το 46% των θανάτων. Οι ανωμαλίες αυτές, εμφανίζονται, με ούρα, που έχουν

κολλώδη σύσταση και οφείλονται στη διαρροή λευκώματος και στη συνέχεια, πρήξιμο γύρω από τους αστραγάλους, γνωστά σαν οίδημα. Ένα γενικό αίσθημα κόπωσης - ατονίας, που προκαλείται από τα άχρηστα προϊόντα, γνωστά σαν ουρία, που συσσωρεύονται στο αίμα και λέγεται ουραιμική δηλητηρίαση.

Συγκεκριμένα, υποστηρίζει πως στα πρώτα στάδια του διαβήτη τύπου I, η ροή του αίματος στα νεφρά αυξάνει ακόμα περισσότερο. Αν λοιπόν αυξηθεί η ροή του αίματος ακόμη περισσότερο, ο ρυθμός της ροής, επιταχύνει την αρχική φθορά των τριχοειδών αγγείων στα σπειρώματα. Αν το σάκχαρο παραμένει υψηλό, με την πάροδο του χρόνου, τα τοιχώματα των τριχοειδών αγγείων αρχίζουν να παρουσιάζουν διαρροή λευκωμάτων και άλλων ουσιών (τα λευκώματα ανακαλύπτονται στα ούρα). Επίσης το υψηλό σάκχαρο στο αίμα κάνει τα εξωτερικά τοιχώματα να χοντραίνουν κάθε χρόνο. Αυτά καταλήγουν στη διαρροή του λευκώματος σε μεγάλες ποσότητες ή την ουραιμική δηλητηρίαση.

Οι επιπλοκές που δημιουργεί ο ΙΕΣΔ στα μάτια, αφορούν μικρές βλάβες στα πρώτα στάδια, στα αιμοφόρα αγγεία του ματιού σε ένα ποσοστό 70%. Το βασικό πρόβλημα, είναι η βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία του αμφιβληστροειδούς χιτώνα, στο πίσω μέρος του ματιού. Τα τριχοειδή αγγεία μπορεί να πάθουν βλάβη μετά από ένα χρόνιο υψηλό σάκχαρο. Τα τριχοειδή αγγεία στον αμφιβληστροειδή χιτώνα παρουσιάζουν θύλακες ή φουσκάλες που λέγονται μικροανευρύσματα. Από τα τριχοειδή αγγεία που έχουν πάθει βλάβη μπορεί να γίνει διαρροή αίματος. Αν το αίμα

συσσωρευτεί σε μέρη που είναι ζωτικά για την όραση ή διαρρέυσει στο υαλοειδές σώμα, η όραση χάνεται ή παθαίνει ανεπανόρθωτη βλάβη. Εξαιτίας της διαρροής του αίματος, ο αμφιβληστροειδής αποκολλιέται από τα στηρίγματά του (αποκόλληση αμφιβληστροειδούς).

Επιπλέον προκαλεί βλάβες στα νεύρα των μηρών και ποδιών. Τα νεύρα μαζεύουν υπερβολικές ποσότητες σακχάρου και των προϊόντων του, με αποτέλεσμα να πρήζονται και να διακόπτουν τη λειτουργία τους. Επίσης το υψηλό σάκχαρο εμποδίζει την κατασκευή ενός ειδικού σακχάρου που λέγεται μιονισιτόλη και που παίζει σημαντικό ρόλο στη λειτουργία των νεύρων. Οι λειτουργίες των νεύρων στους μηρούς και τα πόδια, που μεταφέρουν σήματα στους μύες (κινητικά νεύρα) και αισθήσεις πόνου (αισθητήρια νεύρα) από τα πόδια, παθαίνουν σοβαρότατη βλάβη. Μερικά από τα διαβητικά παιδιά παρουσιάζουν προβλήματα στα πόδια, εξαιτίας της κακής κυκλοφορίας του αίματος, της απουσίας φυσιολογικής αίσθησης στα μέλη και της μειωμένης ικανότητας για επούλωση των πληγών. Οι τραυματισμοί, οι μολύνσεις στα πόδια αποτελούν μία σοβαρή απειλή γιατί και στις δύο περιπτώσεις υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης γάγγραινας, κατά συνέπεια να χάσει το πόδι του.

Σύμφωνα με τους Behram, Kliegman και Arvin (2002), τα παιδιά τα οποία πάσχουν από διαβήτη τύπου I, εμφανίζουν την νεφρική γλυκοζουρία, η οποία μπορεί να αποτελεί μία μεμονωμένη διαταραχή ή συγγενής διαταραχή ή μία εκδήλωση του συνδρόμου Fanconi ή «άλλων νεφροσωληναριακών διαταραχών που οφείλονται

από βαρέα μέταλλα, λήψη φαρμάκων ή σε ενδογενή σφάλματα του μεταβολισμού (κυστίνωση)». (Behram, Kliegman Arvin, Nelson Παιδιατρική ΙΙΙ, Ιατρικές εκδ. Πασχαλίδη, ΑΘΗΝΑ 2002, σελ. 2595). Όταν οι εμετοί, οι διάρροιες ή ανεπαρκής πρόσληψη τροφής επιπλέκουν κάποια από αυτές τις καταστάσεις, μπορεί να προκληθεί κέτωση υπατείας, η οποία μοιάζει της διαβητικής κετοξέωσης.

Επιπρόσθετα, αναφέρονται, σε σπάνιες περιπτώσεις επιπλοκών, στις οποίες περιλαμβάνονται : α) ο νανισμός, συνδυαζόμενος με τη διόγκωση ήπατος «σύνδρομο Mauriac», β) η οστεοπενία και γ) ένα σύνδρομο περιορισμού της κινητικότητας των αρθρώσεων σχετιζόμενο με το τεντωμένο, κηρώδες δέρμα, η διαταραχή της ανάπτυξης και ωρίμανσης. Το σύνδρομο Mauriac σχετίζεται με τον υποϊνσουλινισμό. Το σύνδρομο περιορισμένης κινητικότητας των αρθρώσεων έχει συχνά συνδυαστεί με την πρόωμη ανάπτυξη διαβητικών μικροαγγειακών επιπλοκών, όπως αμφιβληστροειδοπάθεια και η νεφροπάθεια, που μπορεί να εμφανισθούν πριν από τα 18έτη.

Ένα άλλο σπάνιο σύνδρομο, που παρουσιάζουν, είναι το σύνδρομο Wolfman, γνωστό ως σύνδρομο DIDMOAD. Σε αυτό το σύνδρομο έχουν παρατηρηθεί διαγραφές του μιτοχονδριακού DNA, προκαλώντας μια ανωμαλία της αναπνευστικής αλυσίδας. Πυρηνικές γενετικές ανωμαλίες ή μιτοχονδριακές γενετικές ανωμαλίες, μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση αυτής της νόσου. Η μαγνητική τομογραφία, αποκαλύπτει ευρείες ατροφικές βλάβες,

στις οποίες εκδηλώνουν τα παιδιά αταξία, νυσταγμό, σπασμούς και διανοητική καθυστέρηση.

Σύμφωνα με την A.D.A. (American Diabetes Association, Αμερικάνικη Ένωση Διαβήτη), το ενδιαφέρον εστιάζεται στη διαβητική νευροπάθεια, μία από τις επιπλοκές του ΙΕΣΔ. Συνήθεις εκδηλώσεις είναι το μούδιασμα και μερικές φορές ο πόνος στα πόδια, μπράτσα και χέρια. Τα προβλήματα επίσης, μπορούν να εμφανιστούν σε κάθε σύστημα οργάνων συμπεριλαμβανομένου της πεπτικής οδού, με δυσπεψία, ναυτία ή εμετό. Επίσης αναφέρονται διαταραχές όπως, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, ίλιγγος από την άμεση πτώση της πίεσης, και αδυναμία. Εμφανίζεται και κάποια στους μυς του προσώπου, με απώλεια των αντανακλαστικών, ειδικά στον αστράγαλο, με αποτέλεσμα να υπάρχει αλλαγή στο βηματισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΙΙΙ.1.α). Μειωμένη αντίδραση σε ψυχικά έντονες καταστάσεις (stress)

Η επίδραση του στρες στα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη, έχει μελετηθεί από τον Τσιάντη (1994). Σε βιοχημικό επίπεδο, υπογραμμίζει το ρόλο του συμπαθητικού συστήματος στη δημιουργία κετοξέωσης όταν το διαβητικό παιδί είναι σε στρες. Αυτό δημιουργεί συνεχώς υπογλυκαιμία και αύξηση στο πλάσμα της κορτιζόλης, της αυξητικής ορμόνης και των ελευθέρων λιπαρών οξέων, καθώς και στα ούρα αύξηση των εκκρινόμενων κατεχολαμινών.

Επίσης, διάφορα γεγονότα στη ζωή που προκαλούν στρες, προηγούνται της εμφάνισης του διαβήτη. Όμως αυτά δεν κατατάσσονται στα γενεσιουργά αίτια. Τα γεγονότα όμως της ζωής που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ασθένειας, μπορεί να δρουν μέσω της αύξησης των εκκρίσεων της υπόφυσης και της παραγωγής κατεχολαμινών ή μέσω της μείωσης της αντίστασης του οργανισμού στις ιώσεις.

Επιπλέον, αναφέρει, πως τα διαβητικά παιδιά με προσωπικότητα τύπου Α (δηλαδή παιδιά εξωστρεφή, αγχώδη, με έντονη έκφραση του θυμού, με έντονη κινητικότητα και βιασύνη να εκτελούν κάποιο έργο) και τα διαβητικά παιδιά με προσωπικότητα τύπου Β (δηλαδή παιδιά χωρίς άγχος, ήρεμα), παρουσιάζουν υπεργλυκαιμικές αντιδράσεις στο στρες, πράγμα που δείχνει πως το στρες σε συνδυασμό με την προσωπικότητα του ατόμου, επηρεάζει το γλυκαιμικό έλεγχο.

Αν τα διαβητικά παιδιά σύμφωνα με την Λιακοπούλου (1994), έχουν κοινωνικές ικανότητες αρκετά καλές, ο διαβητικός έλεγχος είναι καλός. Συγκεκριμένα, η δημιουργία κακού μεταβολικού ελέγχου, σχετίζεται με την επίδοση των παιδιών στο σχολείο. Αν η επίδοση του σχολείου είναι καλή το στρες μειώνεται στο ελάχιστο άρα ο διαβητικός έλεγχος είναι αρκετά καλός. Υπάρχει όμως και η αντίθετη περίπτωση, όπου αν οι επιδόσεις του διαβητικού παιδιού δεν είναι και τόσο καλές, το στρες αυξάνεται, με αποτέλεσμα ο διαβητικός έλεγχος να επηρεάζεται αρνητικά, άρα και η αντιμετώπιση της ασθένειας

III.1.β). Αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις των διαβητικών παιδιών

Τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας ή και της λανθάνουσας ηλικίας, σύμφωνα με τον Τσιάντη Γ. (1994), δεν έχουν σαφή γνώση, του τι σημαίνει διαβήτης, αφού η ασθένεια αυτή δεν επηρεάζει την εξωτερική εμφάνιση και κάτω από συνθήκες καλής ρύθμισης δεν αισθάνονται άρρωστα. Χρειάζεται ωρίμανση των νοητικών τους ικανοτήτων για να μπορέσουν να κατανοήσουν τη σημασία του διαβήτη για το σώμα. Τα παιδιά μάλιστα που έχουν μεταφερθεί στο νοσοκομείο, επειγόντως, έχουν σαφή ανάμνηση της εμπειρίας εκείνης.

Τα παιδιά κάτω των 9 ή 10 ετών πειθαρχούν στη διαδικασία αντιμετώπισης του διαβήτη, επειδή έχουν εμπιστοσύνη στους γονείς τους ή επειδή θέλουν να τους ευχαριστήσουν ή ακόμη από φόβο για τις συνέπειες της ανυπακοής στις εντολές των γονέων. Μερικά όμως παιδιά μπορούν να παρερμηνεύσουν την ασθένεια και την αντιμετώπισή της ως τιμωρία. Τότε αρχίζει μία διαμάχη με τους γονείς, η οποία εκφράζεται με τον υπερσιτισμό του παιδιού.

Τα παιδιά κάτω των 12 ετών χρειάζονται από τους γονείς τους την καθοδήγηση, τον έλεγχο και την επίλυση των προβλημάτων που σχετίζονται με το διαβήτη, σε αντίθεση με τους εφήβους που

φαίνεται να χρειάζονται την καθοδήγηση και την υποστήριξη από τους γονείς αλλά όχι έλεγχο ή επίλυση των προβλημάτων αντιμετώπισης του διαβήτη. Έχει βρεθεί μέσα από μελέτες του ίδιου ερευνητή, ότι τα παιδιά που δεν αναλαμβάνουν νωρίς την ευθύνη για το διαβήτη, ως προς τη διατροφή και τις ενέσεις τους, έχουν καλύτερο μεταβολικό έλεγχο. Αυτά τα πρακτικά δείγματα αγάπης είναι απαραίτητα για το παιδί ώστε αργότερα η ταύτιση με το γονέα που φροντίζει να γίνει αρκετά ισχυρή και το παιδί να αναλαμβάνει με επιτυχία τη φροντίδα του διαβήτη.

Σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια της ασθένειας παίζει και το φύλο των διαβητικών παιδιών, όσον αφορά στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς τους. Αγόρια που ανέπτυξαν το διαβήτη κατά τη λανθάνουσα περίοδο αναπτύσσουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και διαταραχής της εικόνας του σωματίου εγώ. Οι απεικονίσεις του σώματος που ζωγραφίζουν δείχνουν παραμορφώσεις στα άκρα και τον κορμό. Οι παρατηρήσεις αυτές εξηγούνται πιθανώς από την εξάρτηση που αναπτύσσουν τα παιδιά αυτά, η οποία συμβαδίζει με την ωρίμανση του αγοριού της λανθάνουσας περιόδου.

Τα διαβητικά παιδιά των 11 και 12 ετών, λίγο πριν από την εφηβεία, στα οποία όταν ανατίθεται περισσότερη ευθύνη και όταν αρχίζει η διαδικασία ανεξαρτητοποίησης της εφηβείας, αρχίζουν να πειραματίζονται, παραλείποντας για παράδειγμα μία δόση ινσουλίνης ή τρώγοντας περισσότερο ή λιγότερο. Η πάλη μεταξύ εξάρτησης και ανεξαρτησίας, που εμπεριέχεται στη διεργασία

ανεξαρτητοποίησης είναι έντονη και χαρακτηρίζεται από την αμφιβολία για το εάν θα καταφέρουν να αντιμετωπίσουν μόνοι τους την ασθένεια, ενώ συχνά καταλαμβάνονται και από το φόβο του θανάτου. Αυτή η αμφιβολία και αυτός ο φόβος έχουν τις ρίζες τους στην ταύτιση με την υπερπροστατευτικότητα και τον φόβο των γονέων, ιδιαίτερα της μητέρας, που έχει δει το παιδί της σε υπογλυκαιμικές κρίσεις.

Τα συναισθήματα διαφοροποίησης που διακατέχουν το παιδί το διαφοροποιούν ως προς τους συνομήλικούς του. Πρώτα κάνει την εμφάνισή του το συναίσθημα ντροπής ως προς τα άλλα παιδιά, θεωρώντας τον εαυτό του κατώτερο από τους υπόλοιπους «τους φυσιολογικούς», με αποτέλεσμα να το διακατέχει ένα συνεχές άγχος για την τυχόν αποκάλυψη του μυστικού του. Όλα αυτά οδηγούν στην πλήρη απομόνωσή του και στην μειωμένη του αυτοεκτίμηση.

Σύμφωνα, με τη Λιακοπούλου Μ. (1993), τα διαβητικά παιδιά νιώθουν άγχος για την ασθένειά τους και τον τρόπο αντιμετώπισής της, το οποίο εκφράζουν με επιθετικότητα, συνήθως προς τους γονείς τους, με μειονεκτικότερη εικόνα για τους εαυτούς τους και με περισσότερη εξάρτηση από τους γονείς τους.

Πολλά από τα διαβητικά παιδιά, αντιμετωπίζονται από τους γονείς και τα αδέρφια τους ως εξαίρεση. Αυτό όμως οδηγεί τα παιδιά να γίνονται πιο απαιτητικά, ο εγωισμός τους να αυξάνεται συνεχώς και να εκμεταλλεύονται την οικογένειά τους για να ικανοποιήσουν την ανάγκη τους.

Η συνεχής στεναχώριά τους και θλίψη τους για την ασθένειά τους, προκαλεί χειρότερο μεταβολικό έλεγχο, παραμέληση του εαυτού τους και μεγάλο ποσοστό καταθλιπτικών συναισθημάτων. Η κατάθλιψη και το άγχος είναι από τις σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζουν τα διαβητικά παιδιά.

Τα διαβητικά παιδιά σύμφωνα με τους Μπεχράκη-Αμπατζή-Παπαθωμοπούλου-Φωτίου (1980), δίχως να μπορούν να κατανοήσουν την ασθένειά τους, νιώθουν φοβισμένα, απέναντι στο άγνωστο, αισθάνονται ανασφάλεια γι' αυτό και αναζητούν συνεχώς τη στοργή και τη φροντίδα των γονέων τους. Αισθάνονται ενοχή για την οικογενειακή αναταραχή, που μπορεί να επικρατεί και νιώθουν πως όλοι δεν τα αγαπούν αλλά νιώθουν οίκτο γι' αυτά. Καθώς τα παιδιά αρχίζουν να μεγαλώνουν, το άγχος για την πορεία της ασθένειάς τους μεγαλώνει, διότι τότε αρχίζει να έχει επίγνωση των κινδύνων της αρρώστιας, με όλες τις επιπτώσεις της.

Ο Μαλωνολόπουλος (1987), αναφέρεται στην εξάρτηση των διαβητικών παιδιών από τους γονείς τους. Πρακτικά το παιδί είναι εξαρτημένο από τους γονείς του, ενώ παράλληλα φαίνεται ότι οι διάφορες κατακτήσεις ωρίμανσης, που είχαν γίνει από το Εγώ τους χάνονται -τουλάχιστον προσωρινά. Συμβαίνει, δηλαδή μία παλινδρόμηση των παιδιών σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης με αυξημένη τάση εξάρτησης από τους γονείς. Το αποτέλεσμα είναι ότι η φυσιολογική τους πορεία προς την ωρίμανση και ανεξαρτητοποίηση αναστέλλεται. Τα προβλήματα αυτά είναι πιο έντονα σε εκείνα τα παιδιά που για διάφορους λόγους - όπως στην

περίπτωση των συγγενών ασθενειών, όπου η γονεϊκή υπερπροστασία είναι πιο έντονη - είχαν αναπτύξει μεγάλη εξάρτηση από τους γονείς τους.

Σύμφωνα με τη ψυχοδυναμική άποψη, κάθε επέμβαση στο σώμα των παιδιών - ενέσεις - μπορεί να γίνει αφορμή να ενεργοποιηθούν ιδέες και φαντασιώσεις (άγχους, ευνουχισμού, επίθεσης κ.α.). Επομένως, το τι σημαίνει οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση δεν εξαρτάται από τη σοβαρότητά της, αλλά από την έκταση και το είδος των φαντασιώσεων που αναπτύσσονται, καθώς και από τον τρόπο που ερμηνεύονται από το ίδιο το παιδί η ιατρική φροντίδα. Αλλά και η λήψη φαρμάκων, μπορεί να διαταράσσει τη διαύγεια του παιδιού ή να προκαλεί διαταραχές στη συμπεριφορά του. Παράλληλα, μπορεί να κινητοποιήσει άγχος και φαντασιώσεις στα παιδιά, ότι είναι δηλαδή υποχρεωμένα να παίρνουν φάρμακα και να πραγματοποιούν ενέσεις, μπορεί να σημαίνει γι' αυτά ότι δεν μπορούν να τα βγάλουν πέρα μόνα τους, είναι συγκεκριμένα δείγματα αδυναμίας, μία συνεχής υπενθύμιση της αρρώστιας τους και σύμβολο της εξάρτησης και της ανεπάρκειάς τους.

Τα νεαρά παιδιά προσχολικής ή πρώτης σχολικής ηλικίας, σύμφωνα με τους Behram, Kliegman και Arvin (1999), και της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας (1998), συνήθως έχουν μία επιφανειακή γνώση, σε ότι αφορά το νόσημά τους και είναι γεμάτα απορίες και ανησυχία για την ασθένειά τους δίχως να έχουν την ικανότητα να κατανοήσουν τις αιτίες και τις επιπτώσεις αυτής της ασθένειας. Την αντιμετωπίζουν ως αποτέλεσμα της κακής

συμπεριφοράς τους ή απειθαρχίας τους. Έτσι τα παιδιά αυτής της ηλικίας πιστεύουν ότι ίσως έκαναν κάτι και γι' αυτό τιμωρούνται, με συνέπεια να νιώθουν θλίψη και ενοχή για την άσχημη συμπεριφορά τους,. Επίσης πιστεύουν πως μόνο αν υπακούουν πια στους κανόνες που τους βάζουν οι γονείς τους θα γίνουν καλά.

Αντιθέτως, τα παιδιά της τετάρτης και έκτης Δημοτικού Σχολείου αρχίζουν να αντιλαμβάνονται ότι οι εξωγενείς παράγοντες δεν προκάλεσαν την ασθένεια από την οποία πάσχουν. Σε αυτήν την ομάδα παιδιών επικρατεί ένα συνεχές αίσθημα άγχους για τα μικρόβια τα οποία πιστεύουν, πως ευθύνονται για όλες σχεδόν τις αρρώστιες, που τους συμβαίνουν, οι οποίες είναι δυνατόν να αποφευχθούν εάν αποφύγουν τα μικρόβια. Αυτή η θεωρία προκαλεί και σύγχυση ή οδηγεί τα παιδιά σε απομόνωση από τους υπόλοιπους, του περιβάλλοντός τους. Θεωρούν πως για να αποφύγουν όλες τις αρρώστιες, θα το επιτύχουν με τη λήψη φαρμάκων, τα οποία πιστεύουν πως καταπολεμούν τα μικρόβια.

Ο σακχαρώδης διαβήτης, είναι δυνατόν να επηρεάσει τα παιδιά διαφορετικά, ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης στο οποίο βρίσκονται. Κατά τη βρεφική ηλικία του διαβητικού παιδιού, εκτός από τις σωματικές ανωμαλίες, οι οποίες εμφανίζονται σταδιακά, ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει και την ψυχοκινητική τους εξέλιξη, όπως τη σίτιση του παιδιού, τον ύπνο του, κινητικές του ικανότητες και κατ' επέκταση τη δυνατότητά του να εξερευνήσει το περιβάλλον του και τις αισθητηριακές του ικανότητες.

Κατά την όψιμη προσχολική ηλικία, αναπτύσσει την αυτονομία του. Την περίοδο εκείνη η συνύπαρξη σωματικών ανωμαλιών, λόγω του σακχαρώδους διαβήτη, έχει αρνητικές επιπτώσεις για τα παιδιά. Τα παιδιά χάνουν την αυτοεκτίμησή τους αρκετά εύκολα και νιώθουν μειονεκτικά απέναντι στους συνομήλικούς τους, πράγμα που τα κάνει να γίνονται εσωστρεφή και να περιθωριοποιούνται.

Ο διαβήτης έχει άμεση σχέση με τη ψυχολογία, σύμφωνα με τον Σπινάρη (1998), και αυτό γιατί σημαδεύει τα άτομα και ιδιαίτερα τα διαβητικά παιδιά. Είναι ευνόητο τα διαβητικά παιδιά να έχουν μία συγκεκριμένη εικόνα για τον εαυτό τους, καθώς πιστεύουν στη διαφορετικότητά τους από τους ομότιμους υγιείς, έχοντας επιπλέον μειονεκτικότερη εικόνα για τους εαυτούς τους. Τα διαβητικά παιδιά, και κυρίως τα κορίτσια, παρουσιάζουν μεγαλύτερη δυσκολία να ρυθμίσουν το διαβήτη, με έντονα συμπτώματα ψυχολογικού στρες, άγχους και κατάθλιψης. Το αναπτυξιακό και συναισθηματικό επίπεδο των παιδιών είναι στενά συνδεδεμένο με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Το σύνηθες συναίσθημα των διαβητικών παιδιών, που μόλις έμαθαν για την ασθένεια από την οποία πάσχουν, είναι η ανησυχία. Τα περισσότερα από τα διαβητικά παιδιά έχουν δυσχέρεια προσαρμογής αρχικά στην ασθένειά τους, η οποία σηματοδοτεί πως τα παιδιά αρχίζουν να αντιμετωπίζουν τη διάγνωση του διαβήτη.

Καταλήγοντας, σύμφωνα με τον Πλουμίδη (1995), τα περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα παρουσιάζονται στα διαβητικά παιδιά, στα οποία έχει εκδηλωθεί η ασθένεια, αλλά και οι επιπλοκές της, οι οποίες επιτείνουν το άγχος, τις καταθλιπτικές αντιδράσεις και τις διαταραχές συμπεριφοράς. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως από το βάρος της ασθένειας μπορούν να εμφανιστούν λανθάνοντα στοιχεία της προσωπικότητας, τροποποιώντας λιγότερο ή περισσότερο την ισορροπία του κάθε παιδιού.

Όταν ο σακχαρώδης διαβήτης γίνει πια γνωστός στα διαβητικά παιδιά, μπορεί να παρατηρηθεί αρχικώς, η αγωνία και η ανησυχία των παιδιών στην ιδέα του «θανάτου». Αν και ο ειδικός (γιατρός) προτείνει αρκετά μέτρα θεραπευτικού χαρακτήρα, με τα οποία ίσως να ελαττώνεται η αγωνία των παιδιών, το άγχος του για το αν θα καταφέρουν να αντεπεξέλθουν στην ασθένεια και αν μπορέσουν να βγουν νικητές από αυτή παραμένει όμως σε αρκετά μεγάλο βαθμό.

Παρόμοια όμως συναισθήματα στα παιδιά, δημιουργούν και οι σωματικές ανωμαλίες που παρουσιάζονται. Κάθε φορά που εμφανίζονται σωματικές ανωμαλίες, ο φόβος ότι το σώμα τους αρχίζει να καταρρέει και να καταστρέφεται τα κυριεύει. Γι' αυτό και οι ειδικοί θα πρέπει να δώσουν σωστές εξηγήσεις, κατανοήσιμες από τα παιδιά, ώστε να βοηθήσουν στην ελαχιστοποίηση του αρνητικού αυτού συναισθήματος.

Οι παρακλινικές εξετάσεις και οι καθημερινές ενέσεις, που πραγματοποιούν τα διαβητικά παιδιά ίσως είναι τα αίτια που δημιουργούν ψυχολογικές επιπτώσεις. Από την μία πλευρά τις καθημερινές (σχεδόν) εξετάσεις, δεν τις έχουν συνηθίσει και δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στη νέα αυτή κατάσταση. Από την άλλη πλευρά το τρύπημα, ο πόνος και οι ουλές, που δημιουργούνται από τις ενέσεις ινσουλίνης, είναι αρκετά δυσάρεστο γεγονός, το οποίο μπορεί να γίνει αντικείμενο «εξέγερσης» (άρνησης) από τα παιδιά ή και αιτία καταθλιπτικής αντίδρασης. Η καθημερινή ένεση μπορεί να βιώνεται τραυματικά και από τα ίδια αλλά και από τους γονείς.

Η ίδια η ασθένεια, βιώνεται ως υπαρξιακή πληγή, δηλαδή ως παράγοντας ανασταλτικός στην εξέλιξη του διαβητικού παιδιού, οπισθοδρόμησης και απώλειας της αυτονομίας του. Είναι απαραίτητη η στήριξή του και απομυθοποίηση των καταστροφικών συνεπειών της ασθένειας, που μπορεί να φαντάζεται, όσο και το αντίθετο, δηλαδή η αυταπάτη, ότι ο διαβήτης δεν έχει καμία καταστροφική συνέπεια στην ζωή του.

Ο σακχαρώδης διαβήτης, έχει όμως και συνέπειες στην αυτοεκτίμηση του διαβητικού παιδιού. Μειώνεται σε φαντασιωσικό επίπεδο η δυνατότητά του να φτιάχνει σενάρια για τη ζωή του και πολύ περισσότερο, όταν εμφανιστούν και κάποιες επιπλοκές. Σε αυτό το επίπεδο έχει σοβαρές συνέπειες και η συχνή ανικανότητα, καθώς και οι εκδηλώσεις διαβητικής πολυνευρίτιδας.

Συχνά, ως πρώτη αντίδραση μετά από τη διάγνωση, είναι η «άρνηση» αυτής και η δυσκολία προσαρμογής. Συνήθεις εκδηλώσεις σε αυτές τις αντιδράσεις είναι η παρουσίαση ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς, όπου καθώς τηρούν τους κανόνες (διατροφής και φαρμακοθεραπείας) απαράβατα, οποιαδήποτε παρέκκλιση δημιουργεί άγχος στα διαβητικά παιδιά. Αλλά και η επιθετική συμπεριφορά στην οποιαδήποτε υπόμνηση ή παρατήρηση εκ μέρους των άλλων, μπορεί να γίνει αιτία παρεξήγησης και ευερεθιστικότητας των παιδιών. Αυτού του είδους οι συμπεριφορές των διαβητικών παιδιών χαρακτηρίζονται ως συμπεριφορές άμυνας, από τον ψυχικό τραυματισμό, που προκαλεί η ασθένειά τους. Αν κατανοηθούν, γίνεται φανερό ότι εξαφανίζονται ή μειώνονται μετά από κάποιο χρονικό διάστημα.

Μπορούν να εμφανιστούν όμως και άλλου είδους διαταραχές, όπως συναισθήματα εξάρτησης τόσο από τους γονείς, όσο και από τους ειδικούς, αλλά και δυσκολίες όπως μη αποδοχής του ρόλου «ασθενή». Εκδηλώνουν διάφορες αταξίες, στην τήρηση της αγωγής ή αντίθετα μία υπεραισιοδοξία ή υπερβολική πίστη στην αποτελεσματικότητα της αγωγής.

III.1.γ). Η οικογένεια με το διαβητικό παιδί

Η εμφάνιση του διαβήτη σε πολλά παιδιά, σύμφωνα με τον Τσιάντη (1994), γίνεται με δραματικό τρόπο. Ένα υγιές παιδί, ξαφνικά παρουσιάζει πολυουρία, πολυδιψία, αδυναμία, ζαλάδες και μερικές φορές μπορεί να πέσει σε ληθαργική κατάσταση ή σε κώμα. Οι γονείς σ' αυτήν την περίπτωση είναι έκπληκτοι και πανικόβλητοι. Περνούν σιγά σιγά τα διάφορα στάδια του πένθους (πενθούν για την απώλεια της τέλειας σωματικής υγείας του παιδιού), δηλαδή την έκπληξη, που ακολουθείται από θυμό και διαμαρτυρία, από θλίψη και τελικά από την αποδοχή της ασθένειας και την προσαρμογή στην καινούρια πραγματικότητα. Αυτή η περίοδος του πένθους είναι διαφορετική για κάθε οικογένεια και για καθέναν από τους δυο γονείς, συνήθως όμως διαρκεί περίπου έξι μήνες έως και ένα χρόνο.

Σύμφωνα με τη Λιακοπούλου (1993), πολλοί γονείς περνούν μία περίοδο πένθους, αλλά κάποια στιγμή αποδέχονται σε αρκετά μεγάλο βαθμό ότι το παιδί τους έχει διαβήτη. Υπάρχουν βέβαια γονείς, όπως π.χ. μια μητέρα με μεθοριακή προσωπικότητα και έντονο μηχανισμό προβολής και άρνησης, που δεν αποδέχονται ότι το παιδί τους πάσχει από διαβήτη θέτοντας σε κίνδυνο τη ζωή του διαβητικού παιδιού.

Το πένθος που ακολουθεί την εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας μπορεί να είναι παρατεταμένο. Σε ορισμένες περιπτώσεις η άρνηση αυτής της ασθένειας φτάνει σε ακραίο σημείο, μπορεί να γίνει καταστροφική, ώστε να θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του παιδιού, που πάσχει από το διαβήτη. Σε άλλες περιπτώσεις ο θυμός και η προβολή ενοχών δημιουργούν κλίμα έντασης ανάμεσα στο γονεϊκό ζευγάρι, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην αποξένωση του, άρα και στην αποξένωση του ζευγαριού από το παιδί. Σε πολλές περιπτώσεις όμως η οικογένεια συνεργάζεται στενά για να αντιμετωπίσει την ασθένεια.

Είναι φανερό, σύμφωνα με τον Τσιάντη (1994), ότι η ασθένεια δημιουργεί ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, με ψυχοσωματικές συνέπειες κατά τους Minuchin και Fishman (1979), που συμβάλλουν στην έλλειψη μεταβολικού ελέγχου στο διαβητικό παιδί. Οι οικογένειες αυτές χαρακτηρίζονται από διάχυση σύγκρουσης ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, από μη επίλυση των συγκρούσεων και από ακαμψία στην επικοινωνία και στη συμπεριφορά μεταξύ των μελών της οικογένειας. Η διάχυση της σύγκρουσης δημιουργείται από το μη περιορισμό της σε μία δυάδα μελών π.χ. γονέων και από την ανάμειξη του τρίτου προσώπου, του διαβητικού παιδιού.

Το μεγαλύτερο βάρος της οικογένειας, το σηκώνει η μητέρα για τη σωστή φροντίδα του παιδιού. Αρκετές μητέρες σέβονται την αυτονομία του παιδιού και φέρονται με ελαστικότητα, με αποτέλεσμα να βοηθούν το παιδί να ελίσσεται προσαρμοσμένο στην

ασθένεια. Άλλες μητέρες όμως, δρουν με υπερπροστατευτικότητα (κάτω από την επίδραση του δικού τους άγχους) ή και με ακαμψία, που είναι σημάδι τελειοθηρικών τάσεων. Συνέπεια αυτών είναι η αίσθηση καταπίεσης από το μέρος του παιδιού και ανικανότητας να αντιμετωπίσει σωστά την ασθένεια του. Ένας αριθμός μητέρων, σύμφωνα με τη Λιακοπούλου (1993), γίνονται υπερπροστατευτικές απέναντι στα παιδιά τους με αποτέλεσμα να επιδρούν αρκετά στο μεταβολικό έλεγχο των διαβητικών παιδιών άρα και την αντιμετώπιση της ασθένειας. Είναι ευνόητο λοιπόν, πως όταν οι γονείς είναι άκαμπτοι ή υπερπροστατευτικοί, παρατηρείται κακή ρύθμιση του διαβήτη εξαιτίας της διαμάχης μεταξύ γονιών και παιδιού.

Ένας άλλος αριθμός μητέρων παιδιών που πάσχουν από διαβήτη, συμπεριφέρονται πολλές φορές με αρκετή ευελιξία, ώστε να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του παιδιού και στις μεταβατικές περιόδους της ψυχολογικής εξέλιξης.

Άλλες πάλι δρουν με αδιαφορία, με τον Τσιάντη (1994), με υπερεαλιστικότητα, πράγμα που δημιουργεί έλλειψη συναισθημάτων των παιδιών και ανάγκη στοργής, λόγω του μικρού της ηλικίας τους. Πάντως σε όλες τις περιπτώσεις, επηρεάζεται αρνητικά ο μεταβολικός έλεγχος του παιδιού και ο οποίος γίνεται πάρα πολύ δύσκολος. Σε αντίθετη περίπτωση οι πατέρες αναμειγνύονται, όταν το παιδί είναι αγόρι ή όταν υπάρχουν δυσκολίες στον έλεγχο του διαβήτη.

Μάλιστα, όσο μικρότερο είναι το παιδί, που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τόσο μεγαλύτερο είναι το σοκ των γονέων και έντονος ο τραυματισμός του φυσιολογικού ναρκισσισμού τους. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι γονείς αντιδρούν με ποικίλους τρόπους αλλά κυρίως με απόρριψη προς το διαβητικό παιδί, το οποίο δε θα νιώσουν ως φυσιολογικό και οι προσδοκίες τους θα είναι διαφορετικές από αυτές που θα είχαν από ένα φυσιολογικό παιδί.

Αρκετοί γονείς των διαβητικών παιδιών σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή, παρουσιάζουν μια επικριτική στάση έναντι των στελεχών των υπηρεσιών υγείας. Σε αρκετές περιπτώσεις αυτή η στάση τους είναι δικαιολογημένη και οφείλεται στην ανεπαρκή ή πλημμελή έλλειψη παροχής υπηρεσιών στα παιδιά τους. Οι γονείς επιπλέον, αμύνονται απέναντι στο άγχος του παιδιού τους. Ένας τρόπος λοιπόν αντίδρασης είναι να προβάλλουν αυτά τα συναισθήματα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο κατηγορούν αναζητώντας συνεχώς ατέλειες ή παραλείψεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού, ακόμα κι όταν αυτή παρέχεται με τον πιο άρτιο τρόπο. Η στάση όμως αυτή των γονέων μπορεί να δημιουργήσει δυσκολίες στις σχέσεις με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, πράγμα που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά όλο το πρόγραμμα θεραπείας του παιδιού.

Σύμφωνα με την Λιακοπούλου (1993), η ύπαρξη μιας ασθένειας επηρεάζει όλα τα μέλη της οικογένειας και είναι ευνόητο πως οι γονείς φορτώνονται όλο το βάρος της ασθένειας του διαβητικού παιδιού τους, με αποτέλεσμα να είναι αυτοί που θα

ρυθμίζουν το πρόβλημα, τη θεραπεία, την επίσκεψη στο γιατρό, τη διαίτά του κ.α. Η προσπάθειά τους όμως αυτή θα αρχίσει να το επηρεάζει στη σωματική υγεία, με αποτέλεσμα να φτάσει σ' ένα σημείο να μην μπορεί να αντεπεξέλθει και να δυσλειτουργεί. Η σωματική και ψυχική του υγεία επηρεάζεται αρνητικά και συμπεριφέρεται με λανθασμένο τρόπο προς το διαβητικό παιδί αλλά και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Η προσωπικότητα του κάθε γονιού, ο χαρακτήρας του, παίζει ρόλο στην αντιμετώπιση οικογενειακού προβλήματος και συγκεκριμένα στην αντιμετώπιση της ασθένειας του διαβήτη στο παιδί τους. Είναι ευτυχές γεγονός, όταν οι δύο γονείς αλληλοσυμπληρώνονται στα αδύνατά τους σημεία και εκεί που ο ένας δείχνει να κουράζεται, να αναλαμβάνει ο άλλος. Αυτή η ικανότητα σημαίνει καλή επικοινωνία στο ζευγάρι, άρα και στην υπόλοιπη οικογένεια. Η αρμονία λοιπόν σημαίνει και τη σωστή αντιμετώπιση του διαβήτη δίχως προβλήματα.

Παιδιά που φτάνουν στο νοσοκομείο με διαβητική κετοξέωση, υπάρχει συνήθως μία αποδιοργανωμένη οικογένεια με μεγάλο stress. Επίσης παιδιά που υφίστανται συναισθηματική στέρηση και παραμέληση παρουσιάζουν κακό μεταβολικό έλεγχο.

Σύμφωνα με τελευταίες έρευνες του ερευνητικού κέντρου C.W.D. με έδρα του την New York (children with diabetes [παιδιά με διαβήτη]), θεωρεί πως η ασθένεια του παιδιού είναι πολύ σκληρή για τους γονείς, οι οποίοι ανησυχούν συνεχώς και σκέφτονται τρόπους ώστε να ενεργήσουν. Τα συναισθήματα άγχους και φόβου

απέναντι στο άγνωστο της ασθένειας, επηρεάζουν τόσο τους ίδιους, όσο και το παιδί τους. Δεδομένης της αγάπης τους προς το παιδί, γίνονται υπερπροστατευτικοί. Προσπαθούν οι ίδιοι να ρυθμίζουν την ασθένεια (θεραπεία, δίαιτα, εξετάσεις κ.α.), με αποτέλεσμα να τους καταβάλλει σωματικά και ψυχικά αυτή η υπερπροσπάθειά τους και να συμπεριφέρονται πολλές φορές επιθετικά προς το διαβητικό παιδί.

Οι Behram, Kliegman και Arvin (1999), υποστηρίζουν, πως οι οικογένειες των παιδιών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, αντιμετωπίζουν πολλά κοινά προβλήματα, τα οποία οφείλονται κυρίως στη χρονιότητα της ασθένειας κι όχι στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ασθένειας.

Η εμφάνιση της ασθένειας, κατά την παιδική ηλικία, κάνει τους γονείς των διαβητικών παιδιών να νιώθουν απομονωμένοι. Συχνά αναρωτιούνται γιατί «έτυχε» σε αυτούς και αισθάνονται ότι καμία άλλη οικογένεια δεν υπάρχει, που να μοιράζεται παρόμοιες εμπειρίες, συναισθήματα, προβλήματα, με τη δική τους. Η απομόνωση που νιώθουν, οδηγεί στην απομόνωση μέσα στην οικογένειά τους και την παραμέληση τόσο των ίδιων, όσο και του παιδιού τους.

Συμπερασματικά, αναφέρουν οι Μπεχράκης-Αμπατζή-Παπαθωμοπούλου-Φωτίου (1980), πως ο σακχαρώδης διαβήτης και οι ιδιομορφίες του επηρεάζουν τη συμπεριφορά, το ψυχισμό και της οικογένειας και του διαβητικού παιδιού. Η συναισθηματική ισορροπία των διαβητικών παιδιών εξαρτάται από τη

συναισθηματική ισορροπία των γονέων, αλλά και από το βαθμό παραδοχής και προσαρμογής της ασθένειας από τους γονείς. Είναι αρκετά μεγάλη πρόκληση για τους ίδιους, να μεγαλώνουν ένα παιδί με χρόνια, ανίατη ασθένεια, της οποίας η εμφάνιση δημιουργεί συναισθήματα άγχους, λύπης, ενοχής, απόρριψης, τα οποία δυστυχώς μεταδίδονται στα παιδιά δημιουργώντας κρίση, άρα και δυσκολία αντιμετώπισης της ασθένειας. Είναι αρκετοί οι γονείς που προβληματίζονται με τον τρόπο θεραπείας και αντιμετώπισης και δυσανασχετούν με τις καθημερινές εξετάσεις που υποβάλλονται τα παιδιά τους.

Επιπλέον, το οικονομικό κόστος της ασθένειας που επιβαρύνει τους γονείς, σύμφωνα με τον Τσιάντη (1994), ακόμα κι όταν υπάρχει πλήρη ασφαλιστική κάλυψη φαίνεται οξύτερο για μία οικογένεια με περιορισμένα εισοδήματα και συμβάλλει στη δημιουργία άγχους, συγκρούσεων και κρίσεων μέσα σ' αυτήν. Ίσως η μητέρα να αναγκαστεί να σταματήσει την εργασία της και ίσως ο πατέρας να αναζητήσει μια δεύτερη απασχόληση. Άλλες ανάγκες της οικογένειας παραβλέπονται, διότι οι γονείς νιώθουν σωματικά και ψυχολογικά καταπονημένοι και εξαντλημένοι, πράγμα που τους κάνει να νιώθουν απόρριψη προς το παιδί τους και αδιαφορία.

Οι Behram, Kliegman και Arvin (1999), συμπληρώνουν πως συνήθως το 35% καταναλώνεται όλου του προϋπολογισμού, διατίθεται για την ιατρική περίθαλψη των διαβητικών παιδιών. Αυτό το νούμερο αντιπροσωπεύει μόνο το ποσό που πληρώνεται από τα δημόσια ή τα ιδιωτικά ασφαλιστικά ταμεία. Οι οικογένειες όμως

των διαβητικών παιδιών έχουν να αντιμετωπίσουν και άλλα έξοδα, όπως έξοδα μεταφοράς στα ειδικά κέντρα περίθαλψης, τα υπεραστικά τηλεφωνήματα και το κόστος του ειδικού διαιτολογίου του παιδιού. Απ' όλα τα προαναφερθέντα έξοδα, ελάχιστο ποσό έως και καθόλου επιστρέφονται στους γονείς. Ίσως αυτό που επιδεινώνει την οικονομική κατάστασή τους, περισσότερο, δημιουργώντας κρίσεις και συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια, είναι ότι για κάποιους γονείς είναι δύσκολο να λείπουν από το σπίτι, για να εργαστούν.

III.1.δ). Παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη και το σχολείο

Το σχολείο επιδρά, σύμφωνα με τον Μανωλόπουλο (1987), στην ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού. Η σημασία του σχολείου, είναι εξίσου σημαντική για τα παιδιά, που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

Αρχικά, οι συχνές απουσίες του παιδιού, από το σχολείο μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τις διαδικασίες της ψυχοκοινωνικής ωρίμανσής του. Πολλά από τα διαβητικά παιδιά, εξαιτίας της ασθένειάς τους είναι κάποιες φορές υποχρεωμένα να απουσιάζουν ή άλλες φορές, σπάνια βέβαια να διακόπτουν και την κανονική φοίτησή τους, γεγονός που επιβαρύνει την αναπτυξιακή τους πορεία.

Σημαντικό ρόλο παίζει η στάση του προσωπικού του σχολείου και των συνομηλίκων του. Μια θετική στάση θα διευκολύνει την προσαρμογή του παιδιού, ενώ αντίθετα, αρνητική στάση απέναντι στην ασθένειά του, θα επηρεάσει αρνητικά την προσαρμογή του στο σχολείο και, την ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξή του.

Ο διαβήτης επιδρά όμως και στη σχολική επίδοση των διαβητικών παιδιών κατά τον Τσιάντη (1994), μάλιστα τα κορίτσια με σακχαρώδη διαβήτη στην προσχολική ηλικία δεν έχουν καθόλου καλή σχολική επίδοση, παρουσιάζοντας σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες. Αυτό οφείλεται ίσως σε δυσλειτουργία του εγκεφάλου, εξαιτίας της πρώιμης εμφάνισης του διαβήτη και από την ύπαρξη υπογλυκαιμικών επιληπτικών κρίσεων.

Η αντιμετώπιση των ανθρώπων του σχολικού περιβάλλοντος επιδρά, αφού τα ίδια φοβούμενα να μάθουν το ιδιαίτερο μυστικό τους, γίνονται εσωστρεφή, χάνουν παντός είδους επικοινωνία με τους συνομηλικούς τους και αυτό τα οδηγεί να νιώθουν δυσαρέσκεια προς το περιβάλλον του σχολείου και γενικότερα στο ίδιο το σχολείο. Αυτή η δυσαρέσκεια εμφανίζεται, ίσως και με την άσχημη σχολική επίδοση των διαβητικών παιδιών και τις μαθησιακές τους δυσκολίες.

Σύμφωνα, με το Π.Ε.Ν.ΔΙ. (Περιοδικό Νεανικού Διαβήτη) (1998), κάθε σχολείο αντιδρά διαφορετικά σε παιδιά που χρειάζεται κάπως περισσότερη προσοχή. Τα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη χρειάζονται, όντως περισσότερη προσοχή, ειδικά όταν εκείνα είναι

πολύ μικρά. Η διεύθυνση του σχολείου θα πρέπει πρώτα απ' όλα να γνωρίζει την πραγματική κατάσταση του παιδιού, ώστε να πάρει μέρος και στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει επίσης να είναι γνώστες της κατάστασης του παιδιού και πως το ίδιο αντιδρά σε περίπτωση κρίσης. Αυτή η ενημέρωση είναι λογικό να κάνει τους ανθρώπους στο σχολείο να συμπεριφέρονται στα διαβητικά παιδιά, με διαφορετικό τρόπο από ότι στα υπόλοιπα παιδιά. Η συμπεριφορά αυτή του προσωπικού του σχολείου, μπορεί να φτάσει σε σημείο υπερπροστασίας και να έχει αρνητικές επιπτώσεις στο παιδί, αφού του θυμίζει συνεχώς την ασθένεια και τη διαφορετικότητά του. Αποτέλεσμα να δημιουργηθεί αρνητικό κλίμα και στα υπόλοιπα παιδιά τα οποία εκλαμβάνουν τη συμπεριφορά των εκπαιδευτικών ως «αδυναμία», χλευάζοντας τα διαβητικά παιδιά, τόσο για την ασθένειά τους, όσο και για τη συμπεριφορά που δέχονται. Αυτό ίσως να οδηγεί στην περιθωριοποίηση των διαβητικών παιδιών, από μέρους των συνομηλίκων τους.

Παρόμοια άποψη, είναι και αυτή της Βαζαίου (2004), πως όταν ξεκινά μία καινούρια σχολική χρονιά, ο κάθε γονιός έχει όνειρα και φοβίες ταυτόχρονα για το παιδί του, ανησυχία και προβληματισμό, εάν το εκπαιδευτικό προσωπικό θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση της ασθένειας, γιατί τα παιδιά τους δαπανούν αρκετές ώρες στο σχολείο. Η κύρια μέριμνα λοιπόν των γονέων είναι η διασφάλιση της υγείας του παιδιού, με την ενημέρωση του προσωπικού. Αυτό όμως προκαλεί και την υπερπροστατευτική συμπεριφορά και των εκπαιδευτικών, με αποτέλεσμα τα διαβητικά

παιδιά να μην απολαμβάνουν ίση μεταχείριση με τα άλλα παιδιά, δίνοντας ώθηση για σχόλια από τους συμμαθητές του, μετατρέποντάς τα σε δακτυλοδεικτούμενα ως «διαβητικοί».

Σπουδαίο ρόλο στην προσωπικότητα του η επικοινωνία του εκπαιδευτικού με τα διαβητικά παιδιά, η οποία αν είναι άριστη, τα παιδιά αισθάνονται ασφάλεια και εμπιστοσύνη απέναντι στο δάσκαλό τους, για αυτό και υπακούουν σε αυτόν. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, που ο δάσκαλος μπορεί να είναι αρνητικός, να προσπαθεί να ασκεί τον έλεγχο και την εξουσία του, πάνω στην ασθένεια με αποτέλεσμα, τα παιδιά να γίνονται αρνητικά, επιθετικά και να νιώθουν ανασφάλεια και ανησυχία, τόσο για την κατάσταση μεταξύ των ίδιων και του δασκάλου, όσο και για την κατάστασή τους.

Κατά την άποψη του Τσαμασίρου (1999), τα παιδιά με διαβήτη έρχονται συχνά αντιμέτωπα με διλήμματα και δυσκολίες όσον αφορά το σχολείο, που αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα ενδέχεται να παρεμβληθούν περισταλτικά στη διαμόρφωση του αισθήματος αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης καθώς και στη κοινωνικοποίησή του ως μέλος της ευρύτερης ομάδας του σχολείου.

Είναι ευνόητο, πως οι σχολικές δραστηριότητες προάγουν στα παιδιά το αίσθημα ότι είναι ξεχωριστά άτομα, πρόσωπο με δικές του ανάγκες, επιθυμίες, συναισθήματα, στόχους και επιδόσεις. Καθώς εντάσσονται σταδιακά στο σχολικό περιβάλλον έρχονται αντιμέτωπα με νέες καταστάσεις που συμβάλλουν στη διαμόρφωση ταυτότητας, δηλαδή το αίσθημα των παιδιών αναφορικά με το ποιοι

είναι, το οποίο έχει ως κύριο άξονα το αίσθημα αξίας του εαυτού. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το αίσθημα αξίας που έχει το κάθε παιδί για τον εαυτό του καθορίζεται από την αξία, που οι «σημαντικοί άλλοι» (γονείς, αδέρφια, δάσκαλοι, φίλοι κ.λ.π.) του αποδίδουν. Το κάθε παιδί και ειδικά το διαβητικό χρειάζεται να ξέρει ποιος ή ποια είναι σε σχέση με την οικογένειά του, τα άτομα του σχολικού του περιβάλλοντος και οι φίλοι του.

Συχνά «αρνητικές» συμπεριφορές του διαβητικού παιδιού (π.χ. αντιδραστική συμπεριφορά ή προκλητική αναίρεση κανόνων) έχουν ακριβώς αυτή τη σημασία του προσδιορισμού των ορίων και της σχέσης της διαμόρφωσης μιας εικόνας του πόσο αποδεκτός είναι πραγματικά για κάποιους άλλους. Αποτελούν δηλαδή μία μορφή διαδικασίας της σχέσης που συχνά παρερμηνεύεται ως απόδειξη του «δύσκολου ή κακού» χαρακτήρα των παιδιών. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αυξάνεται η συχνότητα των αρνητικών, επικριτικών, απορριπτικών και τιμωριτικών στάσεων ή συμπεριφορών από τους άλλους (δασκάλους, συμμαθητές) με επακόλουθο να επιτείνεται η ανασφάλεια των παιδιών, που επαναφέρει στο προσκήνιο την μην συνειδητή πολλές φορές ανάγκη τους να θέσουν πάλι τη σχέση σε δοκιμασία μέσω της αρνητικής του συμπεριφοράς. Καθώς αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται εντονότερα όταν τα διαβητικά παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με δυσκολίες στο σχολικό περιβάλλον δημιουργείται η ανάγκη διαμόρφωσης ενός πλαισίου που να διευκολύνει, να προστατεύει και να προάγει την ψυχική και

συναισθηματική ανάπτυξη των διαβητικών παιδιών και να επικεντρώνεται στην επίλυση των δυσκολιών.

Το σχολείο συμπληρώνει και διευρύνει τις ψυχολογικές και συναισθηματικές αναπτυξιακές διεργασίες, οι οποίες μέχρι τώρα επιτελούνταν στο οικογενειακό περιβάλλον. Οι παράγοντες, όπως οι σχέσεις που διαμορφώνονται μέσω της αλληλεπίδρασης, επηρεάζουν σημαντικά το αίσθημα ταυτότητας και αυτοπεποίθησης, το αίσθημα του «ανήκειν» σε κάποια «ομάδα» του σχολείου, το κίνητρο για σχολικές επιδόσεις και την προσαρμογή των διαβητικών παιδιών στο σχολικό περιβάλλον.

Συχνά τα παιδιά με διαβήτη, νιώθουν « διαφορετικά » από τα άλλα παιδιά του σχολείου αισθανόμενα φόβο ότι δεν θα γίνουν ποτέ αποδεκτά από τους συμμαθητές τους ή το δάσκαλό τους. Συχνά έρχονται αντιμέτωπα με διλήμματα όπως : αν πρέπει να το πουν στο δάσκαλο ότι έχουν διαβήτη ή αν πρέπει να το ξέρουν οι συμμαθητές τους για την ασθένειά τους ή αν θα τους απορρίψουν αφού το μάθουν. Η μη έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των φόβων, οδηγεί, σε απομόνωση και αυτό- απορριπτική ή αυτοκαταστροφική στάση. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που παρεμποδίζει την ικανοποιητική προσαρμογή των διαβητικών παιδιών στο σχολείο.

Συνήθεις συμπεριφορές ή εκδηλώσεις ενδεικτικές των δυσκολιών ως προς την προσαρμογή των διαβητικών παιδιών είναι :

- δυσανασχέτιση με τις σκέψεις ότι θα πρέπει να πάνε σχολείο,

- παρουσίαση συμπτωμάτων (ναυτία, αδιαθεσία, στομαχόπονοι) όταν πρόκειται να πάνε σχολείο,
- έκφραση παραπόνων για σωματικά ενοχλήματα στο σχολείο με το αίτημα επιστροφής στο σπίτι,
- έντονο άγχος,
- καταθλιπτική διάθεση,
- δυσκολίες στις επιδόσεις του,
- αδιαφορία για τα μαθήματα,
- αδυναμία συγκέντρωσης ή παρακολούθησης του μαθήματος,
- εριστική διάθεση,
- αίσθημα μοναξιάς στο σχολείο,
- δυσκολίες στις σχέσεις με τα άλλα παιδιά,
- αίσθημα μειονεξίας, αίσθημα αποθάρρυνσης και απαισιοδοξίας.

Ολοκληρώνοντας η κατάλληλη ενημέρωση του δασκάλου για την ασθένεια που πάσχει το διαβητικό παιδί έχει μέγιστη σημασία για την ανάπτυξη σχέσης συνεργασίας με το δάσκαλο, κι όχι διαδικασία υπερπροστατευτικότητας προς το διαβητικό παιδί. Ο δάσκαλος, θα πρέπει να αποβάλλει προκαταλήψεις, συμπεριφορές, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν το παιδί σε αρνητικές εκδηλώσεις. Επίσης, θα πρέπει να επιτευχθεί η αποσαφήνιση ενδεχόμενων αντιλήψεων (π.χ. όταν το παιδί ζητά άδεια να βγει από την τάξη),

ώστε να αποφεύγεται να συμπεριφέρεται στο παιδί ως «διαφορετικό».

III.1.ε). Περιορισμοί σε κοινωνικές δραστηριότητες των διαβητικών παιδιών

Ο Delaroche (1990), δίνει έμφαση στην επίδραση του σακχαρώδη διαβήτη σε παιδιά μικρής ηλικίας, σε διάφορες δραστηριότητές τους. Αρχικά, οι δυσκολίες που μπορεί να εμφανιστούν σε περιπτώσεις διακοπών, ολόκληρης της οικογένειας, που οι γονείς είναι υποχρεωμένοι να ελέγχουν παντός είδους μη αναμενόμενες περιστάσεις. Το διαβητικό παιδί, στην διάρκεια ταξιδιού, είτε με πλοίο, είτε με αεροπλάνο, είναι δυνατόν να εμφανίσει δυσκολία και κίνδυνο απορύθμισης του διαβήτη, με εμφανείς εκδηλώσεις : α) ναυτίας, β) εμετών, με αποτέλεσμα να απαγορευθεί κάθε διατροφή και να προκληθεί υπογλυκαιμία.

Επιπλέον και η διανομή σε ένα ξενοδοχείο, εμφανίζει δυσκολίες σημαντικές. Είναι σαφές, η πραγματοποίηση ενημέρωσης και του ξενοδοχείου, για την κατάσταση του διαβητικού παιδιού, και τι θα πρέπει να κάνει το ξενοδοχείο σε περιπτώσεις ανάγκης. Όλα τα παραπάνω, δημιουργούν εντάσεις και άσχημες εκδηλώσεις από το παιδί, το οποίο θεωρεί πως όλα γίνονται ίσως από τιμωρία στην ανυπακοή του. Νιώθουν ένοχα και θλιμμένα για την ανησυχία

των γονέων τους και ανασφάλεια που βρίσκονται σε ξένο περιβάλλον (ξενοδοχείο) και άγχος για το αν μήπως γίνει κάτι, που θα επηρεάσει τις διακοπές του. Η συμπεριφορά όμως των γονέων, απέναντί τους, η οποία είναι κυρίως υπερπροστατευτική, τα οδηγεί να αντιδρούν σπασμωδικά, επιθετικά γιατί πιστεύουν, πως είναι διαφορετικά από τα αδέρφια τους (αν έχουν) ή από άλλα παιδιά, και πως οι γονείς τους δεν τα αφήνουν να ευχαριστηθούν στις διακοπές θεωρώντας τα ίδια «κατώτερα» από τους άλλους.

Σύμφωνα με τον Anderson (1981), η αντιμετώπιση του διαβήτη σε δραστηριότητες στην καθημερινή ζωή είναι αρκετά δύσκολη κυρίως για τα μικρά παιδιά. Η συγκεκριμένη διαίτα, που πρέπει να ακολουθούν αυστηρά τα μικρά παιδιά, που πάσχουν από διαβήτη, δυσκολεύει τη ζωή τους, αφού τα ίδια δεν μπορούν να απολαύσουν, φαγητά, λιχουδιές, όπως άλλα παιδιά της ηλικίας τους. Αυτό όμως, που μπορεί να χειροτερεύει τις αντιδράσεις, είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε περιπτώσεις που βρίσκονται σε ένα εστιατόριο με την οικογένεια. Θα πρέπει οι γονείς να διαλέγουν φαγητά κατάλληλα για τη διαίτα των παιδιών, να ρωτούν πως μαγειρεύονται, να τονίζουν την κατάσταση του παιδιού, ώστε να ενημερωθούν και οι μάγειροι. Όλα αυτά ίσως φέρνουν τα παιδιά σε δύσκολη θέση, τα οποία αισθάνονται άβολα, αφού τονίζεται με τον ένα ή τον άλλο τρόπο η ασθένειά τους σε ανθρώπους άγνωστους γι' αυτά. Επίσης οι επιλογές φαγητών, προσθέτει ένα ληθαράκι συναισθήματος θλίψης και μειονεξίας, απέναντι στα άλλα παιδιά, αφού δεν είναι δυνατόν να εγκαταλείψουν τη διαίτά τους.

δόσης παρά προγραμματισμός της χορήγησης με κλίμακα. Είναι προτιμότερη η εφαρμογή της μεθόδου γνωστή ως Clinitest, με δύο σταγόνες, γιατί δίνει αποτέλεσμα μέχρι και 5% γλυκοζουρίας, ισοδύναμου με 10+. Θα χρειαστούν επίσης και επιπλέον προσαρμογές της δοσολογίας με βάση τα αποτελέσματα των μετρήσεων του σακχάρου στο αίμα πριν από τα γεύματα και κατά την ώρα της κατάκλισης. Σε ελαφριές ή μέτριας βαρύτητας περιπτώσεις κετοξέωσης, η ινσουλινοθεραπεία πρέπει να είναι λιγότερο εντατική (αρχική δόση 0,25-0,54/kg), επειδή τα παιδιά-άρρωστα έχουν έλλειψη γλυκογόνου και υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί υπογλυκαιμία.

Στη β) Φάση ύφεσης, συνήθως παρατηρείται μετά την έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο. Στο στάδιο αυτό οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη ελαττώνονται και το παιδί υποβάλλεται σε αγωγή με βαθμιαία μείωση της δοσολογίας για να αποφεύγεται η υπογλυκαιμία. Αν δεν υπάρχει γλυκοζουρία, η αγωγή συνεχίζεται με την ελάχιστη δυνατή δόση ενός είδους ινσουλίνης της ενδιάμεσης δράσης (2-4 την ημέρα) και με κατάλληλο διαιτολογικό σχήμα για να αποφεύγεται το συναισθηματικό τραύμα που προκαλεί η διακοπή και επανάληψη χρήσης ινσουλίνης.

Στη γ) Σταθεροποιημένη φάση, η έκταση των μέσων απαιτήσεων σε εξωγενή ινσουλίνη, καθώς το παιδί πλησιάζει στο στάδιο του «ολικού» διαβήτη, συνήθως αυξάνει με αργό και ακανόνιστο τρόπο, για να σταθεροποιηθεί τελικά ανάμεσα στις 0,6 και 1 kg την ημέρα. Όμως η σεξουαλική ωρίμανση και η επιτάχυνση της αύξησης του

εφοδιάζονται με επιπλέον σύριγγες ινσουλίνης ή καλύτερα βελόνες και σύριγγες μιας χρήσης, τις πλαστικές. Ιδιαίτερα τα διαβητικά παιδιά που εμφανίζουν και υπογλυκαιμικά shock θα έπρεπε να έχουν πάντα μαζί τους, οι γονείς, φύσιγγες γλυκαγόνης. Εκείνη τη στιγμή ανάγκης είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί η ένεση υποδορίως από τους γονείς με δόση 1mg, η οποία εξουδετερώνει το shock μέσα σε 10-20 λεπτά. Β) στις οξείες νόσους και επιπλοκές που προκαλεί ο διαβήτης, κατά τις οποίες είναι δυνατόν να αυξηθούν οι δόσεις ινσουλίνης, κατά πολύ και να εμφανιστεί ακεζόνη στα ούρα. Οι επιπλοκές όμως είναι δυνατόν να δημιουργήσουν ανορεξία στο παιδί, όμως αυτό δεν θα πρέπει να οδηγήσει σε διακοπή της λήψης τροφής ή εγκατάλειψης ενέσεων ινσουλίνης.

Ο Δελλαγραμμάτικας (1988), ξεχωρίζει την ινσουλινοθεραπεία, ανάλογα με την κλινική πορεία του διαβήτη σε τρεις φάσεις : α) Αρχική φάση (άρρωστος με πρόσφατη διάγνωση διαβήτη και μέτρια έως βαριά κετοξέωση ή κώμα). Βασική σημασία για τη ανάνηψη από διαβητική κετοξέωση έχει η χορήγηση επαρκών ποσοτήτων ινσουλίνης ταχείας δράσης (διαίρεση ινσουλίνης:1) ταχείας δράσης, 2) ενδιάμεσης και 3) μακράς δράσης). Η δοσολογία κυμαίνεται 0,5-14/kg και μετά 0,25-0,54/ κάθε 2-4 ώρες. Μετά από την επανόρθωση της κετοξέωσης, χορηγείται στο διαβητικό παιδί κοινή (κρυσταλλική) ινσουλίνη υποδόρια κάθε 4-6 ώρες σε ποσότητα ανάλογη με την κλινική και χημική ανταπόκριση του παιδιού αρρώστου. Απαιτείται μάλλον συγκεκριμένος καθορισμός κάθε

κοινή κρυσταλλική ή άμορφη (soluble) ινσουλίνη ή η ινσουλίνη Aetrapid. Οι κανόνες χορήγησης είναι οι εξής : α) πρώτα διαμοιράζεται η δίαιτα σε 4 ισότιμα γεύματα, ιδίως ως προς τους υδατάνθρακες, επειδή όμως η τήρηση με μεγάλη ακρίβεια των εξάωρων αποβαίνει δυσχερής, οι ειδικοί αρκούνται στη σίτιση των παιδιών στις ώρες: 7.00 π.μ., 13.30 μ.μ., 18.30 μ.μ., και 23.30 μ.μ. Πριν από κάθε γεύμα εξετάζεται πρόσφατο δείγμα ούρων για σάκχαρο. Σ' αυτήν την περίπτωση χορηγείται κάθε φορά 5 μονάδες κρυσταλλικής ινσουλίνης. Αυτές όμως οι δόσεις είναι δυνατόν να αποδειχτούν ανεπαρκείς γι' αυτό και τροποποιούνται βάσει εμπειρικής παρατήρησης. Πολλές φορές εμφανίζεται ανάγκη χορήγησης μικρών ποσοτήτων κρυσταλλικής ινσουλίνης.

Σύμφωνα με τους Petrides-Weiss-Loffler-Wieland (1974), το διαβητικό παιδί θα πρέπει να εκπαιδευτεί με υπομονή και μεθοδικότητα στη διεξαγωγή ινσουλινοθεραπείας. Ο γιατρός θα πρέπει να γνωρίζει, πως τα παιδιά λόγω του μικρού της ηλικίας θα παρουσιάσουν κάποια προβλήματα με τις λεπτομέρειες της τεχνικής. Οι ειδικοί σύμβουλοι και οι γιατροί, οι οποίοι κατέχουν τις γνώσεις για τη διαφύλαξη και αποστείρωση των βελόνων και συριγγών καθώς και την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των υπογλυκαιμικών καταστάσεων, θα πρέπει να ενημερώνουν τους γονείς των διαβητικών παιδιών για την τεχνική της ένεσης στη πράξη.

Έμφαση δίνουν : Α) στις περιπτώσεις όπου τα διαβητικά παιδιά κάνουν εκδρομές και ταξίδια, που οι γονείς θα πρέπει να

έναρξη της επίδρασης της επιτελείται το πολύ μετά από 15 λεπτά, ενώ η μέγιστη ενέργεια εμφανίζεται μετά από 30 περίπου λεπτά και η συνολική διάρκεια επίδρασης σπάνια υπερβαίνει τις 2 ώρες.

Επισημαίνοντας την κατάλληλη ινσουλίνη και την ρύθμιση της δοσολογίας συναντάμε : 1) στην περίπτωση, που τα διαβητικά παιδιά δεν παρουσιάζουν σημαντική κετοξέωση ή μη ύπαρξη άλλης οξείας νόσου (λοίμωξη, τραύμα κ.λ.π.), κατά την οποία το παιδί θα πρέπει να αρχίσει με μια εφ' άπαξ πρωινή δόση του τύπου βραδείας ενέργειας. Τα ούρα τότε συλλέγονται τμηματικά ανά εξάωρο και οκτάωρο ή πριν από τα κύρια γεύματα και πριν τον ύπνο ή ανά 24ώρου, παράλληλα με τη μέτρηση της γλυκοζουρίας. Σ' αυτή την περίπτωση υπάρχει δυνατότητα να γίνονται τρεις αιμοληψίες ημερησίως (το πρωί με νηστεία, δύο ώρες μετά το πρόγευμα και δύο ώρες μετά το μεσημεριανό), ώστε να μπορεί να μετρηθεί το σάκχαρο στο αίμα. Συγκεκριμένα η ταλαιπωρία του διαβητικού παιδιού είναι πολύ μικρότερη όταν γίνεται η αιμοληψία από το δάχτυλο (τριχοειδικό αίμα). Η αρχική δόση λοιπόν της ινσουλίνης σε αυτήν την πρώτη περίπτωση είναι 14 έως 20 μονάδες. Η αύξηση της δόσης γίνεται ανά διήμερο ή τριήμερο κατά 2 έως 4 μονάδες μέχρι να εξαφανιστεί πλήρως η σακχαρουρία σε εκείνη την ούρηση, η οποία αντιστοιχεί χρονικά στην μέγιστη επίδραση της χρησιμοποιημένης ινσουλίνης.

Υπάρχει και 2) η περίπτωση όπου το διαβητικό παιδί βρίσκεται σε κετοοξέωση ή εμφανίζει άλλες σύνοδες οξείες καταστάσεις, που εδώ προτιμάται η ινσουλίνη ταχείας ενέργειας και προπαντός η

ενέχει κάποια σημασία για την πράξη και αυτό γιατί οι ινσουλίνες που προέρχονται από χοιρινό πάγκρεας προκαλεί τις σπανιότερες αλλεργικές αντιδράσεις και μεγαλύτερη αντοχή στην ινσουλίνη.

Τα είδη που κυκλοφορούν στην Ελλάδα περιέχουν 40 μονάδες ανά κυβικό εκατοστό. Σε άλλες χώρες πάλι διατίθονται επίσης ινσουλίνες μεγαλύτερης πυκνότητας ανά κυβικό εκατοστό.

Είναι σκόπιμο, ο γιατρός να εξοικειώνεται με ορισμένα είδη ινσουλίνης, διότι εξασφαλίζει καλύτερη εφαρμογή. Μια απλή διαίρεση των ειδών ινσουλίνης παρουσιάζεται παρακάτω, ως εξής: α) Βραχείας ενέργειας, όπως την κρυσταλλική ινσουλίνη, Actapid, Semileute κ.α., β) Ενδιάμεσης ενέργειας, όπως οι ινσουλίνες τύπου Leute, NPH κ.α., γ) Βραδείας ενέργειας, όπως οι ινσουλίνες τύπου πρωταμινικής ψευδαργυρούχους (PZI), U.Araleute κ.α.

Οι τρόποι χορήγησης και απορρόφησης αυτής από τον οργανισμό είναι η υποδόριος ένεση. Η απορρόφηση επιτελείται σχετικά αργά, ιδίως όταν πρόκειται για είδη βραδείας ή ημιβραδείας ενέργειας. Αυτό το γεγονός οφείλεται σε κάποιο βαθμό στην ύπαρξη «αθροιστικής» ενέργειας ορισμένων ινσουλινών. Για αυτό το λόγο, σε πολλά διαβητικά παιδιά πρωτορυθμιζόμενα για είδη ημιβραδείας ενέργειας, αποφεύγεται η καθημερινή αύξηση της δόσης, αλλά επιτελείται ανά διήμερον ή και τριήμερο.

Η ενδομυϊκή χορήγηση συνεπάγεται με ταχύτερη απορρόφηση και κατά κανόνα βραχύτερη ενέργεια απ'ότι με την υποδόριο. Η μοναδική κατάλληλη ινσουλίνη για ενδοφλέβιες ενέσεις είναι η κρυσταλλική ινσουλίνη. Στην περίπτωση της ενδοφλέβιας ένεσης, η

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΤΡΟΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

IV.1.α). Η ινσουλινοθεραπεία

Η ανακάλυψη της ινσουλίνης από τους Banting και Best το 1922, αποτέλεσε μεγάλο σταθμό στη θεραπεία του διαβήτη, σύμφωνα με τον Κατσιλάμπρου (1974). Περαιτέρω πρόοδος επιτεύχθηκε με την παρασκευή της πρωταμινικής ψευδαργυρούχου ινσουλίνης το 1936. Με αυτή την ινσουλίνη πραγματοποιήθηκε ηπιότερος έλεγχος, αλλά γρήγορα έγινε φανερό το γεγονός ότι αυτή ήταν συνήθως ανεπαρκής για να εξασφαλίσει τον απαιτούμενο έλεγχο του διαβήτη κατά την διάρκεια της ημέρας μετά από μια πρωινή ένεση. Ακολούθησε αργότερα η επιτυχής χρησιμοποίηση διάφορων ινσουλινών με ενδιάμεση διάρκεια δράσης.

Η ινσουλίνη, μετριέται σε μονάδες. Τα διάφορα σκευάσματα τιτλοποιούνται σύμφωνα με διάφορες βιολογικές μεθόδους. Μια μονάδα λοιπόν ισοδυναμεί με το 1/22 mg ενός διεθνούς προτύπου σκευάσματος ινσουλίνης.

Σήμερα υπάρχουν στη διάθεση των διαβητικών παιδιών διάφορα είδη ινσουλίνης. Αυτά παρασκευάζονται μετά από επεξεργασία βοδινού ή χοιρινού παγκρέατος. Πολλά είδη ινσουλίνης έχουν και μικτή προέλευση. Το ζώο από το οποίο προέρχεται η ινσουλίνη

τη δίαιτά τους, προσκαλώντας συγκρούσεις μαζί τους. Όμως αυτό ίσως είναι μία έκφραση καταθλιπτικής αντίδρασης, στην οποία συνυπάρχουν στοιχεία αυτοκαταστροφικά. Μεγαλύτερα προβλήματα φαίνεται ότι μπορεί να δημιουργήσει μία αγχώδης και υπέρ-προστατευτική μητέρα, που πιέζει το παιδί της να μη φάει μία συγκεκριμένη τροφή, παρά η αυστηρή τήρηση μιας δίαιτας. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιες συγκρούσεις, ιδίως αν αυτές αποτελούν επανάληψη προηγούμενων δυσκολιών στη διατροφή, οι οποίες ίσως ανάγονται ακόμα και στη βρεφική ηλικία.

Ειδικά προβλήματα στην καθημερινή ζωή είναι και η εμφάνιση μιας παροδικής αρρώστιας, όπως γρίπης. Αν και το πρόγραμμα είναι ήδη αυστηρό και ήδη δημιουργεί δυσκολίες στα διαβητικά παιδιά, η εμφάνιση μιας ασθένειας παροδικής, είναι δυνατόν να προκαλέσει σοβαρές δυσκολίες, αντιδράσεις από τα παιδιά. Η δίαιτα θα πρέπει να αλλάξει και να γίνει ακόμα πιο αυστηρή σε αυτήν την περίπτωση, όπως και ο συνεχής έλεγχος σύρων, προκαλεί αντιδράσεις. Τα παιδιά μπορούν να γίνουν αρκετά ευερέθιστα, προκαλώντας νευρικότητα, εντάσεις και εσωστρέφεια.

Ολοκληρώνοντας, αναφέρεται και στα διλήμματα των διαβητικών παιδιών σχολικής ηλικίας, τα οποία δεν γνωρίζουν αν πρέπει να ενημερώσουν τους φίλους τους ή αν θα πρέπει να το κρατήσουν μυστικό. Το δίλημμα αυτό, είναι δυνατόν να προκαλέσει ανησυχία και άγχος στα παιδιά για τις αντιδράσεις των άλλων παιδιών. Αν θα δεχτούν την ασθένεια και θα παραμείνουν φίλοι ή αν θα τα χλευάσουν και τα οδηγήσουν στην απομόνωση.

Η πραγματοποίηση ταξιδιών, κάνει τη ζωή των διαβητικών παιδιών δυσκολότερη, αφού οι γονείς είναι αναγκασμένοι να ελέγχουν και να ενημερώνονται από το γιατρό για ανεπιθύμητες εκδηλώσεις, που μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια ταξιδιού. Θα πρέπει να είναι εφοδιασμένοι και με τα απαραίτητα φάρμακα, ώστε να είναι έτοιμοι αν αντιμετωπίσουν καταστάσεις ανάγκης. Η ανησυχία και το άγχος των γονέων για το ταξίδι, μεταφέρεται στα παιδιά, δημιουργώντας αμφιβολίες για τη διεξαγωγή του ταξιδιού. Δεν έχουν πολλές φορές τη δυνατότητα να απολαύσουν τα ταξίδια, λόγω της ανησυχίας των γονέων δημιουργώντας αρνητικές εκδηλώσεις, όπως ευερεθιστικότητα, επιθετικότητα, απομόνωση κ.α.

Το καθημερινό πρόγραμμα, το οποίο και αυτό είναι αρκετά αυστηρό για παιδιά κάτω των 10 ετών, δημιουργεί ανησυχία για τη διάρκειά του. Το διαβητικό παιδί, δεν μπορεί να γνωρίζει ότι θα κρατήσει για μία ζωή, γιατί το κάνει ανήσυχο, ίσως και στενάχωρο. Αν το πρόγραμμα όμως ήταν πρακτικό, προσαρμοστικό, σταθερό και ευπρόβλεπτο, το παιδί ίσως να μπορούσε να ανεχτεί την παρούσα κατάστασή του.

Τα παιδιά σύμφωνα με Μανωλόπουλος-Τσιάντης (1987), συνήθως αισθάνονται διαφορετικά από τα άλλα αδέρφια και τους συνομηλίκους τους. Μπορεί να φτάσουν στο σημείο να αισθάνονται ότι αυτού του είδους ειδική διαίτα είναι μία ένδειξη απόρριψης από τους γονείς ή ακόμα χειρότερο έλλειψη αγάπης. Άλλες φορές φτάνουν σε σημεία να έρχονται σε αντίθεση με τους γονείς τους για

χορηγηθεί το 24ωρο θα είναι $150 \cdot 50 / 10 = 10$ μονάδες. Όλα αυτά βέβαια τροποποιούνται ανάλογα με την πορεία των σακχάρων του παιδιού.

Η ινσουλίνη, σύμφωνα με τον Τσινίκα (1982), αποτελεί επικουρικό φάρμακο, όταν πρόκειται να αυξηθεί η ποσότητα των υδατανθράκων ή όταν πρόκειται να χορηγηθεί επειγόντως. Σε περιπτώσεις που ο διαβήτης, προκαλεί σοβαρές σωματικές ανωμαλίες στα παιδιά, είναι αδύνατον να αντισταθμιστεί η ποσότητα των υδατανθράκων δίχως χορήγηση ινσουλίνης. Η χορήγηση της ινσουλίνης δεν πρέπει να διακόπτεται απότομα και βάρβαρα, διότι είναι δυνατόν να προκληθεί κώμα. Υποστηρίζει, πως αν αναμιχθεί η κοινή ινσουλίνη με την ινσουλίνη rotamine-zinc, ίσως πυκνότητας, είναι σχεδόν βέβαιο ότι εξασφαλίζεται ορθή, τακτική, βασική θεραπεία, με μια μόνο ένεση ημερησίως.

Οι σημαντικές πρόοδοι που πραγματοποιήθηκαν, σύμφωνα με τον Delaroche (1990), κάνουν την ινσουλίνη μια αποτελεσματική μέθοδο χωρίς κινδύνους και επιπλέον εύκολη να πραγματοποιηθεί. Υπάρχουν στην αγορά 2 είδη ινσουλινών : α) Οι γρήγορες ή «κανονικές» οι οποίες έχουν σύντομη επιβράδυνση ενέργειας, που κυμαίνεται από 15-30 λεπτά, έχει μέγιστο αποτέλεσμα που κυμαίνεται από 1-5 ώρες και συνολική διάρκεια ενέργειας που δεν ξεπερνάει τις 8 ώρες. Αυτή η κινητικότητα της σύντομης ενέργειας συνεπάγεται πολυάριθμες ενέσεις και υποδόριες ενέσεις την ημέρα και μια επιπλέον δόση για να διορθώσει μια απρόβλεπτη λυκαϊμική παρέκκλιση, μια συνεχής υποδόρια τροφοδότηση(αντλία) ή άλλη

τύπου πριν από τον ύπνο (23.00-24.00) το βράδυ θα δημιουργήσει ικανοποιητικά επίπεδα ινσουλίνης στον ορό τις πρώτες πρωινές ώρες και πριν από το πρωινό γεύμα και θα βοηθήσει στην καταστολή της αυξημένης ηπατικής παραγωγής γλυκόζης κατά την περίοδο αυτή. Μια μικρή δόση NPH ινσουλίνης μαζί με την πρωινή ινσουλίνη ταχείας δράσης θα μπορούσε επίσης να δημιουργήσει ικανοποιητικές βασικές συγκεντρώσεις ινσουλίνης στον ορό έως το βραδινό γεύμα. Αυτό βέβαια συνήθως δε χρειάζεται διότι η δραστηριότητα τις πρωινές και τις απογευματινές ώρες βοηθάει την πρωινή και την μεσημεριανή δόση της ινσουλίνης ταχείας δράσης και συμβάλλει στον καλό μεταβολισμό της γλυκόζης.

Στα εντατικοποιημένα σχήματα, οι συνολικές μονάδες ινσουλίνης ανά 24ωρο, σε παιδιά-ασθενείς με φυσιολογικό σωματικό βάρος και χωρίς συνυπάρχουσες λοιμώξεις ή άλλους λόγους απορύθμισης του σακχάρου υπολογίζονται περίπου σε 0,5 μονάδες/kg σωματικού βάρους. Από αυτές το 30-40% περίπου χορηγείται ως ινσουλίνη ενδιάμεσης δράσης, ενώ το υπόλοιπο κατανέμεται στα τρία κύρια γεύματα ανάλογα με το ποσό των υδατανθράκων που περιέχει καθένα από αυτά (10-12gr υδατανθράκων απαιτούν 1 μονάδα ινσουλίνης για τον μεταβολισμό τους). Εάν αντί της ενδιάμεσης δράσης ινσουλίνης χορηγηθεί ινσουλίνη βραδείας δράσης, οι μονάδες της ινσουλίνης για το παιδί-ασθενή φυσιολογικού βάρους μπορούν να υπολογιστούν από τον τύπο: σάκχαρο αίματος πριν από το πρωινό -50/10. Παραδείγματος χάρη εάν το σάκχαρο αίματος νηστείας είναι 150mg%, η δόση βραδείας δράσης ινσουλίνης που θα

δράσης, ενώ οι άλλες μισές σαν ινσουλίνη ταχείας δράσης. Γενικώς η ένεση ινσουλίνης συνίσταται να γίνεται πριν από κάθε γεύμα. Όμως όσον αφορά τη δοσολογία ο κάθε ασθενής, αποτελεί ξεχωριστή περίπτωση γι' αυτό θα πρέπει να ελέγχεται συχνά χρονικά διαστήματα το σάκχαρο στο αίμα.

Περνώντας στην εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία επικρατούν τα εντατικοποιημένα σχήματα με δύο βασικούς στόχους: 1) Την κάλυψη των γευμάτων με ινσουλίνη, η οποία εξασφαλίζεται με υποδόρια χορήγηση ινσουλίνης ταχείας δράσης πριν από κάθε κύριο γεύμα. Η ινσουλίνη αυτή είναι η μόνη που μπορεί να μιμηθεί τις φυσιολογικές αυξήσεις στην έκκριση της ινσουλίνης κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Βέβαια, η δράση της είναι γρήγορη, αλλά όχι και άμεση. Μετά δηλαδή από υποδόρια ένεση, η συγκέντρωση ινσουλίνης στον ορό φθάνει στο μέγιστο σε 1-2 ώρες και παραμένει σε υψηλά επίπεδα για 4-6 ώρες. Για το λόγο αυτό η ένεση πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 20-30 λεπτά πριν από το γεύμα, ώστε η αύξηση της συγκέντρωσης της ινσουλίνης στον ορό να συμπίπτει με την αύξηση γλυκόζης.

2) Την εξασφάλιση βασικής ινσουλαιμίας, η οποία πραγματοποιείται με την υποδόρια χορήγηση ινσουλίνης ενδιάμεσης δράσης πριν από τον ύπνο ή ινσουλίνης βραδείας δράσης συνήθως πριν από το βραδινό. Οι ενδιάμεσης δράσης ινσουλίνες, στις δοσολογίες που συνήθως χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πράξη, αρχίζουν τη δράση τους περίπου 2 ώρες μετά την ένεση και διαρκούν 10-12 ώρες. Επομένως, ένεση μιας ινσουλίνης τέτοιου

Προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή των ινσουλινών ενδιάμεσης δράσης, είναι η καθημερινή σταθερότητα στις ώρες της άσκησης, στον χρόνο λήψης των γευμάτων και στην ποσότητα της τροφής (πράγμα που περιορίζουν όμως την ελευθερία κινήσεων του παιδιού). Με αυτές τις προϋποθέσεις, μπορεί το παιδί να επιτύχει ικανοποιητική ρύθμιση του σακχάρου. Πραγματικά, θα πρέπει να τονιστεί πως κατά την περίοδο συμβατικής ινσουλινοθεραπείας, τα παιδιά θα πρέπει να κάνουν πολλές φορές επιπλέον ενέσεις ινσουλίνης ταχείας δράσης για να καλύψουν ασυνήθιστα μεγάλα γεύματα. Επίσης για να αποφύγουν την εμφάνιση της υπογλυκαιμίας, θα πρέπει να τηρούν με σχολαστική ακρίβεια τις ώρες γευμάτων, πράγμα που τους αφαιρεί ευελιξία στις καθημερινές δραστηριότητες.

Σε ασθενείς με φυσιολογικό σωματικό βάρος και χωρίς συνυπάρχουσες αιτίες απορύθμισης του σακχάρου (π.χ. λοιμώξεις), η ημερήσια δόση υπολογίζεται σε 0,4-0,5 μονάδες/kg σωματικού βάρους. Εάν οι συνθήκες ζωής του ασθενούς δεν υπαγορεύουν αλλιώς (ιδιαιτερότητες στην άσκηση, ιδιομορφίες στις ώρες των γευμάτων), η κατανομή των μονάδων στο 24ωρο συνίσταται να γίνεται ως εξής : α) Τα 2/3 της συνολικής ημερήσιας δόσης της ινσουλίνης χορηγούνται πριν από το πρωινό. Από αυτές τις μονάδες, το 1/3 δίδεται σαν ινσουλίνη ταχείας δράσης, ενώ τα 2/3 σαν ινσουλίνη ενδιάμεσης δράσης. β) Το υπόλοιπο 1/3 της συνολικής ημερήσιας δόσης της ινσουλίνης χορηγείται πριν από το βραδινό. Από αυτές τις μονάδες, οι μισές δίνονται σαν ινσουλίνη ενδιάμεσης

σώματος , αυξάνουν, σε πολλά παιδιά, τις απαιτήσεις σε ινσουλίνη μέχρι τις 0,8-1,24/kg την ημέρα. Μετά την πλήρη αύξηση και σεξουαλική ωρίμανση παρατηρείται διαφόρων βαθμών ελάττωση των απαιτήσεων σε εξωγενή ινσουλίνη.

Η ινσουλίνη είναι η πιο σημαντική ορμόνη του μεταβολισμού, σύμφωνα με τον Δημητριάδη (1995). Η διατήρηση φυσιολογικής ομοιοστασίας της γλυκόζης εξαρτάται αφ'ενός από την έκκριση ινσουλίνης και αφ'ετέρου από την ικανότητα της να ρυθμίζει την παραγωγή της γλυκόζης από το ήπαρ και την κατανάλωση της γλυκόζης από τους περιφερειακούς ιστούς (μυϊκό και λιπώδη). Στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου I τα β-κύτταρα καταστρέφονται και η ομαλή λειτουργία του μεταβολισμού εξαρτάται εξ ολοκλήρου από την εξωγενή χορήγηση της ινσουλίνης.

Αρχικά, στη Συμβατική Ινσουλινοθεραπεία, όπου η μορφή αυτής της ινσουλινοθεραπείας περιλαμβάνει χορήγηση δύο ενέσεων ινσουλίνης το 24ωρο, και συνηθέστερα μείγμα ινσουλινών NPH και κρυσταλλικής, πριν από το πρωινό και το βραδινό γεύμα. Εάν λόγω των συνθηκών, το βραδινό γεύμα του ασθενούς είναι πολύ νωρίς (π.χ. πολύ πριν από τις 20.00-21.00), η χορήγηση μείγματος ταχείας/ενδιάμεσης δράσης ινσουλίνης πριν από το βραδινό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του σακχάρου του αίματος τις πρώτες πρωινές ώρες λόγω εκπνοής της δεύτερης δράσης. Στην περίπτωση αυτή συνιστάται να γίνεται ξεχωριστά η ένεση της ενδιάμεσης δράσης ινσουλίνης πριν από τον ύπνο (π.χ. 23.00-24.00).

υπόψη: το φύλο, η ηλικία, το βάρος, οι δραστηριότητες και οι διατροφικές προτιμήσεις.

Η συνιστώμενη συνολική θερμιδική πρόσληψη βασίζεται στο μέγεθος ή την επιφάνεια του σώματος του παιδιού και μπορεί να υπολογιστεί μέσω ειδικών πινάκων. Το θερμιδικό «μείγμα», θα πρέπει να απαρτίζεται από, περίπου 55% υδατάνθρακες, 30% λίπος και 15% πρωτεΐνη. Σε γενικές γραμμές, συνίσταται το 70% των υδατανθράκων να παρέχεται από σύνθετους υδατάνθρακες, όπως το άμυλο και να αποφεύγεται η πρόσληψη σουκρόζης ή ιδιαίτερα επεξεργασμένων σακχάρων.

Οι δίαιτες υψηλού περιεχομένου σε ίνες είναι χρήσιμες για τη βελτίωση του ελέγχου των επιπέδων της γλυκόζης αίματος διαβητικών παιδιών. Η εισαγωγή, περίπου 20-35kg ανά 24ωρο, ινών από τροφές όπως τα λαχανικά, το ψωμί ολικής αλέσεως, τα πιτυρούχα δημητριακά και τα φρούτα, έχει οδηγήσει σε σημαντική μείωση όχι μόνο της συγκέντρωσης της γλυκόζης αίματος αλλά και της ολικής χοληστερόλης και τη LDL. Επίσης, οι μικρές ποσότητες σουκρόζης που καταναλώνεται με τις πλούσιες σε φυτικές ίνες τροφές, όπως το ψωμί ολικής αλέσεως, πιθανότατα έχουν σχεδόν την ίδια γλυκαιμική δράση με τα χαμηλά σε φυτικές ίνες, ελεύθερα ζάχαρης.

Η πρόσληψη λίπους προσαρμόζεται έτσι ώστε ο λόγος πολυακόρεστων / κορεσμένων λιπών (P/S) να φθάνει στο 1,5:1. Άρα τα λίπη που προέρχονται από ζωικές πηγές μειώνονται και αντικαθιστούνται από πολυακόρεστα λίπη προερχόμενα από φυτικές

την εξασφάλιση αποθεμάτων γλυκόζης για τις περιπτώσεις έντονης ινσουλινικής δραστηριότητας.

Τα συνιστώμενα διαιτητικά σχήματα περιλαμβάνουν τρία κύρια γεύματα και τρία ενδιάμεσα, στα οποία γίνεται κατανομή των διαφόρων συστατικών, ανάλογα με τις συνήθειες του παιδιού. Φροντίζουν όμως οι ειδικοί μέσω των γονέων να μην διαφέρει η διατροφή του παιδιού από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Η διατροφή του διαβητικού παιδιού θα πρέπει να συνίσταται σε 55-60% υδατάνθρακες και λίπη λιγότερα των 30% του συνόλου των θερμίδων. Η πρόσληψη λευκωμάτων δεν πρέπει να είναι μικρότερη του 1gr/kg την ημέρα, που αποτελεί το 12-13% των αναγκών. Η ποσότητα των υδατανθράκων εξασφαλίζει ισορροπία σακχάρου αίματος και χαμηλότερα επίπεδα LDL-χοληστερόλης, εφόσον συνοδεύεται με μεγάλη πρόσληψη διαλυτών ινών. Η ημερήσια πρόσληψη ινών συνίσταται περίπου στα 20 gr/1000kcal, ενώ η πρόσληψη χοληστερόλης να μην υπερβαίνει τα 250mg την ημέρα.

Ολοκληρώνοντας, οι Behram-Kliegman-Arvin (2002), αναφέρονται στη διαιτητική αγωγή των διαβητικών. Στην πραγματικότητα το διαβητικό παιδί δεν έχει μεγάλες θρεπτικές ανάγκες, εκτός αυτών που βοηθούν στην καλύτερη σωματική και ψυχοκινητική ανάπτυξη. Όμως επειδή η ικανότητα έκκρισης ινσουλίνης σε απάντηση στην πρόσληψη τροφής από το διαβητικό παιδί, δεν είναι φυσιολογική, το κανονικά σταθερό μοντέλο γίνεται αναγκαία συνθήκη. Κατά το σχεδιασμό θα πρέπει να λαμβάνονται

ελάττωση των υδατανθράκων που λαμβάνονται μέσω των τροφών. Για να μπορέσει το διαβητικό παιδί να λαμβάνει στη διάρκεια του 24ώρου αρκετές τροφές με την αναγκαία ποσότητα υδατανθράκων χωρίς να τρώει μεγάλες ποσότητες με μιας, πρέπει να τρώει συχνά. Γι' αυτό συνίστανται τα μικρά και συχνά γεύματα, 5-6 φορές την ημέρα, δηλαδή πρωινό, μεσημεριανό, απογευματινό, βραδινό και γεύμα πριν από τον ύπνο. Βέβαια αυτό εξαρτάται από τις προσωπικές συνήθειες του κάθε παιδιού.

Όπως είναι γνωστό στη διαίτα απαγορεύεται η ζάχαρη, η οποία αποτελείται από υδατάνθρακες σε τέτοια μορφή, που απορροφούνται από τον οργανισμό πάρα πολύ γρήγορα. Επομένως αν το παιδί που πάσχει από διαβήτη πάρει ζάχαρη, τότε όλη η ποσότητα θα απορροφηθεί αμέσως με αποτέλεσμα το σάκχαρο του αίματος να ανεβαίνει κατακόρυφα και η ινσουλίνη που υπάρχει δεν φτάνει για να το καλύψει. Έχει το δικαίωμα να φάει όμως υποκατάστατα της ζάχαρης, όπως σακχαρίνη, γλυκαντικές ουσίες.

Η σωστή διατροφή και η κατανομή των γευμάτων αποτελούν ένα από τα βασικά στοιχεία της θεραπευτικής αντιμετώπισης των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη σύμφωνα με τον Μπαρτόκα (1995). Δεν πρέπει να ξεχνάμε, πως τα παιδιά αποτελούν συνεχώς μεταβαλλόμενους οργανισμούς, που αναπτύσσονται και ωριμάζουν. Συνεπώς οι χορηγούμενες θερμίδες έχουν ως σκοπό, εκτός από την κάλυψη των βασικών αναγκών και δραστηριοτήτων και την παροχή των απαραίτητων στοιχείων για φυσιολογική αύξηση, ανάπτυξη και

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Τσίνικα (1982), η διαίτα πρέπει να είναι ισορροπημένη μεταξύ υδατανθράκων, λιπών και λευκωμάτων. Για να διατηρήσει το φυσιολογικό του βάρος το διαβητικό παιδί για κάθε κιλό βάρους 1gr υδατάνθρακες, 1-1,5 gr πρωτεΐνες και 2-3 gr λίπη. Για να παραχθούν οι 25-30 θερμίδες ανά κιλό που έχει ανάγκη το παιδί πρέπει να τρώει 100-200gr ψάρια ή κρέας , 250-500gr γάλα, 100-200 gr. Πατάτες ,60-80 gr ψωμί γλουτενίου.

Ο ανθρώπινος οργανισμός, όπως παρουσιάζεται από το Θαλασσινό (1981), έχει ανάγκη από διάφορα συστατικά, τα οποία θα του δώσουν τη δυνατότητα να αναπτυχθεί και να λειτουργήσει στη συνέχεια το παιδί. Τα συστατικά αυτά τα δέχεται ο οργανισμός μέσω των τροφίμων. Συγκεκριμένα τώρα στα διαβητικά παιδιά, οι τροφές που δέχεται ο οργανισμός είναι η πηγή ζωής τους. Χωρίς τη διαίτα το διαβητικό παιδί κάνει λάθος θεραπεία, όσο και αν προσέχει τα υπόλοιπα. Το κάθε παιδί έχει τη δική του διαίτα, η οποία εξαρτάται από το σωματικό του βάρος, από τη θεραπεία του αλλά και από άλλους παράγοντες. Γι' αυτό το λόγο η κάθε διαίτα είναι προσωπική και η αντιγραφή αυτής μπορεί να προκαλέσει κινδύνους.

Ο πρώτος και βασικός κανόνας που θα πρέπει να τηρείται είναι ο περιορισμός των τροφών που περιέχουν υδατάνθρακες. Στο διαβητικό παιδί η ινσουλίνη, που παράγεται στο πάγκρεας δεν φτάνει για μεγάλα ανεβάσματα του σακχάρου αίματος ενώ επαρκεί για μικρές αυξήσεις σακχάρου. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να αποφεύγονται τα ανεβάσματα αυτά. Αυτό επιτυγχάνεται με την

(1) Θερμίδες. Το ιδανικό βάρος του διαβητικού παιδιού να διατηρείται στα ιδανικά όρια για το ύψος και τη σωματική του κατασκευή. Ο υπολογισμός των θερμίδων γίνεται ανάλογα με την ηλικία, συγκεκριμένα 1000 θερμίδες την ημέρα για παιδί ηλικίας 1 έτους και 100 επιπλέον θερμίδες για κάθε χρόνο.

(2) Πρωτεΐνες. Εξαιτίας του περιορισμού του λίπους στο διαβητικό παιδί η πρόσληψη πρωτεϊνών αυξάνεται συνήθως μέχρι 20% περίπου των θερμίδων.

(3) Υδατάνθρακες. Διατηρούνται σε επίπεδα 45-50% περίπου των πρωτεϊνών κυρίως με την αποφυγή γλυκισμάτων και τροφών που περιέχουν συμπυκνωμένα σάκχαρα.

(4) Λίπος. Η πρόσληψη του λίπους περιορίζεται σχετικά, σε ποσοστό 30-35% περίπου των θερμίδων της δίαιτας, σε τρόπο που να συμπληρώνεται το ισοζύγιο των θερμιδικών αναγκών της ημέρας.

(5) Ποτά. Συνήθως η διαίτα της ημέρας σχεδιάζεται έτσι ώστε να περιλαμβάνει τρία γεύματα και δυο έως τρία ποτά :

- Κύριος σκοπός των ποτών της διαβητικής δίαιτας είναι η παροχή πρόσθετης θερμιδικής κάλυψης κατά το χρόνο της ακμής της αντίδρασης της ινσουλίνης και η πρόληψη της πιθανής νυκτερινής υπογλυκαιμίας.
- Συνήθως η λήψη των ποτών σχεδιάζεται για τις 3μ.μ και για την ώρα του ύπνου, με ένα πρόσθετο ποτό-στα μικρά παιδιά-στη μέση του πρωινού.

IV.1.β). Η διαίτα

Λόγω της σημαντικότητας θέσης της διαίτας στο πλαίσιο θεραπείας των παιδιών που πάσχουν από διαβήτη, σύμφωνα με τους Petrides-Weiss-Loffler-Wieland (1974), πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στη διδασκαλία αυτής. Γι' αυτό πρώτα απ' όλα ρέπει να γίνει όσο το δυνατόν μια απλή εξήγηση του είδους και της δράσης, στους γονείς των αρκετά μικρών παιδιών τα οποία δεν έχουν ικανότητα κατανόησης και στα λίγο μεγαλύτερα παιδιά, τα οποία μπορούν να κατανοήσουν, των επιμέρους βασικών θρεπτικών ουσιών καθώς και των χαρακτηριστικών της διαίτας.

Ο Δελλαγραμάτικας (1988), σχεδιάζοντας τη διαβητική διαίτα υποστήριξε πως μια κανονική καλά ισοζυγισμένη διαίτα πρέπει να περιέχει αντιπροσωπευτικές αναλογίες από καθεμιά από τις εξής τέσσερις βασικές ομάδες τροφών :

A) Άπαχο γάλα, τρία ή περισσότερα ποτήρια την ημέρα για παιδιά μικρότερα των 6 ετών και τέσσερα ποτήρια για παιδιά μεγαλύτερα των 6 ετών.

B) Κρέας, δύο ή περισσότερες μερίδες

Γ) Λαχανικά και φρούτα, τέσσερις ή περισσότερες μερίδες

Δ) Ψωμί και δημητριακά, τέσσερις ή περισσότερες μερίδες

Οι τροφές αυτές πρέπει να χορηγούνται σε αρκετές ποσότητες για να περιέχουν τα εξής:

ενδοφλέβια, ενδοπεριτοναϊκή. β) Οι ινσουλίνες με επιβραδυνόμενη ενέργεια, η οποίες είναι οι ινσουλίνες οι ενδιάμεσες «σύντομες» των οποίων η διάρκεια ενέργειας είναι περίπου 12 ώρες (2 ενέσεις την ημέρα) και οι αργές, διάρκειας ίσης ή ανώτερης των 24 ωρών για τις οποίες μια ένεση μπορεί να αρκεί.

Ο πιο συνηθισμένος τρόπος χορήγησης της ινσουλίνης στα παιδιά είναι η υποδόρια ένεση που γίνεται με τη βοήθεια σύριγγας ή στυλού αλλά και η υποδόρια έγχυση και άλλοι τρόποι που δεν συνεπάγονται ένεση. Σύμφωνα με τους Behram-Kliegman-Arvin (2002), στα διαβητικά παιδιά ξεκινά μια θεραπευτική αγωγή που περιλαμβάνει υποδόρια χορήγηση ινσουλίνης ταχείας δράσης σε δόση 0,1-0,25 u/kg κάθε 6-8 ώρες πριν από τα γεύματα, με ταυτόχρονη παρακολούθηση της συγκέντρωσης της γλυκόζης του αίματος και ανάλογη προσαρμογή της δόσης της ινσουλίνης για 1-2 ημέρες. Η αρχική δόση ινσουλίνης είναι χαμηλότερη επειδή τα παιδιά έχουν χαμηλότερη συγκέντρωση γλυκόζης ορού και είναι πιο ευαίσθητα στην ινσουλίνη σε σύγκριση με αυτά που πρωτοεκδηλώνουν το διαβήτη με διαβητική κετοξέωση. Μια έως δύο ημέρες αγωγή με ινσουλίνη ταχείας δράσης απαιτείται για να υπολογισθούν οι συνολικές ημερήσιες ανάγκες ινσουλίνης, που θα χρησιμεύουν ως οδηγό σημείο για την επακόλουθη χρησιμοποίηση συνδυασμένου σχήματος ινσουλίνης ταχείας και ενδιάμεσης δράσης.

πηγές. Συνίσταται η αντικατάσταση του βουτύρου από μαργαρίνη, των ζωτικών ελαίων με φυτικά έλαια για το μαγείρεμα του λιπαρού κρέατος, όπως το bacon, με ψάρια και κρέας ή πουλερικά χωρίς λίπη. Μέσω αυτών των μέτρων καθώς και μέσω της μείωσης του αριθμού των κρόκων αυγού που καταναλώνονται, ελαττώνονται και η προσλαμβανόμενη χοληστερόλη.

Η συνολική ημερήσια πρόσληψη λίπους μπορεί να χωριστεί έτσι ώστε το 20% να λαμβάνεται με το πρόγευμα, το 20% μετά το γεύμα και το 30% με το δείπνο, αφήνοντας το 10% για κάθε κολατσιό, εάν είναι επιθυμητό.

IV.1.γ). Η σωματική άσκηση

Η σημασία της σωματικής άσκησης, συχνά υποτιμάται, σύμφωνα με τον Κατσιλάμπρου (1974). Η σωματική άσκηση συχνά ωφελεί τα διαβητικά παιδιά, διότι συνδυάζεται με την ταχύτερη καύση της γλυκόζης από το μυϊκό ιστό. Επιπλέον η σωματική δραστηριότητα προάγει την παχυσαρκία, μια από τις μεταγενέστερες δυσμενείς επιδράσεις του διαβήτη. Υποστηρίζει, επίσης, πως σύμφωνα με κάποια πειραματικά δεδομένα δείχνουν ότι η παρουσία απειροελάχιστων έστω πυκνοτήτων ινσουλίνης είναι απαραίτητη για την πρόσληψη γλυκόζης από τον μυϊκό ιστό. Σκόπιμο επίσης, να

επισημανθεί είναι ο ευμενής ρόλος της σωματικής δραστηριότητας και στον ψυχολογικό τομέα, ειδικότερα για τα διαβητικά παιδιά.

Πολύς θόρυβος γίνεται τα τελευταία χρόνια, σύμφωνα με τον Μπαρτόκα (1995), για τη σωματική ευελιξία και καταπολέμηση της παχυσαρκίας, αυξάνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη και μειώνει τον κίνδυνο για αρτηριοσκλήρυνση αργότερα. Φυσικά η σωματική άσκηση πρέπει να ξεκινά σταδιακά, να γίνεται τακτικά και σε κατάσταση καλής μεταβολικής ρύθμισης.

Αξίζει να σημειωθεί ότι απαιτούνται κάποιες τροποποιήσεις της διαίτας καθώς και της δοσολογίας της ινσουλίνης για την αποφυγή υπογλυκαιμικών καταστάσεων, σε περίπτωση σωματικής άσκησης. Ο συνδυασμός υπερηπουλιαιμίας με αυξημένη μυϊκή πρόσληψη γλυκόζης και μείωση της ηπατικής νεογλυκογένεσης και της γλυκογονοανάλυσης μπορεί να προκαλέσει βαριά υπογλυκαιμία. Αντιθέτως, ο υποηπουλινισμός σε συνδυασμό με την μυϊκή άσκηση τείνει να επιδεινώσει την υπάρχουσα υπεργλυκαιμία και ιδιαίτερα κέτωση, η οποία επιδεινώνεται με την υπερέκκριση ορμονών, όπως η κορτιζόλη, η αυξητική ορμόνη, η γλυκαγόνη και οι κατεχολαμίνες.

Οι καλύτερες ασκήσεις για τη ρύθμιση της γλυκόζης είναι η ποδηλασία, το αργό τρέξιμο και το βάδισμα. Απεναντίας η άρση βαρών λόγω της αναερόβιας μυϊκής προσπάθειας, μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα. Αθλητικές δραστηριότητες όπως η ορειβασία, τα χειμερινά σπορ, εμπεριέχουν κινδύνους υπογλυκαιμίας για το διαβητικό παιδί.

Είναι κοινή εμπειρία, τόσο των γιατρών όσο και των διαβητικών παιδιών, σύμφωνα με τον Βασιλόπουλο (1998), ότι η μυϊκή άσκηση μειώνει το σάκχαρο του αίματος και συχνά, αν είναι έντονη, οδηγεί σε υπογλυκαιμία. Σε αρκετά καλά τεκμηριωμένες έρευνες δεν υπήρξαν σαφείς αποδείξεις ότι ο διαβήτης ρυθμίζεται καλύτερα σε άτομα που ασκούνται. Όμως υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η συστηματική άσκηση μειώνει τον κίνδυνο παθήσεων της καρδιάς και των αγγείων. Ακόμα είναι σαφές ότι μειώνει τον κίνδυνο παχυσαρκίας. Όπως είναι γνωστό κατά την άσκηση αυξάνει η κατανάλωση γλυκόζης από τους μυς, που «ρουφάει» γλυκόζη από το αίμα αυξάνοντας την ευαισθησία τους στην ινσουλίνη. Γι' αυτό και συνήθως η πρόσληψη γλυκόζης από τους μυς αυξάνει χωρίς να αυξάνονται αντίστοιχα οι ανάγκες σε ινσουλίνη. Η αύξηση αυτής της ευαισθησίας των μυϊκών κυττάρων μπορεί να παραταθεί για μια έως δυο ημέρες.

Είναι λοιπόν φανερό, ότι σε κάποιον που ασκείται τακτικά π.χ. 3-4 φορές την εβδομάδα, η αύξηση της ευαισθησίας στην ινσουλίνη παραμένει ακόμη και τις ημέρες που θα ασκείται και άρα πιθανότατα η συνολική δόση της ινσουλίνης μπορεί να ελαττωθεί. Αν συνυπολογιστεί η βελτίωση της ποιότητας της ζωής και η ευεξία που δημιουργεί η άσκηση καταλήγει να είναι απαραίτητη, αρκεί βέβαια να γίνεται με καλή διάθεση και όχι σαν καταναγκαστικό έργο.

Η άσκηση, η οποία είναι μια φυσική κατάσταση που απαιτεί γρήγορη κινητοποίηση και ανακατανομή των καυσίμων του

οργανισμού. Κύρια πηγή ενέργειας, για τη σύσπαση των μυών, τα πρώτα λεπτά της ώρας, είναι το γλυκογόνο, που είναι αποθηκευμένο μέσα στους μυς. Στη συνέχεια οι μύες με την δράση της ινσουλίνης παίρνουν έτοιμη γλυκόζη από την κυκλοφορία. Συγχρόνως όμως κινητοποιούνται ορμονικοί μηχανισμοί που δίνουν το σήμα και ενεργοποιούν το ήπαρ για παραγωγή γλυκόζης κι απελευθέρωση της ήδη αποθηκευμένης. Έτσι παρά την μεγάλη κατανάλωση γλυκόζης από τους μυς (που υπολογίζεται σε 8-12 γραμμάρια ανά ώρα σε συνήθη άσκηση και πάνω από το διπλό σε έντονη), η γλυκόζη στο αίμα παραμένει σταθερή. Στο διαβητικό όμως παιδί, που έχει περίσσειμα ινσουλίνης στη διάρκεια της άσκησης, μεγάλες ποσότητες γλυκόζης θα μπουν στους μυς, με πολύ γρήγορο ρυθμό και έτσι το ήπαρ που η ύπαρξη ινσουλίνης το εμποδίζει να απελευθερώσει γλυκόζη δεν μπορεί να αντεπεξέλθει, με αποτέλεσμα να πάθει υπογλυκαιμία. Όμως, οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει πως χαμηλής ή μέτριας έντασης άσκηση στα διαβητικά παιδιά, που παίρνουν σωστά την ινσουλίνη τους οδηγεί πάντα στη μείωση της γλυκόζης του αίματος, ενώ τα επεισόδια υπογλυκαιμίας είναι σπάνια. Ασκήσεις ενδιάμεσης ή μεταβαλλόμενης έντασης όπως π.χ. σε ένα ομαδικό παιχνίδι, έχουν τα ίδια αποτελέσματα με ασκήσεις μέτριας αλλά σταθερής έντασης που διαρκούν τον ίδιο χρόνο.

Καταλαβαίνουμε λοιπόν, πως πριν τα διαβητικά παιδιά αρχίζουν άσκηση πρέπει να γίνεται : 1) Προγραμματισμός από τους γονείς, να έχουν δώσει φαγητό στα παιδιά και να έχουν κάνει προγευματική ινσουλίνη 1 έως 2 ώρες πριν από την άσκηση, 2) Μέτρηση

σακχάρου αίματος πριν από την άσκηση και λήψη υδατανθράκων,
3) Προτιμότερη λήψη υδατανθράκων «ταχείας δράσης» όπως χυμοί φρούτων. Συμπερασματικά η τακτική άσκηση έχει ευνοϊκή επίδραση και θα πρέπει να επιδιώκεται. Για να είναι όμως πάντα χρήσιμη θα πρέπει να παίρνονται κάποια μέτρα.

Η Γάλλη-Τσινοπούλου (2004), παρουσιάζει την θετική επίδραση της μυϊκής άσκησης στο διαβήτη των παιδιών έχοντας υπόψη την αρχαία φράση «νους υγιής εν σώματι υγιεί». Δεν θα πρέπει να ξεχνιέται, ότι η άσκηση χαρίζει σωματική και ψυχική ευεξία, καταπολεμά την παχυσαρκία και ελαττώνει τον κίνδυνο αρτηριοσκλήρυνσης και βοηθά στην απόκτηση όσο το δυνατόν μεγαλύτερης οστικής και μυϊκής μάζας. Κατά την παιδική ηλικία μάλιστα βοηθά και στη σύσταση σώματος, αυτό σημαίνει ότι αποφεύγεται η συσσώρευση λίπους σε ορισμένα σημεία-ιδιαίτερα τα σπλάχνα.

Στα παιδιά με διαβήτη, που έχουν καλή μεταβολική ρύθμιση και γυμνάζονται η διαδοχική χρησιμοποίηση των ενεργειακών υποστρωμάτων, επηρεάζεται από τους ίδιους μηχανισμούς, όπως και στα μη διαβητικά. Βέβαια οι υπεύθυνοι μηχανισμοί διακίνησης της γλυκόζης είναι διαφορετικοί στα άτομα αυτά σε σύγκριση με τα μη διαβητικά άτομα. Στα διαβητικά παιδιά ένα ποσοστό μεγαλύτερο από 30% της γλυκόζης προέρχεται από την γλυκογένεση, ενώ το αντίστοιχο για τα μη διαβητικά άτομα είναι 11% και αυτό μετά από 40 λεπτά άσκηση.

Καταλήγοντας, δίνει μικρές οδηγίες για το πώς μπορεί να πραγματοποιείται άσκηση στα παιδιά, δίχως προβλήματα και κινδύνους. Πρέπει οι γονείς κυρίως να γνωρίζουν ότι ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας παραμονεύει και γι' αυτό πριν από την έναρξη, στην πορεία και μετά την άσκηση να τροφοδοτούν τον οργανισμό με υδατάνθρακες για να γεμίσουν και πάλι οι αποθήκες ενέργειας. Σε καλά ρυθμιζόμενους ασθενείς η ινσουλίνη πρέπει να ελαττώνεται πριν την άσκηση αλλά και μετά την άσκηση για την αποφυγή υπογλυκαιμίας. Η ένεση της ινσουλίνης καλό θα είναι να αποφεύγεται σε σημεία του σώματος που πρόκειται να ασκηθούν. Επίσης θα πρέπει να καθορίζεται η διάρκεια και ενεργειακή δαπάνη κατά την άσκηση. Θα πρέπει να παίρνουν τα παιδιά γεύμα 1 έως 3 ώρες πριν από την άσκηση και τέλος θα πρέπει να λαμβάνουν 12-25gr υδατανθράκων κάθε 30 λεπτά άσκησης.

IV.2. Αντιμετώπιση της διαβητικής κετοξέωσης και του κώματος

Ο Δελλαγραμμάτικας (1988), αναφέρεται στη διαβητική κετοξέωση και κώμα, μια ιδιαίτερη επιπλοκή του διαβήτη των παιδιών και συγκεκριμένα στον τρόπο αντιμετώπισης αυτής επισημαίνοντας τις βασικές αρχές της αντιμετώπισης των καταστάσεων αυτών, όπως : 1) Διατήρηση ενός προγράμματος χορηγήσεως επαρκών ποσοτήτων ινσουλίνης, 2) Σωστή αντιμετώπιση των ελκυτικών παραγόντων (π.χ. λοιμώξεων), 3) Γρήγορη επανόρθωση της αφυδάτωσης και πρόληψη και έλεγχος των επιπλοκών (όπως είναι το shock, η ολιγουρία, οι καρδιακές αρρυθμίες και η ανεπάρκεια καλίου).

Οι κατευθύνσεις θεραπείας των παιδιών με βαριά οξέωση, αφυδάτωση και κώμα είναι : α) Πολύ προσεκτική λήψη ιστορικού και με έμφαση στο γεγονός που οδήγησε στην εκδήλωση των φαινομένων. Πρέπει να σημειώνονται το πρόσφατο βάρος σώματος και η χορήγηση ινσουλίνης. Πρέπει επίσης να γίνεται φυσική εξέταση για τη διαπίστωση σημείων λοιμώξεως και σωματικών τραυματισμών. β) Ακριβής ζύγιση του αρρώστου. γ) Βασικές εξετάσεις. δ) Συλλογή των ούρων με ουροσυλλέκτη, με σκοπό τη συνεχή συλλογή χωρίς καθητηριασμό, εκτός από τις περιπτώσεις

κώματος. Κάθε μια με δύο ώρες πρέπει να γίνεται προσδιορισμός του σακχάρου και της ακετόνης στα ούρα. ε) Προσδιορισμός του σακχάρου αίματος κάθε 1-2 ώρες και του φλεβικού pH, των ηλεκτρολυτών και της ακετόνης κάθε 2-4 ώρες και μέχρις ότου το παιδί αποφεύγει τον κίνδυνο. στ) Χρησιμοποίηση φύλλου συνεχούς καταγραφής, κάθε μια ώρα των προσλήψεων και της αποβολής υγρών, της χορήγησης ινσουλίνης, του σακχάρου και της οξόνης των ούρων, των χημικών συστατικών του αίματος, του βάρους του σώματος (κάθε 12 ώρες) και της διανοητικής κατάστασης του παιδιού. ζ) Ενδοφλέβια έγχυση υγρών. η) Συνεχής λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος με monitor. θ) Χορήγηση συνηθισμένης (κρυσταλλικής) ινσουλίνης.

Ένα παρόμοιο τρόπο αντιμετώπισης της διαβητική κετοξέωσης παρουσιάζουν οι Behram- Kliegman-Arvin (2002). Η μέθοδος συνεχούς ενδοφλέβιας έγχυσης χαμηλής δόσης ταχείας δράσης ινσουλίνης (regular), η οποία ακολουθείται από συνεχή έγχυση ανά ώρα. Αυτή η μέθοδος είναι αποτελεσματική, απλή και ασφαλής και έχει κερδίσει ευρεία αποδοχή ως η προτεινόμενη μέθοδος χορήγησης ινσουλίνης κατά την θεραπεία. Παρέχει συνεχή σταθερή συγκέντρωση ινσουλίνης, η οποία προσεγγίζει το μέγιστο επίπεδο που επιτυγχάνεται σε φυσιολογικά άτομα κατά τη διάρκεια της «από του στόματος δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης». Εικάζεται ότι η ίδια σταθερή συγκέντρωση επιτυγχάνεται σε κυτταρικό επίπεδο και επιτρέπει την σταθερή μεταβολική απάντηση χωρίς διακυμάνσεις.

Συνίσταται η τοποθέτηση ξεχωριστής συσκευής έγχυσης ινσουλίνης συνδεδεμένη με την ενδοφλέβια γραμμή που χρησιμοποιείται για την έγχυση υγρών και ηλεκτρολυτών, έτσι ώστε η προσαρμογή των δόσεων κάθε παράγοντα, να γίνεται ανεξάρτητα. Αφού υπολογισθεί η ποσότητα ινσουλίνης για τις πρώτες 6-8 ώρες τοποθετείται σε 250 ή 500 ml 0,9% ορού.

Ολοκληρώνοντας, η συγκέντρωση της γλυκόζης του αίματος πλησιάζει στα 300ml/dl, οι συνεχιζόμενες ανάγκες σε κάλιο τοποθετούνται σε διάλυμα 5% γλυκόζης αναμεμειγμένη με 0,2 φυσιολογικό ορό και ο ρυθμός έγχυσης ινσουλίνης, μερικές φορές, μπορεί να μειωθεί από 0,1 στις 0.05 U/kg ανά ώρα, εφόσον βέβαια, η οξέωση έχει διορθωθεί. Ο ρυθμός έγχυσης ινσουλίνης θα πρέπει να προσαρμόζεται περιοδικά, ανάλογα με την ανάληψη του ασθενούς από την οξέωση και την ανταπόκριση της γλυκόζης αίματος σε ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ

V.1. Η σχέση των διαβητικών παιδιών με τον ειδικό

Σύμφωνα με τον Τσιάντη (1994), η σχέση η οποία δημιουργείται μεταξύ των διαβητικών παιδιών και των ειδικών είναι αρκετά σημαντική, ιδιαίτερα για τα παιδιά της σχολικής ηλικίας. Συχνά ο ειδικός αντιμετωπίζεται σαν αντιπρόσωπος των γονέων, η παρουσία του δημιουργεί φόβο και η επαφή μαζί του συνήθως αποφεύγεται. Είναι πολύ σημαντικό, οι ειδικοί να κατανοούν αυτή τη στάση των παιδιών και να αφιερώνουν αρκετό χρόνο για να ξεπεράσουν μέσω της επαφής τις προβολές που κάνουν πάνω σε αυτά.

Επίσης, η συνεχής υπογράμμιση από την πλευρά των ειδικών όσον αφορά τις επιπλοκές και η εμμονή στην αυστηρή παρακολούθηση της διαβητικής αγωγής και όχι η χαλαρή

αντιμετώπιση, δημιουργούν όξυνση στη σχέση τους με τα παιδιά. Αποτέλεσμα αυτού είναι να δημιουργηθεί πρόβλημα στην ανάπτυξη καλής στάσης απέναντι στην ασθένεια από τα παιδιά.

Οι ειδικοί που ασχολούνται με τα διαβητικά παιδιά είναι δυνατόν να υποτιμήσουν ή να υπερτιμήσουν τις νοητικές ικανότητές τους. Αν υπερεκτιμηθούν οι ικανότητες και η ψυχική ωριμότητα των παιδιών, όπως γίνεται σε αρκετές περιπτώσεις, οι ειδικοί επιμένουν να αναλάβουν τα παιδιά νωρίς τη ρύθμιση του διαβητικού ελέγχου με αποτέλεσμα να υποτιμηθούν οι ικανότητες των ίδιων παιδιών για τους εαυτούς τους.

Ολοκληρώνοντας, ο χρόνος που θα διαθέσει ο ειδικός είναι πολύτιμος και μπορεί να οδηγήσει στην καλύτερη στάση και γνώση των διαβητικών παιδιών για την ασθένειά τους. Διάθεση χρόνου για επικοινωνία μεταξύ ειδικών και παιδιών, χρειάζεται και για όλες τις δύσκολες περιπτώσεις μη ρυθμιζόμενου διαβήτη.

V.2. Το νοσηλευόμενο παιδί

Η εισαγωγή του παιδιού, που πάσχει από διαβήτη, στο νοσοκομείο δυνητικά αποτελεί μια ψυχοτραυματική εμπειρία τόσο για το παιδί, όσο και για την οικογένειά του, σύμφωνα με την Παπαδάτου (1997). Ερευνητικά δεδομένα της ίδιας ερευνήτριας

τονίζουν, ότι η νοσηλεία του παιδιού, όταν διαρκεί μία εβδομάδα ή λιγότερο, δεν σχετίζεται απόλυτα με σοβαρές, μακροπρόθεσμες συναισθηματικές διαταραχές. Οι ψυχολογικές όμως επιπτώσεις είναι αρκετά σοβαρές για τα διαβητικά παιδιά, που απαιτεί επανειλημμένες εισαγωγές ή μακροχρόνια παραμονή στο νοσοκομείο.

Αν και είναι επιθυμητό να αποφεύγεται η νοσηλεία ενός παιδιού, όταν το πρόβλημα της υγείας του μπορεί να αντιμετωπιστεί στα εξωτερικά ιατρεία, παρ'όλα αυτά κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα δυνατό. Οι επιπτώσεις της νοσοκομειακής φροντίδας στο ψυχισμό του παιδιού εξαρτώνται από την αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων όπως :

- τους ατομικούς, που αφορούν τα χαρακτηριστικά του παιδιού (ηλικία, στάδιο νοητικής εξέλιξης, προσωπικότητα, ικανότητες αντιμετώπισης και προσαρμογές σε στρεσογόνες συνθήκες, προηγούμενες εμπειρίες με αρρώστιες),
- τους διαπροσωπικούς και περιβαλλοντικούς, που περιλαμβάνουν τη στάση και τις αντιδράσεις των γονέων, των συγγενών και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος,
- παράγοντες που σχετίζονται με την αρρώστια (φύση, σοβαρότητα, χρονιότητα, επιπτώσεις στην εξωτερική εμφάνιση και τις απαιτήσεις της ασθένειας).

Κανένας όμως από τους προαναφερθέντες παράγοντες δεν καθορίζει από μόνος του την αποτελεσματικότητα της προσαρμογής

του παιδιού στην ασθένεια και τη νοσηλεία του. Η δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ τους προσδιορίζει τον τρόπο, με τον οποίο ένα διαβητικό παιδί αντιμετωπίζει, σε μια δεδομένη στιγμή, το πρόβλημα υγείας του και την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Για τα περισσότερα διαβητικά παιδιά η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο αποτελεί μια ψυχοπιεστική εμπειρία. Ορισμένοι από τους σημαντικότερους παράγοντες που προκαλούν έντονο στρες είναι οι ακόλουθοι :

- ❖ ο αποχωρισμός του διαβητικού παιδιού από τα αγαπημένα του πρόσωπα και η διαταραχή του καθημερινού ρυθμού ζωής της οικογένειας,
- ❖ οι ερμηνείες και οι φαντασιώσεις του παιδιού σχετικά με την αρρώστια, τις θεραπευτικές διαδικασίες στις οποίες υποβάλλεται ή τον πόνο που βιώνει,
- ❖ η ενδεχόμενη αλλαγή στη συμπεριφορά και στη στάση των ανήσυχων γονέων του
- ❖ οι 'παράλογες' προσδοκίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που απαιτεί από τα διαβητικά παιδιά πλήρη συμμόρφωση και παθητική ή στωική αποδοχή της θεραπείας τους.

Στις δύσκολες στιγμές της ζωής του το παιδί αναζητά τους γονείς του, άρα και στην περίπτωση των διαβητικών παιδιών, τους οποίους θεωρεί παντοδύναμους και ικανούς να το προστατεύουν σε οποιαδήποτε δυσκολία. Με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, ρήτρα το παιδί διαπιστώνει αλλαγές στη συμπεριφορά τους, καθώς

οι γονείς το προτρέπουν από τη μια πλευρά να αφεθεί στη φροντίδα των 'αγνώστων', που του προκαλούν φόβο με τις παρεμβάσεις τους, και από την άλλη δυσκολεύονται να του προσφέρουν την κατάλληλη υποστήριξη που χρειάζεται, καθώς είναι απορροφημένοι από το δικό τους άγχος. Στις κρίσιμες στιγμές οποιαδήποτε παρέμβαση από τους γονείς είναι σημαντικό να αποβλέπει στην ψυχολογική στήριξη του παιδιού.

Η παραμονή της μητέρας στο νοσοκομείο κατά την διάρκεια νοσηλείας, αποτελεί σημαντικό παράγοντα να αποφευχθούν οι αρνητικές επιπτώσεις, που προκαλούνται από την νοσηλεία του. Η ποιότητα διάδρασης μητέρας – παιδιού παίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη του παιδιού και ιδιαίτερα του διαβητικού παιδιού. Μάλιστα στις ψυχοτραυματικές επιπτώσεις, που έχει η στέρηση της δυνατότητας στα παιδιά να αναπτύξουν αυτό το δεσμό όταν η μητέρα τους απουσιάζει (σύνδρομο μητρικής αποστέρησης⁹ ή όταν το παιδί νοσηλεύεται στην περίπτωση των διαβητικών παιδιών.

Η παρουσία του γονιού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας είναι εξίσου απαραίτητα για τα διαβητικά παιδιά, και αυτό γιατί το παιδί συνήθως δεν είναι σε θέση να κατανοήσει ότι το έχει εγκαταλείψει στον απειλητικό χώρο του νοσοκομείου, όπως το ίδιο πιστεύει. Οι αντιδράσεις του, συνήθως όταν αποχωρίζεται τη μητέρα είναι δραματικές. Σύμφωνα με την αναφορά της Παπαδάτου (1997), στο Robertson (1958), σ' αυτό το στάδιο, το πρώτο στάδιο διαμαρτυρίας, το παιδί φωνάζει, κλαίει, αρνείται να φάει, γίνεται συχνά ενουρητικό και συνήθως αποκρούει κάθε προσπάθεια

προσέγγισης από το προσωπικό που προσπαθεί να το παρηγορήσει. Στο δεύτερο στάδιο το απελπισίας το παιδί δείχνει πιο ήρεμο, το κλάμα του όμως είναι μονότονο και απελπισμένο, ενώ μοιάζει να μην ενδιαφέρεται για όσα συμβαίνουν γύρω του. Αυτή η επιφανειακή ηρεμία παρερμηνεύεται από το προσωπικό υγείας, που λανθασμένα πιστεύει πως το παιδί 'προσαρμόστηκε', ενώ, στην πραγματικότητα, με την αντίδρασή του εκδηλώνει τη βαθιά ανέκφραστη θλίψη του. Το διαβητικό παιδί χρησιμοποιεί την αμυντική συμπεριφορά για να αντεπεξέλθει στις συνθήκες που του προκαλούν έντονο στρες. Όταν η απουσία της μητέρας παρατείνεται, το νοσηλευόμενο παιδί αρχίζει προοδευτικά να προσαρμόζεται σε αυτή τη στερητική κατάσταση. Έτσι στο τρίτο στάδιο το της αυταπάρανησης, στο οποίο το παιδί φαινομενικά συμπεριφέρεται με 'φυσιολογικό' τρόπο, καθώς τρώει, παίζει και συμμετέχει στη ζωή του θαλάμου. Όταν όμως η μητέρα του επιστρέφει, δείχνει να αδιαφορεί για τον ερχομό ή την αποχώρηση της. Η σχέση τους έχει πλέον διαταραχθεί σοβαρά και επηρεάζει αρνητικά τη γενικότερη ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.

Η εισαγωγή και η παραμονή στο νοσοκομείο, για ένα παιδί και ιδιαίτερα τα διαβητικά, έχουν πιθανότητες να επηρεάσουν αρνητικά την εξέλιξη του παιδιού, επειδή αυτό διαθέτει ένα περιορισμένο και λιγότερο ανεπτυγμένο φάσμα στρατηγικών και μεθόδων αντιμετώπισης των στρεσογόνων συνθηκών, και εξαρτάται σε μεγαλύτερο βαθμό από τους γονείς του.

Όταν η μητέρα παραμένει στο νοσοκομείο, το παιδί αισθάνεται ασφάλεια, με αποτέλεσμα να τρέφεται καλύτερα, να κοιμάται περισσότερο και με την κατάλληλη στήριξη να συνεργάζεται αποτελεσματικότερα. Είναι λοιπόν κατανοητό, πως μειώνονται πολλές αρνητικές επιπτώσεις και εμφανίζονται θετικά αποτελέσματα, που ακολουθούν τη νοσοκομειακή νοσηλεία. Παράλληλα η παρουσία της είναι δυνατόν να διώχνει το άγχος του και βοηθάει την ίδια να απαλλάσσεται από τις ενοχές, που νιώθει επειδή το παιδί είναι άρρωστο.

Συχνά, επειδή οι γονείς επιθυμούν τη διασφάλιση υγείας του παιδιού τους, απαιτούν πολλές φορές τον έλεγχο όσων συμβαίνουν στο παιδί, ενώ παράλληλα φοβούνται μήπως κάποιος άλλος το χειριστεί καλύτερα από αυτούς. Γι' αυτό και συχνά υπερπροστατεύουν το παιδί τους, ενώ άλλες φορές τηρούν επιφυλακτική ή και επιθετική στάση προς το νοσηλευτικό προσωπικό και διεκδικούν ένα ρόλο παντοδυναμίας πάνω στο παιδί. Όταν όμως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αγνοεί ή κατακρίνει τη συμπεριφορά των γονέων και προσπαθούν να επιβάλλουν την εξουσία τους πάνω στο παιδί, τότε οξύνονται οι σχέσεις τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το παιδί να γίνεται αντικείμενο ανταγωνισμού μεταξύ γονέων και προσωπικού υγείας, κατά συνέπεια η προσαρμογή του στο νοσοκομείο να γίνεται πιο δύσκολη.

Οι προσδοκίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού υγείας, σύμφωνα με την Παπαδάτου (1997), δημιουργούν στο διαβητικό παιδί έντονο άγχος και περιορίζουν τον αυτοέλεγχο και την

ανεξαρτησία του, αναστέλλοντας τη γενικότερη, φυσιολογική, συναισθηματική και κοινωνική του εξέλιξη. Συχνά απαιτούν οι ειδικοί να είναι το παιδί ήσυχο, υπάκουο, να μη στεναχωριέται, να μην κλαίει, να δέχεται παθητικά και αδιαμαρτύρητα τις ιατρονοσηλευτικές φροντίδες, να παραμένει στο κρεβάτι του χωρίς να ενοχλεί. Αυτές οι προσδοκίες παράλληλα με τους περιορισμούς που του επιβάλλει η ασθένεια του, οδηγούν το παιδί σε παθητικότητα και ολοκληρωτική εξάρτηση, με σοβαρές αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις.

Οι αντιδράσεις των παιδιών ποικίλλουν από παιδί σε παιδί σε αυτές τις προσδοκίες. Τα μικρότερα παιδιά συχνά παλινδρομούν σε πρώιμα στάδια ανάπτυξης, όπου ένιωθαν μεγαλύτερη ασφάλεια, σιγουριά και εξάρτηση από το περιβάλλον τους. Αλλά πιπιλούν το δάκτυλό τους, απαιτούν να ταΐζονται, γίνονται ενουρητικά, ‘μωρουδίζουν’ και δέχονται παθητικά τη φροντίδα των ενηλίκων. Κάποια άλλα συμμορφώνονται παθητικά με τις προσδοκίες του περιβάλλοντος. Οι γονείς και τα μέλη του προσωπικού υγείας χαίρονται, θεωρώντας τη συμπεριφορά αυτή ‘υποδειγματική’. Το παιδί όμως που υιοθετεί αυτή τη στάση αισθάνεται μεγαλύτερη απόγνωση από εκείνο που κλαίει και διαμαρτύρεται, θεωρεί τον εαυτό του αδύναμο να αντισταθεί και να αντιμετωπίσει καταστάσεις πάντως στις οποίες πιστεύει ότι δεν έχει κανένα έλεγχο. Όταν μάλιστα θεωρεί ότι είναι υπεύθυνο επειδή αρρώστησε, δεν ενεργοποιεί τις εσωτερικές του δυνάμεις για να αντιμετωπίσει την αρρώστια, αλλά τη δέχεται παθητικά για να απενεχοποιηθεί.

Ορισμένα παιδιά, όταν οδηγούνται σε μια παθητικότητα και εξάρτηση που μειώνει την αυτοεκτίμησή τους, υποβαθμίζει τις ικανότητές τους και τα ταπεινώνει, εκδηλώνουν τη διαμαρτυρία τους και την επιθετικότητα τους με έντονο τρόπο. Τα παιδιά αυτά βρίσκονται σε εμπόλεμη κατάσταση με το περιβάλλον και η παραμονή τους στο νοσοκομείο εξελίσσεται σε οδυνηρή εμπειρία. Αν και η αντίδρασή τους είναι απόλυτα φυσιολογική, η στάση του περιβάλλοντος μπορεί να οξύνει ή να μειώσει τη επιθετικότητα τους, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η συνεργασία μεταξύ παιδιού και προσωπικού υγείας.

Επιπλέον, η Παπαδάτου (1997), επισημαίνει, ότι υπάρχουν και παιδιά που συμμορφώνονται με τις προσδοκίες του προσωπικού υγείας και ταυτόχρονα αναπτύσσουν μαζί του στενούς δεσμούς, εκδηλώνοντας υπερβολική αγάπη και θαυμασμό. Αποζητούν την συμπάθεια των ιατρών και των νοσηλευτών, τους οποίους κατά βάθος φοβούνται, ενώ ταυτόχρονα ελέγχουν το άγχος τους επιδιώκοντας τις εξετάσεις και τις θεραπείες στις οποίες υποβάλλονται.

Η ατμόσφαιρα που επικρατεί στο νοσοκομείο, ιδιαίτερα κατά τις πρώτες ημέρες, επηρεάζει αναμφισβήτητο παιδί, αυξάνοντας τόσο το άγχος του, όσο και τον πανικό του. Όταν το παιδί νοσηλεύεται μαζί με άλλα παιδιά επηρεάζεται από το κλίμα και τις συνθήκες που επικρατούν γύρω του. Συχνά έρχεται σ' επαφή με το προσωπικό υγείας το οποίο, κάτω από την πίεση και το φόρτο εργασίας, γίνεται απότομο και απρόσωπο στην επαφή του,.

Παράλληλα, οι συναισθηματικά φορτισμένοι γονείς συχνά υιοθετούν μια επιθετική και απαιτητική στάση για να καλύψουν το άγχος και τις ανησυχίες τους.

Σ' αυτές τις συνθήκες, το παιδί βιώνει έντονες και συχνά τραυματικές εμπειρίες, γι' αυτό και είναι απαραίτητο να του δίνεται ευκαιρία να το εκφράσει και να τις επεξεργαστεί μέσα από το παιχνίδι. Στον ασφαλή κόσμο του παιχνιδιού, το παιδί μεταφέρει τις εμπειρίες και τα συναισθήματα που βιώνει καθημερινά στα πλαίσια του νοσοκομείου.

Μερικά παιδιά εμφανίζουν ορισμένες πρόσκαιρες φυσιολογικές συναισθηματικές διαταραχές ή προβλήματα συμπεριφοράς, όταν έχουν πια επιστρέψει στο σπίτι. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της νοσηλείας γίνονται εμφανείς μόλις βρεθούν στον ασφαλή και οικείο χώρο του σπιτιού. Για παράδειγμα, μπορεί να παλινδρομήσουν, να προσκολληθούν στους γονείς τους εμφανίζοντας έντονο άγχος αποχωρισμού, επίσης μπορεί να εκδηλώσουν διαταραχές στον ύπνο τους ή τη διατροφή, αλλά και να παρουσιάσουν προβλήματα συμπεριφοράς στο σπίτι ή στο σχολείο.

Η στάση που θα τηρήσει το περιβάλλον, όσον αφορά την ενημέρωση του παιδιού σχετικά με την ασθένεια του και τη θεραπεία του, θα δυσχεράνει ή θα διευκολύνει τη διαδικασία προσαρμογής του διαβητικού παιδιού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Η ενημέρωση του παιδιού πρέπει πάντα να εξατομικεύεται και αν λαμβάνονται υπόψη η ηλικία, το γνωστικό στάδιο της εξέλιξης του, η προσωπικότητα του. Το οικογενειακό

περιβάλλον, καθώς και η οργανική και ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται τη δεδομένη στιγμή της ασθένειας. Ακόμη πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι συγκεκριμένες ανάγκες του παιδιού.

Οι ειδικοί, όπως αναφέρει η Παπαδάτου (1997), θα πρέπει να γνωρίζουν πως ένα παιδί αντιλαμβάνεται το σώμα του, την ασθένειά του, ώστε να το βοηθήσουν να αντιληφθεί την κατάσταση του και να προσαρμοστεί στο νοσοκομείο. Υπάρχουν δύο βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις που περιγράφουν πως αναπτύσσονται οι έννοιες «υγεία» και «αρρώστια» σε ένα παιδί :

1. Η κοινωνιολογική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία το παιδί δίνει ερμηνείες στην αρρώστια και στην υγεία που προέρχονται από τις επιδράσεις του κοινωνικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει. Το παιδί υιοθετεί από τους ενήλικες ορισμένες αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας, τις οποίες προσαρμόζει μέσα σ'ένα σύνολο αναπαραστάσεων που αντανακλούν τη συνολικότερη θέαση του κόσμου και της ζωής. Έτσι, λοιπόν μολονότι το περιεχόμενο των αναπαραστάσεων των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια είναι λιγότερο ώριμο και ενημερωμένο από εκείνο των ενηλίκων, στην ουσία τα θεμέλια των αναπαραστάσεων των παιδιών αντανακλούν τις αναπαραστάσεις των ενηλίκων.

2. Η γνωστική – εξελικτική προσέγγιση, όπου σύμφωνα μ' αυτή ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο ένα παιδί φροντίζει τον εαυτό του, τη υγεία του ή αντιδρά στην ασθένεια και στη θεραπεία, είναι η γνωστική και συναισθηματική

ωριμότητα του. Η κατανόηση της έννοιας της υγείας και της αρρώστιας, καθώς και οι αντιλήψεις σχετικά με το σώμα και τη λειτουργία του, αναπτύσσονται παράλληλα με τα τρία στάδια της γνωστικής ανάπτυξης του παιδιού του Piaget :

a. Το στάδιο της προενεργητικής νοημοσύνης: σ' αυτό το στάδιο το παιδί (18 μηνών έως και 6 ετών) και η σκέψη του είναι εγωκεντρική και η προσοχή του εστιάζεται σε ένα μόνο σημείο κάθε φορά χωρίς να συνυπολογίζει συγχρόνως πολλές διαστάσεις της πραγματικότητας. Αποδίδει την αιτιολογία της ασθένειας στην ίδιο του τον εαυτό, θεωρώντας ότι οφείλεται σε κάτι κακό που είπε, που σκέφτηκε ή που έκανε, με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνεται την ασθένεια ως «τιμωρία». Κατά αντίστοιχο τρόπο, πιστεύει πως εάν συμμορφωθεί με τις οδηγίες του προσωπικού υγείας, θα ανταμειφθεί με την αποκατάσταση της υγείας του. Άλλες φορές πάλι αποδίδει την ασθένειά του σε εξωτερικές δυνάμεις που χαρακτηρίζονται από μαγικά στοιχεία.

b. Το στάδιο της ενεργητικής νοημοσύνης: Σ' αυτό το στάδιο το παιδί (7 ετών έως και 11 ετών), διακρίνεται από μια σκέψη πιο λογική και συναισθηματική, που όμως δεν μπορεί να εφαρμοσθεί ακόμα σε υποθετικούς συλλογισμούς. Το παιδί διαφοροποιεί τον εαυτό του από τους άλλους και ταυτόχρονα αντιλαμβάνεται τη διαφορετική άποψη που έχουν οι άλλοι σχετικά με την πραγματικότητα. Σ' αυτό το στάδιο εξακολουθεί να αποδίδει την αιτιολογία της ασθένειας του σε εξωτερικούς παράγοντες και συχνά πιστεύει ότι οφείλεται σε «μικρόβια», χωρίς όμως να γνωρίζει

πως μεταδίδονται. Αργότερα εσωτερικεύει την ασθένειά του, την οποία τοποθετεί μέσα στο σώμα του, αλλά την περιγράφει με ασαφείς όρους.

- c. Το στάδιο των τυπικών νοητικών ενεργειών, όπου αφορά τους εφήβους, οι οποίοι είναι πλέον σε θέση να σχηματίζουν υποθετικούς συλλογισμούς και να χρησιμοποιούν την υποθετική – παραγωγική σκέψη για να λύσουν τα προβλήματά τους.

Για τις επιπτώσεις, που μπορεί να εμφανίσουν τα διαβητικά παιδιά, τα οποία νοσηλεύονται, έχουν αναφερθεί και οι Μανωλόπουλος-Τσιάντης (1987). Αρχικώς, ο αποχωρισμός του παιδιού από τους γονείς του, τα αδέρφια του και άλλα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του, για λόγους νοσοκομειακής περίθαλψης, θεωρείται βασικός παράγοντα, που μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα ψυχοτραυματικός, κυρίως για παιδιά προσχολικής ηλικίας, γιατί : α) είναι πιο ευάλωτα, β) έχουν μεγαλύτερες ανάγκες, γ) είναι περισσότερο εξαρτημένα από τους γονείς τους.

Τα αποτελέσματα του αποχωρισμού μπορεί να είναι εξίσου τραυματικά και σε μεγαλύτερα παιδιά, ιδίως αν είχαν προηγούμενες εμπειρίες αποχωρισμού από τους γονείς τους ή άλλες εμπειρίες που δημιούργησαν συναισθηματική στέρηση, για παράδειγμα, αν οι σχέσεις παιδιού – γονέων ήταν διαταραγμένες ή αν ήταν διαταραγμένες οι σχέσεις γονέων μεταξύ τους ή αν υπήρξαν στην οικογένεια άλλες καταστροφικές εμπειρίες.

Η μεγάλη σημασία της μητρικής αποστέρησης και των επιπτώσεων του αποχωρισμού από αυτήν έχει διατυπωθεί και από

την κλασσική θεωρία του Bowlby (1951), όπως παρουσιάζεται στον Μανωλόπουλο-Τσιάντη (1987), σύμφωνα με την οποία, αυτό που είναι απαραίτητο για την ψυχική υγεία ενός βρέφους και ενός μικρού παιδιού είναι ότι πρέπει να βιώσει μια τρυφερή, αποκλειστική και χωρίς διακοπές σχέση με τη μητέρα του ή το μόνιμο υποκατάστατο της. Στη σχέση αυτή το βρέφος ή το μικρό παιδί πρέπει να βρίσκει ευχαρίστηση και ικανοποίηση.

Χρειάζεται, βέβαια, να αναφερθεί και η θεωρία του Rutter (1979), όπως παρουσιάζεται πάλι στους Μανωλόπουλο-Τσιάντη (1987), που οι εμπειρίες που υποδηλώνονται με τον όρο «μητρική αποστέρηση» είναι τόσο ετερόκλητες και τα αποτελέσματα τόσο διαφορετικά, ώστε το όλο θέμα χρειάζεται να επανεξεταστεί λεπτομερέστατα. Ο συγγραφέας αυτός συμφωνεί ότι, να τα παιδιά έχουν «κακή φροντίδα» στα πρώιμα στάδια της ζωής τους, αυτό θα έχει άμεσες και πιο μακροχρόνιες επιπτώσεις στην προσωπικότητα τους. Υποστηρίζει, όμως, ότι είναι απαραίτητο και ορίζεται κάθε φορά με λεπτομέρεια τι εννοούν με τον όρο «κακή φροντίδα», ποια είναι τα αποτελέσματα της στο παιδί και γιατί διαφορετικά παιδιά αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο σε ίδιες εμπειρίες. Επίσης, υποστηρίζεται ότι εκείνο που έχει μεγάλη σημασία στην περίπτωση του αποχωρισμού του παιδιού από την μητέρα του είναι το είδος αυτής της εμπειρίας. Για παράδειγμα, παίζει ρόλο το αν ο αποχωρισμός αυτός είναι ξαφνικός, αν συνοδεύεται κι από άλλα γεγονότα, αρρώστια κ.τ.λ.

Στα διαβητικά παιδιά, οι εμπειρίες του αποχωρισμού από τους γονείς τους, συνυπάρχουν με τα βιώματα της εισαγωγής στο νοσοκομείο. Ο Douglay (1975), ο οποίος έχει διερευνήσει το θέμα, υποστηρίζει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εισαγωγών του παιδιού στο νοσοκομείο και της εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων, τονίζει, όμως, ότι είναι απαραίτητο να υπάρχει μεταξύ τους αιτιώδης σχέση (αιτίου – αιτιατού), υποστηρίζοντας αντίθετα ότι το πρόβλημα είναι πολυσύνθετο.

Συνακολούθως, η νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα, που δέχεται το διαβητικό παιδί κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, μπορεί να αποτελέσουν αφορμή για πρόκληση ψυχολογικών αντιδράσεων. Το παιδί έχει ανάγκη φροντίδας από τους άλλους, ακόμα και για πολύ απλές λειτουργίες όπως να ντυθεί, να τραφεί, να ουρήσει κ.τ.λ. Παράλληλα, το σώμα του υπόκειται σε ορισμένες επεμβάσεις, απλούστερες ή πολυπλοκότερες. Πρακτικά το παιδί είναι το πιο εξαρτημένο από άλλους, ενώ παράλληλα φαίνεται ότι οι διάφορες κατακτήσεις ωρίμανσης που είχαν γίνει από το εγώ του χάνονται, τουλάχιστον προσωρινά. Συμβαίνει, δηλαδή, μια παλινδρόμηση του παιδιού σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, με αυξημένη τάση εξάρτησης από τους ενηλίκους. Το αποτέλεσμα είναι ότι η φυσιολογική πορεία του παιδιού την ωρίμανση και ανεξαρτητοποίηση αναστέλλεται. Τα προβλήματα αυτά είναι πιο έντονα σε εκείνα που για διάφορους λόγους είχαν αναπτύξει μεγάλη εξάρτηση από τους γονείς τους.

Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική άποψη, κάθε επέμβαση στο σώμα του παιδιού (ενέσεις) μπορεί να γίνει αφορμή να ενεργοποιήσει ιδέες και φαντασιώσεις άγχους, ευνουχισμού, επίθεσης κ.τ.λ. επομένως, το τι σημαίνει η εμπειρία της οποιαδήποτε ιατρικής επέμβασης δεν εξαρτάται από τη σοβαρότητα τους αλλά και από την έκταση και το είδος των φαντασιώσεων που αναπτύσσονται, καθώς και από τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται από το ίδιο το παιδί οι διάφορες επεμβάσεις που υφίσταται ή εμπειρίες που βιώνει. Παραδείγματος χάρη, αν οι φαντασιώσεις του παιδιού αναφέρονται στην επιθετικότητα του που προβάλλεται στη μητέρα τότε η ιατρική επέμβαση βιώνεται σαν επίθεση που έγινε στο σώμα του από τη μητέρα του.

Όσον αφορά τη λήψη φαρμάκων, χρειάζεται να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι αυτά μπορεί να διαταράσσουν τη διαύγεια του παιδιού ή να προκαλούν διαταραχές στη συμπεριφορά του. Παράλληλα η λήψη φαρμάκων, μπορεί να κινητοποιήσει άγχος και φαντασιώσεις στα παιδιά, το τι είναι δηλαδή υποχρεωμένα να παίρνουν φάρμακα μπορεί να σημαίνει γι' αυτά ότι δεν μπορούν να τα βγάλουν πέρα μόνα τους. Αυτό είναι δείγμα αδυναμίας, μια συνεχής υπενθύμιση της αρρώστιας και σύμβολο της εξάρτησης και της ανεπάρκειας τους.

Σύμφωνα με αυτά που ειπώθηκαν παραπάνω για την αντίδραση του παιδιού στην επέμβαση στο σώμα του έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά έχουν την τάση να θεωρούν οτιδήποτε συμβαίνει στο σώμα τους και τους προκαλεί πόνο σαν ένδειξη ότι

δεν τους φέρονται καλά, ότι τα τιμωρούν, ότι τους επιτίθενται. Έτσι ο πόνος μπορεί να συνοδεύεται από το άγχος το οποίο τον εντείνει. Σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί ο πόνος να συνοδεύεται από ευχαρίστηση, ιδίως αν υπάρχουν ασυνείδητες μαζοχιστικές φαντασιώσεις. Σ' αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθεί μια παθητική στάση και αφοσίωση του παιδιού στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που του προξενεί πόνο. Άλλες φορές πάλι επειδή το μικρό παιδί αισθάνεται και βλέπει τους ενηλίκους σαν παντοδύναμους, μπορεί να πιστέψει ότι δεν κάνουν κάτι για να το ανακουφίσουν από τον πόνο, όχι γιατί δεν μπορούν αλλά επειδή είναι επιθετικοί εναντίον του. Έτσι, δημιουργείται συχνά φαύλος κύκλος. Δηλαδή, το παιδί συνεχίζει να πονάει, να παραπονιέται κατηγορώντας άμεσα ή έμμεσα τους ενηλίκους, πράγμα που έχει σαν αποτέλεσμα αυτοί να γίνονται τελικά όντως πραγματικά επιθετικοί μαζί του και να επιβεβαιώνεται έτσι η φαντασίωση του παιδιού.

5.3. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη νοσοκομειακή μονάδα

Η είσοδος του διαβητικού παιδιού στο νοσοκομείο σημαίνει, πως το άρρωστο παιδί νιώθει ξένο σε ξένο περιβάλλον, μέσα στο πολυάσχολο προσωπικό που δεν του δίνει προσοχή. Ο ιατρός, το νοσηλευτικό προσωπικό και ο κοινωνικός λειτουργός είναι οι ανθρώπινοι σύνδεσμοι μαζί του. Μία ολόκληρη ομάδα ειδικών, που όλοι είναι διατεθειμένοι να βοηθήσουν και το παιδί και την οικογένειά του. Ο κοινωνικός λειτουργός, που ανήκει σ' αυτήν την ομάδα είναι ένα απαραίτητο πρόσωπο στην καθημερινή δουλειά ενός νοσοκομείου.

Σκοπός των κοινωνικών λειτουργών, σύμφωνα με τη Δουμίδα-Καραμόσχογλου (1992), που βρίσκεται σε ιατροκοινωνική υπηρεσία, είναι η λύση των προβλημάτων, η καθοδήγηση και η συνεργασία και με το ίδιο το άτομο(το διαβητικό παιδί) αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον.

Ο κοινωνικός λειτουργός, γνωρίζοντας το αυξημένο επίπεδο άγχους της οικογένειας, απέναντι στην ασθένεια, σε συνεργασία με τον ιατρό, δέχεται και συζητά τις συναισθηματικές αντιδράσεις της οικογένειας, για τη μείωση άγχους. Στη συγκεκριμένη περίπτωση

του διαβήτη σ' ένα παιδί, χειρίζεται και συναισθήματα απώλειας και άγχους. Προσπαθεί να βοηθήσει τους γονείς να εκφράσουν και να εξετάσουν τα συναισθήματα τους, σε σχέση με το κίνδυνο που απειλεί το παιδί τους, ενώ παράλληλα τους υποστηρίζει.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί, στα νοσοκομεία, σύμφωνα με τη Παπαιωάννου (1994), εργάζονται και είναι παραδοσιακό τους έργο να γεφυρώσουν το χάσμα μεταξύ του νοσοκομείου και του σπιτιού. Το νοσοκομείο, είναι ένα ίδρυμα και επομένως λειτουργεί όπως τα μεγάλα ιδρύματα, γι' αυτό το λόγο χρειάζεται να γίνει εξοικείωση, τόσο του ασθενή, όσο και της οικογένειας του, με το ίδρυμα, από τον κοινωνικό λειτουργό.

Είναι πολύ σημαντικό οι κοινωνικοί λειτουργοί να βοηθάνε τα διαβητικά παιδιά και την οικογένεια, να αλλάξουν στάση ως προς την ασθένεια τους και να οδηγήσουν τα παιδιά να πάρουν μέρος με την οικογένεια τους στο σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων, όταν τα ίδια έχουν αυτήν την ικανότητα.

Σύμφωνα με τη Γαυλαρίδου-Καλούτση (1989), το κεντρικό πρόσωπο για τους κοινωνικούς λειτουργούς είναι το παιδί, αλλά κατά κανόνα οι πρώτες επικοινωνίες γίνονται με τους γονείς που τα συνοδεύουν. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει αρχικά να πετύχει να συνεργαστούν τόσο οι γονείς, όσο και το παιδί με την υπηρεσία, αλλά και να δίνει πληροφορίες για την προβληματική κατάσταση των παιδιών τους. Θα πρέπει επίσης να πραγματοποιεί συνεντεύξεις με την οικογένεια, ιδιαίτερα με την μητέρα, η οποία έχει τον πρώτο ρόλο, οι οποίες του επιτρέπουν μια γρήγορη αντίληψη της

δυναμικής της οικογενειακής ομάδας και βοηθούν να μειωθεί το άγχος.

Ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε περίπτωσης, ο κοινωνικός λειτουργός συλλέγει υλικό, το οποίο είναι αναγκαίο για την πορεία της περίπτωσης. Συγκεκριμένα στα διαβητικά παιδιά η μελέτη της περίπτωσης περιλαμβάνει αντικειμενικά δεδομένα και υπεισέρχεται στον ευαίσθητο χώρο των συναισθημάτων, των στάσεων, των προσδοκιών, που υφίστανται λόγω της ασθένειας τους. Για μια επαρκή όμως και ολοκληρωμένη συνεργασία χρειάζεται από τον κοινωνικό λειτουργό σεβασμό στον προσωπικό ρυθμό του παιδιού ν' ανακαλύψει τον εαυτό του, τις ανάγκες, δίχως να το εκβιάζει. Το είδος της προσωπικότητας του κάθε παιδιού, η ποιότητα της συναισθηματικής ανταπόκρισης στο πρόσωπο του κοινωνικού λειτουργού, το είδος των μηχανισμών άμυνας που χρησιμοποιούνται από το κάθε παιδί, δίνουν ενδείξεις στον κοινωνικό λειτουργό για το που και πόσο θα προχωρήσει με το παιδί.

Οι διαταραχές συμπεριφοράς του διαβητικού παιδιού, οι οποίες προκαλούνται από την ασθένεια του, είναι η έκφραση μιας σύνθετης και προοδευτικής κατάστασης που αντανάκλα δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις με την οικογένεια του. Γι' αυτό το λόγο οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, θα πρέπει αρχικά να στοχεύουν στην αλλαγή των δυσμενών –νοσογόνων παραγόντων του οικογενειακού και του κοινωνικού περιβάλλοντος, υπέρ του παιδιού και στην υποστηρικτική θεραπεία με σκοπό την διατήρηση και ενίσχυση των δυνάμεων του Εγώ του παιδιού.

Οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1997), επισημαίνουν τη συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην αποτελεσματική και υγιή λειτουργία της οικογένειας, στην περίπτωση του διαβήτη με βάση κάποιων παραγόντων: 1) Η προσπάθεια κατανόησης των πληροφοριών που αφορούν την αρρώστια και τη θεραπεία του παιδιού, 2) Η δυνατότητα ανοιχτής, ειλικρινούς επικοινωνίας και ενημέρωσης όλων των μελών ως προς την αρρώστια, τη θεραπεία και της επιπτώσεις της, 3) Η δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων, απόψεων ή σκέψεων μέσα σε κλίμα όπου γίνονται κατανοητά, αποδεκτά και όπου αναγνωρίζεται η μοναδικότητα και ξεχωριστή υπόσταση κάθε μέλους, 4) Η σαφής οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια, όπου οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα, συμπληρωματικότητα και υπευθυνότητα, 5) Ο ισχυρός γονεϊκός συνασπισμός, με σαφή ιεραρχία στη βασική σχέση γονέων-παιδιών, που χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό, 6) Η προσπάθεια επαφής και επικοινωνίας της οικογένειας με τον εξωτερικό κόσμο και την ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου της, 7) Η αντίληψη της οικογένειας, ότι οι δυσκολίες είναι προκλήσεις για την ενεργό συμμετοχή τους και την αντιμετώπιση της ασθένειας, 8) Βοήθεια της οικογένειας να προσαρμόζονται στις αλλαγές που προκύπτουν από την αρρώστια και την εξέλιξη της και την αναγνώριση και αντιμετώπιση των επιπλοκών.

Η ψυχολογική στήριξη, του κοινωνικού λειτουργού, πρέπει να είναι ουσιαστική, όταν απευθύνεται σε ατομικό επίπεδο, βοηθώντας κάθε μέλος της οικογένειας να αναγνωρίσει και να επεξεργαστεί τις

εμπειρίες που βιώνει και ταυτόχρονα, σε συλλογικό επίπεδο, ενθαρρύνοντας τα μέλη να εκφράζουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα τους, να αλληλοενημερώνονται και να συμμετέχουν ενεργά στην αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από την αρρώστια και τη θεραπεία. Είναι φανερό, ότι η εισαγωγή του παιδιού σε νοσοκομείο είναι μια αρκετά άσχημη και τρομακτική εμπειρία για το κάθε διαβητικό παιδί. Γι' αυτό το λόγο τα παιδιά χρήζουν μεγαλύτερης ατομικής προσοχής.

Ο κοινωνικός λειτουργός, που εργάζεται σ' ένα νοσοκομείο και έρχεται σε επαφή με διαβητικά παιδιά, πρέπει να έχει κάποιους στόχους οι οποίοι θα τον βοηθήσουν στη συνεργασία του με το παιδί :

A) Διαμόρφωση ενός κλίματος εμπιστοσύνης και συγκεκριμένα ενός περιβάλλοντος που επιτρέπει τη διεξαγωγή μιας συζήτησης, μεταξύ του κοινωνικού λειτουργού και του παιδιού, που πάσχει από διαβήτη, χωρίς διακοπές ή διασπάσεις. Η συνεργασία του με ένα παιδί απαιτεί χρόνο και διαθεσιμότητα καθώς είναι σημαντικό να ρωτήσει ή να εκφράσει το παιδί το τι επιθυμεί.

B) Διερεύνηση των αντιλήψεων που έχει το παιδί για την κατάσταση της υγείας του, δηλαδή πως το ίδιο το παιδί ερμηνεύει τα συμπτώματα του και πόσο σοβαρά ή απειλητικά τα θεωρεί. Με αυτόν τον τρόπο εκτιμά κατά πόσο η αντίληψη που έχει το παιδί για την κατάσταση της υγείας του, απέχει από την πραγματικότητα. Ιδιαίτερη προσοχή, δίνεται στο τρόπο με τον οποίο εκφράζει ή αποφεύγει να εκφράσει τις ανησυχίες του, ποιες λέξεις δηλαδή χρησιμοποιεί όταν μιλά για το σώμα του ή την ασθένεια του και πως

εκδηλώνει αυτά τα συναισθήματα του. Γ) Έχοντας υπόψη τις ανάγκες του παιδιού, ενημέρωση τονίζοντάς του τα πρώτα σημεία, που έχει ήδη επισημάνει το παιδί που περιγράφει την κατάσταση της υγείας του. Οι ιατρικοί όροι αποφεύγονται, διότι δεν γίνονται κατανοητοί στα παιδιά, υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που παιδιά έχουν απορίες, γι' αυτό και πολλοί ιατρικοί όροι προσπαθούν να επεξηγούνται όσο το δυνατόν καλύτερα, ώστε να γίνονται κατανοητοί. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αποφεύγονται λέξεις συναισθηματικά φορτισμένες (π.χ. αυτή είναι «κακιά» αρρώστια)διότι μπορεί να επηρεάσουν την προσαρμογή του παιδιού στην ασθένεια και τις επιπτώσεις της. Παράλληλα, είναι βοηθητικό να τονίζονται οι δυνατότητες του παιδιού, ενθαρρύνοντας το να συνεχίσει τη θεραπεία. Δ) Συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με το παιδί δεν εξαρτάται μόνο από την πληροφόρηση και την παροχή γνώσεων που δέχεται, αλλά και από την δυνατότητα που του δίνεται να εκφράσει τα συναισθήματα του και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από τους ειδικούς, οι οποίοι ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτό. Αν και δεν γίνεται να επιλυθούν αμέσως όλες οι ανησυχίες των παιδιών, τουλάχιστον το παιδί «εισακούεται» και νιώθει ότι έχει στο πλευρό του τον κοινωνικό λειτουργό, ο οποίος ανά πάσα στιγμή είναι έτοιμος να το στηρίξει. Οι αντιδράσεις των παιδιών, ποικίλλουν γι' αυτό και ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να τις αντιμετωπίζει χωρίς να κρίνει το παιδί. Ε) Υποστήριξη του παιδιού από τον κοινωνικό λειτουργό, η οποία ισοδυναμεί με την «συνοδεία» του στην πορεία

και στην εξέλιξη της υγείας του. Αυτό προϋποθέτει διαθεσιμότητα, ενεργητική ακρόαση και κατανόηση, ακόμα και αν οι απόψεις του κοινωνικού λειτουργού διαφέρουν από αυτές του παιδιού.

Ο κοινωνικός λειτουργός, σύμφωνα με τον Carr J.(1994), είναι αυτός που θα πρέπει να «ακούνε» σε ένα ιατρικό πλαίσιο και μπορεί συχνά να πει στο παιδί τι να κάνει. Είναι ο «διορθωτής» μιας κατάστασης, που διευθετεί προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το παιδί και τους ειδικούς υγείας, λόγω δυσκολίας προσαρμογής του παιδιού τόσο στην ασθένεια του όσο και στο νοσοκομειακό περιβάλλον βάση μιας ικανοποιητικής πληροφόρησης, ανάλογης των αναγκών του παιδιού. Πληροφόρηση, η οποία θα αποτελείται, από εκφράσεις κατανοήσιμες από τα παιδιά και επεξηγήσεις όσον αφορά την ασθένεια τους και τις επιπτώσεις της, σε περιπτώσεις αποριών.

Η Γιαννοπούλου (1996), δίνει βαρύτητα στις περιπτώσεις, όπου το διαβητικό παιδί χάνει τον έλεγχο και εκδηλώνει βίαια τα συναισθήματά του ενεργώντας καταστροφικά. Όπως και κατά το χειρισμό οποιασδήποτε εκδήλωσης επιθετικότητας, έτσι και σ' αυτήν την περίπτωση πρέπει να προλαμβάνεται η βλάβη που μπορεί να προκαλέσει το παιδί στους άλλους ή στον εαυτό του. Η ικανότητα που απαιτείται σ' αυτήν την κατάσταση είναι να προκαλέσει ο κοινωνικός λειτουργός τον έλεγχό της κατά τον ταχύτερο και ασφαλέστερο δυνατό τρόπο. Συγχρόνως η αρχική φυσική επικοινωνία, στην οποία μπορεί να προβεί προκειμένου να περιορίσει το παιδί, θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να παρέχει όσο

το δυνατόν μεγαλύτερη δυνατότητα μετατροπής της σε μια ζεστή αγκαλιά, όπου το παιδί, θα μπορεί να ηρεμήσει σ'ένα ασφαλές περιβάλλον. Μπορεί σ' αυτήν την περίπτωση ο κοινωνικός λειτουργός να ζητήσει να μεταφερθεί το παιδί σ' έναν άλλον χώρο όπου θα του δίνονται λιγότερα ερεθίσματα.

Στη συνέχεια μπορεί να βοηθήσει να αξιοποιήσει το παιδί το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται (διδασκτική ικανότητα). Είναι αναγκαίο να δείχνει στο παιδί ενθουσιασμό για δραστηριότητες και επιλογές που μπορεί να κάνει, δίνοντας του την ευκαιρία να ασκήσει την κριτική του ικανότητα, προκειμένου το ίδιο να μάθει να παίρνει αποφάσεις. Δίνοντας του την ευχέρεια ο κοινωνικός λειτουργός να επιλέγει, του ενισχύει την αίσθηση αυτονομίας και μπορεί να μειώσει την ανάγκη του να διαφοροποιηθεί μέσα από αρνητική συμπεριφορά.

Αναγνωρίζοντας, ο κοινωνικός λειτουργός, τα συναισθήματα ή τις επιθυμίες του παιδιού, βοηθώντας τον να τα εκφράσει, προτείνοντας άλλες διόδους (όταν αισθάνεται θυμό ή οργή να χτυπήσει ένα μαξιλάρι), οδηγείται στην εφαρμογή περιορισμών στη συμπεριφορά -οριοθέτηση- και προϋποθέτει ότι τα όρια του επιτρεπτού έχουν προσδιοριστεί με σαφήνεια και έχουν γίνει πλήρως επιτρεπτά. Ο ξεκάθαρος προσδιορισμός των ορίων δίνει μια αίσθηση ασφάλειας στο παιδί ενισχύοντας την αυτοπεποίθησή του, προκειμένου να εκφραστεί ελεύθερα και να διερευνήσει άλλους τρόπους συμπεριφοράς.

Ολοκληρώνοντας, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να στοχεύει στη διερεύνηση και την έκφραση των συναισθημάτων και των σκέψεων του παιδιού. Πρόκειται για μια αμφίπλευρη διαδικασία, ιδιαίτερα όμως σημαντική, όταν οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται με παιδιά, καθώς θα πρέπει να γνωρίζουν τι σκέπτονται και πως αισθάνονται, ώστε να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εκμαιεύσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του παιδιού με πολλούς τρόπους, οι οποίοι όσο πιο ευφάνταστοι τόσο καλύτερα και γρηγορότερα φτάνουν στο αποτέλεσμα . Κινητοποιώντας το ενδιαφέρον του παιδιού για το διαβήτη, αρχικά μέσα από την έκφραση επιθυμιών ή με φανταστικές περιγραφές δίνοντας του τη δυνατότητα να διορθώσει την εσφαλμένη πληροφόρηση του ενήλικα. Η φυσική επικοινωνία και το αγκάλιασμα έχουν μεγάλη δύναμη στο να κάνουν το παιδί να νιώσει αποδεκτό κι έτσι μπορεί να αφήσει τον εαυτό του ελεύθερο να εκφραστεί.

V.4. Προνοϊκά μέτρα

I. Το κράτος

Τα διαβητικά παιδιά όπως είναι ήδη γνωστό είναι ασφαλισμένα εμμέσως στα ασφαλιστικά ταμεία των γονέων τους.

Το κράτος έχοντας λάβει υπόψη του την ασθένεια αυτών των παιδιών και το οικονομικό κόστος που βαραίνει τους γονείς, έχει λάβει κάποια μέτρα με τα οποία προσπαθεί κατά κάποιο τρόπο να βοηθήσει να απαλύνει αυτό το οικονομικό βάρος. Αφού μελετήθηκαν τα τρία μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία της Ελλάδος, Δημοσίου, Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α. και ξεχωρίζοντας αυτό της Πρόνοιας, θα παρουσιαστούν τα ειδικά μέτρα που έχει το κάθε ταμείο για τα διαβητικά παιδιά.

- Το δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο παρέχει δωρεάν τα απλά διαγνωστικά μέσα, δηλαδή τη συσκευή μέτρησης σακχάρου κάθε πέντε χρόνια, αλλά και τα αναλώσιμα είδη κάθε μήνα, δηλαδή τις συσκευασίες βελόνων και ταινιών και εικοσιπέντε σκαρφιστήρες, ανάλογα με τον ελεγκτή ιατρό. Επίσης δεν καταβάλλουν συμμετοχή σε αγορές ειδών υγειονομικού υλικού, δηλαδή ουροσυλλέκτες, καθετήρες, σύριγγες μιας χρήσεως, συσκευασίες ινσουλίνης, τραχειοσωλήνες και υλικά παρά φύσει στομίων.
- Σύμφωνα με το ασφαλιστικό ταμείο του Ι.Κ.Α. οι έμμεσα ασφαλισμένοι του ταμείου δεν θα καταβάλλουν συμμετοχή για την ινσουλίνη. Επιπλέον αφού αναγράφεται στις συνταγές ο συγκεκριμένος αριθμός των σκαρφιστήρων, βελόνων φυσιγγοσυρίγγων και των ταινιών ινσουλίνης θα εκτελούνται σε ιδιωτικά φαρμακεία και θα υποβάλλονται για εξόφληση με τους λογαριασμούς συνταγών στα υποκαταστήματα του εν λόγω ταμείου.

- Το ασφαλιστικό ταμείο του Ο.Γ.Α. παρέχει δωρεάν την ινσουλίνη στα διαβητικά παιδιά και το τεστ σακχάρου, τις σύριγγες ινσουλίνης (χωρίς όμως η αξία τους να ξεπερνάει τα 141 ευρώ κάθε μήνα) και τέλος καταβάλλεται για μία μόνο φορά η αξία αγοράς της φορητής συσκευής για τον προσδιορισμό σακχάρου στο αίμα.

- ✓ Ξεχωρίζοντας την ασφάλιση που παρέχει η Πρόνοια σε άπορους και ανασφάλιστους, πρέπει να παρουσιαστούν τα μέτρα που έχει λάβει για τα διαβητικά παιδιά που είναι έμμεσα ασφαλισμένα στους γονείς τους. Τα διαβητικά παιδιά λαμβάνουν οικονομική ενίσχυση ύψους 220 ευρώ περίπου κάθε μήνα από την Πρόνοια αφού έχουν προηγουμένως καταβάλλει τα απαραίτητα έγγραφα πιστοποίησης της ασθένειάς τους από τα αρμόδια Διαβητολογικά κέντρα ή Διαβητολογικά ιατρεία στα νοσοκομεία. Αυτό το επίδομα είναι ανεξάρτητο από το διατροφικό επίδομα που μπορεί να λαμβάνει η οικογένεια του παιδιού.

II. Ιδιωτική πρωτοβουλία

Αποτελεί πλέον πραγματικότητα για τη χώρα μας η ανάπτυξη συλλόγων και ομοσπονδιών από τους ίδιους τους διαβητικούς,

ιατρούς και ανθρώπους που ενδιαφέρονται για αυτήν την ασθένεια.

Οι σύλλογοι έχουν σκοπό την ενημέρωση των διαβητικών ατόμων και των οικογενειών τους, την ενημέρωση σε θέματα με τα ασφαλιστικά ταμεία τους, την οργάνωση διαβητολογικών κέντρων και ιατρείων στην Ελλάδα και την εποπτεία αυτών από κατάλληλους ιατρούς.

Στην Ελλάδα υπάρχουν οι εξής σύλλογοι :

➤ Η Ε.Λ.Ο.Δ.Ι. (Ελληνική Ομοσπονδία για τον διαβήτη), η οποία ιδρύθηκε το 1997 από τα 4 μεγαλύτερα σωματεία της Ελλάδος (Π.Ε.Δ. {Πανελλήνια Ένωση Διαβητικών}, Π.Ε.Α.Ν.Δ. {Πανελλήνια Ένωση Αγώνος κατά του Νεανικού Διαβήτη}, ο Σύλλογος φίλων του παιδιού και του εφήβου με ενδοκρινολογικό πρόβλημα «ο Γαληνός», η Ε.ΔΙ.ΔΕ. {Ένωση διαβητικών δυτικής Ελλάδος} και η Π.Ε.Ν.ΔΙ. {Πανηπειρωτική Ένωση για το Νεανικό Διαβήτη}). Οι σκοποί της Ομοσπονδίας, όπως παρουσιάζονται από το καταστατικό τους είναι έξω από πολιτικά συμφέροντα και αναφέρονται :

- Στην ενιαία αντιμετώπιση των ασφαλιστικών ταμείων με την πλήρη χορήγηση όλων όσων είναι απαραίτητα για την καλή ρύθμιση του σακχάρου (αναλώσιμα και μη).

- Στην οργάνωση και την καλύτερη λειτουργία των διαβητολογικών κέντρων και ιατρείων.
- Στη δυνατότητα στράτευσης των αγοριών με διαβήτη και του διορισμού τους σε δημόσιες υπηρεσίες.
- Στην εκπαίδευση των συλλόγων-μελών για την καλύτερη χρησιμότητά τους στους διαβητικούς.
- Στην ενημέρωση και την ενδυνάμωση των ατόμων με διαβήτη και των οικογενειών τους.

Η ομοσπονδία επίσης εκδίδει ανά τρίμηνο 2 ενημερωτικά περιοδικά : το «Νεανικός Διαβήτης» και το «Βήμα της Π.Ε.Ν.ΔΙ.».

- Η Ελληνική Διαβητολογική Εταιρία η οποία εκδίδει από το 1998 ανά 2 μήνες περιοδικό τα «Διαβητολογικά Νέα» με σκοπό την ενημέρωση τόσο των διαβητικών ατόμων, όσο και των οικογενειών τους.
- Η Διαβητολογική Εταιρία Βορείου Ελλάδος, η οποία ιδρύθηκε το 1986μ με σκοπό την προαγωγή της Διαβητολογίας. Κύριες δραστηριότητες της είναι η διοργάνωση διαβητολογικού συνεδρίου κάθε χρόνο στη Β. Ελλάδα και η διοργάνωση μετεκπαιδευτικών ημερίδων σε διάφορες πόλεις της Β. Ελλάδος.

Η Δ.Ε.Β.Ε. εκδίδει ένα περιοδικό τα «Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά» κάθε 6 μήνες, άρθρα με

διαβητολογικά θέματα τον «Οδηγό του Διαβητικού» και το μητρώο των ερευνητών που ασχολήθηκαν με το διαβήτη.

- Το Ε.ΚΕ.ΔΙ. (Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των επιπλοκών του). Αυτό το κέντρο συνεργάζεται με την Παγκόσμια Οργάνωση διαβήτη και την Διαβ. Ομοσπονδία (IDF). Σκοπός είναι να συμβάλλει στην αντιμετώπιση και παρακολούθηση της ασθένειας, το συντονισμό και την υποβοήθηση των ενεργειών για την έρευνα σε όλα τα επίπεδα, την πρόληψη και τη θεραπεία τόσο του διαβήτη όσο και των επιπλοκών του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Συμπεράσματα-Προτάσεις

VI.1. Συμπεράσματα

Ο διαβήτης πια αντιπροσωπεύει μία από τις συχνότερες διαταραχές της παιδικής ηλικίας γι' αυτό μετά από την ανάγνωση της εργασίας καταλαβαίνουμε τη σοβαρότητα της ασθένειας του σακχαρώδη διαβήτη ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά και πως αυτή μπορεί να επηρεάσει και να αλλάξει τη ζωή τους.

Έγινε φανερό, πως ο διαβήτης αποτελώντας μία χρόνια ασθένεια, είναι ικανός να προκαλέσει σοβαρή ψυχοκοινωνική κρίση τόσο στα ίδια τα πάσχοντα παιδιά, όσο και του γονείς τους. Είναι δύσκολο να συμβιβαστεί ένα μικρό παιδί με χρόνια ασθένεια γι' αυτό και εμφανίζονται επιπτώσεις στο σώμα τους και τη ψυχολογία τους.

Είναι ευνόητο πια, πως το παιδί δεν δύναται να αποδεχθεί και να συνειδητοποιήσει την ασθένειά του στον ίδιο βαθμό με τον ενήλικα. Τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις του και οι αρνητικές λοιπόν, αυτές εμπειρίες που βιώνει από την αρχή ης ασθένειας, ο φόβος του για το άγνωστο, το θάνατο, συναισθήματα ντροπής και διαφοροποίησης από τους συνομηλίκους του, η μειονεκτική εικόνα

που έχει για τον εαυτό του, συναισθήματα επιθετικότητας προς τους γονείς, αδυναμία εμπιστοσύνης προς άλλους, κυρίως αλλά και η όχι τόσο ευχάριστη σχολική ζωή του, αφού παρουσιάζει συναισθήματα κατωτερότητας.

Όλα τα παραπάνω είναι λογικό να προκαλούν σοβαρές βλάβες και πολλές φορές να θέτουν σε κίνδυνο το σώμα του και κατ' επέκταση τη ζωή του.

Λόγω της σοβαρότητας της ασθένειας και του νεαρού της ηλικίας, οι ειδικοί προσπαθούν να βρουν τρόπους θεραπείας, ώστε να αντιμετωπιστεί όσον το δυνατόν καλύτερα ο διαβήτης, και ιατρικά και ψυχοκοινωνικά. Η ιατρική αντιμετώπιση δεν είναι άλλη από τη γνωστή χρήση της ινσουλίνης, ενός πειθαρχημένου και αυστηρού διαιτολογίου και τη χρήση της σωματικής άσκησης. Και οι τρεις μέθοδοι ιατρικής του θεραπείας είναι επώδυνοι για τα παιδιά. Οι καθημερινές ενέσεις ινσουλίνης, δημιουργούν αρνητική εικόνα τους σώματός και αυξάνουν και τις σκέψεις ενός ερχόμενου θανάτου, το αυστηρό διαιτολόγιο καταλαβαίνουμε ότι προκαλεί αγανάκτηση και αίσθηση του διαφορετικού και τέλος η σωματική άσκηση γίνεται αλλά με προσεκτικό και τυποποιημένο τρόπο οδηγώντας και πάλι το παιδί σε συναισθήματα διαφοροποίησης.

Ολοκληρώνοντας, έγινε κατανοητό πως όλοι δείχνουν ενδιαφέρον για τα διαβητικά παιδιά. Το κράτος φρόντισε να τα βοηθήσει παρέχοντας τα απαραίτητα φάρμακά τους, μειώνοντας έτσι το οικονομικό κόστος των γονέων. Υπάρχει όμως και η ιδιωτική πρωτοβουλία, που με θετικά βήματα βοηθούν τους γονείς

στην καλύτερη ενημέρωσή τους για θέματα που αφορούν το διαβήτη, προσπαθούν να οργανώνουν ιατρικά παρακολούθησης διαβητικών παιδιών, κινητοποιώντας με αυτούς τους τρόπους το αίσθημα του εθελοντισμού.

VI.2. Προτάσεις

Συμπερασματικά από την ανάγνωση της μελέτης του παιδικού σακχαρώδη διαβήτη καταλαβαίνουμε την ανάγκη των παιδιών και των γονέων τους να αντιμετωπίσουν την ασθένεια με όσο το δυνατόν ανώδυνο τρόπο.

Τα διαβητικά παιδιά έχουν ανάγκη την άμεση υποστήριξη των γονιών τους αφού λόγω του νεαρού της ηλικίας τους δεν είναι ακόμα έτοιμοι να τη αντιμετωπίσουν. Οι γονείς έχουν τον πρωταγωνιστικό ρόλο και η κάθε τους αντίδραση επηρεάζει τα παιδιά τους.

Αρχικά, θα μπορούσαν να αναζητήσουν εξατομικευμένη βοήθεια από ειδικούς (ψυχολόγους-κοινωνικούς λειτουργούς), να βοηθηθούν άμεσα να αποδεχθούν την ασθένεια του παιδιού τους. Να μάθουν να εκφράζουν τα συναισθήματά τους και τους υποσυνείδητους φόβους τους αλλά και να μάθουν να κοντρολάρουν τα συναισθήματα τους (τη λύπη, τη στεναχώρια

και το φόβο τους), έτσι θα μάθουν να βοηθάνε στη συνέχεια τα παιδιά τους να πάρουν μέρος στην αντιμετώπιση της ασθένειάς τους και να ξεπεράσουν τις επιπλοκές που μπορεί να δημιουργηθούν.

Υπάρχει όμως και η περίπτωση να αναζητήσουν βοήθεια σε ομάδες «Δράσης», δηλαδή υποστήριξης με άτομα που παρουσιάζουν το ίδιο πρόβλημα, γονείς με παιδιά που πάσχουν από παιδικό διαβήτη, έχοντας βέβαια την παρέμβαση του ειδικού ψυχολόγου-κοινωνικού λειτουργού. Βέβαια στην Ελλάδα αυτό είναι λίγο δύσκολο αφού δεν υπάρχουν ομάδες με γονείς διαβητικών παιδιών, ίσως αυτό να γίνει με την βοήθεια των ομοσπονδιών που ασχολούνται με άτομα με διαβήτη.

Ακολουθως, θα μπορούσαν να πάρουν μέρος σε ομάδες «Ανάπτυξης», δηλαδή αυτοβοήθειας με άλλους γονείς που έχουν διαβητικά παιδιά, ώστε να μοιράζονται συναισθήματα με άτομα που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα. Κατά αυτό τον τρόπο αναζητούν την υποστήριξη σε ανθρώπους που πιστεύουν πως μπορούν να κατανοήσουν τα προβλήματά τους και να βοηθήσουν να τα ξεπεράσουν μαζί.

Οι γονείς επίσης θα πρέπει να ενημερώνονται και να παρακολουθούν πλήρως την ασθένεια των παιδιών, τις επιπλοκές της και τους τρόπους θεραπείας με τη συνεχή επαφή τους με τον αρμόδιο ιατρό του παιδιού, για την ενημέρωση της πορείας της και για τη λήψη χρήσιμων συμβουλών στη θεραπεία της. Να χρησιμοποιούν επιπλέον στην ενημέρωσή

τους τα απαραίτητα περιοδικά και άρθρα που εκδίδονται για το διαβήτη.

Να ενημερώνονται και για τα απαραίτητα μέτρα που παίρνουν συνεχώς τα ασφαλιστικά ταμεία για τους διαβητικούς και μέσω των ομοσπονδιών και συλλόγων να απαιτούν τη χορήγηση των φαρμάκων, των υλικών που χρειάζονται για τη θεραπεία των παιδιών τους.

Ολοκληρώνοντας θα μπορούσαν λαμβάνουν μέρος μέσω των διαβητικών συλλόγων στην ανάπτυξη, την οργάνωση, το συντονισμό και την εποπτεία των διαβητολογικών κέντρων και ιατρείων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΤΑ ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΥΛΛΟΓΩΝ-
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΩΝ-ΕΤΑΙΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΑ
ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΑΡΧΙΚΗ ΣΕΛΙΔΑ

Μέλη

Φορείς

Εταιρείες

Διαβητολογικά
Κέντρα & Ιατρεία

Χρήσιμα Links

Διατολόγοι

Νέα

Επικοινωνία

4 Σεπτεμβρίου 2004

Λίγα λόγια για μας

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΕΛ.Ο.ΔΙ.) ιδρύθηκε τον Σεπτέμβριο του 1997 από τα 4 μεγαλύτερα σωματεία της χώρας. Αργότερα η Ένωση Διαβητικών Δυτικής Ελλάδος, που ιδρύθηκε στην Πάτρα, προσχώρησε στην ΕΛ.Ο.ΔΙ. και τα μέλη έγιναν 5 τα οποία είναι :

- Η Πανελλήνια Ένωση Διαβητικών (Π.Ε.Δ.)
- Η Πανελλήνια Ένωση Αγώνος κατά του Νεανικού Διαβήτη (Π.Ε.Α.Ν.Δ.)
- Ο Σύλλογος φίλων του παιδιού και εφήβου με ενδοκρινολογικό πρόβλημα "Ο Γαληνός"
- Η Πανηπειρωτική Ένωση για το Νεανικό Διαβήτη (Π.Ε.Ν.ΔΙ.) και
- Η Ένωση Διαβητικών Δυτικής Ελλάδος (Ε.ΔΙ.ΔΕ.)

Οι σκοποί της Ομοσπονδίας, που είναι έξω από πολιτικά κόμματα και δόγματα είναι πολλοί και αναφέρονται αναλυτικά στο καταστατικό μας. Ιδιαίτερη όμως έμφαση δίνουμε στα εξής σημεία :

- Στην ενιαία αντιμετώπιση των Ασφαλιστικών Ταμείων με την πλήρη χορήγηση όλων όσων είναι απαραίτητα για την καλή ρύθμιση του σακχάρου (αναλωσίμων και μη)
- Στην οργάνωση, και όσο το δυνατόν καλύτερη λειτουργία, διαβητολογικών κέντρων και ιατρείων στις περισσότερες πόλεις της χώρας μας. Για το λόγο αυτό συνεργαζόμαστε στενά με το Εθνικό μας Κέντρο Διαβήτη.
- Στην δυνατότητα των αγοριών που έχουν διαβήτη να στρατεύονται με αποτέλεσμα να μπορούν να διορίζονται και στο Δημόσιο. Η δυνατότητα αυτή μπορεί να είναι προαιρετική.
- Στην εκπαίδευση των συλλόγων - μελών της Ομοσπονδίας για να γίνουν πιο αποτελεσματικοί και πιο χρήσιμοι στα άτομα με διαβήτη.
- Στην ενημέρωση και, κυρίως, στην ενδυνάμωση των ατόμων με διαβήτη και των οικογενειών τους γιατί αυτό που είναι παγκόσμια πίστης είναι και δική μας πίστης, ότι δηλαδή:

τα άτομα με διαβήτη δεν είναι άτομα με ειδικές ανάγκες

Από τους εξαιρετικά δραστήριους συλλόγους μας εκδίδονται ήδη ανά τρίμηνο, εδώ και πολλά χρόνια, 2 ενημερωτικά περιοδικά. Η Π.Ε.Α.Ν.Δ. εκδίδει το "Νεανικός Διαβήτης - Τα Νέα μας" και η Π.Ε.Ν.ΔΙ. εκδίδει "Το Βήμα της Π.Ε.Ν.ΔΙ." που κυκλοφορούν σε όλη την Ελλάδα. Η ΕΛ.Ο.ΔΙ. αμέσως μετά την έγκρισή της από το

Γρήγορη Εύρεση

5ο Πανελλήνιο
Συνέδριο της
Ε.Λ.Ο.ΔΙ.

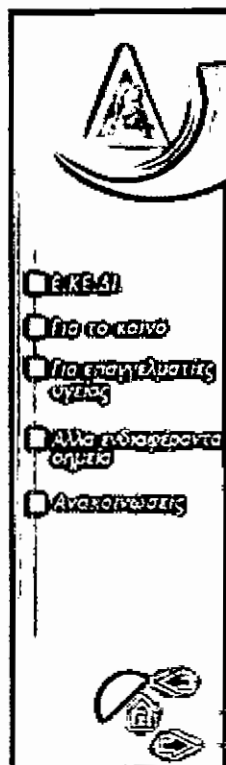
Πρωτοδικείο Ιωαννίνων (όπου είναι η έδρα της) έδωσε έμφαση στην οργάνωσή της. Από τις πρώτες ενέργειες ήταν η ένταξή της στην Παγκόσμια Ομοσπονδία Διαβήτη (International Diabetes Federation - I.D.F.). Τον Απρίλιο του 1998 η ΕΛ.Ο.ΔΙ. έγινε προσωρινό μέλος της I.D.F. και 2 χρόνια αργότερα, στο 17ο Παγκόσμιο Συνέδριο της I.D.F., που έγινε τον Νοέμβριο του 2000 στο Μεξικό, η ΕΛ.Ο.ΔΙ. έγινε ομόφωνα πλήρες μέλος της γιγαντιαίας αυτής οργάνωσης που αριθμεί 172 μέλη σε 132 κράτη από όλο τον κόσμο.

Μέχρι σήμερα η ΕΛ.Ο.ΔΙ. οργάνωσε με τεράστια επιτυχία 3 Πανελλήνια Συνέδρια τα εξής :

- 1ο Συνέδριο 1998 στην Αθήνα
- 2ο Συνέδριο 1999 στα Ιωάννινα
- 3ο Συνέδριο 2000 στην Πάτρα

Το σημερινό Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΛ.Ο.ΔΙ. έχει ως εξής :

Πρόεδρος	Γεώργιος Φλώρος	(Π.Ε.Ν.ΔΙ.)
Α. Αντιπρόεδρος	Λεωνίδας Πουλιάσης	(Ε.ΔΙ.ΔΕ.)
Β. Αντιπρόεδρος	Χάρης Πλαστήρα	(ΓΑΛΗΝΟΣ)
Γενικός Γραμματέας	Μαριαλένα Λιούλια	(Π.Ε.Α.Ν.Δ.)
Ταμίας	Στρατηγούλα Παπανικολοπούλου	(Π.Ε.Δ.)
Μέλη	Παναγιώτης Δημητρούκας	(Ε.ΔΙ.ΔΕ.)
	Ζωή Μακρυγιάννη	(Π.Ε.Δ.)
	Δημήτριος Συκιώτης	(Π.Ε.Α.Ν.Δ.)
	Αφροδίτη Σουλιώτη	(ΓΑΛΗΝΟΣ)



Τι είναι το Ε.ΚΕ.ΔΙ.

Αποτελεί πλέον πραγματικότητα για την χώρα μας το **Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.)**. Το πρωτοποριακό αυτό Κέντρο φιλο σε συνεργασία με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) και τη Δι Ομοσπονδία για το Διαβήτη (IDF) να συμβάλλει αποφασιστικά στην αντιμετώπιση της νόσου σε όλα τα επίπεδα, δίνοντας παράλληλα νέα ώθηση στην επιστημονική γνώση γύρω από το Σακχαρώδη Διαβήτη.

Το Ε.ΚΕ.ΔΙ. ιδρύθηκε το 1993 και είναι εποπτευόμενο και επιχορηγούμενο από Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Είναι Κοινωνικό Ίδρυμα με νομική με ιδιωτικού δικαίου και όπως ορίζεται στο καταστατικό του **"έχει ως σκοπό συστηματική αντιμετώπιση και παρακολούθηση, το συντονισμό και την υποβοήθηση των ενεργειών για την έρευνα σε όλα τα επίπεδα, την πρόληψη και τη θεραπεία τόσο του σακχαρώδη διαβήτη όσο και των επιπλοκών του"**.

Όπως είναι φανερό, η προσφορά του Κέντρου είναι πολύπλευρη και περιλαμβάνει

- Τον προγραμματισμό, συντονισμό και εποπτεία της παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας ιατρικής νοσηλείας και περιθαλψης στους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη.
- Τη μακροχρόνια παρακολούθηση της πορείας των Επιπλοκών της νόσου σύμφωνα με τις αρχές της διακήρυξης του Αγίου Βικεντίου, καθώς και τη αξιολόγηση των επιδημιολογικών στοιχείων.
- Τη διεξαγωγή και συντονισμό ερευνητικών προγραμμάτων στο πεδίο του σακχαρώδη διαβήτη.
- Εισηγήσεις στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας για τη χρησιμοποίηση σχετικών ερευνητικών προγραμμάτων και για τη διαμόρφωση της Εθνικής Πολιτικής προς την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη.
- Την ενημέρωση πανελλαδικά, των ιατρών, του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, σε θέματα γύρω από το σακχαρώδη διαβήτη τη διαφώτιση του κοινού με στόχο την καλύτερη πρόληψη της νόσου.
- Τη συνεργασία με τις κρατικές υπηρεσίες, Ελληνικά και διεθνή Ερευνητικά Ιδρύματα, Διεθνείς Οργανισμούς και Επιστημονικές Εταιρείες, που έχουν δραστηριότητες συναφείς προς τους σκοπούς του Κέντρου.
- Την οργάνωση και εποπτεία συνεδρίων, διαλέξεων, ανακοινώσεων καθώς και κάθε είδους επιστημονικής και ερευνητικής δραστηριότητας σχετικής με το αντικείμενο του.
- Την ίδρυση και λειτουργία του Πρώτου Εργαστηρίου Μοριακής Βιολογίας με συνεχή και αξιολογημένη παρουσία των ποιοτήτων των μελετών του σε διεθνείς επιστημονικές συναντήσεις.
- Την χορηγία υποτροφιών για τη μετεκπαίδευση σε ερευνητικά κέντρα της εσωτερικού ή εξωτερικού.
- Την έκδοση βιβλίων ή περιοδικών εκδόσεων.

Με τη λειτουργία του Ε.ΚΕ.ΔΙ. επιτυγχάνεται ο καλύτερος συντονισμός των Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων (ΕΔΙ) και Διαβητολογικών Κέντρων (Μονάδες) που βρίσκονται διασκορπισμένα σε ολόκληρη τη χώρα.

Σύνθεση του Δ.Σ. του Ε.ΚΕ.ΔΙ.

Καθηγητής Σ.Α. Ράπτης
Εκτ. Καθηγητής Αθ. Σουβατζόγλου
Καθηγητής Νικ. Κατσιλάμπρος
Καθηγητής Χρ. Μπαρτσόκας
Επικ. Καθηγητής Β. Καραμάνος
Δρ. Θ. Σαπουνάς
Δρ. Γ. Καραντανάς
Δαμ. Βαρέλης
Στρ. Παπανικολοπούλου

Πρόεδρος
Αντιπρόεδρος
Μέλος
Μέλος
Μέλος
Μέλος
Μέλος
Μέλος

Αναπληρωματικά Μέλη

Καθηγητής Θ. Μουντοκαλάκης
Αναπ. Καθηγήτρια Μαρ.Χαρχαλάκη-Αλεβιζάκη
Αναπ. Καθηγητής Εμ. Μάνεσης
Αναπ. Καθηγήτρια Αικ. Δάκου -Βουτετάκη
Δρ. Κων. Φαινέκος
Δρ. Ηλ. Μυγδάλης
Ν. Μπραβάκος
Αν. Μέρικανος

Επικοινωνία με το Ε.ΚΕ.ΔΙ.


Διεύθυνση: ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3, 10675 ΑΘΗΝΑ

Τηλέφωνο: (210) 7295160

FAX: (210) 7295168

E-Mail: hndc@hndc.gr

ΤΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ & ΙΑΤΡΕΙΑ Σ'ΟΛΗ ΤΗΝ Ε



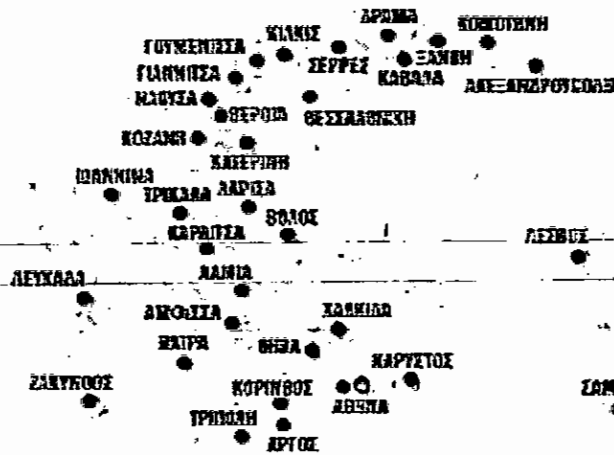
- Ε.ΚΕ.ΔΙ
- Πιο κοντά
- Πιο επαγγελματίες υγείας
- Άλλες ενδιαφέροντα σημεία
- Ανακοινώσεις

Βοήθεια
Αναζήτηση
E-mail

Επιλέξτε την περιοχή που σας ενδιαφέρει για περισσότερες πληροφορίες

ΩΡΑ για ΔΡΑΣ

Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη
14 Νοεμβρίου 2003



Τελευταία Ενημέρωση : 14/11/2003



Η φυσιογνωμία της ΔΕΒΕ

Νέα και Εκδηλώσεις

Ελληνικά Διαβ. Χρονικά

Διαβ. Βιβλία και Περιοδικά

Χρήσιμα

Forum

Μόνο για Ιατρούς

Επικοινωνία

Για να ενημερώνεστε για τα νέα της ΔΕΒΕ, μπορείτε να εγγραφείτε στη Λίστα Ενημέρωσης



Αρχή > Η φυσιογνωμία της ΔΕΒΕ

Η φυσιογνωμία της ΔΕΒΕ

Η Διαβητολογική Εταιρεία Βόρειας Ελλάδος (ΔΕΒΕ) ιδρύθηκε, το έτος 1986, με σκοπό την προαγωγή της Διαβητολογίας, στο χώρο της Βόρειας Ελλάδος.

Ιδρυτικά μέλη της εταιρείας υπήρξαν οι παρακάτω:

Καραμήτσος Δ.	Φαρμακιώτης Α.	Μαμόπουλος Μ.	Σηηλιόπουλος Α.
Νικολακόπουλος Α.	Μόσχου Κ.	Αλεβίζος Μ.	Βαμβούκος Δ.
Αντωνιάδης Α.	Παπάζογλου Ν.	Γερασιμίδης Θ.	Ζαμπούλης Χ.
Τζέτζης Β.	Ν.	Κατζός Γ.	Κατζός Γ.
Παπαλεξίου Γ.	Μπακατσέλιος Σ.	Γεωργαλά Α.	Αβραμίδης Α.
Χαρσούλης Φ.	Ευθυμίου Η.	Καρακόλιος Α.	

Κύριες δραστηριότητες είναι:

Η διοργάνωση κάθε χρόνο διαβητολογικού συνεδρίου στη Βόρεια Ελλάδα.

Τηδη έχει διοργανωθεί το 17ο συνέδριο στις 13-15 Νοεμβρίου 2003.

Διοργανώνει ανά διαστήματα μετεκπαιδευτικές ημερίδες σε διάφορες πόλεις της Β. Ελλάδος.

Εκδόσεις της ΔΕΒΕ

1. Η έκδοση του περιοδικού "Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά" που βρίσκεται ήδη στο 16ο χρόνο.

Είναι εξαμηνιαίο περιοδικό και το μοναδικό στο είδος του στην Ελλάδα. Απευθύνεται κυρίως στον επιστημονικό κόσμο, που ασχολείται με τα θέματα του Σακχαρώδη Διαβήτη. Διευθυντές σύνταξης του περιοδικού διετέλεσαν οι κ.κ.: Καραμήτσος Δ., Παπάζογλου Ν. και Μανές Χ.

2. Διαβητολογικά Θέματα: Ανασκοπήσεις και άρθρα για διάφορα θέματα που αφορούν στο σακχαρώδη διαβήτη.

3. Έχει εκδοθεί επίσης από τη ΔΕΒΕ, το μητρώο ερευνητών, που περιέχει όλους τους Έλληνες συγγραφείς, που ασχολήθηκαν κατά καιρούς - ερευνητικά - στο χώρο του Σακχαρώδη Διαβήτη, με τους τίτλους των δημοσιεύσεών τους. Υπεύθυνοι έκδοσης: Παπάζογλου Ν., Μανές Χ.

4. Έχει εκδόσει τον "Οδηγό του Διαβητικού" ως προσφορά στο άτομο με Σακχαρώδη Διαβήτη. Στο βιβλίο αιτλό δίνονται απαντήσεις, σε κρίρια ερωτήματα που αφορούν την καθημερινή ζωή των ατόμων αυτών.

Πρόεδροι της ΔΕΒΕ διετέλεσαν οι κ.κ. :

Καραμήτσος Δ. (1987 - 1989)

Παπάζογλου Ν. (1990 - 1992)

Καραμήτσος Δ. (1993 - 1995)

Αναζήτηση

Σύνθετη Αναζήτ

Πόσοι τύποι δ υπάρχουν

Ανάλογα με το ινσουλίνης που διακρίνονται δύο τύπος 1 όπου π παράγει ινσουλι όπου παράγεται αλλά δεν μπορεί πρέπει.

Αλεβίζος Μ. (1996 - 1998)

Μανές Χ. (1999 - 2001)

Καραμήτσος Δ. (2002 - 2004)

Στο παρόν διοικητικό συμβούλιο συμμετέχουν οι εξής:

Πρόεδρος : **Καραμήτσος Δ.**

Αντιπρόεδρος : **Μανές Χ.**

Γεν. Γραμματέας : **Διδάγγελος Τ.**

Ταμίας : **Σουλής Κ.**

Μέλη : **Ευθυμίου Η. Καζάκος Κ. Παπαδόπουλος Γ.**

Σήμερα η ΔΕΒΕ αριθμεί 285 μέλη.

Στο τελευταίο συνέδριο ενεγράφησαν 956 σύνεδροι.

MedNet HELLAS

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

MedNetHELLAS HOME WHAT'S NEW SITE MAP SEARCH E-MAIL



Ελληνική
Διαβητολογική
Εταιρεία
Μαϊάνδρου 23
115 28 ΑΘΗΝΑ
Τηλ. 7211 845
Fax: 7215 082

E-mail: ede@mednet.gr

Διαβητολογικά
Νέα

Χορηγός
Diabetes. We care



ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΕΑ

Τεύχος 19
Ιουλ-Σεπ 2002
Τεύχος 18
Απρ-Ιούν 2002
Τεύχος 17
Ιαν-Μάρ 2002
Τεύχος 16
Οκτ-Δεκ 2001
Τεύχος 15
Ιουλ-Σεπ 2001
Τεύχος 14
Απρ-Ιούν 2001
Τεύχος 13
Ιαν-Μάρ 2001
Τεύχος 12
Οκτ-Δεκ 2000
Τεύχος 11
Ιουλ-Σεπ 2000
Τεύχος 10
Απρ-Ιούν 2000
Τεύχος 9
Ιαν-Μάρ 2000
Τεύχος 8
Οκτ-Δεκ 1999
Τεύχος 7
Ιουλ-Σεπ 1999
Τεύχος 6
Απρ-Ιούν 1999
Τεύχος 5
Ιαν-Μάρ 1999
Τεύχος 4
Οκτ-Δεκ 1998
Τεύχος 3
Ιουλ-Σεπ 1998
Τεύχος 2
Απρ-Ιούν 1998
Τεύχος 1
Ιαν-Μάρ 1998

Τριμηνιαία Έκδοση της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας

Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1998
Τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1998
Τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1998
Τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1998
Τεύχος 5, Ιανουάριος-Μάρτιος 1999
Τεύχος 6, Απρίλιος-Ιούνιος 1999
Τεύχος 7, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1999
Τεύχος 8, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1999
Τεύχος 9, Ιανουάριος-Μάρτιος 2000
Τεύχος 10, Απρίλιος-Ιούνιος 2000
Τεύχος 11, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2000
Τεύχος 12, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2000
Τεύχος 13, Ιανουάριος-Μάρτιος 2001
Τεύχος 14, Απρίλιος-Ιούνιος 2001
Τεύχος 15, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2001
Τεύχος 16, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2001
Τεύχος 17, Ιανουάριος-Μάρτιος 2002
Τεύχος 18, Απρίλιος-Ιούνιος 2002
Τεύχος 19, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2002

Διοικητικό Συμβούλιο

Πρόεδρος
Αλαβέρας Αντώνης

Αντιπρόεδρος
Κεφαλογιάννης Νικόλαος

Γενικός Γραμματέας
Ηρακλειανού Στυλιανή

Ταμίας
Σωτηρόπουλος Αλέξης

Μέλη
Αναστασίου Ελένη
Μπενρουμπή Μαριάννα

Συντακτική Επιτροπή

Επίτιμος Πρόεδρος
Αλιβιζάτος Ιωάννης

Υπεύθυνος Σύνταξης
Κοφίνης Αθανάσιος

Γραμματέας
Βαζαίου Ανδριανή

Μέλη
Αλαβέρας Αντώνης
Αναστασίου Ελένη
Βαζαίου Ανδριανή
Βασιλόπουλος Χάρης
Ηρακλειανού Στυλιανή

Μυγδάλης Ηλίας
Κοφίνης Αθανάσιος
Σαφλιάνης Ιωάννης

Θυμέλλη Ιωάννα
Ιωαννίδης Γιάννης
Λάτσιος Γιώργιος
Μητράκου Ασημίνα
Μπενρουμπή Μαριάννα
Τεντολούρης Νικόλαος
Τουρνής Συμεών
Τσαμασίρος Γιάννης
Τσαπόγας Παναγιώτης
Ρούσση-Παινέση Δήμητρα



[\[Home\]](#) [\[What's New\]](#) [\[Site Map\]](#) [\[Search\]](#) [\[E-Mail\]](#)

MedNet HELLAS is a project of Athens Medical Society.

Copyright © MedNet HELLAS 2001. All rights reserved.

This site is optimized for Netscape 3.0 and Internet Explorer 3.0

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΡΟΦΩΝ

Το αμέτρητο πλήθος τροφών που κυκλοφορεί κατατάσσεται για τον διαβητικό σε τρεις μεγάλες κατηγορίες :

➤ **ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ :**

- Ζάχαρη
- Μέλι
- Γλυκά
- Παγωτά
- Σοκολάτες
- Μπισκότα
- Καραμέλες
- Κέϊκ
- Κομπόστες του κουτιού
- Χυμοί φρούτων συμπυκνωμένοι
- Ποτά που είναι γλυκά

➤ ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΑ (σε κανονικές μερίδες)

- Αυγά
- Τυριά
- Βούτυρο
- Μαργαρίνες
- Λάδια
- Ελιές
- Ψάρια
- Κρέας
- Πουλερικά
- Πράσινα λαχανικά
- Χόρτα
- Σαλάτες
- Αβοκάντο
- Λεμόνι
- Τσαϊ
- Καφές
- Σόδα
- Ντοματόζουμο

- Αλάτι
- Πιπέρι
- Ξύδι
- Μουστάρδα
- Άγλυκα οиноπνευματώδη ποτά

➤ ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ ΣΕ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ
ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ :

- Ψωμί
- Ζυμαρικά
- Ρύζι
- Όσπρια
- Φρούτα
- Γάλα
- Γιαούρτι
- Χυμοί φρούτων φρέσκοι

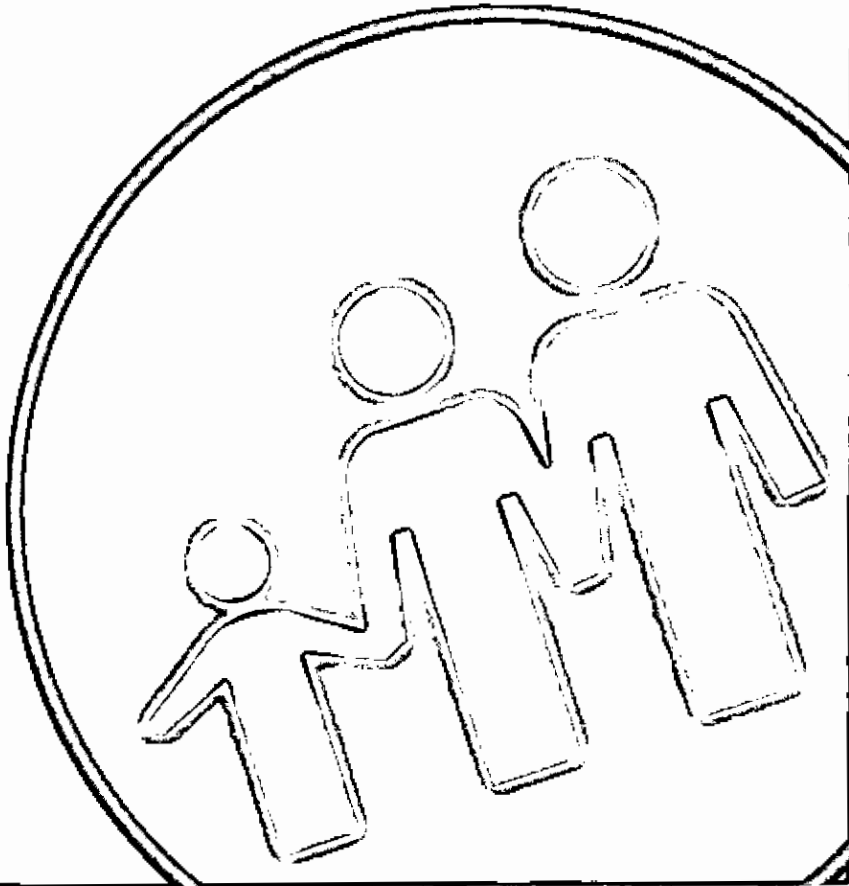
ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΣΦΕΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Νικόλαος Κεφαλογιάννης - Άγγελος Παππάς
Ευρυδίκη Κυρλάκη



Διαβητολογικό Ιατρείο

Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΠΑΝΑΝΕΙΟ"



© copyright 2006

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ 1200 ΘΕΡΜΙΔΩΝ

Πρωινό : 1 φλυτζάνι γάλα (250 κ.ε.) αποβουτυρωμένο ή 1 1/2 φέτα ψωμί (45 γραμμάρια)
1 φέτα ψωμί (30 γραμμάρια) 5 μεγάλες ή 10 μικρές ελιές
αφέψημα (βραστάρι) χωρίς ζάχαρη

Κολατσιό : 10πμ

1 φρούτο (μήλο, πορτοκάλι, αχλάδι, 3 βερύκοκα,
12 μεγάλα κεράσια, σύκα 1 μεγάλο ή δύο μικρά, σταφύλια 17 ρόγες,
μούσμουλα 8, κυδώνι 300 γραμμάρια, ρόδι 200 γραμμάρια) 120 γράμ.

Μεσημεριανό

1 φέτα ψωμί (30 γράμμ.)
100 γράμμ. κρέας (μαγειρεμένο)
ή 100 γράμμ. κοτόπουλο (μαγειρεμένο)
ή 150 γράμμ. ψάρι (μαγειρεμένο)
και σαλάτα (πράσινη) με δύο
κουταλιές του γλυκού λάδι

1 φέτα ψωμί (30 γράμμ.)
1 φλυτζάνι φακές ή αρακά (μαγειρεμένα)
και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα) με τέσσερις
κουταλιές του γλυκού λάδι

Απόγευμα : 4-5πμ

Δείπνο

1 φέτα ψωμί (30 γράμμ.)
και 1 φλυτζάνι φακές ή αρακά (μαγειρεμένα)
και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα) με τέσσερις
κουταλιές του γλυκού λάδι

1 φέτα ψωμί (30 γράμμ.)
100 γράμμ. κρέας (μαγειρεμένο)
ή 100 γράμμ. κοτόπουλο (μαγειρεμένο)
ή 150 γράμμ. ψάρι (μαγειρεμένο)
και σαλάτα (πράσινη) με δύο
κουταλιές του γλυκού λάδι

Πριν τον ύπνο : 1 φρούτο

Προσοχή :

Ατομα με σακχαρώδη διαβήτη που είναι σε θεραπεία με ινσουλίνη δεν πρέπει να παραλείπουν τα ενδιάμεσα γεύματα (κολατσιό ,απογευματινό και πρὶν τον ύπνο) για να αποφεύγουν τις υπογλυκαιμίες.
Να μη ξεχνούν ποτέ να έχουν μαζί τους ζάχαρη για άμεση αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας.
Η κατανάλωση ανισπνεύματος μπορεί να προκαλέσει βαριά υπογλυκαιμία.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ 1600 ΘΕΡΜΙΔΩΝ

Πρωινό : 1 φλυτζάνι γάλα (250 κ.ε.) αποβουτυρωμένο ή 2 φέτες ψωμί (60 γραμμάρια)
2 φέτες ψωμί (60 γραμμάρια) 2 φέτες ψωμί (60 γραμμάρια)
5 μεγάλες ή 10 μικρές ελιές
Αφέψημα (βραστάρι) χωρίς ζάχαρη

**Κολατσιό :
10π.μ** 1 φρούτο (μήλο, πορτοκάλι, αχλάδι, 3 βερύκοκα, 12 μεγάλα κεράσια,
σύκα 1 μεγάλο ή δύο μικρά, σταφύλια 17 ρόγες, μούσμουλα 8,
κυδώνι 300 γραμμάρια, ρόδι 200 γραμμάρια) 120 γράμ.

Μεσημεριανό

1 φέτα ψωμί (30 γράμμ.)
και 11/2 φλυτζάνι φακές ή αρακάς (μαγειρεμένα)
και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα) με πέντε
κουταλιές του γλυκού λάδι

2 φέτες ψωμί (60 γράμμ.)
και 100 γραμμάρια κρέας (μαγειρεμένο)
και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα) με δύο
κουταλιές του γλυκού λάδι

και μισό φρούτο

Απόγευμα : 1 φρούτο
4 - 5 μμ

Δείπνο

2 φέτες ψωμί (60 γράμμ.)
και 100 γραμμάρια κρέας (μαγειρεμένο)
και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα) με δύο
κουταλιές του γλυκού λάδι

1 φέτα ψωμί (30 γράμμ.)
και 11/2 φλυτζάνι φακές ή αρακάς (μαγειρεμένο)
και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα) με πέντε
κουταλιές του γλυκού λάδι

και μισό φρούτο

Πριν τον ύπνο :

1 φρούτο 120 γραμμάρια
ή 1 μικρό γιαούρτι (250 γραμμάρια 2% λιπαρά)
ή 1 φλυτζάνι γάλα (250 γραμμάρια 2% λιπαρά)

Προσοχή :

Άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που είναι σε θεραπεία με ινσουλίνη δεν πρέπει να παραλείψουν τα ενδιάμεσα γεύματα (κολατσιό, απογευματινό και πριν τον ύπνο) για να αποφεύγουν τις υπογλυκαιμίες. Να μη ξεχνούν ποτέ να έχουν μαζί τους ζάχαρη για άμεση αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας. Η κατανάλωση οισπνεύματος μπορεί να προκαλέσει βαριά υπογλυκαιμία.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ 1800 ΘΕΡΜΙΔΩΝ

Πρωινό : 1 φλυτζάνι γάλα (250 κ.ε.) 0% λιπαρά
2 φέτες ψωμί (60 γραμμάρια)

ή 2 φέτες ψωμί
10 μεγάλες ή 20 μικρές ελιές
βραστάρι χωρίς ζάχαρη

Κολατσιό : 1 φέτα ψωμί και 30 γραμμάρια τυρί
10π.μ

Μεσημεριανό

1 φέτα ψωμί (30 γράμμ.)

και 11/2 φλυτζάνι φακές ή αρακά (μαγειρεμένα)

και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα)
με πέντε κουταλιές του γλυκού λάδι

και 1 φρούτο

2 φέτες ψωμί (60 γράμμ.)

και 100 γραμμάρια κρέας (μαγειρεμένο)
ή 120 γραμμάρια κοτόπουλο (μαγειρεμένο)
ή 150 γραμμάρια ψάρι (μαγειρεμένο)

και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα)
με τρεις κουταλιές του γλυκού λάδι

και 1 φρούτο

Απόγευμα : 1 φρούτο
4 - 5 μμ

Δείπνο

2 φέτες ψωμί (60 γράμμ.)

και 100 γραμμάρια κρέας (μαγειρεμένο)
ή 120 γραμμάρια κοτόπουλο (μαγειρεμένο)
ή 150 γραμμάρια ψάρι (μαγειρεμένο)

και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα) με τρεις
κουταλιές του γλυκού λάδι

και 1 φρούτο

1 φέτα ψωμί (30 γράμμ.)

και 11/2 φλυτζάνι φακές ή αρακά (μαγειρεμένα)

και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα) με πέντε
κουταλιές του γλυκού λάδι

και 1 φρούτο

Πριν τον ύπνο :

1 φρούτο 120 γραμμάρια
ή 1 μικρό γισούρτι (250 γραμμάρια 2% λιπαρά)
ή 1 φλυτζάνι γάλα (250 γραμμάρια 2% λιπαρά)

Προσοχή :

Άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που είναι σε θεραπεία με ινσουλίνη δεν πρέπει να παραλείπουν τα ενδιάμεσα γεύματα (κολατσιό , απογευματινό και πρὶν τον ύπνο) για να αποφεύγουν τις υπογλυκαιμίες. Να μη ξεχνούν ποτέ να έχουν μαζί τους ζάχαρη για άμεση αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας. Η κατανάλωση οινόπνευματος μπορεί να προκαλέσει βαριά υπογλυκαιμία.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ 2000 ΘΕΡΜΙΔΩΝ

Πρωινό : 1 φλυτζάνι γάλα (250 κ.ε.) 0% λιπαρά
2 φέτες ψωμί (60 γραμμάρια) ή 2 φέτες ψωμί
10 μεγάλες ή 20 μικρές ελιές
βραστάρι χωρίς ζάχαρη



1 φέτα ψωμί και 30 γραμμάρια τυρί

Μεσημεριανό

2 1/2 φέτες ψωμί (75 γράμμ.)	1 φέτα ψωμί (30 γράμμ.)
και 120 γραμμάρια κρέας (μαγειρεμένο)	και 1 1/2 φλυτζάνι φακές ή αρακά (μαγειρεμένα)
ή 150 γραμμάρια κοτόπουλο (μαγειρεμένο)	και 30 γραμμάρια τυρί
ή 200 γραμμάρια ψάρι (μαγειρεμένο)	και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα)
και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα) με τρεις κουταλιές του γλυκού λάδι	και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα) με πέντε κουταλιές του γλυκού λάδι
και 1 φρούτο	και 1 φρούτο



Δείπνο

2 1/2 φέτες ψωμί (75 γράμμ.)	1 φέτα ψωμί (30 γράμμ.)
και 120 γραμμάρια κρέας (μαγειρεμένο)	και 1 1/2 φλυτζάνι φακές ή αρακά (μαγειρεμένα)
ή 150 γραμμάρια κοτόπουλο (μαγειρεμένο)	και 30 γραμμάρια τυρί
ή 200 γραμμάρια ψάρι (μαγειρεμένο)	και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα)
και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα) με τρεις κουταλιές του γλυκού λάδι	και σαλάτα (1 μέτρια ντομάτα) με πέντε κουταλιές του γλυκού λάδι
και 1 φρούτο	και 1 φρούτο



1 φρούτο 120 γραμμάρια
ή 1 μικρό γιαούρτι (250 γραμμάρια 2% λιπαρά)
ή 1 φλυτζάνι γάλα (250 γραμμάρια 2% λιπαρά)

Προσοχή :

Άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που είναι σε θεραπεία με ινσουλίνη δεν πρέπει να παραλείπουν τα ενδιάμεσα γεύματα (κολατσιο, απογευματινό και πριν τον ύπνο) για να αποφεύγουν τις υπογλυκαιμίες. Να μη ξεχνούν ποτέ να έχουν μαζί τους ζάχαρη για άμεση αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας. Η κατανάλωση οισπενείματος μπορεί να προκαλέσει βαριά υπογλυκαιμία.

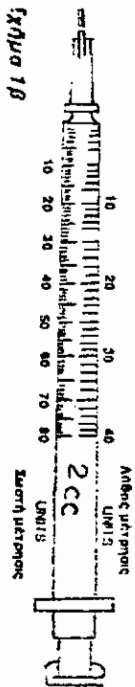
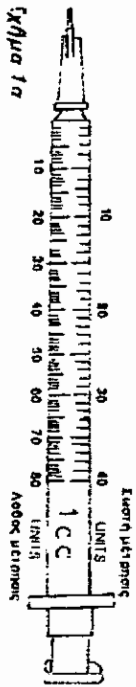


ΟΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

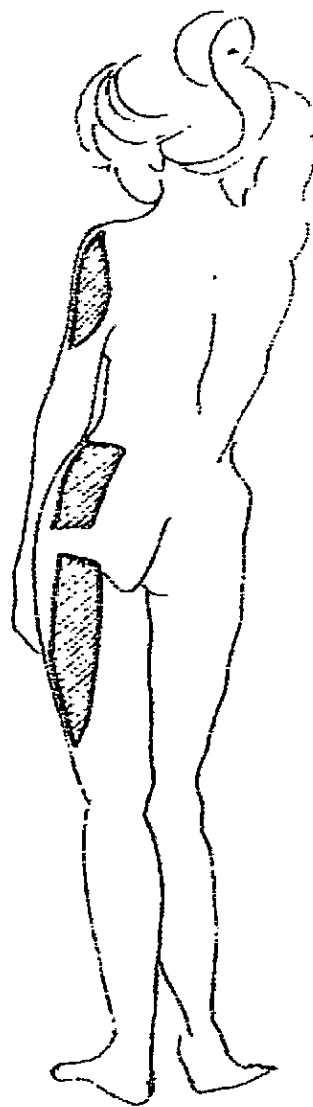
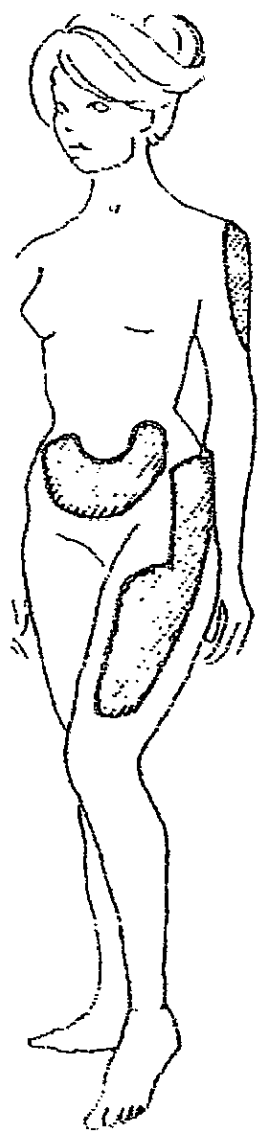
ΙΝΣΟΥΛΙΝΕΣ

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ	ΕΙΔΟΣ	ΔΟΣΗ ΑΡΧΗ	ΕΠΙΧΡΗΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ
Με ταχεία επίδραση	Κρυσταλλική	2-4	6-8
	Actrapid MC		
	Semilente MC Neutral		
Με μέση επίδραση	Lente MC	8-12	18-24
	NPH		
	Retard		
	Rapitard MC		
	Initard Menotard MC		
Με βραδεία επίδραση	Ultralente MC P.Z.I.	12-16	περίπου 36

ΟΙ ΣΥΡΙΓΓΕΣ



ΠΟΥ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΕΝΕΣΗ



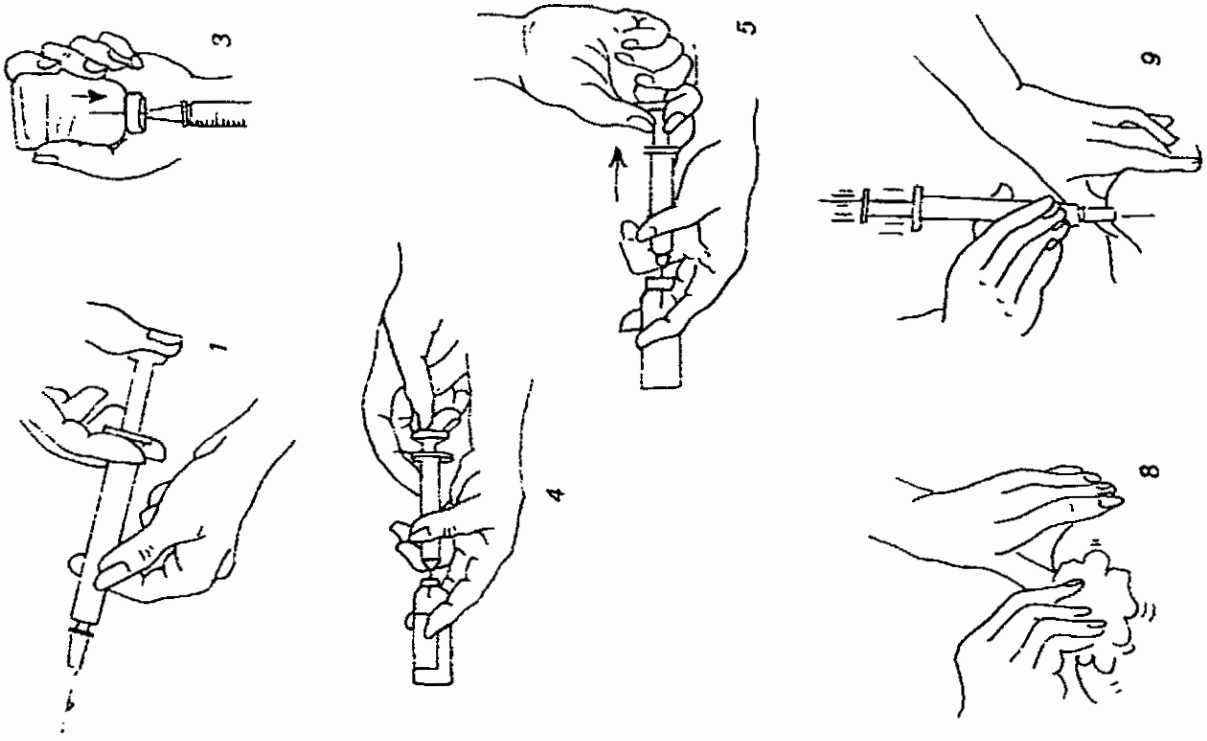
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΕΣΗ

- Παίρνετε τη σύριγγα και ανεβοκατεβάζετε το έμβολο γύρω στις δέκα φορές για να φύγουν τα ίχνη οίνοπνεύματος (στις σύριγγες μιας χρήσεως δεν είναι απαραίτητο).
- Τραβάτε το έμβολο της σύριγγας μέχρι το σημείο που αντιστοιχεί στις μονάδες που πρέπει να γίνουν.
- Αναποδογυρίζετε το μπουκάλι της ινσουλίνης και περνάτε τη βελόνα μέσα στο λαστιχένιο πώμα του μπουκαλιού.
- Σπρώχνετε το έμβολο μέχρι τέρμα, έτσι ώστε ο αέρας που ήταν στη σύριγγα να μπει στο μπουκάλι.
- Τραβάτε τώρα το έμβολο και η ινσουλίνη μπαίνει μέσα στη σύριγγα.
- Ρυθμίζετε τώρα το έμβολο ώστε να δείχνει την ακριβή δόση της ινσουλίνης που πρέπει να κάνετε.
- Τραβάτε τη βελόνα με τη σύριγγα από το μπουκάλι.

- Καθορίζετε το μέρος της ένεσης με ένα μπουκάλι με οινόπνευμα και περιμένετε λίγα δευτερόλεπτα για να εξατμιστεί.
- Πιάνετε με τα δύο δάκτυλα του άλλου χεριού το μέρος όπου θα γίνει η ένεση έτσι ώστε να σχηματιστεί μια πτυχή.
- Βάζετε τη βελόνα λοξά μέσα στην πτυχή.
- Τραβάτε λίγο το έμβολο για να δείτε αν μπαίνει μέσα στη σύριγγα αίμα (αν συμβαίνει αυτό κάνετε την ένεση σε άλλο μέρος).
- Σπρώχνετε το έμβολο μέχρι τέρμα.
- Βγάζετε τη βελόνα από το δέρμα.

- Ξεπλένετε τη σύριγγα, τραβώντας το έμβολο, με οινόπνευμα και τη βάζετε στη θήκη της. Αν είναι μιας χρήσεως την πετάτε.
- Αλλάζετε το οινόπνευμα της θήκης κάθε εβδομάδα.

Διαδικασία για την ένεση



**ΟΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΕΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ
ΤΑΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Ιδρυση Καζ
N.K. Δανδουζακι

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΡΟΣΧΙΑΣ
25-8-95

ΑΡΧΕΙΟ
31-8-1995
Η Προϊσταμένη

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΣΤ. ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ & ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ Γ'

Αθήνα 3-8-1995 ΚΕΝΙΝΑ ΣΥΡΑΝΟΥ

Αριθ. Πρωτ. ,
Π4Υ/Φ.225/οικ. 3946

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας: 101.87
Πληροφορίες : Ολ. Γεωργοπούλου
Τηλέφωνο : 5224.695

ΠΡΟΣ: ΠΙΝΑΚΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝ. ΠΡΟΣΧΙΑΣ
ΕΙΣΕΡΧΟΜΕΝΑ
Αριθ. πρωτ. 3768
Εκδόση τη. 25-8-95

ΘΕΜΑ: Κοινοποίηση και διευκρινίσεις της απόφασης Π4Υ/Φ. 225/οικ. 2866/14-6-95 (ΦΕΚ. 69/18-7-95 τ.Β'), σχετικά με την τροποποίηση και επέκταση της αρ. Γ4α/Φ. 225/161/89 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ. 108/89 τ.Β') "Περί οικονομικής ενίσχυσης Ατόμων με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α)".

Σας γνωρίζουμε ότι στο ΦΕΚ 629/18-7-95 δημοσιεύθηκε η Κοινή Υπουργική Απόφαση Π4Υ/Φ.225/οικ. 2866/14-6-95 που σας κοινοποιούμε σχετικά με την τροποποίηση και επέκταση της Γ4α/Φ. 225/161/89 Κ.Υ.Α. "περί οικονομικής ενίσχυσης Α.Μ.Ε.Α".

Με την απόφαση αυτή η οποία ισχύει από της δημοσιεύσεώς της, καθορίζονται τα ακόλουθα:

1ου: Σύμφωνα με το άρθρο 1 της κοινοποιούμενης απόφασης εντάσσονται από 18 Ιουλίου 1995, στο ενιαίο Πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ενοποιημένο Πρόγραμμα Βαριάς αναπηρίας), οι ανασφάλιστοι ή έμμεσα ασφαλισμένοι που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση δια τεχνητού νεφρού ή σε περιτοναϊκή κάθαρση, ανεξάρτητα του διατροφικού επιδόματος που λαμβάνουν.

2ου: Με το άρθρο 2 τροποποιείται το εδαφ. 2 της παρ. β' του άρθρου 2 της αριθμ. Γ4α/Φ.225/161/89 Κ.Υ.Απόφασης, έτσι ώστε να χορηγείται ολόκληρο το επίδομα στα ανασφάλιστα ή έμμεσα

./.

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ)

έλθει στο ποσό των 2.862.000 δρχ. και έχει προβλε-
στον προϋπολογισμό του ΥΠΥΚΑ με Φ. 220 και Κωδ.
1, αποφασίζουμε:

Αυξάνουμε το μηνιαίο επίδομα των:
Τυφλών δικηγόρων που αποδεδειγμένα ασκούν τη δι-
κρία από 38.600 σε 52.500 δρχ. μηνιαίως.

Των τυφλών επιστημόνων (Πανεπιστημιακού επιπέ-
δου σύμφωνα με το πτυχίο τους ασκούν αποδεδειγ-
μένη στην επιστήμη τους από 20800 σε 52500 δρχ. μη-
νάως.

Κατά τα λοιπά ισχύουν οι αποφάσεις που ρυθμίζουν
το πρόγραμμα επιδότησης τυφλών.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της
Κερνήσεως.

Αθήνα, 14 Ιουνίου 1995

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

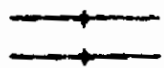
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΜΑΝΩΛΗΣ ΣΚΟΥΛΑΚΗΣ

ΑΛΕΞ. ΓΑΛΑΘΟΠΟΥΛΟΣ



π.φ. Πύλ/Φ. 226/οικ. 2868

Ενσωμάτωση και επέκταση της αριθ. Γ4α/Φ.225/161/89
(ΦΕΚ. 108/89 τ.Β') Κ.Υ. απόφασης «Περί οικονομικής
ενίσχυσης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες».

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 1 και 2 του Ν.Δ. 152/73
περί μέτρων προστασίας υπερήλικων και χρονίως πασχό-
των ατόμων.
2. Τον Α.Ν. 421/47 -περί διαθεσεως εσόδων τινών
υπέρ της Κοινωνικής Πρόνοιας.
3. Τον Ν.Δ/τος 321/69 (ΦΕΚ. 205/69 ΤΑ) περί κώδικος
Δημόσιου Λογιστικού όπως τροποποιήθηκε και συμπλη-
ρώθηκε μεταγενέστερα.
4. Τις διατάξεις του άρθρου 28α του Ν. 1558/85, όπως
αποσπείθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν.
2081/92 (ΦΕΚ. 154/92 τ. Α) με τις οποίες προβλέπεται
έλεγχος των δαπανών που προκαλούν οι κοινωνικές
διοικητικές πράξεις.
5. Την Γ4α/Φ. 225/161/3.2.89 (ΦΕΚ Β/105/89) ΚΥΑ
Ενσωμάτωση Προγραμμάτων οικονομικής ενίσχυσης
ΑΜΕΑ.
6. Την ΔΥ3α/370/14.7.94 (ΦΕΚ. Β/550/94) απόφαση
Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και
Κοινωνικών Ασφαλίσεων -περί αναθεώρησης αρμοδιοτήτων
στον Υφυπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφα-
λίσεων Εμμανουήλ Σκουλάκη.
7. Η δαπάνη που θα προκύψει από την παρούσα τροπο-
ποίηση επέκταση της ανωτέρω (δ) σχετικής Κ.Υ. απόφα-
σης μας, για το χρονικό διάστημα από 1 Ιουλίου 1995 έως
31.12.95, για την παροχή νεφροπαθειών ανέρχεται στο ποσό
των (30.630.000) τριάντα εκατομμυρίων εξακοσίων χιλιά-
δων δραχμών για δε τα νεφρολογικά κέντρα στο
ποσό των (76.500.000) εβδομήντα έξι εκατομμυρίων πε-
τακοσίων χιλιάδων δραχμών, και θα καλυφθούν από τις

πιστώσεις του τακτικού Προϋπολογισμού του Υπουργείου
μας στο Φ. 220 ΚΑΕ. 2726 (βαριές αναπηρίες), αποφασί-
ζουμε:

Άρθρο 1

Εντάσσουμε στο ενιαίο Πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυ-
σης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ενοποιημένο πρόγραμμα
βαριές αναπηρίας), το οποίο εφαρμόζεται δυνάμει των
διατάξεων της αριθ. Γ4α/Φ.225/161/3.2.89 (ΦΕΚ.
108/89 τ.Β') τους ανασφάλιστους ή έμμεσα ασφαλισμέ-
νους νεφροπαθείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο
νεφρικής ανεπάρκειας, και υποβάλλονται σε διαδικασία
αιμοκάθαρσης δια τεχνητού νεφρού ή σε περιτοναϊκή κά-
θαρση, ανεξαρτήτως του διατροφικού επιδόματος.

Άρθρο 2

Προϋποθέσεις χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης.
Το εδάφιο 2 της παρ. β του άρθρου 2 της Γ4α/Φ.225/
161/89 (ΦΕΚ. 108/89 τ.Β') Κ.Υ. Απόφασης αντικαθίσταται
ως εξής:

Τα ανασφάλιστα και έμμεσα ασφαλισμένα τέκνα, τα
οποία λαμβάνουν από οποιαδήποτε πηγή/αύταξη, προ-
σούληση ή άλλου είδους οικονομική παροχή για την ανα-
πηρία τους ίση ή μικρότερη της προβλεπόμενης από την
απόφαση αυτή, καταβάλλεται στον δικαιούχο ολόκληρο το
πληρούμενο με την απόφαση αυτή επίδομα.

Άρθρο 3

Απαιτούμενα δικαιολογητικά
Έκδοση απόφασης αναγνώρισης και έγκρισης χορήγη-
σης οικονομικής ενίσχυσης σε νεφροπαθείς τελικού στα-
δίου και νεφρολογικά εξαρτημένων ατόμων.

Καθορίζουμε τη διαδικασία για την έκδοση αναγνωρι-
στικής απόφασης και την έγκριση χορήγησης οικονομικής
ενίσχυσης των νεφροπαθών τελικού σταδίου και τροπο-
ποιούμε τα κείμενα της διαδικασίας οικονομικής ενίσχυσης των (νε-
φρολογικά εξαρτημένων ατόμων (ανασφάλιστων ή έμμεσα
ασφαλισμένων) τα οποία δεν καλύπτονται πλήρως στην
προμήθεια ιατροφαρμακευτικού υλικού και αντιδραστη-
ριων απαραίτητων για την αντιμετώπιση της παθολογίας
των.

Για την έκδοση της αναγνωριστικής απόφασης καταβο-
λής της οικονομικής ενίσχυσης των:

1. νεφροπαθών (ανασφάλιστων ή έμμεσα ασφαλισμέ-
νων) ανεξαρτήτως ηλικίας, που βρίσκονται στο τελευταίο
στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας και υποβάλλονται σε διαδι-
κασία αιμοκάθαρσης δια τεχνητού νεφρού ή σε περιτο-
ναϊκή πλύση και
2. νεφρολογικά εξαρτημένων ατόμων (ανασφάλιστων ή έμ-
μεσα ασφαλισμένων), πρέπει να προσκομισθούν στις αρ-
μόδιες Διευθύνσεις Υγείας, Πρόνοιας της Νομαρχίας του
τόπου κατοικίας του ενδιαφερομένου, όλα τα προβλεπόμε-
να από το άρθρο 5 της αριθ. Γ4α/Φ.225/161/89 Κοινής
Υπουργικής Απόφασης μας δικαιολογητικά πλην της γνω-
μάτευσης της Α' Βουλής Υγειονομικής Επιτροπής, που προ-
βλέπουν οι διατάξεις του εδ. γ, της παρ. 1 του ανωτέρω
άρθρου, αν' αυτής (της γνωμάτευσης) υποβάλλεται για
μεν τους νεφροπαθείς «γνωμάτευση Νεφρολόγου για-
τρού από Μονάδα Αιμοκάθαρσης Κρατικού Νοσοκομείου
ΙΚΑ όπου θα βεβαιώνεται ότι το Πρόσωπο που εξετάσθηκε
πέσχει από νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και υπο-
βάλλεται σε αιμοκάθαρση δια τεχνητού νεφρού ή σε περι-

τοναϊκή κάθορση, για δε τα νουαλινοεξαρωμενα άτομα ανεξαρτητως ηλικίας «γνώμότευση διαβητολογικού Κέντρου ή Ειδικού Διαβητολογικού Ιατρείου Κρατικού Νοσοκομείου».

Και στις δύο περιπτώσεις, η γνώμότευση θα πρέπει να είναι θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής του γιατρού από το Διοικητικό Διευθυντή της Νοσηλευτικής Μονάδας.

Άρθρο 4

1. Κατά το λοιπά έχουν ανάλογη εφαρμογή οι διατάξεις των άρθρων 3, 6, 7, 8, 9, της ΚΥΑ Γ4α/Φ.225/161/3.2.89 (ΦΕΚ. 108/89 ΤΒ).

2. Οι λεπτομέρειες εφαρμογής της απόφασης αυτής θα καθορισθούν με εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 14 Ιουνίου 1995

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΑΛΕΞ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΜΑΝΩΛΗΣ ΣΧΟΥΛΑΚΗΣ

ΑΔΙ9 ΔΥ3α/7127

(3)

Μεταφορά λογαριασμού Ταμειακής Διαχείρισης του Κρατικού Βρεφονηπιακού Σταθμού Δράμας.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α) Του ΠΔ της 20.1.32 «Περί διαχείρισεως Νομικών Προσώπων υπό της Τραπεζής της Ελλάδος».

β) Του Α.Ν. 1811/50 «περί καταθέσεων ΝΠΔΔ και Ασφαλιστικών Ταμείων», όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με το ΝΔ 2999/54 και 3858/58.

γ) Του Ν. 1902/17.10.90, άρθρο 13.

-2. Το αρ. 130/85 έγγραφο του Κρατικού Βρεφονηπιακού Σταθμού Δράμας με συνημμένο απόσπασμα πρακτικού της αρ. 5/10.4.95 Συνεδρίασης του Δ.Σ. αποφασίζουμε:

Εγκρίνουμε τη μεταφορά του λογαριασμού Ταμειακής Διαχείρισης του Κρατικού Βρεφονηπιακού Σταθμού Δράμας, από την Εθνική Τράπεζα, στην Αγροτική Τράπεζα Ελλάδος, σύμφωνα με τις διατάξεις και τις προϋποθέσεις που ισχύουν.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 23 Ιουνίου 1995

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Δ. ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΣ

Αριθ. Υ5/οικ. 1164

(4)

Πιστοποίηση φορέων για την υλοποίηση ολοκληρωμένων προγραμμάτων του Ε.Π. «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας».

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Π.Δ. 138/82 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΦΕΚ 88/Α), που τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με το Π.Δ. 349/93 (ΦΕΚ 148/Α).

2. Τις διατάξεις του Κανονισμού (ΕΟΚ) αριθμ. 2081/93 του Συμβουλίου της 20.7.93.

3. Τις διατάξεις του Κανονισμού (ΕΟΚ) αριθμ. 2082/93 του Συμβουλίου της 20.7.93.

4. Τις διατάξεις του Κανονισμού (ΕΟΚ) αριθμ. 2084/93 του Συμβουλίου της 20.7.93 «Διατάξεις Εφαρμογής του Καν. (ΕΟΚ) αριθμ. 2052/88 όσον αφορά το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο».

5. Την Απόφαση της Επιτροπής της Ε.Ε. με αριθμ. Ε. (94) 1716 της 13.7.1993 σχετικά με την κατάρτιση του Κ.Π.Σ. 1994 - 1999 «Για την ανάπτυξη και την διαρθρωτική προσαρμογή της Ελλάδας».

6. Τις Αποφάσεις της Επιτροπής της Ε.Ε. με αριθμ. C (94) 1421 και C (94) 1420 της 29.7.94, σχετικά με την έγκριση των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης και Καταπολέμησης του Αποκλεισμού από την αγορά εργασίας αντίστοιχα, που εντάσσονται στο 2ο Κ.Π.Σ.

7. Το γεγονός ότι από την παρούσα απόφαση δεν προκαλείται δαπάνη εις βάρος του Κρατικού προϋπολογισμού.

8. Την με αρ. πρωτ. Υ5/οικ. 877/28.5.95 ενημερωτική έκθεση της υπηρεσίας μας για τους φορείς που έλαβαν μέρος στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

9. Την απόφαση του Υπουργείου Εργασίας αριθμ. 108473/13.5.95 «Σύστημα πιστοποίησης φορέων και διαχείριση ενεργειών του Λειτουργικού Προγράμματος Καταπολέμησης του Αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» (ΦΕΚ 4478).

10. Την αρ. ΔΥ3α/370/1994 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για την εκχώρηση αρμοδιοτήτων αποφασίζουμε:

Άρθρο 6 και 7

30. Ν. 1868/85 αρ. 20 και 21, αποφασίζουμε:

Πιστοποιούμε ότι οι κατωτέρω φορείς:

1. ΠΕΡ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΠΑΙΔΩΝ «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ».

2. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ.

3. ΑΓΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ.

4. ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ.

5. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΔΡΟΜΟ-ΚΑΤΤΕΙΟ.

6. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ.

7. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.

8. ΠΕΡ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».

9. ΓΕΝ. ΝΟΜ. ΝΟΣ. «ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ».

10. ΠΕΡ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ.

11. ΠΕΡ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ».

12. ΠΕΡ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΝΟΣ/ΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ «ΣΩΤΗΡΙΑ».

13. ΠΕΡ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΝΙΚΑΙΑΣ.

14. ΠΕΡ. ΠΑΝ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.

15. ΠΕΡ. ΠΑΝ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ.

16. ΠΕΡ. ΠΑΝ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΠΑΤΡΩΝ.

βαίνει το όριο το οποίο τίθεται κάθε φορά από το ΔΣ του ΟΠΑΔ.

γ. Υπογραφή και σφραγίδα του θεράποντα οδοντιάτρου για την πραγματοποίηση των εργασιών.

δ. Έγκριση από τα αρμόδια ελεγκτικά όργανα των πραγματοποιηθεισών εργασιών.

Α.6.8. Δαπάνη οδοντιατρικής επίσκεψης δεν αναγνωρίζεται παρά μόνο σε έκτακτες και επείγουσες περιπτώσεις για την αντιμετώπιση οξείων περιστατικών, για τα οποία δεν έχει πραγματοποιηθεί άλλη οδοντιατρική πράξη, μετά από έγκριση του ελεγκτή οδοντιάτρου.

Α.7. Ειδική Αγωγή

Α.7.1. Ο Οργανισμός καλύπτει δαπάνες ειδικής αγωγής για παιδιά ασφαλισμένων σε ειδικά εκπαιδευτήρια και ιδρύματα περίθαλψης, για άτομα με βαριά νοητική ή σωματική αναπηρία, σύμφωνα με το εκάστοτε ισχύον τιμολόγιο (τροφεία - νοσηλεία). Η δαπάνη αυτή καταβάλλεται ύστερα από σχετική γνωμάτευση ειδικού ιατρού, έγκριση του αρμόδιου ελεγκτή ιατρού του Οργανισμού και έγκριση σχετικής απόφασης εισαγωγής.

Η δαπάνη αυτή περιλαμβάνει το σύνολο των θεραπειών.

Α.8. Λοιπή περίθαλψη

Α.8.1. Ο ΟΠΑΔ παρέχει στους άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένους του τα ενδεδειγμένα προς αποκατάσταση της υγείας τους ή προς ανακούφιση από τη νόσησή τους καταστάσεις θεραπευτικά μέσα και προθέσεις. Τα είδη αυτά με απόφαση του ΔΣ του ΟΠΑΔ διακρίνονται σε συνήθη και μη συνήθη.

Α.8.2. Τα θεραπευτικά μέσα και οι προθέσεις κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασφαλισμένου χρεώνονται στο λογαριασμό νοσηλείας του που υποβάλλεται από το νοσοκομείο ή την κλινική.

Α.8.3. Η χρήση θεραπευτικών μέσων και προθέσεων εκτός νοσηλείας γίνεται με τους εξής όρους και προθέσεις:

α. Τα συνήθη ύστερα από γνωμάτευση του ειδικού με τη πάθηση θεράποντα ιατρού και έγκριση του αρμόδιου ελεγκτικού οργάνου του ΟΠΑΔ.

β. Τα μη συνήθη ύστερα από αιτιολογημένη γνωμάτευση διευθυντή ή επικεφαλής Α' αντιστάθμου με την πάθηση τμήματος κρατικού νοσοκομείου και έγκριση του αρμόδιου ελεγκτικού οργάνου του ΟΠΑΔ.

Θεραπευτικά μέσα και προθέσεις αξίας μέχρι χιλίων (1.000) ευρώ χορηγούνται βάσει τιμολογίου.

Θεραπευτικά μέσα και προθέσεις αξίας από χίλια ένα (1.001) ευρώ μέχρι τρεις χιλιάδες (3.000) ευρώ, χορηγούνται βάσει της χαμηλότερης τιμής τριών (3) προσφορών.

γ. Θεραπευτικά μέσα και προθέσεις αξίας ανώ των τριών χιλιάδων (3.000) ευρώ, χορηγούνται με τους όρους της προηγούμενης περίπτωσης και επιπλέον μετά από απόφαση του ΔΣ του ΟΠΑΔ.

3. Ακουστικά βαρηκοΐας για βαρέως παιδιά ασφαλισμένα στον ΟΠΑΔ με ποσοστό κώφωσης πάνω από 80% ή άθροισμα για άμεσα ασφαλισμένων και συνταξιούχων ηλικίας χήρας ανά πανταχού.

4. Ειδική τροφή που κρίνεται απαραίτητη για την αντιμετώπιση ή θεραπεία μεταβολικών νοσημάτων και χορηγούνται ύστερα από γνωμάτευση του διευθυντή τμήματος κρατικού νοσοκομείου.

5. Θεραπευτικά είδη μετά την πάροδο διετίας από την προηγούμενη προμήθεια. Εξαιρούνται τα παιδικά υποδή-

ματα, οι κηδεμόνες σκελίωσης και κώφωσης, για παιδιά ηλικίας μέχρι 14 ετών, τα οποία χορηγούνται μετά πάροδο ενός (1) έτους από την προηγούμενη προμήθεια αυτών.

6. Γυαλιά, μόνο τα μεταχειριστικά χρησιμοποιούμενα. Στην έννοια των γυαλιών περιλαμβάνονται ο σκελετός και οι φακοί. Το σύνολο της δαπάνης που αναγνωρίζεται δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερο των 100 ευρώ.

7. Στρώματα κατακλίσεως εφάπαξ σε μακροχρόνια κατάκοιτους ασθενείς μετά από σχετική γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού και έγκριση του ελεγκτή ιατρού μέχρι 120€.

8. Ηλεκτροκίνητο σμαξίδιο σε πάσχοντες από ολική παραπληγία ή ακρωτηριασμένων κάτω άκρων μετά από γνωμάτευση διευθυντή αντίστοιχου τμήματος κρατικού νοσοκομείου, έγκριση δύο ελεγκτών ιατρών του ΟΠΑΔ καθώς και του ΔΣ του ΟΠΑΔ μέχρι του ποσού των τριών χιλιάδων οκτακοσίων δέκα πέντε ευρώ.

9. Συσκευές C-PAP και Bi-PAP εφάπαξ μετά από γνωμάτευση διευθυντή νοσοκομείου αντίστοιχου τμήματος, έγκριση ελεγκτή ιατρού και μέχρι του ποσού των χιλίων διακοσίων (1.200) και χιλίων τετρακοσίων (1.400) ευρώ αντίστοιχως.

10. Ηλεκτροκίνητο ποδήλατο MOTOMED σε τετραπληγικούς εφάπαξ μετά από γνωμάτευση διευθυντή νοσοκομείου αντίστοιχου τμήματος, έγκριση ελεγκτή ιατρού και μέχρι του ποσού των χιλίων επτακοσίων ευρώ.

11. Δαπάνες εξωσωματικής γονιμοποίησης, μόνο στις άμεσα ασφαλισμένες και τις συζύγους των άμεσα ασφαλισμένων του ΟΠΑΔ ηλικίας μέχρι 47 ετών και μέχρι τρεις (3) προσπάθειες επίσημες, αφού συμπληρωθεί τμήμα από την τελευταία προσπάθεια.

12. Φιάλες οξυγόνου, υγραντήρες, ροόμετρα και δεκόμενα μεταφοράς αερίου οξυγόνου δεν χορηγούνται (χορηγούνται μόνο δαπάνη προμήθειας του αερίου οξυγόνου).

13. Ο ΟΠΑΔ παρέχει στους άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένους του τα απλά διαγνωστικά μέσα ήτοι συσκευή μέτρησης σακχάρου κάθε πέντε χρόνια, καθώς και τα ανάλυση με κατά μήνα απαραίτητα υλικά ήτοι δύο συσκευασίες ταινιών, μία συσκευασία βελόνων και είκοσι πέντε εφαρμοστήρες στους ασθενείς με ανισουλινεζαρτιζόμενα διαβητικά μετά από σχετική έγκριση από τον ελεγκτή ιατρό.

Α.8.4. Σε όλα τα χορηγούμενα θεραπευτικά και διαγνωστικά μέσα και προθέσεις ο ασφαλισμένος έχει συμμετοχή στην δαπάνη είκοσιπέντε τοις εκατό (25%).

Άρθρο 7

Β. Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Β.1. Νοσοκομειακή περίθαλψη

1. Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει την νοσηλεία του πάσχοντα την επιδίωξη του, την απόδοξη παθητικής ιατρική, νοσηλευτική και φαρμακευτική προς αυτόν, συνδρομή και ειδικότερα τη δαπάνη αγωγή και θεραπεία και αποκατάστασης σωματικών και ψυχικών ανησυχιών ή νοσηρών εν γένει καταστάσεων, καθώς και της φαρμακευτικής συντήσεως ή ειδικών θεραπειών παρακλινικές εξετάσεις ή κάθε είδους φάρμακα ειδικά θεραπευτικά μέσα και προθέσεις σε νοσηλευτικά ιδρύματα θεραπευτικά νοσηλευτήρια μη καρδιοανατομικού χαρακτήρα και ιδιωτικά κλινικά. Με νοσηλευτήρια μη καρδιοανατομικού χαρακτήρα και ιδιωτικά κλινικά είναι δυνατόν ο ασφαλισμένος

3. Στο άρθρο 16 προστίθεται παράγραφος 4, που έχει ως εξής:
 " 4. Το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων στην αξία του αναλώσιμου υγειονομικού υλικού και των σκευασμάτων ειδικής διατροφής που προμηθεύονται από το εμπόριο είναι 25%.

Οι χρόνια πάσχοντες δεν καταβάλλουν συμμετοχή στη δαπάνη αγοράς των παρακάτω ειδών υγειονομικού υλικού: καθετήρων σιδήρας, ουροσυλλεκτών, υλικών παρά φύσει στομίων και των παρακολουθημάτων τους, υλικών αποσιδήρωσης, τραχειοσωλήνων, συρίγγων ινσουλίνης μίας χρήσεως, βελόνων φασιγγοσυρίγγων ή συσκευών κορηγήσεως ινσουλίνης.

Οι παραπληγικοί, οι τετραπληγικοί, οι νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκαταστάσεως ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού καθώς και οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας, δε συμμετέχουν στη δαπάνη αγοράς του αναλώσιμου υγειονομικού υλικού που έχουν ανάγκη.

Δεν καταβάλλεται συμμετοχή για το υγειονομικό υλικό και τα σκεύασματα ειδικής διατροφής που προμηθεύονται οι ασφαλισμένοι από τις Αποθήκες τα Φαρμακεία και τα Ιατρεία του Ιδρύματος."

~~Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως...~~

Αθήνα, 28 Αυγούστου 1992.

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

Δ. ΣΙΟΥΦΑΣ

1. Κ. 4.

Γραφείο Διευθ.
Γραφείο Αναγλ. Διευθ.
Γραφείο Απογμ. Διευθ.
Διαβητολογικό
Παθολογικό
Εργαστήριο
Φαρμακευτική

Αθήνα, 27/12/2002

Αριθ. Πρωτ. Γ55/386

Επίσημη Γραμμάτεια
15/1/03
65

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ

ΠΡΟΣ

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Κων/νου 8, 10241 Αθήνα
Πληροφορίες Π. Λίτσα
Αριθ. Τηλεφώνου: 210-5220754
" FAX : 210-5226730

1. Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας ΙΚΑ
2. Περιφερειακά και Τοπικά Υποκ/τα ΙΚΑ (Υγειονομικές, Φαρμακευτικές Υπηρεσίες) και Υπηρεσίες Παροχών
3. Νοσοκομεία ΙΚΑ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γραφείο Υποδιευκτιή Τομέα Υγείας
2. Γραφείο Γεν. Δ/ντριας Υπη/σιών Υγείας
3. Δ/νσεις Επιδείρωσης Υπηρεσιών Υγείας & Ασφάλισης
4. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο
5. Τοπικούς Φαρμακευτικούς Συλλόγους

ΘΕΜΑ: " Απλοποίηση διαδικασίας χορήγησης ταινιών μέτρησης σακχάρου στο αίμα και σκαριφιστήρων "

ΣΧΕΤΙΚΟ: Το υπ' αριθμ. 612123/23-9-02 έγγραφο του Διαβητολογικού Κέντρου της Νομαρχιακής Μονάδας Υγείας Αθηνών.

Σας γνωρίζουμε ότι για τη διευκόλυνση των διαβητικών ασφαλισμένων και κατόπιν σύμφωνης γνώμης του Διαβητολογικού Κέντρου της Νομαρχιακής Μονάδας Υγείας Αθηνών, θα αναγράφονται στις συνταγές ΙΚΑ μαζί με την αντιδιαβητική αγωγή (Δισκία ή Ινσουλίνη) και ο απόλυτος αναγκαίος αριθμός ταινιών μέτρησης σακχάρου στο αίμα, καθώς και οι σκαριφιστήρες για λήψη αίματος, σε ποσότητα όπως ορίζεται από το έγγραφο Γ55/349/14-6-2001.

Με τον ίδιο τρόπο είχε γίνει ρύθμιση για τις βελόνες φυσιγγοσυρίγγων με το Γ55/280/17-11-99 έγγραφο.

Οι εν λόγω συνταγές θα είναι επιταξιολογούμενες, θα εκτελούνται σε ιδιωτικά φαρμακεία και θα υποβάλλονται για εξόφληση με τους λογαριασμούς συνταγών στα Υποκαταστήματα του ΙΚΑ.

Όταν οι ασφαλισμένοι έχουν ανάγκη μόνο βελόνες φυσιγγοσυρίγγων ή μόνο ταινίες ή σκαριφιστήρες, θα συνεχίσουν να αναγράφονται τα υλικά αυτά από τους θεράποντες ιατρούς σε παραπεμπτικό σημείωμα και θα ακολουθείται η διαδικασία που ισχύει μέχρι σήμερα.

Ακριβές Αντίγραφο
Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΟΤ/ΛΟΥ
ΚΑΙ ΔΙΕΚΠ/ΤΗΣ

Η ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΡΗΝΗ ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ



Αρ. πρωτ → Γ55/292

- 5 -

2) Οι γιατροί θα περιορίζονται στη συνταγογράφηση των ιδιοσκευασμάτων που περιλαμβάνονται στον ενιαίο κατάλογο (λίστα φαρμάκων) . Μπορούν να συνταγογραφούν ιδιοσκευάσματα που δεν περιλαμβάνονται στον κατάλογο εφ' όσον χαρακτηρίζονται ως αναντικατάστατα επί της συνταγής και συνοδεύονται από το έντυπο ιατρικής γνωμάτευσης - υπόδειγμα της οποίας σας έχει κοινοποιηθεί.

3. Για τον καθορισμό της συμμετοχής του ασφ/νου θα τηρούνται αυστηρά οι υπ' αριθμ. 7/οικ.1143/21-12-90 , 7/οικ.1144/21-12-90 , 7/οικ.319/1-4-92 και ΦΤ/οικ. 1624/4-11-99 Υπ. αποφάσεις και οι διατάξεις του Νόμου 2676/1999 και συγκεκριμένα :

Α. Δεν καταβάλλουν συμμετοχή για τα φάρμακα που χορηγούνται σε εργατικό στύχημα και για τα φάρμακα που χορηγούνται στη μητρότητα (κύηση - τοκετός - λοχεία) .

Επίσης δεν καταβάλλουν συμμετοχή οι χρόνια πάσχοντες από τις εξής παθήσεις.

α) Νεοπλασμάτα όλων των συστημάτων και λευχαιμιών (Αντινεοπλασματικά φάρμακα και τα ανάστοτά τους , καθώς και τα φάρμακα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των συνεπειών των νεοπλασμάτων) .

β) Οι διαβητικοί μόνο για την ινσουλίνη .

γ) Οι πάσχοντες από ψυχώσεις για τα νευροληπτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα .

δ) Οι επιληπτικοί για τα αντιεπιληπτικά φάρμακα .

ε) Οι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία για τα φάρμακα αποσιδήρωσης και των επιπλοκών της νόσου .

στ) Οι αιμορροφικοί για τους αντιαιμορροφικούς παράγοντες .

ζ) Οι πάσχοντες από υποφυσιογενή γαλιισμό για την αλιεπτική ορμόνη .

η) Οι πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκατάστασης με τεχνητά μέσα και οι έχοντες υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας, οι παραπληγικοί και τετραπληγικοί, καθώς και οι ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση συμπαγών ή ρευστών οργάνων, για όλα ανεξαρτήτως τα φάρμακα.

θ) Οι ασφαλισμένοι για τα κυτταροστατικά και ανεπαρρυθμιστικά φάρμακα, ανεξάρτητα της πάθησης από την οποία πάσχουν .

ι) Οι HIV θετικοί ασθενείς για τα αντιστροικά φάρμακα που συνταγογραφούνται από τα αναγνωρισμένα κέντρα αναφοράς για τη διάγνωση του AIDS και τις αναγνωρισμένες νοσοκομειακές μονάδες ειδικών λοιμώξεων .

Καθολισμός φαρμάκων που χορηγούνται (ΩΡΦΕΑΝ)

ΩΡΦΕΑΝ χορηγούνται τα καθοριζόμενα φάρμακα για την αντιμετώπιση ή θεραπεία των κατωτέρω χρόνιων παθήσεων (Υπουργική Απόφαση σοιθ. 7/οικ.1144/21.12.90).

- α. Νεοπλασμάτων όλων των συστημάτων και λευχαιμιών (αντινεοπλασματικά φάρμακα και τα αντίδοτά τους καθώς και τα φάρμακα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των συνεπειών των νεοπλασμάτων).
- β. Σακχαρώδη διαβήτη (ινσουλίνα)
- γ. Ψυχώσεων (νευροληπτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα).
- δ. Επιληψίας και λοιπών εpileπτικών καταστάσεων (αντιεpileπτικά φάρμακα).
- ε. Μεσογειακής αναιμίας (φάρμακα αποσιδήρωσης και των τυχόν επιπλοκών της νόσου).
- στ. Αιμορροφιλίας (αντιαιμορροφιλικοί παράγοντες).
- ζ. Υπερσυναγμένου νανισμού (αυξητική ορμόνη).

Επίσης δεν καταβάλλουν συμμετοχή :

- α. Οι πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκατάστασης με τεχνητά μέσα και οι έχοντες υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς και οι παραπληγικοί και τετραπληγικοί, για όλα ανεξαρτήτως τα φάρμακα.
- β. Οι ασφαλισμένοι για τα κυτταροστατικά και ανοσορρυθμιστικά φάρμακα, με τα οποία υποβάλλονται σε θεραπεία, ανεξαρτήτως της πάθησης από την οποία πάσχουν.
- γ. Οι ασφαλισμένοι για τα φάρμακα που προμηθεύονται στο τακτικό Νοσοκομείο.

Τέλος, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 19 του Νομού 1902/90, δεν καταβάλλεται συμμετοχή (χορηγούνται δωρεάν), στα φάρμακα για τη μητρότητα και το εργατικό ατύχημα.

→ εμβόλια.

Υπόψη Κολλ
Θωδωράκης

δαπής, πάσα δαπάνη μεταφοράς του ιστού, μοσχεύματος ή οργάνου, καθώς και πάσα άλλη εν γένει παροχή, γενομένη επί σκοπώ μεταμοσχεύσεως.

2. Εάν, συντρεχουσών των προϋποθέσεων των παρ. 1 και 2 του άρθρ. 3 του παρόντος, ελλείψει κλίνης εις τα κατά το άρθρο 4 του παρόντος θεραπευτήρια, δεν καθίσταται δυνατή η εισαγωγή ασθενούς εις αυτά, η δε αναβολή της εισαγωγής τούτου συνεπάγεται κίνδυνον της υγείας του, παρέχονται υπό του ΟΓΑ, μέχρις εξευρέσεως κλίνης, πάσης φύσεως ιατρικά φροντίδες, απλά χειρουργικά επεμβάσεις και πάσα εν γένει αναγκαία περίθαλψις, περί των οποίων τα εδ. α', β', και γ' της παρ. 2 του άρθρου 5 του παρόντος και τα εδάφ. α' και β' της παρ. 3 του αυτού άρθρου και υπό τους τιθεμένους δια των διατάξεων του παρόντος περιορισμούς.

3. Υπό του ΟΓΑ παρέχονται εις ασθενείς αι επόμεναι παροχαί περιθάλψεως, εφόσον κρίνεται δυνατή και συμφερωτέρα διά τον ΟΓΑ η χορήγησις τούτων του ασθενούς παραμένοντος εκτός θεραπευτηρίου:

α) απλά χειρουργικά επεμβάσεις

β) αίμα και τα παράγωγα ή υποκατάστατα αυτού, αυξητικά ορμόναι εις πάσχοντες εξ υποφυσιογενούς νοσήσιου, οξυγόνον, ιδιοσκευάσματα διατροφής και αναπύσεως των πασχόντων εκ φαινυλκετονουρίας και της αυτής οικογενείας νόσων, μολοξοθεραπείαι, κινησιοθεραπείαι και εξονοθεραπείαι

γ) 4. Οι διατάξεις των εδαφίων γ και γα' της παρ. 3 του άρθρου 6 αντικαθίστανται ως εξής:

γ. Οι παροχές για τις οποίες προβλέπουν τα εδάφια β και γ της παρ. 2 του άρθρου 5 του παρόντος, το τέστι σακχαρώδη, ουρογίνες για τις ενέσεις ινσουλίνης καθώς και τα υλικά που χρησιμοποιούν οι νεφροπαθείς, οι οποίοι κάνουν θεραπεία με τη μέθοδο της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης.

Στους νεφροπαθείς για το μη αναλώσιμο υλικό όπως λάρβες ΚΟΟΠΕΡ, ατομική ζυγαριά, ηλεκτρική θερμότητα κλπ. αποδίδεται η αξία αγοράς τους εφάπαξ. Για τα αναλώσιμα υλικά καθώς και για την τυχόν δαπάνη μεταφοράς του διαλύματος της αιμοκάθαρσης, η δαπάνη που αποδίδεται δεν μπορεί να είναι ανώτερη για κάθε μήνα από 48.000 δραχ. (147 Ευρώ) συνολικά. Το ποσό αυτό αναπροσαρμόζεται κάθε φορά με απόφαση του του Υπουργού Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από πρόταση του Δ.Σ. του ΟΓΑ.

Επιπλέον στα άτομα που πάσχουν από νεανικά σακχαρώδη διαβήτη, καταβάλλεται για μία μόνο φορά η αξία αγοράς της φορητής συσκευής για τον προσδιορισμό του σακχαρώδη στο αίμα.

Η αξία των υλικών προμήθειάς τους, η οποία στην περίπτωση της φορητής συσκευής δεν μπορεί να υπερβαίνει το δηλώσιμο της κατώτατης σύνταξης αναπηρίας που καταβάλλεται κάθε φορά από τον ΟΓΑ.

Η διάταξη αυτή ισχύει και για τις εκκρεμείς υποθέσεις που υπάρχουν στον ΟΓΑ [Όπως η περ. γα' προστέθηκε από την παρ. 2 της ΑΥΓγΠρΚοινΑσφ 400/106/13.11.10.12.1985 (ΦΕΚ Β' 740)].

Υποβλ. από
Φ 30/1282,
Φα. 126/7

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

- ✚ ΒΑΖΑΙΟΥ-ΓΕΡΑΣΙΜΙΔΗ ΑΝ.: Σακχαρώδης Διαβήτης Θεωρία και Πράξη. Εκδ. Τούντας, Αθήνα, 1995.
- ✚ ΓΙΑΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ-ΒΡΕΝΤΖΟΥ : Διαβήτης και κύηση, νεογνά διαβητικών μητέρων. Ελληνική παιδιατρική εταιρία. Αθήνα, 1994.
- ✚ ΔΕΛΛΑΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ Η.Δ. : Manual Παιδιατρική Θεραπευτική. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας (2^η έκδ.). Αθήνα, 1983.
- ✚ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ : 3^ο Πανελλήνιο συνέδριο (Λεμεσός-Κύπρος) 13-14 Ιουνίου 1992
- ✚ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ : Μελέτη Επιδημιολογίας του νεανικού σακχαρώδη διαβήτη στην Ελλάδα. Εκδόθηκε από την Παιδιατρική κλινική του νοσοκομείου «ΠΑΙΔΩΝ», Αθήνα, 1996.
- ✚ ΘΑΛΑΣΣΙΝΟΣ Ν. : Το βιβλίο του διαβητικού. Εκδόθηκε από το νοσοκομείο «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», ΑΘΗΝΑ, 1981.
- ✚ ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΥ Ν. : Η πρακτική αντιμετώπιση του διαβήτη και του διαβητικού κώματος. Εκδ. Παρισσιανός, Αθήνα, 1982.
- ✚ ΚΟΥΡΟΣ Ι. : Ιατροψυχολογικά Θέματα Εξελίξεις Στην Νευρολογία και Ψυχιατρική Ενηλίκου και Παιδιού. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1996.
- ✚ ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ. : Ψυχολογικές Επιπτώσεις του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι κατά την παιδική ηλικία. Εκδόθηκε από την παιδοψυχιατρική νοσοκομείου «ΠΑΙΔΩΝ» Αγ.Σοφία, Αθήνα, 1993.
- ✚ ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ Γ. : Παιδιατρική. Εκδόθηκε από την παιδιατρική κλινική «ΠΑΙΔΩΝ», Αθήνα, 1980.

- ✚ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. – ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. : Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Β' έκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1997.
- ✚ ΤΟΛΗ ΑΠ. : Η Πεμπτουσία. Εκδόθηκε από την παιδιατρική κλινική «ΣΙΡΡΙΣ», Αθήνα – Ιωάννινα, 1997.
- ✚ ΤΣΙΑΝΤΗΣ Ι. : Βασική παιψυχιατρική. Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1994.
- ✚ ΤΣΙΑΝΤΗΣ Ι. : Σύγχρονα θέματα παιδιψυχιατρικής. Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1987.
- ✚ ΤΣΙΝΙΚΑΣ Τ. : Νεότατη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια. Εκδ. Πυραμίδες.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

- ✚ ANDERSON N.J. : Διαβήτης. Πως θα νικήσετε το «Γλυκό εχθρό». Εκδ. Ψυχογιός, Αθήνα, 1981.
- ✚ BEHRAM-KLIEGMAN-ARVIN : Παιδιατρική Nelson I, II, III. Ιατρικές εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2002.
- ✚ DELAROCHE J.M. : Ο Διαβήτης σήμερα 100 ειδικοί σας πληροφορούν. Εκδ. Βασδέκης, Αθήνα, 1990.
- ✚ PETRIDES P.-WEISS L.-LOFFLER G.- WIELAND OT. : Σακχαρώδης Διαβήτης. Εκδ. Γρηγόριος-Παρισσιανός, Αθήνα, 1974.

ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ (διευθύνσεις) :

- ✚ www.diabetes.org A.D.A (Αμερικάνικη Ένωση Διαβήτη) με έδρα τη Bethesda.

- ✚ www.niddk.nih.gov N.I.D.D.K (Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Διαβήτη) με έδρα τη Bethesda.
- ✚ www.jdrf.org J.D.R.F (Νεανικό Ερευνητικό Ίδρυμα Διαβήτη) με έδρα τη New York.
- ✚ www.nidc.org N.I.D.C (Γραφείο Συμψηφισμού Πληροφοριών Διαβήτη) με έδρα τη Bethesda.
- ✚ www.childrenwithdiabetes.com (Παιδιά με Διαβήτη)
- ✚ www.nedp.nih.gov N.E.D.P (Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Διαβήτη) με έδρα τη Bethesda.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΗ :

- ✚ Διαβητολογικά Νέα : εκδίδεται από την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρία, τεύχη : 1 Ιανουάριος-Μάρτιος 1998 Ορφανού Ξ. (Το αλφαθητάριο του διαβήτη)
 - 2 Απρίλιος-Ιούνιος 1998 Βαζαίου Αν. (Πότε το παιδί αναλαμβάνει τη ρύθμιση), Σπινάρης Β. (Ψυχολογικοί παράγοντες και σακχαρώδης διαβήτης)
 - 3 Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1998 Τσαμασίρος Γ. (Η επίδραση του ΙΕΣΔ στην στην επίδραση της οικογένειας)
 - 4 Οκτώβριος- Δεκέμβριος 1998 Βασιλόπουλος Χ. (Άσκηση και διαβήτης τύπου Ι)
 - 5 Ιανουάριος-Μάρτιος 1999 Τσαμασίρος Γ. (Εφηβεία και ΙΕΣΔ), Βαζαίου Αν. (Εφηβος και σακχαρώδης διαβήτης)
 - 6 Απρίλιος-Ιούνιος 1999 Μπενρουμπή Μ. (Εκπαίδευση για το διαβήτη)

7 Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1999 Βαζαίου Αν. (Ερωτήματα πάνω στην ένωση
ινσουλίνης)

8 Οκτώβριος- Δεκέμβριος 1999 Τσαμασίρος Γ. (Το παιδί με σακχαρώδη
διαβήτη)

✚ Π.ΕΝ.ΔΙ. : εκδίδεται από την Ελληνική Ομοσπονδία Διαβήτη,

τεύχη : 1 Οκτώβριος- Δεκέμβριος 1997 Τσατσούλης Αγ. (Διαβήτης και εφηβεία)

5 Οκτώβριος- Δεκέμβριος 1998 www.castleweb.com (Προτού αρχίσει το
το σχολείο)

6 Ιανουάριος-Μάρτιος 1999 Μπενρουμπή Μ. (Τι σημαίνει ρύθμιση και πως
επιτυγχάνεται)

7 Απρίλιος-Ιούνιος 1999 Λιακοπούλου Μ. (Το παιδί με σακχαρώδη διαβήτη και
η οικογένειά του)

9 Οκτώβριος- Δεκέμβριος 1999 Βαζαίου Αν. (Σακχαρώδης διαβήτης και
σχολείο)

10 Ιανουάριος-Μάρτιος 2000 Γαλλή-Τσινοπούλου Ας. (Σωματική άσκηση
στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι)

17 Ιανουάριος-Μάρτιος 2002 Πότση Φ. (Διατροφή έξω από το σπίτι)

23 Απρίλιος-Ιούνιος 2003 Πότση Φ. (Διακοπές, Διαβήτης και Διατροφή)

✚ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ : εκδίδεται από το σύλλογο κοινωνικών λειτουργών,

τεύχη : 9-10 Ιανουάριος- Ιούνιος 1988 ΠαπαϊωάννουΚ. (Ιατροκοινωνική υπηρεσία)

15 Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1989 Ταυλαρίδου-Καλλούτση (Η κοινωνική εργασία
στο χώρο της παιδοψυχιατρικής)

27 1992 Δουμίδη-Καραμόσχογλου Δ. (Συμβουλευτική στις ιατροκοινωνικές

υπηρεσίες)

33 1994 ΠαπαϊωάννουΚ. (Κλινική κοινωνική εργασία και διεπιστημονική

εργασία)

