

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: " ΖΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ"

Υπεύθυνη καθηγήτρια

Κ. Παπαδημητρίου

Υπεύθυνη Σπουδάστρια

Θεόνη Κουτσούκου



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1612
----------------------	------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Πρόλογος

Πρώτο μέρος

- Γενικά
- Τα συμπτώματα της αρρώστιας
- Επίπλοκές του διαβήτη
- Διάγνωση
- Θεραπεία
- Φαρμακευτική αγωγή
- Εκπαίδευση του αρρώστου
- Νοσηλευτική παρέμβαση στον άρρωστο με σακχαρώδη διαβήτη
- Νοσηλευτική φροντίδα του υπερήλικα με σακχαρώδη διαβήτη

Δεύτερο μέρος

- Έρευνα - Αποτελέσματα
- Συμπεράσματα
- Προτάσεις

Βιβλιογραφία

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Οι λίγες σελίδες του βιβλίου " Η νοσηλεύτρια κοντά στον άρρωστο με σακχαρώδη διαβήτη" γράφτηκαν κυρίως για τους νέους και τις νέες που σπουδάζουν την επιστήμη της Νοσηλευτικής την επιστήμη που επικεντρό της έχει τον άρρωστο. Ο όρος νοσηλεύτρια καλύπτει και τους νοσηλευτές, χρησιμοποιείται σαν πιο αντιπροσωπευτικός λόγω της μεγάλης παρουσίας νοσηλευτριών σ' αυτό το χώρο. Θέλει να παρουσιάσει τόσο στους σπουδαστές της Νοσηλευτικής όσο και στον κάθε αναγνώστη τον άρρωστο με σακχαρώδη διαβήτη με τα προβλήματα της υγείας και το ρόλο της Νοσηλεύτριας κοντά σ' αυτόν που μας έφερε στη ζωή, μας δίδαξε και μας έδωσε ότι έχουμε

Οι περισσότερες σελίδες του βιβλίου αυτού ελπίζουμε ακόμη ν' αποτελέσουν ερέθισμα για μάθηση, αλλά και παρακίνηση για ανάπτυξη ενδιαφέροντος προς τον άρρωστο, τα νοσηλευτικά του προβλήματα και τις νοσηλευτικές του ανάγκες.

Ακόμη εμπλουτίζεται η νοσηλευτική βιβλιογραφία και πιστεύουμε πως θα βοηθήσει το άτομο που σπουδάζει τη Νοσηλευτική και που βρίσκεται ή εργάζεται κοντά στον άρρωστο με σακχαρώδη διαβήτη για πιο θετική προσφορά στον άρρωστο.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί χρόνια διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων του λίπους και των πρωτεϊνών και χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα από αύξηση του σακχάρου στο αίμα και την αποβολή σακχάρου στα ούρα.

Οφείλεται σε ανεπαρκή έκκριση ινσουλίνης από τα βήτα κύτταρα των νησιδίων του LANGRERHAMS του παγκρέατος ή σε μειωμένη αποτελεσματικότητά τους.

Γ Ε Ν Ι Κ Α

Ο σακχαρώδης διαβήτης χαρακτηρίζεται σαν σύνδρομο και είναι χρόνια αρρώστια που προσβάλλει όλες τις ηλικίες γι' αυτό και διακρίνεται σε δύο κλινικούς τύπους:

1. Τον νεανικό τύπο I ή ινσουλινοεξαρτούμενο διαβήτη:

Στη μορφή αυτή ανήκουν τα 5-10% των διαβητικών και η έξαρση της νόσου παρατηρείται στην παιδική ηλικία ή την εφηβεία. Οι άρρωστοι αυτοί έχουν ανάγκη ινσουλίνης γιατί χωρίς αυτήν έχουν ροπή προς οξέωση.

Η μορφή αυτή του διαβητικού αποδίδεται σε λογενή λοίμωξη που δημιουργεί αντισώματα που καταστρέφουν τα βήτα κύτταρα του παγκρέατος ή μπορεί να οφείλεται και σε άμεση καταστροφή των κυττάρων αυτών από τον ιό.

2. Τον τύπο II μη ινσουλινοεξαρτούμενο ή όψιμης έναρξεως

Η μορφή αυτή περιλαμβάνει τα 90-95% των διαβητικών. Η έναρξη της παθήσεως γίνεται συνήθως μετά το 40ο έτος της ηλικίας.

Οι ασθενείς είναι μεσήλικες, η έναρξις είναι συνήθως αθόρυβη και τα επίπεδα ινσουλίνης του αίματος είναι φυσιολογικά.

Τα άτομα είναι συνήθως παχύσαρκα ή συνήθως υπερβαρείς

στο παρελθόν και δεν χρειάζονται συνήθως ινσουλίνη. Η διάγνωση τίθεται πολλές φορές τυχαία. Οι διαβητικοί το 15% έχουν διαβήτη νεανικού τύπου και 75% διαβήτη οφίμου ενάρξεως.

Κλινική εικόνα

Πολλοί ενήλικες διαβητικοί είναι ασυμπτωματικοί και η διάγνωση τίθεται τυχαία μιάς εξέτασης αίματος ή η αποκάλυψη της υπεργλυκαιμίας γίνεται επ' ευκαιρία εγχειακής επιπλοκής.

Ακόμη ο σακχαρώδης διαβήτης διακρίνεται στον:

- Κληρονομικό και
- Μη κληρονομικό

Ο κληρονομικός είναι η συχνότερη μορφή και πιστεύεται ότι εκτός από την κληρονομικότητα και άλλοι παράγοντες του περιβάλλοντος (συνήθως διατροφής) υποβοηθούν στην εμφάνισή του.

Ο μη κληρονομικός διαβήτης παρατηρείται μετά από παγκρεατεκτομή ως συνοδό σύνδρομο ορισμένων παθήσεων ενδοκρινών αδένων (σύνδρομο CUSHING, υπερθυρεοειδισμός) παθήσεων του ήπατος (κίρρωση, καρκίνος κ.λ.π).

Η παθογένεια και των δύο μορφών του σακχαρώδη διαβήτη είναι η ανεπάρκεια ινσουλίνης. Με τον όρο ανεπάρκεια ινσουλίνης εννοείται:

- 1) η μειωμένη παραγωγή ινσουλίνης και
- 2) η μειωμένη δραστηριότητα της ινσουλίνης

Ο διαβήτης της ώριμης ηλικίας εμφανίζει έντονη κληρονομική συσχέτιση όπως φαίνεται από το γεγονός ότι σε μονογονεείς διδύμους όταν ο ένας από τους δύο εμφανίζει την νόσο κατά κανόνα την εμφανίζει και ο άλλος. Γενικά το 1/3 των αρρώστων της κατηγορίας αυτής έχει ιστορικό διαβήτη στην οικογένεια.

Στο νεανικό διαβήτη υπάρχει επίσης κληρονομική επι-
βάρυνση διάφοροι όμως παράγοντες του περιβάλλοντος βοηθούν
στην εκδήλωση της νόσου.

Και στις δύο μορφές διαβήτη ένας στους δέκα συγγενείς
πρώτου βαθμού προσβάλλεται κατά τη μέση ηλικιά.

Πάντως είναι απο παλαιά γνωστή η μεγάλη συχνότητα του
διαβήτη σε ορισμένες οικογένειες. Ο τρόπος ή ο μηχανισμός
όμως της κληρονομικής μεταβιβάσεως δεν είναι ακόμα εξακριβω-
μένος

Πίνακας I: Συχνότητα Σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με την ηλικία

Για την Ελλάδα

<u>Ηλικία</u>	<u>Αριθμός περιπτώσεων</u>	<u>% κατά δεκαετία</u>
0 - 10	39	1,5
10 - 20	94	3,7
20 - 30	111	4,4
30 - 40	164	6,5
40 - 50	363	14,4
50 - 60	645	25,6
60 - 70	646	25,6
70 - 80	344	13,6
80- 90	116	4,6
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	<u>2.522</u>	

Η δράση της ινσουλίνης:

Απο τις γνωστές ενδείξεις η δράση της ινσουλίνης είναι
διπλή. Ενεργοποιεί τη διαβατότητα της κυτταρικής μεμβράνης
και τα ένζυμα του διάμεσου μεταβολισμού.

Με την ινσουλίνη επιτυγχάνεται η είσοδος γλυκόζης απο
το εξωκυττάριο στο ενδοκυττάριο χώρο, κυρίως στο μυϊκό και

λιπώδη ιστό. Η έλλειψη της ινσουλίνης έχει ως συνέπεια τη μη πρόσληψη γλυκόζης στον εξωκυτάριο χώρο (υπεργλυκαιμία).

Στο μεταβολισμό η ινσουλίνη ενεργεί ως εξής:

Συνθέτει και αφομοιώνει γλυκόζη ρυθμίζει τη γλυκοστατική λειτουργία του ήπατος, συνθέτει λιπαρά οξέα και αποθηκεύει λίπος και συνθέτει πρωτεΐνες.

Η ανεπάρκεια της ινσουλίνης επιδρά στον μεταβολισμό των υδατανθράκων των λιπών και των πρωτεϊνών.

1. Στους υδατάνθρακες προκαλεί

- Μείωση της αφομοίωσης της γλυκόζης
- Γλυκογονόλυση ήπατος και μυών
- Αύξηση του σακχάρου του αίματος με αποτέλεσμα τη διαφυγή γλυκόζης στα ούρα και την ωσμωτική διούρηση (σακχαουρία, πολυουρία)
- Απώλεια νερού και ηλεκτρολυτών απο τους νεφρούς
- Περιφερειακή κυκλοφορική ανεπάρκεια (υπόταση SHOK)
- Μείωση της νεφρικής αιμαΰσεως (ανουρία)
- Ιστική ανοξία, αναερόβια γλυκόλυση με αποτέλεσμα την αύξηση γαλακτικού οξέως.
- Κώμα και θάνατος

2. Στα λίπη προκαλεί

- Μείωση αφομοίωσης γλυκόζης
- Μείωση λιπογένεσης
- Κινητοποίηση αποθηκευμένου λίπους (λιπόλυση)
- Ατελή οξειδωση ελεύθερων λιπαρών οξέων στο ήπαρ και παραγωγή κετονικών σωμάτων (κετονεμία-κετονουρία- απόπνοια οξόνης)
- Κετονεμία και απο αυτήν μεταβολική οξέωση (εργώδης αναπνοή)

- Κετονουρία και απο αυτήν απώλεια βάρους και νατρίου

3. Στις πρωτεΐνες προκαλεί

- Μείωση αφομοιώσεως γλυκόζης
- Καταβολισμό πρωτεϊνών ιδίως του μυϊκού συστήματος
- Οξειδωτική απαμίνωση στο ήπαρ
- Αρνητικό ισοζύγιο του αζώτου
- Απώλεια ενδοκυττάριου καλίου
- Αρνητικό ισοζύγιο καλίου

Στο σακχαρώδη διαβήτη διακρίνουμε τρεις διαγνωστικές περιόδους:

1. Τον προδιαβήτη
2. Τον υποκλινικό διαβήτη
3. Τον κλινικό διαβήτη

Ο προδιαβήτης ή δυνητικός διαβήτης είναι η περίοδος ζωής του ατόμου μέχρι τη στιγμή της διαγνώσεως της αρρώστιας οπότε διαπιστώνεται με παρακλινικές μεθόδους η διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων. Υποκλινικός διαβήτης είναι η συμπτωματική περίοδος όπου η διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων διαπιστώνεται με ειδικές δοκιμασίες φορτισμένης γλυκόζης.

Κλινικός διαβήτης είναι η συμπτωματική περίοδος του σακχαρώδη διαβήτη (πολυουρία, πολυδιψία-απώλεια βάρους -δερματικές εκδηλώσεις- μικροαγγειοπάθεια κατά την οποία διαπιστώνεται υπερχουκαίμια και σακχαρουρία.

Ανάλογα με την ηλικία , που εμφανίζεται ο σακχαρώδης διαβήτης διακρίνεται σε:

1. Παιδικό απο ηλικία 0 - 14 ετών
2. Νεανικό " " 15- 24 "
3. Ενήλικο " " 25- 64 "
4. Γεροντικό " " 65 ετών και πάνω

Τα συμπτώματα της αρρώστιας

1. Η πολυουρία και η πολυδιψία. Η πολυουρία οφείλεται στην μεγάλη ποσότητα του σακχάρου που εξέρχεται και το οποίο για να αποβληθεί απαιτεί ύδωρ. Επειδή η απώλεια ύδατος είναι μεγάλη εμφανίζει έντονη δίψα(πολυδιψία) και δυνατόν να εμφανισθεί αφυδάτωση και διαταραχές των ηλεκτρολυτών. Τα συμπτώματα αυτά είναι έντονα στον ινσουλινοευαίσθητο (νεανικό) διαβήτη όπου αν η διαταραχή των υδατανθρώκων και η αφυδάτωση είναι μεγάλη μπορεί να φτάσει ως και το διαβητικό κώμα, ενώ ο διαβήτης της ώριμης ηλικίας σπάνια εμφανίζει οξέωση.

2. Άλλα συμπτώματα είναι η αδυναμία και η εύκολη κόπωση επειδή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί το σάκχαρο για παραγωγή ενέργειας, απώλεια βάρους, επειδή μετακινείται λίπος απο τους ιστούς και διασπάται το λεύκωμα καθώς και η αύξηση της ορέξης (πολυφαγία)

3. Εξ άλλου η υπερχουκαίμια οδηγεί σε λοιμώξεις των ιστών. Στις γυναίκες λόγω χάρη οδηγεί εμφανίζει κνησμό του αιδοίου απο μύκητες που αναπτύσσονται στο υπόλειμα του σακχάρου των ούρων . Για το λόγο αυτό εμφανίζεται στους άνδρες

κησμός και φλεγμονή της πρόσθης του πέους. Άλλοτε πάλι ο άρρωστος μπορεί να εμφανίζει περιοδοντικά προβλήματα (απόστημα ούλων, χαλαρά δόντια).

4. Σε διαβήτη που υφίσταται από χρόνια δυνατόν να εμφανισθούν:

- Διαταραχές της οράσεως
- Συμπτώματα περιφερικής νεφρίτιδας
- Διαλείπουσα χωλότητα
- Στηθάγχη ή και έμφραγμα του μυοκαρδίου κ.λ.π.

Οι εκδηλώσεις της αρρώστιας είναι οξείες, χρόνιες και με επιπλοκές.

Οξείες εκδηλώσεις: Έντονη πολουρία, πολυδιψία, γρήγορη απώλεια βάρους, γρήγορη εμφάνιση κετο-οξεώσεως με ναυτία εμέτους και αφυδάτωση, κοιλιακός πόνος μετάπτωση στο στάδιο της οξεώσεως - κώματος.

Αυτός είναι ο συνηθισμένος τρόπος εκδηλώσεως του παιδικού και νεανικού διαβήτη.

Χρόνια εκδήλωση. Γενική κόπωση, μικρή απώλεια βάρους, πολουρία, κησμός του δέρματος, δοθιηνώσεις, ψευδάνθρακες. Έτσι εκδηλώνεται ο διαβήτης των ενηλίκων.

Άλλες εκδηλώσεις: Ευπάθεια προς λοιμώξεις και δη φυματίωση, πυελονεφρίτιδα, δοθιήνας, αμηνόρροια, επιπλοκαί της κυήσεως. Η θνητότης των βιαθητικών μητέρων είναι ελαφρώς ανωτέρα ή των μη διαθητικών, κυρίως λόγω συχιστέρας τοξιναιμίας της κυήσεως. Ύπάρχει όμως μεγάλη εμβρυϊκή και νεογνική θνησιμότης. Τα τέκνα διαθητικών ή προδιαθητικών μητέρων παρουσιάζουν συνήθως υπερβολικό σωματικό βάρος. Αυτό αποδίδεται στην υπερπλασία των νησιδίων του παγκρέατος του εμβρύου και την αυξημένη παραγωγή της ινσουλίνης λόγω της υπεργλυκαιμίας της μητέρας.

Μετά τη γέννηση και την απομάκρυνση από το υπεργλυκαιμικό περιβάλλον η συνεχιζόμενη έκκριση ινσουλίνης δυνατόν να αγάγει υπεργλυκαιμία.

Παρά το υπερβολικό βάρος τα νεογνά αντιμετωπίζονται ως πρῶϊμα. Έχουν χαμηλό ολικό ὕδωρ και υπερβολική εναπόθεση λιπών. Πολλοί ενζυμικοί μηχανισμοί είναι ελλειπείς.

Επιπλοκές του διαβήτη

Παραμένει άγνωστο εάν είναι αποτέλεσμα της ίδιας της ινσουλίνης ή οφείλεται σε ανεξάρτητα αίτια.

Οι κυριώτερες επιπλοκές είναι:

- 1) Αμφιβληστροειδής: Μέσω του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου παρατηρείται πρῶϊμος πάχυνση της βασικής μεμβράνης των αρτηριδίων και τριχοειδών οδηγούσα προς ισχαιμία. Αναπτύσσονται μικροανευρίσματα, αιμοραγία ακόμα εξιδρώματα, ινώδης ιστός. Αποτέλεσμα αυτών των βλαβών είναι η ελάττωση οράσεως μέχρι τύφλωση.
- 2) Νεφροί: Στο διαβητικό χαρακτηριστική είναι η σπειραματοσκλήρυνση. Διακρίνονται δύο μορφές η διάχυτος και η οζώδης..

Η διάχυτος πάχυνση βρίσκεται σε διάστημα λίγων εβδομάδων από την αποκάλυψη του διαβήτη με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Ενώ στις οζώδης παρατηρείται από σφαιρικές ισομεγέθων στρογγυλών μαζών εντός των σπειραμάτων και των μεσογειακών περιοχών.

Κλινικά χαρακτηρίζεται νεφρωσικού συνδρόμου, οιδήματα νεφρικής ανεπάρκειας και αρτηριακής υπερτάσεως. Σχεδόν πάντοτε προηγείται διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

γ) Νευρικό σύστημα: Συχνή είναι η περιφερική νευροπάθεια και χαρακτηρίζεται από πρωτοπαθή διαταραχή των κυττάρων των περιφερικών νεύρων και εκδηλώνεται με παραισθησία, αναλγησία εξελκώσεων αρθροπαθείας. Εκδηλώνεται και με κινητικές αδυναμίες, ατροφία μυών, ως και διαταραχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ανικανότης), διαρροίας και ορθοστατικής υποτάσεως.

Σπανιώτερο παρατηρείται MONONEURITIS MULTIPLEX.

δ) Αγγεία: Αρτηρίες, αρτηρίδια και τριχοειδή προσβάλλονται από τη νόσο. Απόφραξη μεγάλου αγγείου, αθηρώματος ή μικρού αγγείου ενδαρτηρίτιδος προκαλεί ισχαιμία εγκεφάλου, μυοκαρδίου ή κάτω άκρων.

ε) Δέρμα

Ατροφία δέρματος ή υπερτροφία σε περιοχές ενέσεων ινσουλίνης έλκη σε ισχαιμία ή νευροπάθεια λοιμώξεις δοθιήνες, μυκητίασις, ξανθώματα, λιποειδή νεκροβίωσις και ατροφικά λευκάζουσαι περιοχές κυρίως στην κνήμη.

στ) Υπογλυκαιμία

Σημαίνει την πτώση του σακχάρου του αίματος κάτω από το φυσιολογικά όρια. Προκαλείται συνήθως από μεγάλη δόση ινσουλίνης παράλειψη ή καθυστέρηση γεύματος, ή υπερβολική άσκηση

Συμπτώματα εμφανίζονται όταν το σάκχαρο του αίματος πέσει κάτω από 60 MG%. Ο άρρωστος παρουσιάζει άφθονη εφίδρωση, ανησυχία ταχυκαρδία αν μάλιστα η υπογλυκαιμία παραταθεί έχουμε ζάλη διανοητική σύγχυση και απώλεια της συνειδήσεως.

Θεραπευτικά χορηγείται σάκχαρο από το στόμα ή παρεντερικά. Καλό είναι εκείνοι που παίρνουν ινσουλίνη ή αντιβιοτικά από το στόμα να έχουν μαζί τους τεμάχια σακχάρου ή καραμέλες για να παίρνουν μόλις αντιληφθούν τα πρώτα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας.

Διάγνωση

Η διάγνωση της νόσου γίνεται με τη διαπίστωση σακχαρουρίας και υπεργλυκαιμίας.

Τιμές σακχάρου αίματος άνω των 200 MG/100 ΚΛ θέτουν με βεβαιότητα τη διάγνωση. Μια άλλη δοκιμασία είναι ότι η γλυκόζη μπορεί να δοθεί απο το στόμα. Ο ασθενής νηστικός χορηγούμε το πρωϊ μετά λήψη δείγματος αίματος εν νηστεία 90 γραμ γλυκόζης απο του στόματος.

Λαμβάνονται δείγματα μετά 60-90-120 Δύο ώρες απο της λήψεως της γλυκόζης ,η γλυκόζη φλεβική αίματος είναι φυσιολογικώς μικροτέρα των 120 MG/100 κιλ. Όταν οι τιμές είναι πάνω των 130 MG το άτομο είναι διαβητικό.

Διαγνωστικά μέτρα

Σακχαουρία. Είναι αποτέλεσμα ατελούς οξειδώσεως των ελεύθερων λιπαρών οξέων.

Σακχουρία είναι επακόλουθο, της αυξήσεως του σακχάρου του αίματος σε επίπεδα 160-180 MG/100 ΚΙΛ αίματος. Φυσιολογικά στα ούρα δεν υπάρχει σάκχαρο.

Εξέταση ούρων για σάκχαρο

1, BENEDICT S TEST Τοποθετούμε μέσα σε δοκιμαστικό σωληνάριο 5 κ εκ. διαλύματος BENEDICT μέσα στο οποίο προσθέτουμε 8 σταγόνες ούρων. Μετά την ανάμιξη των δύο στοιχείων τοποθετείται το σωληνάριο πάνω στη φλόγα μέχρι το μείγμα να βράσει περίπου 5 λεπτά της ώρας. Διατηρούμε το άνοιγμα του σωληναρίου μακριά απο το πρόσωπό μας. Αφού κρυώσει το υγρό συγκρίνουμε το υγρό χρώμα του με τα χρώματα του πίνακα.

Η ένδειξη του σακχάρου των ούρων απο το χρώμα κατά την εξέταση ούρων με τη μέθοδο BENEDICT έχει ως εξής:

Καθαρό μπλέ	Δεν υπάρχει σάκχαρο
Ελαφρό πράσινο	Ιχνη σακχάρου
Κίτρινο	Σ άκχαρο πάνω απο 0,5 %
Πορτοκαλί	Σάκχαρο πάνω απο 0,5% ως 1,5%
Κεραμιδί	Σάκχαρο απο 1,5% και πάνω

2. Η ανίχνευση σακχάρου των ούρων γίνεται και με ταινία TEST (TEST TAPE) Η ειδική ταινία (ποτισμένη με 3 αντιδραστήρα: ένζυμα οξειδωμένο σάκχαρο και υπεροξειδίο) βαπτίζεται μέσα στα ούρα και είναι για εξέταση και συγκρίνεται το χρώμα της ταινίας με το χρώμα του πίνακα.

3. Ακόμη το σάκχαρο των ούρων ανιχνεύεται και ως εξής: Τοποθετούμε μέσα σε δοκιμαστικό σωληνάριο 10 σταγόνες ούρα και την ειδική ταμπλέτα. Αμέσως μετά τη διάλυση της ταμπλέτας παρατηρούμε την αλλαγή χρώματος του διαλύματος. Προσδιορίζουμε την περιεκτικότητα των ούρων σε σάκχαρο όπως αναφέρθηκε στο BENEDICT S TEST,

Οι δύο τελευταίοι τρόποι είναι πολλοί συχνοί και μπορεί ο άρρωστος να τους χρησιμοποιεί και όταν ταξιδεύει.

Εξέταση ούρων για κετονικά σώματα

Το πιο συνηθισμένο TEST ούρων για κετονικά σώματα είναι με τη χρήση ταμπλέτας ή σκόνης ακετό νης. Για την εξέταση αυτή τοποθετήστε δύο σταγόνες ούρων πάνω στην ταμπλέτα ή τη σκόνη ακετόνης. Μετά το βρέξιμο της ταμπλέτας ή της σκόνης σε θετική αντίδραση τα χρώματα αυτά παίρνουν χρώμα απο απαλό ερυθρό μέχρι βαθύ πορφυρό. Το είδος του χρώματος είναι ενδεικτικό της περιεκτικότητας των ούρων σε κετονικά σώματα.

Το φιαλίδιο όπου περιέχεται η σκόνη ή οι ταμπλέτες ακετόνης πρέπει να διατηρείται κλειστό, επειδή η υγρασία καταστρέφει τις ιδιότητες του περιεχομένου.

Τοσό το σάκχαρο όσο και τα κετονικά σώματα ερευνώνται και κατά τη γενική εξέταση ούρων.

Βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να πληροφορήσει τον άρρωστο τι σημαίνει να υπάρχει σάκχαρο στα ούρα και τι να μην υπάρχει.

Εξέταση σακχάρου αίματος

Ο διαγνωστικός έλεγχος της τιμής του σακχάρου αίματος γίνεται είτε σε κατάσταση νηστείας ή δύο ώρες μετά τη σίτιση. Κατά την εξέταση αυτή παίρνετε αίμα στο οποίο μετρούμε την τιμή του σακχάρου του αίματος χορηγούνται 75 G γλυκόζης (ή 1,75 KG ιδανικού βάρους σώματος) διαλυμένη σε 30 κιλ νερού, με χυμό λεμονιού για την καλύτερη λήψη. Αιμοληψίες γίνονται πριν τη λήψη της γλυκόζης και κατόπιν 30 λεπτά 60, 90 και 120 μετά τη λήψη. Κατά το διάστημα της εξέτασης ο άρρωστος είναι νηστικός Ως διαβητική χαρακτηρίζεται η καμπύλη όταν οι τιμές σακχάρου αίματος είναι στη φάση της νηστείας μεγ. 120 μετά 1 ώρα μεγ. 180 μετά δύο ώρες μεγ. 180 G %.-

Θεραπεία

Οι βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της θεραπείας και των νοσηλευτικών μέτρων που λαμβάνονται είναι:

Η ρύθμιση του μεταβολισμού συνδρόμου

Η προφύλαξη του αρρώστου απο τις επιπλοκές της νόσου

Η ψυχοσωματική προσαρμογή για το χρόνο νόσημα και

Η αντιμετώπιση μεταβολικών συνδρόμων που παρατηρούνται στο σακχαρώδη διαβήτη.

Η θεραπεία περιλαμβάνει την χορήγηση ινσουλίνης, τη διαιτητική αγωγή και τη χορήγηση υπογλυκαιμικών φαρμάκων

Η θεραπεία διαφέρει με τη μορφή του διαβήτη.

Στο νεανικό διαβήτη είναι απαραίτητη η χορήγηση ινσουλίνης σε δόση ανάλογη με το ύψος του σακχάρου του αίματος

και των ούρων.

Παράλληλα ο άρρωστος εφαρμόζει μία διαίτα ανάλογα με την ηλικία του και τις ανάγκες του.

Στο διαβήτη ώριμης ηλικίας Εάν ο άρρωστος έχει υπερβολικό βάρος επιχειρείται μόνο η εφαρμογή της δίαιτας έστω και αν υπάρχει πολυουρία, πολυδιψία και υπεργλυκαιμία. Μερικοί εφαρμόζουν ασιτία 1-2 ημέρες οπότε το σάκχαρο του αίματος πέσει σε επίπεδο κάτω απο αυτό της νεφρικής απεκκρίσεως, αυτό αποτελεί ένδειξη ότι μόνο η διαίτα είναι σε θέση να ρυθμίσει το διαβήτη.

1. Ρύθμιση μεταβολικού συνδρόμου

Αυτή επιτυγχάνεται με τη: α) Διαιτητική αγωγή β) Φαρμακευτική αγωγή και γ) Φυσική άσκηση.

Διαιτητική αγωγή. Η διαίτα προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία το επάγγελμα και το βάρος του σώματος του αρρώστου σε συνάρτηση με το ιδανικό του βάρος. Οι περισσότεροι απο τους διαβητικούς ρυθμίζονται με τη διαίτα 1500-2000 θερμίδες και περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες 150-200 GR και λίπος 50-70 τη μέρα. Τα λευκώματα παραμένουν απο 70-100 G τη μέρα Παιδιά που βρίσκονται σε περίοδο σωματικής αναπτύξεως και άτομα με βαριά σωματική εργασία, έχουν ανάγκη απο διαίτα πλουσιώτερη σε θερμίδες.

Στην πορεία ρυθμίσεως του διαιτολογίου έχει μεγάλη σημασία ο άρρωστος να παίρνει όλη την τροφή του που προσφέρετε και τίποτε άλλο.

Έμμετος μετά τη λήψη τροφής ή άρνηση λήψεως μιας απ αυτές πρέπει να αναφέρεται έγκαιρα. Ο διαβητικός άρρωστος και οι στενοί συγγενείς του πρέπει να αποκτήσουν βασικές γνώσεις διαιτητικής. Με τις γνώσεις αυτές θα γίνει τόσο ο άρρωστος όσο και το περιβάλλον του ικανό για την επιλογή του

κατάλληλου διαιτολογίου. Ο άρρωστος δεν πρέπει να φεύγει απο το νοσοκομείο αν δεν αποκτήσει τέτοιες γνώσεις και ικανότητες. Γιατί κατά τη ρύθμιση του διαιτολογίου του, αν οι υδατάνθρακες που παίρνει είναι περισσότεροι απ αυτές που μπορεί να χρησιμοποιήσει ή αποθηκεύσει ασφαλώς θα πέσει σε κατάσταση υπεργλυκαιμίας. Ιδανικό θα ήταν να δινόταν στον άρρωστο ευκαιρία πριν βγει απο το νοσοκομείο να διαλέγει την τροφή του και να προγραμματίζει τα γεύματά του μόνος του. Ακόμη ο άρρωστος πρέπει να γνωρίζει την ανάγκη συμπλήρωσης ή μειώσεως του διαιτολογίου σε θερμίδες, όσες φορές υπάρχει ανάγκη π.χ σε περίπτωση αυξήσεως της καύσεως του οργανισμού, όπως συμβαίνει σε μεγάλη μυϊκή δύναμη, υψηλό πυρετό κλπ οπότε η περιεκτικότητα σε θερμίδες αυξάνεται. Αντίθετα μειώνεται όταν οι καύσεις του οργανισμού μειωθούν όπως σε παρατεταμένη παραμονή στο κρεβάτι όπως σε ένα κάταγμα κλπ.

Σήμερα κυκλοφορούν πολλές τροφές για διαβητικούς, όπως γλυκά φωμί κλπ. Ο άρρωστος ενημερώνεται να μη κάνει ελεύθερη χρήση αυτών, αλλά μετά απο εντολή γιατρού, που θα καθορίσει την ποσότητα που μπορεί να πάρει.

Ο άρρωστος που βγαίνει απο το νοσοκομείο πρέπει να πάρει μαζί του κατάσταση με τα είδη των τροφών και την περιεκτικότητά τους σε θερμίδες (50-100 G) Αυτό τον βοηθά στην ακίνδυνη αντικατάσταση ενός είδους τροφής με άλλο.

Τέλος γνωστοποιούμε στον άρρωστο τα είδη εκείνα των τροφών που δεν περιέχουν υδατάνθρακες και λίπος όπως ο θαφές, ο τσάϊ, μερικά λαχανικά και φρούτα που μπορεί να τα παίρνει ελεύθερα.

Ιδανικό θα ήταν η νοσηλεύτρια να επισκέπτεται τον άρρωστο μετά την εξοδό του απο το νοσοκομείο για επίλυση τυ-

χόν προβλημάτων εφαρμογής του κατάλληλου διαιτολογίου στο σπίτι.

Τότε μόνο έχει επιτύχει η φροντίδα του διαβητικού, όταν ο άρρωστος καταλάβει τη δράση της ινσουλίνης στον οργανισμό του τη σχέση της τροφής με το αίσθημα της ευαξίας και πως θα μπορέσει να προλάβει το διαβητικό κώμα.

Οι χρησιμοποιούμενοι υδατάνθρακες περιλαμβάνονται ψωμί, δημητριακά γενικά, γάλα φρούτα και λαχανικά (ιδίως τα πράσινα) Πρέπει να αποφεύγονται όλα τα γλυκά δηλ. η ζάχαρη, το μέλι, βαμβακέλαιο ηλιανθέλαιο) αντί των κεκορεσμένων (ζωϊκών λιπών γιατί οι διαβητικοί έχουν προδιάθεση για αθηροσκλήρυνση

Η κατανομή των ημερίσιων θερμίδων γίνεται έτσι ώστε το 1/5 να χρησιμοποιηθεί για το πρωινό και απο 2/5 για το μεσημερινό και βραδινό φαγητό. Ένα μικρό μέρος απο τις θερμίδες του μεσημεριού και του βραδυνού γεύματος χρησιμοποιείται για κολατσιό που αποτελείται απο κράκερς ή φρούτα το απόγευμα και πριν απο τον βραδινό ύπνο. Η κατανομή αυτών των θερμίδων είναι απαραίτητη για να μην υπάρχει διακύμανσις του σακχάρου του αίματος.

Η κατανομή των θερμίδων γίνεται ως εξής:

40 % υδατάνθρακες

45 % λίπος

15% λευκώματα

Φαρμακευτική αγωγή

Τα αντιδιαβητικά δισκία διακρίνονται 1) στα παράγωγα της σουλφουλουρίας, που διαγείρουν τα β κύτταρα του παγκρέατος και επιλύουν ινσουλίνη. Χορηγούνται σε ενήλικους διαβητικούς. Δεν είναι κατάλληλο σε παιδικό και νεανικό διαβήτη σε οξονουρία ή σε καταστάσεις STRES και 2) στα παράγωγα της διγονανίδης. Αυτά δρουν μάλλον στην περιφέρεια, και αυξάνουν την απορόφηση της γλυκόζης απο το έντερο.

Παρενέργειες των αντιδιαβητικών δικισίων

Παρενέργειες

1. Των σουλφονουλουριών α) υπογλυκαιμία είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη της χλωροπροπαμίδης, λόγω της μακριάς δράσεως αυτής.

β) Δυσπεψία γ) εξανθήματα, δ) χολοστατικός ίκτερος

2. Των διγανανίδων α) ανορεξία, ναυτία, έμμετοι, διάρροια

Τα διγανανίδια λόγω της ελαττώσεως ορέξεως την οποία προκαλούν κυρίως δια της παχύσαρκους διαβητικούς. Κατά τα τελευταία έτη προέκυψαν ενδείξεις ότι τα προϊόντα των ομάδων ευνοούν την εμφάνιση καρδιαγγειακών επιπλοκών.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Ι Ι

Εμπορικό Όνομα	Περιεκτικότης δισκίου εις MG	Συνήθης ημερίσια δόσις (MG)	Διάρκεια δράσης (ώρες)
Σουφλονουλουρίαι			
Τολβουταμίδη	ΒΑΣΤΙΝΟΝ 500	500 - 1500 (δια 2 δόσ)	6-12
Χλωροπροπαμίδη	DIADINESE 250	250 - 500 (εφάπαξ)	30
Τολαζαμίδη	TOLINASE 250	1/2-1 δισκίων (εφάπαξ)	10-16
Γλιβενυλαμίδη	DAONIL 5	5 - 15 (εις 1 δόση)	24
Ακετοεξαμίδη	DIMELAR 500	500 - 1000 (εφάπαξ)	10-16
Διγανανίδια	INSORAL-TD 50	100	12
Φαινφορμίνη	(Καφουλαί)	δια 2 δόσ)	
Μετφορμίνη	DLUCOPHAGE 500	1000-1500 (δια 3 δόσ)	8-12
Έτερα παράγωγα	LYCANAL 1000	1000-2000	
Γλυμιδίνη			

Ινσουλίνη

Η ινσουλίνη χορηγείται μόνο παρεντερικά και η μέτρηση γίνεται σε μονάδες. Μια μονάδα ινσουλίνης προάγει το μεταβολισμό 1,5 των γραμμ. σακχάρου περίπου.

Η δόση που χορηγείται είναι ανάογη προς το ποσό του σακχάρου του αίματος και τις υφιστάμενες σακχαρούριες.

Η ινσουλίνη χορηγείται στον άρρωστο με τη μορφή ενέσεων. Δυστυχώς δεν χορηγείται από το στόμα λόγω αδρανοποιήσεως του γαστρεντερικού γρού.

Γίνεται με τη μορφή υποδόριας ενέσεως και μερικές φορές ενδομυϊκής. Ενδοφλέβια χορηγούνται μόνο υδατικά διαλύματα ινσουλίνης. Οι σε ευρύτερη χρήση μορφές ινσουλίνης όπως η κρυσταλλική ινσουλίνη και ινσουλίνη SEMILENTE με ταχεία δράση, καθώς και οι με ενδιάμεση δράση (ινσουλίνη NPH ή ISOPHANE και η ινσουλίνη LENTE)

Η PZI (PROT AMINE ZINC INSULINE) και ULTRALENTE έχουν βραδεία δράση. Τα είδη της ινσουλίνης φέρονται δε σε φιαλίδια 10 κ.ε σε δύο συναμικτότητες μια με 40 μονάδες /κ.ε και την άλλη σε 80 μονάδες (κ.ε. Σε μας κυκλοφορούν μόνο ινσουλίνη με 40 μονάδες (κ.εκ.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ

Σκευάσματα Ινσουλίνης				
ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ	ΑΙΧΜΗ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	
	ΔΡΑΣΗΣ	ΔΡΑΣΗΣ		
Ταχείας δράσεως	Κρυσταλλική Ινσουλίνη	1/2-1ώρα	2-4 ώρ.	6-8 ώρ.
Ενδιάμεσου δράσεως	CLODIN	2-4 ωρ.	6-10 ωρ	12-16 ώρ
	SEMI-LENTE	1-2 "	4-8 "	12-16 "
	NPH	1-2 "	8-12 "	16-24 "
	LENTE	1-2 "	8-12 "	16-24 "
Βραδείας δράσεως	Πρωτομική	4-8 "	14-20 "	24-36 "
	ULTRA-LENTE	4-8 "	16-18 "	24-36 "

Οι ινσουλίνες με ταχεία δράση χορηγούνται 15-30 λεπτά πριν από το γεύμα, έτσι ώστε η ινσουλίνη να φτάσει στην κυκλοφορία ταυτόχρονα με τη γλυκόζη. Η ινσουλίνη είναι ένα φάρμακο που πάντοτε πρέπει να χορηγείται στον καθορισμένο χρόνο. Αν ο άρρωστος σας είναι νηστικός για οποιοδήποτε λόγο, μη του δώσετε ινσουλίνη.

Η ακριβής ώρα της εκτέλεσης της ενέσεως ινσουλίνης είναι πιο σπουδαία στην ινσουλίνη ταχείας δράσεως.

Για να αυξηθεί ο χρόνος δράσεως της ινσουλίνης, τοποθετούνται μέσα στο διάλυμα ουσίες που απορροφούνται αργά όπως τα λευκώματα. Το ψυχρό περιβάλλον αυξάνει την διάρκεια ζωής της ινσουλίνης γι αυτό συνιστάται να διατηρείται στο ψυγείο.

Επειδή η ινσουλίνη είναι φάρμακο καθημερινής λήψεως ο άρρωστος διδάσκεται για τον τρόπο εκτελεσεώς της στον εαυτό του, αμέσως μόλις σταθεροποιηθούν οι μεταβολικές διαταραχές. Αρχικά μαθαίνει την τεχνική αποστειρώσεως αντικειμένων την τήρηση όρων ασηφίας την ακριβή λήψη του φαρμάκου και την τεχνική της ενέσεως.

Εδώ δάσκαλος είναι η νοσηλεύτρια. Αρχικά ο άρρωστος παρακολουθεί τον τρόπο προετοιμασίας των αντικειμένων εκτελέσεως της ενέσεως και παίρνει εξηγήσεις μετά προετοιμάζει και αντικείμενα και κάνει την ένεση κάτω από την στενή παρακολούθηση της νοσηλεύτριας. Διδάκτε του να αλλάζει συνεχώς θέση του σημείου της ενέσεως ώστε να μην πέφτει η μία πάω στην άλλη για διευκόλυνση της απορροφήσεως και μείωση του πόνου.

Για λόγους ασφαλείας ένα ακόμη μέλος της οικογένειας εκπαιδεύεται με την ένεση.

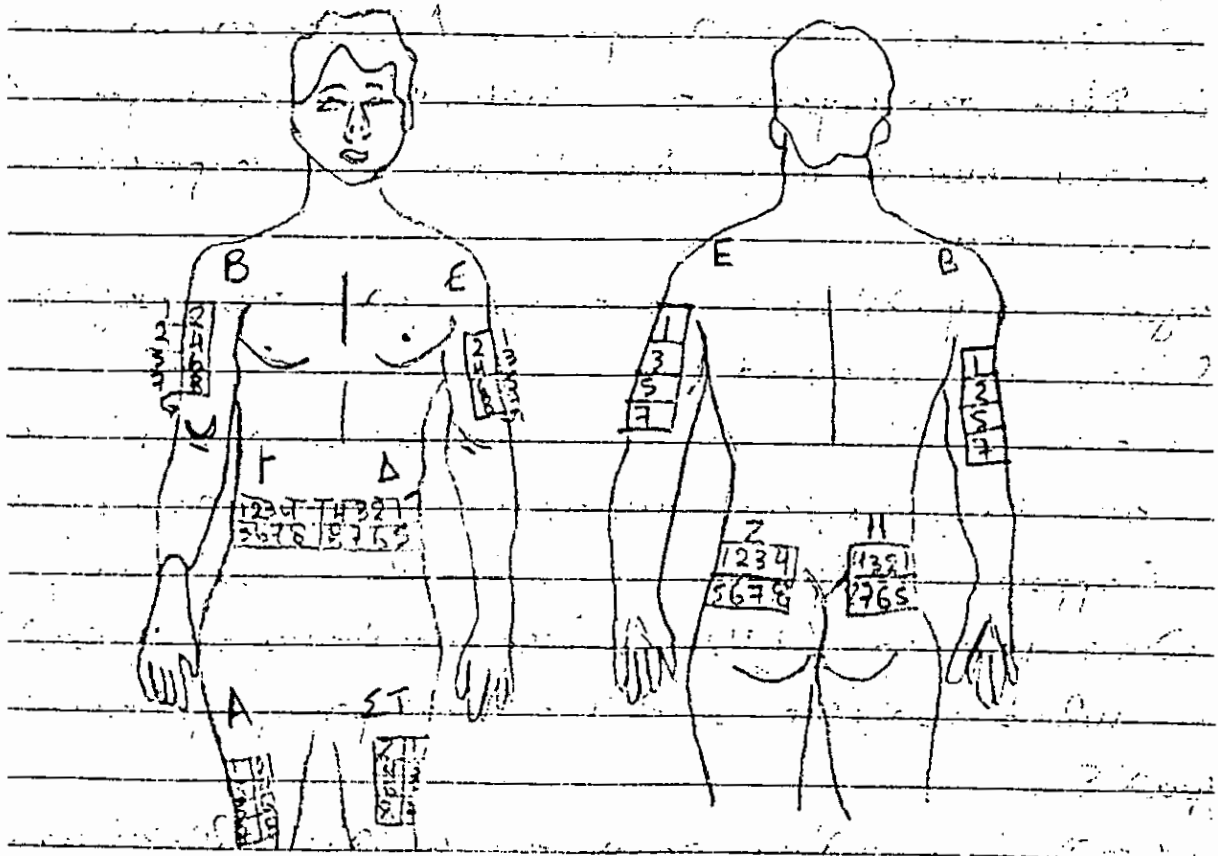
Η δόση της ινσουλίνης ρυθμίζεται απο την ύπαρξη ή όχι και το βαθμό της σακχαρουρίας, σακχαραιμίας και απο παράγοντες όπως διαρρολικό σύνδρομο, εμμέτους κ.α. Η ινσουλίνη μετράται σε διεθνείς μονάδες (I.U) Η περιεκτικότητα της ινσουλίνης σε ένα κυβικό εκατοστό μέσα στο διάλυμα μετριέται στο φιαλίδιο.

Η κρυσταλλική ινσουλίνη χορηγείται συνήθως 20-30 πριν απο τα γεύματα ενώ οι ινσουλίνες με βραδύτερη δράση χορηγούνται γενικά σε μία εφάπαξ δόση πριν απο το πρόγευμα. Απο τις τελευταίες εκείνες που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι η ινσουλίνη LENTE (είναι λιγότερο αλλεργιοκτόνος).

Τελευταία στις ΗΠΑ κυκλοφόρησαν σκευάσματα ινσουλίνης που είναι μίγμα 1 μέρους κρυσταλλικής ινσουλίνης και 2 μερών ινσουλίνης ενδιαμέσου δράσης (NPH)

Η ένεση ινσουλίνης γίνεται υποδερμικά κάτω απο το υποδόριο λίπος για να εμποδίσει την ανάπτυξη λιποδυστροφίας. Οι συνηθισμένες περιοχές είναι οι βραχίονες, οι μηροί και η κοιλιά.

Συχνές ενέσεις σε μια περιοχή οδηγούν στην ανάπτυξη τοπικά ινώσεως και ουλών και επιβραδύνουν την απορρόφηση της ινσουλίνης αλλά καθιστούν και την ένεση επώδυνη. Για το λόγο αυτό νέοι που ασχολούνται με τον αθλητισμό θα πρέπει να κάνουν την ένεση της ινσουλίνης στην κοιλιά ή τους γλουτούς για να εμποδιστεί η ταχεία απορροφή τους.



Εικόνα II Σημεία που μπορεί να γίνεται ή ένεση ινσουλίνης στην πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του σώματος.

Επιπλοκές της ινσουλινοθεραπείας είναι οι πιο κάτω:

1. Αλλεργική αντίδραση: Αυτή εκδηλώνεται με αναφυλακτικό εξάνθημα που εξαφανίζεται μετά από λίγες ημέρες. Οφείλεται σε λευκωματούχες ουσίες, που περιέχουν όλες οι ινσουλίνες, εκτός από την κρυσταλλική.

Σε τέτοια επιπλοκή χρησιμοποιείται η κρυσταλλική ινσουλίνη.

2. Υπογλυκαιμική αντίδραση. Αυτή εμφανίζεται όταν το σάκχαρο του αίματος κατεβεί κάτω από 60 MG 100 κιλ αίματος και είναι επακόλουθο παραλείψεως ή μείωσης ενός γεύματος τροφής που πήρε ο άρρωστος αμέσως μετά την ένεση της ινσουλίνης, λανθασμένης δόσεως ινσουλίνης, έντονης μυϊκής ασκήσεως του αρρώστου κ.α.

Η υπογλυκαιμική αντίδραση αρχίζει 5-20 λεπτά μετά την ένεση της ινσουλίνης ταχείας δράσεως και μετά απο ώρες σε ενδιάμεσης ή βραδείας δράσεως ινσουλίνης. Τα σημεία και συμπτώματα της υπογλυκαιμικής αντιδράσεως πρέπει να είναι γνωστά σε κάθε νοσηλεύτρια ενώ τα πρώτα συμπτώματα πρέπει να έχουν περιγραφεί προσεκτικά σε κάθε διαβητικό άρρωστο και ειδικότερα σε αυτόν που παίρνει ινσουλίνη.

Όταν η τιμή του σακχάτου του αίματος κατεβεί κάτω απο 70-50 MG /100 ΚΛ ο άρρωστος έχει υπογλυκαιμία η οποία εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως άγχος, εφίδρωση, κεφαλαλγία, αίσθημα πείνας, αίσθημα τρόμου, ταχυκαρδία και γενικά αδυναμία. Όταν το σάκχαρο κατεβεί σε 50-40 MG/100 κιλ ο άρρωστος μπορεί να χάσει τον προσανατολισμό του και εμφανίζει σπασμούς.

Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώνεται δέρμα ελαστικό ωχρο, κάθιδρο ταχυσφυγμία, σχετική μυϊκή αναμφία και θετικό BADINSKI. Μερικές φορές η υπογλυκαιμία εξελίσσεται γρήγορα και τα συμπτώματα δεν προειδοποιούν καθόλου τον άρρωστο.

Η υπογλυκαιμική αντίδραση στον άρρωστο που παίρνει ινσουλίνη ΝΡΗ εκδηλώνεται με άλλα συμπτώματα.

Επιπλοκές της ινσουλινοθεραπείας είναι οι πιο κάτω

1. Αλλεργική αντίδραση: Αυτή εκδηλώνεται με αναφυλακτικό εξάνθημα που εξαφανίζεται μετά απο λίγες ημέρες. Οφείλεται σε λευκωματούχες ουσίες, που περιέχουν όλες οι ινσουλίνες, εκτός απο την κρυσταλλική. Σε τέτοια επιπλοκή χρησιμοποιείται η κρυσταλλική ινσουλίνη.

2. Υπογλυκαιμική αντίδραση. Αυτή εμφανίζεται όταν το σάκχαρο του αίματος κατεβεί κάτω απο 60 MG /100 ΚΙΛ αίματος και είναι επακόλουθο παραλείψεως ή μειώσεως ενός γεύματος, τροφής που πήρε ο άρρωστος αμέσως μετά την ένεση της

ινσουλίνης, λανθασμένης δόσεως ινσουλίνης, έντονης μυϊκής ασκήσεως του αρρώστου κ.α.

Η υπογλυκαιμική αντίδρασις αρχίζει 5-20 λεπτά μετά την ένεση της ινσουλίνης ταχείας δράσεως και μετά απο ώρες σε ενδιάμεσης ή βραδείας δράσεως ινσουλίνης. Τα σημεία και συμπτώματα της υπογλυκαιμικής αντιδράσεως πρέπει να είναι γνωστά σε κάθε νοσηλεύτρια ενώ τα πρώτα συμπτώματα πρέπει να έχουν περιγραφεί προσεκτικά σε κάθε διαβητικό άρρωστο και ειδικότερα σε αυτόν που παίρνει ινσουλίνη.

Όταν η τιμή του σακχάρου του αίματος κατεβεί κάτω απο 70-50 MG /100 ΚΙΛ ο άρρωστος έχει υπογλυκαιμία η οποία εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως άγχος, εφίδρωση, κεφαλαλγία, αίσθημα πείνας αίσθημα τρόμου, ταχυκαρδία και γενικά αδυναμία. Όταν το σάκχαρο κατεβεί σε 50-40 MG/100 ΚΙΛ ο άρρωστος μπορεί να χάσει τον προσανατολισμό του και εμφανίζει σπασμούς.

Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώνεται δέρμα ελαστικό, ωχρο, κάθιδρο, ταχυσφυγμία, σχετική μυϊκή αναμφία και θετικό BADINSKI. Μερικές φορές η υπογλυκαιμία εξελίσσεται γρήγορα και τα συμπτώματα δεν προειδοποιούν καθόλου τον άρρωστο.

Η υπογλυκαιμική αντίδραση στον άρρωστο που παίρνει ινσουλίνη NPH εκδηλώνεται με άλλα συμπτώματα.

Ο αρρωστος εμφανίζει ερυθρότητα, αισθάνεται το σώμα του ζεστό και το δέρμα στεγνό, χάνει τον προσανατολισμό του στο περιβάλλον και έχει υπνηλία.

Η άμεση βοήθεια του αρρώστου που εμφανίζει τα πρώτα υπογλυκαιμικά συμπτώματα είναι η λήψη σακχαρούχου ποτού, η γλυκού ή χάχαρης. Η γρήγορη ανάνηψη επιβεβαιώνει τη διάγνωση.

Όλοι οσαικάνουν ινσουλίνη πρέπει να φέρουν μαζί τους κομμάτι σοκολάτας ή καραμέλας ή κάτι άλλο που να περιέχει ζάχαρη. Ο άρρωστος με υπογλυκαιμικό κώμα αντιμετωπίζεται με ενδοφλέβεια χορήγηση υπέρτονου διαλύματος 80% γλυκόζης.

Για την ορθή διάγνωση ατόμου, που βρέθηκε σε κατάσταση κώματος, βοηθεί η ταυτότητα του διαβητικού, που πρέπει πάντα να φέρει μαζί του.

Αυτή έχει το περιεχόμενο που αναφέρεται παρακάτω:

ΕΙΔΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ

Παρακαλώ προσέξτε: Είμαι διαβητικός, χρησιμοποιώ ινσουλίνη και πέφτω σε υπογλυκαιμικό κώμα. Αν με βρείτε σε κατάσταση αφασίας ΧΟΡΗΓΗΣΤΕ ΜΟΥ ΖΑΧΑΡΗ ΣΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΜΟΡΦΗ (χυμό φρούτου, καραμέλλας κ.α) ΑΜΕΣΩΣ και ειδοποιήστε γιατρό.

Όνοματεπώνυμο.....

Διεύθυνση.....Αρ.Τηλ.....

Ο γιατρός μου είναι.....Αριθ.τηλ.....

Διεύθυνση.....

ΓΙΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΘΕ ΓΙΑΤΡΟΥ

Το ημερήσιο διαιτολόγιο είναι

.....γρ.υδατάνθρακες

....." λευκώματα

.....γρ.λίπος

Η ημερήσια δόση ινσουλίνης είναι

ΠΡΩΙ

ΜΕΣΗΜΕΡΙ

ΑΠΟΓΕΥΜΑ

.....IU ..IU ..IU λευκωματούχος

.....IU ..IU ..IU κρυσταλλική

Μετά την ανάνηψη του αρρώστου, πρέπει να ερευνηθεί η αιτία της υπογλυκαιμίας για ανάλογη αναπροσαρμογή δόσεως ινσουλίνης ή ωραρίου σιτίσεως ή πρόσθετης ενδιάμεσης υδατανθρακούχας σιτίσεως.

Φυσική άσκηση: Αυτή μοιάζει με τη δράση της ινσουλίνης και προκαλεί μείωση του σακχάρου του αίματος με την αύξηση του ρυθμού οξειδώσεως της γλυκόζης. Γι αυτό συνιστούμαι στους διαβητικούς αρρώστους, συστηματική άσκηση, εφόσον δεν υπάρχουν ειδικές αντενδείξεις (στεφανιαία αρρώστια, περιφερική αγγειοπάθεια σε ηλικιωμένα άτομα)

Στον παιδικό ή νεανικό διαβήτη, όπως επίσης στον ασταθή διαβήτη των ενηλίκων, χρειάζεται μερικές φορές αναπροσαρμογή των δόσεων της ινσουλίνης ή χορήγηση ενδιάμεσων σιτίσεων για αποφυγή υπογλυκαιμικών κρίσεων, μετά από έντονη άσκηση.

3. Υπογλυκαιμικά (απο το στόμα) φάρμακα. Υπάρχουν δύο ομάδες φαρμάκων που λαμβάνονται απο το στόμα για την ελάττωση του σακχάρου του αίματος. Συγκεκριμένα:

α. Τα παράγωγα της σουλφονουλουρίας

- Τολβουταμίνη (RASTINON, ORINASE)

- Χλωροπροπαμίδη (DIADENESE)

- Γλιβενκλαμίδη (DAONIL, EUGLYKON)

β. Τα παράγωγα της γονανιδίνης

- Φενφορμίνη (ASIPOL)

- Μετφορμίνη (GLUCOPHAGE)

Η χρήση των φαρμάκων αυτών περιορίζεται σε εκείνους τους διαβητικούς που η πάθηση τους είναι ήπια και κυρίως στο διαβήτη της ώριμης ηλικίας.

Τα παράγωγα της σουλφουλουρίας κατεβάζουν το σάκχαρο διεγείροντας την έκκριση της ινσουλίνης, ενώ των γονανιδίων δεν είναι απόλυτα εξακριβωμένα.

Η διαίτα πρέπει να συνεχίζεται παρά τη λήψη των παραπάνω φαρμάκων, θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι ο κίνδυνος της υπογλυκαιμίας αν και μικρότερος, απ' ότι με την ινσουλίνη εξακολουθεί να υπάρχει και με τα φάρμακα αυτά και θα πρέπει ο πάσχων να γνωρίζει τις πρώϊμες εκδηλώσεις της.

Παρενέργειες των αντιδιαβητικών φαρμάκων

Τα παράγωγα της σουλφουλουρίας προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές (ναυτία, έμετο, κάψιμο οπισθοστερνικό) εξανθήματα και κνησμό.

Τα παράγωγα της γονανιδίνης προκαλούν το σύνδρομο της γαλακτικής οξέωσης. Για το λόγο αυτό αλλά και γιατί παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συχνότητα αιφνιδίων θανάτων στους πάσχοντες που κάνουν χρήση φαρμάκων αυτών, τα παράγωγα της διγονανιδίνης αποσύρθηκαν απο το εμπόριο στις ΗΠΑ.

Επιπλοκές -προφύλαξη απο τις επιπλοκές

Διαβητική αγγειοπάθεια: Η νόσος συνοδεύεται απο διάχυτη αγγειοπάθεια των μεγάλων και μικρών αγγείων. Η μικροαγγειοπάθεια, πρωτογενής εκδήλωση της νόσου δεν περιγράφεται ως εξής: επιπλοκή.

Η αρτηριοσκλήρυνση εις τους διαβητικούς αρρώστους είναι πρώιμη. Ξεελίσσεται γρηγορότερα και είναι βαρύτερη σε σύγκριση με το μη διαβητικό άρρωστο. Μπορεί να εξελιχθεί σε τέτοιο σημείο, ώστε να δημιουργηθεί γάγγραινα των άκρων.

Υπέρταση, διαβητική καρδιοαγγειοπάθεια, εγκεφαλική αγγειοπάθεια και περιφερική διαβητική αγγειοπάθεια είναι 2-3 φορές συχνότερη στο διαβητικό πληθυσμό.

Για τη διαβητική αγγειοπάθεια και κυρίως για την προφύλαξη των άκρων ποδιών απο τη γάγγραινα, θεωρείται σκόπιμη η φροντίδα τους με κάθε επιμέλεια. Έχει μεγάλη σπουδαιότητα η διατήρηση του δέρματος καθαρού, ζεστού και ελεύθερου απο τους ερεθισμούς. Το δέρμα του διαβητικού που δεν ρυθμίζετε είναι στεγνό και σκληρό, υπόκειται σε καταυλίσεις και γαγγραιώδη έλκη και ο άρρωστος έχει αίσθημα κνισμού.

Η σχολαστική φροντίδα των ποδιών και των δακτύλων περιλαμβάνει τα εξής:

- Αποφεύγετε κάθε τι που επιβαρύνει την κυκλοφορία του αίματος. Α υτή επιβαρύνεται απο τη χρησιμοποίηση καλτσεδωτών στο κάθισμα, απο την τοποθέτηση του ενός ποδιού πάνω στο άλλο (σταυροπόδι) Η κυκλοφορία του αίματος ενισχύεται με καθημερινή άσκηση (καθίστε στο χείλος του κρεβατιού, σηκώστε τα δάκτυλα προς τα πάνω και επαναλάβετε αυτό για 10' της ώρας)

- Χρησιμοποιείστε πάντοτε καθαρές κάλτσες .όχι απο πλαστική ύλη επειδή δεν απορροφούν τον ιδρώτα.

- Συμβουλευτείτε τον αρρωστό σας για τους τρόπους αποφυγής λύσεως της συνεχείας του δέρματος (τρόπος κοπής νυχιών κ.λ.π) και ενημερώνεσθε για τους κινδύνους απο τη λύση της συνεχείας του δέρματος.

- Σημεία των άκρων των ποδιών που πιέζονται και εξ αιτίας τους σχηματισμός σκληρύνσεων δέρματος τύλων (κάλων) φλυκταινών (φουσκάλες) μειώνονται με τη χρησιμοποίηση κατάλληλων καλτσών και υποδημάτων

- Συνιστούμε: α) καθημερινό πλύσιμο των ποδιών που θα συνοδεύει ή χωρίς τριβή απορρόφηση της υγρασίας με καθαρή πετσέτα, β) επάλλειψη του δέρματος με κρέμα για να διατηρηθεί μαλακό και γ) τοποθέτηση γάζας ανάμεσα στα δάκτυλα για αποφυγή τριβής. Αν έχουμε εφίπνευση των δακτύλων τοποθετείται τεμάχιο γάζας μεταξύ των δακτύλων.

- Μην επιτρέπετε στον άρρωστο να κυκλοφορεί με γυμνά πόδια

- Αν είναι κρύα τα πόδια του, και μη θερμαίνονται με θερμοφόρα, αλλά με τη χρήση λουτρών καλτσών ή με κουβέρτες.

- Σε περίπτωση τραυματισμού ποδιών συμβουλευέστε στον άρρωστο να καταφύγει στο γιατρό.

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι, ενώ ο άρρωστος βρίσκεται ακόμη στο νοσοκομείο ή κάτω απο την άμεση φροντίδα της να αξιολογήσει τη σπουδαιότητα της υγιεινής φροντίδας του δέρματος, να την καταλάβει και να πάρει μέρος σ' αυτήν, έτσι ώστε να την τηρήσει με επιτυχία μετά την εξοδό του απο το νοσοκομείο.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΖΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΑΡΚΑΔΙΑΣ

Όμιλος: Βεργολιάς

Όμιλος: Αυαβτάγιος

Όμιλος: 81

Όμιλος: ΟΓΑ

Όμιλος υασιμίας: Γαρέα Αρκαδίας (χωριό)

Όμιλος άρχων άτομα με βότοριω βανχαριώδη διαβήτη
και οισοφενεία σας. ΝΑΙ - ΟΧΙ

Όμιλος ούρων βανχίρου: άρμητιω

Για τους περισσότερους θεωρείται ότι η καλύτερη προφύλαξη από τις επιπλοκές είναι η δυνατή ρύθμιση του μεταβολικού συνδρόμου. Μεταβολικά σύνδρομα επείγουσας αντιμετώπισης. Στο σακχαρώδη διαβήτη παρατηρούνται οξεία μεταβολικά σύνδρομα που δημιουργούν στο γιατρό και στη νοσηλεύτρια επείγον πρόβλημα αντιμετώπισης.

Τέτοια μεταβολικά σύνδρομα είναι τα ακόλουθα:

1. Υπογλυκαιμική κρίση

2. Υπεργλυκαιμική κρίση. Αυτή διακρίνεται σε δύο μορφές: διαβητικό κώμα, χωρίς κέτωση και διαβητικό κώμα με κέτωση.

Διαβητικό κώμα χωρίς κέτωση. Σ' αυτό εμφανίζεται υπέρταση αύξηση του σακχάρου του αίματος στην κυκλοφορία (πάνω από 600 ΚΙΛ/100 ΚΙΛ) που προκαλεί κυτταρική εφυδάτωση (και κυρίως του εγκεφάλου) λόγω κεκρωσώσεως των εξωκυττάρων υγρών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κώματος. Η κατάσταση αντιμετωπίζεται με χορήγηση υγρών, που δεν θα προκαλέσουν υπεργλυκαιμία, με ταυτόχρονη χορήγηση κρυσταλλικής ινσουλίνης.

Διαβητικό κώμα με κέτωση. Σ' αυτό εμφανίζεται υπέρταση αύξηση του σακχάρου του αίματος στην κυκλοφορία (πάνω από 600 ΜΛ/ΚΙΛ 100) που προκαλεί κυτταρική εφυδάτωση (και κυρίως του εγκεφάλου) λόγω κεκρωσώσεως των εξωκυτταρικών υγρών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κώματος. Η κατάσταση αντιμετωπίζεται με χορήγηση υγρών που δεν θα προκαλέσουν υπεργλυκαιμία, με ταυτόχρονη χορήγηση κρυσταλλικής ινσουλίνης.

Διαβητικό κώμα με κέτωση. Είναι το πιο συνηθισμένο κώμα και παρατηρείται στο σακχαρώδη διαβήτη κατά την απορρύθμιση της ομοιοστάσεως των υδατανθράκων. Διακρίνουμε διάφορα μεταβολικά στάδια ανάλογα με το βαθμό της διαταραχής

του μεταβολισμού των υδατανθράκων και των λιπών.

Στάδιο υπεργλυκαιμίας: Διαπιστώνεται αυξημένη τιμή σακχάρου αίματος (νηστικός και μετά φαγητό) χωρίς όμως κέτωση.

Στάδιο κετώσεως: Σ' αυτό εκτός από τη σακχουρία, διαπιστώνεται κετονουρία, αλλά μέτρια μόνο κετοναιμία.

Στάδιο κετο-οξεώσεως: Διαπιστώνεται επίταση της κετονουρίας αύξηση των κετονικών σωμάτων στο αίμα μείωση της αλκολικής παρακαταθήκης του ορού αίματος σε 20-10 MEQ/L με ελάτωση του PH του ορού σε 7,3 -7,1

Στάδιο οξεώσεως-κόματος. Διαπιστώνεται έκδηλη κετοναιμία, αλκαλική παρακαταθήκη κάτω από 10 MEQ/L καθώς και η ελάτωση του PH του ορού σε 6,8-6,9

Τα συνηθισμένα αίτια προκλήσεως διαβητικού κόματος (κετο-οξέωση) είναι λοιμώξεις, έμφραγμα μυοκαρδίου, τραύμα, διαιτητική παρεκτροπή, αμέλεια στη λήψη ινσουλίνης.

Μία από τις πιο βασικές αρμοδιότητες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει διαβητικά άρρωστο, είναι η παρακολούθηση του για εμφάνιση κόματος. Το κόμα αν και σοβαρή επιπλοκή μπορεί να προληφθεί και όταν εμφανισθεί εφόσον αντιμετωπιστεί έγκαιρα και κατάλληλα διορθώνονται οι μεταβολικές διαταραχές μέσα σε 24-28 ώρες.

Στη διόρθωση επιδιώκεται η επιστροφή από τις καύσεις των λιπών στην καύση των υδατανθράκων.

Η εγχείρηση και ο διαβητικός

Οι κίνδυνοι από την εγχείρηση στον άρρωστο με σακχαρώδη διαβήτη οφείλονται:

Στην ηλικία του αρρώστου, Η πλειονότητα των διαβητικών βρίσκονται σε μεγάλη ηλικία και έτσι έχει πιά αρχίσει η φθορά του οργανισμού. Στην αρτηριοσκλήρωση που είναι συνηθώς επιπλοκή του διαβητικού.

Στην μειωμένη αντίσταση του οργανισμού στις λοιμώξεις
Στις διαβητικές επιπλοκές όπως το κώμα(αυτό εμφανίζεται
εύκολα μετά απο μία μικρήλοιμώξη και εγχείρηση.

Σήμερα τόσο η ινσουλίνη όσο και οι δυνατότητες εξετά-
σεως αίματος και ούρων ,βοηθούν στην κατάλληλη προεγχειρη-
τική ετοιμασία των διαβητικών και έτσι έχουν μειωθεί πολύ
οι επιπλοκές απο το διαβήτη μετά μια εγχείρηση.

Η προεγχειρητική ετοιμασία αποβλέπει στην εναπόθεση
γλυκογόνου στο ήπαρ με το οποίο προφυλάσσεται ο άρρωστος
απο τη δυσμενή επίδραση των ναρκωτικών κατά τη νάρκωση.
Παράλληλα χορηγείται και ινσουλίνη για το μεταβολισμό των
υδατανθράκων.

Η λήψη υδατανθράκων διακόπτεται τρεις ώρες πριν απο την
εγχείρηση.

Ακόμα απόθεμα λευκωμάτων και ισοζύγιο ηλεκτρολυτών
και ύδατος πρέπει να πραγματοποιηθούν προεγχειρητικά.
Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές προλαμβάνονται και με τη λή-
ψη των εξής μέτρων.

Μετεγχειρητικά ο άρρωστος παίρνει το ενωρίτερο (τρεις ώρες
μετά την εγχείρηση) υδατανθρακούχα υγρά απο την πεπτική ή
παρεντερική οδό και αρκετή ποσότητα ινσουλίνης για πρόλη-
ψη οξεώσεως.

Οταν ο άρρωστος αρχίσει να παίρνει μαλακή τροφή μετα-
πίπτει βαθμιαία στο προηγούμενο διαιτολόγιο,εφόσον κρίνεται
κατάλληλο και για την παρούσα κατάσταση.

Οι όροι ασηφίας,κατά τη περιποίηση του τραύματος,είναι
πολύ σχολαστικοί για πρόληψη μόλυνσεως,Οι μόλυνσεις ενισχύον-
ται απο την αυξημένη ποσότητα σακχάρου στο αίμα.

Η γάγγραινα των δακτύλων μπορεί να εμφανισθεί ως μετεγχειρητική επιπλοκή, σε περίπτωση που προϋπάρχει αρτησιοκλήρωση. Βασικό προφυλακτικό μέσο είναι η σχολαστική καθαριότητα των ποδιών η αποφυγή κοπής των κάλων και το προσεκτικό κόψιμο των νυχιών.

Ο χειρουργημένος άρρωστος μπορεί να αντιμετωπίσει μια ή και περισσότερες απο τις παρακάτω ανωμαλίες που είναι δυνατόν να προκαλέσουν μεταβολική διαταραχή.

1. Εμετοι: Ο άρρωστος παρακολουθείται για εμέτους. Η εμφάνιση τους οδηγεί στην επημέρωση του γιατρού για αναπλήρωση της τροφής παρεντερικά.

2. Αίσθημα πείνας. Πρίν απο την εγχείρηση ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα απο το στόμα. Ενδοφλέβια χορήγηση σακχαρούχου ορού και ενέσεων ινσουλίνης χρησιμοποιούνται για διατήρηση μεταβολικού ισοζυγίου.

3. Η πυρετική κίνηση προκαλεί μεταβολικές διαταραχές γι' αυτό συνιστάται η αύξηση της δόσης της ινσουλίνης.

Τελιώνοντας σημειώνεται ότι ο διαβητικός άρρωστος, που βρίσκεται κάτω από την απειλή τόσο του διαβητικού κώματος όσο και του SHOCK από την ινσουλίνη, πρέπει να βρίσκεται κάτω από στενή παρακολούθηση και παρατήρηση του έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτό γίνεται περισσότερο αναγκαία, όταν ο διαβητικός άρρωστος έχει κάνει κάποια εγχείρηση. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει πάντοτε έτοιμα όσα απαιτούνται για ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης και ινσουλίνης. Μετά το πέρας της εγχειρήσεως ο άρρωστος παρακολουθείται επισταμένα ιδίως ως προς την αρτηριακή πίεση, τις σφύξεις, τις αναπνοές καθώς και το επίπεδο επαφής του με το περιβάλλον.

Εκπαίδευση του αρρώστου

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι χρόνια νόσος που απαιτεί επιδέξια συνεχή και με ακρίβεια φροντίδα.

Επειδή η παρακολούθηση του αρρώστου από ειδικευμένο προσωπικό είναι περιοδική, η ευθύνη της θεραπείας, σε μεγάλη έκταση, ανήκει στον ίδιο τον άρρωστο. Την περίοδο που η νόσος προχωρεί ομαλά, ο άρρωστος ενεργεί όπως ο γιατρός και πρέπει να είναι ικανοποιητικά προετοιμασμένος για την άσκηση των παραπάνω ρόλων. Οι γνώσεις του δε θα περιορίζονται μόνο στη φύση και στα προβλήματα της νόσου του, αλλά θα επεκτείνονται και σε θέματα που έχουν σχέση με τη ρύθμιση του διαιτολογίου, την πρόληψη των επιπλοκών και την απόκτηση υγιεινών συνθηκών γενικότερα. Ο άρρωστος πρέπει να καταλάβει ότι εφόσον θα ακολουθήσει καθορισμένες οδηγίες, οι προσδοκίες του για μακρά, ευτυχισμένη και ενεργό ζωή είναι εξαιρετικές.

Η αισιοδοξία για το μέλλον και η παράλληλη λήψη προφυλακτικών μέτρων συμβάλλουν στη διατήρηση καλού ηθικού στο άτομο και το ενισχύουν προς δράση. Ακόμη πρέπει να γνωρίζει για τις πιθανές επιπλοκές και τα κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα, χωρίς οι γνώσεις αυτές να του προκαλούν αισθήματα φόβου και ανησυχίας.

Η εκπαίδευση του αρρώστου πρέπει να περιλαμβάνει και τα σχετικά με τη φροντίδα του δέρματος όπως αναφέραμε πιο πάνω.

Στην προσπάθειά μας να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ζήσει με τον σακχαρώδη διαβήτη, επιδιώκουμε να μην απομακρύνουμε από τον συνηθισμένο τρόπο ζωής. Οι ευκαιρίες διδασκαλίας σε ομάδα ανθρώπων διαβητικών φαίνεται να έχουν ενεργητικά

αποτελέσματα, επειδή βοηθούν στην ανάπτυξη αισθήματος ασφαλ. καθώς έρχονται σε επαφή με άτομα που για σειρά ετών ζουν με τη νόσο.

Ανακεφαλαιώνοντας τα παραπάνω σημειώνεται ότι κάθε διαβητικός και ένα τουλάχιστον μέλος της οικογένειάς του πρέπει να γνωρίζουν:

- Τη φυσιολογία του σακχαρώδη διαβήτη
- Τη δράση της ινσουλίνης και άλλων υπογλυκαιμικών ουσιών
- Τις εξετάσεις ούρων για σάκχαρο και κετονικά σώματα.
- Την τεχνική εκτέλεσεως ενέσεως ινσουλίνης
- Τη φροντίδα ποδιών
- Τον τρόπο αντιμετώπισεως περιπτώσεως κάποιας αρρώστιας.
- Τα συμπτώματα του διαβητικού κώματος.
- Τα συμπτώματα του SHOCK ινσουλίνης

Αλλα υγιεινά και ασφαλή μέτρα είναι τα παρακάτω:
Διατηρείται ρυθμισμένο το σάκχαρο αίματος για αποφυγή επιπλοκών. Σ'αυτή βοηθά η συστηματική ιατρικής παρακολούθηση του αρρώστου. Επειδή ο σακχαρώδης διαβήτης είναι κληρονομική νόσος, οι συγγενείς διαβητικών πρέπει να αποφεύγουν την παχυσαρκία και να κάνουν κάθε χρόνο εξέταση αίματος για σάκχαρο.

Πάντοτε ο διαβητικός πρέπει να έχει μαζί του ζάχαρη και την ταυτότητα του διαβητικού.

Ο διαβητικός πρέπει να αναπαύεται στο διάστημα της ημέρας για μιά ή περισσότερες ώρες.

Ο υπεύθυνος μιάς υπηρεσίας πρέπει να γνωρίζει αν ο υπάλληλος είναι διαβητικός, ώστε αν εμφανιστούν κάποια ενοχλήματα, να μπορεί να βοηθήσει έγκαιρα και κατάλληλα.

Το έργο της εκπαίδευσσεως των διαβητικών για την ψυχοσωματική προσαρμογή με την αρρώστια βοηθάται τέλος με τις κα-

τασηνώσεις για διαβητικά παιδιά, τα ενημερωτικά περιοδικά για διαβητικούς, τις νοσοκομειακές ή εξωνοσοκομειακές ομιλίες, διαλέξεις ή συγκεντρώσεις, τηλεόραση, ραδιόφωνο κ.λ.π.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στο διαβητικό που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

Η νοσηλεύτρια κοντά στον διαβητικό που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο καλείται να φθάσει ορισμένους στόχους, σ' αυτό άλλωστε συνίσταται και ο ρόλος της. Τέτοιοι στόχοι είναι οι ακόλουθοι:

1. Η συμβολή στη ρύθμιση του μεταβολικού συνδρόμου
2. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας.
3. Η βοήθεια του αρρώστου και του άμεσου περιβάλλοντος του να αποδεχθούν το διαβήτη όχι σαν αρρώστια αλλά σαν ένα νέο τρόπο ζωής.
- 4., Η ορθή επιμέτρηση του διαβητικού και του άμεσου περιβαλλοντός του για ,τη φύση της νόσου, το πως να ζήσει με το διαβήτη (ρύθμιση σακχάρου αίματος σε σταθερά φυσιολογικά επίπεδα.
την πρόληψη των επιπλοκών
5. Η εκμάθηση απο τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένειας του τεχνικών στις οποίες θα μπορούν να εφαρμόσουν όπως εξέταση ούρων και αίματος για σάκχαρο, κετονικά σώματα, εκτέλεση ενέσεως ινσουλίνης κ.α.
6. Η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων εμπιστοσύνης και αποδοχής με τον διαβητικό και την οικογενειά του.

Νεανικός διαβήτης (τύπος I)

Αρχίζουμε την ανασκόπηση του ρόλου και των ευθυνών της νοσηλεύτριας κοντά στο νέο άτομο, που εκδήλωσε σακχαρώδη διαβήτη επειδή αφενός παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και αφετέρου η σωστή νοσηλευτική προσφορά στο νέο άτομο με σακχαρώδη διαβήτη θα συμβάλει ώστε:

Να μπορεί να ζήσει τη ζωή του όπως τη ζούν και αυτοί που προσβλήθηκαν από την αρρώστια.

Να προλάβει τις επιπλοκές του διαβήτη που προβληματίζουν το ίδιο αλλά και το άμεσο περιβάλλον του και τον οδηγούν σε ανεπανόρθωτη αναπηρία.

Να μη μειωθεί το προσδόκιμο επιβιώσεώς του.

Νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου.

Η εντόπιση των νοσηλευτικών προβλημάτων/αναγκών γίνεται με την αξιολόγηση του διαβητικού, από τις πληροφορίες που συγκεντρώνει η νοσηλεύτρια που αναφέρονται:

1. Στο ιστορικό υγείας του αρρώστου όπως

Οικογενειακό ιστορικό διαβήτη

Πρόσφατη φυσική ή συναισθηματική ένταση (STRESS) όπως λοιμώξεις τραύμα ή θάνατος που έχει σημασία για αυτόν
Φάρμακα που χρησιμοποιεί (γλυκοκορτικοειδή) .

Συμπτωματολογία με την οποία οδηγήθηκε στο νοσοκομείο

Πληροφορίες για παλαιές εισαγωγές στο νοσοκομείο σε διαγνωσμένο διαβητικό (παλαιό)

Χρήση αντιδιαβητικών φαρμάκων

Αξιολόγηση όλων των συστημάτων του οργανισμού με ιδιαίτερη προσοχή στα υποκείμενα σε επιπλοκές του διαβήτη συστήματα.

2. Στις διαγνωστικές εξετάσεις όπως

Γλυκόζη αίματος

Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης

Κενονικά σώματα πλάσματος

Γλυκόζη και κενονικά σώματα ούρων

Αέρια κα PH αρτηριακού αίματος

Ηλεκτρολύτες ορού αίματος

3. Νοσηλευτικό ιστορικό

Στο νοσηλευτικό ιστορικό βρίσκουμε πληροφορίες για τοδιαβητικό παιδί που αναφέρονται στην ηλικία ατου, τη σύνθεση της οικογένειας και την παρουσία ή όχι γιαγιάς στο σπίτι αν η μητέρα εργάζεται και το ωράριο εργασίας της μπροεί να προσαρμοσθεί με τις ανάγκες που δημιουργεί ο διαβήτης στο παιδί, σε συνήθειες διατροφής, ύπνου, κενώσεως του εντέρου στη φύση του παιδιού, αν είναι ευαίσθητο, ευερέθιστο, στενόχωρο, ανέχεται ή όχι καταστάσεις στερήσεως π.χ πολλών γλυκών, στις εμπειρίες -αντίληψη του παιδιού για τη φύση της αρρώστιας του στην πληροφόρηση που το παιδί έχει απο άλλα παιδιά μετο ίδιο πρόβλημα κλπ στην κατάσταση του δέρματος, στο επίπεδο επικοινωνίας του παιδιού, με τη νοσηλευτική ομάδα στο επίπεδο επικοινωνίας γονέων -παιδιού με τη νοσηλευτική ομάδα και την ομάδα υγείας κ.α.

Οι πηγές για τη συγκέντρωση των πιο πάνω πληροφοριών είναι ο φάκελος υγείας του παιδιού στον οποίο συμπεριλαμβάνονται και ο παλιός φάκελος της νοσηλείας του παιδιού σε νοσοκομείο (άν έχει)

Τα μέλη της οικογένειας (άμεσου περιβάλλοντος στο οποίο μπορεί να συμπεριλαμβάνεται και δάσκαλος)

Τα μέλη της ομάδας υγείας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ

Θεωρητικά τα νοσηλευτικά προβλήματα ανάγκες του αρρώστου με νεανικό διαβήτη χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Η κατηγορία της οξείας και υποξείας φάσεως και της φάσεως του παιδιού για την έξοδο απο το νοσοκομείο. Στη συνέχεια

αναφέρονται χωριστά τα νοσηλευτικά προβλήματα της κάθε μιας από τις τρεις κατηγορίες.

Κατηγορία οξείας φάσεως

Διαταραχή ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών (αφυδάτωση απώλεια αδυναμία, ναυτία, έμμετοι, πόνοι στην κοιλιά, ταχύπνοια, υπόταση, επιπλοκές (καρδιακή αρρυθμία, ανουρία, ωσμοτική διούρηση, ανοξία εγκεφάλου, οίδημα, λοιμώξεις)

Φόβος και άγχος

Κατηγορία υποξείας φάσεως

Διατροφή

Δραστηριότητες. Ανάπαυση.

Ψυχο-βιολογική προσαρμογή στο διαβήτη αλλαγή τρόπου ζωής αλλαγή διαιτολογίου ρύθμιση δραστηριοτήτων.

Φόβοι επιπλοκών όπως: υπογλυκαιμία, υπεργλυκαιμία, διαταραχή μεταβολικού ισοζυγίου, διαταραχή ισοζυγίου υγρών, νοσήματα των νεφρών και της καρδιάς, τύφλωση, νεφροπάθεια.

Επιπτώσεις της εργασίας στην υγεία (με την διαμόρφωση της νέας καταστάσεως).

Κατηγορία προετοιμασίας για την έξοδο από το νοσοκομείο

Ενίσχυση της αυτοφροντίδας.

Εκπαίδευση του αρρώστου και των μελών της οικογένειας πως να ζήσει το άτομο με το διαβήτη.

Υποβάσταξη του διαβητικού και της οικογένειάς του για την έξοδο και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση προβλημάτων/αναγκών: Για τη βοήθεια του αρρώστου στην επίλυση των πιο πάνω προβλημάτων θα πρέπει στην οξεία φάση η νοσηλεύτρια, να είναι ευήμερη για τις συνήθειες αιτίες της διαβητικής οξέωσης.

- Να εφαρμόσει τις αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας παιδιού που βρίσκεται σε κώμα.
- Να διατηρεί την ενδοφλέβια θεραπεία.
- Να είναι έτοιμη για ενδοφλέβια χορήγηση ινσουλίνης.
- Να βοηθήσει στην εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για την ανακούφιση από το μετεωρισμό και τους εμέτους.
- Να γράφει με ακρίβεια τα λαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά για την διατήρηση, αξιολόγηση ισοζυγίου.
- Να αξιολογεί πως ανταποκρίνεται ο άρρωστος στη θεραπεία που του έχει εφαρμοσθεί, από τα ευρήματα των εργαστηριακών εξετάσεων (σάκχαρο αίματος, κετονικά σώματα, αέρια αίματος, σάκχαρο και οξόνη ούρων), από τα ζωτικά σημεία (θερμοκρασία, σφυγμοί, αναπνοές, ΑΠ αίματος, από το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών).
- Να προσφέρει ασφαλές και άνετο περιβάλλον με στρώμα εναλλασσόμενης πίεσεως αέρα, με συνεχή αλλαγή θέσεως στο κρεβάτι, με κατάλληλη θέση των μελών του σώματος στο κρεβάτι, με την επιμελημένη φροντίδα του δέρματος και του στόματος και με την άσηπτη τεχνική στην τοποθέτηση και διατήρηση ενδοφλέβιας χορηγήσεως υγρών, στην τοποθέτηση και διατήρηση ουροκαθετήρα (όταν ο άρρωστος τον χρειαστεί).
- Να υποστηρίζει συναισθηματικά το παιδί και την οικογένειά του.
- Να ξαναρχίσει τη λήψη από το στόμα, όταν το παιδί επικοινωνεί ικανοποιητικά και έχει ρυθμιστεί η οξεοβασική ισοροπία.
- Να διερευνά το παιδί και τους γονείς του για παρουσία άγχους και να προσπαθεί να εντοπίσει πηγές που το δημιουργούν και να παρεμβαίνει ανάλογα.

Να εξηγεί στους γονείς και στο ίδιο το παιδί τα θεραπευτικά μέτρα που εφαρμόζονται.

Να προγραμματίζει επικοινωνία των οικείων του αρρώστου με το γιατρό.

Να κάνει συνεχή εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων και να διαφοροποιεί το σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας με βάση τις νέες ανάγκες προβλήματα που δημιουργούνται.-

Στην υποξεία φάση η Νοσηλεύτρια

Χρησιμοποιεί το παιδί και το άμεσο περιβάλλον του γονείς στον προγραμματισμό της καθημερινής φροντίδας.

Παρακολουθεί πως ανταποκρίνεται το παιδί στην θεραπεία στα εξής σημεία: σάκχαρο αίματος, σάκχαρο και οξύνη ούρων, ισοζύγιο υγρών διάθεση για φαγητό.

Αρχίζει την εκπαίδευση του παιδιού και της οικογένειας γονείς του σχετικά με το σακχαρώδη διαβήτη.

Εξασφαλίζει από το προσωπικό του ιδρύματος τη σωστή συλλογή δειγμάτων ούρων και αίματος εξασφαλίζει τη βοήθεια του αρρώστου στη συλλογή δειγμάτων.

Για να μπορέσει η νοσηλεύτρια να κάνει τις θεραπευτικές και ανακουφιστικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις στο τμήμα του διαιτολογίου πρέπει:

α) Να προβλέπει δίαιτα που δεν θα περιορίζει τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και τη δραστηριότητά του. Η δίαιτα επηρεάζεται από τα κλινικά συμπτώματα και τα εργαστηριακά ευρήματα

β) Να μοιράζονται σ' όλο το διάστημα της μέρας οι προφερόμενες τροφές.

γ) Να χρησιμοποιεί επιτρεπές συνήθειες διατροφής

για την καλύτερη προσαρμογή του παιδιού στο νέο του διαιτολόγιο.

δ) Να αφήνει το παιδί κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο να έχει φυσιολογικές δραστηριότητες.

ε) Να δημιουργεί ευκαιρίες στο παιδί, εφόσον είναι δυνατόν, να γευματίζει με άλλα διαβητικά παιδιά.

στ) Να είναι βεβαία ότι το παιδί εφαρμόζει το διαιτολόγιο που έχει ορισθή.

η) Να κάνει σε συνεργασία με το παιδί και τους γονείς του, κατάλληλες αντικαταστάσεις ανάλογα με την προτίμηση του .

Στον τομέα της φαρμακευτικής αγωγής η νοσηλεύτρια θα πρέπει:

α) Να γνωρίζει τους τύπους της ινσουλίνης, την έναρξη δράσης τη μέγιστη διάρκεια δράσεως του κάθε τύπου.

β) Να γνωρίζει ότι η δόση και ο τύπος της ινσουλίνης ρυθμίζεται απο τα αποτελέσματα της εξετάσεως ούρων για σάκχαρο και οξάνη.

γ) Να χρησιμοποιεί σύριγγα που το σύστημα μετρήσεως είναι το ίδιο με τις μονάδες που περιγράφει το φιαλίδιο.

δ) Να γνωρίζει τους παράγοντες που οδηγούν στην αλλαγή της δόσεως της ινσουλίνης, οι κυριότεροι απο τους οποίους είναι η άσπηση η φλεγμονή το STRES.

ε) Να δίνει ευκαιρία στο παιδί να εκφράσει τα συναισθηματά του για την ένωση. Το παιδί πρέπει να ξεπεράσει το φόβο του για τις ενέσεις, ελέγχοντας την κατάσταση με ένα τρόπο μεταξύ παιχνιδιών και ενεργητικής συμμετοχής στη διαδικασία της ενέσεως.

στ) Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, εκτιμάται από τον έλεγχο των ούρων για σάκχαρο και οξόκη. Συγκεντρώνονται ούρα 4 φορές το 24ωρο πριν από κάθε γεύμα και πριν από τον ύπνο. Καταγράφεται το αποτέλεσμα της εξέτασεως, βοηθείται το παιδί να καταλάβει πως ρυθμίζεται η αρρώστια του και εκπαιδεύεται να ελέγχει μόνο του τα ούρα, να καταγράφει τα αποτελέσματα και να ενημερώνει το γιατρό (τη νοσηλεύτρια) τους γονείς του σχετικά.

Στον τομέα της προλήψεως επιπλοκών η νοσηλεύτρια:

α) Είναι ενήμερη για τα συνήθη αίτια της υπογλυκαιμίας συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται και τον τρόπο αντιμετώπισεώς της. Συνηθισμένα αίτια υπογλυκαιμίας είναι η υπερβολική δόση ινσουλίνης η ελλάτωση της λαμβανομένης τροφής, η άυξηση της ασκήσεως χωρίς παράλληλη ελλάτωση της ινσουλίνης η άυξηση τροφής και το STRES.

Η υπογλυκαιμία εκδηλώνεται με άισθημα πείνας, ίλιγγο, ζάλη, αδυναμία, διαταραχές οράσεως, κόπωση, ασυνήθη συμπεριφορά ωχρότητα προσώπου, ταχυκαρδία, εφίδρωση, τρόμο και απώλεια αισθήσεων.

Η υπογλυκαιμία αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση χυμού πορτοκαλιού ή άλλης τροφής που να περιέχει ζάχαρη.

β) Προσφέρει σχολαστική περιποίηση δέρματος και καθημερινό λουτρό καθαριότητας επιμελείται ιδιαίτερα την πειροχή του δέρματος που παρουσιάζει κάποια κάκωση και αντιμετωπίζει έγκαιρα κάθε σημείο φλεγμονής.

γ) Παρακολουθεί τον άρρωστο για έγκαιρη διάγνωση συμπτωμάτων και σημείων, που μπορεί να είναι επιπλοκές από το ουροποιητικό νευρικό, κυκλοφοριακό και αισθητήρια όργανα.

δ) Οργανώνει πρόγραμμα διδασκαλίας για το παιδί και τους γονείς του και θέτει στη διάθεση τους βιβλιογραφία ή

ενημερωτικά διαφωτιστικά έντυπα για την κάλυψη δικών τους αναγκών.

ε) Οργανώνει συγκέντρωση των διαβητικών παιδιών και δημιουργεί συνθήκες να εκφράσουν απορίες, φόβους, ανησυχίες και να μοιρασθεί τις εμπειρίες απο το διαβήτη.

στ) Προτείνει στους γονείς να γίνουν μέλη της ομάδας γονέων διαβητικών παιδιών της περιοχής τους, εφόσον υπάρχει.

Στον τομέα της αποδοχής του σακχαρώδη διαβήτη σαν ένα τρόπο ζωής και όχι σαν αρρώστια η νοσηλεύτρια πρέπει:

α) Να αποδειχθεί το παιδί και τους γονείς του στην ομάδα υγείας για τον προγραμματισμό της θεραπείας απο την αρχή.

β) Να ενθαρρύνει και επιτρέπει στο παιδί να αναπτύξει τα φυσικά του ταλέντα. Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν δικαιολογεί την απόσυρση.

γ) Να βοηθάει το παιδί και τους γονείς του να δεχθούν την ανάγκη της καθημερινής ρυθμίσεως της αρρώστιας σαν ένα είδος ρουτίνας όπως η πρωϊνή τουαλέτα κ.λ.π

δ) Να βοηθάει το παιδί να ανεξαρτοποιηθεί στη φροντίδα του όσο το δυνατόν πιο γρήγορα.

Η φάση της προετοιμασίας για την έξοδο του παιδιού απο το νοσοκομείο.

Πότε αρχίζει η φάση αυτή; Είναι ερώτημα που συχνά μας θέτουν οι άλλοι και εμείς στους εαυτούς μας. Η προετοιμασία για την έξοδο του παιδιού απο το νοσοκομείο είναι απο τα πιο ουσιαστικά, υπεύθυνα, αποφασιστικά, αλλά και ανεξάρτητα νοσηλευτικά καθήκοντα /νοσηλευτικές δραστηριότητες και απευθύνεται προς το παιδί και τους γονείς/ αμεσό του περιβάλλον.

Θέματα που πρέπει να περιλαμβάνει η προετοιμασία για την έξοδο του παιδιού απο το νοσοκομείο πρέπει:

1. Ενημέρωση για τη φύση της νόσου
 2. Παράγοντες που συντελούν στη ρύθμιση ή απορρύθμιση του μεταβολικού συνδρόμου, όπως δόση ινσουλίνης, άσκηση φυσικό STRES, συναισθηματικό STRES
 3. Αναγνώριση συμπτωμάτων υπογλυκαιμίας, υπεργλυκαιμίας και τρόποι αντιμετώπισεώς τους.
 4. Η φροντίδα του δέρματος και των ποδιών
 5. Οι επιπλοκές της νόσου και μέτρα προλήφews ή αναστολής της εξελίξεως.
 6. Εκμάθηση τεχνικών όπως μέτρηση δόσεως ινσουλίνης, επιλογής σημείου εκτελέσεως ενέσεων, εκτέλεση ενέσεως εφαρμογή άσηπτης τεχνικής, εξέταση ούρων, εξέταση αίματος.
 7. Ρύθμιση διαιτολογίου.
 8. Αντικείμενα που πρέπει να έχει πάντοτε το παιδί μαζί του, κάρτα διαβητικού και ζάχαρη σε πλακάκια (καραμέλα)
- Ακόμη η νοσηλεύτρια πληροφορεί το παιδί και το άμεσο περιβάλλον του πως κατά το διάστημα ταξιδιού, το απαραίτητο υλικό με την ένεση τοποθετείται στις αποσκευές που θα κρατούν οι γονείς και το παιδί στα χέρια.

Στη φάση της αναχωρήσεως του παιδού απο το νοσοκομείο και την παρακολούθηση του μετά την έξοδο απ αυτό η νοσηλεύτρια:

- α) Είναι βέβαιη ότι ο άρρωστος και οι γονείς του είναι σε θέση να εφαρμόσουν με ασφάλεια τις τεχνικές που διδάχθηκαν
- β) Έχει βεβαιωθεί πως ο άρρωστος και τα μέλη του άμεσου περιβάλλοντος του μπορούν να απριθμήσουν τα σημεία και τα συμπτώματα της υπεργλυκαιμίας και της υπογλυκαιμίας να διακρίνουν τις διαφορές που υπάρχουν στην οξεία και υποξεία φάση της αρρώστιας να αναφέρουν τα φάρμακα που χρησιμοποιούν

(ινσουλίνη) τη δόση, τη συχνότητα, τη δράση και να εφαρμόζουν σωστά θεραπευτικό διαιτολόγιο.

γ) Υπενθυμίζει στον άρρωστο και την οικογενειά του την ημερομηνία επόμενης ιατρικής τους επίσκεψης.

δ) Η παρακολούθηση του αρρώστου μετά την εξοδό του απο τονοσοκομείο επιτυγχάνεται με τη σύνδεση του παιδιού με περιφερικό κέντρο παροχής υπηρεσιών υγείας, με διαβητολογικό κέντρο και με κέντροπαροχής τηλεφωνικών πληροφοριών.

Οφίμος διαβήτης (τύπος II)

Ο ρόλος και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας στον ενήλικα διαβητικό δεν διαφέρουν από το ότι μέχρι τώρα συζητήθηκε για το νεανικό διαβήτη. Δηλαδή η διεργασία της νοσηλευτικής αξιολόγησης του, η εξακρίβωση των νοσηλευτικών του προβλημάτων και αναγκών, ο προγραμματισμός και η εφαρμογή σχεδίου παροχής εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας στις φάσεις της πορείας της νόσου και τις προετοιμασίας του να ζήσει μ' αυτή δεν παρουσιάζει διαφορές. Γίνονται όμως απαραίτητες προσαρμογές στις ανάγκες του ενήλικου, που επηρεάζονται από την ηλικία, την ιδιοσυγκρασία του ατόμου τη φύση της εργασίας του και άλλους παράγοντες.

Στη συνέχεια θα παρουσιάσουν μερικά από τα προβλήματα ή ερωτηματικά του ενήλικου διαβητικού, αλλά και του άμεσου περιβάλλοντός του, που θέτουν στη νοσηλεύτρια και περιμένουν την βοήθειά της.

" Θα μπορέσω να συνεχίσω να εργάζομαι τώρα που έχω σακχαρώδη διαβήτη"

" Μήπως με απολύσει ο εργοδότης μου τώρα, που αρρώστησα από το χρόνιο αυτό νόσημα"

" Θα μπορέσω να βρώ εργασία"

Σ' αυτά και πολλά άλλα σχετικά με την εργασία, ερωτήματα που προβληματίζουν τον άρρωστο θα πρέπει να απαντήσει η νοσηλεύτρια.

Μερικά επαγγέλματα δεν επιτρέπεται να τα εξασκήσουν άτομα που κάνουν ινσουλίνη.

Σ' αυτά υπάγονται τα επαγγέλματα που κατά την ασκησή τους μια υπογλυκαιμία μπορεί να είναι επικίνδυνη για τους εαυτούς τους αλλά και για τους άλλους π.χ δεν μπορούν να γίνουν στρατιωτικοί ή αστυνομική, πιλότοι, οδηγοί, λεωφορείων ή τραίνων.

Η εξεύρεση εργασίας είναι μερικές φορές προβληματική εφόσον δεν έχουν άνοιγμα σε όλα τα επαγγέλματα που ακόμη συναντούν την απορθυμία των εργοδοτών να τους προσλάβουν λόγω των υπογλυκαιμικών κρίσεων των αυξημένων ημερών απουσίας από την εργασία και των τυχόν αναπηριών από τις επιπλοκές της αρρώστιας. Χρειάζεται ειδική κατεύθυνση των διαβητικών στη εκλογή κατάλληλων επαγγελμάτων αλλά ταυτόχρονα σωστή και πλήρη ενημέρωση του κοινού ότι όπως κάθε εργαζόμενος είναι δυνατόν να αρρωστήσει από οποιαδήποτε άλλη αρρώστια και να πάθει ατυχήματα, έτσι και ο διαβητικός. Για την προσωπική του ασφάλεια ενημερώνεται και δεν πρέπει να κρύψει από τον εργοδότη του ότι είναι διαβητικός.

Όταν ο διαβητικός πρόκειται να έλθει σε γάμο πρέπει να ενημερώνεται στα εξής:

1. Ο σακχαρώδης διαβήτης κληρονομείται στους απογόνους και επομένως έχει μεγαλύτερη πιθανότητα από τους μη διαβητικούς να κληρονομήσουν τα παιδιά του τον σακχαρώδη διαβήτη.
2. Πριν προχωρήσει σε γάμο ο διαβητικός πρέπει να ενημερώνει την/τον μελλοντική σύζυγο ότι είναι διαβητικός.

3. Η διαβητική γυναίκα είναι το ίδιο γόνιμη όπως και η μη διαβητική. Εκείνο που πρέπει όμως να προσέξει είναι κατά το διάστημα της κύησης να διατηρεί το σάκχαρο σε φυσιολογικά επίπεδα.
4. Ο θηλασμός δεν ενδείκνυται και συνιστάται όπως και σε κάθε άλλη γυναίκα, έστω κι αν κάνει ινσουλίνη, επειδή δεν απεκρίνεται από το γάλα και δεν φθάνει στο παιδί.
5. Η διαβητική μητέρα έχει πιθανότητες να αποκτήσει παιδί με καρδιακές ανωμαλίες, όταν κατά τους δύο πρώτους μήνες της κύησης έχει απορρυθμισμένη την αρρώστια της. Όταν το σάκχαρο της μητέρας κατά τη σύλληψη και κύηση είναι ρυθμισμένο, η διαβητική μητέρα έχει όπως κάθε άλλη μητέρα φυσιολογικό παιδί.
6. Ο άνδρας ανεξάρτητα με την ηλικία, είναι δυνατόν να παρουσιάσει ανικανότητα, όταν δεν ρυθμίζεται το σάκχαρο και η γυναίκα έχει διαταραχές στην έμμηνο ρύση.

Μπορεί να πει κανείς πως γενικά δεν υπάρχει λόγος οι διαβητικοί να μην παίρνουν μέρος σε αθλήματα και σε άλλης μορφής ψυχαγωγικές εκδηλώσεις. Οι περισσότεροι διαβητικοί γρήγορα μαθαίνουν ποιούς υδατάνθρακες επιπλέον χρειάζεται να πάρουν πριν ή κατά το διάστημα της αθλήσεως. Οι διαβητικοί κολυμβητές που κάνουν ινσουλίνη, δεν πρέπει να κολυμπούν μόνοι.

Οι διαβητικοί μπορούν να ταξιδεύουν σ' όλο τον κόσμο, εφόσον βέβαια πάρουν μαζί τους τα απαραίτητα που τους χρειάζονται.

Η άδεια οδήγησης αυτοκινήτου στο διαβητικό πρέπει να δίνεται ύστερα από επίσημη βεβαίωση του γιατρού του ότι η αρρώστια του ρυθμίζεται καλά και με την υποχρέωση ανανεώσεως της κάθε 3 χρόνια.

Η νοσηλεύτρια δίνει στο διαβητικό, που οδηγείααυτοκί-
νητο, τις πιο κάτω πληροφορίες.

- Να κάνει συχνά έλεγχο της οπτικής οξύτητας για έγκαιρη διαπίστωση τυχόν μειώσεως της οράσεως.
- Να αντιμετωπίζει αμέσως τα πρώτα συμπτώματα υπογλυκαιμίας. Σε περίπτωση που κάνει ινσουλίνη να μη ξεκινά αν δεν έχουν περάσει 1-2 ώρες από την ένεση.

Στα ερωτήματα του διαβητικού "πρέπει να πω στον κοινωνικό μου κύκλο ότι είμαι διαβητικός"; "Πρέπει να ξέρουν οι συνάδελφοί μου ότι έχω σακχαρώδη διαβήτη;", η απάντηση είναι θετική. Έτσι ο διαβητικός σε άτομα υγιή με δραστήρια ζωή παίρνει τις σωστές διαστάσεις στην κοινωνία, δηλ. ότι δίνει το δικαίωμα στο διαβητικό με ορισμένες διαφοροποιήσεις του τρόπου ζωής του, να ζει, όπως και όσοι δεν έχουν διαβήτη. Ακόμα και σε περίπτωση επιπλοκών θα μπορούν να του προσφέρουν σωστές πρώτες βοήθειες.

Ανεπαρκής ρύθμιση του σακχάρου του αίματος οδηγεί σε καταστροφή δοντιών, περιοδοντίτιδα και ουλίτιδα. Πρέπει ο διαβητικός να ενημερώνει τον οδοντίατρο ότι έχει σακχαρώδη διαβήτη, πριν αρχίσει οποιαδήποτε οδοντιατρική εργασία.

Σε ερωτήματα διαβητικών όπως "μπορώ να κάπνίζω", "μπορώ να γίνω εθελοντής αιμοδότης;", "μπορώ να τρυπήσω τα αυτιά μου για να βάλω σκουλαρίκια;" οι απαντήσεις της νοσηλεύτριας μπορεί να είναι οι εξής:

Το κάπνισμα είναι το ίδιο κακό για το διαβητικό όπως και για κάθε άλλο άτομο.

Θεωρητικά ο διαβητικός μπορεί να δώσει αίμα εθελοντικά. Δεν πρέπει όμως να του αποκρύψει την πιθανότητα, κάποιο κέντρο να μη δεχθεί την προσφορά του.

Δεν υπάρχει αντένδειξη να τρυπήσει ο διαβητικός τ' αυτιά του για να βάλει σκουλαρίκια, αρκεί να τηρεί σχολαστική κα-

θαριότητα.

Φάρμακα όπως μαριχουάνα GLU-SUIFFING, διεγερτικά και τα παρόμοια, εκτός από τις γνωστές επιπτώσεις που έχουν στο άτομο, που το χρησιμοποιεί και την κοινωνία, στο διαβητικό απορρυθμίζουν και το διαβήτη.

Η χρήση οινοπνευματωδών ποτών επίσης απορρυθμίζει το διαβήτη επειδή είναι πηγή ενέργειας (υδατάνθρακες) και διαφοροποιεί την προσλαμβανόμενη τροφή και την ενεργητικότητα στο άτομο.

Για τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών ο διαβητικός πρέπει να συμβουλευέται το γιατρό του.

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΜΕ

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Παρόλο που οι βασικές αρχές στη ρύθμιση του διαβήτη είναι ίδιες για όλες τις ηλικίες, όπως ήδη έχει τονιστεί, ειδική φροντίδα και ανάλογη προσαρμογή πρέπει να γίνει για τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Δεν είναι ρεαλιστικό να περιμένει κανείς από άτομα τα οποία έχουν για 60-70 χρόνια ζήσει κάποιο τρόπο ζωής να είναι, σε κάποιο βαθμό, υποχρεωμένοι να του αλλάξουν, όταν διαγνωσθεί ότι είναι διαβητικοί.

Η σωστή διαφώτιση και ενημέρωση του υπερηλίκου, που τώρα διαπιστώνει πως έχει σακχαρώδη διαβήτη, θα συντελέσει στη διάλυση αβάσιμων φόβων θανάτου ή αναπηρίας.

Τα ηλικιωμένα άτομα με τη διάγνωση του διαβήτη πιθανόν να παρουσιάσουν κατάθλιψη ή και οργή, επειδή ο διαβήτης απειλεί τα λίγα χρόνια ζωής τους που τους απομένουν. Αναλογίζονται ότι θα περάσουν δύσκολα την υπόλοιπη ζωή τους, πως ίσως να μη μπορέσουν να έχουν την ειδική δίαιτα, τα φάρμακα και ότι άλλο η αρρώστια ζητήσει, ή από οικονομική ανεπάρκεια και

κοινωνική απομόνωση ή την έλλειψη παροχής οργανωμένων υπηρεσιών στο σπίτι από την πολιτεία.

Ακόμη, ανησυχούν αν θα μπορέσουν να ζήσουν ανεξάρτητα με την αρρώστιά τους ή θα χρειαστεί να μπου σε ίδρυμα.

Αυτές και πολλές άλλες αγωνίες, φόβοι ερωτηματικά διακατέχουν τον υπερήλικο και είναι απαραίτητο να δοθεί ευκαιρία να τα συζητήσει με τη νοσηλεύτρια για να εξηγηθούν με το διάλογο, να ξεπεράσουν ότι είναι αβάσιμο και να επιλύσουν τα πραγματικά.

Όταν έχουν αίσθημα ασφαλείας για τον εαυτό τους, αισιοδοξία και θάρρος για τη συνέχιση της ζωής, με τη σωστή συμπαράσταση της νοσηλεύτριας, θα απομακρύνουν τα εμπόδια που δυσκολεύουν το διαβητικό υπερήλικο να μάθει να ρυθμίζει το διαβήτη του. Οι οδηγίες που ακολουθούν βοηθητικά για κάθε περίπτωση διδασκαλίας μπορεί να χρησιμοποιηθούν και στη διδασκαλία του ηλικιωμένου διαβητικού.

1. Εκτίμησε αν το άτομο είναι έτοιμο να μάθει. Αποθάρρυνση, αγωνία στενοχώρια μπορεί να περιορίσουν την ικανότητα της προσοχής και να παρεμποδίσουν την κατανόηση και μάθηση.

2. Εκτίμησε την ικανότητα του ατόμου να μάθει. Χρόνια εγκεφαλικά σύνδρομα περιορίζουν την ικανότητα του ατόμου για μάθηση.

3. Καταγραφή και ιεράρχηση των θεμάτων που θα διδαχθούν. Πολλά άτομα θέλουν χρόνο για να μάθουν, αφομοιώσουν και μεταφέρουν στη ζωή τους νέες ιδέες και να μεταβάλλουν συμπεριφορά. Οι υπερήλικοι περισσότερο από άλλες ηλικίες έχουν ανάγκη από χρόνο για τη μάθηση. Στην ιεράρχηση των αναγκών του υπερηλίκου για διδασκαλία παίζει βασικό ρόλο ο ίδιος ο υπερήλικας αλλά και η οικογένειά του ή το άμεσο περιβάλλον του.

4. Το σχέδιο διδασκαλίας διαφοροποιείται ανάλογα με τις ανάγκες και ελλείψεις του διδασκόμενου.

Ενώ η νοσηλεύτρια αισθάνεται πως είναι απαραίτητο να δώσει στον υπερήλικο πληροφορίες π.χ. για την παθολογία της νόσου, εν τούτοις, αλλάζει το σχέδιο διδασκαλίας, όταν ο υπερήλικας έχει ελαττωμένη μνήμη, είναι σε κατάσταση συγχύσεως κ.λ.π. εφόσον δεν πρόκειται να ωφεληθεί από τις πληροφορίες αυτές και χρησιμοποιεί το χρόνο της σε θέματα άμεσης ανάγκης, όπως διαιτολόγιο κ.ά.

5. Προετοιμασία του αρρώστου για διδασκαλία και μάθηση. Οι άρρωστοι πρέπει να αντιληφθούν πως η κατανόηση αυτών που θα λεχθούν είναι απαραίτητα για τη φροντίδα τους.

6. Ετοιμασία περιβάλλοντος κατάλληλου για μάθηση. Ένας ήσυχος καλαίσθητος, άνετος, καθαρός χώρος, δημιουργεί ατμόσφαιρα για μάθηση.

7. Χρησιμοποίηση της πιο αποτελεσματικής εξατομικευμένης μεθόδου. Η διδασκαλία να γίνει με βάση τις ελλείψεις γνώσεων που έχει, την ικανότητα να κατανοήσει νέες έννοιες, τη δυνατότητα να βοηθήσει από τα οπτικοακουστικά μέσα, όταν ο ίδιος έχει σοβαρές αισθητικές ανεπάρκειες.

8. Χρησιμοποίησε περισσότερες από μιά προτάσεις με το ίδιο περιεχόμενο. Όσο περισσότεροι τρόποι χρησιμοποιούνται για την αποκάλυψη της νέας ύλης, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν η ύλη να μαθευτεί.

9. Δώσε στον άρρωστο γραπτή περίληψη των όσων έχουν λεχθεί για επανάληψη. Έτσι του δίνεται η ευκαιρία να επανέλθει σ'αυτά που άκουσε.

10. Τόνισε τα σημεία που έχουν ιδιαίτερη σημασία.

11. Επανάληψη. Εκτίμησε αν ο άρρωστος ή οι οικείοι του έχουν καταλάβει τα λεχθέντα. Σε αρνητική περίπτωση προχώρησε

σε επανάληψη.

12. Εκτίμησε αν ο άρρωστος θυμάται αυτά που διδάχθηκε.

13. Γραπτή ενημέρωση του φακέλλου του υπερηλίκου.

Στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε υπερήλικα διαβητικό η νοσηλεύτρια δεν ξεχνά.

- Την περιορισμένη ικανότητά του να κρατήσει τη σύριγγα λόγω αρθρίτιδας, δακτύλων, αρρώστια του Πάρκινσον κ.ά.
- Την επιβαρυσμένη του όραση. Αυτό μειώνει την ικανότητα του υπερηλίκου να διαβάσει τις υποδιαιρέσεις της σύριγγας ινσουλίνης και να κάνει σωστή αξιολόγηση του TEST ούρων/ αίματος.
- Πως ο συνδυασμός υπογλυκαιμικών φαρμάκων με άλλα φάρμακα που συνήθως παίρνει ο διαβητικός μπορεί να προκαλέσουν υπογλυκαιμία.
- Πως η τήρηση του καθορισμένου διαιτολογίου, πολλές φορές παρεμποδίζεται από οικονομικούς παράγοντες, φυσική ανεπάρκεια, προμήθεια ειδών διατροφής, αδυναμία προετοιμασίας γευμάτων κ.ά.

Τα ηλικιωμένα άτομα υπόκεινται σε πολλές επιπλοκές.

Η υπογλυκαιμία φαίνεται να είναι ο μεγαλύτερος φόβος των ηλικιωμένων όταν δεν εμφανίζεται με τα γνωστά συμπτώματα, αλλά με εκδήλωση προβλημάτων όπως διαταραχή συμπεριφοράς, σύγχυση, αποπροσανατολισμό, δυνατό σπασμό μελών του σώματος, υπνηλία, εξασθένηση της ομιλίας, απώλεια αισθήσεων.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να μη συγχέει τα σημεία υπογλυκαιμίας με τη συμπεριφορά που δημιουργεί η γεροντική άνοια., Υπογλυκαιμία που δεν θα αντιμετωπισθεί έγκαιρα, μπορεί να προκαλέσει ταχυκαρδία, αρρυθμία, έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο και θάνατος.

Μιά ποικιλία από επιπρόσθετες επιπλοκές αντιμετωπίζουν

οι ηλικιωμένοι διαβητικοί. Η έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών από μέρους της νοσηλεύτριας θα μειώσει τα προβλήματα των ατόμων αυτών, που τα χρόνια της ζωής τους πρόσθεσαν σοφία, πείρα, σύνεση αλλά κόπο και μόχθο.

Σήμερα δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία πως ο ρόλος της νοσηλεύτριας του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και νοσηλευτική αντιμετώπιση του διαβητικού αρρώστου είναι ουσιαστικός. Η υλοποίησή του όμως σημαίνει εξατομίκευση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, πολύπλευρη προσέγγιση, διερεύνηση και αντιμετώπιση των νοσηλευτικών προβλημάτων και αναγκών του διαβητικού

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής μου ήθελα να βρω το ποσοστό σακχαρώδη διαβήτη στα εξωτερικά ιατρεία του Παναρναδικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

Τα άτομα από τα οποία πήρα ούρα για την εξέταση σακχάρου είχαν τάση σακχάρου άνδρες-γυναίκες κάθε ηλικίας.

Το υλικό που έχω για την έρευνά μου είναι 150 άτομα που πήρα ούρα για STICI σακχάρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα από την έρευνά μου δείχνουν ότι έχομε τάση σακχαρώδη διαβήτη από το STICK ούρων που έγινε, σε άνδρες-γυναίκες του Νομού Αρκαδίας.

Τα άτομα αυτά είναι υπερήλικες παρά νέα άτομα. Ακόμη παρατήρησα ότι έχομε μεγαλύτερο ποσοστό σακχάρου σε γυναίκες παρά σε άνδρες του νομού Αρκαδίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μεταβασική ή μεταπτυχιακή Νοσηλευτική εκπαίδευση στον τομέα της φροντίδας του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη αποβλέπει στην προετοιμασία ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού για να ασκήσει το επάγγελμα, να διδάξει, να επιβλέψει, να διοικήσει, να ασχοληθεί με έρευνα του σακχαρώδη διαβήτη, και ακόμη να γίνει σύμβουλος σε θέματα νοσηλευτής. Η διπλωματούχος που θα είναι η αρχηγός αυτής της ομάδας χρειάζεται μεταβασική εκπαίδευση.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Εάν η Νοσηλευτική πρόκειται να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις νέες κοινωνικές ανάγκες, όπως είναι η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στο άτομο με σακχαρώδη διαβήτη, πρέπει να συνεχίσει να προσθέτει γνώσεις στο σώμα των ήδη υπαρχουσών με τη νοσηλευτική έρευνα.

Οι Νοσηλεύτριες-τές πρέπει να αναλύουν την εργασία τους, και να προσδιορίζουν τις γενικές αρχές πάνω στις οποίες στηρίζεται κάθε ειδική νοσηλευτική δραστηριότητα. Πρέπει να μπορούν να χρησιμοποιούν τα ευρήματα της έρευνας για να βελτιώνουν την άσκηση και να διαμορφώνουν την πολιτική Νοσηλευτική.

Οι νοσηλεύτριες που έχουν ταλέντο, αλλά και τη δύναμη να κάνουν έρευνα, πρέπει να σπουδάσουν, για να μπορούν να κάνουν ανεξάρτητη Νοσηλευτική έρευνα και να συμμετέχουν σε έρευνες όπου συμπράττουν περισσότερα από ένα επαγγέλματα και που έχουν σχέση με άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.

Το βασικό πρόγραμμα της Νοσηλευτικής εκπαίδευσης πρέπει να προσφέρει γνώσεις που προετοιμάζουν τη σπουδάστρια να εργασθεί με όλες τις ηλικίες, στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Επίσης πρέπει να δίνονται ευκαιρίες στους σπουδαστές να αποκτήσουν προσωπικές εμπειρίες, με ηλικιωμένα άτομα στο νοσοκομείο, στην οικογένεια και την κοινότητα αγροτικών, ημιαγροτικών και αστικών περιοχών.

Οι σπουδαστές πρέπει να συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές εργασίες με άλλα επαγγέλματα υγείας, για να μπορούν να εκτιμούν το ρόλο άλλων επαγγελματιών, στις υπηρεσίες υγείας και Πρόνοιας.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Β.Τ.: Στέγη Αγάπης για Υπερηλίκους Κ.Ε., Δεκέμβριος 1982, 66, 308-309
2. Γαρδίκια: Ειδική Νοσολογία, Αθήνα 1988, Τόμος Α'
3. Δρ.Κωνσταντίνου, Φ.Γίτσιου: καθηγητή ΤΕΙ Θεσσαλονίκης
Οργανισμός Εκδόσεως Διδιακτικών Βιβλίων
Αθήνα 1986
Νοσολογία (εξέταση συστημάτων) Β' έκδοση
4. Μ.Α. Μαλγαρινού-Σ.Φ.Κωνσταντινίδου: Βασικά αρχαί,
Παθολογική-Χειρουργική, Τόμος Β' Αθήνα 1985
5. Μ.Α. Μαλγαρινού-Σ.Φ.Κωνσταντινίδου: Νοσηλευτική,
Παθολογική, Χειρουργική: Έκδοση Εννάτη
Τόμος Β' Μέρος 1ο Αθήνα 1987
6. Μαρία Μαλγαρινού-Ειρήνη Γιούλια: Η νοσηλεύτρια κοντά
στον υπερήλικα. Έκδοση Ιεραποστολικής ενώ-
σεως αδερφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ"
Αθήνα 1986

Δ Ι Α Β Η Τ Η Σ

Τι πρέπει να ξέρω;

Τι είναι διαβήτης:

Ο σακχαρώδης διαβήτης ή όπως είναι πιο γνωστός το "σάκχαρο" σημαίνει στην πραγματικότητα "γλυκά ούρα" Κι' αυτό γιατί όταν ανέβει πολύ το σάκχαρο στο αίμα, περνάει υποχρεωτικά απο τα ούρα. Ο διαβήτης είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζετε απο μεγάλη αύξηση του σακχάρου στο αίμα, επειδή είτε λείπει απο τον οργανισμό ή δεν κάνει καλά τη δουλειά της, μια ορμόνη, που λέγεται ινσουλίνη.

Ποιός μπορεί να πάθει διαβήτη;

Διαβήτη μπορεί να πάθει οποιοσδήποτε. Απο το μικρό παιδί μέχρι τον παππού και τη γιαγιά. Ακόμη και τα ζώα, ιδιαίτερα τα μεγαλόσωμα, μπορεί να εμφανίσουν διαβήτη.

Διαβήτη έχουν άνθρωποι;

απο όλες τις χώρες

απο όλες τις φυλές

απο όλες τις ηλικίες

άνδρες και γυναίκες

Έχει υπολογισθεί ότι 30 με 50 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο έχουν διαβήτη, ενώ οι περισσότεροι είναι εκείνοι που έχουν την "τάση" για σάκχαρο και δεν το γνωρίζουν.

Ποιά είναι τα κυριότερα συμπτώματα του διαβήτη;

Υπάρχουν μερικά κοινά συμπτώματα του διαβήτη, που μπορείτε και μόνοι σας να αναγνωρίσετε όπως:

πολλά ούρα, έντονη δίψα, χάσιμο βάρους, δύσκολο κλείσιμο των πληγών, εύκολη κούραση και εξάντληση, συχνές φλεγμονές και λοιμώξεις.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι διαβήτη;

Ναί ίσως έχετε ακούσει να μιλούν για νεανικό διαβήτη ή διαβήτη των ενηλίκων ή τελευταία για διαβήτη τύπου I ή

II . Ο τύπος του διαβήτη που έχετε εξαρτάται απο το αν ο οργανισμός σας φτιάχνει ινσουλίνη και πως ίσως αυτή χρησιμοποιείται . Ο τύπος I εμφανίζεται συνήθως σε παιδιά ή νεαρούς . Στην περίπτωση αυτή, ένας αδέννας στο σώμα μας, το πάγκρεας, παράγει ινσουλίνη ελάχιστη. Έτσι τα άτομα με διαβήτη τύπο I θα πρέπει να κάνουν καθημερινά ενέσεις ινσουλίνης. Μπορεί ακόμα να πάθουν διαβητική "οξόκη" που θα εξηγηθεί πιο κάτω. Στον τύπο αυτό του διαβήτη η διαίτα και η σωματική άσκηση έχουν μεγάλη σημασία.

Ο διαβήτης τύπου II λέγεται και μη εξαρτώμενος απο την ινσουλίνη διαβήτης. Εμφανίζεται συνήθως πάνω των 40 ετών. Στον τύπο αυτό του διαβήτη, το πάγκρεας, φτιάχνει συνήθως ινσουλίνη που όμως δεν είναι αρκετή ή δεν κάνει καλά τη δουλειά της. Η τήρηση της σωστής διαίτας και η σωματική άσκηση είναι απαραίτητα. Συχνά χρειάζεται ακόμα να καταφύγει κανείς στη λήψη αντιδιαβητικών χαπιών, μετά απο υπόδειξη του γιατρού του.

Πως προσβάλλεται ο οργανισμός μας απο διαβήτη;

Όπως ακριβώς το αυτοκίνητο χρειάζεται βενζίνη για να πάρει ενέργεια και να κινηθεί έτσι και τα κύτταρα του σώματός μας χρειάζονται ζάχαρη για να πάρουν ενέργεια προκειμένου :

- να κινηθούν οι μύς

- να σκεφθεί ο εγκέφαλος

- να βλέπουν τα μάτια

- γενικά να λειτουργούν όλα τα συστήματα του οργανισμού

Το κλειδί είναι η ορμόνη του παγκρέατος που λέγεται ινσουλίνη.

Τι θα μου συμβεί αν το ζάχαρό μου ανέβει πολύ;

Επειδή η διαβητική δεν έχουν αρκετή ινσουλίνη , η ζά-

χαρη στο αίμα τους ανεβαίνει συνεχώς. Έτσι το κύριο σύμπτωμα του διαβήτη είναι το υψηλό ζάχαρο, κατάσταση που στην ιατρική λέγεται υπεργλυκαιμία. Τα συμπτώματα του διαβήτη μπορεί να είναι

- 1, Έντονη δίψα
2. Πολλά ούρα
3. Μεγάλη όρεξη
- 4, Εύκολη κόπωση
5. Φαγούρα
6. Ξηρό δέρμα
7. Διαταραχές στην όραση και
8. Παρουσία ζαχάρου στα ούρα.

Μερικές φορές όταν δεν υπάρχει αρκετή ινσουλίνη ώστε να χρησιμοποιήσει ο οργανισμός το ζάχαρο, το σώμα μας αρχίζει να "σπάει" τα λίπη του. Αν αυτό συνεχιστεί, τότε σχηματίζονται στο αίμα ορισμένες δηλητηριώδεις ουσίες, γνωστές με το όνομα κετόνες που είναι υπεύθυνες για μια σοβαρή επιπλοκή του διαβήτη με το όνομα κετοξέωση ή διαβητική οξέωση.

Η κετοξέωση -γνωστή σαν "οξόνη" είναι πολύ επικίνδυνη για αυτό και θα πρέπει σε ανάλογη περίπτωση να καταφύγουμε χωρίς καθυστέρηση στο γιατρό μας, που εκτός από εξέταση του αίματος για ζάχαρο θα δεί κι αν τα ούρα μας περιέχουν ή όχι κετόνες, δηλ. οξόνη.

Μερικά από τα συμπτώματα της κετοξέωσης είναι:

1. ναυτία
2. Έμετος
3. βαθιά και έντονη αναπνοή.
4. μυρωδιά φρούτων από το στόμα
5. κράμπες στο στομάχι.

Υπάρχουν ορισμένα απλά πράγματα που μπορείτε σίγουρα να κάνετε ώστε να προλάβετε τη μεγάλη αύξηση του ζαχάρου στο αίμα σας, όπως και την κετοξέωση.

1. Μάθετε να εξετάζετε μόνοι σας το αίμα και τα ούρα σας για ζάχαρο. Αν δεν μπορείτε, εξετάζεσθε τσακτικά στο μικροβιολόγο για ζάχαρο αίματος ούρων και οξόκη στα ούρα.

2. Παίρνετε πάντοτε στη σωστή δόση και σε τακτική ώρα την ινσουλίνη ή τα χάπια σας. Μην αλλάζετε ποτέ τη δόση τους, χωρίς συμβουλή γιατρού.

3. Προσέξτε το διαιτολογικό σας

4. Μην κάθεστε. Δραστηριοποιηθείτε και γυμνάζεσθε τακτικά.

Τι θα μας συμβή αν το ζαχαρό μας πέσει πολύ χαμηλά;

Όταν κάνετε ινσουλίνη ή παίρνετε αντιδιαβητικά χάπια μπορεί καμμιά φορά να πέσει πολύ τό ζάχαρο στο αίμα σας. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται υπογλυκαιμία και εκδηλώνεται κυρίως με:

1. τρεμούλα
2. ταχυπαλμία
3. άφθονος ιδρώτας
4. τάση για λιποθυμία
5. σύγχυση στο μυαλό
6. νευρικήτητα
7. υπερευαισθησία
8. πονοκέφαλο

Για το λόγο αυτό θα πρέπει πάντα να έχετε πρόχειρο κοντά σας κάτι γλυκό, όπως ζάχαρη, καραμέλες, κάποιο γλυκίσμα, πορτοκαλάδα.

Παίρνετε λοιπόν σωστά τα φαρμάκα σας για το ζάχαρο και έχετε πάντα το νού σας στο πως αισθάνεσθε, έτσι ώστε να α-

να γνωρίσετε αμέσως τα συμπτώματα μιας υπογλυκαιμίας.

Υπάρχουν και πάλι ορισμένα απλά πράγματα, που σίγουρα μπορείτε να κάνετε για να προλάβετε την υπογλυκαιμία:

1. Μάθετε να εξετάζετε μόνοι σας το ζάχαρο στο αίμα σας
2. Τρώτε πάντοτε αυτά που έχει συστήσει ο γιατρός σας και σε τακτικές ώρες. Μην καθυστερείτε να φάτε, πολύ πέρα από τη συνηθισμένη σας ώρα
3. Αν θέλετε να περπατήσετε αρκετά ή να γυμναστείτε κάντε το μισή με μία ώρα μετά το φαγητό ή αν δεν μπορείτε φάτε κάτι πρόχειρο , φάτε πιό μπροστά.

Τι θα πρέπει να κάνω λοιπόν για το ζαχαρό μου;

Για να μην ανέβει η πέσει πολύ το ζαχαρό σας, είναι ουσιαστικό να προσέχετε τρία πράγματα

τη δίαιτα

τη σωματική προσπάθεια

τα αντιδιαβητικά φάρμακα, που τυχόν παίρνετε

Γενικά:

το φαγητό ανεβάζει το ζάχαρο

η σωματική προσπάθεια κατεβάζει το ζάχαρο

η ινσουλίνη και τα αντιδιαβητικά χάπια κατεβάζουν το ζάχαρο.

Γιατί θα πρέπει να προσέχει το φαγητό μου;

Το φαγητό ανεβάζει το σάκχαρο. Το πόσο θα ανέβει σε σας εξαρτάται από το τί, πόσο και κάθε πότε τρώτε.

Κύριος σκοπός της δίαιτας είναι ν'αποφεύγονται οι πολύ ψηλές ή πολύ χαμηλές τιμές του σακχάρου στο αίμα, έτσι ώστε να αισθάνεσθε πάντοτε καλά.

Αν το ζαχαρό σας ανεβαίνει γρήγορα ή πάρα πολύ μετά το φαγητό, κουβεντιάστε το θέμα με το γιατρό σας, που μπο-

ρεί να σας αλλάξει τη δίαιτα, ώστε η περιπτωσή σας ν'αντιμετωπισθή καλύτερα. Αν μπορείτε να ενημερώνετε το γιατρό σας σχετικά με ορισμένες τιμές του ζαχάρου σας στο αίμα που έχετε πάρει πριν ή μετά τα γεύματα που βοηθάτε να κάνει αποτελεσματικότερα τις ανάλογες αλλαγές στη δίαιτα ή τη σωματική σας δραστηριότητα

Η εξέταση του ζαχάρου στο αίμα από τον ίδιο τον διαβητικό αποτελεί ένα πολύ σημαντικό όπλο για την καλύτερη ρύθμιση του από το γιατρό είτε πρόκειται για διαβήτη τύπου I και II.

Ρωτήστε το γιατρό σας κάθε πότε θα πρέπει να εξετάζετε το ζαχαρό σας.

Τι βοήθεια προσφέρει η άσκηση στο διαβητικό;

Πρώτα πρώτα η άσκηση βοηθά γενικά κάθε άνθρωπο με πολλούς τρόπους.

Ελαττώνει την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων από την καρδιά και τα αγγεία.

Υπεριόχει την όρεξη και βοηθά στο να χάσετε βάρος

Μετριάζει το άγχος

Βελτιώνει την κυκλοφορία του αίματος

Για τους διαβητικούς ή άσκηση έχει και άλλα πλεονεκτήματα:

Η άσκηση ρίχνει το ζάχαρο.

Η συστηματική άσκηση μπορεί να κατεβάσει το ζαχαρό σας μέχρι και για 24 ώρες.

Η άσκηση κάνει την ινσουλίνη σας πιο δραστική και μπορεί να ελαττώσει τις μονάδες που χρειάζεστε την ημέρα.

Η άσκηση βοηθά στον έλεγχο του άγχους που μπορεί να αυξήσει το σάκχαρο.

Η άσκηση τέλος βοηθά στο να χάσετε βάρος και μπορεί

να ελλατώσει την πίεση.

Τι θα πρέπει να γνωρίζουμε για την ινσουλίνη και τα αντιδιαβητικά χάπια;

Όπως η δίαιτα και η σωματική άσκηση, έτσι ακριβώς και τα αντιδιαβητικά φάρμακα (ινσουλίνη, χάπια) επιρεάζουν το ζάχαρό σας. Τα φάρμακα κατεβάζουν το ζάχαρο στο αίμα και βοηθούν στον καλύτερο έλεγχο του διαβήτη. Πρέπει πάντα να έχετε υπόψη ότι το ίδιο φάρμακο δρα διαφορετικά στον κάθε διαβητικό. Η ινσουλίνη κατεβάζει το ζάχαρο, παίρνοντά το από το αίμα και βάζοντας το μέσα στα κύτταρα του σώματος. Το πάγκρεας μερικών διαβητικών φτιάχνει ινσουλίνη, αυτή είναι ανίκανη να βάλει το ζάχαρο από το αίμα μέσα στα κύτταρα. Τα άτομα αυτά μπορούν να πάρουν αντιδιαβητικά δισκία.

Όταν κάνετε ινσουλίνη ή παίρνετε αντιδιαβητικά χάπια θα πρέπει να προσέχετε ορισμένα πράγματα:

1. Μάθετε το όνομα της ινσουλίνης ή των χαπιών σας, Γνωρίζετε ακριβώς τη δόση τους, Μην παραλείπετε ποτέ το φαρμάκό σας και μην αλλάζετε την ώρα που το παίρνετε, ακόμα κι αν αρρωστήσετε.

2. Η δίαιτα παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο. Αν δεν ακολουθείτε προσεκτικά το διαιτολογικό σας τα φάρμακα δεν κάνουν τη σωστή δουλειά τους.

3. ορισμένα φάρμακα αλλάζουν τη δράση των αντιδιαβητικών χαπιών ή της ινσουλίνης. Πρίν πάρετε οποιοδήποτε άλλο φάρμακο, συμβουλευτείτε πρώτα το γιατρό σας.

4. Τα αντιδιαβητικά φάρμακα δουλεύουν μέσα σας 24 ώρες. Έτσι μην αμελείτε ή μην παραλείπετε τα γεύματά σας να προσέχετε πάντοτε το βραδυνό σας κολατσιό γιατί το φαρμάκό σας δουλεύει όλη μέρα και όλη νύχτα.

Έχετε πάντα μαζί σας κάτι γλυκό

5. Ελέγχετε τακτικά σε συνεννόηση με το γιατρό σας το ζαχαρό σας. Γράφετε κάπου τα αποτελέσματα των μετρήσεων ώστε δείχνοντά τα στο γιατρό, να τον βοηθήσετε να ελέγξει καλύτερα το ζαχαρό σας, τροποποιώντας αν χρειάζεται τη διαίτα τη σωματική σας δραστηριότητα, τα φάρμακα ή τις δόσεις τους.

Τι πρέπει γενικά να προσέχετε;

Η υγεία σας, και τώρα και στο μέλλον εξαρτάται από το πόσο καλά ρυθμίζεται το ζαχαρό σας το υψηλό ζάχαρο μπορεί να προσβάλλει τα μάτια, τους νεφρούς, τα πόδια και την καρδιά ή την κυκλοφορία του αίματος.

Προδέχετε τα ακόλουθα:

1. Τηρείτε προσεκτικά τη διαίτά σας.
2. Παίρνετε συστηματικά τα αντιδιαβητικά σας φάρμακα
- 3, Γυμνάζεστε τακτικά
4. Ελέγχετε συχνά το ζαχαρό σας
5. Γράφετε τις διάφορες τιμές του ζαχαρού , που κάνετε κατά διαστήματα, έτσι ώστε να δίνετε στο γιατρό σας μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της περιπτώσή σας.
6. Επισκέπτεσθε τακτικά το γιατρό σας.
7. Έχετε πάντα το νού σας στο "πως αισθάνεσθε" αναφέροντας στο γιατρό κάθε ασυνήθιστο σύμπτωμα
8. Αν κάνετε ινσουλίνη και έχετε διαβήτη τύπου I ελέγχεται τακτικά τα ούρα σας για οξόμη

Θυμηθείτε:

Υπάρχουν σήμερα πολλά βοηθήματα για να ελέγχετε μόνοι σας το ζάχαρο στο αίμα και τα ούρα, ώστε και οι ίδιοι να βλέπετε πως πάτε, και το γιατρό σας να βοηθάτε καλύτερα προκειμένου να βυθμίσει τη διαίτα, την άσκηση και τα φάρμακα, που ταιριάζουν ειδικά στην περιπτώσή σας.

Η γνώση, η ειλικρίνεια, η εμπιστοσύνη και η αλληλοβοήθεια αποτ ελούν τη βάση της ομαλής συνεργασίας με το γιατρό κάτω απο αυτές τις προϋποθέσεις το ζαχαρό σας μπορεί να ελεγχθεί με τον καλύτερο τρόπο.

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΔΙΑΙΤΑΣ

Οι παρακάτω κατηγορίες τροφών μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν βάση για, το διαιτολογιό του διαβητικού με διαβήτη τύπου II. Στις περιπτώσεις διαβήτη τύπου I, οι λεπτομερέστερες ρυθμίσεις γίνονται απο τον διαβητολόγο με τη συνεργασία διαιτολόγίου. Εννοείται ότι κάθε περίπτωση ασθενή με διαβήτη, ή δίαιτα πρέπει να εξατομικεύεται.

Επιτρέπονται ελεύθερα:

Λαχανικά όπως μαρούλι, σπανάκι, λάχανο, κουνουπίδι, πράσα, σέλινο, ραδίκια, άγρια χόρτα, αγγούρια, κολοκυθάκια, πιπεριές, μπάμιες, μελιτζάνες, λεμόνια.

Επιτρέπονται με μέτρο:

Απαχο κρέας, άπαχα ψάρια, έπαχα τυριά, λάδι ωμό, γιαούρτι αγελαδινό, πατάτες, ρύζι, όσπρια, γάλα, φωμί, φασόλια πράσινα, ντομάτες, αγκινάρες. Από φρούτα 1 μικρό μήλο ή αχλάδι ή ροδάκινο ή 5 φράουλες ή 2 βερύκοκα ή 1 πορτοκάλι ή 2 μανταρίνια, ή 10 κεράσια ή 10 ρόζες σταφύλι ή 2 σύκα φρέσκα.

Απαγορεύονται:

Ζάχαρη, μέλι, γλυκά, μαρμελάδες, κομπόστες, κάστανα, ξερά σύκα, δαμάσκηνα, σταφίδες, ανανάς, όλοι οι ξηροί καρποί, παχιά κρέατα, ζωϊκά λίπη, παχιά τυριά (γραβιέρες, ροκφόρ κ.λ.π.).