



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ  
ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ  
ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ  
ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΥΠΟΥ Ι ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ. ΜΙΑ  
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

**ΚΑΠΕΡΩΝΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Π.Ε.**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Μ. Γκούβα, Επίκουρος Καθηγήτρια ...Επιβλέπων Καθηγητής  
Ε. Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής... Μέλος Τριμελούς Επιτροπής  
Ε. Δραγκιώτη, Ψυχολόγος Msc ... Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, 2013**



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕΛ. 1-2
2. ΣΚΟΠΟΣ-ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΕΛ. 3-4
3. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ  
ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ, ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΣΕΛ. 4-8
4. Η ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΣΕΛ. 8-12

### ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ  
ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΣΕΛ. 12-14
2. ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ( ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΤΗΣ  
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ) ΣΕΛ.15-25
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕΛ. 25-40
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΕΛ.40-45

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΣΕΛ. 46-50

---

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΕΛ. 51-52

ABSTRACTS ΣΕΛ. 53

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Διαβήτης τύπου 1 ή Νεανικός διαβήτης , είναι πιο συχνή ενδοκρινολογική ασθένεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Είναι μια αυτοάνοση διαδικασία , όπου ο οργανισμός καταστρέφει τα ίδια τα κύτταρά του και συγκεκριμένα τα ινσουλινο-παραγωγά κύτταρα του παγκρέατος. Έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες για αυτή τη διαδικασία, αλλά οι γνώσεις της ιατρικής είναι ελλιπείς. Η συχνότητα της νόσου ποικίλλει ανάλογα με τη χώρα , 0.6 περιστατικά ανά 100.000 παιδιά και εφήβους στην Ιαπωνία ( αποτελεί τη χώρα με την μικρότερη επίπτωση ) , έως και 45 περιστατικά ανά 100.000 παιδιά και εφήβους κάτω των 15 ετών στη Φιλανδία , όπου αποτελεί τη χώρα με τη μεγαλύτερη επίπτωση. Στην Ελλάδα η συχνότητα είναι 8-10 νέα περιστατικά ανά 100.000 παιδιά και εφήβους. Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα η ετήσια επίπτωση αυξάνει παγκοσμίως κατά 2-5% ( Μ. Λιακοπούλου , 2010 )

Ο διαβήτης τύπου 1 επηρεάζει κάθε 400 άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών(Εθνικό Ινστιτούτο Διαβήτη, 2002). Αν οι παρούσες τάσεις συνεχιστούν, ο Διαβήτης μεταξύ παιδιών κάτω των 15 ετών θα αυξηθεί κατά 70% έως το 2020, όπως δείχνουν κάποιες μελέτες στην Ευρώπη ( Διαβητολογικά Νέα, 2009) Η συνιστώμενη θεραπευτική αγωγή για T1D 1 είναι περίπλοκη και απαιτητική, απαιτώντας συχνή παρακολούθηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα (τουλάχιστον 4/ημέρα), την παρακολούθηση και τον έλεγχο της πρόσληψης υδατανθράκων, συχνή χορήγηση ινσουλίνης (3-4 ενέσεις / ημέρα ή έγχυση από μία αντλία), τροποποίηση της δόσης της ινσουλίνης για να ταιριάζει με τη διατροφή και τα σχέδια δράσης, και τον έλεγχο των ούρων για κετόνες όταν είναι απαραίτητο (American Diabetes Association, 2007). Οι έρευνες έχουν δείξει ότι αυτή η εντατική θεραπευτική αγωγή για τη διατήρηση του γλυκαιμικού ελέγχου μπορεί να αποτρέψει ιατρικές επιπλοκές σε νέους με διαβήτη τύπου 1 κατά 27% έως 76% (DCCT Research Group, 1994). Ωστόσο, η προσήλωση στις απαιτήσεις αυτής της εντατικής θεραπείας μπορεί να είναι απεχθής και αγχωτική για

τους νέους με διαβήτη τύπου 1 και τις μητέρες τους, που είναι κυρίως υπεύθυνες για τη διαχείριση της θεραπείας (Anderson et al., 2002).

Η κατάσταση αυτή, όπως είναι φυσικό, επηρεάζει τις συνήθειες της οικογένειας σε καθημερινό επίπεδο και οι μέθοδοι στρατηγικές αντιμετώπισης που κινητοποιεί η οικογένεια για να προσαρμοστεί σε αυτές τις δυσκολίες επηρεάζουν ως ένα μεγάλο βαθμό τόσο της αντιδράσεις του παιδιού όσο τη ψυχολογία των γονέων. Η οικογένεια είναι ένας ζωντανός και μεταβαλλόμενος οργανισμός και η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας σε ένα παιδί της οικογένειας επηρεάζει τη λειτουργία της, αφού επηρεάζεται η λειτουργία των μελών που την αποτελούν, του ίδιου του παιδιού, των γονιών και των άλλων αδελφών. Έτσι η βιβλιογραφία περιγράφει ότι η ψυχολογία των γονέων χαρακτηρίζεται από αισθήματα πένθους, που συνοδεύουν τη πρωτοδιάγνωση του διαβήτη και όπως σε κάθε χρόνια ασθένεια, η διάρκεια και η συμπτωματολογία τους επηρεάζεται από την προσωπικότητα των τελευταίων. Επίσης η παρουσία κατάθλιψης ή παροδικού και μόνιμου άγχους έχουν καταγραφεί ως ψυχοσυναισθηματικά συμπτώματα που συνοδεύουν τον γονέα που έχει να αντιμετωπίσει τη χρόνια ασθένεια του παιδιού του.

Ένας επίσης σημαντικός λόγος να προσεγγίσουμε αυτό το θέμα είναι ότι, τα προβλήματα που δημιουργούνται όταν το παιδί είναι ενός έτους (π.χ το βάρος της διαχείρισης της θεραπείας πέφτει αποκλειστικά στους γονείς και ιδίως στη μητέρα) κατά την εμφάνιση της νόσου είναι τελείως διαφορετικά από αυτά που αντιμετωπίζει το παιδί όταν είναι στην εφηβεία. Έτσι, η ψυχική υγεία των γονέων είναι σημαντικός παράγοντας για την ομαλή ψυχοκοινωνική υγεία των παιδιών τους και την εξέλιξή τους σε υγιείς ψυχικά ενήλικες που θα μπορούν να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τόσο τη ζωή με το διαβήτη, όσο και τη ζωή γενικότερα όπως οποιοσδήποτε άλλος άνθρωπος. Για να γίνει σαφής αυτή η ανάγκη γίνεται αρχικά αναφορά στις επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας και τη ψυχοδυναμική της ανάλογα με την ηλικία. Και καθώς ο διαβήτης αποτελεί μια χρόνια νόσο θα μπορούσαμε να διαπιστώσουμε ποιές είναι οι ιδιαίτερες δυσκολίες που είναι πιθανόν να αντιμετωπίσουν οι γονείς. Επίσης θα αναφερθούμε στις ένδο-ψυχικές διαδικασίες που συνοδεύουν τον άνθρωπο που στη ζωή του βιώνει ψυχοτραυματικά γεγονότα και ποια είναι η αντίδρασή στην

ψυχοκαταπόνηση ( πένθος, κατάθλιψη , άγχος) , όπως τα παραπάνω αναφέρονται στη βιβλιογραφία.

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει σκοπό τη διερεύνηση της ύπαρξης , καθώς και των αιτιών των ψυχο-συναισθηματικών αντιδράσεων των γονέων παιδιών με διαβήτη ( σε διάφορες ηλικιακές ομάδες ) , που εκφράζονται σε συμπεριφορές που έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των παιδιών τους. Τα συναισθήματα αποτελούν το ισχυρότερο κίνητρο για αλλαγή, το μεγαλύτερο εμπόδιο για αλλαγή και τη σπουδαιότερη ανταμοιβή μετά από μια αλλαγή.

## **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Για την εκπόνηση της εργασίας πραγματοποιήθηκε αναζήτηση τής υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με τα ψυχο-συναισθηματικά βιώματα των γονέων με παιδιά που έχουν διαβήτη . Η παρούσα ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων Pubmed , Google, Medline για τα έτη 1997-2012 με τις λέξεις κλειδιά : adherence , parents, children, adolescent , conflicts, coping, adjustment, type 1 diabetes mellitus , stress, anxiety , depression , γονείς παιδιών με διαβήτη, χρόνιες ασθένειες εφηβεία και διαβήτη. Επιπρόσθετα αναζητήθηκαν επιπλέον μελέτες σε ελληνικά επιστημονικά περιοδικά και βιβλία που υπήρχαν σε βιβλιοθήκες Ανώτατων εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων ( Α.ΤΕΙ Πατρών, Πανεπιστήμιο Πατρών) και βιβλιοθήκες ιδιωτών επιστημόνων υγείας, που σχετίζονται με το υπό έρευνα θέμα της παρούσας μελέτης. Επίσης αναζητήθηκαν στη βιβλιογραφία πληροφορίες που αφορούν την ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία , τόσο των παιδιών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες , όσο επίσης και των γονέων τους που είναι ο βασικός

υπό μελέτη πληθυσμός μας. Ο διαβήτης κατατάσσεται στα χρόνια νοσήματα και η αναζήτηση αυτή είναι λογική.

Γίνεται επίσης αναφορά στα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των παιδιών που πάσχουν από μια χρόνια ασθένεια όπως αυτά καταγράφονται μέσα στην βιβλιογραφία, πώς οι νευροεπιστήμες αξιολογούν τα παθογόνα συναισθήματα ( άγχος, φόβος κοκ) και πώς αυτά τα συναισθήματα βιώνονται από τους γονείς των παιδιών με χρόνια ασθένεια.

Τα άρθρα που ανακτήθηκαν, ήταν συνολικά 40, αλλά χρησιμοποιήθηκαν τα 20 για την ανασκόπηση καθώς πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και περιείχαν διαφορετικές γνώσεις σχετικά με το θέμα μας. Τα υπόλοιπα 20 δεν χρησιμοποιήθηκαν για το λόγο τού ότι αναπαρήγαγαν τις ίδιες γνώσεις με τα προηγούμενα. Τα κριτήρια εισαγωγής ήταν τα εξής :α) Τα άρθρα να αναφέρονται σε παιδιά που πάσχουν από ΣΔ τύπου 1 σε σχέση με τους γονείς τους β) να είναι ερευνητικά άρθρα ( είτε πρωτογενείς έρευνες, είτε ανασκοπήσεις είτε μεταanalύσεις ) γ) να εξετάζουν τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων τα οποία σχετίζονται με τη διαχείριση του διαβήτη των παιδιών τους. δ) να έχουν δημοσιευτεί στα αγγλικά ή στα ελληνικά κατά τα έτη 1997-2012.δ) να έχουν δημοσιευτεί σε έγκυρα περιοδικά στο χώρο της υγείας ε) όλα μαζί να μας δίνουν μια σφαιρική εικόνα( overview) της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης των γονέων που έχουν παιδιά με διαβήτη. Τα στοιχεία του κάθε άρθρου ελέγχθηκαν με το χέρι και καταγράφηκαν οι εξής πληροφορίες: χρονολογία μελέτης, σκοπός μελέτης, υπό μελέτη πληθυσμός και τα χαρακτηριστικά του, ηλικία παιδιών, αποτελέσματα ( πίνακας 1) .

## **ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ:**

**Ηλικία 18 μηνών μέχρι 3 ετών :**Πριν από την ηλικία των 3-4 ετών η ασθένεια δύσκολα γίνεται κατανοητή από το παιδί. Κάθε επεισόδιο βιώνεται ξεχωριστά. Οι ψυχολόγοι έχουν περιγράψει το σύνδρομο του <<τρωτού παιδιού>>, στα παιδιά που κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής τους βιώνουν μια δύσκολη περίοδο όσον αφορά την υγεία

τους. Έτσι το σύνδρομο χαρακτηρίζεται κυρίως από έντονη και διαρκή παθητική προσκόλληση στη μητέρα. Το πρόβλημα σε μια χρόνια κατάσταση όπως ο διαβήτης είναι πάντα διπλό : αυτό της επένδυσης σε ένα σώμα που λειτουργεί με τρόπο ελλιπή , και αυτό της επένδυσης σε ένα παιδί που πάσχει από διαβήτη . Οι γονείς όπως γνωρίζουμε επενδύουν σε ένα παιδί πριν ακόμα γεννηθεί με φαντασιώσεις και επιθυμίες για το μέλλον του , και φυσικά ο ερχομός του διαβήτη ανατρέπει την εικόνα του υγιούς παιδιού που έχουν φανταστεί. ( Ελίνα Γκίκα , 2008). Κατά την ηλικία αυτή το παιδί φυσιολογικά αναπτύσσει την αυτονομία του. Μια σωματική ασθένεια έχει περιορισμούς και απαιτήσεις . Επειδή δεν τους επιτρέπουν να κάνουν επιλογές όσον αφορά τη ζωή τους , είναι να δυνατόν όπως έχει ειπωθεί να γίνουν απαθή και προσκολλημένα στους μεγαλύτερους , έχουν συχνά δυσκολία στην ανάπτυξη της έννοιας του εγώ , ίσως και καθυστέρηση στην εμφάνιση ή την ανάπτυξη ικανοτήτων για ομιλία και αυτονομία ( Παρασκευόπουλος , Ι. Κλινική ψυχολογία . Αθήνα 1988,12)

**Προσχολική ηλικία :** Η απόκτηση της έννοιας της πρωτοβουλίας είναι το κυριότερο ψυχοκοινωνικό επίτευγμα της προσχολικής περιόδου. Τα παιδιά με σοβαρή σωματική , όπως για παράδειγμα καρκίνο, είναι υπερβολικά ευαίσθητα σε κριτική , απογοητευμένα , με φτωχή εικόνα εαυτού και με υπερβολική εξάρτηση από τους γονείς τους ( Κυρίτση Ελένη, 1999).

**Σχολική ηλικία:** Τα παιδιά της ηλικίας 6-12 περνούν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους μακριά από το σπίτι και την οικογένεια και η συναισθηματική στήριξη προέρχεται από έναν κύκλο που συνεχώς αυξάνεται . Παιδιά που δεν έχουν τις ευκαιρίες ελέγχου του κόσμου τους ή που εμποδίζονται στις προσπάθειές τους, οδηγούνται σε συναισθήματα κατωτερότητας ή στην πεποίθηση ότι δεν αξίζουν τίποτα.( Αγγελική Λεονταρή , 1998)

Επίσης απέναντι στην επιμονή της ασθένειας το παιδί αναπτύσσει αμυντικούς μηχανισμούς που θα μπορούσαν να διακριθούν σε τρεις περιπτώσεις :1.) Την περίπτωση της αντίστασης: Το παιδί αρνείται τα όρια που του επιβάλλονται από την ίδια την ασθένεια ή τις φροντίδες της 2). Την περίπτωση της υποταγής –υπακοής και της μειονεξίας: η μειονεξία εκφράζεται με παθητική στάση και αποδοχή της εξάρτησης , γεγονός που οφείλεται και στην έλλειψη νοητικής ωρίμανσης του παιδιού ώστε να μπορεί να κατανοήσει την ασθένεια. Αυτό



το αίσθημα μειονεξίας μπορεί να καταλήξει και σε σχολική αποτυχία. 3.) Εξύψωση και η συνεργασία: είναι οι πιο θετικοί αμυντικοί μηχανισμοί που μπορεί να παρατηρηθεί μια ταύτιση με τον γιατρό ή κάποιο μέλος της ιατρικής ομάδας που είναι η συχνή περίπτωση ή με κάποιον γονιό που έχει την ίδια πάθηση. Όποιος και να είναι ο μηχανισμός άμυνας που θα αναπτυχθεί, ο φαντασιακός κόσμος του παιδιού που θα προβληθεί από μια χρόνια ασθένεια κινδυνεύει να επικεντρωθεί στο τραυματικό γεγονός, κυρίως αν οι γονείς, από το άγχος τους, την υπερβολική φροντίδα ή τις επαναλαμβανόμενες απαγορεύσεις επιβαρύνουν τους ήδη υπάρχοντες περιορισμούς. Η ασθένεια κατευθύνει το παιδί στα εξής δύο ζευγάρια σκέψης: λάθος-ενοχή και επίθεση-τιμωρία. Ο ρόλος των γονέων είναι λοιπόν καταλύτης στη διαχείριση του διαβήτη από τα παιδιά καθώς ο διαβήτης είναι μια μη ορατή ανεπάρκεια και τα παιδιά δυσκολεύονται να σκεφτούν τους λόγους που θα πρέπει να ακολουθήσουν όλες τις διαδικασίες που τους επιβάλλονται (Ελίνα Γκίκα, 2008).

**Εφηβική ηλικία:** Στη περίοδο της εφηβείας σύμφωνα με τον Erikson, η διαμόρφωση του εαυτού ολοκληρώνεται. Κατά τα πρώτα στάδια της ανάπτυξής του, το άτομο θα πρέπει να έχει αποκτήσει κάποια μορφή εμπιστοσύνης στον εαυτό του και τους άλλους, να είναι σχετικά αυτόνομο και ‘φιλόπονο’. Ωστε στο επόμενο βήμα να διαμορφώσει την ταυτότητά του. Εάν το περιβάλλον (π.χ οι γονείς) δεν είναι υποστηρικτικό σε αυτό, τότε ακολουθεί μια ‘σύγχυση ρόλων’ και η εύρεση της ταυτότητας θα είναι προβληματική.

Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές **η προσωπική ιστορία του ατόμου**, που βιώνει τραυματικά γεγονότα ( μια μακροχρόνια ασθένεια) από νωρίς στη ζωή του, έχει ως αποτέλεσμα να βλέπει τον κόσμο ως απειλητικό και να αξιολογεί τον εαυτό του αρνητικά στο μέλλον.. Επίσης διαπίστωσαν ότι οι σχέσεις με τους γονείς κατά την περίοδο της παιδικής ηλικίας αποτελούν σημαντική μεταβλητή που μπορεί να τροποποιήσει την αρνητική επίδραση των τραυματικών αυτών εμπειριών ( Αγγελική Λεονταρή, 1998).

Η παρουσία του διαβήτη κατά τη διάρκεια της εφηβείας επιβάλλει στον έφηβο την αλλαγή των καθημερινών του λειτουργιών και απαιτεί την υιοθέτηση νέων συνηθειών όσον αφορά την αυτορρύθμιση του διαβήτη, τη διατροφή και την άσκηση. Οι έφηβοι διανύουν μια περίοδο με έντονο άγχος και συναισθηματική αστάθεια που όλα αυτά πηγάζουν και

επηρεάζονται από τις αλλαγές που συμβαίνουν σε αυτή την ηλικία (σε σωματικό και γνωστικό επίπεδο, στις σχέσεις με τους γονείς, τους συνομηλίκους και το άλλο φύλο). Η ναρκισσιστική πληγή που επιφέρει ο νεανικός διαβήτης στον έφηβο τού δημιουργεί επιπρόσθετο άγχος και ανησυχία για το μέλλον και μπορεί να συντελέσει σε ψυχική αποδιοργάνωση αν και οι έρευνες που μελετούν την αυτοεκτίμηση των εφήβων με νεανικό διαβήτη δεν καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα.

Άλλες έρευνες μιλούν για χαμηλή αυτοεκτίμηση, άλλες για αυτοεκτίμηση που δεν έχει διαφορά από τους φυσιολογικούς εφήβους και άλλες για υψηλότερη αυτοεκτίμηση των εφήβων με διαβήτη σε σχέση με τους μη έχοντες διαβήτη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει μια έρευνα που έγινε στην Ελλάδα 2003-2006 σε 104 εφήβους με νεανικό διαβήτη και 146 χωρίς διαβήτη, όπου το 43.3% του δείγματος είχε εμφανίσει διαβήτη στην παιδική ηλικία.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι έφηβοι που εμφάνισαν διαβήτη στην παιδική ηλικία παρουσιάζονταν πιο ικανοί και προσαρμοστικοί και με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση συγκριτικά με εκείνους που εμφάνισαν στη βρεφική και νηπιακή ηλικία. Αυτό πιθανά εξηγείται από το γεγονός ότι στη παιδική ηλικία το παιδί παρουσιάζει καλύτερο έλεγχο του εαυτού του, μεγαλύτερες δυνατότητες προσαρμογής, αυξημένη ικανότητα συγκέντρωσης και μάθησης. Επίσης οι έφηβοι με διαβήτη ήταν το ίδιο ικανοί να αντιμετωπίσουν και να προσαρμοστούν στις καθημερινές καταστάσεις όσο και οι έφηβοι χωρίς διαβήτη, παρότι η καθημερινότητα των πρώτων ήταν πιο απαιτητική. Οι έφηβοι με διαβήτη εμφάνιζαν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση συγκριτικά με τους εφήβους χωρίς διαβήτη και όσο περισσότερα χρόνια είχαν διαβήτη, εμφάνιζαν και μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση. Η ανάληψη της διαχείρισης της θεραπείας συμβάλλει στη βελτίωση των πεποιθήσεων που έχουν οι έφηβοι για τις ατομικές τους ικανότητες επιδρώντας θετικά στην αυτό-εικόνα τους και αυτοπεποίθηση τους αν και στη ψυχική αναδιοργάνωση που είναι φυσιολογική εξελικτική διαδικασία της εφηβείας, έρχεται να προστεθεί και ο παράγοντας διαβήτης. Άλλο συμπέρασμα από την έρευνα ήταν, ότι οι έφηβοι που ζούσαν στην επαρχία είχαν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι στην οικογένεια απ' ό,τι οι έφηβοι της Αθήνας, επιπρόσθετα, δεν παρατηρήθηκε αλλαγή στη στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα μεταξύ των δύο ομάδων.

εφήβων. Ακόμα οι έφηβοι είχαν ανάγκη στήριξης από τους γονείς και τους συνομηλίκους και αν τα κοινωνικά αυτά δίκτυα ήταν αναπτυγμένα τόσο καλύτερος ήταν και ο γλυκαιμικός τους έλεγχος (Ελίνα Γκίκα , 2007).

Για να θέσουμε και μια επιπλέον αισιόδοξη άποψη, η χρόνια αρρώστια δεν έχει πάντα αρνητικές επιπτώσεις στον ψυχισμό και στην εξέλιξη του παιδιού . Σύμφωνα με τους Lipowski (1971) και Mattson (1972) , μερικά παιδιά παρουσιάζουν εντυπωσιακή ωρίμανση εξαιτίας των εμπειριών που βιώνουν. Αναφέρονται να οδηγούνται σε σημαντικές ακαδημαϊκές επιδόσεις, διάκριση σε τομείς κοινωνικούς, καλλιτεχνικούς, πνευματικούς, μέσα σε μια διαδικασία υπεραναπλήρωσης , ξεπερνώντας τα αισθήματα μειονεξίας που νιώθουν εξαιτίας της χρόνιας νόσου και των περιορισμών που επιβάλλει.( Δανάη Παπαδάτου, 1992)

Επιπρόσθετα, οι μελετητές αναφέρουν ότι, η διαπάλη μεταξύ εφήβων-γονέων είναι αναπόφευκτη όχι εξαιτίας της κακής ποιότητας της γονικής φροντίδας ,ούτε και σαν αποτέλεσμα διαταραγμένης προσωπικότητας του εφήβου, αλλά επειδή αποτελεί συστατικό της μεταβατικής ζώνης της εφηβικής σκέψης και συμπεριφοράς. Οι περιορισμοί που θέτει ο διαβήτης γίνονται θηρία έτοιμα να κατασπαράξουν την αυτονομία του εφήβου ( έτσι τη βιώνουν συναισθηματικά) και τα αντιδραστικά παραπτώματα τους μεταμορφώνονται σε όπλα διεκδίκησης της ελευθερίας( έτσι πιστεύουν ότι λειτουργούν ανεξάρτητα) παραβλέποντας τις επικίνδυνες συνέπειες για την υγεία τους ( Α. Κατριβάνου, 2006).

## **Η ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ( Daniel Goleman, 2005)**

Μια που μιλάμε για συναισθήματα θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούμε και στη νευροεπιστήμη των συναισθημάτων για να πάρουμε χρήσιμες πληροφορίες. Μέσα στη βιβλιογραφία της ψυχολογίας μελετάται η ανθρώπινη συμπεριφορά και γίνεται προσπάθεια όχι μόνο αναγνώρισης των αιτιών της ,αλλά και των τρόπων αλλαγής αυτής, ώστε το άτομο

να γίνει λειτουργικό στο κοινωνικό του περιβάλλον και να μην υποφέρει. Ανάλογα με τη σχολή ψυχολογίας η προσέγγιση των παραπάνω παραμέτρων είναι διαφορετική .

Η επίδραση των συναισθηματικών παραγόντων στη συμπεριφορά του ατόμου είναι αντικείμενο μελέτης εδώ και χρόνια από πολλές επιστήμες ( φιλοσοφία, ιατρική , ψυχολογία κ.οκ.) Ένα από τα πιο σημαντικά πράγματα που έχουμε μάθει στη νευροεπιστήμη- που αποτελεί μια πολύ καινούργια επιστήμη προσέγγισης των λειτουργιών του νευρικού συστήματος μέσω σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων- είναι πως κάθε είδος σύνθετης συμπεριφοράς όπως το συναίσθημα , δεν βασίζεται σε μία και μόνη θέση του εγκεφάλου .Συνεργάζονται πάρα πολλές θέσεις του εγκεφάλου για να δημιουργήσουν μια σύνθετη συμπεριφορά .Δεν υπάρχει μόνο ένα κέντρο για το συναίσθημα ,αλλά υπάρχει αλληλεπίδραση πολλών διαφορετικών θέσεων στον εγκέφαλο.

Στο φλοιό του εγκεφάλου υπάρχει ο μετωπιαίος και προμετωπιαίος λοβός , πίσω ακριβώς από το μέτωπο , μια κριτική ζώνη για τη ρύθμιση του συναισθήματος. Η συμβολή του είναι σημαντικής σημασίας στην ανθρώπινη νοημοσύνη , όχι μόνο της νοημοσύνης που στον δυτικό κόσμο την αποκαλούμε γνωστική νοημοσύνη , αλλά και αυτής που αποκαλούμε συναισθηματική νοημοσύνη. Μια άλλη σημαντική περιοχή είναι ο βρεγματικός λοβός, μια περιοχή όπου συγκεντρώνονται οι αναπαραστάσεις από τις αισθήσεις όπως η όραση , η ακοή και η αφή. Ο βρεγματικός λοβός παίζει επίσης ρόλο στις νοητικές αναπαραστάσεις , όπως όταν βλέπουμε κάτι με την φαντασία μας. Οι συνδέσεις μεταξύ των δύο λοβών είναι πολλές. Μια άλλη περιοχή είναι η αμυγδαλή , η οποία είναι χωμένη στη μεσαία περιοχή του εγκεφάλου , σε αυτή που είναι γνωστή ως μεταιχμιακό σύστημα. Σε έναν ενήλικο , η αμυγδαλή έχει περίπου διαστάσεις 1,5 κυβ. εκατ. , είναι δηλ. στο μέγεθος ενός καρυδιού και για την ακρίβεια , υπάρχουν δύο αμυγδαλές , καθώς είναι πάντα ζευγάρια , μία σε κάθε πλευρά του εγκεφάλου. Η αμυγδαλή παίζει σημαντικό ρόλο σε συγκεκριμένα αρνητικά συναισθήματα όπως είναι ο φόβος και γενικά στα λεγόμενα «καταστροφικά συναισθήματα». Ένα άλλο όργανο που συμμετέχει είναι και ο ιππόκαμπος , καθώς είναι απαραίτητος για την μνήμη και εκτίμηση του περιβάλλοντος των γεγονότων δηλ. εάν κάποιος βρεθεί σε ένα περιβάλλον που του είναι ευχάριστο π.χ στο σπίτι του που νιώθει ασφάλεια και είναι

αγαπητός στην οικογένειά του, τού είναι ευχάριστο να βρεθεί σε αυτό το φυσικό περιβάλλον. Η εκτίμηση αυτού του φυσικού περιβάλλοντος ως πλαισίου συνεπάγεται τη λειτουργία του υπόκαμπου. Ορισμένες συναισθηματικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή συνδέονται με ανωμαλίες του υπόκαμπου ,δηλ. συρρικνώνεται ( αν εφαρμοστεί αγωγή με αντικαταθλιπτικά μπορεί να προληφθεί η ατροφία του) , που συμβαίνει σε περιπτώσεις κατάθλιψης που δεν έχουν αντιμετωπισθεί με αντικαταθλιπτική αγωγή. Οπότε υπάρχει σημαντική πλαστικότητα σε αυτή τη δομή.

Εάν κάποια από τα παραπάνω όργανα συμμετοχής στο συναίσθημα παρουσιάσουν βλάβη, οι λειτουργίες τους μπορούν να περάσουν σε άλλα μέρη του εγκεφάλου , αλλά σε περιορισμένο βαθμό απ' ότι γνωρίζουμε μέχρι σήμερα και αυτό το γεγονός δεν έχει διερευνηθεί σε βάθος από την νευροεπιστήμη. Ο υπόκαμπος είναι απαραίτητος στο να εκφράσουμε ένα συναίσθημα στην κατάλληλη περίπτωση . Έτσι είναι φυσιολογικό να εκφράζει κανείς φόβο όταν απειλείται η ζωή του , αλλά ο φοβικός εκφράζει φόβο και σε άλλα περιβάλλοντα που δεν απειλείται η ζωή του. Ένα από τα τεστ που δίνονται για να δουν οι ειδικοί εάν κάποιος πάσχει από συναισθηματική διαταραχή , βασίζονται στον έλεγχο σε ποια περιβάλλοντα εκφράζει το άτομο τα συναισθήματά του και οι νευροεπιστήμονες ψάχνουν εάν υπάρχει δυσλειτουργία στον υπόκαμπο. Ο φόβος και θλίψη είναι τα συναισθήματα που έχουν μελετηθεί μέχρι στιγμής , αλλά αυτό μπορεί να ισχύει και για άλλα όπως η οργή και το άγχος.

Μια από τις πιο ενδιαφέρουσες ανακαλύψεις που έχει κάνει η νευροεπιστήμη τα τελευταία δέκα χρόνια , είναι ότι οι περιοχές των μετωπιαίων λοβών, της αμυγδαλής και του υπόκαμπου αλλάζουν ανάλογα με τις εμπειρίες. Είναι τα μέρη του εγκεφάλου που επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από το συναισθηματικό περιβάλλον στο οποίο ανατρεφόμαστε. Η επιρροή του περιβάλλοντος στην εξέλιξη του εγκεφάλου περνά στα γονίδιά μας και επηρεάζει την έκφραση των συναισθημάτων, καθώς νέοι νευρώνες δημιουργούνται καθ όλη την διάρκεια της ζωής μας , παρουσιάζονται για τον άνθρωπο καινούργιες δυνατότητες για νέες γνώσεις , μνήμη και άλλες δεξιότητες ( καινούργια και

επαναστατική γνώση της νευροεπιστήμης) Άρα είναι δυνατή η αλλαγή διάπλασης του εγκεφάλου μας ώστε να βιώνει με διαφορετικό τρόπο τα συναισθήματά του , το άτομο. Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί ότι , όλα τα παραπάνω όργανα επιδρούν στα διάφορα συστήματα του οργανισμού μας π'χ ανοσοποιητικό, ενδοκρινολογικό κ.α , Έτσι βλέπουμε πόσο μπορεί το μυαλό μας να επηρεάσει το σώμα μας και πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος των συναισθημάτων όχι μόνο στη πνευματική μας υγεία αλλά την σωματική.

Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον τρόπο πού αντιδρούν οι άνθρωποι στο ίδιο γεγονός. Έτσι φαίνεται ότι κάποιοι άνθρωποι είναι επιρρεπείς στα καταστροφικά συναισθήματα και άλλοι παρασύρονται λιγότερα από αυτά. Υπάρχουν δηλ. διαφορές στη λειτουργία του εγκεφάλου , χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι διαφορές που υπάρχουν είναι εκ γενετής . Αλλά τα στοιχεία δείχνουν ότι είναι αποτέλεσμα διαφορετικών εμπειριών .Μια από τις πιο σημαντικές διαφορές των ανθρώπων, είναι η «λειτουργία αποκατάστασης» δηλ.το χρόνο που χρειάζεται κάποιος για να επανέλθει σε μια γενική κατάσταση ηρεμίας , μετά τη διέγερση ενός έντονου συναισθήματος. Δηλ. του χρόνου που χρειάζεται κάποιος για να ξεφύγει από την επιρροή ενός συναισθήματος. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές των ανθρώπων που μπορούν να μετρηθούν από την νευροεπιστήμη αντικειμενικά και όχι απλώς από τα λεγόμενα των ανθρώπων. Βάσει της λειτουργίας του εγκεφάλου έχει αποδειχτεί ότι ορισμένοι άνθρωποι έχουν παρατεταμένη αντίδραση , ενώ κάποιοι άλλοι επανέρχονται γρήγορα στα φυσιολογικά όρια μέτρησης.

Σύμφωνα με μελέτες των νευροεπιστημόνων τα άτομα που επανέρχονται γρήγορα στα φυσιολογικά όρια μέτρησης είναι αυτά που παρουσιάζουν μειωμένη ενεργοποίηση της αμυγδαλής και εκείνα που έχουν μεγαλύτερη ενεργοποίηση στον αριστερό προμετωπιαίο φλοιό περιοχή, που θεωρείται σημαντική για τα θετικά συναισθήματα. Αυτοί οι άνθρωποι όπως αναφέρουν αντιμετωπίζουν τη ζωή με κέφι , αισιοδοξία και ενθουσιασμό.

Αυτές οι διαφορές παρατηρήθηκαν ακόμα και σε νήπια ηλικίας δέκα μηνών . Ωστόσο αυτά τα χαρακτηριστικά δεν είναι μόνιμα. Ένα παιδάκι τριών ετών παρουσιάζει παρατεταμένη αντίδραση σε ένα αγχώδες γεγονός δεν είναι απαραίτητα να παρουσιάσει την ίδια αντίδραση μετά από δέκα χρόνια .

Αυτές οι συναισθηματικές συνήθειες είναι πολύ ασταθείς στη παιδική ηλικία, πράγμα που υποδηλώνει ότι το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει το παιδί μπορεί κάλλιστα να διαμορφώσει τον εγκέφαλό του.

Επίσης στα παραπάνω άτομα παρατηρείται και μια γρήγορη εκούσια ρύθμιση του θυμού ή του φόβου τους και επανέρχονταν γρήγορα στα κατώτατα όρια μέτρησης και μπορούσαν να διακόψουν ενεργητικά το συναίσθημά τους εάν τους ζητηθεί.

## **Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ**

Η επίδραση των συναισθηματικών παραγόντων είναι γνωστή εδώ και αιώνες : στα 1679 ο Tomas Willis γράφει: <<αιτία του διαβήτη είναι μια συναισθηματική κατάσταση που ονομάζεται ακραία θλίψη>>. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η θλίψη δεν προκαλεί διαβήτη αλλά εμποδίζει την επιτυχημένη αυτοδιαχείριση , τους τρόπους και τις μεθόδους που χρησιμοποιεί κάθε άτομο για να προσεγγίσει και να αντιμετωπίσει τη δυσκολία του .Επίσης τα αρνητικά συναισθήματα δυσχεραίνουν τη προσαρμογή , το σύνολο δηλ. των σύνθετων και προγραμματισμένων αλλαγών στις καθημερινές συμπεριφορές που οδηγούν στη καλύτερη ρύθμιση και ευεξία

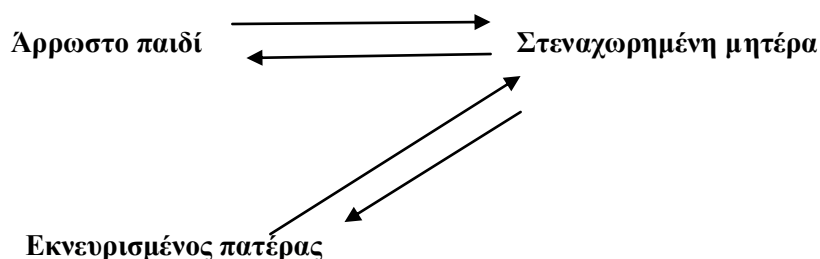
Οι παιδοψυχίατροι Lask και FassonA , προσπαθώντας να παρουσιάσουν τη λειτουργία της οικογένειας όταν υπάρχει παιδί με ασθένεια , περιέγραψαν τις εξής αλληλεπιδράσεις που δημιουργούνται:1) **Η αρρώστια του παιδιού δημιουργεί στενοχώρια στη μητέρα: Αιτία και αποτέλεσμα σε μια δυάδα** ~~Αρρωστο παιδί~~ **Μητέρα**

2) **Αλλά και η μητέρα επιδρά πάνω στο παιδί .Διαδική αλληλεπίδραση.**

**Αρρωστο παιδί**  $\longleftrightarrow$  **Μητέρα**

3) **Υπάρχει όμως τριαδική αλληλεπίδραση . Ο εκνευρισμός ή η στενοχώρια της μητέρας επηρεάζει τον πατέρα .** **Αρρωστο παιδί**  $\longrightarrow$  **μητέρα**  
**στενοχωρημένη**  $\longrightarrow$  **εκνευρισμένος πατέρας**

4)Τέλος δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος όπου το άρρωστο παιδί , ο πατέρας και η μητέρα του επηρεάζουν ο ένας τον άλλον και αυτή η διαταραχή ανακυκλώνεται , αφού διαχέεται προς όλες τις κατευθύνσεις. Φαύλος κύκλος



Οι μελέτες της τελευταίας δεκαπενταετίας που αφορούν την οικογένεια και ιδιαίτερα τους γονείς του παιδιού με διαβήτη και σκιαγραφούν με εύγλωττο τρόπο τις παρατηρήσεις αυτές.( Μ. Κατριβάννου,2008)

Οι γονείς περνούν σιγά- σιγά τα διάφορα τα διάφορα στάδια του πένθους ( πενθούν για την απώλεια της τέλειας σωματικής υγείας του παιδιού) Το πένθος είναι η μια φυσική αντίδραση σε κάθε απώλεια και παρότι μπορεί το άτομο να αποκλίνει από την φυσιολογική ζωή δεν θεωρείται παθολογική κατάσταση, αλλά αποτελεί ένα μεταβατικό στάδιο προς τη φυσιολογική ζωή. Μέσω της διεργασίας του πένθους ο άνθρωπος, μπορεί να απελευθερωθεί από την πάλη με το χρόνιο πρόβλημα και να φτάσει σε κατάσταση ηρεμίας, όπου θα μπορεί να είναι ικανός να διακρίνει μεταξύ του εαυτού του και της<< αναπηρίας>> όπως γράφει ο ψυχαναλυτής Szalita το 1964 ( Μ. Λιακοπούλου , 2010) Ωστόσο , το πένθος μπορεί να επιπλακεί., π.χ να μην προχωρήσει σε ορισμένες ακραίες περιπτώσεις ,γιατί ανακόπτεται από πρώιμες άμυνες του ατόμου όπως η άρνηση. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι όλες οι απώλειες δεν έχουν το ίδιο βάρος και μπορεί οι άνθρωποι να βγουν πιο ώριμοι και σοφοί μέσα από αυτές. Ο Freud στο κλασσικό άρθρο << πένθος και μελαγχολία>> (1917) θεωρεί το πένθος μια οδυνηρή θλίψη ,όπου το άτομο αποσύρεται από τον έξω κόσμο , εμφανίζει απώλεια της ικανότητας για αγάπη και αναστολή κάθε δραστηριότητας. ΟΙ ψυχαναλυτές αναφέρουν ταύτιση με το απολεσθέν αντικείμενο, ενδοβολή και αμφιθυμία .Η εμπειρία του πένθους περιλαμβάνει **θλίψη , θυμό, ενοχή, άγχος και ελπίδα.**( Ν. Αγγελόπουλος , 2009 ) .



Από έρευνες και την κλινική εμπειρία το πένθος μπορεί να διαρκέσει από έξι μήνες έως ένα χρόνο ( Μ. Κατριβάνου 2008). Παρότι την αποδοχή του διαβήτη και την προσαρμογή των γονέων στη καινούργια πραγματικότητα, έχει διαπιστωθεί ότι το άγχος των γονέων για τα παιδιά τους, έχει την τάση να συνεχιστεί και αργότερα. Τα πράγματα όμως είναι ακόμα πιο δύσκολα όταν η ψυχοπαθολογία της μητέρας είναι βεβαρημένη σε τέτοιο βαθμό, ώστε να δημιουργήσει ψυχιατρική διαταραχή στα παιδιά της.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

<u>ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ</u>	<u>ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ</u> <u>ΜΕΛΕΤΗΣ</u>	<u>ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ</u> <u>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ</u>	<u>ΣΚΟΠΟΣΤΗΣ</u> <u>ΜΕΛΕΤΗΣ</u>	<u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u> <u>ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</u>
<b>1)Robin Whittlemore, et al.</b>	2012	Μια συστηματική – μικτή , ανασκόπηση μελετών ανέλαβε να επανεξετάσει την ποσοτική και ποιοτική έρευνα της βιβλιογραφίας, σχετικά με τη γονική εμπειρία τού να αποκτήσει ένας γονέας ένα παιδί με T1DM. Διαλέχτηκαν 34 σχετικά άρθρα.	Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να περιγράψει το φαινόμενο της ψυχολογικής δυσφορίας στους γονείς των παιδιών με διαβήτη (T1DM)και τη σχέση μεταξύ της γονικής ψυχολογικής δυσφορίας πάνω στην υγεία των γονέων και των παιδιών τους., καθώς και τη ψυχολογική εμπειρία των γονέων όταν αποκτούν παιδί με T1DM. Παρουσιάζονται κλινικές και ερευνητικές επιπτώσεις.	Ο επιπολασμός της γονικής ψυχολογικής δυσφορίας σε όλες τις μελέτες κυμαίνονταν από 10% έως 74%, με μέσο όρο 33.5% της αναφερόμενης γονικής δυσφορίας κατά τη διάγνωση και το 19% της αναφερόμενης γονικής δυσφορίας, 1 έως 4 έτη μετά τη διάγνωση. Ψυχολογική δυσφορία στους γονείς των παιδιών με T1DM, ανεξάρτητα από το πώς ορίστηκε, συσχετίστηκε με αυξημένο στρες και συμπτωμάτων κατάθλιψης(τόσο στους ίδιους όσο και στα παιδιά τους), πιο

				<p>προβληματική συμπεριφορά του παιδιού, και κακή ποιότητα της ζωής του. Επίσης αυτή η ψυχολογική δυσφορία είχε επίσης αρνητικές επιπτώσεις στην αντιμετώπιση του διαβήτη. Επιπρόσθετα, θέματα της ποιοτικής έρευνας ανέφεραν ότι οι γονείς αντιλαμβάνονται τον T1DM ως μια δύσκολη διάγνωση που συμβάλει σε σημαντική διατάραξη της οικογένειας. Ακόμα και εάν η ρύθμιση του διαβήτη ήταν καλή στην πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, η συνεχής ψυχολογική πίεση είναι μια κοινή εμπειρία των γονέων.</p>
--	--	--	--	---

<p><b>2) Αλμπάνη και συν.</b></p>	<p>2008-2009</p>	<p>ο αριθμός των γονέων παιδιών που πάσχουν από Σ.Δ. που δέχθηκε να συμμετάσχει στην έρευνα και συμπλήρωσε με επιτυχία τα ερωτηματολόγια ήταν 83 άτομα, συγκεκριμένα 18 πατεράδες (ποσοστό 28,6%) και 65 μητέρες (ποσοστό 78,3%).</p>	<p>Παροδικό και Μόνιμο Άγχος στους Γονείς Παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου I.</p>	<p>Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την υπόθεσή μας ότι οι γονείς των παιδιών με Σ.Δ. έχουν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους από τον υπόλοιπο πληθυσμό, αλλά δεν επιβεβαιώνεται η υπόθεση της διαφοράς μεταξύ πατεράδων και μητέρων ως προς το παροδικό άγχος. Οι μητέρες απειλούνται με μόνιμο άγχος.</p>
<p><b>3) Randi Streisand et al.</b></p>	<p>2005</p>	<p>134 γονείς των παιδιών με διαβήτη τύπου I ερωτήθηκαν σχετικά με τα μέτρα που παίρνουν για τη διαχείριση του διαβήτη, την αυτο-αποτελεσματικότητα, την ευθύνη για τη διαχείριση του διαβήτη, το φόβο της υπογλυκαιμίας, και συμπλήρωσαν μια πρόσφατη κλίμακα</p>	<p>Η έρευνα εξέτασε το άγχος που αντιμετωπίζουν οι γονείς, ή διερευνώνται οι ψυχολογικοί και συμπεριφορικοί συσχετισμοί του άγχους τους (Διμεταβλητή ανάλυση)</p>	<p>οι αναλύσεις δείχνουν ότι η συχνότητα του στρες ανατροφής των παιδιών με διαβήτη, σχετίζεται αρνητικά με την ηλικία του παιδιού και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας ενώ σχετίζεται θετικά με το σχήμα της θεραπείας. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, ένα σημαντικό μέρος της διακύμανσης</p>

<p><b>4 )Margaret Gray</b></p>	<p>2009</p>	<p>μέτρησης του στρες Pediatric Parenting stress (η Παιδιατρική Απογραφή για Γονείς)</p> <p>57 μητέρες και τα παιδιά τους έως 8 ετών, εξετάστηκε το άγχος και τα επίπεδα κατάθλιψής τους συμπληρώνοντας ατομικά ερωτηματολόγια ( δευτερογενής ανάλυση)</p>	<p>Να εξετάσει το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα των γονέων σε σχέση με το φόβο της υπογλυκαιμίας, τον μεταβολικό έλεγχο των παιδιών και το πώς αντιμετωπίζουν και διαχειρίζονται τον διαβήτη των παιδιών τους</p>	<p>της συχνότητας του στρες των γονέων (32%) και της δυσκολίας (19%) συνδέονται με τη μητρική ψυχολογική και συμπεριφορική λειτουργία, συμπεριλαμβανομένων της χαμηλής αυτο-αποτελεσματικότητας, της μεγαλύτερης ευθύνης για τη διαχείριση του διαβήτη, και του μεγαλύτερου φόβου της υπογλυκαιμίας, με αντίκτυπο στη υγεία του παιδιού.</p> <p>21% των μητέρων εμφάνιζαν σημαντικά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Το χαμηλό εισόδημα και το πώς οι μητέρες αντιλαμβάνονταν τη διαχείριση της θεραπείας εξηγούν τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε αυτή τη μελέτη</p>
--------------------------------	-------------	--	--	--

<p>5)Dikla Eckshtain et al.</p>	<p>2010</p>	<p>61 γονείς και παιδιά ηλικίας 10-17 ετών συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια και έγιναν ανιχνεύσεις HbA1c για να εκτιμηθεί ο μεταβολικός τους έλεγχος. ο</p>	<p>Πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα και οι συμπεριφορές των γονέων επηρεάζουν τα συναισθήματα και τον μεταβολικό έλεγχο των παιδιών</p>	<p>Οι πρακτικές ανατροφής των παιδιών, όπως η χαμηλήσυμμετοχή των νέων στη διαχείριση του διαβήτη και η ασφυκτική παρακολούθηση των γονέων καθρέπτιζαν στα παιδιά τους τα αρνητικά συναισθήματά τους.</p>
---------------------------------	-------------	---	---	---

<p><b>6) Synthia A. Berg et al.</b></p>	<p>2007</p>	<p>127 παιδιά από 10-15 ετών και οι μητέρες τους. Με διάγνωση περισσότερο από ένα χρόνο απάντησαν σε ερωτήσεις μετά από συγκεκριμένο ραντεβού</p>	<p>Πως οι εκτιμήσεις γονέων-παιδιών όσον αφορά το πώς ο καθένας εμπλέκεται στη διαχείριση του διαβήτη, συνδέεται με τη συναισθηματική τους προσαρμογή.</p>	<p>Η συνεργασία γονέων-παιδιών στη διαχείριση του διαβήτη οδηγεί σε καλύτερη συναισθηματική προσαρμογή και των δύο</p>
<p><b>7) Debra L. Palmer et al.</b></p>	<p>2007</p>	<p>85 έφηβοι με τις 185μητέρες και 145πατέρες τους. Δόθηκε να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια</p>	<p>Να εξετάσει με ποιό τρόπο συνδέονται οι αντιλήψεις της γονικής μέριμνας για τη διαχείριση του διαβήτη, με την ηλικία των εφήβων και την οι «αυτο-αποτελεσματικότητα τους και αν η γονική μέριμνα συνδέεται με καλύτερο μεταβολικό έλεγχο ως συνάρτηση της αυτο-αποτελεσματικότητας των εφήβων στη θεραπεία τους και των γονικών αντιλήψεων περί αποτελεσματικότητας των εφήβων, η οποία αυξάνει ή μειώνει το άγχος τους.</p>	<p>Οι αντιλήψεις για τη γονική μέριμνα διαχείρισης του διαβήτη, σχετίζονται μεπολλαπλούς παράγοντες. Καλύτερος έλεγχος του μεταβολισμού στους εφήβους υπάρχει όταν υπάρχει υψηλή γονική μέριμνα ιδίως στους εφήβους με χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα αλλά με αυξημένο άγχος των γονέων που έχουν όλο το βάρος της θεραπείας.</p>

<p><b>8) Amy Lewandowski</b></p>	<p>2007</p>	<p>51 μητέρες και έφηβοι 13-18 ετών συμπλήρωσαν ατομικά ερωτηματολόγια</p>	<p>Πως συνδέεται η κοινωνική υποστήριξη που δέχεται η μητέρα παιδιού με διαβήτη με την καλύτερη ψυχολογία της.</p>	<p>Η πιο αποτελεσματική συναισθηματική υποστήριξη προς τις μητέρες, παρέχεται από τους συζύγους τους.</p>
<p><b>9) Marissa E. et al.</b></p>	<p>2011</p>	<p>136 μητέρες και πατέρες προεφήβων (ηλικίας 9-12 ετών) με διαβήτη τύπου 1 όπου αξιολογήθηκε ηπατρική συμμετοχή στη θεραπεία του διαβήτη. Η μελέτη περιείχε συνεντεύξεις και μετρήσεις αίματος για την γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη. Οι μητέρες και οι πατέρες αξιολόγησαν την πατρική συμμετοχή στη φροντίδα του διαβήτη και συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα.</p>	<p>Να εξεταστεί η σχέση της πατρικής συμμετοχής στη φροντίδα του διαβήτη σε συσχέτιση με την τήρηση και τον έλεγχο της γλυκόζης αίματος σε επιθυμητά επίπεδα</p>	<p>Οι μητέρες και οι πατέρες ανέφεραν παρόμοια ποσοστά πατρικής εμπλοκής στη θεραπεία. Τα δεδομένα δείχνουν συνδέσμους μεταξύ μεγαλύτερης πατρικής εμπλοκής και υψηλότερης HbA1c, λόγω συναισθηματικής φόρτισης των πατέρων</p>



<p>10) <b>K. A . Edgar</b></p>	<p>2002</p>	<p>70 Έφηβοι, 11-18 ετών και οι οικογένειες τους</p>	<p>Τί αντιπροσωπεύει για αυτούς ο διαβήτης και πως τον αντιμετωπίζουν( στάση απέναντι στην αρρώστια ανάλογα με την κοσμοθεωρία που έχουν στο κεφάλι τους γι αυτή)</p>	<p>Η κοσμοθεωρία περί ασθένειας επηρεάζει την στάση των υποκειμένων προς αυτή.</p>
<p>11) <b>David G. Marrero et al.</b></p>	<p>1997</p>	<p>61 γονείς και έφηβοι</p>	<p>Μελέτησαν σε γονείς εφήβων με διαβήτη , το φόβο που νιώθουν σχετικά με την υπογλυκαιμία.</p>	<p>Ο φόβος της υπογλυκαιμίας επί του πρόσφατου επεισοδίου βαριάς υπογλυκαιμίας ή ο φόβος των γονέων μικρότερων παιδιών που δεν έχουν την ωριμότητα να φροντίσουν τον εαυτό τους και να αναγνωρίσουν τα σημάδια της υπογλυκαιμίας , θεωρείται από τους ερευνητές φυσιολογικός και ρεαλιστικός φόβος έναντι μιας πραγματικής απειλής για τη ζωή του παιδιού</p>

<p>12) <b>Katharine Barnard et al.</b></p>	<p>2010</p>	<p>Γονείς (ή άλλοι πρωτογενείς φροντιστές) για παιδιά κάτω των 12 ετών με διαβήτη τύπου 1. Παιδιά σε οποιοδήποτε σχήμα ινσουλίνης είχαν συμπεριληφθεί. (βιβλιογραφική ανασκόπηση)</p>	<p>Στόχος της ήταν να εξετάζεις συστηματικά τις μελέτες σχετικά με την έκταση και τις συνέπειες του φόβου της υπογλυκαιμίας σε γονείς παιδιών κάτω των 12 ετών με διαβήτη τύπου 1, καθώς και τις παρεμβάσεις για τη μείωσή του.</p>	<p>Οκτώ άρθρα από έξι μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Όλες ήταν μελέτες διατομής και οι περισσότερες καλής ποιότητας. Εντοπίστηκε έντονος φόβος των γονέων για την υπογλυκαιμία, συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης .. Υπήρχε ένας μικρός αριθμός αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με τη συμπεριφορά για να αποφευχθεί η υπογλυκαιμία, αλλά υπήρχαν κάποιες προτάσεις ότι τα υψηλότερα από τα επιθυμητά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα μπορεί να παρατηρούνταν ως συμπεριφορά των γονέων προκειμένου να αποφευχθεί η υπογλυκαιμία. Δεν υπάρχουν μελέτες που να ανέφεραν παρεμβάσεις για τη μείωση του φόβου των γονέων</p>
--	-------------	---	---	--

<p><b>13)Μια κοινωνιολογική έρευνα του Πανεπιστημίου της Λευκωσίας</b></p>	<p>2005-2007</p>	<p>Ποιοτική έρευνα</p>	<p>Σχετικά με τη «Ψυχοκοινωνική διάσταση του Διαβήτη».</p>	<p>Πηγές άγχους τα ακόλουθα:--φόβος υπογλυκαιμίας, ιδίως κατά την διάρκεια της νύκτας και όταν το παιδί πηγαίνει στο σχολείο ή σε άλλες κοινωνικές δραστηριότητες  -φόβος υπεργλυκαιμίας  -Άγχος για τη μη τήρηση της διαίτας  -άγχος για τις μελλοντικές επιπλοκές του διαβήτη από τη μη σωστή ρύθμιση του διαβήτη  -άγχος συνεχούς επιτήρησης  -άγχος μη επαρκούς πληροφόρησης και εκπαίδευσης σχετικά με το διαβήτη</p>
--	------------------	------------------------	--	--

<p><b>14) Jill Weissberg – Bencell et al.</b></p>	<p>2009</p>	<p>121 παιδιά και οι γονείς τους</p>	<p>Να αξιολογήσει γενικές συμπεριφορές γονέων-παιδιών ή συμπεριφορές που σχετίζονται μόνο με το διαβήτη και πού έχουν όμως επίπτωση στην ποιότητα ζωής της οικογένειας</p>	<p>Η ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων είναι καθοριστική τόσο στη σωστή ρύθμιση του διαβήτη, όσο και στη ποιότητα ζωής των εφήβων και της συναισθηματικής ισορροπίας ολόκληρης της οικογένειας</p>
<p><b>15) Vicki S. Helgesson et al.</b></p>	<p>2008</p>	<p>συνέντευξη από παιδιά (μέση ηλικία 12 ετών) και ζητήθηκε και από τους γονείς τους να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο. Και οι δύο ανέφεραν πώς η φροντίδα του διαβήτη διανέμεται στην οικογένεια και τι ψυχική δυσφορία προκαλεί αυτό στα μέλη της.</p>	<p>Να εξετάσει πως η σχέση εφήβου –γονέα όσον αφορά σε ποιόν πέφτει το βάρος της φροντίδας ( στο γονέα ή στον έφηβο ή υπάρχει μοίρασμα των ευθυνών ) επηρεάζει την ψυχολογική και σωματική υγεία και των δύο.</p>	<p>Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία της κοινής ευθύνης για τη φροντίδα του διαβήτη από νωρίς πριν το μέσο της εφηβείας</p>

<p><b>16) Lisbeth Jonsson et al.</b></p>	<p>2012</p>	<p>Ποιοτική έρευνα που έγινε στο νότιο δυτικό τμήμα της Σουηδίας με 18 μητέρες και πατέρες παιδιών, που είχαν διαγνωστεί με T1DM,( σε τρεις έως έξι μήνες αφού είχαν λάβει την διάγνωση). Οι συνεντεύξεις αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας την επαγωγική ανάλυση περιεχομένου και τη φιλοσοφική θεωρία της Mol.</p>	<p>Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να περιγράψει τις αντιλήψεις των γονέων σχετικά με την εκπαιδευτική διαδικασία που δέχονται στο νοσοκομείο, όταν το παιδί τους έχει πρόσφατα διαγνωστεί με T1DM.</p>	<p>Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι σχεδόν όλοι οι γονείς είχαν βιώσει την εκπαιδευτική διαδικασία ως ικανοποιητική. Ωστόσο, οι περισσότεροι γονείς θεωρούν ότι η διδασκαλία έπρεπε να προσαρμοστεί στις μεμονωμένες ανάγκες της κάθε οικογένειας και να τους βοηθήσει να μάθουν να ζουν με διαβήτη στην καθημερινή τους ζωή.</p>
<p><b>17) Sarath S. Jaser et al.</b></p>	<p>2008</p>	<p>Δευτερογενής ανάλυση των δεδομένων αναφοράς για την ανάπτυξη παρεμβάσεων σε παιδιά σχολικής ηλικίας (ηλικίες 8-12) με διαβήτη τύπου 1 και τις μητέρες τους. Τα παιδιά και οι μητέρες συμπληρώνουν κλίμακες μέτρησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ποιότητας ζωής</p>	<p>Να εξετάσει τις σχέσεις των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μητέρας - παιδιού και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που τα δημιουργούν</p>	<p>Τα καταθλιπτικά συμπτώματα της μητέρας σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής του παιδιού, τις αντιλήψεις του , τους τρόπους αντιμετώπισης του διαβήτη καθώς και τη λειτουργία της οικογένειας. Η έλλειψη οικογενειακής θαλπωρής μεσολαμβάνει τη σχέση μεταξύ της μητέρας και του παιδιού εξαιτίας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της μητέρας</p>

<p><b>18)Anne Haugstvedt et al.</b></p>	<p>2011</p>	<p>μητέρες (n = 103) και πατέρες (n = 97) από 115 παιδιά ηλικίας κάτω των 16 ετών.( δόθηκαν ερωτηματολόγια) Μετρήθηκαν και οι γλυκοζυλιωμένες αιμοσφαιρίνες των παιδιών( ως ένδειξη του γλυκαιμικού ελέγχου τους)</p>	<p>Πωσοψυχοκοινωνικοί παράγοντες της οικογένειας , επηρεάζουν τον γλυκαιμικό έλεγχο σε παιδιά ηλικίας 1-15 ετών με διαβήτη τύπου 1 .</p>	<p>Οι οικογένειες που έφτασαν με επιτυχία τους στόχους της θεραπείας του διαβήτη είχαν περισσότερες μητέρες υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, οι ερευνητές διερωτώνται εάν τα σύγχρονα σχέδια θεραπεία του διαβήτη είναι υπερβολικά περίπλοκα ή δεν είναι καλά προσαρμοσμένα για κάθε οικογένεια.Ο πολύπλοκος ιατρικός λόγος πηγή μη αποτελεσματικότητας των μητέρων στη διαχείριση του διαβήτη</p>
<p><b>19) Chrystyna D. Kouros et al.</b></p>	<p>2012</p>	<p>240 παιδιά (ηλικίας M = 11,86 χρόνια, SD = 0,56? 53,9% γυναίκες) και οι μητέρες τους σε διαχρονική μελέτη 6 ετών</p>	<p>Ηπαρούσα προοπτική μελέτη διερεύνησε τις σχέσειςτων καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μητέρων και της εξωτερίκευσης καταθλιπτικών</p>	<p>Η ψυχική υγεία όλης της οικογένειας κλονίζεται όταν η μητέρα πάσχει από κατάθλιψη.</p>

<p><b>20)Dikla Eckshtain et al.</b></p>	<p>2010</p>	<p>61 γονείς και τα παιδιά τους ηλικίας 10-17ετών συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια και έγιναν ανιχνεύσεις γλυκοζυλιωμένης στο αίμα για να εκτιμηθεί ο γλυκαιμικός τους έλεγχος.</p>	<p>συμπτωμάτων από τα παιδιά τους. Να εξεταστούν οι σχέσεις μεταξύ των γονικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων και πως οι πρακτικές διαπαιδαγώγησης αυτών των γονέων , είχαν σαν συνέπεια καταθλιπτικά ή συναισθηματικά συμπτώματα στα παιδιά τους και προβληματικό γλυκαιμικό έλεγχο</p>	<p>Η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων των γονέων αντανακλά επίσης καταθλιπτικά συμπτώματα και στους νέους με διαβήτη. Ενώ καθοριστικές πλευρές της άσκησης του γονικού ελέγχου, όπως η απαίτηση για πειθαρχία είχαν σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα της νεολαίας, ενώ η γονική κατάθλιπτική διάθεση είχε σημαντική έμμεση επίδραση στο μεταβολικό έλεγχο των παιδιών</p>

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Λίγες μελέτες έχουν εξετάσει το άγχος των γονέων που έχουν παιδιά με διαβήτη ή έχουν εξερευνήσει τους ψυχολογικούς παράγοντες και τις συμπεριφορές τους που σχετίζονται με το άγχος τους.

Σύμφωνα με την ερευνητική βιβλιογραφική ανασκόπηση των **Robin Whitemore et al (2012)**, σε παιδιά με διαβήτη τύπου 1 (T1DM), οι γονείς έχουν την τελική ευθύνη για την καθημερινή διαχείριση του T1DM, η οποία έχει σημαντικές επιπτώσεις στην οικογενειακή ζωή. Καθημερινή διαχείριση των T1DM είναι χρονοβόρα και απαιτεί μια αλλαγή σε πολλές καθιερωμένες ρουτίνες οικογένειας. Αν και τεχνολογικές εξελίξεις έχουν ενισχύσει σημαντικά την ικανότητα των γονέων να παρακολουθούν και να διαχειρίζονται T1DM στη νεολαία, η ευθύνη της διαχείρισης T1DM μπορεί να συμβάλει στο γονικό άγχος, την αγωνία, και τη μειωμένη ποιότητα ζωής. Η κατανόηση της εμπειρίας των γονέων του παιδιού με T1DM μπορεί να παράσχει πληροφορίες για τις προκλήσεις και τις ανάγκες των γονέων, ενημερώνοντας έτσι την ανάπτυξη της παρέμβασης στην οικογένεια εκ μέρους της Πολιτείας..

Σημαντική έρευνα έχει αναληφθεί για να εξετάσει πτυχές της εμπειρίας των γονέων που φροντίζουν παιδιά με διαβήτη. Ωστόσο, υπάρχει η ανάγκη για τη σύνθεση αυτής της βιβλιογραφίας για την ενημέρωση μελλοντικής έρευνας και την εφαρμογή στην κλινική πράξη. Η φροντίδα για ένα παιδί με T1DM έχει περιγραφεί ως μια συγκλονιστική εμπειρία, που απαιτεί συνεχή «επαγρύπνηση». Οι γονείς θα πρέπει να συμβιβαστούν με την ευθύνη της φροντίδας ενός παιδιού με μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια και με την διεξαγωγή υψηλής έντασης εργασίας σε μια πολύπλοκη καθημερινή ρουτίνα. Οι γονείς ζουν με διαρκή ανησυχία για υπογλυκαιμία ή υπεργλυκαιμία, έντονο συναίσθημα της ευθύνης για την υγεία



των παιδιών τους, και την επιθυμία να προωθήσουν τη βέλτιστη ανάπτυξη και εξέλιξή του. Σε διαφορετικά στάδια εξέλιξης του παιδιού, νέα ζητήματα που ανακύπτουν απαιτούν μια πλήρη επαναξιολόγηση των ήδη αυτών που έχουν συσταθεί και απαιτείται εφαρμογή αποτελεσματικότερων στρατηγικών διαχείρισης. Το εν εξελίξει άγχος και η ανησυχία έχουν εκδηλωθεί μέσα στις μελέτες της συγκεκριμένης ανασκόπησης, με αυξημένα ποσοστά της αντίληψης των γονέων περί βιωμένου στρες και αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη. Υπάρχει σημαντική έρευνα σχετικά με τον επιπολασμό της γονικής ψυχικής διαταραχής και τις επιπτώσεις μιας τέτοιας αγωνίας για το παιδί και την οικογένεια. Αν και η πλειοψηφία των γονέων των παιδιών με T1DM έχουν προσαρμοστεί καλά, περίπου 20% έως 30% των γονέων αναφέρουν κλινικά σημαντική δυσφορία, που έχει οριστεί ως μόνιμο άγχος (στρες ζωής ή στρες του να είναι γονείς παιδιών με διαβήτη) και με συμπτώματα παροδικού άγχους, κατάθλιψης, ή / και μετατραυματικού στρες. Επίσης 0,6 – 8% δηλώνουν γονική ψυχολογική δυσφορία κατά τη στιγμή της διάγνωσης, το οποίο έχει βρεθεί να προβλέπει τη συχνότητα του μόνιμου άγχους. (δηλ. η υπερβολική συναισθηματική αντίδραση των γονέων κατά τη διάγνωση φαίνεται ότι μεταφράζεται σε δυσκολία μελλοντικής προσαρμογής αυτών στο διαβήτη). Επιπλέον, η γονική ψυχολογική δυσφορία έχει συνέπειες και στην υγεία του γονέα, αλλά και του παιδιού με T1DM, καθώς και στη συνολική λειτουργία της οικογένειας. Σε γονείς των παιδιών με T1DM, η ψυχολογική δυσφορία έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει την επικοινωνία της οικογένειας, αυξάνει τις οικογενειακές συγκρούσεις, μειώνει την ικανότητα της μητρική αποτελεσματικότητας, επηρεάζει αρνητικά το παιδί στη ψυχολογική προσαρμογή στο διαβήτη και συμβάλλει στην κακή γονική ψυχική και σωματική υγεία.

**Στην έρευνα των E. Αλμπάνη et. al ( 2008- 2009)** διερευνήθηκε το παροδικό και μόνιμο άγχος των γονέων με παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη και η σύγκριση μεταξύ της ομάδας των μητέρων με αυτής των πατέρων. Οι παρατηρήσεις ήταν οι εξής:

Οι γονείς των παιδιών με Σ.Δ έχουν μεγαλύτερα επίπεδα παροδικού άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και η επίγνωση των μελλοντικών συνεπειών του διαβήτη και η έλλειψη ελέγχου τους πάνω σε αυτές είναι δυνατόν να συνεχίσει αυτό το άγχος ακόμα αρκετά χρόνια μετά την εκδήλωση του διαβήτη, αν και αυτά τα συμπτώματα είναι ιδιαίτερα

έντονα αμέσως μετά τη διάγνωση του διαβήτη. Επίσης το άγχος τους είναι αντιστρόφως ανάλογο της ηλικίας του γονέα κι του κοινωνικοοικονομικού του επιπέδου. Από τους δύο γονείς η μητέρα απειλείται με την κατάσταση του μόνιμου άγχους καθώς συνήθως έχει την ευθύνη της θεραπείας του παιδιού . Ο πατέρας επηρεάζεται από το άγχος και τις απόψεις της μητέρας . Στην ίδια μελέτη διαπιστώνεται και ότι το είδος της θεραπείας του παιδιού( πολλαπλές ενέσεις ή αντλία) επηρεάζει τα επίπεδα του άγχους των γονέων .Οι γονείς θεωρούν το παιδί τους λιγότερο υγιές από τα συνομήλικα τους, παρότι σε τεστ φυσικών δεξιοτήτων τα παιδιά με διαβήτη , έχουν παρόμοιες επιδόσεις με τα άλλα συνομήλικα παιδιά. Επίσης δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά του άγχους μεταξύ της ομάδας των μητέρων και αυτής των πατέρων

**Στην έρευνα των Randi Streisand et al (2005)** αναφέρονται τα εξής :

Το stress της φροντίδας ενός παιδιού με διαβήτη επιδρά στην ψυχολογία των γονέων – φροντιστών με τους εξής κυρίως τρόπους; α) αυξάνοντας τον κίνδυνο για κακή ψυχική υγεία τους β) δυνητικά μπορεί να παρατηρηθεί δυσλειτουργία στο να μαθαίνουν τις καθημερινές τεχνικές διαχείρισης του διαβήτη γ) το έντονο άγχος τους ασκεί αρνητική επίδραση στην αυτό-διαχείριση του διαβήτη από τα παιδιά τους. Στη παρούσα έρευνα , το άγχος ανατροφής των παιδιών φαίνεται να συνδέεται αρνητικά με την ηλικία των παιδιών και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, ενώ συνδέεται θετικά όταν η οικογένεια είναι μονογονεϊκή και θετικά επίσης, με το είδος της θεραπείας ( δηλ. εάν το παιδί ακολουθεί το εντατικοποιημένο σχήμα θεραπείας ή αντλία ινσουλίνης) . Η συχνότητα του άγχους και η δυσκολία διαχείρισης του συνδέεται επιπρόσθετα με παράγοντες που αφορούν τη ψυχολογία και τη συμπεριφορά των γονέων όπως: χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα ( στο να μην τα καταφέρνουν στη ρύθμιση του διαβήτη των παιδιών τους) , μεγάλη υπευθυνότητα στη διαχείριση της θεραπείας και μεγάλος φόβος για την υπογλυκαιμία

Οι ερευνητές **Margaret Gray( 2009) et al** περιγράφουν ένα κοινό θέμα που αφορά την< αδιάκοπη επαγρύπνηση> στις μητέρες των μικρών παιδιών ( γιατί αυτές έχουν τη κύρια ευθύνη της θεραπείας και της διαχείρισης του διαβήτη σε αυτές τις ηλικίες και τα παιδιά τους μπορεί να μην αντιλαμβάνονται συμπτώματα όπως η υπογλυκαιμία , ) .Τα επίπεδα άγχους-κατάθλιψης των μητέρων σε αυτή τη περίπτωση είναι σύμφωνα με το άγχος-κατάθλιψη που βιώνουν γονείς παιδιών με άλλες χρόνιες ασθένειες και όπως δείχνουν άλλες μελέτες, το στρες τους δεν είναι μεγαλύτερο από αυτό που βιώνουν γονείς μεγαλύτερων παιδιών. Οι

ερευνητές υποστηρίζουν ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι μητέρες έχουν λιγότερες συγκρούσεις με τα παιδιά τους απ'ότι οι μητέρες των εφήβων.

Βέβαια υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα άγχους- κατάθλιψης των μητέρων δεν έχουν σχέση με την ένταση ή το σχήμα της θεραπείας ή τη σοβαρότητα της νόσου αλλά από το πώς το stress της θεραπείας γίνεται αντιληπτό από τις ίδιες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους. Επίσης συνδέουν το χαμηλό εισόδημα με υψηλό βαθμό ψυχικών διαταραχών, γεγονός που συμβαδίζει με τα ευρήματα μελέτης στο γενικό πληθυσμό δηλ. 'ότι το χαμηλό εισόδημα συνδέεται με υψηλό βαθμό ψυχικών δυσλειτουργιών. (Εδώ καταλαβαίνουμε ότι οι απόψεις της βιβλιογραφίας είναι αντικρουόμενες). Όσον αφορά το φόβο της υπογλυκαιμίας είναι σημαντική πηγή άγχους για τις μητέρες των παιδιών όλων των ηλικιών, ενώ κάποιες μελέτες συνδέουν το φόβο της υπογλυκαιμίας με την τήρηση υψηλότερων τιμών γλυκόζης από τις συνιστώμενες, ενώ άλλες έχουν αποτύχει να αποδείξουν αυτή τη συσχέτιση ( δηλ. του φτωχότερου γλυκαιμικού έλεγχου). Επίσης μία μελέτη βρήκε ότι το φόβος της υπογλυκαιμίας προάγει την καλύτερη ρύθμιση του διαβήτη. Ο φόβος αυτός σύμφωνα με τους ερευνητές μπορεί να αποτελεί ένα μέτρο του stress, σχετικό με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αλλά ένα βέλτιστο επίπεδο άγχους είναι ικανό να παρακινεί τις μητέρες να εμμένουν στην αντιμετώπιση και διαχείριση του διαβήτη, αλλά τόσο όσο να είναι λειτουργικές και να μην νιώθουν συντετριμμένες και αβοήθητες.

Οι **Dikla Eckshtain et al ( 2010)** σε έρευνα με γονείς παιδιών ηλικίας από 10- 17 ετών παρατήρησαν ότι τα γονικά καταθλιπτικά συμπτώματα είχαν σημαντική άμεση επίδραση στα συμπτώματα κατάθλιψης των νέων μέσω της γονικής συμμετοχής στη διαχείριση του διαβήτη. Τα οποία καταθλιπτικά συμπτώματα της νεολαίας ήταν σχετιζόμενα με το μεταβολικό τους έλεγχο. Ενώ καθοριστικές πλευρές της άσκησης του γονικού ελέγχου, όπως η απαίτηση για πειθαρχία είχαν σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα της νεολαίας, ενώ η γονική κατάθλιπτική διάθεση είχε σημαντική έμμεση επίδραση στο μεταβολικό έλεγχο των παιδιών. ( το οποίο εκφραζόταν με υψηλές τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης) Έτσι πρακτικές ανατροφής των παιδιών, όπως η χαμηλή συμμετοχή των νέων στη διαχείριση του

διαβήτη και η ασφυκτική παρακολούθηση των γονέων καθρέπτιζε στους νέους πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων που βίωναν οι γονείς τους.

Μελέτη από τη **Synthia A. Berg et al (2007)** σε εφήβους έχουν δείξει ότι η συνεργασία γονέων-παιδιών στη διαχείριση του διαβήτη οδηγεί σε καλύτερη συναισθηματική προσαρμογή και των δύο, καθώς οι μητέρες εκτιμούν ότι τα παιδιά είναι συνεργάτες μπορούν να ωφεληθούν ψυχικά και να βιώνουν λιγότερο άγχος άρα και καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ εάν οι ίδιες έχουν μόνες τους τον έλεγχο της θεραπείας του διαβήτη τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης είναι υψηλότερα. Επιπρόσθετα η ερευνήτρια επισημαίνει ότι βάσει των παραπάνω οι μητέρες μικρών παιδιών είναι πιο επιρρεπείς σε αρνητικά συναισθήματα γιατί δεν μπορούν να έχουν με τα παιδιά τους την επιθυμητή συνεργασία. (Βέβαια και πάλι οι απόψεις τις βιβλιογραφίας είναι αντικρουόμενες σε αυτά τα αποτελέσματα

Οι **Debra L. Palmer et al (2009)** επισημαίνουν τα παρακάτω:

Η εφηβεία έχει τα χαρακτηριστικά της ανυπακοής γενικότερα και οι συγκρούσεις για αυτονομία μεταξύ γονέων και εφήβων για τη διαχείριση του διαβήτη παράγει επίπεδα άγχους που μπορεί είτε να κάνει τις μητέρες μη αποτελεσματικές στη διαχείριση του διαβήτη, που αυτό εντοπίζεται με φτωχότερο γλυκαιμικό έλεγχο των παιδιών τους, είτε αντίθετα το άγχος τους να προάγει την καλύτερη ρύθμιση του διαβήτη. Βέβαια σύμφωνα με την ίδια μελέτη οι μητέρες των καλά εκπαιδευμένων στον έλεγχο του διαβήτη εφήβων (έφηβοι με υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα) είχαν σαφώς χαμηλότερα επίπεδα άγχους. Επίσης, ο ρόλος του πατέρα όταν είναι υποστηρικτικός στην αντιμετώπιση του διαβήτη μειώνει το άγχος των μητέρων εντυπωσιακά.

Η **Amy Lewandowski (2007)** μέσα στην ερευνητική της δουλειά αναφέρει:

Ότι φαίνεται από τη μελέτη της βιβλιογραφίας, ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι προστατευτικός παράγοντας στο άγχος που βιώνουν οι μητέρες που έχουν εφήβους με χρόνιες ασθένειες και γι αυτό χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονται με αυξημένο άγχος- κατάθλιψη, αλλά και με την αίσθηση ότι οι αρνητικές επιδράσεις της αρρώστιας θα είναι μεγαλύτερες πάνω στα παιδιά τους. Το αυξημένο άγχος των μητέρων μπορεί να συνδέεται με φτωχό γλυκαιμικό έλεγχο, καθώς μπορεί να δώσουν αυτονομία στους

εφήβους για το διαβήτη που δεν είναι έτοιμοι οι τελευταίοι να αναλάβουν. Η συζυγική υποστήριξη δηλ. από τον πατέρα είναι η πιο αποτελεσματική μορφή αντιμετώπισης του άγχους των μητέρων , απ' ότι οποιαδήποτε άλλη εξωτερική κοινωνική υποστήριξη από άλλα μέλη της οικογένειας ή φίλους. Επίσης οι διαμάχες μεταξύ μητέρων- εφήβων μειώνονται με την συζυγική υποστήριξη και η ποιότητα της σχέσης μητέρας-εφήβου γίνεται καλύτερη και ικανή να προάγει την ψυχική υγεία των μητέρων και των παιδιών τους.

Οι **Marissa E. Et al (,2011)** στην ερευνά τους σε παιδιά πρόεφηβικής ηλικίας , παρατήρησαν επίσης ότι η συμβολή των πατέρων στη διαχείριση του διαβήτη είναι σημαντικής σημασίας και βοηθητική στη ψυχολογία των μητέρων που κατά τη βιβλιογραφία είναι οι κύριοι φροντιστές του διαβήτη των παιδιών τους . Το μοίρασμα των καθηκόντων και της ανησυχίας της φροντίδας μειώνουν το άγχος των μητέρων και οδηγούν σε καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο των παιδιών και μικρότερη τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αυτών σε ορισμένες μελέτες. Αν και οι έρευνες που υπάρχουν στη βιβλιογραφία αναφέρουν ελάχιστα για το τι συμβαίνει με την ψυχολογική κατάσταση πατέρων και τις συνέπειες της πατρικής συμμετοχής, στη διαχείριση του διαβήτη, τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα καθώς οι ερευνητές της παρούσας μελέτης , επισημαίνουν ότι βρήκαν ότι μεγάλη πατρική εμπλοκή στη διαχείριση του διαβήτη συνδέεται με υψηλές τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης των παιδιών τους στο δείγμα τους, παρότι οι μητέρες αναφέρονται στη θετική επίδραση που έχει στη ψυχολογία τους η συνεργασία με το σύζυγό τους. Και εδώ υπάρχει αντίφαση στην υπάρχουσα βιβλιογραφία

Η **K.A . Edgar(2002)** επισημαίνει την αξία < της ταυτότητας της ασθένειας> δηλ τι αντιπροσωπεύει η ασθένεια του σακχαρώδη διαβήτη για τα υποκείμενα που τη βιώνουν , η οποία διαμορφώνει και τη στάση τους απέναντι στην υγεία . <Η ταυτότητα της ασθένειας> θεμελιώνεται πάνω στη συγχώνευση πληροφοριών που έρχονται στο τώρα και των εμπειριών του παρελθόντων σχετικά με την ασθένεια . Αυτή λοιπόν η πεποίθηση διαμορφώνει την συναισθηματική ευεξία των εφήβων σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και που θα έχει άμεσο αντίκτυπο και στη ψυχική υγεία των γονέων καθώς και αυτή θα έχουν στο μυαλό τους τη δική τους θεωρία περί < ταυτότητας της ασθένειας>.

Οι **David G. Marrero et al(1997)** μελέτησαν σε γονείς εφήβων με διαβήτη , το φόβο που νιώθουν σχετικά με την υπογλυκαιμία. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η υπογλυκαιμία είναι πανταχού παρούσα απειλή τόσο για το παιδί με διαβήτη , όσο και για τους γονείς του . Ο φόβος των γονέων έναντι αυτής της κατάστασης είναι πολύ έντονος εάν είχαν την εμπειρία της απώλειας συνείδησης των παιδιών τους ( λόγω βαριάς υπογλυκαιμίας) πρόσφατη στην μνήμη τους.( π.χ τον τελευταίο χρόνο), απ' ότι εάν είχε συμβεί αυτή η κατάσταση στο μακρινό παρελθόν ή κατά τον πρώτο χρόνο διάγνωσης του διαβήτη . Και ο φόβος αυτός ήταν μεγαλύτερος σε αυτή την ομάδα των γονέων , απ' ότι στην ομάδα που δεν είχε βιώσει ποτέ την κατάσταση της βαριάς υπογλυκαιμίας με απώλεια συνείδησης.

Η εικόνα ενός παιδιού που χάνει τις αισθήσεις του από βαριά υπογλυκαιμία, θυμίζει στα αρχικά του στάδια , εικόνα παιδιού που παθαίνει επιληπτικούς σπασμούς, μια εικόνα που γεμίζει φόβο τους γονείς , πού ύστερα από αυτό το βίωμα υιοθετούν συνήθως στρατηγικές αποφυγής της υπογλυκαιμίας , όπως: πιο συχνές μετρήσεις σακχάρου αίματος, τάση για λιγότερο αυστηρό γλυκαιμικό έλεγχο διατηρώντας τα επίπεδα του σακχάρου αίματος σε υψηλά επίπεδα , άρα φτωχή ρύθμιση του διαβήτη. Παρότι στο συγκεκριμένο άρθρο οι ερευνητές δεν έχουν βρει σχέση μεταξύ του φόβου υπογλυκαιμίας των γονέων και της χρήσης στρατηγικών αποφυγής της υπογλυκαιμίας, από την άλλη μεριά βρέθηκε αυξημένη συχνότητα εμφάνισης επεισοδίων βαριάς υπογλυκαιμίας στο γκρουπ των γονέων που είχαν θετικό ιστορικό βαριάς υπογλυκαιμίας με απώλεια συνείδησης. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι αυτό το εύρημα οφείλεται πιθανότατα ότι η συγκεκριμένοι γονείς δεν έκαναν συχνές μετρήσεις της γλυκόζης του αίματος , έτσι ώστε να προλάβουν την υπογλυκαιμία στα αρχικά της στάδια , δίχως να εξελιχτεί σε βαρά υπογλυκαιμία με απώλεια συνείδησης.( αυτό θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως παθολογικός μηχανισμός άμυνας εκ μέρους των γονέων , καθώς φαίνεται να αποφεύγουν στις στρατηγικές αποφυγής της υπογλυκαιμίας που έχουν αναφερθεί παραπάνω και αποστασιοποιούνται από το στρεσογόνο γεγονός.)

Ο φόβος της υπογλυκαιμίας επί του πρόσφατου επεισοδίου βαριάς υπογλυκαιμίας ή ο φόβος των γονέων μικρότερων παιδιών που δεν έχουν την ωριμότητα να φροντίσουν τον εαυτό τους και να αναγνωρίσουν τα σημάδια της υπογλυκαιμίας , θεωρείται από τους ερευνητές φυσιολογικός και ρεαλιστικός φόβος έναντι μιας πραγματικής απειλής για τη ζωή του παιδιού .Έτσι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να τον αναγνωρίζουν και σίγουρα δεν αποτελεί δείγμα ο συγκεκριμένος φόβος πάντοτε, κακής ψυχολογικής προσαρμογής ή κακοδιαχείρισης του διαβήτη των παιδιών τους.

Οι **Katharine Barnard et al(2010)** σε μια συστηματική ανασκόπηση σχετικά με το φόβο της υπογλυκαιμίας σε γονείς (ή άλλους πρωτογενείς φροντιστές) σε παιδιά κάτω των 12 ετών με διαβήτη τύπου 1 , με οποιοδήποτε σχήμα ινσουλίνης ( εντατικοποιημένο ή αντλία ινσουλίνης), βρήκαν τα εξής αποτελέσματα:

- Μεγάλη έκταση της γονικής φοβίας για την υπογλυκαιμία.
- Η επίδραση αυτού του φόβου στη γονική συμπεριφορά με συμπεριφορές γονέων που είχαν ως σκοπό την αποφυγή της υπογλυκαιμίας και κακό γλυκαιμικό έλεγχο του παιδιού, όπως αυτός αντανακλάται στην υψηλή τιμή HbA1c ή στη συχνότητα των υπογλυκαιμικών επεισοδίων ή στις ομολογίες για μεταβολικές διαταραχές
- Η επίδραση του φόβου της υπογλυκαιμίας είχε συνέπειες στην ποιότητα της μητρικής ζωής που διακατέχεται από άγχος, κατάθλιψη και επομένως έχει άμεσο αντίκτυπο στην ψυχολογία των παιδιών τους. Πολλά παιδιά με διαβήτη τύπου 1 έχουν κακό γλυκαιμικό έλεγχο. Δεδομένου ότι οι μελέτες (Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) έχουν δείξει ότι αυστηρότερος έλεγχος μειώνει τα ποσοστά επιπλοκών, είναι γνωστό ότι οι ασθενείς και οι οικογένειες φοβούνται την υπογλυκαιμία. Αλλά , υποστηρίζουν οι ερευνητές , ότι ο φόβος της υπογλυκαιμίας μπορεί να υπερισχύσει της ανησυχίας για τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές του διαβήτη καθώς και ότι η συμπεριφορά για να αποφευχθεί η υπογλυκαιμία μπορεί να είναι εις βάρος της μακροπρόθεσμης υγείας των παιδιών τους.

Μια κοινωνιολογική έρευνα του **Πανεπιστημίου της Λευκωσίας(2005-2007)** σχετικά με την «Ψυχοκοινωνική διάσταση του Διαβήτη». Στην ομάδα των παιδιών κάτω των

11 ετών και σε ομάδα έφηβων είχε τα εξής αποτελέσματα σχετικά με την ψυχολογική κατάσταση των γονέων:

Μεγάλο ποσοστό γονέων παιδιών 8-10 ετών είχαν περάσει φάσεις κατάθλιψης κυρίως μετά τη διάγνωση του διαβήτη. Τότε εκφράζουν τα υποκείμενα της μελέτης ,ότι χρειάζονταν ψυχοκοινωνική στήριξη για να μπορέσουν να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση. Το άγχος γίνεται χρόνιο και στις δύο ηλικιακές ομάδες , με πηγές άγχους τα ακόλουθα:

-φόβος υπογλυκαιμίας, ιδίως κατά την διάρκεια της νύκτας και όταν το παιδί πηγαίνει στο σχολείο ή σε άλλες κοινωνικές δραστηριότητες

-φόβος υπεργλυκαιμίας( γιατί σκέφτονται τις μελλοντικές επιπλοκές του διαβήτη)

-Άγχος για τη μη τήρηση της διαίτας

-άγχος για τις μελλοντικές επιπλοκές του διαβήτη από τη μη σωστή ρύθμιση του διαβήτη

-άγχος συνεχούς επιτήρησης

-άγχος μη επαρκούς πληροφόρησης και εκπαίδευσης σχετικά με το διαβήτη

Οι μεγαλύτερες πηγές άγχους για τους γονείς είναι η πιθανότητα υπογλυκαιμίας και οι υπεργλυκαιμίες που σχετίζονται με το τις μακροπρόθεσμες δυνητικές επιπλοκές του διαβήτη. Επίσης το γεγονός ότι η υπογλυκαιμία και η υπεργλυκαιμία έχουν ως αποτέλεσμα αλλαγή της συμπεριφοράς του παιδιού ( γίνονται αντιδραστικά ή ευέξαπτα ή αντίθετα νωχελικά η υποτονικά) , αυτό αυξάνει το άγχος των γονέων . Σε όλα τα παραπάνω εάν προστεθεί και ο παράγοντας εφηβεία οι συγκρούσεις γίνονται αναπόφευκτες. Επιπρόσθετα οι ερευνητές αναφέρουν ότι πολλοί γονείς εκφράζουν τεράστια ευθύνη για τη ρύθμιση του διαβήτη του παιδιού τους ,με αποτέλεσμα να θέλουν να το έχουν συνέχεια κάτω από τον έλεγχό τους και να νιώθουν ανασφαλείς όταν αυτό απομακρύνεται .Γίνονται δηλ. υπερπροστατευτικοί , πράγμα που έχει αντίκτυπο τόσο στα παιδιά με διαβήτη όσο και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας , ιδίως στα άλλα παιδιά της οικογένειας. Υπήρχαν επίσης γονείς που εξέφρασαν τους ενδοιασμούς τους στο ενδεχόμενο σπουδών του παιδιού στο εξωτερικό, ενώ φοβούνται ότι λόγω της προκατάληψης που εν μέρει εξακολουθεί να υπάρχει στην κυπριακή κοινωνία , πιθανόν τα παιδιά τους να δυσκολευτούν να παντρευτούν ή να βρουν δουλειά. Επίσης αναφέρουν ότι υπάρχει περιορισμός στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία.



Στο ερευνητικό άρθρο των **Jill Weissberg – Bencell et al(2009)** .επίσης επισημαίνεται ότι η ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων είναι καθοριστική τόσο στη σωστή ρύθμιση του διαβήτη, όσο και στη ποιότητα ζωής των εφήβων και ολόκληρης της οικογένειας γενικότερα. Μια πολύ έντονη αρχική συναισθηματική αντίδραση ενός γονιού είχε την τάση να συνεχιστεί και αργότερα καθώς περνούσαν τα χρόνια . Επίσης γονείς που επικοινωνούσαν με τα παιδιά τους με αρνητικούς τρόπους( πολλές συγκρούσεις, οικογενειακή ατμόσφαιρα που δεν επέτρεπε την έκφραση συναισθημάτων άμεσα) , τα παιδιά εξέφραζαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και οι γονείς ήταν πιο ανήσυχοι στη διαχείριση του διαβήτη , σε αντίθεση με γονείς που διαχειρίζονταν το διαβήτη με τη συνεργασία των παιδιών τους . Έτσι μπλέκονταν παιδιά και γονείς σε ένα μαγκανοπήγαδο αρνητικών συμπεριφορών που οι συνέπειες συναισθημάτων και συμπεριφορών γίνονταν άλλοτε αιτίες και άλλοτε αποτελέσματα με αρνητικές συνέπειες τόσο στο ψυχισμό των γονέων όσο και των εφήβων. Όλα τα παραπάνω μεταφράζονταν επίσης σε κακό γλυκαιμικό έλεγχο των παιδιών , άρα και της μελλοντικής συναισθηματικής και σωματικής υγείας των παιδιών.

Οι **Vicki S. Helgesson et al (2008)**, επισημαίνουν ότι στη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην εφηβεία, αλλάζει και ο τρόπος του γλυκαιμικού ελέγχου των εφήβων. Έτσι η μελέτη τους αφορά παιδιά 12 ετών που είναι πρόεφηβοι . ( και όχι ηλικιακές ομάδες όπως οι άλλες εργασίες) Συγκεκριμένα οι ορμόνες της εφηβείας αρχίζουν να αντιστέκονται στην ινσουλίνη με αποτέλεσμα αντικειμενική δυσκολία στον έλεγχο της γλυκόζης. Η ποσότητα ινσουλίνης που μπορεί να χρειαστεί ένας έφηβος είναι πολλαπλάσια της δόσης ενός ενήλικα, με ιδιαίτερες μεταβολές από μέρα σε μέρα και ακόμα μέσα στο ίδιο το 24ωρο. Οι γονείς βλέπουν ότι τα σάκχαρα «τρελαίνονται» και είναι δυσκολότερη η ρύθμισή τους .Το άγχος τους τη περίοδο αυτή αυξάνει .Επιπρόσθετα το ενδιαφέρον αυτοφροντίδας του εφήβου είναι μειωμένο καθώς τα ενδιαφέροντά τους είναι στραμμένα σε άλλους τομείς όπως της αλληλεπίδρασης με συνομηλίκους τους , ίσως επίσης να πιστεύουν ότι δεν είναι ευπρόσβλητοι από τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του διαβήτη, ίσως να μην έχουν την εκπαίδευση που είναι απαραίτητη για να αναλάβουν την αυτοφροντίδα τους .Σε αυτή λοιπόν την ηλικία της προεφηβείας η φροντίδα του διαβήτη θα πρέπει να μεταφερθεί από τα χέρια

των γονέων στα χέρια του εφήβου που αρχίζει επιπλέον να αναζητά την δικαιωματική αυτονομία του. Οι συνέπειες αυτής της μετατόπισης της φροντίδας για το διαβήτη στη ψυχολογική ευεξία της οικογένειας δεν είναι ξεκαθαρισμένες μέσα στη βιβλιογραφία .

Τα ευρήματα της βιβλιογραφίας είναι αντικρουόμενα . Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι μεγάλος βαθμός ανάμιξης των γονέων προωθεί τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας των εφήβων και άλλες που δεν έχουν επιτύχει να συσχετίσουν αυτούς τους δύο παράγοντες. Σύμφωνα με τους ερευνητές αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι περισσότερες μελέτες δεν έχουν δείγμα με συγκεκριμένη ηλικία παιδιών αλλά με ηλικιακές ομάδες .Έτσι δεν μπορούν να εντοπίσουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε ηλικίας. Αλλά εκείνο που καταλήγουν οι ερευνητές είναι ότι το μοίρασμα και η συνεργασία γονέων-παιδιών προάγει την ψυχική υγεία και των δύο .

Στην έρευνα των **Lisbeth Jonsson et al(2012)** αναφέρεται η σημαντική σημασία της εκπαίδευσης των γονέων πάνω στο διαβήτη , πράγμα που τους βοηθά και στη διαχείριση της θλίψης τους στη πρωτοδιάγνωση της νόσου. Στη Σουηδία, το παιδί και η οικογένεια νοσηλεύονται, σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες γραμμές για μία έως δύο εβδομάδες κατά τη διάγνωση. Στη παρούσα μελέτη περιγράφονται οι αντιλήψεις των γονέων σχετικά με την εκπαιδευτική διαδικασία που τους παρέχεται όταν το παιδί τους έχει πρόσφατα διαγνωστεί με T1DM.Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι σχεδόν όλοι οι γονείς είχαν βιώσει την εκπαιδευτική διαδικασία, που τους παρέχονταν στο νοσοκομείο , ως ικανοποιητική. Ωστόσο, οι περισσότεροι γονείς θεωρούν ότι η διδασκαλία έπρεπε να είναι εξειδικευμένη για κάθε οικογένεια και να τους βοηθήσει να μάθουν να ζουν με το διαβήτη στην καθημερινή τους ζωή. Δεν θέλουν απλά διδασκαλία σύμφωνα με καθορισμένο χρονοδιάγραμμα αλλά ένα εμπνευσμένο πρόγραμμα γνώσης, με επίκεντρο τον γονέα , που να του παρέχει χρόνο και υποστήριξη για τη θλίψη και το σοκ που νιώθει στα αρχικά στάδια του διαβήτη.

Σύμφωνα με τους γονείς θα πρέπει επίσης να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στο γιατί ορισμένα πράγματα πρέπει να γίνουν και όχι για το τι πρέπει να γίνει. Θέλουν να μάθουν συνήθειες στο νοσοκομείο ,για να είναι καλοί γονείς στη διαχείριση της νόσου του παιδιού, και να συνεχίζουν να ζουν μια φυσιολογική οικογενειακή ζωή, .Η μελέτη αυτή διεξήχθη για

να περιγράψει τις αντιλήψεις των γονέων στην εκπαιδευτική διαδικασία, όταν το παιδί τους έχει πρόσφατα διαγνωστεί με T1DM.

Η πρόκληση στην εκπαιδευτική διαδικασία, σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο των ερευνητών, είναι ότι οι επαγγελματίες, οι γονείς και το παιδί πρέπει να είναι έτοιμοι στις πρώτες συνεδριάσεις τους μαζί, να μοιραστούν τις εμπειρίες, τις γνώσεις και τις υποθέσεις σχετικά με την ασθένεια και την καινούργια κατάσταση. Οι επαγγελματίες πρέπει να βρουν μια κοινή γλώσσα που ο καθένας αισθάνεται άνετα, δηλαδή οι επαγγελματίες, τα παιδιά και οι οικογένειές τους πρέπει να στηρίζουν ο ένας τον άλλο, για έναν πιο αξιοπρεπή τρόπο ζωής μέσα στην πραγματικότητα. Οι ερευνητές μιλούν για μια νέα θεωρία που έχει δημοσιευτεί σχετικά πρόσφατα και εξ όσων γνωρίζουν δεν έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στην έρευνα μέχρι σήμερα. Δεν ξέρουν αν αυτή είναι πρακτικά εφαρμόσιμη στη φροντίδα των παιδιών που πρόσφατα έχουν διαγνωστεί με T1DM και των οικογενειών τους, καθώς προέρχεται από μελέτες σε ενήλικους. Οι κατευθυντήριες γραμμές αυτής της θεωρίας τονίζουν, ότι η εκπαίδευση θα πρέπει να έχει ως επίκεντρο τον μαθητή. Σε αυτή τη περίπτωση, το εκπαιδευτικό μοντέλο για την εκπαίδευση του διαβήτη βασίζεται στην άποψη ότι τα αποτελέσματα είναι πιο ισχυρά όταν η εκπαίδευση είναι ενσωματωμένη στη ρουτίνα φροντίδας, όταν οι γονείς συμμετέχουν, όταν ενδυναμώνονται στην επίλυση των προβλημάτων. (Έτσι προωθείται η αυτο-αποτελεσματικότητα).

Το «μοντέλο ενδυνάμωσης», ο οποίο έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικό (όπως έχει φανεί σε προηγούμενες μελέτες που αφορούν και άλλες ασθένειες) τονίζει ότι ο ασθενής θα πρέπει να συμμετέχει σε όλες της πτυχές φροντίδας και αντιστακτικά το πώς η θεραπεία ταιριάζει με τον ασθενή και τη ζωή του και δίνει έμφαση στις αξίες του ασθενούς κατά την εκπαιδευτική διαδικασία. Στην περίπτωση γονέων με διαβήτη, ο επαγγελματίας θα πρέπει να ξεκινήσει την εκπαιδευτική διαδικασία ζητώντας από τους γονείς να του πουν τι ξέρουν για το διαβήτη ή αν γνωρίζουν κάποιον που έχει διαβήτη και έτσι έχουν οι επαγγελματίες αυτό ως σημείο εκκίνησης για τη διδασκαλία. Με τη λογική της φροντίδας και τη λογική της επιλογής οι επαγγελματίες θα πρέπει, μέσα από τη διδασκαλία με τους γονείς να τους

μάθουν για το τί ο διαβήτης και τι κάνει στο σώμα του παιδιού και πια ιατρική θεραπεία είναι απαραίτητη

Παρά το γεγονός ότι οι γονείς στη μελέτη αυτή δεν αναφέρουν ότι επιδιώκουν τον έλεγχο στη ζωή τους γιατί ακολουθούν κατά γράμμα τις ρουτίνες του νοσοκομείου, ουσιαστικά αγωνίζονται για τον έλεγχο. Μια ζωή με το διαβήτη δεν μπορεί ποτέ να οδηγήσει σε πλήρη έλεγχο, επειδή η ζωή αλλάζει όλη την ώρα και η σημαντικότερη προϋπόθεση για να ζει μια καλή ζωή κανείς με διαβήτη είναι να ακούσει τα σήματα από το σώμα και τη ψυχή του παιδιού. Οι γονείς αισθάνονταν τη θλίψη, όταν το παιδί τους είχε διαγνωστεί με T1DM, αλλά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας δεν υπήρχε χρόνος για τη θλίψη. Έτσι, οι γονείς μαθαίνουν για την ασθένεια και παραμένουν μέσα θλίψη τους ελέγχοντάς την. Η θλίψη πρέπει να μπει στην άκρη, προκειμένου να είναι σε θέση οι γονείς να επικεντρωθούν στο πώς να μάθουν για το διαβήτη. Η παραπάνω εκπαίδευση ήταν ψυχοκατευναστική στη θλίψη των γονέων και ουσιαστική στην εκπαίδευση για το πώς θα αντιμετωπίσουν το διαβήτη. «Η λογική της Φροντίδας» σε αυτό το πρόγραμμα, είναι η απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων σε μεγάλο βαθμό, που προέρχονται από ένα δομημένο πρόγραμμα που ελέγχει το πότε και τι πρέπει να μάθει μέρα με τη μέρα ο γονέας. Κατά τους ερευνητές μπορεί το πρόγραμμα να δίνει δυνατότητες στους γονείς να διαχειριστούν το διαβήτη, αλλά είναι περισσότερο σαν παθητικοί δέκτες. Ενθαρρύνονται να θέτουν ερωτήσεις, αλλά όχι για να πειραματιστούν με τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους, υπό την καθοδήγηση των επαγγελματιών. Οι γονείς θέλουν να μάθουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την ασθένεια και να φέρουν όλες τις ρουτίνες που έμαθαν στο νοσοκομείο, στο σπίτι. ( Όλα τα παραπάνω αναφέρονται στα αποτελέσματα-συζήτηση του ερευνητικού άρθρου)

Στο ερευνητικό άρθρο των **Sarath S. Jaser et al(2008)** σε παιδιά σχολικής ηλικίας από 8-10 ετών, εξετάστηκαν τις σχέσεις μεταξύ μητέρας και παιδιού όσον αφορά τα καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζονταν και στους δύο, την ποιότητα ζωής, καθώς και τη λειτουργία της οικογένειας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξε μια ισχυρή σχέση μεταξύ της μητέρας και του παιδιού όσον αφορά καταθλιπτικά συμπτώματα ( $r = 0,44$ ,  $p < .001$ ). Έτσι, όταν τα καταθλιπτικά συμπτώματα της μητέρας ήταν εμφανή, σχετίζονται με

την κακή ποιότητα της ζωής του παιδιού, επηρέαζαν τις αντιλήψεις αντιμετώπισης και διαχείρισης του διαβήτη από τα παιδιά, καθώς και τη λειτουργία της οικογένειας, γιατί έλειπε η οικογενειακή θαλπωρή στη σχέση μεταξύ της μητέρας και παιδιού εξαιτίας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα παιδιά με διαβήτη τύπου 1 διατρέχουν τον κίνδυνο για ψυχολογικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη, με υψηλότερα ποσοστά, όπως 33%. Σε μια μελέτη με νεολαία με διαβήτη τύπου I, για 9 χρόνια, 42,4% των νέων ανέπτυξε τουλάχιστον ένα επεισόδιο ψυχιατρικής διαταραχής κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης και καταθλιπτικές διαταραχές (27,5%), ακολουθούμενη από αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, τα παιδιά και οι έφηβοι με διαβήτη αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο επεισόδια κατάθλιψης από ό, τι τα νεότερα παιδιά.

Επιπλέον, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η κατάθλιψη στα παιδιά σχετίζεται με τον κακό μεταβολικό έλεγχο (Hassan, Loar, Άντερσον, & Heptulla, 2006), αυξημένο κίνδυνο για αμφιβληστροειδοπάθεια (Kovacs, Mukerji, Drash, και Iyengar, 1995), καθώς και αυξημένο κίνδυνο για νοσηλεία (Garrison, Katon, & Richardson, 2005? Stewart, Rao, Emslie, Klein, & White, 2005). Τα στοιχεία δείχνουν, επίσης, ότι τα αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα σε παιδιά και εφήβους στο γενικό πληθυσμό σχετίζονται και με άλλα προβλήματα υγείας (Lewinsohn, Seeley, & Zeiss, 2000). Ως αποτέλεσμα των διαπιστώσεων αυτών, η American Diabetes Association εξέδωσε πρόσφατα μια ανακοίνωση καλώντας για τακτική ετήσια εξέταση για την κατάθλιψη σε παιδιά ηλικίας 10 ετών και άνω ως μέρος της κλινικής φροντίδας των παιδιών (Silverstein et al., 2005). Ωστόσο, η πλειοψηφία των ερευνών ψυχολογικών διαταραχών σε παιδιά με διαβήτη τύπου 1 έχει διεξαχθεί με τους εφήβους, και λιγότερα είναι γνωστά σχετικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τη λειτουργία της οικογένειας σε παιδιά σχολικής ηλικίας.

Δεν είναι μόνο ο T1DM που αυξάνει τον κίνδυνο ψυχικών διαταραχών σε παιδιά, αλλά τα στοιχεία υποστηρίζουν ότι και οι γονείς, ιδίως οι μητέρες, τα παιδιά με διαβήτη τύπου 1 βιώνουν επίσης ψυχοκοινωνική αγωνία (Kovacs, Goldston et al, 1997?.. Mullins et al, 2004). Οι γονείς των παιδιών με διαβήτη τύπου 1 είναι εκτεθειμένοι σε στρες, που συνδέεται με την ευθύνη που απαιτείται για τη διαχείριση διαβήτη τύπου 1 σε καθημερινή

βάση και τους φόβους της υπογλυκαιμίας (Streisand et al., 2005). Η έρευνα δείχνει επίσης ότι οι περισσότεροι γονείς είναι πιθανό να παρουσιάσουν σημαντική καταπόνηση (π.χ., τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης) μετά την αρχική διάγνωση, καθώς και ότι οι μητέρες αναφέρουν περισσότερο από ό, τι οι πατέρες δυσφορία (Kokkonen, Taanila, και Kokkonen, 1997), αλλά λίγα είναι γνωστά για τα αποτελέσματα της προσαρμογής των γονέων κατά την πάροδο του χρόνου. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι ένας σημαντικός αριθμός των παιδιών με διαβήτη τύπου 1 έχουν γονείς που βιώνουν σημαντική συναισθηματική δυσφορία, η οποία είναι πιθανό να επηρεάσει την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των παιδιών. Έτσι τα παιδιά με διαβήτη τύπου 1 των οποίων οι μητέρες είχαν κατάθλιψη ανέπτυξαν καταθλιπτικές διαταραχές σε ποσοστό 2,64 φορές από ό, τι τα παιδιά με διαβήτη τύπου 1 των οποίων οι μητέρες δεν είχαν κατάθλιψη.

Στη μελέτη τους οι **Anne Haugstvedt, et al.(2011)** εξέτασαν το πώς οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες της οικογένειας, επηρεάζουν τον γλυκαιμικό έλεγχο σε παιδιά ηλικίας 1-15 ετών με διαβήτη τύπου 1. Τα αποτελέσματα με βάση τη μελέτη τονίζουν ότι μόνο το 29% των παιδιών στη μελέτη είχαν επίτευξη των στόχων καλού γλυκαιμικού ελέγχου δηλ. τη συνιστώμενη θεραπεία με  $HbA1c \leq 7,5$

Οι οικογένειες που έφτασαν με επιτυχία τους στόχους της θεραπείας του διαβήτη είχαν περισσότερες μητέρες υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, οι ερευνητές διερωτώνται εάν τα σύγχρονα σχέδια θεραπεία του διαβήτη είναι υπερβολικά περίπλοκα ή δεν είναι καλά προσαρμοσμένα για κάθε οικογένεια. Η αύξηση της  $HbA1c$  με την ηλικία και πριν την εφηβεία, μπορεί να υποδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση αυτών των συσχετίσεων. Ο πολύπλοκος ιατρικός λόγος και η μη κατάλληλη και εξατομικευμένη εκπαίδευση των γονέων είναι δυνατόν να αυξήσει το άγχος τους και να τους κάνει να έχουν χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα στη διαχείριση του διαβήτη των παιδιών τους.

Οι **Chrystyna D. Kouros et al. (2012)** ( διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης της μητέρας και της εξωτερικευσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά τους. Στους συμμετέχοντες περιλαμβάνονταν 240 παιδιά (ηλικίας  $M = 11,86$  χρόνια,  $SD =$

0,56? 53,9% γυναίκες) και οι μητέρες τους σε διαχρονική μελέτη 6 ετών . Τα σημεία που εντόπισαν ήταν τα εξής:

Υψηλά επίπεδα της μητρικής κατάθλιψης προβλέπουν μετέπειτα αυξήσεις των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των παιδιών με την πάροδο του χρόνου . Η σχέση μεταξύ μητρικής κατάθλιψης και των συναισθηματικών - συμπεριφορικών προβλημάτων των παιδιών είναι καλά τεκμηριωμένη μέσα στη βιβλιογραφία .Απόγονοι των καταθλιπτικών μητέρων διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σε αγχώδεις διαταραχές, και εξωτερίκευσης προβλημάτων συμπεριφοράς .Μητρική κατάθλιψη σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για ψυχοπαθολογία κατά την εφηβεία και στην ενήλικη ζωή (Bouma, Ormel, Verhulst, και Oldehinkel, 2008? Cortes, Flemming, Catalano, & Brown, 2006, Rohde, Lewinsohn, Klein, & Seeley, 2005). Οι Weismann, Wickramaratne et al. (2006) ανέφεραν ότι τα παιδιά με καταθλιπτική μητέρα είχαν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν μείζονα κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, και εξάρτηση από ουσίες στην ενήλικη ζωή σε σχέση με τους απογόνους των μη καταθλιπτικών μητέρων . Η μητρική κατάθλιψη σχετίζεται με τον κίνδυνο για συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα μεταξύ των παιδιών, όπως προβλήματα προσαρμογής του παιδιού . Επιπρόσθετα έχοντας ένα παιδί με ψυχοπαθολογία μπορεί να είναι ένα επιπλέον στρεσογόνο παράγοντας που συμβάλλει στην εμφάνιση ή επιδείνωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης των μητέρων.

Οι μητέρες των παιδιών με συναισθηματικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς είναι δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τις μητέρες των παιδιών και (Civic & Holt, 2000). Αυξημένα επίπεδα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, επίσης, έχουν βρεθεί ανάμεσα μητέρες των παιδιών που λαμβάνουν θεραπεία για ψυχιατρικά προβλήματα (Gerkenmeyer, et al, 1999). Έτσι, οι ερευνητές βγάζουν το συμπέρασμα ότι οι μητέρες και τα παιδιά ενδέχεται να επηρεαστούν αμοιβαία Έτσι ύφεση της κατάθλιψης της μητέρας έχει συνδεθεί με βελτιώσεις στη λειτουργία των παιδιών. Μελέτες στις οποίες οι μητέρες έλαβαν διαπροσωπική ψυχοθεραπεία για την κατάθλιψη έχουν δείξει βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας τους και μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στα παιδιά τους Τέλος, ο Kennard και συνεργάτες (2008) βρήκαν σε δείγμα

παιδιών που έλαβαν θεραπεία για την κατάθλιψη ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης των μητέρων μειώθηκαν, έστω και αν οι μητέρες δεν είχαν υποβληθεί σε θεραπεία άμεσα. Η παρούσα μελέτη αναφέρει ότι οι προβληματικές συμπεριφορές δεν διαφέρουν με την ηλικία των παιδιών αλλά και μπορεί να είναι ισχυρότερες σε περιόδους μετάβασης αυτών. (π.χ., την είσοδο στο σχολείο ή την εφηβεία), λόγω της αυξημένης ανάγκης για κοινωνική υποστήριξη των παιδιών σε αυτή τη περίοδο της ζωής τους.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι το στρες και το άγχος γενικότερα μπορεί να επηρεάσει όλες τις πτυχές της υγείας μας. Στα άτομα με διαβήτη είναι γνωστό ότι το άγχος ανεβάζει τα επίπεδα του σακχάρου. Τι είναι όμως γνωστό για την έναρξη της νόσου; Οι απόψεις της επιστήμης είναι πολλές και αντικρουόμενες. Μια ενδιαφέρουσα άποψη που έχει σχέση και με το θέμα αυτής της εργασίας, έρχεται από τους επιστήμονες στο Πανεπιστήμιο του Linköping της Σουηδίας, όπου εξέτασαν διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες (συμπεριλαμβανομένων και σοβαρών γεγονότων της ζωής) οι οποίοι μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνοι για την έναρξη της αυτοάνοσης διαδικασίας του διαβήτη τύπου 1. Η ψυχολογική πίεση μέσα στην οικογένεια και πιο συγκεκριμένα στους γονείς, βρέθηκε ότι μπορεί να προκαλέσει την έναρξη του αυτοάνοσου μηχανισμού πρόκλησης διαβήτη ή να προωθήσει τη διαδικασία όταν αυτή έχει ήδη ξεκινήσει. Η ανακάλυψη αυτή μάλιστα δεν συνδυάζεται με την ύπαρξη ιστορικού εμφάνισης διαβήτη στην οικογένεια. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι το στρες των γονέων μεταφέρεται στο παιδί. Εξαιτίας αυτού, προκαλούνται κάποιες αλλαγές στα επίπεδα των ορμονών και των νευρικών σημάτων, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν την ευαισθησία και την ανάγκη ινσουλίνης και τελικώς το ανοσοποιητικό σύστημα. (Περιοδικό της Π.Ε.Ν.ΔΙ Απρίλιος-Ιούνιος 2005) που είναι υπεύθυνο για την αυτοάνοση διαδικασία καταστροφής των κυττάρων του παγκρέατος.

Το πένθος για το πάγκρεας που «χάθηκε» και δεν λειτουργεί φυσιολογικά, βιώνεται με την αντίδραση του «σοκ» από τους γονείς, στα αρχικά στάδια του διαβήτη. Για να



προστατευτεί το άτομο από το άγχος και τη ψυχική αποδιοργάνωση , κινητοποιείται ο αμυντικός μηχανισμός άμυνας, η άρνηση.. Στη συνέχεια ακολουθεί μια περίοδος αντίδρασης και θυμού , η οποία εκφράζεται με κλάματα , επιθετικότητα , πικρία , αϋπνίες. Η έκφραση όλων αυτών των συναισθημάτων ελεύθερα αποτελούν κάτι φυσιολογικό καθώς βοηθούν να προχωρήσει το άτομο στα επόμενα στάδια επαναπροσδιορισμού και αποδοχής της ασθένειας , ώστε να ζήσει αρμονικά τη ζωή του με αυτή. (Ε. Γκίκα 2005)

Πόσο όμως χρόνο χρειάζεται κάθε άτομο για αυτή τη προσαρμογή; Όταν μάλιστα υπάρχει το κατεπείγον της διαχείρισης του διαβήτη(το σώμα του παιδιού έχει ανάγκη αυτής της ρύθμισης όπως και η ψυχή του για να προσαρμοστούν), από έναν φροντιστή που ενδεχομένως δεν είναι λειτουργικός; Η βιβλιογραφία δείχνει ότι τελικά το σημαντικότερο πρόβλημα το έχουν οι γονείς. Προβληματικοί γονείς δημιουργούν προβληματικά παιδιά; Αν τα πράγματα είναι έτσι, τότε η ονομασία του διαβήτη θα πρέπει να είναι «γονικός διαβήτης» και όχι «νεανικός»( τουλάχιστον τα χρόνια που μεσολαβούν μέχρι την ενηλικίωση του παιδιού και όχι μόνο.....). Ας θέσουμε λοιπόν κάποιους προβληματισμούς

Σύμφωνα με τον Θ. Τζαβάρα ( Πανεπιστήμιο Αθηνών 1993) , η ψυχική υγεία ενός ατόμου διαμορφώνεται μέσα από το γενετικό του υλικό , το οικογενειακό του περιβάλλον , το κοινωνικό του περιβάλλον και τη προσωπική του ιστορία. Το ερώτημα λοιπόν είναι :

### **Υπάρχουν δυνατότητες για αλλαγή; Αρα και για καλύτερη προσαρμογή;**

Γεννιόμαστε με γενετικό υλικό που περιέχει δυνατότητες ξεχωριστές για τον καθένα μας ( στην εισαγωγή αναφέρθηκαν απόψεις της νευροεπιστήμης). Οι νευροεπιστήμονες υποστηρίζουν ότι ο εγκέφαλος συνυφαίνει το συναίσθημα με τη νόηση, τονίζοντας το γεγονός ότι οι θετικές δυνατότητες αυτής της συνύφανσης ενδέχεται να μας επιτρέψουν να ενσταλάξουμε περισσότερη λογική στη συναισθηματική μας ζωή. Ιδιαίτερα το συμπέρασμα , ότι οι επαναλαμβανόμενες εμπειρίες μπορούν να « διαπλάσουν τον εγκέφαλο», εγείρει το θέμα τού πώς θα μπορέσουμε με καλύτερο τρόπο να εκπαιδεύσουμε τα συναισθήματά μας. Επίσης, υπάρχει μια αμφίδρομη αιτιώδης σχέση δηλ. οι σκέψεις επηρεάζουν το σώμα μας , και το σώμα μας (ο εγκέφαλός μας) παράγει αυτές τις σκέψεις, Γνωρίζουμε ότι τα συναισθήματα κρατούν για δευτερόλεπτα , οι διαθέσεις για μια περίπου ημέρα και η

ψυχοσύνθεση σφυρηλατείται με τα χρόνια .Οπότε εάν θέλουμε ν' αλλάξουμε , προφανώς θα πρέπει πρώτα να κάνουμε κάτι με τα συναισθήματα, πράγμα το οποίο θα μας βοηθήσει να αλλάξουμε τις διαθέσεις μας και στη συνέχεια να μετριάσουμε την εκρηκτική μας ψυχοσύνθεση. Με άλλα λόγια , πρέπει να αρχίσουμε από τα στιγμιαία γεγονότα που συμβαίνουν στο μυαλό μας. 'Όπως λέει μια παροιμία ασχολήσου με τα λεπτά και οι ώρες θα κυλήσουν μόνες τους. Τα συναισθήματα είναι παράγωγα των σκέψεων που κάνουμε .Οι άνθρωποι που μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τη σκέψη τους τη στιγμή που γεννιέται δεν αφήνουν να τους κατακλύσει. Από τη στιγμή που κάποιος μαθαίνει αυτή τη διαδικασία, η αντιμετώπιση των σκέψεων γίνεται με φυσικό τρόπο .Δεν αγωνίζεται για να βρει το αντίδοτο της κάθε αρνητικής σκέψης, καθώς έχει μάθει τον τρόπο να την αφήσει να περάσει δίχως να αφήσει πίσω της ίχνη. Όλα τα παραπάνω που ο εξωτερικός παρατηρητής τα βλέπει ως συμπεριφορές του ατόμου , οι νευροεπιστήμονες τα βλέπουν απεικονιστικά δηλ ως αλλαγή του γενετικού υλικού και της δομής του εγκεφάλου .( αμφίδρομη αιτιώδης σχέση) (D. Golleman 2003).

Είναι λοιπόν η εκπαίδευση του εαυτού , το κλειδί για να νικήσει ο άνθρωπος καταστροφικά συναισθήματα και να προσαρμοστεί σε καινούργιες καταστάσεις; Και αν ναι, μπορούν να εκπαιδευτούν όλοι οι άνθρωποι ; Το μορφωτικό επίπεδο παίζει ρόλο σε αυτή την αλλαγή; Ή απαιτείται ένα άλλο είδος ευφυΐας; Αλλάζουν μόνο οι «έξυπνοι άνθρωποι»; Για παράδειγμα ,θα ήταν χρήσιμο να γίνονταν μελέτες με γονείς παιδιών με διαβήτη που έχουν αισιόδοξη ιδιοσυγκρασία για να βλέπαμε τί συμπεράσματα θα βγάλαμε και σε αυτές τις περιπτώσεις. Τα άτομα με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη είναι λιγότερο επιρρεπή στα αρνητικά συναισθήματα; Επίσης , στις μελέτες που αναρτήθηκαν δεν αναφέρεται ο ψυχικός χαρακτήρας των γονέων πριν τη διάγνωση της ασθένειας. Δεν έχουμε βασικές πληροφορίες για το πώς επεξεργάζονται γενικά τα στρεσογόνα συμβάντα της ζωής τους. Γνωρίζουμε για παράδειγμα αν είχαν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό;

Θα είχε επίσης ενδιαφέρον να μελετηθούν και περιπτώσεις ατόμων με νεανικό διαβήτη, πού οι δυσκολίες στην υγεία τους, τού έκανε δυνατούς και δημιουργικούς. Να είχαμε δηλ. στοιχεία για τον τρόπο που μεγάλωσαν ( οικογενειακό, κοινωνικο περιβάλλον

και την προσωπική τους ιστορία), όπως και για πια είναι τα πιστεύω τους και ο τρόπος ζωής τους στο «τώρα».

Ο Eric Berne, αναφέρει ότι μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον αναπτύσσεται η έννοια του «εγώ» Μέσα στη δομή της προσωπικότητας του ατόμου συναντιούνται , ο γονέας, το παιδί και ο ενήλικος. Και οι τρεις πλευρές της προσωπικότητας έχουν μεγάλη αξία για την επιβίωση του ατόμου, και μόνο όταν κάποια από αυτές διαταράσσει την ισορροπία ενδείκνυται ανάλυση και αναδιοργάνωση. Στην οικογένεια διαμορφώνουμε σημαντικά κομμάτια της προσωπικότητας μας . Σύγχρονοι οικογενειακοί θεραπευτές πιστεύουν ότι πολλές φορές τα λόγια χρησιμοποιούνται σαν φράγμα για να εμποδιστεί η συμμετοχή της οικογένειας σε ένα γνήσιο συναίσθημα .Έτσι ζητούν από κάθε μέλος να τοποθετήσει τα άλλα μέλη σε στάσεις που να εκφράζουν πως νιώθουν εκείνα στην οικογένεια. Άρα η έκφραση έστω και των αρνητικών συναισθημάτων είναι ιαματική κάποιες φορές για το χτίσιμο της ισορροπίας μέσα σε μια οικογένεια. Μέσα στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν για παράδειγμα , μελέτες που να αναφέρονται στη ψυχολογική κατάσταση των αδερφών ,των παιδιών με νεανικό διαβήτη. Τι ψυχολογική θέση έχουν αυτά τα παιδιά μέσα στην οικογένεια;

Όπως έχει ήδη ειπωθεί, η υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο( σύζυγο, συγγενείς , φίλους, γονείς άλλων παιδιών) είναι σημαντική για την ψυχολογία της μητέρας. Λίγες μελέτες όμως ,έχουν ασχοληθεί με το σημαντικό ρόλο του πατέρα και τη συμβολή του στη διαχείριση και αντιμετώπιση του διαβήτη .

Ένα άλλο σημαντικό θέμα που θα πρέπει να θίξουμε είναι η ανάγκη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την ρύθμιση του διαβήτη, με γλώσσα κατανοητή για ανθρώπους μη σχετικούς με το χώρο της υγείας. Η γνώση είναι δύναμη! Η αυτοπεποίθηση του γονέα, ότι κάνει το σωστό για την ρύθμιση του διαβήτη του παιδιού του , είναι δυνατόν να μειώσει το άγχος του και την αγωνία του. Τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων αυτών μπορούν να μετρηθούν με αντικειμενικούς τρόπους όπως: με το ετήσιο έλεγχο που γίνεται στα παιδιά με διαβήτη, την μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης στο αίμα κ.ο.κ Και είναι μεγάλη θετική ανατροφοδότηση όταν ο γονέας βλέπει τις τιμές αυτών να είναι σε φυσιολογικά επίπεδα .

Επίσης, στα προγράμματα αυτά θα πρέπει να συμμετέχουν τα παιδιά ώστε σιγά- σιγά να αναλάβουν την διαχείριση του διαβήτη. Η συνεργασία φαίνεται να είναι το κλειδί της επιτυχίας. Επιπρόσθετα, η χρήση της τεχνολογίας που και στη θεραπεία του διαβήτη έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις είναι πολλές φορές παιχνίδι στα χέρια των μικρών χρηστών.

Ένα άλλο πολύ συχνό εύρημα μέσα στη βιβλιογραφία είναι ο φόβος των γονέων για την υπογλυκαιμία. Το παιδί που παθαίνει βαριά υπογλυκαιμία και χάνει τις αισθήσεις του, αποκτά μια έντονη λευκή χροιά στο δέρμα του, πέφτει κάτω κάνοντας σπασμούς σε όλο του το σώμα ( θυμίζουν επιληπτικούς σπασμούς) και τελικά πέφτει σε κόμα. Απαιτείται ταχύτατη αντιμετώπιση είτε με γλυκαγόνη ενδομυϊκά , είτε εισαγωγή σε μονάδα, διότι μπορεί η παρατεταμένη υπογλυκαιμία να αφήσει μόνιμες βλάβες στον εγκέφαλο . Είναι λοιπόν ο φόβος της υπογλυκαιμίας φόβος θανάτου ! Και πάλι η καλή εκπαίδευση των γονέων και των παιδιών για την πρόληψη της υπογλυκαιμίας ή την αντιμετώπιση της είναι σημαντική. Άλλωστε η καλή ρύθμιση του διαβήτη δεν επιτρέπει υπογλυκαιμία αυτού του είδους. Υπάρχουν τρόποι πρόληψής της που μαθαίνονται μέσα από την καλή εκπαίδευση ( μέτρηση υδατανθράκων των τροφών, εντοπισμός της ευαισθησίας σε ινσουλίνη, καταγραφή των συχνών μετρήσεων σακχάρου στο αίμα , εάν το άτομο δεν έχει αντλία κ.οκ.) , Πριν η υπογλυκαιμία εξελιχτεί σε βαριά θα πρέπει ο ίδιος ο διαβητικός και η οικογένειά του να ξέρει τι πρέπει να κάνει. Π'χ. Οι αντλίες ινσουλίνης , έχουν ένα χαρακτηριστικό ήχο , όπως του ηλεκτρονικού ρολογιού που ειδοποιεί τον γονέα ή το παιδί εγκαίρως πριν φτάσει σε επίπεδα υπογλυκαιμίας.

Τελειώνουμε με μία φράση από την «Μελωδία της Ευτυχίας»: **Όταν ο Θεός κλείνει μια πόρτα , ανοίγει ένα παράθυρο.** Η ζωή με τον διαβήτη δεν μια κατάρα ή μια ζοφερή πραγματικότητα. Είναι δυνατόν να σου ανοίξει παράθυρα στη ζωή με καταπληκτική θέα, που εάν δεν υπήρχε ο διαβήτης δεν θα μπορούσες να φανταστείς καν ότι υπήρχαν.....

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελόπουλος Ν , *Ιατρική Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*, τόμος β' σελ 573-575 , 2009
- Berne Eric ( 1996), *Παιχνίδια που παίζουν οι άνθρωποι* , Εκδόσεις Δίοδος
- Γκίκα Ε.(2008) . Ο Διαβήτης στην εφηβεία , *Διαβητολογικά νέα*, τεύχος 68 σελ 7-10
- Γκίκα Ε, Θυμέλη Ι (2005) *Νεανικός Διαβήτης , Ο νέος συγγάτοικος στη ζωή μου*. Εκδόσεις Αγκυρα.
- Goleman D.(1998), *Συναισθηματική νοημοσύνη*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Goleman D. (2005) *Τα Καταστροφικά Συναισθήματα* , σελ.248-265, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Σαχίνη Α. 2007 *Μεθοδολογία της έρευνας, εφαρμογές στο χώρο της υγείας*, Εκδόσεις Βήτα.
- Κυρίτση Ελένη (1999), Ανάπτυξη των παιδιών με χρόνια σωματική νόσο *Νοσηλευτική* Vol 38(1) σελ. 62-67
- Κατριβάνου Α, (2006) Συγκρούσεις και μετάβαση στην εφηβεία *Περιοδικό της Π.Ε.Ν.Δ.Ι* τεύχος34 ,σελ,30-31,
- Κατριβάνου Α.(2005), Ηφροντίδα του παιδικού διαβήτη, *Περιοδικό της Π.Ε.Ν.Δ.Ι*, τεύχος 31, σελ. 14-15
- Κατριβάνου Α.(2005), Κρίσεις και έφηβος : ταραχώδης δρόμος προς την ισορροπία *Περιοδικό της Π.Ε.Ν.Δ.Ι*, τεύχος 32, σελ.32
- Λιακοπούλου Μ( 2008), Οι γονείς των παιδιών με σακχαρώδη Διαβήτη: συμπεριφορές και διλήμματα. *Περιοδικό Σακχαρώδης διαβήτης*, τεύχος 1 , σελ 52

- Κωνσταντάκη Ε, Παπαδοπούλου Κ, Μάτζιου Β (2012) Συγκρούσεις μεταξύ Γονέων και Παιδιών με Νεανικό Διαβήτη, *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 51(1): 47–54 • NOSILEFTIKI 2012, 51(1): 47–54 BMC Pediatrics
- Λιακοπούλου Μ, Κανακά Χ, Gutenbein(2010). Η σημασία της Διασυνδεδετικής μεταξύ Παιδιάτρου – Ενδοκρινολόγου και Παιδοψυχιάτρου, *Δελτ Α΄ Παιδ. Κλιν.Πανεπ. Αθηνών* 57
- Λεονταρή Α (1998). *Αυτοαντίληψη*, β΄ έκδοση, Ελληνικά γράμματα
- Μπέργκερ Μπαρμπαρα( 2007), *Είμαστε αυτό που σκεφτόμαστε*, Εκδόσεις Καστανιώτη
- Μπέργκερ Π. (1985), *Πρόσκληση στην κοινωνιολογία*, Εκδόσεις Μπουκουμάνης.
- Νάπιερ Αυγ. ( 1987), *Οικογένεια μαζί όμως αλλιώς*, Εκδόσεις Κέδρος.
- Norem J ( 2012) *Η θετική πλευρά της αρνητικής σκέψης, τα οφέλη της αμυντικής απαισιοδοξίας*. Εκδόσεις Το Βήμα.
- Παπαδάτου Δ. ( 1992), *Επικοινωνία και Διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο της Υγείας* Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Αθηνών- Διδακτικές σημειώσεις.
- 
- Το οικογενειακό στρες μπορεί να προκαλέσει διαβήτη στα παιδιά (2005)*Περιοδικό της Π.Ε.Ν.ΔΙ* , τεύχος 30,σελ. 11
- Α .Ραγιά, (1993) *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Εκδόσεις Αδερφότης <<ΕΥΝΙΚΗ>>*
- Τζαβάρας Θ. (1993) *Διδακτικές σημειώσεις Κοινωνικής ψυχολογίας* , Πανεπιστήμιο Αθηνών ,Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Fereday J., MacDougal, C., Spizzo, M., Darbyshire, P., & Schiller W.(2009). "There's nothing I can't do – I just put my mind to anything and I can do it": a qualitative analysis of how children with chronic disease and their parents account for and manage physical activity, *BMC Pediatrics*,v.9, 55

- Whittemore R, Jaser . S, Chao A, Grey M (2012) , Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes . *Diabetes education*. 38(4): 562-579 .
  - 
  - Eckshtain D, Ellis D, Kolmodin K, ( 2010), ) The Effects of Parental Depression and Parenting Practices on Depressive Symptoms and Metabolic Control in Urban Youth with Insulin Dependent Diabetes *Pediatric*; 35(4): 426–435.
  - Jaser S, Whittemore R, Lindermann E Grey M,( 2008), Mediators of Depressive Symptoms in Children with Type 1 Diabetes and their Mothers : *Pediatric Psychology*, 33(5) : 509-519. Published online 2007 November.
  - Jonsson L. Hallstrom I. Lundqvist A (2012). “The Logic of Care” – Parents’ perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes *BMG Pediatric*, v. 12: 165.,Published online 2012 October
  - Haugstvedt A, Wentzel T, Marit Graue( 2011) Psychosocial family factors and glycemc control among children aged 1-15 years with type 1 diabetes: a population-based survey *BMGPediatric*, v.11: 118. Published online 2011 December
  - Barnard k. Thomas S. Royle P .(2010) , Fear of hypoglycaemia in parents of young children with type 1 diabetes: a systematic review *BMC Pediatr*. . v.10: 50.Published online 2010 July 15.
  - Jaser S.(2011) Family Interaction in Pediatric Diabetes *Curr. Diabetes Resp*.11 (6), 480-485.
- Sreisand R. Swift E (2005).Pediatric Parenting Stress Among Parents of Children with Type 1 Diabetes: The Role of Self-Efficacy, Responsibility, and Fear *Pediatr. Psychol*. 30 (6), 513-521.
- Hilliard M. . Rohan J. Carle, Shroff Pendley J, Delamater A. ( 2011). Fathers’ Involvement in Preadolescents’ Diabetes Adherence and Glycemic Control *Journal of Pediatric Psychology* 36(8), 911–922.
  - Weissberg-Benchell J, Nansel T, Holmbeck G, Chen R, Anderson B Wysocki T (2009).Generic and Diabetes-specific Parent–Child Behaviors and Quality of Life Among Youth with Type 1 Diabetes, *Committee of the Family Management of Diabetes Study Journal of Pediatric Psychology* 34(9), 977–988.

- Debra L. Palmer,PHD, Cynthia A. Berg,PHD, Jorie Butler, PHD, Katherine Fortenberry,MS,Mary Murray,MD, Rob Lindsay,MD, David Donaldson,MD, Michael Swinyard,MD,Carol Foster MD and Deborah J. Wiebe,PHD. (2009). Mothers', Fathers', and Children's Perceptions of Parental Diabetes Responsibility in Adolescence: Examining the Roles of Age, Pubertal Status, and Efficacy\**Journal of Pediatric Psychology* 34(2),195–204,
- Helgeson Kerry A. Reynolds. Siminerio L.(2007). Parent and Adolescent Distribution of Responsibility for Diabetes Self-care: Links to Health Outcomes *Journal of Pediatric Psychology* 33(5), 497–508.
- Cynthia A. Berg,, Deborah J. Wiebe, PHD, MPH,Ryan M. Beveridge,MS, Debra L. Palmer, PHD, Carolyn D. Korbel,MS, Renn Upchurch,Michael T. Swinyard, MD, Rob Lindsay, MD, and David L. Donaldson,MD,( 2007) Mother–Child Appraised Involvement in Coping with Diabetes Stressors and Emotional Adjustment ,*Journal of Pediatric Psychology* 32(8) 995–1005,
- Deborah A. Butler, MSW, LICSW, and Margaret T. Lawlor(2004). It Takes a Village: Helping Families Live With Diabetes., *Diabetes Spectrum*, v.17 (1),26-31?
- David G. Marrero, John C. Guare, Julie L. Vandagriff and Naomi S. Fineberg,(1997). Fear of Hypoglycemia in the Parents of Children and Adolescents With Diabetes: Maladaptive or Healthy Response? *The Diabetes Educator*, v.23: 281
- Amy Lewandowski, MA, and Dennis Drotar, PHD ( 2006)The Relationship between Parent-Reported Social Support and Adherence to Medical Treatment in Families of Adolescents with Type 1 Diabetes *Journal of Pediatric Psychology*32(4)427–436
- Edgar K. Skinner T.( 2003). Illness Representations and Coping as Predictors of Emotional Well-being in Adolescents with Type 1 Diabetes *Pediatr. Psychol.* 28 (7),485-493.
- Margaret Grey ( 2009)).Coping and Psychosocial Adjustment in Mothers of Young Children with Type 1 Diabetes. *Child Health Care.*; 38(2),91–106.
- Ε.Αλπάρνη , Μ. Γκούβα (2010).Παροδικό και μόνιμο άγχος σε γονείς με τύπου 1 Διαβήτη. *Επιστημονικό Περιοδικό Της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (ENE)* 3,35-39.



- Ερευνητική εργασία –Σύνδεσμος κοινωνιολόγων Κύπρου, Ίδρυμα προώθησης έρευνας Λευκωσίας,- πανεπιστήμιο Λευκωσίας ( Σεπτέμβριος 2005-σεπτέμβριος 2007), *Ψυχοκοινωνική διάσταση του διαβήτη*
- **Kouros C. Garber J ( 2010)**. Dynamic Associations between Maternal Depressive Symptoms and Adolescents' Depressive and Externalizing Symptoms *Ghild*, 38(8): 1069–1081.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ο διαβήτης τύπου 1 είναι η συχνότερη χρόνια ενδοκρινοπάθεια της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας. Η χρονιότητα της νόσου μπορεί να αποτελέσει αιτία έντονων ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων των γονέων, με άμεση εοίπωση στην ψυχική υγεία των παιδιών τους. **Σκοπός:** Διερεύνηση της ύπαρξης, καθώς και των αιτίων των ψυχικών αντιδράσεων των γονέων παιδιών με διαβήτη τύπου 1 που σχετίζονται με τη διαχείριση της νόσου. **Υλικό-Μέθοδος:** Η παρούσα ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Google, Medline για τα έτη 1997-2012 με τις λέξεις κλειδιά: adherence, parents, children, adolescent, conflicts, coping, adjustment, type 1 diabetes mellitus, stress, anxiety, depression, γονείς παιδιών με διαβήτη, χρόνιες ασθένειες εφηβείας και διαβήτη. Επιπρόσθετα αναζητήθηκαν επιπλέον μελέτες σε ελληνικά επιστημονικά περιοδικά και βιβλία που υπήρχαν σε βιβλιοθήκες Ανώτατων εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Α.ΤΕΙ Πατρών, Πανεπιστήμιο Πατρών) και βιβλιοθήκες ιδιωτών επιστημόνων υγείας, που σχετίζονται με το υπό έρευνα θέμα της παρούσας μελέτης. Τα άρθρα που ανακτήθηκαν, ήταν συνολικά 40, αλλά χρησιμοποιήθηκαν τα 20 για την ανασκόπηση καθώς πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. **Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων μελετών, οι πιο συχνοί φόβοι των γονέων είναι οι εξής: φόβος υπογλυκαιμίας, φόβος υπεργλυκαιμίας (γιατί σκέφτονται τις μελλοντικές επιπλοκές του διαβήτη), άγχος για τις μελλοντικές επιπλοκές του διαβήτη από τη μη σωστή ρύθμιση του διαβήτη, άγχος συνεχούς επιτήρησης, άγχος μη επαρκούς πληροφόρησης και εκπαίδευσης σχετικά με το διαβήτη. Έτσι οι γονείς των παιδιών αυτών παρουσιάζουν συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που δυσχεραίνουν τόσο την προσαρμογή των ιδίων όσο και των παιδιών τους στη νόσο.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για τη διαχείριση και την αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 1 στα παιδιά καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η ποιότητα της σχέσης με τους γονείς τους.

**Λέξεις ευρετηρίου:** διαχείριση, έφηβοι, παιδιά, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, φόβος, άγχος, κατάθλιψη ..

## ABSTRACT

**Background:** Type 1 diabetes is the most common endocrinopathy of childhood and adolescence. The chronicity of the disease may be the cause of intense emotional reactions of parents, like depressive symptoms and anxiety.

**Aim:** To investigate the existence and the cause of mental reactions of parents of children with type 1 diabetes associated with disease management.

**Method:** This review took place in the databases Pubmed, Google, Medline for the years 1997-2012 with the keywords: adherence, parents, children, adolescent, conflicts, coping, adjustment, type 1 diabetes mellitus, stress, anxiety, depression, parents of children with diabetes, chronic diseases and teenage diabetes. The articles were recovered, totaled 40, but 20 were used to review and met the inclusion criteria

**Results:** According to the results of these studies. The most common fears of parents are fear of hypoglycemia, hyperglycemia fear (because they think the future complications of diabetes), anxiety about the future complications of diabetes by improper management of diabetes, So the parents of these children have frequent emotional reactions, making difficult the adaption to diabetes

**Conclusions:** The results showed that the management and treatment of type 1 diabetes in children plays a crucial role in quality of the relationship between parents and children.

**Key words:** management, adolescents, children, type 1 diabetes, fear, anxiety, depression.