

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ**

**ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

**Οι Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις του Σακχαρώδη διαβήτη στην  
εφηβική ηλικία για παιδιά που πάσχουν από την ασθένεια**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

*Αφατίδου Θεοδώρα, Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια*

*Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Τσιλιγγίρη Μαρία, Ειδική Παιδιάτρος,  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Φυσικοθεραπείας ΑΤΕΙΘ*

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2017**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

**Οι Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις του Σακχαρώδη διαβήτη στην  
εφηβική ηλικία για παιδιά που πάσχουν από την ασθένεια**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Αφατίδου Θεοδώρα, Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ:** Τσιλιγγίρη Μαρία, Ειδική Παιδιάτρος, Αναπληρώτρια καθηγήτρια,  
Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΑΤΕΙΘ

**ΜΕΛΟΣ:** Δημητριάδου Αλεξάνδρα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής,  
ΑΤΕΙΘ

**ΜΕΛΟΣ:** Μίνος Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2017

***ΣΕΛΙΔΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ***

copyright ©2017, Αφατίδου Θεοδώρα

ALL RIGHTS RESERVED

***ΣΕΛΙΔΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ***

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

Εγκρίθηκε την .....

**ΒΑΘΜΟΣ:** ΑΡΙΣΤΗ:.....  
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....  
ΚΑΛΗ:.....  
ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

**ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Περιεχόμενα**

Κατάλογος Πινάκων.....7

Κατάλογος γραφημάτων.....	10
Περίληψη και Λέξεις - Κλειδιά.....	12
Abstract and Key Words.....	13
Πρόλογος.....	14
Εισαγωγή.....	15
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Α΄.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	16
1.1 Σακχαρώδης Διαβήτης – Ορισμός.....	16
1.2 Κατηγορίες Σακχαρώδη Διαβήτη.....	16
1.3 Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου I και Παιδιά - Έφηβοι.....	17
1.4 Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου II και Ενήλικες.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	22
2.1 Έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.....	22
2.2 Έντονο Ψυχολογικό Στρες.....	25
2.3 Διατροφικές διαταραχές.....	26
2.4 Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.....	28
2.5 Αυτοκτονικές Τάσεις στους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.....	28
2.6 Διαβήτης και κατάθλιψη.....	29
2.7 Έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη και ποιότητα ζωής.....	32
2.8 Έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	36
3.1 Οικογένεια και χρόνιες ασθένειες.....	36
3.2 Σακχαρώδης Διαβήτης εφήβων και Γονείς.....	37
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Β΄.....	42
1. ΣΚΟΠΟΣ.....	42
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	43
2.1 Δείγμα.....	43
2.2 Εργαλείο Μέτρησης.....	43
2.3 Διαδικασία Συλλογής των Δεδομένων.....	44
2.4 Στατιστική Ανάλυση των Δεδομένων.....	44
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	46
Συσχετίσεις Απαντήσεων.....	61
Συσχετίσεις με βάση το «φύλο».....	61
Συσχετίσεις με βάση την «ηλικία».....	61

Συσχετίσεις με βάση την «μόρφωση γονέων».....	61
Συσχετίσεις με βάση την «περιοχή διαβίωσης».....	61
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	61
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	61
Παράρτημα.....	61
Α. Ερωτηματολόγιο.....	61

## **Κατάλογος Πινάκων**

Πίνακας 3. 1 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το Φύλο.....	46
Πίνακας 3. 2 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για την Ηλικία.....	48
Πίνακας 3. 3 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τη μόρφωση των γονέων των συμμετεχόντων.....	50
Πίνακας 3. 4 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για την περιοχή Διαβίωσης.....	52
Πίνακας 3. 5 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εξωτερική τους εμφάνιση.....	54
Πίνακας 3. 6 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι έφηβοι με διαβήτη αισθάνονται ντροπή για κάποιο χαρακτηριστικό τους.....	56
Πίνακας 3. 7 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κάποια διατροφική διαταραχή.....	57
Πίνακας 3. 8 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τις κατηγορίες διατροφικών διαταραχών που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι με διαβήτη του δείγματος.....	59
Πίνακας 3. 9 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες θεωρούν πως η εξωτερική τους εμφάνιση αρέσει στους φίλους και συμμαθητές τους.....	60
Πίνακας 3. 10 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν πιστεύουν οι συμμετέχοντες πως έχουν συμπεριφορά αποδεκτή από τους άλλους.....	61
Πίνακας 3. 11 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες προτιμούν να περνούν τον ελεύθερό τους χρόνο με την οικογένεια και τους φίλους τους.....	61
Πίνακας 3. 12 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες αισθάνονται συχνά ανησυχία, ταραχή και σύγχυση.....	61
Πίνακας 3. 13 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες έχουν δοκιμάσει ποτέ απαγορευμένες ουσίες.....	61
Πίνακας 3. 14 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες καταναλώνουν αλκοόλ.....	61
Πίνακας 3. 15 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες έχουν μαθησιακά προβλήματα.....	61
Πίνακας 3. 16 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν νιώθουν οι συμμετέχοντες συχνά θυμωμένοι και ξεσπούν επιθετικά.....	61
Πίνακας 3. 17 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν δημιουργούν οι συμμετέχοντες διαβητικοί έφηβοι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο.....	61
Πίνακας 3. 18 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για την ηλικία στην οποία διαγνώστηκε ο διαβήτης στους συμμετέχοντες.....	61
Πίνακας 3. 19 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν συμμετέχουν οι έφηβοι του δείγματος σε κατασκηνώσεις ειδικές για παιδιά με διαβήτη.....	61
Πίνακας 3. 20 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι έφηβοι με διαβήτη του δείγματος έχουν και κάποιο άλλο νόσημα παράλληλα.....	61
Πίνακας 3. 21 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τις ασθένειες που εμφανίζουν παράλληλα με το διαβήτη.....	61
Πίνακας 3. 22 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν είναι ικανοί οι συμμετέχοντες να ελέγχουν και να διαχειρίζονται οι ίδιοι την ασθένειά τους.....	61
Πίνακας 3. 23 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν γνωρίζουν οι φίλοι και οι καθηγητές για την ύπαρξη του διαβήτη.....	61
Πίνακας 3. 24 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν επηρεάζονται οι αποφάσεις των συμμετεχόντων από τις απόψεις των φίλων τους.....	61

Πίνακας 3. 25 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες αποφεύγουν τις μετρήσεις του σακχάρου και τις ενέσεις ινσουλίνης στο σχολικό χώρο.....	61
Πίνακας 3. 26 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες συμμετέχουν στις αθλητικές δραστηριότητες του σχολείου τους.....	61
Πίνακας 3. 27 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν έχουν κάποια εξωσχολική δραστηριότητα οι συμμετέχοντες διαβητικοί έφηβοι.....	61
Πίνακας 3. 28 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τις επιμέρους εξωσχολικές δραστηριότητες των εφήβων του δείγματος.....	61
Πίνακας 3. 29 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες διαθέτουν ακόμη φίλους από τα παιδικά τους χρόνια.....	61
Πίνακας 3. 30 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν καταναλώνουν κρυφά τρόφιμα οι συμμετέχοντες από τους γονείς τους.....	61
Πίνακας 3. 31 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τα επιμέρους συναισθήματα που εκδηλώνουν οι έφηβοι με διαβήτη της παρούσας έρευνας όταν είναι θυμωμένοι με τους γονείς τους.....	61
Πίνακας 3. 32 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το τι περιμένουν από τους γονείς τους οι συμμετέχοντες, σύμφωνα με τη συμπεριφορά που οι ίδιοι εκδηλώνουν προς αυτούς..	61
Πίνακας 3. 33 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τον τρόπο εκδήλωσης του θυμού των συμμετεχόντων, κατά τη σύγκρουσή τους με τους γονείς τους.....	61
Πίνακας 3. 34 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τις επιπρόσθετες εκδηλώσεις θυμού, οι οποίες δεν αναφέρονταν στις επιλογές της παραπάνω ερώτησης.....	61
Πίνακας 3. 35 Συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της συχνότητας ταραχής και σύγχυσης των συμμετεχόντων, λόγω της ασθένειας.....	61
Πίνακας 3. 36 Συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της κρυφής κατανάλωσης τροφίμων.....	61
Πίνακας 3. 37 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του εάν πιστεύουν οι συμμετέχοντες πως η εμφάνισή τους αρέσει στους φίλους και στους συμμαθητές τους.....	61
Πίνακας 3. 38 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της αποδεκτής ή μη συμπεριφοράς των συμμετεχόντων από τον κοινωνικό περίγυρό τους.....	61
Πίνακας 3. 39 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της ευκολίας δημιουργίας θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με το αντίθετο φύλο.....	61
Πίνακας 3. 40 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της ηλικίας όπου διαγιγνώστηκε ο διαβήτης.....	61
Πίνακας 3. 41 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του εάν οι καθηγητές και οι φίλοι των συμμετεχόντων γνωρίζουν για την ασθένειά τους.....	61
Πίνακας 3. 42 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των διάφορων προβλημάτων που εμφανίζουν οι έφηβοι με διαβήτη.....	61
Πίνακας 3. 43 Συσχέτιση μεταξύ της μόρφωσης των γονέων και της συμμετοχής των εφήβων με διαβήτη σε ειδικές κατασκηνώσεις.....	61
Πίνακας 3. 44 Συσχέτιση μεταξύ της μόρφωσης των γονέων και των αντιδράσεων που περιμένουν τα παιδιά από εκείνους σε σχέση με τη συμπεριφορά τους.....	61
Πίνακας 3. 45 Συσχέτιση μεταξύ της περιοχής διαβίωσης και του εάν οι συμμετέχοντες θεωρούν πως η εξωτερική τους εμφάνιση αρέσει στους φίλους και συμμαθητές τους.....	61
Πίνακας 3. 46 Συσχέτιση μεταξύ της περιοχής διαβίωσης και της ύπαρξης ή μη μαθησιακών προβλημάτων.....	61
Πίνακας 3. 47 Συσχέτιση μεταξύ της περιοχής διαβίωσης και της ύπαρξης ή μη κάποιου άλλου νοσήματος, εκτός του διαβήτη.....	61



## **Κατάλογος γραφημάτων**

Γράφημα 3. 1 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το φύλο.....	47
Γράφημα 3. 2 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για την ηλικία.....	49
Γράφημα 3. 3 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για τη μόρφωση των γονέων των συμμετεχόντων.....	51

Γράφημα 3. 4 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για την περιοχή διαβίωσης των συμμετεχόντων.....	53
Γράφημα 3. 5 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εξωτερική τους εμφάνιση.....	55
Γράφημα 3. 6 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν αισθάνονται ντροπή οι διαβητικοί έφηβοι του δείγματος για κάποιο χαρακτηριστικό τους.....	56
Γράφημα 3. 7 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες διατροφικές διαταραχές.....	58
Γράφημα 3. 8 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για τις διατροφικές διαταραχές των συμμετεχόντων.....	59
Γράφημα 3. 9 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν πιστεύουν οι συμμετέχοντες πως η εξωτερική τους εμφάνιση αρέσει στους συμμαθητές και στους φίλους τους.....	61
Γράφημα 3. 10 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν πιστεύουν οι συμμετέχοντες πως έχουν συμπεριφορά αποδεκτή από τους άλλους.....	61
Γράφημα 3. 11 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες προτιμούν να περνούν τον ελεύθερό τους χρόνο με την οικογένεια και τους φίλους τους.....	61
Γράφημα 3. 12 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες αισθάνονται συχνά ανησυχία, ταραχή και σύγχυση.....	61
Γράφημα 3. 13 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες έχουν δοκιμάσει ποτέ απαγορευμένες ουσίες.....	61
Γράφημα 3. 14 Διαγραμματική απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες καταναλώνουν αλκοόλ.....	61
Γράφημα 3. 15 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες έχουν μαθησιακά προβλήματα.....	61
Γράφημα 3. 16 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν νιώθουν οι συμμετέχοντες συχνά θυμωμένοι και ξεσπούν επιθετικά.....	61
Γράφημα 3. 17 Διαγραμματική Απεικόνιση Συχνοτήτων για το εάν δημιουργούν οι συμμετέχοντες διαβητικοί έφηβοι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο.....	61
Γράφημα 3. 18 Διαγραμματική απεικόνιση συχνοτήτων για την ηλικία στην οποία διαγνώστηκε ο διαβήτης στους συμμετέχοντες.....	61
Γράφημα 3. 19 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν συμμετέχουν οι έφηβοι του δείγματος σε κατασκηνώσεις ειδικές για παιδιά με διαβήτη.....	61
Γράφημα 3. 20 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι έφηβοι με διαβήτη του δείγματος έχουν και κάποιο άλλο νόσημα παράλληλα.....	61
Γράφημα 3. 21 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν είναι ικανοί οι συμμετέχοντες να ελέγχουν και να διαχειρίζονται οι ίδιοι την ασθένειά τους.....	61
Γράφημα 3. 22 για το εάν γνωρίζουν οι φίλοι και οι καθηγητές για την ύπαρξη του διαβήτη.....	61
Γράφημα 3. 23 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν επηρεάζονται οι αποφάσεις των συμμετεχόντων από τις απόψεις των φίλων τους.....	61
Γράφημα 3. 24 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες αποφεύγουν τις μετρήσεις του σακχάρου και τις ενέσεις ινσουλίνης στο σχολικό χώρο.....	61
Γράφημα 3. 25 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες συμμετέχουν στις αθλητικές δραστηριότητες του σχολείου τους.....	61
Γράφημα 3. 26 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν έχουν κάποια εξωσχολική δραστηριότητα οι συμμετέχοντες διαβητικοί έφηβοι.....	61

Γράφημα 3. 27 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για τις επιμέρους εξωσχολικές δραστηριότητες των εφήβων του δείγματος.....	61
Γράφημα 3. 28 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες διαθέτουν ακόμη φίλους από τα παιδικά τους χρόνια.....	61
Γράφημα 3. 29 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν καταναλώνουν κρυφά τρόφιμα οι συμμετέχοντες από τους γονείς τους.....	61
Γράφημα 3. 30 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για τα επιμέρους συναισθήματα που εκδηλώνουν οι έφηβοι με διαβήτη της παρούσας έρευνας όταν είναι θυμωμένοι με τους γονείς τους.	61
Γράφημα 3. 31 Διαγραμματική απεικόνιση συχνοτήτων για το τι περιμένουν από τους γονείς τους οι συμμετέχοντες, σύμφωνα με τη συμπεριφορά που οι ίδιοι εκδηλώνουν προς αυτούς.....	61
Γράφημα 3. 32 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για τον τρόπο εκδήλωσης του θυμού των συμμετεχόντων, κατά τη σύγκρουσή τους με τους γονείς τους.....	61

## **Περίληψη και Λέξεις - Κλειδιά**

Ο σακχαρώδης διαβήτης σήμερα αποτελεί ένα πολύ συχνό και σοβαρό νόσημα που πλήττει πολλές φορές και παιδιά και έφηβους. Οι επιπλοκές με τις οποίες συχνά συνδέεται, ωστόσο, οδηγεί σε πολυάριθμες κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, οι οποίες επιδρούν με τρόπο καθοριστικό στη ζωή των εφήβων. Συγκεκριμένα, οι διαβητικοί έφηβοι εμφανίζουν πολλές φορές ψυχολογικά προβλήματα, όπως αυξημένο άγχος, αυξημένα επίπεδα θυμού, απογοήτευση, λύπη, έως και κατάθλιψη. Παράλληλα, οι μαθησιακές δυσκολίες που συχνά προκύπτουν, οι έντονες συναισθηματικές τους εκδηλώσεις, η απώλεια αυτοπεποίθησης και οι ακριβείς οδηγίες σχετικά με τη διατροφή, την άσκηση και την απαγόρευση της κατανάλωσης αλκοόλ συνθέτουν μια δύσκολη κατάσταση που δεν μπορούν να διαχειριστούν οι έφηβοι.

Στόχος, λοιπόν, της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων του σακχαρώδη διαβήτη στην εφηβική ηλικία για τα παιδιά που πάσχουν από το σακχαρώδη διαβήτη. Στο ερευνητικό μέρος, πραγματοποιήθηκε έρευνα σε 70 έφηβους από τις Σέρρες που πάσχουν από διαβήτη, με στόχο την καταγραφή και ανάλυση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων του διαβήτη σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι έφηβοι με διαβήτη καλούνται να αντιμετωπίσουν πάρα πολλές επιπτώσεις που επηρεάζουν τόσο καθημερινά όσο και μακροπρόθεσμα τη ζωή τους.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Σακχαρώδης διαβήτης, έφηβοι, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

## **Abstract and Key Words**

Diabetes mellitus is today one very common and severe disease that often affects children and adolescents. The complications with which diabetes is usually connected, leads to many social and psychological consequences that negatively influence adolescents' life. Most specifically, adolescents with diabetes often present psychological problems, such as increased anxiety, increased anger, sadness, frustration, and depression. In the same time, the learning difficulties that can occur, the absence of confidence and the strict instructions about their diet, their exercise, and the forbidden consumption of alcohol, create a very difficult situation that adolescents cannot handle.

The objective of this project is the investigation of the psychosocial consequences of diabetes mellitus to the adolescence. The research of this project includes a survey on 70 adolescents that live in Serres and have diabetes, and aims to analyzing the psychosocial consequences of diabetes mellitus in this age group. According to the results of this study, adolescents with diabetes have to confront many consequences of diabetes that affect both their daily lives and their future.

**Key Words:** Diabetes Mellitus, adolescents, psychosocial complications

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια πολυπαραγοντική, χρόνια ασθένεια που συναντάται με ολοένα και μεγαλύτερη συχνότητα στο γενικό πληθυσμό. Σήμερα ιδιαίτερα υψηλά παρουσιάζονται και τα ποσοστά εμφάνισης του διαβήτη, κυρίως τύπου 1, στα παιδιά και στους εφήβους. Η χρόνια φύση, μάλιστα, της συγκεκριμένης νόσου δεν επηρεάζει μόνο άμεσα την υγεία των νέων αυτών ασθενών αλλά και έμμεσα, αφού ο διαβήτης έχει συσχετιστεί και με πολυάριθμα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η προσέγγιση των ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων του σακχαρώδη διαβήτη στο άτομο, όσο και στην οικογένεια του. Η επιλογή πραγματοποιήθηκε βασιζόμενη στα μέλη του συλλόγου διαβητικών του Νομού Σερρών, ενώ το συνολικό δείγμα αποτελείται από άτομα τόσο θηλυκού όσο και αρσενικού φύλου, και ανέρχεται στα 70 άτομα, ηλικίας από 11-18 ετών.

Επίσης, διερευνάται η δυνατότητα πρόληψης των επιπτώσεων αυτών, μέσα από τη μελέτη και τη σύγκριση, διαφόρων επιστημονικών ερευνών, που έχουν δει το φώς της επιστημονικής κοινότητας.

Στο πλαίσιο αυτό, η διερεύνηση των ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων του σακχαρώδη διαβήτη στους εφήβους και τα παιδιά που νοσούν από αυτόν, καθώς και των τρόπων της κατάλληλης διαχείρισής τους αποτελεί σήμερα ένα ζήτημα με πολύ υψηλή σημασία.

## Εισαγωγή

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια νόσος όπου διαταράσσεται η ενεργότητα της ινσουλίνης. Η συγκεκριμένη ασθένεια διακρίνεται σε 3 επιμέρους τύπους: το διαβήτη τύπου 1, το διαβήτη τύπου 2 και το διαβήτη της κύησης. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 προσβάλλει πολύ συχνά άτομα μικρής ηλικίας, δηλαδή παιδιά και εφήβους, οι οποίοι πολλές φορές δεν είναι εύκολο να διαχειριστούν την κατάστασή τους. Συγκεκριμένα, η δυσκολία αυτή εντοπίζεται τόσο στο πρακτικό μέρος, όπου δυσκολεύονται να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις καθημερινές τους ανάγκες (σωστή διατροφή, τακτικός έλεγχος επιπέδων σακχάρου στο αίμα, ενέσεις ινσουλίνης κ.α.), όσο και στον ψυχολογικό τομέα, καθώς, αισθάνονται διαφορετικοί από τους συνομήλικούς τους και αποξενώνονται κοινωνικά.

Δεδομένου ότι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο σακχαρώδης διαβήτης έχει συσχετιστεί με πολυάριθμες ψυχολογικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, ένα πολύ σημαντικό ζήτημα που πρέπει να διερευνηθεί είναι οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις του διαβήτη στους εφήβους. Έτσι, η παρούσα εργασία αποσκοπεί στη διερεύνηση των απόψεων, των στάσεων και των συμπεριφορών των εφήβων με διαβήτη απέναντι στην ασθένειά τους, στην εμφάνισή τους, στις διατροφικές τους συνήθειες και διαταραχές, στις σχέσεις τους με τους φίλους τους, την οικογένειά τους και με το αντίθετο φύλο, στα αισθήματα ανησυχίας και θυμού.

Αναφορικά με τη δομή της παρούσας εργασίας, το θεωρητικό μέρος της εργασίας αποτελείται συνολικά από 3 κεφάλαια. Στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο, παρουσιάζονται συνοπτικά οι μορφές του διαβήτη και η σχέση του διαβήτη με τους εφήβους, στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο, αναλύονται οι κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου αυτής στους εφήβους, ενώ στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο, αναφέρονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει η οικογένεια ενός εφήβου που πάσχει από διαβήτη. Ακολουθεί το ερευνητικό μέρος, όπου διερευνώνται, με τη βοήθεια ερωτηματολογίου, οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των εφήβων με διαβήτη στο νομό Σερρών.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Α΄

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### 1.1 Σακχαρώδης Διαβήτης – Ορισμός

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια χρόνια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της ενεργότητας της ινσουλίνης, από διαταραχή του τρόπου έκκρισης της ινσουλίνης ή από το συνδυασμό των δύο αυτών προβλημάτων, ενώ, ως αποτέλεσμα, παρατηρείται σημαντική αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα των ασθενών (Ζαντίδης και συν, 2010, Κατσίκη και συν, 2010).

Σύμφωνα με τα κριτήρια της ADA (American Diabetes Association), ο σακχαρώδης διαβήτης ορίζεται βάσει 3 κύριων κριτηρίων. Συγκεκριμένα, για να διαγνωστεί σε ένα άτομο ο σακχαρώδης διαβήτης, πρέπει να ισχύει ένα από τα ακόλουθα (Springer *et al*, 2013):

- Η συγκέντρωση της HbA1c πρέπει να είναι υψηλότερη ή ίση του 6,5%, ή
- Η συγκέντρωση της γλυκόζης του πλάσματος σε νηστεία, δηλαδή σε απώλεια οποιασδήποτε θερμιδικής πρόσληψης για τουλάχιστον 8 ώρες, πρέπει να είναι υψηλότερη ή ίση με 126 mg / dL (ή 7 mmol / L), ή
- Μια τυχαία τιμή της συγκέντρωσης της γλυκόζης του πλάσματος πρέπει να είναι υψηλότερη ή ίση με 200 mg / dL (11,1 mmol / L), και ταυτοχρόνως, πρέπει να εμφανίζει το άτομο συμπτώματα υπεργλυκαιμίας.
- Η συγκέντρωση της δίωρης γλυκόζης του πλάσματος κατά τη διάρκεια ενός ειδικού τεστ αντοχής στη γλυκόζη (Oral Glucose Tolerance Test) πρέπει να είναι υψηλότερη ή ίση με 200 mg / dL (11,1 mmol / L).

#### 1.2 Κατηγορίες Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να διαχωριστεί σε 4 διαφορετικές κατηγορίες (American Diabetes Association, 2009, Ζαντίδης και συν, 2010):



- Τύπος 1. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός) χαρακτηρίζεται από καταστροφή των β κυττάρων, η οποία σταδιακά προκαλεί απουσία ινσουλίνης.
- Τύπος 2. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (μη ινσουλινοεξαρτώμενος ή των ενηλίκων) χαρακτηρίζεται από σταδιακή μείωση της εκκρινόμενης ινσουλίνης λόγω αντίστασης του οργανισμού σε αυτήν.
- Της Κύησης. Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης διαγιγνώσκεται αποκλειστικά κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.
- Ειδικοί τύποι. Εκτός από τους 3 βασικούς τύπους σακχαρώδη διαβήτη, υπάρχουν και άλλοι, ειδικοί τύποι, οι οποίοι προκαλούνται από ποικίλες, διαφορετικές αιτίες. Στα αίτια αυτά συμπεριλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται για τις μεταμοσχεύσεις, οι γενετικές βλάβες που οδηγούν σε προβλήματα της δράσης της ινσουλίνης, η θεραπεία κατά του συνδρόμου επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS), και ασθένειες της εξωγενούς μοίρας του παγκρέατος, όπως είναι η κυστική ίνωση, η οποία έχει υψηλή συχνότητα εμφάνισης στην Ελλάδα (American Diabetes Association, 2009, Ζαντίδης και συν, 2010).

Παρά τη διάκριση αυτή, ωστόσο, των περιπτώσεων σακχαρώδη διαβήτη, υπάρχουν ορισμένοι ασθενείς που δεν είναι δυνατόν να κατηγοριοποιηθούν σε τύπο 1 ή σε τύπο 2 ξεκάθαρα. Αυτό συμβαίνει λόγω της υψηλής ποικιλομορφίας των κλινικών γνωρισμάτων και της εξέλιξης που διαθέτουν οι συγκεκριμένοι δύο τύποι (American Diabetes Association, 2009, Ζαντίδης και συν, 2010).

### **1.3 Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου I και Παιδιά - Έφηβοι**

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 αποτελεί ένα πολύ συχνό χρόνιο νόσημα στα παιδιά και στους εφήβους. Συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι περισσότερα από 3.000.000 παιδιά και έφηβοι πάσχουν από διαβήτη τύπου 1 (Monaghan *et al*, 2015). Παράλληλα, περίπου 65.000 παιδιά διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, ενώ η συχνότητα αυτή αυξάνεται συνεχώς, με ποσοστό περίπου ίσο με 3% κάθε έτος (Usher – Smith *et al*, 2015).

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου I στους εφήβους εκδηλώνεται συχνά με φτωχό γλυκαιμικό έλεγχο, ενώ συνδέεται και με την ανάπτυξη καρδιακών επιπλοκών (Lyons *et al*, 2013). Τα πιο συχνά συμπτώματα του διαβήτη περιλαμβάνουν την πολυδιψία, την πολουρία, τη συνεχή κόπωση και εξάντληση, καθώς και την απώλεια βάρους. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, όλα τα παιδιά κατά την αρχική περίοδο εμφάνισης του διαβήτη, εμφανίζουν ένα από αυτά τα συμπτώματα, ενώ το 98% των περιπτώσεων παρουσιάζουν 2 από τα 4 αυτά βασικά συμπτώματα. Ωστόσο, τα συμπτώματα αυτά δεν είναι πάντοτε ορατά από την πρώτη στιγμή της εμφάνισής τους, ή συγχέονται με εκείνα άλλων ασθενειών, με αποτέλεσμα να παρατηρείται υψηλό ποσοστό καθυστέρησης της διάγνωσης του διαβήτη ή λανθασμένης αρχικής διάγνωσης (Usher – Smith *et al*, 2015).

Αναφορικά με την παθοφυσιολογία της συγκεκριμένης νόσου ειδικά στα άτομα έφηβης ηλικίας, αναφέρεται αρχικά ότι η εφηβεία συνδέεται με σταδιακή αύξηση της έκκρισης των , καθώς και των προϊόντων των στοχευμένων οργάνων, οδηγώντας σε αυξημένη έκκριση των οιστρογόνων και της τεστοστερόνης από τις ωθήκες και τους όρχεις, αντίστοιχα. Επιπροσθέτως, συνολική αύξηση της έκκρισης της GH παρατηρείται κατά τη διάρκεια του ύπνου των εφήβων (Sperling *et al*, 2008). Όσον αφορά στην αντίσταση της γλυκόζης, αυτή δε σημειώνει καμία διαφορά μεταξύ της κανονικής εφηβείας, της πρώιμης εφηβείας, και της τελευταίας περιόδου της εφηβείας, ενώ οι αποκρίσεις στην ινσουλίνη αυξάνονται σημαντικά, φτάνοντας περίπου σε διπλάσια ποσότητα, στην τελευταία περίοδο της εφηβείας, σε αντίθεση με την προ – εφηβεία. Η αύξηση στην έκκριση της ινσουλίνης είναι εμφανής είτε η δόση της γλυκόζης χορηγείται ανά χιλιοστόγραμμα είτε ανά μονάδα περιοχής επιφανείας, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνει την ύπαρξη της αντίστασης στην ινσουλίνη (Lyons *et al*, 2013).

Βασικός στόχος της θεραπείας του διαβήτη τύπου 1 είναι η αποτροπή των μελλοντικών μακρο- και μικροαγγειακών επιπλοκών, οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή των πασχόντων (Lyons *et al*, 2013). Ωστόσο, η εφηβεία έχει αποδειχθεί μια πολύ κρίσιμη περίοδος για τα άτομα με διαβήτη τύπου 1, καθώς μόνο το 17% των εφήβων με διαβήτη επιτυγχάνουν πλήρη συμμόρφωση στο γλυκαιμικό έλεγχο (Beck *et al*, 2012). Η μικρή αυτή αποτελεσματικότητα των διάφορων θεραπειών σχετίζονται και με υψηλό εφήβων που αναπτύσσουν επιπλοκές του διαβήτη σε ηλικία μόλις 20 ετών (Bryden *et al*, 2003). Οι επιπλοκές αυτές περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την υπέρταση, τη νευροπάθεια και τη ρετινοπάθεια. Το γυναικείο φύλο έχει γενικότερα την τάση να εμφανίζει σε μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκές, συγκριτικά με το αρσενικό φύλο, ενώ ο διαβήτης τύπου 1 στους εφήβους οδηγεί συχνά και σε προβλήματα προσοχής και μνήμης, και σε παχυσαρκία.

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως ένας λόγος για τον οποίο ενδέχεται οι επιπλοκές αυτές να παρουσιάζονται σε τόσο μεγάλη συχνότητα στους εφήβους είναι η ίδια η συμπεριφορά των τελευταίων, οι οποίοι δεν μπορούν πολλές φορές να δεσμευτούν στην τακτική ιατρική φροντίδα και να ακολουθούν πιστά τις οδηγίες για τη διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Monaghan *et al*, 2015).

Σε κάθε περίπτωση, και παρ'όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι με διαβήτη τύπου 1, η μεγάλη πρόοδος της ιατρικής και της τεχνολογίας έχει οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση της καθημερινής ζωής των εφήβων με διαβήτη τύπου 1 (Sivertsen *et al*, 2014). Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό εφήβων αξιοποιεί τη θεραπεία με αντλία ινσουλίνης, ενώ πρόσφατα έχει σημειωθεί και μια μικρή βελτίωση στην ψυχική υγεία των εφήβων και των παιδιών που πάσχουν από διαβήτη αυτού του τύπου. Βέβαια, ακόμη υπάρχουν σημαντικές προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπίσει η ιατρική επιστήμη, λόγω της υψηλής πολυπλοκότητας της ψυχολογίας και των απρόβλεπτων συναισθηματικών και γνωστικών αντιδράσεων στα αυξημένα και στα μειωμένα επίπεδα σακχάρου του αίματος (Sivertsen *et al*, 2014).

#### **1.4 Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου II και Ενήλικες**

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II αποτελεί ένα πολύ μεγάλο παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, αφού φαίνεται να είναι η 7<sup>η</sup> κύρια αιτία πρόκλησης θανάτου. Παράλληλα, στις ΗΠΑ, το ποσοστό ετήσιας διάγνωσης του διαβήτη τύπου II ανέρχεται στο 6% του πληθυσμού, ενώ ένα άλλο 5% έχει προ – διαβήτη (Maez *et al*, 2014). Σημαντικό παραμένει και το αντίστοιχο ποσοστό διαβήτη και στην Ευρώπη, ενώ χαρακτηριστικά αναφέρεται πως στην Ισπανία, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 πλήττει το 13,8% του πληθυσμού που έχει ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών (Soriquer *et al*, 2012). Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 αποτελεί μια νόσο που εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικα άτομα, ενώ τα παιδιά και οι έφηβοι σπάνια αναπτύσσουν αυτή τη μορφή διαβήτη.

Όσον αφορά στην παθοφυσιολογία της συγκεκριμένης νόσου, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι ένα πολύπλοκο μεταβολικό σύνδρομο που μπορεί να αποδοθεί σε γενετικά, περιβαλλοντικά, κοινωνικά και συμπεριφορικά αίτια (Reinehr, 2013).

Βασικό χαρακτηριστικό του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι η παρατηρούμενη αντίσταση στην πρόσληψη γλυκόζης. Η ομοιόσταση της γλυκόζης εξαρτάται από την ισορροπία μεταξύ

της δράσης της ινσουλίνης και της έκκρισής της από τα παγκρεατικά  $\beta$  – κύτταρα. Ως εκ τούτου, η αντίσταση στην πρόσληψη της γλυκόζης που εμφανίζεται στο διαβήτη τύπου II εξαρτάται από την ινσουλίνη. Ωστόσο, αξίζει να επισημανθεί πως για την ανάπτυξη του σακχαρώδη διαβήτη δεν αρκεί μόνο η ανάπτυξη αντίστασης στην ινσουλίνη, αλλά απαιτείται και η ανεπαρκής έκκριση ινσουλίνης από τα  $\beta$  – κύτταρα. Ειδικά στο διαβήτη τύπου 2, υπάρχει συνύπαρξη της λανθασμένης δράσης της ινσουλίνης και της αδυναμίας έκκρισης της τελευταίας (Reinehr, 2013).

Ως προς τις επιπλοκές του, ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια ιδιαίτερη ασθένεια, η οποία επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τα περισσότερα βασικά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, όπως είναι το νευρικό σύστημα, το κυκλοφορικό, το ουροποιητικό και το σύστημα αναπαραγωγής (Maez *et al*, 2014). Οι πιο συχνές επιπλοκές που σχετίζονται με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι η υπέρταση, η νεφρική νόσος, το εγκεφαλικό επεισόδιο, οδοντικές ασθένειες, τυφλώσεις και γενικά προβλήματα στους οφθαλμούς, καρδιακές ασθένειες, και ακρωτηριασμοί (Maez *et al*, 2014). Οι επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη είναι χρόνιες και πολύ σοβαρές και οδηγούν σε αύξηση του κόστους της περίθαλψης των ασθενών, καθώς και σε αύξηση της αναπηρίας και της θνησιμότητας στο μέρος αυτό του πληθυσμού. Ως εκ τούτου, δεν πλήττεται μόνο η υγεία και η ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών, αλλά και η οικονομική τους κατάσταση λόγω του υψηλού κόστους που συνεπάγεται ο διαβήτης τύπου II και οι επιπλοκές με τις οποίες συνδέεται (Reinehr, 2013).

Ωστόσο, το βασικότερο κλινικό χαρακτηριστικό του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι η παχυσαρκία (Rosenbloom *et al*, 2008). Συχνά, τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου 2 είναι παχύσαρκα ή υπερβολικά παχύσαρκα κατά τη διάγνωση, εμφανίζουν γλυκοζουρία χωρίς κετονουρία, πολυδιψία και ήπια πολυουρία, ενώ δεν είναι καθόλου εύκολη η έστω και μικρή απώλεια βάρους (Reinehr, 2003, Rosenbloom *et al*, 2008).

Αναφορικά με τη θεραπεία που προτείνεται για την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη, ο βασικός στόχος είναι η επαναφορά σε φυσιολογικά επίπεδα των τιμών της γλυκόζης του αίματος και της HbA1c. Άλλοι σημαντικοί στόχοι είναι η καταπολέμηση των διάφορων επιπλοκών του διαβήτη, όπως είναι η δυσλιπιδαιμία και η υπέρταση. Εκτός, όμως, από την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, η αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2 περιλαμβάνει και πολλές αλλαγές στον τρόπο ζωής και στη συμπεριφορά των ατόμων, όπως είναι η μείωση της κατανάλωσης λιπαρών τροφών, η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και η αποφυγή της

καθιστικής ζωής (Reinehr, 2013). Οι ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αφού σημειώνεται πολύ σημαντικό ποσοστό κατάθλιψης και γενικά άρνησης προσαρμογής στα νέα δεδομένα της ζωής τους. Παράλληλα, η διάγνωση της κατάθλιψης στους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 έχει συσχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα ελέγχου, ανταπόκρισης στη θεραπεία και βελτίωσης τόσο της κατάθλιψης όσο και του διαβήτη (De Groot *et al*, 2001, Alonso – Moran *et al*, 2014).

Στην προσπάθεια εύρεσης διάφορων ενεργειών βελτίωσης της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας των ατόμων με διαβήτη τύπου 2, οι Sardar *et al* (2014) πραγματοποίησαν μια μελέτη με στόχο τη διερεύνηση των επιδράσεων της αερόβιας άσκησης στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ενήλικων ανδρών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, όπως είναι το άγχος, οι κοινωνικές λειτουργίες, η αϋπνία, τα συμπτώματα στη φυσιολογία του ατόμου και η κατάθλιψη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η πραγματοποίηση αερόβιας άσκησης για 8 συνεχόμενες εβδομάδες οδηγεί σε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων στη φυσιολογία του ατόμου, στο άγχος και στην αϋπνία, ενώ, αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατάθλιψη και στις κοινωνικές λειτουργίες των ανδρών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που συμμετείχαν στη δεδομένη έρευνα. Συνεπώς, παρόλο που δεν βελτιώνει όλα τα προβλήματα ψυχικής υγείας των ενήλικων με διαβήτη τύπου 2, η αερόβια άσκηση φαίνεται να αποτελεί μια πολύ σημαντική λύση για την υγεία και την ψυχική υγεία των διαβητικών ασθενών (Sardar *et al*, 2014).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως σήμερα, παρατηρείται μια ολοένα και μεγαλύτερη συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II στα άτομα μικρής ηλικίας (Aslanian, 2002). Συγκεκριμένα, η συχνότητα εμφάνισής του στα παιδιά και στους εφήβους στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι περίπου 12 : 100.000, ενώ πολύ πιο μικρή είναι η αντίστοιχη συχνότητα στην Ευρώπη, με τιμή περίπου ίση με 2,5 : 100.000 (Reinehr, 2013).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 Έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

Οι διαβητικοί ασθενείς είναι δυνατόν να διακριθούν σε επιμέρους «ψυχολογικές» κατηγορίες, ανάλογα με την ηλικία τους. Έτσι, οι ενήλικοι διαβητικοί ασθενείς σημειώνουν μεγάλη συχνότητα κατάθλιψης, εκείνοι με χρόνια υπεργλυκαιμία εμφανίζουν έλλειψη μνήμης και προσοχής, ενώ οι ενήλικες με νεφρική νόσο και μικροαγγειοπάθεια διαθέτουν αυξημένο άγχος και χαμηλή ποιότητα ζωής. Αντίθετα, τα παιδιά με διαβήτη που εμφανίζουν συνεχόμενα περιστατικά υπογλυκαιμίας εμφανίζουν περιστασιακά προβλήματα στην όρασή τους και γνωστικά προβλήματα ήπιου βαθμού. Τέλος, όσον αφορά στους εφήβους που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, εκείνοι που διαγιγνώσκονται με τη νόσο στην εφηβεία εμφανίζουν χαμηλές επιδόσεις στην ακαδημαϊκή τους πορεία και περιορισμένη λεκτική ικανότητα, ενώ εκείνοι που βρίσκονται στην αρχή της νόσου εμφανίζουν πολυάριθμα ψυχολογικά προβλήματα, όπως είναι το αυξημένο άγχος, τα προβλήματα προσαρμογής στις νέες συνθήκες, η κοινωνικής αποξένωσή τους, τα συνεχή παράπονα για τα συμπτώματα που παρουσιάζονται καθημερινά στο σώμα τους, οι διαταραχές ύπνου, και, τέλος, η κατάθλιψη (Κοντοάγγελος και συν, 2013).

Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ψυχολογικών δυσκολιών στους εφήβους διαβητικούς, συγκριτικά με τα παιδιά μικρότερης ηλικίας, και ειδικά στα άτομα θηλυκού φύλου, έχει παρατηρηθεί από πολυάριθμες μελέτες και στο παρελθόν, γεγονός το οποίο υποδεικνύει την άμεση σύνδεση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών με το βαθμό κατανόησης της νόσου και των συνεπειών της στην καθημερινή ζωή των ατόμων, καθώς και με το φύλο (de Wit & Snoek, 2011, Reynolds & Helgeson, 2011, Kristensen *et al*, 2014).

Σύμφωνα με έρευνα των Alencar *et al* (2013), οι έφηβοι που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες ήδη από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου. Οι δυσκολίες αυτές αφορούν ως επί το πλείστον στις συνήθειες της διατροφής και στον τρόπο ζωής τους, επειδή αυτά πρέπει να αλλάξουν σημαντικά, καθώς και στα διάφορα αρνητικά συναισθήματα που τους δημιουργούνται λόγω της διάγνωσης, όπως είναι η ανασφάλεια, ο φόβος και ο θυμός. Ωστόσο, καθώς περνάει ο χρόνος, οι αναγκαίες αυτές αλλαγές ενσωματώνονται στο πρόγραμμα των εφήβων, και σιγά σιγά, οι ίδιοι ξεκινούν να βλέπουν την ασθένειά τους ως μια κατάσταση φυσιολογική. Ως εκ τούτου, χρειάζεται από τους γονείς

και τους ειδικούς ιδιαίτερη υπομονή και επιμονή, πολλή κατανόηση και προσοχή, προκειμένου να διαχειριστούν αποτελεσματικά τους εφήβους ασθενείς και να τους οδηγήσουν ομαλά στην προσαρμογή τους στα νέα δεδομένα.

Ο σακχαρώδης διαβήτης έχει συσχετιστεί εδώ και πολλά έτη με ψυχολογικές διαταραχές. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη χαρακτηρίζονται από υψηλού βαθμού ψυχολογικό στρες, λόγω της υψηλής επίδρασης της νόσου στη διάρκεια και στον τρόπο ζωής των πασχόντων. Συγκεκριμένα, η ίδια η ύπαρξη της ασθένειας προκαλεί άγχος και φόβο στους ασθενείς, ιδίως όταν βρίσκονται σε μικρή ηλικία που δεν έχουν την ωριμότητα και την ψυχραιμία να αντιμετωπίσουν μια τόσο σοβαρή κατάσταση (Κοντοάγγελος και συν, 2013).

Παράλληλα, η νόσος του διαβήτη σχετίζεται με πολυάριθμες σωματικές και βιοχημικές επιπτώσεις, οι οποίες προκαλούν νέα προβλήματα στον ασθενή και μειώνουν αναπόφευκτα το συνολικό χρόνο ζωής τους. Τέλος, η σωστή διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη απαιτεί την τήρηση πολυάριθμων κανόνων και την εφαρμογή ποικίλων περιορισμών στην καθημερινή ζωή των εφήβων που πάσχουν από αυτόν, όπως είναι ο τακτικός έλεγχος των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα τους, η σωστή διατροφή, η λήψη των κατάλληλων φαρμάκων ή η χορήγηση ενέσεων ινσουλίνης, καθώς και η συστηματική σωματική άσκηση. Τα βήματα αυτά πρέπει να τηρούνται σε καθημερινή βάση, και για ολόκληρη τη ζωή των ασθενών, ενώ δεν επιτρέπονται παρεκκλίσεις από αυτά (Κοντοάγγελος και συν, 2013).

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη μπορούν να διακριθούν σε 2 επιμέρους κατηγορίες: στις επιπτώσεις που προκύπτουν κατά το αρχικό χρονικό διάστημα ανάπτυξης της νόσου του διαβήτη, και στις επιπτώσεις που προκαλούνται από τον ίδιο το διαβήτη (Κοντοάγγελος και συν, 2013).

Κατά τη στιγμή της διάγνωσης του σακχαρώδη διαβήτη, τα παιδιά και οι έφηβοι εμφανίζουν συνήθως σχετικά ήπια συμπτώματα, όπως είναι η στενοχώρια, η κοινωνική απομόνωση και ο φόβος πως θα χάσουν τους φίλους τους. Βέβαια, τα συμπτώματα αυτά δεν είναι αποκλειστικά συνδεδεμένα με το διαβήτη, αφού σύμφωνα με σχετικά ερευνητικά δεδομένα, η κοινωνικότητα, η συμπεριφορά και η αυτοεκτίμηση των εφήβων που διαγνώστηκαν πρόσφατα με διαβήτη δε διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό από εκείνα των παιδιών και των εφήβων που έχουν διαγνωστεί με άλλου είδους ασθένειες, κυρίως οξείας μορφής. Αντιθέτως, αξίζει να αναφερθεί πως παρόλο που δεν αποτελούν την πλειοψηφία των εφήβων που έχουν πρόσφατα διαγνωστεί με διαβήτη, ένα σημαντικό ποσοστό εμφανίζει πιο σοβαρά

συμπτώματα που μπορούν να καταταχθούν ως ψυχιατρική ασθένεια, αλλά όλοι αυτοί οι έφηβοι επανέρχονται ύστερα από μια χρονική περίοδο των 9 περίπου μηνών ύστερα από τη στιγμή της αρχικής διάγνωσης (Κοντοάγγελος και συν, 2013).

Όπως προαναφέρθηκε, η έλλειψη υγιούς ψυχολογίας στους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη πολλές φορές πηγάζει από τις πολυάριθμες σωματικές επιπλοκές με τις οποίες σχετίζεται η συγκεκριμένη νόσος, όπως είναι η νευροπάθεια, η νεφρική ανεπάρκεια, τα προβλήματα στην όραση, οι καρδιοπάθειες, οι σεξουαλικές διαταραχές, και η περιφερική αγγειοπάθεια. Ωστόσο, κυρίαρχη θέση στην αιτιοπαθογένεια της άσχημης ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών με διαβήτη κατέχουν τα προβλήματα όρασης και τα σεξουαλικά προβλήματα (Κοντοάγγελος και συν, 2013).

Εκτός από τα προβλήματα όρασης και τα σεξουαλικά προβλήματα, υπάρχουν και κάποιες άλλες ψυχοπαθολογικές διαταραχές, όπως είναι το έντονο ψυχολογικό στρες, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, οι διατροφικές διαταραχές και η κατάθλιψη.

Τέλος, επισημαίνεται ότι ειδικά η μέση εφηβεία αποτελεί την πιο ευάλωτη περίοδο για την ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων (Holmbeck *et al*, 2006). Όταν, λοιπόν, ένας έφηβος πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και διατροφικών διαταραχών τείνουν να αυξάνονται, με αποτέλεσμα οι έφηβοι με διαβήτη τύπου 1 να διαθέτουν περισσότερα προβλήματα συναισθηματικής φύσεως, συγκριτικά με τους υπόλοιπους συνομήλικούς τους (Zenlea *et al*, 2014). Οι υψηλές διακυμάνσεις των ορμονών που εντοπίζονται στη μέση εφηβεία μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε πολύ υψηλές τιμές γλυκόζης στο αίμα, οι οποίες οδηγούν σε συναισθήματα εκνευρισμού και θυμού (Eilander *et al*, 2015). Με αυτόν τον τρόπο, οι έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα γλυκαιμικού ελέγχου, καθώς και χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Anderson, 2004). Η διαφορά αυτή, μάλιστα, που παρατηρείται ειδικά στους εφήβους, αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι όταν οι συγκεκριμένοι έφηβοι μεγαλώσουν και γίνουν πλέον ενήλικες, έχουν πλέον προσαρμοστεί άψογα στις νέες συνθήκες της ασθένειάς τους και δεν εμφανίζουν ψυχολογικά προβλήματα (Eilander *et al*, 2015).



## 2.2 Έντονο Ψυχολογικό Στρες

Η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη σε έναν έφηβο και η διαδικασία προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα οδηγεί συχνά σε αυξημένο ψυχολογικό στρες, το οποίο καλούνται να διαχειριστούν οι ίδιοι και οι κοντινοί τους άνθρωποι (Κοντοάγγελος και συν, 2013). Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, το έντονο ψυχολογικό στρες στους εφήβους με διαβήτη εμφανίζεται σε χαμηλότερα επίπεδα από ότι η κατάθλιψη, ενώ σε άλλες έρευνες, υποστηρίζεται το ακριβώς αντίθετο (Angold & Costello, 2001, Dierker *et al*, 2001).

Οι Herzer & Hood (2010) διερεύνησαν τη συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων στρες στους εφήβους που πάσχουν με σακχαρώδη διαβήτη τύπο 1, καθώς και τη σχέση τους με τον γλυκαιμικό έλεγχο και τον έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης του αίματος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του στρες που απαιτούν περαιτέρω κλινικό έλεγχο παρουσιάζονται σε ένα ποσοστό ίσο περίπου με 17% στους εφήβους με διαβήτη, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα πραγματικά συμπτώματα στρες είναι 13%. Επιπροσθέτως, τα υψηλότερα επίπεδα πραγματικών συμπτωμάτων στρες συσχετίστηκαν με λιγότερο συχνό έλεγχο της γλυκόζης του αίματος και με γλυκαιμικό έλεγχο χαμηλότερου του βέλτιστου. Έτσι, γίνεται σαφές ότι το στρες των εφήβων με διαβήτη τύπου 1 εμφανίζει σημαντική συσχέτιση με τα επίπεδα γλυκόζης και με τον τακτικό έλεγχό της (Herzer & Hood, 2010).

Σε κάθε περίπτωση, και ανεξάρτητα από τη συχνότητα εμφάνισής του, το ψυχολογικό στρες παραμένει ένα πολύ σοβαρό ζήτημα που μειώνει την ποιότητα ζωής των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη και πρέπει να αντιμετωπιστεί (Herzer & Hood, 2010). Η μείωση του στρες είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί μέσω των 2 διαφορετικών φάσεων της προσαρμογής των εφήβων ασθενών στα νέα δεδομένα και στον νέο τρόπο ζωής τους. Η 1<sup>η</sup> φάση της προσαρμογής περιλαμβάνει τη συνειδητοποίηση από τον ίδιο τον έφηβο πως πρέπει να μεταβάλει πολλές από τις συνήθειες και τις συμπεριφορές του λόγω του διαβήτη, ενώ η 2<sup>η</sup> φάση αντιστοιχεί στην προσπάθεια εύρεσης νέων μεθόδων διαχείρισης της νόσου (Κοντοάγγελος και συν, 2013). Σε όλη αυτή την περίοδο προσαρμογής, οι έφηβοι καλούνται να αναθεωρήσουν τη ζωή τους και τις προτεραιότητές τους, έρχονται αντιμέτωποι με την αντιπαράθεση μεταξύ των υποχρεώσεων και των επιθυμιών τους, και αισθάνονται πως πρέπει να εγκαταλείψουν το μέχρι τότε τρόπο ζωής τους, και ως εκ τούτου, βιώνουν πολύ άσχημες συναισθηματικά καταστάσεις, οι οποίες ενδέχεται να οδηγηθούν ακόμη και στην απελπισία

και στην έντονη θλίψη. Αυτού του είδους οι αντιδράσεις τις περισσότερες φορές είναι προσωρινές και αποτελούν μια μεταβατική περίοδο που ενδέχεται να χαρακτηρίζεται από τα εξής διαφορετικά στάδια (Κοντοάγγελος και συν, 2013):

- Άρνηση και δυσπιστία απέναντι στη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη και στις συνέπειες της διάγνωσης αυτής, καθώς και άρνηση απέναντι στη λήψη των απαιτούμενων φαρμάκων. Οι αντιδράσεις αυτές παρατηρούνται κυρίως για ένα μικρό χρονικό διάστημα ύστερα από τη διάγνωση της νόσου.
- Θυμός. Ο θυμός αποτελεί μια συχνή αντίδραση των εφήβων, η οποία συνοδεύει πολλές φορές και την περίοδο διάγνωσης και συνειδητοποίησης από τον έφηβο ασθενή πως πρέπει να αλλάξει όλη τη ζωή του σύμφωνα με τις ανάγκες της νόσου. Ο θυμός αυτός απευθύνεται προς τον ίδιο τον έφηβο, προς την οικογένειά του, προς τους επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν τη φροντίδα της υγείας του, καθώς και προς τους φίλους τους.
- Κατάθλιψη. Σε πολλές περιπτώσεις, τα αρνητικά συναισθήματα και ο θυμός οδηγούν σε μια μακροπρόθεσμη θλίψη και σε ένα αίσθημα κατάθλιψης, η οποία απορρέει από τη συνειδητοποίηση από το διαβητικό έφηβο πως ο διαβήτης απαιτεί καθημερινό έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης και καθημερινή φροντίδα, καθώς και από το φόβο των συνοδών νοσημάτων του σακχαρώδη διαβήτη.

### 2.3 Διατροφικές διαταραχές

Η κατανάλωση της τροφής και γενικά οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν μια παράμετρο πολύ σημαντική και άμεσα συσχετιζόμενη με το σακχαρώδη διαβήτη. Οι έφηβοι που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές, συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους, εξαιτίας των ορμονικών μεταβολών, των θεμάτων που προκύπτουν κατά τη φροντίδα του διαβήτη σχετικά με την αυτονομία και τον έλεγχο, καθώς και της εστίασης στο φαγητό που προκαλείται εκ των πραγμάτων ώστε να ρυθμιστεί ο διαβήτης (Luyckx & Seiffge – Krenke, 2009, Eilander *et al*, 2015).

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, οι έφηβοι που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών, όπως είναι η ψυχογενής βουλιμία. Οι διατροφικές αυτές διαταραχές έχουν συσχετιστεί με κακή συμμόρφωση στη δίαιτα που

επιβάλλει η νόσος του διαβήτη, με οργανικά προβλήματα και με κακό γλυκαιμικό έλεγχο. Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, τα έφηβα κορίτσια μεταβάλλουν τη συχνότητα και την ποσότητα της χορηγούμενης ινσουλίνης με σκοπό να χάσουν βάρος ή να αποτρέψουν την αύξηση του τελευταίου (Κοντοάγγελος και συν, 2013). Οι διατροφικές διαταραχές βρίσκονται σε άμεση σύνδεση με την ψυχολογία των εφήβων ασθενών, ενώ έχειδειχθεί πως σχετίζονται ισχυρά με τη δυσαρέσκεια που αισθάνονται για την εικόνα τους, με το αυξημένο σωματικό βάρος, με το ιστορικό δίαιτας και με το ιστορικό κατάθλιψης στους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη (Raciccka & Brynska, 2015).

Η συνεχής κατανάλωση τροφής έχει βρεθεί να σχετίζεται ισχυρά με το γλυκαιμικό έλεγχο, ο οποίος παρά τις σημαντικές προόδους που έχουν σημειωθεί στην κλινική και φαρμακευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, πολλές φορές παραμένει ανέφικτος στόχος. Έτσι, τα άτομα που δεν καταφέρνουν να ρυθμίσουν επιτυχώς τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα τους, υποφέρουν συχνά από τη συνήθεια συνεχούς κατανάλωσης τροφής, ενώ πολύ υψηλή σημασία σε αυτή τη σχέση διαθέτει και ο παράγοντας των συναισθημάτων των εφήβων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, καθώς η διατροφή, η ψυχολογική κατάσταση και ο γλυκαιμικός έλεγχος αποτελούν καταστάσεις που αλληλεπιδρούν αναπόφευκτα μεταξύ τους (Eilander *et al*, 2015, Wheeler *et al*, 2016).

Η «διαβουλιμία» εμφανίζεται συχνά στους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Eilander *et al*, 2015). Συγκεκριμένα, το 33 έως 53% του συνόλου των διαβητικών εφήβων δηλώνει πως έχει υιοθετήσει μη υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές, ενώ, παράλληλα, σε περισσότερο του 30% των ασθενών εντοπίζεται περιορισμός της ινσουλίνης για λόγους υψηλού βάρους. Οι διατροφικές διαταραχές, εκτός από τη χαμηλή συμμόρφωση στο γλυκαιμικό έλεγχο, οδηγούν και σε πρόωμη εμφάνιση των επιπλοκών του διαβήτη, όπως είναι η νεφροπάθεια, ρετινοπάθεια, ακόμη και ο θάνατος (d' Emden *et al*, 2013, Young *et al*, 2013, Eilander *et al*, 2015).

Οι Shomaker *et al* (2017) μελέτησαν τις μεταβολές της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας των παιδιών και των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη που εμφάνιζαν παχυσαρκία ή απώλεια ελέγχου της κατανάλωσης φαγητού ύστερα από την εφαρμογή των προγραμμάτων FB - IPT (Family – based interpersonal psychotherapy) και FB - HE (Family – based Health Education). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το πρόγραμμα FB – IPT οδήγησε σε σημαντικά οφέλη όσον αφορά στις κοινωνικές αντιδράσεις και αλληλεπιδράσεις των διαβητικών εφήβων και στη συμπεριφορά τους απέναντι στο φαγητό. Επιπλέον, το πρόγραμμα αυτό προκάλεσε

υψηλότερη μείωση στην εμφάνιση περιστατικών κατάθλιψης και άγχους, συγκριτικά με το FB – HE. Η συγκεκριμένη έρευνα, λοιπόν, υποδεικνύει πως οι προσεγγίσεις που βασίζονται στην οικογένεια και απευθύνονται στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις συναισθηματικές συμπεριφορές των παιδιών με διαβήτη, ως βάσεις της υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού και της παχυσαρκίας, είναι ικανές να επιτύχουν σημαντικά αποτελέσματα και να μειώσουν σε μεγάλο βαθμό τα ψυχοκοινωνικά συμπτώματα των νέων ατόμων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Βέβαια, τα στοιχεία αυτά χρειάζονται περαιτέρω μελέτη έτσι ώστε να εφαρμοστούν ευρέως τέτοιου είδους προγράμματα (Shomaker *et al*, 2017).

## **2.4 Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά**

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά γίνεται φανερός πολλές φορές μέσω των συχνών επεισοδίων υπεργλυκαιμίας ή υπογλυκαιμίας και μέσω της εμφάνισης διαβητικής κετοξέωσης. Η συγκεκριμένη συμπεριφορά εμφανίζει ισχυρή συσχέτιση με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα που εμφανίζει ο ίδιος ο διαβητικός έφηβος ή τα μέλη της οικογένειάς του (Κοντοάγγελος *και συν*, 2013). Η σχέση μεταξύ των ψυχολογικών προβλημάτων και των μεταβολικών διαταραχών είναι αμφίδρομη και αμοιβαία, καθώς η κακή κατάσταση του μεταβολισμού επιδρά αρνητικά στη λειτουργία της οικογένειας και στην ψυχολογία των ασθενών, ενώ, αντίθετα, η άσχημη ψυχολογία των τελευταίων οδηγεί σε χαμηλό έλεγχο του μεταβολισμού (Eren *et al*, 2003).

## **2.5 Αυτοκτονικές Τάσεις στους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1**

Το έντονο ψυχολογικό στρες, η θλίψη, η πίεση, ο θυμός και η κατάθλιψη που συχνά βιώνουν οι έφηβοι που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 μπορούν να οδηγήσουν πολλές φορές σε αυτοκτονικές τάσεις ή ακόμη και στην ίδια την πράξη της αυτοκτονίας. Στο πλαίσιο αυτό, οι Radobuljac *et al* (2009) πραγματοποίησαν μια μελέτη προκειμένου να διερευνήσουν το ποσοστό επικράτησης των αυτοκτονικών συμπεριφορών και των συμπεριφορών αυτοκαταστροφής στους έφηβους ασθενείς με διαβήτη τύπου 1. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, η ομάδα ελέγχου είχε γενικά υψηλότερη επικράτηση όλων των συμπεριφορών αυτοκαταστροφής και αυτοκτονίας, ενώ, αντίθετα, η μικρότερη επικράτηση των συμπεριφορών αυτών σημειώθηκε για τους άνδρες που πάσχουν από διαβήτη. Όσον αφορά στο γυναικείο φύλο, οι έφηβες με διαβήτη είχαν την υψηλότερη

επικράτηση στις αυτοκτονίες, αλλά όχι στις συμπεριφορές αυτοκαταστροφής. Συνολικά, λοιπόν, η συγκεκριμένη έρευνα δείχνει ότι η ύπαρξη του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στους έφηβους αρσενικού φύλου προσδίδει μια «προστατευτική» δράση ως προς την τάση αυτοκτονίας, γεγονός που δεν ισχύει για το γυναικείο φύλο στα ίδια ηλικιακά επίπεδα. Ωστόσο, θα πρέπει να επισημανθεί πως ένας ενδεχόμενος λόγος για τον οποίο οι τάσεις αυτοκτονίας είναι σχετικά μειωμένες στους άνδρες με διαβήτη είναι πως οι περισσότεροι έφηβοι ασθενείς έχουν λάβει τον τελευταίο χρόνο συμβουλές από ειδικό ως προς τη διαχείριση της συναισθηματικής τους κατάστασης και της απελπισίας τους, με αποτέλεσμα το γεγονός αυτό να επηρεάζει τα τελικά αποτελέσματα. Βέβαια, η ενημέρωση αυτή και η παροχή συμβουλών δε φαίνεται να συμβάλλει με τον ίδιο τρόπο στην προστασία των εφήβων γυναικών από τις αυτοκτονικές τάσεις (Radobuljac *et al*, 2009).

Αντιθέτως, δεδομένου ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται στους ασθενείς που υποφέρουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, οι Pompili *et al* (2014) πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση προκειμένου να μελετήσουν τη σχέση μεταξύ αυτού του τύπου διαβήτη και της τάσης αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 παρουσιάζουν πράγματι αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονικές συμπεριφορές, παρόλο που δεν έχουν διευκρινιστεί ακόμη η ακριβής σχέση μεταξύ των δύο καταστάσεων και το επίπεδο του αυξημένου κινδύνου.

Συνδυάζοντας, λοιπόν, τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών, προκύπτει ότι ενώ ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 φαίνεται να σχετίζεται με κάποιον τρόπο με αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονικές συμπεριφορές, ειδικά στην ομάδα των εφήβων, οι συμπεριφορές αυτές τείνουν να είναι λιγότερο συχνές στο αρσενικό φύλο που πάσχει από διαβήτη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Αυτό πιθανό να οφείλεται στην αυξημένη συχνότητα αυτοκτονικών συμπεριφορών στους εφήβους γενικά, και συνεπώς, ο σακχαρώδης διαβήτης δεν αρκεί για να προκαλέσει ακόμη υψηλότερη τάση ειδικά σε αυτήν την ομάδα εφήβων.

## **2.6 Διαβήτης και κατάθλιψη**

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 στους έφηβους οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων (Whittemore *et al*, 2002, Hood *et al*, 2006). Παρόλο που η κατάθλιψη αποτελεί γενικά μια λιγότερο συχνή «συννοσηρότητα» του σακχαρώδη διαβήτη, στις περιπτώσεις των εφήβων που νοσούν από διαβήτη, η κατάθλιψη παρατηρείται σε πολύ

υψηλό ποσοστό (Hood *et al*, 2006). Αναλυτικότερα, ειδικά όσον αφορά στην κατάθλιψη, σχετικές μελέτες υποστηρίζουν πως περισσότερο από το 20% των εφήβων με διαβήτη τύπου 1 διαθέτουν υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ η αντίστοιχη συχνότητα στο γενικό πληθυσμό είναι 2 έως 3 φορές χαμηλότερη (Whittemore *et al*, 2002, Hood *et al*, 2006).

Η κατάθλιψη φαίνεται να εμφανίζεται συχνότερα στα έφηβα άτομα θηλυκού φύλου, ενώ τα συμπτώματά της ποικίλλουν και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τη δυσκολία συγκέντρωσης, τη μόνιμη θλίψη και τη μόνιμη αίσθηση κόπωσης κατά τη διάρκεια ολόκληρης της ημέρας. Αναλυτικότερα, τα σημαντικότερα σημάδια που υποδεικνύουν την ύπαρξη κατάθλιψης στους εφήβους με διαβήτη είναι τα ακόλουθα (National Institute of Mental Health, 2011, Owens – Gary & Allweiss, 2013):

- Η συνεχής ύπαρξη συναισθημάτων όπως το άγχος και η θλίψη, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό της ημέρας.
- Η συνεχής αίσθηση κόπωσης, κατά τη διάρκεια όλης της ημέρας.
- Η απουσία απόλαυσης από δραστηριότητες και χόμπι, τα οποία άλλοτε προσέφεραν υψηλή ευχαρίστηση στα ίδια άτομα.
- Η υπερβολικά μικρή ή μεγάλη διάρκεια ύπνου.
- Η συνεχής αίσθηση του ατόμου ότι είναι αβοήθητος, δεν έχει καμία αξία η ζωή του και δεν υπάρχει ελπίδα βελτίωσης της κατάστασής του και της ζωής του.
- Η ύπαρξη πονοκεφάλων, πόνων σε άλλα σημεία του σώματος, ή ακόμη και προβλημάτων πέψης, τα οποία δεν αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με τη χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.
- Η υψηλότερη ή χαμηλότερη κατανάλωση φαγητού από τα επίπεδα εκείνα που επικρατούσαν παλαιότερα, γεγονός τα οποία οδηγούν σε αύξηση ή σε απώλεια, αντίστοιχα, του βάρους του εφήβου.
- Η συνεχής ανησυχία από την πλευρά του εφήβου ασθενή.
- Η σκέψη του θανάτου, ή ακόμη και της αυτοκτονίας.

Όταν παρατηρούνται ορισμένα από τα παραπάνω συμπτώματα για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 2 εβδομάδων, συνήθως πρόκειται για κατάθλιψη του διαβητικού εφήβου, ο οποίος και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και κατάλληλης θεραπείας. Τα συμπτώματα αυτά είναι ικανά να επηρεάσουν σε πολύ σημαντικό βαθμό την καθημερινή ζωή των εφήβων ασθενών και να επιδράσουν αρνητικά στις καθημερινές συμπεριφορές αυτοδιαχείρισης της νόσου τους, όπως είναι ο τακτικός έλεγχος των επιπέδων γλυκόζης του αίματος και η άμεση

αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, όπως είναι η υπογλυκαιμία (Antal & Wysocki, 2008). Επιπλέον, η κατάθλιψη συχνά μειώνει την απόδοση των εφήβων στο σχολείο, επηρεάζει αρνητικά τις σχέσεις που δημιουργούν οι ασθενείς με τους συμμαθητές τους, ενώ, παράλληλα, αυξάνει τον κίνδυνο υιοθέτησης ρισκοκίνδυνων συμπεριφορών (Jaser, 2010, Owens – Gary & Allweiss, 2013).

Εκτός, όμως, από τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που ενδέχεται να δημιουργήσει η κατάθλιψη των εφήβων διαβητικών ασθενών, η κατάσταση αυτή μπορεί να προκαλέσει και αύξηση του κινδύνου εμφάνισης σοβαρών χρόνιων ή οξειών επιπλοκών που σχετίζονται με το σακχαρώδη διαβήτη, όπως είναι η διαβητική κετοξέωση και η αμφιβληστροειδοπάθεια (Jaser, 2010).

Οι Adal *et al* (2015) πραγματοποίησαν μια μελέτη προκειμένου να εντοπίσουν την κατάσταση του άγχους και της κατάθλιψης στους εφήβους με διαβήτη και την επίδραση αυτών των ψυχικών καταστάσεων στη διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη. Τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ήταν ιδιαίτερα υψηλά στους διαβητικούς εφήβους, ενώ, αντίθετα, στους καταθλιπτικούς εφήβους με διαβήτη, τα επίπεδα των μετρήσεων PSS – Fa (Perceived Social Support from family) και MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support), που δείχνουν την αντιλαμβανόμενη από τον διαβητικό έφηβο κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και από το κοινωνικό περίγυρο, αντίστοιχα, ήταν αρκετά χαμηλά. Επιπλέον, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του PSS – Fa και των STAI – I (State – Trait Anxiety Inventory I) και STAI – II (State – Trait Anxiety Inventory II) που καταγράφουν την κατάσταση και τα χαρακτηριστικά του άγχους των εφήβων. Συνολικά, λοιπόν, η συγκεκριμένη μελέτη προτείνει πως οι θεραπευτικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση της νόσου του σακχαρώδη διαβήτη οφείλουν να συμπεριλαμβάνουν και προγράμματα που στοχεύουν στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, ενώ, στο πλαίσιο αυτό, φαίνεται να είναι αρκετά αποτελεσματικά για την αξιολόγηση της κατάθλιψης τα εργαλεία PSS – Fa, STAI – I και STAI – II (Adal *et al*, 2015).

Τέλος, επισημαίνεται ότι παρά την αποδεδειγμένη πλέον ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων στους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη, λίγες είναι εκείνες οι μελέτες που διερευνούν τις κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις των δυσκολιών αυτών. Σύμφωνα με αυτές, λοιπόν, τα συμπτώματα της κατάθλιψης φαίνεται να συσχετίζονται με τις επιπλοκές του διαβήτη, με αυξημένο διάστημα νοσηλείας των εφήβων ασθενών, με χαμηλότερη ποιότητα ζωής και με αυξημένο κίνδυνο σοβαρής υπογλυκαιμίας (Rewers *et al*, 2002, Stewart *et al*, 2005,

Kristensen *et al*, 2014). Επιπροσθέτως, το υπερβολικό άγχος, τα προβλήματα συμπεριφοράς και τα συμπτώματα της κατάθλιψης που προκαλούνται από τη διάγνωση και την προσπάθεια διαχείρισης της νόσου του διαβήτη από τους εφήβους ασθενείς, μπορούν να συνδεθούν και με μικρότερο βαθμό συμμόρφωσης στις σωστές πρακτικές καθώς και χαμηλότερα επίπεδα μεταβολικού ελέγχου (Herzer & Hood, 2010, Helgeson *et al*, 2009, Armstrong *et al*, 2011, Kristensen *et al*, 2014).

## 2.7 Έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη και ποιότητα ζωής

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια απαιτητική και δύσκολη ασθένεια για όλους τους πάσχοντες, ωστόσο, ειδικά στους εφήβους, η συγκεκριμένη νόσος είναι ικανή να οδηγήσει και σε επιπρόσθετα πρακτικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία ενδέχεται να καταστήσουν τη διαχείριση της νόσου αδύνατη και να μειώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών (Sawyer *et al*, 2004, Owens *et al*, 2010, Owens – Gary & Allweiss, 2013).

Οι Kristensen *et al* (2014) διερεύνησαν τις ψυχολογικές επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά και στους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στη Δανία, καθώς και τη σχέση των δυσκολιών αυτών με τα συμπτώματα, το βαθμό συμμόρφωσης και την ποιότητα ζωής τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, οι έφηβοι με διαβήτη σημείωσαν γενικά υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, σε σύγκριση με τα παιδιά μικρότερης ηλικίας. Αντιθέτως, ο αριθμός των γονέων με υψηλά σκορ άγχους και ψυχολογικών δυσκολιών ήταν πολύ κοντά σε εκείνον των προτύπων της έρευνας. Τέλος, οι απαντήσεις τόσο των εφήβων με διαβήτη όσο και των γονέων τους σχετικά με τα ψυχολογικά προβλήματα που προκύπτουν από την ύπαρξη της χρόνιας αυτής νόσου συσχετίστηκαν σημαντικά με τα επίπεδα HbA1c, τη συμμόρφωση των εφήβων στις απαιτήσεις της νόσου και με την ποιότητα της ζωής τους (Kristensen *et al*, 2014).

Οι Stahl – Pehe *et al* (2014) διερεύνησαν τα ψυχολογικά προβλήματα υγείας και την ποιότητα ζωής στους εφήβους με διαβήτη τύπου 1, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η ποιότητα ζωής και τα προβλήματα ψυχικής υγείας των διαβητικών εφήβων, φαίνεται να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από εκείνα των υπόλοιπων εφήβων. Συγκεκριμένα, η ποιότητα ζωής των εφήβων με διαβήτη βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από εκείνη των υπόλοιπων εφήβων, και ως εκ τούτου, πρέπει να ενισχυθεί η



πρόληψη του διαβήτη των παιδιών και των εφήβων, έτσι ώστε να αποφεύγονται οι δυσάρεστες αυτές συνέπειες.

Έρευνα των Costa & Vieira (2015) σε 96 εφήβους ασθενείς με διαβήτη, σχετικά με την ποιότητα ζωής τους, επιχείρησε να αξιολογήσει τρεις βασικούς άξονες: την ικανοποίηση των εφήβων ασθενών, την επίδραση της νόσου στη ζωή τους και τις ανησυχίες που προκύπτουν συχνά από το διαβήτη. Συνολικά, η ποιότητα ζωής των εφήβων του δείγματος φάνηκε να είναι «καλή», ενώ οι επιμέρους άξονες συσχετίστηκαν σημαντικά με διάφορα χαρακτηριστικά. Αναλυτικότερα, ο τομέας της ικανοποίησης συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τη δημόσια βοήθεια υγείας και το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα. Ο άξονας των ανησυχιών που προκύπτουν από τη χρόνια νόσο του διαβήτη, καθώς και το συνολικό σκορ των 3 αξόνων, σχετίζονται σημαντικά με το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης των γονέων, ενώ, τέλος, η χειρότερη ποιότητα ζωής, μέσω των χαμηλότερων επιπέδων ικανοποίησης των εφήβων ασθενών, συνδέθηκε με τη χρονική διάρκεια από τη στιγμή της διάγνωσης, τη δημόσια παροχή βοήθειας υγείας, το γυναικείο φύλο, καθώς και την καθιστική ζωή (Costa & Vieira, 2015).

## **2.8 Έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις**

Τα ψυχοκοινωνικά θέματα που προκύπτουν στους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη και επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους απέναντι στην ασθένεια είναι επίσης πολυάριθμα και σημαντικά (Costa & Vieira, 2015). Η ανωριμότητα που χαρακτηρίζει τους εφήβους, οι μεταβολές των επιπέδων των ορμονών, η άρνηση αποδοχής της ασθένειας καθώς και οι δυσκολίες που συναντούν στην απόκτηση αυτονομίας σχετίζονται συχνά με προβλήματα στον έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης του αίματος (Costa & Vieira, 2015). Σε γενικά πλαίσια, οι έφηβοι φαίνεται να είναι πιο αντιδραστικοί στην αποδοχή της ασθένειάς τους συγκριτικά με τα νεότερα παιδιά, επειδή δε θέλουν να εξαρτώνται από τους γονείς και τους κηδεμόνες τους για την ίδια τους την υγεία και τη φροντίδα (Costa & Vieira, 2015). Στο πλαίσιο αυτό, η χρόνια κατάσταση του διαβήτη συχνά απαιτεί την αναζήτηση της ανεξαρτησίας από τους ασθενείς εφήβους ως προς την καθημερινή διαχείριση της ασθένειάς τους, καθώς δεν επιθυμούν να εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό σε άλλα πρόσωπα, όπως είναι οι γονείς τους, οι καθηγητές στο σχολείο και οι σχολικοί νοσηλευτές, οι οποίοι συνήθως αναλαμβάνουν τη φροντίδα των διαβητικών μαθητών στο χώρο του σχολείου (Owens – Gary & Allweiss, 2013). Έτσι, είναι γεγονός πως στις περιπτώσεις όπου η διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη

μετατρέπεται σε μια πολύ στρεσογόνα διαδικασία για τον ίδιο τον έφηβο, τα αρνητικά του συναισθήματα αυξάνονται υπερβολικά και ο ίδιος κινδυνεύει να οδηγηθεί σε κατάθλιψη (Jaser, 2010, Owens – Gary & Allweiss, 2013).

Εκτός, όμως, από όλα τα παραπάνω, οι έφηβοι με διαβήτη έχουν το επιπρόσθετο ψυχολογικό βάρος να αισθάνονται διαφορετικοί από τους συνομηλίκους τους και από τα αδέρφια τους. Μάλιστα, μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας, συχνό είναι και το αίσθημα των νοσούντων πως αποτελούν σημαντική επιβάρυνση για την οικογένειά τους. Με αυτόν τον τρόπο, η παρουσία προβλημάτων συμπεριφοράς, καθώς και σοβαρών διαταραχών των συναισθημάτων και της ψυχολογίας, είναι ιδιαίτερα συχνή στους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη (Κοντοάγγελος και συν, 2013).

Οι έφηβοι που πάσχουν και από σακχαρώδη διαβήτη και από κατάθλιψη ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα αντιμετωπίζουν συχνά και πολλά κοινωνικά και προσωπικά προβλήματα στο σχολείο (Owens – Gary & Allweiss, 2013). Συγκεκριμένα, όσον αφορά στην παρουσία τους στο τελευταίο και τη συμμετοχή τους στις σχολικές δραστηριότητες, οι έφηβοι αυτοί υφίστανται συχνά κοινωνική απομόνωση, παρουσιάζουν προβλήματα στην ανάπτυξη υγιών σχέσεων με τους συνομηλίκους τους, και αδυνατούν να παραμείνουν συγκεντρωμένοι στο σχολείο, γεγονός το οποίο αντανακλάται στην επίδοσή τους και στους μειωμένους πλέον βαθμούς τους (Forjrd et al, 2008). Οι συγκεκριμένες παράμετροι, εάν η κατάθλιψη δεν εντοπιστεί και αντιμετωπιστεί κατάλληλα, αναπόφευκτα θα επηρεάσουν τους ρυθμούς αποφοίτησης, τη σχολική επίδοση, και το μορφωτικό επίπεδο των εφήβων με διαβήτη (Humensky et al, 2012).

Επιπλέον, ο σακχαρώδης διαβήτης στους έφηβους και τα ψυχολογικά προβλήματα που συνεπάγεται πολύ συχνά σχετίζεται με την υιοθέτηση συμπεριφορών με ρίσκο, όπως είναι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, η συστηματική παραμέληση της λήψης της απαιτούμενης ινσουλίνης και η κατανάλωση ναρκωτικών (Suris et al, 2008, Jaser et al, 2011). Τόσο η κατανάλωση αλκοόλ όσο και το κάπνισμα δε σημειώνονται με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα στους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη, ωστόσο, έχουν ιδιαίτερη σημασία ακόμη και στο ίσο ποσοστό, διότι επιφέρουν πολύ σοβαρές επιπλοκές στους εφήβους που πάσχουν από διαβήτη (Owens – Gary & Allweiss, 2013). Συγκεκριμένα, το κάπνισμα σχετίζεται με δυσάρεστες παρενέργειες, όπως είναι η καρδιαγγειακή νόσος, η αναπνευστικής νόσος, ο καρκίνος, καθώς και πρόωμος θάνατος. Αντίθετα, η κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζει τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, στοιχείο εξαιρετικά σημαντικό και κρίσιμο στο σακχαρώδη

διαβήτη των εφήβων, προκαλεί υπεργλυκαιμία, υπογλυκαιμία, καθώς και άλλες επιπλοκές που σχετίζονται με το διαβήτη, ενώ, παράλληλα, οδηγεί και σε μεταβολές στην όρεξη και στην κρίση του εφήβου ασθενούς (Jaser *et al*, 2011, Owens – Gary & Allweiss, 2013).

Τέλος, όσον αφορά στην υπογλυκαιμία, η οποία αποτελεί μια πολύ συχνή παρενέργεια του σακχαρώδη διαβήτη, ειδικά στους εφήβους που πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο, η υπογλυκαιμία είναι δυνατόν να εκδηλωθεί μέσω μεταβολών στη συμπεριφορά των ατόμων. Συγκεκριμένα, έχουν σημειωθεί περιστατικά όπου έφηβοι με διαβήτη βίωσαν αλλαγή στον τρόπο αντίληψης και αίσθησης του σώματός τους και του εαυτού τους γενικότερα, μεταβολή στη διάθεσή τους, καθώς και στη συμπεριφορά τους προς τους άλλους, λόγω της υπογλυκαιμίας (Schober *et al*, 2011). Παράλληλα, οι Law *et al* (2014) έδειξαν πως τα συμπτώματα αυτά παραμένουν ίδια σε διαφορετικές χώρες και ηπείρους, ανεξαρτήτως των διαφορών στις κουλτούρες και στους πολιτισμούς που διαθέτουν εκείνες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Οικογένεια και χρόνιες ασθένειες

Η οικογένεια είναι μια ομάδα ατόμων που διαθέτουν κοινή ιστορία, κοινούς στόχους και συναισθηματικούς δεσμούς μεταξύ τους. Πρόκειται ουσιαστικά για τη μικρή κοινωνία μέσα στην οποία πραγματοποιείται η εκμάθηση, η επιλογή και η απόκτηση των βασικών συμπεριφορών και της φροντίδας της υγείας του ατόμου (Γκούβα, 2003). Η ίδια η προαγωγή της υγείας των ανθρώπων και των κοινωνιών τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την υγεία της οικογένειας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι όλες οι οικογένειες, μέσω της εύρυθμης λειτουργίας τους, επιτυγχάνουν ένα συγκεκριμένο επίπεδο υγείας που αντανακλάται συνολικά, ενώ, αντίστροφα, το επίπεδο υγείας που έχει επιτύχει η εκάστοτε οικογένεια επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό και το επίπεδο υγείας που επιτυγχάνεται από τα μεμονωμένα μέλη που την απαρτίζουν (Αλμπάνη και συν, 2014).

Όσον αφορά ειδικά στις ασθένειες, η ύπαρξη μιας νόσου σε ένα μέλος της οικογένειας επηρεάζει ποικιλοτρόπως και αναπόφευκτα τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και τα υπόλοιπα άτομα της οικογένειάς του. Η σημαντική σύνδεση μεταξύ των συναισθημάτων των μελών της οικογένειας και του σταδίου της νόσου έχει διαπιστωθεί από πολυάριθμες μελέτες, αφού η ξαφνική παρουσία μιας νόσου οδηγεί σε σοβαρή διαταραχή του επιπέδου υγείας του συνόλου μιας οικογένειας, καθώς και σε κατάργηση της υπάρχουσας ισορροπίας. Με αυτόν τον τρόπο, επηρεάζεται σημαντικά η λειτουργία ολόκληρης της οικογένειας (Γκούβα, 2003).

Ο βασικός λόγος για τον οποίο αρχικά διαταράσσεται η ισορροπία της οικογένειας είναι η αιφνίδια εμφάνιση της νόσου, η οποία δε δίνει την ευκαιρία ούτε στον ίδιο τον ασθενή ούτε στους συγγενείς του να προετοιμαστούν ψυχολογικά για μια τέτοια κατάσταση. Ειδικά, μάλιστα, όταν δεν έχει υποστεί κάποιος παρόμοιο περιστατικό στο παρελθόν, η έκπληξη και η πλήρης άγνοια για το τι πρέπει να πράξει αποτελούν τα κυρίαρχα αρχικά συναισθήματα των μελών της οικογένειας (Αλμπάνη και συν, 2014).

Δεδομένου, μάλιστα, ότι κάθε οικογένεια αποτελεί ένα δυναμικό κοινωνικό σύστημα, και ότι κάθε μεταβολή επιδρά αρνητικά στη σταθερότητά του, η ξαφνική εμφάνιση μιας ασθένειας οδηγεί αναπόφευκτα σε αλλαγή των σχέσεων των μελών της και του επιπέδου υγείας των τελευταίων.

### 3.2 Σακχαρώδης Διαβήτης εφήβων και Γονείς

Ο σακχαρώδης διαβήτης που εμφανίζεται στα παιδιά και στους εφήβους αποτελεί ένα χρόνια νόσημα που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τόσο τους ίδιους τους ασθενείς όσο και τις οικογένειές τους (Lowe & Lyne, 2000). Ο παιδιατρικός διαβήτης τύπου 1 συχνά χαρακτηρίζεται και ως «οικογενειακή ασθένεια», αφού επηρεάζει όλη την οικογένεια, αλλά δέχεται και σημαντικές επιρροές από τις οικογενειακές αλληλεπιδράσεις και την υποστήριξη των γονέων προς το παιδί που νοσεί (Williams *et al*, 2009). Έτσι, ένα εξαιρετικά σημαντικό ζήτημα που προκύπτει ύστερα από τη διάγνωση του διαβήτη σε παιδιά ή σε εφήβους αποτελεί η ψυχολογία και ο τρόπος αντιμετώπισης της συνολικής κατάστασης από τους γονείς τους (de Brito & Sadala, 2009).

Δεδομένων της ιδιαίτερης πνευματικής και βιολογικής σύνθεσης των εφήβων και της ιδιαίτερης σχέσης τους με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον τους, η περίοδος της εφηβείας και οι δυσκολίες της προσαρμογής των εφήβων στις αλλαγές που υφίστανται προκαλούν ιδιαίτερο άγχος στους γονείς. Όταν, μάλιστα, ένας έφηβος εμφανίζει μια χρόνια ασθένεια, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η κοινωνική του ζωή αλλάζει ριζικά, η ψυχολογία του επιδεινώνεται σε πολύ σοβαρό βαθμό, το άγχος αυξάνεται σημαντικά και ενδέχεται να εμφανιστούν και συμπτώματα κατάθλιψης (Akre & Suris, 2014). Όλες αυτές οι μεταβολές προκαλούν αναπόφευκτα πολύ άγχος και ανησυχία στην οικογένεια και στους γονείς των εφήβων αυτών, καθώς δε γνωρίζουν πώς να διαχειριστούν την κατάσταση και να βοηθήσουν αποτελεσματικά το παιδί τους (Adal *et al*, 2015).

Αρχικά, η αντιμετώπιση των γονέων απέναντι στη νόσο των παιδιών τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την ενημέρωση που θα λάβουν σε πρώτο στάδιο. Πληροφορίες αναζητούνται συστηματικά από τους ανθρώπους του στενού και του ευρύτερου περιβάλλοντός τους, αλλά και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ, παράλληλα, πολλές φορές οι γονείς αναζητούν άτομα που έχουν βιώσει παλαιότερα παρόμοια εμπειρία, προκειμένου να τους συμβουλευθούν με το σωστό τρόπο διαχείρισης της κατάστασης (Αλμπάνη και συν, 2014).

Ειδικά στην περίπτωση των εφήβων, οι γονείς του πάσχοντα αναγκάζονται να έρθουν αντιμέτωποι και με το πρόβλημα της ανάγκης ενεργής συμμετοχής τους στη φροντίδα του διαβήτη, παρά την ηλικία του ασθενούς, διότι ο γλυκαιμικός έλεγχος και η θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη πολλές φορές εμφανίζουν περισσότερες δυσκολίες στην εφηβική ηλικία,

συγκριτικά με την παιδική ηλικία. Έτσι, οι γονείς πρέπει να αγνοούν τις πιθανές έντονες αντιδράσεις των εφήβων και να συνεχίζουν να εμπλέκονται σε μεγάλο βαθμό στη διαχείριση της νόσου (Αλμπάνη και συν, 2014).

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, η αυξημένη συμμετοχή των γονέων στη διαχείριση του διαβήτη των εφήβων παιδιών τους και η αυξημένη συνεργασία μεταξύ των ίδιων και των νοσούντων εφήβων έχει συσχετιστεί θετικά με πολυάριθμες παραμέτρους του διαβήτη τύπου 1, όπως είναι ο γλυκαιμικός έλεγχος, η ποιότητα ζωής, η προσκόλληση, η αυτό – αποτελεσματικότητα και οι οικογενειακές διαμάχες (Αλμπάνη και συν, 2014). Σύμφωνα με τους Liakoroulou *et al* (2001), ο μεταβολικός έλεγχος του διαβήτη τύπου 1 στα παιδιά και στους εφήβους εμφανίζει ισχυρή συσχέτιση με την έντονη συναισθηματική εκδήλωση των μητέρων τους, όπως είναι η υπερβολική συναισθηματική συμμετοχή τους, η εχθρική συμπεριφορά και τα επικριτικά σχόλια.

Αντιθέτως, οι Sherifali *et al* (2009) έδειξαν ότι η συμπεριφορά και η ανάμιξη των γονέων στη διαχείριση του διαβήτη δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση με το γλυκαιμικό έλεγχο και τη διαχείριση της ασθένειας, ούτε με την ποιότητα ζωής των εφήβων παιδιών τους.

Η διαχείριση της διάγνωσης του σακχαρώδη διαβήτη των εφήβων από τους γονείς τους χαρακτηρίζεται συνολικά από 6 βασικές φάσεις (Αλμπάνη και συν, 2014):

- Η δυσπιστία. Σε αυτό το στάδιο, οι γονείς θέτουν ισχυρή αμφισβήτηση απέναντι στην πραγματική ύπαρξη της νόσου στα παιδιά τους.
- Η απουσία ενημέρωσης και η ενοχή. Κατά τη συγκεκριμένη φάση, οι γονείς ψάχνουν πληροφορίες και έγκυρη ενημέρωση για τα αίτια της νόσου του διαβήτη, ενώ, παράλληλα, νιώθουν ενοχή για την εμφάνιση της ασθένειας αυτής στο παιδί τους.
- Η εκμάθηση της διαχείρισης της νόσου και της φροντίδας του παιδιού. Σε αυτό το στάδιο, οι γονείς μαθαίνουν τις υποχρεώσεις τους απέναντι στο διαβητικό έφηβο, τις ενέργειες που πρέπει να εκτελούν καθημερινά και τον τρόπο αντιμετώπισης έκτακτων περιστατικών που συνδέονται με το σακχαρώδη διαβήτη.
- Η κανονικοποίηση. Κατά τη διάρκεια της φάσης της κανονικοποίησης, οι γονείς αισθάνονται έτοιμοι για την επιστροφή τους στο σπίτι και στην κανονική τους ζωή, μαζί με το διαβητικό τους παιδί και τις υποχρεώσεις που συνοδεύουν τη νέα κατάσταση.
- Η αβεβαιότητα. Κατά το στάδιο αυτό, οι γονείς καλούνται να προσαρμόσουν τις νέες απαιτήσεις της ασθένειας του διαβήτη στην καθημερινή τους ζωή.

- Η αναδιοργάνωση. Στην τελευταία αυτή φάση, επιτυγχάνεται η πλήρης προσαρμογή των γονέων στη διαχείριση της νόσου, στην αποδοχή της ύπαρξής της και στη φροντίδα του διαβητικού παιδιού τους.

Βέβαια, επισημαίνεται ότι όλες αυτές οι φάσεις συνοδεύονται από πολύ έντονα και μεταβαλλόμενα συναισθήματα, όπως είναι το άγχος, η λύπη, η άρνηση, ο θυμός, η αβεβαιότητα και η αίσθηση ελέγχου, ενώ, παράλληλα, κάθε διαφορετική φάση χαρακτηρίζεται από διαφορετική στρατηγική φροντίδας και αντιμετώπισης της νόσου και της προκύπτουσας από αυτήν κατάστασης (Αλμπάνη και συν, 2014). Είναι γεγονός πως κατά τη διάρκεια διάγνωσης του διαβήτη σε ένα παιδί, οι γονείς του έρχονται αντιμέτωποι με πολυάριθμες «απώλειες», όπως είναι η απώλεια ενός δεδομένου τρόπου ζωής, η απώλεια της υγείας του παιδιού τους, η απώλεια της αυτοπεποίθησης ότι μπορούν να παρέχουν προστασία στο παιδί τους, και η απώλεια της ελεύθερης ενέργειας και βούλησης (Lowes & Lyne, 2000).

Αναφορικά με την ψυχολογική κατάσταση των γονέων, εντοπίζονται δύο βασικές θεωρίες που αφορούν στη λύπη και το θρήνο για την ασθένεια του παιδιού τους. Η 1<sup>η</sup> θεωρία υποστηρίζει ότι η στενοχώρια έχει μια πορεία που οδηγεί την επίλυση του προβλήματος, ενώ, αντιθέτως, η 2<sup>η</sup> θεωρία υποστηρίζει τη συνεχή επανεμφάνιση της λύπης και του θρήνου, η οποία οδηγεί εν τέλει στη «χρόνια λύπη» (Lowes & Lyne, 2000, Αλμπάνη και συν, 2014).

Συνολικά, λοιπόν, οι περισσότερες μελέτες επισημαίνουν την ύπαρξη έντονων, σοβαρών συναισθημάτων θλίψης, λύπης, άγχους, απαισιοδοξίας και απόγνωσης κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, αλλά και πολλές φορές κατά τη μετέπειτα πορεία της νόσου. Ειδικότερα, οι συνεχείς επισκέψεις στο νοσοκομείο επαναφέρουν συχνά στη μνήμη των γονέων τις στιγμές της διάγνωσης και τα αρνητικά συναισθήματα που τους δημιουργήθηκαν εξαιτίας τους. Οι μητέρες φαίνεται γενικά να βιώνουν πιο έντονα τη θλίψη για την ασθένεια του παιδιού τους, συγκριτικά με τους πατέρες, ενώ, γενικά, οι γονείς εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, και παρατηρείται ακόμη και αύξηση των διαζυγίων μεταξύ τους λόγω της υπάρχουσας κατάστασης και του διαρκούς στρες που τους προκαλεί η ίδια (Mullins *et al*, 2004, Αλμπάνη και συν, 2014).

Εκτός από την κατανόηση της νόσου από τους γονείς και την αποδοχή της ύπαρξης του προβλήματος στο ίδιο τους το παιδί, οι γονείς των διαβητικών παιδιών και εφήβων επωμίζονται και το βάρος φροντίδας και διαχείρισης της νόσου, καθώς και ψυχολογικής στήριξης του ίδιου του παιδιού που νοσεί. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στην Ισπανία, σε γονείς διαβητικών εφήβων, οι τελευταίοι υποστηρίζουν πως οφείλουν να δεχτούν και να

αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις προκλήσεις και τις δυσκολίες που προκύπτουν από τη νόσο του διαβήτη, καθώς και να παρέχουν κίνητρα στα παιδιά τους να συνεχίσουν όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικά τη ζωή τους. Με αυτόν τον τρόπο, επιχειρούν την αύξηση της ασφάλειας των διαβητικών παιδιών τους και την αύξηση της ποιότητας ζωής τους (de Brito & Sadala, 2009).

Τέλος, ένα σημαντικό ζήτημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά οι γονείς των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη είναι η σταδιακή «παράδοση» της διαχείρισης της νόσου στα ίδια τους τα παιδιά. Δεδομένου ότι οι έφηβοι αποτελούν μια ιδιαίτερα δύσκολη περίπτωση για όλους τους γονείς, οι έφηβοι που πάσχουν από μια χρόνια ασθένεια, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, είναι μια εξαιρετικά απαιτητική και αγχωτική κατάσταση, η οποία πρέπει να διαχειριστεί με πολύ προσοχή ώστε να μη δημιουργηθούν σοβαρά προβλήματα (Moore *et al*, 2013). Στο πλαίσιο αυτό, οι γονείς ενός διαβητικού εφήβου έχουν μόνιμα το άγχος ότι το παιδί τους θα παραμελήσει την καθημερινή αυτοδιαχείριση της νόσου του προκειμένου να κάνει ό,τι κάνουν οι άλλοι έφηβοι, όπως είναι να παραμένουν έως αργά έξω, να θέλουν να χάσουν βάρος έτσι ώστε να βελτιωθεί η εξωτερική τους εμφάνιση, να καταναλώνουν υψηλές ποσότητες αλκοόλ, να θέλουν να φαίνονται «cool» στους συνομηλίκους τους, καθώς και να διαγωνίζονται με τους τελευταίους στον αθλητικό τομέα (Moore *et al*, 2013). Όλες αυτές οι συνηθισμένες για τους εφήβους χωρίς διαβήτη πρακτικές αποτελούν μεγάλη απειλή για τον τρόπο ζωής, τη σωστή διατροφή και την αυτό-διαχείριση της γλυκόζης και της ινσουλίνης από τους διαβητικούς εφήβους, και όπως είναι αναμενόμενο, προκαλεί υψηλό άγχος και αβεβαιότητα στους γονείς των παιδιών αυτών. Τα συναισθήματα, μάλιστα, αυτά, εμφανίζονται στην οικογένεια πολύ νωρίς ύστερα από τη διάγνωση του διαβήτη τύπου 1 στον έφηβο, ενώ οι ίδιοι οι γονείς αμφισβητούν πλέον την ικανότητά τους να ανταποκριθούν επαρκώς στο ρόλο τους ως γονείς (Streisand *et al*, 2008, Dashiff *et al*, 2011).

Στην προσπάθεια, λοιπόν, «μεταφοράς» των καθηκόντων διαχείρισης της νόσου του διαβήτη στους ίδιους τους εφήβους, οι γονείς συνήθως μελετούν πολύ προσεκτικά και εκ των προτέρων τις κινήσεις τους, έτσι ώστε να έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα αυτά. Στο πλαίσιο αυτό, οι ίδιοι προτιμούν μεθόδους όπως η παροχή μεγαλύτερου βαθμού ελευθερίας στους διαβητικούς εφήβους, η παροχή τακτικών αλλά όχι ενοχλητικών υπενθυμίσεων, καθώς και η χρήση της στρατηγικής ανταμοιβής των θετικών συμπεριφορών (Moore *et al*, 2013). Παράλληλα, επιδιώκουν την αποφυγή αρνητικών συμπεριφορών, όπως οι συναισθηματισμοί, ο συνεχής έλεγχος, η επικριτική στάση, τα τακτικά παράπονα και οι επιπλήξεις, διότι γνωρίζουν πως οι συγκεκριμένες μέθοδοι μπορούν να φέρουν μόνο αρνητικά αποτελέσματα.



Βέβαια, υπάρχουν ορισμένοι γονείς, οι οποίοι παρά την προσπάθειά τους, δεν καταφέρνουν να αποφεύγουν συχνά τις συμπεριφορές αυτές λόγω του υψηλού βαθμού άγχους και ανησυχίας τους για την τήρηση των σωστών καθημερινών πρακτικών διαχείρισης του διαβήτη. Η αρνητική συσχέτιση της μη τήρησης των κανόνων αυτοδιαχείρισης με την υπερβολική αντίδραση και τον υπερβολικό έλεγχο των γονέων έχειδειχθεί και από τη σχετική έρευνα των Wilson *et al* (2009).

Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι η συναισθηματική υποστήριξη και η αποδοχή και ανταπόκριση των γονέων στις ανάγκες, σωματικές και ψυχικές, των εφήβων με διαβήτη σχετίζονται με αυξημένη ποιότητα ζωής των παιδιών και των εφήβων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Botello – Harbaum *et al*, 2008). Σε συνέχεια της συγκεκριμένης παρατήρησης, έχειδειχθεί ότι οι περιορισμένοι συναισθηματικοί και οικονομικοί πόροι της οικογένειας σχετίζονται με μειωμένο μεταβολικό έλεγχο από τους εφήβους με διαβήτη τύπου 1 (Drew *et al*, 2011). Συγκεκριμένα, η προσπάθεια διαχείρισης της νόσου ήταν λιγότερο επιτυχημένη από τους εφήβους που δέχονταν λιγότερη αποδοχή, ζεστασιά και αγάπη από τους γονείς τους, ενώ, παράλληλα, τα συμπτώματα κατάθλιψης των γονέων αυξάνονταν στις περιπτώσεις χαμηλού οικογενειακού εισοδήματος, όπου υπήρχε ένα επιπρόσθετο ψυχικό βάρος (Drew *et al*, 2011, Moore *et al*, 2013).

Ωστόσο, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η πλήρης συμπαράσταση, αποδοχή και υποστήριξη από τους γονείς προς τους διαβητικούς εφήβους δεν είναι μια εύκολη υπόθεση, αφού οι ίδιοι οι γονείς αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία πρέπει να αντιμετωπίσουν και να βοηθήσουν και τα παιδιά τους. Έτσι, πολλές μελέτες επισημαίνουν τις κοινωνικές δυσκολίες που συνεπάγεται η ύπαρξη του διαβήτη, ιδίως στις χώρες όπου η νόσος αυτή οδηγεί σε στιγματοποίηση του παιδιού και της οικογένειας, καθώς και τα υψηλά ποσοστά ψυχολογικών προβλημάτων, όπως είναι οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι τάσεις προς την 4εψυχολογική δυσλειτουργία, που εντοπίζονται στους γονείς των εφήβων και των παιδιών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη (Moore *et al*, 2013).

Συνολικά, λοιπόν, γίνεται σαφές πως η διαχείριση της νόσου του διαβήτη και η ψυχολογική αντιμετώπιση των σημαντικών αλλαγών που υφίσταται η ζωή ενός παιδιού ή ενός εφήβου όταν νοσεί από τη συγκεκριμένη ασθένεια είναι διαδικασίες επίπονες και εξαιρετικά απαιτητικές για τους γονείς του πάσχοντα. Για το λόγο αυτό, πάντοτε διακρίνεται η ανάγκη παροχής επαγγελματικής βοήθειας και ενίσχυσης, καθώς και συζήτησης, τόσο προς τα διαβητικά παιδιά όσο και προς τα μέλη των οικογενειών τους (de Brito & Sadala, 2009).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Β΄**

### **1. ΣΚΟΠΟΣ**

Δεδομένης της ολοένα και μεγαλύτερης αύξησης της συχνότητας εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και αύξηση του ποσοστού των παιδιών και των εφήβων που νοσούν στη σημερινή εποχή από τη συγκεκριμένη ασθένεια, ένα ιδιαίτερο ζήτημα που προκύπτει είναι οι επιπτώσεις της παρουσίας μιας τέτοιας σοβαρής και χρόνιας νόσου σε άτομα μικρής ηλικίας. Για το λόγο αυτό, λοιπόν, η παρούσα εργασία αποσκοπεί στη διερεύνηση των ψυχολογικών και κοινωνικών επιδράσεων του σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά και στους εφήβους που νοσούν από αυτόν. Στο πλαίσιο αυτό, επιχειρείται ο προσδιορισμός των ιδιαίτερων συναισθημάτων που δημιουργούνται στην κατηγορία αυτή των εφήβων, των προβλημάτων που καλούνται καθημερινά να αντιμετωπίσουν, των συμπεριφορών που αναπτύσσουν, καθώς και των σχέσεων που καταφέρνουν να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν.

## **2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **2.1 Δείγμα**

Το δείγμα που συγκεντρώθηκε και αξιοποιήθηκε από τη συγκεκριμένη διπλωματική εργασία αποτελείται από εφήβους, ηλικίας 11 έως και 18 ετών, που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και διαμένουν στο Νομό Σερρών. Η επιλογή πραγματοποιήθηκε βασιζόμενη στα μέλη του συλλόγου διαβητικών του Νομού Σερρών, ενώ το συνολικό δείγμα αποτελείται από άτομα τόσο θηλυκού όσο και αρσενικού φύλου, και ανέρχεται στα 70 άτομα.

### **2.2 Εργαλείο Μέτρησης**

Με στόχο τη διερεύνηση των απόψεων, των συναισθημάτων, των συμπεριφορών και των συνηθειών των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη, ως βασικό εργαλείο της παρούσας μελέτης επιλέχθηκε και αξιοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α). Το ερωτηματολόγιο της συγκεκριμένης εργασίας πραγματοποιήθηκε βασιζόμενο στις φόρμες της ASEBA (The Achenbach System of Empirically Based Assessment) “Youth Self – report for ages 11 – 18” και “Semistructured clinical interview for children and adolescents ages 6 – 12”.

Αναφορικά με τη δομή του ερωτηματολογίου, εκείνο αποτελείται από 2 βασικά τμήματα: τα δημογραφικά στοιχεία και τις ερωτήσεις που αφορούν στη συμπεριφορά και τα συναισθήματα των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ένα ερωτηματολόγιο συνιστάται να αποτελείται σε μεγάλο μέρος του από ερωτήσεις κλειστού τύπου, έτσι ώστε να είναι πιο εύκολη και άμεση η κατηγοριοποίηση των απαντήσεων, και η εξαγωγή των σχετικών συμπερασμάτων (Geuens & De Pelsmacker, 2017). Στο πλαίσιο αυτό, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτήσεων είναι κλειστού τύπου, και συγκεκριμένα, πολλαπλής επιλογής, ενώ λίγες μόνο ερωτήσεις είναι ανοιχτού τύπου, και κατηγοριοποιήθηκε ακολούθως κατά την ανάλυση των δεδομένων.

Αναλυτικότερα, το 1<sup>ο</sup> μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 4 βασικές ερωτήσεις που αφορούν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων: το φύλο, την ηλικία, τη μόρφωση που έχουν λάβει οι γονείς τους, καθώς και την περιοχή όπου διαβιώνουν οι ίδιοι οι ερωτώμενοι και οι οικογένειές τους. Όλες αυτές οι ερωτήσεις ήταν πολλαπλής επιλογής,

προκειμένου να επιλέξει ο κάθε έφηβος την απάντηση που ταιριάζει καλύτερα στη δική του πραγματικότητα.

Στο 2<sup>ο</sup> μέρος του ερωτηματολογίου, παρουσιάζονται 26 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, όπου ο κάθε συμμετέχων έχει τη δυνατότητα να επιλέξει μία ή και περισσότερες απαντήσεις, καθώς και 5 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, οι οποίες δρουν συμπληρωματικά ως προς 5 αντίστοιχες ερωτήσεις από εκείνες του κλειστού τύπου, και στοχεύουν στην παροχή στους εφήβους που συμμετέχουν της δυνατότητας να εκφράσουν ελεύθερα τα δικά τους προβλήματα ή συναισθήματα, και να μην περιορίζονται στις απαντήσεις που θέτει το ερωτηματολόγιο.

### **2.3 Διαδικασία Συλλογής των Δεδομένων**

Η διανομή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιήθηκε με προσωπική επαφή της ερευνήτριας με τα μέλη του συλλόγου των διαβητικών του Νομού Σερρών, κατά τη διάρκεια του χρονικού διαστήματος «Μάιος – Ιούνιος 2017». Σε πολλές περιπτώσεις, η ανταπόκριση στα ερευνητικά ερωτηματολόγια παρουσιάζεται να είναι αρκετά μικρή (Kelley *et al*, 2003), ωστόσο, στην παρούσα μελέτη, υπήρξε πλήρης (100%) ανταπόκριση. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι προσεγγίστηκαν άτομα νεαρής ηλικίας, τα οποία συμμετέχουν ενεργά στο σύλλογο διαβητικών ατόμων.

### **2.4 Στατιστική Ανάλυση των Δεδομένων**

Ύστερα από την ολοκλήρωση της διανομής των ερωτηματολογίων στους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη που δέχθηκαν να συμμετέχουν την παρούσα έρευνα, καθώς και τη συγκέντρωση των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, τα δεδομένα μεταφέρθηκαν και αναλύθηκαν με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS v20. Αναλυτικότερα, οι απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες, συγκεντρώθηκαν ανά ερώτηση και δέχθηκαν την κατάλληλη επεξεργασία ώστε να υπολογιστούν οι σχετικές συχνότητες, οι απόλυτες συχνότητες, και οι αθροιστικές συχνότητες. Η κατανόηση των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων διευκολύνεται μέσω της παρουσίασης των αντίστοιχων διαγραμμάτων και πινάκων. Τέλος, πραγματοποιήθηκε ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ των απαντήσεων, για την οποία χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Chi-Square. Ειδικότερα, στο στατιστικό πρόγραμμα

SPSS αναλύθηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των τεσσάρων δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο γονέων και τόπος διαβίωσης) και παρουσιάζονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε επίπεδο εμπιστοσύνης 90% ή 95%.

### 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

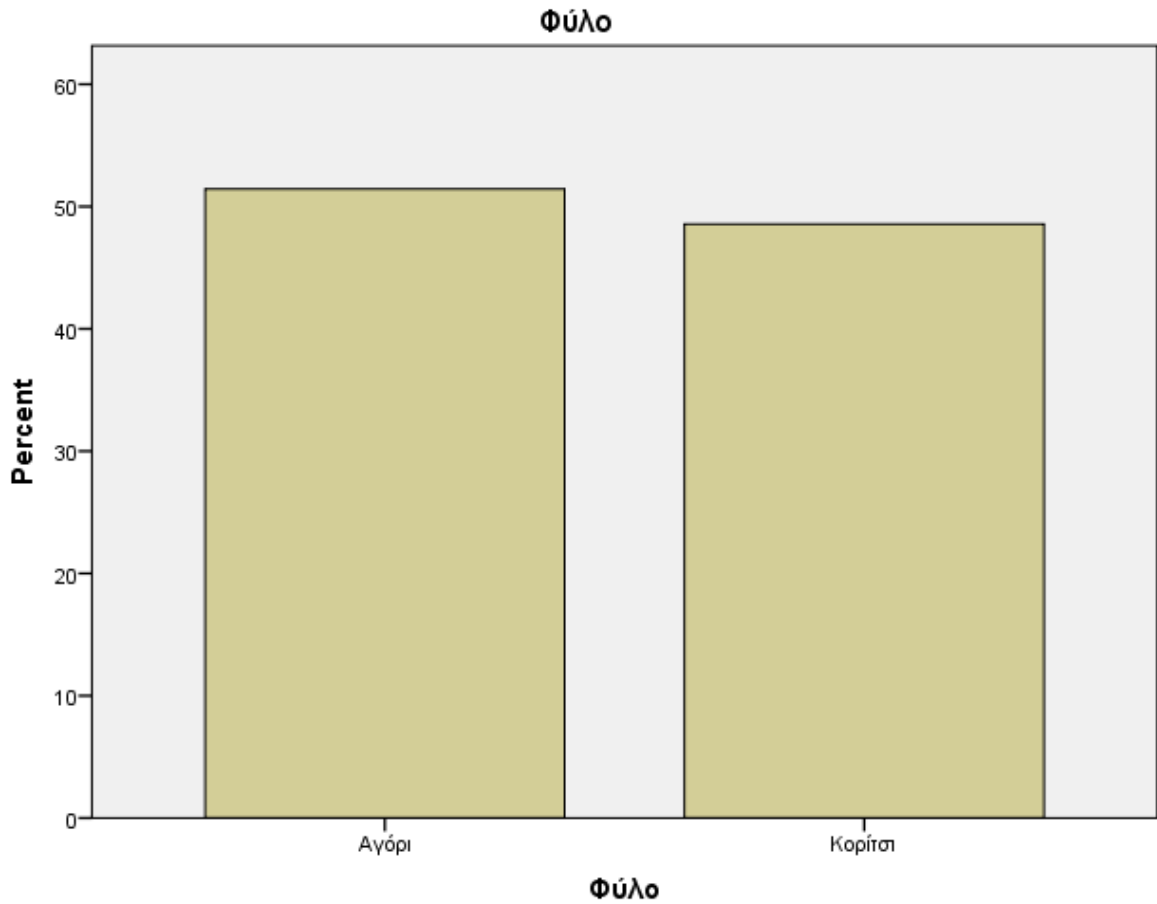
Όπως προαναφέρθηκε, το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας αποτελείται από 2 μέρη: τα δημογραφικά στοιχεία και τις ερωτήσεις που αφορούν στα συναισθήματα και στις συμπεριφορές που διαμορφώνουν οι έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη.

Έτσι, λοιπόν, η 1<sup>η</sup> ερώτηση του 1<sup>ου</sup> τμήματος του ερωτηματολογίου αφορά στο φύλο του ερωτώμενου.

Πίνακας 3. 1 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το Φύλο.

		Φύλο			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αγόρι	36	51,4	51,4	51,4
	Κορίτσι	34	48,6	48,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τα άτομα του συλλόγου των διαβητικών που επέλεξαν να συμμετέχουν στη συγκεκριμένη έρευνα, το δείγμα είναι περίπου μοιρασμένο εξίσου μεταξύ των δύο φύλων, αφού το αρσενικό φύλο συγκέντρωσε το 51,4% του συνόλου, ενώ το 48,6% αντιστοιχούσε στο θηλυκό φύλο.



Γράφημα 3. 1 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το φύλο.

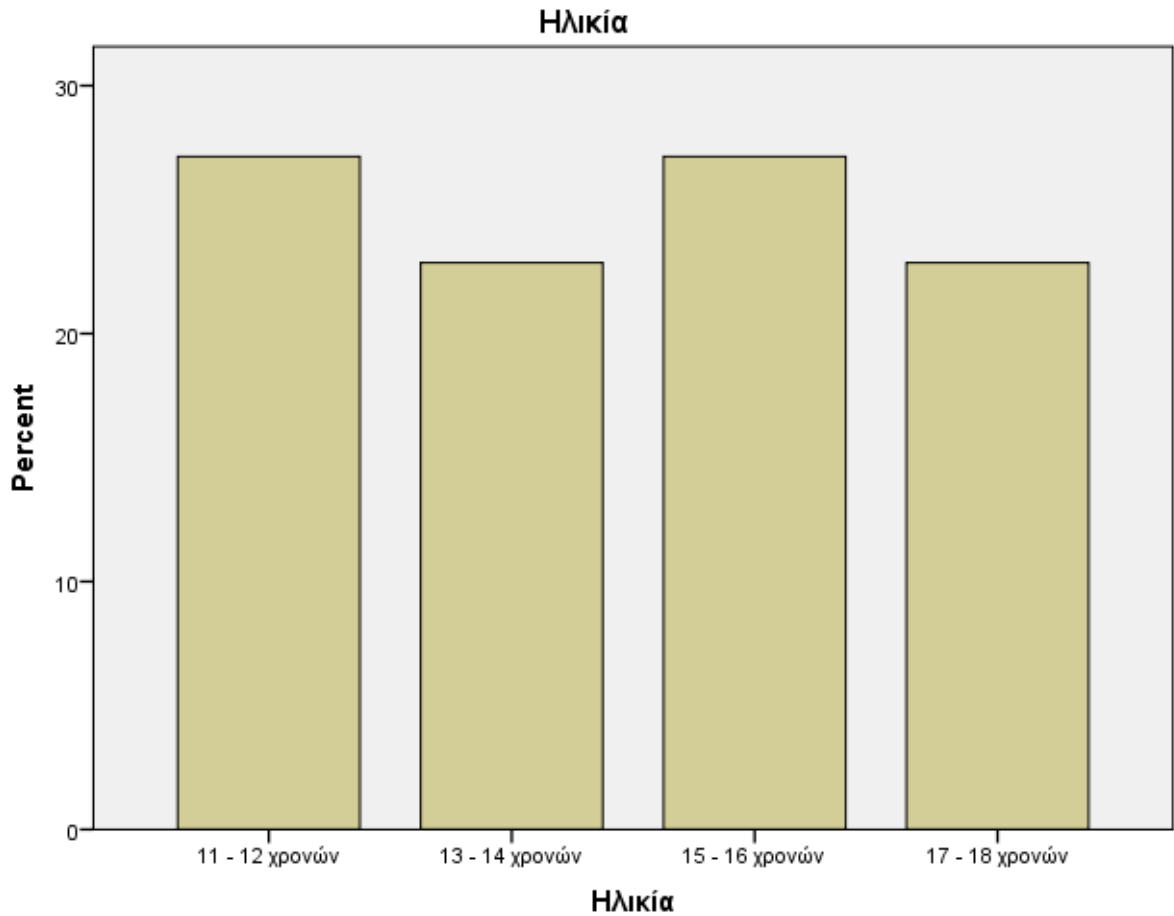
Η επόμενη ερώτηση αναφερόταν στην ηλικία των εφήβων του δείγματος. Όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, οι έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη που επιλέχθηκαν για την παρούσα μελέτη είχαν ηλικία από 11 έως και 18 ετών, και συνεπώς, οι απαντητικές επιλογές στη συγκεκριμένη ερώτηση διακρίθηκαν σε 4 επιμέρους ομάδες, καθεμία από τις οποίες περιλάμβανε 2 έτη (11 – 12 ετών, 13 – 14 ετών, 15 – 16 ετών, 17 – 18 ετών).

Πίνακας 3. 2 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για την Ηλικία.

<b>Ηλικία</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	11 - 12 χρονών	19	27,1	27,1
	13 - 14 χρονών	16	22,9	50,0
Valid	15 - 16 χρονών	19	27,1	77,1
	17 - 18 χρονών	16	22,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0

Ιδιαίτερα εντυπωσιακό είναι το γεγονός πως το δείγμα είναι σχεδόν ίσα κατανομημένο στις 4 διαφορετικές ηλικιακές κλάσεις, αφού οι απαντητικές επιλογές «11 – 12 ετών» και «15 – 16 ετών» συγκέντρωσαν 27,1% ποσοστό έκαστη, και οι απαντήσεις « 13 – 14 ετών» και «17 – 18 ετών» σημείωσαν ποσοστό ίσο με 27,1% η καθεμία. Έτσι, γίνεται αντιληπτό πως το συγκεκριμένο δείγμα έχει σχεδόν ίση κατανομή τόσο στο φύλο όσο και στην ηλικία.





Γράφημα 3. 2 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για την ηλικία.

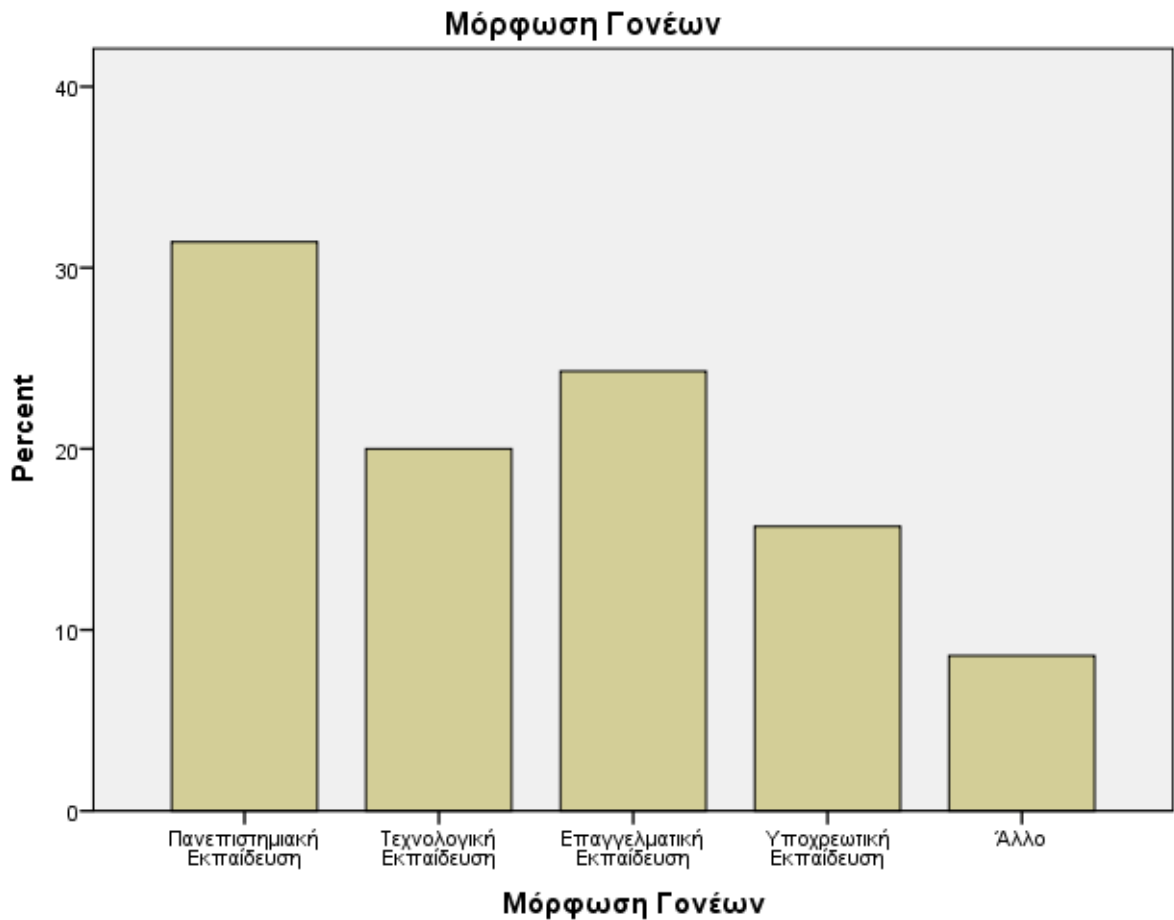
Η επόμενη ερώτηση των δημογραφικών στοιχείων αφορούσε στη μόρφωση που είχαν λάβει παλαιότερα οι γονείς των ερωτηθέντων. Μεταξύ των επιλογών βρίσκονταν η «Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση», η «Τεχνολογική Εκπαίδευση», η «Επαγγελματική Εκπαίδευση» και η «Υποχρεωτική Εκπαίδευση», ενώ η επιλογή «Άλλο» προσέφερε τη δυνατότητα συγκέντρωσης όλων των άλλων πιθανών επιλογών στην ίδια.

Πίνακας 3. 3 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τη μόρφωση των γονέων των συμμετεχόντων.

**Μόρφωση Γονέων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	22	31,4	31,4	31,4
Τεχνολογική Εκπαίδευση	14	20,0	20,0	51,4
Επαγγελματική Εκπαίδευση	17	24,3	24,3	75,7
Υποχρεωτική Εκπαίδευση	11	15,7	15,7	91,4
Άλλο	6	8,6	8,6	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη που ήταν εγγεγραμμένοι στο σύλλογο Διαβητικών του Νομού Σερρών και δέχθηκαν να συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα είχαν γονείς οι οποίοι είχαν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση, ενώ η δεύτερη δημοφιλέστερη απάντηση ήταν η επαγγελματική εκπαίδευση, με ποσοστό 24,3%. Η τεχνολογική εκπαίδευση φάνηκε να είναι επίσης δημοφιλής, αφού συγκέντρωσε το 20%, δηλαδή το 1/5 του συνόλου των απαντήσεων, ενώ η 4<sup>η</sup> σε σειρά επιλογή ήταν η υποχρεωτική εκπαίδευση. Τέλος, μόλις το 8,6% του δείγματος επέλεξε την απάντηση «Άλλο», διότι δεν υπήρχε άλλη απαντητική επιλογή που να περιέγραφε με ακρίβεια τη μόρφωση που είχαν λάβει οι γονείς των συγκεκριμένων εφήβων.



Γράφημα 3. 3 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για τη μόρφωση των γονέων των συμμετεχόντων.

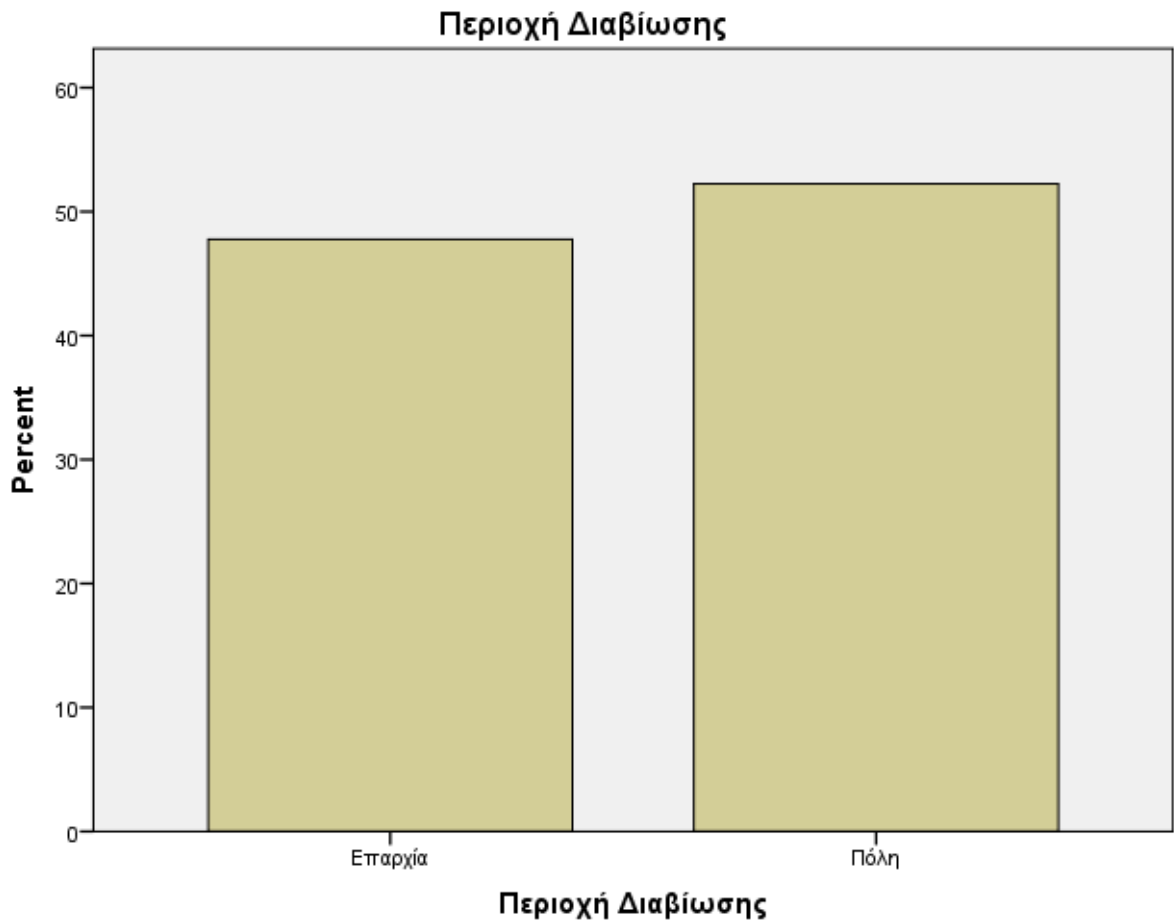
Η επόμενη και τελευταία ερώτηση του 1<sup>ου</sup> μέρους του ερωτηματολογίου αφορά στην περιοχή όπου διαβιώνουν οι διαβητικοί έφηβοι του δείγματος και οι οικογένειές τους. Η συγκεκριμένη ερώτηση δεν αποσκοπεί στην καταγραφή της ακριβούς περιοχής διαμονής των ερωτηθέντων, αλλά στη διάκριση μεταξύ των ατόμων που διαμένουν σε αστική περιοχή και εκείνων που κατοικούν στην επαρχία.

Πίνακας 3. 4 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για την περιοχή Διαβίωσης.

Περιοχή Διαβίωσης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Επαρχία	32	45,7	47,8	47,8
Valid Πόλη	35	50,0	52,2	100,0
Total	67	95,7	100,0	
Missing 999	3	4,3		
Total	70	100,0		

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν, το 52,2% του δείγματος κατοικεί σε αστική περιοχή, ενώ το 47,8% διαμένει σε επαρχιακό περιβάλλον. Με αυτόν τον τρόπο, γίνεται φανερό πως το δείγμα είναι σχεδόν ίσα κατανομημένο και ως προς το χαρακτηριστικό της περιοχής διαβίωσης των συμμετεχόντων. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί πως στην παρούσα ερώτηση, υπήρχαν 3 άτομα που δεν έδωσαν καμία απάντηση σχετικά με την περιοχή διαμονής τους.



Γράφημα 3. 4 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για την περιοχή διαβίωσης των συμμετεχόντων.

Στη συνέχεια, ξεκινά το δεύτερο και βασικό μέρος του ερωτηματολογίου, όπου επιδιώκεται η καταγραφή των συναισθημάτων, των συμπεριφορών και των σκέψεων των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη, προκειμένου να εντοπιστούν οι κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που υφίστανται οι ίδιοι στο σύνολό τους λόγω της κοινής νόσου από την οποία πάσχουν.

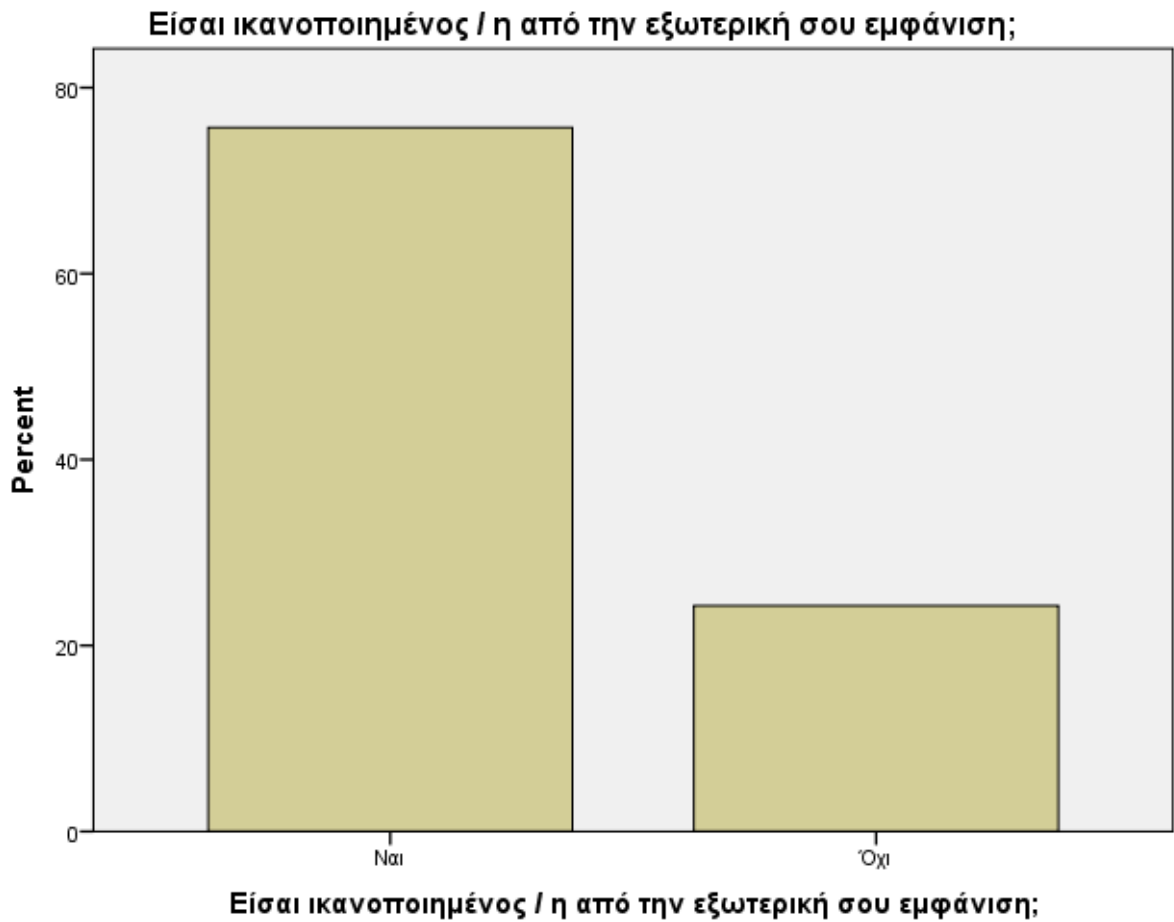
Η 1<sup>η</sup> ερώτηση του δεύτερου τμήματος του ερωτηματολογίου αποσκοπεί στη διερεύνηση της προσωπικής άποψης των συμμετεχόντων αναφορικά με την εξωτερική εμφάνιση που διαθέτουν.

Πίνακας 3. 5 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εξωτερική τους εμφάνιση.

**Είσαι ικανοποιημένος / η από την εξωτερική σου εμφάνιση;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nαι	53	75,7	75,7	75,7
Valid Όχι	17	24,3	24,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος, με ποσοστό ίσο με 75,7%, δήλωσε πως είναι ικανοποιημένοι με την εξωτερική τους εμφάνιση, ενώ το 24,3%, ποσοστό αρκετά σημαντικό, αφού ισοδυναμεί με το ¼ του δείγματος, δεν αισθάνεται ικανοποίηση από την εμφάνισή του.



Γράφημα 3. 5 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εξωτερική τους εμφάνιση.

Η επόμενη ερώτηση εμβαθύνει ακόμη περισσότερο, διερευνώντας εάν ο ερωτώμενος έφηβος διαθέτει κάποιο αίσθημα ντροπής για ένα ή περισσότερα φυσικά του χαρακτηριστικά.

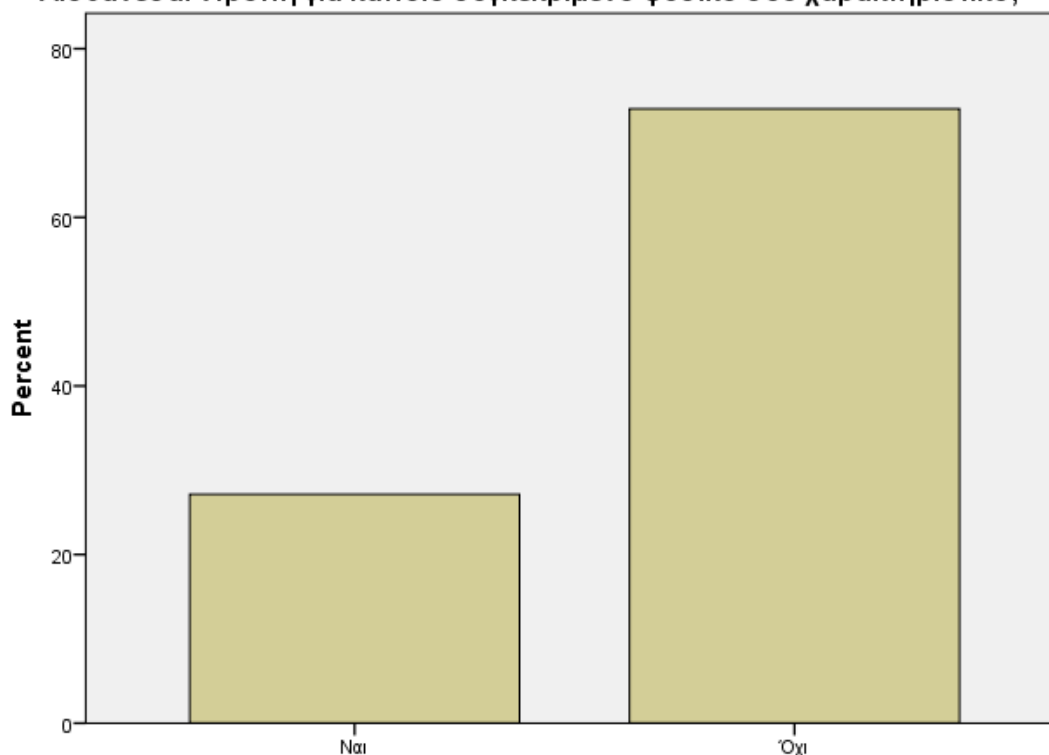
Πίνακας 3. 6 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι έφηβοι με διαβήτη αισθάνονται ντροπή για κάποιο χαρακτηριστικό τους.

**Αισθάνεσαι ντροπή για κάποιο συγκεκριμένο φυσικό σου χαρακτηριστικό;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	19	27,1	27,1
	Όχι	51	72,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Το 72,9% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ το 27,1% δήλωσε πως πράγματι αισθάνεται ντροπή για κάποιο συγκεκριμένο φυσικό του χαρακτηριστικό. Τα ποσοστά αυτά αντιστοιχούν με εκείνα της προηγούμενης ερώτησης, και συνεπώς, γίνεται φανερό πως τα άτομα που δεν είναι ικανοποιημένα από την εξωτερική τους εμφάνιση, αισθάνονται επιπρόσθετα και ντροπή για ορισμένα χαρακτηριστικά τους.

**Αισθάνεσαι ντροπή για κάποιο συγκεκριμένο φυσικό σου χαρακτηριστικό;**



**Αισθάνεσαι ντροπή για κάποιο συγκεκριμένο φυσικό σου χαρακτηριστικό;**

Γράφημα 3. 6 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν αισθάνονται ντροπή οι διαβητικοί έφηβοι του δείγματος για κάποιο χαρακτηριστικό τους.



Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα διερωτήθηκαν εάν έχουν αντιμετωπίσει ποτέ στο παρελθόν κάποια διατροφική διαταραχή, όπως είναι η βουλιμία, η νευρική ανορεξία ή η νοσηρή παχυσαρκία.

Πίνακας 3. 7 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κάποια διατροφική διαταραχή.

**Έχεις αντιμετωπίσει ποτέ κάποια διατροφική διαταραχή (π.χ. νευρική ανορεξία, βουλιμία, νοσηρή παχυσαρκία);**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	15	21,4	21,4
	Όχι	55	78,6	100,0
Total		70	100,0	

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία των εφήβων με διαβήτη που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη έρευνα, με ποσοστό 78,6%, δεν έχει έρθει αντιμέτωπη στο παρελθόν με κάποια διατροφική διαταραχή, ενώ το υπόλοιπο 21,4% έχει υποστεί κάποια σχετική με τη διατροφή πάθηση.

**Έχεις αντιμετωπίσει ποτέ κάποια διατροφική διαταραχή (π.χ. νευρική ανορεξία, βουλιμία, νοσηρή παχυσαρκία);**



Γράφημα 3. 7 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες διατροφικές διαταραχές.

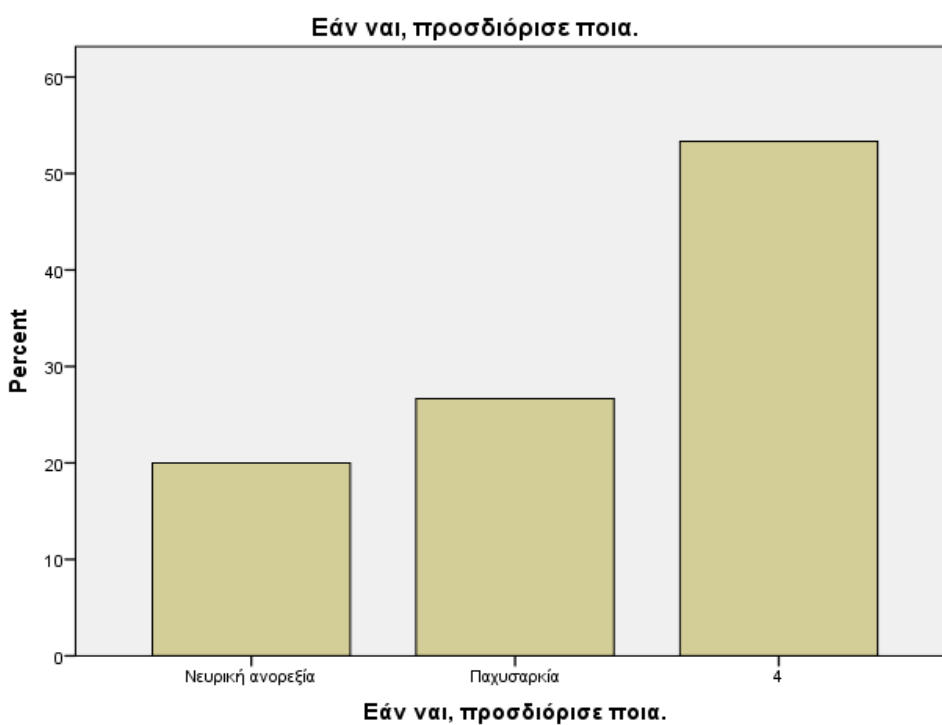
Τα άτομα που απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση, κλήθηκαν να δηλώσουν τη διαταραχή την οποία έχουν αντιμετωπίσει.

Πίνακας 3. 8 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τις κατηγορίες διατροφικών διαταραχών που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι με διαβήτη του δείγματος.

**Εάν ναι, προσδιόρισε ποια.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Νευρική ανορεξία	3	4,3	20,0	20,0
Παχυσαρκία	4	5,7	26,7	46,7
Βουλιμία	8	11,4	53,3	100,0
Total	15	21,4	100,0	
Missing				
999	55	78,6		
Total	70	100,0		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι μισοί περίπου από αυτούς ήρθαν αντιμέτωποι με τη βουλιμία, το 26,7% με την παχυσαρκία, ενώ το 20% με τη νευρική ανορεξία.



Γράφημα 3. 8 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για τις διατροφικές διαταραχές των συμμετεχόντων.

Ακολούθως, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν εάν θεωρούν οι ίδιοι πως η εξωτερική τους εμφάνιση αρέσει στους φίλους τους ή στους συμμαθητές τους.

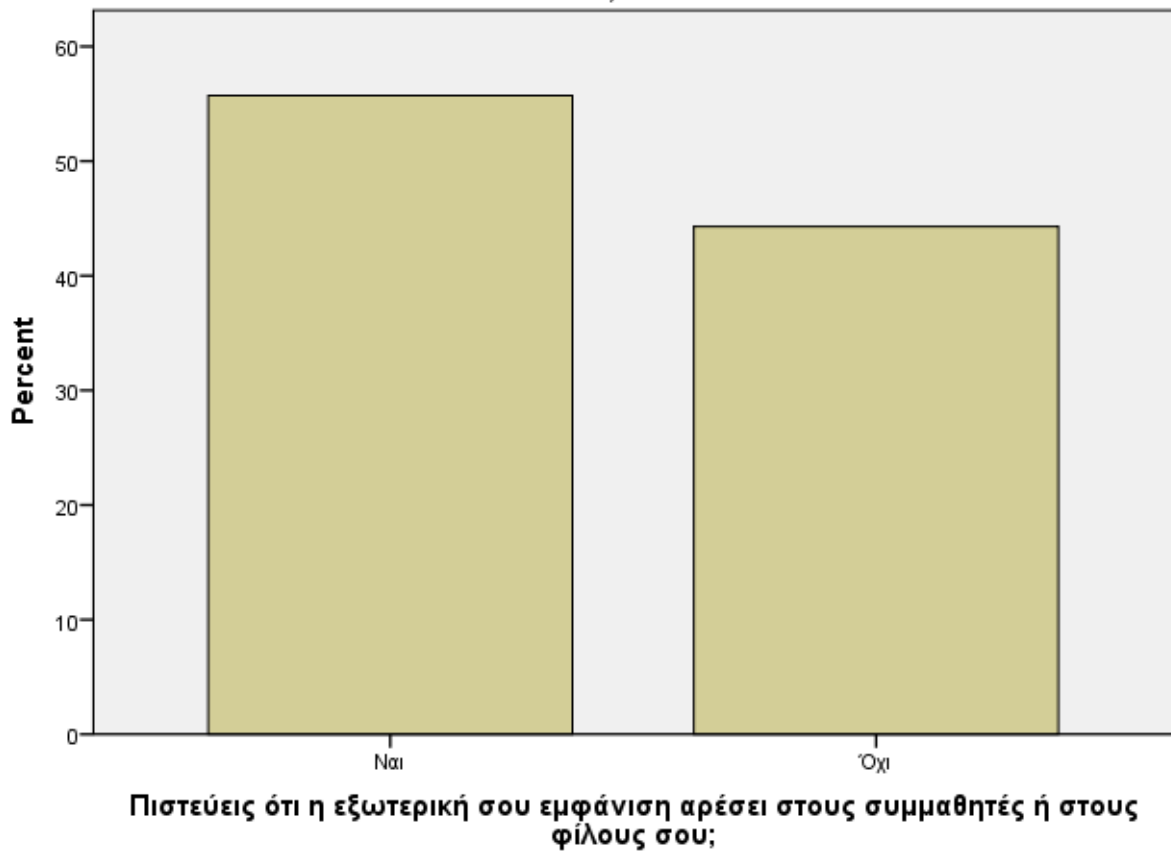
Πίνακας 3. 9 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες θεωρούν πως η εξωτερική τους εμφάνιση αρέσει στους φίλους και συμμαθητές τους.

**Πιστεύεις ότι η εξωτερική σου εμφάνιση αρέσει στους συμμαθητές ή στους φίλους σου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nαι	39	55,7	55,7
	Όχι	31	44,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0

Οι απόψεις δίστανται αρκετά στη συγκεκριμένη ερώτηση, αφού το μισό περίπου δείγμα (55,7%) πιστεύει πως η εμφάνισή τους αρέσει στο φιλικό τους περίγυρο, ενώ, αντίθετα, το υπόλοιπο 44,3% του δείγματος αρνείται πως η εξωτερική τους εμφάνιση ικανοποιεί τα αισθητικά κριτήρια των συμμαθητών και των φίλων τους.

**Πιστεύεις ότι η εξωτερική σου εμφάνιση αρέσει στους συμμαθητές ή στους φίλους σου;**



Γράφημα 3. 9 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν πιστεύουν οι συμμετέχοντες πως η εξωτερική τους εμφάνιση αρέσει στους συμμαθητές και στους φίλους τους.

Αφού, λοιπόν, ερωτήθηκαν οι διαβητικοί έφηβοι του δείγματος σχετικά με την εξωτερική τους εμφάνισή και την αποδοχή της τόσο από τους ίδιους όσο και από τους φίλους και συμμαθητές τους, η έρευνα συνέχισε εστιάζοντας στη συμπεριφορά που επιδεικνύουν απέναντι στους άλλους και εάν η ίδια είναι αποδεκτή από τον κοινωνικό περίγυρό τους.

Πίνακας 3. 10 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν πιστεύουν οι συμμετέχοντες πως έχουν συμπεριφορά αποδεκτή από τους άλλους.

**Πιστεύεις ότι η συμπεριφορά σου είναι αποδεκτή από τους άλλους / κοινωνικό περίγυρό σου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	46	65,7	65,7	65,7
Valid Όχι	24	34,3	34,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Η απόλυτη πλειοψηφία των ερωτηθέντων, με ποσοστό 65,7%, δήλωσε πως η συμπεριφορά των ίδιων είναι πλήρως αποδεκτή από τα υπόλοιπα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται καθημερινά, ενώ το 34,3% υποστήριξε πως η συμπεριφορά τους δεν γίνεται αποδεκτή από τον κοινωνικό τους περίγυρο.

**Πιστεύεις ότι η συμπεριφορά σου είναι αποδεκτή από τους άλλους / κοινωνικό περίγυρό σου;**



Γράφημα 3. 10 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν πιστεύουν οι συμμετέχοντες πως έχουν συμπεριφορά αποδεκτή από τους άλλους.

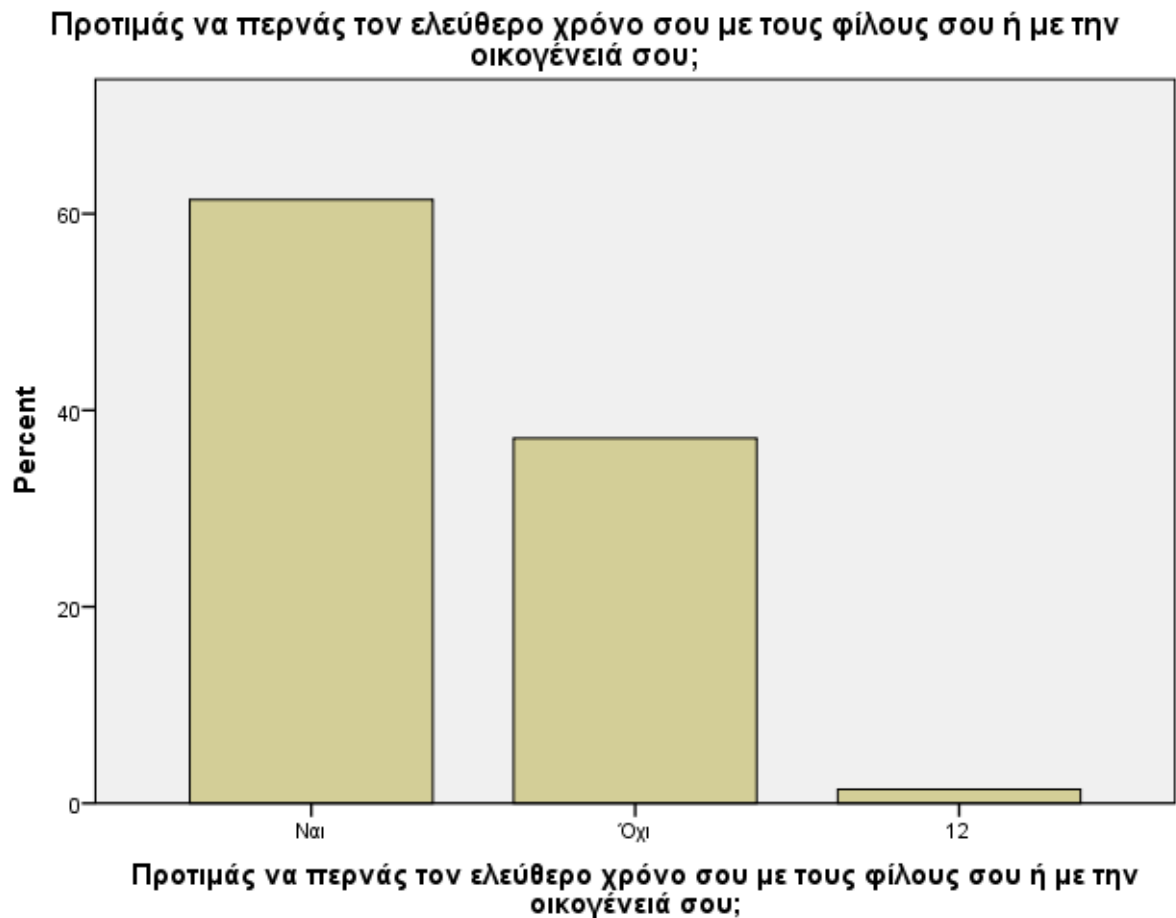
Η επόμενη ερώτηση αφορά στον τρόπο αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου του ερωτώμενου εφήβου, και συγκεκριμένα, εάν του αρέσει να περνά τον ελεύθερο χρόνο του με την οικογένειά του ή με τους φίλους του.

Πίνακας 3. 11 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες προτιμούν να περνούν τον ελεύθερό τους χρόνο με την οικογένεια και τους φίλους τους.

**Προτιμάς να περνάς τον ελεύθερο χρόνο σου με τους φίλους σου ή με την οικογένειά σου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nαι	43	61,4	61,4	61,4
Όχι	26	37,1	37,1	98,6
Valid 999	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος, με ποσοστό 61,4%, απάντησε θετικά, ενώ το 37,1% δήλωσε πως δεν επιλέγει να αξιοποιήσει με αυτόν τον τρόπο το χρόνο του.



Γράφημα 3. 11 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες προτιμούν να περνούν τον ελεύθερό τους χρόνο με την οικογένεια και τους φίλους τους.

Η επίδραση του σακχαρώδη διαβήτη στη συμπεριφορά και στα συναισθήματα των εφήβων που πάσχουν από αυτόν επιχειρήθηκε να καταγραφεί, μεταξύ άλλων, μέσω της ερώτησης εάν αισθάνονται συχνά κάποια ταραχή, σύγχυση ή ανησυχία που να θεωρούν οι ίδιοι ότι προκύπτει λόγω της ασθένειάς τους.



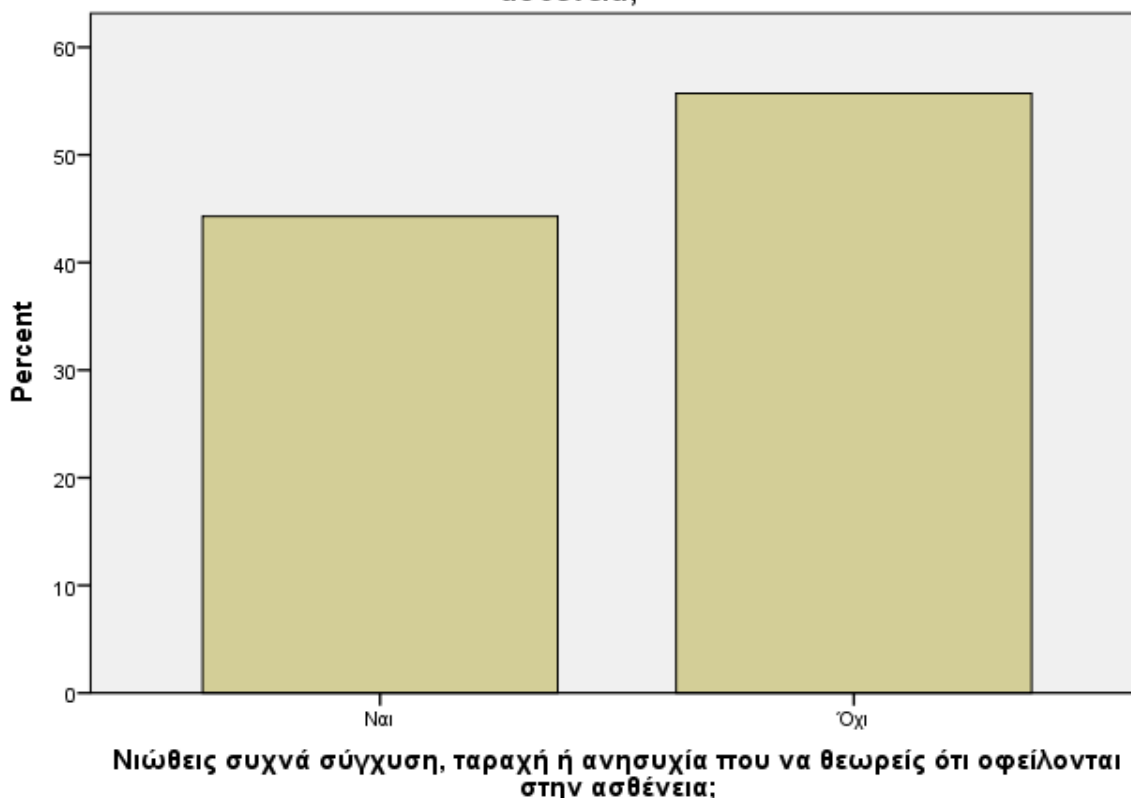
Πίνακας 3. 12 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες αισθάνονται συχνά ανησυχία, ταραχή και σύγχυση.

**Νιώθεις συχνά σύγχυση, ταραχή ή ανησυχία που να θεωρείς ότι οφείλονται στην ασθένεια;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	31	44,3	44,3	44,3
Valid Όχι	39	55,7	55,7	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Ένα σημαντικό ποσοστό (44,3%) δήλωσε πως πράγματι αισθάνεται πολλές φορές ανησυχία ή σύγχυση που προέρχεται από την ύπαρξη του διαβήτη, ενώ το 55,7% απέρριψε τη συγκεκριμένη εκδοχή.

**Νιώθεις συχνά σύγχυση, ταραχή ή ανησυχία που να θεωρείς ότι οφείλονται στην ασθένεια;**



Γράφημα 3. 12 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες αισθάνονται συχνά ανησυχία, ταραχή και σύγχυση.

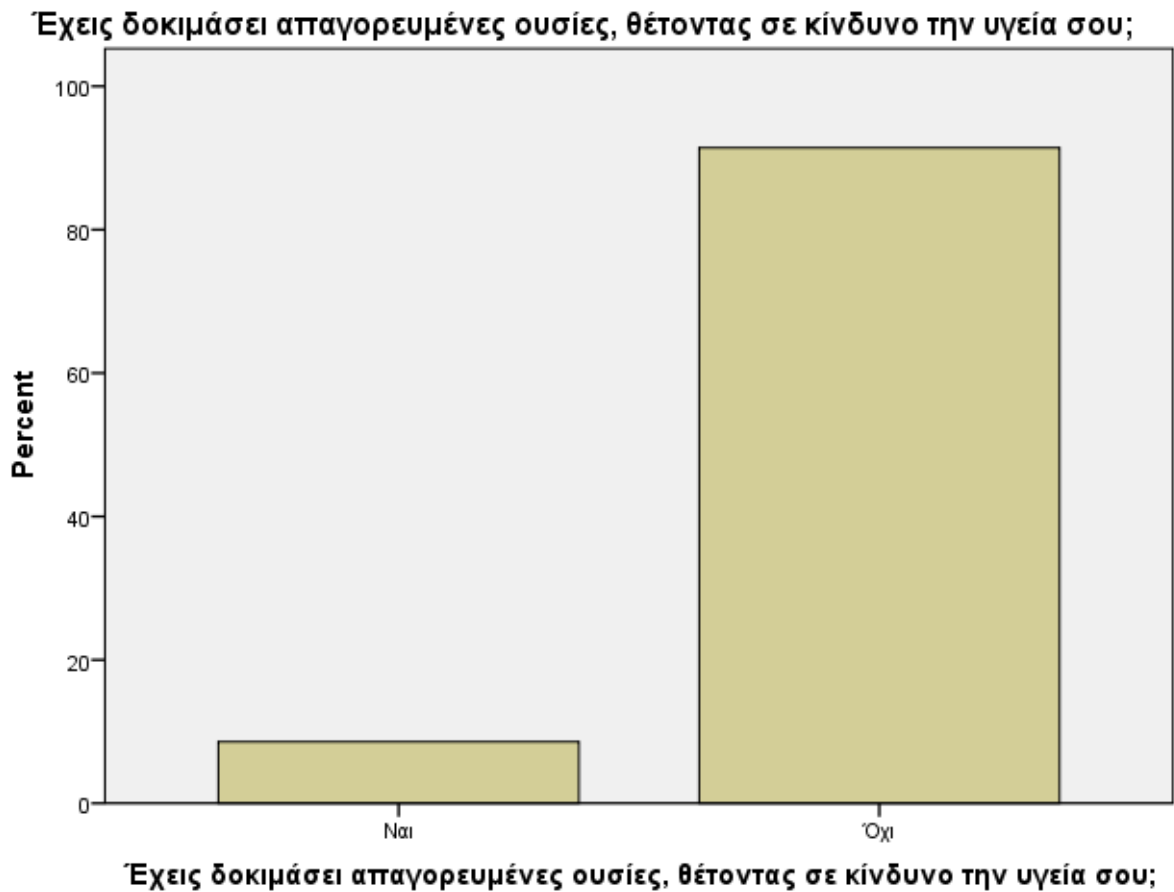
Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν εάν έχουν δοκιμάσει απαγορευμένες ουσίες, με τις οποίες θέτουν εκ των πραγμάτων σε κίνδυνο την υγεία τους, και ίσως και τη ζωή τους.

Πίνακας 3. 13 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες έχουν δοκιμάσει ποτέ απαγορευμένες ουσίες.

**Έχεις δοκιμάσει απαγορευμένες ουσίες, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία σου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Nαι	6	8,6	8,6	8,6
Όχι	64	91,4	91,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, με ποσοστό 91,4%, έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ μόλις το 8,6% δήλωσε πως, παρά τα προβλήματα υγείας που υπάρχουν και τους σημαντικούς περιορισμούς που θέτει ο σακχαρώδης διαβήτης στη ζωή τους και στις συνήθειές τους, οι ίδιοι έχουν δοκιμάσει απαγορευμένες ουσίες, παραβλέποντας τις δυνητικές επιπτώσεις που θα μπορούσαν οι ίδιες να έχουν στην υγεία τους.



Γράφημα 3. 13 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες έχουν δοκιμάσει ποτέ απαγορευμένες ουσίες.

Συνεχίζοντας με παρόμοιο τρόπο, η έρευνα αποσκοπεί στην καταγραφή των συνηθειών των εφήβων με διαβήτη απέναντι στο αλκοόλ, και συγκεκριμένα, οι έφηβοι του δείγματος ερωτήθηκαν εάν έχουν καταναλώσει κάποια στιγμή αλκοόλ, θέτοντας, με αυτόν τον τρόπο, σε κίνδυνο την υγεία τους.

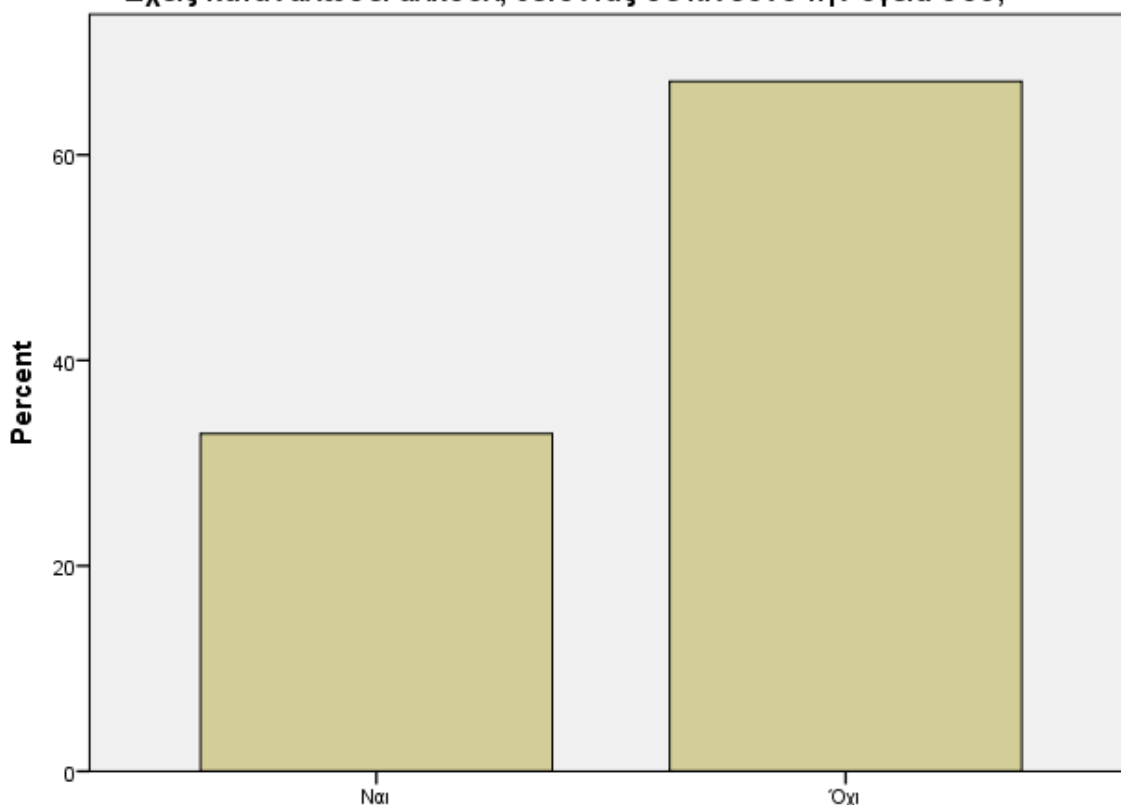
Πίνακας 3. 14 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες καταναλώνουν αλκοόλ.

**Έχεις καταναλώσει αλκοόλ, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία σου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Nαι	23	32,9	32,9	32,9
Όχι	47	67,1	67,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Το 67,1% δήλωσε πως δεν έχει παρεκκλίνει από τις οδηγίες για την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη, ενώ, αντιθέτως, το 32,9%, ένα ποσοστό αρκετά σημαντικό, έχει παραβιάσει τα «πρέπει» και έχει καταναλώσει αλκοόλ, αγνοώντας ή αδιαφορώντας για τους κινδύνους που ενέχει η συγκεκριμένη ενέργεια για την υγεία τους.

**Έχεις καταναλώσει αλκοόλ, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία σου;**



**Έχεις καταναλώσει αλκοόλ, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία σου;**

Γράφημα 3. 14 Διαγραμματική απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες καταναλώνουν αλκοόλ.

Ακολουθώς, οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ερωτήθηκαν εάν έχουν παρουσιάσει ποτέ στη ζωή τους μαθησιακές δυσκολίες.

Πίνακας 3. 15 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες έχουν μαθησιακά προβλήματα.

**Είχαν ή έχουν διαγνωσθεί μαθησιακά προβλήματα;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Nαι	35	50,0	50,0	50,0
Όχι	35	50,0	50,0	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Οι απαντήσεις χωρίστηκαν ακριβώς στη μέση, καθώς το 50% του δείγματος είχε εμφανίσει κάποια στιγμή μαθησιακά προβλήματα, ενώ το εναπομένον 50% δεν έχει αντιμετωπίσει μέχρι στιγμής τέτοιου είδους δυσκολίες.



Γράφημα 3. 15 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες έχουν μαθησιακά προβλήματα.

Η επόμενη ερώτηση αποσκοπεί στην καταγραφή της συχνότητας με την οποία αισθάνεται ο ερωτώμενος έφηβος θυμό έντονο, ο οποίος ενδέχεται να τον οδηγήσει σε βίαιη συμπεριφορά και σε βίαια ξεσπάσματα.

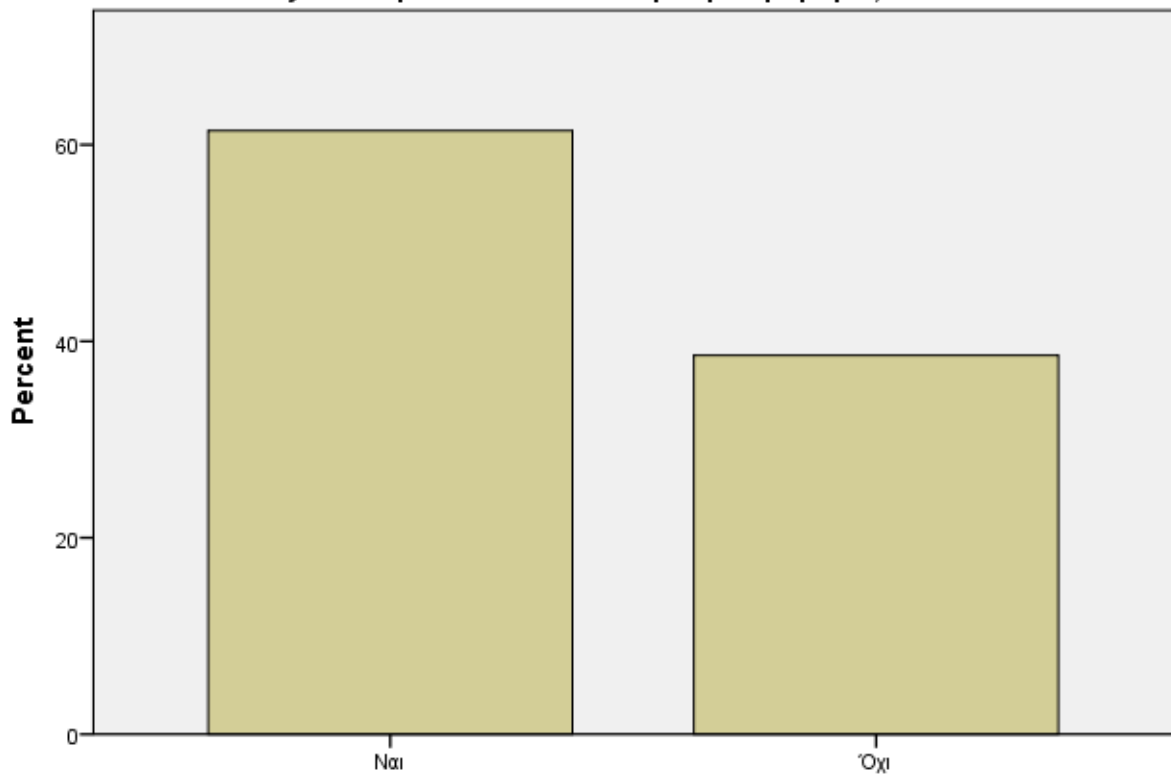
Πίνακας 3. 16 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν νιώθουν οι συμμετέχοντες συχνά θυμωμένοι και ξεσπούν επιθετικά.

**Νιώθεις συχνά αισθήματα έντονου θυμού που μπορεί να οδηγήσουν σε βίαια ξεσπάσματα και επιθετική συμπεριφορά;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nai	43	61,4	61,4	61,4
Valid Όχι	27	38,6	38,6	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος, με ποσοστό 61,4%, υποστήριξε πως πράγματι, διακατέχεται συχνά από έντονο θυμό, τον οποίο δεν μπορεί να ελέγξει και ξεσπά με βίαιο τρόπο. Αντίθετα, το 38,6% δήλωσε πως δεν έχει τέτοιου είδους ξεσπάσματα συχνά.

**Νιώθεις συχνά αισθήματα έντονου θυμού που μπορεί να οδηγήσουν σε βίαια ξεσπάσματα και επιθετική συμπεριφορά;**



**Νιώθεις συχνά αισθήματα έντονου θυμού που μπορεί να οδηγήσουν σε βίαια ξεσπάσματα και επιθετική συμπεριφορά;**

Γράφημα 3. 16 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν νιώθουν οι συμμετέχοντες συχνά θυμωμένοι και ξεσπούν επιθετικά.

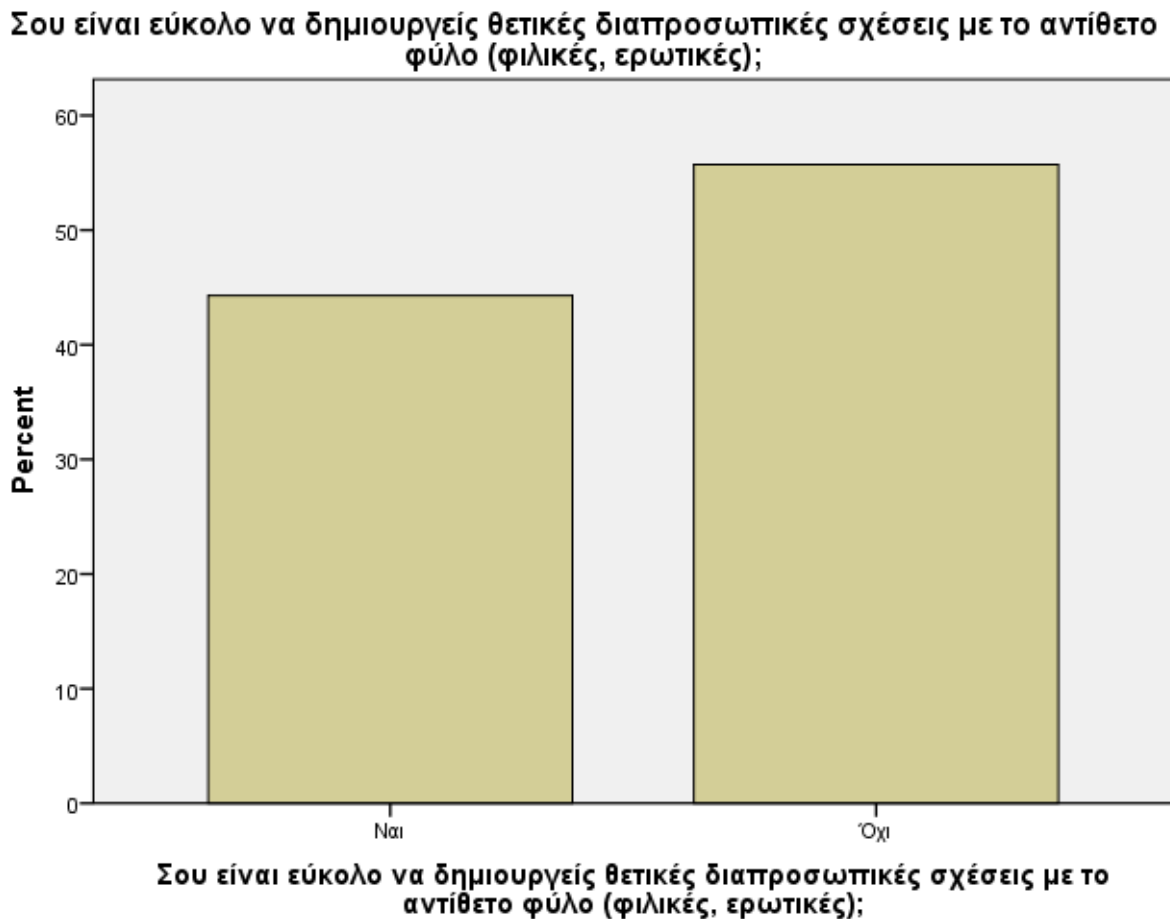
Η ακόλουθη ερώτηση αποσκοπούσε στην καταγραφή της ευκολίας με την οποία οι έφηβοι με διαβήτη δημιουργούν θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο, είτε αυτές είναι φιλικές είτε ερωτικές.

Πίνακας 3. 17 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν δημιουργούν οι συμμετέχοντες διαβητικοί έφηβοι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο.

**Σου είναι εύκολο να δημιουργείς θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο (φιλικές, ερωτικές);**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι	31	44,3	44,3	44,3
Valid Όχι	39	55,7	55,7	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Το 55,7% των ερωτηθέντων δήλωσε πως αντιμετωπίζει δυσκολίες στη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων με το αντίθετο φύλο, ενώ το υπόλοιπο 44,3% δεν έχει προβλήματα στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων με τα άτομα αντίθετου φύλου.



Γράφημα 3. 17 Διαγραμματική Απεικόνιση Συχνοτήτων για το εάν δημιουργούν οι συμμετέχοντες διαβητικοί έφηβοι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο.

Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ερωτήθηκαν σε ποια ηλικία είχε διαγνωστεί στη δική τους περίπτωση ο σακχαρώδης διαβήτης.



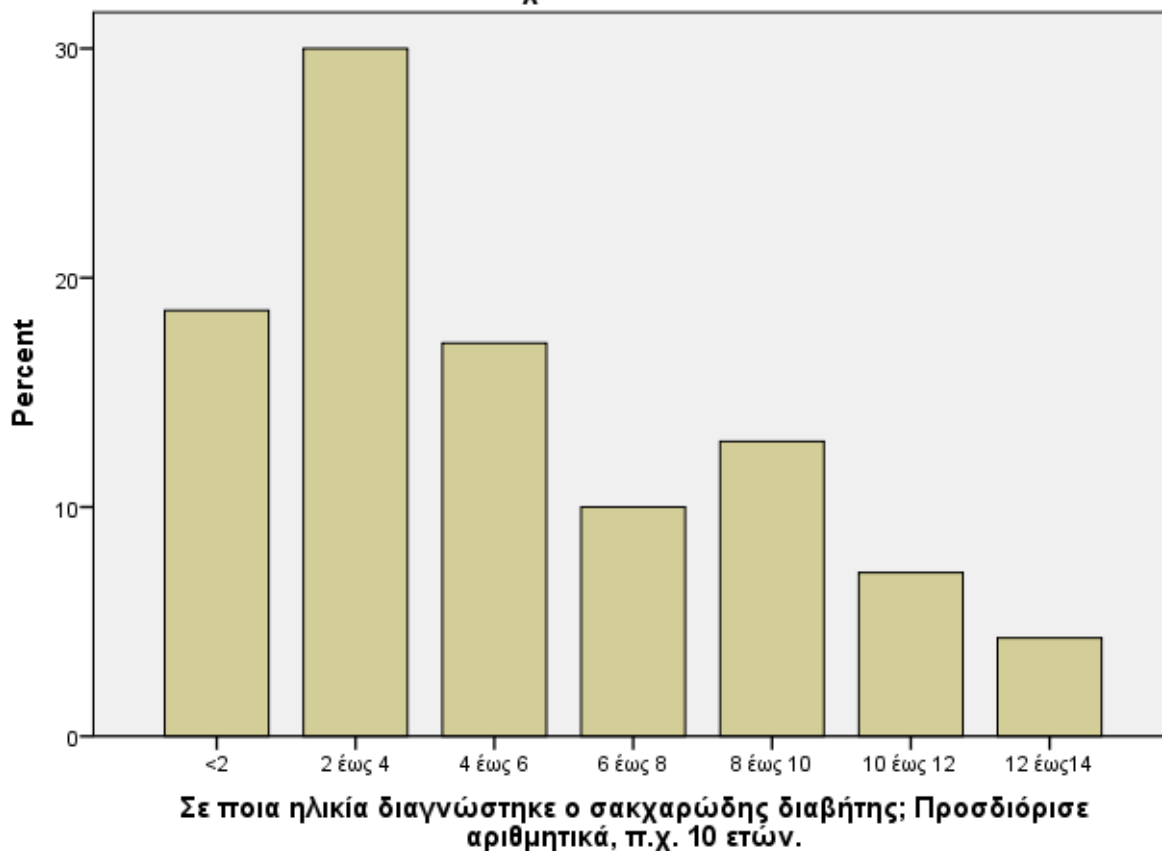
Πίνακας 3. 18 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για την ηλικία στην οποία διαγνώστηκε ο διαβήτης στους συμμετέχοντες.

**Σε ποια ηλικία διαγνώστηκε ο σακχαρώδης διαβήτης; Προσδιόρισε αριθμητικά, π.χ. 10 ετών.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<2	13	18,6	18,6	18,6
2 έως 4	21	30,0	30,0	48,6
4 έως 6	12	17,1	17,1	65,7
6 έως 8	7	10,0	10,0	75,7
8 έως 10	9	12,9	12,9	88,6
10 έως 12	5	7,1	7,1	95,7
12 έως 14	3	4,3	4,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Ο κάθε έφηβος συμπλήρωσε την ηλικία διάγνωσης, ενώ ακολούθως, στην ανάλυση, οι ηλικίες αυτές κατηγοριοποιήθηκαν ανά 2 έτη. Έτσι, το υψηλότερο ποσοστό (30%) συγκεντρώνεται για τις ηλικίες 2 έως 4 ετών, ενώ ακολουθούν οι κατηγορίες «Ηλικίες μικρότερες των 2 ετών», «4 ετών έως 6 ετών», και «8 ετών έως 10 ετών», με ποσοστά 18,6%, 17,1% και 12,9%, αντίστοιχα. Τέλος, το μικρότερο με διαφορά ποσοστό σημειώθηκε για τις ηλικίες 12 ετών έως και 14 ετών. Συνολικά, λοιπόν, γίνεται ορατό πως το μεγαλύτερο μέρος των εφήβων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα βίωσε τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη σε πολύ μικρή ηλικία.

Σε ποια ηλικία διαγνώστηκε ο σακχαρώδης διαβήτης; Προσδιόρισε αριθμητικά, π.χ. 10 ετών.



Γράφημα 3. 18 Διαγραμματική απεικόνιση συχνοτήτων για την ηλικία στην οποία διαγνώστηκε ο διαβήτης στους συμμετέχοντες.

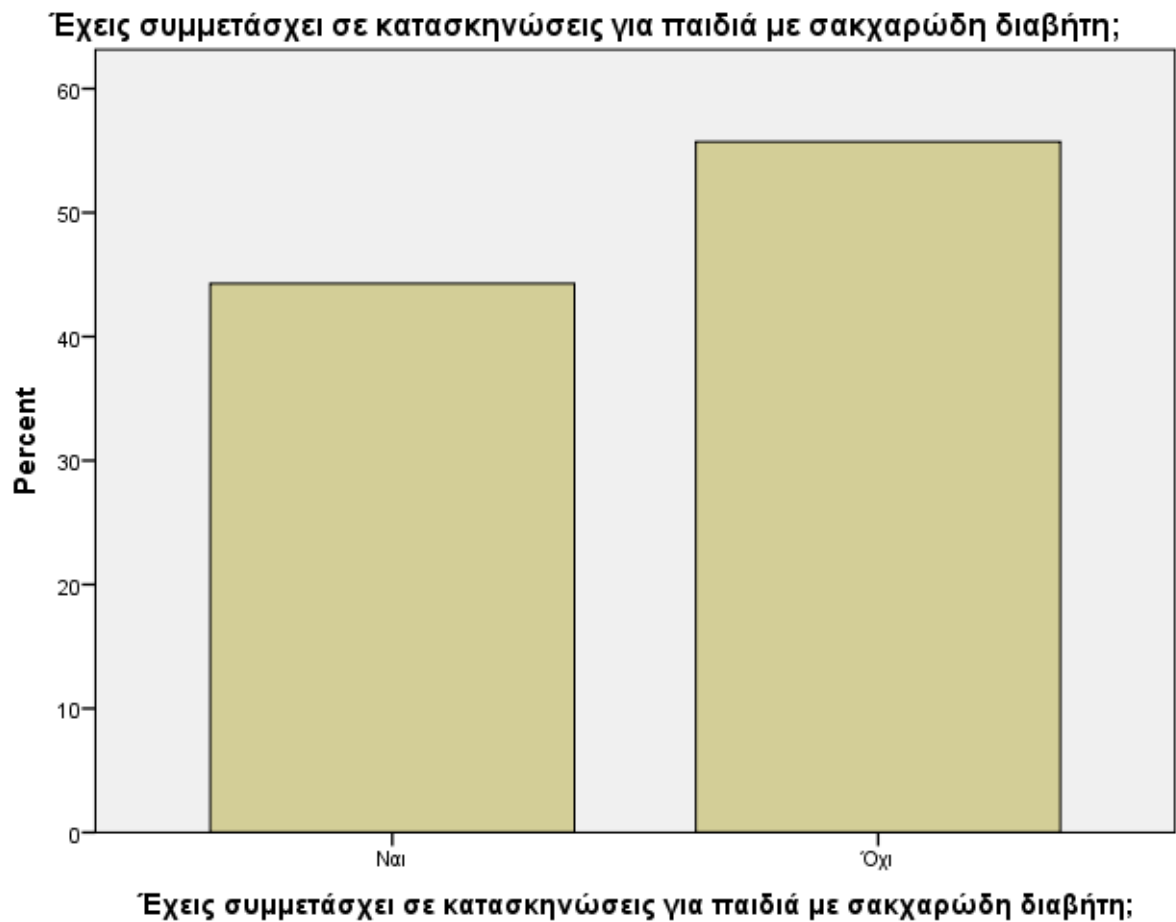
Η επόμενη ερώτηση αφορά στη συμμετοχή ή μη των ίδιων των ερωτηθέντων σε κατασκηνώσεις ειδικές για παιδιά που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

Πίνακας 3. 19 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν συμμετέχουν οι έφηβοι του δείγματος σε κατασκηνώσεις ειδικές για παιδιά με διαβήτη.

Έχεις συμμετάσχει σε κατασκηνώσεις για παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
	Ναι	31	44,3	44,3
	Όχι	39	55,7	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Το μισό περίπου δείγμα (44,3%) έχει συμμετέχει σε τέτοιου είδους κατασκηνώσεις, ενώ το 55,7% δεν έχει βιώσει τη συγκεκριμένη εμπειρία.



Γράφημα 3. 19 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν συμμετέχουν οι έφηβοι του δείγματος σε κατασκηνώσεις ειδικές για παιδιά με διαβήτη.

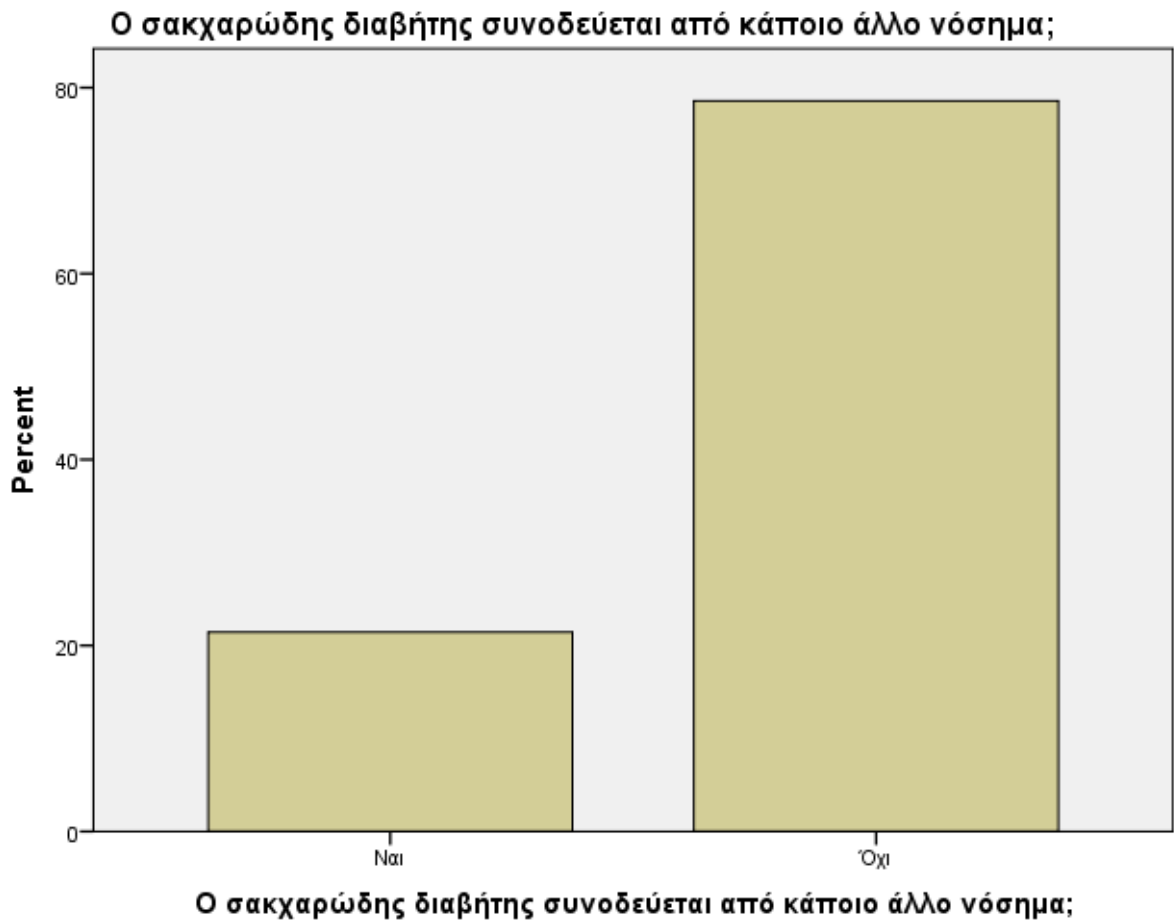
Ακολούθως, οι διαβητικοί έφηβοι του δείγματος ερωτήθηκαν εάν υπάρχει και κάποιο άλλο νόσημα που συνοδεύει το σακχαρώδη διαβήτη στην περίπτωση τους.

Πίνακας 3. 20 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι έφηβοι με διαβήτη του δείγματος έχουν και κάποιο άλλο νόσημα παράλληλα.

**Ο σακχαρώδης διαβήτης συνοδεύεται από κάποιο άλλο νόσημα;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ναι	15	21,4	21,4	21,4
Όχι	55	78,6	78,6	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσαν πως δεν υπάρχει κάποιο άλλο νόσημα, ενώ το 21,4% απάντησε θετικά σχετικά με τη συννοσηρότητα.



Γράφημα 3. 20 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι έφηβοι με διαβήτη του δείγματος έχουν και κάποιο άλλο νόσημα παράλληλα.

Για τα άτομα μόνο που απάντησα θετικά στην παραπάνω ερώτηση, ζητήθηκε προσδιορισμός της επιπρόσθετης νόσου που εμφανίζουν οι ίδιοι.

Πίνακας 3. 21 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τις ασθένειες που εμφανίζουν παράλληλα με το διαβήτη.

**Εάν ναι, προσδιόρισε (π.χ. θυρεοειδίτιδα Hashimoto).**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Λεύκη	9	12,9	60,0	60,0
Valid Hashimoto	6	8,6	40,0	100,0
Total	15	21,4	100,0	
Missing 999	55	78,6		
Total	70	100,0		

Έτσι, από το σύνολο των διαβητικών εφήβων που είχαν κάποια επιπρόσθετη νόσο, το 60% παρουσίαζαν λεύκη, ενώ η Hashimoto 40%.

Η επόμενη ερώτηση αποσκοπούσε στην καταγραφή της ικανότητας αυτοδιαχείρισης και αυτοελέγχου του σακχαρώδη διαβήτη από τους εφήβους που νοσούν από αυτόν.

Πίνακας 3. 22 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν είναι ικανοί οι συμμετέχοντες να ελέγχουν και να διαχειρίζονται οι ίδιοι την ασθένειά τους.

**Έχεις την ικανότητα αυτοελέγχου και αυτοδιαχείρισης της ασθένειας;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι	45	64,3	64,3	64,3
Valid Όχι	25	35,7	35,7	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε πως μπορεί να ελέγξει την κατάστασή του και να αυτοδιαχειριστεί τη νόσο αυτή, ενώ το 35,7%, ποσοστό αρκετά σημαντικό, υποστήριξε πως δεν είναι ικανοί, παρά την ηλικία τους, να διαχειριστούν μόνοι τους την ασθένειά τους.



Γράφημα 3. 21 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν είναι ικανοί οι συμμετέχοντες να ελέγχουν και να διαχειρίζονται οι ίδιοι την ασθένειά τους.

Ακολούθως, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν εάν έχουν γνωστοποιήσει τη νόσο τους στους καθηγητές στους στο σχολείο και στους φίλους τους.

Πίνακας 3. 23 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν γνωρίζουν οι φίλοι και οι καθηγητές για την ύπαρξη του διαβήτη.

**Έχεις γνωστοποιήσει την ασθένειά στους φίλους σου / ή στους καθηγητές σου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	51	72,9	72,9
	Όχι	19	27,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο μέρος των εφήβων (72,9%) έχουν ενημερώσει τους φίλους τους και τους καθηγητές τους για την κατάσταση την οποία βρίσκονται. Αντίθετα, το 27,1% επέλεξε να μη γνωστοποιήσει τη νόσο τους, γεγονός το οποίο μπορεί να θεωρηθεί ένδειξη εσωστρέφειας και έλλειψης αυτοπεποίθησης.



Γράφημα 3. 22 για το εάν γνωρίζουν οι φίλοι και οι καθηγητές για την ύπαρξη του διαβήτη.

Εάν επηρεάζονται οι αποφάσεις των εφήβων με διαβήτη ή όχι από τις απόψεις των φίλων τους επιχείρησε να διερευνήσει ακολούθως η συγκεκριμένη έρευνα.

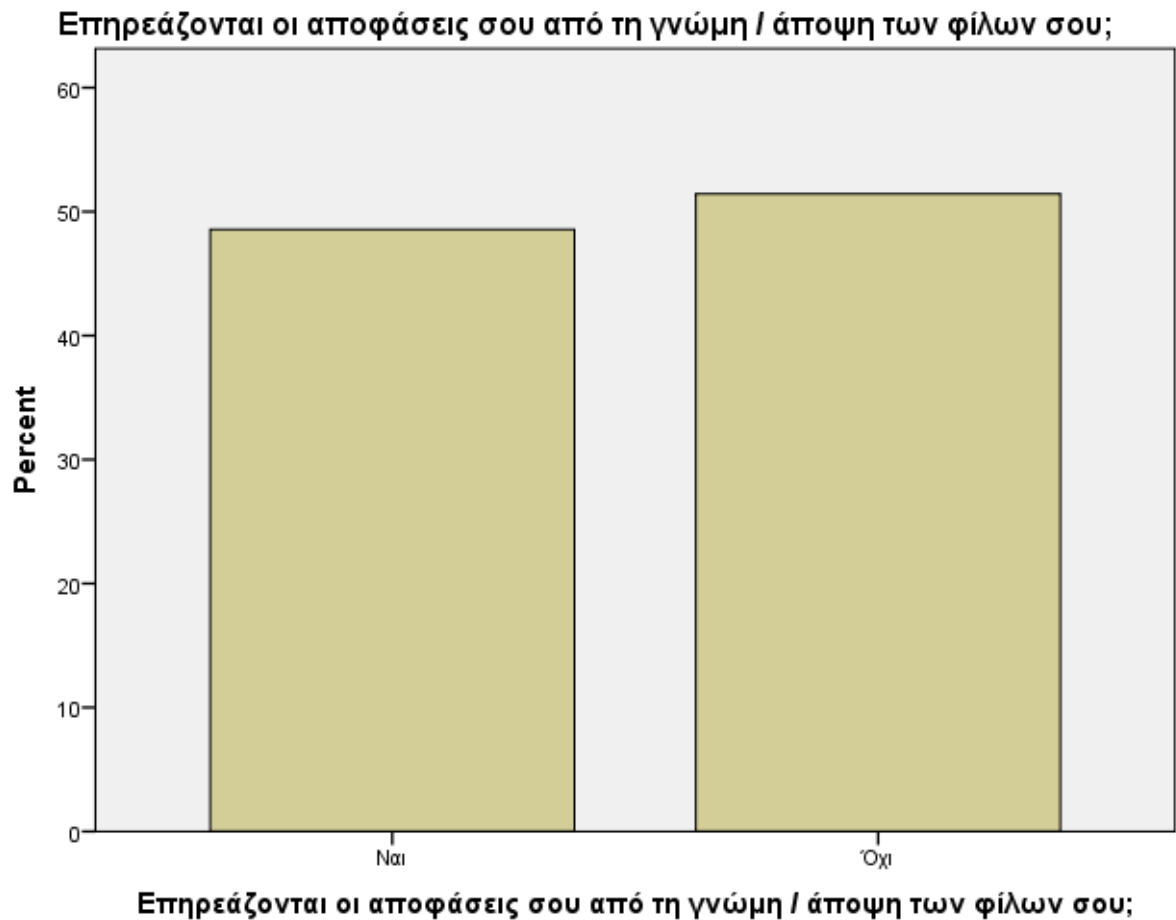


Πίνακας 3. 24 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν επηρεάζονται οι αποφάσεις των συμμετεχόντων από τις απόψεις των φίλων τους.

**Επηρεάζονται οι αποφάσεις σου από τη γνώμη / άποψη των φίλων σου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	34	48,6	48,6
	Όχι	36	51,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 51,4% των ερωτηθέντων δεν επηρεάζεται από τη γνώμη των φίλων του, ενώ το 48,6% δηλώνει πως λαμβάνει υπόψη σοβαρά τις απόψεις των φιλικών προσώπων.



Γράφημα 3. 23 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν επηρεάζονται οι αποφάσεις των συμμετεχόντων από τις απόψεις των φίλων τους.

Στη συνέχεια, οι διαβητικοί έφηβοι ερωτήθηκαν εάν αποφεύγουν τις συχνές μετρήσεις του σακχάρου και την πραγματοποίηση ενέσεων ινσουλίνης στο σχολικό χώρο.

Πίνακας 3. 25 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες αποφεύγουν τις μετρήσεις του σακχάρου και τις ενέσεις ινσουλίνης στο σχολικό χώρο.

**Αποφεύγεις τις μετρήσεις του σακχάρου και τις ενέσεις ινσουλίνης στο σχολείο;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	36	51,4	51,4
	Όχι	34	48,6	100,0
Total		70	100,0	

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, το 51,4% του δείγματος, δήλωσε πως τείνει να αποφεύγει τόσο τις μετρήσεις όσο και τις ενέσεις ινσουλίνης, γεγονός το οποίο υποδηλώνει το αίσθημα ντροπής απέναντι στη νόσο τους και την υψηλή ανάγκη αποφυγής των σχολίων των συμμαθητών τους απέναντι σε αυτές τις ενέργειες και στην κατάσταση που βιώνουν.



Γράφημα 3. 24 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες αποφεύγουν τις μετρήσεις του σακχάρου και τις ενέσεις ινσουλίνης στο σχολικό χώρο

Ένα άλλο σημαντικό ερώτημα αποτέλεσε το εάν οι έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη συμμετέχουν κανονικά στις αθλητικές δραστηριότητες του σχολείου, παρόλο που δυνητικά αυτή η συμμετοχή τους θα μπορούσε να είναι επικίνδυνη.

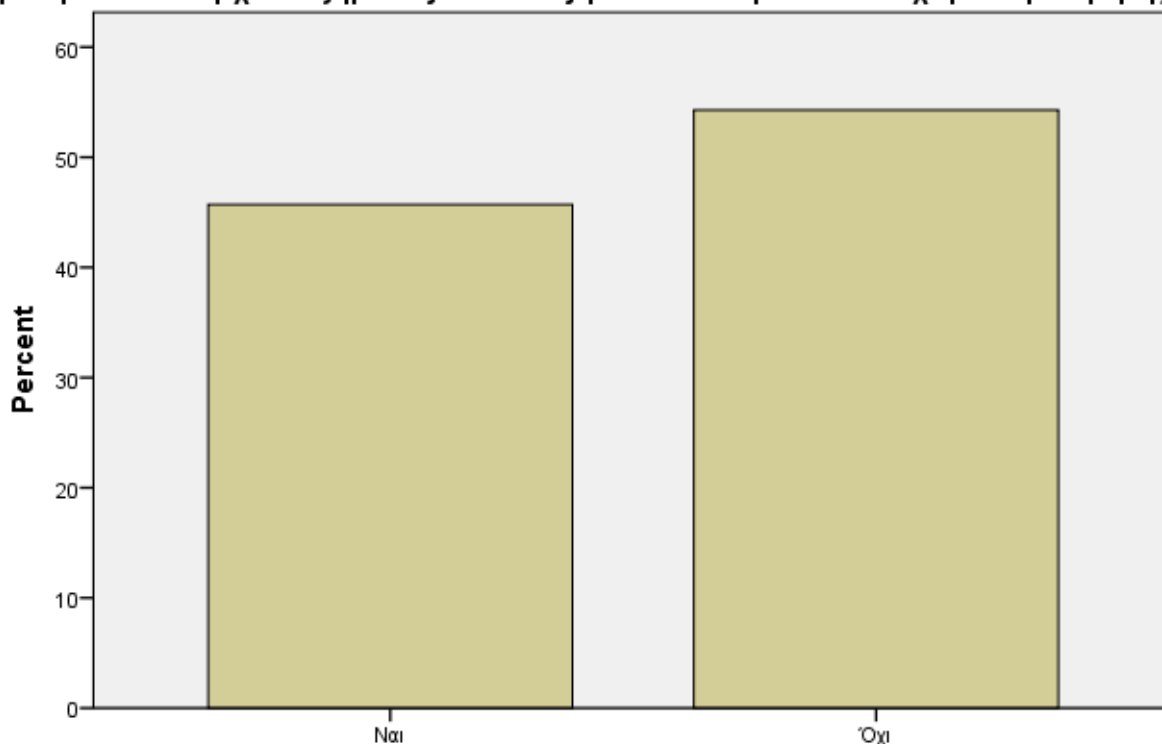
Πίνακας 3. 26 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες συμμετέχουν στις αθλητικές δραστηριότητες του σχολείου τους.

**Συμμετέχεις στις αθλητικές δραστηριότητες του σχολείου, παρά το γεγονός ότι μπορεί να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για σένα λόγω του σακχαρώδη διαβήτη;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ναι	32	45,7	45,7	45,7
Όχι	38	54,3	54,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, το 54,3% των τελευταίων δε συμμετέχει στις δραστηριότητες του σχολείου, ενώ το 45,7% παίρνει μέρος σε αυτές.

**Συμμετέχεις στις αθλητικές δραστηριότητες του σχολείου, παρά το γεγονός ότι μπορεί να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για σένα λόγω του σακχαρώδη διαβήτη;**



**Συμμετέχεις στις αθλητικές δραστηριότητες του σχολείου, παρά το γεγονός ότι μπορεί να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για σένα λόγω του σακχαρώδη διαβήτη;**

Γράφημα 3. 25 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες συμμετέχουν στις αθλητικές δραστηριότητες του σχολείου τους.

Στη συνέχεια, οι έφηβοι που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ερωτήθηκαν εάν ασχολούνται με κάποια εξωσχολική δραστηριότητα.

Πίνακας 3. 27 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν έχουν κάποια εξωσχολική δραστηριότητα οι συμμετέχοντες διαβητικοί έφηβοι.

**Ασχολείσαι με κάποια εξωσχολική δραστηριότητα;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	37	52,9	52,9	52,9
Valid Όχι	33	47,1	47,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Το 52,9% του δείγματος έδωσε θετική απάντηση, ενώ το 47,1% δεν ασχολείται με καμία εξωσχολική δραστηριότητα.



Γράφημα 3. 26 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν έχουν κάποια εξωσχολική δραστηριότητα οι συμμετέχοντες διαβητικοί έφηβοι.

Το 52,9% του δείγματος που απάντησε θετικά ως προς την εξωσχολική δραστηριότητα κλήθηκε να δηλώσει και την ακριβή δραστηριότητα με την οποία απασχολείται.

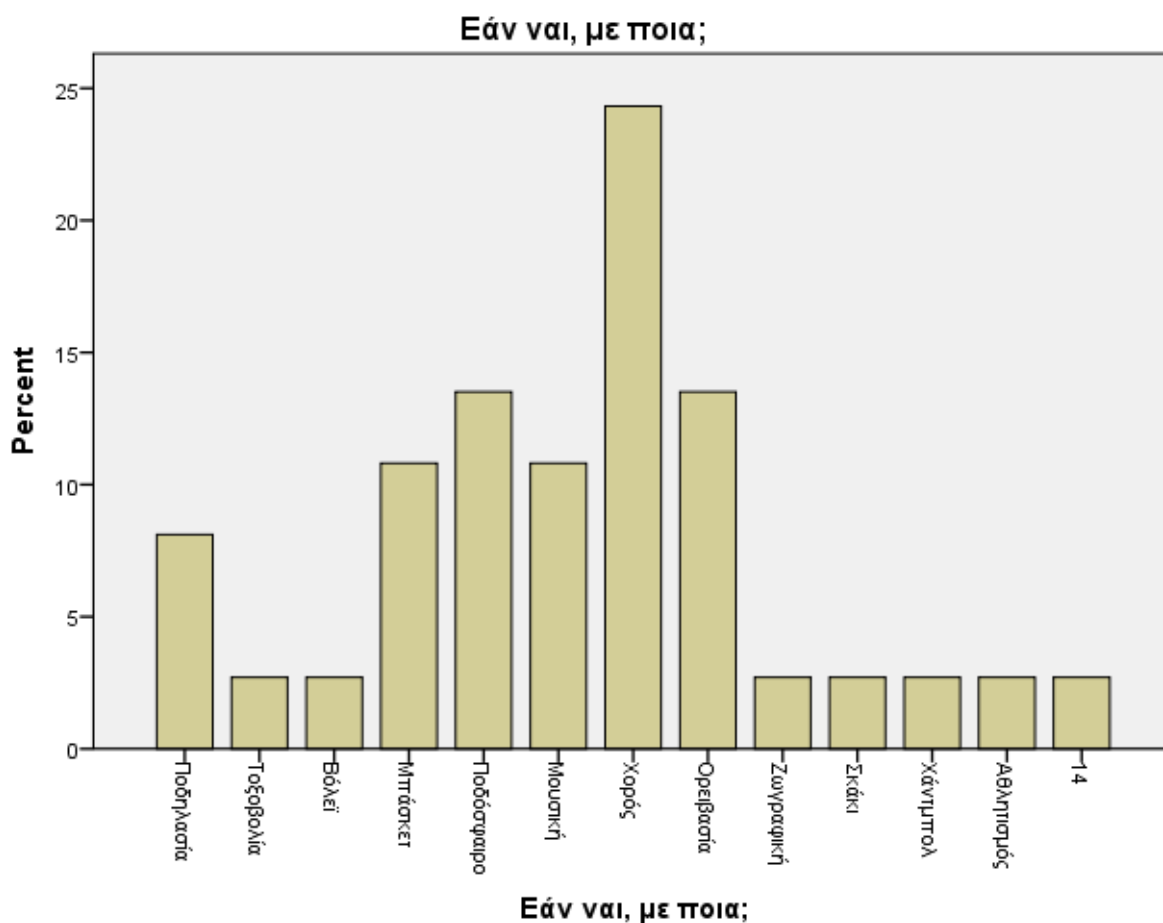
Πίνακας 3. 28 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τις επιμέρους εξωσχολικές δραστηριότητες των εφήβων του δείγματος.

**Εάν ναι, με ποια;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ποδηλασία	3	4,3	8,1	8,1
Τοξοβολία	1	1,4	2,7	10,8
Βόλεϊ	1	1,4	2,7	13,5
Μπάσκετ	4	5,7	10,8	24,3
Ποδόσφαιρο	5	7,1	13,5	37,8
Μουσική	4	5,7	10,8	48,6
Χορός	9	12,9	24,3	73,0
Ορειβασία	5	7,1	13,5	86,5
Ζωγραφική	1	1,4	2,7	89,2
Σκάκι	1	1,4	2,7	91,9
Χάντμπολ	1	1,4	2,7	94,6
Αθλητισμός	1	1,4	2,7	97,3
Κολύμβηση	1	1,4	2,7	100,0
Total	37	52,9	100,0	
Missing				
999	33	47,1		
Total	70	100,0		

Οι δραστηριότητες που προέκυψαν ήταν πολυάριθμες και περιλαμβάνουν την ποδηλασία, το βόλεϊ, το ποδόσφαιρο, την τοξοβολία, το μπάσκετ, το χορό, τη μουσική, τη ζωγραφική, την ορειβασία, το σκάκι, το χάντμπολ και τον αθλητισμό. Μεταξύ των συγκεκριμένων δραστηριοτήτων, οι δημοφιλέστερες είναι ο χορός, η ορειβασία, το ποδόσφαιρο, το μπάσκετ

και η μουσική , με ποσοστά 24,3%, 13,5%, 13,5%, 10,8% και 10,8%, αντίστοιχα. Αντιθέτως, η ζωγραφική, το χάντμπολ και το σκάκι αποτελούν τις λιγότερο δημοφιλείς επιλογές.



Γράφημα 3. 27 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για τις επιμέρους εξωσχολικές δραστηριότητες των εφήβων του δείγματος.

Η επόμενη ερώτηση εστιάζει εκ νέου στις σχέσεις των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη και στη διατήρησή τους, αφού αποσκοπεί στη διερεύνηση του εάν εξακολουθούν οι διαβητικοί έφηβοι να έχουν τους ίδιους φίλους από τα παιδικά τους χρόνια.

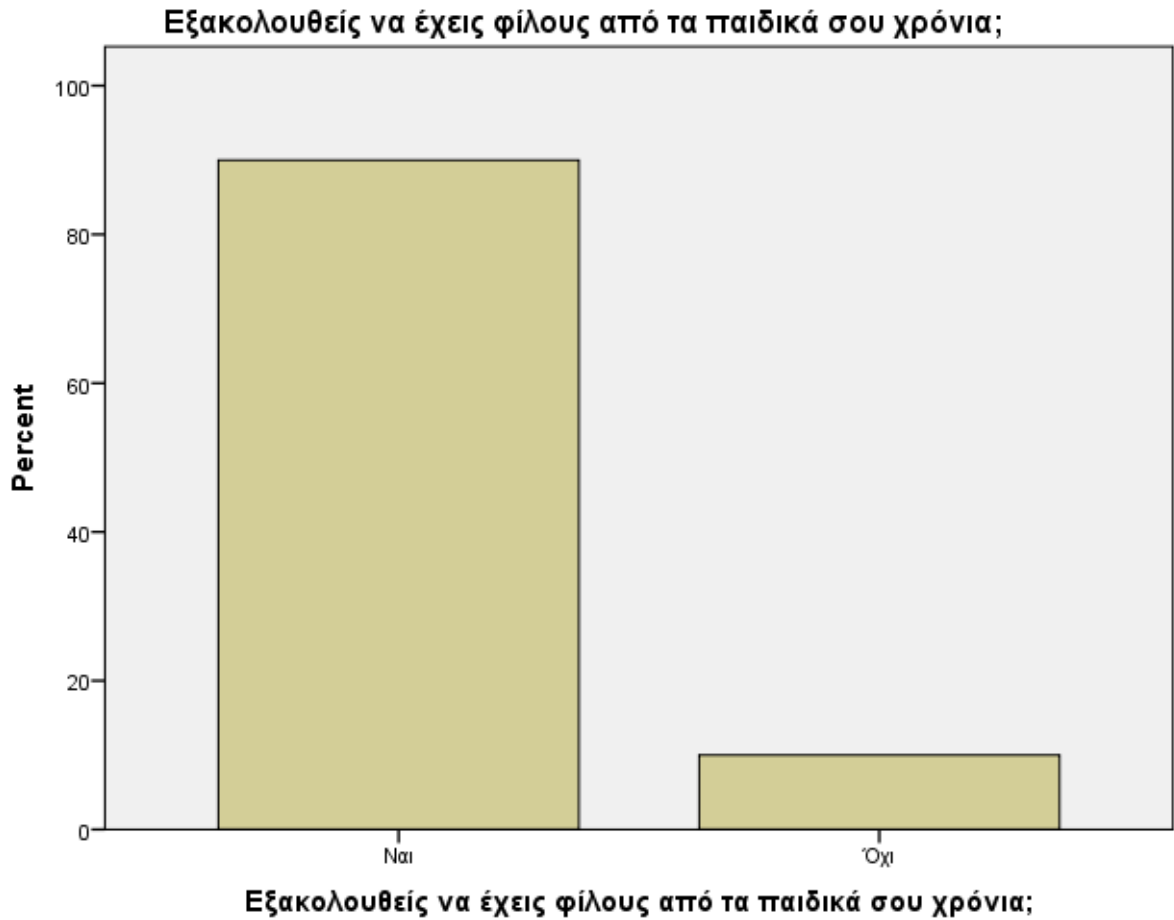


Πίνακας 3. 29 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν οι συμμετέχοντες διαθέτουν ακόμη φίλους από τα παιδικά τους χρόνια.

**Εξακολουθείς να έχεις φίλους από τα παιδικά σου χρόνια;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nαι	63	90,0	90,0	90,0
Valid Όχι	7	10,0	10,0	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, με ποσοστό 90%, δήλωσε πως διατηρεί ορισμένους φίλους από τα παιδικά τους χρόνια,, ενώ μόνο το 10% δεν έχουν διατηρήσει φιλικές σχέσεις για τόσα πολλά χρόνια.



Γράφημα 3. 28 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν οι συμμετέχοντες διαθέτουν ακόμη φίλους από τα παιδικά τους χρόνια.

Στη συνέχεια, οι έφηβοι του δείγματος ερωτήθηκαν εάν συνηθίζουν να καταναλώνουν τρόφιμα κρυφά από τους γονείς τους.

Πίνακας 3. 30 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το εάν καταναλώνουν κρυφά τρόφιμα οι συμμετέχοντες από τους γονείς τους.

**Καταναλώνεις κρυφά τρόφιμα από τους γονείς σου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	30	42,9	42,9
	Όχι	40	57,1	100,0
Total		70	100,0	

Το 57,1% απάντησε αρνητικά, αλλά το 42,9%, ποσοστό πολύ σημαντικό, δήλωσε πως πράγματι, συνηθίζει να καταναλώνει τρόφιμα κρυφά από τους γονείς τους.



Γράφημα 3. 29 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για το εάν καταναλώνουν κρυφά τρόφιμα οι συμμετέχοντες από τους γονείς τους.

Η επόμενη ερώτηση εστιάζει στα συναισθήματα που εκφράζουν τους εφήβους με διαβήτη όταν βρίσκονται σε σύγχυση ή όταν είναι θυμωμένοι για κάτι άσχημο που συνέβη μεταξύ των ίδιων και των γονέων τους.

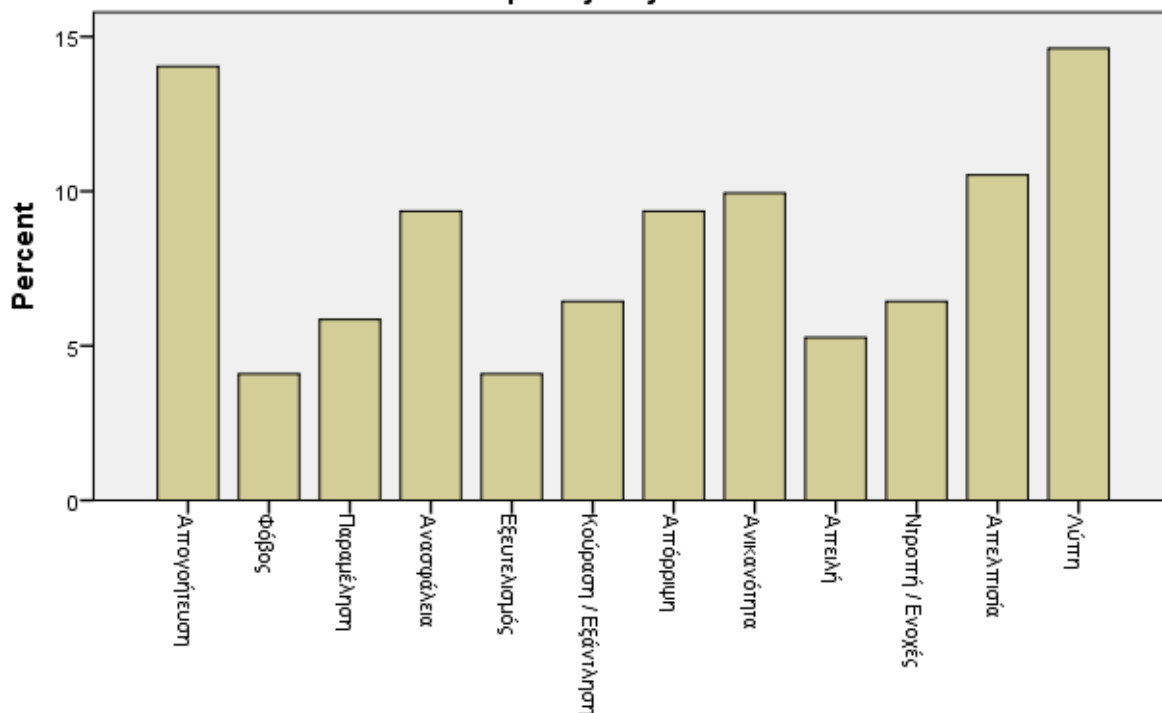
Πίνακας 3. 31 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τα επιμέρους συναισθήματα που εκδηλώνουν οι έφηβοι με διαβήτη της παρούσας έρευνας όταν είναι θυμωμένοι με τους γονείς τους.

**Σημειώστε με Χ όποιο - α από τα παρακάτω συναισθήματα σας εκφράζει, όταν είσαστε θυμωμένος - η για κάτι άσχημο που συνέβη ανάμεσα σε εσάς και τους γονείς σας.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Απογοήτευση	24	14,0	14,0	14,0
Φόβος	7	4,1	4,1	18,1
Παραμέληση	10	5,8	5,8	24,0
Ανασφάλεια	16	9,4	9,4	33,3
Εξευτελισμός	7	4,1	4,1	37,4
Κούραση / Εξάντληση	11	6,4	6,4	43,9
Valid Απόρριψη	16	9,4	9,4	53,2
Ανικανότητα	17	9,9	9,9	63,2
Απειλή	9	5,3	5,3	68,4
Ντροπή / Ενοχές	11	6,4	6,4	74,9
Απελπισία	18	10,5	10,5	85,4
Λύπη	25	14,6	14,6	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Στη συγκεκριμένη ερώτηση, ήταν δυνατή η συμπλήρωση περισσότερων της μίας απαντήσεων και ως εκ τούτου, σημειώθηκαν συνολικά περισσότερες του 70 απαντήσεις, και συγκεκριμένα, 171. Τα κύρια εκείνα συναισθήματα που δήλωσαν πως αισθάνονται οι διαβητικοί έφηβοι όταν είναι θυμωμένοι με την οικογένειά τους είναι η λύπη, η απογοήτευση, και η απελπισία, με ποσοστά 14,6%, 14% και 10,5%, αντίστοιχα. Ακολουθούν τα συναισθήματα της ανικανότητας, της ανασφάλειας και της απόρριψης, ενώ τελευταία έρχονται η απειλή, ο φόβος, και ο εξευτελισμός.

Σημειώστε με Χ όποιο - α από τα παρακάτω συναισθήματα σας εκφράζει, όταν είσαστε θυμωμένος - η για κάτι άσχημο που συνέβη ανάμεσα σε εσάς και τους γονείς σας.



Σημειώστε με Χ όποιο - α από τα παρακάτω συναισθήματα σας εκφράζει, όταν είσαστε θυμωμένος - η για κάτι άσχημο που συνέβη ανάμεσα σε εσάς και τους γονείς σας.

Γράφημα 3. 30 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για τα επιμέρους συναισθήματα που εκδηλώνουν οι έφηβοι με διαβήτη της παρούσας έρευνας όταν είναι θυμωμένοι με τους γονείς τους.

Σε συνέχεια της διερεύνησης των σχέσεων των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη και των γονέων τους, η επόμενη ερώτηση του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας αφορά στα συναισθήματα και στις ενέργειες που αναμένουν οι έφηβοι από τους γονείς τους, αναφορικά με τη συμπεριφορά απέναντί τους. Οι απαντητικές επιλογές περιλάμβαναν το σεβασμό, τις καλές συμβουλές, τη συμπαράσταση, την προθυμία για συζήτηση, την περισσότερη ελευθερία, τη φιλική διάθεση και την κατανόηση, ενώ εάν καμία από τις παραπάνω απαντήσεις δεν εξέφραζε τον συμμετέχοντα, ο τελευταίος μπορούσε να επιλέξει την απάντηση «Άλλο».

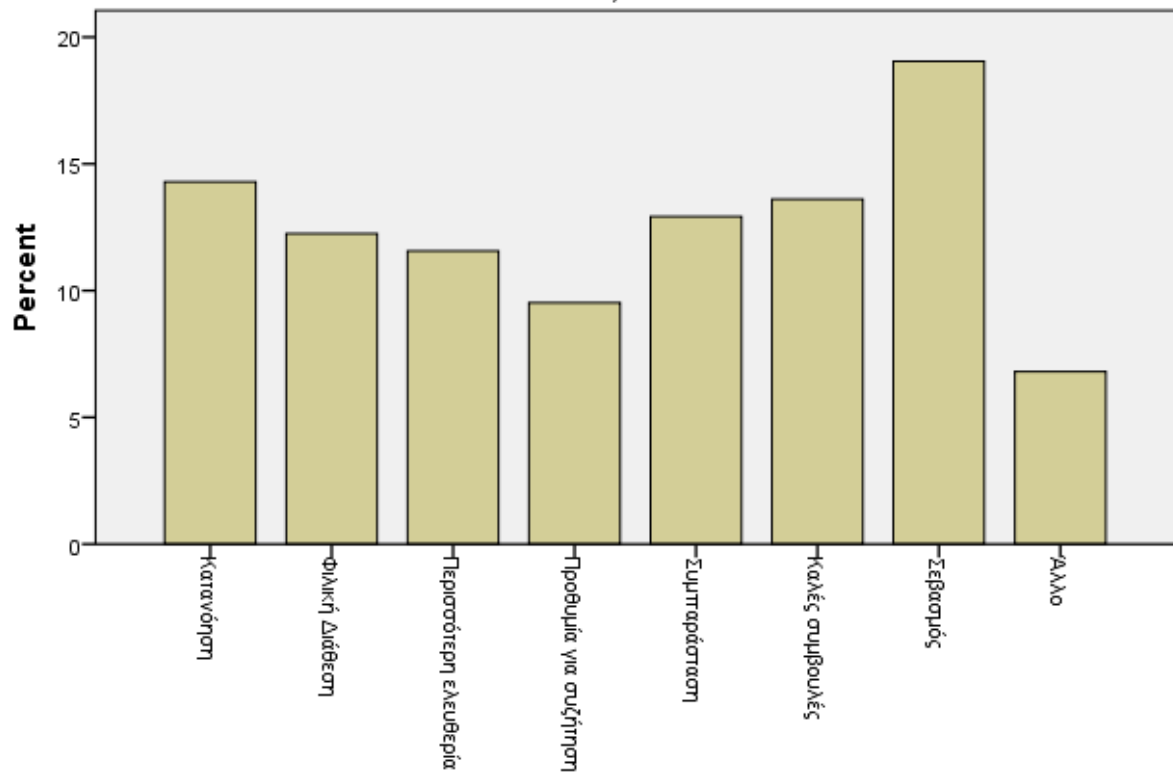
Πίνακας 3. 32 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για το τι περιμένουν από τους γονείς τους οι συμμετέχοντες, σύμφωνα με τη συμπεριφορά που οι ίδιοι εκδηλώνουν προς αυτούς.

**Τι περιμένεις από τους γονείς σου, σε σχέση με τη συμπεριφορά τους απέναντί σου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	21	12,3	14,3	14,3
	18	10,5	12,2	26,5
	17	9,9	11,6	38,1
	14	8,2	9,5	47,6
Valid	19	11,1	12,9	60,5
	20	11,7	13,6	74,1
	28	16,4	19,0	93,2
	10	5,8	6,8	100,0
	147	86,0	100,0	
Missing	24	14,0		
Total	171	100,0		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η δημοφιλέστερη απάντηση είναι ο σεβασμός, με ποσοστό 19%, ενώ ακολουθούν η κατανόηση, οι καλές συμβουλές, η συμπαράσταση, η φιλική διάθεση και η περισσότερη ελευθερία, με ποσοστά 14,3%, 13,6%, 12,9%, 12,2% και 11,6%, αντίστοιχα.

**Τι περιμένεις από τους γονείς σου, σε σχέση με τη συμπεριφορά τους απέναντί σου;**



**Τι περιμένεις από τους γονείς σου, σε σχέση με τη συμπεριφορά τους απέναντί σου;**

Γράφημα 3. 31 Διαγραμματική απεικόνιση συχνοτήτων για το τι περιμένουν από τους γονείς τους οι συμμετέχοντες, σύμφωνα με τη συμπεριφορά που οι ίδιοι εκδηλώνουν προς αυτούς.

Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνουν το θυμό τους, όταν βρίσκονται σε σύγκρουση με τους γονείς τους. Οι απαντητικές επιλογές ανάμεσα στις οποίες κλήθηκαν να διαλέξουν μία ή περισσότερες οι συμμετέχοντες ήταν οι εξής: «Με πολύ έντονες συμπεριφορές και αντιδράσεις (κλάμα, φωνές, βίαιες κινήσεις)», «Ελλιπής διατροφή και ανορεξία», «Μελαγχολία», «Κακή απόδοση στο σχολείο», «Μείωση ενδιαφέροντος για εξωσχολικές δραστηριότητες», «Μειωμένες ώρες ύπνου / Διαταραγμένος ύπνος», και για εκείνους που θέλουν να δηλώσουν κάτι άλλο, υπήρχε η επιλογή «Άλλο» και μπορούσαν να συμπληρώσουν στη συνέχεια ό,τι ήθελαν οι ίδιοι.

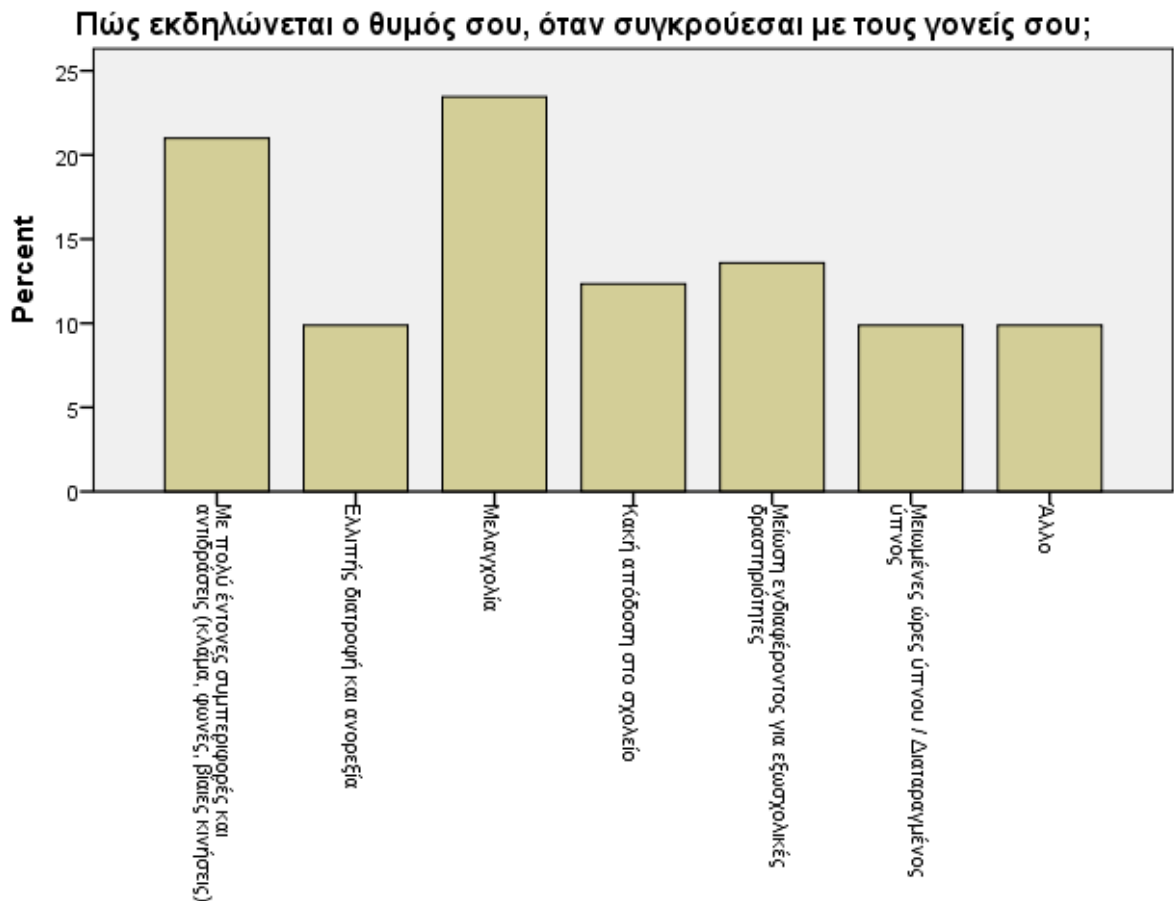
Πίνακας 3. 33 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τον τρόπο εκδήλωσης του θυμού των συμμετεχόντων, κατά τη σύγκρουσή τους με τους γονείς τους.

**Πώς εκδηλώνεται ο θυμός σου, όταν συγκρούεσαι με τους γονείς σου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Με πολύ έντονες συμπεριφορές και αντιδράσεις (κλάμα, φωνές, βίαιες κινήσεις)	17	9,9	21,0	21,0
Ελλιπής διατροφή και ανορεξία	8	4,7	9,9	30,9
Μελαγχολία	19	11,1	23,5	54,3
Κακή απόδοση στο σχολείο	10	5,8	12,3	66,7
Μείωση ενδιαφέροντος για εξωσχολικές δραστηριότητες	11	6,4	13,6	80,2
Μειωμένες ώρες ύπνου / Διαταραγμένος ύπνος	8	4,7	9,9	90,1
Άλλο	8	4,7	9,9	100,0
Total	81	47,4	100,0	
Missing				
System	90	52,6		
Total	171	100,0		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι δημοφιλέστερες απαντήσεις ήταν η μελαγχολία και οι πολύ έντονες αντιδράσεις και συμπεριφορές, όπως είναι οι φωνές, το κλάμα και οι βίαιες κινήσεις, με ποσοστά 23,5% και 21%, αντίστοιχα. Ακολούθησαν οι απαντητικές επιλογές «Μείωση ενδιαφέροντος για εξωσχολικές δραστηριότητες» και «Κακή απόδοση στο σχολείο», με ποσοστά 13,6% και 12,3%, ενώ οι υπόλοιπες απαντήσεις σημείωσαν 9,9%.





**Πώς εκδηλώνεται ο θυμός σου, όταν συγκρούεσαι με τους νονούς σου:**

Γράφημα 3. 32 Διαγραμματική Απεικόνιση συχνοτήτων για τον τρόπο εκδήλωσης του θυμού των συμμετεχόντων, κατά τη σύγκρουσή τους με τους γονείς τους.

Τέλος, όσοι απάντησαν «Άλλο» στην προηγούμενη ερώτηση, έδωσαν τις δικές τους εκδηλώσεις θυμού κατά τη σύγκρουση με τους γονείς τους.

Πίνακας 3. 34 Παρουσίαση της Σχετικής, Απόλυτης και Αθροιστικής Συχνότητας για τις επιπρόσθετες εκδηλώσεις θυμού, οι οποίες δεν αναφέρονταν στις επιλογές της παραπάνω ερώτησης.

**Εάν απαντήσατε "Άλλο" στην προηγούμενη ερώτηση, προσδιορίστε.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Νευρικότητα	4	5,7	44,4	44,4
Νεύρα	2	2,9	22,2	66,7
Άγχος	1	1,4	11,1	77,8
Αθλητισμός	1	1,4	11,1	88,9
Εσωστρέφεια (Κλείνομαι στον εαυτό μου)	1	1,4	11,1	100,0
Total	9	12,9	100,0	
Missing	999	61	87,1	
Total	70	100,0		

Σύμφωνα με αυτές, η δημοφιλέστερη είναι η νευρικότητα, ενώ ακολουθούν τα νεύρα, το άγχος, ο αθλητισμός, και η εσωστρέφεια.

### **Συσχετίσεις Απαντήσεων**

Για την ανάλυση συσχετίσεων στις απαντήσεις των ερωτώμενων, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Pearson Chi-Square για όλες τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο γονέων και περιοχή διαβίωσης). Κάτωθι, παρουσιάζονται μόνον οι στατιστικά σημαντικά διαφορές στις απαντήσεις των ερωτώμενων σε επίπεδο εμπιστοσύνης 90% και 95%.

## Συσχετίσεις με βάση το «φύλο»

Η διενέργεια συσχετίσεων με βάση το «φύλο» καταδεικνύει ότι η συγκεκριμένη μεταβλητή επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου σε μικρό βαθμό, καθώς η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι το φύλο επηρεάζει δύο απαντήσεις σε επίπεδο εμπιστοσύνης μάλιστα 90%.

**Πίνακας 3. 35 Συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της συχνότητας ταραχής και σύγχυσης των συμμετεχόντων, λόγω της ασθένειας.**

Νιώθεις συχνά σύγχυση, ταραχή ή ανησυχία που να θεωρείς ότι οφείλονται στην ασθένεια;			Ναι	Όχι	Σύνολο	Pvalue
Φύλο	Αγόρι	N	20	16	36	0,051
		%	55,6%	44,4%	100,0%	
	Κορίτσι	N	11	23	34	
		%	32,4%	67,6%	100,0%	
Σύνολο		N	31	39	70	
		%	44,3%	55,7%	100,0%	

Ως προς τη συσχέτιση του φύλου, με την ερώτηση εάν οι έφηβοι του δείγματος αισθάνονται σύγχυση, ταραχή και ανησυχία που οφείλονται στην ασθένεια, η απόλυτη πλειοψηφία των αγοριών, δηλαδή το 55,6% απάντησε «Ναι», ενώ η απόλυτη πλειοψηφία των κοριτσιών, δηλαδή το 66,6%, απάντησε «Όχι». Επιπροσθέτως, επειδή στον έλεγχο Chi Square το PValue=0.051<0,10 συμπεραίνεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 90%, η μεταβλητή «φύλο» δεν είναι ανεξάρτητη από τις απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση και επομένως το φύλο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις της συγκεκριμένης ερώτησης. Μάλιστα, από τον ανωτέρω πίνακα, παρατηρείται ότι τα αγόρια τείνουν να νιώθουν σε μεγαλύτερο βαθμό σύγχυση, ταραχή ή ανησυχία που οφείλονται στην ασθένεια σε σύγκριση με τα κορίτσια του δείγματος.

**Πίνακας 3. 36 Συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της κρυφής κατανάλωσης τροφίμων.**

Καταναλώνεις κρυφά τρόφιμα από τους γονείς σου;						
			Ναι	Όχι	Σύνολο	Pvalue
Φύλο	Αγόρι	N	12	24	36	0,098
		%	33,3%	66,7%	100,0%	
	Κορίτσι	N	18	16	34	
		%	52,9%	47,1%	100,0%	
Σύνολο		N	30	40	70	
		%	42,9%	57,1%	100,0%	

Τα αποτελέσματα της συσχέτισης στην ερώτηση «φύλο», με την ερώτηση εάν οι έφηβοι του δείγματος καταναλώνουν κρυφά τρόφιμα από τους γονείς τους, δείχνει ότι η πλειοψηφία των αγοριών, δηλαδή το 66,7% απάντησε «όχι». Τη συγκεκριμένη απάντηση έδωσε και το 47,1%, των κοριτσιών ενώ το 52,9% των κοριτσιών δήλωσε ότι καταναλώνει κρυφά τρόφιμα από τους γονείς του. Ο έλεγχος Chi Square έχει PValue=0.098<0,10 και κατά συνέπεια συμπεραίνεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 90%, η μεταβλητή «φύλο» δεν είναι ανεξάρτητη από τις απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση και επομένως το φύλο αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τις απαντήσεις του δείγματος. Επίσης, από τον ανωτέρω πίνακα παρατηρείται ότι τα κορίτσια τείνουν να καταναλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό τρόφιμα κρυφά από τους γονείς τους σε σύγκριση με τα αγόρια.

### **Συσχετίσεις με βάση την «ηλικία»**

Οι συσχετίσεις των απαντήσεων με την ηλικία, κάνει σαφές ότι η ηλικία επηρεάζει στατιστικά σημαντικά αρκετές απαντήσεις των εφήβων και ειδικότερα εντοπίστηκαν 6 ερωτήσεις στις οποίες η ηλικία επηρεάζει σε επίπεδο εμπιστοσύνης τουλάχιστον 90% τις απαντήσεις των εφήβων.

**Πίνακας 3. 37 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του εάν πιστεύουν οι συμμετέχοντες πως η εμφάνισή τους αρέσει στους φίλους και στους συμμαθητές τους.**

Πιστεύεις ότι η εξωτερική σου εμφάνιση αρέσει στους συμμαθητές ή στους φίλους σου;			Ναι	Όχι	Σύνολο	P-value Chi Square
Ηλικία	11 - 12 χρονών	N	12	7	19	0,030
		%	63,2%	36,8%	100,0%	
	13 - 14 χρονών	N	8	8	16	
		%	50,0%	50,0%	100,0%	
	15 - 16 χρονών	N	5	14	19	
		%	26,3%	73,7%	100,0%	
	17 - 18 χρονών	N	14	2	16	
		%	87,5%	12,5%	100,0%	
Σύνολο		N	39	31	70	
		%	55,7%	44,3%	100,0%	

Η συσχέτιση της «ηλικίας», με την ερώτηση εάν οι έφηβοι του δείγματος πιστεύουν ότι η εξωτερική τους εμφάνιση αρέσει στους συμμαθητές ή φίλους τους, κάνει σαφές ότι η πλειοψηφία των εφήβων ηλικίας 15-16 ετών θεωρεί ότι η εμφάνισή του δεν αρέσει στους φίλους του, ενώ οι έφηβοι όλων των άλλων κατατάξεων ηλικίας θεωρούν ότι η εξωτερική τους εμφάνιση αρέσει. Επισημαίνεται, ότι και για τους εφήβους ηλικίας 13-14 ετών οι απαντήσεις είναι μοιρασμένες καθώς το 50% θεωρεί ότι η εξωτερική εμφάνισή του αρέσει, ενώ αντίθετη άποψη έχει το υπόλοιπο 50% των ερωτώμενων της ίδιας ηλικίας. Επιπλέον, επειδή στον έλεγχο Chi Square το PValue=0.030 <0,05 συμπεραίνεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, η μεταβλητή «ηλικία» δεν είναι ανεξάρτητη από τις απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση και επομένως η ηλικία αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τις απαντήσεις του δείγματος.

Πίνακας 3. 38 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της αποδεκτής ή μη συμπεριφοράς των συμμετεχόντων από τον κοινωνικό περίγυρό τους.

Πιστεύεις ότι η συμπεριφορά σου είναι αποδεκτή από τους άλλους / κοινωνικό περίγυρό σου;			Ναι	Όχι	Σύνολο	P-value Chi Square
Ηλικία	11 - 12 χρονών	N	17	2	19	0,040
		%	89,5%	10,5%	100,0%	
	13 - 14 χρονών	N	9	7	16	
		%	56,3%	43,8%	100,0%	
	15 - 16 χρονών	N	9	10	19	
		%	47,4%	52,6%	100,0%	
17 - 18 χρονών	N	11	5	16		
	%	68,8%	31,3%	100,0%		
Σύνολο	N	46	24	70		
	%	65,7%	34,3%	100,0%		

Ως προς τη συσχέτιση της «ηλικίας», με την ερώτηση εάν οι έφηβοι του δείγματος πιστεύουν ότι η συμπεριφορά τους είναι αποδεκτή από το κοινωνικό τους περίγυρο, η πλειοψηφία των εφήβων ηλικίας 11-12 ετών θεωρεί ότι η συμπεριφορά τους είναι αποδεκτή σε ποσοστό 89,5%, ενώ τα άτομα ηλικίας 15-16 ετών κατά πλειοψηφία (52,6%) θεωρούν ότι η συμπεριφορά τους δεν είναι αποδεκτή. Ωστόσο, οι έφηβοι ηλικίας 17-18 ετών θεωρούν σε ποσοστό 68,8% ότι η συμπεριφορά τους είναι αποδεκτή. Ο έλεγχος Chi Square έχει  $P\text{Value}=0.040 < 0,05$  και ως εκ τούτου γίνεται σαφές ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, η μεταβλητή «ηλικία» δεν είναι ανεξάρτητη από τις απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση και επομένως η ηλικία αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τις απαντήσεις του δείγματος. Επίσης, από τον ανωτέρω πίνακα παρατηρείται ότι οι έφηβοι ηλικίας 13-14 ετών και 15-16 ετών παρουσιάζουν θεωρούν σε μεγαλύτερα ποσοστά, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικίες, ότι η συμπεριφορά τους δεν είναι αποδεκτή.

Πίνακας 3. 39 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της ευκολίας δημιουργίας θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με το αντίθετο φύλο.

Σου είναι εύκολο να δημιουργείς θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο (φιλικές, ερωτικές);			Ναι	Όχι	Σύνολο	P-value Chi Square
Ηλικία	11 - 12 χρονών	N	10	9	19	0,090
		%	52,6%	47,4%	100,0%	
	13 - 14 χρονών	N	4	12	16	
		%	25,0%	75,0%	100,0%	
	15 - 16 χρονών	N	5	14	19	
		%	26,3%	73,7%	100,0%	
	17 - 18 χρονών	N	12	4	16	
		%	75,0%	25,0%	100,0%	
Σύνολο		N	31	39	70	
		%	44,3%	55,7%	100,0%	

Η συσχέτιση της «ηλικίας», με την ερώτηση εάν οι έφηβοι του δείγματος μπορούν εύκολα να δημιουργούν θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο, κάνει σαφές η πλειοψηφία των εφήβων ηλικίας 13-14 και 15-16 θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό (75% και 73,7% αντίστοιχα) ότι είναι δύσκολο να δημιουργούν διαπροσωπικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο. Αντιθέτως, οι έφηβοι ηλικίας 17-18 ετών θεωρούν ότι είναι εύκολο, σε ποσοστό 75%, να δημιουργούν διαπροσωπικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο. Με βάση τον έλεγχο Chi Square και επειδή το PValue=0.090 συμπεραίνεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 90%, η μεταβλητή «ηλικία» δεν είναι ανεξάρτητη από τις απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση και επομένως η ηλικία αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τις απαντήσεις του δείγματος. Επίσης, από τον ανωτέρω πίνακα παρατηρείται ότι οι έφηβοι ηλικίας 13-14 ετών και 15-16 ετών παρουσιάζουν θεωρούν σε μεγαλύτερα ποσοστά, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικίες, ότι είναι δύσκολο να δημιουργήσουν θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο.

Πίνακας 3. 40 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της ηλικίας όπου διαγιγνώστηκε ο διαβήτης.

Σε ποια ηλικία διαγνώστηκε ο σακχαρώδης διαβήτης;
---

		<2	2 έως 4	4 έως 6	6 έως 8	8 έως 10	10 έως 12	12 έως 14	Σύνολο	P-value Chi Square	
Ηλικία	11 - 12 χρονών	N	6	3	5	5	0	0	0	19	0,013
		%	31,6%	15,8%	26,3%	26,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	13 - 14 χρονών	N	3	7	3	0	3	0	0	16	
		%	18,8%	43,8%	18,8%	0,0%	18,8%	0,0%	0,0%	100,0%	
	15 - 16 χρονών	N	2	7	2	2	3	3	0	19	
		%	10,5%	36,8%	10,5%	10,5%	15,8%	15,8%	0,0%	100,0%	
	17 - 18 χρονών	N	2	4	2	0	3	2	3	16	
		%	12,5%	25,0%	12,5%	0,0%	18,8%	12,5%	18,8%	100,0%	
Σύνολο	N	13	21	12	7	9	5	3	70		
	%	18,6%	30,0%	17,1%	10,0%	12,9%	7,1%	4,3%	100,0%		

Ως προς τη συσχέτιση της «ηλικίας», με την ερώτηση σε ποια ηλικία διαγνώστηκε ο σακχαρώδης διαβήτης, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι στους εφήβους ηλικίας 11-12 ετών οι απαντήσεις κατά πλειοψηφία (31,6%) έδειξαν πως ο σακχαρώδης διαβήτης διαγνώστηκε σε ηλικία μικρότερη των δύο ετών, ενώ σε κάθε ηλικιακή ομάδα για τους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη κατά πλειοψηφία πραγματοποιήθηκε μεταξύ 2-4 ετών. Τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi Square δίνουν PValue=0.013<0,05 και κατά συνέπεια συμπεραίνεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, η μεταβλητή «ηλικία» δεν είναι ανεξάρτητη από τις απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση και επομένως η ηλικία αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τις απαντήσεις του δείγματος. Επίσης, από τον ανωτέρω πίνακα παρατηρείται ότι στους εφήβους νεότερης ηλικίας ο σακχαρώδης διαβήτης διαγνώστηκε νωρίς σε σύγκριση με τους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς συγκεκριμένα στο 18,8% των εφήβων ηλικίας 17-18 ετών, εντοπίζεται .ότι ο σακχαρώδης διαβήτης διαγνώστηκε στην ηλικία 12-14 ετών.



Πίνακας 3. 41 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του εάν οι καθηγητές και οι φίλοι των συμμετεχόντων γνωρίζουν για την ασθένειά τους.

Έχεις γνωστοποιήσει την ασθένειά στους φίλους σου / ή στους καθηγητές σου;			Ναι	Όχι	Σύνολο	P-value Chi Square
Ηλικία	11 - 12 χρονών	N	15	4	19	
		%	78,9%	21,1%	100,0%	
	13 - 14 χρονών	N	13	3	16	
		%	81,3%	18,8%	100,0%	
	15 - 16 χρονών	N	9	10	19	
		%	47,4%	52,6%	100,0%	
	17 - 18 χρονών	N	14	2	16	
		%	87,5%	12,5%	100,0%	
Σύνολο		N	51	19	70	
		%	72,9%	27,1%	100,0%	

Τα αποτελέσματα της συσχέτισης στην ερώτηση «ηλικίας», με την ερώτηση εάν οι έφηβοι του δείγματος έχουν γνωστοποιήσει την ασθένεια σε καθηγητές και φίλους, καταδεικνύουν ότι η απόλυτη πλειοψηφία των εφήβων ηλικίας 12-12 με ποσοστό 78,9% έχει γνωστοποιήσει την ασθένειά του, ενώ οι έφηβοι της ηλικίας 15-16 ετών κατά πλειοψηφία (52,6%) δεν έχουν γνωστοποιήσει την ασθένειά τους. Επιπροσθέτως, επειδή στον έλεγχο Chi Square το PValue=0.031<0,05 συμπεραίνεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, η μεταβλητή «ηλικία» δεν είναι ανεξάρτητη από τις απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση και επομένως η ηλικία αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τις απαντήσεις του δείγματος και ειδικότερα εντοπίζεται στατιστικά σημαντικά ότι οι έφηβοι ηλικίας 15-16 ετών έχουν σε μικρότερο βαθμό γνωστοποιήσει την ασθένειά τους.

Πίνακας 3. 42 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των διάφορων προβλημάτων που εμφανίζουν οι έφηβοι με διαβήτη.

Με πολύ έντονες συμπεριφορές και αντιδράσεις (κλάμα,	Ελλιπής διατροφή και ανορεξία	Μελαγχολία	Κακή απόδοση στο σχολείο	Μείωση ενδιαφέροντος για εξωσχολικές δραστηριότητες	Μειωμένες ώρες ύπνου / Διαταραγμένος ύπνος	Σύνολο	P-value Chi Square
--	-------------------------------	------------	--------------------------	---	--	--------	--------------------

		φωνές, βίαιες κινήσεις)				ητες			
11 - 12 χρονώ ν	N	4	2	6	1	2	1	19	0,077
	%	21,10%	10,50%	31,60%	5,30%	10,50%	5,30%	100,00%	
13 - 14 χρονώ ν	N	2	0	5	3	4	0	16	
	%	12,50%	0,00%	31,30%	18,80%	25,00%	0,00%	100,00%	
15 - 16 χρονώ ν	N	8	2	4	1	0	4	19	
	%	42,10%	10,50%	21,10%	5,30%	0,00%	21,10%	100,00%	
17 - 18 χρονώ ν	N	3	3	1	0	4	2	16	
	%	18,80%	18,80%	6,30%	0,00%	25,00%	12,50%	100,00%	
	N	17	7	16	5	10	7	70	
	%	24,30%	10,00%	22,90%	7,10%	14,30%	10,00%	100,00%	

Η συσχέτιση της «ηλικίας», με την ερώτηση πως εκδηλώνεται ο θυμός, όταν οι έφηβοι του δείγματος συγκρούονται με τους γονείς τους, κάνει σαφές ότι η πλειοψηφία των εφήβων ηλικίας 11-12 ετών και 13-14 ετών με ποσοστά 31,6% και 31,3% αντίστοιχα, εκδηλώνουν το θυμό τους στους γονείς τους μέσω μελαγχολίας. Αντιθέτως, οι νέοι ηλικίας 15-16 ετών κατά πλειοψηφία (42,1%) εκδηλώνουν το θυμό έναντι των γονέων με πολύ έντονες συμπεριφορές και αντιδράσεις. Στον έλεγχο Chi Square το PValue=0.077<0,10 και ως εκ τούτου συμπεραίνεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 90%, η μεταβλητή «ηλικία» δεν είναι ανεξάρτητη από τις απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση και επομένως η ηλικία αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τις απαντήσεις του δείγματος. Μάλιστα, παρατηρείται ότι οι έφηβοι νεότερης ηλικίας εκδηλώνουν το θυμό τους με μελαγχολία.

### Συσχετίσεις με βάση την «μόρφωση γονέων»

Η μόρφωση των γονέων εντοπίζεται ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις δύο ερωτήσεων. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται τα αντίστοιχα αποτελέσματα.

Πίνακας 3. 43 Συσχέτιση μεταξύ της μόρφωσης των γονέων και της συμμετοχής των εφήβων με διαβήτη σε ειδικές κατασκηνώσεις.

Έχεις συμμετάσχει σε κατασκηνώσεις για παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη;						
			Ναι	Όχι	Σύνολο	P-value Chi Square
Μόρφωση Γονέων	Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	N	14	8	22	0,049
		%	63,6%	36,4%	100,0%	
	Τεχνολογική Εκπαίδευση	N	5	9	14	
		%	35,7%	64,3%	100,0%	
	Επαγγελματική Εκπαίδευση	N	6	11	17	
		%	35,3%	64,7%	100,0%	
	Υποχρεωτική Εκπαίδευση	N	6	5	11	
		%	54,5%	45,5%	100,0%	
Άλλο	N	0	6	6		
	%	0,0%	100,0%	100,0%		
Σύνολο		N	31	39	70	
		%	44,3%	55,7%	100,0%	

Τα αποτελέσματα της συσχέτισης των απαντήσεων στην ερώτηση «Μόρφωση Γονέων», με τις απαντήσεις στην ερώτηση εάν έχεις συμμετάσχει σε κατασκηνώσεις για παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη, δείχνουν ότι η πλειοψηφία των παιδιών με γονείς πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, σε ποσοστό 63,6%, έχουν συμμετάσχει σε αντίστοιχες κατασκηνώσεις, ενώ σε αντίθεση τα παιδιά γονέων με τεχνολογική ή και με επαγγελματική εκπαίδευση απάντησαν κατά πλειοψηφία (64,3% και 64,7% αντίστοιχα) ότι δεν έχουν συμμετάσχει σε παιδικές κατασκηνώσεις για παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη. Τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi Square δείχνουν ότι το  $P\text{Value}=0.049 < 0,05$  και κατά συνέπεια συμπεραίνεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, η μεταβλητή «μόρφωση γονέων» δεν είναι ανεξάρτητη από τις απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση και επομένως η μόρφωση των γονέων αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει το κατά πόσο οι έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη έχουν συμμετάσχει στις ειδικές παιδικές κατασκηνώσεις. Μάλιστα, παρατηρείται ότι οι έφηβοι με γονείς χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου τείνουν σε μικρότερο βαθμό να έχουν συμμετάσχει στις παιδικές κατασκηνώσεις παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη.

Πίνακας 3. 44 Συσχέτιση μεταξύ της μόρφωσης των γονέων και των αντιδράσεων που περιμένουν τα παιδιά από εκείνους σε σχέση με τη συμπεριφορά τους.

Τι περιμένεις από τους γονείς σου, σε σχέση με τη συμπεριφορά τους απέναντί σου;									
		Κατανόηση	Φιλική Διάθεση	Περισσότερη ελευθερία	Προθυμία για συζήτηση	Συμπάροσταση	Καλές συμβουλές	Σεβασμός	P-value Chi Square
Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	N	6	3	1	2	1	3	3	0,073
	%	27,3%	13,6%	4,5%	9,1%	4,5%	13,6%	13,6%	
Τεχνολογική Εκπαίδευση	N	4	1	5	1	2	1	0	
	%	28,6%	7,1%	35,7%	7,1%	14,3%	7,1%	0,0%	
Επαγγελματική Εκπαίδευση	N	1	2	6	3	2	1	1	
	%	5,9%	11,8%	35,3%	17,6%	11,8%	5,9%	5,9%	
Υποχρεωτική Εκπαίδευση	N	1	0	0	1	2	2	4	
	%	9,1%	0,0%	0,0%	9,1%	18,2%	18,2%	36,4%	
	%	0,0%	50,0%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	
Σύνολο	N	12	9	13	7	7	7	10	
	%	17,1%	12,9%	18,6%	10,0%	10,0%	10,0%	14,3%	

Ως προς τη συσχέτιση της «Μόρφωσης Γονέων», με το τι αναμένουν οι έφηβοι από τη συμπεριφορά των γονέων τους, παρατηρείται ότι οι έφηβοι των οποίων οι γονείς έχουν επίπεδο πανεπιστημιακής μόρφωσης αναμένουν κατά πλειοψηφία σε ποσοστό 27,3% κατανόηση, ενώ οι έφηβοι με γονείς τεχνολογικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης αναμένουν κατά πλειοψηφία με ποσοστά 35,7% και 35,3% αντίστοιχα περισσότερη ελευθερία. Τέλος, οι έφηβοι με γονείς υποχρεωτικής εκπαίδευσης κατά πλειοψηφία επιζητούν από τη συμπεριφορά των γονέων τους σεβασμό με ποσοστό 36,4%. Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi Square και επειδή το  $PValue=0.073 < 0,10$  συμπεραίνεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 90%, η μεταβλητή «μόρφωση γονέων» δεν είναι ανεξάρτητη από τις απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση και επομένως η μόρφωση των γονέων αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει το τι περιμένουν οι έφηβοι από τη συμπεριφορά των γονέων τους.

### Συσχετίσεις με βάση την «περιοχή διαβίωσης»

Ο τόπος διαβίωσης των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη (επαρχία ή πόλη) αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις τριών ερωτήσεων.

Πίνακας 3. 45 Συσχέτιση μεταξύ της περιοχής διαβίωσης και του εάν οι συμμετέχοντες θεωρούν πως η εξωτερική τους εμφάνιση αρέσει στους φίλους και συμμαθητές τους.

Πιστεύεις ότι η εξωτερική σου εμφάνιση αρέσει στους συμμαθητές ή στους φίλους σου;						
			Ναι	Όχι	Σύνολο	P-value Chi Square
Περιοχή Διαβίωσης	Επαρχία	N	13	19	32	0,022
		%	40,6%	59,4%	100,0%	
	Πόλη	N	24	11	35	
		%	68,6%	31,4%	100,0%	
Σύνολο		N	37	30	67	
		%	55,2%	44,8%	100,0%	

Η περιοχή διαβίωσης των εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις τους για το ένα πιστεύουν ότι η εξωτερική εμφάνισή τους αρέσει στους συμμαθητές ή φίλους τους. Ειδικότερα, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των εφήβων που κατοικούν στην επαρχία θεωρούν κατά πλειοψηφία με ποσοστό 59,4% ότι η εμφάνισή τους δεν αρέσει στους φίλους τους, ενώ εν αντιθέσει οι έφηβοι που κατοικούν στην πόλη, κατά απόλυτη πλειοψηφία με ποσοστό 68,6% θεωρούν ότι η εξωτερική τους εμφάνιση αρέσει στους συμμαθητές ή φίλους τους. Ο έλεγχος Chi-square με P-value=0.022 κάνει σαφές ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% η απάντηση στην ερώτηση για τον τόπο διαβίωσης δεν είναι ανεξάρτητη από την απάντηση στην ερώτηση για το εάν αρέσει η εξωτερική εμφάνιση. Τα ανωτέρω στοιχεία δείχνουν ότι στατιστικά σημαντικά οι έφηβοι που κατοικούν στην επαρχία θεωρούν ότι η εξωτερική τους εμφάνιση δεν αρέσει στους συμμαθητές ή φίλους τους.

Πίνακας 3. 46 Συσχέτιση μεταξύ της περιοχής διαβίωσης και της ύπαρξης ή μη μαθησιακών προβλημάτων.

Είχαν ή έχουν διαγνωσθεί μαθησιακά προβλήματα;
--

			Ναι	Όχι	Σύνολο	P-value Chi Square
Περιοχή Διαβίωσης	Επαρχία	N	20	12	32	0,066
		%	62,5%	37,5%	100,0%	
	Πόλη	N	14	21	35	
		%	40,0%	60,0%	100,0%	
Σύνολο		N	34	33	67	
		%	50,7%	49,3%	100,0%	

Η συσχέτιση της περιοχής διαβίωσης με το εάν έχουν διαγνωστεί μαθησιακά προβλήματα, κάνει σαφές ότι στους εφήβους που κατοικούν στην επαρχία έχουν διαγνωστεί κατά πλειοψηφία με ποσοστό 62,5% μαθησιακά προβλήματα, ενώ στους εφήβους που κατοικούν στην πόλη κατά πλειοψηφία με ποσοστό 60% δεν έχουν διαγνωστεί μαθησιακά προβλήματα. Επιπλέον, ο έλεγχος Chi-square με P-value=0.066 δείχνει ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 90% η μεταβλητή τόπος διαβίωσης δεν είναι ανεξάρτητη από την ύπαρξη μαθησιακών προβλημάτων. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι οι έφηβοι που κατοικούν στο χωριό εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά μαθησιακών προβλημάτων.

Πίνακας 3. 47 Συσχέτιση μεταξύ της περιοχής διαβίωσης και της ύπαρξης ή μη κάποιου άλλου νοσήματος, εκτός του διαβήτη.

Ο σακχαρώδης διαβήτης συνοδεύεται από κάποιο άλλο νόσημα;						
			Ναι	Όχι	Σύνολο	P-value Chi Square
Περιοχή Διαβίωσης	Επαρχία	N	10	22	32	0,096
		%	31,3%	68,8%	100,0%	
	Πόλη	N	5	30	35	
		%	14,3%	85,7%	100,0%	
Σύνολο		N	15	52	67	
		%	22,4%	77,6%	100,0%	

Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του τόπου διαβίωσης με την ύπαρξη άλλων νοσημάτων στους εφήβους που πάσχουν με σακχαρώδη διαβήτη, κάνουν σαφές ότι οι έφηβοι που κατοικούν στην επαρχία κατά 31,3% εντοπίζουν την ύπαρξη κάποιου άλλου νοσήματος, ενώ οι έφηβοι που κατοικούν στην πόλη εντοπίζουν την ύπαρξη άλλου νοσήματος σε μικρότερο βαθμό 14,3%. Επειδή το Pvalue = 0.096 < 0.1 παρατηρείται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 90%

οι απαντήσεις στις δύο ερωτήσεις δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους και ειδικότερα γίνεται σαφές ότι οι έφηβοι που κατοικούν στην πόλη εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά ύπαρξης κάποιου άλλου νοσήματος.

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν για το δείγμα της παρούσας μελέτης, το τελευταίο είναι σχεδόν ίσα κατανομημένο ως προς το φύλο, ως προς την ηλικία, καθώς και ως προς την περιοχική διαμόρφωση. Αντιθέτως, μεγαλύτερες σχετικά διαφορές παρατηρούνται στη μόρφωση και την εκπαίδευση που διαθέτουν οι γονείς τους, αφού υπάρχουν ορισμένες διακυμάνσεις στα ποσοστά μεταξύ της πανεπιστημιακής, της τεχνολογικής, της επαγγελματικής και της υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Η εξωτερική εμφάνιση αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα για τους εφήβους, καθώς επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογία τους, την αυτοπεποίθησή τους και τις σχέσεις τους με τους υπόλοιπους εφήβους (Thompson *et al*, 2017). Ως εκ τούτου, η αίσθηση ικανοποίησης που διαθέτουν οι έφηβοι που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη για την εμφάνισή τους είναι μια σοβαρή ένδειξη για την ψυχολογική τους κατάσταση και την αυτοπεποίθηση που διαθέτουν. Σύμφωνα με το δείγμα της παρούσας έρευνας, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό που ισοδυναμεί με τα  $\frac{3}{4}$  περίπου του συνόλου, θεωρεί πως η εξωτερική του εμφάνιση είναι ικανοποιητική, και συνεπώς, συμπεραίνεται πως διαθέτουν σχετικά καλή ψυχολογία. Αντιθέτως, το υπόλοιπο 25% που δήλωσε πως δεν βρίσκει καλή την εξωτερική του εμφάνιση, ενδέχεται να εντοπίζει ελαττώματα στον ίδιο του τον εαυτό λόγω της άσχημης ψυχολογικής κατάστασης που έχει διαμορφωθεί ύστερα από τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη. Επιπλέον, το ίδιο μέρος του δείγματος υποστήριξε πως όχι μόνο δεν είναι ικανοποιημένο, αλλά επιπρόσθετα αισθάνεται ντροπή για ορισμένα χαρακτηριστικά που διαθέτει. Το γεγονός αυτό ενισχύει τη θεωρία της έλλειψης αυτοπεποίθησης και της κακής ψυχικής κατάστασης των συγκεκριμένων εφήβων και έρχεται σε συμφωνία με άλλες, προγενέστερες μελέτες που έχουν συσχετίσει τις διατροφικές συμπεριφορές με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης (Williams *et al*, 2014, Pop – Jordanova & Gucev, 2015). Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί πως η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε πως τα αγόρια τείνουν να νιώθουν σε μεγαλύτερο βαθμό σύγχυση, ταραχή ή ανησυχία λόγω της ασθένειάς τους, γεγονός που συνάδει με ευρήματα άλλων ερευνών που δείχνουν επίσης πως το αρσενικό φύλο έχει περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα (Kristensen *et al*, 2014), αλλά έρχεται σε αντίθεση με άλλες μελέτες που υποστηρίζουν πως οι γυναίκες βιώνουν σε πιο μεγάλο βαθμό τις επιπλοκές του διαβήτη (Zoffmann *et al*, 2014). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως ο διαβήτης αποτελεί μια εξαίρεση, καθώς σε άλλες χρόνιες ασθένειες, τα παιδιά και οι έφηβοι που πάσχουν από αυτές σημειώνουν ίσα ή χαμηλότερα επίπεδα από το φυσιολογικό ως προς το ψυχολογικό στρες, ενώ, αντίθετα, οι έφηβοι με διαβήτη αντιμετωπίζουν πολλαπλά ψυχολογικά προβλήματα (Helgeson *et al*, 2007).



Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που επιχείρησε να διερευνήσει το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι οι διατροφικές διαταραχές. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, πολλές φορές οι έφηβοι που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με τη διατροφή τους, όπως είναι η παχυσαρκία, ενώ οι ίδιες οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται με την απουσία εκτίμησης των εφήβων προς την εμφάνισή τους (Thompson *et al*, 2017). Στο πλαίσιο αυτό, οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ερωτήθηκαν εάν έχουν υποφέρει από κάποια σχετική πάθηση και εάν ναι, ποια είναι αυτή. Το 1/5 περίπου του δείγματος ανέφερε κάποια διατροφική διαταραχή, με κυρίαρχη την παχυσαρκία. Η παχυσαρκία αποτελεί στη σημερινή εποχή ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα, και ειδικά στους εφήβους, οι οποίοι κερδίζουν βάρος πολύ πιο γρήγορα από όλες τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Συγκεκριμένα, η παχυσαρκία σχετίζεται με ψυχοκοινωνικό άγχος, με προβλήματα στην ψυχική υγεία των εφήβων, και με διάφορες σοβαρές παθήσεις, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (Cheng *et al*, 2016). Παράλληλα, η ίδια η ύπαρξη του σακχαρώδη διαβήτη και η απουσία γλυκαιμικού ελέγχου που πολλές φορές παραμένει, παρά τις κλινικές προσπάθειες για το αντίθετο, φαίνεται να σχετίζεται με τη συνεχή τάση των εφήβων να καταναλώνουν τροφή, και συνεπώς, να αυξάνουν το βάρος τους (Wheeler *et al*, 2016). Συνολικά, λοιπόν, από την παρούσα έρευνα γίνεται φανερό ότι το 10% περίπου του δείγματος, το οποίο διαθέτει διαβήτη, έχει προβλήματα παχυσαρκίας, ενώ, πολύ πιθανόν είναι και ότι το ποσοστό αυτό εμπεριέχεται σχεδόν αυτούσιο στο ποσοστό των εφήβων του δείγματος που αισθάνονται άσχημα για την εξωτερική τους εμφάνιση. Το εύρημα αυτό συνάδει με εκείνο άλλης έρευνας, η οποία δεν παρατήρησε στατιστικά σημαντική διαφορά των διατροφικών διαταραχών ανάμεσα στους εφήβους με διαβήτη και εκείνους που δεν πάσχουν από κάποια ασθένεια (Kaminsky & Dewey, 2013).

Παράλληλα, σύμφωνα με άλλη ερώτηση της συγκεκριμένης μελέτης, μεγάλο ποσοστό, το οποίο πλησιάζει το μισό δείγμα, κρύβει από τους γονείς την κατανάλωση ορισμένων τροφίμων, γεγονός το οποίο υποδεικνύει τόσο την τάση συνεχούς κατανάλωσης τροφίμων, όσο και την απουσία ειλικρινούς σχέσης μεταξύ των ίδιων των εφήβων και των γονιών τους. Η τελευταία, μάλιστα, έχει ιδιαίτερη θέση στην ψυχολογική κατάσταση των εφήβων αυτών, καθώς έχει δειχθεί πως σχετίζεται με συμπτώματα κατάθλιψης σε εφήβους με διαβήτη (Williams *et al*, 2014).

Η ομαλή ενσωμάτωση στην κοινωνία και η συνύπαρξη με τα υπόλοιπα άτομα, ωστόσο, δεν εξαρτάται τόσο από την εμφάνιση, παρά τη σημαντική επίδραση της τελευταίας, όσο από τη

συμπεριφορά των ίδιων των ατόμων. Η συμπεριφορά και ο τρόπος αντίληψης του κόσμου και των καταστάσεων αποδεδειγμένα μερικές φορές μεταβάλλονται λόγω του σακχαρώδη διαβήτη και των παρενεργειών του, όπως είναι η υπογλυκαιμία (Law *et al*, 2014, Schober *et al*, 2011). Για το λόγο αυτό, οι διαβητικοί έφηβοι της παρούσας μελέτης ερωτήθηκαν εάν η συμπεριφορά τους είναι αποδεκτή από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Η πλειοψηφία απάντησε θετικά, ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό δήλωσε πως οι υπόλοιποι αντιμετωπίζουν αρνητικά τη συμπεριφορά τους, γεγονός που υποδεικνύει την ύπαρξη κάποιων προβληματικών συμπεριφορών, που ενδεχομένως να σχετίζεται με την ύπαρξη και τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη σε μικρή ηλικία και την επίπτωση που είχαν αυτές στη ζωή των συγκεκριμένων εφήβων μετέπειτα.

Βέβαια, αναμφισβήτητο γεγονός αποτελεί ότι η συμπεριφορά όλων των ανθρώπων σχετίζεται άμεσα με τα συναισθήματα τα οποία βιώνει καθημερινά. Συνεπώς, εκτός από τη συμπεριφορά που εν τέλει παρουσιάζεται στον κοινωνικό τους περίγυρο, ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει πρωτίστως τα συναισθήματα των εφήβων που πλήττει, καθώς και τον τρόπο σκέψης τους. Έτσι, αρκετά είναι τα άτομα που δηλώνουν πως αισθάνονται κάποιες ανησυχίες και ταραχές, αποκλειστικά και μόνο λόγω του διαβήτη, ενώ, παράλληλα, ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος της παρούσας έρευνας υποστηρίζει πως δεν του αρέσει να αφιερώνει τον ελεύθερό του χρόνο στους φίλους του και στην οικογένειά του. Εάν, μάλιστα, ληφθεί υπόψη ότι στην εφηβεία οι φίλοι κατέχουν έναν εξαιρετικά σημαντικό και κυρίαρχο ρόλο, η άρνηση αφιέρωσης κάποιου χρόνου με αυτούς αποτελεί ένδειξη απουσίας κοινωνικοποίησης και προβλημάτων συνύπαρξης με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με εκείνα της μελέτης των Pop – Jordanova & Guceva (2015), όπου οι έφηβοι με διαβήτη σημείωσαν σημαντικά επίπεδα άγχους, ήπιας κατάθλιψης, υψηλής ανάγκης για αποδοχή από τους τριγύρω ανθρώπους και συναισθηματική αστάθεια. Επιπλέον, σημειώνεται πως σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η φυσική υγεία των εφήβων με διαβήτη σχετίζεται θετικά με τα αισθήματα συνέπειας των γονέων, και αρνητικά με τα εσωτερικά προβλήματα των ίδιων των εφήβων (Goldberg & Wiseman, 2014).

Η νόσος του σακχαρώδη διαβήτη συνδέεται άμεσα με πολυάριθμους περιορισμούς στη ζωή των εφήβων που πάσχουν από αυτόν. Έτσι, τα άτομα με διαβήτη απαγορεύεται να καταναλώνουν αλκοόλ και απαγορευμένες ουσίες, καθώς η κατανάλωσή τους σχετίζεται ισχυρά με χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία, και ακολούθως, σε αυξημένα ποσοστά αναπηρίας και θνησιμότητας. Αυτό το γεγονός έρχεται σε αντίθεση με την τάση πολλών εφήβων να υιοθετούν, έστω και περιστασιακά, τέτοιου είδους συμπεριφορές, προκειμένου να

ενσωματωθούν πιο εύκολα σε κάποια παρέα ή και να εναντιωθούν στις υποδείξεις των γονιών τους, και συνεπώς, οι έφηβοι που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη βρίσκονται συχνά μπροστά σε τέτοιου είδους διλήμματα. Στο πλαίσιο αυτό, λοιπόν, στην παρούσα έρευνα, οι έφηβοι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν εάν έχουν καταναλώσει αλκοόλ ή απαγορευμένες ουσίες, παρά τις ρητές οδηγίες να μην το επιχειρήσουν λόγω των σοβαρών δυνητικών επιπτώσεων στην υγεία τους. Ένα αρκετά σημαντικό μέρος (32,9%) των ερωτηθέντων δήλωσαν πως έχουν δοκιμάσει να καταναλώσουν αλκοόλ, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (8,6%) επέλεξε να επιχειρήσει και τη χρήση απαγορευμένων ουσιών. Ειδικά όσον αφορά στο αλκοόλ, το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο από εκείνο άλλων αντίστοιχων ερευνών, οι οποίες σημειώνουν ποσοστά κοντά στο 10% και 15% (Hermann *et al*, 2017, Knychala *et al*, 2015). Παράλληλα, σύμφωνα με την προγενέστερη βιβλιογραφία, δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο φύλων και την τάση προς την κατανάλωση αλκοόλ. Επιπλέον, η κατανάλωση αλκοόλ έχει συσχετιστεί θετικά και ισχυρά με τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν συχνά οι έφηβοι που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη (Knychala *et al*, 2015). Τέλος, επισημαίνεται ότι απαιτείται σωστή και επαρκής ενημέρωση για τις επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στους διαβητικούς εφήβους, διότι εκτός από τα προβλήματα ψυχικής υγείας, η συχνή κατανάλωση αλκοόλ οδηγεί και σε χαμηλό γλυκαιμικό έλεγχο (Hermann *et al*, 2017).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, πολλές φορές ο σακχαρώδης διαβήτης έχει συσχετιστεί με μαθησιακές δυσκολίες των παιδιών και των εφήβων που πάσχουν από αυτόν, πιθανόν λόγω των βλαβών που προκαλεί το οξειδωτικό στρες στον εγκέφαλο των ατόμων (Fox *et al*, 2003, Cambay *et al*, 2011). Έτσι, η συγκεκριμένη μελέτη, στοχεύοντας στον εντοπισμό των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων του διαβήτη στη ζωή των παιδιών, και λαμβάνοντας υπόψη τα αισθήματα κατωτερότητας και χαμηλής αυτοπεποίθησης που μπορούν να προκύψουν από την ύπαρξη μαθησιακών προβλημάτων στο σχολείο, επιχείρησε την καταγραφή των εφήβων εκείνων του δείγματος που έχουν και εκείνων που δεν έχουν μαθησιακές δυσκολίες. Το μισό περίπου δείγμα αντιμετώπιζε τέτοιου είδους προβλήματα, και συνεπώς, τα προβλήματα στη μάθηση αποτελούν ένα πολύ συχνό φαινόμενο που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και ποικιλοτρόπως την καθημερινή ζωή, αλλά και τη μελλοντική πορεία του εκάστοτε ατόμου. Σύμφωνα με μια έρευνα, μάλιστα, που διερεύνησε τις μαθησιακές δυσκολίες και τα προβλήματα μνήμης των εφήβων με διαβήτη τύπου 1, βρέθηκε ότι υπάρχουν πιο ήπιες δυσκολίες στα άτομα που πάσχουν από το σακχαρώδη διαβήτη μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Fox *et al*, 2003).

Η ηλικία στην οποία διαγιγνώσκεται ο σακχαρώδης διαβήτης είναι επίσης πολλές φορές σημαντική διότι ενδέχεται να μεταβάλει το βαθμό αποτελεσματικότητας της διαδικασίας αντιμετώπισης της νόσου. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς που διαγιγνώσκουν το διαβήτη πριν την ηλικία των 13 ετών, φαίνεται να έχουν καλύτερη συμμόρφωση στη διαχείριση του διαβήτη, συγκριτικά με τα άτομα που διαγιγνώσκονται με διαβήτη σε άλλη ηλικία (Eilander *et al*, 2015). Στο δείγμα της παρούσας έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων βίωσαν τη διάγνωση του διαβήτη πριν την ηλικία των 13 ετών, ενώ λιγότερο από το 4,3% διαγιγνώστηκαν με σακχαρώδη διαβήτη στην ηλικία 13 και 14 ετών.

Η σωματική άσκηση αποτελεί μια ενέργεια απαραίτητη για τους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς έχει δειχθεί ότι βελτιώνει σημαντικά την κατάστασή τους (Robertson *et al*, 2014). Ωστόσο, η συμμετοχή του διαβητικού εφήβου στις αθλητικές δραστηριότητες του σχολείου ενέχει και ορισμένους κινδύνους. Έτσι, οι έφηβοι της παρούσας έρευνας ερωτήθηκαν εάν συμμετέχουν ενεργά στις σχολικές αθλητικές δραστηριότητες ή όχι. Το 45,7% μόνο του δείγματος απάντησε θετικά, ποσοστό αρκετά χαμηλό, καθώς παρά τους δυνητικούς κινδύνους, η σωματική άσκηση μπορεί να προσφέρει πολυάριθμα οφέλη στους εφήβους με διαβήτη. Επιπλέον, η συμμετοχή των τελευταίων στις δραστηριότητες αυτές ενθαρρύνεται και για λόγους κοινωνικοποίησης και ανάπτυξης του πνεύματος της ομαδικότητας, καθώς ο έφηβος θα νιώθει πως ανήκει σε μια ομάδα, θα απομακρυνθεί από το πρόβλημα υγείας του και δεν θα αισθάνεται περιθωριοποιημένος, όπως τον υπόλοιπο χρόνο της ζωής του.

Σύμφωνα με μελέτη των Ryninks *et al* (2015), όλοι οι έφηβοι γνωρίζουν τη σημαντική, θετική επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στη διαχείριση του διαβήτη από τον οποίο πάσχουν, καθώς και στα φυσικά και ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά, ωστόσο, σε πρακτικό επίπεδο, ορισμένοι εμφανίζουν δυσκολίες στη συμμετοχή στις σχολικές, αθλητικές δραστηριότητες και στη διαχείριση των κινδύνων που συνεπάγεται ο σακχαρώδης διαβήτης. Ωστόσο, το μεγαλύτερο μέρος των εφήβων με διαβήτη δεν αισθάνονται πως ο τελευταίος τους εμποδίζει να συμμετέχουν ενεργά στις δραστηριότητες του σχολείου, και ότι πρέπει να διαχειριστούν απλά τη ζωή τους με βάση το συγκεκριμένο δεδομένο (Ryninks *et al*, 2015).

Τέλος, επισημαίνεται ότι η ύπαρξη ειδικών κατασκηνώσεων για παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη αποτελούν μια πολύ σημαντική ενέργεια διότι προσφέρει στα συγκεκριμένα άτομα να συναντηθούν με άλλα παιδιά και εφήβους με το ίδιο πρόβλημα, να νιώσουν φυσιολογικοί

και όχι απομονωμένοι από το σύνολο, και να κατανοήσουν πως δεν πρέπει να αισθάνονται άσχημα για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας μελέτης, σχεδόν το μισό δείγμα υποστηρίζει αυτού του είδους τις πρωτοβουλίες και έχει συμμετέχει σε κατασκηνώσεις ειδικά για παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη.

Συνολικά, λοιπόν, γίνεται φανερό πως οι σχέσεις μεταξύ του σακχαρώδη διαβήτη, της υγείας του ασθενούς, και των ψυχολογικών προβλημάτων είναι ποικίλες και αμφίδρομες. Αναλυτικότερα, ο σακχαρώδης διαβήτης προκαλεί πολλές φορές στους εφήβους αυξημένο άγχος και ψυχολογικά προβλήματα, ακόμη και κατάθλιψη, ενώ, αντιθέτως, τα ψυχολογικά προβλήματα οδηγούν σε άλλες νόσους και σε χειρότερο βαθμό συμμόρφωσης των εφήβων στη θεραπεία του διαβήτη. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, οι ασθενείς με διαβήτη που πάσχουν από κατάθλιψη, φαίνεται να έχουν υψηλότερα επίπεδα HbA(1c) και μικρότερη πιθανότητα να φτάσουν στο στόχο τους, συγκριτικά με τα άτομα χωρίς κατάθλιψη. Παράλληλα, οι ασθενείς με κατάθλιψη εμφανίζουν υψηλότερη πιθανότητα υπογλυκαιμίας, καθώς και συνολικά χαμηλότερη προσαρμογή στο σωστό διαιτολόγιο, στη φυσική άσκηση και στη λήψη των φαρμάκων που πρέπει. Ως εκ τούτου, είναι φανερό πως η ψυχολογική κατάσταση έχει ισχυρό αντίκτυπο στην κατάσταση υγείας του ασθενούς, καθώς και στην εξέλιξή του (Zhang *et al*, 2015).

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια πολύ σοβαρή νόσο που επηρεάζει ποικιλοτρόπως τους εφήβους που πάσχουν από αυτόν. Συγκεκριμένα, μεγάλο μέρος των εφήβων του δείγματος που μελετήθηκε στην παρούσα έρευνα διαθέτει πρόβλημα με την εξωτερική του εμφάνιση, αντιμετωπίζει μαθησιακές δυσκολίες, αισθάνεται συχνά έντονη σύγχυση και θυμό, συναισθήματα που εκδηλώνει με έντονο επίσης τρόπο στην οικογένειά του και στο φιλικό περιβάλλον, δε δημιουργεί εύκολα σχέσεις με τους άλλους συνομήλικούς του, και αντιμετωπίζει σοβαρές διατροφικές διαταραχές. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά αναμφισβήτητα επηρεάζουν την καθημερινότητα των εφήβων και την ποιότητα ζωής τους, αφού η ψυχολογία τους δεν είναι σε καλή κατάσταση και έχουν επιπροσθέτως να ξεπεράσουν τα σωματικά και κοινωνικά προβλήματα που επιφέρει ο διαβήτης.

Επιπλέον, από την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης, προκύπτει ότι το αρσενικό φύλο εμφανίζει συχνότερα ταραχή και σύγχυση από το θηλυκό φύλο, ενώ αντίθετα, τα κορίτσια καταναλώνουν πιο συχνά τρόφιμα κρυφά από τους γονείς τους. Η ηλικία αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα, ο οποίος σχετίζεται σημαντικά με τις εκδηλώσεις θυμού και με την απουσία υγιών σχέσεων των διαβητικών εφήβων με τους συνομήλικούς τους. Τέλος, γίνεται σαφές πως και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και η περιοχή διαβίωσης επηρεάζει σημαντικά κάποιους παράγοντες, αφού οι έφηβοι με γονείς υψηλού μορφωτικού επιπέδου επισκέπτονται συχνότερα ειδικές κατασκηνώσεις για παιδιά με διαβήτη, ενέργεια που ενισχύει την αίσθηση ομαδικότητας και μειώνει την τάση απομόνωσης των διαβητικών εφήβων, ενώ οι έφηβοι που ζουν στην επαρχία εμφανίζουν υψηλότερη αβεβαιότητα σχετικά με την εξωτερική τους εμφάνιση.

Συνολικά, λοιπόν, οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των εφήβων είναι πολυάριθμες, και κρίνεται αναγκαία η συνεχής παροχή σωστών συμβουλών τόσο από τους γονείς όσο και από ειδικούς στα παιδιά αυτά, προκειμένου να καταφέρουν να ξεπεράσουν το ψυχολογικό βάρος της νόσου, και να συνεχίσουν όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικά τη ζωή τους.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Adal, E., Onal, Z., Ersen, A., Yalcin, K., Onal, H., Aydin, A. (2015). Recognizing the psychosocial aspects of type 1 diabetes in adolescents. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, **7**(1), pp.57-62.
- Akre, C., Suris, J.C. (2014). From controlling to letting go: what are the psychosocial needs of parents of adolescents with a chronic illness? *Health Education Research*, **2**, pp.764-772.
- Alencar, D.C., Lima, A.C., de Almeida, V.C., Sampaio, K.J., Damasceno, M.M., Alencar, A.M. (2013). Feelings of adolescents with diabetes mellitus regarding the process of living with the disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, **66**(4), PP.479-484.
- Alonso – Moran, E., Satylganova, A., Orueta, J.F., Nuno – Solinis, R. (2014). Prevalence of depression in adults with type 2 diabetes in the Basque Country: relationship with glycaemic control and health care costs. *BMC Public Health*, **14**, pp.769.
- American Diabetes Association. (2009). *Diabetes Care*, **32**(S1), pp.S13-S61.
- Anderson, B.J. (2004). Family conflict and diabetes management in youth: clinical lessons from child development and diabetes research. *Diabetes Spectrum*, **17**, pp.22-26.
- Angold, A., Costello, E.J. (2001). *The epidemiology of depression in children and adolescents*. In: Goodyer, I. The depressed child and adolescent: developmental and clinical perspectives. New York: Cambridge University Press.
- Antal, H., Wysocki, T. (2008). For parents: Depression in adolescents with diabetes. *Diabetes Self – Management*, **25**(1), pp.53-54.
- Armstrong, B., Mackey, E.R., Streisand, R. (2011). Parenting behavior, child functioning, and health behaviors in preadolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, **36**, pp.1052-1061.
- Aslanian, S. (2002). Type 2 diabetes in children: clinical aspects and risk factors. *Hormone Research*, **57**(S1), pp.19-28.
- Beck, R.W., Tamborlane, W.V., Bergenstal, R.M., Miller, K.M., DuBose, S.N., Hall, C.A. (2012). The T1D exchange clinic registry. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, **97**(12), pp.4383-4389.

- Botello – Harbaum, M., Nansel, T., Haynie, D.L., Iannotti, R.J., Simons – Morton, B. (2008). Repsonsive parenting is associated with improved type 1 diabetes – related quality of life. *Child: Care, Health and Development*, **34**(5), pp.675-681.
- Bryden, K., Dunger, D., Mayou, R., Peveler, R., Neil, H. (2003). Poor prognosis of young adults with type 1 diabetes: a longitudinal study. *Diabetes Care*, **26**(4), pp.1052-1057.
- Cambay, Z., Baydas, G., Tuzcu, M., Bal, R. (2011). Pomegranate (*Punica granatume* L.) flower improves learning and memory performances impaired by diabetes mellitus in rats. *Acta Physiologica Hungarica*, **98**(4), pp.409-420.
- Cheng, H.L., Medlow, S., Steinbeck, K. (2016). The Health Consequences of obesity in young adulthood. *Current Obesity Reports*, **5**(1), pp.30-37.
- Costa, L.M., Vieira, S.E. (2015). Quality of life of adolescents with type 1 diabetes. *Clinics*, **70**(3), pp.173-179.
- D’ Emden, H., Holden, L., McDermott, B., Harris, M., Gibbons, K., Gledhill, A. et al (2013). Disturbed eating behaviours and thoughts in Australian adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Paediatric Child Health*, **49**, pp.E317-E23.
- Dashiff, C., Riley, B.H., Abdullatif, H., Moreland, E. (2011). Parents’ experiences supporting self management of middle adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatric Nurse*, **37**, pp.304-310.
- De Brito, T.B., Sadala, M.L. (2009). Juvenile diabetes: the family’s experiences with diabetic adolescents and pre – adolescents. *Ciencia & Saude Coletiva*, **14**(3), pp.947-960.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K.E., Clouse, R.E., Lustman, P.J. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta – analysis. *Psychosomatic Medicine*, **63**, pp.619-630.
- De Wit, M., Snoek, F.J. (2011). Depressive symptoms and unmet psychological needs of Dutch youth with type 1 diabetes: results of a web – survey. *Pediatric Diabetes*, **12**, pp.172-176.
- Dierker, L.C., Albano, A.M., Clarke, G.N., Heimebrg, R.G., Kendall, P.C., Merikangas, K.R., Lewinsohn, P.M., Offord, D.R., Kessler, R., Kupfer, D.J. (2001). Screening for anxiety and



depression in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, **40**(8), pp.929-936.

Drew, L.M., Berg, C., King, P., Verdant, C., Griffith, J., Butler, K., Wiebe, D.J. (2011). Depleted parental psychological resources as mediators of the association of income with adherence and metabolic control. *Journal of Family Psychology*, **25**, pp.751-758.

Eilander, M.M.A., de Wit, M., Rotteveel, J., Aanstoot, H.J., Bakker – van Waarde, W.M., Houdijk, E.C.A.M., Luman, M., Nuboer, R., Oosterlaan, J., Winterdijk, P., Snoek, F.J. (2015). Diabetes IN develOpment (DINO): the bio – psychosocial, family functioning and parental well – being of youth with type 1 diabetes: a longitudinal cohort study design. *BMC Pediatrics*, **15**, pp.82.

Eren, I., Erdi, O., Ozcankaya, R. (2003). Relationship between blood glucose and psychiatric disorders in type II diabetic patients. *Turkish Journal of Psychiatry (Psikiyatri Dergisi)*, **14**, pp.184-191. Frojd, S.A., Nissinen, E.S., Mirjani, U.I.P., Marttunen, M.J., Koivisto, A.M., Kaltiala – Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, **31**, pp.485-498.

Fox, M.A., Chen, R.S., Holmes, C.S. (2003). Gender differences in memory and learning in children with insulin – dependent diabetes mellitus (IDDM) over a 4 – year follow – up interval. *Journal of Pediatric Psychology*, **28**(8), pp.569-578.

Geuens, M., De Pelsmacker, P. (2017). Planning and Conducting Experimental Advertising Research and Questionnaire Design. *Experimental Research*, **46**(1), pp.83-100.

Goldberg, A., Wiseman, H. (2014). Parents' sense of coherence and the adolescent's health and emotional and behavioral adjustment: the case of adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, **29**(5), pp.e15-21.

Helgeson, V.S., Snyder, P.R., Escobar, O., Siminerio, L., Becker, D. (2007). Comparison of adolescents with and without diabetes on indices of psychosocial functioning for three years. *Journal of pediatric psychology*, **32**(7), pp.794-806.

Helgeson, V.S., Siminerio, L., Escobar, O., Becker, D. (2009). Predictors of Metabolic control among adolescents with diabetes: a 4-year longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, **34**, pp.254-270.

- Hermann, J.M., Meusers, M., Bachran, R., Kuhnle – Krahl, U., Jorch, N., Hofer, S.E., Holl, R.W., DPV initiative (2017). Self – reported regular alcohol consumption in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes: A neglected risk factor for diabetic ketoacidosis? Multicenter analysis of 29.630 patients from the DPV registry. *Pediatrics Diabetes*, 10.1111/pedi.12496.
- Herzer, M., Hood, K.K. (2010). Anxiety symptoms in adolescents with type 1 diabetes: association with blood glucose monitoring and glycemic control. *Journal of Pediatric Psychology*, **35**, pp.415-425.
- Holmbeck, G.N., Abad, M., Friedman, D., Jandasek, B. (2006). Development and Psychopathology in Adolescents. In: Wolfe, D.A., Mash, E.J. *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Hood, K.K., Huestis, S., Maher, A., Butler, D., Volkening, L., Laffel, L.M.B. (2006). Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes: Association with diabetes – specific characteristics. *Diabetes Care*, **29**(6), pp.1389-1391.
- Humensky, J., Kuwabara, S.A., Fogel, J., Wells, C., Goodwin, B., van Voorhees, B.W. (2012). Adolescents with depressive symptoms and their challenges with learning in school. *The Journal of School Nursing*, **26**, pp.377-392.
- Jaser, S.S. (2010). Psychological problems in adolescents with diabetes. *Adolescent Medicine*, **21**, pp.138-151.
- Kaminsky, L.A., Dewey, D. (2013). Psychological correlates of eating disorder symptoms and body image in adolescents with type 1 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, **37**(6), pp.408-414.
- Knychala, M.A., Jorge, M.L., Muniz, C.K., Faria, P.N., Jorge, P.T. (2015). High – risk alcohol use and anxiety and depression symptoms in adolescents and adults with type 1 diabetes mellitus: a cross – sectional study. *Metabolic Syndromes*, **7**, pp.24.
- Kristensen, L.J., Birkebaek, N.H., Mose, A.H., Hohwu, L., Thastum, M. (2014). Symptoms of emotional, behavioral, and social difficulties in the Danish population of children and adolescents with type 1 diabetes – results of a national survey. *PLoS One*, **9**(5), e97543.

- Law, J.R., Yesiltepe – Mutlu, G., Helms, S., Meyer, E., Ozsu, E., Cizmecioglu, F., Lin, F.C., Hatun, S., Calikoglu, A.S. (2014). Research: Adolescents with type 1 diabetes mellitus experience psychosensorial symptoms during hypoglycemia. *Diabetes Medicine*, **31**(1), pp.1245-1251.
- Liakopoulou, M., Alifieraki, T., Katideniou, A., Peppas, M., Maniati, M., Tzikas, D., Hibbs, E.D., Dacou – Voutetakis, C. (2001). Maternal expressed emotion and metabolic control of children and adolescents with diabetes mellitus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **70**, pp.78-85.
- Lowes, L., Lyne, P. (2000). Chronic sorrow in parents of children with newly diagnosed diabetes: A review of the literature and discussion of the implications for nursing practice. *Journal of Advanced Nurse*, **32**, pp.41-48.
- Luyckx, K., Seiffge – Krenke, I. (2009). Continuity and change in glycemic control trajectories from adolescence to emerging adulthood: relationships with family climate and self – concept in type 1 diabetes. *Diabetes Care*, **32**, pp.797-801.
- Lyons, S.K., Libman, I.M., Sperling, M.A. (2013). Diabetes in the Adolescent: Transitional Issues. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, **98**(12), pp.4639-4645.
- Maez, L., Erickson, L., Naumuk, L. (2014). Diabetic education in rural areas. *Rural and Remote Health*, **24**, pp.2742.
- Monaghan, M., Helgeson, V., Wiebe, D. (2015). Type 1 diabetes in young adulthood. *Current Diabetes Reviews*, **11**(4), pp.239-250.
- Moore, S.M., Hackworth, N.J., Hamilton, V.E., Northam, E.P., Cameron, F.J. (2013). Adolescents with type 1 diabetes: parental perceptions of child health and family functioning and their relationship to adolescent metabolic control. *Health and Quality of Life Outcomes*, **11**, pp.50.
- Mullins, L.L., Fuemmeler, B.F., Hoff, A.L., Chaney, J.M., Van Pelt, J., Ewing, C.A. (2004). The relationship of parental overprotection and perceived child vulnerability to depressive symptomatology in children with type 1 diabetes mellitus: The moderating influence of parenting stress. *Children's Health Care*, **33**(1), pp.21-34.

National Institute of Mental Health. (2011). *Depression*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.

Owens, M.D., Shea, L., Lewis, S. (2010). Helping students cope with diabetes: The role of the school nurse. *School Nurse News*, **27**(4), pp.29-30.

Owens – Gary, M.D., Allweiss, P. (2013). Addressing Diabetes and Depression in the School Setting: The role of school nurses. *NASN School Nurse*, **28**(1), pp.15-19.

Pompili, M., Forte, A., Lester, D., Erbuto, D., Rovedi, F., Innamorati, M., Amore, M., Girardi, P. (2014). Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, **76**(5), pp.352-360.

Pop – Jordanova, N., Gucev, Z. (2015). Some psychological aspects of T1DM in children and adolescents. *Pril*, **36**(3), pp.113-118.

Racicka, E., Brynska, A. (2015). Eating disorders in children and adolescents with Type 1 and Type 2 diabetes: prevalence, risk factors, warning signs. *Psychiatria Polska*, **49**(5), pp.1017-1024.

Radobuljac, M.D., Bratina, N.U., Battelino, T., Tomori, M. (2009). Lifetime prevalence of suicidal and self – injurious behaviors in a representative cohort of Slovenian adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, **10**(7), pp.424-431.

Reinehr, T. (2003). Clinical presentation of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *International Journal of Obesity*, **29**(S2), pp.105-110.

Reinehr, T. (2013). Lifestyle intervention in childhood obesity: changes and challenges. *Nature Reviews Endocrinology*, **9**, pp.607-614.

Reinehr, T. (2013). Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *World Journal of Diabetes*, **4**(6), pp.270-281.

Rewers, A., Chase, H., Mackenzie, T. (2002). Predictors of acute complications in children with type 1 diabetes. *JAMA*, **287**, pp.2511-2518.

Reynolds, K.A., Helgeson, V.S. (2011). Children with diabetes compared to peers: depressed? Distressed? A meta – analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, **42**, pp.29-41.

Robertson, K., Riddell, M.C., Guinhouya, B.C., Adolfsson, P., Hanas, R., International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. (2014). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Exercise in children and adolescents with diabetes. *Pediatrics in Diabetes*, **S20**, pp.203-223.

Rosenbloom, A.L., Silverstein, J.H., Anemiya, S., Zeitler, P., Klingensmith, G.J. (2008). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2006-2007. Type 2 diabetes mellitus in the child and adolescent. *Pediatric Diabetes*, **9**, pp.512-526.

Ryninks, K., Sutton, E., Thomas, E., Jago, R., Shield, J.P., Burren, C.P. (2015). Attitudes to exercise and diabetes in young people with type 1 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *PLoS One*, **10**(10), e0137562.

Sardar, M.A., Boghrabadi, V., Sohrabi, M., Aminzadeh, R., Jalalian, M. (2014). The effects of aerobic exercise training on psychosocial aspects of men with type 2 diabetes mellitus. *Global Journal of Health Science*, **6**(2), pp.196-202.

Sawyer, M.G., Reynolds, K.E., Couper, J.J., French, D.J., Kennedy, D., Martin, J., Staugas, R., Ziaian, T., Baghurst, P.A. (2004). Health – related quality of life of children and adolescents with chronic illness – a two year prospective study. *Quality of Life Research*, **13**(7), pp.1309-1319.

Schober, E., Wagner, G., Berger, G., Gerber, D., Mengl, M., Sonnenstatter, S., Barrientos, I., Rami, B., Karwautz, A., Fritsch, M., Austrian Diabetic Incidence Study Group (2011). Prevalence of intentional under – and overdosing of insulin in children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatrics of Diabetes*, **12**, pp.627-631.

Sherifali, D., Ciliska, D., O' Mara, L. (2009). Parenting children with diabetes: Exploring parenting styles on children living with type 1 diabetes mellitus. *The Diabetes Educator*, **35**, pp.476-483.

Shomaker, L.B., Tanofsky – Kraff, M., Matherne, C.E., Mehari, R.D., Olsen, C.H., Marwitz, S.E., Bakalar, J.L., Ranzenhofer, L.M., Kelly, N.R., Schvey, N.A., Burke, N.L., Cassidy, O., Brady, S.M., Dietz, L.J., Wilfley, D.E., Yanovski, S.Z., Yanovski, J.A. (2017). A randomized, comparative pilot trial of family – based interpersonal psychotherapy for reducing psychosocial symptoms, disordered – eating, and excess weight gain in at – risk

preadolescents with loss – of – control – eating. *International Journal of Eating Disorders*, doi: 10.1002/eat.22741.

Sivertsen, B., Petrie, K.J., Wilhelmsen – Langeland, A., Hysing, M. (2014). Mental health in adolescents with type 1 diabetes: results from a large population – based study. *BMC Endocrine Disorders*, **14**, pp.83.

Soriguer, F., Goday, A., Bosch – Comas, A., Bordiu, E., Calle – Pascual, A., Carmena, R., Casamitjana, R., Castano, L., Castell, C., Catala, M., Delgado, E., Franch, J., Gaztambide, S., Girbes, J., Gomis, R., Gutierrez, G., Lopez – Alba, A., Martinez – Larrad, M.T., Menendez, E., Mora – Peces, I., Ortega, E., Pascual – Manich, G., Rojo – Martinez, G., Serrano – Rios, M., Valdes, S., Vazquez, J.A., Vendrell, J. (2012). Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@betes Study. *Diabetologia*, **55**, pp.88-3.

Sperling, M.A., Weinzimer, S.A., Tamborlane, W.V. (2008). *Diabetes mellitus*. In: Sperling, M.A., *Pediatric Endocrinology*. Philadelphia: Saunders Elsevier.

Springer, S.C., Silverstein, J., Copeland, K., Moore, K.R., Prazar, G.E., Raymer, T., Shiffman, R.N., Thaker, V.V., Anderson, M., Spann, S.J., Flinn, S.K. (2013). Management of Type 2 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents. *American Academy of Pediatrics*, doi:10.1542/peds.2012-3496.

Stahl – Pehe, A., Lange, K., Bachle, C., Castillo, K., Holl, R.W., Rosenbauer, J. (2014). Mental health problems among adolescents with early – onset and long – duration type 1 diabetes and their association with quality of life: a population – based survey. *PLoS One*, **9**(3), e92373.

Stewart, S.M., Rao, U., Emslie, G.J., Klein, D., White, P.C. (2005). Depressive symptoms predict hospitalization for adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatrics*, **115**, pp.1315-1319.

Streisand, R., Mackey, E.R., Elliot, B.M., Mednick, L., Slaughter, I.M., Turek, J., Austin, A. (2008). Parental anxiety and depression associated with caring for a child newly diagnosed with type 1 diabetes: Opportunities for education and counseling. *Patient Education and Counseling*, **73**, pp.333-338.

Suris, J.C., Michaud, P., Akre, C., Sawyer, S.M. (2008). Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. *Pediatrics*, **122**, e1113-e1118.

Thompson, K.A., Kelly, N.R., Schvey, N.A., Brady, S.M., Courville, A.B., Tanofsky – Kraff, M., Yanovski, S.Z., Yanovski, J.A., Shomaker, L.B. (2017). Internalization of appearance ideals mediates the relationship between appearance - related pressures from peers and emotional eating among adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, **24**, pp.66-73.

Usher – Smith, J.A., Thompson, M.J., Zhu, H., Sharp, S.J., Walter, F.M. (2015). The pathway to diagnosis of type 1 diabetes in children: a questionnaire study. *BMJ Open*, **5**, e006470.

Wheeler, B.J., Lawrence, J., Chae, M., Paterson, H., Gray, A.R., Healey, D., Reith, D.M., Taylor, B.J. (2016). Intuitive eating is associated with glycaemic control in adolescents with type I diabetes mellitus. *Appetite*, **96**, pp.160-165.

Whittemore, R., Kanner, S., Singleton, S., Hamrin, V., Chiu, J., Grey, M. (2002). Correlates of depressive symptoms in adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, **3**(3), pp.135-143.

Williams, L.B., Laffelt, L.M.B., Hood, K.K. (2009). Diabetes – specific family conflict and psychological distress in paediatric Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, **26**, pp.908-914.

Williams, C., Sharpe, L., Mullan, B. (2014). Developmental challenges of adolescents with type 1 diabetes: the role of eating attitudes, family support and fear of negative evaluation. *Psychology, Health & Medicine*, **19**(3), pp.324-334.

Wilson, A.C., DeCoursey, W.M., Freeman, K.A. (2009). The impact of managing school – aged children’s diabetes: The role of child behavior problems and parental discipline strategies. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, **16**, pp.216-222.

Young, V., Eiser, C., Johnson, B., Brierley, S., Epton, T., Elliott, J. et al (2013). Eating problems in adolescents with type 1 diabetes: a systematic review with meta – analysis. *Diabetic Medicine*, **30**, pp.189-198.

Zenlea, I.S., Mednick, L., Rein, J., Quinn, M., Wolfsdorf, J., Rhodes, E.T. (2014). Routine behavioral and mental health screening in young children with type 1 diabetes mellitus. *Pediatrics Diabetes*, **15**(5), pp.384-388.

Zhang, Y., Ting, R.Z.W., Yang, W., Jia, W., Li, W., Li, L., Guo, X., Kong, A.P.S., Wing, Y.K., Luk, A.O.Y., Sartorius, N., Morisky, D.E., Oldenburg, B., Weng, J., Chan, J.C.N. et al.

(2015). Depression in Chinese patients with type 2 diabetes: associations with hyperglycemia, hypoglycemia, and poor treatment adherence. *Journal of Diabetes*, **7**(6), pp.800-808.

Zoffmann, V., Vistisen, D., Due – Christensen, M. (2014). A cross – sectional study of glycaemic control, complications and psychosocial functioning among 18- to 35- year – old adults with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, **31**(4), pp.493-499.

Αλμπάνη, Ε., Γκούβα, Μ., Κοτρώτσιου, Ε., Κατσάνος, Κ.Χ., Χατζηγεωργίου, Γ., Γιάγκου, Ε., Σκουτέλης, Δ. (2014). Ψυχολογικά χαρακτηριστικά γονέων με παιδιά που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **31**(5), pp.519-533.

Γκούβα, Μ. (2003). Συγκριτική μελέτη ψυχολογικών χαρακτηριστικών ασθενών με οξεία λευχαιμία και των οικογενειών τους. Ιωάννινα: Διδακτορική Διατριβή.

Κατσίκη, Ν., Ηλιάδης, Φ., Ζαντίδης, Α., Διδάγγελος, Τ. (2010). Σακχαρώδης διαβήτης: Διάγνωση και ταξινόμηση. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, **23**(1). p.78-86.

Κοντοάγγελος, Κ., Παπαγεωργίου, Χ., Ράπτης, Α., Τσιότρα, Π., Μπουτάτη, Ε., Παπαδημητρίου, Γ.Ν., Δημητριάδης, Γ., Ραμπαβίλας, Α., Ράπτης, Σ. (2013). Σακχαρώδης διαβήτης και ψυχοπαθολογία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **30**(6), pp.688-699.

Ζαντίδης, Α., Κατσίκη, Ν., Ηλιάδης, Φ., Διδάγγελος, Τ. (2010). Οδηγίες αντιμετώπισης του σακχαρώδους διαβήτη – 2009. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, **23**(1), pp.17-77.





# Παράρτημα

## A. Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ



**Diabetes mellitus care**

Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο είναι μέρος της ερευνητικής εργασίας: «Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη στην εφηβική ηλικία, για παιδιά που πάσχουν από την ασθένεια».

Για να προχωρήσει η έρευνά μας χρειαζόμαστε τη βοήθειά σας. Στην εν λόγω έρευνα επιθυμούμε να διερευνηθούν τα συναισθήματα, οι συμπεριφορές και η αντιμετώπιση του διαβήτη στην εφηβική ηλικία.

Σας ζητούμε λοιπόν, να συμπληρώσετε με ειλικρίνεια και ανώνυμα αυτό το ερωτηματολόγιο.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την προσοχή και το χρόνο σας!

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- ΦΥΛΟ:  ΑΓΟΡΙ  ΚΟΡΙΤΣΙ
- ΗΛΙΚΙΑ:  11-12 χρονών  13-14 χρονών  15-16 χρονών  17-18 χρονών
- ΜΟΡΦΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ:  Πανεπιστημιακή εκπαίδευση  Τεχνολογική εκπαίδευση  
 Επαγγελματική εκπαίδευση  Υποχρεωτική εκπαίδευση  
 Άλλο
- ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ:  Επαρχία  Πόλη

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1 Είσαι ικανοποιημένος/η από την εξωτερική σου εμφάνιση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Αισθάνεσαι ντροπή για κάποιο συγκεκριμένο φυσικό σου χαρακτηριστικό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Έχεις αντιμετωπίσει ποτέ κάποια διατροφική διαταραχή ( π.χ. νευρική ανορεξία, βουλιμία, νοσηρή παχυσαρκία); Αν ναι προσδιόρισε ποια. .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Πιστεύεις ότι η εξωτερική σου εμφάνιση, αρέσει στους συμμαθητές ή στους φίλους σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Πιστεύεις ότι η συμπεριφορά σου είναι αποδεκτή από τους άλλους/κοινωνικό περίγυρο σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Προτιμάς να περνάς τον ελεύθερο χρόνο σου με τους φίλους σου ή με την οικογένεια σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Νιώθεις συχνά σύγχυση, ταραχή, ή ανησυχία που να θεωρείς ότι οφείλονται στην ασθένεια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Έχεις δοκιμάσει απαγορευμένες ουσίες, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Έχεις καταναλώσει αλκοόλ, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Είχαν ή έχουν διαγνωσθεί μαθησιακά προβλήματα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Νιώθεις συχνά αισθήματα έντονου θυμού που μπορεί να οδηγήσουν σε βίαια ξεσπάσματα και επιθετική συμπεριφορά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Σου είναι εύκολο να δημιουργείς θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο (φίλικές, ερωτικές);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Σε ποια ηλικία διαγνώστηκε ο σακχαρώδης διαβήτης; Προσδιόρισε αριθμητικά, πχ. 10 ετών. .....		

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
14 Έχεις συμμετάσχει σε κατασκηνώσεις για παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ο σακχαρώδης διαβήτης συνοδεύεται από κάποιο άλλο νόσημα; Αν ναι, προσδιόρισε π.χ. θυρεοειδίτιδα Hashimoto κ.α .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Έχεις την ικανότητα αυτοελέγχου και αυτοδιαχείρισης της ασθένειας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Έχεις γνωστοποιήσει την ασθένεια σου στους φίλους σου/ή στους καθηγητές σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Επηρεάζονται οι αποφάσεις σου από τη γνώμη/άποψη των φίλων σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Αποφεύγεις τις μετρήσεις του σακχάρου και τις ενέσεις ινσουλίνης στο σχολείο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Συμμετέχεις στις αθλητικές δραστηριότητες του σχολείου, παρά το γεγονός ότι μπορεί να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για σένα λόγω του διαβήτη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Ασχολείσαι με κάποια εξωσχολική δραστηριότητα και αν ναι με ποια? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Εξακολουθείς να έχεις φίλους από τα παιδικά σου χρόνια?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Καταναλώνεις κρυφά τρόφιμα από τους γονείς σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Βάλτε V σε όποιο-α από τα παρακάτω συναισθήματα σας εκφράζει, όταν είσατε θυμωμένος για κάτι άσχημο που συνέβη ανάμεσα σε εσάς και τους γονείς σας: <input type="checkbox"/> Απογοήτευση <input type="checkbox"/> Φόβος <input type="checkbox"/> Παραμέληση <input type="checkbox"/> Ανασφάλεια <input type="checkbox"/> Εξευτελισμός <input type="checkbox"/> Κούραση/εξάντληση <input type="checkbox"/> Απόρριψη <input type="checkbox"/> Ανικανότητα <input type="checkbox"/> Απειλή <input type="checkbox"/> Ντροπή/ενοχές <input type="checkbox"/> Απελπισία <input type="checkbox"/> Λύπη		
25 Τι περιμένεις από τους γονείς σου, σε σχέση με τη συμπεριφορά τους απέναντί σου; <input type="checkbox"/> Κατανόηση <input type="checkbox"/> Φιλική διάθεση <input type="checkbox"/> Περισσότερη ελευθερία <input type="checkbox"/> Προθυμία για συζήτηση <input type="checkbox"/> Συμπαράσταση <input type="checkbox"/> Καλές συμβουλές <input type="checkbox"/> Σεβασμό <input type="checkbox"/> Άλλο		
26 Πως εκδηλώνεται ο θυμός σου, όταν συγκρούεσαι με τους γονείς σου; <input type="checkbox"/> Με πολύ έντονες συμπεριφορές και αντιδράσεις (κλάμα, φωνές, βίαιες κινήσεις) <input type="checkbox"/> Ελλιπής διατροφή και ανορεξία <input type="checkbox"/> Μελαγχολία <input type="checkbox"/> Κακή απόδοση στο σχολείο <input type="checkbox"/> Μείωση ενδιαφέροντος για εξωσχολικές δραστηριότητες <input type="checkbox"/> Μειωμένες ώρες ύπνου/Διαταραγμένος ύπνος <input type="checkbox"/> Άλλο (προσδιόρισε).....		

**Υπεύθυνη δήλωση:**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η γονέας/κηδεμόνας, παρέχω τη συγκατάθεση μου για τη συμπλήρωση του ανώνυμου ερωτηματολογίου στα πλαίσια ερευνητικής μελέτης που διενεργείται για το Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών: "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη" του ΤΕΙ Θεσσαλονίκης.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ