

Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»**

Γερόσταθου Αγγελική

Κουτσινού Ελένη

Σγουρονικολάκη Μαρία

Επιβλέπων : Μιχαλαράκης Ευτύχιος, Καθηγητής Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2010

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πτυχιακή αυτή μελέτη έχει ως αντικείμενο τη μελέτη και επαλήθευση εμφάνισης καταθλιπτικών επεισοδίων στην ΣΚΠ. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη νόσο ΣΚΠ. Πιο συγκεκριμένα εξετάζεται η πρόκληση της βλάβης, τα συμπτώματα που εμφανίζονται καθώς επίσης η διάγνωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην εμφάνιση των συναισθηματικών διαταραχών της κατάθλιψης και ειδικότερα αναλύονται τα συμπτώματα που παρατηρούνται κατά την πορεία της νόσου. Για τη διεξαγωγή της έρευνας έγινε χρήση ερωτηματολογίου το οποίο αποτελούνταν από 18 ερωτήσεις. Ο αριθμός του δείγματος που καθορίστηκε ήταν 200 άτομα εκ των οποίων 100 άτομα ήταν ασθενείς με ΣΚΠ και 100 υγιή. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αποκωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με περιγραφική στατιστική ανάλυση. Μέσω της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων επαληθεύτηκε η αρχική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ΣΚΠ εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	7
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	7
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	9
1.3 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	11
1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	14
1.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	14
1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	15
1.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	19
ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	19
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	19
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	20
2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	21
2.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	22
2.4.1 Σωματικές Θεραπείες	22
2.4.2 Ψυχοθεραπείες	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	26
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	26
3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	26
3.2 ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	26
3.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	26
3.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ	26
3.5 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	27
3.6 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	29
3.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	29
3.8 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	47
3.9 ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	75
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	75
4.2 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ.	75
4.2.1 Αντιμετώπιση κόπωσης	76
4.2.2 Αντιμετώπιση κυστικών διαταραχών	77
4.2.3 Αντιμετώπιση σεξουαλικών διαταραχών	78

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

4.2.4 Αντιμετώπιση σπαστικότητας.....	78
4.2.5 Αντιμετώπιση πόνου.....	79
4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	100

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι συναισθηματικές διαταραχές στην ΣΚΠ είναι ένα αναπόσπαστο και κριτικό στοιχείο αυτής της νόσου. Δεν υπάρχει σχεδόν κανένας ασθενής που να μην έχει δοκιμάσει τουλάχιστον μία φορά, βασανιστικές γι' αυτόν συναισθηματικές διαταραχές, που άλλοτε παίρνουν τη μορφή της κατάθλιψης, άλλοτε του άγχους, της ανησυχίας, της ευφορίας, της αδυναμίας χαλιναγώγησης του συναισθήματος και μερικές φορές μπορούν να οδηγήσουν τον ασθενή ακόμη και σε ψυχιατρική νόσο όπως η μανία ή η μανιοκατάθλιψη. Ήδη από τότε που περιγράφηκε για πρώτη φορά η νόσος από τον Σαρκό πριν από εκατό και πλέον χρόνια, είχαν επιστήσει την προσοχή στις συναισθηματικές διαταραχές που παρουσίαζαν οι σκληρυντικοί ασθενείς, αναφέροντας την ευφορία σαν χαρακτηριστική διαταραχή, την οποία όμως απαντούμε σε άτομα με προϊούσα νόσο και συνοδεύεται συνήθως από βαριά κινητική αναπηρία..

Σήμερα γνωρίζουμε ότι η χαρακτηριστικότερη συναισθηματική διαταραχή που συναντούμε στην ΣΚΠ είναι η κατάθλιψη. Βέβαια η κατάθλιψη είναι μία συνηθισμένη διαταραχή σε όλους τους ανθρώπους, ασθενείς και υγιείς. Το βέβαιο όμως είναι ότι στους σκληρυντικούς ασθενείς η συχνότητα της κατάθλιψης είναι πολύ μεγαλύτερη απ' ότι στους υγιείς όπως έχει αποδειχτεί από σειρά νευροψυχολογικών μελετών. Συνήθως είναι μετρίου βαθμού αλλά συχνά υπολανθάνει της προσοχής των θεράποντων ιατρών. Πολλές φορές ο ασθενής μπορεί να λέει «νοιώθω κατάθλιψη» εννοώντας την απογοήτευση ή την λύπη. Άλλες φορές πάλι να μην μιλάει καθόλου για τις συναισθηματικές του διαταραχές που μπορεί να τον οδηγήσουν ακόμη και σε απόπειρες αυτοχειρίας.

Οι νοσηλευτές αποτελούν σημαντικά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που ασχολείται με την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας, λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή και την οικογένειά του και καλούνται να εφαρμόσουν αποτελεσματικές και στηριζόμενες στη μαρτυρία (evidence based nursing) παρεμβάσεις για την παροχή άνεσης σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο και πληθώρα προβλημάτων, όπως άγχος και ανησυχία, καταθλιπτικό συναίσθημα, ναυτία και έμετος, δυσκοιλιότητα, κόπωση, ανορεξία και καχεξία, παραλήρημα και ξηροστομία

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Η εκπαίδευση των νοσηλευτών αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην προσπάθεια αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών και άρσης των δυσκολιών εφαρμογής της ανακουφιστικής φροντίδας, ώστε να μπορέσουν οι αποδέκτες της, δηλαδή οι ασθενείς, να καλύψουν πλήρως τις ανάγκες και επιθυμίες τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η πρώτη καταγραφή της ΣΚΠ εμφανίζεται στο ημερολόγιο του Sir Augustu D' Este, νόθου εγγονού του Γεωργίου του Γ. Το Δεκέμβριο του 1822, από ότι έχει γράψει στο ημερολόγιό του, παρακολούθησε μια κηδεία όπου δεν μπορούσε να συγκρατήσει τα δάκρυά του. Όταν τελείωσε η τελετή, τα μάτια του ήταν τόσο θαμπά, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να διαβάσει ή να γράψει. Η όρασή του επέστρεψε αλλά, αργότερα, παρουσιάστηκαν άλλα συμπτώματα, όπως προοδευτική αδυναμία, μούδιασμα, δυσκολία στο περπάτημα, σπασμοί και κατάθλιψη. Πέθανε σε ηλικία 54 χρόνων, ψάχνοντας μάταια για μια θεραπεία της ασθένειάς του επί 26 χρόνια. (*British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου*).

Στα 1883, ενώ ο D' Este ταξίδευε στην Ευρώπη ψάχνοντας για θεραπεία, ο Σκοτσέζος παθολόγος Sir Robert Carswell, ένας από τους μεγαλύτερους ιατρικούς εικονογράφους εκείνων των εποχών, απεικόνισε μια υδατογραφία μιας παράξενης σπονδυλικής στήλης, που είχε δει κατά τη διάρκεια μιας αυτοψίας. Από τη μια πλευρά της, στον υγρή μυελό, υπήρχαν διασκορπισμένες κηλίδες σκληρυντικού και αποχρωματισμένου ιστού. Δεν δόθηκαν κλινικές λεπτομέρειες αυτής της περίπτωσης, εκτός από το γεγονός ότι ο ασθενής ήταν παράλυτος. (*British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου*).

Περίπου την ίδια εποχή, ο Γάλλος γιατρός Jean Cruveilhier δημοσίευσε μια εικόνα με βλάβες στη σπονδυλική στήλη και στον εγκέφαλο 4 ασθενών. Η μια περίπτωση αφορούσε μια γυναίκα 31 χρόνων, που έπασχε από προοδευτική παραπληγία. Ο παραπάνω γιατρός ονόμασε τις βλάβες sclerosis, από την ελληνική λέξη, και υπέθεσε ότι ίσως είχαν βρει την ασθένεια. Είναι πιθανόν όλα αυτά τα συμπτώματα και οι βλάβες να ήταν παραδείγματα ΣΚΠ.

Υπήρχαν κι άλλες περιγραφές στα μέσα του 19ου αιώνα αλλά μέχρι το 1868 η ΣΚΠ δεν είχε εξακριβωθεί. Εκείνη τη χρονιά, ο Jean-Martin Charcot, ένας από τους

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

διασημότερους Γάλλους γιατρούς και ερευνητές, έδωσε στον κόσμο μια λεπτομερή περιγραφή της ασθένειας. Το πρώτο βιβλίο για τη ΣΚΠ δημοσιεύτηκε την επόμενη χρονιά. Ενώ εργαζόταν σε κάποιο νοσοκομείο στο Παρίσι, ο Charcot ανακάλυψε ότι πολλοί από τους ασθενείς του υπέφεραν από τρόμο και παράλυση, σε διαφορετικό βαθμό ο καθένας. Μερικοί υπέφεραν από τρομώδη παράλυση, η οποία αρχικά είχε περιγραφεί στην Αγγλία το 1817 σαν Πάρκινσον. *(British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου).*

Ο Charcot όμως αντιλήφθηκε ότι επρόκειτο για μια διαφορετική ασθένεια, που χαρακτηριζόταν από τρόμο και σπασμωδικές κινήσεις των άκρων και γενικά του σώματος. Στην αυτοψία, οι ασθενείς παρουσίασαν στο κεντρικό νευρικό σύστημα πλάκες ή ομαλές επιφάνειες, που είχαν σκληρυνθεί. Η πρώτη ολοκληρωμένη περιγραφή του Charcot για τη ΣΚΠ παραμένει κλασική. Από τότε άρχισαν να αυξάνουν ραγδαία τα άρθρα για τη ΣΚΠ. Στις αρχές του 1904, υπήρχαν περίπου 1000 αναφορές. Ταυτόχρονα οι γιατροί άρχισαν να πειραματίζονται με διάφορες θεραπείες. *(British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου).*

Οι πρώτες θεωρίες για την αιτιολογία της ΣΚΠ αναφέρονται σε μόλυνση, φλεγμονή, εκφύλιση των κυττάρων οφειλόμενη σε γενετικούς παράγοντες ή, γενικά σε διαταραχές μεταβολισμού ή σε τοξικές αιτίες. Πιο πρόσφατες θεωρίες, μέχρι το 1950, περιλαμβάνουν αιτίες, όπως έλλειψη ιχνοστοιχείων, δυσλειτουργία αιμοφόρων αγγείων, μολύνσεις από ιό και φλεγμονές αλλεργικής αιτιολογίας. Από τότε άρχισαν οι διάφορες αντιφλεγμονώδεις θεραπείες, καθώς κι η χορήγηση βιταμινών, τονωτικών και γενικών συμπληρωμάτων διατροφής. Χρησιμοποιήθηκαν πολλές ουσίες και χειρουργικές τεχνικές, χωρίς κάποια σαφή εξήγηση. Με το πέρασμα του χρόνου όλες αυτές οι θεραπευτικές αγωγές σταμάτησαν, γιατί δεν έφεραν κάποιο αποτέλεσμα στον προσδιορισμό της πορείας της ΣΚΠ. Από τις 94 θεραπείες που είχαν δοκιμαστεί πριν το 1970, μόνον οι 9 θεωρούμε σήμερα ότι αξίζουν προσοχής. *(British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου).*

Παρόλα αυτά, πολλοί επιστήμονες και γιατροί είχαν αναφέρει ότι οι θεραπείες τους ήταν αποτελεσματικές. Αναφέρεται πως οι ερευνητές πριν το 1935 βελτίωσαν το 48% των ασθενών. Τώρα όμως γνωρίζουμε ότι οι παρατηρήσεις που γίνονται σε μικρή ομάδα ασθενών δεν είναι δυνατόν να ερμηνευτούν επιστημονικά εξαιτίας της απρόβλεπτης πορείας και της φύσης της ΣΚΠ.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Μεγαλύτερης αξίας ήταν το ενδιαφέρον που άρχισε να αναπτύσσεται ανάμεσα στα 1930 και 1940 γύρω από την κλινική αγωγή ανθρώπων με ΣΚΠ. Επικεντρώνεται στη διατροφή και υγιεινή, στην αποκατάσταση και στη χορήγηση φαρμάκων με σκοπό τη μείωση της σοβαρότητας μερικών συμπτωμάτων. Οι τεχνικές που προσφέρουν βελτιωμένες προοπτικές σε ανθρώπους με ΣΚΠ έχουν αναπτυχθεί περισσότερο από οτιδήποτε άλλο. Εδώ και 50 χρόνια, η βιωσιμότητα των πασχόντων από ΣΚΠ έχει γίνει κάτι περισσότερο από διπλάσια, ενώ έχουν μειωθεί οι πιθανότητες ανικανότητας. (*British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου*).

1.2 Επιδημιολογία

Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ορισμένα κύρια και σταθερά ευρήματα τα οποία σχετίζονται με τη νόσο. (*Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009*).

1) Φύλο. Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι συχνότερη στις γυναίκες (σχεδόν διπλάσιες γυναίκες νοσούν έναντι των ανδρών), με μια δραστηριότητα που εξαφανίζεται σχεδόν στη διάρκεια της κύησης και αυξάνει κατά τη λοχεία.

2) Λοιμώξεις. Έχει διαπιστωθεί μια συσχέτιση της εμφάνισης της νόσου με λοιμώξεις από ορισμένους ιούς, όπως ο ιός Epstein Barr που προκαλεί λοιμώδη μονοπυρήνωση.

3) Συνύπαρξη με άλλα νοσήματα. Μπορεί η νόσος να συνυπάρχει με άλλα νοσήματα όπως η ραγοειδίτιδα, η θυρεοειδοπάθεια και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα.

4) Βιταμίνη D. Τελευταία μελέτη από το Πανεπιστήμιο του Harvard έχει δείξει ότι η διαμονή σε χώρες με χαμηλή ηλιοφάνεια, όπου τα επίπεδα της βιταμίνης D στον οργανισμό είναι χαμηλά, αυξάνει το κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

5) Κάπνισμα. Το κάπνισμα ενοχοποιείται για πολλά νοσήματα. Τελευταία, μελέτες δείχνουν ότι και η εμφάνιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας επηρεάζεται από αυτό.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Ο βαθμός της αναπηρίας διαφέρει ανάμεσα στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Γενικά, ένας στους τρεις ασθενείς θα μπορεί ακόμα να εργάζεται μετά από 15-20 χρόνια. 15% των ασθενών δεν περνούν ποτέ μια δεύτερη υποτροπή, και αυτοί έχουν πολύ μικρή ή καμία αναπηρία μετά από 15 χρόνια. Ο βαθμός της αναπηρίας μετά από πέντε χρόνια, έχει καλή συσχέτιση με την αναπηρία μετά από 15 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι τα δύο τρίτα των ασθενών με ΣΚΠ με χαμηλή αναπηρία μετά από πέντε χρόνια από τη διάγνωση, δεν θα επιδεινωθούν πολύ τα επόμενα δέκα χρόνια. Προς το παρόν δεν υπάρχει κάποιος εργαστηριακός δείκτης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός παράγοντας, ή δείκτης ανταπόκρισης στη θεραπεία. *Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).*

Λιγότερο από 5% των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας έχουν την σοβαρή εξελισσόμενη μορφή, που οδηγεί στο θάνατο μέσα σε 5 χρόνια. Από την άλλη πλευρά, ένα 10-20% των ασθενών έχουν την καλοήγη μορφή της ΣΚΠ, με πολύ αργή ή καμία εξέλιξη της παθολογίας. Οι πιο σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι 7 στους 10 ασθενείς με ΣΚΠ είναι ακόμα ζωντανοί μετά από 25 χρόνια από τη στιγμή της διάγνωσης, συγκρινόμενοι με 9 στα 10 υγιή άτομα παρόμοιας ηλικίας. Γενικά, η ΣΚΠ μικραίνει το προσδόκιμο ζωής κατά 6 χρόνια στις γυναίκες, και κατά 11 χρόνια στους άνδρες. Ο βαθμός της αναπηρίας που θα έχει ένα άτομο μετά από 5 χρόνια από τη στιγμή της διάγνωσης, σε γενικές γραμμές είναι περίπου το 75% της αναμενόμενης αναπηρίας που θα έχει μετά από 10-15 χρόνια. Μια καλοήγη πορεία τα πρώτα 5 χρόνια της ασθένειας, συνήθως υποδηλώνει ότι η ασθένεια δεν θα προκαλέσει μεγάλη αναπηρία. *(Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).*

Ο ρόλος των γονιδίων

Η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν αποτελεί κληρονομούμενη νόσο. Έχει όμως διαπιστωθεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου αυξάνει με την αυξημένη γενετική συγγένεια σε μια συχνότητα 1/1.000 σε πληθυσμούς με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. *(Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).*

Στο 10% - 15% των περιπτώσεων σκλήρυνσης κατά πλάκας υπάρχει κάποιος συγγενής στο οικογενειακό περιβάλλον που επίσης έχει τη νόσο. Ωστόσο, αυτή η εμφάνιση της νόσου δεν ακολουθεί τους κανόνες του Mendel, ενδεικτικό του ότι η γενετική στη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι πολυπαραγοντική. Ενδιαφέρον είναι ότι

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

τα παιδιά που έχουν και τους δύο γονείς με σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζουν και τα ίδια τη νόσο σε ποσοστό 5,8%, ενώ τα παιδιά που έχουν ένα γονέα με σκλήρυνση κατά πλάκας την εμφανίζουν σε ποσοστό 1,8%.(Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).

Ως προς την φυλή, φαίνεται ότι τα βόρεια φύλα που προέρχονται από τους Βίκινγκς έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν την νόσο σε αντίθεση με τους μαύρους της Αφρικής, τους Ινδιάνους της Αμερικής και τους Ασιάτες, οι οποίοι έχουν ανθεκτικότητα στη σκλήρυνση κατά πλάκας. (Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).

1.3 Γενικά χαρακτηριστικά

Η Πολλαπλή Σκλήρυνση (Multiple Sclerosis, MS παλαιότερα γνωστή ως Σκλήρυνση κατά πλάκας, ΣΚΠ) είναι μία χρόνια, φλεγμονώδης, απομυελινωτική ασθένεια, η οποία επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) το οποίο αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. (Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009)

- Η ΣΚΠ δεν είναι μεταδοτική ασθένεια.
- Η ΣΚΠ δεν είναι ψυχική διαταραχή.
- Η ΣΚΠ δεν είναι κληρονομική πάθηση.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας συμπεριφέρεται ως αυτοάνοση πάθηση. Χρησιμοποιούμε τον όρο αυτό, όταν το σώμα δεν αναγνωρίζει κάποιους ιστούς για δικούς του και τους επιτίθεται προκαλώντας τους βλάβη. Συγκεκριμένα στη ΣΚΠ, για λόγους που η ιατρική δεν μπορεί να εξηγήσει πλήρως, το ανοσοποιητικό σύστημα καταπολεμά το περίβλημα της μυελίνης ως "ξένο" και το καταστρέφει σαν να ήταν ένας παθογόνος εισβολέας, όπως ένα βακτήριο ή κάποιος ιός. Έτσι, τα συμπτώματα της ΣΚΠ προκαλούνται από την απομυελίνωση και την καταστροφή των αξόνων των νεύρων στο κεντρικό νευρικό σύστημα. (Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).

Δεν έχει ακόμα αποδειχθεί το αν η λανθασμένη αυτή αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος είναι πρωτογενής ή δευτερογενής παράγων της πάθησης.(Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).

Το κεντρικό νευρικό σύστημα

Ο εγκέφαλός μας μεταφράζει τα ερεθίσματα που προσλαμβάνουμε με τις αισθήσεις μας και δίνει τις εντολές, ώστε να κάνουμε τις διάφορες κινήσεις και να αντιδρούμε στα ερεθίσματα των αισθητηρίων οργάνων. Η δραστηριότητα αυτή του εγκεφάλου στηρίζεται σε ένα πολύπλοκο σύστημα επικοινωνίας των νευρών που ξεκινάει από τον εγκέφαλο και, δια μέσου του νωτιαίου μυελού, απλώνεται σε όλα τα μέρη του σώματος. (Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).

Κάθε νεύρο μπορεί να παρομοιαστεί με ένα καλώδιο ηλεκτρικού ρεύματος. Το εσωτερικό του μέρος, ο άξονας, είναι φτιαγμένος από ένα είδος ιστού που επιτρέπει την επικοινωνία και μεταφέρει τα μηνύματα ή τις διεγέρσεις σε όλο το σώμα, όπως ακριβώς και τα σύρματα του ηλεκτρικού καλωδίου. Ο άξονας κάθε νεύρου καλύπτεται από ένα στρώμα παχιάς, λευκής ουσίας, τη μυελίνη, όπως ακριβώς και το πλαστικό επικάλυμμα του ηλεκτρικού καλωδίου. Η μυελίνη βοηθάει στη μεταφορά των μηνυμάτων από νεύρο σε νεύρο και μονώνει και προστατεύει το νεύρο. (Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).

Η πρόκληση της βλάβης

Ο εγκέφαλος του ανθρώπου δουλεύει αμφίδρομα, αφού από τη μια πλευρά παραλαμβάνει τα ερεθίσματα των αισθητηρίων οργάνων της περιφέρειας, ενώ από την άλλη δίνει τις εντολές για την κίνηση των μερών του σώματος. Η βασική δομική μονάδα του νευρικού συστήματος είναι το νευρικό κύτταρο ή νευρώνας, που αποτελείται από το σώμα, τον επιμήκη άξονα και τις δενδροειδείς διακλαδώσεις. Ο νευρικός άξονας μεταβιβάζει τα νευρικά ερεθίσματα (όπως το καλώδιο του ηλεκτρικού ρεύματος), ενώ γύρω από αυτόν υπάρχει ένα περίβλημα από μυελίνη που τον προστατεύει και τον μονώνει (σε αντιστοιχία με το πλαστικό περίβλημα του ηλεκτρικού καλωδίου). Για να μεταδοθεί σωστά κάποιο νευρικό ερέθισμα, θα πρέπει τόσο ο νευρικός άξονας, όσο και το κάλυμμά του, η μυελίνη, να βρίσκονται σε άριστη κατάσταση. (Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).

Στη σκλήρυνση κατά πλάκας το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενή, για άγνωστους λόγους, δεν αναγνωρίζει το περίβλημα της μυελίνης ως δικό του στοιχείο, αλλά του

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

επιτίθεται με τα αμυντικά T λεμφοκύτταρα, προκαλώντας τη σταδιακή καταστροφή του και δημιουργώντας μια ουλή που ονομάζεται πλάκα ή σκλήρυνση. Η συγκεκριμένη διαδικασία λέγεται απομυελίνωση. Επειδή ο ρόλος της μυελίνης στη μετάδοση της πληροφορίας στο νευρικό σύστημα είναι σημαντικός, η τοπική καταστροφή της έχει ως άμεσο αποτέλεσμα την διαταραχή της λειτουργίας τόσο των αισθήσεων, όσο και των κινήσεων του σώματος. (Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).

Απομυελίνωση

Στη σκλήρυνση κατά πλάκας μέρος της μυελίνης των νεύρων προσβάλλεται και ερεθίζεται. Όταν η φλεγμονή υποχωρήσει, είναι πιθανόν να μην αφήσει καμία ουλή. Αν όμως συνεχιστεί, τότε καταστρέφεται στο σημείο εκείνο η μυελίνη αφήνοντας μια ουλή που ονομάζεται πλάκα ή σκλήρυνση. (British Multiple Sclerosis Society .Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου).

Η διαδικασία αυτή ονομάζεται απομυελίνωση. Επειδή δε οι ουλές εμφανίζονται σε διάφορα μέρη του εγκεφάλου και/ή του νωτιαίου μυελού, για αυτό και η νόσος ονομάζεται και πολλαπλή σκλήρυνση. (British Multiple Sclerosis Society .Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου).

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το ανοσοποιητικό σύστημα έχει ως βάση τα λευκά αιμοσφαίρια, από τα οποία υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί τύποι. Αυτοί που σχετίζονται κυρίως με τη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι τα μακροφάγα και τα T-λεμφοκύτταρα ή T-κύτταρα που επιτίθενται στη μυελίνη. (British Multiple Sclerosis Society .Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου).

Μια νόσος με δύο πρόσωπα

Η σκλήρυνση κατά πλάκας έχει διαφορετικές εκφράσεις, αφού εμφανίζεται με πολλούς διαφορετικούς τύπους ανάμεσα στους ασθενείς. Επίσης, είναι δυνατόν ακόμη και το ίδιο άτομο να παρουσιάζει διαφορετικά συμπτώματα, με το πέρασμα του χρόνου. Η νόσος αυτή, δηλαδή, είναι προσωπική και χαρακτηριστική για κάθε άτομο, όπως ακριβώς το δακτυλικό του αποτύπωμα. Οι 9 στους 10 ασθενείς εμφανίζουν τη υποτροπιάζουσα μορφή της νόσου, δηλαδή αυτήν που παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις. Τα συμπτώματα μπορούν να διαρκούν λίγες ημέρες, εβδομάδες

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

ή μήνες, να εξαφανίζονται και στη συνέχεια να επανεμφανίζονται με ίδια ή και διαφορετική μορφή. Οι εξάρσεις της νόσου, δηλαδή τα διαστήματα εμφάνισης έντονων συμπτωμάτων, δεν είναι καθορισμένες. Μπορεί να εμφανιστούν εντελώς απροειδοποίητα ή να πυροδοτηθούν από κάποια ίωση ή ακόμη και από την αρνητική ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, λόγω διαταραχής του ανοσοποιητικού του συστήματος. (Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).

Οι περισσότεροι ασθενείς προσβάλλονται από μια ήπια μορφή της νόσου που δεν καταλήγει σε σωματική ή διανοητική ανικανότητα. Μικρός, όμως, αριθμός από αυτούς θα έλθει ανέλπιστα αντιμέτωπος και θα κληθεί να αντιμετωπίσει απλές ή και σοβαρότερες μορφές αναπηρίας. (Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).

1.4 Αιτιολογία

Παρόλο που είναι γνωστά αρκετά στοιχεία από την παθοφυσιολογία της ασθένειας, η αιτία της σκλήρυνσης κατά πλάκας δεν είναι γνωστή. Θεωρείται πιο πιθανό ότι πρόκειται για μια αυτοάνοση διαταραχή. Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι ίσως πρόκειται μια μεταβολική ασθένεια, ενώ άλλοι ότι προκαλείται από κάποιο ιό. (Παθολογία - ΔΕΠ τομέα Παθολογίας, Ιατρικής Σχολής Αθηνών)

1.5 Συμπτωματολογία

Η καταστροφή του περιβλήματος των νευρικών κυττάρων μπορεί να επηρεάσει τόσο τα αισθητήρια, όσο και τα κινητήρια νεύρα, επιδρώντας ανασταλτικά σε όλες τις αισθήσεις. Ανάλογα με την περιοχή που προέκυψε η βλάβη της μυελίνης, προκύπτει και το ανάλογο σύμπτωμα. Έτσι μπορεί να επιδράσει στην κίνηση, στην αφή ή στις άλλες αισθήσεις. Τα συμπτώματα διαφέρουν πολύ ανάλογα με το ποια νεύρα έχουν προσβληθεί. Μερικά είναι εμφανή, άλλα όμως, όπως η κούραση, η εναλλαγή διάθεσης, η απώλεια πρόσφατης μνήμης και η δυσκολία συγκέντρωσης, είναι συνήθως συμπτώματα ακαθόριστα ή "κρυφά" που είναι δύσκολο να τα περιγράψουμε σε άλλους. Ακόμα και στο ίδιο άτομο, τα συμπτώματα μπορεί να ποικίλλουν από καιρό σε καιρό. Στατιστικώς όμως, μερικές περιοχές του ΚΝΣ, προσβάλλονται συχνότερα και δίνουν σημεία και συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τη σκλήρυνση κατά πλάκας: (British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου).

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

- Διπλωπία ή θάμπωμα στα μάτια
- Αδυναμία ή ανικανότητα ενός ή και των δύο άκρων
- Αλλαγή στην αίσθηση των χεριών ή των ποδιών, όπως π.χ. μούδιασμα - που συχνά περιγράφεται "σαν να περπατώ πάνω σε βαμβάκι"
- Ζάλη ή αστάθεια
- Κούραση δυσανάλογη προς τις δραστηριότητές μας ή απρόσμενη κούραση

Ανάγκη για συχνή ή επιτακτική ούρηση ή δυσκολία ούρησης. Ασυνήθιστα σημεία που υποδηλώνουν έναρξη της σκλήρυνσης είναι το άλγος (πόνος), η σεξουαλική δυσλειτουργία, η γνωσιακή δυσλειτουργία και διάφορες κινητικές διαταραχές. (*British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου*).

Είναι απαραίτητο, πάντως, να διευκρινιστεί ότι η παρουσία κάποιου από τα παραπάνω συμπτώματα δεν σημαίνει απαραίτητα παρουσία της νόσου, αφού μπορούν να παρατηρηθούν και σε πολλές άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως όγκοι, αποστήματα, αγγειακά επεισόδια, φλεγμονές του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος κ.ά. Η διάγνωση της νόσου γίνεται μόνο από ειδικούς νευρολόγους, μετά τη διενέργεια μιας σειράς εξειδικευμένων εξετάσεων. (*British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου*).

1.6 Διάγνωση

Τα αρχικά συμπτώματα, όπως το ξαφνικό αίσθημα κόπωσης και οι διαταραχές της συμπεριφοράς και της όρασης, δεν είναι χαρακτηριστικά της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Συχνά, μάλιστα, οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως νευρωτικοί και υποχόνδριοι. Ουσιαστικά δεν υπάρχει μία μόνο κύρια εξέταση που να ανιχνεύει τη νόσο με απόλυτη ακρίβεια. Πολύ συχνά η διάγνωση γίνεται με την «εις άτοπο απαγωγή», δηλαδή μετά από αποκλεισμό άλλων παθολογικών καταστάσεων με τα ίδια συμπτώματα. (*British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου*).

Η διάγνωση της νόσου γίνεται με τις παρακάτω εξετάσεις:

- *Ιατρικό ιστορικό:* Καταγράφεται από το γιατρό το ακριβές ιστορικό των συμπτωμάτων της νόσου

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

- *Νευρολογική εξέταση:* Γίνεται αναλυτική ιατρική εξέταση από το νευρολόγο, που περιλαμβάνει έλεγχο αντανακλαστικών και μέτρηση αντίδρασης σε εξωτερικά ερεθίσματα
- *Οσφρονωτιαία παρακέντηση:* Μετά από αναρρόφηση με βελόνα, ελέγχεται η ύπαρξη αντισωμάτων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, δηλαδή στο υγρό που κυκλοφορεί γύρω από το νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο.
- *Μαγνητική τομογραφία:* Αποδίδει λεπτότατες τομές του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, στις οποίες απεικονίζονται οι χαρακτηριστικές λευκές πλάκες της νόσου (προσεγγίζει τη διάγνωση με ποσοστό επιτυχίας 97%)
- *Εξετάσεις προκλητών δυναμικών όρασης και ακοής:* Γίνεται, με τη βοήθεια ηλεκτροδίων, μέτρηση της ταχύτητας διαβίβασης των νευρικών ερεθισμάτων, η οποία διαταράσσεται στην περίπτωση καταστροφής του περιβλήματος των νευρικών κυττάρων.

1.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας βασίζεται κυρίως στη χορήγηση ανοσοκατασταλτικών-ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων, στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και στη φυσική αποκατάστασή τους με τη βοήθεια φυσιάτρων και φυσικοθεραπευτών. Οι εξάρσεις της νόσου μπορούν να αντιμετωπιστούν με κορτικοειδή, τα οποία έχουν αντιφλεγμονώδη και ανοσοκατασταλτική δράση, πάντα υπό την καθοδήγηση εξειδικευμένου ιατρού. Τα κορτικοειδή ανακόπτουν την πορεία της φλεγμονής, βοηθώντας στην ύφεση της νόσου. (*British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου*).

Τα πιο σύγχρονα φάρμακα, για την αντιμετώπιση της νόσου περιέχουν ειδικά μονοκλωνικά αντισώματα, που παρεμποδίζουν την είσοδο των T-λεμφοκυττάρων στον εγκέφαλο, περιορίζοντας τις βλάβες στο περίβλημα των νευρικών κυττάρων.

Γενικά, αφού η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη, τα συμπτώματά της αντιμετωπίζονται, εάν και όταν εμφανιστούν, με τα ανάλογα φάρμακα. Υπάρχουν, επίσης, αρκετά φαρμακευτικά σκευάσματα που καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα, ενώ συνεχώς ανακαλύπτονται και νέες ουσίες που ελαττώνουν τον αριθμό και το μέγεθος των νέων πλακών στον εγκέφαλο ή αντιμετωπίζουν άλλα συμπτώματα

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

της νόσου, όπως ο πόνος, οι διαταραχές κίνησης και συμπεριφοράς ή τα ουρολογικά προβλήματα. (*British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου*).

Για κάθε λήψη φαρμάκου, πάντως, καθώς και για οποιοδήποτε πρόβλημα που σχετίζεται με τη νόσο, θα πρέπει να ενημερώνεται ο θεράπων ιατρός, ώστε να καθοδηγήσει με υπεύθυνο τρόπο τον ασθενή και να τον βοηθήσει αποτελεσματικά και υπεύθυνα στην αντιμετώπιση του προβλήματός του. (*British Multiple Sclerosis Society. Απόδοση στα ελληνικά Χαρά Παπαδοπούλου*).

Αναζήτηση βοήθειας

- Τα σύγχρονα υγειονομικά συστήματα διαθέτουν πλήθος επιστημονικών ειδικοτήτων που μπορούν να σταθούν στο πλευρό των ασθενών, αλλά και των ανθρώπων που τους φροντίζουν
- Νευρολόγοι: είναι οι ειδικοί γιατροί που θέτουν τη διάγνωση της νόσου και καθοδηγούν θεραπευτικά τον ασθενή
- Φυσίατροι ή γιατροί αποκατάστασης: σχεδιάζουν το είδος και το πρόγραμμα των ασκήσεων που πρέπει να κάνουν οι ασθενείς, αλλά και βοηθούν στην επιλογή βοηθημάτων κίνησης
- Φυσικοθεραπευτές: είναι οι επιστήμονες που βοηθούν σε προβλήματα κινητικότητας και ισορροπίας, σε συνεργασία με τους φυσιάτρους και τους νευρολόγους
- Κοινωνικοί λειτουργοί: ενημερώνουν τους ασθενείς για τον τρόπο που μπορούν να βοηθηθούν από το κράτος και τις υπηρεσίες του, αλλά και
- προετοιμάζουν την ομαλή επανένταξη στην επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή

Ψυχίατροι και ψυχολόγοι: μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς και τις

- οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν καλύτερα τόσο τις πιθανές ψυχικές διαταραχές της νόσου, όσο και την μελλοντική πορεία της ζωής τους. Εκτός από τις παραπάνω βασικές ειδικότητες, υπάρχουν ακόμη και πολλοί άλλοι επιστήμονες που μπορούν να παράσχουν τις εξειδικευμένες τους υπηρεσίες, όπως οι ουρολόγοι, σε προβλήματα του ουροποιητικού, οι εργοθεραπευτές,

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

για την επανάκτηση της καθημερινής αυτονομίας, οι λογοθεραπευτές, για τα προβλήματα λόγου και επικοινωνίας, οι ειδικοί νοσηλευτές κ.α. (Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Χανιώτικα Νέα 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1 Εισαγωγή

Σαν χρόνιο νόσημα η πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Ακόμα και οι άνθρωποι που δεν πίστευαν ποτέ ότι μπορεί να νιώσουν έντονα πεσμένοι μπορεί να βρεθούν αντιμέτωποι με την απόγνωση που φέρνει η ασθένεια. Οι χρόνιες νευρολογικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης και της πολλαπλής σκλήρυνσης κατά πλάκας, μπορεί να παρουσιάσουν τρομακτικά συμπτώματα, όπως κρίσεις, έλλειψη των κινητικών λειτουργιών, κυμαινόμενη διανοητική ικανότητα ή ασυνήθιστες αισθητήριες αντιλήψεις. Ερώτημα είναι εάν η κατάθλιψη της πολλαπλής σκλήρυνσης προέρχεται από την ίδια την ασθένεια, δηλαδή αν είναι οργανική ή από το άγχος της χρόνιας πάθησης ή ακόμα από τις τροποποιημένες αγωγές για την αντιμετώπιση της νόσου. (Filippi M, Bozzali M, Rovaris M, et al. *Brain*. 2003;126:433-437).

Οργανική κατάθλιψη

Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι η κατάθλιψη της πολλαπλής σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι απόρροια της ίδιας της ασθένειας. Κατά τα φαινόμενα ο CPRA ιστός ή οι πλάκες της μυελίνης, μπορούν να δράσουν σε περιοχές του εγκεφάλου όπου ελέγχουν τα συναισθήματα. Όπως και κάποια άλλα συμπτώματα όπου εμφανίζονται ιδιότροπα, η κατάθλιψη μπορεί να κάνει την εμφάνισή της χωρίς εμφανή λόγο ακόμα και σε άτομα που δεν βιώνουν άλλα συμπτώματα, όπως οξύ επεισόδια ή τραυματικό άγχος στη ζωή τους. Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας κάποια στιγμή βιώνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ασθένειάς τους.

Επίσης μεγάλος αριθμός αυτών των ατόμων έρχονται αντιμέτωποι με την χρόνια κατάθλιψη. Αυτή σε συνδυασμό με την πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αποτέλεσμα της νευρικής καταστροφής των πλακών μυελίνης και αυτή η κατάθλιψη

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

γίνεται χρόνιο σύμπτωμα ,όπως το κάψιμο και το μούδιασμα (*Filippi M, Bozzali M, Rovaris M, et al. Brain. 2003;126:433-437*).

Αντιδραστική κατάθλιψη

Από την άλλη πλευρά, η κατάθλιψη της πολλαπλής σκλήρυνσης κατά πλάκας μπορεί να προκληθεί από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες .Ένας τυπικός παράγοντας κατάθλιψης είναι η αντιμετώπιση του άγχους που προκαλείται από την αβεβαιότητα μιας χρόνιας ασθένειας. Οι άνθρωποι που πάσχουν από πολλαπλή σκλήρυνση έρχονται αντιμέτωποι με έντονα συμπτώματα εξάντλησης, αδυναμίας και πόνου. Αυτό αλληλεπιδρά τόσο στην εργασία τους (για όσους ασθενείς μπορούν να εργαστούν εκτός σπιτιού)όσο και στην προσωπική τους ζωή. Όσοι δεν μπορούν να εργαστούν εκτός σπιτιού βιώνουν την απομόνωση. Στην συνέχεια έρχεται η αβεβαιότητα για το μέλλον. Για όλους αυτούς τους λόγους η κατάθλιψη στην πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να συμβεί και να επικρατήσει. (*Filippi M, Bozzali M, Rovaris M, et al. Brain. 2003;126:433-437*).

Πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιδραστική κατάθλιψη παίζει η φαρμακευτική αγωγή των σκληρυντικών ασθενών. Η ιντερφερόνη που είναι η κύρια ουσία των αγωγών τους έχει την ικανότητα να προκαλεί συναισθήματα κατάθλιψης. Το συγκεκριμένο φάρμακο ελαττώνει τα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο, προκαλώντας θλίψη .Δεν επηρεάζει όλους τους ασθενείς και θα ήταν πολύ δύσκολο να είμαστε βέβαιοι ότι προκαλείται από κάποιο φάρμακο της αγωγής τους.(*Filippi M, Bozzali M, Rovaris M, et al. Brain. 2003;126:433-437*).

2.2 Επιδημιολογία

Το 50% των ατόμων που πάσχουν από πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζουν έντονου ή μετρίου βαθμού κατάθλιψη κάποια στιγμή στην ζωή τους. Είναι γνωστοποιημένο ότι το 14% των ασθενών αυτών είναι καταθλιπτικοί συνέχεια.(*Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. Ann Neurol. 2002;52:650-653*).

2.3 Διάγνωση

Το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-IV)είναι ένα διαγνωστικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης που χρησιμοποιείται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την διάγνωση των ψυχικά ασθενών. Για την διάγνωση της κατάθλιψης θα πρέπει να τηρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

Θα πρέπει να υπάρχει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο να διαρκεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες με τουλάχιστον πέντε από τα ακόλουθα συμπτώματα.(Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. *Ann Neurol.* 2002;52:650-653).

- Θλίψη: αίσθημα θλίψης, στεναχώριας, και κλάμα την περισσότερη ώρα της ημέρας.
- Έλλειψη ενδιαφέροντος: έλλειψη ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης για πράγματα που παλαιότερα ήταν απολαυστικά.
- Αλλαγή των διατροφικών συνηθειών όρεξη για φαγητό είτε έχει αυξηθεί είτε έχει μειωθεί. Ο ασθενής κερδίζει ή χάνει βάρος (πάνω από 5% σε ένα μήνα)χωρίς να κάνει δίαιτα.
- Προβλήματα ύπνου :δημιουργείται πρόβλημα αϋπνίας ή υπερβολικού ύπνου.
- Ψυχοκινητική επαγρύπνηση ή επιβράδυνση, οι ασθενείς είναι σε επαγρύπνηση ή σε επιβράδυνση σε τέτοιο βαθμό που οι γύρω τους το προσέχουν.
- Εξάντληση: παρατηρείται κούραση και μηδενική ενέργεια.
- Συναισθήματα ενοχής: οι ασθενείς αισθάνονται ανάξιοι ή ένοχοι για πράγματα που έπραξαν ή δεν έπραξαν.
- Γνωσιακή δυσλειτουργία :Προβλήματα στην συγκέντρωση, στην οργάνωση των σκέψεων και στην λήψη αποφάσεων επί καθημερινής βάσης.
- Αυτοκτονικές σκέψεις :σκέψεις αυτοκτονίας, ο ασθενής αισθάνεται ότι θα ήταν καλύτερα νεκρός.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να συναντώνται τα επόμενα κριτήρια:

- Αυτά τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά για να αναστατώσουν την καθημερινή ρουτίνα των ασθενών ,να βλάπτουν την

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

δυνατότητά τους για εργασία ή να επιδρούν αρνητικά στις προσωπικές τους σχέσεις.

- Η κατάθλιψη να μην έχει συγκεκριμένη αιτία, όπως το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, η φαρμακευτική επιρροή ή η παθολογική ασθένεια.
- Η κατάθλιψη να μην είναι μια φυσιολογική αντίδραση στον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου του ασθενή.

Επίσης είναι κοινό οι ασθενείς να βιώνουν συναισθήματα ευεραισθησίας, ανεξέλεγκτου κλάματος, ανεξήγητους πόνους, στομαχόπονους, δυσπεψία και αυξανόμενους πονοκεφάλους.(Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. *Ann Neurol.* 2002;52:650-653).

2.4 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Αρχικά θα πρέπει να πούμε ότι οι εφαρμοζόμενες θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικά η πρόγνωσή της είναι καλή.(Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. *Ann Neurol.* 2002;52:650-653).

Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι βέβαια μεγάλο και περιλαμβάνει και σωματικές και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Αυτό που έχει σημασία είναι και πάλι ότι ο κλινικός θα πρέπει να είναι έτοιμος να χρησιμοποιήσει κατάλληλο συνδυασμό μεθόδων σωματικών και/ή ψυχοθεραπευτικών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή.(Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. *Ann Neurol.* 2002;52:650-653).

2.4.1 Σωματικές Θεραπείες

Τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών - κυρίως της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία και/ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα).(Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. *Ann Neurol.* 2002;52:650-653).

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιαζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα παλιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Άλλα

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) και νεότερα αντικαταθλιπτικά όπως π.χ. οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ).(*Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. Ann Neurol. 2002;52:650-653*).

Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών βασίζεται στην ικανότητα τους να ενδυναμώνουν τη δράση της νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Μελέτες με τα τρικυκλικά φάρμακα έχουν δείξει ότι μεταξύ 50% και 85% των ασθενών με μονοπολική κατάθλιψη βελτιώνονται ύστερα από θεραπεία με αυτά. Ορισμένα χαρακτηριστικά θεωρούνται ότι προλέγουν καλή απάντηση στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά (και ταυτόχρονα αποτελούν και ενδείξεις για τη χορήγηση τους). Τέτοια είναι: η παρουσία φυτικών συμπτωμάτων όπως αϋπνία, απώλεια βάρους, ψυχοκινητική επιβράδυνση, η ύπαρξη μελαγχολικών στοιχείων (προσδιοριστής με μελαγχολικά στοιχεία), ιστορικό προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων (ιδιαίτερα αν απάντησαν καλά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα), σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας από την κατάθλιψη, σχετικά οξεία έναρξη των συμπτωμάτων, οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης κ.ά. (*Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. Ann Neurol. 2002;52:650-653*).

Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά και ιδιαίτερα οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης(ΕΑΕΣ) έχουν δειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά, καλώς ανεκτά και ασφαλή σε υπερβολική δόση. Έτσι, μαζί με τα τρικυκλικά οι ΕΑΕΣ θεωρούνται πια φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη. (*Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. Ann Neurol. 2002;52:650-653*).

Όσον αφορά τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ), είναι κατά κάποιο τρόπο η δεύτερη γραμμή επίθεσης στην κατάθλιψη, γιατί είναι λιγότερο αποτελεσματικά φάρμακα και με σοβαρότερες παρενέργειες από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ (που δεν ισχύει όμως για τους νεότερους αναστρέψιμους αναστολείς της ΜΑΟ). (*Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. Ann Neurol. 2002;52:650-653*).

2.4.2 Ψυχοθεραπείες

Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές-ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία-είναι ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

κατάθλιψη .Φυσικά η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη, σαν σύνδρομο, βοηθείται στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έμμεσα, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής ευαισθησίας, της παραγωγικότητας και της δημιουργικότητας κτλ .Η βελτίωση αυτή, βέβαια, έρχεται μέσα από την εξέταση ,αναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή-ασθενή.(Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. *Ann Neurol.* 2002;52:650-653).

Πρόσφατα έχει διαδοθεί σημαντικά η διαπροσωπική θεραπεία, που είναι επίσης ουσιαστικά μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία. Η διαπροσωπική θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης (ενθάρρυνση, καθοδήγηση στις καθημερινές ανάγκες του ατόμου), φαρμακοθεραπείας, διδασκαλίας της φύσης, των χαρακτηριστικών και της πορείας του συνδρόμου της κατάθλιψης και κυρίως εστιάζεται στην αναγνώριση και βελτίωση του χειρισμού διαπροσωπικών προβλημάτων, όπως πένθος και κάθε μορφής απώλεια, διαπροσωπικές διαμάχες, αλλαγές ρόλου στη ζωή, διαπροσωπικές ανεπάρκειες κτλ. που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη.(Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. *Ann Neurol.* 2002;52:650-653).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών και την ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση.(Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. *Ann Neurol.* 2002;52:650-653).

Η γνωστική θεραπεία είναι βέβαια μια ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Ήδη, αναφερθήκαμε στο θεωρητικό της υπόβαθρο . Πρόκειται, ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία, με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωστική

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη.(Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. *Ann Neurol.* 2002;52:650-653).

Συνδυασμός θεραπευτικών μεθόδων

Καμία θεραπεία - σωματική ή ψυχοθεραπεία - δεν μπορεί να διεκδικήσει την αποκλειστικότητα για την κατάθλιψη. Όπως ήδη αναφέρθηκε, αυτό που χρειάζεται είναι συνδυασμός θεραπειών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, αφού άλλωστε οι εργασίες μας δείχνουν ότι ο συνδυασμός θεραπειών είναι πιο αποτελεσματικός από οποιαδήποτε θεραπεία μόνη. Άλλωστε οι στόχοι των θεραπειών είναι διαφορετικοί. Οι σωματικές θεραπείες στοχεύουν περισσότερο στη βελτίωση των φυσιολογικών λειτουργιών όπως ύπνος, όρεξη, libido κτλ., ενώ οι ψυχοθεραπείες στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και τη γενικότερα καλύτερη λειτουργία της προσωπικότητας — ατόμου.(Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. *Ann Neurol.* 2002;52:650-653)

Σήμερα, έχουν διαμορφωθεί ενδείξεις για φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία, όπως και ενδείξεις για τους διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας και για τους συνδυασμούς όλων των παραπάνω. Η θεραπεία της κατάθλιψης, όπως και όλων των ψυχικών διαταραχών άλλωστε, είναι συνθετική - επιλεκτική, δηλ. ο θεραπευτής επιλέγει για τον κάθε ασθενή την κατάλληλη σύνθεση φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας ή τύπων ψυχοθεραπείας .(Cifelli A, Arridge M, Jezzard P, et al. *Ann Neurol.* 2002;52:650-653)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην αποτύπωση και επαλήθευση στοιχείων, σχετικά με την σκλήρυνση κατά πλάκας και την κατάθλιψη, ώστε να μπορέσουμε να καταλήξουμε σε συμπεράσματα σχετικά με την εμφάνιση η όχι καταθλιπτικών επεισοδίων σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας και σε ασθενείς χωρίς σκλήρυνση.

3.2 Υπόθεση της έρευνας

Λαμβάνοντας υπόψη την κλινική εμπειρία των ασθενών που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας, όπου εμφανίζουν συναισθηματικού τύπου αντιδράσεις, υποθέσαμε ότι η κύρια μορφή συναισθηματικής αντίδρασης που μπορεί να λάβει και τη μορφή συναισθηματικού τύπου διαταραχής, είναι η κατάθλιψη.

3.3 Πληθυσμός της έρευνας

Η συγκεκριμένη μελέτη έχει σκοπό την καταγραφή ατόμων που εμφανίζουν κατάθλιψη. Το δείγμα της μελέτης προήλθε από άτομα 20 – 70 ετών από την περιοχή Αθηνών-Πειραιώς στο νοσηλευτικό ίδρυμα Γ.Ν.Α Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ. Ο αριθμός που καθορίστηκε ήταν 200 άτομα, εκ των οποίων τα 100 άτομα ήταν ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας και 100 υγιή άτομα. Τα πρωτογενή δεδομένα συγκεντρώθηκαν με την χρήση ερωτηματολογίων τόσο στους ασθενείς όσο και στους υγιείς.

3.4 Ερευνητικό εργαλείο

Για την διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του Dr Ivan Goldberg, MD η οποία περιείχε 18 ερωτήσεις κλειστού τύπου ,για την καλύτερη στατιστική ανάλυση και την απαίτηση λιγότερου χρόνου για την συμπλήρωσή του.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Για την λήψη εγκυρότερων πληροφοριών προτιμήθηκε η ανωνυμία των εθελοντών στους οποίους δόθηκε το ερωτηματολόγιο και μετά τη συμπλήρωσή του από τους ίδιους έγινε η συλλογή του.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από το δείγμα των υγιών ατόμων έγινε με τυχαία δειγματοληψία σε χώρους εργασίας, δημόσιες υπηρεσίες, ιδιωτικές επιχειρήσεις και λοιπούς κοινόχρηστους χώρους.

3.5 Δεοντολογία της έρευνας

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτή, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη.

Τρεις είναι οι αρχές που θεσπίστηκαν από την αναφορά του Belmont όπως αναφέρονται στο βιβλίο της Σαχίνη (1997), μεθοδολογία έρευνας, οι οποίες καθορίζουν τους ηθικούς άξονες πάνω στους οποίους βασίστηκε και σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη:

Η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης. Πάνω σε αυτές τις αρχές στηρίζονται τα κριτήρια ηθικής συμπεριφοράς στην έρευνα, καθώς και τα βασικά δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας.

Τα δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας είναι τα εξής:

1) *Δικαίωμα να μην υποστεί βλάβη* . «Αναφαίρετο δικαίωμα των υποκειμένων μιας έρευνας είναι να μην υπόκεινται από τους ερευνητές σε ερωτήσεις που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στον ψυχικό τους κόσμο σε φυσικό, συγκινησιακό, νομικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο»(Σαχίνη-Καρδάση 1997)

Στη συγκεκριμένη έρευνα ζητήθηκε από το δείγμα της μελέτης να συμπληρώσει ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χωρίς να ασκηθεί οποιαδήποτε είδους πίεση. Ο

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

απαιτούμενος χρόνος ήταν ελάχιστος. Οι ερωτήσεις ήταν κατανοητές και δε προσέβαλλαν την προσωπικότητα των ατόμων.

2) *Δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια.* «Η αρχή σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια περιλαμβάνει το δικαίωμα των ατόμων να λάβουν εκούσιες αποφάσεις μετά από ακριβή πληροφόρηση για τη συμμετοχή τους σε μια μελέτη» (Σαχίνη-Καρδάση 1997 σελ. 22).

Στη συγκεκριμένη έρευνα τα άτομα του δείγματος πριν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ενημερώθηκαν για την ταυτότητα μας. Εξηγήθηκε ο σκοπός της μελέτης, η μέθοδος και η διαδικασία με την οποία θα γίνει η συλλογή των ερωτηματολογίων. Επισημάναμε ότι τα προσωπικά τους στοιχεία θα παραμείνουν ανώνυμα και ότι έχουν δικαίωμα να αρνηθούν να συμμετάσχουν.

3) *Δικαίωμα αυτοαπόφασης.* «Το δικαίωμα αυτοαπόφασης σημαίνει τα δυνητικά υποκείμενα έρευνας έχουν το δικαίωμα να παίρνουν εκούσια απόφαση για τη συμμετοχή τους ή μη στην τελετή, χωρίς εξαναγκασμό, πίεση ή ανεπίτρεπτη επίδραση οποιοδήποτε είδους» (Σαχίνη-Καρδάση 1997 σελ. 23).

Στην παρούσα μελέτη αφού δόθηκαν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τα άτομα βασιζόμενοι στη δική τους κρίση αποφάσισαν για την συμπλήρωσή του ή όχι.

4) *Δικαίωμα για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.*

«Η ιδιωτικότητα καθιστά ικανό ένα άτομο να συμπεριφέρεται χωρίς παρεμβάσεις και χωρίς την πιθανότητα ότι η ιδιωτική συμπεριφορά ή οι σκέψεις του μπορεί να χρησιμοποιηθούν αργότερα για να εμβάλλουν σε αμηχανία ή να το μειώσουν» (Σαχίνη-Καρδάση 1997 σελ. 24).

Επισημάνθηκε στα άτομα του δείγματος ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις τους με πλήρη εχεμύθεια. Τα δεδομένα θα διαφυλαχθούν με κάθε ευσυνειδησία και θα τα χειριστούμε ως αυστηρώς εμπιστευτικά. Δεν θα γίνει καμία αναφορά που να διευκολύνει την αναγνώριση προσώπων ή οργανισμών από τις εκθέσεις που θα προκύπτουν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

3.6 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης

Μετά τη λήψη των ερωτηματολογίων γινόταν ο έλεγχος και η κωδικοποίησή τους σε αρχείο Excel (*Microsoft Office Excel, 2007, Copyright 1987-2007, Microsoft Corporation*). Κάθε οριζόντια στήλη αντιστοιχούσε σε ένα άτομο και κάθε κάθετη στήλη αντιστοιχούσε στην κάθε ερώτηση. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιείχε τις μεταβλητές της έρευνας (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο) και το δεύτερο κομμάτι τις ερωτήσεις των οποίων οι απαντήσεις ήταν καθόλου, λίγο, κάπως, μέτρια, πολύ, πάρα πολύ και κωδικοποιήθηκαν σε 0,1,2,3,4,5, αντίστοιχα. Στη συνέχεια τα κωδικοποιημένα δεδομένα μεταφέρθηκαν σε στατιστικό πρόγραμμα (SPSS, 17.0, 2008, Copyright 1993-2007) όπου έγινε η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων με t-test για τις δύο πρώτες μεταβλητές και αντίστοιχα για τις υπόλοιπες έγινε χρήση του one-way ANOVA test από όπου προέκυψαν οι πίνακες συχνοτήτων και έγιναν οι συσχετίσεις για τις μεταβλητές της έρευνας.

Από κάθε ερωτηματολόγιο προκύπτει ένας δείκτης, ο οποίος αντιστοιχεί στο άθροισμα των βαθμολογιών κάθε ερώτησης. Αυτός ο δείκτης ονομάζεται συντελεστής κατάθλιψης και σύμφωνα με την κλίμακα του Dr Ivan Goldberg, MD έχει την παρακάτω κατηγοριοποίηση.

Βαθμολογία κλίμακας:

- 0-9, δεν παρουσιάζουν κατάθλιψη
- 10-17, πιθανή παρουσίαση κατάθλιψης
- 18-21, οριακή εμφάνιση κατάθλιψης
- 22-35, μέτρια εμφάνιση κατάθλιψης
- 36-53, σίγουρη εμφάνιση κατάθλιψης
- 54+, έντονη εμφάνιση κατάθλιψης

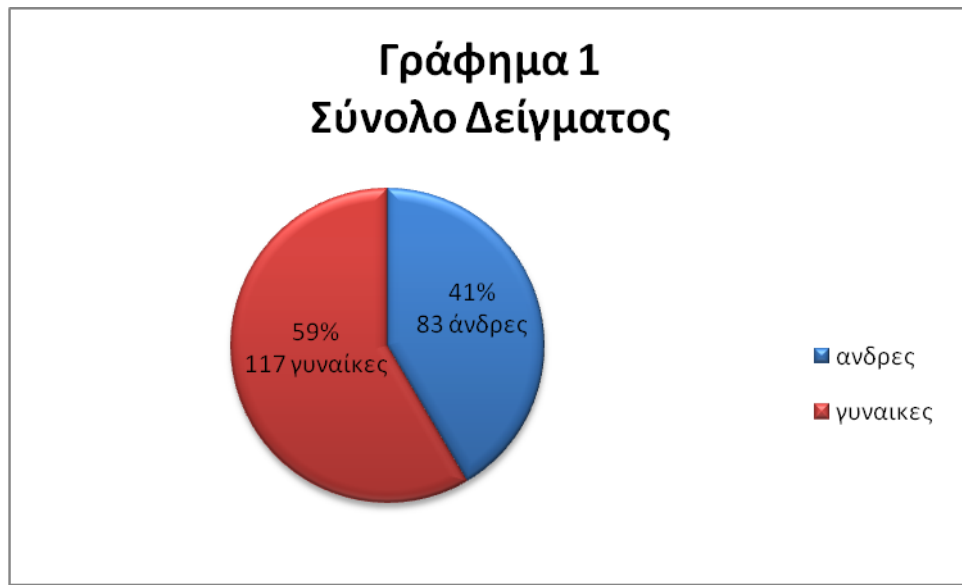
3.7 Στατιστικά αποτελέσματα

Το δείγμα της μελέτης αναφέρεται σε άτομα με ΣΚΠ και σε άτομα χωρίς ΣΚΠ. Από την ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε ότι τα άτομα με ΣΚΠ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με τα υγιή πληθυσμό.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Σε αυτό το σημείο θα αναφερθούμε στις δύο πειραματικές μας ομάδες, στα άτομα με ΣΚΠ και στα άτομα χωρίς ΣΚΠ, σύμφωνα με τέσσερις παράγοντες. Οι τέσσερις παράγοντες που χρησιμοποιήθηκαν είναι *το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο.*

Α) Φύλο



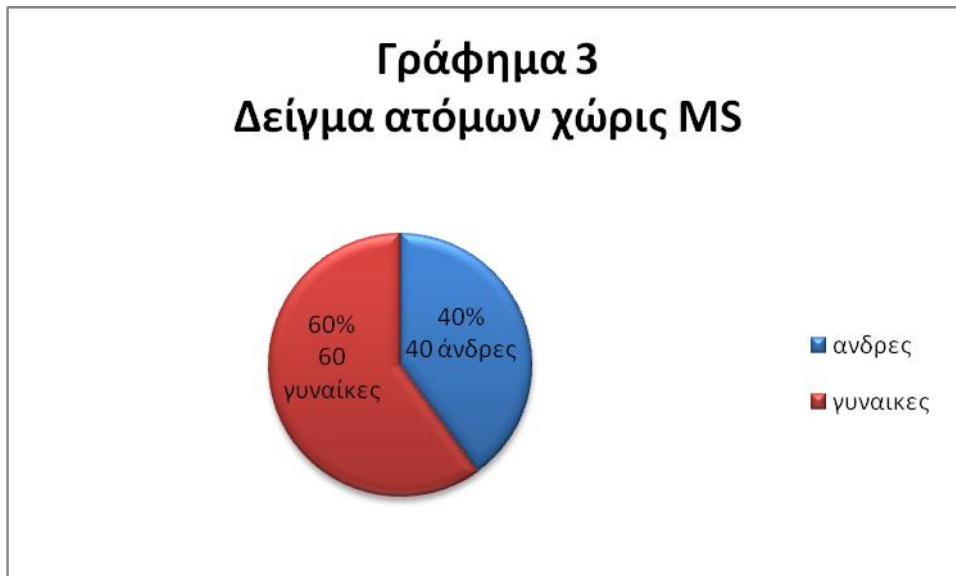
Γράφημα 1: Σύνολο δείγματος

Στο συνολικό δείγμα παρατηρείται ότι τα 83 άτομα είναι άντρες ποσοστό που αντιστοιχεί στο 41% και τα 117 άτομα είναι γυναίκες ποσοστό που αντιστοιχεί στο 59%.



Γράφημα 2: Δείγμα ατόμων με ΣΚΠ

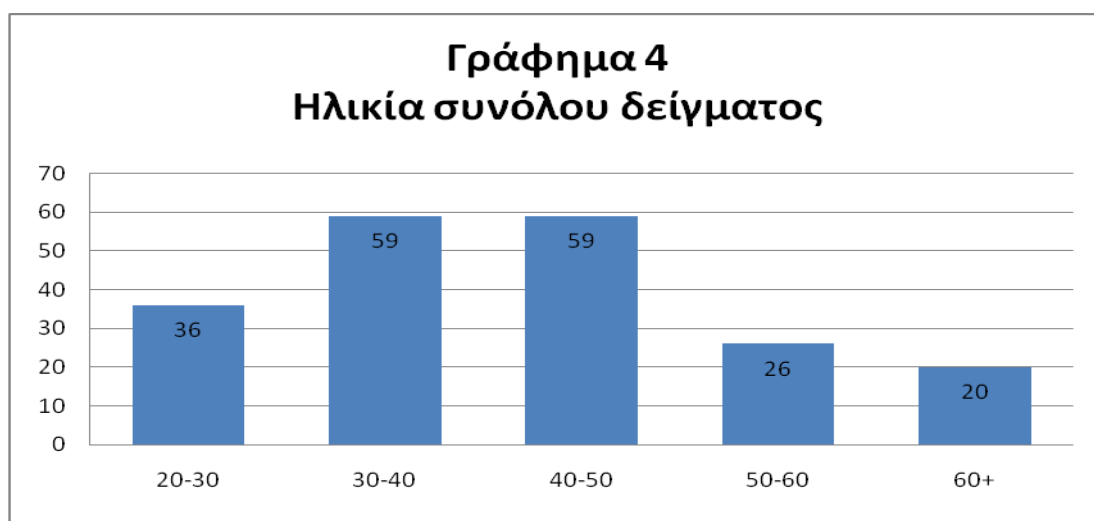
Το δείγμα των ατόμων με ΣΚΠ αποτελείται από 43 άνδρες ποσοστό που αντιστοιχεί στο 43% και από 57 γυναίκες ποσοστό που αντιστοιχεί στο 57%.



Γράφημα 3: Δείγμα ατόμων χωρίς ΣΚΠ

Το δείγμα των ατόμων χωρίς ΣΚΠ αποτελείται από 40 άνδρες ποσοστό που αντιστοιχεί στο 40% και από 60 γυναίκες ποσοστό που αντιστοιχεί στο 60%.

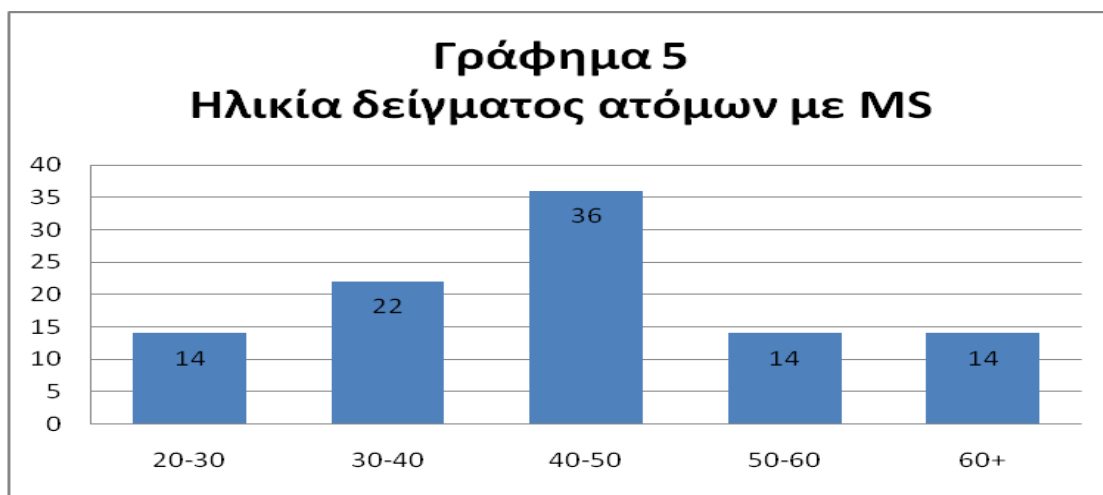
B) Ηλικία



Γράφημα 4: Ηλικία συνόλου δείγματος

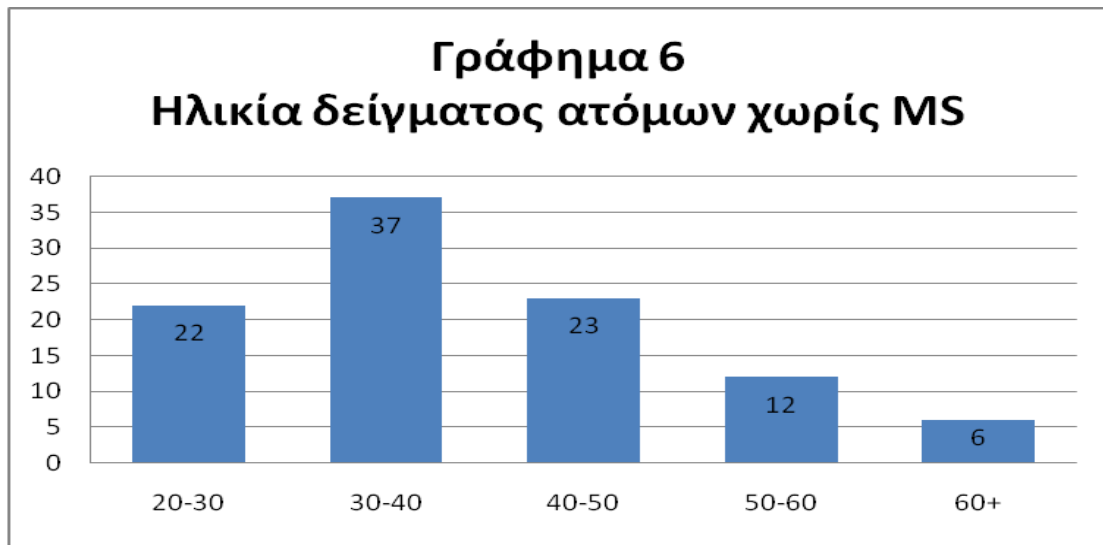
Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Το δείγμα των ατόμων και από τις δύο ομάδες ήταν από 20 έως 70 ετών. Ομαδοποιήσαμε τα άτομα σε πέντε ομάδες ηλικιών. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 20-30 ετών. Ο συνολικός αριθμός της ομάδας ήταν 36 άτομα σε ποσοστό 18%. Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από άτομα ηλικίας 30-40 ετών. Ο συνολικός αριθμός αυτής της ομάδας είναι 59 άτομα σε ποσοστό 29.5%. Η τρίτη ομάδα περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 40-50 ετών. Ο συνολικός αριθμός αυτής της ομάδας ήταν 59 άτομα σε ποσοστό 29,5%. Η τέταρτη ομάδα αποτελείται από άτομα ηλικίας 50-60 ετών. Ο συνολικός αριθμός ήταν 26 άτομα σε ποσοστό 13%. Η πέμπτη ομάδα περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 60 και άνω ετών. Ο συνολικός αριθμός αυτής της ομάδας ήταν 20 σε ποσοστό 10%.



Γράφημα 5: Ηλικία δείγματος ατόμων με ΣΚΠ

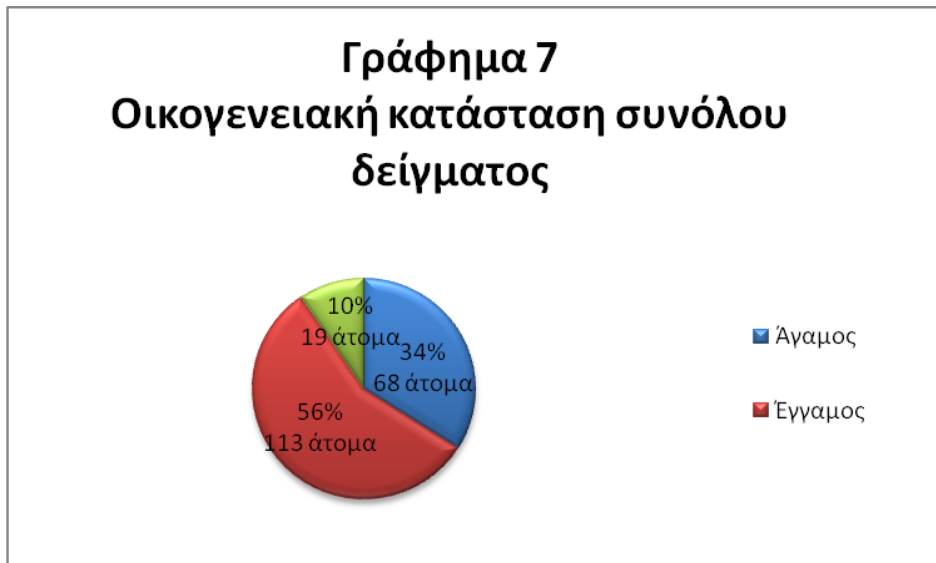
Στα άτομα με ΣΚΠ, η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 20-30 ετών. Ο συνολικός αριθμός της ομάδας ήταν 36 άτομα εκ των οποίων τα 14 ασθενούσαν σε ποσοστό 14%. Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από άτομα ηλικίας 30-40 ετών. Ο συνολικός αριθμός αυτής της ομάδας είναι 59 άτομα εκ των οποίων τα 22 από αυτά ασθενούσαν σε ποσοστό 22%. Η τρίτη ομάδα περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 40-50 ετών. Ο συνολικός αριθμός αυτής της ομάδας ήταν 59 άτομα εκ των οποίων τα 36 ασθενούσαν σε ποσοστό 36%. Η τέταρτη ομάδα αποτελείται από άτομα ηλικίας 50-60 ετών. Ο συνολικός αριθμός ήταν 26 άτομα εκ των οποίων τα 14 ασθενούσαν σε ποσοστό 14%. Η πέμπτη ομάδα περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 60 και άνω ετών. Ο συνολικός αριθμός αυτής της ομάδας ήταν 20 εκ των οποίων τα 14 ασθενούσαν σε ποσοστό 14%.



Γράφημα 6: Ηλικία δείγματος ατόμων χωρίς ΣΚΠ

Στα άτομα χωρίς ΣΚΠ, η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 20-30 ετών. Ο συνολικός αριθμός της ομάδας ήταν 36 άτομα εκ των οποίων τα 22 ήταν υγιή σε ποσοστό 22%. Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από άτομα ηλικίας 30-40 ετών. Ο συνολικός αριθμός αυτής της ομάδας είναι 59 άτομα εκ των οποίων τα 37 ήταν υγιή σε ποσοστό 37%. Η τρίτη ομάδα περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 40-50 ετών. Ο συνολικός αριθμός αυτής της ομάδας ήταν 59 άτομα εκ των οποίων τα 23 ήταν υγιή σε ποσοστό 23%. Η τέταρτη ομάδα αποτελείται από άτομα ηλικίας 50-60 ετών. Ο συνολικός αριθμός ήταν 26 άτομα εκ των οποίων τα 12 ήταν υγιή σε ποσοστό 12%. Η πέμπτη ομάδα περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 60 και άνω ετών. Ο συνολικός αριθμός αυτής της ομάδας ήταν 20 εκ των οποίων τα 6 ήταν υγιή σε ποσοστό 6%.

Γ) Οικογενειακή κατάσταση

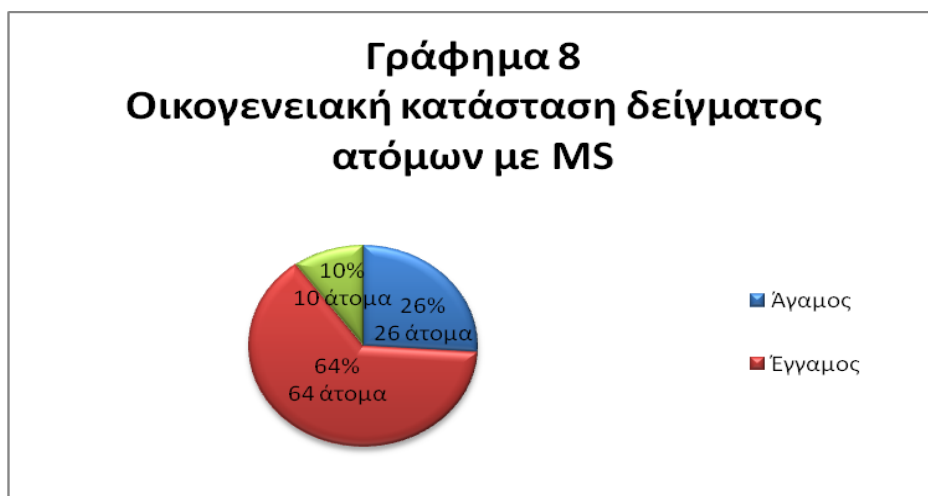


Γράφημα 7: Οικογενειακή κατάσταση συνόλου δείγματος

Η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος χωρίστηκε σε τρεις κατηγορίες :

- Άγαμος
- Έγγαμος
- Διαζευγμένος

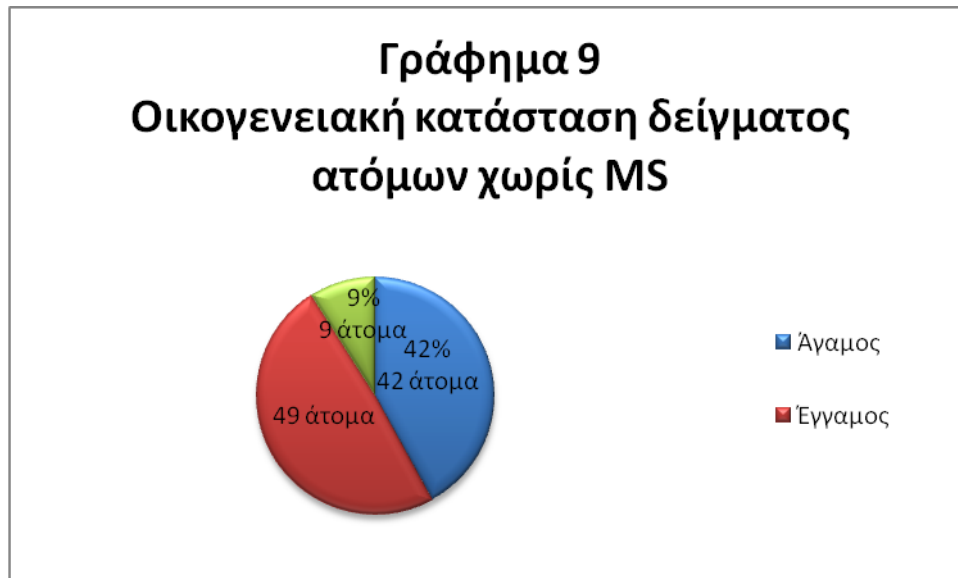
Στο συνολικό δείγμα παρατηρείται ότι τα 68 άτομα είναι άγαμοι ποσοστό που αντιστοιχεί στο 34%, τα 113 άτομα είναι έγγαμα ποσοστό που αντιστοιχεί στο 56% και τα 19 άτομα είναι διαζευγμένα ποσοστό που αντιστοιχεί στο 10%.



Γράφημα 8: Οικογενειακή κατάσταση δείγματος με ΣΚΠ

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

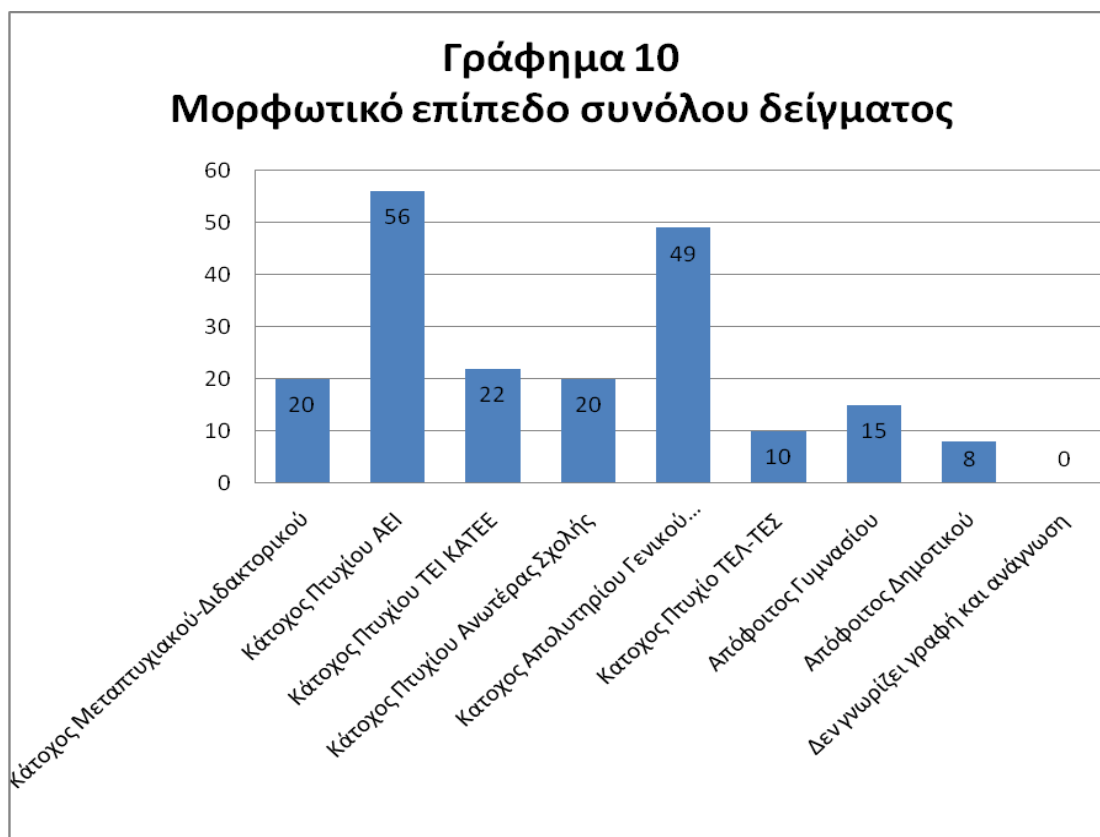
Στο δείγμα των ατόμων με ΣΚΠ οι άγαμοι αποτελούνται από 26 άτομα ποσοστό που αντιστοιχεί στο 26%, οι έγγαμοι αποτελούνται από 64 άτομα ποσοστό που αντιστοιχεί στο 64% και τέλος οι διαζευγμένοι οι οποίοι αποτελούνται από 10 άτομα ποσοστό που αντιστοιχεί στο 10%.



Γράφημα 9: Οικογενειακή κατάσταση δείγματος ατόμων χωρίς ΣΚΠ

Το δείγμα των ατόμων χωρίς ΣΚΠ οι άγαμοι αποτελούνται από 42 άτομα ποσοστό που αντιστοιχεί στο 42%, οι έγγαμοι αποτελούνται από 49 άτομα ποσοστό που αντιστοιχεί στο 49% και τέλος οι διαζευγμένοι οι οποίοι αποτελούνται από 9 άτομα ποσοστό που αντιστοιχεί στο 9%.

Δ) Μορφωτικό επίπεδο



Γράφημα 10: Μορφωτικό επίπεδο συνόλου δείγματος

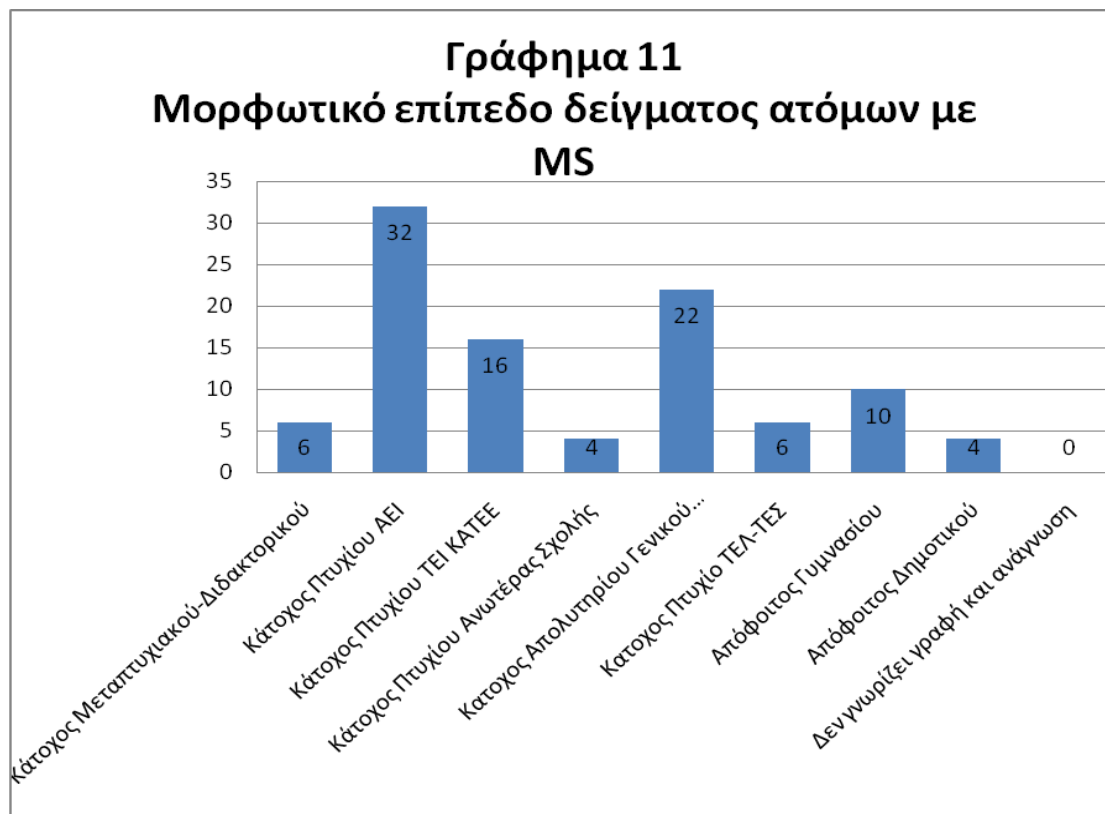
Το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος χωρίστηκε σε εννιά κατηγορίες οι οποίες είναι:

- Κάτοχος Μεταπτυχιακού –Διδακτορικού
- Κάτοχος Πτυχίου Α.Ε.Ι
- Κάτοχος Πτυχίου Τ.Ε.Ι ΚΑΤΕΕ
- Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής
- Κάτοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου
- Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΛ-ΤΕΣ
- Κάτοχος Απολυτηρίου Γυμνασίου
- Απόφοιτος Δημοτικού
- Δεν γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση

Στο συνολικό δείγμα παρατηρείται ότι 20 άτομα είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού – Διδακτορικού, 56 άτομα είναι κάτοχοι πτυχίου Α.Ε.Ι, 22 άτομα κατέχουν πτυχίο Τ.Ε.Ι ή ΚΑΤΕΕ, 20 άτομα είναι κάτοχοι πτυχίου Ανωτέρας Σχολής, 49 άτομα είναι κάτοχοι

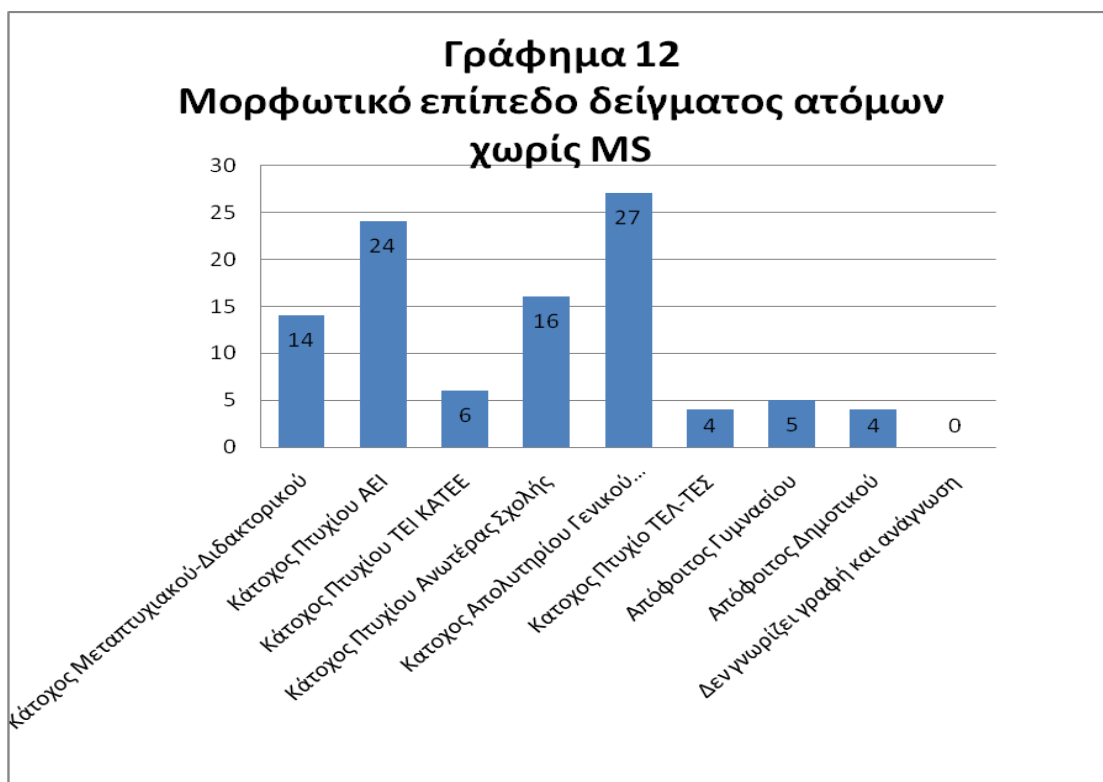
Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου,10 άτομα κατέχουν πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ,15 είναι απόφοιτοι Γυμνασίου,8 είναι απόφοιτοι Δημοτικού και τέλος κανένα από τα άτομα του συνολικού δείγματος απάντησε ότι δεν γνωρίζει Γραφή και Ανάγνωση.



Γράφημα 11: Μορφωτικό επίπεδο δείγματος ατόμων με ΣΚΠ

Στα άτομα με ΣΚΠ παρατηρείται ότι 6 άτομα είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού σε ποσοστό που 6%, 32 άτομα είναι κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ σε ποσοστό 32%, 16 άτομα είναι κάτοχοι πτυχίου ΤΕΙ-ΚΑΤΕΕ σε ποσοστό 16%, 4 άτομα είναι κάτοχοι πτυχίου Ανωτέρας Σχολής σε ποσοστό 4%, 22 άτομα είναι κάτοχοι απολυτηρίου Γενικού Λυκείου σε ποσοστό 22%, 6 άτομα είναι κάτοχοι πτυχίου ΤΕΛ-ΤΕΣ σε ποσοστό 6%, 10 άτομα είναι απόφοιτοι Γυμνασίου σε ποσοστό 10%, 4 άτομα είναι απόφοιτοι Δημοτικού σε ποσοστό 4% και κανένας απάντησε ότι δεν γνωρίζει Γραφή και Ανάγνωση.



Γράφημα 12: Μορφωτικό επίπεδο δείγματος ατόμων χωρίς ΣΚΠ

Στα άτομα χωρίς ΣΚΠ παρατηρείται ότι 14 άτομα είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού σε ποσοστό 14%, 24 άτομα είναι κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ σε ποσοστό 24%, 6 άτομα είναι κάτοχοι πτυχίου ΤΕΙ-ΚΑΤΕΕ σε ποσοστό 6%, 16 άτομα είναι κάτοχοι πτυχίου Ανωτέρας Σχολής, σε ποσοστό 16%, 27 άτομα είναι κάτοχοι απολυτηρίου Γενικού Λυκείου σε ποσοστό 27%, 4 άτομα είναι κάτοχοι πτυχίου ΤΕΛ-ΤΕΣ σε ποσοστό 4%, 5 άτομα είναι απόφοιτοι Γυμνασίου σε ποσοστό 5%, 4 άτομα είναι απόφοιτοι Δημοτικού σε ποσοστό 4% και κανένας απάντησε ότι δεν γνωρίζει Γραφή και Ανάγνωση.

Στη συνέχεια παρατηρούμε αναλυτικά πως ανταποκρίνονται οι δύο ομάδες σε κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου.

Πρέπει να αναφέρουμε ότι οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση έχουν 6 διαβαθμίσεις, «καθόλου», «λίγο», «κάπως», «μέτρια», «πολύ», «πάρα πολύ», οι οποίες δείχνουν την συχνότητα εμφάνισης κάθε συμπτώματος που περιγράφει η αντίστοιχη ερώτηση.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Ερώτηση 1 : Κάνω τα πάντα με αργούς ρυθμούς

Στον πίνακα 1 στην ερώτηση «*κάνω τα πάντα με αργούς ρυθμούς*» την απάντηση «*πάρα πολύ*» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 1% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «*πολύ*» έδωσε το 10% της ομάδας με ΣΚΠ και το 1% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «*μέτρια*» απάντησε το 8% της ομάδας ΣΚΠ και το 13% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «*κάπως*» έδωσε το 20% της ομάδας με ΣΚΠ και το 7% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «*λίγο*» έδωσε το 32% της ομάδας με ΣΚΠ και το 20% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «*Καθόλου*» απάντησε το 30% της ομάδας με ΣΚΠ και το 58% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Από τα παραπάνω στοιχεία , συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ κάνει τα πάντα με αργούς ρυθμούς σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα άτομα της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Ερώτηση 2 : Το μέλλον μου φαίνεται χωρίς ελπίδα.

Στον πίνακα 2 στην ερώτηση «*το μέλλον μου φαίνεται χωρίς ελπίδα*» την απάντηση «*πάρα πολύ*» έδωσε το 2% της ομάδας με ΣΚΠ και το 3% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «*πολύ*» έδωσε το 4% της ομάδας με ΣΚΠ και το 4% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «*μέτρια*» απάντησε το 8% της ομάδας με ΣΚΠ και το 18% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «*κάπως*» έδωσε το 16% της ομάδας με ΣΚΠ και το 13% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «*λίγο*» έδωσε το 26% της ομάδας με ΣΚΠ και το 20% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «*καθόλου*» απάντησε το 44% της ομάδας με ΣΚΠ και το 42% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Έτσι από τα παραπάνω δεδομένα συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ φαντάζεται το μέλλον χωρίς ελπίδα σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα άτομα της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Ερώτηση 3 : Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν διαβάζω.

Στον πίνακα 3, την απάντηση «*πάρα πολύ*» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 2% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «*πολύ*» έδωσε το 14% της ομάδας με ΣΚΠ και το 4% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «*μέτρια*» απάντησε το 8% της ομάδας με ΣΚΠ και το 9% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «*κάπως*»

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

έδωσε το 4% της ομάδας με ΣΚΠ και το 10% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 28% της ομάδας με ΣΚΠ και το 33% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 46% της ομάδας με ΣΚΠ και το 42% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό και των δύο ομάδων απάντησαν «καθόλου», όπως επίσης μεγάλο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ απάντησε «λίγο» και «πολύ» σε σχέση με την ομάδα χωρίς ΣΚΠ στην δυσκολία συγκέντρωσης κατά την διάρκεια του διαβήσματος.

Ερώτηση 4 : Όλη η χαρά και η διασκέδαση δείχνουν να έχουν χαθεί από τη ζωή μου.

Στον πίνακα 4, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 2% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 4% της ομάδας με ΣΚΠ και το 1% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 12% της ομάδας με ΣΚΠ και το 8% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 16% της ομάδας με ΣΚΠ και το 11% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 28% της ομάδας με ΣΚΠ και το 23% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 40% της ομάδας με ΣΚΠ και το 55% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Από αυτά τα δεδομένα συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ νιώθει ότι όλη η χαρά και η διασκέδαση έχουν χαθεί από την ζωή τους σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα άτομα της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Ερώτηση 5 : Δυσκολεύομαι να πάρω αποφάσεις.

Στον πίνακα 5, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 2% της ομάδας με ΣΚΠ και το 1% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 4% της ομάδας με ΣΚΠ και το 4% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 8% της ομάδας με ΣΚΠ και το 9% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 12% της ομάδας με ΣΚΠ και το 12% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 32% της ομάδας με ΣΚΠ και το 34% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 42% της ομάδας με ΣΚΠ και το 40% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Από τα παραπάνω στοιχεία συμπεραίνουμε ότι στην ερώτηση που αφορά την δυσκολία λήψης αποφάσεων η ομάδα με ΣΚΠ είχε μεγαλύτερο ποσοστό στην απάντηση « πάρα πολύ» από την ομάδα χωρίς ΣΚΠ, ίδιο ποσοστό στην απάντηση «πολύ» και «κάπως», ενώ στις απαντήσεις «μέτρια» και «λίγο» η ομάδα χωρίς ΣΚΠ είχε μεγαλύτερο ποσοστό. Τέλος στην απάντηση «καθόλου» μεγαλύτερο ποσοστό είχε η ομάδα με ΣΚΠ. Άρα και τα υγιή άτομα αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες στην λήψη αποφάσεων εξίσου με τους σκληρυντικούς ασθενείς.

Ερώτηση 6 : Έχω χάσει το ενδιαφέρον μου σε πράγματα που παλαιότερα σήμαιναν πολλά για μένα

Στον πίνακα 6, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 2% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 10% της ομάδας με ΣΚΠ και το 7% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 14% της ομάδας με ΣΚΠ και το 8% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 18% της ομάδας με ΣΚΠ και το 14% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 24% της ομάδας με ΣΚΠ και το 29% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 34% της ομάδας με ΣΚΠ και το 40% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Έτσι από τα παραπάνω προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ έχει χάσει το ενδιαφέρον του σε πράγματα που παλαιότερα σήμαιναν πολλά για αυτό συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Ερώτηση 7 : Νιώθω στενοχωρημένος/η, θλιμμένος/η και δυστοχισμένος/η

Στον πίνακα 7, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 4% της ομάδας με ΣΚΠ και το 2% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 8% της ομάδας με ΣΚΠ και το 5% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 12% της ομάδας με ΣΚΠ και το 5% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 12% της ομάδας με ΣΚΠ και το 11% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 42% της ομάδας με ΣΚΠ και το 44% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 22% της ομάδας με ΣΚΠ και το 33% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Από τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ νιώθει στενοχωρημένο, θλιμμένο, και δυστυχισμένο σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα άτομα της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Ερώτηση 8 : Νιώθω ανήσυχος και δεν μπορώ να χαλαρώσω

Στον πίνακα 8,την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 4% της ομάδας με ΣΚΠ και το 2% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 18% της ομάδας με ΣΚΠ και το 12% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 14% της ομάδας με ΣΚΠ και το 10% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 20% της ομάδας με ΣΚΠ και το 11% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 26% της ομάδας με ΣΚΠ και το 42% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 18% της ομάδας με ΣΚΠ και το 23% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Από τα παραπάνω στοιχεία συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ νιώθει ανησυχία και δεν μπορεί να χαλαρώσει σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα άτομα της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Ερώτηση 9 : Νιώθω κούραση

Στον πίνακα 9,την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 10% στις ομάδας με ΣΚΠ και το 5% στις ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση « πολύ» έδωσε το 44% στις ομάδας με ΣΚΠ και το 19% στις ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 16% στις ομάδας με ΣΚΠ και το 16% στις ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 8% στις ομάδας με ΣΚΠ και το 10% στις ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 14% στις ομάδας με ΣΚΠ και το 35% στις ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 8% στις ομάδας με ΣΚΠ και το 15% στις ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Έτσι από τα δεδομένα βγαίνει το συμπέρασμα ότι το μεγαλύτερο ποσοστό στις ομάδας με ΣΚΠ νιώθει κούραση σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα άτομα στις ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Καθώς στις το ίδιο ποσοστό και στις δύο ομάδες (16%) έδωσαν την απάντηση «μέτρια».

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Ερώτηση 10 : Δυσκολεύομαι να κάνω ακόμα και απλά καθημερινά πράγματα

Στον πίνακα 10, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 2% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 8% της ομάδας με ΣΚΠ και το 6% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 24% της ομάδας με ΣΚΠ και το 5% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 4% της ομάδας με ΣΚΠ και το 4% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 32% της ομάδας με ΣΚΠ και το 22% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 32% της ομάδας με ΣΚΠ και το 61% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Από τα παραπάνω στοιχεία συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ δυσκολεύεται να κάνει ακόμα και τα πιο απλά καθημερινά πράγματα σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα άτομα της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Ερώτηση 11 : Νιώθω ενοχές και πιστεύω ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ .

Στον πίνακα 11, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 0% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 2% της ομάδας με ΣΚΠ και το 4% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 2% της ομάδας με ΣΚΠ και το 1% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 1% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 16% της ομάδας με ΣΚΠ και 9% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 80% της ομάδας με ΣΚΠ και το 85% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Έτσι συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό και των δύο ομάδων έδωσαν την απάντηση «καθόλου» στην συγκεκριμένη ερώτηση, ενώ μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ απάντησε «λίγο» σε σχέση με την ομάδα χωρίς ΣΚΠ.

Ερώτηση 12 : Αισθάνομαι αποτυχημένος/η

Στον πίνακα 12, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 1% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 3% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 2% της ομάδας με ΣΚΠ και το 2% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

8% της ομάδας με ΣΚΠ και το 7% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 22% της ομάδας με ΣΚΠ και το 20% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 68% της ομάδας με ΣΚΠ και το 67% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Στον συγκεκριμένο πίνακα παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ δεν αισθάνεται αποτυχημένο σε σχέση με τα άτομα της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Έτσι ακόμα και τα υγιή άτομα πολύ φυσιολογικά βιώνουν σε κάποιο βαθμό συναισθήματα απογοήτευσης καθώς και ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας βιώνουν συναισθήματα αισιοδοξίας.

Ερώτηση 13 : Νιώθω άδειος, περισσότερο σαν νεκρός παρά σαν ζωντανός.

Στον πίνακα 13, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 1% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 2% της ομάδας με ΣΚΠ και το 2% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 2% της ομάδας με ΣΚΠ και το 2% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 2% της ομάδας με ΣΚΠ και το 1% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 8% της ομάδας με ΣΚΠ και το 7% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 86% της ομάδας με ΣΚΠ και το 85% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό και από τις δύο ομάδες δεν νιώθουν άδειοι , περισσότερο σαν νεκροί παρά σαν ζωντανοί.

Ερώτηση 14 : Ο ύπνος μου είναι διαταραγμένος .Είτε πολύ σύντομος, είτε μεγάλης διάρκειας, είτε αϋπνία.

Στον πίνακα 14, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 2% της ομάδας με ΣΚΠ και το 3% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 22% της ομάδας με ΣΚΠ και το 5% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ .Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 14% της ομάδας με ΣΚΠ και το 6% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 12% της ομάδας με ΣΚΠ και το 6% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 18% της ομάδας με ΣΚΠ και το 23% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 32% της ομάδας με ΣΚΠ και το 57% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Από τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό και των δύο ομάδων έδωσε την απάντηση «καθόλου» ενώ επίσης ένα μεγάλο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ έδωσε την απάντηση «πολύ» για την ύπαρξη διαταραχών κατά την διάρκεια του ύπνου.

Ερώτηση 15 : Αναρωτιέμαι ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ θα μπορούσα να αυτοκτονήσω

Στον πίνακα 15, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 1% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 2% της ομάδας με ΣΚΠ και το 0% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 0% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 2% της ομάδας με ΣΚΠ και το 3% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 12% της ομάδας με ΣΚΠ και το 4% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 84% της ομάδας με ΣΚΠ και το 92% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Σε αυτή τη μεγάλη βαθμού δυσκολίας ερώτηση για άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν διαταραχές διάθεσης το μεγαλύτερο ποσοστό και από τις δύο ομάδες απάντησε «καθόλου» ενώ ένα μικρό αλλά όχι αμελητέο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ απάντησε «λίγο» για το αν σκέφτεται με ποιόν τρόπο θα αυτοκτονούσε.

Ερώτηση 16 : Νιώθω περιορισμένος/η και φυλακισμένος/η

Στον πίνακα 16, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 4% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 10% ομάδας με ΣΚΠ και το 2% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 10% της ομάδας με ΣΚΠ και 1% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 4% της ομάδας με ΣΚΠ και το 10% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 30% της ομάδας με ΣΚΠ και το 27% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 46% της ομάδας με ΣΚΠ και το 56% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό και από τις δύο ομάδες έδωσε την απάντηση «καθόλου», αλλά μεγάλο ποσοστό της ομάδας με ΣΚΠ έδωσε την απάντηση «λίγο», «μέτρια» και «πολύ» για το αν νιώθει περιορισμένο και φυλακισμένο σε σχέση με την ομάδα χωρίς ΣΚΠ.

Ερώτηση 17 : Νιώθω πεσμένος/η ακόμα και όταν μου συμβαίνει κάτι ευχάριστο.

Στον πίνακα 17, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 2% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 6% της ομάδας με ΣΚΠ και το 4% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 6% της ομάδας με ΣΚΠ και το 3% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 8% της ομάδας με ΣΚΠ και το 5% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 30% της ομάδας με ΣΚΠ και το 20% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 50% της ομάδας με ΣΚΠ και το 66% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Έτσι, από τα παραπάνω προκύπτει ότι το 50% της ομάδας με ΣΚΠ έδωσε την απάντηση «καθόλου» και το υπόλοιπο 50% μοιράστηκε μεταξύ των απαντήσεων «λίγο», «κάπως», «μέτρια» και «πολύ» σε αντίθεση με την ομάδα χωρίς ΣΚΠ όπου το μεγαλύτερο ποσοστό της απάντησε «καθόλου» για το αν νιώθουν πεσμένοι ακόμα και όταν κάτι ευχάριστο τους συμβαίνει.

Ερώτηση 18 : Έχω χάσει ή έχω πάρει βάρος χωρίς να κάνω δίαιτα.

Στον πίνακα 18, την απάντηση «πάρα πολύ» έδωσε το 0% της ομάδας με ΣΚΠ και το 3% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «πολύ» έδωσε το 12% της ομάδας με ΣΚΠ και το 6% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Στην διαβάθμιση «μέτρια» απάντησε το 6% της ομάδας με ΣΚΠ και το 4% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «κάπως» έδωσε το 14% της ομάδας με ΣΚΠ και τα 8% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Την απάντηση «λίγο» έδωσε το 22% της ομάδας με ΣΚΠ και το 13% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ. Τέλος στην διαβάθμιση «καθόλου» απάντησε το 46% της ομάδας με ΣΚΠ και το 66% της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

Από αυτά τα δεδομένα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό και των δύο ομάδων απάντησε «καθόλου» και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό της ομάδας ΣΚΠ μοιράστηκε

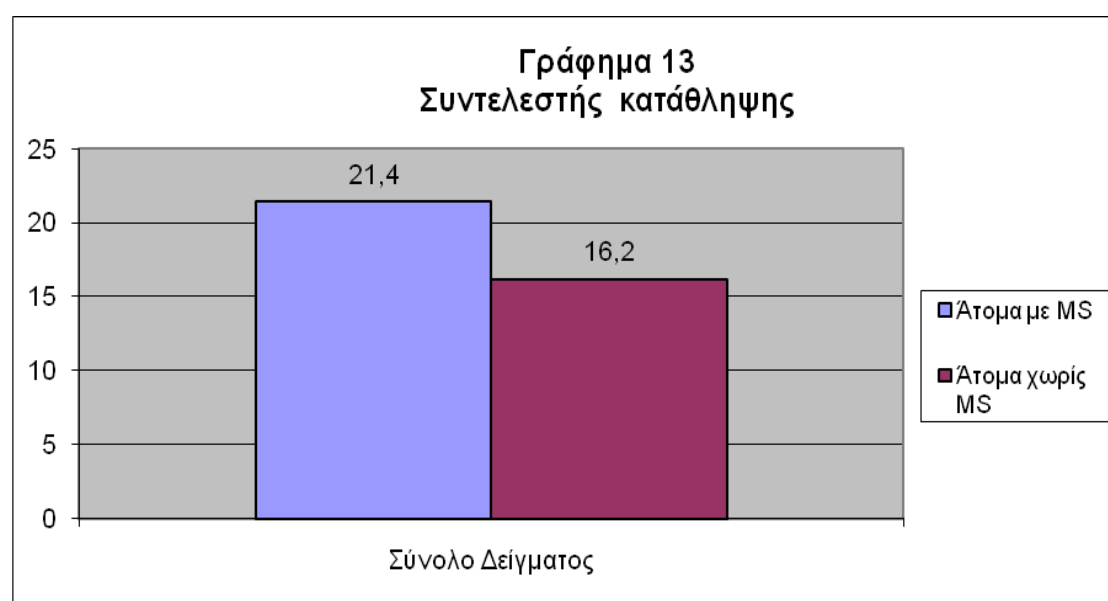
Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

μεταξύ των απαντήσεων «λίγο», «κάπως» και «πολύ» σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα άτομα της ομάδας χωρίς ΣΚΠ.

3.8 Ανάλυση δεδομένων

Αντιπροσωπευτικός δείκτης κατάθλιψης ατόμων με ΣΚΠ και χωρίς ΣΚΠ

Στο γράφημα 13 εμφανίζεται ο μέσος όρος του δείκτη εμφάνισης κατάθλιψης στο σύνολο του δείγματος.



Γράφημα 13: Συντελεστής κατάθλιψης συνόλου δείγματος

Group Statistics

ΟΜΑΔΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΑΤΟΜΑ ΧΩΡΙΣ MS	100	16,2000	13,74883	1,37488
ΑΤΟΜΑ ΜΕ MS	100	21,4000	12,82044	1,28204

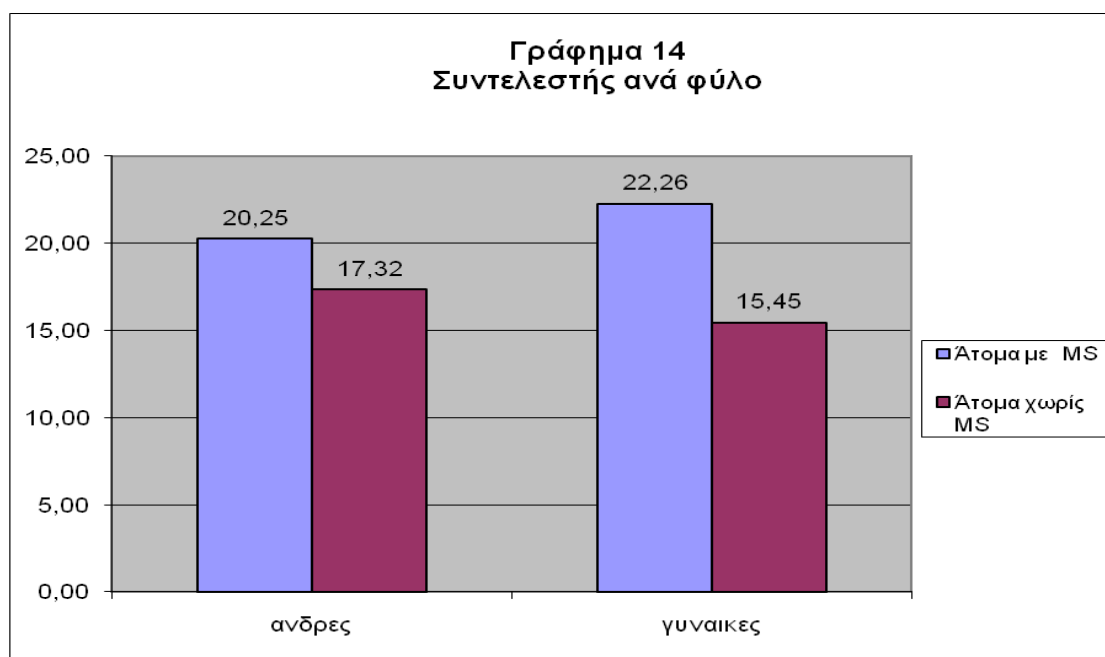
Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ Σ_ΚΑΤΑΘΛΙΨ ΗΣ	Equal variances assumed	,002	,966	-2,766	198	,006	-5,20000	1,87988	-8,90715	-1,49285
	Equal variances not assumed			-2,766	197,040	,006	-5,20000	1,87988	-8,90726	-1,49274

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ του δείγματος ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης σε διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Στο γράφημα 14 εμφανίζεται ο μέσος όρος του δείκτη εμφάνισης κατάθλιψης στα δύο φύλα σε άτομα με ΣΚΠ και σε άτομα χωρίς ΣΚΠ.



Γράφημα 14: Συντελεστής κατάθλιψης ανά φύλο

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Στα άτομα με ΣΚΠ οι άνδρες έχουν μέσο όρο 20,25 ενώ οι γυναίκες 22,26 και αντίστοιχα στα άτομα χωρίς ΣΚΠ ο μέσος όρος των ανδρών είναι 17,32 ενώ των γυναικών 15,45. Απο αυτά τα αποτελέσματα επαληθεύεται η αρχική μας υπόθεση, ότι στα άτομα με MS παρατηρείται μεγαλύτερος δείκτης εμφάνισης κατάθλιψης.

Group Statistics

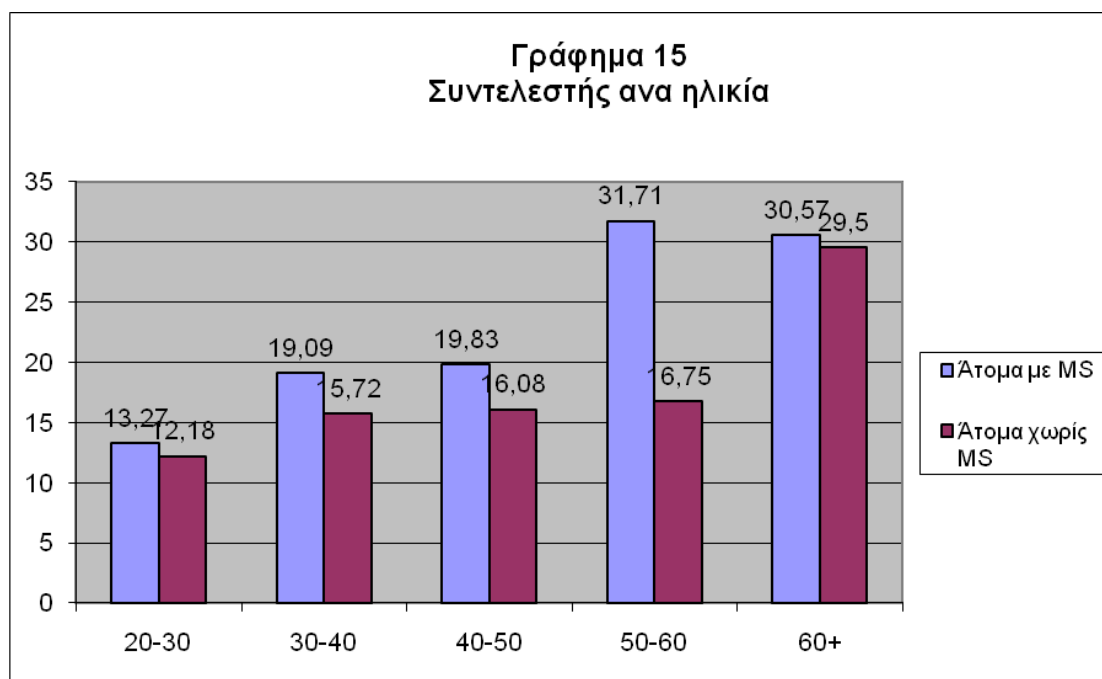
ΟΜΑΔΑ_ΕΛΕΓΧΟΥ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ_ΚΑΤΑΘΙΨΗΣ_ΑΝΔΡΕΣ ΜΕ MS	43	20,2558	9,00554	1,37333
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ MS	57	22,2632	15,09911	1,99993

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Differenc e	Lower	Upper
ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ_ΚΑΤΑΘΙΨΗΣ	Equal variances assumed	6,822	,010	-,774	98	,441	-2,00734	2,59486	-7,15676	3,14207
	Equal variances not assumed			-,827	93,534	,410	-2,00734	2,42605	-6,82465	2,80996

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των φύλων στα άτομα με ΣΚΠ ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης σε διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Στον γράφημα 15 εμφανίζεται ο μέσος όρος του δείκτη εμφάνισης κατάθλιψης ανά ηλικία σε άτομα που εμφανίζουν ΣΚΠ και σε άτομα χωρίς ΣΚΠ.



Γράφημα 15: Συντελεστής κατάθλιψης ανά ηλικία

Στην πρώτη ηλικιακή ομάδα(20-30) ο μέσος όρος των ατόμων με ΣΚΠ είναι 13,27 ενώ των ατόμων χωρίς ΣΚΠ είναι 12,18. Στην δεύτερη ηλικιακή ομάδα(30-40) ο μέσος όρος των ατόμων με ΣΚΠ είναι 19,09 ενώ των ατόμων χωρίς ΣΚΠ είναι 15,72. Στην τρίτη ηλικιακή ομάδα(40-50) ο μέσος όρος των ατόμων με ΣΚΠ είναι 19,83 ενώ των ατόμων χωρίς ΣΚΠ είναι 16,08. Στην τέταρτη ηλικιακή ομάδα(50-60) ο μέσος όρος των ατόμων με ΣΚΠ είναι 31,71 ενώ των ατόμων χωρίς ΣΚΠ είναι 16,75. Στην πέμπτη ηλικιακή ομάδα(60+) ο μέσος όρος των ατόμων με ΣΚΠ είναι 30,57 ενώ των ατόμων χωρίς ΣΚΠ είναι 29,50.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

ANOVA

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3767,399	4	941,850	7,779	,000
Within Groups	11501,961	95	121,073		
Total	15269,360	99			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

	(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	20-30	30-40	-5,80519	3,76184	,537	-16,2664	4,6560
		40-50	-6,54762	3,46572	,330	-16,1853	3,0901
		50-60	-18,42857*	4,15887	,000	-29,9938	-6,8633
		60+	-17,28571*	4,15887	,001	-28,8510	-5,7205
	30-40	20-30	5,80519	3,76184	,537	-4,6560	16,2664
		40-50	-,74242	2,97766	,999	-9,0229	7,5381
		50-60	-12,62338*	3,76184	,010	-23,0845	-2,1622
		60+	-11,48052*	3,76184	,024	-21,9417	-1,0194
	40-50	20-30	6,54762	3,46572	,330	-3,0901	16,1853
		30-40	,74242	2,97766	,999	-7,5381	9,0229

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

	50-60		-11,88095*	3,46572	,008	-21,5187	-2,2432
	60+		-10,73810*	3,46572	,021	-20,3758	-1,1004
	50-60	20-30	18,42857*	4,15887	,000	6,8633	29,9938
		30-40	12,62338*	3,76184	,010	2,1622	23,0845
		40-50	11,88095*	3,46572	,008	2,2432	21,5187
		60+	1,14286	4,15887	,999	-10,4224	12,7081
	60+	20-30	17,28571*	4,15887	,001	5,7205	28,8510
		30-40	11,48052*	3,76184	,024	1,0194	21,9417
		40-50	10,73810*	3,46572	,021	1,1004	20,3758
		50-60	-1,14286	4,15887	,999	-12,7081	10,4224
LSD	20-30	30-40	-5,80519	3,76184	,126	-13,2734	1,6630
		40-50	-6,54762	3,46572	,062	-13,4279	,3327
		50-60	-18,42857*	4,15887	,000	-26,6850	-10,1722
		60+	-17,28571*	4,15887	,000	-25,5421	-9,0293
	30-40	20-30	5,80519	3,76184	,126	-1,6630	13,2734
		40-50	-,74242	2,97766	,804	-6,6538	5,1690
		50-60	-12,62338*	3,76184	,001	-20,0916	-5,1552
		60+	-11,48052*	3,76184	,003	-18,9487	-4,0123
	40-50	20-30	6,54762	3,46572	,062	-,3327	13,4279
		30-40	,74242	2,97766	,804	-5,1690	6,6538
		50-60	-11,88095*	3,46572	,001	-18,7613	-5,0006
		60+	-10,73810*	3,46572	,003	-17,6184	-3,8578

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

50-60	20-30	18,42857*	4,15887	,000	10,1722	26,6850	
	30-40	12,62338*	3,76184	,001	5,1552	20,0916	
	40-50	11,88095*	3,46572	,001	5,0006	18,7613	
	60+	1,14286	4,15887	,784	-7,1135	9,3993	
60+	20-30	17,28571*	4,15887	,000	9,0293	25,5421	
	30-40	11,48052*	3,76184	,003	4,0123	18,9487	
	40-50	10,73810*	3,46572	,003	3,8578	17,6184	
	50-60	-1,14286	4,15887	,784	-9,3993	7,1135	
Bonferroni	20-30	30-40	-5,80519	3,76184	1,000	-16,6170	5,0066
		40-50	-6,54762	3,46572	,619	-16,5084	3,4131
		50-60	-18,42857*	4,15887	,000	-30,3815	-6,4757
		60+	-17,28571*	4,15887	,001	-29,2386	-5,3328
30-40	20-30	5,80519	3,76184	1,000	-5,0066	16,6170	
	40-50	-,74242	2,97766	1,000	-9,3004	7,8156	
	50-60	-12,62338*	3,76184	,011	-23,4352	-1,8116	
	60+	-11,48052*	3,76184	,029	-22,2923	-,6687	
40-50	20-30	6,54762	3,46572	,619	-3,4131	16,5084	
	30-40	,74242	2,97766	1,000	-7,8156	9,3004	
	50-60	-11,88095*	3,46572	,009	-21,8417	-1,9202	
	60+	-10,73810*	3,46572	,026	-20,6988	-,7774	
50-60	20-30	18,42857*	4,15887	,000	6,4757	30,3815	
	30-40	12,62338*	3,76184	,011	1,8116	23,4352	
	40-50	11,88095*	3,46572	,009	1,9202	21,8417	

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

	60+	1,14286	4,15887	1,000	-10,8100	13,0957
60+	20-30	17,28571*	4,15887	,001	5,3328	29,2386
	30-40	11,48052*	3,76184	,029	,6687	22,2923
	40-50	10,73810*	3,46572	,026	,7774	20,6988
	50-60	-1,14286	4,15887	1,000	-13,0957	10,8100

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

	ΟΜΑΔ Α_ΕΛΕ ΓΧΟΥ	N	Subset for alpha = 0.05	
			1	2
Tukey HSD ^{a,b}	20-30	14	13,2857	
	30-40	22	19,0909	
	40-50	36	19,8333	
	60+	14		30,5714
	50-60	14		31,7143
	Sig.		,406	,998

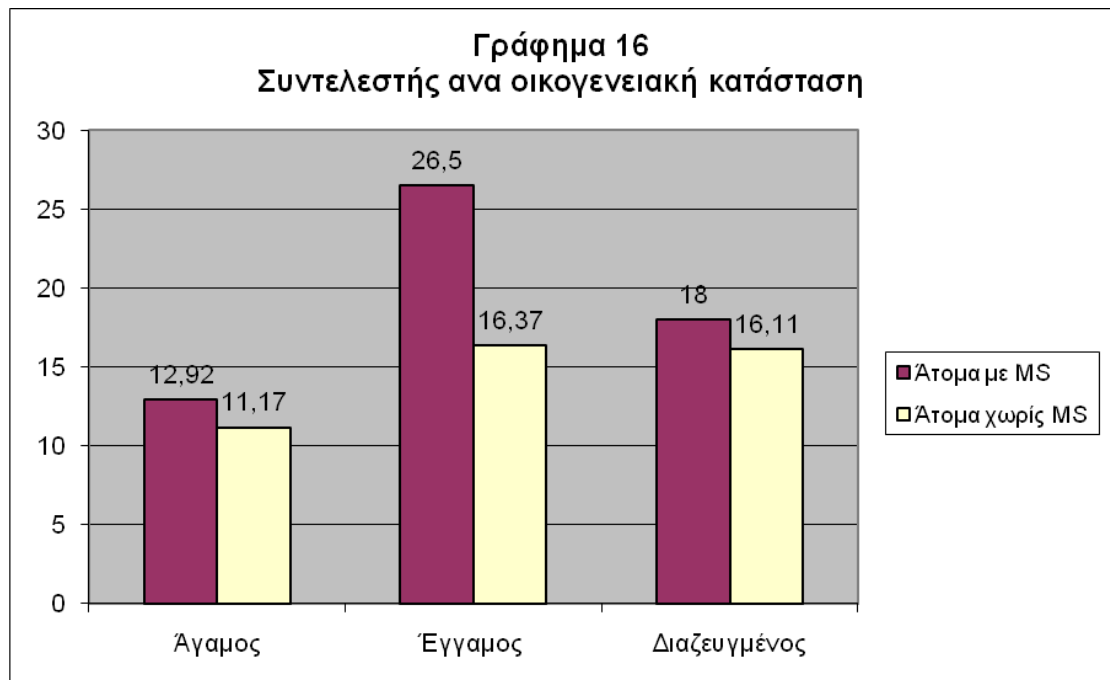
Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 17,390.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Από τους παραπάνω πίνακες συμπεραίνουμε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων στα άτομα με ΣΚΠ ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης σε διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Στο γράφημα 16 εμφανίζεται ο μέσος όρος εμφάνισης κατάθλιψης ανά οικογενειακή κατάσταση σε άτομα που εμφανίζουν ΣΚΠ και σε άτομα χωρίς ΣΚΠ.



Γράφημα 16: Συντελεστής κατάθλιψης ανά οικογενειακή κατάσταση

Τα άτομα με ΣΚΠ οι άγαμοι εμφανίζουν μέσο όρο εμφάνισης κατάθλιψης 12,92, οι έγγαμοι εμφανίζουν μέσο όρο εμφάνισης κατάθλιψης 26,5 και οι διαζευγμένοι εμφανίζουν μέσο όρο εμφάνισης κατάθλιψης 18. Τα άτομα χωρίς ΣΚΠ οι άγαμοι εμφανίζουν μέσο όρο εμφάνισης κατάθλιψης 11,17, οι έγγαμοι εμφανίζουν μέσο όρο εμφάνισης κατάθλιψης 16,37 και οι διαζευγμένοι εμφανίζουν μέσο όρο εμφάνισης κατάθλιψης 16,11.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

ANOVA

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3596,714	2	1798,357	15,219	,000
Within Groups	11461,846	97	118,163		
Total	15058,560	99			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

	(I) ΟΜΑΔΑ_ΕΛΕΓΧ ΟΥ	(J) ΟΜΑΔΑ_ΕΛΕΓΧΟΥ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	ΑΓΑΜΟΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	-13,57692*	2,52805	,000	-19,5942	-7,5596
		ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	-5,07692	4,04488	,424	-14,7046	4,5508
	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΑΓΑΜΟΣ	13,57692*	2,52805	,000	7,5596	19,5942
		ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	8,50000	3,69630	,061	-,2980	17,2980
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟ Σ	ΑΓΑΜΟΣ	5,07692	4,04488	,424	-4,5508	14,7046
		ΕΓΓΑΜΟΣ	-8,50000	3,69630	,061	-17,2980	,2980
LSD	ΑΓΑΜΟΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	-13,57692*	2,52805	,000	-18,5944	-8,5594
		ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	-5,07692	4,04488	,212	-13,1049	2,9511
	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΑΓΑΜΟΣ	13,57692*	2,52805	,000	8,5594	18,5944

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

		ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟΣ	8,50000*	3,69630	,024	1,1639	15,8361
	ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟ	ΑΓΑΜΟΣ	5,07692	4,04488	,212	-2,9511	13,1049
	Σ	ΕΓΓΑΜΟΣ	-8,50000*	3,69630	,024	-15,8361	-1,1639
Bonferroni	ΑΓΑΜΟΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	-13,57692*	2,52805	,000	-19,7358	-7,4181
		ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟΣ	-5,07692	4,04488	,637	-14,9311	4,7772
	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΑΓΑΜΟΣ	13,57692*	2,52805	,000	7,4181	19,7358
		ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟΣ	8,50000	3,69630	,071	-,5050	17,5050
	ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟ	ΑΓΑΜΟΣ	5,07692	4,04488	,637	-4,7772	14,9311
	Σ	ΕΓΓΑΜΟΣ	-8,50000	3,69630	,071	-17,5050	-,5050

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

	ΟΜΑΔΑ_ΕΛΕΓΧΟΥ	N	Subset for alpha = 0.05	
			1	2
Tukey HSD ^{a,b}	ΑΓΑΜΟΣ	26	12,9231	
	ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟΣ	10	18,0000	
	ΕΓΓΑΜΟΣ	64		26,5000
	Sig.		,316	1,000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

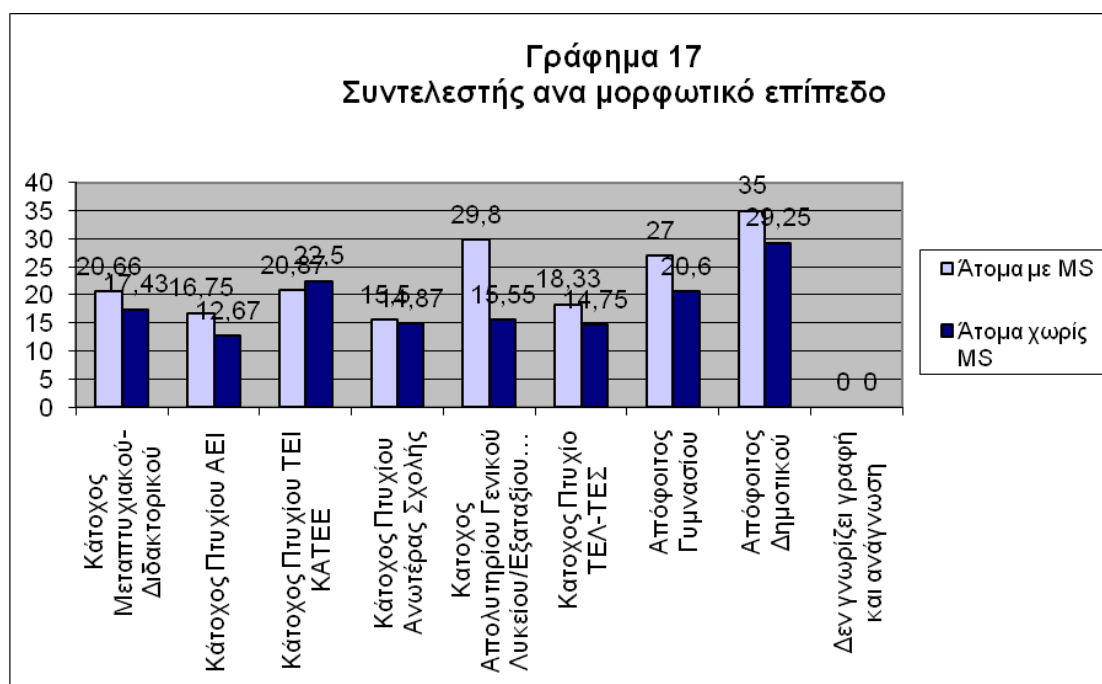
a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 19,470.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Από τους παραπάνω πίνακες συμπεραίνουμε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης στα άτομα με ΣΚΠ ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης σε διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Στο γράφημα 17 εμφανίζεται ο μέσος όρος εμφάνισης κατάθλιψης σε άτομα με ΣΚΠ και σε άτομα χωρίς ΣΚΠ σύμφωνα με το μορφωτικό τους επίπεδο.



Γράφημα 17: Συντελεστής κατάθλιψης ανά μορφωτικό επίπεδο

Άτομα που πάσχουν από ΣΚΠ και είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού εμφανίζουν μέσο όρο κατάθλιψης 20,66 συγκριτικά με τα άτομα χωρίς ΣΚΠ με μέσο όρο 17,43, οι κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ εμφανίζουν μέσο όρο κατάθλιψης 16,75 συγκριτικά με τα άτομα χωρίς ΣΚΠ με μέσο όρο 12,67, οι κάτοχοι πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ εμφανίζουν μέσο όρο κατάθλιψης 20,87 συγκριτικά με τα άτομα χωρίς ΣΚΠ με μέσο όρο 22,5, οι κάτοχοι πτυχίου ανωτέρας σχολής εμφανίζουν μέσο όρο κατάθλιψης 15,55 συγκριτικά με τα άτομα χωρίς ΣΚΠ με μέσο όρο 14,87, οι κάτοχοι απολυτηρίου Γενικού Λυκείου εμφανίζουν μέσο όρο κατάθλιψης 29,8 συγκριτικά με τα άτομα χωρίς ΣΚΠ με μέσο όρο 15,55, οι κάτοχοι πτυχίου ΤΕΛ-ΤΕΣ εμφανίζουν μέσο όρο κατάθλιψης 18,33 συγκριτικά με τα άτομα χωρίς ΣΚΠ με μέσο όρο 14,75, οι απόφοιτοι Γυμνασίου εμφανίζουν μέσο όρο κατάθλιψης 27 συγκριτικά με τα άτομα

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

χωρίς ΣΚΠ με μέσο όρο 20,6 και τέλος οι απόφοιτοι Δημοτικού εμφανίζουν μέσο όρο κατάθλιψης 35 συγκριτικά με τα άτομα χωρίς ΣΚΠ με μέσο όρο 29,25.

ANOVA

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3423,071	7	489,010	3,717	,001
Within Groups	12102,689	92	131,551		
Total	15525,760	99			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

(I) ΟΜΑΔΑ_ΕΛΕΓΧΟΥ	(J) ΟΜΑΔΑ_ΕΛΕΓΧΟΥ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
					Lower Bound	Upper Bound	
Tukey HSD	Κάτοχος Μεταπτυχιακού- Διδακτορικού	Κάτοχος Πτυχίου AEI	3,91667	5,10256	,994	-11,9105	19,7439
		Κάτοχος Πτυχίου TEI KATEE	-,20833	5,49064	1,000	-17,2393	16,8226
		Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	5,16667	7,40357	,997	-17,7978	28,1312
		Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-9,15152	5,28249	,666	-25,5368	7,2338
		Κατοχος Πτυχίο TEΛ-ΤΕΣ	2,33333	6,62196	1,000	-18,2067	22,8734
		Απόφοιτος Γυμνασίου	-6,33333	5,92286	,962	-24,7049	12,0383
		Απόφοιτος Δημοτικού	-14,33333	7,40357	,530	-37,2978	8,6312
	Κάτοχος Πτυχίου AEI	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	-3,91667	5,10256	,994	-19,7439	11,9105
		Κάτοχος Πτυχίου TEI KATEE	-4,12500	3,51182	,937	-15,0180	6,7680

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	1,25000	6,08266	1,000	-17,6173	20,1173
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-13,06818*	3,17656	,002	-22,9213	-3,2151
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	-1,58333	5,10256	1,000	-17,4105	14,2439
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-10,25000	4,15525	,223	-23,1388	2,6388
	Απόφοιτος Δημοτικού	-18,25000	6,08266	,065	-37,1173	,6173
Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	,20833	5,49064	1,000	-16,8226	17,2393
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	4,12500	3,51182	,937	-6,7680	15,0180
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	5,37500	6,41168	,990	-14,5128	25,2628
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-8,94318	3,76849	,267	-20,6323	2,7460
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	2,54167	5,49064	1,000	-14,4893	19,5726
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-6,12500	4,62353	,887	-20,4663	8,2163
	Απόφοιτος Δημοτικού	-14,12500	6,41168	,360	-34,0128	5,7628
Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	-5,16667	7,40357	,997	-28,1312	17,7978
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	-1,25000	6,08266	1,000	-20,1173	17,6173
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	-5,37500	6,41168	,990	-25,2628	14,5128
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-14,31818	6,23437	,307	-33,6560	5,0197
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	-2,83333	7,40357	1,000	-25,7978	20,1312
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-11,50000	6,78549	,691	-32,5473	9,5473
	Απόφοιτος Δημοτικού	-19,50000	8,11021	,252	-44,6564	5,6564

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	9,15152	5,28249	,666	-7,2338	25,5368
Γυμνασίου/Επαγγελματικ ού Λυκείου	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	13,06818*	3,17656	,002	3,2151	22,9213
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	8,94318	3,76849	,267	-2,7460	20,6323
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	14,31818	6,23437	,307	-5,0197	33,6560
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	11,48485	5,28249	,377	-4,9005	27,8702
	Απόφοιτος Γυμνασίου	2,81818	4,37432	,998	-10,7501	16,3865
	Απόφοιτος Δημοτικού	-5,18182	6,23437	,991	-24,5197	14,1560
Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ- ΤΕΣ	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	-2,33333	6,62196	1,000	-22,8734	18,2067
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	1,58333	5,10256	1,000	-14,2439	17,4105
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	-2,54167	5,49064	1,000	-19,5726	14,4893
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	2,83333	7,40357	1,000	-20,1312	25,7978
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-11,48485	5,28249	,377	-27,8702	4,9005
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-8,66667	5,92286	,825	-27,0383	9,7049
	Απόφοιτος Δημοτικού	-16,66667	7,40357	,332	-39,6312	6,2978
Απόφοιτος Γυμνασίου	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	6,33333	5,92286	,962	-12,0383	24,7049
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	10,25000	4,15525	,223	-2,6388	23,1388
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	6,12500	4,62353	,887	-8,2163	20,4663
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	11,50000	6,78549	,691	-9,5473	32,5473
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-2,81818	4,37432	,998	-16,3865	10,7501
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	8,66667	5,92286	,825	-9,7049	27,0383

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

	Απόφοιτος Δημοτικού	-8,00000	6,78549	,936	-29,0473	13,0473
Απόφοιτος Δημοτικού	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	14,33333	7,40357	,530	-8,6312	37,2978
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	18,25000	6,08266	,065	-,6173	37,1173
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	14,12500	6,41168	,360	-5,7628	34,0128
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	19,50000	8,11021	,252	-5,6564	44,6564
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	5,18182	6,23437	,991	-14,1560	24,5197
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	16,66667	7,40357	,332	-6,2978	39,6312
	Απόφοιτος Γυμνασίου	8,00000	6,78549	,936	-13,0473	29,0473
LSD	Κάτοχος Μεταπτυχιακού- Διδακτορικού	3,91667	5,10256	,445	-6,2175	14,0508
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	-2,0833	5,49064	,970	-11,1132	10,6965
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	5,16667	7,40357	,487	-9,5375	19,8708
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	-9,15152	5,28249	,087	-19,6430	1,3400
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	2,33333	6,62196	,725	-10,8184	15,4851
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	-6,33333	5,92286	,288	-18,0966	5,4300
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-14,33333	7,40357	,056	-29,0375	,3708
	Απόφοιτος Δημοτικού	-3,91667	5,10256	,445	-14,0508	6,2175
Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	-4,12500	3,51182	,243	-11,0998	2,8498
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	1,25000	6,08266	,838	-10,8307	13,3307
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	-13,06818*	3,17656	,000	-19,3771	-6,7593
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου					

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	-1,58333	5,10256	,757	-11,7175	8,5508
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-10,25000*	4,15525	,015	-18,5027	-1,9973
	Απόφοιτος Δημοτικού	-18,25000*	6,08266	,003	-30,3307	-6,1693
Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	,20833	5,49064	,970	-10,6965	11,1132
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	4,12500	3,51182	,243	-2,8498	11,0998
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	5,37500	6,41168	,404	-7,3592	18,1092
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-8,94318*	3,76849	,020	-16,4277	-1,4586
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	2,54167	5,49064	,645	-8,3632	13,4465
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-6,12500	4,62353	,189	-15,3077	3,0577
	Απόφοιτος Δημοτικού	-14,12500*	6,41168	,030	-26,8592	-1,3908
Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	-5,16667	7,40357	,487	-19,8708	9,5375
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	-1,25000	6,08266	,838	-13,3307	10,8307
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	-5,37500	6,41168	,404	-18,1092	7,3592
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-14,31818*	6,23437	,024	-26,7002	-1,9362
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	-2,83333	7,40357	,703	-17,5375	11,8708
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-11,50000	6,78549	,093	-24,9766	1,9766
	Απόφοιτος Δημοτικού	-19,50000*	8,11021	,018	-35,6076	-3,3924
Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικ ού Λυκείου	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	9,15152	5,28249	,087	-1,3400	19,6430
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	13,06818*	3,17656	,000	6,7593	19,3771
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	8,94318*	3,76849	,020	1,4586	16,4277
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	14,31818*	6,23437	,024	1,9362	26,7002

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	11,48485*	5,28249	,032	,9934	21,9763
	Απόφοιτος Γυμνασίου	2,81818	4,37432	,521	-5,8696	11,5060
	Απόφοιτος Δημοτικού	-5,18182	6,23437	,408	-17,5638	7,2002
Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	-2,33333	6,62196	,725	-15,4851	10,8184
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	1,58333	5,10256	,757	-8,5508	11,7175
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	-2,54167	5,49064	,645	-13,4465	8,3632
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	2,83333	7,40357	,703	-11,8708	17,5375
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-11,48485*	5,28249	,032	-21,9763	-,9934
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-8,66667	5,92286	,147	-20,4300	3,0966
	Απόφοιτος Δημοτικού	-16,66667*	7,40357	,027	-31,3708	-1,9625
Απόφοιτος Γυμνασίου	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	6,33333	5,92286	,288	-5,4300	18,0966
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	10,25000*	4,15525	,015	1,9973	18,5027
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	6,12500	4,62353	,189	-3,0577	15,3077
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	11,50000	6,78549	,093	-1,9766	24,9766
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-2,81818	4,37432	,521	-11,5060	5,8696
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	8,66667	5,92286	,147	-3,0966	20,4300
	Απόφοιτος Δημοτικού	-8,00000	6,78549	,241	-21,4766	5,4766
Απόφοιτος Δημοτικού	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	14,33333	7,40357	,056	-,3708	29,0375
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	18,25000*	6,08266	,003	6,1693	30,3307
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	14,12500*	6,41168	,030	1,3908	26,8592
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	19,50000*	8,11021	,018	3,3924	35,6076

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	5,18182	6,23437	,408	-7,2002	17,5638	
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	16,66667 [§]	7,40357	,027	1,9625	31,3708	
	Απόφοιτος Γυμνασίου	8,00000	6,78549	,241	-5,4766	21,4766	
Bonferroni	Κάτοχος Μεταπτυχιακού- Διδακτορικού	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	3,91667	5,10256	1,000	-12,5010	20,3344
		Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	-,20833	5,49064	1,000	-17,8747	17,4580
		Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	5,16667	7,40357	1,000	-18,6546	28,9880
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου		-9,15152	5,28249	1,000	-26,1482	7,8451
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ		2,33333	6,62196	1,000	-18,9731	23,6398
	Απόφοιτος Γυμνασίου		-6,33333	5,92286	1,000	-25,3904	12,7237
	Απόφοιτος Δημοτικού		-14,33333	7,40357	1,000	-38,1546	9,4880
Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού		-3,91667	5,10256	1,000	-20,3344	12,5010
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ		-4,12500	3,51182	1,000	-15,4244	7,1744
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής		1,25000	6,08266	1,000	-18,3212	20,8212
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου		-13,06818 [§]	3,17656	,002	-23,2889	-2,8475
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ		-1,58333	5,10256	1,000	-18,0010	14,8344
	Απόφοιτος Γυμνασίου		-10,25000	4,15525	,434	-23,6197	3,1197
	Απόφοιτος Δημοτικού		-18,25000	6,08266	,097	-37,8212	1,3212
Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού		,20833	5,49064	1,000	-17,4580	17,8747
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ		4,12500	3,51182	1,000	-7,1744	15,4244

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	5,37500	6,41168	1,000	-15,2549	26,0049
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-8,94318	3,76849	,552	-21,0685	3,1821
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	2,54167	5,49064	1,000	-15,1247	20,2080
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-6,12500	4,62353	1,000	-21,0014	8,7514
	Απόφοιτος Δημοτικού	-14,12500	6,41168	,843	-34,7549	6,5049
Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	-5,16667	7,40357	1,000	-28,9880	18,6546
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	-1,25000	6,08266	1,000	-20,8212	18,3212
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	-5,37500	6,41168	1,000	-26,0049	15,2549
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-14,31818	6,23437	,669	-34,3775	5,7412
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	-2,83333	7,40357	1,000	-26,6546	20,9880
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-11,50000	6,78549	1,000	-33,3326	10,3326
	Απόφοιτος Δημοτικού	-19,50000	8,11021	,510	-45,5949	6,5949
Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικ ού Λυκείου	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	9,15152	5,28249	1,000	-7,8451	26,1482
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	13,06818 ³	3,17656	,002	2,8475	23,2889
	Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	8,94318	3,76849	,552	-3,1821	21,0685
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	14,31818	6,23437	,669	-5,7412	34,3775
	Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	11,48485	5,28249	,903	-5,5118	28,4815
	Απόφοιτος Γυμνασίου	2,81818	4,37432	1,000	-11,2564	16,8927
	Απόφοιτος Δημοτικού	-5,18182	6,23437	1,000	-25,2412	14,8775
Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ- ΤΕΣ	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	-2,33333	6,62196	1,000	-23,6398	18,9731
	Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	1,58333	5,10256	1,000	-14,8344	18,0010

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

	Κάτοχος Πτυχίου TEI KATEE	-2,54167	5,49064	1,000	-20,2080	15,1247
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	2,83333	7,40357	1,000	-20,9880	26,6546
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-11,48485	5,28249	,903	-28,4815	5,5118
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-8,66667	5,92286	1,000	-27,7237	10,3904
	Απόφοιτος Δημοτικού	-16,66667	7,40357	,749	-40,4880	7,1546
Απόφοιτος Γυμνασίου	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	6,33333	5,92286	1,000	-12,7237	25,3904
	Κάτοχος Πτυχίου AEI	10,25000	4,15525	,434	-3,1197	23,6197
	Κάτοχος Πτυχίου TEI KATEE	6,12500	4,62353	1,000	-8,7514	21,0014
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	11,50000	6,78549	1,000	-10,3326	33,3326
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	-2,81818	4,37432	1,000	-16,8927	11,2564
	Κατοχος Πτυχίο TEΛ-ΤΕΣ	8,66667	5,92286	1,000	-10,3904	27,7237
	Απόφοιτος Δημοτικού	-8,00000	6,78549	1,000	-29,8326	13,8326
Απόφοιτος Δημοτικού	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	14,33333	7,40357	1,000	-9,4880	38,1546
	Κάτοχος Πτυχίου AEI	18,25000	6,08266	,097	-1,3212	37,8212
	Κάτοχος Πτυχίου TEI KATEE	14,12500	6,41168	,843	-6,5049	34,7549
	Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	19,50000	8,11021	,510	-6,5949	45,5949
	Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	5,18182	6,23437	1,000	-14,8775	25,2412
	Κατοχος Πτυχίο TEΛ-ΤΕΣ	16,66667	7,40357	,749	-7,1546	40,4880
	Απόφοιτος Γυμνασίου	8,00000	6,78549	1,000	-13,8326	29,8326

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

ΟΜΑΔΑ_ΕΛΕΓΧΟΥ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Tukey HSD ^{a,b}			
Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής	4	15,5000	
Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ	32	16,7500	16,7500
Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ	6	18,3333	18,3333
Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	6	20,6667	20,6667
Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ	16	20,8750	20,8750
Απόφοιτος Γυμνασίου	10	27,0000	27,0000
Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου	22	29,8182	29,8182
Απόφοιτος Δημοτικού	4		35,0000
Sig.		,249	,054

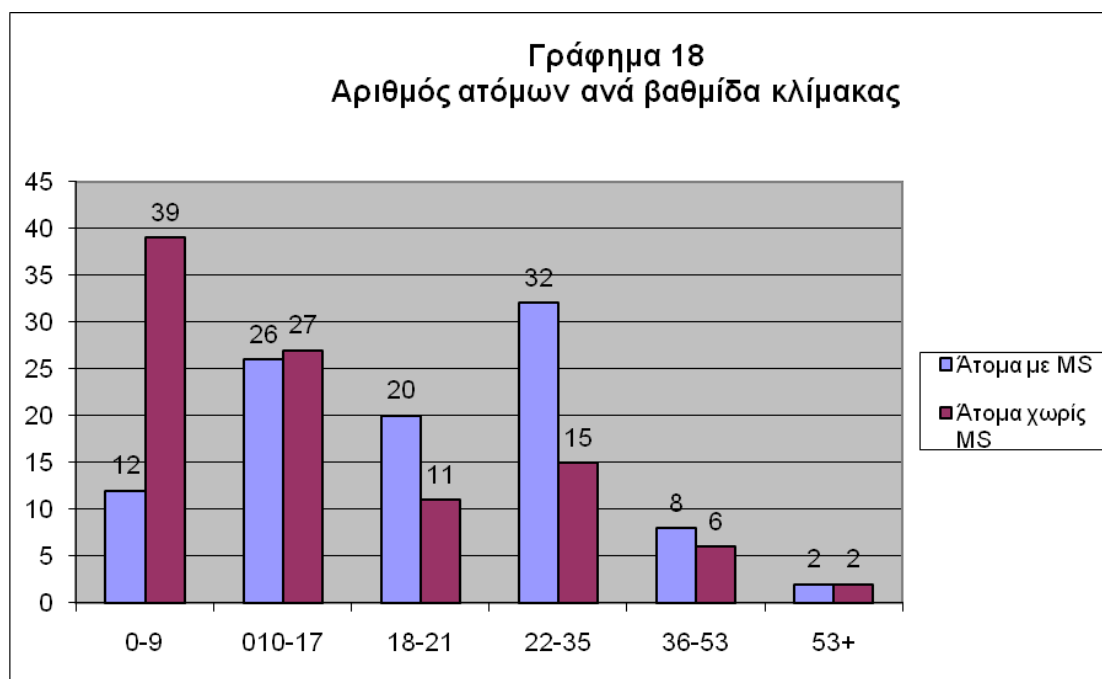
Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 7,459.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Από τους παραπάνω πίνακες συμπεραίνουμε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των ατόμων με ΣΚΠ ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης σε διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Στο γράφημα 18 εμφανίζεται ο αριθμός των ατόμων με ΣΚΠ και χωρίς ΣΚΠ ανά βαθμίδα κλίμακας.



Γράφημα 18: Αριθμός ατόμων ανά βαθμίδα κλίμακας

Παρατηρούμε πως στην πρώτη βαθμίδα κλίμακας, δηλαδή στα άτομα που δεν εμφανίζουν κατάθλιψη έχουμε 12 άτομα με ΣΚΠ και 39 χωρίς. Στην δεύτερη κλίμακα με συντελεστή κατάθλιψης 10-17 έχουμε 26 άτομα με ΣΚΠ και 27 χωρίς. Στην συνέχεια παρατηρούμε πως οριακή εμφάνιση κατάθλιψης εμφανίζουν 20 άτομα με ΣΚΠ και 11 χωρίς αντίστοιχα. Συνεχίζοντας στην επόμενη κλάση παρατηρούμε πως ο αριθμός ατόμων με ΣΚΠ αυξάνετε ,32 άτομα, σε σύγκριση με υγιή άτομα 15. Στην προτελευταία βαθμίδα ,36-53, παρατηρούμε 8 άτομα που πάσχουν από ΣΚΠ καθώς και 6 υγιή, ενώ στη τελευταία κλάση που εμφανίζεται σίγουρη και έντονη κατάθλιψη έχουμε από 2 άτομα . Συνοψίζοντας στις χαμηλές βαθμίδες κλίμακας παρατηρούμε πως τα υγιή άτομα είναι περισσότερα σε σύγκριση με τον αριθμό ατόμων που πάσχουν από ΣΚΠ. Καθώς ο συντελεστής κατάθλιψης αυξάνετε τόσο παρατηρούμε να μειώνετε ο αριθμός των υγιών ατόμων και να αυξάνετε των ατόμων που πάσχουν από ΣΚΠ.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

3.9 Συζήτηση-Αποτελέσματα

Μετά από την ανάλυση των πινάκων και τα στατιστικά δεδομένα τα οποία παραθέσαμε, θα επιδιώξουμε συσχέτιση αυτών με τα αντίστοιχα θεωρητικά τμήματα.

Σύμφωνα με την υπάρχουσα θεωρία μας, η κατάθλιψη παρουσιάζει συμπτώματα που διαχωρίζονται σε εκείνα που αφορούν:

A)Το συναίσθημα και είναι: καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, άγχος.

B)Το φυτικό(αυτόνομο), νευρικό σύστημα και είναι: διαταραχή του ύπνου, διαταραχή της όρεξης, κόπωση, εξάντληση(απώλεια ενέργειας),ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης(libido), ψυχοκινητική επιβράδυνση, ψυχοκινητική διέγερση.

Γ)Την κινητοποίηση και είναι: απώλεια του ενδιαφέροντος, ανημποριά, έλλειψη ελπίδας, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας.

Δ)Την σκέψη-αντίληψη και είναι: αισθήματα σκέψεις ενοχής ή και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία στη συγκέντρωση, ψύχωση.

E)Σωματικά ενοχλήματα

Κατά την έρευνά μας, που πραγματοποιήθηκε στην περιοχή των Αθηνών, τα περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα κατάθλιψης, εμφανίστηκαν στο δείγμα της έρευνάς μας και στις δύο ομάδες, δηλ. και στα άτομα με ΣΚΠ και στα άτομα χωρίς ΣΚΠ. Βέβαια τα συμπτώματα αυτά εμφανίστηκαν με διαφορετικό βαθμό συχνότητας στις δύο ομάδες. Η εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων στην ομάδα χωρίς ΣΚΠ, οφείλεται σε διάφορους κοινωνικοπολιτικούς παράγοντες. Στα άτομα με ΣΚΠ τα συμπτώματα εμφανίστηκαν σε μεγαλύτερη ένταση και συχνότητα από την άλλη ομάδα, γεγονός που επιβεβαιώνει την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα με ΣΚΠ εμφανίζουν κατάθλιψη.

Συγκεκριμένα το σύμπτωμα της κατάθλιψης που εμφανίστηκε περισσότερο στη μελέτη μας, ποσοστό 92% ,ήταν η κούραση .

Η κόπωση είναι κυρίαρχο σύμπτωμα της ΣΚΠ, ωστόσο γίνεται αντιληπτή και στην κατάθλιψη.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Όλοι οι άνθρωποι αισθάνονται κούραση αλλά το αίσθημα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ανθρώπους με σκλήρυνση. Η κόπωση που αισθάνονται οι άνθρωποι αυτοί είναι άλλης μορφής γιατί επηρεάζονται τόσο οι μύες όσο και το νευρικό σύστημα.

Δυστυχώς η κόπωση μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα όπως σωματικά, ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά. Τα σωματικά προβλήματα είναι τα πιο εμφανή στην αρχή. Πολλές φορές δημιουργούνται ψυχολογικά προβλήματα, γιατί δεν έχει γίνει έγκαιρα η διάγνωση. Οι άνθρωποι με σκλήρυνση παθαίνουν συχνά μελαγχολία και ανησυχούν για αυτό που τους συμβαίνει. Είναι μια φυσιολογική αντίδραση. Δυστυχώς όμως τα συμπτώματα της μελαγχολίας και του άγχους είναι παρόμοια με αυτά της κόπωσης. Αισθάνονται βαρείς και κουρασμένοι χωρίς ενεργητικότητα.

Η ανησυχία σε ποσοστό 82% εμφανίστηκε στο δείγμα της μελέτης μας. Ένας από τους συνηθισμένους τρόπους αντίδρασης στην κατάθλιψη είναι η ενεργοποίηση της ανησυχίας και της έντασης. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς με ΣΚΠ εκδηλώνουν θυμό, ανησυχία και συναισθηματική ευερεθιστότητα περισσότερο απ' ό τι απόσυρση, αυξημένη αυτοκριτική και έλλειψη ενδιαφερόντων, που συνήθως εμφανίζονται στην κατάθλιψη. Η ανησυχία ουσιαστικά είναι μια κατάσταση φόβου, νευρικότητας, στεναχώριας. Η δύναμη αυτών των συναισθημάτων μπορεί να συγκαλύψει την κατάθλιψη.

Αξίζει να αναφέρουμε επίσης το ποσοστό που εμφάνισε η ερώτηση «νιώθω στενοχωρημένος/η, θλιμμένος/η και δυστυχισμένος/η», της τάξης του 78% και να τονίσουμε ότι η εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του αρρώστου, που επηρεάζεται αρνητικά από την ύπαρξη αρνητικών συναισθημάτων άγχους ή κατάθλιψης προέρχονται από τη σωματική ανικανότητα λόγω της νόσου και είναι σημαντική η προσωπική αξιολόγηση του ασθενούς γι' αυτήν. Στον τομέα αυτόν περιλαμβάνεται ο αυτοσεβασμός και η ικανότητα σκέψης, μάθησης, μνήμης και συγκέντρωσης.

Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών της τάξης του 70% απάντησε θετικά στην ερώτηση «κάνω τα πάντα με αργούς ρυθμούς» και αυτό οφείλεται στην δυσκολία στη βάρδια και στην παρουσία σπαστικότητας. Μπορούμε να συναντήσουμε ασθενείς

κινητικά λειτουργικούς αλλά με βαριά κατάθλιψη, οι οποίοι είναι βέβαιο ότι συν τω χρόνο θα παρουσιάσουν και κινητική επιδείνωση αν δεν αντιμετωπιστεί η κατάθλιψή τους, ενώ, αντίθετα ασθενείς που παρουσιάζουν υψηλού βαθμού αναπηρία διατηρώντας συναισθηματική ισορροπία, μπορούν να οδηγηθούν σε μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής γι' αυτούς και τις οικογένειές τους.

Στις ερωτήσεις «δυσκολεύομαι να κάνω ακόμα και απλά καθημερινά πράγματα» καθώς και στην ερώτηση «ο ύπνος μου είναι διαταραγμένος .Είτε πολύ σύντομος, είτε μεγάλης διάρκειας, είτε αϋπνία», παρατηρούμε περισσότερες θετικές απαντήσεις, σε ποσοστό 68% και αυτό συμβαίνει γιατί τα δύο αυτά συμπτώματα είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την ΣΚΠ καθώς και με την κατάθλιψη. Οι ασθενείς με ΣΚΠ μπορεί να χρειάζονται βοήθεια για να κάνουν το μπάνιο τους, να χρησιμοποιήσουν την τουαλέτα, να ντυθούν, να περιποιηθούν τον εαυτό τους, καθώς και να σιτισθούν. Η βοήθεια που χρειάζονται είναι δυνατόν να κυμαίνεται από απλή καθοδήγηση μέχρι την πλήρη εξάρτηση από τους άλλους. Το έλλειμμα αυτοφροντίδας και εξυπηρέτησης έχουν άμεσες επιπτώσεις στην προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική ζωή. Σήμερα, οι επιστήμονες υγείας τείνουν να αξιολογούν όλο και περισσότερο τις γνωστικές και συναισθηματικές διαταραχές των ασθενών με ΣΚΠ, γιατί διαπιστώθηκε από μελέτες ότι αυτές συμβάλλουν σημαντικά στη συνολική αναπηρία τους. Όπως προαναφέρθηκε, οι ασθενείς με ΣΚΠ εμφανίζουν μια πληθώρα συμπτωμάτων, που άπτονται της σωματικής, νοητικής και συναισθηματικής σφαίρας και επηρεάζουν σοβαρά την ποιότητα της ζωής τους.

Η διαταραχή ύπνου αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της κατάθλιψης και συμπερασματικά και της ΣΚΠ καθώς πολλοί από τους ασθενείς απάντησαν θετικά στην αντίστοιχη ερώτηση του ερωτηματολογίου. Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές π.χ., μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί, π.χ. από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται.

Αμέσως χαμηλότερο ποσοστό της τάξης του 66% βρέθηκε η ερώτηση «έχω χάσει το ενδιαφέρον μου σε πράγματα που παλαιότερα σήμαιναν πολλά για μένα» και με διαφορά ελάχιστων ποσοστιαίων μονάδων ακολουθούν οι ερωτήσεις «όλη η χαρά και η διασκέδαση δείχνουν να έχουν χαθεί από τη ζωή μου», «δυσκολεύομαι να πάρω

αποφάσεις», «το μέλλον μου φαίνεται χωρίς ελπίδα», «νιώθω πεσμένος/η ακόμα και όταν μου συμβαίνει κάτι ευχάριστο» και τέλος «αισθάνομαι αποτυχημένος/η σε αντίστοιχα ποσοστά της τάξης των 60%, 58%, 56%, 50% και 32%. Η κατάθλιψη στη ΣΚΠ., κάνει την εμφάνισή της με τα παρακάτω συμπτώματα: καταθλιπτική διάθεση, έλλειψη ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης από τις συνήθειες δραστηριότητες(ανηδονία) καθώς και ψυχοκινητική επιβράδυνση. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση ,αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σε όλες τις εκφράσεις της ζωής ,όπως απώλεια ενδιαφέροντος όσον αφορά την εργασία τους, την οικογενειακή ζωή, τα σπορ κλπ. Χαρακτηριστικά το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει εις πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμα και απλά καθήκοντα, μέχρι και το πώς να φροντίζει την εμφάνιση και την υγιεινή του. Επίσης τον διακατέχει ένα αίσθημα αβεβαιότητας για το μέλλον και τη κατάστασή του.

Δυσκολία στη συγκέντρωση παρουσιάζουν τόσο τα καταθλιπτικά άτομα όσο και τα άτομα που υποφέρουν από ΣΚΠ σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας που έδειξε ότι το 54% του δείγματος μας εμφανίζει το συγκεκριμένο σύμπτωμα. Αυτό οφείλεται κυρίως στην διπλωπία ή θάμπωμα στα μάτια. Η καταστροφή του περιβλήματος των νευρικών κυττάρων μπορεί να επηρεάσει τόσο τα αισθητήρια, όσο και τα κινητήρια νεύρα, επιδρώντας ανασταλτικά σε όλες τις αισθήσεις. Ανάλογα με την περιοχή που προέκυψε η βλάβη της μυελίνης, προκύπτει και το ανάλογο σύμπτωμα..Έτσι μπορεί να επιδράσει στην κίνηση, στην αφή ή στις άλλες αισθήσεις. Τα συμπτώματα διαφέρουν πολύ ανάλογα με το ποια νεύρα έχουν προσβληθεί. Μερικά είναι εμφανή, άλλα όμως, όπως η κούραση, η εναλλαγή διάθεσης, η απώλεια πρόσφατης μνήμης και η δυσκολία συγκέντρωσης, είναι συνήθως συμπτώματα ακαθόριστα ή "κρυφά" που είναι δύσκολο να τα περιγράψουμε σε άλλους. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν στην προσπάθειά τους να διαβάσουν ή να παρακολουθήσουν τηλεόραση. Επίσης παρουσιάζουν συχνά επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα.

Σε μικρό ποσοστό της τάξης του 16% τάσσονται οι σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας σύμφωνα με το δείγμα της μελέτη μας. Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των

καταθλιπτικών διαταραχών είναι με σαφήνεια η αυτοκτονία. Ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στη ΣΚΠ γεννούν το ερώτημα ύπαρξης ή όχι αυξημένου κινδύνου αυτοκτονίας των ασθενών αυτών. Παράγοντες κινδύνου φαίνεται να είναι το άρρεν φύλο, η νεαρή ηλικία εμφάνισης της νόσου, η βαριά σωματική δυσλειτουργικότητα, η κατάθλιψη, η εξάρτηση από το αλκοόλ, καθώς και το να διαμένει κανείς μόνος. Συγκεκριμένα, η συνύπαρξη των τριών τελευταίων παραγόντων, ανεβάζει την πιθανότητα απόπειρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

4.1 Εισαγωγή

Η πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας αποτελεί μια χρόνια φλεγμονώδη και εκφυλιστική διαταραχή που προσβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Η επίδραση της νόσου στην ποιότητα ζωής των ατόμων που την παρουσιάζουν καθιστά επιβεβλημένα την αντιμετώπισή της στα πλαίσια συνεργατικής στρατηγικής από ομάδα υγείας. Σε αυτήν την ομάδα, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός και αφορά πέντε σημεία: τη συνεχή αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή, την παροχή πληροφόρησης σχετικά με τη νόσο και τους τρόπους αντιμετώπισής της, την εκπαίδευση του ασθενούς στο χειρισμό της νόσου, την αξιολόγηση και την προαγωγή της πίστης του ασθενή στην θεραπευτική αγωγή καθώς και τη συμβολή στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή. (Πανανουδάκη-Μπροκαλάκη, 2000)

4.2 Προαγωγή της υγείας και νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε νοσηλευτικές διαγνώσεις.

Μετά από μια σύντομη ανασκόπηση της διαταραχής, ο ασθενής χρειάζεται να μάθει πώς να προλαμβάνει την κόπωση και τις εξάρσεις της νόσου. Διδάξτε τον να αποφεύγει το στρες, το υπερβολικό κρύο και την πολλή ζέστη, την υψηλή υγρασία, τη σωματική καταπόνηση και τις λοιμώξεις. Επίσης, συστήστε προληπτικά μέτρα για την αποφυγή των αναπνευστικών λοιμώξεων και των λοιμώξεων των ουροφόρων οδών. (Πανανουδάκη-Μπροκαλάκη, 2000; Σαχίνη-Καρδάση, 2000).

Συγκεντρώνουμε τα παρακάτω στοιχεία από τη λήψη του ιστορικού υγείας και τη φυσική εξέταση.

- Ιστορικό υγείας: ιστορικό ιογενών λοιμώξεων στην παιδική ηλικία, γεωγραφική περιοχή διαμονής κατά την παιδική ηλικία, έκθεση σε σωματικό ή ψυχολογικό στρες (εγκυμοσύνη/τοκετός, υπερβολική ζέστη), φάρμακα, χρόνος και τρόπος έναρξης των συμπτωμάτων, βαρύτητα τους.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

- Φυσική εξέταση: συναίσθημα, διάθεση, ομιλία, οφθαλμικές κινήσεις, βάδισμα, τρόμος, όραση και ακοή, αντανακλαστικά, μυϊκή ισχύς και κινητικότητα, αισθητικότητα. (Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, 2000; Σαχίνη-Καρδάση, 2000).

Η σκλήρυνση κατά πλάκας ή πολλαπλή σκλήρυνση εκδηλώνεται με ποικιλία συμπτωμάτων και λειτουργικών ελλειμμάτων, τα οποία καταλήγουν σε προοδευτική εξασθένηση και αναπηρία. Τα συμπτώματα αυτά συμβάλλουν στην απώλεια της ανεξαρτησίας, περιορίζουν τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και συχνά είναι υπεύθυνα για τη συνεχή μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών. Οι περισσότερες μελέτες εστιάζονται στις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις των ασθενών και αναφέρουν ότι οι κυριότεροι παράγοντες που ευθύνονται για τη φτωχή ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι η μείωση των γνωστικών λειτουργιών, η κατάθλιψη, η μείωση της κινητικότητας, το stress της διάγνωσης, η ανικανότητα για εργασία, το κόστος της θεραπείας, η επιβαλλόμενη από τη νόσο απομόνωση, η μη στήριξη και κατανόηση από το περιβάλλον, καθώς και η αδυναμία ελέγχου της ουροδόχου κύστης. Επίσης, την ποιότητα ζωής επηρεάζει αρνητικά και η σεξουαλική δυσλειτουργία, η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα τόσο οργανικών όσο και συναισθηματικών διαταραχών. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας πρέπει να αντιμετωπίζονται συστηματικά και με συνεργασία όλης της διεπιστημονικής ομάδας, ώστε να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται εγκαίρως τα αναφερόμενα σωματικά, συναισθηματικά και κοινωνικά τους προβλήματα, με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της ποιότητας της ζωής τους. (Πήτα Ρ, Κιοσέλογλου Γ. Πολλαπλή σκλήρυνση και ποιότητα ζωής. Πρακτικά 6ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρείας για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Θεσσαλονίκη, 2002)

4.2.1 Αντιμετώπιση κόπωσης

Είναι σημαντικό να θυμάται κανείς ότι η κόπωση από μια χρόνια ασθένεια όπως η ΣΚΠ είναι κάτι πολύ διαφορετικό από αυτό που λέμε ότι κάποιος είναι «κουρασμένος», και ότι η ανάπαυση και ο ύπνος μπορεί να μην επιφέρουν βελτίωση. (Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, 2000; Σαχίνη-Καρδάση, 2000).

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

- Ζητάμε από τον ασθενή να εξετάσει ποιες δραστηριότητες είναι πραγματικά απαραίτητες, καθώς και να ορίσει προτεραιότητες. Η ιεράρχηση των δραστηριοτήτων προάγει την ανεξαρτησία και τον αυτοέλεγχο του ασθενούς.
- Συστήνουμε την εκτέλεση των υποχρεώσεων τις πρωινές ώρες. Η μελέτη των βιορυθμών έχει δείξει ότι τα άτομα συνήθως έχουν μεγαλύτερες εφεδρείες δυνάμεων τις πρωινές ώρες και μειωμένες εφεδρείες το απόγευμα.
- Συμβουλεύουμε την αποφυγή ακραίων θερμοκρασιών, όπως τα ζεστά ντους και η έκθεση στο κρύο διατηρώντας μια σχετικώς σταθερή θερμοκρασία του σώματος όπου μπορεί να αποφευχθεί η έξαρση της διαταραχής. Η θερμότητα είναι δυνατόν να επιβραδύνει τη μετάδοση των ώσεων κατά μήκος των απομυελινωμένων νευρών, γεγονός που συμβάλλει στην κόπωση.

Παραπέμπουμε στους κατάλληλους επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση της κόπωσης: ομάδες αντιμετώπισης του στρες, ομάδες αλληλοϋποστήριξης, εργοθεραπευτές ή φυσικοθεραπευτές, ανάλογα με τις ενδείξεις. Οι ομάδες υποστήριξης και οι διάφορες θεραπείες είναι δυνατόν να διευκολύνουν τη συμμετοχή του ατόμου στη φροντίδα του και να το βοηθήσουν να αντιμετωπίσει ψυχολογικά το πρόβλημα του. *(Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, 2000; Σαχίνη-Καρδάση, 2000).*

4.2.2 Αντιμετώπιση κυστικών διαταραχών

Οι κυστικές διαταραχές που παρουσιάζονται συνήθως στην σκλήρυνση κατά πλάκας είναι: αυξημένη συχνότητα, επιτακτική ούρηση, σταγονοειδής διαφυγή ούρων, επίσχεση και ακράτεια. Αυτά τα συμπτώματα είναι αποτέλεσμα τριών διαφορετικών διαταραχών, της μικρής-σπαστικής κύστης, της μεγάλης-χαλαρής κύστης και της δυσυνεργικής κύστης. Η αντιμετώπισή τους είναι δυνατή με την σωστή διαγνωστική και θεραπευτική προσπέλαση. Η πρόληψη είναι το κλειδί για την αποφυγή των φλεγμονών της κύστης και του ουροποιητικού. *(Πήτα Ρ, Κιοσέλογλου Γ. Πολλαπλή σκλήρυνση και ποιότητα ζωής. Πρακτικά 6ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρείας για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Θεσσαλονίκη, 2002).*

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Η αντιμετώπιση δυσλειτουργίας της κύστης περιλαμβάνει:

- ουροδυναμικό έλεγχο
- τακτικό έλεγχο και παρακολούθηση ουροποιητικού συστήματος και νεφρικής λειτουργίας
- φαρμακευτική αγωγή

εκπαίδευση σε πρόγραμμα με διαλείποντες αυτοκαθετηριασμούς. (Πήτα Ρ, Κιοσέλογλου Γ. Πολλαπλή σκλήρυνση και ποιότητα ζωής. Πρακτικά του Πανελληνίου Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρείας για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Θεσσαλονίκη, 2002).

4.2.3 Αντιμετώπιση σεξουαλικών διαταραχών

Στον άνδρα έχουμε πρόβλημα στύσης και εκσπερμάτωσης, διαταραχές στην αίσθηση της γενετικής περιοχής και διαταραχές στον οργασμό. Οι γυναίκες κουράζονται εύκολα και εμφανίζουν διαταραχές στην αίσθηση της γενετικής περιοχής και στον οργασμό. Τα προβλήματα αυτά υπογραμμίζουν την ανάγκη για εκτίμηση, χειρισμό και θεραπεία του. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει. (Πήτα Ρ, Κιοσέλογλου Γ. Πολλαπλή σκλήρυνση και ποιότητα ζωής. Πρακτικά του Πανελληνίου Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρείας για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Θεσσαλονίκη, 2002).

- έλεγχο
- φαρμακευτική αγωγή
- βοηθήματα
- οδηγίες επανεκπαίδευσης
- υποστήριξη τόσο του ατόμου όσο και του ερωτικού του συντρόφου.

4.2.4 Αντιμετώπιση σπαστικότητας

Η σπαστικότητα έχει μεγάλη ποικιλία εκδηλώσεων από αίσθημα δυσκαμψίας των μυών και περιορισμό του εύρους κίνησης ως ακούσιους μυϊκούς σπασμούς και ρικνώσεις μυών και τενόντων. Είναι συνηθισμένη στα άτομα με ΣΚΠ. Μπορεί να είναι από ένα απλό ενόχλημα ως ένα σοβαρό εμπόδιο στις καθημερινές δραστηριότητες ή / και αίτιο πόνου. Η σπαστικότητα μπορεί να προσβάλλει τα άνω άκρα, αλλά δεν είναι πολύ συνηθισμένο. Επιδεινώνεται με τις ακραίες θερμοκρασίες (πολύ ζέστη ή πολύ κρύο), την υγρασία, τις λοιμώξεις, τα στενά / σφικτά ρούχα. (Πήτα

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

P, Κιοσέλογλου Γ. Πολλαπλή σκλήρυνση και ποιότητα ζωής. Πρακτικά 6ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρείας για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Θεσσαλονίκη, 2002).

Η αντιμετώπιση της σπαστικότητας διαφέρει ανάλογα αν είναι:

Γενικευμένη που ανάλογα με τη βαρύτητά της αντιμετωπίζεται με:

- άσκηση
- σωστές θέσεις
- εφαρμογή φυσικών μέσων
- χορήγηση φαρμάκων
- εμφύτευση αντλίας απελευθέρωσης φαρμακευτικής ουσίας

Εντοπισμένη που ανάλογα με τη βαρύτητά της και την εντόπισή της αντιμετωπίζεται με :

- άσκηση
- σωστές θέσεις
- εφαρμογή φυσικών μέσων
- χρήση ναρθίκων
- διήθηση με βουτουλινική τοξίνη (η δράση της έχει διάρκεια 3 μήνες)
- χειρουργική αντιμετώπιση (που αποτελεί μια μόνιμη και μη αναστρέψιμη λύση)

4.2.5 Αντιμετώπιση πόνου

Μέχρι πριν από λίγο καιρό, όλοι πίστευαν ακόμη και οι γιατροί ότι οι ασθενείς με ΣΚΠ δεν βιώνουν πόνους σαν πρωταρχικό σύμπτωμα. Τώρα όμως έχει γίνει αποδεκτό, ότι υποφέρουν συχνά από πόνους, συνεχείς ή μικρής διάρκειας, γιατί η επαφή των συνάψεων των νεύρων δεν είναι φυσιολογική. Γενικά πιστεύεται ότι το 55% των ατόμων με ΣΚΠ θα βιώσουν κάποιο πόνο ενώ το 15% θα βιώσει μακροχρόνιο πόνο. Ο πόνος είναι δύσκολο να μελετηθεί, γιατί σε αυτόν υπεισέρχονται διάφοροι φυσικοί, ψυχολογικοί και πνευματικοί παράγοντες. Επίσης είναι δύσκολο να μετρηθεί. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος μπορεί να αντέχει να περπατάει με σπασμένο πόδι ενώ κάποιος άλλος να υποφέρει αφόρητα από ένα μώλωπα στο γόνατο. (Πήτα P, Κιοσέλογλου Γ. Πολλαπλή σκλήρυνση και ποιότητα ζωής.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Πρακτικά 6ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρείας για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Θεσσαλονίκη, 2002).

- Οι οξείες πόνοι, όπως η νευραλγία του τριδύμου και οι μυϊκοί σπασμοί, αντιμετωπίζονται κυρίως με αντισπαστικά φάρμακα, τα οποία καταστέλλουν την έντονη δραστηριότητα των ηλεκτρικών διεγέρσεων. Ο δυνατός πόνος της οπτικής νευρίτιδας συνήθως αντιμετωπίζεται με κορτικοειδή, τα οποία μειώνουν τη φλεγμονή.
- Οι χρόνιοι μυϊκοί σπασμοί και η σπαστικότητα των άκρων, όταν προέρχονται από κακή στάση σώματος, μπορούν να βοηθηθούν με κατάλληλες τακτικές ασκήσεις τεντώματος, με φυσιοθεραπεία ή με τη χρήση κατάλληλων βοηθημάτων.
- Για τους μυϊκούς πόνους, η καλύτερη αντιμετώπιση, είναι η κίνηση και η αλλαγή στάσης ή θέσης. Μερικοί γιατροί συστήνουν την αντικατάσταση του πόνου με μια άλλη αίσθηση όπως είναι η πίεση, η ζέστη, το κρύο ή το μασάζ. Αν και φαίνεται απίστευτο εντούτοις το βύθισμα ενός μέλους που αισθανόμαστε ότι «καίει» σε χλιαρό νερό μπορεί να μετατρέψει την «καυτή» παραισθησία σε μια ευχάριστη αίσθηση!! Η φυσιοθεραπεία και η συμβουλή ειδικών για τη στάση σώματος και βαδίσματος μπορούν να βοηθήσουν τους πόνους που προέρχονται από μια «αφύσικη» στάση σώματος.
- Αν όμως ο πόνος δεν περνάει με αυτούς τους τρόπους τότε είναι αναγκαία η φαρμακευτική αγωγή. Τα μυοσκελετικά χαλαρωτικά φάρμακα επιδρούν κατευθείαν στις διεργασίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (baclofen=Lioresal, tizanidine=Zanaflex) και καταπραΰνουν τον πόνο. Ο μυοσκελετικός πόνος μπορεί επίσης να ανταποκριθεί σε αντιφλεγμονώδη που δεν έχουν κορτιζόνη.

4.3 Νοσηλευτική παρέμβαση στην κατάθλιψη

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς με ΣΚΠ εκδηλώνουν θυμό, ανησυχία και συναισθηματική ευερεθιστότητα περισσότερο απ' ότι απόσυρση, αυξημένη αυτοκριτική και έλλειψη ενδιαφερόντων, που συνήθως εμφανίζονται στην κατάθλιψη. Η κατάθλιψη συνδέεται σε όλη την πορεία της νόσου με την ποιότητα ζωής, όπως την εκλαμβάνει ο κάθε ασθενής. (Σφάγγος Κ, Τριανταφύλλου Ν. *Ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Ιδία έκδοση, Αθήνα, 2000*)

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Οι νοσηλευτές αποτελούν σημαντικά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που ασχολείται με την παροχή υπηρεσιών φροντίδας, λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή και την οικογένειά του και καλούνται να εφαρμόσουν αποτελεσματικές και στηριζόμενες παρεμβάσεις για την παροχή άνεσης σε ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν καταθλιπτικά επεισόδια. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην προσπάθεια αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών και άρσης των δυσκολιών εφαρμογής φροντίδας, ώστε να μπορέσουν οι αποδέκτες της, δηλαδή οι ασθενείς, να καλύψουν πλήρως τις ανάγκες και επιθυμίες τους. Η μη φαρμακολογική διαχείριση του καταθλιπτικού συναισθήματος είναι επωφελής και δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να παραβλέπεται η αξία της. Περιλαμβάνει τις παρακάτω παρεμβάσεις: (Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, 2000; Σαχίνη – Καρδάση, 2000).

- Δημιουργία ειλικρινούς σχέσης αμοιβαίας εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένειά του
- Ενθάρρυνση του ασθενή να αναγνωρίσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του, τους φόβους και τις ανησυχίες του
- Εξασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή για λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατάστασή του
- Δημιουργία ενός ασφαλούς και ήρεμου περιβάλλοντος
- Εκπαίδευση ασθενή και οικογένειας για την αναπλήρωση πιθανού ελλείμματος γνώσης

Χρήσιμες συμβουλές

Η ΣΚΠ είναι η φυσιολογική σας κατάσταση τώρα. Είστε ο ίδιος άνθρωπος με περισσότερα πράγματα για διεκπεραίωση τώρα. Σας δίνουμε μερικές συμβουλές για να ζήσετε καλύτερα: (Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, 2000; Σαχίνη–Καρδάση, 2000).

- Φροντίστε τον εαυτό σας. Αναλάβετε τον υπεύθυνα.
- Να τρώτε καλά, να ασκείστε και να ξεκουράζεστε.
- Μάθετε να αφουγκράζεστε τι σας λείπει το σώμα σας και ο οργανισμός σας.
- Πάρτε στα χέρια σας την καλή ψυχική σας διάθεση.
- Βρείτε ανθρώπους με τους οποίους μπορείτε να μιλήσετε και να μοιραστείτε τα συναισθήματά σας και που θα σας στηρίζουν.

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

- Δημιουργείτε μια σχέση συνεργασίας με το γιατρό σας και τους άλλους επαγγελματίες της υγείας.
- Εξετάστε τις προτεραιότητες σας. Προσπαθήστε να κατανοήσετε τη ΣΚΠ μέσα από τη δική σας εικόνα του κόσμου, τις αξίες σας και τις πεποιθήσεις σας.
- Εξετάστε τα οικονομικά σας πλάνα, τις ασφαλιστικές σας καλύψεις, τις στεγαστικές σας ανάγκες και άλλα πρακτικά θέματα λόγω της ανασφάλειας για το μέλλον. Δημιουργείτε μία ομάδα συνεργατών που θα μπορούν να σας βοηθήσουν με τέτοιους μακροχρόνιους σχεδιασμούς.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1^ο Μέρος: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το παρόν ερωτηματολόγιο έχει ως σκοπό να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με την σκλήρυνση κατά πλάκας και την κατάθλιψη, ώστε να μπορέσουμε να καταλήξουμε σε συμπεράσματα σχετικά με την εμφάνιση η όχι καταθλιπτικών επεισοδίων σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας και μη . Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί σύμφωνα με την κλίμακα του Ivan Goldberg σε δείγμα 200 ασθενών , 100 έχοντες σκλήρυνση κατά πλάκας και σε 100 μη έχοντες . Ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας.

2^ο Μέρος: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΑ

Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

Ηλικία:

- 20-30
- 30-40
- 40-50
- 50-60

- 60 και άνω

Οικογενειακή κατάσταση:

- Άγαμος
- Έγγαμος
- Διαζευγμένος

Μορφωτικό επίπεδο

- Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού
- Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ
- Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ ΚΑΤΕΕ
- Κάτοχος Πτυχίου Ανωτέρας Σχολής
- Κατοχος Απολυτηρίου Γενικού Λυκείου/Εξαταξίου Γυμνασίου/Επαγγελματικού Λυκείου
- Κατοχος Πτυχίο ΤΕΛ-ΤΕΣ
- Απόφοιτος Γυμνασίου
- Απόφοιτος Δημοτικού
- Δεν γνωρίζει γραφή και ανάγνωση

3ο Μέρος: ΣΚΥΡΗΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.Κάνω τα πάντα με αργούς

ρυθμούς

Καθόλου

Λίγο

Κάπως

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

2.Το μέλλον μου φαίνεται χωρίς ελπίδα.

Καθόλου

Λίγο

Κάπως

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

3. Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν διαβάζω.

Καθόλου

Λίγο

Κάπως

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

4.Όλη η χαρά και η διασκέδαση δείχνουν να έχουν χαθεί από τη ζωή μου.

Καθόλου

Λίγο

Κάπως

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

5. Δυσκολεύομαι να πάρω αποφάσεις.

Καθόλου

Λίγο

Κάπως

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

6.Έχω χάσει το ενδιαφέρον μου σε πράγματα που παλαιότερα σήμαιναν πολλά για μένα .

Καθόλου

- Λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Πολύ
- Πάρα πολύ

7.Νιώθω στενοχωρημένος/η, θλιμμένος/η και δυστυχισμένος/η.

- Καθόλου
- Λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Πολύ
- Πάρα πολύ

8.Νιώθω ανήσυχος και δεν μπορώ να χαλαρώσω .

- Καθόλου
- Λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Πολύ
- Πάρα πολύ

9. Νιώθω κούραση.

- Καθόλου
- Λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Πολύ
- Πάρα πολύ

10. Δυσκολεύομαι να κάνω ακόμα και απλά καθημερινά πράγματα.

- Καθόλου
- Λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Πολύ
- Πάρα πολύ

11.Νιώθω ενοχές και πιστεύω ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ .

- Καθόλου
- Λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Πολύ

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Πάρα πολύ

Μέτρια

12. Αισθάνομαι αποτυχημένος/η .

Πολύ

Καθόλου

Πάρα πολύ

Λίγο

**15. Αναρωτιέμαι ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ
θα μπορούσα να αυτοκτονήσω.**

Κάπως

Καθόλου

Μέτρια

Λίγο

Πολύ

Κάπως

Πάρα πολύ

Μέτρια

**13. Νιώθω άδειος, περισσότερο σαν
νεκρός παρά σαν ζωντανός .**

Πολύ

Καθόλου

Πάρα πολύ

Λίγο

**16 .Νιώθω περιορισμένος/η και
φυλακισμένος/η.**

Κάπως

Καθόλου

Μέτρια

Λίγο

Πολύ

Κάπως

Πάρα πολύ

Μέτρια

**14. Ο ύπνος μου είναι διαταραγμένος
.Είτε πολύ σύντομος, είτε μεγάλης
διάρκειας, είτε αϋπνία.**

Πολύ

Καθόλου

Πάρα πολύ

Λίγο

**17. Νιώθω πεσμένος/η ακόμα και όταν
μου συμβαίνει κάτι ευχάριστο.**

Κάπως

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

- Καθόλου
- Λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Πολύ
- Πάρα πολύ

18. Έχω χάσει ή έχω πάρει βάρος χωρίς να κάνω δίαιτα .

- Καθόλου
- Λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Πολύ
- Πάρα πολύ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΚΠ ΚΑΙ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΧΩΡΙΣ ΣΚΠ

Ερώτηση 1:

Κάνω τα πάντα με αργούς ρυθμούς

Πίνακας 1							
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	30	32	20	8	10	0
	ποσοστιαία αναλογία	30%	32%	20%	8%	10%	0%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	58	20	7	13	1	1
	ποσοστιαία αναλογία	58%	20%	7%	13%	1%	1%

Πίνακας 1

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Ερώτηση 2:

Το μέλλον μου φαίνεται χωρίς ελπίδα

Πίνακας 2							
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	44	26	16	8	4	2
	ποσοστιαία αναλογία	44%	26%	16%	8%	4%	2%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	42	20	13	18	4	3
	ποσοστιαία αναλογία	42%	20%	13%	18%	4%	3%

Πίνακας 2

Ερώτηση 3:

Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν διαβάζω

Πίνακας 3							
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	46	28	4	8	14	0
	ποσοστιαία αναλογία	46%	28%	4%	8%	14%	0%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση	απόλυτος αριθμός	42	33	10	9	4	2

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

κατά πλάκας	ποσοστιαία αναλογία	42%	33%	10%	9%	4%	2%
-------------	---------------------	-----	-----	-----	----	----	----

Πίνακας 3

Ερώτηση 4 :

Όλη η χαρά και η διασκέδαση δείχνουν να έχουν χαθεί από τη ζωή μου

		Πίνακας 4					
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	40	28	16	12	4	0
	ποσοστιαία αναλογία	40%	28%	16%	12%	4%	0%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	55	23	11	8	1	2
	ποσοστιαία αναλογία	55%	23%	11%	8%	1%	2%

Πίνακας 4

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Ερώτηση 5 :

Δυσκολεύομαι να πάρω αποφάσεις

Πίνακας 5							
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	42	32	12	8	4	2
	ποσοστιαία αναλογία	42%	32%	12%	8%	4%	2%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	40	34	12	9	4	1
	ποσοστιαία αναλογία	40%	34%	12%	9%	4%	1%

Πίνακας 5

Ερώτηση 6 :

Έχω χάσει το ενδιαφέρον μου σε πράγματα που παλαιότερα σήμαιναν πολλά για μένα

Πίνακας 6							
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	34	24	18	14	10	0
	ποσοστιαία αναλογία	34%	24%	18%	14%	10%	0%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση	απόλυτος αριθμός	40	29	14	8	7	2

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

κατά πλάκας	ποσοστιαία αναλογία	40%	29%	14%	8%	7%	2%
-------------	---------------------	-----	-----	-----	----	----	----

Πίνακας 6

Ερώτηση 7 :

Νιώθω στενοχωρημένος/η, θλιμμένος/η και δυστυχισμένος/η

		Πίνακας 7					
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	22	42	12	12	8	4
	ποσοστιαία αναλογία	22%	42%	12%	12%	8%	4%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	33	44	11	5	5	2
	ποσοστιαία αναλογία	33%	44%	11%	5%	5%	2%

Πίνακας 7

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Ερώτηση 8 :

Νιώθω ανήσυχος και δεν μπορώ να χαλαρώσω

Πίνακας 8							
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	18	26	20	14	18	4
	ποσοστιαία αναλογία	18%	26%	20%	14%	18%	4%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	23	42	11	10	12	2
	ποσοστιαία αναλογία	23%	42%	11%	10%	12%	2%

Πίνακας 8

Ερώτηση 9 :

Νιώθω κούραση

Πίνακας 9							
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	8	14	8	16	44	10
	ποσοστιαία αναλογία	8%	14%	8%	16%	44%	10%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση	απόλυτος αριθμός	15	35	10	16	19	5

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

κατά πλάκας	ποσοστιαία αναλογία	15%	35%	10%	16%	19%	5%
-------------	---------------------	-----	-----	-----	-----	-----	----

Πίνακας 9

Ερώτηση 10 :

Δυσκολεύομαι να κάνω ακόμα και απλά καθημερινά πράγματα

		Πίνακας 10					
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	32	32	4	24	8	0
	ποσοστιαία αναλογία	32%	32%	4%	24%	8%	0%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	61	22	4	5	6	2
	ποσοστιαία αναλογία	61%	22%	4%	5%	6%	2%

Πίνακας 10

Ερώτηση 11 :

Νιώθω ενοχές και πιστεύω ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ .

		Πίνακας 11					
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν	απόλυτος αριθμός	80	16	0	2	2	0

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

σκλήρυνση κατά πλάκας	ποσοστιαία αναλογία	80%	16%	0%	2%	2%	0%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	85	9	1	1	4	0
	ποσοστιαία αναλογία	85%	9%	1%	1%	4%	0%

Πίνακας 11

Ερώτηση 12 :

Αισθάνομαι αποτυχημένος/η

		Πίνακας 12					
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	68	22	8	2	0	0
	ποσοστιαία αναλογία	68%	22%	8%	2%	0%	0%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	67	20	7	2	3	1
	ποσοστιαία αναλογία	67%	20%	7%	2%	3%	1%

Πίνακας 12

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Ερώτηση 13 :

Νιώθω άδειος, περισσότερο σαν νεκρός παρά σαν ζωντανός

Πίνακας 13							
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	86	8	2	2	2	0
	ποσοστιαία αναλογία	86%	8%	2%	2%	2%	0%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	85	7	1	4	2	1
	ποσοστιαία αναλογία	85%	7%	1%	4%	2%	1%

Πίνακας 13

Ερώτηση 14 :

Ο ύπνος μου είναι διαταραγμένος .Είτε πολύ σύντομος, είτε μεγάλης διάρκειας, είτε αϋπνία

Πίνακας 14							
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	32	18	12	14	22	2
	ποσοστιαία αναλογία	32%	18%	12%	14%	22%	2%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση	απόλυτος αριθμός	57	23	6	6	5	3

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

κατά πλάκας	ποσοστιαία αναλογία	57%	23%	6%	6%	5%	3%
-------------	---------------------	-----	-----	----	----	----	----

Πίνακας 14

Ερώτηση 15 :

Αναρωτιέμαι ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ θα μπορούσα να αυτοκτονήσω

		Πίνακας 15					
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	84	12	2	0	2	0
	ποσοστιαία αναλογία	84%	12%	2%	0%	2%	0%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	92	4	3	0	0	1
	ποσοστιαία αναλογία	92%	4%	3%	0%	0%	1%

Πίνακας 15

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

Ερώτηση 16 :

Νιώθω περιορισμένος/η και φυλακισμένος/η

Πίνακας 16							
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	46	30	4	10	10	0
	ποσοστιαία αναλογία	46%	30%	4%	10%	10%	0%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	56	27	10	1	2	4
	ποσοστιαία αναλογία	56%	27%	10%	1%	2%	4%

Πίνακας 16

Ερώτηση 17 :

Νιώθω πεσμένος/η ακόμα και όταν μου συμβαίνει κάτι ευχάριστο

Πίνακας 17							
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	50	30	8	6	6	0
	ποσοστιαία αναλογία	50%	30%	8%	6%	6%	0%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση	απόλυτος αριθμός	66	20	5	3	4	2

Σκλήρυνση κατά πλάκας και κατάθλιψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας

κατά πλάκας	ποσοστιαία αναλογία	66%	20%	5%	3%	4%	2%
-------------	---------------------	-----	-----	----	----	----	----

Πίνακας 17

Ερώτηση 18 :

Έχω χάσει ή έχω πάρει βάρος χωρίς να κάνω δίαιτα .

		Πίνακας 18					
		Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Άτομα που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	46	22	14	6	12	0
	ποσοστιαία αναλογία	46%	22%	14%	6%	12%	0%
Άτομα που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας	απόλυτος αριθμός	66	13	8	4	6	3
	ποσοστιαία αναλογία	66%	13%	8%	4%	6%	3%

Πίνακας 18

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παθολογία - ΔΕΠ τομέα Παθολογίας, Ιατρικής Σχολής Αθηνών
2. Παθολογία - Κλινικός Οδηγός, J. Braun
3. A Croquelois, G Assal, F Staub et al. Diseases of the nervous system: patients aetiological beliefs. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:582-584
4. Aladro Benito Y., Villagra Cocco P., Carrillo Padilla F.: Paroxysmal dystonia as the first manifestation of multiple sclerosis. *Rev Clin Esp* 1993 Jun ;193(2):64-6.
5. Alessandra Lugaresi, Antonino Uncini, Domenico Gambi: Basal ganglia involvement in multiple sclerosis with alternating side paroxysmal dystonia. *Journal of Neurology* 1993; 240: 257-261
6. Allen IV: Aetiological hypothesis for multiple sclerosis-evidence from human and experimental disease. In: Matthicus WB (Ed) *Mc Alpine's Multiple sclerosis*. 2nd ed. New York NY, Churchill Livingstone 1991
7. Alter M, Harshe M: Racial predilection in multiple sclerosis. *J Neurol.* 1975 Aug 4;210(1):1-20
8. Azzimondi G., Rinaldi R., Liguori R., Tonon C., Martini E., D'Alessandro R.: Dystonia as an isolated symptom of multiple sclerosis?. *Ital J Neurol Sci* 1997 Oct;18(5):301-2.
9. Beatty WW, Paul RH, Wilbanks SL, Hames KA, Blanco CR, Goodkin DE: Identifying MS patients with mild or global cognitive impairment using the Screening Examination for Cognitive Impairment (SEFCI). *Neurology.* 1995 Apr; 45(4): 718-23.
10. Bencsik K, Rajda C, Fuvesi J, Klivenyi P, Jardanhazy Y, Torok M, Vecsei L: The prevalence of MS, distribution of clinical forms of the disease and functional status of patients in Csongrad Country, Hungary. *Eur Neurol.* 2001;46(4):206-9.
11. Betty WW., Paul RH., Wilbanks SL., Hames KA., Blanco CR., Goodkin DE.: Identifying multiple sclerosis patients with mild or global cognitive impairment using the Screening Examination for Cognitive Impairment (SEFCI).
12. Blaceley J., Jankovic J.: Secondary causes of paroxysmal dyskinesia. *Adv Neurol.* 2002;89:401-20.

13. Brown RF, Tennant CC, Dunn SM, Pollard JD. A review of stress-relapse interactions in multiple sclerosis: important features and stress-mediating and moderating variables. *Mult Scler*. 2005 Aug;(4):477-84.
14. Coleman RJ, Quinn NP, Marsden CD: Multiple sclerosis presenting as adult onset dystonia. *Mov discord* 1988; 3: 329-332
15. *Current Medical Diagnosis & Treatment* 2006, L. M. Tierney
16. David C. Mohr, Daniel Pelletier. A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patients with multiple sclerosis. *Brain Behavior, and Immunity*. Article in press
17. Dymant DA, Sadovnick AD, Ebers GC, Sadnovich AD: Genetics of MS. *Hum Mol Genet* 1997 Nov;6(12):2189.
18. Filippi M, Bozzali M, Rovaris M, et al. *Brain*. 2003;126:433-437
19. Fontoura P., Vale J., Guimaraes J.: Syptomatic paroxysmal hemidystonia due to a demyelinating subthalamic lesion. *Eur J Neurol* 2000 Sep;7(5):559-62.
20. George C Ebers. *Natural History of Multiple Sclerosis*. Blue Books of Practical Neurology. Multiple Sclerosis 2. W. Ian McDonald, John H. Noseworthy. 2003 ;21-32
21. Hanefeld Folker: MS in childhood. *Current Opinion in Neurology and Neurosurgery*, 5:359-363.
22. Haslam (1987) *International pediatrics* 2, 163-167
23. Jankovic J, Patel SC. Blepharospasm associated with brain stem lesions. *Neurology* 1983; 33: 1237-1240
24. Kenneth W, Lindsay, Ian Bone, Churchill Livingstone. *Neurology and Neurosurgery illustrated*. Third edition, 505.
25. Lugaresi A, Uncini A, Gambi D: Basal ganglia involvement in multiple sclerosis with alternating side paroxysmal dystonia. *J Neurol*. 1993; 240(4):257-8.
26. McDonald WI, Compston A, Edan G, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2001;50:121-127.
27. Miller CM. The lived experience of relapsing multiple sclerosis: a phenomenological study. *J Neurosci Nurs* 1997;29:294-304.

28. Mirotznik J, Ginsler E, Zagon G, Baptiste A. Using the Health Belief Model to explain clinic appointment-keeping for the management of a chronic disease condition. *J Community Health* 1998;23:195
29. Mohr, D.C., Goodkin, D.E., Bacchetti, P., et al., 2000. Psychological stress and the subsequent appearance of new MRI lesions in MS. *Neurology* 55,55-61.
30. Mohr, D.C., Hart, S.L., Julian, L., Cox, D., Pelletier, D., 2004. Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta analysis. *BMJ* 328,731.
31. Moore CE, Lees AJ, Schady W: Multiple sclerosis leading to blepharospasm and dystonia in a sibling pair. *Journal of Neurology* 1996; 243:667-670
32. Nicholl JS. Noncompliance with treatment of neurologic disease. *Curr Treat Options Neurol* 2002;4:469-76
33. Noseworthy, J.H., Lucchinetti, C., Rodriguez, M., Weinshenker, B.G., 200. Multiple sclerosis. *N. Engl. J. Med.* 343, 938-952.
34. Paul Dassow, M.D., M.S.P.H. Setting Educational priorities For Women's Preventive Health: Measuring Beliefs about screening across Disease States. *Journal of Women's Health* Vol 1, Number 4, 2005
35. Poser CM, Paty DW, Scheinberg L, et al: New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for research protocols. *Ann Neurology* 1983; 13: 227-231
36. Rajendran PR, Thomson RE, Reich SG. The use of alternative therapies by patients with Parkinson's disease. *Neurology* 2001;57:790-4
37. Riise T, Moen BE, Kyvik KR: Organic solvents and the risk of multiple sclerosis. *Epidemiology.* 2002 Nov;13(6):718-20
38. Sadovnick AD, Yee IM, Ebers GC. Canadian Collaborative Study Group: Factors influencing sib risks for multiple sclerosis. *Clin Genet.* 2000 Dec;58(6):431-5.
39. Schwartz CE, Laitin E, Brotman S, et al. Utilization of unconventional treatments by persons with MS: is it alternative or complementary? *Neurology* 1999;52:626-9
40. Schwartz CE. Teaching coping skills enhances quality of life more than peer support: results of a randomized trial with multiple sclerosis patients. *Health Psychol* 1999; 18:2111-220.

41. Sibley, W.A.,1997. Risk factors in multiple sclerosis. In: Raine, C.S., McFarland, H.F., Tourtellotte, W.W. (Eds.), Multiple Sclerosis: Clinical and Pathogenetic Basis. Chapman & Hall, London, pp.141-148.
42. T.N. Srinivasan. R. Thara. Beliefs about causation of schizophrenia:Do Indian families believe in supernatural causes? Soc Psychiatry Epidemiol(2001)36:134-140
43. Wiles R, Kimmonth A. Patients understanding of heart attack: implications for prevention of recurrence.Patient Educ Couns 2001;44:161-9
44. Woloshynowych M, Valory R. Salmon P. General practice patients beliefs about their symptoms.Br J Gen Pract 1998;48:885-9
45. Η νευρολογία της εφημερίας, Howard L.Weiner
46. Νευρολογία και Νευροχειρουργική Εικονογραφημένη, Lindsay
47. Παθολογία - Κλινικός Οδηγός, J. Braun
48. Σταύρος Ι. Μπαλογιάννης. Κλινική Νευροπαθολογία, Μέρος Β', 1985, 84-110
49. Σταύρος Ι. Μπαλογιάννης. Νευρολογία, Τόμος ΙΙΙ, 338-415
50. Στεφανογιάννης Γιάννης. Σκλήρυνση κατά πλάκας,Χανιώτικα Νέα 2009
51. Σφάγγος Κ, Τριανταφύλλου Ν. Σκλήρυνση κατά πλάκας. Copyright Σφάγγος Κ, Τριανταφύλλου Ν, Αθήνα, 2001

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

1. www.disabled.gr
2. www.mscyprus.org