



Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
(πρ. Τ.Ε.Ι. Πάτρας & πρ. Τ.Ε.Ι. Μεσολογγίου)

Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ:
ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΚΑΙ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ
ΝΟΣΟ»



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
κ. ΒΙΤΣΑ ΑΡΙΣΤΕΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΓΑΡΙΟΥ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΠΑΤΡΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2015

***Αφιερώνεται στους γονείς μας
για την στήριξη και την πολύτιμη
βοήθειά τους όλα αυτά τα χρόνια.***

Ευχαριστούμε όλους όσους βοήθησαν για τη διεκπεραίωση αυτής της εργασίας. Ευχαριστούμε θερμά την καθηγήτριά μας κ.Αριστέα Βίτσα για τις επικοινωνητικές οδηγίες της και για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε στη συγγραφή της εργασίας μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	7
1.1 Τί είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ)	7
1.2 Ιστορική ανασκόπηση.....	8
1.3 Ποιους ανθρώπους αφορά η ΣΚΠ	9
1.4 Επιδημιολογία της Πολλαπλής Σκλήρυνσης	10
1.5 Σημασία της μυελίνης των νεύρων.....	11
1.6 Αιτιολογία-παθογένεση της ΣΚΠ.....	12
1.7 Παθολογοανατομικά ευρήματα	13
1.8 Κλινική εικόνα της ΣΚΠ (συμπτώματα)	15
1.9 Κλίμακα αναπηρίας (Kurtzke) στη ΣΚΠ.....	16
1.10 Πορεία της νόσου-υποτροπές.....	17
1.11 Εργαστηριακά ευρήματα	19
1.12 Διάγνωση	20
1.13 Θεραπεία.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	27
2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ΣΚΠ.....	27
Α.Ενδογενείς παράγοντες.....	27
Β.Εξωγενείς παράγοντες	32
2.2 Η άσκηση στη ΣΚΠ.....	34
2.3 Η επίδραση της εγκυμοσύνης στη ΣΚΠ	35
2.4 Η διατροφή και η ΣΚΠ	36
Α. Η λανθασμένη διατροφή ως αιτιολογικός παράγοντας.....	37
Β. Ο σίδηρος ως αιτιολογικός παράγοντας	37
Γ. Η έλλειψη βιταμινών d, β6 και β12 αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα στη ΠΣ	37
Δ. Σωστή διατροφή για την πρόληψη και αντιμετώπιση της ΠΣ	37
2.5 Εργασία και ΣΚΠ	38
2.6 Πολλαπλή Σκλήρυνση και το δυναμικό της οικογένειας.....	40
Α. Εμείς και η οικογένεια.....	41
Β. Παιδιά και έφηβοι	41
Γ. Συγγενείς και φίλοι	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
3.1 Σκοπός της έρευνας	43
3.2 Υλικό – Μέθοδος της έρευνας	44
3.3 Αποτελέσματα της έρευνας	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	
4.1 Συμπεράσματα – Συσχετίσεις.....	92
4.2 Προτάσεις.....	112
4.3 Περίληψη.....	113
4.4 Abstact.....	115
Βιβλιογραφία	116
Παράρτημα	118

Αντί Προλόγου

« **Ε**να απόγευμα μετά το μάθημα, σήκωσα το χέρι μου να σταματήσω ένα ταξί και άκουσα το απότομο φρενάρισμα ενός αυτοκινήτου δίπλα μου. Καθώς άνοιγα την πόρτα για να μπω μέσα, ο οδηγός άρχιζε να μου φωνάζει: “Κυρία μου, είσαι τρελή και κάθεσαι στη μέση του δρόμου; Θα σκοτωθείς καμιά ώρα!”.

Εκείνη τη στιγμή η απογοήτευσή μου από την κούραση που αισθανόμουν και η διαταραχή της όρασης μου, μαζί με την αγανάκτηση μου για τους γιατρούς δεν μπορούσαν ή δεν ήθελαν να μου πουν τι ακριβώς έχω ακόμα με έκανε να του αντεπιτεθώ: “Δεν καταλαβαίνεις άνθρωπέ μου ότι δε βλέπω καλά και σχεδόν καθόλου από το δεξί μου μάτι;”. Αμέσως μετάνιωσα και με λυπημένη φωνή μου ζήτησε και πραγματικά το εννοούσε. Όταν φτάσαμε στον προορισμό μας, έτρεξε να μου ανοίξει την πόρτα και ευγενικά με οδήγησε μέχρι την είσοδο.»

Η αντίδραση του οδηγού με έμαθε κάτι βασικό στην αρχή της ζωής μου με ΣΚΠ: Δεν ήθελα ούτε θέλω να ξεσπάω την απογοήτευσή μου από τις δυσκολίες της ΣΚΠ πάνω σε ανυποψίαστους ανθρώπους. Έμαθα λοιπόν να είμαι σε επαφή με τα συναισθήματά μου, την επίδρασή τους στη συμπεριφορά μου και την επιρροή που έχουν στις σχέσεις μου. Κατάλαβα ότι « τα κρυφά συμπτώματα της ΣΚΠ» ήταν η αιτία της ψυχολογικής αναστάτωσης που πολλές φορές αντιμετώπιζα με περισσότερη δυσκολία απ’ ότι τα σωματικά προβλήματα. Πραγματικά, «τα κρυφά συμπτώματα της ΣΚΠ» μπορούν να προκαλέσουν δευτερογενή ψυχολογικά προβλήματα, όπως :

Αβεβαιότητα. Επιτρέπεται να κάνω παιδιά; Μπορώ να πάω ταξίδι ή να παρακολουθήσω μαθήματα; Να αγοράσω σπίτι με σκάλες; Μήπως είναι κάποιο καινούργιο σύμπτωμα αυτό που αισθάνομαι τώρα;

Αμφιβολία. Είμαι στα αλήθεια άρρωστος/άρρωστη; Μήπως το φαντάζομαι; Μήπως είναι απλά μία αδυναμία; Μήπως φταίω εγώ που αρρώστησα; Αν η διατροφή μου ήταν καλύτερη ή έκανα περισσότερη άσκηση, μήπως θα ήμουν σήμερα καλά;

Απόρριψη του εαυτού μας. Για ποιο λόγο να προσπαθήσω να είμαι ελκυστικός/ή και περιποιημένος, αφού είμαι εξαρτώμενο άτομο; Ποιος θέλει να προσλάβει κάποιον/α που ίσως να είναι συνέχεια άρρωστος; Γιατί δε μπορώ να γίνω καλά; Φόβος για πνευματική κατάπτωση; Μήπως τα φαντάζομαι όλα αυτά; Ίσως το μόνο που χρειάζεται είναι να ξεδώσω λίγο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας είναι η πιο κοινή νευρολογική ασθένεια που προσβάλλει περίπου 80.000 ανθρώπους στην Βρετανία και 250.000 στις Η.Π.Α. Στην Ελλάδα οι πάσχοντες υπολογίζονται γύρω στους 5.000.

Δεν υπάρχει ένας και μοναδικός τύπος Σκλήρυνσης κατά Πλάκας. Ο κάθε άνθρωπος παρουσιάζει συμπτώματα που ο άλλος μπορεί να μην έχει. Αλλά και τα συμπτώματα του ίδιου ατόμου είναι δυνατόν να ποικίλουν από καιρό σε καιρό. Δεν υπάρχει δηλαδή τυπική Σ.Π.Κ. Είναι μια πάθηση προσωπική σαν το δακτυλικό αποτύπωμα και έτσι δεν είναι δυνατή μια γενική περιγραφή της νόσου ή μια βέβαιη πρόγνωση.

Ακόμη και η πορεία της Σ.Κ.Π έχει διαφορετικές εκφράσεις. Τα 2/3 περίπου των ανθρώπων που παρουσιάζουν την νόσο θα έχουν την υποτροπιάζουσα μορφή της, αυτήν δηλαδή με εξάρσεις και υφέσεις.

Το υπόλοιπο 1/3 των ανθρώπων με Σ.Κ.Π θα έχει την χρόνια προοδευτική μορφή της νόσου. Αυτό σημαίνει ότι οι πάσχοντες θα έχουν μια αργή εξέλιξη κάποιων συμπτωμάτων που δεν θα υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου. Οι αλλαγές μπορούν να ξεκινήσουν ήπια και βαθμιαία και να εξελίσσονται έτσι, ώστε να δημιουργείται μια σταθερή μείωση των φυσικών ή νοητικών ικανοτήτων.

Οι περισσότεροι άνθρωποι με Σ.Κ.Π έχουν κάποια ήπια μορφή της νόσου και δεν φτάνουν ποτέ σε βαριές αναπηρίες. Μερικοί όμως χρειάζεται να αντιμετωπίσουν κάποιο βαθμό ανικανότητας από καιρό σε καιρό. Άλλοι μπορεί να παρουσιάσουν εκείνη την μορφή της νόσου που εξελίσσεται γρήγορα και προοδευτικά και να καταλήξουν σε μεγάλο βαθμό αναπηρίας. Όμως ο αριθμός των βαρέων ασθενών είναι πολύ μικρός.

Είναι δύσκολο να διαγνωστεί η Σ.Κ.Π γιατί δεν υπάρχει κάποια εξέταση με την οποία μπορούμε να είμαστε 100% βέβαιοι. Το ιστορικό των συμπτωμάτων είναι συνήθως ασαφές και τα διαφορετικά συμπτώματα θα μπορούσαν να είναι ίδια με διάφορων άλλων παθήσεων. Για αυτό το λόγο ακόμα μπορεί να περάσει ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι να υποπτευθούμε ότι πρόκειται για Σ.Κ.Π.

Μέχρι τώρα δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία για την Σκλήρυνση Κατά Πλάκας αλλά πολλές φορές έρχονται στη δημοσιότητα θαυματουργές θεραπείες που οι περισσότερες δεν έχουν ιατρική ή ερευνητική βάση.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν μας όλες αυτές τις παραμέτρους εμείς ως αυριανοί νοσηλευτές προαγωγοί της Υγείας κάναμε εργασία για την Σκλήρυνση Κατά Πλάκας με σκοπό να δια φωτίσουμε τους σπουδαστές της Νοσηλευτικής, δίνοντάς τους όσες περισσότερες και ουσιαστικότερες πληροφορίες μπορούμε.

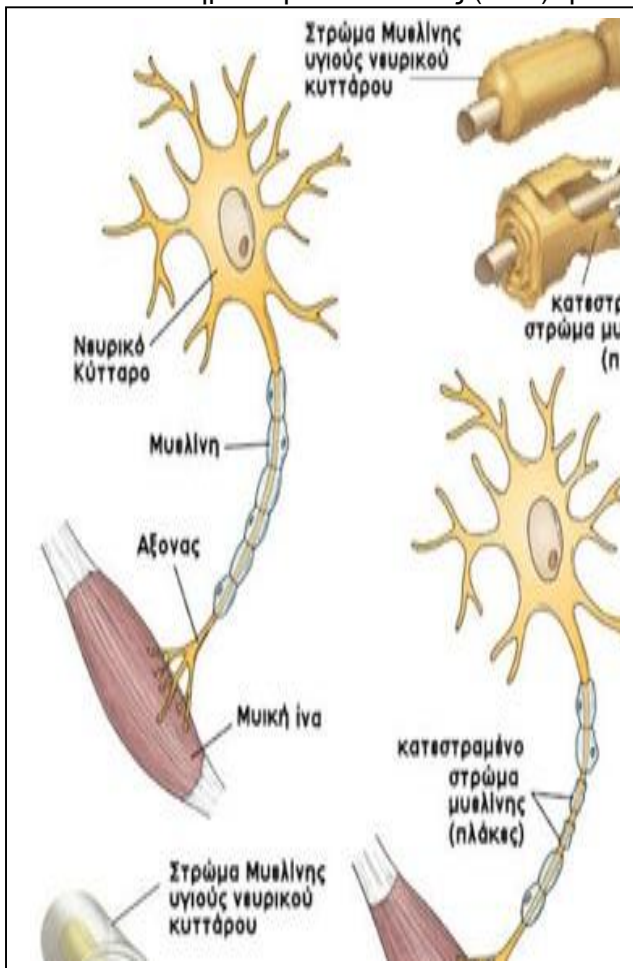
Με το ειδικό μέρος της εργασίας αυτής προσπαθούμε να διερευνήσουμε και να ερμηνεύσουμε τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των φοιτητών και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη νόσο.

Ευελπιστούμε ότι η μελέτη μας αυτή θα βοηθήσει σημαντικά τους γιατρούς αλλά και τους συναδέλφους μας νοσηλευτές, να βγάλουν κάποια ουσιαστικά συμπεράσματα και να κατανοήσουν καλύτερα την αιτιολογική αυτή ασθένεια.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Τι είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ) ή πολλαπλή σκλήρυνση (ΠΣ) είναι η πιο κοινή νευρολογική



πάθηση, η οποία ανήκει στις απομυελινωτικές νόσους και συνήθως χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες εστιακές ή πολυεστιακές προσβολές του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Είναι χρόνια αυτοάνοση διαταραχή με υποτροπιάζοντα επεισόδια απομυελίνωσης (καταστροφής της μυελίνης των νευρικών ινών) και με σχηματισμό πολλών μικρών πλάκων στο ΚΝΣ. Συγκεκριμένα, αποσυντίθενται οι περιοχές της μυελίνης που περιβάλλουν τα νεύρα και η μυελίνη αντικαθίσταται από ουλώδη ιστό. (Γρηγοράκης Δ. 2003 & Hamilton Bailey 2010) Στη ΣΚΠ προσβάλλεται κυρίως η λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού στην οποία παρατηρούνται αλλοιώσεις οι οποίες δεν επεκτείνονται πέραν της ζώνης εισόδου των ριζών των κρανιακών και νωτιαίων νεύρων. Οι αλλοιώσεις αυτές είναι σαφώς περιγεγραμμένες και σε αυτό το λόγο αποδίδεται ο χαρακτηρισμός τους ως πλάκες. (Adam's & Victor's 2003) Μετά από μια πρώτη προσβολή από την ασθένεια μπορεί να επέλθει ίαση και επιστροφή σε μια κανονική λειτουργία ωστόσο λόγω της δημιουργίας μιας πλάκας μπορεί να επηρεάζεται μόνιμα η κινητική και η αισθητική λειτουργία του ατόμου. Η νόσος μπορεί να παρουσιάσει υποτροπή, με νέες προσβολές της μυελίνης, οι οποίες μπορούν να πλήξουν οποιοδήποτε μέρος του ΚΝΣ. Με την εξέλιξη αυτή δημιουργούνται πολλές πλάκες στο εγkéφαλο και στο νωτιαίο μυελό. (Fox R., Sweeney P. 2004)

Ο κάθε ασθενής παρουσιάζει τη δική του ξεχωριστή εικόνα ανάλογα με το που ακριβώς θα προσβληθεί η μυελίνη του. Για το λόγο αυτό οι ερευνητές την έχουν παρομοιάσει με δακτυλικό αποτύπωμα, λόγω της μοναδικότητας που τη χαρακτηρίζει ανά περίπτωση. Η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων κυμαίνεται συνήθως μεταξύ των 20 με 40 ετών, με αυξημένη συχνότητα στις γυναίκες και στα ψυχρά κλίματα. Υπολογίζεται ότι η χρόνια αυτή ασθένεια έχει προσβάλλει παγκοσμίως πάνω από 2,5 εκατομμύρια ανθρώπους, ενώ στην Ελλάδα οι πάσχοντες ανέρχονται στους 8.000, σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Εταιρίας Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας. (Fox R., Sweeney P. 2004)

1.2 Ιστορική ανασκόπηση

Το 1395 στην Ολλανδία εμφανίζεται το πρώτο πιθανό περιστατικό ΣΚΠ όταν μία δεκαεξάχρονη έφηβη μετά από πτώση στον πάγο, παρουσίασε συμπτώματα πόνου και κινητικές διαταραχές στα κάτω άκρα. Με το πέρασμα του χρόνου τα συμπτώματα επιδεινώθηκαν με αύξηση της αναπηρίας, ενώ προστέθηκαν αισθητηριακές διαταραχές καθώς και διαλείπουσα τύφλωση στο ένα μάτι. Τελικά η ασθενής απεβίωσε το 1433, 38 χρόνια αργότερα σε ηλικία 54 ετών. Η επόμενη γνωστή καταγραφή της ΣΚΠ χρονολογείται τον 19ο αιώνα με βάση την προσωπική μαρτυρία ασθενούς για τη νόσο. Τα στοιχεία προέρχονται από το ημερολόγιο του ίδιου του ασθενή, του Sir Augustus d' Este, ο οποίος κατέγραψε την εικοσιεξάχρονη πορεία της νόσου του. Τα συμπτώματα που κατέγραψε ήταν αταξία, μούδιασμα από τη μέση και κάτω, σπασμούς στη διάρκεια της νύχτας, μείωση της όρασης, αστάθεια βαδίσματος και γενικευμένη μυϊκή αδυναμία. Στον Jean-Martin Charcot (διάσημος νευρολόγος του δεύτερου μισού του 19ου αιώνα) έχει αποδοθεί η πρώτη σαφής περιγραφή των κλινικών εκδηλώσεων της ΣΚΠ, η συσχέτιση κλινικής συμπτωματολογίας με τις παθολογοανατομικές αλλοιώσεις και η οριστική διαφοροποίησή της από την τρομώδη παράλυση. Σύμφωνα με τον Charcot η ΣΚΠ χαρακτηρίζεται από σπαστική παραπληγία, αταξία, τρόμο κατά τις εκούσιες κινήσεις, διαταραχές του λόγου, οφθαλμολογικές ανωμαλίες και νυσταγμό. Με πρωτοπόρο τον Charcot η νόσος άρχισε να αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο με αποτέλεσμα 1100 εργασίες σχετικές με την ΣΚΠ να έχουν δημοσιευτεί μέχρι και το 1904. Έτσι ο νευρολόγος Joseph Francois Felix Babinski μετά τη διδακτορική του διατριβή το 1885 με θέμα, «Μελέτη ανατομική και κλινική πάνω στη σκλήρυνση κατά πλάκας» παρουσίασε περίπου 10 χρόνια αργότερα την εργασία του πάνω στο «φαινόμενο των δακτύλων του ποδιού», στο οποίο λίγα χρόνια έπειτα δόθηκε το όνομά του και είναι γνωστό ως «αντανακλαστικό Babinski». Στην Αγγλία, η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1873 από τον Moxon και ονομάστηκε «νησιδική σκλήρυνση», ενώ στη Γερμανία η νόσος ονομάστηκε «Πολλαπλή Σκλήρυνση». Από την εποχή των Charcot και Babinski μέχρι σήμερα η Κλινική Νευρολογία παρουσίασε μεγάλη ακμή και έκανε σημαντικά βήματα προόδου.

Μπορεί σήμερα μετά από 140 χρόνια περίπου η αιτιολογία της ΣΚΠ να παραμένει άγνωστη, ωστόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η πρόοδος της Παθολογικής Ανατομίας στην τεκμηρίωση της κλινικής εικόνας της νόσου χάρη στα ευρήματα από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό, τα προκλητά δυναμικά και την μαγνητική τομογραφία. (Γρηγοράκης Δ. 2003)

1.3 Ποιους ανθρώπους αφορά

Θεωρητικά, κάθε άτομο είναι δυνατό να προσβληθεί από Πολλαπλή Σκλήρυνση, τηρουμένων βέβαια ορισμένων αναλογιών ως προς την ηλικία. Πράγματι έχει παρατηρηθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων εμφανίζεται μετά το τέλος της ενηλικίωσης, μέχρι τα 30-35 έτη της ζωής, μετά δε μειώνεται. Ωστόσο, εξακολουθούν να προστίθενται περιστατικά μέχρι και τα 60 έτη της ζωής του ατόμου καθώς επίσης και σπάνιες περιπτώσεις με έναρξη λίγο πριν από τα 10 έτη. Η μέση πάντως ηλικία έναρξης της νόσου είναι δύσκολο να καθοριστεί πρώτα, γιατί συχνά διαφέρει από χώρα σε χώρα, αλλά και από περιοχή σε περιοχή της ίδιας χώρας. Και έπειτα, γιατί πολλοί αναφέρουν, συνήθως σαν ηλικία έναρξης της νόσου την περίοδο των μεγαλύτερων ενοχλημάτων και αυτό παραποιεί την αλήθεια. Πάντως είναι σχεδόν βέβαιο ότι για την χαμηλή συχνότητα της ασθένειας ευθύνονται παράγοντες περιβαλλοντικοί και όχι φυλετικοί.

Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η ΣΚΠ στα διάφορα πλάτη και μήκη της γης δεν είναι ενιαία. Σε ορισμένες χώρες ή και σε περιοχές ακόμα είναι πάρα πολύ υψηλή και σε άλλες αντίθετα πολύ χαμηλή ή και ανύπαρκτη. Είναι κοινή πλέον παραδοχή ότι το γεωγραφικό πλάτος κάθε χώρας αποτελεί παράγοντα εμφάνισης ΣΚΠ. Ο κόσμος σήμερα ανάλογα με το κατά πόσο επηρεάζεται από τη Σκλήρυνση κατά πλάκας έχει ταξινομηθεί σε 3 ζώνες επιρροής:

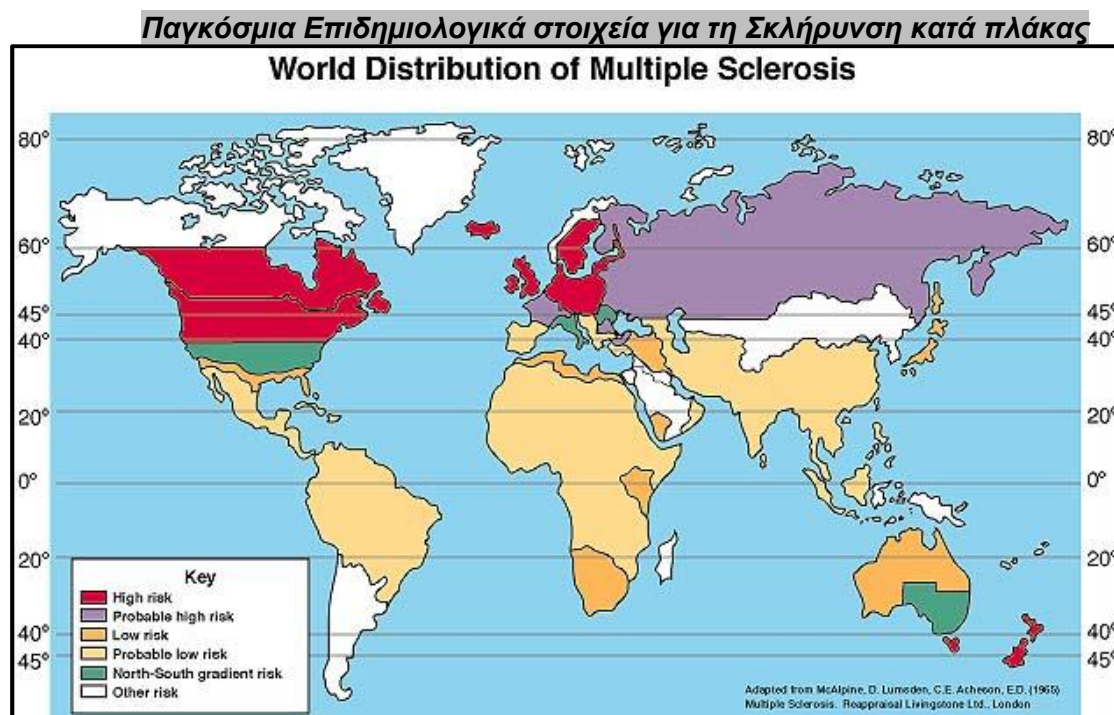
- με υψηλή συχνότητα 50-100 πάσχοντες ανά 100.000 κατοίκους
- με μέση συχνότητα 20-50 πάσχοντες ανά 100.000 κατοίκους
- με χαμηλή συχνότητα 0-2 πάσχοντες ανά 100.000 κατοίκους

Χώρες με υψηλή επίπτωση της νόσου είναι η Βόρεια Ευρώπη, ο Νότιος Καναδάς, οι Βόρειες Πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, η Νέα Ζηλανδία και η Νότιος Αυστραλία. Χώρες με μέση συχνότητα είναι η Νότια Ευρώπη, η Νότιες περιοχές των ΗΠΑ και το μεγαλύτερο τμήμα της Αυστραλίας. Χώρες με χαμηλή συχνότητα είναι η Ασία και η Αφρική.

Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι παρόλο που η νόσος δεν κάνει φυλετικές διακρίσεις, εν τούτοις όλες οι χώρες με υψηλή ή μέση συχνότητα κατοικούνται κυρίως από λευκούς. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι, οι μεγάλες αλλαγές του περιβάλλοντος που έλαβαν χώρα τα τελευταία 60 χρόνια δεν επηρέασαν τη συχνότητα της ασθένειας. Συνοψίζοντας, από τις διάφορες στατιστικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην χώρα μας, υπολογίστηκε ότι η Ελλάδα ανήκει στις περιοχές μέσης επιρροής της νόσου. Η έναρξη της πάθησης φαίνεται να είναι οψιμότερη στις γυναίκες. (Κεκάτος Ε.Β 2001)

1.4 Επιδημιολογία της Πολλαπλής Σκλήρυνσης

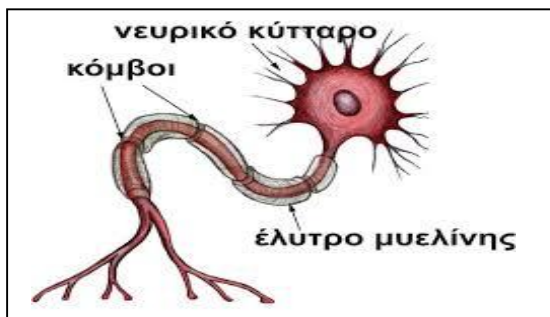
Η Πολλαπλή Σκλήρυνση είναι μία από τις πιο συχνές νευρολογικές διαταραχές. Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου είναι τα 23,5 έτη ζωής, ενώ παρατηρήθηκε ότι στις γυναίκες αρχίζει νωρίτερα κατά 5 χρόνια περίπου. Τα αυτοάνοσα νοσήματα γενικά και ειδικά η ΣΚΠ προσβάλλουν συχνότερα τις γυναίκες απ' ότι τους άνδρες. Η αναλογία γυναικών/ανδρών είναι 1,77/1. Περιοχές υψηλής συχνότητας, με επικράτηση 60 ανά 100.000 άτομα, είναι η Ευρώπη συνολικά (συμπεριλαμβανομένης της Ρωσίας), ο νότιος Καναδάς και ο βόρειος ΗΠΑ, η Νέα Ζηλανδία και η νοτιοανατολική πλευρά της Αυστραλίας. Ο κίνδυνος νόσησης συγγενών πρώτου, δεύτερου και τρίτου βαθμού ανέρχεται σε ποσοστό 15%, ποσοστό που δεν απέχει ιδιαίτερα από το γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος στα αδέρφια και μειώνεται προοδευτικά στα παιδιά, θείες, θείους και ξαδέρφια. Ο κίνδυνος νόσησης σε διζυγωτικά δίδυμα είναι ίδιος με εκείνον των αδερφών (3-5%), ενώ σε μονοζυγωτικά δίδυμα είναι τουλάχιστον 20%. (Bradley W., Daroff R., Fenichel G., Marsden D. 2009). Οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η επικράτηση της νόσου αυξάνει με την αυξανόμενη απόσταση από τον Ισημερινό και δεν υπάρχει κανένας πληθυσμός με υψηλό κίνδυνο για τη νόσο μεταξύ των γεωγραφικών πλατών 40B και 40N. Η γενετική προδιάθεση προτείνεται από τις μελέτες διδύμων, την ευκαιριακή οικογενειακή επίπτωση και την ισχυρή σχέση μεταξύ της νόσου και συγκεκριμένων αντιγόνων HLA (HLADR2). Με βάση τα παραπάνω στοιχεία ενισχύεται η πεποίθηση ότι η νόσος έχει μια αυτοάνοση βάση. (Aminoff M., Greenberg D., Simon R. 2006) Επιπροσθέτως, αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι τα άτομα που μεταναστεύουν από μία ζώνη υψηλού κινδύνου σε μία άλλη χαμηλού κινδύνου, φέρουν ένα τουλάχιστον μέρος του αυξημένου κινδύνου της χώρας καταγωγής τους, ακόμη και όταν η νόσος εκδηλώνεται 20 έτη μετά τη μετανάστευση. Το φαινόμενο αυτό έχει παρατηρηθεί και στη Νότιο Αφρική και το Ισραήλ.



Παρατηρείται περισσότερο στην καυκάσια φυλή (βορειοευρωπαίοι), στα εύκρατα κλίματα και στις ανεπτυγμένες χώρες. Λιγότερο στους Ισπανούς και Αφρικανούς, σπάνια στους ασιατές. Μεγάλα ποσοστά έχει η βόρεια Ευρώπη (Σκωτία), ο Καναδάς, οι βόρειες πολιτείες της Αμερικής και η Αυστραλία. Στην Ευρώπη η συχνότητά της αυξάνεται σταθερά από νότο προς βορρά. Προσβάλλει περισσότερο τις γυναίκες από τους άντρες σε αναλογία 2 προς 1 και

εκδηλώνεται σε παραγωγικές ηλικίες (γύρω στα 40). Σπανιότερα εκδηλώνεται σε πολύ νεαρές ηλικίες και σε ηλικιωμένους. Εάν πράγματι είναι προσβολή από ιό (όπως εικάζεται) τότε μπορεί να έχουμε προσβληθεί από τα πολύ νεανικά χρόνια μας, σχεδόν παιδικά χρόνια, και να εμφανιστεί στα 40, πράγμα που σημαίνει ότι για 20-25 χρόνια ο ιός επωάζεται μέσα στο σώμα μας. Εμφανίζεται λιγότερο συχνά σε χώρες κοντά στον Ισημερινό, προφανώς λόγω της έντονης ηλιοφάνειας. (<https://physiokinesis.wordpress.com>)

1.5 Η σημασία της μυελίνης των νεύρων



Μυελίνη είναι η λευκή λιπαρή ουσία που περιβάλλει και μονώνει τα νεύρα μας, επιτρέποντάς τους να μεταβιβάζουν σήματα μεταξύ του εγκεφάλου και του υπόλοιπου σώματος. Αποτελείται από ένα στρώμα πρωτεΐνης μεταξύ δύο στρωμάτων λιπιδίων. (Γρηγοράκης Δ. 2003)

Η μυελίνη παράγεται από εξειδικευμένα κύτταρα. Από τα κύτταρα Schwann, και τα ολιγοδενδροκύτταρα που σχηματίζουν τα έλυτρα της μυελίνης που περιβάλλουν τους νευράξονες. Ένα ολιγοδενδροκύτταρο μπορεί να περιβάλλει πολλούς νευράξονες σε διαφορετικές κατευθύνσεις. Διαδοχικά έλυτρα από πολλά ολιγοδενδροκύτταρα εξασφαλίζουν τη συνεχή κάλυψη των νευραξόνων από μυελίνη. (Kidd P. 2001) Η μυελίνη αποτελεί το προστατευτικό έλυτρο γύρω από τους άξονες οι οποίοι μεταφέρουν νευρικές ώσεις από το ένα ένα νευρώνα στον άλλο. Η λειτουργία της μυελίνης είναι να αποτελεί έναν προστατευτικό μονωτή που επιτρέπει τη μεταβίβαση των ώσεων κατά μήκος των νεύρων. Κατά μήκος του ελύτρου μυελίνης δημιουργούνται πλάκες, οι οποίες προκαλούν φλεγμονή. Όταν επέλθει διάβρωση της μυελίνης από τη φλεγμονή και αντικατάστασης της από ουλώδη ιστό (απομυελίνωση) οι νευρικές ώσεις δεν είναι δυνατό να διατρέξουν τους κατεστραμμένους νευρώνες. Έτσι, οι μύες που νευρώνονται από τα προσβεβλημένα νεύρα δεν υποδέχονται τις ώσεις που χρειάζονται για να λειτουργήσουν με συντονισμένο και δόκιμο τρόπο. Μετά την υποχώρηση της φλεγμονής εμφανίζεται κάποια επαναμυελίνωση ωστόσο συχνά αυτή είναι ατελής και η μεταβίβαση των ώσεων δεν πραγματοποιείται φυσιολογικά. (Dewit S. 2009)

1.6 Αιτιολογία-παθογένεση της ΣΚΠ

Ο Cruveilhier, το 1835, όταν αρχικά περιέγραψε τη νόσο, την απέδωσε σε καταστολή της επιδρώσεως. Έκτοτε έχουν διατυπωθεί πολυάριθμες υποθέσεις σχετικά με την αιτιολογία της νόσου. Παρά το γεγονός ότι η ακριβής αιτία της ΣΚΠ δεν έχει ακόμη προσδιορισθεί, υπάρχουν αρκετά τεκμηριωμένα επιδημιολογικά δεδομένα τα οποία πρέπει να ενσωματώνονται σε κάθε αιτιολογική υπόθεση.

Στις μελέτες του Kurland εμφανίζεται τριπλάσια αύξηση του επιπολασμού και πενταπλάσια αύξηση του ρυθμού θνησιμότητας μεταξύ της Νέας Ορλεάνης η οποία βρίσκεται στο 30° βόρειο γεωγραφικό πλάτος αφ' ενός και του Γουίνιπεγκ το οποίο βρίσκεται στο 50° βόρειο γεωγραφικό πλάτος αφ' ετέρου. Στην Ιαπωνία εμφανίζεται ανάλογη γεωγραφική κλιμάκωση. Ωστόσο, ο επιπολασμός της ΣΚΠ είναι μικρότερος από αυτόν που εμφανίζεται σε αντίστοιχα γεωγραφικά πλάτη της Βορείου Αμερικής και της Βορείου Ευρώπης.

Στη μελέτη που διεξήχθη από τον Kurtzke και τους συνεργάτες του στην οποία μελετήθηκε μεγάλος αριθμός ασθενών με διαγνωσμένη ΣΚΠ παρατηρήθηκε ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι Αμερικανοί από την Αφρική εμφανίζουν μικρότερο κίνδυνο να νοσήσουν από ΣΚΠ σε σχέση με τους λευκούς σε όλα τα γεωγραφικά πλάτη. Παρά το γεγονός αυτό και οι δύο φυλές παρουσιάζουν όμοια κλιμάκωση του κινδύνου από τον νότο προς το βορρά, γεγονός που σχετίζεται άμεσα με τη σπουδαιότητα ενός περιβαλλοντικού παράγοντα, ανεξαρτήτως φυλής. (Adam's & Victor's 2003)

Όσον αφορά τη συσχέτιση της κληρονομικότητας με την εμφάνιση της ΣΚΠ, αυτή ενισχύεται εξίσου από μελέτες σε διδύμους, ο ένας εκ των οποίων έχει διαγνωσθεί με ΣΚΠ. Στις πλέον αξιόπιστες από τις μελέτες αυτές (Ebers και συνεργάτες) η διάγνωση επιβεβαιώθηκε σε 12 από 35 ζεύγη μονοζυγωτικών διδύμων (34%) και μόνο σε 2 από τα 49 ζεύγη διζυγωτικών (4%). Αξίζει να σημειωθεί ωστόσο πως σε δύο πρόσθετα ζευγάρια μονοζυγωτικών διδύμων, που ήταν κλινικά φυσιολογικά, ανιχνεύθησαν βλάβες στην MRI. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν τουλάχιστον 20% αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό αντίστοιχης ηλικίας. (Netter F. 2009) Αντιθέτως, σε οικογένειες στις οποίες υπάρχουν περισσότερα από ένα μέλη που πάσχουν από ΣΚΠ, δε φαίνεται να υπάρχει σταθερό πρότυπο μενδελικής κληρονομικότητας. Σαφώς, δεν πρέπει να θεωρούνται όλα τα νοσήματα αυξημένης οικογενούς επίπτωσης ως κληρονομικά, διότι η παρουσία της ίδιας κατάστασης σε διάφορα μέλη της οικογένειας μπορεί να συσχετίζεται με την έκθεση σε κοινό περιβαλλοντικό παράγοντα. (Adam's & Victor's 2003)

Η ύπαρξη του γενετικού παράγοντα στην πρόκληση της ΣΚΠ, ενισχύεται από το εύρημα ότι κάποια αντιγόνα ιστοσυμβατότητας (HLA) ανευρίσκονται συχνότερα στους ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση, σε σχέση με τα υγιή άτομα. Ο DR επίτοπος στο έκτο χρωμόσωμα αποτελεί τον ισχυρότερο συσχετισμό. Τα HLA αντιγόνα, τα οποία συχνά εμφανίζονται στη ΣΚΠ (κυρίως HLA-DR2 και λιγότερο τα DR3,B7 και A3) αποτελούν δείκτες για ένα «ευαίσθητο στην ΣΚΠ γονίδιο». Η πιθανότητα εμφάνισης της ΣΚΠ αυξάνεται κατά 3 έως 5 φορές λόγω της ύπαρξης ενός ή περισσότερων από αυτούς τους δείκτες. Ωστόσο, η παρουσία των παραπάνων αντιγόνων δεν είναι σταθερή και γι' αυτό το λόγο ο ακριβής ρόλος τους παραμένει ασαφής. (Sanexa A., Martin-Blondel G. 2011) Επιπροσθέτως, τα άτομα τα οποία μεταναστεύουν από μια ζώνη υψηλού κινδύνου σε μία άλλη χαμηλού κινδύνου, έχει αποδειχθεί ότι φέρουν ένα τουλάχιστον μέρος του αυξημένου κινδύνου της χώρας από την οποία κατάγονται, ακόμα και όταν η ασθένεια εκδηλωθεί 20 έτη μετά τη μετανάστευση. (Adam's & Victor's 2003)

Εν τέλει, ο τραυματισμός, η συναισθηματική πίεση και οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος έχουν ενοχοποιηθεί ως εκλυτικοί παράγοντες των υποτροπών της πολλαπλής σκλήρυνσης και όχι της αιτιολογίας της νόσου. (Netter F. 2009)

Παθογένεση

Υπάρχουν δύο θεωρίες σχετικά με την παθογένεια. Σύμφωνα με την πρώτη θεωρία τα μέχρι έως τώρα επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν πως η ΣΚΠ συσχετίζεται με κάποιον περιβαλλοντικό παράγοντα ο οποίος συναντάται στην παιδική ηλικία και μετά από λανθάνουσα περίοδο χρόνων, είτε προκαλεί τη νόσο είτε συμβάλλει στην εμφάνισή της. Τα τελευταία χρόνια κυριαρχεί η υπόθεση ότι ο περιβαλλοντικός αυτός παράγοντας είναι μια λοίμωξη, πιθανότατα ιογενής.

Η άλλη θεωρία βασίζεται σε ανωμαλία στην ανοσολογική ρύθμιση με υπερβολική ανοσολογική απάντηση σε μία λοίμωξη σε ιό ή σε ανεπαρκή αναστολή της ανοσοαντίδρασης στη λοίμωξη. Η πρώτη θεωρία δεν αποκλείει τη δεύτερη. (Varade J., Garcia-Montogo M. 2015)

Πιθανώς γενετικά και ανοσολογικά προδιατεθειμένα άτομα αντιδρούν σε ιογενή λοίμωξη (σε αντιγόνα ιογενή ή προερχόμενα έμμεσα από το ΚΝΣ) με ανώμαλη κυτταρική ή και χυμική ανοσία. Αργότερα ο ίδιος ο ιός ή και ένας μη ειδικός περιβαλλοντικός παράγοντας (πυρετός, στρες, διαιτητικός παράγοντας) μπορεί να κινητοποιεί μια αυτοανοσιακή προσβολή στη μυελίνη, που εκδηλώνεται με την εμφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου. (Adam's & Victor's 2003)

Η ανοσοαντίδραση αυτή αφορά τα Τ-λεμφοκύτταρα που επιτίθενται στα νευρικά κύτταρα, απογυμνώνοντάς τα από τη μυελίνη. Η τελευταία όπως είναι γνωστό ανιχνεύεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) των αρρώστων με πολλαπλή σκλήρυνση, ιδιαίτερα σε περιόδους εξάρσεων και ενεργού εξέλιξης της νόσου. Ακόμα στον ορό και στο ENY των ασθενών βρέθηκαν αντισώματα έναντι της βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης. Η έρευνα ωστόσο για την αιτιολογία και παθογένεια της νόσου βρίσκεται σε εξέλιξη. (Λογοθέτης Ι. 2004)

Εν τέλει, κατά την τελευταία δεκαετία υπήρξε μεγάλο ενδιαφέρον για τη συμμετοχή των ROS στην παθογένεια της ΣΚΠ. Αυτά τα αντιδραστικά είδη οξυγόνου (ROS) περιέχουν ένα ή περισσότερα ασύζευκτα ηλεκτρόνια και σχηματίζονται ως ενδιάμεσα σε μία ποικιλία φυσιολογικών βιοχημικών αντιδράσεων. Ωστόσο, όταν παράγονται σε υπερβολικές ποσότητες ή δεν ελέγχονται καταλλήλως, τότε ξεκινά εκτεταμένη κυτταρική βλάβη και βλάβη των ιστών. Τα ROS έχουν ενοχοποιηθεί στην πρόοδο του καρκίνου, καρδιαγγειακών νοσημάτων και νευροεκφυλιστικών και νευροφλεγμονωδών διαταραχών, όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας (MS). Τα αποδεικτικά στοιχεία που προκύπτουν είναι ότι οι ελεύθερες ρίζες παίζουν ένα σημαντικό ρόλο σε διάφορες διαδικασίες που διέπουν την παθολογία της Πολλαπλής Σκλήρυνσης. Για την εξουδετέρωση της βλάβης που προκαλούν τα ROS, το ΚΝΣ είναι εφοδιασμένο με έναν ενδογενή μηχανισμό άμυνας αποτελούμενο από ενδογενή αντιοξειδωτικά ένζυμα. (Jack van Horssen., Maarten E. Witte., Gerty Schreibelt., Helga E. de Vries 2011)

1.7 Παθολογοανατομικά ευρήματα

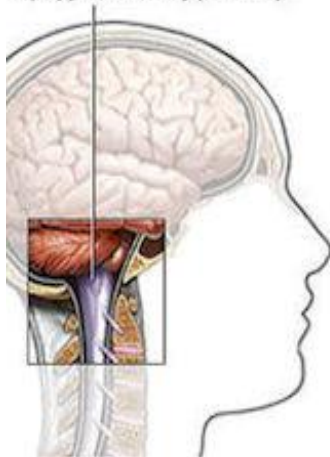
Ο εγκέφαλος, πριν γίνουν οι απαραίτητες τομές, εξωτερικά δεν εμφανίζει σημεία προσβολής από τη νόσο, ωστόσο η επιφάνεια του νωτιαίου μυελού μπορεί να είναι ανώμαλη στην όψη και την υφή. Οι τομές του εγκεφάλου και του μυελού αποκαλύπτουν πολυάριθμες διάσπαρτες κηλίδες που διακρίνονται από την περιβάλλουσα λευκή ουσία λόγω του ερυθρόφαιου χρώματος τους (το χρώμα αυτό οφείλεται στην απώλεια της μυελίνης). Οι βλάβες διαφέρουν ως προς την διάμετρο από λιγότερο του ενός χιλιοστού έως μερικά εκατοστά. (Adam's & Victor's 2003) Οι ενεργές βλάβες είναι πιθανόν να ακολουθούνται από φλεγμονώδη αντίδραση και οίδημα. Σε πιο χρόνιες βλάβες, το οίδημα και η φλεγμονή έχουν υποχωρήσει και παραμένει η ουλώδης περιοχή γλοίωσης με σαφή όρια, που χαρακτηρίζεται

από ατροφία και απώλεια αξόνων. Οι αλλοιώσεις ανευρίσκονται κυρίως στη λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού και δεν επεκτείνονται πέραν της ζώνης εισόδου των ριζών των κρανιακών και νωτιαίων νεύρων. (Fuller G. 2011) Είναι σαφώς περιγεγραμμένες και εκεί αποδίδεται ο χαρακτηρισμός του ως πλάκες από Γάλλους παθολογοανατόμους.

Όσο αφορά την τοπογραφία των βλαβών χαρακτηριστική είναι η περικοιλιακή εντόπιση, τα οπτικά νεύρα, ο νωτιαίος μυελός καθώς και το χιάσμα (σπανίως όμως οι οπτικές οδοί). Η κατανομή των βλαβών στο στέλεχος, το νωτιαίο μυελό και τα παρεγκεφαλιδικά σκέλη γίνεται τυχαία χωρίς προτίμηση σε συγκεκριμένα συστήματα ινών. Στο φλοιό του εγκεφάλου και στις κεντρικές πυρηνικές και νωτιαίες δομές, η ύπαρξη αυτών των βλαβών έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή των ελύτρων της μυελίνης, αφήνοντας ουσιαστικά ανέπαφα τα νευρικά κύτταρα.

Η ηλικία της βλάβης αποτελεί κριτήριο για την ιστολογική εμφάνισή της. Οι σχετικά πρόσφατες βλάβες παρουσιάζουν μερική ή πλήρη καταστροφή και απώλεια της μυελίνης κατά ζώνες, που σχηματίζονται από την συρροή πολλών μικρών, περιφλεβικών κυρίως εστιών. (Adam's & Victor's 2003)

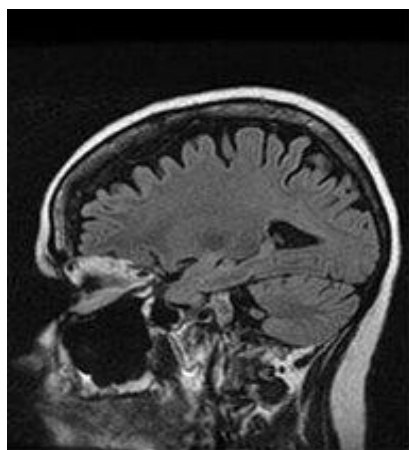
υγιής νωτιαίος μυελός



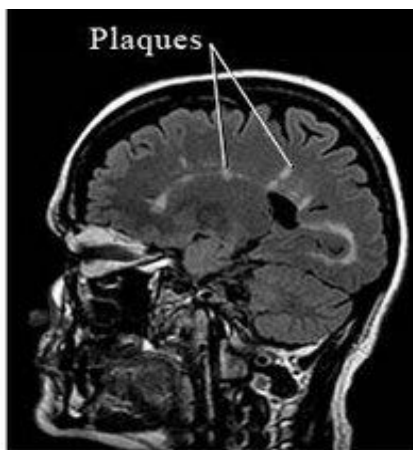
προσβεβλημένη περιοχή με πλάκες στο νωτιαίο μυελό



στη μαγνητική τομογραφία (MRI) τα προσβεβλημένα τμήματα εμφανίζονται ως λευκές περιοχές



Υγιής εγκέφαλος



Εγκέφαλος με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας

1.8 Κλινική εικόνα της ΣΚΠ (συμπτώματα)

Τα κλινικά σημεία και συμπτώματα αντικατοπτρίζουν τις παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που εμφανίζονται λόγω της φλεγμονής και της επακόλουθης ουλοποίησης της μυελίνης που καλύπτει τα νεύρα. Η διαταραχή τυπικά ακολουθεί μία πορεία εξάρσεων που στη συνέχεια ακολουθούνται από περιόδους μερικής ή πλήρους ύφεσης. (Dewit S. 2009) Λόγω του ότι η ΣΚΠ μπορεί να προσβάλλει διάφορα μέλη του ΚΝΣ, τα συμπτώματα ποικίλλουν όχι μόνο από ασθενή σε ασθενή, αλλά και στον ίδιο τον ασθενή την κάθε φορά. (Osborn Wraa Watson 2012) Οι συνηθέστερες εκδηλώσεις της ΣΚΠ είναι οι ακόλουθες:

- **Κινητική δυσλειτουργία** που είναι δυνατό να περιλαμβάνει αδυναμία ή παράλυση των άκρων, του κορμού και του αυχένα, διπλωπία που προκαλείται από αδυναμία των οφθαλμοκινητικών μυών και σπαστικότητα των μυών. (Dewit S. 2009) Η διπλωπία αποτελεί συχνό πρώιμο σύμπτωμα, που είναι δυνατόν να συνδυάζεται με ποικίλες διαταραχές της οφθαλμοκινητικότητας (παράλυση 6^{ης}, 3^{ης} ή σπανιότερα, 4^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας), στραβισμό παραλύσεις του βλέμματος και, πιο χαρακτηριστικά, διαπυρηνική οφθαλμοπληγία. (Fuller G. 2011)
- **Αισθητική δυσλειτουργία** που μπορεί να περιλαμβάνει αιμωδία, απώλεια της αισθητικότητας, καύσο και επώδυνα αισθήματα. Τμηματική ή πλήρης τύφλωση ή θάμβος της όρασης στον έναν ή και στους δύο οφθαλμούς. Επιπροσθέτως, περιλαμβάνονται στην αισθητική δυσλειτουργία εμβοές και κώφωση, καθώς και το σημείο L' hermitte (μια αίσθηση σαν ηλεκτρική εκκένωση κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης όταν ο αυχέννας βρίσκεται σε κάμψη). (Dewit S. 2009) Η οπτική νευρίτιδα αποτελεί συνηθισμένη πρώτη εκδήλωση της ΣΚΠ. Η οπτική διαταραχή εγκαθίσταται σε διάστημα λίγων ημερών με διαταραχή της κεντρικής όρασης και της αντίληψης των χρωμάτων. Ενδέχεται να συνυπάρχει πόνος κατά την κίνηση των οφθαλμών. Η διαταραχή της όρασης μπορεί να είναι ήπια ή βαριά και η όραση βελτιώνεται σε διάστημα μηνών, πιθανόν χωρίς πλήρη αποκατάσταση, ιδίως αν η οπτική διαταραχή ήταν έντονη στο αρχικό στάδιο. Οι αισθητικές διαταραχές είναι οι πιο συνηθισμένες εκδηλώσεις, καθώς αποτελούν το πρώτο σύμπτωμα σε ποσοστό ως και 40% των ασθενών. (Fuller G. 2011)
- **Προβλήματα συντονισμού** όπως αταξία, τρόμος σκοπού των άκρων και των οφθαλμών, κολλώδης ομιλία και δυσφαγία.
- **Αλλαγή των ψυχικών λειτουργιών** που συνήθως περιορίζεται σε κατάθλιψη και γνωστικά προβλήματα, όπως διαταραχή της κρίσης, μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και απώλεια μνήμης.
- **Κόπωση**, η οποία είναι χαρακτηριστικό της ΣΚΠ και επιδεινώνεται με τη θερμοκρασία (π.χ. με ένα ζεστό μπάνιο ή όταν ο καιρός είναι ζεστός). (Dewit S. 2009)
- **Διαταραχή λειτουργίας των σφιγκτήρων και της γενετήσιας λειτουργίας** η οποία περιλαμβάνει την εμφάνιση επιτακτικών ουρήσεων και συχνουρίας και, σε μικρότερο βαθμό, συχνών αφοδεύσεων, και ακολουθεί συνήθως παράλληλη πορεία με την αδυναμία των κάτω άκρων. Οι διαταραχές της ούρησης αποτελούν αντανάκλαση μικρής ασταθούς κύστης, που οφείλεται σε βλάβη του κεντρικού κινητικού νευρώνα. Τα συμπτώματα από την ούρηση ενδέχεται να προκύπτουν από ασυνέργεια εξωστήρα-σφιγκτήρα της κύστεως, δηλαδή έλλειψη συντονισμού μεταξύ σύσπασης του εξωστήρα και χάλασης του σφιγκτήρα της κύστεως. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κατακράτηση ούρων και την ατελή κένωση της ουροδόχου κύστεως. Η διαταραχή αυτή αποτελεί αίτιο επανειλημμένων ουρολοιμώξεων. (Fuller G. 2011)
- **Άλλα προβλήματα που συμβαίνουν όψιμα στην πορεία της νόσου** σχετίζονται με τη διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας: απώλεια της αυτοεκτίμησης σε άνδρες και γυναίκες, ανικανότητα στους άνδρες (η αισθητική δυσλειτουργία αποτελεί συχνό πρόβλημα στους άνδρες) και μειωμένη αισθητικότητα στις γυναίκες. Περίπου το 50%

των ασθενών καθίστανται σεξουαλικά πλήρως ανίκανοι και ένα 20% παρουσιάζει μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας. (Bradley W., Daroff R., Fenichel G., Marsden D. 2009)

<u>Συνήθη κλινικά χαρακτηριστικά της Σκλήρυνσης κατά πλάκας</u>	
Υποδηλωτικά κλινικά χαρακτηριστικά	Μη υποδηλωτικά κλινικά χαρακτηριστικά
Έναρξη σε ηλικίες από 15 έως 50 ετών	Έναρξη πριν από τα 10 και μετά από τα 60 έτη
Εξάρσεις και υφέσεις	Προοδευτική πορεία
Οπτική νευρίτιδα	Πρώιμη άνοια
Σημείο Lhermitte	Δυσκαμψία, δυστονία
Διαπυρηνική οφθαλμοπληγία	Φλοιώδη ελλείματα όπως αφασία, απραξία, αλεξία, παραμέληση χώρου
Κόπωση	
Επιδείνωση κατά την αύξηση της θερμοκρασίας σώματος	

(Bradley, Εγχειρίδιο Κλινικής Νευρολογίας)

1.9 Κλίμακα αναπηρίας (Kurtzke) της ΣΚΠ

Κλίμακα αναπηρίας (Kurtzke) της ΣΚΠ	
0	Φυσιολογικά ευρήματα
1	Καμία αναπηρία, ελάχιστα σημεία
2	Ελάχιστη αναπηρία σε ένα λειτουργικό σύστημα (π.χ. ελαφριά σπαστικότητα ή πάρεση)
3	Μέτρια αναπηρία σε ένα λειτουργικό σύστημα, ή ήπια αναπηρία σε 3 ή 4 συστήματα
4	Αναπηρία που βλάπτει αλλά δεν απαγορεύει την εκτέλεση της συνήθους εργασίας και δεν επηρεάζει τον τρόπο ζωής
5	Μερική αναπηρία στη δουλειά, μέγιστη απόσταση βάρδισης χωρίς βοήθεια 200m
6	Η βάρδιση περιορίζεται στα 100m με υποστήριξη από μπαστούνι ή άλλα βοηθήματα
7	Ασθενής περιορισμένος σε αναπηρική πολυθρόνα που μπορεί να ανέβει ή να κατέβει και να κινεί την πολυθρόνα χωρίς βοήθεια
8	Ασθενής κλινήρης ή σε αναπηρική πολυθρόνα αλλά διατηρεί την αποτελεσματική χρήση των άνω άκρων
9	Κλινήρης ασθενής χωρίς δυνατότητα παροχής βοήθειας
10	Θάνατος από σκλήρυνση κατά πλάκας

(Berlit P. Memorix Νευρολογία)

1.10 Πορεία της νόσου-υποτροπές

Η χαρακτηριστικότερη κλινική πορεία της ΣΚΠ είναι η εμφάνιση υποτροπών. Σαν υποτροπή ορίζεται η εμφάνιση οξείας ή υποξείας συμπτωματολογίας η οποία κορυφώνεται εντός ημερών μέχρι και αρκετών εβδομάδων. Η υποτροπή ακολουθείται από ύφεση, κατά την οποία τα συμπτώματα και τα σημεία υποχωρούν σε ποικίλλο βαθμό. Η ελάχιστη διάρκεια υποτροπής έχει ορισθεί αυθαίρετα στις 24 ώρες. Περίπου το 15% των ασθενών δεν παρουσιάζει ποτέ δεύτερη υποτροπή. (Bradley W., Daroff R., Fenichel G., Marsden D. 2009)

Για να προσδιορισθεί με πιο ακριβή τρόπο η ποικίλλουσα εξέλιξη και πορεία της ΣΚΠ έχουν διακριθεί τέσσερις κύριες μορφές της νόσου:

- **Διαλείπουσα μορφή.** Χαρακτηρίζεται από σαφώς καθοριζόμενες υποτροπές, με πλήρη ή μερική αποκατάσταση, οπότε και παραμένουν ορισμένες υπολειμματικές βλάβες. Οι περίοδοι μεταξύ των υποτροπών χαρακτηρίζονται από την κλινική σταθερότητα της νόσου.
- **Πρωτοπαθής προϊούσα.** Η νόσος από την έναρξη συνεχώς επιδεινώνεται. Περιστασιακά όμως παρατηρείται σταθεροποίηση και σε ελάχιστες περιπτώσεις προσωρινή βελτίωση. Η μορφή αυτή εμφανίζεται συνήθως σε άτομα με όψιμη έναρξη των συμπτωμάτων, σε όσους δηλαδή η νόσος αρχίζει περίπου στο 40^ο έτος της ηλικίας.
- **Δευτεροπαθής προϊούσα μορφή.** Αρχικά η νόσος εκδηλώνεται με εξάρσεις και υφέσεις. Αργότερα εμφανίζεται προοδευτική επιδείνωση με ή χωρίς περιστασιακές υποτροπές, ελάχιστες υφέσεις και σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας.
- **Προοδευτική-υποτροπιάζουσα μορφή.** Η νόσος από την έναρξή της, εμφανίζεται με προοδευτική επιδείνωση. Παρατηρούνται όμως οξείες υποτροπές, με ή χωρίς πλήρη αποκατάσταση. Η πορεία της νόσου μεταξύ των υποτροπών χαρακτηρίζεται από προοδευτική επιδείνωση. (Aminoff M., Grennberg D., Simon R. 2006 & Βασιλόπουλος Δ. 2008)

Αντιμετώπιση των υποτροπών

Η υποτροπή αποτελεί ένα νέο σημείο ή επιδείνωση των νευρολογικών συμπτωμάτων, με διάρκεια μεγαλύτερη από 24 ώρες. Η ανάρρωση μετά από υποτροπή ποικίλλει. Μετά την έναρξη της υποτροπής τα συμπτώματα κορυφώνονται και ο ασθενής αναρρώνει για εβδομάδες ή μήνες. Έπειτα, σημειώνεται σταδιακή υποχώρηση των συμπτωμάτων και οι ασθενείς αναρρώνουν μερικώς ή ολικώς.

Οι υποτροπές αντιμετωπίζονται συχνά με τη χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια γλυκοκορτικοειδών, όπως η μεθυλοπρεδνιζολόνη. Κοινές παρενέργειες της χρήσης αυτού του τύπου φαρμάκων αποτελούν η αύξηση του βάρους, η μεταλλική γεύση στο στόμα, η αϋπνία, η υπεργλυκαιμία, τα γαστρεντερικά έλκη και η ανησυχία. Λιγότερο συχνές παρενέργειες είναι η ψύχωση και η θόλωση της όρασης.

Το λεπτομερές ιστορικό της υποτροπής και των συνεπακόλουθων συμπτωμάτων αποτελεί τη βάση της φροντίδας και θεραπείας των ασθενών με ΣΚΠ. Η καταγραφή θα δείξει πότε ξεκίνησε η υποτροπή, τη δριμύτητα των συμπτωμάτων και τον αντίκτυπό τους στις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς. Το πλάνο φροντίδας του ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει την κατανόηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην επιδείνωση των

συμπτωμάτων, τις συνήθεις διαγνωστικές εκτιμήσεις και την αναθεώρηση της συνήθους ιατρικής θεραπείας. (Osborn Wraa Watson 2012)

Πρόληψη των υποτροπών

Η ιντερφερόνη-β 1a και η ιντερφερόνη-β 1b περιορίζουν τον αριθμό των υποτροπών στην υποτροπιάζουσα μορφή της ΣΚΠ κατά 35%, κατά μέσο όρο. Επίσης με τη χρήση τους καταγράφεται περιορισμός του αριθμού των ενεργών βλαβών που διαπιστώνονται στην MRI. Ο μηχανισμός δράσης τους είναι περίπλοκος και περιλαμβάνει την αναστολή της δραστηριότητας των κατασταλτικών κυττάρων και της μετανάστευσης των T κυττάρων διαμέσου του αιματοεγκεφαλικού φραγμού, καθώς και την αύξηση της παραγωγής των αντιφλεγμονωδών κυτοκινών. Το φάρμακο μπορεί να χορηγηθεί είτε ενδομυϊκώς μία φορά την εβδομάδα (ιντερφερόνη-β 1a), είτε μέρα παρά μέρα υποδορίως(SC) (ιντερφερόνη-β 1b). Οι παρενέργειες συνίστανται σε συμπτώματα παρόμοια με της γρίπης, κατάθλιψη, αντίδραση στο σημείο της ένεσης και σπανίως συμπτώματα θυρεοειδίτιδας, λύκου ή ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Το Glatirameracetate (copolymer 1) είναι ένα μόριο 4-αμινικού οξέος, που δρά μειώνοντας την αντιδραστικότητα σε αντιγόνα του ΚΝΣ. Η καθημερινή υποδόρια χορήγησή του μειώνει τις εξάρσεις της υποτροπιάζουσας μορφής της ΣΚΠ, κατά το 1/3. Οι παρενέργειες είναι πόνος στο σημείο της ένεσης, εξάντληση, ναυτία, πόνος στο στήθος, ανησυχία και έξαψη.

Η αζαθειοπρίνη, η μεθοτρεξάτη, η κλαντριμπίνη και η κυκλοσπορίνη Α έχουν περιορισμένα οφέλη σε ασθενείς με ραγδαίως προιούσα ΠΣ. Οι σημαντικές παρενέργειές τους περιορίζουν τη χρήση τους. Το υπερβαρικό οξυγόνο, η ακτινοβολία των λεμφαδένων, η π्लाσμαφαίρεση και η χορήγηση μυελίνης από το στόμα δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά. (Λογοθέτης Ι. 2004)

Εκλυτική δράση εξωγενών παραγόντων στην πορεία της ΣΚΠ

Οι εξωγενείς παράγοντες δεν προκαλούν τη νόσο, αλλά συμβάλλουν στην πρόκληση υποτροπών. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται οι λοιμώξεις, οι συναισθηματικές καταπονήσεις, οι τραυματισμοί, οι εμβολιασμοί, η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, η κύηση. Σε ασθενείς με πρόσφατες ιογενείς λοιμώξεις και σε λεχιάδες παρατηρείται αυξημένος αριθμός υποτροπών ενώ επίταση κάποιων συμπτωμάτων μπορεί να παρατηρηθεί με την απλή και μόνο αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος (ηλιοθεραπεία, εργώδης και παρατεταμένη σωματική εργασία κλπ). Η ΣΚΠ ωστόσο δεν πρέπει να αποτελέσει αιτία αποφυγής τεκνοποίησης σε άτεκνες ιδίως γυναίκες, καθώς η νόσος δεν επηρεάζει τις συνθήκες της κύησης ή του τοκετού, αλλά ούτε η κύηση επηρεάζει τη νόσο. Ωστόσο, υπάρχει πιθανότητα κατά της διάρκεια της λοχείας, να εμφανιστεί υποτροπή της νόσου και γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να ενημερώνεται κάθε γυναίκα ασθενής. Ως προς τους εμβολιασμούς, καλό είναι να αποφεύγονται ή να πραγματοποιούνται οι απολύτως απαραίτητοι. (Βασιλόπουλος Δ. 2008)

1.11 Εργαστηριακά ευρήματα

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει παθognωμονικό εργαστηριακό εύρημα, η διάγνωση της νόσου μπορεί να ενισχυθεί και με την ανεύρεση εργαστηριακών ενδείξεων, βλαβών του ΚΝΣ, με συνδυασμένες εργαστηριακές ενδείξεις ανοσολογικής δυσλειτουργίας.

Οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται είναι οι εξής:

1. Οσφουονωπιαία παρακέντηση με την οποία λαμβάνεται ΕΝΥ για τον έμμεσο προσδιορισμό βιοχημικών διαταραχών του εξωκυττάριου υγρού του ΚΝΣ Έτσι λοιπόν κυρίως σε περιόδους εξάρσεων στο ΕΝΥ παρατηρείται:

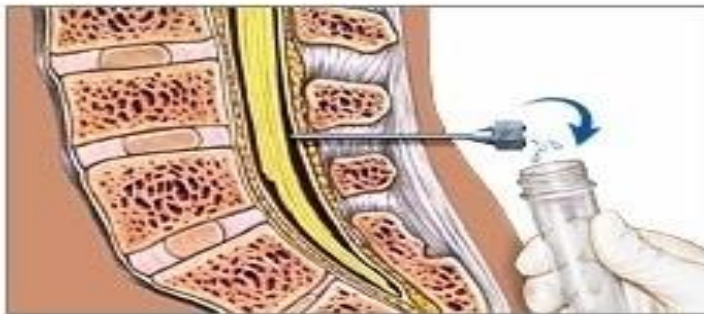
- Αύξηση της βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης (MBP: Myelin Basic Protein). (Γρηγοράκης Δ. 2003)
- Αυξημένος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων, τα οποία φθάνουν μερικές φορές τα 30-50 mm. (Λογοθέτης Ι. 2004)
- Αύξηση των ολικών πρωτεϊνών.
- Επίσης ιδιαίτερα αυξημένη είναι η IgG (Γ-σφαιρίνη) και αντιπροσωπεύει ποσοστό άνω του 25% των ολικών πρωτεϊνών του ΕΝΥ στο 50% και πλέον των περιπτώσεων. (Λογοθέτης Ι. 2004)

Ο δείκτης της IgG (Γ-σφαιρίνη) βρίσκεται πρακτικά από την παρακάτω σχέση:

$\Delta\text{ΕΙΚΤΗ}\Sigma\text{IgGENY} = \frac{\text{IgGENY}}{\text{IgGορού}} \cdot \frac{\text{AlbENY}}{\text{Albορού}}$

Βέβαια αυξημένο δείκτη μπορεί να παρουσιάζουν, πλην της ΣΚΠ, και άλλα φλεγμονώδη νοσήματα του νευρικού συστήματος. (Γρηγοράκης Δ. 2003)

- Παρουσία ξεχωριστών (ολιγοκλωνικών) ζωνών στην περιοχή της Γ-σφαιρίνης με ηλεκτροφόρηση αυτής σε αγαρόζη ή πολυακρυλαμίδη, στο 90% των ασθενών.



Spinal fluid
is collected
for testing



2. Ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις:

- **Προκλητά δυναμικά** τα οποία αποτελούν τις μέσες ηλεκτροεγκεφαλογραφικές αντιδράσεις σε μια σειρά από οπτικά, ακουστικά ή σωματοαισθητικά ερεθίσματα. Ανωμαλίες παρατηρούνται στο 70-80% των ασθενών. (Λογοθέτης Ι. 2004) Πιο αναλυτικά η μέθοδος **των οπτικών προκλητών δυναμικών (VER: Visual Evoked Responses)**, ανιχνεύει με μεγάλη

ευαισθησία τις μεταβολές της αγωγής από το οπτικό νεύρο ακόμα και ασθενών χωρίς συμπτώματα και χρησιμεύει κυρίως στη διάγνωση της ΣΚΠ στα αρχικά στάδια. Συγκεκριμένα ο χρόνος έκλυσης σχετίζεται με την ταχύτητα αγωγής του ερεθίσματος στο οπτικό νεύρο και στις κεντρικές οπτικές οδούς.

Με τη μέθοδο **των ακουστικών προκλητών δυναμικών (BAER: Brain Stem Auditory Evoked Responses)**, διαπιστώνονται και συχνά εντοπίζονται διαταραχές του ακουστικού νεύρου και των ακουστικών οδών του εγκεφαλικού στελέχους.

Τέλος με **τα σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά (SER: Somatosensory Evoked Responses)**, υπολογίζεται η ταχύτητα αγωγής, η οποία θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει τους χρόνους μεταβίβασης του ερεθίσματος στις αισθητικές οδούς, από μεγάλες αισθητικές ίνες των περιφερικών νεύρων ως τα νευρικά πλέγματα, το νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο.

- **Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα** με το οποίο καταγράφονται οι διαφορές δυναμικού, οι οποίες παρουσιάζονται στην εξωτερική δερματική επιφάνεια του ανθρώπινου κρανίου ως αποτέλεσμα της λειτουργίας του εγκεφάλου. Με τον τρόπο αυτό πραγματοποιείται μια ουσιαστική απεικόνιση-αντανάκλαση της εγκεφαλικής δραστηριότητας που θέλουμε να μελετήσουμε. (Andreoli, Bennett, Carpenter Plum, et all. 2010) Ηλεκτροεγκεφαλογραφικές διαταραχές διαπιστώνονται στο 35% των ασθενών με ΣΚΠ. (Γρηγοράκης Δ. 2003)

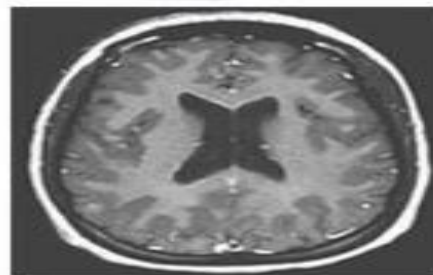
- **Ηλεκτρονυσταγμογραφία** η οποία συμβάλλει στη μελέτη της διαπυρηνικής οφθαλμοπληγίας. (Γρηγοράκης Δ. 2003)

3.Απεικονιστικές εξετάσεις έλεγχου του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού:

- **Αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT)**, η οποία μπορεί να παρουσιάζει αραιωτικές περιοχές ή κατά το οξύ στάδιο περιοχές που σκιαγραφούνται εντονότερα μετά από ενδοφλέβια έγχυση ιωδιούχου ακτινογραφικής ουσίας. Αυτές οι περιοχές απομυελίνωσης παρατηρούνται χαρακτηριστικά στις περικοιλιακές ζώνες του εγκεφάλου και ιδιαίτερα γύρω από τις πλάγιες κοιλίες.

- **Μαγνητική τομογραφία (MRI)**, η οποία είναι σημαντικά πιο ευαίσθητη από την αξονική, διότι αποκαλύπτει την παρουσία πλακών ενισχυμένου συντονισμού στην περικοιλιακή περιοχή, οι οποίες αποτελούν ισχυρές ενδείξεις για ΣΚΠ. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι περικοιλιακές περιοχές αυξημένου συντονισμού των οποίων η σημασία είναι άγνωστη παρατηρούνται και σε πολλά ηλικιωμένα άτομα.

Magnetic resonance imaging (MRI scan) of the brain



(Andreoli, Bennett, Carpenter, Plum, et all. Cecil. Παθολογία.)¹⁴

1.12 Διάγνωση

Η διάγνωση της ΣΚΠ βασίζεται στο ιστορικό των πολλαπλών επεισοδίων δυσλειτουργίας του ΚΝΣ, τα οποία συμβαίνουν σε περίοδο μηνών έως και ετών με ποικίλου βαθμού

αποκατάσταση, σε συνδυασμό με τα παθολογικά σημεία που αποκαλύπτει η νευρολογική εξέταση και αντιστοιχούν σε διάφορες εντοπίσεις του ΚΝΣ. Για την επιβεβαίωση της διάγνωσης που έχουμε υποπτευθεί από την κλινική εξέταση και αποκλείουν άλλες ασθένειες χρήσιμες είναι η οσφυονωτιαία παρακέντηση, η MRI και τα προκλητά δυναμικά. Η οριστική διάγνωση της ΣΚΠ γίνεται όταν έχουμε δύο ξεχωριστά επεισόδια με δύο ή περισσότερες βλάβες, οι οποίες επιβεβαιώνονται με την κλινική εξέταση ή με εργαστηριακές δοκιμασίες. Οτιδήποτε λιγότερο από αυτό θα πρέπει να θεωρείται πιθανή ή ενδεχόμενη ΣΚΠ.

Η MRI εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, με ή χωρίς σκιαγραφικό, χρησιμοποιείται για να καθοριστούν οι ενεργές βλάβες (προσλαμβάνουν σκιαγραφικό) καθώς και οι παλαιές βλάβες, οι οποίες φαίνονται πολύ καλά στις T2 απεικονίσεις, στο 90% των ατόμων με οριστικά διαγνωσμένη ΣΚΠ. Η εξέταση του ENY είναι θετική για ολιγοκλωνικές δέσμες ή εμφανίζει αυξημένο λόγο IgG/αλβουμίνης ENY/ ορού στο 90% των ασθενών με διάρκεια νόσου μεγαλύτερη από ένα έτος. Το ENY μπορεί να είναι φυσιολογικό κατά το πρώτο επεισόδιο. Στην οριστικά διαγνωσμένη ΣΚΠ, τα οπτικά προκλητά δυναμικά είναι παθολογικά στο 90% των περιπτώσεων, ενώ οι ακουστικές και σωματοαισθητικές δοκιμασίες είναι παθολογικές στο 60 έως 80% των περιπτώσεων. Τα προκλητά δυναμικά είναι χρήσιμα στην αποκάλυψη των βλαβών της λευκής ουσίας που είναι κλινικά σιωπηλές, καθώς μπορούν να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση, αποκαλύπτοντας πολλαπλά σημεία προσβολής του ΚΝΣ. (Aminoff M., Greenberg D., Simon R. 2006 & Netter F. 2009)

Διαφορική διάγνωση

Η διάγνωση της ΣΚΠ είναι κλινική και δεν μπορεί να βασιστεί μόνο στα ευρήματα του απεικονιστικού ελέγχου. Αλλοιώσεις που οφείλονται σε γήρανση, διαβήτη και υπέρταση ενδέχεται να έχουν κοινά χαρακτηριστικά με τη ΣΚΠ και, λόγω της συχνότητάς τους, ορισμένες από τις εκδηλώσεις τους μπορεί να παρουσιάζουν σημαντική αλληλοκάλυψη με αντίστοιχες εκδηλώσεις της ΣΚΠ. Αξίζει να σημειωθεί επίσης το γεγονός ότι δεν πρέπει να αποδίδεται υπερβολική σημασία στα ευρήματα της Μαγνητικής Τομογραφίας, καθώς υπάρχουν ασθένειες με βλάβες της λευκής ουσίας και μονοσυμπτωματική νόσο, που ενδέχεται να μην εμφανίσουν ποτέ άλλα συμπτώματα και σημεία της ΣΚΠ. Η λανθασμένη διάγνωση της ΣΚΠ με βάση μόνο τα απεικονιστικά ευρήματα έχει προκαλέσει σημαντική τάλαιπωρία σε άτομα που, με βάση κλινικά κριτήρια, δεν πάσχουν αλλά ακόμα λόγω των ευρημάτων της ΜΤ, υφίστανται ψυχολογική επιβάρυνση, έχουν προβλήματα ως προς τον οικογενειακό τους προγραμματισμό και ενδέχεται να αντιμετωπίσουν δυσκολίες ως προς την απασχόληση και την ασφάλισή τους.

Σε πρόσφατη ανασκόπηση εξετάστηκε αναλυτικά η διαφορική διάγνωση των νόσων με κλινικά ή απεικονιστικά χαρακτηριστικά παρόμοια με εκείνα της ΣΚΠ. Τα βασικά στοιχεία είναι τα εξής:

1. Εμφανής φυσιολογική γήρανση.

Υπέρπυκνες βλάβες T2 της λευκής ουσίας αποτελούν συχνό τυχαίο εύρημα σε ηλικιωμένα άτομα. Οι Fazekas και οι συνεργάτες πρότειναν κριτήρια για τα ευρήματα τύπου ΣΚΠ. Σύμφωνα με αυτά τα ευρήματα, απαιτούνται δύο από τα τρία ακόλουθα χαρακτηριστικά: μέγεθος βλάβης τουλάχιστον 6mm, βλάβες σε γειτνίαση με το σώμα (επιφάνεια) των κοιλιών και υποσκληριδιακή εντόπιση των βλαβών.

2. Αγγείιτιδες.

Νοσηρές καταστάσεις, όπως ο συστηματικός ερυθματώδης Λύκος και η νόσος Αδαμαντιάδη-Behcet, ενδέχεται να έχουν κλινικές και απεικονιστικές ομοιότητες με τη ΣΚΠ. Οι εγκεφαλικές βλάβες των αγγειιτίδων ενδέχεται να είναι πιο ήπιες περικολιακά σε σύγκριση με την περιφερική λευκή ουσία, προσβάλλουν συχνότερα τον φλοιό, μπορεί να συνοδεύονται από ισχαιμία κατανομής μεγάλου αγγείου ή συγκεκριμένης περιοχής του φλοιού και είναι δυνατόν να συνοδεύονται από εστιακή φλοιώδη ατροφία.

3. Ημικρανία.

Οι βλάβες που αφορούν την ημικρανία αφορούν περισσότερο την περιφερική και όχι την περικολιακή λευκή ουσία. Οι ασθενείς με επιπλεγμένη ημικρανία ενδέχεται να εμφανίζουν βλάβες με εντόπιση τον φλοιό της παρεγκεφαλίδας ή των ημισφαιρίων.

4. Νόσος Lyme (νευρομπορελίωση).

Η νόσος Lyme μπορεί να μιμηθεί κλινικά τη ΣΚΠ, με εκδήλωση οπτικής νευρίτιδας και υποτροπιάζουσας πορείας. Καθώς η νόσος Lyme είναι θεραπεύσιμη και συχνά παραμένει αδιάγνωστη, είναι σημαντικό να εξετάζεται αυτό το ενδεχόμενο σε ενδημικές περιοχές. Η νόσος Lyme μπορεί να συνοδεύεται από σκιαγραφική ενίσχυση της λεπτής μήνιγγας.

5. Πολλαπλές εμβολές.

Η εικόνα των πολλαπλών εμβολών στη ΜΤ μπορεί να θυμίζει ΣΚΠ. Ωστόσο, σε αντίθεση με τη ΣΚΠ, οι εμβολές συνήθως αφορούν στο φλοιο-υποφλοιώδες όριο και μερικές φορές έχουν ως αποτέλεσμα απόφραξη μεγάλου κλάδου. Η εμβολή ενδέχεται να συνοδεύεται επίσης από μικροαιμορραγία στο εσωτερικό και την περιφέρεια της βλάβης.

6. Νόσος Whipple.

Στα αρχικά της στάδια, η νόσος Whipple μπορεί να μιμηθεί τη ΣΚΠ. Η νόσος μπορεί να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά με αντιβιοτικά.

7. Κακοήθη νεοπλασμάτα, μεταστάσεις και λεμφώματα.

Σπάνια, τα κακοήθη νεοπλασμάτα είναι δυνατόν να έχουν απεικονιστική εικόνα παρόμοια με αυτή της ΣΚΠ.

1.13 Θεραπεία

Προς το παρόν δεν υπάρχει θεραπεία για τη ΣΚΠ. Η θεραπευτική αντιμετώπιση έχει ως στόχο την βελτίωση των συμπτωμάτων. Ορισμένες νεότερες θεραπείες είναι πιθανό να αποδειχθούν αποτελεσματικές στη μείωση της συχνότητας των υποτροπών και την επιβράδυνση της πορείας της αναπηρίας. Οι περισσότερες θεραπευτικές προσπάθειες επικεντρώνονται σε υποστηρικτικά μέτρα για την διατήρηση της αντίστασης στη λοίμωξη, τη μείωση της σπαστικότητας των μυών και την αντιμετώπιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων, όπως η διπλωπία, η διαταραχή στην ομιλία, η αδυναμία των μυών, η κόπωση και η κατάθλιψη. Το εκάστοτε φαρμακευτικό σχήμα απευθύνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. Η θεραπεία της των πασχόντων από ΣΚΠ είναι εμπειρική μέσω αυτής επιδιώκεται:

1. Η άμεση ανακούφιση του ασθενούς από τη συμπτωματολογία της οξείας φάσης.
2. Ο περιορισμός του ρυθμού και της βαρύτητας των υποτροπών και επομένως της αναπηρίας που κάθε φορά επιπροστίθεται.
3. Η καθαρώς συμπτωματική αντιμετώπιση μεμονομένων κλινικών εκδηλώσεων όπως σπαστικότητα, τρόμος, σφικτηριακές διαταραχές, οι οποίες υποβαθμίζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων.
4. Η παντός είδους υποστήριξη των ασθενών και της οικογένειάς τους, λόγω των σημαντικών κοινωνικο-οικονομικών επιπτώσεων της πάθησης. (Βασιλόπουλος Δ. 2008)

ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΕΟΕΙΔΗ

Τα κορτικοστεροειδή επιταχύνουν την υποχώρηση των συμπτωμάτων μετά από υποτροπή της νόσου. Συνήθως χορηγούνται ενδοφλέβια (ως μεθυλπρεδνιζολόνη) σε διάστημα τριών ημερών. Κορτικοστεροειδή είναι δυνατόν να χορηγηθούν και σε ασθενείς με προϊούσα ΣΚΠ, αλλά η ανταπόκριση είναι λιγότερο ικανοποιητική συγκριτικά με την υποτροπιάζουσα μορφή. Τα επιμέρους συμπτώματα είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν. Στα πιο συνήθη προβλήματα περιλαμβάνονται σπαστικότητα, εύκολη κόπωση, αταξία, κυστικές διαταραχές, στυτική δυσλειτουργία, δυσκοιλιότητα. Ο πόνος που εμφανίζουν ορισμένοι ασθενείς συνήθως ανταποκρίνεται σε φάρμακα ρυθμιστικά του πόνου, όπως η αμιτριπτυλίνη ή η καρβαμαζεπίνη. Η καρβαμαζεπίνη ενδέχεται επίσης να είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση παροξυσμικών συμπτωμάτων, όπως το σημείο Lhermitte. Η κατάθλιψη είναι συχνή και απαιτεί αντιμετώπιση με υποστηρικτική θεραπεία και χορήγηση αντικαταθλιπτικών. (Fuller G. 2011) Η πολλαπλή σκλήρυνση μπορεί να αντιμετωπιστεί με τροποποιητικά της νόσου φάρμακα (νοσοτροποποιητικά φάρμακα), όπως η ιντερφερόνη βήτα (IPNβ) και οξική

γκλατιραμέρη (GA), οι οποίες αποσκοπούν στη μείωση της συχνότητας και της βαρύτητας των κλινικών επιθέσεων και να καθυστερήσει την εξέλιξη της αναπηρίας. (Freedmana M., Comib G., Nikola de Stefano. 2014)

ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ

Η θεραπευτική αγωγή των ανοσοκατασταλτικών στην Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, στη νόσο με την άγνωστη αιτιολογία εδώ και δεκαετίες, είναι ακόμη μια επιβεβαίωση της αδυναμίας μας να προσεγγίσουμε ουσιαστικά το πρόβλημα « Σκλήρυνση Κατά Πλάκας». Η αζαθειοπρίνη (Imuran) , η κυκλοφωσφαμίδη (Endoxan), η κυκλοσπορίνη – Α και η μιτοξανδρόνη συγκροτούν την ανοσοκατασταλτική αγωγή με θετικά ή αρνητικά στοιχεία. (Greenberg O. 1999)

Η φυσικοθεραπεία συμβάλλει στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενούς και η εργασιοθεραπεία στην προσαρμογή του περιβάλλοντος του ασθενούς για την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της αναπηρίας του. Ορισμένοι ασθενείς έχουν ανάγκη λογοθεραπείας. Ένα πρόγραμμα ασκήσεων θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο για τους ασθενείς με ΣΚΠ, καθώς ανακουφίζει τη σπαστικότητα και βελτιώνει τον συντονισμό. Η κολύμβηση παρέχει σημαντικά οφέλη, καθώς η άσκηση στο νερό είναι λιγότερο κοπιαστική σε σύγκριση με την άσκηση έξω από το νερό. Λόγω της κόπωσης, συχνά είναι δύσκολο να πειστούν οι ασθενείς με ΣΚΠ να ασκηθούν.

Επιπλέον, ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει την υποστήριξη και τα φυσικά και ψυχολογικά μέσα που του χρειάζονται για να αναπτύξει μια θετική και γεμάτη ελπίδα προοπτική. Η θετική στάση ζωής μπορεί να έχει σημαντικά ψυχολογικά και βιολογικά οφέλη στον ασθενή με ΣΚΠ. Υπάρχει μία κατανοητή τάση κατάθλιψης και απαισιοδοξίας για το μέλλον όταν κανείς έρχεται αντιμέτωπος με την πραγματικότητα της μυϊκής αδυναμίας, της ακράτειας, της σεξουαλικής ανικανότητας και όλων των άλλων αναπηριών που είναι πιθανό να εμφανιστούν κατά την πορεία της ΣΚΠ. (Dewit S. 2009)

Συνήθη φάρμακα που χρησιμοποιούνται στους ασθενείς με ΣΚΠ			
Φάρμακο	Σύμπτωμα που ανακουφίζεται	Παρενέργειες και προφυλάξεις	Εκπαίδευση ασθενούς
ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΕΟΕΙΔΗ: ACTH, πρεδνιζόνη, μεθυλπρεδνιζολόνη	Εξάρσεις	Οίδημα, αλλαγές της ψυχικής κατάστασης (ευφορία), αύξηση βάρους. Ελάχιστες παρενέργειες αν χρησιμοποιείται για λιγότερο από 1 μήνα κάθε φορά.	1)Περιορισμός της πρόσληψης αλατιού. 2)Αποφυγή απότομης διακοπής της θεραπείας. 3)Γνώση αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα.
ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΑ: Ιντερφερόνη-β Οξική Γκλατιραμέρη	Εξάρσεις	Γριπώδης συνδρομή, τοπικές δερματικές αντιδράσεις, κατάθλιψη. Παρακολούθηση γενικής και βιοχημικών αίματος, καθώς και ηπατικής λειτουργίας κάθε 3 μήνες.	1)Εκμάθηση τεχνικής ενέσεων στον εαυτό του. 2)Αναφορά παρενεργειών.
ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ: Μιτοξαντρόνη	Εξάρσεις	Ναυτία, έμετος, διάρροια, βλεννογονίτιδα, αλωπεκία, ηπατοτοξικότητα,μυελοκαταστολη ,καρδιαγγειακή νόσος. Παρακολούθηση με γενική αίματος και ηπατικά ένζυμα κάθε	1)Τακτική παρακολούθηση. 2)Αναζήτηση συμβουλής από επαγγελματία υγείας πριν

		μήνα .	ξεκινήσει εμβόλια. 3)Να γνωρίζει ότι τα ούρα μπορεί στην αρχή να πάρουν γαλαζοπράσινο χρώμα. 4)Επαρκής πρόσληψη υγρών.
ΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΑ: Βητανεχόλη	Επίχεση ούρων (άτονη κύστη)	Υπόταση, διάρροια, μυϊκή αδυναμία. Ιστορικό καρδιακή δυσλειτουργίας, υπόταση, αλλεργιών, πεπτικού έλκους και άσθματος.	1)Αναζήτηση συμβουλής από επαγγελματία υγείας πριν χρησιμοποιηθούν άλλα φάρμακα ακόμα.
ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΑ: Προπρανθελίνη	Συχνουρία (σπαστική κύστη)	Ξηροστομία, θάμβος όρασης, δυσκοιλιότητα, υπέρταση, επίσχεση ούρων (σε μεγάλη δόση). Αντενδείκνυται σε ιστορικό γλαυκώματος, υπερπλασίας του προστάτη, καρδιακής δυσλειτουργίας και απόφραξης του εντέρου.	1)Αναζήτηση συμβουλής από επαγγελματία υγείας πριν χρησιμοποιηθούν άλλα φάρμακα, ιδίως υπταγωγά ή αντισταμινικά.

Συνήθη φάρμακα που χρησιμοποιούνται στους ασθενείς με ΣΚΠ

Φάρμακο	Σύμπτωμα που ανακουφίζεται	Παρενέργειες και προφυλάξεις	Εκπαίδευση ασθενούς
ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΣΩΜΑ: Ναταλιζουμάμπη	Μειώνει τις επιπλοκές, επιβραδύνει την απώλεια της όρασης.	Αρθραλγία, λοιμώξεις του ουροποιητικού, διάρροια, καταστολή, κόπωση, κεφαλαλγία, προιούσα πολυεστιακή λευκοεγκαφαλοπάθεια.	1)Παρατήρηση για παρενέργειες. 2)Μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο λοίμωξης όταν συνδυάζεται με κορτικοστεροειδή και άλλα ανοσοκατασταλτικά
ΜΥΟΧΑΛΑΡΩΤΙΚΑ: Διαζεπάμη	Σπαστικότητα	Ζάλη, αταξία, κόπωση. Αντενδείκνυται σε ιστορικό γλαυκώματος κλειστής γωνίας.	1)Αποφυγή οδήγησης και παρόμοιων δραστηριοτήτων λόγω της καταστατικής δράσης στο ΚΝΣ. 2)Προσοχή για αθροιστική δράση. 3)Αποφυγή μακροχρόνιας

			χρήσης. 4)Αποφυγή ταυτόχρονης χρήσης βαρβιτουρικών ή αντικαταθλιπτικών.
--	--	--	--

(Dewit S. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική)

Επίπτωση της θεραπείας στις βλάβες της ΣΚΠ με βάση την Μαγνητική Τομογραφία (ΜΤ)

ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΕΟΕΙΔΗ:

Τα κορτικοστεροειδή παραμένουν η βασική θεραπεία για τις οξείες, συμπτωματικές εξάρσεις της ΣΚΠ, καθώς μειώνουν την βαρύτητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, συχνά με θεαματικό τρόπο σε διάστημα ωρών. Η ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοστεροειδών σε υψηλές δόσεις ίσως έχει άμεση επίδραση στον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, με αποτέλεσμα την αποκατάσταση της ακεραιότητάς τους σε διάστημα κεπτών έως ωρών στις οξείες βλάβες της ΣΚΠ σύμφωνα με απεικονιστικές μελέτες. Αυτή η επίδραση στον αιματοεγκεφαλικό φραγμό είναι παροδική, καθώς πολλές βλάβες παρουσιάζουν και πάλι ενίσχυση έπειτα από αρκετές μέρες. Σε περίοδο μερικών εβδομάδων, η ενίσχυση των βλαβών επανέρχεται στα αναμενόμενα επίπεδα. Σε πρακτικό επίπεδο, η ΜΤ που διενεργείται σε διάστημα ημερών μετά την ενδοφλέβια χορήγηση υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών ενδέχεται να απεικονίζει ψευδώς λιγότερες και συχνά μηδαμινές βλάβες που ενισχύονται και αυτή η επίδραση μπορεί να έχει διάρκεια αρκετών εβδομάδων.

ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΕΣ-βήτα:

Η ιντερφερόνη-β 1a (Avonex) και 1b (Betaferon) έχουν εγκριθεί στη Βόρεια Αμερική για την υποτροπιάζουσα ΣΚΠ, ενώ χρησιμοποιούνται ευρέως και στην Ευρώπη. Η ιντερφερόνη-β επηρεάζει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, όπως και προκύπτει από την επίδρασή της στις βλάβες που εμφανίζουν ενίσχυση. Διαδοχικές ανά μήνα μελέτες με ΜΤ έχουν δείξει μείωση των βλαβών που εμφανίζουν ενίσχυση σε διάστημα μίας εβδομάδας έως δύο μηνών από την έναρξη της θεραπείας με ιντερφερόνη-β 1a και 1b. Έχει επίσης διαπιστωθεί μακροπρόθεσμη μείωση στον αριθμό ή τον όγκο των βλαβών που εμφανίζουν ενίσχυση μετά από συνεχή θεραπεία για διάστημα έξι μηνών και 1 έως 2 ετών.

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ΣΚΠ

Ø A. Ενδογενείς παράγοντες:

• *Γενετικοί και ανοσολογικοί:*

Ο πιθανός αιτιολογικός ρόλος των γενετικών παραγόντων της ΠΣ προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Eichhorst (1913), ο οποίος παρατήρησε μια οικογενή προδιάθεση για τη νόσο. Το 1922, ο Davenport εισήγαγε την ιδέα της προδιάθεσης με βάση τη φυλή ή την εθνικότητα, όταν πρότεινε ότι ο υψηλός επιπολασμός της ΠΣ μεταξύ Βρετανών του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου των Αμερικανικών ενόπλων δυνάμεων που ζούσαν στην περιοχή των Μεγάλων Λιμνών θα μπορούσε να εξηγηθεί από τη μεγάλη αναλογία Σκανδιναβών κατοίκων. (Warren S. & Warren K. 2004) Η επακόλουθη έρευνα πάνω στον επιπολασμό της ΠΣ σε διάφορες φυλετικές ή εθνικές ομάδες και οι εκτεταμένες μελέτες της οικογενούς ΠΣ, που περιλάμβαναν διδύμους και υιοθετημένα παιδιά, έχουν αποδείξει το βάσιμο της ιδέας ενός γενετικού παράγοντα. (Warren S. - Warren K. 2004 & Uria DF. 2002) Η πρώτη άμεση απόδειξη ήρθε στις αρχές της δεκαετίας του '70 με ανακάλυψη μιας συσχέτισης ανάμεσα στη ΣΚΠ και στα αλληλία του συστήματος των ανθρώπινων λευκοκυτταρικών αντιγόνων (HLA). Καθώς έχει βρεθεί ότι στους ποντικούς το σύμπλεγμα μείζονος ιστοσυμβατότητας (MHC) κωδικοποιεί τα γονίδια των ανοσιακών απαντήσεων, προτείνεται ότι η ΠΣ αναπτύσσεται σε συγκεκριμένα άτομα, επειδή κληρονομούν κάποιο αλληλίο που τα καθιστά ευπαθή σε ένα ιδιαίτερο ανοσολογικό ερέθισμα (πιθανώς ιογενές), οδηγώντας σε μια αλυσίδα γεγονότων, που έχουν ως αποτέλεσμα την προσβολή της μυελίνης. Ένα εξωγενές ερέθισμα λαμβάνεται υπόψη, αφού οι ίδιες επιδημιολογικές μελέτες που υποστηρίζουν τη συμβολή γενετικών παραγόντων καταδεικνύουν επίσης κάποια καθοριστική περιβαλλοντική επίδραση. (Kantarci O., Wingerchuk D., & Kenealy SJ, Pericak-Vance MA, Haines JL 2003)

Φυλή και εθνικότητα:

Αρχικά οι ερευνητές συνέδεσαν την παγκόσμια κατανομή της ΠΣ με κάποιον περιβαλλοντικό παράγοντα που ποικίλει ανάλογα με το γεωγραφικό πλάτος και γινόταν όλο και πιο συχνός με την αύξηση της απόστασης από τον Ισημερινό. Καθώς όμως συσσωρεύτηκαν εξαιρέσεις σε αυτό τον κανόνα, κάποιοι ερευνητές άρχισαν να διατυπώνουν την πρόταση ότι η γεωγραφική κατανομή της ΠΣ, θα μπορούσε κατά ένα μεγάλο μέρος να εξηγηθεί από το γενετικό προφίλ των κατά τόπους κατοίκων, παρά από την ανομοιομορφη κατανομή ανά τον κόσμο κάποιας περιβαλλοντικής αιτίας. (Warren S. & Warren K. 2004 & Uria DF 2002) Μια από τις πρώτες αξιοσημείωτες εξαιρέσεις στον κανόνα του γεωγραφικού πλάτους ήταν η Ιαπωνία, όπου ο επιπολασμός είναι ομοιόμορφα χαμηλός, παρά το βόρειο γεωγραφικό πλάτος και το εύκρατο κλίμα της χώρας. Η συχνότητα της ΠΣ δεν έχει αυξηθεί από την δεκαετία του 1950, αν και έχουν σημειωθεί μερικές δραματικές περιβαλλοντικές αλλαγές. Οι παρατηρήσεις αυτές δείχνουν ότι η χαμηλή συχνότητα στην Ιαπωνία θα μπορούσε να εξηγηθεί από τη γενετική αντίσταση, αλλά τα πολιτισμικά πρότυπα (όπως αυτό της σχετικά χαμηλής κατανάλωσης ζωικού λίπους) θα μπορούσαν επίσης να παίζουν κάποιο ρόλο. (Warren S. & Warren K. 2004 & Kira J. 2003) Σε χώρες με μικτό πληθυσμό λευκών και μη λευκών, οι μη λευκοί εμφανίζονται περισσότερο ανθεκτικοί στη ΣΚΠ. Οι τιμές συχνότητας της ΠΣ μεταξύ Ιαπώνων που γεννήθηκαν στις πολιτείες Χαβάη, Καλιφόρνια και Ουάσιγκτον είναι υψηλότερες από αυτές μεταξύ των Ιαπώνων που ζουν στην Ιαπωνία, αλλά και σχετικά χαμηλές, συγκρινόμενες με αυτές των λευκών που ζουν στις ίδιες πολιτείες. Παρομοίως, στους Αμερικανούς αφρικανικής καταγωγής, η νόσος εμφανίζεται πιο συχνά απ' ό,τι στους έγχρωμους της Αφρικής, αλλά και λιγότερο συχνά από τον λευκό πληθυσμό των Αμερικανών. Οι τιμές της συχνότητας της ΠΣ είναι επίσης χαμηλότερες μεταξύ των Κινέζων, των Φιλιππινέζων και των Λατινοαμερικανών απ' ό,τι μεταξύ των λευκών στις ΗΠΑ.

Κρούσματα της ΣΚΠ δεν έχουν ποτέ αναφερθεί σε καθαρόαιμους Ινουίτες ή Ινδιάνους της βόρειας Αμερικής. (Warren S. & Warren K. 2004) Αυτό που προστατεύει τις ομάδες αυτές είναι είτε η γενετικά καθορισμένη ανθεκτικότητά τους, είτε κάποια πολιτισμική παράμετρος. Η ενδιάμεση συχνότητα της ΠΣ σε ομάδες όπως οι Αμερικανοί αφρικανικής καταγωγής, μπορεί να είναι αποτέλεσμα φυλετικής ανάμιξης. Εκεί αποδίδεται το γεγονός ότι ο επιπολασμός της ΠΣ είναι υψηλότερος σε αυτούς που ζουν στις βόρειες πολιτείες (όπου φαίνεται να υπάρχει ανάμιξη σε μεγαλύτερο βαθμό), σε σύγκριση με αυτούς στις νότιες. Ωστόσο, οι ενδιάμεσες τιμές συχνότητας για τους Αμερικανούς ιαπωνικής και αφρικανικής καταγωγής, μπορεί επίσης να σημαίνει ότι το περιβάλλον των ΗΠΑ χαρακτηρίζεται από κάποιον παράγοντα που επαυξάνει τον κίνδυνο έναρξης της νόσου.

Όχι μόνο οι μη λευκοί έχουν χαμηλότερες τιμές συχνότητας ΣΚΠ απ' ό,τι οι λευκοί σε χώρες με μικτούς πληθυσμούς, αλλά υπάρχουν επίσης πολυάριθμα παραδείγματα διαφορετικών συχνότητων ανάμεσα σε υποπληθυσμούς, τόσο λευκών όσο και μη λευκών που ζουν στην ίδια χώρα. Αυτό ισχύει ανεξάρτητα από το αν η χώρα θεωρείται γενικά υψηλού ή χαμηλού κινδύνου. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, για παράδειγμα, η ΠΣ είναι πιο συχνή στο λευκό πληθυσμό της Βορειοανατολικής Σκωτίας απ' ό,τι στη δυτική Σκωτία ή τα περισσότερα μέρη της Αγγλίας, της Ουαλίας και της Β. Ιρλανδίας. Ακόμα οι Τσιγγάνοι της Ουγγαρίας έχουν χαμηλότερη συχνότητα από τους Ουγγρικής εθνικότητας κατοίκους. Αυτά και άλλα παραδείγματα τείνουν να υποστηρίξουν ότι η γενετική προδιάθεση είναι πιο σημαντική από τη γεωγραφία, αλλά παρόλα αυτά, κάποια πλευρά του πολιτισμικού περιβάλλοντος θα μπορούσε να εξηγήσει τέτοιες διακυμάνσεις. (Γρηγοράκης Δ. 2003)

Μελέτες οικογενούς κινδύνου:

Πριν ακόμα ξεκινήσουν οι ερευνητές να χρησιμοποιούν τις μελέτες επιπολασμού για να εξετάσουν τη φυλετική ή εθνολογική προδιάθεση, παρατηρήθηκε μια οικογενή άθροιση περιστατικών της ΠΣ. Οι περισσότερες μελέτες έχουν διεξαχθεί μεταξύ λευκών που ζούσαν σε περιοχές υψηλού κινδύνου, ιδιαίτερα στον Καναδά και το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι συχνότητες των οικογενών περιπτώσεων υπολογίζονται από στοιχεία για τη συχνότητα της ΣΚΠ μεταξύ των μελών της οικογένειας προσβεβλημένων ατόμων (ασθενείς-δείκτες), που χαρακτηριστικά συλλέγονται χρησιμοποιώντας τη μέθοδο του οικογενειακού ιστορικού. Στις περισσότερες «πολλαπλές» οικογένειες (δηλαδή, αυτές στις οποίες περισσότερα από ένα μέλη τους έχουν ΠΣ) προσβάλλονται μόνο δύο ασθενείς. Οι εκτιμήσεις του ποσοστού των ασθενών-δεικτών με ένα ή περισσότερα προσβεβλημένα μέλη της οικογένειάς τους έχουν κυμανθεί από 3,6% μέχρι 20%, ενώ πιο πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι το ποσοστό οικογενούς κινδύνου ανέρχεται περίπου στο 15%.6 Οι Sadovnick, Baird και Ward (1988) έχουν δώσει ίσως την πιο λεπτομερή ανάλυση. Η παρατήρησή τους ότι το μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν τα αδέρφια, είναι συμβατή με άλλες μελέτες (3,88%), ενώ για γονείς και παιδιά είναι παρόμοιος, 2,58% και 2,52 αντίστοιχα.

Επίσης το 1996 ο Sadovnick και η ομάδα του ανέφεραν μείωση του κινδύνου από 3,5% στα αμφιθαλή στο 1,2% στα ετεροθαλή αδέρφια, ερμηνεύοντας το αποτέλεσμα αυτό ως επιχείρημα υπέρ της άποψης ότι η οικογενής άθροιση της νόσου είναι γενετικής αιτιολογίας. Ωστόσο, όλα όσα έχουν προαναφερθεί μπορεί να οφείλονται τόσο σε γενετική μεταβίβαση όσο και σε έκθεση σε κάποιο κοινό περιβαλλοντικό παράγοντα ή ακόμα και στα δύο. (Warren S. & Warren K. 2004)

Μελέτες διδύμων έχουν δώσει επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης ΣΚΠ στα αδέρφια. Η σύγκριση των ποσοστών συνύπαρξης σε μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς διδύμους, καθώς και σε αδέρφια που δεν είναι δίδυμα αποτελεί την κλασική μέθοδο διερεύνησης της σχετικής αιτιολογικής σημασίας των γενετικών έναντι των περιβαλλοντικών παραγόντων. Οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι είναι γενετικά ταυτόσημοι, ενώ οι διζυγωτικοί μοιάζουν γενετικά περισσότερο απ' ό,τι τα αδέρφια που δεν είναι δίδυμα. Ωστόσο, οι διζυγωτικοί δίδυμοι μπορεί θεωρητικά να μοιράζονται περισσότερα κοινά στοιχεία του περιβάλλοντος σε σύγκριση με τα μη δίδυμα αδέρφια, επειδή είναι της ίδιας ηλικίας και φυσιολογικά έχουν μεγαλώσει κάτω από παρόμοιες συνθήκες. Αν κάποια νόσος είναι εξ ολοκλήρου γενετικά καθορισμένη το ποσοστό συνύπαρξης για τους μονοζυγωτικούς

διδύμους πρέπει να είναι 100%. Από την άλλη το ποσοστό συνύπαρξης μπορεί να είναι μικρότερο από 100% για μια γενετικά κατά βάση νόσο, στην οποία τυχαίοι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν επίσης κάποιο ρόλο.

Η σύγκριση των ποσοστών συνύπαρξης μεταξύ διζυγωτικών διδύμων και μη διδύμων αδελφών αποτελεί μέτρο επίδρασης μη γενετικών παραγόντων. Αν υπάρχει κάποια σημαντική περιβαλλοντική αιτία, τα ποσοστά συνύπαρξης θα πρέπει να είναι υψηλότερα μεταξύ διζυγωτικών διδύμων βάση της υπόθεσης ότι μοιράζονται περισσότερα κοινά περιβαλλοντικά στοιχεία. (Warren S. & Warren K. 2004)

Οι μελέτες των διδύμων παρέχουν ενδείξεις ότι η γενετική προδιάθεση παίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της ΠΣ, αφού οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι αρκετά σημαντικά έχουν υψηλότερο ποσοστό συνύπαρξης της νόσου σε σχέση με τους διζυγωτικούς. Αλλά οι μελέτες αυτές παρέχουν επίσης ένα από πιο ισχυρά επιχειρήματα υπέρ μιας περιβαλλοντικής αιτίας, διότι, ακόμα και όταν ολόκληρος ο γονότυπος ενός διδύμου με ΠΣ υπάρχει σε αντίγραφο, η πιθανότητα ο δίδυμος αδελφός του να νοσήσει είναι πολύ μικρότερη από 100%. Ο κίνδυνος για τους διζυγωτικούς διδύμους είναι ελαφρά υψηλότερος από αυτόν για τα μη δίδυμα αδέρφια. Αντί να αποκλείει κάποιον περιβαλλοντικό παράγοντα, το γεγονός αυτό θα μπορούσε να υποδεικνύει ότι οι κοινές περιβαλλοντικές επιδράσεις μεταξύ των διζυγωτικών δεν είναι πολύ πιο εκτεταμένες από ό,τι μεταξύ των μη διδύμων αδελφών.

- **Συζυγική πολλαπλάσια σκλήρυνση:**

Οι σύζυγοι αποτελούν μια άλλη, χωρίς συγγενική σχέση μεταξύ τους, ομάδα ατόμων που μελετήθηκαν με το ερώτημα της επίδρασης των γενετικών έναντι αυτής των περιβαλλοντικών παραγόντων. Αν η έκθεση σε κάποιον περιβαλλοντικό παράγοντα κινδύνου κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής ήταν σημαντική, οι συζυγικές περιπτώσεις θα μπορούσε να ήταν σχετικά συχνές.

Η Καναδική Συνεργαζόμενη Ομάδα Μελέτης για τη Γενετική Προδιάθεση στην Πολλαπλή Σκλήρυνση, επιβεβαίωσε πρόσφατα ότι ο κίνδυνος για τους συντρόφους των ασθενών με ΣΚΠ δεν είναι μεγαλύτερος από τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, η παρατήρηση αυτή δεν υποστηρίζει απαραίτητα οποιονδήποτε ισχυρισμό ότι οι γενετικοί παράγοντες καθορίζουν τις οικογενείς αθροίσεις, καθώς πιστεύεται ότι κάποιος αποφασιστικός περιβαλλοντικός παράγοντας κινδύνου δρα πριν από την ηλικία των 15 ετών, χαρακτηριστικά δηλαδή πριν από το γάμο.

Με οποιοδήποτε τρόπο γενετικής μεταβίβασης, τα παιδιά που και οι δύο γονείς τους πάσχουν από ΠΣ θα πρέπει να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης. Ο κίνδυνος εμφάνισης ΣΚΠ στα παιδιά 30 πασχόντων ζευγαριών ανέρχεται σε 6,8% (5 από τα 73 παιδιά είχαν κλινικά βέβαιη ΠΣ). (Freedman M., Comib G., Nikola de Stefano 2014). Η Καναδική Συνεργαζόμενη Ομάδα Μελέτης βρήκε επίσης ότι ο κίνδυνος για τα παιδιά, όπου και οι δύο γονείς τους έχουν ΠΣ, είναι 10 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο που διατρέχουν τα παιδιά όταν μόνο ο ένας γονέας πάσχει.

- **Φύλο:**

Είναι γνωστό ότι παγκοσμίως η επικράτηση της ΣΚΠ στις γυναίκες είναι υψηλότερη σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό θα μπορούσε να αντικατοπτρίζει διάφορους παράγοντες, στους οποίους περιλαμβάνονται η γενετική προδιάθεση, γενετικά καθορισμένοι ανοσολογικοί παράγοντες, ορμονικές επιδράσεις και περιβαλλοντικές εκθέσεις.

Μερικοί ερευνητές έχουν προτείνει μια σχέση μεταξύ του φύλου και της προδιάθεσης για ΠΣ βασισμένη στη γενετική. Αν και η υπολειπόμενη φυλοσύνδετη κληρονομικότητα (χρωμόσωμα X) δεν είναι συμβατή με την αναλογία των φύλων που χαρακτηρίζει τα περιστατικά, η επικρατητική φυλοσύνδετη κληρονομικότητα (χρωμόσωμα X) θα μπορούσε να την εξηγήσει, ενώ ένα ή περισσότερα γονίδια ανθεκτικότητας στη νόσο συνδεδεμένα με το χρωμόσωμα Y θα ήταν δυνατό να ερμηνεύσει την αναλογία των φύλων στη ΠΣ. (Γρηγοράκης Δ. 2003) Αλληλεπίδραση μεταξύ του φύλου και των γονιδίων αυτών θα έπρεπε να είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη από την αναμενόμενη αναλογία ασθενών του ίδιου φύλου μεταξύ

των ασθενών. Το 1983 διαπιστώθηκε βιβλιογραφικά, ότι τα αδέρφια που είχαν ΠΣ ήταν του ίδιου φύλου περισσότερο συχνά απ' ό,τι θα αναμενόταν λόγω τυχαίων παραγόντων. Ωστόσο, άλλες πιο πρόσφατες μελέτες, απέτυχαν να επιβεβαιώσουν την παρατήρηση αυτή.

Εναλλακτικά, έχει διατυπωθεί η πρόταση για κάποιο ρόλο, σχετιζόμενων με το φύλο παραγόντων, σε αυτοάνοσους μηχανισμούς, επειδή αρκετές αυτοάνοσες παθήσεις, όπως η νόσος του Crohn, εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες από τους άνδρες. Υπάρχουν ενδείξεις για σχέσεις μεταξύ αλληλίων, καθώς η συχνότητα του HLA-DR2b είναι σημαντικά μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Μπορεί να είναι πιθανότερο για τις γυναίκες να κληρονομήσουν κάποιο αλληλίο που τις καθιστά ευάλωτες σε ένα περιβαλλοντικό ανοσολογικό ερέθισμα σχετιζόμενο με την εμφάνιση της ΠΣ, σε σύγκριση με τους άνδρες.

Μια πιο δημοφιλής θεωρία είναι αυτή που υποστηρίζει ότι η επικράτηση των γυναικών μεταξύ των ασθενών με ΣΚΠ, αντικατοπτρίζει κάποιον ορμονικό παράγοντα, ο οποίος επηρεάζει τη προδιάθεση. Τα ανδρογόνα μπορούν να καταστέλλουν και τα οιστρογόνα να πυροδοτούν τους αυτοάνοσους μηχανισμούς σε παθήσεις όπως η θυρεοειδίτιδα, η μυασθένεια και η πολυαρθρίτιδα. Για παράδειγμα, τα οιστρογόνα επηρεάζουν μια αλληλουχία του DNA που διεγείρει παρακείμενα γονίδια. Τα γονίδια, με τη σειρά τους, μεταφράζουν την ιντερφερόνη γάμμα, η οποία προάγει την ενίσχυση του αυτοάνοσου συστήματος.

- **Ηλικία:**

Τα διαγράμματα ηλικίας-επίπτωσης που έχουν αναφερθεί για τη ΠΣ από χώρες υψηλού και χαμηλού κινδύνου παγκοσμίως είναι εξαιρετικά συμμετρικά και γενικά ομοιόμορφα, κάτι που δεν είναι χαρακτηριστικό για μια χρόνια νόσο. Στη ΣΚΠ η τυχαία προδιάθεση ή η έκθεση σε κάποιον περιβαλλοντικό παράγοντα κινδύνου αυξάνει μέχρι ένα μέγιστο βαθμό γύρω στην ηλικία των 30 ετών και στη συνέχεια ελαττώνεται με την πρόοδο της ηλικίας. Το παραπάνω γεγονός δεν μπορεί να εξηγηθεί από κάποια ιογενή λοίμωξη, αφού στην περίπτωση αυτήν τα διαγράμματα ηλικίας-επίπτωσης θα είχαν εντελώς διαφορετική μορφή.

Μερικοί ερευνητές έχουν προτείνει ότι η καμπύλη της ηλικίας ή ο μέσος όρος της ηλικίας έναρξης κυμαίνονται, ανάλογα με τη διαμονή σε αστικές ή αγροτικές περιοχές, κάτι που θα μπορούσε να υπονοεί μια διαφορά στην έκθεση σε κάποια λοίμωξη ή σε άλλο περιβαλλοντικό παράγοντα κινδύνου. Ωστόσο, οι μελέτες δεν έχουν δώσει σαφή αποτελέσματα που να επαληθεύουν αυτή την υπόθεση.

Ο ρόλος του φύλου ερευνάται δεδομένου ότι η επίπτωση της ΠΣ τείνει να φτάσει στο μέγιστο σε ελαφρά μικρότερη ηλικία στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. Έχει διατυπωθεί την υπόθεση ότι η αιτιολογία της ΠΣ είναι διαφορετική στα δύο φύλα, με τους ορμονικούς παράγοντες να παίζουν μεγαλύτερο ρόλο στις γυναίκες και οι λοιμώξεις στους άνδρες. Υπάρχουν όμως και άλλες πιθανές ερμηνείες για την πρωιμότερη έναρξη στις γυναίκες. Μπορεί απλά οι γυναίκες να αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα και να αναζητούν ιατρική φροντίδα νωρίτερα από τους άνδρες. Είναι επίσης ασαφές (όσο και αν υποστηρίζεται από κάποιους ερευνητές) αν η ηλικία έναρξης της νόσου ποικίλει ανάλογα με τη φυλή ή την εθνικότητα. Αν αυτό πράγματι ισχύει τότε θα ευθύνεται είτε το πολιτισμικό περιβάλλον είτε η γενετική προδιάθεση.

- **Λοιμώξεις:**

Αρκετοί ευρέως διαδεδομένοι ιοί, που προσβάλουν τον άνθρωπο αλλά και τα ζώα, έχουν θεωρηθεί ως πιθανοί αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες της ΠΣ, επειδή δίνουν το έναυσμα για απομυελίνωση του ΚΝΣ. Καθώς η ΠΣ είναι αρκετά σπάνια, είναι δύσκολο να γίνει κατανοητό πως μια κοινή λοίμωξη μπορεί να εμπλέκεται στην αιτιολογία της. Η νόσος θα μπορούσε να είναι το αποτέλεσμα μια ασυνήθιστης επιπλοκής κάποιας ελάσσονος λοίμωξης, η οποία δεν μπορεί να διακριθεί κλινικά από πολλές άλλες λοιμώξεις, όπως το κοινό κρυολόγημα και τη γρίπη και για το λόγο αυτό δεν είναι δυνατό να αναγνωρισθεί ο ρόλος αυτής ως πρόδρομος της ΣΚΠ. Αντιστρόφως, ένας εύκολα αναγνωριζόμενος ιός, όπως αυτός της ιλαράς, θα μπορούσε να προκαλεί τη νόσο, αλλά αυτή θα ήταν μια τόσο ασυνήθιστη συνέπεια της

ίωσης, με τα συμπτώματα να εμφανίζονται μετά από μια μακρά λανθάνουσα περίοδο, ώστε η συσχέτιση μεταξύ τους να παραβλέπεται.

Επίσης, ένας αριθμός ιών που προσβάλλουν τα ζώα θα μπορούσαν να προκαλέσουν απομυελινωτική νόσο του ΚΝΣ με εξάρσεις και υφέσεις ή με προϊούσα πορεία. Για το λόγο αυτό, μερικοί ερευνητές έχουν διατυπώσει την πρόταση ότι η ΠΣ μπορεί να είναι ακόμα και το αποτέλεσμα μιας λοίμωξης, που φυσιολογικά είναι νόσος των ζώων, αλλά περιστασιακά μπορεί να προσβάλλει τους ανθρώπους, είτε διαγιγνώσκεται είτε όχι.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει με σκοπό να αποκωδικοποιηθεί ο πιθανός ρόλος των ιών στην αιτιολογία της ΣΚΠ. Απομονώνοντας και διερευνώντας, οι ερευνητές ανίχνευσαν στους πάσχοντες αυξημένα επίπεδα αντισωμάτων για τους συγκεκριμένους ιούς. Αυτό μπορεί να συσχετίζεται είτε με την αιτιολογία της ΠΣ είτε να είναι φυσικό επακόλουθο της νόσου. Πολλοί ιοί έχουν ενοχοποιηθεί λόγω της ανίχνευσής τους στους ασθενείς. Για το ρόλο τους σχετικά με την απομυελίνωση εξετάστηκε ο ιός της ιλαράς, ο ιός της γρίπης, ο ιός της μόρβας των σκύλων, ο Epstein-Barr (EBV), ο ανθρώπινος έρπητος (HHV-6), ο ιός της ηπατίτιδας Β και ο ρετροϊός (μια μεγάλη ομάδα RNA ιών που περιλαμβάνει τους λευκοϊούς και τους βραδείς ιούς). Ωστόσο, τα αποτελέσματα των ερευνών για τον ρόλο των παραπάνω ιών στην αιτιολογία της νόσου δεν είναι ιδιαίτερα διαφωτιστικά.

Ο HHV-6 ειδικότερα, είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα ιού, που εξετάζεται λεπτομερώς προκειμένου να αποσαφηνιστεί ο ρόλος του. Ο HHV-6 ανιχνεύτηκε στους ασθενείς με ΣΚΠ, αλλά και στους υγιείς, καθώς και σε άτομα που πάσχουν από άλλες νευρολογικές παθήσεις. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι τουλάχιστον το 50-70 % των ασθενών με ΠΣ φέρουν αντισώματα IgM για τον HHV-6, ενώ στο 30% ο ίδιος ο ιός ανιχνεύτηκε στον ορό τους. Ωστόσο ο μηχανισμός με τον οποίο ο HHV-6 συμμετέχει στην απομυελίνωση παραμένει αδιευκρίνιστος.

Ένας άλλος ιός που έχει διερευνηθεί εκτενώς είναι ο EBV, ο οποίος προκαλεί λοιμώξεις σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Η ασθένεια αυτή είναι γνωστή με το όνομα λοιμώδης μονοπυρήνωση. Ερευνητές από το Harvard, έχουν διεκπεραιώσει μεγάλες έρευνες, οι οποίες συσχετίζουν τον ιό με την παθογένεση της ΠΣ. Στην επιδημιολογική αυτή έρευνα, οι γιατροί μελέτησαν σε 62.000 γυναίκες τα αντισώματα αίματος σε σχέση με τον ιό EBV. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι η μόλυνση με τον ιό αυτό παίζει κάποιο ρόλο στην αιτιολογία της ΣΚΠ. Συνολικά, από τα άτομα που μολύνονται, μόνο ένα μικρό ποσοστό θα αναπτύξουν τη νόσο. Αυτό σημαίνει ότι ο ιός από μόνος του δεν είναι αρκετός για να προκαλέσει την καταστροφή της μυελίνης, αλλά πρέπει να συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες.

- **Δείκτης μάζας σώματος και ΣΚΠ**

Μελέτη για τη σχέση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) και του ύψους με την αυξανόμενη πιθανότητα προσβολής από ΣΚΠ υποστηρίζει ότι όσο αυξάνεται το BMI, τόσο μεγαλώνει ο κίνδυνος επίπτωσης της νόσου. Το ποσοστό που βρέθηκε ήταν 0,76 ανά 5 μονάδες αύξησης του BMI και η συσχέτιση αυτή αφορούσε και τα δύο φύλα. Σε σχέση με το ύψος, σημειώθηκε αυξημένος κίνδυνος νόσησης στις πιο ψηλές γυναίκες και συγκεκριμένα για κάθε 10 cm αύξησης ύψους, ο σχετικός κίνδυνος ήταν 1,58. Σε πολλαπλές αναλύσεις, στις οποίες μελετήθηκε η επιφάνεια σώματος σε σχέση με την διατροφική κατανάλωση, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση του υψηλού BMI και του αυξημένου μεγέθους αναστήματος με την κατανάλωση ενέργειας και ζωικού λίπους. Το γεγονός αυτό μπορεί να σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η σωματική επιφάνεια, τόσο μεγαλώνει η κατανάλωση κορεσμένου λίπους και ενέργειας και συνεπώς παρουσιάζεται μεγαλύτερος κίνδυνος προσβολής από ΣΚΠ. Ωστόσο, για να διασφαλιστεί η εγκυρότητα των παραπάνω αποτελεσμάτων το θέμα συσχέτισης ΣΚΠ και BMI πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω.

Ø Β. Εξωγενείς παράγοντες:

• Διατροφικοί παράγοντες:

Καθώς οι τύποι και η ποσότητα των παραγόμενων τροφίμων ποικίλλουν ανάλογα με το γεωγραφικό πλάτος, κάποιος διαιτητικός παράγοντας μπορεί να συνεισφέρει στην αιτιολογία της σκλήρυνσης κατά πλάκας.

Τα οφέλη από οποιαδήποτε ιδιαίτερη διατροφική παρέμβαση στη ΣΚΠ δεν έχουν αποδειχθεί ακόμα. Εντούτοις, υπάρχουν κάποια στοιχεία για τη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης κορεσμένου λίπους και της συχνότητας εμφάνισης της ασθένειας. Συγκεκριμένα από το τμήμα νευρολογίας του Πανεπιστημίου του Oregon, ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα έρευνας, στην οποία έλαβαν μέρος 144 ασθενείς με διαπιστωμένη σκλήρυνση κατά πλάκας. Οι ασθενείς ανήκαν σε τρεις κατηγορίες, σε αυτούς που παρουσίαζαν ελάχιστη, μέτρια και αυξημένη νευρολογική βλάβη. Οι 144 αυτοί ασθενείς ακολούθησαν για 34 χρόνια μια δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά. Τελικά, όσοι συνέχισαν πιστά τη δίαιτα που προέβλεπε καθημερινά πρόσληψη λίπους ίσο ή λιγότερο με 20 γραμμάρια, παρουσίασαν σημαντικά μικρότερη επιδείνωση και πολύ χαμηλότερα ποσοστά θανάτου από εκείνους που κατανάλωναν περισσότερο λίπος, δηλαδή πάνω από 20 γραμμάρια την ημέρα. Αξίζει να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο όφελος εμφανίστηκε στους ασθενείς, οι οποίοι κατά την έναρξη της έρευνας παρουσίαζαν τη μικρότερη νευρολογική βλάβη και συγκεκριμένα το 95% παρέμεινε πλήρως λειτουργικό.

Επιπρόσθετα, από το τμήμα νευρολογίας του Πανεπιστημίου του Newcastle, αναφέρει επιδημιολογικά και βιοχημικά στοιχεία, τα οποία αναθεωρούν το ρόλο των λιπιδίων στη σκλήρυνση κατά πλάκας. Οι ελεγχόμενες δοκιμές με ω6 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα σε 172 ασθενείς με οξεία πολλαπλή σκλήρυνση, καθώς και η διπλή τυφλή ελεγχόμενη έρευνα με ω3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, φανερώνουν ότι η προσθήκη τόσο των ω3, όσο και των ω6 λιπαρών οξέων στη διατροφή των ασθενών, οδηγεί στη μείωση της δραμύτητας, καθώς και της συχνότητας των υποτροπών, ενώ παρουσιάζεται ένα γενικό όφελος μέτριας σημασίας για τη νόσο, σε περίοδο μόλις δυο ετών.

Μια μεταγενέστερη επιδημιολογική μελέτη, στην οποία έλαβαν μέρος 36 χώρες, συνέδεσε τα ποσοστά θνησιμότητας, τόσο με το γεωγραφικό πλάτος, όσο και με το διαιτητικό λίπος.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι μελετήθηκε ο ρόλος που μπορεί να παίζει η διατροφή και διάφορα θρεπτικά συστατικά, στην αιτιολογία της ΣΚΠ. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε 197 ασθενείς, οι οποίοι δεν έπασχαν από τη συγκεκριμένη ασθένεια και σε 202 ασθενείς με διαπιστωμένη σκλήρυνση κατά πλάκας. Η μελέτη έλαβε χώρα στο Μόντρεαλ του Καναδά από το 1992 έως το 1995. Οι πληροφορίες συγκεντρώθηκαν μέσα από ερωτηματολόγιο συχνότητας, το οποίο περιείχε 164 είδη τροφίμων.

Ύστερα από συνεχείς αναλύσεις, παρατηρήθηκε μια σημαντική προστατευτική επίδραση ορισμένων θρεπτικών συστατικών, συμπεριλαμβανομένων και των φυτικών ινών, των φυτικών πρωτεϊνών, της βιταμίνης C, της θειαμίνης, της ριβοφλαβίνης, του ασβεστίου και του καλίου, στην εκδήλωση της ασθένειας. Όσον αφορά συγκεκριμένα τρόφιμα, η υψηλή κατανάλωση φρουτοχυμών συνδέθηκε αρνητικά με τον κίνδυνο εμφάνισης της ΣΚΠ. Επιπρόσθετα, η κατανάλωση δημητριακών και ψωμιού φάνηκε να προστατεύει από την ασθένεια τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες. Η κατανάλωση ψαριών συνδέθηκε αρνητικά με την εκδήλωση 28 της ασθένειας, σε αντιδιαστολή με την κατανάλωση χοιρινού και γενικότερα ζωικού λίπους που φάνηκε να συνδέεται θετικά.

Η παραπάνω μελέτη υποστηρίζει γενικά τον προστατευτικό ρόλο των θρεπτικών συστατικών των φρούτων, των λαχανικών και των σιτηρών στην εκδήλωση της ΣΚΠ, σε αντίθεση με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας εξαιτίας της υψηλής κατανάλωσης ζωικών τροφίμων.

Οι ερευνητές σήμερα συνεχίζουν να μελετούν την πιθανότητα της εμπλοκής κάποιου διαιτητικού παράγοντα στην αιτιολογία, την πορεία και την εξέλιξη της ΣΚΠ, καθώς διατροφικοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με μια ποικιλία άλλων παθήσεων.

- **Περιβαντολλογικοί παράγοντες:**

Ο προφανέστερος περιβαλλοντολογικός παράγοντας που μεταβάλλεται με το γεωγραφικό πλάτος είναι το κλίμα. Έχει βρεθεί μια θετική συσχέτιση της επίπτωσης της ΣΚΠ με τη χαμηλή θερμοκρασία. Η συσχέτιση αυτή θα μπορούσε να εξηγηθεί από την έμμεση επίδραση των κρύων κλιμάτων στο ανοσοποιητικό σύστημα, εξαιτίας της συχνότητας έκθεσης σε ιούς που ευθύνονται για τις διάφορες λοιμώξεις. Απ' την άλλη στα θερμά κλίματα, όπου ο εξαερισμός είναι καλύτερος, λόγω της διαβίωσης σε ανοιχτούς χώρους, η συχνότητα έκθεσης στους ιούς είναι μικρότερη.

Ένας άλλος παράγοντας που συσχετίζεται με την αιτιολογία της ΣΚΠ είναι η μειωμένη ηλιοφάνεια, η οποία συνδέεται με τα χαμηλά επίπεδα σύνθεσης της βιταμίνης D₂₈. Τα χαμηλά επίπεδα της βιταμίνης D έχουν εμπλακεί στην αιτιολογία πολλών αυτοάνοσων ασθενειών, όπως της ΣΚΠ. (Γρηγοράκης Δ. 2003) Αξίζει να σημειωθεί πως ένας ακόμα περιβαντολλογικός παράγοντας φαίνεται να παίζει ρόλο στην αιτιολογία και την παθογένεση της ΣΚΠ.

Συγκεκριμένα, ο παράγοντας αυτός ενεργεί ως βασικό συστατικό ανάμεσα στη σχέση που μπορεί να έχουν οι εποχές του χρόνου με τις εξάρσεις και τις υφέσεις της ασθένειας. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 31 ασθενείς κατά την περίοδο 1997 έως 2002, μεγαλύτερη έξαρση των συμπτωμάτων εμφανίστηκαν κατά τους θερμότερους μήνες. Συμπερασματικά λοιπόν οι ασθενείς με ΣΚΠ παρουσιάζουν επιδείνωση των συμπτωμάτων με την αυξανόμενη περιβαντολλογική θερμοκρασία.

- **Κοινωνική τάξη και ΣΚΠ:**

Μπορεί να φαίνεται αρχικά παράδοξο, όμως έχουν ασχοληθεί αρκετές μελέτες με το ενδεχόμενο η κοινωνική τάξη, το οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο να συσχετίζονται με τη νόσο. Ίσως η κοινωνική τάξη και η συσχέτιση της με τη ΣΚΠ να πηγάζει από τον διαφορετικό τρόπο ζωής, καθώς και τον διαφορετικό τρόπο διατροφής. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της συμπεριφοράς των Βρετανών μεταξύ των ετών από το 1960 μέχρι το 1980, όπου από το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και μέχρι την αρχή της δεκαετίας του '70, η κατανάλωση λίπους ήταν πολύ συχνότερη στους πλουσιότερους. Αργότερα τα δεδομένα αντιστράφηκαν και η κατανάλωση λίπους έγινε συχνότερη στις φτωχότερες τάξεις. Ουσιαστικά, η κατάσταση θα λέγαμε ότι είναι παρόμοια με την καταγραφή των δεδομένων για τη στεφανιαία νόσο, όπου η πορεία της σχέσης αντιστράφηκε, πλήττοντας στην αρχή τις υψηλότερες κοινωνικές τάξεις και στο τέλος, με την αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς, τις χαμηλές. Οι μελέτες βέβαια της κοινωνικής τάξης σε σχέση με τη ΣΚΠ έχουν δώσει αρκετές φορές αντιφατικά αποτελέσματα.

2.2 Η άσκηση στη ΣΚΠ

Η συμβολή της σωματικής κίνησης στη διατήρηση της υγείας είναι ευρύτερα γνωστή. Εξαιρέση δεν θα μπορούσε να αποτελεί η ΣΚΠ, αν και είναι δεδομένο ότι οι ασθενείς με ΣΚΠ αντιμετωπίζουν κινητικές δυσκολίες. Για τα άτομα που πάσχουν από ΣΚΠ υπάρχουν ειδικές ασκήσεις, που μπορούν να βοηθήσουν στην ενδυνάμωση των μυών της κοιλιακής χώρας, στη διατήρηση σε καλή κατάσταση των μυών ολόκληρου του σώματος και στον έλεγχο της ουροδόχου κύστεως. Αν πραγματοποιούνται σε καθημερινή βάση, μπορεί να αποδειχθούν αποτελεσματικές στην αποφυγή προβλημάτων, όπως αυτό της ακράτειας.

Ανωμαλίες στην κίνηση είναι συχνά η πρώτη ένδειξη ότι κάποιο άτομο πάσχει από ΠΣ, και η απώλεια των κινητικών δραστηριοτήτων ή η ανικανότητα να παρουσιάσει λειτουργική δράση, αποτελούν πιθανή εξέλιξη της νόσου. Για πολλά χρόνια, οι ασθενείς με ΣΚΠ είχαν ενθαρρυνθεί να αποφεύγουν τη σωματική δραστηριότητα. Σήμερα, εντούτοις, αυξημένος αριθμός μελετών έχει παρουσιάσει τα ευεργετικά αποτελέσματα της άσκησης. Έχει αναφερθεί ότι προγράμματα άσκησης βελτιώνουν το επίπεδο ικανότητας, την ποιότητα ζωής και την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, ενώ υπάρχουν και ενδείξεις και για νευροπροστατευτικό ρόλο.

Παθοφυσιολογικά η ΠΣ χαρακτηρίζεται από κόπωση, μυϊκή αδυναμία, σπαστικότητα κινήσεων, φτωχή ισορροπία, ευαισθησία στη θερμότητα και κατάθλιψη. Όλα αυτά μπορούν να οδηγήσουν σε φυσική αδράνεια, που συνδέεται και με την ανάπτυξη άλλων παθήσεων. Πολυάριθμες μελέτες υποστηρίζουν ότι η άσκηση σε ασθενείς με ήπια κινητικά προβλήματα παρέχει βελτίωση στην λειτουργική τους ικανότητα, ενώ αυτοί με μέτριες και αυξημένες ειδικές ανάγκες κατάφεραν να ελαχιστοποιήσουν τις λειτουργικές απώλειες. Παρά τη συχνά απρόβλεπτη κλινική πορεία της νόσου, η άσκηση αυξάνει την καρδιοαναπνευστική ικανότητα, την ενδυνάμωση των μυών και την κινητικότητα. Όλα τα παραπάνω βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των νοσούντων και μειώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης άλλων δευτεροβάθμιων διαταραχών.

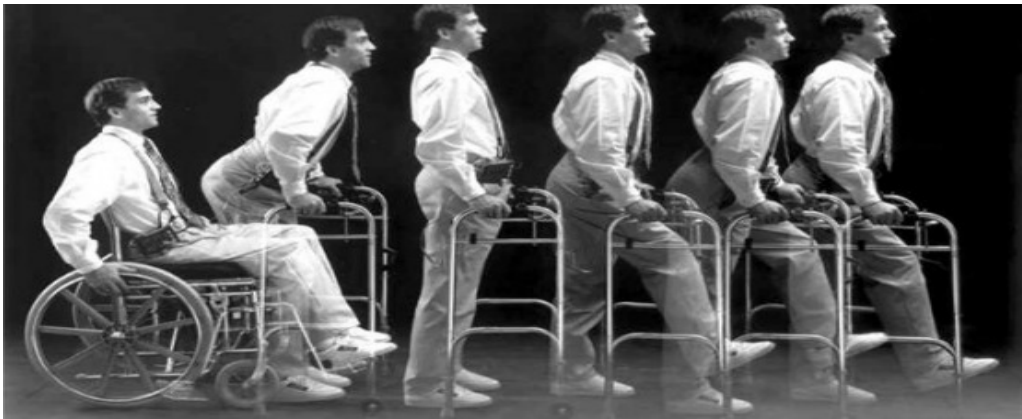
Αν η άσκηση πραγματοποιείται σε καθημερινή βάση μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική και στην αποφυγή προβλημάτων, όπως αυτό της ακράτειας που είναι συχνό φαινόμενο στην ΠΣ. Η κύστη και η περιοχή του εντέρου ελέγχονται από ειδικά νεύρα και μυς. Αν κάποιο μέρος του συστήματος ελέγχου παρουσιάσει δυσλειτουργία, τότε αυτή μπορεί να αντιμετωπισθεί μέσω εναλλακτικών ασκήσεων. Η σύσφιξη των κοιλιακών μυών, που επιτυγχάνεται μέσω της γυμναστικής μπορεί να συμβάλει στον έλεγχο των ούρων στην περίπτωση της επιτακτικής ούρησης. Ταυτόχρονα, οι ενδυναμωμένοι μύες μειώνουν το πρόβλημα της ακράτειας που εμφανίζεται κατά τον βήχα, το γέλιο ή την απότομη κίνηση. Η άσκηση μπορεί κάλλιστα να συνδυαστεί τόσο με τη διαιτολογική, όσο και με τη φαρμακευτική αγωγή, ώστε ο συνδυασμός όλων αυτών να επιφέρει τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα για την ομαλότερη εξέλιξη της νόσου και τη διατήρηση του επιπέδου ζωής των ασθενών σε υψηλά επίπεδα.

Η τακτική άσκηση είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της καλής υγείας αλλά ο καθένας πρέπει να ασκείται ανάλογα με τις δυνατότητές του, γιατί η έντονη άσκηση μπορεί να φέρει μεγάλη κούραση. Η τακτική, ελαφριά γυμναστική εξασφαλίζει το μυϊκό τόνο και μας δίνει μια ευεξία.

Όλοι όσοι πάσχουν από ΣΚΠ, άσχετα από το βαθμό αναπηρίας, μπορούν να ωφεληθούν από την άσκηση. Στην εποχή μας που όλοι ασχολούνται με την φυσική τους κατάσταση, η άσκηση αναγνωρίζεται σαν ένα αναπόσπαστο μέρος ενός ολιστικού προγράμματος αποκατάστασης. (Ζήκος Κ. 2013)

Ένα πρόγραμμα άσκησης με την επίβλεψη του ειδικού μπορεί:

- Να αυξήσει τη μυϊκή δύναμη
- Να διατηρήσει ή να αυξήσει την αντοχή
- Να διατηρήσει ή να αυξήσει το εύρος κίνησης και την ελαστικότητα των αρθρώσεων
- Να μειώσει την σπαστικότητα
- Να δυναμώσει τη λειτουργία της καρδιάς και των αγγείων
- Να προλάβει προβλήματα από τις κατακλίσεις
- Να προλάβει δευτερογενή συμπτώματα της ΣΚΠ
- Να βοηθήσει στον έλεγχο του βάρους
- Να μειώσει την τάση για δυσκοιλιότητα
- Να προάγει μια εσωτερική αίσθηση επιτεύγματος και ευεξίας



2.3 Η επίδραση της εγκυμοσύνης στη ΣΚΠ

Όπως είναι γνωστό η ΠΣ είναι νόσος που προσβάλλει τους νεαρούς ενήλικες, με αυξημένη συχνότητα στις γυναίκες. Η διάγνωσή της γίνεται συνήθως μεταξύ της τρίτης και τέταρτης δεκαετίας της ζωής των νοσούντων, μια χρονική περίοδο δηλαδή που για τις γυναίκες συμπίπτει με την εμπειρία της εγκυμοσύνης. Στο παραπάνω γεγονός οφείλεται το ενδιαφέρον για την επίδραση της εγκυμοσύνης στη ΣΚΠ. (Lorenzi AR., Lord HL. 2002) Η κατανόηση της επίδρασης της εγκυμοσύνης στην πορεία της ΠΣ από τους επιστήμονες και τους ερευνητές έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια. Με βάση τις μη συστηματικές κλινικές παρατηρήσεις, η ιατρική γνώμη προηγουμένως ανέφερε ένα ρίσκο θανάτου για τις γυναίκες με ΠΣ. Πράγματι, θεωρούνταν σαν σοβαρή ένδειξη προς τον τερματισμό. Εντατική επιστημονική έρευνα στη σχέση ανάμεσα στην εγκυμοσύνη και την ασθένεια έχει δημιουργήσει μία εντελώς διαφορετική εικόνα. Όπως στη ΠΣ έτσι και στην εγκυμοσύνη συμβαίνουν αρκετές σωματικές αλλαγές. Παράδειγμα τέτοιων συμπτωμάτων είναι η ακράτεια ούρων, τα πρησμένα πόδια, η κατακράτηση υγρών, καθώς και μια σειρά αισθητικών ενοχλήσεων. Τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να καταστεί σαφές ότι προκύπτουν εξαιτίας της εγκυμοσύνης και δεν είναι ένδειξη προόδου της ασθένειας. (Lorraine de Souza, 1997) Στις διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει διαπιστωθεί ότι γενικά στους 9 μήνες της εγκυμοσύνης η εμφάνιση της ΠΣ δεν είναι συχνή, ενώ η περίοδος αυτή συνδέεται

και με μια μείωση του ποσοστού υποτροπών που μάλιστα στους 3 τελευταίους μήνες η μείωση αυτή φτάνει ακόμα και το μισό. Μετά τον τοκετό ακολουθεί μια σχεδόν ισοδύναμη αύξηση των υποτροπών για τους επόμενους 3 μήνες, μέχρι το ποσοστό τους να επανέλθει στα αρχικά επίπεδα. Στις κυοφορούσες ασθενείς δεν θα πρέπει να χορηγείται το οξικό άλας glatiramer, το mitoxantron, καθώς και η ιντερφερόνη-β-1α και η ιντερφερόνη-β-1β, λόγω των συγκεκριμένων πληροφοριών που υπάρχουν όσο αφορά στην ασφάλεια των εμβρύων. Ωστόσο, η έκβαση της εγκυμοσύνης, καθώς και του τοκετού είναι απολύτως ανεξάρτητη από το αν η γυναίκα είναι πάσχουσα ή όχι. Η ΣΚΠ δεν επηρεάζει ούτε την ανάπτυξη του εμβρύου, αφού δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος δυσμορφιών, πρόωρου τοκετού, χαμηλού σωματικού βάρους γέννησης ή βρεφικού θανάτου, καθώς και σημαντικά αυξημένη προδιάθεση για τη νόσο. (Heesen C, Romberg A, Gold S., et all. 2006) Σαν γενικό συμπέρασμα μπορούμε να πούμε ότι η εγκυμοσύνη δεν φαίνεται να έχει κανένα σοβαρό αντίκτυπο στη μακροπρόθεσμη πορεία της νόσου, αν και οι μελέτες δεν ξεπερνούν την δεκάχρονη παρακολούθηση των ασθενών. Οι γυναίκες λοιπόν που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί, δεν θα πρέπει να θεωρούν τροχοπέδη την ασθένειά τους, αφού ουσιαστικά δεν υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ ΣΚΠ και εγκυμοσύνης. (Lorenzi AR., Lord HL. 2002 & Heesen C, Romberg A, Gold S., et all. 2006)



2.4 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΣΚΠ

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας ή Πολλαπλή Σκλήρυνση (ΠΣ), είναι μια νευρολογική νόσος, που τα τελευταία χρόνια προσβάλλει με αλματώδεις ρυθμούς τον Ελληνικό πληθυσμό (περιοχή μέτριου κινδύνου). Χαρακτηρίζεται ως «αδιευκρίνιστης αιτιολογίας», αλλά και «μη σαφής», σε σχέση με την πορεία εξέλιξής της, ενώ πολλοί την παρομοιάζουν με «δακτυλικό αποτύπωμα», λόγω της μοναδικότητας που τη χαρακτηρίζει ανά περίπτωση.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι γενετικοί αλλά και περιβαλλοντικοί. Οι τελευταίοι φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερη επίδραση στα πρώτα χρόνια της ζωής, όπως αποδεικνύουν μελέτες που έγιναν σε μετανάστες. Έδειξαν ότι γι' αυτούς που αλλάζουν τόπο διαμονής σε παιδική ηλικία υπερισχύει ο κίνδυνος του νέου περιβάλλοντος, ενώ για όσους μεταναστεύουν μετά την ηλικία των 15, διατηρείται ο κίνδυνος του νεανικού τους τόπου διαμονής. Παρά την παλαιά αντίληψη, ότι η ΠΣ ως νευρολογική νόσος δεν αναμένεται να εμφανίζει ιδιαίτερη σχέση με τη διατροφή, τα τελευταία χρόνια ολοένα και συχνότερα διατροφικοί παράγοντες συσχετίζονται τόσο με την πρόληψη, όσο και με την αντιμετώπισή της. Η αρχή έγινε όταν μελέτη από τη Νορβηγία, αποκάλυψε ότι οι έντονες αποκλίσεις στη συχνότητα εμφάνισης της ΠΣ μεταξύ αγροτικών και παράκτιων περιοχών δεν εξηγούνται απλά και μόνο από το γεωγραφικό πλάτος. Οι μεγαλύτερες σε ποσοστά επίπτωσης αγροτικές περιοχές, στο εσωτερικό της χώρας, παρουσίαζαν υψηλότερη κατανάλωση ζωικού λίπους, κρέατος και γαλακτοκομικών προϊόντων, σε σύγκριση με τις παράκτιες περιοχές όπου η διατροφή ήταν πλούσια σε ψάρι και θαλασσινά. (Γρηγοράκης Δ., 2003)

A. Η ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΩΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Οι διάφορες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε περιοχές υψηλού κινδύνου, σχετικά με την επίδραση των διατροφικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της νόσου, συσχέτισαν θετικά την υψηλή κατανάλωση ενέργειας, ζωικού λίπους, κρέατος, αλλαντικών, γλυκών, πλήρους (full fat) μη παστεριωμένου γάλακτος, λαρδιού, με την εκμυελίνωση και φυσικά με τον κίνδυνο εμφάνισης ΠΣ. Πράγματι, πειράματα που έγιναν σε ζώα, έδειξαν ότι οι δίαιτες πλούσιες σε κορεσμένο λίπος, διαταράσσουν τη σύνθεση της μυελίνης. Επιπλέον, το ζωικό λίπος μπορεί να προάγει τη συσσώρευση αιμοπεταλίων, δημιουργώντας περιαγγειακές πλάκες. Ταυτόχρονα, μεταβολές στη ρευστότητα της κυτταρικής μεμβράνης ενδέχεται να συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ιογενούς λοίμωξης, με επακόλουθο τη δευτεροπαθή απομυελίνωση. Αυτό αποδείχθηκε σε πειραματικό επίπεδο στην αλλεργική εγκεφαλομυελίτιδα (είναι το μοντέλο της ΠΣ σε ζώα) που προκλήθηκε σε πειραματόζωα, όταν αυτά υποβλήθηκαν σε δίαιτα πλούσια σε κορεσμένο λίπος.

B. Ο ΣΙΔΗΡΟΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΗ ΠΣ

Είναι απαραίτητος για τη μεταφορά οξυγόνου και για τη σύνθεση πολλών αμινοξέων, ορμονών και νευροδιαβιβαστών. Ωστόσο η υψηλή συγκέντρωση σε ελεύθερη μορφή, αυξάνει το οξειδωτικό στρες, στον οργανισμό, δημιουργώντας ιδιαίτερα δυναμικές καταστροφικές ελεύθερες ρίζες. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται τόσο από την αποδεδειγμένη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης κρέατος (που είναι πλούσιο σε σίδηρο) με τη προδιάθεση ή επιδείνωση της νόσου, όπως και από την εμπλοκή του μετάλλου αυτού στην αιτιοπαθογένεια του καρκίνου του προστάτη, που μοιράζεται την ίδια επιδημιολογική κατανομή με την ΠΣ και άρα τους ίδιους παράγοντες κινδύνου.

Γ. Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ D, B6 ΚΑΙ B12 ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΣΤΗ ΠΣ

Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του HARVARD, το 2004, επιβεβαίωσαν το ρόλο και τη σπουδαιότητα της βιταμίνης D στην αιτιολογία της ΠΣ, δίνοντας έμφαση στη σχέση που διέπει το βαθμό έκθεσης στο ηλιακό φως και τη σύνθεση της. Ταυτόχρονα, χορηγώντας βιταμίνη D διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης ΠΣ μειωνόταν κατά 40%. Επιπρόσθετα, βιταμίνες που επίσης η έλλειψη τους, ιδιαίτερα κατά την προγεννητική και βρεφική περίοδο, μπορεί να αυξάνει την προδιάθεση για ΠΣ είναι οι B6 και B12.

Δ. ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΣ

Πολλαπλές μελέτες, παρατήρησαν ότι η υψηλή κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών, που είναι πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα, μειώνει τον κίνδυνο προσβολής από ΠΣ. Επιπλέον, η αυξημένη λήψη χυμών φρούτων παρουσιάζει αντίστροφη σχέση με τον κίνδυνο νόσησης. Προστατευτικές επιδράσεις επισημάνθηκαν για τα δημητριακά και το ψωμί ολικής αλέσεως. Οι βασικές αρχές διαιτητικής παρέμβασης στην ΠΣ, είναι η υποβοήθηση του οργανισμού να καταστέλλει αυτοάνοσες αντιδράσεις και η ενίσχυση του νευρικού συστήματος. Έτσι, υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι η Βιταμίνη D σχετίζεται εκτός από την αιτιολογία και με την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ΠΣ. Οι Βιταμίνες B6 και B12 ενισχύουν το νευρικό σύστημα, ενώ με τη χαμηλή κατανάλωση κορεσμένου λίπους (Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών επιδεικνύουν αυξημένη κινητικότητα ελεύθερων ριζών (οξειδωτικού

στρες) στους πάσχοντες. Κατά συνέπεια, το κόκκινο κρέας, λιπαρά τρόφιμα, αλκοόλ και κάπνισμα θα πρέπει να αποφεύγονται. Παράλληλα, αναμφισβήτητα προστατευτικός είναι ο ρόλος των αντιοξειδωτικών στοιχείων: ρεσβερατρόλη, κουερσιτίνη, πυκνογενόλη, συνένζυμο Q10, λυκοπένιο που βρίσκονται στα φρούτα, λαχανικά, δημητριακά, ελαιόλαδο, πράσινο τσάι και κόκκινο κρασί, των βιταμινών C και E, όπως και του ασβεστίου, μαγνησίου, ψευδάργυρου και σεληνίου.

Με δεδομένο ότι η μέχρι στιγμής φαρμακευτική αντιμετώπιση έχει αποτύχει να παράσχει ολοκληρωμένη λύση στην ΠΣ, ο ρόλος της διατροφής, σε κάθε περίπτωση, λειτουργεί συμπληρωματικά, συμβάλλοντας στην καθυστέρηση της πορείας και στη ύφεση των συμπτωμάτων, ώστε ο πάσχοντας να «κερδίσει» τον απαιτούμενο χρόνο μέχρι την εξεύρεση αποτελεσματικής θεραπείας. Παράλληλα, κυρίαρχος παραμένει ο ρόλος της διατροφής στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΠΣ π.χ. παχυσαρκία, ανορεξία, δυσφαγία – δυσκαταποσία, δυσκοιλιότητα, οστεοπόρωση κλπ, με αποτέλεσμα την μακροπρόθεσμη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πάσχοντα.

Δεν ζητείται τίποτα περισσότερο από τους ασθενείς με ΠΣ από το να τρώνε σωστά, περιεκτικά και επιλεκτικά, όπως άλλωστε θα έπρεπε να πράττουν και ως υγιείς που επιθυμούν να προστατεύσουν την υγεία τους από νοσήματα με αποδεδειγμένη σχέση με τη διατροφή, όπως ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. (Γρηγοράκης Δ., 2012)

2.5 ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΚΠ

Ακόμα και αν έχετε διαγνωστεί με ΣΚΠ, την επόμενη της διάγνωσης συνεχίζετε να είστε το ίδιο άτομο που ήσασταν και την προηγούμενη. Δεν έχετε δηλ. χάσει καμία από τις ικανότητες σας. Η διάγνωση δεν σημαίνει απαραίτητα πως πρέπει να περιορίσετε τις φιλοδοξίες που έχετε για τη ζωή. Δεδομένου ότι τα συμπτώματα που προκαλεί η ΣΚΠ είναι ποικίλα, απρόβλεπτα και ρευστά, κάποιιοι από εσάς ίσως στην πορεία αναγκαστείτε να προβείτε σε αλλαγές στη δουλειά ή στο αντικείμενο απασχόλησης σας, ενώ ορισμένοι μπορεί να έχετε άμεσο όφελος από κάποιες προσαρμογές στο χώρο εργασίας που θα ανταποκρίνονται στις προσωπικές σας ανάγκες.

Πιθανότατα η διάγνωση ήρθε τη στιγμή που βρίσκεστε στην πιο παραγωγική ηλικία της ζωής σας, την περίοδο δηλ. που ο εργοδότης σας, σας έχει μεγάλη ανάγκη. Ενδεχομένως η αυτοπεποίθησή σας έχει κλονιστεί και χρειάζεστε τη στήριξη του εργοδότη σας για να μπορέσετε να συνεχίσετε να αποδίδετε. Η διάγνωση μπορεί να επηρεάσει ποικιλοτρόπως τη ζωή σας. Μην πάρετε αποφάσεις για το εργασιακό σας μέλλον εν θερμώ.

Οι περίοδοι αμέσως μετά τη διάγνωση, ή κατά τη διάρκεια μιας υποτροπής δεν ενδείκνυνται για να πάρετε τόσο σημαντικές αποφάσεις.

Στην εποχή μας όλο και περισσότεροι εργοδότες είναι διατεθειμένοι να κρατήσουν το εκπαιδευμένο και έμπειρο προσωπικό τους δεδομένου ότι είναι προς το συμφέρον τους να έχουν καλούς υπαλλήλους που έχουν αποδείξει την αξία τους, από το να πειραματίζονται με καινούργιους.

ΘΑ ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙ Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ ΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΓΟΝΟΣ ΟΤΙ ΕΧΩ ΣΚΠ;

Αναμφίβολα η διάγνωση της ΣΚΠ θα δυσκολέψει τον εργοδότη σας με πολλούς και διάφορους τρόπους. Κατά κανόνα οι περισσότεροι άνθρωποι γύρω μας, όχι μόνο δεν γνωρίζουν πολλά για τη ΣΚΠ, αλλά έχουν λανθασμένη εντύπωση και πληροφόρηση για αυτήν. Δυστυχώς και οι εργοδότες δεν αποτελούν εξαίρεση στον κανόνα. Δεν γνωρίζουν ότι η ΣΚΠ δεν οδηγεί αυτόματα σε αναπηρία και ότι δεν υπάρχει τίποτα που να εμποδίζει τα ΑμΣΚΠ να εργάζονται για πολλά χρόνια μετά τη διάγνωση της. Οι εργοδότες μπορεί να φοβούνται πως η πρόσληψη ενός ΑμΣΚΠ θα επιβαρύνει με μεγάλο κόστος την επιχείρησή τους. Στην πραγματικότητα όμως πολλά ΑμΣΚΠ δεν χρειάζονται ειδικές προσαρμογές, ή

ακόμα και αν χρειαστούν αυτό αφορά σε προσαρμογές με λίγο έως μηδενικό κόστος. Εξ' άλλου υπάρχει επιχορήγηση από τον ΟΑΕΔ για τέτοιες αλλαγές. Είναι στο χέρι σας να αποδείξετε ότι η νόσος δεν σας εμποδίζει να κάνετε την δουλειά σας σωστά. Θα βοηθήσει αν μιλήσετε στον εργοδότη σας για τα συμπτώματα που σας ταλαιπωρούν, ώστε να καταλάβει καλύτερα την κατάσταση σας, και να τον ενθαρρύνετε να υιοθετήσει τέτοιες πολιτικές και πρακτικές που θα σας επιτρέπουν να συνεχίσετε να είστε το ίδιο αποδοτικός και αποτελεσματικός στη δουλειά σας. Δεδομένου ότι η ΣΚΠ επηρεάζει τα άτομα με διαφορετικούς τρόπους, είναι σημαντικό ο εργοδότης σας να γνωρίζει τις προσωπικές σας ανάγκες.

ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟ ΠΩ ΣΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΜΟΥ;

Είναι στο χέρι σας να πείτε ή όχι στους εργοδότες σας και στους συναδέλφους σας ότι έχετε ΣΚΠ. Νομικά, δεν έχετε καμία τέτοια υποχρέωση. Να έχετε υπόψη σας ότι δεν είναι σωστό να πάρετε βεβιασμένες αποφάσεις για την επαγγελματική σας ζωή κατά τη διάρκεια μίας ύσεως, ακόμη και αν η απόφαση αυτή αποδειχτεί σωστή αργότερα. Δώστε στον εαυτό σας χρόνο να ξεπεράσει την παρούσα φάση. Μετά ενημερωθείτε σφαιρικά έτσι ώστε να γνωρίζεται καλά τί επιλογές έχετε. Μόνο τότε ν' αποφασίσετε τι θα κάνετε. Η ΣΚΠ διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο, είναι λένε σαν το δαχτυλικό αποτύπωμα, και έτσι διαφέρει και η επίδραση της στον εργασιακό χώρο. Αν έχετε προσφορά για μια δουλειά που απαιτείται ιατρική αξιολόγηση καλό είναι να είστε ειλικρινείς όσον αφορά τα συμπτώματα σας. Ακόμη αν χρειαστεί να γίνουν αναπροσαρμογές στον εργασιακό σας χώρο, ή χρειαστεί να έχετε ευέλικτο ωράριο και πάλι θα πρέπει να μιλήσετε με τον εργοδότη σας, αντί να αντιδράσετε βιαστικά και μετά να το μετανιώσετε.

ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΝΑ ΠΑΡΑΜΕΙΝΩ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ;

Επειδή η ΣΚΠ είναι μια πάθηση με πολλές διακυμάνσεις και ο καθένας από μας τη βιώνει διαφορετικά δεν μπορεί να δοθεί μια γενικευμένη απάντηση. Παράγοντες όπως η βαρύτητα των συμπτωμάτων, η συχνότητα με την οποία παρουσιάζονται, ο βαθμός αναπηρίας καθώς και το αντικείμενο εργασίας, επηρεάζουν την δυνατότητα παραμονής ή μη του ΑμΣΚΠ στη δουλειά. Πολλά ΑμΣΚΠ συνεχίζουν και μετά τη διάγνωση να εργάζονται επιτυχημένα και να απολαμβάνουν αυτό που κάνουν.

Από την άλλη η δουλειά δεν είναι το παν και σίγουρα δεν θα έρθει το τέλος του κόσμου αν κρίνετε ότι πρέπει να την αφήσετε.

Είναι απαραίτητο τα ΑμΣΚΠ να συνεχίσουν να ζουν όσο το δυνατό πιο ανεξάρτητα και γεμάτα και γι' αυτό θα ήταν ίσως καλό να εξετάσετε ακόμα και την εκδοχή κοινωνικής προσφοράς σε εθελοντική βάση.

Έχει μεγάλη σημασία να μην βιαστείτε να πάρετε αποφάσεις για τη δουλειά σας, απλά και μόνο επειδή διαγνωστήκατε με ΣΚΠ. Πρέπει να δώσετε στον εαυτό σας το απαραίτητο χρονικό περιθώριο για να σκεφτεί και να διαλέξει αυτό που θεωρεί ότι είναι το καλύτερο για σας: αν θα παραμείνετε στη δουλειά σας ή αν θα βρείτε άλλες εναλλακτικές λύσεις.

ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

Η Κοινοτική οδηγία 78/2000 (Ν. 3304/05) περί ίσης μεταχείρισης καλύπτει όλα τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) επομένως και τα Άτομα με Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Κατοχυρώνει την **ίση μεταχείριση ανεξαρτητως** θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, **ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού **στον τομέα της εργασίας & της απασχόλησης.**

- Η οδηγία αυτή ενσωματώθηκε στην Ελληνική νομοθεσία, με το **N. 3304/05**. ΦΕΚ16/27-1-2005 και απαγορεύει κάθε είδους διάκριση -άμεση, έμμεση παρενόχληση, εντολή- στον τομέα της εργασίας και της απασχόλησης.
- Πεδίο εφαρμογής της είναι τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός τομέας.
- Θέτει την ευθύνη για την απόδειξη της μη παραβίασης της αρχής της ίσης μεταχείρισης στον εναγόμενο. Ο ενάγων δεν υποχρεούται να αποδείξει πλήρως ενώπιον δικαστηρίου ή αρμόδιας διοικητικής αρχής τη διάκριση σε βάρος του. Αρκεί να προσάγει επαρκείς ενδείξεις προκειμένου το δικαστήριο να πιθανολογήσει ότι στη συγκεκριμένη περίπτωση παραβιάστηκε η αρχή της ίσης μεταχείρισης. Στη συνέχεια ο κατηγορούμενος υποχρεούται να αποδείξει ότι δεν συντρέχει κανενός είδους διάκριση.
- Δεν θεωρεί ως άνιση μεταχείριση:
 - § τη λήψη, ή η διατήρηση ειδικών μέτρων **υπέρ** των ΑΜΕΑ, με σκοπό την πρόληψη ή την αντιστάθμιση των μειονεκτημάτων τους.
 - § τη θέσπιση μέτρων που αποβλέπουν στη δημιουργία ή τη διατήρηση προϋποθέσεων ή διευκολύνσεων για τη διαφύλαξη ή την ενθάρρυνση της ένταξης τους στην απασχόληση και την εργασία.
- Προβλέπει τόσο ποινικές όσο και διοικητικές κυρώσεις
- Περιλαμβάνει ειδικές διατάξεις για τα ΑΜΕΑ, όπως την πρόβλεψη για **εύλογες προσαρμογές για τα ΑΜΕΑ**, όπου ο εργοδότης υποχρεώνεται στη λήψη όλων των ενδεδειγμένων κατά περίπτωση μέτρων, προκειμένου τα ΑΜΕΑ να έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε θέσεις εργασίας, να ασκούν αυτήν και να εξελίσσονται, καθώς και δυνατότητα συμμετοχής στην επαγγελματική κατάρτιση, εφόσον τα μέτρα αυτά δεν συνεπάγονται δυσανάλογη επιβάρυνση για τον εργοδότη.

2.6 Η Πολλαπλή Σκλήρυνση και το δυναμικό της οικογένειας

Η εμπειρία της ΠΣ, συνδέεται με ενοχλήσεις στη συμπεριφορά ή στην κατάσταση του νου. Α βεβαιότητα, ανησυχίες για το παρελθόν, παρόν και μέλλον, και απογοήτευση με ένα υπό πτώση σώμα μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές της στάσης ή της συμπεριφοράς. Οι οικογένειες μπορεί να ανταποκριθούν σε τέτοιες καταστάσεις με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Ένας τρόπος χειρισμού της αρχικά καταστρεπτικής κατάστασης για τον ασθενή και την οικογένειά του είναι να την απορρίψουν. Σκέψεις που συνδέονται με την ασθένεια ή τα συναφή συμπτώματά της και τις συνέπειες μπορεί να είναι αρνητικές σε διαφορετικά επίπεδα με διαφορετικούς τρόπους. Μπορεί να είναι επειδή ο ασθενής θα απορριφθεί εντελώς από την οικογένεια. Αυτό μερικές φορές συμβαίνει με τη συναίνεση του ίδιου του ασθενή καθώς νιώθει ότι η οικογένεια μπορεί να συνεχίσει να ζει με λογικό τρόπο μόνο αν αυτή ξεχαστεί.

Μέρος των δυσκολιών που συναντούν οι οικογένειες είναι αν θα υποχωρήσουν ή όχι στον ασθενή στην αντιμετώπιση άσχημης ή ασυνήθιστης συμπεριφοράς. Τέτοια συμπεριφορά μπορεί να δικαιολογηθεί με αναφορά στους υποτιθέμενους στόχους της λ.χ αναζήτησης του ελέγχου της κατάστασης ή αναφορικά με τα εξουθενωτικά αποτελέσματα της ασθένειας στην ικανότητα του ασθενή να προσαρμοστεί στους κανόνες της οικογενειακής ζωής. Όμως αυτή η σχέση μπορεί να διασπαστεί δεδομένου ότι το κάθε μέλος της οικογένειας καταβάλλεται από τα δικά του προβλήματα. Η ικανότητά τους να ασκήσουν αντανεκαστικές και καλοκάγαθες κρίσεις γύρω από τους άλλους χάνεται μέσα στην απορρόφηση των δικών τους προβλημάτων. Τα μέλη της οικογένειας χωρίς ΠΣ και ο ασθενής μπορεί να νιώσουν ότι οι άλλοι γίνονται αδικαιολόγητα εγωκεντρικοί. Μεγάλη έρευνα και ανάλυση έδειξε ότι στις μακροχρόνιες ασθένειες υπάρχει η τάση της εσωστρέφειας παρά της διευκόλυνσης στην αναγνώριση σχετικά με την προσοχή που πρέπει να δώσουν στο πρόβλημά τους.

Για κάποιες οικογένειες η συνεχής ενασχόληση με τον ασθενή και τα προβλήματά του μπορεί να υποτιμήσει ή να κατακρημνίσει τη σημαντικότητα των άλλων προβλημάτων της οικογένειας. Σε μια τέτοια περίπτωση ο θυμός και η πικρία μπορεί να εκφραστούν από τα μη της οικογένειας σαν απόσυρση και μπορεί να εκφραστεί μια πικρία από τον ασθενή ότι οι απόψεις του και οι δυσκολίες του δε γίνονται κατανοητές.

Από την άλλη πλευρά μπορεί να υπάρξει σύγκρουση ανάμεσα στο να κάνουμε χάρες στον ασθενή με ΠΣ αλλά να μην είμαστε υπερπροστατευτικοί. Υπάρχει όμως ο κίνδυνος με μια τέτοια στάση να αφαιρέσουμε τον κεντρικό οικογενειακό ρόλο του ασθενή και να τον εξαιρέσουμε από τις οικογενειακές αποφάσεις. Κάτω από αυτές τις συνθήκες οι ασθενείς με ΠΣ, μπορεί να θέλουν ειδική μεταχείριση σε κάποια στιγμή και να εξαγριωθούν σε κάποια άλλη αν αντιληφθούν ότι χαίρουν εντελώς διαφορετικής μεταχείρισης από τα άλλα μέλη της οικογένειας. (Τσαχαγέα Ε., 2013)

A. ΕΜΕΙΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας μπορεί να φέρει αναστάτωση στην οικογενειακή μας ζωή και στις σχέσεις μας. Αν όμως μπορέσουμε να μιλήσουμε ανοιχτά και ειλικρινά με το /τη σύντροφό μας, ίσως βρεθούμε ακόμη πιο κοντά ο ένας στον άλλο και βοηθηθούμε στις δύσκολες αυτές ώρες. Μπορεί να είμαστε χαρακτήρες που μας είναι δύσκολο να δεχτούμε βοήθεια από τους άλλους. Αλλά και οι διπλανοί μας μπορεί να θέλουν να μας βοηθήσουν, όμως να μην ξέρουν με ποιο τρόπο, κι έτσι μπορεί να αντιδράσουν με ένα είδος “αδιαφορίας” ή να γίνουν υπερπροστατευτικοί, που και τα δύο είναι λάθος αντιμετώπιση. Όλες αυτές είναι ανθρώπινες αντιδράσεις και εξαρτάται από μας το να διατηρήσουμε τις επαφές μας και την επικοινωνία με τους άλλους. Είναι δύσκολο να συνεχιστεί η ζωή μας σαν να μην έγινε τίποτα – η κατανόηση από τη μεριά μας, τη μεριά του συντρόφου μας και της οικογένειάς μας και η εκπαίδευση του περιβάλλοντός μας είναι συχνά ο καλύτερος δρόμος και το μεγαλύτερο δέσιμο.

B. ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ

Πόσα και τι ακριβώς πρέπει να πούμε στα παιδιά μας;

Στα μικρά παιδιά δεν χρειάζεται να πούμε πολλά και θα απαντήσουμε στις ερωτήσεις τους, όταν θα μας ρωτήσουν τα ίδια. Τα παιδιά καταλαβαίνουν από ένστικτο το πότε κάτι δεν πάει καλά ή πότε είμαστε στενοχωρημένοι. Αυτό πρέπει να το ξέρουμε, για να καταλάβουμε και να δικαιολογήσουμε την παράξενη και ενοχλητική συμπεριφορά τους, όταν έχουν καταλάβει κάτι κι εμείς δεν τους λέμε τίποτα. **Η αλήθεια είναι σπάνια τόσο τρομακτική, όσο οι φόβοι μας.**

Τα μεγαλύτερα παιδιά και οι έφηβοι χρειάζονται πολύ προσεκτική προσέγγιση. Αν και φαίνονται ήρεμοι εξωτερικά και μερικές φορές αδιάφοροι, μπορεί μέσα τους να είναι πάρα πολύ φοβισμένοι. **Οι φόβοι τους μπορεί να ξεπεραστούν σιγά-σιγά με την πληροφόρηση.** Είναι προτιμότερο να απαντήσουμε συγκεκριμένα σε κάθε τους ερώτημα, παρά να τους ενημερώσουμε κάνοντάς τους διάλεξη εφ’ όλης της ύλης. Θα πρέπει να νιώθουν τη σιγουριά και την ασφάλεια ότι μπορούν να μας ρωτήσουν οτιδήποτε θέλουν, χωρίς να αισθάνονται ότι μας αναστατώνουν και μας στενοχωρούν.

Οι έφηβοι θέλουν να τους φερόμαστε όπως σε έναν ενήλικα και, αν δεν τους επιτρέψουμε να πάρουν ενεργό μέρος και να αναλάβουν αρμοδιότητες σε σχέση με το οικογενειακό πρόβλημα, μπορεί να αισθανθούν παραγκωνισμένοι και να πληγωθούν, ακόμη και να φερθούν με βίαιο τρόπο. Αν όμως ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή τους και τη συνεργασία τους, μπορούν να δείξουν απίστευτη ωριμότητα και να γίνουν πηγή δύναμης.

Γ. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΙ

Όταν μάθουμε ότι έχουμε σκλήρυνση κατά πλάκας, ίσως θελήσουμε αρχικά να μιλήσουμε στην ευρύτερη οικογένειά μας και, αργότερα, να προτιμήσουμε να μείνει μια προσωπική μας υπόθεση. Αλλά τι να κάνουμε, να το πούμε στους πιο “έξω”, στους γείτονες, στους συναδέλφους μας; Η επιφυλακτικότητα είναι κάτι φυσικό και κανείς δεν θέλει να καταντήσει να μιλάει για το πρόβλημά του μονάχα !

Στην πραγματικότητα όμως, ο άνθρωπος με ΣΚΠ δεν θα έχει πάντα την ενέργεια που χρειάζεται για να συνεχίσει με τον ίδιο ρυθμό τις κοινωνικές του δραστηριότητες. Το αποτέλεσμα είναι μια κοινωνική απομόνωση που μπορεί να παρερμηνευθεί σαν : «οι φίλοι μου με εγκατέλειψαν».

Αν μπορούμε λοιπόν να είμαστε ειλικρινείς μαζί τους, να τους ενημερώσουμε και να τους πούμε ότι θα ζητήσουμε τη βοήθειά τους, όποτε χρειαστεί, τότε θα καταφέρουν κι εκείνοι να αναπροσαρμόσουν τις προσδοκίες τους από εμάς. Τότε θα τους έχουμε συμπαραστάτες μας και πιθανότατα θα είναι δίπλα μας στις δύσκολες στιγμές.

Δεν υπάρχει λόγος να αισθανόμαστε υποχρέωση για την προσφορά των φίλων μας κι ίσως μπορέσουμε να ανταποδώσουμε τη βοήθειά τους με τρόπους που δεν είχαμε φανταστεί μέχρι τώρα.

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο έως τον Σεπτέμβριο του 2015. Πρόκειται για μία περιγραφική έρευνα που στόχο είχε να μας βοηθήσει να διαπιστώσουμε και να συγκρίνουμε τις γνώσεις των φοιτητών και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη Σκλήρυνση κατά πλάκας. Για να διαχειριστούμε μία συγκεκριμένη, αναλυτική και αποτελεσματική έρευνα αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε σε φοιτητές Ιατρικής και Νοσηλευτικής καθώς και σε Ιατρούς και Νοσηλευτές.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

B. Πληθυσμός – Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 240 επαγγελματίες υγείας καθώς και σε φοιτητές Ιατρικής και Νοσηλευτικής. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 31 ερωτήσεις, 6 από τις οποίες αποτελούσαν τα δημογραφικά στοιχεία.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Απρίλιο έως και τον Σεπτέμβριο του 2015 στην Πάτρα.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν ανά πάσα στιγμή να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε 15 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια αποκλεισμού στην έρευνά μας ήταν:

- Μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν.

Στ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνα με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας, εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και τον φορέα της έρευνας – σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που ξ κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSSStatistics 22 για Windows 8.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέση τιμή (meanvalue) των μετρήσεών τους, την τυπική απόκλιση (standarddeviation), την ελάχιστη (minvalue) και τη μέγιστη (maxvalue) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνιση της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov – Smirnov.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων ήταν χ^2 -test (Chi-squaretest με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (R) (SpearmanRankOrdercorrelationcoefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα [-1,+1]. Οι τιμές +1, -1 αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δυο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει, η άλλα ελαττώνεται.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0.05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στη ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

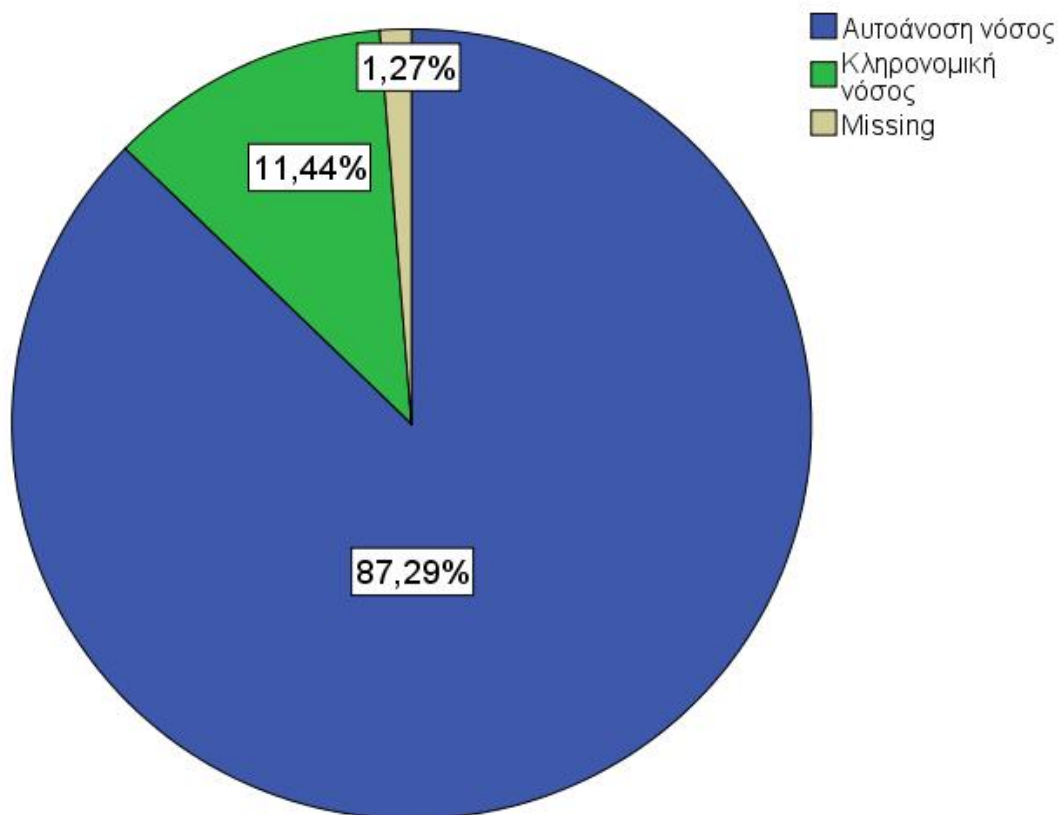
Στην έρευνα έλαβαν μέρος 236 άτομα, εκ των οποίων ήταν 44 ιατροί, 53 νοσηλευτές, 97 φοιτητές νοσηλευτικής και 42 φοιτητές ιατρικής. Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (206 άτομα – ποσοστό 87,3%) απάντησαν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αυτοάνοση νόσος ενώ 27 άτομα (ποσοστό 27%) απάντησαν πως είναι κληρονομική νόσος. (Πίνακας 1, Σχήμα 1)

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αυτοάνοση ή κληρονομική νόσος.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι	N=236	Percent
Αυτοάνοση νόσος	206	87,3
Κληρονομική νόσος	27	11,4
ΔΓ/ΔΑ	3	1,3

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αυτοάνοση ή κληρονομική νόσος.

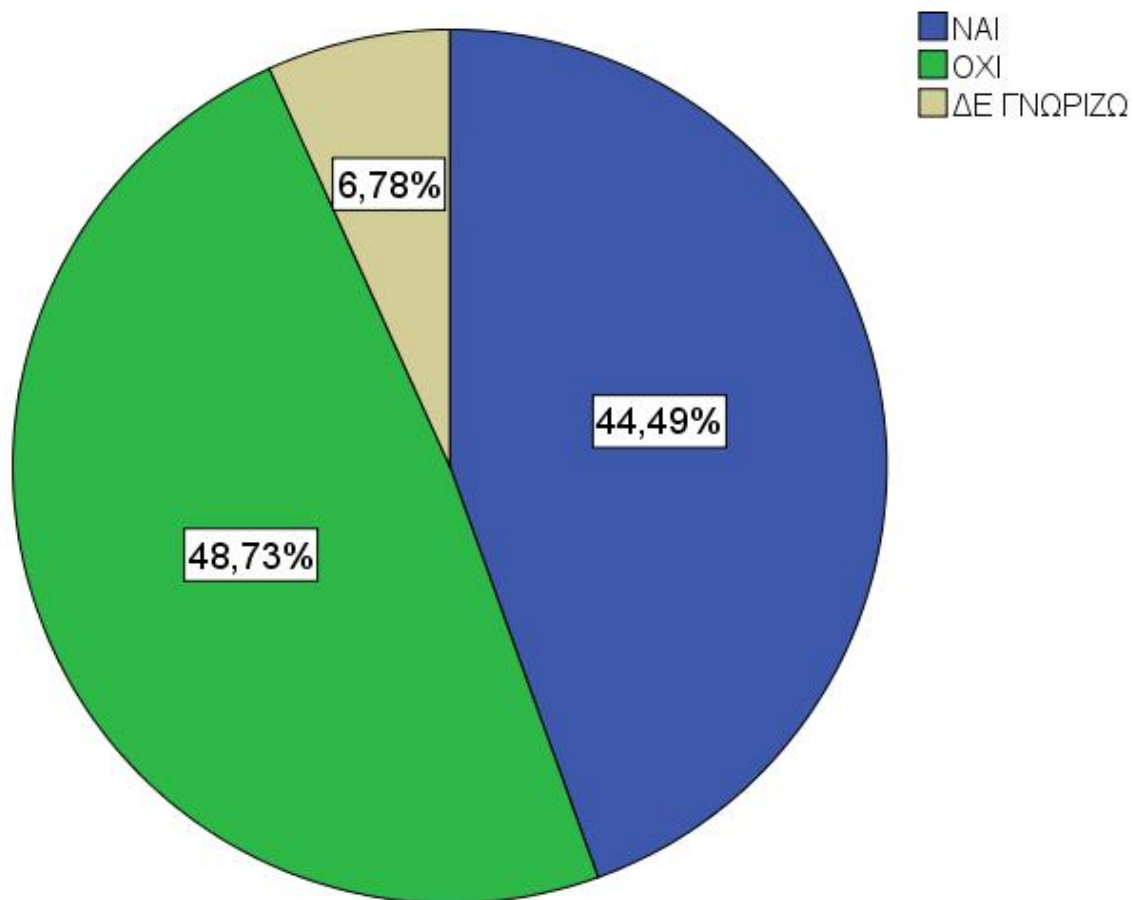


Από τους ερωτηθέντες που 115 άτομα (ποσοστό 48,7%) δήλωσαν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν είναι θανατηφόρα ασθένεια ενώ 105 άτομα (ποσοστό 44,5%) δήλωσαν πως είναι θανατηφόρα ασθένεια. Παράλληλα, 16 άτομα (ποσοστό 6,8%) δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν αν η νόσος είναι θανατηφόρα).
(Πίνακας 2, Σχήμα 2)

Πίνακας 2 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι θανατηφόρα ασθένεια.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι θανατηφόρα ασθένεια	N=236	Percent
ΝΑΙ	105	44,5
ΟΧΙ	115	48,7
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	16	6,8

Σχήμα 2 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι θανατηφόρα ασθένεια.

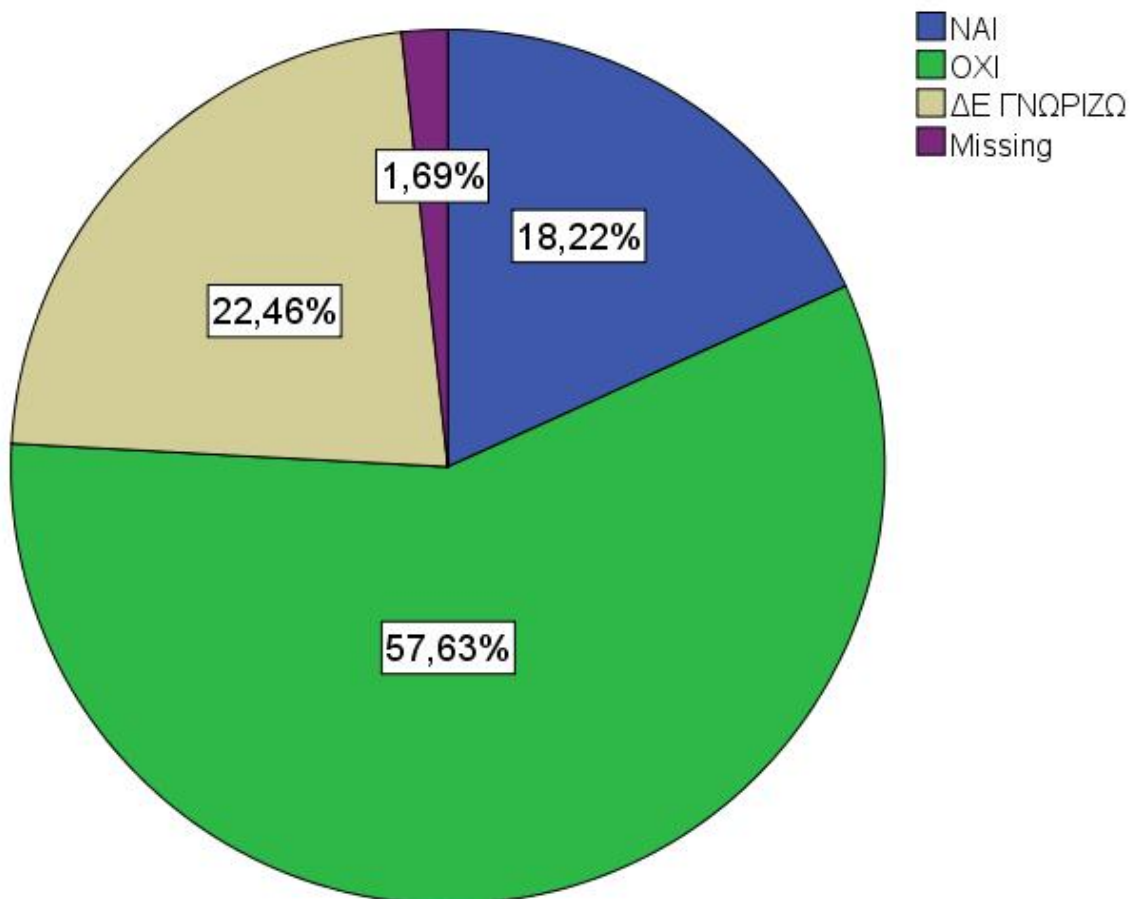


Στην ερώτηση αν η αιτία της σκλήρυνσης κατά πλάκας έχει διαπιστωθεί, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (136 άτομα – ποσοστό 57,6%) απάντησαν πως η αιτία δεν έχει διαπιστωθεί, ενώ 43 από τους ερωτηθέντες (ποσοστό 18,2%) απάντησαν πως η αιτία της νόσου έχει διαπιστωθεί. Ακόμα 53 άτομα (ποσοστό 22,5%) απάντησαν πως δεν γνωρίζουν αν η αιτία της νόσου έχει διαπιστωθεί. (Πίνακας 3, Σχήμα 3)

Πίνακας 3: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση αν η αιτία της σκλήρυνσης κατά πλάκας έχει διαπιστωθεί.

Η αιτία της σκλήρυνσης κατά πλάκας έχει διαπιστωθεί	N=236	Percent
ΝΑΙ	43	18,2
ΟΧΙ	136	57,6
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	53	22,5
ΔΓ/ΔΑ	4	1,7

Σχήμα 3 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν η αιτία της σκλήρυνσης κατά πλάκας έχει διαπιστωθεί.

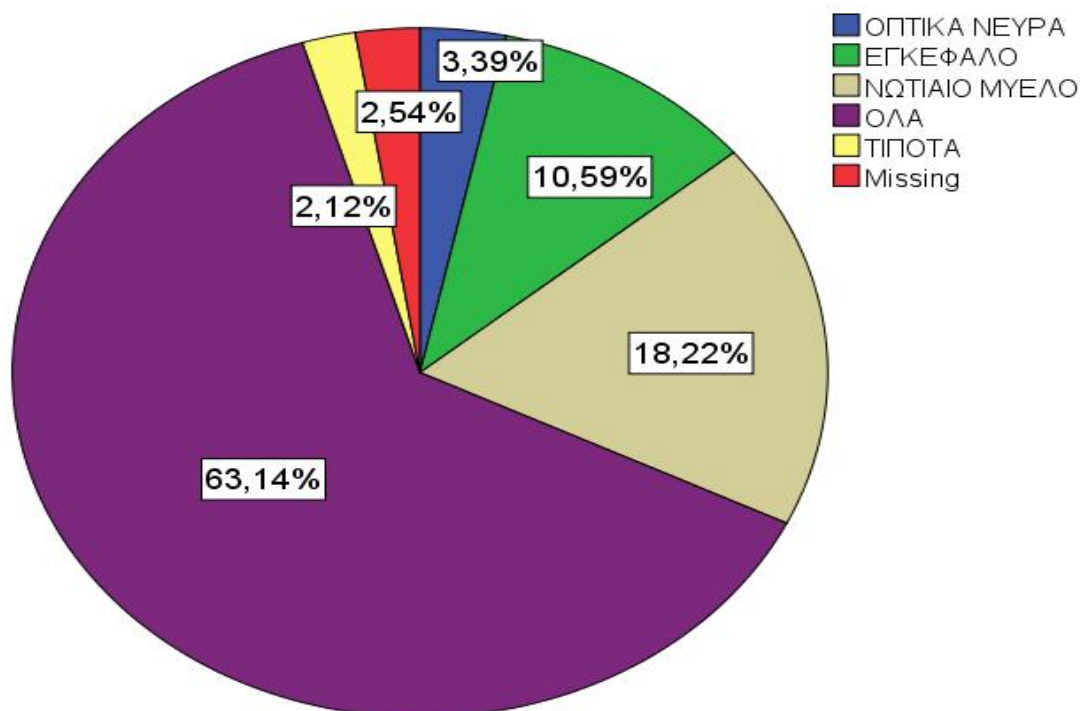


Στην προσπάθειά μας να ποσοτικοποιήσουμε – διαβαθμίσουμε η σκλήρυνση κατά πλάκας από ποια επεισόδια εστιακών διαταραχών χαρακτηρίζεται προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα. Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (149 άτομα – ποσοστό 63,1%) ανέφεραν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας χαρακτηρίζεται από επεισόδια εστιακών διαταραχών και στα οπτικά νεύρα και στον εγκέφαλο καθώς και στο νωτιαίο μυελό. Έπειτα, 43 άτομα από τα 236 που έλαβαν μέρος στην έρευνα δήλωσαν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας χαρακτηρίζεται από επεισόδια εστιακών διαταραχών στο νωτιαίο μυελό. Ακολουθούν 25 από τους ερωτηθέντες (ποσοστό 10,6%) που ανέφεραν πως η νόσος χαρακτηρίζεται από επεισόδια εστιακών διαταραχών στον εγκέφαλο, ενώ μόλις 8 άτομα (ποσοστό 3,4%) ανέφεραν πως τα επεισόδια εστιακών διαταραχών συμβαίνουν στα οπτικά νεύρα. (Πίνακας 4, Σχήμα 4)

Πίνακας 4 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με τα επεισόδια εστιακών διαταραχών της νόσου.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας χαρακτηρίζεται από επεισόδια εστιακών διαταραχών στα	N=236	Percent
ΟΠΤΙΚΑ ΝΕΥΡΑ	8	3,4
ΕΓΚΕΦΑΛΟ	25	10,6
ΝΩΤΙΑΙΟ ΜΥΕΛΟ	43	18,2
ΟΛΑ	149	63,1
ΤΙΠΟΤΑ	5	2,1
ΔΓ/ΔΑ	6	2,5
Total	236	100,0

Σχήμα 4 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με τα επεισόδια εστιακών διαταραχών της νόσου.

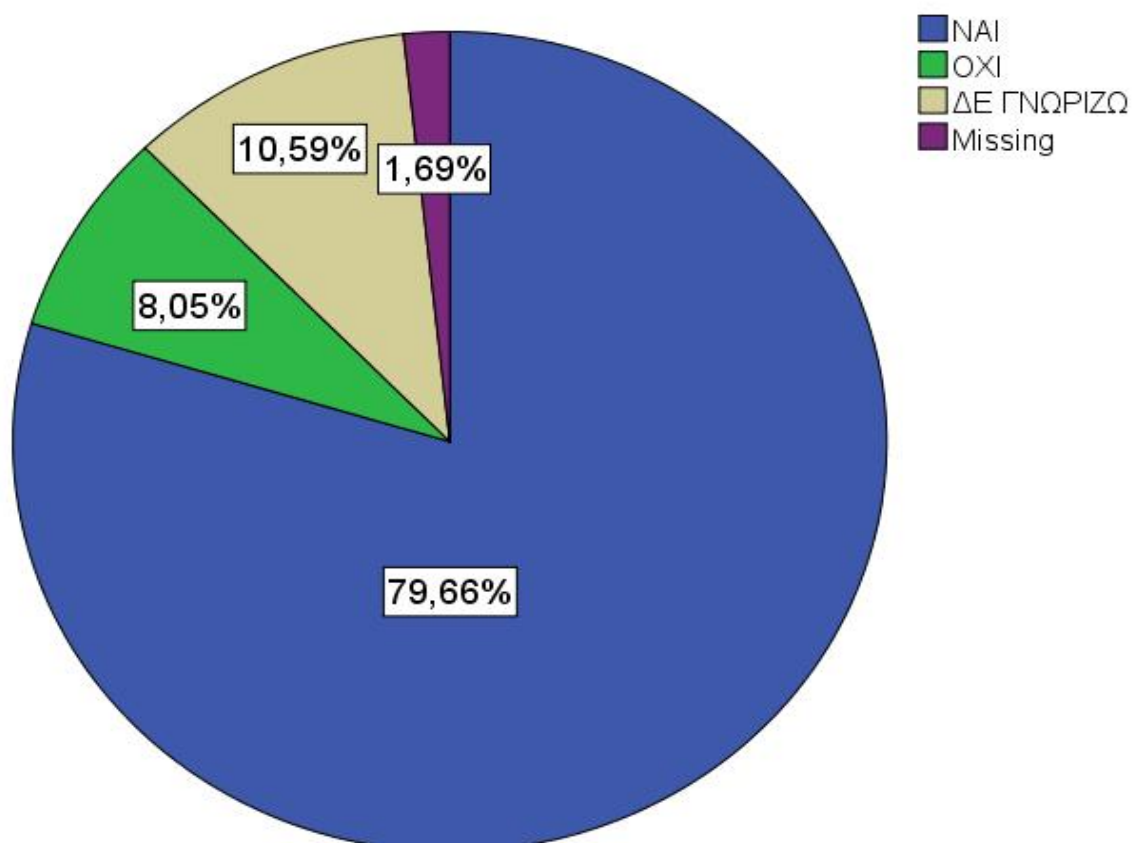


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων 188 άτομα (ποσοστό 79,7%) ανέφεραν πως οι δυσκολίες υποτροπιάζουν σε περίοδο πολλών ετών, ενώ το 8,1% των ερωτηθέντων είχε αντίθετη άποψη. Ακόμα, το 10,6% των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα ανέφεραν πως δεν γνωρίζουν αν με την πάροδο πολλών ετών οι διαταραχές υποτροπιάζουν. (Πίνακας 5 , Σχήμα 5)

Πίνακας 5 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι διαταραχές υποτροπιάζουν σε περίοδο πολλών ετών.

Οι διαταραχές υποτροπιάζουν σε περίοδο πολλών ετών	N=236	Percent
ΝΑΙ	188	79,7
ΟΧΙ	19	8,1
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	25	10,6
ΔΓ/ΔΑ	4	1,7

Σχήμα 5 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι διαταραχές υποτροπιάζουν σε περίοδο πολλών ετών.

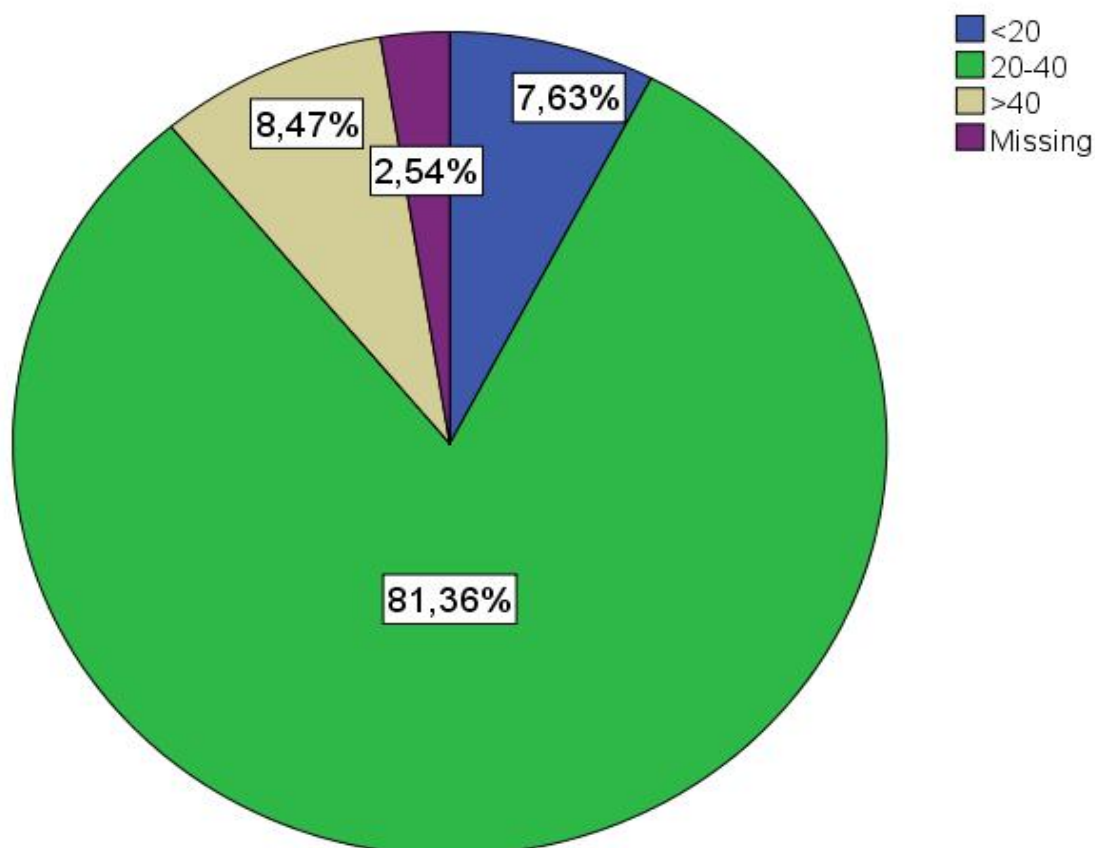


Από τον παρακάτω πίνακα αξιοσημείωτο είναι πως οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 81,4% στη ερώτηση σε ποια ηλικία πιστεύετε πως είναι πιθανότερο το άτομο να διαγνωσθεί με σκλήρυνση κατά πλάκας απάντησαν μεταξύ 20-40 ετών. Ακόμα, το 8,5% απάντησαν σε ηλικία μεγαλύτερη από τα 40 έτη, ενώ το 7,6% απάντησαν σε ηλικία μικρότερη από τα 20 έτη. (Πίνακας 6, Σχήμα 6)

Πίνακας 6 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση σε ποια ηλικία είναι πιθανότερο το άτομο να διαγνωσθεί με τη νόσο.

Σε ποια ηλικία πιστεύετε είναι πιθανότερο το άτομο να διαγνωσθεί με σκλήρυνση κατά πλάκας	N=236	Percent
<20	18	7,6
20-40	192	81,4
>40	20	8,5
ΔΓ/ΔΑ	6	2,5

Σχήμα 6 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση σε ποια ηλικία είναι πιθανότερο το άτομο να διαγνωσθεί με τη νόσο.

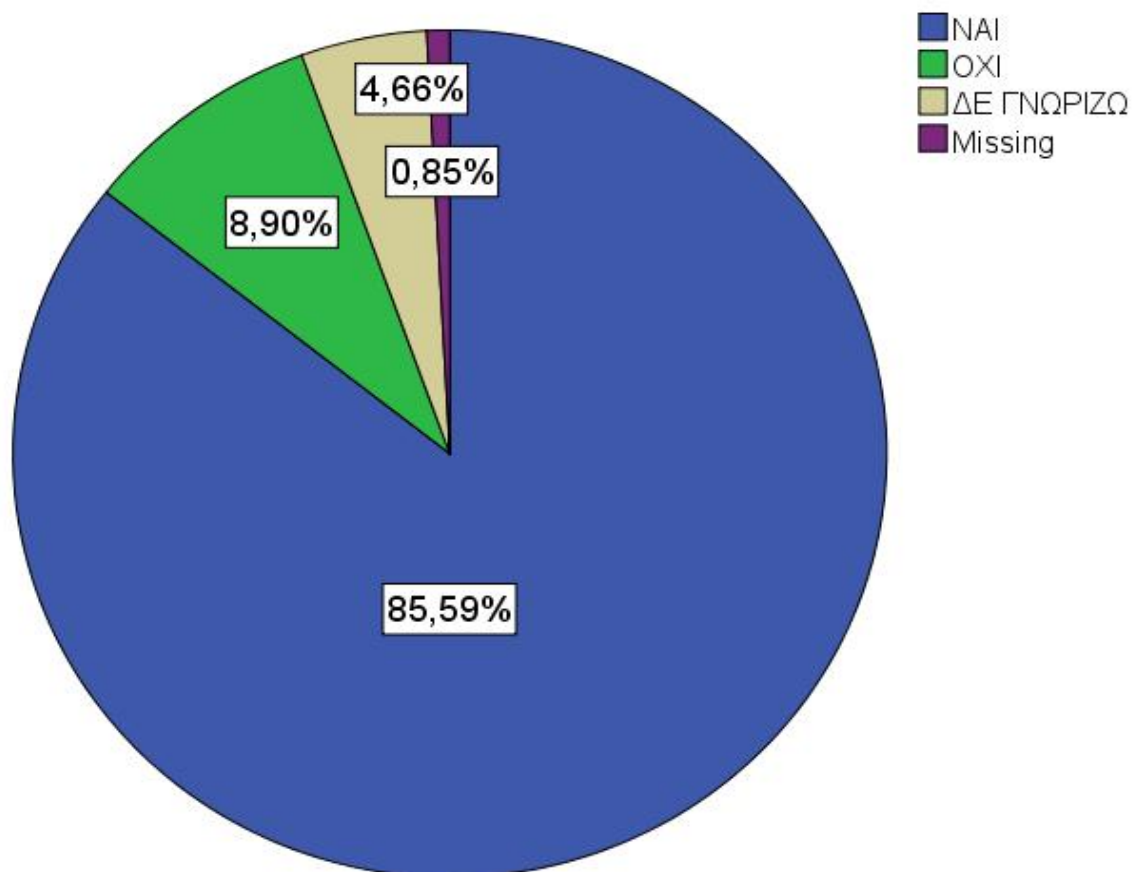


Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν αν θεωρούν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 85,6% των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα θεωρεί πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας σε αντίθεση με το μόλις 8,9% που πιστεύει το αντίθετο. (Πίνακας 7, Σχήμα 7).

Πίνακας 7 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου.

Θεωρείτε πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου	N=236	Percent
ΝΑΙ	202	85,6
ΟΧΙ	21	8,9
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	11	4,7
ΔΓ/ΔΑ	2	,8

Σχήμα 7 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου.

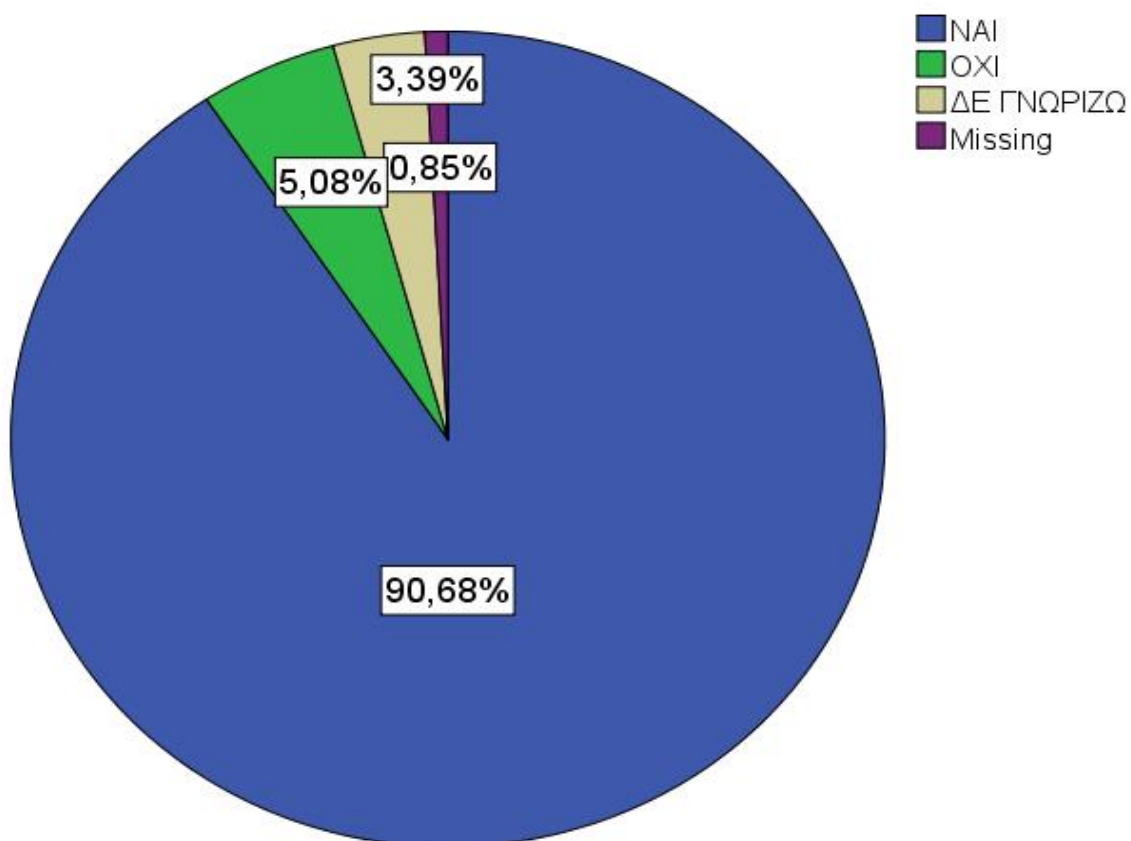


214 άτομα (ποσοστό 90,7%) δήλωσαν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας δυσχεραίνει την πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων από τον ασθενή και μόλις 12 από τους ερωτηθέντες (ποσοστό 5,1%) δήλωσε το αντίθετο. (Πίνακας 8, Σχήμα 8)

Πίνακας 8 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν η σκλήρυνση κατά πλάκας δυσχεραίνει την πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων από τον ασθενή.

Πιστεύετε πως η σκλήρυνση κατά πλάκας δυσχεραίνει την πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων από τον ασθενή	N=236	Percent
ΝΑΙ	214	90,7
ΟΧΙ	12	5,1
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	8	3,4
ΔΓ/ΔΑ	2	,8

Σχήμα 8 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν η σκλήρυνση κατά πλάκας δυσχεραίνει την πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων από τον ασθενή.



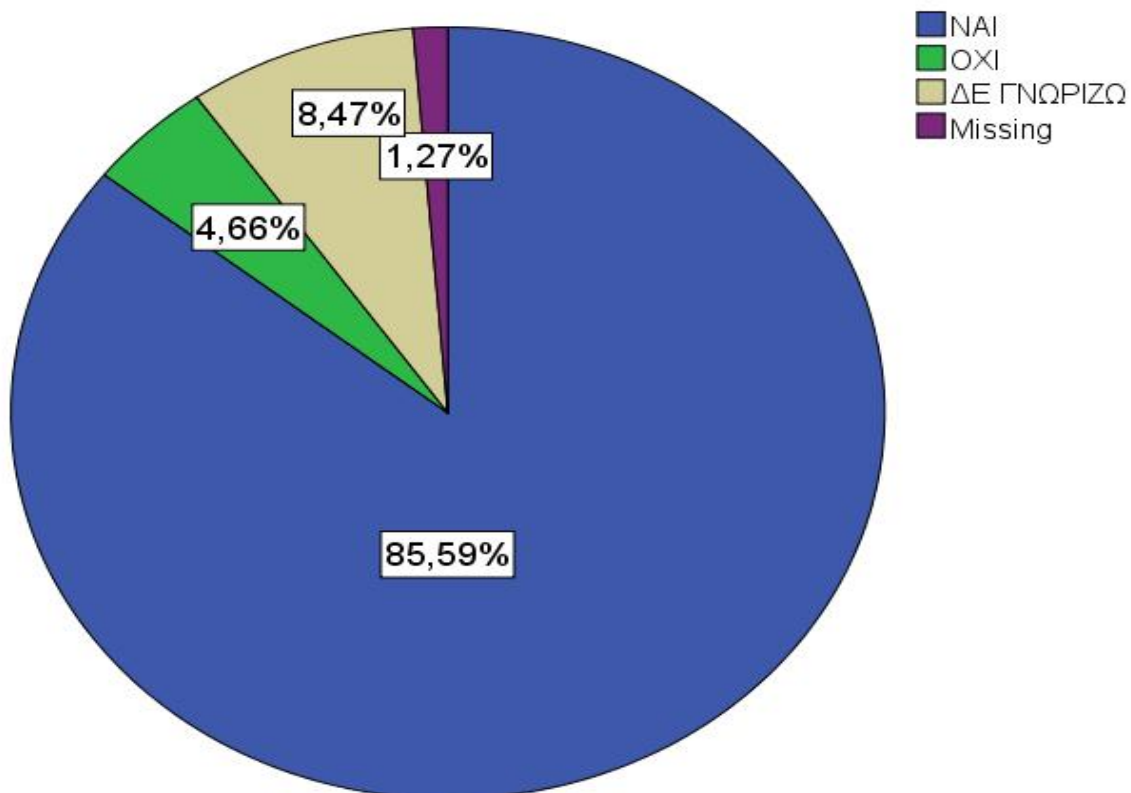
Η διάγνωση του ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας θεωρείται παράγοντας για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο σύμφωνα με την συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (202 άτομα – ποσοστό 85,6%). Μόνο το 4,7% από τους ερωτηθέντες δήλωσαν πως η νόσος δεν μπορεί να αποτελέσει αιτία για την δημιουργία ψυχικών διαταραχών, ενώ το 8,5% από τους ερωτηθέντες δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν.

(Πίνακας 9, Σχήμα 9)

Πίνακας 9 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν η σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο.

Η διάγνωση του ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο	N=236	Percent
ΝΑΙ	202	85,6
ΟΧΙ	11	4,7
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	20	8,5
ΔΓ/ΔΑ	3	1,3

Σχήμα 9 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν η σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο.

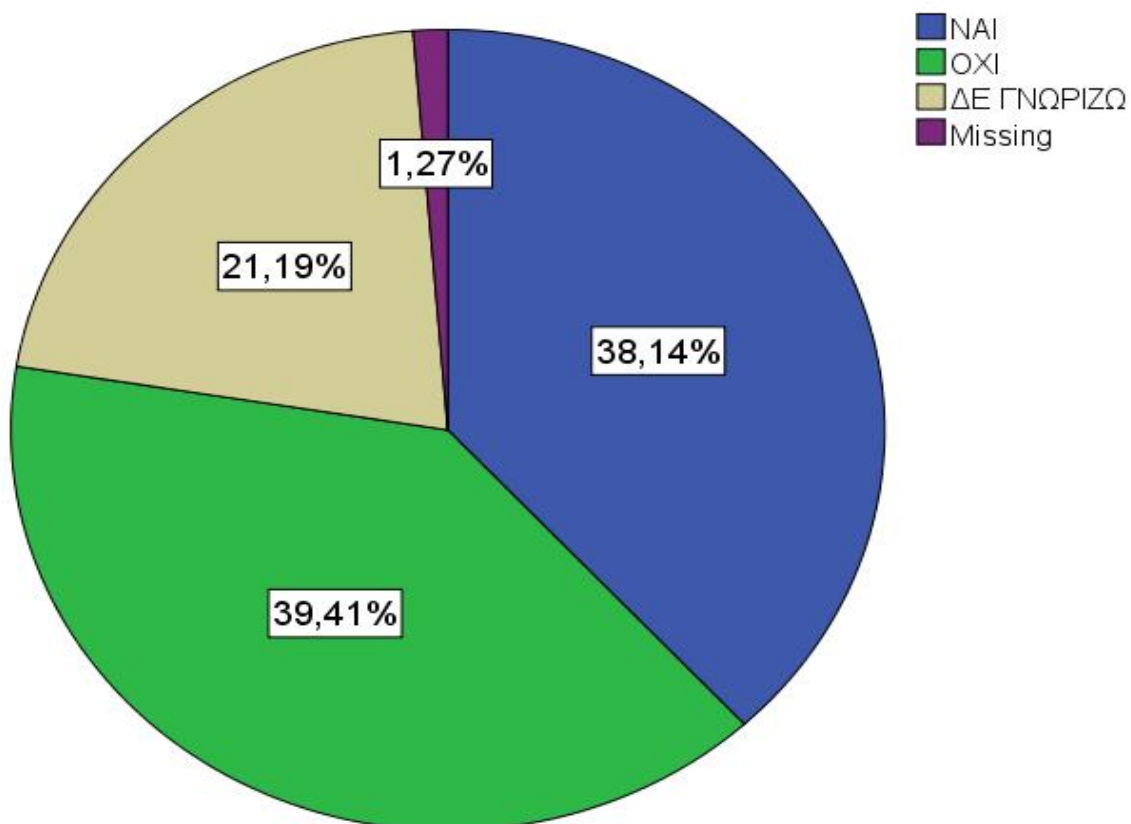


Σχεδόν μοιρασμένα είναι τα ποσοστά ανάμεσα στους ερωτηθέντες που αναφέρουν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας επηρεάζει την αναπαραγωγική λειτουργία του ατόμου και στους ερωτηθέντες που δηλώνουν το αντίθετο. Έτσι, 39,4% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν επηρεάζει την αναπαραγωγική λειτουργία του ατόμου που πάσχει, ενώ το 38,1% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η νόσος επηρεάζει την αναπαραγωγική λειτουργία του πάσχοντα. Ακόμα, το 21,2% των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν να απαντήσουν στην ερώτηση.
(Πίνακας 10, Σχήμα 10)

Πίνακας 10 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν η νόσος επηρεάζει την αναπαραγωγική λειτουργία του ατόμου που πάσχει.

Κατά τη γνώμη σας η σκλήρυνση κατά πλάκας επηρεάζει την αναπαραγωγική λειτουργία του ατόμου	N=236	Percent
ΝΑΙ	90	38,1
ΟΧΙ	93	39,4
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	50	21,2
ΔΓ/ΔΑ	3	1,3

Σχήμα 10: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν η νόσος επηρεάζει την αναπαραγωγική λειτουργία του ατόμου που πάσχει.



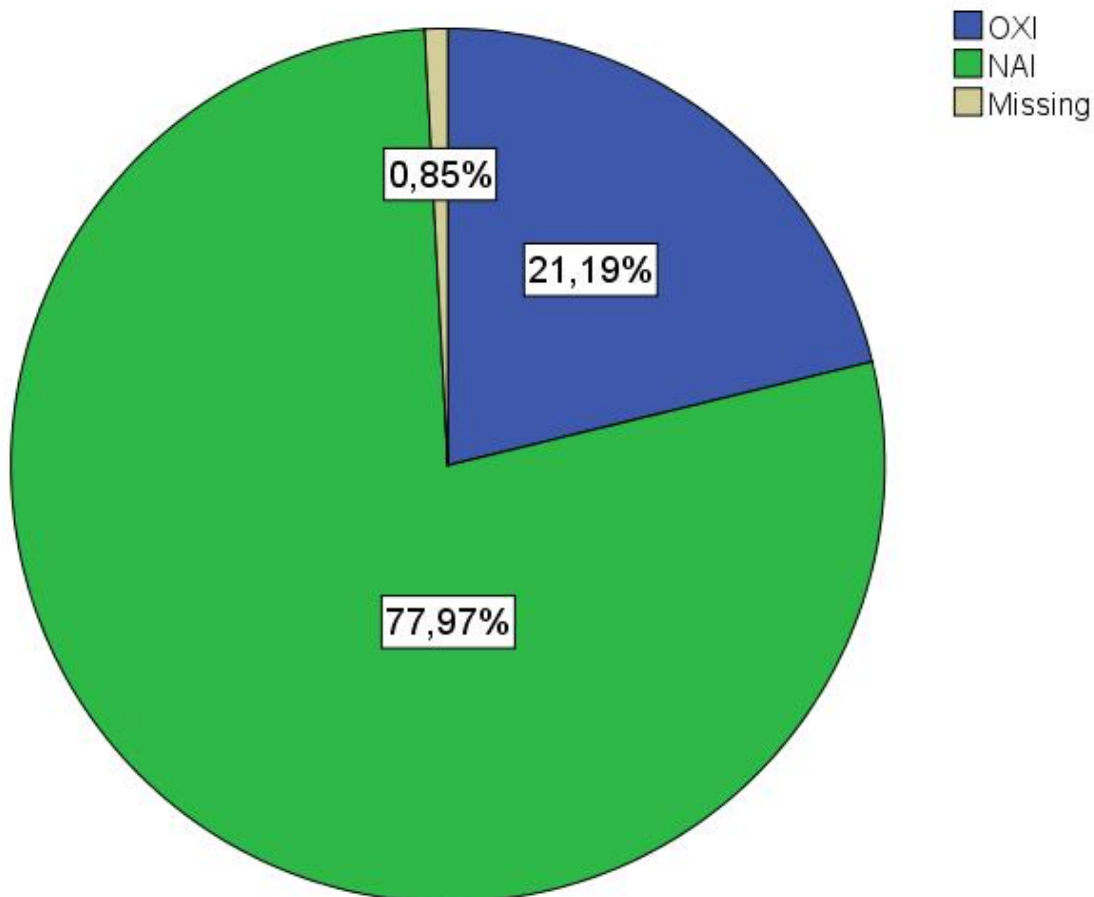
Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν ποια από τα παρακάτω νομίζουν πως θεωρούνται συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Έτσι, προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα. (Πίνακας 11, Σχήμα 11)

Το 78% των ερωτηθέντων (184 άτομα) θεωρούν την κινητική αδυναμία ως σύμπτωμα της νόσου ενώ το 21,2% (50 άτομα) πιστεύουν το αντίθετο. (Πίνακας 11α, Σχήμα 11 α)

Πίνακας 11 α : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν η κινητική αδυναμία θεωρείται σύμπτωμα της νόσου.

Σ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΔΥΑΜΙΑ	N=236	Percent
ΟΧΙ	50	21,2
ΝΑΙ	184	78,0
ΔΓ/ΔΑ	2	,8

Σχήμα 11 α : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν η κινητική αδυναμία θεωρείται σύμπτωμα της νόσου.

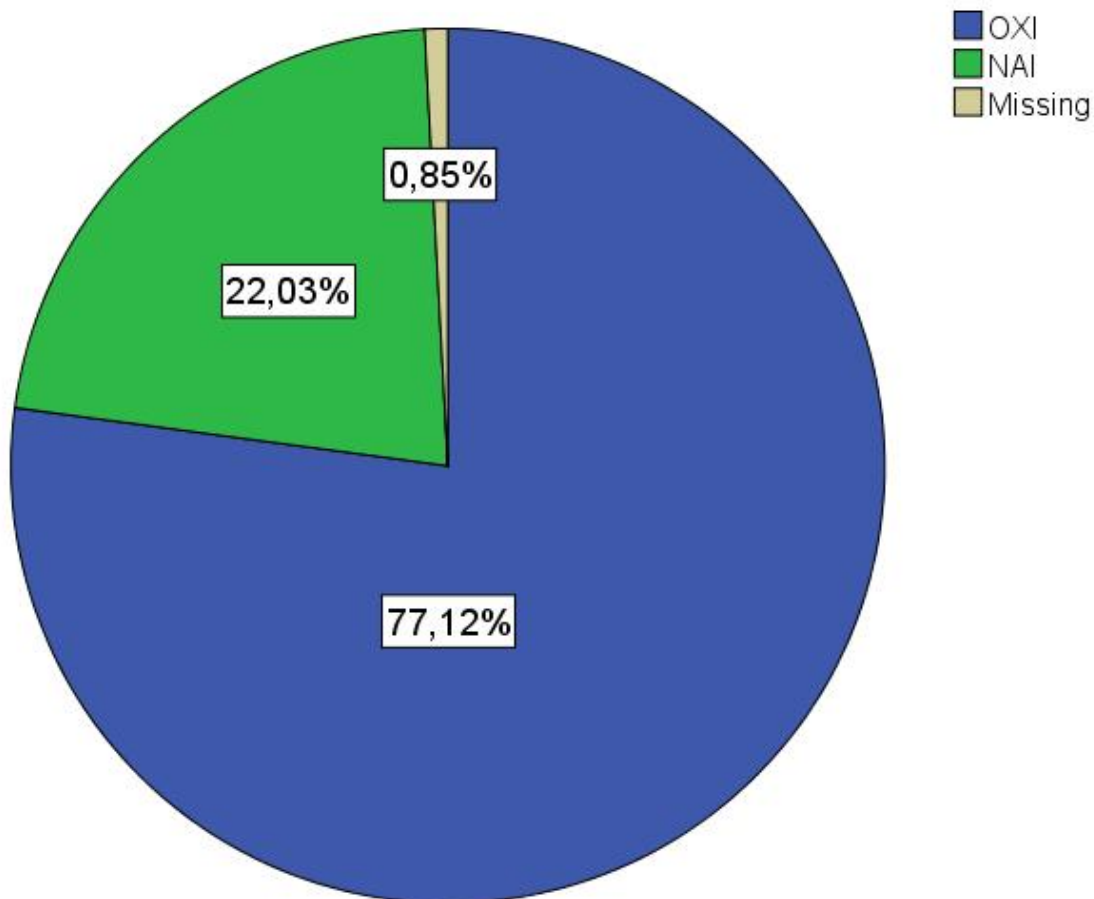


Εν συνεχεία, το 77,1% των ερωτηθέντων (182 άτομα) πιστεύουν πως η μείωση σωματικού βάρους είναι σύμπτωμα της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Ενώ, το 22% (52 άτομα) των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα δήλωσαν πως δεν θεωρείται σύμπτωμα η μείωση του σωματικού βάρους. (Πίνακας 11 β, Σχήμα 11 β)

Πίνακας 11 β : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν η μείωση σωματικού βάρους είναι σύμπτωμα της νόσου.

Σ ΜΕΙΩΣΗ ΒΑΡΟΥΣ	N=236	Percent
ΟΧΙ	182	77,1
ΝΑΙ	52	22,0
ΔΓ/ΔΑ	2	,8

Σχήμα 11 β : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν η μείωση σωματικού βάρους είναι σύμπτωμα της νόσου.

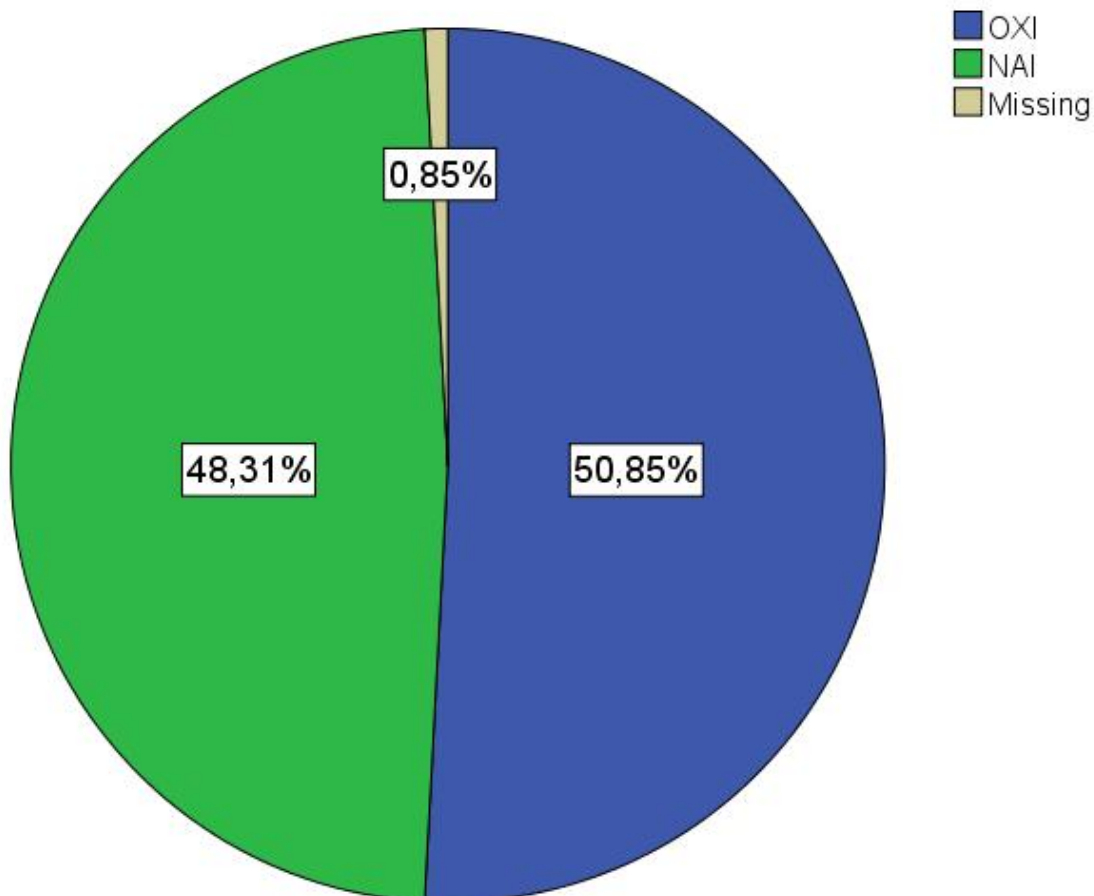


Σχεδόν μοιρασμένα είναι τα ποσοστά ανάμεσα στους ερωτηθέντες που δηλώνουν ότι οι διαταραχές της όρασης είναι σύμπτωμα της σκλήρυνσης κατά πλάκας και στους ερωτηθέντες που δηλώνουν το αντίθετο. Έτσι, 114 άτομα (ποσοστό 48,3%) δηλώνουν πως οι διαταραχές της όρασης θεωρούνται σύμπτωμα της νόσου, ενώ 120 άτομα (ποσοστό 50,8%) πως δεν είναι. (Πίνακας 11 γ, Σχήμα 11 γ)

Πίνακας 11 γ : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι διαταραχές της όρασης θεωρούνται σύμπτωμα της νόσου.

Σ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΡΑΣΗΣ	N=236	Percent
ΟΧΙ	120	50,8
ΝΑΙ	114	48,3
ΔΓ/ΔΑ	2	,8

Σχήμα 11 γ : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι διαταραχές της όρασης θεωρούνται σύμπτωμα της νόσου.

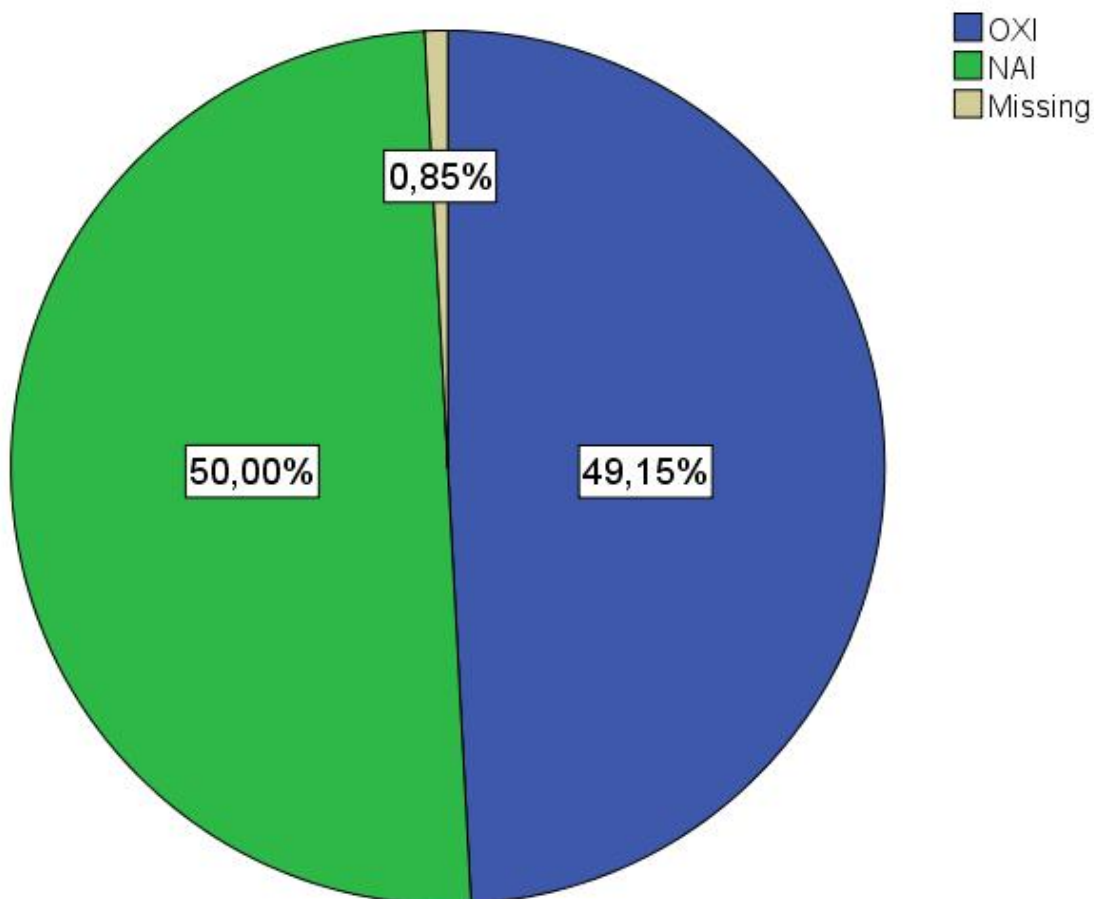


Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει ισορροπία μεταξύ των ερωτηθέντων που δηλώνουν ότι οι διαταραχές της αισθητικότητας θεωρούνται σύμπτωμα της νόσου και σε εκείνους που δηλώνουν το αντίθετο. Έτσι, 118 άτομα (ποσοστό 50%) πιστεύουν πως οι διαταραχές της αισθητικότητας είναι σύμπτωμα της νόσου, σε αντίθεση με 116 άτομα (ποσοστό 49,2%) που πιστεύουν πως δεν είναι. (Πίνακας 11 δ, Σχήμα 11 δ)

Πίνακας 11 δ : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι διαταραχές της αισθητικότητας θεωρούνται σύμπτωμα της νόσου.

Σ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	N=236	Percent
ΟΧΙ	116	49,2
ΝΑΙ	118	50,0
ΔΓ/ΔΑ	2	,8

Σχήμα 11 δ : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι διαταραχές της αισθητικότητας θεωρούνται σύμπτωμα της νόσου.

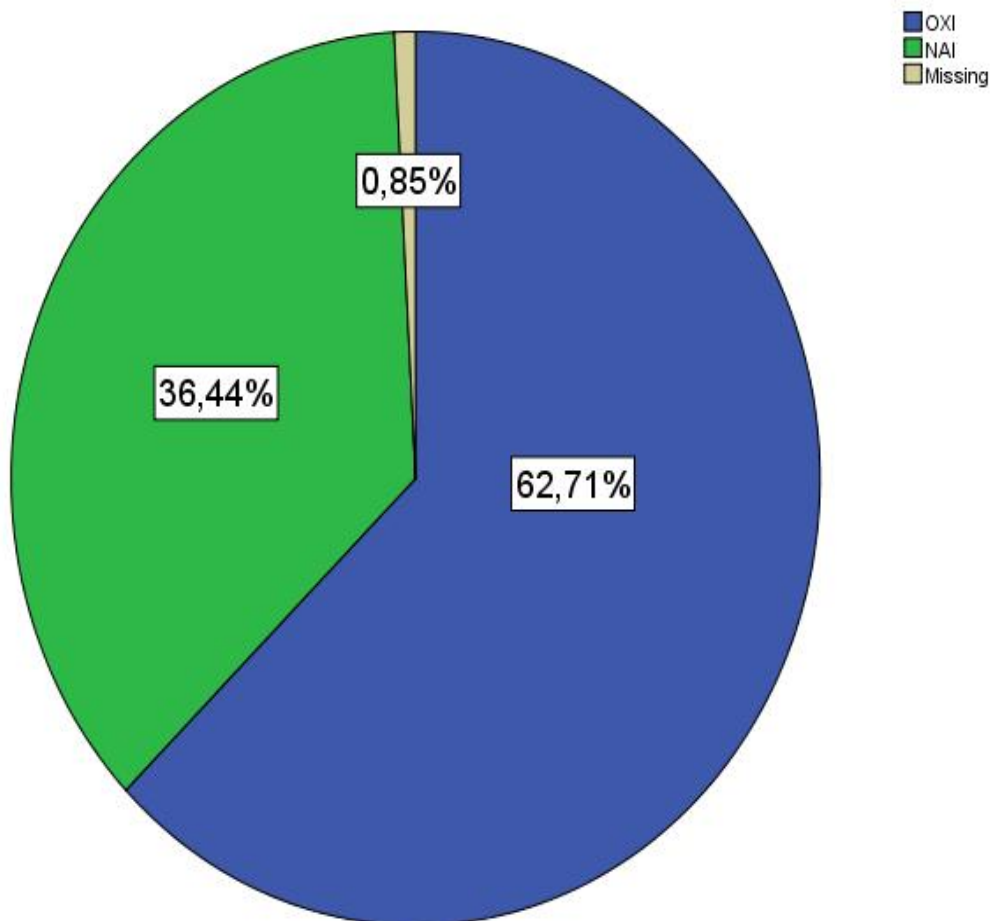


Η πλειοψηφία των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα (148 άτομα – ποσοστό 62,7%) δήλωσαν πως οι διαταραχές στην ούρηση ή την αφόδευση θεωρούνται σύμπτωμα της σκλήρυνσης κατά πλάκας, σε αντίθεση με 86 άτομα (ποσοστό 36,4%). (Πίνακας 11 ε , Σχήμα 11 ε)

Πίνακας 11 ε : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι διαταραχές στην ούρηση ή την αφόδευση είναι σύμπτωμα της νόσου.

Σ ΟΥΡΗΣΗ Ή ΑΦΟΔΕΥΣΗ	N=236	Percent
ΟΧΙ	148	62,7
ΝΑΙ	86	36,4
ΔΓ/ΔΑ	2	,8

Σχήμα 11 ε : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι διαταραχές στην ούρηση ή την αφόδευση είναι σύμπτωμα της νόσου.

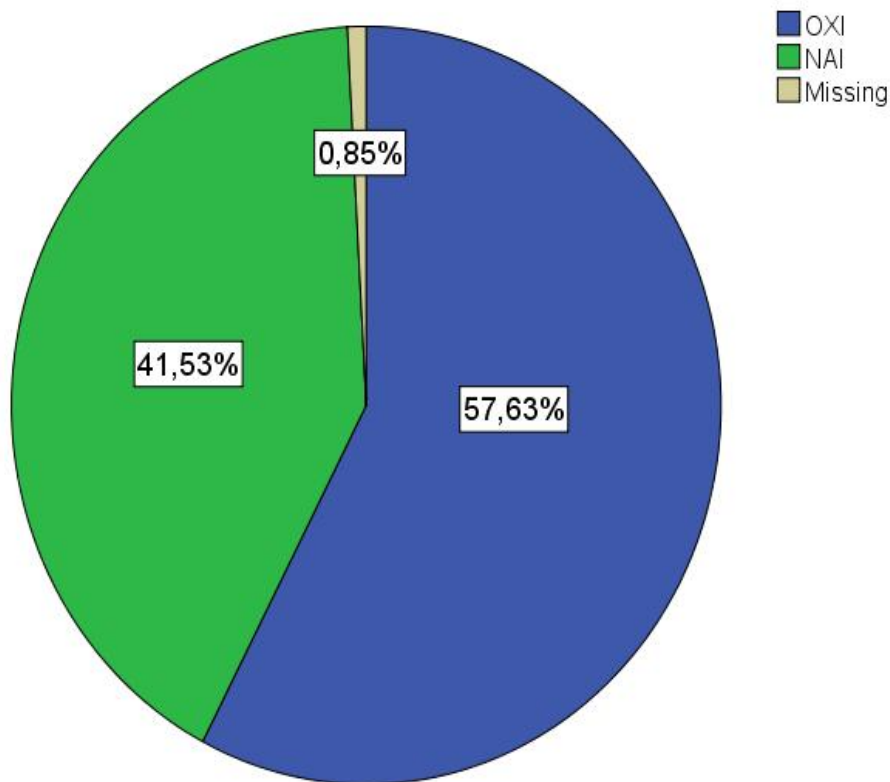


136 ερωτηθέντες (ποσοστό 57,6%) πιστεύουν πως το τρέμουλο θεωρείται σύμπτωμα της σκλήρυνσης κατά πλάκας, ενώ 98 ερωτηθέντες δηλώνουν το αντίθετο. (Πίνακας 11 στ, Σχήμα στ)

Πίνακας 11 στ : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν το τρέμουλο θεωρείται σύμπτωμα της νόσου.

Σ ΤΡΕΜΟΥΛΟ	N=236	Percent
ΟΧΙ	136	57,6
ΝΑΙ	98	41,5
ΔΓ/ΔΑ	2	,8

Σχήμα 11 στ : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν το τρέμουλο θεωρείται σύμπτωμα της νόσου.

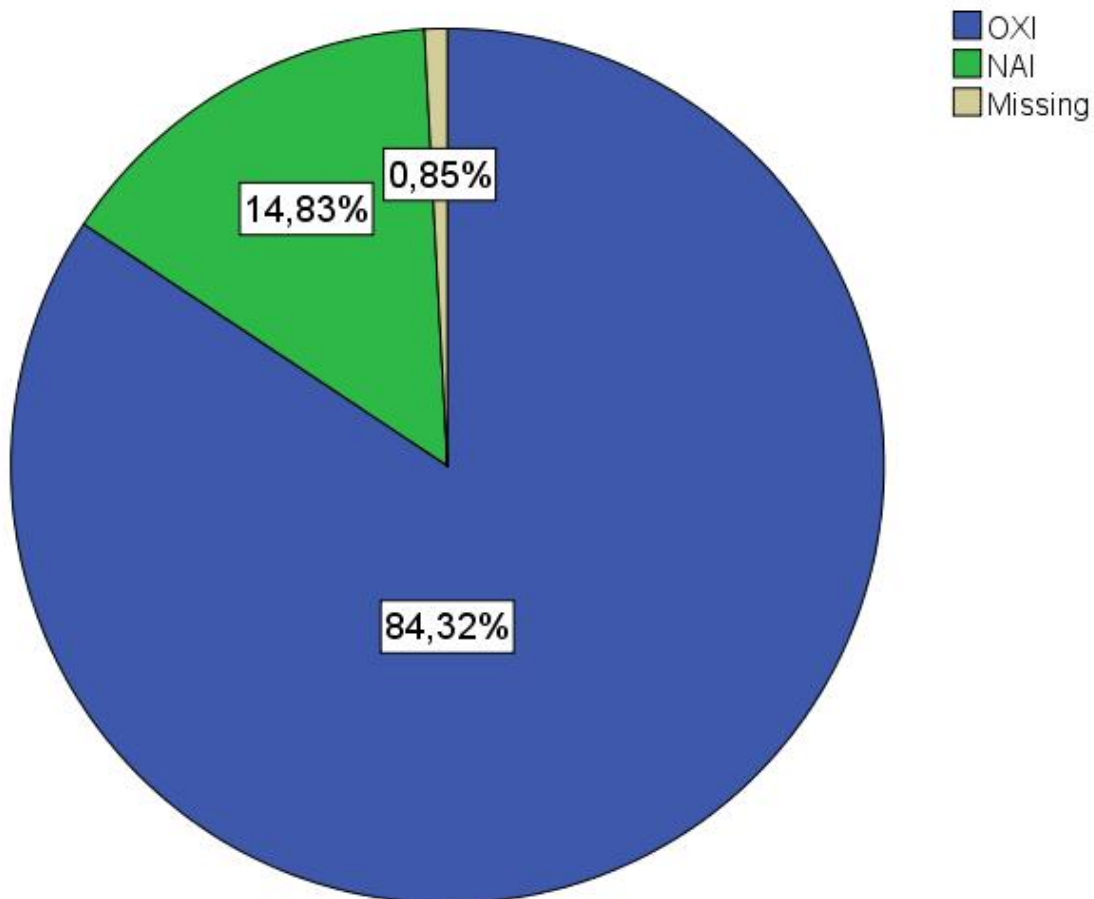


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (199 άτομα – ποσοστό 84,3%) πιστεύουν πως η απώλεια της όρεξης από το άτομο θεωρείται σύμπτωμα της σκλήρυνσης κατά πλάκας, ενώ το 14,8% των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα δηλώνουν πως δεν είναι. (Πίνακας 11 η, Σχήμα 11 η)

Πίνακας 11 η : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν η απώλεια της όρεξης είναι σύμπτωμα της νόσου.

Σ ΑΠΩΛΕΙΑ ΟΡΕΞΗΣ	N=236	Percent
ΟΧΙ	199	84,3
ΝΑΙ	35	14,8
ΔΓ/ΔΑ	2	,8

Σχήμα 11 η : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν η απώλεια της όρεξης είναι σύμπτωμα της νόσου.

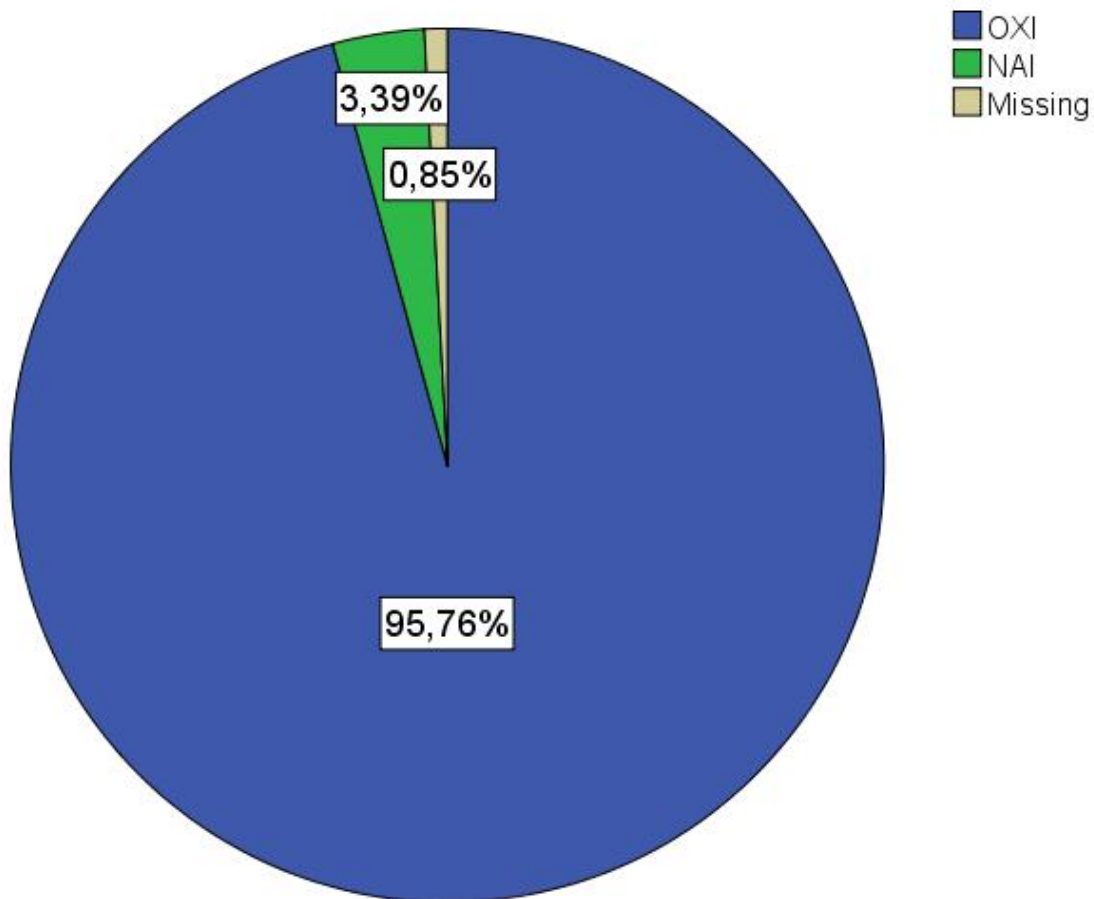


Μόλις 8 άτομα (ποσοστό 3,4%) ανέφεραν πως τίποτα από τα παραπάνω δεν είναι σύμπτωμα της σκλήρυνσης κατά πλάκας, ενώ 226 άτομα (ποσοστό 95,8%) ανέφεραν πως έστω ένα από τα παραπάνω θεωρείται σύμπτωμα της νόσου. (Πίνακας 11, Σχήμα 11)

Πίνακας 11 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με τα συμπτώματα της νόσου.

Σ ΤΙΠΟΤΑ	N=236	Percent
ΟΧΙ	226	95,8
ΝΑΙ	8	3,4
ΔΓ/ΔΑ	2	,8

Σχήμα 11 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με τα συμπτώματα της νόσου.

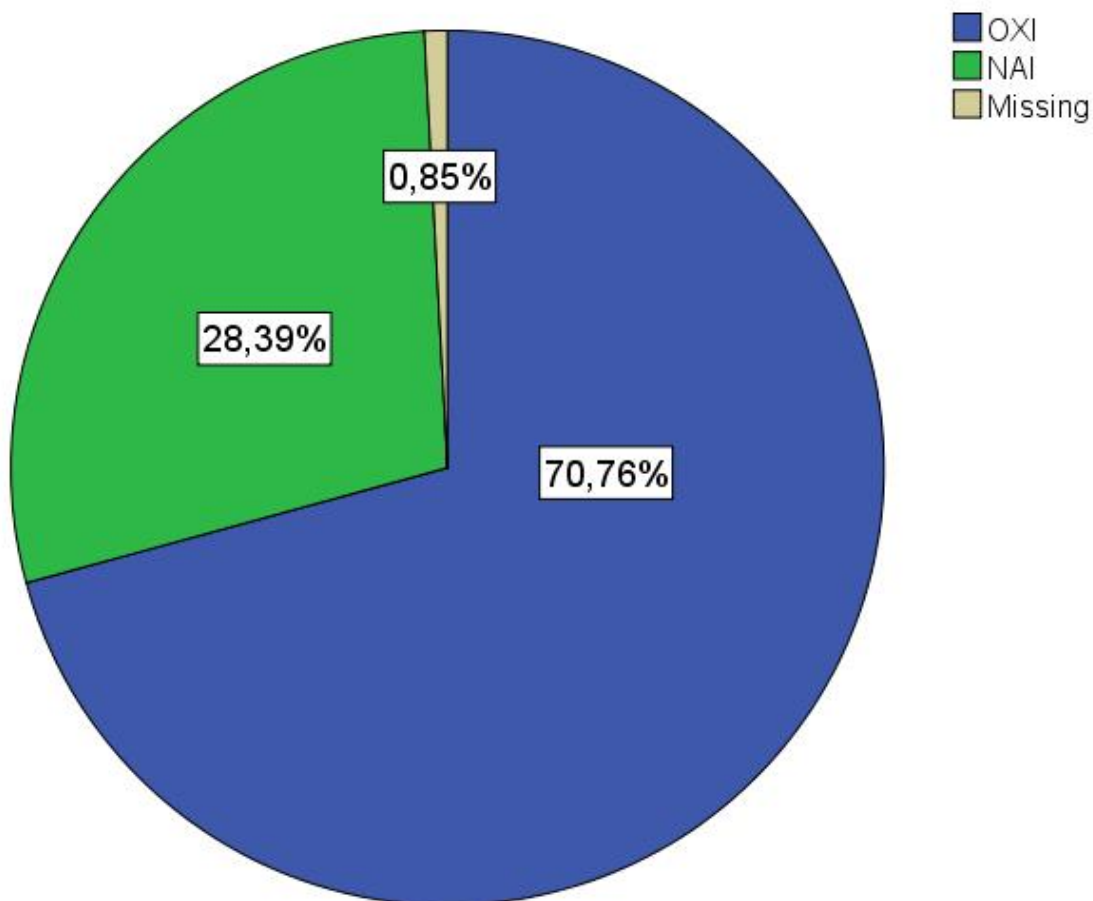


67 άτομα (ποσοστό 28,4%) από τα 236 άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα δηλώνουν πως όλα τα παραπάνω θεωρούνται συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας, ενώ οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (167 άτομα – ποσοστό 70,8%) ανέφεραν πως δεν είναι όλα τα παραπάνω συμπτώματα της νόσου. (Πίνακας 11, Σχήμα 11)

Πίνακας 11 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν όλα από τα αναφερόμενα θεωρούνται συμπτώματα της νόσου.

Σ ΟΛΑ	N=236	Percent
ΟΧΙ	167	70,8
ΝΑΙ	67	28,4
ΔΓ/ΔΑ	2	,8

Σχήμα 11 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν όλα από τα αναφερόμενα θεωρούνται συμπτώματα της νόσου.

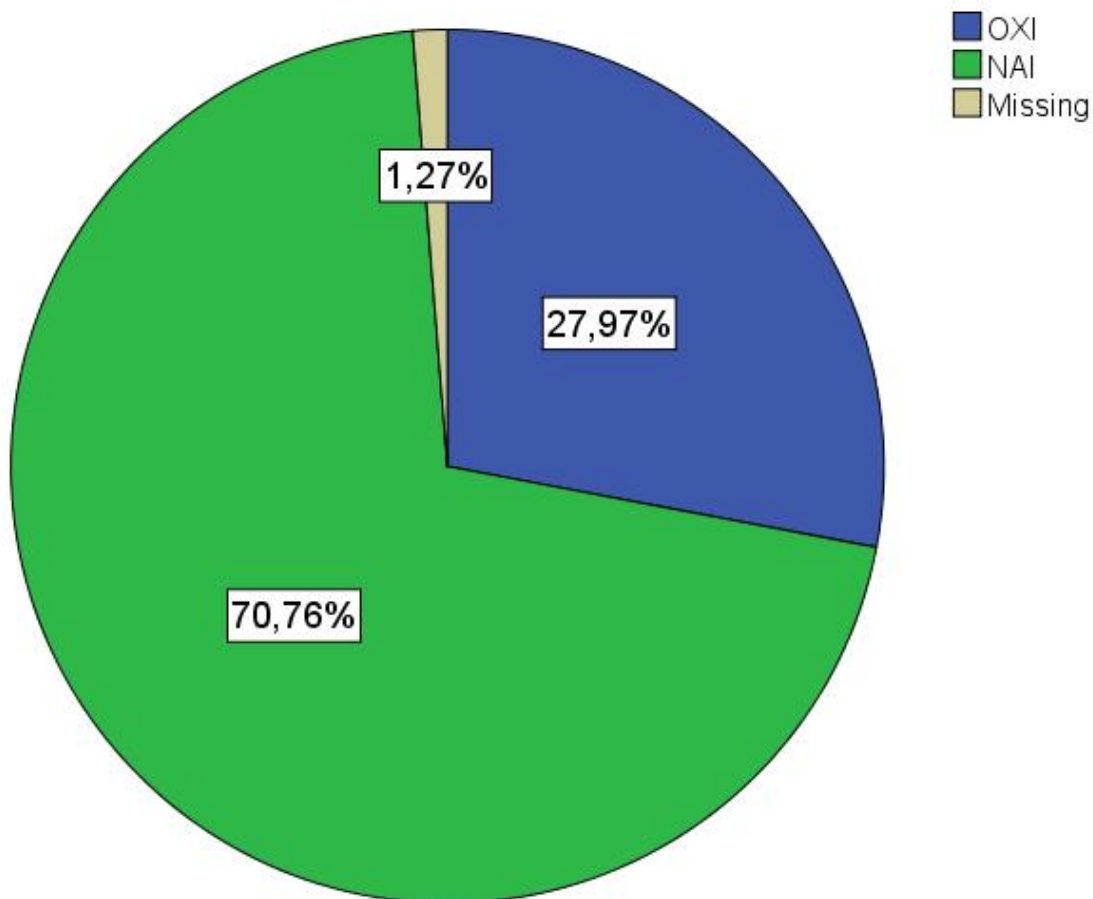


Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν ποιοι από τους παρακάτω εξωγενείς παράγοντες έχουν εκλυτική δράση στην **πρόκληση υποτροπών** της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Έτσι, προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (167 άτομα – ποσοστό 70,8%) ανέφεραν πως οι λοιμώξεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση των υποτροπών της νόσου, ενώ το αντίθετο δήλωσαν 66 άτομα (ποσοστό 28%). (Πίνακας 12α , Σχήμα 12 α)

Πίνακας 12 α : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι λοιμώξεις έχουν εκλυτική δράση στην πρόκληση των υποτροπών της νόσου.

Υ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	N=236	Percent
OXI	66	28,0
NAI	167	70,8
ΔΓ/ΔΑ	3	1,3

Σχήμα 12 α : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι λοιμώξεις έχουν εκλυτική δράση στην πρόκληση των υποτροπών της νόσου.

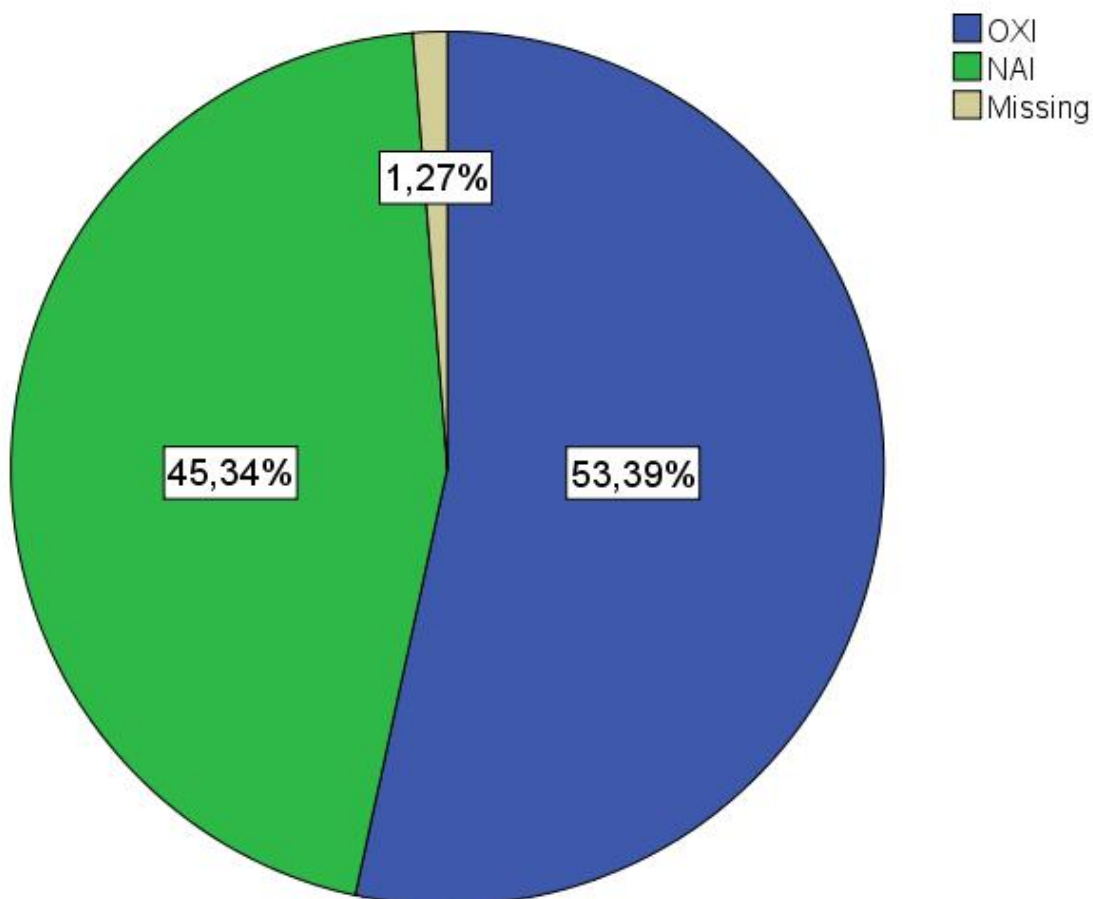


Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (126 άτομα – ποσοστό 53,4%) πιστεύουν πως το κάπνισμα δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην πρόκληση των υποτροπών της σκλήρυνσης κατά πλάκας, αντίθετα με το 45,3% (107 άτομα) των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα. (Πίνακας 12 β, Σχήμα 12 β)

Πίνακας 12 β : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν το κάπνισμα συντελεί παράγοντα πρόκλησης υποτροπών της νόσου.

Υ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	N=236	Percent
ΟΧΙ	126	53,4
ΝΑΙ	107	45,3
ΔΓ/ΔΑ	3	1,3

Σχήμα 12 β : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν το κάπνισμα συντελεί παράγοντα πρόκλησης υποτροπών της νόσου.

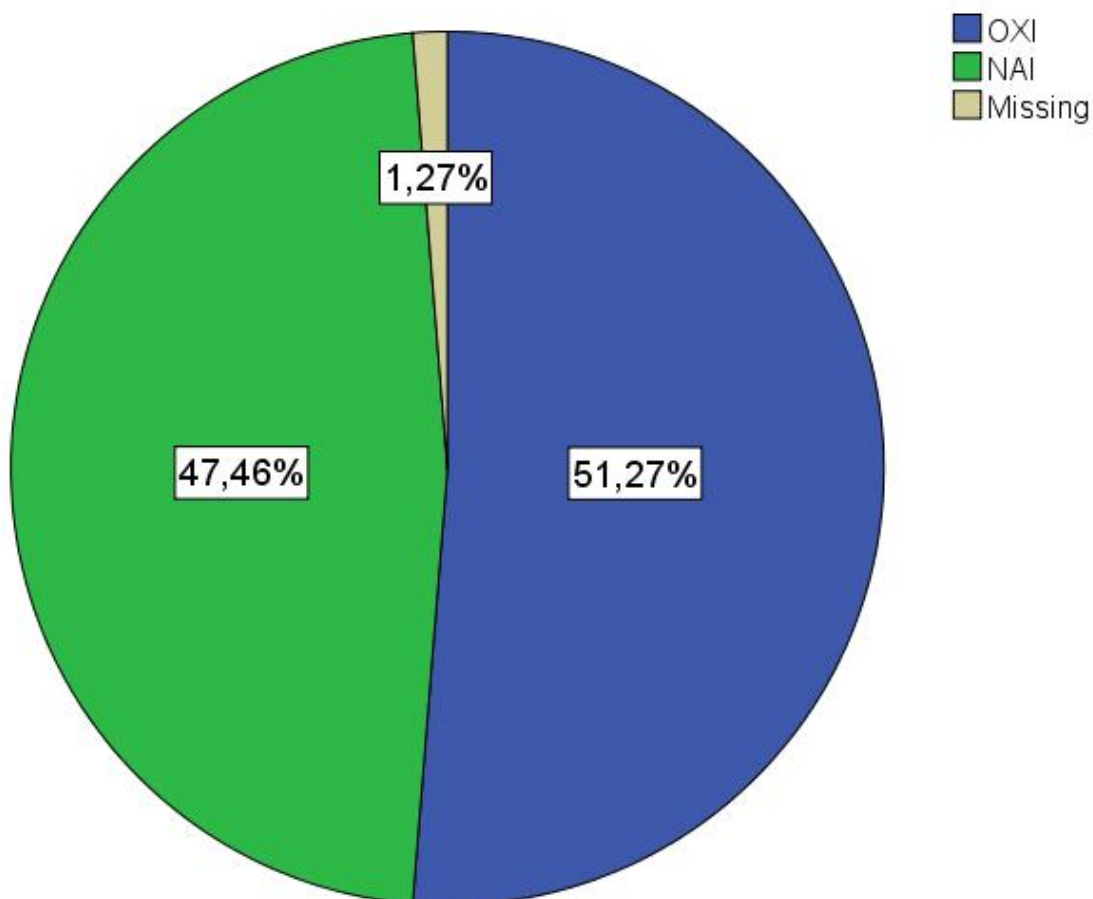


Σχεδόν μοιρασμένα είναι τα ποσοστά ανάμεσα στους ερωτηθέντες που δηλώνουν ότι το αλκοόλ είναι αιτία πρόκλησης υποτροπών στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας (112 άτομα – ποσοστό 47,5%) και στους ερωτηθέντες που απάντησαν πως το αλκοόλ δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόκληση υποτροπών της νόσου (121 άτομα – ποσοστό 51,3%). (Πίνακας 12 γ, Σχήμα 12 γ)

Πίνακας 12 γ : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν το αλκοόλ αποτελεί εκλυτικό παράγοντα στην πρόκληση υποτροπών της νόσου.

Υ ΑΛΚΟΟΛ	N=236	Percent
ΟΧΙ	121	51,3
ΝΑΙ	112	47,5
ΔΓ/ΔΑ	3	1,3

Σχήμα 12 γ : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν το αλκοόλ αποτελεί εκλυτικό παράγοντα στην πρόκληση υποτροπών της νόσου.

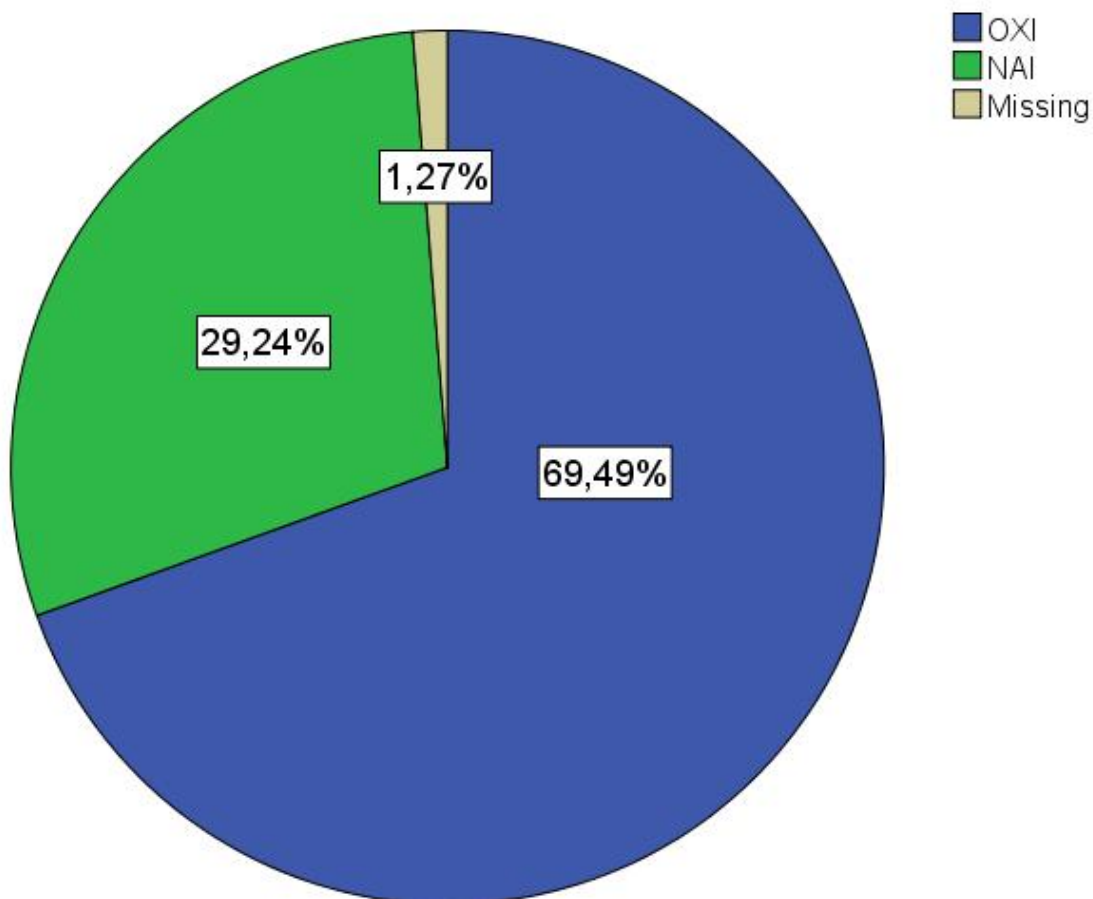


164 άτομα (ποσοστό 69,5%) δηλώνουν πως η κύηση δεν συντελεί εκλυτικό παράγοντα στην πρόκληση υποτροπών στους πάσχοντες από τη νόσο, ενώ 69 ερωτηθέντες (ποσοστό 29,2%) ανέφεραν πως η κύηση μπορεί να προκαλέσει υποτροπές στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας. (Πίνακας 12 δ , Σχήμα 12δ)

Πίνακας 12 δ : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν η κύηση μπορεί να προκαλέσει υποτροπές στους πάσχοντες.

Υ ΚΥΗΣΗ	N=236	Percent
ΟΧΙ	164	69,5
ΝΑΙ	69	29,2
ΔΓ/ΔΑ	3	1,3

Σχήμα 12 δ : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν η κύηση μπορεί να προκαλέσει υποτροπές στους πάσχοντες.

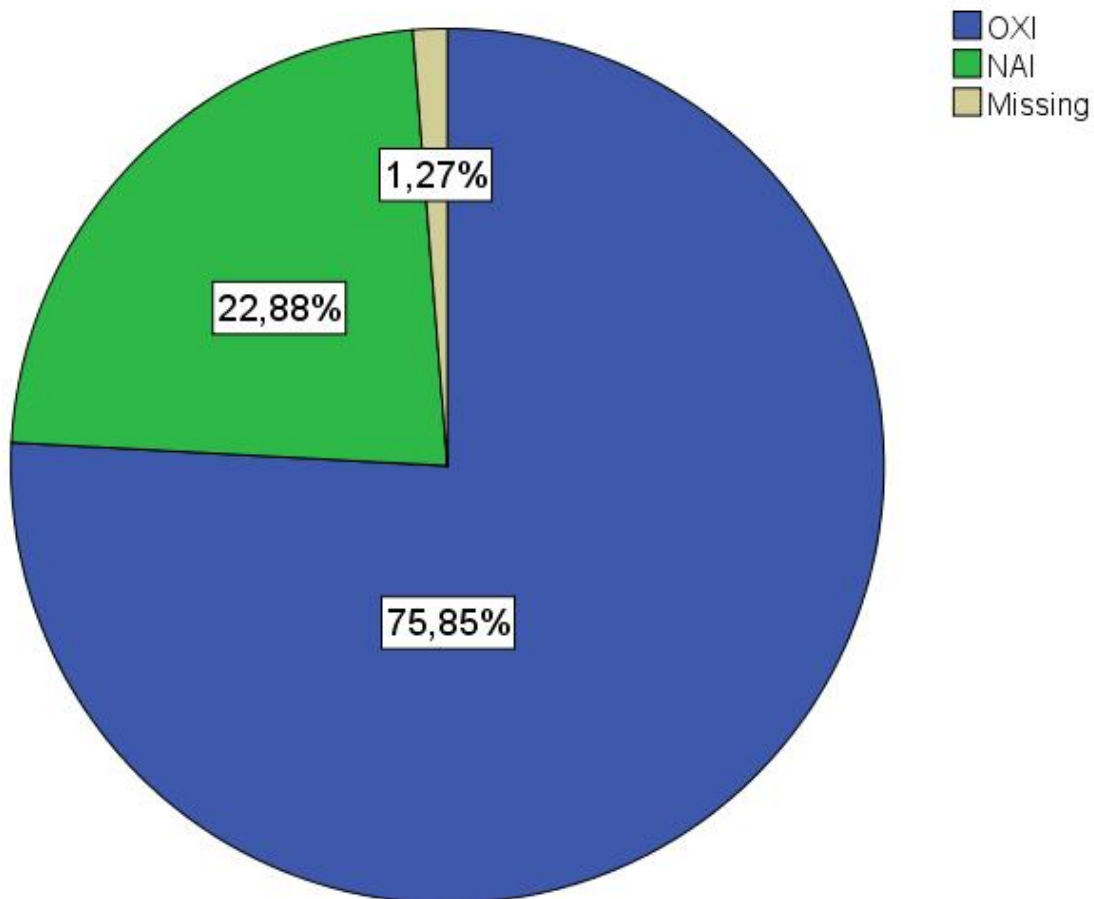


Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα (179 άτομα – ποσοστό 75,8%) πιστεύουν πως οι εμβολιασμοί δεν συντελούν στην πρόκληση των υποτροπών στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, ενώ 54 ερωτηθέντες (ποσοστό 22,9%) πιστεύουν το αντίθετο. (Πίνακας 12 ε, Σχήμα 12 ε)

Πίνακας 12 ε : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι εμβολιασμοί είναι αιτία πρόκλησης υποτροπών της νόσου.

Υ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ	N=236	Percent
ΟΧΙ	179	75,8
ΝΑΙ	54	22,9
ΔΓ/ΔΑ	3	1,3

Σχήμα 12 ε : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι εμβολιασμοί είναι αιτία πρόκλησης υποτροπών της νόσου.

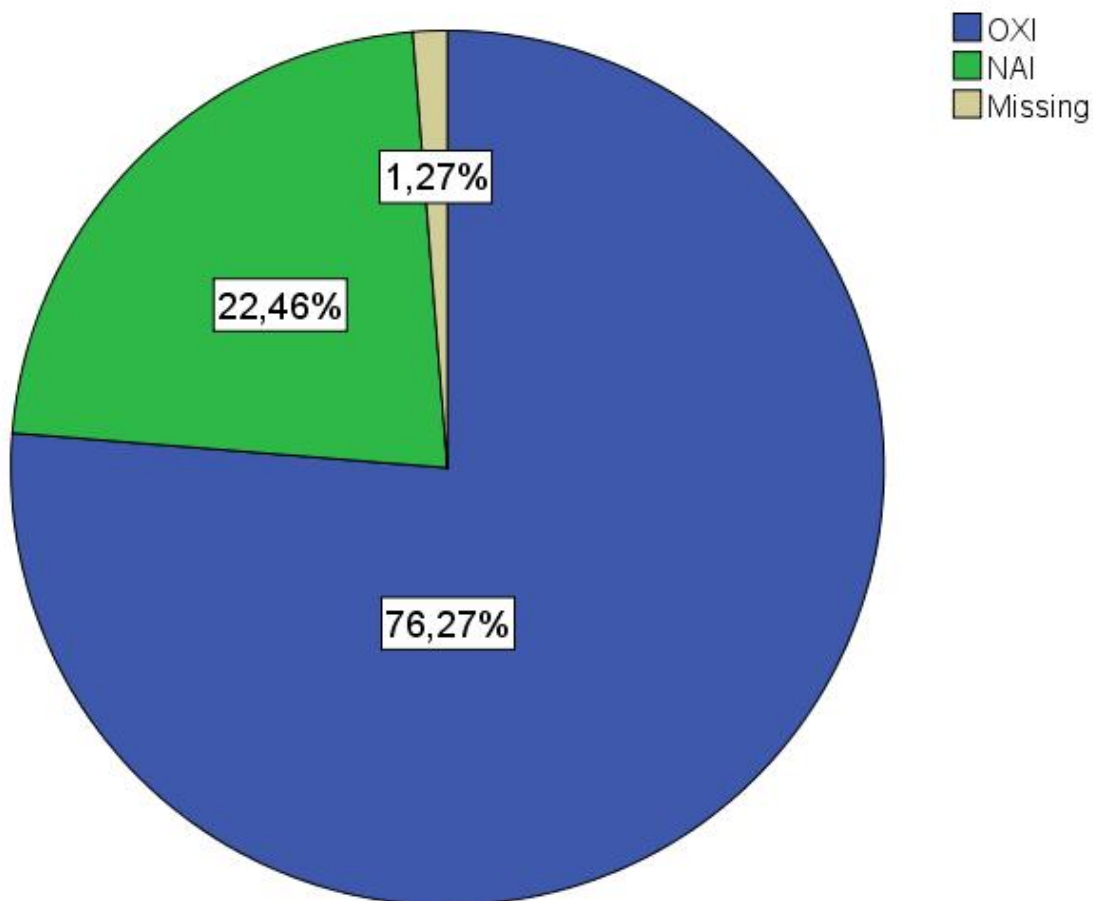


180 άτομα (ποσοστό 76,3%) δηλώσαν πως η αύξηση του σωματικού βάρους δεν μπορεί να προκαλέσει υποτροπές στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, ενώ 53 από τους ερωτηθέντες απάντησαν πως η αύξηση βάρους αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην πρόκληση υποτροπών στους πάσχοντες. (Πίνακας 12 στ, Σχήμα 12 στ)

Πίνακας 12 στ : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν η αύξηση σωματικού βάρους προκαλεί υποτροπές στους ασθενείς.

Υ ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ	N=236	Percent
ΟΧΙ	180	76,3
ΝΑΙ	53	22,5
ΔΓ/ΔΑ	3	1,3

Σχήμα 12 στ : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν η αύξηση σωματικού βάρους προκαλεί υποτροπές στους ασθενείς.

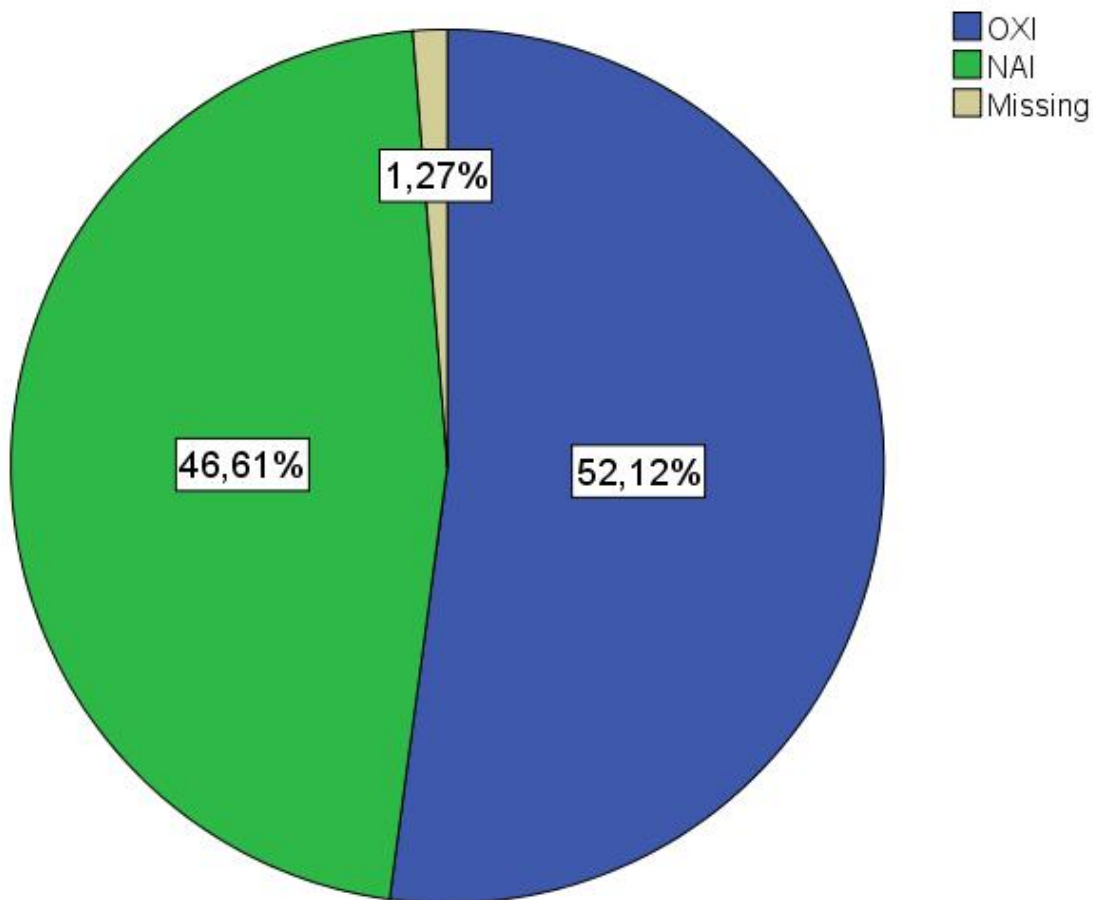


Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται πως 123 άτομα (ποσοστό 52,1%) πιστεύουν πως οι συναισθηματικές καταπονήσεις δεν διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πρόκληση των υποτροπών, ενώ το 46,6% των ερωτηθέντων (110 άτομα) απάντησαν πως οι συναισθηματικές καταπονήσεις αποτελούν εκλυτικό παράγοντα στην πρόκληση υποτροπών στα άτομα με τη νόσο. (Πίνακας 12 η , Σχήμα 12 η)

Πίνακας 12 η : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι συναισθηματικές καταπονήσεις μπορούν να προκαλέσουν υποτροπές στα άτομα με τη νόσο.

Υ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΕΙΣ	N=236	Percent
ΟΧΙ	123	52,1
ΝΑΙ	110	46,6
ΔΓ/ΔΑ	3	1,3

Σχήμα 12 η : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι συναισθηματικές καταπονήσεις μπορούν να προκαλέσουν υποτροπές στα άτομα με τη νόσο.

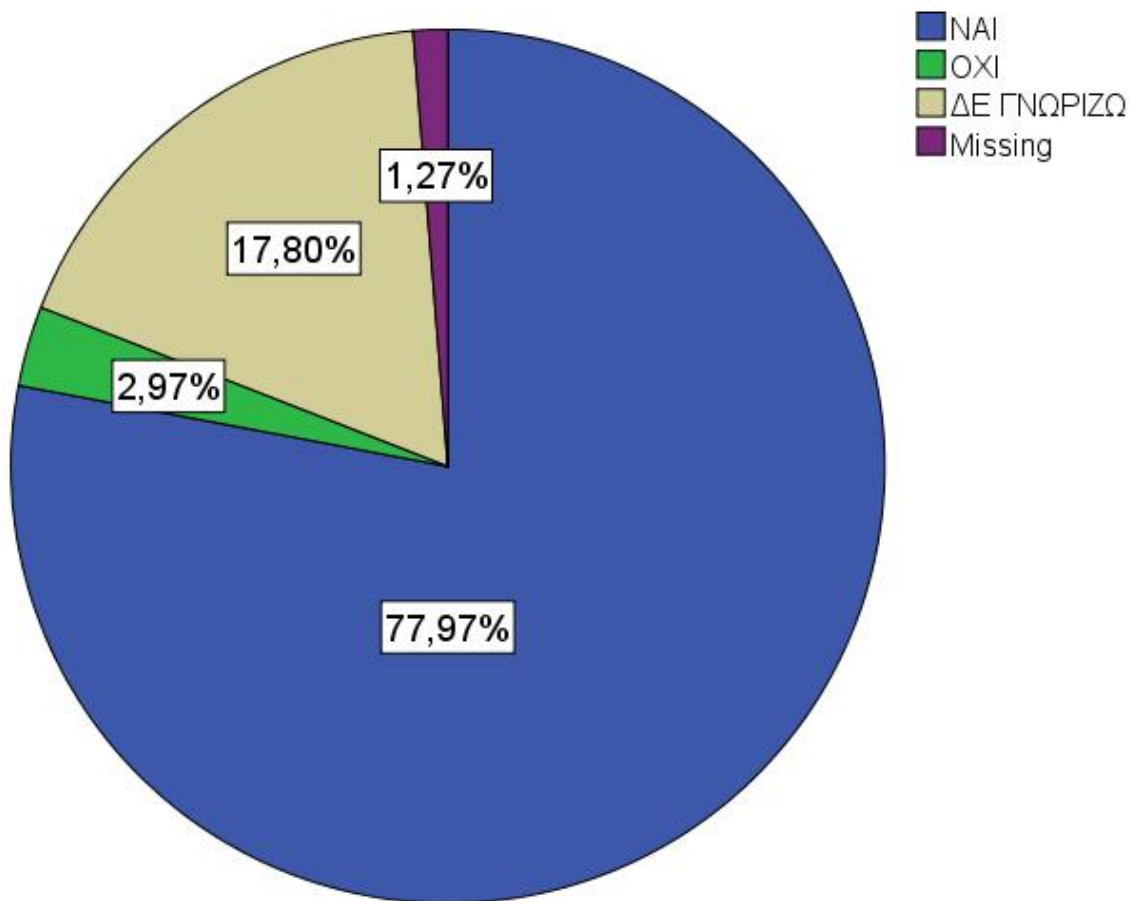


184 άτομα (ποσοστό 78%) δήλωσαν πως το στρες επιδεινώνει τη νόσο, ενώ μόλις 7 άτομα (ποσοστό 3%) δήλωσαν το αντίθετο. Ακόμα, 42 ερωτηθέντες απάντησαν πως δε γνωρίζουν αν το στρες επιδεινώνει τη νόσο. (Πίνακας 13, Σχήμα 13)

Πίνακας 13 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν το στρες επιδεινώνει τη νόσο.

Το στρες επιδεινώνει τη νόσο	N=236	Percent
ΝΑΙ	184	78,0
ΟΧΙ	7	3,0
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	42	17,8
ΔΓ/ΔΑ	3	1,3

Σχήμα 13 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν το στρες επιδεινώνει τη νόσο.

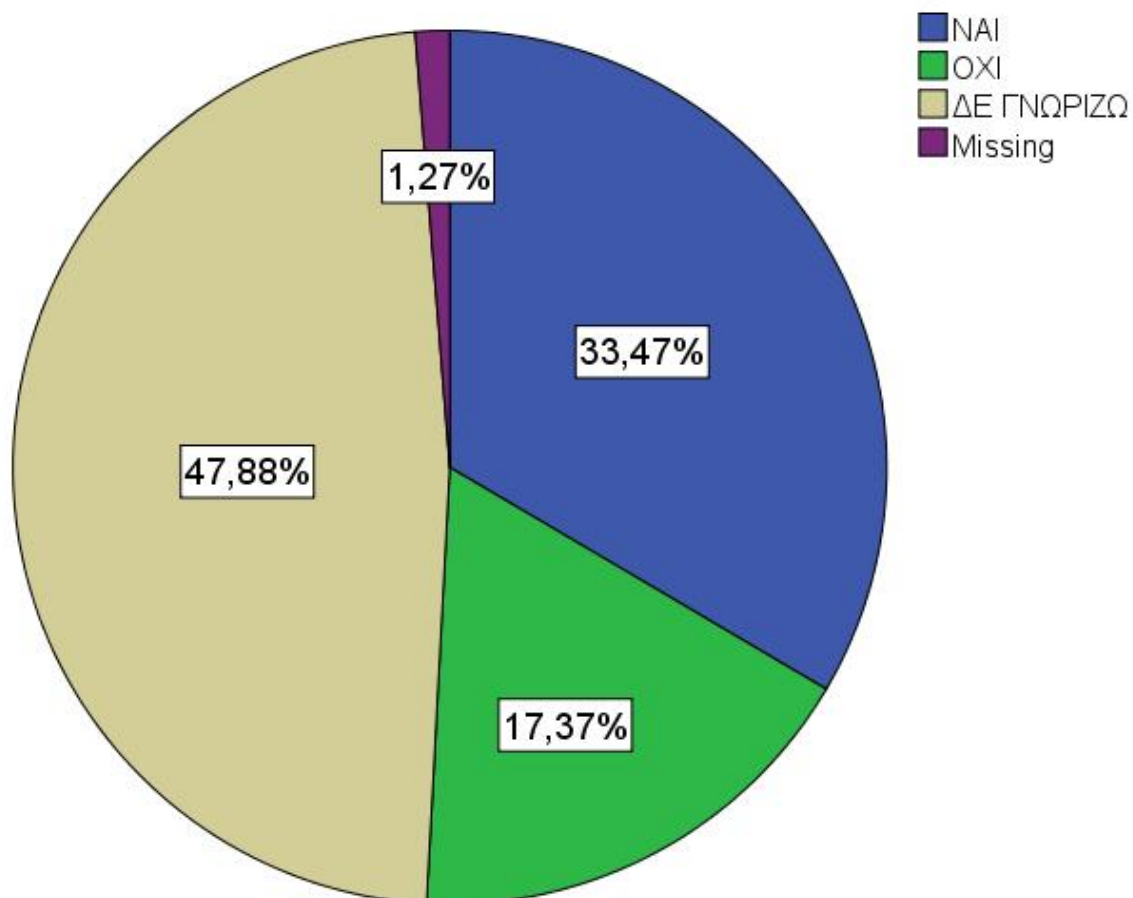


Η πλειοψηφία των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα (113 άτομα – ποσοστό 47,9%) ανέφεραν πως δεν γνωρίζουν αν το γεωγραφικό πλάτος αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πρόκληση της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Παράλληλα, 79 ερωτηθέντες (ποσοστό 33,5%) δήλωσαν πως το γεωγραφικό πλάτος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόκληση της νόσου, ενώ 41 ερωτηθέντες (ποσοστό 17,4%) δήλωσαν το αντίθετο. (Πίνακας 14, Σχήμα 14)

Πίνακας 14 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν το γεωγραφικό πλάτος αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πρόκληση της νόσου.

Πιστεύετε πως το γεωγραφικό πλάτος αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πρόκληση της σκλήρυνσης κατά πλάκας	N=236	Percent
ΝΑΙ	79	33,5
ΟΧΙ	41	17,4
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	113	47,9
ΔΓ/ΔΑ	3	1,3

Σχήμα 14 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν το γεωγραφικό πλάτος αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πρόκληση της νόσου.



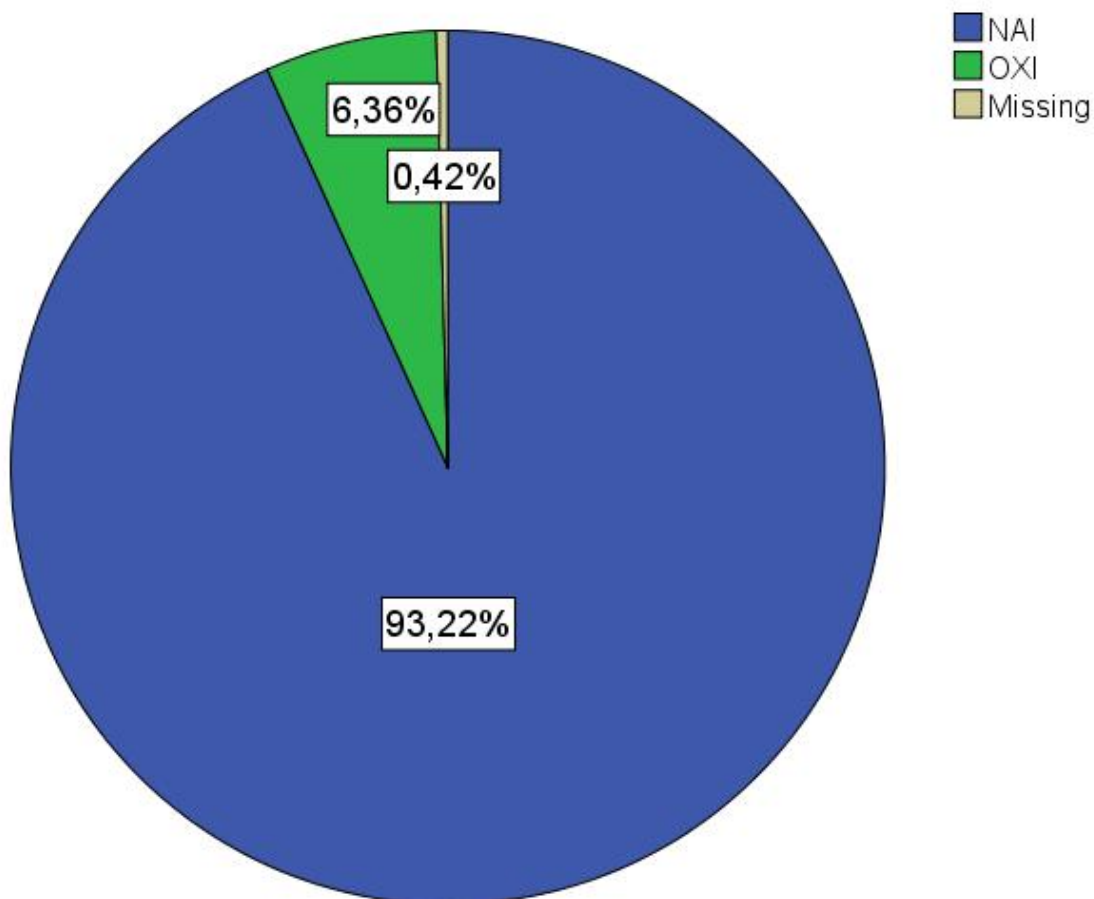
Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται πως η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (220 άτομα – ποσοστό 93,2%) θεωρούν πως η θεραπευτική αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας στοχεύει στην βελτίωση των συμπτωμάτων. Αντίθετα, 15 ερωτηθέντες (ποσοστό 6,4%) δήλωσαν πως η θεραπευτική αντιμετώπιση έχει ως στόχο την εξάλειψη της νόσου.

(Πίνακας 15, Σχήμα 15)

Πίνακας 15 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το στόχο της θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση στη σκλήρυνση κατά πλάκας πιστεύετε πως έχει ως στόχο την	N=236	Percent
Βελτίωση των συμπτωμάτων	220	93,2
Εξάλειψη της νόσου	15	6,4
ΔΓ/ΔΑ	1	,4

Σχήμα 15 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το στόχο της θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου.



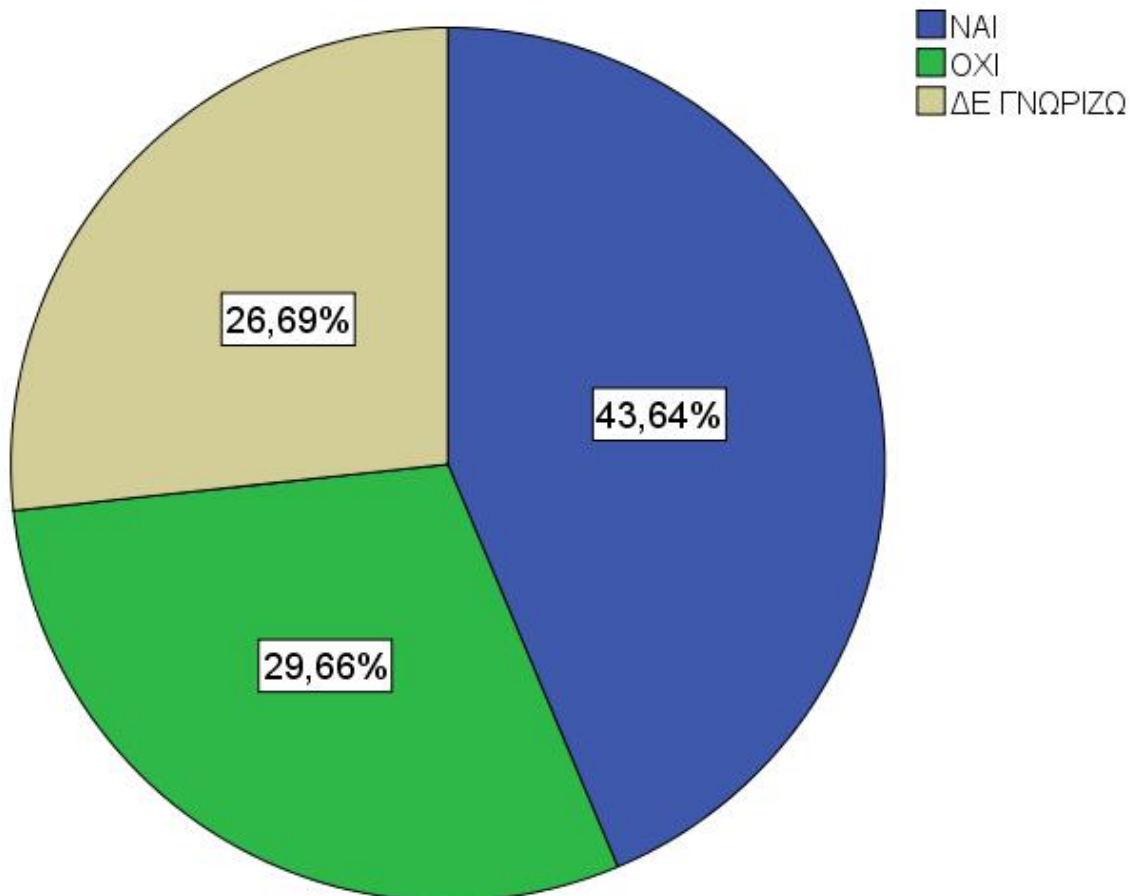
Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να αναφέρουν αν η σωστή διατροφή αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Έτσι, 103 άτομα (ποσοστό 43,6%) δήλωσαν πως η σωστή διατροφή αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου, ενώ 70 άτομα (ποσοστό 29,7%) δήλωσαν το αντίθετο. Ακόμα, 63 από τους ερωτηθέντες δήλωσαν πως δε γνωρίζου το ρόλο που διαδραματίζει η σωστή διατροφή στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου.

(Πίνακας 16, Σχήμα 16)

Πίνακας 16 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν η σωστή διατροφή αποτελεί εκλυτικό παράγοντα στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου.

Η σωστή διατροφή νομίζετε πως αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας	N=236	Percent
ΝΑΙ	103	43,6
ΟΧΙ	70	29,7
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	63	26,7

Σχήμα 16 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν η σωστή διατροφή αποτελεί εκλυτικό παράγοντα στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου.



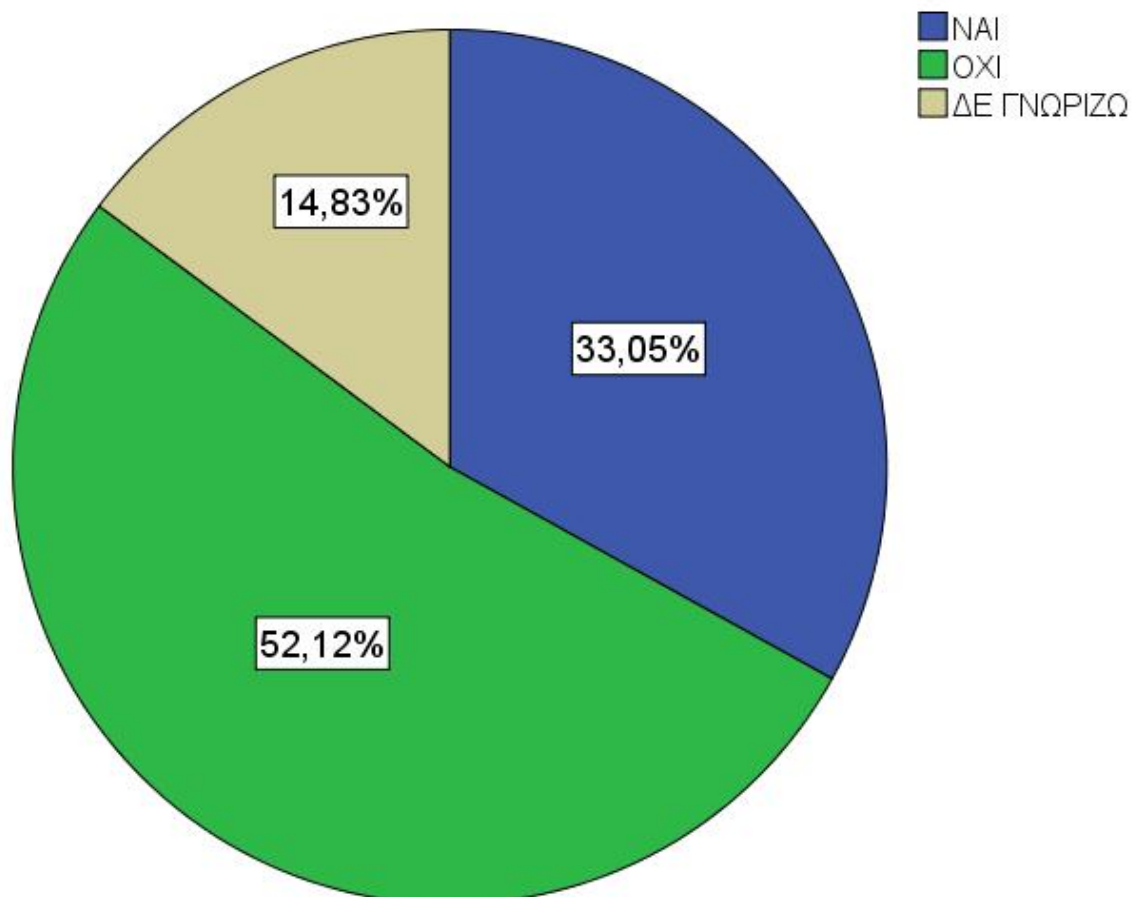
Στην ερώτηση αν τα αποτελέσματα του απεικονιστικού ελέγχου (μαγνητική τομογραφία) είναι επαρκή για η διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας, οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (123 άτομα – ποσοστό 52,1%) πιστεύουν πως τα αποτελέσματα από τον απεικονιστικό έλεγχο δεν είναι επαρκή ώστε το άτομο να διαγνωσθεί με σκλήρυνση κατά πλάκας. Αντίθετα, 78 άτομα (ποσοστό 33,1%) θεωρούν πως η διάγνωση ενός ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να βασιστεί μόνο στον απεικονιστικό έλεγχο. Ακόμα, 35 ερωτηθέντες δήλωσαν πως δε γνωρίζουν να απαντήσουν στην ερώτηση.

(Πίνακας 17, Σχήμα 17)

Πίνακας 17 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν τα αποτελέσματα του απεικονιστικού ελέγχου είναι επαρκή για τη διάγνωση ενός ατόμου με τη νόσο.

Θεωρείτε πως τα αποτελέσματα του απεικονιστικού ελέγχου (μαγνητική τομογραφία) είναι επαρκή για τη διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας	N=236	Percent
ΝΑΙ	78	33,1
ΟΧΙ	123	52,1
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	35	14,8

Σχήμα 17 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν τα αποτελέσματα του απεικονιστικού ελέγχου είναι επαρκή για τη διάγνωση ενός ατόμου με τη νόσο.

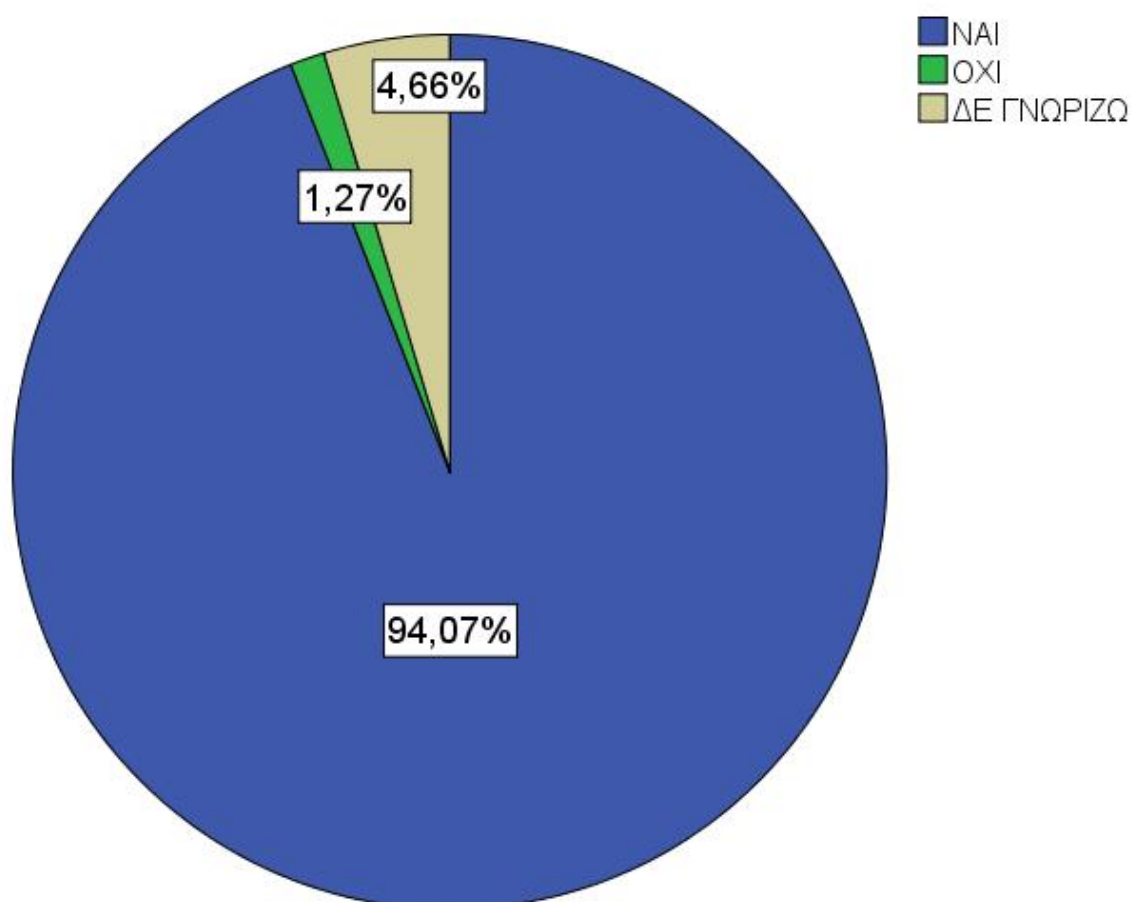


Η διενέργεια μελλοντικών ερευνών για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας φαίνεται να είναι αναγκαία σύμφωνα με το 94,1% των ερωτηθέντων (222 άτομα), ενώ μόλις το 1,3% πιστεύουν ότι η διενέργεια ερευνών στο μέλλον διαδραματίζει μικρό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ασθενών. (Πίνακας 18, Σχήμα 18)

Πίνακας 18 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν η διενέργεια μελλοντικών ερευνών για τη βελτίωση ποιότητας ζωής των ασθενών είναι αναγκαία.

Νομίζετε πως είναι αναγκαία η διενέργεια μελλοντικών ερευνών για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας	N=236	Percent
ΝΑΙ	222	94,1
ΟΧΙ	3	1,3
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	11	4,7

Σχήμα 18 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν η διενέργεια μελλοντικών ερευνών για τη βελτίωση ποιότητας ζωής των ασθενών είναι αναγκαία.



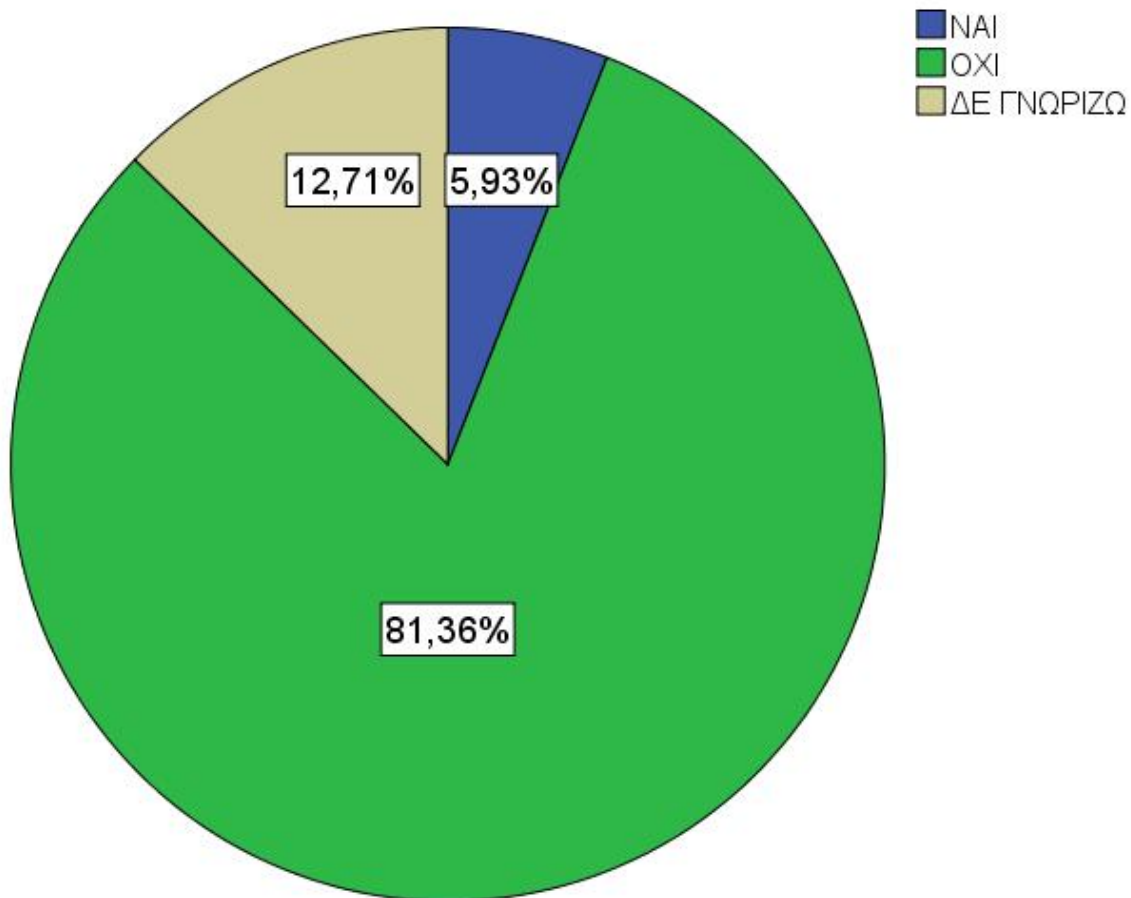
192 άτομα (ποσοστό 81,4%) θεωρούν πως οι υπάρχουσες κοινωνικές παροχές δεν είναι επαρκείς για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, ενώ μόλις 14 άτομα (ποσοστό 5,9%) πιστεύουν πως οι παροχές που προσφέρει η κοινωνία στους ασθενείς είναι ικανοποιητικά. Ακόμα, 30 άτομα (ποσοστό 12,7 %) δήλωσαν πως δε γνωρίζουν αν η κοινωνία έχει πάρει τα κατάλληλα μέτρα για την εξυπηρέτηση των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας.

(Πίνακας 19, Σχήμα 19)

Πίνακας 19 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με την επάρκεια των κοινωνικών παροχών στα άτομα με τη νόσο.

Πιστεύετε πως οι υπάρχουσες κοινωνικές παροχές είναι επαρκείς για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας	N=236	Percent
ΝΑΙ	14	5,9
ΟΧΙ	192	81,4
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	30	12,7

Σχήμα 19 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με την επάρκεια των κοινωνικών παροχών στα άτομα με τη νόσο.



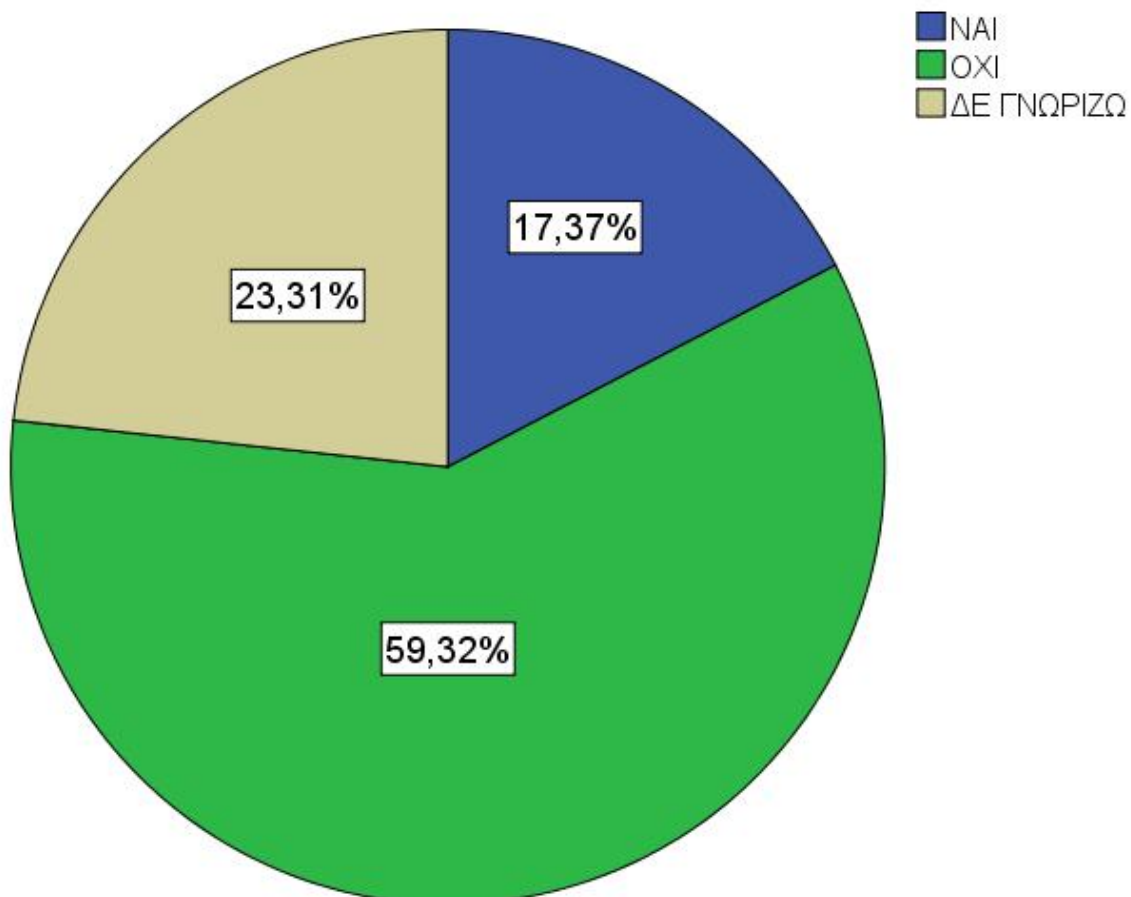
Αξιοσημείωτο είναι πως οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (140 άτομα – ποσοστό 59,3%) πιστεύουν πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν κατέχει τις απαραίτητες γνώσεις για την κατάλληλη παροχή φροντίδας στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας. Αντίθετα, 41 άτομα (ποσοστό 17,4%) πιστεύουν πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι πλήρως εκπαιδευμένο για την φροντίδα των ατόμων με τη νόσο. Παράλληλα, 55 ερωτηθέντες δήλωσαν πως δε γνωρίζουν αν οι ιατροί και οι νοσηλευτές είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι για να φροντίσουν τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας.

(Πίνακας 20, Σχήμα 20)

Πίνακας 20 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο κατάλληλα για την παροχή φροντίδας στους ασθενείς με τη νόσο.

Θεωρείτε πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο κατάλληλα για την παροχή φροντίδας σε άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας	N=236	Percent
ΝΑΙ	41	17,4
ΟΧΙ	140	59,3
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	55	23,3

Σχήμα 20 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο κατάλληλα για την παροχή φροντίδας στους ασθενείς με τη νόσο.

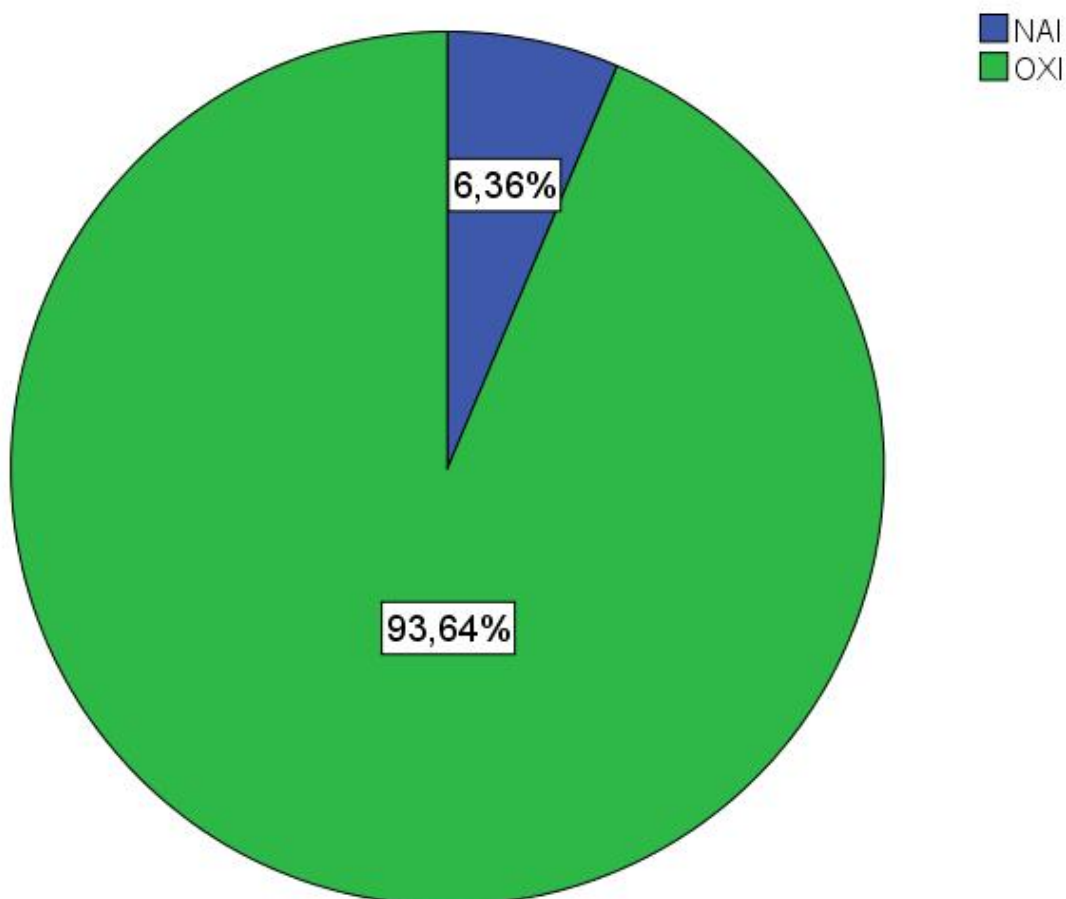


Στην ερώτηση αν πάσχετε από κάποια νόσο, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (221 άτομα – ποσοστό 93,6%) ανέφεραν πως δεν πάσχουν από κάποια ασθένεια, ενώ μόλις 15 ερωτηθέντες (ποσοστό 6,4%) απάντησαν πως πάσχουν από κάποια νόσο. (Πίνακας 21, Σχήμα 21)

Πίνακας 21 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι ερωτηθέντες πάσχουν από κάποια νόσο.

Πάσχετε από κάποια νόσο	N=236	Percent
ΝΑΙ	15	6,4
ΟΧΙ	221	93,6
Total	236	100,0

Σχήμα 21 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν οι ερωτηθέντες πάσχουν από κάποια νόσο.

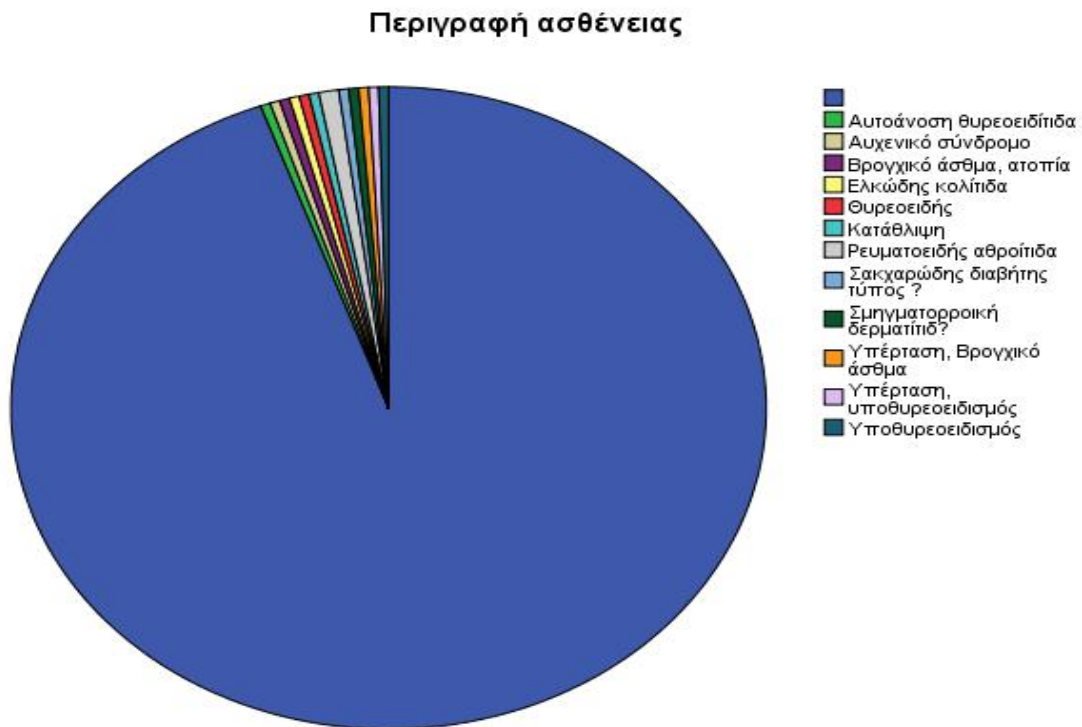


Στο ερώτημα εάν ναι από ποια ασθένεια πάσχετε, οι ερωτηθέντες σε σχεδόν ίδια ποσοστά απάντησαν πως πάσχουν από τις παρακάτω ασθένειες:

Πίνακας 21β : Περιγραφή ασθένειας.

Περιγραφή ασθένειας	N=236	Percent
ΟΧΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	223	94,5
Αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα	1	0,4
Αυχενικό σύνδρομο	1	0,4
Βρογχικό άσθμα, ατοπία	1	0,4
Ελκώδης κολίτιδα	1	0,4
Θυρεοειδής	1	0,4
Κατάθλιψη	1	0,4
Ρευματοειδής αθροίπιδα	2	0,8
Σακχαρώδης διαβήτης	1	0,4
Σμηγματορροική δερματίτιδα	1	0,4
Υπέρταση, Βρογχικό άσθμα	1	0,4
Υπέρταση, υποθυρεοειδισμός	1	0,4
Υποθυρεοειδισμός	1	0,4

Σχήμα 21β : Περιγραφή ασθένειας.

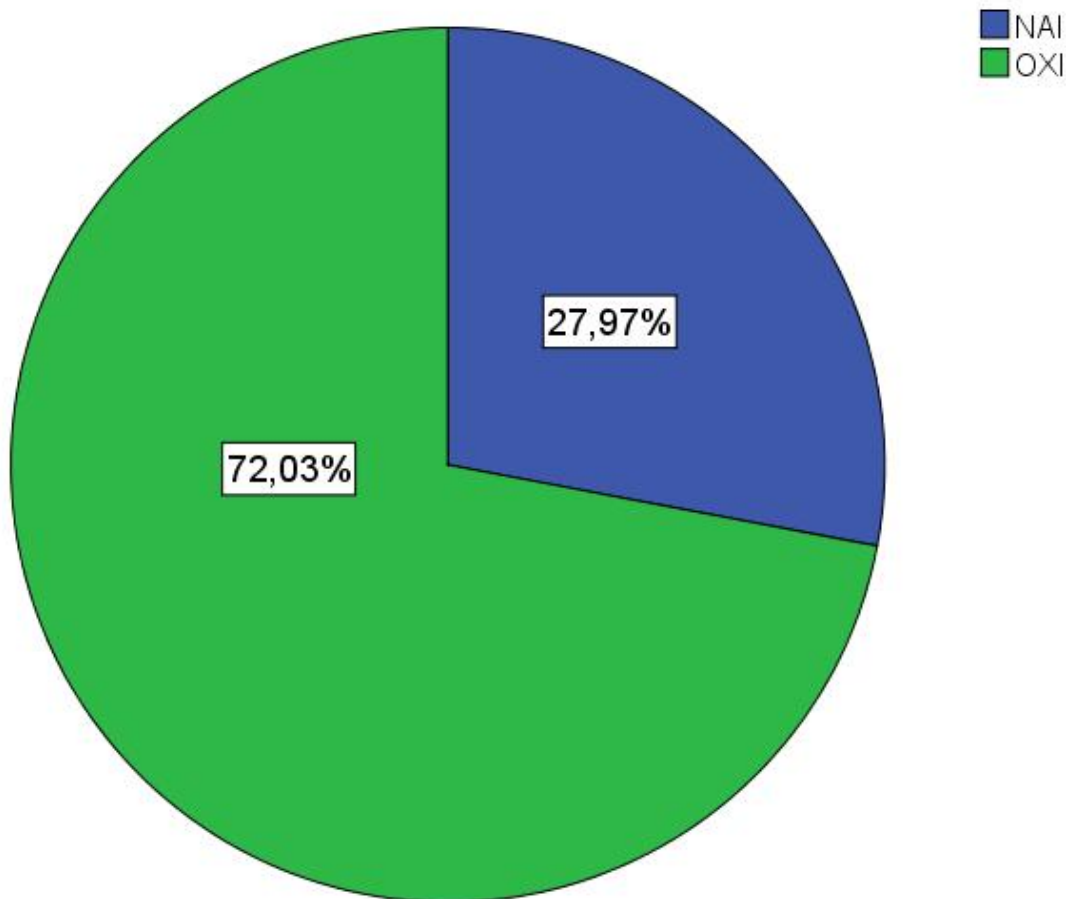


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσαν πως δεν καπνίζουν (170 άτομα – ποσοστό 72%) ενώ 66 άτομα (ποσοστό 28%) από τα 236 που έλαβαν μέρος στην έρευνα δήλωσαν πως είναι καπνιστές. (Πίνακας 22, Σχήμα 22)

Πίνακας 22 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν είναι καπνιστές.

Καπνίζετε	N=236	Percent
ΝΑΙ	66	28,0
ΟΧΙ	170	72,0

Σχήμα 22 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν είναι καπνιστές.



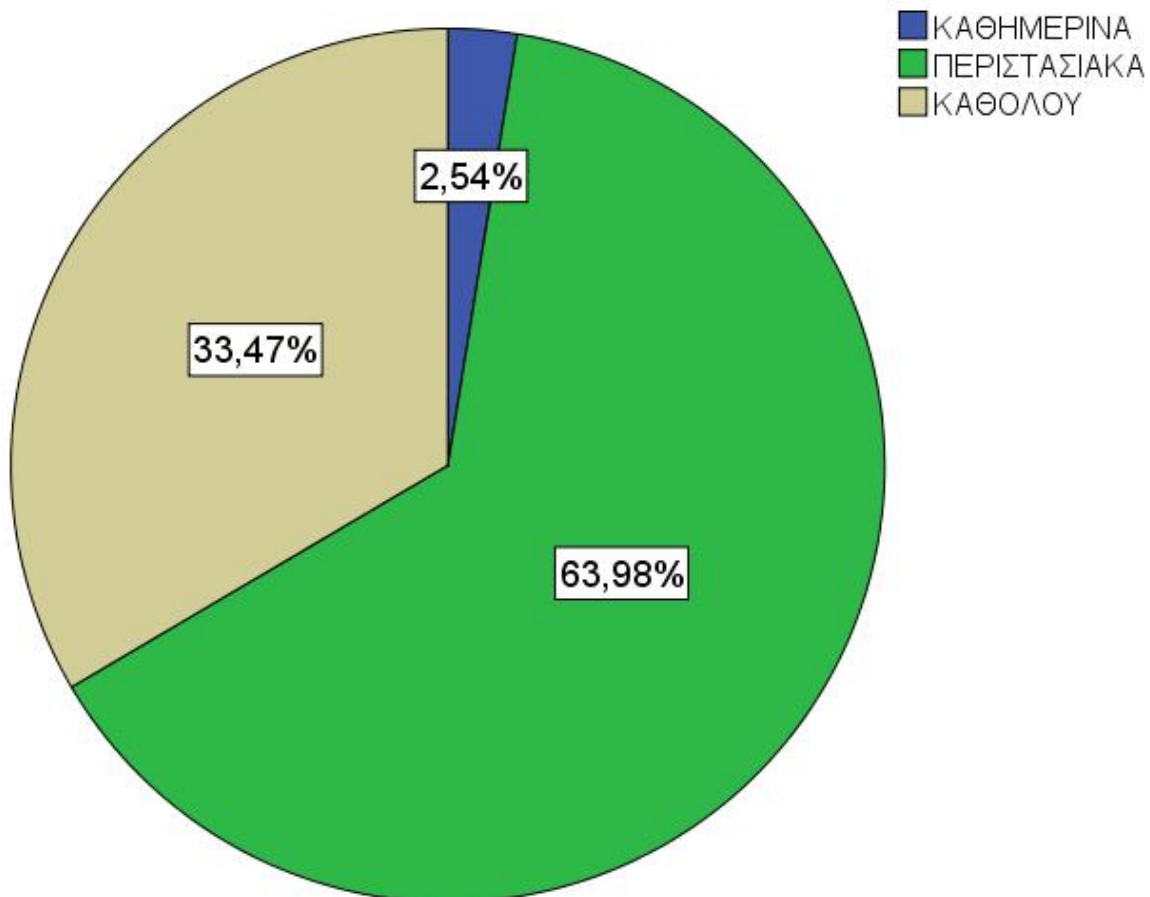
Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν αν κάνουν χρήση αλκοόλ. Έτσι, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (151 άτομα – ποσοστό 64%) ανέφεραν πως κάνουν χρήση αλκοόλ περιστασιακά, ενώ 6 άτομα (ποσοστό 2,5 %) απάντησαν καθημερινά. Έπειτα, 79 ερωτηθέντες (ποσοστό 33,5%) δήλωσαν πως δεν πίνουν καθόλου αλκοόλ.

(Πίνακας 23, Σχήμα 23)

Πίνακας 23 : Κατανομή των ερωτηθέντων συμφωνά με τη συχνότητα που κάνουν χρήση αλκοόλ.

Κάνετε χρήση αλκοόλ	N=236	Percent
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	6	2,5
ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ	151	64,0
ΚΑΘΟΛΟΥ	79	33,5

Σχήμα 23 : Κατανομή των ερωτηθέντων συμφωνά με τη συχνότητα που κάνουν χρήση αλκοόλ.

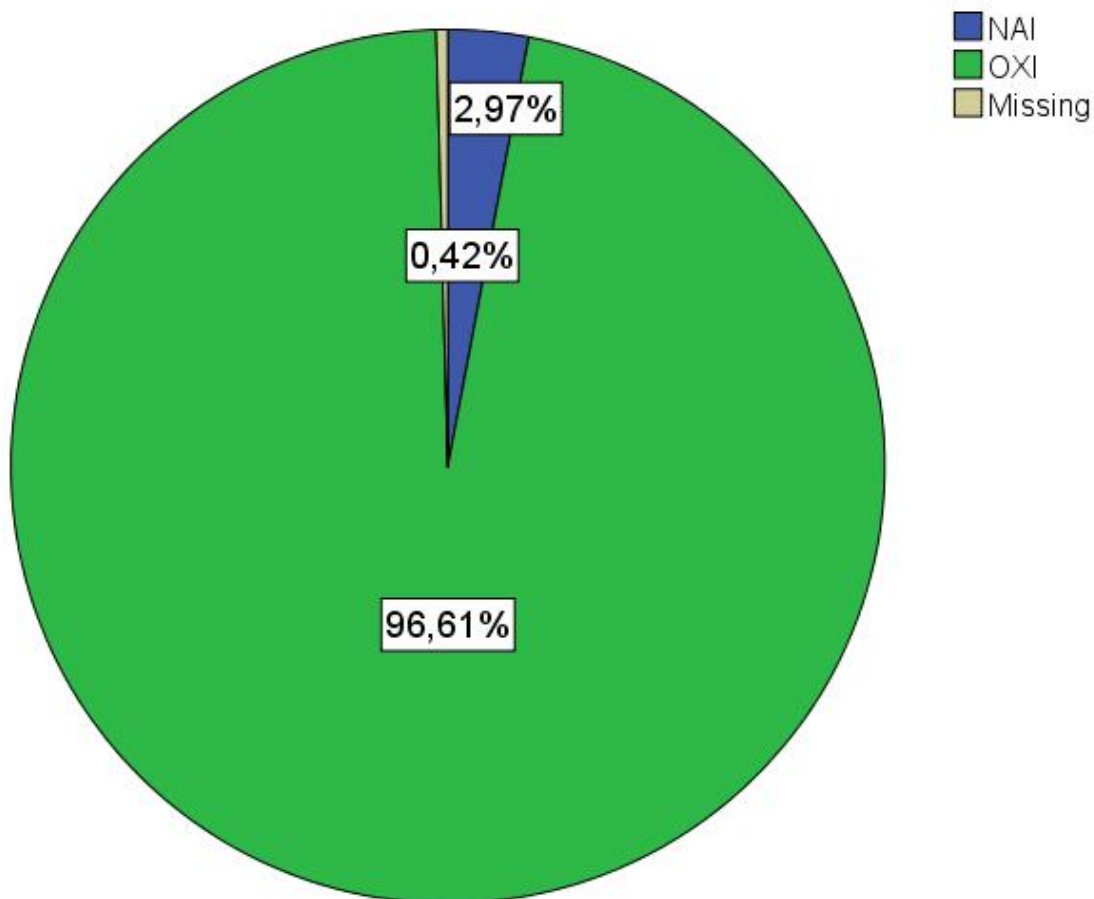


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (228 άτομα – ποσοστό 96,6%) δήλωσαν πως δεν έχουν κάνει χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στο παρελθόν, ενώ 7 ερωτηθέντες (ποσοστό 3%) ανέφεραν πως έχουν κάνει. (Πίνακας 24, Σχήμα 24)

Πίνακας 24 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν κάνει χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Έχετε κάνει στο παρελθόν χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	N=236	Percent
ΝΑΙ	7	3,0
ΟΧΙ	228	96,6
ΔΓ/ΔΑ	1	,4

Σχήμα 24 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν κάνει χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

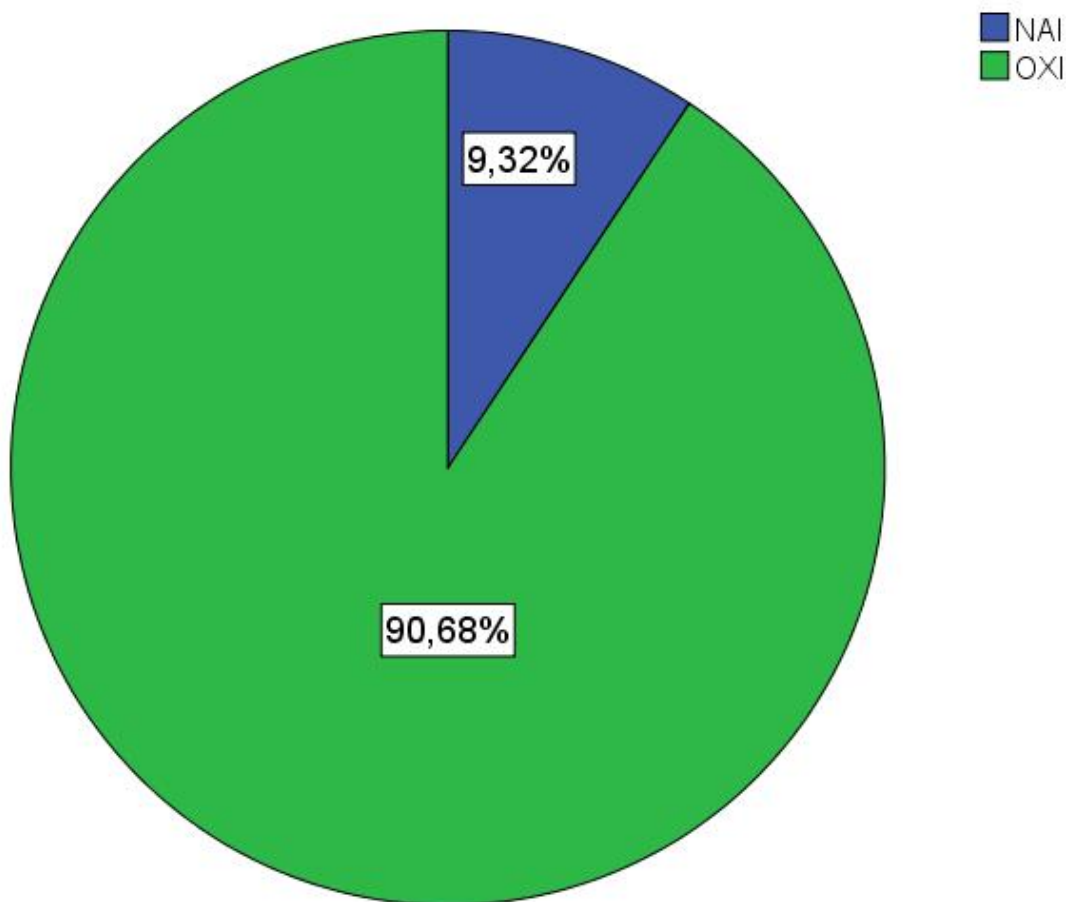


Στην ερώτηση έχετε επισκεφθεί ποτέ ψυχίατρο, 214 άτομα (ποσοστό 90,7%) δήλωσαν πως δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ ψυχίατρο, σε αντίθεση με 22 άτομα (ποσοστό 9,3%) που απάντησαν θετικά στην ερώτηση. (Πίνακας 25, Σχήμα 25)

Πίνακας 25 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν έχουν επισκεφθεί ποτέ ψυχίατρο.

Έχετε επισκεφθεί ποτέ ψυχίατρο	N=236	Percent
ΝΑΙ	22	9,3
ΟΧΙ	214	90,7

Σχήμα 25 : Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν έχουν επισκεφθεί ποτέ ψυχίατρο.

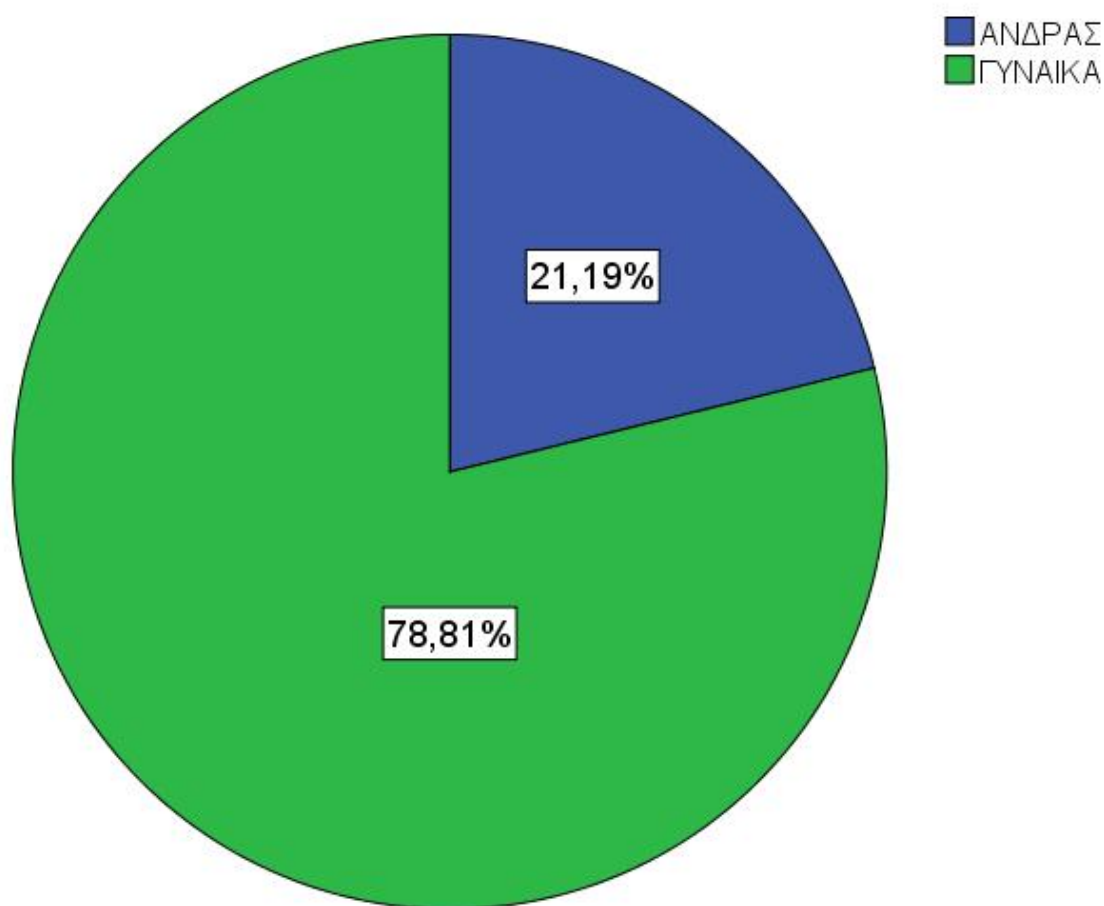


Το 78,8% των ερωτηθέντων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες και το 21,2% άνδρες. (Πίνακας 26 , Σχήμα 26)

Πίνακας 26 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

Φύλο	N=236	Percent
ΑΝΔΡΑΣ	50	21,2
ΓΥΝΑΙΚΑ	186	78,8

Σχήμα 26 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το φύλο.



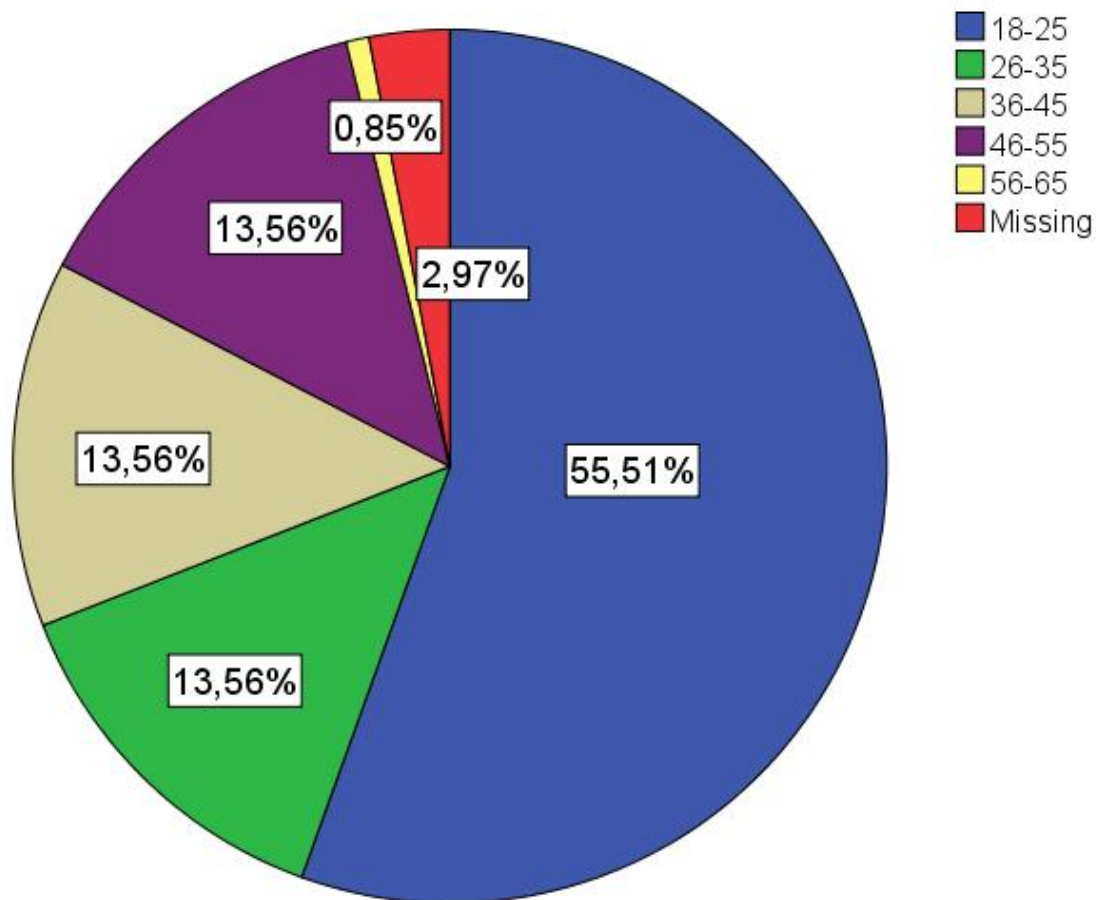
Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (131 άτομα – ποσοστό 55,5%) ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία των 18-25 ετών. Από τους υπόλοιπους 135 ερωτηθέντες, 32 άτομα (ποσοστό 13,6%) ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία των 26-35 ετών, όπως επίσης και ίδιο ποσοστό 13,6% στην ηλικιακή κατηγορία των 36-45 ετών και στην ηλικιακή κατηγορία των 46-55 ετών. Ακόμα, 2 άτομα (ποσοστό 0,8%) ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία των 56-65 ετών. 7 ερωτηθέντες (ποσοστό 3%) δεν απάντησαν σε ποια ηλικιακή κατηγορία ανήκουν.

(Πίνακας 27, Σχήμα 27)

Πίνακας 27 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ηλικιακή κατηγορία που ανήκουν.

Ηλικία	N=236	Percent
18-25	131	55,5
26-35	32	13,6
36-45	32	13,6
46-55	32	13,6
56-65	2	,8
ΔΓ/ΔΑ	7	3,0

Σχήμα 27 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ηλικιακή κατηγορία που ανήκουν.

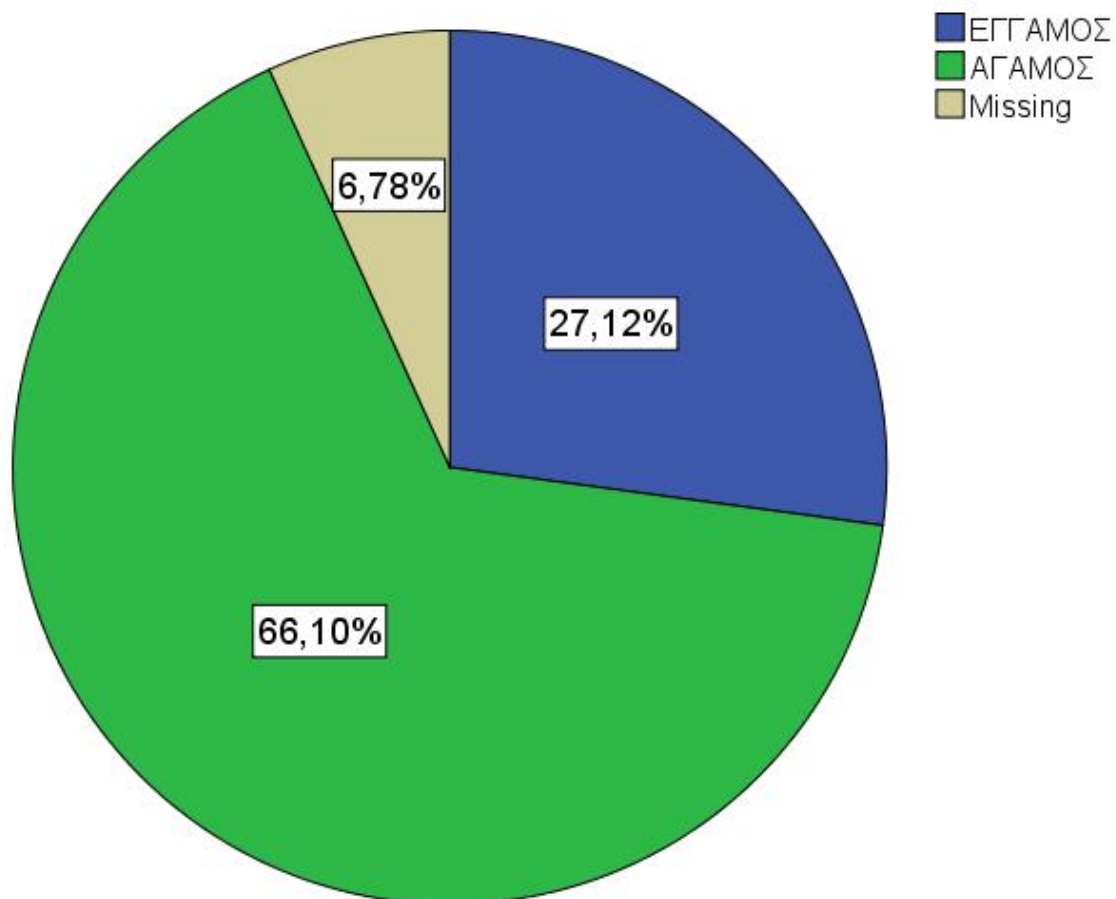


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (156 άτομα – ποσοστό 66,1%) ήταν άγαμοι, ενώ 64 άτομα (ποσοστό 27,1%) ήταν έγγαμοι. (Πίνακας 28 , Σχήμα 28)

Πίνακας 28 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Οικογενειακή κατάσταση	N=236	Percent
ΕΓΓΑΜΟΣ	64	27,1
ΑΓΑΜΟΣ	156	66,1
ΔΓ/ΔΑ	16	6,8

Σχήμα 28 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση.

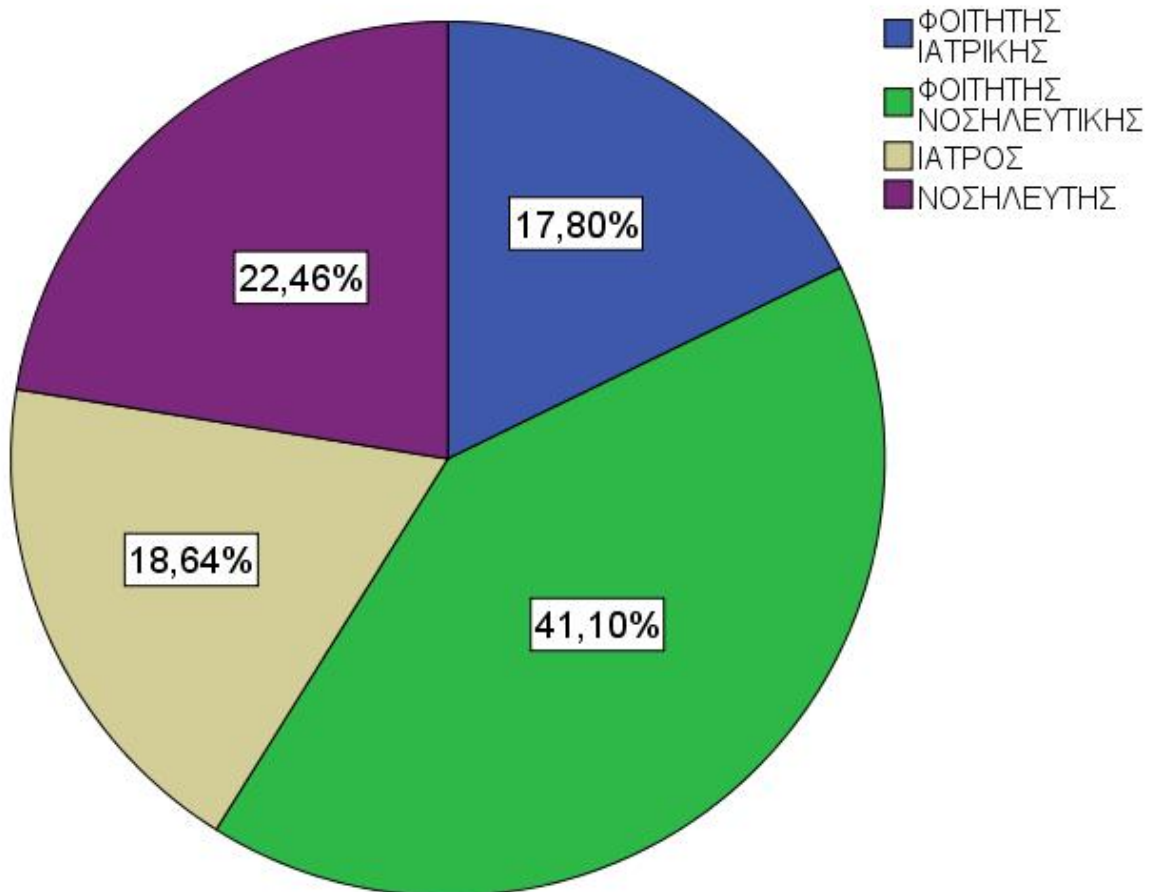


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν φοιτητές Νοσηλευτικής (97 άτομα – ποσοστό 41,1%), και 53 άτομα (ποσοστό 22,5%) ήταν νοσηλευτές. Παράλληλα, 44 από τους ερωτηθέντες ήταν ιατροί (ποσοστό 18,6%) , ενώ 42 άτομα (ποσοστό 17,8%) ήταν φοιτητές Ιατρικής. (Πίνακας 29, Σχήμα 29)

Πίνακας 29 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευση.

Εκπαίδευση	N=236	Percent
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	42	17,8
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	97	41,1
ΙΑΤΡΟΣ	44	18,6
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	53	22,5

Σχήμα 29 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευση.

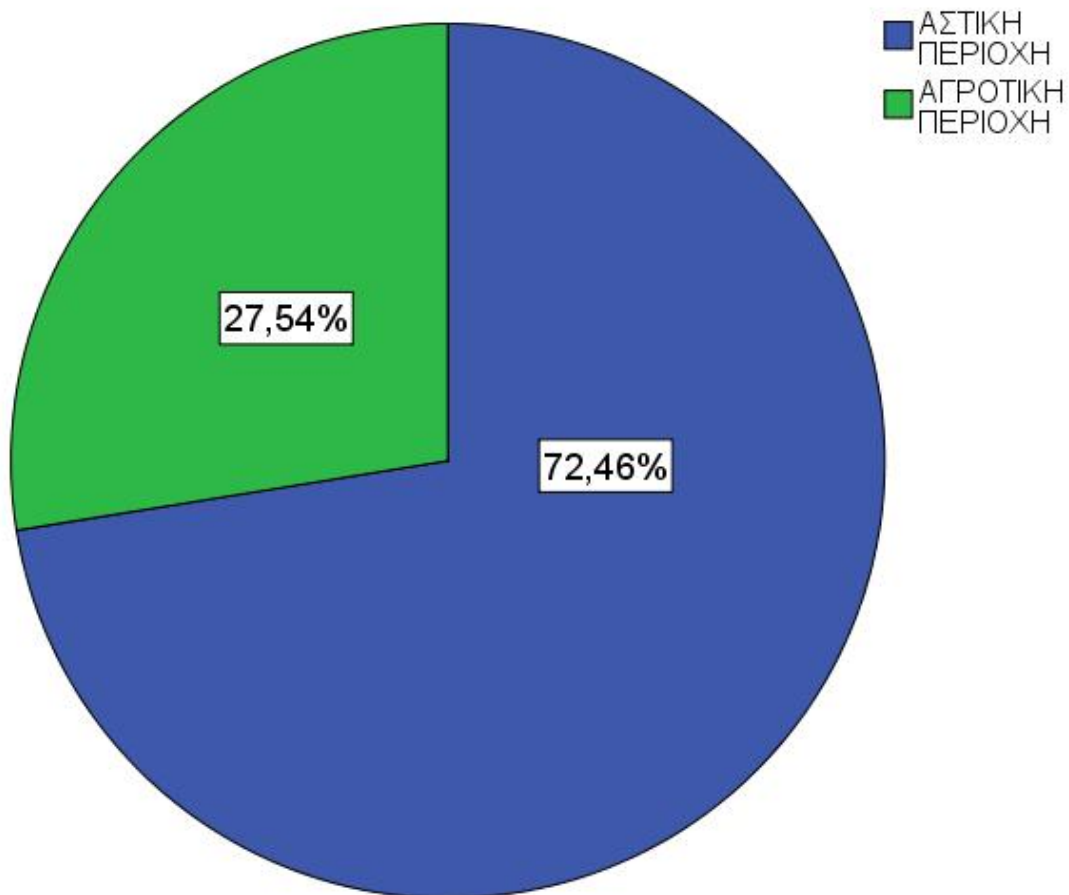


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (171 άτομα – ποσοστό 72,5%) κατάγονται από αστική περιοχή, σε αντίθεση με 65 άτομα (ποσοστό 27,5%) που κατάγονται από αγροτική περιοχή. (Πίνακας 30, Σχήμα 30)

Πίνακας 30 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την καταγωγή.

Καταγωγή	N=236	Percent
ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	171	72,5
ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	65	27,5

Σχήμα 30 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την καταγωγή.

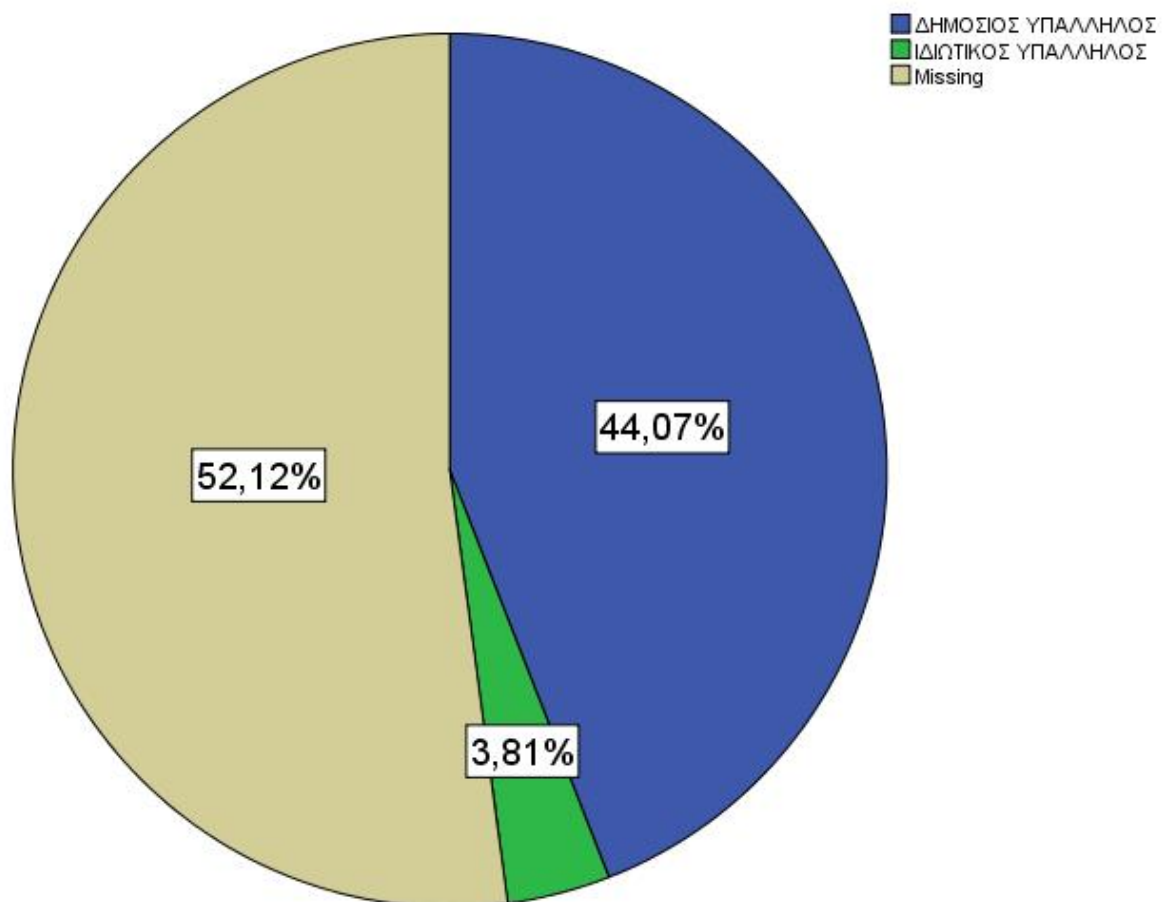


104 άτομα (ποσοστό 44,1%) είναι δημόσιοι υπάλληλοι, ενώ 9 άτομα (ποσοστό 3,8%) είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι. Ακόμα 123 ερωτηθέντες (ποσοστό 52,1%) δεν απάντησαν σε ποια κατηγορία επαγγέλματος ανήκουν. (Πίνακας 31, Σχήμα 31)

Πίνακας 31 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το επάγγελμά τους.

Επάγγελμα	N=236	Percent
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	104	44,1
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	9	3,8
ΔΓ/ΔΑ	123	52,1

Σχήμα 31 : Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το επάγγελμά τους.



Κεφάλαιο 4ο

4.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 236 άτομα, εκ των οποίων 97 ήταν φοιτητές Νοσηλευτικής, 53 ήταν Νοσηλευτές, 44 Ιατροί και 42 φοιτητές Ιατρικής. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Στην προσπάθεια μας να συσχετίσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας που προέκυψαν παρατηρούμε τα παρακάτω :

Στην ερώτηση η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αυτοάνοση ή κληρονομική νόσος, το 87,3% του συνόλου των ερωτηθέντων απάντησε πως είναι αυτοάνοση νόσος και το 11,4% των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησαν πως είναι κληρονομική. Ωστόσο, ελέγχοντας την εκπαίδευση των ερωτηθέντων που απάντησαν πως η πολλαπλή σκλήρυνση είναι αυτοάνοση νόσος αξιοσημείωτο είναι πως οι φοιτητές Ιατρικής σε ποσοστό 100% (41 ερωτηθέντες) απάντησαν πως η νόσος είναι αυτοάνοση, ομοίως και το 95,5% των Ιατρών (42 άτομα). Ακόμα, το 88,7% (47 άτομα) των Νοσηλευτών δήλωσαν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αυτοάνοση νόσος και ομοίως και το 80% (76 άτομα) των φοιτητών Νοσηλευτικής. Έτσι, παρατηρούμε πως οι ερωτηθέντες στη συντριπτική τους πλειοψηφία δηλώνουν πως η νόσος είναι αυτοάνοση και όχι κληρονομική. (Πίνακας 1, Σχήμα 1)

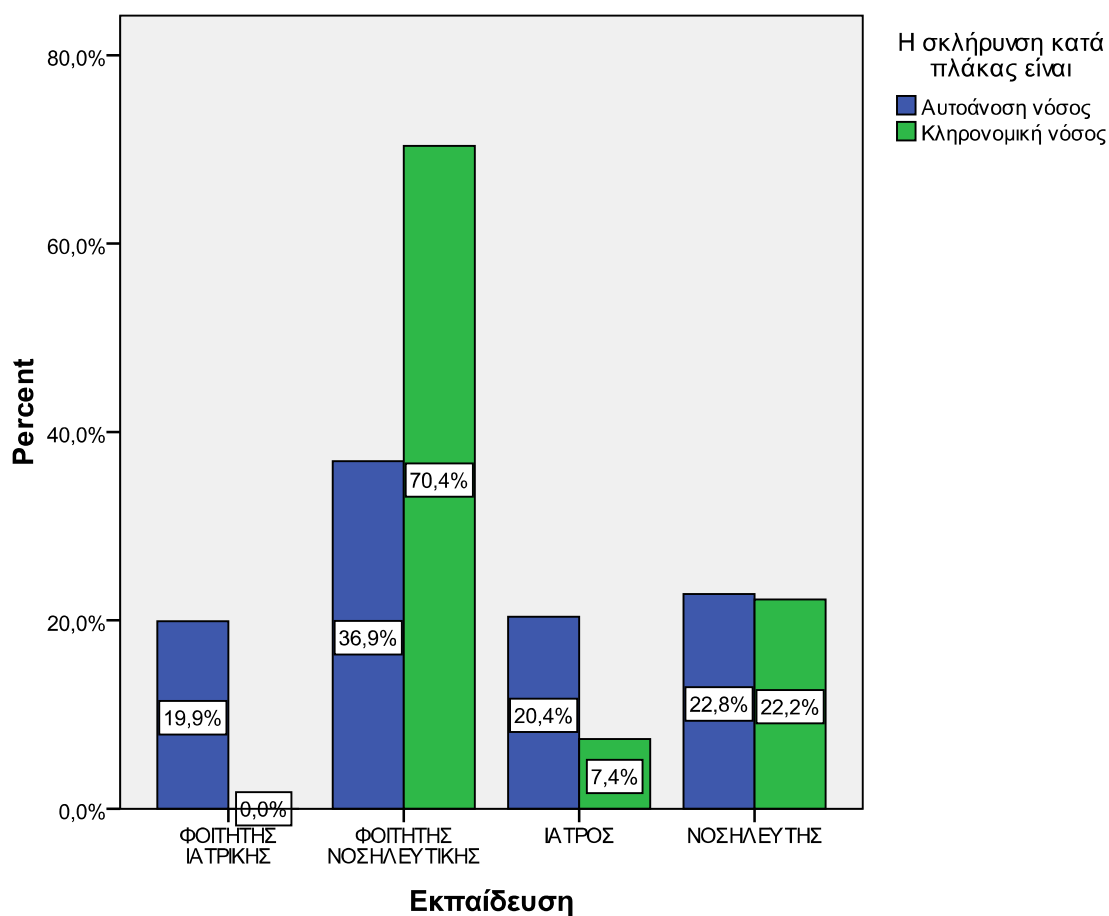
Πίνακας 1 : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αυτοάνοση ή κληρονομική νόσος.

Εκπαίδευση * Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι Crosstabulation

			Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι		Total
			Αυτοάνοση νόσος	Κληρονομική νόσος	
Εκπαίδευση	ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	Count	41	0	41
		% within Εκπαίδευση	100,0%	,0%	100,0%
		% within Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι	19,9%	,0%	17,6%
		% of Total	17,6%	,0%	17,6%
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	Count	76	19	95
		% within Εκπαίδευση	80,0%	20,0%	100,0%
		% within Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι	36,9%	70,4%	40,8%
		% of Total	32,6%	8,2%	40,8%
	ΙΑΤΡΟΣ	Count	42	2	44

	% within Εκπαίδευση	95,5%	4,5%	100,0%
	% within Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι	20,4%	7,4%	18,9%
	% of Total	18,0%	,9%	18,9%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	Count	47	6	53
	% within Εκπαίδευση	88,7%	11,3%	100,0%
	% within Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι	22,8%	22,2%	22,7%
	% of Total	20,2%	2,6%	22,7%
Total	Count	206	27	233
	% within Εκπαίδευση	88,4%	11,6%	100,0%
	% within Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	88,4%	11,6%	100,0%

Σχήμα 1 : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αυτοάνοση ή κληρονομική νόσος.

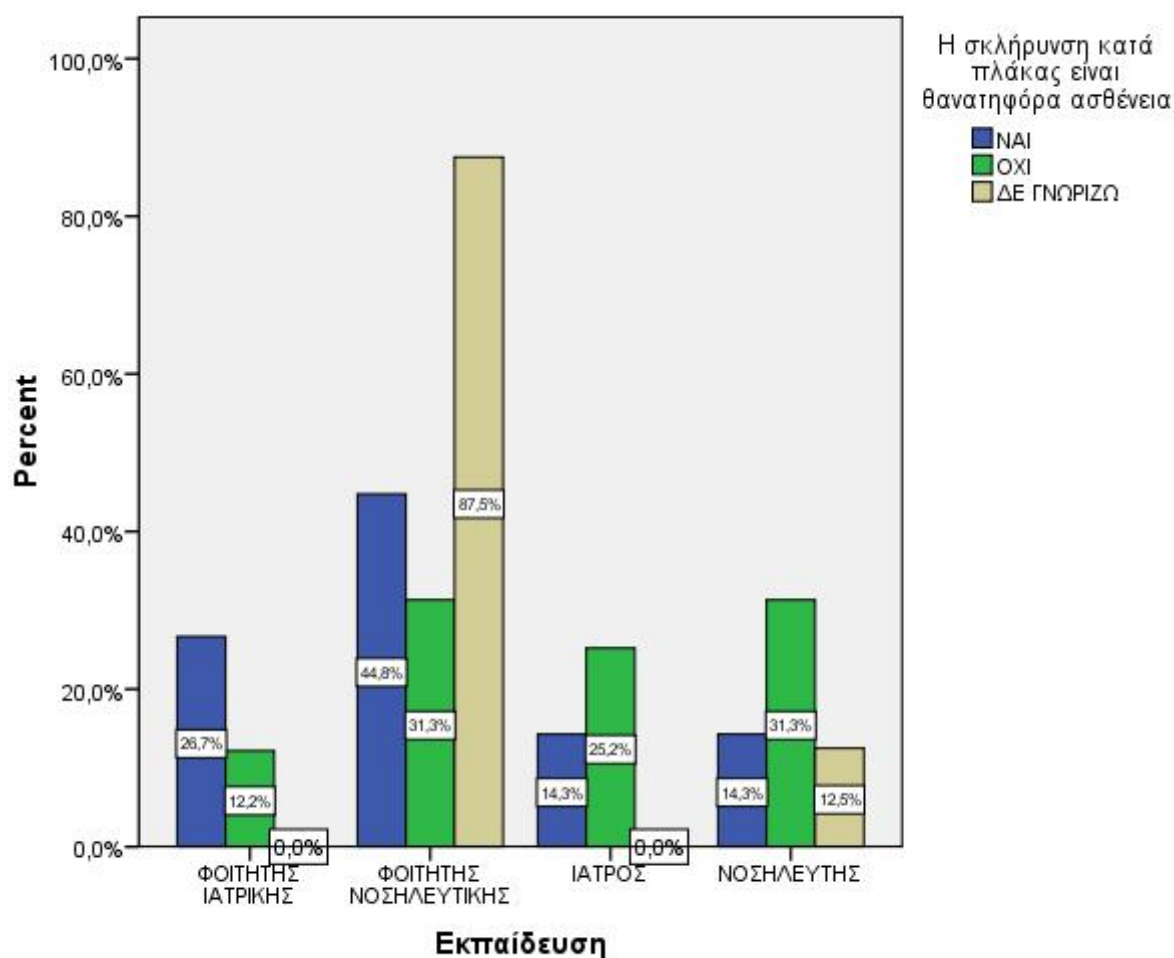


Ελέγχοντας τώρα την ερώτηση αν η Πολλαπλή Σκλήρυνση είναι θανατηφόρα νόσος σε σχέση με τις εκπαιδευτικές γνώσεις των ερωτηθέντων διαπιστώνουμε ότι οι Ιατροί (ποσοστό 65,9%) και οι Νοσηλευτές (ποσοστό 67,9%) στην πλειοψηφία τους δηλώνουν πως η νόσος δεν είναι θανατηφόρα, σε αντίθεση με τους φοιτητές Ιατρικής (ποσοστό 66,7%) και Νοσηλευτικής (ποσοστό 48,5%) αντίστοιχα που στην πλειοψηφία τους δηλώνουν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι θανατηφόρα ασθένεια. (Πίνακας 2, Σχήμα 2)

			Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι θανατηφόρα ασθένεια			Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Εκπαίδευση	ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	Count	28	14	0	42
		% within Εκπαίδευση	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
		% within Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι θανατηφόρα ασθένεια	26,7%	12,2%	,0%	17,8%
		% of Total	11,9%	5,9%	,0%	17,8%
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	Count	47	36	14	97
		% within Εκπαίδευση	48,5%	37,1%	14,4%	100,0%
		% within Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι θανατηφόρα ασθένεια	44,8%	31,3%	87,5%	41,1%
		% of Total	19,9%	15,3%	5,9%	41,1%
	ΙΑΤΡΟΣ	Count	15	29	0	44
		% within Εκπαίδευση	34,1%	65,9%	,0%	100,0%
		% within Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι θανατηφόρα ασθένεια	14,3%	25,2%	,0%	18,6%
		% of Total	6,4%	12,3%	,0%	18,6%
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	Count	15	36	2	53
		% within Εκπαίδευση	28,3%	67,9%	3,8%	100,0%
		% within Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι θανατηφόρα ασθένεια	14,3%	31,3%	12,5%	22,5%
		% of Total	6,4%	15,3%	,8%	22,5%
Total	Count	105	115	16	236	
	% within Εκπαίδευση	44,5%	48,7%	6,8%	100,0%	

% within Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι θανατηφόρα ασθένεια	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% of Total	44,5%	48,7%	6,8%	100,0%

Σχήμα 2 : Συσχέτιση των εκπαιδευτικών γνώσεων των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν η νόσος είναι θανατηφόρα.



Ελέγχοντας τώρα την ερώτηση αν η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου αξίζει να σημειωθεί πως η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών Ιατρικής (ποσοστό 97,6%), των Ιατρών (ποσοστό 93,2%) και των Νοσηλευτών (ποσοστό 88,2%) δηλώνουν πως η νόσος όντως είναι αιτία αναπηρίας του πάσχοντα. Λίγο πιο αισιόδοξοι παρουσιάζονται οι φοιτητές Νοσηλευτικής αφού σε ποσοστό 77,4% απαντούν πως η Πολλαπλή Σκλήρυνση αποτελεί αιτία αναπηρίας στον πάσχοντα. (Πίνακας 3, Σχήμα 3)

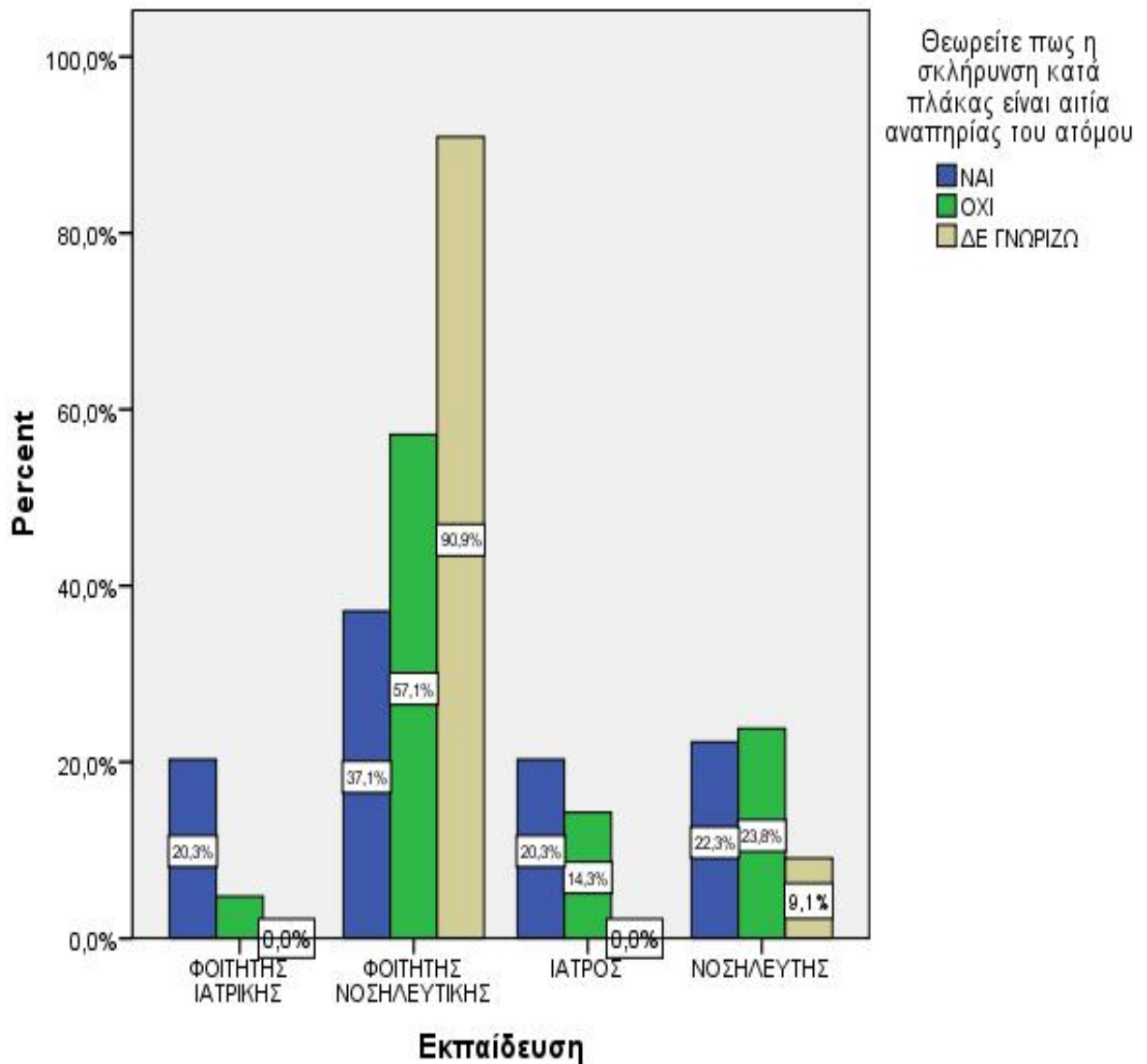
Πίνακας 3 : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν η νόσος είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου.

Εκπαίδευση * Θεωρείτε πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου Crosstabulation

			Θεωρείτε πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου			Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Εκπαίδευση	ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	Count	41	1	0	42
		% within Εκπαίδευση	97,6%	2,4%	,0%	100,0%
		% within Θεωρείτε πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου	20,3%	4,8%	,0%	17,9%
		% of Total	17,5%	,4%	,0%	17,9%
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	Count	75	12	10	97
		% within Εκπαίδευση	77,3%	12,4%	10,3%	100,0%
		% within Θεωρείτε πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου	37,1%	57,1%	90,9%	41,5%
		% of Total	32,1%	5,1%	4,3%	41,5%
ΙΑΤΡΟΣ	ΙΑΤΡΟΣ	Count	41	3	0	44
		% within Εκπαίδευση	93,2%	6,8%	,0%	100,0%
		% within Θεωρείτε πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου	20,3%	14,3%	,0%	18,8%
		% of Total	17,5%	1,3%	,0%	18,8%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	Count	45	5	1	51
		% within Εκπαίδευση	88,2%	9,8%	2,0%	100,0%
		% within Θεωρείτε πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου	22,3%	23,8%	9,1%	21,8%
		% of Total	19,2%	2,1%	,4%	21,8%
Total	Total	Count	202	21	11	234
		% within Εκπαίδευση	86,3%	9,0%	4,7%	100,0%

% within	Θεωρείτε πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% of Total		86,3%	9,0%	4,7%	100,0%

Σχήμα 3 : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν η νόσος είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου.



Ομοίως συσχετίζοντας τις εκπαιδευτικές γνώσεις των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν η διάγνωση του ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να είναι ο λόγος για την δημιουργία ψυχικών διαταραχών στον ασθενή, η πλειοψηφία των φοιτητών Ιατρικής (ποσοστό 97,6%), των Ιατρών (ποσοστό 95,5%) και των Νοσηλευτών (ποσοστό 94,1%) απαντούν πως η διάγνωση ενός ατόμου με τη νόσο μπορεί να προκαλέσει ψυχικές διαταραχές στον ασθενή. Έπειτα, οι φοιτητές Νοσηλευτικής (ποσοστό 74%) σε μικρότερο ποσοστό δηλώνουν πως η

διάγνωση της Πολλαπλής Σκλήρυνσης μπορεί να είναι αφορμή διαταραχών της ψυχικής υγείας του ασθενούς. (Πίνακας 4, Σχήμα 4)

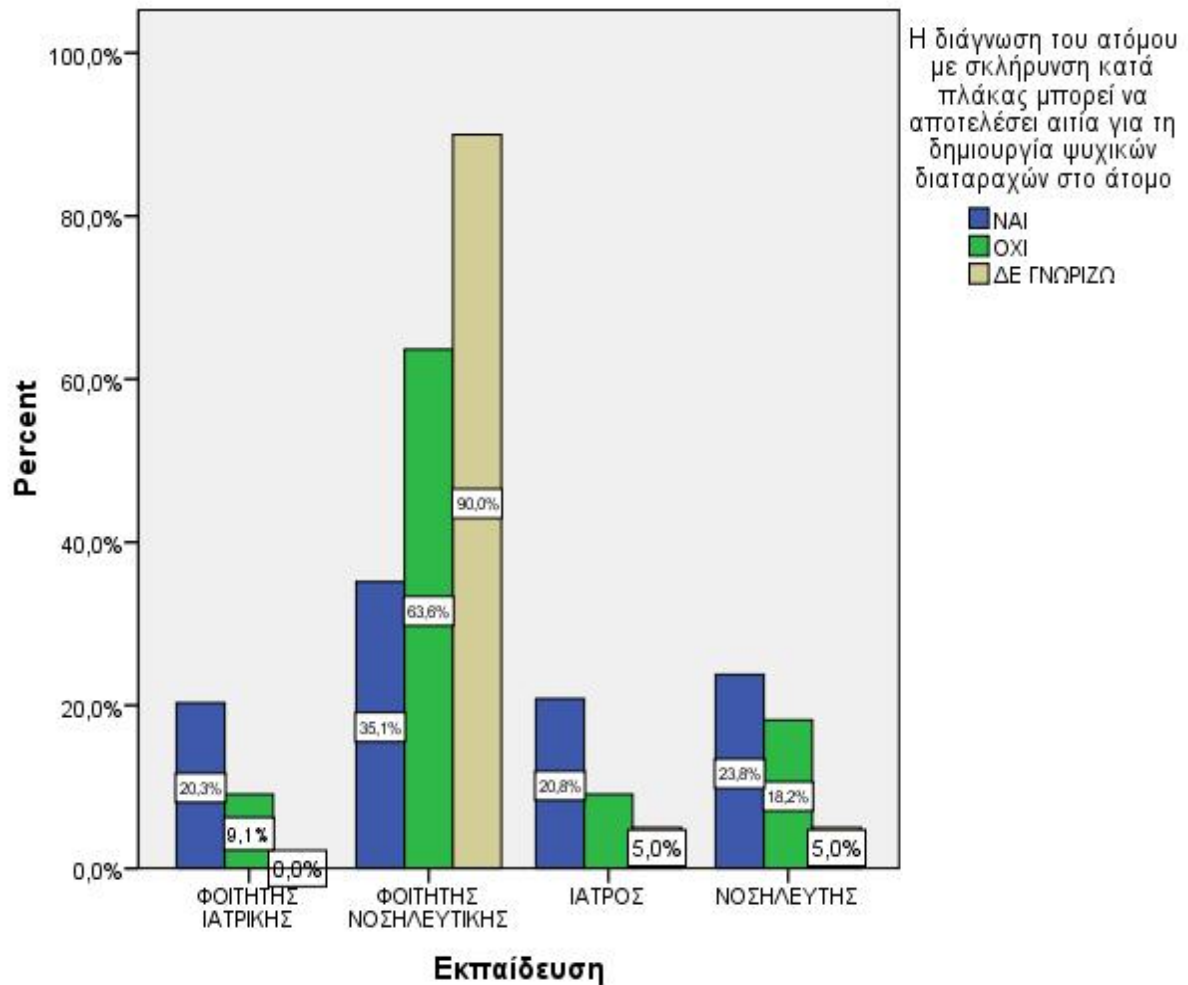
Πίνακας 4 : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν η διάγνωση του ατόμου με τη νόσο είναι αιτία της δημιουργίας ψυχικών διαταραχών στο άτομο.

Εκπαίδευση * Η διάγνωση του ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο Crosstabulation

		Η διάγνωση του ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Εκπαίδευση ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	Count	41	1	0	42
	% within Εκπαίδευση	97,6%	2,4%	,0%	100,0%
	% within Η διάγνωση του ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο	20,3%	9,1%	,0%	18,0%
	% of Total	17,6%	,4%	,0%	18,0%
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	Count	71	7	18	96
	% within Εκπαίδευση	74,0%	7,3%	18,8%	100,0%
	% within Η διάγνωση του ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο	35,1%	63,6%	90,0%	41,2%
	% of Total	30,5%	3,0%	7,7%	41,2%
ΙΑΤΡΟΣ	Count	42	1	1	44
	% within Εκπαίδευση	95,5%	2,3%	2,3%	100,0%
	% within Η διάγνωση του ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο	20,8%	9,1%	5,0%	18,9%
	% of Total	17,6%	,4%	,0%	18,0%

	% of Total	18,0%	,4%	,4%	18,9%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	Count	48	2	1	51
	% within Εκπαίδευση	94,1%	3,9%	2,0%	100,0%
	% within Η διάγνωση του ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο	23,8%	18,2%	5,0%	21,9%
	% of Total	20,6%	,9%	,4%	21,9%
Total	Count	202	11	20	233
	% within Εκπαίδευση	86,7%	4,7%	8,6%	100,0%
	% within Η διάγνωση του ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	86,7%	4,7%	8,6%	100,0%

Σχήμα 4 : : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν η διάγνωση του ατόμου με τη νόσο είναι αιτία της δημιουργίας ψυχικών διαταραχών στο άτομο.



Ομοίως, συσχετίζοντας την εκπαίδευση των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα με την ερώτηση η σωστή διατροφή νομίζετε πως αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της Πολλαπλής Σκλήρυνσης διαπιστώνουμε πως οι φοιτητές Νοσηλευτικής (ποσοστό 55,7%), οι Ιατροί (ποσοστό 43,2%) καθώς και οι Νοσηλευτές (ποσοστό 39,6%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση. Αντίθετα, αυτό που αξίζει να αναφερθεί είναι πως οι φοιτητές Ιατρικής (19 εκ των 42 ερωτηθέντων – ποσοστό 21,4%) δηλώνουν πως η σωστή διατροφή δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου. Παράλληλα, το 33,3% των φοιτητών Ιατρικής, το 32,1% των Νοσηλευτών, καθώς και το 22,7% των φοιτητών Νοσηλευτικής δεν γνώριζαν να απαντήσουν στην ερώτηση. (Πίνακας 5, Σχήμα 5)

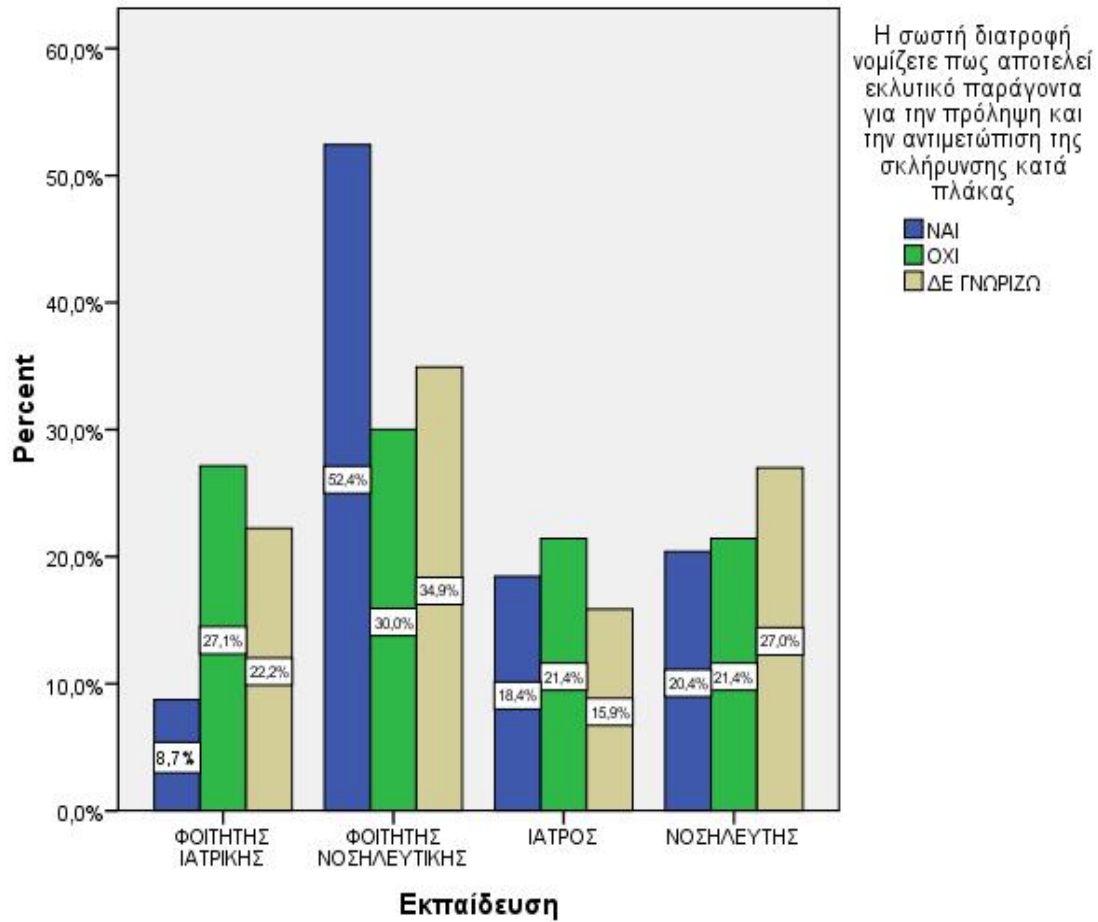
Πίνακας 5 : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν η σωστή διατροφή αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου.

Εκπαίδευση * Η σωστή διατροφή νομίζετε πως αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας Crosstabulation

			Η σωστή διατροφή νομίζετε πως αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας			Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Εκπαίδευση	ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	Count	9	19	14	42
		% within Εκπαίδευση	21,4%	45,2%	33,3%	100,0%
		% within Η σωστή διατροφή νομίζετε πως αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας	8,7%	27,1%	22,2%	17,8%
		% of Total	3,8%	8,1%	5,9%	17,8%
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	Count	54	21	22	97
		% within Εκπαίδευση	55,7%	21,6%	22,7%	100,0%
		% within Η σωστή διατροφή νομίζετε πως αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας	52,4%	30,0%	34,9%	41,1%
		% of Total	22,9%	8,9%	9,3%	41,1%
	ΙΑΤΡΟΣ	Count	19	15	10	44
		% within Εκπαίδευση	43,2%	34,1%	22,7%	100,0%
		% within Η σωστή διατροφή νομίζετε πως αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας	18,4%	21,4%	15,9%	18,6%
		% of Total	8,1%	6,4%	4,2%	18,6%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ		Count	21	15	17	53

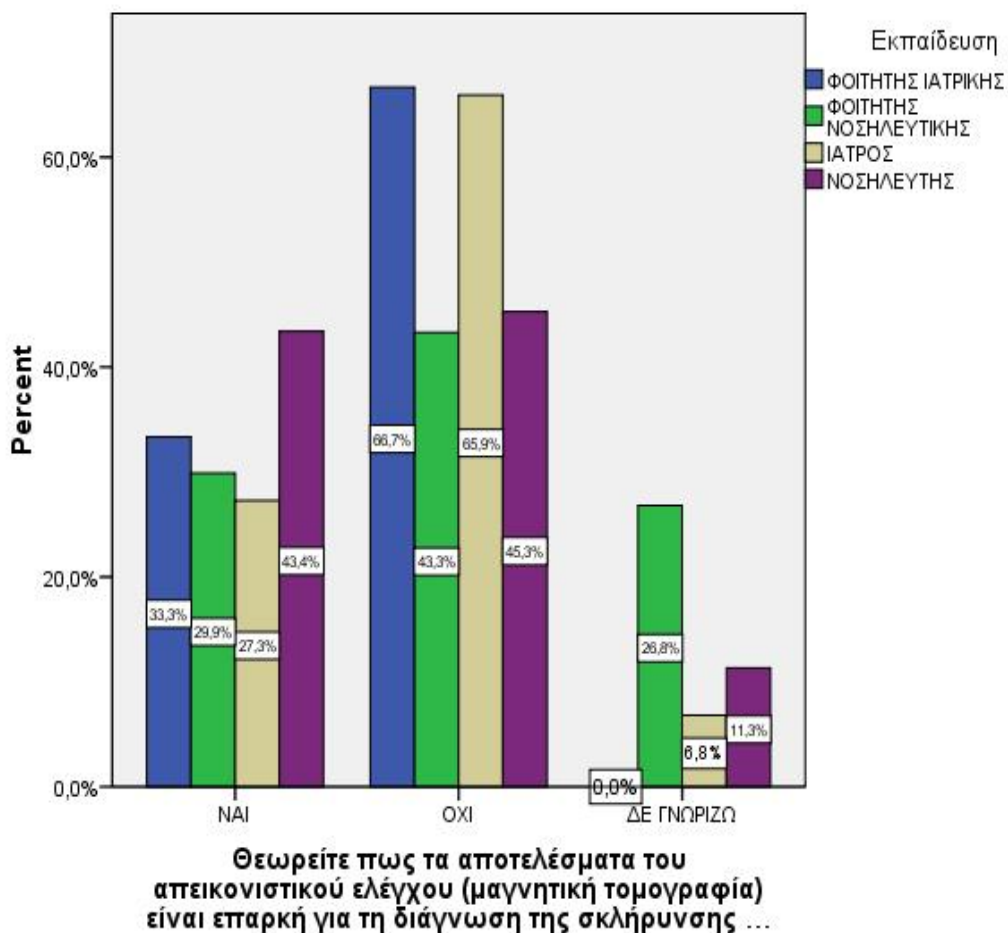
	% within Εκπαίδευση	39,6%	28,3%	32,1%	100,0%
	% within Η σωστή διατροφή νομίζετε πως αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας	20,4%	21,4%	27,0%	22,5%
	% of Total	8,9%	6,4%	7,2%	22,5%
otal	Count	103	70	63	236
	% within Εκπαίδευση	43,6%	29,7%	26,7%	100,0%
	% within Η σωστή διατροφή νομίζετε πως αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	43,6%	29,7%	26,7%	100,0%

Σχήμα 5 : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν η σωστή διατροφή αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου.

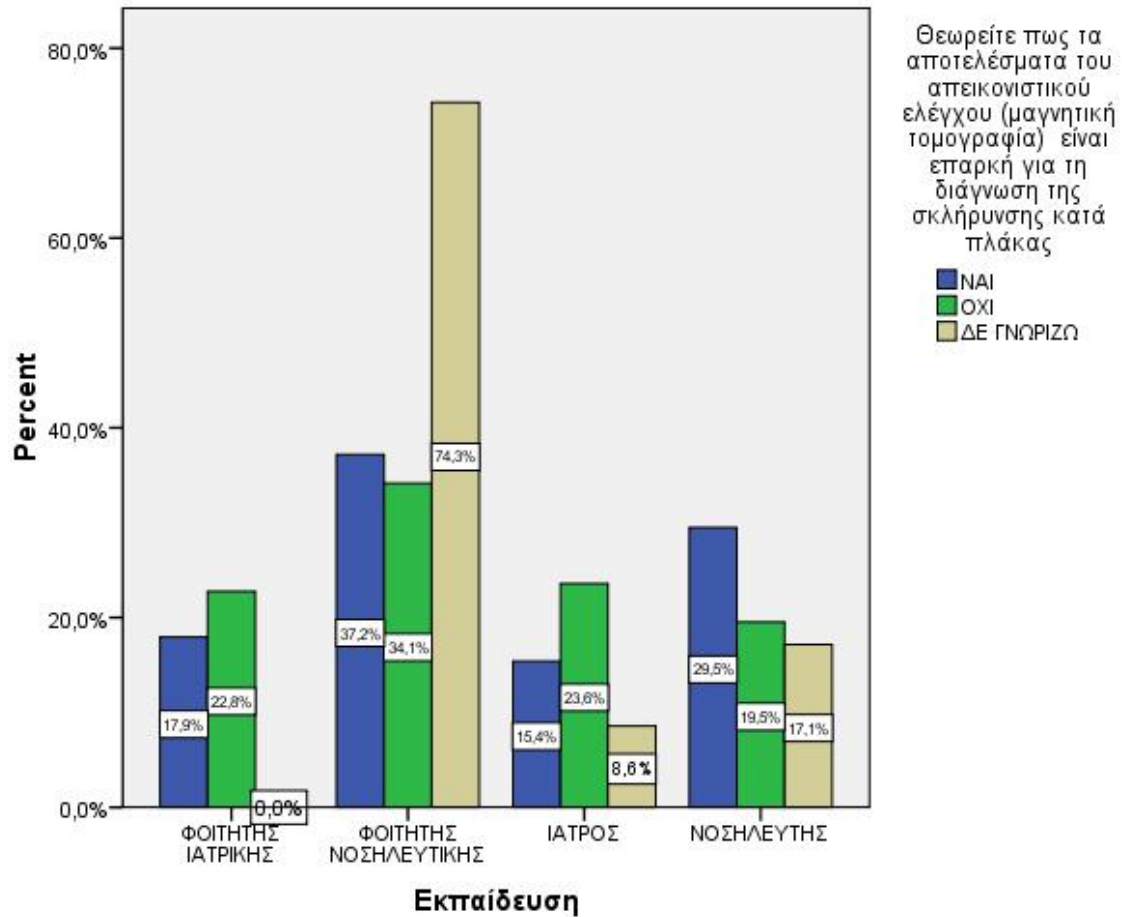


Στη συνέχεια, συσχετίζοντας τις εκπαιδευτικές γνώσεις των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν τα αποτελέσματα του απεικονιστικού ελέγχου (μαγνητική τομογραφία) είναι επαρκή για τη διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα. Οι μισοί και πλέον από τους φοιτητές Ιατρικής (28 άτομα – ποσοστό 67,3%) απάντησαν πως τα αποτελέσματα της μαγνητικής τομογραφίας δεν επαρκούν ώστε το άτομο να διαγνωσθεί με τη νόσο, ενώ το 33,3% των ερωτηθέντων (14 άτομα) απάντησαν θετικά στην ερώτηση. Έπειτα, οι Ιατροί απάντησαν θετικά στην ερώτηση σε ποσοστό 65,9% (29 άτομα), και σε ποσοστό 27,3% (12 άτομα) απάντησαν θετικά. Αξιοσημείωτο είναι, πως στους Νοσηλευτές υπάρχει ισορροπία μεταξύ των ερωτηθέντων που απάντησαν θετικά (23 άτομα - ποσοστό 43,4%) και εκείνων που απάντησαν πως τα αποτελέσματα του απεικονιστικού ελέγχου δεν επαρκούν για τη διάγνωση του ατόμου με τη νόσο (24 άτομα – ποσοστό 45,3%). Παράλληλα, οι φοιτητές Νοσηλευτικής σε ποσοστό 26,8% (26 ερωτηθέντες) απάντησαν πως δεν γνωρίζουν να απαντήσουν στην ερώτηση, ενώ η πλειοψηφία των φοιτητών δήλωσαν (42 άτομα - ποσοστό 43,3%) πως τα αποτελέσματα της μαγνητικής τομογραφίας δεν επαρκούν για τη διάγνωση της νόσου. Τέλος, 29 φοιτητές Νοσηλευτικής (ποσοστό 29,9%) ανέφεραν πως ο απεικονιστικός έλεγχος αρκεί για την διάγνωση του ατόμου με Πολλαπλή Σκλήρυνση. (Σχήμα α , β)

Σχήμα 6 α : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν τα αποτελέσματα του απεικονιστικού ελέγχου (μαγνητική τομογραφία) είναι επαρκή για τη διάγνωση ενός ατόμου με τη νόσο.

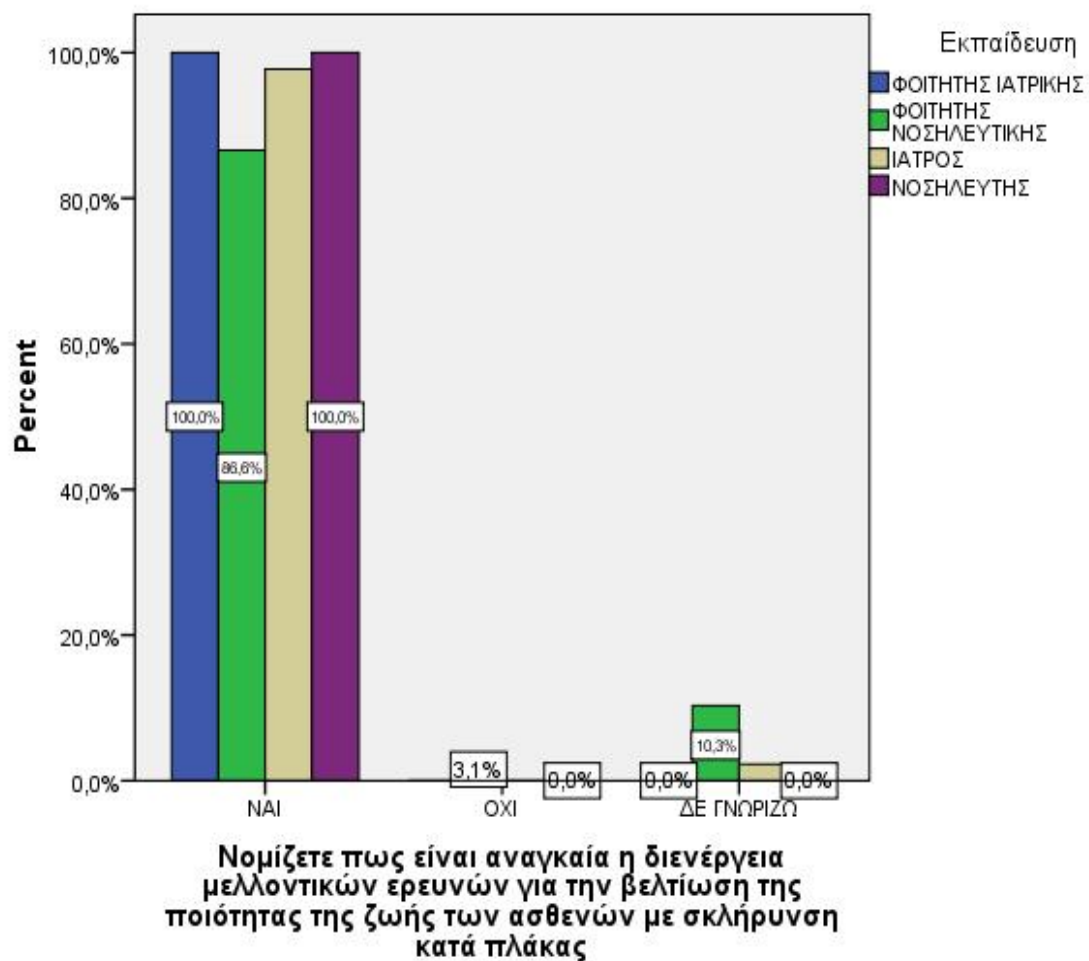


Σχήμα 6 β : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν τα αποτελέσματα του απεικονιστικού ελέγχου (μαγνητική τομογραφία) είναι επαρκή για τη διάγνωση ενός ατόμου με τη νόσο.

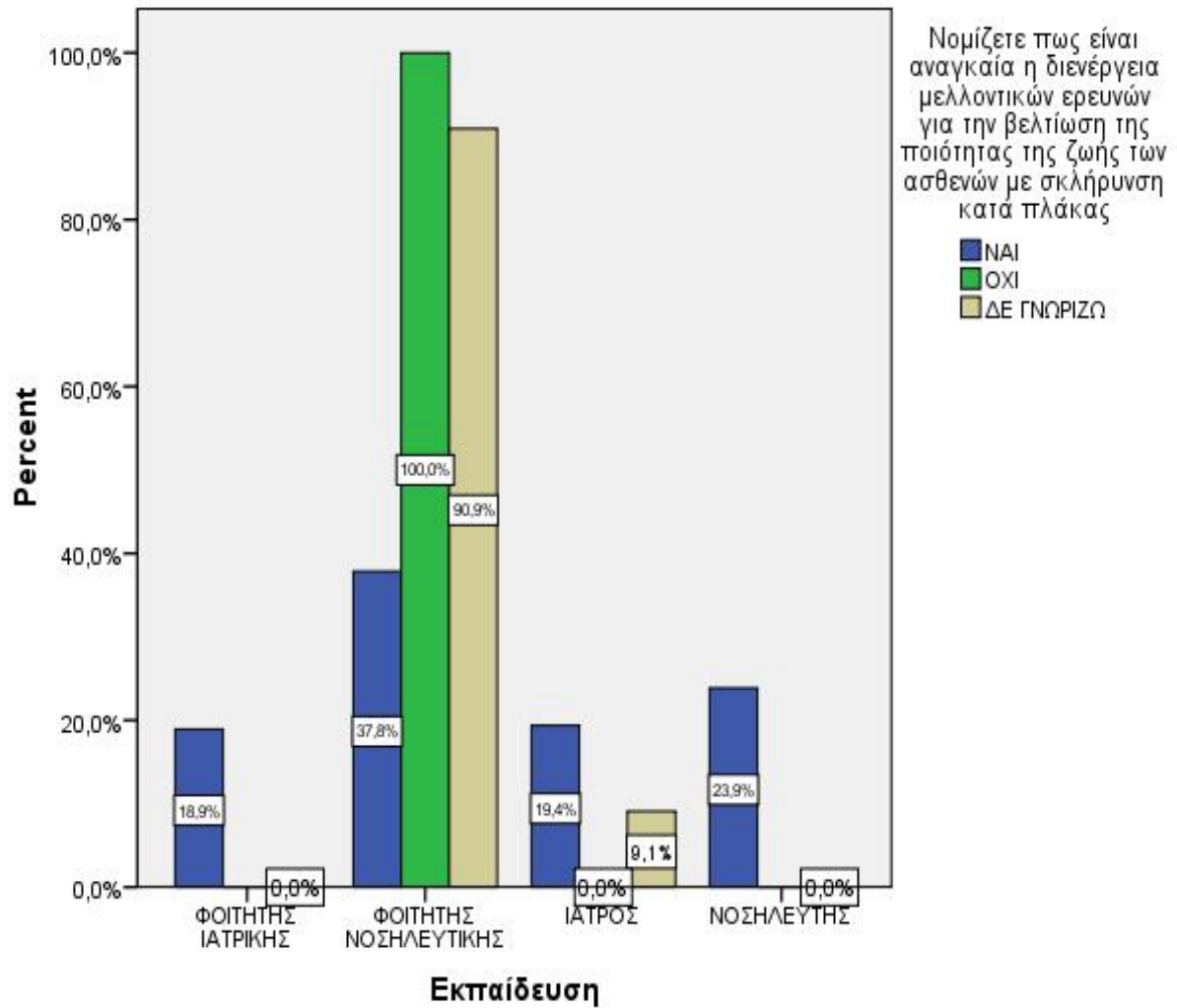


Η διενέργεια μελλοντικών ερευνών για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας φαίνεται να είναι αναγκαία σύμφωνα με την συντριπτική πλειοψηφία των Νοσηλευτών(53 άτομα - ποσοστό 100%) και των φοιτητών Ιατρικής (42 άτομα - ποσοστό 100%). Ομοίως, και οι Ιατροί σε ποσοστό 97,7% (43 ερωτηθέντες) δήλωσαν πως είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν έρευνες στο μέλλον. Στη συνέχεια, η πλειοψηφία των φοιτητών Νοσηλευτικής 84 άτομα –ποσοστό 86,6%) δήλωσαν πως για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με τη νόσο είναι αναγκαίες οι έρευνες στο μέλλον, ενώ παρατηρήθηκε πως οι φοιτητές Νοσηλευτικής σε ποσοστό 10,3% (10 άτομα) δεν γνώριζαν να απαντήσουν στην ερώτηση. (Σχήμα 7 α, β)

Σχήμα 7 α : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν είναι αναγκαία η διενέργεια μελλοντικών ερευνών για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με τη νόσο.

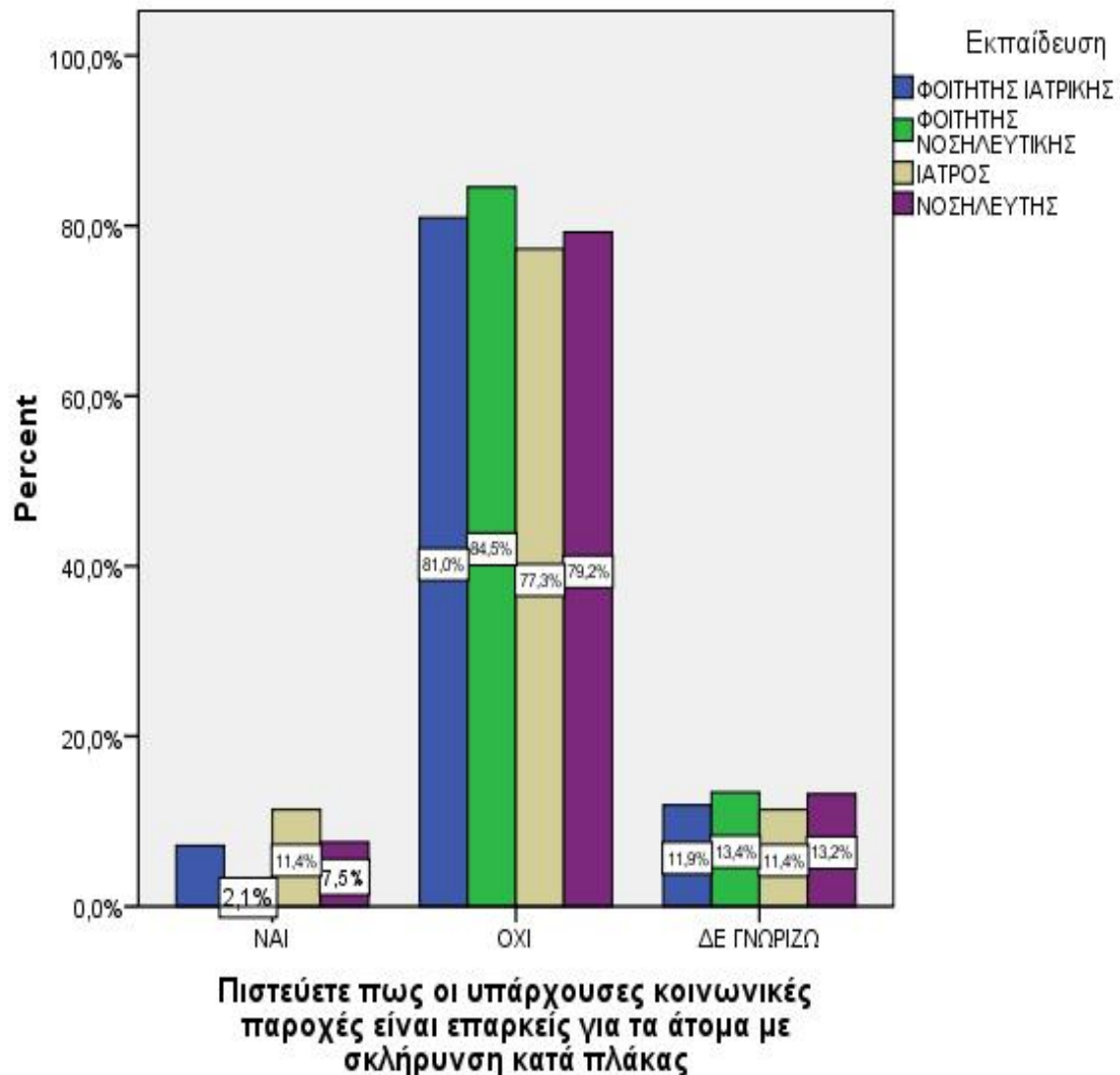


Σχήμα 7 α : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων σύμφωνα με το αν είναι αναγκαία η διενέργεια μελλοντικών ερευνών για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με τη νόσο.

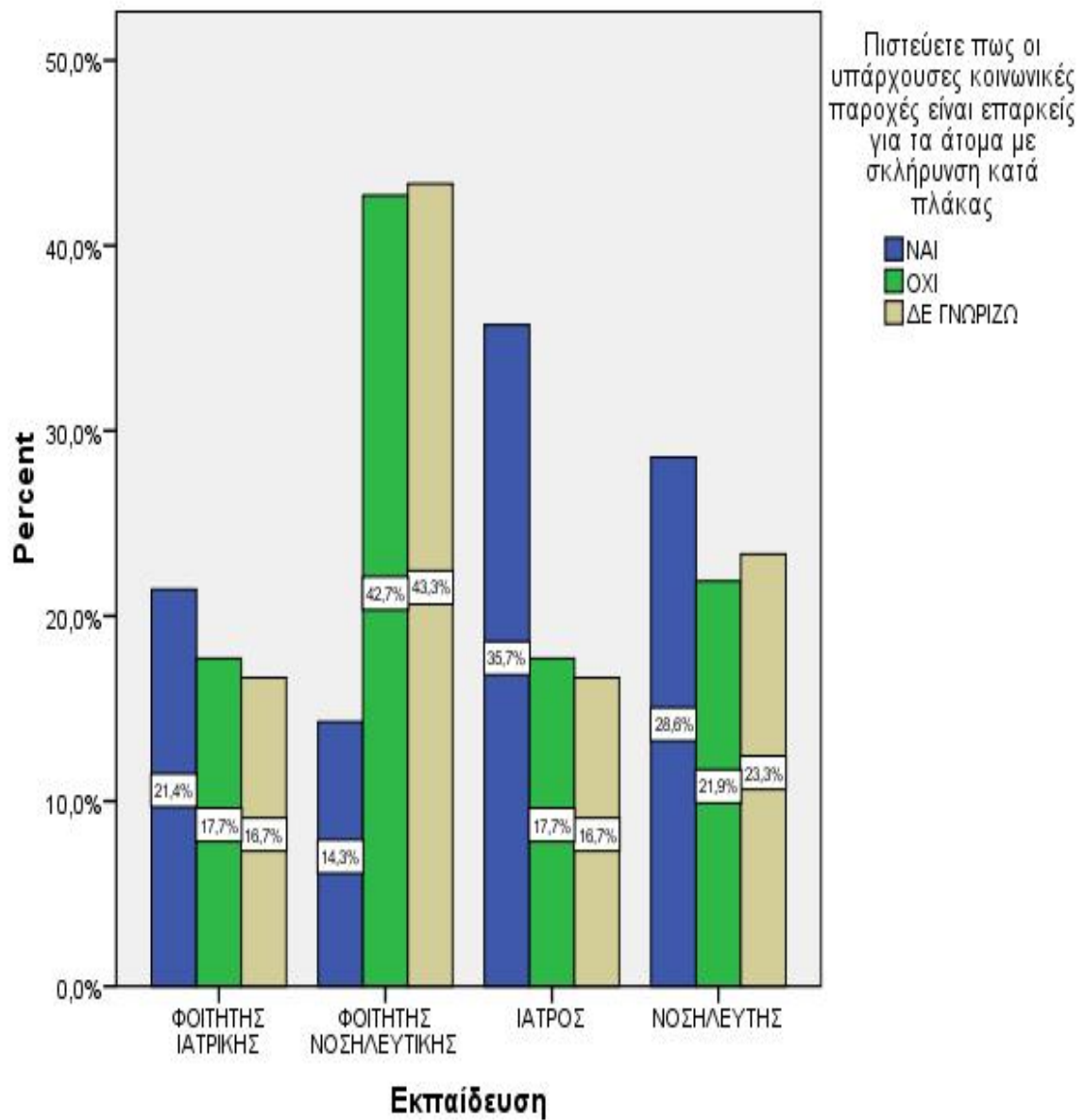


Ελέγχοντας τώρα την ερώτηση εάν οι υπάρχουσες κοινωνικές παροχές είναι επαρκείς για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας σε σχέση με τις γραμματικές τους γνώσεις διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών Νοσηλευτικής (82 άτομα – ποσοστό 84,5%) και των φοιτητών Ιατρικής (34 άτομα - ποσοστό 81%) θεωρούν πως οι κοινωνικές παροχές δεν επαρκούν για την εξυπηρέτηση των ασθενών. Ομοίως, και η πλειοψηφία των Ιατρών (34 άτομα – ποσοστό 77,3%) και των Νοσηλευτών (42 άτομα – ποσοστό 79,2%) αλλά σε μικρότερο ποσοστό συγκριτικά με τους φοιτητές απάντησαν πως οι υπάρχουσες κοινωνικές παροχές χρήζουν βελτίωσης. (Σχήμα 8 α , β)

Σχήμα 8 α : Συσχέτιση των ερωτηθέντων με την ερώτηση εάν οι υπάρχουσες κοινωνικές παροχές είναι επαρκείς για τα άτομα με τη νόσο.

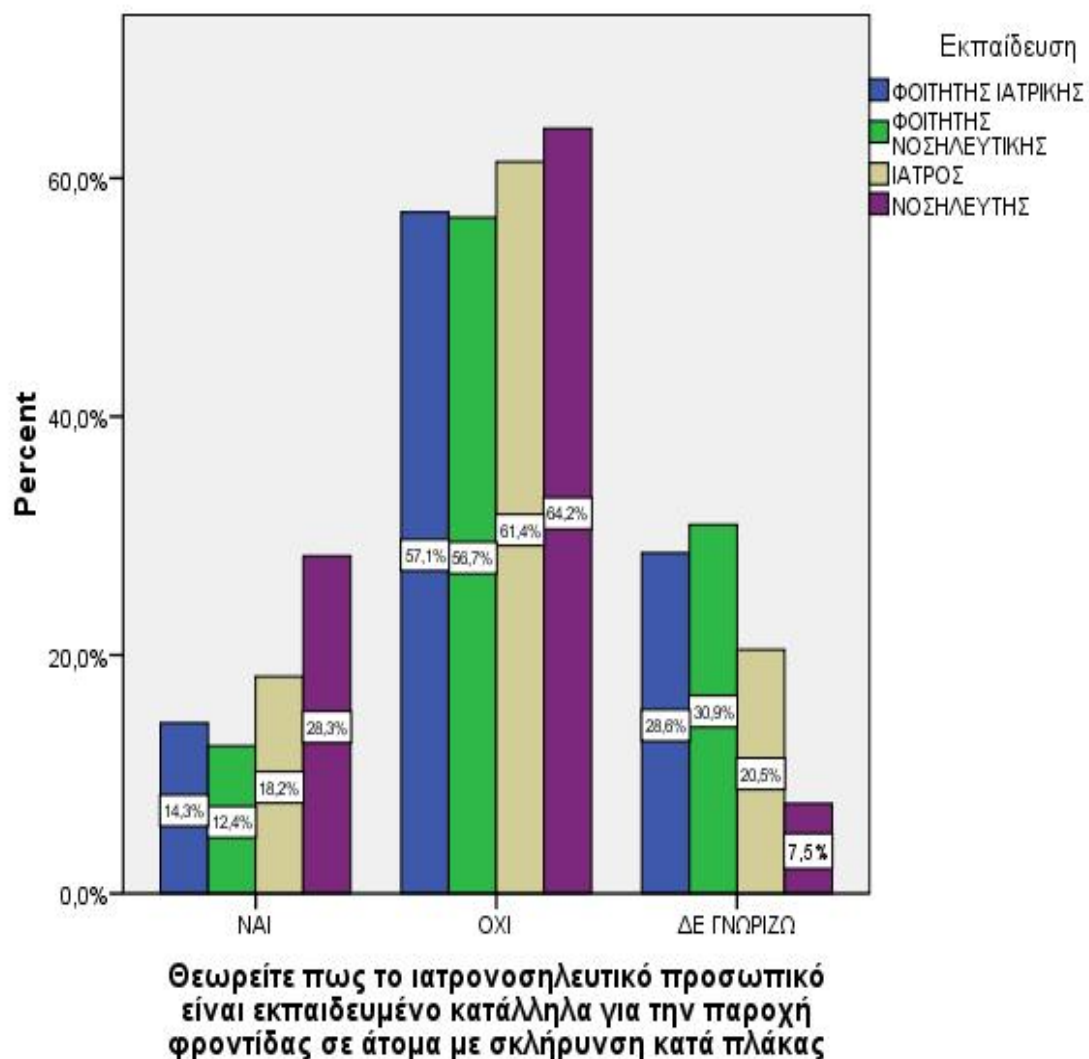


Σχήμα 8 β : Συσχέτιση των ερωτηθέντων με την ερώτηση εάν οι υπάρχουσες κοινωνικές παροχές είναι επαρκείς για τα άτομα με τη νόσο.

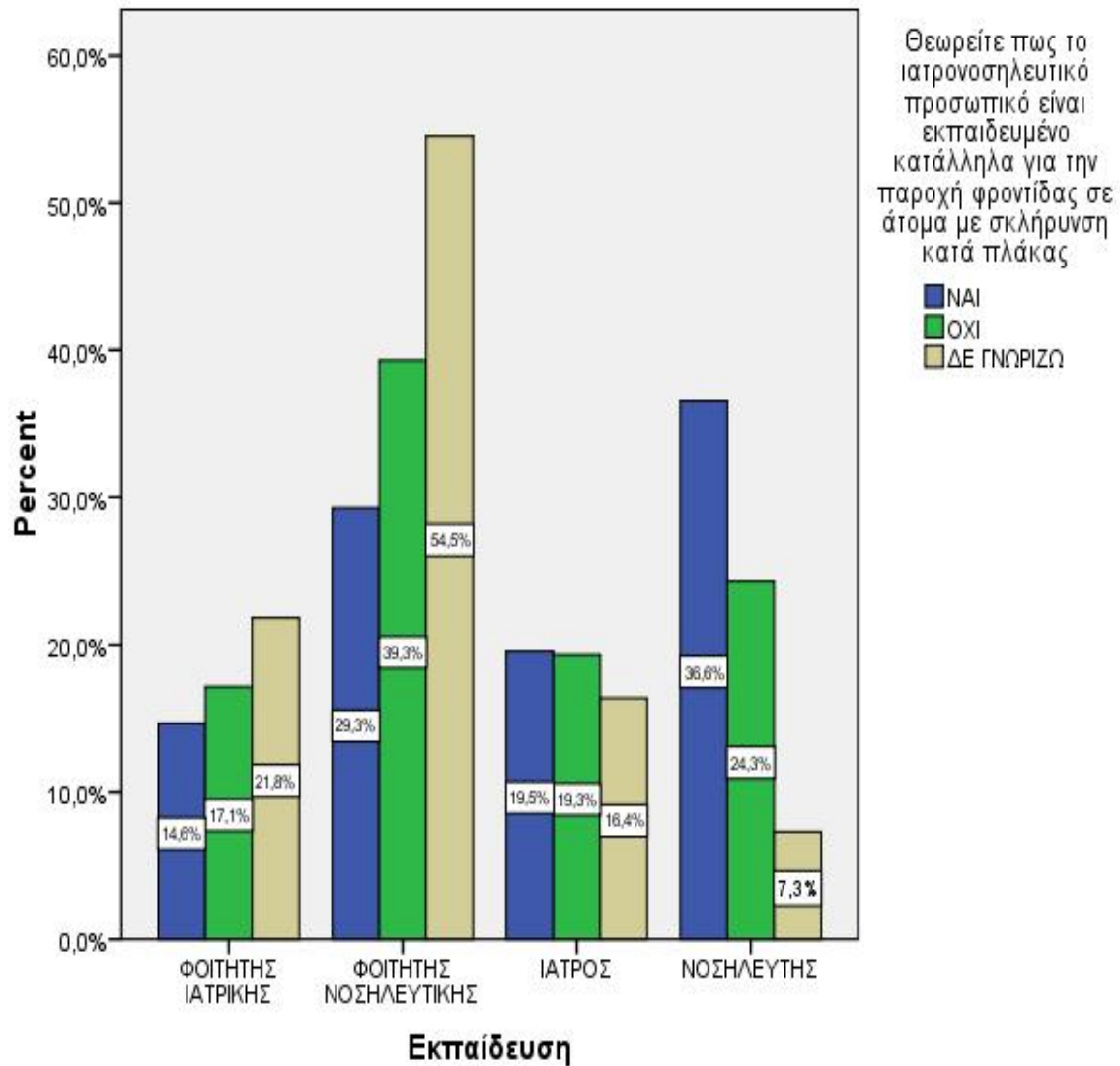


Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν αν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο κατάλληλα για την παροχή φροντίδας σε άτομα με Πολλαπλή Σκλήρυνση. Συσχετίζοντας την ερώτηση αυτή με την εκπαίδευση των ερωτηθέντων διαπιστώνουμε ότι υπάρχει ισορροπία στα ποσοστά μεταξύ των Νοσηλευτών (34 άτομα – ποσοστό 64,2%) και των Ιατρών (27 άτομα – ποσοστό 61,4%) που απάντησαν πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις για την παροχή φροντίδας στα άτομα με Σκλήρυνση κατά πλάκας. Ομοίως απάντησαν και οι φοιτητές Νοσηλευτικής (55 άτομα – ποσοστό 56,7%) με τους φοιτητές Ιατρικής (24 άτομα -57,1%) που έχουν μικρή διαφοροποίηση η οποία δεν είναι στατιστικά σημαντική στο αποτέλεσμα. (Σχήμα 9 α , β)

Σχήμα 9 α : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων σύμφωνα με την ερώτηση αν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο κατάλληλα για την παροχή φροντίδας σε άτομα με Πολλαπλή Σκλήρυνση.



Σχήμα 9 β : Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων σύμφωνα με την ερώτηση αν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο κατάλληλα για την παροχή φροντίδας σε άτομα με Πολλαπλή Σκλήρυνση.



ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μέσα από την εργασία μας καταλήξαμε σε μερικά συμπεράσματα. Στην ΣΚΠ δεν είναι δύσκολη μόνον η διάγνωσή της και η θεραπεία της, αλλά και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στα διάφορα προβλήματα των ασθενών.

Η νοσηλευτική παρέμβαση επεκτείνεται σε διάφορους τομείς. Ξεκινώντας από την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή, ξεπερνώντας όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα τις κινητικές και λοιπές διαταραχές και καταλήγοντας σε όσο το δυνατόν ομαλότερη προσαρμογή του ασθενή στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Για όλους τους παραπάνω λόγους μια από τις πιο ενδιαφέρουσες προτάσεις μας είναι η δημιουργία εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών με ΣΚΠ.

Επιπλέον μπορούμε να προτείνουμε τα εξής για την καλύτερη διαβίωση των ασθενών :

α) Να αυξηθεί ο χρόνος άδειας των πασχόντων στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα, σε περιόδους έξαρσης της νόσου.

β) Η δημιουργία ειδικών προγραμμάτων που να παρέχουν τις τελευταίες πληροφορίες σχετικά με νέες επιστημονικά αποδεδειγμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις· και να διευκολύνουν τους ασθενείς να πάρουν αποφάσεις για τη θεραπευτική αγωγή που είναι καλύτερη για τους ίδιους.

γ) Η πρόνοια να φροντίσει για την πρόσληψη ειδικών ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι να βοηθήσουν τους ασθενείς να αποδεχθούν την ασθένειά τους και να αντιμετωπίσουν με συνέπεια τη νόσο.

δ) Δημιουργία ημερίδων, διαλέξεων και πανελληνίων συνεδρίων, σχετικά με την πάθηση με τη συμμετοχή ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

ε) Δημιουργία προγραμμάτων από φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και φυσιάτρους, όπου θα προσφέρουν τις γνώσεις τους με αρκετά μειωμένες αποδοχές. Έτσι θα μπορούν να συμμετέχουν ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση όλοι οι ασθενείς με ΣΚΠ.

στ) Το κράτος να χορηγήσει επιδόματα σε ερευνητικά κέντρα για την δημιουργία προγραμμάτων-ερευνών, με σκοπό την ανεύρεση μιας πιο αποτελεσματικής θεραπείας για την ΣΚΠ.

ζ) Παροχή προληπτικής και διαγνωστικής ιατρικής φροντίδας για την ΣΚΠ στον γενικό πληθυσμό απομακρυσμένων – απομονωμένων περιοχών και συμβουλευτική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη για πάσχοντες από ΣΚΠ.

η) Εφαρμογή προγράμματος τηλείατρικής στα απομακρυσμένα χωριά και τηλεφροντίδας των χρονίως πασχόντων από ΣΚΠ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας, είναι μία αυτοάνοση χρόνια πάθηση η οποία οφείλεται στην καταστροφή της μυελίνης που καλύπτει τις νευρικές ίνες στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Είναι μία πολύ αινιγματική ασθένεια, με άγνωστη σχεδόν αιτιολογία γι' αυτό μέσω της εργασίας μας βάζουμε σαν σκοπό να ενημερώσουμε τους φοιτητές της Νοσηλευτικής, αλλά και το ευρύτερο κοινό για την ΣΚΠ.

Για να κατανοήσουμε καλύτερα την ΣΚΠ, ήρθαμε σε επαφή με 236 ανθρώπους. Καταγράψαμε πολλές πληροφορίες από τα ερωτηματολόγια που μας συμπλήρωσαν, τα οποία αποτελούνταν από 31 ερωτήσεις, 6 εκ των οποίων αποτελούσαν τα δημογραφικά στοιχεία.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Απρίλιο έως και τον Σεπτέμβριο του 2015 στην Πάτρα, με διανομή των ερωτηματολογίων.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας, προέκυψαν τα ακόλουθα:

Το 87,3% αναφέρει πως η ΣΚΠ είναι αυτοάνοση νόσος. Στην ερώτηση αν η ΣΚΠ είναι θανατηφόρα το 48,5% απάντησε πως δεν είναι ενώ το 44,5% απάντησε θετικά. Οι μισοί και πλέον (57,6%) πιστεύουν πως η αιτία της ΣΚΠ δεν έχει διαπιστωθεί ενώ το 22,5 δεν γνωρίζει. Ποσοστό 63,1% πιστεύει πως η ΣΚΠ χαρακτηρίζεται από επεισόδια και στα οπτικά νεύρα και στον εγκέφαλο και στον νωτιαίο μυελό ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 79,7% απάντησε πως οι διαταραχές υποτροπιάζουν σε περίοδο πολλών ετών. Στην ερώτηση σε ποια ηλικία πιστεύετε ότι είναι πιθανότερο το άτομο να διαγνωσθεί με ΣΚΠ το 81,4% ανέφερε την ηλικία των 20-40 ετών, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία 85,6% θεωρεί πως η ΣΚΠ αποτελεί αιτία αναπηρίας του ατόμου. Ποσοστό 90,7% πιστεύει πως η σκλήρυνση κατά πλάκας δυσχεραίνει την πραγματοποίηση των δραστηριοτήτων των ασθενών. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (85,6%) ανέφερε πως η διάγνωση του ατόμου με ΣΚΠ μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο. Το 39,4% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν επηρεάζει την αναπαραγωγική λειτουργία του ατόμου που πάσχει. Ποσοστό 78% αναφέρει πως το στρες επιδεινώνει τη νόσο ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 47,9% δεν γνωρίζει αν το γεωγραφικό πλάτος αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πρόκληση της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Η συντριπτική πλειοψηφία 93,2% θεωρεί πως η θεραπευτική αντιμετώπιση στη ΣΚΠ έχουν ως στόχο την βελτίωση των συμπτωμάτων ενώ το 43,6% πιστεύει πως η σωστή διατροφή αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και αντιμετώπιση της ασθένειας. Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (52,1%) πιστεύουν πως τα αποτελέσματα από τον απεικονιστικό έλεγχο δεν είναι επαρκή ώστε το άτομο να διαγνωσθεί με σκλήρυνση κατά πλάκας, ενώ η διενέργεια μελλοντικών ερευνών για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας φαίνεται να είναι αναγκαία σύμφωνα με το 94,1% των ερωτηθέντων. Ποσοστό 81,4% θεωρούν πως οι υπάρχουσες κοινωνικές παροχές δεν είναι επαρκείς για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, ενώ το 59,3% πιστεύει πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν κατέχει τις απαραίτητες γνώσεις για την κατάλληλη παροχή φροντίδας.

Το 93,6% ανέφεραν πως δεν πάσχουν από κάποια ασθένεια ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσαν πως δεν καπνίζουν (72%). Το 64% ανέφεραν πως κάνουν χρήση αλκοόλ περιστασιακά ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (96,6%) δήλωσαν πως δεν έχουν κάνει χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στο παρελθόν. Στην ερώτηση έχετε επισκεφθεί ποτέ ψυχίατρο, 214 άτομα (ποσοστό 90,7%) δήλωσαν πως δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ ψυχίατρο.

Το 78,8% ήταν γυναίκες και το 21,2% άντρες. 156 άτομα - 66,1% ήταν άγαμοι ενώ το 27,1% έγγαμοι.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανήκει στην κατηγορία των 18-25 ετών (55,5%). Ποσοστό 72,5% γεννήθηκαν σε αστική περιοχή, ενώ το 27,5% σε αγροτική.

97 άτομα – 41,1% είναι φοιτητές Νοσηλευτικής, ενώ το 44,1% είναι δημόσιοι υπάλληλοι.

Τα συμπεράσματά μας από την εργασία αυτή, είναι πως στην ΣΚΠ δεν είναι μόνο δύσκολη η διάγνωσή της και η θεραπεία, αλλά και οι παρεμβάσεις στα προβλήματα των ασθενών που ποικίλουν. Γι' αυτό και θα πρέπει αυτοί οι άνθρωποι να έχουν μια ειδική μεταχείριση και βοήθεια, για να μπορούν να ζουν και αυτοί μια αξιοπρεπή ζωή και να γεύονται τις χαρές της, όπως όλοι μας.

ABSTRACT

Multiple sclerosis is an autoimmune chronic condition which results in destruction of the myelin covering the nerve fibers in the central nervous system.

It is a very enigmatic disease of unknown etiology and through our research we intend to inform students of Nursing, and the general public about MS.

In order to understand better MS, we contacted 236 people. We recorded a lot of information from the questionnaires, our questionnaire is consisted of 31 questions, six of which were the demographics.

Data were collected between April and September 2015 in Patras, through the distribution of questionnaires.

The following emerged by the statistical analysis of our data,:

87.3% report that MS is an autoimmune disease. Asked if the MS is fatal 48.5% answered that it is not while 44.5% replied positively. More than half (57.6%) believe that the cause of MS is not detected while 22.5 answered the opposite. A percentage of 63.1% believe that MS is characterized by episodes at the optic nerves and the brain and spinal cord while the majority of respondents 79.7% answered that disturbances recur over a period of many years. When asked at what age do you think is more likely a person diagnosed with MS, 81.4% reported the age of 20-40 years, while the overwhelming majority of 85.6% think that MS is a cause of disability of the person. Percentage 90.7% believe that multiple sclerosis hinders the attainment of patient activities. The vast majority of respondents (85.6%) reported that the diagnosis of the person with MS may be a cause for the creation of mental disorders in the person. 39.4% of respondents said that multiple sclerosis does not affect the reproductive function of the person who suffers. 78% says that stress exacerbates the disease and the majority of respondents 47.9% did not know whether the latitude is an important factor in causing MS. The overwhelming majority of 93.2% think that the treatment of MS is aimed at improving symptoms while 43.6% believe that proper nutrition is a precipitating factor in the prevention and treatment of disease. More than half of respondents (52.1%) believe that the results from the imaging control is not sufficient for the person diagnosed with multiple sclerosis while conducting future research to improve patients' quality of life with multiple sclerosis plate seems to be necessary in accordance with 94.1% of respondents. A percentage of 81.4% believe that existing social benefits are not adequate for people who suffer, while 59.3% believe that health professionals do not possess the necessary knowledge for proper care.

A percentage of 93.6% said that they do not suffer from a disease while the majority of respondents said they do not smoke (72%). 64% said they use alcohol occasionally while the vast majority of respondents (96.6%) said they have not made use of antidepressants in the past. As far as the question of if you have ever visited a psychiatrist is concerned, 214 people (rate 90.7%) said they have never visited a psychiatrist.

The 78.8% were women and 21.2% men. 156 people - 66.1% were unmarried and 27.1% married.

The majority of respondents belongs to the 18-25 years (55.5%). A percentage 72.5% were born in an urban area and 27.5% in rural.

97 people - 41.1% are nursing students, while 44.1% are civil servants.

Our conclusions from this research is that the MS is not only difficult to diagnosis and treatment, and interventions to the problems of patients vary. So patients should have a special treatment and assistance to enable them to live and be a decent life and to taste the joys, as we all.

Βιβλιογραφία

- **Γρηγοράκης Δ.** Διατροφή & Σκλήρυνση κατά Πλάκας, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2003, σ.1-3, 5-12.
- **Hamilton Bailey.** Χειρουργική σημειολογία, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, επιμέλεια Μπονάτσος Γ. & Μπίρμπας Κ., Αθήνα 2010, σ. 583.
- **Adams&Victor's.** Νευρολογία II, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, επιμέλεια Βασιλόπουλος Δ, Αθήνα 2003, σ. 1112-1114.
- **Κεκάτος Ε.Β.** Σκλήρυνση κατά πλάκας φυσικοθεραπευτική φροντίδα, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 21-22.
- **Bradley W., Daroff R., Fenichel G., Marsden D.** Εγχειρίδιο Κλινικής Νευρολογίας, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ. 324-327.
- **Aminoff M., Greenberg D., Simon R.** Κλινική Νευρολογία, έκτη έκδοση, εκδόσεις Παρισιάνου, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Φωτίου Φώτης, Αθήνα 2006, σ. 190-192.
- **Dewit S.** Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος 1, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ. 833-836.
- **Netter F.** Παθολογία Βασικές Αρχές, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, επιμέλεια Βενετικού Μ., Γιωτάκη Ε., Αθήνα 2009, σ. 773-780.
- **Λογοθέτης Α Ιωάννης.** Νευρολογία, τέταρτη έκδοση, εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 2004, σ. 455-462.
- **Fuller G.** Νευρολογία εικονογραφημένο εγχειρίδιο, τρίτη έκδοση, εκδόσεις Παρισιάνου, επιμέλεια Καλφάκης Ν., Αθήνα 2011, σ. 84-87.
- **Osborn Wraa Watson.** Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, επιμέλεια Κουρκούτα Λ., Μπαρτσολάκη., Παπαδημητρίου Μ, Αθήνα 2012 σ. 687-688.
- **Berlit P.** Μemoria Νευρολογία, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, επιμέλεια Βουμβουράκης Κ., Αθήνα 2005, σ. 323-325.
- **Βασιλόπουλος Δ.** Νευρολογία, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2008, σ. 352-356.
- **Andreoli, Bennett, Carpenter, Plum, et all.** Cecil Παθολογία, Β' τόμος, πέμπτη έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ., Αθήνα 2010, σ. 1195-1199.
- **Greenberg O.** Νευροαπεικόνιση, δεύτερη έκδοση, εκδόσεις Παρισιάνου, επιμέλεια Καλφάκης Ν., Αθήνα 1999, σελ.584-587.
- **Warren S. & Warren K.** Πολλαπλή Σκλήρυνση, εκδόσεις Βήτα, επιμέλεια Μητσικώστας Δ., Αθήνα 2004, σ. 69-74, 76-82.
- **Lorraine de Souza.** Θεραπευτική προσέγγιση στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1997, σ. 33-35, 231-240.

- **Fox R. Sweeney P.** Multiple Sclerosis, Cleve Clin J Med.2004 Chapter outline
- **Kidd P, PhD.** Multiple Sclerosis, An Autoimmune Inflammatory Disease: Prospects for its Integrative Management. Med Rev 2001,540-566
- **Saxena A., Martin-Blondel G.**Role of CD-8 T cell subsets in the pathogenesis of multiple sclerosis., FebsLetters, Volume 585,Issue 23, December 201, pages 3758-3763.
- **Varade J., Garcia-Montogo M.**Multiple Sclerosis retrovirus-like envelope gene : Role of the chromosome 20 insertion., BBA Clinical, Volume 3, June 2015, Pages 162-167.
- **Jack van Horssen., Maarten E. Witte, Gerty Schreibelt, Helga E. de Vries.** *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease, Volume 1812, Issue 2, February 2011, Pages 141–150*
- **Freedmana M.,Comib G., Nicola De Stefano.** Multiple Sclerosis and Related Disorders,Volume 3, Issue 2, March 2014, Pages 147–155
- **Uria DF.**Genetic epidemiology of multiple sclerosis. Rev Neurol. 2002 16-30;35(10):979-84
- **Kantarci O., Wingerchuk D.** Epidemiology and natural history of multiple sclerosis: new insights. Curr Opin Neurol. 2006;19(3):248-54.
- **Kenealy SJ, Pericak-Vance MA, Haines JL.** The genetic epidemiology of multiple sclerosis.J Neuroimmunol. 2003;143(1-2):7-12.
- **Kira J.**Epidemiology of multiple sclerosis: environmental factors versus genetic factors. Nippon Rinsho. 2003;61(8):1300-10
- **LorenziAR, LordHL.** Review: Multiple sclerosis and pregnancy. Post graduate Medical Journal. 2002;78:460-464
- **Heesen C, Romberg A, Gold S, et all.** Physical exercise in multiple sclerosis: supportive care or a putative disease - modifying treatment. Expert Rev Neurother 2006;6(3):347-55.
- <https://physiokinesis.wordpress.com>
- **Ζήκος Κ.,** Η άσκηση στην Πολλαπλή Σκληρυνση, εκδόσεις genesis pharma, Αθήνα 2013
- **Γρηγοράκης Δ.,** Διατροφή στην Πολλαπλή Σκλήρυνση, εκδόσεις genesis pharma, Αθήνα 2012
- **Τσαχαγέα Ε.,** Η οικογένεια μπροστά στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας, εκδόσεις genesis pharma, Αθήνα 2013

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Σκλήρυνση κατά Πλάκας

Πάτρα, 10/03/2015

Αγαπητοί πολίτες, είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής εργασίας μας με θέμα «Σκλήρυνση κατά πλάκας: Γνώσεις και αντιλήψεις φοιτητών και επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη νόσο». Σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστώσουμε και να συγκρίνουμε τις γνώσεις των φοιτητών και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη Σκλήρυνση κατά πλάκας.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 31 ερωτήσεις εκ των οποίων μερικές αποτελούν δημογραφικά στοιχεία.

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Θα πρέπει να γνωρίζετε ότι σε οποιαδήποτε στιγμή της έρευνας έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε.

Σας ευχαριστούμε πολύ.

Μέρος Α' : ερωτήσεις σχετικά με τη σκλήρυνση κατά πλάκας.

1) Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι:

- Αυτοάνοση νόσος
- Κληρονομική νόσος

2) Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι θανατηφόρα ασθένεια

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

3) Η αιτία της σκλήρυνσης κατά πλάκας έχει διαπιστωθεί

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

4) Η σκλήρυνση κατά πλάκας χαρακτηρίζεται από επεισόδια εστιακών διαταραχών στα:

Οπτικά νεύρα Εγκέφαλο Νωτιαίο μυελό
Όλα από τα παραπάνω Τίποτα από τα παραπάνω

5) Οι διαταραχές υποτροπιάζουν σε περίοδο πολλών ετών

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

6) Σε ποια ηλικία πιστεύετε είναι πιθανότερο το άτομο να διαγνωσθεί με σκλήρυνση κατά πλάκας:

<20 ετών 20-40 ετών >40 ετών

7) Θεωρείτε πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αιτία αναπηρίας του ατόμου:

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

8) Πιστεύετε πως η σκλήρυνση κατά πλάκας δυσχεραίνει την πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων από τον ασθενή:

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

9) Η διάγνωση του ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών στο άτομο

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

10) Κατά τη γνώμη σας η σκλήρυνση κατά πλάκας επηρεάζει την αναπαραγωγική λειτουργία του ατόμου

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

11) Ποια από τα παρακάτω νομίζετε πως θεωρούνται **συμπτώματα** της σκλήρυνσης κατά πλάκας:

Κινητική αδυναμία

Μείωση σωματικού βάρους

Διαταραχές της όρασης

Διαταραχές αισθητικότητας

Διαταραχές στην ούρηση ή την αφόδευση

Τρέμουλο

Απώλεια της όρεξης

Τίποτα από τα παραπάνω

Όλα από τα παραπάνω

12) Ποιοι από τους παρακάτω εξωγενείς παράγοντες θεωρείτε πως έχουν εκλυτική δράση στην **πρόκληση υποτροπών** της σκλήρυνσης κατά πλάκας

Λοιμώξεις Κάπνισμα Αλκοόλο Κύηση Εμβολιασμοί Αύξηση βάρους Συναισθηματικές καταπονήσεις

13) Το στρες επιδεινώνει τη νόσο

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

14) Πιστεύετε πως το γεωγραφικό πλάτος αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πρόκληση της σκλήρυνσης κατά πλάκας

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

15) Η θεραπευτική αντιμετώπιση στη σκλήρυνση κατά πλάκας πιστεύετε πως έχει ως στόχο την:

Βελτίωση των συμπτωμάτων

Εξάλειψη της νόσου

16) Η σωστή διατροφή νομίζετε πως αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

17) Θεωρείτε πως τα αποτελέσματα του απεικονιστικού ελέγχου (μαγνητική τομογραφία) είναι επαρκή για τη διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

18) Νομίζετε πως είναι αναγκαία η διενέργεια μελλοντικών ερευνών για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

19) Πιστεύετε πως οι υπάρχουσες κοινωνικές παροχές είναι επαρκείς για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

20)Θεωρείτε πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο κατάλληλα για την παροχή φροντίδας σε άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας
ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

Μέρος Β' : ερωτήσεις σχετικά με το ιατρικονοσηλευτικό ιστορικό.

21) Πάσχετε από κάποια νόσο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ ποια: _____

22)Καπνίζετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

23)Κάνετε χρήση αλκοόλ;

Καθημερινά Περιστασιακά Καθόλου

24) Έχετε κάνει στο παρελθόν χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων;

ΝΑΙ ΟΧΙ

25) Έχετε επισκεφτεί ποτέ ψυχίατρο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Μέρος Γ' : Δημογραφικά στοιχεία.

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΕΓΓΑΜΟΣ ΑΓΑΜΟΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

Είστε:

- § Φοιτητής: Ιατρικής Νοσηλευτικής
- § Ιατρός
- § Νοσηλεύτης

ΚΑΤΑΓΕΣΤΕ ΑΠΟ:

ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

- ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
- ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ