



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ»**



ΚΑΤΣΠΟΔΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΦΑΣΙΛΗ ΠΑΝΑΓΙΤΣΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΕΦΑΛΙΑΚΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

Πάτρα, 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας, αποτελεί μια χρόνια νόσο του νευρικού συστήματος που περιεγράφηκε για πρώτη φορά πριν από έναν περίπου αιώνα και ακόμη δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως η αιτιολογία της. Η πάθηση αυτή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, όμως συνήθως προσβάλλει μικρής και μέσης ηλικίας άτομα τα οποία εμφανίζουν τα πρώτα συμπτώματα στην ηλικία των 20 – 55 ετών.

Σκοπός της Μελέτης: η διερεύνηση των γνώσεων των φοιτητών και φοιτητριών της Νοσηλευτικής γύρω από διάφορα ζητήματα που σχετίζονται με τη σκλήρυνση κατά πλάκας.

Υλικά – Μέθοδος: Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση του παρόντος ζητήματος ήταν ένα ερωτηματολόγιο που αποτελούταν από 21 ερωτήσεις. Οι 5 από τις 21 ερωτήσεις είχαν δημογραφικό χαρακτήρα ενώ οι υπόλοιπες 16 σχετίζονταν με το ερευνώμενο ζήτημα.

Αποτελέσματα: Το 95,2% των συμμετεχόντων στην έρευνα (σε δείγμα 104 ατόμων) θεωρεί πως η σκλήρυνση κατά πλάκας εντάσσεται στις αυτοάνοσες νόσους ενώ το 42,3% του δείγματος πιστεύει πως οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος και πιο συγκεκριμένα το 79,8% του, πιστεύει πως η κατ' οίκον νοσηλεία έχει θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας ενώ το 51% θεωρεί ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες.

Λέξεις κλειδιά: Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Σπαστικότητα, Διάγνωση, Νοσηλευτική παρέμβαση

ABSTRACT

Introduction: Multiple Sclerosis is a chronic nervous system that was first described about a century ago, and its etiology has not yet been fully established. This condition can occur at any age, but usually affects young and middle-aged individuals who show the first symptoms at the age of 20 to 55 years.

Purpose of the Study: to explore the knowledge of Nursing students and students around various issues related to multiple sclerosis.

Materials - Method: The tool used to investigate this issue was a questionnaire consisting of 21 questions. Five of the 21 questions were demographic, while the remaining 16 were related to the question being investigated.

Results: 95.2% of the study participants (in a sample of 104 individuals) consider that multiple sclerosis belongs to autoimmune diseases while 42.3% of the sample believe that emotional disturbances coexist in the majority of patients with multiple sclerosis . Most of the sample, and in particular 79.8%, believe home hospitalization has a positive effect on the quality of life in patients with multiple sclerosis, while 51% believe that multiple sclerosis does not appear more in men.

Key words: Multiple Sclerosis, Spasticity, Diagnosis, Nursing Intervention

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ.....	9
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	9
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	9
1.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΚΠ.....	10
1.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΣΚΠ	11
1.4.1 ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	12
1.4.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΑΙΣΘΗΣΕΩΝ	13
1.4.3 ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	13
1.4.4 ΠΟΝΟΣ (ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΣ)	14
1.4.5 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ	14
1.4.6 ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	15
1.4.7 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΦΙΓΚΤΗΡΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	15
1.5 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	15
1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	18
1.7ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	23
ΕΠΗΤΩΣΕΙΣ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΤΗΣ ΣΚΠ	23
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	23
2.2 ΕΠΗΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	23
2.3 ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ.....	24

2.4 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	25
2.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	30
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	30
3.1 Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ.....	30
3.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ.....	31
3.3 ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	31
3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	35
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	35
4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	35
4.2 ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	35
4.3 ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	35
4.4 ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ.....	36
4.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	37
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	85
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	85

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (MS) είναι μια χρόνια σύνθετη νευροεκφυλιστική ασθένεια, η οποία στοχεύει στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και ευρέως πιστεύεται ότι είναι αυτοάνοση. Ενώ η ακριβής αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη, η παρατηρητική έρευνα πρότεινε γενετικές και περιβαλλοντικές επιρροές. Οι σημαντικές πρόοδοι στην κατανόηση της παθολογίας συνέβαλαν στην έγκαιρη διάγνωση, και συγκεκριμένα στην ακριβή νευροανατομική ρύθμιση των πλακών. (Zwibel, Smrtka, 2011)

Η αιτιολογία της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι άγνωστη, αλλά πιθανότατα οφείλεται σε περίπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων και του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι κλινικές εκδηλώσεις και η πορεία της ΣΚ είναι εξαιρετικά μεταβλητές, αλλά οι περισσότεροι ασθενείς συσσωρεύουν την αναπηρία με την πάροδο του χρόνου. Για να βελτιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της θεραπείας, οι κλινικοί ιατροί πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την ανοσοπαθγένεια, τα συμπτώματα και τη φυσική πορεία της νόσου και τα πρόσφατα αναθεωρημένα διαγνωστικά κριτήρια. (Zwibel, Smrtka, 2011)

Η εξέλιξη της νόσου μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή αναπηρία. Πολλά φάρμακα και άλλα μέτρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ. Η διαθεσιμότητα των θεραπειών τροποποίησης της νόσου έχει φέρει επανάσταση στη φροντίδα των ασθενών με τις υποτροπιάζουσες μορφές αυτής της νόσου. Αυτά τα φάρμακα βοηθούν στον έλεγχο της υποκείμενης νόσου, πιθανώς με τη μείωση της φλεγμονής που προκαλείται από τον ανοσοποιητικό παράγοντα. Δεν θεραπεύουν την ασθένεια ή αντιστρέφουν τη ζημιά που έχει συμβεί με προηγούμενα συμβάντα. Η πιο συνηθισμένη εμφάνιση της νόσου είναι η υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα MS (RRMS). Τα τελευταία 7 χρόνια, έχουν εγκριθεί νέα φάρμακα για τη θεραπεία της συγκεκριμένης νόσου, παρέχοντας έτσι περισσότερες θεραπευτικές επιλογές για ασθενείς και παρόχους. (Leray et al., 2016)

Η πολυεπιστημονική ομάδα θα πρέπει να φροντίζει τον ασθενή με ολοκληρωμένο τρόπο πέρα από τη σωματική φροντίδα, λαμβάνοντας υπόψη τις ψυχοκοινωνικές πτυχές και την ποιότητας ζωής η οποία περιλαμβάνει την ικανοποίηση των ανθρώπων στην καθημερινότητά τους. Η ολοκληρωμένη μέριμνα

για τον χρήστη πρέπει να δώσει προτεραιότητα στις δράσεις πρόληψης, ειδικής προστασίας και προαγωγής της υγείας, εκτός από την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (MS) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης αυτοάνοση απομυελινωτική ασθένεια του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η πορεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι εξαιρετικά ποικίλη και απρόβλεπτη. Στους περισσότερους ασθενείς, η ασθένεια χαρακτηρίζεται αρχικά από επεισόδια αναστρέψιμων νευρολογικών ελλειμμάτων, τα οποία συχνά ακολουθούνται από προοδευτική νευρολογική επιδείνωση με την πάροδο του χρόνου. (Koch-Henriksen et al., 2010)

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Αποτελεί τη συχνότερα εμφανιζόμενη ασθένεια απομυελινοποίησης, με επιπολασμό που ποικίλλει σημαντικά από τα υψηλά επίπεδα της Βόρειας Αμερικής και της Ευρώπης (> 100 / 100.000 κάτοικοι) έως τα χαμηλά ποσοστά στην Ανατολική Ασία και την υποσαχάρια Αφρική (πληθυσμός 2 / 100.000). Η γνώση της γεωγραφικής κατανομής της νόσου και των δεδομένων επιβίωσής της και η καλύτερη κατανόηση του φυσικού ιστορικού της ασθένειας έχουν βελτιώσει την κατανόηση των αντίστοιχων ρόλων των ενδογενών και εξωγενών αιτιών της σκλήρυνσης κατά πλάκας. (Leray et al., 2016)

Περίπου 2.5 εκατομμύρια άτομα επηρεάζονται παγκοσμίως και επηρεάζονται κυρίως νέοι ηλικίας μεταξύ 20 και 40 ετών. Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης σκλήρυνσης κατά πλάκας παρατηρείται σε γυναίκες που επηρεάζονται δύο φορές περισσότερο από τους άνδρες. (Koch-Henriksen et al., 2010)

Η αιτιολογία της ΣΚ είναι άγνωστη. Είναι πιθανό να προκύπτει από σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων, οι οποίες οδηγούν σε μια παρεκκλίνουσα ανοσοαπόκριση και βλάβη στη θήκη της μυελίνης, τα ολιγοδενδροκύτταρα, τους νευραξόνες και τους νευρώνες. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης σκλήρυνσης κατά πλάκας. Ο ισχυρότερος γνωστός γενετικός παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση της είναι ο απλότυπος HLA-DRB1 * 1501. Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη της ΣΚΠ, καθώς αυξάνει μόνο τον κίνδυνο κατά 2-4 φορές και υπάρχει σε περίπου 20%

έως 30% των υγιεινών ατόμων. Πρόσθετες ενδείξεις για γενετική προδιάθεση περιλαμβάνουν 20- έως 40-πλάσιο αυξημένο κίνδυνο σε συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με ΣΚΠ και 25- 30% συγγένεια σε μονοζυγωτικά δίδυμα. (Zwibel, Smrtka, 2011)

Οι πιο σχετικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι η μόλυνση με τον ιό Epstein-Barr (EBV), ειδικά εάν εμφανίζεται μετά την παιδική ηλικία και είναι συμπτωματικός. Ο ρόλος του καπνίσματος έχει επιβεβαιωθεί σε μέτριο βαθμό. Αντίθετα, τα εμβόλια, το στρες, τα τραυματικά συμβάντα και οι αλλεργίες δεν έχουν εντοπιστεί ως παράγοντες κινδύνου, ενώ η εμπλοκή της βιταμίνης D δεν έχει ακόμη επιβεβαιωθεί. (Leray et al., 2016)

1.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΚΠ

Οι ασθενείς μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις κύριες κατηγορίες με βάση την πορεία της νόσου:

Ασθενείς που παρουσιάζουν υποτροπιάζουσα βλάβη: η πιο συνηθισμένη μορφή, που επηρεάζει περίπου το 85% των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. Σηματοδοτείται από αιμορραγίες (υποτροπές ή παροξύνσεις) συμπτωμάτων που ακολουθούνται από περιόδους ύφεσης, όταν τα συμπτώματα βελτιώνονται ή εξαφανίζονται. (Lassmann, van Horssen, Mahad, 2012)

Δευτερογενής προοδευτική ΣΚ: μπορεί να αναπτυχθεί σε μερικούς ασθενείς με υποτροπιάζουσα-ανασταλτική ασθένεια. Για πολλούς ασθενείς, η θεραπεία με παράγοντες τροποποίησης της νόσου βοηθά στην καθυστέρηση της εξέλιξης αυτής. Η πορεία της νόσου συνεχίζει να επιδεινώνεται με ή χωρίς περιόδους ύφεσης ή εξισορρόπησης της σοβαρότητας των συμπτωμάτων (οροπέδια). (Lassmann, van Horssen, Mahad, 2012)

Η πρωτογενής προοδευτική ΣΚ: επηρεάζει περίπου το 10% των ασθενών με ΣΚΠ. Τα συμπτώματα συνεχίζουν να επιδεινώνονται σταδιακά από την αρχή. Αυτή η μορφή MS είναι πιο ανθεκτική στα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως για τη θεραπεία της νόσου. (Lassmann, van Horssen, Mahad, 2012)

Προοδευτική-υποτροπιάζουσα MS: μια σπάνια μορφή, που επηρεάζει λιγότερο από το 5% των ασθενών. Είναι προοδευτικό από την αρχή, με διαλείπουσες εκρήξεις επιδείνωσης των συμπτωμάτων στην πορεία. Δεν υπάρχουν περιόδους ύφεσης. (Lassmann, van Horssen, Mahad, 2012)

1.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΣΚΠ

Οι διαταραχές που προκαλούνται από την απομυελίνωση είναι κινητικές και αισθητικές. Καθώς η συγκεκριμένη ασθένεια παρουσιάζει πολλές μεταβολές, υπάρχει διαφορετικότητα στα συμπτώματα ανάλογα με τα νεύρα τα οποία προσβάλλονται. Ορισμένα από τα συμπτώματα όπως οι διαταραχές στην διάθεση, η κόπωση και η μειωμένη συγκέντρωση μπορεί να παραπλανήσουν στην αρχική διάγνωση της νόσου. (Τσολάκη, 2002)

Κύρια συμπτώματα:

- Θάμβος όρασης
- Αδυναμία ή παράλυση των άκρων
- Ζάλη
- Αστάθεια
- Προβλήματα στη βάδιση ή την ισορροπία

Η κλινική εικόνα μπορεί να διαφέρει από άτομο ανάλογα με τη μορφή της νόσου. Για το λόγο αυτό δεν δύναται να υπάρξει μια ακριβής και σαφής περιγραφή της ασθένειας καθώς επίσης και μια σίγουρη πρόγνωση.

Ένα ποσοστό ασθενών παρουσιάζουν την πρωτογενώς προϊούσα μορφή, στην οποία τα συμπτώματα εξελίσσονται αργά και δεν υποχωρούν αλλά στην πορεία παρατηρούνται διαταραχές στη νοητική και φυσική λειτουργία του ατόμου. Κατά κύριο λόγο, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει μια ήπια μορφή της συγκεκριμένης νόσου ενώ οι βαριές περιπτώσεις αφορούν το μικρότερο ποσοστό.

Τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν υποτροπιάζουσα μορφή της νόσου θα παρουσιάσουν στην πορεία την προϊούσα μορφή, εκδηλώνοντας σωματική και νοητική αναπηρία. (Souza, 1997; Schwarzetal., 2005)

Οι ασθενείς που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν μια ευρεία ποικιλία νευρολογικών συμπτωμάτων που προέρχονται από διάφορα μέρη του ΚΝΣ. Μπορούν να εμφανιστούν μόνοι ή συνδυασμένοι. Σύμφωνα με τη χωρική κατανομή των βλαβών στο ΚΝΣ, τα συμπτώματα είναι αρκετά μεταβλητά από τον ασθενή στον ασθενή, αλλά συνήθως περιλαμβάνουν αισθητική διαταραχή, δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης, γνωστικά ελλείμματα, μονόπλευρη απώλεια όρασης, διπλή όραση, αδυναμία των άκρων, αταξία, και τα προβλήματα του εντέρου. Αν και η ΣΚ σχετίζεται με αλλαγή στο μέσο προσδόκιμο ζωής, δεν θεωρείται θανατηφόρα και η κλινική πορεία, η οποία εμφανίζεται πολύ μεταβλητή, είναι απρόβλεπτη για τον ασθενή. (Mahad et al., 2015)

Τυπικά, η νόσος αρχίζει με την ξαφνική εμφάνιση νευρολογικών ελλειμμάτων. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η ασθένεια παρουσιάζει μια καθαρά υποτροπιάζουσα πορεία με απουσία συμπτωμάτων εκτός από τις υποτροπές. Συγκεκριμένα, οι επαναλαμβανόμενες περίοδοι στις οποίες τα συμπτώματα είναι σε έξαρση ακολουθούνται από φάσεις ύφεσης. Με την πάροδο του χρόνου, οι περισσότερες περιπτώσεις εξελίσσονται σε δευτερογενή προοδευτική μορφή, η οποία χαρακτηρίζεται από συνεχή μη αναστρέψιμη νευρολογική εξασθένηση μεταξύ υποτροπών. Μόνο μικρό ποσοστό ασθενών εμφανίζει σταδιακά κλινική πορεία από την εμφάνιση της νόσου. Μια τέτοια κλινική πορεία αναφέρεται στην κύρια προοδευτική μορφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας, στην οποία τα συμπτώματα ξεκινούν και επιδεινώνονται ενώ παρουσιάζονται και περίοδοι ύφεσης. Η εξέλιξη των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την πρωταρχική προοδευτική ΣΚΠ οδηγεί στην αναπηρία από την αρχή εμφάνισης της νόσου. (Mahad et al., 2015)

1.4.1 ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τις νοητικές λειτουργίες του ατόμου είναι προβλήματα στη σκέψη, την ομιλία, τη μνήμη και τη συγκέντρωση. Το άτομο δεν μπορεί να επεξεργαστεί και να κατανοήσει ένα λεκτικό μήνυμα ενώ πολλές φορές δεν θυμάται τι έχει ειπωθεί. Επίσης παρουσιάζει μειωμένη συγκέντρωση χωρίς να μπορεί να επεξεργαστεί πληροφορίες. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο περίγυρος του ασθενούς έχει ένα σπουδαίο ρόλο καθώς θα πρέπει να αντιληφθεί το πρόβλημα που παρουσιάζεται και να προσπαθήσει να βοηθήσει τον ασθενή στην

κατανόηση των πληροφοριών μεταφέροντας για παράδειγμα τα λεκτικά μηνύματα στον ασθενή πιο αργά. (Ραβάνης, 2009)

Όσον αφορά τις συναισθηματικές διαταραχές, το άτομο παρουσιάζει μεταβολές στην προσωπικότητά του. Τις περισσότερες φορές οι ασθενείς πάσχουν από κατάθλιψη καθώς μειώνεται η αυτοπεποίθηση τους επειδή θεωρούν τον εαυτό τους αποκλεισμένο. Επίσης αυξάνονται οι διαταραχές του άγχους και οι ψυχολογικές διαθέσεις. Για παράδειγμα ορισμένα άτομα ενώ μπορεί να γελάνε αμέσως μετά κλαίνε χωρίς να υπάρχει κάποια αιτία. Η συναισθηματική φόρτιση συναισθηματικά πιθανολογείται ότι οφείλεται στη μειωμένη λειτουργία των μετωπιαίων λοβών και όσο επιδεινώνονται τα συμπτώματα τόσο μεγαλώνει η συναισθηματική φόρτιση. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2006)

1.4.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΑΙΣΘΗΣΕΩΝ

Από τα πρώτα συμπτώματα που εμφανίζονται στους ασθενείς που πάσχουν από αυτή την ασθένεια είναι προβλήματα όρασης. Παρουσιάζεται φλεγμονή στο οπτικό νεύρο το οποίο έχει σαν συνέπεια:

- Απώλεια όρασης
- Πόνο στο μάτι και στο πίσω μέρος των ματιών
- Διπλωπία
- Δυσκολία σταθεροποίησης της όρασης
- Αχρωματοψία

Όσον αφορά τις υπόλοιπες αισθήσεις παρουσιάζονται προβλήματα στην ακοή, στην αφή, την γεύση και την όσφρηση. Τα άτομα τα οποία έχουν εμφανίζει για χρόνια την ασθένεια παρουσιάζουν κώφωση ενώ στα συμπτώματα συγκαταλέγονται οι κεφαλαλγίες, ο ίλιγγος και ο έμετος. (Souza, 1997)

1.4.3 ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Στην εξέλιξη της ασθένειας καθώς καταστρέφονται νευρικά κύτταρα τα οποία ελέγχουν τους μυς παρουσιάζονται συμπτώματα όπως είναι η ακαμψία ή δυσκαμψία και οι έντονες συσπάσεις στους μυς. Με την πάροδο του χρόνου επίσης εκδηλώνεται

παραπληγία ή σπαστικότητα.Επίσης παρουσιάζονται κινητικά προβλήματα λόγω του ότι ο ασθενής χάνει την αίσθηση της ισορροπίας. Στην περίπτωση που παρουσιαστεί σπαστικότητα δημιουργούνται περαιτέρω προβλήματα όπως είναι ο τρόμος και ο ίλιγγος. Τέλος, οι ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα που σχετίζονται με τις αισθήσεις όπως είναι το αίσθημα του ψύχους το οποίο δύναται να παρουσιαστεί στα άκρα.(Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2006)

1.4.4 ΠΟΝΟΣ (ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΣ)

Οι κατηγορίες του πόνου που παρουσιάζονται στη συγκεκριμένη ασθένεια είναι:

- Ο νευροπαθητικός πόνος, ο οποίος προκαλεί αίσθημα καύσου ή τσιμπήματος και η έντασή του μπορεί να ποικίλει.
- Ο μυοσκελετικός πόνος, ο οποίος προκαλείται από τις έντονες συσπάσεις των μυών. Το συγκεκριμένο είδος πόνου δεν προέρχεται αποκλειστικά από την απομυελίνωση, αλλά από τις συνέπειες της ασθένειας στο σώμα όπως είναι για παράδειγμα η κακή στάση. Επίσης, παρουσιάζεται πόνος στο κάτω μέρος της πλάτης ενώ στην περίπτωση της σπαστικότητας παρουσιάζεται δυσκαμψία η οποία έχει σαν αποτέλεσμα τις έντονες κράμπες.(Τσολάκη, 2002)

1.4.5 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ

Όσον αφορά την σωματική κόπωση, αποτελεί ένα από τα πιο συνηθισμένα και κοινά συμπτώματα για τους περισσότερους ασθενείς, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην ανικανότητα και την μειωμένη αποδοτικότητα του ατόμου που πάσχει. Παρουσιάζεται σε καθημερινή βάση και λειτουργεί αρνητικά στην κοινωνική και σωματική δραστηριοποίηση του ατόμου. Επίσης ένας πολύ αρνητικός παράγοντας που επιδεινώνει αυτή την κατάσταση είναι η ζέστη, η οποία λειτουργεί αρνητικά και στα υπόλοιπα συμπτώματα της ασθένειας.

Οι ασθενείς οι οποίοι εργάζονται, τις περισσότερες φορές εξαντλούνται με αποτέλεσμα να μην έχουν τη δύναμη να υποστηρίξουν και άλλες δραστηριότητες. Το σύμπτωμα της σωματικής κόπωσης που προσβάλλει τα άτομα που πάσχουν από αυτή την ασθένεια αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες ανεργίας καθώς το άτομο δεν

μπορεί να αποδώσει για αρκετή ώρα με αποτέλεσμα την μείωση των δραστηριοτήτων.(Schwarzetal., 2005)

1.4.6 ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Άλλο ένα σύμπτωμα που παρουσιάζεται σε αρκετούς ασθενείς είναι η προσβολή του αυτόνομου νευρικού συστήματος.Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζονται κυστικά προβλήματα τα οποία εκδηλώνονται διαφορετικά στον κάθε ασθενή. Για παράδειγμα σε κάποιους υπάρχει συχνότερη κένωση της κύστης ενώ σε άλλους η κένωση της κύστης πραγματοποιείται με δυσκολία. Η συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζεται συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. (Ραβάνης, 2009)

1.4.7 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΦΙΓΚΤΗΡΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Επιπλέον συμπτώματα που παρουσιάζονται στη ΣΚΠ είναι στη λειτουργία των σφιγκτήρων και στη γενετήσια λειτουργία. Πιο συγκεκριμένα, λόγω της βλάβης του κεντρικού κινητικού νευρώνα παρουσιάζονται διαταραχές στην ούρηση και οδηγούν είτε στην ακράτεια είτε στη συγχουρία. Επίσης, λόγω της μη σωστής λειτουργίας του σφιγκτήρα παρουσιάζεται και ακράτεια κοπράνων. Η δυσκοιλιότητα αποτελεί ένα σύμπτωμα το οποίο δύναται να εμφανιστεί λόγω της φαρμακευτικής αγωγής.

Στους άνδρες οι οποίοι πάσχουν από ΣΚΠ μπορεί να εμφανιστεί στυτική δυσλειτουργία. Αυτό συνήθως προκαλείται από αρκετούς παράγοντες όπως είναι οι ψυχικές διαταραχές, οι παρενέργειες φαρμάκων, η κόπωση, τα νευρολογικά προβλήματα, τα προβλήματα στην ουροδόχο κύστη κλπ. (Τσολάκη, 2002)

1.5 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μέχρι και σήμερα δεν έχουν διευκρινιστεί τα αίτια που προκαλούν αυτή τη νόσο. Σε γενικές γραμμές η κληρονομικότητα είναι ένας από τους παράγοντες και πιο συγκεκριμένα υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλωθεί σε συγγενή πρώτου βαθμού ενός ασθενούς από ότι σε κάποιον ο οποίος δεν έχει στο οικογενειακό περιβάλλον του άτομο που να πάσχει από αυτή την ασθένεια. Επίσης, τα αντιγόνα

HLADR2 και DW2 φαίνεται να συσχετίζονται με την εκδήλωση της ασθένειας. Σε άτομα τα οποία φαίνεται να υπάρχει γενετική προδιάθεση, παράγοντες όπως το περιβάλλον και πιο συγκεκριμένα ο τόπος κατοικίας, το οικονομικό επίπεδο, η φυλή και η κληρονομικότητα επηρεάζουν την εκδήλωση της ασθένειας. (Ωρολογάς, 2005)

Η εκδήλωση της ασθένειας φαίνεται να οφείλεται σε συνδυασμό παραγόντων. Στη συνέχεια αναφέρονται ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι έχουν προσδιοριστεί από επιδημιολογικές μελέτες και φαίνεται να επηρεάζουν την εκδήλωση της ασθένειας.

Γεωγραφικό πλάτος: Σύμφωνα με τα ευρήματα που έχουν προκύψει από αυτές τις μελέτες φαίνεται να υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εκδήλωσης της ασθένειας στις βόρειες και νότιες περιοχές που έχουν μεγάλη απόσταση από τον Ισημερινό. Επίσης, η συχνότητα εμφάνισης παρατηρείται και στις ανεπτυγμένες χώρες με εύκρατο κλίμα, ενώ σε τροπικές περιοχές υπάρχει μικρός κίνδυνος εμφάνισης. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2006)

Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης της νόσου όσο αυξάνεται το γεωγραφικό πλάτος. Στην Ιαπωνία παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά εκδήλωσης της νόσου. Το ίδιο παρατηρείται ότι συμβαίνει και στη Νότιο Αμερική και την Αφρική. Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης της ασθένειας παρατηρείται στη Σκωτία και το Ηνωμένο Βασίλειο ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στις νήσους Orkney. Στη χώρα μας έχει καταγραφεί επίπτωση με 1,79 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους και επιπολασμός με 29,5 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους.

Ηλικία: Η εκδήλωση της ασθένειας παρατηρείται ως επί το πλείστον σε άτομα ηλικίας 20-40 χρονών. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι δεν εμφανίζεται και σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία. Σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν προσβληθεί από την ασθένεια πάνω από δύο εκατομμύρια άτομα. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο οι ασθενείς αριθμούνται σε 500.000, στις ΗΠΑ 400.000 περίπου και στη χώρα μας 8.000. (Πασχαλίδου, 1996)

Το φύλο: Στην εμφάνιση της νόσου, το φύλο φαίνεται να είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας. Πιο συγκεκριμένα, προσβάλλονται κατά κύριο λόγο οι γυναίκες από ότι οι άνδρες. Σύμφωνα με στοιχεία, το 1940 στις ΗΠΑ οι γυναίκες παρουσίασαν διπλάσιες πιθανότητες εκδήλωσης της νόσου σε σύγκριση με τους άνδρες ενώ τη δεκαετία του 2000 το ποσοστό αυτό διπλασιάστηκε σε σχέση με το αρχικό αυξάνοντας τις πιθανότητες στις γυναίκες να είναι τετραπλάσιες συγκριτικά με τους άνδρες.

Μετανάστευση: Σύμφωνα με μελέτες η μετανάστευση αποτελεί άλλον ένα παράγοντα εκδήλωσης της ασθένειας. Άτομα τα οποία έχουν ζήσει στα παιδικά τους χρόνια σε μέρη τα οποία είναι υψηλής επικινδυνότητας εκδήλωσης της ασθένειας έχουν πολλές πιθανότητες να προσβληθούν από τη νόσο ακόμα και αν μετακομίσουν μετέπειτα.

Οικογενειακό ιστορικό: Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την επίπτωση της νόσου είναι το οικογενειακό ιστορικό. Εκτιμάται ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 15% αποτελεί το μέσο κίνδυνο σε άτομα πρώτου, δεύτερου και τρίτου βαθμού συγγένειας. Όσον αφορά τους διδύμους εκτιμάται ότι οι μονοζυγωτικοί έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίζουν τη νόσο από ότι οι διζυγωτικοί με το ποσοστό να φτάνει το 38%.

Λοιμώξεις: Στην επίπτωση της νόσου φαίνεται να επιδρούν και οι λοιμώξεις από κάποιους ιούς όπως είναι ο ιός EpsteinBarr που προκαλεί λοιμώδη μονοκυττάρωση.

Φυλή: Όσον αφορά τη φυλή, έχει διαπιστωθεί ότι η εκδήλωση της νόσου παρουσιάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό στη λευκή φυλή από ότι στη μαύρη και στην κίτρινη.

Συνύπαρξη με άλλα νοσήματα: Αυτοάνοσα νοσήματα όπως είναι η ρογοειδίτιδα και η θυρεοειδοπάθεια δύναται να συνυπάρξουν.

Βιταμίνη D: Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα που διαμένουν σε χώρες με χαμηλή ηλιοφάνεια έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν τη νόσο. Στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθένειας ενισχύεται ο ασθενής με βιταμίνη D πράγμα το οποίο έχει παρουσιάσει πολύ θετικά αποτελέσματα.

Κάπνισμα: Το κάπνισμα αποτελεί έναν παράγοντα ο οποίος είναι υπεύθυνος για την εμφάνιση πολλών ασθενειών. Σύμφωνα με μελέτες φαίνεται να επηρεάζει και την εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου. Αρχικά, από το κάπνισμα προκαλείται φλεγμονή στο ενδοθήλιο των αιμοφόρων αγγείων η οποία προκαλεί διαταραχές και βλάβες στον οργανισμό πράγμα που σημαίνει ότι μπορούν να προκληθούν από αυτή την κατάσταση αυτοάνοσα νοσήματα. (Κεκάτος, 2001)

1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η διάγνωση βασίζεται στα εξής στοιχεία: τουλάχιστον δύο διαφορετικές αλλοιώσεις στη λευκή ουσία του ΚΝΣ, τουλάχιστον δύο διαφορετικά επεισόδια στην πορεία της νόσου και χρόνια φλεγμονή του ΚΝΣ, όπως προσδιορίζεται με ανάλυση του CSF (το φλεγμονώδες κριτήριο). Η παρουσία ενός ή περισσότερων από αυτά τα κριτήρια επιτρέπει μια γενική διάγνωση της ΣΚΠ. (Mahad et al., 2015)

Για να γίνει διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας, θα πρέπει:

- να βρεθούν ενδείξεις βλάβης σε τουλάχιστον δύο ξεχωριστές περιοχές του ΚΝΣ, που περιλαμβάνουν τον εγκέφαλο, το νωτιαίο μυελό και τα οπτικά νεύρα,
- να διαπιστωθεί ότι οι πληγείσες περιοχές αναπτύχθηκαν τουλάχιστον με διάστημα ενός μηνός,
- να αποκλειθούν όλες οι άλλες πιθανές διαγνώσεις,
- να παρατηρηθεί ότι τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο από 24 ώρες και εμφανίζονται ως ξεχωριστά επεισόδια διαχωρισμένα κατά 1 μήνα ή περισσότερο,
- να εκτελεστεί μαγνητική τομογραφία. (Milo, Miller, 2014)

Οι βλάβες αποτελούνται από περιοχές μυελίνης και απώλειας ολιγοδενδροκυττάρων μαζί με διηθήματα φλεγμονωδών κυττάρων, συμπεριλαμβανομένων λεμφοκυττάρων. Η σχετική διατήρηση των νευραξόνων και νευρώνων εντός αυτών των αλλοιώσεων βοηθά να διαφοροποιηθεί η ΣΚΠ από άλλες παθολογικές καταστάσεις που συνοδεύονται από εστιακή φλεγμονή. (Milo, Miller, 2014)

Περισσότερο από το 30% των ασθενών με ΣΚΠ έχουν μέτρια έως σοβαρή σπαστικότητα, κυρίως στα πόδια. Τα αρχικά κλινικά ευρήματα σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι συχνά αισθητηριακές διαταραχές, οι συνηθέστερες από τις οποίες είναι παραισθησίες (μούδιασμα και μυρμήγκιασμα), δυσαισθησίες (καψίματα και βελόνες), διπλωπία, αταξία, ίλιγγος και διαταραχές της ουροδόχου κύστεως. Μια κοινή εκδήλωση της ΣΚΠ είναι μονομερής μούδιασμα που επηρεάζει το ένα πόδι που εξαπλώνεται για να εμπλέξει το άλλο πόδι και ανέρχεται στην πύελο, την κοιλιά ή τον θώρακα. Οι αισθητικές διαταραχές συνήθως διαταράσσονται, αλλά μερικές φορές εξελίσσονται σε χρόνια νευροπαθητικό πόνο. Η νευραλγία του τριδύμου εμφανίζεται επίσης. Ένα άλλο κοινό σημάδι παρουσίας της ΣΚΠ είναι η

οπτική νευρίτιδα, που επισημαίνεται με πλήρη ή μερική απώλεια της όρασης. (Milo, Miller, 2014)

Η δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης εμφανίζεται σε περισσότερο από το 90% των ασθενών με ΣΚΠ και οδηγεί σε εβδομαδιαία ή συχνότερα επεισόδια ακράτειας στο ένα τρίτο των ασθενών. Τουλάχιστον το 30% των ασθενών εμφανίζουν δυσκοιλιότητα. Η κόπωση εμφανίζεται στο 90% των ασθενών και είναι η συνηθέστερη αναπηρία που σχετίζεται με την εργασία και σχετίζεται με την σκλήρυνση κατά πλάκας. Σεξουαλικά προβλήματα συχνά αντιμετωπίζονται επίσης. (Milo, Miller, 2014)

1.7ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι στόχοι της θεραπείας με παράγοντες τροποποίησης της νόσου σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας περιλαμβάνουν τη μείωση της διάρκειας των οξέων παροξύνσεων, τη μείωση της συχνότητάς τους και την παροχή συμπτωματικής ανακούφισης.

Η θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι πρόκληση και περιλαμβάνει πολλά φάρμακα που δρουν μέσω διαφορετικών μηχανισμών. Η ένδειξη εξαρτάται ουσιαστικά από την κλινική πορεία και τη μορφή της νόσου. Παρόλο που δεν υπάρχει αποδεδειγμένη θεραπεία για την πρωτογενή προοδευτική μορφή, αρκετά φάρμακα είναι διαθέσιμα για να βελτιώνουν περιστασιακά τη δευτερογενή προοδευτική μορφή και να τροποποιούν επωφελώς τη δραστηριότητα της νόσου όταν κυριαρχείται από την υποτροπιάζουσα-ανακυκλώσιμη πορεία. Πράγματι, από την εισαγωγή των θεραπειών που τροποποιούν τη νόσο τη δεκαετία του 1990, ο αριθμός των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην υποτροπιάζουσα μορφή της ΣΚΠ έχει αυξηθεί σημαντικά. Έχουν εγκριθεί περισσότερα από 10 προϊόντα, που ποικίλλουν ως προς την αποτελεσματικότητά τους, τις παρενέργειες κλπ. (Sturm et al., 2014)

Υπάρχουν στην πραγματικότητα 12 προϊόντα με άδεια από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA) και την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA). Μεταξύ αυτών έχουν παραχθεί και χορηγηθεί άδεια από το 2013, μεταξύ άλλων, το φουμαρικό διμεθύλιο (Tecfidera), το alemtuzumab (Lemtrada), η

ιντερφερόνη-β (Plegridy) και το glatiramer acetate (Copaxone) 40 mg. (Sturm et al., 2014)

Μεταξύ των διαθέσιμων σήμερα φαρμάκων, οι παραλλαγές της ιντερφερόνης-β-1α (Avonex) και του οξικού οξέος Glatiramer έχουν χρησιμοποιηθεί για περισσότερο από δύο δεκαετίες και χρησιμοποιούνται ως θεραπείες πρώτης γραμμής για την υποτροπιάζουσα μορφή της ΣΚΠ. Αυτά μειώνουν αποτελεσματικά τον ρυθμό υποτροπής, βελτιώνουν τη σοβαρότητα της υποτροπής και καθυστερούν την πρόοδο της νευρολογικής αναπηρίας. (Sturm et al., 2014)

Ειδικότερα:

Fingolimod

Το πρώτο από τα νεότερα φάρμακα, το fingolimod (Gilenya, Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, NJ), ήταν επίσης το πρώτο από του στόματος χορηγούμενο φαρμακευτικό σκεύασμα για τη θεραπεία ΣΚΠ. Εγκρίθηκε τον Σεπτέμβριο του 2010 και κατηγοριοποιείται ως διαμορφωτής υποδοχέα 1-φωσφορικής σφιγγοσίνης, ο οποίος εμποδίζει τα λεμφοκύτταρα να αναδύονται από τους λεμφαδένες. Αυτός ο μηχανισμός μειώνει τα λεμφοκύτταρα που είναι διαθέσιμα στο ΚΝΣ, με αποτέλεσμα την μειωμένη κεντρική φλεγμονή. (Tillery et al., 2017)

Teriflunomide

Τον Σεπτέμβριο του 2012, η FDA ενέκρινε teriflunomide (Aubagio, Genzyme Corporation, Cambridge, MA), αναστολέα σύνθεσης πυριμιδίνης που υποδείχθηκε για τη θεραπεία ασθενών με υποτροπιάζουσες μορφές MS. Λειτουργεί ως ένας παράγοντας ανοσοδιαμορφώσεως που έχει ως αποτέλεσμα αντιπολλαπλασιαστικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες οι οποίες μπορούν να μειώσουν τον αριθμό των ενεργοποιημένων λεμφοκυττάρων στο ΚΝΣ. (Tillery et al., 2017)

Πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη Beta-1a

Τον Αύγουστο του 2014, η FDA ενέκρινε την πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη βήτα-1α (Plegridy, Biogen Idec, Inc, Cambridge, MA), μια ιντερφερόνη βήτα που υποδεικνύεται για τη θεραπεία υποτροπιάζουσων μορφών MS. Η ιντερφερόνη βήτα ήταν ένα βασικό φάρμακο θεραπείας που χρησιμοποιήθηκε στην MS για πάνω από 20 χρόνια, αλλά απαιτεί βραδεία αγωγή χορήγησης: μέχρι 3 ενέσεις εβδομαδιαίως. Ο

μηχανισμός δράσης στη θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι άγνωστος, αλλά θεωρείται ότι η θεραπεία με ιντερφερόνη μειώνει τον πολλαπλασιασμό των T-κυττάρων και την παρουσίαση αντιγόνου. (Tillery et al., 2017)

Fumarate διμεθυλίου

Το τρίτο και τελευταίο από του στόματος φάρμακο, το fumarate διμεθυλίου (Tecfidera, Biogen Idec, Inc), εγκρίθηκε από το FDA τον Μάρτιο του 2013. Ενδείκνυται για τη θεραπεία ασθενών με υποτροπιάζουσες μορφές ΣΚΠ. (Tillery et al., 2017)

Glatiramer Acetate

Το Glatiramer acetate (Copaxone) εγκρίθηκε αρχικά το 1996 και είναι διαθέσιμο σε εκτεταμένη μορφή δοσολογίας από τον Ιανουάριο του 2014. Ενδείκνυται για τη μείωση της συχνότητας των υποτροπών σε ασθενείς με ΣΚΠ. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης είναι άγνωστος, αλλά πιστεύεται ότι η συγκεκριμένη ουσία προκαλεί και ενεργοποιεί κύτταρα καταστολής T λεμφοκυττάρων. (Tillery et al., 2017)

Alemtuzumab

Το Alemtuzumab (Lemtrada, Genzyme Corporation) εγκρίθηκε από το FDA τον Νοέμβριο του 2014 για υποτροπιάζουσες μορφές σκλήρυνσης κατά πλάκας. (Tillery et al., 2017)

Daclizumab

Το daclizumab (Zinbryta, Biogen Idec, Inc) έλαβε έγκριση από το FDA τον Μάιο του 2016 για τη θεραπεία υποτροπιάζουσων μορφών ΣΚΠ. (Tillery et al., 2017)

Ocrelizumab

Το Ocrelizumab (Ocrevus, Genentech, Inc, San Francisco, CA) εγκρίθηκε από το FDA τον Μάρτιο του 2017 και είναι το τελευταίο φάρμακο που εγκρίθηκε για τη

θεραπεία ασθενών με υποτροπιάζουσες μορφές της σκλήρυνσης κατά πλάκας.
(Tillery et al., 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΤΗΣ ΣΚΠ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας εκδηλώνεται με πληθώρα συμπτωμάτων και αρκετές λειτουργικές δυσκολίες. Τα συμπτώματα που παρουσιάζεται κατά την έναρξη της νόσου έχουν επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή του ασθενή, αφού συμβάλλουν στην απώλεια της ανεξαρτησίας, περιορίζουν τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και συχνά είναι υπεύθυνα για τη συνεχή μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών. Αλλάζει ο τρόπος ζωής τους και η νοοτροπία τους, πρέπει να επισκέπτονται συχνά το γιατρό τους, επηρεάζεται αρνητικά η ψυχολογία τους, χρήζουν νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης, επηρεάζουν και οικονομικά τον ασθενή, αφού αυξάνονται τα έξοδα λόγω ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύονται οι επιπτώσεις και τα προβλήματα που έχει ο ασθενής με ΣΚΠ.(Souza, 1997)

2.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η καταστροφή του ελύτρου της μυελίνης που περιβάλλει τους άξονες στα σημεία της βλάβης στη σκλήρυνση κατά πλάκας, μπορεί να οδηγήσει σε διατομή των αξόνων και να διαταράξει ή να εμποδίσει τη μετάδοση των νευρικών ώσεων. Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια προκαλούν αθροιστική απώλεια των αξόνων που σχετίζεται με την εμφάνιση μόνιμης αναπηρίας. Υπάρχουν στοιχεία σύμφωνα με τα οποία κατά τα πρώιμα στάδια της σκλήρυνσης κατά πλάκας εμφανίζεται επαναμυελίνωση, η οποία επιτυγχάνεται από τα ολιγοδενδροκύτταρα που παράγουν μυελίνη, και η οποία σχετίζεται με την υποχώρηση της παθολογίας της νόσου.(Schwarzetal., 2005)

Το αποτέλεσμα των ανωτέρω μεταβολών είναι η σταδιακή αλλά μη αναστρέψιμη ατροφία του εγκεφάλου, η οποία αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Ο όγκος του εγκεφάλου των ασθενών μειώνεται 0,5-1,35% ανά έτος συγκριτικά με τη μείωση 0,1-0,4% ανά έτος που παρατηρείται στον όγκο του εγκεφάλου στους υγιείς ενήλικες.

2.3 ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να ζήσουν αρκετά χρόνια. Ο μέσος χρόνος ζωής των ασθενών με ΣΚΠ, είναι τριάντα χρόνια από την εμφάνιση της νόσου. Η συσσώρευση αναπηρίας και λειτουργικών προβλημάτων, που σχετίζονται με τη σκλήρυνση κατά πλάκας, μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής και τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Οι ασθενείς με μια ήπια μορφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας και μια μικρή αναπηρία, εμφανίζουν και μικρή μείωση στην ποιότητα ζωής συγκριτικά με τα υγιή άτομα. Όσο η αναπηρία επιδεινώνεται με την εξέλιξη της νόσου, η ποιότητα ζωής χειροτερεύει. Είναι λογικό οι υποτροπές να έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, μειώνοντας κατά πολύ τη συνολική ποιότητας ζωής, συγκριτικά με τους ασθενείς σε κατάσταση ύφεσης.(Γρηγοράκης, 2005)

Η μείωση στην ποιότητα ζωής παραμένει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μετά από την υποχώρηση των υποτροπών σε σχέση με τις σωματικές επιδράσεις. Αρνητική επίδραση των υποτροπών παρατηρείται και στα μέτρα χρήσης πόρων υγείας, με τους ασθενείς να καταγράφουν χειρότερη κινητικότητα και πόνο σε σχέση με την κατάσταση ύφεσης.(Αθανασιάδης, 2000)

Οι γιατροί θεωρούν κύριο κλινικό τρόπο μέτρησης της νόσου τη σωματική αναπηρία. Αντίθετα οι ασθενείς θεωρούν την νοητική υγεία και την κόπωση σημαντικούς καθοριστικούς παράγοντες της συνολικής ποιότητας ζωής.

Η εμφάνιση αναπηρίας και υποτροπών έχουν αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. Εμφανίζονται πληθώρα προβλημάτων στην καθημερινή ζωή των ασθενών και προκαλούνται αρκετές μεταβολές. Αρχικά παρατηρούνται μεταβολές στην αντίληψη και στο συντονισμό, καθώς και μεταβολές στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας από τη δυσκολία στην κίνηση. Παρατηρείται, επίσης, δυσκαμψία των μυών και αυτό συνεπάγεται δυσκολία στην αυτοσυντήρηση του ασθενή. Η κίνηση του είναι προβληματική για τον ίδιο λόγο, με περιορισμένη τροχιά κινήσεων και συνεπώς μείωση των κινήσεων. Παράλληλα ο ασθενής εξαντλείται εύκολα, με αποτέλεσμα να περιορίζει τις δραστηριότητες της καθημερινότητάς του και να χρειάζεται κάποιον να τον

φροντίζει. Όσον αφορά στην επίπτωση της αυτοαντίληψης, επηρεάζεται αρνητικά και ο ασθενής παρουσιάζει μεταβολή στο σωματικό του είδωλο. (Λαγός, 1996)

Ένα άλλο πρόβλημα που εμφανίζεται συχνά και επηρεάζει την καθημερινότητα του ασθενή με ΣΚΠ είναι η πρόκληση σύγχυσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη προσανατολισμού προς τα πρόσωπα, το χρόνο το χώρο και επηρεάζει τη μνήμη του. Επίσης, οι διεργασίες σκέψης του είναι ελαττωματικές, με μειωμένη ικανότητα για συλλογισμό και κρίση. Μεταβολές εμφανίζονται και στο επίπεδο συνείδησης. Επιπτώσεις υπάρχουν και στη λειτουργία εσωτερικών οργάνων όπως στο κυκλοφορικό, αναπνευστικό, ουροδόχου κύστης κ.α.

Μία άλλη αρνητική επίπτωση της νόσου, που προκαλεί πρόβλημα στον ασθενή είναι η κακή θρέψη εξαιτίας της απώλειας όρεξης, της ναυτίας και της τάσης για εμετό που έχει συχνά, την αδυναμία λήψης τροφής και των διαταραχών κατάποσης.

Επιπρόσθετα, παρουσιάζει σεξουαλικά προβλήματα που επιβαρύνουν την ήδη κακή ψυχολογία του. Οι ψυχολογικές διαταραχές είναι έντονες στους ασθενείς και αρκετοί πάσχουν από κατάθλιψη. Τέλος, παρουσιάζονται αρκετά οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα στην καθημερινή ζωή του ασθενή. (Ραβάνης, 2009)

2.4 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η στιγμή της διάγνωσης είναι δύσκολη και φέρνει απογοήτευση. Οι αντιδράσεις που προκαλεί είναι παρόμοιες σε όλους τους ασθενείς. Οι περισσότεροι πάσχοντες αναφέρουν ότι νιώθουν άρνηση, θυμό, άγχος, κατάθλιψη, φόβο και ανασφάλεια πριν καταφέρουν να αποδεχθούν την διάγνωση. Η αντίδραση του καθενός δεν είναι ανάλογη τις περισσότερες φορές με την βαρύτητα της κατάστασης του. Ακόμη και κάποιος με ελαφριά μορφή της νόσου μπορεί να καταρρακωθεί ψυχολογικά. Η επίσκεψη σε κάποιον ειδικό ψυχολόγο θα βοηθούσε τον ασθενή να αναπτύξει μια θετική προσέγγιση στο πρόβλημά του. Υπάρχει δυνατότητα να μιλήσει με κάποιον ειδικό μέσω της τηλεφωνικής γραμμής που διαθέτει δωρεάν η Ελληνική Εταιρία για τη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, ακόμη και ανώνυμα (<http://homepages.Pathfinder.gr>).

Στην συνέχεια ακολουθούν αναλυτικά κάποια συναισθήματα που βιώνουν πιο συχνά οι πάσχοντες από ΣΚΠ, κατά την διάγνωση της ασθένειάς τους.

Άρνηση

Αρχικά οι ασθενείς νιώθουν άρνηση, αρνούνται να δεχτούν την κατάσταση. Είναι πολύ δύσκολο για έναν άνθρωπο που είναι υγιής ξαφνικά να μάθει ότι έχει Σ.Κ.Π.

Είναι πιο εύκολο να πιστέψει ότι ο γιατρός έκανε λάθος και να αναζητήσει μία άλλη ιατρική γνώμη, ελπίζοντας πως θα ανατρέψει τα δυσάρεστα νέα. Η άρνηση της πραγματικότητας μόνον άγχος μπορεί να επιφέρει και να επιτείνει την απογοήτευση. Σε μια χρόνια ασθένεια, όπως η ΣΚΠ, που παρουσιάζει εναλλαγή ώσεων και υφέσεων, είναι φυσικό να έχουμε και ανάλογες ψυχολογικές διακυμάνσεις αποδοχής και άρνησης της αρρώστιας και τότε ίσως χρειαζόμαστε τη βοήθεια ενός ειδικού ψυχοθεραπευτή. (Souza, 1997)

Θυμός

Είναι λογικό να νιώσει κανείς θυμό όταν μάθει ένα δυσάρεστο νέο. Πιθανή αντίδραση του πάσχοντα είναι να θελήσει να βρει τι έφταιξε γι' αυτό που του έτυχε. Μπορεί να αναζητήσει την αιτία στις παρούσες συνθήκες της ζωής του όπως για παράδειγμα ότι δούλεψε πολύ σκληρά και με άγχος ή ότι δεν είχε καλές σχέσεις με την οικογένεια του ή με τον εργοδότη του. Πολλές φορές κατηγορεί και τον εαυτό του για την κατάσταση. Ο θυμός του, που απευθύνεται στους γύρω του ή τον εαυτό του, είναι επώδυνος και καταστροφικός. Όσο πιο πολύ κρατάει αυτός ο θυμός, τόσο πιο πολύ απομονώνει τους ανθρώπους. Η διάγνωση της Σ.Κ.Π. μπορεί να φέρει αναστάτωση στην οικογενειακή ζωή και στις σχέσεις των ασθενών. Οι ασθενείς αυτοί, δύσκολα δέχονται βοήθεια από άλλους ή μπορεί να αντιδράσουν αδιάφορα νομίζοντας ότι δεν μπορούν να τους βοηθήσουν. (Λαγός, 1996)

Άγχος

Το άγνωστο που περιβάλλει τη διάγνωση και την πρόγνωση της ΣΚΠ είναι λογικό να προκαλεί στον πάσχοντα τεράστιο άγχος. Ο ασθενής αναζητά συνεχώς κάποιον τρόπο καθησυχασμού. Ο θεράπων ιατρός θα βοηθήσει τον πάσχοντα να αποδεχθεί τη νέα κατάσταση και να την αντιμετωπίσει.

Κατάθλιψη

Όταν οι ασθενείς αντιληφθούν ότι η ΣΚΠ έχει σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους, τότε είναι λογικό να νιώσουν λύπη, απογοήτευση και απαισιοδοξία. Αντιλαμβάνονται ότι θα αλλάξει η ζωή τους και αρκετές φορές παρουσιάζουν καταθλιπτικές τάσεις. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι εξουθενωτική και να απαιτεί παρέμβαση από ειδικό ψυχίατρο. Πολλές φορές η κατάθλιψη οφείλεται στις πλάκες που προκαλεί η νόσος στον εγκέφαλο. (Tremlettetal., 2010)

Φόβος

Φυσιολογική αντίδραση του ασθενή κατά τη διάγνωση της νόσου είναι να νιώσει φόβο. Φόβο για το τι πρόκειται να ακολουθήσει. Όταν ένας άνθρωπος έχει τέτοια συναισθήματα, πιθανόν να πάρει λάθος αποφάσεις ή να γίνει άθελά του ευάλωτος σε πληροφορίες και πιέσεις από τρίτους, άσχετα από το αν είναι καλοπροαίρετες. Πρέπει να βρει κάποιον που να εμπιστεύεται απόλυτα και στον οποίο να μπορεί να εκμυστηρευτεί όλες του τις αγωνίες, ώστε αυτός να μπορέσει να τον βοηθήσει να καταλάβει τους φόβους του και να τους ξεπεράσει. Όταν κάποιος μάθει ότι έχει σκλήρυνση, στην αρχή ίσως θελήσει να μιλήσει στην ευρύτερη οικογένειά του, αλλά αργότερα προτιμάει να μείνει μια προσωπική του υπόθεση. Η επιφυλακτικότητα είναι κάτι φυσικό και κανείς δεν θέλει να καταντήσει να μιλάει μονάχα για την ασθένειά του. (Αθανασιάδης, 2000)

Παραδοχή

Όταν τα παραπάνω συναισθήματα καταλαγιάσουν, αρχίζει κανείς να παραδέχεται την καινούργια κατάσταση και να προσαρμόζει ανάλογα τη ζωή του. Τότε νιώθει πιο σίγουρος για τον εαυτό του και πιο ικανός να αντεπεξέλθει στις όποιες δυσκολίες. Μπορεί να περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρις ότου αποδεχτεί ειλικρινά την ανεπιθύμητη πραγματικότητα της πάθησης. Ίσως χρειαστούν και χρόνια μέχρι να τα καταφέρει. Ακόμα κι όταν πιστέψει ότι δέχτηκε τη νέα πραγματικότητα, μικρές κρίσεις μπορούν να τον πισωγυρίσουν ψυχολογικά. Η αντίδραση κάθε ανθρώπου εξαρτάται και από τις προηγούμενες εμπειρίες της δουλειάς του και της ζωής του, από το είδος της δουλειάς που κάνει και από το αν μπορεί να αλλάξει επάγγελμα, όταν και εφόσον χρειαστεί. Η προσωπικότητα και η εικόνα που θέλει να δείξει κάποιος προς τα έξω, καθώς και η συμπαράσταση της οικογένειας και του κοινωνικού του περιβάλλοντος, παίζουν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή.

Αίσθημα Απώλειας Υγείας

Το πιθανότερο όταν κάποιος μάθει για πρώτη φορά ότι έχει σκλήρυνση είναι να αναστατωθεί. Αυτά τα συναισθήματα είναι μια απόλυτα φυσιολογική αντίδραση, απλά άλλοι αντιδρούν εντονότερα και άλλοι λιγότερο έντονα. Απαραίτητη είναι η

ανάγκη να δώσουν το χρόνο στον εαυτό τους και στα αγαπημένα τους πρόσωπα να θρηνήσουν την απώλεια της υγείας τους. Όταν αυτά τα συναισθήματα καταλαγιάσουν, αρχίζουν να παραδέχονται τη καινούργια κατάσταση και να προσαρμόζουν τη ζωή τους ανάλογα.

Θέση Ζωής

Εκτός από τη φυσική κατάσταση ενός ατόμου, η συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση παίζει μεγάλο ρόλο στην υγεία του. Τα άτομα που πάσχουν από ΣΚΠ αδυνατούν να συνεχίσουν την ζωή τους με τον ίδιο τρόπο ή να κάνουν όλα όσα κάνανε προηγουμένως. Είναι φυσικό λοιπόν να πονέσουν και να θρηνήσουν την απώλεια αυτών των ικανοτήτων και ίσως χρειαστούν κάποιο χρόνο για να καταφέρουν να το ξεπεράσουν. Για καθετί που δεν μπορούν να κάνουν υπάρχει κάτι νέο που μπορούν να αρχίσουν. Αυτό βέβαια προϋποθέτει μεγάλη προσπάθεια, αποφασιστικότητα και κουράγιο όμως είναι απαραίτητα στοιχεία, για να μπορέσουν να εστιάσουν την προσοχή τους στις ικανότητές τους παρά στις αδυναμίες τους. Ακόμη μπορεί να χρειαστεί να επαναπροσδιορίσουν τις προτεραιότητές τους και με κάποιο τρόπο να ορίσουν εκ νέου τις δυνατότητές και τα ενδιαφέροντά τους. Είναι προτιμότερο να κατορθώσουν αυτό που μπορούν παρά ν' αποτύχουν σ' αυτό που δεν μπορούν. Έτσι βρίσκουν αυτήν την ψυχική ηρεμία, που τους βοηθάει να διατηρούν την υγεία τους και να αισθάνονται ψυχική ευεξία. ([http:// homepages.Pathfinder.gr/](http://homepages.Pathfinder.gr/))

2.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Στις επιπλοκές της συγκεκριμένης ασθένειας περιλαμβάνονται:

- Ησπαστικότητα
- Η αταξία
- Η εύκολη κόπωση
- Η απουσία συντονισμού
- Οι κυστικές διαταραχές
- Η ασταθής κύστη
- Η στυτική δυσλειτουργία
- Η δυσκοιλιότητα

Όσον αφορά το κοινωνικό επίπεδο στις επιπλοκές της συγκεκριμένης ασθένειας περιλαμβάνονται οικογενειακά προβλήματα όπως είναι το διαζύγιο, η μειωμένη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες με αποτέλεσμα την κοινωνική απόσυρση και η ανεργία. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα με αυξημένες τις πιθανότητες αυτοκτονικών τάσεων.

Σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας παρουσιάζονται ώσεις ενώ δύναται με το πέρασμα του χρόνου να επιδεινωθούν τα συμπτώματα. (Λαγός, 1996)

Οι βλάβες που προκαλούνται στη μυελίνη δημιουργούν τις εξής επιπλοκές:

- Ø Δυσαρθρία
- Ø Τρόμο
- Ø Νυσταγμό
- Ø Σπαστικότητα
- Ø Διαταραχές ούρησης
- Ø Παρέσεις άκρων
- Ø Διαταραχές όρασης (Αθανασιάδης, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

3.1 Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η φροντίδα των ατόμων με ΣΚΠ έχει αλλάξει πάρα πολύ στα τέλη του 20ου και στις αρχές του 21ου αιώνα. Το πιο πρόσφατο μοντέλο, η προσέγγιση συνολικής φροντίδας σε αυτή τη δια βίου και πολύπλοκη ασθένεια, έχει υιοθετηθεί ευρύτερα κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών. Πρόκειται για ένα οργανωμένο σύστημα για την αντιμετώπιση των σύνθετων και δυναμικών προκλήσεων των ιατρικών, κοινωνικών, επαγγελματικών, συναισθηματικών και εκπαιδευτικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους και παρέχεται από μια ομάδα επαγγελματιών είτε σε μία εγκατάσταση είτε σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας. (Ross, 2007)

Αυτή η προσέγγιση διασφαλίζει ότι η κατεύθυνση και οι στόχοι της θεραπείας είναι συνεπείς, λογικές και προοδευτικές. Η ομαδική προσέγγιση διευκολύνει το συντονισμό των υπηρεσιών και τη συνέχεια της φροντίδας και αποφεύγει την αλληλεπικάλυψη και τον κατακερματισμό των προγραμμάτων. Η ομάδα MS αποτελείται συνήθως από νευρολόγους, νοσοκόμους, ειδικούς αποκατάστασης, συμβούλους, υποστηρικτές και εκπαιδευτικούς. Πιο πρόσφατα, με την έλευση των ενέσιμων και εγχύσεων θεραπειών, οι ειδικοί σε αυτοέγχυση ή εγχύσεις έχουν γίνει επικεφαλής μέλη της ομάδας υγείας. (Ross, 2007)

Ένας ενεργός και όχι παθητικός ρόλος ταιριάζει με τα τρέχοντα μοντέλα θεραπείας, επειδή οι ασθενείς πρέπει να μάθουν να προσαρμόζονται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες και να αναλαμβάνουν τις ευθύνες για τις δεξιότητες που απαιτούνται για τη νέα και αναδυόμενη φαρμακευτική διαχείριση. Η ολοκληρωμένη περίθαλψη περιλαμβάνει μια φιλοσοφία ενδυνάμωσης στην οποία ο ασθενής παίρνει ενεργό ρόλο στο σχεδιασμό δραστηριοτήτων υγειονομικής περίθαλψης και αυτοσυντήρησης και ενεργεί ως μέλος της ομάδας. Οι ασθενείς θα επωφεληθούν από την παροχή συμβουλών, την εκπαίδευση, τη συμπτωματική φροντίδα και την πρόληψη των επιπλοκών της νόσου τους. (Ross, 2007)

3.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Η βάση της επιτυχούς διαχείρισης των ατόμων με ΣΚΠ βρίσκεται στο θεμέλιο μιας παραγωγικής σχέσης με την ομάδα υγείας του ασθενούς. Η επικοινωνία με τον ιατρό είναι ζωτικής σημασίας για την εδραίωση της εμπιστοσύνης και της πίστης εκ μέρους του ασθενούς και της οικογένειας. Είναι σημαντικό να υπάρχει κατανόηση της ίδιας της ΣΚΠ και της λογικής για όλες τις προβλεπόμενες θεραπείες. Η υποστήριξη των νοσηλευτών κατά την έναρξη και τη συνέχιση των θεραπειών που τροποποιούν τη νόσο έχει επίσης αναδειχθεί ως ένας σημαντικός παράγοντας για τη διατήρηση της προσκόλλησης. Κατά κύριο λόγο, είναι ο ασθενής που απαιτεί εκπαίδευση και κατάρτιση, αλλά συχνά, πρέπει να συμπεριληφθούν σε αυτή τη διαδικασία συνεργάτες φροντίδας όπως τα μέλη της οικογένειας. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν πρόσβαση σε εκπαιδευτικά kit πριν από την έναρξη της θεραπείας, παρόλο που είναι προφανές ότι οι εξατομικευμένες συνεδρίες, είτε ένα προς ένα είτε ένα πρόγραμμα ομάδας. (Burke et al., 2011)

Οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αξιολογήσουν τα εμπόδια που μπορεί να συμβάλουν στη μη τήρηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Αυτά περιλαμβάνουν φυσικά, ψυχολογικά και οικονομικά ζητήματα που ενδέχεται να εμποδίσουν την επιτυχή τήρηση αυτών των σύνθετων πρωτοκόλλων. Για παράδειγμα, ορισμένοι ασθενείς χρειάζονται αρκετές συνεδρίες για να μάθουν νέες τεχνικές διοίκησης, ενώ άλλες χρειάζονται μόνο συχνές τηλεφωνικές κλήσεις ή επιπρόσθετες επισκέψεις για να διευκολύνουν τις νέες δεξιότητές τους. (Burke et al., 2011)

3.3 ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Επειδή η διαδικασία της υποκείμενης νόσου δεν παρακολουθείται εύκολα, είναι πολύ σημαντικό να εκπαιδευτεί ο ασθενής για τη θεραπεία η οποία θα συμβάλει στη σωστή εξέλιξη της νόσου. Είναι εξίσου σημαντικό να αναφερθεί ότι τα επίμονα συμπτώματα που δεν σχετίζονται με την πορεία της νόσου (συνεχιζόμενος πόνος, σπαστικότητα ή κόπωση) μπορεί να μην υποχωρούν με ενέσιμη ή εγχύσιμη θεραπεία. Αυτά τα συμπτώματα απαιτούν ξεχωριστή, εξατομικευμένη διαχείριση. Ωστόσο, είναι δύσκολο για τον ασθενή να διαφοροποιήσει τις υποτροπές και τις δυσκολίες που σχετίζονται με τη σκλήρυνση κατά πλάκας, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία και να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής του.

Οι συχνές ερωτήσεις είναι:

- Πώς ξέρετε ότι η θεραπεία μου λειτουργεί;
- Γιατί είμαι ακόμα κουρασμένος;
- Γιατί δεν μπορώ να ολοκληρώσω μια πλήρη μέρα στη δουλειά;
- Δεν έκανα υποτροπή αλλά γιατί δεν αισθάνομαι καλύτερα;

Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι έτοιμος να εξηγήσει τη διαφορά μεταξύ της δραστηριότητας της νόσου (υποτροπές και εξέλιξη) έναντι των συμπτωμάτων που εμφανίζονται ως αποτέλεσμα υποκείμενης βλάβης που πιθανότατα συνέβη πριν από την έναρξη της θεραπείας. Είναι σημαντικό ο ασθενής να αντιμετωπίσει για συμπτώματα, να απευθυνθεί σε κατάλληλες υπηρεσίες αποκατάστασης και / ή συμβουλευτικής και να εκπαιδευτεί για την φαρμακευτική του περίθαλψη, την περιποίηση του δέρματος και τη διαχείριση των ανεπιθύμητων ενεργειών. (Fisniku et al., 2008)

Παρόλο που οι επαγγελματίες του τομέα υγείας θεωρούν ότι οι ασθενείς κατανοούν τη διαφορά μεταξύ της κατάστασης της νόσου και των συνεπειών της, πρέπει πραγματικά να προσπαθήσουν να αντιμετωπίσουν σοβαρά αυτές τις ανησυχίες με μια μεγάλη ποικιλία εκπαιδευτικών στρατηγικών και εργαλείων. Ο πρωταρχικός στόχος θα πρέπει να είναι να ενθαρρύνονται οι ασθενείς να παραμείνουν στη συνταγογραφούμενη θεραπεία τους, υπό την προϋπόθεση ότι εξακολουθούν να αποφέρουν οφέλη. (Fisniku et al., 2008)

3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι επαγγελματίες νοσηλευτικής μπορούν να δράσουν σε αυτή την ομάδα, από την εμπειρία για τον προσδιορισμό και την αξιολόγηση των αναγκών του ατόμου, έχοντας το δικαίωμα να παρέμβει στις βιοψυχοκοινωνικές και πνευματικές πτυχές του ατόμου με ΣΚΠ, ώστε να φτάσει στην ισορροπία και ευημερία εντός των ορίων από τη νόσο. (Beer, Khan, and Kesselring, 2012)

Η αποτελεσματική εφαρμογή της νοσηλευτικής πρακτικής για περιπατητικούς ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας επιτρέπει τη διάγνωση των αναγκών του ασθενούς, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή παρεμβάσεων νοσοκομειακής περίθαλψης κατάλληλων για κάθε διάγνωση, καθώς και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, τη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής περίθαλψης και την

ευαισθητοποίηση και την εξατομικευμένη φροντίδα. (Beer, Khan, and Kesselring, 2012)

Προσφέρει στους νοσηλευτές την ευκαιρία να αξιολογήσουν και να επανεκτιμήσουν τις παρεμβάσεις τους και να αποφασίσουν τον καλύτερο τρόπο για την εκτέλεση τους. Η συστηματοποιημένη φροντίδα, ωστόσο, στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας, στη μείωση των παραγόντων που μπορούν να επιταχύνουν την εξέλιξη της νόσου και να προωθήσουν την υγεία. (Cameron, Finlayson, and Kesselring, 2013)

Η νοσηλευτική παρέμβαση επιτρέπει την ξεχωριστή εξέταση του ασθενούς και παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα με βάση τις δράσεις που συμβάλλουν στην προαγωγή, την πρόληψη και την αποκατάσταση του ατόμου. Λαμβάνοντας υπόψη αυτή τη σύνθετη ασθένεια, η εξέλιξη της οποίας έχει ως αποτέλεσμα λειτουργικούς περιορισμούς που μπορούν να οδηγήσουν σε πολλαπλές αναπηρίες, που ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό από το ένα άτομο στο άλλο, είναι απαραίτητη η νοσηλευτική παρέμβαση προσφέροντας ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα που συμβάλλει στην προώθηση της υγείας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. (Cameron, Finlayson, and Kesselring, 2013)

Για την πληρότητα της περίθαλψης, οι νοσηλευτές πρέπει να αναπτύξουν διαφοροποιημένες ενέργειες ώστε οι ασθενείς να έχουν τη δυνατότητα να μιλήσουν και να αναφερθούν στα προβλήματα τους και να λύσουν όλες τις απορίες για την ασθένειά τους. Οι νοσηλευτές πρέπει να αποκτήσουν την ικανότητα να κατανοούν τον ασθενή με ΣΚΠ, να σέβονται το χαρακτήρα του και τα συναισθήματα του. (Cameron, Finlayson, and Kesselring, 2013)

Κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής παρέμβασης, οι ασθενείς έχουν την ευκαιρία να αποκαλύψουν τις ανησυχίες και τις αβεβαιότητες τους καθώς και την εμπειρία τους όσον αφορά τη διαδικασία της θεραπείας. Η ζωή με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι να μια κατάσταση αβεβαιότητας. (Olascoaga, 2010)

Μεταξύ των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας, το 65% προχωρεί προς δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης, γεγονός που αντιπροσωπεύει μεγάλο αντίκτυπο στην κοινωνική, επαγγελματική, σεξουαλική, οικογενειακή, δηλαδή στην ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών. Πολλές φορές, οι ασθενείς δεν αναζητούν

βοήθεια λόγω αμηχανίας ή έλλειψης γνώσεων. Υπό αυτή την έννοια, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός, ως προς το σχεδιασμό της εκπαίδευσης για την πρόληψη επιπλοκών, την αυτονομία, την κοινωνική και συναισθηματική αλληλεπίδραση και τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης. (Olascoaga, 2010)

Η φαρμακολογική θεραπεία για ΣΚΠ χορηγείται παρεντερικά, καθώς οι ανοσορυθμιστικοί παράγοντες τροποποιούν ευνοϊκά την εξέλιξη της νόσου. Ο ασθενής μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί στο σπίτι, εφόσον εκπαιδεύεται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συνεπώς, οι ασθενείς με ΣΚΠ, περνούν από μια εκπαιδευτική διαδικασία, σχετικά με τη διαδικασία για την προετοιμασία και τη χορήγηση των ανοσορυθμιστικών, έτσι ώστε να μπορούν να εκτελούνται στο σπίτι από τον ίδιο τον ασθενή. Με την οικειοποίηση της γνώσης, ο ασθενής εμπλέκεται στην αυτοεξυπηρέτηση και στην μεγαλύτερη αυτονομία στην απόφαση προσκόλλησης στη θεραπεία του. Στον προσανατολισμό για την αυτοχορήγηση του ενέσιμου φαρμάκου ακολουθείται ένα πρωτόκολλο με βάση τις διαδικασίες νοσηλείας του ασθενούς με ΣΚΠ. (Beer, Khan, and Kesselring, 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το ζήτημα της γνώσης γύρω από ζητήματα που σχετίζονται με τη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι ένα θέμα που χρήζει διερεύνησης και ανάπτυξης. Η παρούσα έρευνα στόχευε στη διερεύνηση των γνώσεων των φοιτητών και φοιτητριών της Νοσηλευτικής γύρω από διάφορα ζητήματα που σχετίζονταν με τη σκλήρυνση κατά πλάκας.

4.2 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση του παρόντος ζητήματος ήταν ένα ερωτηματολόγιο που αποτελούταν από 21 ερωτήσεις. Οι 5 από τις 21 ερωτήσεις είχαν δημογραφικό χαρακτήρα ενώ οι υπόλοιπες 16 σχετίζονταν με το ερευνώμενο ζήτημα. Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας μοιράστηκε σε φοιτητές και φοιτήτριες του τμήματος που προαναφέρθηκε ώστε να συλλεχθούν τα δεδομένα προς μελέτη. Επιπλέον το ερωτηματολόγιο βρίσκεται στο παράρτημα της έρευνας.

4.3 ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το πρώτο τρίμηνο του 2019 με τη διαμοίραση ερωτηματολογίων στην περιοχή της δυτικής Ελλάδας (Πάτρα) και πιο συγκεκριμένα στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτική Ελλάδα.

4.4 ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Ο πληθυσμός προς μελέτη της παρούσας έρευνας ήταν οι εν ενεργεία φοιτητές νοσηλευτικής των ελληνικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από 104 άτομα, ενώ πιο αναλυτικά κατά 38,5% από άνδρες και κατά 61,5% από γυναίκες. Ως προς την ηλικία τους οι συμμετέχοντες στην έρευνα διαχωρίστηκαν σε 26,9% από άτομα ηλικίας από 18 έως 20 ετών, ενώ κατά 39,4% σε άτομα που ήταν από 21 έως 23 ετών. Επιπλέον στο 26,9% του δείγματος ήταν από 24 έως 26 ετών με το 6,7% του δείγματος να ήταν άνω των 26 ετών. Την ίδια στιγμή το δείγμα της έρευνας παρατηρήθηκε πως αποτελούταν κατά 20,2% από πρωτοετείς φοιτητές-τριες, ενώ κατά 13,5% από δευτεροετείς φοιτητές-τριες. Ακόμη στο δείγμα παρατηρήθηκε πως υπήρχε ένα ποσοστό της τάξης του 15,4% τριτοετών φοιτητών-τριών, ενώ το 29,8% του δείγματος φοιτούσε στο 4 έτος των σπουδών του. Επιπλέον το 8,7% του δείγματος ήταν πεμπτοετείς φοιτητές-τριες και το 12,5% επί πτυχίο.

Στο δείγμα υπήρχαν κατά 54,5% φοιτητές-τριες που εισάχθηκαν στη σχολή μέσω πανελλαδικών εξετάσεων από Γενικό λύκειο ενώ κατά 32,7% φοιτητές-τριες που εισάχθηκαν από τον ίδιο θεσμό αλλά πήγαιναν σε ΕΠΑΛ. Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 12,5% εισάχθηκε στη σχολή μέσω κατατακτηρίων εξετάσεων. Τέλος το 25% ήταν άτομα που κάποιο οικείο τους άτομο έχει σκλήρυνση κατά πλάκας ενώ το 45,2% ήταν φοιτητές-τριες που δεν είχαν κάποιο οικείο τους άτομο με σκλήρυνση κατά πλάκας (47 άτομα).

4.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα δεδομένα της παρούσας έρευνας μετά την επεξεργασία τους μεταφέρθηκαν στο στατιστικό πακέτο όπου και θα αναλύονταν. Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το SPSS και τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη μέθοδο των συχνοτήτων. Τα ευρήματα της έρευνας αναλύονται στη συνέχεια με τη χρήση πινάκων και γραφημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

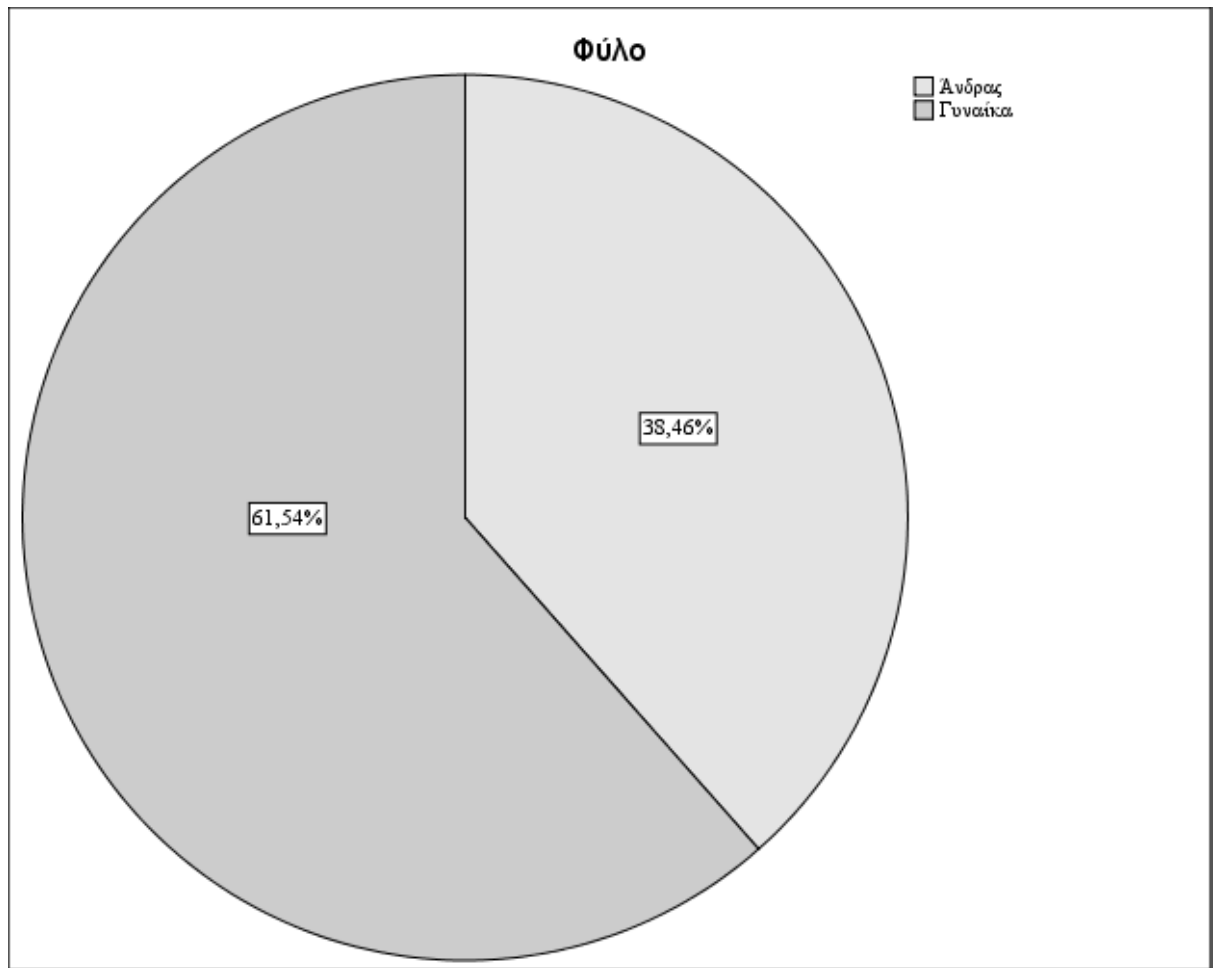
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ερώτηση 1: Φύλο

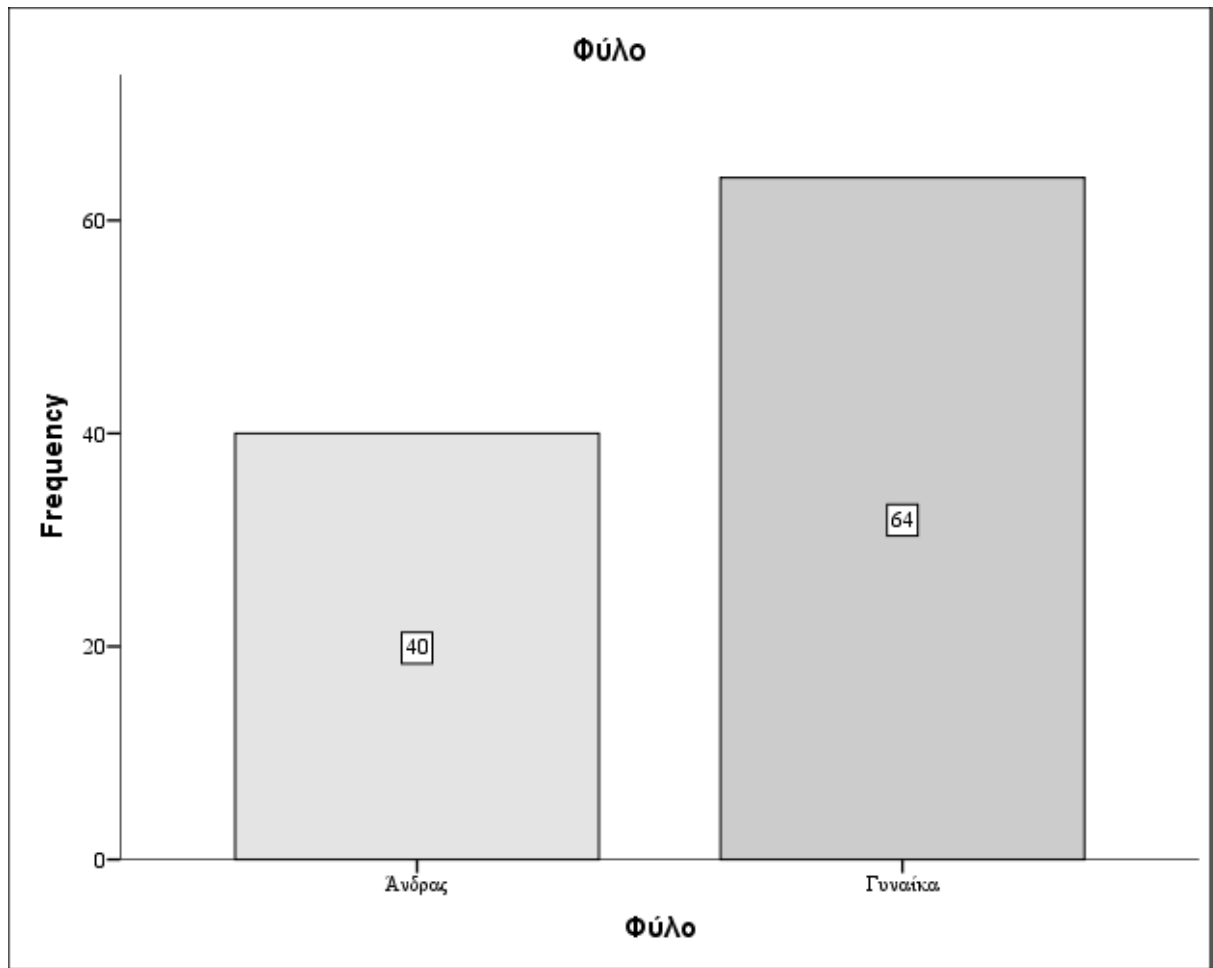
Αναφορικά με το φύλο των συμμετεχόντων στην έρευνα μπορεί να παρατηρηθεί από τον πίνακα 1 πως το δείγμα αποτελείται κατά 38,5% από άνδρες (40 φοιτητές) και κατά 61,5% από γυναίκες (64 φοιτήτριες).

		Φύλο	
		Frequency	Percent
Valid	Άνδρας	40	38,5
	Γυναίκα	64	61,5
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνοτήτων 1: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από το φύλο τους.



Γράφημα πίτας 1: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από το φύλο τους.



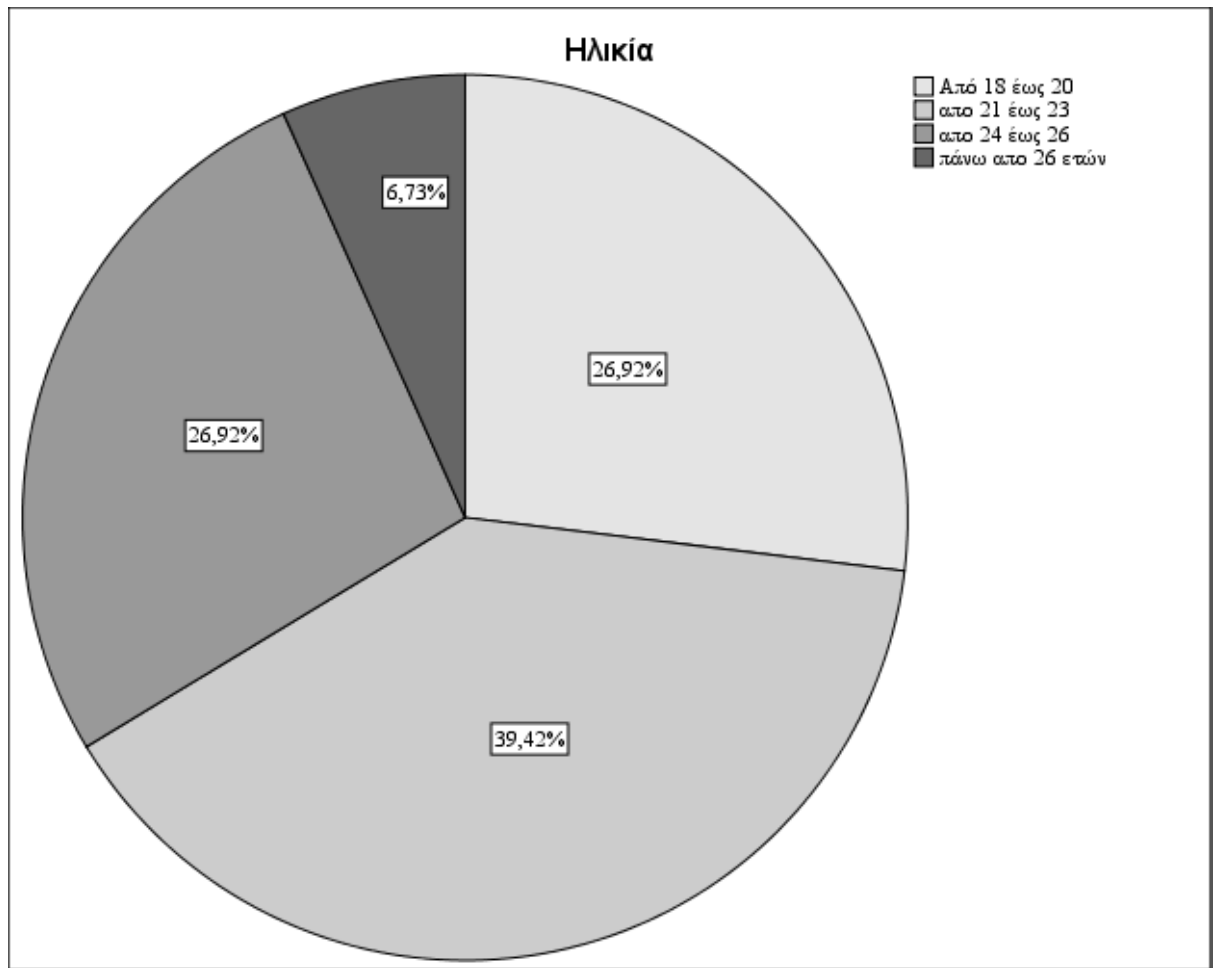
Γράφημα ράβδων 1: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από το φύλο τους.

Ερώτηση 2: Ηλικία

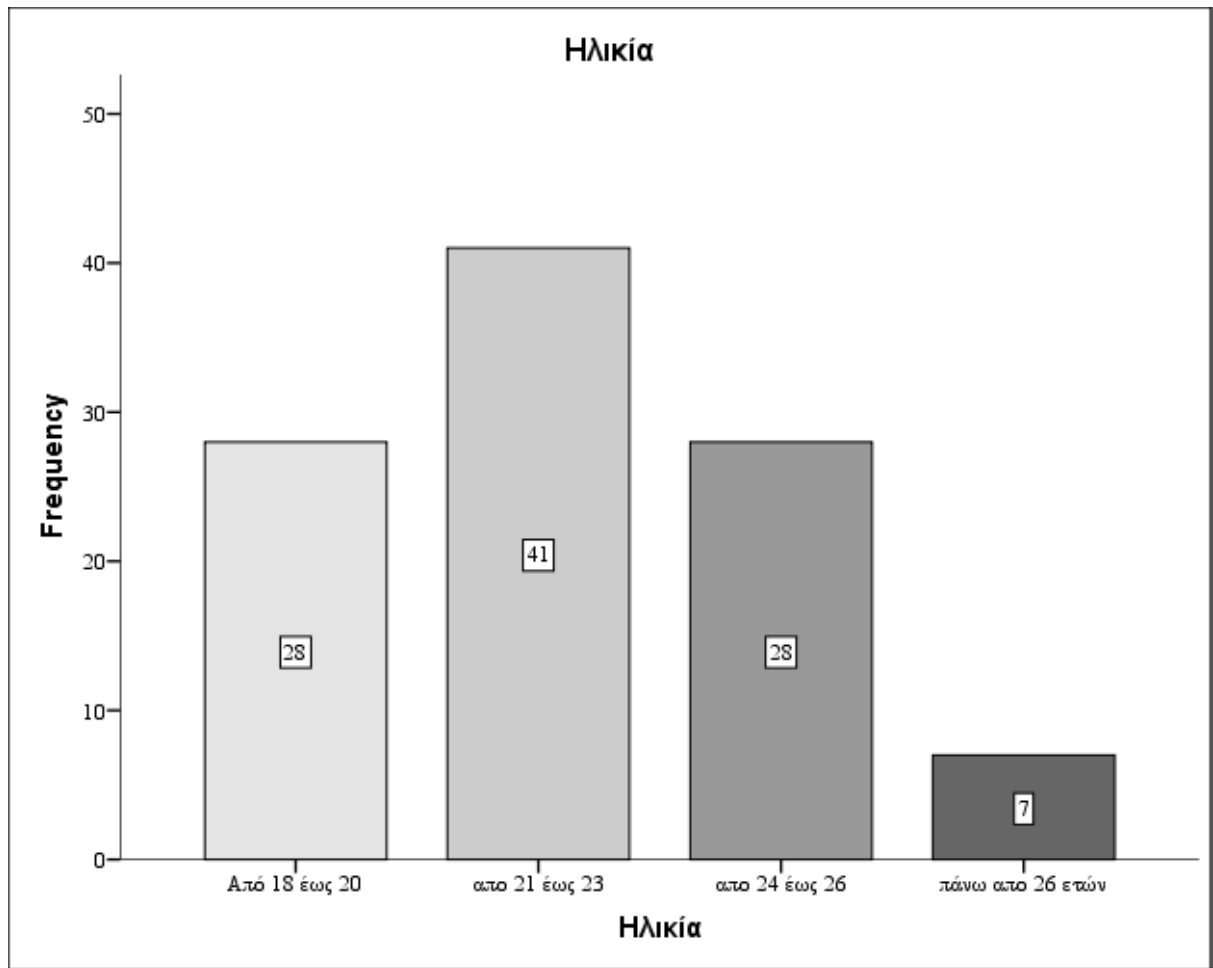
Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα μπορεί να παρατηρηθεί από τον πίνακα 2 πως το δείγμα αποτελείται κατά 26,9% από άτομα ηλικίας από 18 έως 20 ετών (28 άτομα) ενώ κατά 39,4% από φοιτητές-τριες των οποίων η ηλικία ήταν από 21 έως 23 ετών (41 άτομα). Επιπλέον στο δείγμα παρατηρήθηκε πως υπήρχε ένα ποσοστό της τάξης του 26,9% του οποίου η ηλικία ήταν από 24 έως 26 ετών (28 άτομα) ενώ το 6,7% του δείγματος ήταν άνω των 26 ετών (7 άτομα).

Ηλικία		Frequency	Percent
Valid	Από 18 έως 20	28	26,9
	από 21 έως 23	41	39,4
	από 24 έως 26	28	26,9
	πάνω από 26 ετών	7	6,7
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητων 2: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από την ηλικία τους.



Γράφημα πίτας 2: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από την ηλικία τους.



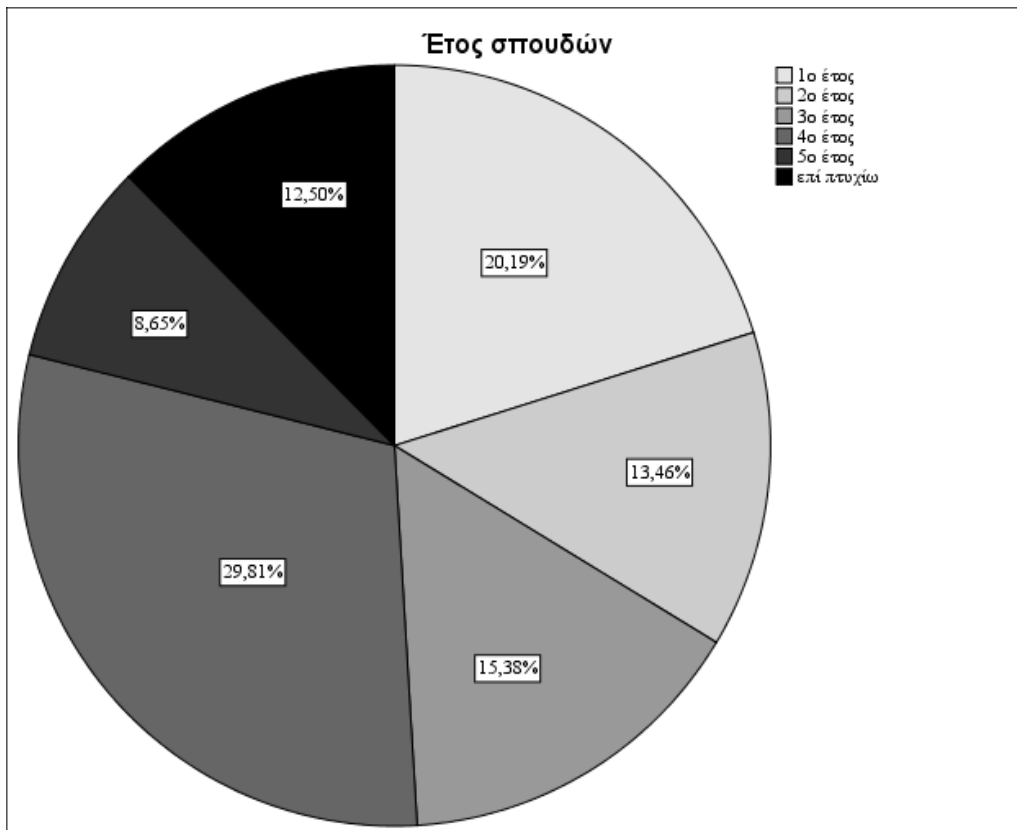
Γράφημα ράβδων 2: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από την ηλικία τους.

Ερώτηση 3: Έτος σπουδών

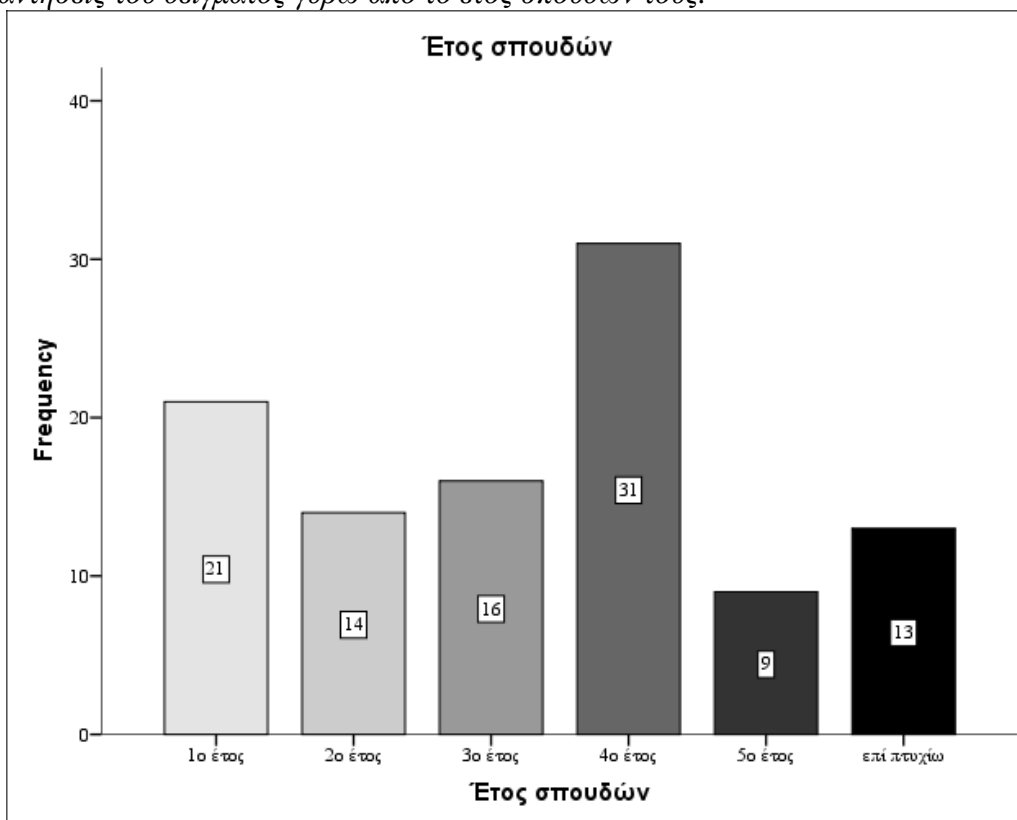
Αναφορικά με το έτος σπουδών των συμμετεχόντων στην έρευνα μπορεί να παρατηρηθεί από τον πίνακα 3 πως το δείγμα αποτελείται κατά 20,2% από πρωτοετείς φοιτητές-τριες (21 άτομα) ενώ κατά 13,5% από δευτεροετείς φοιτητές-τριες (14 άτομα). Ακόμη στο δείγμα παρατηρήθηκε πως υπήρχε ένα ποσοστό της τάξης του 15,4% τριτοετών φοιτητών-τριών (16 άτομα) ενώ το 29,8% του δείγματος φοιτούσε στο 4 έτος των σπουδών του (31 άτομα). Επιπλέον το 8,7% του δείγματος ήταν πεμπτοετείς φοιτητές-τριες (9 άτομα) και το 12,5% επί πτυχίο (13 άτομα).

		Έτος σπουδών	
		Frequency	Percent
Valid	1ο έτος	21	20,2
	2ο έτος	14	13,5
	3ο έτος	16	15,4
	4ο έτος	31	29,8
	5ο έτος	9	8,7
	επί πτυχίο	13	12,5
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνοτήτων 3: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από το έτος σπουδών τους.



Γράφημα πίτας 3: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από το έτος σπουδών τους.



Γράφημα ράβδων 3: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από το έτος σπουδών τους.

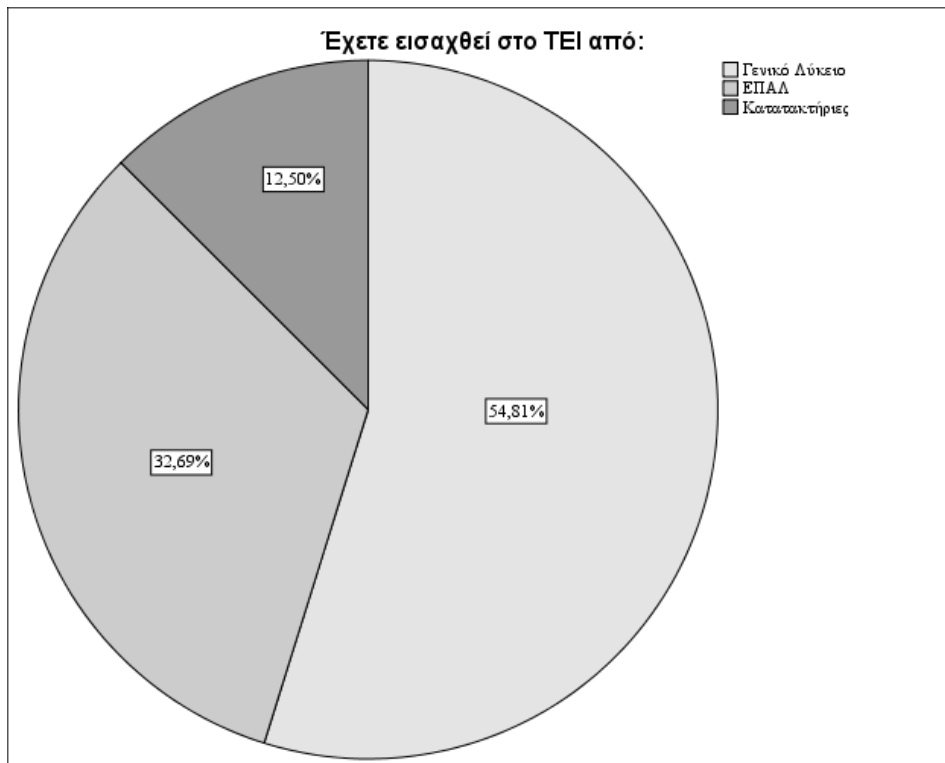
Ερώτηση 4: Έχετε εισαχθεί στο ΤΕΙ από:

Αναφορικά με το τρόπο εισαγωγής των συμμετεχόντων στην έρευνα στη σχολή τους μπορεί να παρατηρηθεί από τον πίνακα 4 πως το δείγμα αποτελείται κατά 54,5% από φοιτητές-τριες που εισάχθηκαν στη σχολή μέσω πανελλαδικών εξετάσεων από Γενικό λύκειο (57 άτομα) ενώ κατά 32,7% από φοιτητές-τριες που εισάχθηκαν από τον ίδιο θεσμό αλλά πήγαιναν σε ΕΠΑΛ (14 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 12,5% εισάχθηκε στη σχολή μέσω κατατακτηρίων εξετάσεων (13 άτομα).

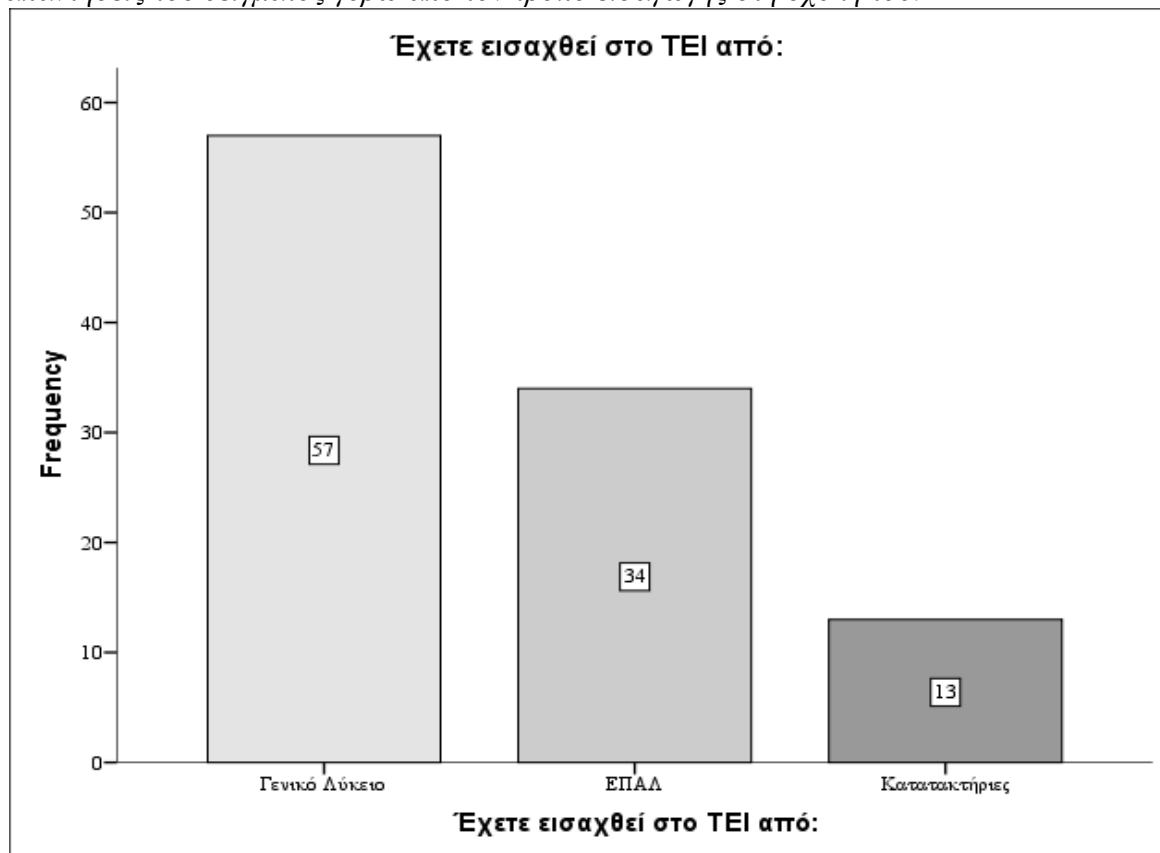
Έχετε εισαχθεί στο ΤΕΙ από:

		Frequency	Percent
Valid	Γενικό Λύκειο	57	54,8
	ΕΠΑΛ	34	32,7
	Κατατακτήριες	13	12,5
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνοτήτων 4: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τον τρόπο εισαγωγής στη σχολή του.



Γράφημα πίτας 4: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τον τρόπο εισαγωγής στη σχολή του.



Γράφημα ράβδων 4: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τον τρόπο εισαγωγής στη σχολή του.

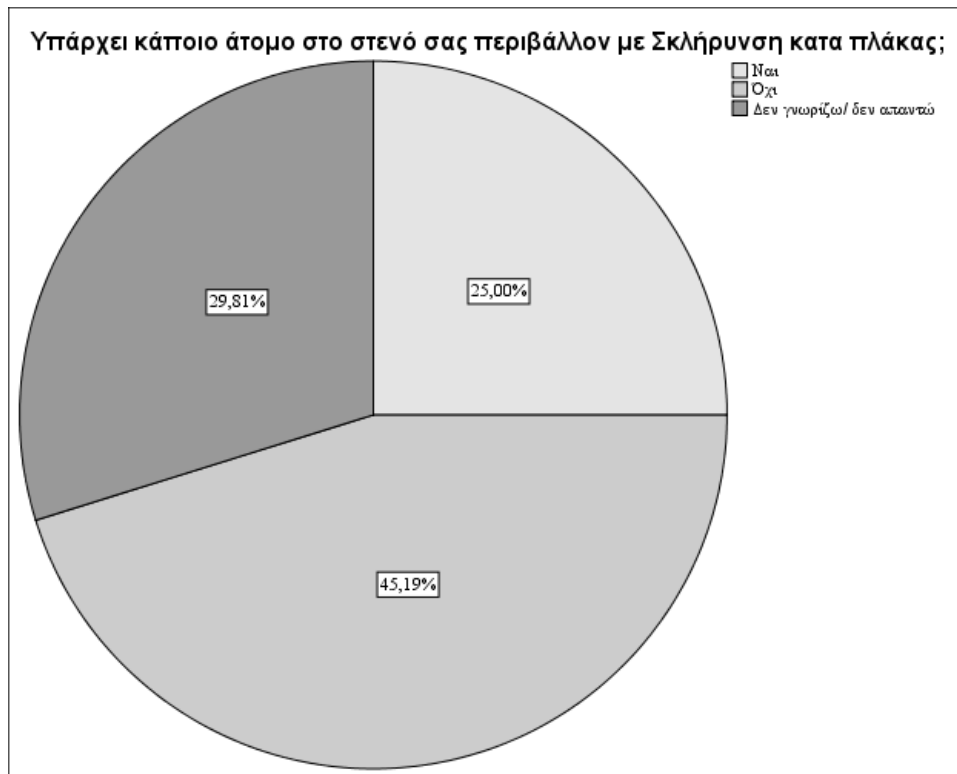
Ερώτηση 5: Υπάρχει κάποιο άτομο στο στενό σας περιβάλλον με Σκλήρυνση κατά πλάκας;

Αναφορικά με την ύπαρξη ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας στο στενό περιβάλλον των συμμετεχόντων στην έρευνα μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 5 . Το δείγμα αποτελείται κατά 25% από φοιτητές-τριες που κάποιο οικείο τους άτομο έχει σκλήρυνση κατά πλάκας (26 άτομα) ενώ κατά 45,2% αποτελείται από φοιτητές-τριες που δεν έχουν κάποιο οικείο τους άτομο με σκλήρυνση κατά πλάκας (47 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 29,8% απάντησε πως δεν γνώριζε ή δεν ήθελε να απαντήσει όσον αφορά το παρόν ερώτημα (31 άτομα).

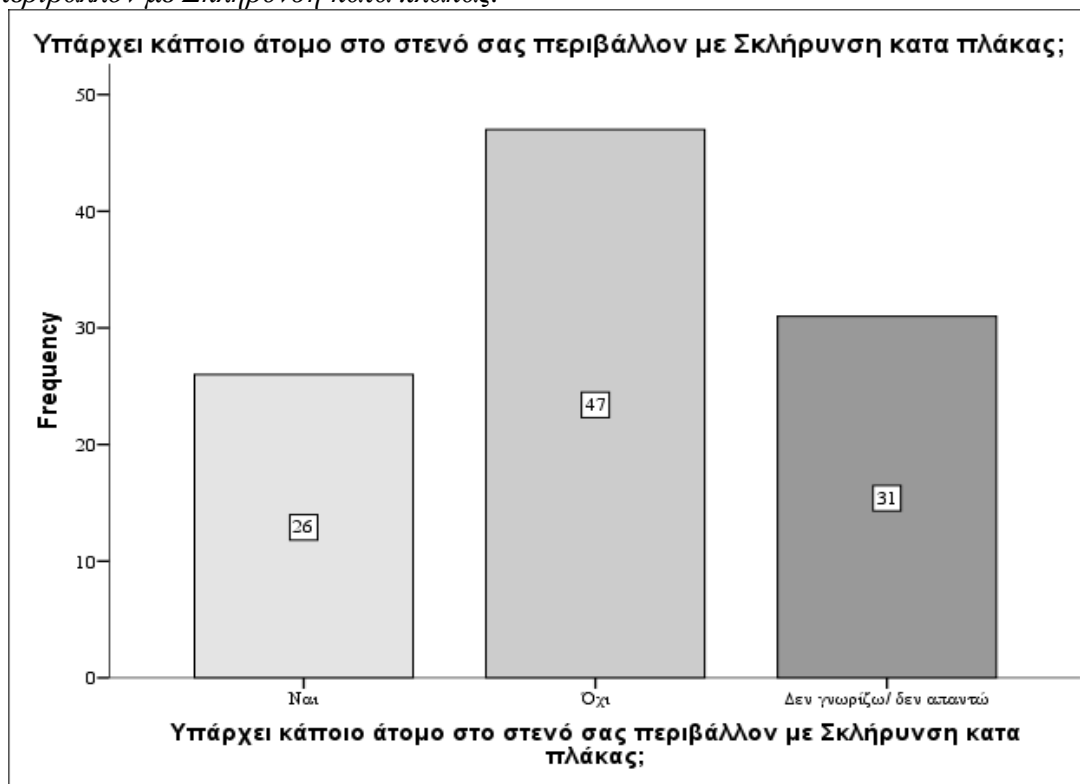
**Υπάρχει κάποιο άτομο στο στενό σας περιβάλλον με
Σκλήρυνση κατά πλάκας;**

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	26	25,0
	Όχι	47	45,2
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	31	29,8
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητων 5: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από το εάν υπάρχει κάποιο άτομο στο στενό τους περιβάλλον με Σκλήρυνση κατά πλάκας.



Γράφημα πίτας 5: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από το εάν υπάρχει κάποιο άτομο στο στενό τους περιβάλλον με Σκλήρυνση κατά πλάκας.



Γράφημα ράβδων 5: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από το εάν υπάρχει κάποιο άτομο στο στενό τους περιβάλλον με Σκλήρυνση κατά πλάκας.

Ερώτηση 6: Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας θεωρείτε ότι ανήκει στα:

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το που ανήκει ως νόσος η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 6. Το δείγμα αποτελείται κατά 95,2% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας εντάσσεται στις αυτοάνωσες νόσους (99 άτομα) ενώ κατά 3,8% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν την σκλήρυνση κατά πλάκας ως μεταβολικό νόσημα (4 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 1% απάντησε πως θεωρεί την Σκλήρυνση κατά πλάκας ιογενή νόσημα (1 άτομο).

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας θεωρείτε ότι ανήκει στα:

		Frequency	Percent
Valid	Αυτοάνοσα Νοσήματα	99	95,2
	Μεταβολικά Νοσήματα	4	3,8
	Ιογενή Νοσήματα	1	1,0
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνοτήτων 6: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από το που ανήκει η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας ως νόσος.



Γράφημα πίτας 6: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από το που ανήκει η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας ως νόσος.



Γράφημα ράβδων 6: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από το που ανήκει η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας ως νόσος.

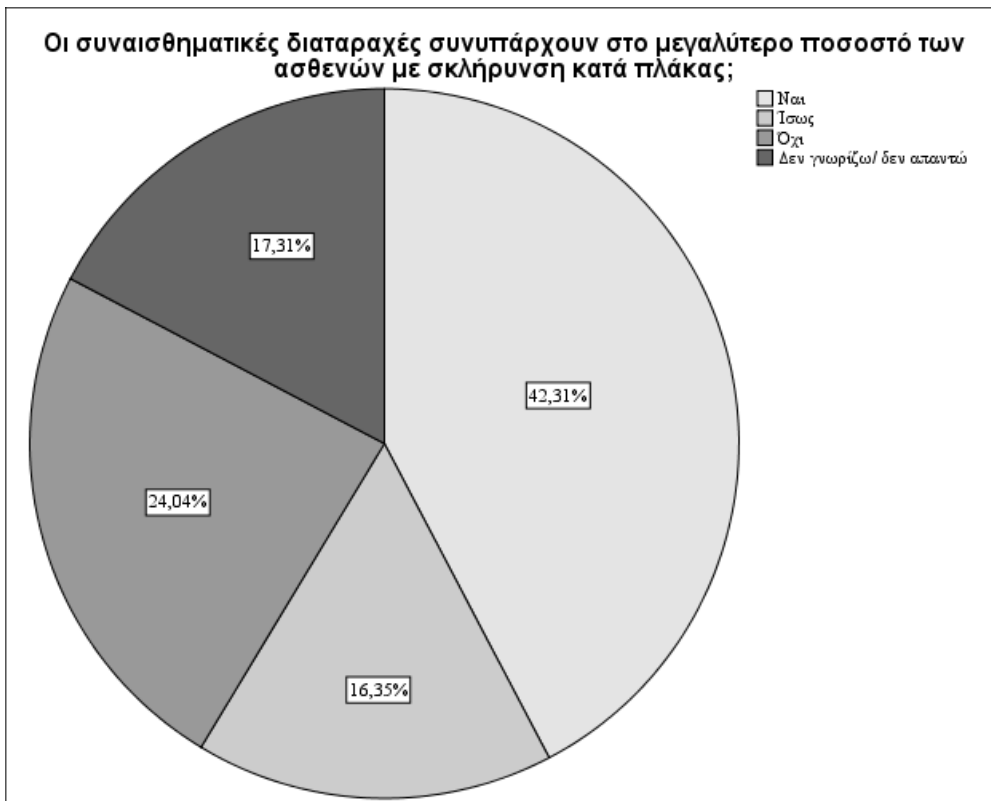
Ερώτηση 7: Οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 7. Το δείγμα αποτελείται κατά 42,3% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας (44 άτομα) ενώ κατά 16,3% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο ίσως συμβαίνει (17 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 24% απάντησε πως οι συναισθηματικές διαταραχές κατά αυτούς δεν συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας (25 άτομα), ενώ το 17,3% του δείγματος είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει είτε δεν γνώριζε (18 άτομα).

Οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας;

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	44	42,3
	Ίσως	17	16,3
	Όχι	25	24,0
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	18	17,3
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνοτήτων 7: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας.



Γράφημα πίτας 7: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας.



Γράφημα ράβδων 7: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας.

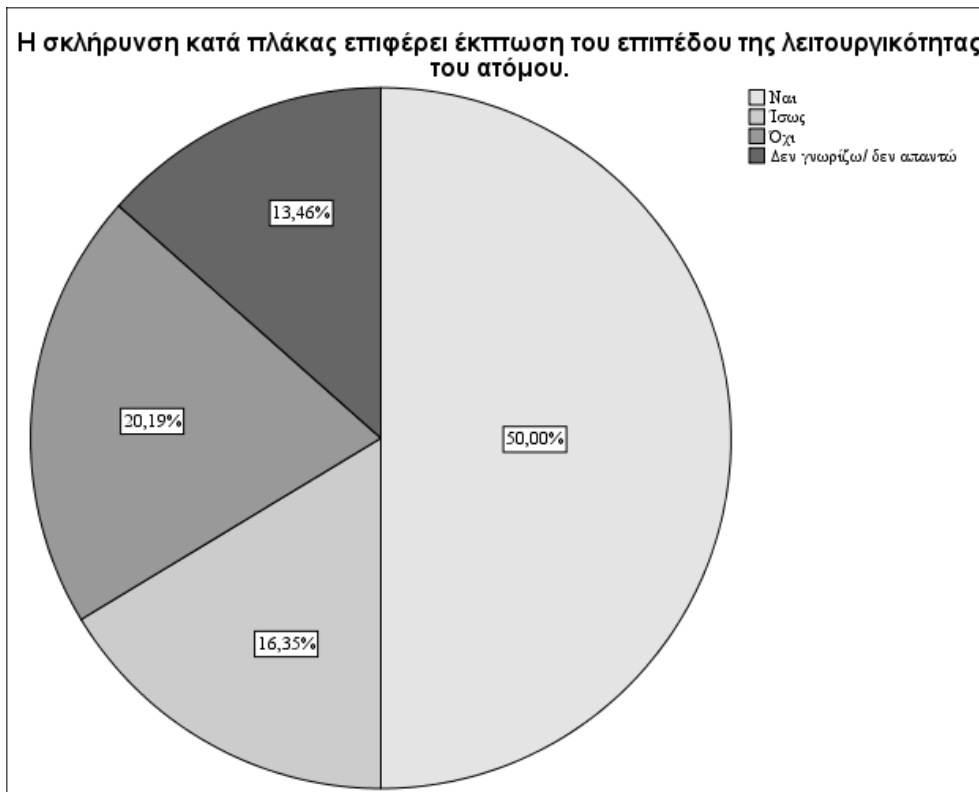
Ερώτηση 8: Η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 8. Το δείγμα αποτελείται κατά το ήμισυ από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου (52 άτομα) ενώ κατά 16,3% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει (17 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 20,2% απάντησε πως κατά τη γνώμη τους η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου (21 άτομα), ενώ το 13,5% του δείγματος είτε δεν γνώριζε είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει (14 άτομα).

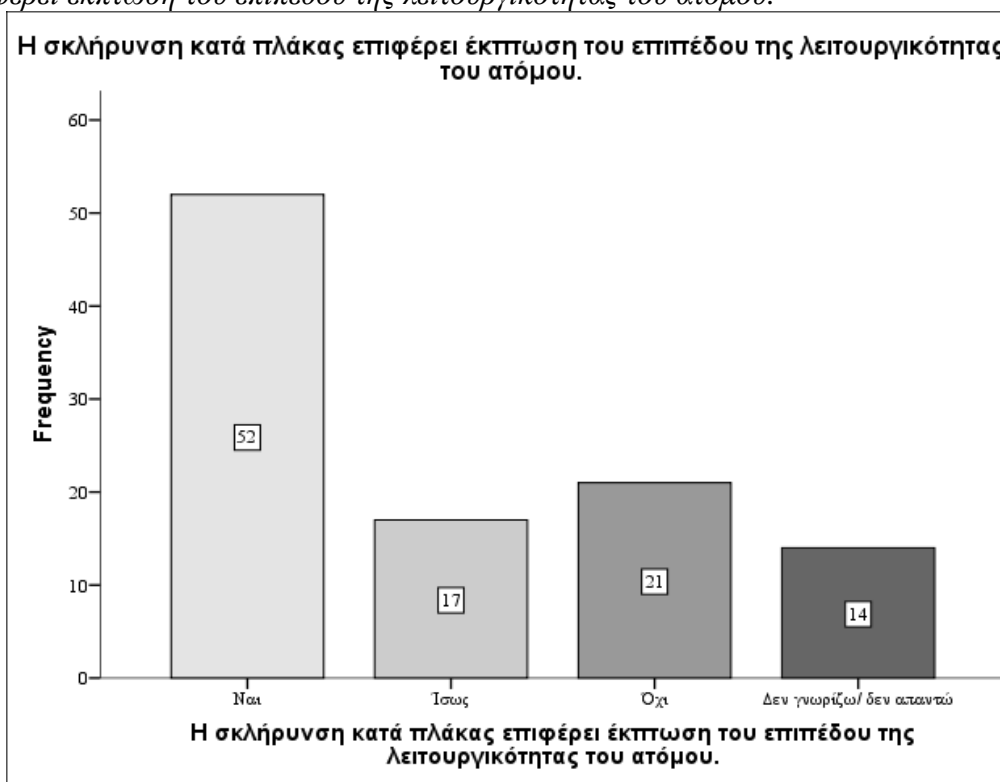
Η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου.

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	52	50,0
	Ίσως	17	16,3
	Όχι	21	20,2
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	14	13,5
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνοτήτων 8: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου.



Γράφημα πίτας 8: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου.



Γράφημα ράβδων 8: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου.

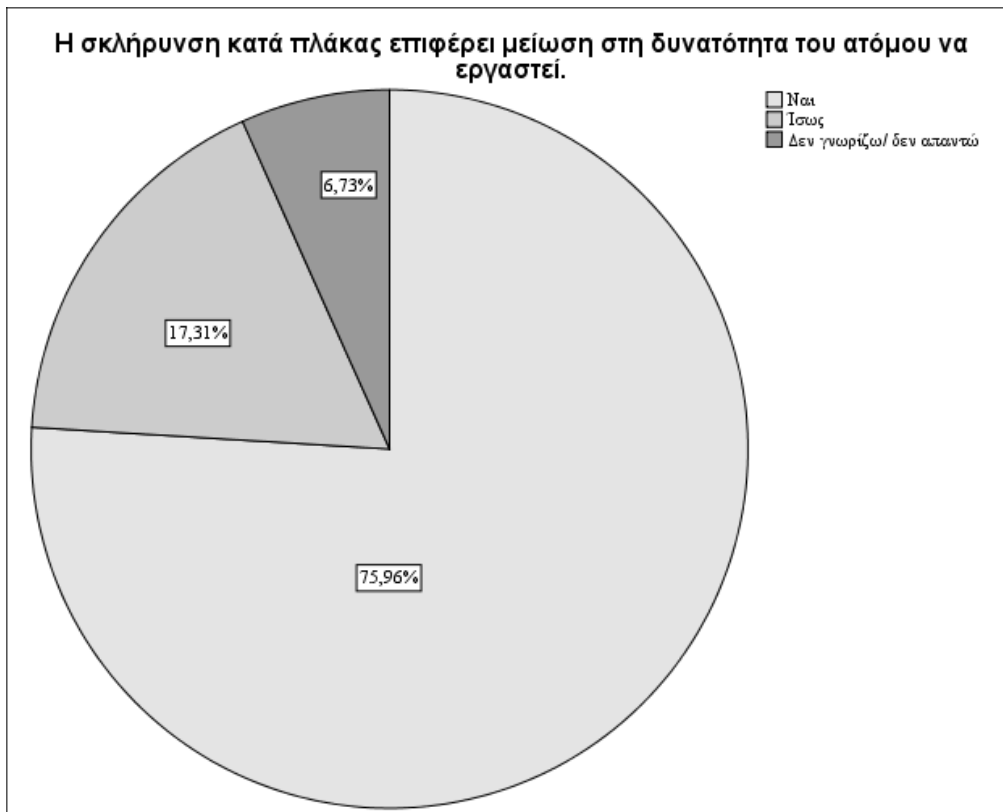
Ερώτηση 9: Η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 9. Το δείγμα αποτελείται κατά 76% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί (79 άτομα) ενώ κατά 17,3% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει (18 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 6,7% απάντησε πως είτε δεν γνώριζε είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει (7 άτομα).

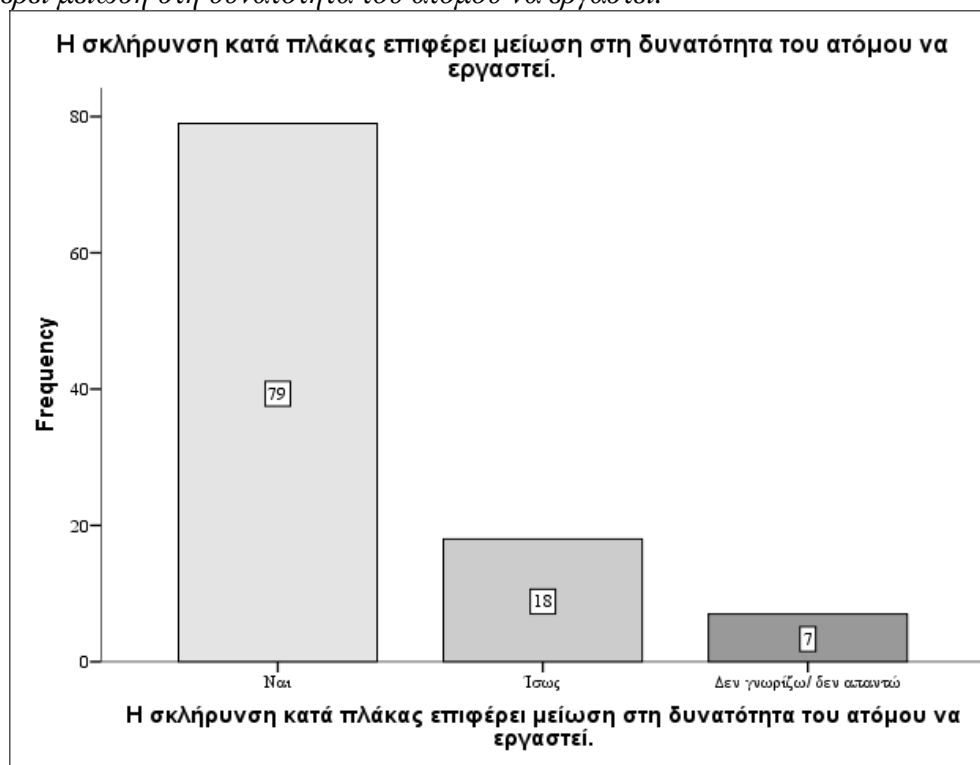
Η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί.

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	79	76,0
	Ίσως	18	17,3
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	7	6,7
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητων 9: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί.



Γράφημα πίτας 9: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί.



Γράφημα ράβδων 9: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί.

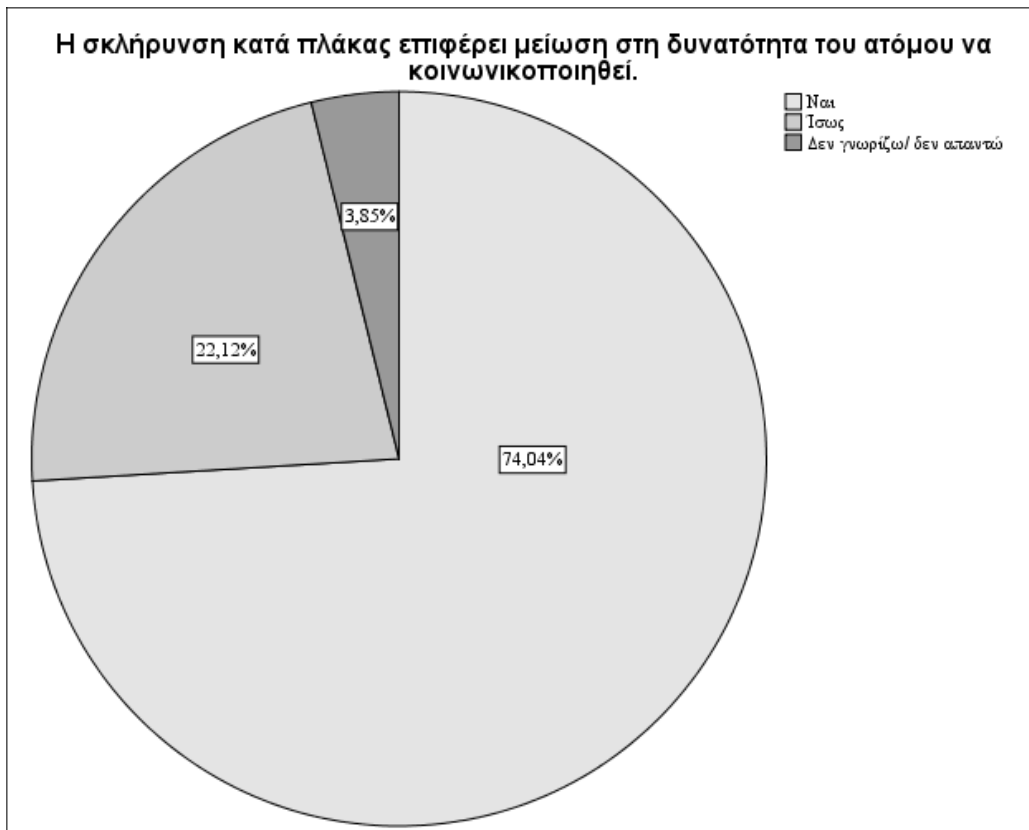
Ερώτηση 10: Η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 10. Το δείγμα αποτελείται κατά 74% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί (77 άτομα) ενώ κατά 22,1% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει (23 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 3,8% απάντησε πως είτε δεν γνώριζε είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει (4 άτομα).

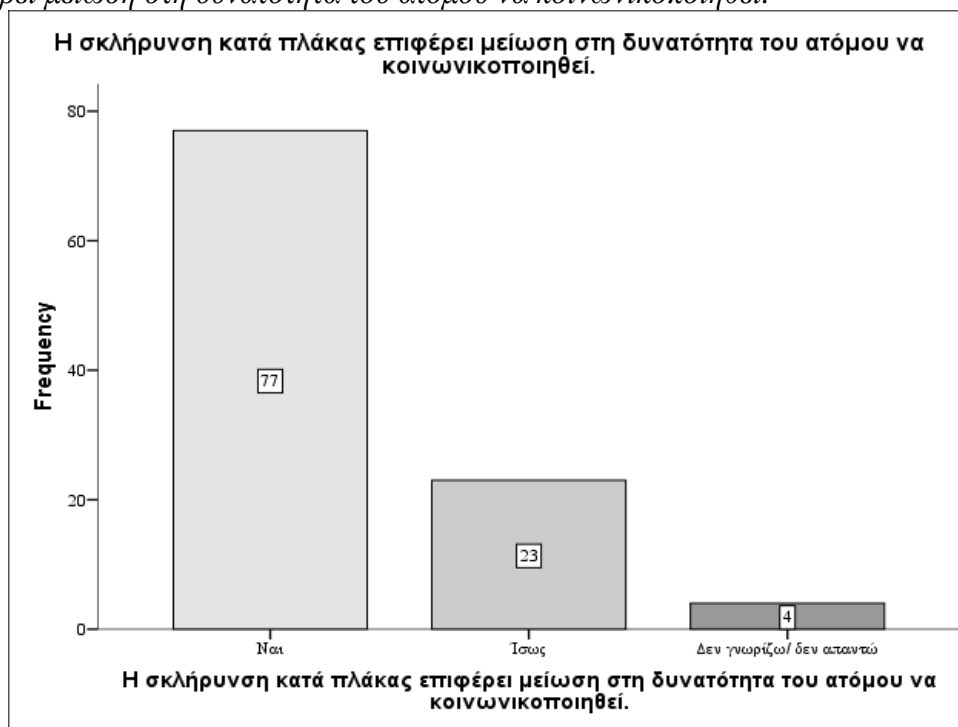
Η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί.

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	77	74,0
	Ίσως	23	22,1
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	4	3,8
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητων 10: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί.



Γράφημα πίτας 10: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί.



Γράφημα ράβδων 10: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί.

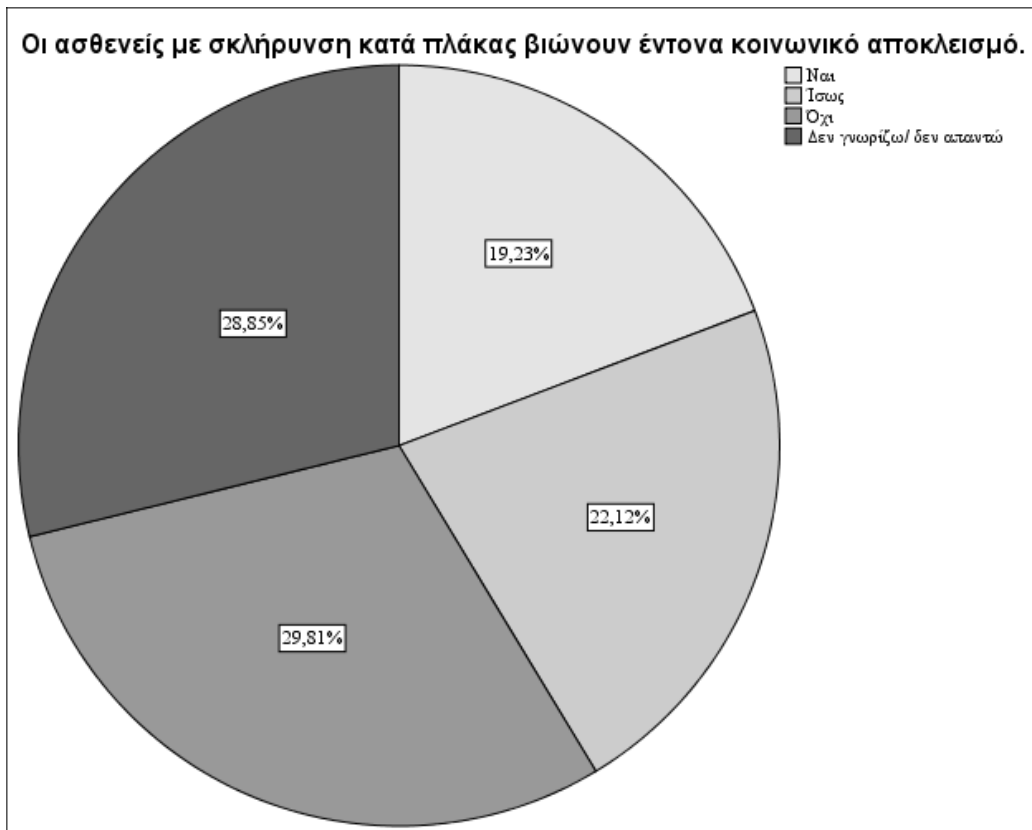
Ερώτηση 11: Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 11. Το δείγμα αποτελείται κατά 19,2% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό (20 άτομα) ενώ κατά 22,1% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο ίσως συμβαίνει (23 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 29,8% απάντησε πως κατά τη γνώμη τους οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας δεν βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό (31 άτομα), ενώ το 28,8% του δείγματος είτε δεν γνώριζε είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει (30 άτομα).

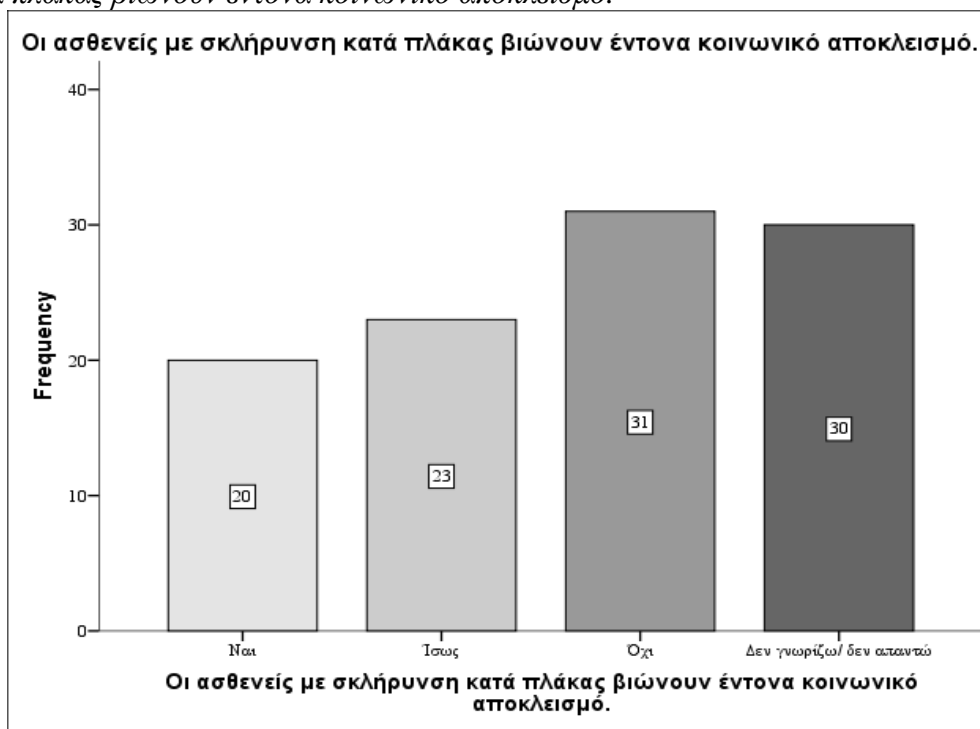
Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό.

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	20	19,2
	Ίσως	23	22,1
	Όχι	31	29,8
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	30	28,8
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητας 11: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό.



Γράφημα πίτας 11: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό.



Γράφημα ράβδων 11: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό.

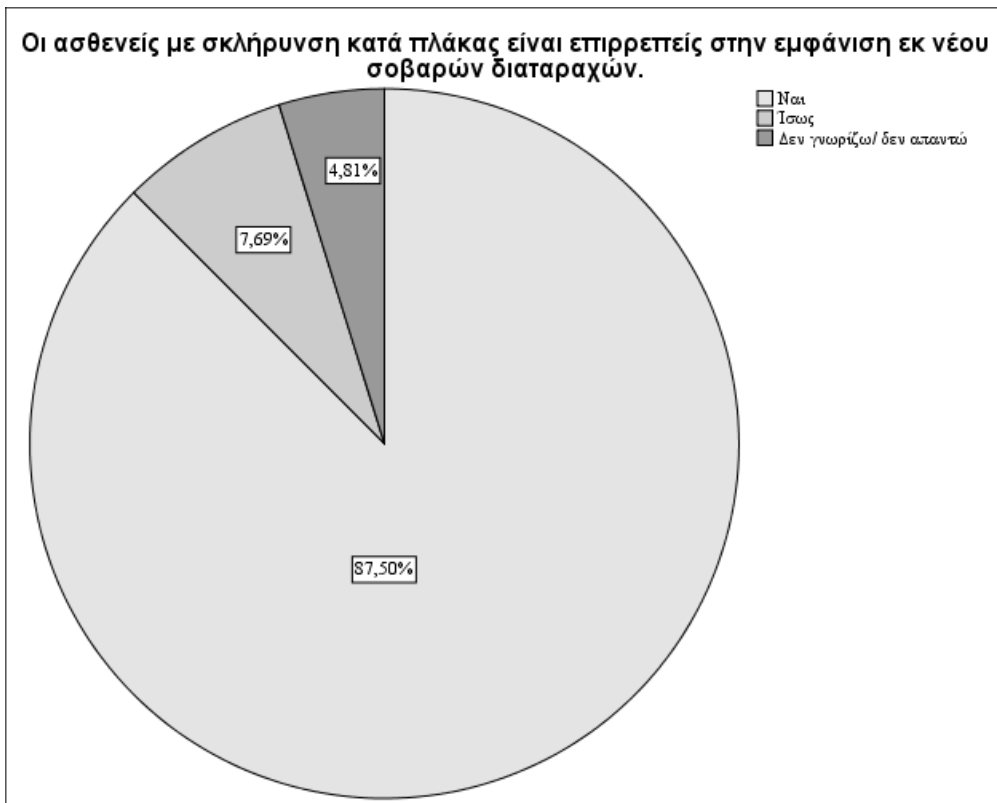
Ερώτηση 12: Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών διαταραχών;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών διαταραχών μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 12. Το δείγμα αποτελείται κατά 87,5% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών διαταραχών (91 άτομα) ενώ κατά 7,7% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει (8 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 4,8% απάντησε πως είτε δεν γνώριζε είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει (5 άτομα).

Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών διαταραχών.

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	91	87,5
	Ίσως	8	7,7
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	5	4,8
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητων 12: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών διαταραχών.



Γράφημα πίτας 12: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών διαταραχών.



Γράφημα ράβδων 12: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών διαταραχών.

Ερώτηση 13: Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών διαταραχών μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 13. Το δείγμα αποτελείται κατά 28,8% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας (30 άτομα) ενώ κατά 27,9% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει (29 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 43,3% απάντησε δεν θεωρεί πως οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας (45 άτομα).

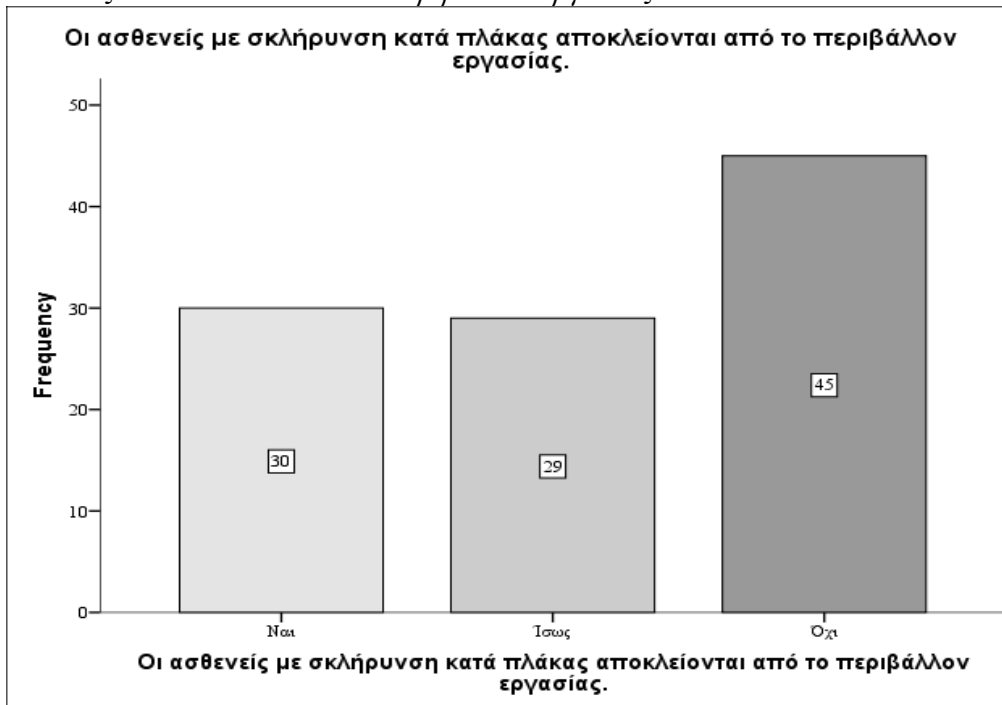
Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας.

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	30	28,8
	Ίσως	29	27,9
	Όχι	45	43,3
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητας 13: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας.



Γράφημα πίτας 13: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας.



Γράφημα ράβδων 13: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας.

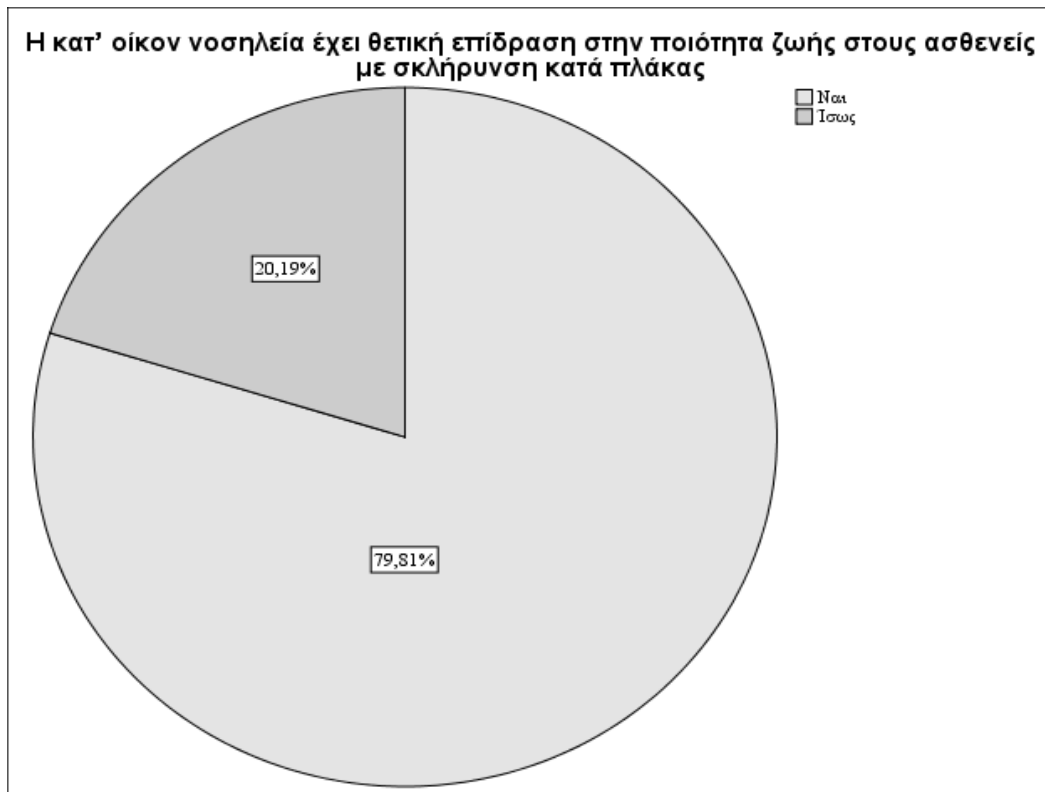
Ερώτηση 14: Η κατ' οίκον νοσηλεία έχει θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι η κατ' οίκον νοσηλεία έχει θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 14. Το δείγμα αποτελείται κατά 79,8% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως η κατ' οίκον νοσηλεία έχει θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας (83 άτομα) ενώ κατά 20,2% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει (21 άτομα).

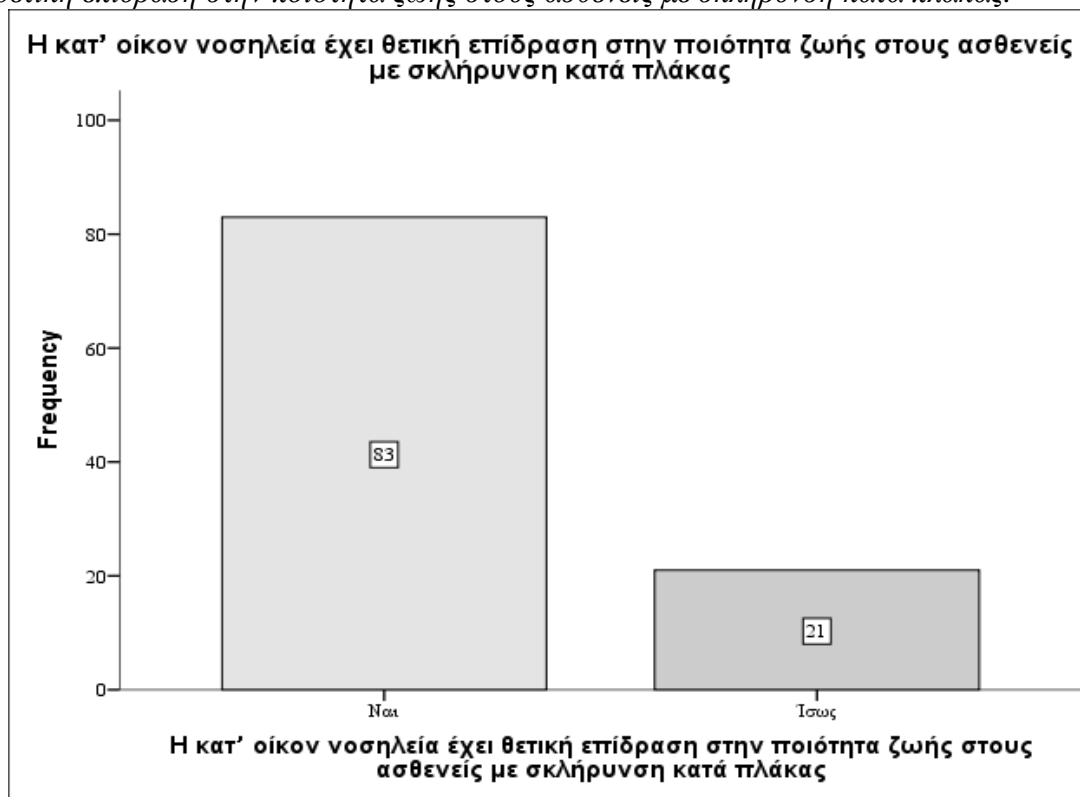
Η κατ' οίκον νοσηλεία έχει θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	83	79,8
	Ίσως	21	20,2
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνοτήτων 14: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η κατ' οίκον νοσηλεία έχει θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας.



Γράφημα πίτας 14: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η κατ' οίκον νοσηλεία έχει θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας.



Γράφημα ράβδων 14: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η κατ' οίκον νοσηλεία έχει θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας.

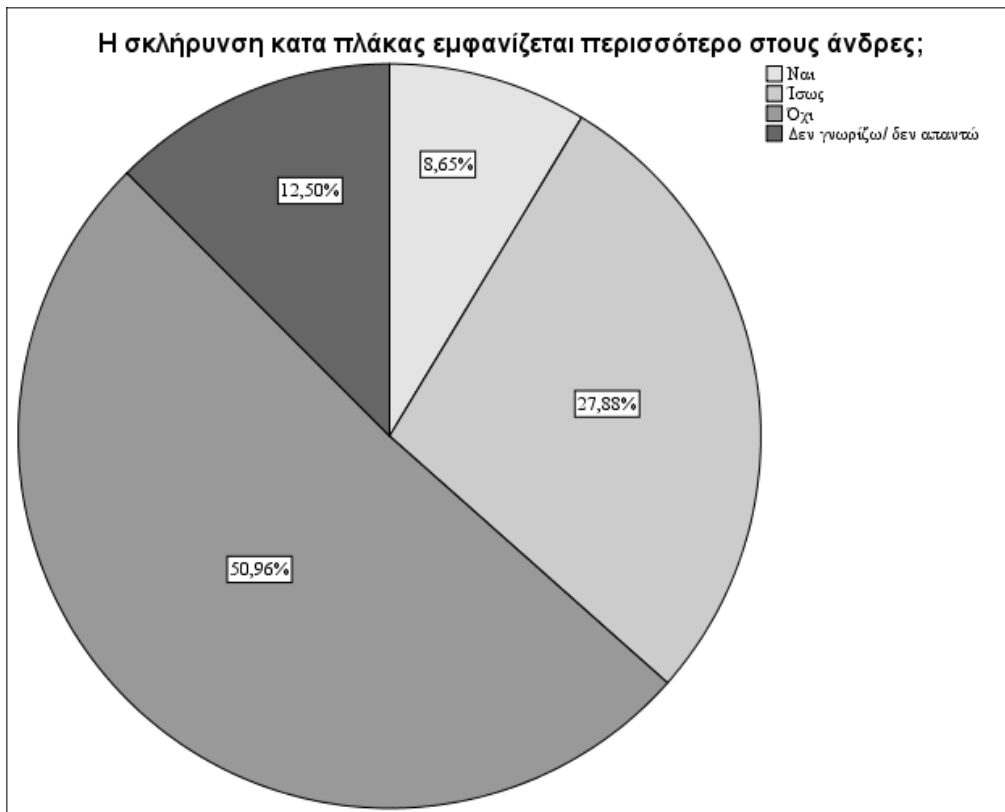
Ερώτηση 15: Η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 15. Το δείγμα αποτελείται κατά 8,7% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες (9 άτομα) ενώ κατά 27,9% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει (29 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 51% απάντησε πως η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες (53 άτομα), ενώ το 12,5% του δείγματος είτε δεν γνώριζε είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει (13 άτομα).

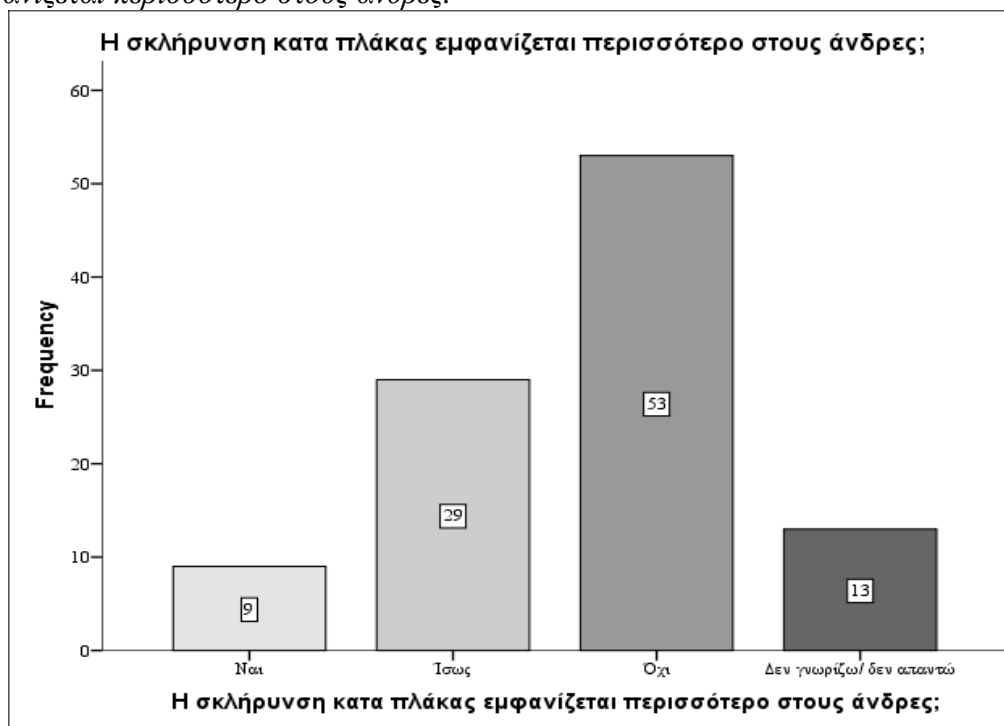
Η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες;

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	9	8,7
	Ίσως	29	27,9
	Όχι	53	51,0
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	13	12,5
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητας 15: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες.



Γράφημα πίτας 15: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες.



Γράφημα ράβδων 15: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες.

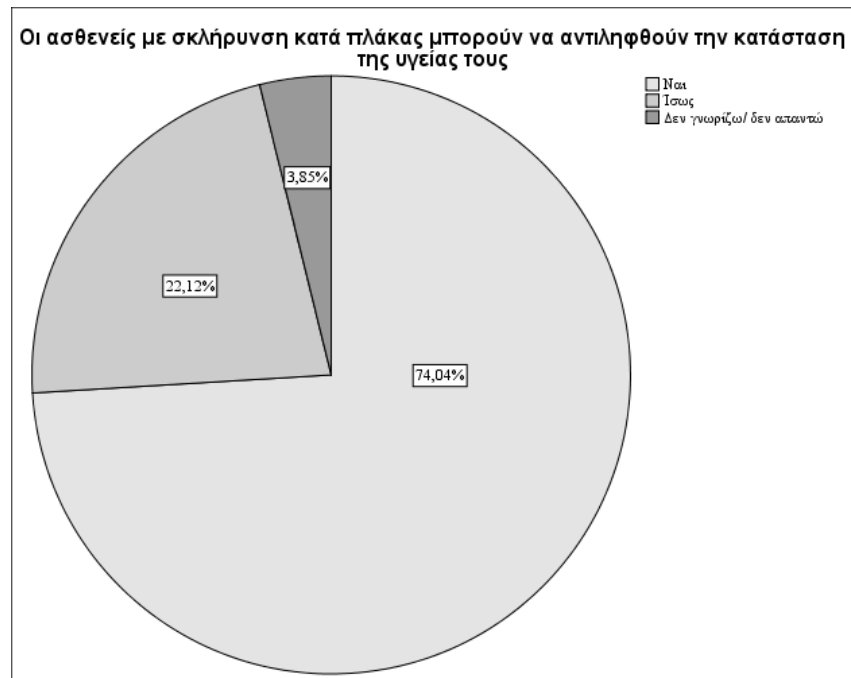
Ερώτηση 16: Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση της υγείας τους;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση της υγείας τους μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 16. Το δείγμα αποτελείται κατά 74% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση της υγείας τους (77 άτομα) ενώ κατά 22,1% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει (23 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 3,8% απάντησε πως είτε δεν γνώριζε είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει (4 άτομα).

Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση της υγείας τους

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	77	74,0
	Ίσως	23	22,1
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	4	3,8
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητας 16: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση της υγείας τους.



Γράφημα πίτας 16: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση της υγείας τους.



Γράφημα ράβδων 16: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση της υγείας τους.

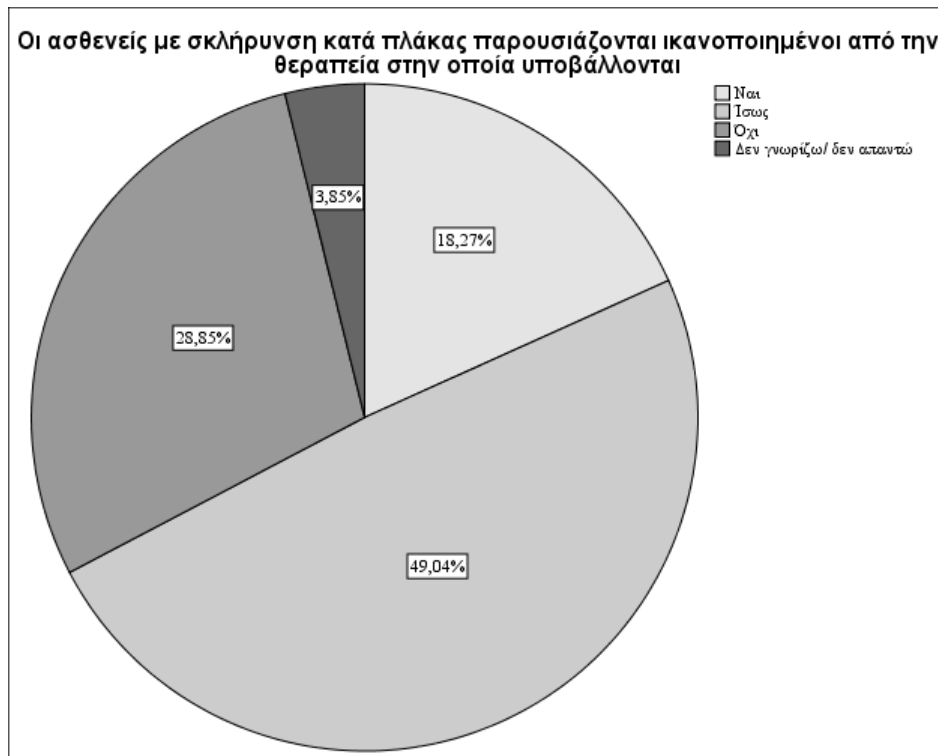
Ερώτηση 17: Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 17. Το δείγμα αποτελείται κατά 18,3% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται (19 άτομα) ενώ κατά 49% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει (51 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 28,8% απάντησε πως οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας δεν παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται (30 άτομα), ενώ το 3,8% του δείγματος είτε δεν γνώριζε είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει (4 άτομα).

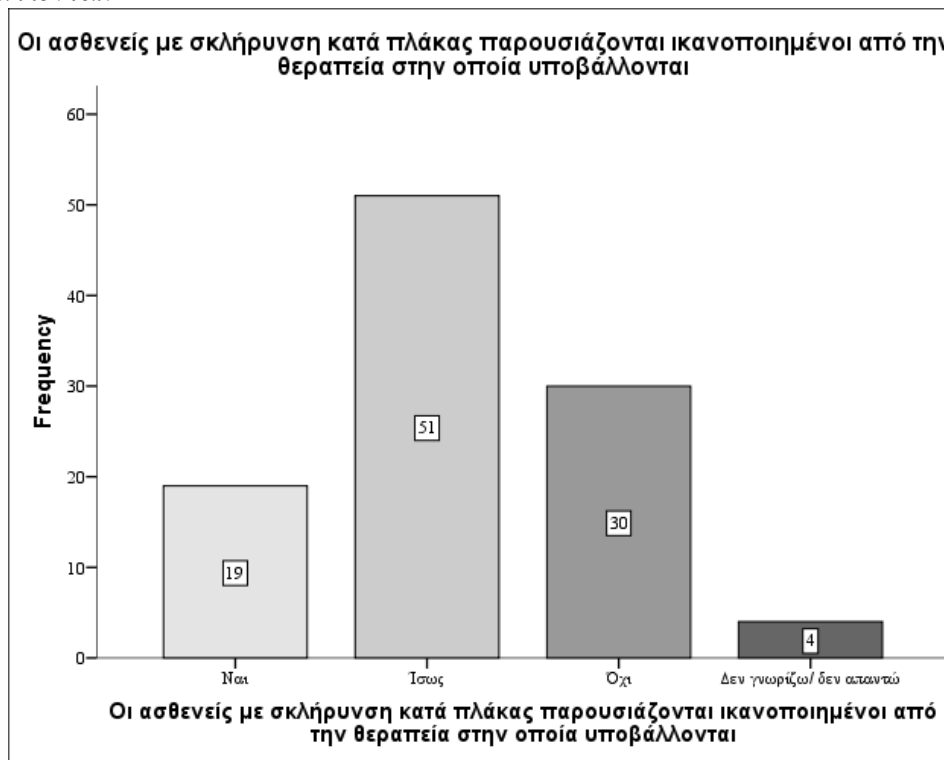
Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	19	18,3
	Ίσως	51	49,0
	Όχι	30	28,8
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	4	3,8
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητων 17: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται.



Γράφημα πίτας 17: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται.



Γράφημα ράβδων 17: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται.

Ερώτηση 18: Οι συχνές επανα-εισαγωγές στο νοσοκομείο αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις για τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι οι συχνές επανα-εισαγωγές στο νοσοκομείο αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις για τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 18. Το δείγμα αποτελείται κατά 72,1% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως οι συχνές επανα-εισαγωγές στο νοσοκομείο αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις για τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας (75 άτομα) ενώ κατά 24% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει (25 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 3,8% απάντησε πως είτε δεν γνώριζε είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει (4 άτομα).

Οι συχνές επανα-εισαγωγές στο νοσοκομείο αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις για τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	75	72,1
	Ίσως	25	24,0
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	4	3,8
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητας 18: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι συχνές επανα-εισαγωγές στο νοσοκομείο αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις για τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας.



Γράφημα πίτας 18: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι συχνές επανα-εισαγωγές στο νοσοκομείο αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις για τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας.



Γράφημα ράβδων 18: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι συχνές επανα-εισαγωγές στο νοσοκομείο αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις για τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας.

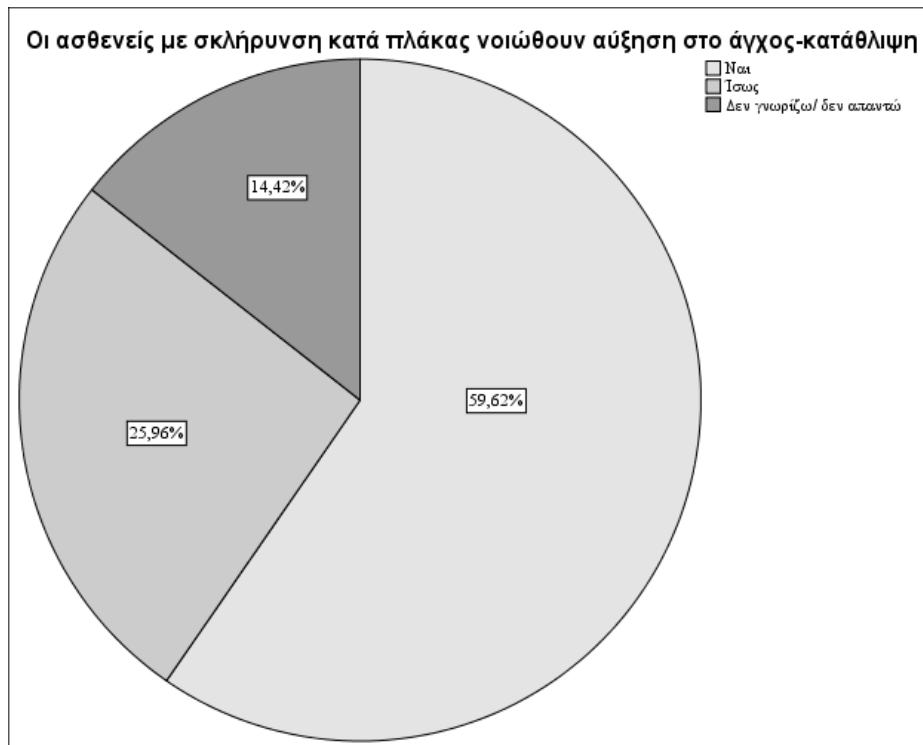
Ερώτηση 19: Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας νοιώθουν αύξηση στο άγχος-κατάθλιψη;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας νοιώθουν αύξηση στο άγχος-κατάθλιψη μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 19. Το δείγμα αποτελείται κατά 29,6% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας νοιώθουν αύξηση στο άγχος-κατάθλιψη (62 άτομα) ενώ κατά 26% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει (27 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 14,4% απάντησε πως είτε δεν γνώριζε είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει (15 άτομα).

Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας νοιώθουν αύξηση στο άγχος-κατάθλιψη

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	62	59,6
	Ίσως	27	26,0
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	15	14,4
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητας 19: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας νοιώθουν αύξηση στο άγχος-κατάθλιψη.



Γράφημα πίτας 19: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας νοιώθουν αύξηση στο άγχος-κατάθλιψη.



Γράφημα ράβδων 19: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας νοιώθουν αύξηση στο άγχος-κατάθλιψη.

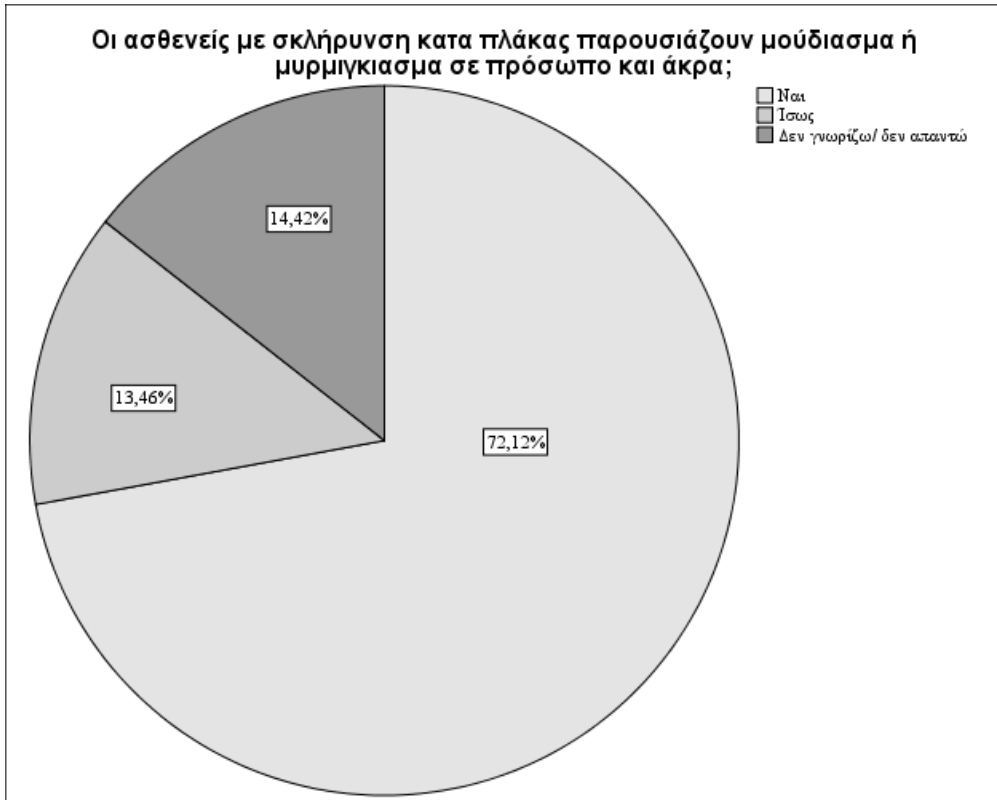
Ερώτηση 20: Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν μούδιασμα ή μυρμιγκιασμα σε πρόσωπο και άκρα;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν μούδιασμα ή μυρμιγκιασμα σε πρόσωπο και άκρα μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 20. Το δείγμα αποτελείται κατά 72,1% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν μούδιασμα ή μυρμιγκιασμα σε πρόσωπο και άκρα (75 άτομα) ενώ κατά 13,5% αποτελείται από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει (14 άτομα). Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 14,4% απάντησε πως είτε δεν γνώριζε είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει (15 άτομα).

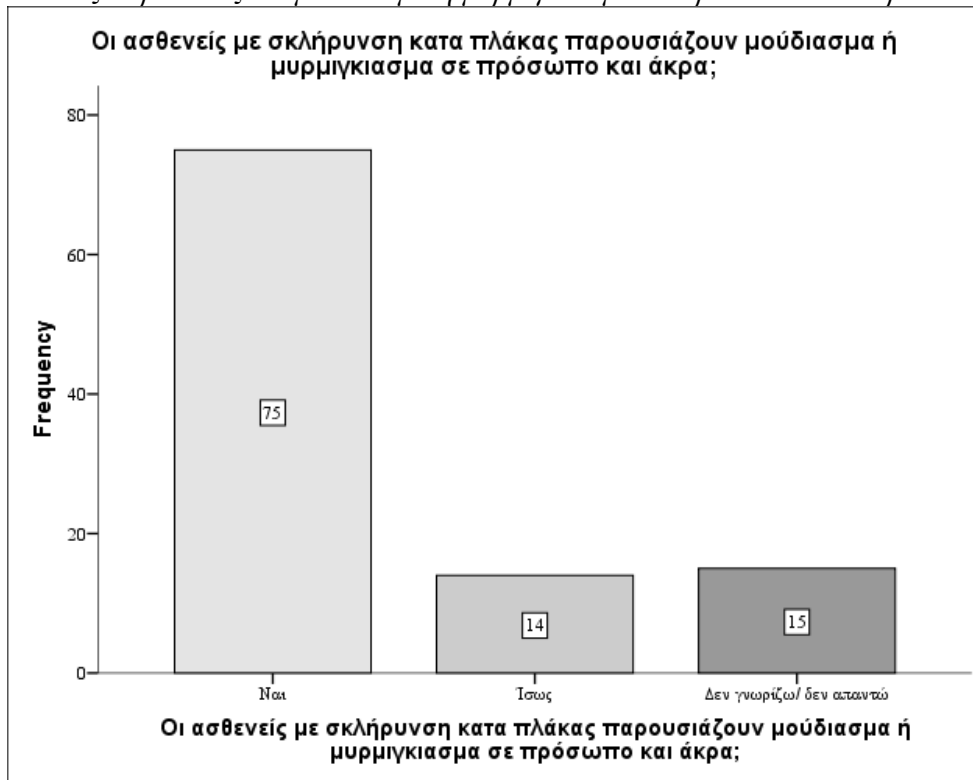
Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν μούδιασμα ή μυρμιγκιασμα σε πρόσωπο και άκρα;

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	75	72,1
	Ίσως	14	13,5
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	15	14,4
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητας 20: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν μούδιασμα ή μυρμιγκιασμα σε πρόσωπο και άκρα.



Γράφημα πίτας 20: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν μούδιασμα ή μυρμιγκιασμα σε πρόσωπο και άκρα.



Γράφημα ράβδων 20: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν μούδιασμα ή μυρμιγκιασμα σε πρόσωπο και άκρα.

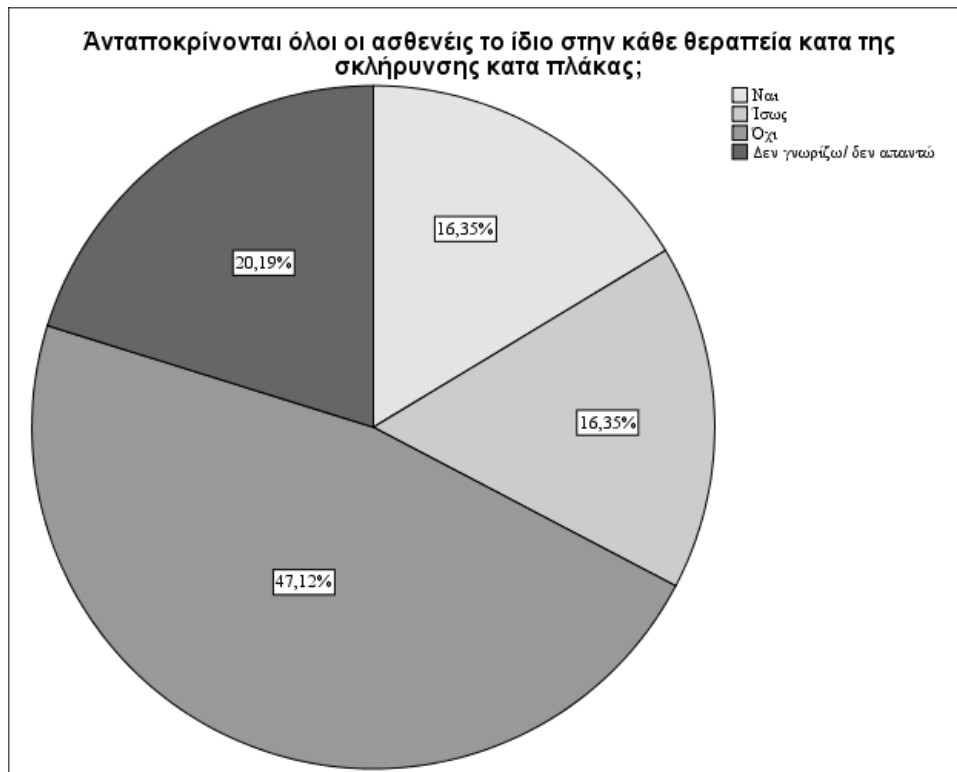
Ερώτηση 21: Ανταποκρίνονται όλοι οι ασθενείς το ίδιο στην κάθε θεραπεία κατά της σκλήρυνσης κατά πλάκας;

Αναφορικά με τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το αν ανταποκρίνονται όλοι οι ασθενείς το ίδιο στην κάθε θεραπεία κατά της σκλήρυνσης κατά πλάκας μπορεί να παρατηρηθεί ο πίνακας 21. Το δείγμα αποτελείται κατά 16,3% από φοιτητές-τριες που θεωρούν πως όλοι οι ασθενείς ανταποκρίνονται το ίδιο στην κάθε θεραπεία κατά της σκλήρυνσης κατά πλάκας (17 άτομα) ενώ κατά ίσοι φοιτητές-τριες θεωρούν πως κάτι τέτοιο πιθανόν να συμβαίνει. Ακόμη στο δείγμα ένα ποσοστό της τάξης του 47,1% απάντησε πως δεν ανταποκρίνονται όλοι οι ασθενείς το ίδιο στην κάθε θεραπεία κατά της σκλήρυνσης κατά πλάκας (49 άτομα), ενώ το 20,2% του δείγματος είτε δεν γνώριζε είτε δεν επιθυμούσε να απαντήσει (21 άτομα).

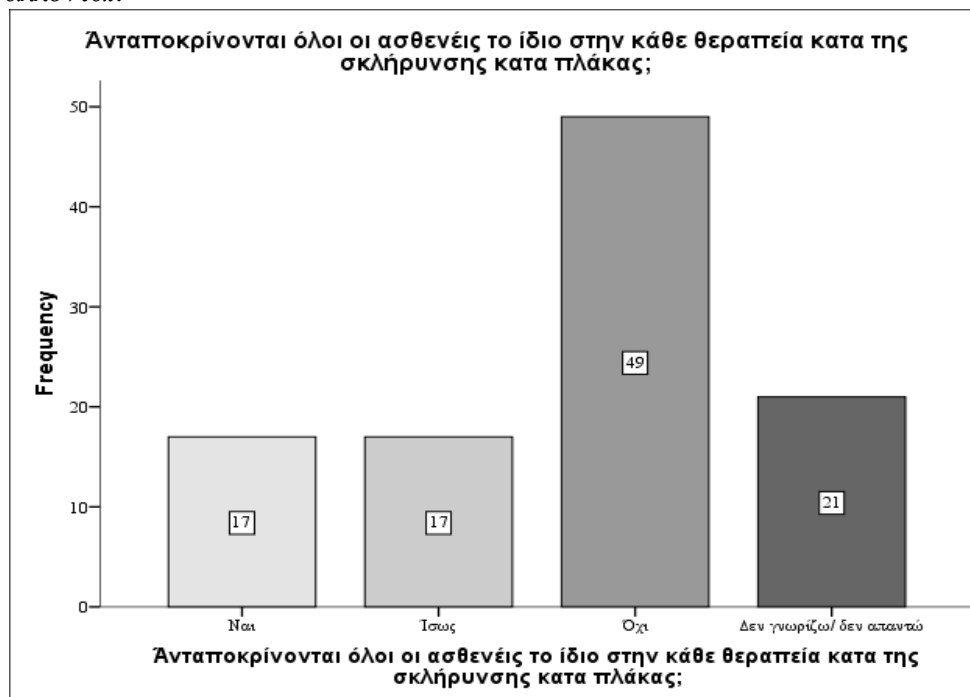
Ανταποκρίνονται όλοι οι ασθενείς το ίδιο στην κάθε θεραπεία κατά της σκλήρυνσης κατά πλάκας;

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	17	16,3
	Ίσως	17	16,3
	Όχι	49	47,1
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	21	20,2
	Total	104	100,0

Πίνακας Συχνότητων 21: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται.



Γράφημα πίτας 21: Παρουσίαση της εκατοστιαίας συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται.



Γράφημα ράβδων 21: Παρουσίαση της συχνότητας που συγκέντρωσαν οι απαντήσεις του δείγματος γύρω από τη γνώμη τους στο ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια χρόνια απομυελινωτική ασθένεια του κεντρικού νευρικού συστήματος που επηρεάζει τους νέους ενήλικες και μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική αναπηρία. Η κλινική πορεία ποικίλλει μεταξύ των τύπων της νόσου καθώς και μεταξύ των ατόμων. Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε ότι το 95,2% των συμμετεχόντων στην έρευνα (σε δείγμα 104 ατόμων) θεωρεί πως η σκλήρυνση κατά πλάκας εντάσσεται στις αυτοάνοσες νόσους ενώ το 42,3% του δείγματος πιστεύει πως οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας.

Επιπλέον παρατηρήθηκε πως το μισό δείγμα της έρευνας πιστεύει πως η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου, το 76% των φοιτητών και φοιτητριών θεωρεί ότι επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί ενώ το 74% του δείγματος θεωρεί πως η νόσος επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί. Ακόμη το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος και πιο συγκεκριμένα το 29,2% του, θεωρεί ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας δεν βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό.

Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε πως το 87,5% του δείγματος θεωρεί ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών διαταραχών ενώ το 43,3% του δείγματος θεωρεί πως οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας δεν αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος και πιο συγκεκριμένα το 79,8% του, πιστεύει πως η κατ' οίκον νοσηλεία έχει θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας ενώ το 51% θεωρεί ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες.

Επιπλέον κατά 74% το δείγμα των φοιτητών και φοιτητριών θεωρεί ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση της υγείας τους, ενώ το 49% του δείγματος πιστεύει ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας δεν παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται. Σχετικά με τις συχνές επανα-εισαγωγές στο νοσοκομείο το 72,1% του δείγματος θεωρεί πως αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις για τους ασθενείς με

σκλήρυνση κατά πλάκας, ενώ το 29,6% του δείγματος πιστεύει πως οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας νοιώθουν αύξηση στο άγχος ή και της κατάθλιψη.

Τέλος όσον αφορά τα ευρήματα της έρευνας παρατηρήθηκε ότι το 72,1% του δείγματος πιστεύει ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν μούδιασμα ή μυρμιγκιασμα σε πρόσωπο και άκρα ενώ το 47,1% των φοιτητών και φοιτητριών απάντησε πως κατά τη γνώμη τους δεν ανταποκρίνονται όλοι οι ασθενείς το ίδιο στην κάθε θεραπεία κατά της σκλήρυνσης κατά πλάκας.

Σε γενικές γραμμές παρατηρήθηκε πως οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν αρκετές γνώσεις γύρω από το ζήτημα της σκλήρυνσης κατά πλάκας, αυτό είναι πιθανό να απορρέει από το μεγαλύτερο έτος σπουδών μεγάλου τμήματος του δείγματος είτε από το γεγονός ότι αρκετοί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν οικεία τους πρόσωπα που έπασχαν από τη νόσο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Tillery E., Clements J. and Howard Z. (2017). What's new in multiple sclerosis? *Ment Health Clin.* 7(5), 213–220.

Sturm D, Gurevitz SL, Turner A. (2014). Multiple sclerosis: a review of the disease and treatment options. *Consult Pharm.* 29 7: 469- 79.

Koch-Henriksen N, Sørensen PS. (2010). The changing demographic pattern of multiple sclerosis epidemiology. *Lancet Neurol.* 9:520–532.

Mahad DH, Trapp BD, Lassmann H. (2015). Pathological mechanisms in progressive multiple sclerosis. *Lancet Neurol.*14:183–193.

Milo R, Miller A. (2014). Revised diagnostic criteria of multiple sclerosis. *Autoimmun Rev.* 13:518–524.

Lassmann H, van Horssen J, Mahad D. (2012). Progressive multiple sclerosis: Pathology and pathogenesis. *Nat Rev Neurol.*;8:647–656.

Leray E, Moreau T, Fromont A, Edan G. (2016). Epidemiology of multiple sclerosis. *Rev Neurol*, 172 (1): 3-13.

Zwibel HL, Smrtka J. (2011). Improving quality of life in multiple sclerosis: an unmet need. *Am J Manag Care*, 17, 139-145.

Beer, F. Khan, and Kesselring J.. (2012). Rehabilitation interventions in multiple sclerosis: an overview,” *Journal of Neurology*, vol. 259, no. 9, pp. 1994–2008,.

Cameron M., Finlayson M., and Kesselring J. (2013). Multiple sclerosis basics, in *Multiple Sclerosis Rehabilitation: From Impairment to Participation*, M. Finlayson, Ed., pp. 9–34, CRC Press; Taylor & Francis Group, Boca Raton, Fla, USA.

Olascoaga J. (2010). Quality of life and multiple sclerosis. *Rev Neurol*, 51(5): 279-88

Fisniku LK, Chard DT, Jackson JS, et al. (2008). Gray matter atrophy is related to long-term disability in multiple sclerosis, *Ann Neurol*, 643:247–54.

Ross A. (2007). The evolution of disease management. In Halper J, *Advanced Concepts in Multiple Sclerosis Nursing*, 2nd Edition, New York: Demos Medical Publishing,:53–68.

Burke T., Dishon S., and Smrtka J. (2011). The Evolving Role of the Multiple Sclerosis Nurse. An International Perspective. *Int J MS Care*. 13(3): 105–112.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ερώτημα 1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

Ερώτημα 2. Ηλικία

- Από 18 έως 20
- από 21 έως 23
- από 24 έως 26
- πάνω από 26 ετών

Ερώτημα 3. Έτος σπουδών

- 1ο έτος
- 2ο έτος
- 3ο έτος
- 4ο έτος
- 5ο έτος
- επί πτυχίο

Ερώτημα 4. Έχετε εισαχθεί στο ΤΕΙ από:

- Γενικό Λύκειο
- ΕΠΑΛ
- Κατατακτήριες

Ερώτημα 5. Υπάρχει κάποιο άτομο στο στενό σας περιβάλλον με Σκλήρυνση κατά πλάκας;

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 6. Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας θεωρείτε ότι ανήκει στα

- Αυτοάνοσα Νοσήματα
- Μεταβολικά Νοσήματα
- Ιογενή Νοσήματα

Ερώτημα 7. Οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας;

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 8. Η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου.

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 9. Η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί.

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 10. Η σκλήρυνση κατά πλάκας επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 11. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 12. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών διαταραχών

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 13. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 14. Η κατ' οίκον νοσηλεία έχει θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 15. Η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 16. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση της υγείας τους

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 17. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται

- Ναι

- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 18. Οι συχνές επανα-εισαγωγές στο νοσοκομείο αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις για τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 19. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας νοιώθουν αύξηση στο άγχος-κατάθλιψη

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 20. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν μούδιασμα ή μυρμιγκιασμα σε πρόσωπο και άκρα;

- Ναι
- Ίσως
- Όχι
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

Ερώτημα 21. Ανταποκρίνονται όλοι οι ασθενείς το ίδιο στην κάθε θεραπεία κατά της σκλήρυνσης κατά πλάκας;

- Ναι

- ο Ίσως
- ο Όχι
- ο Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

