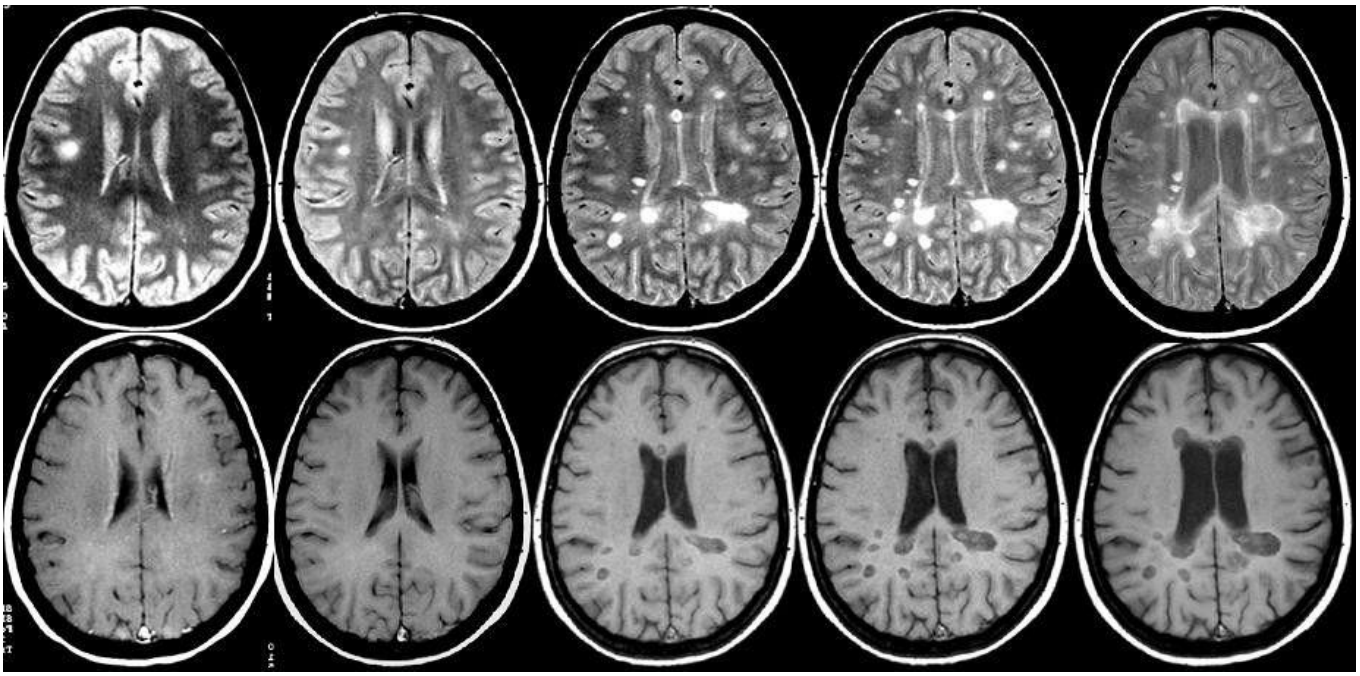
Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Σκλήρυνση κατά πλάκας- Γνώσεις και στάσεις των φοιτητών νοσηλευτικής»



Σπουδαστές:
Ματσούκας Αλέξανδρος
Ουρουμίδης Παύλος
Χατζηαντωνίου Ελένη

Επιβλέπων καθηγητής: Θεοφανίδης Δημήτριος

Θεσσαλονίκη 2021

Περίληψη

-Εισαγωγή: Η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣκΠ) ή αλλιώς πολλαπλή σκλήρυνση είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Η αιτία της ασθένειας είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη. Όμως, πλέον, γνωρίζουμε πως είναι αυτοάνοση ανωμαλία του ΚΝΣ που πιθανώς επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες. Τις περισσότερες φορές το τελικό αποτέλεσμα είναι η προοδευτική απώλεια της λειτουργικότητας.

-Σκοπός και στόχοι: Ο σκοπός της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση των γνώσεων των φοιτητών της νοσηλευτικής όσον αφορά την ίδια την ασθένεια, την αντιμετώπισή της, τον τρόπο αποκατάστασης του ασθενούς, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζεται η ζωή του ασθενούς.

-Υλικά και Μέθοδοι: Για την διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο από μια έρευνα που αποτελείται από εικοσιεπτά (27) ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε στα ελληνικά και μεταφέρθηκε στην ηλεκτρονική πλατφόρμα διεξαγωγής ερωτηματολογίων «Google Forms». Έπειτα τα αποτελέσματα επεξεργάστηκαν στο Excel 2016 καθώς και στο IBM SPSS Statistics 25, έτσι ώστε να μπορέσουν να ερμηνευθούν και να βρεθούν οι κατάλληλες συσχετίσεις.

-Αποτελέσματα: Σύμφωνα με την επεξεργασία των δεδομένων παρουσιάστηκε ότι οι φοιτητές νοσηλευτικής διαθέτουν επαρκείς γνώσεις αναφορικά με την Σκλήρυνση κατά Πλάκας, καθώς και θετική στάση απέναντι στη νόσο. Παρ’ όλα αυτά υπάρχουν πάντοτε περιθώρια βελτίωσης.

-Λέξεις κλειδιά: σκλήρυνση κατά πλάκας, πολλαπλή σκλήρυνση, απομυελίνωση, αναπηρία, κόπωση μυϊκή αδυναμία, νοσηλευτική φροντίδα.

Abstract

-Introduction: Multiple sclerosis (MS) is a chronic inflammatory disease of the central nervous system (CNS). The cause of the disease is largely unknown. We know, now, that it is an autoimmune disorder of the CNS that is probably influenced by environmental and genetic factors. Most of the time the end result is a progressive loss of functionality.

-Purpose and Objectives: The purpose of this research is to investigate the knowledge of nursing students regarding the disease itself, its treatment, how to rehabilitate the patient, as well as how the patient's life is affected.

-Materials and Methods: A questionnaire derived from a research article, consisting of twenty-seven (27) questions, was used to conduct the research. This questionnaire was translated into Greek and was transferred into the «Google Forms» electronic questionnaire platform. The data were then transferred into Excel 2016 and IBM SPSS Statistics 25, so that they could be analyzed, which would allow correlation to be measured.

-Results: According to the data analysis nursing students possess an adequate level of knowledge regarding Multiple Sclerosis, as well as a positive attitude towards the disease. Nevertheless, there is always room for improvement.

-Keywords: multiple sclerosis, demyelination, disability fatigue, muscle weakness, nursing care

Περιεχόμενα:

Περίληψη 2
Abstract 3
Εισαγωγή 6
Πρόλογος 8
Κεφάλαιο 1: Η Νόσος της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας 9
1.1 Ορισμός 9
1.2 Ιστορική αναδρομή 9
1.3 Επιδημιολογία 10
1.4 Φυσιολογία και ανατομία Κεντρικού Νευρικού Συστήματος 11
1.5 Παθοφυσιολογία και Παθογένεια 13
1.6 Κλινικά συμπτώματα 14
1.7 Διάγνωση 18
1.8 Πορεία της Νόσου-Τύποι Σκλήρυνσης κατά Πλάκας 20
1.9 Πρόγνωση 21
1.10 Θεραπεία και Αντιμετώπιση 22
Κεφάλαιο 2: Οι επιπτώσεις της ΣκΠ στο άτομο και στην κοινωνία 24
2.1 Ασθένεια και ψυχολογία 24
2.2 Οικονομία και Σκλήρυνση κατά Πλάκας 25
2.3 Σκλήρυνση κατά Πλάκας και κοινωνικός περίγυρος 27
2.4 Σύνδρομο Φροντιστή 29
2.5 Κόπωση 30
2.6 Έλλειμμα Αυτοφροντίδας 31
2.7 Ποιότητα ζωής και Σκλήρυνση κατά Πλάκας 32
Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία έρευνας 34
3.1 Σκοπός 34
3.2 Εργαλεία 34
3.3 Τόπος και Χρόνος 34
3.4 Δείγμα-Πληθυσμός 34
3.5 Στατιστική ανάλυση 35
Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα 36
Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα και Συζήτηση 59
Βιβλιογραφία 62
Ξένη Βιβλιογραφία 62
Ελληνική Βιβλιογραφία 65

Παράρτημα Α I
Παράρτημα Β..... IV
Παράρτημα Γ XVII

Εισαγωγή

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι μία ασθένεια η οποία προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα. Πρόκειται για μία απομυελινωτική νόσο, που δημιουργεί βλάβες σε διάφορα σημεία του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως νωτιαίο μυελό, εγκέφαλο και παρεγκεφαλίδα, και χαρακτηρίζεται από παρουσία πλακών σε όλο του το μήκος. Τα συμπτώματα της ασθένειας διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή ανάλογα με τις περιοχές που έχουν υποστεί απομυελίνωση. Οι συχνότερες κλινικές εκδηλώσεις είναι κινητικές, αισθητικές και οπτικές διαταραχές, ενώ η κόπωση είναι ένα από τα πιο ενοχλητικά συμπτώματα που προσβάλλει σχεδόν όλους τους ασθενείς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Η έναρξη της νόσου παρατηρείται συνήθως σε ηλικίες 20-40 ετών. Η αιτιολογία της ασθένειας έως και σήμερα παραμένει άγνωστη και έτσι η ασθένεια της πολλαπλής σκλήρυνσης αποτελεί ένα από τα κυριότερα θέματα ερευνών της νευρολογίας. Ο ρόλος της πολυεπιστημονικής ομάδας είναι εξαιρετικά σημαντικός στην αποκατάσταση ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Ένας νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει πληροφορίες για την φύση της ασθένειας, ώστε με την σειρά του να μπορεί να τις μεταδώσει στον ασθενή επιλύοντας όλες του τις απορίες. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίζει τον ασθενή με ολοκληρωμένο τρόπο και πέρα από τη σωματική φροντίδα να είναι ικανός να στηρίξει ψυχολογικά τον ασθενή και σε συνεργασία με αυτόν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής του.

Η επιλογή του θέματος των γνώσεων των φοιτητών της νοσηλευτικής πάνω στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας έγινε με βάση τα παραπάνω, και πιστεύουμε πως θα είναι χρήσιμη μία έρευνα για το συγκεκριμένο ζήτημα, αφού είναι σημαντικό ένας εν δυνάμει νοσηλευτής να είναι ικανός να βοηθήσει και να στηρίξει σωματικά και ψυχικά έναν ασθενή και να συμβάλλει στην βελτίωση της ζωής του και στη διαχείριση της νόσου. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με την χρήση ενός ερωτηματολογίου είκοσι επτά (27) ερωτήσεων που σαν στόχο έχουν να αξιολογήσουν τις γνώσεις καθώς και την στάση των φοιτητών, απέναντι στην ασθένεια.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας αναφέρονται κάποια γενικά στοιχεία της νόσου. Αναγράφεται, αρχικά, ο ορισμός της ασθένειας και στη συνέχεια παρατίθενται ιστορικά στοιχεία που αφορούν τις πρώτες εμφανίσεις της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας έως και την πρώτη επίσημη καταγραφή της ως ξεχωριστή ασθένεια. Στη συνέχεια εξηγούνται κάποιοι επιδημιολογικοί παράγοντες και περιγράφεται το κεντρικό νευρικό σύστημα, καθώς αυτό προσβάλλεται από την πολλαπλή σκλήρυνση. Έπειτα, αναλύεται πλήρως η παθοφυσιολογία και η παθογένεια της νόσου, τα κλινικά συμπτώματα και γίνεται αναφορά στον τρόπο διάγνωσης της νόσου. Τέλος, υπάρχουν πληροφορίες

για την πορεία και τους τύπους της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας, καθώς και για την θεραπευτική αντιμετώπιση.

Το δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας αφορά τις επιπτώσεις της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας σε διάφορες πτυχές της ζωής του ασθενούς. Αρχικά γίνεται επεξήγηση στο πως επιδρά η ίδια η ασθένεια στην ψυχολογία του ασθενούς, αφού τα συμπτώματα που προκαλεί, πλήττουν την ποιότητα ζωής του. Στη συνέχεια, αναφέρονται μερικοί ακόμη παράγοντες οι οποίοι επιβαρύνουν την ψυχική κατάσταση του ασθενούς, οι οποίοι είναι η στάση του κοινωνικού περίγυρου, ο ρατσισμός, η κοινωνική αποξένωση και το «στίγμα» που προκαλεί η νόσος στο άτομο. Επίσης αναφέρονται συμπτώματα όπως η κόπωση και η αδυναμία αυτοφροντίδας, τα οποία πλήττουν την ποιότητα ζωής του άτομου και δημιουργούν ένα αίσθημα βάρους στους κοντινούς ανθρώπους του. Τέλος, η ασθένεια της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα αλλά και την επαγγελματική ζωή του ασθενούς γεγονός που δημιουργεί προβλήματα στην οικονομική του κατάσταση.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μέθοδος διεξαγωγής της έρευνας της παρούσας εργασίας. Αναγράφεται ο σκοπός της έρευνας, τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για να αποκομιστούν τα απαραίτητα δεδομένα, τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας καθώς και ο πληθυσμός από τον οποίο επιλέχτηκε το απαιτούμενο δείγμα. Στο τελευταίο μέρος του εν λόγω κεφαλαίου αναγράφεται ο τρόπος της στατιστικής ανάλυσης και επεξεργασίας των δεδομένων της έρευνας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου.

Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση των δεδομένων, η συζήτηση των αποτελεσμάτων, καθώς και μερικές προτάσεις που μπορεί να βοηθήσουν στην περαιτέρω βελτίωση των γνώσεων και στάσεων των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στη νόσο.

Πρόλογος

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας αποτελεί την κυριότερη αιτία επίκτητης νευρολογικής βλάβης σε νεαρούς ενήλικες και την συχνότερη απομυελινωτική νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η αιτιολογία της σκλήρυνσης κατά πλάκας παραμένει έως και σήμερα μία άγνωστη παράμετρος της νόσου, ενώ ελάχιστα κατανοητή έχει γίνει η παθοφυσιολογία της. Σύμφωνα με μελέτες και έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε βάθος χρόνου η Σκλήρυνση κατά Πλάκας φαίνεται να είναι αποτέλεσμα μίας σειράς αλληλεπιδράσεων μεταξύ περιβαλλοντικών, γενετικών και ανοσολογικών παραγόντων.

Τα κλινικά συμπτώματα της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Συνήθως περιλαμβάνουν μία ποικιλία κινητικών, αισθητηριακών, οπτικών και γνωσιακών διαταραχών και εν τέλει, οδηγούν πολλές φορές σε μόνιμη αναπηρία. Ωστόσο, η άγνωστη αιτιολογία της ασθένειας και η πολυπλοκότητα του ανοσοποιητικού συστήματος δεν έχει επιτρέψει την ύπαρξη μίας οριστικής θεραπείας της νόσου. Παρ' όλα αυτά, έχουν βρεθεί θεραπευτικοί χειρισμοί και φαρμακευτικές αγωγές που εστιάζουν στην επιβράδυνση της εξέλιξης της ασθένειας, στη μείωση της συχνότητας των υποτροπών και στη διαχείριση των συμπτωμάτων, προσφέροντας στους ασθενείς μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πέραν των σωματικών δυσλειτουργιών όμως, ένας ασθενής με Σκλήρυνση κατά Πλάκας αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα στην ψυχολογία του, τα οποία πηγάζουν από την φύση των συμπτωμάτων και την επίδραση που αυτά έχουν στη καθημερινότητά του. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι εξαιρετικά σημαντικός στη διαχείριση της νόσου. Συνεπώς, για αυτό, οι εν δυνάμει νοσηλευτές οφείλουν να είναι πλήρως καταρτισμένοι με επιστημονικές γνώσεις πάνω στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας, ώστε να είναι σε θέση να απαντήσουν σε οποιαδήποτε απορία έχει ο ασθενής, καθώς και να είναι εκπαιδευμένοι στην διαχείριση των κοινωνικών , ψυχολογικών και συναισθηματικών προβλημάτων που θα αντιμετωπίσει ο ασθενής. Για τον λόγο αυτό επιλέξαμε το συγκεκριμένο θέμα, καθώς θεωρούμε πως είναι σημαντικό να γίνει μια εκτίμηση των γνώσεων των φοιτητών όσον αφορά τη νόσο, καθώς μόνο με τα κατάλληλα εφόδια θα είμαστε ικανοί να βοηθήσουμε τους ασθενείς και να συμβάλλουμε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Κεφάλαιο 1: Η Νόσος της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας

1.1 Ορισμός

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣκΠ) ή αλλιώς πολλαπλή σκλήρυνση, είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος. Χαρακτηρίζεται από μεγάλες εστιακές βλάβες στη λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, που έχει σαν αποτέλεσμα πρωτογενή απομυελίνωση καθώς και αξονική απώλεια (Nicolas and Rashid 2013).

Η ασθένεια φαίνεται να έχει τέσσερις μορφές: το κλινικά μεμονωμένο σύνδρομο (CIS), την υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα ΣκΠ (RRMS), την δευτεροπαθώς προϊούσα ΣκΠ (SPMS) και την πρωτοπαθώς προϊούσα ΣκΠ (PPMS) (Klineova & Lublin 2018). Η αιτία της ασθένειας είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη. Όμως πλέον γνωρίζουμε πως είναι αυτοάνοση ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος που πιθανώς επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες. Αξίζει να σημειωθεί πως είναι η πιο συχνή νευρολογική διαταραχή στους νέους ενήλικες μεταξύ 20 και 40 ετών (Kamm, Uitdehaag &Polman 2014).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας είναι αρκετά ενδιαφέρουσα καθώς οι πρώτες αναφορές για τη ΣκΠ έγιναν το 14ο αιώνα, ενώ η αναγνώρισή της ως ξεχωριστής ασθένειας έγινε τον 19ο αιώνα. Σήμερα, με τις σύγχρονες μεθόδους έχει καλυφθεί ένα μεγάλο μέρος γνώσεων της παθολογίας της ασθένειας το οποίο δίνει και τη δυνατότητα νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων της νόσου (Murray 2005).

Η πρώτη γνωστή περιγραφή περιστατικού ΣκΠ είναι αυτή της St. Lidwiva of Schiedam(1380-1433) στη Γερμανία. Ιστορικές πηγές αναφέρουν πως έπασχε από ένα νόσημα το οποίο έχει πολλά κοινά στοιχεία με τη ΣκΠ. Η νόσος ξεκίνησε ύστερα από ένα ατύχημα που είχε στα 16 της χρόνια και έκτοτε παρουσίαζε δυσκολίες στο περπάτημα και κεφαλαλγίες. Στα 19 της χρόνια πλέον ήταν παραπληγική και είχε χάσει μεγάλο μέρος της όρασης της. Στη συνέχεια η κατάσταση επιδεινώθηκε και κατέληξε σε ηλικία 53 ετών. Τα συμπτώματα ,η ηλικία έναρξης της νόσου καθώς και η πορεία της έμοιαζαν πολύ με αυτά της ΣκΠ (Murray 2005).

Η πρώτη καταγραφή ΣκΠ εμφανίζεται στο ημερολόγιο του Sir Augustu D’Este, νόθου εγγονού του Γεώργιου Γ. , το 1822. Πέθανε σε ηλικία 54 χρονών ψάχνοντας επί 26 χρόνια μια θεραπεία της

ασθένειάς του. Ο D'Este κατέγραψε λεπτομερώς τα 22 χρόνια που έζησε με τη νόσο. Σύμφωνα με το ημερολόγιο του τα συμπτώματα εμφανίστηκαν στην ηλικία των 28 ετών και ήταν αρχικώς μια παροδική απώλεια όρασης. Κατόπιν εμφάνισε αδυναμία κάτω άκρων, αταξία των χεριών, απώλεια αίσθησης αφής, ιλίγγους, διαταραχές ουροδόχου κύστης, στυτική δυσλειτουργία, ώσπου το 1844 ξεκίνησε να χρησιμοποιεί αναπηρικό καροτσάκι (Murray 2005).

Το 1837, ο Σκωτσέζος παθολόγος Robert Carswell, παρουσίασε μία υδατογραφία μιας σπονδυλικής στήλης. Παρατήρησε πως μέσα στον υγιή μυελό, υπήρχαν διάσπαρτες κηλίδες σκληρυντικού και αποχρωματισμένου ιστού. Δεν υπήρξαν άλλες κλινικές λεπτομέρειες αυτής της περίπτωσης εκτός από το γεγονός ότι ο ασθενής ήταν παράλυτος (Murray 2005).

Την ίδια περίπου εποχή ο Γάλλος καθηγητής ανατομίας Jean Cruveilhier δημοσίευσε μια εικόνα με βλάβες στη σπονδυλική στήλη και τον εγκέφαλο τεσσάρων ασθενών. Η μία περίπτωση αφορούσε μια γυναίκα 31 χρονών με προοδευτική παραπληγία. Ο γιατρός ονόμασε τις βλάβες sclerosis, από

την ελληνική λέξη σκλήρυνση. Υπέθεσε πως είχε ανακαλυφθεί μια νέα ασθένεια και ήταν πιθανόν αφού πραγματικά τα συμπτώματα έμοιαζαν με Πολλαπλή Σκλήρυνση (Murray 2005).

Ωστόσο μέχρι το 1868 και τον Jean-Martin Charcot, η Πολλαπλή Σκλήρυνση δεν είχε προσδιοριστεί. Ο καθηγητής παθολογικής ανατομίας και νευρολόγος ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε την ΣκΠ ως ξεχωριστή ασθένεια. Συνοψίζοντας προηγούμενες εκθέσεις και προσθέτοντας δικές του παρατηρήσεις, ο Charcot βρήκε τις χαρακτηριστικές πλάκες της ΣκΠ σε μία εξέταση και έγραψε μια πλήρη περιγραφή της νόσου και των αλλαγών που αυτή φέρει στον εγκέφαλο. Τότε, από τον Charcot, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά ο όρος "Σκλήρυνση κατά Πλάκας" (Murray 2005).

Κατά την διάρκεια του 20ου αιώνα αναπτύχθηκαν θεωρίες σχετικά με την παθογένεια της ασθένειας, ενώ την δεκαετία του 1990 έκαναν την εμφάνισή τους οι πρώτες αποτελεσματικές θεραπείες (Murray 2005).

1.3 Επιδημιολογία

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια μόνιμη φλεγμονώδης πάθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος. Οι περισσότερες μελέτες υποδεικνύουν αυτοάνοση αιτιολογία. Στην ανάπτυξη της νόσου παίζουν ρόλο γενετικοί, γεωγραφικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες (Leray et al 2016).

Η νόσος συναντάται συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (2.5 προς 1) . Η συχνότερη ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι η νεαρή ηλικία, 20 με 30 ετών και ακολουθεί η ηλικία των 30 με 40 ετών. Η έναρξη της νόσου δεν είναι σπάνια και στην 5η δεκαετία ακόμη, ενώ σπανιότερα εμφανίζεται σε ηλικίες μικρότερες των 15 ετών και μεγαλύτερες των 65 (Leray et al 2016).

Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με την αύξηση του γεωγραφικού πλάτους προς το βόρειο και το νότιο ημισφαίριο. Ο επιπολασμός της νόσου μακριά από τον Ισημερινό φτάνει τους 100 ανά 100.000 πληθυσμό, ενώ σε ορισμένες περιοχές όπως η Σκωτία πλησιάζει τους 200 ανά 100.000. Οι περιοχές με την μεγαλύτερη συχνότητα είναι η βόρεια Ευρώπη,ο Καναδάς, οι βόρειες πολιτείες των ΗΠΑ και η Αυστραλία. Στην νότια Ευρώπη ο επιπολασμός της νόσου βρίσκεται στους 30-40 ανά 100.000 πληθυσμό, ενώ κοντά στον Ισημερινό η συχνότητα είναι μικρότερη από 5 ανά 100.000.Ο πιο γνωστός περιβαλλοντικός παράγοντας είναι η μόλυνση με τον ιό Epstein-Barr (EBV), ειδικά εάν εμφανίζεται μετά την παιδική ηλικία και είναι συμπτωματικός (Ropper, Samuels & Klein 2014).

Όσον αφορά τους γενετικούς παράγοντες, πολλές έρευνες έχουν δείξει πως στα δίδυμα αδέρφια, κυρίως τα μονοζυγωτικά, όταν αναπτύσσει το ένα πολλαπλή σκλήρυνση τότε το άλλο έχει ως και 40% πιθανότητες να αναπτύξει και αυτό (Ropper, Samuels & Klein 2014).

1.4 Φυσιολογία και ανατομία Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Το νευρικό σύστημα είναι ένα από τα πιο πολύπλοκα συστήματα που υπάρχουν στο σώμα μας. Είναι υπεύθυνο για την αλληλεπίδραση του οργανισμού στο εξωτερικό και το εσωτερικό περιβάλλον του και αποτελεί το κέντρο ελέγχου και επικοινωνίας του σώματος (Βαρσαμίδης 2016).

Το νευρικό κύτταρο αποτελεί την βασική δομική και λειτουργική μονάδα του νευρικού συστήματος. Τα νευρικά κύτταρα, σε αντίθεση με τα υπόλοιπα κύτταρα του σώματος, εκτός από το κυτταρικό σώμα που έχουν, περιλαμβάνουν και πολλές λεπτές αποφυάδες ή ίνες, οι οποίες εκφύονται από το σώμα και έχουν μήκος από κάποιες εκατοντάδες μικρόμετρα έως ένα μέτρο. Σε ένα νευρικό κύτταρο υπάρχουν δύο ειδών αποφυάδες: α) οι δενδρίτες και β) ο άξονας (Βαρσαμίδης 2016).

Ο άξονας περιβάλλεται από την μυελίνη. Το έλυτρο της μυελίνης είναι η δομή που περιβάλλει τους περισσότερους νευράξονες του περιφερικού και του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τα νευρογλοιακά κύτταρα που συμμετέχουν στο σχηματισμό του ελύτρου της μυελίνης είναι τα

κύτταρα Schwann στο περιφερειακό σύστημα και τα ολιγοδενδροκύτταρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Εκτός από αυτά υπάρχουν και τα αστροκύτταρα, ένα τρίτο είδος νευρογλοιακών κυττάρων τα οποία έχουν κυρίως υποστηρικτικό ρόλο. Η μυελίνη είναι πολύ σημαντική για τη λειτουργία των νευρικών κυττάρων, καθώς αυξάνει την ταχύτητα μετάδοσης του δυναμικού της ενέργειας και επιτρέπει την αποτελεσματική μετάδοσή του σε άξονες με πολύ μεγάλο μήκος (Vander, Sherman & Luiciano 2001).

Το νευρικό σύστημα χωρίζεται σε δύο βασικά μέρη: α) στο κεντρικό νευρικό σύστημα και β) στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Το κεντρικό νευρικό σύστημα αποτελείται από τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό. Το περιφερικό νευρικό σύστημα δέχεται πληροφορίες από το περιβάλλον μέσω των αισθητήριων και των εσωτερικών οργάνων. Οι πληροφορίες αυτές μεταφέρονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα όπου επεξεργάζονται και ολοκληρώνονται. Μετά από την επεξεργασία, ενεργοποιείται το κινητικό σύστημα του κεντρικού νευρικού συστήματος και εν τέλει η πληροφορία μεταφέρεται μέσω των κινητικών νευρώνων στους μύες για την εκτέλεση κάποιας συμπεριφοράς (Καραπάντζος 2015).

Όπως αναφέρθηκε, το κεντρικό νευρικό σύστημα χωρίζεται σε δύο μέρη, τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό (Καραπάντζος 2015).

Ο εγκέφαλος έχει σχήμα σφαιροειδές και διαιρείται σε τμήματα από μπροστά προς τα πίσω: |
α) Τελικός εγκέφαλος. Στον τελικό εγκέφαλο περιλαμβάνονται τα δύο ημισφαίρια που αποτελούν και το μεγαλύτερο μέρος του. Στο εσωτερικό τους κυριαρχεί η λευκή ουσία, ενώ στην επιφάνεια υπάρχουν κυτταρικά σώματα που αποτελούν την φαιά ουσία.
β) Διάμεσος εγκέφαλος. Τα τμήματα του διάμεσου εγκεφάλου είναι ο υποθάλαμος, οι δύο οπτικοί θάλαμοι, ο επιθάλαμος και ο μεταθάλαμος.
γ) Μεσεγκέφαλος. Αποτελείται από το τετράδυμο πέταλο και τα εγκεφαλικά σκέλη, ενώ μέσα από αυτόν περνά ο υδραγωγός του εγκεφάλου.
δ) Μετεγκέφαλος. Ο μετεγκέφαλος αποτελείται από τη γέφυρα και την παρεγκεφαλίδα. Οι λειτουργίες της παρεγκεφαλίδας είναι η εκούσια κίνηση των μυών, η ισορροπία, η κινητική εκμάθηση, η γνωστική λειτουργία, η επεξεργασία της ομιλίας καθώς και η ρύθμιση του φόβου και των αντιδράσεων σε γεγονότα. Συνεπώς οι λειτουργίες της είναι ζωτικής σημασίας για τον ανθρώπινο οργανισμό.
ε) Έσχατος εγκέφαλος. Στον έσχατο εγκέφαλο περιλαμβάνεται ο προμήκης μυελός, μια δομή που ελέγχει αυτόνομες λειτουργίες και συνδέει τα υψηλότερα μέλη του εγκεφάλου με το νωτιαίο μυελό (Καραπάντζος 2015).

Ο νωτιαίος μυελός βρίσκεται μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα και περιβάλλεται από τους σπονδύλους και τις τρεις μήνιγγες. Η κεντρική του περιοχή, η οποία σε εγκάρσια τομή μοιάζει με σχήμα πεταλούδας, αποτελείται από φαιά ουσία και περιβάλλεται από λευκή ουσία. Η λευκή ουσία αποτελείται από ομάδες εμμύελων αξόνων διανευρώνων, που διατρέχουν το νωτιαίο μυελό σε όλο του το μήκος. Καθώς κατεβαίνουν μεταφέρουν πληροφορίες από τον εγκέφαλο στο νωτιαίο μυελό, ενώ ανεβαίνοντας μεταφέρουν πληροφορίες προς τον εγκέφαλο (Καραπάντζος 2015).

1.5 Παθοφυσιολογία και Παθογένεια

Η σκλήρυνση κατά πλάκας χαρακτηρίζεται από φλεγμονή, απομυελίνωση, βλάβη και απώλεια άξονα. Θεωρείται πως είναι αυτοάνοση ασθένεια, χωρίς όμως να έχει βρεθεί η προέλευση του αντιγόνου της απάντησης του ανοσοποιητικού συστήματος. Στα αρχικά στάδια της υποτροπιάζουσας και μέτριας σκλήρυνσης κατά πλάκας η παθοφυσιολογία έχει να κάνει με εστιακές φλεγμονές της λευκής ουσίας (πλάκες) που περιλαμβάνουν πρωτογενή απομυελίνωση και σε εκτεταμένο βαθμό απώλεια άξονος και αντιδραστική γλοίωση (Kamm, Uitdehaag &Polman 2014).

Τα αυτοαντιδραστικά Τ κύτταρα, που ενεργοποιούνται εκτός του κεντρικού νευρικού συστήματος, διαπερνούν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και ξανά-ενεργοποιούνται από τα τοπικά κύτταρα καταστροφής αντιγόνων. Η έκκριση προ-φλεγμονώδων κυτοκινών ενεργοποιεί τα μικρογάγγλια κύτταρα, αστροκύτταρα, περαιτέρω φλεγμονώδη κύτταρα και επάγει την παραγωγή αντισωμάτων από τα πλασματοκύτταρα. Αυτή η φλεγμονώδης διαδικασία έχει σαν αποτέλεσμα την καταστροφή ιστού μέσα στην πλάκα. Αξιοσημείωτο είναι ότι μπορεί να προκύψει επαναμυελίνωση, που μπορεί να επισκευάσει, σε έναν βαθμό, τον κατεστραμμένο ιστό. Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η απομυελίνωση βασίζεται στην εκάστοτε παθοφυσιολογία (Kamm, Uitdehaag &Polman 2014).

Ο φλοιός του εγκεφάλου επηρεάζεται στα αρχικά στάδια της ασθένειας. Αυτό υποδεικνύεται από φλεγμονή και απομυελίνωση του φλοιού, καταστροφή νεύρων του φλοιού (ατροφία νευρώνων, νευριτών, ολιγοδενριτικές βλάβες) και τέλος ατροφία του φλοιού. Η βλάβη άξονος ακολουθεί την απομυελίνωση με την κάκωση να επεκτείνεται από τη μυελίνη προς τον άξονα (από έξω προς τα μέσα). Παρά τα παραπάνω, σε μερικές περιπτώσεις πρώιμη κάκωση στον άξονα μπορεί να οδηγήσει σε δευτερογενή απομυελίνωση και φλεγμονή (αυτή τη φορά από μέσα προς τα έξω). Είναι άγνωστο εάν μόνο ένας από τους δύο προαναφερθέντες μηχανισμούς είναι υπαίτιος για την εμφάνιση της ΣκΠ ή αν συνυπάρχουν (Kamm, Uitdehaag & Polman 2014).

Σε προχωρημένα στάδια της ασθένειας, οι φυσιολογικές ενεργές λευκής ουσίας πλάκες είναι σπάνιες. Παρατηρούνται σε μεγάλο βαθμό διάχυτες ατροφίες στη λευκή και φαιά ουσία. Προϋπάρχουσες πλάκες παρουσιάζουν αργή και σταδιακή επέκταση, χαρακτηριζόμενη από ελαφρά φλεγμονή και μικρογλοιακή ενεργοποίηση στα όρια των πλακών. Επιπροσθέτως, υπάρχει διάχυτη βλάβη στα κομμάτια λευκής ουσίας (που φαίνεται να είναι χωρίς βλάβες) που βρίσκονται εκτός της πλάκας που περιλαμβάνει φλεγμονή και μικρογλοιακή ενεργοποίηση με βλάβες στον άξονα και τη μυελίνη που ακολουθείται από δευτερογενή απομυελίνωση. Η διάχυτη βλάβη στη φαιά και λευκή ουσία χαρακτηρίζει την προοδευτική φύση της ασθένειας (Kamm, Uitdehaag & Polman 2014).

1.6 Κλινικά συμπτώματα

Η έναρξη της νόσου συχνά αναγγέλλεται με την εμφάνιση ενός οξέος νευρολογικού ελλείμματος. Το έλλειμμα εξελίσσεται σε διάρκεια λεπτών έως ωρών σε 40% των ασθενών, σε μία έως περισσότερες ώρες στο 50% και εντός εβδομάδων έως μηνών στο 20%. Παρουσιάζεται μεγάλη ποικιλία σημείων και συμπτωμάτων. Οι μισοί ασθενείς εμφανίζουν αδυναμία και/ή αιμωδίες σε ένα ή περισσότερα μέλη. Οπτική νευρίτις συναντάται σε 25% των ασθενών. Άλλες κλινικές εκδηλώσεις είναι η αταξία, στελεχιαία συμπτώματα (διπλωπία, ίλιγγοι, ναυτία) και δυσλειτουργία της κύστεως (Lee, Rao & Zimmerman 1998).

Στους περισσότερους ασθενείς (60%) η αρχική κλινική εικόνα είναι υποτροπιάζουσα - υφιόμενη, με καλή ανάρρωση μεταξύ των ώσεων. Συχνά υπάρχει έκδηλη ή πλήρης κλινική βελτίωση μεταξύ των ώσεων. Μετά από χρόνια αυτό το πρότυπο συνήθως εξελίσσεται σε μια δευτεροπαθώς - προϊούσα πορεία με βαθμιαία επιδεινούμενη αναπηρία Η σοβαρή αναπηρία είναι συνήθης στην προχωρημένη φάση της νόσου (τύφλωση, παράλυση, ακράτεια, άνοια). Η αυξημένη συχνότητα ώσεων είναι 0.5 έως 0.04 επεισόδια ανά έτος, όμως υπάρχει εντυπωσιακή ατομική μεταβλητότητα. Μια πρωτοπαθώς προϊούσα πορεία συναντάται σε 15% και μια καλοήθης πορεία σε 15-20% των ασθενών (Lee, Rao & Zimmerman 1998).

Η αιτία της ΣκΠ είναι άγνωστη, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως. Η επιδημιολογική εμφάνισή της υποδηλώνει ότι η έκθεση σε κάποιον περιβαλλοντικό παράγοντα (πιθανώς λοιμώδη) πριν την ηλικία των 15 ετών μπορεί να είναι σημαντική για την παθογένεση της σκλήρυνσης. Υπάρχουν ομοιότητες της σκλήρυνσης με άλλες απομυελινωτικές νόσους, οι οποίες έχουν γνωστή ιογενή και αυτοάνοση αιτία. Παρότι αυτό υπαινίσσεται ότι η αιτιολογία μπορεί να είναι παρόμοια, εν τούτοις ακόμη δεν έχει αποδειχθεί (Lee, Rao & Zimmerman 1998).

Η σκλήρυνση κατά πλάκας επηρεάζει πολλά συστήματα του οργανισμού προκαλώντας ποικίλα συμπτώματα. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα είναι εκείνα που έχουν να κάνουν με τις αισθήσεις. Είναι δύσκολο όμως να εκτιμηθούν αντικειμενικά, καθώς μπορούν να φαίνονται τελείως φυσιολογικά. Τα αισθητικά συμπτώματα περιλαμβάνουν: μούδιασμα που ξεκινά από τα πόδια, παραισθησίες, μούδιασμα της άκρας χείρας, αιμωδίες ψυχρού στον κορμό ή τα άκρα, μερικές φορές παρουσία αισθητικού επιπέδου, γενικευμένη δυσανεξία στη θερμότητα ή το σημείο Lhermitte -ένα στιγμιαίο αίσθημα ηλεκτρικού ρεύματος που ξεκινά από τον αυχένα και επεκτείνεται προς τα κάτω, ως τα κάτω άκρα, προκαλούμενο με την κάμψη της κεφαλής (Γουρζουλίδου 2008).

Όσον αφορά τα συμπτώματα που έχουν να κάνουν με το οπτικό νεύρο, εμφανίζονται στα δύο τρίτα των ασθενών με σκλήρυνση. Τέτοια μπορεί να είναι θολή όραση ή και τύφλωση από τον έναν οφθαλμό καθώς και φλεγμονώδη προβλήματα του οπτικού νεύρου γνωστά και ως οπτική νευρίτιδα. Η οπισθοβολβική νευρίτιδα εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα ηλικίας 15-30 ετών και κυρίως σε γυναίκες με αναλογία 4 προς 1. Ένα ποσοστό που φτάνει το 75% στις γυναίκες και το 34% στον ανδρικό πληθυσμό αναμένεται να εκδηλώσει σκλήρυνση σε διάστημα περίπου 15 χρόνων από την προσβολή με την οπισθοβολβική νευρίτιδα. Από εξετάσεις του οπτικού προκλητού δυναμικού παρατηρείται προσβολή οπτικού νεύρου. Ακόμη, σε νεκροτομικές μελέτες ασθενών με σκλήρυνση ανευρίσκεται, σχεδόν σε όλους, απομυελίνωση του οπτικού νεύρου (Γουρζουλίδου 2008).

Παρέσεις οφθαλμοκινητικών μυών και διπλωπία μπορεί επίσης να είναι το πρώτο μοναδικό σύμπτωμα της σκλήρυνσης. Μπορεί η βλάβη να εντοπίζεται υπερπυρηνικά, στους πυρήνες ή περιφερικά, προσβάλλοντας οποιοδήποτε οφθαλμοκινητικό νεύρο. Ιδιαίτερα συχνή φαίνεται να είναι και η προσβολή του απαγωγού που ακολουθεί το κοινό κινητικό νεύρο, ενώ σε λιγότερη συχνότητα εμφανίζεται η προσβολή του τροχιλιακού και η προκαλούμενη διπλωπία ακολουθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα. Σε προχωρημένα στάδιο της νόσου και σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις ίσως εμφανιστεί παράλυση βλεμματικών κινήσεων και διαταραχές του αντανακλαστικού της κόρης. Ο νυσταγμός είναι ιδιαιτέρα συχνός και παρουσιάζεται σε 55-60% των ασθενών σε αρχικά στάδια της ασθένειας. Ο νυσταγμός οφείλεται σε βλάβη της παρεγκεφαλίδας. Τέλος, στα συμπτώματα που σχετίζονται με το οπτικό νεύρο απαντάται και η διαπυρηνική οφθαλμοπληγία (Γουρζουλίδου 2008).

Διαταραχές στην κίνηση προκαλούνται από βλάβες στον ανώτερο κινητικό νευρώνα. Αδυναμία άκρου που εντείνεται με την άσκηση ή την έκθεση σε θερμότητα, αδυναμία ποικίλης βαρύτητας, πάρεση ή και παραπληγία που οφείλεται σε μυελοπάθεια είναι μερικά από τα συμπτώματα

σχετιζόμενα με την διαταραχή κίνησης. Πρέπει να σημειωθεί πως η βλάβη του κινητικού νευρώνα είναι σπάνια (Γουρζουλίδου 2008).

Στις παρεγκεφαλιδικές εκδηλώσεις της νόσου συναντάμε αταξία στο βάδισμα, δυσμετρία, δυσδιαδοχοκινησία, τον παρεγκεφαλιδικό τρόμο ή την παρεγκεφαλιδική ομιλία (Γουρζουλίδου 2008).

Το αυτόνομο κεντρικό σύστημα παρουσιάζει σπάνια επιπλοκές στα αρχικά στάδια της νόσου. Όμως παρουσιάζει συχνά συμπτώματα κατά την πορεία της νόσου. Αυτά μπορεί να είναι νευρογενής βλάβη της κυστικής λειτουργίας, που εκδηλώνεται με επιτακτική ανάγκη για ούρηση, ακράτεια ή αδυναμία πλήρους κένωσης. Παρατηρείται ακόμη δυσλειτουργία εντέρου, οιδήματα άκρων, διαταραχές αρτηριακής πίεσης και προβλήματα της στύσης και εκσπερμάτισης σε μεγάλο ποσοστό (Γουρζουλίδου 2008).

Εμφανίζονται επίσης παραλύσεις από κρανιακά νεύρα όπως η παράλυση του Bell που συναντάμε σε ποσοστό 1,3% ή νευραλγίες με πιο συχνή τη νευραλγία του τριδύμου (Γουρζουλίδου 2008).

Σημαντικό κομμάτι των κλινικών συμπτωμάτων είναι οι διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες, όπως είναι δυσκολίες στη συγκέντρωση, προσοχή, μνήμη και πτωχή κρίση, συμπτώματα που πολύ συχνά δεν αναγνωρίζονται και δεν αξιολογούνται από εξεταστές. Τέτοια συμπτώματα εμφανίζονται σε όλα τα στάδια της ασθένειας και δεν σχετίζονται απαραίτητα με την σοβαρότητα της νευρολογικής διαταραχής του ασθενούς. Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι βραδυφρένεια, βραδυψυχισμός, μειωμένη κρίση και προσοχή, αφηρημένη σκέψη και διαταραχές που αφορούν την συναισθηματική σφαίρα. Λιγότερο συχνή είναι η εμφάνιση της άνοιας, σε αντίθεση με την κατάθλιψη, ευφορία, παθολογικό γέλιο ή κλάμα, παραλήρημα, ψευδαισθήσεις και συγχυτικοδιεγερτικές καταστάσεις (συμπτώματα ψυχικής σφαίρας) (Γουρζουλίδου 2008).

ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΣΚΠ
Οπτικές διαταραχές
Θόλωση όρασης Διπλωπία Κεντρικό σκότωμα ή απώλεια κάποιου άλλου τμήματος του οπτικού πεδίου Οπτική νευρίτις Νυσταγμός Διαπυρηνική οφθαλμοπληγία
Κινητικά προβλήματα
Αδυναμία, εύκολη κόπωση Ποικίλης σοβαρότητας μονο- ,ημι-,παρα-, τετραπάρεση Σπαστικότητα Σπασμοί Παθολογικά σημεία –Babinski, Chaddock, Hoffmann, Oppenheim
Προβλήματα ισορροπίας-παρεγκεφαλίδας
Αταξία Ίλιγγος Απώλεια ισορροπίας Ασυνέργεια κινήσεων Δυσδιαδοχοκινησία, δυσμετρία Αλλαγή της ομιλίας Δυσφαγία
Αισθητικές διαταραχές
Νυγμώδη άλγη Αιμωδίες Θετική δοκιμασία Romberg Αίσθημα καψίματος Άλγη σχετικά με τη νόσο, πχ νευραλγία τριδύμου, μυικοί πόνοι Δυσαισθησία Παραισθησία Σημείο Lhermitte
Προβλήματα από το ουροποιητικό σύστημα
Ακράτεια ούρων Συχνουρία Ατελής κένωση της κύστεως
Σεξουαλική δυσλειτουργία
Γνωσιακές και συναισθηματικές διαταραχές

Εικόνα 1.1: Σημεία και συμπτώματα στην ΣκΠ.
Ανατυπώθηκε από: Γουρζουλίδου Ε. (2008). Η σκλήρυνση κατά πλάκας στην περιοχή της δυτικής Ελλάδας-Επιδημιολογία της νόσου και κλινική μελέτη των πασχόντων, Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Πατρών.

Το συχνότερο παράπονο των πασχόντων με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η κόπωση. Κόπωση είναι η απώλεια φυσικής ή και ψυχικής ενεργητικότητας με παράλληλη εξάντληση και εξουθένωση. Πιθανόν να ευθύνονται ανοσολογικοί παράμετροι για την εκδήλωση της, όπως οι κυτταροκίνες, ο μειωμένος εγκεφαλικός μεταβολισμός, ο υποθάλαμος, η αϋπνία, ο γενικότερος πόνος, η σπαστικότητα ακόμη και η φαρμακευτική αγωγή (Γουρζουλίδου 2008).

Ένα άλλο συχνό σύμπτωμα είναι ο πόνος. Προέρχεται από νευραλγία τριδύμου, ριζιτικό πόνο ή κάποια άλλη παροξυσμική εκδήλωση της νόσου, όπως οι επώδυνες τονικές κρίσεις, είτε για δυσαισθησίες ή δυσαισθητικούς μη παροξυσμικούς πόνους, που εμφανίζονται στο 30% των ασθενών. Άλλες αναφορές στον πόνο μπορεί να περιλαμβάνουν οσφυαλγία καθώς και επώδυνους καμπτικούς σπασμούς που τους βρίσκουμε σε 10-15% των πασχόντων και κυρίως στους παραπληγικούς (Γουρζουλίδου 2008).

Σε προχωρημένα στάδια εμφανίζονται και επιληπτικές κρίσεις. Πρέπει να αναφερθεί και το φαινόμενο UHTHOFF που παρουσιάζεται με μεγάλη συχνότητα στους ασθενείς με σκλήρυνση. Έχει να κάνει με πολλά νευρολογικά συμπτώματα που εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια υπερθερμίας σε 80% των πασχόντων, το μεγαλύτερο ποσοστό από τα οποία δεν εκδηλώνονται όταν ο ασθενής εμφανίζει κανονική θερμοκρασία (Γουρζουλίδου 2008).

1.7 Διάγνωση

Η διάγνωση της ΣκΠ πραγματοποιείται συνήθως από τους νευρολόγους. Ακόμη και σήμερα, δεν υπάρχουν συμπτώματα, κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα που να αποδεικνύουν από μόνα τους ότι το άτομο πάσχει από ΣκΠ (DeWit 2009). Για το λόγο αυτό, ο γιατρός καλείται να χρησιμοποιήσει ορισμένα διαγνωστικά κριτήρια και εργαλεία που θα τον βοηθήσουν να οδηγηθεί στην τελική διάγνωση.

Στη διάγνωση της ΣκΠ θα χρειαστεί αρχικά το ιστορικό του ασθενή και η φυσική εξέταση που γίνεται από νευρολόγο ο οποιός θα ελέγξει την λειτουργικότητα των συστημάτων που έχουν να κάνουν με την ισορροπία, την κίνηση, την αισθητικότητα, την όραση, την οφθαλμοκινητικότητα κ.α. Οι διαγνωστικές εξετάσεις που θα χρειαστούν εξαρτώνται από τα συμπτώματα του κάθε ασθενή. Η MRI χρησιμοποιείται πάντα στη διερεύνηση πιθανής ΣκΠ και μπορεί να δείξει πολλαπλές διάσπαρτες υπέρπυκνες T2 αλλοιώσεις, και αλλοιώσεις τύπου FLAIR σε περικοιλιακή κατανομή (Runge & Greganti 2009) . Χρήσιμη στη διαγνωστική προσέγγιση μπορεί να φανεί και η CT εγκεφάλου, η οποία θα αποκαλύψει τυχόν ατροφία ή βλάβες της λευκής ουσίας (LeMone, Burke & Bauldoff 2011). Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) συνήθως είναι θετικό για ολιγοκλωνικές δέσμες, ή παρατηρείται αύξηση των επιπέδων ανοσοσφαιρίνης G (IgG) κατά την ανάλυση του ΕΝΥ, εύρημα που εμφανίζεται στην πλειοψηφία των επιβεβαιωμένων περιπτώσεων. Το ΕΝΥ, μπορεί να βρεθεί φυσιολογικό στην πρώτη ώση , οπότε ίσως χρειαστούν περισσότερες από μία οσφυονωτιαίες παρακεντήσεις (LeMone, Burke & Bauldoff 2011; Runge & Greganti 2009). Η εξέταση με προκλητά δυναμικά μπορεί να αποκαλύψει κλινικά σιωπηλές βλάβες της λευκής ουσίας (Runge & Greganti 2009). Σε κάποιες σπάνιες περιπτώσεις απαιτείται και βιοψία (Lee, Rao & Zimmerman 1998).

Οι νευρολόγοι θα χρησιμοποιήσουν, επιπλέον, ορισμένα διαγνωστικά κριτήρια, όπως τα κριτήρια McDonald, που θα τους βοηθήσουν στη διαγνωστική διαδικασία. Τα κριτήρια McDonald γράφτηκαν για πρώτη φορά το 2001, ενώ έχουν αναθεωρηθεί αρκετές φορές, ώστε να συνάδουν με

τις πρόσφατες ανακαλύψεις που αφορούν την ασθένεια και να είναι πιο έγκυρη η διάγνωσή της (Kamm, Uitdehaag & Polman 2014). Η πιο πρόσφατη αναθεώρηση έγινε το 2017 και συνοψίζεται

	Αριθμός εστιών με αντικειμενικά κλινικά ευρήματα	**Επιπρόσθετα ευρήματα που απαιτούνται για τη διάγνωση Πολλαπλής Σκλήρυνσης**
≥ 2 κλινικά σύνδρομα	≥ 2	Κανένα
≥ 2 κλινικά σύνδρομα	1 (και επιπρόσθετα ένα αδιαμφισβήτητο κλινικό συμβάν στο παρελθόν που συνοδεύεται με απεικονιστική βλάβη σε διαφορετική περιοχή του ΚΝΣ)	Κανένα
≥ 2 κλινικά σύνδρομα	1	Διασπορά στο χώρο (επιπλέον κλινικό σύνδρομο που αφορά διαφορετική περιοχή του ΚΝΣ ***ή*** ευρήματα στη Μαγνητική Τομογραφία)
1 κλινικό σύνδρομο	≥2	Διασπορά στο χρόνο (επιπλέον κλινικό σύνδρομο ***ή*** ευρήματα στη Μαγνητική Τομογραφία ***ή*** εύρεση ολιγοκλονικών δεσμών στο ΕΝΥ)
1 κλινικό σύνδρομο	1	Διασπορά στο χώρο (επιπλέον κλινικό σύνδρομο που αφορά διαφορετική περιοχή του ΚΝΣ ή ευρήματα στη Μαγνητική Τομογραφία) ***ΚΑΙ*** Διασπορά στο χρόνο (επιπλέον κλινικό σύνδρομο ή ευρήματα στη Μαγνητική Τομογραφία ή εύρεση ολιγοκλονικών δεσμών στο ΕΝΥ)

Εικόνα 1.2: Κριτήρια McDonald.
Ανατύπωση από: Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας (2018). Πολλαπλή Σκλήρυνση

στον εξής πίνακα:

Όπως προαναφέρθηκε η διάγνωση της ΣκΠ δεν είναι εύκολη. Σε αυτό συμβάλλει και το γεγονός ότι υπάρχουν νόσοι, οι οποίες μιμούνται την κλινική εικόνα της ΣκΠ. Τέτοιες νόσοι είναι τα υποτροπιάζοντα επεισόδια αγγειίτιδας του ΚΝΣ, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος του ΚΝΣ, η νόσος Behcet, το σύνδρομο Sjogren, η σύφιλη και πολλές αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες (Lee, Rao & Zimmerman 1998; Runge & Greganti 2009). Η συνδυαστική χρήση, λοιπόν, των κριτηρίων McDonald με το ιστορικό του ασθενή, τη φυσική εξέταση, τα απεικονιστικά και εργαστηριακά ευρήματα είναι απαραίτητη για την όσο το δυνατόν πιο έγκυρη διάγνωση της νόσου.

1.8 Πορεία της Νόσου-Τύποι Σκλήρυνσης κατά Πλάκας

Παρόλο που είναι δύσκολο να προβλέψουμε πως θα εξελιχθεί η νόσος, έχουν περιγραφεί τέσσερις κύριες μορφές (ή τύποι) ΣκΠ, ώστε να μπορεί να προσδιορισθεί με τη μεγαλύτερη πιθανή ακρίβεια η πορεία της νόσου. Οι τέσσερις αυτές μορφές είναι οι εξής:

Κλινικά Μεμονωμένο Σύνδρομο (CIS), που αναφέρεται στο πρώτο επεισόδιο με νευρολογικά συμπτώματα, το οποίο έχει επέλθει ως αποτέλεσμα φλεγμονής και απομυελίνωσης στο ΚΝΣ, και που διαρκεί τουλάχιστον 24 ώρες. Το σύνδρομο αυτό, ενώ αποτελεί χαρακτηριστικό της ΣκΠ, δεν πληροί τα κριτήρια ώστε να διαγνωσθεί ως επιβεβαιωμένη ΣκΠ. Αυτό ισχύει επειδή ένα ποσοστό των ασθενών που εμφάνισαν CIS, δεν παρουσίασαν μεταγενέστερα εκτροπή (μετάπτωση) σε επιβεβαιωμένη ΣκΠ. Στην περίπτωση που το Κλινικά Μεμονωμένο Σύνδρομο συνοδεύεται από αλλοιώσεις στην MRI εγκεφάλου, όπως αυτές της ΣκΠ, τότε ο ασθενής έχει αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσει δεύτερο επεισόδιο με νευρολογικά συμπτώματα και διάγνωση Υποτροπιάζουσας-Διαλείπουσας ΣκΠ. Αντιθέτως, εάν δε συνοδεύεται από αντίστοιχες αλλοιώσεις στην MRI εγκεφάλου, τότε η πιθανότητα εκτροπής (μετάπτωσης) σε ΣκΠ είναι πολύ μικρότερη (Klineova & Lublin 2018).

Υποτροπιάζουσα-Διαλείπουσα ΣκΠ (RRMS), που είναι η πιο συνηθισμένη μορφή ΣκΠ και χαρακτηρίζεται από επεισόδια οξείας επιδείνωσης της νευρολογικής λειτουργίας (με νέα συμπτώματα ή περαιτέρω επιδείνωση παλαιότερων). Τα επεισόδια αυτά λέγονται υποτροπές και ακολουθούνται από πλήρη ή μερική αποκατάσταση (ύφεση), χωρίς όμως να υπάρχει επιδείνωση της νόσου. Η μορφή αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί ενεργή, με υποτροπές ή/και νέα MRI ευρήματα σε καθορισμένο χρονικό διάστημα, ή μη ενεργή, καθώς και επιδεινούμενη, που εμφανίζει αύξηση της αναπηρίας μετά την υποτροπή, ή μη επιδεινούμενη. Το 85% των ατόμων διαγιγνώσκεται αρχικά με RRMS (Klineova & Lublin 2018).

Δευτεροπαθώς Προϊούσα ΣκΠ (SPMS). Στους ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με RRMS είναι πιθανό να παρουσιαστεί μετάπτωση σε SPMS, στην οποία υπάρχει σταδιακή έκπτωση της νευρολογικής λειτουργίας με την πάροδο του χρόνου. Η SPMS μπορεί να χαρακτηριστεί ενεργή, με υποτροπές ή/και νέα MRI ευρήματα σε καθορισμένο χρονικό διάστημα, ή μη ενεργή, καθώς και με επιδείνωση, που εμφανίζει αύξηση της αναπηρίας μετά την υποτροπή, ή χωρίς επιδείνωση (Klineova & Lublin 2018).

Πρωτοπαθώς Προϊούσα ΣκΠ (PPMS), που χαρακτηρίζεται από σταδιακή έκπτωση της νευρολογικής λειτουργίας από την πρώτη κιόλας εμφάνιση των συμπτωμάτων, δίχως να υπάρχουν

περίοδοι υποτροπής και ύφεσης. Η PPMS μπορεί να χαρακτηριστεί ενεργή, με υποτροπές ή/και νέα MRI ευρήματα σε καθορισμένο χρονικό διάστημα, ή μη ενεργή, καθώς και με επιδείνωση, που εμφανίζει αύξηση της αναπηρίας μετά την υποτροπή, ή χωρίς επιδείνωση. Το 10-20% των ανθρώπων με ΣκΠ έχουν διαγνωσθεί με PPMS (Klineova & Lublin 2018).

Τέλος, ο όρος Ακτινολογικά Μεμονωμένο Σύνδρομο (RIS) χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις περιπτώσεις με ευρήματα στην MRI εγκεφάλου ή/και του νωτιαίου μυελού που συνάδουν με τις αλλοιώσεις του ΣκΠ, οι οποίες δεν εξηγούνται από κάποια άλλη διάγνωση και δεν συνοδεύονται από νευρολογικά συμπτώματα ή ανωμαλίες σε νευρολογική εξέταση (Klineova & Lublin 2018). Έρευνα, όμως, έδειξε πως το 51,2% των ατόμων με RIS διαγνώσθηκε με κλινικά αποδεδειγμένη ΣκΠ μέσα στην επόμενη δεκαετία (Lebrun-Frenay et al 2020).

1.9 Πρόγνωση

Η εκτιμώμενη πορεία της ασθένειας εξαρτάται από τον τύπο ΣκΠ που νοσεί το κάθε άτομο, καθώς και από άλλους παράγοντες όπως είναι το φύλο, τα αρχικά συμπτώματα, ο βαθμός αναπηρίας και ο τόπος διαμονής κατά τα 15 πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου (Osborn et al. 2014). Το προσδόκιμο ζωής υπολογίζεται γύρω στα 30 χρόνια από την πρώτη εμφάνιση της ασθένειας. Φαίνεται δηλαδή, να υπάρχει μείωση κατά 5 με 10 έτη σε σχέση με το προσδόκιμο ζωής των ατόμων που δε νοσούν από ΣκΠ. Άτομα με ΣκΠ έχουν αυξημένη πιθανότητα αυτοκτονίας, που απορρέει από την χρόνια κατάθλιψη που συνοδεύει μεγάλο ποσοστό ασθενών, είτε ως αποτέλεσμα εγκεφαλικής φλεγμονής, είτε λόγω των περιορισμών και της αβεβαιότητας που οφείλονται στο συνεχώς αυξανόμενο βαθμό αναπηρίας. Επιπλέον, τα 2/3 των θανάτων των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο συνδέεται άμεσα με αυτήν και πιθανόν να οφείλονται στον αυξημένο κίνδυνο και σε επιπλοκές λοιμώξεων, κυρίως του δέρματος, του θώρακος ή της ουροδόχου κύστης (Compston & Coles 2008).

1.10 Θεραπεία και Αντιμετώπιση

Η φαρμακευτική αγωγή δεν μπορεί να πετύχει την ολική εξάλειψη της νόσου. Τα φάρμακα στοχεύουν στην επιβράδυνση της προόδου της ΣκΠ και την μείωση των εξάρσεων. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για διάφορους άλλους λόγους, όπως για την αντιμετώπιση των κλινικών

Φαρμακευτική κατηγορία	Δράση	Εφαρμογή/Ένδειξη
Ανοσοτροποποιητές/Ιντερφερόνες		
• Ιντερφερόνη β-1a (Anovex) • Ιντερφερόνη β-1b (Betaseron) • Ιντερφερόνη β-1a (Rebif)	Παρόλο που η δράση δεν είναι ξεκάθαρη, πιστεύεται πως αναστέλλουν την εξάπλωση των λευκοκυττάρων και των αντιγόνων. Τροποποιούν την παραγωγή των αντιφλεγμονωδών κυτοκινών. Αναστέλλουν τη μετανάστευση των Τ κυττάρων.	Υποτροπιάζουσες μορφές της σκλήρυνσης κατά πλάκας
Ανοσοτροποποιητής		
• Οξεική γλατιραμέρη (Copaxone)	Παρόλο που δεν είναι ξεκάθαρη η δράση, πιστεύεται ότι τροποποιεί τα Τ κύτταρα για την προώθηση της παραγωγής αντιφλεγμονωδών κυττάρων.	Υποτροπιάζουσες-υφέσιμες μορφές
Αντινεοπλασματικά/Ανοσοκατασταλτικά		
• Μιτοξαντρόνη (Novantrone)	Αναστέλλει τη σύνθεση του DNA.	Ταχέως επιδεινούμενη υποτροπιάζουσα-υφιέμενη, προοδευτική-υποτροπιάζουσα, δευτερεύουσα-προοδευτική
Μονοκλωνικό αντίσωμα		
• Ναταλιζουμάμπη (Tysabri)	Μπορεί να παρεμποδίσει την κίνηση των ανοσοκυττάρων πέρα από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό.	Υποτροπιάζουσες μορφές σε ασθενείς με ανεπαρκή ανταπόκριση ή που δεν ανέχονται άλλα φάρμακα τροποποίησης της νόσου
Αντιμετώπιση επιλεγμένων συμπτωμάτων της σκλήρυνσης κατά πλάκας		
Διεγερτικά του ΚΝΣ		
• Πεμολίνη • Μονταφιλίνη	Προκαλούν διέγερση του ΚΝΣ	Κόπωση
Αντισπασμωδικά του ουροποιογεννητικού		
• Οξυβουτινίνη (Ditropan) • Ταλτεροδίνη tartrate (Detrol)	Ασκούν μία άμεση σπασμολυτική δράση και μία αντιμουσκαρινική δράση στους λείους μύες, χαλαρώνοντας τον λείο μυ της ούρησης.	Δυσλειτουργία της κύστης
Χαλαρωτικά μυοσκελετικά		
• Διαζεπάμη • Στοματική ή ενδορραχιαία μπακλοφένη	Δρα στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού για τη μείωση της συχνότητας και του εύρους των μυϊκών σπασμών.	Σπαστικότητα
Βενζοδιαζεπίνες		
• Διαζεπάμη • Κλοναζεπάμη	Αναστέλλουν τα πολυσυναπτικά προσαγωγά μονοπάτια.	Σπαστικότητα

Εικόνα 1.3: Φάρμακα και θεραπεία ΣκΠ.
Ανατυπώθηκε από: Osborn, K.S. Wraa, C.E., Watson, A.B. & Holleran, R. (2014). Medical-surgical nursing: Preparation for practice. Boston: Pearson

συμπτωμάτων, την τροποποίηση της πορείας ή διακοπή της εξέλιξης της ασθένειας (LeMone, Burke & Bauldoff 2011). Τα φάρμακα αυτά αναφέρονται στον εξής πίνακα:

Εκτός από τη θεραπευτική αγωγή, προτείνεται ο ασθενής να ακολουθήσει και κάποιες συγκεκριμένες διατροφικές συστάσεις, όπως για παράδειγμα η υιοθέτηση διατροφής με ελάχιστα κορεσμένα λίπη, καθώς και η κατανάλωση βιταμίνης D. Έρευνες δείχνουν πώς η συστηματική πρόσληψη βιταμίνης D από διατροφικά συμπληρώματα μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη εμφάνισης ΣκΠ, ενώ άλλες μελέτες έδειξαν πως η υιοθέτηση διατροφής με ελάχιστα κορεσμένα λίπη μπορεί να μειώσει τον αριθμό των εξάρσεων (Runge & Greganti 2009).

Κεφάλαιο 2: Οι επιπτώσεις της ΣκΠ στο άτομο και στην κοινωνία

2.1 Ασθένεια και ψυχολογία

Η εμφάνιση των πρώτων αλλαγών στην ψυχολογία του ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας παρατηρούνται ακόμη και πριν την διάγνωση, όπου το άτομο βιώνει τα πρώτα νευρολογικά συμπτώματα της νόσου και αισθάνεται ευάλωτος και ανήσυχος. Στη συνέχεια οι ψυχολογικές διαταραχές αυξάνονται με την διάγνωση και την πορεία της νόσου. Συχνά, λοιπόν, η ασθένεια της ΣκΠ προκαλεί συναισθήματα άγχους, φόβου, λύπης, ντροπής και θυμού (De Souza Costa et al 2016).

Στις κλινικές εκδηλώσεις της ΣκΠ περιλαμβάνονται σωματικές δυσλειτουργίες που σταδιακά οδηγούν σε αναπηρία. Οι ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση συχνά εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους καθώς χάνουν ένα μεγάλο μέρος της αυτονομίας τους και της λειτουργικότητας τους. Παρουσιάζουν εναλλαγές διάθεσης και συμπεριφοράς καθώς και ξεσπάσματα θυμού και λύπης, αφού νιώθουν αποκομμένοι από πολλές κοινωνικές δραστηριότητες, όπως επίσης και από την εκπαίδευση και την εργασία, αλλά και από δραστηριότητες της προσωπικής τους ζωής (De Souza Costa et al 2016).

Ένα ακόμα σημαντικό σύμπτωμα της Πολλαπλής Σκλήρυνσης είναι το αίσθημα της κόπωσης. Παρατηρείται σχεδόν σε όλους τους ασθενείς και αφορά τόσο την πνευματική όσο και τη σωματική κόπωση. Το σύμπτωμα αυτό επηρεάζει κάθε πτυχή της ζωής του ασθενή, την ανεξαρτησία του και την ικανότητα να καλύπτει τις προσωπικές του ανάγκες, τη σεξουαλική του λειτουργικότητα, την ικανότητα να εργάζεται και να δραστηριοποιείται. Όταν η κόπωση σε συνδυασμό με άλλες κλινικές εκδηλώσεις επηρεάζει όλα τα παραπάνω, ο ασθενής βιώνει στρες και πίεση, και η πίεση αυτή οδηγεί σε άλλα ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως απώλεια όρεξης και ύπνου, στηθαγχικό άλγος και ταχυκαρδίες (LeMone, Burke & Bauldoff 2011).

Η ψυχολογία του ασθενούς με ΣκΠ είναι απολύτως λογικό να επηρεαστεί αρνητικά από τα συμπτώματα και την πορεία της νόσου. Ωστόσο, είναι εξαιρετικά σημαντικό το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι συγγενείς, να στηρίξουν τον ασθενή, να κατανοήσουν την ψυχική του κατάσταση και να τον ενθαρρύνουν. Το άτομο που μπορεί να βοηθήσει περισσότερο όμως είναι ο ίδιος ο ασθενής, όπου εξωτερικεύοντας τα συναισθήματά του και κατανοώντας την ασθένεια θα αποδεχτεί αυτόν τον νέο τρόπο ζωής, θα προσαρμοστεί, ώστε να αποκτήσει καλή ψυχολογία και αυτοπεποίθηση με αποτέλεσμα να προσπαθήσει στο μέγιστο για την επίλυση των προβλημάτων του και την βελτίωση της ποιότητας ζωής του (Ghodushi et al 2016).

2.2 Οικονομία και Σκλήρυνση κατά Πλάκας

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια χρόνια ασθένεια η οποία επηρεάζει και επιβαρύνει τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του. Η νόσος δημιουργεί προβλήματα στην λειτουργικότητα του ασθενή τα οποία αποτυπώνονται στην κοινωνική, προσωπική και επαγγελματική ζωή του. Επιπτώσεις της Σκλήρυνσης κατά πλάκας παρατηρούνται και στην οικονομία του ίδιου και της οικογένεια του (Βοζίκης & Σωτηροπούλου 2012).

Τα έξοδα ξεκινούν από την εμφάνιση των πρώτων κιόλας συμπτωμάτων, αφού το άτομο βρίσκεται ακόμα στο επίπεδο της άρνησης και επισκέπτεται διαφορετικούς γιατρούς για να πάρει διάφορες γνώμες ελπίζοντας για κάποια διαφορετική απάντηση. Έπειτα, αφού αποδεχθεί την νόσο, τα οικονομικά προβλήματα συνεχίζονται, αφού το ίδιο το άτομο πλήττεται επαγγελματικά, αλλά και τα μέλη της οικογένειας μπορεί να μειώνουν τις ώρες εργασίας τους για να προσέχουν τον ασθενή. Άλλοτε, μια οικογένεια μπορεί να προσλάβει μια νοσηλεύτρια για να προσφέρει τα απαραίτητα στο άτομο, γεγονός το οποίο επίσης επιβαρύνει την οικογένεια (Βοζίκης & Σωτηροπούλου 2012).

Η ΣκΠ είναι μια χρόνια νόσος η οποία είναι εξαιρετικά δαπανηρή για το άτομο. Έχουν γίνει πολλές έρευνες από διάφορες χώρες με θέμα το οικονομικό κόστος της ασθενείας και την οικονομική επιβάρυνση των ατόμων που νοσούν και των οικογενειών τους (Βοζίκης & Σωτηροπούλου 2012).

Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τις άλλες χώρες, δεν έχουν γίνει μεγάλες έρευνες όσον αφορά το κόστος της ΣκΠ. Τα ευρήματα μιας έρευνας που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό «Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής» δείχνουν ότι το μέσο συνολικό ύψος των ιδίων πληρωμών ανέρχεται σε 8.334 €. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ιδίων πληρωμών ετησίως για διαγνωστικές εξετάσεις ήταν 1.853 €, για ιατρικές επισκέψεις 1.894 €, για νοσηλεία 7.672 €, για φάρμακα 869 €, για φυσικοθεραπείες 1.780 €, για εναλλακτικές θεραπείες 1.552 €, για μετακινήσεις 1.304 € και για προσαρμογή οικίας 2.130 € (Βοζίκης & Σωτηροπούλου 2012).

Κατηγορίες ιδίων πληρωμών	Συχνότητα	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέση τιμή
Διαγνωστικές κ.λπ.	236	120,00	25.800,00	1.852,78
Ιατρικές επισκέψεις ανά έτος	163	240,00	18.000,00	1.893,42
Νοσήλια ανά έτος	34	600,00	22.800,00	7.671,88
Φαρμακευτική αγωγή ανά έτος	220	180,00	8.400,00	868,91
Φυσικοθεραπεία και αποκατάσταση ανά έτος	161	0,00	12.996,00	1.780,55
Εναλλακτικές θεραπείες και ειδική διατροφή	97	0,00	6.000,00	1.552,45
Μετακινήσεις ανά έτος	165	0,00	14.400,00	1.304,22
Προσαρμογή οικίας	8	600,00	3.600,00	2.130,00
Σύνολο ιδίων καταβολών	288	600,00	52.200,00	8.333,71

Εικόνα 2.1: Μέσες τιμές παροχών στη διάγνωση και θεραπεία της ΣκΠ.
Ανατύπωση από: Βοζίκης Α. ,Σωτηροπούλου Ε. (2012) , "Πολλαπλή Σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα. Ανάλυση των ιδίων πληρωμών." Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 29 (4) : 448-453

Επίσης σύμφωνα με την έρευνα παρατηρείται ότι το μέσο ετήσιο συνολικό ύψος των ιδίων πληρωμών αυξάνεται όσο αυξάνει και η βαρύτητα της νόσου.

Βαρύτητα νόσου	Μέσο ετήσιο συνολικό ύψος ιδίων πληρωμών
Φυσιολογικό	3.629,33
Κανένα σύμπτωμα	6.846,82
Ελαφρά διαταραχή ενός λειτουργικού συστήματος	7.763,02
Βάδισμα χωρίς στήριξη	7.209,89
Περπάτημα έως 500 m	8.852,87
Περπάτημα χωρίς βοήθεια, αδυναμία εργασίας	10.524,44
Περπάτημα μέχρι 100 m με μπαστούνι	15.870,00
Περπάτημα έως 5 m με μπαστούνι	15.452,00
Αδυναμία βάδισης	21.787,20
Κατάκοιτος	22.800,00

Εικόνα 2.2: Ετήσιο συνολικό ύψος ίδιων πληρωμών ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου.
Ανατύπωση από: Βοζίκης Α. ,Σωτηροπούλου Ε. (2012) , "Πολλαπλή Σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα. Ανάλυση των ιδίων πληρωμών." Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 29 (4) : 448-453

Τέλος τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι το μέσο ετήσιο ύψος των συνολικών πληρωμών είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (Βοζικης & Σωτηροπούλου 2012).

Φύλο	Μέσο ετήσιο συνολικό ύψος ιδίων πληρωμών
Άνδρας	7.240,78
Γυναίκα	8.942,21

Εικόνα 2.3: Μέσο ετήσιο συνολικό ύψος ιδιών πληρωμών ανά φύλο.
Ανατύπωση από Βοζίκης Α. ,Σωτηροπούλου Ε. (2012) , "Πολλαπλή Σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα. Ανάλυση των ιδίων πληρωμών." Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 29 (4) : 448-453

2.3 Σκλήρυνση κατά Πλάκας και κοινωνικός περίγυρος

Σύμφωνα με την έρευνα των Tabuteau-Harrison, Haslam & Mewse (2016) το να πάσχεις από ΣκΠ σημαίνει να χάνεις ένα κομμάτι του εαυτού σου και πολλά περισσότερα. Οι ασθενείς χάνουν την σταδικά την όρασή τους, την ικανότητά τους να περπατάνε ακόμη και την ομιλία τους. Όλα αυτά επηρεάζουν την ψυχολογία τους. Και ενώ μερικοί μπορούν να προσαρμοστούν στη νέα τους πραγματικότητα, άλλοι αναπολούν την παλιά τους καθημερινότητα.

Όπως είναι λογικό το πρώτο κομμάτι της καθημερινότητάς τους που θα επηρεαστεί είναι η σχέση τους με την οικογένειά τους. Αρχίζουν να νιώθουν λιγότερο ικανοί στον ρόλο τους στην οικογένεια. Πολλές αναφορές από την παραπάνω έρευνα, δείχνουν μέλη της οικογένειας να παραπονιούνται και να νευριάζουν με τους πάσχοντες, διότι πλέον δεν μπορούν να συνεισφέρουν αρκετά στις οικιακές εργασίες. Κάποιες φορές, οι κρίσεις σπασμών της ΣκΠ οδήγησαν στη δημιουργία μιας βίαιης και τοξικής σχέσης. Επόμενο είναι, η ασθένεια αυτή να αναγκάζει πολλά τέτοια ζευγάρια να ακολουθήσουν ξεχωριστούς δρόμους. Σε άλλες, όμως, οικογένειες η κατάσταση κυλά πιο ομαλά. Η καθημερινότητα όλων των μελών της οικογένειας προσαρμόζεται με εκείνη του ασθενούς με ΣκΠ. Συνδράμουν στη φροντίδα του, την σίτιση και τη μετακίνηση του, καθώς και αναλαμβάνουν περισσότερες δουλειές μέσα στο σπίτι. Οι ασθενείς από τη μεριά τους προσπαθούν να είναι παρόντες με οποιονδήποτε τρόπο μπορούν, να μην επιβαρύνουν την οικογένειά τους και να μην χρειάζονται συνεχή υποστήριξη από τους δικούς τους. Φαίνεται ξεκάθαρα η επίδραση που έχει η ΣκΠ στις ενδοοικογενειακές σχέσεις (Tabuteau-Harrison, Haslam & Mewse 2016).

Στον κλάδο της επαγγελματικής καριέρας οι ασθενείς έχουν πολλά προβλήματα. Πολλοί προσαρμόζουν την εργασία τους στις αναπηρίες τους, όσο οι τελευταίες τους το επιτρέπουν δηλαδή, και άλλοι αναγκάζονται να παρατήσουν τελείως τις δουλειές τους. Οι περισσότεροι εργοδότες δεν είναι διατεθειμένοι να συνεχίσουν να δίνουν μισθό σε άτομα που έχουν μια επιβαρυμένη υγεία (Pulton 1977). Οι ασθενείς στην προσπάθειά τους να νιώσουν χρήσιμοι τόσο στην κοινωνία όσο και στην οικογένεια τους, στρέφονται στον εθελοντισμό. Ορισμένοι, ωστόσο, δεν τα καταφέρνουν και νιώθουν πως δεν μπορούν να καταφέρουν τίποτα απολύτως. Η ΣκΠ τους έκανε να χάσουν τις δουλειές τους και τις ζωές τους. Αγκομαχούν να βρουν έναν τρόπο να ορθοποδήσουν. Νιώθουν ότι οι μέρες και οι ώρες περνάνε δίχως αυτοί να είναι ικανοί να κάνουν το οτιδήποτε. Είναι δύσκολο ο πάσχων με ΣκΠ, να μπορέσει να έχει επαγγελματική καριέρα και εργασία ώστε να είναι αυτόνομος (Tabuteau-Harrison, Haslam & Mewse 2016).

Στις φιλικές συναναστροφές θα πίστευε κανείς ότι τα πράγματα θα ήταν πιο εύκολα. Πολλοί ασθενείς, όμως, χάνουν τους παλιούς τους φίλους. Παλεύουν να τους κρατήσουν με ομαδικές συγκεντρώσεις για διάφορες ασχολίες και χόμπι. Λίγοι και τυχεροί είναι εκείνοι που έχουν γύρω τους φίλους και συναδέλφους να τους στηρίζουν και να τους προσέχουν. Οι ασθενείς νιώθουν τη μοναξιά και την αποξένωση να πλησιάζει. Νιώθουν ότι είναι οι ίδιοι η αιτία που δεν έχουν φίλους και αυτό επιδρά ακόμη περισσότερο στην, ήδη συναισθηματικά φορτισμένη, ψυχολογική τους κατάσταση (Tabuteau-Harrison, Haslam & Mewse 2016).

Μεγάλη επιρροή στην ψυχολογική κατάσταση του πάσχοντος από ΣκΠ έχει η συναναστροφή τους με την υπόλοιπη κοινωνία. Πολλοί ασθενείς τονίζουν το κοινωνικό στίγμα που τους περιβάλλει. Τους ενοχλεί η «άγνοια του κοινού», η οποία οδηγεί το κοινό να αποδίδει τα συμπτώματα σε λανθασμένες αιτίες. Δεν είναι λίγες οι φορές, που οι ασθενείς αναγκάζονται να κρύψουν κάποια από τα συμπτώματά τους για να γίνουν αποδεκτοί από άλλους. Πρέπει να παρουσιάζουν τα συμπτώματά τους με τρόπο ο οποίος είναι κοινωνικά κατανοητός και αποδεκτός (Tabuteau-Harrison, Haslam & Mewse 2016).

Σε γενικές γραμμές, όταν ο ασθενής ξεκινάει να εμφανίζει συμπτώματα αναπηρίας, αρχίζει να βιώνει αλλαγές και απώλειες σε κάθε είδους κοινωνική συναναστροφή, που μέχρι πρότινος είχε. Αυτό μαζί με εμφανείς αλλαγές στην αγάπη και την υποστήριξη (από συντρόφους που τους εγκατέλειπαν ή τους υποβάθμιζαν, αλλά και με παιδιά ή αδέρφια που τους απέρριπταν) οδηγεί σε μια μειωμένη ψυχολογική αντοχή τους, στο να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της ΣκΠ. Όσοι κατάφεραν να προσαρμοστούν κάπως καλύτερα, κατάφεραν να διατηρήσουν αρκετούς σημαντικούς κοινωνικούς ρόλους (για παράδειγμα μέσα στην οικογένειά τους ή τον χώρο εργασίας

τους), έτσι ώστε να έχουν μια πιο ομαλή αλλαγή στη ζωή τους. Αυτοί οι ασθενείς τόνισαν το πόσες πολλές ευκαιρίες είχαν να διατηρήσουν την αίσθηση ότι είναι κύριοι του εαυτού τους. Σε αντίθεση με αυτούς, όσοι είχαν δυσκολίες προσαρμογής, αντιμετώπισαν προβλήματα στο να διατηρήσουν τις κοινωνικές τους σχέσεις, την καριέρα τους, καθώς και τις φιλικές τους συναναστροφές (Tabuteau-Harrison, Haslam & Mewse 2016).

2.4 Σύνδρομο Φροντιστή

Ο φροντιστής είναι για τον ασθενή το άτομο που θα προσφέρει τον χρόνο, τις γνώσεις, την αγάπη του και την συμπαράστασή του. Τον βοηθάει να ανακτήσει το σθένος του καθώς και να αντιμετωπίσει όσα συμβαίνουν γύρω του (Γεωργίου 2014). Τα πρόσωπα που αναλαμβάνουν αυτό το έργο είναι συνήθως η σύζυγος ή η κόρη (Donelan, Falik & DesRoches 2001). Είναι πιο σύνηθες φαινόμενο να αναλαμβάνουν τη φροντίδα ασθενούς οι γυναίκες. Όμως το καθιερωμένο φύλο του φροντιστή μπορεί να αλλάζει σε κάθε κοινωνία, εποχή ή τάξη (Chang & White-Means 1991).

Όταν κάποιος αναλαμβάνει τον ρόλο του φροντιστή, αναλαμβάνει μια μεγάλη ευθύνη. Έχει όμως και οφέλη. Το σημαντικότερο είναι το αίσθημα προσφοράς στον συνάνθρωπο, που έχει διαχρονικό και ανταποδοτικό χαρακτήρα. Αλληλεγγύη, αγάπη για τον συνάνθρωπο, η σημαντικότητα του ευ ζην, φιλία, σεβασμός, αναγνώριση της οποιασδήποτε προσφοράς εκ μέρους του ασθενούς στον φροντιστή πριν την έναρξη της ασθένειας καθώς και την ανταπόδοση για τον ρόλο ενός γονιού, συντρόφου, συγγενή ή φίλου (Γεωργίου, 2014).

Από την άλλη μεριά όταν ένα άτομο του στενού οικογενειακού κύκλου διαγιγνώσκεται με κάποια χρόνια νόσο, αυτό μπορεί να έχει πολύ σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχολογία των υπόλοιπων μελών. Η μόνη ανακούφιση είναι η θεραπεία και η πλήρης ανάρρωση. Αξίζει να σημειωθεί, πως το βάρος που επωμίζονται οι φροντιστές δεν περιορίζεται μόνο σε ψυχολογικό επίπεδο, αλλά και σε σωματικό και πνευματικό επίπεδο (Carpistrant, Moon & Glymour 2012).

Όσον αφορά τη σωματική υγεία των φροντιστών, υπάρχει το ενδεχόμενο να έχουμε να κάνουμε με φροντιστές που και οι ίδιοι πάσχουν από κάποια νόσο. Έτσι γεννιέται ο φόβος μήπως πεθάνουν πιο γρήγορα από τον ασθενή που φροντίζουν. Πολλοί φροντιστές αντιμετωπίζουν μεγάλη κόπωση, διαταραχές ύπνου, απώλεια βάρους, κεφαλαλγίες, έλλειψη σωστής διατροφής, απουσία σεξουαλικής ζωής καθώς και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν αναφορές για καρδιολογικά προβλήματα και καταπόνηση μυοσκελετικού συστήματος. Η ικανότητα

συγκέντρωσής τους μειώνεται κατά πολύ και οι προσωπικές τους δραστηριότητες εκμηδενίζονται (Skalla et al, 2013).

Δεν πρέπει να αμεληθεί, όμως, το συναισθηματικό φορτίο του φροντιστή. Οι φροντιστές, από τη στιγμή διάγνωσης της ασθένειας του κοντινού τους προσώπου, καλούνται να αναλάβουν και να οργανώσουν τη φροντίδα μόνοι τους. Αρχικά μπορεί να υπάρξει πανικός, ο οποίος αντικαθίσταται από θλίψη, που ακολουθείται από άρνηση και τέλος ανησυχία και θυμός. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο της ύπαρξης κατάθλιψης σε φροντιστές ασθενών με χρόνια νοσήματα. Γενικά, ο τρόπος που κάθε φροντιστής αντιμετωπίζει και βιώνει τη νόσο έχει πολύ δυνατές επιδράσεις στην ψυχική υγεία εκείνου και των περιβαλλόντων προσώπων. Στρες και άγχος επικρατούν όσο ο φροντιστής προσπαθεί να βοηθήσει τον ασθενή και να του παρέχει, όσον το δυνατόν, καλύτερη ποιότητα ζωής. Όσο όμως αυξάνεται η σοβαρότητα της ασθένειας, οι παραπάνω ψυχικές επιδράσεις εντείνονται όλο και περισσότερο, ειδικά όταν πρόκειται για κάποιο τελικό στάδιο νόσου. Σε τέτοιες περιπτώσεις υπάρχει ψυχολογική κόπωση και μειωμένη ποιότητα ζωής, λόγω φόβου θανάτου του αγαπημένου τους προσώπου. Είναι αντιληπτό, ότι η σοβαρότητα της νόσου παίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχική καταπόνηση του φροντιστή (Petrikis et al, 2019).

Ο χρόνος παίζει μεγάλο ρόλο στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής πίεσης. Η υπόθεση φθοράς έχει να κάνει με το διάστημα της φροντίδας. Όσο μεγαλύτερο διάστημα τόσο πιο μεγάλη ψυχολογική φθορά υφίσταται ο φροντιστής. Η υπόθεση προσαρμογής υποδεικνύει ότι ένας φροντιστής, σε βάθος χρόνου, καταφέρνει να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει καλύτερα την πίεση και το άγχος. Αυτό μπορεί, επίσης, να επιτευχθεί και με την μείωση των προβλημάτων του ασθενή. Τέλος, υπάρχει και υπόθεση των χαρακτηριστικών, που έχει να κάνει με τις δεξιότητες και αντοχές του φροντιστή. Αυτά θα του επιτρέψουν να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει την κατάσταση σε λιγότερο χρόνο και πιο αποτελεσματικά (Sörensen, Pinquart & Duberstein 2002).

2.5 Κόπωση

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι μια νευρολογική νόσος της οποία τα συμπτώματα ποικίλουν. Ένα από τα συχνότερα συμπτώματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι περισσότεροι ασθενείς είναι η κόπωση. Η κόπωση ορίζεται ως η έλλειψη ενέργειας, σωματικής και ψυχικής. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως, η κόπωση στην σκλήρυνση κατά πλάκας διαφέρει από το αίσθημα κούρασης που μπορεί να νιώσει κάποιος στην καθημερινότητα του, το οποίο μπορεί να επιλυθεί με ανάπαυση και ύπνο (LeMone, Burke & Bauldoff 2011).

Η κόπωση στην ΣκΠ μπορεί να είναι είτε πρωτοπαθής που προκαλείται από την ίδια την νόσο, είτε δευτεροπαθής που προκαλείται από τα παθοφυσιολογικά επακόλουθα της νόσου. Κάποιοι από τους παθολογικούς μηχανισμούς που οδηγούν στην εμφάνιση της κόπωσης είναι η υπερδιέγερση του ανοσοποιητικού, η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, οι λοιμώξεις, οι διαταραχές του ύπνου και η κακή διατροφή. Το σύμπτωμα αυτό επηρεάζει κάθε πτυχή του ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας, όπως την ικανότητα αυτοφροντίδας, την κινητικότητα, την σεξουαλική του ζωή καθώς και τη ψυχολογία του (LeMone, Burke & Bauldoff 2011).

Για τη σωστή διαχείριση της κόπωσης απαιτείται διδασκαλία τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια, προκειμένου να κατανοήσουν την φύση του προβλήματος και να προσαρμοστούν. Σε συνεργασία με τον νοσηλευτή ο ασθενής οφείλει να ιεραρχήσει τις προτεραιότητες του, να εξασφαλίσει αποθέματα ενέργειας και να ρυθμίσει τις καθημερινές του δραστηριότητες, ώστε να υπάρχουν, ενδιάμεσα, περίοδοι ανάπαυσης. Σημαντική είναι, επίσης, μία ισορροπημένη δίαιτα η οποία ελαχιστοποιεί και την κόπωση αλλά και την πρόκληση λοιμώξεων. Τέλος, είναι πολύ σημαντικό οι ασθενείς της ΣκΠ, που έρχονται αντιμέτωποι με το σύμπτωμα της κόπωσης, να μοιράζονται και να συζητάνε για τα συναισθήματα τους και να πιστέψουν πως μπορούν να τα καταφέρουν (Λαβδανίτη και συν 2014).

2.6 Έλλειμμα Αυτοφροντίδας

Όπως έχει αναφερθεί η ΣκΠ είναι μια ασθένεια η οποία προκαλεί βλάβες στο νευρικό σύστημα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργούνται αναπηρίες στο άτομο, που το εμποδίζουν να επιτελέσει απλές καθημερινές λειτουργίες, όπως αυτή της αυτοφροντίδας. Αναμφίβολα η ΣκΠ είναι μια ασθένεια που αχρηστεύει την ικανότητα του ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του. Όταν επέλθει αυτή η αλλαγή στην καθημερινότητα του ατόμου, μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο ζωής του αλλά και τον τρόπο που συναναστρέφεται με την κοινωνία και, εν τέλει, να οδηγήσει στην απομόνωσή του. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η αυτοφροντίδα ορίζεται ως «η ικανότητα των ατόμων, οικογενειών και κοινωνιών να προάγουν την υγεία, να αποτρέψουν την ασθένεια, να διατηρήσουν την υγεία και αντιμετωπίσουν ασθένειες και αναπηρίες, με ή χωρίς την βοήθεια κάποιου επαγγελματία υγείας» . Η λειτουργικότητα, σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Λειτουργίας, Αναπηρίας και Υγείας (ICF), αντικατοπτρίζει τη σχέση μεταξύ υγιούς κατάστασης και της περιβαλλοντολογικής και προσωπικής συνοχής του ατόμου. Βασίζεται στην διατήρηση της

αυτονομίας και ελευθερίας, που διασφαλίζονται από την διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών, του χιούμορ, της κινητικότητας και της επικοινωνίας. Από τους δύο παραπάνω ορισμούς αποδεικνύεται ότι δημιουργείται μια σχέση δύο κατευθύνσεων: η λειτουργικότητα επηρεάζει την αυτοφροντίδα, και αντίστροφα (Oliveira-Kumakura 2019).

2.7 Ποιότητα ζωής και Σκλήρυνση κατά Πλάκας

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας, αρχικά εκδηλώνεται με ποικιλία νευρολογικών συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν κινητική αδυναμία, κόπωση, τρόμο, σπαστικότητα, οπτικές διαταραχές, παραισθησίες και διπλωπία. Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου, προκαλείται εκτεταμένος νευροεκφυλισμός, ο οποίος οδηγεί στην αναπηρία (Βασιλόπουλος 2003).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής, ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες. Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος ο οποίος βρίσκεται στο επίκεντρο του επιστημονικού ενδιαφέροντος (Οικονόμου και συν 2001).

Η ΣκΠ χαρακτηρίζεται από ποικιλομορφία συμπτωμάτων τα οποία καταλήγουν σε προοδευτική εξασθένηση και αναπηρία. Τα σωματικά και ψυχικά προβλήματα, η γνωστική εξασθένηση, η κοινωνική απομόνωση και οι οικονομικές απώλειες λόγω της ανικανότητας για εργασία είναι οι αιτίες για τη συνεχή μείωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με πολλαπλή σκλήρυνση (Πολυκανδριώτη & Κυρίτση 2006). Η αναπηρία μπορεί να περιορίσει τις καθημερινές δραστηριότητες, την εργασία, την κοινωνική ζωή και τελικά να οδηγήσει σε πτώση της ποιότητας ζωής. Η μείωση της κινητικότητας, η οποία εμφανίζεται έως και στο 90% των ασθενών, επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργική δραστηριότητα, την εργασιακή απασχόληση, την ανεξαρτησία, τη σωματική και ψυχική δραστηριότητα των ασθενών. Η μειωμένη κινητικότητα, καθώς και η δυσλειτουργία στο περπάτημα, θεωρούνται από τα σημαντικότερα προβλήματα που προκαλεί η ΣκΠ (Νάκου 2001).

Εκτός από την κινητική αναπηρία οι ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως οι διαταραχές στην όραση. Η απομυελίνωση στους νευράξονες του οπτικού νεύρου προκαλεί συμπτώματα όπως θολή όραση, μέχρι και πρόσκαιρη απώλεια της όρασης,

συνήθως του ενός οφθαλμού, προβλήματα κατά τον διαχωρισμό των χρωμάτων, μείωση του οπτικού πεδίου, ελάττωση της οπτικής οξύτητας. Οι διαταραχές αυτές οδηγούν σε πτώση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, καθώς επηρεάζουν όλες τις καθημερινές δραστηριότητες, την κοινωνική του ζωή και τον εργασιακό του χώρο (Βασιλόπουλος 2003).

Οι ασθενείς με ΣκΠ παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής όχι μόνο από τον γενικό πληθυσμό αλλά και από εκείνους που πάσχουν από άλλες χρόνιες παθήσεις, καθώς επιδρούν αρνητικά η εκτεταμένη σωματική αναπηρία, η έλλειψη αποτελεσματικών μεθόδων θεραπείας και οι άγνωστες αιτίες της νόσου (Νάκου 2001).

Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία έρευνας

3.1 Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των γνώσεων των φοιτητών της Νοσηλευτικής όσον αφορά την Σκλήρυνση κατά πλάκας, την αντιμετώπισή της, τον τρόπο αποκατάστασης του ασθενούς, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζεται η ζωή του.

3.2 Εργαλεία

Το εργαλείο που θα αξιολογήσει τις γνώσεις των φοιτητών Νοσηλευτικής για την ΣκΠ είναι ένα ερωτηματολόγιο.

Αποτελείται από τρεις (3) ενότητες και συνολικά από είκοσι επτά (27) ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών. Η πρώτη ενότητα έχει τίτλο «Δημογραφικά στοιχεία έρευνας» και περιλαμβάνει πέντε (5) ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα. Η δεύτερη ενότητα έχει τίτλο «Ερωτήσεις γνώσεων για MS» και περιλαμβάνει δεκαπέντε (15) ερωτήσεις. Τέλος, η τρίτη ενότητα έχει τίτλο «MS και συμπεριφορά ατόμων» και περιλαμβάνει επτά (7) ερωτήσεις. Οι απαντήσεις στην δεύτερη και τρίτη ενότητα έχουν να κάνουν με το ζήτημα της έρευνας και βαθμολογήθηκαν βάσει υποδείξεων της πηγής του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο, η πηγή του καθώς και τα κριτήρια βαθμολόγησης παρατίθενται στο παράρτημα της εργασίας. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο μοιράστηκε ηλεκτρονικά σε φοιτητές και φοιτήτριες του τμήματος Νοσηλευτικής του ΔΙΠΑΕ (Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος) Θεσσαλονίκης, έτσι ώστε να συλλεχθούν τα απαραίτητα δεδομένα για μελέτη.

3.3 Τόπος και Χρόνος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε το εαρινό εξάμηνο του 2021. Το ερωτηματολόγιο παρατέθηκε στην πλατφόρμα ερωτηματολογίων «Google Forms». Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε σε πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης των φοιτητών της νοσηλευτικής του ΔΙΠΑΕ Θεσσαλονίκης.

3.4 Δείγμα-Πληθυσμός

Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν οι εν ενεργεία φοιτητές νοσηλευτικής του ΔΙΠΑΕ Θεσσαλονίκης. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από εκατόν πενήντα επτά (157) άτομα. Αξίζει να αναφερθεί

ότι το παρόν δείγμα αντικατοπτρίζει ποσοστό μεγαλύτερο του 10% των ενεργών προπτυχιακών φοιτητών του τμήματος, καθώς ο συνολικός αριθμός ενεργών προπτυχιακών φοιτητών είναι χίλιοι είκοσι (1020). Τα εκατόν τρία άτομα (103) είναι γυναίκες, ενώ τα πενήντα τέσσερα (54) είναι άνδρες, που κάλυπταν 65,6% και 34,4% του δείγματος αντίστοιχα. Ως προς το εξάμηνο φοίτησης το 1,3% ανήκει στο Α εξάμηνο, το 10,8% στο Β εξάμηνο, το 6,4% στο Γ εξάμηνο, το 11,5% στο Δ εξάμηνο, το 3,2% στο Ε εξάμηνο, το 17,8% στο ΣΤ εξάμηνο, το 5,7% στο Ζ εξάμηνο και τέλος το 43,3% στο Η εξάμηνο και άνω.

Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση το 73,2% πρόκειται για άνεργους φοιτητές ενώ το 26,8% εργάζεται.

3.5 Στατιστική ανάλυση

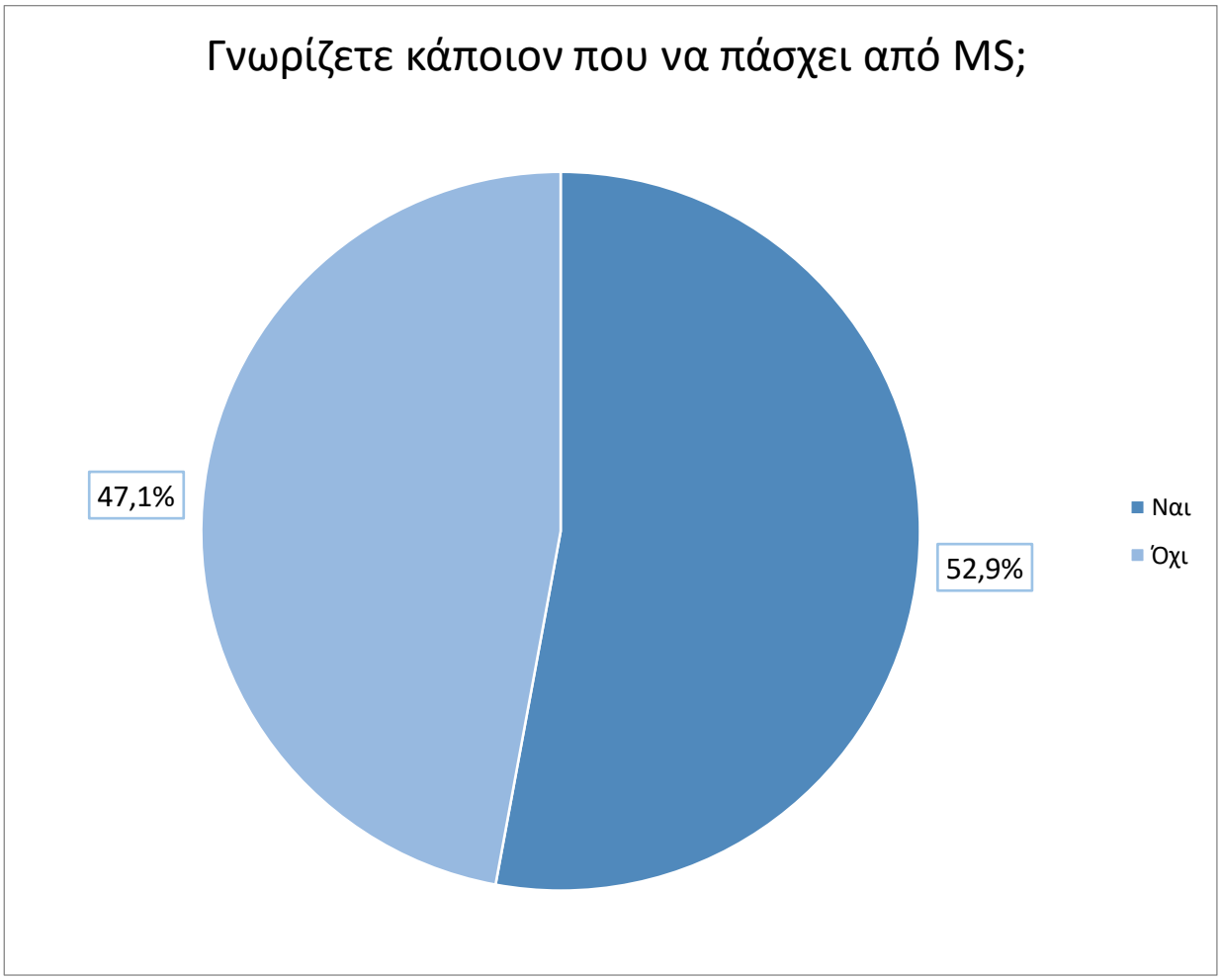
Τα δεδομένα της έρευνας συγκεντρώθηκαν στο περιβάλλον του Google Forms, όπου μετά μεταφέρθηκαν στο Excel 2016 για να γίνει η βαθμολόγησή τους. Έπειτα μεταφέρθηκαν στο στατιστικό πακέτο που θα αναλύονταν. Το στατιστικό πακέτο πρόκειται για το IBM SPSS Statistics 25, ενώ χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος συχνοτήτων, καθώς και παραμετρικά και μη παραμετρικά test για την ανάλυση των δεδομένων και την εύρεση των διαφόρων συσχετίσεων. Στη συνέχεια παρατίθενται τα όποια ευρήματα με τη χρήση πινάκων και γραφημάτων.

Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα

Όταν ερωτήθηκαν ένα γνωρίζουν κάποιο που να πάσχει από MS, 83 άτομα (52,9%) απάντησαν πως δεν γνωρίζουν κανέναν, ενώ 71 (47,1%) απάντησαν πως γνωρίζουν τουλάχιστον ένα άτομο (φίλο, συγγενή κλπ).

Πίνακας 4.1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν κάποιον που να πάσχει από MS

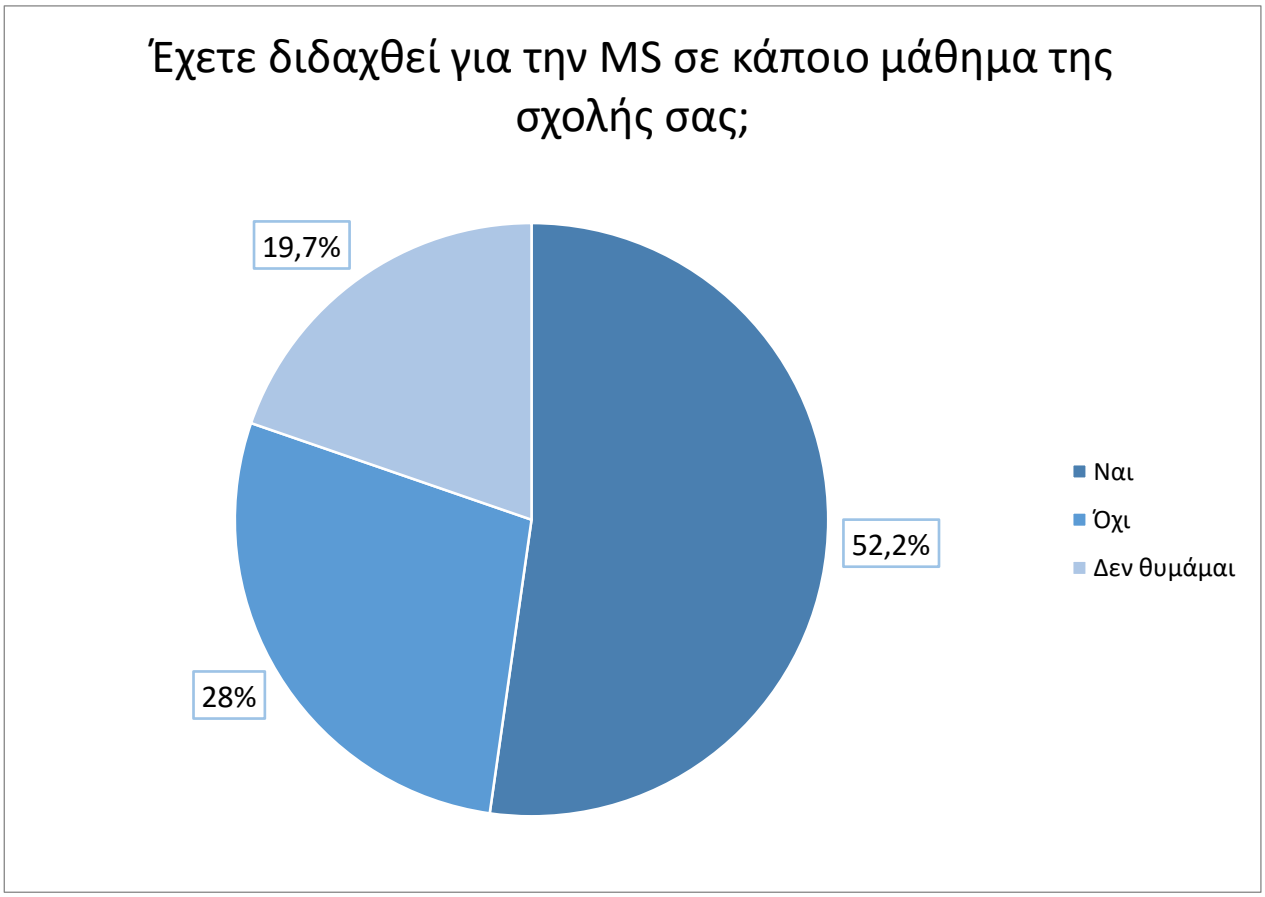
Γνωρίζετε κάποιον που να πάσχει από MS;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	71	47,1
Όχι	83	52,9



Στην ερώτηση αν έχουν διδαχθεί σε κάποιο μάθημα για τη συγκεκριμένη πάθηση οι περισσότεροι (82 άτομα, 52,2%) απάντησαν ναι, 44 απάντησαν όχι (28%), ενώ υπήρξαν και 31 άτομα (19,7%) που απάντησαν πως δεν θυμούνται.

Πίνακας 4.:Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν διδαχθεί για την MS σε κάποιο μάθημα.

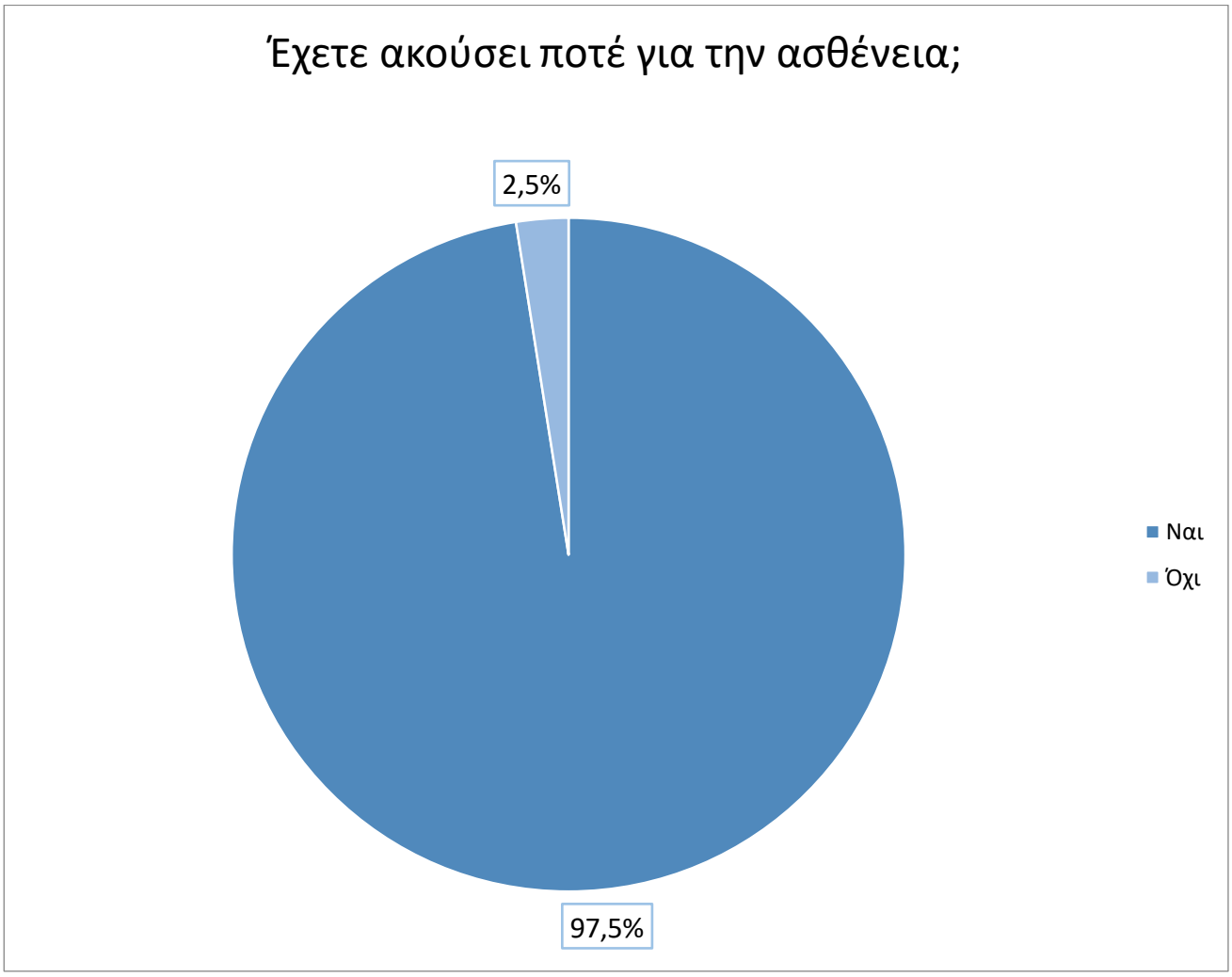
Έχετε διδαχθεί για την MS σε κάποιο μάθημα της σχολής σας;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	82	52,2
Όχι	44	28
Δεν θυμάμαι	31	19,7



Η συντριπτική πλειοψηφία των 153 ατόμων (97,5%) απάντησε πως έχουν ακούσει για την ασθένεια τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους, ενώ 4 (2,5%) μόνο απάντησαν πως δεν έχουν ακούσει ποτέ την ασθένεια.

Πίνακας 4.3: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν ακούσει την ασθένεια.

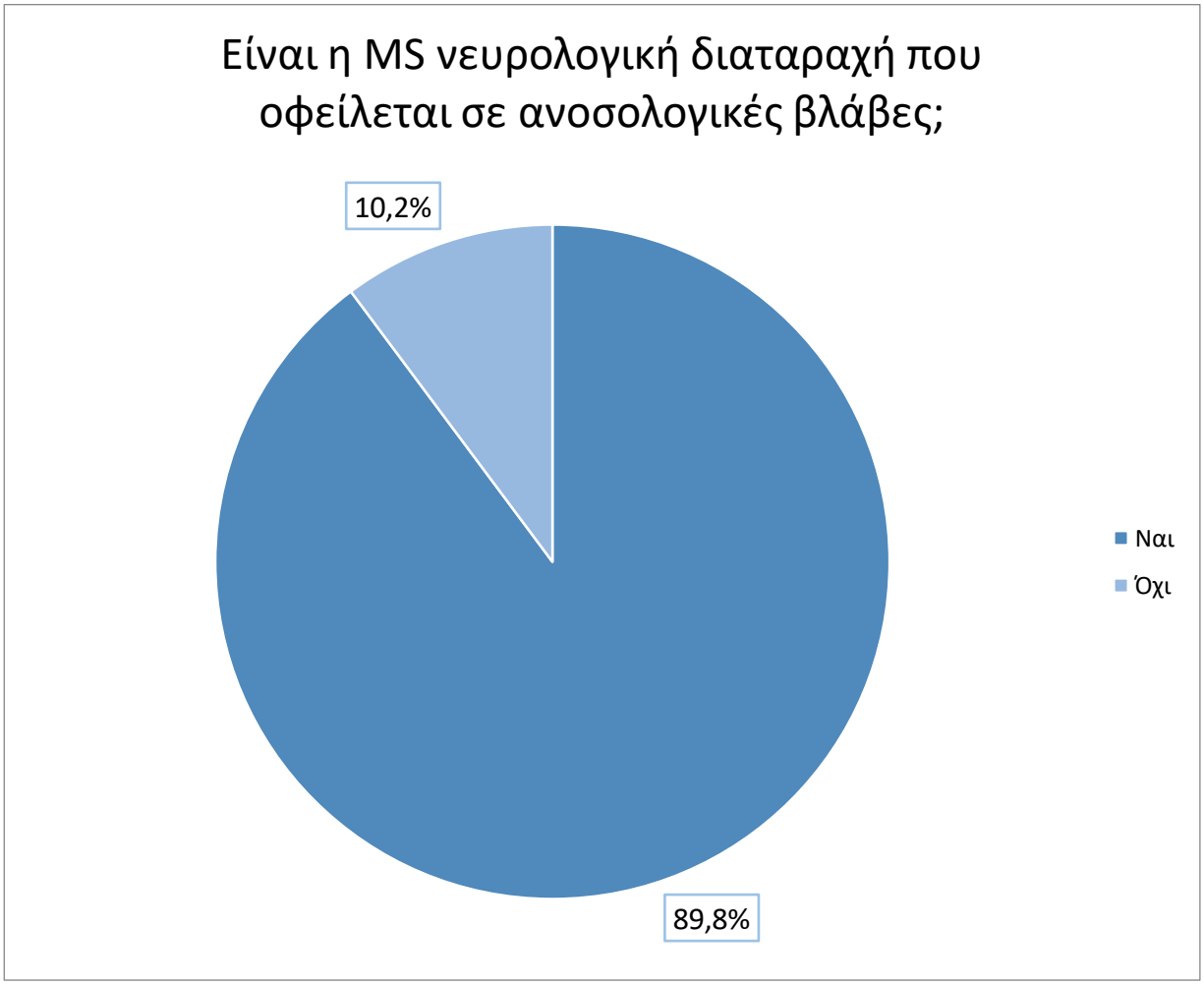
Έχετε ακούσει ποτέ για την ασθένεια;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	153	97,5
Όχι	4	2,5



Στη συνέχεια, 141 άτομα (89,8%) απάντησαν πως η MS είναι μια νευρολογική διαταραχή που οφείλεται σε ανοσολογικές βλάβες και οι 16 (10,2%) απάντησαν όχι.

Πίνακας 1.4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν η MS είναι νευρολογική διαταραχή που οφείλεται σε ανοσολογικές βλάβες.

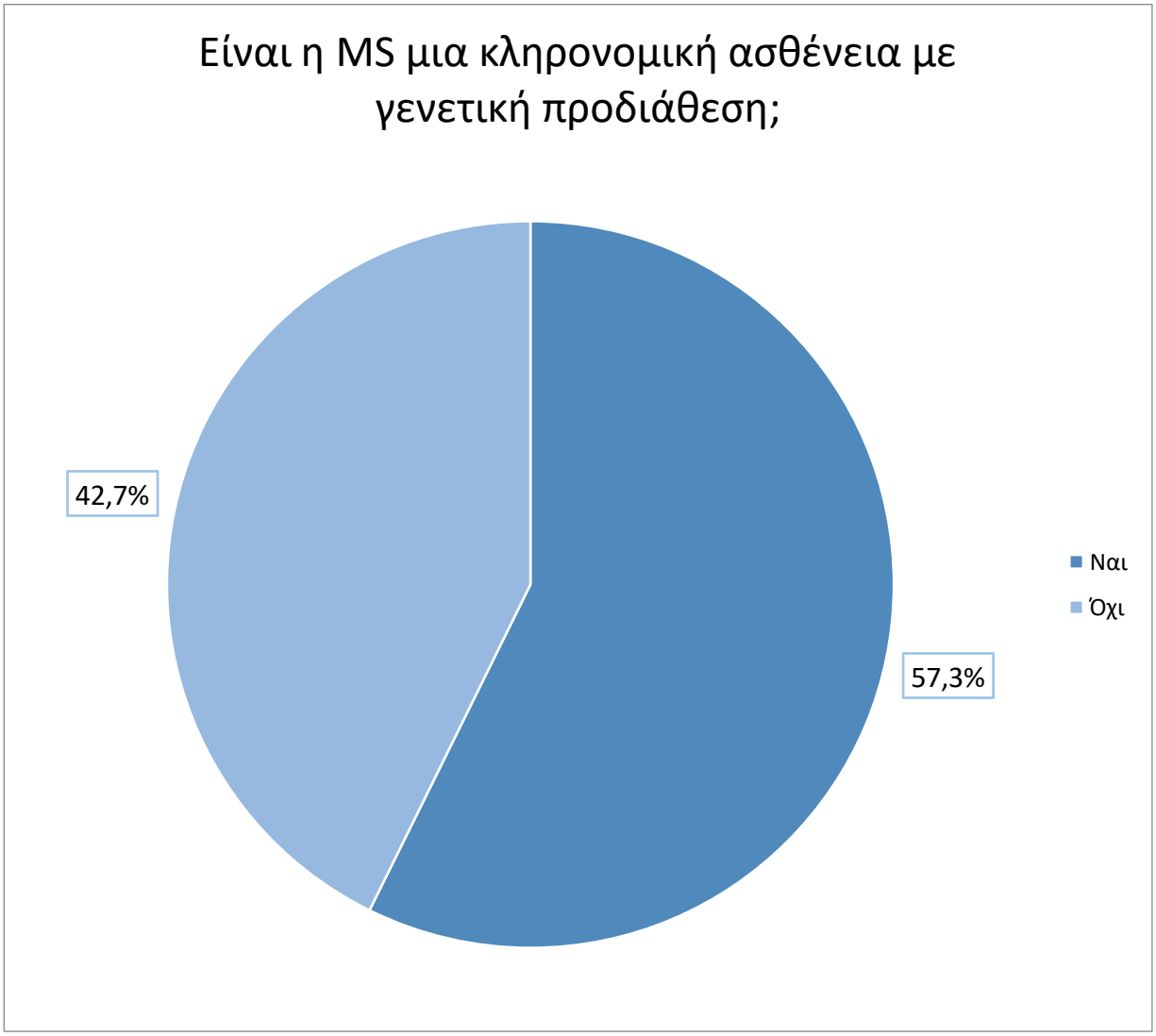
Είναι η MS μια νευρολογική διαταραχή που οφείλεται σε ανοσολογικές βλάβες;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	141	89,8
Όχι	16	10,2



Επιπλέον, 90 άτομα (57,3%) απάντησαν πως πιστεύουν ότι η ασθένεια είναι μια κληρονομική ασθένεια η οποία έχει γενετική προδιάθεση. ενώ αντίθετα οι 67 (42,7%) απάντησαν πως δεν είναι.

Πίνακας 4.2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κληρονομικότητα της ασθένειας.

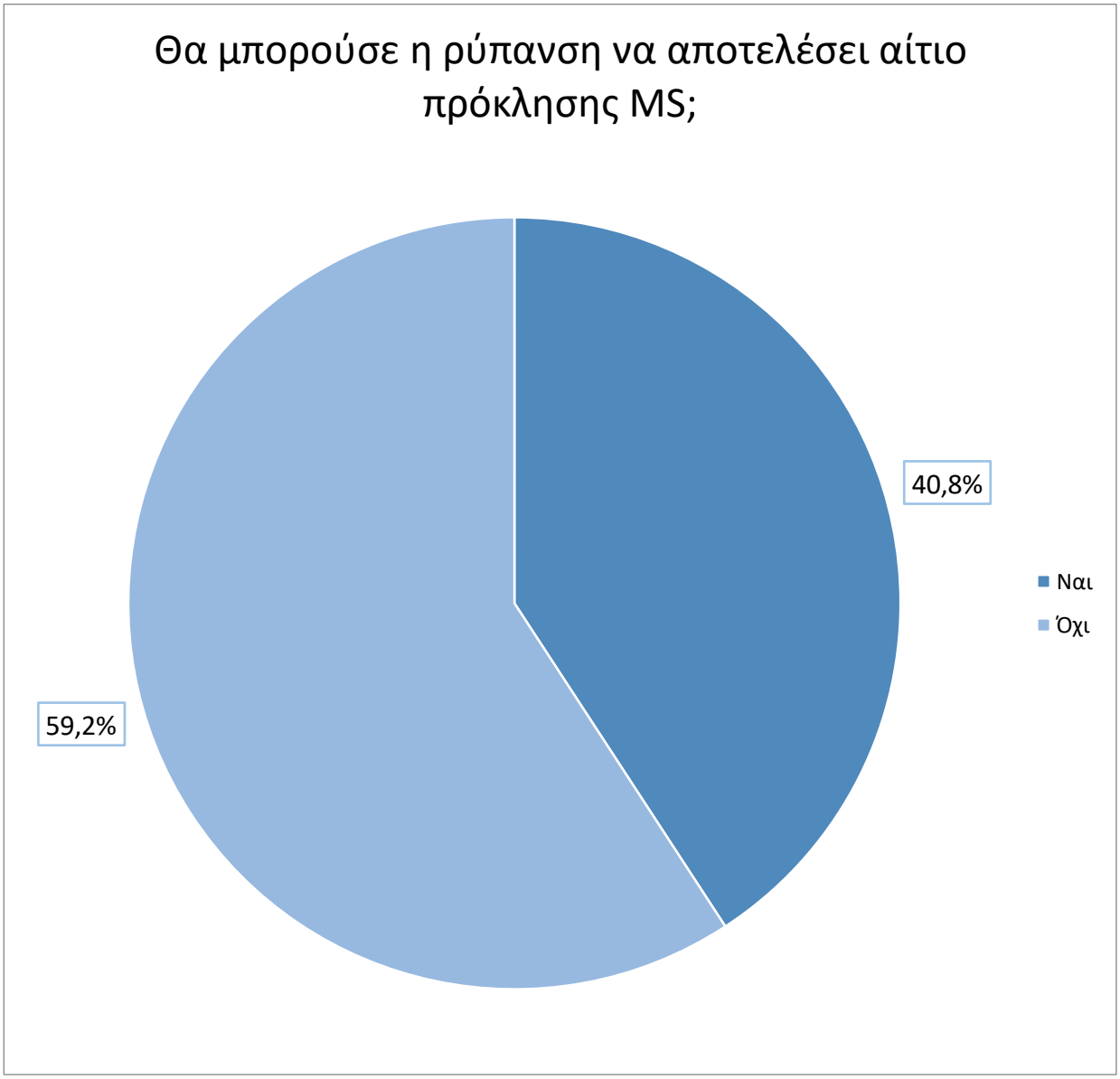
Είναι η MS μια κληρονομική ασθένεια με γενετική προδιάθεση;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	90	57,3
Όχι	67	42,7



Συνεχίζοντας, 93 άτομα (59,2%) ανέφεραν ότι η ρύπανση δεν θα μπορούσε να αποτελέσει αίτιο πρόκλησης MS, ενώ υπήρξαν 64 (40,8%) που πίστευαν πως θα μπορούσε.

Πίνακας 4.6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη ρύπανση ως αίτιο πρόκλησης.

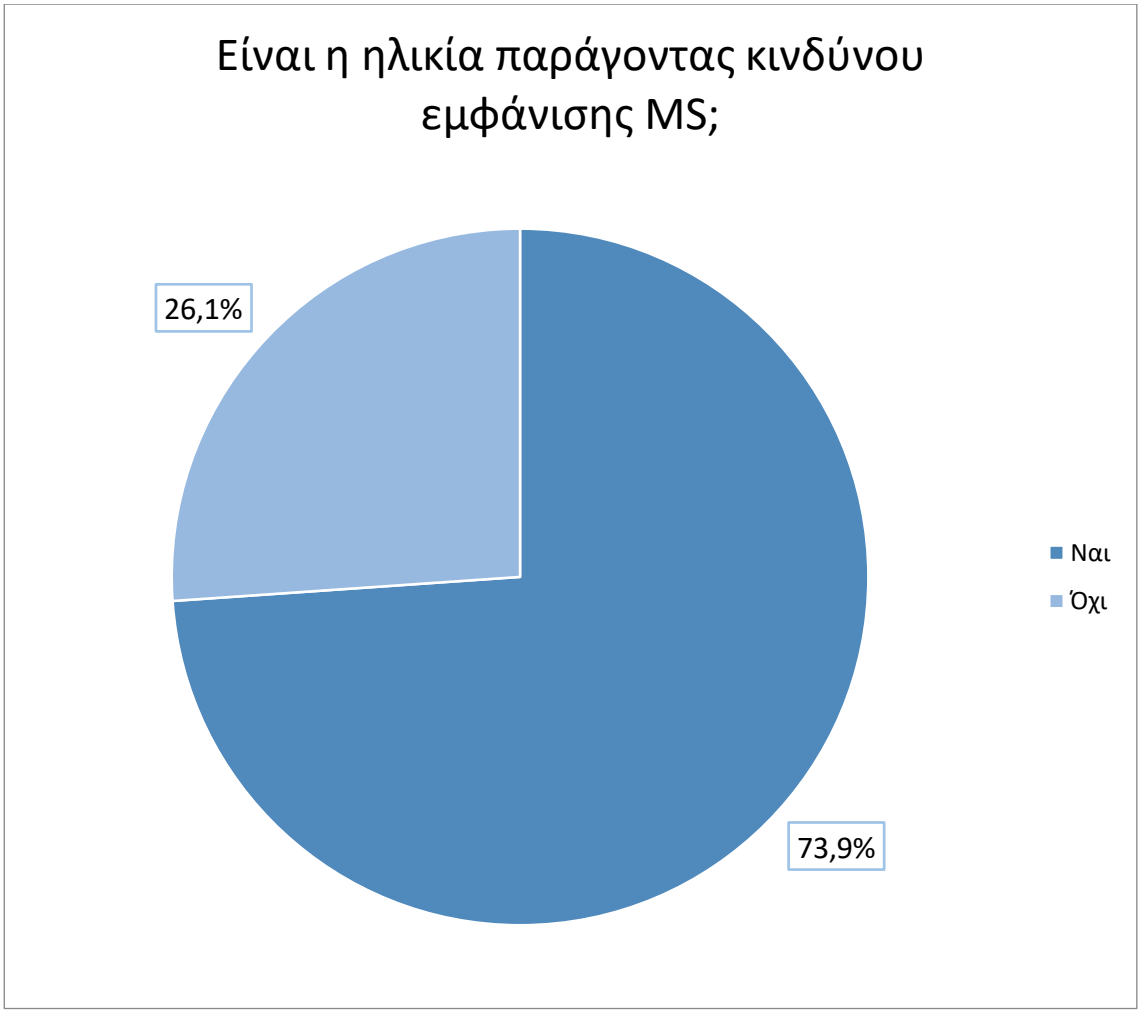
Θα μπορούσε η ρύπανση να αποτελέσει αίτιο πρόκλησης MS;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	64	40,8
Όχι	93	59,2



Όσον αφορά την ηλικία, 116 άτομα (73,9%) απάντησαν πως πιστεύουν ότι η ηλικία μπορεί να είναι παράγοντας κινδύνου εμφάνισης MS, ενώ 41 άτομα (26,1%) διαφώνησαν (πίνακας 7). Ακόμη, οι 112 (71,3%) θεωρούν ότι επηρεάζονται κυρίως οι νεότερες ηλικίες, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους 45 (28,7%) (πίνακας 8).

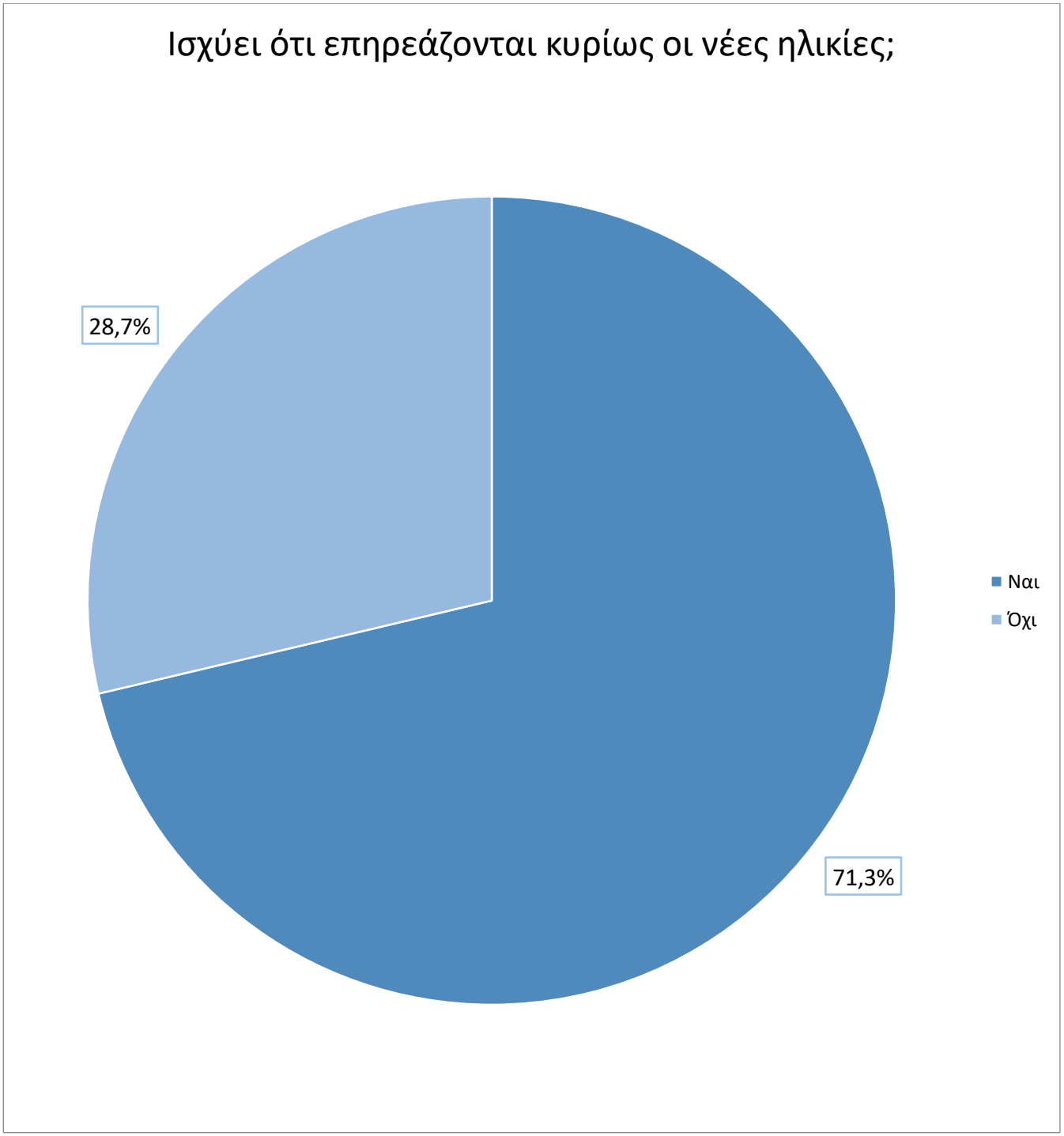
Πίνακας 4.7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία ως παράγοντα κινδύνου εμφάνισης MS.

Είναι η ηλικία ένας παράγοντας κινδύνου εμφάνισης MS;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	116	73,9
Όχι	41	26,1



Πίνακας 4.3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την επιρροή στις νέες ηλικίες.

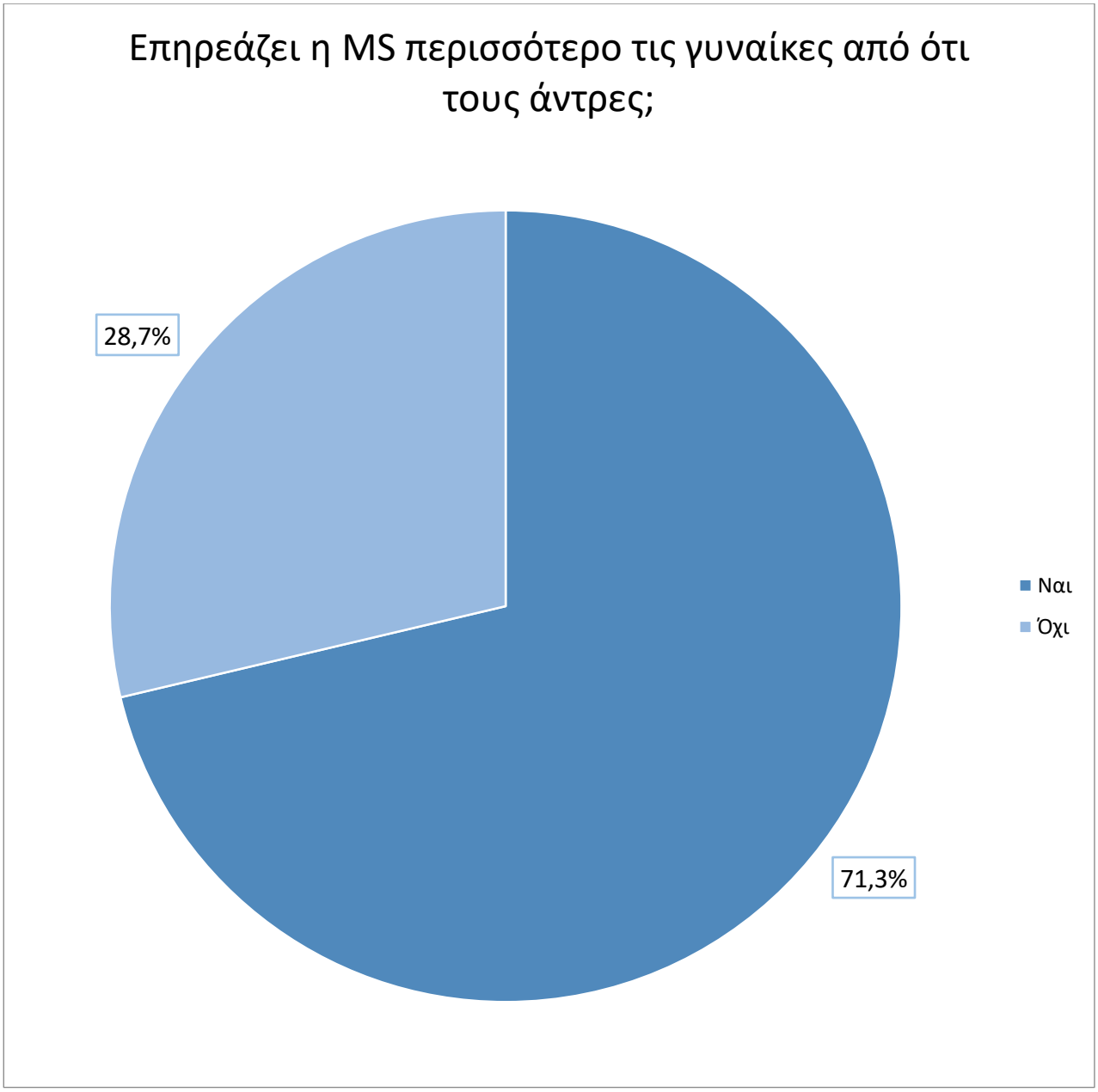
Ισχύει ότι επηρεάζονται κυρίως οι νέες ηλικίες;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	112	71,3
Όχι	45	28,7



Στην ερώτηση αν η MS επηρεάζει περισσότερο γυναίκες από ότι άντρες, 124 άτομα (79%) απάντησαν ναι, ενώ 33 (21%) απάντησαν όχι.

Πίνακας 4.4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν επηρεάζονται περισσότερο οι γυναίκες.

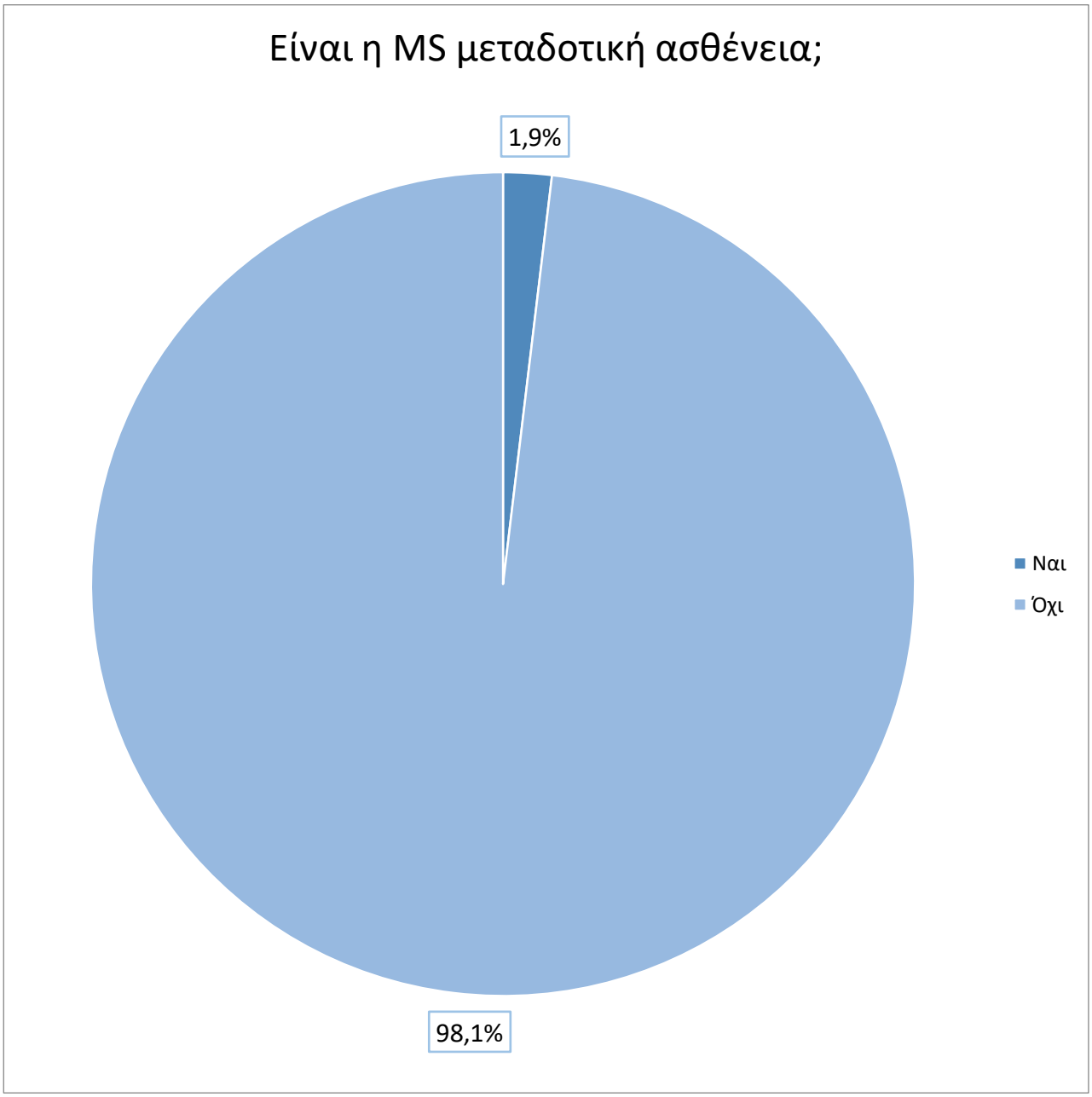
Επηρεάζει η MS περισσότερο τις γυναίκες από ότι τους άντρες;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	124	79
Όχι	33	21



Σχεδόν όλοι (154 άτομα – 98,1%) συμφώνησαν ότι η MS δεν είναι μια μεταδοτική ασθένεια.

Πίνακας 4.5: Κατανομή ερωτηθέντων ως πως τη μεταδοτικότητα.

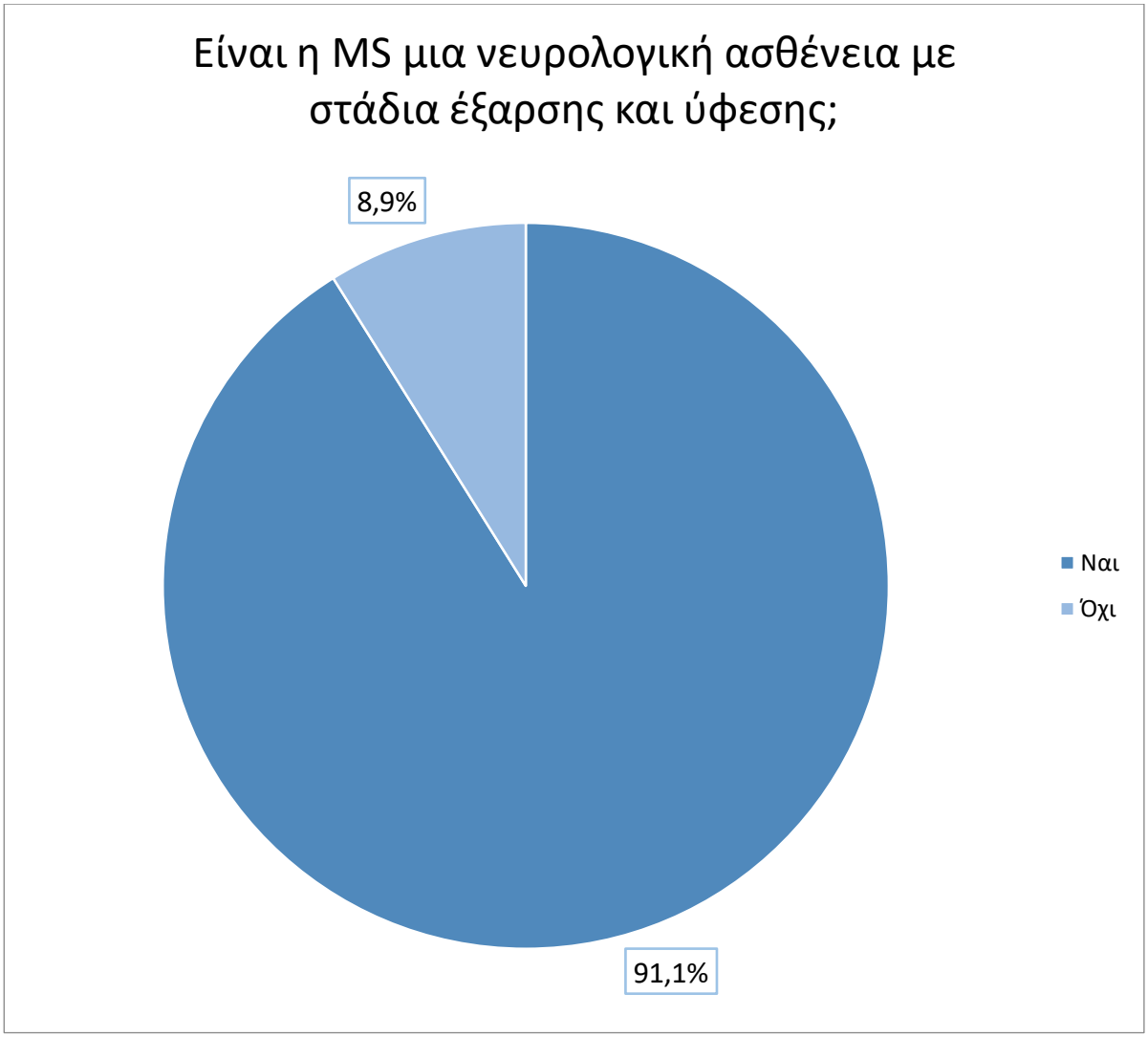
Είναι η MS μεταδοτική ασθένεια;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	3	1,9
Όχι	154	98,1



Στην ερώτηση αν η MS είναι μια νευρολογική ασθένεια με στάδια ύφεσης και έξαρσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων (143 άτομα – 91,1%) συμφώνησε πως η MS είναι όντως μια τέτοια πάθηση.

Πίνακας 4.6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ύπαρξη σταδίων.

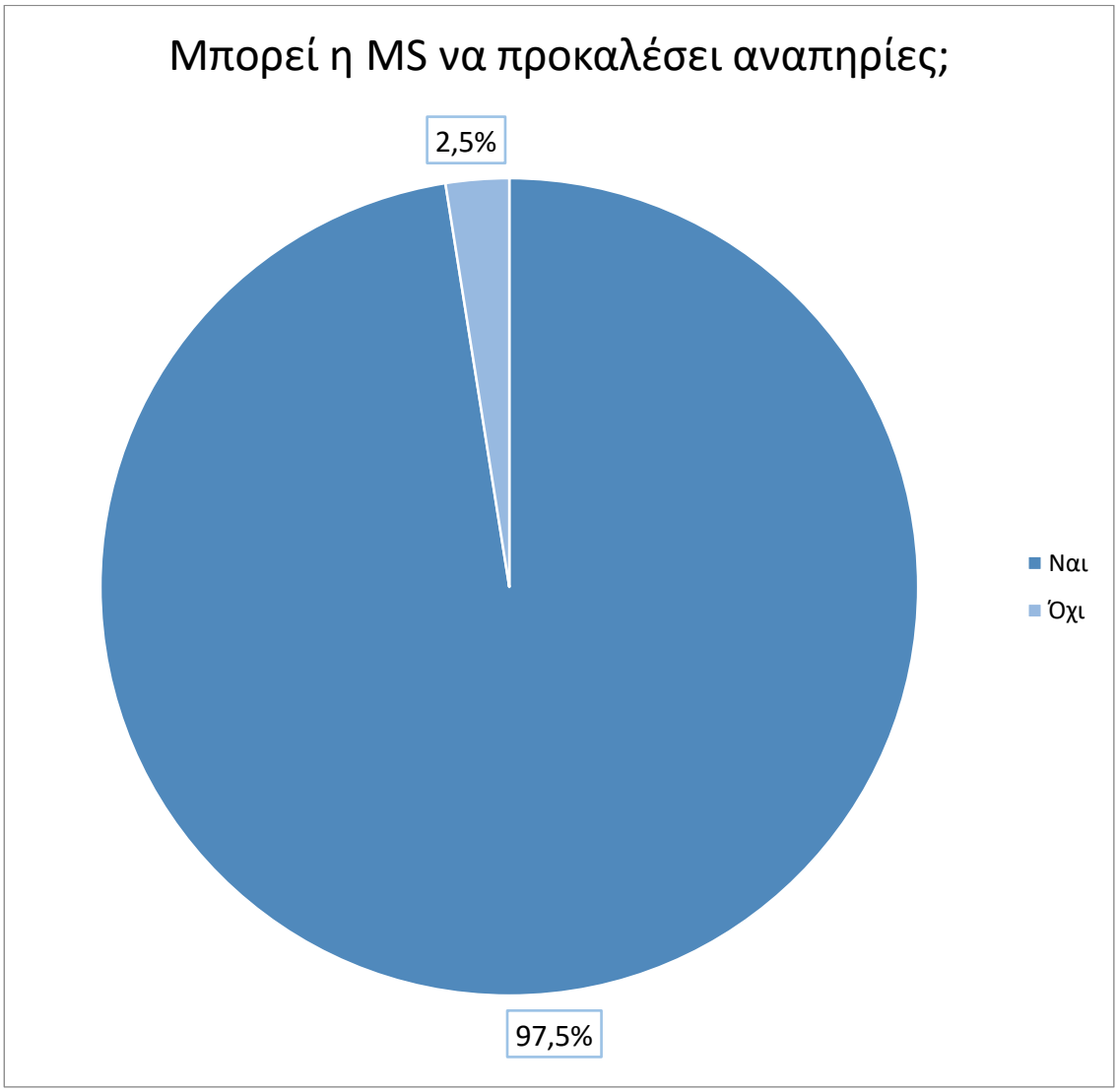
Είναι η MS μια νευρολογική ασθένεια με στάδια έξαρσης και ύφεσης;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	143	91,1
Όχι	14	8,9



Όταν ερωτήθηκαν αν η MS μπορεί να προκαλέσει αναπηρίες, η συντριπτική πλειοψηφία (153 άτομα – 97,5%) απάντησε πως ναι, μπορούν να προκληθούν αναπηρίες εξαιτίας της πάθησης.

Πίνακας 4.7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την πρόκληση αναπηριών.

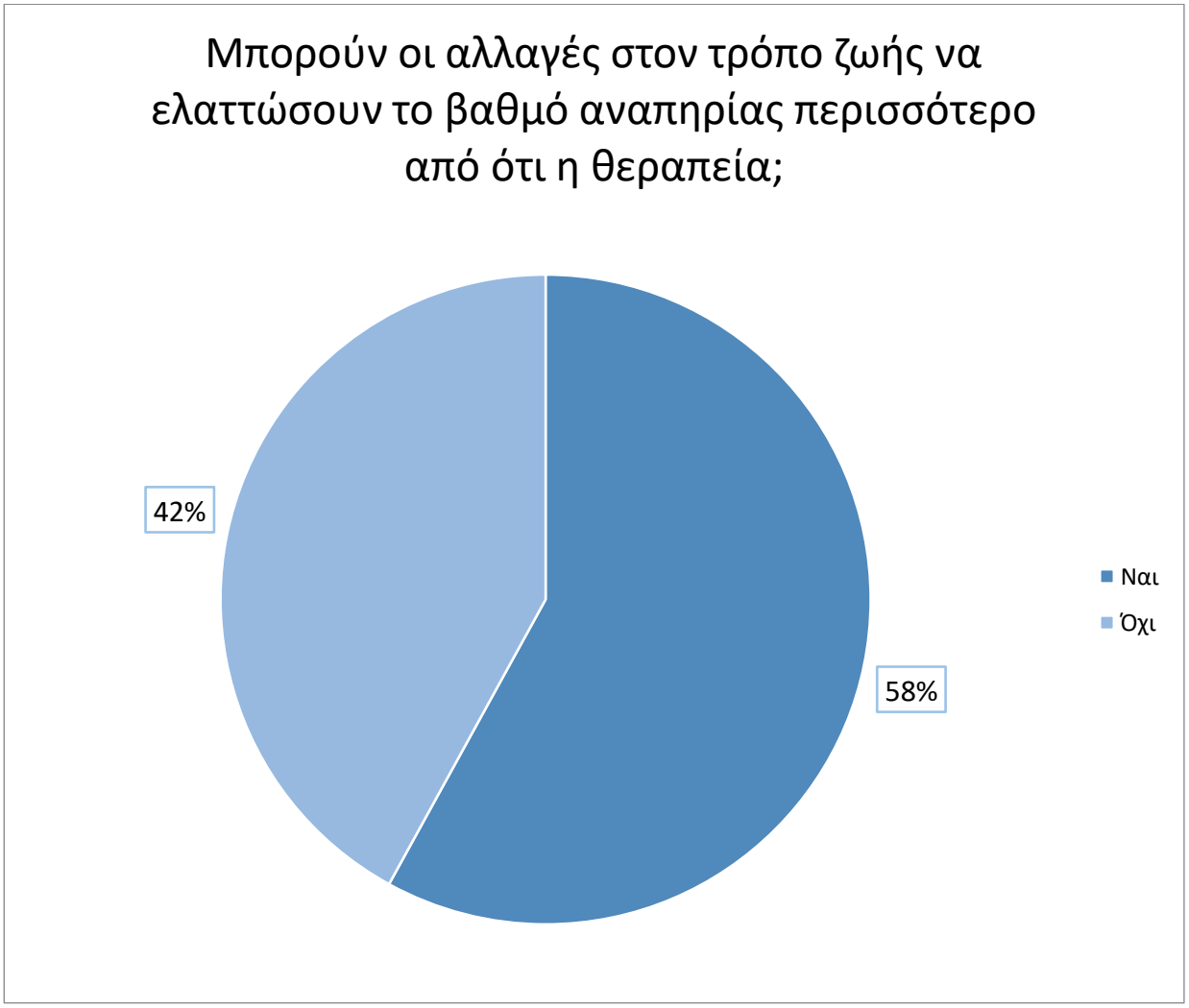
Μπορεί η MS να προκαλέσει αναπηρίες;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	153	97,5
Όχι	4	2,5



Στη συνέχεια, 91 άτομα (58%) απάντησαν πως θεωρούν ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής μπορούν να ελαττώσουν τον βαθμό αναπηρίας περισσότερο από ότι η θεραπεία. Αντιθέτως, οι υπόλοιποι 66 (42%) πιστεύουν ότι τέτοιες αλλαγές δεν μπορούν να το πετύχουν αυτό.

Πίνακας 4.8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αντίκτυπο των αλλαγών του τρόπου ζωής.

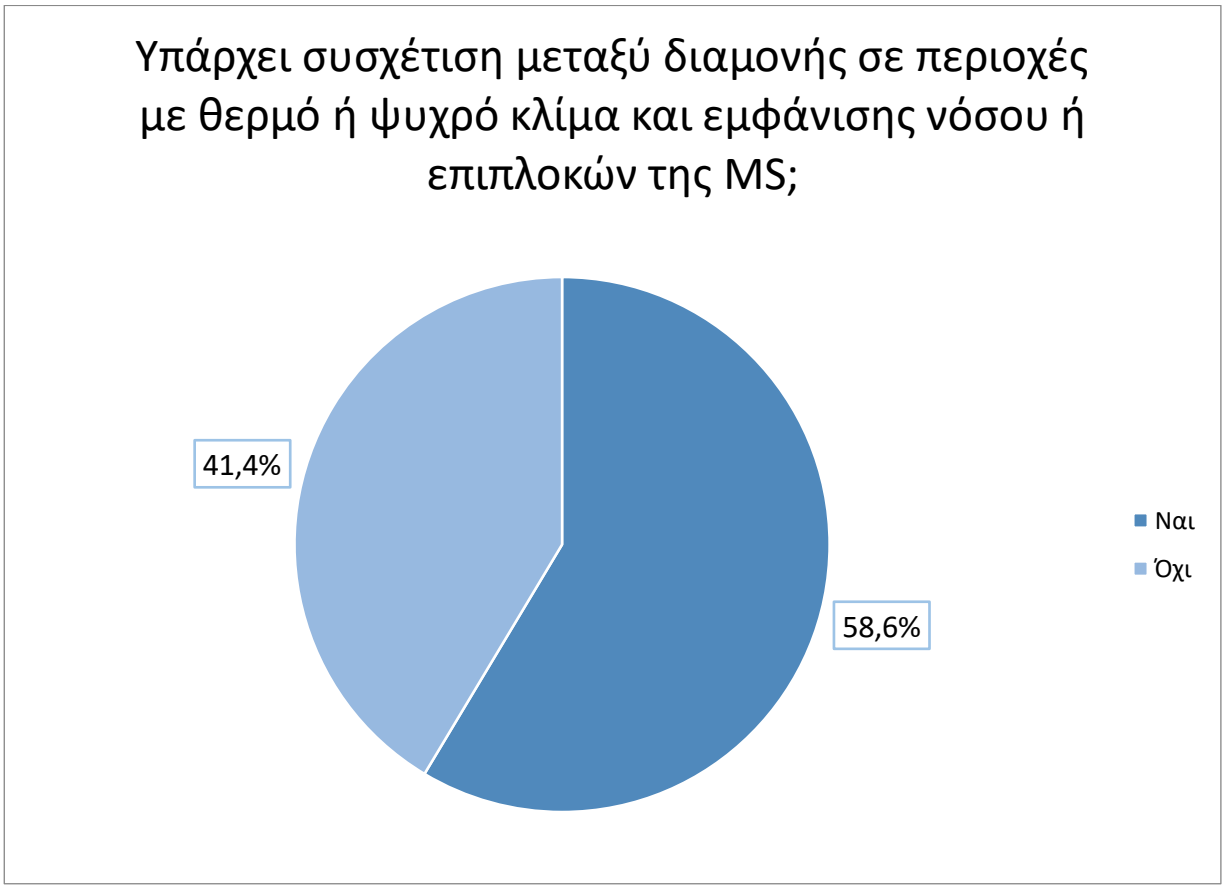
Μπορούν οι αλλαγές στον τρόπο ζωής να ελαττώσουν το βαθμό αναπηρίας περισσότερο από ότι η θεραπεία;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	91	58
Όχι	66	42



Όσον αφορά την πιθανότητα ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ διαμονής σε περιοχές με θερμό ή ψυχρό κλίμα κι εμφάνισης νόσου ή επιπλοκών της MS, 65 άτομα (41,4%) απάντησαν πως δεν υπάρχει καμία συσχέτιση. Από την άλλη πλευρά, 92 (58,6%) ανέφεραν πως υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων.

Πίνακας 4.9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ διαμονής σε περιοχές με θερμό ή ψυχρό κλίμα κι εμφάνιση MS ή επιπλοκών της νόσου.

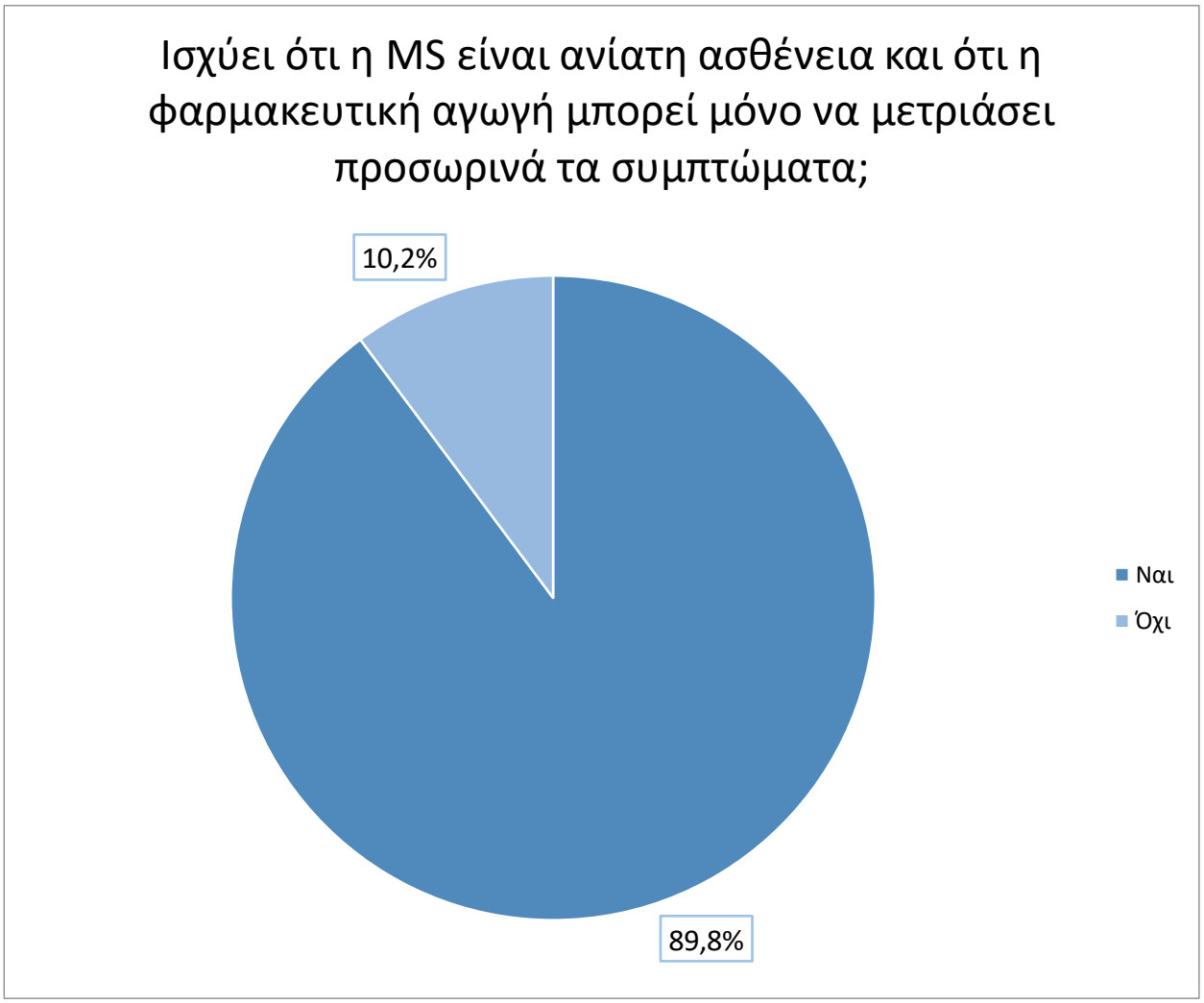
Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διαμονής σε περιοχές με θερμό ή ψυχρό κλίμα και εμφάνισης νόσου ή επιπλοκών της MS;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	92	58,6
Όχι	65	41,4



Μεγάλη διαφορά υπήρξε επίσης και στην ερώτηση αν η MS είναι ανίατη ασθένεια και αν η φαρμακευτική αγωγή μπορεί μόνο να μετριάσει τα συμπτώματα, στην οποία συμφωνήσαν 141 άτομα (89,8%), ενώ 16 (10,2%) απάντησαν όχι.

Πίνακας 4.10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ίαση και την φαρμακευτική αγωγή.

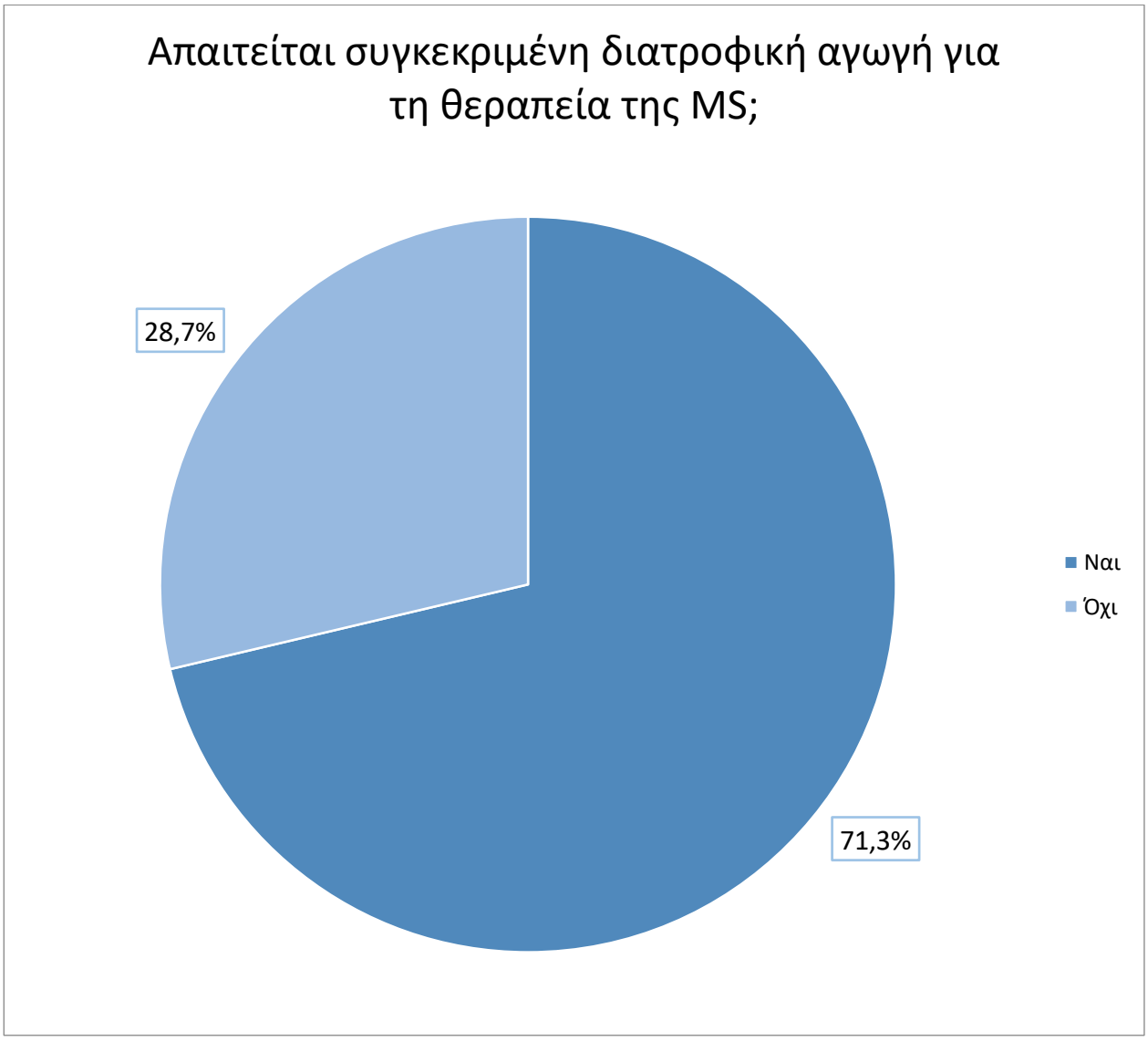
Ισχύει ότι η MS είναι ανίατη ασθένεια και ότι η φαρμακευτική αγωγή μπορεί μόνο να μετριάσει τα συμπτώματα;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	141	89,8
Όχι	16	10,2



Για την ύπαρξη συγκεκριμένης διατροφικής αγωγής για την θεραπεία της MS, η πλειοψηφία (112 άτομα - 71,3%) απάντησε πως ναι, χρειάζεται κάποια ειδική διατροφή, ενώ 45 άτομα (28,7%) απάντησαν πως δεν χρειάζεται κάτι συγκεκριμένο.

Πίνακας 4.11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη διατροφική αγωγή.

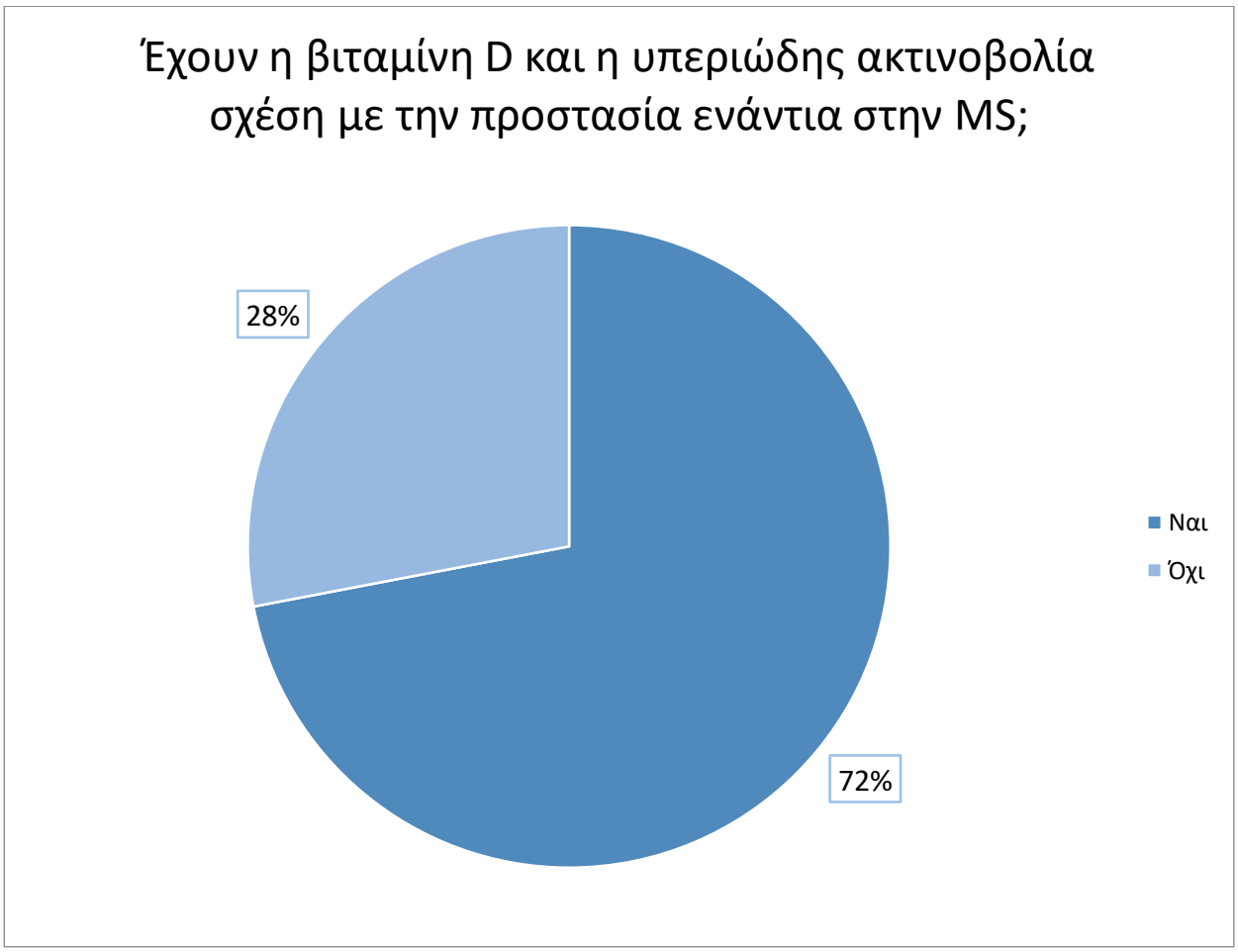
Απαιτείται συγκεκριμένη διατροφική αγωγή για τη θεραπεία της MS;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	112	71,3
Όχι	45	28,7



Στην τελευταία από τις ερωτήσεις αξιολόγησης των γνώσεων των φοιτητών, οι 113 (72%) απάντησαν πως υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ βιταμίνης D και υπεριώδους ακτινοβολίας με την προστασία ενάντια στην MS. Αντιθέτως, 44 άτομα (28%) πιστεύουν πως δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ αυτών των παραγόντων.

Πίνακας 4.12: Κατανομή ερωτηθέντων για τη σχέση βιταμίνης D και υπεριώδους ακτινοβολίας.

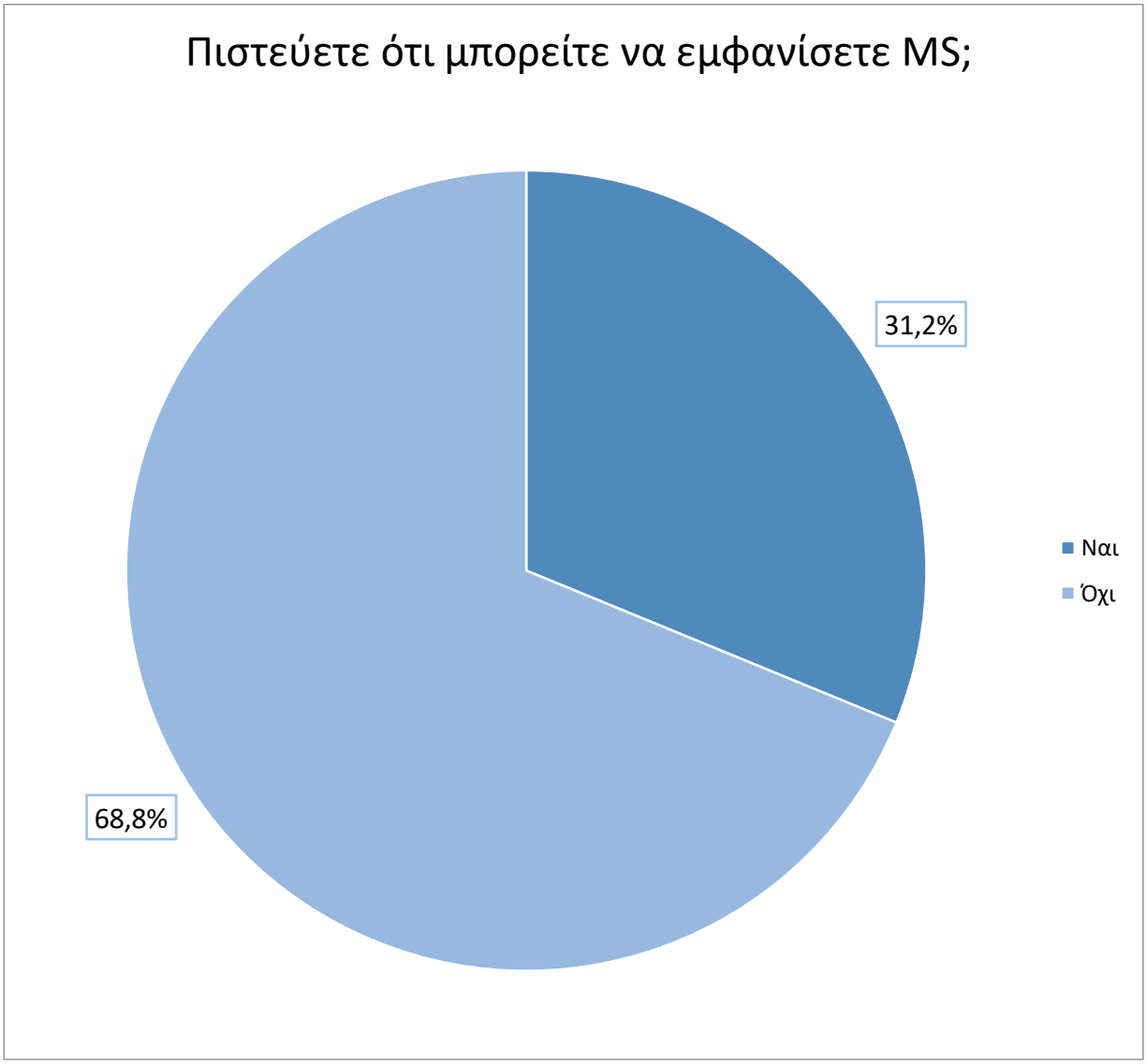
Έχουν η βιταμίνη D και η υπεριώδης ακτινοβολία σχέση με την προστασία ενάντια στην MS;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	113	72
Όχι	44	28



Στην πρώτη από τις ερωτήσεις αξιολόγησης της στάσης των φοιτητών απέναντι στη συγκεκριμένη ασθένεια, 49 άτομα (31,2%) απάντησαν πως θα μπορούσαν να εμφανίσουν τη νόσο, ενώ 108 (68,8%) ανέφεραν πως κάτι τέτοιο δε μπορεί να γίνει.

Πίνακας 4.13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την πιθανότητα εμφάνισης νόσου

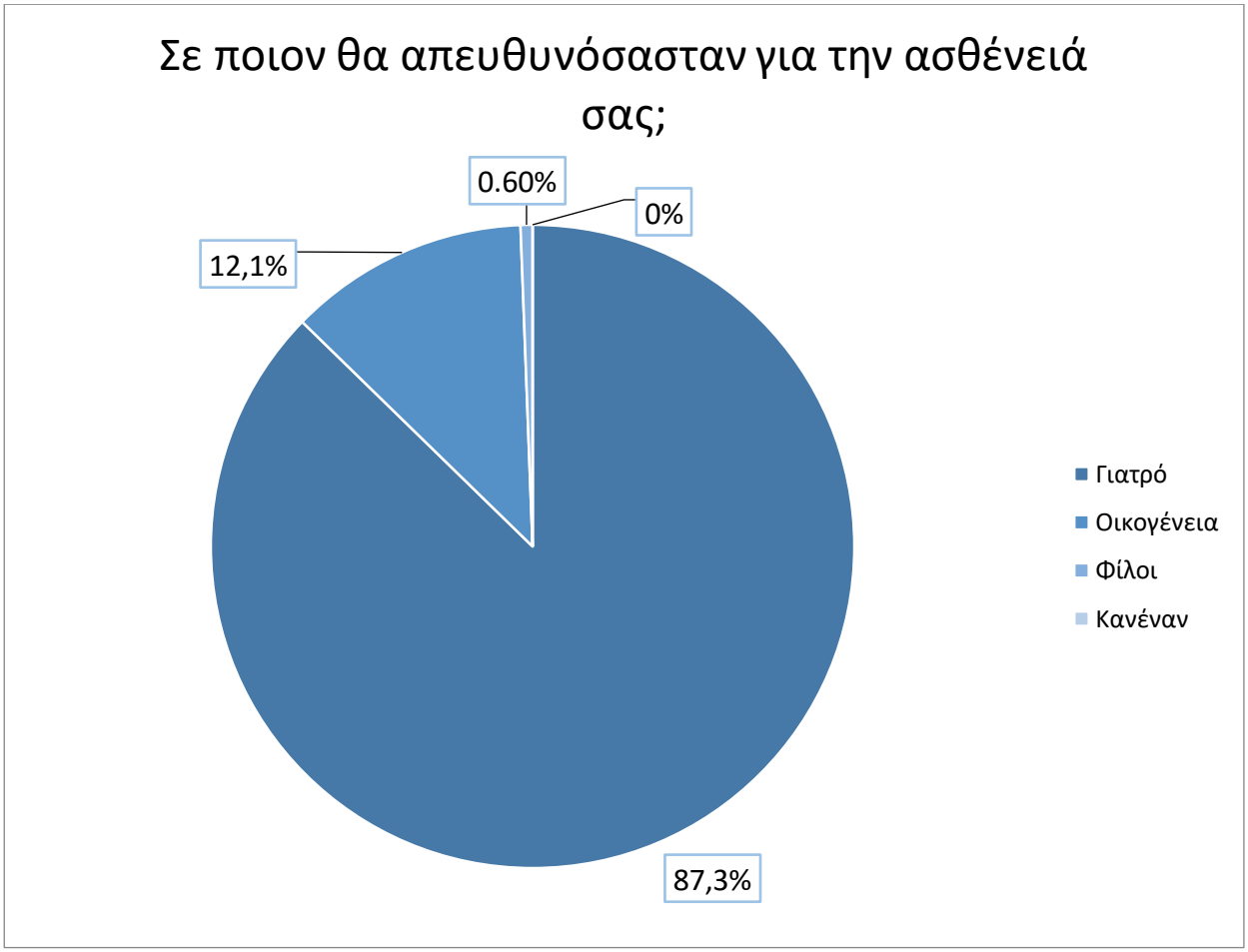
Πιστεύετε ότι μπορείτε να εμφανίσετε MS;	**N=157**	**Percent (%)**
Ναι	49	31,2
Όχι	108	68,8



Στην επόμενη ερώτηση, το μεγαλύτερο ποσοστό (137 άτομα – 87,3%) απάντησαν πως θα απευθύνονταν πρωτίστως σε κάποιον ιατρό για την ασθένειά τους. Στην οικογένειά τους θα απευθύνονταν 19 άτομα (12,1%), ενώ υπήρξε και 1 άτομο (0,6%) που θα μιλούσε σε κάποιο φίλο. Τέλος, δεν υπήρξε κανένα άτομο που να απάντησε ότι θα κρατούσε την ασθένειά του κρυφή και ότι δεν θα αναζητούσε κάποιου είδους βοήθεια.

Πίνακας 4.14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σε ποιον θα απευθύνονταν.

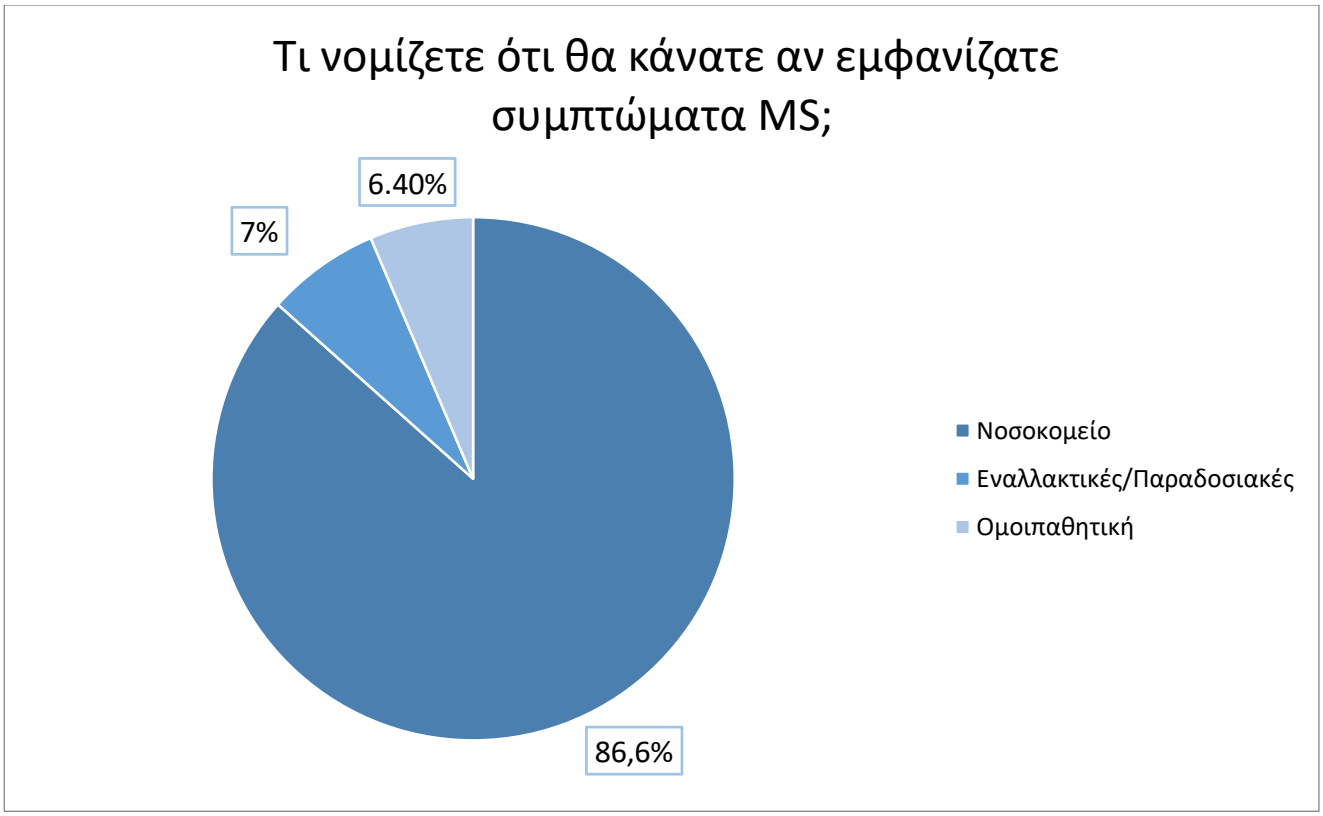
Σε ποιον θα απευθυνόσασταν για την ασθένειά σας;	**N=157**	**Percent (%)**
Γιατρό	137	87,3
Οικογένεια	19	12,1
Φίλοι	1	0,6
Κανέναν	0	0



Όταν ερωτήθηκαν τι θα έκαναν αν εμφάνιζαν κάποιο σύμπτωμα της MS, η πλειοψηφία (136 άτομα – 86,6%) απάντησε πως θα επισκεπτόταν κάποιο νοσοκομείο. Επιπλέον, υπήρξαν 11 άτομα (7%) που θα επισκέπτονταν κάποιον ειδικό που να ασχολείται με εναλλακτικές ή παραδοσιακές θεραπείες και 10 άτομα (6,4%) που θα επισκέπτονταν ομοιοπαθητικό γιατρό.

Πίνακας 4.15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θα έκαναν σε τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων MS.

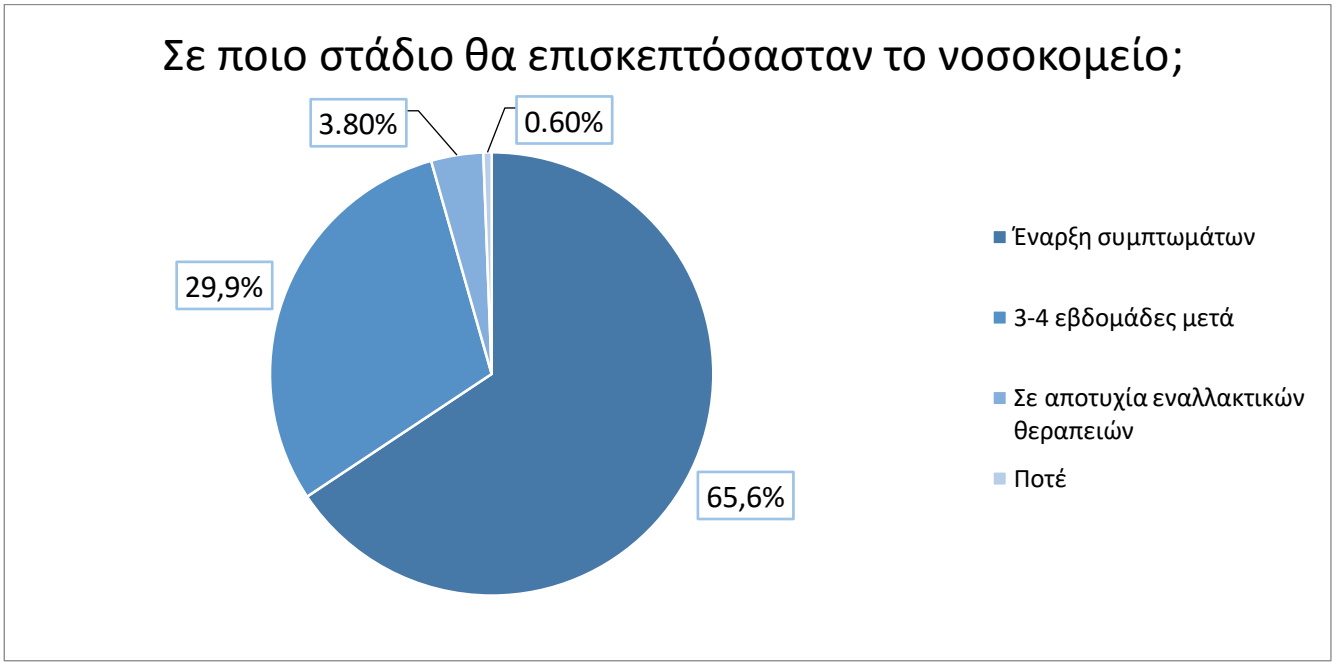
Τι νομίζετε ότι θα κάνατε αν εμφανίζατε συμπτώματα MS;	**N=157**	**Percent (%)**
Θα επισκεπτόμουν κάποιο νοσοκομείο	136	86,6
Θα επισκεπτόμουν κάποιον ειδικό που να ασχολείται με εναλλακτικές ή παραδοσιακές θεραπείες	11	7
Θα επισκεπτόμουν κάποιον ομοιοπαθητικό γιατρό	10	6,4



Συνεχίζοντας, 103 άτομα (65,6%) ανέφεραν ότι θα επισκέπτονταν κάποιο νοσοκομείο αμέσως μόλις αντιλαμβάνονταν ότι τα συμπτώματα που εμφανίζουν μπορεί να είναι συμπτώματα MS. Υπήρξαν επίσης, 47 άτομα (29.9%) που απάντησαν πως θα επισκέπτονταν νοσοκομείο 3-4 εβδομάδες μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Τέλος, 6 άτομα (3,8%) θα πήγαιναν σε νοσοκομείο μόνο μετά αποτυχία εναλλακτικών θεραπειών (ομοιοπαθητικών, παραδοσιακών κτλ), ενώ υπήρξε και 1 άτομο (0,6%) που δεν θα το επισκεπτόταν καθόλου.

Πίνακας 4.16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πότε θα επισκέπτονταν κάποιο νοσοκομείο.

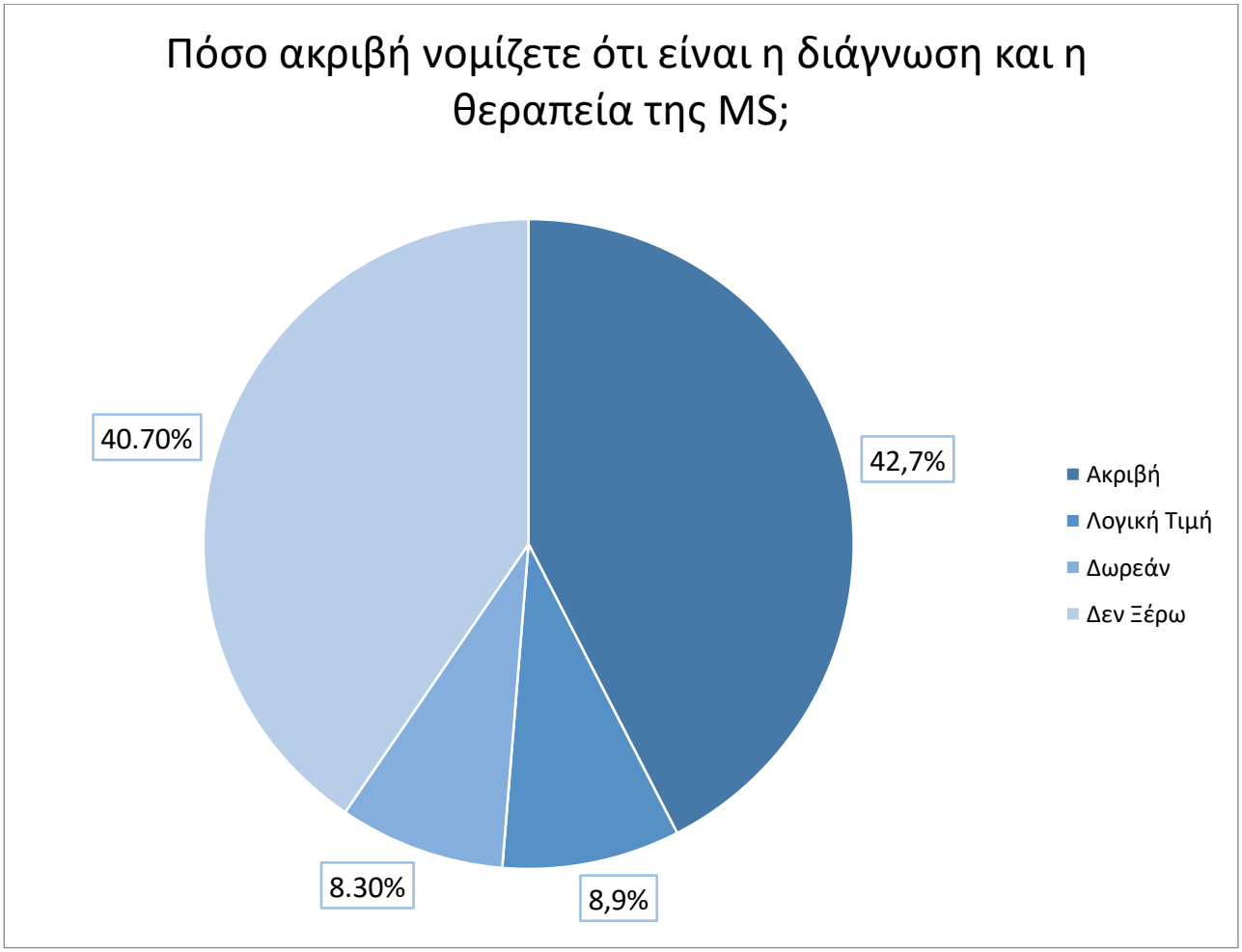
Σε ποιο στάδιο θα επισκεπτόσασταν το νοσοκομείο;	**N=157**	**Percent (%)**
Τη στιγμή που θα αντιλαμβανόμουν ότι είναι συμπτώματα MS	103	65,6
3-4 εβδομάδες μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων	47	29,9
Σε αποτυχία εναλλακτικών θεραπειών	6	3,8
Δεν θα επισκεπτόμουν κάποιο νοσοκομείο	1	0,6



Στην επόμενη ερώτηση, 67 άτομα (42,7%) απάντησε πως πιστεύει ότι η διάγνωση και η θεραπεία της MS θα είναι ακριβή. Υπήρξε μια σχετική ισοψηφία στις απαντήσεις ότι το κόστος διάγνωσης και θεραπείας θα έχει μια λογική τιμή (14 άτομα – 8,9%) και ότι θα είναι δωρεάν (13 άτομα – 8,3%). Τέλος, υπήρξε και ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων (63 άτομα – 40,7%) που απάντησε πως δεν ξέρει.

Πίνακας 4.17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πιθανό κόστος της θεραπείας.

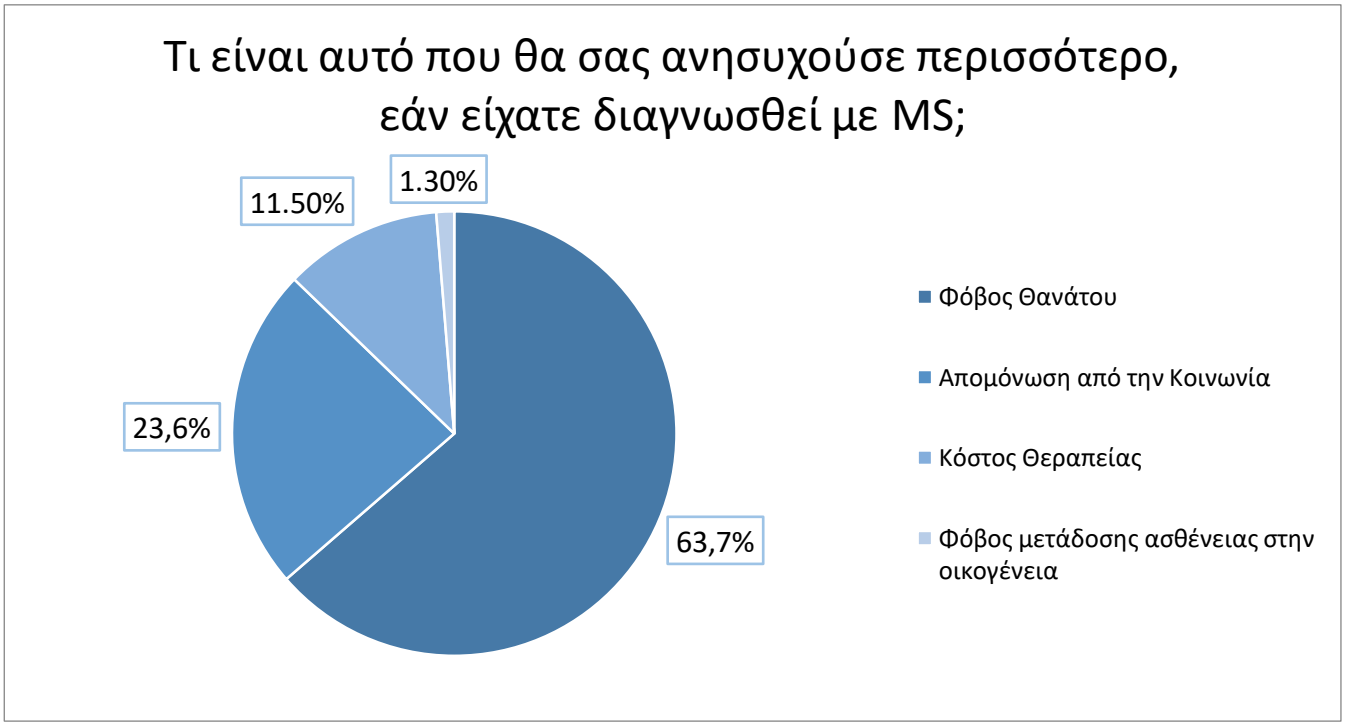
Πόσο ακριβή νομίζετε ότι είναι η διάγνωση και η θεραπεία της MS;	**N=157**	**Percent (%)**
Ακριβή	67	42,7
Λογική Τιμή	14	8,9
Δωρεάν	13	8,3
Δεν Ξέρω	63	40,7



Στην τελευταία από τις ερωτήσεις αξιολόγησης των φοιτητών όσον αφορά τη στάση του απέναντι στην ασθένεια, το μεγαλύτερο ποσοστό (100 άτομα – 63,7%) απάντησε πως αυτό που το φοβίζει περισσότερο είναι ο πιθανός θάνατος λόγω της νόσου. Η απομόνωση από την κοινωνία ήταν επίσης σημαντική ανησυχία σε περίπτωση διάγνωσης με MS (37 άτομα – 23,6%). Τέλος, 18 άτομα (11,5%) απάντησαν πως το κόστος της θεραπείας θα ήταν βασικότερη ανησυχία τους, ενώ υπήρξαν και 2 άτομα (1,3%) που ανέφεραν πως βασικότερος τους φόβος θα ήταν μήπως μεταδώσουν την ασθένεια στην οικογένειά τους.

Πίνακας 4.18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη βασικότερη ανησυχία τους.

Τι είναι αυτό που θα ανησυχούσε περισσότερο εάν είχατε διαγνωσθεί με MS;	**N=157**	**Percent (%)**
Φόβος Θανάτου	100	63,7
Απομόνωση από την Κοινωνία	37	23,6
Κόστος Θεραπείας	18	11,5
Φόβος μετάδοσης ασθένειας στην οικογένεια	2	1,3



Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα και Συζήτηση

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι μια χρόνια απομυελινωτική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος που μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική αναπηρία. Επηρεάζει νέες ηλικίες, με μεγαλύτερη συχνότητα στο γυναικείο φύλο και τα συμπτώματα ποικίλουν από άτομο σε άτομο.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρεις (3) ενότητες, από τις οποίες η δεύτερη και η τρίτη είναι εκείνες που θα βαθμολογηθούν σύμφωνα με τις υποδείξεις της έρευνας των Amer et al (2016). Οι ενότητες αυτές σκοπό έχουν να αξιολογήσουν τους φοιτητές νοσηλευτικής, ως προς τις γνώσεις τους και τις στάσεις τους απέναντι στην ασθένεια, αντίστοιχα.

Με τη βοήθεια, λοιπόν, του ερωτηματολογίου παρατηρήθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία (89,8%) αναγνωρίζει ότι η ΣκΠ είναι μια νευρολογική διαταραχή που οφείλεται σε ανοσολογικές βλάβες, ενώ συνεχίζοντας οι περισσότεροι (57,3%) απάντησαν λανθασμένα ότι η ΣκΠ είναι κληρονομική ασθένεια με γενετική προδιάθεση. Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό των φοιτητών (40,8%) θεωρεί πως η ρύπανση θα μπορούσε να αποτελέσει αίτιο πρόκλησης ΣκΠ. Θετικό είναι το γεγονός πως, όταν οι φοιτητές ερωτήθηκαν αν η ΣκΠ είναι μεταδοτική ασθένεια, το μεγαλύτερο ποσοστό (98,1%) απάντησε σωστά πως δεν είναι. Ωστόσο, φτάνοντας σε ερώτηση που αφορά την θεραπεία της ασθένειας το 58%, απάντησε λανθασμένα ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής θα ελαττώσουν τον βαθμό αναπηρίας περισσότερο από ότι η θεραπεία.

Σημαντικό εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι το 68,8% θεωρεί ότι δεν μπορεί να εμφανίσει ποτέ ΣκΠ. Όσον αφορά την πρώτη αντίδραση τους σε περίπτωση που μάθαιναν ότι πάσχουν από ΣκΠ, μόνο το 1,9% απάντησε ότι θα ένιωθε ντροπή. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 6,4% απάντησε ότι θα επισκεπτόταν ομοιοπαθητικό γιατρό και το 7% ότι θα επισκεπτόταν κάποιον ειδικό που ασχολείται με εναλλακτικές ή παραδοσιακές θεραπείες, εάν εμφάνιζε συμπτώματα ΣκΠ. Τέλος, το 23,6% των φοιτητών νοσηλευτικής ανέφερε ότι ο μεγαλύτερός του φόβος, ως προς την ασθένεια, είναι η πιθανή απομόνωση από την κοινωνία.

Στη συνέχεια, οι απαντήσεις των φοιτητών βαθμολογήθηκαν, σύμφωνα με τις υποδείξεις της έρευνας των Amer et al. Στις ερωτήσεις αξιολόγησης των γνώσεων, κάθε σωστή απάντηση έπαιρνε 1 βαθμό ενώ κάθε λάθος απάντηση 0. Έτσι, η μέγιστη βαθμολογία που θα μπορούσαν να συμπληρώσουν είναι 15, ενώ η ελάχιστη 0. Βαθμολογία μικρότερη των 8 πόντων αξιολογείται ως ελλιπής γνώση, ενώ μεγαλύτερη ή ίση των 8 ως επαρκής γνώση ως προς την ΣκΠ. Επιπλέον, στις ερωτήσεις αξιολόγησης των στάσεων των φοιτητών απέναντι στην ασθένεια, κάθε απάντηση που συνδεόταν με κάποια θετική συμπεριφορά βαθμολογούνταν με 1 πόντο, ενώ κάθε απάντηση που

συνδέεται με κάποια αρνητική με 0 πόντους. Έτσι, η ελάχιστη βαθμολογία μπορούσε να είναι 0, ενώ η μέγιστη 7 πόντοι. Βαθμολογία μικρότερη ή ίση των 4 πόντων υποδεικνύει ότι ο φοιτητής διατηρεί αρνητική στάση απέναντι στην ασθένεια, ενώ μεγαλύτερη των 4 υποδεικνύει θετική στάση.

Ο μέσος όρος των πόντων αξιολόγησης της γνώσης ήταν 11,34 ± 1,072 (εύρος τιμών: 5-15), γεγονός που δείχνει ότι η πλειοψηφία των φοιτητών έχει επαρκείς γνώσεις για την ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, το 92,4% (145 άτομα) των φοιτητών κατάφερε να συλλέξει περισσότερους από 8 πόντους.

Επίσης, ο μέσος όρος των πόντων αξιολόγησης της στάσης απέναντι στην ασθένεια ήταν 4,89 ± 1,072 (εύρος τιμών: 1-7). Έτσι καταλαβαίνουμε ότι η πλειονότητα των φοιτητών διατηρεί μια πιο θετική στάση απέναντι στην ασθένεια. Γεγονός που αποδεικνύεται από το ότι το 64,3% (101 άτομα) των φοιτητών συνέλεξε περισσότερους από 4 πόντους στις ερωτήσεις αυτές.

Μετά από μεταφορά των δεδομένων στο SPSS και τη στατιστική ανάλυσή τους καταφέραμε να εξάγουμε μερικά συμπεράσματα. Το πρώτο εύρημα ήταν πως υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τις γνώσεις τους ($mean_{ανδρών}$=12,06±1,459 , $mean_{γυναικών}$=10,97±1,79). Το ίδιο ισχύει και για τις στάσεις τους απέναντι στην ασθένεια ($mean_{ανδρών}$=5,28±1,054 , $mean_{γυναικών}$=4,69±1,029).

Στη συνέχεια, μετά την πραγματοποίηση του κατάλληλου test, φαίνεται πως υπάρχει μια μικρή αρνητική συσχέτιση (r_s= -0,07) μεταξύ εξαμήνου φοίτησης και γνώσεων, που σημαίνει πως όσο αυξάνεται το εξάμηνο τόσο μειώνονται οι γνώσεις. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η ασθένεια της ΣκΠ διδάσκεται στα πρώτα εξάμηνα και με την πάροδο του χρόνου δεν υπάρχει επαρκής επανάληψη ή προσφορά νέων γνώσεων. Επειδή, όμως, η συσχέτιση είναι τόσο μικρή, μπορεί να μην ληφθεί καν υπόψη ή να θεωρηθεί ότι οι γνώσεις μειώνονται κατά πολύ λίγο με την πάροδο των εξαμήνων.

Μικρή αρνητική συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει και μεταξύ εξαμήνου φοίτησης και στάσεων απέναντι στη νόσο (r_s= -0,048). Με τον ίδιο τρόπο, λοιπόν, μπορεί και αυτή η μικρή συσχέτιση είτε να οφείλεται στο γεγονός ότι με την πάροδο των εξαμήνων δεν υπάρχει επανάληψη ή περαιτέρω εμβάθυνση ή να μην ληφθεί καν υπόψη, λόγω του ότι είναι πολύ μικρή αυτή η συσχέτιση.

Συνεχίζοντας, οι φοιτητές ερωτήθηκαν αν γνωρίζουν κάποιον που να πάσχει από ΣκΠ, έτσι ώστε να βρεθεί συσχέτιση, εάν αυτή υπάρχει, μεταξύ γνώσης ή στάσης με το αν γνωρίζουν κάποιον ή όχι, εάν αυτή υπάρχει. Μετά την πραγματοποίηση του κατάλληλου test στο SPSS, δε φάνηκε να

υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ γνώσης με το αν γνωρίζουν κάποιον ή όχι. Το ίδιο ισχύει και για τις στάσεις απέναντι στην ασθένεια σε σχέση με το αν γνωρίζουν κάποιον που να πάσχει από τη νόσο.

Επιπλέον, σύμφωνα με τα δεδομένα και μετά από τα ανάλογα test στο SPSS, φάνηκε ότι υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη γνώση μεταξύ αυτών που έχουν διδαχθεί για την ασθένεια και αυτών που δεν έχουν διδαχθεί ($mean_{ναι}$=11,89±1,41 , $mean_{όχι}$=10,66±1,738). Το ίδιο, όμως, φαίνεται να ισχύει και για την στάση απέναντι στην ασθένεια σε σχέση με το αν έχουν διδαχθεί για αυτήν ή όχι. ($mean_{ναι}$=5,23±0,998 , $mean_{όχι}$=4,41±1,168).

Τέλος, υπήρξε θετική συσχέτιση (r_s=0,201) μεταξύ γνώσης και στάσης απέναντι στην ασθένεια. Γεγονός που αποδεικνύει πως όσο περισσότερες γνώσεις για τη ΣκΠ είχε ένας φοιτητής, τόσο καλύτερη ήταν και η στάση του απέναντι σε αυτή. Με άλλα λόγια, όταν οι φοιτητές κατανοούσαν καλύτερα τη νόσο, βελτιωνόταν και η στάση τους απέναντι σε αυτή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται πως οι συνολικές γνώσεις των φοιτητών νοσηλευτικής για την ΣκΠ είναι σε αρκετά καλό επίπεδο. Ωστόσο, υπάρχουν τρόποι για να διατηρηθούν και να βελτιωθούν τα επίπεδα αυτά στις γνώσεις πάνω στο θέμα. Αρχικά, ένας τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι η προσθήκη του θέματος της πολλαπλής σκλήρυνσης σε περισσότερα μαθήματα. Σε συνδυασμό με την εκτενέστερη ανάλυση της και τη συνεχή ενημέρωση των αντίστοιχων διδακτικών βιβλίων, ώστε να συμβαδίζουν με τις τρέχουσες επιστημονικές πληροφορίες, οι φοιτητές θα καταφέρουν να διευρύνουν τις γνώσεις τους. Η πρακτική εξοικείωση των φοιτητών είναι εξαιρετικά σημαντική στην κατανόηση μιας ασθένειας. Για το λόγο αυτό, οργανωμένες επισκέψεις σε ειδικά κέντρα φροντίδας ατόμων με ΣκΠ θα συνέβαλαν στην κατανόηση της φύσης της νόσου. Τέλος, μια ακόμα πρόταση είναι η διεξαγωγή σεμιναρίων και ημερίδων με σκοπό την παροχή πληροφοριών για την ασθένεια καθώς και την ευαισθητοποίηση των φοιτητών.

Η έρευνα και οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου αποδεικνύουν ότι οι γνώσεις και οι στάσεις των φοιτητών σχετικά με την Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο. Παρατηρήθηκε όμως, πως δεν υπάρχουν επαρκείς έρευνες για το θέμα αυτό στην παγκόσμια βιβλιογραφία. Για τους λόγους αυτούς, είναι σημαντικό να διενεργηθούν περισσότερες έρευνες αναφορικά με την αξιολόγηση των γνώσεων και της στάσης των φοιτητών νοσηλευτικής, καθώς και των ενεργών νοσηλευτών.

Βιβλιογραφία

Ξένη Βιβλιογραφία

Capistrant, B. D., Moon, J. R., & Glymour, M. M. (2012). *"Spousal caregiving and incident hypertension"*. American journal of hypertension, 25(4): 437–443.

Chang, C.F. , White-Means ,S.I.(1991) *"The Men Who Care: An Analysis of Male Primary Caregivers Who Care for Frail Elderly at Home"*. Journal of Applied Gerontology. 10(3): 343-358.

Compston, A. and Coles, A. (2008). *"Multiple sclerosis"*. The Lancet, 372(9648): 1502–1517.

de Souza Costa, T.M., de Souza Neto, V.L., da Cruz Domingos, M.M. , da Silva, B.C.O. , Rodrigues, I.D.C.V., ,da Silva, R.A.R., (2016). *"A profile of nursing diagnoses in patients with multiple sclerosis: a cross-sectional study"*. Online Brazilian Journal of Nursing, 15(3): 433-442.

Dewit, S.C. (2009). *Clinical quick reference for medical-surgical nursing : concepts & practice.* Missouri: Saunders Elsevier.

Donelan, K., Falik, M. and DesRoches, C.M. (2001). *"Caregiving: challenges and implications for women's health"*. Women's Health Issues, 11(3): 185–200.

Ghodusi, M., Heidari, M., Sheikhi, R. A. & Shirvani, M., (2016) *"The Relation Between Body Esteem With Self Esteem And Perceived Social Support In Multiple Sclerosis Patients – Assessment"*. National Journal of Integrated Research in Medicine. 7(1): 7-11.

Kamm, C. P., Uitdehaag, B. M., & Polman, C. H. (2014). *"Multiple sclerosis: current knowledge and future outlook"*. European neurology, 72(3-4): 132–141.

Klineova, S. and Lublin, F.D. (2018). *"Clinical Course of Multiple Sclerosis"*. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine, 8(9): p.a028928.

Lebrun-Frenay, C., Kantarci, O., Siva, A., Sormani, M.P., Pelletier, D., Okuda, D.T., Azevedo, C., Amato, M.P., Bensa, C., Berger, E., Brochet, B., Ciron, J., Cohen, M., Inglese, M., Keegan, B.M., Labauge, P., Laplaud, D., Le Page, E., Louapre, C. & Makhani, N. (2020). *"Radiologically Isolated Syndrome: 10-Year Risk Estimate of a Clinical Event."* Annals of Neurology, 88(2): 407–417.

Lee, H.S. Rao K.C.V.G. & Zimmerman, R.A. (1999). *Cranial MRI and CT.* New York: Mcgraw-Hill, Health Professions Division.

LeMone P. , Burke K. , Bauldoff G. (2011) , *Medical-Surgical NURSING Critical Thinking in Patients Care. (5th* edition) , New Jersey: PEARSON.

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

Moore K.L., Dalley A.F.,Agur A.M.R., (2010), *Clinically Oriented Anatomy. (6th* edition), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins,a Wolters Kluwer business.

Murray T.J., (2005), *Multiple Sclerosis: The History of a disease*, New York: Demos Medical Publishing.

Nicholas, R., & Rashid, W. (2013). *"Multiple sclerosis".* BMJ clinical evidence,87(10): 712-714.

Oliveira-Kumakura ARS, Bezutti LM, Silva JLG, Gasparino RC. (2019). *"Functional and self-care capacity of people with multiple sclerosis".* Revista Latino-Americana de Enfermagem. 27:e3183.

Osborn, K.S. Wraa, C.E., Watson, A.B. & Holleran, R.
(2014). *Medical-surgical nursing : preparation for practice*. Boston: Pearson.

Petrikis, P., Baldouma, A., Katsanos, A.H., Konitsiotis, S. & Giannopoulos, S. (2019). *"Quality of Life and Emotional Strain in Caregivers of Patients with Multiple Sclerosis".* Journal of Clinical Neurology, 15(1): 77-83.

Pulton, T.W. (1977). *"Multiple Sclerosis: A Social-Psychological Perspective".* Physical Therapy, 57(2): 170–173.

Ropper A., Samuels M., Klein J. (2014) *Adam's and Victor's principales of neurology* (10th edition). Boston: McGraw-Hill.

Runge, M.S. & Greganti, M.A. (2009). *Netter's internal medicine.* Philadelphia: Saunders Elsevier.

Skalla, K. A., Smith, E. M., Li, Z., & Gates, C. (2013). *"Multidimensional needs of caregivers for patients with cancer".* Clinical journal of oncology nursing. 17(5): 500–506.

Sophie L. Tabuteau-Harrison, S.L., Haslam, C. & Mewse, A.J., (2016*)*
"Adjusting to living with multiple sclerosis: The role of social groups" Neuropsychological Rehabilitation, 26(1): 36-59.

Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). *"How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis".* The Gerontologist, 42(3): 356–372.

Thompson, A.J., Banwell, B.L., Barkhof, F., Carroll, W.M., Coetzee, T., Comi, G., Correale, J., Fazekas, F., Filippi, M., Freedman, M.S., Fujihara, K., Galetta, S.L., Hartung, H.P., Kappos, L., Lublin, F.D., Marrie, R.A., Miller, A.E., Miller, D.H., Montalban, X. & Mowry, E.M. (2018). *"Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria."* The Lancet Neurology, 17(2): 162–173.

Vander A.,Sherman J., Luciano D., (2001), *Human Physiology: The Mechanisms of Body Function.* (8th edition), New York: McGraw-Hill.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Βαρσαμίδης , Κ. (2016), *Φυσιολογία του ανθρώπου.* ,(2η έκδοση), Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Βασιλόπουλος Δ. (2003). *Νευρολογία. Επιτομή θεωρίας και πράξης.* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Βοζίκης, Α. ,Σωτηροπούλου, Ε. (2012) , *"Πολλαπλη Σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα. Ανάλυση των ιδίων πλρωμών."* Αρχεία Ελληνικης Ιατρικής. 29 (4) : 448-453.

Γεωργίου, Ε., Ο ρόλος, η προσφορά και οι ανάγκες των φροντιστών μακροχρόνιων ασθενών. www.beyouself.gr (ανάκτηση 3/04/2014).

Γουρζουλίδου Ε. (2008). *Η σκλήρυνση κατά πλάκας στην περιοχή της δυτικής Ελλάδας- Επιδημιολογία της νόσου και κλινική μελέτη των πασχόντων,* Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Πατρών.

Καραπάντζος Η., (2015) , *Ανατομία του Ανθρώπου*. Κύπρος, Λευκωσία: Broken Hill Publishers LTD.

Λαβδανίτη, Μ. , Ανδριωτάκη, Κ. , Μουστάκα, Κ. , (2014) *"Η κόπωση σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας".* Επιστημονικά Χρονικά. 19(2) : 144-151.

Νάκου ,Σ. (2001). *"Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική."* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 18(3): 254-266.

Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε. και συν. (2001) *"Ποιότητα Ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση."* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 18(3): 239-253.

Πανελλήνια Ομοσπονδία Ατόμων με Σκλήρυνση κατά Πλάκας (no date). Διάγνωση. [Online] Available at: https://www.poamskp.gr/symptomata-kai-diagnosi/diagnosi/ [Accessed 17 May 2021]

Πολυκανδριώτη Μ.,Κυρίτση Ε. (2006), *"Ποιότητα ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας."* Ανασκόπηση Νοσηλευτική , 45(2) :207-214.

Παράρτημα Α

Age 18-30 30-45
Sex **Male** **Female**
Educational level Less than secondary school secondary school High level of education
Employment status Employed Not employed
Know someone have MS (relatives, friends) Yes No
source of MS information social media newspaper TV or radio Health workers Family, friends, neighbors MS information leaflets, brochures, posters etc.

Εικόνα 1: Πρώτη ενότητα ερωτήσεων από το ερωτηματολόγιο των Amer et al (2016).

Qs	
1	Have you ever heard of a disease termed MS?
2	MS is neurological diseases result from immunological disorder
3	MS is hereditary disease that have genetic causes
4	Pollution could be a cause of MS
5	Age is a risk factor for having MS
6	young age is mostly affected
7	MS affecting female more than male
8	Can you caught MS disease from someone else
9	MS is neurological disease with stages of exacerbation and remission
10	MS cause disability complications
11	lifestyle decrease disability in MS more than treatment
12	Is there a relationship between living in hot or cold areas and having MS symptoms or complications
13	MS is not a curable disease. Drugs can keep the disease from getting worse for a while.
14	specific diet is required for the treatment of MS
15	There is role for vit. D and ultraviolet ray of sun in protection against MS

Εικόνα 2: Δεύτερη ενότητα ερωτήσεων από το ερωτηματολόγιο των Amer et al (2016).

MS attitude terms
Do you think you can get MS? Yes* No
What would be your reaction if you found that you have MS? Fear* Shame Surprise Sadness
Who would you talk to about your illness? Physician Family Friends No one#
What will you do if you think that you have symptoms of MS? Go to Health facility* Go to Homeopath Go to Traditional healer
If you had symptoms of MS, at what stage you will go to the health facility? On treatment fails After 3-4 weeks of the appearance of symptoms Soon as I realize the symptoms are of MS* Will not go to physician
How expensive do you think is the diagnosis and treatment of MS? Free Reasonable Expensive Don't know#
What worries you most if you will be diagnosed with MS? Fear of death Fear of disease spread to family Cost of treatment Isolation from the society#

Εικόνα 3:Τρίτη ενότητα ερωτήσεων από το ερωτηματολόγιο των Amer et al (2016).

Παράρτημα Β

Πίνακας 1: Έλεγχος κανονικότητας για γνώση σχετικά με την ασθένεια σε σχέση με το φύλο.

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	ΦΥΛΟ	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Points for Knowledge	Άνδρας	.207	54	.000	.896	54	.000
	Γυναίκα	.125	103	.000	.953	103	.001

Πίνακας 2: Εφαρμογή Mann Whitney τεστ για έλεγχο συσχέτισης μεταξύ γνώσης για την ασθένεια και φύλου.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Points for Knowledge is the same across categories of ΦΥΛΟ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05

Πίνακας 3: Έλεγχος κανονικότητας για στάση απέναντι στην ασθένεια σε σχέση με το φύλο.

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	ΦΥΛΟ	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Points for Attitude	Άνδρας	.179	54	.000	.912	54	.001
	Γυναίκα	.201	103	.000	.907	103	.000

Πίνακας 4: Εφαρμογή Mann Whitney τεστ για έλεγχο συσχέτισης μεταξύ στάσης απέναντι στην ασθένεια και φύλου.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Points for Attitude is the same across categories of ΦΥΛΟ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.002	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .

Πίνακας 5.1: Έλεγχος κανονικότητας για γνώση σχετικά με την ασθένεια σε σχέση με το εξάμηνο φοίτησης.(α)

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk	
	ΕΞΑΜΗΝΟ	Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Points for Knowledge	Α εξάμηνο	.260	2	.		
	Β εξάμηνο	.266	17	.002	.823	17
	Γ εξάμηνο	.236	10	.123	.887	10
	Δ εξάμηνο	.190	18	.085	.923	18
	Ε εξάμηνο	.273	5	.200*	.852	5
	ΣΤ εξάμηνο	.193	28	.009	.933	28
	Ζ εξάμηνο	.180	9	.200*	.936	9
	Η εξάμηνο και άνω	.179	68	.000	.943	68

Πίνακας 5.2: Έλεγχος κανονικότητας για γνώση σχετικά με την ασθένεια σε σχέση με το εξάμηνο φοίτησης.(β)

Tests of Normality

	ΕΞΑΜΗΝΟ	Shapiro-Wilk[a] Sig.
Points for Knowledge	Α εξάμηνο	
	Β εξάμηνο	.004
	Γ εξάμηνο	.157
	Δ εξάμηνο	.144
	Ε εξάμηνο	.201
	ΣΤ εξάμηνο	.072
	Ζ εξάμηνο	.542
	Η εξάμηνο και άνω	.004

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 6: Εφαρμογή Spearman τεστ για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ γνώσης για την ασθένεια και εξαμήνου φοίτησης.

Correlations

			ΕΞΑΜΗΝΟ	Points for Knowledge
Spearman's rho	ΕΞΑΜΗΝΟ	Correlation Coefficient	1.000	-.070
		Sig. (2-tailed)	.	.383
		N	157	157
	Points for Knowledge	Correlation Coefficient	-.070	1.000
		Sig. (2-tailed)	.383	.
		N	157	157

Πίνακας 7.1: Έλεγχος κανονικότητας για στάση απέναντι στην ασθένεια σχετικά με το εξάμηνο φοίτησης. (α)

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk	
	ΕΞΑΜΗΝΟ	Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Points for Attitude	Α εξάμηνο	.	2	.		
	Β εξάμηνο	.215	17	.036	.910	17
	Γ εξάμηνο	.286	10	.020	.885	10
	Δ εξάμηνο	.194	18	.071	.893	18
	Ε εξάμηνο	.348	5	.047	.779	5
	ΣΤ εξάμηνο	.235	28	.000	.909	28
	Ζ εξάμηνο	.272	9	.054	.805	9
	Η εξάμηνο και άνω	.177	68	.000	.903	68

Πίνακας 7.2: Έλεγχος κανονικότητας για στάση απέναντι στην ασθένεια σχετικά με το εξάμηνο φοίτησης. (β)

Tests of Normality

		Shapiro-Wilk[a]
	ΕΞΑΜΗΝΟ	Sig.
Points for Attitude	Α εξάμηνο	
	Β εξάμηνο	.100
	Γ εξάμηνο	.149
	Δ εξάμηνο	.043
	Ε εξάμηνο	.054
	ΣΤ εξάμηνο	.019
	Ζ εξάμηνο	.024
	Η εξάμηνο και άνω	.000

Πίνακας 8: Εφαρμογή Spearman τεστ για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ στάσης απέναντι στην ασθένεια και εξαμήνου φοίτησης.

Correlations

			ΕΞΑΜΗΝΟ	Points for Attitude
Spearman's rho	ΕΞΑΜΗΝΟ	Correlation Coefficient	1.000	-.048
		Sig. (2-tailed)	.	.548
		N	157	157
	Points for Attitude	Correlation Coefficient	-.048	1.000
		Sig. (2-tailed)	.548	.
		N	157	157

Πίνακας 8.1: Έλεγχος κανονικότητας μεταξύ γνώσης για την ασθένεια και του αν γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει από ΣκΠ. (α)

Tests of Normality

	ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk	
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Points for Knowledge	Ναι	.137	74	.002	.947	74
	Όχι	.171	83	.000	.937	83

Πίνακας 8.2: Έλεγχος κανονικότητας μεταξύ γνώσης για την ασθένεια και του αν γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει από ΣκΠ. (β)

Tests of Normality

		Shapiro-Wilk[a]
	ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ	Sig.
Points for Knowledge	Ναι	.004
	Όχι	.001

Πίνακας 9: Εφαρμογή Mann Whitney τεστ για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ γνώσης για την ασθένεια και του αν γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει από ΣκΠ.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Points for Knowledge is the same across categories of ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.834	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05

Πίνακας 10: Έλεγχος κανονικότητας σχετικά με την στάση απέναντι στην ασθένεια σε σχέση με το αν γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει από ΣκΠ.

Tests of Normality

	ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Points for Attitude	Ναι	.184	74	.000	.890	74	.000
	Όχι	.208	83	.000	.919	83	.000

Πίνακας 11: Εφαρμογή Mann Whitney τεστ για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ στάσης απέναντι στην ασθένεια και του αν γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει από ΣκΠ.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Points for Attitude is the same across categories of ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.348	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .

Πίνακας 12.1: Έλεγχος κανονικότητας σχετικά με τη γνώση για την ασθένεια σε σχέση με το αν έχουν διδαχθεί για την ασθένεια.(α)

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk	
	ΔΙΔΑΧΘΕΙ	Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Points for Knowledge	Ναι	.188	82	.000	.942	82
	Όχι	.127	44	.073	.949	44
	Δεν θυμάμαι	.171	31	.022	.928	31

Πίνακας 12.2: Έλεγχος κανονικότητας σχετικά με τη γνώση για την ασθένεια σε σχέση με το αν έχουν διδαχθεί για την ασθένεια.(β)

Tests of Normality

		Shapiro-Wilk[a]
	ΔΙΔΑΧΘΕΙ	Sig.
Points for Knowledge	Ναι	.001
	Όχι	.049
	Δεν θυμάμαι	.040

Πίνακας 13: Εφαρμογή Kruskal Wallis τεστ για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ γνώσης για την ασθένεια και του αν έχουν διδαχθεί για την ασθένεια.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Points for Knowledge is the same across categories of ΔΙΔΑΧΘΕΙ.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Πίνακας 14: Έλεγχος κανονικότητας σχετικά με την στάση απέναντι στην ασθένεια σε σχέση με το αν έχουν διδαχθεί για την ασθένεια.

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	ΔΙΔΑΧΘΕΙ	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Points for Attitude	Ναι	.194	82	.000	.903	82	.000
	Όχι	.181	44	.001	.929	44	.010
	Δεν θυμάμαι	.271	31	.000	.861	31	.001

Πίνακας 15: Εφαρμογή Kruskal Wallis τεστ για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ στάσης απέναντι στην ασθένεια και του αν έχουν διδαχθεί για την ασθένεια.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Points for Attitude is the same across categories of ΔΙΔΑΧΘΕΙ.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .0

Πίνακας 16: Εφαρμογή Spearman τεστ για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ γνώσης για την ασθένεια και στάσης απέναντι στην ασθένεια.

Correlations

			Points for Attitude	Points for Knowledge
Spearman's rho	Points for Attitude	Correlation Coefficient	1.000	.201*
		Sig. (2-tailed)	.	.012
		N	157	157
	Points for Knowledge	Correlation Coefficient	.201*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.012	.
		N	157	157

Παράρτημα Γ

Εικόνα εξώφυλλου: https://www.diagnosticimaging.com/view/advanced-mri-may-speed-diagnosis-multiple-sclerosis

Εικόνα 1.1: Σημεία και συμπτώματα στην ΣκΠ.
Ανατυπώθηκε από: Γουρζουλίδου Ε. (2008). Η σκλήρυνση κατά πλάκας στην περιοχή της δυτικής Ελλάδας-Επιδημιολογία της νόσου και κλινική μελέτη των πασχόντων, Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Πατρών.

Εικόνα 1.2: Κριτήρια McDonald.
Ανατύπωση από: Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας (2018). Πολλαπλή Σκλήρυνση

Εικόνα 1.3: Φάρμακα και θεραπεία ΣκΠ.
Ανατυπώθηκε από: Osborn, K.S. Wraa, C.E., Watson, A.B. & Holleran, R. (2014). Medical-surgical nursing: Preparation for practice. Boston: Pearson

Εικόνα 2.1: Μέσες τιμές παροχών στη διάγνωση και θεραπεία της ΣκΠ.
Ανατύπωση από: Βοζίκης Α. ,Σωτηροπούλου Ε. (2012) , "Πολλαπλή Σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα. Ανάλυση των ιδίων πληρωμών." Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 29 (4) : 448-453

Εικόνα 2.2: Ετήσιο συνολικό ύψος ιδίων πληρωμών ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου.
Ανατύπωση από: Βοζίκης Α. ,Σωτηροπούλου Ε. (2012) , "Πολλαπλή Σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα. Ανάλυση των ιδίων πληρωμών." Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 29 (4) : 448-453

Εικόνα 2.3: Μέσο ετήσιο συνολικό ύψος ιδίων πληρωμών ανά φύλο.
Ανατύπωση από Βοζίκης Α. ,Σωτηροπούλου Ε. (2012) , "Πολλαπλή Σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα. Ανάλυση των ιδίων πληρωμών." Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 29 (4) : 448-453