



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
«ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ»**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ & Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



Σπουδάστριες:

Αγάπη Μαρκούζη

Αναστασία Μιχαηλίδου

Εισηγήτρια:

Βαρβάρα Πάκου

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

Περιεχόμενα

Περίληψη	σελ: 3
1.Εισαγωγή	σελ: 6
2.Ιστορική Αναδρομή	σελ: 8
3. Επιδημιολογία.....	σελ:9
A ΜΕΡΟΣ	
1.Ανατομία Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	σελ: 10
1.1 Εγκέφαλος	
1.2 Νωτιαίος Μυελός	
2.Φυσιολογία Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	σελ: 12
3.Παθοφυσιολογία.	σελ: 12
4.Ορισμός της νόσου	σελ: 13
5.Κλινική Εικόνα	σελ: 13
6.Αιτιολογία	σελ: 16
6.1 Λοιμογόννοι Παράγοντες	
6.2 Παράγοντες Κινδύνου	
6.3 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες	
7.Πορεία της νόσου	σελ: 19
8.Επιπλοκές	σελ: 21
9.Διαφορική Διάγνωση	σελ: 21
10.Πρόγνωση.....	σελ: 22
11.Θεραπεία της ΣΚΠ	σελ: 24
11.1 Εναλλακτικοί τρόποι θεραπείας	
B ΜΕΡΟΣ	
1.Βασικές Αρχές για την Νοσηλευτική Φροντίδα του ασθενούς.....	σελ: 26
2.Τομείς της Νοσηλευτικής Δράσης	σελ: 28
3.Προβλήματα ασθενούς και Νοσηλευτικές Δράσεις:	σελ: 30
3.1 Αίσθημα Κόπωσης: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	
3.2 Διαταραχές Ύπνου: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	
3.3 Ψυχικές Διαταραχές: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	
3.4Δυσλειτουργία Ουροδόχου κύστης & Διαταραχή Σεξουαλικότητας:	
Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	
3.5 Διατροφικές Διαταραχές: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	
3.6 Διαταραχές Μνήμης: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	
3.7 Άγχος: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	
3.8 Απελπισία: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	
4.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	σελ: 42
5.Φροντιστές	σελ: 44
Γ ΜΕΡΟΣ	
Έρευνα- Νεότερα Δεδομένα.....	σελ: 48
Βιβλιογραφία	σελ: 68

Περίληψη

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας, αν και χρονολογείται ότι πρωτοεμφανίστηκε σε ασθενή το 19^ο αιώνα, περιστατικά που εμφανίστηκαν και έγινε η διάγνωση τους, μαρτυρούν ότι υπάρχει ακόμα από τα τέλη του 13^{ου} αιώνα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η κατανόηση της ορολογίας «Σκλήρυνση κατά πλάκας», η παρουσίαση των αιτιών που την προκαλούν, τα συμπτώματα και η αντιμετώπισή τους, καθώς και ο ρόλος που διαδραματίζει ένας νοσηλευτής.

Υλικό και Μέθοδος: Για την εύρεση στοιχείων που αφορούν το θέμα της εργασίας μας πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας στη βιβλιοθήκη του ΤΕΙ Ηπείρου καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις, όπως το Google scholar και το Pubmed. Το υλικό συλλέχθηκε μετά από μελέτη βιβλίων, περιοδικών και άρθρων δημοσιευμένων την τελευταία δεκαετία. Έγινε περιορισμός όσο αναφορά την γλώσσα των περιοδικών και άρθρων και επιλέχθηκαν μόνο αυτά που είναι δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι «σκλήρυνση κατά πλάκας» (Multiple sclerosis), «αιτιολογία» (rationale), «κλινική εικόνα» (clinical picture), «συμπτώματα» (symptoms), «αντιμετώπιση» (deal).

Αποτέλεσμα: Τα αποτελέσματα από τις αναζητήσεις που πραγματοποιήσαμε μας βοήθησαν να κατανοήσουμε τον όρο Σκλήρυνση κατά πλάκας, την εξέλιξη της νόσου κατά το πέρασμα του χρόνου, τα συμπτώματα της, την επίδραση της στην καθημερινότητα των ασθενών, την θεραπεία της και την εξέλιξη των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της και τέλος διάφορες επιστημονικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί όλα αυτά τα χρόνια σχετικά με την νόσο.

Συμπέρασμα: Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι η ΣΚΠ αποτελεί μια ασθένεια που προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα. Εξελίσσεται ραγδαία τα τελευταία χρόνια, δεν κοιτάει ηλικία και φύλλο, το ηλικιακό εύρος είναι συνήθως από 20- 50 ετών, δεν είναι κληρονομική νόσος αν και έχει εμφανιστεί σε άτομα της ίδιας οικογένειας. Οι επιστήμονες δεν έχουν ανακαλύψει τα ερεθίσματα που μπορεί να την προκαλέσουν, αλλά συνήθως το αποδίδουν στη διατροφή του ατόμου, το περιβάλλον

του, κτλ. Ωστόσο, δεν υπάρχει εξέλιξη στην φαρμακευτική της αγωγή και το κόστος θεραπείας είναι αρκετά μεγάλο. Συνοψίζοντας από την εργασία, αυτό που αποκομίζουμε σαν φοιτητές είναι ότι η ΣΚΠ είναι μια ύπουλη ασθένεια που το ποσοστό εμφάνισής της συνεχώς και αυξάνεται, δεν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση και ο κόσμος είναι ανυποψίαστος, γιατί η ΣΚΠ είναι μια πολυμορφική νόσος δηλαδή μπορεί να χτυπήσει τα κινητικά νεύρα ή να υπάρχουν οφθαλμολογικές διαταραχές και ψυχολογικές διαταραχές ο κόσμος να μην δίνει σημασία και να το αποδίδει σε άλλες παθήσεις με αποτέλεσμα ο νόσος πλέον να έχει φτάσει σε προχωρημένο στάδιο και αυτό καθιστά πιο δύσκολη την αντιμετώπιση της.

Λέξεις Κλειδιά: Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Ανατομία, Συμπτώματα, Κλινική Εικόνα, Θεραπεία, Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις,

Summary

Multiple Sclerosis, although dating back to a patient in the 19th century, incidents that occurred and diagnosed, testify that it still exists since the end of the 13th century.

Aim: The purpose of this paper is to understand the terminology of multiple sclerosis, to present the causes, symptoms and the treatment, as well as the role played by a nurse.

Material and Methods: To find out about our work, we searched for Greek and foreign literature in the TEI of Epirus library as well as in electronic databases such as Google scholar and Pubmed. The material was collected after a study of books, magazines and articles published in the last decade. The language of the journals and articles has been restricted as far as the language of the articles is concerned and only those published in Greek and English have been selected. Key words used are "multiple sclerosis", "rationale", "clinical picture", "symptoms", "deal".

Result: The results from our searches helped us to understand the term Multiple Sclerosis, the progression of the disease over time, its symptoms, its effect on the daily routine of patients, its treatment and the progression of the drugs Are used to

deal with it and finally various scientific researches that have been carried out over the years over the disease.

Conclusion: The conclusion is that MS is a disease that affects the central nervous system. It is developing rapidly in recent years, does not look at age and sex, the age range is usually 20-50 years old, it is not a hereditary disease although it has occurred in individuals of the same family. Scientists have not discovered the stimuli that can cause it, but they usually attribute it to the person's diet, environment, etc. However, there is no progression in his medication and treatment costs are large enough. Summarizing from work, what we get as a student is that MS is an insidious disease that is constantly increasing and increasing, there is no proper information, and the world is unsuspecting, because MS is a polymorphic disease that can strike Motoric nerves, or eye disorders and psychological disorders, the world does not give meaning and attribute it to other conditions, with the result that the disease has now reached an advanced stage and this makes it more difficult for Its treatment.

Key words: Multiple Sclerosis, Anatomy, Symptoms, Clinical Image, Therapy, Nursing Interventions.

1. Εισαγωγή

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι μια σοβαρή και πολυσυζητημένη ασθένεια, όπως ο καρκίνος. Αποτελεί μια συχνή πάθηση του νευρικού συστήματος, καθώς και το πιο σημαντικό θέμα της νευρολογίας στον κόσμο. Πρόκειται για μια νόσο που προσβάλλει πολλά σημεία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως ο νωτιαίος μυελός. Γενικά, η νόσος εμφανίζεται σε άτομα νεαρής ηλικίας που κατά την διάρκεια της πορείας της διακρίνονται υφέσεις και εξάρσεις. Τα χαρακτηριστικά αυτής της νόσου θα αναλύσουμε στα κεφάλαια που αναγράφονται παρακάτω.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται η ανατομία και η φυσιολογία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη αναδρομή στην ιστορία της νόσου. Γίνεται αναφορά στον χρόνο και στις συνθήκες που εμφανίστηκε για πρώτη φορά η συγκεκριμένη πάθηση, την κλινική εικόνα από τους πρώτους ασθενείς που καταγράφηκαν, την αιτιολογία της σύμφωνα με έρευνες και άρθρα της εποχής, τις θεραπείες που χρησιμοποιούσαν και γενικά πότε ξεκίνησε το ενδιαφέρον γύρω από την ασθένεια φτάνοντας στο σήμερα.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται ο ορισμός της νόσου και στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην παθοφυσιολογία που εμφανίζει, μέσα από την οποία γίνεται παρουσίαση για το πώς οι πλάκες εμφανίζονται κατά μήκος του ΚΝΣ και οδηγούν στην απώλεια της μυελίνης. Στο πέμπτο κεφάλαιο, γίνεται μια σύντομη ανάλυση γύρω από την επιδημιολογία της νόσου. Καταγράφονται οι γεωγραφικοί, οι φυλετικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς και ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει η ηλικία στην έναρξη της ασθένειας.

Στο έκτο κεφάλαιο δίνεται έμφαση στα συμπτώματα που εμφανίζει η ΣΚΠ και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να πραγματοποιηθεί η σωστή διάγνωση τους. Έπειτα ακολουθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου. Στο επόμενο κεφάλαιο, περιγράφουμε την πορεία της νόσου μέσα στο πέρασμα του χρόνου και συνεχίζουμε με τις επιπλοκές της ασθένειας.

Τέλος, γίνεται ανάλυση της διαφορικής διάγνωσης της Πολλαπλής Σκλήρυνσης, ώστε να μπορούμε να την διαφοροποιήσουμε από άλλες παθήσεις με παρόμοια

συμπτώματα. Παρακάτω, ακολουθεί η πρόγνωση και τα σωστά χαρακτηριστικά αυτής, ώστε να είναι επιτυχημένη. Καταλήγουμε, αναλύοντας την θεραπεία της νόσου, καθώς και τις προτεινόμενες φαρμακευτικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των επιμέρους συμπτωμάτων της νόσου. Ωστόσο, υπάρχουν και εναλλακτικοί τρόποι θεραπείας που μπορούν να ακολουθήσουν οι ασθενείς ώστε να βελτιώσουν τον τρόπο ζωής τους.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας μας έχει να κάνει με το νοσηλευτικό κομμάτι και με το πώς μπορεί ο ρόλος του νοσηλευτή να συμβάλλει στη σωστή και καλή ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Αρχικά, θα γίνει μια αναφορά πάνω στις βασικές αρχές για τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Έπειτα, αναλύουμε τους τομείς της νοσηλευτικής που θα δραστηριοποιηθούμε και εν τέλει, θα γίνει αναφορά στα προβλήματα του ασθενούς τα οποία είναι: η κόπωση, οι διαταραχές ύπνου, η δυσλειτουργία ουροδόχου κύστης και της σεξουαλικότητας, οι ψυχικές διαταραχές, οι διατροφικές διαταραχές, διαταραχές της μνήμης, το άγχος και τέλος η απελπισία. Σε όλα αυτά λοιπόν, θα δοθεί ιδιαίτερη σημασία στις παρεμβάσεις που πρέπει να κάνουν οι νοσηλευτές για την καλύτερη αντιμετώπιση τους, αλλά και στο ρόλο τους να βοηθήσουν τον ασθενή μετέπειτα, σχετικά με το κομμάτι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Εν κατακλείδι, θα αναφέρουμε το ιδιαίτερο μέρος της φροντίδας των ασθενών, που δεν φέρουν εξολοκλήρου οι γιατροί και οι νοσηλευτές, αλλά πολλές φορές καλούνται να το αναλάβουν άτομα από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Θα γίνει μια αναφορά στα άτομα αυτά, τους επονομαζόμενους φροντιστές, και αυτό γιατί ο ρόλος τους είναι σημαντικός όσο ως προς την ζωή των ασθενών και την εξέλιξη της νόσου, τόσο και ως προς την δική τους ζωή.

2. Ιστορική Αναδρομή

Η πρώτη αναφορά στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας έγινε από τον Jean- Martin Charcot, έναν Γάλλο νευρολόγο, το 1868. Συγκεντρώνοντας παλαιότερες μελέτες και εξετάζοντας και τις δικές του θεωρίες και παρατηρήσεις, οπότε κατέληξε να ονομάσει αυτήν την ασθένεια «σκλήρυνση κατά πλάκας». Τα τρία κλινικά συμπτώματα, τα οποία είναι γνωστά και ως τριάδα του Charcot, είναι η υπνηλία, το τρέμουλο και η βιαστική ομιλία, αν και αυτά τα συμπτώματα δεν είναι απαραίτητο να εμφανίζονται μόνο στη ΣΚΠ (Γρηγοράκης, 2003).

Πριν τον Charcot, ένας Βρετανός καθηγητής παθολογίας, ο Robert Carswell, και ένας Γάλλος καθηγητής ανατομίας, ο Jean Cruveilhier, είχαν αναλύσει πολλά κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, χωρίς όμως να εξακριβώσουν ότι είναι μια ξεχωριστή πάθηση. Ειδικότερα, ο Carswell, διέγινε και περιέγραψε μια διαταραχή στον οργανισμό ως «αξιοσημείωτη βλάβη του νωτιαίου μυελού που συνοδεύεται από ατροφία». Ο Eduard Rindfleisch, το 1863, ανέφερε ότι η μικροσκοπική ανάλυση εμφανίζει φλεγμονή, η οποία συνδέεται με την βλάβη, σκορπισμένη γύρω από τα αιμοφόρα αγγεία (Γρηγοράκης, 2003).

Τέλος, κατά την διάρκεια του 20^{ου} αιώνα βρέθηκαν θεωρίες για παθογένεια και τις αιτίες της νόσου, αλλά έγινε και η εφεύρεση αποτελεσματικών θεραπειών, γύρω στο 1990 (Γρηγοράκης, 2003).

3. Επιδημιολογία

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται κυρίως σε άτομα ηλικίας 20-40, δηλαδή στο παραγωγικό στάδιο της ζωής τους, προκαλώντας μόνιμες λειτουργικές βλάβες και αναπηρίες. Αυτό φέρει σαν αποτέλεσμα, προβλήματα τόσο στον ψυχολογικό κόσμο των ασθενών, καθώς και στον οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό τους περίγυρο (Γρηγοράκης, 2003).

Παρατηρώντας διάφορες μελέτες, η συχνότητα της νόσου εμφανίζει μια αύξηση, η οποία είναι ανάλογη με την αύξηση του γεωγραφικού πλάτους, τόσο στο νότιο όσο και στο βόρειο ημισφαίριο. Τα ποσοστά της νόσου, για τις χώρες που βρίσκονται μακριά από τον Ισημερινό, φθάνουν τα 40-80 σε 100.000 πληθυσμό. Γενικά χώρες που έχουν την μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου είναι, ο Καναδάς, οι βόρειες πολιτείες των ΗΠΑ, η βόρεια Ευρώπη και η Αυστραλία. Σε περιοχές της νότιας Ευρώπης, ο επιπολασμός, φθάνει μεταξύ 10-40 σε 100.000 πληθυσμό, με την χώρα μας να εμφανίζει 29,5, ενώ σε χώρες που πλησιάζουν στον Ισημερινό ο επιπολασμός είναι πολύ μικρότερος, δηλαδή 5 σε 100.000 (Γρηγοράκης, 2003).

Η ΣΚΠ έχει μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (2 προς 1). Η συχνότερη ηλικία εντοπισμού στις γυναίκες είναι 20-30, αλλά δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που η έναρξη της νόσου να συμβεί κατά την 5^η δεκαετία. Τα ποσοστά εμφάνισης μειώνονται πριν το 15^ο έτος της ηλικίας και μετά το 60^ο. Στις μεγαλύτερες ηλικίες η νόσος έχει την τάση να εμφανίζεται με την χρόνια προοδευτική μορφή, χωρίς ωστόσο να απουσιάζουν οι εξάρσεις και οι υφέσεις (Γρηγοράκης, 2003).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. Ανατομία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Η σκλήρυνση κατά πλάκας προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα. Το ΚΝΣ αποτελείται από τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό τα οποία περιβάλλονται από οστά, το κρανίο και την σπονδυλική στήλη, αντίστοιχα (Drake et al., 2007).

1.1 Εγκέφαλος

Ο εγκέφαλος αποτελεί το πιο σημαντικό τμήμα του ΚΝΣ. Ο χώρος μέσα στον οποίον βρίσκεται ονομάζεται κρανιακή κοιλότητα και περιβάλλεται από 3 υμενώδη περιβλήματα, τις μήνιγγες. Εμφανίζει την άνω επιφάνεια, την κάτω επιφάνεια και δύο πλάγιες επιφάνειες (Drake et al., 2007).

Η άνω επιφάνεια και οι δύο πλάγιες είναι υπόκυρτες και έρχονται σε επαφή με τον θόλο του κρανίου. Η κάτω επιφάνεια είναι ανώμαλη και έρχεται σε επαφή με την βάση του κρανίου. Από αυτήν την επιφάνεια πηγάζουν, ανά ζεύγη, όλα τα εγκεφαλικά νεύρα (Drake et al., 2007).

Όσο αναφορά την μορφολογία, αποτελείται από 5 μέρη, τον τελικό, τον μέσο, τον διάμεσο, τον έσχατο και τον οπίσθιο εγκέφαλο (Drake et al., 2007).

1.1.1 Μήνιγγες Εγκεφάλου

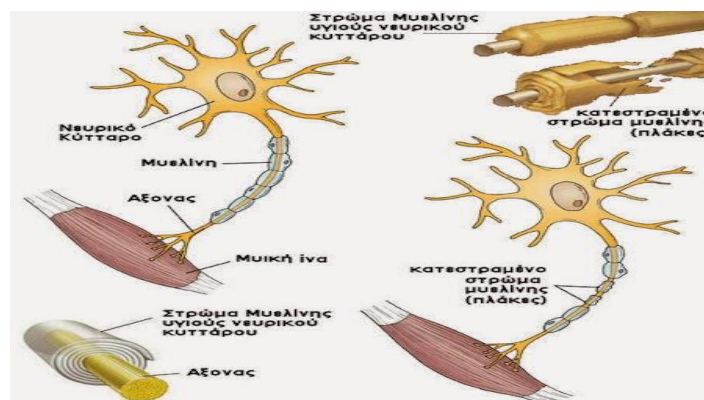
Οι μήνιγγες διακρίνονται από μέσα προς τα έξω, στην χοριοειδή, την αραχνοειδή και την σκληρά μήνιγγα. Η χοριοειδής είναι λεπτή και βρίσκεται μέσα στις σχισμές του εγκεφάλου. Η αραχνοειδής είναι μία λεπτή διαφανής μήνιγγα χωρίς αγγεία και χωρίζεται από τις άλλες δύο, την χοριοειδή και την σκληρά, με τον υποσκληρίδιο χώρο και τον υπαραχνοειδή χώρο αντίστοιχα, μέσα στους οποίους υπάρχει εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Τέλος, η σκληρά αποτελείται από δύο πέταλα, το έξω το οποίο ταυτόχρονα αποτελεί και το έσω περίοστεο των οστών του κρανίου (Drake et al., 2007).

1.1.2 Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό

Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό γεμίζει το νωτιαίο μυελό και τον υπαραχνοειδή χώρο, καθώς και τις κοιλότητες του ΚΝΣ. Είναι άχρωμο, αλκαλικής αντίδρασης και βάρους 0,06-1008γρ, όμως το ποσό του διαφέρει. Στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ασκείται πίεση, η οποία μεγαλώνει περισσότερο στις παθολογικές καταστάσεις. Η χρησιμότητα του είναι να απομακρύνει τα επιβλαβή προϊόντα της ανταλλαγής της ύλης από το ΚΝΣ, αλλά και να το προστατεύει από μηχανικές αντιδράσεις (Drake et al., 2007).

1.2 Νωτιαίος Μυελός

Ο νωτιαίος μυελός αποτελεί την συνέχεια του εγκεφάλου. Βρίσκεται μέσα στον σπονδυλικό σωλήνα και τα χαρακτηριστικά του είναι, μήκος που φτάνει τα 45εκ κατά μέσο όρο, βάρος 30γρ και η σύσταση του είναι πιο συμπαγής από αυτή του εγκεφάλου. Οι μήνιγγες που περιβάλλουν τον νωτιαίο μυελό είναι ίδιες με αυτές του εγκεφάλου. Το κάτω άκρο του βρίσκεται στον 1^ο και 2^ο οσφυϊκό σπόνδυλο και τέλος ατροφεί και καταλήγει στο τελικό νημάτιο(Drake et al., 2007).



Εικόνα.1 Ανατομία ΚΝΣ (Πηγή: Drake et al., 2007)

2. Φυσιολογία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα ελέγχει την λειτουργία όλων των οργάνων και των συστημάτων και την προσαρμόζει ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάζονται, ώστε να συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους. Ακόμα, επικοινωνεί με το περιβάλλον και προσαρμόζεται προς αυτό με τρόπο που να το ωφελεί. Τέλος, είναι αυτό που ρυθμίζει την συμπεριφορά του ατόμου προς το κοινωνικό σύνολο (Mulroney & Myers, 2010).

3. Παθοφυσιολογία

Κύριο φαινόμενο της παθοφυσιολογίας της νόσου, είναι η εμφάνιση πολλών πλακών κατά μήκος του ΚΝΣ. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να οδηγήσει στην απουσία μυελίνης, γεγονός που φέρει σαν αποτέλεσμα την ανικανότητα της νευρικής ίνας να μεταδίδει τα νευρικά ερεθίσματα (Γρηγοράκης, 2003).

Όλο αυτό ορίζεται ως απομυέλωση, η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε μια αμετάτρεπτη σκλήρυνση. Η σκλήρυνση αυτή οδηγεί στην εμφάνιση ακανόνιστων μαζών που εντοπίζονται στην λευκή ουσία και εντοπίζονται σκορπισμένες σε όλο τον νευροάξονα. Αυτό έχει και σαν αποτέλεσμα τα συμπτώματα της νόσου να είναι διαφορετικά σε κάθε ασθενή, να ποικίλουν και να είναι στενά δεμένα με το σημείο που εντοπίζονται οι πλάκες (Γρηγοράκης, 2003).

4. Ορισμός

Είναι μία πάθηση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, συγκεκριμένα προσβάλλει τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μελό. Η νευρολογική αυτή νόσο αποτελεί μια χρόνια αυτοάνοση διαταραχή, η οποία εμφανίζει πολλά επεισόδια υποτροπιασμού, που μπορεί να οδηγήσουν σε καταστροφή της μυελίνης των νευρικών ιών του ΚΝΣ (Γρηγοράκης, 2003).

Ωστόσο, πρέπει να αναφέρουμε ότι η ΣΚΠ δεν είναι μεταδοτική νόσος, δεν κληρονομείται, προσβάλλει συχνότερα την λευκή φυλή και συγκεκριμένα περισσότερο τις γυναίκες από τους άντρες με ποσοστό 2:1(Γρηγοράκης, 2003).

Μετά την πρώτη επαφή με την ασθένεια, το άτομο μπορεί να επανέλθει σε κανονική λειτουργία. Ωστόσο, δημιουργείται μια πλάκα, δηλαδή ένα τραύμα στο ΚΝΣ, η οποία επηρεάζει την αισθητική και κινητική λειτουργία του ατόμου. Μέσα από την εξέλιξη της νόσου, εμφανίζονται πλάκες και στον εγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό (Γρηγοράκης, 2003).

Ο κάθε ασθενής εμφανίζει διαφορετική κλινική εικόνα, ανάλογα με το σημείο που έχει προσβληθεί η μυελίνη του. Για αυτό τον λόγο, οι ερευνητές τονίζουν την ιδιαιτερότητα που έχει σαν πάθηση η ΣΚΠ και την παρομοιάζουν με δακτυλικό αποτύπωμα (Γρηγοράκης, 2003).

5. Κλινική Εικόνα

Τα συμπτώματα των ασθενών με ΣΚΠ μπορεί να διαφέρουν, γεγονός που εξαρτάται από το σημείο που έχει προσβληθεί η μυελίνη (Γρηγοράκης, 2003).

Ωστόσο, υπάρχουν κάποια συμπτώματα τα οποία μπορεί να είναι κοινά ανάμεσα σε ασθενείς. Μερικά από αυτά είναι τα παρακάτω (Γρηγοράκης, 2003):

- Παράλυση σε κάποιο άκρο του σώματος
- Προβλήματα ή αδυναμία κινητικότητας
- Ατροφία μυών
- Απώλεια ισορροπίας
- Προβλήματα όρασης (θολή όραση)

- Ακράτεια ούρων
- Ζάλη, ίλιγγος, κούραση
- Δυσκολία στην ομιλία
- Διαταραχές στην διάθεση .

Η ανίχνευση των συμπτωμάτων είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί, καθώς δεν υπάρχει κάποια εξέταση που μπορεί να εξακριβώσει ότι τα συμπτώματα αυτά παραπέμπουν σε ΣΚΠ.

Για τον λόγο αυτόν, υπάρχουν άλλοι τρόποι για την ανίχνευση της νόσου. Αυτοί είναι (Γρηγοράκης, 2003):

- Ιατρικό Ιστορικό: Η περιγραφή των συμπτωμάτων από τον ασθενή μπορεί να οδηγήσει στην υπόδειξη της σκλήρυνση.
- Νευρολογική Εξέταση: Αποτελείται από μια εξέταση του νευρικού συστήματος, δηλαδή, έλεγχος των αντανακλαστικών (χτύπημα γόνατος με σφυράκι) και έλεγχος των αντιδράσεων σε εξωτερικά ερεθίσματα (τσίμπημα με βελόνα). Μετά από τις παραπάνω εξετάσεις, ο γιατρός θα μπορεί να βεβαιωθεί για διαταραχές του νευρικού συστήματος.
- Εξέταση δυναμικών ακοής και όρασης: Η απομυέλωση προκαλεί καθυστέρηση στην μετάδοση μηνυμάτων ανάμεσα στα νεύρα, για αυτόν τον λόγο πραγματοποιείται και η συγκεκριμένη εξέταση, ώστε να δείξει τον χρόνο που χρειάζεται ο εγκέφαλος να δεχθεί μια εντολή και να την μετατρέψει σε ερέθισμα.
- Μυελογράφημα: Είναι η ακτινογραφία του νωτιαίου μυελού. Η διαδικασία που ακολουθείται αποτελείται από χορήγηση χρωματισμένου υγρού στη σπονδυλική στήλη και κάθε κίνηση του μέσα στη σπονδυλική στήλη φαίνεται σε αυτή την ακτινογραφία. Με αυτό τον τρόπο γίνονται εμφανή τυχόν εμπόδια μεταξύ των νεύρων και ο γιατρός θα καταλήξει στο συμπέρασμα αν πρόκειται για κάποια άλλη νόσο ή αν είναι όντως σύμπτωμα της σκλήρυνσης.
- Οσφυϊκή Παρακέντηση: Η εξέταση αυτή φανερώνει την ύπαρξη αντισωμάτων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Η ύπαρξη αντισωμάτων στο ENY μπορεί να οφείλεται σε ΣΚΠ αλλά και σε άλλες ασθένειες του Νευρικού Συστήματος. Η διαδικασία που ακολουθείται είναι η εξής, με μία βελόνα αφαιρείται υγρό από τον νωτιαίο μυελό στο ύψος της οσφυϊκής μοίρας. Γίνεται κατόπιν χορήγησης

αναισθητικού και ο ασθενής παραμένει μια νύχτα στο νοσοκομείο. Παρόλα αυτά το αποτέλεσμα δεν είναι καθοριστικό.

- **Μαγνητική Τομογραφία:** Η συγκεκριμένη εξέταση για την ανίχνευση διάφορων ασθενειών είναι ανακάλυψη των τελευταίων χρόνων. Η διαδικασία της μαγνητικής τομογραφίας περιλαμβάνει ακτινογραφίες του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου όπου μπορούν να φανερωθούν τα σημεία που έχουν προσβληθεί από την ΣΚΠ. Παρότι με την εξέταση αυτή μπορεί να γίνει ορατή η ΣΚΠ, δεν αποτελεί την τελική απόφαση για την νόσο, καθώς δεν γίνονται φανερά όλα τα σημεία που πάσχουν. Παρόλα αυτά, σε συνδυασμό με τα υπόλοιπα συμπτώματα που θα αναφέρει ο ασθενής, ο γιατρός θα καταλήξει στην σωστή διάγνωση.



Εικόνα 2. Συμπτώματα ΣΚΠ (Πηγή: Αθανασιάδης, 2003).

6. Αιτιολογία

Η αιτιολογία της νόσου παραμένει ακόμα άγνωστη. Παρά το γεγονός ότι με το πέρασμα των χρόνων έχουν παρουσιαστεί πολλές υποθέσεις, καμία όμως, δεν έδωσε μια ακριβή ερμηνεία για τα αίτια και τους παράγοντες που επηρεάζουν την νόσο (Warren et al., 2001).

Αυτό που έχει επικρατήσει και θεωρείται και επιστημονικά αποδεκτό είναι ότι η ΣΚΠ είναι μια αυτοάνοση πάθηση με αιτιολογία που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Οι 3 πιο πιθανές κατηγορίες είναι (Warren et al., 2001):

1. Λοιμογόνοι Παράγοντες
2. Άλλοι παράγοντες κινδύνου
3. Περιβαντολλογικοί παράγοντες.

6.1 Λοιμογόνοι Παράγοντες

Συγκεκριμένες λοιμώξεις, όπως αυτές του αναπνευστικού, που προσβάλουν τον άνθρωπο, έχουν θεωρηθεί ότι αποτελούν πιθανά αίτια της ΣΚΠ γιατί οδηγούν σε απομυέλωση του ΚΝΣ (Warren et al., 2001).

6.2 Άλλοι Παράγοντες Κινδύνου

Άλλοι παράγοντες κινδύνου για την ΣΚΠ αποτελούν το φύλλο, η ηλικία, κάποιο τραύμα και παθήσεις που μπορεί να σχετίζονται με την νόσο (Warren et al., 2001).

1. Φύλλο: Σύμφωνα με μελέτες, εντοπίζονται σημαντικές διαφορές στις επιπτώσεις της νόσου μεταξύ των δύο φύλλων. Σε αυτές τις μελέτες κάνουν λόγο, πως η νόσος έχει συχνότερη εμφάνιση στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, λόγω, της γενετικής προδιάθεσης, των ανοσολογικών παραγόντων, των ορμονικών επιδράσεων και την περιβαλλοντική έκθεση γεγονότα που κάνουν το γυναικείο φύλλο πιο επιρρεπή.

2. Ηλικία: Η ΣΚΠ είναι μια κοινή διαταραχή του νευρικού συστήματος, η οποία προσβάλλει κυρίως νεαρά ενήλικα άτομα. Ωστόσο, μπορεί να εμφανισθεί και σε

οποιαδήποτε ηλικία. Σύμφωνα και με δεδομένα που υπάρχουν αναφέρουν ότι ανά τον κόσμο έχουν καταγραφεί περίπου 2,5 εκατομμύρια ασθενείς, ηλικίας 20-40.

3. Τραύμα: Κλινικές εκδηλώσεις έχουν δείξει ότι ένας τραυματισμός μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση της νόσου. Η εξήγηση σε αυτό είναι ότι, κάποιος τραυματισμός του ατόμου μπορεί να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στο ΚΝΣ και να φέρει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση της ΣΚΠ.

4. Οικογενειακό Ιστορικό: Φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην νόσο. Σε άτομα που εμφανίζουν κοντινή συγγένεια (πρώτου, δευτέρου και τρίτου βαθμού), το ποσοστό κινδύνου εμφάνισης ανέρχεται στο 15%, ενώ το ποσοστό εμφάνισης στα αδέρφια σημειώνει πτώση, δηλαδή 3-5%. Το ίδιο ποσοστό σημειώνεται στα διζυγωτικά δίδυμα, ενώ στα μονοζυγωτικά δίδυμα το ποσοστό παίρνει μεγάλη αύξηση, φτάνοντας στο 20-38%.

5. Βιταμίνη D: Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι κάτοικοι χωρών με χαμηλή ηλιοφάνεια, εμφανίζουν μειωμένα ποσοστά της συγκεκριμένης βιταμίνης, αυξάνοντας έτσι τα ποσοστά εμφάνισης της νόσου. Το θετικό είναι ότι έχει βρεθεί φαρμακευτική αγωγή για την αποκατάσταση των επιπέδων της βιταμίνης στον οργανισμό.

6. Άλλες παθήσεις: Είναι γεγονός πως δεν υπάρχουν άλλες αυτοάνοσες παθήσεις με εξάπλωση σαν αυτή της ΣΚΠ από τον Νότο προς τον Βορρά. Ωστόσο, κάποιιοι μελετητές έχουν καταλήξει στο πόρισμα ότι κάποιες ασθένειες, όπως η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, ο ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ και οι θυροειδικοί νόσοι, μπορούν να επηρεάσουν την εμφάνιση της ΣΚΠ. Αυτό συνέβη γιατί ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΣΚΠ ανέφερε ιστορικό ΣΔ ή θυροειδικής νόσου.

Παρόλα αυτά, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες, οι οποίες συγκρίνουν τους ασθενείς με ΣΚΠ, με εκείνους που έχουν διαβήτη ή θυροειδική νόσο, χωρίς όμως να έχουν καταφέρει να επιβεβαιώσουν κάποια σχέση μεταξύ τους.

6.3 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Λαμβάνοντας υπόψη ορισμένων αποδεδειγμένων απόψεων, έρχονται στην επιφάνεια στοιχεία που αποδεικνύουν ότι υπάρχουν περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε βλάβες του ΚΝΣ (Warren et al., 2001).

Μολονότι, η συχνότητα εμφάνισης της ΣΚΠ είναι μεγαλύτερη σε αναπτυγμένες χώρες, εμφανίζεται πιο σπάνια σε ανατολικές και τροπικές χώρες. Επίσης, η νόσος παρουσιάζεται πιο συχνά σε βορειότερα γεωγραφικά πλάτη. Στις περιοχές υψηλού κινδύνου ανήκουν, το Ηνωμένες Πολιτείες, ο Καναδάς, η Μεγάλη Βρετανία και όλη η βόρεια Ευρώπη. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό δεν έχει εξακριβωθεί ακόμα, όμως έρευνες αναφέρουν ότι, όσο περισσότερο εκτεθειμένα στον ήλιο είναι, άτομα ηλικίας από 5-16, έχουν μειωμένα ποσοστά εμφάνισης της νόσου, γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με τα επίπεδα της βιταμίνης D (Warren et al., 2001).

7. Πορεία της ΣΚΠ & υποτροπές

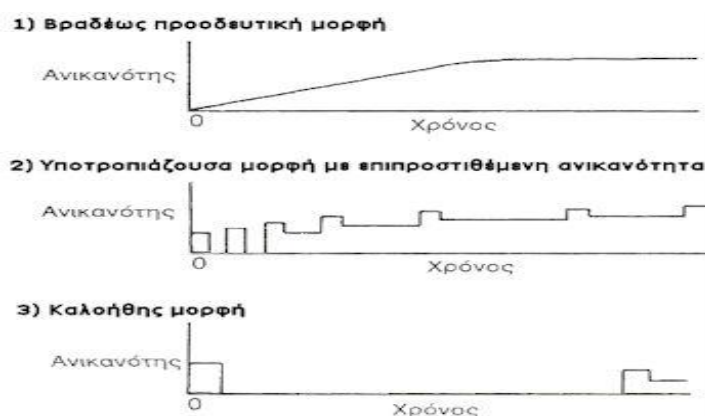
Η πορεία που ακολουθεί η νόσος είναι η εξέλιξη της σε ώσεις, στις οποίες είτε μεγαλώνουν οι παλιές πλάκες, είτε δημιουργούνται νέες. Αυτές οι πλάκες έχουν μέγεθος όσο τα κεφάλι μιας καρφίτσας ή τόσο ώστε να μπορεί να καταλείψει όλη την λευκή ουσία όλου του ημισφαιρίου. Όσο η αναμυελωσίνη είναι στα αρχικά στάδια, τα συμπτώματα της πάθησης εμφανίζουν υποχώρηση. Στην συνέχεια, όμως, δημιουργούνται σκληρές μάζες με αποτέλεσμα να καταστρέφεται ο άξονας. Αυτό έχει σαν συνέπεια η νόσος να είναι αναστρέψιμη και να εμφανίζονται μόνιμες αναπηρίες (Waaren et al., 2001).

Ανάλογα με την τροπή που θα πάρει η νόσος, διακρίνονται οι εξής μορφές (Waaren et al., 2001):

1. **Πρωτοπαθής Χρόνια Προϊούσα Μορφή:** Στην συγκεκριμένη περίπτωση παρατηρείται από την αρχή προϊούσα εξέλιξη, με την έναρξη της να εμφανίζεται σε ηλικίες 30-40 και αποτελούμενη από το 15% των περιπτώσεων.
2. **Υποτροπιάζουσα Μορφή:** Αποτελεί την κλασική περίπτωση της νόσου, με τις ανάλογες υφέσεις και εξάρσεις. Σε αυτήν την μορφή υπάγεται το 85% των περιστατικών. Εδώ, περιλαμβάνεται και η καλοήθης μορφή, με συχνότητα 20% του συνόλου, με μικρές εξάρσεις όπως οπτικές διαταραχές, και με μακράς διάρκειας υφέσεις. Το υπόλοιπο 65% του συνόλου, με το πέρασμα του χρόνου αφήνουν αναπηρίες (τις κυριότερες στα πέντε πρώτα

χρόνια). Η υποτροπιάζουσα μορφή, στα πρώτα χρόνια (6-10), μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνια προϊούσα μορφή και για αυτό αναφέρεται και ως δευτεροπαθής χρόνια προϊούσα μορφή.

3. **Κακοήθης μορφή:** Η συγκεκριμένη περίπτωση έχει σπάνια εκρηκτική έναρξη, γρήγορη εξέλιξη και θάνατο.



Εικόνα 3. Μορφές ΣΚΠ (Πηγή: Waaren et al., 2001)

Ευνοϊκοί Παράγοντες	Μη Ευνοϊκοί Παράγοντες
Γυναικείο φύλο	Ανδρικό φύλο
Χαμηλός αριθμός υποτροπών ανά έτος	Μεγάλος αριθμός υποτροπών ανά έτος
Πλήρης αποκατάσταση από την υποτροπή	Ατελής αποκατάσταση από την πρώτη υποτροπή
Μικρότερη ηλικία έναρξης	Μεγαλύτερη ηλικία έναρξης
Μικρή ανικανότητα στα πρώτα 2-5 χρόνια νόσησης	Σημαντικού βαθμού ανικανότητα στα 2-5 χρόνια από την έναρξη
Καθυστέρηση στην προσβολή της παρεγκεφαλίδας	Πρώιμη συμμετοχή της παρεγκεφαλίδας
Συμμετοχή μόνο ενός συστήματος του ΚΝΣ κατά την έναρξη	Συμμετοχή περισσότερων του ενός συστημάτων του ΚΝΣ κατά την έναρξη

Πίνακας.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της νόσου (Πηγή: Waaren et al., 2001).

8. Επιπλοκές

Οι επιπλοκές που εμφανίζονται στην νόσο έχουν πολλά κοινά στοιχεία με παθήσεις του ΚΝΣ που εμφανίζουν σαν συνέπεια την αναπηρία. Τα πιο συνηθισμένα προβλήματα που παρατηρούνται στη ΣΚΠ είναι η εύκολη κόπωση, η σπαστικότητα, οι κυστικές διαταραχές, η έλλειψη συντονισμού, η στυτική δυσλειτουργία και η δυσκοιλιότητα. Όσο αναφορά, τις επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή του ατόμου, αποτελούν η απώλεια εργασίας και η κοινωνική απομόνωση. Μεγάλη συχνότητα εμφανίζουν η κατάθλιψη και οι τάσεις αυτοκτονίας (Αθανασιάδης, 2003).

Η ΣΚΠ μπορεί να εμφανίσει προοδευτική επιδείνωση των συμπτωμάτων με το πέρασμα του χρόνου. Οι σοβαρές βλάβες της μυελίνης, που επαναλαμβάνονται, αφήνουν μόνιμα προβλήματα που τις περισσότερες φορές είναι ο τρόμος, νυσταγμός, παράλυση των άκρων, διαταραχές στην ούρηση και σπαστικότητα. Ακόμα, εξαιτίας των συχνών βλαβών των οπτικών νεύρων, παρατηρούνται προβλήματα στην όραση. Τέλος, η μειωμένη κινητικότητα και ο αρκετός κλινοστατισμός μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές επιπτώσεις και οι ασθενείς να χρειάζονται φυσιοθεραπεία (Αθανασιάδης, 2003).

9. Διαφορική Διάγνωση

Στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας, πριν γίνουν όλες οι απαραίτητες διαδικασίες για την διάγνωση της, θα πρέπει πρώτα να διαφοροποιηθεί από έναν μεγάλο αριθμό παθήσεων των αγγείων, των μεταβολών, λοιμωδών, νευρολογικών και άλλων. Κάποιες από τις παθήσεις αυτές, είναι οι παρακάτω:

Αγγειίτιδες
Ερυθριματώδης Λύκος
Εγκεφαλική Αγγειοπάθεια από
Υπέρταση
Σακχαρώδη Διαβήτη

Κολπική Μαρμαρυγή Αντισυλληπτικά
Λοιμώδεις Παθήσεις
Οξεία εγκεφαλομυελίτιδα AIDS Νευροσύφιλη
Άλλες Παθήσεις
Όγκοι του ΚΝΣ Οικογενής σπαστική παραπληγία Ψυχικές Διαταραχές Ανεπάρκεια της βιταμίνης Β-12 Κληρονομική οπτική νευροπάθεια Διατροφικής αιτιολογίας απομυελωτικές διαταραχές
Παραλλαγές της Πολλαπλής Σκλήρυνσης
Διάχυτη εγκεφαλική σκλήρυνση Συγκεντρική σκλήρυνση

Πίνακας.2 Παθήσεις (Πηγή: Πασχάλης, 2006).

10. Πρόγνωση

Πρώιμη εμφάνιση βλαβών της παραγκεφαλίτιδας έχει βαρύτερη πρόγνωση, από οπτικές και αισθητικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, η πιο κρίσιμη περίοδος για την εμφάνιση σοβαρής αναπηρίας είναι τα πρώτα 5 χρόνια (Πασχάλης, 2006).

Στη σωστή πρόγνωση συμβάλουν χαρακτηριστικά, όπως, ήπιες και μικρής διάρκειας εξάρσεις και μακράς διάρκειας υφέσεις. Η μορφή της νόσου που αποτελείται από υφέσεις και εξάρσεις έχει καλύτερη πρόγνωση από την χρόνια προοδευτική μορφή. Σε γρήγορες εξελισσόμενες μορφές, οι ασθενείς εμφανίζουν σοβαρές αναπηρίες και μπορεί να καταλήξουν σε αναπηρική καρέκλα μέσα σε 5-10 χρόνια (Πασχάλης, 2006).

Μετά από ένα μονοσυμπτωματικό επεισόδιο, ο κίνδυνος εμφάνισης πολλαπλής σκλήρυνσης είναι μεγάλος, αν υπάρξουν στοιχεία απομυέλωσης στην μαγνητική

τομογραφία του εγκεφάλου. Σε περίπτωση τέτοιου επεισοδίου, ο κίνδυνος εμφάνισης πολλαπλής σκλήρυνσης είναι μικρότερος, αν υπάρχει φυσιολογική μαγνητική τομογραφία (Πασχάλης, 2006).

Τα χαρακτηριστικά μια σωστής πρόγνωσης είναι (Πασχάλης, 2006):

- Μικρή αναπηρία, 5 χρόνια μετά την εμφάνιση της νόσου
- Ηλικία μικρότερη των 35 ετών κατά την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων
- Ταχεία ύφεση των πρώτων συμπτωμάτων
- Μεμονωμένο σύμπτωμα κατά την διάρκεια του πρώτου έτους της νόσου.

Ωστόσο, έχουν βρεθεί παράγοντες που μπορεί να μην οδηγήσουν στη σωστή πρόγνωση, όπως για παράδειγμα η προϊούσα μορφή κατά την έναρξη της νόσου, γιατί η συγκεκριμένη μορφή εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες. Έτσι, αν η έναρξη της νόσου γίνει μετά τα 40 και σε συνδυασμό με την προϊούσα μορφή σημαίνει λάθος πρόγνωση (Πασχάλης, 2006).

11. Θεραπεία

Θεραπεία για την αναστολή της πορείας της ΣΚΠ, δηλαδή φάρμακα που να δρουν στην καταστρεμμένη μυελίνη, δεν υπάρχουν. Ωστόσο, η θεραπεία που πραγματοποιείται, έχει ως στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που εμφανίζονται, καθώς και να αναστέλλει τις εξάρσεις και την εξέλιξη τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, προτείνεται στους ασθενείς ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την απαλλαγή από την συνεχή παρακολούθηση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν μια σταθερή κατάσταση και αυτό που χρειάζονται είναι μια σταδιακή θεραπεία για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Συνεπώς, η θεραπεία της ΣΚΠ έχει δυο στόχους, δηλαδή, την αντιμετώπιση των εξάρσεων που εμφανίζουν οι ασθενείς, χωρίς να αφήνουν πολλές συνέπειες, καθώς και την αντιμετώπιση των νευρολογικών κρίσεων (Γρηγοράκης, 2003).

Οι οδηγίες που δίνονται στους ασθενείς με ΣΚΠ για την φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να λαμβάνουν είναι τα κορτοκεϊδή, σε χάπια ή ενέσεις, επειδή έχουν αντιφλεγμονώδη δράση. Με αυτόν τον τρόπο διακόπτουν την πορεία της φλεγμονής και σταθεροποιούν τα συμπτώματα. Πιο συγκεκριμένα, σε ήπιες εξάρσεις χορηγείται πενδιζόλη από το στόμα (60-90 mg/ ημέρα) για 3-4 εβδομάδες. Σε βαριές εξάρσεις, χορηγείται στους ασθενείς, σε μεγάλες δόσεις ενδοφλεβίως, μεθυλπρεδνιζόλη (1gr σε 200 cc NaCl/ ημέρα) για 5 μέρες και στην συνέχεια, δίδεται από το στόμα (32-48mg/ ημέρα) για 2-3 εβδομάδες με προοδευτικά μειωμένη δόση (Αθανασιάδης, 2003).

Μια εφεύρεση που τελειοποιήθηκε τα τελευταία χρόνια και η κυκλοφορία της είναι πρόσφατη, αποτελεί η ιντερφερόνη- Β. Η χρήση της στην θεραπεία της νόσου έχει σαν στόχο να ελαττώσει τον αριθμό και το μέγεθος των νέων πλακών που εμφανίζονται στη μαγνητική τομογραφία, καθώς επίσης να μειώσει την συχνότητα των εξάρσεων. Ωστόσο, η δραστηριότητα της θεραπείας του φαρμάκου θέλει ακόμα δοκιμή στην κλινική πράξη (Αθανασιάδης, 2003).

Παρόλα αυτά, υπάρχουν και άλλα φάρμακα που στοχεύουν στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων της νόσου, όπως (Αθανασιάδης, 2003):

- Για την σπαστικότητα χορηγείται διαζεπάμη.
- Για τον τρόμο χορηγούνται βαλπροϊκό νάτριο και κλοναζεπάμη.

- Για την λειτουργία της κύστης χορηγούνται αντιχολινεργικά και γίνεται αυτοκαθετηριασμός.

11.1 Εναλλακτικοί τρόποι θεραπείας

Ωστόσο, εκτός από την φαρμακευτική αγωγή, στους ασθενείς, προτείνονται και άλλοι τρόποι θεραπείας, όπως είναι η διαίτα, η άσκηση και η χαλάρωση (Γρηγοράκης, 2003).

Όσο αναφορά την διαίτα στην ΣΚΠ δίνονται οδηγίες για μια ισορροπημένη διατροφή όπου θα εξασφαλίζεται η λήψη όλων των βιταμινών που είναι απαραίτητες για τον οργανισμό για την σωστή υγεία. Η βιταμίνη D μπορεί να αποτελεί πρόληψη για την ΣΚΠ, εφόσον όμως επιβεβαιωθεί. Η συγκεκριμένη βιταμίνη συντίθεται στο σώμα μας και τα επίπεδα της αυξάνονται με την έκθεση στον ήλιο και με τροφές που περιέχουν υψηλά ποσοστά βιταμίνης D. Η συγκεκριμένη βιταμίνη φαίνεται ότι βοηθάει στην άμυνα του οργανισμού, καθώς σε έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, αναφέρουν ότι συμβάλλει στην προστασία των ασθενών με διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος σε ασθένειες όπως, η ΣΚΠ και ο καρκίνος (Γρηγοράκης, 2003).

Σχετικά με την άσκηση, είναι απαραίτητη για την διατήρηση της υγείας και για αυτό ο κάθε ασθενής θα πρέπει να ασκείται σύμφωνα με τις δυνατότητες του. Η γυμναστική εξασφαλίζει την μυϊκή δύναμη και κάνει τους ασθενείς να αισθάνονται ευεξία, καθώς μπορούν να διαλέξουν μια άσκηση που θα τους προσφέρει ευχαρίστηση. Στην περίπτωση της ΣΚΠ προτείνεται σαν άσκηση το κολύμπι και αυτό γιατί έχει αποδειχθεί πως βελτιώνει τον τρόπο ζωής των πασχόντων (Γρηγοράκης, 2003).

Τέλος, η χαλάρωση και η ηρεμία σε άτομα που εμφανίζουν ΣΚΠ είναι απαραίτητες, ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις που μπορεί να εμφανίζει η καθημερινότητα τους (Γρηγοράκης, 2003).

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1. Βασικές νοσηλευτικές αρχές πάνω στη ΣΚΠ

Η ΣΚΠ είναι μια πολύπλοκη ασθένεια, αυτό από μόνο του την καθιστά ως δύσκολη και ιδιαίτερη προς την αντιμετώπιση της. Προφανώς η αντιμετώπιση της δεν αφορά το έργο ενός μόνο ατόμου, αλλά μιας ομάδας ατόμων η οποία θα αποτελείται από ειδικούς επιστήμονες ιατρούς και νοσηλευτές. Και ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα ασχοληθεί περισσότερο με τον ασθενή (Χρυσοβιτσάνου, 2004).

Υψιστης σημασίας αποτελούν τα καθήκοντα του νοσηλευτή καθώς εκείνος (Χρυσοβιτσάνου, 2004):

- Πρωταρχικά καλείται να παρακολουθήσει για τυχόν νέα η επιδεινούμενα συμπτώματα.
- Να δημιουργήσει ένα πρόγραμμα επικοινωνίας ανάμεσα στον ασθενή την οικογένεια και την ομάδα των επαγγελματιών υγείας που μπορεί να συνεργάζεται με τον ασθενή.
- Και εν τέλει είναι εκείνος που θα ασχολείται με τον ασθενή εξ ολοκλήρου όλο το 24ωρο και θα εκτελεί τις εντολές των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας.

Η πολυπλοκότητα που διακατέχει την συγκεκριμένη πάθηση, από μονή της την καθιστά μια χρονοβόρα και δύσκολη διαδικασία προς τον χειρισμό της. Όμως χρειάζεται ειδικούς χειρισμούς από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας για να μπορέσουμε να έχουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Αυτό προϋποθέτει να υπάρχει αρίστη αντιμετώπιση και σωστή συνεργασία μεταξύ του ασθενή και της οικογένειάς του, με τους επαγγελματίες υγείας που συνιστούν την ομάδα που τον παρακολουθεί (Χρυσοβιτσάνου, 2004).

Έτσι ώστε να μπορέσουν όλοι μαζί σε ένα κλίμα αρμονίας και προσφοράς να βοηθήσουν τον ασθενή και τους οικείους του να έχουν ένα κάλο βιοτικό επίπεδο με (Χρυσοβιτσάνου, 2004):

- προσαρμογή
- επικοινωνία

- διατήρηση κοινωνικών ρολών καθώς δημιουργικότητα.

Προσαρμογή: με αυτό εννοούμε ότι ο ασθενής θα πρέπει να προσαρμοστεί στο γεγονός ότι η ασθένεια του είναι από εκείνες που επιφέρουν συνεχείς αλλαγές, άρα αυτό σημαίνει ότι πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για τις συνεχείς αλλαγές που μπορεί να έρθουν στην ζωή τους και που θα του θέτουν τυχόν περιορισμούς. Να τις αναγνωρίζουν, να τις αποδέχονται και να προσπαθεί να βρει εναλλακτικές λύσεις για την προσωπική του πορεία είτε εργασιακά, είτε κοινωνικά. Σε αυτό το κομμάτι μπορεί να συμβάλει και ο νοσηλευτής, ενθαρρύνοντας τον ασθενή στο να μην το βάλει κάτω, να παρακάμπτει αυτούς τους περιορισμούς και να θέσει νέους στόχους με βάση την τωρινή πραγματικότητα και να αναζητήσει νέες λύσεις (Χρυσοβιτσάνου, 2004).

Επικοινωνία: είναι να μπορούν οι ασθενείς ανά πάσα στιγμή να εξωτερικεύσουν αυτά που νιώθουν. Πολύ συχνά λόγω των πολλαπλών προβλημάτων που επιφέρει η ασθένεια π.χ. διαταραχή μνήμης, προβλήματα στο ουροποιητικό κ.α., δημιουργεί μεγάλα επίπεδα άγχους και στρες στον ασθενή, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να κλείνονται στον εαυτό τους και να μην απευθύνονται κάπου. Αυτό τους οδηγεί ασυναίσθητα σε ένα ατέρμονο κύκλο άγχους και στρες. Ο νοσηλευτής πρωταρχικά έχει χρέος να καθησυχάσει τον ασθενή, να αναπτύξει σχέσεις εμπιστοσύνης και να τον οδηγήσει σε ανάλογο ειδικό (Χρυσοβιτσάνου, 2004).

Διατήρηση κοινωνικών ρόλων: αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την σωστή διατήρηση των διαπροσωπικών σχέσεων για τους ασθενείς. Καθώς τους βάζει να σκεφθούν και να διακρίνουν ποιες σχέσεις στην ζωή τους έχουν ουσία για αυτούς και λόγω της κατάστασης της υγείας τους επηρεάζονται αρνητικά για να προσπαθήσουν να τις διατηρήσουν ανέπαφες (Χρυσοβιτσάνου, 2004).

Δημιουργικότητα: είναι αυτή που κράτα σε εγρήγορση τους ασθενείς καθώς τους κράτα παραγωγικούς και αποδοτικούς. Ωστόσο λόγω των πολλαπλών συμπτωμάτων της νόσου, τόσο σωματικά, όσο και νοητικά μπορεί να καταστούν αυτοί οι άνθρωποι ως «ανεπαρκείς». Δηλαδή να χάσουν την δουλειά τους, την οποιαδήποτε ενασχόληση τους. Αυτό έχει αντίκτυπο στον κοινωνικό, οικονομικό τομέα αλλά και στην ζωή τους γενικότερα. Ωστόσο δεν θα πρέπει να τους πάρει απο κάτω η όλη κατάσταση, αλλά να αναζητήσουν άλλες εναλλακτικές μορφές απασχόλησης. Κατόπιν σωστής

ενημέρωσης και έρευνας για να νιώθουν και αυτοί δημιουργικοί και παραγωγικοί (Χρυσοβιτσάνου, 2004).

2. Τομείς νοσηλευτικής δράσης

Η ΣΚΠ είναι μια πολυσύνθετη αυτοάνοση χρόνια νόσος, η οποία προσβάλλει κατά κύριο λόγο το ΚΝΣ. Τα συμπτώματα της ποικίλουν και μπορεί να εμφανιστούν είτε ηπιότερα, είτε σε πιο βαριά μορφή. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι διατροφικές διαταραχές, κόπωση, διαταραχές ύπνου, και συνήθως φτάνουν ως και σε κάποιο βαθμό αναπηρίας. Όλα τα παραπάνω βέβαια έχουν να κάνουν ανάλογα με τον ασθενή, και σε τι στάδιο είναι η νόσος(Γρηγοράκης, 2003).

Λόγω του ότι πρόκειται για μια νόσο η όποια έχει ποικιλομορφία τόσο σωματικά όσο και νοητικά αλλάζει ριζικά την ζωή των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι από ένα σημείο και μετά η ζωή και η καθημερινότητα τους, θα εξαρτάται και από άλλους ανθρώπους. Διότι τα συμπτώματα με την πάροδο του χρόνου θα οδηγήσουν αναπόφευκτα σε απώλεια της ανεξαρτησίας τους, θα συμβάλουν στον περιορισμό των κοινωνικών τους δραστηριοτήτων άρα και κατ' επέκταση στην μείωση της ποιότητας ζωής τους (Πολυκανδριώτη & Κυρίτση, 2006).

Γενικά κάθε ασθενής με ΣΚΠ εμφανίζει διαφορετικά συμπτώματα και ως εκ τούτου κατακλύζεται και από διαφορετικά συναισθήματα, βιώματα. Αυτό μας οδηγεί στο γεγονός ότι κάθε ασθενής εκτιμάται διαφορετικά με βάση τις πραγματικές του ανάγκες για υγεία και κοινωνική φροντίδα. Με το πέρασμα του χρόνου έχουν γίνει διάφορες έρευνες που εστίασαν στο να ανακαλύψουν τις ανάγκες των ατόμων αυτών, ώστε να δημιουργήσουν τα κατάλληλα προγράμματα που θα βοηθήσουν τους ασθενείς στα προβλήματα τους. Εν τούτοις, οι έρευνες έχουν την κλίση να εστιάζουν περισσότερο σε ειδικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην προκύπτει μια ολοκληρωμένη εικόνα για τις ανάγκες των ασθενών, έτσι δεν γίνεται εφικτό να βρεθούν ουσιαστικές πληροφορίες που θα βοηθούσαν μετέπειτα στο σχεδιασμό καταλλήλων προγραμμάτων που θα είχαν σαν στόχο, την βοήθεια ατόμων με χρόνια νοσήματα. Εν τέλει αυτό που βγαίνει σαν κοινό συμπέρασμα είναι η ανάγκη αυτών των ανθρώπων να έχουν ένα κάλο επίπεδο ποιότητας ζωής (Πολυκανδριώτη & Κυρίτση, 2006)

Οι τομείς που θα δραστηριοποιηθεί ο νοσηλευτής είναι οι εξής (Πολυκανδριωτη & Κυρίτη, 2006):

- 1) Η φυσική-σωματική υγεία: περιλαμβάνει το αίσθημα της κόπωσης, του πόνου, διαταραχές ύπνου.
- 2) Ψυχολογική κατάσταση: έχει να κάνει με την ψυχολογία που βιώνει ο ασθενής λόγω του άγχους και της κατάθλιψης από την νόσο, που σε μεγάλο βαθμό δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στον ασθενή λόγω της κατάστασης που βιώνει. Στον τομέα αυτό εμπεριέχεται ο αυτοσεβασμός, η κριτική σκέψη, η μνήμη κ.α.
- 3) Στο κατά ποσό μπορεί ο ασθενής να αυτοεξυπηρετηθεί από μόνος του . Περιλαμβάνει τις δραστηριότητες του, την ικανότητα του για εργασία, την φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί.
- 4) Οι κοινωνικές σχέσεις: οι σχέσεις που είχε το άτομο πάνω στις προσωπικές του σχέσεις, την σεξουαλική του δραστηριότητα.
- 5) Το περιβάλλον: αναλαμβάνει όλα εκείνα που έχουν να κάνουν με την οικονομική κατάσταση του ατόμου, την ελευθερία του, το οικογενειακό του περιβάλλον, σε τι είδους υπηρεσίες υγείας έχει πρόσβαση κ.α.
- 6) Τέλος η πνευματικότητα: που αφορά τις αντιλήψεις του ατόμου πάνω στην θρησκεία και στις προσωπικές του πεποιθήσεις

3. Προβλήματα αρρώστου και νοσηλευτικές δράσεις

3.1 Αίσθημα κόπωσης: νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Όπως παρατηρείται το αίσθημα της κόπωσης στην ΣΚΠ παραμένει ανακριβές ακόμα. Μπορεί να οφείλεται στην φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής ή λόγω της εξέλιξης της νόσου. Μερικά κλινικά χαρακτηριστικά μπορεί να βοηθήσουν στον διαχωρισμό της κόπωσης ως συνεπεία της νόσου ή ως σύμπτωμα κατάθλιψης. Σημαντικός παράγοντας που αυξάνει την σωματική κόπωση είναι η ζεστή και αυτό που την βελτιώνει είναι η ξεκούραση. Σε αντίθεση με την κόπωση που αφορά την κατάθλιψη η οποία είναι συνεχής και επίμονη. Σε μελέτη που έγινε οι ερευνητές ανακάλυψαν, ότι στο δείγμα της μελέτης τους το 80% υπέφερε από κόπωση και το υπόλοιπο 62% από προβλήματα ύπνου. Αυτό τους οδήγησε στο συμπέρασμα, ότι οι περισσότεροι ασθενείς πέρα των νευρολογικών προβλημάτων που αντιμετώπιζαν, τα προβλήματα της κόπωσης και του ύπνου επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του (Πολυκανδριώτη & Κυρίτση, 2006).

Ακόμα στην πλειοψηφία των ερευνών που έγιναν, η κόπωση παρουσιάζεται ως το πιο κοινό σύμπτωμα σε ποσοστό 75-90% ενώ ποσοστό 50-60% την παρουσιάζει ως το χειρότερο σύμπτωμα της νόσου, το οποίο τους οδηγεί σε κακή ποιότητα ζωής και μάλιστα είναι για αυτούς ένας σημαντικός παράγοντας ενέργειας (Πολυκανδριώτη & Κυρίτση, 2006).

Μια άλλη μελέτη κατέγραψε ότι οι ασθενείς δίνουν ποσοστό της τάξεως του 40% ως το μοναδικό σύμπτωμα που προκαλεί ανικανότητα και το ενοχοποιούν περισσότερο από την αδυναμία, τα κινητικά προβλήματα ή τις διαταραχές της ούρησης. Μάλιστα η κόπωση ήταν ένα από τα προβλήματα της νόσου που είχε γίνει γνωστό ακόμα από τις πρώτες περιγραφές της νόσου, και αυτό την έχει κάνει αντικείμενο μελέτης από τους ερευνητές τα τελευταία χρόνια, εξαιτίας της τεράστιας επίδρασης που έχει στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Πολυκανδριώτη & Κυρίτση, 2006).

Τα αίτια της κόπωσης όπως αναφέραμε και παραπάνω δεν έχουν γίνει ακόμα γνωστά. Μερικοί παράγοντες βρίσκονται και στο υποφυσιολογικό τομέα. Ορισμένοι από αυτούς είναι η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, οι λοιμώξεις, η αϋπνία, η κατάθλιψη, οι διατροφικές διαταραχές κ.α (Λαβδανίτη και συν., 2014).

Αυτό που θα βοηθήσει στην κατανόηση του προβλήματος της κόπωσης είναι η λήψη σωστού ιστορικού από τον ασθενή, η κατηγοριοποίηση της κλίμακας της κόπωσης που νιώθει ο ασθενής κ.α. Έτσι ώστε να μπορέσουμε να βγάλουμε μια ολοκληρωμένη άποψη επί του θέματος, με σκοπό να σχεδιάσουμε τις κατάλληλες παρεμβάσεις. Επιπρόσθετα όταν διαπιστώσουμε ότι το θέμα ξεπερνά πλέον τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, παραπέμπουμε τον ασθενή στον κατάλληλο ιατρικό επιστήμονα (Λαβδανίτη και συν, 2014).

Ωστόσο θα πρέπει να λάβουμε υπόψη και άλλον παράγοντα στο πλαίσιο της αξιολόγησης μας, όπως τις συνθήκες του ύπνου του ατόμου, κατά ποσό κάνει ήρεμο και ξεκούραστο ύπνο, πόσες φορές ξύπνα κατά την διάρκεια της νύχτας, και όποιες άλλες ενοχλήσεις έχει επί του θέματος (Λαβδανίτη και συν, 2014).

Όσον αναφορά τα αιτία της κόπωσης εάν είναι υποκειμενικά δηλαδή έχουν να κάνουν με φυσικούς παράγοντες η λύση που μπορεί να δοθεί είναι μέσω της φυσιοθεραπείας, της άσκησης που συμβάλει στο να αποκτήσει ο ασθενής καλύτερη φυσική κατάσταση. Εάν συσχετίζεται η κόπωση με την κατάθλιψη, το καλύτερο που έχει να κάνει ο ασθενής είναι να απευθυνθεί σε ειδικό για να τον συμβουλευτεί. Παράλληλα αν αυτό που προκαλεί την κόπωση είναι κάποια τυχόν λοίμωξη, αυτό που θα κάνουμε είναι να την εντοπίσουμε και να την αντιμετωπίσουμε (Λαβδανίτη και συν., 2014).

Αυτό που παίζει σημαντικό ρόλο στον ασθενή είναι να εξωτερικεύει ανά πάσα στιγμή αυτά που αισθάνεται σχετικά με την κόπωση στους οικείους του, για να μπορέσει έτσι να γίνει το πρόβλημα κατανοητό και να βρεθεί μια λύση. Σε αυτό το σημείο παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο και το περιβάλλον του ασθενούς, διότι είναι αυτό που θα πρέπει να κατανοήσει την ασθένεια, τα συμπτώματα και την θεραπεία του ασθενή, για να μπορέσουν και αυτοί να συμβάλουν στην ομαλή κατάσταση της υγείας του ατόμου τους(Λαβδανίτη και συν., 2014).

Σε αυτό το σημείο παρεμβαίνει ο νοσηλευτής, ο οποίος είναι αυτός που θα παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην καθοδήγηση του ίδιου του ασθενή, όσο και στην εκπαίδευση του ασθενή έτσι ώστε να μάθει να διαφυλάσσει την ενέργεια του, έτσι ώστε να μην την σπαταλά χωρίς λόγο αλλά και να μάθει να βάζει προτεραιότητες. Ακόμα ο ασθενής θα πρέπει να καταλάβει να αξιολογεί τα πράγματα που θέλει, με βάση το πόσο δύσκολα ή εύκολα είναι και το πόσο ενέργεια θα χρειαστεί να

καταναλώσει για να τα πραγματοποιήσει. Έτσι ώστε να κάνει τις επιθυμίες του πράξεις, όταν θα είναι ήρεμος και θα έχει ενέργεια και δυνάμεις για να τα πραγματοποιήσει. Σε αυτό το σημείο έρχεται και μπαίνει και ο ρόλος των οικείων του, καθώς μπορεί να χρειαστεί να συμβάλουν και αυτοί στην πραγματοποίηση των επιθυμιών του ανθρώπου τους, π.χ. τα άτομα της οικογένειας να αναλάβουν εκείνες τις δουλειές που χρειάζονται περισσότερο ενεργεία, δύναμη και το άτομο να αναλάβει δουλειές με λιγότερη ενέργεια και κόπο(Λαβδανίτη και συν., 2014).

3.2 Διαταραχές ύπνου: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Οι διαταραχές του ύπνου δεν είναι σύμπτωμα που αφορά κατά αποκλειστικότητα του ασθενούς με ΣΚΠ, αλλά πρόκειται για μια διαταραχή που αφορά και άλλες ασθενειές. Άρα αυτό μας οδηγεί σε συμπέρασμα ότι πρέπει πρώτα να δούμε αν υπάρχουν και άλλες αίτιες πχ άγχος, κόπωση κα, που οδηγούν τον ασθενή σε μη ομαλό ύπνο. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ελέγχουμε αν αυτό το σύμπτωμα επηρεάζει, συμβάλει θα λέγαμε στην έξαρση της νόσου. Ο νοσηλευτής για να βοηθήσει τον ασθενή που έχει διαταραχές ύπνου, συνιστά στα επεισόδια αϋπνίας, ο ασθενής να φορά μάσκα συνεχούς θετικής πίεσης και διαφασικό αερισμό. Ακόμα συνίσταται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών η όποια σύμβαλε και στην αντιμετώπιση της κόπωσης. Ωστόσο όταν υπάρχουν τέτοιες ενδείξεις και πρόκρτε να δοθούν τέτοια φάρμακα, καλό είναι ο νοσηλευτής να εκτίμα σε συνεχή βάση τη κατάσταση της υγείας του ασθενούς (Λαβδανίτη και συν., 2014).

3.3 Ψυχικές Διαταραχές: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Η νόσος δεν είναι εύκολη και απαιτεί συνεχή και χρόνιο αγώνα από μέρους του ασθενή. Είναι αρκετά συχνό φαινόμενο οι ασθενείς αυτοί να παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές με την πάροδο του χρόνου. Το ποσοστό της συχνότητας των ασθενών που παρουσιάζουν τέτοιου είδους διαταραχές κυμαίνεται γύρο στο 50-70%. Οι εκδηλώσεις συνήθως που παρουσιάζονται στα άτομα αυτά είναι η ευφορία, οπού ο ασθενής δεν πιστεύει ότι έχει κάποιο σοβαρό πρόβλημα και πως όλα πάνε καλά (Πολυκανδριώτη & Κυρίτση, 2006).

Τα άτομα αυτά τα διακατέχει ένα αίσθημα σιγουριάς, στο ότι θα γίνουν σίγουρα καλά. Δείχνουν ευεξία, τόσο συναισθηματικά, όσο και σωματικά, ακόμα και αν είναι ανάπηροι. Όλες αυτές οι αντιδράσεις είναι συνδεδεμένες κατά κύριο λόγο με την προϊούσα μορφή της νόσου και σε συνδυασμό με σημαντικό βαθμό αναπηρίας. Ακόμα συχνό φαινόμενο είναι, ο ασθενής να μην μπορεί να κατανοήσει και να εξωτερικεύσει λεκτικά όλα αυτά που βιώνει, τα συναισθήματα του, να μην κάνει όνειρα και θετικούς στόχους για τον ίδιο. Η όλη κατάσταση έχει να κάνει με βλάβη στο μεσολόβιο (εγκεφαλική δομή που συνδέει τα εγκεφαλικά ημισφαίρια), αλλά παρουσιάζει και ψυχολογική βάση (Πολυκανδριώτη & Κυρίτση, 2006).

3.4 Δυσλειτουργία ουροδόχου κύστης και διαταραχή σεξουαλικότητας: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

3.4.1 Διαταραχές Ουροδόχου κύστης

Τέτοιου είδους διαταραχές κάνουν την εμφάνιση τους σε άτομα με ΣΚΠ, με την μορφή έκτακτης και επιτακτικής ούρησης σε συνδυασμό με την απώλεια ουρών. Πρόκειται για ανεπάρκεια έλεγχου της λειτουργίας της κύστης, στην οποία πρέπει να γίνει έγκυρη διάγνωση για να διαχωριστεί γρήγορα από τυχόν πανομοιότυπα συμπτώματα που αναγνωρίζονται και στις ουρολοιμώξεις. Η σωστή διαχείριση των συμπτωμάτων παίζει σημαντικό ρόλο, διότι τις περισσότερες φορές προλαμβάνει την εμφάνιση νεφρολιθίασης και επικινδύνων ουρολοιμώξεων (Γρηγοράκης, 2003).

Αρκετοί ασθενείς με ΣΚΠ που εμφανίζουν τα συμπτώματα της ακράτειας, πέφτουν στο σφάλμα να μειώνουν δραστικά την λήψη νερού και υγρών, με το πρόσχημα ότι τους προκαλεί συχνή ούρηση και ότι μπορεί να τους εμφανίσει απώλεια ουρών οποιαδήποτε ώρα και στιγμή της ημέρας και να νιώσουν ντροπή. Ωστόσο δεν γνωρίζουν ότι οι μειωμένες ποσότητες συμπυκνωμένων ουρών είναι αυτές που προκαλούν μεγαλύτερα προβλήματα καθώς ερεθίζουν την κύστη και είναι ένοχες για μελλοντικές ουρολοιμώξεις. Επομένως τέτοιες καταστάσεις όπως η δυσλειτουργία της κύστης, οι οποίες προκαλούν απώλεια ουρών, stress και ντροπή στους ασθενείς και συνάμα μειωμένη ποιότητα ζωής, είναι ανάγκη να εκφράσουν αυτά τους τα προβλήματα και συναισθήματα για να βρεθεί μι λύση και να επέλθει ανακούφιση (Γρηγοράκης, 2003).

Επειδή η απώλεια ουρών έχει σημαντικές επιπτώσεις προς την υγεία το ασθενούς, διότι επιφέρει λύση της συνεχείας του δέρματος, λοιμώξεις, εξανθήματα κ.α., καθώς επίσης έχει και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς, καθώς του δημιουργούν το αίσθημα ντροπής, απαξίωσης του εαυτού τους, κατάθλιψη, απομόνωση και μετατρέπουν την καθημερινότητα τους δύσκολη ως προς την διαβίωση της (Lemon & Bruke, 2004).

Γι αυτό ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να εκπαιδεύσει των ασθενή στο πώς να διαχειριστεί την υπόθεση της απώλειας για να μάθει να την χειρίζεται. Κάλο είναι ο ασθενής να μάθει να μην μειώνει όλο και περισσότερο τα προσλαμβανόμενα υγρά, αλλά να κρατά σταθερά την πρόσληψη αυτών. Να φορούν άνετα ρούχα, και βαμβακερά εσώρουχα, που να μην τους πιέζουν στην περιοχή του ουροποιητικού (Lemon & Bruke, 2004).

Καθώς ακόμα να κρατούν καλή υγιεινή της περιοχής, να διατηρούν όσο το δυνατόν πιο πολύ γίνεται καθαρή την περιοχή εκεί. Ακόμα εάν ο ασθενής καταναλώνει μεγάλες ποσότητες καφεινούχων ροφημάτων (καφές, τσάι, κ.α.), να μειώσει τις ποσότητες. Ακόμα κάλο θα ήταν ο ασθενής να επισκέπτεται τη τουαλέτα σε τακτά χρονικά διαστήματα (Lemon & Bruke, 2004).

Επομένως για την αποφυγή ουρολοιμώξεων, καθώς πολλοί ασθενείς με ΣΚΠ κάνουν το σφάλμα να μην προσλαμβάνουν τον απαιτούμενο όγκο υγρών που τους αναλογεί μέσα στην ημέρα, για να μην καταφεύγει συχνά στην τουαλέτα, ο νοσηλευτής πρέπει να συμβουλεύει τον ασθενή ότι είναι απαραίτητη η μεγάλη πρόσληψη όγκου υγρό, όπως το νερό για την αποφυγή των λοιμώξεων του ουροποιητικού (Γρηγοράκης, 2003).

Ακόμα μερικές παρεμβάσεις πάνω στην απώλεια ουρών είναι να προτείνει ο νοσηλευτής στον ασθενή να κρατήσει ένα ημερολόγιο καταγραφής, στο οποίο θα καταγράφει την απώλεια ουρών, ηθελημένης ούρησης και τα επεισόδια απώλειας ουρών σε περίπτωση άλλης αίτιας πχ γέλιο, άρση βάρους κ.α., ακόμα μετά την χρήση φαρμάκων. Ο νοσηλευτής θα εξηγήσει στον ασθενή τη σημασία του ημερολογίου, στο οποίο ο ασθενής θα πρέπει να σημειώνει τις χρονικές στιγμές στις οποίες είχε διαφυγή ουρών και κάτω από ποιες συνθήκες πχ δραστηριότητα κ.α. Ο λόγος που γίνεται αυτό είναι για να μπορέσει ο νοσηλευτής να αξιολογήσει την κατάσταση του σθένους και να μπορέσει να προβεί σε σωστό προγραμματισμό για την καλύτερη

εξυπηρέτηση του ασθενούς. Επίσης μπορεί να γίνει με φαρμακευτική αγωγή. Εφέσων η πίεση στη κύστη είναι μεγαλύτερη από την αντίσταση της ουρήθρας, μπορούν να δοθούν φάρμακα τα όποια αυξάνουν την αντίσταση της ουρήθρας. Τέτοια είναι τα οιστρογόνα, αντιχολινεργικά, προπανθελίνη, τρίκυκλα αντικαταθλιπτικά και αλλά. Επίσης σαν εναλλακτική υπάρχει και η χειρουργική λύση σε περίπτωση που δεν αποδώσουν αποτελέσματα όλα τα παραπάνω (Ignatavicious & Workman, 2006).

3.4.2. Διαταραχές Σεξουαλικότητας

Η σεξουαλική δραστηριότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην ζωή του ατόμου, καθώς είναι ένας παράγοντας απόλαυσης, εκτόνωσης και από κάποια άτομα χαρακτηρίζεται ως σημαντικός. Εάν για κάποιο λόγο διαταραχτεί αυτό σημαίνει, ότι θα επηρεαστεί όλη η ποιότητα ζωής του. Οι ασθενείς με ΣΚΠ που παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία, η οποία φάνηκε να επηρεάζει την ποιότητα ζωής του, ωστόσο δεν υπάρχουν αρκετές μακροχρόνιες έρευνες πάνω στην σεξουαλική λειτουργία σε ασθενείς με ΣΚΠ (Πολυκανδριώτη & Κυρίτση, 2006).

Το να μην μπορεί ο ασθενής να εκφραστεί σεξουαλικά, λόγω διαφόρων σεξουαλικών διαταραχών, αποτελούν τρισέγγονες καταστάσεις και οδηγούν τον ασθενή σε κακή ποιότητα ζωής και σε μικρό ποσοστό ανικανότητα. Σε μεγάλο ποσοστό οι διαταραχές στην σεξουαλική λειτουργία του ασθενούς οφείλονται στην κόπωση, στην σπαστικότητα, η στην αδυναμία των μυών, καθώς επίσης στα προβλήματα της ουροδόχου κύστης, τον πόνο, και τέλος με προβλήματα που συσχετίζονται με την χρονιότητα και την εξέλιξη της νόσου. Η κατάσταση αυτή υποδεικνύει την ανάγκη για εκτίμηση, χειρισμό και θεραπεία (Πολυκανδριώτη & Κυρίτση, 2006)

3.5 Διατροφικές Διαταραχές: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Ασθενείς με ΣΚΠ συχνά εμφανίζουν και διατροφικές διαταραχές. Αυτές μπορεί να είναι δυσφαγία, δυσκοιλιότητα, οι οποίες πιθανολογείται ότι οφείλονται, σε κατά κορυφή μείωση της προσλαμβανομένης τροφής, που πιθανά οφείλεται είτε σε ψυχολογικούς παράγοντες π.χ. άγχος, κατάθλιψη, είτε λόγω της νόσου δεν δημιουργείται στο άτομο τόσο έντονα πλέον το αίσθημα της πεινάς. Σε ορισμένες

περιπτώσεις ασθενείς έχουν τον φόβο της πρόσληψης τροφής μην τυχόν και αυξηθεί το σωματικό τους βάρος και έτσι οδηγούνται στην δυσφαγία. Αυτό όλο όμως καθοδηγεί τον ασθενή σε υποσιτισμό και εφόσον δεν τρέφεται σωστά, αυτό συν όλα τα αλλά επιβαρύνει ακόμα περισσότερο τον οργανισμό του (Γρηγοράκης, 2003). Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι πράξεις στις οποίες θα προβεί είναι οι έξης: Ο ασθενής σε συνεργασία με διατροφολόγο και τον νοσηλευτή, οι οποίοι είναι ενήμεροι για την όλη κατάσταση του ασθενή, θα του βγάλουν ένα πρόγραμμα διατροφής ανάλογα με τις ανάγκες του, το οποίο θα περιλαμβάνει (Γρηγοράκης, 2003):

- Μικρά γεμάτα σε τακτά χρονικά διαστήματα μεταξύ 3-4 ωρών, τα όποια θα είναι πλούσια σε βιταμίνες D,C,B12, αντιοξειδωτικά και χαμηλά σε κορεσμένα λιπαρά, τα όποια σύμφωνα με έρευνες, ότι συμβάλουν στην ομαλή αντιμετώπιση της ΣΚΠ.
- Η διατροφή σαφώς πρέπει να περιλαμβάνει και τροφές που επιθυμεί ο ασθενής. Επίσης προκειμένου να προήχθη η όρεξη του ασθενούς, κάλο θα ήταν η εμφάνιση του φαγητού να είναι ιδιαίτερα προσεγμένη.
- Τέλος να υπάρχει σειρά στον τρόπο που θα καταναλωθεί του γεύμα του, πρώτα οι ελαφριές τροφές και υστέρη η πιο βαριές.

Το θέμα της δυσφαγίας, πρόκειται για μια αρκετά συνηθισμένη κατάσταση νευρολογικής νόσου λόγω τις ΣΚΠ. Εξαιτίας της μαλθακής υπερώας, των μυών του λάρυγγα και του φάρυγγα, καθώς επίσης και του οισοφάγου. Η κατάποση στα άτομα αυτά γίνεται με δυσκολία, δημιουργείται έτσι πρόβλημα δυσφαγίας. Όλα τα παραπάνω οδηγούν σε δυσκολία της μάσησης, σιελόρροια, καθυστέρηση στην μεταφορά τροφής από την στοματική κοιλότητα στο στομάχι, κρίσεις βήχα ή ακόμα και πνιγμό. Αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, υπάρχει κίνδυνος για αφυδάτωση και ανορεξία (Γρηγοράκης, 2003).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δυσφαγία είναι να εκπαιδεύσει τόσο τον ασθενή όσο και το περιβάλλον του πάνω στα θέματα διατροφής. Δηλαδή πάνω στο είδος της τροφής που θα πρέπει να προσλαμβάνει, την θέση που πρέπει να έχει κατά την πρόσληψη τροφής. Είναι κάλο για τον ασθενή να τρώει σε ένα ήσυχο και άνετο περιβάλλον για αυτόν. Να μην αποσπάται την ώρα του φαγητού πχ να μην μιλαεί, να μην βλέπει τηλεόραση. Οι τροφές που θα τρώει είναι κάλο να είναι αλεσμένες για να βοηθούν στην κατάποση. Να προστίθενται υγρά στις ξηρές τροφές, ακόμα να υπάρχει

εναλλαγή ξηράς και υγρή τροφής. Επίσης, συνίσταται η αποφυγή τροφών που είναι κολλώδεις, πολύ ζεστά ή πολύ κρύα φαγητά. Να μασήσει καλά την τροφή του και να βρίσκεται σε ορθή στάση. Τα γεύματα του να είναι συχνά και μικρά (Γρηγοράκης, 2003).

Εάν ωστόσο φτάσουμε στο σημείο που τίποτα από τα παραπάνω δεν καλύπτει πλέον τον ασθενή και ο ίδιος αρχίζει να εμφανίζει διάφορα προβλήματα, όπως σοβαρή απώλεια βάρους, αφυδάτωση κ.α. Τότε ο νοσηλευτής πρέπει να μπει στην διαδικασία να βρει άλλο τρόπο σίτισης. Οι επιλογές που μπορεί να διαλέξει είναι ο ρινογαστρικός σωλήνας, ο οποίος βοηθά στην σίτιση του ασθενούς και στο να κρατηθεί σταθερός στα κιλά του και ενυδατωμένος (Γρηγοράκης, 2003).

Τέλος στην δυσκοιλιότητα η οποία είναι ένα σύμπτωμα το οποίο κάνει την εμφάνιση του περίπου στο 40% των ασθενών, η όποια πιθανά να οφείλεται στο γεγονός της μυϊκής αδυναμίας του ασθενή και η έλλειψη κινητικότητας, καθώς επίσης και στην φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής, καθώς προκαλεί και αυτή με την σειρά της δυσκοιλιότητα πχ ατρόπινη, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά κ.α.

Τις ενέργειες τις οποίες θα προτρέψει ο νοσηλευτής τον ασθενή να πράξει είναι να καταναλώνει τροφές πλούσιες σε διαιτητικές ίνες, μεγάλες ποσότητες νερού και να ακολουθεί το πρότυπο των άρχων της Μεσογειακής διατροφής. Εάν σε περίπτωση που δεν βλέπει αποτέλεσμα ο ασθενής μέσω της διατροφής, τότε ο νοσηλευτής θα προτείνει στον ασθενή την χρήση φαρμάκων και καθαρτικών σύμφωνα πάντα με την επίβλεψη του θεράποντος ιατρού. Όπως διογκωτική παράγοντες που δεσμεύουν νερό και βοηθούν τον εντερικό βιότοπο. Ερεθιστικοί και οσμωτική παράγοντες, μαλακτικά κοπράνων κ.α. Καθώς επίσης και την χρήση κλύσματος (Γρηγοράκης, 2003).

3.6 Διαταραχές Μνήμης: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Η μνήμη αποτελείται από τρία στάδια αυτά είναι η εγχάραξη της καινούργιας πληροφορίας, η αποθήκευση της πληροφορίας και τέλος η ανάκληση της όταν χρειαστεί. Το να ξεχνάμε εν μέρει είναι φυσιολογικό, αλλιώς δεν θα μπορούσε να λειτουργήσει σωστά η μνήμη μας. Το ρόλο αυτόν τον αναλαμβάνει ο εγκέφαλος, ο οποίος συνεχώς ορίζει αποφάσεις για το τι πρέπει να θυμάται κανείς, και τι πρέπει να

ξεχνά. Διατηρεί ότι θεωρεί σημαντικό και διαγράφει ότι θεωρεί άχρηστο (Martyn & Gule, 2007).

Ωστόσο καταστάσεις που επηρεάζουν την μνήμη είναι η ψυχολογική κατάσταση δηλαδή τα άτομα που έχουν άγχος ή κατάθλιψη όπως οι ασθενείς με ΣΚΠ, οι οποίοι είναι απασχολημένοι κατά κύριο λόγο με την ασθένεια και με όλα αυτά τα συναισθήματα που του προκαλεί, δεν δίνουν σημασία στις νέες πληροφορίες που δέχονται και που πρέπει να αποθηκεύσουν. Ένα άλλο που επηρεάζει είναι οι σωματικές παθήσεις, όπως τα άτομα που μπορεί να ταλαιπωρούνται από διαταραχές ύπνου ή από διάφορες μορφές κόπωσης κ.α, δεν λειτουργούν σωστά και δυσκολεύονται να θυμηθούν πράγματα ή να συγκρατήσουν πληροφορίες (Martyn & Gule, 2007).

Άρα αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι ασθένειες μπορεί να δυσχεραίνουν τις νοητικές λειτουργίες των ατόμων. Οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνια νοσήματα όπως οι ΣΚΠ με τον καιρό ανακαλύπτουν πως η μνήμη τους, η σκέψη τους δεν είναι όπως παλιά. Τα αιτία που γίνεται όλο αυτό ακόμα δεν έχουν γίνει αντιληπτά από τους επιστήμονες, αλλά έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα, ότι η κάθε νόσος και πόσο μάλλον οι χρόνιες έχουν τεράστια πίεση και αντίκτυπο στους ασθενείς, εάν ακόμα συνοδεύονται και από πόνο είναι λογικό και επόμενο ότι θα έχει επιπτώσεις (Martyn & Gule, 2007).

Η αντιμετώπιση των διαταραχών της μνήμης και η σωστή διαχείριση από τον νοσηλευτή προς τον ασθενή θα περιλαμβάνει τα εξής (Martyn & Gule, 2007):

- Προτροπή του ασθενούς να χρησιμοποιήσει σημειώματα, ο γραπτός λόγος είναι μια απλή μα αποτελεσματική πρακτική για να θυμάται ο ασθενής. Κάλο θα είναι ο ασθενής να έχει πάντα μαζί του ένα σημειωματάριο, όπου θα καταγράφει όλες τις δουλειές του, ή να βάζει διαφορά χαρτάκια σε εμφανή μέρη του σπιτιού με δουλειές που επιλεγεί να κάνει.
- Ένα ακόμα που μπορούμε να συστήσουμε στον ασθενή είναι να χρησιμοποιεί ημερολόγιο, καθώς αποτελεί έναν κάλο τρόπο υπενθύμισης των υποχρεώσεων του. Στο οποίο θα καταγράφει τα ραντεβού του, τις δουλειές του, το πλάνο που έχει για την κάθε μέρα.

- Να δείξουμε στον ασθενή να δημιουργεί λίστες με αυτά που του χρειάζονται, όταν θέλει να πάει για ψώνια ή τα θέματα που θέλει να συζητήσει πριν από κάποιο τηλεφώνημα.
- Να υποδείξουμε στον ασθενή να προμηθευτεί ειδικά δοχεία χαπιών, στα οποία θα αναγράφεται η ημέρα και η ώρα της λήψης.

3.7 Άγχος: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

- Το άγχος αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην καλή ποιότητα ζωής του ατόμου και αυτό γιατί προκαλεί σύγχυση και νευρικότητα στον ασθενή και αποτελεί μεγάλο εμπόδιο τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τον νοσηλευτή που πρόκειται να το αντιμετωπίσει (Lemon & Burke, 2004):
- Κάλο είναι να παρακολουθείτε στενά ο ασθενής για τυχόν εκδηλώσεις κόπωσης και νευρικότητας. Η έγκυρη διάγνωση, βοηθά στην άμεση παρέμβαση και την λύση του προβλήματος. Η οποία είναι να συσταθεί στο άτομο ξεκούραση και να αποφυγή την επαφή με ότι του προκαλεί άγχος και νευρικότητα.
- Συνίσταται στον ασθενή να αποφεύγει καταστάσεις που του δημιουργούν άγχος, όπως συναρθρώσεις με πολλά άτομα, η καταστάσεις που χαρακτηρίζονται πολύπλοκες και αποτελούνται από κατακλυσμό πληροφοριών, καθώς το άτομο ίσως αδύνατη να τις διαχειριστεί και να του προκαλέσει άγχος και νευρικότητα.
- Επίσης καλό θα ήταν να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα ανάπαυσης κάποιων ωρών μέσα στην ημέρα, καθώς η κόπωση και η πίεση από τις δουλειές συμβάλει στο να στρεσάρετε ο ασθενής.
- Τέλος, εάν το άγχος και ο εκνευρισμός επιδεινώνεται, τότε πρέπει να διερευνηθούν εάν συμβάλουν τυχόν άλλα οργανικά αιτία πχ η κόπωση, εάν δεν οξυγονώνεται σωστά το άτομο, εάν υποφέρει από δυσκοιλιότητα

3.8 Απελπισία: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Η νόσος όπως έχουμε αναφέρει ουκ ολίγες φορές χαρακτηρίζεται ως πολύπλοκη και συνεχώς μεταλλασσόμενη. Αυτό σημαίνει ότι ο αγώνας δεν σταματά ποτέ και ότι τόσο το ίδιο το άτομο, όσο και οι οικείοι του δεν πρόκειται να επαναπαυτούν ποτέ. Μέσα από αυτόν τον διαρκεί και χρόνιο αγώνα, το άτομο και το περιβάλλον του ίσως φτάσει στο σημείο να απογοητευτεί και να νιώσει εξάντληση. Οι δυνάμεις του να έχουν φτάσει στα όρια τους και να μην μπορούν πλέον να αντιμετωπίσουν όσο το δυνατόν καλύτερα θα ήθελαν την νόσο και τα προβλήματα που επιφέρει. Επίσης, λόγω του ότι πρόκειται για μια ασθένεια η οποία είναι χρόνια και μεταλλασσόμενη, αυτό τους κάνει να μην είναι και πολύ αισιόδοξοι για το μέλλον. Το μόνο ίσως που θα μπορούσαμε να πούμε ότι ίσως θα βοηθήσει την κατάσταση είναι εάν το άτομο προσαρμοζόταν ψυχολογικά στην όλη κατάσταση της νόσου και σε ότι επιφέρει αυτή, για να μπορέσει να την αντιμετωπίσει και να αναπτρωθούν οι ελπίδες του (Lemon & Burke, 2004).

Οι ενέργειες στις οποίες θα προβεί ο νοσηλευτής για να απομακρύνει τα οποία σημάδια απελπισίας στον ασθενή και το περιβάλλον του είναι τα παρακάτω (Lemon & Burke, 2004):

- Αξιολόγηση του ασθενούς και της οικογένειας, κατά ποσό έχουν ολοκληρωμένη άποψη για την νόσο, και σε ποιο βαθμό την έχουν κατανοήσει. Αυτό βοηθά τον νοσηλευτή να γνωρίσει κατά ποσό είναι σωστά ενημερωμένοι ο ασθενής αλλά και η οικογένεια του, για να μπορέσει να τους απαντήσει σε διάφορα ερωτήματα γύρω από αυτή, να απομακρύνει τυχόν ασάφειες και παραφιλολογίες γύρω από αυτήν.
- Η ενημέρωση που θα γίνει από τον νοσηλευτή κάλο θα ήταν να είναι όσο πιο κοντά γίνεται προς την πραγματική φύση του θέματος χωρίς ωραιοποίηση. Να γίνει εκτίμηση του επιπέδου κατανόησης που έχει ο ασθενής, αλλά και η οικογένεια. Εάν κριθεί απαραίτητο κάλο θα ήταν να ενημερωθούν ξεχωριστά.
- Η ενημέρωση που θα ακολουθείται, κάλο θα ήταν να είναι όσο πιο ρεαλιστική γίνεται, έτσι ώστε να παρθούν οι απαραίτητες αποφάσεις.
- Κάλο θα ήταν να μην γίνεται ορατή η οποιαδήποτε δυσαρέσκεια ή απόρριψη για τα λεγόμενα ή τα συναισθήματα του ασθενή, διότι όσο πιο άνετα νιώσει

και δει ότι το αποδέχονται, τον οδηγεί ασυναίσθητα και στο να προάγει και να εσωτερικεύσει και αλλά θέμα τα οποία τον απασχολούν.

- Υποστήριξη των οικογενειακών δεσμών και βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ τους. Οι ισχυρές και καλά δομημένες οικογενειακές σχέσεις βοηθούν αρκετά τόσο στην υγιή σχέση που έχουν μεταξύ τους τα άτομα της οικογένειας, καθώς έχουν αρμονία και αλληλοσεβασμό μεταξύ τους. Επίσης μοιράζονται ισάξια τα βαρύ της οικογενείας.
- Προτροπή του ασθενή να συμμετάσχει όσο το δυνατόν περισσότερο στην φροντίδα του, αναλαβαίνοντας πρωτοβουλίες. Αυτό θα το βοηθήσει στην κατάσταση του καθώς θα του ενισχύσει το ηθικό και αυτό θα του δημιουργήσει ελπίδα.
- Τέλος, εφόσον ο νοσηλευτής καταλάβει μέσω της συναναστροφής του με την οικογένεια, ότι τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια του είναι πνευματικοί και θρησκευόμενοι άνθρωποι και ότι αυτό τους βοηθά στην ζωή τους ή τους έχει βοηθήσει παλαιότερα, κάλο θα είναι να τους παροτρύνει και να τους ενθαρρύνει να αναζητήσουν την πνευματική καθοδήγηση που έχουν, ακόμα περισσότερο, Εφόσον έχουν διαπιστώσει και οι ίδιοι στο παρελθόν ότι τους βοηθά. Η πίστη του ασθενούς σε κάτι ανώτερο σε μια θεϊκή δύναμη, μπορεί να αποτελέσει ισχυρό σύστημα υποστήριξης και ελπίδας.

4. Ο Ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε χρόνιες ασθένειες είναι κύριας σημασίας. Καθώς είναι εκείνο το άτομο το οποίο κατά κύριο λόγο θα συναναστραφεί τις περισσότερες ώρες της ημέρας με τον ασθενή, και είναι εκείνο το άτομο το οποίο θα προσπαθήσει ακούραστα με θέληση και επιμονή να βρει λύση στο κάθε πρόβλημα του ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι σε τέτοιες ασθένειες όπως η ΣΚΠ, ο νοσηλευτής είναι εκείνος που βρίσκεται πιο κοντά στον ασθενή και πολλές φορές του είναι πιο προσιτός, σε σχέση με οποιοδήποτε άλλο άτομο. Καθώς μέσα από την συνεχή επαφή νοσηλευτή ασθενούς, δίνεται η δυνατότητα στον νοσηλευτή να γνωρίσει και να κατανοήσει την ψυχική κατάσταση του ασθενούς. Αυτό θα οδηγήσει τον ασθενή στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων του γύρω από την ασθένεια και τα νέα δεδομένα που διαδραματίζονται στην ζωή του καθώς και για τα αισθήματα θύμου που τον κατακλύζουν στο γιατί να του συμβεί κάτι τέτοιο. Έτσι αρχίζει να κατανοεί ότι η ασθένεια δεν διαλέγει συγκεκριμένα άτομα, αλλά μπορεί να συμβεί στον οποιοδήποτε ακόμα και στον ίδιο (Γιανοπούλου, 2000).

Κάπως έτσι αναγκάζεται να μπει στην πραγματικότητα της νέας του ζωής, η οποία θα του είναι άγνωστη, θα είναι πλημμυρισμένη από καινούργια συναισθήματα, όπως λύπη, θυμό τα οποία είναι απόλυτος φυσιολογικά για ένα άτομο με ΣΚΠ. Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής αυτό που πρέπει να κάνει είναι να δώσει χρόνο στον ασθενή να κατανοήσει την νέα κατάσταση την οποία βιώνει και στην οποία πρέπει να προσαρμοστεί η ζωή του από δω και περά. Η συμβολή του νοσηλευτή στην πληροφόρηση του ασθενή θα βοηθήσει παρά πολύ, στο να οργανώσει ο ασθενής τον καταγισμό συναισθημάτων που βιώνει λόγω της ασθένειας. Θα τον βοηθήσει να σκέφτεται όσο πιο θετικά μπορεί. Ακόμα ο νοσηλευτής θα πρέπει να βάλει τον ασθενή σε έναν νέο τρόπο σκέψης ο οποίος θα είναι ο εξής, ότι δεν μπορεί να κάνει όπως το έκανε παλιά να βρει εναλλακτικές λύσεις ώστε να καταφέρει αυτό που θέλει, ή σε περίπτωση που δεν τα καταφέρει να μπει στην διαδικασία αναζήτησης νέων δραστηριοτήτων που θα τον ευχαριστούν το ίδιο αλλά και περισσότερο (Γιανοπούλου, 2000).

Δεν είναι μια διαδικασία εύκολη και απλή για τον ασθενή απαιτεί χρόνο και προσπάθεια, οπότε δεν του είναι ίσως και εύκολο να αποδεχτεί εύκολα τις αλλαγές

που του επιφέρει η ασθένεια στην ζωή του. Ωστόσο θα πρέπει να προσπαθήσει γιατί αλλιώς θα δημιουργηθούν ακόμα περισσότερα προβλήματα στην ζωή του, λόγω του ότι θα παραιτηθεί από αυτήν και θα μείνει στάσιμος και δεν θα ζει σύμφωνα με τα καινούργια δεδομένα πια. Ο νοσηλευτής αυτό που θα πρέπει να κάνει είναι να δείξει μεγάλη υπομονή και να δώσει χρόνο στον ασθενή μέχρι να καταλάβει και να αποδεχτεί την νέα του ζωή. Έπειτα να τον εμπύχωση και να τον ενθαρρύνει σε αυτά που μπορεί να κάνει και όχι σε αυτά που δεν μπορεί. Τέλος ο νοσηλευτής σε συνεργασία με τον θεράπων ιατρό πάντα αυτό που θα κάνουν είναι να συμβουλευθούν και να δώσουν πληροφορίες τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και την οικογένεια του για την νόσο, την εξέλιξη της, και την φαρμακευτική αγωγή, καθώς επίσης για τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας που μπορεί να απευθυνθεί τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια του, αλλά και να τους ενημερώσει ότι υπάρχουν και οι αντίστοιχοι σύλλογοι και οργανισμοί υποστήριξης και βοήθειας (Γιανοπούλου, 2000).

5. Φροντιστές

Οι φροντιστές εκτελούν εξίσου σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής του ασθενή, όσο και στην εξέλιξη της νόσου. Είναι εκείνοι που θα βρίσκονται ως επί το πλείστον τις περισσότερες ώρες της ημέρας και της νύχτας δίπλα στον ασθενή και θα προσπαθήσουν να τον βοηθήσουν και να του προσφέρουν μια άνετη διαβίωση. Αναλαμβάνοντας κάθε είδους δουλειά που είχε πριν την ασθένει το άτομο και που πλέον δεν μπορεί να εκτελέσει από μόνο του και χρειάζεται βοήθεια. Τέτοια θέματα αφορούν δυσκολίες στο να ντυθούν από μόνα τους τα άτομα, στο να πάνε τουαλέτα, στο να μετακινηθούν κ.α. Για το λόγο αυτό οι φροντιστές φτάνουν στο σημείο να αναλάβουν πολλούς και διαφορετικούς ρόλους για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ατόμων αυτών. Όπως στο να μάθει ένας άντρας να αναλαμβάνει γυναίκες εργασίες, πχ το μαγείρεμα, το πλύσιμο των ρούχων κ.α. Αντίστοιχα, οι γυναίκες με την σειρά τους να μάθουν αντρικές υποθέσεις όπως την διαχείριση των οικονομικών κ.α (Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Πρωταρχικό μέλημα αποτελεί για τους φροντιστές η κατανόηση ότι για να είναι και οι ίδιοι πιο αποδοτικοί και να μπορέσουν να βγάλουν εις πέρας το έργο που τους έχει ανατεθεί, είναι να μην παραγκωνίζουν τον ίδιο τους τον εαυτό. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να κοιτάζουν να είναι και οι ίδιοι καλά, είτε σωματικά, είτε ψυχολογικά και αν σε περίπτωση συμβεί το στιδήποτε, να μην διστάσουν να ζητήσουν βοήθεια. Επειδή το έργο το οποίο έχουν αναλάβει είναι δύσκολο από πολλές απόψεις και χρόνιο, για να έχουν όσων το δυνατόν καλύτερα αποτελέσματα συχνά δεν φτάνει μονό η συμβολή ενός ατόμου, αλλά πολύ πιθανών να χρειαστεί και η βοήθεια από φιλικό συγγενικό πρόσωπο ή ακόμα και από άλλους επαγγελματίες υγείας (Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Η δυνατότητα αναζήτησης βοήθειας σε ομάδες, μπορούν να βοηθήσουν αρκετά τον φροντιστή στο να συνεχίσει το έργο του. Είναι σπουδαίο να δόμησει κάποιος από την αρχή κιάλας με τον ασθενή, φιλικές και συγγενικές σχέσεις, καθώς η οικογένεια και οι φίλοι προσδίδουν ένα άνετο και ήσυχο περιβάλλον, που μπορεί να προσφέρει βοήθεια ανά πάσα στιγμή όταν αυτό ζητηθεί (Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Συγκεκριμένα στην χώρα μας την ευθύνη της φροντίδας του ασθενούς την έχει αναλάβει η οικογένεια του ατόμου, παρότι υπάρχουν οι κατάλληλοι επαγγελματίες

υγείας, είτε βρίσκονται ως νοσηλευόμενοι σε κάποιο ίδρυμα, λόγω του ότι πρόκειται για μια ασθένεια η οποία θέλει συχνή φροντίδα και επίβλεψη του ασθενούς, έχει πολλές απαιτήσεις (Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Όλη αυτή η κατάσταση επηρεάζει την ζωή και την υγεία των φροντιστών, είτε σε επαγγελματικό επίπεδο καθώς απειλείται η οικονομική τους ασφάλεια, είτε ότι λόγω των πολλών ωρών που βρίσκονται με τον ασθενή μειώνεται ο ελεύθερος τους χρόνος, άρα και η κοινωνική τους ζωή. Η φροντίδα του ασθενούς έχει και αυτή επιπτώσεις τις στους φροντιστές, οι οποίες μπορεί να είναι ψυχικές, σωματικές και οικονομικές. Το ψυχικό κομμάτι είναι αυτό σαφώς που επηρεάζει τους περισσότερους κατά κύριο λόγο. Λόγω του ότι οι φροντιστές έχουν στενή καθημερινή επαφή με τον ασθενή, κινδυνεύουν να εμφανίσουν κατάθλιψη επειδή τους δημιουργούνται ενοχές για το αν δίνουν το καλύτερο του εαυτού τους, εάν είναι ικανοποιημένος ο ασθενής και λόγω του φόβου του θανάτου. Έντονα στρεσογόνο παράγοντα, επίσης αποτελεί το συνεχές άγχος για το αν είναι καλά ο ασθενής, αν είναι ασφαλείς, μην του συμβεί κάτι. Συχνά συναισθήματα που μπορεί να βιώσουν οι φροντιστές είναι θυμό, ένοχη, μοναξιά, λύπη κ.α. Είναι φυσιολογικές αντιδράσεις και συνέχεια της κατάστασης της οποίας βιώνουν και αυτοί μαζί με τον ασθενή (Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Τα σημεία στα οποία πρέπει να επικεντρωθούμε και να αντιμετωπίσουμε είναι τα παρακάτω (Αλεξανδρόπουλος, 2009):

- Θυμός είναι ένα ισχυρό συναίσθημα το οποίο συνήθως έχει πολλούς αποδεκτές και μπορεί είτε να έχει σαν κύριο αποδέκτη τον ασθενή, είτε τον γιατρό, είτε τον ίδιο τον φροντιστή ή την όλη γενικευμένη κατάσταση.
- Σπουδαίο είναι να μην ξέχνα ο φροντιστής ότι τον θυμό του, τον προκαλεί η νόσος και η όλη κατάσταση που την συνοδεύει και όχι ο ασθενής. Επίσης μερικές φορές μπορεί να νιώσουν θυμωμένοι σε υπέρμετρο βαθμό με αποτέλεσμα να κινδυνεύουν να κάνουν κακό στον ασθενή. Κάλο θα ήταν εάν φτάσουν σε αυτό το σημείο να αναζητήσουν την βοήθεια ειδικού.
- Ένοχη, δικαιολογημένο είναι το γεγονός ότι οι φροντιστές θα νιώσουν κάποια στιγμή ενοχές, τύψεις, ντροπή για την μη αρμόζουσα συμπεριφορά του ασθενούς. Παράλληλα, όταν φτάσει στο σημείο να θυμώσει με τον ασθενή ή να μην ανέχεται άλλο την όλη κατάσταση και μελέτα την σκέψη να τον τοποθετήσει σε

ανάλογο ίδρυμα. Ωστόσο θα βοηθούσε πολύ τον φροντιστή εάν όλα αυτά που συμβαίνουν και που σκέπτεται να πράξει, να τα συζητήσει είτε με οικεία του πρόσωπα, είτε με αλλά άτομα τα όποια έχουν την ίδια ενασχόληση, για να μπορέσει να βρει μια λύση.

- Ντροπή, υπάρχουν φορές που η συμπεριφορά του ασθενούς δεν είναι η πρέπουσα, με αποτέλεσμα να εκθέσει δημόσια τον φροντιστή. Η λύση μπορεί να βρεθεί, μέσα από τον κοινωνικό περίγυρο, είτε του φροντιστή εάν αναζητήσει και άλλους φροντιστές που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα, είτε από τον κοινωνικό περίγυρο του ασθενούς, ενημερώνοντας φίλους, γείτονες σχετικά με την νόσο του ασθενή, έτσι ώστε να μπορέσουν και εκείνοι να καταλάβουν για ποίο λόγο αντιδρά και συμπεριφέρεται έτσι το άτομο.
- Μοναξιά, εξαιτίας την χρονιότητας και της εξέλιξης της νόσου, η φροντίδα που χρειάζονται τα άτομα αυτά είναι μια χρόνια διαδικασία φροντίδας. Αρκετοί φροντιστές αφιερώνονται εξ ολοκλήρου στον ασθενή. Έτσι απομακρύνονται κοινωνικά και κλείνονται στο σπίτι με τον ασθενή. Αυτό ασυναίσθητα επιφέρει μοναξιά, η όποια δυσκολεύει την ήδη τεταμένη κατάσταση.
- Κάλο θα ήταν ο φροντιστής να τηρεί τον ρόλο του ως προς αυτό που έχει αναλάβει δηλαδή την φροντίδα του ασθενούς αλλά παράλληλα μην ξέχνα και την προσωπική του ζωή. Να έχει ένα πρόγραμμα με το οποίο και θα μπορεί να φροντίζει τον ασθενή αλλά και θα διατηρεί τις κοινωνικές του επαφές και φίλιες.
- Τέλος το πένθος, πρόκειται για το αίσθημα αυτό το οποίο βιώνει κάποιος μετά από μια απώλεια αντικειμενική η υποκειμενική. Εξαιτίας της εξέλιξης της νόσου η όποια δεν μπορεί να γνωρίζει κάνεις με ακρίβεια τι μπορεί να επιφέρει, αυτό σημαίνει ότι ανά πάσα στιγμή υπάρχουν και διαφορετικές αντιδράσεις στον ασθενή. Ο φροντιστής ίσως νιώσει ότι έχει χάσει τον γονέα, σύζυγο, φίλο. Αναπόφευκτα οι αναμνήσεις θα έρχονται και θα γίνεται πάντα η σύγκριση με το παρελθόν, σχετικά με το πώς ήταν και πως κατέληξε. Παρότι μπορεί κάποιος να υποθέσει ότι διαχειρίζεται και βρίσκεται σταθερός

σε ένα σημείο, η νόσος είναι αυτή που επιστρέφει δριμύτερη και εξελισσόμενη.

Όταν φτάσει στο σημείο ο ασθενής, να μην αναγνωρίζει πλέον πρόσωπα, όπως τον φροντιστή ή καταστάσεις αυτό γίνεται σε πολύ προχωρημένο στάδιο, τότε τα αισθήματα λύπης και οδύνης φτάνουν στο ζενίθ τους. Η μακροχρόνια διεθνή πείρα έδωσε στοιχεία πως η συμμετοχή των ατόμων που φροντίζουν τέτοιους ασθενείς, μπορούν να βοηθηθούν και να αντιμετωπίσουν την όλη κατάσταση μέσω της συμμετοχής τους σε μια ομάδα υποστήριξης (Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Γ' ΜΕΡΟΣ

EPEYNA (NEA ΔΕΛΟΜΕΝΑ)

Abstract 1

Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning

Objective: Depression symptoms are very frequent in patients with multiple sclerosis (MS) and have been associated with several quality of life indicators, especially physical and social functioning. The objectives were as follows: (i) to analyse the extent to which the loss of physical and social functioning may explain the depression symptoms observed in 65 Spanish patients diagnosed with MS; and (ii) to analyse the degree to which loss of social functioning may act as a mediator between depression symptoms and the stress associated with the disease.

Materials and Methods: Participants were 65 Spanish patients diagnosed with MS and recruited from several MS centres and foundations.

Results: The loss of social functioning had greater explanatory power as regards depression symptoms than did the loss of physical functions. Social functioning was also found to have an important mediating effect between MS stress and depression symptoms: specifically, more than half (52%) of the relationship between MS stress and depression symptoms was mediated by the perceived loss of social functions in Spanish patients with MS.

Conclusion: The importance of social functioning for Spanish patients with MS may have noteworthy implications when designing prevention and treatment programmes aimed at improving their quality of life (Kirchner & Lara, 2010).

Περίληψη

Στόχος: Τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι πολύ συχνά στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας και έχουν συνδεθεί με διάφορους ποιοτικούς για την ζωής δείκτες, ειδικά για την φυσική και κοινωνική λειτουργία. Οι στόχοι ήταν οι ακόλουθοι: (i) να αναλύσει το βαθμό στον οποίο η απώλεια φυσικής και κοινωνικής λειτουργίας μπορεί να εξηγήσει τα συμπτώματα κατάθλιψης που παρατηρούνται σε 65 ισπανικούς ασθενείς που εντοπίζονται και (ii) να αναλύσει το βαθμό στον οποίο η απώλεια κοινωνικής λειτουργίας μπορεί να ενεργήσει ως μεσολαβητής μεταξύ των συμπτωμάτων κατάθλιψης και της πίεσης που συνδέεται με την ασθένεια.

Υλικά και μέθοδοι: Οι συμμετέχοντες: 65 ισπανικοί ασθενείς που εντοπίστηκαν και στρατολογήθηκαν από διάφορα κέντρα αποκατάστασης ΣΚΠ.

Αποτελέσματα: Η απώλεια κοινωνικής λειτουργίας είχαν τη μεγαλύτερη επεξηγηματική δύναμη όσον αφορά στα συμπτώματα κατάθλιψης από την απώλεια φυσικών λειτουργιών. Η κοινωνική λειτουργία βρέθηκε να έχει μια σημαντική επίδραση από τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς: συγκεκριμένα, στους περισσότερο από τους μισούς ασθενείς (52%) οι κοινωνικές λειτουργίες επηρεάζονται από τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

Συμπέρασμα: Η σημασία της κοινωνικής λειτουργίας για τους ισπανικούς ασθενείς μπορεί να έχει επιπτώσεις κατά σχεδιασμό των προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Abstract 2

Fatigue and its association with sleep disorders, depressive symptoms and anxiety in patients with multiple sclerosis.

Background and purpose: The aetiopathogenesis of fatigue in multiple sclerosis (MS) is not clear. It could be associated with structural changes of the central nervous system, but also with mood and sleep disorders. The purpose of the study was to evaluate frequency of fatigue and its association with sleep and mood disorders in MS patients.

Material and methods: The examined group consisted of 122 MS patients (mean age 37.7 ± 10.8 years). The following questionnaires were used: Fatigue Severity Scale (FSS), Epworth Sleepiness Scale (ESS), Athens Insomnia Scale (AIS), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results: Fatigue was present in 75 MS patients (61.5%). Excessive daytime sleepiness was observed in 25 (20.5%), insomnia in 73 patients (59.8%). According to MADRS, depressive symptoms were present in 33 (27%), according to HADS in 15 people (12.3%). Anxiety was present in 32 patients (26.2%). We observed an association between fatigue (FSS) and sleep disorders (ESS, AIS) and also between fatigue and either depression (MADRS, HADS-D) or anxiety (HADS-A). The FSS score was not associated with age, sex, disease course and duration, Expanded Disability Status Stage (EDSS), treatment or level of education in MS patients. In inactive professionally people we noted significantly higher FSS scores (44.8 ± 13.8) in comparison with active individuals (37.2 ± 14.9 ; $p = 0.0053$).

Conclusions: Fatigue is a very common symptom in MS, sometimes associated with sleep disorders, depressive symptoms or anxiety. The treatable causes of fatigue in MS such as sleep and mood disturbances should be identified and treated (Labuz-Roszak et al., 2012).

Περίληψη

Σκοπός: Η αιτιοπαθογέννεση της κούρασης στην πολλαπλάσια σκλήρυνση δεν είναι σαφείς. Θα μπορούσε να συνδεθεί με τις δομικές αλλαγές του κεντρικού νευρικού συστήματος, αλλά και με τις αναταραχές διάθεσης και ύπνου. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η συχνότητα της κούρασης και της σχέσης της με τις αναταραχές ύπνου και διάθεσης στους ασθενείς.

Υλικό και μέθοδος: Η εξεταζόμενη ομάδα αποτελούνταν από 122 ασθενείς (μέση ηλικία 37.7 ± 10.8 έτη). Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι το ακόλουθα: Κλίμακα δριμύτητας κούρασης (FSS), κλίμακα υπνηλίας Epworth (ESS), κλίμακα αϋπνίας της Αθήνας (AIS), κλίμακα εκτίμησης κατάθλιψης Μοντγκόμερυ-Asberg (MADRS), και κλίμακα ανησυχίας νοσοκομείων και κατάθλιψης (HADS).

Αποτελέσματα: Η κούραση ήταν παρούσα σε 75 ασθενείς (61.5%). Η υπερβολική πρωινή υπνηλία παρατηρήθηκε σε 25 (20.5%), αϋπνία σε 73 ασθενείς (59.8%). Σύμφωνα με MADRS, τα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν παρόντα σε 33 (27%), σύμφωνα με HADS σε 15 ανθρώπους (12.3%). Η ανησυχία ήταν παρούσα σε 32 ασθενείς (26.2%). Παρατηρήσαμε μια ένωση μεταξύ της κούρασης (FSS) και των αναταραχών ύπνου (ESS, AIS) και επίσης μεταξύ της κούρασης και είτε της κατάθλιψης (MADRS, hads-δ) είτε της ανησυχίας (hads-α). Τα αποτελέσματα του FSS δεν συνδέθηκαν με την ηλικία, το φύλο, τη σειρά μαθημάτων και τη διάρκεια ασθενειών, τη θεραπεία ή το επίπεδο εκπαίδευσης στους ασθενείς. Στους ανενεργούς σημειώθηκαν τα σημαντικά υψηλότερα FSS αποτελέσματα (44.8 ± 13.8) σε σύγκριση με τα ενεργά άτομα (37.2 ± 14.9 $\pi = 0.0053$).

Συμπέρασμα: Η κούραση είναι ένα πολύ κοινό σύμπτωμα στους ασθενείς, που συνδέεται μερικές φορές με τις αναταραχές ύπνου, τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την ανησυχία. Οι θεραπεύσιμες αιτίες της κούρασης, όπως οι διαταραχές ύπνου και διάθεσης πρέπει να προσδιοριστούν και να αντιμετωπιστούν.

Abstract 3

The physiopathology of symptoms and signs in multiple sclerosis (MS) is a less divulged topic albeit its importance in the patients' management.

Objective: It was to summarize the main biophysical and biochemical mechanisms which produce the clinical manifestations in MS.

Results: The mechanisms underpinning neurological deficits are described in the relapsing and in the progressive phases, stressing inflammatory and neurodegenerative components, especially demyelination, axonal damage and conduction impairment. Transient worsening based in Uhthoff's phenomenon, mechanisms producing positive symptoms, as paraesthesias and Lhermitte sign due to axonal hiperexcitability and ephaptic interactions, and development of cortical symptoms will also be addressed. The variety of processes leading to neural repair and functional recovery in the remitting phase is focused, as remyelination and adaptive changes due to neural plasticity.

Conclusion: The awareness of mechanisms producing symptoms in MS emphasises the role of symptomatic and rehabilitation therapies in the improvement of patients' well-being (Jose Sa, 2012).

Περίληψη

Στόχος: Επρόκειτο να συνοψίσει τους κύριους βιοφυσικούς και βιοχημικούς μηχανισμούς που παράγουν τις κλινικές εκδηλώσεις στην πολλαπλή σκλήρυνση.

Αποτελέσματα: Οι μηχανισμοί που υποστηρίζουν τα νευρολογικά ελλείμματα περιγράφονται στην υποτροπή και στις προοδευτικές φάσεις, τονίζουν τα αγχωτικά και νευρολογικά τμήματα, τη ζημία και την εξασθένηση της διεξαγωγής. Η παροδική επιδείνωση που βασίζεται στο φαινόμενο Uhthoff, μηχανισμοί που παράγουν τα θετικά συμπτώματα, όπως ότι οι παραισθήσεις και το σημάδι Lhermitte, και η ανάπτυξη των φλοιωδών συμπτωμάτων θα εξεταστούν επίσης. Η ποικιλία των διαδικασιών που οδηγούν στη νευρική επισκευή και τη λειτουργική αποκατάσταση στη φάση αποστολής επικεντρώνεται στις προσαρμοστικές αλλαγές λόγω της νευρικής πλαστικότητας.

Συμπέρασμα: Η συνειδητοποίηση των μηχανισμών που παράγουν τα συμπτώματα στην πολλαπλή σκλήρυνση υπογραμμίζει το ρόλο της συμπτωματικής και θεραπευτικής αποκατάστασης στη βελτίωση της ευημερίας των ασθενών.

Abstract 4

Multiple Sclerosis Patients Taking Disease Modifying Treatments Endorse Less Severe Symptoms and Improved Quality of Life Compared with Patients Not on Treatment.

Objective: The aim of the current study was to compare symptoms and QoL for individuals with MS, both those currently taking and not taking DMTs, with the levels of symptoms and QoL indicators in the US population norms.

Background: There are limited data available on how disease modifying treatments (DMTs) in patients with multiple sclerosis (MS) affect symptoms such as fatigue, pain, depression, and quality of life (QoL). The NIH funded PROMIS and NeuroQOL instruments are all on the same metric and provide US general population norms.

Methods: 617 (418 users; 199 non-users) persons with MS responded to a mailed survey. Measures of fatigue, pain, anxiety, depression, sleep and wake disturbance, cognitive function, and global mental and physical health were administered. Participants who endorsed any current DMT use were categorized as DMT users. All DMTs were included in the DMT category. Scores on symptom and QoL indicators were compared to the US norms.

Results: All people with MS (regardless of DMT status) had on average lower general and executive cognitive function, mental, and physical health (all $p < 0.001$) than the US population norms. Individuals not taking DMTs had greater symptom burden across all symptoms. The largest differences between those taking and not taking DMTs were in fatigue and global physical health. Individuals not taking DMTs had an average fatigue score that was 0.97 standard deviation (SD) worse than the general population, while individuals taking DMTs were 0.76 SD worse. Average score for reported physical health was 1.0 SD worse in those not taking DMTs than the US norm, while DMT users were 0.72 SD worse.

Conclusions: Although MS is responsible for a broad spectrum of symptoms, patients taking DMTs endorse less symptomatology than those not on DMTs (Kraft et al., 2012).

Περίληψη

Στόχος: Ο στόχος της τρέχουσας μελέτης ήταν να συγκριθούν τα συμπτώματα για τα άτομα με πολλαπλή σκλήρυνση, και ποιοι αυτήν την περίοδο παίρνουν και ποιοι δεν παίρνουν DMTs (τροποποιημένες θεραπείες της νόσου), τα επίπεδα συμπτωμάτων και δεικτών QoL στους κανόνες του αμερικανικού πληθυσμού.

Υπόβαθρο: Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία διαθέσιμα στον τρόπο με τον οποίο η ασθένεια τροποποιεί τις θεραπείες (DMTs) στους ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση και έχει επιπτώσεις στα συμπτώματα όπως η κούραση, ο πόνος, η κατάθλιψη, και η ποιότητα της ζωής (QoL). Το NIH χρηματοδότησε το PROMIS και τα όργανα NeuroQoL τα οποία είναι ίδια στο μετρικό και παρέχουν τους κανόνες των αμερικανικών πληθυσμών.

Μέθοδος: 617 (418 χρήστες 199 μη- χρήστες) άτομα με πολλαπλή σκλήρυνση αποκρίθηκαν σε μια ταχυδρομημένη έρευνα. Τα μέτρα της κούρασης, του πόνου, της ανησυχίας, της κατάθλιψης, των διαταραχών ύπνου, της γνωστικής λειτουργίας, και της σφαιρικής διανοητικής και φυσικής υγείας αντιμετωπίστηκαν. Οι συμμετέχοντες που επικύρωσαν οποιαδήποτε τωρινή χρήση DMT ταξινομήθηκαν ως χρήστες DMT. Όλο το DMTs περιλήφθηκε στην κατηγορία DMT. Τα αποτελέσματα στο σύμπτωμα και οι δείκτες QoL συγκρίθηκαν με τους αμερικανικούς κανόνες.

Αποτέλεσμα: Όλοι οι άνθρωποι με πολλαπλή σκλήρυνση (ανεξάρτητα από τη θέση DMT) είχαν κατά μέσον όρο τη χαμηλότερα γενική και εκτελεστική γνωστική λειτουργία, τη διανοητική, και φυσική υγεία από τους κανόνες των αμερικανικών πληθυσμών. Τα άτομα που δεν παίρνουν DMTs είχαν το μεγαλύτερο φορτίο συμπτώματος σε όλα τα συμπτώματα. Οι μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ εκείνων που παίρνουν και που δεν παίρνουν DMTs ήταν στην κούραση και τη σφαιρική φυσική υγεία. Τα άτομα που δεν παίρνουν DMTs είχαν ένα μέσο αποτέλεσμα κούρασης που ήταν 0.97 της σταθερής απόκλισης (SD) χειρότερα από το γενικό πληθυσμό, ενώ τα άτομα που παίρνουν DMTs ήταν 0.76 SD χειρότερα. Το μέσο αποτέλεσμα για την αναφερόμενη φυσική υγεία ήταν 1.0 SD χειρότερα σε εκείνους που δεν παίρνουν DMTs από τον αμερικανικό κανόνα, ενώ οι χρήστες DMT ήταν 0.72 SD χειρότερα.

Συμπέρασμα: Αν και η πολλαπλή σκλήρυνση είναι αρμόδια για ένα ευρύ φάσμα των συμπτωμάτων, οι ασθενείς που παίρνουν DMTs εμφανίζουν τη λιγότερη συμπτωματολογία από εκείνους που δεν παίρνουν DMTs.

Abstract 5

Radical changes in multiple sclerosis pathogenesis.

Reactive oxygen species (ROS) contain one or more unpaired electrons and are formed as intermediates in a variety of normal biochemical reactions. However, when generated in excess amounts or not appropriately controlled, ROS initiate extensive cellular damage and tissue injury. ROS have been implicated in the progression of cancer, cardiovascular disease and neurodegenerative and neuroinflammatory disorders, such as multiple sclerosis (MS). In the last decade there has been a major interest in the involvement of ROS in MS pathogenesis and evidence is emerging that free radicals play a key role in various processes underlying MS pathology. To counteract ROS-mediated damage, the central nervous system is equipped with an intrinsic defense mechanism consisting of endogenous antioxidant enzymes. Here, we provide a comprehensive overview on the (sub)cellular origin of ROS during neuroinflammation as well as the detrimental effects of ROS in processing underlying MS lesion development and persistence. In addition, we will discuss clinical and experimental studies highlighting the therapeutic potential of antioxidant protection in the pathogenesis of MS (Horssten et al., 2011).

Περίληψη

Αντιδραστικά είδη οξυγόνου (ROS) περιέχουν ένα ή περισσότερα άζευκτα ηλεκτρόνια και σχηματίζονται ως ενδιάμεσα σε μία ποικιλία φυσιολογικών βιοχημικών αντιδράσεων. Ωστόσο, όταν παράγονται σε υπερβολικές ποσότητες ή δεν ελέγχονται καταλλήλως, ROS ξεκινάει μια εκτεταμένη κυτταρική βλάβη και βλάβη των ιστών. ROS έχουν ενοχοποιηθεί στην πρόοδο του καρκίνου, των καρδιαγγειακών παθήσεων και των νευροεκφυλιστικών και νευροφλεγμονώδων διαταραχών, όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας (MS). Κατά την τελευταία δεκαετία υπήρξε μια σημαντική διαπίστωση για τη συμμετοχή των ROS στο MS παθογένεση και τα αποδεικτικά στοιχεία που προκύπτουν είναι ότι οι ελεύθερες ρίζες διαδραματίζουν καθοριστικό

ρόλο σε διάφορες διεργασίες που εξηγούν MS την παθολογία. Για την αντιμετώπιση ROS-μεσολαβούμενης βλάβης, το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι εξοπλισμένο με έναν ενδογενή μηχανισμό άμυνας που αποτελείται από ενδογενείς αντιοξειδωτικά ένζυμα. Εδώ, παρέχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα για την (υπό) κυτταρικής προέλευσης των ROS κατά τη διάρκεια φλεγμονής των νεύρων, καθώς και τις αρνητικές συνέπειες των ROS στην επεξεργασία που υπόκεινται στην ανάπτυξη της βλάβης MS και την επιμονής. Επιπλέον, θα συζητήσουμε κλινικές και πειραματικές μελέτες υπογραμμίζοντας το θεραπευτικό δυναμικό της αντιοξειδωτικής προστασίας στην παθογένεση της σκλήρυνσης κατά πλάκας.

Abstract 6

Symptomatology and pathogenesis of different types of pain in multiple sclerosis.

Multiple sclerosis (MS) is a progressive disease of the central nervous system. It is characterized by disseminated foci of demyelination, which are responsible for the diverse clinical picture of MS. Pain is a frequent but underestimated symptom of multiple sclerosis. It is estimated to affect 29-86% of MS patients in various stages of the disease and severely influences rehabilitation and quality of life. The pain experienced by MS patients is generally caused by nervous system damage during the course of the disease process and can usually be characterized as central neuropathic pain (less frequently as peripheral or nociceptive pain). The most frequent symptoms include dysesthetic extremity pain, painful tonic spasms, Lhermitte's sign, trigeminal neuralgia, headaches and low back pain. This paper discusses the probable mechanisms behind the development of pain in MS, the prevalence, classification, types of pain, as well as the most effective treatment methods (Brola et al., 2014).

Περίληψη

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (MS) είναι μια προοδευτική ασθένεια του κεντρικού νευρικού συστήματος. Χαρακτηρίζεται από διαδίδονται εστίες απομυελίνωσης, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την ποικιλομορφία κλινική εικόνα της MS. Ο πόνος είναι ένα συχνό σύμπτωμα αλλά υποτιμάται. Εκτιμάται ότι επηρεάζουν 29-86% των ασθενών με MS σε διάφορα στάδια της νόσου και επηρεάζει σοβαρά την αποκατάσταση και την ποιότητα ζωής. Ο πόνος που βιώνουν οι ασθενείς με MS

γενικά προκαλείται από βλάβη του νευρικού συστήματος κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της νόσου και μπορεί συνήθως να χαρακτηριστεί ως κεντρικό νευροπαθητικό πόνο (λιγότερο συχνά ως περιφερική ή οδονηρού πόνου). Τα πιο συχνά συμπτώματα περιλαμβάνουν πόνο dysesthetic άκρο, επώδυνες μυϊκές τονωτικό, σημάδι Lhermitte, η νευραλγία του τριδύμου, πονοκεφάλους και οσφυαλγία. Αυτό το έγγραφο εξετάζει τις πιθανούς μηχανισμούς πίσω από την ανάπτυξη του πόνου στο MS, την επικράτηση, ταξινόμηση, τα είδη του πόνου, καθώς και τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας.

Abstract 7

Sodium intake is associated with increased disease activity in multiple sclerosis.

Background: Recently, salt has been shown to modulate the differentiation of human and mouse Th17 cells and mice that were fed a high-sodium diet were described to develop more aggressive courses of experimental autoimmune encephalomyelitis. However, the role of sodium intake in multiple sclerosis (MS) has not been addressed. We aimed to investigate the relationship between salt consumption and clinical and radiological disease activity in MS.

Methods: We conducted an observational study in which sodium intake was estimated from sodium excretion in urine samples from a cohort of 70 relapsing-remitting patients with MS who were followed for 2 years. The effect of sodium intake in MS disease activity was estimated using regression analysis. We then replicated our findings in a separate group of 52 patients with MS.

Results: We found a positive correlation between exacerbation rates and sodium intake in a multivariate model adjusted for age, gender, disease duration, smoking status, vitamin D levels, body mass index and treatment. We found an exacerbation rate that was 2.75-fold (95% CI 1.3 to 5.8) or 3.95-fold (95% CI 1.4 to 11.2) higher in patients with medium or high sodium intakes compared with the low-intake group. Additionally, individuals with high-sodium intake had a 3.4-fold greater chance of developing a new lesion on the MRI and on average had eight more T2 lesions on MRI. A similar relationship was found in the independent replication group.

Conclusions: Our results suggest that a higher sodium intake is associated with increased clinical and radiological disease activity in patients with MS (Farez et al., 2014).

Περίληψη

Πρόσφατα, το αλάτι έχει δειχθεί ότι ρυθμίζει τη διαφοροποίηση των ανθρώπινων και Th17 κύτταρων ποντικού, που τράφηκαν με δίαιτα υψηλή σε νάτριο περιγράφηκαν να αναπτύσσουν πιο επιθετικές πορείες στην πειραματικά αυτοάνοση εγκεφαλομυελίτιδα. Ωστόσο, ο ρόλος της πρόσληψης νατρίου σε σκλήρυνση κατά πλάκας (MS) δεν έχει αντιμετωπιστεί. Έχουμε ως στόχο να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλατιού και τη δραστηριότητα των κλινικών και ακτινολογικών νόσου σε MS.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε μια μελέτη παρατήρησης στην οποία η πρόσληψη νατρίου υπολογίστηκε από την απέκκριση νατρίου σε δείγματα ούρων από μια ομάδα 70 ασθενών υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα με MS ο οποίοι παρακολουθήθηκαν για 2 χρόνια. Η επίδραση της πρόσληψης νατρίου σε δραστηριότητα της ασθένειας MS εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας ανάλυση παλινδρόμησης. Στη συνέχεια αναπαράγονται τα ευρήματά μας σε μια ξεχωριστή ομάδα 52 ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας.

Αποτελέσματα: Βρήκαμε μια θετική συσχέτιση μεταξύ των ποσοστών παρόξυνσης και της πρόσληψης νατρίου σε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο προσαρμοσμένο για την ηλικία, το φύλο, η διάρκεια της νόσου, το κάπνισμα, τα επίπεδα της βιταμίνης D, ο δείκτης μάζας σώματος και τη θεραπεία. Βρήκαμε ένα ρυθμό επιδείνωσης που ήταν 2,75 φορές (95% CI 01/03 - 05/08) ή 3,95 φορές (95% CI 01.04 - 11.02) υψηλότερη σε ασθενείς με προσλήψεις μεσαίου ή υψηλού νατρίου σε σύγκριση με την ομάδα χαμηλής πρόσληψης. Επιπλέον, τα άτομα με υψηλή πρόσληψη νατρίου είχαν 3.4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μια νέα βλάβη στην MRI και κατά μέσο όρο είχαν οκτώ πιο βλάβες T2 στην MRI. Μια παρόμοια σχέση βρέθηκε στην ανεξάρτητη ομάδα αντιγραφής.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η υψηλότερη πρόσληψη νατρίου σχετίζεται με αυξημένη δραστηριότητα των κλινικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας.

Abstract 8

Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality.

Objectives: In a series of 504 patients with multiple sclerosis (MS), quality of life (QOL) and its main clinical and demographic determinants were assessed in comparison with healthy individuals.

Materials and methods: A postal questionnaire with self-completed measures of disability (Expanded Disability Status Scale, EDSS), QOL (Quality of Life Index, QLI), depressive mood (Self-rating Depression Scale, SDS), fatigue severity (Fatigue Severity Scale, FSS) and sleep quality (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) was sent to this sample of MS patients.

Results: Most patients were severely disabled; almost half were mildly to severely depressed, suffering from reduced sleep quality and/or fatigue. The multiple sclerosis patients had significantly lower QLI scores than healthy controls. EDSS and SDS scores were found to be predictors of global QLI score. Regarding the different QLI domains, mean SDS scores remained predictive for all QLI items, while mean EDSS, PSQI and FSS scores were only predictive for physical domains.

Conclusion: Our study clearly demonstrates that depressive mood is the main factor influencing QOL. The disability status, fatigue and reduced sleep quality have an impact mainly on physical domains of life quality (Lobentanz et al., 2014).

Περίληψη

Στόχοι: Σε μια σειρά 504 ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας (MS), δόθηκε βάσει στην ποιότητα ζωής τους (ΠΖ) καθώς επίσης και στα κύρια κλινικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά τα όποια θα λάβουν καθοριστικούς παράγοντες για την αξιολόγηση τους σε σύγκριση με υγιή άτομα.

Υλικά και μέθοδοι: Μοιράστηκε ένα ερωτηματολόγιο με το ταχυδρομείο με το οποίο τα άτομα που συμμετείχαν έπρεπε να απαντήσουν σχετικά με τυχόν μέτρα της αναπηρίας (Κλίμακα Κατάστασης Αναπηρίας, EDSS), ΠΖ (Ποιότητα Ζωής Index, QLI), την καταθλιπτική διάθεση (Αυτο-αξιολόγηση Κλίμακα Κατάθλιψης, SDS), την κόπωση και την κλίμακα της, σοβαρότητα (Κόπωση Σοβαρότητας κλίμακα, FSS) και την ποιότητα του ύπνου (Πίτσμπουργκ ποιότητα του ύπνου Index, PSQI) στάλθηκε σε αυτό το δείγμα των ασθενών με ΣΚΠ.

Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν σοβαρή αναπηρία? Σχεδόν οι μισοί ήταν ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη, που υποφέρουν από μειωμένη ποιότητα του ύπνου ή/και κόπωση. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες QLI από τους υγιείς μάρτυρες. EDSS και SDS βαθμολογίες βρέθηκαν να είναι προγνωστικοί παράγοντες της παγκόσμιας βαθμολογίας QLI. Όσον αφορά τους διάφορους τομείς QLI, μέση SDS σκοπός παρέμεινε η πρόβλεψη για όλα τα στοιχεία QLI, ενώ η μέση EDSS, PSQI και FSS σκορ ήταν προγνωστική μόνο για τους σωματικούς τους τομείς.

Συμπέρασμα: Η μελέτη μας καταδεικνύει σαφώς ότι η καταθλιπτική διάθεση είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων. Η κατάσταση αναπηρίας, κόπωση και μειωμένη ποιότητα ύπνου έχουν αντίκτυπο κυρίως στις φυσικές περιοχές της ποιότητας ζωής.

Abstract 9

Sex ratio of multiple sclerosis in Canada: a longitudinal study.

Background: Incidence of multiple sclerosis is thought to be increasing, but this notion has been difficult to substantiate. In a longitudinal population-based dataset of patients with multiple sclerosis obtained over more than three decades, we did not show a difference in time to diagnosis by sex. We reasoned that if a sex-specific change in incidence was occurring, the female to male sex ratio would serve as a surrogate of incidence change.

Methods: Since environmental risk factors seem to act early in life, we calculated sex ratios by birth year in 27 074 Canadian patients with multiple sclerosis identified as part of a longitudinal population-based dataset.

Interpretation: The substantial increase in the female to male sex ratio in Canada seems to result from a disproportional increase in incidence of multiple sclerosis in women. This rapid change must have environmental origins even if it is associated with a gene–environment interaction, and implies that a large proportion of multiple sclerosis cases may be preventable in situ. Although the reasons why incidence of the disease is increasing are unknown, there are major implications for health-care provision because lifetime costs of multiple sclerosis exceed £1 million per case in the UK.

Results: Of the 27 074 cases included in the analysis (born 1931–80), 19 417 were women and 7657 were men, with a mean of 480 cases per year of birth and 2400 cases per 5-year . The sex ratio for the entire cohort (1891–1993, n=29 875) ranged from 1.33 to 3.96 and this range was slightly less (1.90–3.21) when the data were reduced to 5-year blocks. Comparison of the sex ratio of multiple sclerosis patients by birth year showed a significant, progressive, gradual increase, with an apparent hiatus in the early 1970s. Statistical analysis using logistic regression showed that year of birth is a significant predictor for sex ratio ($p < 0.0001$, $\chi^2 = 124.4$, $\beta_{YOB} = 0.014$; Spearman's rank correlation $r = 0.84$). Individual year-of-birth data, as opposed to 5-year blocks, were used in the logistic regression. The model showed that with each year the ratio of women to men increased by a factor of 1.014 ($e^{\beta YOB}$), which

corresponds to a percentage increase in women of 0.85% per year over the period 1931–80. The variation in year-to-year sex ratio, which could be substantial, did not in any year fall outside the 95% CIs for this determination (data not shown). The analysis was repeated in non-Canadian born patients (n=2156) and the increasing trend paralleled the results for the entire cohort, although the mean female to male ratio was lower (2.16) and more variable in this smaller sample subset, which included those from low-risk areas (Orton et al., 2006).

Περίληψη

Ιστορικό: Η συχνότητα εμφάνισης της σκλήρυνσης κατά πλάκας πιστεύεται ότι αυξάνεται, αλλά η έννοια αυτή ήταν δύσκολο να τεκμηριωθεί. Σε μια ερευνά πληθυσμού με βάση το σύνολο δεδομένων των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας που λαμβάνεται για περισσότερο από τρεις δεκαετίες, δεν δείχνουν μια διαφορά στο χρόνο για τη διάγνωση με βάση το φύλο. Εμείς αιτιολογούμε ότι εάν σε ένα φύλο μπορέσει να αποδειχθεί ότι υπάρχει αλλαγή στη συχνότητα εμφάνισης είτε αυτό συνέβαινε στο θηλυκό είτε στο αρσενικό χησίμμευε πολύ στην ερευνά σχετικά με την αναλογία των φύλων ως υποκατάστατο της αλλαγής συχνότητας.

Μέθοδος: Από τι φαίνεται σημαντικό ρολό παίζουν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αφού όλα δείχνουν ότι συμβάλουν στους παράγοντες κινδύνου και φαίνεται να ενεργούν νωρίς στη ζωή των ατόμων, υπολογίσαμε τις αναλογίες στο φύλο από το έτος γέννησης τους σε 27.074 καναδούς ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας που προσδιορίζονται ως μέρος μιας διαμήκους πληθυσμιακής βάσης σχετικά με το σύνολο των δεδομένων.

Ερμηνεία: Υπάρχει σημαντική αύξηση του θηλυκού σε σχέση με το αρσενικό φύλλο και η αναλογία των φύλων στον Καναδά φαίνεται να προκύπτει από μια δυσανάλογη αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης της σκλήρυνσης κατά πλάκας σε γυναίκες. Αυτή η ταχεία αλλαγή πρέπει να έχει περιβαλλοντική προέλευση, ακόμη και αν αυτό σχετίζεται με την αλληλεπίδραση γονιδίων-περιβάλλοντος, και σημαίνει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των πολλαπλών περιπτώσεων σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να προληφθούν. Αν και οι λόγοι για τους οποίους συχνότητα της νόσου αυξάνεται είναι άγνωστη, υπάρχουν σημαντικές επιπτώσεις για την παροχή

υγειονομικής περίθαλψης, διότι το κόστος ζωής της σκλήρυνσης κατά πλάκας υπερβαίνει τις £ 1 εκατομμύριο ανά περίπτωση στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Αποτελέσματα: Από τις 27.074 περιπτώσεις που περιλαμβάνονται στην ανάλυση (γεννημένοι 1931 - 1980), 19 417 ήταν γυναίκες και 7.657 ήταν άνδρες, με μέσο όρο 480 περιπτώσεις ανά έτος γέννησης και 2400 περιπτώσεις ανά 5-ετή. Η αναλογία φύλου για ολόκληρη την ομάδα (1891-1993, n = 29 875) κυμαινόταν από 1 · 33-3 · 96 και αυτή η σειρά ήταν ελαφρώς μικρότερη (1 · 90-3 · 21) όταν τα δεδομένα είχαν μειωθεί σε 5 χρόνια. Σύγκριση της αναλογίας φύλου των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση κατά έτος γέννησης έδειξαν σημαντική, προοδευτική, σταδιακή αύξηση, με φαινόμενη διακοπή στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Στατιστική ανάλυση με τη χρήση της λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι το έτος γέννησης είναι ένα σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την αναλογία φύλου ($p < 0 \cdot 0001$, $\chi^2 = 124 \cdot 4$, $\beta_{YOB} = 0 \cdot 014$? Βαθμό συσχέτισης r του Spearman = $0 \cdot 84$). Μεμονωμένα αποσπάσματα χρόνου χρησιμοποιήθηκαν με βάση την γέννηση, σε αντίθεση με 5-ετή δεδομένα, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην λογιστική παλινδρόμηση. Το μοντέλο έδειξε ότι σε κάθε χρόνο, η αναλογία των γυναικών προς τους άνδρες αυξήθηκε κατά ένα συντελεστή $1 \cdot 014$ (e β_{YOB}), που αντιστοιχεί σε ποσοστιαία αύξηση προς τις γυναίκες $0 \cdot 85\%$ ετησίως κατά την περίοδο 1931-1980. Η μεταβολή στην αναλογία φύλου από έτος σε έτος, το οποίο θα μπορούσε να είναι σημαντικό, δεν έγινε σε οποιοδήποτε έτος δεν εμπίπτουν τις εμπιστοσύνης του επιπέδου 95% για τον προσδιορισμό αυτό (τα δεδομένα δεν παρουσιάζονται). Η ανάλυση επαναλήφθηκε σε ασθενείς με μη-καναδική γέννηση (n = 2.156) και η αυξανόμενη τάση οδήγησε παράλληλα τα αποτελέσματα για το σύνολο της έρευνας, αν και η σχέση θηλυκό σε αρσενικό αναλογία ήταν χαμηλότερη ($2 \cdot 16$) ωστόσο φάνηκε να είναι περισσότερο μεταβλητή σε αυτό το μικρότερο υποσύνολο του δείγματος, που περιλαμβάνονται εκείνα που προέρχονται από περιοχές χαμηλού κινδύνου.

Abstract 10

Pilot Study on Factors Involved with Work Participation in the Early Stages of Multiple Sclerosis.

Background: Up to 30% of recently diagnosed MS patients lose their jobs in the first four years after diagnosis. Taking into account the personal and socio-economic importance of sustaining employment, it is of the utmost importance to examine factors involved with work participation.

Objective: To investigate differences in self-reported functioning in recently diagnosed MS patients with and without a paid job.

Methods: Self-reports of physical and cognitive functioning, depression, anxiety and fatigue were gathered from 44 relapsing-remitting MS patients diagnosed within 3 years.

Results: Patients with a paid job (57%) reported better physical functioning ($p<0.001$), better memory functioning ($p=0.01$) and a lower physical impact of fatigue ($p=0.018$) than patients without a paid job. Physical functioning was the main predictor of employment status in a logistic regression model. In those with a paid job better memory functioning ($r=0.54$, $p=0.005$) and a lower social impact of fatigue ($r=-0.46$, $p=0.029$) correlated with an increased number of working hours.

Conclusion: Better physical functioning is the primary factor involved with increased work participation in early MS. Better self-reported memory functioning and less social fatigue were associated with increased working hours. These findings highlight the importance of battling these symptoms in the early stages of MS (Van der Hiele et al., 2014).

Περίληψη

Ιστορικό: Μέχρι και 30% πιθανότητες έχουν να χάσουν τις θέσεις εργασίας τους τα άτομα τα όποια έχουν πρόσφατα διαγνωσθεί με ΣΚΠ κατά τα πρώτα τέσσερα χρόνια μετά τη διάγνωση. Λαμβάνοντας υπόψη την προσωπική και κοινωνικό-οικονομική σημασία της διατήρησης της απασχόλησης, είναι υψίστης σημασίας να εξετάσει τους παράγοντες που εμπλέκονται με τη συμμετοχή στην εργασία.

Σκοπός: Η διερευνήσει των διαφορών μεταξύ την αμειβόμενης η και μη εργασίας σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί πρόσφατα με ΣΚΠ.

Μέθοδοι: Οι αυτό-αναφορές της φυσικής και γνωστικής λειτουργίας, της κατάθλιψης, του άγχους και της κούρασης συγκεντρώθηκαν από 44 ασθενείς με ΣΚΠ με υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα διαγνωσθεί εντός 3 ετών.

Αποτελέσματα: Ασθενείς με αμειβόμενη εργασία (57%) ανέφεραν καλύτερη φυσική λειτουργία ($p < 0,001$), καλύτερη λειτουργία μνήμης ($p = 0,01$) και χαμηλότερη σωματική επίδραση της κόπωσης ($p = 0,018$) σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς αμειβόμενη εργασία. Φυσική λειτουργία ήταν ο κύριος προγνωστικός δείκτης της κατάστασης της απασχόλησης σε ένα μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης. Σε εκείνους με μια αμειβόμενη εργασία καλύτερη λειτουργία της μνήμης ($r = 0,54$, $p = 0,005$) και χαμηλότερο κοινωνικό αντίκτυπο της κόπωσης ($r = -0,46$, $p = 0,029$) συσχετίστηκαν με αυξημένο αριθμό ωρών εργασίας.

Συμπέρασμα: Η καλύτερη φυσική λειτουργία είναι ο πρωταρχικός παράγοντας που εμπλέκεται με την αυξημένη συμμετοχή στις εργασίες στις αρχές του MS. Καλύτερη πρόοδο αναφέρεται στην λειτουργία της μνήμης και λιγότερη κοινωνική κόπωση συνδέθηκαν με αυξημένο ωράριο εργασίας. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία του να μάχονται αυτά τα συμπτώματα στα πρώιμα στάδια της σκλήρυνσης κατά πλάκα.

Abstract 11

Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis.

Objective: To quantify the association between stressful life events and exacerbations of multiple sclerosis.

Data sources: PubMed, PsychInfo, and Psychological Abstracts searched for empirical papers from 1965 to February 2003 with terms “stress”, “trauma”, and “multiple sclerosis”.

Review methods: Three investigators independently reviewed papers for inclusion/exclusion criteria and extracted the relevant data, including methods, sample statistics, and outcomes.

Results: Of 20 studies identified, 14 were included. The meta-analysis showed a significant increase in risk of exacerbation in multiple sclerosis after stressful life events, with a weighted average effect size of $d = 0.53$ (95% confidence interval 0.40 to 0.65), $P < 0.0001$. The studies were homogenous, $q = 16.62$, $p = 0.22$, $i^2 = 21.8\%$. Neither sampling nor study methods had any effect on study outcomes.

Conclusions: There is a consistent association between stressful life events and subsequent exacerbation in multiple sclerosis. However these data do not allow the linking of specific stressors to exacerbations nor should they be used to infer that patients are responsible for their exacerbations. Investigation of the psychological, neuroendocrine, and immune mediators of stressful life events on exacerbation may lead to new behavioural and pharmacological strategies targeting potential links between stress and exacerbation (Mohr et al., 2004).

Περίληψη

Στόχος: Να ποσοτικοποιηθεί η σχέση μεταξύ στρεσογόνων γεγονότων της ζωής και εξάρσεις της σκλήρυνσης κατά πλάκας.

Πηγές δεδομένων: PubMed, PsycInfo και Ψυχολογικοί στόχοι σχετικά με την αναζήτηση για εμπειρικά έγγραφα από το 1965 έως το Φεβρουάριο του 2003 με τους όρους "άγχος", "τραύμα", και "σκλήρυνση κατά πλάκας".

Μεθόδους κριτικής: Τρεις ερευνητές αξιολόγησαν την ανεξάρτητα έγγραφα για τα κριτήρια ένταξης/αποκλεισμού και εξάγονται τα σχετικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων των μεθόδων, των στατιστικών του δείγματος, και τα αποτελέσματα.

Αποτελέσματα: Των 20 μελετών που εντοπίστηκαν, εκ των οποίων 14 είχαν συμπεριληφθεί, η μετά-ανάλυση έδειξε σημαντική αύξηση του κινδύνου για παρόξυνση στη σκλήρυνση κατά πλάκας μετά από στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, με τον σταθμισμένο μέσο όρο μέγεθος της επίδρασης του $d = 0,53$ (95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,40 έως 0,65), $P < 0,0001$. Οι μελέτες ήταν ομοιογενείς, $q = 16,62$, $p = 0,22$, $i^2 = 21,8\%$. Ούτε οι μέθοδοι δειγματοληψίας ούτε μελέτη είχε καμία επίδραση στα αποτελέσματα της μελέτης

Συμπεράσματα: Υπάρχει μια συνεπή συσχέτιση μεταξύ στρεσογόνων γεγονότων της ζωής και την επακόλουθη έξαρση στην πολλαπλή σκλήρυνση. Ωστόσο, αυτά τα στοιχεία δεν επιτρέπουν τη σύνδεση των συγκεκριμένων στρεσογόνων παραγόντων για εξάρσεις ούτε θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να συμπεράνουμε ότι οι ασθενείς είναι υπεύθυνοι για εξάρσεις τους. Διερεύνηση της ψυχολογικής, νευροενδοκρινείς, και το ανοσοποιητικό μεσολαβητές για τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής σε έξαρση μπορεί να οδηγήσει σε νέες συμπεριφοράς και φαρμακολογικές στρατηγικές που στοχεύουν πιθανές συνδέσεις μεταξύ άγχους και επιδείνωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- **Αθανασιάδης, Σ.,** 2003. *Θεραπευτική Αντιμετώπιση Συμπτωμάτων της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας*. Αθήνα: Εκδόσεις Προμηθεύς.
- **Αλεξανδρόπουλος, Κ.,** 2009. Νοσοκομειακά Χρονικά. *Προσέγγιση & Αντιμετώπιση του ανοιακού ασθενούς*. 71, σελ. 43-50.
- **Γιανοπούλου, Α.,** 2000. *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα: 4^η Έκδοση Ταβίθα.
- **Γρηγοράκης, Δ.,** 2003. *Διατροφή και ΣΚΠ*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- **Λαβδανίτη, Μ., Ανδριωτάκη, Κ., Μουστάκα, Κ.,** 2014. Επιστημονικά Χρονικά. *Η κόπωση σε ασθενείς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας*. 19(2), σελ. 144-151.
- **Πασχάλης, Χ.,** 2006. *Χαρακτηριστικά και Πρόγνωση της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας*. Πάτρα: Εκδόσεις Κούλης Πέτρος.
- **Πολυκανδριώτη, Μ., Κυρίτση, Ε.,** 2006. Νοσηλευτική. *Ποιότητα της ζωής των ασθενών με ΣΚΠ*. 45(2), σελ. 207-214.
- **Χρυσοβιτσάνου, Χ.,** 2004. Νοσηλευτική. *Κοινωνική Προσαρμογή ασθενών με ΣΚΠ: Ο ρόλος του νοσηλευτή*. 43(1), σελ. 69-75.

Ξένη Βιβλιογραφία

- **Drake, R., Volg, W., Mitchell, A.,** 2007. *Gray's Anatomy*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- **Ignatavicious, D., Workman, L.,** 2008. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 5^η Έκδοση.
- **Lemone, P., Burke, K.,** 2004. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Ιατρικές. Αθήνα. Εκδόσεις Λαγός.

- **Martyn, C.N., Cale, C.R.,** 2007. *Μάθετε για τις Διαταραχές της Μνήμης και της Άνοιας*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Χρύσανθος Μπούλας. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη, σελ. 4-7, 17-19.
- **Mulrone, S.E., Myers, A.K.,** 2010. *Βασικές Αρχές Φυσιολογίας του Ανθρώπου*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Warren, S., Kenneth, G., Warren, G.,** 2001. *Πολλαπλή Σκλήρυνση*. Αθήνα. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

ΑΡΘΡΑ

- **Brolaw, W., Mitosek-Szewczyk, K., Opara, J.,** 2014. Symptomatology and pathogenesis of different types of pain in multiple sclerosis. *Neurologia I neurochirurgia Polska*, {internet} 07 July. Available at: <http://europepmc.org/abstract/med/25168327>
- **Farez, MF., Fiol, MP., Gaitan, MI., Quintana, FJ., Correale, J.,** 2014. Sodium intake is associated with increased disease activity in multiple sclerosis. *Journal of Neurology, and psychiatry*. {internet} 28 Augst. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25168393> [Accessed 2 Feb 2017].
- **Horsen, J., Maarten, E., Schreibelt, G.,** 2011. Radical changes in multiple sclerosis pathogenesis. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease*, Feb, p. 141-150.
- **Jose Sa, M.,** 2012. Physiopathology of symptoms and signs in multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro- Psiquiatria*, [internet] September. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2012000900016&script=sci_arttext&tlng=pt [Accessed 25/01/2017]
- **Kirchner T., Lara S.,** 2010. Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning. *Acta Neurologica Scandinavica*, [internet] 28 September. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0404.2010.01422.x/full> [Accessed 22/01/2017].
- **Kraft, G., Bamer, A., McMullen, K., Amtmann, D.,** 2012. Multiple Sclerosis Patients Taking Disease Modifying Treatments Endorse Less Severe

Symptoms and Improved Quality of Life Compared with Patients Not on Treatment. *Neurology*. [internet] 8 February. Available at: http://www.neurology.org/content/78/1_Supplement/P07.094.short

- **Labuz- Roszak, B., Kubicka- Baczyk, K., Pierzchala, K., Machowska, A., Skrzypek, M.,** 2012. Fatigue and its association with sleep disorders, depressive symptoms and anxiety in patients with multiple sclerosis. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, Issue.4, p. 309-317 Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028384314604461> [Accessed 22/01/2017].
- **Lobentaz, I.S. , Asenbaum, S., Vass, K., Sauter, C., Klosch, G., Kollegger, H., Kristoferitsch, W., Zeitlhofer, J.,** 2004. Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110(p.1),6-13
- **Mohr, D., Hart, S.I., Julian, L., Cox, D., Pelletier, D.,** 2004. Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis. *The BMJ*, [internet] 22 January. Available: <http://www.bmj.com/content/328/7442/731?variant=full> Accessed: 3Feb
- **Orton, S.M., Herrera, B.M., Yee, I.M., Valdar, W., Ramagopalan, S.V. , Sadovnick, D., Ebers, G.C.,** 2006. Sex ratio of multiple sclerosis in Canada: a longitudinal study. *THE LANCET Neurology*, {internet} 4 October. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442206705816> [Accessed 3 Feb 2017].
- **Van der Hiele, K., Middelkoop, H.A., Ruimschotel, R., Kamminga, N.G., Visser, L.H.,** 2014. A Pilot Study on Factors Involved with Work Participation in the Early Stages of Multiple Sclerosis. *Plos One*, [internet] 25 August. Available: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0105673> Accessed: 3 Feb
- **Zweirnik, J., Zweirnik, B., Cebulski, Z., Siwek, T.,** 2011. New symptoms in a patient with diagnosed porphyria – untypical clinical course or another disease? Extended differential diagnosis of multiple sclerosis. *Polish Annals of*

Medicine, [internet] 7 February. Available at:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1230801311700285>