

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΟΥΛΗ ΜΑΡΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2024

HELLENIC REPUBLIC
UNIVERSITY OF WEST ATTICA



DEPARTMENT OF BUSINESS
ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc
MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

DIPLOMA THESIS

**«The quality of people´s life with autoimmune
diseases»**

POULI MARIA
Registration number: 22064

SUPERVISOR:
Dr. ASPASIA GOULA

ATHENS, 2024

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

**Επιβλέπουσα
Καθηγήτρια**

Καθηγήτρια

Γούλα Ασπασία

Μέλος

Καθηγητής

Πιερράκος Γεώργιος

Μέλος

ΕΔΙΠ

Σταμούλη Μαρία-Αγγελική

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Μαρία Πουλή, με αριθμό μητρώου 22064 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

Μ.ΠΟΥΛΗ



Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία, πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, για το ΠΜΣ Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας.

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω θερμά την κυρία Ασπασία Γούλα, καθηγήτρια του μεταπτυχιακού προγράμματος και επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας για την υποστήριξη της μέχρι και την ολοκλήρωση της.

Επιπλέον, θέλω να ευχαριστήσω από καρδιάς τον σύντροφό μου, για την άμεση συμπαράσταση που υπέδειξε, καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών και την οικογένειά και τους φίλους μου, τόσο για την ανεκτίμητη στήριξη τους αλλά και γιατί δίνουν φως στις διαδρομές μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....	8
1.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ- ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	10
1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ «ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ».....	12
1.3 ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ, Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ.....	14
1.4 ΑΥΤΟΑΝΟΣΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ.....	20
2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	20
2.2 ΟΙ «ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ » ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	22
2.3 ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ	24
2.4.ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΙΔΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	27
2.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	51
3.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	52
3.2 ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	60
4.1. ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	60
4.2 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ.....	65
4.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	67
4.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ.....	71
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία επικεντρώνεται στην ανάλυση της ποιότητας ζωής των ατόμων που αντιμετωπίζουν αυτοάνοσα νοσήματα. Αυτή η έρευνα αποσκοπεί στην κατανόηση των ποικίλων πτυχών που επηρεάζουν τη ζωή τους.

Με έμφαση στη σημασία της ποιότητας ζωής, αποσαφηνίζοντας τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αυτοάνοσα νοσήματα και αναλύοντας τις κατηγορίες των αυτοανοσιακών νοσημάτων, τα είδη και τα συμπτώματα που σχετίζονται με αυτά.

Η έρευνα καλύπτει διάφορες διαστάσεις της ζωής τους, εξετάζοντας τόσο τους παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοανοσία αλλά και το με κατά πόσο επηρεάζουν την καθημερινότητά τους, το σύνολο της υγείας τους, την ψυχοσυναισθηματική τους ευημερία, τη κοινωνική τους διάσταση και την επαγγελματική απόδοση.

Επιπλέον, αναλύεται η αλληλεπίδραση της ψυχικής υγείας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αυτοάνοσες νόσους, με αναφορά σε θέματα όπως η κατάθλιψη και το στρες. Παράλληλα, διερευνάται και αξιολογείται η κοινωνική συνδεσιμότητα των ατόμων αλλά και η υποστήριξη της κοινότητας στη διατήρηση μιας υψηλής ποιότητα ζωής τόσο μέσω δίκαιης αντιμετώπισης τους αλλά και μεριμνώντας για μια ισορροπημένη συναισθηματική και επαγγελματικής ζωής.

Τέλος, η διπλωματική εργασία προτείνει στρατηγικές κοινωνικής μέριμνας, προτάσεις για τη βελτίωση της υποστήριξης και της ποιότητας ζωής των ατόμων, συμπεριλαμβανομένων πιθανών θεραπειών και πρακτικών αυτοφροντίδας ώστε να συμβάλουν στη βελτίωση της καθημερινής τους υγείας, επισημαίνοντας την ανάγκη για μελλοντικές έρευνες σε αυτό τον τομέα.

Η κατανόηση αυτών των πτυχών είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών προσεγγίσεων τόσο στη διαχείριση των νοσημάτων όσο και στην παροχή κοινωνικής υποστήριξης των πασχόντων.

ABSTRACT

This diploma thesis focuses on the analysis of the quality of life of people facing autoimmune diseases. This research aims to understand the various aspects that affect their lives.

Focusing on the importance of quality of life, clarifying the challenges faced by people with autoimmune diseases and analyzing the categories of autoimmune diseases, the types and symptoms associated with them.

The research covers various dimensions of their lives, examining both the factors related to autoimmunity and whether they affect their daily lives, their overall health, their psycho-emotional well-being, their social dimension and their professional performance.

In addition, the interaction of mental health on the quality of life of people with autoimmune diseases is analyzed, with reference to issues such as depression and stress. At the same time, the social connectivity of individuals is investigated and evaluated, as well as the support of the community in maintaining a high quality of life, both through fair treatment and by ensuring a balanced emotional and professional life

Finally, the diploma thesis proposes social care strategies, proposals to improve the support and quality of life of individuals, including possible treatments and self-care practices to help improve their daily health, highlighting the need for future research in this area.

Understanding these aspects is critical to developing effective approaches to both disease management and providing social support to sufferers.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα ζωής των ασθενών αποτελεί ένα ουσιαστικό και πολυποίκιλο θέμα που αντανακλά την ευημερία και την υγεία του πληθυσμού. Η σύγχρονη ιατρική εξελίσσεται με ταχείς ρυθμούς, ανακαλύπτοντας συνεχώς νέες προκλήσεις και προοπτικές για τη διαχείριση των αυτοάνοσων νοσημάτων. Η ζωή των ατόμων που πάσχουν από αυτοάνοσα νοσήματα επηρεάζεται σε διάφορα επίπεδα και όχι μόνο στη φυσική υγεία αλλά και στην ψυχοκοινωνική τους ευημερία.

Με την αύξηση της διάρκειας ζωής και την εξέλιξη των θεραπευτικών προσεγγίσεων, αναδύονται νέες προοπτικές σχετικά με τον τρόπο που οι ασθενείς βιώνουν τη ζωή τους με αυτά τα πολύπλοκα νοσήματα. Η παρούσα διπλωματική εργασία επιδιώκει να διερευνήσει τη σύνθετη διάσταση της ποιότητας ζωής για αυτά τα άτομα, εξετάζοντας παράλληλα τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν. Πιο συγκεκριμένα επιδιώκει να εξερευνήσει τη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και αυτοάνοσων νοσημάτων, εστιάζοντας στον τρόπο που η φύση της ασθένειας επηρεάζει την καθημερινότητα, τις σχέσεις και την ψυχολογική ευημερία τους.

Μέσα από την εξέταση των επιπτώσεων στην φυσική υγεία, τις σχέσεις, και την ψυχολογική ευημερία των ασθενών, η έρευνα αυτή θα προσφέρει μια περιεκτική κατανόηση του τρόπου που η ποιότητα ζωής όπως αυτή διαμορφώνεται από τη σκιά των αυτοάνοσων νοσημάτων, από τη διαχείριση των συμπτωμάτων έως την αντίδραση και στήριξη του κοινωνικού περιβάλλοντος. Η έρευνα μας θα επικεντρωθεί στο να κατανοήσει πώς η ποιότητα ζωής μπορεί να προσδιορίζεται από παράγοντες όπως η φυσική υγεία, οικογενειακές σχέσεις, κοινωνική υποστήριξη αλλά και στις δυνατότητες αυτοδιαχείρισης της νόσου και τις δυνατότητες που υπάρχουν για τη βελτίωση της καθημερινής τους ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Εντός της τελευταίας δεκαετίας, η Ευρώπη και η Ελλάδα, ως μέλη του ευρωπαϊκού συνόλου, έχουν βιώσει σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας και της ιατρικής.

Στην Ευρώπη, έχουν ληφθεί προοδευτικές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση των συστημάτων υγείας, περιλαμβανομένης της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας, της ποιότητας της φροντίδας, και της αποδοτικότητας των ιατρικών υπηρεσιών. Αυτές οι προσπάθειες έχουν συχνά επικεντρωθεί σε πτυχές όπως η πρόληψη των νόσων, η αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων και η καινοτομία στον τομέα της υγείας

Στην Ελλάδα, η πορεία της υγείας έχει επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών προκλήσεων και των αλλαγών στο σύστημα υγείας. Η πρόκληση της εξασφάλισης υψηλής ποιότητας φροντίδας για όλους τους πολίτες αποτελεί μια συνεχή προτεραιότητα. Παρά τις προόδους, υπάρχουν προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν για να βελτιωθεί περαιτέρω η ποιότητα ζωής των ασθενών για τη διασφάλιση μιας υγιούς και ποιοτικής ζωής για όλους.

Έως το 2022, η γενική εξέλιξη των αυτοάνοσων νοσημάτων στην Ευρώπη αντικατοπτρίζει μια σύνθετη εικόνα, με πολλές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα διάφορα νοσήματα και τις χώρες. Οι τάσεις αυτοανοσίας έχουν καταγραφεί ως αυξανόμενες, με τον αριθμό των ατόμων που πάσχουν από αυτές τις παθήσεις να φαίνεται να αυξάνεται. (Furst, D. E., etc., 2016)

Η αυτοάνοσια συχνά αναφέρεται ως αυξανόμενο πρόβλημα υγείας στην Ευρώπη. Στατιστικές δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς με αυτοάνοσες παθήσεις είναι γυναίκες, και οι αιτίες αυτής της αύξησης παραμένουν αντικείμενο έρευνας. Η αύξηση των αυτοάνοσων νοσημάτων στην Ευρώπη είναι ένα θέμα που έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας και των υγειονομικών αρχών. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ορισμένα αυτοάνοσα νοσήματα έχουν αυξηθεί σε προσβολή στον πληθυσμό, αλλά η κατάσταση διαφέρει ανάμεσα στα διάφορα νοσήματα και τις γεωγραφικές περιοχές.

Συγκεκριμένα, ορισμένα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως ο λύκος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, έχουν καταγραφεί ότι εμφανίζονται σε αυξημένα ποσοστά σε ορισμένες περιοχές της Ευρώπης.

Οι ακριβείς αιτίες αυτής της αύξησης δεν είναι πλήρως κατανοητές, αλλά πιστεύεται ότι παίζουν ρόλο πολλοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων γενετικών, περιβαλλοντικών, και άλλων παραγόντων που θα αναλύσουμε.

Οι επιδράσεις του περιβάλλοντος στην υγεία αναγνωρίζονται ως σημαντικοί παράγοντες στην εμφάνιση αυτοανοσιακών νοσημάτων. Παράγοντες όπως η ρύπανση, οι διατροφικές συνήθειες και άλλοι εξωτερικοί παράγοντες έχουν επιρροή στον αριθμό των κρουσμάτων. Οι γενετικοί παράγοντες παραμένουν κρίσιμοι στην ανάπτυξη αυτοάνοσων νοσημάτων καθώς τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό αυτοανοσίας έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αυτών των παθήσεων.(Bruce, I., 2016).

Στον χώρο της ιατρικής και της επιδημιολογίας, υπάρχουν αναφορές για διαφορές στην εμφάνιση αυτοανοσιακών νοσημάτων μεταξύ διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτοάνοσα νοσήματα μπορεί να εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα ή σοβαρότητα σε ανά περιοχές του κόσμου.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η έκθεση σε διάφορα χημικά ή η κλιματική ζώνη, μπορεί να διαφέρουν ανάμεσα σε γεωγραφικές περιοχές και να επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοανοσιακών νοσημάτων.

Οι γενετικές διαφορές μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών(*γενετική ποικιλία*) μπορεί να συνδέονται με διαφορετικές επιπτώσεις όσον αφορά την εμφάνιση αυτοανοσών παθήσεων. Οι διαφορετικές διατροφικές συνήθειες και παραδόσεις μπορεί να έχουν επίδραση στην υγεία και το ανοσοποιητικό σύστημα, επηρεάζοντας την εμφάνιση αυτοανοσιακών παθήσεων.

Είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι αυτές οι διαφορές είναι συνήθως πολύ περίπλοκες. Η έρευνα επιδημιολογικών και γενετικών παραμέτρων σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές είναι συνεχής για την κατανόηση των ακριβών μηχανισμών πίσω από αυτές τις διαφορές και για την ανάπτυξη αποτελεσματικότερων προσεγγίσεων για τη διαχείριση των αυτοανοσιακών νοσημάτων

(Gossec, L., Paternotte, S., Aanerud,2014).

1.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ- ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός και ο στόχος της συγκεκριμένης μελέτης, είναι να αναζητήσει και να συγκεντρώσει όλα τα σχετικά δεδομένα δευτερογενής βιβλιογραφία, έτσι ώστε να μπορέσουν αφού κατανοηθούν, να αξιολογηθούν. Αναμένουμε να καταλήξουμε σε συμπεράσματα αναφορικά και κατά πόσο, το επίπεδο ζωής των ατόμων επηρεάζεται από την ύπαρξη αυτοάνοσων νοσημάτων στην υγεία τους.

Θα υπάρξει και μια ψυχοκοινωνική προσέγγιση, της ποιότητας ζωής των ατόμων που παρουσιάζουν αυτοάνοσα νοσήματα.

Η μεθοδολογία της παρούσας εργασίας είναι η μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης, δηλαδή μέσω της αναζήτησης πηγών που έχουν δημοσιευτεί σε επιστημονικές εκδόσεις και επιστημονικά περιοδικά, δηλαδή βασίζεται σε δευτερογενή άρθρα και μελέτες και έχει πραγματοποιήθηκε η κριτική ανάλυση των πηγών αυτών. Οι βάσεις δεδομένων που θα χρησιμοποιηθούν ενδεικτικά θα είναι ενδεικτικά οι: PubMed, Pedro, Embase, mednet.gr, PsycINFO, cochranelibrary, ELSEVIR, Google Scholar κ.α

Για την αναζήτηση των πηγών θα χρησιμοποιηθούν λέξεις- κλειδιά όπως για παράδειγμα: «αυτοάνοσα νοσήματα», «ανοσοποιητικό», «αυτοανοσία», «ρευματολογικές παθήσεις», «πολλαπλή σκλήρυνση», «συστηματικός ερυθματώδης λύκος», «ρευματοειδής αρθρίτιδα», «χρόνιες παθήσεις», «θεραπεία», «διαταραχές συναισθήματος», «αγχώδεις διαταραχές», «κατάθλιψη», «καταθλιπτικές διαταραχές», «συναισθήματα», «διαχείριση», «γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση», «ψυχοθεραπεία», «φαρμακοθεραπεία», «ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με υγεία», «κοινωνική υποστήριξη», «ποιότητα υγείας», "Autoimmune diseases", "immune", "autoimmunity", "rheumatological diseases", «ποιότητα ζωής» "multiple sclerosis", "systemic lupus erythematosus", "rheumatoid arthritis κ.α.

Από την εργασία αυτή όμως στοχεύει στη παροχή των αναγκαίων γνώσεων στην κοινότητα, αναφορικά με την έννοια της ποιότητας υγείας και της ποιότητα ζωής στους ασθενείς που έχουν να αντιμετωπίσουν ένα αυτοάνοσο νόσημα.

Βασικό κριτήριο για την επιλογή των επιστημονικών άρθρων και των ερευνών που στη συγκεκριμένη εργασία ήταν να προέρχονται από αξιόπιστη πηγή στην ελληνική ή άλλη ξενόγλωσση γλώσσα, να αφορούν το φάσμα των αυτοάνοσων νοσημάτων, τη ποιότητα ζωής των ατόμων και με τη βιβλιογραφία να είναι σύγχρονη με χρονικό εύρος από το 2012 έως σήμερα.

Τα στάδια βάσει των οποίων πρόκειται να διεξαχθεί η συγκεκριμένη έρευνα, συμπεριλαμβάνουν, τη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων, τον καθορισμό των κριτηρίων εισαγωγής και αποκλεισμού μιας μελέτης, την αναζήτηση της βιβλιογραφίας, την αξιολόγηση των μελετών και τη τελική καταγραφή των δεδομένων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και ερμηνεύονται ανάλογα, έτσι ώστε να δοθεί απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν.

Στα ερευνητικά ερωτήματα, έγινε η προσπάθεια να χαρακτηρίζονται από σαφήνεια και μέσα από ευρήματα προηγούμενων ερευνών να προκύψει κριτική θεώρηση του συγκεκριμένου θέματος τελικά.

Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν είναι τα εξής:

- *Πώς καθορίζεται η ποιότητα ζωής ενός ατόμου; Ποια είναι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία για τα άτομα με αυτοάνοσα νοσήματα;*
- *Ποια είναι η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα; Πώς σχετίζεται με τα αυτοάνοσα νοσήματα;*
- *Ποια είναι η κοινωνική κατάσταση των ατόμων με αυτοάνοσα νοσήματα και πώς αυτό επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους;*
- *Ποιες είναι οι κοινωνικές ενισχύσεις για άτομα με αυτοάνοσα νοσήματα; Πώς επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους;*
- *Ποιες στρατηγικές/πολιτικές έχουν εφαρμοστεί για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα;*

Η διαδικασία καθορισμού των κριτηρίων εισόδου και αποκλεισμού για μελέτες στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ήταν επίσης καθοριστικός παράγοντας.

Για τη συγκεκριμένη μελέτη, θα γίνονται δεκτά όλα τα άρθρα/συνεντεύξεις/μελέτες/έρευνες που σχετίζονται περισσότερο με τις λέξεις-κλειδιά και τα θέματα και είναι εντός των ετών που περιγράψαμε παραπάνω.

1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ «ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ»

Η ποιότητα ζωής δεν ορίζεται με έναν απόλυτο και ομοιόμορφο τρόπο, καθώς είναι ένα πολυδιάστατο και υποκειμενικό φαινόμενο. Έχουν προταθεί πολλοί ορισμοί από διάφορους επιστημονικούς κλάδους, όπως η ψυχολογία, η ιατρική, η κοινωνιολογία, και άλλοι. Παρακάτω, παρατίθενται άλλες οπτικές στην προσπάθεια διασαφήνισης του περιεχομένου της έννοιας ποιότητας ζωής που προέρχονται από διάφορες πηγές:

Σύμφωνα με την ΠΟΥ (*Παγκόσμια Υγειονομική Οργάνωση*), η ποιότητα ζωής ορίζεται ως *"η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή του, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών στα οποία ζει, και στα σχετικά με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του."*

Στη ψυχολογία, η ποιότητα ζωής σχετίζεται συχνά με τον βαθμό ικανοποίησης ενός ατόμου από διάφορες πτυχές της ζωής του, όπως η εργασία, η κοινωνική σχέση, η υγεία και η πνευματική ανάπτυξη

.

Από ιατρικής άποψης, η υγεία αποτελεί κρίσιμο συστατικό της ποιότητας ζωής και καλή υγεία συνήθως θεωρείται θεμελιώδης παράγοντας για την υψηλή ποιότητα ζωής.

Σε κοινωνικό επίπεδο, η ποιότητα ζωής συνδέεται με τις κοινωνικές συνθήκες, τις ευκαιρίες και τις σχέσεις που επιτρέπουν στα άτομα να απολαμβάνουν μια ικανοποιητική ζωή. (*Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015)*).

Συνοπτικά, η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει την υποκειμενική ευημερία, την ικανοποίηση από τη ζωή, τις σχέσεις, την υγεία, τις ευκαιρίες και τον πολιτισμό που επηρεάζει την κάθε ατομική εμπειρία.

Η πολυπλοκότητα της έννοιας αποτυπώνεται στις πολλές διαστάσεις της καθημερινής ζωής, όπως η σωματική ευεξία, οι κοινωνικές σχέσεις, η προσωπική ανέλιξη, η δημιουργικότητα και η οικονομική ασφάλεια.

Η ανάπτυξη διαφόρων μεθοδολογιών για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής αποτελεί ένδειξη του αυξανόμενου ενδιαφέροντος στον τομέα. Οι διάφοροι ορισμοί και οι

απόψεις που έχουν προταθεί δημιουργούν μια υποκειμενική και ευμετάβλητη έννοια, αντικατοπτρίζοντας τη δυσκολία στην ακριβή καθορισμό της.

Οι εσωτερικές διεργασίες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από διάφορες πτυχές της ζωής αποτελούν τον πυρήνα της ποιότητας ζωής. Η προσέγγιση αυτή συμπεριλαμβάνει συνθήκες και καταστάσεις που προωθούν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία (Υφαντόπουλος, Ν. (2003).

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται και στη δυνατότητα διάθεσης πόρων που καλύπτουν τις ανάγκες της κοινωνίας, συνδυάζοντας παράλληλα περιβαλλοντικά και κοινωνικά στοιχεία. Η διαχωριστική γραμμή μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών παραμέτρων στη μέτρηση της ποιότητας ζωής επισημαίνεται, υποδεικνύοντας την ανάγκη για ολιστική προσέγγιση που συνδυάζει τις δύο πτυχές.

Παρά τις πολλές προσπάθειες, η ποιότητα ζωής παραμένει αόριστη λόγω εννοιολογικών ασάφειών και της πολυπλοκότητάς που εκφράζει. Η ποιότητα ζωής ενσωματώνει περίπλοκες προσωπικές προτιμήσεις, αντιλήψεις και στάσεις, εξαιτίας των πολλών επιστημονικών πεδίων που την προσεγγίζουν.

Οι παράμετροι που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής περιλαμβάνουν σωματική ευεξία, κοινωνικές σχέσεις, προσωπική ανέλιξη, δημιουργικότητα και οικονομική ασφάλεια. (Kahneman, D., & Deaton, A., 2010).

Πιο συγκεκριμένα, η ποιότητα ζωής μπορεί να μετρηθεί μέσω της φυσικής υγείας, της ψυχικής υγείας και της γενικής ευημερίας. Παράγοντες όπως η πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, η διατροφή και η άσκηση επηρεάζουν αυτή την προσέγγιση. Από την απτική της υλικής Ευημερίας, η ποιότητα ζωής σχετίζεται στενά με την υλική ευημερία. Δηλαδή, στοιχεία όπως το εισόδημα, η απασχόληση, η στέγαση και η πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες θεωρούνται καθοριστικοί παράγοντες.

Η ποιότητα ζωής σύμφωνα με την ψυχοκοινωνική η προσέγγιση εστιάζεται στις σχέσεις, την κοινωνική υποστήριξη, τη συναισθηματική ευημερία και την ποιότητα των μεταξύ των ανθρώπινων σχέσεων.

Ορισμένοι θεωρούν ότι η ποιότητα ζωής συνδέεται με την πνευματική ευημερία, το νόημα και τον σκοπό στη ζωή. Οι πτυχές όπως η ηθική, η φιλοσοφική, η αυτοπραγμάτωση και η πνευματική σύνδεση αντιμετωπίζονται ως σημαντικές.

Εξίσου σημαντική φαίνεται να είναι και η σύνδεση της έννοιας με το περιβάλλον στο οποίο ζει κάποιος, συμπεριλαμβανομένων των πράσινων χώρων, της γεωγραφικής θέσης και της ποιότητας του αέρα και του νερού.

Αυτές οι εννοιολογικές προσεγγίσεις συχνά αλληλεπικαλύπτονται, αλληλεξαρτώνται και αλληλοεπιδρούν, δείχνοντας την πολυπλοκότητα του θέματος της ποιότητας ζωής. Η κατανόηση και η ενίσχυση αυτών των διαστάσεων μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της γενικής ευημερίας του ατόμου. (Veenhoven, R. 2019).

Στο περιεχόμενο της ποιότητας της ζωής, απαραίτητα συστατικά είναι η ισότητα και η δικαιοσύνη στην κοινωνία. Η πρόσβαση σε ευκαιρίες, σε πόρους και υπηρεσίες χωρίς διακρίσεις. Η αποδοχή της διαφορετικότητας και της πολυπολιτισμικότητας, ο σεβασμός στη συμβίωση και η αμοιβαία κατανόηση μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών θεωρούνται σημαντικές.

Η ποιότητα ζωής μπορεί να μετρηθεί μέσω της ευκαιρίας για προσωπική ανάπτυξη, εκπαίδευση και αυτοπραγμάτωση. Η ικανότητα να εκπληρώνεται κανείς και να αναπτύσσεται προσωπικά θεωρείται βασική. Η πρόσβαση σε παιδεία και η ευκαιρία να αποκτήσει κανείς δεξιότητες θεωρείται σημαντική για την ποιότητα ζωής, καθώς αυξάνει τις επιλογές και τις δυνατότητες (Huber, M., et al.2018).. Η έρευνα γύρω από την ποιότητα ζωής παρουσιάζει προκλήσεις λόγω των διαφορετικών απόψεων και προσεγγίσεων, αντικατοπτρίζοντας την εξέλιξη της έννοιας και την ανάγκη για συνολική κατανόηση.

Εν κατακλείδι, η ποιότητα ζωής είναι πολυδιάστατη και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Παρά τις ασάφειες, η κοινή αποδοχή της πολυδιάστατης φύσης της ποιότητας ζωής ενισχύει τη σημασία της ως έννοιας που περιλαμβάνει διάφορες πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης. Οι προσεγγίσεις αυτές αντικατοπτρίζουν την πολυπλοκότητα του θέματος και προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα προοπτικών για την κατανόηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής.(Helliwell, J. F.,2019).

1.3 ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ, Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ

Το ανοσοποιητικό σύστημα αποτελεί ένα καίριο στοιχείο για τη διατήρηση της υγείας του οργανισμού και την αντιμετώπιση ασθενειών. Πρόκειται για ένα σύνθετο δίκτυο κυττάρων, οργάνων και διαδικασιών που λειτουργούν συνεργατικά για την προστασία του οργανισμού από παθογόνους οργανισμούς, όπως ιούς, βακτήρια και μύκητες.

Η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος είναι να διακρίνει ανάμεσα στο "φυσιολογικό" και το "άρρωστο" ή "εχθρικό" στοιχείο. Το ανοσοποιητικό σύστημα ανταποκρίνεται στην παρουσία επιθετικών οργανισμών ή κακοήθων κυττάρων με μια σειρά από πολύπλοκες αντιδράσεις που στοχεύουν στην εξάλειψη ή την απενεργοποίησή τους.

Το ανοσοποιητικό σύστημα στον ανθρώπινο οργανισμό αποτελεί ένα πολύπλοκο δίκτυο ενεργειών και αντιδράσεων που σχεδιάστηκε για να προστατεύει τον οργανισμό από επιθέσεις παθογόνων οργανισμών και να διατηρεί την υγεία του. Η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος περιλαμβάνει διάφορα επίπεδα άμυνας, συνεργαζόμενα για να ανταποκριθούν σε επιθέσεις και να διατηρήσουν την ισορροπία του οργανισμού (Abul K. Abbas, Andrew H. Lichtman, Shiv Pilla Elsevier2021).

Πρώτο Επίπεδο: Φυσικά Εμπόδια

Η πρώτη γραμμή άμυνας περιλαμβάνει τα φυσικά εμπόδια, όπως η επιδερμίδα και τα βλεννογόνα, που αποτρέπουν την είσοδο παθογόνων στον οργανισμό. Επίσης, οι βακτήριες που βρίσκονται στο γαστρεντερικό σύστημα συμβάλλουν στην προστασία από επιθέσεις μικροοργανισμών.

Δεύτερο Επίπεδο: Κυτταρική Άμυνα και Φαγοκυτταρώση

Η κυτταρική άμυνα συνίσταται στη δράση λευκών αιμοσφαιρίων, όπως των νετροφίλων και των μακροφάγων, που ανιχνεύουν, επιτίθενται και καταποντίζουν παθογόνους οργανισμούς. Τα φαγοκύτταρα "καταφορτώνουν" και "τρώνε" τους εισβολείς, προστατεύοντας έτσι τον οργανισμό.

Τρίτο Επίπεδο: Ανοσία Αντισωμάτων και T-Κυττάρων

Τα αντισώματα, που παράγονται από τα Β-κύτταρα, είναι πρωτεΐνες που αναγνωρίζουν και δένουν συγκεκριμένους παθογόνους για να τους απενεργοποιήσουν. Τα T-κύτταρα, από την άλλη πλευρά, αναγνωρίζουν και καταστρέφουν άμεσα μολυσματικά κύτταρα.

Τέταρτο Επίπεδο: Ανοσία Μνήμης

Η ανοσία μνήμης επιτρέπει στον οργανισμό να αναγνωρίζει πιο γρήγορα και αποτελεσματικά παθογόνους που έχει ήδη συναντήσει. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω των μνημονικών κυττάρων T και B.

Πέμπτο Επίπεδο: Ρύθμιση της Ανοσοποιητικής Απάντησης

Τα κύτταρα-καθοδηγητές (helper T-cells) ρυθμίζουν την ανοσοποιητική απάντηση, ενώ άλλα κύτταρα, όπως τα φλεγμονώδη κύτταρα, εμπλέκονται στην απάντηση σε βακτηριακές επιθέσεις. (Janeway's Immunobiology", Kenneth Murphy, Garland Science, 2016.)

Τα βασικά στοιχεία του ανοσοποιητικού συστήματος περιλαμβάνουν:

- Λευκά Αιμοσφαίρια (Κύτταρα Άμυνας):

Τα λευκά αιμοσφαίρια είναι τα βασικά κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος και χωρίζονται σε διάφορα υποείδη όπως τα λεμφοκύτταρα, τα μονοκύτταρα και τα νετροφίλια. Αυτά τα κύτταρα εντοπίζουν και εξουδετερώνουν τους παθογόνους οργανισμούς.

- Αντισώματα (Ανοσοσφαιρίνες):

Τα αντισώματα είναι πρωτεΐνες που παράγονται από τα B-λεμφοκύτταρα και στοχεύουν συγκεκριμένα αντιγόνα. Αυτές οι πρωτεΐνες μπορούν να συμβάλουν στην καταστροφή των παθογόνων οργανισμών ή να διευκολύνουν την απομάκρυνσή τους από τον οργανισμό.

- Φαγοκύτταρα:

Τα φαγοκύτταρα, όπως τα μακροφάγα και τα νετροφίλια, καταποντίζουν και καταστρέφουν παθογόνους οργανισμούς με τη διαδικασία της φαγοκυτταρώσεως.

- Κύτταρα T:

Τα κύτταρα T, όπως τα βοηθητικά T-κύτταρα και τα κυτταροτοξικά T-κύτταρα, είναι υπεύθυνα για την ενεργοποίηση άλλων κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος και την αντιμετώπιση μολυσματικών κυττάρων. Τα T-κύτταρα είναι σημαντικά στην αναγνώριση και την καταστροφή των μολυσματικών κυττάρων και τη ρύθμιση της ανοσοποιητικής απάντησης.

(Immunology", Richard A. Goldsby, 2014).

Το ανοσοποιητικό σύστημα διαθέτει δύο βασικές κατηγορίες άμυνας. Οι κύτταρα, όπως τα λεμφοκύτταρα και τα φαγοκύτταρα, προστατεύουν τον οργανισμό ανιχνεύοντας και καταστρέφοντας τα παθογόνα, ενώ τα αντισώματα (ανοσοσφαιρίνες) ενεργοποιούνται για την αντιμετώπιση των μικροοργανισμών (Κυτταρική και Αντισωματική Άμυνα).

Επιπλέον, το σύστημα ανοσίας διαθέτει μηχανισμούς για τη δημιουργία μνήμης, επιτρέποντας στον οργανισμό να αντιδρά γρηγορότερα σε επανεμφανιζόμενα παθογόνα έχοντας ανοσοποιητική μνήμη.

Η διατροφή και ο τρόπος ζωής μπορεί να επηρεάζουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος όπως και η έρευνα σχετικά με τα εμβόλια και άλλες θεραπείες έχει σημειώσει πρόοδο, με νέες τεχνολογίες που εκμεταλλεύονται τον γενετικό κώδικα (mRNA εμβόλια) για την προστασία από μολύνσεις.

Αυτή η σύνθετη δομή και λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος συνδυάζεται για να παρέχει αποτελεσματική προστασία από παθογόνους και να διατηρεί την υγεία του ανθρώπινου οργανισμού

(Basic Immunology: Functions and Disorders of the Immune System", 2021)

Το ανοσοποιητικό σύστημα αποτελεί ένα ζωτικό σύστημα για την προστασία του οργανισμού από επιθέσεις παθογόνων. Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του ανοσοποιητικού, ενισχύοντάς το ή αποδυναμώνοντάς το. Οι παρακάτω παράγοντες αποτελούν μόνο αναφορικά ένα δείγμα των πολλαπλών παραγόντων που επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα.

Η διατροφή έχει σημαντικό ρόλο στην υγεία του ανοσοποιητικού καθώς η έλλειψη θρεπτικών συστατικών όπως βιταμίνες C, D, και άλλα μέταλλα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη λειτουργία του. Η τακτική άσκηση όπως γνωρίζουμε ενισχύει το

ανοσοποιητικό σύστημα. Οι άνθρωποι που έχουν ενεργή ζωή έχουν συνήθως αυξημένη αντίσταση σε λοιμώξεις και ασθένειες.

Ακόμα, ψυχολογική υγεία συνδέεται με την υγεία του ανοσοποιητικού. Στρες και κατάσταση ψυχικής υποβάθμισης μπορεί να μειώσουν την αντίσταση. Η υγιεινή και οι εμβολιασμοί συμβάλλουν στην πρόληψη λοιμώξεων, προστατεύοντας το ανοσοποιητικό σύστημα αλλά και η έκθεση στον ήλιο παρέχει βιταμίνη D, που σχετίζεται με την υγεία του ανοσοποιητικού αλλά και η έκθεση σε ρυπογόνες ουσίες μπορεί να επηρεάσει την υγεία του ανοσοποιητικού.

Τέλος, μπορούμε δε να παραλείψουμε τους γενετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ευαισθησία του ανοσοποιητικού. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων είναι ουσιώδης για τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανοσοποιητικού συστήματος και, κατά συνέπεια, της συνολικής υγείας.(*Δημητρακόπουλος, Α. 2016*).

1.4 ΑΥΤΟΑΝΟΣΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η αυτοάνοσια αναφέρεται στην ικανότητα του οργανισμού να αναγνωρίζει και να αντιδρά εναντίον ξένων ουσιών ή οργανισμών που εισέρχονται στο σώμα, όπως μικρόβια, ιοί, ή άλλα ξένα σώματα. Ο μηχανισμός αυτός αποτελεί ένα σύνθετο σύστημα που περιλαμβάνει διάφορα στάδια και συνεργασία μεταξύ διάφορων κυττάρων και ουσιών στον οργανισμό.

Ο μηχανισμός της αυτοανοσίας είναι σχεδιασμένος για να διακρίνει μεταξύ "φίλων" και "εχθρών" ουσιών. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις όπου το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται κατά των δικών του κυττάρων και ιστών, προκαλώντας αυτοανوسές ασθένειες.(*Δημητρακόπουλος, Α.,2017*),

Σε αυτές τις περιπτώσεις, το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται κατά των δικών του κυττάρων και ιστών, θεωρώντας λανθασμένα ότι είναι ξένα. Παραδείγματα αυτοάνοσων ασθενειών περιλαμβάνουν τον σκληρυντικό λύκο, την ρευματοειδή αρθρίτιδα και τον διαβήτη τύπου 1.

Στο σημείο αυτό, τα κύτταρα T και B, καίρια στοιχεία του ανοσοποιητικού συστήματος, εμπλέκονται στην αυτοανοσία. Τα κύτταρα T επιτίθενται σε κύτταρα

που έχουν μολυνθεί, ενώ τα κύτταρα Β παράγουν αντίσωμα που επιτίθενται σε "λανθασμένους" στόχους με αποτελέσματά τις αυτοάνοσες ασθένειες.

Πιο συγκεκριμένα, οι αυτοάνοσες ασθένειες είναι παθήσεις κατά τις οποίες το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται κατά των δικών του κυττάρων και ιστών, παραβιάζοντας τη φυσιολογική διαδικασία αναγνώρισης "φίλων" και "εχθρών" ουσιών. Αυτή η υπερβολική αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος οδηγεί στην καταστροφή των ιδίων κυττάρων και ιστών, προκαλώντας φλεγμονές, επιπλοκές, και συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις αυτοάνοσες ασθένειες. (gnotz, K. 2019,).

Τα βασικά στάδια λειτουργίας των αυτοάνοσων ασθενειών περιλαμβάνουν τα εξής:

▪ *Ανοσοποιητική Ενεργοποίηση:*

Κάτι ενεργοποιεί το ανοσοποιητικό σύστημα, επιτρέποντάς του να επιτεθεί σε κύτταρα και ιστούς του οργανισμού.

▪ *Παραβίαση Αυτοτολεράντζ:*

Το σύστημα αυτοτολεράντζ, που αναγνωρίζει τα "φίλια" κύτταρα, διαταράσσεται, επιτρέποντας το ανοσοποιητικό σύστημα να επιτεθεί εσφαλμένα σε ίδια κύτταρα.

▪ *Παραγωγή Αντισωμάτων:*

Τα κύτταρα Β παράγουν αντίσωμα που επιτίθενται σε ίδια αντιγόνα.

▪ *Ενεργοποίηση Κυττάρων T:*

Τα κύτταρα T ενεργοποιούνται και επιτίθενται σε ίδια κύτταρα που θεωρούν ως εχθρικά.

▪ *Φλεγμονή και Κύκλος Καταστροφής:*

Προκαλείται φλεγμονή και ορμώνται κυττάρα που προκαλούν καταστροφή των ιδίων κυττάρων και ιστών.

Η καταστροφή των ιδίων κυττάρων οδηγεί στην εμφάνιση συμπτωμάτων, τα οποία εξαρτώνται από τον τύπο της αυτοάνοσης ασθένειας. Η μακροχρόνια αυτή επίθεση του ανοσοποιητικού συστήματος μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές και οργανική

βλάβη. Το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να αντιδρά υπερβολικά, προκαλώντας ακόμα περισσότερη βλάβη καθώς χάνει τη διακριτικότητά του μεταξύ "φίλων" και "εχθρών," επιτίθεται σε κύτταρα που δεν θα έπρεπε. (*Molecular mimicry and autoimmunity, 2018*)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στον κόσμο της ιατρικής, η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση για τα αυτοάνοσα νοσήματα απαιτεί πολυεπίπεδη συνεργασία μεταξύ διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων. Είναι σημαντικό να επισημαίνεται ότι η παρακολούθηση και η διαχείριση των αυτοανοσιακών νοσημάτων είναι συχνά μακροχρόνιες και απαιτούν προσαρμογές στη θεραπευτική προσέγγιση με την πάροδο του χρόνου. Στον καθορισμό του κατάλληλου ειδικού γιατρού, ο ασθενής θα πρέπει να επικεντρώνεται στα συμπτώματα και τις ενδείξεις που παρουσιάζει. Η συνεργασία με πολλαπλούς ειδικούς μπορεί να είναι απαραίτητη, καθώς η αυτοανοσία μπορεί να επηρεάζει διάφορα συστήματα του οργανισμού. (*Frederick W Miller, 2023*).

Οι αυτοάνοσες νόσοι είναι ένα ευρύ φάσμα παθήσεων που επηρεάζουν πολλούς οργανισμούς και συστήματα. Παρουσιάζονται σε παγκόσμια κλίμακα, με διάφορα επίπεδα επιδημιολογικής διακύμανσης.

Περίπου 5-10% του παγκόσμιου πληθυσμού επηρεάζεται από κάποιο αυτοάνοσο νόσημα. Υπολογίζεται ότι το 20% του πληθυσμού (ένας στους πέντε στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη) πάσχει από αυτοάνοσο νόσημα. Το 78% των ατόμων με αυτοάνοσα νοσήματα είναι γυναίκες. Ωστόσο, σπάνια αναφέρεται ως ζήτημα υγείας των γυναικών. Είναι μια ομάδα ασθενειών που μοιράζονται μια κοινή υποκείμενη αιτία. Είναι η νούμερο ένα αιτία χρόνιων ασθενειών στον ανεπτυγμένο κόσμο, ξεπερνώντας τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τον καρκίνο μαζί. Ένας στους τρεις ανθρώπους με αυτοάνοσο νόσημα έχει πολλαπλά αυτοάνοσα νοσήματα. Γνωρίζουμε ότι τα άτομα που έχουν ένα μέλος της οικογένειας με αυτοάνοσο νόσημα διατρέχουν

αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν αυτοάνοση νόσο (Cooper GS et al. 2011, Eaton WW., et al, 2017).

Ορισμένες αυτοάνοσες νόσοι είναι πιο συχνές από άλλες. Για παράδειγμα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η σκληροδερμία, ο λύκος, και η διαβήτης τύπου 1 ανήκουν στις συχνότερες αυτοάνοσες παθήσεις. Σε πολλές αυτοάνοσες νόσους, υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανά φύλο, με τις γυναίκες να είναι συχνότερα επηρεαζόμενες. Για παράδειγμα, ο λύκος και ο Σακροειδής Λύκος εμφανίζονται συχνότερα σε γυναίκες. (*Yehuda Shoenfeld et al, 2012, Fariha Angum et al 2020*).

Από την μία πλευρά, οι συχνότητες εμφάνισης διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο της νόσου. Η σκληροδερμία και ο λύκος, λόγω χάρη, είναι σχετικά σπάνιοι σε σύγκριση με άλλες αυτοάνοσες νόσους. Στη περίπτωση της Σκανδιναβίας, η σκληροδερμία εμφανίζεται συχνότερα σε σχέση με άλλες περιοχές. Από την άλλη, ορισμένα αυτοάνοσα νοσήματα εμφανίζονται συχνότερα σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες. Δηλαδή, πολλές αυτοάνοσες νόσοι μπορεί να εμφανιστούν σε διάφορες ηλικίες, κι άλλες από αυτές έχουν την τάση να εκδηλώνονται πιο συχνά σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες.

Η αναγνώριση των ελλείψεων σε μικροθρεπτικά συστατικά και η διόρθωσή τους αποτελούν σημαντικό βήμα για την αντιμετώπιση και την πρόληψη αυτοάνοσων νοσημάτων. Η διεξαγωγή εξειδικευμένων εξετάσεων για τη μέτρηση μικρών μορίων στο αίμα επιτρέπει την ακριβή παρακολούθηση της υγείας και την προσαρμογή του θεραπευτικού πλάνου. Είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε πώς η τεχνολογία και η εξέλιξη στον τομέα των ιατρικών εξετάσεων έχουν επιτρέψει τη διεξαγωγή πιο εξειδικευμένων και ακριβών εξετάσεων, προσφέροντας έτσι πιο αποτελεσματικές διαγνώσεις και θεραπευτικές προσεγγίσεις. (*Fan Cao a b 1, Yu-Chen Liu et al., 2023*).

Οι ασθενείς με συστηματικά αυτοάνοσα και αυτοφλεγμονώδη ρευματικά νοσήματα δεν φαίνεται να διατρέχουν κίνδυνο μόλυνσης από τον νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2 ή πιο σοβαρή νόσο COVID-19, σύμφωνα με διεθνείς βιβλιογραφίες και οδηγίες από την Αμερικανική και Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ρευματολογίας σε σχέση με ο γενικός πληθυσμός. Ωστόσο, η οξεία λοίμωξη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την έξαρση των συστηματικών αυτοάνοσων ρευματικών νοσημάτων. Το Τμήμα

Παθοφυσιολογίας του ΕΚΠΑ διεξήγαγε προοπτική μελέτη παρατήρησης σε ασθενείς με συστηματικά αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα που είχαν προσβληθεί από τον νέο κορωνοϊό από την αρχή της πανδημίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο COVID-19 είναι ασυμπτωματικός ή έχει ήπια και μέτρια συμπτώματα και δεν απαιτεί νοσηλεία και εντατική θεραπεία.

Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα μιας ελληνικής έρευνας ανέφεραν ότι μόνο ένας στους δέκα ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα, που είχαν εμβολιαστεί με δύο δόσεις, χρειάστηκε νοσηλεία και οξυγονοθεραπεία. Επιπλέον, τα δεδομένα από το δικό μας τμήμα δείχνουν ότι ο κίνδυνος για σοβαρή COVID-19 μειώνεται ακόμη περισσότερο σε ασθενείς που έχουν λάβει και τρίτη αναμνηστική δόση εμβολίου. (Αθανάσιος Γ. Τζιούφας, 2022).

2.2 ΟΙ «ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ» ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από αυτοάνοσα νοσήματα αποτελεί ένα πολύπλοκο και σημαντικό θέμα στον τομέα της υγείας. Τα αυτοάνοσα νοσήματα αντιπροσωπεύουν μια ομάδα παθήσεων όπου το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται λανθασμένα στα ιδιαίτερα κύτταρα και ιστούς του οργανισμού. Αυτά τα νοσήματα, όπως για παράδειγμα ο λύκος, και η ρευματοειδής αρθρίτιδα, μπορούν να επηρεάσουν όλες τις πτυχές της ζωής των ασθενών, καθώς και την καθημερινή τους λειτουργία και ευεξία.

Οι ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα ενδέχεται να αντιμετωπίζουν **κοινωνικό αποκλεισμό** λόγω των περιορισμών που επιφέρει η νόσος. Οι δραστηριότητες που καταναλώνουν ενέργεια, όπως η κοινωνικοποίηση και η συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, μπορεί να είναι προκλητικές, επηρεάζοντας την κοινωνική τους ζωή (Δημητρακόπουλος, Α. 2017)

Οι ασθενείς ενδέχεται να αντιμετωπίζουν **φυσικούς περιορισμούς** λόγω της νόσου, όπως πόνο, κόπωση και μειωμένη κινητικότητα. Αυτοί οι περιορισμοί μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητά τους να ασκούν δραστηριότητες καθημερινής ζωής.

Η χρόνια φύση των αυτοανοσιακών νοσημάτων μπορεί να δημιουργήσει προκλήσεις στον εργασιακό χώρο. Οι ασθενείς ενδέχεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη

διαχείριση των υποχρεώσεών τους λόγω των συχνών ιατρικών επισκέψεων και των επιπλοκών της νόσου. Οι αυτοάνοσες παθήσεις μπορεί να επηρεάσουν την **οικονομική κατάσταση** των ασθενών λόγω του κόστους της θεραπείας, των ιατρικών εξετάσεων και των απουσιών από την εργασία.

Η ανάγκη για **συνεχείς ιατρικές παρεμβάσεις και θεραπείες** επηρεάζει την καθημερινή ζωή των ασθενών. Η λήψη φαρμάκων, η αντιμετώπιση των παρενεργειών των φαρμάκων και η συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες απαιτούν συνεχή προσοχή, η καθημερινή διαχείριση των αυτοανοσιακών νοσημάτων και προσπάθεια από τους ασθενείς, ο έλεγχος συμπτωμάτων και η προσαρμογή του τρόπου ζωής είναι στοιχεία που επηρεάζουν και σχετίζονται με την ποιότητα ζωής τους.

Από τη μία πλευρά λοιπόν, η πρόληψη των επιπλοκών και η διατήρηση της υγείας είναι κρίσιμη για τους ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα, όπως για παράδειγμα η υγιεινή **διατροφή, η άσκηση και η τήρηση των ιατρικών οδηγιών**, μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Από την άλλη πλευρά, η **εκπαίδευση των ασθενών** σχετικά με τα αυτοάνοσα νοσήματα είναι καίρια και **η κατανόηση της νόσου** και των τρόπων διαχείρισής της μπορεί να δώσει στους ασθενείς τα εργαλεία που χρειάζονται για να παίρνουν πιο ενεργό ρόλο στη διαχείριση της καθημερινής τους ζωής. (Sarzi-Puttini, *Autoimmunity Reviews*, 2018,)

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και **η ψυχολογική υποστήριξη** για τη διαχείριση της συναισθηματικής φόρτισης που σχετίζεται με την ασθένεια. Συζητήσεις με ψυχολόγους ή συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των προκλήσεων. Η συχνά χρόνια και πολύ παθητική φύση των αυτοανοσιακών νοσημάτων μπορεί να έχει σημαντική επίπτωση στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών.

Συνολικά, η προώθηση της **κοινωνικής ένταξης** είναι ουσιώδης και η δημιουργία ευαισθητοποίησης στο κοινό σχετικά με τα αυτοάνοσα νοσήματα μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού. Η αβεβαιότητα για το μέλλον, ο πόνος και η αποστείρωση λόγω της νόσου μπορεί να οδηγήσει σε στρες, κατάθλιψη, και αύξηση της ανησυχίας.

Εν κατακλείδι, η στήριξη της έρευνας για την αντιμετώπιση και θεραπεία των αυτοανοσιακών νοσημάτων είναι απαραίτητη καθώς με την ανάπτυξη νέων

θεραπευτικών μεθόδων μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών στο μέλλον. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα εξαρτάται από την ολοκληρωμένη προσέγγιση που παρέχεται σε πολλά επίπεδα, από τη διαχείριση των συμπτωμάτων έως την ψυχολογική υποστήριξη και την κοινωνική ένταξη. Προκειται για ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο θέμα που απαιτεί ολιστική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των διαφόρων πτυχών τους.

2.3 ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ

Η συχνότητα των αυτοάνοσων νοσημάτων διαφέρει ανά περιοχή και μπορεί να επηρεάζεται από γεωγραφικούς, γενετικούς, περιβαλλοντικούς και άλλους παράγοντες. Ως εκ τούτου, οι συχνότητες μπορεί να διαφέρουν από μια χώρα σε μια άλλη. Ως γενικός κανόνας, ορισμένα αυτοάνοσα νοσήματα είναι πιο διαδεδομένα σε συγκεκριμένες περιοχές. Η αναγνώριση, η διάγνωση και η ταξινόμηση των αυτοανοσιακών νοσημάτων (AN) είναι ένα σύνθετο και σημαντικό πεδίο της ιατρικής. Η ταξινόμηση των AN γίνεται κυρίως με βάση το σύστημα ή τους ιστούς που επηρεάζονται. Παρακάτω παρατίθενται ,μερικά από τα πιο συχνά αυτοάνοσα νοσήματα που έχουν αναφερθεί ως διαδεδομένα στην Ευρώπη έως το 2022:

A. Θυρεοειδοειδικά Νοσήματα:

- Νόσος του Χασιμότο (υποθυρεοειδισμός)
- Νόσος του Graves (υπερθυρεοειδισμός)

B. Αυτοάνοσα Νοσήματα των Αρθρώσεων:

- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Ψωριασική αρθρίτιδα
- Αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα

- Νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα

C. Νευρικά Νοσήματα:

- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Μυασθένεια
- Φλεγμονώδεις περιφερικές νευροπάθειες (σύνδρομο Guillain-Barré)
- Εγκάρσια μυελίτιδα
- Νόσος του κινητικού νευρώνα

D. Νοσήματα του Εντέρου:

- Κοιλιοκάκη
- Νόσος του Crohn
- Ελκώδης κολίτιδα

E. Δερματικά Νοσήματα:

- Ατοπική δερματίτιδα (έκζεμα)
- Ψωρίαση
- Ψωριασική Αρθρίτιδα (Psoriatic Arthritis): Αυτοανοσία που επηρεάζει αρθρώσεις και δέρμα
- Σκληρόδερμα

- Λεύκη

F. Αυτοανοσία στο Αίμα και το Καρδιαγγειακό Σύστημα:

- Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο
- Συστηματικός ερυθματώδης λύκος
- Αυτοάνοση θρομβοπενική προφύρα

G. Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος:

- Αυτοάνοση ηπατίτιδα
- Αυτοαντισώματα επηρεάζουν το παγκρέας που παράγει ινσουλίνη.
- Πρωτοπαθής χολική κίρρωση

H. Αυτοάνοσα Νοσήματα του Στομάχου:

- Άτροφία του βλεννογόνου του στομάχου
- Δυσασπορρόφηση βιταμίνης B12
- Κακοήθης αναιμία (νόσος του Biermer)

I. Μυοσκελετικά Αυτοάνοσα Νοσήματα:

- Συστηματικός ερυθματώδης λύκος
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Σύνδρομο Sjogren

2.4.ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΙΔΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Στην προσπάθεια να κατανοήσουμε σε πρώτο επίπεδο, το πολύπλευρο ζήτημα των παραπάνω νοσημάτων, θα εξετάσουμε ενδεικτικά, ορισμένα από τα αυτοάνοσα νοσήματα, από κάθε προαναφερθείσα κατηγορία, παρουσιάζοντας βασικά στοιχεία για την νόσο αλλά και για την τυπική συμπτωματολογία τους. Ας ξεκινήσουμε με τη νόσο Hashimoto.

Η θυρεοειδίτιδα Hashimoto είναι μια χρόνια αυτοάνοση νόσος που επηρεάζει το θυρεοειδή αδέν, οδηγώντας σε φλεγμονή, υποθυρεοειδισμό και σταδιακή καταστροφή του αδέν. Η θυρεοειδίτιδα Hashimoto, η οποία ονομάζεται επίσης χρόνια λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα ή χρόνια αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα, είναι μια χρόνια αυτοάνοση νόσος που επηρεάζει το θυρεοειδή αδέν. Αυτό σημαίνει ότι το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού επιτίθεται στα κύτταρα του θυρεοειδούς αδέν, προκαλώντας φλεγμονή και σταδιακή καταστροφή του ιστού του θυρεοειδούς.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της θυρεοειδίτιδας Hashimoto περιλαμβάνουν:

- Φλεγμονή του Θυρεοειδούς: Η παρουσία φλεγμονής στον θυρεοειδή αδέν μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές στη λειτουργία του.
- Υποθυρεοειδισμός: Στα πρώιμα στάδια της νόσου, μπορεί να παρατηρηθεί υποθυρεοειδισμός, όπου ο θυρεοειδής αδέν παράγει λιγότερες θυρεοειδίνες από ό,τι απαιτείται.
- Αύξηση των Αντισωμάτων: Συχνά, οι ασθενείς με θυρεοειδίτιδα Hashimoto έχουν υψηλά επίπεδα αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων, που είναι αντισώματα που επιτίθενται στον ίδιο τον θυρεοειδή αδέν.
- Συμπτώματα υποθυρεοειδισμού: Ο υποθυρεοειδισμός μπορεί να προκαλέσει διάφορα συμπτώματα, όπως κόπωση, αύξηση βάρους, κρύο, ξηρό δέρμα, αδυναμία, και

κατάθλιψη, δυσκοιλιότητα, λοιπές αλλαγές στο δέρμα, , υπερευαίσθησία στο κρύο και άλλα.

Τα συμπτώματα ποικίλλουν, και πολλοί ασθενείς μπορεί να μην εμφανίσουν κανένα για καιρό. (*Effraimidis G, Wiersinga WM. (2014).*)

Η νόσος είναι πιο συχνή στις γυναίκες, με εμφάνιση στην ηλικία των 20 ετών σε ποσοστό 10-15% και αυξημένη στο 30-33% μετά τα 55. Συνδέεται με γενετικούς παράγοντες (80%). Στους παράγοντες κινδύνου που περιλαμβάνουν γενετικούς παράγοντες, έχουμε με τα αδέρφια και τους συγγενείς πρώτου βαθμού να έχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης. Οι περιβαλλοντολογικούς παράγοντες αφορούν περίπου ένα 20% στη ευρωπαϊκή κοινότητα.

Η θυρεοειδίτιδα Hashimoto συνήθως διαγιγνώσκεται με βάση αίτια όπως αίματος που επιδεικνύει υψηλά επίπεδα αντισωμάτων και ενδεχομένως εικονικές μεθόδους όπως η υπέρηχος του θυρεοειδούς. Η διαχείριση της θυρεοειδίτιδας Hashimoto συνήθως περιλαμβάνει κατά βάση , τη λήψη συνθετικών θυρεοειδινών για τη ρύθμιση των επιπέδων θυρεοειδινών και την παρακολούθηση των επιπτώσεων στην υγεία. *Duntas LH. (2019).*

Σε σχετικές μελέτες, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με θυρεοειδίτιδα Hashimoto έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν άλλες αυτοάνοσες παθήσεις, όπως η σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, ο λύκος, η κοιλιοκάκη, και άλλες.

Η θυρεοειδίτιδα Hashimoto παρουσιάζεται συχνότερα στις γυναίκες, ειδικά στις ηλικίες μετά τα 30. Επιπλέον, μπορεί να επηρεάσει την υγεία της γυναίκας αναπαραγωγικής συστοιχίας, προκαλώντας προβλήματα όπως ανούσια υπογονιμότητα, ανεύρυσμα του θυρεοειδούς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και προβλήματα με την ρύθμιση της περιόδου. (*Huber et al. ,2012).*

Η νόσος συνδέεται και με διαταραχές στον μεταβολισμό, καθώς και με ελλείψεις σε βιταμίνες και μέταλλα. Όσον αφορά τη διαχείριση, η κόπωση και οι δυσκολίες στη ρύθμιση του βάρους είναι πολύ συχνά και κοινά προβλήματα. Η απορρύθμιση του κύκλου ενέργειας-ανάπαυσης και η αντίσταση στην ινσουλίνη συνδέονται με την αύξηση βάρους.

Επίσης, η νόσος επηρεάζει το αίσθημα κορεσμού, ενώ ελλείψεις σε βιταμίνες και μέταλλα προκαλούν και άλλες επιπλοκές. Η διατροφή μπορεί να παίζει έναν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της θυρεοειδίτιδας Hashimoto. Ορισμένοι ασθενείς επιλέγουν διατροφικές προσαρμογές, όπως η αποφυγή γλουτένης, για να βελτιώσουν τα συμπτώματά τους. Φαίνεται πως η προσαρμογή της διατροφής και η μείωση του στρες μπορεί να είναι χρήσιμες.

Συνολικά, η θυρεοειδίτιδα Hashimoto είναι μια πολυπαραγοντική νόσος που απαιτεί προσεκτική διαχείριση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και των επιπλοκών της. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η θυρεοειδίτιδα Hashimoto είναι μια χρόνια νόσος και η διαχείρισή της συνήθως περιλαμβάνει τη συνεργασία με ειδικούς υγείας, όπως οι ενδοκρινολόγοι. (Caturegli P, De Remigis A, Rose NR. (2014).

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (Rheumatoid Arthritis ή RA) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης αυτοανοσία που επηρεάζει κυρίως τις αρθρώσεις. Είναι μια αυτοανοσία γιατί το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού επιτίθεται κατά λάθος στα ιδιαίτερα κύτταρα του οργανισμού, προκαλώντας φλεγμονή στις αρθρώσεις.

Στη RA, η αυτοανοσία οδηγεί στη φλεγμονή του συνδετικού ιστού, ιδίως στον χόνδρο των αρθρώσεων. Η φλεγμονή αυτή οδηγεί σε πόνο, οίδημα, και σταδιακή καταστροφή των αρθρώσεων. Ο χρόνιος χαρακτήρας της νόσου σημαίνει ότι μπορεί να επηρεάσει πολλές αρθρώσεις, και σε ορισμένες περιπτώσεις, άλλα μέρη του σώματος, όπως το δέρμα, τα αιμοποιητικά συστήματα, και τα όργανα.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα επιτίθεται στον χόνδρο και τα ιστούς των αρθρώσεων, προκαλώντας φλεγμονή. Αυτό οδηγεί σε πόνο, οίδημα και αυξημένη θερμοκρασία στις αρθρώσεις. Η φλεγμονώδης αντίδραση μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφή του χόνδρου, των οστών και των γύρω ιστών των αρθρώσεων. Άνθρωποι με RA έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και άλλα αυτοάνοσα, ενισχύοντας την πολυπλοκότητα της νόσου.

Η ακριβής αιτία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητή, αλλά φαίνεται να σχετίζεται με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Καπνός, γενετική προδιάθεση, και ορμονικοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση της νόσου (Khalid B Almutairi, 2020).

Στην RA, το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στις αρθρώσεις, προκαλώντας φλεγμονή. Η φλεγμονώδης αντίδραση αυτή είναι υπεύθυνη για την καταστροφή του χόνδρου, των οστών, και των μαλακών ιστών των αρθρώσεων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, άνθρωποι με ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορεί να εμφανίσουν και άλλα αυτοάνοσα, όπως σκλήρυνση κατά πλάκας, συστηματικό λύκο, ή σοβαρές φλεγμονώδεις παθήσεις. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την καθημερινή ζωή και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ο πόνος, η περιορισμένη κινητικότητα και η κόπωση μπορούν να έχουν συναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις (Smolen, J. S., et al., 2016).

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα παραμένει ένα σύνθετο ιατρικό θέμα και η προσέγγιση της ασθένειας πρέπει να είναι εξατομικευμένη.

Η συμπτωματολογία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας περιλαμβάνει:

- ο Πόνος: Συνήθως στις μικρές αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών.
- ο Οίδημα: Φουσκωμένες και ερυθρές αρθρώσεις λόγω της φλεγμονής.
- ο Προβλήματα Κίνησης: Περιορισμένη κινητικότητα των αρθρώσεων λόγω της καταστροφής του χόνδρου και των ιστών.
- ο Κόπωση και Συνολική Εξάντληση: Επειδή η νόσος μπορεί να επηρεάσει το σύνολο του οργανισμού.
- ο Προβλήματα Δέρματος και Ορασης: Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να υπάρξουν δερματικά προβλήματα και προβλήματα στα μάτια.

Η διάγνωση γίνεται μέσω κλινικής εξέτασης, ακτινογραφικών εξετάσεων και ανιχνευτικών αιματολογικών δοκιμασιών. Η πρόληψη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας δεν είναι πάντα εφικτή, αλλά η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική διαχείριση μπορούν να βοηθήσουν στον έλεγχο των συμπτωμάτων και στην παροχή βελτιωμένης ποιότητας ζωής. (Maha Jamall Hannah et al, 2022.) Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει φαρμακευτική θεραπεία με αντιφλεγμονώδη, κατασταλτικά και σε ορισμένες περιπτώσεις, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ή/και χειρουργικές επεμβάσεις. Επιπλέον, η φυσιοθεραπεία, και η συνεργασία με άλλους ειδικούς όπως οι ρευματολόγοι είναι

σημαντικές για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα

Η έρευνα συνεχίζεται για την κατανόηση των αιτιών της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και για την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών θεραπειών. Οι επιστήμονες εξετάζουν επίσης τη σχέση της νόσου με τους γενετικούς παράγοντες και την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (Multiple Sclerosis - MS) είναι μια χρόνια, φλεγμονώδης νευρολογική νόσος που επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα, που περιλαμβάνει τον εγκέφαλο και τον σπονδυλωτό μυελό. Είναι μια αυτοανοσοποιητική νόσος, κατά την οποία το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού επιτίθεται λανθασμένα στις νευρικά ίνες, προκαλώντας φλεγμονή και αύξηση σκλήρυνσης (σκλήρυνση κατά πλάκας) στις περιοχές αυτές. Οι νευρικές ίνες παίζουν σημαντικό ρόλο στη μεταφορά των νευρικών σημάτων. Όταν η μυελίνη καταστρέφεται, η μετάδοση των σημάτων μπορεί να εμποδίζεται ή να παρατείνεται, προκαλώντας μια ποικιλία συμπτωμάτων. Η MS μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή, καθώς μπορεί να προκαλέσει προβλήματα κινητικότητας, κόπωση, και άλλα προβλήματα υγείας.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η MS είναι μια πολύπλοκη νόσος και η εξέλιξή της διαφέρει από άτομο σε άτομο. Η αντιμετώπιση της απαιτεί συνεργασία μεταξύ ασθενούς, γιατρού και άλλων ειδικευμένων επαγγελματιών υγείας.

Η MS εμφανίζεται διαφορετικά σε κάθε άτομο, και τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν:

- ο Κόπωση: Συχνά είναι ένα από τα πρώτα συμπτώματα που αναφέρονται.
- ο Προβλήματα όρασης: Διπλή όραση, πόνος στα μάτια, αμυδρότητα.
- ο Απώλεια ισορροπίας και προβλήματα κινητικότητας: Προβλήματα με τον συντονισμό, απώλεια ισορροπίας, δυσκολία στο περπάτημα.
- ο Καταστάσεις κατάρρευσης ή αδυναμία σε ένα ή περισσότερα μέλη: Αδυναμία στα πόδια, προβλήματα κινητικότητας.
- ο Διαταραχές στην ομιλία και στην κατάποση: Δυσκολία στο μιλιά και στην κατάποση τροφής.

- ο Νευροπαθητικός πόνος: Πόνος που προκαλείται από προβλήματα στο νευρικό σύστημα.

Η εξέλιξη της νόσου είναι μεταβλητή και ορισμένοι ασθενείς μπορεί να έχουν περιόδους επιδείνωσης (εξάρσεις) και περιόδους βελτίωσης (ανάκαμψη). Οι ακριβείς αιτίες της MS δεν είναι ακόμη πλήρως γνωστές, αλλά πιστεύεται ότι συμμετέχουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Επιπρόσθετα, υπάρχουν διάφοροι τύποι MS, όπως η επαναλαμβανόμενη MS (RRMS), η δευτερογενής προοδευτική MS (SPMS), η πρωτογενής προοδευτική MS (PPMS), και η πρωτογενής προοδευτική MS με εξάρσεις (PRMS). Η ακριβής αιτία της MS δεν είναι γνωστή, αλλά παίζουν ρόλοι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες (*Peter W. Kaplan, 2014*).

Η επιδημιολογία της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας (Multiple Sclerosis - MS) διαφέρει ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή και άλλους παράγοντες. Η MS είναι πιο διαδεδομένη σε χώρες με ψυχρό κλίμα, όπως στην Βόρεια Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική, τον Καναδά και τη Ρωσία. Σε αντίθεση, είναι λιγότερο συνηθισμένη σε περιοχές με θερμότερο κλίμα.

Η ασθένεια συχνά προσβάλλει τους ανθρώπους που ζουν σε μεσογειακές και υψηλές σειρές παράλληλους. Οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν MS από τους άνδρες. Η αναλογία γυναικών προς άνδρες που πάσχουν από MS είναι περίπου 2:1. Συνήθως, η MS εμφανίζεται για πρώτη φορά μεταξύ των 20 και 40 ετών, αλλά μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε ηλικία. Ορισμένες εθνότητες έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης MS από άλλες. Είναι πιο συχνή σε λευκούς, ειδικά σε βορειοευρωπαίους και βορειοαμερικανούς πληθυσμούς. Υπάρχει γενετική προδιάθεση, καθώς οι άνθρωποι που έχουν κοντινούς συγγενείς με MS έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

Η διάγνωση συνήθως βασίζεται σε κλινικά συμπτώματα, νευρολογικές εξετάσεις, εργαστηριακές εξετάσεις και εικονικές εξετάσεις, όπως η μαγνητική τομογραφία. Διάφορες θεραπείες χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση των συμπτωμάτων και την ανακούφιση των ασθενών. Αυτές περιλαμβάνουν φαρμακευτικές θεραπείες και φυσικοθεραπεία. Η έρευνα για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας συνεχίζεται για να κατανοήσει καλύτερα τα αίτια της νόσου και να αναπτύξει αποτελεσματικότερες θεραπείες. (*Paul M. Matthews, Alan Thompson, 2017*).

Η νόσος Crohn αποτελεί μια χρόνια φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή και εκδήλωση σε διάφορα τμήματα του πεπτικού συστήματος. Η νόσος Crohn είναι μια χρόνια νόσος του εντέρου που μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος από το στόμα έως τον πρωκτό. Οι ασθενείς μπορεί να βιώνουν περιόδους εξάρσεων και ανάπαυσης των συμπτωμάτων.

Τα συμπτώματα της νόσου Crohn είναι ποικίλα και περιλαμβάνουν κοιλιακό πόνο, διάρροια, απώλεια βάρους, εμετό, και επίπεδα ενέργειας, αναιμία, εξάντληση, και επιπλοκές όπως αποφρακτικές περιοχές, και ευαισθησία στον πόνο. Επιπρόσθετα, Η νόσος Crohn μπορεί να οδηγήσει και σε άλλες επιπλοκές, όπως ευαισθησία στην έκθεση, περιορισμένη απορρόφηση θρεπτικών ουσιών και σχηματισμό αποστημάτων.

Η διάγνωση της νόσου Crohn συνήθως βασίζεται σε κλινικές, εργαστηριακές, και εικονικές εξετάσεις. Οι εικονικές μελέτες, όπως δηλαδή η αντιαισθητική τομογραφία και η κολonosκόπηση, βοηθούν στον εντοπισμό των φλεγμονωδών ελλατωμάτων και των βλαπτικών περιοχών του εντέρου. (Feuerstein, J. D., et al. ,2019).

Η θεραπεία επικεντρώνεται στον έλεγχο της φλεγμονής κυρίως και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής με τη διατήρηση της ανεξαρτησίας των ασθενών. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να χρειαστούν χειρουργική επέμβαση για τη διόρθωση επιπλοκών.

Με βάση τη πρόσφατη αρθρογραφία, η νόσος επηρεάζει συνήθως τους νέους ενήλικες, αλλά μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και παρατηρείται να είναι πιο συνηθισμένη σε αναπτυγμένες χώρες. Αν και η ακριβής αιτία για αυτό, δεν είναι ακόμη γνωστή, υπάρχουν κάποιες θεωρίες που προσπαθούν να εξηγήσουν αυτήν την παρατήρηση. Σε αναπτυγμένες χώρες, οι διατροφικές συνήθειες και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να διαφέρουν σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι διατροφικές συνήθειες που περιλαμβάνουν υψηλή ποσότητα επεξεργασμένων τροφίμων ή άλλες διατροφικές συνήθειες μπορεί να επηρεάσουν τον εντερικό φλοιό και το ανοσολογικό σύστημα. Από τη άλλη, η καλύτερη υγειονομική φροντίδα και η πιο εύκολη πρόσβαση σε ιατρικές εξετάσεις σε αναπτυγμένες χώρες μπορεί να σημαίνει ότι οι περισσότεροι ασθενείς εντοπίζονται και διαγιγνώσκονται

πιο συχνά. Είναι ακόμη, πιο συχνή σε άτομα με οικογενειακή ιστορία της νόσου. (Lichtenstein, G. et al., 2018)

Η νόσος του Crohn είναι μια πολυπαραγοντική νόσος που επηρεάζει σοβαρά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η σωστή διάγνωση και διαχείριση απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση από την ιατρική κοινότητα.

Σε μια μελέτη από τους Rachael Gowen, Ahmed Gamal και άλλους, εξέτασαν πώς η μικροχλωρίδα του εντέρου επηρεάζει την ανοσολογική απόκριση ενός ασθενούς σε ένα φάρμακο ή θεραπεία, το μέγεθος της επίδρασης και πιθανές κλινικές συνέπειες, όπως η παραγωγή βιοδεικτών. Χρησιμοποιώντας επίσης τη νόσο του Crohn ως μοντέλο, εξετάζοντας τη χρήση προβιοτικών και άλλων προβιοτικών προσεγγίσεων για τον φυσικό έλεγχο της σύνθεσης του μικροβιώματος του εντέρου ενός ασθενούς, παρέχοντας «φυσικές» μεθόδους ή λύσεις για τον έλεγχο της σύνθεσης του μικροβιώματος, ιδιαίτερα σε καταστάσεις ασθένειας, (Rachael Gowen, Ahmed Gamalet al., 2023).

Οι νέοι μεταξύ 16 και 35 ετών έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν νόσο του Crohn, αν και άτομα οποιασδήποτε ηλικίας μπορούν να εμφανίσουν τη νόσο. Επηρεάζει εξίσου άνδρες και γυναίκες και σε πολλές περιπτώσεις εμφανίζεται σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό της πάθησης. Έχει παρατηρηθεί ότι περίπου το 20% των ασθενών έχουν συγγενή που πάσχει από κάποια χρόνια φλεγμονώδη νόσο. Η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα είναι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (IBD). Πρόκειται για χρόνιες παθήσεις του πεπτικού συστήματος, τα ακριβή αίτια των οποίων είναι άγνωστα.

Στην Ελλάδα, υπολογίζεται ότι υπάρχουν 30.000-35.000 ασθενείς με ΙΦΝΕ, σχεδόν κατανεμημένοι μεταξύ της νόσου του Crohn και της ελκώδους κολίτιδας. Παρόλα αυτά δεν υπήρξε ποτέ καταγραφή της Πανελλήνιας επιδημιολογίας. Η εκτίμηση του αριθμού των ασθενών είναι πρόχειρη και προέρχεται κυρίως από δεδομένα που προέρχονται από ηλεκτρονικές συνταγές, με επαρκές περιθώριο λάθους, αφού έχουν πραγματοποιηθεί μόνο κάποιες μελέτες με μεθοδολογικούς περιορισμούς», όπως αναφέρει η Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου. EOMINFE).

Στην Ελλάδα, οι πολίτες που έχουν διαγνωστεί με νόσο του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα λαμβάνουν αυτόματα πιστοποιητικό αναπηρίας 50%. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε για ασθενείς που λαμβάνουν βιολογικά φάρμακα και για ασθενείς με συννοσηρότητες. Σε κάθε περίπτωση, το ποσοστό αυτό καθορίζεται μεμονωμένα από το Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ) με βάση τις παραμέτρους της κάθε περίπτωσης. Χ. Αν η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώνεται ή βρίσκεται σε ύφεση, πόσα χρόνια είναι άρρωστος, τι φάρμακα παίρνει, αν έχει κάνει κάποια επέμβαση κ.λπ (*Γενική γραμματεία υπηρεσιών υγείας υπουργείου υγείας, τμήμα θεραπευτικών πρωτοκόλλων και μητρώων ασθενών, επιστημονική ομάδα εργασίας, γαστρεντερολογικών νοσημάτων νοσος crohn 2023*).

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια δερματική πάθηση που επηρεάζει τον επιδερμίδα, προκαλώντας φλεγμονές και ερυθρότητα, καθώς και την εμφάνιση κλιμάκων ή κοκκινωπών κομμωτικών φλεγμονών. Παρόλο που η ακριβής αιτία της ψωρίασης δεν είναι ακόμα εντελώς γνωστή, έχουν γίνει πολλές επιστημονικές μελέτες για να κατανοήσουν και να διαχειριστούν αυτήν την πάθηση.

Η συμπτωματολογία της ψωρίασης μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο της ψωρίασης και το σημείο που επηρεάζεται. Ορισμένα από τα κύρια συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Ερυθρότητα και κλίμακες: Η ψωρίαση συχνά παρουσιάζεται με κόκκινες, ερυθρηματώδεις περιοχές στο δέρμα, οι οποίες συνήθως είναι καλυμμένες με κλίμακες από αποθηκευμένα κύτταρα δέρματος που απολύονται πολύ γρήγορα.
- Κνησμός και ενοχλήσεις: Οι περιοχές που επηρεάζονται από τη ψωρίαση μπορεί να προκαλούν κνησμό και ενοχλήσεις, ιδίως όταν η επιδερμίδα είναι ξηρή ή ερεθισμένη.
- Θύλακοι και φουσκώματα: Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ψωρίαση μπορεί να προκαλέσει τη δημιουργία μικρών θυλακωτών ή φουσκωμάτων στην επιδερμίδα.
- Τριχοειδής πλάκα (psoriatic plaque): Αυτό είναι το κλασικό σύμπτωμα της ψωρίασης, όπου η επιδερμίδα είναι κόκκινη, ερυθρηματώδης και καλυμμένη με κλίμακες.

- **Αρθριτικά συμπτώματα:** Σε περιπτώσεις όπου εμφανίζεται η ψωρίαση αρθρώσεων (psoriatic arthritis), μπορεί να υπάρχουν συμπτώματα όπως πόνος, φουσκώματα και ακόμα και δυσκαμψία στις αρθρώσεις.

(*World Health Organization, Global Report on Psoriasis 2016*)

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η ψωρίαση μπορεί να επηρεάσει διαφορετικά μέρη του σώματος και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο. Οι ασθενείς με ψωρίαση μπορεί να χρειάζονται ποικίλες θεραπευτικές προσεγγίσεις ανάλογα με τα συμπτώματά τους και το επίπεδο επιρροής της ψωρίασης στην καθημερινή τους ζωή.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της ψωρίασης είναι πολύπλοκοι και περιλαμβάνουν τόσο γενετικούς όσο και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αν και η ακριβής αιτία της ψωρίασης δεν έχει ακόμα καθοριστεί πλήρως, οι επιστημονικές έρευνες έχουν εντοπίσει ορισμένους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνισή της. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν:

- **Γενετικοί παράγοντες:** Η ψωρίαση έχει έντονη γενετική συσχέτιση. Άτομα με οικογενειακό ιστορικό ψωρίασης έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν την πάθηση. Υπάρχουν πολλά γονίδια που έχουν συσχετιστεί με την ψωρίαση, όπως και με αυτοάνοσες αντιδράσεις.
- **Αυτοάνοση αντίδραση:** Στην ψωρίαση, το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στον ίδιο του τον οργανισμό, πιθανότατα λόγω κάποιου εξωτερικού παράγοντα που ενεργοποιεί το ανοσοποιητικό σύστημα.
- **Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ο στρες, οι μολύνσεις, οι τραυματισμοί του δέρματος και η χρήση ορισμένων φαρμάκων μπορεί να επηρεάσουν την εμφάνιση ή την επιδείνωση της ψωρίασης.
- **Αντιστροφή του αναπτυξιακού διαδρόμου του δέρματος:** Υπάρχει η θεωρία ότι η ψωρίαση μπορεί να προκύψει λόγω ανισορροπίας στη διαδικασία ανανέωσης του δέρματος, με τα κύτταρα δέρματος να ανανεώνονται υπερβολικά γρήγορα.
- Παρόλο που οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την εμφάνιση της ψωρίασης, η συνεισφορά κάθε παράγοντα μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο, και η ακριβής αιτία εξακολουθεί να είναι αντικείμενο έρευνας. (*Luigi Barrea et. Al, 2017*)

Ο επιπολασμός της ψωρίασης μπορεί να διαφέρει ανάμεσα στις διάφορες χώρες και ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες ανθρώπων εντός μιας χώρας. Γενικά η ψωρίαση

είναι μια αρκετά κοινή δερματική πάθηση σε παγκόσμιο επίπεδο. Εκτιμάται ότι περίπου 2-3% του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει από ψωρίαση. (Elder, J. T., et al., 2018).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η ψωρίαση μπορεί να επηρεάζει ανθρώπους από όλες τις ηλικίες και τα φύλα, αλλά συχνά ξεκινά σε νεαρή ή ενήλικη ηλικία. Οι επιπτώσεις της ψωρίασης μπορεί να είναι σημαντικές, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής των ατόμων που την αντιμετωπίζουν

Η ψωρίαση μπορεί να επηρεάζει άνδρες και γυναίκες, αλλά υπάρχουν κάποιες διαφορές στον τρόπο που εμφανίζεται και εξελίσσεται στα δύο φύλα. Αν και η ψωρίαση επηρεάζει τόσο άνδρες όσο και γυναίκες, υπάρχουν ορισμένες μικρές διαφορές στον επιπολασμό της μεταξύ των δύο φύλων. Σε μερικές μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι ο επιπολασμός της ψωρίασης είναι ελαφρώς υψηλότερος στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες. Γενικά, στους άνδρες είναι πιο κοινή η εμφάνιση της ψωρίασης στο τριχωτό του κεφαλής (κνήφη), στον ωμό, στη μέση, στους γλουτούς και στην περιοχή των γόνατων. Στις γυναίκες, συχνότερα εμφανίζεται στο τριχωτό του κεφαλής, στα γόνατα, αγκώνες, στις παλάμες και στα πέλματα. (Πολίτου Μ., Φέκκας Ν., 2016). Συνολικά, η ψωρίαση είναι μια πάθηση που επηρεάζει τόσο άνδρες όσο και γυναίκες, αλλά μπορεί να υπάρχουν κάποιες διαφορές στην εμφάνιση, την τοποθεσία και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων μεταξύ των δύο φύλων.

Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του είδους και της σοβαρότητας της ψωρίασης, του ιστορικού του ασθενούς, των συνοδών παθήσεων και άλλων παραγόντων. (Badri T, Kumar P, Oakley AM. Plaque Psoriasis, 2021.) Ορισμένες από τις κύριες θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν:

- Κρέμες, λοσιόν, γαλακτώματα ή ψεκασμοί που περιέχουν συστατικά όπως κορτικοστεροειδή, βιταμίνη D, καλκιοτριόλη, αλκαλικά αναλογικά με βιταμίνη D, ή αλκοόλες με οξέα. Αυτά τα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση της φλεγμονής και της κνίδωσης.
- Φωτοθεραπεία, είτε με τη χρήση φωτοθεραπείας UVA (PUVA) ή φωτοθεραπείας με φως UVB.

- Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις ψωρίασης, ενδέχεται να απαιτείται συστηματική θεραπεία, όπως προφορικά κορτικοστεροειδή, μεθοτρεξάτη, κυκλοσπορίνη, ακιτρετίνη ή βιολογικά φάρμακα, τα οποία επιδρούν στο ανοσοποιητικό σύστημα.
- αντιφλεγμονώδη φάρμακα, όπως τα Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ), μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μείωση της φλεγμονής και του πόνου.
(Sanminder Singh, Paulina Young, April W. Armstrong, 2017. & Δελλή Φ. και Μαντέκου-Λεφάκη Ι., 2016)

Ο συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος (ΣΕΛ) αποτελεί μια σύνθετη αυτοάνοση πάθηση που επηρεάζει διάφορα συστήματα του οργανισμού. Αναπτύσσεται όταν το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται σε ιστούς και όργανα, προκαλώντας φλεγμονώδεις αντιδράσεις και ερυθρότητα σε διάφορα μέρη του σώματος. Η νόσος ονομάστηκε «λύκος», λόγω της ομοιότητας που έχουν οι ερυθρές δερματικές βλάβες με δαγκωματιά λύκου. Η διάγνωση του ΣΕΛ βασίζεται συνήθως σε συνδυασμό των συμπτωμάτων, κλινικών εξετάσεων, εξετάσεων αίματος και ιστών, καθώς και ιστορικού ασθενούς.

Τα συμπτώματα του ΣΕΛ είναι ποικίλα και μπορεί να περιλαμβάνουν εξάνθημα στο πρόσωπο, φωτοευαισθησία, αρθρίτιδα, έκτοπη εμμηνόπαυση, κόπωση και απώλεια βάρους. Ο ΣΕΛ μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές, με συχνότερες τις:

- Καρδιαγγειακές διαταραχές:
- Ο ΣΕΛ μπορεί να προκαλέσει φλεγμονώδεις διαταραχές των αγγείων, γνωστές ως βασκουλίτιδες, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν την παροχή αίματος σε διάφορα μέρη του σώματος. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα όπως η αθηροσκλήρωση, η καρδιακή ανεπάρκεια και οι καρδιακοί επεισοδιακοί πόνοι.
- Νεφρική ανεπάρκεια
Ο ΣΕΛ μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στα νεφρά, γνωστές ως λύκου νεφρίτιδες. Οι λύκου νεφρίτιδες μπορούν να οδηγήσουν σε φλεγμονώδη και εκφυλιστικές αλλαγές στα νεφρικά ιστά, που στη συνέχεια μπορεί να προκαλέσουν νεφρική ανεπάρκεια.
- Νευρολογικά προβλήματα: Ο ΣΕΛ μπορεί να επηρεάσει το νευρολογικό σύστημα, οδηγώντας σε μια ποικιλία προβλημάτων, όπως νευρολογικές διαταραχές, κεφαλαλγίες, αναισθησία, μυοσκελετικούς πόνους και σπαστικότητα.

Αυτές οι επιπλοκές μπορούν να είναι σοβαρές και να απαιτούν άμεση ιατρική παρέμβαση.

Είναι σημαντικό για τους ασθενείς με ΣΕΛ να παρακολουθούνται τακτικά από ιατρούς ειδικούς, ώστε να προλαμβάνονται και να διαχειρίζονται αποτελεσματικά αυτές οι επιπλοκές. Οι ασθενείς με ΣΕΛ μπορεί να χρειάζονται διαχείριση του πόνου και μπορεί να επηρεάσει την ψυχική τους υγεία, προκαλώντας στρες και κατάθλιψη. (George C. Tsokos et al., 2016.). Η πρόγνωση του ΣΕΛ εξαρτάται από τη σοβαρότητα της νόσου και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, με πολλούς ασθενείς που μπορούν να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους με κατάλληλη θεραπεία και διαχείριση του τρόπου ζωής. Οι ασθενείς που γνωρίζουν ότι έχουν κληρονομήσει γενετική προδιάθεση για το ΣΕΛ μπορούν να λάβουν μέτρα προφύλαξης, όπως αποφυγή έκθεσης στον ήλιο, αποφυγή του καπνίσματος, διατήρηση υγιούς τρόπου ζωής και επίσκεψη σε ειδικό ιατρό για την παρακολούθηση της υγείας τους.

Ο λύκος μπορεί να είναι δύσκολο να διαγνωστεί, διότι τα συμπτώματά του μιμούνται συχνά αυτά άλλων ασθενειών. Η διάγνωση του ΣΕΛ βασίζεται σε μια συνδυασμένη προσέγγιση που συμπεριλαμβάνει κλινικές εξετάσεις, εξετάσεις αίματος και ιστών, καθώς και το ιστορικό του ασθενούς. Οι ασθενείς με ύποπτο ΣΕΛ μπορεί να υποβληθούν σε διάφορες εξετάσεις αίματος, όπως αντισώματα κατά διπλής ή τριπλής δοκιμασίας, αντισώματα κατά του DNA, αντισώματα κατά των κυκλοφοσφολιπιδίων, αντισώματα κατά των βιοχημικών αντισωμάτων και άλλα. Επιπλέον, οι εξετάσεις ιστών μπορεί να περιλαμβάνουν βιοψίες του δέρματος ή άλλων επηρεαζόμενων ιστών για τη διάγνωση των διαφόρων εκδηλώσεων του ΣΕΛ. (Veronica de Rosa et al. 2019.)

Όσον αφορά τη θεραπεία του ΣΕΛ, αυτή εξαρτάται από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τις επιπλοκές που παρουσιάζονται. Οι βασικοί στόχοι της θεραπείας είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων, η ελάττωση των φλεγμονωδών επιδεινώσεων, η πρόληψη επιπλοκών και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν αντιφλεγμονώδη φάρμακα, κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, αντιμαλάρια φάρμακα, αντιπηκτικά φάρμακα και άλλα. Επιπλέον, οι ασθενείς με ΣΕΛ μπορεί να χρειαστούν ειδικές θεραπείες για τη διαχείριση των επιπλοκών που εμφανίζονται σε άλλα όργανα, όπως η νεφρική ανεπάρκεια ή οι καρδιαγγειακές διαταραχές.

Ο συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος (ΣΕΛ) μπορεί να επηρεάσει ανθρώπους όλων των ηλικιών και φύλων, αν και υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που φαίνεται να τον επηρεάζουν συχνότερα.

Όσον αφορά το φύλο παρατηρείται να είναι περισσότερο διαδεδομένος σε γυναίκες παρά σε άνδρες. Οι γυναίκες προσβάλλονται περίπου 9 φορές συχνότερα από τους άνδρες. Αυτή η διαφορά στη συχνότητα μεταξύ των φύλων είναι παγκόσμια και αναφέρεται ότι οφείλεται σε γενετικούς, ενδοκρινολογικούς και ορμονικούς παράγοντες. (Chen-xingZhang et al. , 2020). Ακόμη φαίνεται να υπάρχει κληρονομική προδιάθεση για το ΣΕΛ. Άτομα με οικογενειακό ιστορικό ΣΕΛ έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν τη νόσο. Ωστόσο, η γενετική διασύνδεση του ΣΕΛ είναι σύνθετη και περιλαμβάνει τη συμμετοχή πολλαπλών γονιδιακών παραγόντων.

Επίσης, ο ΣΕΛ είναι πιο συνηθισμένος σε μερικές εθνοτικές ομάδες, όπως οι Αφρικανοί Αμερικανοί, οι Ινδοί της Ασίας και οι Λατίνοι, σε σύγκριση με τους Καυκάσιους και μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικιακή ομάδα, αλλά συνήθως εμφανίζεται πιο συχνά σε νεαρές ενήλικες, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων.

Σε γενικές γραμμές, παρά το γεγονός ότι ο ΣΕΛ μπορεί να επηρεάσει άτομα από διάφορες ομάδες και ηλικίες, οι γυναίκες παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της νόσου. Αν και η ακριβής αιτία αυτής της διαφοράς μεταξύ των φύλων παραμένει ακόμα αμφιλεγόμενη, φαίνεται ότι οι γενετικοί, ορμονικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συνδυάζονται για να παίξουν έναν ρόλο σε αυτήν τη διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου. (Silva, C. A., Ancin, T., & Brunner, H. I., 2016).

Ο διαβήτης τύπου 1 είναι μια αυτοάνοση ασθένεια, κατά την οποία το ανοσοποιητικό σύστημα καταστρέφει τα β-κύτταρα του παγκρέατος που παράγουν την ινσουλίνη. Η ινσουλίνη είναι απαραίτητη για τη φυσιολογική μεταφορά της γλυκόζης στα κύτταρα του σώματος. Η αυτοκαταστροφή αυτών των κυττάρων οδηγεί σε έλλειψη ινσουλίνης, προκαλώντας υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα (υπεργλυκαιμία). Χωρίς θεραπεία, αυτό μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές, όπως νεφρική ανεπάρκεια, βλάβες στο νευρικό σύστημα και καρδιαγγειακές παθήσεις. Ο διαβήτης πλήττει περίπου έναν στους δέκα Έλληνες, δηλαδή περίπου ένα εκατομμύριο άτομα στην Ελλάδα πάσχουν από αυτή την ασθένεια. Επιπλέον, ένας στους τέσσερις ενήλικες βρίσκεται σε προ-διαβητικό στάδιο. Ο διαβήτης τύπου 1, γνωστός και ως νεανικός

διαβήτης, χαρακτηρίζεται από πολύ χαμηλή ή σχεδόν μηδενική παραγωγή ινσουλίνης..

Σε ένα άτομο με αντίσταση στην ινσουλίνη μπορεί να απαιτείται 10 φορές μεγαλύτερη ποσότητα ινσουλίνης, 30 mIU/mL ή και περισσότερες μονάδες, ώστε να διατηρήσει ο οργανισμός το ζάχαρο σε φυσιολογικό εύρος. Αυτό είναι το προ-διαβητικό στάδιο.

Το προδιαβητικό στάδιο συνήθως διαρκεί αρκετά χρόνια και είναι το στάδιο όπου προκύπτουν σημαντικές βλάβες στον οργανισμό, από την αυξημένη έκκριση ινσουλίνης. Σταδιακά, συνήθως σε διάστημα ετών, η αυξημένη έκκριση ινσουλίνης καταβάλλει το πάγκρεας, το οποίο δεν καταφέρνει να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες έκκρισης ινσουλίνης

Η αιτιοπαθογένεια του ΔΤ1 συνδέεται στενά με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Παρόλο που η γενετική προδιάθεση είναι σημαντική, η εμφάνιση του νοσήματος επηρεάζεται επίσης από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως ο ιός της ανεπάρκειας της πολυσακχαρίτης (ΙΑΠ). Η αυτοάνοση αντίδραση που χαρακτηρίζει το ΔΤ1 συνήθως ξεκινά σε νεαρή ηλικία, συχνά κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας. (CDC 2017,.)

Συμπτώματα που προκαλεί ο διαβήτης περιλαμβάνουν:

- Εκνευρισμός και επιθετικότητα
- Έντονη κόπωση και αδυναμία
- Υπνηλία και μειωμένη διαύγεια
- Στυτική δυσλειτουργία ή ανικανότητα
- Έντονη πείνα
- Δυσκοιλιότητα και πεπτικές διαταραχές
- Συχνουρία
- Θολή όραση
- Καθυστέρηση στην επούλωση των πληγών
- Μουδιάσματα και “τσιμπήματα” στα χέρια και τα πόδια
- Μυκητιάσεις
- Δερματικά προβλήματα (χλωμή όψη, φαγούρα, σκουρόχρωμο δέρμα σε περιοχές όπως οι μασχάλες και η βουβωνική περιοχή)

- Εφιάλτες ή κλάμα κατά τον ύπνο
- Πονοκέφαλοι
- Ταχυκαρδία
- Αυξημένη εφίδρωση

Αυτά τα συμπτώματα συχνά θεωρούνται φυσιολογικές αντιδράσεις του σώματος λόγω ηλικίας, υπερβολικής εργασίας, στρες ή κακής πέψης μετά από ένα βαρύ γεύμα. Για το λόγο αυτό, συχνά δεν αναγνωρίζονται από τον ασθενή ως σημάδια του διαβήτη (*ESC Guidelines on diabetes EASD European Heart Journal, 2019*).

Η κύρια θεραπευτική προσέγγιση για τον ΔΤ1 είναι η υποκατάσταση της ινσουλίνης με έξωθεν, είτε με ενέσεις ινσουλίνης είτε με χρήση αντλιών ινσουλίνης. Οι ασθενείς με ΔΤ1 πρέπει να παρακολουθούν τακτικά τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα τους και να προσαρμόζουν τη δόση της ινσουλίνης τους ανάλογα. (*Robert Lustig, 2015*.)

Επιστημονικές έρευνες επιδιώκουν να αναπτύξουν νέες θεραπείες για τον ΔΤ1, όπως η χρήση εξελιγμένων τεχνολογιών αναπτυγμένων ινσουλίνης και θεραπευτικές προσεγγίσεις που στοχεύουν στον εμπλουτισμό του ανοσοποιητικού συστήματος. Κάποιοι ασθενείς με ΔΤ1 ενδέχεται να επωφεληθούν από συμπληρωματικές θεραπείες, όπως η χρήση συμπληρωμάτων ινσουλίνης με συσκευές συνεχούς υποδορίας ινσουλίνης ή η χρήση συσκευών παρακολούθησης συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα. Η υγιεινή διατροφή και η φυσική άσκηση είναι σημαντικά στοιχεία της διαχείρισης του ΔΤ1 και μπορούν να βοηθήσουν στον έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα.

Συνολικά, η αντιμετώπιση του ΔΤ1 απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει την υποκατάσταση της ινσουλίνης, την παρακολούθηση της γλυκαιμίας, τη διατροφή, την άσκηση και την έρευνα για νέες θεραπευτικές επιλογές. Η πρόωρη διάγνωση και η συνεργασία με εξειδικευμένους ιατρούς είναι καίρια για τη διαχείριση αυτής της νόσου. (*Margină, D.; Ungurianu, A.; Purdel, C.; Tsoukalas, D. et al, 2020*).

Η Αυτοάνοση Ηπατίτιδα είναι μια πάθηση κατά την οποία το ανοσοποιητικό σύστημα του σώματος επιτίθεται στο ήπαρ, προκαλώντας φλεγμονή και βλάβη. Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι της νόσου. Ο πρώτος, που είναι και ο πιο συχνός,

επιηρεάζει κυρίως νεαρές γυναίκες και συνδέεται συχνά με άλλες αυτοάνοσες ασθένειες, ενώ ο δεύτερος τύπος εμφανίζεται συνήθως σε παιδιά ηλικίας 2-14 ετών. Η νόσος επηρεάζει κυρίως γυναίκες, συνήθως σε ηλικίες 15-40 ετών, και συχνά συνδέεται με άλλες αυτοάνοσες παθήσεις. Το ανοσοποιητικό σύστημα είναι σχεδιασμένο να προστατεύει το σώμα από εισβολείς όπως ιούς και βακτήρια. Η αυτοάνοση ηπατίτιδα (AH), αποτελεί ένα από τα αίτια χρόνιας ηπατίτιδας, το οποίο μάλιστα εάν αφηθεί χωρίς θεραπεία μπορεί να οδηγήσει γρήγορα σε κίρρωση. (*Wang Q, Selmi C, Zhou X, et al., 2013*).

Πιο συγκεκριμένα, έχουν εντοπιστεί δύο κύριες μορφές αυτοάνοσης ηπατίτιδας.

- Αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 1. Αυτός είναι ο πιο κοινός τύπος της νόσου. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Περίπου τα μισά άτομα με αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 1 έχουν άλλες αυτοάνοσες διαταραχές, όπως κοιλιοκάκη, ρευματοειδής αρθρίτιδα ή ελκώδη κολίτιδα.
- Αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 2. Αν και οι ενήλικες μπορεί να αναπτύξουν αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 2, είναι πιο συχνή σε παιδιά και νέους. Άλλα αυτοάνοσα νοσήματα μπορεί να συνοδεύουν αυτόν τον τύπο αυτοάνοσης ηπατίτιδας.

Παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο αυτοάνοσης ηπατίτιδας περιλαμβάνουν:

- Φύλο. Αν και τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες μπορούν να αναπτύξουν αυτοάνοση ηπατίτιδα, η ασθένεια είναι πιο συχνή στις γυναίκες.
- Ιστορικό ορισμένων λοιμώξεων. Η αυτοάνοση ηπατίτιδα μπορεί να αναπτυχθεί αφού μολυνθείτε από την ιλαρά, τον απλό έρπητα ή τον ιό Epstein-Barr. Η ασθένεια συνδέεται επίσης με λοίμωξη από ηπατίτιδα A, B ή C.
- Κληρονομικότητα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι μια προδιάθεση για αυτοάνοση ηπατίτιδα μπορεί να εμφανίζεται σε οικογένειες.
- Έχοντας αυτοάνοσο νόσημα. Άτομα που έχουν ήδη αυτοάνοση νόσο, όπως κοιλιοκάκη, ρευματοειδή αρθρίτιδα ή υπερθυρεοειδισμό (νόσος Graves ή θυρεοειδίτιδα Hashimoto), μπορεί να έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν αυτοάνοση ηπατίτιδα. (<https://clinicalkey.com>, 8, 2018 & *Heneghan MA., 2018*)

Ο λόγος για αυτό είναι ασαφής. Τα κύτταρα που ευθύνονται για τη βλάβη πιστεύεται ότι είναι κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος που ονομάζονται λεμφοκύτταρα. Αναγνωρίζουν λανθασμένα τα ηπατικά κύτταρα ως «ξένα» για τον οργανισμό και τα καταστρέφουν. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια ηπατίτιδα, η οποία, εάν αφαιρεθεί χωρίς θεραπεία, θα εξελιχθεί σε κίρρωση και τελικά ηπατική ανεπάρκεια.

Τα συμπτώματα της αυτοάνοσης ηπατίτιδας είναι συχνά ελαφρά. Μπορεί να περιλαμβάνουν κόπωση, κοιλιακή δυσφορία, πόνο στις αρθρώσεις, ναυτία και ίκτερο (κίτρινος χρωματισμός του δέρματος και των ματιών).

Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, μπορεί να προκαλέσει ασκίτη (υγρά στην κοιλιά) και διανοητική σύγχυση. Η διάγνωση γίνεται μέσω εξετάσεων αίματος, ηπατικής βιοψίας ή ελαστογραφίας ήπατος. Η θεραπεία στοχεύει στο να ελέγξει τη φλεγμονή και την αυτοάνοση. Χρησιμοποιούνται φάρμακα όπως η πρεδνιζόνη και η αζαθειοπρίνη για να επιτευχθεί αυτό. Η θεραπεία μπορεί να διατηρηθεί για χρόνια και, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να απαιτείται εφ' όρου ζωής.

Η ατροφία του βλεννογόννου του στομάχου είναι μια κατάσταση όπου το επίχρισμα του εσωτερικού τοιχώματος του στομάχου γίνεται λεπτότερο και αδύναμο, και εν τέλει μπορεί να εξαφανιστεί. Αυτή η κατάσταση μπορεί να προκληθεί από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των διατροφικών ελλείψεων, της χρόνιας φλεγμονής του στομάχου, των αυτοάνοσων παθήσεων και άλλων παθολογικών καταστάσεων. Πρόκειται για μια κατάσταση η οποία μπορεί να προκληθεί από πολλούς παράγοντες, όπως διατροφικές ελλείψεις, χρόνια φλεγμονή του στομάχου, αυτοάνοσες παθήσεις, και άλλες παθολογικές καταστάσεις. Άλλα αίτια περιλαμβάνουν την χρήση ορισμένων φαρμάκων, όπως τα αντιφλεγμονώδη, την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, την ηλικία, και γενετικούς παράγοντες. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Δυσπεψία: Οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται δυσκοιλιότητα, βρογχικότητα ή φούσκωμα μετά το φαγητό.
- Κορεσμός ή Πλήρωμα: Ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να νιώθουν γρήγορα κορεσμένοι κατά τη διάρκεια του γεύματος
- Απώλεια Βάρους: Η ατροφία του βλεννογόννου μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια βάρους λόγω μειωμένης πρόσληψης θρεπτικών ουσιών.
- Αναιμία: Η ατροφία μπορεί να προκαλέσει αναιμία λόγω διαταραχής της επίπλωσης των ερυθρών αιμοσφαιρίων

- Εμετοί και Ναυτία: Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να αντιμετωπίζουν εμετό και ναυτία λόγω της διαταραχής της πέψης.
- Ανεπάρκεια Βιταμινών και Μετάλλων: Η απορρόφηση ορισμένων θρεπτικών ουσιών μπορεί να επηρεαστεί, οδηγώντας σε έλλειψη βιταμινών και μετάλλων. Η ατροφία του βλεννογόνου του στομάχου μπορεί να αναγνωριστεί μέσω κλινικής αξιολόγησης, εργαστηριακών εξετάσεων και ενδεχομένως ειδικών εξετάσεων, όπως η γαστροσκόπηση.

Η αντιμετώπιση συνήθως συνίσταται σε συνδυασμό θεραπειών που στοχεύουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των βασικών παραγόντων που την προκαλούν, όπως η θεραπεία των διατροφικών ελλείψεων και η αντιμετώπιση της χρόνιας φλεγμονής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να απαιτηθεί η χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμίνης B12 ή άλλων θρεπτικών ουσιών. Στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες, η διάγνωση και η αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης γίνεται με βάση τα συμπτώματα και τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές. Σε γενικές γραμμές, η θεραπεία της ατροφίας του βλεννογόνου του στομάχου είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες και την κατάσταση κάθε ασθενούς, με στόχο την ανακούφιση από τα συμπτώματα και τη βελτίωση της γαστρικής υγείας. Ορισμένες από αυτές είναι :

- Διατροφικές Αλλαγές: Μείωση της κατανάλωσης τροφών που μπορεί να ερεθίσουν το στομάχι και αύξηση της κατανάλωσης ελαφρών, εύπεπτων τροφών
- Φαρμακευτική Θεραπεία: Χρήση φαρμάκων που μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση από συμπτώματα όπως η δυσπεψία και η ναυτία.
- Διαχείριση του Στρες: Η μείωση του στρες μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της γαστρικής υγείας
- Ενδοσκοπικές Θεραπείες: Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ενδοσκοπική θεραπεία μπορεί να απαιτηθεί για την αντιμετώπιση βλεννογόνου παθήσεων.

Συμπληρωματικές Θεραπείες: Σε περιπτώσεις έλλειψης θρεπτικών ουσιών, ενδέχεται να απαιτηθεί η χορήγηση συμπληρωμάτων (Björnsson E, Talwalkar J, Lindor et al, 2010).

2.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τα αυτοάνοσα νοσήματα, περιλαμβάνοντας τουλάχιστον ογδόντα διαγνωστικές κατηγορίες διαταραχών, χαρακτηρίζονται από παθολογικές ανοσολογικές αποκρίσεις, που δεν φαίνεται να συνδέονται μόνο με γενετικούς παράγοντες.

Πολλοί θεωρούν ότι η **κληρονομικότητα** και το ψυχολογικό άγχος είναι δύο κύριοι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση αυτοανοσιακών παθήσεων. Γενετικοί παράγοντες συνδέονται με την προδιάθεση στην ανάπτυξη φλεγμονώδων αυτοανοσιακών νοσημάτων, αλλά έρευνες με μονοζυγωτικά δίδυμα αναδεικνύουν τους περιβαλλοντικούς παράγοντες ως σημαντικούς για την εκδήλωση αυτόανοσης νόσου. Τα δεδομένα αυτά ενισχύονται από την υψηλή αύξηση του επιπολασμού των αυτοάνοσων νοσημάτων τις τελευταίες δύο δεκαετίες, ενώ η γενετική βάση στους αντίστοιχους πληθυσμούς παραμένει σταθερή. Ωστόσο, έρευνες σε δίδυμα αδέρφια έχουν δείξει ότι η γενετική προδιάθεση συμβάλλει περίπου σε 25% των περιπτώσεων, ενώ το υπόλοιπο 75% σχετίζεται με παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής.

Οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με τον τρόπο ζωής και τη διατροφή επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση αυτοανοσιακών παθήσεων. Διότι αυτοί οι παράγοντες είναι προσαρμοστικοί, δηλαδή μπορούν να αλλάξουν, ιατρικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στον τρόπο ζωής και τη διατροφή μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την πορεία της νόσου και την ποιότητα ζωής των ατόμων που την αντιμετωπίζουν. Συχνά ξερουμε πως υπάρχει μια γενετική προδιάθεση ή ευαισθησία για την ανάπτυξη αυτοανοσιακών νοσημάτων. Αν και οι γενετικοί παράγοντες παίζουν ρόλο, οι μη-γενετικοί παράγοντες κινδύνου είναι εξίσου σημαντικοί. Ο μεγαλύτερος μέρος των αυτοάνοσων παθήσεων συνδέεται με παράγοντες όπως η διατροφή και ο τρόπος ζωής.

Επιπλέον, πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων, η **μακροχρόνια έκθεση σε στρες** μπορεί να πυροδοτήσει την αυτοανοσία. Το στρες μπορεί να είναι ο παράγοντας που ενεργοποιεί την εμφάνιση της νόσου. (*Paparrigopoulos, T., 2010*).

Ακόμη, οι άνθρωποι με αυτοάνοσα νοσήματα συχνά μοιράζονται κοινές ελλείψεις και προβλήματα στον τρόπο λειτουργίας του μεταβολισμού, ανεξάρτητα από το είδος της

νόσου που έχουν. **Ελλείψεις σε θρεπτικά συστατικά** και χρόνια έκθεση σε στρες μπορούν να επιδεινώσουν την κατάσταση. Η ανίχνευση και η διόρθωση αυτών των ελλείψεων και μεταβολικών διαταραχών μέσω ειδικών εξετάσεων είναι κρίσιμες για την αντιμετώπιση των αυτοανοσίας και τη βελτίωση της κατάστασής τους.

Οι ειδικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται ονομάζονται μεταβολικές αναλύσεις και μετρούν μικρά μόρια που συμμετέχουν στις χημικές αντιδράσεις του σώματος. Το κύριο πλεονέκτημά τους είναι ότι παρέχουν ακριβή δεδομένα σχετικά με τις ελλείψεις και τις μεταβολικές διαταραχές, επιτρέποντας την αποτελεσματική αντιμετώπιση των νοσημάτων. Οι μεταβολικές αναλύσεις προσφέρουν επίσης σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις ελλείψεις σε θρεπτικά συστατικά και τις διαταραχές του μεταβολισμού, οδηγώντας έτσι σε στοχευμένες ιατρικές παρεμβάσεις με φάρμακα, αλλαγές στον τρόπο ζωής και στη διατροφή, οι οποίες μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την κατάσταση της υγείας.

Μέσω των αλλαγών στον **τρόπο ζωής** και τη διατροφή, οι ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα μπορούν να διαπιστώσουν βελτίωση στην πορεία της νόσου τους, μείωση της συχνότητας και της έντασης των εξάρσεων, βελτίωση των συμπτωμάτων και αύξηση της ανταπόκρισης στη φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση της φλεγμονής και στον προσδιορισμό παραγόντων κινδύνου για πρόληψη μελλοντικών νοσημάτων. Οι μεταβολικές αναλύσεις παρέχουν έναν ολοκληρωμένο τρόπο μέτρησης της υγείας ενός ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη τη γενετική του ποικιλομορφία και τις ατομικές του επιλογές διατροφής και τρόπου ζωής.

Κατανοώντας ότι οι αυτοάνοσες παθήσεις οφείλονται σε πολλαπλούς παράγοντες μας δίνει νέες προοπτικές για την πρόληψη και τη διαχείρισή τους. Ακόμη κι αν υπάρχει γενετική προδιάθεση, η αλλαγή στον τρόπο ζωής μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου.

Από την άλλη, ο ρόλος των **περιβαλλοντικών παραγόντων**, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο περιβαλλοντικές εκθέσεις επηρεάζουν την ανοσοποιητική λειτουργία, έχει επαρκώς μελετηθεί σε σχέση με την ανάπτυξη αυτοάνοσων νοσημάτων, με την βιβλιογραφία να εστιάζει στην **έκθεση σε τοξικές/ χημικές ουσίες**, σε φυσικούς παράγοντες και σε βιολογικούς. (*Selmi, C. et al. 2012*).

Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με τους χημικούς παράγοντες, σε μετα-ανάλυση που πραγματοποίησαν οι Parks et al. το 2014, διαπιστώθηκε ισχυρή επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια και εξέλιξη αυτοάνοσων νόσων, οι οποίοι κατηγοριοποιούνται και παρακάτω

Η έκθεση σε κρυσταλλική πυρίτιδα έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη διαφόρων συστηματικών αυτοάνοσων νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, της συστηματικής σκλήρυνσης και του συστημικού ερυθρεματοειδούς λύκου.

Υπάρχουν ενδείξεις για μια σύνδεση μεταξύ της έκθεσης σε διαλύτες και της ανάπτυξης της συστηματικής σκλήρυνσης (SSc).

Η έκθεση σε χημικές ουσίες, όπως βιομηχανικά χημικά, φυτοφάρμακα και χημικά που χρησιμοποιούνται στην καθημερινότητα, έχει συνδεθεί με την αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης αυτοανοσοκαταστάσεων. Παραδείγματα περιλαμβάνουν το βιομηχανικό διοξίνιο, το οποίο έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση της λύκας.

Σχετικές μελέτες, φανερώουν ότι η μακροχρόνια έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία από τον ήλιο ή άλλες πηγές μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στο ανοσοποιητικό σύστημα. Έχει παρατηρηθεί ότι η υπεριώδης ακτινοβολία συνδέεται με την εκδήλωση νόσων όπως η λύκη και η λεμφομυελίτιδα. (Parks, C.G., et al. 2014).

Τα αυτοάνοσα νοσήματα εμφανίζονται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και σε όλο το φάσμα του πληθυσμού. Σε σχέση τώρα με το φύλο, η γυναικεία φύλο φαίνεται να είναι σημαντικά πιο ευάλωτη σε αυτές τις παθήσεις, με το 78% των ατόμων που πάσχουν από αυτοάνοσα να είναι γυναίκες. (Klein, S.L., Flanagan, K.L. (2016).

Ο λόγος που οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τα αυτοάνοσα νοσήματα συνδέεται με το ιδιαίτερο μεταβολικό προφίλ τους και τις συνεχείς ορμονικές αλλαγές που βιώνουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αυτές οι αλλαγές περιλαμβάνουν την εμμηνόρρηξη, την εφηβεία, την ωορρηξία, την έμμηνο ρύση, την κύηση, την κλιμακτήριο περίοδο, καθώς και την εμμηνόπαυση. (Ortona, E., Pierdominici, M. 2016)..

Αυτές οι ορμονικές αλλαγές μπορεί να επηρεάσουν το ανοσοποιητικό σύστημα και να διαδραματίσουν ρόλο στην εμφάνιση των αυτοανοσίων, καθιστώντας τις γυναίκες πιο ευάλωτες σε αυτούς τους τύπους νοσημάτων. Οι γυναίκες έχουν τάση να έχουν μια

πιο έντονη ανοσοειδή αντίδραση σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό μπορεί να συμβάλει στην αύξηση του κινδύνου για αυτοάνοσα νοσήματα. (*Voskuhl, R. 2011*).

Τα αυξημένα ποσοστά διάγνωσης αυτοάνοσων νοσημάτων συνδέονται συχνά με κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, όπως ο υψηλός ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης, η δυτικοποίηση του τρόπου ζωής, καθώς επίσης και τα σύγχρονα πρότυπα υγιεινής και καλής υγείας, μεταξύ των οποίων και η διατροφή. Η σύνδεση της διατροφής και του κινδύνου εμφάνισης φλεγμονώδων αυτοάνοσων νοσημάτων προτάθηκε το πρώτο μισό του 20ού αιώνα. Νοσήματα που επηρεάζονται κυρίως από τη διατροφή περιλαμβάνουν τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα, ωστόσο φαίνεται πως και άλλες αυτόνοσες παθολογικές καταστάσεις συνδέονται με την διατροφή, δεδομένου ότι το έντερο ως όργανο, καθώς και οι μεταβολικοί μηχανισμοί που επηρεάζονται από αυτό, σχετίζονται άμεσα με το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού. Πολλά τρόφιμα και συστατικά τροφίμων, συμπεριλαμβανομένου του γάλακτος, των υδατανθράκων, των λιπαρών, των πρωτεϊνών, των φρούτων και των λαχανικών, έχουν εξεταστεί ως πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες, αλλά τα αποτελέσματα από την πλειονότητα των μελετών είναι προς περαιτέρω διερεύνηση και δεν υποστηρίζουν ακόμα κανένα από αυτά τα μακροθρεπτικά στοιχεία ως αιτιακό παράγοντα. (*Manzel, A., Muller, D.N., 2014*).

Η διατροφή αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την εμφάνιση αυτοανοσοκαταστάσεων νόσων. Το σύστημα τροφοδοσίας επηρεάζει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και τη φλεγμονή στο σώμα, που αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην ανάπτυξη τετοιων νόσων. Ακολουθούν ορισμένοι τρόποι με τους οποίους η διατροφή μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση αυτών των νόσων.

Μια διατροφή πλούσια σε υπερ-επεξεργασμένα τρόφιμα, κορεσμένα λιπαρά, υδατάνθρακες υψηλής γλυκαιμικής δράσης και φτωχή σε φρέσκα φρούτα και λαχανικά μπορεί να προωθήσει τη φλεγμονή στο σώμα. Η χρόνια φλεγμονή σχετίζεται με την εμφάνιση αυτοανοσοκαταστάσεων νόσων.

Η υγιή λειτουργία του εντέρου και η ισορροπία του μικροβιώματος είναι σημαντικοί παράγοντες για την υγεία του ανοσοποιητικού συστήματος. Η διατροφή που περιλαμβάνει προβιοτικά και πρωτεϊνικά τρόφιμα, όπως τα γιαούρτια, τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά, μπορεί να συμβάλει στην υγιή λειτουργία του εντέρου. (*Joscelyn, J., Kasper, L.H. 2014*).

Τα αντιοξειδωτικά που περιέχονται σε φρούτα, λαχανικά και άλλα φυτικά τρόφιμα μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση της φλεγμονής και στην προστασία των κυττάρων από την οξειδωτική ζημιά. Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, που βρίσκονται κυρίως σε λιναρόσπορο, σολωμό, σαρδέλα και άλλα ψάρια, έχουν αντιφλεγμονώδη ιδιότητες και μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο αυτοανοσοκαταστάσεων. Έπειτα, υπάρχουν αναφορές ότι υψηλά επίπεδα σακχάρων και υδατανθράκων μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά το ανοσοποιητικό σύστημα και να αυξήσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης αυτοανοσιακών νόσων.

Τέλος, **το κάπνισμα** έχει φανεί να συμβάλλει στα θετικά αντι-κιτρουλινικά αντισώματα και στον αντι-ρευματοειδή παράγοντα, ιδιαίτερα όταν αλληλεπιδρά με κάποιον γενετικό παράγοντα κινδύνου. Επιπλέον, πιθανόν το κάπνισμα να παίζει ρόλο στην ανάπτυξη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, της πολλαπλής σκλήρυνσης, της συστηματικού ερυθρεματώδους λύκου, της θυρεοειδίτιδας Χασιμότο και της νόσου του Graves. (*Castro, F., de Souza, H.S.P. (2019).*)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η εκδήλωση των αυτοάνοσων διαταραχών είναι σύνθετη και πολυπαραγοντική, καθώς σχετίζεται με γενετικές, επιγενετικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, η έρευνα για την αιτιολογία των αυτοάνοσων νοσημάτων έχει εμπλέξει και τον παράγοντα της ψυχικής υγείας.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν πως ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών, διαγνωσμένων με αυτοάνοσο νόσημα, είχαν εκδηλώσει ψυχιατρική συμπτωματολογία πριν την εμφάνιση της νόσου (Stojanovich *et al.*, 2009). Συγχρόνως, μελέτες αναδρομικού τύπου δείχνουν πως ασθενείς που ήδη πάσχουν από αυτοάνοσο νόσημα εκδηλώνουν κατά την εξέλιξή του δυσκολίες ψυχικής υγείας (Stojanovich *et al.*, 2008, *Ilchmann-Diounou & Menard*, 2020).

Φαίνεται λοιπόν πως ψυχική υγεία και αυτοάνοσα νοσήματα αλληλεπιδρούν, διαμορφώνοντας έναν φαύλο κύκλο. Η σχέση μεταξύ του στρες και των αυτοάνοσων νοσημάτων έχει ερευνηθεί εκτενώς, και υπάρχουν ενδείξεις ότι το στρες μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το ανοσοποιητικό σύστημα. Η σχέση μεταξύ της ψυχικής υγείας και των αυτοάνοσων νοσημάτων είναι ένα ευρύ και σύνθετο πεδίο ερευνών. Πολλές μελέτες έχουν εξεταστεί για να κατανοήσουν τον τρόπο με τον οποίο η ψυχική υγεία μπορεί να επηρεάσει την ανοσολογική λειτουργία και την εμφάνιση αυτοάνοσων νοσημάτων.

Συγκεκριμένα για τη νευροφυσιολογική διαδικασία της φλεγμονής, τα αυτοάνοσα νοσήματα συνιστούν μια κατηγορία διαταραχών που χαρακτηρίζονται από χρόνια, εμμένουσα φλεγμονή, ως αποτέλεσμα της μειωμένης ή ανεπαρκούς ανοσολογικής απόκρισης στα αντιγόνα. Έτσι, έχει βρεθεί πως η φλεγμονή και η παρατεταμένη ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος σχετίζονται τόσο με την ανάπτυξη όσο και με την εξέλιξη της αυτοάνοσης νόσου. Επιπροσθέτως όμως, οι μηχανισμοί της φλεγμονής επιδρούν σε επίπεδο νευροβιολογικής λειτουργίας, και συγκεκριμένα στη νευροπλαστικότητα, στον μεταβολισμό των νευροδιαβιβαστών και στην νευροενδοκρινική λειτουργία, σε διεργασίες δηλαδή που σχετίζονται με την δημιουργία ψυχικών συμπτωμάτων, ειδικότερα στην μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Bialek *et al.*, 2019).

Σχετικά με τον εντερικό φραγμό, πρόκειται για ένα από τα πολυπλοκότερα και πιο ευρεία δίκτυα του οργανισμού, που τού επιτρέπουν την επικοινωνία με το εξωτερικό

πεδίο. Η σωστή λειτουργία του εντερικού φραγμού επιτρέπει την μεταφορά θρεπτικών συστατικών και διασφαλίζει την προστασία του από βλαβερές ουσίες (Kurashima et al., 2016).

Ο εντερικός φραγμός, άμεσα συνδεδεμένος με το εντερικό ανοσοποιητικό σύστημα και την εντερική μικροχλωρίδα, όταν δυσλειτουργεί, παρουσιάζει αυξημένη διαπερατότητα, διαταραχή στο εντερικό μικροβίωμα και φλεγμονή. Έτσι, μπορεί να επιδράσει στην πιθανότητα εμφάνισης αυτοάνοσου νοσήματος (Ilchmann-Diounou & Menard, 2020). Το δεδομένο αυτό έχει ερευνηθεί σε σχέση με τον διαβήτη τύπου 1 (Giancchetti et al., 2017), την πολλαπλή σκλήρυνση (Ochoa-Repáraz et al., 2017) και τον συστηματικό ερυθματώδη λύκο (Rosser et al., 2016).

3.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Αναφερόμενος κανείς στην κατάθλιψη, αναφέρεται σε ένα φάσμα διαταραχών διάθεσης. Με βάση το DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), το κυριότερο κοινό τους χαρακτηριστικό είναι το αίσθημα θλίψης, η ανηδονία και η ευερεθιστότητα, με αποτέλεσμα αξιοσημείωτες αλλαγές στην γνωστική και βιολογική λειτουργία του ατόμου και εν τέλει αρνητική επίδραση στην λειτουργικότητά του. Στο φάσμα αυτό, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή συνιστά την κυριότερη διαγνωστική κατηγορία. Τα διαγνωστικά κριτήρια είναι η παρουσία πέντε συμπτωμάτων από τα παρακάτω για χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων :

- Καταθλιπτική διάθεση
- Αίσθημα ανηδονίας, έλλειψη ενδιαφέροντος και ικανοποίησης
- Αξιοσημείωτη αλλαγή στο σωματικό βάρος ή στην όρεξη για φαγητό
- Υπνηλία ή αυπνία
- Ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση
- Ευκοπωσία, αίσθημα κούρασης
- Αίσθημα αναξιότητας, υπερβολικής ενοχής, ενίοτε και αίσθημα απελπισίας
- Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, κρίσης, λήψης αποφάσεων
- Αυτοκτονικός ιδεασμός, ευχές θανάτου

Τα παραπάνω συμπτώματα χρειάζεται να είναι παρόντα το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και σε καθημερινή βάση, να έχουν επίδραση σε σημαντικούς τομείς της

λειτουργικότητας του ατόμου και να μην σχετίζονται με πιθανή επίδραση ιατρικών ουσιών ή καταστάσεων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατέταξε το 2018 την καταθλιπτική διαταραχή ανάμεσα στις συχνότερα διαγνωσμένες νόσους στον παγκόσμιο πληθυσμό, υποδεικνύοντας ότι περίπου 10% του πληθυσμού σε κοινωνίες του δυτικού κόσμου εκδηλώνει καταθλιπτική συμπτωματολογία (*WHO, 2018*).

Με βάση το DSM-V, ο επιπολασμός της νόσου στις γυναίκες είναι 1,5 έως 3 φορές υψηλότερος απ' ό, τι στους άνδρες, με συνηθέστερη μάλιστα έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων στην ηλικιακή κατηγορία από 18 έως 29 ετών. (*Kessler et al., 2003*). Οι DiLuka και Olesen αναφέρουν ότι καθώς η κατάθλιψη συνιστά σοβαρή αιτία αναπηρίας και δυσλειτουργικότητας, αποτελεί νόσο με επιβαρυντικό αντίκτυπο στην οικονομία (*DiLuka & Olesen, 2014*).

Η συσχέτιση της καταθλιπτικής διαταραχής με τα αυτοάνοσα νοσήματα συνιστά πρόσφατο ερευνητικό ερώτημα για την διεθνή βιβλιογραφία, η οποία εστιάζει στις διεργασίες της φλεγμονής. Πιο συγκεκριμένα, στην φλεγμονή, ως ανοσολογική διαδικασία, τα μακροφάγα ενεργοποιούν στο ανοσοποιητικό σύστημα την παραγωγή συγκεκριμένων πρωτεϊνών. Σε ασθενείς με διαταραχές διάθεσης, έχει βρεθεί πως η παραπάνω ενεργοποίηση, αλλά και άλλοι φλεγμονώδεις μηχανισμοί, εκδηλώνονται με πολύ υψηλές τιμές και με παρατεταμένη χρονική διάρκεια. Η σχέση λοιπόν της αυτοανοσίας και κατ' επέκταση των αυτοάνοσων διαταραχών με την καταθλιπτική διαταραχή, φαίνεται να προκύπτει από την αυξημένη φλεγμονώδη δραστηριότητα (*Muscatello et al., 2017, Marrie et al., 2018*).

Επιπροσθέτως όμως, η σχέση αυτή μοιάζει να είναι αμφίδρομη, με την αυτοανοσία να αποτελεί παράγοντα κινδύνου στην ανάπτυξη ορισμένων ψυχικών νόσων, μεταξύ των οποίων η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (*Dowlatshahi et al., 2014*). Αυτό σημαίνει ότι ασθενείς με αυτοάνοσο νόσημα αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για εκδήλωση μείζονος κατάθλιψης, επαγόμενη από νευροανοσολογικούς και φλεγμονώδεις μηχανισμούς. Παράλληλα, φάνηκε ότι ασθενείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία ή και διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής, παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα αυτοαντισωμάτων (*Andersson et al., 2015*), υποδεικνύοντας έτσι την συννοσηρότητα της κατάθλιψης με τα αυτοάνοσα νοσήματα και αναδεικνύοντας τον ρόλο της αυτοανοσίας στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης (*Benros et al., 2013*). Ωστόσο, αναφορές γίνονται σε ορισμένους τρόπους με τους οποίους η

κατάθλιψη μπορεί να σχετίζεται με την εμφάνιση και τον έλεγχο αυτοανοσιακών νοσημάτων:

- Φλεγμονώδης απόκριση: Η κατάθλιψη συχνά συνδέεται με αυξημένη φλεγμονώδη απόκριση στο σώμα. Η υπερβολική φλεγμονή μπορεί να σχετίζεται με την εμφάνιση και την επιδείνωση αυτοανοσιακών νοσημάτων.
- Κορτιζόλη και στρες: Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει την παραγωγή κορτιζόλης, ενός ορμονίου που συνδέεται με την απόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος. Η υπερβολική παραγωγή κορτιζόλης μπορεί να επηρεάσει την ανοσολογική λειτουργία.
- Κοινοί γενετικοί παράγοντες: Υπάρχουν ερευνητικές ενδείξεις για κοινούς γενετικούς παράγοντες μεταξύ της κατάθλιψης και ορισμένων αυτοανοσιακών νοσημάτων, προτείνοντας μια πιθανή γενετική βάση για τη σύνδεση ανάμεσα σε αυτές τις δύο καταστάσεις.
- Κοινωνικο-ψυχολογικοί παράγοντες: Κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, όπως ο στρες, η απομόνωση και η υποστήριξη από το περιβάλλον, μπορεί να επηρεάσουν τόσο την κατάθλιψη όσο και την ανοσολογική λειτουργία.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η κατάθλιψη και τα αυτοανοσά νοσήματα είναι πολύπλοκες καταστάσεις που μπορεί να επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες.

Η σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ή/και της διάγνωσης της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής με τα αυτοάνοσα νοσήματα έχει μελετηθεί πιο εκτεταμένα στην νόσο της πολλαπλής σκλήρυνσης, της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και του συστημικού ερυθρηματώδους λύκου. Σχετικά με την πολλαπλή σκλήρυνση, φαίνεται πως ένας στους δύο ασθενείς με σκλήρυνση θα εκδηλώσει κατά τη διάρκεια της ζωής του καταθλιπτική διαταραχή (Patten S.B. & Marrie R.A, 2017), ενώ καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσιάζει σχεδόν το 80% των ασθενών (Paparrigopoulos et al., 2010).

Παρόλο που η φαινομενολογία της κατάθλιψης σε ασθενείς με σκλήρυνση προσομοιάζει αρκετά στην κοινή κατάθλιψη, ορισμένα συμπτώματα, κυρίως σωματικής και γνωστικής φύσης, όπως η ευκοπωσία, η ευερεθιστότητα, και οι αλλαγές στην όρεξη και στον ύπνο, δεν αναγνωρίζονται εγκαίρως και η καταθλιπτική διαταραχή υποδιαγιγνώσκεται και δεν λαμβάνει άμεση θεραπευτική παρέμβαση (Ferentinos et al., 2007). Ακριβώς αυτό το σημείο, δηλαδή η έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση των ψυχικών δυσκολιών κρίνεται υψηλής σημασίας στους ασθενείς με σκλήρυνση: η κατάθλιψη έχει καταδειχθεί παράγοντας νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς και προγνωστικός δείκτης για την έκβαση της νόσου, την εναλλαγή επεισοδίων ύφεσης και έξαρσης, την ποιότητα ζωής, και την ανταπόκριση στις ανοσολογικές θεραπείες (Paparrigopoulos et al., 2010).

Η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση είναι πολυπαραγοντική και φαίνεται να συνδέεται με προδιαθεσιακούς παράγοντες, νευροβιολογικές αλληλεπιδράσεις, αλλά και με το ατομικό ιστορικό του ασθενούς. Τα ερευνητικά δεδομένα είναι αντικρουόμενα: τόσο η νεαρή ηλικία διάγνωσης της σκλήρυνσης και η βραχεία διάρκεια της νόσου (Beiske et al., 2008), όσο και η προοδευτική εξέλιξη και η χρονιότητα της νόσου (Janssens et al., 2006), έχουν συσχετιστεί με υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης. Εδώ, στην ευαλωτότητα του ασθενή με σκλήρυνση φαίνεται να υπεισέρχονται ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, όπως το αίσθημα «αβοηθησίας» και απελπισίας, η αβεβαιότητα για την έκβαση και το μέλλον, το μη υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο, η αδυναμία συμμετοχής σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και οι ανεπαρκείς στρατηγικές ψυχοκοινωνικής διαχείρισης και προσαρμογής (Paparrigopoulos et al., 2010).

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα έχει επίσης συσχετιστεί με την καταθλιπτική διαταραχή, με αναφερόμενο επιπολασμό από 13% έως 42% (Isik et al., 2007). Οι πάσχοντες από ρευματοειδή αρθρίτιδα αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου εκδήλωσης κατάθλιψης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Marrie et al., 2018), και μάλιστα με υψηλότερο αυτόν τον κίνδυνο στο διάστημα των πέντε πρώτων χρόνων από την διάγνωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Wang et al., 2014).

Η συννοσηρότητα αυτή συνδέεται με τον χαμηλό δείκτη ποιότητας ζωής και λειτουργικότητας των ασθενών με αρθρίτιδα: η χρονιότητα της νόσου συνοδεύεται από χρόνιο πόνο και σωματική δυσλειτουργία και κατ' επέκταση με υψηλά ποσοστά ανεργίας ή/και εργασιακής παραγωγικότητας, και χαμηλά ποσοστά κοινωνικών επαφών και συμμετοχής στην κοινότητα (Margaretten et al., 2011).

Στη νόσο του συστημικού ερυθρηματώδους λύκου, τα επιδημιολογικά ερευνητικά δεδομένα αναδεικνύουν υψηλή συννοσηρότητα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Σε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση από τους Palagini et al. το 2013, φάνηκε πως 17% έως 75% των ασθενών με σκλήρυνση παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, με το μεγάλο αυτό εύρος τιμών να αποδίδεται στις πολλές διαφορετικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων (Palagini et al., 2013). Ακόμη, έχει δειχθεί πως ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με σκλήρυνση είναι κατά δύο φορές υψηλότερος συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό (Kheirandish et al., 2015). Στην μελέτη της συννοσηρότητας, οι έρευνες εστιάζουν σε σωματικούς παράγοντες, όπως το αίσθημα πόνου, η ευκοπωσία και η κόπωση (Pettersson et al., 2012; Waldheim et al., 2013), στις διαταραχές του ύπνου, και στην εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών (Palagini et al., 2014). Καθώς ο συστημικός ερυθρηματώδης λύκος έχει ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, αλλά και σοβαρότητας συμπτωμάτων, έχει φανεί πως η εξέλιξη της ασθένειας, καθώς και η ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή, σχετίζονται με την διάγνωση της κατάθλιψης (Bachen et al., 2009).

3.2 ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η σχέση μεταξύ του στρες και των αυτοανοσιακών νοσημάτων έχει απασχολήσει επιστημονικές έρευνες και ιατρική κοινότητα για πολλά χρόνια. Το στρες αναφέρεται σε οποιαδήποτε κατάσταση ή παράγοντα που θέτει πίεση στον οργανισμό και απαιτεί από αυτόν να προσαρμοστεί. Τα αυτοανοσά νοσήματα, από την άλλη, είναι πάθηση όπου το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στα δικά του κύτταρα και ιστούς, θεωρώντας τα ως ξένα. Ο στρες μπορεί να είναι φυσικός ή ψυχολογικός, και η αντίδραση του οργανισμού σε αυτόν μπορεί να συμπεριλαμβάνει την απελευθέρωση ορισμένων ορμονών, όπως η κορτιζόλη. Η υπερβολική έκθεση σε στρες ή η έλλειψη αποτελεσματικών μηχανισμών διαχείρισης του στρες μπορεί να έχει επιπτώσεις στην υγεία. Ακόμη, με τον όρο στρες, δεν εννοείται κάποια νόσος, αλλά περισσότερο μια κατάσταση στην οποία η ομοιόσταση του οργανισμού βρίσκεται σε ανισορροπία και δυσλειτουργία, εξαιτίας συγκεκριμένων ερεθισμάτων, συγκεκριμένων δηλαδή αγχογόνων παραγόντων. (Huerta et al., 2006, Marsland AL, McCaffery JM, Muldoon MF, Manuck SB, Brain, Behavior, and Immunity 2015,).

Σε πολλές περιπτώσεις, η συνεχής έκθεση σε υψηλά επίπεδα στρες έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αυτοανοσιακών νοσημάτων ή της επιδείνωσης των ήδη υπαρχόντων.

Για να διατηρήσει ο οργανισμός μια ισορροπημένη ομοιοδυναμική συνθήκη, το σύστημα του στρες ενεργοποιείται για να διασφαλιστεί η αυτορρύθμιση και η προσαρμογή με βάση τις ανάγκες ανταπόκρισης στα εκάστοτε ερεθίσματα. Όταν όμως τα στρεσογόνα ερεθίσματα υπερβαίνουν σε διάρκεια και ένταση, ξεκινά μια διαδικασία άμεσης ανταπόκρισης στην οποία εμπλέκεται ο άξονας υποθαλάμου, υπόφυσης και επινεφριδίων, καθώς και το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Η σύγχρονη βιβλιογραφία διαφοροποιεί το ευ-στρες (eustress) από το στρες (distress), υποδηλώνοντας πως συνθήκες με θετικό κίνητρο και σύντομη διάρκεια/παροδικότητα, οδηγούν σε προσαρμοστικές και επωφελείς αντιδράσεις, ενώ καταστάσεις υπέρμετρου, οξέος, μακροχρόνιου στρες σε δυσλειτουργικές αποκρίσεις και παθοφυσιολογικές μεταβολές (Agorastos & Chrousos, 2021).

Κατά τη διάρκεια περιόδων έντονου στρες, ο οργανισμός απελευθερώνει ορισμένες ουσίες, όπως το κορτιζόλη, που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά το ανοσοποιητικό σύστημα. Η υπερβολική παραγωγή κορτιζόλης μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία ακόμη και των λευκών αιμοσφαιρίων, που είναι σημαντικά για την καταπολέμηση των αφορμών αυτοανοσίας. Σε άτομα με προδιαθεσικότητα για αυτοανοσία, το στρες μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εκδήλωσης αυτοανοσων νοσημάτων ή να επιδεινώσει τη σοβαρότητά τους.

Οι μηχανισμοί με τους οποίους το στρες συνδέεται με την αυτοανοσία έχουν μελετηθεί κατά βάση από μελέτες αναδρομικού τύπου. Έτσι, σε ανασκόπηση των Glaser & Glaser, δείχθηκε ότι οι σχετικές έρευνες χρησιμοποιούν εργαλεία αξιολόγησης συμπτωμάτων ανησυχίας, δυσφορίας, ευερεθιστότητας και ψυχοκινητικής διέγερσης, καθώς επίσης αυτοαναφοράς για στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Glaser & Glaser, 2005). Οι στρεσογόνοι παράγοντες που έχουν μελετηθεί σε σχέση με τα αυτοάνοσα νοσήματα μπορούν να είναι οξείας ή χρόνιας φύσης και κατηγοριοποιούνται ενδεικτικά στους παρακάτω (Agorastos & Chrousos, 2021):

- ο Οικογενειακούς (σωματική ή ψυχική νόσος μέλους της οικογένειας, θάνατος στενού οικογενειακού ή φιλικού προσώπου, ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, ενδοοικογενειακή βία, διαζύγιο, απώλεια βιολογικού γονέα).
- ο Υγείας (σωματική ασθένεια, ψυχική νόσος, ατύχημα ή σοβαρός τραυματισμός, άμβλωση ή αποβολή, σεξουαλικές δυσλειτουργίες).
- ο Τραυματικές εμπειρίες ζωής (σοβαρή απειλή της σωματικής ακεραιότητας σε περιπτώσεις ληστείας, απαγωγής, απόπειρας δολοφονίας, πρώιμο παιδικό τραύμα, σεξουαλική κακοποίηση, φυσική καταστροφή, πολεμικές συρράξεις, τρομοκρατικές επιθέσεις).
- ο Κοινωνικούς (φυλάκιση ή νομικά προβλήματα, μεταναστευτικό/προσφυγικό καθεστώς, θέματα σεξουαλικής ταυτότητας, ελλιπές εκπαιδευτικό υπόβαθρο, σοβαρές οικονομικές δυσκολίες/αλλαγή οικονομικού στάτους).
- ο Περιβαλλοντικούς (σημαντική αλλαγή στον τρόπο ζωής/στις συνθήκες διαμονής, κλιματική αλλαγή, αστικοποίηση και περιβαλλοντική ρύπανση).
- ο Εργασιακούς (οικονομικές δυσκολίες, ανεργία, επιβαρυντικές συνθήκες εργασίας, συγκρούσεις στο επαγγελματικό πλαίσιο, επαγγελματική εξουθένωση).
- ο Συμπεριφορικούς (δυσλειτουργίες στον ύπνο, υπερβολική έκθεση σε οθόνες, ανθυγιεινές συνήθειες).

Επιδημιολογικές μελέτες καταδεικνύουν ότι το στρες εμπλέκεται τόσο στην έναρξη όσο και στην επιδείνωση αυτοάνοσων νοσημάτων. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί πως το στρες, ιδιαίτερα σε πρώιμα αναπτυξιακά στάδια τη ζωής, αυξάνει την επικράτηση καθώς και την επιδείνωση των συμπτωμάτων σε αυτοάνοσα νοσήματα, όπως ο συστηματικός ερυθριματώδης λύκος και η πολλαπλή σκλήρυνση (Mills et al, 2017). Ακόμη, μεγάλο ποσοστό ασθενών με αυτοάνοσο νόσημα, δηλώνουν ότι αντιμετώπιζαν συμπτώματα στρες πολύ πριν διαγνωστούν με το νόσημα. Ενδεικτικά, σε έρευνα των Stojanovich et al. το 2008, βρέθηκε πως το 70% των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση βίωνε στρες καιρό πριν την έναρξη της νόσου (Stojanovich et al., 2008).

Άλλα ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει πως το στρες και πιο ειδικά τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, συνιστούν παράγοντα κινδύνου για επεισόδια έξαρσης στην πολλαπλή σκλήρυνση, καθώς επίσης και στην πορεία εξέλιξης της νόσου. Κι αυτό γιατί μεταβλητές, όπως η διάρκεια και η χρονιότητα του στρες, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η διάγνωση συγκεκριμένης αγχώδους διαταραχής, φάνηκαν να

συσχετίζονται με ψυχοκοινωνικές παραμέτρους, όπως τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του ασθενούς, η υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό δίκτυο και οι διαθέσιμες στρατηγικές διαχείρισης (Mitsonis et al., 2009).

Η σύγχρονη βιβλιογραφία έχει στραφεί στην ψυχονευροανοσολογία (Glaser & Glaser, 2005), επιχειρώντας να αναδείξει τους μηχανισμούς που οι στρεσογόνοι παράγοντες συνδέονται με νευροφυσιολογικές αλλαγές, και συγκεκριμένα με αλλαγές στο ανοσολογικό σύστημα. Αναλυτικότερα, έρευνες έχουν μελετήσει τον πιθανό ρόλο του ψυχολογικού στρες και των ορμονών που συνδέονται με αυτό, στην δυσλειτουργία του ανοσολογικού συστήματος και στην αιτιοπαθογένεια των αυτοάνοσων νόσων (Glaser, 2005; Stojanovich, 2006/ Huerta et al., 2006). Παρόλο που η έρευνα έχει εστιάσει περισσότερο στην επικράτηση της κατάθλιψης στον πληθυσμό ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα, άλλα δεδομένα αναδεικνύουν την εξίσου υψηλή επικράτηση συμπτωμάτων ή και διαταραχών άγχους (Segui et al., 2000; Slattery et al., 2004/ Bachen et al., 2009).

Οι Bachen et al., μελετώντας τον συστημικό ερυθριματώδη λύκο και την συννοσηρότητά του με αγχώδεις διαταραχές, βρήκαν σε δείγμα λευκών γυναικών υψηλό επιπολασμό της γενικής αγχώδους διαταραχής, της ειδικής φοβίας και της διαταραχής πανικού, και μάλιστα υψηλότερο σε σχέση με τον γενικό, μη κλινικό πληθυσμό. Οι παράγοντες που υπεισέρχονται στην παραπάνω συσχέτιση φαίνεται να είναι η σοβαρότητα και η διάρκεια της νόσου, ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, καθώς και παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που διαμοιράζονται μεταξύ της νόσου και των αγχωδών διαταραχών. Παρόλο που η σχέση ανάμεσα στο στρες και τα αυτοανοσιακά νοσήματα είναι πολυποίκιλη και πολυσύνθετη, η κατανόησή της είναι σημαντική για την ανάπτυξη μέτρων πρόληψης και τη βελτίωση της υγείας. Οι έρευνες συνεχίζονται για να διερευνηθούν τα μηχανισμούς που συνδέουν το στρες με τα αυτοανοσιακά νοσήματα και για την ανάπτυξη αποτελεσματικότερων τεχνικών διαχείρισης του στρες.

(Nery et al., 2008, Bachen et al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

4.1. ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η έννοια της ποιότητας ζωής (Quality of Life) απασχολεί τους Έλληνες φιλοσόφους από αρχαιοτάτους χρόνους. Ο Αριστοτέλης, στο έργο του "Ηθικά Νικομάχεια", περιέγραψε την έννοια της "ευδαιμονίας" ως το τέλειο και αυτάρκες αγαθό, που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου. Η ποιότητα της ζωής αναλύθηκε ως έννοια ιδιαίτερα μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Αρχικά συνδέθηκε με την κατοχή χρημάτων και υλικών αγαθών. Στις δεκαετίες που ακολούθησαν, συνδυάστηκε, πέρα από τα προαναφερόμενα, με την εκπαίδευση, την υγεία και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου. Η προσέγγιση αυτή εξελίχθηκε με την έμφαση στην προσωπική ελευθερία, τη συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ευεξία.

Η έννοια της ποιότητας ζωής δεν έχει προσδιοριστεί με έναν συγκεκριμένο τρόπο μέχρι σήμερα. Οι ορισμοί που έχουν προταθεί ποικίλλουν ανάλογα την οπτική γωνία του εκάστοτε μελετητή. Η πλειοψηφία των ιατρών εστιάζει στην οργανική λειτουργία, ενώ οι κοινωνιολόγοι και οι ψυχολόγοι δίνουν έμφαση στην αλληλεπίδραση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής σφαίρας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα ζωής συνδέεται με την υγεία και αποδίδεται με την έννοια Health Related Quality of Life (HRQoL), η οποία εστιάζει στην αξία της υγείας που επηρεάζει ποικίλες πτυχές της ζωής. Για την κατανόηση της ποιότητας της ζωής έχουν αναπτυχθεί εργαλεία και κλίμακες μέτρησης που ποικίλλουν ανά περίπτωση μελετώμενου δείγματος.

Η εμφάνιση ή η συνύπαρξη αυτοάνοσων νοσημάτων υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής του ατόμου και παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, ο τόπος διαμονής, το επίπεδο εκπαίδευσης, η εργασιακή απασχόληση, οι συνήθειες που συνθέτουν τον τρόπο ζωής, η ικανότητα αυτοφροντίδας, λειτουργούν άλλοτε ευεργετικά και άλλοτε όχι. (Σαρρής, Μ. και Αρβανιτάκη, Ε., 2022).

Τα άτομα με αυτοάνοσα νοσήματα αντιμετωπίζουν καθημερινά προκλήσεις φυσικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους. Ο πόνος, η κόπωση και οι περιορισμοί κίνησης καθιστούν δύσκολη την καθημερινότητα. Η νόσος ενδέχεται να επηρεάσει την δυνατότητα εργασίας, την κοινωνική ζωή. Σύνηθες είναι το φαινόμενο της κοινωνικής απομόνωσης των ασθενών, λόγω του περιορισμού των σωματικών δραστηριοτήτων, της ανάγκης για τακτική ιατρική παρακολούθηση και της στιγματοποίησης που δέχονται. Η παροδική επιδείνωση της νόσου και τα συμπτώματά της, δυσχεραίνουν την απόκτηση εργασίας και τη διατήρηση μίας σταθερής επαγγελματικής σταδιοδρομίας. Η ανασφάλεια και το άγχος σχετικά με την εξέλιξη της νόσου επιδεινώνει την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών. Η αντιμετώπιση της ψυχολογικής πίεσης είναι εξίσου σημαντική με την αντιμετώπιση των φυσικών συμπτωμάτων. (Τσούγκου, Γ. κλ., 2016).

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, επιλέχθηκαν ενδεικτικές περιπτώσεις αυτοάνοσων νοσημάτων, ώστε να πραγματοποιηθεί επισκόπηση ερευνών που έχουν διεξαχθεί σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών και να αναλυθούν τα διαθέσιμα δεδομένα, όπως οι προκλήσεις που καλούνται να διαχειριστούν, η επίδραση της νόσου στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή, οι παράγοντες που σχετίζονται με την βελτίωση ή την επιδείνωση της υγείας του ασθενούς, κ.ο.κ., στοιχεία που συνθέτουν την ποιότητα ζωής του ατόμου. (Σαρρής, Μ. και Αρβανιτάκη, Ε. 2022)

Έτσι, στη περίπτωση της Πολλαπλής Σκλήρυνσης για παράδειγμα, η οποία χαρακτηρίζεται από στοιχεία φλεγμονής και εκφύλισης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, συναντάται κυρίως σε άτομα ηλικίας 20 έως 40 ετών και παρουσιάζει συμπτώματα όπως μείωση της κινητικότητας, ανικανότητα για εργασία, μείωση των γνωστικών λειτουργιών. Οι ασθενείς αυτοί συχνά παρουσιάζουν κατάθλιψη, άγχος, κοινωνική απομόνωση, απώλεια ανεξαρτησίας. Η κατάθλιψη, οφείλεται κυρίως σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και πηγάζει από την αβεβαιότητα σχετικά με την εξέλιξη της νόσου και από την απογοήτευση λόγω της έλλειψης πλήρους ίασης. Ωστόσο, έρευνες σχετίζουν την κατάθλιψη με την ίδια τη νόσο, καθώς κατά την εξέλιξή της καταστρέφεται η μυελίνη και οι περιοχές της λευκής ουσίας του

εγκεφάλου, που ευθύνονται για την συναισθηματική έκφραση. (Dobson, R. and Rice, D. 2022)

Μελέτες λοιπόν, έδειξαν πως ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με εκείνο του υγιούς πληθυσμού καθώς το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα επιδεινώνουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, επηρεάζοντας την κατάσταση του ασθενή.

Αντίστοιχα, άτομα που υιοθετούν ενεργό ρόλο στην καθημερινότητά τους, παρουσιάζουν ύφεση των συμπτωμάτων. Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, κ.λπ.). Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με την χαμηλή ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς που δύναται να εργαστούν εμφανίζουν υψηλότερη ποιότητα ζωής από εκείνους που δεν δύναται λόγω των συμπτωμάτων της νόσου. Εντύπωση προκαλεί το αποτέλεσμα έρευνας που συνδέει το φύλο με την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη. Οι γυναίκες φαίνεται να αντιλαμβάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό την υποστήριξη που είναι διαθέσιμη στο περιβάλλον τους και να εκφράζουν με μεγαλύτερη ευκολία την ανάγκη τους για υποστήριξη σε αντίθεση με τους άνδρες.

Ο βαθμός εκδήλωσης των συμπτωμάτων της νόσου επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτοάνοσα. Ενδεικτικά, η κόπωση μπορεί να διαταράξει την επαγγελματική σταθερότητα και την κοινωνική συναναστροφή των ασθενών, επηρεάζοντας την σωματική αλλά και την ψυχική διάσταση της ποιότητας ζωής. Η μείωση της γνωστικής λειτουργίας και η διαταραχή της μνήμης επιδεινώνει την ποιότητα ζωής, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της ασθένειας. Ο σωματικός πόνος και η σεξουαλική δυσλειτουργία επιδρούν αρνητικά στην ψυχική υγεία του νοσούντα. (Τσούγκου, Γ. κ.λ., 2016).

Σχετικά με την άθληση, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που συνήθιζαν να ασκούνται παρουσίαζαν βελτιωμένη ποιότητα ζωής σε σχέση με εκείνους που δεν αθλούνταν. Παράλληλα, η συμμετοχή των ασθενών σε πρόγραμμα ασκήσεων που ενδείκνυται για την πολλαπλή σκλήρυνση, είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της κόπωσης και την βελτίωση της ψυχολογίας και της ποιότητας ζωής. Αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζει και η υγιεινή διατροφή και η υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου ζωής.

Στη περίπτωση μακροχρονίων δερματικών παθήσεων όπως αυτήν της ψωρίασης, επηρεάζεται ένα ποσοστό από 0,1% έως 11,8% του παγκόσμιου πληθυσμού, με περισσότερους από 200.000 ανθρώπους που εκτιμάται ότι είναι πάσχοντες στην Ελλάδα. Ο όρος «ψωρίαση» αναφέραμε και πρωτύτερα πως αφορά στην ουσία για φλεγμονώδη δερματική πάθηση, στην οποία εμπλέκονται ανοσοποιητικοί παράγοντες λόγω εσφαλμένης ενεργοποίησης του ανοσοποιητικού συστήματος. Πρόκειται για μια συχνή, μη μεταδοτική ασθένεια που εμφανίζει περιόδους επιδείνωσης και βελτίωσης. Τα χαρακτηριστικά της περιλαμβάνουν την αυξημένη ανανέωση και ωρίμανση των δερματικών κυττάρων, που συσσωρεύονται στα ανώτερα στρώματα, δημιουργώντας φλεγμονή. Η νόσος έχει γενετική προδιάθεση, ενώ το άγχος και ο στρες μπορεί να συμβάλουν στην εκδήλωσή της. Λόγω της φύσης της, η ασθένεια εμφανίζεται συχνά σε συνδυασμό με άλλες αυτοάνοσες παθήσεις όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η νόσος Crohn και οι οφθαλμικές φλεγμονές, αλλά και με παθήσεις όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η αρτηριακή υπέρταση. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η ψωρίαση σπανίως καταφέρνει να θεραπευτεί πλήρως, και οι θεραπείες κυρίως στοχεύουν στην καταπολέμηση και τη μείωση των συμπτωμάτων. (R. Raciborski 2012, P Rosiak, K. and Zagożdżon P.)

Μελέτες περιγράφουν τον αντίκτυπο της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Το άγχος είναι σύνηθες σε άτομα που πάσχουν από δερματικής φύσης αυτοάνοσα νοσήματα και σχετίζεται με τον φόβο της απόρριψης, την χαμηλή αυτοεκτίμηση και το αίσθημα ντροπής που απορρέουν από την εικόνα του σώματος. Οι ασθενείς συχνά αποφεύγουν κοινωνικές δραστηριότητες που απαιτούν έκθεση του σώματός τους και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υποστούν στιγματισμό και κοινωνική απομόνωση. Με αντίστοιχο τρόπο επηρεάζονται οι κοινωνικές συναναστροφές και η σεξουαλική ζωή των ασθενών. (Αναγνωστόπουλος, Φ και Σταματινή, Π., 2020)

Η κοινωνική απομόνωση και ο στιγματισμός του πάσχοντα επηρεάζει σημαντικά, ακόμα και κατά την περίοδο βελτίωσης της κατάστασής του. Η έννοια του στίγματος αποτελεί κεντρικό παράγοντα που επηρεάζει την υγεία των ασθενών που αντιμετωπίζουν ψωρίαση. Συνδέεται με τον φόβο της κοινωνικής απόρριψης, το αίσθημα ντροπής, την κοινωνική απομόνωση, τη μειωμένη αυτοεκτίμηση και την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.

Πρόσφατες έρευνες έχουν επιβεβαιώσει τη σχέση μεταξύ της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, του στιγματισμού και της μειωμένης ποιότητας ζωής. Η έντονη σοβαρότητα της νόσου, ειδικά με εμφανείς δερματικές εκδηλώσεις, σχετίζεται με αυξημένο στιγματισμό. Ακόμη και οι βλάβες σε μη εμφανείς περιοχές του σώματος μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της νόσου.

Μελέτες έχουν επισημάνει πώς οι ασθενείς με ψωρίαση αντιμετωπίζουν δυσκολότερη προσαρμογή λόγω αρνητικών αντιδράσεων από το κοινωνικό περιβάλλον, σε σύγκριση με άλλες ομάδες, παρουσιάζοντας χαμηλότερη αυτοεκτίμηση. Οι σχέσεις μεταξύ διαφόρων μεταβλητών, όπως η προσαρμογή, ο στιγματισμός, η ποιότητα ζωής και η κοινωνική υποστήριξη, αν και δεν έχουν εξεταστεί επαρκώς σε διεθνές επίπεδο, παρουσιάζουν συνδέσεις που διαμορφώνουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών με ψωρίαση. Έρευνες έχουν αποκαλύψει ότι ο στιγματισμός, μαζί με το υποστηρικτικό δίκτυο, είναι ο κυρίαρχος προγνωστικός παράγοντας για ψυχολογική δυσφορία.

Πρόσφατη έρευνα που εξετάζει τους βιο-ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συνδέονται με την εκδήλωση κατάθλιψης σε ασθενείς με ψωρίαση, ανέδειξε ότι το γυναικείο φύλο, λόγω της υψηλότερης βίωσης και έκφρασης ψυχολογικής δυσφορίας, παρουσιάζει εντονότερη εκδήλωση κατάθλιψης. Ωστόσο, οι διαφορές στο φύλο δεν έχουν σημαντική σχέση με τα συμπτώματα. Όσον αφορά την ψυχική υγεία των ασθενών, διαπιστώθηκε ότι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, η καλή ποιότητα ζωής, η υψηλή ικανοποίηση από το κοινωνικό δίκτυο συσχετίζονταν με την καλή ψυχολογική υγεία. Επιπλέον, η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών επηρεάζεται αρνητικά από το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το νεαρότερο ηλικία και την έλλειψη συντρόφου. (Αναγνωστόπουλος, Φ και Σταματινή, Π. 2020, Gil-González, I. 2020).

Συνολικά, η ψωρίαση αποτελεί μια χρόνια δερματική νόσο που επηρεάζει αρνητικά όλες τις πτυχές της ζωής των ασθενών. Αυτοί οι ασθενείς απαιτούν ειδική προσοχή και καθοδήγηση από ειδικούς ψυχικής υγείας. Ο στόχος των παρεμβάσεων πρέπει να είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η μείωση του στιγματισμού, με σκοπό την επίτευξη καλής ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.

Η εμφάνιση των αυτοάνοσων νοσημάτων επηρεάζει ποικιλοτρόπως την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η κοινωνική κατάσταση και η ποιότητα ζωής των

ατόμων με αυτοάνοσα νοσήματα αποτελούν πεδίο έρευνας που απαιτεί συνεχή εξέλιξη και πολύπλευρη προσέγγιση. Η ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης, η αύξηση της ευαισθητοποίησης, και η εξεύρεση καινοτόμων λύσεων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αποτελούν προτεραιότητες για τους μελετητές και τους επαγγελματίες υγείας της σύγχρονης εποχής. (Dobson, R. and Rice, 2022).

4.2 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Η διαχείριση των αυτοάνοσων νοσημάτων και η αντιμετώπιση των ζητημάτων που απορρέουν από αυτά σε φυσικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας διεθνώς. Η κοινωνική υποστήριξη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση μιας αυτοάνοσης ασθένειας και παρουσιάζει θετικό αντίκτυπο στην σωματική και την ψυχική υγεία, συμβάλλοντας στην μείωση της κατάθλιψης και του άγχους, υιοθετώντας κατάλληλα πρότυπα συμπεριφορών υγείας, ενισχύοντας την αυτοφροντίδα και την προσήλωση στην θεραπευτική αγωγή. Άλλωστε, σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς που πάσχουν από αυτοάνοσα νοσήματα και διαθέτουν ουσιαστικές κοινωνικές συναναστροφές, παρουσιάζουν μεγαλύτερο χρόνο διαβίωσης και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σχετικά με τον όρο «κοινωνική υποστήριξη» εμφανίζεται πληθώρα ερμηνειών, ανάλογα με την προσέγγιση του κάθε ερευνητή. Ο Mattson, σε συνδυασμό με τους ορισμούς που απέδωσαν οι Albrecht και Adelman το 1987 και ο Gottlieb το 2000, καταλήγει να παρουσιάζει την κοινωνική υποστήριξη ως *«μια συναλλαγή, επικοινωνιακή διεργασία που περιλαμβάνει την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του προβλήματός του, της αυτοεκτίμησης καθώς και της αίσθησης του ανήκειν»*.

Η κοινωνική υποστήριξη διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: στην *αντικειμενική* (actual, received or enacted support) και στην *αντιλαμβανόμενη ή υποκειμενική* (perceived or subjective support). Η αντικειμενική αφορά την υποστήριξη που λαμβάνει ο ασθενής στην πράξη, ενώ η υποκειμενική αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου, θετική ή αρνητική, σχετικά με το τι θεωρεί ο ίδιος ο ασθενής ότι έχει ανάγκη, το οποίο δύναται να ταυτίζεται ή όχι με αυτό που τελικά εισπράττει.

Όσον αφορά στη μορφή της κοινωνικής υποστήριξης, διακρίνουμε πέντε τύπους:

1. τη συναισθηματική (emotional support), που παρέχεται για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς,
2. την υποστήριξη που αφορά την εκτίμηση του ατόμου (esteem support), η οποία περιλαμβάνει το σύνολο των ενεργειών που στοχεύουν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης του ασθενούς ότι δύναται να διαχειριστεί την κατάσταση την οποία βιώνει,
3. την υποστήριξη του κοινωνικού δικτύου (network support), η οποία αναφέρεται στο σύνολο των ατόμων ή των οργανισμών που διατίθεται με ποικίλους τρόπους για τη στήριξη των ασθενών,
4. την υποστήριξη ως προς την πληροφόρηση (informational support), που αφορά τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών που είναι απαραίτητες ώστε το άτομο να ενημερώνεται και να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με ζητήματα που το απασχολούν, όπως η θεραπεία μιας νόσου, και

την έμπρακτη (tangible or instrumental support), η οποία αφορά την αρωγή που παρέχεται στον ασθενή ώστε να ανταποκριθεί σε ζητήματα της καθημερινότητας, π.χ. η μετακίνηση ή η αυτοεξυπηρέτηση. (Ποντισίδης, Γ. και Μπελλάλη, Θ., 2015).

Σχετικά με τις μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, εντοπίζονται και άλλες διακρίσεις, που ποικίλουν ανάλογα με τον τρόπο προσέγγισης του κάθε μελετητή. Αναφορικά, ορισμένες από αυτές είναι: η λειτουργική και η δομική υποστήριξη, η τυπική και η άτυπη κοινωνική υποστήριξη, η ορατή και η μη ορατή υποστήριξη. Ανεξάρτητα από τη διάκρισή τους, παρατηρείται ότι η κοινωνική υποστήριξη συμβάλει θετικά στην υγεία του ασθενούς, μειώνοντας το άγχος και παροτρύνοντας την υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου ζωής, τηρώντας παράλληλα τις ιατροφαρμακευτικές οδηγίες.

Ωστόσο, είναι αναγκαία η βολιδοσκόπηση των αναγκών του ασθενούς ώστε να του παρέχεται η κατάλληλη μορφή κοινωνικής υποστήριξης. Παραδείγματος χάριν, σε άτομα που έχουν ανάγκη από συναισθηματική υποστήριξη και αντ' αυτού, τους

παρέχεται μόνο έμπρακτη, ίσως επιφορτιστούν με περαιτέρω άγχος, επιβαρύνοντας την κατάστασή τους.

Η φορτική υποστήριξη, η ανεξέλεγκτη παρουσία στον προσωπικό χώρο του ασθενούς, η πολυλογία προκαλούν δυσφορία και αύξηση του στρες. (Πάσχος, Κ., 2018).

Δεν αρκεί, λοιπόν, μόνο η υποστήριξη των ατόμων με αυτοάνοσα νοσήματα, αλλά πρωτίστως η κατανόηση των αναγκών τους για την αποτελεσματική διαχείρισή τους.

Έρευνες αποδεικνύουν ότι η υποστήριξη που λαμβάνει ο ασθενής με πολλαπλή σκλήρυνση από το άμεσο κοινωνικό του περιβάλλον συμβάλει θετικά στην ψυχική του υγεία και βοηθάει στην ευκολότερη προσαρμογή στη νόσο. Αντίστοιχα, στους πάσχοντες από Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ), η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη αποτελεί εργαλείο για την πρόβλεψη και την ικανοποίηση των αναγκών τους. Ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, στους οποίους παρέχεται συναισθηματική υποστήριξη, συνδέονται με χαμηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας.

Η ποιότητα ζωής των ατόμων με πολλαπλή σκλήρυνση εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τη δυνατότητα προσαρμογής του ασθενούς στη νόσο, από την υποστήριξη του άμεσου κοινωνικού περιβάλλοντος και από την υιοθέτηση του απαιτούμενου θεραπευτικού σχήματος. Το άτομο που πάσχει από πολλαπλή σκλήρυνση χρειάζεται να αναλάβει βασικούς ρόλους στην καθημερινότητα ώστε να κατορθώσει να διαχειριστεί τα οργανικά συμπτώματα της νόσου και τα συναισθήματά του. Παράλληλα, θα πρέπει να απαλλαγεί από τις αρνητικές προσδοκίες ώστε να μην επιβαρύνει την εξέλιξη της υγείας του. (Ποντισίδης, Γ. και Μπελλάλη, Θ., 2015)

4.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα αυτοάνοσα νοσήματα μαστίζουν τη σημερινή κοινωνία και αποτελούν φλέγον ζήτημα προς διαχείριση για τους επαγγελματίες υγείας και τον άμεσο κοινωνικό περίγυρο του ασθενούς. Η κοινωνική υποστήριξη παρουσιάζεται με ποικίλες μορφές και, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μέχρι τώρα ερευνών, επιδρά κυρίως θετικά στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω μελέτη σχετικά με

το είδος της κοινωνικής υποστήριξης που συνδράμει περισσότερο στην εκάστοτε νόσο. Η μορφή της κοινωνικής υποστήριξης που είναι ευεργετική σε κάθε περίπτωση πάσχοντα, ποικίλλει ανάλογα με τις ανάγκες του.

Η μελέτη της εκάστοτε συνθήκης είναι καθοριστική για την επιλογή της στρατηγικής προσέγγισης και διαχείρισης του κάθε ασθενούς ώστε να βελτιωθεί ουσιαστικά η ποιότητα ζωής του. Στόχος είναι η διατήρηση της αίσθησης αισιοδοξίας του ατόμου, διότι οι αρνητικές προσδοκίες και τα αρνητικά συναισθήματα επιδεινώνουν την κατάσταση του και την ποιότητα ζωής του

Κάθε αυτοάνοσο νόσημα εμφανίζει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο τα άτομα και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Ο ασθενής, κατά την εξέλιξη της νόσου, έρχεται αντιμέτωπος με συνθήκες και συναισθηματικές αλλαγές πρωτόγνωρες προς τον ίδιο, των οποίων η διαχείριση είναι πολυσύνθετη. Χρειάζεται να παρέλθει ένα διάστημα συνειδητοποίησης και αποδοχής της ασθένειας, ώστε να προβεί στην υιοθέτηση ενός νέου τρόπου ζωής, προσαρμοσμένου στις νέες ανάγκες και στα νέα δεδομένα. Οι μεταβολές αυτές κατακλύζουν τον ασθενή με συναισθήματα, κυρίως άγχους, απογοήτευσης και μοναξιάς, τα οποία γιγαντώνονται σε συνδυασμό με την εμφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου. Η υποστήριξη των ασθενών είναι αναγκαία κατά το στάδιο αυτό, αλλά και μετά την πάροδο της προσαρμογής τους στις νέες συνθήκες.

Η κοινωνική υποστήριξη των ατόμων με αυτοάνοσα νοσήματα από επαγγελματίες υγείας δεν περιορίζεται μόνο σε επίπεδο πληροφόρησης. Δύναται να επεκταθεί σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο. Με στόχο την αποτελεσματική υποστήριξη των ασθενών, εφαρμόζονται ψυχολογικές παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην τροποποίηση των δραστηριοτήτων, συμπεριφοριστικού τύπου, και παρεμβάσεις γνωσιακού τύπου, είτε συνδυασμός των δύο. Με τον τρόπο αυτό βελτιώνεται η ευεξία τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε φυσικό επίπεδο. Ορισμένες πρακτικές που εφαρμόζονται περιλαμβάνουν την προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, τον έλεγχο της διαφραγματικής αναπνοής, τον διαλογισμό. (Αναγνωστόπουλος, Φ και Σταματινή, Π. 2020, Πάσχος, Κ., 2018)

Δεδομένης της διαχείρισης των αυτοάνοσων νοσημάτων στον χώρο διημέρευσης του ασθενούς, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη παρέμβασης των επαγγελματιών υγείας με

σκοπό την εκπαίδευση και την πληροφόρηση τόσο των φροντιστών, όσο και των ίδιων των ασθενών για την αποτελεσματική αυτοδιαχείριση.

Τα προγράμματα αυτά έχουν ως στόχο την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στην καθημερινή ρουτίνα, τη ρύθμιση της συμπεριφοράς υγείας τους, την υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου ζωής, την ανάπτυξη των απαιτούμενων δεξιοτήτων για την εξυπηρέτηση των αναγκών τους, την αποδοτική χρήση των υπηρεσιών υγείας, την ομαλή κοινωνικοποίησή τους, τη συναισθηματική τους υποστήριξη.

Βέβαια, οι παρεμβάσεις που αφορούν την αυτοεξυπηρέτηση είναι αποτελεσματικές όταν προσαρμόζονται στην εκάστοτε νόσο. Αναφορικά με τις ομαδικές συναντήσεις πασχόντων με το ίδιο αυτοάνοσο νόσημα με επαγγελματίες υγείας, παρατηρείται ότι είναι πιο αποδοτικές όταν συμμετέχουν μέλη της οικογένειας, καθώς κατανοούν καλύτερα τη νόσο και τα αποτελέσματά της, σωματικά ή ψυχολογικά.

Πέρα από την κοινωνική υποστήριξη του ασθενούς, είναι απαραίτητη η εκπαίδευση και η στήριξη των φροντιστών τους, καθώς έχουν επιφορτιστεί με τη διαβίου φροντίδα του πάσχοντα και αποτελούν το δίκτυο επικοινωνίας με τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας. Ο άμεσος κοινωνικός περίγυρος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινότητα του ατόμου. Ο τρόπος προσέγγισης του ασθενούς, οι λεπτές ισορροπίες μεταξύ φροντίδας και ασφυκτικής παρέμβασης στην ζωή του πάσχοντα, οι γνώσεις σχετικά με τη νόσο και τις ανάγκες του ατόμου, αποτελούν ζητήματα συνεχούς διαπραγμάτευσης και ενημέρωσης. Η ευθύνη των φροντιστών είναι σημαντική και συνοδεύεται από συναισθήματα άγχους, πίεσης, κ.λπ. Η κοινωνική τους υποστήριξη (*συναισθηματική, έμπρακτη, κ.ο.κ.*) συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείριση των αρμοδιοτήτων που έχουν επωμιστεί και στην αρμονική συναναστροφή με τον ασθενή. Η καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας και η συνεργασία μεταξύ ειδικών είναι σημαντική στην αποτελεσματική υποστήριξη, τόσο του φροντιστή όσο και του ασθενούς.

Υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν προγράμματα εντός ενός πλαισίου πρόληψης που στοχεύουν στην εκπαίδευση και υποστήριξη των ανθρώπων ώστε να υιοθετήσουν και να διατηρήσουν μακροπρόθεσμες αλλαγές σε υγιεινές συμπεριφορές

για την πρόληψη περαιτέρω εξέλιξης της νόσου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Οι προληπτικές παρεμβάσεις μπορούν να επηρεάσουν την πορεία, την εξέλιξη ή τις επιπλοκές των αυτοάνοσων νοσημάτων, με στοιχεία που υπογραμμίζουν τη θετική επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στην υγεία των ασθενών.

Η άσκηση, σε συνδυασμό με τη μεσογειακή διατροφή και τη φροντίδα της συναισθηματικής υγείας τους, βελτιώνει την υγεία και την ευημερία των νοσούντων. Στο "Μοντέλο Χρόνιας Φροντίδας," η αποτελεσματική περίθαλψη χρόνιας νόσου προκύπτει από τη συνεργασία μεταξύ ασθενών, οικογενείας και φροντιστών με μια κατάλληλα προετοιμασμένη ομάδα επαγγελματιών. Με την εξέλιξη της τεχνολογίας, η χρήση των εφαρμογών Τηλεϊατρικής γίνεται πιο προσιτή, αποτελώντας πρόκληση για τη μελλοντική επιτυχία ιατρικών παρεμβάσεων από απόσταση προς τη βελτίωση της υγείας και της ευεξίας των ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας.

Μέτρα οφείλουν να ληφθούν και από το κράτος, ώστε να παγιωθεί ένα πλαίσιο αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης ατόμων με αυτοάνοσα νοσήματα.

Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του κοινού αποτελούν θεμέλια για τη δημιουργία μιας συνεκτικής κοινωνίας, στην οποία θα εντάσσονται ομαλά όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από τις υγειονομικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν. Πέραν, όμως, της διαμόρφωσης ενός περιβάλλοντος αλληλεγγύης, είναι απαραίτητη και η ανάπτυξη των απαιτούμενων υποδομών και παροχών για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών. (Ποντισίδης, Γ. και Μπελλάλη, Θ., 2015)

Η οργάνωση και η στελέχωση του συστήματος υγείας, ώστε να παρέχει την απαιτούμενη πληροφόρηση και περίθαλψη στους νοσούντες σχετικά με τα ζητήματα που αντιμετωπίζουν, η διαμόρφωση των υποδομών λαμβάνοντας υπόψη την Οδηγία «Σχεδιάζοντας για όλους» ώστε να είναι εφικτή η προσβασιμότητα των ασθενών στο σύνολο των χώρων συνάθροισης κοινού, η προστασία των εργαζομένων και η παροχή κινήτρων για την επανένταξή τους στο εργασιακό περιβάλλον, κ.λπ. αποτελούν μέτρα για τη διαμόρφωση ενός πλαισίου ένταξης στην κοινωνία και υποστήριξης ατόμων με αυτοάνοσα νοσήματα.

Η προσαρμογή του περιβάλλοντος στις ανάγκες του ασθενούς, συμβάλλει σημαντικά στην δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και παροτρύνει το άτομο να συμμετέχει ενεργά σε κοινωνικές δραστηριότητες, αναβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής του.

Η διαχείριση του ζητήματος σχετικά με την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αυτοάνοσα νοσήματα χρήζει ολιστικής προσέγγισης. Μέτρα χρειάζεται να ληφθούν τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε κρατικό επίπεδο. Ο ίδιος ο ασθενής χρειάζεται να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα, ο κοινωνικός του περίγυρος να του παρέχει την, κατά περίπτωση, απαιτούμενη κοινωνική υποστήριξη και το κράτος να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για την ένταξη στο κοινωνικό σύνολο και την ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων με αυτοάνοσα νοσήματα. Πρόκειται για καταστάσεις που χρήζουν συνεργασίας μεταξύ του ενδιαφερόμενου, του άμεσου κοινωνικού περιγύρου, των επαγγελματιών υγείας και των αρμόδιων φορέων – οργανισμών για την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Η κοινωνική υποστήριξη και η ποιότητα ζωής των ατόμων με αυτοάνοσα νοσήματα αποτελούν ζητήματα που απασχολούν έντονα την κοινωνία στη σημερινή εποχή και η διαχείρισή τους είναι καθοριστική για τη διαμόρφωση μιας κοινωνίας ισότητας και αλληλεγγύης.

4.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

Στη σύγχρονη κοινωνία, οργανώσεις και οργανισμοί επιδιώκουν την υποστήριξη των ατόμων που πάσχουν από αυτοάνοσα νοσήματα με στόχο την ομαλή ένταξή τους στην κοινωνία και στο εργασιακό περιβάλλον. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της προσπάθειας αυτής σε επίπεδο ευρωπαϊκό είναι η ανάπτυξη της Στρατηγικής «Ευρώπη 2020» τον Μάρτιο του 2010. Στο πλαίσιο της εν λόγω Στρατηγικής τίθεται ως στόχος η επίτευξη ποσοστού απασχόλησης 75% για άτομα ηλικίας 20-64 ετών σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Ωστόσο, πληθυσμός που ανέρχεται στο 23,5% σημειώνεται ότι πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια, ενώ το 19% έρχεται αντιμέτωπο με χρόνια προβλήματα υγείας. Το γεγονός αυτό καθιστά αναγκαία τη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών, και κατ' επέκταση των αυτοάνοσων νοσημάτων, και την ομαλή ένταξη των ασθενών στον εργασιακό χώρο, ώστε να επιτευχθεί οικονομική ανάπτυξη, αύξηση της παραγωγικότητας και μείωση των απαιτήσεων από τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Ως απόρροια των ανωτέρω, δημιουργήθηκε το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Προαγωγή της Υγείας στους Χώρους Εργασίας (ENWHP) το 1996. Το Δίκτυο αυτό έχει αναπτύξει πρότυπα για την προαγωγή της υγείας στην εργασία, με όραμα τους «υγιείς εργαζόμενους σε υγιείς οργανισμούς». Καθοριστικός είναι ο ρόλος του εργοδότη στην προαγωγή της υγιούς εργασίας.

Αρχικά, ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον καθιστά ανασταλτικό παράγοντα στην επιβάρυνση της υγείας και στην εμφάνιση αυτοάνοσων νοσημάτων. Οι εργαζόμενοι που εκτίθενται σε σωρεία πιέσεων, εμφανίζουν υψηλά ποσοστά άγχους, το οποίο με τη σειρά του αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης χρόνιων ασθενειών. Το πρώτο βήμα, λοιπόν, είναι η διαμόρφωση ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος, το οποίο θα στηρίζει ηθικά και πρακτικά τον εργαζόμενο στο πλαίσιο της εκπόνησης των διαδικασιών. Πέραν της πρόληψης, σημαντική είναι η λήψη μέτρων στην περίπτωση που κάποιος εργαζόμενος εμφανίσει κάποιο αυτοάνοσο. Τα αυτοάνοσα νοσήματα συχνά συνδέονται με την εμφάνιση δυσάρεστων και απρόβλεπτων συμπτωμάτων (π.χ. πόνο, εμετούς, κ.ο.κ.) και την ανάγκη για υιοθέτηση φαρμακευτικών αγωγών με ποικίλες ανεπιθύμητες ενέργειες. (*Προαγωγή υγιούς εργασίας για τους πάσχοντες από χρόνια ασθένεια: Οδηγός καλής πρακτικής*, 2012),

Χρειάζεται να αναπτυχθεί ένα πλαίσιο ανεμπόδιστης επικοινωνίας μεταξύ του εργαζόμενου και του υπεύθυνου του Ανθρώπινου Δυναμικού ώστε να δύναται ο πρώτος να επικοινωνήσει τις ανάγκες του στον δεύτερο, να οργανωθούν οι διαδικασίες ώστε ο δεύτερος να διαχειριστεί την απουσία του πρώτου, να προσφερθεί στον πάσχοντα η απαραίτητη υποστήριξη (πρόσβαση σε επαγγελματίες υγείας, κ.λπ.) και να διαμορφωθεί το πλάνο επανένταξής του στην εργασία, όταν οι συνθήκες το επιτρέψουν.

Η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ εργοδότη και εργαζόμενου θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από διακριτικότητα και σεβασμό προς τα ανθρώπινα και τα

πνευματικά δικαιώματα των συμβαλλόμενων, ώστε να αναπτυχθεί κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας για τη συνέχιση της συνεργασίας. Η επανένταξη στην εργασία προϋποθέτει την αναδιάρθρωση των αρμοδιοτήτων του εργαζόμενου ώστε να μην επιβαρύνεται η κατάσταση υγείας του.

Αρχής γενομένης από 1ης Ιανουαρίου 2023 ΦΕΚ 5747/Β' 9.11.2022, αριθμ. 105583, μαζί με τις διατάξεις της παραγράφου β' της παραγράφου 3 του άρθρου 5 του Ν. 3846/2010 (Α' 66), όπως τροποποιήθηκε με Το άρθρο 67 του ν. 4808/2021 (Α' 101), εισάγει κατευθυντήριες γραμμές για την υλοποίηση της εξ αποστάσεως εργασίας μέσω τηλεργασίας κατόπιν αιτήματος των εργαζομένων. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές αφορούν συγκεκριμένα την παροχή τηλεργασίας για εργαζομένους με προβλήματα υγείας, που περιλαμβάνει μια διαδικασία ιατρικής αξιολόγησης και έναν μηχανισμό επίλυσης διαφορών σε περιπτώσεις όπου ο εργοδότης απορρίπτει ένα αίτημα τηλεργασίας. Πρωταρχικός στόχος αυτής της απόφασης είναι ο εντοπισμός εργαζομένων με ασθένειες, ασθένειες ή αναπηρίες που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία, ο οποίος μπορεί να μετριαστεί επιτρέποντάς τους να εργάζονται εξ αποστάσεως μέσω τηλεργασίας κατά τη διάρκεια αυτού του κινδύνου, υπό την προϋπόθεση ότι η φύση της εργασίας τους το επιτρέπει για παροχή εξ αποστάσεως.

Στο πλαίσιο αυτό περιλαμβάνεται η ιατρική και επαγγελματική υποστήριξη του εργαζόμενου, η δυνατότητα τηλεργασίας ώστε να αποφεύγονται οι μετακινήσεις όταν δεν κρίνεται απαραίτητο, η προσαρμογή του εργασιακού περιβάλλοντος στις ανάγκες του εργαζόμενου (π.χ. προσβασιμότητα, κ.λπ.). Βασικός στόχος είναι η διαχείριση των εμποδίων ώστε ο ασθενής να επιστρέψει στην εργασία του δίχως να κινδυνεύει από υποτροπή της νόσου. (ΦΕΚ 5747/Β/9.11.2022).

Παρακάτω, μπορούμε να δούμε ένδεικτικά, τα δικαιώματα και η κρατική μέριμνα που μπορεί να έχει ένα άτομο με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ), όπως ορίζονται από το ελληνικό κράτος και με βάση το πλαίσιο της Κοινωνικής Προστασίας των Ατόμων με Αναπηρία στην Ελλάδα παρουσιάζονται.(Σύμβασης του άρ, 72 του νόμου 4488/2017).

Δικαιώματα όπως:

- Μείωση φόρου 200,00 ευρώ θα δοθεί σε όλα τα φυσικά πρόσωπα, ανεξάρτητα από το εισόδημά τους. Επιπλέον, οι μισθοί και οι συντάξεις θα απαλλάσσονται από την παρακράτηση φόρου. • Την ευκαιρία να αποκτήσετε ένα δωρεάν πάσο ειδικά σχεδιασμένο για άτομα με αναπηρία.
- Δωρεάν ιατρική και νοσοκομειακή κάλυψη μέσω της Πρόνοιας.
- Απόκτηση «Κάρτας Πολιτισμού» (η οποία παρέχει πρόσβαση σε εκθέσεις, θέατρα, πολιτιστικές εκδηλώσεις κ.λπ. με έκπτωση εισόδου, έως και 100% έκπτωση).
- Κάθε χρόνο, άτομα που δεν είναι ΑμεΑ έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν σε προγράμματα «Κοινωνικού Τουρισμού». (HELLESCC, 2017).

Για να κατοχυρώσετε οποιοδήποτε από τα παρακάτω δικαιώματα, είναι απαραίτητο να χαρακτηριστείτε ως Άτομο Με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) και να σας αποδοθεί ένα συγκεκριμένο ποσοστό αναπηρίας. Συχνά, οι άνθρωποι πιστεύουν ότι ΑΜΕΑ είναι μόνο εκείνοι που χρησιμοποιούν αναπηρικά αμαξίδια, είναι τυφλοί, κωφοί ή έχουν νοητική στέρηση. Ωστόσο, η έννοια της αναπηρίας περιλαμβάνει πολλούς ανθρώπους που έχουν ασθένειες που δεν είναι εμφανείς, αλλά παρ' όλα αυτά τους εμποδίζουν να λειτουργούν φυσιολογικά. Να θυμάστε ότι η Νόσος του Crohn και η Ελκώδης Κολίτιδα επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινή σας ζωή και δυσχεραίνουν την ικανότητά σας να εργάζεστε και να μαθαίνετε παραγωγικά.

Το ποσοστό αναπηρίας καθορίζεται από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή του Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ) στην περιοχή σας. Για να δικαιούστε τα σχετικά δικαιώματα, πρέπει να σας αναγνωριστεί ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι αυτό το ποσοστό δεν ισχύει απαραίτητα εφ' όρου ζωής. Η διάρκεια της γνωμάτευσης μπορεί να ποικίλλει, από μερικούς μήνες έως και επ' αόριστον.

Όταν λήξει η ισχύς της γνωμάτευσης, πρέπει να υποβληθείτε ξανά σε εξέταση από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, το ποσοστό αναπηρίας μπορεί να χορηγείται επ' αόριστον. (Φ.80000/οικ.2/1, που εκδόθηκε στις 8 Ιανουαρίου 2018.)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έρευνα στα αυτοάνοσα νοσήματα έχει φανερώσει μια σύνθετη και διασταλτική πρόκληση, καθώς αυτά τα νοσήματα επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από αυτά. Η αύξηση της επιδημιολογικής εμφάνισης αυτών των νοσημάτων στην Ευρώπη αποτελεί ένα σημαντικό φαινόμενο που απαιτεί άμεση προσοχή και ενέργεια από τον κλινικό, τον επιδημιολογικό και τον κοινωνικό τομέα.

Η μελέτη των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα έχει αποκαλύψει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους, συμπεριλαμβανομένων της ψυχικής υγείας, της κατάθλιψης και του στρες. Είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη αυτοί οι παράγοντες κατά την αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών, προκειμένου να παρέχεται ολοκληρωμένη ιατρική και κοινωνική υποστήριξη.

Είναι επίσης σημαντικό να δοθεί έμφαση στην επαγγελματική ζωή και την κρατική μέριμνα για τους ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα. Οι ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα αντιμετωπίζουν προκλήσεις στον επαγγελματικό τομέα και την κοινωνική ζωή τους. Η δυσκολία να διαχειριστούν τις απαιτήσεις της εργασίας σε συνδυασμό με την παρακολούθηση και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του νοσήματος μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες στην επαγγελματική εξέλιξη και την καριέρα τους. Η διασφάλιση λοιπόν της πρόσβασης σε εργασιακές ευκαιρίες και της προστασίας από διακρίσεις στον χώρο εργασίας αποτελεί σημαντικό μέρος της συνολικής φροντίδας των ατόμων με αυτοάνοσα νοσήματα. Επομένως, η παροχή κοινωνικής υποστήριξης και η εφαρμογή πολιτικών που θα προάγουν την ισότητα και την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με αυτοάνοσα νοσήματα είναι ζωτικής σημασίας.

Η κατανόηση της επίδρασης των αυτοάνοσων νοσημάτων στην ποιότητα ζωής έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη διαφόρων στρατηγικών διαχείρισης και υποστήριξης. Αυτές οι στρατηγικές περιλαμβάνουν την προώθηση της κοινωνικής υποστήριξης, τη δημιουργία προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και τη βελτίωση της πρόσβασης σε ιατρική φροντίδα.

Η προαγωγή της υγείας και της ευημερίας των ατόμων που πάσχουν από αυτά τα νοσήματα απαιτεί ολιστική προσέγγιση που θα λαμβάνει υπόψη τις φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές τους ανάγκες. Είναι εξίσου σημαντικό να επενδύσουμε στην έρευνα και την ανάπτυξη νέων θεραπειών και φαρμάκων, καθώς και στην εκπαίδευση και ενημέρωση τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας.

Τέλος, η συλλογική προσπάθεια των κλινικών, των επιδημιολόγων, των κοινωνικών εργαζομένων και των πολιτικών αρχών είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων. Μόνο μέσω συνεργασίας φορέων, δημιουργίας ενός δικτύου αλληλεγγύης και συντονισμένων προσπαθειών θα βελτιωθεί σημαντικά η ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από αυτοάνοσα νοσήματα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Moss-Morris, R., McCrone, P., Yardley, L., & van Kessel, K. (2012). Worry and concerns in patients with systemic sclerosis: psychological aspects of a chronic physical illness. *Rheumatology*, Συμμετοχή των Ασθενών. (2164-2171).
2. Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2018). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In *The Oxford handbook of positive psychology and work*. Oxford University Press. (187-194).
3. Furst, D. E., Clarke, A. E., Fernandes, A. W., Bancroft, T., Greth, W., Iorga, S. R., & Veenstra, D. L. (2016). Resource use and costs in patients with systemic lupus erythematosus in the late 1990s. *Arthritis & Rheumatology*. (2338-2348).
4. Bruce, I. N., O'Keefe, A. G., Farewell, V., Hanly, J. G., Manzi, S., Su, L., ... & Bernatsky, S. (2016). Factors associated with damage accrual in patients with systemic lupus erythematosus: results from the Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) Inception Cohort. *Annals of the Rheumatic Diseases*. (1626-1633).
5. Gossec, L., Paternotte, S., Aanerud, G. J., Balanescu, A., Boumpas, D. T., Carmona, L. & McGonagle, D. (2014). Finalisation and validation of the rheumatoid arthritis impact of disease score, a patient-derived composite measure of impact of rheumatoid arthritis: a EULAR initiative. *Annals of the Rheumatic Diseases*. (831-835).
6. Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*. (640-648).
7. WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization.. National Library of Medicine. (1337-1465).
8. Helliwell, J. F., Layard, R., & Sachs, J. (Eds.). (2019), *World Happiness Report 2019. Sustainable Development Solutions Network. (<https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2019/WHR19.pdf>)*
9. Veenhoven, R. (2019). Is Happiness a Trait? Tests of the theory that a better society does not make us any happier. *Social Indicators Research*,(391-408).
10. Υφαντόπουλος, Ν. (2003). "Επιστημονικές προσεγγίσεις στη μέτρηση της ποιότητας ζωής." *Υγεία*, (47-58).
11. Kahneman, D., & Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being.. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. (107(38), 16489-16493).
12. Huber, M., et al. (2018). "How should we define health?" *BMJ*, 343,.
13. Abul K. Abbas, Andrew H. Lichtman, Shiv Pillai (2023). *Functions and Disorders of the Immune System*. Elsevier.

14. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction., *American Psychologist*. (5-14).
15. Abul K. Abbas, Andrew H. Lichtman , Shiv Pillai (2023) *Basic Immunology: Functions and Disorders of the Immune System*. Elsevier.
16. Kenneth Murphy, Paul Travers, Mark Walport, (2016). *Janeway's Immunobiology*". Garland Science.
17. Richard A. Goldsby, Thomas J. Kindt, Barbara A. Osborne, (2014). "Immunology", W.H. Freeman & Company.
18. Δημητρακόπουλος, Α., (2016). Αυτοάνοσα Νοσήματα. Πρότυπη Ομάδα Κλινικής Παθολογίας Ερρίκος Ντυνάν. (<https://pathologia.eu/enimerosi/anosologia/aftoanosa-nosimata/>), (28 Νοεμβρίου, 2016).
19. Δημητρακόπουλος, Α. (2017). Αυτοφλεγμονώδη Νοσήματα. Πρότυπη Ομάδα Κλινικής Παθολογίας Ερρίκος Ντυνάν. (<https://pathologia.eu/enimerosi/anosologia/autoflegmonodi-nosimata/>) , (4 Ιανουαρίου, 2017).
20. Judy Owen, Jenni Punt, Sharon Stranford, & Patricia Jones, (2018). *Kuby Immunology*. 7th ed. : Macmillan Learning
21. Munther A. A. Khamashta, Casas M.R. (2011). *Autoimmune Diseases: Acute and Complex Situations*. Springer.
22. Rojas M., Restrepo-Jimenez P., Monsalve D.M., Pacheco M., Acosta-Ambudia Y., Ramirez-Santana C., Leung P. S. C., Ansari A. A. (2018). Molecular mimicry and autoimmunity, *Journal of Autoimmunity*. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896841118305365>), (December, 2018).
23. Alexander Muacevic, John R Adler, (2020). **The Prevalence of Autoimmune Disorders in Women**. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292717/>), (May, 2020).
24. Fan Cao a b 1, Yu-Chen Liu, Qin-Yu Ni a b 1, Yue Chen e, Cheng-Huan Wan f, Si-Yuan Liu a b, Li-Ming Tao a, Zheng-Xuan Jiang a, Jing Ni e, Hai-Feng Pan, (2023). Autoimmunity Reviews, Temporal trends in the prevalence of autoimmune diseases from 1990 to 2019. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37201621/#:~:text=From%201990%20to%202019%2C%20the,%2D0.91%3B%20P%20%3C%200.001>)),
25. Yehuda Shoenfeld, Angela Tincani, M. Eric Gershwin (2012). Sex gender and autoimmunity. *Journal of Autoimmunity*.
26. *Frontiers in Neuroendocrinology*, Volume 35, Issue 3, August 2014, Pages 347-369, Gender differences in autoimmune disease T. Ngo a b 1, F.J. Steyn a 1, P.A. McCombe (2014). Gender differences in autoimmune. *Gender differences in autoimmune*. (35(2), 347-369).

27. Cooper GS, Bynum ML, Somers EC. (2011). Recent insights in the epidemiology of autoimmune diseases: Improved prevalence estimates and understanding of clustering of diseases. *Journal of Autoimmunity*, (33(3-4), 197-207).
28. Eaton WW., Rose NR., Kalaydjian A., Pedersen MG., Mortensen PB. (2017). Epidemiology of autoimmune diseases in Denmark. *Journal of Autoimmunity*,
29. **Αθανάσιος Γ. Τζιούφας Καθηγητής Παθολογίας – Ανοσολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Διευθυντής Εργαστηρίου και Κλινικής Παθολογικής Φυσιολογίας, ΓΝΑ «Λαϊκό»(2022)**, (<https://www.ot.gr/2022/05/12/plus/health/pos-epireazei-i-pandimia-covid-19-astheneis-me-systimatika-aytoanosa-nosimata/>), (12 Μαΐου, 2022).
30. Frederick W Miller (2023). The increasing prevalence of autoimmunity and autoimmune diseases: an urgent call to action for improved understanding, diagnosis, treatment, and prevention. *Current Opinion in Immunology Review*. (80, 102-26).
31. Effraimidis G, Wiersinga WM. (2014). "Mechanisms in endocrinology: autoimmune thyroid disease: old and new players.". *European Journal of Endocrinology*. (170(6), R241–R252).
32. Duntas LH. (2019). "Environmental Factors Contributing to the Development of Hashimoto's Thyroiditis."), *Hormones*. (18(3), 213–223).
33. Huber A, Menconi F, Corathers S, et al. (2012). "Joint genetic susceptibility to type 1 diabetes and autoimmune thyroiditis: from epidemiology to mechanisms.", *Endocrine Reviews*. (33(5), 697–725).
34. Caturegli P, De Remigis A, Rose NR. (2014). "Hashimoto thyroiditis: clinical and diagnostic criteria." *Autoimmunity Reviews*. (13(4-5), 391–397).
35. Smolen, J. S., et al. (2016). EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying
36. Maha Jamall Hannah den Braanker^{1,2} T. M. Kuijper¹ J. M. W. Hazes² Deirisa Lopes Barreto¹ A. E. A. M. Weel-Koenders (2022). The Epidemiology of Rheumatoid Arthritis in Europe: Rheumatology, Volume 9, A Systematic Review.
37. Khalid B Almutairi ¹, Johannes C Nossent ², David B Preen ³, Helen I Keen ⁴, Charles A Inderjeeth (2020) , The Prevalence of Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of Population-based Studies.
 - a. Paul M. Matthews, Alan Thompson (2017). "Multiple Sclerosis: Advances in Clinical Trial Design, Treatment and Future Perspectives". Springer, 2017
38. Peter W. Kaplan, Thien M. Huynh (2014). *Comprehensive Clinical Neurophysiology*": "Multiple Sclerosis and Neuroimmunology". Elsevier, 2014.
39. Feuerstein, J. D., et al. (2019). American Gastroenterological Association Institute Guideline on Therapeutic Drug Monitoring in Inflammatory Bowel Disease.. *Gastroenterology*. (157(5), 1313-1314).
40. Lichtenstein, G. R., et al. (2018). Management of Crohn's Disease in Adults. *American Journal of Gastroenterology*.. American College of Gastroenterology Clinical Guideline. (113(4), 481-517).
41. Gowen R., Gamal A., Di Martino L., McCormick T., & Ghannoum M. A. (2023). Modulating the Microbiome for Crohn's Disease Treatment.

([https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(23\)00049-5/abstract](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(23)00049-5/abstract)) , (23 January, 2023).

42. Ελληνική Ομάδα Μελέτης των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου ΕΟΜΙΝΦΕ (2023). Σύλλογος Ατόμων με νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Ελλάδας, Μαθαίνω να Ζω με ΙΦΝΕ. **(Ημερίδα 5.2023)**.
43. γενική γραμματεία υπηρεσιών υγείας υπουργείου υγείας, τμήμα θεραπευτικών πρωτοκόλλων και μητρώων ασθενων (2023). Επιστημονική ομάδα εργασίας, γαστρεντερολογικών νοσημάτων νοσος crohn, 2023.
44. Πολίτου Μ., Φέκκας Ν., (2016). Ψωρίαση και Ποιότητα ζωής. Ελλ. Επιθ. Δερμ. Αφρ. , (27(1), 97-104).
45. Badri T, Kumar P, Oakley A. M. (2021). Plaque Psoriasis. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430879/>), (8 Αυγούστου, 2023).
46. Rev Endocr Metab Disord (2017). Vitamin D and its role in psoriasis: An overview of the dermatologist and nutritionist Luigi Barrea. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28176237/>) , (Ιούνιος, 2017).
47. World Health Organization, Global Report on Psoriasis (2023) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204417/9786188285507gre> , (Σεπτέμβριος, 2023).
48. Δελλή Φ. και Μαντέκου-Λεφάκη Ι., (2016). Η αιτιοπαθογένεια της ψωρίασης στο επίκεντρο της ανοσολογικής έρευνας - απο τα εργαστήρια στις βιολογικές θεραπείες. (<https://edae.gr/journals/200901.pdf>), (Ιανουάριος, 2009).
49. Sanminder Singh, Paulina Young, April W. Armstrong (2017). Published: July 18, 2017. An update on psoriasis and metabolic syndrome: A meta-analysis of observational studies. (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181039>) , (18 Ιουλίου, 2017).
50. Elder, J. T., et al. (2010). The genetics of psoriasis. Archives of Dermatology, (146(6), 615-623).
51. New insights into the immunopathogenesis of systemic lupus erythematosus. George C. Tsokos et al. Nature Reviews Rheumatology. December 2016.
52. Silva, C. A., Avcin, T., & Brunner, H. I. (2016). Taxonomy for systemic lupus erythematosus with onset before adulthood. Arthritis Care & Research, (68(4), 476-483).
53. Alessandra Colamatteo, Veronica de Rosa et al. Frontiers in Immunology. August (2019). Metabolism and Autoimmune Responses: The microRNA Connection. (https://www.researchgate.net/publication/335452122_Metabolism_and_Autoimmune_Responses_The_microRNA_Connection) , (Αύγουστος, 2019).
54. Chen-xingZhang (2020). Immunometabolism in the pathogenesis of systemic lupus erythematosus. Journal of Translational Autoimmunity, 2020.
55. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD European Heart Journal (2019).(<https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/2/255/5556890#202785299>) , (Ιανουάριος, 2019)
56. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2017). Long-term Trends in Diabetes April. (<https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/library/diabetesreportcard2017-508.pdf>) , (Απρίλιο, 2019).

57. Lustig R. (2015). Sugar isn't just empty, fattening calories – it's making us sick. (<https://theconversation.com/sugar-isnt-just-empty-fattening-calories-its-making-us-sick-49788>) , (27 Οκτώβρη, 2015).
58. Margină, D., Ungurianu, A.; Purdel, C.; Tsoukalas, D.; Sarandi, E.; Thanasoula, M.; Tekos, F.; Mesnage, R.; Kouretas, D.; Tsatsakis, A. *Int. J. Environ. Res* (2020). Chronic Inflammation in the Context of Everyday Life: Dietary Changes as Mitigating Factors. *Public Health* .2020, 17, 4135.
59. Wang Q, Selmi C, Zhou X (2013). Epigenetic considerations and the clinical reevaluation of the overlap syndrome between primary biliary cirrhosis and autoimmune hepatitis.(<https://www.hygeia.gr/syndroma-epikalypsis-sta-aytoanosa-nosimata-toy-ipatos/> © hygeia.gr), (2013).
60. Björnsson E, Talwalkar J, Treeprasertsuk S, Kamath PS, Takahashi N, Sanderson S, Neuhauser M, Lindor K. (2010). Drug-induced autoimmune hepatitis: clinical characteristics and prognosis. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20512992/>), (Ιούνιος, 2010).
61. Elsevier Point of Care. Clinical Overview (2018). Autoimmune hepatitis. (<https://www.elsevier.es/en-revista-annals-hepatology-16-articulo-acute-onset-autoimmune-hepatitis-clinical-S1665268119300080>) , (Αύγουστος 8, 2018).
62. Ota M. (2021). Pathogenesis of Autoimmune Hepatitis—Cellular and Molecular Mechanisms. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8703580/>) , (Αύγουστος 6, 2021)
63. Castro, F., de Souza, H.S.P. (2019). Dietary Composition and Effects in Inflammatory
64. Bowel Disease. *Nutrients*, (11, 1398).
65. Joscelyn, J., Kasper, L.H. (2014). Digesting the emerging role for the gut microbiome in central nervous system demyelination. *Multiple Sclerosis Journal*, 20(12), (1553-1559).
66. Klein, S.L., Flanagan, K.L. (2016). Sex differences in immune responses. *Immunology*, (16, 626-638).
67. Manzel, A., Muller, D.N., Hafler, A., Erdman, S.E., Linker R.A., Kleinewietfeld, M. (2014). Role of “Western Diet” in Inflammatory Autoimmune Diseases. *Current Allergy and Asthma Reports*, 14(1).
68. Ortona, E., Pierdominici, M., Maselli, A., Veroni, C., Aloisi, F., Shoenfeld, Y. (2016). Sex-based differences in autoimmune diseases. *Annali dell' Istituto Superiore di Sanità*,(52(2), 205-212).
69. Paparrigopoulos, T., Ferentinos, P., Kouzoupis, A., Koutsis, G., Papadimitriou, G.N. (2010). The neuropsychiatry of multiple sclerosis: Focus on disorders of mood, affect and behaviour. *International review of psychiatry*, (22(1), 14-21).
70. Parks, C.G., et al. (2014). Expert panel workshop consensus statement on the role of the environment in the development of autoimmune disease. *International Journal of Molecular Sciences*, (15, 14269-14297).

71. Selmi, C. et al. (2012). Mechanisms of environmental influence on human autoimmunity: A national institute of environmental health sciences expert panel workshop. *Journal of Autoimmunity*, (39, 272-284).
72. Voskuhl, R. (2011). Sex differences in autoimmune diseases. *Biology of sex differences*, 2(1).
73. Agorastos, A., Chrousos, G.P. (2021). The neuroendocrinology of stress: the stress-related continuum of chronic disease development. *Molecular Psychiatry*.
74. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
75. Andersson, N.W., Gustaffson, L.N., Okkels, N., et al. (2015). Depression and the risk of autoimmune disease: a nationally representative, prospective longitudinal study. *Psychological Medicine*, (45(16), 3559-3569).
76. Bachen, E.A., Chesney, M.A., Criswell, L.A. (2009). Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis and rheumatism*, (61(6), 822-829).
77. Beiske, A.G., Svensson, E., Sandanger, I., Czujko, B., Pedersen, E.D., Aarseth, J.H. et al. (2008). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology*, (15, 239–245).
78. Benros, M.E., Waltoft, B.L., Nordentoft, M., et al. (2013). Autoimmune Diseases and Severe Infections as Risk Factors for Mood Disorders. A Nationwide Study. *JAMA*, 70(8), 812-820.
79. Bialek, K., Czarny, P., Strycharz, J., Sliwinski, T. (2019). Major depressive disorders accompanying autoimmune diseases – Response to treatment. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 95.
80. DiLuka, M. & Olesen, J. (2014). The cost of brain diseases: a burden or a challenge? *Neuron*, (18(6), 1205-1208).
81. Dowlatshahi, E.A., Wakkee, M., Arends, L.R., Nijsten, T. (2014). The Prevalence and Odds of Depressive Symptoms and Clinical Depression in Psoriasis Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Investigative Dermatology*, (134(6), 1542-1551).
82. Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Science and society*, (5(3), 243–251).
83. World Health Organization (2023). Depressive disorder.
84. (<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>) , (31 Μαρτίου, 2023).
85. Huerta, P.T., Kowal, C., DeGiorgio, L.A., Volpe, B.T., Diamond, B. (2006). Immunity and behavior: antibodies alter emotion. *PNAS*, (103, 678–683).

86. "Marsland AL, McCaffery JM, Muldoon MF, Manuck SB (2015). Brain, Behavior, and Immunity. Chronic stress and regulation of cellular markers of inflammation in rheumatoid arthritis: implications for fatigue.
87. Ilchmann-Diounou H., Menard, S. (2020). Psychological Stress, Intestinal Barrier Dysfunctions, and Autoimmune Disorders: An Overview. *Frontiers in Immunology*, 11.
88. Isik, A., Koca, S.S., Ozturk, A., Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, (26, 872-878).
89. Janssens, A.C., Buljevac, D., van Doorn, P.A., van der Meche, F.G., Polman, C.H., Passchier, J. et al. (2006). Prediction of anxiety and distress following diagnosis of multiple sclerosis: A two-year longitudinal study. *Multiple Sclerosis*, (12, 794–801).
90. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095–3105.
91. (289, 3095–3105).
92. Kheirandish, M., Faezi, S.T., Paragomi, P., et al. (2015). Prevalence and severity of depression and anxiety in patients with systemic lupus erythematosus: An epidemiologic study in Iranian patients. *Modern Rheumatology*, (25(3), 405–409).
93. Margaretten, M., Julian, L., Katz, P., Yelin, E. (2011). Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. *International Journal of Clinical Rheumatology*, (6, 617-623).
94. Marrie, R., Hitchon, C., Walld, R., et al. (2018). Increased burden of psychiatric disorders in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, (7(70), 970-978).
95. Mills, S.D., Azizoddin, D., Racaza, G.Z., Wallace, D.J., Weisman, M.H., Nicassio, P.M. (2017). The psychometric properties of the perceived stress scale-10 among patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, (26, 1218-1223).
96. Mitsonis, C.I., Potagas, C., Zervas, I., Sfagos, K. (2009). The effects of stressful life events on the course of multiple sclerosis. *International Journal of Neuroscience*, (119, 315–335).
97. Muscatello, M.R., Troili, G.M., Pandolfo, G., et al. (2017). Depression, anxiety and anger in patients with type 1 diabetes mellitus. *Recenti progressi in medicina*, (108(2), 77-82).
98. Nery, F.G., Borba, E.F., Viana, V.S., Hatch, J.P., Soares J.C., et al. (2008). Prevalence of depressive and anxiety disorders in systemic lupus erythematosus and their association with anti-ribosomal P antibodies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, (32, 695-700).

99. Palagini, L., Mosca, M., Tani, C., Gemignani, A., Mauri, M., Bombardieri, S. (2013). Depression and systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Lupus*, (22, 409-416).
100. Palagini, L., Tani, C., Bruno, R.M., Gemignani, A., Mauri, M., Bombardieri, S., Riemann, D., Mosca, M. (2014). Poor sleep quality in systemic lupus erythematosus: does it depend on depressive symptoms? *Lupus*, (23, 1350-1357).
101. Paparrigopoulos, T., Ferentinos, P., Kouzoupis, A., Koutsis, G., Papadimitriou, G.N. (2010). The neuropsychiatry of multiple sclerosis: Focus on disorders of mood, affect and behaviour. *International Review of Psychiatry*, (22(1), 14–21).
102. Patten, S.B., & Metz, L.M. (2001). Interferon beta-1 a and depression in relapsing-remitting multiple sclerosis: An analysis of depression data from the PRISMS clinical trial. *Multiple Sclerosis*, (7, 243–248).
103. Patten, S.B., Marrie, R.A., Carta, M.G. (2017). Depression in multiple sclerosis. *International review of psychiatry*, 1-10.
104. Pettersson, S., Lövgren, M., Eriksson, L.E., Moberg, C., Svenungsson, E., Gunnarsson, I.,
105. Welin, H.E. (2012). An exploration of patient-reported symptoms in systemic lupus erythematosus and the relationship to health-related quality of life. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, (41, 383-390).
106. Stojanovich, L. (2009). Stress and autoimmunity. *Autoimmunity Reviews*, (9, 271-276).
107. Waldheim, E., Elkan, A.C., Pettersson, S., van Vollenhoven, R., Bergman, S., Frostegard, J., Welin, H.E. (2013). Health-related quality of life, fatigue and mood in patients with systemic lupus erythematosus and high levels of pain compared to controls and patients with low levels of pain. *Lupus* (22, 1118-1127).
108. Wang, S.L., Chang, C.H., Hu, L.Y., Tsai, S.J., Yang, A.C., You, Z.H. (2014) Risk of developing depressive disorders following rheumatoid arthritis: a nationwide population-based study. *Plos One*, 9.
109. Σαρρής, Μ. και Αρβανιτάκη, Ε. (2022), Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα, Ερευνητική εργασία, ⁽¹⁾ Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα, ⁽²⁾ Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα, ⁽³⁾ Τμήμα Προστασίας Τρίτης Ηλικίας, Κέντρα Ανοικτής
110. Gil-González, I. and Martín-Rodríguez, A. and Conrad, R. and Pérez-San-Gregorio, M.A. (2020),
111. Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.)-Health Related Quality of Life (HRQoL),

112. Τσούγγκου, Γ. και Τζενάλης Α, και Μπελλάλη, Θ. (2016), Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις και ποιότητα ζωής ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση: Ανασκόπηση ποσοτικών και ποιοτικών μελετών για το διάστημα 2000 – 2005, ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ, (9(1) , 17-29).
113. Dobson, R. and Rice, D., and D’hooghe, M. and Horne, R. and Learmonth, Y. and Mateen, F. and Marck, C. and Reyes, S. and Williams, M.J. and Giovannoni G. and Ford H. (2022), Social determinants
114. Rosiak, K. and Zagożdżon P., Quality of life and social support in patients with multiple sclerosis, Department of Hygiene and Epidemiology, Medical University of Gdansk
115. Αναγνωστόπουλος, Φ και Σταματινή, Π. (2020), Ποιότητα ζωής, υποστηρικτικά δίκτυα, στιγματισμός και προσαρμογή σε δείγμα ασθενών με ψωρίαση, Ερευνητική εργασία, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα
116. Ποντισίδης, Γ. και Μπελλάλη, Θ. (2015), Η έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων, ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ, (8(4), 6-16).
117. Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Προαγωγή της Υγείας στους Χώρους Εργασίας (ENWHP). (<https://www.enwhp.org/>)
118. Πάσχος, Κ. (2018), Η αποτελεσματική διαχείριση του στρες στους χρόνιους ασθενείς, η συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης και η προσφορά των επαγγελματιών υγείας, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ, (23(2): 175-188).
119. Προαγωγή υγιούς εργασίας για τους πάσχοντες από χρόνια ασθένεια: Οδηγός καλής πρακτικής (2012), Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας, Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων
120. Υπουργική Απόφαση υπ’ αρ. 105583, ΦΕΚ 5747/Β/9.11.2022
121. The Impact of Rheumatic Diseases on Health-Related Quality of Life: A Comparison with a Selected Sample of Healthy Individuals 2012, R. Raciborski, P. J. Kłak, J. Kwiatkowska, J. Chlabicz, J. Gajewski, A. Zoń-Giebel, The Scientific World Journal, DOI: 10.1100/2012/632026
122. ΦΕΚ 5747/Β` 9.11.2022
123. Σύμβαση του άρ, 72 του νόμου 4488/2017
124. Συλλόγου Ατόμων με νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Ελλάδας: 2017/HELLESCC, <https://www.crohnhellas.gr/>
125. Υπουργική Απόφαση Φ.80000/οικ.2/1 (ΦΕΚ 7/Β’/08-01-2018)