



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ:

<<Διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας ζωής ασθενών με γαστρεντερικά προβλήματα που νοσηλεύονται σε μια χειρουργική κλινική της Ελληνικής περιφέρειας.>>

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:

Φραντζεσκάκη Χαρίκλεια

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. Ρίκος Νικόλαος, Επίκουρος Καθηγητής

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2021

© 2021

Φραντζεσκάκη Χαρίκλεια

ALL RIGHTS RESERVED

Περιεχόμενα

Περίληψη	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	9
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	9
1.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ.....	11
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
2.2 ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ	12
2.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	14
2.4 ΔΥΣΑΝΕΞΙΑ ΣΤΗ ΛΑΚΤΟΖΗ	15
2.5 ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ	18
2.6 ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ	20
2.7 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN	22
2.8 ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ & ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ	25
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	28
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	28
Σκοπός.....	28
Ερευνητικά Ερωτήματα.....	28
Είδος Μελέτης.....	28
Ερευνητικά Εργαλεία	29
Συλλογή δεδομένων.....	30
Θέματα Βιοηθικής.....	30
Στατιστική Ανάλυση	31
Αποτελέσματα.....	32
Συζήτηση	45
Περιορισμοί της έρευνας.....	48
Γενικό Συμπέρασμα	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	50
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α - ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ	61
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β - Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων & δομημένο ερωτηματολόγιο SF-36	62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ – Ερωτηματολόγιο STAI.....	67

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ - ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΛΜΕΠΑ	68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε - ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ - ΈΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ 7 ^Η ΔΥΠΕ	71

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτέρως την οικογένεια μου για την συνεχή υποστήριξη που μου παρέχει όλο αυτό το διάστημα, τον ανηψιό μου Φραντζεσκάκη Νίκο για την βοήθεια του από την αρχή του μεταπτυχιακού μου προγράμματος καθώς θα ήθελα να εκφράσω και τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στον κύριο Ρίκο Νίκο επιβλέποντα καθηγητή μου στην παρούσα Διπλωματική μου εργασία για την αμέριστη βοήθεια του για την υλοποίηση της.

Περίληψη

Εισαγωγή: Στην παρούσα εργασία μελετάται η ποιότητα ζωής των ασθενών με γαστρεντερικά προβλήματα, καθώς και οι ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η ασθένεια τους σε αυτούς.

Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε και βασίστηκε στην μέθοδο μιας συγχρονικής μελέτης με την χρήση ερωτηματολογίου από τον Απρίλιο έως τον Ιούνιο του 2021. Ως μέθοδος δειγματοληψίας επιλέχθηκε η σκόπιμη δειγματοληψία. Το τελικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 83 ασθενείς με μέση ηλικία 55.0 χρόνια ($\pm 17,4$). Ως ερευνητικά εργαλεία επιλέχθηκαν να χρησιμοποιηθούν στην μελέτη το δομημένο ερωτηματολόγιο SF-36, του οποίου ο έλεγχος αξιοπιστίας έδειξε υψηλή συνεκτικότητα με τον συντελεστή Cronbach ($\alpha = 0,941$). Επίσης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο άγχους που είναι ελεύθερης πρόσβασης στο διαδίκτυο Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI) του οποίου η αξιοπιστία βρέθηκε επίσης μέσω του συντελεστή Cronbach σε 0,807 ή εξαιρετική (excellent). Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp Released 2019, IBM SPSS statistics for Windows, v. 26.0, Armonk, NY: IBM Corp). Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων περιγραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των ασθενών της μελέτης. Η μορφή των κατανομών των βαθμολογιών των κλιμάκων ποιότητας ζωής και προσωρινού άγχους ελέγχθηκε μέσω της μεθόδου κατά Blom (QQplot) και υπολογίστηκαν οι συντελεστές αξιοπιστίας τους μέσω της μεθόδου Cronbach. Ακολούθησε συσχέτιση όλων των συνιστωσών της ποιότητας ζωής και του προσωρινού άγχους με τα χαρακτηριστικά των ασθενών μέσω της μη παραμετρικής μεθόδου Spearman. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

Αποτελέσματα: Τα σημαντικότερα αποτελέσματα που βρέθηκαν αφορούν ότι η μέση βαθμολογία ποιότητας ζωής βρίσκεται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα, η ψυχική υγεία είναι σημαντικά υψηλότερη έναντι της σωματικής καθώς και ότι οι ασθενείς διαπιστώθηκαν με μέτρια προς υψηλά επίπεδα μέσης βαθμολογίας προσωρινού άγχους ή τα 2/3 με υψηλό άγχος. Επίσης στις μικρότερες ηλικίες των ασθενών υπάρχει καλύτερη ποιότητα ζωής σωματικής υγείας ενώ ο έγγαμος βίος / συμβίωση αυξάνει την ποιότητα ζωής της ψυχικής υγείας και υπάρχει λιγότερο προσωρινό άγχος.

Συμπεράσματα: Από την παρούσα μελέτη προκύπτει η ανάγκη για δράσεις σε κλινικό ή ατομικό επίπεδο μέσω των επαγγελματιών υγείας και την καθοδήγηση των ασθενών αυτών με κατάλληλες διαιτητικές επιλογές και παρεμβάσεις για την υιοθέτηση συμπεριφορών και τρόπου ζωής που δεν επιδεινώνουν ή προκαλούν κίνδυνο για την υγεία τους

Λέξεις κλειδιά: γαστρεντερικές παθήσεις, ποιότητα ζωής, ψυχολογικές επιπτώσεις και γαστρεντερικά προβλήματα.

ABSTRACT

Introduction: The present study studies the quality of life of patients with intestinal problems as well as the psychological consequences which arise from their condition.

Methods: The study was carried out based on the method of across-sectional study with the use of a questionnaire from April to June 2021. The sampling method chosen was intentional sampling. The final sample consisted of 83 patients with an age average of 55.0 years ($\pm 17,4$). One of these arch tools that were chosen for use in this Study was the questionnaire SF-36, the credibility review of which showed high cohesiveness with the Cronbach Factor ($\alpha = 0,941$). Additionally, the Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI), which is freely accessed through the internet, was used, the credibility of which was also confirmed as excellent through high cohesiveness with the Cronbach Factor ($\alpha = 0,807$). For the data analysis, use of the SPSS software was made (IBM Corp Released 2019, IBMSPSS statistics for Windows, v. 26.0, Armonk, NY:IBM Corp). The distribution frequency of descriptive and other characteristics of the study's patients was calculated. The form of the distribution of the scores from the questionnaires regarding the quality of life and temporary anxiety was reviewed using the Blom method (QQplot) and the credibility factors were calculated using the Cronbach method. Following that was the correlation of all the quality-of-life components and the temporary anxiety with the characteristics of the patients, using the non-parametric Spearman method. The value of 0,05 was set as an acceptable significance benchmark.

Results: The most important results are the following: the median quality of life grade lies between average and high levels, mental health is significantly higher than physical health, and patients have average to high levels of the median grade of temporary stress or 2/3 of them experience high anxiety levels. In addition, in the younger patient group there is better quality of life regarding physical health whilst married life/co living increases quality of life regarding mental health and there is a smaller incidence of temporary anxiety.

Conclusions: The present research advocates the need for action on a clinical and/or individual level through the help of health practitioners in order to guide patients to adopt healthier habits and a healthier way of life, which neither cause harm nor worsen their health.

Keywords: gastrointestinal diseases, quality of life, psychological consequences and intestinal problems

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το γαστρεντερικό σύστημα (GI) είναι υπεύθυνο για την πέψη και την απορρόφηση των προσλαμβανόμενων τροφίμων και υγρών. Οι ασθένειες του γαστρεντερικού αναφέρονται σε ασθένειες του οισοφάγου, του στομάχου, του λεπτού εντέρου, του παχέος εντέρου και του ορθού με κύρια συμπτώματα το κοιλιακό άλγος, φούσκωμα, αίσθημα καύσου, δυσπεψία, ναυτία, έμετο, διάρροια και δυσκοιλιότητα. Οι διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος συγκαταλέγονται μεταξύ των πιο διαδεδομένων διαταραχών του οισοφάγου και της κατάποσης, του πεπτικού έλκους, του συνδρόμου του ευερέθιστου εντέρου (IBS) και της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (IBD) (Greenwood-Van Meerveld, Johnson, Grundy, 2017).

Οι λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές (FGIDS) ανήκουν σε μια πολύ διαδεδομένη ομάδα ετερογενών διαταραχών με αυξανόμενο επιπολασμό, δυσκολίες στην διάγνωση και χαμηλή ποιότητα ζωής. Αυτές οι καταστάσεις επηρεάζουν έως το 40% των ανθρώπων σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Η ψυχολογική συννοσηρότητα και κατά επέκταση η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών επηρεάζεται σε βαθμό ώστε να υπάρχει αντίκτυπο τόσο στην ψυχοκοινωνική κατάσταση των ασθενών αυτών όσο και στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, άρα η έγκαιρη διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας (Sperber et al., 2021; Black, Drossman, Talley, Ruddy, & Ford, 2020).

Στην παρούσα εργασία μελετάται η ποιότητα ζωής των ασθενών με γαστρεντερικά προβλήματα, καθώς και οι ψυχολογικές τους επιπτώσεις που μπορεί να έχει η ασθένεια τους σε αυτό. Αρχικά παρατίθενται κάποιες γενικότερες έννοιες, όπως τι είναι ποιότητα σαν ευρεία έννοια και κατά επέκταση τι ποιότητα ζωής. Παρατίθενται επίσης τα προβλήματα του γαστρεντερικού συστήματος ως παθοφυσιολογία των πιο διαδεδομένων γαστρεντερικών προβλημάτων ενώ στη συνέχεια αφού μελετώνται διάφορες μελέτες οι οποίες σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και τις ψυχολογικές επιπτώσεις σε ασθενείς με γαστρεντερικά προβλήματα, αναφέρονται οι πιο σχετικές καθώς και τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξαν.

Καταλήγοντας στο ειδικό μέρος της μελέτης θα παρατεθούν με αναλυτικό τρόπο τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ενώ παράλληλα συνάγονται λογικά συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η ποιότητα ως έννοια κατά τη σύγχρονη εποχή χτίστηκε περίπου στη δεκαετία του 1950 στον τομέα της βιομηχανικής παραγωγής. Πάρα πολλές πηγές θεωρούν ως εναρκτήρια περιοχή την Ιαπωνία, μια χώρα για χάρη της οποίας κλήθηκε με το πέρας του Β΄ Παγκοσμίου Πόλεμου ο Αμερικανός στατιστικός W. Edwards Deming να συμβάλλει βοηθητικά στο να αλλάξουν και να εξελιχθούν με ουσιαστικό τρόπο οι παραδοσιακές παραγωγικές διαδικασίες. Έτσι, οι προτάσεις που προέρχονται από τον Deming έχουν συνοψιστεί σε 14 σημαντικά σημεία, ανάμεσα στα οποία ξεχωρίζουν η ανάγκη να βελτιώνεται αδιάκοπα το προϊόν και η υπηρεσία, το να εξαιρεθεί ο φόβος και να ασκηθεί η διοίκηση με βάση τους στόχους που έχουν τεθεί (management by objectives) (Deming, 1986).

Κύριος θεμελιωτής της ποιότητας στον χώρο της βιομηχανικής παραγωγής θεωρείται ότι είναι ο Joseph M. Juran, ο οποίος εκείνη περίπου την χρονική στιγμή, προχώρησε σε ανάπτυξη των εννοιών τόσο του ποιοτικού σχεδιασμού, όσο και του ποιοτικού ελέγχου αλλά και της ποιοτικής βελτίωσης. Στην πορεία, η έννοια της ποιότητας διείσδυσε σε άλλες διαφορετικές παραγωγικές δραστηριότητες, ενώ στην εισαγωγή αυτή συμπεριλαμβάνονται και οι υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, και όσον αφορά τις υπηρεσίες, η ποιότητα τότε ταυτίστηκε με την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, του βαθμού καταλληλότητας, την αξιοπιστία, τη φιλικότητα και τη αδιάκοπη υποστήριξη (Juran, Grynafm, 1988). Με σκοπό την ανάπτυξη του σύγχρονου ορισμού της ποιότητας, έχει επιχειρηθεί ως τώρα να πραγματοποιηθεί με πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις, οι οποίες κάποιες φορές ήταν συνοπτικές και ταχείες ενώ σε κάποιες άλλες περιπτώσεις ήταν πιο αναλυτικές και ακριβείς, όπως ο ορισμός της Αμερικανικής Ένωσης Ποιοτικού Ελέγχου, η οποία ορίζει την ποιότητα ως «το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητα να ικανοποιεί ορισμένες δεδομένες ανάγκες» (Bickings, 1979).

Στη σημερινή εποχή, σε αυτόν τον ευρύ χώρο της παραγωγής και παροχής υπηρεσιών και προϊόντων, η ποιότητα αποτελεί χωρίς αμφιβολία το καθοριστικό κριτήριο οποιασδήποτε καταναλωτικής και επιχειρηματικής συμπεριφοράς και ενέργειας, ενώ τις περισσότερες φορές είναι το κύριο ζητούμενο για να δημιουργηθεί ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Για να επιτευχθεί μία συνεχής βελτίωση της ποιότητας πρέπει να χρησιμοποιηθούν σύνθετες μεθοδολογικές προσεγγίσεις, των οποίων η ανάπτυξη γίνεται πάντα συναρτήσει των θεμελιωδών αλλαγών που έχουν προκύψει στον χώρο παραγωγής τα τελευταία 50 χρόνια. Τα οφέλη που θα επωμιστούν από την ανάπτυξη και βελτίωση του κάθε συστήματος ποιότητας είναι πολλά και διαφορετικά, διότι εκτός του ότι θα βελτιωθούν προϊόντα και υπηρεσίες, υπολογίζεται επίσης ότι μέσω των συστημάτων αυτών είναι δυνατόν να επιτευχθεί ελάττωση των εξόδων λειτουργίας έως και 30 – 50%. Είναι καλό σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι το 25% περίπου του δυναμικού προσωπικού μιας επιχείρησης το οποίο δεν εφαρμόζει συστήματα ποιότητας, απασχολείται κυρίως με το να διορθωθούν τα σφάλματα (Τούντας, 2003).

1.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής, αλλιώς γνωστή και ως QOL αποτελεί τον βαθμό στον οποίο ένα άτομο είναι υγιές, έχει την άνεση και την ικανότητα να συμμετέχει ενεργά και να δεχθεί τις απολαύσεις στις εκδηλώσεις της καθημερινότητας του. Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η QOL είναι η αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στα πολιτισμικά πλαίσια και των συστημάτων αξίας. Οι τυπικοί δείκτες της ποιότητας ζωής αφορούν τον πλούτο, την επαγγελματική απασχόληση, το περιβάλλον, τη σωματική και τη ψυχική υγεία του ατόμου, την μόρφωση, την ύπαρξη ελεύθερου χρόνου και την ψυχαγωγία του, την κοινωνική ιδιοκτησία, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, την ασφάλεια και την ελευθερία. Το QOL αφορά πολλά πλαίσια, μεταξύ των οποίων ανήκουν οι τομείς της διεθνούς ανάπτυξης, της υγειονομικής περίθαλψης, της πολιτικής και της απασχόλησης. Επίσης, το QOL που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) αποτελεί στην ουσία τρόπο αξιολόγησης του QOL και της σχέσης της ποιότητας ζωής με την υγεία (Sirgy, Michalos, Ferriss, Easterlin, Patrick & Pavot, 2006).

Η ποιότητα ζωής (QOL) έχει καθιερωθεί ως σημαντική έννοια και στόχος για έρευνα και πρακτική στους τομείς της υγείας και της ιατρικής. Παραδοσιακά, τα βιοϊατρικά και όχι τα αποτελέσματα QOL υπήρξαν τα κύρια τελικά σημεία στην ιατρική και την έρευνα στον κλάδο της υγείας. Ωστόσο, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, περισσότερη έρευνα επικεντρώθηκε στο QOL των ασθενών και η χρήση των αξιολογήσεων QOL έχει αυξηθεί.

Οι Hecht και Shiel μετρούν την ποιότητα ζωής ως «την ικανότητα του ασθενούς να απολαμβάνει φυσιολογικές δραστηριότητες», καθώς η ποιότητα ζωής σχετίζεται στενά με την ευημερία χωρίς να υποφέρει από ασθένεια και θεραπεία. Υπάρχουν πολλές διαθέσιμες αξιολογήσεις που μετρούν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Al-Rabadi, 2019).

Στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης, η ποιότητα ζωής θεωρείται συχνά ως προς το πώς μια συγκεκριμένη ασθένεια επηρεάζει έναν ασθενή σε ατομικό επίπεδο. Αυτό μπορεί να είναι μια εξουθενωτική αδυναμία που δεν είναι απειλητική για τη ζωή, μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια που δεν είναι τελική, μια ανίατη ασθένεια, η φυσική μείωση της υγείας ενός ηλικιωμένου, μια απρόβλεπτη πνευματική / σωματική παρακμή ενός προσώπου, ή χρόνιες, ασθένειες τελικού σταδίου. Ερευνητές στην Ερευνητική Μονάδα Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου του Sussex (Fallowfield, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι γαστρεντερικές παθήσεις είναι διαταραχές του πεπτικού συστήματος, ένα εκτεταμένο και περίπλοκο σύστημα το οποίο πέπτει τα τρόφιμα προκειμένου να πραγματοποιηθεί απορρόφηση του νερού και θρεπτικών συστατικών, μετάλλων και βιταμινών, ενώ στη συνέχεια απορρίπτει απόβλητα του μεταβολισμού (Fennessy & Warrillow, 2012).

Το πεπτικό σύστημα περιλαμβάνει μια σειρά ζωτικών πεπτικών οργάνων, όπως:

- Στοματική κοιλότητα
- Οισοφάγος

- Στόμαχος
- Λεπτό έντερο
- Παχύ έντερο
- Ορθό και πρωκτός (Colledge, Walker, Ralston 2014)
- Η γαστρεντερική οδός περιλαμβάνει επίσης κάποια επικουρικά όργανα , τα οποία είναι το ήπαρ, η χοληδόχος κύστη και το πάγκρεας.

Μερικές από τις πιο κοινές γαστρεντερικές παθήσεις είναι οι εξής:

- Κοιλιοκάκη
- Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
- Δυσανεξία στη λακτόζη
- Δυσκοιλιότητα
- Ασθένεια γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης
- Πεπτικό έλκος
- Νόσος του Chron
- Ελκώδης κολίτιδα
- Χολολιθίαση
- Οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα
- Ηπατική νόσος
- Εκκολπωματίτιδα (American College of Gastroenterology 2021)

2.2 ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

Η κοιλιοκάκη είναι μια χρόνια εντερική νόσος που σχετίζεται κυρίως με δυσαπορρόφηση που προκαλείται από δυσανεξία στη γλουτένη. Χαρακτηρίζεται από εντεροπάθεια που προκαλείται από το ανοσοποιητικό, με αποτέλεσμα δυσπεψία και δυσαπορρόφηση. Η κλινική και ιστολογική βελτίωση μπορεί να επιτευχθεί μετά την απόσυρση της διαιτητικής γλουτένης. Η γλουτένη είναι ο γενικός όρος για τις διαλυτές στο αλκοόλ πρωτεΐνες που υπάρχουν σε διάφορα δημητριακά, όπως σιτάρι, σίκαλη, κριθάρι (Fasano, Catassi, 2012).

Η χρόνια αυτή νόσος για την οποία γίνεται λόγος είναι γνωστή και ως ενδημική κοιλιοκάκη ή μη τροπική κοιλιοκάκη ή εντεροπάθεια λόγω ευαισθησίας στη γλουτένη, ή και πιο απλά δυσανεξία στη γλουτένη. Η κοιλιοκάκη σαν λέξη προέρχεται από την ελληνική λέξη «κοιλιακή», δηλαδή από τη κοιλιακή χώρα, η

οποία εισάχθηκε τον 19ο αιώνα κείμενο στην αρχαία ελληνική γλώσσα, στο οποίο γίνεται μια πρώτη προσπάθεια να περιγράψει η νόσος και τα συνοδά της συμπτώματα.

Η κοιλιοκάκη αποτελεί μία από τις πιο συχνές γενετικά βασισμένες διαταραχές στον άνθρωπο, αν και πιστεύεται ότι ορισμένες χώρες, συμπεριλαμβανομένων των Ηνωμένων Πολιτειών, εξαιρέθηκαν από αυτήν την ασθένεια (Fasano et al., 2003). Η Ευρώπη θεωρείται ιστορικά μια γεωγραφική περιοχή με υψηλή συχνότητα της νόσου, με επικράτηση 1% -2%, παρόλο που πρόσφατα έχουν βρεθεί με παρόμοιο επιπολασμό οι Ηνωμένες Πολιτείες (Rewers, 2005). Παρά την πρόοδο στη διάγνωση, η συνολική επικράτηση αυτής της νόσου παραμένει ασαφής. Έχει αναφερθεί μια μεταβλητή συχνότητα μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, αν και εξακολουθεί να είναι αβέβαιο εάν εξαρτάται από το διαφορετικό εργαλείο διαλογής, το μέγεθος του δείγματος ή την πραγματική μεταβλητότητα του επιπολασμού της κοιλιοκάκης. Αυτό που είναι γνωστό είναι ότι πολλές περιπτώσεις παραμένουν αδιάγνωστες. Επίσης, τυπικές περιπτώσεις κοιλιοκάκης διαγιγνώσκονται λόγω των συμπτωμάτων της (Catassi et al., 2010).

Η κοιλιοκάκη αφορά μια συχνά εμφανιζόμενη αυτοάνοση ασθένεια, για την οποία ενοχοποιούνται γενετικοί, περιβαλλοντικοί και ανοσολογικοί παράγοντες. Βασικό της χαρακτηριστικό είναι ότι το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού ο οποίος πάσχει δρα ενάντια στην γλουτένη, μία πρωτεΐνη η οποία δημιουργείται κατά την αποδόμηση των τροφών, δηλαδή η παραγωγή της γίνεται κατά τη πέψη των σιτηρών, όπως επίσης και κατά την αντίστοιχη διαδικασία όπου πέπτονται οι αντίστοιχες πρωτεΐνες οι οποίες υπάρχουν στο σιτάρι αλλά και τη σίκαλη. Όλη η παραπάνω αντίδραση που περιεγράφηκε οδηγεί στη δημιουργία φλεγμονής του εντέρου καθώς και την επίτευξη ιστό-παθολογικών αλλοιώσεων, βλάβες οι οποίες μπορούν να εντοπιστούν κατά κύριο λόγο στην αρχή του λεπτού εντέρου (δηλαδή στο δωδεκαδάκτυλο και τη νήστιδα). Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των βλαβών που δημιουργούνται είναι το γεγονός ότι οι εντερικές λάχνες ατροφούν. Οι κλινικές εκδηλώσεις και τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει ένας ασθενής με κοιλιοκάκη είναι ευρύτατου φάσματος. Αυτό αρχίζει από διάρροιες, εμέτους, την απώλεια βάρους, την χρόνια κόπωση, την καθυστερημένη ανάπτυξη των παιδιών έως

και πολλά σημάδια που κάνουν φανερή την ύπαρξη εντερικής δυσαπορρόφησης ή ακόμη και την πλήρη έλλειψη συμπτωμάτων (Green & Cellier, 2007).

2.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αποτελεί μια από τις γαστρεντερικές παθήσεις που διαγιγνώσκεται σε μεγαλύτερη συχνότητα. Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ενώ υπάρχει απουσία οποιασδήποτε άλλης νόσου που να αιτιολογεί την κατάσταση της υγείας, ορίζεται ως η παρουσία κοιλιακού άλγους ή δυσφορίας με τροποποιήσεις στη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου. Η διάγνωση της συγκεκριμένης πάθησης έχει εξελιχθεί από την φορά που ανακαλύφθηκε και σήμερα τα διαγνωστικά κριτήρια Rome IV χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του συνδρόμου αυτού. Μάλιστα με βάση τη κατηγορία, τα συμπτώματα είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν μέσω της χρήσης μιας ποικιλίας φαρμάκων, καθώς και μη φαρμακευτικών ουσιών. Ωστόσο, η θεραπεία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου είναι απαραίτητο να εξατομικεύεται, ενώ πολύ σημαντικός παράγοντας στη διαχείριση παραμένει η διατήρηση ισχυρής σχέσης ασθενούς-ιατρού (Osadchuk, Osadchuk & Kvetnoί, 2007).

Η αιτιολογία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου είναι ευρεία και δεν είναι σαφώς κατανοητή. Η παθοφυσιολογία της νόσου είναι ευρεία και περιλαμβάνει ανωμαλίες στις οποίες συγκαταλέγονται η κινητικότητα, το σπλαχνικό άλγος καθώς και η ψυχοκοινωνική δυσφορία. Ένας από τους παραπάνω παράγοντες μπορεί συνήθως να αποδειχθεί ότι υπάρχει στην πλειονότητα των ασθενών οι οποίοι πάσχουν από το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ωστόσο δεν μπορούν να αποδοθούν όλα τα συμπτώματα σε αυτούς. Πρόσφατες μελέτες έχουν επίσης δείξει μεταβαλλόμενη ανοσοποιητική ενεργοποίηση του εντέρου, ενώ επίσης φαίνεται ότι η μικροβιακή χλωρίδα του λεπτού καθώς και του παχέος εντέρου έχουν άμεση σχέση με το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Οι περιβαλλοντικοί συντελεστές του συνδρόμου περιλαμβάνουν τους στρεσογόνους παράγοντες της πρώιμης ζωής, τη τροφική δυσανεξία, τα αντιβιοτικά και τις εντερικές λοιμώξεις. Έτσι, δεν είναι λίγες οι φορές που οι ασθενείς αναφέρουν ότι τα συμπτώματα τους που σχετίζονται με το σύνδρομο, έχουν κάποια σύνδεση με την πρόσληψη τροφής. Παρόλα αυτά, ένα τρόφιμο το οποίο στη πραγματικότητα προκαλεί αλλεργία έχει περιορισμένη συμβολή στη συγκεκριμένη πάθηση (Chey, Kurlander, Eswaran, 2015). Ένας από τους πιο σημαντικούς στόχους στη διαχείριση των ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου

εντέρου είναι η ανάπτυξη μιας εμπιστευτικής σχέσης ασθενούς-ιατρού ακούγοντας ενεργά, δείχνοντας ενσυναίσθηση και θέτοντας ρεαλιστικές προσδοκίες για τη θεραπεία (Drossman, 2012). Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι μια διαταραχή που βασίζεται σε συμπτώματα και έτσι οι θεραπευτικοί στόχοι στοχεύουν στην επίλυση συμπτωμάτων όπως το άλγος, ο μετεωρισμός, οι κράμπες και η διάρροια ή η δυσκοιλιότητα. Για τη δυσκοιλιότητα, τα συμπληρώματα φυτικών ινών και τα καθαρτικά μπορεί να είναι χρήσιμα, ενώ, σε εκείνους με διάρροια, φάρμακα όπως η λοπεραμίδη ή τα προβιοτικά μπορεί να είναι φανούν αποτελεσματικά. Επιπλέον, η αυξημένη φυσική δραστηριότητα μπορεί να αυξήσει τον χρόνο διέλευσης του παχέος εντέρου και να βελτιώσει τα συμπτώματα (Song, Cho, Jo, Oh, Kim, 2012).

Οι ασθενείς συχνά συσχετίζουν την πρόσληψη τροφής με τα συμπτώματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Τρόφιμα όπως τα προϊόντα σίτου, τα κρεμμύδια, τα φρούτα, τα λαχανικά, η σορβιτόλη και ορισμένα γαλακτοκομικά προϊόντα μπορούν να περιλαμβάνουν υδατάνθρακες βραχείας αλυσίδας, χαμηλής απορρόφησης, υψηλής ζύμωσης, οι οποίοι είναι γνωστοί ως FODMAPs. Τα FODMAPs έχουν συσχετιστεί με αυξημένα γαστρεντερικά συμπτώματα σε ασθενείς με το σύνδρομο. Για ασθενείς με σταθερά και χρόνια κοιλιακά συμπτώματα, συχνά μπορούν να έχουν ανταπόκριση σε χαμηλές δόσεις τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (TCAs) ή αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs). Το Alosetron μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου σε γυναίκες, αλλά μπορεί να προκαλέσει ισχαιμική κολίτιδα (Occhipinti, Smith, 2012).

2.4 ΔΥΣΑΝΕΞΙΑ ΣΤΗ ΛΑΚΤΟΖΗ

Στο σύνολο του παγκόσμιου πληθυσμού, περίπου τα δύο τρίτα των ανθρώπων υφίσταται μείωση της σύνθεσης λακτάσης (η οποία είναι γενετικά προκαθορισμένη) μετά τον απογαλακτισμό (πρωτογενής ανεπάρκεια λακτάσης) (Ingram, Mulcare, Itan, Thomas, 2009). Επιπλέον, σε άτομα με επιμονή της λακτάσης η εμφάνιση γαστρεντερικής λοίμωξης, φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, χειρουργικής της κοιλίας και άλλων θεμάτων υγείας μπορεί να προκαλέσει μείωση της δραστηριότητας της λακτάσης (δευτερογενής ανεπάρκεια λακτάσης). Και οι δύο καταστάσεις πρέπει να διακρίνονται από τη συγγενή ανεπάρκεια λακτάσης, η οποία είναι μια εξαιρετικά σπάνια νόσος της βρεφικής ηλικίας με περίπου 40 περιστατικά να έχουν αναφερθεί, κυρίως στη Φινλανδία (Swallow, 2003).

Όποια και αν είναι η αιτία, η ανεπάρκεια λακτάσης έχει ως αποτέλεσμα την μη απορρόφηση λακτόζης κατά μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα, η οποία έχει αποτελέσματα που μπορεί να οδηγήσουν σε συμπτώματα δυσανεξίας στη λακτόζη σε ευαίσθητα άτομα (Gasbarrini et al., 2009). Πρώτον, το αυξημένο ωσμωτικό φορτίο αυξάνει την περιεκτικότητα του εντέρου σε νερό. Δεύτερον, η λακτόζη ζυμώνεται εύκολα από το μικροβίωμα του παχέος εντέρου οδηγώντας στην παραγωγή λιπαρών οξέων και αερίου βραχείας αλυσίδας (κυρίως υδρογόνο (H₂), διοξείδιο του άνθρακα (CO₂) και μεθάνιο (CH₄)). Αυτές οι βιολογικές διεργασίες υπάρχουν επίσης και για άλλους κακώς απορροφημένους, ζυμώσιμους ολιγο σακχαρίτες, δισακχαρίτες, μονοσακχαρίτες και πολυόλες (FODMAPs) που είναι πανταχού παρούσες στη διατροφή (Shepherd, Lomer, Gibson, 2013). Συμπτώματα δυσανεξίας στη λακτόζη γενικά δεν εμφανίζονται μέχρι να περιοριστεί η δραστηριότητα της λακτάσης σε λιγότερο από το 50% της φυσιολογικής της πρωταρχικής της δραστηριότητας. Η τακτική λήψη λακτόζης μπορεί επίσης να έχει αποτέλεσμα. Παρόλο που η έκφραση της λακτάσης δεν ρυθμίζεται από τη λήψη λακτόζης, η ανοχή θα μπορούσε να προκληθεί με προσαρμογή της εντερικής χλωρίδας (Shaukat et al., 2010). Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα με μη-ανοχή λακτάσης μπορούν να ανεχθούν μικρές ποσότητες λακτόζης (λιγότερο από 12 g, ισοδύναμο με ένα φλιτζάνι), ειδικά όταν συνδυάζεται με άλλα τρόφιμα . Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου είναι πιο ευαίσθητοι σε μια ποικιλία διαιτητικών και φυσικών παρεμβάσεων που προκαλούν βλάβες στη γαστρεντερική οδό (Spiller et al., 2001). Η θεραπεία της δυσανεξίας στη λακτόζη δεν πρέπει να στοχεύει κυρίως στη μείωση της δυσαπορρόφησης αλλά μάλλον στη βελτίωση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων. Ο περιορισμός της πρόσληψης λακτόζης συνιστάται επειδή σε τυφλές μελέτες οι ασθενείς με αυτοαναφερόμενη δυσανεξία στη λακτόζη, ακόμη και εκείνοι με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, μπορούν να προσλάβουν τουλάχιστον 12 g λακτόζης χωρίς να εμφανίσουν συμπτώματα (Shaukat et al., 2010) . Ακόμη μεγαλύτερες δόσεις (15 έως 18 g λακτόζης) φαίνεται να είναι ανεκτές όταν τα γαλακτοκομικά προϊόντα λαμβάνονται με άλλα θρεπτικά συστατικά (Shaukat et al., 2010). Μια αναδρομική ανασκόπηση περιπτώσεων ανέφερε βελτίωση της κοιλιακής δυσφορίας, με περιορισμό της λακτόζης σε έως και 85% των ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου με δυσαπορρόφηση λακτόζης (Staudacher, Whelan, Irving, Lomer, 2011). Ωστόσο, προοπτικές μελέτες δείχνουν ότι ο περιορισμός της λακτόζης

από μόνος του δεν επαρκεί για την αποτελεσματική ανακούφιση των συμπτωμάτων (Parker et al, 2001).

Σύμφωνα με την εμπειρία, αυτή η προσέγγιση είναι αποτελεσματική εάν τα συμπτώματα σχετίζονται μόνο με τα γαλακτοκομικά προϊόντα. Ωστόσο, σε ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ή δυσανεξία στη λακτόζη τείνει να αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης δυσανεξίας σε κακώς απορροφημένους, ζυμώσιμους ολιγο-, δι-, μονοσακχαρίτες και πολυόλες (FODMAPs) (Böhn et al., 2013). Τα στοιχεία από πρόσφατες δοκιμές δείχνουν ότι αυτό υπάρχει σε περίπου τους μισούς ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και αυτή η ομάδα δεν απαιτεί μόνο περιορισμό της πρόσληψης λακτόζης, αλλά και δίαιτα φτωχή σε FODMAP για τη βελτίωση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων. Μια αρχική ελεγχόμενη δοκιμή μιας δίαιτας χαμηλής περιεκτικότητας σε FODMAPs ανέφερε βελτίωση των συμπτωμάτων στο 86% των ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, σε σύγκριση με το 49% στους οποίους έγινε μια απλή τυπική διατροφική παρέμβαση (Halmos, Power, Shepherd, Gibson, Muir, 2014). Επιπλέον, τρεις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές επιβεβαίωσαν ότι μια δίαιτα φτωχή σε FODMAP μπορεί να ωφελήσει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων σε ασθενείς με το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Όλες αυτές οι μελέτες περιλάμβαναν περιορισμό της λακτόζης στην πρώιμη «αυστηρή» φάση της διαιτητικής παρέμβασης. Ωστόσο, ο συγκεκριμένος ρόλος της λακτόζης στην πρόκληση συμπτωμάτων δεν εκτιμήθηκε. Ένα μείζον ζήτημα σχεδόν σε όλες τις διαιτητικές δοκιμές παρέμβασης είναι ότι η συμβολή μεμονωμένων συστατικών (π.χ. λακτόζη) είναι δύσκολο να εκτιμηθεί καθώς άλλα διαιτητικά συστατικά, όπως για παράδειγμα το λίπος, μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα και, ενδεχομένως, συγκεχυμένα αποτελέσματα. (Ong et al., 2010; Staudacher et al., 2012; Halmos, Power, Shepherd, Gibson, Muir, 2014).

Η αντικατάσταση του ενζύμου λακτάσης είναι μια άλλη σημαντική προσέγγιση σε ασθενείς με «απομονωμένη» δυσανεξία στη λακτόζη που επιθυμούν να εντάξουν στη διατροφή τους γαλακτοκομικά προϊόντα. Μία διπλά τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, διασταυρούμενη μελέτη δείχνει ότι σε άτομα που παρουσιάζουν δυσαπορρόφηση της λακτόζης με δυσανεξία, η λακτάση που λαμβάνεται από το *Kluyveromyceslactis* αντιπροσωπεύει μια έγκυρη θεραπευτική στρατηγική, με αντικειμενική και υποκειμενική αποτελεσματικότητα και χωρίς παρενέργειες (Montalto et al., 2005). Η εξωγενής λακτάση που λαμβάνεται από *Aspergillusoryzae*

ή από *Kluyveromyceslactis* διασπά τη λακτόζη σε γλυκόζη και γαλακτόζη για να επιτρέψει την αποτελεσματική απορρόφηση (Ojetti, 2010).

Μια άλλη σχετική θεραπευτική στρατηγική περιλαμβάνει προβιοτικά που μεταβάλλουν την εντερική χλωρίδα και μπορεί να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα σε ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου . Η κατανάλωση ενός συνδυασμού των προβιοτικών *Lactobacillus casei* Shirota και *Bifidobacteriumbreve* Yakult έχει φανεί ότι βελτιώνει τα συμπτώματα και μειώνει την παραγωγή υδρογόνου σε ασθενείς με δυσανεξία στη λακτόζη. Αυτές οι επιδράσεις φάνηκε να επιμένουν για τουλάχιστον τρεις μήνες μετά την αναστολή της κατανάλωσης προβιοτικών . Βέβαια, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την παροχή υψηλής ποιότητας αποδεικτικών στοιχείων για την υποστήριξη ή τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας αυτών των στρατηγικών (Almeida, Lorena, Pavan, Akasaka, Mesquita, 2012).

2.5 ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΓΑΣΤΡΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠΝ) είναι μια πολύ συχνή πεπτική διαταραχή παγκοσμίως με εκτιμώμενο επιπολασμό 18,1–27,8% στη Βόρεια Αμερική. Είναι άξιο αναφοράς το γεγονός ότι περίπου οι μισοί από όλους τους ενήλικες θα αναφέρουν συμπτώματα παλινδρόμησης κάποια στιγμή στη ζωή τους. (Locke, Talley, Fett, Zinsmeister, Melton, 1997). Σύμφωνα με τον ορισμό του Μόντρεαλ, η ΓΟΠΝ είναι κατάσταση ενοχλητικών συμπτωμάτων και επιπλοκών που προκύπτουν από την παλινδρόμηση του περιεχομένου του στομάχου στον οισοφάγο. (Vakil, van Zanten, Kahrilas, Dent, Jones, 2006). Η διάγνωση της ΓΟΠΝ βασίζεται συνήθως στα κλασικά συμπτώματα και την ανταπόκριση στην καταστολή του οξέος μετά από μια εμπειρική δοκιμή. Η ΓΟΠΝ αποτελεί αίτιο του να ανησυχήσει κάποιος για την υγεία του, καθώς σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής και σημαντική νοσηρότητα. Ενώ τα φάρμακα για ΓΟΠΝ δεν είναι ιδιαίτερα ακριβά, το κόστος θεραπείας των ασθενών με ΓΟΠΝ θεωρείται δύο φορές πιο ακριβό από ότι για τα συγκρίσιμα άτομα χωρίς ΓΟΠΝ. Αυτή η διαφορά κόστους οφείλεται πιθανώς στην υψηλότερη νοσηρότητα σε ασθενείς με ΓΟΠΝ και στο υψηλότερο κόστος διαχείρισης επιπλοκών από ακατάλληλη αντιμετώπιζεται της ΓΟΠΝ.

Οι παράγοντες κινδύνου για την ΓΟΠΝ περιλαμβάνουν τη μεγαλύτερη ηλικία, τον υπερβολικό δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), το κάπνισμα, το άγχος/κατάθλιψη, τη μείωση της σωματικής δραστηριότητας στην εργασία και τον

χρόνο των γευμάτων, ιδίως όσον αφορά τον ύπνο. Επίσης, η σωματική δραστηριότητα αναψυχής φαίνεται να είναι προστατευτική, εκτός εάν εκτελείται μετά το γεύμα (Zheng, Nordenstedt, Pedersen, Lagergren, Ye, 2007).

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι μια διαταραχή η οποία επηρεάζει κυρίως τον κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα, αλλά υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορεί να συμβάλουν στην ανάπτυξή του. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ΓΟΠΝ είναι τόσο φυσιολογικοί όσο και παθολογικοί. Η πιο κοινή αιτία είναι η παροδική χάλαση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (TLESRs). Τα TLESR είναι σύντομες στιγμές χάλασης του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα που είναι ανεξάρτητες. (Herregods, Bredenoord, Smout, 2015). Ενώ το παραπάνω γεγονός είναι φυσιολογικό να συμβαίνει, υπάρχει αύξηση της συχνότητας στη μεταγευματική φάση και συμβάλλουν σημαντικά στην παλινδρόμηση οξέος σε ασθενείς με ΓΟΠΝ. Άλλοι παράγοντες περιλαμβάνουν τη μείωση της πίεσης του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, τη διαφραγματοκήλη, τη διαταραχή της κάθαρσης του οισοφάγου και τη καθυστερημένη γαστρική εκκένωση (Ferrioli, Oliveira, Matsuda, Braga, Dantas, 1998).

Η ΓΟΠΝ διαγιγνώσκεται συνήθως κλινικά μέσω των κλασικών συμπτωμάτων, καθώς και την ανταπόκριση στην καταστολή του οξέος. Ο καύσος με ή χωρίς παλινδρόμηση είναι συνήθως επαρκής για να κάνει τους ιατρούς να υποπτευθούν την ύπαρξη ΓΟΠΝ, ιδιαίτερα όταν αυτά τα συμπτώματα επιδεινώνονται μεταγευματικά ή όταν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος. Σε ασθενείς που ανταποκρίνονται σε εμπειρική θεραπεία, ελλείψει χαρακτηριστικών ή συμπτωμάτων συναγερμού, δεν απαιτείται περαιτέρω μελέτη των συμπτωμάτων για τη διάγνωση.

Σε ορισμένους ασθενείς, τα συμπτώματα παλινδρόμησης θα επιμείνουν παρά τη θεραπεία με αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPI) υψηλής δόσης. Πρόσθετες εξετάσεις ενδέχεται να δικαιολογούνται για την αξιολόγηση άλλων αιτιών των συμπτωμάτων τους και τον έλεγχο για πιθανές επιπλοκές της ΓΟΠΝ. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων παλινδρόμησης δεν συσχετίζεται απαραίτητα με την έκταση της βλάβης του βλεννογόνου.

Το διαγνωστικό τεστ εκλογής για την αξιολόγηση της ΓΟΠΝ και των πιθανών επιπλοκών της είναι η ενδοσκόπηση του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα (δηλαδή του οισοφάγου- στομάχου-δωδεκαδακτύλου). Το κύριο όφελος της ενδοσκόπησης είναι η άμεση οπτικοποίηση του βλεννογόνου του οισοφάγου. Αυτό

βοηθά στη διάγνωση επιπλοκών της ΓΟΠΝ όπως οισοφαγίτιδα, στένωση και οισοφάγος Barrett. Ένα ενδοσκοπικό σύστημα βαθμολόγησης σοβαρότητας της ΓΟΠΝ είναι η ταξινόμηση του Λος Άντζελες, βαθμολογημένη από το Α στο Δ, με το Δ να είναι η πιο σοβαρή μορφή της νόσου. Η φαρμακευτική θεραπεία για τη ΓΟΠΝ στοχεύει στη μείωση των συμπτωμάτων και στην ελαχιστοποίηση της βλάβης του βλεννογόνου από τη παλινδρόμηση οξέος. Ενώ η καταστολή του οξέος είναι επιτυχής στη θεραπεία της ΓΟΠΝ, δεν φαίνεται να υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της ΓΟΠΝ και των υψηλών επιπέδων γαστρικού οξέος με εξαίρεση το σύνδρομο Zollinger-Ellison. (Lundell et al., 1999).

2.6 ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Η νόσος του πεπτικού έλκους (PUD) χαρακτηρίζεται από διακοπή της εσωτερικής επένδυσης του γαστρεντερικού σωλήνα (GI) λόγω έκκρισης γαστρικού οξέος ή πεψίνης. Εκτείνεται στο στρώμα του χορίου του γαστρικού επιθηλίου. Εμφανίζεται συνήθως στο στομάχι και στην εγγύς μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Μπορεί να αφορά την κάτω μοίρα του οισοφάγου, το περιφερικό δωδεκαδάκτυλο ή τη νήστιδα. Το επιγαστρικό άλγος εμφανίζεται συνήθως μέσα σε 15-30 λεπτά μετά το γεύμα σε ασθενείς με γαστρικό έλκος. Από την άλλη, το άλγος με έλκος δωδεκαδακτύλου τείνει να εμφανιστεί 2-3 ώρες μετά το γεύμα. Σήμερα, συνιστάται έλεγχος για *Helicobacter pylori* σε όλους τους ασθενείς με πεπτικό έλκος. Ενδοσκόπηση μπορεί να απαιτείται σε ορισμένους ασθενείς για επιβεβαίωση της διάγνωσης, ιδιαίτερα σε εκείνους τους ασθενείς με δυσοίωνα συμπτώματα. Σήμερα, οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να αντιμετωπιστούν με θεραπεία τριπλού φαρμάκου που βασίζεται σε αναστολέα αντλίας πρωτονίων (PPI). Η νόσος του πεπτικού έλκους (PUD) έχει διάφορες αιτίες. Ωστόσο, το PUD που σχετίζεται με το *Helicobacter pylori* και το PUD που σχετίζονται με τα ΜΣΑΦ αντιπροσωπεύουν την πλειοψηφία της αιτιολογίας της νόσου (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Αιτίες της νόσου του πεπτικού έλκους (Narayanan, Reddy, Marsicano, 2018)

Κοινές

- Λοίμωξη από *H. pylori*
- ΜΣΑΦ
- Φάρμακα

Σπάνιες

- Σύνδρομο Zollinger-Ellison
- Κακοήθεια (καρκίνος στομάχου/πνεύμονα, λεμφώματα)
- Άγχος (Οξεία ασθένεια, εγκαύματα, τραυματισμός στο κεφάλι)
- Ιογενής λοίμωξη
- Αγγειακή ανεπάρκεια
- Ακτινοθεραπεία
- Νόσος του Crohn
- Χημειοθεραπεία

Νόσος πεπτικού έλκους που σχετίζεται με το Helicobacter Pylori

Ο *H. pylori* είναι ένας gram-αρνητικός βάκιλος που βρίσκεται μέσα στα γαστρικά κύτταρα του επιθηλίου του στομάχου. Αυτό το βακτήριο είναι υπεύθυνο για περίπου για το 90% των συνολικών δωδεκαδακτυλικών ελκών, καθώς επίσης και το 70% έως 90% των γαστρικών ελκών. Η λοίμωξη από *H. pylori* είναι πιο διαδεδομένη μεταξύ εκείνων με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και συνήθως αποκτάται κατά την παιδική ηλικία. Ο μικροοργανισμός έχει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων μολυσματικότητας που του επιτρέπουν να προσκολληθεί και να προκαλέσει οίδημα στον γαστρικό βλεννογόνο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα υπογλωρυδρία ή αχλωρυδρία, οδηγώντας σε γαστρικό έλκος.

Παράγοντες μολυσματικότητας του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού

- Ουρεάση: Η έκκριση ουρεάσης διασπά την ουρία σε αμμωνία και προστατεύει τον οργανισμό εξουδετερώνοντας το όξινο γαστρικό περιβάλλον.
- Τοξίνες: Το CagA/VacA σχετίζεται με φλεγμονή του βλεννογόνου του στομάχου και βλάβη του ιστού του ξενιστή.
- Flagella: Παρέχει κινητικότητα και επιτρέπει κίνηση προς το γαστρικό επιθήλιο.

Ιατρική περίθαλψη

Τα αντιεκκριτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη νόσο του πεπτικού έλκους (PUD) περιλαμβάνουν ανταγωνιστές των υποδοχέων H₂ και τον αναστολέα της αντλίας πρωτονίων (PPI). Οι PPI αντικατέστησαν σε μεγάλο βαθμό τους αποκλειστές υποδοχέων H₂ λόγω της ανώτερης επούλωσης και αποτελεσματικότητάς τους. Τα

PPI μπλοκάρουν την παραγωγή οξέος στο στομάχι, παρέχοντας ανακούφιση από τα συμπτώματα και προωθώντας την επούλωση. Η θεραπεία μπορεί να ενσωματωθεί με συμπληρώματα ασβεστίου, καθώς η μακροχρόνια χρήση των PPIs μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο καταγμάτων των οστών. Το PUD που προκαλείται από ΜΣΑΦ μπορεί να αντιμετωπιστεί με διακοπή της χρήσης ΜΣΑΦ ή μετάβαση σε χαμηλότερη δόση. Επίσης, κορτικοστεροειδή, διφωσφονικά και αντιπηκτικά θα πρέπει να διακόπτονται εάν είναι δυνατόν. Να σημειωθεί ότι τα ανάλογα προσταγλανδίνης (μισοπροστόλη) χρησιμοποιούνται μερικές φορές ως προφύλαξη για τα πεπτικά έλκη που προκαλούνται από ΜΣΑΦ.

Η θεραπεία πρώτης γραμμής για το PUD που προκαλείται από το *H. pylori* είναι ένα τριπλό σχήμα που περιλαμβάνει δύο αντιβιοτικά και έναν αναστολέα της αντλίας πρωτονίων. Η παντοπραζόλη, η κλαριθρομυκίνη και η αμοξικιλίνη χρησιμοποιούνται για 7 έως 14 ημέρες (Malfertheiner et al., 2017). Τα αντιβιοτικά και τα PPI λειτουργούν συνεργικά για την εξάλειψη του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. (Strand, Kim, Peura, 2017). Το αντιβιοτικό που επιλέγεται θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την παρουσία ανοχής στα αντιβιοτικά στο περιβάλλον. Εάν η θεραπεία πρώτης γραμμής αποτύχει, χρησιμοποιείται τετραπλή θεραπεία με βισμούθιο και διαφορετικά αντιβιοτικά.

Η χειρουργική θεραπεία ενδείκνυται εάν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται σε ιατρική περίθαλψη, δεν συμμορφώνεται ή βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο επιπλοκών. Ένα πυρίμαχο πεπτικό έλκος έχει διάμετρο άνω των 5 mm που δεν επούλωναται παρά τις θεραπείες PPI 8-12 εβδομάδων. Οι κοινές αιτίες είναι η επίμονη μόλυνση με *H. pylori*, η συνεχής χρήση ΜΣΑΦ ή σημαντικές συννοσηρότητες που βλάπτουν την επούλωση του έλκους ή άλλες καταστάσεις όπως το γαστρίνωμα ή ο καρκίνος του στομάχου. Εάν το έλκος επιμένει παρά την αντιμετώπιση των παραπάνω παραγόντων κινδύνου, οι ασθενείς μπορούν να είναι υποψήφιοι για χειρουργική θεραπεία. Οι χειρουργικές επιλογές περιλαμβάνουν βαγοτομή ή μερική γαστρεκτομή (Sachdeva, Zaren, Sigel, 1991).

2.7 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN

Είναι μια φλεγμονώδης νόσος του γαστρεντερικού σωλήνα που προσβάλλει κυρίως την τελική μοίρα του λεπτού εντέρου, και συγκεκριμένα την υποβλενογόνια στιβάδα του εντέρου. Η αιτιολογία της άγνωστη. Ενοχοποιούνται κληρονομικοί και ανοσολογικοί παράγοντες. Στην κληρονομικότητα εντάσσονται και οι μεταλλάξεις

στο γονίδιο NOD2 που μπορεί να συμβούν σε ασθενείς με τη νόσο και υπάρχει συσχέτιση με βαρύτερη πρόγνωση. Οι ηλικίες που προσβάλλονται συνήθως είναι 20-30 ετών. Η εθνικότητα, το θετικό οικογενειακό ιστορικό, το κάπνισμα ισοτρετινοΐνη (accufan) – φάρμακο κατά της ακμής – είναι κάποιοι από τους παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου. Παρατηρούνται υφέσεις και εξάρσεις λόγω ότι η φλεγμονή επεκτείνεται σε βάθος μέχρι την βλενογόνο του εντέρου και σχηματίζονται έλκη που αιμορραγούν. Χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου είναι η απώλεια βάρους, η διάρροια και πόνος στο ΔΕ λαγόνιο βόθρο ο οποίος καταλήγει τους ασθενείς να χειρουργηθούν για οξεία σκωληκοειδίτιδα. Η διάγνωση της επιτυγχάνεται με τον ενδοσκοπικό έλεγχο του κατώτερου αλλά και του ανώτερου πεπτικού όπως η ορθοσιγμοειδοσκόπηση, η κολονοσκόπηση και η γαστροσκόπηση. Για τον εντοπισμό τυχόν αποστημάτων γίνεται ακτινολογικός έλεγχος με χρήση βαριούχου, αξονική και μαγνητική τομογραφία (MRI) (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Η θεραπεία του CD είναι πολυθεματική: η ιατρική θεραπεία επικεντρώνεται στην επούλωση του βλενογόνου και στη μείωση των συμπτωμάτων. Η χειρουργική επέμβαση διατηρεί βασικό ρόλο στη θεραπεία επιπλοκών όπως η στένωση, οι διατρήσεις, τα συρίγγια και τα αποστήματα. Είναι γνωστό ότι η χειρουργική υποτροπή πλήττει πάνω από το 80% των χειρουργημένων ασθενών. Έχουν διερευνηθεί πολλαπλές χειρουργικές στρατηγικές για τη βελτίωση του αποτελέσματος. Η εισαγωγή λαπαροσκοπικών τεχνικών επέτρεψε αρκετές βελτιώσεις, αλλά απέτυχε στη μείωση των υποτροπών. Επίσης, άλλες χειρουργικές τεχνικές βρίσκονται σήμερα υπό αξιολόγηση προκειμένου να καθυστερήσουν ή να αποτρέψουν την ανεπανόρθωτη υποτροπή, αλλά η χειρουργική θεραπεία για το CD δεν έχει ακόμη ανακαλυφθεί (Rutgeerts et al., 2005).

2.8 ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Η παγκρεατίτιδα αποτελεί φλεγμονή του παγκρέατος και μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι οξεία φλεγμονή του παγκρέατος και κοινή αιτία οξέος κοιλιακού άλγους που χρήζει απαραίτητη τη νοσηλεία. Στην πλειοψηφία των ασθενών, η ασθένεια υποχωρεί σε λίγες ημέρες, αλλά στο 25% των περιπτώσεων είναι πιο σοβαρή και σχετίζεται με ανεπάρκεια οργάνων ή νέκρωση του παγκρέατος, απαιτώντας νοσηλεία στην εντατική θεραπεία και παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο (Mitchell, Byrne & Baillie, 2003).

Η επίπτωση στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι περίπου 56 κρούσματα ανά 100.000 άτομα ετησίως και το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας αντιστοιχεί περίπου στο 5%. Σε ορισμένες περιπτώσεις η οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνια παγκρεατίτιδα, ιδιαίτερα μετά από επαναλαμβανόμενες κρίσεις. Η χρόνια παγκρεατίτιδα είναι μια φλεγμονώδης διαδικασία του παγκρέατος που οδηγεί σε ίνωση, σχηματισμό κύστεων και στένωση του παγκρεατικού πόρου. Συνήθως εμφανίζεται μαζί με χρόνια κοιλιακό άλγος αλλά η κλινική πορεία είναι μεταβλητή. Η ετήσια επίπτωση στη Δυτική Ευρώπη είναι περίπου 5 νέα κρούσματα ανά 100.000 άτομα, αν και αυτό είναι πιθανώς υποτιμημένο. Οι περισσότεροι άνθρωποι με χρόνια παγκρεατίτιδα είχαν 1 ή περισσότερες κρίσεις οξείας παγκρεατίτιδας. Σε άλλες περιπτώσεις, η χρόνια παγκρεατίτιδα έχει πιο ήπια έναρξη, γι' αυτό πολλές φορές καθυστερεί να γίνει έγκαιρα η διάγνωση (Whitcomb, 2006).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, περίπου το 50% των περιπτώσεων οξείας παγκρεατίτιδας προκαλούνται από χολόλιθους, 25% από αλκοόλ και 25% από άλλους παράγοντες. Το αλκοόλ ευθύνεται για το 70-80% των περιπτώσεων χρόνιας παγκρεατίτιδας και το κάπνισμα τσιγάρου σχετίζεται έντονα με χρόνια παγκρεατίτιδα και θεωρείται ότι επιδεινώνει την κατάσταση. Η οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα μπορεί να είναι ιδιοπαθής ή, σε περίπου 5% των περιπτώσεων, να προκαλείται από κληρονομικούς παράγοντες (σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει συνήθως θετικό οικογενειακό ιστορικό). Άλλες αιτίες περιλαμβάνουν υπερασβεστιαμία, υπερλιπιδαιμία ή αυτοάνοση νόσο. Στην οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα ο εντοπισμός της αιτίας μπορεί να μην είναι απλός και μπορεί να χρειαστούν εξειδικευμένες έρευνες (Steer, Waxman & Freedman, 1995).

Η αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας στα αρχικά στάδια είναι υποστηρικτική. Η ενδοφλέβια αντικατάσταση υγρού έχει σημαντικό ρόλο, αλλά ο τύπος και ο ρυθμός χορήγησης του υγρού είναι ασαφείς. Επίσης, ο ρόλος των αντιβιοτικών στην πρόληψη της μόλυνσης συζητείται έντονα. Αναγνωρίζεται ότι οι ασθενείς που αναπτύσσουν μολυσματική παγκρεατική νέκρωση θα πρέπει να υποβληθούν σε μια μορφή παροχέτευσης ή εκτομής για τη θεραπεία αυτής, αλλά ο τύπος παρέμβασης για κάθε ασθενή είναι ασαφής (Zerem, 2014).

Στη χρόνια παγκρεατίτιδα ο φυσιολογικός παγκρεατικός ιστός αντικαθίσταται από ινώδη ιστό και οι ασθενείς εμφανίζουν ανεπάρκεια κυρίως στις εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος με αποτέλεσμα να εμφανίζονται δυσαπορρόφηση

ουσιών, λιπώδη κόπρανα και απώλεια βάρους, αλλά και διαταραχές στην εξωκρινή μοίρα με εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη. Χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου είναι ο χρόνιος ήπιος πόνος, τα επιγαστρικά ενοχλήματα, ο ήπιος ΣΔ, το χρόνια διαρροϊκό σύνδρομο και η στεατόρροια. Η διάγνωση της γίνεται κυρίως με αξονική τομογραφία και η θεραπεία της έγκειται στην πλήρη αποχή από το αλκοόλ, στην χορήγηση παυσίπονων, στην αντιμετώπιση του ΣΔ με ινσουλίνη και στην χορήγηση λιποδιαλυτών βιταμινών, καθώς και σε μια ισορροπημένη διατροφή με υδατάνθρακες και φτωχή σε λίπη (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Ορισμένες επιπλοκές είναι κοινές για την οξεία και την χρόνια παγκρεατίτιδα, όπως ο υποσιτισμός που προκαλείται από πεπτικά προβλήματα, ο διαβήτης, που εμφανίζεται έως και στο 80% των ατόμων με χρόνια παγκρεατίτιδα, και η συσσώρευση υγρών εντός των τοπικών συλλογών (ψευδοκύστεις), στην κοιλία (ασκίτης) ή τον θώρακα (υπεζωκοτική συλλογή). Η διαχείριση όλων αυτών των επιπλοκών μπορεί να είναι δύσκολη λόγω των συνεχιζόμενων εμφανίσεων συννοσηροτήτων και κοινωνικών προβλημάτων, όπως η εξάρτηση από το αλκοόλ ή τα οπιοειδή (Balthazar, 2002).

Τα άτομα με οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα που αφορούν τόσο τον πόνο όσο και την διατροφή τους. Στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων έρχονται να βοηθήσουν και να στηρίξουν τους ασθενείς μια ομάδα από γιατρούς, νοσηλευτές, διαιτολόγους και κοινωνικές υπηρεσίες, που σε συνεργασία μεταξύ τους θα τους κατευθύνουν αν έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής, απέχοντας από τους παράγοντες που ενοχοποιούνται για αυτή τους την κατάσταση όπως π.χ. το αλκοόλ, το κάπνισμα και τις τροφές με λίπη (Osborn, Wraa, Watson, Holleran, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ & ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) επισκέπτονται συχνά γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων όπως γαστρεντερολόγους ή γενικούς γιατρούς με έντονα συμπτώματα χαρακτηριστικά του συνδρόμου. Διάφοροι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την βιοψυχοκοινωνική αλληλεπίδραση εγκεφάλου-εντέρου και αναπτύσσεται το σύνδρομο. Παράγοντες πίεσης ζωής καθώς και υψηλά φορτία καθημερινών ή συναισθηματικών στρεσογόνων παραγόντων προδιαθέτουν τους

ασθενείς αυτούς να επιδεινώσουν τα συμπτώματά τους. Μια μελέτη που έγινε στο Ψυχοσωματικό Κέντρο Ερευνών του πανεπιστημίου του Isfahan το 2016 έδειξε ότι τα άτομα με ευερέθιστο έντερο έχουν υψηλότερη αντίληψη των στρεσογόνων παραγόντων και λιγότερες στρατηγικές αντιμετώπισης τους (Roohfza, 2016).

Ο αναφερόμενος επιπολασμός του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου σε ασιατικές χώρες κυμαίνεται από 5 έως 10% ανάλογα με τον πληθυσμό της μελέτης και τα διαγνωστικά κριτήρια (Chang, Lu, 2007). Μια έρευνα της Ταϊβάν αξιολόγησε τον κοινωνικό αντίκτυπο και τον αντίκτυπο της ποιότητας του ύπνου των ατόμων που έλαβαν φυσική εξέταση (Lu et al., 2003). Το 56% των ατόμων με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου επισκέφτηκαν γιατρούς λόγω γαστρεντερικών συμπτωμάτων και ο μέσος αριθμός επισκέψεων ήταν 2,3 κατά το προηγούμενο έτος. Μια σχεδόν διπλάσια αύξηση στη συχνότητα της διαταραχής του ύπνου παρατηρήθηκε σε άτομα με συμπτώματα του συνδρόμου. (Fasano et al., 2003). Μελέτες σχετικά με το QOL σε κορεάτες και ασιατικούς ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου συνοψίστηκαν έδειξαν με συνέπεια φτωχότερη QOL σε ασθενείς με το σύνδρομο τόσο από άποψη ψυχική όσο και σωματική, ενώ ορισμένες δεν έδειξαν διαφορά στον τομέα της φυσικής λειτουργίας. Η κακή QOL στην ψυχική συνιστώσα μπορεί να εξηγηθεί από ψυχιατρική συννοσηρότητα σε άτομα με το σύνδρομο. Τέτοιες πτυχές πρέπει να εξεταστούν περαιτέρω με μελέτες σε όλους τους πολιτισμούς. Η λειτουργική δυσπεψία πιστεύεται ότι είναι συχνή τόσο στην Ασία όσο και στις δυτικές χώρες. Στην Κορέα, εκτιμάται ότι περίπου το 12% του ενήλικου πληθυσμού έχει δυσπεψία ,και ότι μεγάλο ποσοστό των ασθενών έχουν λειτουργική παρά συγκεκριμένη οργανική αιτία για τα συμπτώματά τους. Η αντιμετώπιση της δυσπεψίας παραμένει ένα σημαντικό ζήτημα στην κλινική πρακτική. Η λειτουργική δυσπεψία είναι η πιο συνηθισμένη λειτουργική γαστρεντερική δυσλειτουργία τόσο στην πρακτική πρωτοβάθμιας φροντίδας όσο και στη γαστρεντερολογία στην Κορέα (Jeong et al., 2008).

Η εθνική μελέτη δυσπεψίας στην Κορέα πραγματοποιήθηκε το 2002. Τα άτομα αυτής της έρευνας περιλάμβαναν 3.038 ασθενείς με δυσπεψία που παρατηρήθηκαν σε κέντρα παραπομπής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση και συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο δυσπεψίας. Η ενδοσκοπική εξέταση αποκάλυψε ότι η δυσπεψία προκαλείται από

οργανικές αιτίες σε ποσοστό 28% των ασθενών, γαστρικό έλκος στο 5,3%, έλκος δωδεκαδακτύλου στο 9,3%, καρκίνο του στομάχου στο 1,4% και οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση στο 2,6%. Οι ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία είχαν χαμηλότερη βαθμολογία ποιότητα ζωής και στους 8 σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Τόσο οι ψυχικές όσο και οι φυσικές βαθμολογίες ήταν εξίσου χαμηλότερες από τα υγιή άτομα (Choi et al., 2002).

Σε μελέτη των Fakhrialsadat et al το 2012, έγινε προσπάθεια εκτίμησης της ποιότητας ζωής ασθενών η οποία υποβλήθηκαν σε χειρουργείο εκτομής, χωρίς τη χρήση κάποιου ειδικού εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής. Έτσι, στη μελέτη μετρήθηκε το QOL ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο εκτομής εξαιτίας καρκινικών ή μη καρκινικών ασθενειών. Στη μελέτη έλαβαν μέρος 102 ασθενείς, εκ των οποίων οι 58 ήταν άντρες και οι 44 γυναίκες, με τη μέση ηλικία των ασθενών να κυμαίνεται στα 53,5 +/- 12,3 έτη. Σύμφωνα με τα όσα είπαν οι ασθενείς, το 83,3%, 82,4% και το 48% αυτών αναγκάστηκαν να αλλάξουν δουλειά, διατροφή και τρόπο ενδυμασίας αντίστοιχα. Επίσης, όσον αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις οι οποίες σημειώθηκαν μετά το χειρουργείο, το 63% των ασθενών εμφάνισε συναισθήματα κατάθλιψης. Ακόμη, σημειώθηκαν προβλήματα τα οποία αφορούσαν τη σεξουαλική ζωή των ασθενών, μιας και μόνο το 33% αυτών παρέμειναν σεξουαλικά ενεργοί μετά το χειρουργείο. Επιπλέον είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι περισσότεροι ασθενείς χρειάστηκαν τουλάχιστον 6 μήνες για να προσαρμοστούν και να νιώσουν άνετα με τη καθημερινή φροντίδα του χειρουργικού τραύματος και την αλλαγή στις διατροφικές τους συνήθειες (Fakhrialsadat et al., 2012).

Επίσης, σε μελέτη των Eric Shah et al το 2014, έγινε προσπάθεια εντοπισμού της σοβαρότητας και του επιπολασμού των ψυχολογικών διαταραχών σε ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και ελκώδη κολίτιδα σε σχέση με υγιείς μάρτυρες. Αφού μελετήθηκαν 7 έρευνες σχετικές με το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και 3 μελέτες σχετικές με την ελκώδη κολίτιδα, καταγράφηκαν τα αποτελέσματα. Τελικά κατέληξαν στο ότι το άγχος και οι καταθλιπτικές διαταραχές σχετίζονται με το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και την ελκώδη κολίτιδα. Η μη ειδική σχέση μεταξύ αυτών των ψυχολογικών και γαστρεντερικών διαταραχών μπορεί να υποδηλώνει ότι η χρόνια γαστρεντερική ασθένεια μπορεί να επηρεάσει την ψυχοκοινωνική συμπεριφορά (Shah, Rezaie, Riddle, Pimentel, 2014).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών που νοσηλεύονται στην χειρουργική κλινική με παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα .

Ερευνητικά Ερωτήματα

- Μέτρηση παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.
- Μέτρηση παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική κατάσταση των ασθενών.

Είδος Μελέτης

Η Έρευνα που πραγματοποιήθηκε βασίστηκε στην μέθοδο μια συγχρονικής μελέτης με την χρήση ερωτηματολογίου και ο λόγος επιλογής της μεθόδου αυτής ήταν να εξυπηρετήσει στην ταυτόχρονη συγκέντρωση στοιχείων τόσο της ποιότητας ζωής όσο στοιχείων όσο και της ψυχοκοινωνικής κατάστασης ασθενών με γαστρεντερικά προβλήματα σε μια συγκεκριμένη στιγμή κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους (Μερκούρης, 2008).

Μέθοδος δειγματοληψίας - δείγμα

Ως μέθοδος δειγματοληψίας επιλέχθηκε η σκόπιμη δειγματοληψία (Γαλάνης, 2011) και αυτό γιατί η σκόπιμη δειγματοληψία δίνει την επιλογή στον ερευνητή να συλλέξει τα δεδομένα που είναι σκόπιμα ή ενδιαφέρον για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Το τελικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 83 ασθενείς. Τα κύρια χαρακτηριστικά τους ήταν :

- Ηλικία άνω των 18 ετών.
- Νοσηλεία στην χειρουργική κλινική με γαστρεντερικά προβλήματα.
- Πνευματική διαύγεια για την κατανόηση του σκοπού της έρευνας και συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου .
- Ότι δέχονταν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο κατόπιν ανάγνωσης και υπογραφής της έντυπης συγκατάθεσης .

Ερευνητικά Εργαλεία

Τα ερευνητικά εργαλεία που επιλέχθηκαν να χρησιμοποιηθούν στη μελέτη ήταν, το δομημένο ερωτηματολόγιο SF-36., το οποίο και αποτελείται από τις ενότητες: δημογραφικά, χαρακτηριστικά σχετικά με την ασθένεια και τις συνήθειες, διατροφικές συνήθειες, εκτίμηση υγείας και καθημερινών δραστηριοτήτων (Κουτσούμπας, 2016).

Σχετικά με το ερωτηματολόγιο SF-36, ο έλεγχος αξιοπιστίας έδειξε υψηλή συνεκτικότητα (Cronbach $\alpha=0,941$). Η βαθμονόμηση του έγινε σύμφωνα με τις οδηγίες του Κουτσούμπα (2016), με αντιστροφή των αποκρίσεων ορισμένων ερωτήσεων από τις 36, σε 8 συνιστώσες σωματικής και ψυχικής υγείας:

- Φυσική Λειτουργία (Physical Functioning, PF) (sf3α, sf3β, sf3γ, sf3δ, sf3ε, sf3στ, sf3ζ, sf3η, sf3θ, sf3ι),
- Φυσικού Ρόλου (Role Physical, RP) (sf4α, sf4β, sf4γ, sf4δ)
- Σωματικού Πόνου (Bodily Pain, BP) (sf7, sf8),
- Γενικής Υγείας (General Health, GH) (sf11α, sf11β, sf11γ, sf11δ, sf11),
- Ζωτικότητας (Vitality, VT) (sf9α, sf9ε, sf9ζ, sf9θ),
- Κοινωνικής Λειτουργίας (Social Functioning, SF) (sf6, sf10),
- Συναισθηματικού Ρόλου (Role Emotional, RE) (sf5α, sf5β, sf5γ),
- Διανοητική υγεία (Mental Health, MH) (sf9β, sf9γ, sf9δ, sf9στ, sf9η) ενώ η ερώτηση sf2 (Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;) είναι ανεξάρτητη και δεν εντάσσεται σε κάποια συνιστώσα.

Ως δεύτερο εργαλείο ώστε να διερευνηθεί και η ψυχοκοινωνική κατάσταση των νοσηλευόμενων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο άγχους που είναι ελεύθερης πρόσβασης στο διαδίκτυο Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI). Το ερωτηματολόγιο του Spielberger (Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Λιάκος και Γιαννίτση, 1984) αποτελείται από μια σειρά 40 προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους. Οι 20 πρώτες αφορούν προτάσεις οι οποίες τους αντιπροσωπεύουν περισσότερο αυτή τη στιγμή ενώ οι υπόλοιπες 20 γενικά στην ζωή τους (Λιάκος & Γιαννίτση,

1984). Η αξιοπιστία της κλίμακας βρέθηκε επίσης μέσω του συντελεστή Cronbach σε 0,807 ή εξαιρετική (excellent).

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στην Χειρουργική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Βενιζέλειο - Παννάειο κατά το διάστημα 2 μηνών περίπου από 24/04/2021 έως 28/06/2021. Η επαφή του ερευνητή με τους συμμετέχοντες λάμβανε χώρα εντός της κλινικής. Εξηγήθηκε στον εκάστοτε ασθενή ο σκοπός της έρευνας και αφού μελέτησε και κατανόησε το ειδικό έντυπο που συνόδευε τα ερωτηματολόγια, έδινε την υπογεγραμμένη συναίνεση του για να συνεχιστεί η διαδικασία, εφόσον το επιθυμούσε. Για την διεξαγωγή της έρευνας χρειάστηκε να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις από τους ασθενείς, που αφορούσαν το ιστορικό και την ποιότητα ζωής τους και σε μια σειρά από ερωτήσεις που περιλάμβαναν δημογραφικά στοιχεία όπως ηλικία και φύλο και άλλες. Οι συμμετέχοντες είχαν δικαίωμα να αρνηθούν να απαντήσουν σε οποιαδήποτε ερώτηση τους φέρνει σε δύσκολη θέση ή νομίζουν ότι δεν τους αφορά. Σε κανένα σημείο δεν απαιτήθηκαν προσωπικές πληροφορίες όπως για παράδειγμα το όνομα, και οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας. Η εξαγωγή των αποτελεσμάτων έγινε μέσω αρχείο excel όπου μαζί με τα έντυπα συγκατάθεσης των συμμετεχόντων είναι ασφαλή και θα καταστραφούν μετά την παρουσίαση της παρούσας διπλωματικής.

Θέματα Βιοηθικής

Όσον αφορά τη δεοντολογία της παρούσας μελέτης, εφαρμόστηκαν οι αρχές δεοντολογίας που ορίζονται από την αναφορά του Belmont (1976), για τα δικαιώματα των υποκειμένων μίας έρευνας. Αναλυτικότερα, ελήφθησαν υπόψη σε όλα τα στάδια της μελέτης, η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης. Στις παραπάνω αρχές στηρίχθηκαν τα κριτήρια ηθικής συμπεριφοράς για την παρούσα έρευνα. Το πρωτόκολλό της κατατέθηκε στο Τμήμα Νοσηλευτικής και αφού έλαβε θετική εισήγηση, με αριθμό (495/53/08-03-2021), κατατέθηκε και στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Βενιζέλειο - Παννάειο) και έλαβε έγκριση με αριθμό (43/5/22-04-2021). Τέλος έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας και το Επιστημονικό Συμβούλιο της 7ης ΥΠΕ με αριθμ. (25794/23-06-2021).

Στατιστική Ανάλυση

Στην ανάλυση των δεδομένων της έρευνας της παρούσας διπλωματικής εργασίας έγινε χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2019, IBM SPSS Statistics for Windows, v.26.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων περιγραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των ασθενών της μελέτης. Η μορφή των κατανομών των βαθμολογιών των Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής και Προσωρινού Άγχους ελέγχθηκε μέσω της μεθόδου κατά Blom (QQplot) ενώ υπολογίστηκαν οι συντελεστές αξιοπιστίας τους μέσω της μεθόδου Cronbach. Στις περισσότερες συνιστώσες εντοπίστηκε ελαφριά ασυμμετρία με εξαίρεση στη Σωματική και Ψυχική Υγεία της Κλίμακας SF-36 όπου η σύγκρισή τους έγινε μέσω της μεθόδου Student. Ακολούθησε συσχέτιση όλων των συνιστωσών της ποιότητας ζωής και του προσωρινού άγχους με τα χαρακτηριστικά των ασθενών μέσω της μη παραμετρικής μεθόδου Spearman. Μέσω πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης ακολούθησε συσχέτιση (εκτίμηση δεικτών odds ratio, OR) των αυξημένων επιπέδων της ποιότητας ζωής της Σωματικής & Ψυχικής υγείας, ως προς τα χαρακτηριστικά των ασθενών και το προσωρινό τους άγχος. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

Αποτελέσματα

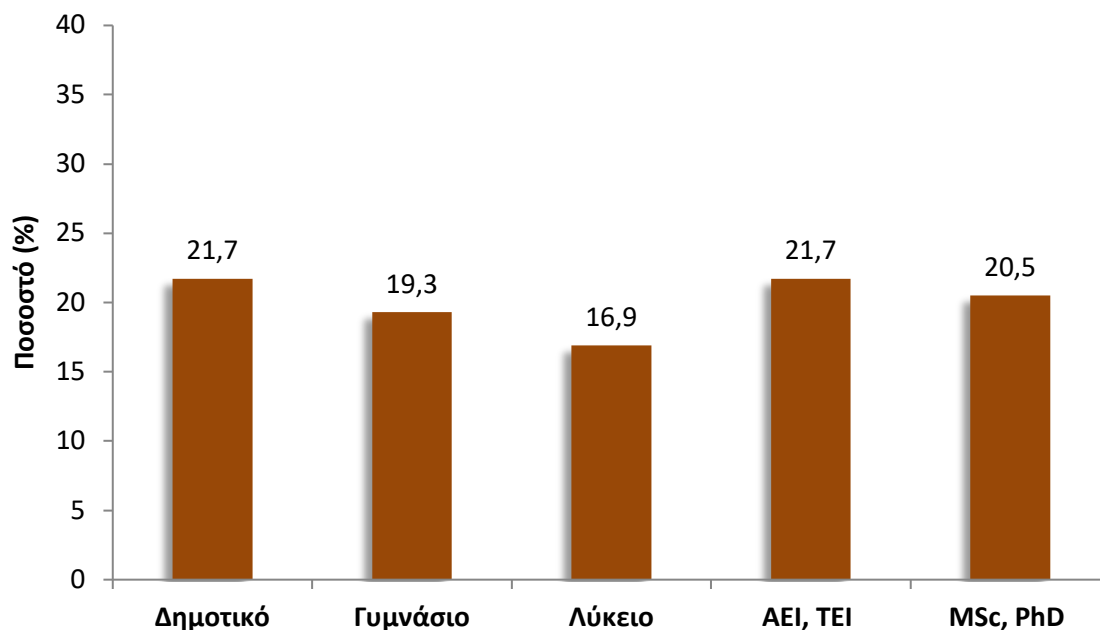
Χαρακτηριστικά ασθενών

Από το σύνολο των 83 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη (πίνακας 1), η πλειοψηφία τους (50,6%) ήταν άνδρες, η μέση ηλικία όλων βρέθηκε στα 55,0 χρόνια ($\pm 17,4$) ή το 42,2% <50 ετών. Έγγαμοι/ες ήταν το 69,9%, το 83,1% ανέφεραν ότι έχουν παιδιά, το 94,0% ήταν ελληνικής καταγωγής και το 78,3% διέμενε σε αστική περιοχή. Στην εκπαίδευσή τους (σχήμα 1) φαίνεται να κατανέμονται ομοιόμορφα σε όλες τις

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 83 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

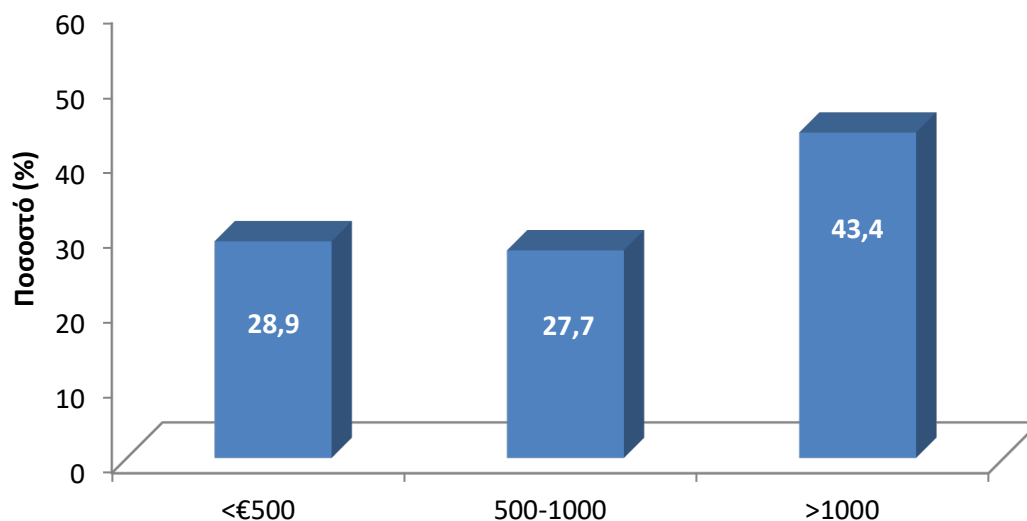
		n	%
Φύλο	<i>άνδρες</i>	42	50,6
	<i>γυναίκες</i>	41	49,4
Ηλικία, χρόνια	<i>μέση ηλικία (τ.α.) [ελάχ., μεγ.]</i>	55,0 (17,4) [18, 93]	
	<i>18-49</i>	35	42,2
	<i>50-69</i>	32	38,5
	<i>70-93</i>	16	19,3
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α</i>	25	30,1
	<i>Έγγαμος/η, Με σύντροφο</i>	58	69,9
Παιδιά	<i>ναι</i>	69	83,1
	<i>όχι</i>	14	16,9
Εθνικότητα	<i>Ελληνική</i>	78	94,0
	<i>άλλη</i>	5	6,0
Περιοχή κατοικίας	<i>Αγροτική</i>	18	21,7
	<i>Αστική</i>	65	78,3

Σχήμα 1. Κατανομή συχνοτήτων του εκπαιδευτικού επιπέδου των 83 ασθενών της μελέτης.

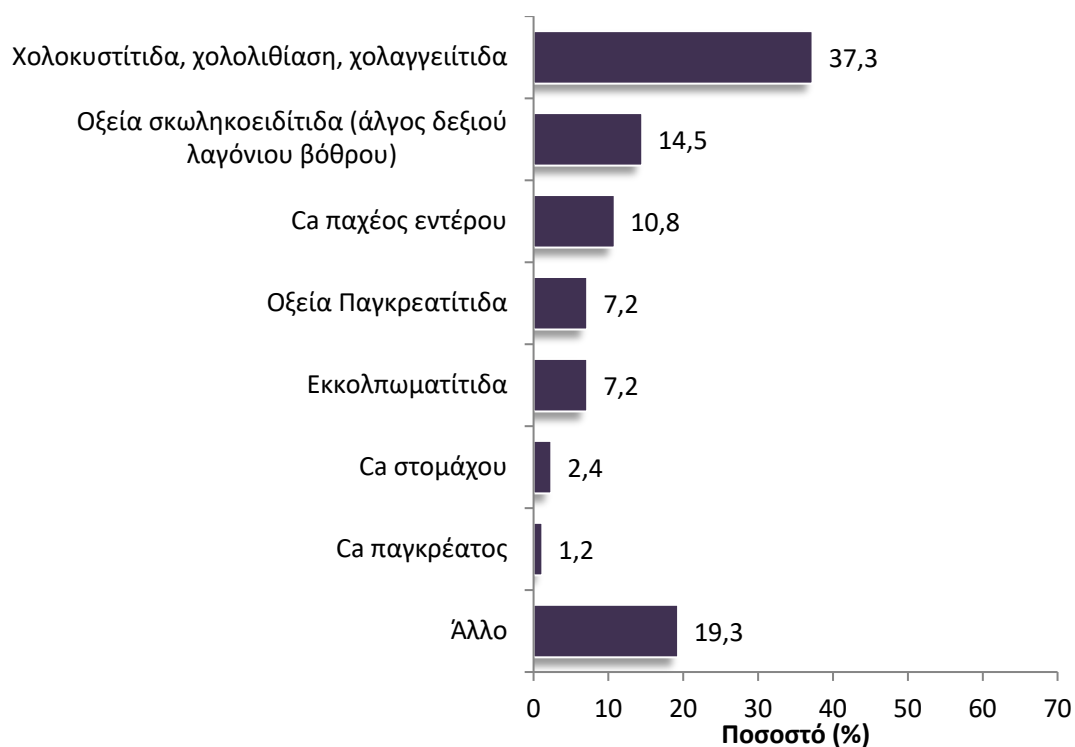


βαθμίδες ενώ το 42,2% είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ή και με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Στο εισόδημα τους επίσης (**σχήμα 2**) η πλειοψηφία ή το 43,4% ανέφερε μηνιαίο εισόδημα >1000 ευρώ. Στο **σχήμα 3** δίνεται η κατανομή συχνοτήτων των αιτιών εισαγωγής των 83 ασθενών στη Χειρουργική κλινική. Με την υψηλότερη συχνότητα ή 37,3% βρέθηκε ως αιτία «χολοκυστίτιδα, χολολιθίαση, χολαγγειίτιδα» και ακολουθεί με 14,5% η «οξεία σκωληκοειδίτιδα».

Σχήμα 2. Κατανομή συχνοτήτων του μηνιαίου εισοδήματος (ευρώ) των 83 ασθενών της μελέτης.



Σχήμα 3. Κατανομή συχνοτήτων αιτιών εισαγωγής στη Χειρουργική Κλινική των 83 ασθενών της μελέτης.



Ποιότητα ζωής & Άγχος

Στον **πίνακα 2** παρουσιάζονται οι βαθμολογίες της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής (SF-36) των 83 ασθενών της μελέτης. Σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα μέσης βαθμολογίας (>50,0) διαπιστώνονται η Φυσική Λειτουργία (54,3±29,7), η Κοινωνική (50,6±19,7), και η Διανοητική (58,9±18,8), ενώ στις κύριες συνιστώσες της ποιότητας ζωής, η Σωματική Υγεία βρέθηκε μόλις σε 44,9±20,4 και η Ψυχική 50,9±15,6. Αντίστοιχα, μέτρια προς υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής βρέθηκαν στη Σωματική υγεία το 34,9% και το 50,6% στην Ψυχική. Η αξιοπιστία όλων των συνιστωσών εκτιμώμενη μέσω του συντελεστή Cronbach, βρέθηκε μεταξύ 0,680 & 0,900 ή φτωχή έως εξαιρετική (poor/excellent). Μεταξύ ωστόσο των οχτώ επιμέρους συνιστωσών και σύμφωνα με την ιεραρχική τους σύγκριση (**σχήμα 4**), η Διανοητική υγεία βρέθηκε με σημαντικά υψηλότερα μέσα επίπεδα έναντι χαμηλότερης του Φυσικού ρόλου (58,9 έναντι 34,3, $p < 0,001$). Επιπλέον, μεταξύ της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας ποιότητας ζωής (**σχήμα 5**), η Ψυχική υγεία βρέθηκε με σημαντικά υψηλότερα μέσα επίπεδα (50,9 έναντι 44,9, $p = 0,029$).

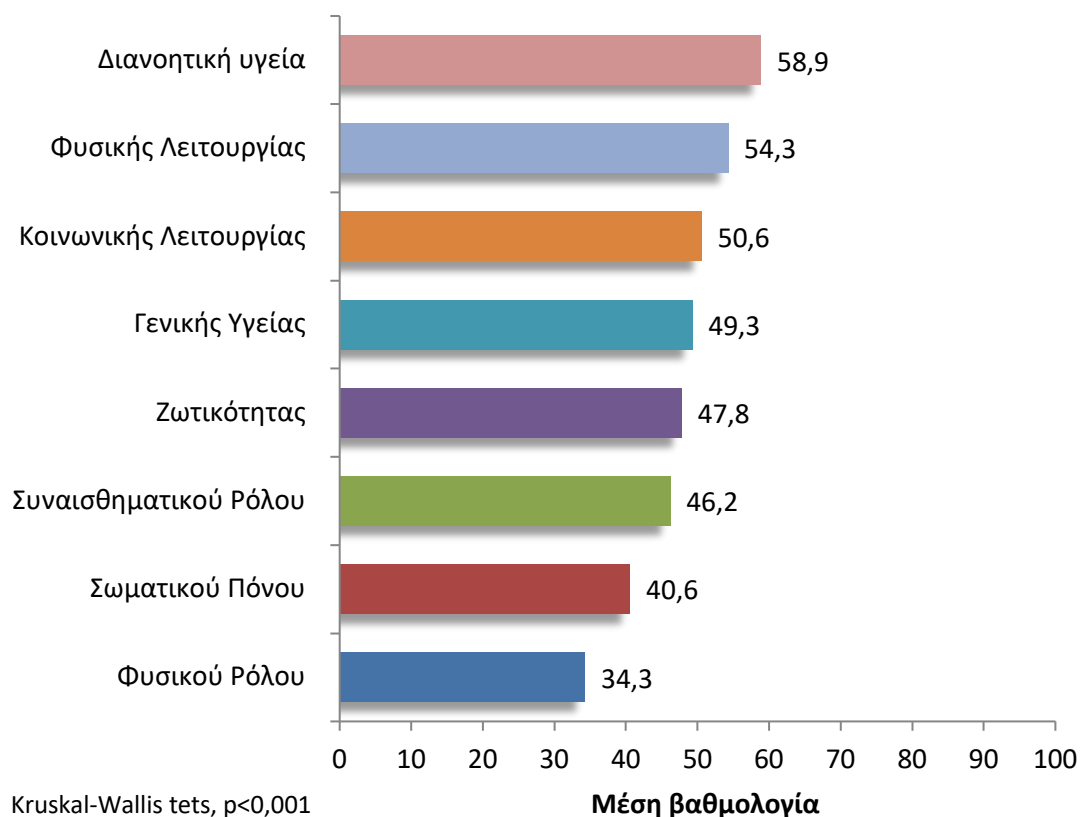
Πίνακας 2. Επίπεδα βαθμολογίας συνιστωσών Κλίμακας Ποιότητας Ζωής (SF-36) στους 83 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης.

Συνιστώσες Ποιότητας Ζωής του SF-36	Μέση τιμή ^α	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Cronbach α
Φυσικής Λειτουργίας (Physical Functioning, PF)	54,3	29,7	50,0	0,0	100,0	0,900
Φυσικού Ρόλου (Role Physical, RP)	34,3	41,6	0,0	0,0	100,0	0,897
Σωματικού Πόνου (Bodily Pain, BP)	40,6	24,3	40,0	0,0	80,0	0,791
Γενικής Υγείας (General Health, GH)	49,3	18,0	50,0	0,0	100,0	0,697
Ζωτικότητα (Vitality, VT)	47,8	20,7	50,0	0,0	95,0	0,836

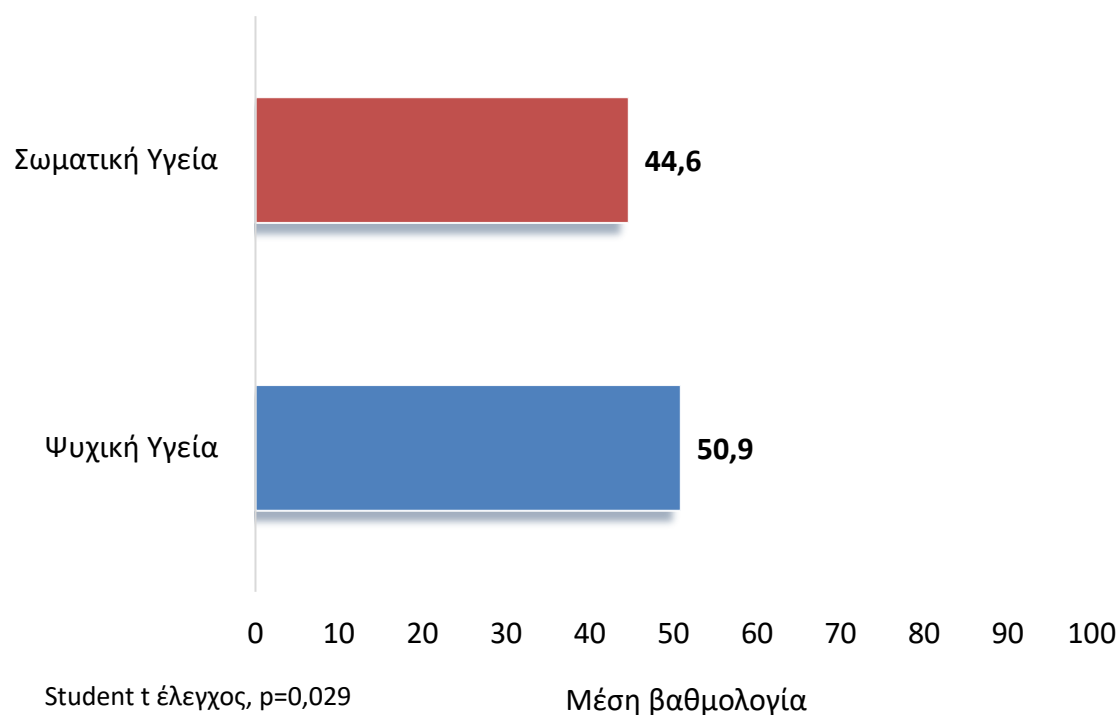
<i>Κοινωνικής Λειτουργίας</i> (<i>Social Functioning, SF</i>)	50,6	19,7	50,0	12,5	100,0	0,680
<i>Συναισθηματικού Ρόλου</i> (<i>Role Emotional, RE</i>)	46,2	43,2	33,3	0,0	100,0	0,711
<i>Διανοητική υγεία</i> (<i>Mental Health, MH</i>)	58,9	18,8	60,0	12,0	100,0	0,810
Σωματική Υγεία (<i>Physical Component, PC</i>)	44,6	20,4	42,5	0,0	95,0	0,863
<i>μέτρια/υψηλή (>50,0)</i>	v=29 ή 34,9%					
Ψυχική Υγεία (<i>Mental Component, MC</i>)	50,9	15,6	50,2	19,3	86,3	0,787
<i>μέτρια/υψηλή (>50,0)</i>	v=42 ή 50,6%					

^a Υψηλότερη βαθμολογία (→100) καθορίζει καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σχήμα 4. Ιεραρχική σύγκριση της βαθμολογίας των οχτώ επιμέρους συνιστωσών της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής (SF-36) στους 83 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης.



Σχήμα 5. Σύγκριση της βαθμολογίας των δυο βασικών συνιστωσών της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής (SF-36) στους 83 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης.



Στον **πίνακα 3** παρουσιάζονται τα επίπεδα βαθμολογίας της Κλίμακας Προσωρινού Άγχους του Spielberger (STAI) στους 83 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης. Διαπιστώθηκαν μέτρια προς υψηλά επίπεδα μέσης βαθμολογίας Άγχους ($45,5 \pm 8,9$) ενώ το 68,7% βρέθηκε με υψηλή βαθμολογία ή υψηλό Προσωρινό Άγχος ($>40,0$). Η αξιοπιστία της κλίμακας βρέθηκε επίσης μέσω του συντελεστή Cronbach σε 0,807 ή εξαιρετική (excellent).

Πίνακας 3. Επίπεδα βαθμολογίας Κλίμακας Προσωρινού Άγχους του Spielberger (STAI) στους 83 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης.

	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Cronbach α
Προσωρινό Άγχος (STAI)^α	45,4	8,9	47,0	26	66	0,807
<i>χαμηλό (έως 40)^β</i>						$v=26$ ή 31,3%
<i>υψηλό (>40)</i>						$v=57$ ή 68,7%

^α Υψηλότερη βαθμολογία ($\rightarrow 80$) καθορίζει περισσότερο άγχος.

^βΣύμφωνα με τους Emons WH, Habibović M, PedersenSS (2019). Prevalence of anxiety in patients with an implantable cardioverter defibrillator: measurement equivalence of the HADS-A and the STAI-S. QualLifeRes. 28(11):3107-3116.

Χαρακτηριστικά, Ποιότητα ζωής & Άγχος

Στον **πίνακα 4** παρουσιάζονται οι μόνο μεταβλητές συσχετίσεις των βαθμολογιών μεταξύ των Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής (SF-36) και Προσωρινού Άγχους (STAI) με τα χαρακτηριστικά των ασθενών. Οι γυναίκες ασθενείς φαίνεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα Γενικής Υγείας ($rho=-0,282$, $p<0,05$) και υψηλότερο Άγχος ($rho=0,283$, $p<0,05$). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα Φυσικής Λειτουργίας ($rho=-0,229$, $p<0,05$), Φυσικού ρόλου ($rho=-0,409$, $p<0,05$), Συναισθηματικού ρόλου ($rho=-0,260$, $p<0,05$) ή Σωματικής Υγείας ($rho=-0,340$, $p<0,05$) αλλά υψηλότερης Κοινωνικής λειτουργικότητας ($rho=0,263$, $p<0,05$). Η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα Ψυχικής Υγείας ($rho=0,244$, $p<0,05$), το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο με υψηλότερα επίπεδα Σωματικής Υγείας ($rho=0,242$, $p<0,05$) ή η διαμονή σε αγροτικές περιοχές με υψηλότερη Κοινωνική λειτουργικότητα ($rho=-0,238$, $p<0,05$). Τέλος, υψηλότερο μηνιαίο εισόδημα φαίνεται να σχετίζεται με καλύτερα επίπεδα Σωματικού πόνου ($rho=0,237$, $p<0,05$), Ζωτικότητας ($rho=0,271$, $p<0,05$), Σωματικής Υγείας ($rho=0,272$, $p<0,05$) ή χαμηλότερου Άγχους ($rho=-0,219$, $p<0,05$).

Πίνακας 4. Συσχέτιση της βαθμολογίας Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής (SF-36) και Προσωρινού Άγχους του Spielberger (STAI) στους 83 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης, ως προς βασικά τους χαρακτηριστικά.

	Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	Ηλικία (χρόνια)	Οικογενειακή κατάσταση (1:Άγαμος/η, Διαζευγμένος/ η, Χήρος/α, 2:Έγγαμος/η, Με σύντροφο)	Παιδιά (1:ναι, 2:όχι)	Εκπαίδευση (1:δημοτικό, 2:γυμνάσιο, 3:λύκειο, 4:ΑΕΙ, ΤΕΙ, 5:ΜSc, PhD)	Περιοχή κατοικίας (1:Αγροτική, 2:Αστική)	Μηνιαίο εισόδημα (1:<500 €, 2:500- 1000, 3:>1000)
	rho-Spearman						
Φυσικής Λειτουργίας ^α	-0,089	-0,229*	0,076	0,032	0,129	-0,074	0,093
Φυσικού Ρόλου	0,008	-0,409*	0,077	0,216*	0,250*	0,001	0,211
Σωματικού Πόνου	-0,260*	-0,051	0,166	0,188	0,174	-0,080	0,237*
Γενικής Υγείας	-0,282*	-0,057	0,086	0,025	0,010	-0,053	0,170
Ζωτικότητα	-0,166	-0,078	0,198	0,040	0,175	-0,104	0,271*
Κοινωνικής Λειτουργίας	-0,101	0,263*	-0,019	0,023	-0,208	-0,238*	-0,094
Συναισθηματικό ύ Ρόλου	-0,070	-0,260*	0,148	0,073	0,159	0,103	0,159

<i>Διανοητική υγεία</i>	-0,198	0,064	0,196	0,057	0,171	-0,030	0,193
Σωματική Υγεία	-0,127	- 0,340*	0,129	0,182	0,242*	-0,020	0,272*
Ψυχική Υγεία	-0,171	-0,116	0,244*	0,072	0,147	-0,028	0,213
Προσωρινό Άγχος	0,283*	-0,159	0,040	-0,089	-0,164	-0,019	-0,219*

^α Υψηλότερη βαθμολογία (→100) καθορίζει υψηλότερη ποιότητα ζωής. ^βΥψηλότερη βαθμολογία (→80) καθορίζει περισσότερο άγχος. * p-value<0,05

Στον **πίνακα 5** παρουσιάζονται οι συγκρίσεις των μέσων επίπεδων και των διαφορών τους των δύο βασικών συνιστωσών της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής (SF-36) ως προς τα επίπεδα του άγχους. Οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα Προσωρινού άγχους έναντι εκείνων με χαμηλά, έχουν σημαντικά χαμηλότερα μέσα επίπεδα Ψυχικής Υγείας (47,3 έναντι 58,7, $p=0,002$) και οριακά μη σημαντικά Σωματικής (42,0 έναντι 50,4, $p>0,05$).

Πίνακας 5. Σύγκριση της βαθμολογίας των δυο βασικών συνιστωσών της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής (SF-36) στους 83 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης, ως προς τα χαμηλά και υψηλά επίπεδα του προσωρινού άγχους.

<i>Ποιότητα Ζωής:</i>	Προσωρινό Άγχος				<i>Δ- διαφορά</i>	<i>p-value</i>
	<i>χαμηλό (έως 40)</i>		<i>υψηλό (>40)</i>			
	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.		
Σωματική Υγεία	50,4	19,8	42,0	20,3	8,4	0,083
Ψυχική Υγεία	58,7	13,8	47,3	15,1	11,4	0,002

^a Υψηλότερη βαθμολογία ($\rightarrow 100$) καθορίζει υψηλότερη ποιότητα ζωής. Έλεγχος Student.

Ωστόσο, πλέον των προηγούμενων αδρών εκτιμήσεων, στον **πίνακα 6** παρουσιάζεται σε πολυμεταβλητό επίπεδο η συσχέτιση και εκτίμηση δεικτών odds ratio μέσω λογιστικής παλινδρόμησης, των αυξημένων επιπέδων της ποιότητας ζωής Σωματικής & Ψυχικής, ως προς τα χαρακτηριστικά των ασθενών και το προσωρινό τους άγχος. Όσο αυξάνεται κατά έτος η ηλικία των ασθενών, μειώνεται σημαντικά το odds για *μέτρια προς υψηλή* Σωματική Υγεία (OR=0,95, $p=0,012$). Αντίστοιχα, όσοι ασθενείς είναι σε έγγαμη κατάσταση ή συμβιώνουν έχουν και σημαντικά υψηλότερο odds για *μέτρια προς υψηλή* Ψυχική Υγεία (OR=6,59, $p=0,006$) ενώ όσοι έχουν υψηλό Προσωρινό Άγχος έχουν και σημαντικά μικρότερο odds για *μέτρια προς υψηλή* Ψυχική Υγεία (OR=0,16, $p=0,005$). Πρακτικά λοιπόν φαίνεται ότι η καλύτερη ποιότητα ζωής της Σωματικής υγείας σχετίζεται με τις μικρότερες ηλικίες των ασθενών και εκείνη της καλύτερης ποιότητας ζωής της Ψυχικής υγείας με τον έγγαμο βίο/συμβίωση ή με λιγότερο προσωρινό άγχος.

Πίνακας 6. Συσχέτιση (εκτίμηση δεικτών odds ratio, OR) των αυξημένων επιπέδων της ποιότητας ζωής Σωματικής & Ψυχικής, ως προς τα χαρακτηριστικά των ασθενών και το προσωρινό τους άγχος.

	Ποιότητα Ζωής SF-36					
	(μέτρια/υψηλή <i>έναντι</i> χαμηλής)					
	Σωματική Υγεία			Ψυχική Υγεία		
	OR	95%ΔΕ	p-value	OR	95%ΔΕ	p-value
Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	0,86	0,28-2,70	0,799	0,61	0,21-1,78	0,362
Ηλικία (για κάθε έτος μεταβολής)	0,95	0,91-0,99	0,012	0,96	0,93-1,00	0,057
Οικογενειακή κατάσταση (1:Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, 2:Έγγαμος/η, Με σύντροφο)	3,97	0,91-17,3	0,067	6,59	1,72-25,3	0,006
Παιδιά (1:ναι, 2:όχι)	1,48	0,27-8,01	0,650	1,38	0,25-7,46	0,711
Εκπαίδευση (1:δημοτικό, 2:γυμνάσιο, 3:λύκειο, 4:ΑΕΙ, ΤΕΙ, 5:ΜSc, PhD)	1,02	0,67-1,56	0,913	0,83	0,55-1,27	0,394

Περιοχή κατοικίας
 (1:Αγροτική, 2:Αστική)

1,53	0,36-6,63	0,567	1,39	0,38-5,08	0,619
------	-----------	-------	------	-----------	-------

Μηνιαίο εισόδημα
 (1:<500€, 2:500-1000, 3:>1000)

1,44	0,69-3,00	0,336	0,99	0,48-2,07	0,987
------	-----------	-------	------	-----------	-------

Προσωρινό Άγχος
 (υψηλό *έναντι* χαμηλού)

0,56	0,17-1,85	0,341	0,16	0,05-0,57	0,005
------	-----------	-------	-------------	-----------	-------

<i>pseudo R²_{Niegelkerke}</i>	0,265	0,268
---	-------	-------

Πολυμεταβλητή ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης.

Συζήτηση

Σκοπός της έρευνας της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ασθενών που νοσηλεύονται σε μια χειρουργική κλινική με παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα και η αξιολόγηση σχετιζόμενων παραγόντων. Συνοπτικά βρέθηκαν α) μέτρια προς υψηλά επίπεδα μέσης βαθμολογίας ποιότητας ζωής, β) η Ψυχική υγεία βρέθηκε με σημαντικά υψηλότερα μέσα επίπεδα έναντι της Σωματικής, γ) οι ασθενείς διαπιστώθηκαν με μέτρια προς υψηλά επίπεδα μέσης βαθμολογίας Προσωρινού Άγχους ή τα 2/3 με υψηλό Άγχος και δ) η καλύτερη ποιότητα ζωής της Σωματικής υγείας σχετίζεται με τις μικρότερες ηλικίες των ασθενών και εκείνη της καλύτερης ποιότητας ζωής της Ψυχικής υγείας με τον έγγαμο βίο/συμβίωση και με λιγότερο προσωρινό άγχος.

Πολλές βιβλιογραφικές αναφορές και μελέτες καταδεικνύουν το σύνολο των λειτουργικών γαστρεντερολογικών προβλημάτων σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, το άγχος που προκαλούν και την επίδραση που έχουν στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η αρχική εκτίμηση των ερευνητών στο διεθνές στίβο της έρευνας αφορά κυρίως το πλήθος και τη συχνότητα των σχετικών νόσων, ποιες είναι, τι συμπτώματα προκαλούν και τι επιδράσεις επιφέρουν στη συνολική σωματική και ψυχική υγεία αλλά και στην ποιότητα ζωής (Choi & Jung, 2011; Ross et al., 2020; Sperber et al., 2021; Wu, 2012; Van Tilburg & Murphy, 2015). Οι Sperber and colleagues (2021) σε μια μεγάλης κλίμακας παγκόσμια μελέτη που συμμετείχαν 33 χώρες, διερεύνησαν τη συχνότητα (prevalence) και τους παράγοντες που σχετίζονται με τα λειτουργικά γαστρεντερολογικά προβλήματα. Από τους 73.076 συμμετέχοντες που μελέτησαν, το 40,3% νοσούσε τουλάχιστον από ένα γαστρεντερολογικό πρόβλημα ενώ ήταν πιο συχνά στις γυναίκες, σχετίζονταν με χαμηλότερη ποιότητα ζωής και περισσότερες επισκέψεις σε γιατρούς.

Στο πλαίσιο των επιμέρους χαρακτηριστικών των λειτουργικών γαστρεντερολογικών προβλημάτων, μεταξύ άλλων οι Hartono and colleagues (2012) προσπάθησαν να διερευνήσουν τον επιπολασμό και τη σοβαρότητα του άγχους και της κατάθλιψης σε 248 ασθενείς στη Μαλαισία με λειτουργική δυσπεψία (functional dyspepsia, FD), παλινδρομική νόσο με φυσιολογικά ενδοσκοπικά ευρήματα (non reflux disease, NERD) και σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (irritable bowel syndrome, IBS).

Εκτίμησαν μέσω του HADS (Hospital anxiety and depression scale) ότι το αυξημένο άγχος είναι πιο συχνό σε ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου καθώς προσέγγιζε το 67,7% των συγκεκριμένων ασθενών. Στην παρούσα μελέτη αν και οι ασθενείς νοσηλεύονταν με διαφορετικές αιτίες εισαγωγής, με αυξημένο άγχος βρέθηκε στην ίδια περίπου συχνότητα ή 68,7%.

Ανάλογα, οι Pletikosić Tončić & Tkalčić (2017) σε μελέτη τους σε 44 εξωτερικούς ασθενείς μέσης ηλικίας 45,3 ετών, με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) του γαστρεντερολογικού τμήματος του Clinical Hospital Centre στην Rijeka, αξιολόγησαν τη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και άγχους, προκειμένου να καθορίσουν της χρησιμότητα της στον εντοπισμό ασθενών με σοβαρά συμπτώματα ή και σοβαρή διαταραχή στη ποιότητα ζωής τους. Απώτερος σκοπός τους ήταν να εντοπίσουν ποιοι θα επωφελούνταν από ψυχολογικές παρεμβάσεις. Γενικότερα, η εκτίμηση για το άγχος μέσω του STAI έδειξε χαμηλότερα μέσα επίπεδα ($35,27 \pm 12,47$) έναντι των ασθενών της παρούσας μελέτης ($45,5 \pm 8,9$) ενώ στην ποιότητα ζωής με εκτίμηση μέσω του SF-36, οι Pletikosić Tončić & Tkalčić (2017) βρήκαν υψηλότερα μέσα επίπεδα τόσο στη Σωματική ($75,72 \pm 13,92$) όσο και στη Ψυχική Υγεία ($66,92 \pm 19,36$) έναντι χαμηλότερων των ασθενών της παρούσας μελέτης ($50,9$ & $44,9$ αντίστοιχα).

Σε άλλη μελέτη, οι Söderquist and Colleagues (2020) προσπάθησαν να διερευνήσουν και να προσδιορίσουν τα γαστρεντερολογικά συμπτώματα ως προς τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους σε νέους ψυχιατρικούς ασθενείς σε σχέση με άλλους υγιείς (μάρτυρες ή healthy controls). Κατέδειξαν λοιπόν ότι οι ασθενείς με ή χωρίς ψυχοτρόποφαρμακευτική αγωγή είχαν σημαντικά περισσότερα γαστρεντερολογικά συμπτώματα σε σχέση με τους μάρτυρες (controls) ενώ μεταξύ άλλων το σωματικό και ψυχικό άγχος αποτελούσαν τους βασικούς σημαντικούς προγνωστικούς δείκτες της βαθμολογίας του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (Gastrointestinal Symptom Rating Scale for Irritable Bowel Syndrome, GSRS-IBS). Ανάλογα σχεδόν, μελέτη 306 ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου στο Göteborg της Σουηδίας (Jerndal et al., 2010) έδειξε ότι το άγχος αποτελεί σημαντικό παράγοντα της σοβαρότητας των γαστρεντερικών συμπτωμάτων αλλά και της ποιότητας ζωής τους. Συνολικά λοιπόν, τόσο στη βιβλιογραφία όσο και στην παρούσα μελέτη διακρίνεται η επίδραση ή τουλάχιστον η άμεση σχέση που διαμορφώνεται μεταξύ άγχους και ποιότητας ζωής

στους συγκεκριμένους ασθενείς. Στην περίπτωση αυτή λαμβάνεται υπόψη το νεανικό της ηλικίας (νεότεροι ασθενείς) καθώς όπως αναδείχθηκε από την παρούσα μελέτη οι νεότεροι καταδεικνύουν καλύτερη ποιότητα ζωής Σωματικής Υγείας ή ακόμα η κοινή τους συμβίωση καλύτερη στη Ψυχική Υγεία. Ο χρόνος ωστόσο παρουσίας της εκάστοτε ασθένειας ή νόσου στερείται από την υπάρχουσα διερεύνηση που δύναται όμως να αντικατοπτρίζεται μέσω της πραγματικής ηλικίας των ασθενών.

Παρόλα αυτά, έχει αναδειχθεί το ζήτημα του «παράδοξου» σχετικά με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με γαστρεντερολογικά συμπτώματα. Γενικά, οι Van Tilburg & Murphy (2015) στη διατύπωση της θεωρίας τους τονίζουν αρχικά την απήχηση που έχουν τα συμπτώματα της ασθένειας στη ζωή των ασθενών, στη σωματική τους κατάσταση, τη συναισθηματική, επαγγελματική, κοινωνική αλλά και γνωστική ενώ ο όρος της «ποιότητας ζωής» αναπτύσσεται στην έρευνα και την κλινική πρακτική προκειμένου να προσδιοριστεί η απήχηση της νόσου και να αξιολογηθεί η μεταχείριση τους σε επίπεδο αντιμετώπισης ή θεραπείας. Στο σημείο αυτό θεωρούν ότι παρά τα προβλήματα και τα συμπτώματά τους, οι ασθενείς πολλές φορές αναφέρουν καλή ποιότητα ζωής. Ως παράδειγμα αναφέρουν μεταξύ άλλων παιδιά με λειτουργικά γαστρεντερολογικά προβλήματα (functional GI disorders ,FGIDs) όπως σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (irritable bowel syndrome), λειτουργική δυσπεψία (functional dyspepsia), λειτουργικό κοιλιακό πόνο (functional abdominal pain) και χρόνια δυσκοιλιότητα (chronic constipation) που παραδόξως καταδεικνύουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με ασθενείς με οργανικές νόσους (organic disease) (νόσο του Crohn, ελκώδης κολίτιδα και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση).

Πλέον των ευρημάτων των διαφόρων μελετών, συμπεριλαμβανομένου και της παρούσας έρευνας, έχουν υπάρξει στη διεθνή βιβλιογραφία αναφορές για τρόπους αντιμετώπισης των συμπτωμάτων των γαστρεντερολογικών προβλημάτων πλέον της συμβατικής ιατρικής, για την ανακούφισή τους και κυρίως για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Αυτοί έχουν σχέση κυρίως με την μείωση του ίδιου του άγχους των ασθενών ως βασικού αναπαραγωγικού παράγοντα της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Σε τυχαίοποιημένη ανοικτού τύπου μελέτη οι Kanchibhotla and colleagues (2021), είχαν ως στόχο να διερευνήσουν τα οφέλη μιας πρωτοποριακής τεχνικής διαλογισμού επονομαζόμενης ως “*Vaishv anara Agnimitation, VAM*”. Σε 54 ασθενείς και για 50 ημέρες εφαρμόστηκε η τεχνική VAM, με ιδιαίτερη προσοχή στην περιοχή της ομφαλικής χώρας και του πεπτικού συστήματος. Κατά τη διάρκεια

των 50 ημερών παρέμβασης (0, 24^η και 50^η) βρέθηκε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους και κυρίως στα συμπτώματα, στη σωματική δύναμη και στον ψυχολογικό τους τομέα. Άλλες παρεμβάσεις ωστόσο σε μεμονωμένα νοσήματα και συμπτώματα αφορούν την ενασχόληση με σωματική άσκηση (Martin,2011; Sadeghian et al., 2018), τη διατήρηση κανονικού σωματικού βάρους μέσω της κατάλληλης διατροφής ή τον γενικότερο περιορισμό ανθυγιεινών συμπεριφορών(Axelrod & Saps, 2020; Saneei et al., 2021).

Περιορισμοί της έρευνας

Η βασική αδυναμία της έρευνας της παρούσας εργασίας επικεντρώνεται κυρίως στην αξιολόγηση παραγόντων που ενδεχομένως καθορίζουν τη βαρύτητα των συμπτωμάτων των διαφόρων νόσων του γαστρεντερολογικού συστήματος. Η διαχρονικότητα της νόσου και η παρατεταμένη συμπτωματολογία πιθανόν να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, όχι μονάχα αρνητικά αλλά δημιουργώντας το παράδοξο όπως αναπτύχθηκε στην προηγούμενη ενότητα. Επιπλέον οι συνθήκες της πανδημίας covid-19 καθορίζουν διάφορους περιορισμούς σε έρευνες εντός Κλινικών όπως την παρούσα, με κυριότερο το μικρό δείγμα ασθενών κυρίως όσον αφορά τα είδη νοσημάτων για τα οποία νοσηλεύτηκαν. Η μικρή συχνότητα τους δεν επέτρεψε έτσι την συγκριτική αξιολόγηση όπως γίνεται σε άλλες μελέτες ή ακόμη τη λήψη ενός δείγματος μαρτύρων (controls) όπου θα φαινόταν η άμεση διαφοροποίηση ή και ακόμα εξωτερικών ασθενών με όποιες παθήσεις. Ωστόσο, η παρούσα έρευνα ως αμιγώς μελέτη παρατήρησης (observational cross-sectional study), χωρίς προηγούμενο σε ανάλογη Κλινική, απέδωσε συσχετίσεις που αποτελούν βάση αναφοράς για μελλοντικές εργασίες.

Γενικό Συμπέρασμα

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποσκοπούσε στη διερεύνηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ασθενών που νοσηλεύονται σε μια χειρουργική κλινική με παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα και στην αξιολόγηση σχετιζόμενων παραγόντων. Ανέδειξε τα μέτρια προς υψηλά επίπεδα της ποιότητας ζωής τους, με σημαντικά υψηλότερα της Ψυχικής υγείας έναντι της Σωματικής, των μέτριων προς υψηλών επιπέδων προσωρινού Άγχους καθώς και ότι η καλύτερη ποιότητα ζωής της Σωματικής υγείας σχετίζεται με τις νεότερες ηλικίες και της Ψυχικής υγείας με τον έγγαμο βίο/συμβίωση και με το λιγότερο προσωρινό άγχος. Απαιτούνται δράσεις, σε κλινικό ή ατομικό επίπεδο μέσω των επαγγελματιών υγείας και την καθοδήγησή τους, με κατάλληλες διαιτητικές επιλογές και παρεμβάσεις για την αποφυγή συμπεριφορών που επιδεινώνουν ή προκαλούν κίνδυνο για την υγεία τους (Axelrod & Saps, 2020; Saneei et al., 2021).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διεθνή

- Al-Rabadi, K., HindawiMD, M., Al Zo'ubiMD, M., AlmardiniMD, R., Al khataybehMD, O., Attiyat, R. N., & HadadMD, A. (2019). Quality of life of patients on Hemodialysis at King Hussein Medical Center. *JOURNAL OF ROYAL MEDICAL SERVICES*, 26(2)
- American College of Gastroenterology (2021), Common GI Symptoms, <https://gi.org/topics/common-gi-symptoms/>
- Almeida, C. C., Lorena, S. L. S., Pavan, C. R., Akasaka, H. M. I., & Mesquita, M. A. (2012). Beneficial effects of long-term consumption of a probiotic combination of *Lactobacillus casei* Shirota and *Bifidobacterium breve* Yakult may persist after suspension of therapy in lactose-intolerant patients. *Nutrition in Clinical Practice*, 27(2), 247-251.
- Anaraki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmailpour, S., & Safaee, A. (2012). Quality of life outcomes in patients living with stoma. *Indian journal of palliative care*, 18(3), 176.
- Axelrod, C. H., & Saps, M. (2020). Global Dietary Patterns and Functional Gastrointestinal Disorders. *Children* (Basel, Switzerland), 7(10), 152. <https://doi.org/10.3390/children7100152>
- Bicking C. (1979). Process control by statistical methods. In: *The Quality Control Handbook*. McGraw-Hill, New York
- Böhmer, C. J., & Tuynman, H. A. (2001). The effect of a lactose-restricted diet in patients with a positive lactose tolerance test, earlier diagnosed as irritable bowel syndrome: a 5-year follow-up study. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 13(8), 941-944.

- Böhn, L., Störsrud, S., & Simrén, M. (2013). Nutrient intake in patients with irritable bowel syndrome compared with the general population. *Neurogastroenterology & motility*, 25(1), 23-e1.
- Balthazar, E. J. (2002). Complications of acute pancreatitis: clinical and CT evaluation. *Radiologic Clinics*, 40(6), 1211-1227.
- Colledge, N. R., Walker, B. R., & Ralston, S. H. (2014). Davidson's Γενικές Αρχές και Κλινική Πράξη της Ιατρικής Παθολογίας. 21η έκδοση, 4η Ελληνική έκδοση. *Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ*.
- Catassi, C., Kryszak, D., Bhatti, B., Sturgeon, C., Helzlsouer, K., Clipp, S. L., ... & Fasano, A. (2010). Natural history of celiac disease autoimmunity in a USA cohort followed since 1974. *Annals of medicine*, 42(7), 530-538.
- Chey, W. D., Kurlander, J., & Eswaran, S. (2015). Irritable bowel syndrome: a clinical review. *Jama*, 313(9), 949-958.
- Chang, F. Y., & Lu, C. L. (2007). Irritable bowel syndrome in the 21st century: Perspectives from Asia or South-east Asia. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 22(1), 4-12.
- Choi, M. G., Lee, S. I., Rhee, J. C., Song, C. W., Hong, S. P., Youn, S. J., ... & Rew, J. S. (2002, April). The impact of functional dyspepsia on health related quality of life. In *Gastroenterology* (Vol. 122, No. 4, pp. A474-A474). INDEPENDENCE SQUARE WEST CURTIS CENTER, STE 300, PHILADELPHIA, PA 19106-3399 USA: WB SAUNDERS CO.
- Choi MG & Jung HK (2011). Health related quality of life in functional gastrointestinal disorders in Asia. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 17(3), 245–251.
<https://doi.org/10.5056/jnm.2011.17.3.245><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3155060/>

Deming, W. E. (2018). *Out of the Crisis*. MIT press.

Drossman, D. A. (2013). 2012 David Sun lecture: helping your patient by helping yourself—how to improve the patient–physician relationship by optimizing communication skills. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 108(4), 521-528.

Fallowfield, L. (2009). What is quality of life. *What is*, 2.

Fennessy, G. J., & Warrillow, S. J. (2012). Gastrointestinal problems in intensive care. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 13(4), 152-157.

Fasano, A., & Catassi, C. (2012). Celiac disease. *New England Journal of Medicine*, 367(25), 2419-2426.

Fasano, A., Berti, I., Gerarduzzi, T., Not, T., Colletti, R. B., Drago, S., ... & Horvath, K. (2003). Prevalence of celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study. *Archives of internal medicine*, 163(3), 286-292.

Ferriolli, E., Oliveira, R. B., Matsuda, N. M., Braga, F. J. H. N., & Dantas, R. O. (1998). Aging, esophageal motility, and gastroesophageal reflux. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(12), 1534-1537.

Greenwood-Van Meerveld B, Johnson AC, Grundy D. (2017) Gastrointestinal Physiology and Function. *Handb. Exp. Pharmacol.*;239:1-16. doi: 10.1007/164_2016_118. PMID: 28176047.

Green, P. H., & Cellier, C. (2007). Celiac disease. *New england journal of medicine*, 357(17), 1731-1743.

- Halmos, E. P., Power, V. A., Shepherd, S. J., Gibson, P. R., & Muir, J. G. (2014). A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, *146*(1), 67-75.
- Herregods, T. V. K., Bredenoord, A. J., & Smout, A. J. P. M. (2015). Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease: new understanding in a new era. *Neurogastroenterology & Motility*, *27*(9), 1202-1213.
- Hartono JL, Mahadeva S, Goh KL (2012). Anxiety and depression in various functional gastrointestinal disorders: do differences exist? *J Dig Dis*. *13*(5):252-7. doi: 10.1111/j.1751-2980.2012.00581.x. PMID: 22500787. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22500787/>
- Ingram, C. J., Mulcare, C. A., Itan, Y., Thomas, M. G., & Swallow, D. M. (2009). Lactose digestion and the evolutionary genetics of lactase persistence. *Human genetics*, *124*(6), 579-591.
- Juran, J. M., & Gryna, F. M. (1988). *Quality control handbook* (No. 658.562 Q-1q). 4th Edition, McGraw Hill.
- Jeong, J. J., Choi, M. G., Cho, Y. S., Lee, S. G., Oh, J. H., Park, J. M., ... & Chung, I. S. (2008). Chronic gastrointestinal symptoms and quality of life in the Korean population. *World journal of gastroenterology: WJG*, *14*(41), 6388.
- Jerndal P, Ringström G, Agerforz P, Karpfors M, AkkermansLM, Bayati A and Simrén M (2010). Gastrointestinal-specific anxiety: an important factor for severity of GI symptoms and quality of life in IBS. *Neuro gastroenterology& Motility*, *22*: 646-e179. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2010.01493.x><https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2982.2010.01493.x>
- Kanchibhotla D, Sharma P, Subramanian S (2021). Improvement in Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) following meditation: An open-trial pilot study in

India. *J Ayurveda Integr Med*, 12(1):107-111. doi: 10.1016/j.jaim.2021.01.006.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33583685/>

Locke 3rd, G. R., Talley, N. J., Fett, S. L., Zinsmeister, A. R., & Melton 3rd, L. J. (1997). Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*, 112(5), 1448-1456.

Lundell, L. R., Dent, J., Bennett, J. R., Blum, A. L., Armstrong, D., Galmiche, J. P., ... & Wallin, L. (1999). Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut*, 45(2), 172-180.

Lu, C. L., Chen, C. Y., Lang, H. C., Luo, J. C., Wang, S. S., Chang, F. Y., & Lee, S. D. (2003). Current patterns of irritable bowel syndrome in Taiwan: the Rome II questionnaire on a Chinese population. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 18(11-12), 1159-1169.

Montalto, M., Nucera, G., Santoro, L., Curigliano, V., Vastola, M., Covino, M., ... & Gasbarrini, G. (2005). Effect of exogenous β -galactosidase in patients with lactose malabsorption and intolerance: a crossover double-blind placebo-controlled study. *European journal of clinical nutrition*, 59(4), 489-493.

Malfertheiner, P., Megraud, F., O'morain, CA, Gisbert, JP, Kuipers, EJ, Axon, AT, ... & El-Omar, EM (2017). Διαχείριση της λοίμωξης από *Helicobacter pylori* - η συναίνεση της έκθεσης του Μάαστριχτ V/Φλωρεντίας. *Gut*, 66 (1), 6-30.

Mitchell, R. M. S., Byrne, M. F., & Baillie, J. (2003). Pancreatitis. *The Lancet*, 361(9367), 1447-1455.

Martin D (2011). Physical Activity Benefits and Risks on the Gastrointestinal System. *Southern Medical Journal*. 104(2):831-7.

- Narayanan, M., Reddy, K. M., & Marsicano, E. (2018). Peptic ulcer disease and *Helicobacter pylori* infection. *Missouri medicine*, 115(3), 219.
- Osadchuk, A. M., Osadchuk, M. A., & Kvetnoï, I. M. (2007). Irritated bowel syndrome: clinico-morphological types. *Klinicheskaia meditsina*, 85(3), 46-50.
- Occhipinti, K., & Smith, J. W. (2012). Irritable bowel syndrome: a review and update. *Clinics in colon and rectal surgery*, 25(01), 046-052.
- Ong, D. K., Mitchell, S. B., Barrett, J. S., Shepherd, S. J., Irving, P. M., Biesiekierski, J. R., ... & Muir, J. G. (2010). Manipulation of dietary short chain carbohydrates alters the pattern of gas production and genesis of symptoms in irritable bowel syndrome. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 25(8), 1366-1373.
- Ojetti, V., Gigante, G., Ainora, M. E., Gabrielli, M., Migneco, A., Gasbarrini, G., ... & Gasbarrini, A. (2009). S1213 the effect of oral supplementation with lactobacillus reuteri or tilactase in lactose-intolerant patients: A placebo controlled study. *Gastroenterology*, 5(136), A-214.
- Osborn K., Wraa C., Watson A., Holleran R. (2016). Κεφάλαιο 46, *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική*, 2^{ος} Τόμος (σελ. 1218).
- Parodi, A., Colecchia, A., Orsola-Malpighi, P. S., Festi, D., & Perri, F. (2009). Methodology and indications of H₂-breath testing in gastrointestinal diseases: the Rome Consensus Conference. *Aliment Pharmacol Ther*, 29(1), 1-49.
- Parker, T. J., Woolner, J. T., Prevost, A. T., Tuffnell, Q., Shorthouse, M., & Hunter, J. O. (2001). Irritable bowel syndrome: is the search for lactose intolerance justified?. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 13(3), 219-225.
- PletikosićTončić S & Tkalčić M (2017). A Measure of Suffering in relation to Anxiety and Quality of Life in IBS Patients: Preliminary Results. *Biomed Res*

Int,2017:2387681.doi:10.1155/2017/2387681.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28744463/>

Rewers, M. (2005). Epidemiology of celiac disease: what are the prevalence, incidence, and progression of celiac disease? *Gastroenterology*, 128(4), S47-S51.

Rutgeerts, P., Van Assche, G., Vermeire, S., D'Haens, G., Baert, F., Noman, M., ... & Penninckx, F. (2005). Ornidazole for prophylaxis of postoperative Crohn's disease recurrence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Gastroenterology*, 128(4), 856-861.

Roohafza, H., Keshteli, A. H., Daghighzadeh, H., Afshar, H., Erfani, Z., & Adibi, P. (2016). Life stressors, coping strategies, and social supports in patients with irritable bowel syndrome. *Advanced Biomedical Research*, 5.

Ross EJ, Vivier H, Cassisi JE, Dvorak RD (2020). Gastrointestinal health: An investigation of mediating effects on mood and quality of life. *Health Psychology Open*.
<https://doi.org/10.1177/2055102920974524><https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055102920974524>

Sperber, A. D., Bangdiwala, S. I., Drossman, D. A., Ghoshal, U. C., Simren, M., Tack, J., . . . Palsson, O. S. (2021). Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of rome foundation global study. *Gastroenterology*, 160(1), 99-114.e3. doi:10.1053/j.gastro.2020.04.014

Sirgy, M. J., Michalos, A. C., Ferriss, A. L., Easterlin, R. A., Patrick, D., & Pavot, W. (2006). The quality-of-life (QOL) research movement: Past, present, and future. *Social indicators research*, 76(3), 343-466.

Song, B. K., Cho, K. O., Jo, Y., Oh, J. W., & Kim, Y. S. (2012). Colon transit time according to physical activity level in adults. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 18(1), 64.

- Swallow, D. M. (2003). Genetics of lactase persistence and lactose intolerance. *Annual review of genetics*, 37(1), 197-219.
- Shepherd, S. J., Lomer, M. C., & Gibson, P. R. (2013). Short-chain carbohydrates and functional gastrointestinal disorders. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 108(5), 707-717.
- Shaukat, A., Levitt, M. D., Taylor, B. C., MacDonald, R., Shamliyan, T. A., Kane, R. L., & Wilt, T. J. (2010). Systematic review: effective management strategies for lactose intolerance. *Annals of internal medicine*, 152(12), 797-803.
- Spiller, R., Aziz, Q., Creed, F., Emmanuel, A., Houghton, L., Hungin, P., ... & Whorwell, P. (2007). Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*, 56(12), 1770-1798.
- Staudacher, H. M., Whelan, K., Irving, P. M., & Lomer, M. C. (2011). Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of human nutrition and dietetics*, 24(5), 487-495.
- Staudacher, H. M., Lomer, M. C., Anderson, J. L., Barrett, J. S., Muir, J. G., Irving, P. M., & Whelan, K. (2012). Fermentable carbohydrate restriction reduces luminal bifidobacteria and gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *The Journal of nutrition*, 142(8), 1510-1518.
- Strand, D. S., Kim, D., & Peura, D. A. (2017). 25 years of proton pump inhibitors: a comprehensive review. *Gut and liver*, 11(1), 27.
- Sachdeva, A. K., Zaren, H. A., & Sigel, B. (1991). Surgical treatment of peptic ulcer disease. *The Medical clinics of North America*, 75(4), 999-1012.
- Steer, M. L., Waxman, I., & Freedman, S. (1995). Chronic pancreatitis. *New England Journal of Medicine*, 332(22), 1482-1490.

- Shah, E., Rezaie, A., Riddle, M., & Pimentel, M. (2014). Psychological disorders in gastrointestinal disease: epiphenomenon, cause or consequence?. *Annals of Gastroenterology: Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology*, 27(3), 224.
- Sadeghian, M., Sadeghi, O., HassanzadehKeshteli, A., Daghighzadeh, H., Esmailzadeh, A., & Adibi, P. (2018). Physical activity in relation to irritable bowel syndrome among Iranian adults. *PloS one*, 13(10), e0205806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205806>
- Saneei P, Esmailzadeh A, Keshteli A, H, Roohafza H, R, Afshar H, Feizi A, Adibi P (2021). Combined Healthy Lifestyle Is Inversely Associated with Upper Gastrointestinal Disorders among Iranian Adults. *Dig Dis*, 39:77-88. doi: 10.1159/000509208
- Söderquist F, Syk M, Just D, KurbalijaNovicic Z, Rasmusson AJ, et al. (2020) A cross-sectional study of gastrointestinal symptoms, depressive symptoms and trait anxiety in young adults. *BMC Psychiatry* 20: 535. 10.1186/s12888-020-02940-2 <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02940-2#citeas>
- Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, et al. (2021) Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology* 160: 99-114 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32294476/>
- Vakil, N., Van Zanten, S. V., Kahrilas, P., Dent, J., & Jones, R. (2006). The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, 101(8), 1900-1920.
- van Tilburg MA, Murphy TB (2015). Quality of life paradox in gastrointestinal disorders. *J Pediatr*, 166(1):11-4. doi: 10.1016/j.jpeds.2014.09.043. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25443998/>

Whitcomb, D. C. (2006). Acute pancreatitis. *New England Journal of Medicine*, 354(20), 2142-2150.

Wu JC (2012). Psychological Co-morbidity in Functional Gastrointestinal Disorders: Epidemiology, Mechanisms and Management. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 18(1), 13–18.
<https://doi.org/10.5056/jnm.2012.18.1.13><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271249/>

Zheng, Z., Nordenstedt, H., Pedersen, N. L., Lagergren, J., & Ye, W. (2007). Lifestyle factors and risk for symptomatic gastroesophageal reflux in monozygotic twins. *Gastroenterology*, 132(1), 87-95.

Zerem, E. (2014). Treatment of severe acute pancreatitis and its complications. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 20(38), 13879.

Ελληνική

Γαλάνης, Π. (2011). Μελέτες Κόορτης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(1), 11-126.

Κουτσούμπας, Α. (2016). Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα. (Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Ελλάδα).

Λιάκος, Α., & Γιαννίτση, Σ. (1984). Αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, 71-76.

Μερκούρης, Α. (2008). *Μεθοδολογία της έρευνας*. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα (σελ.155-170)

Τούντας, Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), 532-546.

Χαράτση - Γιωτάκη Ε. (2017). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Εκδόσεις Αμάλθεια. Αθήνα (σελ. 228-230, 239-242, 283)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α - ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ



Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο
Σχολή Επιστημών Υγείας - Τμήμα Νοσηλευτικής
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας»



Ημερομηνία / / 2020

Αγαπητέ κύριε/ κυρία

Απευθυνόμαστε σε εσάς για να σας ενημερώσουμε ότι διεξάγεται μελέτη για τη διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας ζωής ασθενών με γαστρεντερικά προβλήματα που νοσηλεύονται σε μια χειρουργική κλινική της Ελληνικής περιφέρειας.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και δεν εμπεριέχει κανένα κίνδυνο. Αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, θα συμπληρώσετε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείτε από ερωτήσεις σχετικές με το θέμα που προαναφέρθηκε με μέσο χρόνο συμπλήρωσης 10 λεπτά.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σας τονίσουμε ότι τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τις ανάγκες αυτής της μελέτης. Επίσης κατά την δημοσίευση μέρους ή όλης της μελέτης δεν θα αναφέρονται τα προσωπικά σας στοιχεία. Μετά το τέλος της μελέτης αυτής όλα τα δεδομένα θα καταστραφούν. Σας ενημερώνουμε ότι η έρευνα δεν χρηματοδοτείται από κανένα κερδοσκοπικό ή μη, δημόσιο ή ιδιωτικό οργανισμό και διεξάγεται από τη Σχολή Επιστημών Υγείας και συγκεκριμένα το τμήμα Νοσηλευτικής στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας».

Για οποιαδήποτε απορία, παρακαλώ επικοινωνείτε με το τηλ.ή στο mail.....

Σας ευχαριστώ πολύ για τον πολύτιμο χρόνο και τη βοήθεια σας.

Με εκτίμηση

Ενημερώθηκα για την έρευνα και συμφωνώ να συμμετέχω.

Υπογραφή

συνεντευξιαζόμενου _____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β - Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων & δομημένο ερωτηματολόγιο SF-36

Ερωτηματολόγιο και δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Οι παρακάτω πληροφορίες συλλέγονται αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας, όπως περιγράφηκε στο Έντυπο Συγκατάθεσης. **Καμία πληροφορία σας δε θα κοινοποιηθεί σε τρίτους και κανένα προσωπικό σας στοιχείο ή πληροφορία που να επιτρέπει την αναγνώρισή σας δε θα αξιοποιηθεί εκτός των πλαισίων αυτής της εργασίας. Εάν έχετε οποιαδήποτε απορία ρωτήστε την ερευνήτρια.**

1. Ηλικία:.....

2. Φύλο Άνδρας Γυναίκα

3. Εθνικότητα Ελληνική Άλλο.....

4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση:

Άγαμος Έγγαμος-η/Με σύντροφο Χωρισμένος/η Χήρος/α

5. Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

6. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο σας: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο

Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ Μεταπτυχιακό/PhD

7. Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα σας:

<500€ 500-<1.000€ 1.000-<1.500€ 1.500-<2.000€ >2.000€

8. Ποιος είναι ο τύπος κατοικίας σας;

<2.000 κάτοικοι (οικισμός) 2001 – 20.000 κάτοικοι (μικρός δήμος)

>20.000 κάτοικοι (αστικός δήμος)

Άλλο.....

9. Ποια είναι η αιτία της εισαγωγής σας;

Χολοκυστίτιδα - χολολιθίαση

Οξεία Παγκρεατίτιδα

Εκκολπωματίτιδα

Οξεία σκωληκοειδίτιδα (άλγος δεξιού λαγόνιου βόθρου)

Σαπαχέος εντέρου

Σαστομάχου

Ca παγκρέατος

Άλλο.....

SF-36

Μετάφραση- Προσαρμογή-Στάθμιση: Ι. Υφαντόπουλος

1. Σε γενικές γραμμές, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:
- | | |
|-----------|---|
| Άριστη | 1 |
| Πολύ καλή | 2 |
| Καλή | 3 |
| Μέτρια | 4 |
| Κακή | 5 |
2. Κάνοντας σύγκριση με την κατάστασή σας πριν ένα από ένα χρόνο που κατατάσσετε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα:
- | | |
|-----------------|---|
| Πολύ καλύτερα | 1 |
| Κάπως καλύτερα | 2 |
| Τα ίδια | 3 |
| Κάπως χειρότερα | 4 |
| Πολύ χειρότερα | 5 |

- | <i>Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει...</i> | 1 πολύ | 2 λίγο | 3 καθόλου |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίτονα αθλήματα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Να σκύβετε ή να γονατίζετε | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Να περπατάτε περισσότερο από 1 χιλιόμετρο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Να περπατάτε ένα τετράγωνο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνος/η σας | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Τον τελευταίο μήνα η υγεία σας, σας ανάγκασε

13. Μειώσατε το χρόνο που διαθέσατε για την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας; Ναι Όχι
14. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε; Ναι Όχι
15. Περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των άλλων ασχολιών; Ναι Όχι
16. Χρειαστήκατε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας; Ναι Όχι

Τον τελευταίο μήνα είχατε κάποιο πρόβλημα ψυχολογικής κατάστασης π.χ. εάν αισθανθήκατε καταθλιπτικά ή αγχωμένα σας ανάγκασε να

17. Μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας; Ναι Όχι
18. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε; Ναι Όχι
19. Δεν κάνατε εργασία ή τις άλλες εργασίες σας τόσο προσεκτικά όπως συνήθως; Ναι Όχι
20. Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή τους άλλους; Ναι Όχι

21. Τον τελευταίο μήνα πόσο σωματικό πόνο είχατε; Καθόλου 1
Λίγο 2
Μέτρια 3
Αρκετά 4
Πάρα πολύ 5
22. Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο ο σωματικός σας πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού; Καθόλου 1
Λίγο 2
Μέτρια 3
Αρκετά 4
Πάρα πολύ 5

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθάνεστε και πώς σας πήγαν τα πράγματα τον τελευταίο μήνα. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα

23. Αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα; Συνέχεια 1
Πολύ συχνά 2
Αρκετά συχνά 3
Μερικές φορές 4
Σπάνια 5
Ποτέ 6

24.	Ήσασταν πολύ νευρικός;	Συνέχεια	1
		Πολύ συχνά\	2
		Αρκετά συχνά	3
		Μερικές φορές	4
		Σπάνια	5
		Ποτέ	6
25.	Αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγη χαρά;	Συνέχεια	1
		Πολύ συχνά	2
		Αρκετά συχνά	3
		Μερικές φορές	4
		Σπάνια	5
		Ποτέ	6
26.	Αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια;	Συνέχεια	1
		Πολύ συχνά	2
		Αρκετά συχνά	3
		Μερικές φορές	4
		Σπάνια	5
		Ποτέ	6
27.	Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα	Συνέχεια	1
		Πολύ συχνά	2
		Αρκετά συχνά	3
		Μερικές φορές	4
		Σπάνια	5
		Ποτέ	6
28.	Αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός;	Συνέχεια	1
		Πολύ συχνά	2
		Αρκετά συχνά	3
		Μερικές φορές	4
		Σπάνια	5
		Ποτέ	6
29.	Αισθανθήκατε εξαντλημένος;	Συνέχεια	1
		Πολύ συχνά	2
		Αρκετά συχνά	3
		Μερικές φορές	4
		Σπάνια	5
		Ποτέ	6
30.	Νιώσατε ευτυχισμένος;	Συνέχεια	1
		Πολύ συχνά	2
		Αρκετά συχνά	3
		Μερικές φορές	4
		Σπάνια	5
		Ποτέ	6

31. Αισθανθήκατε κουρασμένος;	Συνέχεια	1
	Πολύ συχνά	2
	Αρκετά συχνά	3
	Μερικές φορές	4
	Σπάνια	5
	Ποτέ	6
32. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές δραστηριότητες π.χ. με φίλους, συγγενείς κ.τ.λ.;	Συνέχεια	1
	Πολύ συχνά	2
	Αρκετά συχνά	3
	Μερικές φορές	4
	Σπάνια	5
	Ποτέ	6
<i>Ποιο σωστό ή λάθος είναι για σας οι παρακάτω ερωτήσεις</i>		
33. Νομίζω ότι αρρωσταίνω	Εντελώς σωστό	1
	Μάλλον σωστό	2
	Δεν γνωρίζω	3
	Μάλλον λάθος	4
	Εντελώς λάθος	5
34. Είμαι υγιής όπως κάθε άλλος που γνωρίζω	Εντελώς σωστό	1
	Μάλλον σωστό	2
	Δεν γνωρίζω	3
	Μάλλον λάθος	4
	Εντελώς λάθος	5
35. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει	Εντελώς σωστό	1
	Μάλλον σωστό	2
	Δεν γνωρίζω	3
	Μάλλον λάθος	4
	Εντελώς λάθος	5
36. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	Εντελώς σωστό	1
	Μάλλον σωστό	2
	Δεν γνωρίζω	3
	Μάλλον λάθος	4
	Εντελώς λάθος	5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ – Ερωτηματολόγιο STAI

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY

STAI

C.D. Spielberger

μετάφραση - στάθμιση ΚΝ Φουντουλάκης, Α. Ιακωβίδης και συν

STAI- Ελληνική Έκδοση, μορφή Υ-1


ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πώς αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε τώρα.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ
1. Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3. Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4. Αισθάνομαι σφιγμένος	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος	1	2	3	4
7. Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι φοβισμένος	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικήτητα	1	2	3	4
13. Τρέμω από νευρικήτητα	1	2	3	4
14. Είμαι αναποφάσιτος	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ευχαριστημένος	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Είμαι μπερδεμένος	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι σταθερότητα	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Research Edition Translation performed by ΚΝ Fountoulakis et al on December 20th, 2004. Translated and reproduced by special permission of the publisher MIND GARDEN Inc., Redwood City, CA 94061 www.mindgarden.com from State Trait Anxiety

for Adults by Charles D. Spielberger. Copyright 1983 by Charles D. Spielberger. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the publisher's written consent

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ - ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΛΜΕΠΑ


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής
ΠΜΣ Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας
Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

Ηράκλειο, 17/3/2021
Αρ. Πρωτ. : _____ 495

ΠΡΟΣ:
Φραντζεσκάκη Χαρίκλεια

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Ρίκος Νικόλαος


ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας


Ανατίθεται κατόπιν απόφασης της 53ης/08.03.2021 Συνέλευσης του Τμήματος Νοσηλευτικής, η εκπόνηση Διπλωματική Εργασίας, στον/ην:

ΜΥΝ30 Φραντζεσκάκη Χαρίκλεια

με θέμα: «Διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας ζωής ασθενών με γαστρεντερικά προβλήματα που νοσηλεύονται σε μια γενική χειρουργική κλινική της Ελληνικής Περιφέρειας».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Διπλωματική Εργασία ονομάζεται: Ρίκος Νικόλαος

Η Διευθύντρια του ΠΜΣ

Ζαχαρένια Ανδρουλάκη
Καθηγήτρια



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε - ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ



Handwritten signature
Η ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΑ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
ΚΩΣΤΑΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 5/22-04-2021

ΑΠΟΦΑΣΗ 43
ΘΕΜΑ 5

Εισήγηση για έγκριση χορήγησης άδειας διεξαγωγής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας ζωής ασθενών με γαστρεντερικά προβλήματα που νοσηλεύονται σε μια γενική χειρουργική κλινική της Ελληνικής Περιφέρειας», από την κ. Φραντζεσκάκη Χαρίκλεια, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

- α) την αρ. πρωτ. 7632/05-04-2021 αίτηση της κ. Φραντζεσκάκη Χαρίκλειας, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου για χορήγηση άδειας διεξαγωγής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας ζωής ασθενών με γαστρεντερικά προβλήματα που νοσηλεύονται σε μια γενική χειρουργική κλινική της Ελληνικής Περιφέρειας», με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Ρίκο Νικόλαο
- β) την αρ. πρωτ. 495/17/3/2021 Βεβαίωση ανάθεσης Διπλωματικής Εργασίας, με την οποία βεβαιώνεται ότι ανατίθεται κατόπιν απόφασης της 53^{ης}/08.03.2021 Συνέλευσης του Τμήματος Νοσηλευτικής, στην ΜΥΝ30-Φραντζεσκάκη Χαρίκλεια η εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας με θέμα «Διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας ζωής ασθενών με γαστρεντερικά προβλήματα που νοσηλεύονται σε μια γενική χειρουργική κλινική της Ελληνικής Περιφέρειας»
- γ) το επισυναπτόμενο πρωτόκολλο, έντυπο συγκατάθεσης, ερωτηματολόγιο
- δ) την συναίνεση του Δ/ντη Χειρουργικού Τμήματος κ. Χριστοδουλάκη Μανούσου και της Προϊσταμένης Χειρουργικού Τμήματος κ. Μανιδάκη Μαρίας
- ε) τη διαλογική συζήτηση,

ομόφωνα αποφασίζει

A.. Εισηγείται θετικά για την έγκριση χορήγησης άδειας διεξαγωγής έρευνας, στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας ζωής ασθενών με γαστρεντερικά προβλήματα που νοσηλεύονται σε μια γενική χειρουργική κλινική της Ελληνικής Περιφέρειας», από την κ. Φραντζεσκάκη Χαρίκλεια, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Ρίκο Νικόλαο, Επίκουρο Καθηγητή ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ., χωρίς οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου μας και με απαραίτητη



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΓΕΙΟ"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 5/22-04-2021
ΑΠΟΦΑΣΗ 43
ΘΕΜΑ 5

προϋπόθεση την τήρηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας.

Β.. Αντίγραφο της παραπάνω εργασίας να κατατεθεί και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας.

Γ.. Η παρούσα απόφαση να κατατεθεί στην 7^η ΥΠΕ για έγκριση.

Αφού συντάχθηκε το παραπάνω πρακτικό, υπογράφεται όπως ακολουθεί:

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΚΟΚΚΙΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΛΑΓΟΥΔΙΑΝΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΠΑΝΝΑΚΟΥΔΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΚΑΛΟΕΙΔΗ ΕΛΕΝΗ
ΤΣΑΤΣΑΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ
ΠΑΝΤΟΥΒΑΚΗ ΑΝΝΑ
ΣΠΥΡΙΔΟΠΟΥΛΟΣ ΣΑΒΒΑΣ

Ακριβές απόσπασμα από το πρακτικό

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΜΕΛΙΣΣΟΥΡΑΚΗ ΠΑΝΝΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ - ΈΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ 7^Η ΔΥΠΕ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

23.06.2021 12:31:40
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΙΤΟ
ΚΑΛΙΟΠΗ
ΜΑΝΟΥΡΑΚΗ

Ηράκλειο, 23/06/2021

Α. Π.: 25794

Απάντηση στο έγγραφο:

ΠΡΟΣ: κα Φραντζεσκάκη Χαρίκλεια,
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Τμήμα
Νοσηλευτικής του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Διοικητή Γ.Ν. Βενιζέλιο - Πανάνειο,
- 2) κ. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,
- 3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο Γ.Ν. Βενιζέλιο - Πανάνειο, στο πλαίσιο Μεταπτυχιακής Εργασίας».
ΣΧΕΤΙΚΑ: 1. Το με αρ. πρωτ. 13124/11-6-2021 έγγραφο του Διοικητή κ. Τερζάκη Κωνσταντίνου,
2. Η με αρ. 43/συνεδρ. 5/22-4-2021 θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.
Βενιζέλιο - Πανάνειο.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στο Γ.Ν. Βενιζέλιο-Πανάνειο, και συγκεκριμένα τη **διανομή ερωτηματολογίων σε ασθενείς της χειρουργικής κλινικής που πάσχουν από γαστρεντερικά προβλήματα**, στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας στο Π.Μ.Σ «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ, από τη φοιτήτρια κα Φραντζεσκάκη Χαρίκλεια, με θέμα: «**Διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας ζωής ασθενών με γαστρεντερικά προβλήματα που νοσηλεύονται σε μια γενική χειρουργική κλινική της ελληνικής περιφέρειας**», υπό την επίβλεψη του Επίκουρου Καθηγητή κ. Ρίκου Νικόλαου.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής, της έγγραφης συγκατάθεσής τους και της ανώνυμης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (χωρίς προσωπικά δεδομένα, Ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, διεύθυνση κατοικίας, e-mail)

β) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του Γ.Ν. Βενιζέλιο - Πανάνειο**. Η υποβολή της περιλήψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περιλήψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στην ερευνήτρια ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

γ) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων

για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.

**Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
7^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ**

ΕΛΕΝΗ ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας

Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης