



Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο Κρήτης

Hellenic Mediterranean University of Crete

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου
στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης.

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Κεφαλογιάννη Αρσινόη, Νοσηλεύτρια Τ.Ε.

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Α΄αξιολογητής: Δρ. Βλασιάδης Κωνσταντίνος

Διδάκτωρ Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Β΄αξιολογητής: Δρ. Πατελάρου Ευριδίκη

Καθηγήτρια Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

Γ΄αξιολογητής: Δρ. Κλεισιάρης Χρήστος

Αναπληρωτής Καθηγητής, Διευθυντής Π.Μ.Σ.

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2021

Εγκρίθηκε με απόφαση Προέδρου ©2021, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών,

Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου, τόσο στον επιβλέπων καθηγητή μου κ. Κ. Βλασιάδη, όσο και στη συνεπιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Ε. Πατελάρου για την ειλικρινή τους συνδρομή στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ασθενείς για την προθυμία τους να συμμετάσχουν εθελοντικά στη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους δικούς μου ανθρώπους, που με στήριξαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και ως την ολοκλήρωσή τους.

Η βοήθεια και η υποστήριξη όλων αυτών των ανθρώπων ήταν πραγματικά ανεκτίμητη!

Ουκ έν νατρικήν εἶδεναι, ὅστις μη εἶδεν ὅ τι ἐστίν ἀνδρῆδος.

*(Εἶναι ἀδύνατο να ξέρετ την νατρική αὐτός,
ἴου δεν ξέρετ ακριβῶς τι εἶναι ο ἀνδρῆδος)*

Ἰωδοκράτης, 460-370 π.Χ.,

Πατέρας της Ιατρικής

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή.....	7
2. Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσοι του Εντέρου.....	10
3. Επιδημιολογικά δεδομένα Ι.Φ.Ν.Ε.....	12
4. Αιτιολογικοί παράγοντες Ι.Φ.Ν.Ε.....	14
5. Ορισμός, κλινικές εκδηλώσεις και διάγνωση Ελκώδους Κολίτιδας.....	16
6. Ορισμός, κλινικές εκδηλώσεις και διάγνωση Νόσου Crohn.....	17
7. Ι.Φ.Ν.Ε και ποιότητα ζωής.....	20

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία.....	24
2. Πληθυσμός-Δείγμα.....	25
3. Πεδία μελέτης.....	25
4. Σκοπός.....	25
5. Ερευνητικά ερωτήματα.....	26
6. Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	26
7. Ηθική και δεοντολογία στην έρευνα.....	27
8. Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	27
9. Αποτελέσματα έρευνας.....	28
10. Συσχετίσεις.....	63
11. Συζήτηση.....	67
12. Συμπεράσματα.....	75

Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ελληνική.....	77
2. Ξενόγλωσση.....	79
3. Διαδικτυακές πηγές.....	82

Δ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Έντυπο ερωτηματολογίου.....	83
2. Έντυπο συναίνεσης.....	92

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (Ι.Φ.Ν.Ε.) περιλαμβάνεται η Νόσος Crohn και η Ελκώδης Κολίτιδα, δύο χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα του πεπτικού συστήματος, με πολλαπλά οργανικά και ψυχοκοινωνικά συμπτώματα. Η αιτιοπαθογένεια τους είναι αδιευκρίνιστη και αποδίδεται σε αλληλεπίδραση οργανικών, ανοσολογικών και περιβαλλοντικών επιρροών, σε γενετικά ευαίσθητους οργανισμούς. Ουσιαστικά πρόκειται για αυτοάνοσα νοσήματα με τις θεραπευτικές επιλογές να εξαρτώνται από την έκταση της νόσου και να στοχεύουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της καθημερινότητας των συγκεκριμένων ασθενών.

Σκοπός: Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για συγχρονική μελέτη με χρήση του ερωτηματολογίου (IBDQ), που καταγράφει την ποιότητα ζωής των ασθενών με φλεγμονώδη εντερική νόσο. Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), ενώ πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν οι ασθενείς, που προσήλθαν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, κατά το χρονικό διάστημα της έρευνας.

Αποτελέσματα: Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε συσχέτιση του φόβου εκδήλωσης καρκίνου με το αίσθημα μετεωρισμού ($r=0,432$, $p<0,01$), συσχέτιση μεταξύ εκδήλωσης αμηχανίας εξαιτίας του εντερικού προβλήματος των ασθενών και εμφάνισης αιμορραγίας ($r=0,334$, $p<0,05$), συσχέτιση μεταξύ εκδήλωσης ναυτίας/έμετου και ευέξαπτης διάθεσης ($r=0,506$, $p<0,01$), όπως και μεταξύ αισθήματος απογοήτευσης και εκπλήρωσης των επαγγελματικών/σχολικών υποχρεώσεων ($r=0,350$, $p<0,05$), καθώς και μεταξύ της συχνότητας κενώσεων και εκπλήρωσης των επαγγελματικών/σχολικών υποχρεώσεων ($r=0,399$, $p<0,01$).

Συμπεράσματα: Η χρονιότητα της νόσου και οι συνεχείς εξάρσεις και υφέσεις προκαλούν σοβαρές επιπτώσεις στους ασθενείς, συνεπώς η εκτίμηση και αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής τους αποτελεί δείκτη για τον σχεδιασμό μιας εξατομικευμένης και ολιστικής φροντίδας.

Λέξεις-κλειδιά: Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου, Νόσος Crohn, Ελκώδης Κολίτιδα, Επιδημιολογία, Κλινικές εκδηλώσεις, Διάγνωση, Θεραπεία, Ποιότητα ζωής

ABSTRACT

Introduction: Idiopathic Inflammatory Diseases of the Intestine (IFI) include Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, two chronic inflammatory diseases of the digestive system, with multiple organic and psychosocial symptoms. Their etiology is unclear and is attributed to the interaction of organic, immune and environmental influences, in genetically sensitive organisms. These are essentially autoimmune diseases with treatment options depending on the extent of the disease and aimed at relieving symptoms and improving the daily lives of specific patients.

Aim: The purpose of this study was to investigate the quality of life of patients with Idiopathic Inflammatory Bowel Diseases.

Methodology: This is a contemporary study using the questionnaire (IBDQ), which records the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. The data of the research were analyzed with the statistical program Statistical Package for Social Sciences (SPSS), while the population of the research consisted of patients, who came to the University Hospital of Heraklion, during the research period.

Results: The results of the study showed a correlation between the fear of cancer and the feeling of flatulence ($r = 0.432$, $p < 0.01$), a correlation between the appearance of embarrassment due to the intestinal problem of patients and the occurrence of bleeding ($r = 0.334$, $p < 0.05$), correlation between nausea / vomiting and mood swings ($r = 0.506$, $p < 0.01$), as well as between feelings of frustration and fulfillment of professional / school obligations ($r = 0.350$, $p < 0.05$), as well as between the frequency of defecation and fulfillment of professional / school obligations ($r = 0.399$, $p < 0.01$).

Conclusions: Chronic disease and persistent flare-ups and relapses have serious consequences for patients, so assessing and evaluating their quality of life is an indicator for planning an individualized and holistic care.

Keywords: Idiopathic Inflammatory Bowel Diseases, Crohn's Disease, Ulcerative Colitis, Epidemiology, Clinical Manifestations, Diagnosis, Treatment, Quality of Life

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

Αν αναζητήσει κανείς τον ορισμό της έννοιας της υγείας, θα ανακαλύψει ότι υπάρχουν πολλές και ποικίλες απόψεις με τις οποίες εκφράζεται ο συγκεκριμένος όρος. Κοινή συνισταμένη όλων των ορισμών που έχουν αποδοθεί κατά καιρούς στην υγεία αποτελεί η επίσημη διατύπωση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σύμφωνα με την οποία, η υγεία συνίσταται στην κατάσταση *«της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά στην απουσία νόσου ή αναπηρίας»* (W.H.O., 1984).

Παρά τον επίσημο αυτό ορισμό όμως, πολύ συχνά η έννοια της υγείας εκφράζεται διαφορετικά ανάλογα την επιστημονική θεώρηση και την οπτική με την οποία την προσεγγίζει κάποιος. Για παράδειγμα η ιατρική επιστημονική κοινότητα συνηθίζει να παραλληλίζει την υγεία με αυτήν καθ' αυτήν την απουσία της ασθένειας, ενώ από τη πλευρά τους οι κοινωνικοί επιστήμονες ως επί τω πλείστον ταυτίζουν την έννοια της υγείας με τη συνιστώσα της ευεξίας. Με λίγα λόγια, η υγεία είναι δυνατόν να προσδιορίζεται από πολλούς και ποικίλους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, ενώ παράλληλα διακατέχεται και από ένα έντονο στοιχείο υποκειμενικότητας, αφού κάθε άνθρωπος αποτελεί από μόνος του μια ξεχωριστή οντότητα με διαφορετική οργανική, ψυχική, κοινωνική και πνευματική υπόσταση και επομένως αντιλαμβάνεται με τον δικό του μοναδικό τρόπο τις έννοιες και τις καταστάσεις της ζωής (Τούντας, 2001).

Ο προσδιορισμός επομένως της έννοιας της υγείας διαθέτει μια πολυπλοκότητα και μια έντονη υποκειμενικότητα από άνθρωπο σε άνθρωπο. Επιπλέον η ενσωμάτωση της συνιστώσας της ευεξίας στον ορισμό που καθιέρωσε ο Π.Ο.Υ στάθηκε αφορμή για να συσχετιστεί η υγεία πέρα από τη σωματική, ψυχική και κοινωνική της διάσταση και με την παράμετρο της ποιότητας της ζωής. Η ποιότητα της ζωής ως έννοια συσχετιζόμενη με την υγεία, αναφέρεται στην επίπτωση που έχει το επίπεδο υγείας ενός ατόμου στην καθημερινότητα του. Αυτονόητο είναι, πως η εκδήλωση μιας ασθένειας σε έναν άνθρωπο επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργικότητά του, άλλοτε λιγότερο και άλλοτε περισσότερο, ανάλογα τη μορφή, την έκταση και τη χρονιότητα της νόσου, με αποτέλεσμα να προκαλεί επιπτώσεις στην καθημερινότητα και στην ποιότητα της ζωής του. Πολλώ μάλλον δε, όταν η νόσος χαρακτηρίζεται ως χρόνια, όπου οι επιπτώσεις της

είναι και πολλές και συχνές και κυρίως επαναλαμβανόμενες (Κωσταντιδέλλη, 2020).

Η χρόνια ασθένεια αποτελεί επομένως έναν από τους πιο διαδεδομένους όρους που χρησιμοποιούνται πολύ συχνά τελευταία στη σύγχρονη ιατρική ορολογία. Πρόκειται για ένα ευρύ και σύνθετο όρο, τόσο ως προς τη μεταβλητότητα σε επίπεδο του χρόνου, όσο και ως προς το μεγάλο αριθμό των ασθενειών που χαρακτηρίζονται ως χρόνιες. Και αυτό γιατί στην οικογένεια των χρόνιων νοσημάτων πέρα από τις καθορισμένες και ευδιάκριτες ασθένειες συμπεριλαμβάνονται και αρκετές μορφές αναπηρίας που μπορεί να οφείλονται σε διάφορα αίτια και οι οποίες προκαλούν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργικότητα του ατόμου. Γενικά, η έννοια των χρόνιων νοσημάτων χρησιμοποιείται από τα διάφορα υγειονομικά κέντρα αναφοράς με αρκετές διαφοροποιήσεις, με αποτέλεσμα να δημιουργείται σύγχυση στην κατηγοριοποίηση και στη διαχείριση των νόσων αυτών (Bernell & Howard, 2016; Κλήμος; 2021). Για τον λόγο αυτό καθιερώθηκε ως επικρατέστερος προσδιορισμός της χρόνιας νόσου, ο ορισμός που διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σύμφωνα με τον οποίο ως χρόνια χαρακτηρίζεται *«η ασθένεια εκείνη που δεν είναι μεταδοτική, έχει μεγάλη διάρκεια και εξελίσσεται αργά, ως προς τον χρόνο»* (W.H.O., 2016).

Πέρα από κάθε προσέγγιση, η έννοια της χρονιότητας σε μια ασθένεια καθορίζεται κυρίως από την ποιότητα της καθημερινής ζωής του ανθρώπου εκείνου που βιώνει αυτή τη δύσκολη κατάσταση (Τόθονά et al., 2014). Με άλλα λόγια, η σωματική και ψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου που πάσχει από μία χρόνια ασθένεια επηρεάζεται αρνητικά, επιφέροντας πολλές και δυσάρεστες επιπτώσεις στην καθημερινότητα και στην ποιότητα της ζωής του. Αυτός είναι και ο λόγος άλλωστε, που η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια νοσήματα αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αξιολόγηση της κατάστασης και των αναγκών αυτών των ασθενών, καθώς και για τον σχεδιασμό αντίστοιχα της κατάλληλης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία θα τους βοηθήσει στην ανακούφιση, τόσο από τα οργανικά προβλήματα, όσο και από τις ψυχοσυναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις που τους επιβαρύνουν ως αποτέλεσμα της ασθένειάς τους (Γιακουμιδάκης κ.α., 2011).

Μια από τις πολλές χρόνιες καταστάσεις που ταλαιπωρεί σημαντικό αριθμό ασθενών παγκοσμίως είναι και η Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου (Ι.Φ.Ν.Ε.). Πρόκειται για μια χρόνια υποτροπιάζουσα πάθηση του πεπτικού σωλήνα με δύο νοσολογικές οντότητες, την νόσο Crohn και την Ελκώδη κολίτιδα. Και τα δύο αυτά νοσήματα του πεπτικού συστήματος, χαρακτηρίζονται από εναλλασσόμενους περιόδους υποτροπής με μεσοδιαστήματα ύφεσης και

τα οποία εκδηλώνονται κυρίως με εντερική φλεγμονή, αλλά και με διάφορα άλλα εξωεντερικά συμπτώματα, τα οποία προκαλούν σημαντικά προβλήματα στη ζωή και στην καθημερινότητα των ασθενών, επηρεάζοντας καθοριστικά την ποιότητα της ζωής τους (Πάλης κ.α., 2001; Τσίου κ.α., 2015).

Και ενώ το προσδόκιμο ζωής των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου δεν διαφέρει συγκριτικά με αυτό του υπόλοιπου υγιή πληθυσμού (Ross et al., 2011), εντούτοις η πρόωμη εμφάνιση της ασθένειας, η χρονιότητά της και κυρίως η υποτροπιάζουσα πορεία της, επιφέρουν σημαντικές βιοψυχοκοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους (Pallis & Mouzas, 2002). Για το λόγο αυτό, η ποσοτική μέτρηση της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας και της ποιότητας ζωής συμπεριλαμβανομένης της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου αποκτά υψηλή σημασία για την αξιολόγηση, παρακολούθηση και αντιμετώπιση των ασθενών αυτών (Graff et al., 2006).

Στην ακόλουθη ερευνητική εργασία γίνεται προσπάθεια αποτύπωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου που επισκέφτηκαν για θεραπεία ή νοσηλεία τη Γαστρεντερολογική Κλινική ή για ιατρική επίσκεψη το Εξωτερικό Τακτικό Γαστρεντερολογικό Ιατρείο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, κατά το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της παρούσας ερευνητικής εργασίας. Συγκεκριμένα η εργασία διαρθρώνεται σε δύο κύρια μέρη. Το θεωρητικό μέρος ξεκινά με παράθεση εισαγωγικών στοιχείων για την έννοια της υγείας και της χρόνιας ασθένειας, καθώς και με συσχέτιση αυτών των εννοιών με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Εν συνεχεία παρατίθενται όλα τα επιστημονικά στοιχεία που αφορούν στον ορισμό, στην επιδημιολογία, στους αιτιολογικούς παράγοντες, στις κλινικές εκδηλώσεις και στις θεραπευτικές επιλογές για τα νοσήματα της Ελκώδους Κολίτιδας και της Νόσου Crohn. Η εργασία ολοκληρώνεται με το ερευνητικό μέρος, στο οποίο παρουσιάζονται τα δεδομένα του ερευνητικού πρωτοκόλλου, τα αποτελέσματα και η στατιστική απεικόνιση της έρευνας, αλλά και τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την εν λόγω μελέτη.

2. Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσοι του Εντέρου

Ο όρος Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσοι του Εντέρου (Ι.Φ.Ν.Ε.) περιγράφει μια κατηγορία νοσολογικών οντοτήτων χρόνιου χαρακτήρα του πεπτικού συστήματος, στην οποία συμπεριλαμβάνονται η Νόσος Crohn και η Ελκώδης Κολίτιδα. Και τα δύο αυτά νοσήματα εκδηλώνονται με χρόνια φλεγμονή του γαστρεντερικού σωλήνα ως αποτέλεσμα της αντίδρασης στα ερεθίσματα του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Επί της ουσίας πρόκειται για αδιευκρίνιστης αιτιολογίας παθήσεις, χωρίς δηλαδή καθορισμένη αιτιοπαθογένεια για τον λόγο αυτό κατατάσσονται στα αυτοάνοσα νοσήματα. Ωστόσο από τις έως τώρα μελέτες έχει φανεί ότι αποδίδονται σε πολυπαραγοντικές ανοσολογικές, γενετικές και περιβαλλοντικές αλληλεπιδράσεις, συμπεριλαμβανομένης της δράσης της εντερικής μικροχλωρίδας και του εντερικού φραγμού, παράγοντες που επιδρούν σε ένα γενετικά προδιατεθειμένο άτομο με επακόλουθη μία παρεκκλίνουσα ανοσοαπόκριση του οργανισμού του. Αυτό δικαιολογεί και τη θετική ανταπόκριση που παρουσιάζουν τα νοσήματα αυτά στη φαρμακευτική χορήγηση ανοσοκατασταλτικών σκευασμάτων ως θεραπευτική αγωγή (Μυλωνάκη κ.α., 2006; Αργυρίου, 2011; Αργυρίου, 2018; Κωσταντιδέλλη, 2020).

Τόσο η νόσος Crohn (Crohn's Disease), όσο και η ελκώδης κολίτιδα (Ulcerative Colitis), αποτελούν παθήσεις με διακριτά, αλλά συχνά επικαλυπτόμενα χαρακτηριστικά. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο της εκδήλωσης συμπτωμάτων και των δύο ασθενειών ταυτοχρόνως, κατατάσσοντας τη νόσο σε μια κολίτιδα ενδιάμεσου τύπου. Και οι δύο ασθένειες περιλαμβάνονται στη λίστα με τα δυσίατα νοσήματα (Υ.Α. Υ1/Γ.Π./οικ.16884/2001-Φ.Ε.Κ. 1386/Β/22-10-2001), επομένως, όπως υποδηλώνει και αυτή τους η ταξινόμηση, χαρακτηρίζονται για τη χρονιότητά τους, η οποία συνοδεύεται από συνεχείς εξάρσεις και υφέσεις. Ένα άλλο κοινό χαρακτηριστικό τους είναι το έντονο στοιχείο της φλεγμονής. Και τα δύο νοσήματα δημιουργούν φλεγμονή στον πεπτικό σωλήνα. Η μεν Ελκώδης Κολίτιδα προσβάλλει το βλεννογόνο του παχέος εντέρου, η δε Νόσος Crohn απλώνεται στο σύνολο του τοιχώματος του πεπτικού σωλήνα. Επιπρόσθετα και οι δύο παθήσεις είναι ικανές να προκαλέσουν σοβαρά έξω-εντερικά συμπτώματα, ενώ έχουν συσχετιστεί και με ένα ευρύ φάσμα ασθενειών, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η ψωρίαση και οι διαταραχές του θυρεοειδούς, πολλές από τις οποίες αποδεικνύουν την ευαισθησία του οργανισμού στα αυτοάνοσα νοσήματα. Επίσης συχνό φαινόμενο, τόσο στην Ελκώδη Κολίτιδα, όσο και στη Νόσο Crohn είναι η

παρουσία συνοσηρότητων με αντιπροσωπευτικότερες την πρωτοπαθή χολαγγειίτιδα, την παγκρεατίτιδα και την νεφρική ανεπάρκεια. Επιπλέον και οι δύο φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές, με κυριότερη την έλλειψη σιδήρου και κατά συνέπεια τον κίνδυνο εμφάνισης αναιμίας, ενώ σοβαρός είναι και ο κίνδυνος πρόκλησης οστεοπόρωσης εξαιτίας των διατροφικών προβλημάτων, αλλά και λόγω της παρατεταμένης χρήσης στεροειδών και της επακόλουθης οστικής απώλειας. Και τα δύο αυτά νοσήματα φαίνεται να σχετίζονται με τον τρόπο ζωής του δυτικού πολιτισμού, καθώς έχει καταγραφεί μεγάλη αύξηση του αριθμού των ασθενών στα ανεπτυγμένα κράτη, κυρίως κατά τις τελευταίες δεκαετίες, με τα μεγαλύτερα ποσοστά περιστατικών να έχουν καταγραφεί στη Β. Αμερική και ακολούθως στην Ευρώπη, ενώ η περαιτέρω εξάπλωσή τους σε παγκόσμιο επίπεδο έχει μετατρέψει την αντιμετώπισή τους σε παγκόσμιο πρόβλημα. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των Ι.Φ.Ν.Ε περιλαμβάνει σουλφασαλαζίνη και μεσαλαζίνη, ενίοτε αντιβιοτικά, όπως η μετρονιδαζόλη και η σιπροφλοξασίνη και κατά περιόδους χρήση κορτικοστεροειδών και ανοσοκατασταλτικών, όπως η αζαθειοπρίνη, η μεθοτρεξάτη και η κυκλοσπορίνη, ενώ τέλος οι βιολογικοί παράγοντες ή anti-TNF αποτελούν το πιο σύγχρονο όπλο κατά των ΙΦΝΕ (Danese et al., 2005; Satsangi et al., 2006; Κωσταντιδέλλη, 2020; Μπουλέντ, 2020; Κλήμος, 2021).

3. Επιδημιολογικά δεδομένα Ι.Φ.Ν.Ε.

Όπως προαναφέρθηκε τα νοσήματα που περιλαμβάνονται στην Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου κατέγραψαν μεγάλη αύξηση τις τελευταίες δεκαετίες και συγκεκριμένα μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, κυρίως λόγω των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που επικράτησαν από την περίοδο εκείνη και έπειτα στα ανεπτυγμένα κράτη και ιδίως στη Β. Αμερική, στον Καναδά, στην Δ. Ευρώπη και τη Μεγάλη Βρετανία. Η σύγχρονη εξέλιξη της ιατρικής ενδοσκοπικής τεχνικής που επίσης αναπτύχθηκε ευρέως τα τελευταία χρόνια σε συνδυασμό με την έκδοση επιστημονικών οδηγιών για την εφαρμογή της συνέβαλαν στην αξιόπιστη ιχνηλάτηση και στη λεπτομερή καταγραφή των περιστατικών, ενώ σημαντικό παράγοντα που επίσης εξηγεί την αυξημένη καταγραφή περιστατικών στα ανεπτυγμένα κράτη αποτελεί και η ανάπτυξη του υγειονομικού συστήματος, καθώς και η δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών σε αυτό. Όπως είναι λογικό η εξέλιξη και η εξειδίκευση του υγειονομικού συστήματος στα ανεπτυγμένα κράτη συνέβαλε στην καλύτερη ανίχνευση και αποτύπωση των επιδημιολογικών δεδομένων της Ι.Φ.Ν.Ε. στις χώρες αυτές (Khor et al., 2011; Cosnes et al., 2011; Baumgart & Sandborn, 2012; Κωσταντιδέλλη, 2020; Κλήμος, 2021).

Ενδιαφέρον επίσης, από άποψης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων παρουσιάζουν οι αυξημένες καταγραφές της νόσου σε συγκεκριμένα γεωγραφικά σημεία με τα υψηλότερα ποσοστά περιστατικών να καταγράφονται σε περιοχές όπως η Ισλανδία, τα νησιά Φερόε, η Σικελία, η Μαγιόρκα, η Κρήτη, η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία, κ.α. ενώ μειωμένα περιστατικά συγκριτικά με εκείνα του υπόλοιπου δυτικού κόσμου καταγράφονται σε περιοχές της Ασίας, της Αφρικής και της Νότιας Αμερικής. Τέλος αξιοπρόσεκτη είναι και η αυξητική τάση που καταγράφουν τα περιστατικά της νόσου σε νεο-αναπτυσσόμενα κράτη, όπως είναι η Ινδία και η Κίνα (Frank et al., 2007; Packey & Sartor, 2009; Wilson et al, 2010; Αργυρίου, 2018; Κλήμος, 2021).

Η Ι.Φ.Ν.Ε. συνήθως εμφανίζεται στην εφηβική ή την πρώιμη ενηλικίωση, ωστόσο μπορεί να διαγνωστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Ο μέσος όρος ηλικιακής εμφάνισης και για τις δύο νοσολογικές οντότητες είναι μεταξύ 15-35 ετών, ενώ αυξημένα είναι τα ποσοστά εμφάνισης και στην ηλικιακή κατηγορία των 50-70 ετών. Αξιοσημείωτη είναι επίσης και η καταγραφή των δύο νοσημάτων σε σχέση με το φύλο. Συγκεκριμένα η Ελκώδης Κολίτιδα εμφανίζεται ελαφρώς συχνότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες σε αναλογία ανδρών/γυναικών 1,2:1 και η

Νόσος Crohn εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες σε αναλογία γυναικών/ανδρών 1,1-1,8:1 (Loftus, 2004; Αργυρίου, 2018).

Αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης των δύο παθήσεων, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, η Νόσος Crohn έχει καθοριστεί σε 20,2 ανά 100.000 άνθρωπό-έτη στη Β. Αμερική, σε 12,7 στην Ευρώπη και σε 5,0 στην Ασία και τη Μέση Ανατολή. Ειδικότερα ο υψηλότερος επιπολασμός για τη Νόσο Crohn έχει καταγραφεί σε 319 ανά 100.000 άτομα για τη Β. Αμερική και σε 322 ανά 100.000 άτομα για την Ευρώπη. Στην Ελλάδα σύμφωνα με την έρευνα του Μαλάκου (2018), το ποσοστό της Νόσου Crohn προσεγγίζει το 0,023%. Αντιστοίχως για την Ελκώδη Κολίτιδα, οι περιοχές με τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου είναι η Β. Αμερική, η Αγγλία, η Β. Ευρώπη και η Αυστραλία, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες από αυτές της Ασίας, το ποσοστό εμφάνισης της Ελκώδους Κολίτιδας παραμένει ακόμα σχετικά χαμηλό. Αναλυτικότερα, η επίπτωση της Ελκώδους Κολίτιδας στη Β. Αμερική κυμαίνεται από 6.0-15.6 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα, ενώ στην Ευρώπη από 1.5-20.3 καταγράφοντας αυξητικές τάσεις στην Ν. Ευρώπη από το 1980 και έπειτα. Τέλος, στην Ελλάδα σύμφωνα πάντα με τη μελέτη του Μαλάκου το ποσοστό ασθενών με Ελκώδη Κολίτιδα εκτιμήθηκε στο 0,1% του πληθυσμού (Lakatos, 2006; Molodecky et al., 2012; Feldman et al., 2016; Μαλάκος, 2018; Μπουλέντ, 2020).

4. Αιτιολογικοί παράγοντες Ι.Φ.Ν.Ε.

Αναφέρθηκε ήδη ότι τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου είναι αδιευκρίνιστης αιτιοπαθογένειας και για τον λόγο αυτό κατατάσσονται στην ομάδα των αυτοάνοσων παθήσεων. Ωστόσο από τις διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έως σήμερα, αναφορικά με τα αίτια πρόκλησης των νοσημάτων αυτών, έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες, οι οποίοι είναι ικανοί να προκαλέσουν ανεξέλεγκτη κινητοποίηση του ανοσολογικού συστήματος του εντέρου σε έναν γενετικά προδιατεθειμένο οργανισμό. Σύμφωνα με τις μελέτες ο εντερικός βλεννογόνος όταν βρεθεί σε επαφή με αντιγονικά και μη αντιγονικά ερεθίσματα αντιδρά με αύξηση της φλεγμονής ως απάντηση του οργανισμού στο ενδογενές ή στο εξωγενές ερέθισμα. Στις κυριότερες ανωμαλίες που έχουν συσχετιστεί με την αιτιοπαθογένεια της Ι.Φ.Ν.Ε. περιλαμβάνονται η διαταραχή της ακεραιότητας του εντερικού φραγμού, η συγκέντρωση και για μεγάλο χρόνο παραμονή των μακροφάγων, των ουδετερόφιλων και των Τ-λεμφοκυττάρων στη φλεγμαίνουσα περιοχή, καθώς και διάφοροι άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη φυσιολογική ανοσοανοχή του εντερικού επιθηλίου απέναντι στην εντερική χλωρίδα (Ardizzone & Bianchi, 2002; Schölmerich, 2003; Sartor, 2006; Αργυρίου, 2011; Αργυρίου, 2018).

Μια άλλη πολύ σημαντική παράμετρος που έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με την αιτιοπαθογένεια των νοσημάτων αυτών είναι η γενετική προδιάθεση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών μελετών ποσοστό της τάξης του 20% των ασθενών με Ι.Φ.Ν.Ε. έχουν στην οικογένειά τους ένα ή και παραπάνω μέλη που επίσης πάσχουν από κάποια φλεγμονώδη εντεροπάθεια, ενώ το 75% των οικογενειών που εμφανίζουν παραπάνω από ένα περιστατικό νόσησης με Ι.Φ.Ν.Ε., συνήθως όλοι παρουσιάζουν την ίδια μορφή νόσου. Η περαιτέρω διερεύνηση της γονιδιακής προδιάθεσης είχε ως αποτέλεσμα την επίτευξη της χαρτογράφησης των γενετικών τόπων στα χρωμοσώματα 12, 6 και 14 που συνδέονται με την εμφάνιση των Ι.Φ.Ν.Ε., οι οποίοι ονομάστηκαν IBD 2, IBD 3 και IBD 4 αντίστοιχα, ενώ στο χρωμόσωμα 6 χαρτογραφήθηκαν γονίδια που ευθύνονται για την τροποποίηση των Ι.Φ.Ν.Ε. όπως το DRB1*0103 που σχετίζεται με εκτεταμένη και σοβαρή νόσο, το DRB1*0103 και το MICA*010 που προκαλούν περιπρωκτική νόσο και τα DRB1*0701, HLAB-27 και DRB1*0103 που είναι υπεύθυνα για βλάβες στον τελικό ειλεό και ραγοειδίτιδα αντίστοιχα (Ardizzone & Bianchi, 2002; Schölmerich, 2003; Sartor, 2006; Αργυρίου, 2011; Αργυρίου 2018).

Μια τελευταία κατηγορία παραγόντων, που έχουν συσχετιστεί με την αιτιοπαθογένεια των Ι.Φ.Ν.Ε. είναι τα περιβαλλοντικά αίτια στα οποία περιλαμβάνονται: το κάπνισμα, οι διατροφικές συνθήκες, τα οινόπνευματώδη ποτά, η φύση του επαγγέλματος, η έλλειψη θηλασμού στα βρέφη, η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών, η προηγούμενη σκωληκοειδεκτομή, οι συνθήκες υγιεινής και το επίπεδο του μικροβιακού φορτίου του περιβάλλοντος που ζει το άτομο το οποίο κινητοποιεί ή όχι -ανάλογα- τους ανοσολογικούς μηχανισμούς (Ardizzone & Bianchi, 2002; Schölmerich, 2003; Sartor, 2006; Αργυρίου, 2011; Αργυρίου 2018).

5. Ορισμός, κλινικές εκδηλώσεις και διάγνωση Ελκώδους Κολίτιδας

Την ονομασία Ελκώδη Κολίτιδα εισήγαγε αρχικά ο Samuel Wilks το 1859, ο οποίος περιέγραψε με τον όρο αυτό τα μακροσκοπικά ευρήματα μιας ασθενούς που κατέληξε από φλεγμονώδη εντεροπάθεια. Η πλήρης περιγραφή της νόσου έγινε πολύ αργότερα και συγκεκριμένα το 1905 με τη συνδρομή του πρώτου σιγμοειδοσκόπιου, ενώ τέσσερα χρόνια μετά το 1909 οι Arthur Hurst και Hwkins περιέγραψαν εκτενώς το νόσημα, καθώς και τη φυσική του εξέλιξη. Αναλυτικότερα πρόκειται για μια χρόνια φλεγμονώδης πάθηση που χαρακτηρίζεται από υποτροπές με συχνές εξάρσεις και υφέσεις και προσβάλλει τον βλεννογόνο του παχέος εντέρου, ενώ σε βαρύτερες μορφές διεισδύει και βαθύτερα. Η αιτιοπαθογένεια του, όπως ήδη προαναφέρθηκε, ανάγεται στην αλληλεπίδραση ανοσολογικών, γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και για το λόγο αυτό δεν υπάρχει ουσιαστική θεραπεία, παρά μόνο για τη διατήρηση της νόσου σε ύφεση και την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Η νόσος στη βιοψία δεν εμφανίζει κοκκιώματα, ωστόσο παρουσιάζει επιδράσεις στο ορθό, ενώ η φλεγμονή εκτείνεται σε μεγάλο τμήμα ή ακόμα και σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου. Ανάλογα το τμήμα του εντέρου, όπου έχει επεκταθεί η φλεγμονή, κατηγοριοποιείται σε πρωκτίτιδα, ορθίτιδα, ορθοσιγμοειδίτιδα, αριστερή κολίτιδα, εκτεταμένη κολίτιδα, ή πανκολίτιδα (Καραγιάννης κ.α., 2009; Αργυρίου, 2011; Κολοβού, 2019; Μπουλέντ, 2020; Κωσταντιδέλλη, 2020; Κλήμος, 2021).

Χαρακτηριστικότερο σύμπτωμα των ασθενών με Ελκώδη Κολίτιδα είναι οι διαρροϊκές κενώσεις συχνά συνοδευόμενες από αίμα ή/και βλέννη. Η παρουσία της ορθίτιδας δημιουργεί επιτακτική αίσθηση της ανάγκης για αφόδευση με αποτέλεσμα να προκαλείται μια επιπλέον αιτία για εμφάνιση συχνών και μικρών σε περιεχόμενο κενώσεων, καθώς και μια σύνοδη αδυναμία ελέγχου της αναφερόμενης λειτουργίας. Ο αριθμός των κενώσεων εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου και κυμαίνεται από 4-10 ανά ημέρα. Στα συνήθη συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνονται επίσης ο κολικοειδής κοιλιακός πόνος και ο τεινεσμός. Συχνά όταν υπάρχει προσβολή του ορθού και του πρωκτού παρατηρείται το φαινόμενο η διάρροια να εναλλάσσεται με δυσκοιλιότητα παρουσία αίματος ή/και βλέννης. Με την πρόοδο της νόσου μπορεί να εμφανιστεί μεγαλύτερη αιμορραγία, καθώς και συμπτώματα όπως ανορεξία, αίσθημα κόπωσης, πυρετός, ταχυπαλμία, δύσπνοια, αλλά και τοξικές εκδηλώσεις. Αρκετά συχνό φαινόμενο είναι επίσης και η εμφάνιση συνοσηρότητων κυρίως του μυοσκελετικού συστήματος, όπως η

εντεροπαθητική αρθρίτιδα, η αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα και η ιερολαγονίτιδα, καθώς και παθήσεις των οφθαλμών, των αγγείων και των πνευμόνων, ενώ τέλος έχει παρατηρηθεί παράλληλη εμφάνιση νεφρολιθίασης, παγκρεατίτιδας και κίρρωσης του ήπατος. Τέλος, λόγω της χρονιότητας και της συμπτωματολογίας, δεν είναι σπάνια και η εμφάνιση ψυχοσυναισθηματικών επιπτώσεων στους συγκεκριμένους ασθενείς. Για τη διάγνωση της Ελκώδους Κολίτιδας απαραίτητη είναι η λήψη πλήρους ιατρικού ιστορικού σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση, τον εργαστηριακό και τον απεικονιστικό έλεγχο. Ωστόσο η επιβεβαίωση της νόσου τίθεται κατόπιν του ενδοσκοπικού ελέγχου, καθώς και των ιστολογικών και ορολογικών αποτελεσμάτων. (Silverberg et al., 2005; Κωσταντιδέλλη; 2020; Μπουλέντ, 2020).

6. Ορισμός, κλινικές εκδηλώσεις και διάγνωση Νόσου Crohn

Την Νόσο του Crohn την περιέγραψε για πρώτη φορά το 1913 ένας Σκοτσέζος γιατρός, ο Dalziel. Λίγο αργότερα το 1929 ο γαστρεντερολόγος Burrill Crohn, παρατήρησε μια μάζα στη κάτω δεξιά κοιλιακή χώρα ενός νεαρού ασθενή. Γρήγορα οι αρχικές του υποψίες για εντερική φυματίωση διαψεύστηκαν, οπότε και προχώρησε σε εκτομή τμήματος του εντέρου προκειμένου να εξετάσει το δείγμα, ενώ λίγα χρόνια μετά το 1932 μαζί με τους L. Ginzburg και G. Oppenheimer, υπέβαλε τελικά την μελέτη του στην οποία αναφέρονταν σε αρκετές περιπτώσεις αυτής της νέας ασθένειας, που εν τέλει ονομάστηκε Νόσος του Crohn (Mekhjian et al., 1979; Αργυρίου, 2011; Κωσταντιδέλλη, 2020; Μπουλέντ, 2020)

Η νόσος του Crohn, όπως επίσης και η Ελκώδης Κολίτιδα αποτελεί χρόνια φλεγμονώδη, διατοχωματική και υποτροπιάζουσα πάθηση, αγνώστου αιτιολογίας, γνωστή και ως τμηματική εντερίτιδα. Κατά συνέπεια δεν υπάρχει θεραπεία που να οδηγεί σε ίαση και επομένως κατατάσσεται στα αυτοάνοσα νοσήματα με τις θεραπευτικές προσεγγίσεις να είναι ανάλογες των εξάρσεων της νόσου και των κλινικών της εκδηλώσεων. Προσβάλλει οποιοδήποτε σημείο του γαστρεντερικού συστήματος, αλλά συχνότερα εντοπίζεται στο λεπτό έντερο, όπου παρατηρούνται τμήματα οξείας φλεγμονής και πάχυνσης ή και στενώσεις του εντέρου με συρίγγια μεταξύ των κοντινών ελίκων του εντέρου, ανάμεσα σε έντερο και στο δέρμα ή σε άλλα γειτονικά όργανα. Η φλεγμονή ξεκινά από τον υποβλεννογόνο χιτώνα εισχωρεί στο βλεννογόνο και στους ορογόνους υμένες δημιουργώντας βλάβες στα τμήματά του. Συνήθως η νόσος εμφανίζεται σε νεαρές ηλικίες μεταξύ 15-35 ετών, κυρίως σιωπηλά με κυρίαρχο σύμπτωμα το συνεχές κοιλιακό άλγος ως αποτέλεσμα της φλεγμονής, του αποστήματος ή της απόφραξης. Σύννοδα συμπτώματα είναι οι ασημάτιστες κενώσεις, η ναυτία, ο εμετός, η όχι και τόσο συχνή απώλεια αίματος, ο πυρετός, η έλλειψη όρεξης, ο στομαχικός πόνος, η δυσκολία θρέψης, ενώ χαρακτηριστική είναι και η παρουσία της περιεδρικής νόσου που περιλαμβάνει σχηματισμό ραγάδων, συριγγίων και αποστημάτων στον πρωκτό ή ακόμα και στένωση του εντερικού σωλήνα στο συγκεκριμένο σημείο. Ειδικότερα η νόσος εμφανίζεται με δύο τύπους τον συριγγοποιό που χαρακτηρίζεται από δυσσαπορρόφηση τροφών, στεατόρροια, κοπρανώδη εμετό, δυσουρία, ουρολοιμώξεις, δερματικές ουλές, κ.α. και τον στενωτικό τύπο με συμπτωματολογία όμοια με του ειλεού, δηλαδή άλγος, μετεωρισμό, εμετό και δυσκολία αερισμού και αφόδευσης. Τέλος και η Νόσος Crohn ακριβώς όπως και η Ελκώδης Κολίτιδα μπορεί να εμφανιστεί με

συννοσηρότητες του μυοσκελετικού, του ουροποιητικού, του δέρματος, των οφθαλμών, των αγγείων, των πνευμόνων, του ήπατος, κ.α. Για την αναγνώριση της Νόσου Crohn πραγματοποιούνται όλες οι εξετάσεις που γίνονται και στην περίπτωση της Ελκώδους Κολίτιδας, κυρίως προκειμένου να αποκλειστεί η παρουσία άλλων παθήσεων, ωστόσο απαραίτητη για την τελική διάγνωση είναι η κολonosκόπηση με λήψη βιοψίας για ιστολογικές εξετάσεις (Mekhjian et al., 1979; Platell et al., 1996; Αργυρίου, 2011; Κωσταντιδέλλη, 2020; Μπουλέντ, 2020; Θεοδοσίου, 2021).

7. Ι.Φ.Ν.Ε και ποιότητα ζωής

Τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου, όπως προαναφέρθηκε, αποτελούν χρόνιες, προοδευτικές παθήσεις με εξάρσεις και υφέσεις που μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές οργανικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στο άτομο, καταστάσεις δηλαδή που μπορεί να δημιουργήσουν χαμηλότερο από το προσδοκώμενο επίπεδο ποιότητας ζωής στους εν λόγω ασθενείς σε σύγκριση με αυτό των υπόλοιπων υγιών ατόμων. Η ποιότητας ζωής που συνδέεται με την παράμετρο της υγείας εκφράζει το επίπεδο λειτουργικότητας -όπως υποκειμενικά αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής τη λειτουργικότητα του- ως συνέπεια μιας ασθένειας και περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής λειτουργικότητας, καθώς και των γενικών και κοινωνικά αποδεκτών αντιλήψεων περί υγείας (Peyrin-Biroulet et al., 2010; Μπουλέντ, 2020).

Είναι προφανές ότι η έννοια της ποιότητας ζωής έχει κατά καιρούς απασχολήσει πολλούς θεωρητικούς. Έλληνες και ξένοι, αρχαίοι φιλόσοφοι, αλλά και νεότεροι θεωρητικοί επιστήμονες προσπάθησαν κατά καιρούς να εκφράσουν τη σχέση της ποιότητας ζωής με την ανθρώπινη υγεία. Οι πρώτες αναφορές απαντώνται στην αρχαία Ελλάδα, στο έργο του Αριστοτέλη «Ηθικά Νικομάχεια», όπου ο αρχαίος φιλόσοφος ερμήνευε ως ευδαιμονία το δίπτυχο της ποιότητας ζωής και ευημερίας. Έκτοτε ακολούθησαν και άλλες αναφορές και σχηματίστηκαν αρκετές απόψεις για το εννοιολογικό περιεχόμενο της ποιότητας ζωής, που εκφράζουν την πολυδιάστατη σημασία του όρου και οι οποίες συγκλίνουν στο κοινό συμπέρασμα για την ύπαρξη αντικειμενικών και υποκειμενικών παραγόντων που ρυθμίζουν την ποιότητα ζωής, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται οι ατομικές ικανότητες, η πρόσβαση του ανθρώπου σε πόρους και ευκαιρίες, καθώς και το αίσθημα ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο. Κοινή συνισταμένη όλων των απόψεων είναι ότι η ποιότητα ζωής εκφράζει τη θεώρηση του κάθε ανθρώπου για τη θέση του μέσα στην κοινωνική ζωή σε σχέση με το πολιτισμικό και αξιακό του γίνεσθαι, αλλά και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς του στόχους, τις προσδοκίες και τις επιθυμίες του (Νάκου, 2001; Τούντας, 2001; Αργυρίου, 2011; Κωσταντιδέλλη, 2020).

Στους παραμέτρους που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων σε σχέση με την υγεία τους, περιλαμβάνονται κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτικοί, πολιτισμικοί, ψυχολογικοί περιβαλλοντικοί, δημογραφικοί και υγειονομικοί παράγοντες. Αναλυτικότερα η παραγωγική διαδικασία, η κοινωνική διαστρωμάτωση, η κοινωνική ανισότητα, η οικονομική ανάπτυξη, το

πολιτισμικό υπόβαθρο, τα ήθη και τα έθιμα, το μορφωτικό επίπεδο, η παιδεία, οι κοινωνικοί ρόλοι, η οικογένεια, το περιβάλλον, ο φυσικός πλούτος, οι κλιματολογικές συνθήκες, η πληθυσμιακή κινητικότητα, ο ρυθμός εξέλιξης του πληθυσμού, το υγειονομικό επίπεδο και η εξέλιξη της επιστήμης είναι μερικές από τις πολλές συνιστώσες που συνθέτουν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων (Αργυρίου, 2011; Ντεργάρα, 2020).

Ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας ζωής σε σχέση με το ζήτημα της υγείας αποτελεί επομένως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, ενώ ανάλογα με το κοινωνικό συμπεριφορικό μοντέλο προσέγγισής της η ποιότητα ζωής αποκτά και μια διαφορετική οπτική. Έτσι σύμφωνα με την κλασική βιοιατρική θεωρία, η οποία προσεγγίζει το ζήτημα βάσει των συμπτωμάτων της ασθένειας, αλλά και των διαθέσιμων επιλογών θεραπείας, η υγεία του ατόμου προσδιορίζεται από την ικανότητα της ιατρικής επιστήμης να αντιμετωπίσει την ασθένεια με προσανατολισμό στο πάσχον όργανο του ατόμου και όχι αντιμετωπίζοντας τον άνθρωπο ως συνολικά πάσχον. Από την άλλη η κοινωνικοοικονομική προσέγγιση θεωρεί ότι το άτομο εξαρτάται από το κοινωνικό περιβάλλον για την εξέλιξη και την προσαρμογή του, ενώ οι κοινωνικές σχέσεις λειτουργούν υποστηρικτικά στην προαγωγή της υγείας, προστατεύοντας το άτομο από τυχόν απώλειες και αντιμετωπίζοντάς το ως απαραίτητο μέρος της παραγωγικής διαδικασίας της κοινωνίας. Σύμφωνα με την κοινωνιολογική θεώρηση η υγεία αντιμετωπίζεται ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας και προσδιορίζεται με βάση την προσέγγιση της ασθένειας, ενώ ουσιαστικά το επίπεδο της αρρώστιας είναι αυτό που επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζει την προσωπικότητά και τη συμπεριφορά του. Τέλος σύμφωνα με την πολιτική προσέγγιση, η υγεία προσδιορίζεται ως ιδιωτικό οικονομικό μέγεθος, δηλαδή προσδιορίζεται ως προϊόν και ο ασθενής έχει το ρόλο του καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας, ενώ η κρατική παρέμβαση στις λειτουργίες και στις υπηρεσίες υγείας αποσκοπούν στη διασφάλιση του επιπέδου υγείας της κοινωνίας. Από τις παραπάνω θεωρητικές προσεγγίσεις εκμαιεύεται το συμπέρασμα ότι επειδή η υγεία και η ασθένεια αποτελούν πολυδιάστατο φαινόμενο κατά συνέπεια, ούτε η έννοια της ποιότητας ζωής μπορεί να οριστεί μονοσήμαντα, αλλά έχει πολλαπλές ερμηνείες ανάλογα:

- Την ικανοποίηση των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών του ατόμου, καθώς και των υλικών μέσων που διαθέτει για ικανοποιητική διαβίωση.
- Την υποκειμενική αξιολόγηση της «καλής» και «αξιόλογης» ζωής αντιμετωπιζόμενης ως ενιαίο σύνολο.

- Την ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών ενεργειών και δραστηριοτήτων της ζωής, με στόχο την κοινωνική και προσωπική ευημερία και τον ικανοποιητικό έλεγχο πιθανών νοσημάτων του ατόμου.

- Το προσδόκιμο ζωής όπως αυτό τροποποιείται ανάλογα τη λειτουργικότητα του ατόμου.

- Την αντίληψη του ατόμου για τη ψυχική και πνευματική του υγεία.

- Τη συνολική ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή σε σχέση με το αξιακό του σύστημα, τον πολιτισμικό γίγνεσθαι και την κοινωνική συνθήκη.

Συμπερασματικά η έννοια της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία δεν είναι εύκολα προσδιορίσιμη, αλλά διαφοροποιείται ανάλογα την επιστημονική θεωρητική προσέγγιση και τα ατομικά, κοινωνικά, πολιτικά, οικονομικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά της ζωής του ατόμου (Daniels, 1981; Hörnquist, 1982; Σουτζόγλου-Κοτταρίδη, 1986; Yfantopoulos, 2001; Κλήμος, 2021).

Η πρώτη επίσημη προσπάθεια για προσδιορισμό της συσχέτισης της ποιότητας ζωής με την υγεία έγινε το 1991 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος διατύπωσε την άποψη ότι *«όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό της υγείας, ώστε να μπορέσουν να ζήσουν μια ζωή, που τους ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά»* (W.H.O., 1991), ενώ λίγα μόλις χρόνια αργότερα όρισε την ποιότητα ζωής ως την *«υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο των πολιτιστικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους»* (WHOQOL, 1995).

Αναλύοντας τις παραπάνω διατυπώσεις, φαίνεται ότι η ποιότητα ζωής -εν τέλει- αναφέρεται στην επίπτωση που ασκεί το επίπεδο υγείας του ατόμου στον καθημερινό τρόπο ζωής του και στο ποσοστό λειτουργικότητας του. Και ενώ η παραδοσιακή ιατροκεντρική αντίληψη ήθελε την υγεία να υπόκεινται αποκλειστικά και μόνο στη διαπραγμάτευση της ιατρικής επιστήμης, στη σύγχρονη πολυδιάστατη θεώρηση προσμετράται σε μεγάλο βαθμό η υποκειμενική αντίληψη του κάθε ατόμου για την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα και κατά συνέπεια η υγεία και η ποιότητα ζωής, ανάγονται σε παραμέτρους αξιολόγησης της προσωπικής ευεξίας του ατόμου. Στην κατεύθυνση αυτή ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προσδιόρισε την ποιότητα ζωής ως αυτοαξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, μέσα στο καθημερινό

κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον όπου ζει με τις αξίες, τα πρότυπα, τις προσδοκίες, αλλά και τους προβληματισμούς του (WHOQOL, 1995; Κωσταντιδέλλη, 2020).

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη, όπου τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (Νόσο Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα) που επισκέφτηκαν τη Γαστρεντερολογική Κλινική και το Εξωτερικό Τακτικό Γαστρεντερολογικό Ιατρείο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου κατά το χρονικό διάστημα Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 2021.

Η μέθοδος που εφαρμόστηκε ήταν η σκοπίμη δειγματοληψία, καθώς η ερευνήτρια ήθελε να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών που πάσχουν από Ι.Φ.Ν.Ε.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η ελληνική σταθμισμένη έκδοση του διεθνούς ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής σε φλεγμονώδη εντερική νόσο (IBDQ), για το οποίο ζητήθηκε η απαιτούμενη άδεια χρήσης από την ομάδα των ερευνητών που επιμελήθηκαν της μετάφρασης και της στάθμισης του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας εντός του νοσοκομειακού πλαισίου, ζητήθηκε η απαιτούμενη άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και χορηγήθηκε η σχετική έγκριση από την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης (αρ. πρωτ. 17472/4-10-21).

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με την ευθύνη της ερευνήτριας κατόπιν διενέργειας ατομικής συνέντευξης με τον κάθε ασθενή και περιλάμβαναν 5 ερωτήσεις για τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του συμμετέχοντα και 32 ερωτήσεις για την ποιότητα της ζωής των συγκεκριμένων ασθενών.

Για την καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια, χρησιμοποιήθηκαν υπολογιστικά φύλλα Excel, όπου δημιουργήθηκαν και επεξεργάστηκαν συγκεντρωτικοί πίνακες με τα στοιχεία των ερωτηματολογίων, ενώ για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

2. Πληθυσμός-Δείγμα της έρευνας

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 50 ασθενείς οι οποίοι επισκέφτηκαν τη Γαστρεντερολογική Κλινική και το Εξωτερικό Τακτικό Γαστρεντερολογικό Ιατρείο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, κατά το χρονικό διάστημα από αρχές Οκτωβρίου έως μέσα Δεκεμβρίου του έτους 2021.

Τους ασθενείς αυτούς προσέγγισε η ερευνήτρια κατά τη διάρκεια της παραμονή τους στο Νοσοκομείο, όπου βρέθηκαν είτε ως εσωτερικοί ασθενείς που εισήχθησαν στην κλινική για νοσηλεία, είτε ως εξωτερικοί ασθενείς που είχαν τακτικό ραντεβού στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής, ή που είχαν προγραμματισμένη θεραπεία στην κλινική.

3. Πεδία μελέτης

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 2021 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης.

Για τη διαδικασία της συμπλήρωσης και συλλογής των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατ'ιδίαν συνέντευξη με τους ασθενείς και αφού δόθηκαν οι ανάλογες διευκρινήσεις για τον σκοπό της έρευνας, την εθελοντική συμμετοχή, την εξασφάλιση της ανωνυμίας και την συναίνεση του κάθε συμμετέχοντα στην έρευνα συλλέχθηκαν τα απαιτούμενα δεδομένα.

4. Σκοπός

Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου που προσήλθαν για ιατρική επίσκεψη, προγραμματισμένη θεραπεία ή εισήχθησαν για νοσηλεία στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης κατά το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας.

5. Ερευνητικά ερωτήματα

Το βασικό ζητούμενο που αποτέλεσε και κύριο ερευνητικό ερώτημα κατά το σχεδιασμό της μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (Ελκώδης Κολίτιδα και Νόσος Crohn).

6. Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Εργαλείο συλλογής των δεδομένων αποτέλεσε το ερωτηματολόγιο IBDQ στην ελληνική σταθμισμένη έκδοση του διεθνούς ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής σε φλεγμονώδη εντερική νόσο, για το οποίο η ερευνήτρια ζήτησε την απαιτούμενη άδεια χρήσης από τους ερευνητές που επιμελήθηκαν τη μετάφραση και τη στάθμιση του στην ελληνική γλώσσα.

Τα ερωτηματολόγια αποτελούνταν από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλάμβανε 5 ερωτήσεις που αφορούσαν στα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων και το δεύτερο μέρος περιλάμβανε 32 ερωτήσεις χωρισμένες σε τέσσερις υποκατηγορίες με ερωτήσεις για την ποιότητα ζωής των ασθενών με Ι.Φ.Ν.Ε.

Η πρώτη υποκατηγορία αφορούσε ερωτήσεις για τα συμπτώματα από το πεπτικό (συνολικά 10 ερωτήσεις). Η δεύτερη υποκατηγορία περιλάμβανε ερωτήσεις για τα συστηματικά συμπτώματα (συνολικά 5 ερωτήσεις). Η τρίτη υποκατηγορία αποτελούνταν από ερωτήσεις για τη συναισθηματική λειτουργία (συνολικά 12 ερωτήσεις). Τέλος η τέταρτη υποκατηγορία είχε ερωτήσεις για την κοινωνική δραστηριότητα των ασθενών (συνολικά 5 ερωτήσεις).

Κάθε ερώτηση είχε κλιμακούμενες απαντήσεις τύπου Likert Scale από το 1 ως το 7 με το συνολικό αποτέλεσμα αντικατοπτρίζει την καλύτερη ποιότητα ζωής.

7. Ηθική και δεοντολογία στην έρευνα

Η ηθική και η δεοντολογία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας αποτελούν απαραίτητα στοιχεία της μελέτης και οι ερευνητές οφείλουν να τηρούν αυστηρά τους δύο αυτούς παράγοντες σε όλη τη διάρκεια και ως την ολοκλήρωση της έρευνας.

Ειδικότερα στα μέτρα ηθικής και δεοντολογίας περιλαμβάνεται η αναλυτική ενημέρωση των συμμετεχόντων για τα δεδομένα της έρευνας, καθώς και η γραπτή συγκατάθεσή τους με τη συμπλήρωση του απαραίτητου έντυπου.

Στη συγκεκριμένη μελέτη τηρήθηκαν οι προαναφερόμενες συνθήκες και επιπλέον οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την προερατικότητα της συμμετοχής τους, καθώς και τη διαφύλαξη των προσωπικών τους δεδομένων και της ιδιωτικότητάς τους.

8. Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Για την αξιολόγηση και την ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν από την έρευνα αρχικά χρησιμοποιήθηκαν τα υπολογιστικά φύλλα excel χρησιμοποιήθηκε συγκεντρώθηκαν τα δεδομένα των απαντήσεων που δόθηκαν στα ερωτηματολόγια και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η στατιστική τους ανάλυση με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (S.P.S.S.), έκδοση 28.0, ενώ τέλος πραγματοποιήθηκε έλεγχος ακριβείας για την ηλεκτρονική τους καταχώρηση.

Η στατιστική εκτίμηση υλοποιήθηκε με παραμετρικό έλεγχο (t-test) σε ανεξάρτητα δείγματα, ενώ ακολούθησε μονής κατεύθυνσης ανάλυση διακύμανσης τύπου (oneway-ANOVA) στα δείγματα. Τέλος η μη παραμετρική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με Mann-WhitneyU και Kruskal-Wallis κριτήρια, ενώ για τον έλεγχο της κανονικότητας κατανομής χρησιμοποιήθηκε η παράμετρος Kolmogorov-Smirnov.

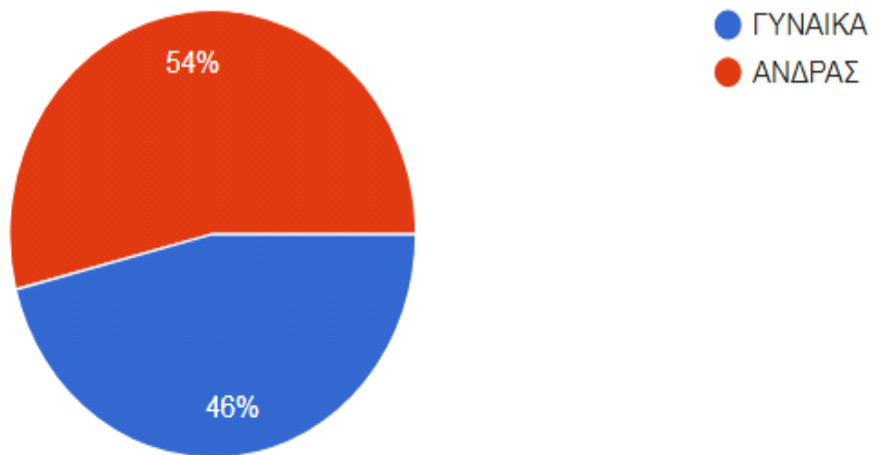
9. Αποτελέσματα έρευνας

9α. Αποτελέσματα έρευνας για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 50 συμμετέχοντες ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου, εκ των οποίων ποσοστό 54% ήταν άνδρες (n=27) και ποσοστό 46% ήταν γυναίκες (n=23), όπως απεικονίζεται και στο ακόλουθο γράφημα:

ΦΥΛΟ

50 απαντήσεις

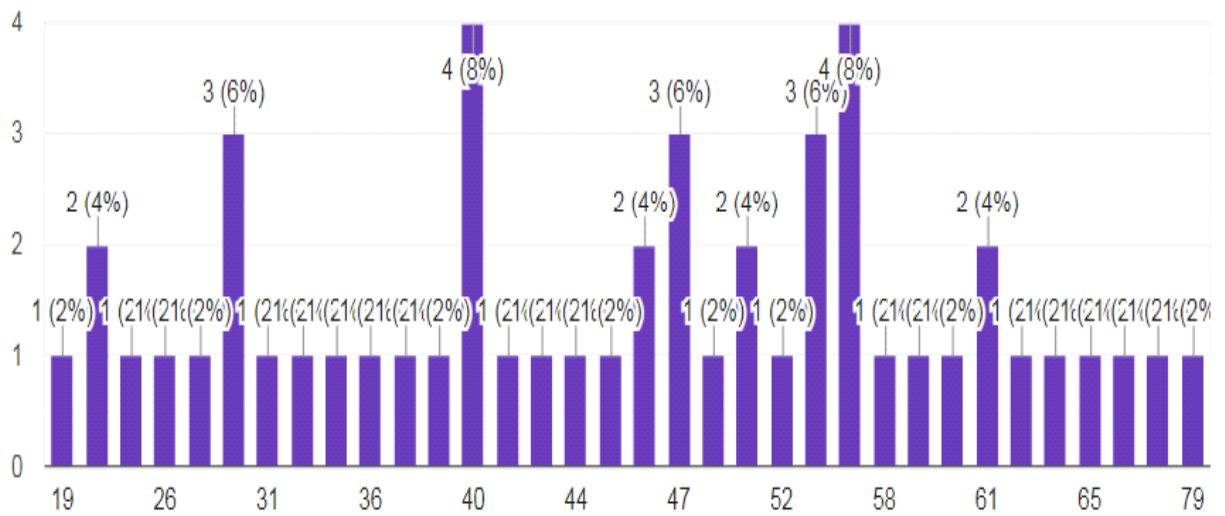


Γράφημα: 1.

Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων ασθενών της έρευνας, αυτή κυμαίνονταν από 19 ετών έως 79 ετών, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού ήταν τα 46 έτη, όπως αποτυπώνεται και στο ακόλουθο γράφημα:

ΗΛΙΚΙΑ

50 απαντήσεις

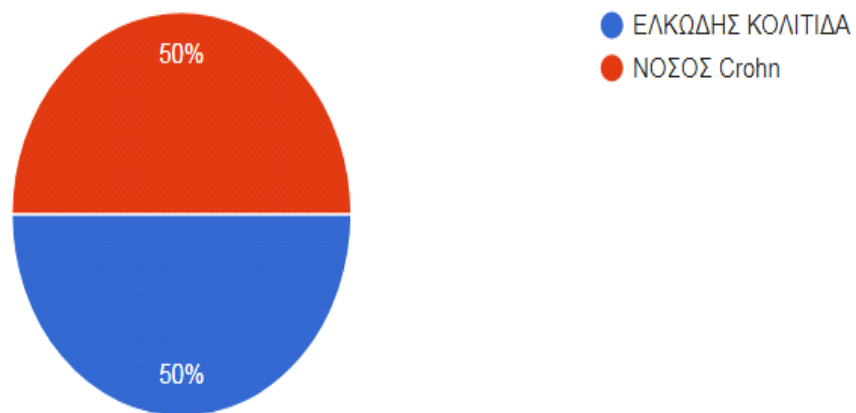


Γράφημα: 2.

Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, οι μισοί ασθενείς, ποσοστό 50% (n=25) έπασχαν από Ελκώδη Κολίτιδα, ενώ οι άλλοι μισοί ασθενείς, ποσοστό 50% (n=25), έπασχαν από τη Νόσο Crohn, σύμφωνα με το ακόλουθο γράφημα:

ΝΟΣΗΜΑ

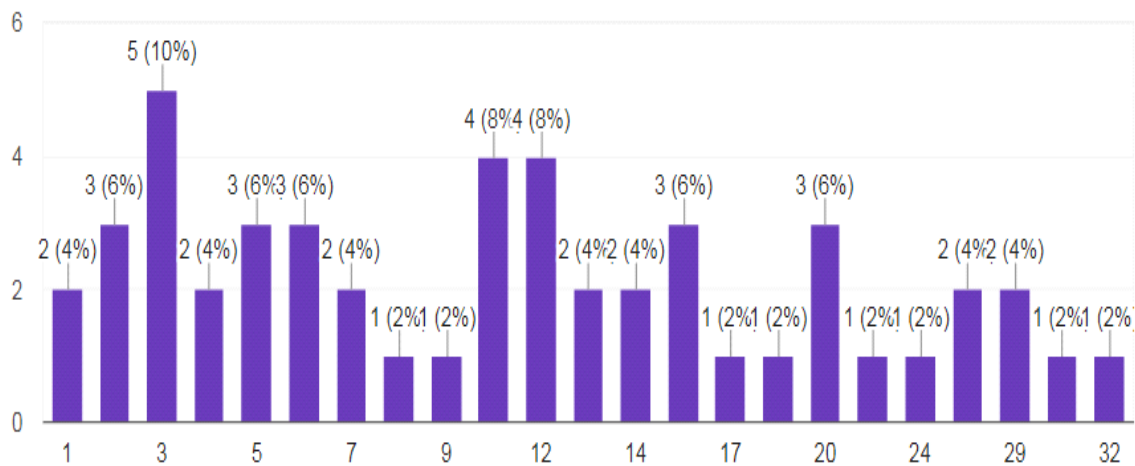
50 απαντήσεις



Γράφημα: 3.

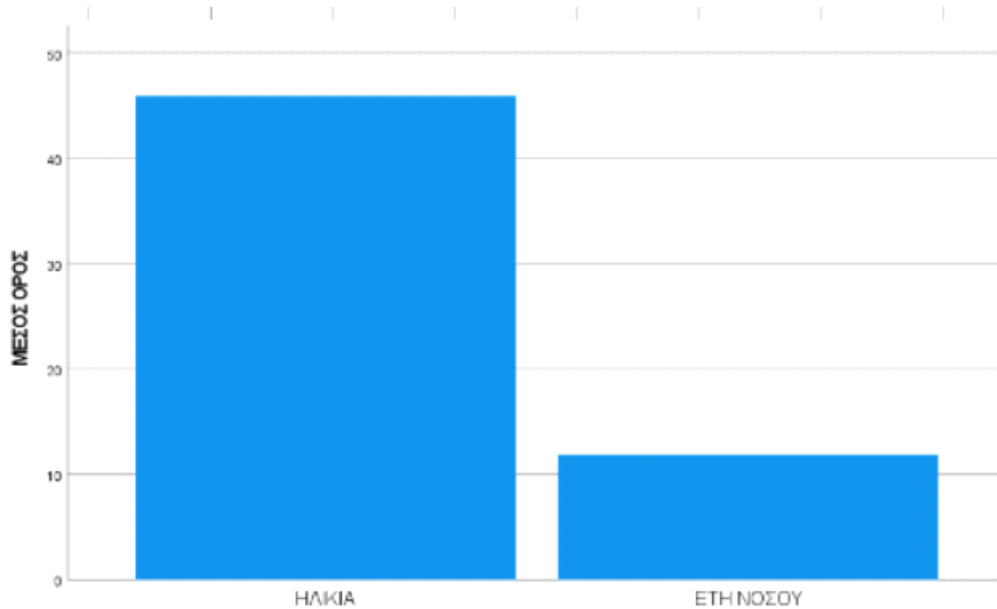
Όσον αφορά τη διάρκεια της νόσου σε έτη των συμμετεχόντων ασθενών της έρευνας, αυτή κυμαίνονταν από 1 έως 32 έτη, όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα:

50 απαντήσεις



Γράφημα: 4.

Από τον μέσο όρο της ηλικίας των συμμετεχόντων (46 έτη) και τη μέση διάρκεια των ετών που πάσχουν από τη νόσο (12 έτη) προκύπτει το ακόλουθο γράφημα:

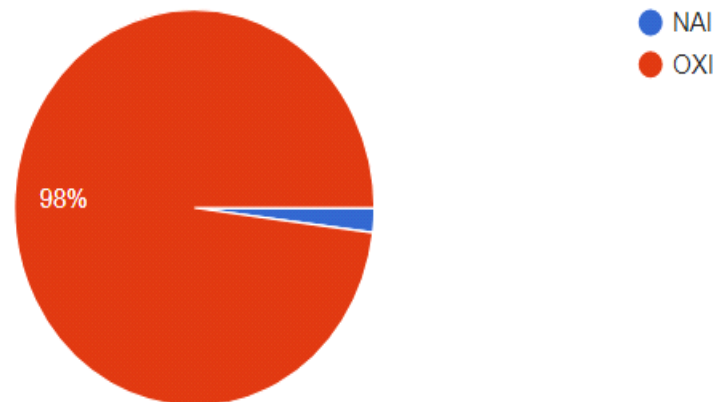


Γράφημα: 5.

Ένα τελευταίο στοιχείο που προκύπτει από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ασθενών της έρευνας, αφορά στην ύπαρξη ή όχι ειλεοστομίας. Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων φάνηκε ότι μόνο 1 ασθενής (n=1) είχε ειλεοστομία (ποσοστό 2%), έναντι των υπολοίπων (n=49) ασθενών, που δεν είχαν (ποσοστό 98%), γεγονός που φανερώνει εξ αρχής ότι οι συμμετέχοντες δεν έχουν επιβαρυσμένη κατάσταση στην υγεία τους, εξαιτίας επιπλοκών της πάθησής τους, κατάσταση η οποία αποτυπώνεται στο ακόλουθο γράφημα:

Ειλεοστομία

50 απαντήσεις



Γράφημα: 6.

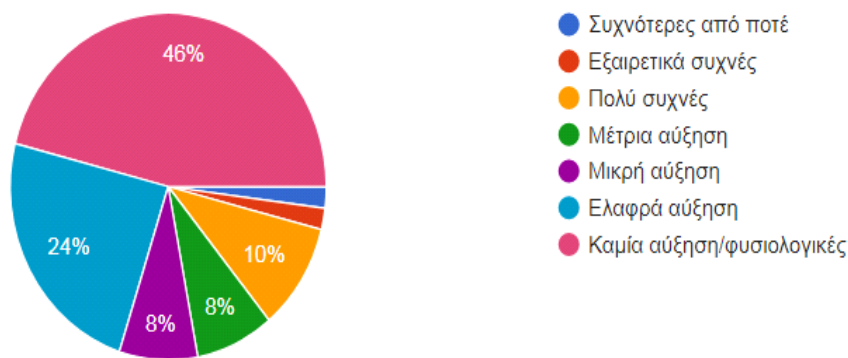
9β. Αποτελέσματα έρευνας για την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα προκύπτουν τα ακόλουθα στοιχεία:

Στην πρώτη ερώτηση (από την ομάδα ερωτήσεων για τα συμπτώματα), που αφορούσε τη συχνότητα των κενώσεων που παρουσίασαν οι ασθενείς κατά το χρονικό διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων, φάνηκε ότι από τους 50 ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό 46% (n=23) δεν εμφάνισε «καμία αύξηση» στις κενώσεις του, επίσης ποσοστό 24% (n=12), εμφάνισε «ελαφριά αύξηση» στις κενώσεις του, ένα ποσοστό 10% (n=5) παρουσίασε «πολύ συχνές» κενώσεις, ποσοστό της τάξης του 8% (n=4) δήλωσε «μικρή αύξηση» και ομοίως ίδιο ποσοστό 8% ανέφερε «μέτρια αύξηση» στις κενώσεις του (n= 4), ενώ αντίθετα ποσοστό της τάξης του 2% (n=1) απάντησε ότι οι κενώσεις του τις τελευταίες δύο εβδομάδες ήταν «εξαιρετικά συχνές» και τέλος ένα ίδιο ποσοστό επίσης 2% (n=1) ανέφερε ότι οι κενώσεις του ήταν «συχνότερες από ποτέ» (Γράφημα: 7).

1. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΕΣ ΗΤΑΝ ΟΙ ΚΕΝΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΤΙΣ ΔΥΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΒΔΟΜΑΔΕΣ;

50 απαντήσεις

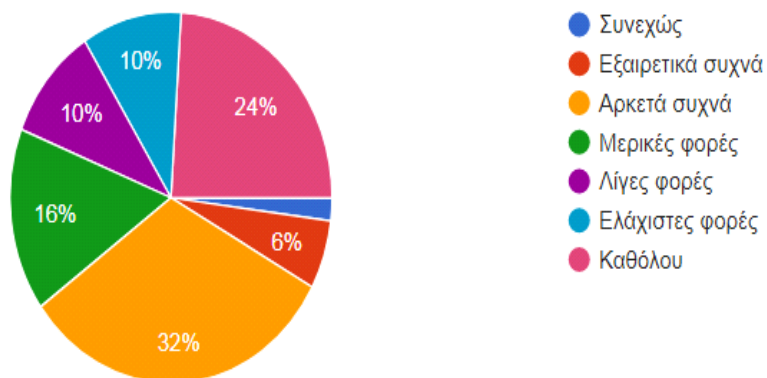


Γράφημα: 7.

Η δεύτερη ερώτηση των συμπτωμάτων αναφέρονταν στο αίσθημα κόπωσης και εξάντλησης κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες, όπου από τους 50 συμμετέχοντες ασθενείς της έρευνας το μεγαλύτερο ποσοστό 32% δήλωσε ότι παρουσίασε το συγκεκριμένο σύμπτωμα «πολύ συχνά» (n=16), ένα ποσοστό της τάξης του 24% (n=12), δήλωσε ότι δεν είχε «καθόλου» το σύμπτωμα αυτό, ποσοστό 16% (n=8) εμφάνισε κόπωση/εξάντληση μερικές φορές, επίσης ποσοστό της τάξης του 10% (n=5) παρουσίασε το εν λόγω σύμπτωμα «λίγες φορές», ενώ όμοιο ποσοστό 10% (n=5) το εμφάνισε «ελάχιστες φορές» και μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 6% (n=3) παρουσίασε κόπωση/εξάντληση «εξαιρετικά συχνά», ή σε ποσοστό 2% (n=1) «συνεχώς» (Γράφημα: 8).

2. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΟ ΑΙΣΘΗΜΑ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΓΙΑ ΣΑΣ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ;

50 απαντήσεις



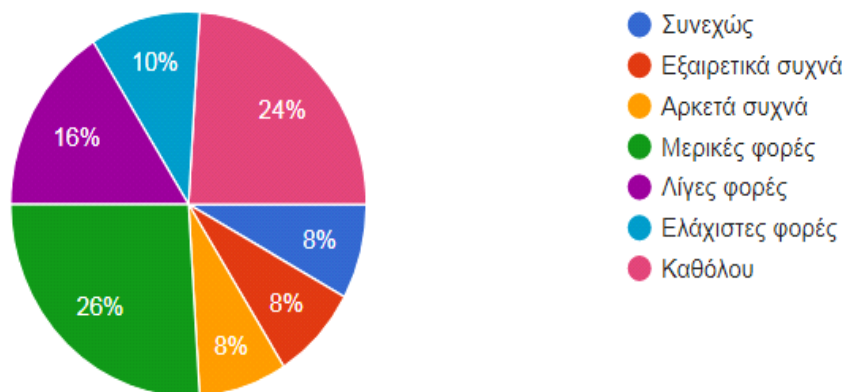
Γράφημα: 8.

Στην Τρίτη ερώτηση που αφορούσε το αίσθημα απογοήτευσης / ανυπομονησίας / ανησυχίας των ασθενών, οι συμμετέχοντες στην έρευνα στο μεγαλύτερο ποσοστό τους 26%

(n=13) απάντησαν ότι ένιωσαν το αναφερόμενο σύμπτωμα «μερικές φορές», ενώ ποσοστό 24% (n=12) δήλωσε ότι δεν είχε «καθόλου» το συγκεκριμένο σύμπτωμα. Επίσης ποσοστό 16% (n=8) και ποσοστό 10% (n=5) των ασθενών εμφάνισε απογοήτευση / ανυπομονησία / ανησυχία «λίγες» και «ελάχιστες φορές», αντίστοιχα. Τέλος ποσοστό της τάξης του 8% (n=4) εμφάνισε το παραπάνω σύμπτωμα «αρκετά συχνά», ενώ όμοιο ποσοστό 8% (n=4) το εμφάνισε «εξαιρετικά συχνά» ή επίσης σε ίδιο ποσοστό 8% (n=4) είχε το σύμπτωμα αυτό «συνεχώς» (Γράφημα: 9).

3. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΝΙΩΣΑΤΕ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ, ΑΝΥΠΟΜΟΝΗΣΙΑ Η ΑΝΗΣΥΧΙΑ;

50 απαντήσεις



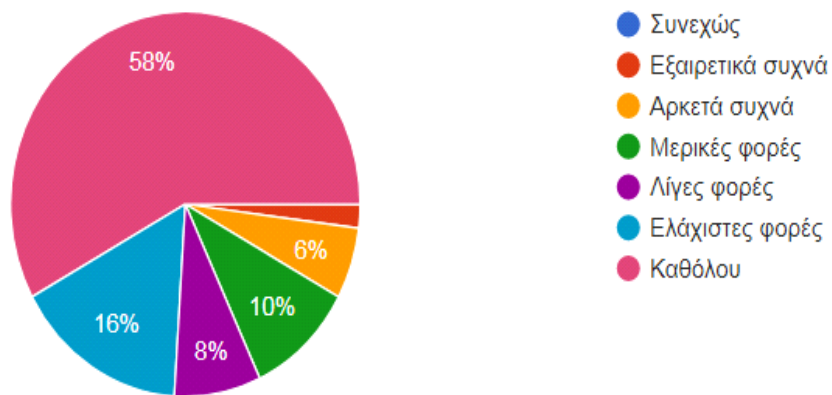
Γράφημα: 9.

Στην τέταρτη ερώτηση που αφορούσε στην αποχή από τις σχολικές ή επαγγελματικές δραστηριότητες στη συντριπτική τους πλειοψηφία σε ποσοστό 58% (n=29), οι ασθενείς απάντησαν ότι δεν απείχαν «καθόλου» από τις υποχρεώσεις τους, ενώ επίσης σημαντικό ποσοστό 16% (n=8), απάντησε ότι «ελάχιστες φορές» μόνο δεν μπόρεσε να εκτελέσει τις σχολικές ή επαγγελματικές του υποχρεώσεις. Ποσοστό της τάξης του 10% (n=5), απάντησε ότι απείχε από τις προαναφερόμενες υποχρεώσεις του «μερικές φορές» και ποσοστό της τάξης του 8% (n=4) απάντησε «λίγες φορές». Μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 6% (n=3) απάντησε

«αρκετά συχνά» και ένα ακόμα μικρότερο ποσοστό 2% (n=1) απάντησε «εξαιρετικά συχνά», ενώ κανείς ασθενής δεν έδωσε την απάντηση «συνεχώς» στη συγκεκριμένη ερώτηση (Γράφημα: 10).

4. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΣΑΤΕ ΝΑ ΠΑΤΕ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ Η ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΑΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ;

50 απαντήσεις

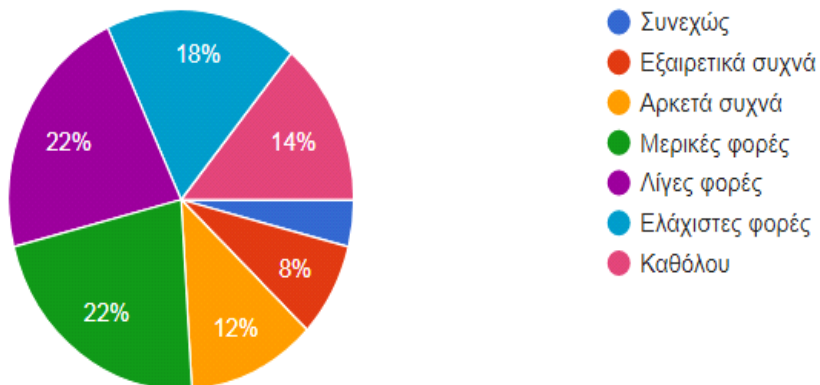


Γράφημα: 10.

Στην ερώτηση που αναφέρονταν στη συχνότητα του συμπτώματος των χαλαρών κενώσεων, μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 14% (n=7) απάντησε ότι δεν εμφάνισε «καθόλου» το συγκεκριμένο σύμπτωμα, ενώ όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς αντιμετώπισαν αυτό το σύμπτωμα με μια διακύμανση από «ελάχιστες» φορές σε ποσοστό 18% (n=9), ή «λίγες» φορές σε ποσοστό 22% (n=11), ή «μερικές» φορές επίσης σε ίδιο ποσοστό 22% (n=11), ή «αρκετά συχνά» σε ποσοστό 12% (n=6), ή «εξαιρετικά συχνά» σε ποσοστό 8% (n=4), ή τέλος σε ποσοστό 4% (n=2) οι ασθενείς δήλωσαν ότι παρουσίασαν χαλαρές κενώσεις «συνεχώς» (Γράφημα: 11).

5. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΕΙΧΑΤΕ ΧΑΛΑΡΕΣ ΚΕΝΩΣΕΙΣ;

50 απαντήσεις

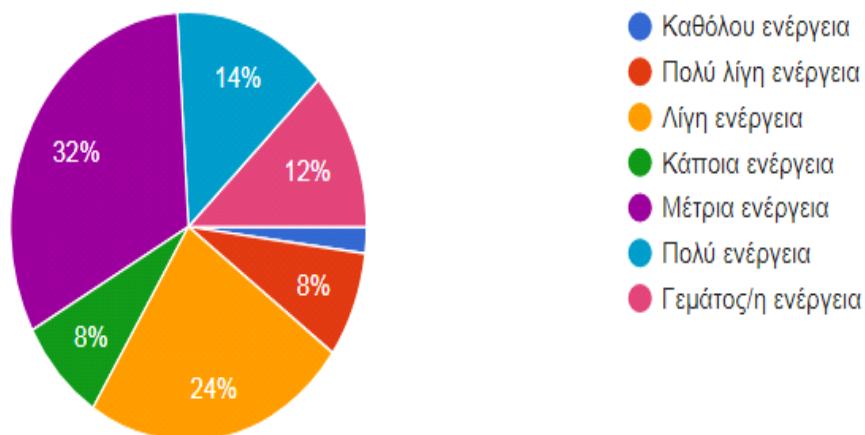


Γράφημα: 11.

Η επόμενη ερώτηση στην οποία κλήθηκαν να απαντήσουν οι ασθενείς αναφέρονταν στο επίπεδο της ενέργειας, που είχαν οι συμμετέχοντες κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς το μεγαλύτερο ποσοστό 32% από αυτούς (n=16) εμφάνιζε «μέτρια ενέργεια» και το 24% των ασθενών (n=12) δήλωσε ότι είχε «λίγη ενέργεια», ενώ μικρότερα ποσοστά των ασθενών της τάξης του 14% (n=7) εκτίμησαν ότι η ενέργειά τους ήταν «πολύ» και 12% (n=6) δήλωσαν ότι ήταν «γεμάτου» ενέργεια. Ποσοστό 8% (n=4) απάντησε ότι είχε «κάποια» ενέργεια και όμοιο επίσης ποσοστό 8% (n=4) δήλωσε ότι είχε «πολύ λίγη» ενέργεια, ενώ τέλος ένα πολύ μικρότερο ποσοστό 2% (n=1) ανέφερε ότι δεν έχει καθόλου ενέργεια (Γράφημα:12).

6. ΠΟΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ;

50 απαντήσεις

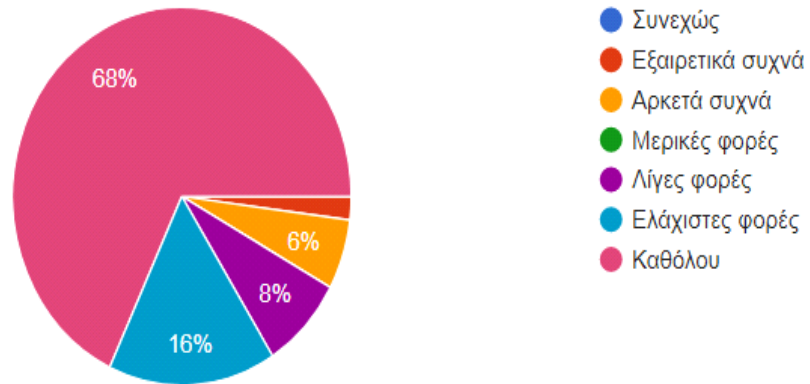


Γράφημα: 12.

Στην έβδομη ερώτηση του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με τον βαθμό της ανησυχίας τους για την πιθανότητα να χρειαστούν ένα χειρουργείο λόγω του εντερικού τους προβλήματος. Από τις απαντήσεις που έδωσαν οι περισσότεροι ασθενείς φάνηκε να μην ανησυχούν ιδιαίτερα για μια τέτοια προοπτική, καθώς το 68% (n=34) των ασθενών δήλωσαν ότι δεν ανησυχούν «καθόλου», το 16% (n=8) των ασθενών απάντησε ότι ανησυχεί «ελάχιστες φορές», το 8% (n=4) ανησυχεί «λίγες φορές» και μόνο το 6% (n=3) και το 2% (n=1) φάνηκε να ανησυχεί «αρκετά συχνά» και «εξαιρετικά συχνά», αντίστοιχα (Γράφημα: 13).

7. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΣΑΣ ΑΝΗΣΥΧΗΣΕ Η ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΝΑ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΑΣ

50 απαντήσεις

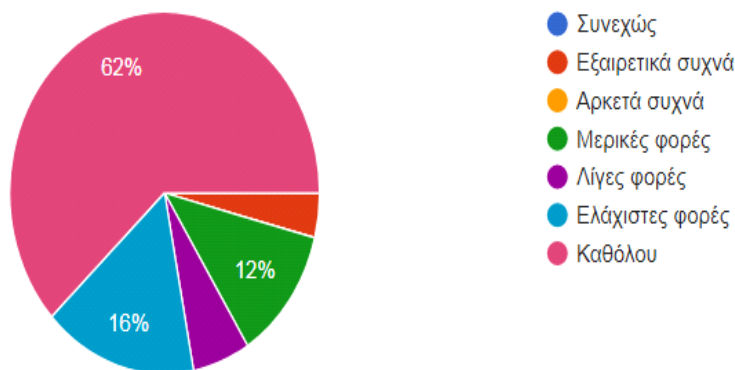


Γράφημα: 13.

Η επόμενη ερώτηση που κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες της έρευνας αφορούσε στην καθυστέρηση/ακύρωση μιας κοινωνικής τους υποχρέωσης λόγω του προβλήματός τους κατά τις τελευταίες εβδομάδες, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό 62% (n=31) των ασθενών απάντησε ότι δεν χρειάστηκε «καθόλου», το 16% (n=8) απάντησε ότι χρειάστηκε «ελάχιστες φορές», το 12% (n=6) απάντησε ότι αναγκάστηκαν μερικές φορές να καθυστερήσουν/ακυρώσουν μια κοινωνικής τους υποχρέωση, το 6% (n=3) δήλωσε ότι τους συνέβη «λίγες φορές» και μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 4% (n=2) των ασθενών απάντησε «εξαιρετικά συχνά» στην συγκεκριμένη ερώτηση (Γράφημα: 14).

8. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΝΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΤΕ Η ΝΑ ΑΚΥΡΩΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΕΞ ΑΙΤΙΑΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ;

50 απαντήσεις

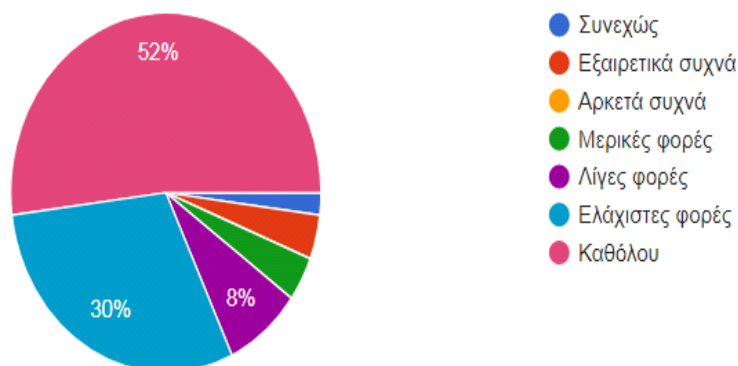


Γράφημα: 14.

Η ακόλουθη ένατη ερώτηση αφορούσε τις κράμπες στην κοιλιά των ασθενών, όπου το 52% (n=26) των ασθενών δεν είχε «καθόλου» το συγκεκριμένο σύμπτωμα, το 30% (n=15) των ασθενών εμφάνισε «ελάχιστες φορές» κράμπες στην κοιλιά, το 8% (n=4) παρουσίασε κράμπες «λίγες φορές», το 4% (n=2) είχε κράμπες «μερικές φορές» και μόνο ποσοστό 4% (n=2) και 2% (n=1) είχε «εξαιρετικά συχνά» και «συνεχώς», αντίστοιχα, το συγκεκριμένο σύμπτωμα (Γράφημα: 15).

9. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΣΑΣ ΑΝΗΣΥΧΗΣΑΝ ΚΡΑΜΠΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΛΙΑ

50 απαντήσεις

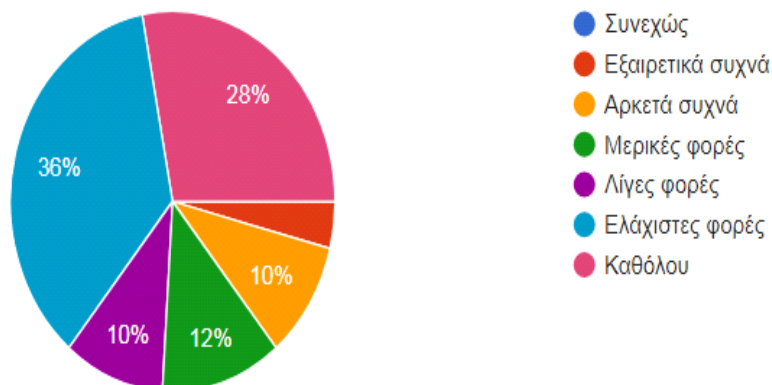


Γράφημα: 15.

Η δέκατη και τελευταία ερώτηση της ομάδας ερωτήσεων για τα συμπτώματα από το πεπτικό, διερεύνησε τη συχνότητα της γενικής αδιαθεσίας των συμμετεχόντων ασθενών, όπου στη πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 36% (n=18) φάνηκε να δηλώνουν ότι είχαν το συγκεκριμένο σύμπτωμα «ελάχιστες φορές», ενώ ποσοστό της τάξης του 28% (n=14) δεν αισθάνθηκε «καθόλου» γενική αδιαθεσία. Ποσοστό 12% (n=6) ένιωσε γενική αδιαθεσία «μερικές φορές», ενώ ποσοστό 10% (n=5) είχε το αναφερόμενο σύμπτωμα «λίγες φορές», αλλά και ίδιο επίσης ποσοστό 10% (n=5) εμφάνισε γενική αδιαθεσία «αρκετά συχνά». Τέλος ποσοστό 4% (n=2) παρουσίασε «εξαιρετικά συχνά» γενική αδιαθεσία (Γράφημα: 16).

10. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΝΙΩΣΑΤΕ ΓΕΝΙΚΗ ΑΔΙΑΘΕΣΙΑ;

50 απαντήσεις

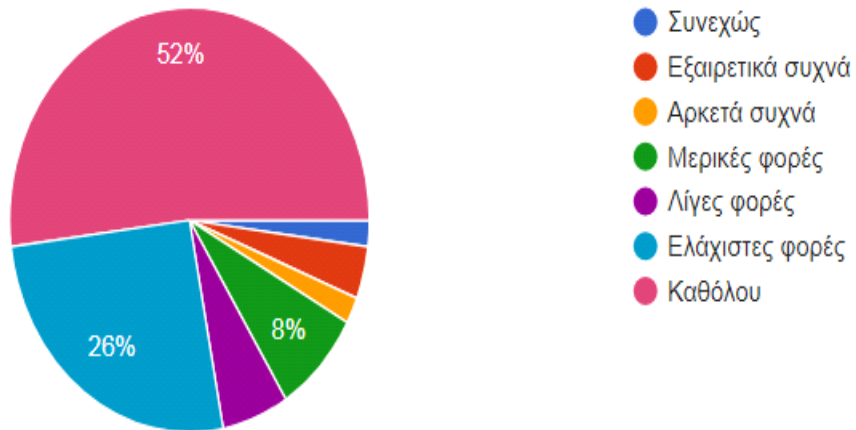


Γράφημα: 16.

Ακολούθησε η ομάδα ερωτήσεων των συστηματικών συμπτωμάτων, όπου στην πρώτη από τις 5 ερωτήσεις της υποκατηγορίας αυτής, οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν αναφορικά με την ανησυχία ή το φόβο τους για την εξεύρεση τουαλέτας. Από τους συμμετέχοντες ασθενείς, παραπάνω από τους μισούς και συγκεκριμένα ποσοστό 52% (n=26) δεν είχε «καθόλου» μια τέτοια ανησυχία/φόβο, ενώ επίσης σημαντικό ποσοστό της τάξης του 26% (n=13) είχε «ελάχιστες φορές» μια τέτοια ανησυχία. Επίσης ποσοστό 8% (n=4) ένιωσε «μερικές φορές» αντίστοιχο φόβο και ποσοστό 6% (n=3) αισθάνθηκε έτσι για «λίγες φορές». Μικρότερα ποσοστά της τάξης του 4% (n=2) και 2% (n=1) ένιωσαν «αρκετά συχνά» και «εξαιρετικά συχνά» την αναφερόμενη ανησυχία και τέλος ποσοστό επίσης 2% (n=1) είχε «συνεχώς» τη συγκεκριμένη ανησυχία (Γράφημα: 17).

11. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΑΝΗΣΥΧΗΣΑΤΕ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΜΗΠΩΣ ΔΕ ΒΡΕΙΤΕ ΤΟΥΑΛΕΤΑ;

50 απαντήσεις

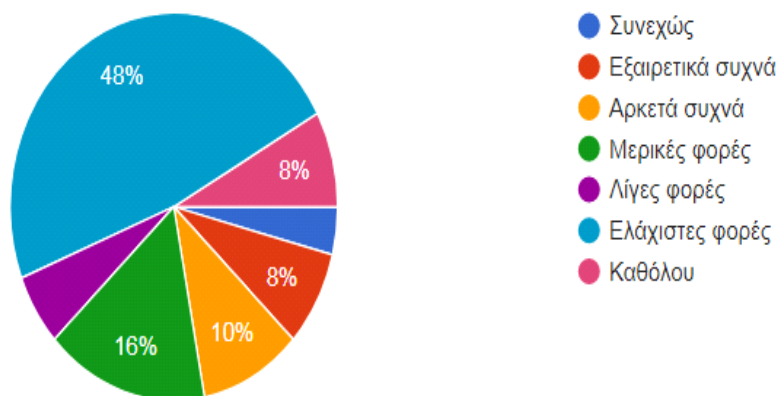


Γράφημα: 17.

Στην δεύτερη ερώτηση της συγκεκριμένης υποκατηγορίας ζητήθηκε από τους ασθενείς να εκφράσουν τη δυσκολία ενασχόλησής τους με ψυχαγωγικές/αθλητικές δραστηριότητες λόγω της πάθησής τους. Σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες ποσοστό 48% (n=24) αντιμετώπισαν «ελάχιστες φορές» τη συγκεκριμένη δυσκολία. Επίσης ποσοστό 16% (n=8) απάντησαν «μερικές φορές» στην ίδια ερώτηση, ποσοστό 10% (n=5) απάντησαν «αρκετά συχνά», ποσοστό 8% (n=4) απάντησε «καθόλου», όμοιο ποσοστό 8% (n=4) απάντησε «εξαιρετικά συχνά», ποσοστό 6% (n=3) απάντησε «λίγες φορές» και τέλος ποσοστό 2% (n=1) απάντησε ότι αντιμετώπισε τέτοια δυσκολία «συνεχώς» (Γράφημα: 18).

12. ΠΟΣΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ ΩΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΝΑ ΑΣΧΟΛΗΘΕΙΤΕ ΜΕ ΨΥΧΑΓΩΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ;

50 απαντήσεις

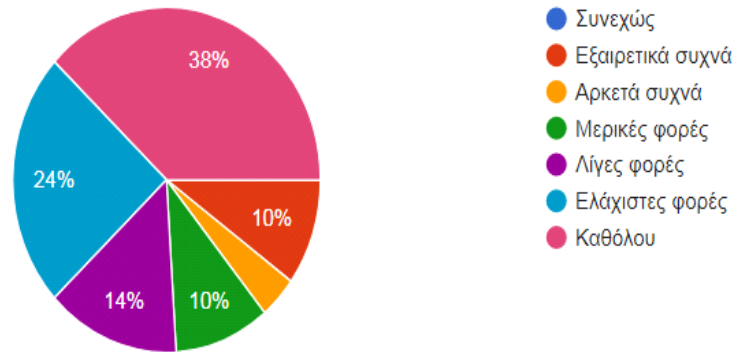


Γράφημα: 18.

Η τρίτη ερώτηση της υποκατηγορίας συστηματικών συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου, ζητούσε από τους ασθενείς να απαντήσουν για τη συχνότητα του κοιλιακού πόνου τις τελευταίες εβδομάδες. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς ένα ποσοστό 38% (n=19) δεν αντιμετώπισε «καθόλου» πόνο στην κοιλιά, ποσοστό 24% (n=12) αντιμετώπισε κοιλιακό πόνο «ελάχιστες» φορές, ποσοστό 14% (n= 7) είχε πόνο στην κοιλιά «λίγες» φορές, ενώ ποσοστό 10% (n= 5) δήλωσε ότι είχε το συγκεκριμένο σύμπτωμα «μερικές» φορές. Όμοιο ποσοστό 10% (n= 5) ανέφερε κοιλιακό πόνο «εξαιρετικά συχνά» και τέλος ποσοστό 4% (n= 2) είχε πόνο «αρκετά συχνά» (Γράφημα: 19).

13. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΤΑΛΑΙΠΩΡΗΘΗΚΑΤΕ ΑΠΟ ΠΟΝΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙΛΙΑ;

50 απαντήσεις

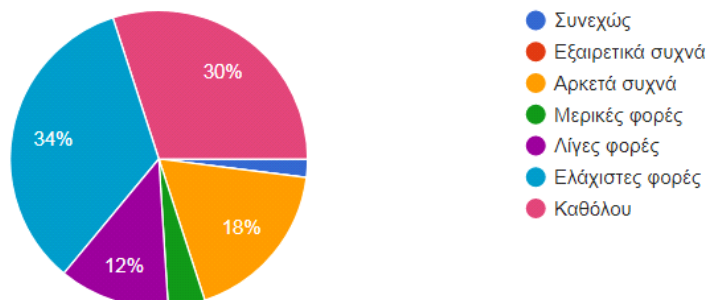


Γράφημα: 19.

Η τέταρτη ερώτηση της συγκεκριμένης υποκατηγορίας ερωτήσεων ζητούσε από τους συμμετέχοντες πληροφορίες για τον ύπνο τους, όπου οι ασθενείς απάντησαν σε ποσοστό 34% (n=17) ότι είχαν προβλήματα ύπνου «μερικές φορές», ποσοστό 30% (n=15) ανέφεραν ότι δεν αντιμετώπισαν «καθόλου» προβλήματα ύπνου, ποσοστό 18% (n= 9) αντιμετώπισε τέτοια προβλήματα «αρκετά συχνά», ποσοστό 12% (n= 6) είχε προβλήματα ύπνου «λίγες φορές», ενώ μικρότερα ποσοστά της τάξης του 4% (n= 2) και 2% (n= 1) είχαν προβλήματα με τον ύπνο τους «μερικές φορές» και «συνεχώς» αντίστοιχα (Γράφημα: 20).

14. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΑ ΚΟΙΜΗΘΕΙΤΕ ΚΑΛΑ ΤΗ ΝΥΧΤΑ Η ΤΑΛΑΙΠΩΡΗΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑΤΙ ΞΥΠΝΑΓΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΥΧΤΑΣ;

50 απαντήσεις

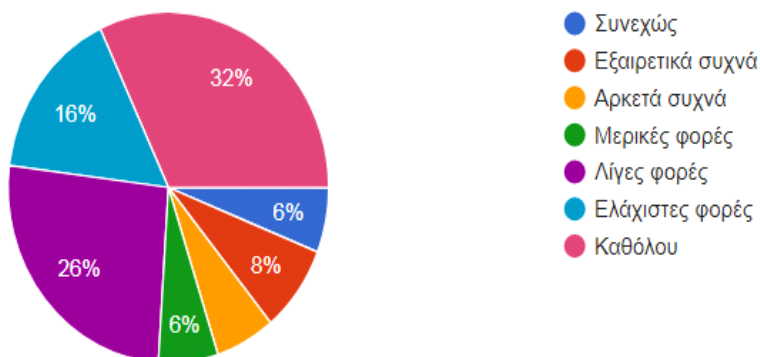


Γράφημα: 20.

Η πέμπτη και τελευταία ερώτηση της υποκατηγορίας ερωτήσεων των συστηματικών συμπτωμάτων αναφέρονταν στα προβλήματα κατάθλιψης ή αποθάρρυνσης που πιθανόν αισθάνθηκαν οι ασθενείς κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων σε ποσοστό 32% (n=16) δεν είχε «καθόλου» αυτό το σύμπτωμα, ενώ επίσης σημαντικά ποσοστά της τάξης του 26% (n=13) και 16% (n=8) είχαν αυτό το σύμπτωμα μόνο «λίγες φορές» ή «ελάχιστες φορές», αντίστοιχα. Τέλος, λιγότεροι ασθενείς αντιμετώπισαν το συγκεκριμένο σύμπτωμα «εξαιρετικά συχνά» σε ποσοστό 8% (n=4), «μερικές φορές» σε ποσοστό 6% (n=3), «συνεχώς» σε ποσοστό 6% (n=3) και «αρκετά συχνά» σε ποσοστό 6% (n=3) (Γράφημα: 21).

15. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΝΙΩΣΑΤΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ Η ΑΠΠΟΘΑΡΥΝΣΗ;

50 απαντήσεις

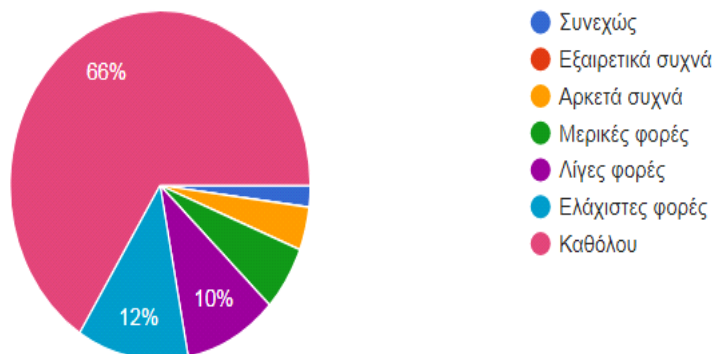


Γράφημα: 21.

Η επόμενη υποκατηγορία αφορά τη συναισθηματική λειτουργία και αποτελείται από 12 ερωτήσεις, από τις οποίες η πρώτη ζητούσε από τους ασθενείς να απαντήσουν κατά πόσο απόφυγαν κάποια εκδήλωση λόγω φόβου έλλειψης τουαλέτας σε κοντινή απόσταση, όπου οι συμμετέχοντες στη συντριπτική τους πλειοψηφία σε ποσοστό 66% (n=33) δεν χρειάστηκε «καθόλου» να αποφύγουν να παραβρεθούν σε κάποια εκδήλωση. Παρόμοια απάντησαν και οι περισσότεροι από τους υπόλοιπους ασθενείς και συγκεκριμένα χρειάστηκε να αποφύγουν κάποια εκδήλωση σε ποσοστό 12% (n=6) μόνο «ελάχιστες φορές», σε ποσοστό 10% (n=5) μόνο «λίγες φορές», σε ποσοστό 6% (n=3) μόνο «μερικές φορές» και μόνο σε ποσοστό 4% (n=2) χρειάστηκε να αποφύγουν «αρκετά συχνά» κάποια εκδήλωση ή σε ποσοστό 2% (n=1) χρειάστηκε «συνεχώς» (Γράφημα: 22).

16. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΕ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΑΝΑΓΚΑΣΤΗΚΑΤΕ ΝΑ ΑΠΟΦΥΓΕΤΕ ΝΑ ΒΡΕΘΕΙΤΕ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΠΕΙΔΗ ΔΕΝ ΥΠΗΡΧΕ ΤΟΥΑΛΕΤΑ ΚΟΝΤΑ;

50 απαντήσεις

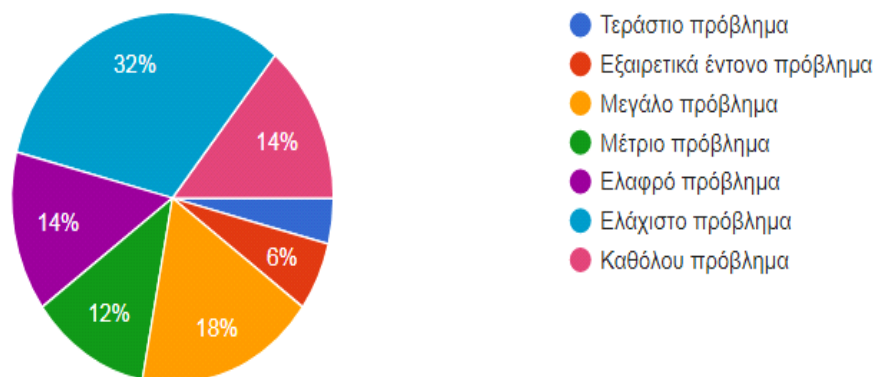


Γράφημα: 22.

Στην επόμενη κατά σειρά ερώτηση οι συμμετέχοντες ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν για το πρόβλημα της αποβολής αερίων, όπου το 32% (n=16) των ασθενών είχε «ελάχιστο» πρόβλημα, το 18% (n=16) είχε «μεγάλο» πρόβλημα, το 14% (n=16) είχε «ελαφρό» πρόβλημα και όμοιο ποσοστό επίσης 14% (n=16) δεν είχε «καθόλου» πρόβλημα. Τέλος ποσοστό 12% (n=6) είχε «μέτριο» πρόβλημα και μικρότερα ποσοστά της τάξης του 6% (n=3) και του 4% (n=2) είχε «εξαιρετικά έντονο» και «τεράστιο» πρόβλημα, αντίστοιχα (Γράφημα:23).

17. ΓΕΝΙΚΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΠΟΣΟ ΜΕΓΑΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΙΧΑΤΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΒΟΛΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΠΟΣΟΤΗΤΩΝ ΑΕΡΙΩΝ;

50 απαντήσεις

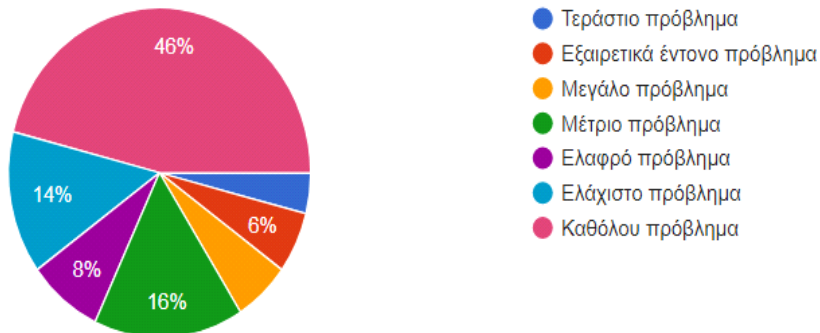


Γράφημα:23.

Στην ερώτηση για το πρόβλημα διατήρησης του σωματικού τους βάρους οι ασθενείς σε ποσοστό 46% (n=23) δεν είχαν «καθόλου» πρόβλημα, σε ποσοστό 16% (n=8) είχαν «μέτριο» πρόβλημα, σε ποσοστό 14% (n=7) είχαν «ελάχιστο» πρόβλημα και σε ποσοστό 8% (n=4) είχαν «ελαφρό» πρόβλημα, ενώ σε ποσοστό 6% (n=3) είχαν «μεγάλο» πρόβλημα, όπως επίσης και σε ποσοστό 6% (n=3) είχαν «εξαιρετικά έντονο» πρόβλημα ή «τεράστιο» πρόβλημα σε ποσοστό της τάξης του 2% (n=1) (Γράφημα: 24).

18. ΓΕΝΙΚΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΠΟΣΟ ΜΕΓΑΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΙΧΑΤΕ ΝΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΕΤΕ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΣΑΣ Η ΝΑ ΦΤΑΣΕΤΕ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ;

50 απαντήσεις

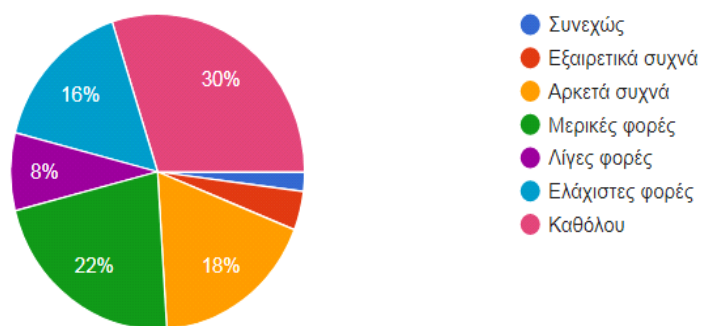


Γράφημα: 24.

Στην ερώτηση που αφορούσε στην ανησυχία των ασθενών για κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου/υποτροπής οι ασθενείς σε ποσοστό 30% (n=15) απάντησαν ότι δεν είχαν «καθόλου» τη συγκεκριμένη ανησυχία, σε ποσοστό 22% (n=11) ανησυχούσαν για μια τέτοια εκδοχή «μερικές φορές», σε ποσοστό 18% (n=9) ανησυχούσαν «αρκετά συχνά», σε ποσοστό 16% (n=8) ανησυχούσαν «ελάχιστες» φορές, σε ποσοστό 9% (n=4) ανησυχούσαν «λίγες» φορές, ενώ τέλος σε ποσοστό 4% (n=2) και σε ποσοστό 2% (n=1) ανησυχούσαν «εξαιρετικά συχνά» και «συνεχώς» αντίστοιχα (Γράφημα: 25).

19. ΠΟΛΛΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΤΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΙΩΘΟΥΝ ΣΥΧΝΑ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΩΣ ΟΤΙ ΘΑ ΠΑΘΟΥΝ ΚΑΡΚΙΝΟ Η ΟΤΙ ΔΕ ΘΑ ΑΙΣΘΑΝΘΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΠΩΣ ΘΑ ΕΧΟΥΝ ΚΑΠΟΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗ. ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΝΙΩΣΑΤΕ ΑΝΗΣΥΧΙΑ Η ΑΓΧΟΣ ΓΙΑ ΚΑΤΙ ΤΕΤΟΙΟ;

50 απαντήσεις

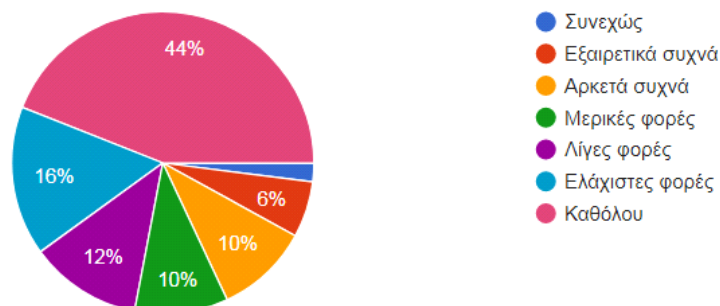


Γράφημα: 25.

Στην παρουσία μετεωρισμού που κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες στην επόμενη ερώτηση, οι ασθενείς ανέφεραν σε ποσοστό 44% (n=22) ότι δεν είχαν «καθόλου» μετεωρισμό, σε ποσοστό 16% (n=8) ότι είχαν «ελάχιστες φορές», σε ποσοστό 12% (n=6) ότι είχαν το συγκεκριμένο σύμπτωμα «λίγες» φορές, σε ποσοστό 10% (n=5) ότι είχαν μετεωρισμό «μερικές» φορές, ενώ σε ποσοστό 10% (n=5) είχαν μετεωρισμό «αρκετά συχνά», ή σε ποσοστό 6% (n=3) «εξαιρετικά» συχνά ή τέλος σε ποσοστό 2% (n=1) είχαν το σύμπτωμα αυτό «συνεχώς» (Γράφημα: 26).

20. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΣΑΣ ΕΝΟΧΛΗΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΙΣΘΗΜΑ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΜΕΤΕΩΡΙΣΜΟΥ;

50 απαντήσεις

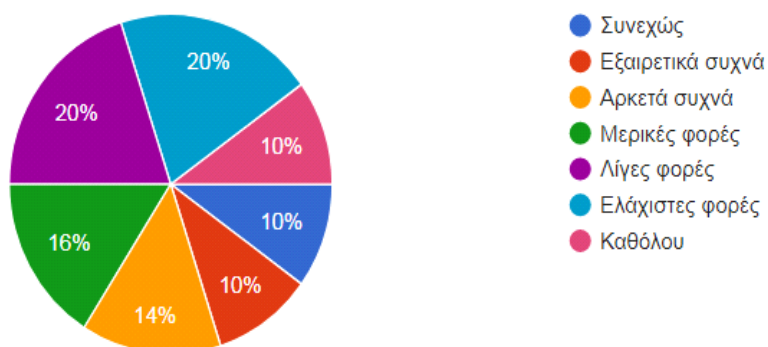


Γράφημα: 26.

Στην ερώτηση που αφορούσε την ύπαρξη ηρεμίας οι ασθενείς απάντησαν σε ποσοστό 20% (n=10) «ελάχιστες» φορές, επίσης σε ποσοστό 20% (n=10) «λίγες» φορές, σε ποσοστό 16% (n=8) «μερικές» φορές, σε ποσοστό 14% (n=7) «αρκετά» συχνά, ενώ τέλος από ποσοστό 10% (n=5) πήραν οι απαντήσεις «καθόλου», «αρκετά συχνά» και «συνεχώς» (Γράφημα: 27).

21. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΝΙΩΣΑΤΕ ΗΡΕΜΟΙ ΚΑΙ ΑΠΑΛΛΑΓΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΕΝΤΑΣΕΙΣ;

50 απαντήσεις

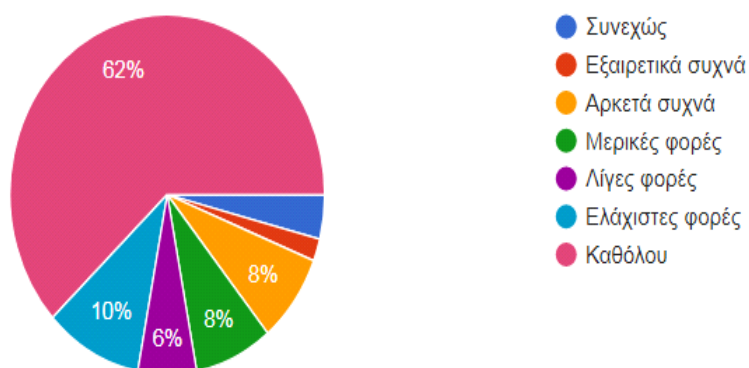


Γράφημα: 27.

Το πρόβλημα αιμορραγίας από το ορθό δεν φαίνεται να απασχολεί αρκετούς ασθενείς, αφού οι περισσότεροι σε ποσοστό 62% (n=31) δεν είχαν καθόλου το συγκεκριμένο σύμπτωμα, ενώ επίσης ποσοστό 10% (n=5) το είχε μόνο «ελάχιστες» φορές, ή σε ποσοστό 8% (n=4) το είχε μόνο «μερικές» φορές. Επίσης ποσοστό 8% (n=4) το είχε «αρκετές συχνά», ποσοστό 6% (n=3) εμφάνισε αιμορραγία «λίγες φορές» και τέλος ποσοστό 4% (n=2) και 2% (n=1) παρουσίασε το συγκεκριμένο σύμπτωμα «συνεχώς» και «εξαιρετικά συχνά» αντίστοιχα (Γράφημα: 28).

22. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΕΙΧΑΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΟΡΘΟ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΚΕΝΩΣΕΙΣ ΣΑΣ;

50 απαντήσεις

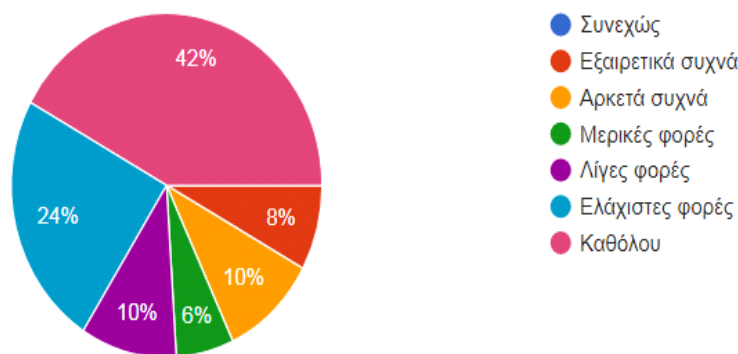


Γράφημα: 28.

Η αμηχανία εξαιτίας του εντερικού προβλήματος δεν απασχόλησε «καθόλου» σε ποσοστό 42% (n=21) τους ασθενείς ή τους απασχόλησε «ελάχιστες φορές» σε ποσοστό 24% (n=12). Ποσοστό της τάξης του 10% (n=5) απάντησε «λίγες φορές», ενώ ίδιο ποσοστό επίσης 10% (n=5) απάντησε «αρκετά συχνά». Τέλος ποσοστό 8% (n=4) απάντησε ότι ένιωσε αμήχανα «εξαιρετικά συχνά» και ακόμα μικρότερο ποσοστό 6% (n=3) απάντησε «μερικές φορές» στην ίδια ερώτηση (Γράφημα: 29).

23. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΝΙΩΣΑΤΕ ΑΜΗΧΑΝΙΑ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ;

50 απαντήσεις

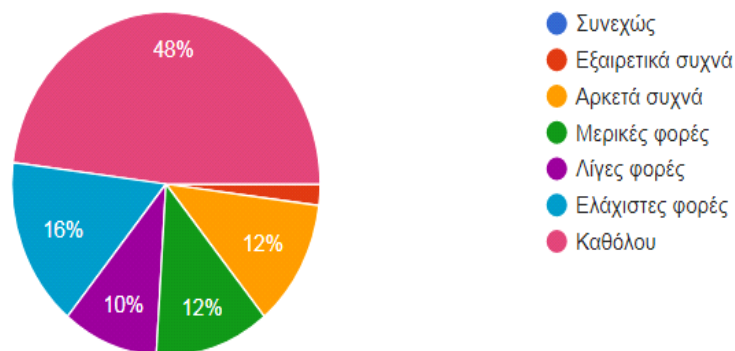


Γράφημα: 29.

Το αίσθημα ανάγκης για τουαλέτα σε κενό έντερο σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων δεν απασχόλησε «καθόλου» το 48% (n=24), ενώ απασχόλησε «ελάχιστες» φορές το 16% (n=8) των ασθενών, «μερικές φορές» απασχόλησε το 12% (n=6) των ασθενών, «αρκετά συχνά» ανέφερε το συγκεκριμένο αίσθημα το 12% (n=6) των ασθενών, «λίγες φορές» απασχόλησε το 10% (n=5) των ασθενών και μόνο ένα ποσοστό 2% (n=1) είχε το αίσθημα αυτό «εξαιρετικά συχνά» (Γράφημα: 30).

24. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΣΑΣ ΕΝΟΧΛΗΣΕ ΤΟ ΑΙΣΘΗΜΑ ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΤΕ ΤΟΥΑΛΕΤΑ ΠΑΡΟΛΟ ΠΟΥ ΤΟ ΕΝΤΕΡΟ ΣΑΣ ΗΤΑΝ ΚΕΝΟ;

50 απαντήσεις

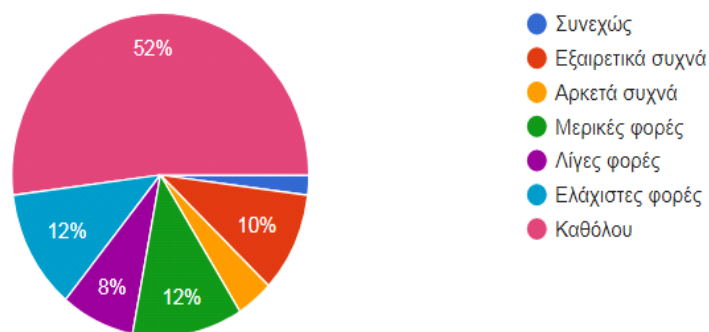


Γράφημα: 30.

Η επιθυμία για κλάμα ήταν ένα σύμπτωμα που δεν απασχόλησε «καθόλου» το 52% (n=26) των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα. Ποσοστό της τάξης του 12% (n=6) απάντησε ότι είχε αυτήν την επιθυμία «ελάχιστες φορές», ενώ όμοιο ποσοστό επίσης 12% (n=6) είχε την επιθυμία να κλάψει «μερικές φορές». Ποσοστό 10% (n=5) αισθάνθηκε έτσι «εξαιρετικά συχνά» και ποσοστό 8% (n=4) αισθάνθηκε αυτήν την επιθυμία «λίγες φορές». Τέλος μικρότερα ποσοστά της τάξης του 4% (n=2) και 2% (n=1) ένιωσαν όμοια με συχνότητα «αρκετά συχνά» και «συνεχώς», αντίστοιχα (Γράφημα: 31).

25. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΝΙΩΣΑΤΕ ΠΩΣ ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΚΛΑΨΕΤΕ Η ΑΝΑΣΤΑΤΩΘΗΚΑΤΕ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ;

50 απαντήσεις

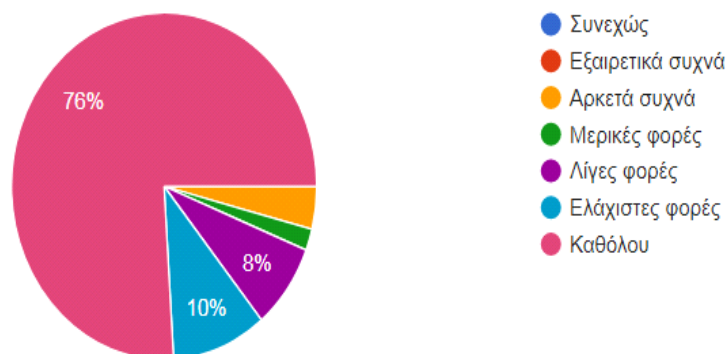


Γράφημα: 31.

Στην επόμενη ερώτηση οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν για το πόσο ταλαιπωρήθηκαν στην περίπτωση που λέρωσαν το εσώρουχό τους, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό 76% (n=38) δεν είχε «καθόλου» τέτοια ταλαιπωρία, ποσοστό 10% (n=5) είχε «ελάχιστες» φορές κάτι ανάλογο, ποσοστό 8% (n=4) ταλαιπωρήθηκε «λίγες» φορές εξαιτίας του συγκεκριμένου προβλήματος, ποσοστό 2% (n=1) ταλαιπωρήθηκε «μερικές» φορές και μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξης 4% (n=2) ταλαιπωρήθηκε «αρκετά συχνά» (Γράφημα: 32).

26. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΤΑΛΑΙΠΩΡΗΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑΤΙ ΛΕΡΩΣΑΤΕ ΑΘΕΛΑ ΤΟ ΕΣΩΡΟΥΧΟ ΣΑΣ;

50 απαντήσεις

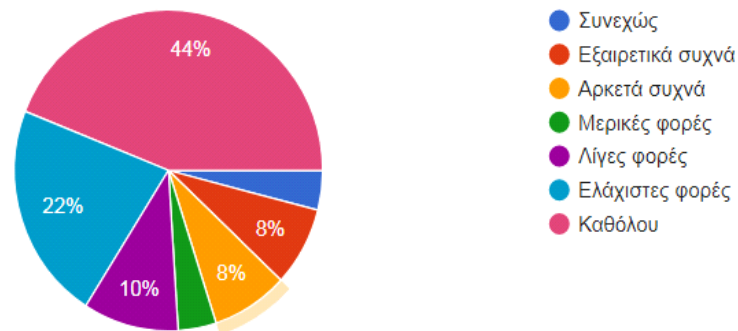


Γράφημα: 32.

Το αίσθημα του θυμού εξαιτίας του εντερικού προβλήματος δεν απασχόλησε «καθόλου» το 44% (n=22) των ασθενών, ενώ σε ποσοστά 22% (n=11), 10% (n=5), 8% (n=4), 8% (n=4), 4% (n=2) και 4% (n=2) τους απασχόλησε «ελάχιστες φορές», «λίγες φορές», «αρκετά συχνά», «εξαιρετικά συχνά», «μερικές φορές» και «συνεχώς», αντίστοιχα (Γράφημα: 33).

27. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΝΙΩΣΑΤΕ ΘΥΜΟ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ;

50 απαντήσεις

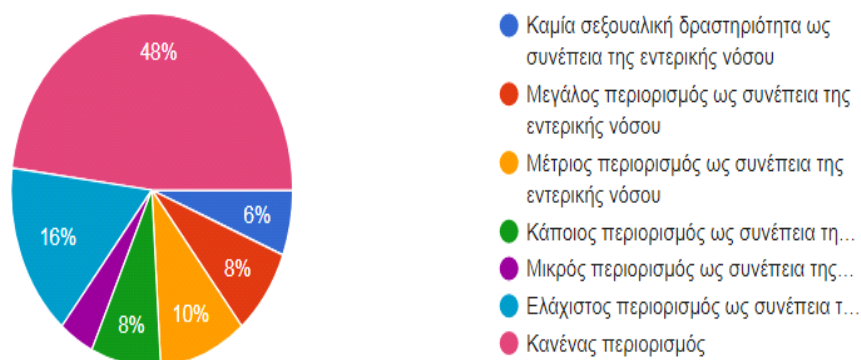


Γράφημα: 33.

Η τελευταία υποκατηγορία περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις που αφορούν στη σχέση συμπτωμάτων και κοινωνικής δραστηριότητας, όπου στην πρώτη από αυτή την ομάδα ερωτήσεων οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν αναφορικά με την επίδραση που έχει στην σεξουαλική τους ζωή το εντερικό τους πρόβλημα. Σε ποσοστό 48% (n=24) των ασθενών το πρόβλημα υγείας δεν τους δημιουργούσε «κανένα περιορισμό», σε ποσοστό 16% (n=8) δημιουργούσε «ελάχιστο περιορισμό», σε ποσοστό 10% (n=5), δημιουργούσε «μέτριο περιορισμό», σε ποσοστό 8% (n=4) δημιουργούσε «κάποιο περιορισμό», σε ποσοστό 4% (n=2) δημιουργούσε «μικρό περιορισμό», ενώ «μεγάλο περιορισμό», αλλά και «καμμία σεξουαλική δραστηριότητα» δήλωσαν οι ασθενείς σε ποσοστό 8% (n=4) και 6% (n=3) αντίστοιχα (Γράφημα: 34).

28. ΩΣ ΠΟΙΟ ΣΗΜΕΙΟ ΕΧΕΙ ΤΟ ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΑΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ;

50 απαντήσεις



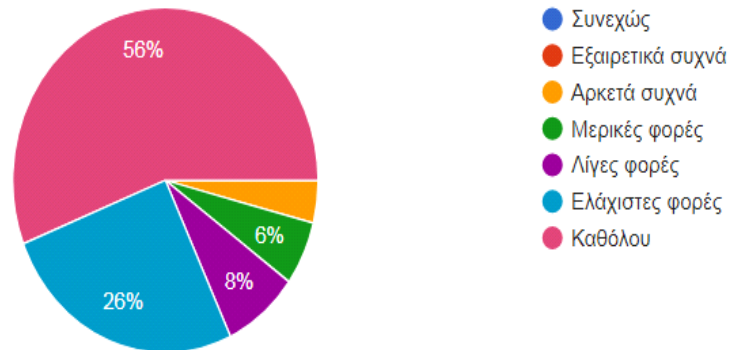
Γράφημα: 34.

Στην επόμενη ερώτηση οι ασθενείς απάντησαν για το βαθμό που ταλαιπώρησε τη ζωή τους το σύμπτωμα της ναυτίας και του έμετου, όπου σε ποσοστό 56% (n= 28) δεν τους ταλαιπώρησε «καθόλου», σε ποσοστό 26% (n= 13) τους ταλαιπώρησε «ελάχιστα», σε ποσοστό

8% (n= 4) τους ταλαιπώρησε «λίγο», σε ποσοστό 6% (n= 3) τους ταλαιπώρησε «μερικές» φορές και μόνο σε ποσοστό 4% (n= 2) τους ταλαιπώρησε «αρκετά συχνά» (Γράφημα; 35).

29. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΤΑΛΑΙΠΩΡΗΘΗΚΑΤΕ ΑΠΟ ΝΑΥΤΙΑ Η ΤΑΣΗ ΠΡΟΣ ΕΜΕΤΟ;

50 απαντήσεις

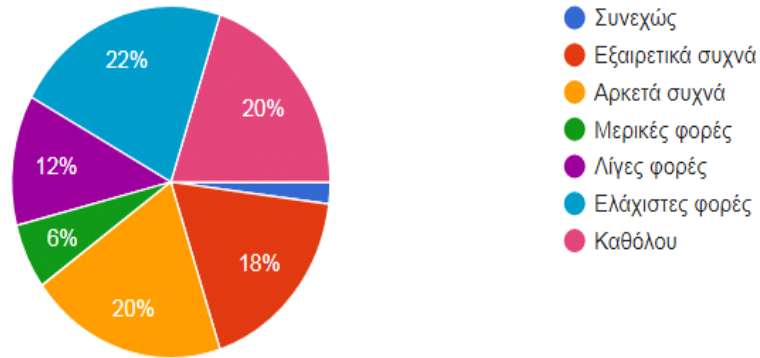


Γράφημα: 35.

Η επόμενη ερώτηση της τελευταίας αυτής υποκατηγορίας αναφέρονταν στο πόσο οι ασθενείς αισθάνθηκαν ευέξαπτοι κατά τις τελευταίες δυο εβδομάδες, όπου οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ποσοστό 22% (n=11) «ελάχιστες φορές», σε ποσοστό 20% (n=10) «αρκετά συχνά», σε ποσοστό επίσης 20% (n=10) «καθόλου», σε ποσοστό 18% (n=9) «εξαιρετικά συχνά», σε ποσοστό 12% (n=6) «λίγες φορές», σε ποσοστό 6% (n=3) «μερικές φορές» και σε ποσοστό 2% (n=1) «συνεχώς» (Γράφημα: 36).

30. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΝΙΩΣΑΤΕ ΕΥΞΕΑΠΤΟΙ;

50 απαντήσεις

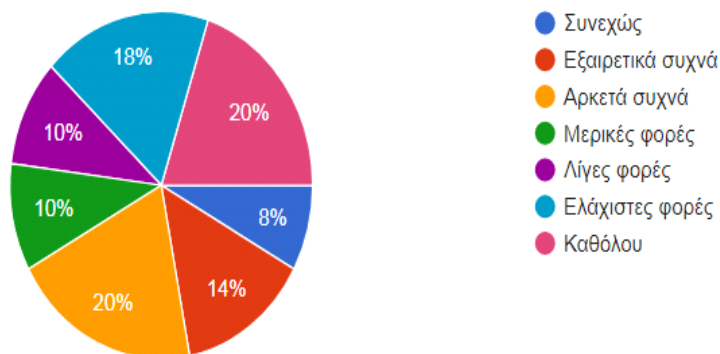


Γράφημα: 36.

Στην προτελευταία ερώτηση ζητήθηκε από τους ασθενείς να απαντήσουν για το πόσο συχνά νιώθουν ότι οι άλλοι δεν τους καταλαβαίνουν, όπου οι ασθενείς απάντησαν ότι οι άλλοι δεν τους καταλαβαίνουν «καθόλου» (ποσοστό:20%, n=10), ότι τους καταλαβαίνουν «αρκετά συχνά» (ποσοστό:20%, n=10), ότι τους καταλαβαίνουν «ελάχιστες φορές» (ποσοστό 18%, n=9), ότι τους καταλαβαίνουν «εξαιρετικά συχνά» (ποσοστό 14%, n=7), ότι τους καταλαβαίνουν «μερικές φορές» (ποσοστό 10%, n=5), ότι τους καταλαβαίνουν «λίγες φορές» (ποσοστό 10%, n=5) και μόνο σε ποσοστό 8%, n=4) δήλωσαν ότι οι άλλοι τους καταλαβαίνουν «συνεχώς» (Γράφημα: 37).

31. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΝΙΩΣΑΤΕ ΠΩΣ ΟΙ ΑΛΛΟΙ ΔΕΝ ΣΑΣ ΚΑΤΑΛΑΒΑΙΝΟΥΝ;

50 απαντήσεις

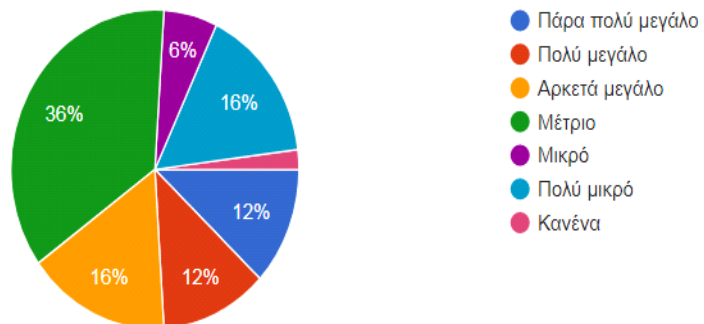


Γράφημα: 37.

Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου αφορούσε το επίπεδο χαράς και ικανοποίησης των ασθενών κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες, όπου οι ασθενείς σε ποσοστό 36% (n=18) δήλωσαν «μέτριο» βαθμό χαράς/ικανοποίησης, σε ποσοστό 16% (n=8) δήλωσαν «πολύ μικρό» βαθμό χαράς/ικανοποίησης, ενώ όμοιο ήταν το ποσοστό δηλαδή 16% (n=8) και στον «αρκετά μεγάλο» βαθμό χαράς/ικανοποίησης. Από ποσοστό 12% (n=6) πήραν οι απαντήσεις «πολύ μεγάλη» και «πάρα πολύ μεγάλη» χαρά/ικανοποίηση, ποσοστό 6% (n=3) πήρε η απάντηση «μικρή» χαρά/ικανοποίηση, ενώ τέλος «καθόλου χαρά/ικανοποίηση» δήλωσε το 2% (n=1) των ασθενών (Γράφημα: 38).

32. Σε ποιο βαθμό αισθάνεσθε χαρά και ικανοποίηση για την προσωπική σας ζωή τις δύο τελευταίες εβδομάδες; Παρακαλώ σημειώστε με κύκλο μια μόνο απάντηση

50 απαντήσεις



Γράφημα: 38.

10. Συσχετίσεις

Η στατική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έδειξε να υπάρχουν κάποιες συσχετίσεις. Συγκεκριμένα θετική συσχέτιση φάνηκε να υπάρχει μεταξύ του φόβου για την εκδήλωση καρκίνου και του συμπτώματος του μετεωρισμού (ερώτηση:19-ερώτηση: 20). Με λίγα λόγια, όσο πιο συχνά οι ασθενείς ένιωθαν τον φόβο του καρκίνου το ίδιο συχνά εμφάνιζαν και το αίσθημα μετεωρισμού ($r=0,432$ & $p<0,01$) (Πίνακας: 1).

1				
Correlations				
		ER19	ER20	
ER19	Pearson Correlation	1	,428**	
	Sig. (2-tailed)		0,002	
	N	50	50	
ER20	Pearson Correlation	,428**	1	
	Sig. (2-tailed)	0,002		
	N	50	50	
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

Θετική συσχέτιση βρέθηκε να υπάρχει και μεταξύ της συχνότητας αμηχανίας και του προβλήματος αιμορραγίας (ερώτηση:22 - ερώτηση:23). Όσο πιο συχνά οι ασθενείς ένιωθαν αμηχανία εξαιτίας του εντερικού τους προβλήματος, τόσο πιο συχνά υπήρχε και πρόβλημα αιμορραγίας($r=0,334$ & $p<0,05$) (Πίνακας: 2).

2				
Correlations				
		ER22	ER23	
ER22	Pearson Correlation	1	,334*	
	Sig. (2-tailed)		0,018	
	N	50	50	
ER23	Pearson Correlation	,334*	1	
	Sig. (2-tailed)	0,018		
	N	50	50	
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).				

Επίσης θετική συσχέτιση έδειξαν τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης ανάμεσα στο σύμπτωμα της ναυτίας/έμετου και την ευέξαπτη αντίδραση των ασθενών (ερώτηση:29 - ερώτηση: 30). Ειδικότερα, οι ασθενείς όσο πιο συχνά εμφάνισαν ναυτία και έμετο, τόσο πιο ευέξαπτοι ήταν ($r=0,506$ & $p<0,01$) (Πίνακας: 3).

3				
Correlations				
		ER29	ER30	
ER29	Pearson Correlation	1	,506**	
	Sig. (2-tailed)		0,000	
	N	50	50	
ER30	Pearson Correlation	,506**	1	
	Sig. (2-tailed)	0,000		
	N	50	50	
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

Η τελευταία θετική συσχέτιση που έδειξε η στατιστική ανάλυση, αφορούσε τη σχέση μεταξύ απογοήτευσης/ ανυπομονησίας/ ανησυχίας και την υποχρέωση τους να πάνε στην εργασία ή στο σχολείο τους (ερώτηση: 3 - ερώτηση: 4). Αναλυτικότερα όταν οι ασθενείς δεν είχαν καθόλου απογοήτευση/ανυπομονησία /ανησυχία δεν είχαν και καθόλου ανάγκη να μην πάνε στη δουλειά ή στο σχολείο τους ($r=0,350$ & $p<0,05$) (Πίνακας: 4).

4				
Correlations				
		ER4	ER3	
ER4	Pearson Correlation	1	,350*	
	Sig. (2-tailed)		0,013	
	N	50	50	
ER3	Pearson Correlation	,350*	1	
	Sig. (2-tailed)	0,013		
	N	50	50	
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).				

Τέλος, η μοναδική αρνητική συσχέτιση που αναδείχθηκε από τη στατιστική ανάλυση αφορούσε στη συχνότητα των κενώσεων και την επαγγελματική/σχολική υποχρέωση των ασθενών (ερώτηση: 1- ερώτηση:4). Συγκεκριμένα όσες περισσότερες ήταν οι κενώσεις των ασθενών, τόσο περισσότερο εκείνοι δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους και να πάνε στη δουλειά ή στο σχολείο τους ανάλογα ($r=0,399$ & $p<0,01$) (Πίνακας: 5).

5				
Correlations				
		ER1	ER4	
ER1	Pearson Correlation	1	,399**	
	Sig. (2-tailed)		0,004	
	N	50	50	
ER4	Pearson Correlation	,399**	1	
	Sig. (2-tailed)	0,004		
	N	50	50	
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

11. Συζήτηση

Στα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε να μην υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην έρευνα και του επιπέδου ποιότητας ζωής, καθώς επίσης δεν βρέθηκε συσχέτιση και μεταξύ της ηλικίας των ασθενών, αλλά ούτε και της χρονιότητας σε έτη της νόσου και της ποιότητας ζωής. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε αντίστοιχες ερευνητικές μελέτες που έχουν γίνει τα τελευταία έτη για την εκτίμηση της κατάστασης της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΙΦΝΕ. Συγκεκριμένα στην έρευνα της Κωσταντιδέλλη και συν. (2020), ένα από τα ευρήματα ήταν ότι δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και των δημογραφικών χαρακτηριστικών ή της χρονιότητας της νόσου, όπως ακριβώς συνέβη και στην παρούσα μελέτη, όπου επίσης δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ ηλικίας ασθενούς/έτη νόσου/φύλου και κλινικών συμπτωμάτων, αλλά ούτε και συσχέτιση αυτών των δημογραφικών στοιχείων με την ποιότητα ζωής.

Επίσης στην έρευνα του Κλήμου (2021), επίσης δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και χρονιότητας της νόσου με το επίπεδο της ποιότητας ζωής, όπως συνέβη δηλαδή και στην παρούσα έρευνα, ωστόσο στην συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε να υπάρχει σχέση μεταξύ του μειωμένου επιπέδου της ποιότητας ζωής και του φύλου, κάτι που δεν συνέβη στην παρούσα μελέτη.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε επίσης ότι το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων ασθενών βρίσκεται σε σχετικά σταθερή κατάσταση σε σχέση με την πορεία της ασθένειάς του, όπως προκύπτει από τις απαντήσεις που δόθηκαν στην πρώτη ομάδα των ερωτήσεων του ερευνητικού εργαλείου, που αναφέρονται στις κλινικές εκδηλώσεις και της πρόσφατης συμπτωματολογίας των ασθενών, καθώς επίσης και καλή ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τις συγκεκριμένες απαντήσεις οι περισσότεροι ασθενείς δεν είχαν ιδιαίτερη επιβάρυνση ως προς τις κενώσεις τους και συγκεκριμένα οι 43 ασθενείς συνολικά δήλωσαν «καμία αύξηση» έως «μέτρια αύξηση» και μόνο 7 συνολικά ασθενείς δήλωσαν «πολύ συχνή» έως «συχνότερη από ποτέ» αύξηση των κενώσεών τους, γεγονός που σχετίζεται με τον λόγο της επίσκεψης των ασθενών στο νοσοκομείο, καθώς όπως φαίνεται οι περισσότεροι ασθενείς προσέρχονται στο πλαίσιο της θεραπευτικής τους αγωγής ή της τακτικής ιατρικής τους επίσκεψης και όχι ως νοσηλευόμενοι λόγω επιβάρυνσης της κατάστασής τους.

Παρόμοια αποτελέσματα ανέκυψαν και στη μελέτη του Μπουλέντ (2020), όπου οι ασθενείς, κατέγραψαν συνολικά υψηλή ποιότητα ζωής αναφορικά με τα συμπτώματα του πεπτικού, μέτρια ως προς τα συστηματικά συμπτώματα και μέτρια προς καλή ως προς την κοινωνική δραστηριότητα, όπως ομοίως παρατηρήθηκε και στην παρούσα έρευνα όπου στο μεγαλύτερο μέρος τους οι ασθενείς διατηρούσαν καλή ποιότητα ζωής σε όλους τους προαναφερόμενους παραμέτρους, οπότε και δεν επιβεβαιώθηκε ότι η επιβάρυνση των συμπτωμάτων να έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής.

Όσον αφορά το αίσθημα κόπωσης-εξάντλησης τα στοιχεία που προκύπτουν από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών έδειξαν ότι στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς και συγκεκριμένα οι 38 συνολικά από τους 50 είχαν από «ελάχιστες φορές» έως «συνεχώς» το συγκεκριμένο σύμπτωμα και μόνο 12 συνολικά ασθενείς δεν το είχαν καθόλου. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζει -όπως είναι προφανές- την κούραση των συγκεκριμένων ασθενών ως απόρροια από την χρονιότητα της πάθησής τους. Φαίνεται δηλαδή, ανεξαρτήτως των κλινικών εκδηλώσεων και των συμπτωμάτων που μπορεί να έχουν ή όχι οι συμμετέχοντες ασθενείς, ότι η κόπωση τους σχετίζεται κυρίως με ψυχοσυναισθηματικούς και κοινωνικούς παράγοντες, λόγω της χρόνιας κατάστασης που βιώνουν και που τους αναγκάζει να υποβάλλονται σε διαρκείς θεραπείες, συνεχείς ιατρικές εξετάσεις, μη ελεύθερες διαιτητικές επιλογές και γενικότερα σε συνθήκες που διαταράσσουν την κανονικότητα, την καθημερινότητα και τους κοινωνικούς ρόλους στη ζωή τους. Χαρακτηριστικό της ψυχολογικής καταπόνησης που δημιουργείται από τη χρονιότητα της νόσου είναι και η εκδήλωση του συναισθήματος της απογοήτευσης / ανυπομονησίας / ανησυχίας, το οποίο επίσης μόνο 12 συνολικά ασθενείς από τους ερωτηθέντες δήλωσαν ότι δεν το ένιωσαν «καθόλου», ενώ οι υπόλοιποι 38 συνολικά από τους συμμετέχοντες παρουσίασαν το συγκεκριμένο σύμπτωμα με μια διακύμανση από «ελάχιστες φορές» έως «διαρκώς». Όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση/καταπόνηση σχετικά αποτελέσματα βρέθηκαν και στη μελέτη της Τσίου (2015), όπου υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της προσπάθειας των ασθενών να διατηρήσουν το σωματικό τους βάρος και του συναισθήματος εξάντλησης/ψυχολογικής καταπόνησης.

Αναφορικά με την συμμετοχή των ασθενών στις σχολικές και επαγγελματικές τους υποχρεώσεις, οι 46 συνολικά ασθενείς δήλωσαν ότι δεν απείχαν «καθόλου» από αυτές τους τις υποχρεώσεις ή απείχαν «ελάχιστες», «λίγες» ή «μερικές» φορές και μόνο 4 συνολικά ασθενείς δήλωσαν ότι απείχαν «αρκετά συχνά» και «εξαιρετικά συχνά» από τις αναφερόμενες

υποχρεώσεις τους, γεγονός που εξηγεί την ανάγκη και πιθανόν και την επιθυμία των συγκεκριμένων ασθενών να αντιμετωπίζουν την πάθησή τους (λόγω της χρονιότητάς της), ως αναπόσπαστο τμήμα της ζωής και της καθημερινότητάς τους, ενώ επίσης φανερώνει ότι οι ασθενείς με σταθερή κατάσταση της υγείας προσπαθούν να διατηρούν τους καθημερινούς κοινωνικούς τους ρόλους, όσο δεν είναι έντονη η συμπτωματολογία της νόσου τους. Στη μελέτη της Αργυρίου (2018), βρέθηκε να υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ της ανικανότητας των ασθενών να ανταπεξέλθουν στην καθημερινότητά τους και το επίπεδο της ποιότητας ζωής. Παρόμοια δηλαδή συσχέτιση που βρέθηκε και στην παρούσα εργασία, όπου η έντονη συμπτωματολογία ανάγκαζε τους ασθενείς να αποσυρθούν από δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους, όπως οι επαγγελματικές και σχολικές τους υποχρεώσεις.

Από την άλλη, οι χαλαρές κενώσεις που είναι το βασικότερο και χαρακτηριστικότερο σύμπτωμα των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου, φαίνεται ότι είτε σε μικρότερο βαθμό, είτε σε μεγαλύτερο, ταλαιπωρεί τη συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα ασθενών, καθώς οι 43 συνολικά από τους 50 ερωτηθέντες δήλωσαν με μια διακύμανση από «ελάχιστες φορές» ως «συνεχώς» ότι αντιμετώπισαν το συγκεκριμένο σύμπτωμα στην καθημερινότητά τους. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα, που έδωσαν οι ερωτηθέντες στην παράμετρο της ενέργειας. Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών φάνηκε ότι είχε «μέτρια» ή και λιγότερη από μέτρια ενέργεια, ενώ μόλις 13 συνολικά άτομα δήλωσαν ότι έχουν «πολύ» ενέργεια ή ότι είναι «γεμάτοι» ενέργεια. Και αυτή η παράμετρος αντικατοπτρίζει την κόπωση που έχει επέλθει στους ασθενείς από τη χρόνια σωματική και ψυχολογική ταλαιπωρία.

Όσον αφορά την ύπαρξη ανησυχίας στους ασθενείς για το ενδεχόμενο να χρειαστούν κάποιο χειρουργείο λόγω της πάθησής τους, φάνηκε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν ανησυχούν «καθόλου» ή ανησυχούν «ελάχιστα/λίγο» για μια τέτοια εκδοχή και μόνο 4 συνολικά ασθενείς έδειξαν να έχουν την συγκεκριμένη ανησυχία «αρκετά συχνά» ή «εξαιρετικά συχνά», γεγονός που αποδεικνύει την σταθερή κατάσταση της υγείας των ασθενών, την ανταπόκριση στις θεραπευτικές επιλογές ή και την άγνοια για μια τέτοια αρνητική έκβαση της πάθησής τους.

Στο ίδιο πλαίσιο απάντησαν οι συμμετέχοντες ασθενείς και στην ερώτηση για το αν χρειάστηκε να ακυρώσουν κάποια κοινωνική τους υποχρέωση λόγω του προβλήματός τους τις τελευταίες εβδομάδες, όπου οι 31 συνολικά ασθενείς από τους 50 που ερωτήθηκαν δεν χρειάστηκε «καθόλου» να ακυρώσουν ή να καθυστερήσουν σε κάποια τους υποχρέωση λόγω της πάθησής τους ή στους 17 συνολικά ασθενείς μπορεί να χρειάστηκε «ελάχιστες», «λίγες» ή

«μερικές» φορές και μόνο 2 ασθενείς αναγκάστηκαν «εξαιρετικά συχνά» να προβούν σε μια τέτοια επιλογή. Και οι συγκεκριμένες απαντήσεις εκφράζουν την ανάγκη και την επιθυμία των ασθενών να λειτουργούν φυσιολογικά στην καθημερινότητά τους και να διατηρούν τους κοινωνικούς τους ρόλους και τις κοινωνικές συνθήκες, όπως φανερώνουν και οι απαντήσεις στην ερώτηση για τις κρίμπες στην κοιλιά οι 47 συνολικά ασθενείς δεν ταλαιπωρούνταν «καθόλου» ή ταλαιπωρούνταν «ελάχιστες», «λίγες» ή «μερικές» φορές, όπως δήλωσαν, από το συγκεκριμένο σύμπτωμα και μόνο 3 συνολικά ασθενείς ταλαιπωρούνταν «εξαιρετικά συχνά» ή «συνεχώς», γεγονός που συμφωνεί με τις υπόλοιπες απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς και που εκφράζει την σταθερή κατάσταση της υγείας τους.

Στη δεύτερη ομάδα απαντήσεων, όπου οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να δώσουν τις απαντήσεις τους αναφορικά με τα συστηματικά συμπτώματα, τα αποτελέσματα δεν διέφεραν σημαντικά σε σχέση με την προηγούμενη ομάδα ερωτήσεων. Ειδικότερα, στην πρώτη από τις πέντε ερωτήσεις της συγκεκριμένης υποκατηγορίας οι συνολικά 46 ασθενείς δεν έδειξαν να ανησυχούν «καθόλου» ή ανησυχούσαν «ελάχιστα», «λίγες» ή «μερικές» φορές μπροστά στο φόβο μήπως δεν βρουν τουαλέτα, έναντι μόνο 4 συνολικά ασθενών που είχαν το συγκεκριμένο φόβο «αρκετά συχνά», «εξαιρετικά συχνά» ή «συνεχώς». Και σε αυτές τις απαντήσεις εκφράζεται η κατά γενικές γραμμές καλή κατάσταση των συμμετεχόντων ασθενών.

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα των απαντήσεων και στην ερώτηση προς τους συμμετέχοντες για το κατά πόσο αντιμετωπίζουν δυσκολία να ασχοληθούν με ψυχαγωγικές/αθλητικές δραστηριότητες, όπου συνολικά 39 ασθενείς δεν αντιμετώπισαν καθόλου ή αντιμετώπισαν ελάχιστες, «λίγες» ή «μερικές φορές» τη συγκεκριμένη δυσκολία, ενώ οι 11 συνολικά από τους συγκεκριμένους ασθενείς είχαν μια τέτοια δυσκολία «αρκετά συχνά», «εξαιρετικά συχνά» ή «συνεχώς». Και σε αυτή την ερώτηση τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν για άλλη μια φορά τη προσπάθεια αυτών των ασθενών να ανταποκριθούν στους κοινωνικούς τους ρόλους. Στη μελέτη της Τσίου (2015), φάνηκε ότι οι ασθενείς εμφάνιζαν συναισθήματα κατάθλιψης, όταν αναγκάζονταν να ακυρώσουν κάποια αθλητική/ψυχαγωγική δραστηριότητα, κατά συνέπεια η ανάγκη των ασθενών να διατηρούν τους κοινωνικούς τους ρόλους και τις καθημερινές τους δραστηριότητες είναι ιδιαίτερα ουσιώδης, ώστε οι ασθενείς αυτοί να αισθάνονται συναισθηματικά καλά. Η θετική αποτίμηση των εν λόγω απαντήσεων φανερώνουν επίσης την καλή κατάσταση της πλειοψηφίας των ερωτηθέντων ασθενών, όπως ακριβώς φανερώνουν και οι απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες στην ερώτηση για τη

συχνότητα εμφάνισης του κοιλιακού πόνου κατά τις τελευταίες δυο εβδομάδες, όπου συνολικά 43 ασθενείς δήλωσαν από «καθόλου» έως «μερικές φορές» ότι αντιμετώπισαν το συγκεκριμένο σύμπτωμα και μόνο 7 συνολικά ασθενείς ανέφεραν ότι είχαν κοιλιακό πόνο «αρκετά συχνά» ως «εξαιρετικά συχνά».

Στην ερώτηση που ζητούσε από τους ασθενείς να αναφέρουν τη συχνότητα των προβλημάτων ύπνου, συνολικά 40 ασθενείς από τους συμμετέχοντες απάντησαν ότι είχαν με μια διαβάθμιση από «καθόλου» έως «μερικές φορές» προβλήματα ύπνου και μόνο οι 10 συνολικά από τους ερωτηθέντες ασθενείς αντιμετώπισαν προβλήματα ύπνου «αρκετά συχνά» ή «συνεχώς». Όμοια αποτελέσματα δόθηκαν και στην ερώτηση για το αίσθημα κατάθλιψης, όπου οι συνολικά 37 ασθενείς εμφάνισαν το συγκεκριμένο σύμπτωμα με μια διαβάθμιση από «καθόλου» έως «λίγες φορές» και μόνο οι 13 συνολικά ασθενείς παρουσίασαν κατάθλιψη σε μεγαλύτερη συχνότητα από «μερικές φορές» έως «συνεχώς». Ωστόσο τόσο τα προβλήματα του ύπνου, όσο και τα προβλήματα κατάθλιψης μπορεί να οφείλονται και σε άλλους παράγοντες και δεν μπορούν να αποδοθούν μόνο στις επιπτώσεις της Ι.Φ.Ν.Ε. επομένως από μόνα τους τα συγκεκριμένα συμπτώματα δεν αποτελούν στοιχεία για την καλή ή κακή ψυχοσωματική κατάσταση στην οποία μπορεί να βρίσκονται οι ασθενείς το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας.

Όσον αφορά την τρίτη υποκατηγορία ερωτήσεων που αφορούσαν στη συναισθηματική λειτουργία των ασθενών, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ασθενείς στη συντριπτική τους πλειοψηφία και συγκριμένα οι 47 συνολικά από τους 50 συμμετέχοντες δεν χρειάστηκε να αποφύγουν «καθόλου» ή απέφυγαν «ελάχιστες/λίγες/μερικές» φορές μόνο να βρεθούν σε κάποια εκδήλωση λόγω της ύπαρξης φόβου για έλλειψη τουαλέτας σε κοντινή απόσταση. Επίσης το πρόβλημα αποβολής αερίων δεν φαίνεται να επηρέασε σημαντικά τους ασθενείς, αφού και σε αυτή την ερώτηση μόνο οι 14 συνολικά από τους 50 ερωτηθέντες απάντησαν ότι είχαν «μεγάλο/εξαιρετικά έντονο/τεράστιο πρόβλημα», ενώ οι υπόλοιποι 36 δεν είχαν «καθόλου» ή είχαν «ελαφρό/ελάχιστο/μέτριο» πρόβλημα. Ομοίως απάντησαν οι ασθενείς και για τη διατήρηση βάρους, όπου οι 42 συνολικά απάντησαν ότι το πρόβλημα αυτό το είχαν «καθόλου/ελάχιστα/ελαφρά/μέτρια» και μόνο 8 ασθενείς είχαν «μεγάλο/εξαιρετικά έντονο/τεράστιο» πρόβλημα διατήρησης βάρους. Αναφορικά με την ανησυχία των ασθενών για τυχόν εμφάνιση καρκίνου ή υποτροπής οι 38 συνολικά ασθενείς ανησυχούσαν «καθόλου/ελάχιστα/λίγες/μερικές» φορές και οι 12 μόνο ανησυχούσαν αρκετά

«συχνά/εξαιρετικά συχνά/συνεχώς» για έναν τέτοιο κίνδυνο. Το πρόβλημα του μετεωρισμού σύμφωνα με τις απαντήσεις απασχολούσε συνολικά 41 ασθενείς με μια διαβάθμιση «καθόλου/ελάχιστες/λίγες/μερικές» φορές, ενώ μόνο 9 ασθενείς είχαν το συγκεκριμένο σύμπτωμα «αρκετά συχνά/εξαιρετικά συχνά/συνεχώς». Στην ερώτηση που αφορούσε το αίσθημα ηρεμίας οι 33 συνολικά ασθενείς απάντησαν ότι δεν είχαν «καθόλου» ηρεμία ή ότι είχαν «ελάχιστα/λίγες φορές/μερικές φορές» ηρεμία ενώ οι 17 ασθενείς είχαν ηρεμία αρκετά «συχνά/εξαιρετικά συχνά/συνεχώς». Το πρόβλημα της αιμορραγίας από το ορθό φάνηκε από την έρευνα να απασχολεί συνολικά 7 ασθενείς «αρκετά συχνά/εξαιρετικά συχνά/συνεχώς» ενώ τους υπόλοιπους 43 συνολικά ασθενείς, είτε δεν τους απασχόλησε «καθόλου», είτε τους απασχόλησε «ελάχιστες/λίγες/μερικές» φορές. Αμήχανα εξαιτίας του εντερικού προβλήματος αισθάνθηκαν μόνο οι 9 ασθενείς με συχνότητα «αρκετά συχνά/εξαιρετικά συχνά», ενώ οι υπόλοιποι 41 από τους 50 συμμετέχοντες είτε δεν αισθάνθηκαν «καθόλου» αμηχανία, είτε αισθάνθηκαν «ελάχιστες/λίγες/μερικές φορές» αυτό το συναίσθημα. Συνολικά 7 από τους 50 ασθενείς ένιωσαν το αίσθημα να θέλουν τουαλέτα, ενώ το έντερό τους ήταν κενό, ενώ οι υπόλοιποι 43 είχαν το συγκεκριμένο αίσθημα «καθόλου/ελάχιστες/λίγες/μερικές» φορές. Την επιθυμία να κλάψουν είχαν «αρκετά συχνά/εξαιρετικά συχνά/συνεχώς» μόνο οι 8 συνολικά από τους 50 ασθενείς, ενώ οι υπόλοιποι 42 είτε δεν είχαν «καθόλου» μια τέτοια αίσθηση, είτε την είχαν «ελάχιστες/λίγες/μερικές» φορές. Το πρόβλημα της ταλαιπωρίας των ασθενών επειδή μπορεί να λέρωσαν το εσώρουχό τους ήταν κάτι που δεν απασχόλησε ιδιαίτερα τους συμμετέχοντες, αφού οι 48 συνολικά ασθενείς απάντησαν ότι δεν ταλαιπωρήθηκαν «καθόλου» ή ταλαιπωρήθηκαν «ελάχιστα/λίγο/μερικές φορές» και μόνο 2 ασθενείς απάντησαν ότι ένιωσαν αυτή την ταλαιπωρία «αρκετά συχνά». Ο θυμός εξαιτίας του εντερικού προβλήματος ήταν κάτι που ενόχλησε «αρκετά συχνά», «εξαιρετικά συχνά» και «συνεχώς» τους 10 συνολικά από τους 50 ασθενείς, ενώ οι υπόλοιποι 40 συνολικά ασθενείς από τους συμμετέχοντες, είτε δεν ένιωσαν «καθόλου» θυμό, είτε θύμωσαν «ελάχιστες/λίγες/μερικές φορές» εξαιτίας του εντερικού τους προβλήματος. Σε όλες σχεδόν τις ερωτήσεις που αφορούσαν τη διαχείριση συμπτωμάτων σε σχέση με τη συναισθηματική λειτουργία, τα αποτελέσματα που έδωσαν οι ασθενείς δεν ήταν οπωσδήποτε αντιπροσωπευτικά της οργανικής τους κατάστασης, καθώς ο συναισθηματικός παράγοντας επηρεάζεται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες, επομένως μπορεί ασθενείς με γενικά καλή κατάσταση να αισθάνονται περισσότερο θυμό από άλλους με βαρύτερο εντερικό πρόβλημα ή να νιώθουν ευκολότερα αμηχανία κάποιοι ασθενείς με λιγότερη συμπτωματολογία

σε σχέση με άλλους με περισσότερες κλινικές εκδηλώσεις, ή τέλος να είναι πιο ήρεμοι ασθενείς που παλεύουν χρόνια με την πάθησή τους συγκριτικά με άλλους ασθενείς που διεγνώστησαν πολύ πιο πρόσφατα. Σε κάθε περίπτωση δηλαδή, θα πρέπει να συνεκτιμούνται και οι γενικότερες συνθήκες ζωής τους ασθενούς, το ψυχολογικό υπόβαθρο, η ύπαρξη ή όχι υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος, η οικονομική κατάσταση, η αποδοχή ή η άρνηση αποδοχής της ασθένειάς τους, η συμμόρφωση στις θεραπευτικές και διατροφικές οδηγίες, καθώς και η συνέπεια στις διαγνωστικές και ιατρικές εξετάσεις.

Στην τελευταία υποκατηγορία ερωτήσεων οι ασθενείς φάνηκε ότι σε μεγάλο βαθμό δεν είχαν σημαντικό περιορισμό ως προς τη σεξουαλική τους δραστηριότητα (48%) και δεν ταλαιπωρήθηκαν πολύ σε σχέση με τις κοινωνικές τους δραστηριότητες εξαιτίας της ναυτίας/έμετου (56%). Ενδιαφέρον ωστόσο αποκτά ο βαθμός του πόσο ευέξαπτοι ένιωσαν οι ασθενείς παρά το φαινομενικά καλό επίπεδο συμμετοχής στους κοινωνικούς τους ρόλους, αφού οι 20 συνολικά από τους 50 συμμετέχοντες ένιωσαν ευέξαπτοι «αρκετά συχνά/ εξαιρετικά συχνά/συνεχώς», ενώ και από τους υπόλοιπους 30 συμμετέχοντες οι 20 ένιωσαν το ίδιο συναίσθημα έστω «ελάχιστες/λίγες/μερικές» φορές και μόνο 10 ασθενείς δήλωσαν ότι δεν ένιωσαν «καθόλου» ευέξαπτοι. Στη μελέτη της Τσίου (2015), φάνηκαν, όπως και στην παρούσα μελέτη, να υπάρχουν ορισμένες συσχετίσεις μεταξύ των κλινικών συμπτωμάτων και των συναισθηματικών-κοινωνικών αντιδράσεων. Συγκεκριμένα βρέθηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων του πόνου/μετεωρισμού/αερίων και του συναισθήματος του θυμού στους συμμετέχοντες ασθενείς.

Επίσης πολύ ενδιαφέρον παρουσιάζει και η προτελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου όπου οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν στο κατά πόσο αισθάνονται ότι οι άλλοι τους καταλαβαίνουν. Συνολικά 21 ασθενείς δήλωσαν ότι «αρκετά συχνά/εξαιρετικά συχνά/συνεχώς» νιώθουν ότι οι άλλοι δεν τους καταλαβαίνουν, ενώ και 20 ακόμα συνολικά ασθενείς ένιωσαν παρόμοια «ελάχιστες/λίγες/μερικές» φορές και μόνο οι 10 απάντησαν ότι δεν ένιωσαν καθόλου κάτι τέτοιο, γεγονός που εκφράζει κατά κάποιο τρόπο τη σύγκριση που κάνουν μέσα τους οι ασθενείς μεταξύ του εαυτού τους και ενός υγιή ανθρώπου. Στην τελευταία ερώτηση οι ασθενείς απάντησαν για το βαθμό ικανοποίησης και χαράς που αισθάνθηκαν τις τελευταίες δυο εβδομάδες, όπου η πλειοψηφία των ασθενών συνολικά 18 άτομα δήλωσαν «μέτρια», 20 ασθενείς δήλωσαν ικανοποίηση σε «αρκετά/μεγάλο/πολύ μεγάλο» βαθμό και οι υπόλοιποι 12 δήλωσαν είτε ότι δεν είχαν καθόλου ικανοποίηση/χαρά είτε ότι είχαν «πολύ μικρή/μικρή». Και η

τελευταία αυτή παράμετρος έχει μια πολυπλοκότητα ως προς την ερμηνεία της, αφού μπορεί εκτός των οργανικών και ψυχολογικών επιπτώσεων της πάθησης, μπορεί να επηρεάζεται επιπλέον και από τις πρόσφατα προσωπικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν στη ζωή του κάθε ασθενούς.

12. Συμπεράσματα

Όλες οι έρευνες που έχουν κατά καιρούς γίνει σε ελληνικό και διεθνή επίπεδο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Ι.Φ.Ν.Ε. δίνουν ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο όχι μόνο για την εκτίμηση της οργανικής και ψυχοσωματικής κατάστασης αυτών των ασθενών, καθώς η οργανική τους κατάσταση λόγω των πολλαπλών εξάρσεων και υφέσεων που βιώνουν μεταβάλλεται σε μεγάλο βαθμό στην κυριολεξία από την μία ημέρα στην άλλη, αλλά και για την επιπλέον διερεύνηση των επί μέρους παραμέτρων της ιδιοσυγκρασίας και των ατομικο-κοινωνικών χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς που εν τέλει διαμορφώνουν ένα καλύτερο ή ένα χειρότερο επίπεδο ποιότητας ζωής.

Αισθήματα θυμού, φόβου, απομόνωσης, άρνησης και αμηχανίας είναι πολύ πιθανόν να προϋπήρχαν της εμφάνισης της νόσου και να μεγιστοποιήθηκαν με τη διάγνωση ή με την επιβάρυνση της κατάστασης αυτών των ασθενών.

Από την άλλη διάφοροι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράμετροι όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η οικονομική κατάσταση, η σεξουαλική ζωή, η συντροφικότητα και γενικότερα οι κοινωνικοί ρόλοι που καλείται κάθε άτομο να διαδραματίσει μέσα στο κοινωνικό γίγνεσθαι μπορεί να αποτελέσαν πηγή πρόκλησης της εντερικής νόσου σε συνδυασμό με τους ανοσολογικούς και γενετικούς παράγοντες που υπήρχαν στον κάθε ασθενή.

Κατά συνέπεια καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολο να εκτιμηθεί το «καλό» ή «κακό» επίπεδο ζωής στους συγκεκριμένους ασθενείς σε σχέση αποκλειστικά και μόνο με την παρούσα οργανική τους κατάσταση, καθώς αυτή λόγω των εξάρσεων διαρκώς μεταβάλλεται και επομένως είναι απίθανο να καθορίσει κάποιος αν το «κακό» προσωπικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο συμβάλει στην επιδείνωση της νόσου ή αν αντίθετα η επιδείνωση της νόσου αναγκάζει αυτούς τους ασθενείς να βιώνουν ένα «κακό» επίπεδο ζωής.

Σε κάθε περίπτωση, όπως φάνηκε και από τα αποτελέσματα της έρευνας οι συγκεκριμένοι ασθενείς, κυρίως λόγω της «χρονιότητας» της πάθησής τους, μαθαίνουν να συμβιώνουν με αυτή ως μέρος της υπόλοιπης ζωής και της καθημερινότητάς τους. Μπορούν να ζουν και να εργάζονται σε ρυθμούς σχεδόν όπως όλων των υπόλοιπων ανθρώπων, ενώ φαίνεται ότι στην πλειοψηφία τους έχουν αποδεχθεί ικανοποιητικά ότι θα πρέπει ακολουθούν στη ζωή τους μια συνήθη ρουτίνα που περιλαμβάνει ιατρικά, θεραπευτικά και διατροφικά πρωτοκόλλα. Τέλος όπως επίσης φάνηκε και από την έρευνα, οι ασθενείς αυτοί καταβάλουν μεγάλη

προσπάθεια ώστε να αισθάνονται ικανοί μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο με το να προσπαθούν να ανταπεξέλθουν στους καθημερινούς προσωπικούς και κοινωνικούς τους ρόλους, γεγονός που εν τέλει τους βοηθάει να μην αισθάνονται «άρρωστοι».

Ασφαλώς η επιβάρυνση της κατάστασής τους, η εισαγωγή στο νοσοκομείο λόγω επιπτώσεων, ο κίνδυνος μιας χειρουργικής επέμβασης, ο φόβος επιδείνωσης ή εμφάνισης καρκίνου είναι στοιχεία που δεν περνούν απαρατήρητα στους συγκεκριμένους ασθενείς και τα οποία είναι δυνατόν να μεταβάλλουν όχι μόνο την κοινωνική και ψυχολογική τους κατάσταση, αλλά να επιδράσουν και στον οργανισμό τους με πρόκληση σοβαρών κλινικών εκδηλώσεων, όπως ο πόνος, η διάρροια, ή ακόμα και η αιμορραγία.

Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ελληνική:

Αργυρίου, Κ. (2011). *Ποιότητα ζωής ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου*. Διπλωματική Εργασία. Λάρισα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Αργυρίου, Κ. (2018). Διερεύνηση της επίδρασης της Λειτουργικότητας- Ανικανότητας των πασχόντων από Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) στην Ποιότητα Ζωής. Ανησυχίες πασχόντων και Βάρος φροντιστών. Διδακτορική Διατριβή. Λάρισα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Γιακουμιδάκης, Κ., Κογκούλης, Δ., Ελευσινιώτης, Ι.Σ., Μπροκαλάκη-Παναουδάκη, Η., (2011). *Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσους του Εντέρου*. Νοσηλευτική: 50(1), 95-103

Θεοδοσίου, Α. (2021). *Ελκώδης κολίτιδα και Νόσος του Crohn*. Ο ρόλος του νοσηλευτή. Πτυχιακή Εργασία. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών

Καραγιάννης, Ι.Α., Καραμανώλης, Δ.Γ., Μάντζαρης, Γ.Ι., Τριανταφυλλίδης, Ι.Κ. (2009). *Ευρωπαϊκή Ομοφωνία βασισμένη σε αποδείξεις για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας*. Αθήνα: ECCO

Κλήμος, Γ. (2021). *Η ποιότητα ζωής των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Η περίπτωση της Ελκώδους κολίτιδας σχετιζόμενη με την χρήση ανοσοκατασταλτικών σκευασμάτων*. Διπλωματική Εργασία. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Κολοβού, Ε. (2019). *Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου στα Παιδιά και ο Ρόλος της Βιταμίνης D στις ΙΦΝΕ*. Διπλωματική Εργασία. Λάρισα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Κωσταντιδέλλη, Δ., (2020). *Ποιότητα ζωής και απώλειες που βιώνουν οι ασθενείς με ΙΦΝΕ. Μελέτη επίδρασης των βιολογικών παραγόντων ως φαρμακευτική αγωγή στην ποιότητα ζωής*

ασθενών με ΙΦΝΕ στη Λέσβο. Διπλωματική Εργασία. Πάτρα :Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Μαλάκος, Ζ. (2018). *Επιδημιολογική μελέτη της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους πάθησης των εντέρων στη Βορειοδυτική Ελλάδα για τα έτη 1981-2013.*

Μυλωνάκη, Μ., Τζουβαλά, Μ., Κοκοζίδης, Γ., Τριανταφυλλίδης, Ι.Κ. (2006). α) «Φάσμα κλινικών εκδηλώσεων». β) «Θεραπεία ΙΦΕΝ». *Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Εντερική Νόσος. Ελκώδης Κολίτις και Νόσος του Crohn. Ελληνική Ομάδα Μελέτης των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου.* Αθήνα: Τεχνόγραμμα

Μπουλέντ, Σ. (2020). *Η αποτίμηση της ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής ασθενών με Νόσο του Crohn. Η Ελκώδη Κολίτιδα υπό διαφορετική φαρμακευτική αγωγή.* Διπλωματική Εργασία. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

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

Νταργάρα, Β. (2020). *Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα Εντέρου, Νοσηλευτική παρέμβαση.* Πτυχιακή Εργασία. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών

Πάλλης, Α., Βλαχονικολής, Ι., Μάντζαρης, Γ., Λεοντίδης, Χ., Γιανναδάκη, Ε., Μουζάς Ι., (2001). *Μετάφραση και στάθμιση του IBDQ σε Έλληνες ασθενείς.* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής:18(3), 297-302

Σουτζόγλου-Κοτταρίδη, Γ. (1986). *Κοινωνιογενείς νοσογόνοι παράγοντες. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών:* 62(62), 143-156

Τσίου, Χ., Ξεκούκη, Δ., Πλειώνη, Ε., Πλακάς, Σ., Κορέλη, Α. (2015). *Διερεύνηση προβλημάτων ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου. Μια πιλοτική μελέτη.* Ερευνητική Εργασία. Inflammatory Bowel Diseases: Research Gate

2. Ξενόγλωσση:

Ardizzone, S., Bianchi-Porro G. (2002). *Inflammatory bowel disease: new insights into pathogenesis and treatment*. Journal of Internal Medicine 252:475-496

Baumgart, D.C., Sandborn, W.J. (2012). Crohn's disease. Lancet: 380 (9853), 1590-605

Bernell, S., Howard, S. W. (2016). *Use Your Words Carefully. What Is a Chronic Disease?*.Frontiers in public health: (4), 159

Cosnes, J., Gower-Rousseau, C., Seksik, P., Cortot, A. (2011). *Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases*. Gastroenterology. 140(6), 1785-94

Danese, S., Semeraro, S., Papa, A., Roberto, I., Scaldaferri, F., Fedeli, G., Gasbarrini, G., Gasbarrini, A. (2005). *Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease*. World Journal of Gastroenterology: 11(46), 7227-7236

Daniels, N. (1981). *Health Care needs and Distributive Justice*. Philosophy and Public Affairs:10(2), 146-179

Feldman, M., Friedman, L., Brandt, L. (2016). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease- Volume Set*. 10th Edition. Philadelphia: Elsevier

Frank, D.N., St Amand, A.L., Feldman, R.A., Boedeker, E.C., Harpaz, N., Pace, N.R. (2007). *Molecular-phylogenetic characterization of microbial community imbalances in human inflammatory bowel diseases*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America: 104(34), 13780-5

Graff, LA., Walker, J.R., Lix, L, et al. (2006). *The relationship of inflammatory bowel disease type and activity to psychological functioning and quality of life*. Clinical Gastroenterology and Hepatology: (4), 1491-1501

Hörnquist, J.O. (1982). *The concept of quality of life*. Scandinavian journal of social medicine:10(2), 57-61

Hovde, O., Moum, B.A., (2012). *Epidemiology and clinical course of Crohn's disease: results from observational studies*. World Journal Gastroenterology: (18), 1723-31

Khor, B., Gardet, A., Xavier, R.J. (2011). *Genetics and pathogenesis of inflammatory bowel disease*. Nature: 474 (7351), 307-17

Lakatos, P.L. (2006). *Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel disease: up or down?* World Journal of Gastroenterology: 12(38), 6102-6108

Loftus, E.V.Jr. (2004). *Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences*. Gastroenterology: 126(6), 1504-17

Mekhjian, H.S., Switz, D.M., Melnyk, C.S., Rankin, G.B., & Brooks, R. K. (1979). *Clinical features and natural history of Crohn's disease*. Gastroenterology: 77 (4Pt 2), 898-906

Molodecky, N.A., Soon, I.S., Rabi, D.M., Ghali, W.A., Ferris, M., Chernoff, G., Benchimol, E.I., Panaccione, R., Ghosh, S., Barkema, H.W., Kaplan, G.G. (2012). *Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review*. Gastroenterology: 142(1), 46-54

Packey, C.D., Sartor, R.B. (2009). *Commensal bacteria, traditional and opportunistic pathogens, dysbiosis and bacterial killing in inflammatory bowel diseases*. Current opinion in infectious diseases: 22(3), 292-301

Pallis, A.G., Mouzas, I.A. (2002). *Quality of health care in inflammatory bowel disease and its assessment*. Annals of Gastroenterology: (15), 143-147

Peyrin-Biroulet, L., Loftus, E.V., Colombel, J.F., Sandborn, W.J. (2010). *The natural history of adult Crohn's disease in population-based cohorts*. The American Journal of Gastroenterology: 105, 289-297

Platell, C., Mackay, J., Collopy, B., Fink, R., Ryan, P., Woods, R. (1996). *Anal pathology in patients with Crohn's disease*. The Australian and New Zealand journal of surgery: 66 (1), 5-9

Ross, S.C., Strachan, J., Russell, R.K., Wilson, S.L. (2011). *Psychosocial functioning and health-related quality of life in paediatric inflammatory bowel disease*. Journal of Pediatric Gastroenterology Nutrition: (53), 480-488

Sartor, R.B. (2006). *Mechanisms of Disease: Pathogenesis of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis*. Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology: 3, 390-407

Satsangi, J., Silverberg, M.S., Vermeire, S., Colombel, J.F. (2006). *The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implication*. Gut: 55 (6), 749-53

Schölmerich, J. (2003). *New developments in aetiological mechanisms of inflammatory bowel disease*. European Journal of Gastroenterology and Hepatology 15: 585-634

Silverberg, M.S., Satsangi, J., Ahmad, T., Arnott, I.D., Bernstein, C.N., Brant, S.R. Warren, B.F. (2005). *Toward an Integrated Clinical, Molecular and Serological Classification of Inflammatory Bowel Disease: Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology*. Canadian Journal of Gastroenterology: 5A-36A

Tóthová, V., Bártlová, S., Dolák, F., Kaas, J., Kimmer, D., Maňhalová, J., Martinek, L., Olišarová, V. (2014). *Quality of life in patients with chronic diseases*. Neuro Endocrinology Letters: 35, (1) 11-8

WHOQOL, (1995). *The world health organization quality of life assessment. Position paper from the world health organization*. Social Science & Medicine, 41(10), 1403-1409

Wilson, J., Hair, C., Knight, R., Catto-Smith, A., Bell, S., Kamm, M., Desmond, P., McNeil, J., Connell, W. (2010). *High incidence of inflammatory bowel disease in Australia: a prospective population-based Australian incidence study*. *Inflammatory Bowel Diseases*: 16(9):1550-6

Yfantopoulos, J. (2001). *Health-Related Quality of Life*. *Archives of Hellenic Medicine*: 19, 131-146

3. Διαδικτυακές πηγές:

W.H.O., (2016). *Non communicable Diseases*.

Ημερομηνία προσπέλασης: 5/1/2022

Διαθέσιμο στο: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en

W.H.O., (1984). *Constitution of the World Health Organization*

Ημερομηνία προσπέλασης: 5/1/2022

Διαθέσιμο στο: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Δ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Έντυπο Ερωτηματολογίου έρευνας:

Α.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

1. Φύλο:

- Γυναίκα
- Άνδρας

2. Ηλικία ασθενούς:

3.Νόσημα:

- Ελκώδης Κολίτιδα
- Νόσος Crohn

4.Διάρκεια Νόσου σε έτη:

5. Ειλεοστομία:

- Ναι
- Όχι

Β. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΝΟΣΟ (IBDQ)

1. Πόσο συχνές ήταν οι κενώσεις σας τις δυο τελευταίες βδομάδες;

- Συχνότερες από ποτέ
- Εξαιρετικά συχνές
- Πολύ συχνές
- Μέτρια αύξηση
- Μικρή αύξηση
- Ελαφρά αύξηση
- Καμία αύξηση/φυσιολογικές

2. Πόσο συχνά το αίσθημα της κόπωσης και της εξάντλησης αποτέλεσε πρόβλημα για σας τις τελευταίες 2 εβδομάδες;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

3. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες νιώσατε απογοήτευση, ανυπομονησία ή ανησυχία;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

4. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες δεν μπορέσατε να πάτε στο σχολείο ή να κάνετε τη δουλειά σας εξαιτίας του εντερικού σας προβλήματος;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

5. Πόσες φορές κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες είχατε χαλαρές κενώσεις;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

6. Πόση ενέργεια είχατε κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες;

- Καθόλου ενέργεια
- Πολύ λίγη ενέργεια
- Λίγη ενέργεια
- Κάποια ενέργεια
- Μέτρια ενέργεια
- Πολύ ενέργεια
- Γεμάτος/η ενέργεια

7. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες σας ανησύχησε η πιθανότητα να χρειαστείτε κάποια χειρουργική επέμβαση εξαιτίας του εντερικού σας προβλήματος;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

8. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες χρειάστηκε να καθυστερήσετε ή να ακυρώσετε κάποια κοινωνική υποχρέωση εξαιτίας του εντερικού σας προβλήματος;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

9. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες σας ανησυχήσαν κράμπες στην κοιλιά;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

10. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες νιώσατε γενική αδιαθεσία;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

11. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες ανησυχήσατε εξαιτίας του φόβου μήπως δε βρείτε τουαλέτα;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

12. Πόση δυσκολία αντιμετωπίσατε ως συνέπεια του εντερικού σας προβλήματος να ασχοληθείτε με ψυχαγωγικές και αθλητικές δραστηριότητες που θα θέλατε να έχετε τις τελευταίες 2 εβδομάδες;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές

13. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες ταλαιπωρηθήκατε από πόνο στην κοιλιά;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

14. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αντιμετωπίσατε προβλήματα να κοιμηθείτε καλά τη νύχτα ή ταλαιπωρηθήκατε γιατί ξυπνάγατε κατά τη διάρκεια της νύχτας;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

15. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες νιώσατε κατάθλιψη ή αποθάρρυνση;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

16. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αναγκαστήκατε να αποφύγετε να βρεθείτε σε κάποια εκδήλωση επειδή δεν υπήρχε τουαλέτα κοντά;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

17. Γενικά τις τελευταίες 2 εβδομάδες ποσό μεγάλο πρόβλημα είχατε με την αποβολή μεγάλων ποσοτήτων αέριων;

- Τεράστιο πρόβλημα
- Εξαιρετικά έντονο πρόβλημα
- Μεγάλο πρόβλημα
- Μέτριο πρόβλημα
- Ελαφρό πρόβλημα
- Ελάχιστο πρόβλημα
- Καθόλου πρόβλημα

18. Γενικά τις τελευταίες 2 εβδομάδες ποσό μεγάλο πρόβλημα είχατε να διατηρήσετε το βάρος σας ή να φτάσετε το βάρος που επιθυμείτε;

- Τεράστιο πρόβλημα
- Εξαιρετικά έντονο πρόβλημα
- Μεγάλο πρόβλημα
- Μέτριο πρόβλημα
- Ελαφρό πρόβλημα
- Ελάχιστο πρόβλημα
- Καθόλου πρόβλημα

19. Πολλοί ασθενείς με εντερικά προβλήματα νιώθουν συχνά ανησυχίες και άγχος που σχετίζονται με την ασθένεια τους, όπως ότι θα πάθουν καρκίνο ή ότι δε θα αισθανθούν καλύτερα ποτέ και πως θα έχουν κάποια υποτροπή. Γενικά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες ποσό συχνά νιώσατε ανησυχία ή άγχος για κάτι τέτοιο;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

20. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες σας ενόχλησε κάποιο αίσθημα κοιλιακού μετεωρισμού;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

21. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες νιώσατε ήρεμοι και απαλλαγμένοι από εντάσεις;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

22. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες είχατε πρόβλημα αιμορραγίας από το ορθό κατά τις κενώσεις σας;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

23. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες νιώσατε αμηχανία εξαιτίας του εντερικού σας προβλήματος;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

24. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες σας ενόχλησε το αίσθημα πως πρέπει να πάτε τουαλέτα παρόλο που το έντερο σας ήταν κενό;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

25. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες νιώσατε πως θέλετε να κλάψετε ή αναστατωθήκατε εξαιτίας του εντερικού σας προβλήματος;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

26. Ποσό συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες ταλαιπωρηθήκατε γιατί λερώσατε άθελά σας το εσώρουχο σας;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

27. Ποσό συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες νιώσατε θυμό ως αποτέλεσμα του εντερικού σας προβλήματος;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

28. Ως ποιο σημείο έχει το εντερικό σας πρόβλημα επηρεάσει τη σεξουαλική σας δραστηριότητα κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες;

- Καμία σεξουαλική δραστηριότητα ως συνέπεια της εντερικής νόσου
- Μεγάλος περιορισμός ως συνέπεια της εντερικής νόσου
- Μέτριος περιορισμός ως συνέπεια της εντερικής νόσου
- Κάποιος περιορισμός ως συνέπεια της εντερικής νόσου
- Μικρός περιορισμός ως συνέπεια της εντερικής νόσου
- Ελάχιστος περιορισμός ως συνέπεια της εντερικής νόσου
- Κανένας περιορισμός

29. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες ταλαιπωρηθήκατε από ναυτία ή τάση προς εμετό;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

30. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες νιώσατε ευέξαπτοι;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

31. Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες νιώσατε πως οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν;

- Συνεχώς
- Εξαιρετικά συχνά
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Ελάχιστες φορές
- Καθόλου

32. Σε ποιο βαθμό αισθάνεσθε χαρά και ικανοποίηση για την προσωπική σας ζωή τις δύο τελευταίες εβδομάδες;

- Πάρα πολύ μεγάλο
- Πολύ μεγάλο
- Αρκετά μεγάλο
- Μέτριο
- Μικρό
- Πολύ μικρό
- Κανένα

2. Έντυπο ενημέρωσης /συγκατάθεσης

Καλείστε να συμμετάσχετε σε ερευνητική μελέτη με τίτλο: *«Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης»*, που θα διεξαχθεί από την φοιτήτρια Κεφαλογιάννη Αρσινόη για την απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος, στο μεταπτυχιακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου.

Ο γενικός σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου, που νοσηλεύονται στο χώρο του νοσοκομείου καθώς και των στρατηγικών αντιμετώπισης και διαχείρισης των προβλημάτων τους.

Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο κατά το χρονικό διάστημα της έρευνας και οι οποίοι πάσχουν από Ι.Φ.Ν.Ε.

Για τη διεκπεραίωση της έρευνας θα χρησιμοποιηθεί δομημένο ερωτηματολόγιο, ενώ η συμμετοχή σας στην συμπλήρωση του είναι εθελοντική και θα πραγματοποιηθεί με συνέντευξη στον ελεύθερο σας χρόνο, ώστε να μην διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία των τμημάτων.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συλλογής δεδομένων θα έχει διάρκεια 10 λεπτά της ώρας. Επιπλέον η συμπλήρωση και η επιστροφή του ερωτηματολογίου αποτελούν την συγκατάθεση συμμετοχής σας στην παρούσα έρευνα.

Δεν υπάρχουν προβλέσιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα. Επιπλέον δεν θα έχετε κάποιο άμεσο και σημαντικό οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

Μπορείτε να επιλέξετε να συμμετάσχετε ή όχι στην παρούσα έρευνα. Αν συμμετάσχετε εθελοντικά σε αυτή την έρευνα, μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε, να απαντήσετε και να παραμείνετε στην έρευνα. Ο ερευνητής μπορεί να σας ζητήσει να αποσυρθείτε από την έρευνα, αν ανακύψουν περιστάσεις που το απαιτούν.

Για τη διασφάλιση και προστασία των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων των υποκειμένων, τα ερωτηματολόγια που θα συλλεχθούν θα κωδικοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα αποτελεί αυτόματα την συναίνεση σας για εθελοντική συμμετοχή στη έρευνα.

Θα διαβεβαιωθούν οι συμμετέχοντες για τη σωστή διαχείριση των αποτελεσμάτων και οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παρούσα μελέτη. Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας. Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψετε τη συμμετοχή σας χωρίς να υποστείτε καμία κύρωση.

Σε περίπτωση ερωτήσεων σχετικών με την έρευνα, επικοινωνήστε με τον συντάκτη της έρευνας

Ευχαριστώ