



Τμήμα Ιατρικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΙΦΝΕ-ΛΟΙΠΕΣ (ΜΗ ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΑΚΕΣ) ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Υπό

ΣΙΜΟΥ ΒΑΓΙΟΥΛΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία
υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Νοσηλευτική Φροντίδα
Ενηλίκων
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων



Τμήμα Ιατρικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

----- 2019 -----

© ΣΙΜΟΥ ΒΑΓΙΟΥΛΑ

IBD-OTHER (NON-CLOSTRIDIUM) INFECTIONS

SIMOY VAGIOYLA

Master Thesis presented to the University Ioannina School of
Medicine as part of the requirements for the Master of Science Degree
in Adults' Nursing Care.

----- 2019 -----

© SIMOY VAGIOYLA

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ -ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων: ΚΑΤΣΑΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη: ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΕΛΕΝΗ ΑΛΜΠΙΑΝΗ

Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ» του τμήματος Ιατρικής, του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Ως την ελάχιστη δυνατή μνεία, με την παρούσα παράγραφο θα ήθελα να απευθύνω θερμές ευχαριστίες προς όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνησή της διπλωματικής εργασίας και ιδιαίτερα:

Τον κ. Κατσάνο Κωνσταντίνο, Αναπληρωτή Καθηγητή Γαστρεντερολογίας της Πανεπιστημιακής Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και Επιβλέπων Καθηγητή, τον Διευθυντή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ» κ. Χριστοδούλου Δημήτριο, Διευθυντή της Πανεπιστημιακής Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, και την κ. Ελένη Αλμπάνη, Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών, οι οποίοι μου παρείχαν την πολύτιμη ευκαιρία να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο πρόγραμμα, καθώς και για τις παραγωγικές υποδείξεις τους και τη σημαντική υποστήριξή τους, συμβάλλοντας τα μέγιστα στην κατάρτιση της διπλωματικής μου εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες τέλος θα ήθελα να απευθύνω προς την *οικογένειά μου* και προς όλους τους κοντινούς μου ανθρώπους για την υποστήριξη και την ανοχή που έδειξαν στις προτεραιότητες που επέβαλε η παρακολούθηση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος 2019
Σίμου Βαγιούλα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι των Εντέρων (ΙΦΝΕ) μπορεί να παρουσιάσουν κάποιο είδος λοίμωξης. Φαίνεται ότι οι λοιμώξεις αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στις ΙΦΝΕ και ο επιπολασμός τους αυξάνει σημαντικά από τη μακροχρόνια χρήση της Φαρμακευτικής Αγωγής.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή του επιπολασμού και του είδους των μη κλωστηριδιακών λοιμώξεων, οποιασδήποτε αιτιολογίας και οποιασδήποτε εντόπισης σε όργανο-σύστημα των ασθενών με ΙΦΝΕ, εντός και εκτός Βορειοδυτικής Ελλάδας καθώς και της Αλβανίας

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη παρατήρησης των λοιμώξεων σε ενήλικες ασθενείς με ΙΦΝΕ, με τη χρήση δείγματος ευκολίας, στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Οι ασθενείς παρακολουθούνται στην Γαστρεντερολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου (ΠΓΝ) Ιωαννίνων (κέντρο αναφοράς) από τη Γαστρεντερολογική ομάδα της Βορειοδυτικής Ελλάδας. Οι συμμετέχοντες της ποσοτικής έρευνας ήταν N=112 ασθενείς με ΙΦΝΕ, και πιο συγκεκριμένα μελετήθηκαν όλες οι γενικές λοιμώξεις των συστημάτων του Γαστρεντερικού, του Αναπνευστικού, ανώτερο και κατώτερο, του ΚΝΣ, του Ουροποιητικού συστήματος, Λοιμώξεις δέρματος, μαλακών μορίων και γεννητικών οργάνων, Λοιμώξεις μυοσκελετικού συστήματος και Ζωονόσοι. Επίσης μελετήθηκε, η χορήγηση βιολογικών παραγόντων και ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Όλες οι ποσοτικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το λογισμικό IBM- SPSS Statistics για τα windows (έκδοση 22).

Αποτελέσματα: Εισαγωγή στη μελέτη ικανοποιητικού αριθμού παρατηρήσεων και επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων λοιπών σχετικών μελετών για τον επιπολασμό των μη κλωστηριδιακών λοιμώξεων στους ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Συμπεράσματα: Η ύπαρξη λοιμώξεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ μπορεί να αυξήσουν τη νοσηρότητα, δυσχεραίνοντας την διαχείριση της ασθένειας, αλλά και τη θνησιμότητα των ασθενών αυτών. Άρα οι ασθενείς με ανάλογες λοιμώξεις πρέπει να ακολουθούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη διασφάλιση της υγείας τους.

Λέξεις κλειδιά: ΙΦΝΕ, λοιμώξεις, ασθενείς, ποιότητα ζωής.

ABSTRACT

Introduction: Inflammatory Bowel Diseases (IBD) may present some kind of infection. It seems that infections are a major problem in patients with IBD and their prevalence is significantly increased by the long-term use of Pharmaceutical Treatment.

Purpose: The purpose of this study was to record the prevalence and type of non-clostridium infections, any aetiology and any location in the organ system of patients with IBD, inside and outside of Northwest Greece and Albania

Methodology: A retrospective observation study of infections was performed in adult patients with IBD, using a sample of convenience, at the University General Hospital of Ioannina. The patients are monitored at the Gastroenterological Clinic of the University Hospital of Ioannina (center of reference) from the Gastroenterology Group of Northwestern Greece. The participants of the quantitative survey were N = 112 patients with IBD and more specifically were examined all general infections of the gastrointestinal, respiratory, upper and lower respiratory tract, neurology, urinary tract, skin, soft and genital infections, musculoskeletal system infections and animal diseases. Also studied was the administration of biological agents and immunosuppressive drugs. All quantitative analyzes were performed with the IBM-SPSS Statistics software for Windows (version 22).

Results: Introduction to the study of a satisfactory number of observations and confirmation of the results of other relevant studies on the prevalence of non-clostridium infections in IBD patients.

Conclusions: The existence of infections in patients with IBD may increase morbidity, making the management of the disease more difficult, but also can increase the mortality of these patients. Patients with similar infections should therefore take effective interventions to ensure their health.

Key words: IBD, infections, patients, quality of life.

Πίνακας περιεχομένων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	12
1. ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	12
1.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ	12
1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ / ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	14
1.3 ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	16
2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	16
2.1 ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ.....	16
2.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	30
2.3 ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΦΙΑΣ.....	32
2.4 ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΟ	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	33
3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	33
3.1 ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ.....	33
3.2 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ	34
3.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	35
3.4 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	35
3.5 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ	36
3.6 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	36
3.7 ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	37
3.8 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	38
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	38
4.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΘΕΜΑΤΙΚΩΝ ΕΝΟΤΗΤΩΝ Ή ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	39
4.2 ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	50
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	50
5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	50
5.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ	52
5.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	52
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	53

ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ.....	54
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	62

Πίνακες

Πίνακας 1: Συνώνυμα ερώτησης PICO.....	13
Πίνακας 2: Ταξινόμηση του Μόντρεαλ για την Νόσο Crohn.....	21
Πίνακας 3: Ταξινόμηση του Μόντρεαλ για την Νόσο Crohn.....	31
Πίνακας 4: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ασθενών.....	39

Διαγράμματα

Διάγραμμα 1: Νόσος.....	40
Διάγραμμα 2: Εντόπιση Λοίμωξης.....	41
Διάγραμμα 3: Εντόπιση Λοίμωξης.....	42
Διάγραμμα 4: Εμφάνιση λοίμωξης.....	43
Διάγραμμα 5: Αίτιο Πιθανής Λοίμωξης.....	44
Διάγραμμα 6: Αίτιο πιθανής λοίμωξης.....	45
Διάγραμμα 7: Βαρύτητα Λοίμωξης.....	46
Διάγραμμα 8: Κύρια Θεραπεία ΙΦΠΕ κατά τη Λοίμωξη.....	47
Διάγραμμα 9: Βασική Κύρια Θεραπεία με ANTI-TNF παράγοντες.....	48

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι των Εντέρων (ΙΦΝΕ) αποτελούν χρόνιες παθήσεις του πεπτικού σωλήνα, άγνωστης αιτιολογίας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από φλεγμονή παράλληλα με εντερικές και εξωεντερικές εκδηλώσεις. Οι παθήσεις αυτές διαχωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες την Νόσο του Crohn (Crohn's Disease-CD) και την Ελκώδη Κολίτιδα (Ulcerative Colitis-UC) (Feldman et al., 2015). Η Ελκώδης Κολίτιδα εμφανίζεται συνήθως στην εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου, δηλαδή το κόλον και το ορθό, ενώ η Νόσος Crohn μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα (Μανούσος, 2003). Επίσης, στην αμφισβητούμενη περιοχή, μεταξύ των δύο βασικών κατηγοριών, βρίσκονται περιπτώσεις που έχουν χαρακτηριστικά, τα οποία ανήκουν τόσο στην Νόσο του Crohn όσο και την Ελκώδη Κολίτιδα, ή γενικώς υπάρχουν κλινικές, ακτινολογικές, ενδοσκοπικές ή ιστολογικές ιδιοτυπίες που δεν επιτρέπουν την ένταξή τους στη μία ή την άλλη οντότητα. Οι περιπτώσεις αυτές αναφέρονται στην αδιευκρίνιστη κολίτιδα (Indeterminate Colitis-IC) μέχρις ότου η πορεία της νόσου επιτρέψει την ταξινόμησή τους (Geboes et al., 2008).

Οι ΙΦΝΕ σήμερα μπορούν να αντιμετωπιστούν με την κατάλληλη θεραπεία έτσι ώστε οι ασθενείς να έχουν μία φυσιολογική ζωή, παράλληλα με τη συνεχή ενημέρωση και υποστήριξη των ατόμων που πάσχουν από ΙΦΝΕ. Και οι δύο παθήσεις είναι χρόνιες και χαρακτηρίζονται από εξάρσεις και υφέσεις. Τα συμπτώματα κάνουν τους ασθενείς να αισθάνονται άσχημα και να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν στην καθημερινότητά τους, αλλά τις περισσότερες φορές μπορούν να αντιμετωπιστούν με την κατάλληλη θεραπεία (Mowat et al., 2011). Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα της ΙΦΝΕ είναι το κοιλιακό άλγος, η κόπωση, οι διάρροιες αιματηρές ή όχι, και η απώλεια βάρους. Επίσης μπορεί να εκδηλωθούν με χαμηλό πυρετό, αναιμία, εξάντληση και στα παιδιά μπορεί να καθυστερήσει την ανάπτυξή τους και την έλευση της εφηβείας (Haaramäki et al., 2008).

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες οι ΙΦΝΕ οφείλονται στην παρουσία ενός γενετικού παράγοντα και χαρακτηρίζονται ως υπεύθυνοι κάποιοι τύποι χρωμοσωμάτων. Τα χρωμοσώματα 3, 7 και 12 συνδέονται με τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, ενώ τα χρωμοσώματα 2 και 6 μόνο με την ελκώδη κολίτιδα και το χρωμόσωμα 16 μόνο με τη Νόσο του Crohn (Nemati & Teimourian, 2017). Η Ελκώδης Κολίτιδα και η Νόσος του Crohn είναι δύο παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος που θεωρούνται συναφή νοσήματα γιατί

έχουν κοινά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και εμφανίζονται συνήθως σε άτομα της ίδιας οικογένειας. Επίσης προσβάλλουν άτομα με παρατεταμένη ενεργοποίηση του ανοσολογικού συστήματος του εντέρου απέναντι σε ένα αντιγόνο. Το πιο κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι έχουν κοινές εξωεντερικές εκδηλώσεις, όπως οζώδες ερύθημα, αρθρίτιδα, σκληρυντική χολαγγειίτιδα κ.α.(Ko & Auyeung, 2014).

Οι δυο παθήσεις παρά τις ομοιότητες που εμφανίζουν, έχουν και αρκετές διαφορές. Για παράδειγμα η ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει συνήθως το παχύ έντερο, είναι συνεχής και προσβάλλει το βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα με εμφανή διάχυτα επιφανειακά έλκη, ενώ η Νόσος Crohn προσβάλλει συνήθως τον τελικό ειλέο και το δεξιό κόλον, είναι ασυνεχής και προσβάλλει όλους τους χιτώνες του παχέος εντέρου με εμφανή γραμμοειδή έλκη (Hauser et al., 2015). Επίσης η εμφάνιση του καρκίνου είναι συχνή στην ελκώδη κολίτιδα με περιπρωκτικές αλλοιώσεις 25%, οι στενώσεις είναι πάντα κακοήθεις, ενώ μετά την κολεκτομή η υποτροπή είναι σπάνια. Στη Νόσος Crohn η ανάπτυξη του καρκίνου είναι συχνή με περιπρωκτικές αλλοιώσεις 80%, οι στενώσεις είναι καλοήθεις και μετά την κολεκτομή η υποτροπή είναι πολύ συχνή, κατά 70% (Stjernman, 2011).

Φαίνεται ότι οι λοιμώξεις αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στην Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο των Εντέρων (ΙΦΝΕ) και ο επιπολασμός τους αυξάνει σημαντικά από τη μακροχρόνια χρήση των κορτικοστεροειδών (Barber et al., 2018). Για τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα θα πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα οι λοιμώξεις σε έδαφος μυελοτοξικότητας και οι ιογενείς λοιμώξεις (Axelrad, et al., 2018). Η χορήγηση αζαθειοπρίνης και 6-μερκαπτοπουρίνης έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ιογενών, βακτηριακών και μυκητιασικών λοιμώξεων, κάτι που δεν επαληθεύτηκε από τη βάση δεδομένων TREAT (Toguner et al., 2008). Για τους βιολογικούς παράγοντες, εκτός από την αναζωπύρωση λανθάνουσας φυματίωσης ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος για την έγκαιρη αναγνώριση, διάγνωση και θεραπεία ειδικών λοιμώξεων συμπεριλαμβανομένων και του τύπου ευκαιριακών λοιμώξεων (Rahier et al., 2009). Τέτοιες ευκαιριακές λοιμώξεις που έχουν παρατηρηθεί σπάνια κατά την θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες είναι η ιστοπλάσμωση, η λιστερίωση, η ασπεργίλλωση, η καντιντίαση και η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* (Kucharzik & Maaser, 2014). Κατά την διάρκεια αυτών των λοιμώξεων η αγωγή με βιολογικούς παράγοντες θα πρέπει να διακόπτεται άμεσα και να χορηγείται η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (Ng & Chan, 2013). Όσον αφορά στη φυματίωση σε ασθενή με πιθανή λανθάνουσα νόσο θα πρέπει να χορηγείται χημειοπροφύλαξη με Ισοναζίδη (6-9 μήνες), Ριφαμπικίνη (4 μήνες) ή συνδυασμός αυτών (3

μήνες). Η θεραπεία με βιολογικό παράγοντα θα πρέπει να ξεκινά ένα μήνα μετά την έναρξη της αντιφυματικής αγωγής (Mill & Lawrance, 2014).

Στην πορεία της ερευνητικής εργασίας θα περιγραφούν ο στόχος και οι σκοποί των ερευνητών, θα γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία είναι απαραίτητη για την συλλογή στοιχείων και την καταγραφή του υπόβαθρου της εργασίας, αλλά και την ανάδειξη του ερευνητικού κενού, το οποίο θα προσπαθήσει να καλύψει η μελέτη. Στη συνέχεια θα περιγραφεί ο σχεδιασμός της εργασίας, όπου θα γίνει αναφορά για τη χρησιμοποιούμενη επιστημολογία και μεθοδολογία, θα καταγραφούν τόσο η δειγματοληπτική τεχνική, όσο και τα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος, και θα περιγραφεί το χρησιμοποιούμενο δείγμα. Φυσικά θα γίνει αναφορά για την ηθική και τη δεοντολογία της έρευνας, καθώς και για τον τρόπο ανάλυσης των δεδομένων. Θα ακολουθήσει η ανάλυση των αποτελεσμάτων και η σύγκριση αυτών με την υπόλοιπη βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η επιτυχία μιας ερευνητικής διαδικασίας δεν εξαρτάται μόνο από τον καθορισμό του στόχου και τον σκοπών, αλλά θα πρέπει να ακολουθηθεί συγκεκριμένη διαδρομή για την εφαρμογή τους. Οι σκοποί θα πρέπει να λαμβάνουν μία ποσοτική έκφραση, να αφορούν συγκεκριμένη χρονική περίοδο να είναι ρεαλιστικοί και να ιεραρχούνται (Τομαράς, 2014), δηλαδή να είναι έξυπνοι άρα – Specific Measurable Achievable Realistic Timely – SMART (Shaw et al., 2016). Η χρήση του ακρωνυμίου SMART θα ενισχύσει την επιτυχία της ερευνητικής διαδικασίας. Οι σκοποί για την επιτυχία του στόχου ήταν αρχικά η διενέργεια μιας λεπτομερούς βιβλιογραφικής ανασκόπησης, διάρκειας ένα μήνα, στη συνέχεια ήταν απαραίτητη η συλλογή των στοιχείων από τα αρχεία της Γαστρεντερολογικής κλινικής, διάρκειας 12 μηνών, ακολούθησε η ολοκλήρωση της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που συλλέχθηκαν, διάρκειας δεκαπέντε ημερών και τέλος ήταν απαραίτητη η συγγραφή της ερευνητικής μελέτης, η οποία ολοκληρώθηκε σε σαράντα πέντε ημέρες. Η επιτυχία του στόχου δεν εξαρτιόταν μόνο από το σχεδιασμό των σκοπών, αλλά έπρεπε να ακολουθηθεί συγκεκριμένη διαδρομή για την εφαρμογή τους.

1.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ

Για τη δημιουργία μίας σωστά διατυπωμένης απαντήσιμης ερώτησης θα πρέπει να ακολουθηθούν κάποια συγκεκριμένα βήματα. Η ερώτηση συντάσσεται πριν τη διεξαγωγή μίας ερευνητικής μελέτης και καθορίζει τον τρόπο διεξαγωγής της μελέτης, τον πληθυσμό που θα μελετηθεί και τους τρόπους παρέμβασης που πιθανώς θα χρειαστούν (Hastings & Fisher, 2014). Πρόκειται για μία ερώτηση τεσσάρων συστατικών που ονομάζεται PICO και σημαίνει **P**opulation ή **P**atients (πληθυσμός ή ασθενείς), **I**ntervention (παρέμβαση), **C**omparison group (συγκρίσιμη ομάδα) και **O**utcome (έκβαση) (Treglia & Sadeghi, 2013). Όταν σχηματίζεται μία ερώτηση PICO για τη διαχείριση ενός θέματος, το κρίσιμο σημείο είναι η διατύπωση της ερώτησης με τη χρήση σωστών λέξεων κλειδιών έτσι ώστε να επιτευχθεί η βιβλιογραφική ανασκόπηση με επιτυχία (Larue et al, 2009). Για την ανεύρεση

των κατάλληλων αποδείξεων και την ολοκλήρωση της εργασίας δημιουργήθηκε η παρακάτω ερώτηση PICO.

Ερώτηση PICO

Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ (P) παράλληλα με τη νόσο τους μπορεί να εκδηλώσουν κάποιο είδος λοίμωξης, οι λοιμώξεις αυτές θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται κατάλληλα (I), έτσι ώστε να μην δυσχεραίνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (O).

Λέξεις κλειδιά: ΙΦΝΕ, λοιμώξεις, ασθενείς, ποιότητα ζωής.

PICO Question

Patients with IBD (P) along with their disease may develop some kind of infection, these infections should be recognized and treated (I) so as not to impede the quality of life of the patients (O).

Key words: IBD, infections, patients, quality of life

Για την ανεύρεση περισσότερων αποτελεσμάτων απαιτείται η χρήση συνώνυμων λέξεων κλειδιών (πίνακας 1) που έχουν σχέση με την ερώτηση και χρησιμοποιούνται σε συνδυασμούς (Bettany – Saptikov, 2012).

Πίνακας 1: Συνώνυμα ερώτησης PICO

	Λέξεις κλειδιά	Συνώνυμες λέξεις
P	IBD	
I	Infections	Contaminations
C		
O	quality of life, patients	Weak people

1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ / ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι ΙΦΝΕ είναι φλεγμονώδεις καταστάσεις που οδηγούν σε χρόνιες ασθένειες και έχουν σύνθετα γενετικά, ανοσολογικά και περιβαλλοντικά συστατικά, με αιτιολογία που δεν έχει ακόμη καθοριστεί πλήρως. Οι χρόνιες ασθένειες επηρεάζουν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού δημιουργώντας πολλές προκλήσεις, τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν τους ασθενείς αυτούς (Poitras et al., 2018). Οι επαγγελματίες υγείας συμβάλουν στη βελτιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, στο πλαίσιο των χρόνιων παθήσεων, αφού εμπλέκονται περισσότερο στην επαφή με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Gallani, 2015). Οι λοιμώξεις, όταν εμφανιστούν σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, μπορεί να επιδεινώσουν την πορεία της νόσου και να αυξήσουν τη νοσηρότητα, αλλά και τη θνητότητα, των ασθενών. Επομένως η συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών αναφορικά με τις ΙΦΝΕ και τις διάφορες λοιμώξεις, θα συμβάλλουν στην καλύτερη φροντίδα τους.

1.3 ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ

Με το όρο «αναστοχασμός» περιγράφεται η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα δικά του πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες του, και να τα χρησιμοποιεί για την καθοδήγηση της συνεχούς εκμάθησης. Με τον αναστοχασμό αναπτύσσονται ικανότητες αυτό-κατευθυνόμενης μάθησης και βελτιώνονται τα κίνητρα και η ποιότητα της φροντίδας που το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι σε θέση να παρέχει στους ασθενείς (Koshy et al., 2017). Στην αρχή είναι απαραίτητη η περιγραφή ενός συμβάντος, οι σκέψεις και τα συναισθήματα της στιγμής. Στη συνέχεια αξιολογείται η εμπειρία και αναλύεται το νόημα που προκύπτει και τελικά παραθέτονται συμπεράσματα και σκέψεις σχετικά με τι άλλο θα μπορούσε να είχε γίνει (Rolfe et al, 2011). Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ αντιμετωπίζουν πολλαπλά προβλήματα στην καθημερινότητα τους, όχι μόνο οι ίδιοι αλλά και οι οικογένειές τους, για το λόγο αυτό απαιτείται συντονισμένη βοήθεια από όλους τους επαγγελματίες υγείας. Υπάρχει ανάγκη για επώδυνες και δύσκολες ιατρικές διαδικασίες, συχνά ανακύπτει η ανάγκη για μακρόχρονη νοσηλεία, είναι επιτακτική η ανάγκη για αλλαγές στον τρόπο της ζωής τους και υπάρχει πάντα ο φόβος για το μέλλον και την ίδια τη ζωή (Habibi et al., 2017: Fragkos, 2016). Η ανάγκη για συστηματική φροντίδα αυξάνεται, αφού ο αριθμός των ατόμων που

διαγιγνώσκεται με ΙΦΝΕ εμφανίζει σημαντική αυξητική τάση παγκοσμίως, γεγονός που αυξάνει και την επίπτωση της νοσηρότητας της νόσου (Misra et al., 2017). Το γεγονός ότι δεν υπάρχει μόνιμη θεραπεία για τη νόσο, παρά τη χρήση φαρμακολογικών παρεμβάσεων, ενισχύουν την ύπαρξη άγχους και ανασφαλειών. Ο ρόλος του στρες στην εμφάνιση των ΙΦΝΕ δεν έχει τεκμηριωθεί, όμως δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το άγχος είναι ένας παράγοντας που προκαλεί και επιδεινώνει την πορεία και τα συμπτώματα της νόσου (Squires,2018). Για όλους τους λόγους που προαναφέρθηκαν απαιτείται η εμπειριστατωμένη διαχείριση των ΙΦΝΕ, με την έρευνα να καθίσταται απαραίτητη για τη συλλογή των περισσότερων δυνατών στοιχείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Για την διεξαγωγή μιας ερευνητικής διαδικασίας, είναι απαραίτητο η έρευνα να βασίζεται στη θεωρία και να σχεδιάζεται συστηματικά για να απαντήσει σε μια ερώτηση, να δοκιμάσει μια παρέμβαση ή να λύσει ένα πρόβλημα (Baker, 2017). Η ολοκλήρωση μιας μελέτης περιλαμβάνει κυρίως τέσσερα βήματα: πρώτον, τη διαμόρφωση μιας σαφούς ερώτησης βασισμένη σε ένα κλινικό πρόβλημα, δεύτερον, την επαλήθευση σχετικών στοιχείων από τη βιβλιογραφία, τρίτον, την αξιολόγηση της εγκυρότητας της σύγχρονης έρευνας και τέταρτον, την εφαρμογή των ευρημάτων στην κλινική λήψη αποφάσεων (Weng et al, 2015). Η δημιουργία του υποβάθρου του προς μελέτη θέματος έχει βασιστεί στην βιβλιογραφική ανασκόπηση.

2.1 ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΩΝ

Τα τελευταία χρόνια η συχνότητα εμφάνισης των ΙΦΝΕ έχει αυξηθεί παγκοσμίως. Οι περιοχές με υψηλή συχνότητα ΙΦΝΕ είναι η Αγγλία, η Βόρεια Ευρώπη, οι ΗΠΑ και η Αυστραλία. Στη Δύση η ελκώδης κολίτιδα κυμαίνεται από 3-15 νέες περιπτώσεις κατοίκων ανά χρόνο με επιπολασμό 50-80 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους. Η νόσο Crohn όμως κυμαίνεται γύρω στις 5 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους, με επιπολασμό 50 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους. Στις ΗΠΑ 1.000.000 άτομα πάσχουν από ΙΦΝΕ. Η ελκώδης κολίτιδα υπολογίζεται στους 6/100.000 κατοίκους ανά έτος και η νόσος Crohn σε 2/100.000 με αυξητικές τάσεις. Στην Ελλάδα η επίπτωση της νόσου κυμαίνεται από 4-11 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους το χρόνο (Colombel & Mahadevan, 2017: Ye et al.,2015).

Η επίπτωση της νόσου οφείλεται στο φύλο, την ηλικία, στη χωροταξική κατανομή, στην παρουσία δυσκοιλιότητας κατά την έναρξη της νόσου, την έκταση και τη βαρύτητα της κατά

την προσβολή, τη συχνότητα εξωεντερικών εκδηλώσεων και η πορεία της νόσου. Η ΙΦΝΕ προσβάλλει περισσότερο έφηβους και νέους ενήλικες ηλικίας μεταξύ 15-25 αλλά εμφανίζονται και στις ηλικίες μεταξύ 55-65 ετών. Οι μετανάστες από χώρες με χαμηλή επίπτωση πολλές φορές όταν βρεθούν σε χώρες με υψηλή επίπτωση αντιμετωπίζουν τους ίδιους κινδύνους με εκείνους που υπάρχουν στις χώρες αυτές εφόσον ακολουθούν τον ίδιο τρόπο διατροφής και ζωής. Οι συγγενείς 1^{ου} βαθμού κινδυνεύουν 3 φορές περισσότερο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι ΙΦΝΕ προσβάλλουν το ίδιο και τα δύο φύλλα (Μανούσος, 2003). Στις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη ή μετά από τον τοκετό παρατηρήθηκε ότι υπάρχει έξαρση της νόσου σε ποσοστό 30%. Υπάρχει και η περίπτωση της αυτόματης αποβολής του εμβρύου κατά 10% των γυναικών που πάσχουν από ΙΦΝΕ (Glover et al., 2016). Επίσης πολλές φορές η ΙΦΝΕ μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς κληρονομούμενους παράγοντες, όπως η μετάλλαξη των ογκογονιδίων K-Ras, c-myc και του κατασταλτικού γονιδίου p 53, η απώλεια γονιδίου στο χρωμόσωμα 17 και του DCC γονιδίου στο χρωμόσωμα 18 (Danese & Fiocchi, 2006).

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Η Ελκώδης Κολίτιδα είναι μία χρόνια ιδιοπαθή φλεγμονώδης νόσος που ξεκινά με προσβολή του ορθού και συνεχίζει και στο κόλον. Όταν υπάρχει μόνο στο ορθό ονομάζεται ελκωτική πρωκτίτιδα και συνήθως δεν προσβάλλει το υπόλοιπο έντερο αλλά περιορίζεται στο ορθό και το ορθοσιγμοειδές κατά 40-50%, στο αριστερό κόλον κατά 30-40%, το παχύ έντερο κατά 20% (Conrad et al., 2014). Η σημασία της φλεγμονής του εντέρου εμφανίστηκε σε αρκετές πρώτες ιατρικές σχολές του 19^{ου} αιώνα, ενώ η πρώτη περιγραφή της νόσου αποδίδεται στον Samuel Wilks και έως το 1909, είχαν ήδη περιγράψει εκατοντάδες περιπτώσεις στα νοσοκομεία του Λονδίνου. Ο Sir Samuel Wilks (1824-1911), σε μια έκθεση περίπτωσης που γράφτηκε το 1859, ήταν ο πρώτος γιατρός που χρησιμοποίησε τον όρο "Ελκώδης Κολίτιδα" για να περιγράψει μια κατάσταση παρόμοια με αυτή που γίνεται αντιληπτή ως UC σήμερα (Mulder et al., 2014). Ανάλογα με την έκταση του προσβεβλημένου παχέος εντέρου χαρακτηρίζεται: Ελκώδης ορθίτιδα (η νόσος περιορίζεται μόνο στο ορθό), αριστερή κολίτιδα (η νόσος περιορίζεται στο τμήμα του παχέος εντέρου που βρίσκεται περιφερικά της σπληνικής καμπής) και εκτεταμένη κολίτιδα (η νόσος περιορίζεται πέραν την σπληνικής καμπής και μπορεί να φτάσει μέχρι το τυφλό) (Dignass et al., 2014).

Κατά την ενδοσκόπηση υπάρχουν ήπιες αλλοιώσεις που οφείλονται στον οιδηματώδη υπεραϊμικό βλεννογόνο. Σε σοβαρές περιπτώσεις υπάρχουν μικροσκοπικά έλκη τα οποία γίνονται μεγάλα και βαθιά. Πολλές φορές τα έλκη αυτά επεκτείνονται κατά μήκος των κολικών ταινιών. Όταν η νόσος είναι σε ύφεση ο βλεννογόνος μπορεί να είναι φυσιολογικός ή ατροφικός. Όταν όμως η ελκώδης κολίτιδα διαρκεί πολύ καιρό μπορεί να αναπτυχθούν ψευδοπολύποδες. Η σοβαρότητα της νόσου σχετίζεται με τη βαρύτητα και την έκταση της νόσου. Μερικοί ασθενείς με ενεργή νόσο μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί (Μαυρογιάννης, 2008). Η Ελκώδης Κολίτιδα εκδηλώνεται με συμπτώματα που η σοβαρότητά τους ποικίλλει. Η νόσος διακρίνεται σε ήπια, μέσης βαρύτητας και σοβαρή. Όταν χρησιμοποιείται ο όρος έξαρση είναι για να περιγράψει τις περιόδους κατά την οποία η νόσος είναι ενεργός, ενώ ο όρος ύφεση χρησιμοποιείται για να περιγράψει την περίοδο ηρεμίας κατά την οποία δεν υπάρχουν συμπτώματα ή σημεία φλεγμονής (Boldeanu et al., 2014). Κατά την οξεία φάση της νόσου εμφανίζονται: πυρετός, απώλεια βάρους, ανορεξία, εμετοί, οιδήματα, υπολευκωματιναιμία, βαριά αναιμία και σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Σε χρόνια νόσο έχουμε βράχυνση και στένωση του κόλον και σε πολύ βαριά νόσο εμφανίζεται οξεία διάταση του εντέρου με βαθιά έλκη (Kuehn & Klar, 2015). Συνήθως εκδηλώνεται με αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις με χρόνια πορεία με υφέσεις και εξάρσεις. Έχει όμως και πολλές εξωεντερικές εκδηλώσεις όπως: στο δέρμα, στους οφθαλμούς, στις αρθρώσεις, στο ήπαρ και την καρδιά (Boldeanu et al., 2014).

Οι ασθενείς με ήπια νόσο παρουσιάζουν διαλείπουσα αποβολή αίματος από το ορθό που συνοδεύεται από αποβολή βλέννας και ήπια διάρροια (λιγότερες από 4 την ημέρα). Επίσης μπορεί εμφανιστεί ελαφρύ κωλικοειδές κοιλιακό άλγος, τεινεσμός αλλά και δυσκοιλιότητα (Feldman et al., 2015). Σε νόσο μέσης βαρύτητας μπορεί να παρουσιαστούν 4-10 διαρροϊκές κενώσεις ημερησίως που συνήθως έχουν αίμα. Μπορεί να συνοδεύεται από κωλικοειδές κοιλιακό άλγος που ηρεμεί με τη αφόδευση και άλλα συμπτώματα όπως χαμηλή πυρετική κίνηση, κόπωση, ανορεξία και απώλεια βάρους (Hauser et al., 2015). Σε σοβαρή νόσο παρουσιάζεται προσβολή του παχέος εντέρου. Οι ασθενείς έχουν πάνω από 10 διάρροιες συνοδευόμενες από σοβαρό κοιλιακό άλγος, πυρετό, αφυδάτωση και αιμορραγία που συνήθως απαιτεί μετάγγιση (Park et al., 2014). Μπορεί να εμφανιστούν και πολλές εξωεντερικές εκδηλώσεις όπως φλεγμονή και σε άλλα όργανα πέραν του παχέος εντέρου. Υπάρχουν 2 κατηγορίες εξωεντερικών εκδηλώσεων. Στην πρώτη η κλινική ενεργότητα ακολουθεί την έξαρση της εντερικής νόσου και περιλαμβάνει τη φλεγμονή των μεγάλων αρθρώσεων (αρθρίτιδα), των οφθαλμών (επισκληρίτιδα και ραγοειδίτιδα), και του δέρματος

(γαγγραινώδες πυόδεσμα και οζώδες ερύθημα). Στη δεύτερη κατά την οποία η κλινική ενεργότητα είναι ανεξάρτητη της ενεργότητας της εντερικής νόσου και περιλαμβάνει την αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα, και την πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα (προσβάλλει περίπου το 5% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα) (Μανούσος, 2003).

Η διάγνωση γίνεται από τη λήψη ιστορικού, τη φυσική εξέταση και την ορθή αξιολόγηση των συμπτωμάτων. Και τίθεται με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση και τη ιστολογική εξέταση των βιοψιών του εντερικού βλεννογόνου. Η κολονοσκόπηση βοηθά στον έλεγχο της έκτασης της προσβολής του παχέος εντέρου. Επιπρόσθετα οι αιματολογικές εξετάσεις και οι εξετάσεις κοπράνων βοηθούν σημαντικά στη διάγνωση της νόσου αλλά και στον αποκλεισμό άλλων αιτιών κολίτιδας (Nguyen et al., 2018).

Η θεραπεία εξαρτάται από την έκταση και τη σοβαρότητα της νόσου. Πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι η ύφεση της νόσου και η ανακούφιση των συμπτωμάτων και μετά η επούλωση των βλαβών του βλεννογόνου και τέλος η αποφυγή εμφάνισης επιπλοκών (Dingass et al., 2012). Η ορθίτιδα και ορθοσιγμοειδίτιδα αντιμετωπίζονται συνήθως με τη χορήγηση φαρμάκων (σαλικυλικά, κορτικοστεροειδή) δίνονται με μορφή υπόθετων που βοηθούν στις αλλοιώσεις στο ορθό και με υποκλυσμούς που δρουν θεραπευτικά (Pithada & Jain, 2011). Αυτή η θεραπεία οδηγεί σε ύφεση 90% των ασθενών. Η μακροχρόνια χορήγηση σαλικυλικών χρησιμοποιείται για συντήρηση της νόσου και είναι δυνατή η σταδιακή ελάττωση της δόσης. Στην πανκολίτιδα όπου η φλεγμονή εκτείνεται πέραν του σιγμοειδούς απαιτείται η θεραπεία από το στόμα με σαλικυλικά. Επίσης χορηγούνται κορτικοστεροειδή σε ασθενείς μέσης ή υψηλής βαρύτητας. Σε ανθεκτική ελκώδη κολίτιδα χορηγούνται κορτικοστεροειδή για τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Σε αυτούς τους ασθενείς χορηγούνται φάρμακα που καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα (Αζαθειοπρίνη-Βιολογικοί παράγοντες) (Kanis et al., 2018). Όταν η φαρμακευτική αγωγή αποτυγχάνει ή παρουσιάζονται επιπλοκές γίνεται κολεκτομή (Hauser et al., 2015). Η ελκώδης κολίτιδα μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει σε απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές. Τέτοιες είναι η στένωση του ορθού λόγω επαναλαμβανόμενων επεισοδίων έξαρσης της νόσου που μπορεί να προκαλέσει απόφραξη του αυλού του εντέρου, αιμορραγία από το ορθό και τοξικό megacolon το οποίο είναι μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές της νόσου (Keshav, 2009).

ΝΟΣΟΣ CROHN

Η νόσος Crohn εντοπίζεται 30-40% στο λεπτό έντερο, 40-45% στο λεπτό και το παχύ έντερο και 15-25% μόνο στο παχύ έντερο. Κατά 90% είναι προσβεβλημένος το τελικός ειλεός εφόσον συμμετέχει το λεπτό έντερο (Ha & Khalil, 2015). Τα συμπτώματα της νόσος Crohn είναι πυρετός, διάρροια, κολλοειδές άλγος και απώλεια βάρους. Στο 60% των περιπτώσεων ανευρίσκονται πολλαπλά κοκκιώματα στον υποβλεννογόνιο. Το εντερικό τοίχωμα γίνεται παχύ και άκαμπτο και ακολουθεί ίνωση και στένωση του εντέρου που μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη διατοιχωματικής φλεγμονής. Έτσι δημιουργούνται αποστήματα και συρίγγια (Stjernman, 2011; Li et al., 2019). Επίσης μπορεί να παρουσιαστεί αιμορραγία όταν υπάρχει προσβολή του παχέος εντέρου. Πυρετός και κοιλιακό άλγος το οποίο βελτιώνεται με τη νηστεία και επιδεινώνεται με τη λήψη τροφής (Limdi, 2018). Όταν προσβάλλεται το λεπτό έντερο τότε συνυπάρχουν συμπτώματα δυσαπορρόφησης και διαταραχή του μεταβολισμού των χολικών αλάτων και αυξημένη απορρόφηση οξαλικών αλάτων από το παχύ έντερο που έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία χολολιθίασης ή νεφρολιθίασης. Τέλος μπορούν να εμφανιστούν και εξωεντερικές εκδηλώσεις όπως υποθρεψία, υπολευκοματιναιμία, σιδηροπενική αναιμία και αρθρίτιδα (Benjamin et al., 2018).

Η διάγνωση της νόσου μπορεί να καθυστερήσει για πολλά χρόνια γιατί τα συμπτώματα μοιάζουν με τα συμπτώματα του ευερέθιστου εντέρου. Συνήθως εμφανίζονται διάρροια ταυτόχρονα με κοιλιακό άλγος, πυρετό και απώλεια βάρους. Περίπου το 75% των ασθενών εμφανίζουν πυρετό και κοιλιακό άλγος. Όταν είναι προσβεβλημένος ο τελικός ειλεός οι διάρροιες είναι ογκώδεις και φτάνουν τις 5-6 την ημέρα, ενώ όταν εντοπίζεται στο παχύ έντερο και ιδιαίτερα στο ορθό η διάρροια είναι έντονη με ακράτεια κοπράνων. Το αίμα δεν είναι συχνό στην νόσο Crohn, μπορεί όμως να εμφανιστεί σε ασθενείς με Crohn κολίτιδα. Επίσης μαζική αιμορραγία μπορεί να εμφανιστεί στο 1-2% των περιπτώσεων. Το κοιλιακό άλγος εξαρτάται από την εντόπιση της νόσου και τη φλεγμονή (Loftus, 2004). Έτσι όταν ο πόνος είναι περιομφαλικός, ήπιος ή μέτριας έντασης ο οποίος εμφανίζεται μετά τη λήψη τροφής και ανακουφίζεται με την κένωση σχετίζεται με ατελή απόφραξη του εντέρου. Όταν ο πόνος εντοπίζεται σε δεξιό λαγόνιο τότε μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονή που εντοπίζεται στην ειλεοτυφλική περιοχή. Σε πλήρη ή ατελή απόφραξη του τελικού ειλεού ο πόνος μπορεί να είναι σπλαχνικός και να συνυπάρχει διάταση της κοιλιάς, ναυτία και εμετός. Το κοιλιακό άλγος εμφανίζεται στην πλειοψηφία των ασθενών και χωρίς να έχουν κάποια απόφραξη. Στο 50% των ασθενών παρουσιάζουν δεκατική πυρετική κίνηση, ενώ πολύ σπάνια μπορεί να εμφανιστεί υψηλός πυρετός ο οποίος συνοδεύεται από ρίγος και εφίδρωση και μπορεί να

οφείλεται στην δημιουργία κάποιου αποστήματος (Bernstein & Shanahan, 2008). Απώλεια βάρους εμφανίζεται στο 25-40% των ασθενών που μπορεί να οφείλεται σε ανορεξία ή μειωμένη πρόσληψη τροφής. Μερικές φορές όμως μπορεί να οφείλεται στο ότι ο οργανισμός δεν μπορεί να απορροφήσει τα θρεπτικά συστατικά. Τέλος το 50% των ασθενών θα εμφανίσει κάποιες βλάβες από τον πρωκτό, όπως ραγάδες και έλκη. Υπάρχουν 4 τύποι της νόσου. Ο πιο συχνός είναι ο φλεγμονώδης τύπος που συνυπάρχει πυρετός, κακουχία, απώλεια βάρους, αδυναμία και διάρροια και κοιλιακό άλγος. Ο αποφρακτικός τύπος που συνυπάρχει με κολικό στην κοιλιά, φούσκωμα και γουργουρητό της κοιλιάς και εκδηλώνεται με συρίγγια και αποστήματα (Feldman et al., 2015). Η ταξινόμηση του Μόντρεαλ βασίζεται στην ηλικία της διάγνωσης, τη θέση της νόσου και τη συμπεριφορά της νόσου (Πίνακας 2). Τα συμπτώματα της νόσου Crohn εξαρτώνται από την ανατομική θέση της νόσου.

Πίνακας 2: Ταξινόμηση του Μόντρεαλ για την Νόσο Crohn

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΡΕΑΛ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN		
Age at diagnosis (ηλικία διάγνωσης της νόσου)	Location of disease (θέση της νόσου)	Behaviour of disease (συμπεριφορά της ασθένειας)
A1: Below 16 years (κάτω από 16 χρόνια)	L1: Disease isolated to ileum (ασθένεια που εντοπίζεται στον ειλεό)	B1: Not causing strictures Perforations (μη στενωτική/μη διεισδυτική)
A2: 17–40 years (17-40 χρόνια)	L2: Disease isolated to large bowel (ασθένεια που εντοπίζεται στο παχύ έντερο)	B2: Causing strictures (στενωτική)
A3: Over 40 years (πάνω από 40 χρόνια)	L3: Disease involving ileum and colon (ασθένεια που εντοπίζεται στον ειλεό και στο κόλον)	B3: Causing perforations (διεισδυτική)

Πηγή: Fkhoury et al., 2014.

Οι κυριότερες επιπλοκές είναι τα αποστήματα, τα συρίγγια οι περιπρωκτικές βλάβες, το καρκίνωμα του λεπτού και του παχέος εντέρου, η αιμορραγία, η δυσαπορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και η αναστολή της σωματικής ανάπτυξης στα παιδιά. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται από την έκταση της προσβολής του και τη διάρκεια της νόσου. Έτσι αυξάνεται με την ολική ή εκτεταμένη κολίτιδα και ανάλογες είναι οι ενδείξεις για κολεκτομή σε αυτούς τους ασθενείς. Τέλος η εκτεταμένη προσβολή του παχέος εντέρου παρατηρείται σε μικρό ποσοστό των ασθενών και ένα μικρό ποσοστό ασθενών με μακρά διάρκεια της νόσου θα εμφανίσει καρκίνο (Μανούσος, 2003).

Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή και χειρουργική. Κατά τη συντηρητική θεραπεία χορηγούνται φάρμακα (αντιφλεγμονώδη, ανάλογα σουλφασαλαζίνης, κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά, βιολογικοί παράγοντες, αντιβιοτικά και φάρμακα συμπτωματικής αντιμετώπισης) κατάλληλη διατροφή και ψυχιατρική υποστήριξη. Η χειρουργική θεραπεία αφορά αυτούς που η συντηρητική θεραπεία απέτυχε και παρουσίασαν κάποια σοβαρή επιπλοκή και συμπτώματα οξείας κοιλίας. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να αποτελέσει ένδειξη για χειρουργείο (Meier & Sturn, 2011; Lenti et al., 2018).

ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Η ακριβής διάγνωση της κολίτιδας δεν μπορεί πάντα να καθοριστεί με τα διαθέσιμα διαγνωστικά εργαλεία. Η υποομάδα των ασθενών με αβέβαιη διάγνωση έχει ταξινομηθεί ως "αδιευκρίνιστη κολίτιδα". Η Ελκώδη Κολίτιδα επηρεάζει χαρακτηριστικά το ορθό, εμπεριέχει το κόλον συνεχόμενα και συμμετρικά, ενώ η ασθένεια είναι πιο σοβαρή περιφερικά (Tremaine, 2011). Η νόσος Crohn δεν είναι συνεχής ή συμμετρική και δε χρειάζεται να περιλαμβάνει το ορθό. Το 1978 δημιουργήθηκε ο όρος αδιευκρίνιστη κολίτιδα για να αναφερθεί σε μια υποομάδα περίπου 10-15% των περιπτώσεων των ΙΦΝΕ, στις οποίες υπήρχε δυσκολία στη διάκριση μεταξύ Ελκώδους Κολίτιδας και νόσου του Crohn. Ο ορισμός του "απροσδιόριστου" ωστόσο, έχει αλλάξει με την πάροδο των ετών. Αρχικά, η αδιευκρίνιστη κολίτιδα προτάθηκε από παθολόγους για να χαρακτηριστούν οι ασθενείς που παρουσίαζαν αλληλεπικαλυπτικά χαρακτηριστικά της Ελκώδη Κολίτιδας και της νόσου του Crohn. Αργότερα, η ίδια ορολογία χρησιμοποιήθηκε για ασθενείς που δεν έδειξαν σαφή κλινικά, ενδοσκοπικά, ιστολογικά και άλλα χαρακτηριστικά που επιτρέπουν τη διάγνωση είτε Ελκώδη Κολίτιδα είτε νόσο του Crohn (Guidi & Riddel, 2004; Geboes et al., 2008).

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Λοίμωξη καλείται η τοπική ή συστηματική αντίδραση του οργανισμού στην είσοδο ή στην αύξηση ενός ή περισσότερων παθογόνων μικροοργανισμών (βακτήρια, μύκητες, ιούς, παράσιτα), οι οποίοι μέσω της τοξικότητας τους οδηγούν στην ανάπτυξη φλεγμονής προκαλώντας ήπια ή σοβαρή κλινική εικόνα (Γιωτάκη, 2014; Crump et al, 2015). Οι λοιμώξεις αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας και οδηγούν σε αύξηση της νοσηρότητας, της θνητότητας και του κόστους νοσηλείας. Υπολογίζεται ότι το 5-10% των νοσηλευόμενων ασθενών θα αναπτύξει τουλάχιστον μια νοσοκομειακή λοίμωξη, ενώ η παράταση νοσηλείας υπολογίζεται στις 10 ημέρες. Οι Ενδονοσοκομειακές Λοιμώξεις συνεπάγονται με λοιμώξεις οφειλόμενες σε Ανθεκτικά Παθογόνους μικροοργανισμούς (Sterling, 2016).

Οι λοιμώξεις έχουν μια ιδιαιτερότητα σε σχέση με τις άλλες αρρώστιες, διότι μπορούν να προκαλέσουν τον θάνατο σ' ένα εντελώς υγιές μέχρι εκείνη τη στιγμή άτομο. Αν αυτό το άτομο θα θεραπευτεί ή θα πεθάνει εξαρτάται από τη διάγνωση και την κατάλληλη θεραπεία. Η διαφορά δηλαδή ανάμεσα στα δύο αποτελέσματα είναι ζήτημα μικρού χρόνου καθώς, η λοίμωξη δεν αποτελεί χρόνια νόσο όπως για παράδειγμα η υπέρταση η οποία θα βελτιωθεί ή θα σταθεροποιηθεί με την φαρμακευτική αγωγή, αντιθέτως εδώ χρήζει σωστή αντιμετώπιση από το ίδιο το άτομο μέσω των αμυντικών του μηχανισμών αν διαθέτει ή επιτακτική φροντίδα από τον ιατρό-φάρμακα ώστε να μπορεί να ιαθεί πλήρως χωρίς να έχει μετά κανένα απολύτως πρόβλημα (Γιωτάκη, 2014).

Δεν πρέπει να συνδέεται η λοίμωξη με τη μόλυνση διότι η μόλυνση προκαλείται από την παρουσία μικροβίων σε σημεία του σώματος που φυσιολογικά δεν υπήρχαν και προκαλούν φλεγμονή. Επίσης, η λοίμωξη διαφέρει από τον αποικισμό μικροοργανισμών στο οργανισμό, οι οποίοι συμβιώνουν αβλαβώς ή λειτουργούν βοηθητικά (π.χ. η εντερική μικροχλωρίδα συμμετέχει στην παραγωγή και σύνθεση βιταμινών), (Γιωτάκη, 2014; Sterling, 2016).

Τα είδη των λοιμώξεων είναι τα εξής:

Εξωγενής λοίμωξη: συμβαίνει κατά τη μετάδοση του λοιμογόνου μικροοργανισμού από πρόσωπο που βρίσκεται στο χώρο του νοσοκομείου. Μπορεί να μεταδοθεί με μικρά σταγονίδια (φυματίωση, ασπέργιλος, ιλαρά, μηνιγγιδόκοκκος κ.α.) ή διασπορά μικροβίων

κατά την περιποίηση τραύματος. Επίσης, μέσω της επαφής είτε άμεσα διαμέσου άψυχου αντικειμένου (μολυσμένο φαγητό), είτε έμμεσα μέσω των χεριών του προσωπικού (Khan et al, 2015).

Ενδογενής λοίμωξη: αποτελεί λοίμωξη που οφείλεται στον αποικισμό της χλωρίδας του ασθενή από νοσοκομειακά παθογόνα (πιο συχνή). Καθώς το παχύ έντερο περιέχει 10^{12} βακτήρια ανά gr περιεχομένου και > 100 είδη, τα οποία αναστέλλουν την ανάπτυξη των παθογόνων μικροοργανισμών, δημιουργώντας έτσι την λεγόμενη «γραμμή άμυνας». Η διαταραχή αυτού του φραγμού επέρχεται μετά από μόλυνση με παθογόνα μικρόβια τα οποία μεταφέρθηκαν είτε από το προσωπικό (χέρια τους, ιατρικές συσκευές, ποδιές κ.α.), είτε λόγω μείωσης της γαστρικής οξύτητας (χορήγηση αναστολέων αντλίας-πρωτονίων). Επιπλέον, μεταβολή της φυσιολογικής χλωρίδας μπορεί να επέλθει από την παρατεταμένη χρήση αντιβιοτικών ή ανοσοκατασταλτικών σκευασμάτων καθώς και από μόλυνση των κοπράνων από μικρόβια που βρίσκονται εντός του οργανισμού του ή στο περιβάλλον του (Khan et al, 2015).

Περιβαλλοντική λοίμωξη: Η λοίμωξη οφείλεται στη μετάδοση παθογόνων μικροοργανισμών από αντικείμενα του περιβάλλοντος που έχουν μολυνθεί από ανθρώπινη πηγή (Khan et al, 2015).

Νοσοκομειακή λοίμωξη: Κάθε λοίμωξη που αναπτύχθηκε μετά από 48 ώρες από την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο και η οποία δεν ήταν παρούσα ή δεν ήταν σε στάδιο επώασης κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Επίσης, νοσοκομειακές θεωρούνται οι λοιμώξεις που εκδηλώνονται έως και 5 ημέρες μετά την έξοδο του ασθενούς από παθολογικό τμήμα ή μέχρι και 30 ημέρες μετά από χειρουργική επέμβαση καθώς και εκείνες που εκδηλώνονται από 1 έτος έως και 2 έτη για τις επεμβάσεις τοποθέτησης ξένου σώματος (πχ τεχνητή βαλβίδα καρδιάς, αρθροπλαστική) (Khan et al, 2015).

Επιδημικές νοσοκομειακές λοιμώξεις: Εμφανίζονται κατά τη διάρκεια εξάρσεων, και ορίζονται σαν ασυνήθιστη αύξηση πάνω από τη βασική συχνότητα μιας λοίμωξης ή ενός λοιμογόνου μικροοργανισμού (Khan et al, 2015).

Ενδημικές νοσοκομειακές λοιμώξεις: Οι λοιμώξεις που εμφανίζονται "σποραδικά", (Khan et al, 2015).

Λοίμωξη χειρουργικού πεδίου (επιπολής, εν τω βάθει): Αποτελεί κάθε πυώδη έκκριση, απόστημα ή εκτεταμένη φλεγμονή στην περιοχή της χειρουργικής επέμβασης κατά τη

διάρκεια ενός μήνα μετά την επέμβαση. Τα μέτρα πρόληψης περιλαμβάνουν την άσηπτη χειρουργική τεχνική, τον καθαρισμό του περιβάλλοντος του χειρουργείου, τον μειωμένο προεγχειρητικό χρόνο παραμονής του ασθενούς, τον προεγχειρητικό καθαρισμό και τοπική αντισηψία της χειρουργικής περιοχής με συνεχή και διαρκή επιτήρηση για τυχόν ανάπτυξη λοίμωξης του χειρουργικού πεδίου (Khan et al, 2015).

Ουρολοίμωξη: Λοίμωξη η οποία προκύπτει από τη θετική ουροκαλλιέργεια (με ένα ή δύο είδη) μπορεί να εκδηλωθεί με πόνο, πυρετό, τσούξιμο κ.α. ή χωρίς κλινικά συμπτώματα. Τα μέτρα πρόληψης στην ουρολοίμωξη περιλαμβάνουν την τοποθέτηση ουροκαθετήρα όπου χρειάζεται με άσηπτες τεχνικές κατά την τοποθέτησή του και η κατάλληλη προληπτική φαρμακευτική αγωγή (Khan et al, 2015: Stein et al,2015).

Λοίμωξη αναπνευστικού: Η λοίμωξη μπορεί να καταλαμβάνει το ανώτερο αναπνευστικό ή το κατώτερο ή και τα δυο, και εκδηλώνεται με συνήθη συμπτώματα όπως βήχα, πυώδη πτύελα, πυρετό, καταρροή κ.α. Τα μέτρα πρόληψης απευθύνονται στην ανάπαυση, καλή διατροφή, φαρμακευτική αγωγή, σε διηθήματα στην ακτινογραφία συμβατά με λοίμωξη πνευμονίας συνδεδεμένη με αναπνευστήρα να γίνεται άσηπτη τεχνική διασωλήνωσης και αναρροφήσεων καθώς και μείωση του χρόνου παραμονής στο σωλήνα, χορήγηση αντιγριπικού εμβολιασμού του προσωπικού των Νοσοκομείων και των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, απομόνωση, χρήση αποστειρωμένου νερού για το οξυγόνο και θεραπεία με μάσκες (Khan et al, 2015).

Πρωτοπαθής βακτηριαμία: Παθογόνο που απομονώνεται από αιμοκαλλιέργεια και που δεν αποδίδεται σε συγκεκριμένη εστία λοίμωξης μαζί με συμπτώματα λοίμωξης (πυρετός, ρίγος, ή υπόταση). Αν το παθογόνο ανήκει στα μικρόβια που αποικίζουν το δέρμα χρειαζόμαστε δύο αιμοκαλλιέργειες. Στην πρωτοπαθή βακτηριαμία ανήκουν και οι λοιμώξεις από κεντρικό καθετήρα. Έτσι, χρήζει κατάλληλη χορήγηση αντιμικροβιακών και αντιβιοτικών σκευασμάτων με την επιλογή του αντιβιοτικού να βασίζεται στην πιθανή εστία λοίμωξης, στην τοπική επιδημιολογία και αντοχή του νοσοκομείου, στην κατάσταση του ασθενούς και στο κόστος (Khan et al, 2015).

Λοίμωξη αγγειακού καθετήρα: Φλεγμονή, λεμφαγγειίτις, ή πυώδης έκκριση από το σημείο εισόδου του καθετήρα. Οι λοιμώξεις αυτές μπορούν να προληφθούν με τη μειωμένη διάρκεια παραμονής των αγγειακών καθετήρων, με τη σωστή τοπική αντισηψία της περιοχής με άσηπτη τεχνική κατά την τοποθέτηση αυτών, και είναι επιτακτική η ανάγκη

άμεσης αφαίρεσης αν υπάρχει υποψία λοίμωξης. Στους κεντρικούς καθετήρες απαιτείται χειρουργική αντισηψία κατά την τοποθέτηση (Khan et al, 2015).

Κύριοι υπεύθυνοι παθογόνοι μικροοργανισμοί που ευθύνονται για την ανάπτυξη λοίμωξης είναι μικρόβια ή βακτήρια, ιοί, μύκητες, έλμινθες και πρωτόζωα. Οι λοιμώξεις μπορεί να γίνουν απειλητικές για τον ανθρώπινο οργανισμό όταν η ανοσολογική άμυνα είναι κατασταλαμένη, όπως σε ευπαθής ομάδες (νεογνά, ηλικιωμένοι), σε υποσιτισμένα άτομα, σε διάσπαση της ακεραιότητας του δέρματος (εγκαυματίες ή τραυματισμένους, χειρουργημένοι), σε ανοσοκατασταλαμένα άτομα, σε χρόνιες παθήσεις (όπως σακχαρώδη διαβήτη, νεφρική ανεπάρκεια, καρκίνο, αλκοολισμό, καρδιολογικές, πνευμονολογικές ή ηπατικές νόσους). Παραταύτα, υπάρχουν πολλοί νοσογόνοι παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν υγιή άτομα, ανεξάρτητα από το εάν είναι νέα ή ηλικιωμένα, σε καλή ή αδύναμη κατάσταση και να αναπτύξουν λοίμωξη. Αυτό οφείλεται στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (π.χ. απλό έρπητα ή χλαμύδια), νόσους του αναπνευστικού (γρίπη ή ανεμοβλογιά), παθογόνα που μεταφέρονται με το φαγητό ή το νερό (χολέρα, σχιστοσωμίαση) (Γιωτάκη, 2014: Crump et al,2015).

Οι συστηματικές λοιμώξεις προκαλούν πυρετό, ρίγη, ιδρώτα, καταβολή και ενίοτε κεφαλαλγία, μυαλγίες και αρθραλγίες, ή μεταβολή του επιπέδου συνείδησης. Οι εντοπισμένες λοιμώξεις προκαλούν ερυθρότητα του ιστού, οίδημα, ευαισθησία, θερμότητα και απώλεια λειτουργικότητας. Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί μπορούν να μεταδοθούν στους ξενιστές με πολλούς τρόπους όπως με την εισπνοή, με την κατανάλωση τροφής, μέσω ένεσης ή δείγματος ενός φορέα, με άμεση επαφή (π.χ. δέρμα με δέρμα), επαφή με αίμα ή με σωματικά υγρά, μέσω έμβρυο-μητρικής κυκλοφορίας, μέσω επαφής με μολυσματικές ουσίες ή με αυτοενοφθαλμισμό. Στους χώρους παροχής υγείας, οι λοιμώξεις μεταδίδονται στους ασθενείς μέσω των χεριών του προσωπικού και άλλων εργαζομένων (Crump et al,2015).

Από τη στιγμή που οι παθογόνοι μικροοργανισμοί διαπεράσουν τους επιδερμικούς και βλεννογονικούς φραγμούς και καταφέρουν να εισέλθουν στους εσωτερικούς ιστούς, μπορούν να εξαπλωθούν γρήγορα κατά μήκος μεμβρανών όπως οι μήνιγγες, ο υπεζωκότας ή το περιτόναιο. Ορισμένα παθογόνα παράγουν ένζυμα που καταστρέφουν τις κυτταρικές μεμβράνες, κάνοντάς τα ικανά να κινηθούν γρήγορα από κύτταρο σε κύτταρο ή εισβάλλουν στο λεμφικό σύστημα και εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος όπου πολλαπλασιάζονται σε πολλά σημεία. Αυτό γίνεται συχνά στους πυογόνους οργανισμούς, οι οποίοι δημιουργούν αποστήματα πέραν από το αρχικό σημείο εισόδου. Οι ιοί και οι

ρικέςσιες, που πολλαπλασιάζονται μόνο μέσα στα κύτταρα, ταξιδεύουν μέσα στο αίμα για να προκαλέσουν συστηματικές λοιμώξεις (Crump et al,2015: Sterling, 2016).

Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί δεν είναι ορατοί με γυμνό μάτι και μπορούν να βρεθούν παντού σε οποιοδήποτε περιβάλλον (έδαφος, νερό αέρα, τροφή), χωρίς να γίνουν αντιληπτοί. Αξίζει να σημειωθεί ότι, τα βακτήρια απαριθμούνται στον οργανισμό μας πολλαπλάσια των κυττάρων μας. Ωστόσο, οι αμυντικοί μηχανισμοί που έχει αναπτύξει το ανθρώπινο σώμα καθιστά συμβιωτική και μη επιβλαβή την συνύπαρξη κυττάρων και βακτηρίων (Fisher et al, 2017). Αυτό που δημιουργεί πρόβλημα και αιτία λοίμωξης είναι η ανάπτυξη τους σε σημεία όπου φυσιολογικά δεν θα έπρεπε να βρίσκονται όπως: εγκέφαλος, καρδιά, πνεύμονες κ.α., και ο οργανισμός μας αναπτύσσει αμυντικούς φραγμούς σχηματίζοντας μια κατάσταση λοίμωξης, η οποία ανάλογα το όργανο που πάσχει έχει και την δική της ιδιαιτερότητα. Για παράδειγμα, υπάρχουν οι λοιμώξεις του αναπνευστικού, του ουροποιητικού ή του δέρματος. Είναι ζωτικής σημασίας η διάκριση αυτή καθώς μας επιτρέπει την αναγνώριση του είδους του βακτηρίου που καθορίζει και τον ανάλογο τρόπο δράσης και ως προς την θεραπεία, την πρόληψη και την προφύλαξη (Sterling, 2016). Επιπλέον, οι λοιμώξεις ανάλογα από το ποιος μικροοργανισμός είναι υπεύθυνος διακρίνονται σε βακτηριακές, ιογενείς, μυκητιασικές και παρασιτικές. Τα βακτήρια ή μικρόβια ανήκουν στα προκαρυωτικά κύτταρα όπου το DNA τους δεν περιορίζεται μέσα στον πυρήνα, και εμφανίζουν ποικίλη λοιμογόνο δράση(π.χ. από μια αμυγδαλίτιδα ή έναν αθώο αποικισμό του δέρματος σε μία βαριά επιδημία. Επιπλέον, μπορούν να εντοπιστούν στο μικροσκόπιο διαιρούμενα σε κόκκους, βακτηρίδια, δονάκια, σπειρύλλια και σπειροχαίτες (Unemo et al, 2017). Οι μύκητες είναι μονοκύτταροι ή πολυκύτταροι μικροοργανισμοί οι οποίοι είναι μεγαλύτεροι από τα βακτήρια και παρουσιάζουν άκαμπτο κυτταρικό τοίχωμα το οποίο περιέχει πολυσακχαρίτες και χιτίνη. Τα πρωτόζωα είναι μονοκυττάρια παράσιτα και διαχωρίζονται σε παθογόνα των βλεννογόνων και των ιστών. Οι ιοί είναι οι μικρότεροι μικροοργανισμοί οι οποίοι προκαλούν λοιμώξεις. Χαρακτηριστικό τους γνώρισμα αποτελεί η επιβίωση τους μόνο στο εσωτερικό άλλων κυττάρων, με αποτέλεσμα τη μόλυνση ή την τροποποίηση των δομών του κυττάρου ή το θάνατο του. Λοιμώξεις που οφείλονται σε ιούς είναι το κοινό κρυολόγημα, η γρίπη, ο έρπης, η ανεμοβλογιά, ορισμένες μορφές ηπατίτιδας κ.α. Ο ιός του HIV ευθύνεται για την νόσο του AIDS και αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση ιογενούς λοίμωξης η οποία προσφέρει έδαφος επιπρόσθετης βακτηριακής ανάπτυξης. Καθώς οι ιοί δεν ανταποκρίνονται στην αντιβιοτική θεραπεία αρκούμαστε σε υποστηρικτικά μέτρα όπως ένα κοινό κρυολόγημα το οποίο απαιτεί ανάπαυση, ενυδάτωση, αντιπυρετικά και καλή διατροφή, αλλά και σε ειδικά μέτρα που

περιλαμβάνουν ειδικά αντιϊκά φάρμακα, τα οποία χορηγούνται ανάλογα την περίπτωση (Crump et al,2015: Khan et al, 2015).

Οι άμυνες του οργανισμού ενάντια στις λοιμώξεις ξεκινούν με μηχανισμούς που εμποδίζουν την είσοδο των μικροοργανισμών στα διάφορα οργανικά συστήματα (π.χ. στο δέρμα, στο αναπνευστικό, στο γαστρεντερικό ή ουροποιηγεννητικό σύστημα). Οι άμυνες αυτές περιλαμβάνουν (1) χημικές ουσίες (π.χ. λυσοζύμη στα δάκρυα, λιπαρά οξέα στο δέρμα, γαστρικό οξύ και παγκρεατικά ένζυμα στο έντερο), (2) βλέννα που παγιδεύει τους οργανισμούς, (3) συμπλέγματα Β λεμφοκυττάρων που παράγουν αντισώματα (π.χ. αμυγδαλές, πλάκες του Peyer) και (4) βακτήρια και μύκητες στο δέρμα και στην επιφάνεια των βλεννογόνων (φυσιολογική χλωρίδα) που καταστρέφουν τους περισσότερο επικίνδυνους οργανισμούς. Σε ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία, η φυσιολογική χλωρίδα μπορεί να γίνει η πηγή ευκαιριακών λοιμώξεων. Επίσης, ένας οργανισμός μπορεί να επηρεάσει την εξωτερική άμυνα και να επιτρέψει σε έναν άλλο να εισέλθει. Για παράδειγμα, οι ιοί μπορεί να προάγουν την εισβολή των βακτηριδίων καταστρέφοντας τον βλεννογόνο του αναπνευστικού συστήματος. Η δεύτερη γραμμή άμυνας του οργανισμού είναι η μη-ειδική ανοσολογική απάντηση, η φλεγμονή. Το τρίτο σημαντικό αμυντικό σύστημα, η ειδική ανοσολογική απάντηση, εξαρτάται από την ενεργοποίηση των λεμφοκυττάρων, στην διάρκεια της οποίας τα Β και Τ λεμφοκύτταρα αναγνωρίζουν συγκεκριμένους αντιγονικούς δείκτες του μικροοργανισμού. Τα Β κύτταρα παράγουν ανοσοσφαιρίνες (αντισώματα) και τα Τ κύτταρα ενορχηστρώνουν μία πολύπλευρη επίθεση κυτταροτοξικών κυττάρων (Crump et al,2015:Khan et al, 2015). Αν και πολλές λοιμώξεις (π.χ. αυτές που προκαλούν χαρακτηριστικά εξανθήματα) διαγιγνώσκονται κλινικά, η οριστική ταυτοποίηση της λοίμωξης συνήθως γίνεται στο εργαστήριο με την αποκάλυψη ειδικών αντισωμάτων με ή χωρίς ανοσοφθορισμό. Δείγματα αίματος, ούρων, κοπράνων, πτυέλων και άλλων σωματικών υγρών που έχουν συλλεχθεί προσεκτικά και καλλιεργηθεί χρησιμοποιούνται για την ταυτοποίηση των παθογόνων και της ευαισθησίας τους στην θεραπεία (Crump et al,2015: Sterling, 2016).

Πολλές λοιμώξεις, όπως το κοινό κρυολόγημα, είναι αυτό-περιοριζόμενες και δεν χρειάζονται συγκεκριμένη θεραπεία. Η κατανόηση αυτής της άποψης είναι σημαντική, καθώς η κατάχρηση των αντιβιοτικών δεν βοηθά τους προσβεβλημένους ασθενείς και μπορεί να βλάψει την κοινότητα υποθάλποντας την αντιμικροβιακή αντίσταση. Πολλές συνηθισμένες λοιμώξεις αντιδρούν καλά σε αντιμικροβιακά προϊόντα, ενώ αντίθετα άλλες λοιμώξεις όπως τα αποστήματα, μπορεί να χρειάζονται διάνοιξη και παροχέτευση. Επιπλέον,

η χρήση προβιοτικών σκευασμάτων έχουν αναδείξει μείωση των λοιμώξεων και μικρό περιορισμό (Hao et al, 2015). Οι χειρουργικές λοιμώξεις κατηγοριοποιούνται σε δύο ξεχωριστές ομάδες παθήσεων ή καταστάσεων που διαφέρουν ως προς την αιτία και τον τρόπο που προκαλούνται, αλλά έχουν κοινό παρονομαστή τη σοβαρότητα και την ανάγκη έγκαιρης αντιμετώπισης. Έτσι, έχουμε πρώτον τις παθήσεις που ξεκινούν ως φλεγμονές ή λοιμώξεις και απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση (σε αντίθεση με άλλες λοιμώξεις που θεραπεύονται με αντιβιοτικά) και δεύτερον οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις που εμφανίζονται μετά από εγχειρήσεις οποιασδήποτε περιοχής του ανθρώπινου σώματος και ανεξαρτήτως από την αρχική παρουσία ή όχι φλεγμονής οργάνου ή περιοχής (έχουν σχέση με τις διάφορες εγχειρητικές τεχνικές που εφαρμόζονται), (Sterling, 2016).

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΙΦΝΕ

Η εμφάνιση λοιμώξεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ μπορεί να επιδεινώσει μια ήδη σοβαρή κολίτιδα και να χειροτερέψει την πρόγνωση της νόσου. Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ αποτελούν έναν *a priori* πληθυσμό με αμυντικό σύστημα σε καταστολή. Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να παρακολουθούνται στενά για την εμφάνιση λοιμώξεων συμπεριλαμβανομένης της φυματίωσης πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία με Infliximab (Azimi et al., 2018: Kucharzik & Maaser, 2014). Θα πρέπει να δίδεται προσοχή όταν συνιστάται η χρήση του Infliximab σε ασθενείς με χρόνια λοίμωξη ή με ιστορικό υποτροπιάζοντων λοιμώξεων, συμπεριλαμβανομένης ταυτόχρονης ανοσοκατασταλτικής θεραπείας (Irving & Gibson, 2008). Ο ενδεδειγμένος εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος των ασθενών με ΙΦΝΕ γενικά, για ανεύρεση τυχόν ευκαιριακών λοιμώξεων πρέπει να εφαρμόζεται και μάλιστα σε αρχικά στάδια διάγνωσης της νόσου και πριν την έναρξη θεραπείας με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (Shanahan, 2004: Axelrad et al., 2018). Η δε συνεχής παρακολούθηση, η ενημέρωση και η εκπαίδευση του ασθενούς θα καταστήσει δυνατή την όσο το δυνατόν ορθότερη και αντικειμενικότερη θεραπευτική προσέγγιση. Ο κίνδυνος εμφάνισης λοιμώξεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ οφείλεται κυρίως, στην ανοσοκαταστολή των ασθενών, σε ιογενείς παράγοντες, την ύπαρξη ΗCV και HBV ιών, τον CMV, το *C. difficile* και τη Φυματίωση (Φυματίωση-TB) (Rowan et al., 2018: Goetgebuer et al., 2019). Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό θεραπεία με κορτικοστεροειδή, ανοσοτροποποιητικούς και βιολογικούς παράγοντες χαρακτηρίζονται ως ανοσοκατασταλμένοι και σε κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων. Αντίστοιχες λοιμώξεις προκαλούνται από μικροοργανισμούς, οι οποίοι εκμεταλλεύονται το

αποδυναμωμένο σύστημα άμυνας και προκαλούν λοίμωξη, ενώ συνήθως θα προκαλούσαν ήπια μορφή λοίμωξης ή καθόλου λοίμωξη σε ανοσοεπαρκείς ξενιστές (Toguner et al., 2008). Στους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης λοιμώξεων συμπεριλαμβάνονται: κακή διατροφή, μεγαλύτερη ηλικία, πρωτοπαθής ανοσοανεπάρκεια, HIV λοίμωξη, χρόνιες ασθένειες, καθώς και η χρήση κορτικοστεροειδών, ανοσοτροποποιητικών παραγόντων και η θεραπεία με anti-TNF. (Ananthakrishnan & McGinley, 2013).

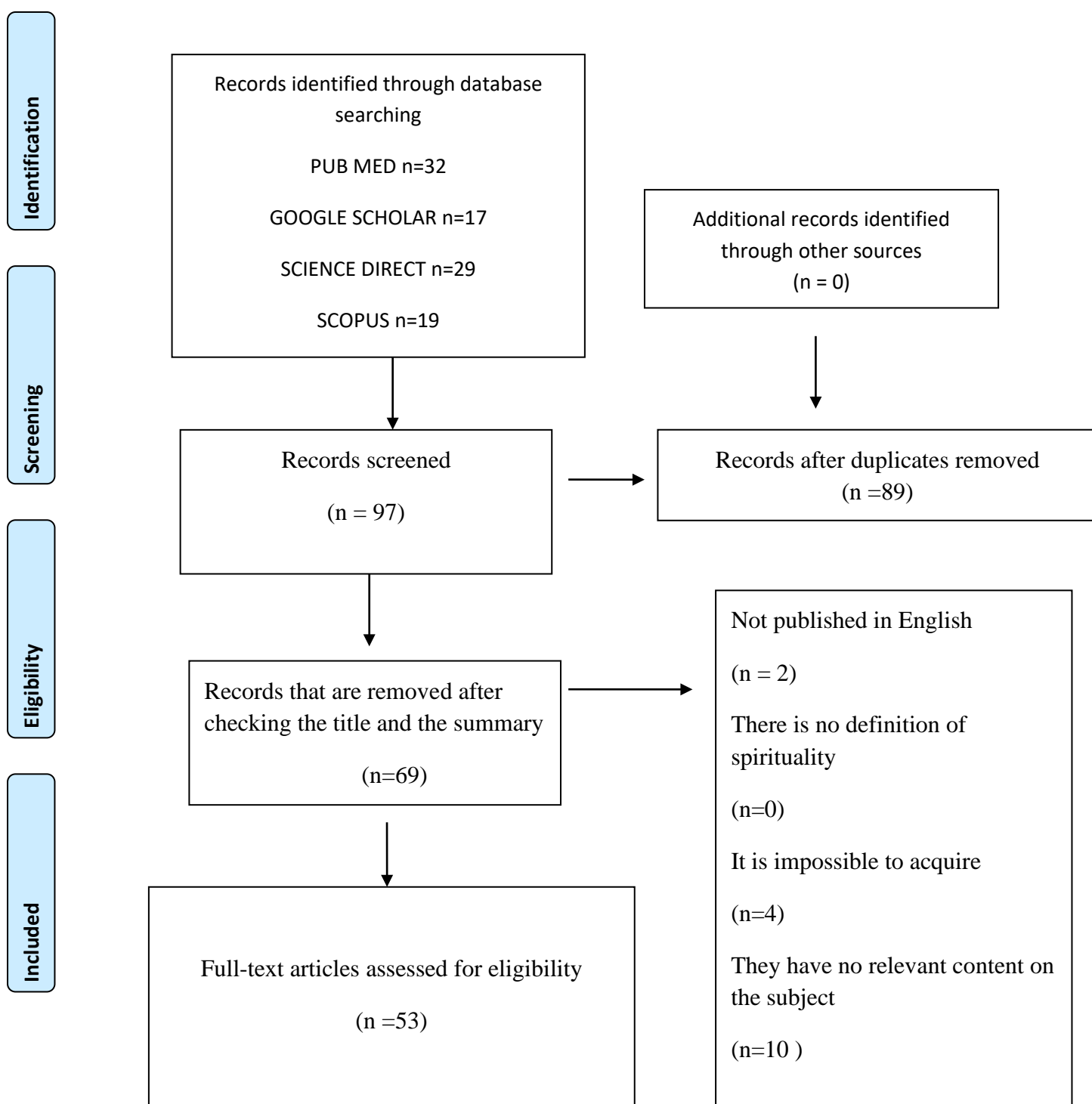
Θα πρέπει να σημειωθεί ότι καταστολή του TNF-α μπορεί να αποκρύψει συμπτώματα λοίμωξης, όπως πυρετό. Η πρόωπη αναγνώριση των άτυπων κλινικών εμφανίσεων των σοβαρών λοιμώξεων και της τυπικής κλινικής εμφάνισης των σπάνιων και ασυνήθιστων λοιμώξεων είναι σημαντική, ούτως ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι καθυστερήσεις στη διάγνωση και τη θεραπεία. Οι ασθενείς που λαμβάνουν δεσμευτές του TNF είναι περισσότερο επιρρεπείς σε σοβαρές λοιμώξεις (Kanis et al., 2018; Rahier et al., 2009). Έχουν παρατηρηθεί φυματίωση, βακτηριακές λοιμώξεις, συμπεριλαμβανομένης της σήψης και της πνευμονίας, διηθητικές μυκητιασικές, ιογενείς και άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις σε ασθενείς που ελάμβαναν θεραπεία με Infliximab. Κάποιες από αυτές τις περιπτώσεις λοίμωξης ήταν θανατηφόρες, οι πιο συχνά αναφερόμενες ευκαιριακές λοιμώξεις με δείκτη θνησιμότητας > 5% περιλαμβάνουν πνευμονοκύστωση, καντιντίαση, λιστερίωση και ασπεργίλλωση (Mylonaki et al., 2004; Rahier et al., 2014).

2.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η ηλεκτρονική αναζήτηση βασίστηκε στην ερώτηση PICO, στις λέξεις κλειδιά και τα συνώνυμα λέξεων που προέκυψαν. Οι διαθέσιμοι ηλεκτρονικοί πόροι μπορούν να ταξινομηθούν ευρέως σε βάσεις δεδομένων που επικεντρώνονται σε πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες και σε δευτερογενείς ερευνητικές μελέτες όπου παρέχεται η σύνθεση των πρωτογενών μελετών. Η χρήση ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων με ικανοποιητικό και αποτελεσματικό τρόπο παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για την ολοκλήρωση της μελέτης (Krapski et al, 2008). Στην ηλεκτρονική αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων SCOPUS, GOOGLE SCHOLAR, SCIENCE DIRECT και PUB MED, και ο περιορισμός των αποτελεσμάτων επιτεύχθηκε με τη χρήση των περιορισμών της κάθε μία μηχανής. Αφού ολοκληρώθηκε η ηλεκτρονική αναζήτηση στις τέσσερις ηλεκτρονικές βάσεις

δεδομένων, τα αποτελέσματα καταγράφηκαν συγκεντρωτικά σε ένα διάγραμμα ροής PRISMA συλλέγει όλα τα αποτελέσματα, με στόχο την αξιολόγηση της αξίας της συστηματικής αναθεώρησης (Moher et al, 2009), προσφέροντας μία συνολική εικόνα της ηλεκτρονικής αναζήτησης (πίνακας 3).

Πίνακας 3: Διάγραμμα ροής.



Με τη χρήση του διαγράμματος ροής και αφού αξιολογήθηκαν οι τίτλοι και οι περιλήψεις όλων των αποτελεσμάτων, επιλέχθηκαν 53 άρθρα για να απαντήσουν την ερευνητική ερώτηση. Για την τελική επιλογή πρέπει να ελεγχθεί η εγκυρότητα και η ειλικρίνεια των αποτελεσμάτων και αυτό επιτεύχθηκε με τη χρήση κριτηρίων επιλογής και αποκλεισμού (Bettany – Saltikon, 2010).

2.3 ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΦΙΑΣ

Τα επιλεγμένα άρθρα απαντούν στη ερώτηση PICO και δίνουν πληροφορίες για όλα τα στοιχεία της απαντήσιμης ερώτησης. Επίσης τα άρθρα διαθέτουν τα κριτήρια που έχουν τεθεί, δηλαδή είναι δημοσιευμένα σε ηλεκτρονικά περιοδικά, έχουν δημοσιευτεί κυρίως την τελευταία δεκαετία, έτσι ώστε τα διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία να είναι πρόσφατα και φυσικά δημοσιευμένα στην Αγγλική γλώσσα, η οποία είναι διεθνής γλώσσα και μπορεί να διαβαστεί από όλους. Η κριτική ανάλυση των άρθρων αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας με στόχο τον εντοπισμό των δυνητικών απειλών για την εγκυρότητα των ευρημάτων της έρευνας. Τα άρθρα που έχουν επιλεγεί ακολουθούν συγκεκριμένη δομή, δίνουν πληροφορίες για όλα τα στοιχεία που αφορούν το μελετώμενο θέμα και φυσικά έχουν επιλεγεί από έγκυρες ηλεκτρονικές πλατφόρμες αναζήτησης (Μερκούρης, 2008). Γενικότερα σχετίζονται με τις ΙΦΝΕ και τις λοιμώξεις και όλες τις παραμέτρους που τις αφορούν.

2.4 ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΟ

Για τον εντοπισμό του ερευνητικού κενού έγινε λεπτομερής βιβλιογραφική ανασκόπηση, σε διαφορετικές βάσεις δεδομένων, τόσο στην Ελληνική όσο και στην Διεθνή βιβλιογραφία. Στόχος της ανασκόπησης ήταν η εντόπιση και η καταγραφή του επιπολασμού και του είδους των μη κλωστηριδιακών λοιμώξεων, οιασδήποτε αιτιολογίας και οιασδήποτε εντόπισης σε όργανο-σύστημα των ασθενών με ΙΦΝΕ, εντός και εκτός της Βορειοδυτικής Ελλάδας καθώς και της Αλβανίας. Στην Ελληνική βιβλιογραφία δεν βρέθηκε ικανοποιητικός αριθμός δημοσιευμένων μελετών οι οποίες να ταιριάζουν με το θέμα της παρούσας ερευνητικής μελέτης. Επομένως με την καταγραφή των διερευνώμενων δεδομένων θα δοθούν σημαντικές πληροφορίες στην επιστημονική κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για το σχεδιασμό της έρευνας απαιτείται μια σαφή δήλωση του προβλήματος και ο προσδιορισμός ενός σαφούς στόχου και σχεδίου. Η διαδικασία της έρευνας βασίζεται στα υπάρχοντα δεδομένα, χρησιμοποιώντας θετικά και αρνητικά ευρήματα. Τα νέα δεδομένα θα πρέπει να συλλέγονται συστηματικά και να αναλύονται, ώστε να ανταποκρίνονται στους αρχικούς ερευνητικούς στόχους. Ο ερευνητής πρέπει να βασίζεται σε κριτήρια όπως η συνάφεια, η αποφυγή επικαλύψεων, η επείγουσα ανάγκη ανεύρεσης δεδομένων, η πολιτική αποδοχή της μελέτης, η σκοπιμότητα της μελέτης, η εφαρμογή των αποτελεσμάτων και οι ηθικές σκέψεις για την προστασία των συμμετεχόντων (Μερκούρης, 2008: Δαρβίρη, 2009).

3.1 ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ

Η επιστημολογία ταυτίζεται συχνά με τη γνωσιολογία, όμως είναι ένας κλάδος πιο περιορισμένος από την παραδοσιακή θεωρία της γνώσης, ενώ ταυτόχρονα συνδέεται οργανικά μαζί της. Η Επιστημολογία, εν τούτοις, δεν είναι επί μέρους, ειδική επιστήμη. Είναι λόγος περί Επιστήμης. Ερευνά τη σύσταση, τον καταστατικό ορισμό, την κατάταξη και την εξέλιξη των επιστημών, τη λειτουργία των ενδογενών και εξωγενών παραγόντων που καθορίζουν αυτή την εξέλιξη, τις σχέσεις ανάμεσα στη θεωρία και στο πείραμα, το χαρακτήρα των επιστημονικών κρίσεων και επαναστάσεων, το status της επιστημονικής αλήθειας, κτλ. Είναι εξάλλου φανερό ότι η Επιστημολογία συνδέεται άμεσα με την ιστορία των επιστημών, τη γνωσιοθεωρία, με την εξέλιξη της τεχνικής και γενικότερα με την ιστορία, καθώς και με τη λογική. Η Επιστημολογία δεν είναι ειδική επιστήμη. Συνεπώς, η ύπαρξη πολλών και αντίμαχων επιστημολογικών ρευμάτων και σχολών δεν είναι εκπληκτική. Το γεγονός ότι η θεωρία του γίνεσθαι των επιστημών αποτελεί οργανικό μέρος της ιδεολογίας μιας εποχής ερμηνεύει την πολλαπλότητα των ρευμάτων της. Στο χώρο της Επιστημολογίας συγκρούονται, σε τελευταία ανάλυση, η ρεαλιστική-υλιστική και η ιδεαλιστική κοσμοαντίληψη, η διαλεκτική και η μεταφυσική θεώρηση του γνωστικού φαινομένου (Goldman, 2004). Η έννοια της επιστημολογίας αφορά και το νοσηλευτικό επάγγελμα και έχει ως στόχο την ανάπτυξη της γνώσης της νοσηλευτικής. Οι γνώσεις και οι

θεωρίες της νοσηλευτικής πρέπει να αναπτυχθούν έτσι ώστε να ωφεληθούν οι ασθενείς και οι συγγενείς τους. Η μελλοντική ανάπτυξη της γνώσης της νοσηλευτικής θα βασίζεται στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ της θεωρίας και της πρακτικής και θα καθοδηγείται από την φιλοσοφία (Hoeck & Delmar, 2018). Η νοσηλευτική έρευνα περιγράφει φαινόμενα που συμβαίνουν στη νοσηλευτική πρακτική, ανακαλύπτει νέες πληροφορίες και αναδεικνύει σημαντικά θέματα. Η περιγραφή φαινομένων οδηγεί στην ανεύρεση και επέκταση νέων φαινομένων. Άρα οι περιγραφικές έρευνες προσφέρουν λεπτομερή απεικόνιση διαφόρων φαινομένων (Μερκούρης, 2008). Στην παρούσα ερευνητική διαδικασία έγινε περιγραφή ενός φαινομένου, δηλαδή περιγράφηκε η συχνότητα εμφάνισης διαφόρων λοιμώξεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

3.2 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

Η συλλογή δείγματος μπορεί να πραγματοποιηθεί με διάφορους τρόπους. Μπορεί να γίνει με την τυχαία δειγματοληψία και την μη τυχαία δειγματοληψία (Μερκούρης, 2008). Στη τυχαία δειγματοληψία ανήκουν, α) η απλή τυχαία δειγματοληψία όπου κάθε μονάδα απαρτίζει τον πληθυσμό έχει ίσες πιθανότητες να συμπεριληφθεί στο δείγμα της έρευνας, β) η συστηματική τυχαία δειγματοληψία όπου κάθε μονάδα επιλέγεται από ένα κατάλογο με τα μέλη του πληθυσμού, γ) η στρωματοποιημένη δειγματοληψία όπου η επιλογή του δείγματος γίνεται κατά στρώματα και δ) η δειγματοληψία σωρού όπου η επιλογή δείγματος πραγματοποιείται σε στάδια. Στη μη τυχαία δειγματοληψία ανήκουν α) η δειγματοληψία ευκολίας όπου κάθε μονάδα επιλέγεται με βασικό κριτήριο το γεγονός ότι μπορεί να βρίσκονται σε ένα προσβάσιμο γεωγραφικό χώρο ή στο κατάλληλο σημείο τη σωστή ώρα, β) η δειγματοληψία χιονοστιβάδας, όταν η απόκτηση δείγματος με κάθε άλλο τρόπο είναι αδύνατη, γ) η δειγματοληψία κατά κριτήρια όπου επιλέγονται αρχικά γενικές κατηγορίες ατόμων και στη συνέχεια επιλέγεται ένας αριθμός ατόμων από κάθε κατηγορία και δ) η κατευθυνόμενη δειγματοληψία η οποία αξιοποιεί ένα εύρος μεθόδων για τον εντοπισμό όλων των πιθανών περιπτώσεων ενός πληθυσμού (Δαρβίρη, 2009). Στην παρούσα μελέτη οι ερευνητές εφάρμοσαν τη δειγματοληψία ευκολίας, η οποία ανήκει στην μη τυχαία δειγματοληψία και οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν επειδή έτυχε να βρίσκονται στο σωστό μέρος τη σωστή στιγμή. Πρόκειται για μία αρκετά συχνή προσέγγιση των νοσηλευτικών ποσοτικών ερευνών, αν και θεωρείται η φτωχότερη προσέγγιση (Μερκούρης, 2008).

3.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Ένα δείγμα ατόμων επιλέγεται από μία ευρύτερη ομάδα του συνολικού πληθυσμού, δηλαδή αποτελεί ένα υποσύνολο του πληθυσμού-στόχου. Με βάση τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από ένα δείγμα, οι ερευνητές μπορούν να αντλήσουν τα αποτελέσματά τους σχετικά με τον πληθυσμό-στόχο με ένα ορισμένο επίπεδο εμπιστοσύνης ακολουθώντας μία διαδικασία που ονομάζεται στατιστική συμπερασματολογία (Martinez-Mesa et. al, 2016). Φυσικά η επιδίωξη συγκέντρωσης του μεγαλύτερου δυνατού δείγματος, με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του πληθυσμού-στόχου, είναι ο κύριος στόχος των ερευνητών (Μερκούρης, 2008). Είναι αναγκαία η επιλογή μίας κατάλληλης ρύθμισης ακολουθώντας κριτήρια συμπερίληψης ή αποκλεισμού των ατόμων του πληθυσμού στο δείγμα της μελέτης (Suresh et al, 2011). Αποσαφηνίζονται οι εννοιολογικοί ορισμοί ο τρόπος επαφής του ερευνητή με τους συμμετέχοντες και ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας (Μερκούρης, 2008). Οι ερευνητές έθεσαν κάποια κριτήρια τα οποία έπρεπε να πληρούν όλοι όσοι θα συμμετείχαν στην ολοκλήρωση της έρευνας τους. Αφού οι συμμετέχοντες πληρούσαν τα κριτήρια αυτά τότε έπρεπε να συμπεριληφθούν στο δείγμα. Επιπρόσθετα αξίζει να αναφερθεί ότι οι ερευνητές ακολούθησαν ενδεδειγμένους από τη βιβλιογραφία τρόπους για την συλλογή του δείγματός τους. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μόνο από ασθενείς που πάσχουν με ΙΦΝΕ και κάποια στιγμή εκδήλωσαν κάποιου είδους λοίμωξη.

3.4 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν οι ασθενείς με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνταν στην Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και το Εξωτερικό Ιατρείο της εν λόγω Κλινικής του ΠΓΝΙ. Ελέγχθησαν 230 περιστατικά με ΙΦΝΕ από τα οποία τα 112 εμφάνισαν κάποια μορφή λοίμωξης. Έτσι το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 112 ασθενείς, στους οποίους καταγράφηκαν 220 λοιμώξεις.

3.5 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο χώρο της Γαστρεντερολογική κλινικής του ΠΓΝΙ όπου και έγινε λεπτομερής ανασκόπηση και καταγραφή των πληροφοριών που απαιτούνταν.

3.6 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η συλλογή δείγματος αποτελεί επίσης ένα σημαντικό κομμάτι για τη συνέχιση της ερευνητικής εργασίας. Στη νοσηλευτική έρευνα υπάρχουν διάφοροι τρόποι ώστε οι ερευνητές να συλλέξουν τις πληροφορίες που χρειάζονται. Οι κυριότεροι τρόποι είναι η παρατήρηση, η συνέντευξη, η χρήση ερωτηματολογίου, η χρήση οπτικοακουστικών μέσων και η χρήση ειδικού εξοπλισμού. Η παρατήρηση μπορεί να είναι δομημένη ή όχι και αξιολογούνται κλινικά χαρακτηριστικά, συμπεριφορές και συναισθήματα. Η προφορική συνέντευξη διακρίνεται σε προσωπική, ομαδική και τηλεφωνική, επιδιώκεται η λήψη ειλικρινών απαντήσεων και συμπληρώνεται ερωτηματολόγιο από τον ερευνητή. Η συμπλήρωση ερωτηματολογίου γίνεται από τον συμμετέχοντα χωρίς την παρουσία του ερευνητή και φτάνει σε αυτόν με διάφορους τρόπους (π.χ. διανομή, ταχυδρομικός, με e-mail, μέσω web pages). Η χρήση οπτικοακουστικών μέσων περιλαμβάνει την παρατήρηση μέσω βιντεοσκόπησης ή μαγνητοφώνησης και οι βιολογικές μετρήσεις απαιτούν ειδικό εξοπλισμό (Σάγλας & Μπερσίμης, 2017). Πολλές από τις πληροφορίες που απαιτούνται στις κλινικές μελέτες συλλέγονται με τη μορφή αυτοαναφορών των συμμετεχόντων σε τυποποιημένα ερωτηματολόγια τα οποία είτε συμπληρώνονται προσωπικά είτε τηλεφωνικά, ή μέσω ταχυδρομείου ή μέσω διαδικτύου, καθώς και από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών (Saczynski et al, 2013). Στην παρούσα ερευνητική διαδικασία η συλλογή των δεδομένων έγινε από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών, κάτι που αφορούσε όλους τους συμμετέχοντες.

3.7 ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της έρευνας στον τομέα υγείας είναι η απόκτηση όχι μόνο θεωρητικών γνώσεων αλλά και οφέλη για πολλούς ανθρώπους και συχνά για το σύνολο της κοινωνίας, γι' αυτό θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για τη διασφάλιση της προστασίας των ατόμων που συμμετέχουν σ' αυτή (Zahedi et al, 2013). Για την πλήρη προστασία των συμμετεχόντων σε έρευνες αρχικά αναπτύχθηκε ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, που αποτέλεσαν τη βάση για τη στήριξη των αρχών της ελεύθερης και ενημερωμένης συγκατάθεσης, και την αποφυγή βλαβών και της εκμετάλλευσης σε επιστημονικά πειράματα που περιλαμβάνουν ανθρώπινους συμμετέχοντες (Dhai, 2014). Στη συνέχεια η διακήρυξη του Ελσίνκι αναγνωρίστηκε ως μια από τις πιο έγκυρες δηλώσεις στον κόσμο, όπου τονίζεται η προστασία των υποκειμένων από οποιαδήποτε βλάβη (Krljeza-Jeric & Lemmens, 2009). Η μελέτη διέπεται από το νομοθετικό και δεοντολογικό πλαίσιο του Γενικού Κανονισμού για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

3.8 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την ανάλυση των απαντήσεων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22 (Statistical Package for Social Science 22). Το SPSS είναι ένα λογισμικό στατιστικής ανάλυσης που αναπτύχθηκε το 1968 και με την πάροδο των χρόνων εξελίχθηκε έως ότου να φτάσει στην έκδοση SPSS 22 (Giouda, 2015). Είναι σημαντική η συλλογή, η κωδικοποίηση, το ξεκαθάρισμα και η επεξεργασία των δεδομένων προτού ερμηνευτούν και εμφανιστούν τα αποτελέσματα της έρευνας. Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις διάφορες φάσεις της έρευνας, ξεκινώντας από την εννοιολογική, σχεδιαστική και προγραμματιστική συλλογή δεδομένων, την ανάλυση δεδομένων και την φάση της δημοσίευσης των δεδομένων (Kulkarui, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι ερευνητές οφείλουν να παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των ερευνών τους στο ευρύτερο κοινό. Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι οι ερευνητές έχουν μια ηθική υποχρέωση να προσπαθήσουν τουλάχιστον να διαδώσουν τα ερευνητικά τους ευρήματα. Μολονότι είναι δελεαστικό να μην δημοσιευθούν απογοητευτικά αποτελέσματα αυτό μπορεί να διαστρεβλώσει τη βιβλιογραφία σε ένα συγκεκριμένο θέμα (Edwards, 2015). Άρα τα αποτελέσματα κάθε ερευνητικής μελέτης πρέπει να γνωστοποιούνται στην επιστημονική κοινότητα. Η ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων γίνεται με τη βοήθεια της στατιστικής, η οποία οργανώνει, συνοψίζει και παρουσιάζει ποσοτικά δεδομένα, και εξάγει συμπεράσματα για ένα σύνολο ομοειδών περιπτώσεων με βάση τα χαρακτηριστικά μιας μικρής ομάδας (Ζαχαροπούλου, 2012). Οι ερευνητές ταξινομούν με ακρίβεια τα αποτελέσματα της έρευνας τους σε πίνακες, αφού τα αταξινόμητα δεδομένα δεν παρέχουν καμία πληροφορία, ενώ στα κείμενα παρουσιάζονται τα στοιχεία που είναι μεγαλύτερα ή μικρότερα ή οι διαφορές των τιμών (Μερκούρης, 2008). Στην παρούσα ερευνητική διαδικασία τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε πίνακες, διαγράμματα και κείμενα.

4.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΘΕΜΑΤΙΚΩΝ ΕΝΟΤΗΤΩΝ Ή ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

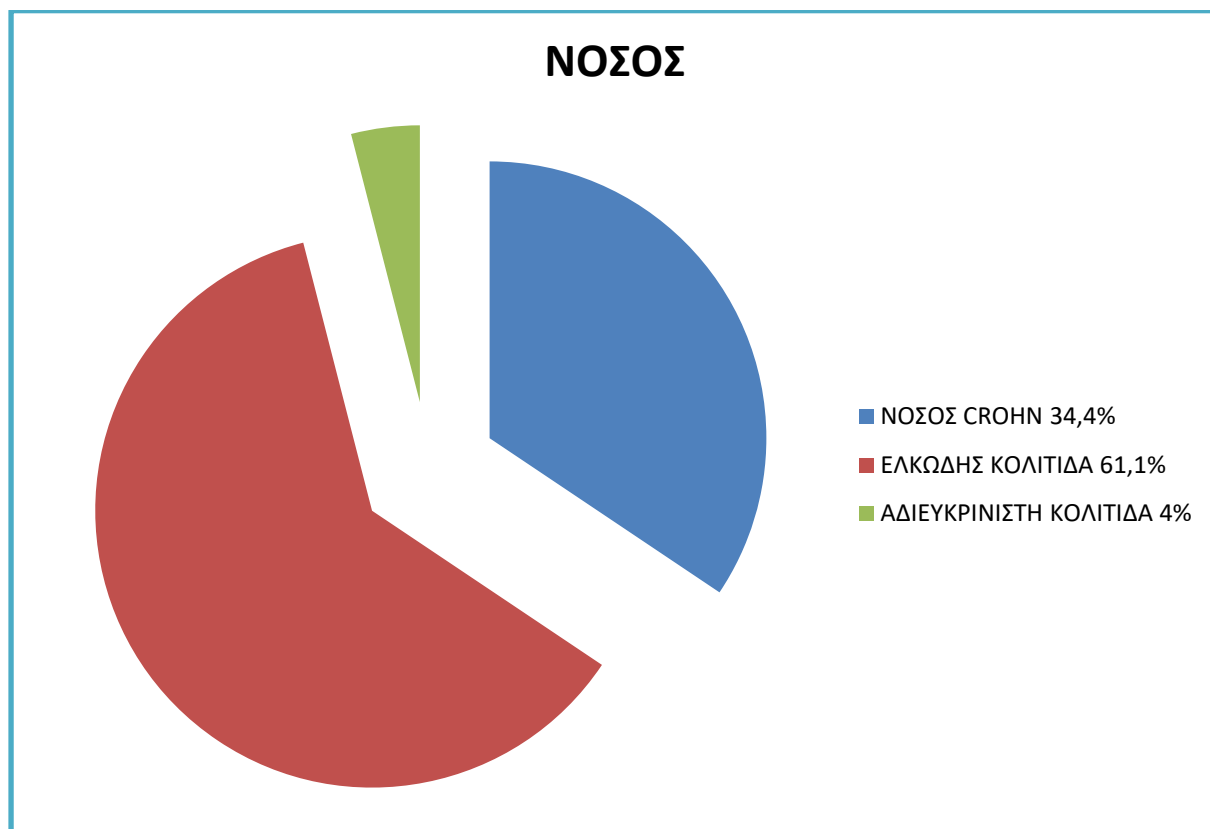
Η πλειοψηφία του δείγματος των ασθενών ήταν γυναίκες (51,78%). Η μέση τιμή ηλικίας ήταν $63,4 \pm 19$ ετών και το 34,82 % ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 61-80 ετών. Το 43,75% των ασθενών προερχόταν από τα Ιωάννινα, το 10,71% από την Άρτα, το 10,71% από την Πρέβεζα, το 6,25 % από τη Θεσπρωτία, το 9,82% από την Κέρκυρα, το 2,67% από τη Λευκάδα, το 13,39 % εκτός Βορειοδυτικής Ελλάδος και το 2,67% από την Αλβανία.

Πίνακας 4: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ασθενών

	Αριθμός	Ποσοστό
ΦΥΛΟ		
Άρρεν	54	48,22%
Θήλυ	58	51,78%
Μέση τιμή ηλικίας: $63,4 \pm 19$		
ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ		
20-40 ετών	12	10,71%
41-60 ετών	36	32,14%
61-80 ετών	39	34,82%
81+ ετών	25	22,32%
ΝΟΜΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
Ιωάννινα	49	43,75%
Άρτα	12	10,71%
Πρέβεζα	12	10,71%
Θεσπρωτία	7	6,25%
Κέρκυρα	11	9,82%
Λευκάδα	3	2,67%
Εκτός ΒΔ Ελλάδας	15	13,39%
Αλβανία	3	2,67%

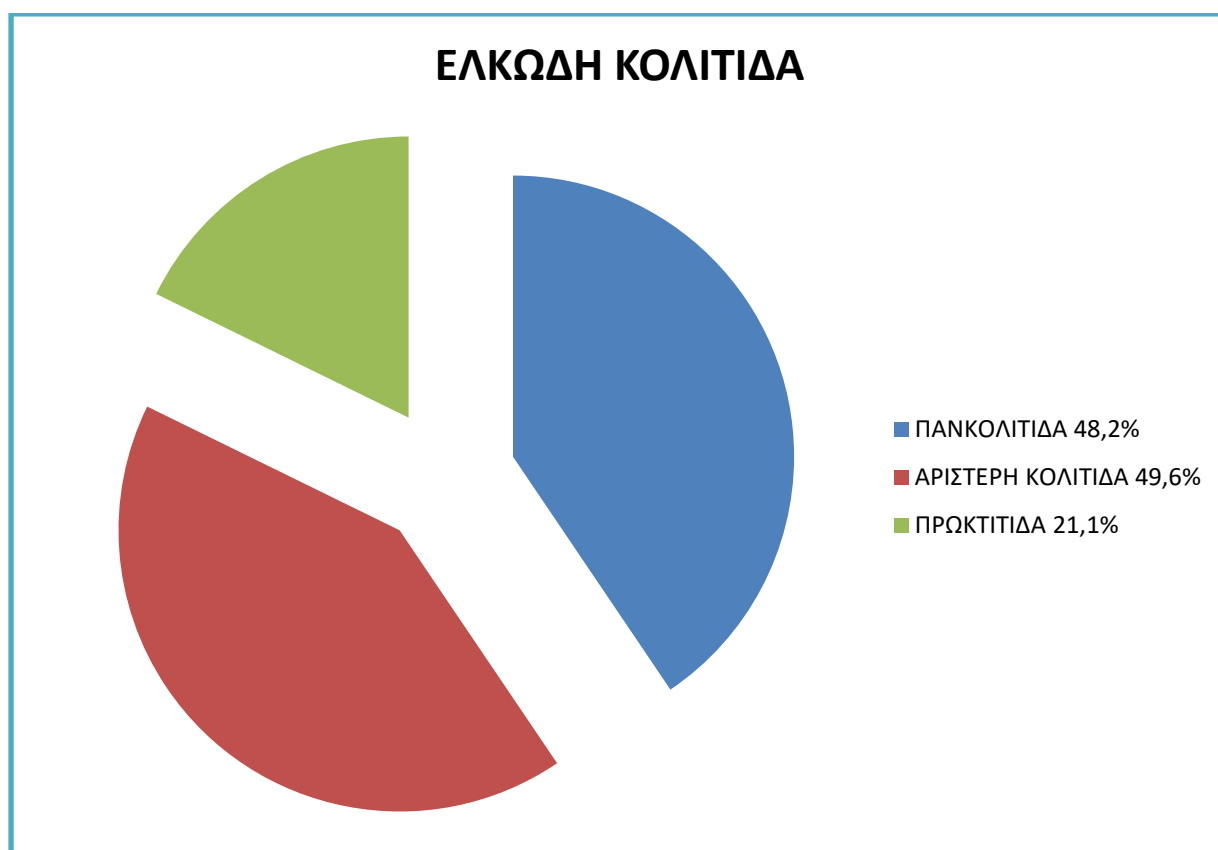
Το 61,6% των ασθενών έπασχε από ελκώδη κολίτιδα, ενώ το 34,4% από νόσο Crohn και το υπόλοιπο 4% έπασχε από αδιευκρίνιστη κολίτιδα (διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 3: Νόσος



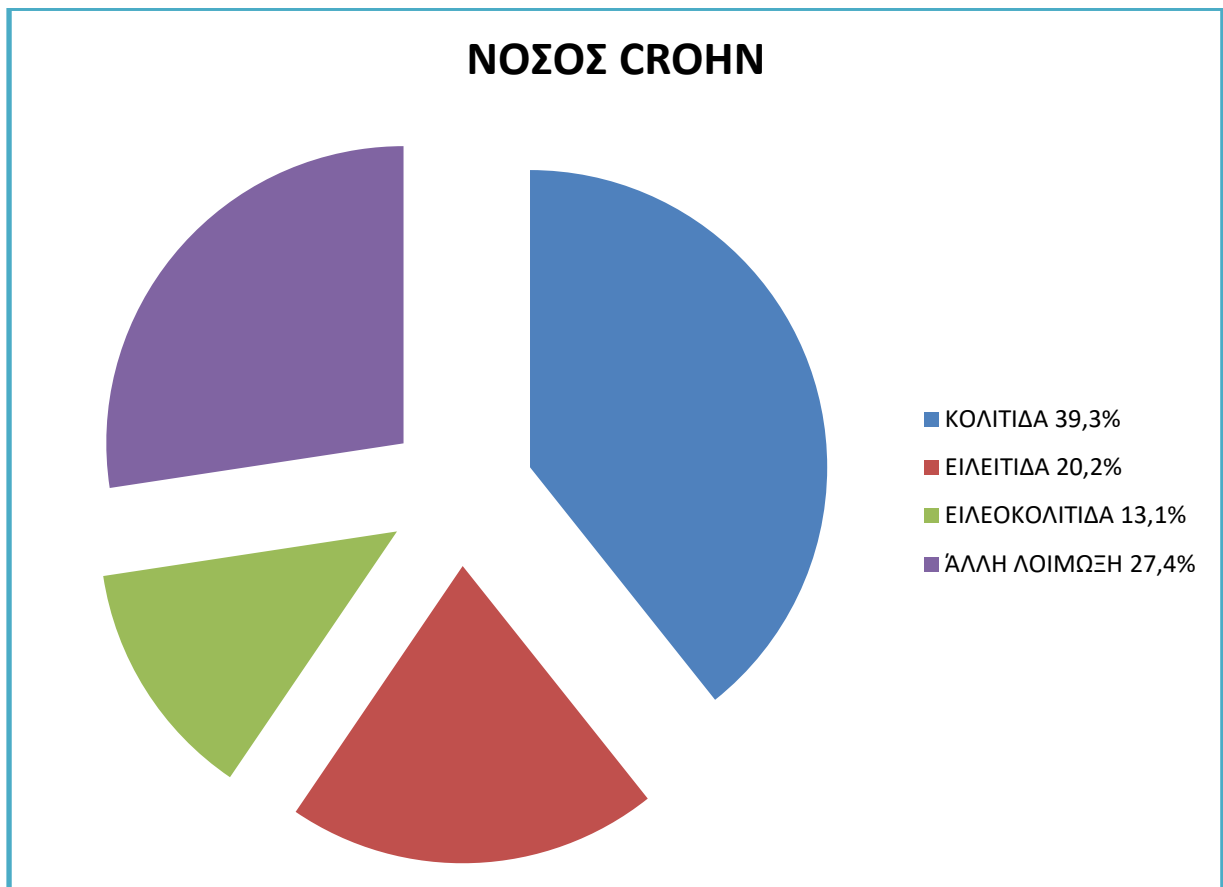
Στο διάγραμμα 2 παρουσιάζεται η εντόπιση της λοίμωξης σε ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα. Στο 48,2% των ασθενών εντοπίστηκε με Πανκολίτιδα, 49,6% εντοπίστηκε αριστερή Κολίτιδα και μόνο 2,1% Πρωκτίτιδα. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ της ασθένειας και της εντόπισης της νόσου ($p = 0.001$).

Διάγραμμα 4: Εντόπιση Λοίμωξης



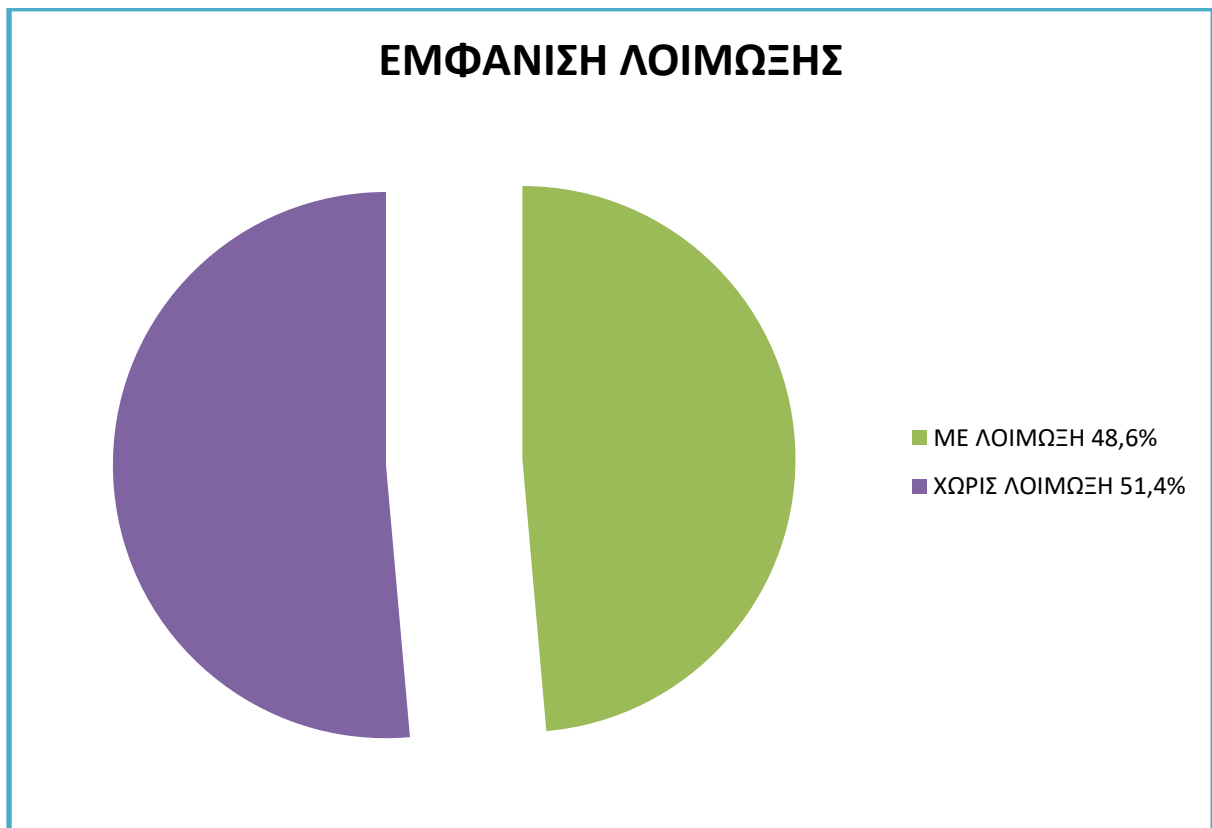
Στο διάγραμμα 3 παρουσιάζεται η εντόπιση της λοίμωξης σε ασθενείς με Νόσο του Crohn. Στο 39,3% εντοπίστηκε κολίτιδα, 20,2% ειλεΐτιδα, 13,1% ειλεοκολίτιδα και 27,4% οποιαδήποτε άλλη. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ της ασθένειας και της εντόπισης της νόσου ($p = 0.001$).

Διάγραμμα 3: Εντόπιση Λοίμωξης



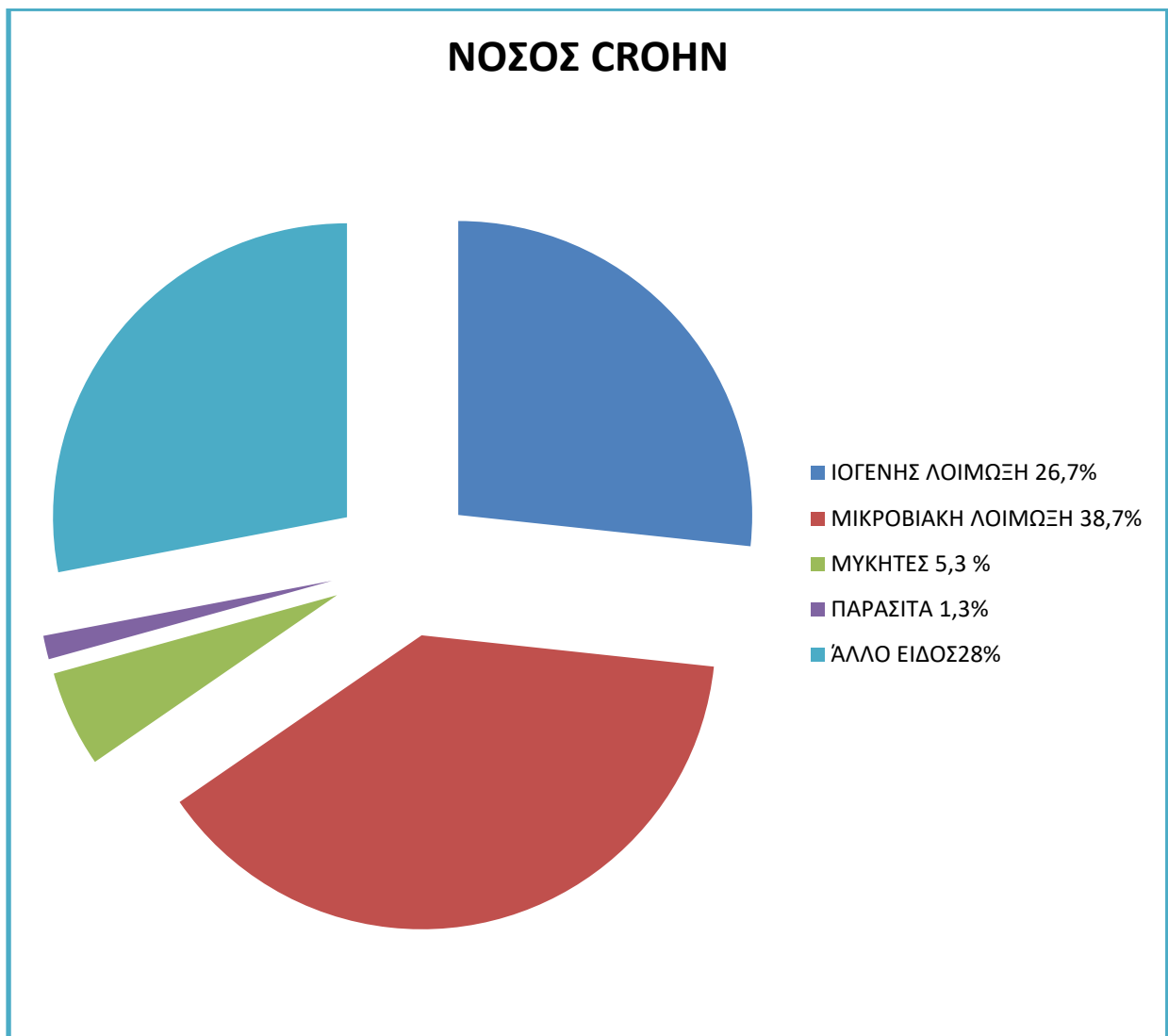
Στο διάγραμμα 4 παρουσιάζεται ο αριθμός των ασθενών με ΙΦΝΕ που εμφάνισαν ή όχι λοίμωξη. Από το σύνολο των 230 περιστατικών με ΙΦΝΕ που ελέγχθηκαν, τα 112 (48,6%) εμφάνισαν λοίμωξη και το υπόλοιπο 118 (51,4%) δεν εμφάνισε.

Διάγραμμα 4: Εμφάνιση λοίμωξης



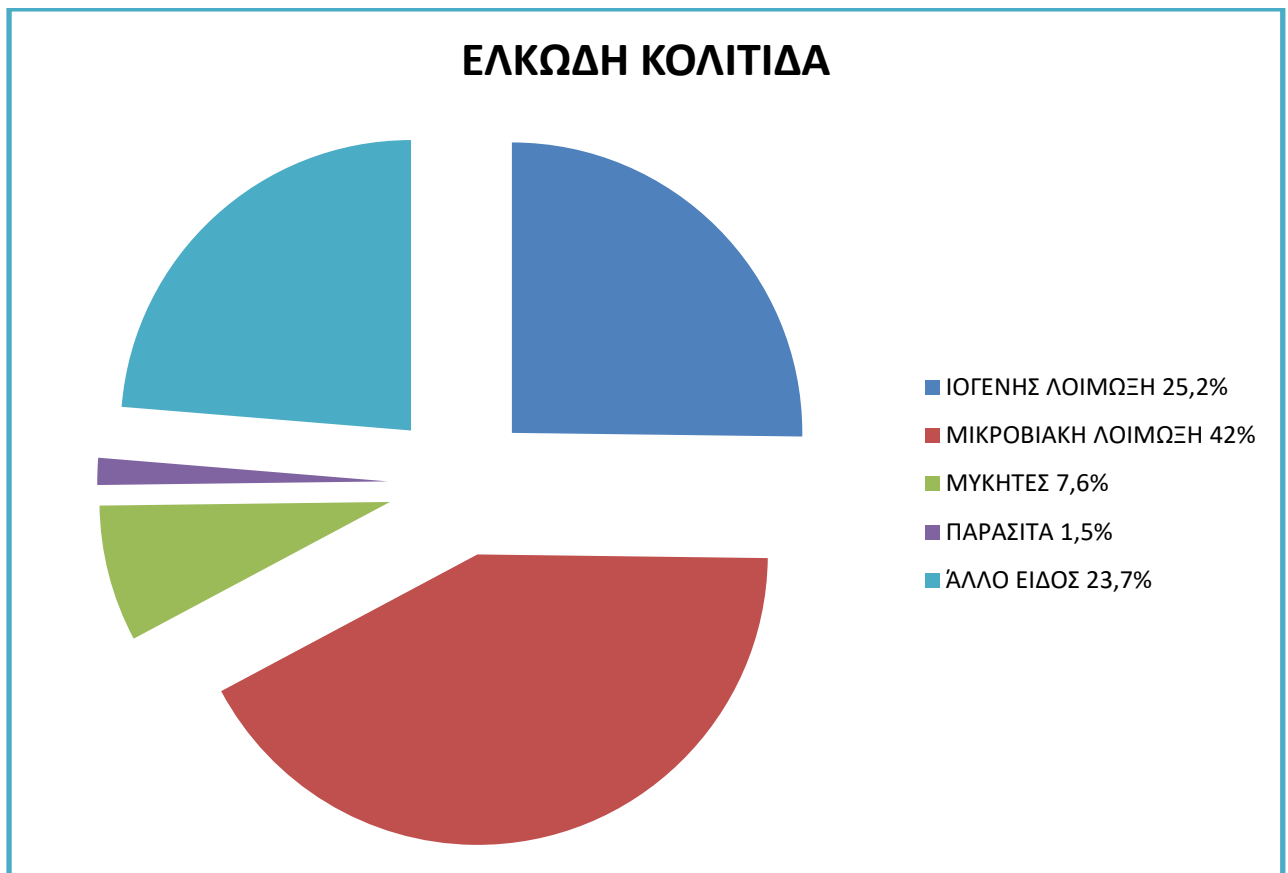
Στο διάγραμμα 5 παρουσιάζεται το πιθανό αίτιο της λοίμωξης στους ασθενείς με νόσο Crohn. Στο 26,7% πιθανολογείται ιογενής, 38,7% μικροβιακή, 5,3% μύκητες, 1,3% παράσιτα και 28% άλλο είδος. Ωστόσο δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του αίτιου της πιθανής λοίμωξης και της ασθένειας ($p = 0,652$).

Διάγραμμα 5: Αίτιο Πιθανής Λοίμωξης



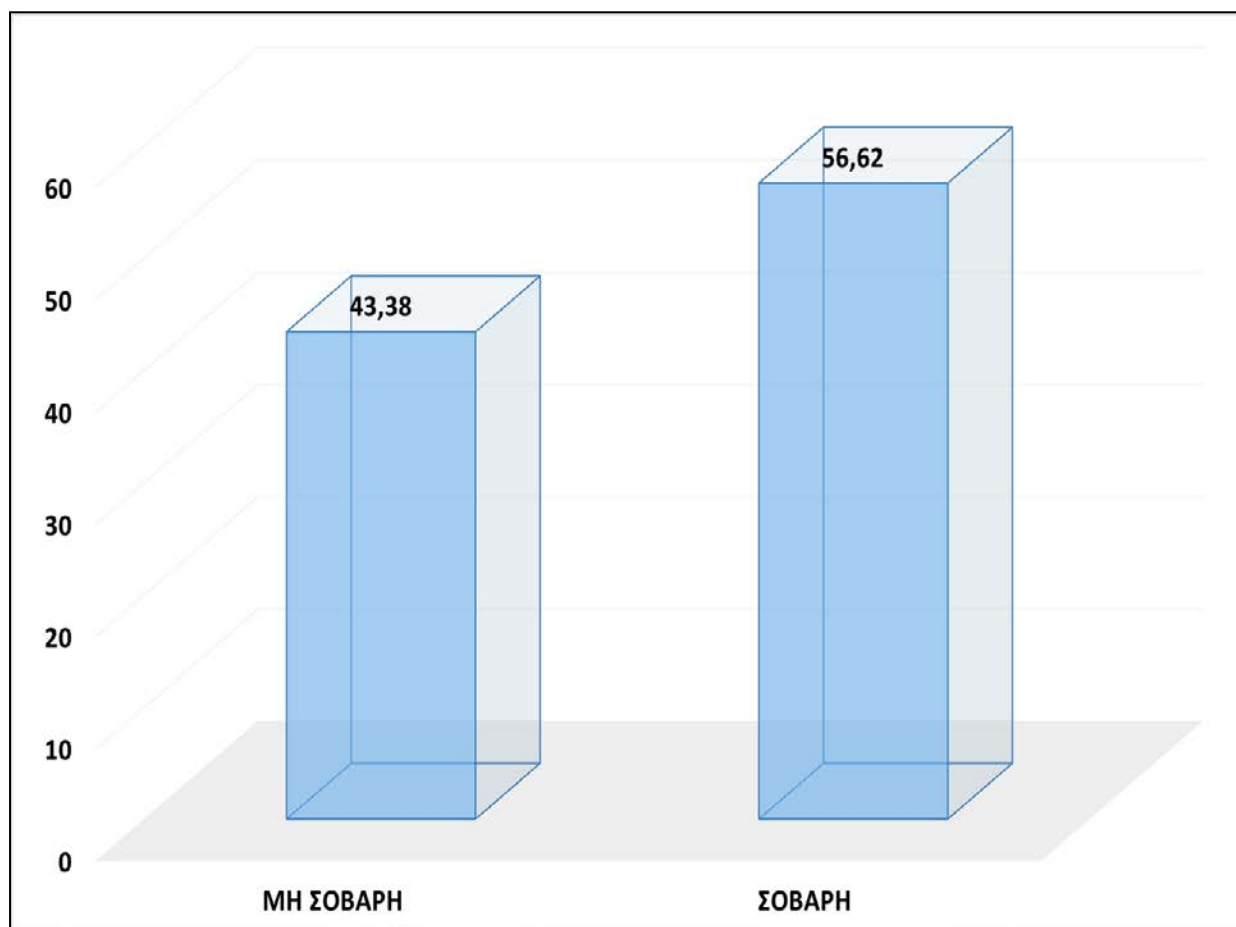
Στο διάγραμμα 6 παρουσιάζεται το πιθανό αίτιο της λοίμωξης στους ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα: στο 25,2% πιθανολογείται ιογενής, στο 42% μικροβιακή, 7,6% μύκητες, 1,5% παράσιτα και 23,7% άλλο είδος. Ωστόσο δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του αίτιου της πιθανής λοίμωξης και της ασθένειας ($p = 0,652$).

Διάγραμμα 6: Αίτιο πιθανής λοίμωξης



Στο διάγραμμα 7 παρουσιάζεται η βαρύτητα της λοίμωξης. Ειδικότερα, το 56,62% παρουσίασε σοβαρή λοίμωξη* και το 43,38% παρουσίασε μη σοβαρή λοίμωξη.

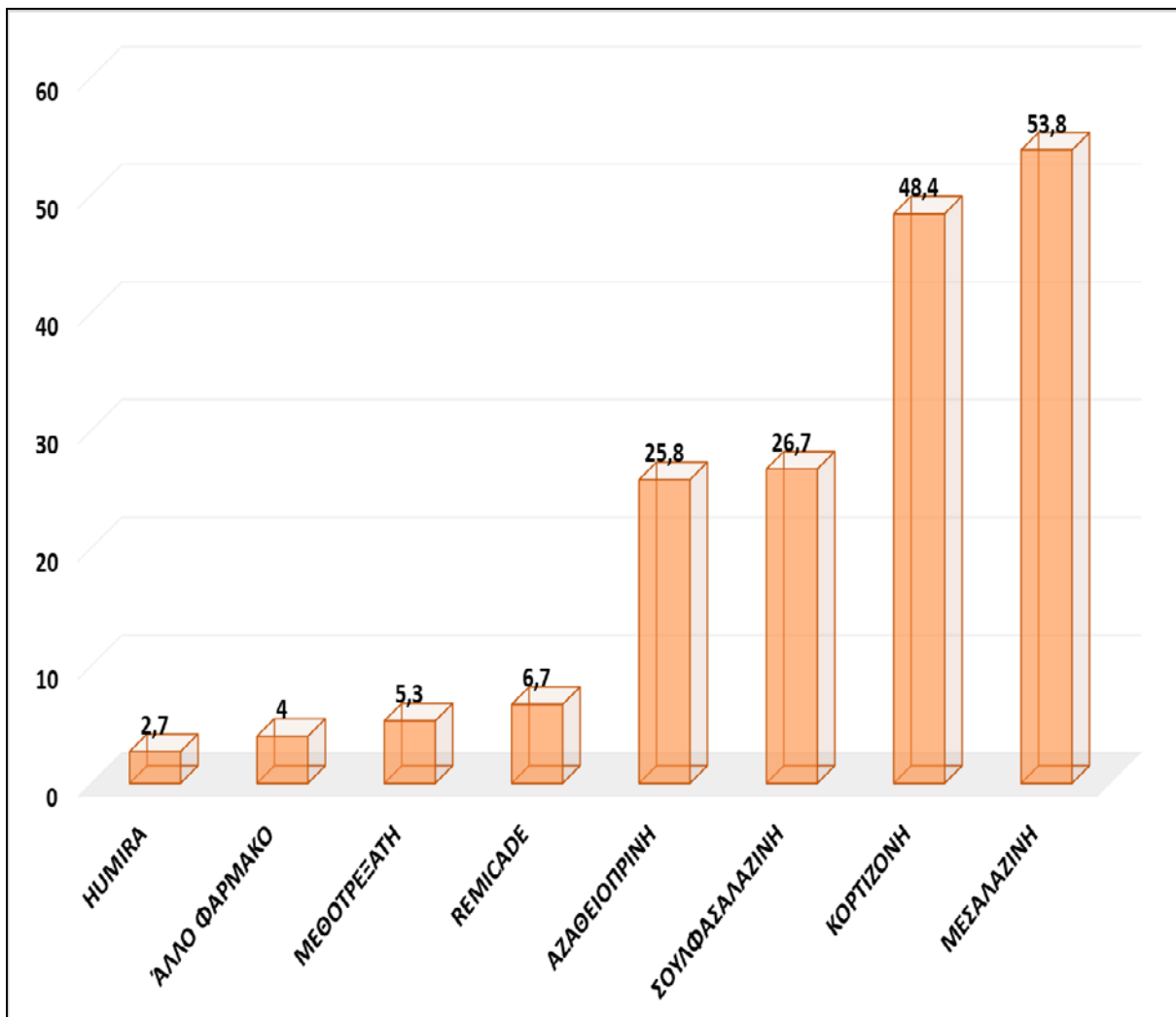
Διάγραμμα 7: Βαρύτητα Λοίμωξης



* εμφάνιση εμπύρετου, επιβαρυσμένη κλινική εικόνα, εργαστηριακή τεκμηρίωση λοίμωξης

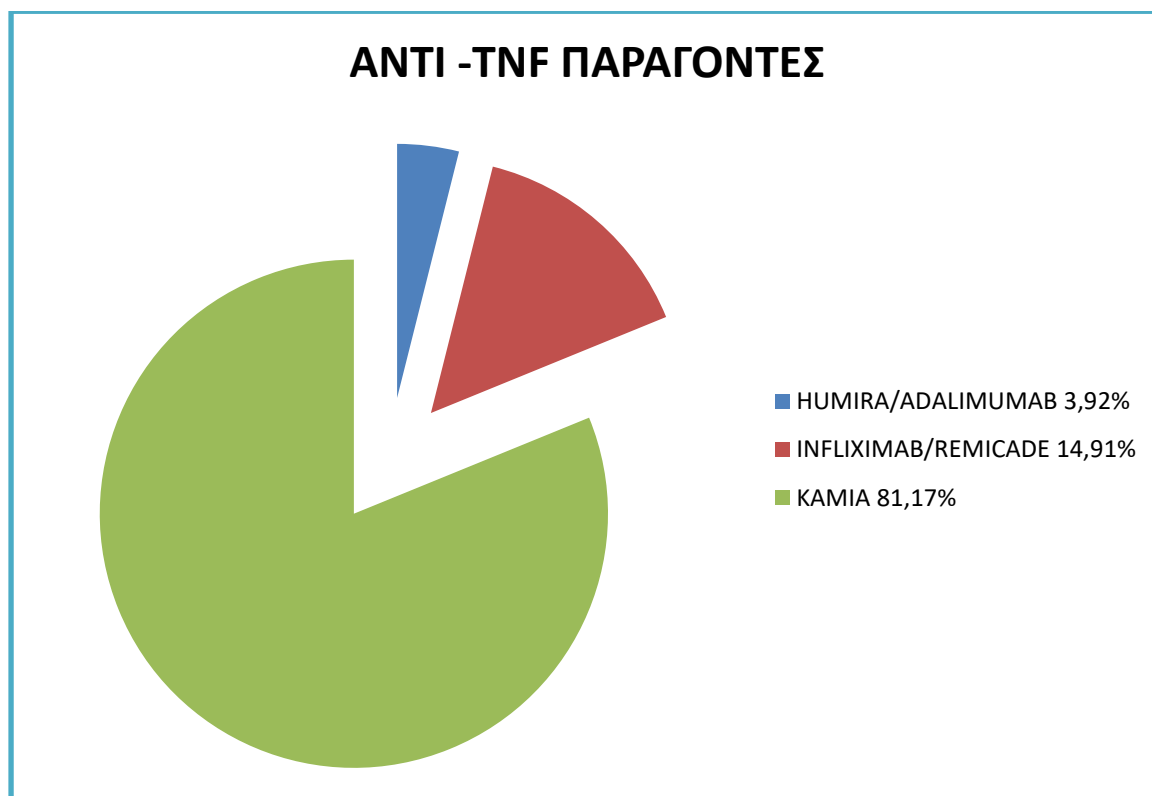
Στο διάγραμμα 8 παρουσιάζεται η κύρια θεραπεία της ΙΦΠΕ κατά τη λοίμωξη. Η πλειοψηφία του δείγματος (53,8%) ελάμβανε μεσαλαζίνη, το 48,4% κορτιζόνη, το 26,7% σουλφασαλαζίνη και το 25,8% αζαθειοπρίνη. Χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά στις υπόλοιπες θεραπείες, το 6,7% Remicade, το 5,3% Μεθοτρεξάτη, το 4% άλλο φάρμακο, το 2,7% Humira.

Διάγραμμα 8: Κύρια Θεραπεία ΙΦΠΕ κατά τη Λοίμωξη



Η πλειοψηφία του δείγματος (81,17%) δεν ελάμβανε βασική κύρια θεραπεία με ANTI-TNF, ενώ το 14,91% λάμβανε Infliximab και το 3,92% ελάμβανε Adalimumab (διάγραμμα 9).

Διάγραμμα 9: Βασική Κύρια Θεραπεία με ANTI-TNF παράγοντες



4.2 ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρουν ότι η πλειοψηφία του δείγματος των ασθενών ήταν γυναίκες με μέση τιμή ηλικίας ήταν 63,4 έτη και οι περισσότεροι προέρχονταν από το νομό Ιωαννίνων. Όλοι έπασχαν από ΙΦΝΕ, πιο συγκεκριμένα οι περισσότεροι έπασχαν από Ελκώδη Κολίτιδα, ακολουθούσαν όσοι έπασχαν από Νόσο του Crohn και τέλος ένα μικρό ποσοστό έπασχε από Αδιευκρίνιστη Κολίτιδα. Από το σύνολο των περιστατικών με ΙΦΝΕ που ελέγχθηκαν, τα 112 εμφάνισαν λοίμωξη και το υπόλοιπο 118 δεν εμφάνισε, ενώ στους 112 ασθενείς καταγράφηκαν 220 λοιμώξεις. Τα πιθανά αίτια της λοίμωξης ήταν ιοί, μικρόβια, μύκητες και παράσιτα. Αναφορικά με τη βαρύτητα της λοίμωξης το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσίασε σοβαρή λοίμωξη και ένα μικρότερο ποσοστό παρουσίασε μη σοβαρή λοίμωξη. Η κύρια θεραπεία της ΙΦΝΕ κατά τη λοίμωξη ήταν η Μεσαλαζίνη, η Κορτιζόνη, η Σουλφασαλαζίνη και η Αζαθειοπρίνη, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος δεν ελάμβανε βασική κύρια θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Προς το τέλος της συγγραφής μιας μελέτης παραθέεται το κεφάλαιο με τίτλο συζήτηση. Η συζήτηση θέτει τα αποτελέσματα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο και αντικατοπτρίζει τις επιπτώσεις για τους θεωρητικούς και πρακτικούς σκοπούς. Ως εκ τούτου η συζήτηση περιέχει τα τελευταία λόγια το άρθρου τα οποία συγκρατεί ο αναγνώστης (Hofler et al, 2018). Στο κεφάλαιο συζήτησης θα πρέπει να υπάρχει η εισαγωγική παράγραφος η οποία περιέχει την κεντρική ιδέα της εν λόγω μελέτης, τις ενδιάμεσες παραγράφους όπου παραθέτονται τα ευρήματα της μελέτης και να καταγράφονται τα υπέρ και τα κατά του θέματος που συζητείται, καθώς και οι κρίσιμες αξιολογήσεις (Hinrichs et al, 2014). Στην τελευταία παράγραφο θα πρέπει να αναφερθούν τα ισχυρά σημεία της μελέτης καθώς και οι περιορισμοί της μελέτης που θα αντικατοπτρίζουν την αντικειμενικότητα των συγγραφέων και θα παρέχουν τις απαντήσεις στις ερωτήσεις που θα κατευθύνουν οι αναθεωρητές του περιοδικού (Sanli et al, 2013). Οι ερευνητές στο κεφάλαιο με τίτλο συζήτησης προσπαθούν να πληροφορήσουν τον αναγνώστη για τα αποτελέσματα της μελέτης τους κάνοντας τις απαραίτητες συγκρίσεις με την υπόλοιπη σχετική βιβλιογραφία.

5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί μια συστηματική και λεπτομερή καταγραφή των υπό παρακολούθηση ασθενών με ΙΦΝΕ, οι οποίοι εκτός από τη νόσο αυτή καθαυτή ελέγχονταν και για την εμφάνιση λοιμώξεων σε όλο το χρονικό διάστημα παρακολούθησής τους. Από το σύνολο των ασθενών που εκδήλωσαν κάποια λοίμωξη (n=112), το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκε στην ηλικία άνω των 60 ετών.

Σχεδόν οι διπλάσιοι ασθενείς είχαν διαγνωστεί με Ελκώδη Κολίτιδα σε σχέση με εκείνους που είχαν νόσο του Crohn, ενώ πολύ μικρό ήταν το ποσοστό των ασθενών με αδιευκρίνιστη κολίτιδα. Σύμφωνα με τον Baumgart και τον Sandborn (2012), οι ασθενείς με ΙΦΝΕ δεν καθίστανται ανοσοκατασταλμένοι από την ίδια την νόσο αυτή καθαυτή, αλλά από τη φαρμακευτική αγωγή τους και την ανοσοτροποποιητική δράση αυτής της αγωγής στο

ανοσοποιητικό τους σύστημα, αλλά και από την ατομική τους ανταπόκριση, καθώς και το περιβάλλον, χωρίς αυτό μέχρι σήμερα να μπορεί να ποσοτικοποιηθεί. Επίσης η μεγάλη ηλικία του ασθενούς δεν αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα στην εμφάνιση λοιμώξεων, εκτός ίσως από αυτόν της φυματίωσης. Όμως, σύμφωνα με τον Naganuma και τους συνεργάτες του (2013), σε ασθενείς με ΙΦΝΕ υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι λοιμώξεις από βακτήρια, η πνευμονία, και οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, είναι συχνότερες στους ηλικιωμένους.

Η συχνότητα εμφάνισης λοίμωξης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ στη μελέτη μας, ήταν πολύ υψηλή, ανεξάρτητα από τον τύπο της νόσου και την εντόπισή της και ανεξάρτητα επίσης, από το σύστημα, το οποίο προσβλήθηκε, κάτι που φαίνεται και στη μελέτη των Ananthakrishnan και McGinley (2013). Αξίζει να τονισθεί ότι συχνότερες αιτίες λοιμώξεων ήταν οι ιοί, τα μικρόβια, οι μύκητες και τα παράσιτα, κάτι που φαίνεται και στην μελέτη των Khan et al, 2015. Αντίστοιχες λοιμώξεις προκαλούνται από μικροοργανισμούς, οι οποίοι εκμεταλλεύονται το αποδυναμωμένο σύστημα άμυνας και προκαλούν λοίμωξη, ενώ συνήθως θα προκαλούσαν ήπια μορφή λοίμωξης ή καθόλου λοίμωξη σε ανοσοεπαρκείς ξενιστές σύμφωνα με τον Topuner και τους συνεργάτες (2008).

Σε ότι αφορά στη συσχέτιση λοίμωξης και θεραπευτικής/φαρμακευτικής προσέγγισης της ΙΦΝΕ φάνηκε ότι η λήψη κορτιζόνης συσχετίζεται με την αυξημένη εμφάνιση λοίμωξης, χωρίς στη μελέτη μας τα ευρήματα να φτάνουν στο όριο της στατιστικής σημαντικότητας και έπεται η Μεσαλαζίνη, η Αζαθειοπρίνη και η Σουλφασαλαζίνη, ενώ αντίθετα το αίτιο της λοίμωξης δε συσχετίστηκε με τη φαρμακευτική θεραπεία, παρά μόνο στους ασθενείς που ελάμβαναν Αζαθειοπρίνη και εμφάνισαν συχνότερα ιογενή λοίμωξη. Στη μελέτη του Yildiz και του Doganay (2003) έχουν καταγραφεί πνευμονικές λοιμώξεις σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν κορτιζόνη. Επιπρόσθετα έχει τεκμηριωθεί ότι ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό θεραπεία Αζαθειοπρίνης μπορεί να εμφανίσουν συχνότερα εκδηλώσεις από το δέρμα ή το ουρογεννητικό σύστημα σε σχέση με εκείνους που λαμβάνουν Μεσαλαζίνη, όπως επισημάνεται από τον Seksik και τους συνεργάτες του (2009). Τέλος οι ασθενείς που λαμβάνουν δεσμευτές του TNF παράγοντα είναι περισσότερο επιρρεπείς σε σοβαρές λοιμώξεις όπως τονίζει ο Kanis και οι συνεργάτες του (2018), κάτι που δεν βρέθηκε στην παρούσα μελέτη αφού οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν λάμβαναν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες.

5.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Η διεξαγωγή της έρευνας στο νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης προσδίδει ένα κύρος στην ερευνητική διαδικασία. Η μελέτη αποτελεί μια σημαντική προσπάθεια λεπτομερούς καταγραφής αναλυτικών στοιχείων των υπό παρακολούθηση ασθενών με ΙΦΝΕ, μιας μεγάλης υγειονομικής περιφέρειας της χώρας. Ως περιορισμός της μελέτης θα μπορούσε να αναφερθεί ο τρόπος συλλογής του δείγματος, δείγμα ευκολίας, αναφέροντας την περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου μεροληπτικών απαντήσεων. Η διενέργεια της έρευνας σε μόνο ένα δημόσιο νοσοκομείο της Ελλάδας αποτελεί έναν επιπρόσθετο περιορισμό, αφού εάν συμπεριλαμβανόταν και άλλα νοσοκομεία και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας πιθανόν τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά.

5.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα αποτελέσματα της έρευνας πρέπει να γνωστοποιηθούν στην ευρύτερη επιστημονική κοινότητα και θα πρέπει να τονιστεί η ανάγκη για επέκταση ανάλογης έρευνας σε περισσότερα νοσοκομεία της Ελλάδος. Με τον τρόπο αυτό τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να γενικευθούν για τον Ελληνικό πληθυσμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εμφάνιση των λοιμώξεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, αποτελεί συχνό φαινόμενο και μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, όπως είναι η ηλικία του ασθενούς, η θεραπευτική του αγωγή, οι άλλες παθήσεις που μπορεί συχνά να συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες, οι οποίοι διαφοροποιούν το αποτέλεσμα και εξατομικεύουν την κάθε περίπτωση. Φαίνεται ότι η εμφάνιση λοιμώξεων σε αυτούς τους ασθενείς είναι συχνή και για την καλύτερη αντιμετώπισή τους απαιτείται έγκαιρη και έγκυρη αναγνώριση των εμφανιζόμενων λοιμώξεων, που θα οδηγήσει στην ελάττωση της νοσηρότητας και την εξάλειψη της θνησιμότητας των ασθενών με ΙΦΝΕ. Οι ίδιοι δε, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τους κινδύνους ανάπτυξης λοίμωξης, να εκπαιδεύονται στους τρόπους πρόληψης (εμβολιασμός, στοματική υγιεινή) και να απευθύνονται άμεσα στον ιατρό που τους παρακολουθεί και γνωρίζει το πλήρες ιστορικό τους. Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ δικαιούνται, όπως όλοι οι ασθενείς, να λαμβάνουν την βέλτιστη ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας.

ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

Ananthakrishnan, A.N. & McGinley, E.L.,2013. Infection-related hospitalizations are associated with increased mortality in patients with inflammatory bowel diseases. *Send to J Crohns Colitis*,7(2), p.107-12.

Axelrad, J. E., Joelson, A., Green, P. H., Lawlor, G., Lichtiger, S., Cadwell, K., & Lebowitz, B.,2018. Enteric infections are common in patients with flares of inflammatory bowel disease. *The American journal of gastroenterology*, 113(10), p.1530-1539.

Azimi T, Nasiri MJ, Chirani AS, Pouriran R, Dabiri H., 2018. The role of bacteria in the inflammatory bowel disease development: a narrative review. *APMIS*, 126(4), p.275-283.

Baker, J. D., 2017. Nursing research, quality improvement and evidence-based practice: the key to perioperative nursing practice. *AORN J*. 105 (1), p. 3-5.

Barber, G. E., Hendler, S., Okafor, P., Limsui, D., & Limketkai, B. N., 2018. Rising Incidence of Intestinal Infections in Inflammatory Bowel Disease: A Nationwide Analysis. *Inflammatory bowel diseases*, 24(8), p.1849-1856.

Baumgart, D.C., Sandborn, W.J., 2012. Crohn's disease. *Lancet*, 380, p.1590-605.

Benjamin, I.J., Griggs, R.C, Wing,E.J. & Fitz, G., 2018. Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Μ. Αγγελάκη και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Bernstein, C. N., & Shanahan, F.,2008. Disorders of a modern lifestyle: reconciling the epidemiology of inflammatory bowel diseases. *Gut*, 57(9), p.1185-1191.

Bettany-Saltikon, J., 2012. *How to do systematic review in nursing: A step by step guide* [e-book]. U. K.: open University press. Available at British Library e-books.

Boldeanu, M. V., Silosi, I., Ghilusi, M., Cojocaru, M., Biciusca, V., Avramescu, C. S., ... & Silosi, C. A., 2014. Investigation of inflammatory activity in ulcerative colitis. *Rom. J. Morphol. Embryol*, 55, p.1345-1351.

Colombel, J. F., & Mahadevan, U., 2017. Inflammatory bowel disease 2017: innovations and changing paradigms. *Gastroenterology*, 152(2),p. 309-312.

Conrad, K., Roggenbuck, D., & Laass, M. W.,2014. Diagnosis and classification of ulcerative colitis. *Autoimmunity reviews*, 13(4-5),p. 463-466.

- Crump, J. A., Sjölund-Karlsson, M., Gordon, M. A., & Parry, C. M., 2015. Epidemiology, clinical presentation, laboratory diagnosis, antimicrobial resistance, and antimicrobial management of invasive Salmonella infections. *Clinical microbiology reviews*, 28(4), p.901-937.
- Danese, S., & Fiocchi, C., 2006. Etiopathogenesis of inflammatory bowel diseases. *World journal of gastroenterology: WJG*, 12(30), p.4807-4812.
- Dave, M., Purohit, T., Razonable, R., & Loftus Jr, E. V., 2013. Opportunistic infections due to inflammatory bowel disease therapy. *Inflammatory bowel diseases*, 20(1), 196-212.
- Dhai, A., 2014. The research ethics evolution: From Nuremberg to Helsinki. *South African Medical Journal*, 104(3), p.178-180.
- Dignass A, Lindsay J O, Sturm A, Windsor A, Colombel J F, Allez M, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2012 Dec; 6(10): 991-1031.
- Edwards, D. J., 2015. Dissemination of research results: on the path to practice change. *The Canadian journal of hospital pharmacy*, 68(6), p.465-469.
- Fakhoury M, Negrulj R, Mooranian A, Al-Salami H. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and treatments. *Journal of inflammation research*. 2014 Jun; 7: 113-120.
- Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ., 2015. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. USA ELSEVIER. p.1990-2016.
- Fisher, R. A., Gollan, B., & Helaine, S., 2017. Persistent bacterial infections and persister cells. *Nature Reviews Microbiology*, 15(8), p. 453.
- Fragkos, K., 2016. Reflective practice in healthcare education: an umbrella review. *Education Sciences*, 6(3), p.27.
- Gallani, M.C.B.J., 2015. The nurse in the context of chronic disease. *Rev Lat Am Enfermagem*, 23(1), p. 1-2.
- Geboes, K., Colombel, J. F., Greenstein, A., Jewell, D. P., Sandborn, W. J., Vatn, M. H., ... & Riddell, R. H., 2008. Indeterminate colitis: a review of the concept—what's in a name?. *Inflammatory bowel diseases*, 14(6), p. 850-857.
- Glover, L. E., Fennimore, B., & Wingfield, M., 2016. Inflammatory bowel disease: influence and implications in reproduction. *Inflammatory bowel diseases*, 22(11), p. 2724-2732.
- Goetgebuuer, R. L., van der Woude, C. J., de Ridder, L., Doukas, M., & de Vries, A. C., 2019. Clinical and endoscopic complications of Epstein-Barr virus in inflammatory bowel disease: an illustrative case series. *International journal of colorectal disease*, p.1-4.
- Goldman, A., 2004. Epistemology. In *Fundamentals of Philosophy* (pp. 23-47). Routledge.

Gouda, M. A., 2015. Common pitfalls in reporting the use of SPSS software. *Medical Principles and Practice*, 24(3),p. 300-300.

Guindi, M., & Riddell, R. H., 2004. Indeterminate colitis. *Journal of Clinical Pathology*, 57(12), p.1233-1244.

Ha, F., & Khalil, H., 2015. Crohn's disease: a clinical update. *Therapeutic advances in gastroenterology*, 8(6),p. 352-359.

Haapamäki, J., Turunen, U., Roine, R. P., Färkkilä, M. A., & Arkkila, P. E., 2008. Finnish patients with inflammatory bowel disease have fewer symptoms and are more satisfied with their treatment than patients in the previous European survey. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 43(7),p. 821-830.

Habibi, F., Habibi, M. E., Gharavinia, A., Mahdavi, S. B., Akbarpour, M. J., Baghaei, A., & Emami, M. H., 2017. Quality of life in inflammatory bowel disease patients: A cross-sectional study. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 22, p.104-109.

Hao, Q., Dong, B. R., & Wu, T., 2015. Probiotics for preventing acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Hastings, C. & Fisher, C. A., 2014. Searching for proof: creating and using an actionable PICO question. *Nursing Management*, 45 (8), p. 9-12.

Hauser SC, Oxentenko AS, Sanchez W. Mayo Clinic Gastroenterology and Hepatology Board Review. 5th ed. USA MAYO CLINIC.2015.p.155-220.

Hinrichs, S., Jahagirdar, D., Miani, C., Guerin, B., & Nolte, E., 2014. Learning for the NHS on procurement and supply chain management: A rapid evidence assessment.

Höfler, M., Venz, J., Trautmann, S., & Miller, R., 2018. Writing a discussion section: how to integrate substantive and statistical expertise. *BMC medical research methodology*, 18(1),p. 34-43.

Hueck, B. & Delmar, C., 2018. Theoretical development in the context of nursing- the hidden epistemology of nursing theory. *Nurs. Philos.*, 19(1),p. 1-10.

Irving, P. M & Gibson. Peter R., 2008. Infections and IBD. *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*, (5),p.18–27.

Kanis, S. L., de Lima-Karagiannis, A., van der Ent, C., Rizopoulos, D., & van der Woude, C. J., 2018. Anti-TNF levels in cord blood at birth are associated with anti-TNF type. *Journal of Crohn's and Colitis*, 12(8), p.939-947.

Keshav, S., 2009. The Gastrointestinal System at a Glance. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Σ.Α. Σουγιουλτζή. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού.

Khan, H. A., Ahmad, A., & Mehboob, R. (2015). Nosocomial infections and their control strategies. *Asian pacific journal of tropical biomedicine*, 5(7), 509-514.

Ko, J., & Auyeung, K., 2014. Inflammatory bowel disease: etiology, pathogenesis and current therapy. *Current pharmaceutical design*, 20(7), p. 1082-1096.

Koshy, K., Limb, C., Gundogan, B., Whitehurst, K., & Jafree, D. J., 2017. Reflective practice in health care and how to reflect effectively. *International journal of surgery. Oncology*, 2(6), p.20-23.

Krapski, T. L., Dahm, P., Fesperman, S. F. & Shardt, C. M., 2008. How to perform a literature search. *J. Urol.*, 179 (4), p. 1264-1270.

Krleža-Jerić, K., & Lemmens, T. (2009). 7th revision of the Declaration of Helsinki: good news for the transparency of clinical trials. *Croatian medical journal*, 50(2), 105-110.

Kucharzik T, & Maaser C., 2014. Infections and Chronic Inflammatory Bowel Disease. *Viszeralmedizin*, 30(5), p.326-32.

Kucharzik, T., & Maaser, C., 2014. Infections and chronic inflammatory bowel disease. *Visceral Medicine*, 30(5), p. 326-332.

Kuehn, F., & Klar, E., 2015. Surgical principles in the treatment of ulcerative colitis. *Visceral Medicine*, 31(4), p.246-250.

Kulkarni, D. K., 2016. Interpretation and display of research results. *Indian journal of anaesthesia*, 60(9), p.657-661.

Larue, E., Drans, P. & Klem, M. L., 2009. A description of a web-based educational tool for understanding the PICO framework in evidence-based practice with a citation tanking system. *Computers Information Nursing*, 27 (1), p. 44-49.

Lenti, M. V., Levison, S., Eliadou, E., Willert, R., Kemp, K., Carter, A., ... & Tattersall, S., 2018. A real-world, long-term experience on effectiveness and safety of vedolizumab in adult patients with inflammatory bowel disease: The Cross Pennine study. *Digestive and Liver Disease*, 50(12), p.1299-1304.

Li, E., Zhang, Y., Tian, X., Wang, X., Gathungu, G., Wolber, A., ... & Zhu, W., 2019. Influence of Crohn's disease related polymorphisms in innate immune function on ileal microbiome. *PloS one*, 14(2), p. 1-22

- Limdi, J. K.,2018. Dietary practices and inflammatory bowel disease. *Indian Journal of Gastroenterology*, 37(4),p. 284-292.
- Loftus Jr, E. V.,2004. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*, 126(6), p.1504-1517.
- Martinez-Mesa, J. et. al, 2016. Sampling: How to select participants in my research study? *An. Bras. Dermatol.*,91(3), p. 326-330.
- Meier, J., & Sturm, A., 2011. Current treatment of ulcerative colitis. *World journal of gastroenterology: WJG*, 17(27),p. 3204-3212.
- Mill, J., & Lawrance, I. C., 2014. Preventing infective complications in inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 20(29),p. 9691-9698.
- Misra, R., Faiz, O., Munkholm, P., Burisch, J., & Arebi, N., 2018. Epidemiology of inflammatory bowel disease in racial and ethnic migrant groups. *World journal of gastroenterology*, 24(3),p. 424-.437.
- Moher, D. et al., 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis: the PRISMA statement. *PLOS medicine*, 6 (7), p. 1-6.
- Mowat, C., Cole, A., Windsor, A. L., Ahmad, T., Arnott, I., Driscoll, R., ... & Lees, C.,2011. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*, 60(5), p.571-607.
- Mulder, D. J., Noble, A. J., Justinich, C. J., & Duffin, J. M., 2014. A tale of two diseases: the history of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(5),p. 341-348.
- Mylonaki, M., Langmead, L., Pantas, A., Johnson, F., Rampton, D.S., 2004. Enteric infection in relapse of inflammatory bowel disease: importance of microbiological examination of stool. *Eur J Gastroenterol Hepatol.*,16, p. 775–778.
- Naganuma, M., Kunisaki, R., Yoshimura, N., Takeuchi, Y., Watanabe, M.,2013. A prospective analysis of the incidence of and risk factors for opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol.*,48 (5), p.595-600.
- Nemati, S., & Teimourian, S.,2017. An overview of inflammatory bowel disease: general consideration and genetic screening approach in diagnosis of early onset subsets. *Middle East journal of digestive diseases*, 9(2),p. 69-80.
- Ng, S. C., & Chan, F. K., 2013. Infections and inflammatory bowel disease: Challenges in Asia. *Journal of digestive diseases*, 14(11),p. 567-573.

Nguyen VQ, Mays JL, Lang M, Wu Y, Dassopoulos T, Regueiro M, Moss A, Proctor DD, Sorrentino D. Knowledge Gaps in the Management of Postoperative Crohn's Disease: A US National Survey. *Dig. Dis. Sci.* 2018 Jan;63(1):53-60.

Park, S. K., Duk Ye, B., Yang, S. K., Kim, S. O., Jihun, K., Jong Wook, K., ... & Byeon, J. S., 2014. Clinical features and course of ulcerative colitis diagnosed in asymptomatic subjects. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(10), p.1254-1260.

Pithadia, A. B., & Jain, S., 2011. Treatment of inflammatory bowel disease (IBD). *Pharmacological Reports*, 63(3), p.629-642.

Poitras, M. E., Chouinard, M. C., Gallagher, F., & Fortin, M., 2018. Nursing Activities for Patients With Chronic Disease in Primary Care Settings: A Practice Analysis. *Nursing research*, 67(1), p.35-42.

Rahier, J. F., Ben-Horin, S., Chowers, Y., Conlon, C., De Munter, P., D'Haens, G., ... & Gassull, M., 2009. European evidence-based Consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 3(2), p.47-91.

Rahier, J. F., Magro, F., Abreu, C., Armuzzi, A., Ben-Horin, S., Chowers, Y., ... & Katsanos, K., 2014. Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(6), p.443-468.

Rollfe, G., Jasper, M., & Freshwater, D., 2011. *Critical reflection in practice: generating knowledge for care*. U.K.: Publication-Palgrave Macmillan.

Rowan, C., Judge, C., Cannon, M. D., Cullen, G., Mulcahy, H. E., Ryan, E., ... & Doherty, G. A., 2018. Severe Symptomatic Primary CMV Infection in Inflammatory Bowel Disease Patients with Low Population Seroprevalence. *Gastroenterology research and practice*, 2018,p., 1-6.

Saczynski, J.C. , Mc Manus, D.D. & Giolberg, R.J., 2013. Commonly utilized data collection approaches in clinical research. *Am. J. Med.*, 126(11), p. 1-10

Şanlı, Ö., Erdem, S., & Tefik, T., 2013. How to write a discussion section?. *Turkish journal of urology*, 39 (1), p.20-24.

Seksik, P., Cosnes, J., Sokol, H., Nion-Larmurier, I., Gendre, J.P., Beaugerie, L., 2009. Incidence of benign upper respiratory tract infections, HSV and HPV cutaneous infections in inflammatory bowel disease patients treated with azathioprine. *Aliment Pharmacol Ther.*,29(10), p.1106-13.

- Shanahan F., 2004. Host-flora interactions in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.*, 10 (1),p.16–24.
- Shaw, R.L., Pattison, H.M., Holland, C. A Cooke, R., 2015. Be SMART: examining the experience of implementing the NHS health check in UK primary care. *BMC Fam. Pract.*, 16, P. 1-8.
- Squires, S., Boal, A., & McCluskey, F., 2018. A ward nurse's guide to inflammatory bowel disease (part 2): treatment. *Gastrointestinal Nursing*, 16(7),p. 38-42.
- Stein, R., Dogan, H. S., Hoebeke, P., Kočvara, R., Nijman, R. J., Radmayr, C., & Tekgül, S., 2015. Urinary tract infections in children: EAU/ESPU guidelines. *European urology*, p.67(3), 546-558.
- Sterling, J. C., 2016. Viral infections. *Rook's Textbook of Dermatology, Ninth Edition*, p.1-124.
- Stjernman H. Crohn's Disease in Sickness and in Health Studies of Health Assessment Strategies and Impact on Health-Related Quality of Life. 2011;Sweden: Publication LINKÖPING UNIVERSITY.
- Suresh, K., Thomas, S.V. & Suresh, G., 2011. Design, data analysis and sampling techniques for clinical research. *Ann. Indian. Acad. Neural.* 14(4), p. 287-290.
- Toruner, M., Loftus Jr, E. V., Harmsen, W. S., Zinsmeister, A. R., Orenstein, R., Sandborn, W. J., ... & Egan, L. J. (2008). Risk factors for opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 134(4), 929-936.
- Treglia, G. & Sadeghi, 2013. Meta-analysis and systematic reviews on PET and PET/CT in oncology: the state of the art. *Clin. Translat. Imaging.* 1 (2), p. 73-75.
- Tremaine, W. J., 2011. Diagnosis and treatment of indeterminate colitis. *Gastroenterology & hepatology*, 7(12),p. 826-828.
- Unemo, M., Bradshaw, C. S., Hocking, J. S., de Vries, H. J., Francis, S. C., Mabey, D., ... & Peeling, R. W. (2017). Sexually transmitted infections: challenges ahead. *The Lancet infectious diseases*, 17(8), e235-e279.
- Weng, Y. H. et al., 2015. Implementation of evidence-based practice in relation to a clinical nursing ladder system: a national survey in Taiwan. *Worlds views Evid. Based Nurs.* 12 (1), p. 1-18.
- Ye, Y., Pang, Z., Chen, W., Ju, S., & Zhou, C.,2015. The epidemiology and risk factors of inflammatory bowel disease. *International journal of clinical and experimental medicine*, 8(12),p. 22529-22542.

Yildiz, O., Doganay, M., 2003. Actinomycoses and Nocardia pulmonary infections. *Curr Opin Pulm Med*, 12,p. 228–234.

Zahedi, F., Sanjari, M., Aala, M., Peymani, M., Aramesh, K., Parsapour, A., ... & Dastgerdi, M. V., 2013. The code of ethics for nurses. *Iranian journal of public health*, 42(1),p. 1-8.

Δαρβίρη, Χ., 2009. *Μεθοδολογία Έρευνας στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα : Εκδόσεις Πασχαλίδη .

Μανούσος Ο., 2003. Κολίτιδες και «Κολίτιδες». Β' Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις ΖΗΤΑ. Σελ. 21-186.

Μαυρογιάννης, Χ.Κ., 2008. Ενδοσκοπήσεις Πεπτικού Συστήματος: Βασικές Αρχές, Κλινικές Εφαρμογές, Περιενδοσκοπική Φροντίδα. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Μερκούρης, Α. Β. 2008. *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΙΩΝ.

Σαχλάς, Α. & Μπερσίμης, Σ. 2017. *Εφαρμοσμένη Στατιστική με έμφαση στις Επιστήμες Υγείας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις ΤΖΙΟΛΑ.

Τομαράς, Π., 2014. *Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ και την έρευνα αγοράς*. Αθήνα: GOSPEL.

Χαράτση-Γιωτάκη, Ε., 2014. Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. 2^η Έκδοση, Ιωάννινα. σελ. 2-5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

«ΙΦΝΕ-ΛΟΙΠΕΣ (ΜΗ ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΑΚΕΣ) ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ»

Εισαγωγή στο θέμα

Φαίνεται ότι οι λοιμώξεις αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στην Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο των Εντέρων (ΙΦΝΕ) και ο επιπολασμός τους αυξάνει σημαντικά από τη μακροχρόνια χρήση κορτικοστεροειδών (Barber, et al., 2018). Για τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα θα πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα οι λοιμώξεις σε έδαφος μυελοτοξικότητας και οι ιογενείς λοιμώξεις (Axelrad, et al., 2018).

Η χορήγηση αζαθειοπρίνης και 6-μερκαπτοπουρίνης έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ιογενών, βακτηριακών και μυκητιασικών λοιμώξεων, κάτι που δεν επαληθεύτηκε από τη βάση δεδομένων TREAT (Toguner, et al., 2008).

Για τους βιολογικούς παράγοντες, εκτός από την αναζωπύρωση λανθάνουσας φυματίωσης ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να ευαισθητοποιημένος για την έγκαιρη αναγνώριση, διάγνωση και θεραπεία ειδικών λοιμώξεων συμπεριλαμβανομένων και του τύπου ευκαιριακών (Rahier, et al., 2009). Τέτοιες ευκαιριακές λοιμώξεις που έχουν παρατηρηθεί σπάνια κατά την θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες είναι η ιστοπλάσμωση, η λιστερίωση, η ασπεργίλλωση, η καντιντίαση και η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* (Kucharzik & Maaser, 2014). Κατά

την διάρκεια αυτών των λοιμώξεων η αγωγή με βιολογικούς παράγοντες θα πρέπει να διακόπτεται άμεσα και να χορηγείται η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (Ng & Chan, 2013). Σε μία μεγάλη σειρά ερευνών από τη Mayo Clinic η συχνότητα ευκαιριακών λοιμώξεων σε ασθενείς που έπαιρναν βιολογικούς παράγοντες ήταν 4% με 1% θνητότητα. Όσον αφορά στη φυματίωση σε ασθενή με πιθανή λανθάνουσα νόσο θα πρέπει να χορηγείται χημειοπροφύλαξη με ισιοναζίδη (6-9 μήνες), ριφαμπικίνη (4 μήνες) ή συνδυασμός τους (3 μήνες). Η θεραπεία με βιολογικό παράγοντα θα πρέπει να ξεκινά ένα μήνα μετά την έναρξη της αντιφυματικής αγωγής (Mill, & Lawrance, 2014).

Έχει αναφερθεί σε ορισμένες περιπτώσεις έξαρση της χρόνιας ηπατίτιδας B με τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ή τους βιολογικούς παράγοντες. Ορισμένες περιπτώσεις είχαν έντονη αναζωπύρωση και μοιραία έκβαση. Ο έλεγχος για δείκτες ηπατίτιδας είναι επιβεβλημένος σε ασθενείς που θα λάβουν ανοσοκατασταλτικά ή βιολογικούς παράγοντες (Rahier, et al., 2014). Σε περίπτωση χρόνιας ηπατίτιδας B, ακόμα και ανενεργού, θα πρέπει να χορηγείται προφυλακτικά θεραπεία με νουκλεοσιδικά ή νουκλεοτιδικά ανάλογα με τη διάρκεια της θεραπείας με ανοσοκατασταλτικά ή βιολογικό παράγοντα, ώστε να αποφευχθεί σοβαρή έξαρση της ηπατίτιδας B. (Dave, 2013).

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων: Pub Med, Google Scholar, Scopus και Science Direct, την τελευταία δεκαετία και στην αγγλική γλώσσα.

Ο σκοπός / οι στόχοι

Η καταγραφή του επιπολασμού και τους είδους των μη κλωστηριδιακών λοιμώξεων, οιασδήποτε αιτιολογίας και οιασδήποτε εντόπισης σε όργανο-σύστημα των ασθενών με ΙΦΝΕ, εντός και εκτός Βορειοδυτικής Ελλάδας καθώς και της Αλβανίας.

Μεθοδολογικός σχεδιασμός

Θα πραγματοποιηθεί αναδρομική μελέτη παρατήρησης των λοιμώξεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Πιο συγκεκριμένα Θα μελετηθούν όλες οι γενικές λοιμώξεις των συστημάτων:

- Γαστρεντερικό
 - Αναπνευστικό, ανώτερο και κατώτερο
 - ΚΝΣ
 - Ουροποιητικό

- Λοιμώξεις δέρματος, μαλακών μορίων και γεννητικών οργάνων
- Λοιμώξεις μυοσκελετικού συστήματος
- Ζωνοόσοι

Θα μελετηθεί, η χορήγηση βιολογικών παραγόντων και ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων και θα γίνει αναδρομική μελέτη του επιπολασμού λανθάνουσας φυματίωσης (mantoux, IGRAs) και της ηπατίτιδας Β και C κατά τον προληπτικό έλεγχο ασθενών που είχαν προγραμματιστεί να λάβουν βιολογική θεραπεία. Επίσης, θα συγκριθεί ο επιπολασμός των λοιμώξεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ σε σχέση με τον αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού.

Κριτήρια εισόδου:

- Ασθενείς με παθήσεις του εντέρου
- Ασθενείς που εμφάνισαν λοίμωξη

Χώρος διεξαγωγής

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Δομημένη παρατήρηση

Ηθική της έρευνας

Η μελέτη διέπεται από το νομοθετικό και δεοντολογικό πλαίσιο του Γενικού Κανονισμού για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων με τη χρήση του πακέτου IBM SPSS 22 (STATISTICAL PACKAGE for the SOCIAL SCIENCES).

Αναμενόμενα αποτελέσματα

Εισαγωγή στη μελέτη ικανοποιητικού αριθμού παρατηρήσεων και επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων λοιπών σχετικών μελετών για τον επιπολασμό των μη κλωστηριδιακών λοιμώξεων στους ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Χρονοδιάγραμμα

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας και συγγραφή ανασκόπησης = 1 μήνας

Συλλογή στοιχείων = 12 μήνες

Στατιστική ανάλυση δεδομένων = 0,5 μήνας

Συγγραφή = 1.5 μήνες

Κόστος

Δίχως αμοιβή των συμμετεχόντων

Παραπομπές

- Axelrad, J. E., Joelson, A., Green, P. H., Lawlor, G., Lichtiger, S., Cadwell, K., & Lebowitz, B. (2018). Enteric infections are common in patients with flares of inflammatory bowel disease. *The American journal of gastroenterology*, *113*(10), 1530-1539.
- Barber, G. E., Hendler, S., Okafor, P., Limsui, D., & Limketkai, B. N. (2018). Rising Incidence of Intestinal Infections in Inflammatory Bowel Disease: A Nationwide Analysis. *Inflammatory bowel diseases*, *24*(8):1849-1856.
- Dave, M., Purohit, T., Razonable, R., & Loftus Jr, E. V. (2013). Opportunistic infections due to inflammatory bowel disease therapy. *Inflammatory bowel diseases*, *20*(1), 196-212.
- Kucharzik, T., & Maaser, C. (2014). Infections and chronic inflammatory bowel disease. *Visceral Medicine*, *30*(5), 326-332.
- Mill, J., & Lawrance, I. C. (2014). Preventing infective complications in inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, *20*(29), 9691-9698.
- Ng, S. C., & Chan, F. K. (2013). Infections and inflammatory bowel disease: Challenges in Asia. *Journal of digestive diseases*, *14*(11), 567-573.
- Rahier, J. F., Ben-Horin, S., Chowers, Y., Conlon, C., De Munter, P., D'Haens, G., ... & Gassull, M. (2009). European evidence-based Consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, *3*(2), 47-91.
- Rahier, J. F., Magro, F., Abreu, C., Armuzzi, A., Ben-Horin, S., Chowers, Y., ... & Katsanos, K. (2014). Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, *8*(6), 443-468.
- Toruner, M., Loftus Jr, E. V., Harmsen, W. S., Zinsmeister, A. R., Orenstein, R., Sandborn, W. J., ... & Egan, L. J. (2008). Risk factors for opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, *134*(4), 929-936.

ΟΝΟΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΣΙΜΟΥ ΒΑΓΙΟΥΛΑ

ΗΜ/ΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΟΠΤΗ ΚΑΘΗΓΗΤΗ: ΚΑΤΣΑΝΟΣ Χ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

17/12/2018