

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟ ΣΙΔΗΡΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΩΝ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ Η
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, ΣΤΗΝ ΗΠΕΙΡΟ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2014-2015.**

υπό
Ρίζου Νεφέλη

Μεταπτυχιακή εργασία υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων
απονομής Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην Νοσηλευτική Παθολογία του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
2016

ΡΙΖΟΥ ΝΕΦΕΛΗ



Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστήμων Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Δια-τμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας
ΤΕΙ Ηπείρου

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
Νοσηλευτική Παθολογία

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟ ΣΙΔΗΡΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΩΝ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ Η
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, ΣΤΗΝ ΗΠΕΙΡΟ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2014-2015.**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΡΙΖΟΥ ΝΕΦΕΛΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ: 209

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΙΟΥΛΙΟΣ 2016

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην Νοσηλευτική Παθολογία.

Ρίζου Νεφέλη



Department of Medicine, Faculty of Health
Sciences
University of Ioannina

Inter- departmental
Programmed postgraduate

NURSING PATHOLOGY



Nursing Department School of Health &
Welfare TEI Epirus

Postgraduate Programmed

Nursing Pathology

MASTER THESIS

**EFFICACY IN TREATMENT OF INTRAVENOUS IRON IN PATIENTS WITH
IDIOPATHIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASES, AND THE NURSING APPROACH,
IN HPEIROS DURING THE YEARS 2014-2015.**

NAME: RIZOU NEFELI

STUDENT REGISTRATION NUMBER: 209

DATE: JULY 2016

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

Rizou Nefeli

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων: ΚΑΤΣΑΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας

Μέλη: ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας

ΚΟΣΜΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας

Αφιέρωση

«Ήρθαν και σήμερα οι γλάροι, θα βρέξει.

Και οι ελπίδες σου γεννιούνται ξανά.

-Μ' αρέσει η βροχή. Φέρνει τους γλάρους μου κοντά.

Αυτούς που στα φτερά τους σηκώνουν την ψυχή μου

και ας μην τους είπα ποτέ ευχαριστώ-.»

Ετσι Ζαχαρία.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Νοσηλευτική Παθολογία» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων σε σύμπραξη με το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Ιωαννίνων, υπό την επίβλεψη του Επίκουρου Καθηγητή Γαστρεντερολογίας κ. Κατσάνου Κωνσταντίνου. Θα ήθελα λοιπόν, να ευχαριστήσω τον κ. Κατσάνο Κωνσταντίνο, καθώς και τον πρόεδρο του τμήματος κ. Επαμεινώνδα Τσιάνο, για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ και να αποκτήσω περαιτέρω γνώσεις στο αντικείμενο που ανταποκρίνεται στα επιστημονικά μου ενδιαφέροντα, καθώς και για την αμέριστη συμπαράσταση του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης. Επίσης ευχαριστώ τα υπόλοιπα μέλη της επιτροπής, κύριο Χριστοδούλου Δημήτριο και κυρία Κοσμίδου Μαρία, για την συνεργασία τους.

Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Διευθυντή της Α΄ Παθολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων κ. Χρήστου Λεωνίδα καθώς και τον ειδικευόμενο γιατρό κ. Σκαμνέλο Αλέξανδρο, για την συμβολή τους στην ολοκλήρωση της εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά όλους τους φίλους μου που με ενθάρρυναν σε αυτό το στάδιο των σπουδών μου και όσους συναδέλφους συμφοιτητές που συνέβαλαν με την κριτική τους στην αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να εκφράσω στην οικογένειά μου, τον αδερφό μου Άγγελο και τους γονείς μου, Κωνσταντίνο και Ευτυχία, για τη διαχρονική συμπαράσταση τους και την υλική και ηθική στήριξη των επιλογών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αναιμία είναι μια κοινή επιπλοκή που συνδέεται με τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΠΕ) και συχνά παραβλέπεται στην αντιμετώπιση των ασθενών με ΙΦΠΕ. Δυστυχώς, αντιπροσωπεύει μία από τις κύριες αιτίες που συνδυάζει μειωμένη ποιότητα ζωής και αύξηση των εισαγωγών σε νοσοκομεία μεταξύ αυτού του πληθυσμού. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι ο επιπολασμός της αναιμίας σε όλες τις μελέτες σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είναι υψηλός (30%). Τόσο η ανεπάρκεια σιδήρου όσο και η αναιμία της χρόνιας νόσου συμβάλλουν περισσότερο στην ανάπτυξη της αναιμίας στις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου. Όσον αφορά τη θεραπεία, πολλοί ασθενείς θα ανταποκριθούν σε σκευάσματα από του στόματος σιδήρου, αλλά η συμμόρφωση μπορεί να είναι κακή, ενώ τα ενδοφλέβια σκευάσματα είναι ασφαλείς, παρέχουν μια ταχύτερη αύξηση της αιμοσφαιρίνης και αναπλήρωση σιδήρου και παρουσιάζουν ένα χαμηλότερο ποσοστό διακοπής της θεραπείας. Απόλυτες ενδείξεις για θεραπεία ενδοφλέβιου σιδήρου περιλαμβάνουν η σοβαρή αναιμία, δυσανεξία ή ακατάλληλη απάντηση σε από στόματος σκευάσματα σιδήρου, σοβαρή εντερική νόσο, ή η χρήση ενός τονωτικού παράγοντα της ερυθροποίησης. Εν κατακλείδι, η διαχείριση της αναιμίας είναι πολυσύνθετη στη θεραπεία των ασθενών με ΙΦΠΕ καθώς επηρεάζει σημαντικά την πρόγνωση της νόσου. Κατά συνέπεια, η διόρθωση της θεραπείας θα πρέπει να θεωρηθεί ως πρώτης γραμμής θεραπευτικός στόχος στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου, Ελκώδης κολίτιδα, νόσος του Crohn, αναιμία, ενδοφλέβιος σίδηρος, κορτικοστεροειδή, AND 5- infliximab.

ABSTRACT

Anemia, a common complication associated with inflammatory bowel disease (IBD), is frequently overlooked in the management of IBD patients. Unfortunately, it represents one of the major causes of both decreased quality of life and increased hospital admissions among this population. This is evidenced by the fact that the prevalence of anemia across studies on patients with inflammatory bowel disease (IBD) is high (30%). Both iron deficiency (ID) and anemia of chronic disease contribute most to the development of anemia in IBD. Many patients will respond to oral iron, but compliance may be poor, whereas intravenous (IV) compounds are safe, provide a faster Hb increase and iron store repletion, and presents a lower rate of treatment discontinuation. Absolute indications for IV iron treatment should include severe anemia, intolerance or inappropriate response to oral iron, severe intestinal disease activity, or use of an erythropoietic stimulating agent. In conclusion, the management of anemia is a complex aspect of treating IBD patients, one that significantly influences the prognosis of the disease. As a consequence, its correction should be considered a specific, first-line therapeutic goal in the management of these patients.

Key words: Inflammatory bowel disease(s), ulcerative colitis, Crohn's disease, AND 5-infliximab, intravenous iron, anemia, corticosteroids.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u>	7
<u>Κεφ. 1:</u> ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
<u>Κεφ. 2:</u> ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ.....	12
<u>2.1</u> <u>:</u> ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ... ..	13
<u>2.2</u> <u>:</u> ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ/ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	13
<u>2.3</u> <u>:</u> ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ.....	14
<u>Κεφ. 3:</u> ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	16
<u>3.1</u> <u>:</u> ΤΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ.....	16
<u>3.2</u> <u>:</u> ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ... ..	18
<u>3.3</u> <u>:</u> ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	19
<u>3.4</u> <u>:</u> ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΟ	20
<u>Κεφ. 4:</u> ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	21
<u>4.1</u> <u>:</u> ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ.....	21
<u>4.2</u> <u>:</u> ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	22
<u>4.3</u> <u>:</u> ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ.....	23
<u>4.4</u> <u>:</u> ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	24
<u>4.5</u> <u>:</u> ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ... ..	25
<u>4.6</u> <u>:</u> ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ	26
<u>4.7</u> <u>:</u> ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ... ..	27
<u>4.8</u> <u>:</u> ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ... ..	28
<u>Κεφ.5:</u> ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	30
<u>5.1</u> <u>:</u> ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ... ..	30

<u>5.2</u> : ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	44
<u>Κεφ.6:</u> ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	46
<u>6.1</u> : ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	46
<u>6.2</u> : ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ.....	49
<u>6.3</u> : ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ... ..	49
<u>Κεφ.7:</u> ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	51
<u>ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ</u>	53
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</u>	56

Κεφ. 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του διπλωματικής έρευνας, που αποτελεί μέρος του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Νοσηλευτική Παθολογία» του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων σε σύμπραξη με το Τ.Ε.Ι. Ιωαννίνων (Τμήμα Νοσηλευτικής).

Το θέμα που διαπραγματεύεται η παρούσα έρευνα είναι η μέτρηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με ενδοφλέβιο σίδηρο σε ασθενείς της Ηπείρου με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων (ΙΦΠΕ) που εισήχθησαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων κατά τα έτη 2014-2015 καθώς και η νοσηλευτική τους προσέγγιση.

Πιο αναλυτικά, στα κεφάλαια που ακολουθούν περιγράφονται αναλυτικά οι στόχοι και οι σκοποί της έρευνας, γίνεται η απαραίτητη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ο τρόπος που επιλέχθηκε η μεθοδολογία βάση της οποίας σχεδιάστηκε η διεξαγωγή της έρευνας και τέλος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα θα συγκριθούν με την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία και θα γίνει η σχετικής συζήτηση. Η έρευνα αποτελεί συνέχεια των ερευνών στο τμήμα της Ηπατο-Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, δεν χρηματοδοτείται από καμία φαρμακευτική εταιρία ούτε προκαλεί καμία παρακώλυση στην ομαλή λειτουργία του Νοσοκομείου.

Κεφ.2: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται ο σκοπός της μελέτης καθώς και οι στόχοι προκειμένου να είναι σαφής και συγκεκριμένη η ερευνητική ερώτηση η οποία θα παρουσιαστεί στις επόμενες σελίδες.

Πιο αναλυτικά, σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της αποτελεσματικότητας των ενδοφλέβιων φαρμακευτικών θεραπειών (ενδοφλέβιος σίδηρος) των ασθενών με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων στη Ήπειρο, κατά τα έτη 2014-2015 με στόχο την αναζήτηση όλων των ειδών των θεραπειών και κατόπιν να γίνει συσχέτιση με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα. Η μελέτη θα αποτελέσει τη συνέχεια προηγούμενων μελετών στο τμήμα.

Στόχος της μελέτης είναι να μελετήσει συγκεκριμένα την αποτελεσματικότητα στους ασθενείς της Ηπείρου λόγω του τρόπου ζωής των ασθενών αυτών. Δηλαδή να εξετάσει αν επηρεάζεται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας από τις κλιματολογικές συνθήκες αλλά και τις διατροφικές που έχουν οι ασθενείς με ΙΦΠΕ στην Ήπειρο. Ένας ακόμα στόχος της μελέτης είναι να καταγράψει τις επιπτώσεις τόσο στην πορεία της νόσου όσο και στην ποιότητα ζωής των ασθενών λόγω της έλλειψης σιδήρου καθώς και τη νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν.

2.1: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ

Πιο συγκεκριμένα, η ερευνητική ερώτηση που μελετά η παρούσα έρευνα είναι η καταγραφή της αποτελεσματικότητας στη θεραπεία με ενδοφλέβιο σίδηρο σε ασθενείς της Ηπείρου με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων, καθώς και η νοσηλευτική τους προσέγγιση κατά το έτη 2014-2015. Θα μελετηθούν δηλαδή οι ασθενείς που πάσχουν από Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων οι οποίοι όμως παρουσιάζουν αναιμία σιδήρου και την αντιμετωπίζουν με ενδοφλέβια φαρμακευτικά σκευάσματα καθώς και θα γίνει και μια αναφορά στην νοσηλευτική φροντίδα που τους παρέχεται.

2.2: ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ/ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί η παρούσα μελέτη καθώς έχει σημειωθεί αύξηση των κρουσμάτων στις δυτικές χώρες, σε χώρες δηλαδή αναπτυσσόμενες, αλλά και συσχέτιση με την εμφάνιση καρκίνου παχέους εντέρου ειδικά μετά από 8-10 χρόνια ενεργού νόσου αν και μέχρι σήμερα παραμένουν ασαφείς οι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση ΙΦΠΕ. Μερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου που εμπλέκονται περιλαμβάνουν κατά κύριο λόγο το κάπνισμα, τα αντισυλληπτικά, τη διατροφή, τη σκωληκοειδεκτομή, το θηλασμό, τα αντιβιοτικά, τα εμβόλια, τις λοιμώξεις. Κανένας όμως από αυτούς τους παράγοντες δεν μπορεί να είναι καθοριστικός με τις περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει να παρουσιάζουν ασυνεπής παρατηρήσεις, καθιστώντας πρόσθετες μελέτες που είναι απαραίτητες για την καλύτερη κατανόηση της αιτιολογίας και της παθοφυσιολογίας των ΙΦΠΕ (Koma, 2013).

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η συχνότητα και ο επιπολασμός των ιδιοπαθών φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου συνεχώς και αυξάνεται γεγονός που επιφέρει, εκτός του ολοένα και μεγαλύτερου φόρτου ασθενών, περεταίρω οικονομική επιβάρυνση για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Είναι σημαντικό λοιπόν να σχεδιαστεί και να προγραμματιστεί σωστή μέριμνα και πρόληψη έτσι ώστε να μειωθούν τα κρούσματα με αποτέλεσμα τη μείωση των αναδυόμενων φαρμακευτικών θεραπειών (Koma, 2013).

2.3: ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ

Η αποτελεσματικότητα στη θεραπεία με ενδοφλέβιο σίδηρο στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη επηρεάζεται τόσο από τον τρόπο λήψης της φαρμακευτικής αγωγής όσο και από τις νοσηλευτική παρέμβαση. Για τη θεραπεία της σιδηροπενικής αναιμίας υπάρχουν δύο μέθοδοι, η ενδοφλέβια και η από του στόματος, για τις οποίες έχουν πραγματοποιηθεί και δημοσιευτεί πολλές μελέτες.

Πιο αναλυτικά, η θεραπεία με από του στόματος σκευάσματα θεωρείται ως πρώτης γραμμής θεραπεία για την αγωγή της σιδηροπενικής αναιμίας λόγω του χαμηλού κόστους, του καλού προφίλ ασφάλειας και της ευκολίας στη χορήγηση. Παρόλα αυτά, η απορρόφηση των σκευασμάτων από του στόματος σιδήρου επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες και η συχνότητα εμφάνισης γαστρεντερικών παρενεργειών μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη τήρησης της θεραπείας, καθώς και σε μικρή αποτελεσματικότητα (Koduru and Abraham, 2016). Οι βασικοί περιορισμοί της από του στόματος σιδηροθεραπείας είναι η περιορισμένη απορρόφηση, οι χαμηλοί ρυθμοί χορήγησης σιδήρου, η επιμήκυνση του χρόνου αναπλήρωσης των αποθεμάτων σιδήρου, το οξειδωτικό στρες, η γαστρεντερική δυσανεξία και η επακόλουθη μειωμένη συμμόρφωση των ασθενών. Ειδικότερα, όταν χορηγείται θεραπεία με παράγοντες διέγερσης ερυθροποίησης (ESAs), η χορήγηση συμπληρωμάτων σιδήρου από του στόματος δεν μπορεί να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες σε σίδηρο (Κατσάνος και Τσιάνος).

Τα ενδοφλέβια σκευάσματα σιδήρου είναι διαθέσιμα ως γλυκονικός σίδηρος, σακχαρόζη σιδήρου, δεξτράνη σιδήρου και σιδήρου carboxymaltose. Ο σίδηρος carboxymaltose (Ferinject R) είναι ένα νέο ενδοφλέβιο παρασκεύασμα σιδήρου που μπορεί να χορηγηθεί σε υψηλές εφάπαξ δόσεις (μέχρι 1000 mg σιδήρου ανά εβδομάδα) σε εβδομαδιαία βάση σε εγχύσεις με ποσοστά πολύ υψηλότερα από ότι η σακχαρόζη σιδήρου. Μέχρι σήμερα, οι μελέτες φάσης III υποστηρίζουν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά του σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με Ιδιοπαθής Φλεγμονώδεις Παθήσεις του εντέρου με σιδηροπενική αναιμία (Zhu et al, 2010).

Όσον αφορά την νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει την πλήρη αξιολόγηση της συνολικής κατάστασης της υγείας ασθενούς με ΙΦΠΕ με ιδιαίτερη έμφαση στον πόνο, την κατάσταση της θρέψης και την κατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών καθώς και την πλήρη αξιολόγηση της κοιλιάς (Dewit, 2009). Τέλος, η νοσηλευτική παρέμβαση αφορά και τη μύηση των ασθενών

στη σωστή διατροφή. Ορισμένες τροφές (όπως π.χ. σπόροι, αμαγείρευτα λαχανικά, κηπευτικά, λιπαρές τροφές, όσπρια φρούτα κλπ), οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν εντερική απόφραξη εφ' όσον υπάρχουν εκτεταμένες στενώσεις του εντέρου, θα πρέπει να αποφεύγονται. Επίσης μερικά άτομα με ελκώδη κολίτιδα έχουν παρατηρήσει ότι το κρασί, η μπύρα και ορισμένα άλλα οινοπνευματώδη τους προκαλούν διάρροια. Η σύσταση για αποφυγή του γάλακτος στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις των εντέρων αν και δεν στηρίζεται σε επαρκή επιστημονικά δεδομένα, εν τούτοις για τις συνθήκες της ελληνικής πραγματικότητας με το υψηλό ποσοστό υπολακτασίας φαίνεται λογική, τουλάχιστον στις εξάρσεις της νόσου. Στα μεσοδιαστήματα οι άρρωστοι χωρίς επιπλοκές θα πρέπει να σιτίζονται κανονικά (Κατσάνος κά, 2000).

Κεφ. 3: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1: ΤΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδης Παθήσεις των εντέρων (Ελκώδη κολίτιδα, Νόσος Crohn) είναι χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του πεπτικού σωλήνα άγνωστης αιτιολογίας, που χαρακτηρίζονται από ποικιλία εντερικών και εξωεντερικών εκδηλώσεων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από φλεγμονή (βλάβες, εξοίδηση και αιμορραγία) του πεπτικού συστήματος (Γιωτάκη, 2010).

Η αιτιολογία της ελκώδους κολίτιδας είναι άγνωστη ωστόσο συχνά συνυπάρχει με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα. Χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδεις αλλοιώσεις που προσβάλλουν το παχύ έντερο. Τυπικά οι βλάβες ξεκινούν από το ορθό αλλά μπορεί να εξαπλωθούν μέχρι τον ειλέο. Αντίθετα, η τελική ειλεΐτιδα ή Νόσος του Crohn αποτελεί φλεγμονώδη πάθηση του γαστρεντερικού σωλήνα που προσβάλλει κυρίως την τελική μοίρα του λεπτού εντέρου (ειλεού), μπορεί όμως να επεκτείνεται από τη στοματική κοιλότητα μέχρι τον πρωκτό και συνεπώς είναι αδύνατον να ιαθεί με χειρουργική εκτομή. Τόσο η νόσος Crohn όσο και η ελκώδης κολίτιδα, αποτελούν χρόνιες παθήσεις με περιόδους επιδείνωσης των συμπτωμάτων (εξάρσεις ή κρίσεις) και περιόδους υποχώρησης αυτών (ύφεση). Παρόλο που τα συμπτώματα μπορεί να κάνουν τους πάσχοντες να νιώθουν άσχημα και να δυσχεραίνουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, συνήθως αντιμετωπίζονται με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (Γιωτάκη, 2010).

Η συχνότητα εμφάνισης των ιδιοπαθών φλεγμονωδών παθήσεων των εντέρων, έχει αυξηθεί σε παγκόσμια κλίμακα. Οι χώρες με υψηλή επίπτωση της ελκώδης κολίτιδας και της νόσου του Crohn είναι η Αγγλία, οι σκανδιναβικές χώρες, οι ΗΠΑ και η Αυστραλία. Στις βιομηχανοποιημένες χώρες της Δύσης η επίπτωση της ελκώδης κολίτιδας κυμαίνεται από 3-15 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους το χρόνο και ο επιπολασμός από 50-80 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού το χρόνο αντίστοιχα. Αντίθετα η νόσος του Crohn κυμαίνεται γύρω στις 5 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού το χρόνο και ο επιπολασμός φτάνει στις 50 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού αντίστοιχα (Νταλέκος κ.ά., 1996).

Ωστόσο σε επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει φαίνεται ότι στην Ελλάδα η επίπτωση της ελκώδης κολίτιδας κυμαίνεται από 4-11 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους το χρόνο. Πιο αναλυτικά, νεότερη επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ήπειρο (νομοί Ιωαννίνων, Άρτας, Πρέβεζας και Θεσπρωτίας) και σε 2 από τα Ιόνια νησιά (Κέρκυρα και Λευκάδα) σε χρονικό διάστημα 6 ετών, από το 1992 έως και το 1997, δείχνει ότι όλα τα νομαρχιακά διαμερίσματα έχουν αύξηση της επίπτωσης των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων των εντέρων, εκτός από το νομό Πρεβέζης, ο οποίος έχει ένα σταθερό πρότυπο (Τσιάνος κ.ά., 1998).

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι το ήπιο κλινικό σχεδιάγραμμα της ασθένειας στην περιοχή της βορειοδυτικής Ελλάδας, εκτός από την Κέρκυρα, η απουσία της νόσου του Crohn στην Λευκάδα και η σχετικά χαμηλή επίπτωση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών παθήσεων των εντέρων στις ηλικίες κάτω από 25 ετών, είναι παράμετροι που χρειάζονται περαιτέρω έρευνα, καθώς οι διαφορές που υπάρχουν σε επιδημιολογικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί τη δεκαετία 1982-1991 και την εξαετία 1992-1997, θα γίνουν σαφέστερες τα επόμενα έτη.

Τέλος, η πλήρης αξιολόγηση της συνολικής κατάστασης της υγείας ασθενούς με ΙΦΠΕ πραγματοποιείται με ιδιαίτερη έμφαση στον πόνο, την κατάσταση της θρέψης και την κατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών καθώς και την πλήρη αξιολόγηση της κοιλιάς. Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις μπορεί να περιλαμβάνουν τον πόνο σχετιζόμενο με τη φλεγμονή του εντέρου, το έλλειμμα όγκου υγρών σχετιζόμενο με την απώλεια υγρών λόγω διάρροιας και τέλος τη διάρροια. Οι αναμενόμενες εκβάσεις που περιμένει ο νοσηλευτής είναι ότι ο πόνος του ασθενούς θα ελεγχθεί με αναλγητικά φάρμακα μέσα σε 8 ώρες, ο ασθενής θα ανακτήσει την ισορροπία των υγρών μέσα σε 36 ώρες καθώς και ότι θα εμφανίσει μικρότερο αριθμό διαρροιών μέσα σε 24 ώρες. Οι μακροπρόθεσμοι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να περιλαμβάνουν την παροχή βοήθειας στον ασθενή για συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή καθώς και την ενθάρρυνση για αποτελεσματικότερους μηχανισμούς αντιμετώπισης και οδηγιών (Dewit, 2009).

3.2: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Για την αναζήτηση και την εύρεση του απαραίτητου επιστημονικού υλικού που σχετίζεται με τη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο μηχανές αναζήτησης, η Pubmed και η Google Scholar. Οι συγκεκριμένες μηχανές αναζήτησης επιλέχθηκαν για το λόγο ότι σε αυτές είναι δημοσιευμένα έγκυρα και αξιόπιστα άρθρα από την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα τα οποία φυσικά σχετίζονται με τη διπλωματική μας μελέτη.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την εύρεση των άρθρων στις μηχανές αναζήτησης είναι οι εξής: Inflammatory bowel disease(s), ulcerative colitis, Crohn's disease, AND 5-infliximab, intravenous iron, anemia, corticosteroids καθώς και οι τελεστές Boolean AND, OR που σε συνδυασμό με τις λέξεις κλειδιά έδωσαν τα επιθυμητά αποτελέσματα στην αναζήτηση.

Τα άρθρα που ανακτήθηκαν αρχικά και στις δύο μηχανές αναζήτησης ήταν περίπου 70.000. Ωστόσο για να είναι η αναζήτηση πιο συγκεκριμένη ορίστηκαν μερικά κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού με σκοπό να βρεθούν τα πλέον κατάλληλα άρθρα και να αποκλειστούν όσα πιθανό να μην έχουν την επιθυμητή συσχέτιση με την ερευνητική μας ερώτηση. Τα κριτήρια αποδοχής που τέθηκαν ήταν η χρονολογία δημοσίευσης των άρθρων να είναι της τελευταίας δεκαετίας που διανύουμε δηλαδή να είναι μεταξύ 2005-2015, τα άρθρα να έχουν δημοσιευτεί είτε σε νοσηλευτικά είτε σε ιατρικά περιοδικά καθώς και οι συγγραφείς των άρθρων να είναι είτε νοσηλευτές είτε ιατροί. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα αντίθετα από τα κριτήρια αποδοχής.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι τα ανακτηθέντα άρθρα μετά τον ορισμό των κριτηρίων αποδοχής- αποκλεισμού ήταν περίπου 12.000 από τα οποία επιλέχθηκαν αυτά τα οποία είχαν τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την ερευνητική ερώτηση καθώς και παρουσίαζαν ομοιότητες με τα ελληνικά δεδομένα και τις συνθήκες. Μερικά από τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν αναλύονται τόσο για το περιεχόμενό τους όσο και για τη μεθοδολογία τους στο επόμενο υποκεφάλαιο 3.3.

3.3 ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Όπως αναφέραμε στην προηγούμενη ενότητα από τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση επιλέχθηκαν μερικά άρθρα για περαιτέρω ανάλυση τα οποία πληρούσαν βεβαίως τα κριτήρια που θέσαμε κατά την αναζήτηση και σχετιζόταν με το θέμα μας.

Η έλλειψη σιδήρου είναι συχνή σε φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, ακόμη και χωρίς αναιμία. Η έλλειψη σιδήρου μπορεί να είναι υπεύθυνη για διάφορα συμπτώματα, μεταξύ των οποίων μειωμένη φυσική απόδοση, μειωμένη γνωστική λειτουργία, κόπωση, κεφαλαλγία, ζάλη, δυσκολία της αναπνοής, απώλεια μαλλιών, στοματίτιδα, γλωσσίτιδα, και να μειώσει τη λίμπιντο. Είναι απαραίτητη η έγκυρη διάγνωση έτσι ώστε να μειωθεί ο επιπολασμός της αναιμίας λόγω ΙΦΠΕ και σύμφωνα με μελέτη να επηρεάζεται όσο το δυνατό λιγότερο η καθημερινότητα των ασθενών (Abitbol et all, 2015). Παρόλο όμως το επαρκές δείγμα, την δεοντολογία και την τεκμηριωμένη μεθοδολογία της συγκεκριμένης μελέτης χρειάζεται να γίνει και συσχέτιση των αποτελεσμάτων με άλλες παρόμοιες.

Σύμφωνα με άλλη μελέτη, η σιδηροπενική αναιμία αποτελεί συχνή επιπλοκή στις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του εντέρου και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία για τη θεραπεία της σιδηροπενικής αναιμίας υπάρχουν δύο μέθοδοι, η ενδοφλέβια και η από του στόματος. Σε γενικές γραμμές, από του στόματος συμπληρώματα σε σιδηροπενική αναιμία θα πρέπει να χορηγούνται με στόχο να αποκατασταθούν τα αποθέματα σιδήρου και το επίπεδο της αιμοσφαιρίνης με ένα κατάλληλο τρόπο. Ωστόσο, σε ασθενείς που παρουσιάζουν παρενέργειες, ο ενδοφλέβιος σίδηρος είναι η θεραπεία επιλογής. Κανένας τρόπος θεραπείας φαίνεται να μην επιδεινώνει την κλινική πορεία της IBD, και ο ενδοφλέβιος σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί ακόμη και σε ενεργά στάδια της νόσου. Το συμπέρασμα αυτό αποδείχτηκε από δεδομένα που προέκυψαν από 632 μελέτες που ανακτήθηκαν και μεταναλύθηκαν σε συμφωνία με την Επιστημονική Επιτροπή Δεοντολογίας της Περιφέρειας της Κοπεγχάγης (Nielsen et all, 2015).

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι στη βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα μελέτη δόθηκε έμφαση τόσο στα αποτελέσματα όσο όμως και στη μεθοδολογία και στη δεοντολογική υπόσταση κάθε μελετών, με σκοπό την συλλογή των πληροφοριών που ήταν απαραίτητα και τα οποία θα είναι αποδεκτά από το επιστημονικό σύνολο. Τα αποτελέσματα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση θα συγκριθούν με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης γι'

αυτό προτιμήθηκαν μελέτες που είχαν όσο τη δυνατό μικρότερη απόκλιση από τα κριτήρια επιλογής που τέθηκαν.

3.4 ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΟ

Κάθε έρευνα που πραγματοποιείται στην επιστημονική κοινότητα καλύπτει ένα ερευνητικό κενό. Με τον όρο ερευνητικό κενό εννοούμε το σημείο στην βιβλιογραφία που δεν έχει μελετηθεί ακόμα και δεν έχει απαντηθεί από κανέναν ερευνητή στη διεθνή επιστημονική κοινότητα.

Το θέμα που διαπραγματεύεται η παρούσα έρευνα έχει μελετηθεί τα προηγούμενα έτη σε αρκετά μεγάλο βαθμό όπως φαίνεται και από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, καθώς ο επιπολασμός της αναιμίας τα τελευταία χρόνια παρουσίασε αύξηση και προκάλεσε ερωτήματα και ανησυχία. Πιο αναλυτικά, στην Ήπειρο η παρακολούθηση με στόχο την αναζήτηση όλων των χορηγούμενων φαρμακευτικών θεραπειών με σίδηρο (ενδοφλέβιο και από του στόματος) των ασθενών πραγματοποιείται από το 1981 έως και το έτος 2013. Ωστόσο, τα έτη 2014 και 2015 δεν έχουν μελετηθεί και αποτελούν το ερευνητικό κενό στο οποίο θα δώσει απαντήσεις η παρούσα μελέτη η οποία θα αποτελέσει τη συνέχεια των προηγούμενων μελετών στο τμήμα της Α΄ Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Κεφ. 4: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1: ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ

Σε αυτή την υποενότητα θα γίνει μια σύντομη περιγραφή της επιστημολογίας των ποσοτικών ερευνών καθώς και γιατί επιλέχθηκε η συγκεκριμένη επιστημολογία. Θα λέγαμε λοιπόν ότι υπάρχουν επιστήμονες που δέχονται την άποψη ότι «η πραγματικότητα υφίσταται ανεξάρτητα από τα άτομα που την παρατηρούν» και ότι «η γνώση που αποκτούμε πηγάζει από τις εμπειρίες μας». Ωστόσο τα κοινωνικά φαινόμενα μπορούν να παρατηρηθούν μέσω διαφόρων εργαλείων των φυσικών επιστημών. Βασικές παραδοχές των ποσοτικών ερευνητών είναι ότι: υπάρχει αντικειμενική πραγματικότητα, μπορούμε να μελετήσουμε με αντικειμενικό τρόπο, υπάρχουν συγκεκριμένες και καθορισμένες ενέργειες εκ των προτέρων (Ζαφειρόπουλος, 2012).

Στην κοινωνιολογική έρευνα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η προσπάθεια του ερευνητή δεν περιορίζεται στο να απαντήσει μόνο μερικά ερωτήματα. Πρόκειται για μια διαδικασία που ξεκινάει από κάποια κοινωνιολογική θεωρία και καταλήγει σε κάποια θεωρία. Είναι δηλαδή η σύνδεση μεταξύ του εμπειρικού υλικού που συλλέγεται με οποιαδήποτε μέθοδο (ποσοτική ή ποιοτική) και της συγκεκριμένης θεωρίας που σχετίζεται με το θέμα της έρευνας. . Εφαρμόζοντας επιστημονικές μεθόδους στη συλλογή εμπειρικών δεδομένων ο ερευνητής, άτομο με συγκεκριμένες απόψεις, αξίες, πιστεύω, αναπαραστάσεις, θα καταφέρει να απομονώσει τις προσωπικές του αντιλήψεις και να περιγράψει αντικειμενικά την κοινωνική πραγματικότητα που έχει μελετήσει. Η κοινωνική πραγματικότητα διερευνάται αμερόληπτα με την εφαρμογή κατάλληλων ουδέτερων ερευνητικών εργαλείων καθώς η αντικειμενική της ύπαρξη δεν επηρεάζεται από το πώς την προσλαμβάνει ο ερευνητής (Ζαφειρόπουλος, 2012).

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη έχει σκοπό την καταγραφή της αποτελεσματικότητας των ενδοφλέβιων φαρμακευτικών θεραπειών (ενδοφλέβιος σίδηρος) των ασθενών με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων στη Ήπειρο, κατά τα έτη 2014-2015 με στόχο την αναζήτηση όλων των ειδών των θεραπειών και κατόπιν να γίνει συσχέτιση με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα. Δηλαδή σύμφωνα με την επιστημολογία υπάρχει μια αντικειμενική

πραγματικότητα (ανεπάρκεια σιδήρου λόγω Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Παθήσεων του Εντέρου) η οποία μπορεί να μελετηθεί με αντικειμενικό τρόπο (καταγραφή της αποτελεσματικότητας των ενδοφλέβιων φαρμακευτικών θεραπειών), με συγκεκριμένες και καθορισμένες ενέργειες εκ των προτέρων (δειγματοληπτική τεχνική, κριτήρια αποδοχής-αποκλεισμού, μέθοδος συλλογής δεδομένων, ηθική έρευνας, ανάλυση των δεδομένων).

4.2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την υλοποίηση κάθε έρευνας ο ερευνητής πρέπει να ορίσει τη μεθοδολογία που επέλεξε καθώς και να αιτιολογήσει γιατί την επέλεξε. Παρακάτω θα γίνει μια σύντομη και κριτική ανάλυση μεταξύ των διαφορών ανάμεσα στην ποσοτική και στην ποιοτική μεθοδολογία καθώς και θα τεκμηριωθεί η μέθοδος που προτείνετε για την υλοποίηση της παρούσας μελέτης.

Η ποιοτική προσέγγιση στην έρευνα έχει στόχο την κατανόηση σε βάθος των κοινωνικών φαινομένων και αποτελεί την ενδεδειγμένη μεθοδολογία για να απαντηθούν τα ερωτήματα που σχετίζονται με το "Γιατί;" και το "Πώς;" των φαινομένων. Το βασικό πλεονέκτημα των ποιοτικών μεθόδων είναι η ευελιξία που χαρακτηρίζει την ερευνητική διαδικασία. Η ποιοτική έρευνα αποτελεί την κατάλληλη μέθοδο για να κατανοηθούν σε βάθος οι στάσεις, οι αντιλήψεις, τα κίνητρα, τα συναισθήματα καθώς και οι συμπεριφορές των ατόμων από μια ολιστική προσέγγιση (Σαραφίδου, 2011).

Αντίθετα, η ποσοτική έρευνα είναι διερευνά τις σχέσεις μεταξύ διαφόρων παραγόντων. Αναφέρεται στη συστηματική διερεύνηση φαινομένων με στατιστικές μεθόδους, μαθηματικά μοντέλα και αριθμητικά δεδομένα. Ορίζεται συνήθως αντιπροσωπευτικό δείγμα παρατηρήσεων και επιδιώκεται γενίκευση σε ένα ευρύτερο πληθυσμό. Η συλλογή δεδομένων γίνεται με δομημένα πρωτόκολλα, όπως ερωτηματολόγια, κλίμακες και δοκίμια επιτευγμάτων (Σαραφίδου, 2011).

Τα είδη των ποσοτικών ερευνών είναι η πειραματική και η μη πειραματική (περιγραφική, σύγκρισης, συσχέτισης, αντιστροφής, μη ισοδύναμων ομάδων, διαδοχικών μετρήσεων). Η μη πειραματική έρευνα προσπαθεί να καθορίσει τη σχέση αιτίας και αποτελέσματος μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών δηλαδή επηρεάζονται κάποιες μεταβλητές και μετριέται η επίδραση αυτού του χειρισμού. Ο ερευνητής διατυπώνει τις ερευνητικές υποθέσεις και μέσω στατιστικών

αναλύσεων προσπαθεί να τις επαληθεύσει ή να τις απορρίψει. Στην περιγραφική ποσοτική έρευνα χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις και δημοσκοπήσεις (cross-sectional, longitudinal cases). Η έρευνα σύγκρισης προσπαθεί να προσδιορίσει τη σχέση αιτίας-αποτελέσματος όμως ο ερευνητής μελετά τις εξαρτημένες και τις ανεξάρτητες μεταβλητές σε πραγματικό περιβάλλον. Η έρευνα σύγκρισης απαντάται στα πλαίσια της κατηγορίας των ημι-πειραματικών ερευνών. Οι ημι-πειραματικές έρευνες περιλαμβάνουν και τις έρευνες διαδοχικών μετρήσεων, της αντιστροφής και των μη ισοδύναμων ομάδων. Η έρευνα συσχέτισης διερευνά σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ δύο μεταβλητών χωρίς να σημαίνει και ύπαρξη σχέσης αιτίας-αποτελέσματος μεταξύ τους. Ο βαθμός σχέσης εκφράζεται με ένα συντελεστή συσχέτισης (correlation coefficient) (Θεοφανίδης, 2002).

Στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί ποσοτική μεθοδολογία και πιο συγκεκριμένα μη πειραματική έρευνα σύμφωνα με την οποία θα γίνει καταγραφή της αποτελεσματικότητας των ενδοφλέβιων φαρμακευτικών θεραπειών (ενδοφλέβιος σίδηρος) των ασθενών Ηπείρου με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων που εισήχθησαν στο Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων κατά τα έτη 2014-2015 με σκοπό να μετρηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας του με σκευάσματα ενδοφλέβιου σιδήρου. Ο λόγος που επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μεθοδολογία είναι γιατί μέσω της καταγραφής που θα υλοποιηθεί θα επαλειφθεί ή θα απορριφτεί η ερευνητική υπόθεση που θέσαμε αρχικά μέσω της στατικής ανάλυσης. Απορρίφθηκαν τα υπόλοιπα είδη ποσοτικών ερευνών και αυτό γιατί η συλλογή των δεδομένων τους συνήθως πραγματοποιείται με άλλα εργαλεία όπως παραδείγματος χάριν το ερωτηματολόγιο, κάτι το οποίο δεν είναι χρήσιμο εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνάς μας.

4.3: ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

Σε κάθε έρευνα πρέπει να ορίζεται το δείγμα καθώς και ποια δειγματοληπτική τεχνική επιλέχθηκε για το σκοπό αυτό. Στις ποσοτικές έρευνες υπάρχουν επτά τρόποι δειγματοληψίας και περιγράφονται παρακάτω.

Πιο αναλυτικά, η πιο συχνή μέθοδος είναι η απλή τυχαία δειγματοληψία (simple random sampling). Κάθε άτομο στον πληθυσμό έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί στο δείγμα και συνήθως γίνεται μέσα από κάποιο κατάλογο όπου επιλέγονται τυχαία τα άτομα που θα

αποτελέσουν το δείγμα. Παρόμοια μέθοδος είναι η συστηματική δειγματοληψία (systematic random sampling) με τον ερευνητή να καθορίζει ένα συγκεκριμένο τρόπο που θα επιλεγεί το δείγμα. Μια ακόμα μέθοδος είναι η δειγματοληψία κατά στρώματα (stratified random sampling). Ο ερευνητής την επιλέγει όταν ο πληθυσμός είναι μικρός και χωρίζεται σε υποσύνολα ή στρώματα (φύλο, ηλικία κλπ) που πρέπει να αντιπροσωπεύονται στο δείγμα (Δημητρόπουλος, 2004).

Ακόμη μια άλλη μέθοδος δειγματοληψίας είναι η μέθοδος κατά δεσμίδες (random cluster sample) στην οποία ο πληθυσμός θεωρείται ότι είναι χωρισμένος σε ομάδες. Η πολυσταδιακή τυχαία δειγματοληψία (multi-stage random sample) χρησιμοποιείται για μεγάλους και διασκορπισμένους πληθυσμούς και είναι αποτελεσματική καθώς παράγει τυχαίο δείγμα με μικρότερο κόστος. Η δειγματοληψία χιονοστιβάδας (snowball sample) χρησιμοποιείται κυρίως σε ποιοτικές μελέτες. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι συνθήκες της έρευνας (χρόνος, κόστος κλπ) δεν επιτρέπουν την επιλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει η μέθοδος του διαθέσιμου δείγματος (availability sample). Με τη μέθοδο αυτή ο ερευνητής επιλέγει για το δείγμα του άτομα που δέχονται να συμμετάσχουν στην έρευνα (Δημητρόπουλος, 2004).

Καταλήγοντας θα λέγαμε ότι σύμφωνα με τις παραπάνω δειγματοληπτικές τεχνικές η πιο κατάλληλη για τη μελέτη που θέλουμε να πραγματοποιήσουμε είναι η συστηματική δειγματοληψία καθώς με αυτή τη μέθοδο ο ερευνητής θα καθορίσει ένα συγκεκριμένο τρόπο που θα επιλεγεί το δείγμα. Πιο συγκεκριμένα για τη συγκεκριμένη μελέτη το δείγμα είναι οι ενήλικες ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων της Ηπείρου οι οποίοι έχουν εισαχθεί στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων κατά το έτη 2014-2015. Οι ανήλικοι ασθενείς θα αποκλειστούν από το δείγμα για λόγους ηθικούς (Aita and Richer, 2005).

4.4: ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Σε κάθε έρευνα, όπως αναφέραμε και στην προηγούμενη υποενότητα της δειγματοληπτικής τεχνικής, για να είναι όσο το δυνατό πιο αξιόπιστο το δείγμα, ο ερευνητής θα πρέπει να ορίσει κάποια κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού. Δηλαδή να ορίσει ποιες προϋποθέσεις θα πρέπει να

τηρούν οι ασθενείς οι οποίοι θα συμμετέχουν στην έρευνα και έτσι να αποκλειστούν όσοι δεν είναι κατάλληλοι για την συγκεκριμένη έρευνα.

Πιο αναλυτικά, στις ποσοτικές έρευνες, η ταξινόμηση των κριτηρίων επιλεξιμότητας σε μεγάλο βαθμό μπορεί να χωριστεί σε τρεις διαστάσεις: το περιεχόμενο, τη χρήση στον καθορισμό της επιλεξιμότητας, και την πολυπλοκότητα των σημασιολογικών μοντέλων των κριτηρίων επιλεξιμότητας (Weng et all, 2011).

Σύμφωνα με τον ορισμό από το ClinicalTrials.gov (<http://clinicaltrials.gov/>), τα κριτήρια επιλεξιμότητας για τον καθορισμό αν ένα άτομο μπορεί ή δεν μπορεί να συμμετέχει σε μια κλινική έρευνα βασίζονται σε παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, τον τύπο και το στάδιο της ασθένειας, προηγούμενο ιστορικό θεραπείας, και άλλες ιατρικές παθήσεις (Weng et all, 2011). Στην παρούσα έρευνα ορίσαμε ότι όλοι οι ασθενείς που θα συμμετέχουν θα πρέπει να είναι άνω των 18 ετών για λόγους δεοντολογικούς καθώς και να είναι από την Ήπειρο. Το φύλο και το ιστορικό του ασθενούς δεν αποτέλεσαν κριτήρια αποκλεισμού αφού η μελέτη είναι συνέχεια των προηγούμενων μελετών στο τμήμα. Επίσης ορίστηκε ως κριτήριο αποδοχής οι ασθενείς να έχουν εισαχθεί στο Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων και το αίτιο εισαγωγής τους να είναι η αναιμία λόγω ανεπάρκειας σιδήρου.

4.4: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Σε αυτή την υποενότητα θα γίνει πιο σαφές το μέγεθος του δείγματος της έρευνας καθώς και τα χαρακτηριστικά του. Δηλαδή πόσοι τελικά ήταν οι συμμετέχοντες και ποιοι διατηρώντας πάντα την ανωνυμία τους.

Πιο συγκεκριμένα, έγινε αναζήτηση 559 ασθενών μέσω των ιατρικών τους φακέλων καθώς και από το ηλεκτρονικό αρχείο της Ηπατο-Γαστρεντερολογικής μονάδας της Α΄ Παθολογικής κλινικής του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. Από τους 559 ασθενείς μόνο οι 105 πληρούσαν τα κριτήρια αποδοχής που θέσαμε παραπάνω, δηλαδή ήταν άνω των 18 ετών και είχαν εισαχθεί στο Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων με αιτία εισαγωγής την αναιμία λόγω ανεπάρκειας σιδήρου. Σε όλους τους ασθενείς τηρήθηκε η ανωνυμία αφού το ονοματεπώνυμο σε κάθε ιατρικό φάκελο καλύφθηκε με ειδική ταινία.

Τέλος, οι 105 ασθενείς που μελετήθηκαν ήταν ασθενείς και από τα δύο φύλα, ήταν κάτοικοι της Ηπείρου, δηλαδή κάτοικοι των νομών Ιωαννίνων, Άρτας, Πρεβέζης και Ηγουμενίτσας καθώς και ήταν πάνω από το όριο ηλικίας που θέσαμε.

4.5: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ

Ο χώρος που πραγματοποιήθηκε η έρευνα είναι το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Πιο συγκεκριμένα, είναι η Ηπατο-Γαστρεντερολογικής μονάδα της Α΄ Παθολογικής κλινικής καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία γαστρεντερολογίας. Ακόμα μέρος των ιατρικών φακέλων αναζητήθηκε και στο τμήμα αρχειοθέτησης του νοσοκομείου. Σε αυτό το σημείο τονίζεται ότι ουδέποτε προκλήθηκε παρακώλυση της ομαλής λειτουργίας του νοσοκομείου λόγω της παρούσας έρευνας.

4.6: ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στις ποσοτικές μελέτες υπάρχουν ποικίλοι τρόποι συλλογής των δεδομένων που είναι απαραίτητα για την διεξαγωγή τους. Τέτοιες μέθοδοι είναι η βιβλιογραφική, η παρατήρηση, η συνέντευξη, το πείραμα, το κοινωνιόγραμμα, τα τεστ (νοημοσύνης, γνώσεων), η ανάλυση περιεχομένου και τέλος το ερωτηματολόγιο που αποτελεί την πιο συχνή μέθοδο που χρησιμοποιείται (Javeau, 2000).

Στη μελέτη που διεξάγουμε η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ανάλυση του περιεχομένου. Η μέθοδος έρευνας αυτή, αντλεί στοιχεία για την έρευνα του θέματος από πηγές όπως, έντυπο υλικό (οποιαδήποτε μορφής), έργα τέχνης, μη λεκτική επικοινωνία, κá.. Βασικές απαιτήσεις της μεθόδου είναι η αντικειμενικότητα (η ανάλυση των πηγών πρέπει να είναι απαλλαγμένη από συναισθήματα και προκαταλήψεις του ερευνητή), η εγκυρότητα (η ανάλυση να είναι αποδεκτή και αδιαμφισβήτητη και από άλλους ερευνητές), η αξιοπιστία (οι δοκιμαστικές εφαρμογές – πιλοτικές έρευνες να είναι αξιόπιστες). Τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι η πιστότητα, η σαφήνεια, η πληρότητα, η σύγκριση και η γενίκευση. Τα κύρια

μειονεκτήματα είναι ότι η μέθοδος αυτή είναι σχολαστική, χρονοβόρα και κοπιαστική (Δημητρόπουλος, 2004).

Η συλλογή των δεδομένων λοιπόν έγινε σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο και αυτό καθώς καμία άλλη μέθοδος (ερωτηματολόγιο, παρατήρηση, πείραμα, κοινωνιόγραμμα, τεστ, συνέντευξη) δεν ανταποκρινόταν στις απαιτήσεις της έρευνας αφού η συλλογή των δεδομένων έγινε, όπως προαναφέραμε, από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών και το ηλεκτρονικό αρχείο.

4.7: ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι ηθικές αξίες του κάθε ατόμου συνήθως προσδιορίζονται από τις προσωπικές του επιθυμίες, από την οικογένεια, από το εργασιακό και κοινωνικό του περιβάλλον και εκφράζονται μέσα από την καθημερινή του συμπεριφορά. Το κάθε άτομο ορίζει και ιεραρχεί τις αξίες αυτές με τέτοιο τρόπο που να έχει νόημα για αυτό ανάλογα με τις πεποιθήσεις του και τις εμπειρίες της ζωής του. Οι αξίες χωρίζονται σε ηθικής φύσεως (π.χ. ελευθερία, ευεξία) και μη ηθικής φύσεως (π.χ. προσωπική αισθητική, ευπρέπεια λόγου). Ανάλογα με την ιεράρχηση των αξιών κάθε άτομο κινητοποιεί τις επιλογές του. Πολλές φορές όμως τα άτομα δεν γνωρίζουν τις αξίες που κινητοποιούν τις επιλογές τους, συνεπώς για τη λήψη ηθικών αποφάσεων θα πρέπει πρώτα να γίνουν κατανοητές οι αξίες αυτές (Fry and Johnstone, 2005).

Ωστόσο, ένα ζήτημα που συχνά προκύπτει είναι τα ηθικά προβλήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια μιας έρευνας και ποιος είναι ο ρόλος των κωδικών δεοντολογίας. Τέτοια ηθικά προβλήματα μπορεί να είναι οι ευθύνες για τον ασθενή, ο σεβασμός της ανθρώπινης ζωής και την αξιοπρέπεια του ασθενούς και τέλος την αποτροπή διακρίσεων έναντι των ασθενών σύμφωνα με τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά. Ακόμα στη συγκεκριμένη έρευνα είναι ο σεβασμός προς την ανωνυμία και το προσωπικό απόρρητο των ασθενών.

Καταλήγοντας, θα λέγαμε ότι για το σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της έρευνας έπρεπε να ληφθούν υπόψη τα ηθικά ζητήματα που αναφέρθηκαν παραπάνω και για το λόγο αυτό κατά τη συλλογή των δεδομένων καλύφθηκε το ονοματεπώνυμο σε κάθε ιατρικό φάκελο έτσι ώστε να διατηρηθεί η ανωνυμία και να αποφευχθεί κάθε είδους διάκριση σύμφωνα με τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Επιπλέον, πρέπει να τονισθεί ότι η συμμετοχή στην συγκεκριμένη μελέτη, σύμφωνα με τον κώδικα της Νυρεμβέργης, δεν θα προκαλεί καμία σωματική και ψυχική

βλάβη στους συμμετέχοντες. Τέλος, για τη διεξαγωγή της έρευνας υπάρχει στο παράρτημα η ενυπόγραφη έγκριση του διευθυντή της Α΄ Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων καθώς υπάρχει και η έγκριση από την Επιστημονική επιτροπή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Παθολογία» του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

4.6: ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στις περισσότερες έρευνες που πραγματοποιούνται χρησιμοποιώντας την ποσοτική μεθοδολογία, η επεξεργασία των δεδομένων τους γίνεται μέσω στατιστικής. Με τον όρο στατιστική δεν εννοείται η έννοια των μαθηματικών αλλά μια σειρά από συγκεκριμένες δοκιμασίες σύμφωνα με τις οποίες αναλύονται τα δεδομένα της κάθε έρευνας. Οι πιο συχνές στατιστικές δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται είναι οι ακόλουθες: t-test για δύο ανεξάρτητες μεταβλητές (σύγκριση δυο ανεξάρτητων μεταβλητών), t-test για δυο εξαρτημένες μεταβλητές (σύγκριση δυο εξαρτημένων μεταβλητών), ανάλυση διακύμανσης (σύγκριση μεταξύ τριών ή και περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών) και ο συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson (εκτίμηση της συσχέτισης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών) (Polit, 2010).

Πιο αναλυτικά, τα δεδομένα παρουσιάζονται σύντομα και με σαφήνεια σε πίνακες συχνότητας, δηλαδή πίνακες που αναγράφονται σε στήλες οι τιμές της μεταβλητής και οι συχνότητες εμφάνισης κάθε τιμής της μεταβλητής, κτλ. Όταν όλα τα δεδομένα είναι αριθμητικά και το εύρος των τιμών της εξεταζόμενης μεταβλητής είναι μεγάλο, τότε ταξινομούμε τα δεδομένα που συλλέχθηκαν σε ένα πλήθος ομάδων που λέγονται κλάσεις διαστημάτων και η διαδικασία ταξινόμησης ονομάζεται ομαδοποίηση. Τα άκρα του διαστήματος τα λέμε άκρα της κλάσης (Γναρδέλλης, 2013).

Ωστόσο υπάρχουν και διάφοροι τρόποι παρουσίασης των δεδομένων όπως είναι το ραβδόγραμμα, το κυκλικό διάγραμμα, το φυλλόγραμμα και το ιστόγραμμα. Το ραβδόγραμμα χρησιμοποιείται για να παραστούν γραφικά οι συχνότητες των τιμών μιας μεταβλητής. Το κυκλικό διάγραμμα δείχνει το ποσοστό του συνολικού αριθμού τιμών που περιέχει μια μεταβλητή σε μορφή κυκλικού τομέα ανάλογα με τη συχνότητα της αντίστοιχης κατηγορίας. Το φυλλογράφημα χρησιμοποιείται σε μικρό δείγμα. Δείχνει τα δεδομένα σε όλο το εύρος

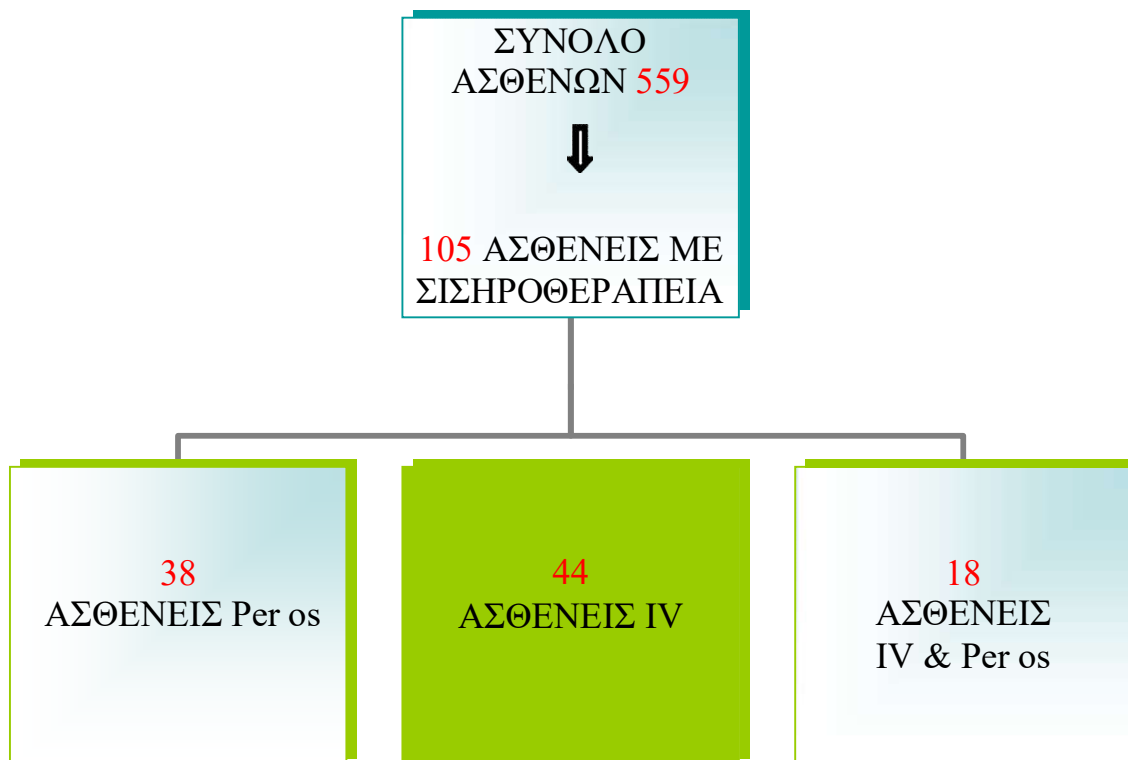
μετρήσεων, παρουσιάζει τις συχνότητες, δείχνει την μορφή της κατανομής, εμφανίζει πιθανές ακραίες τιμές και επισημαίνει την απουσία συγκεκριμένων τιμών ή μετρήσεων. Τέλος το ιστόγραμμα είναι η γραφική απεικόνιση ενός δείγματος με ομαδοποιημένα δεδομένα (Γναρδέλλης, 2013).

Καταλήγοντας, σύμφωνα με τα παραπάνω, όλα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν για την έρευνα κωδικοποιήθηκαν σε φύλλο εργασίας Excel και τα αποτελέσματα επεξεργάστηκαν σε στατιστικό πρόγραμμα SPSS (16,0,Chicago, IL). Οι μεταβλητές περιγράφονται σε μέση τιμή και εύρος και οι συσχετίσεις έγιναν με t-test. Τέλος, πραγματοποιήθηκε έλεγχος για την κανονικότητα της κατανομής των δεδομένων.

Κεφ. 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση των δεδομένων 559 ασθενών μέσω των ιατρικών φακέλων που βρίσκονται στο αρχείο της Ηπατο-Γαστρεντερολογικής μονάδα της Α΄ Παθολογικής κλινικής του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. Από την αναζήτηση αυτή αναλύθηκαν στοιχεία 105 ασθενών οι οποίοι αναφέρουν χορήγηση σιδήρου (ενδοφλέβιου και από του στόματος) καθώς και μετάγγιση (Σχήμα 1).



Σχήμα 1

Στον πίνακα που ακολουθεί παρατηρούμε συγκεντρωμένα τα αποτελέσματα της έρευνας που σχετίζονται με την ηλικία, των αριθμό μονάδων αίματος που μεταγγίστηκαν, τους μήνες θεραπείας με ενδοφλέβιο σίδηρο καθώς και τις συνολικές αμπούλες ενδοφλέβιου σιδήρου (Πίνακας 1).

	<i>Ηλικία</i>	<i>Αριθμός μονάδων αίματος που μεταγγίστηκαν</i>	<i>Μήνες σε θεραπεία με ενδοφλέβιο σίδηρο</i>	<i>Συνολικές αμπούλες ενδοφλέβιου σιδήρου</i>
Μέση τιμή	54,08	1,41	4,24	16,9595
Διάμεση τιμή	47,50	,00	3,00	12,0000
Τυπική απόκλιση	21,386	2,417	5,444	18,31898
Ελάχιστο	23	0	0	,75
Μέγιστο	98	12	27	94,95
Εκατοστηαίες θέσεις (εκατοστημόρια): 25	36,75	,00	,21	7,0000
50	47,50	,00	3,00	12,0000
75	71,25	2,00	5,75	18,1250

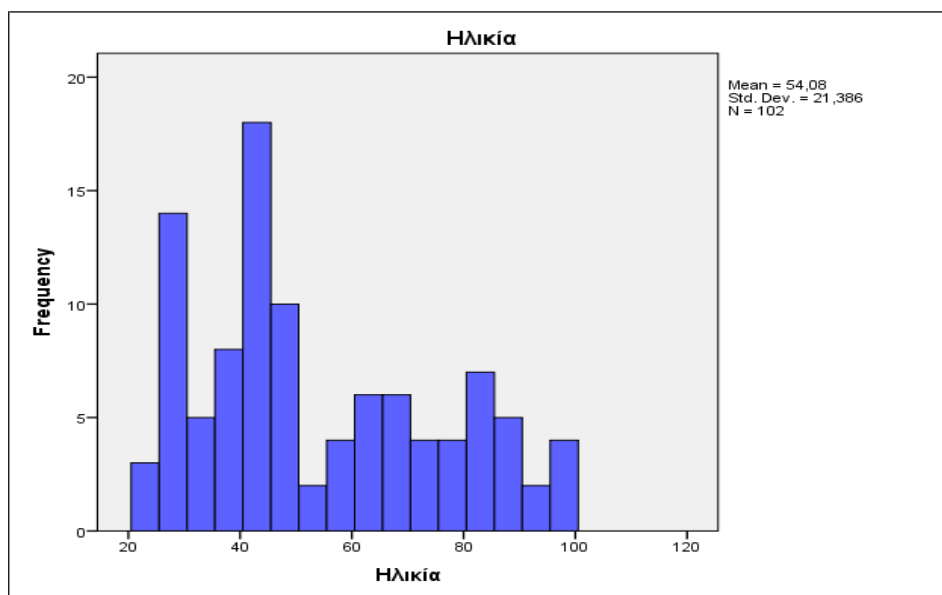
Πίνακας 1: Συγκεντρωτικός πίνακας αποτελεσμάτων της έρευνας για τη θεραπεία με ενδοφλέβιο σίδηρο.

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που σχετίζονται με τα συνολικά mg ενδοφλέβιου σιδήρου, τους κύκλους σιδηροθεραπείας, τους κύκλους σιδηροθεραπείας με per os σίδηρο και με ενδοφλέβιο (iv) σίδηρο (Πίνακας 2).

	Συνολικ ά mg iv σιδήρου	Κύκλοι σιδηροθεραπε ίας	Κύκλοι σιδηροθεραπείας per os	Κύκλοι σιδηροθεραπεί ας iv
Μέση τιμή	1662,50	1,84	1,46	1,58
Διάμεση τιμή	1175,00	1,00	1,00	1,00
Τυπική απόκλιση	1851,459	2,121	,873	2,004
Ελάχιστο	13	1	1	1
Μέγιστο	9425	13	4	12
Εκατοστιαίες θέσεις (εκατοστημόρια) 25	625,00	1,00	1,00	1,00
50	1175,00	1,00	1,00	1,00
75	1812,50	2,00	2,00	1,00

Πίνακας 2: Συγκεντρωτικός πίνακας αποτελεσμάτων της έρευνας για τη θεραπεία με ενδοφλέβιο και per os σίδηρο.

Ακολουθεί το γράφημα που παρουσιάζει την ηλικία των ασθενών με ΙΦΠΕ οι οποίοι έλαβαν ενδοφλέβιο και per os σίδηρο (Γράφημα 1).

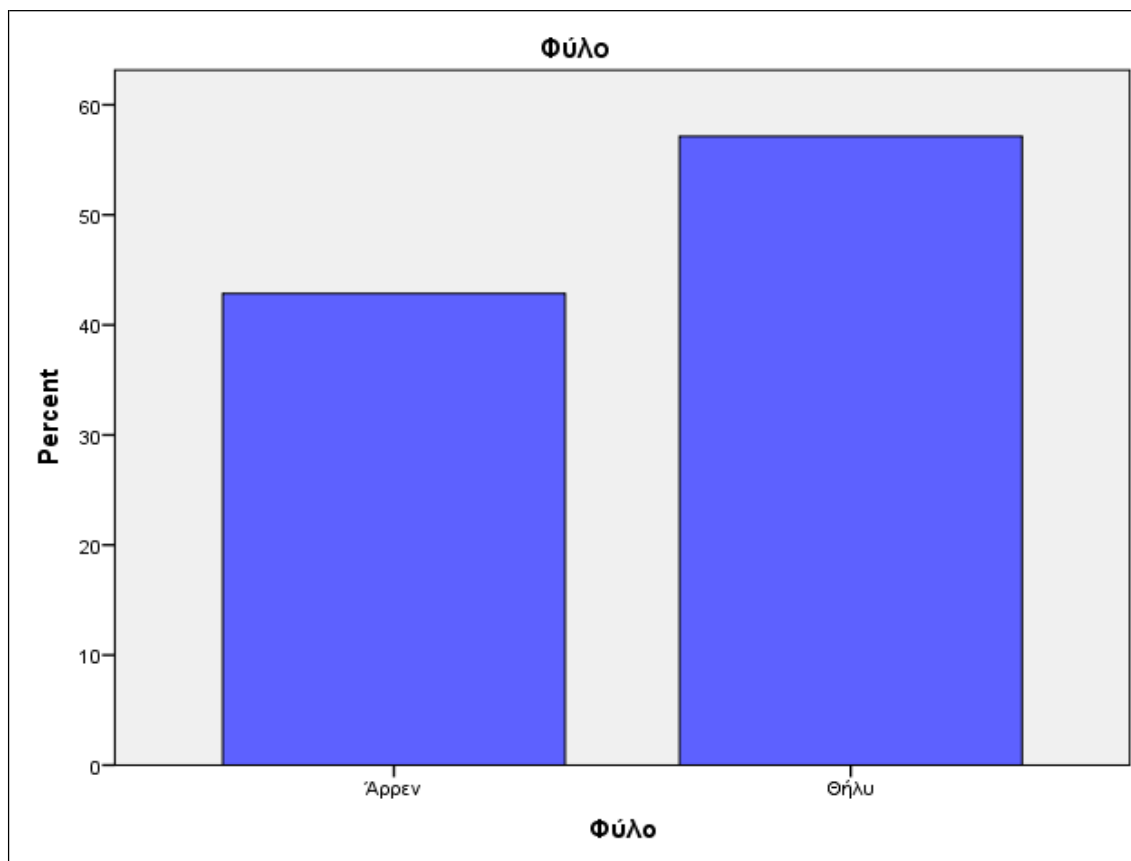


Γράφημα 1

Στη συνέχεια παρουσιάζονται ο πίνακας και το γράφημα με τη συχνότητα του φύλου (άρρεν-θήλυ) στην έρευνα (Πίνακας 3, Γράφημα 2).

Φύλο		
	Συχνότητα	%
Άρρεν	45	42,9
Θήλυ	60	57,1
Σύνολο	105	100,0

Πίνακας 3: Συχνότητα φύλλου άρρεν ή θήλυ στην έρευνα.

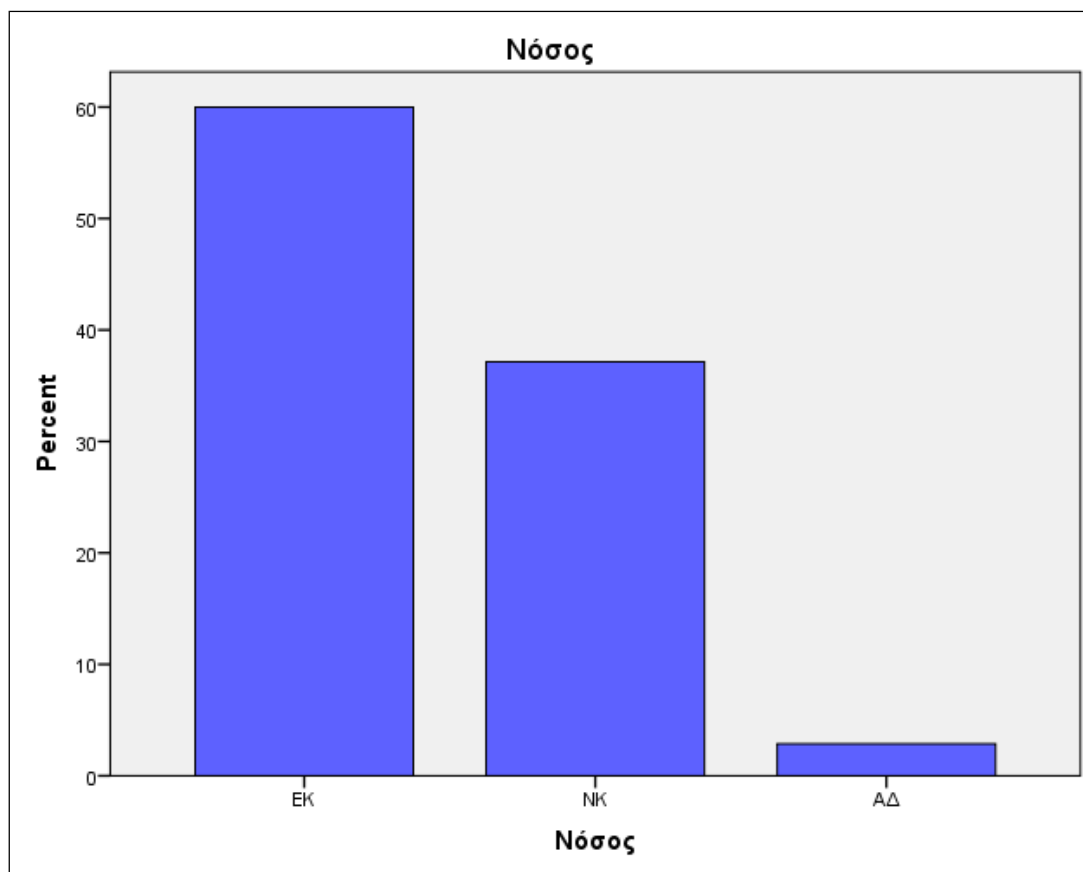


Γράφημα 2: Συχνότητα φύλλου άρρεν ή θήλυ στην έρευνα.

Ο Πίνακας 4 και το Γράφημα 3 δείχνουν την κατανομή των ασθενών ανάλογα με την νόσο, δηλαδή την Ελκώδη κολίτιδα, τη νόσο του Crohn και την αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

Νόσος		
	Συχνότητα	%
ΕΚ	63	60,0
ΝΚ	39	37,1
ΑΔ	3	2,9
Σύνολο	105	100,0

Πίνακας 4: Κατανομή ασθενών ανά νόσο , Crohn , ελκώδη κολίτιδα και αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

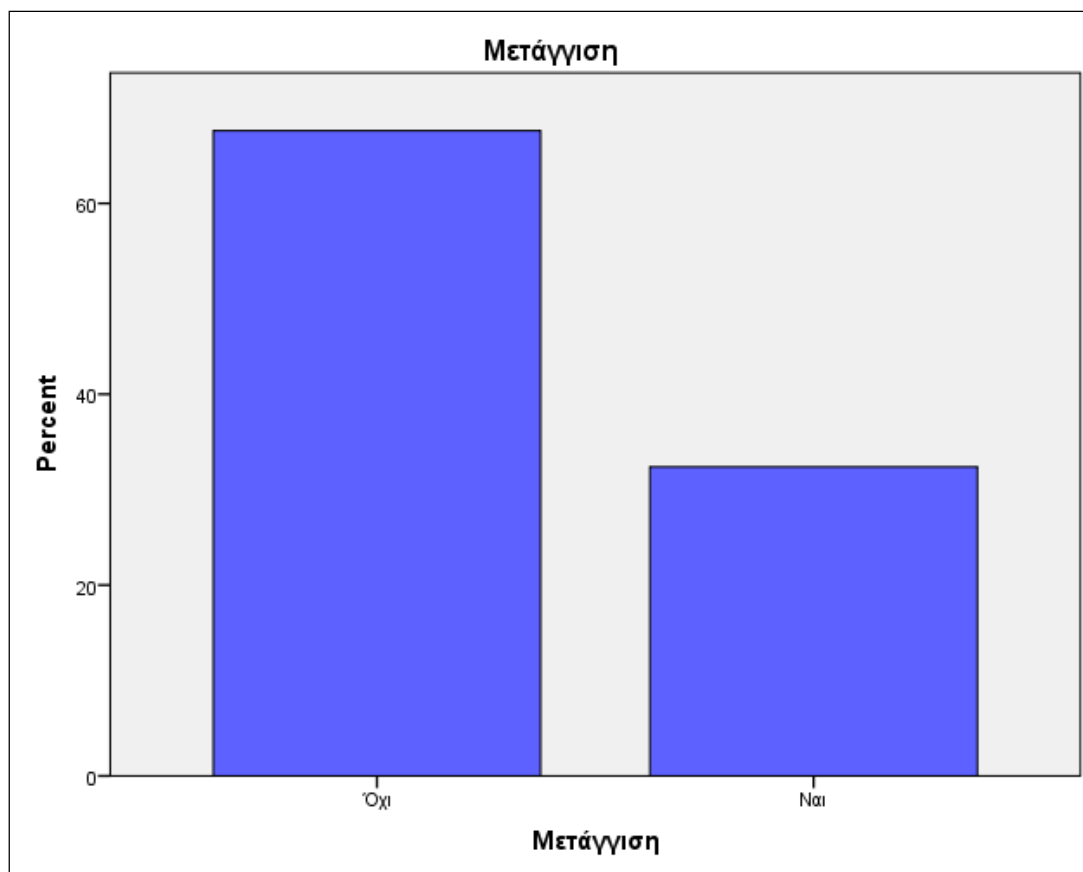


Γράφημα 3: Κατανομή ασθενών ανά νόσο , Crohn , ελκώδη κολίτιδα και αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

Ακολουθούν τα αποτελέσματα σχετικά με την κατανομή των ασθενών που μεταγγίστηκαν ή όχι (Πίνακας 5, Γράφημα 4) καθώς και τα αποτελέσματα σχετικά με τον αριθμό των μεταγγίσεων (Πίνακας 6, Γράφημα 5).

Μετάγγιση		
	Συχνότητα	%
Όχι	62	59%
Ναι	43	41%
Σύνολο	105	100,0

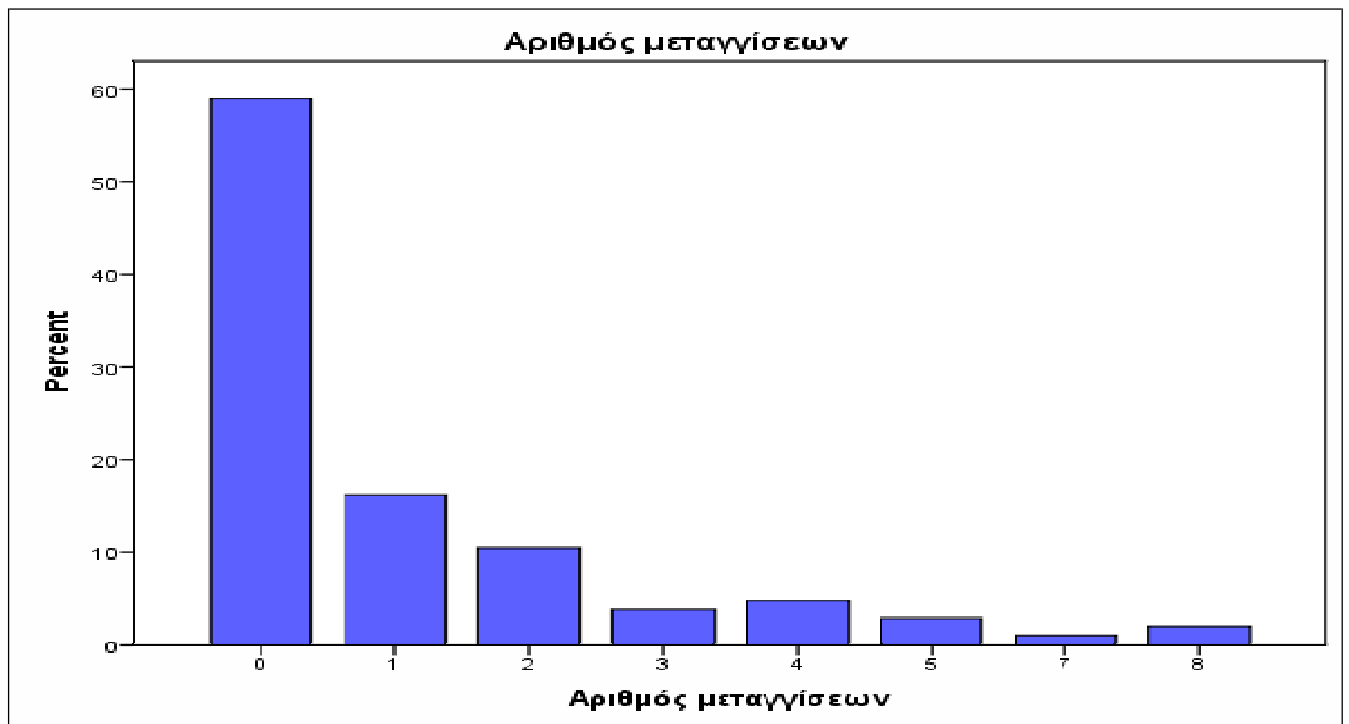
Πίνακας 5: Κατανομή ασθενών που μεταγγίστηκαν και όχι.



Γράφημα 4: Κατανομή ασθενών που μεταγγίστηκαν και όχι.

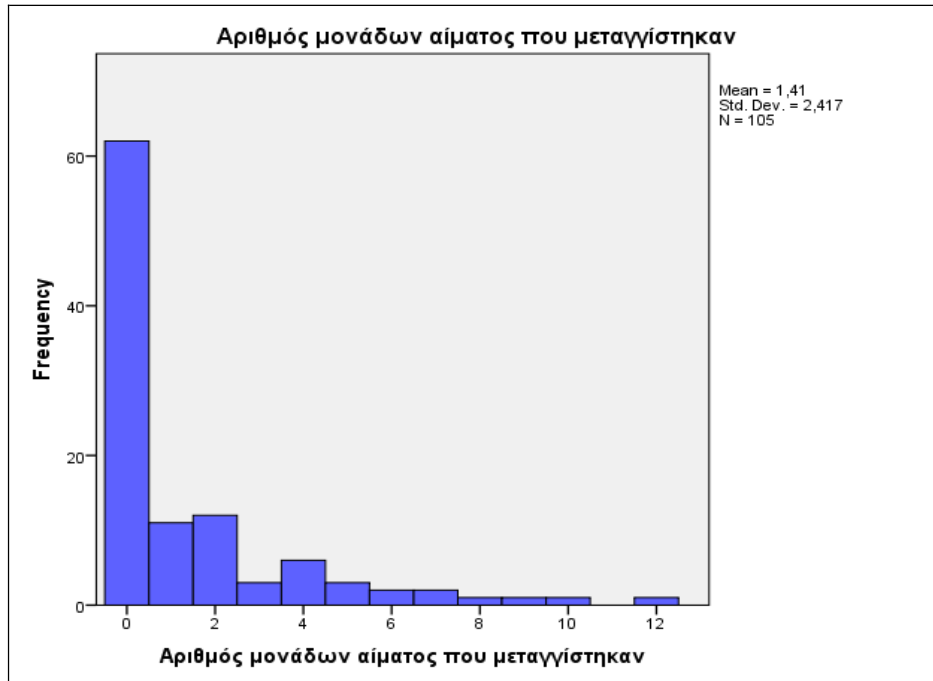
Αριθμός μεταγγίσεων		
	Συχνότητα	%
0	62	59,0
1	17	16,2
2	11	10,5
3	4	3,8
4	5	4,8
5	3	2,9
7	1	1,0
8	2	1,9
Σύνολο	105	100,0

Πίνακας 6: Ασθενείς σχετιζόμενοι με αριθμό μεταγγίσεων.



Γράφημα 5: Ασθενείς σχετιζόμενοι με αριθμό μεταγγίσεων.

Στη συνέχεια ακολουθεί το γράφημα που απεικονίζει τον αριθμό των μονάδων αίματος που μεταγγίστηκαν στους ασθενείς τις έρευνας (Γράφημα 6).



Γράφημα 6: Κατανομή αριθμών μονάδων αίματος που μεταγγίστηκαν.

Ο πίνακας 7 καθώς και το γράφημα 7 παρουσιάζουν τη μετάγγιση αίματος σε συνδυασμό με τη θεραπεία με το σίδηρο.

ΥΠΗΡΞΕ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΣΙΔΗΡΟ		
	Συχνότητα	%
Ναι	22	21,0
Όχι	83	79,0
Σύνολ	105	100,0

Πίνακας 7: Μετάγγιση και θεραπεία με σίδηρο.

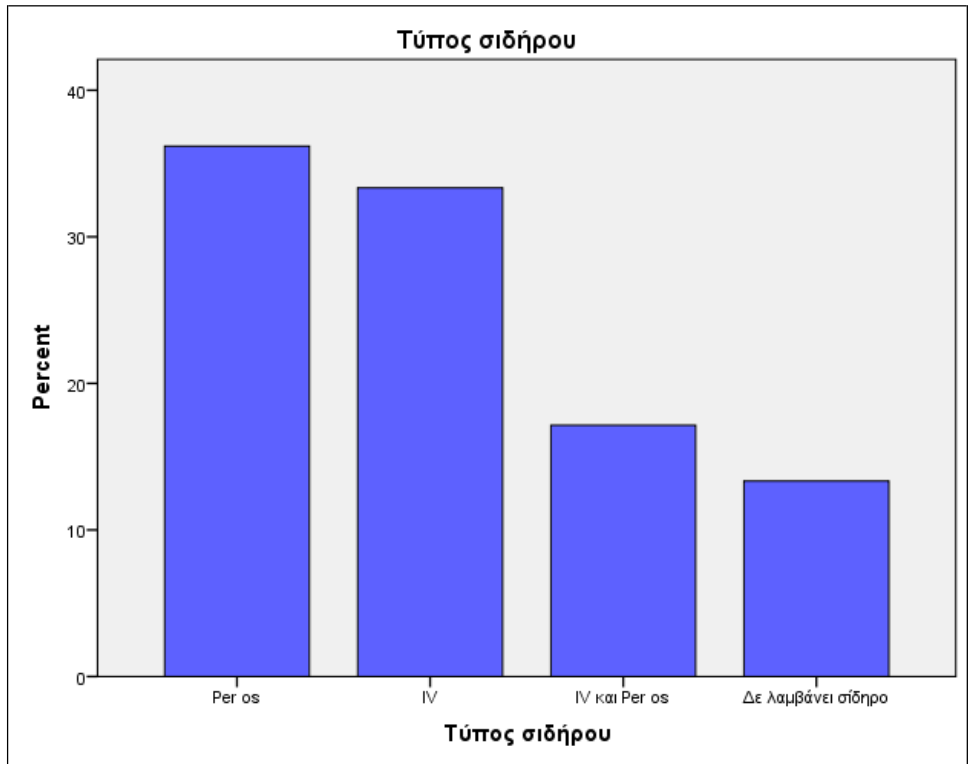


Γράφημα 7: Μετάγγιση και θεραπεία με σίδηρο.

Ακολουθεί η ταξινόμηση των ασθενών ανάλογα με τον τύπο σιδήρου που έχει λάβει (Πίνακας 8, Γράφημα 8).

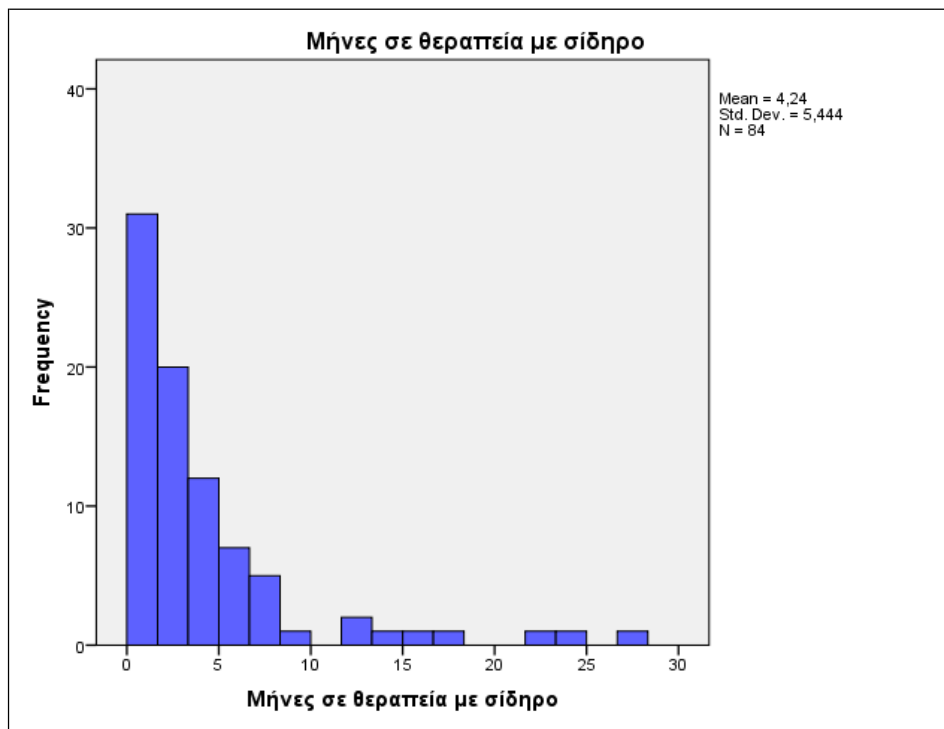
Τύπος σιδήρου		
	Συχνότητα	%
Per os	38	36,2
IV	35	33,3
IV και Per os	18	17,1
Δε λαμβάνει σίδηρο	14	13,3
Σύνολο	105	100,0

Πίνακας 8: Κατανομή ασθενών με βάση τον τύπο σιδήρου που έχει λάβει.



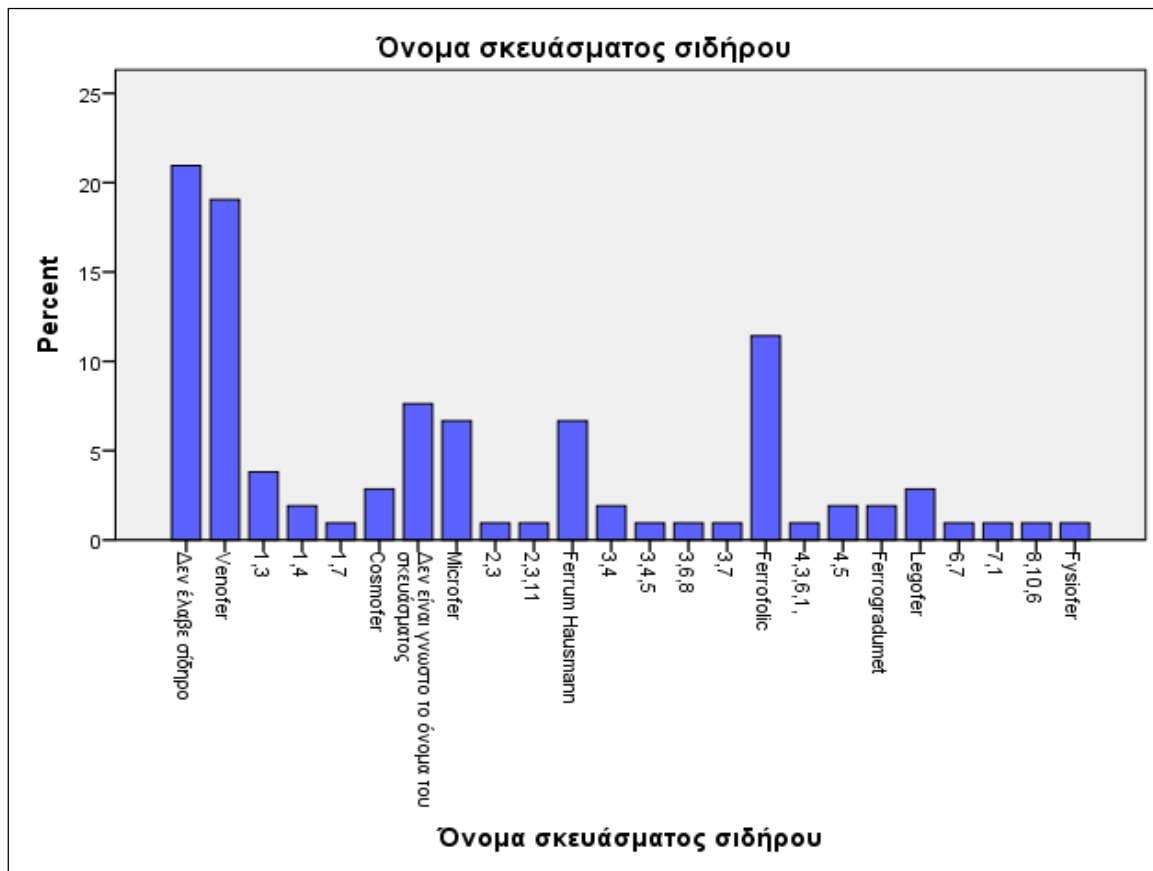
Γράφημα 8: Κατανομή ασθενών με βάση τον τύπο σιδήρου που έχει λάβει.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των μηνών με θεραπεία σε σίδηρο (Γράφημα 9).



Γράφημα 9: Συσχέτιση μηνών με θεραπεία με σίδηρο.

Στο Γράφημα 10 βλέπουμε την ονομαστική καταγραφή των σκευασμάτων σιδήρου που έλαβαν οι ασθενείς της έρευνας.



Γράφημα 10: Καταγραφή ονόματος σκευάσματος σιδήρου.

0= ΔΕΝ ΕΛΑΒΕ ΙΡΟΝ,

1=VENOFER,

2=MICROFER

3=FERRUM HAUSMAN

4=FERROFOLIC

5=FERROGRADUMET

6=LEGOFER

7= TARDYFERRON

8=RESOFERON

9= FYSIOFER

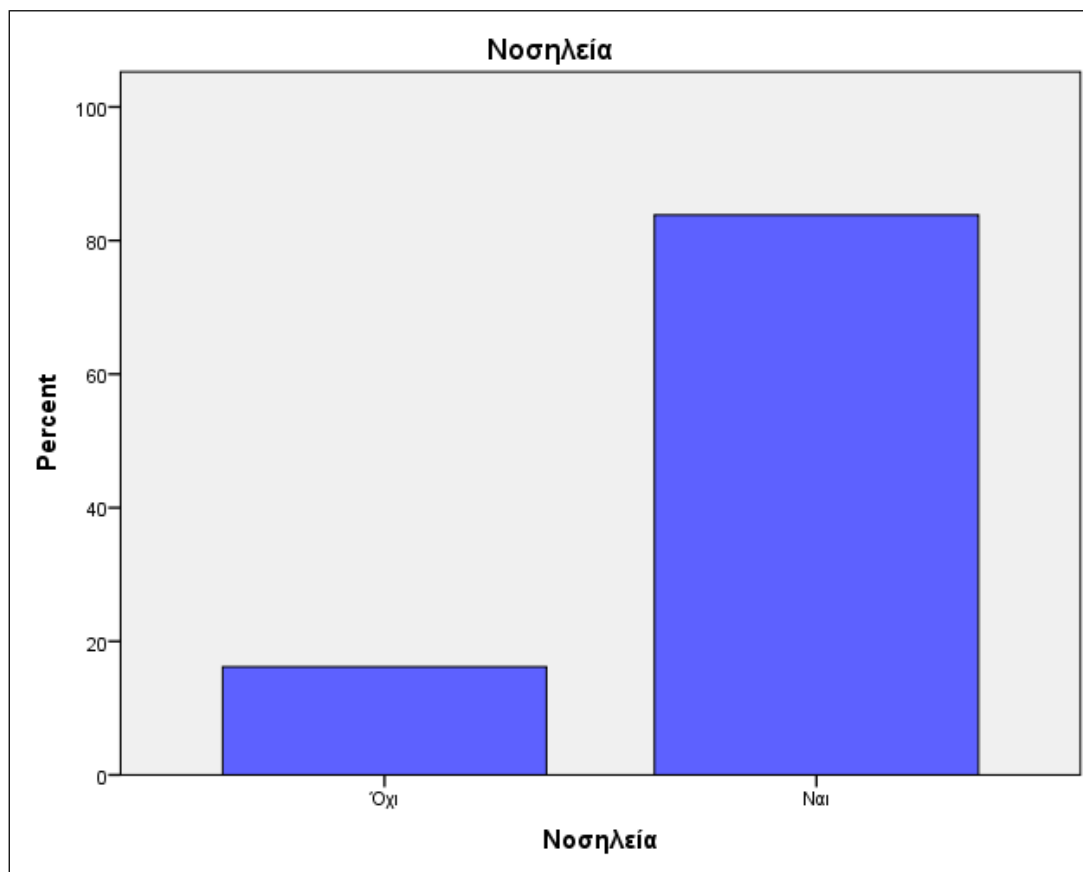
10= COSMOFER

11= ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ

Συνεχίζοντας την παρουσίαση των αποτελεσμάτων ακολουθούν ο πίνακας με το γράφημα που απεικονίζουν τη συχνότητα των ασθενών που χρειάστηκαν νοσηλεία ή όχι (Πίνακας 9, Γράφημα 11).

Νοσηλεία		
	Συχνότητα	%
Όχι	17	16,2
Ναι	88	83,8
Σύνολο	105	100,0

Πίνακας 9: Συχνότητα ασθενών που νοσηλεύτηκαν και όχι.



Γράφημα 11: Συχνότητα ασθενών που νοσηλεύτηκαν και όχι.

Αλλεργικές αντιδράσεις από τις μεταγγίσεις ή από τα σκευάσματα σιδήρου υπήρχαν λιγοστές και φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 10).

Αλλεργία		
	Συχνότητα	%
Όχι	99	94,3
Ναι	6	5,7
Σύνολο	105	100,0

Πίνακας 10: Συχνότητα αλλεργίας ασθενών από σκευάσματα σιδήρου και μετάγγισης.

Τέλος, παρουσιάζονται οι πίνακες που απεικονίζουν τη συχνότητα των ασθενών που χρειαστήκαν μετάγγιση πριν από το χειρουργείο (Πίνακας 11), καθώς και ο πίνακας που δείχνει τη συχνότητα των χειρουργικών επεμβάσεων στους ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων (Πίνακας 12).

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ		
	Συχνότητα	%
Όχι	103	98,1
Ναι	2	1,9
Σύνολο	105	100,0

Πίνακας 11: Συχνότητα ασθενών με προεγχειρητική μετάγγιση.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ		
	Συχνότητα	%
ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	88	83,8
ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	7	6,7
ΡΑΓΑΔΕΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ	1	1,0
ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ	1	1,0
ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ,ΔΙΑΤΡΗΣΗ Η ΕΛΚΟΥΣ,ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ,Κ ΟΛΟΒΩΜΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	1	1,0
ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ	1	1,0
ΜΕΚΕΛΕΙΟ	2	1,9
ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ,ΒΑΓΟΤΟΜΗ, ΠΑΡΑΠΡΩΚΤΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ	1	1,0
ΕΙΛΕΟΤΟΜΗ	1	1,0
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ,ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ ΑΠΟ ΠΡΩΚΤΟ	1	1,0
ΣΙΓΜΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	1	1,0
Σύνολο	105	100,0

Πίνακας 12: Συχνότητα και αναφορά χειρουργείων σε ασθενείς με ΙΦΠΕ.

5.2 ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα λοιπόν με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε προέκυψα τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν στην υποενότητα 5.1. Πιο αναλυτικά, έγινε αναζήτηση 559 ασθενών μέσω των ιατρικών φακέλων και του ηλεκτρονικού αρχείου της Ηπατο-Γαστρεντερολογικής μονάδα της Α΄ Παθολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Εξ' αυτών μόνο οι 105 ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια αποδοχής που αναφέραμε στην υποενότητα 4.4 και έτσι χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες ανάλογα με τη μορφή σιδήρου που λαμβάνανε (ενδοφλέβιος, από του στόματος, ή και οι δύο μορφές μαζί).

Στον Πίνακα 1 βλέπουμε το μέσο όρο ηλικίας των ατόμων που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα. Μπορούμε όμως να παρατηρήσουμε επίσης και την ελάχιστη (23) και τη μέγιστη (98) ηλικία των ατόμων της έρευνας. Το ίδιο παρατηρούμε και για τις άλλες μεταβλητές όπως αριθμός μονάδων αίματος που μεταγγίστηκαν, τους μήνες σε θεραπεία με σίδηρο καθώς και τις συνολικές αμπούλες ενδοφλέβιου (iv) σιδήρου. Παρόμοια στον Πίνακα 2 παρατηρούμε τις ελάχιστες και τις μέγιστες τιμές που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα για τα συνολικά mg ενδοφλέβιου σιδήρου καθώς και τους κύκλους σιδηροθεραπείας per os και iv. Μπορούμε όμως να παρατηρήσουμε επίσης και την μέση και διάμεση τιμή.

Ακόμα στον Πίνακα 3 και στο Γράφημα 2 παρατηρούμε τη συχνότητα των φύλων στην έρευνα. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες που συμμετείχαν ήταν 60 (57,1) και οι άντρες ήταν 45 (42,9%). Στον Πίνακα 4 καθώς και στο Γράφημα 3 περιγράφεται η κατανομή ασθενών ανά νόσο Crohn, ελκώδη κολίτιδα και αδιευκρίνιστη κολίτιδα. Παρατηρούμε ότι στους 105 ασθενείς που διαγνώστηκαν με ΙΦΠΕ οι 63 δηλαδή ποσοστό 60% έπασχαν από ελκώδη κολίτιδα, οι 39 με ποσοστό 37,1% με νόσο του Crohn, και σε 3 ποσοστό 2,9% η ασθένεια παραμένει αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

Στη συνέχεια, περιγράφεται η συχνότητα των ασθενών που χρειαστήκαν ή όχι μετάγγιση αίματος (Πίνακας 5, Γράφημα 4). Οι 62 ασθενείς με ποσοστό 59% δεν χρειάστηκαν μετάγγιση κατά την πορεία της νόσου τους σε αντίθεση με 43 ασθενείς με ποσοστό 41% που έχουν προβεί σε μετάγγιση. Παρόμοια ακολούθησε ο αριθμός των μεταγγίσεων σχετιζόμενος με τους ασθενείς δηλαδή, οι 62 ασθενείς (59%) δεν χρειάστηκαν να μεταγγιστούν, οι 17 (16,2%) χρειάστηκε 1 φορά, οι 11 (10,5%) χρειάστηκε 2 φορές, οι 4 (3,8%) 3 φορές, οι 5 (4,8%) 4 φορές, οι 3 (2,9%) 5 φορές, ένας ασθενής (1,0%) 7 φορές και 2 ασθενείς με ποσοστό 1,9% μεταγγίστηκαν 8 φορές

κατά την πορεία νόσος τους (Πίνακας 6, Γράφημα 5). Ακόμα το Γράφημα 6 απεικονίζεται τον αριθμό μονάδων αίματος που μεταγγίστηκαν οι ασθενείς τις έρευνας. Η μέγιστη τιμή είναι οι 12 φιάλες, ενώ οι ελάχιστη είναι 0 φιάλες. Η μέση τιμή ισοδυναμεί με 1,4 φιάλες. Σε 22 από τους 105 ασθενείς με ποσοστό 22% υπήρξε μετάγγιση και θεραπεία με σίδηρο κατά την πορεία νόσος τους σε αντίθεση με 83 ασθενείς με ποσοστό 79% που δεν επιβεβαιώνεται η σχέση αυτή (Πίνακας 7, Γράφημα 7).

Προχωρώντας, αναλύεται ο τύπος σιδήρου που έλαβαν οι ασθενείς της έρευνας. Οι 38 από τους 105 ασθενείς έλαβαν μόνο per os σίδηρο, οι 35 μόνο ενδοφλέβιο, οι 18 έλαβαν και per os και iv και οι 14 που δεν έλαβαν καθόλου σίδηρο (Πίνακας 8, Γράφημα 8). Στο Γράφημα 9 αναλύονται οι μήνες σε θεραπεία με σίδηρο per os και iv συνολικά. Η μέση τιμή μηνών σε θεραπεία με σίδηρο είναι οι 4,24 μήνες ενώ ο μέγιστος αριθμός μηνών είναι 27 μήνες.

Επιπλέον, στην έρευνα έγινε καταγραφή των ονομάτων όλων των σκευασμάτων σιδήρου που έλαβαν οι ασθενείς με ΙΦΠΕ καθώς και την περίπτωση που έλαβαν πάνω από ένα σκεύασμα (Γράφημα 10). Ωστόσο υπήρχαν και μερικοί ασθενείς που χρειάστηκε να νοσηλευτούν. Οι 88 ασθενείς από τους 105 του συνόλου με ποσοστό 83,8% νοσηλεύτηκαν κατά τη πορεία νόσου τους σε αντίθεση με τους υπόλοιπους 17 ασθενείς ποσοστό 16,2% που δεν χρειάστηκαν νοσηλεία (Πίνακας 9, Γράφημα 11). Ακόμα, παρατηρήθηκαν φαινόμενα αλλεργικών αντιδράσεων είτε στη μετάγγιση είτε στο σκεύασμα του σιδήρου με θετικό ποσοστό 5,7% (6 ασθενείς) σε αντίθεση με το 94,3% (99 ασθενείς) που δεν αναφέρουν σύμπτωμα αλλεργίας (Πίνακας 10).

Τέλος, παρουσιάζεται η συχνότητα των ασθενών με προεγχειρητική μετάγγιση. Μόνο 2 ασθενείς με ποσοστό 1,9% χρειάστηκαν προεγχειρητική μετάγγιση σε αντίθεση με το 98,1% (103 ασθενείς) που δεν χρειάστηκαν (Πίνακας 11). Όσον αφορά τη συχνότητα και αναφορά χειρουργείων σε ασθενείς με ΙΦΠΕ από τους 105 ασθενείς οι 88 δεν αναφέρουν κάποιο χειρουργείο που να σχετίζεται με τη νόσο, 7 αναφέρουν σκωληκοειδεκτομή, ένας ραγάδες δακτυλίου, 1 κολεκτομή, 1 σκωληκοειδεκτομή, διάτρηση έλκους, χολοκυστεκτομή, κολόβωμα στομάχου, 1 γαστρεκτομή, 2 ασθενείς στη μεκέλειο απόφυση, 1 χολοκυστεκτομή, βαγοτομή, παραπρωκτικό συρίγγιο, 1 ειλεοτομή, 1 αφαίρεση παχέος εντέρου, αναστόμωση από πρωκτό και άλλος ένας αναφέρει σιγμοειδεκτομή (Πίνακας 12).

Κεφ.6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας ή της νόσου του Crohn είναι το πρώτο βήμα και το πιο σημαντικό. Το καλύτερο χρονικό σημείο για να ξεκινήσει η παρακολούθηση είναι μόλις εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα, ώστε ο θεράπων ιατρός να έχει μια ολοκληρωμένη εικόνα και η διάγνωση να γίνει το ταχύτερο. Σημαντικό βήμα επίσης είναι η έναρξη της θεραπείας όχι μόνο για την υποχώρηση των συμπτωμάτων αλλά και για την εξασφάλιση των ανεπιθύμητων ασθενειών και προβλημάτων που μπορεί να εμφανιστούν στην κάθε νόσο όπως για παράδειγμα η αναιμία.

Σύμφωνα με την έρευνα παρατηρήθηκε ότι από τους 105 ασθενείς που διαγνώστηκαν με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου που λάμβαναν σιδηροθεραπεία οι 66 ήταν γυναίκες και οι 45 άνδρες, από αυτούς οι 63 πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα, οι 39 από νόσο του Crohn και 3 από αδιευκρίνιστη κολίτιδα. Ωστόσο, βάση της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας, ο επιπολασμός των νοσημάτων αυτών δείχνει ότι μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία με πιο συχνή την 15ετία 15-30 χρόνων. Η ηλικία των πασχόντων στην έρευνά μας συμπίπτει με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας καθώς από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι τα ελάχιστα είναι τα 23 έτη και τα μέγιστα τα 98 χωρίς όμως να αναφέρεται στους φακέλους τυχόν απεβίωση κάποιου από τους ασθενείς.

Ένα εξίσου σημαντικό θέμα είναι η περίπτωση της μετάγγισης αυτών καθώς οι ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου υποφέρουν από απώλεια αίματος από το γαστρεντερικό σωλήνα. Συνολικά 43 ασθενείς με ποσοστό 41% δέχτηκαν μετάγγιση σε αντίθεση με το 59% (62 ασθενείς) που δεν θεωρήθηκε απαραίτητο. Πιο αναλυτικά από τους 43 ασθενείς που μεταγγίστηκαν οι 17 χρειάστηκαν μετάγγιση μίας φορές, 11 ασθενείς με αριθμό μεταγγίσεων 2 φορές, τέσσερις με αριθμό μετάγγισης 3 φορές, πέντε ασθενείς χρειάστηκαν 4 φορές να μεταγγιστούν, τρεις ασθενείς 5 φορές, ένας ασθενείς 7 φορές και υπήρξαν δύο

ασθενείς που μεταγγίστηκαν σε συνολικό αριθμό 8 φορές. Η μέση τιμή φιαλών είναι 1,4 και η μέγιστη φτάνει τις 12 φιάλες.

Επιπλέον, ένα από τα κύρια συμπτώματα των ασθενών με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου, σύμφωνα με τις προηγούμενες έρευνες, είναι η αναιμία. Οι θεράποντες ιατροί εκτός από τις περιπτώσεις ασθενών που χρήζουν μετάγγιση χορηγούν και στους ασθενείς τους σκευάσματα σιδήρου είτε ενδοφλέβια είτε από του στόματος. Από τους 105 ασθενείς της έρευνας οι 22 σε ποσοστό 21% έχρηζαν αναγκαία τη συνύπαρξη μετάγγισης και χορήγησης σιδήρου. Η χορήγηση σιδήρου χωρίζεται σε per os σκευάσματα, ενδοφλέβια και στην συνύπαρξη και των δύο. Αναλυτικότερα 38 ασθενείς σε ποσοστό 36,2% έλαβαν μόνο per os σίδηρο, 35 ασθενείς με ποσοστό 35,3% iv, 18 έλαβαν per os και iv και 14 ασθενείς δεν έλαβαν σίδηρο καθώς χρειάστηκαν μόνο μετάγγιση. Η μέση τιμή χορήγησης σιδηροθεραπείας είναι οι 4,24 μήνες και η μέγιστη ανέρχεται τους 27 μήνες. Παρόμοιες μελέτες έχουν δείξει ότι η χορήγηση της σιδηροθεραπείας κυμαίνεται από τους 4 έως τους 30 μήνες γεγονός που επαληθεύτηκε και από την παρούσα έρευνα όπως αναφέραμε και παραπάνω.

Λόγω αναιμίας στους ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου είναι πολύ σύνηθες στην αγωγή τους να συμπεριλαμβάνονται και συμπληρώματα σιδήρου (ferrous sulfate, ferrous sulfate + folic acid, εμπλοκές σιδήρου ενώσεων χορηγούμενες από το στόμα και εμπλοκές σιδήρου ενώσεων χορηγούμενες παρεντερικά). Στην ερευνά μας έγινε καταγραφή των σκευασμάτων με την εμπορική τους ονομασία που είναι Venofer, microfer, ferrum hausman, ferrofolic, ferrogradumet, legofer, tardyferon, resoferon, fysiofer, cosmofer. Βάση των αποτελεσμάτων της έρευνας 20 ασθενείς με ποσοστό 40% έλαβαν μόνο Venofer, 12 Ferrofolic, 7 Ferrum Hausmann, 7 Microfer, 3 cosmofer, 3 legofer, 2 ferrogradumet καθώς και από 8 ασθενείς δεν ήταν καταγεγραμμένο το όνομα σκευάσματος στους φακέλους. 18 ασθενείς έλαβαν πάνω από ένα είδος σκευάσματος σιδήρου κατά την πορεία της νόσου τους.

Ένα επιπλέον ζήτημα που προέκυψε είναι ότι εξαιτίας των άσχημων κλινικών εκδηλώσεων πολλοί από τους ασθενείς χρειάζονται να νοσηλευτούν για περαιτέρω κλινική εξέταση και νοσοκομειακή κάλυψη, γεγονός που επιβεβαιώνεται και στην έρευνά μας καθώς 88 από τους 105 ασθενείς χρειάστηκαν να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο και μόλις το 16,2 % των ασθενών δεν είχαν την ανάγκη αυτή. Κατά την διάρκεια λοιπόν της νοσηλείας τους χρειάζεται πολλές φορές να λάβουν ενδοφλέβιο σίδηρο. Ο χώρος του νοσοκομείου προσφέρει την κατάλληλη ασφάλεια σε περίπτωση αλλεργίας κατά τη λήψη σιδήρου ή μετάγγισης. Σε κάθε ενδοφλέβια σιδηροθεραπεία υπάρχει στο κομοδίνο του ασθενούς σετ αλλεργίας το οποίο περιλαμβάνει

adrenaline 1: 1000, amp solucortef 125 mg, amp fenistil. Στην ερευνά μας διαπιστώθηκε ότι σε 5 ασθενείς πριν από κάθε φόρτιση με ενδοφλέβιο σίδηρο χορηγούταν amp solucortef 250 mg, amp fenistil και amp Zantac. Υπήρξαν περιστατικά τα οποία εμφάνισαν αλλεργία όπως για παράδειγμα υπήρξε αλλεργία δύο φορές σε έναν ασθενή, την πρώτη φορά στο σκεύασμα cosmofer με εμφάνιση πομφών και τη δεύτερη στο σκεύασμα Venofer με αίσθημα καύσους και δυσφορίας. Σε έναν άλλον ασθενή η δεύτερη δόση ενδοφλέβιου σιδήρου συνοδεύτηκε με λιποθυμικό επεισόδιο, ρίγος και ιδρώτα. Ένα ακόμα περιστατικό στα μέσα της έγχυσης εμφάνισε άλγος πλευριτικό κατά την εισπνοή, ταχυκαρδία, ωχρότητα καθώς και εξάνθημα, άμεσα του χορηγήθηκε Adrenaline, Solu Medrol 125 ενδοφλεβίως, Heparin 5000 IVx6. και συνέχισε η έγχυση, ενώ σε άλλον ασθενή που κατά την έγχυση διαπιστώθηκε αλλεργία έγινε διακοπή της έγχυσης. Υπήρξαν άλλα δύο περιστατικά στα οποία σταμάτησε η ενδοφλέβιος φόρτιση διότι το ένα περιστατικό ανέβασε θερμοκρασία και το άλλο εμφάνισε διάρροιες. Επίσης υπάρχει ένας ασθενής ο οποίος λάμβανε σίδηρο ενδομυϊκά ενώ ο ιατρικός φάκελος αναφέρει αλλεργία σε αυτό το σκεύασμα.

Τέλος, οι ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου χρειάζονται πολλές φορές να προβούν και σε χειρουργεία του γαστρεντερικού σωλήνα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τόσο η νόσος του Crohn όσο και η ελκώδης κολίτιδα συχνά εμφανίζουν επιπλοκές που χρίζουν χειρουργικής παρέμβασης γεγονός που επιβεβαιώθηκε και από την έρευνά μας. Πιο συγκεκριμένα, από τους 105 ασθενείς οι 88 δεν αναφέρουν κάποιο χειρουργείο που να σχετίζεται με τη νόσο, επτά αναφέρουν σκωληκοειδεκτομή, ένας ραγάδες δακτυλίου, ένας κολεκτομή, ένας σκωληκοειδεκτομή, διάτρηση έλκους, χολοκυστεκτομή, κολόβωμα στομάχου, ένας γαστρεκτομή, δύο ασθενείς στη μεκέλειο απόφυση, ένας χολοκυστεκτομή, βαγοτομή, παραπρωκτικό συρίγγιο, ένας ειλεοτομή, ένας αφαίρεση παχέος εντέρου, αναστόμωση από πρωκτό και άλλος ένας αναφέρει σιγμοειδεκτομή. Από αυτούς μόνο δύο περιστατικά χρειάστηκαν να μεταγγιστούν προεγχειρητικά και τα δύο θα χειρουργούνταν στη μεκέλειο απόφυση.

6.2: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Όπως αναφέραμε και σε προηγούμενες υποενότητες, η παρούσα έρευνα αποτελεί συνέχεια των ερευνών στο τμήμα της Ηπατο-Γαστρεντερολογικής μονάδας της Α΄ Παθολογικής κλινικής του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. Συνεπώς είναι μια έρευνα της οποίας ο σχεδιασμός βασίζεται κάθε φορά στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία γεγονός που είναι ένα από τα πλεονεκτήματά της. Ένα επιπλέον δυνατό σημείο στην έρευνα είναι το δείγμα της, καθώς το δείγμα είναι επαρκές συγκριτικά με τον πληθυσμό της Ηπείρου και αποτελείται από ασθενείς και των τεσσάρων Νομών. Ακόμα, οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας ήταν επαρκείς και παρουσίαζαν πληθώρα άρθρων εκ των οποίων έγινε η επιλογή των πιο σχετικών με την παρούσα έρευνα.

Ιδιαίτεροι περιορισμοί στην έρευνα δεν υπήρχαν εκτός από δυο περιπτώσεις στους ιατρικούς φακέλους των ασθενών στους οποίους δεν υπήρχαν επαρκή στοιχεία τα οποία ήταν απαραίτητα για την καταγραφή που πραγματοποιήθηκε, γεγονός που αντιμετωπίστηκε αφ' ενός με την ενημέρωση τόσο του ιατρικού όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού έτσι ώστε να μην γίνει παρόμοιο λάθος και αφ' ετέρου με την αναζήτηση των στοιχείων μέσω των ηλεκτρονικών αρχείων της κλινικής.

6.3: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σύμφωνα λοιπόν με την παρούσα έρευνα έγινε καταγραφή της αποτελεσματικότητας στη θεραπεία με ενδοφλέβιο σίδηρο σε ασθενείς της Ηπείρου με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων, καθώς και η νοσηλευτική τους προσέγγιση κατά το έτη 2014-2015. Η έρευνα απέδωσε τα δεδομένα των τελευταίων δύο ετών τα οποία δεν είχαν μελετηθεί έως σήμερα και κατέληξε στις εξής παρατηρήσεις: από τους 559 ασθενείς που περιλήφθηκαν στην έρευνα οι 105 είχαν λάβει μία τουλάχιστον φορά σιδηροθεραπεία, οι 38 έλαβαν μόνο από του στόματος σίδηρο, 35 μόνο ενδοφλέβιο και 18 και από του στόματος και ενδοφλέβιο, οι μεταγίσεις αποτελούν μέρος της θεραπείας στις ΙΦΠΕ, υπάρχουν αρκετά σκευάσματα για τις ανάγκες του κάθε ασθενή και τέλος λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα για περίπτωση αλλεργιών κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Καταλήγοντας, οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου χρειάζονται πάντοτε τη χάραξη μιας στρατηγικής αντιμετώπισης για να επιτευχθεί το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα που είναι η μακροχρόνια ύφεση της πάθησης και η βέλτιστη ποιότητα ζωής του ασθενούς. Για το λόγο αυτό κεφαλαιώδους σημασίας είναι η πλήρης γνώση της πάθησης γενικά, αλλά ειδικά στον συγκεκριμένο ασθενή για να ξέρουμε επακριβώς ποια εντόπιση και ποια βαρύτητα πάθησης έχουμε να αντιμετωπίσουμε. Η συνεργασία με άλλες ειδικότητες είναι βασικότερη ώστε να δημιουργηθεί μια ομάδα αντιμετώπισης. Τέλος, μέγιστη σημασία έχει η απόλυτη και αμοιβαία εμπιστοσύνη και συνεργασία με τον ασθενή αφού προηγηθεί κατάλληλη και πλήρης ενημέρωση.

Κεφ.7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας καθώς και της συγγραφής της, προέκυψαν διάφορα ερωτήματα στα οποία έγινε προσπάθεια μέσω της έρευνας να βρεθεί η απάντησή τους. Τέτοια ερωτήματα ήταν για παράδειγμα η σχέση των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Παθήσεων των Εντέρων με την θεραπεία τους, η διαφορά χορήγησης των θεραπειών, η πρόληψη και η σημασία της. Επιπλέον αν μπορεί να χρειαστεί μετάγγιση στη πορεία της νόσου καθώς και αν η θεραπεία μπορεί να μειώσει τα έντονα συμπτώματα και να διατηρεί τον ασθενή σε ύφεση. Τέλος, πόσο συχνά συναντάμε την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn και αν το φύλο και η ηλικία παίζουν κάποιο ρόλο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα ερωτήματα που αφορούν σε θεραπεία με σίδηρο απαντήθηκαν. Επίσης, για να τεκμηριωθεί η διάγνωση θα πρέπει να απορριφθούν όλες οι άλλες διαφορικές διαγνώσεις. Όσον αφορά το ερώτημα για την θεραπεία τους απαντάται με τη λήψη σκευασμάτων από του στόματος και ενδοφλέβιο σίδηρο καθώς και η μετάγγιση αντίστοιχα βοηθάει στα προβλήματα που προκαλεί η νόσος. Ακόμα, οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα δείχνουν ότι οι τροφές είναι άμεσα συνδεδεμένες με την αύξηση του αιματοκρίτη ασθενών με ΙΦΠΕ καθώς και ότι υπάρχουν ποικίλα τα σκευασμάτων σιδήρου που καλύπτουν τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενή. Η θεραπεία στις νόσους αυτές είναι πολύ σημαντική γιατί βοηθάει πολύ στην μείωση των έντονων συμπτωμάτων και διατηρεί τον ασθενή περισσότερο καιρό σε ύφεση. Επίσης αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι η ελκώδης κολίτιδα είναι πιο συχνή από τη νόσο του Crohn. Τέλος, μεγάλη σημασία έχει η επισήμανση στις αλλεργίες με σίδηρο και η προσοχή που δίνεται ιδιαίτερα κατά τη διαδικασία φόρτισης με αυτόν.

Καταλήγοντας, η φροντίδα των ασθενών με ΙΦΠΕ μπορεί να είναι δύσκολη λόγω της ετερογενούς φύσης της ασθένειας και την έλλειψη συναίνεσης σε πολλούς τομείς της πρακτικής. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, τόσο στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας και παραπομπής, στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις, όπως για παράδειγμα συχνά στερούνται τακτικής εποπτείας και οι εργαστηριακές αξιολογήσεις που απαιτούνται για την παρακολούθηση των ασθενών να παρουσιάζει όλο και

μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας παρέχοντας έτσι ακριβότερες θεραπείες (ιατρικές και χειρουργικές) για την κάλυψη των αναγκών των συγκεκριμένων ασθενών.

ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

Διεθνής Βιβλιογραφία

1. Abitol V., Borderie D., Polin V., Maksimovic F., Sarfati G., Esch A., Tabouret M., Dreanic J., Perkins G., Coriat R., 2015. Diagnosis of Iron- Deficiency in Inflammatory Bowel Disease by Transferrin Receptor- Ferritin Index. *Medicine (Baltimore)*, 94 (26).
2. Aita M., Richer M., 2005. Essentials of research ethics for healthcare professionals. *Nursing & Health Sciences*, 7 (2), p.119-125.
3. Dewit S., 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: έννοιες και πρακτική*. Επιμέλεια μετάφρασης: Λαμπρινού Α., Λεμονίδου Χ.. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
4. Fry S., Johnstone M., 2005. *Ζητήματα ηθικής στη νοσηλευτική πράξη: Ένας οδηγός για τη λήψη Ηθικά Αποδεκτών Αποφάσεων*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από την Χ. Λεμονίδου. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
5. Javeau C., 2000. *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
6. Koduru P., Abraham P., 2016. The role of ferric carboxymaltose in the treatment of iron deficiency anemia in patients with gastrointestinal disease. *Therapeutic advances in gastroenterology*, 9 (1), p.76-85.
7. Koma A., 2013. Inflammatory Bowel Disease: An Expanding Global Health Problem. *Clinical Medicine Insights: Gastroenterology*, 6, p.33-47.
8. Munoz M., Gomez-Ramirez S., Garcia-Erce J., 2009. Intravenous iron in inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*, 15 (37), p.4666-4674.
9. Nielsen O., Ainsworth M., Coskun M., Weiss G., 2015. Management of Iron-Deficiency Anemia in Inflammatory Bowel Disease. *Medicine (Baltimore)*, 94 (23), p.963.

10. Polit D., 2010. *Statistics and Data Analysis for Nursing Research*. New York: Prentice Hall.
11. Stretton JG., Currie BK., Chauhan UK., 2014. Inflammatory bowel disease nurses in Canada: an examination of Canadian gastroenterology nurses and their role in inflammatory bowel disease care. *Canadian Journal of gastroenterology & hepatology*, 28 (2), p.89-93.
12. Weng C., Tu S., Sim I., Richesson R., 2011. Formal Representations of Eligibility Criteria: A Literature Review. *Journal of Biomedical Informatics*, 43 (3), p.451-467.
13. Zhu A., Kanshiro M., Kaunitz J., 2010. Evaluation and Treatment of Iron Deficiency Anemia: A Gastroenterological Perspective. *Digestive Diseases and Sciences*, 55 (3), p.548-559.

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Γιωτάκη Ε., 2010. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Αθήνα: Ιατρικές & Επιστημονικές Εκδόσεις Σιώκης.
2. Γναρδέλλης Χ., 2013. *Ανάλυση δεδομένων με το IBM SPSS Statistics 21*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
3. Δημητρόπουλος Ε., 2004. *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
4. Ζαφειρόπουλος Κ., 2012. *Ποσοτική εμπειρική έρευνα και δημιουργία στατιστικών μοντέλων*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
5. Θεοφανίδης Σ., 2002. *Μεθοδολογία της επιστημονικής σκέψης και έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.
6. Κατσάνος Κ., Τσιάνος Ε.. Σύγχρονες μορφές φαρμακευτικής θεραπείας για την Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Πάθηση των Εντέρων. *Ενημερωτικό Περιοδικό ΕΟΦ*, υπό έκδοση.

7. Κατσάνος Κ., Χριστοδούλου Δ., Τσιάνος Ε., 2000. *Το κόστος της εντερικής διατροφής στην Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Πάθηση των Εντέρων*. 9^ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Εντερικής και Παρεντερικής Διατροφής (poster).
8. Νταλέκος Ν., Βλαχόπουλος Α., Τσιάνος Ε., 1996. *Η επιδημιολογία της φλεγμονώδους πάθησης των εντέρων*. Ιατρική 69 (1), σελ.66-74.
9. Σαραφίδου Ο.Γ., 2011. *Συνάρθρωση ποσοτικών και ποιοτικών προσεγγίσεων, η εμπειρική έρευνα*. Gutenberg: Γιώργος & Κώστας Δαρδανός.
10. Τσιάνος Ε., Βλαχόπουλος Α., Γεωργίου Σ., Κατσαρός Κ., Κατσάνος Κ., Κογεβίνα Α., Κώστα Ν., Μασαλά Κ., Μοναστηριώτη Ν., Μπαλταγιάννη Γ., Παπαδοπούλου Μ., Τζαμπουρά Ν., Χριστοδούλου Δ., Φαμήλια Ι., Γερμανόπουλος Α., 1998. *Αρχείο επιδημιολογικής καταγραφής των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Πάθηση των Εντέρων στη Βορειοδυτική Ελλάδα*. Ιωάννινα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

Τίτλος: Αποτελεσματικότητα στη θεραπεία με ενδοφλέβιο σίδηρο σε ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων, καθώς και η νοσηλευτική τους προσέγγιση, στην Ήπειρο κατά τα έτη 2014-2015.

Εισαγωγή: Αντικείμενο της μελέτης θα είναι η καταγραφή των ενδοφλέβιων φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των ασθενών με ΙΦΠΕ στην Ήπειρο. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς παρακολουθούνται στην Ηπατο-Γαστρεντερολογική μονάδα της Α΄ Παθολογικής κλινικής του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων (κέντρο αναφοράς) και τη Γαστρεντερολογική Ομάδα της Βορειοδυτικής Ελλάδας. Στόχος είναι η αναζήτηση όλων των χορηγούμενων ενδοφλέβιων φαρμακευτικών θεραπειών των ασθενών.

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας: Μέχρι σήμερα έχει αποδειχθεί ότι ο επιπολασμός της αναιμίας σε όλες τις μελέτες σε ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων είναι υψηλός και φτάνει το ποσοστό του 30%. Ωστόσο, ο επιπολασμός της αναιμίας μειώνεται, και αυτό φαίνεται να σχετίζεται με τη χρήση του ενδοφλέβιου σιδήρου. Αν και υπάρχει ικανοποιητική ανταπόκριση στην αγωγή σιδήρου από το στοματική οδό, ο ενδοφλέβιος σίδηρος είναι πιο αποτελεσματικός, καλύτερα ανεκτός και βελτιώνει την ποιότητα ζωής σε μεγαλύτερο βαθμό (Munoz et al, 2009). Όσον αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών έχει αποδειχθεί ότι πολύ μικρό ποσοστό νοσηλευτών ειδικεύεται σε τέτοιου είδους ασθενείς (Stretton et al, 2014).

Σκοπός/Στόχος: Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της αποτελεσματικότητας των ενδοφλέβιων φαρμακευτικών θεραπειών (ενδοφλέβιος σίδηρος) των ασθενών με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων στη Ήπειρο, κατά τα έτη 2014-2015 με στόχο την αναζήτηση όλων των ειδών των θεραπειών και κατόπιν θα γίνει συσχέτιση με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα. Η μελέτη θα αποτελέσει τη συνέχεια προηγούμενων μελετών στο τμήμα.

Μεθοδολογία: Η έρευνα θα είναι ποσοτική και πιο συγκεκριμένα πειραματική αφού προσπαθεί να καθορίσει τη σχέση αιτίας και αποτελέσματος μεταξύ δύο μεταβλητών (Θεοφανίδης, 2002). Το δείγμα αποτελείται από τους ενήλικους ασθενείς που παρακολουθούνται στην Ηπατο-

Γαστρεντερολογική μονάδα της Α΄ Παθολογικής κλινικής του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων (κέντρο αναφοράς) και τη Γαστρεντερολογική Ομάδα της Βορειοδυτικής Ελλάδας και παρουσιάζουν σιδηροπενική αναιμία λόγω ΙΦΠΕ. Ο τρόπος αυτός επιλογής ονομάζεται συστηματική δειγματοληψία καθώς με αυτή τη μέθοδο ο ερευνητής καθορίζει ένα συγκεκριμένο τρόπο που θα επιλεχθεί το δείγμα (Δημητρόπουλος, 2004). Ο χώρος διεξαγωγής της έρευνας είναι το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και συγκεκριμένα Ηπατο-Γαστρεντερολογική μονάδα της Α΄ Παθολογικής κλινικής. Τα δεδομένα θα συλλεχθούν από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών με καλυμμένα με ειδική ταινία τα προσωπικά τους στοιχεία διατηρώντας έτσι την ανωνυμία τους. Η έρευνα έχει την ευπόγραφη έγκριση του Διευθυντή της Α΄ Παθολογικής κλινικής. Τέλος, η ανάλυση των δεδομένων θα γίνει με το στατιστικό πακέτο SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Οι πιο συχνές στατιστικές δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται είναι οι ακόλουθες: t-test για δύο ανεξάρτητες μεταβλητές, t-test για δυο εξαρτημένες μεταβλητές, ανάλυση διακύμανσης και ο συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson (Polit, 2010).

Αναμενόμενα αποτελέσματα: Από τη μελέτη αναμένεται η καταγραφή της αποτελεσματικότητας των ενδοφλέβιων φαρμακευτικών σκευασμάτων έτσι ώστε τα δεδομένα αυτά να χρησιμοποιηθούν για να γίνει συσχέτιση με τα εργαστηριακά δεδομένα.

Χρονοδιάγραμμα: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας και συγγραφή: 2 μήνες. Συλλογή δεδομένων: 6 μήνες. Στατιστική ανάλυση δεδομένων: 1,5 μήνας.

Κόστος: Η μελέτη δεν χρηματοδοτείται από καμία φαρμακευτική εταιρία, δεν θα υπάρξει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση καθώς και παρακώλυση της λειτουργίας του Νοσοκομείου.

Παραπομπές:

1. Munoz M., Gomez-Ramirez S., Garcia-Erce J., 2009. Intravenous iron in inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*, 15(37), p.4666-4674.
2. Stretton JG., Currie BK., Chauhan UK., 2014. Inflammatory bowel disease nurses in Canada: an examination of Canadian gastroenterology nurses and their role in inflammatory bowel disease care. *Canadian Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 28(2), p.89-93.

3. Θεοφανίδης Σ., 2002. *Μεθοδολογία της επιστημονικής σκέψης και έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.
 4. Δημητρόπουλος Ε., 2004. *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
 5. Polit D., 2010. *Statistics and Data Analysis for Nursing Research*. New York: Prentice Hall.
-

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΙΔΗΡΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ

Διάγνωση Νόσος Crohn

Ελκώδης κολίτιδα

Έλλειμμα Β12 ΟΧΙ/ΝΑΙ

Έλλειμμα φυλικού οξέος ΟΧΙ/ΝΑΙ

Χρήση πριν από του στόματος σίδηρο ΟΧΙ/ΝΑΙ

Χρήση ερυθροποιητίνης ΟΧΙ/ΝΑΙ

Test δόση: ΠΡΙΝ ΑΠ: / mmHg **ΜΕΤΑ** ΑΠ: / mmHg

Σφύξεις

Σφύξεις

Ημερ/νία	Αριθμός έγχυσης	Δόση mg	Αιμοληψία	Επόμενη έγχυση	Υπογραφή

ΠΡΟΣ

Το Επιστημονικό Συμβούλιο
του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΘΕΜΑ: «Έγκριση διεξαγωγής επιστημονικής μελέτης»

Σας παρακαλώ να εγκρίνετε τη διεξαγωγή της μελέτης με τίτλο «Αποτελεσματικότητα στη θεραπεία με ενδοφλέβιο σίδηρο σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις των εντέρων, καθώς και η νοσηλευτική τους προσέγγιση, στη Ήπειρο κατά το έτος 2014-2015», η οποία πρόκειται να πραγματοποιηθεί στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.

Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο την περιγραφή της αποτελεσματικότητας των ενδοφλέβιων φαρμακευτικών θεραπειών (ενδοφλέβιος σίδηρος) των ασθενών με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων στη Ήπειρο, καθώς και η νοσηλευτική τους προσέγγιση κατά το τρέχον έτος με στόχο την αναζήτηση όλων των ειδών των θεραπειών και κατόπιν θα γίνει συσχέτιση με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα. Η μελέτη θα αποτελέσει τη συνέχεια προηγούμενων μελετών στο τμήμα.

Το δείγμα της παρούσας μελέτης θα αποτελέσουν οι ενήλικοι ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Εντέρων από ολόκληρη την Ήπειρο (Ιωάννινα, Άρτα, Πρέβεζα, Θεσπρωτία), οι οποίοι παρακολουθούνται από την Ηπατο-Γαστρεντερολογική Μονάδα της Α΄ Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (κέντρο αναφοράς) και τη Γαστρεντερολογική Ομάδα της Βορειοδυτικής Ελλάδας. Τα δεδομένα θα συλλεχθούν μέσα από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών και τα αρχεία της Α΄ Παθολογικής Κλινικής και θα τηρηθεί η ανωνυμία, ενώ τα αποτελέσματα θα διεξαχθούν μέσω στατιστικής ανάλυσης.

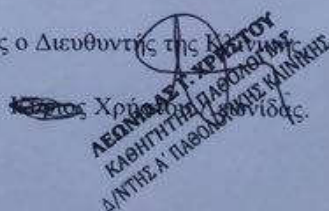
Σημειώνεται ότι η παρούσα μελέτη δεν χρηματοδοτείται από καμία φαρμακευτική εταιρία και ότι ουδεμία οικονομική επιβάρυνση θα υπάρξει στο Νοσοκομείο.

Με εκτίμηση,

Ρίζου Νεφέλη, φοιτήτρια ΜΠΣ «Νοσηλευτική Παθολογία».

Έλαβε γνώση για τη διεξαγωγή της μελέτης ο Διευθυντής της Α΄ Παθολογικής Κλινικής

8/2/16
Ιωάννινα, 2016


Χρυσή Λεοντή, Δ/ΝΤΗΣ Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Εικόνα 1: Έγκριση για τη διεξαγωγή της έρευνας από το Διευθυντή της Α΄ Παθολογικής Κλινικής του Π.Γ.Ν.Ι.