



Τμήμα Ιατρικής  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΕΝΗΛΙΚΩΝ



Τμήμα Νοσηλευτικής  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Ο ρόλος των νοσηλευτών στην καταγραφή των ANTI-TNFα  
θεραπειών σε ασθενείς με νόσο Crohn**

Υπό

**Κασκάνη Φωτεινής**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής  
ΤΟΥ

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Νοσηλευτική

Φροντίδα Ενηλίκων

του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

----- 2023 -----

© Κασκάνη Φωτεινή



Τμήμα Ιατρικής  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών



Τμήμα Νοσηλευτικής  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΕΝΗΛΙΚΩΝ

## The role of nurse in anti- TNF therapy for Crohn's patients

**Kaskani Foteini**

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

----- 2023 -----

© KASKANI FOTEINI

## ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

### Επιβλέπων:

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

*Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.*

### Μέλη:

ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ

*Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.*

ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

*Αναπληρωτής Καθηγητής του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.*

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

*"Δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε κάτω από τους διεθνείς ηθικούς και ακαδημαϊκούς κανόνες δεοντολογίας και προστασίας της πνευματικής ιδιοκτησίας. Σύμφωνα με τους κανόνες αυτούς, δεν έχω προβεί σε ιδιοποίηση ξένου επιστημονικού έργου και έχω πλήρως αναφέρει τις πηγές που χρησιμοποίησα στην εργασία αυτή."*

*Κασκάνη Φωτεινή*

## Περίληψη

Η νόσος Crohn παρουσιάζει σημαντική αύξηση όσον αφορά στον επιπολασμό κατά τα τελευταία χρόνια, απασχολώντας όλο και περισσότερο την επιστημονική κοινότητα αλλά και τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας. Δεδομένου ότι τα συμπτώματα της νόσου έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ασθενούς και την λειτουργικότητά του, η νοσηλευτική υποστήριξη είναι άμεση, ήδη από τα πρώτα κιόλας στάδια. Η φλεγμονή αυτή μπορεί να επηρεάζει τους ασθενείς τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο εξαιτίας των διαρκών συμπτωμάτων. Οι σύγχρονες θεραπείες εστιάζουν στην αυτοδιαχείριση με στόχο την σταδιακή αυτονομία. Μια από τις πιο καινοτόμες θεραπείες είναι τα anti-TNFα μονοκλωνικά αντισώματα. Στη κατηγορία αυτή υπάγονται τα φάρμακα infliximab και adalimumab. Στόχος, λοιπόν, της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να παρουσιαστεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην καταγραφή των Anti-TNFα θεραπειών σε ασθενείς οι οποίοι έχουν διαγνωστεί με την νόσο Crohn. Ειδικότερα δίνεται έμφαση στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, τα χαρακτηριστικά της νόσου και κυρίως στην έκταση, την διάρκεια, την βαρύτητα, τις εντερικές και εξωεντερικές εκδηλώσεις αλλά και την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της θεραπείας. Μετά την βιβλιογραφική ανασκόπηση, παρατίθενται ο μεθοδολογικός σχεδιασμός και τα αποτελέσματα της έρευνας. Αναφορικά με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, παρακάτω παρουσιάζονται οι λέξεις κλειδιά.

**Λέξεις κλειδιά :** νόσος του Crohn, ασθενείς με Crohn, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, φαρμακευτική αγωγή, διατροφή, αυτοδιαχείριση, anti – tnf.

## **Abstract**

Crohn's disease has shown a significant increase in prevalence in recent years, increasingly concerning the scientific community as well as health care providers. Since the symptoms of the disease have a significant impact on the patient's quality of life and functionality, nursing support is immediate, from the very first stages. This inflammation can affect patients both physically and psychologically due to the persistent symptoms. Modern treatments focus on self-management with the goal of gradual independence. One of the most innovative treatments is anti-TNF $\alpha$  monoclonal antibodies. This category includes the drugs infliximab and adalimumab. Therefore, the aim of this thesis is to present the role of the nurse in the registration of ANTI-TNF $\alpha$  treatments in patients who have been diagnosed with Crohn's disease. In particular, emphasis is placed on the demographic characteristics of the patients, the characteristics of the disease and above all on the extent, duration, severity, intestinal and extraintestinal manifestations as well as the effectiveness and safety of the treatment. After the literature review, the methodological design and results of the research are listed. Regarding the literature review, the key words are presented below.

**Key words:** *Crohn's disease, Crohn's patients, nursing interventions, medication, nutrition, self-management, anti-tnf.*

## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Abstract.....	5
Περιεχόμενα πινάκων.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:Εισαγωγή.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Στόχος και σκοποί της εργασίας.....	9
2.1 Ερευνητική ερώτηση.....	9
2.2 Αιτιολόγηση/ σκεπτικό της εργασίας.....	9
2.3 Αναστοχασμός.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	11
3.1 Υπόβαθρο του θέματος.....	11
3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	13
3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας.....	14
3.4 Το ερευνητικό κενό.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Σχεδιασμός της Έρευνας	
4.1 Μεθοδολογία.....	28
4.2 Δειγματοληπτική τεχνική.....	28
4.3 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος.....	28
4.3 Περιγραφή του δείγματος.....	28
4.5 Περιγραφή του χώρου.....	29
4.6 Ηθική της έρευνας.....	29
4.7 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Αποτελέσματα της έρευνας.....	31
5.1 Περίληψη των αποτελεσμάτων.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Συζήτηση.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συμπεράσματα.....	55
Λίστα Παραπομπών.....	56
Παράρτημα.....	59

## Περιεχόμενα πινάκων

Πίνακας 1: Φύλο.....	31
Πίνακας 2: Ηλικία.....	31
Πίνακας 3: Τόπος διαμονής.....	32
Πίνακας 4: Ατομικό αναμνηστικό.....	32
Πίνακας 5: Άλλο αυτοάνοσο.....	33
Πίνακας 6: Ποιο αυτοάνοσο.....	33
Πίνακας 7: Κύριο σύμπτωμα.....	34
Πίνακας 8: Ευρήματα αρχικής κολονοσκόπησης.....	35
Πίνακας 9: Ευρήματα τελευταίας κολονοσκόπησης.....	36
Πίνακας 10: Ευρήματα βιοψίας.....	37
Πίνακας 11: Ευρήματα CT κοιλίας.....	38
Πίνακας 12: Ευρήματα Μαγνητικής Εντερογραφίας.....	38
Πίνακας 13: Ευρήματα CE (κάψουλα).....	39
Πίνακας 14: Εντόπιση.....	39
Πίνακας 15: Διάρκεια.....	41
Πίνακας 16: Βαρύτητα.....	41
Πίνακας 17: Παρενέργειες εξωεντερικές.....	42
Πίνακας 18: Εξωεντερικά.....	42
Πίνακας 19: Περιπρωκτικές εκδηλώσεις.....	43
Πίνακας 20: Στένωση εντέρου.....	43
Πίνακας 21: Συρίγγιο.....	43
Πίνακας 22: Βουδεσονίδη.....	44
Πίνακας 23: Κορτιζόνη.....	44
Πίνακας 24: Πριν αζαθειοπρίνη.....	44
Πίνακας 25: Τώρα αζαθειοπρίνη.....	45
Πίνακας 26: Μεθοτρεξάτη.....	45
Πίνακας 27: Ποιο πριν βιολογικό.....	45
Πίνακας 28: Αντι-TNFα τώρα.....	46
Πίνακας 29: Anti-TNF που λαμβάνει.....	46
Πίνακας 30: Άλλαξε αντι-TNF.....	46
Πίνακας 31: Συχνότητα θεραπείας.....	47
Πίνακας 32: Δόση χορήγησης infliximab.....	47
Πίνακας 33: Αποτελεσματικότητα.....	48
Πίνακας 34: Παρενέργειες.....	48
Πίνακας 35: Ποια παρενέργεια.....	49
Πίνακας 36: Κωδικός παρενέργειας.....	49
Πίνακας 41: CRP.....	50
Πίνακας 42: Καλπροτεκτίνη.....	51

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Εισαγωγή

Η νόσος του Crohn έχει αποδεδειγμένα σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών μιας και παρουσιάζει μια σειρά από συμπτώματα τα οποία είναι εμφανή και παρεμποδίζουν την λειτουργικότητα. Οι ασθενείς με νόσο του Crohn χρήζουν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και νοσηλευτικής υποστήριξης από το πρώτο κιόλας στάδιο, αυτό της διάγνωσης. Η παρούσα εργασία ολοκληρώνεται μέσα από 7 διαδοχικά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο εκτίθεται η εισαγωγή όπου παρουσιάζονται εν συντομία η δομή της εργασίας και βασικές πληροφορίες για το κάθε κεφάλαιο. Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας τίθενται ο στόχος και οι σκοποί της εργασίας αξιοποιώντας το ερευνητικό ερώτημα PICO. Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το συγκεκριμένο κεφάλαιο αποτελεί μια σύνθεση της σύγχρονης βιβλιογραφίας. Στο επόμενο κεφάλαιο αναπτύσσεται ο σχεδιασμός της έρευνας με έμφαση στις λεπτομέρειες για το δείγμα. Εκτός αυτού παρατίθενται πληροφορίες για την μέθοδο συλλογής δεδομένων αλλά και για την ηθική της έρευνας και την μέθοδο ανάλυσης των δεδομένων. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας έπειτα από την στατιστική ανάλυση με το πρόγραμμα SPSS . Στο έκτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων. Μάλιστα στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται και στοιχεία για την αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας αλλά και γίνονται προτάσεις για την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της μελέτης. Τέλος, στο συμπέρασμα γίνεται μια ανακεφαλαίωση της εργασίας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Στόχος και σκοποί της εργασίας

#### 2.1 Ερευνητική ερώτηση

Γενικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η μελέτη των ασθενών με νόσο Crohn που λαμβάνουν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες, και συγκεκριμένα anti-TNFa μονοκλωνικά αντισώματα. Στη κατηγορία αυτή υπάγονται τα φάρμακα infliximab και adalimumab, καθώς υπάρχουν και βιομοειδή σκευάσματα με σχεδόν πανομοιότυπα χαρακτηριστικά με το πρωτότυπο φάρμακο. Επιπλέον θα διερευνηθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στη καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, ο στόχος της μελέτης αφορά την ανασκόπηση των νοσηλευτικών πράξεων με βάση τεκμηριωμένες ερευνητικές μεθόδους.

Η ερευνητική ερώτηση θα καθορίσει και τα βήματα που οφείλει να ακολουθήσει ο ερευνητής στη πορεία αναζήτησής του ώστε το αποτέλεσμα να είναι αξιόπιστο. Το μοντέλο PICO είναι το πιο διαδεδομένο. Από τα αρχικά του περιλαμβάνει το (P) ασθενής, τη πληθυσμιακή ομάδα (ηλικία, γένος, πρόβλημα), (I) τη παρέμβαση ή έκθεση σε κατάσταση, (C) την ομάδα σύγκρισης (μπορεί να παραληφθεί) και (O) το αποτέλεσμα ή έκβαση (Hastings C., Fisher C., A., 2014).

Επομένως στη παρούσα εργασία η ερευνητική ερώτηση έχει την εξής μορφή:

«Οι ασθενείς με νόσο Crohn που λαμβάνουν ANTI-TNFa θεραπείες έχουν καλύτερη πορεία νόσου.»

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα αφορούν τον ρόλο των νοσηλευτών, τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής και τη καταγραφή των στοιχείων του ιατρικού φακέλου.

#### 2.2 Αιτιολόγηση/ σκεπτικό της εργασίας

Μέσω της καταγραφής και της συλλογής των δεδομένων, τα οποία εστιάζουν στη συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου, αλλά και μέσω της ανάλυσης τους θα συμβάλλουν στην ενδεχόμενη πρόληψη της εμφάνισης της νόσου του Crohn. Επιπροσθέτως, θα διερευνηθεί και θα τονιστεί ο κρίσιμος νοσηλευτικός ρόλος κατά την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, την παρακολούθηση και την άμεση

παρέμβαση σε επείγουσες καταστάσεις. Ακόμα, ο ρόλος του στη καταγραφή της πορείας νόσου και των ενδεχόμενων παρενεργειών.

Διαφορετικά άτομα μπορούν να ανταποκρίνονται διαφορετικά στην ίδια θεραπεία, οπότε απαιτείται η ανάπτυξη εξατομικευμένης φροντίδας, με ταυτόχρονη κατανόηση και των ψυχολογικών παραγόντων. Η συνεχής μελέτη των θεραπευτικών σχημάτων, η καταγραφή τους κατά τη πορεία νόσου και η άμεση αντιμετώπιση σε περίπτωση ανεπιθύμητων ενεργειών οδηγούν σε βέλτιστα αποτελέσματα στο χώρο της υγείας και σε μειωμένο φόρτο ασθενειών.

### 2.3 Αναστοχασμός

Μέσω της εμπειρίας μου στο κλινικό χώρο και ως νοσηλεύτρια στο επάγγελμα, συχνά έρχομαι σε επαφή με χρόνιους πάσχοντες. Ειδικά με ασθενείς που υποφέρουν από γαστρεντερολογικά προβλήματα, όπως η νόσος Crohn. Η ανάπτυξη ισχυρής σχέσης με τους ασθενείς είναι πρώτιστο μέλημα των νοσηλευτών, καθώς μια σχέση ισχυρής αλληλεπίδρασης και σεβασμού οδηγεί στην εμπιστοσύνη, στη μείωση του φόβου και των ανησυχιών. Η εμπιστοσύνη αυτή όμως είναι και αποτέλεσμα συνεχούς εκπαίδευσης, επαφής με το γνωστικό αντικείμενο, έρευνας και μελέτης.

Η εξατομικευμένη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή αποσκοπεί στην ολιστική φροντίδα, στον εντοπισμό των αναγκών του και στην ουσιαστική υποστήριξή του στη διαχείριση της χρονιότητας της νόσου, της φαρμακευτικής αγωγής, της διατροφής του, αλλά και της συναισθηματικής του τόνωσης. Ως κλινική νοσηλεύτρια συχνά χορηγώ τη συνιστώμενη φαρμακευτική αγωγή. Ειδικότερα, οι νοσηλευτές που διαχειρίζονται τους ασθενείς με νόσο του Crohn και τους χορηγούν συγκεκριμένα φαρμακευτικά σκευάσματα θα πρέπει να στηρίζονται σε γερές βάσεις, εστιάζοντας στην θεραπευτική σχέση. Η καταγραφή της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής, η αλλαγή των δόσεων, οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι συμβάντα που είτε ο νοσηλευτής αναγνωρίζει πρώτος λόγω της σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή, είτε συζητά ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας. Οφείλει, λοιπόν, να αναπτύσσει κριτική σκέψη και υψηλή κατάρτιση, παρέχοντας κατάλληλες παρεμβάσεις.

Ένας εξειδικευμένος νοσηλευτής των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου θεωρείται πολύτιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, οδηγώντας σε θετικά αποτελέσματα στην υγεία. Η αξία και ο ρόλος του αναγνωρίζεται όλο και συχνότερα στη λήψη αποφάσεων

που αφορούν τη φροντίδα του ασθενούς και είναι πλέον καθιερωμένος σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Βιβλιογραφική ανασκόπηση

#### 3.1 Το υπόβαθρο του θέματος

Η νόσος του Crohn (CD) αποτελεί μια χρόνια υποτροπιάζουσα φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD). Το βασικό της χαρακτηριστικό είναι η διασωληνωτή κοκκιωματώδης φλεγμονή, η οποία είναι πιθανό να επηρεάσει οποιοδήποτε τμήμα της γαστρεντερικής οδού. Πιο συχνά, τείνει να επηρεάζει τον ειλέο, το κόλον ή και τα δύο. Η συγκεκριμένη νόσος συχνά έχει επίδραση σε ολόκληρη την γαστρεντερική οδό, καθώς επηρεάζονται διάφορα τμήματά της. Επίσης, είναι πιθανό να ξεκινήσει από την περιοχή του στόματος και να καταλήξει στον πρωκτό. Αυτή η ιδιοπαθής φλεγμονή εμφανίζει διάφορα συμπτώματα, τα οποία εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την σοβαρότητα που έχει η κατάσταση (García-Sanjuán et al., 2018).

Οι Ng et al. (2018) θεωρούν πως η συγκεκριμένη νόσος έχει παρουσιάσει μια ραγδαία αύξηση τα τελευταία χρόνια, ειδικότερα στις δυτικές χώρες. Οι χώρες που έχουν πληγεί πιο πολύ από την συγκεκριμένη νόσο είναι η Γερμανία, η Νορβηγία και η Ισπανία. Τα κρούσματα σε αυτές είναι δραματικά υψηλά, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναζητούν θεραπεία σε εναλλακτικές πηγές, αλλά και καινοτόμα προγράμματα, τα οποία έχουν ως σκοπό την αυτοδιαχείριση. Αυτή η διαδικασία είναι χρονοβόρα και κοστοβόρα.

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι άνθρωποι λαμβάνουν κάποια διάγνωση η οποία σχετίζεται άμεσα με το γαστρεντερολογικό σύστημα. Ο επιπολασμός της νόσου του Crohn υπολογίζεται ότι πλήττει 3 έως 20 ανά 100.000 άτομα. Η νόσος του Crohn είναι πιο συχνή στον βιομηχανικό κόσμο, ιδιαίτερα στη Βόρεια Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη, αν και η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται στην Ασία και τη Νότια Αμερική. Μπορεί να υπάρχει ελαφρώς μεγαλύτερη επικράτηση της νόσου στις γυναίκες και είναι πιο συχνή σε άτομα εβραϊκής προέλευσης Ashkenazi από ό, τι σε μη Εβραίους. Η ακριβής παθογένεση της είναι άγνωστη, αν και υπάρχουν αρκετοί γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν αποδειχθεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο της νόσου και οδηγούν στην παρεκκλίνουσα χαρακτηριστική ανοσοαπόκριση του εντέρου της νόσου (Dahlhamer et al., 2015).

Σύμφωνα με την αναφορά των Zhuleku et al. (2022), η νόσος Crohn είναι ένας από τους πιο συχνούς τύπους φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου που χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή του γαστρεντερικού σωλήνα. Μάλιστα μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά μειωμένη ποιότητα ζωής, αναπηρίες και χειρουργικές επεμβάσεις.

Η παθογένεση της νόσου του Crohn είναι πολυπαραγοντική, με τους συχνότερους παράγοντες που μελετώνται στην βιβλιογραφία να είναι το μικροβίωμα του ξενιστή, καθώς και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το κάπνισμα, τα φάρμακα και η διατροφή. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται επίσης στα υψηλά επίπεδα άγχους των ασθενών και στην αδυναμία διαχείρισής του (Ng et al., 2018).

Μέχρι σήμερα, περισσότεροι από 100 γενετικοί δείκτες έχουν συσχετιστεί με τη νόσο του Crohn, υπογραμμίζοντας την πολυγονιδιακή φύση της νόσου. Τα εμπλεκόμενα γονίδια υποδηλώνουν ότι η ανοσοαντιδραστικότητα στα βακτήρια του εντέρου είναι ένα κρίσιμο συστατικό στον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου του Crohn. Ειδικότερα, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονιδίων και περιβάλλοντος μπορεί να διευκολύνουν την παθογένεση της νόσου του Crohn μέσω βλάβης στην επένδυση του εντέρου ή διαταραχής της άμυνας του ανοσοποιητικού συστήματος (Khanna & Raffals, 2017).

### 3.2. Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Για την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης επιλέχθηκαν έγκριτες μηχανές αναζήτησης στις οποίες εντοπίζονται επιστημονικά άρθρα της βιβλιογραφίας. Ειδικότερα, επιλέχθηκε το Google Scholar, το Science Direct, το Scopus και το Wiley Library. Οι λέξεις κλειδιά που αξιοποιήθηκαν είτε κατά μόνας είτε συνδυαστικά ήταν οι εξής: crohn disease, crohn's patients, nursing interventions, anti – tnf, nutrition, management, self- management. Τα άρθρα επιλέχθηκαν με βάση τη σχετικότητα του τίτλου, στη συνέχεια με βάση την περίληψη και τέλος με το πλήρες κείμενο, καταλήγοντας σε 35 άρθρα.

### 3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

#### Το πεπτικό σύστημα

Ο ρόλος του γαστρεντερικού συστήματος είναι η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και του νερού από τα κύτταρα του οργανισμού. Αυτή η διαδικασία πραγματοποιείται μόλις η τροφή αναμειχθεί με κάποιες εκκρίσεις οι οποίες προέρχονται από συγκεκριμένα όργανα ή μέρη του γαστρεντερικού συστήματος και προωθούνται σε όλη του την έκταση με την βοήθεια της κινητικότητας της περιοχής. Ουσιαστικά, το γαστρεντερικό σύστημα αποτελείται σπλάχνα και ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Το πεπτικό σύστημα περιλαμβάνει τον πεπτικό σωλήνα, ο οποίος συναντάται από την περιοχή του στόματος, έως και τον πρωκτό. Συνδέεται με επικουρικά εσωτερικά όργανα, η πλειοψηφία των οποίων είναι αδένες και ο κύριος ρόλος είναι η έκκριση ουσιών που συντελούν στην διαδικασία της πέψης (Tharakan et al., 2010).

Η στοματική κοιλότητα, ή κοινώς το στόμα, ανήκει στο πεπτικό σύστημα και διαθέτει σιελογόνους αδένες και αμυγδαλές ως επικουρικά όργανα. Παράλληλα, διαθέτει τον φάρυγγα, τον οισοφάγο και το στομάχι με σωληνοειδείς βλεννογόνους αδένες, το λεπτό έντερο που διαθέτει ως επικουρικά όργανα το συκώτι, τη χοληδόχο κύστη και το πάγκρεας, και τέλος το παχύ έντερο το οποίο καταλήγει στον πρωκτό. Τα όργανα αλλά και τα τοιχώματα της κοιλιακής κοιλότητας συνδέονται με ορογόνες μεμβράνες, οι οποίες έχουν πάρα πολύ λεία επιφάνεια και εκκρίνουν ένα ορώδες υγρό. Αυτό το υγρό αποτελεί ένα λιπαντικό στρώμα ανάμεσα στα στρώματα που έχουν οι μεμβράνες, και ονομάζεται σπλαχνικό περιτόναιο. Οι συγκεκριμένες μεμβράνες ελαττώνουν την τριβή στο χώρο της κοιλιάς (Reiss & Tunnicliffe, 2001).

Το πρώτο μέρος του πεπτικού συστήματος είναι η στοματική κοιλότητα, η οποία ξεκινά από τα χείλη πρόσθια, τον οισοφάγο οπίσθια, τις παρειές πλευρικά και ένα μυώδες έδαφος στο πιο κάτω μέρος του. Το στόμα περιλαμβάνει τις παρειές, τις φαρυγγικές αποφύσεις, τα ούλα και τις οδοντοστοιχίες. Ένα επιθήλιο καλύπτει στην στοματική κοιλότητα, το οποίο ονομάζεται υγρό στρωματοποιημένο πλακώδες επιθήλιο και προσδίδει προστασία, λόγω της τριβής που προκύπτει κατά την μάσηση των τροφών. Τα βασικότερα σημεία είναι τα χείλη, οι παρειές, η υπερώα, οι αμυγδαλές,

η γλώσσα, τα δόντια, αλλά και οι σιελογόνοι αδένες. Ο βασικός της ρόλος είναι η μάσηση προκειμένου να πολτοποιηθεί η τροφή (Tharakan et al., 2010).

Ο φάρυγγας αποτελείται από τρία βασικά ανατομικά μέρη, τα οποία είναι ο ρινοφάρυγγας, ο στοματοφάρυγγας και ο λαρυγγοφάρυγγας. Ο ρινοφάρυγγας είναι το ανατομικό μέρος που βρίσκεται πιο κοντά στη στοματική κοιλότητα. Εκτείνεται στον οροφάρυγγα και στην συνέχεια γίνεται λαρυγγοφάρυγγας και καταλήγει να γίνει οισοφάγος. Αυτές οι ανατομικές περιοχές συναντώνται σε μια μικρή έκταση της περιοχής του τραχήλου, σε σύγκριση με την έκταση που έχει το υπόλοιπο γαστρεντερικό σύστημα. (Reiss & Tunnicliffe, 2001).

Ο οισοφάγος αποτελεί τμήμα του πεπτικού σωλήνα που εκτείνεται από την περιοχή του φάρυγγα έως και το στομάχι. Το μήκος του είναι 20-25 εκατοστά και βρίσκεται στο μεσοθωράκιο, το οποίο είναι μπροστά από τη σπονδυλική στήλη και πίσω ακριβώς από την τραχεία. Επίσης, περνάει μέσα από το διάφραγμα, και για την ακρίβεια από το οισοφαγικό τρήμα διαφράγματος. Φτάνει έως και το στομάχι, στο οποίο απελευθερώνει την τροφή που έχει δεχθεί από τη στοματική κοιλότητα μέσω του φάρυγγα. (Tharakan et al., 2010).

Οι οισοφαγικοί μύς προωθούν την τροφή προς το στομάχι μέσω των περισταλτικών κινήσεων που πραγματοποιούν. Αυτές οι κινήσεις μπορούν να δράσουν ανεξάρτητα από τη φορά και τη βαρύτητα, πράγμα που σημαίνει πως μπορούν να βοηθήσουν τον ανθρώπινο οργανισμό να πραγματοποιήσει επιτυχώς κατάποση από κάθε θέση, και σε κάθε ηλικία. Το στομάχι αποτελεί έναν ασκό, σε ένα αρκετά πλατύ μέρος του πεπτικού σωλήνα, που βρίσκεται κάτω από τον αριστερό θόλο του διαφράγματος. Τα πιο σημαντικά δομικά στοιχεία του είναι η καρδιακή εντομή, δηλαδή το σημείο που ενώνει το όργανο με τον οισοφάγο, το σώμα και η πυλωρική μοίρα. Το σώμα είναι το πιο μεγάλο μέρος του στομάχου, και η πυλωρική μοίρα είναι αυτή που συνδέεται με τον δωδεκαδάκτυλο (Schulze, 2006).

Όσον αφορά τα τοιχώματα του στομάχου, υπάρχει σημαντική διαφορά του εσωτερικού από το εξωτερικό τμήμα, όσον αφορά την μορφολογία. Για την ακρίβεια, η εξωτερική μοίρα του είναι λείας μορφής, και καλύπτεται από το σπλαχνικό πέταλο του περιτόναιου. Όμως, η εσωτερική μοίρα εμφανίζει γαστρικές πτυχές που περιλαμβάνει το γαστρικό βλεννογόνο (Tharakan et al., 2010).

Η εξωτερική του μοίρα είναι λεία και καλύπτεται από το σπλαχνικό πέταλο του περιτόναιου, ενώ η εσωτερική μοίρα παρουσιάζει γαστρικές πτυχές του γαστρικού βλεννογόνου. Οι στοιβάδες του στομάχου έχουν πολύ μικρό πάχος, το οποίο υπολογίζεται σε χιλιοστά. Οι στοιβάδες του στομάχου περιλαμβάνουν το βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο, το μυϊκό χιτώνα, τον ορογόνο και τον υπορογόνο. Ένας από τους σημαντικότερους ρόλους που έχει είναι να διασπά περαιτέρω με τις όξινες χημικές του ουσίες τον βλωμό της τροφής που διοχετεύεται από τον οισοφάγο, και στη συνέχεια να τον προωθεί με τις περισταλτικές του κινήσεις στον δωδεκαδάκτυλο και έπειτα στο πεπτικό σύστημα (Schulze, 2006).

Μετά τον στόμαχο συναντάται ο πεπτικός σωλήνας, ο οποίος σχηματίζει το λεπτό έντερο, που αποτελείται από τρία βασικά δομικά μέρη, τα οποία είναι ο δωδεκαδάκτυλος, η νήστιδα και ο ειλεός. Ο δωδεκαδάκτυλος, δηλαδή το πρώτο μέρος του λεπτού εντέρου, αποτελείται από την άνω, την ανιούσα, την κατιούσα και την οριζόντια μοίρα. Στη συνέχεια, η νήστιδα είναι το κεντρικό τμήμα του παχέως εντέρου, ενώ ο ειλεός αποτελεί το τελικό τμήμα του παχέως εντέρου, το οποίο συνδέεται με το παχύ έντερο με μια συμβολή που ονομάζεται ειλεοτυφλικό στόμιο (Fritch & Kuhnel, 2009). Το σύνολο του παχέως εντέρου αιματώνεται με αρτηριακό αίμα από κλάδους της άνω μεσεντέριας αρτηρίας, παροχετεύεται από τη σπληνική και την άνω μεσεντέριο φλέβα και νευρώνεται από το πνευμονογαστρικό νεύρο και το κοιλιακό και το άνω μεσεντέριο γάγγλιο (Tharakan et al., 2010).

Οι κύριες λειτουργίες του λεπτού εντέρου είναι η διάσπαση του περιεχομένου που δέχεται από το στόμαχο και η απορρόφηση μερικών από τις θρεπτικές ουσίες. Η διάσπαση πραγματοποιείται με τη βοήθεια των δακτυλιοειδών συσφικτικών κινήσεων, αλλά και των προωθητικών κινήσεων που πραγματοποιούνται από το όργανο (Bornhorst et al., 2012).

Το τελικό μέρος του πεπτικού σωλήνα ονομάζεται παχύ έντερο. Η τοποθεσία του είναι στο πιο κάτω μέρος της κοιλιακής κοιλότητας, και χωρίζεται στη σκωληκοειδή απόφυση και στο τυφλό, αλλά και το κόλον, το ορθό και τον πρωκτικό σωλήνα. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί το γεγονός ότι το κόλον χωρίζεται σε εγκάρσιο, σιγμοειδές, ανιόν και κατιόν. Ο πεπτικός σωλήνας εμφανίζει την μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου σε σύγκριση με το υπόλοιπο πεπτικό σύστημα (Schulze, 2006).



Το παχύ έντερο χωρίζεται σε δύο μέρη για να προσδιοριστεί η λειτουργία του. Δηλαδή χωρίζεται στην ανώτερη περιοχή, δηλαδή το κόλον και το τυφλό, τα οποία είναι υπεύθυνα για την απορρόφηση του νερού και των ηλεκτρολυτών από το πεπτικό περιεχόμενο που έχουν δεχθεί από το λεπτό έντερο. Στη συνέχεια, καθιστούν ως άχρηστο το περιεχόμενο του πεπτικού σωλήνα, το οποίο παίρνει μια στερεή μορφή και ωθείται προς το ορθό. Η κατώτερη περιοχή του παχέως εντέρου, δηλαδή ο πρωκτός και το ορθό, ευθύνονται για την αποβολή της στερεής μορφής. Παράλληλα, είναι υπεύθυνη για την εγκράτεια και την αφόδευση (Schulze, 2006).

Το ήπαρ, η χοληδόχος κύστη και το πάγκρεας αποτελούν τρεις αδένες πολύ σημαντικούς για το πεπτικό σύστημα. Αυτοί οι αδένες συμβάλλουν στο μεταβολισμό των τροφών και είναι εξωκρινείς. Συναντώνται στην ανώτερη και μέση κοιλιακή χώρα, κάτω από το θόλο του διαφράγματος και κάθε ένα από αυτά επιτελεί μια διαφορετική λειτουργία (Hur et al., 2011).

Για την ακρίβεια, το ήπαρ συντελεί στη διαδικασία διάσπασης των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών αλλά και στην αιμοποίηση και στην εμβρυική ζωή. Στη συνέχεια, η χοληδόχος κύστη με τη βοήθεια ενός συστήματος πόρων εκκρίνει τη χολή μέσα στο δωδεκαδάκτυλο. Στο τέλος, το πάγκρεας μαζί με το ήπαρ διασπά τα λίπη, τους υδατάνθρακες και τις πρωτεΐνες. (Guerra et al., 2012).

## Διαδικασία της πέψης

Η πέψη είναι μια διαδικασία στην οποία πραγματοποιείται διάσπαση της τροφής σε πιο απλές χημικές ουσίες. Κάθε όργανο του πεπτικού συστήματος συντελεί στη συγκεκριμένη διαδικασία με τον τρόπο που αναφέρεται στη συνέχεια. Αρχικά, οι τροφές εισέρχονται στην στοματική κοιλότητα, όπου λειοτριβούνται και κατατέμνονται με τη βοήθεια της πίεσης που ασκούν τα δόντια. Η διαδικασία της μάθησης πραγματοποιείται με εκούσιες κινήσεις που λαμβάνουν χώρα από την κάτω γνάθο, τη γλώσσα και τα χείλη. Οι σιελογόνοι αδένες παράγουν σάλιο, το οποίο υγραίνει τις τροφές. Στο σάλιο υπάρχουν ουσίες με αντιβακτηριδιακή και αντι-ιική δράση (Hur et al., 2011).

Μέσω των κινητικών λειτουργιών, ο γαστρεντερικός σωλήνας ωθεί την τροφή προς το στομάχι. Έπειτα, ο γαστροοισοφαγικός σφιγκτήρας ανοίγει, προκειμένου η τροφή να εισέλθει στο στομάχι. Στη συνέχεια, ο σφιγκτήρας κλείνει, ώστε να αποφευχθεί η

πιθανότητα παλινδρόμησης του γαστρικού υγρού στον οισοφάγο. Με αυτό τον τρόπο, η τροφή εισέρχεται στο στομάχι, και αποθηκεύεται προσωρινά για να γίνει μερική πέψη των πρωτεϊνών. Η διάσπαση των πρωτεϊνών της τροφής, πραγματοποιείται με τη βοήθεια του γαστρικού υγρού, το οποίο μπορεί να εξουδετερώσει την πλειοψηφία των μικροβίων που έχουν εισέλθει στο στομάχι μέσω του νερού ή της τροφής που έχει καταναλωθεί. Ταυτόχρονα, η έκκριση διάφορων ουσιών για την δημιουργία του χυλού που θα οδεύσει στο λεπτό έντερο, αποτελεί μια λειτουργία του στομάχου που σχετίζεται με την πέψη. Η πέψη των υδατανθράκων και των πρωτεϊνών πραγματοποιείται στο λεπτό έντερο. Για αυτή τη διαδικασία ευθύνεται κατά βάση το παγκρεατικό υγρό, το οποίο παράγεται στο πάγκρεας και έπειτα διοχετεύεται στο έντερο. Επιπλέον, η χολή διοχετεύεται στο έντερο, η οποία όμως παράγεται από την χοληδόχο κύστη. Στη χολή περιλαμβάνονται χολικά οξέα και άλατα, που συντελούν στην διάσπαση των λιπών σε μικρά σταγονίδια λίπους. Σχετικά με τα άπεπτα υπολείμματα των τροφών, αυτά συγκεντρώνονται στο παχύ έντερο και στο τέλος αποβάλλονται από τον οργανισμό με την διαδικασία της αφόδευσης (Schulze, 2006).

## Κλινική εικόνα της νόσου του Crohn

Αναφορικά με την κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι ασθενείς με νόσο Crohn, εντοπίζεται μια σειρά συμπτωμάτων με κυριότερο και πιο σύνηθες την χρόνια διάρροια. Αναφορικά με το σύμπτωμα αυτό, ορίζεται ως η μείωση της περιεκτικότητας των κοπράνων για περισσότερο από 4 εβδομάδες. Άλλα συνοδά συμπτώματα είναι το έντονο κοιλιακό άλγος σε συνδυασμό με την απότομη απώλεια βάρους και την παρουσία αίματος ή βλέννας στα κόπρανα (Alhagamhmad, 2018).

Άλλα σοβαρά συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάζει ένας ασθενής με νόσο του Crohn είναι ο πυρετός, η γενικότερη ευαισθησία στην κοιλιακή χώρα αλλά και τα συρίγγια τα οποία μπορεί να ακολουθούνται από κάποια λοίμωξη. Οι συριγγώδεις πόροι οι οποίοι πολλές φορές διαπερνούν τα εντερικά τοιχώματα, δημιουργούν συρίγγια σε αρκετά σημεία του εντέρου, καθιστώντας την διάγνωση ασφαλή (Cheifetz, 2013).

Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι οι Regueiro et al. (2017) αναφέρουν για τα συρίγγια τα οποία δεν είναι εμφανή στο μεσεντέριο ότι δεν έχουν

την δυνατότητα να οδηγήσουν τον ασθενή σε συμπτώματα. Μπορούν όμως να προκαλέσουν έντονο απόστημα στο εσωτερικό της κοιλιάς ή ακόμα και οπισθοπεριτοναϊκό απόστημα. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε λευκοκυττάρωση, ευαισθησία στη μάζα της κοιλιάς, ή ακόμα και πυρετό. Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό στοιχείο που πρέπει να αναφερθεί σχετικά με αυτά τα συρίγγια είναι ότι από το παχύ έντερο προς το λεπτό έντερο και το στομάχι ευθύνονται για την ανάπτυξη βακτηρίων και καταλήγουν σε συμπτώματα όπως η διάρροια, η απώλεια βάρους αλλά και η χαμηλής ποιότητας θρέψη.

## Συμπτώματα

Η νόσος του Crohn χαρακτηρίζεται από διαδερμική, διαλείπουσα φλεγμονή, η οποία μπορεί να εντοπιστεί σε διάφορα μέρη του γαστρεντερικού σωλήνα, από το στόμα μέχρι τον πρωκτό και την περινιακή περιοχή. Το τμήμα του ειλεό-τυφλού και το παχύ έντερο επηρεάζονται συχνότερα από φλεγμονώδεις βλάβες. Τα συμπτώματα της νόσου εξαρτώνται από τη θέση, την έκταση και τη φύση της. Η ασθένεια μπορεί να εμφανιστεί σε φλεγμονώδη μορφή, εντερική μορφή στένωσης ή και σε διεισδυτική μορφή (με σχηματισμό αποστημάτων και συριγγίων). Τα αρχικά συμπτώματα μπορεί να μην είναι τυπικά, πράγμα που σημαίνει ότι η ασθένεια διαγιγνώσκεται μερικές φορές μετά από αρκετά χρόνια καθυστέρησης (Van Assche et al., 2010).

Οι ασθενείς παραπονιούνται για κοιλιακό άλγος, διάρροια, απώλεια βάρους και μερικές φορές πυρετό και χρόνια κόπωση. Δεδομένου ότι πρόκειται για μια εξελικτική νόσο, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει εντερική στένωση και συμπτώματα απόφραξης, όπως επιδείνωση του κοιλιακού πόνου, ναυτία και έμετος. Τα συρίγγια εμφανίζονται κυρίως στην περινιακή περιοχή, αλλά μπορεί επίσης να σχηματιστούν μεταξύ του εντέρου και της ουροδόχου κύστης ή του κόλπου. Παρά τη χρήση της βέλτιστης συντηρητικής θεραπείας, περίπου το 70% των ασθενών χρειάζονται χειρουργική επέμβαση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους εξαιτίας των έντονων συμπτωμάτων (Van Assche et al., 2013).

Οι Kamp και συν. (2019) αναφέρουν επίσης σε σχετική τους έρευνα ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν κατά κύριο λόγο συμπτώματα όπως η κόπωση, οι κοιλιακές κράμπες, το κοιλιακό άλγος και η διάρροια. Το σύμπτωμα με τη μεγαλύτερη σοβαρότητα και

παρεμβολή στις καθημερινές δραστηριότητες είναι κόπωση. Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την ανάγκη για νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη μείωση τόσο των συμπτωμάτων κόπωσης όσο και των γαστρεντερικών συμπτωμάτων στους ασθενείς με νόσο του Crohn.

## Πρόγνωση

Η νόσος Crohn σπάνια θεραπεύεται, αλλά χαρακτηρίζεται από διαλείπουσες παροξύνσεις και ύφεση. Μερικοί ασθενείς έχουν σοβαρή ασθένεια με συχνές, εξουθενωτικές περιόδους πόνου. Ωστόσο, ακολουθώντας την προτεινόμενη θεραπεία και τηρώντας τις αλλαγές στην διατροφή και τις ψυχοσυναισθηματικές τους μεταπτώσεις, και φυσικά όπου απαιτείται, χειρουργική θεραπεία, οι περισσότεροι ασθενείς προσαρμόζονται επιτυχώς (Park et al., 2014).

Η θνησιμότητα που σχετίζεται με την συγκεκριμένη νόσο είναι πολύ χαμηλή. Ο καρκίνος του γαστρεντερικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του παχέος εντέρου και του λεπτού εντέρου, είναι η κύρια αιτία περίσσειας θνησιμότητας που σχετίζεται με νόσο του Crohn. Οι θρομβοεμβολικές επιπλοκές μπορεί επίσης να προκαλέσουν θάνατο. Περίπου το 10% των ατόμων με νόσο Crohn καταλήγουν να έχουν σοβαρές επιπλοκές εξαιτίας των συμπτωμάτων που προκαλεί η νόσος (Hwang et al., 2016).

## Πρόληψη της νόσου του Crohn

Όσον αφορά την πρόληψη της νόσου του Crohn και γενικότερα των νόσων του γαστρεντερικού συστήματος, ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα είναι η διατροφή. Η διατροφή πρέπει να είναι ισορροπημένη ώστε να διευκολύνεται η διαδικασία της πέψης, ενώ επίσης πρέπει να δίνεται προσοχή και στο υγιές σωματικό βάρος. Η τήρηση του υγιούς δείκτη μάζας σώματος μπορεί να επιτευχθεί όταν συνδυάζεται η ισορροπημένη διατροφή με την τακτική άσκηση. Επίσης, σημαντικός είναι και ο ρόλος της φροντίδας της στοματικής υγιεινής. Φυσικά, πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα ελέγχου του άγχους το οποίο είναι άμεσα συνδεδεμένο με την συγκεκριμένη νόσο (Sleiman et al., 2021).

## Θεραπεία

### I. Χειρουργική

Η πλειονότητα των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με νόσο του Crohn, εφόσον αποτυγχάνουν με την συντηρητική θεραπεία υπόκεινται σε χειρουργική θεραπεία εντός 10 ετών από τη διάγνωσή τους. Η χειρουργική θεραπεία είναι απαραίτητη για την αποτυχημένη ιατρική θεραπεία, αλλά και σε περιπτώσεις που ο ασθενής παρουσιάζει υποτροπιάζουσα εντερική απόφραξη, υποσιτισμό αλλά και σηπτικές επιπλοκές όπως οι διατρήσεις και τα αποστήματα (Dasari et al.2011). Ένα από τα θετικά στοιχεία της χειρουργικής θεραπείας είναι το γεγονός ότι μπορεί να περιορίσει τις επιπλοκές.

### II. Στενωπλαστική

Αυτού του είδους η επέμβαση επιλέγεται σε περιπτώσεις που εντοπίζονται μικρά τμήματα του λεπτού εντέρου τα οποία έχουν υποστεί στένωση, αλλά δεν παρουσιάζουν κάποιο άλλο πρόβλημα. Έτσι, διευρύνεται ο εντερικός σωλήνας στα σημεία που εντοπίζονται στενώσεις, καθώς κόβεται η στένωση επί μήκος. Στην συνέχεια ακολουθεί το εγκάρσιο ράψιμό της. Με αυτή την μέθοδο ο ασθενής ανακουφίζεται από τα συμπτώματα απόφραξης χωρίς να γίνει αφαίρεση κάποιου τμήματος του εντέρου.

### III. Εκτομή

Στα πλαίσια της εκτομής, αφαιρούνται τμήματα του εντέρου στα οποία παρουσιάζεται κάποια σοβαρή αλλοίωση. Επίσης ενώνονται μεταξύ τους τα υγιή τμήματα. Η συγκεκριμένη επέμβαση είναι κατάλληλη για τους ασθενείς στους οποίους δεν μπορούν να υποχωρήσουν τα συμπτώματα απόφραξης μέσω της φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης προτείνεται και για περιπτώσεις που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν σημαντικές επιπλοκές όπως ο πυρετός, η υποθερμία, το διαρροϊκό σύνδρομο και το έντονο κοιλιακό άλγος.

### IV. Πρωκτοκολεκτομή και ειλεοστομία

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης επέμβασης αφαιρείται ολόκληρο το παχύ έντερο, το ορθό αλλά και ο πρωκτός. Ως αποτέλεσμα, το τελικό άκρο του λεπτού εντέρου βγαίνει

προς το κοιλιακό τοίχωμα με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια ειλεοστομία. Η ειλεοστομία είναι ένα μόνιμο στόμιο ουσιαστικά. Πάνω στο στόμιο αυτό γίνεται η τοποθέτηση ενός σάκου, όπου συλλέγονται τα απόβλητα του λεπτού εντέρου. Ο σάκος αδειάζεται και αντικαθίσταται κάθε φορά που κρίνεται απαραίτητο.

## Συντηρητική θεραπεία

### I. Φαρμακολογική

Τα φάρμακα αποσκοπούν στην καταστολή της φλεγμονώδους απόκρισης. Ωστόσο για να είναι αποτελεσματικά, πρέπει να συνοδεύονται από την υιοθέτηση υγιεινών συνθηκών όπως για παράδειγμα η διακοπή του καπνίσματος και η τήρηση ενός προγράμματος υγιεινής διατροφής και τακτικής άσκησης. Έτσι, συνήθως συνταγογραφούνται φάρμακα όπως κορτικοστεροειδή, βουδεσονίδη ή μεσαλαζίνη. Οι ανοσοκατασταλτικές θεραπείες κατά του παράγοντα όγκου νέκρωσης (TNF) χρησιμοποιούνται επίσης σε ασθενείς που είναι ανθεκτικοί στη συμβατική θεραπεία. Τα κορτικοστεροειδή συνταγογραφούνται ευρέως για την επαγωγή, αλλά όχι για τη διατήρηση της ύφεσης λόγω της αυξανόμενης αντίστασης με την πάροδο του χρόνου, της εξάρτησης του ασθενούς και των ανεπιθύμητων ενεργειών με μακροχρόνια χρήση.

Η βουδεσονίδη είναι ένα εναλλακτικό εντερικό γλυκοκορτικοειδές που χρησιμοποιείται για επαγωγή με περιορισμένη συστηματική βιοδιαθεσιμότητα λόγω του εκτεταμένου ηπατικού μεταβολισμού πρώτης διέλευσης από ένζυμα κυτοχρώματος p-450 (Kuenzig et al. 2014). Τα 5-αμινοσαλικυλικό οξύ είναι επίσης αποτελεσματικό. Οι αντι-TNF ανοσοκατασταλτικές θεραπείες, συνήθως το infliximab και το adalimumab, είναι μια άλλη ομάδα παραγόντων που προορίζονται γενικά για ασθενείς που είναι ανθεκτικοί σε συμβατικές θεραπείες.

Η θεραπεία με infliximab (IFX) είναι αποτελεσματική για τη διαχείριση ασθενών με νόσο του Crohn ανθεκτικούς στις συμβατικές ανοσοτροποποιητικές θεραπείες. Περίπου οι μισοί ασθενείς χάνουν την επίδραση της θεραπείας με IFX με την πάροδο του χρόνου (Gisbert & Panes, 2009). Τα αντισώματα Anti-TNF πιστεύεται ότι έχουν πολλαπλούς μηχανισμούς δράσης συμπεριλαμβανομένης της εξουδετέρωσης του TNF-α, αντίστροφη σηματοδότηση, απόπτωση και κυτταροτοξικότητα, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζουν προδιάθεση και αποτελεσματικότητα για κατανομή σε φλεγμονώδη

ιστό. Επιπλέον είναι σε θέση να εξαντλήσουν την υπερέκφραση του TNF- $\alpha$ , δεσμεύοντας τον διαλυτό και διαμεμβρανικό TNF- $\alpha$  και αναστέλλοντας τη σύνδεση με τους υποδοχείς του, με αποτέλεσμα την απόφραξη προφλεγμονωδών σημάτων ή μορίων που ρυθμίζονται προς τα πάνω από τον TNF- $\alpha$ . Η θεραπεία με anti- TNF έχει επίσης αποδειχθεί *in vitro* ότι επάγει την καταστολή της κυτοκίνης μέσω της αντίστροφης σηματοδότησης (Cui et al., 2021).

Αυτό το ενδιαφέρον φαινόμενο συμβαίνει όταν ο δεσμευμένος στην επιφάνεια του κυττάρου πρόδρομος του TNF συνδέεται με το αντι-TNF και δρα ως συνδέτης και πυροδοτεί την κυτταρική ενεργοποίηση, την καταστολή κυτοκίνης ή την απόπτωση του κυττάρου που φέρει τον πρόδρομο δεσμευμένο στην επιφάνεια του κυττάρου, Θεωρείται ότι αυτό γίνεται μέσω της εξάντλησης των κοινών προϊόντων σηματοδότησης κατά την ταυτόχρονη ενεργοποίηση της οδού σηματοδότησης ενδοτοξίνης/λιποπολυσακχαρίτη (Katz et al., 2012).

Τα Anti-TNF σκευάσματα προκαλούν επίσης απόπτωση των ενεργοποιημένων T λεμφοκυττάρων, αντιμετωπίζοντας έναν προτεινόμενο παθολογικό μηχανισμό στην νόσο Crohn, όπου ο πολλαπλασιασμός των T κυττάρων του βλεννογόνου υπερβαίνει την απόπτωση των T κυττάρων. Οι θεραπείες anti- TNF με μια περιοχή Fc, δηλαδή, infliximab και adalimumab αλλά όχι certolizumab είναι επίσης ικανές να προκαλέσουν κυτταροτοξικότητα εξαρτώμενη από τα αντίσωμα από κύτταρα και κυτταροτοξικότητα εξαρτώμενη από το συμπλήρωμα (Ben-Horin & Chowers, 2011).

Οι Srinivasan et al. (2022) σε μια πρόσφατη μελέτη τους αναφέρουν ότι αν και η εντατικοποίηση της δόσης anti-TNF είναι κλινικά αποτελεσματική σε ασθενείς με νόσο του Crohn, ιδιαίτερα εντός των πρώτων 6 μηνών, ένα ποσοστό ασθενών θα αποτύχει να επιδείξει βραχυπρόθεσμη ή και παρατεταμένη κλινική ανταπόκριση. Ως εκ τούτου, η κλινική επαναξιολόγηση μετά από εντατικοποίηση της δόσης anti-TNF, ιδιαίτερα μετά από 6 μήνες, παραμένει σημαντική για τη διαφοροποίηση μεταξύ αποτελεσματικών και αναποτελεσματικών στρατηγικών εντατικοποίησης της δόσης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενούς με νόσο του Crohn.

Οι νοσηλευτές που ειδικεύονται στη θεραπεία και διαχείριση φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου και δη της νόσου του Crohn, είναι εξοπλισμένοι με εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρογνομosύνη, ώστε να μπορούν να επιτύχουν τους θεραπευτικούς τους στόχους. Μερικοί από αυτούς τους κλινικούς στόχους μπορούν να προκαλέσουν γρήγορη ύφεση, βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, αποφυγή χειρουργικών επεμβάσεων και μείωση των ποσοστών εισαγωγής. Μόλις επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, μειώνεται σημαντικά η θνησιμότητα και η νοσηρότητα που σχετίζονται άμεσα με τις ασθένειες. Οι θεραπευτικοί στόχοι για τη θεραπεία της νόσου του Crohn περιλαμβάνουν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την πρόκληση ταχείας ύφεσης, τη διατήρηση της κλινικής ύφεσης, την αποφυγή χειρουργικών επεμβάσεων και τη μείωση των νοσηλειών, καθώς και την πρόληψη της θνησιμότητας λόγω της ασθένειας (Nicolau και συν., 2019).

Όπως συμβαίνει σε όλες τις χρόνιες ασθένειες, θεωρείται δεδομένο ότι πρέπει να τηρείται εξατομικευμένη φροντίδα για κάθε ασθενή ανεξάρτητα από τις υποκείμενες ασθένειες. Ωστόσο, η υποστήριξη του ασθενούς μέσω της διεπιστημονικής προσέγγισης είναι εξίσου σημαντική για τον ασθενή, ακριβώς επειδή πρόκειται για μια πολυσύνθετη νόσο. Ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να φροντίζει την τήρηση της θεραπείας από την πλευρά του ασθενούς και να έχει ως στόχο την προσκόλλησή του σε αυτή. Επίσης, στα πλαίσια της θεραπείας έχει χρέος να τον βοηθήσει με την οργάνωση της διατροφής του (Van Der Valk et al., 2014).

### Διατροφική διαχείριση

Ο υποσιτισμός είναι το επακόλουθο στις καταστάσεις ΙΦΝΕ, και μπορεί να ανιχνευθεί στο 65-75% περίπου των ασθενών με νόσο του Crohn. Ο υποσιτισμός που σχετίζεται με την νόσο του Crohn μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους μηχανισμούς, όπως για παράδειγμα τη μειωμένη εντερική απορρόφηση, τις μεταβολές της μικροχλωρίδας του εντέρου, δηλαδή την εντερική δυσβίωση και τα συμπτώματα όπως η απώλεια όρεξης, η ναυτία και ο έμετος. Αναφορικά με τις μεταβολές της



μικροχλωρίδας του εντέρου, ένα τυπικό παράδειγμα αυτών των ανωμαλιών δίνεται από την υπερανάπτυξη βακτηρίων του λεπτού εντέρου.

Επιπλέον, διατροφικές ελλείψεις, συμπεριλαμβανομένου του φυλλικού οξέος, της βιταμίνης A και D, είναι συχνές μεταξύ των ασθενών με νόσο του Crohn. Μάλιστα χαρακτηριστικό είναι ότι τα άτομα που υποβάλλονται σε εκτεταμένη εκτομή του εντέρου έχουν αυξημένο κίνδυνο δυσαπορρόφησης της βιταμίνης B12, ενώ ορισμένα βασικά διατροφικά στοιχεία, όπως το μαγνήσιο, ο ψευδάργυρος και ο σίδηρος, μπορεί να είναι ανεπαρκή. Επιπλέον οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αιμοσφαιρίνης. Για το λόγο αυτό στους ασθενείς με νόσο του Crohn συνιστάται η αντιμετώπιση της διατροφικής θεραπείας με στόχο την αύξηση της θερμιδικής πρόσληψης για τη βελτίωση της δυνατότητας ανάπτυξης και ανάπτυξης. Ο νοσηλευτής έχει κεντρικό ρόλο στην διατροφική διαχείριση και την συμβουλευτική υποστήριξη των ασθενών της κατηγορίας αυτής.

Η διατροφή κατέχει υψηλής σημασίας ρόλο στην διαχείριση της νόσου του Crohn. Οι πιο συχνές ανεπάρκειες στους ασθενείς αυτούς είναι ο σίδηρος, η βιταμίνη D και η B12, ιδιαίτερα σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο του ειλεού. Σε τέτοιες περιπτώσεις συνιστάται να γίνονται δοκιμές για τα επίπεδα πριν από τη συμπλήρωση με θεραπεία κατευθυνόμενη από τον στόχο. Οι ασθενείς που είχαν σοβαρές εξάρσεις ή έχουν υποβληθεί σε χειρουργικές επεμβάσεις θα πρέπει να εξασφαλίσουν επαρκή πρόσληψη πρωτεΐνης για να υποστηρίξουν την επούλωση του εντέρου και τις χειρουργικές πληγές (Khalili et al., 2020).

Η διαταραχή αποφυγής/περιοριστικής πρόσληψης τροφής είναι μια ολοένα και περισσότερο αναγνωρισμένη γαστρεντερολογική κατάσταση στην οποία οι ασθενείς αποφεύγουν επιλεκτικά ορισμένες κατηγορίες τροφών, που συνήθως εμφανίζεται ως απόκριση σε συμπτώματα που προκαλούνται από την τροφή (Zimmerman & Fisher, 2017).

Για τους περισσότερους ασθενείς με νόσο του Crohn, πρέπει να ενθαρρύνεται μια διαφορετική διαίτα και η αποφυγή φαγητού θα πρέπει να περιοριστεί. Εξάιρεση αποτελούν οι ασθενείς με εντερικές στενώσεις για τους οποίους ενθαρρύνεται μια διαίτα χαμηλών υπολειμμάτων για τον περιορισμό των αποφρακτικών συμπτωμάτων. Για ασθενείς με σημαντικό φούσκωμα, κοιλιακή διάταση και κοιλιακό άλγος χωρίς

σημαντική ανιχνεύσιμη φλεγμονή, μια δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε FODMAP (ζυμώσιμοι ολιγοσακχαρίτες, δισακχαρίτες, μονοσακχαρίτες) μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμο στη μείωση αυτών των συμπτωμάτων (Pora et al., 2020; Pedersen et al., 2017).

Μια αποτελεσματική μορφή διατροφικής διαχείρισης για τους ασθενείς με νόσο του Crohn είναι η παρεντερική διατροφή που μαζί με την αποκλειστική της μορφή ολικής παρεντερικής διατροφής παρέχει θρεπτικά συστατικά. Ειδικότερα είναι πλούσια σε μακροθρεπτικά συστατικά, μικροθρεπτικά συστατικά και ηλεκτρολύτες τα οποία διοχετεύονται στον ασθενή μέσω ενός κεντρικού φλεβικού καθετήρα (Comeche et al., 2019).

Σε συμφωνία με την τρέχουσα θέση πρακτικής της ECCO 2.3 αναφέρεται ότι η παρεντερική διατροφή σε ασθενείς με νόσο του Crohn μπορεί να βελτιστοποιήσει τη διατροφική κατάσταση πριν από τη χειρουργική επέμβαση ως συμπλήρωμα της εντερικής διατροφής. Η παρεντερική διατροφή συνιστάται συνήθως σε υποσιτιζόμενους ασθενείς που βιώνουν οξεία φλεγμονώδη φάση, με στόχο την επίτευξη ανάπαυσης του εντέρου. Επιπρόσθετα, συνιστάται όταν οι μετεγχειρητικές επιπλοκές επηρεάζουν τη γαστρεντερική λειτουργία και είναι δύσκολο να ταϊστούν ασθενείς δια στόματος, για τουλάχιστον 7 ημέρες. Άλλα χαρακτηριστικά που καθιστούν εφικτή την παρεντερική διατροφή περιλαμβάνουν απόφραξη ή υποαπόφραξη του εντέρου, συρίγγια υψηλής απόδοσης, ισχαιμία του εντέρου, σοβαρή αιμορραγία, αναστομωτική διαρροή ή ενεργή νόσο που προκαλεί δυσλειτουργία του εντέρου (Adamina et al., 2020).

Μια συστηματική ανασκόπηση από τους Comeche et al. (2019) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συγκεκριμένη μέθοδος διατροφής βελτιώνει τον ρυθμό καθίζησης των ερυθροκυττάρων, τη χοληστερόλη, τα ολικά φωσφολιπίδια και τη λευκωματίνη ορού χωρίς να προκαλεί τα κλινικά συμπτώματα της υπογλυκαιμίας.

### 3.4 Το ερευνητικό κενό

Εξετάζοντας τα άρθρα που προέκυψαν από την συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, παρατηρείται πως υπάρχει ερευνητικό κενό στον ελληνικό χώρο σχετικά με τον ρόλο του νοσηλευτή στην χορήγηση anti-TNF φαρμάκων στους ασθενείς οι οποίοι έχουν νοσηλευτεί εξαιτίας της διάγνωσής τους με νόσο του Crohn. Μέσα από την παρούσα μελέτη εικάζεται πως θα καλυφθεί το συγκεκριμένο ερευνητικό κενό και θα εξεταστεί η αξιοπιστία και η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης παρέμβασης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Σχεδιασμός της Έρευνας

#### 4.1 Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε σχετίζεται με την καταγραφή των στοιχείων από τα φύλλα νοσηλείας των ασθενών με νόσο του Crohn.

#### 4.2 Δειγματοληπτική τεχνική

Αναφορικά με την δειγματοληπτική τεχνική, συνιστά μια από τις βασικότερες διαδικασίες στα πλαίσια μιας μελέτης. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι επειδή το είδος της δειγματοληψίας που επιλέγεται μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της μελέτης, καθώς και τον αντικειμενικό της χαρακτήρα και φυσικά την γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό ( έτσι, για την περάτωση της συγκεκριμένης μελέτης επιλέχθηκε το φύλλο καταγραφής ασθενών ως μέσο συλλογής δεδομένων. Στο φύλλο αυτό περιλαμβάνονται συγκεκριμένα στοιχεία τα οποία είναι απαραίτητα για την μελέτη, όπως για παράδειγμα το φύλο και η ηλικία του ασθενούς.

#### 4.3. Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος

Από την μελέτη αποκλείστηκαν οι ασθενείς εκείνοι οι οποίοι ναι μεν είχαν διαγνωστεί με νόσο του Crohn αλλά δεν λάμβαναν την συγκεκριμένη θεραπεία. Επίσης αποκλείστηκαν και εκείνοι οι οποίοι αντιμετώπιζαν γενικά κάποια άλλη ΙΦΝΕ και για τον λόγο αυτό λάμβαναν την συγκεκριμένη αγωγή.

#### 4.4 Περιγραφή του δείγματος

Οι συμμετέχοντες στην μελέτη είναι ασθενείς οι οποίοι έχουν διαγνωστεί με νόσο του Crohn και λαμβάνουν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες, και συγκεκριμένα με φάρμακα anti-TNFα μονοκλωνικά αντισώματα. Συνολικά συμμετείχαν στην μελέτη 39 ασθενείς οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με νόσο του Crohn.

## 4.5 Περιγραφή του χώρου

Ο χώρος στον οποίο πραγματοποιήθηκε η μελέτη ήταν η Γαστρεντερολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

## 4.6 Ηθική της έρευνας

Σύμφωνα με τους Fouka & Mantzourou (2011), κάθε ερευνητική ομάδα είναι απαραίτητο να λαμβάνει σε πρώτο επίπεδο τις κατάλληλες άδειες από τις αρμόδιες επιτροπές και στην συνέχεια να ενημερώνονται οι συμμετέχοντες για τα δικαιώματά τους και τους σκοπούς της μελέτης. Αναφορικά με το ζήτημα της ηθικής και δεοντολογίας, τηρήθηκαν όλες οι αρχές και οι κανόνες που διέπουν τον σχετικό κώδικα. Αρχικά, εγκρίθηκε το πρωτόκολλο από την σχολή του μεταπτυχιακού. Στη συνέχεια, ζητήθηκε άδεια από την αρμόδια επιτροπή. Πιο συγκεκριμένα έγινε αίτημα στην Διοίκηση 6<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου – Ιονίων Νήσων - Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, στο τμήμα εκπαίδευσης σχετικά με την χορήγηση άδειας για την συλλογή ερευνητικών δεδομένων από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Η άδεια αυτή εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Μάλιστα στην επιστολή θετικής γνωμοδότησης τονίστηκε η ανάγκη για τήρηση των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας, αλλά και η τήρηση όλων των προβλεπόμενων μέτρων προστασίας. Η παρούσα επιστολή παρατίθεται στο παράρτημα της εργασίας.

Εφόσον λήφθηκε η σχετική άδεια από την αρμόδια επιτροπή, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν για τους σκοπούς και τους στόχους της μελέτης. Επιπλέον τονίστηκε η τήρηση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων τους, αλλά και η διαχείριση των δεδομένων μετά το πέρας της μελέτης. Σύμφωνα με τους Ferguson et al. (2004) η ανωνυμία των ατομικών δεδομένων του συνόλου των συμμετεχόντων σε μια μελέτη είναι απαραίτητο να εξασφαλίζεται ακόμα και μετά την ολοκλήρωση της έρευνας, φυλάσσοντάς τα σε σημείο το οποίο είναι ασφαλές και προσβάσιμο μονάχα από την ερευνήτρια.

Εφόσον οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την τήρηση των προσωπικών δεδομένων τους και την διαφύλαξη της ανωνυμίας, στην συνέχεια έγινε αναφορά στα δικαιώματά τους, τονίζοντας πως αν άλλαζαν γνώμη είχαν το δικαίωμα να ενημερώσουν την ερευνήτρια να τους εξαιρέσει από την διαδικασία. Επιπλέον έγινε αναφορά στον εθελοντικό χαρακτήρα της έρευνας, καθώς δεν υπήρχε σχεδιασμός για κάποια οικονομική αποζημίωση (Bryman, 2017).

#### 4.7 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από τα φύλλα καταγραφής από τους φακέλους αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS 26<sup>η</sup> έκδοση. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα επιλέχθηκε κατά κύριο λόγο επειδή πρόκειται για ένα πρόγραμμα που πραγματοποιεί πολύπλοκους υπολογισμούς σε σύντομο χρονικό διάστημα προσφέροντας τη δυνατότητα σχηματισμού και των αντίστοιχων γραφημάτων με μεγαλύτερη ακρίβεια από άλλα προγράμματα όπως το Excel. Το σύνολο των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν παρουσιάζονται στη συνέχεια μέσα από μια περιγραφική στατιστική ανάλυση όπου τα δεδομένα παρουσιάζονται σε ποσοστά και με τη χρήση στηλών για τα δημογραφικά στοιχεία και τις υπόλοιπες ερωτήσεις που έχουν σχηματιστεί προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της έρευνας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Αποτελέσματα έρευνας

Σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος φαίνεται πως η πλειονότητα είναι άνδρες με το ποσοστό τους να φτάνει στο 61,5%.

Πίνακας 1: Φύλο

1. Φύλο:					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άνδρας	24	61,5	61,5	61,5
	Γυναίκα	15	38,5	38,5	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Το δείγμα επίσης αποτελείται από άτομα ηλικίας 19 – 78 ετών με τις περισσότερες περιπτώσεις να εντοπίζονται στην ηλικιακή ομάδα 40 – 49.

Πίνακας 2: Ηλικία

2. Ηλικία:					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19	1	2,6	2,6	2,6
	21	1	2,6	2,6	5,1
	22	1	2,6	2,6	7,7
	25	1	2,6	2,6	10,3
	27	2	5,1	5,1	15,4
	28	2	5,1	5,1	20,5
	30	1	2,6	2,6	23,1
	33	1	2,6	2,6	25,6
	35	2	5,1	5,1	30,8
	38	1	2,6	2,6	33,3
	40	1	2,6	2,6	35,9
	41	2	5,1	5,1	41,0
	42	2	5,1	5,1	46,2
	44	2	5,1	5,1	51,3
	45	2	5,1	5,1	56,4
	48	1	2,6	2,6	59,0
	49	2	5,1	5,1	64,1
	50	1	2,6	2,6	66,7
	52	1	2,6	2,6	69,2
	53	1	2,6	2,6	71,8
60	1	2,6	2,6	74,4	

	62	2	5,1	5,1	79,5
	63	2	5,1	5,1	84,6
	64	1	2,6	2,6	87,2
	65	2	5,1	5,1	92,3
	68	1	2,6	2,6	94,9
	71	1	2,6	2,6	97,4
	78	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Ο τόπος διαμονής της πλειοψηφίας των συμμετεχόντων στην πλειοψηφία τους είναι τα Ιωάννινα (38,5%) και στη συνέχεια το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνει η απάντηση Άλλο (25,6%). Οι υπόλοιπες απαντήσεις συγκέντρωσαν επίσης ποσοστά απαντήσεων, μικρότερα μεν, σημαντικά δε.

Πίνακας 3: Τόπος διαμονής

<b>3. Τόπος Διαμονής:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ιωάννινα	15	38,5	38,5	38,5
	Άρτα	2	5,1	5,1	43,6
	Πρέβεζα	3	7,7	7,7	51,3
	Θεσπρωτία	3	7,7	7,7	59,0
	Αιτωλοακαρνανία	2	5,1	5,1	64,1
	Κέρκυρα	3	7,7	7,7	71,8
	Λευκάδα	1	2,6	2,6	74,4
	Άλλο	10	25,6	25,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες δεν είχαν κάποιο ατομικό αναμνηστικό – υποκείμενο νόσημα (43,6%). Από το σύνολο εκείνων όμως που είχαν κάποιο υποκείμενο νόσημα φαίνεται πως η πλειοψηφία είχε κάποιο ψυχιατρικό νόσημα (12,8%). Ωστόσο φαίνεται πως υπήρχαν περιπτώσεις και ατόμων που είχαν συνδυασμό υποκείμενων νοσημάτων.

Πίνακας 4: Ατομικό αναμνηστικό

<b>4. Ατομικό Αναμνηστικό:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Τυχόν υποκείμενο νόσημα	5	12,8	12,8	12,8
	1,2,3	1	2,6	2,6	15,4
	1,2,3,7	1	2,6	2,6	17,9



1,3,8	1	2,6	2,6	20,5
1.2	2	5,1	5,1	25,6
Υπέρταση	1	2,6	2,6	28,2
Σακχ Διαβήτης	2	5,1	5,1	33,3
Καρδιοπάθεια	1	2,6	2,6	35,9
Ηπατοπάθεια	3	7,7	7,7	43,6
Ψυχιατρικό νόσημα	5	12,8	12,8	56,4
Ελεύθερο	17	43,6	43,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Άλλο αυτοάνοσο ωστόσο φαίνεται πως δεν έχει η πλειοψηφία με ποσοστό 92,3% του δείγματος, όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα, αν και ένα μικρό ποσοστό συμμετεχόντων φαίνεται πως είχε κάποιο άλλο αυτοάνοσο.

Πίνακας 5: Άλλο αυτοάνοσο

5. Άλλο αυτοάνοσο:					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	3	7,7	7,7	7,7
	Όχι	36	92,3	92,3	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Το άλλο αυτοάνοσο που φαίνεται πως είχαν όσοι έδωσαν θετική απάντηση είναι η θυρεοειδίτιδα Hashimoto σύμφωνα με τον ακόλουθο πίνακα που δείχνει τα αποτελέσματα για την ερώτηση 6.

Πίνακας 6: Ποιο αυτοάνοσο

6. Ποιο αυτοάνοσο:					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		36	92,3	92,3	92,3
	θυρεοειδίτιδα Hashimoto	3	7,7	7,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Κύριο σύμπτωμα φαίνεται πως είναι το κοιλιακό άλγος στην πλειοψηφία με ποσοστό 35,9% του δείγματος. Το δεύτερο μεγαλύτερο κύριο σύμπτωμα των συμμετεχόντων φαίνεται πως είναι η διάρροια με ποσοστό απαντήσεων 15,4%. Αξίζει να σημειωθεί πως όλες οι άλλες απαντήσεις σχετικά με το κύριο σύμπτωμα έχουν συγκεντρώσει κάποιο ποσοστό απαντήσεων είτε ξεχωριστά η καθεμία, είτε σε συνδυασμό με κάποια άλλη απάντηση. Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται πως έχει η περίπτωση της περιπρωκτικής

εκδήλωσης και του συριγγίου ως κύριο σύμπτωμα καθώς κανένα από τα δύο δεν έχει συγκεντρώσει κάποιο ποσοστό απαντήσεων ως μοναδικό κύριο σύμπτωμα. Εξίσου σημαντικό είναι και το γεγονός πως κανένας από τους συμμετέχοντες δεν είχε ως κύριο σύμπτωμα τη στένωση του εντέρου.

Πίνακας 7:Κύριο σύμπτωμα

<b>7. Κύριο σύμπτωμα:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		2	5,1	5,1	5,1
	1	6	15,4	15,4	20,5
	1.3	3	7,7	7,7	28,2
	1.4	1	2,6	2,6	30,8
	2	1	2,6	2,6	33,3
	2, 1	1	2,6	2,6	35,9
	2,4,6	1	2,6	2,6	38,5
	3	14	35,9	35,9	74,4
	3.4	4	10,3	10,3	84,6
	3.7	1	2,6	2,6	87,2
	4	1	2,6	2,6	89,7
	5	2	5,1	5,1	94,9
	7.8	1	2,6	2,6	97,4
	9	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Από την αρχική κολονοσκόπηση που πραγματοποιήθηκε στους συμμετέχοντες στους περισσότερους φαίνεται πως δεν υπήρξαν παθολογικά ευρήματα με το ποσοστό αυτών να φτάνει στο 30,8% του δείγματος. Πέραν αυτού όμως φαίνεται πως υπάρχουν διάφορα άλλα ευρήματα βάσει των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν και αφορούσαν τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως μόνο στην περίπτωση εκείνων που στα ευρήματα της αρχικής κολονοσκόπησης φάνηκε πως υπήρχε περιπρωτική νόσος το ποσοστό απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από εκείνο όλων των άλλων ευρημάτων (5,1% έναντι 2,6% που είχαν οι άλλες περιπτώσεις).

Πίνακας 8: Ευρήματα αρχικής κολονοσκόπησης

<b>8. Ευρήματα αρχικής κολονοσκόπησης:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	αναστόμωση καλώς λειτουργούσα με ερυθρότητα, οίδημα και αφθώδη έλκη	1	2,6	2,6	2,6
	ανώδυνος αποφρακτικός ειλεός	1	2,6	2,6	5,1
	βαριά εικόνα φλεγμονής με εξελκώσεις και στένωση του αυλού στο σιγμοειδές	1	2,6	2,6	7,7
	βλεννογόνος τελικού ειλεού φυσιολογικός, παχύ έντερο: ψευδοπολύποδες	1	2,6	2,6	10,3
	εικόνα ορθοσιγμοειδίτιδας	1	2,6	2,6	12,8
	εικόνα τελικής ειλείτιδας	1	2,6	2,6	15,4
	ειλεοκολίτιδα- συριγγοποϊός νόσος	1	2,6	2,6	17,9
	ειλεοτυφλική βαλβίδα: οίδημα βλεννογόνου	1	2,6	2,6	20,5
	εξελκώσεις σιγμοειδούς, εξελκώσεις, αναστόμωση	1	2,6	2,6	23,1
	εξέλκωση με στένωση, εξελκώσεις ορθοσιγμοειδούς	1	2,6	2,6	25,6
	ερυθρότητα, οίδημα	1	2,6	2,6	28,2
	έως το παχύ έντερο χωρίς παθολογικά ευρήματα, ραγάδα πρωκτού	1	2,6	2,6	30,8
	ήπια ερυθρότητα	1	2,6	2,6	33,3
	ήπιες βλάβες στον ειλεό	1	2,6	2,6	35,9
	ήπιες βλάβες στον ειλεό και το σιγμοειδές	1	2,6	2,6	38,5
	<b>ΠΕΡΙΠΤΩΚΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ</b>	<b>2</b>	<b>5,1</b>	<b>5,1</b>	<b>43,6</b>
	προτυφλικά ευμεγέθη μάζα με εύθρυπτο και αιμορραγικό βλεννογόνο, στένωση του αυλού, εκκολπώματα στο κατιόν και το σιγμοειδές	1	2,6	2,6	46,2
σιγμοειδές:βαθιά έλκη με συνοδό οίδημα	1	2,6	2,6	48,7	
στένωση, φλεγμονή του βλεγονόγονου	1	2,6	2,6	51,3	

στένωση, φλεγμονή του βλεγοννόγονου, με εξελκώσεις και ερυθρότητα	1	2,6	2,6	53,8
συρίγγιο	1	2,6	2,6	56,4
συρίγγιο, περιεδρικό απόστημα	1	2,6	2,6	59,0
τελική ειλειπίδα με συριγγοποιοί νόσο	1	2,6	2,6	61,5
τελική ειλειπίδα, μόρφωμα 4 εκ.	1	2,6	2,6	64,1
φλεγμογώδης ψευδοπολύποδας, φλεγμονή και αρχόμενη στένωση του αυλού	1	2,6	2,6	66,7
φλεγμονή τελικού ειλεού	1	2,6	2,6	69,2
<b>χωρίς παθολογικά ευρήματα</b>	<b>12</b>	<b>30,8</b>	<b>30,8</b>	<b>100,0</b>
Total	39	100,0	100,0	

Όσον αφορά δε την τελευταία κολονοσκόπηση που είχαν κάνει οι συμμετέχοντες φαίνεται πως η πλειοψηφία δήλωσε πως η αρχική και η τελική ήταν όμοιες, όπως φαίνεται και στον αντίστοιχο πίνακα για την ερώτηση 9, με ποσοστό 15,4%. Πέραν αυτού όμως το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνουν εκείνοι που έχουν ερυθρότητα και κοκκίωση με ποσοστό 10,3%. Το ίδιο ποσοστό ωστόσο συγκεντρώνουν κι εκείνοι που στην τελευταία τους κολονοσκόπηση είχαν παρόμοια κατάσταση με εκείνη της αρχικής. Το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνουν εκείνοι που είχαν ήπια ερυθρότητα δίχως αλλοιώσεις 5,1%).

Πίνακας 9: Ευρήματα τελευταίας κολονοσκόπησης

<b>9. Ευρήματα τελευταίας κολονοσκόπησης:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		1	2,6	2,6	2,6
	αραιά εκκολπώματα σιγμοειδούς, αιμορροειδοπάθεια	1	2,6	2,6	5,1
	βλέννες, ερυθρότητα	1	2,6	2,6	7,7
	εικόνα βαριάς εικόνας Crohn, ειλεοκολίτιδας	1	2,6	2,6	10,3

ερυθρότητα	1	2,6	2,6	12,8
<b>ερυθρότητα, κοκκίωση</b>	<b>4</b>	<b>10,3</b>	<b>10,3</b>	<b>23,1</b>
εστιακή ερυθρότητα βλεννογόνου στο κατώτερο ορθό, αφαίρεση πολύποδα ορθού	1	2,6	2,6	25,6
<b>ήπια ερυθρότητα χωρίς αλλοιώσεις</b>	<b>2</b>	<b>5,1</b>	<b>5,1</b>	<b>30,8</b>
κατά μήκος του νεοτελικού ειλεού ύπαρξη οιδήματος, ερυθρότητας και εξελκώσεις	1	2,6	2,6	33,3
κολίτιδα και ειλείτιδα	1	2,6	2,6	35,9
λεπτό έντερο φυσιολογικό, όχι παθολογικά ευρήματα	1	2,6	2,6	38,5
οίδημα, πετεχειώδη όψη του αυλού Mayo II, υπόνοια συριγγίου χωρίς πύον ή αέρα	1	2,6	2,6	41,0
<b>ομοίως</b>	<b>6</b>	<b>15,4</b>	<b>15,4</b>	<b>56,4</b>
ορθό: οίδημα, ερυθρότητα, άφθωδη έλκη, πολύποδας	1	2,6	2,6	59,0
ορθοσιγμοειδές χωρίς αλλοιώσεις	1	2,6	2,6	61,5
ουλή από χειρουργηθέν συρίγγιο ορθού, βλεννογόνος εντέρου χωρίς αλλοιώσεις	1	2,6	2,6	64,1
ουλοποίηση και ψευδοπολύποδες	1	2,6	2,6	66,7
<b>παρόμοια κατάσταση</b>	<b>4</b>	<b>10,3</b>	<b>10,3</b>	<b>76,9</b>
περιπρωκτική σύμφυση	1	2,6	2,6	79,5
πολύποδας στο ανιόν πλησίον της κολικής καμπής, χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα	1	2,6	2,6	82,1
προσβολές του τελικού ειλεού και τμήματος του παχέους εντέρου με εξάρσεις και υφέσεις	1	2,6	2,6	84,6
στένωση αυλού, όχι συρίγγια	1	2,6	2,6	87,2
συρίγγιο	1	2,6	2,6	89,7
φλεγμονή (δε>αρ όχι ορθό)	1	2,6	2,6	92,3

φλεγμονή με μικροζώδη εμφάνιση βλεννογόνων	1	2,6	2,6	94,9
φυσιολογικός βλενογόνος, συρίγγιο, περιπτωκτική σύμφυση	1	2,6	2,6	97,4
χρόνια ενεργό νόσο	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Τα ευρήματα που προέκυψαν από τις αντίστοιχες βιοψίες που πραγματοποιήθηκαν για τους ασθενείς των οποίων τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα φαίνεται πως η πλειοψηφία είχε διαγνωστική εικόνα με ενεργή νόσο σε ποσοστό μάλιστα που φτάνει στο 61,5% του δείγματος και στη συνέχεια το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνει η ομάδα των ασθενών εκείνων που έχουν διαγνωστική εικόνα ανενεργής νόσου. Το υπόλοιπο του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα φάνηκε πως τα ευρήματα της βιοψίας τους ήταν μη διαγνωστικά.

Πίνακας 10: Ευρήματα βιοψίας

<b>10. Ευρήματα βιοψίας:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαγνωστική με ενεργή νόσο	24	61,5	61,5	61,5
	Διαγνωστική με ανενεργή νόσο	12	30,8	30,8	92,3
	Μη διαγνωστική	3	7,7	7,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Τα ευρήματα της αξονικής κοιλίας (CT κοιλίας) δείχνουν πως στην πλειοψηφία του δείγμα είχε αρνητικά ευρήματα με το ποσοστό αυτών να φτάνει στο 46,2%. Στη συνέχεια ακολουθούν εκείνοι που τα ευρήματα της αξονικής τους έδειξαν πως είχαν στένωση. Αυτοί μάλιστα ακολουθούν με σημαντική διαφορά καθώς αποτελούν μόνο το 15,4% του δείγματος. Αξίζει να σημειωθεί πως εκείνοι που είχαν συρίγγιο, αλλά και εκείνοι με οίδημα στο έντερο συγκέντρωσαν το ίδιο ποσοστό απαντήσεων (10,3%).

Πίνακας 11: Ευρήματα CT κοιλίας

<b>11. Ευρήματα CT κοιλίας:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αρνητική	18	46,2	47,4	47,4
	Στένωση	6	15,4	15,8	63,2
	2,6	1	2,6	2,6	65,8
	3,4	1	2,6	2,6	68,4
	Συρίγγιο	4	10,3	10,5	78,9
	Οίδημα εντέρου	4	10,3	10,5	89,5
	Παθολογική	3	7,7	7,9	97,4
	Άλλο	1	2,6	2,6	100,0
	Total	38	97,4	100,0	
Missing	System	1	2,6		
Total		39	100,0		

Σε μαγνητική εντερογραφία υποβλήθηκε το σύνολο του δείγματος με την πλειοψηφία να έχει αρνητικά ευρήματα και να φτάνει στο 53,8%. Στη συνέχεια πάλι το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνουν εκείνοι που στα ευρήματά τους έδειξαν πως έχουν στένωση με το ποσοστό τους να φτάνει στο 15,4%. Υπήρξαν ωστόσο και άλλες περιπτώσεις ασθενών που μέσα από τις μαγνητικές τους φάνηκε πως έχουν διάφορα άλλα προβλήματα βάσει και του αντίστοιχου πίνακα που ακολουθεί και αναφέρει τα αποτελέσματα της ερώτησης 12.

Πίνακας 12: Ευρήματα Μαγνητικής Εντερογραφίας

<b>12. Ευρήματα Μαγνητικής Εντερογραφίας:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αρνητική	21	53,8	53,8	53,8
	Στένωση	6	15,4	15,4	69,2
	3,4	1	2,6	2,6	71,8
	Συρίγγιο	4	10,3	10,3	82,1
	Οίδημα εντέρου	2	5,1	5,1	87,2
	Παθολογική	4	10,3	10,3	97,4
	Άλλο	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Προκειμένου να μπορέσει να εξεταστεί η κατάσταση των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε και η κάψουλα CE από τη χρήση της οποίας φάνηκε πως το 76,9%

του δείγματος είχε αρνητικά ευρήματα. Ακολουθούν εκείνοι που φάνηκε πως είχαν έλκη με ποσοστό 5,1%, αλλά και εκείνοι που είχαν στένωση με το ίδιο ποσοστό.

Πίνακας 13: Ευρήματα CE (κάψουλα)

<b>13. Ευρήματα CE (κάψουλα)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αρνητική	30	76,9	76,9	76,9
	Άφθες	1	2,6	2,6	79,5
	2,3	1	2,6	2,6	82,1
	Έλκη	2	5,1	5,1	87,2
	3,4	1	2,6	2,6	89,7
	Στένωση	2	5,1	5,1	94,9
	Κατακράτηση	1	2,6	2,6	97,4
	Παθολογική αδιευκρίνιστο	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Εντόπιση στο παχύ έντερο φαίνεται πως έχει η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με το ποσοστό τους να φτάνει στο 79,5% του δείγματος, ενώ ένα άλλο σημαντικό ποσοστό που φτάνει στο 20,5% του δείγματος έχει εντόπιση στο λεπτό έντερο, όπως φαίνεται και από τον αντίστοιχο πίνακα για την ερώτηση 14.

Πίνακας 14: Εντόπιση

<b>14. Εντόπιση:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Παχύ έντερο	31	79,5	79,5	79,5
	Λεπτό και παχύ	8	20,5	20,5	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Στη διάρκεια της νόσου φαίνεται πως υπάρχουν διαφορετικά αποτελέσματα με το μεγαλύτερο ποσοστό να συγκεντρώνουν εκείνοι των οποίων η διάρκεια νόσησης φτάνει στους 12 μήνες με ποσοστό 12,8%. Το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό ωστόσο φτάνει στο 10,3% και αντιστοιχεί στις απαντήσεις 24 μήνες, 36 μήνες και 48 μήνες το οποίο φτάνει καθεμία από αυτές τις απαντήσεις.



Πίνακας 15: Διάρκεια

<b>15. Διάρκεια:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	5	12,8	13,2	13,2
	24	4	10,3	10,5	23,7
	36	4	10,3	10,5	34,2
	40	2	5,1	5,3	39,5
	48	4	10,3	10,5	50,0
	55	1	2,6	2,6	52,6
	60	3	7,7	7,9	60,5
	64	1	2,6	2,6	63,2
	70	2	5,1	5,3	68,4
	72	2	5,1	5,3	73,7
	75	1	2,6	2,6	76,3
	80	2	5,1	5,3	81,6
	84	1	2,6	2,6	84,2
	90	1	2,6	2,6	86,8
	100	2	5,1	5,3	92,1
	110	1	2,6	2,6	94,7
120	2	5,1	5,3	100,0	
	Total	38	97,4	100,0	
Missing	System	1	2,6		
Total		39	100,0		

Από άποψη βαρύτητας η πλειοψηφία των περιπτώσεων φαίνεται πως αφορά ήπια περιστατικά, όπως φαίνεται και στον πίνακα 16, με το ποσοστό αυτών να φτάνει στο 48,7%. Στη συνέχεια ακολουθούν τα περιστατικά μέτριας βαρύτητας με ποσοστό 38,5% και τέλος τα σοβαρά περιστατικά που συγκεντρώνουν μόνο το 12,8% του συνολικού δείγματος που απάντησε στην ερώτηση.

Πίνακας 16: Βαρύτητα

<b>16. Βαρύτητα:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ήπια	19	48,7	48,7	48,7
	Μέτρια	15	38,5	38,5	87,2
	Σοβαρή	5	12,8	12,8	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Οι παρενέργειες από τη νόσο και τη χρονιότητά της εξετάζονται στην ερώτηση 17, της οποίας τα αποτελέσματα παρατίθενται στον αντίστοιχο πίνακα που ακολουθεί

βάσει των οποίων φαίνεται πως δεν υπήρχαν παρενέργειες εξωεντερικές σε ποσοστό 51,3%, σε σχέση με το υπόλοιπο 46,2% των συνολικών απαντήσεων που δόθηκαν και οι αναφέρουν πως υπήρξαν παρενέργειες.

Πίνακας 17: Παρενέργειες εξωεντερικές

<b>17. Παρ εξωεντερικών:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	18	46,2	47,4	47,4
	Όχι	20	51,3	52,6	100,0
	Total	38	97,4	100,0	
Missing	System	1	2,6		
Total		39	100,0		

Άλλα νοσήματα του εντέρου από τα οποία πάσχουν οι συμμετέχοντες εξετάζονται στην ερώτηση 18 όπου φαίνεται πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έπασχαν επίσης από σπονδυλίτιδα με ποσοστό 12,8%. Στη συνέχεια ακολουθούν με ποσοστό 7,7% εκείνοι που πάσχουν από αρθραλγίες ή από αρθρίτιδα.

Πίνακας 18: Εξωεντερικά

<b>18. Εξωεντερική:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άφθώδης στοματίτιδα	2	5,1	11,1	11,1
	Οζώδες ερύθημα	1	2,6	5,6	16,7
	2,6	1	2,6	5,6	22,2
	Αρθραλγίες	3	7,7	16,7	38,9
	6,7	1	2,6	5,6	44,4
	Αρθρίτιδα	3	7,7	16,7	61,1
	Σπονδυλίτιδα	5	12,8	27,8	88,9
	Άλλη	2	5,1	11,1	100,0
	Total	18	46,2	100,0	
Missing	System	21	53,8		
Total		39	100,0		

Περιπρωκτικές εκδηλώσεις φαίνεται πως δεν είχε η πλειοψηφία των συμμετεχόντων που απάντησαν στην ερώτηση 19 καθώς όπως φαίνεται από το σχετικό πίνακα αρνητική απάντηση δόθηκε από το 87,2% σε αντίθεση με το 12,8% που έδωσε θετική απάντηση.

Πίνακας 19: Περιπρωκτικές εκδηλώσεις

<b>19. Περιπρωκτικές εκδηλώσεις:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	5	12,8	12,8	12,8
	Όχι	34	87,2	87,2	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Η στένωση του εντέρου είναι άλλο ένα σύμπτωμα που εξετάζεται στη συνέχεια της έρευνας, το οποίο όπως φαίνεται δεν παρατηρείται να υπάρχει στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων καθώς το 82,1% έδωσε αρνητική απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση, ενώ το υπόλοιπο 17,9% μόνο είπε πως είχε αυτό το σύμπτωμα.

Πίνακας 20: Στένωση εντέρου

<b>20. Στένωση εντέρου:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	7	17,9	17,9	17,9
	Όχι	32	82,1	82,1	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Συρίγγιο επίσης φαίνεται πως δεν είχε η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, με το ίδιο ποσοστό όπως στην περίπτωση της στενώσεως του εντέρου (82,1%), όμως λιγότεροι φαίνεται πως είναι εκείνοι που έχουν συρίγγιο καθώς το ποσοστό αυτών έφτανε μόνο στο 15,4% των συνολικών απαντήσεων που δόθηκαν.

Πίνακας 21: Συρίγγιο

<b>21. Συρίγγιο:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	6	15,4	15,8	15,8
	Όχι	32	82,1	84,2	100,0
	Total	38	97,4	100,0	
Missing	System	1	2,6		
Total		39	100,0		

Από το σύνολο του δείγματος μόνο το 7,7% έδωσε απαντήσεις σχετικά με τη λήψη βουδεσονίδης βάσει ιστορικού όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του πίνακα που ακολουθεί, από τους οποίους το 5,1% φαίνεται πως βάσει ιστορικού ελάμβανε κάποτε βουδεσονίδα, ενώ το 2,6% όχι.

Πίνακας 22: Βουδεσονίδη

<b>22. Βουδεσονίδη:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	2	5,1	66,7	66,7
	Όχι	1	2,6	33,3	100,0
	Total	3	7,7	100,0	
Missing	System	36	92,3		
Total		39	100,0		

Το ίδιο εξετάζεται για την περίπτωση της κορτιζόνης στην επόμενη ερώτηση στην οποία όπως φαίνεται απάντησε το 53,8% από το οποίο το 48,7% έχει στο ιστορικό του λήψη κορτιζόνης, ενώ μόνο το 5,1% δεν έχει.

Πίνακας 23: Κορτιζόνη

<b>23. Κορτιζόνη:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	19	48,7	90,5	90,5
	Όχι	2	5,1	9,5	100,0
	Total	21	53,8	100,0	
Missing	System	18	46,2		
Total		39	100,0		

Στον πίνακα 24 που εξετάζεται η λήψη της αζαθειοπρίνης στο παρελθόν φαίνεται πως το 10,3% που απάντησε σε αυτή την ερώτηση έδωσε αρνητική απάντηση.

Πίνακας 24: Πριν αζαθειοπρίνη

<b>24. Πριν αζαθειοπρίνη:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	4	10,3	100,0	100,0
Missing	System	35	89,7		
Total		39	100,0		

Πέραν του παρελθόντος όμως εξετάζεται και επί του παρόντος αν γίνεται λήψη αζαθειοπρίνης, όπως φαίνεται στον πίνακα 25 που ακολουθεί και στον οποίο φαίνεται πως δόθηκαν απαντήσεις μόνο από το 17,9% του συνολικού δείγματος από το οποίο το 10,3% έδωσε θετική απάντηση και το 7,7% αρνητική.

Πίνακας 25: τώρα αζαθειοπρίνη

<b>25. Τώρα αζαθειοπρίνη:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	4	10,3	57,1	57,1
	Όχι	3	7,7	42,9	100,0
	Total	7	17,9	100,0	
Missing	System	32	82,1		
Total		39	100,0		

Ακολούθως εξετάζεται η λήψη μεθοτρεξάτης στο παρελθόν των ασθενών βάσει του ιστορικού τους που όπως φαίνεται μόνο το 2,6% των συμμετεχόντων που απάντησαν είχαν λάβει αυτή την ουσία, ενώ το 10,3% του δείγματος απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 26: Μεθοτρεξάτη

<b>26. Μεθοτρεξάτη:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	1	2,6	20,0	20,0
	Όχι	4	10,3	80,0	100,0
	Total	5	12,8	100,0	
Missing	System	34	87,2		
Total		39	100,0		

Προηγούμενη θεραπεία με βιολογικό παράγοντα εξετάζεται στην ερώτηση 26, αλλά και στην ερώτηση 27. Σχετικά με το βιολογικό παράγοντα φαίνεται βάσει του πίνακα 27 πως η πλειοψηφία ελάμβανε το βιολογικό παράγοντα remicade με ποσοστό 66,7%, ενώ στη συνέχεια με σημαντική διαφορά ακολουθούσαν εκείνοι που ελάμβαναν το βιολογικό παράγοντα inflectra με ποσοστό 17,9%.

Πίνακας 27: Ποιο πριν βιολογικό

<b>27. Ποιο πριν βιολογικό:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	humira	1	2,6	2,6	2,6
	inflectra	7	17,9	17,9	20,5
	remicade	26	66,7	66,7	87,2
	remsima	1	2,6	2,6	89,7
	zessly	4	10,3	10,3	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Anti-TNFa λαμβάνουν όλοι οι συμμετέχοντες όπως φαίνεται από τον πίνακα για την ερώτηση 28 και μάλιστα αναφέρεται πως λαμβάνουν το Infliximab.

Πίνακας 28: Αντι-TNFa τώρα

<b>28. Αντι-TNFa τώρα:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Infliximab	39	100,0	100,0	100,0

Το anti-TNF που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες είναι στην πλειοψηφία αυτών το Remicade με το ποσοστό αυτών να φτάνει στο 61,5%. Στη συνέχεια ακολουθούν εκείνοι που λαμβάνουν το Zessly με ποσοστό εξαιρετικά μικρότερο καθώς φτάνει μόνο στο 23,1%, ενώ εκείνοι που λαμβάνουν το Inflectra αποτελούν το 12,8%. Υπάρχουν ωστόσο και κάποιιοι άλλοι, όπως φαίνεται και στον αντίστοιχο πίνακα που λαμβάνουν κάποιο άλλο anti-TNF με το ποσοστό αυτών να φτάνει μόλις στο 2,6%.

Πίνακας 29: Anti-TNF που λαμβάνει

<b>29. Anti-TNF που λαμβάνει:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Remicade	24	61,5	61,5	61,5
	Inflectra	5	12,8	12,8	74,4
	Zessly	9	23,1	23,1	97,4
	Άλλο	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Anti-TNF φαίνεται πως άλλαξε το 43,6% του δείγματος, ενώ ένα άλλο ποσοστό σημαντικά μεγαλύτερο που φτάνει στο 56,4% αναφέρει πως δεν άλλαξε.

Πίνακας 30: Άλλαξε αντι-TNF

<b>30. Άλλαξε αντι-TNF:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	17	43,6	43,6	43,6
	Όχι	22	56,4	56,4	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Η συχνότητα θεραπείας για την πλειοψηφία με ποσοστό 33,3% είναι οι οκτώ εβδομάδες που σημαίνει πως κάθε οκτώ εβδομάδες κάνουν θεραπεία. Στη συνέχεια

ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως εκείνοι που κάνουν θεραπεία κάθε τέσσερις εβδομάδες, αλλά και εκείνοι που κάνουν θεραπεία κάθε πέντε εβδομάδες συγκεντρώνουν το ίδιο ποσοστό, ήτοι 25,6%.

Πίνακας 31: Συχνότητα θεραπείας

<b>31. Συχνότητα θεραπείας:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	10	25,6	25,6	25,6
	5	10	25,6	25,6	51,3
	6	3	7,7	7,7	59,0
	8	13	33,3	33,3	92,3
	12	2	5,1	5,1	97,4
	24	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Σχετικά με το Infliximab φαίνεται από τα αποτελέσματα που προέκυψαν πως η πλειοψηφία λαμβάνει δόση τριών φλακών (3 fl) με ποσοστό 23,1% και το ίδιο ποσοστό συγκεντρώνουν επίσης εκείνοι που τους χορηγήθηκαν τέσσερα φλακών. Στη συνέχεια ακολουθούν εκείνοι που τους χορηγήθηκαν πέντε φλακών με το ποσοστό τους να φτάνει στο 15,4% του δείγματος.

Πίνακας 32: Δόση χορήγησης infliximab

<b>32. Δόση χορήγησης infliximab:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1fl	2	5,1	5,1	5,1
	2+1/4fl	1	2,6	2,6	7,7
	3+1/2 fl	2	5,1	5,1	12,8
	3+1/4 fl	2	5,1	5,1	17,9
	3+3/4fl	1	2,6	2,6	20,5
	3fl	9	23,1	23,1	43,6
	4+1/4fl	1	2,6	2,6	46,2
	4+3/4fl	1	2,6	2,6	48,7
	4fl	9	23,1	23,1	71,8
	5fl	6	15,4	15,4	87,2
	6fl	1	2,6	2,6	89,7
	7+1/2 fl	1	2,6	2,6	92,3
	7fl	3	7,7	7,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Η αποτελεσματικότητα από τη θεραπεία όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα ήταν καλή για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων που φτάνει στο 51,3%. Στη συνέχεια ακολουθούν εκείνοι που η αποτελεσματικότητα της θεραπείας που ακολουθούσαν ήταν μέτρια με ποσοστό 17,9% και το ίδιο ποσοστό συγκέντρωσαν εκείνοι που η θεραπεία τους είχε άριστη αποτελεσματικότητα.

Πίνακας 33: Αποτελεσματικότητα

<b>33. Αποτελεσματικότητα:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άριστη	7	17,9	20,6	20,6
	Καλή	20	51,3	58,8	79,4
	Μέτρια	7	17,9	20,6	100,0
	Total	34	87,2	100,0	
Missing	System	5	12,8		
Total		39	100,0		

Όσο για τις παρενέργειες φαίνεται πως η πλειοψηφία με ποσοστό 56,4%% δεν είχε καθόλου, ενώ το 41% δήλωσε πως είχε παρενέργειες.

Πίνακας 34:Παρενέργειες

<b>34. Παρενέργειες:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	16	41,0	42,1	42,1
	Όχι	22	56,4	57,9	100,0
	Total	38	97,4	100,0	
Missing	System	1	2,6		
Total		39	100,0		

Σχετικά με τις παρενέργειες που εκδηλώθηκαν όπως φαίνεται από τον πίνακα για την ερώτηση 35 η παρενέργεια που εκδηλώθηκε ήταν κάποια αλλεργία με ποσοστό 41%, ενώ το υπόλοιπο 59% του συμμετέχοντος δείγματος δεν έδωσε καμία απάντηση.



Πίνακας 35: Ποια παρενέργεια

35. Ποια παρενέργεια					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		23	59,0	59,0	59,0
	αλλεργία	16	41,0	41,0	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Το αποτέλεσμα της ερώτησης 35 επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα της ερώτησης 36, που όπως δείχνει ο ακόλουθος πίνακας ο κωδικός της παρενέργειας που εκδηλώθηκε ήταν η αλλεργία που συγκεντρώνει ποσοστό απαντήσεων 38,5%.

Πίνακας 36:Κωδικός παρενέργειας

36. Κωδικός παρενέργειας:					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αλλεργία	15	38,5	100,0	100,0
Missing	System	24	61,5		
Total		39	100,0		

Η αιμοσφαιρίνη των συμμετεχόντων όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα που προέκυψαν κυμαίνεται από το 7,2 έως το 16,2 με το μεγαλύτερο ποσοστό (10,3%) απαντήσεων να συγκεντρώνουν εκείνοι των οποίων η αιμοσφαιρίνη ήταν στο 13. Το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό που φτάνει στο 7,7% συγκεντρώνουν εκείνοι των οποίων η αιμοσφαιρίνη έφτανε στο 12, όπως φαίνεται στον πίνακα που αντιστοιχεί στην ερώτηση 37.

Σχετικά με τα λευκά αιμοσφαίρια φαίνεται πως αυτά κυμαίνονται από το 1,5 έως το 16,6. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ωστόσο φαίνεται πως είναι άτομα των οποίων τα λευκά αιμοσφαίρια φτάνουν στο 10 με ποσοστό 7,7%, ενώ το ίδιο ποσοστό συγκεντρώνουν και εκείνοι που έχουν τιμή 6,9 στα λευκά αιμοσφαίρια.

Η τιμή των συμμετεχόντων στα αιμοπετάλια ξεκινάει από το 165 και φτάνει στο 928. Από το σύνολο αυτών των τιμών η πλειοψηφία συγκεντρώνεται σε εκείνους που τα αιμοπετάλιά τους φτάνουν στα 235 με ποσοστό 5,1%. Οι υπόλοιποι συμμετέχοντες που απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση συγκεντρώνουν ποσοστό 2,6% σε καθεμία από τις διάφορες τιμές που δόθηκαν ως απάντηση.

Όσο για το δείκτη ΤΚΕ που αφορά την ταχύτητα καθίζησης ερυθρών κυττάρων η τιμή του κυμαίνεται μεταξύ 2 – 119 και το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνουν εκείνοι που στη συγκεκριμένη περίπτωση η τιμή του εν λόγω δείκτη έφτανε μέχρι το 2

με ποσοστό 7,7%. Το ίδιο ποσοστό απαντήσεων όμως έχουν κι εκείνοι που σημείωσαν τιμή 3, αλλά και εκείνοι που σημείωσαν την τιμή 21, όπως φαίνεται και από τον αντίστοιχο πίνακα

Στην επόμενη ερώτηση, την 41<sup>η</sup>, εξετάστηκε ο δείκτης CRP που όπως φάνηκε κυμάνθηκε από 1-86 με το μεγαλύτερο ποσοστό να συγκεντρώνουν εκείνοι των οποίων η CRP ήταν στο 2 με το ποσοστό εκείνων να φτάνει στο 28,2%. Το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό ωστόσο ήταν το 12,8% που αντιστοιχούσε στην τιμή 1 της CRP.

Πίνακας 41: CRP

41. CRP					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	12,8	13,5	13,5
	2	11	28,2	29,7	43,2
	3	3	7,7	8,1	51,4
	4	2	5,1	5,4	56,8
	5	3	7,7	8,1	64,9
	6	1	2,6	2,7	67,6
	7	3	7,7	8,1	75,7
	9	1	2,6	2,7	78,4
	10	2	5,1	5,4	83,8
	12	1	2,6	2,7	86,5
	16	1	2,6	2,7	89,2
	17	1	2,6	2,7	91,9
	20	1	2,6	2,7	94,6
	25	1	2,6	2,7	97,3
	86	1	2,6	2,7	100,0
Total		37	94,9	100,0	
Missing	System	2	5,1		
Total		39	100,0		

Σχετικά με την καλπροτεκτίνη η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν έδωσε καμία απάντηση και το ποσοστό αυτών έφτασε στο 94,9% του δείγματος. Όσο για εκείνους που απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση δόθηκαν δύο απαντήσεις που συγκέντρωσαν ποσοστό απαντήσεων 2,6% εκάστη, όπως φαίνεται και από τον αντίστοιχο πίνακα που ακολουθεί και αφορά τη σχετική ερώτηση.

Πίνακας 42: Καλπροτεκτίνη

<b>42. Καλπροτεκτίνη</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		37	94,9	94,9	94,9
	>200	1	2,6	2,6	97,4
	1270	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Στην τελευταία ερώτηση εξετάζεται η φερριτίνη και οι τιμές που σημειώθηκαν στις περιπτώσεις των συμμετεχόντων. Όπως φάνηκε από την έρευνα η τιμή της φερριτίνης ξεκινούσε από το 23 και έφτανε μέχρι το 283. Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων συγκέντρωσαν όπως φαίνεται εκείνοι των οποίων η φερριτίνη έφτανε στο 44 με ποσοστό 7,7%. Το ίδιο ποσοστό απαντήσεων ωστόσο συγκέντρωσαν και εκείνοι που είχαν τη φερριτίνη τους στους 45, αλλά και εκείνοι που την είχαν στο 52.

## 5.1 Περίληψη των αποτελεσμάτων

Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν φάνηκε πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι άνδρες ηλικίας 40-49 ετών, διαμένουν στα Ιωάννινα, δεν έχουν κάποιο ατομικό αναμνηστικό και είναι δίχως κάποιο άλλο αυτοάνοσο. Ωστόσο για τις περιπτώσεις εκείνες που οι συμμετέχοντες είχαν κάποιο αυτοάνοσο αυτό ήταν η θυρεοειδίτιδα Hashimoto και το κοιλιακό άλγος είναι το κύριο σύμπτωμα που εκδηλώθηκε. Σχετικά με την κολονοσκόπηση φαίνεται πως στην αρχική τα ευρήματα είναι διάφορα με την πλειοψηφία να συγκεντρώνεται σε εκείνους που είχαν περιπτωτική νόσο, ενώ στην τελική κολονοσκόπηση η πλειοψηφία των απαντήσεων συγκεντρώνεται σε εκείνους που τα ευρήματα της αρχικής και της τελικής κολονοσκόπησης ήταν ίδια. Σχετικά με τη βιοψία τα ευρήματα που προέκυψαν στην πλειοψηφία έδειξαν πως υπήρχε διάγνωση με ενεργή νόσο. Αξονική, μαγνητική εντερογραφία και κάψουλα δεν έδειξαν τίποτα καθώς ήταν αρνητικές. Η εντόπιση της νόσου στην πλειοψηφία φάνηκε πως ήταν στο παχύ έντερο, η διάρκεια αυτής ήταν οι 12 μήνες και η βαρύτητά της ήπια. Δεν υπήρχαν όμως παρενέργειες από τη νόσο και τη χρονιότητά της.

Άλλα νοσήματα πέραν εκείνων που εντοπίστηκαν στο έντερο φάνηκε πως ήταν για την πλειοψηφία η σπονδυλίτιδα, δίχως περιπρωκτικές εκδηλώσεις, στένωση του εντέρου ή συρίγγιο. Σχετικά με τα φάρμακα που λάμβαναν οι συμμετέχοντες φάνηκε πως η πλειοψηφία εκείνων που απάντησαν ελάμβανε βουδεσονίδη και κορτιζόνη, όμως όχι αζαθειοπρίνη στο παρελθόν αν και τώρα λαμβάνουν. Δε λαμβάνουν επίσης μεθοτρεξάτη. Ο βιολογικός παράγων σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιείται κι εκείνος που λαμβάνει η πλειοψηφία είναι το remicade.

Σχετικά με το anti-TNFα φάνηκε πως η πλειοψηφία λαμβάνει το Infiximab. Σχετικά με το anti-TNF που λαμβάνει η πλειοψηφία αυτό είναι το Remicade, δεν άλλαξαν αυτό που έπαιρναν, ενώ η συχνότητα της θεραπείας ήταν οι οκτώ βδομάδες. Η πλειοψηφία της δόσης του infliximab ήταν τα 3 και τα 4 φλακόν με την πλειοψηφία να θεωρεί πως η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι καλή. Όσο για τις παρενέργειες φάνηκε πως στην πλειοψηφία δεν υπήρχαν, ενώ στις περιπτώσεις εκείνες που υπήρχαν ήταν μόνο αλλεργίες.

Όσο για τις τιμές δεικτών όπως είναι η αιμοσφαιρίνη, τα λευκά αιμοσφαίρια, των αιμοπεταλίων, του δείκτη ταχύτητας καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων, του δείκτη

λοίωξης CRP, της καλπροτεκτίνης και της φερριτίνης φαίνεται πως υπάρχουν πολλές και διαφορετικές τιμές βάσει των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν από τους συμμετέχοντες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Συζήτηση

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία, καθίσταται σαφές ότι η νόσος του Crohn αποτελεί μια νόσο με σημαντικά αυξανόμενο επιπολασμό τόσο στην χώρα μας όσο και στον υπόλοιπο κόσμο. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε συμμετείχαν και εξετάστηκαν 39 ασθενείς με νόσο του Crohn, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην Γαστρεντερολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Το δείγμα αποτέλεσαν 24 άνδρες και 15 γυναίκες, με την πλειοψηφία αυτών να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 40-49 ετών. Οι συμμετέχοντες προέρχονταν από την Ήπειρο και για την περάτωση της ποσοτικής μελέτης αξιοποιήθηκαν τα στοιχεία του ατομικού τους φύλλου ασθενείας από τον ιατρικό τους φάκελο.

Αναφορικά με την κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι ασθενείς με νόσο Crohn, εντοπίζεται το κυριότερο και πιο σύνηθες την χρόνια διάρροια, ενώ στο δικό μας δείγμα φαίνεται πως είναι το κοιλιακό άλγος στην πλειοψηφία του δείγματος. Οι Srinivasan et al. (2022) αναφέρουν ότι αν και η εντατικοποίηση της δόσης anti-TNF είναι κλινικά αποτελεσματική σε ασθενείς με νόσο του Crohn, ιδιαίτερα εντός των πρώτων 6 μηνών, ένα ποσοστό ασθενών θα αποτύχει να επιδείξει βραχυπρόθεσμη ή και παρατεταμένη κλινική ανταπόκριση. Η αποτελεσματικότητα από τη θεραπεία όπως φάνηκε ήταν καλή για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων. Στη συνέχεια ακολουθούν εκείνοι που η αποτελεσματικότητα της θεραπείας που ακολουθούσαν ήταν μέτρια και το ίδιο ποσοστό συγκέντρωσαν εκείνοι που η θεραπεία τους είχε άριστη αποτελεσματικότητα.

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα που προέκυψαν έπειτα από την στατιστική ανάλυση, θα μπορούσε να προταθεί μια μελλοντική έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα που να αφορά ασθενείς οι οποίοι έχουν νοσηλευτεί σε όλα τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της Ελλάδας. Επίσης θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μια ακόμα μελέτη η οποία να εστιάζει στην αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης φαρμακευτικής παρέμβασης, 6 μήνες μετά το πέρας της θεραπείας. Μια ακόμα πρόταση σχετίζεται τον συσχετισμό της αποτελεσματικότητας με τις διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### Συμπεράσματα

Τελικά φαίνεται πως η νόσος Crohn εκδηλώνεται περισσότερο στους άνδρες και μάλιστα στο παχύ έντερο. Επιπλέον φάνηκε πως μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες φαρμακευτικές ουσίες προκειμένου να μπορέσει να αντιμετωπιστεί η συγκεκριμένη νόσος, πέραν αυτού όμως φαίνεται πως η αποτελεσματικότητα των θεραπειών που ακολουθούνται είναι καλή σε γενικές γραμμές, όπως φαίνεται από τη γνώμη που έχουν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες. Επιπλέον η καλή πορεία της νόσου και η αποτελεσματική αντιμετώπισή της γίνεται εμφανής μέσα από τα αποτελέσματα των δεικτών αιμοσφαιρίνη, φερριτίνη και CPR. Ενδέχεται βάσει των αποτελεσμάτων που προέκυψαν η αποτελεσματικότητα των θεραπειών που ακολουθούνται να μην έχει καμία άλλη παρενέργεια πέραν της αλλεργίας τόσο επί του παρόντος όσο και μελλοντικά. Ένα άλλο ενδεχόμενο συμπέρασμα που ίσως προκύπτει είναι το γεγονός πως τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι αποτελεσματικά κι αυτός ίσως να είναι ο λόγος για τον οποίο μελλοντικά ενδέχεται να καθιερωθεί υποχρεωτικά η χορήγηση τέτοιου είδους φαρμάκων από τους νοσηλευτές με στόχο την αντιμετώπιση της νόσου Crohn.

Σε κάθε τέτοια περίπτωση, οι νοσηλευτές που διαχειρίζονται τους ασθενείς με νόσο του Crohn και τους χορηγούν την συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να στηρίζεται σε γερές βάσεις, εστιάζοντας στην θεραπευτική σχέση. Οι νοσηλευτές πρέπει να αποκτήσουν την κατάλληλη εκπαίδευση, γνώση αλλά και εμπειρίες μέσα από προγράμματα προσομοίωσης ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν ολιστική φροντίδα στους ασθενείς τους. Επιπλέον, με την παρατεταμένη επαφή για μήνες ή χρόνια με τον ασθενή κατά τη διάρκεια των εγχύσεων, ο νοσηλευτής δημιουργεί σταθερό δεσμό με τον ασθενή και γίνεται ο πρώτος χειριστής στον οποίο ο ασθενής αναφέρει τα προβλήματά του. Με την πάροδο του χρόνου όμως οι νοσηλευτές πρέπει να εκπαιδεύουν με την σειρά τους τους ασθενείς να είναι αυτόνομοι, και να χορηγούν μόνοι τους κατ' οίκον την θεραπεία. Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό στοιχείο είναι η ανάγκη για επανεξέταση της κατάστασης και φυσικά για τροποποίηση της δόσης και των λοιπών παρεμβάσεων εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνόγλωσση

Δαρβίρη, Χ., 2009. *Μεθοδολογία έρευνας στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

Σαχινη – Καρδαση, Α., 2000. *Μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Βήτα.

### Ξενόγλωσση

Adamina, M., Gerasimidis, K., Sigall-Boneh, R., Zmora, O., de Buck van Overstraeten, A., Campmans-Kuijpers, M., Ellul, P., Katsanos, K., Kotze, P.G., Noor N., et al., 2020. Perioperative Dietary Therapy in Inflammatory Bowel Disease. *J. Crohns Colitis*, 14, p. 431–444.

Alhagamhmad, M., 2018. Enteral Nutrition in the Management of Crohn's Disease: Reviewing Mechanisms of Actions and Highlighting Potential Venues for Enhancing the Efficacy. *Nutr Clin Pract*, 33(4), p. 483-492.

Ben-Horin, S. & Chowers, Y. (2011). Review article: loss of response to anti-TNF treatments in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther*, 33, p. 987–995.

Bornhorst, G.M. & Singh, R.P., 2012. Bolus formation and disintegration during digestion of food carbohydrates. *Compr. Rev. Food Sci. Food Saf.* 11 (2), p. 101–118.

Bryman, A., 2017. *Μέθοδοι Κοινωνικής Έρευνας*. Αθήνα: Gutenberg.

Cheifetz, A.S., 2013. Management of active Crohn disease. *JAMA*, 309(20), p. 2150-8.

Comeche J.M., Comino I., Altavilla C., Tuells J., Gutierrez-Hervas A., Caballero P., 2019. Parenteral Nutrition in Patients with Inflammatory Bowel Disease Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Nutrients*, 11, p. 2865.

Cui, G., Fan, Q., Li, Z., Goll, R. & Florholmen, J., 2021. Evaluation of anti-TNF therapeutic response in patients with inflammatory bowel disease: Current and novel biomarkers. *EBioMedicine*, 103329.

Ferguson, L., Yonge, O. & Myrick, F., 2004. Students' involvement in faculty research: Ethical and methodological issues, *International Journal of Qualitative Methods*, 3(4), p. 56-68.

Fouka, G. & Mantzorou, M., 2011. What are the Major Ethical Issues in Conducting Research? Is there a Conflict between the Research Ethics and the Nature of Nursing?. *Health Science Journal*, 5 (1), p. 3-14.



- García-Sanjuán, S., Lillo-Crespo, M., Richart-Martínez, M., Sanjuán Quiles, Á., 2018. Understanding life experiences of people affected by Crohn's disease in Spain. A phenomenological approach. *Scand J Caring Sci*, 32(1), p. 354-362.
- Gisbert, J.P. & Panes, J., 2009. Loss of response and requirement of infliximab dose intensification in Crohn's disease: a review. *Am J Gastroenterol*, 104, p. 760–767.
- Dahlhamer, J.M., Zammitti, E.P., Ward, B.W., Wheaton, A.G. & Croft, J.B., 2016. Prevalence of inflammatory bowel disease among adults aged ≥ 18 years—United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 65(42), p. 1166-1169.
- Hastings C., Fisher C., A., 2014. Searching for proof: Creating and using an actionable PICO question. *Nursing Management (Springhouse)*, 45(8), p. 9-12.
- Hur, S.J., Lim, B.O., Decker, E.A. & McClements, D.J., 2011. In vitro human digestion models for food applications. *Food Chem*, 125 (1), p. 1–12
- Hwang, S.W., Kwak, M.S, Kim, W.S., et al., 2016. Influence of a positive family history on the clinical course of inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*, 10, p. 1024-1032.
- Shi, H. Y., Hamidi, N., et al., 2018. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet*, 390 (10114), p. 2769–2778.
- Khanna, S. & Raffals, L.E., 2017. The microbiome in Crohn's disease: role in pathogenesis and role of microbiome replacement therapies. *Gastroenterol Clin North Am*, 46(3), p. 481–492.
- Khalili, H., Håkansson, N., Chan, S.S., Chen, Y., Lochhead, P., Ludvigsson, J.F., Chan, A.T., Hart, A.R., Olén, O. & Wolk, A., 2020. Adherence to a Mediterranean diet is associated with a lower risk of later-onset Crohn's disease: Results from two large prospective cohort studies. *Gut*, 69, p. 1637–1644.
- Ng, S.C., Shi, H.Y., Hamidi, N. et al., 2018. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: A systematic review of population-based studies. *Lancet*, 390 (6), p.2769–78.
- Park, S.H., Yang, S.K., Park, S.K., et al., 2014. Long-term prognosis of Crohn's disease and its temporal change between 1981 and 2012: a hospital-based cohort study from Korea. *Inflamm Bowel Dis*, 20, p. 488-494.
- Pedersen, N., Ankersen, D.V., Felding, M., et al., 2017. Low-FODMAP diet reduces irritable bowel symptoms in patients with inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*, 23(18), p. 3356–3366

Popa, S.L., Pop, C. & Dumitrascu DL., 2020. Diet Advice for Crohn's Disease: FODMAP and Beyond. *Nutrients*, 12(12), p. 3751

Regueiro, M., Greer, J., Szigethy, E., 2017. Etiology and treatment of pain and psychosocial issues in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, 152, p. 430–439.

Reiss M. J., & Tunnicliffe, S. D. 2001. Students' understandings of human organs and organ systems. *Research in Science Education*, 31, p. 383-399.

Schulze, K. 2006. Imaging and modelling of digestion in the stomach and the duodenum. *Neurogastroenterology & Motility*, 18, p. 172-183.

Sleiman, J., El Ouali, S., Qazi, T., Cohen, B., Steele, S.R., Baker, M.E. & Rieder, F., 2021. Prevention and Treatment of Stricturing Crohn's Disease - Perspectives and Challenges. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 15(4), p. 401-411.

Srinivasan, A., Gilmore, R., van Langenberg, D. & De Cruz, P., 2022. Systematic review and meta-analysis: evaluating response to empiric anti-TNF dose intensification for secondary loss of response in Crohn's disease. *Therap Adv Gastroenterol*, p. 15.

Tharakan, A., Norton, I.T., Fryer, P.J., Bakalis, S., 2010. Mass transfer and nutrient absorption in a simulated model of small intestine. *J. Food Sci*, 75 (6), p. E339–E346.

Van Assche, G., Dignass, A., Panes, J., et al., 2010. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis*, 4, p 7-27.

Van Assche, G., Dignass, A., Bokemeyer, B., et al., 2013. Second Europe- an evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: special situations. *J Crohns Colitis*, 7, p. 1-33.

Zhuleku, E., Antolin-Fontes, B., Borsi, A., Nissinen, R., Bravatà, I., Barthelmes, N., Le Bars, M., Lee, J., Passey, A., Maywald, U., Deiters, B., Bokemeyer, B., Wilke, T. & Ghiani, M., 2022. Real-world outcomes associated with switching to anti-TNFs *versus* other biologics in Crohn's Disease patients: A retrospective analysis using German claims data. *Therap Adv Gastroenterol*, 4 (15), p. 17-24.

Zimmerman, J. & Fisher, M., 2017. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 47(4), p. 95–103.

# Παράρτημα

## 1. Πρωτόκολλο

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

#### ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ :	Κασκάνη Φωτεινή
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ :	Χριστοδούλου Δημήτριος
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ :	

Ενδεικτικός Τίτλος :

«Ο ρόλος των νοσηλευτών στη καταγραφή ANTI-TNFα θεραπειών σε ασθενείς με νόσο Crohn»

#### 1. Σύντομη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας :

**Εισαγωγή:** Η νόσος του Crohn αποτελεί μια συχνή ασθένεια που ταλαιπωρεί τους ασθενείς και απασχολεί τους επαγγελματίες υγείας στη κλινική πρακτική. Η διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στη χορήγηση, τη παρατήρηση, τη καταγραφή και τη μελέτη της φαρμακευτικής αγωγής τους είναι καίρια. Οφείλει ως επαγγελματίας υγείας να είναι ενημερωμένος, να διαθέτει τις κατάλληλες γνώσεις για τη παροχή ολιστικής φροντίδας.

**Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας:** Η νόσος του Crohn αποτελεί μια χρόνια ιδιοπαθή φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου άγνωστης αιτιολογίας, με περιόδους δραστηριότητας και ύφεσης επηρεάζοντας ολόκληρο τον γαστρεντερικό σωλήνα από το στόμα έως τον πρωκτό (Feuerstein, 2017; Veauthier, 2018; Ballester, 2018). Η συχνότητα και ο επιπολασμός της νόσου συνεχώς αυξάνεται (Veauthier, 2018). Τα κύρια συμπτώματα αν και είναι ποικίλα, περιλαμβάνουν συνήθως διάρροιες, κοιλιακό άλγος, απώλεια βάρους, κόπωση, ναυτία, έμετο, πυρετό και επηρεάζουν τη ποιότητα ζωής των ασθενών (Feuerstein, 2017; Veauthier, 2018; Ballester, 2018).

Όσον αφορά τη διάγνωση πραγματοποιείται με ενδοσκοπικά ή και με ακτινολογικά ευρήματα (Feuerstein, 2017). Μέσω της φυσικής εξέτασης εντοπίζονται οι ασθενείς που χρήζουν άμεσης φροντίδας, με κολοσκόπηση και αναζήτηση των εξωεντερικών επιπλοκών (Veauthier, 2018). Η συνήθης αντιμετώπιση αφορά φαρμακευτική αγωγή, με βάση τη κλινική εικόνα, τη σοβαρότητα και τον φαινότυπο, όπου στόχος αποτελεί ο έλεγχος της φλεγμονής και η ύφεση της, ωστόσο ορισμένοι ασθενείς θα χρειαστούν και χειρουργική επέμβαση, χωρίς τη πλήρη ίαση (Feuerstein, 2017). Η φαρμακευτική αγωγή αφορά κυρίως κορτικοστεροειδή για την έξαρση εμφάνισης των συμπτωμάτων, αλλά σε ασθενείς με αυξημένη σοβαρότητα της νόσου χορηγούνται βιολογικά φάρμακα (Veauthier, 2018).

Ωστόσο, σημαντική είναι η πρόληψη των επιπλοκών τόσο από τη φαρμακευτική αγωγή, όσο και από την ίδια τη νόσο. Όλοι οι ασθενείς λαμβάνουν συμβουλές από την διεπιστημονική ομάδα για τη διαχείριση της νόσου

και την πρόληψη των επιπλοκών (Veauthier, 2018). Στο πλαίσιο αυτό, ο κλινικός νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και στην εξοικονόμηση των πόρων με τη μείωση των ημερών νοσηλείας (Pauliina, 2018). Ένας εξειδικευμένος νοσηλευτής των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου θεωρείται πολύτιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας (Pauliina, 2018). Η αξία και ο ρόλος του αναγνωρίζεται όλο και συχνότερα στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα του ασθενούς και είναι πλέον καθιερωμένος στην Ευρώπη και τον Καναδά (Dibley, 2017).

**Λέξεις κλειδιά:** νόσος του Crohn (crohn disease), (διαχείριση και θεραπεία) management and treatment, νοσηλευτικός ρόλος (nurse role)

## 2. Σκοπός και Στόχοι :

Γενικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η μελέτη των ασθενών με νόσο Crohn που λαμβάνουν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες, και συγκεκριμένα anti-TNFα μονοκλωνικά αντισώματα. Στη κατηγορία αυτή υπάρχουν τα φάρμακα infliximab και adalimumab. Θα μελετηθούν δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, τα χαρακτηριστικά της νόσου (έκταση, διάρκεια, βαρύτητα, εντερικές και εξωεντερικές εκδηλώσεις) και η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της θεραπείας. Καθώς υπάρχουν και βιομοειδή σκευάσματα με σχεδόν πανομοιότυπα χαρακτηριστικά με το πρωτότυπο φάρμακο, θα καταγραφούν και οι πληροφορίες του ακριβούς σκευάσματος που λαμβάνει ο κάθε ασθενής και τυχόν αλλαγές αυτών κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επιπλέον θα διερευνηθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στη καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, οι στόχοι της μελέτης αφορούν την ανασκόπηση των νοσηλευτικών πράξεων με βάση τεκμηριωμένες ερευνητικές μεθόδους. Αναλυτικότερα, τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα αφορούν τις παρακάτω διαστάσεις:

- ✓ Ποιος είναι ο ρόλος των νοσηλευτών;
- ✓ Ποια είναι τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής;
- ✓ Ποια στοιχεία από τη καταγραφή των στοιχείων του ιατρικού φακέλου αντλούμε;

## 3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός :

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από τον Δεκέμβριο του 2022 έως τον Ιούλιο του 2023. Θα αφορά τη μελέτη περιστατικών με νόσο Crohn, στα οποία θα εφαρμοστεί φαρμακευτική αγωγή, στη Γαστρεντερολογική κλινική του ΠΓΝΙ. Ακόμα, θα περιγραφεί αναλυτικά ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην καταγραφή και την χορήγηση της θεραπευτικής προσέγγισης.

**Χώρος διεξαγωγής:** Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ιωαννίνων- Γαστρεντερολογική κλινική.

**Λείμμα:** Ασθενείς με νόσο Crohn που έχουν λάβει τη συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή.

**Δειγματοληπτική τεχνική:**

Θα πραγματοποιηθεί ποσοτική περιγραφική μελέτη επιδημιολογικών δεδομένων μέσω της συμπλήρωσης φύλλων καταγραφής ως μέθοδος συλλογής δεδομένων από τους ιατρικούς φακέλους. Η συλλογή δεδομένων θα αφορά συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που αφορούν:

1. Ηλικία ασθενών
2. Φύλο ασθενών
3. Τόπος διαμονής
4. Φαρμακευτική παρέμβαση
5. Έκβαση ασθενών
6. Ατομικό αναμνηστικό ασθενούς
7. Άλλο αυτοάνοσο και ποιο

#### **Ηθική της έρευνας:**

Θα τηρηθούν αυστηρά οι κανονισμοί και οι υποδείξεις σχετικά με τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών καθώς και το απόρρητο της κλινικής. Θα χρησιμοποιηθεί εμπιστευτικά το όνομα του ασθενούς και τα στοιχεία από τον ιατρικό φάκελο με τα αποτελέσματα των εξετάσεων και της φαρμακευτικής αγωγής. Θα ακολουθηθεί το ιατρικό απόρρητο και η ανωνυμία σε όλη τη διάρκεια της έρευνας.

#### **4. Αναμενόμενα αποτελέσματα :**

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη καταγραφή και τη συλλογή δεδομένων που εστιάζουν στη συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου και μέσω της ανάλυσης τους να συμβάλλουν στην ενδεχόμενη πρόληψη της εμφάνισης της νόσου του Crohn. Επιπροσθέτως, να τονιστεί ο απαραίτητος νοσηλευτικός ρόλος κατά την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, την παρακολούθηση και την άμεση παρέμβαση σε επείγουσες καταστάσεις. Ακόμα, ο ρόλος του στη καταγραφή της πορείας νόσου και ενδεχόμενων παρενεργειών.

#### **5. Χρονοδιάγραμμα :**

**Δεκέμβριος 2022 – Φεβρουάριος 2023 :** Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας – Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας.

**Φεβρουάριος - Μάρτιος 2023 :** Συλλογή στοιχείων από τους φακέλους ασθενών.

**Απρίλιος 2023 – Μάιος 2023 :** Στατιστική Επεξεργασία και συγγραφή του Ερευνητικού μέρους της Εργασίας.

**Ιούνιος 2023 – Ιούλιος 2023 :** Ολοκλήρωση της Ερευνητικής Μελέτης και Δημιουργία Παρουσίασης.

#### **6. Κόστος :**

Οι συμμετέχοντες δε θα πληρωθούν και δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων.

#### **7. Παραπομπές:**

1. Dibley Lesley, B. P.-D.-J.-P. (2017). Identification of Research Priorities for Inflammatory Bowel Disease Nursing in Europe: a Nurses-European Crohn's and Colitis Organisation Delphi Survey. *J Crohns Colitis*, 11(3), pp. 353-359. doi:10.1093/ecco-jcc/jjw164.
2. Ferré Maria Pilar Ballester, B.-W. M. (2018). Crohn's disease. *Med Clin (Barc)*, 151(1), pp. 26-33. doi: 10.1016/j.medcli.2017.10.036
3. Feuerstein D Joseph, C. S. (2017). Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management. *Mayo Clin Proc*, 92(7), pp. 1088-1103. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.04.010
4. Molander Pauliina, J. A.-L. (2018). The impacts of an inflammatory bowel disease nurse specialist on the quality of care and costs in Finland. *Scand J Gastroenterol*, 53(12), pp. 1463-1468. doi:10.1080/00365521.2018.1541477
5. Veauthier Brian, H. J. (2018). Crohn's Disease: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*, 98(11), pp. 661-669.

Υπογραφή φοιτήτριας

Υπογραφή Επιβλέποντος

Κ.Φ

Ημερομηνία: 12/12/2022

## 2. Έγκριση έρευνας



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
Σχολή Επιστημών Υγείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Σύμπραξη Τμημάτων Ιατρικής & Νοσηλευτικής

Ιωάννινα, 22/02/2023

### **ΕΓΚΡΙΣΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Προς Παν Ενδιαφερόμενο,

Στην υπ' αριθ. 3<sup>η</sup> Συνέλευση της Επιτροπής Προγράμματος Σπουδών του Διατμηματικού Προγράμματος Σπουδών Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων που συνεδρίασε στις 22/02/2023 **ενέκρινε** το Πρωτόκολλο Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας της φοιτήτριας **ΚΑΣΚΑΝΗ ΦΩΤΕΙΝΗ** με τίτλο **«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ANTI-TNFα ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN»** και με Επιβλέπων Καθηγητή τον κ. ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ.

Εκ μέρους της Επιτροπής  
Προγράμματος Σπουδών του  
(Δ)Π.Μ.Σ. Νοσηλευτική Φροντίδα

Δρ. Στέφανος Μαντζούκας  
Αν Καθηγητής

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



04.05.2023 09:20:32  
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ  
ΦΥΦΙΑΚΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ  
ΑΠΟ  
Μαρία  
Κατσούλη

Πάτρα, 27/04/2023

Α. Π.: 22215

Απάντηση στο έγγραφο: 22215

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
6<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -  
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Ωραιάνθη Παπαλέξη  
Τηλέφωνο : 2613 -600618  
e-mail : [o.papalexi@dypede.gr](mailto:o.papalexi@dypede.gr)

ΠΡΟΣ

κ. Κασκάνη Φωτεινή  
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια του  
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Θέμα:** Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

**Σχετ:** 1) Το από 30.03.2023 ηλεκτρονικό αίτημά σας

2) Η υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.66159 (ΦΕΚ 761/Υ.Ο.Δ.Δ./19.09.2019) Υπουργική Απόφαση περί διορισμού Διοικητή στην 6η ΥΠΕ, όπως παρατάθηκε με το άρθρο δέκατο έβδομο του Ν.4812/2021 (ΦΕΚ 110/30.06.2021/τ.Α'), με το άρθρο 81 του Ν.4915/2022 (ΦΕΚ 63/24.03.2022 τ.Α') και εν συνεχεία με την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π. οικ.44311/28.07.2022 (ΦΕΚ 670/30.07.22/τ.Υ.Ο.Ο.Δ) Υπουργική Απόφαση.

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού ηλεκτρονικού αιτήματός σας και λαμβάνοντας υπόψη την υπ' αριθμ. 7/21.03.2023 (θέμα 10<sup>ο</sup>) θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, εγκρίνουμε να συλλέξετε ερευνητικά δεδομένα στο αναφερόμενο νοσοκομείο, στο πλαίσιο της εκπόνησης της διπλωματικής σας εργασίας με τίτλο: «Ο ρόλος των νοσηλευτών στην καταγραφή των ANTI-TNFα θεραπειών σε ασθενείς με νόσο Crohn», με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσης προτείνεται η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**  
Π.Γ.Ν.Ι

ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΡΒΕΛΗΣ



Τ. Κ. Ν. Ο. Ι. Σ. Τ.

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΡΙΘ. 15/08-6-2023 (Θ. 16) ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**ΘΕΜΑ 16: «Αναφορικά με έγκριση διεξαγωγής αναδρομικής μελέτης καταγραφής στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Κασκάνη Φωτεινής»**

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ. η αριθμ. πρωτ. 13189/30-5-2023 εισήγηση του Αναπληρωτή Διοικητή κ. Κωνσταντίνου Ντιναλέξη που έχει ως εξής:

**ΣΧΕΤ:**

- α) Αριθμ. Πρωτ. Ε.Σ. 172/23-03-2023 έγγραφο του Ε.Σ.
- β) Το άρθρο 30 του Ν. 4865 (ΦΕΚ238,τ. Α, 04-12-21) το οποίο αντικαθιστά την παρ. 1 του αρ.3 Ν.2519/1997 (Α' 165 )
- γ) Παρ. 2 του άρθρου 41 του Ν. 3528/2007 (ΦΕΚ 26/9-2-2007 τ. Α') «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.»
- δ) αριθμ. Δ3(α)/οικ.36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/03-06-2019τ.Β')
- ε) Άρθρο 17 μέρους ΙΑ του Ν. 4683, ΦΕΚ 83, τ. Α, 10-04-2020
- στ) την υπ' αριθμ. 22215/27-04-2023 έγκριση της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ

Σας θέτουμε υπόψη το ανωτέρω α) σχετ και σας κάνουμε γνωστό ότι το Ε.Σ. με την αριθμ. **7/21-03-2023 (Θ. 10)** απόφασή του και αφού έλαβε υπόψη τη σύμφωνη γνώμη της **Επιστημονικής** Επιτροπής Έρευνας, **εγκρίνει** τη διεξαγωγή της αναδρομικής μελέτης καταγραφής στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Διπλωματικής εργασίας της κ. Κασκάνη Φωτεινής.

Η μελέτη έχει τίτλο: «Ο ρόλος των νοσηλευτών στην καταγραφή των ANTI-TNFα θεραπειών σε ασθενείς με νόσο Crohn» και θα διεξαχθεί στην Γαστρεντερολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας με επιβλέποντα τον Δ/ντή αυτής, Καθηγητή Γαστρεντερολογίας κ.Χριστοδούλου Δημ.

Η μελέτη έχει στόχο την καταγραφή των ασθενών με νόσο Crohn που λαμβάνουν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες και συγκεκριμένα ANTI-TNFα μονοκλωνικά αντισώματα.

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρατήρησης-καταγραφής στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Κασκάνη Φωτεινής, Φοιτήτριας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και θα πραγματοποιηθεί με επιβλέποντα τον Καθηγητή Γαστρεντερολογίας κ.Χριστοδούλου Δημήτριο, τον κ.Μαντζούκα Στέφανο μέλος και την κ.Γκούβα Μαίρη μέλος.

Ο αριθμός του συνόλου των καταγραφών θα είναι περίπου 50. Η διάρκεια της μελέτης αναμένεται να είναι περίπου 2 μήνες.

Η έναρξη της μελέτης θα γίνει μετά τις σχετικές εγκρίσεις καθώς και την άδεια για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων από την 6<sup>η</sup> ΥΠΕ.

Εξετάστηκαν και εγκρίνονται:

1. Το Πρωτόκολλο της μελέτης
2. Το Φύλλο καταγραφής της Μελέτης  
Το Επιστημονικό Συμβούλιο αποδέχεται τη σχετική γραπτή διαβεβαίωση του κυρίου Ερευνητή ότι ισχύουν τα παρακάτω:

1. Ο ερευνητής και οι συνεργάτες του έχουν την εξειδίκευση, την εμπειρία και την δυνατότητα διεξαγωγής της μελέτης

Όνοματεπώνυμο και ιδιότητα	Χρόνος απασχόλησης στη
----------------------------	------------------------

	μελέτη ως ποσοστό του χρόνου για το κύριο έργο (%)
1. Κασκάνη Φωτεινή Φοιτήτρια ΔΠΜΣ	-
2. Χριστοδούλου Δημήτριος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας	-

2. Το κέντρο διαθέτει τον αριθμό εκείνο των ασθενών από τους οποίους θα επιλεγούν οι κατάλληλοι για συμμετοχή στη μελέτη στο χρονικό διάστημα που προβλέπεται από τη μελέτη.
3. Το κέντρο διαθέτει την υλικοτεχνική υποδομή που προβλέπεται στο πρωτόκολλο της μελέτης ώστε να παρέχει τη δυνατότητα διεξαγωγής και ολοκλήρωσης της μελέτης εντός του προβλεπόμενου χρόνου.

Η διεξαγωγή της ανωτέρω μελέτης δεν θα έχει καμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο μας και την Κλινική.

Το ως άνω πρωτόκολλο είναι πλήρες και καλύπτει τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας αποφασίζει για την διενέργεια κλινικών μελετών λαμβάνοντας υπόψη τις ισχύουσες αρχές διακήρυξης του Ελσίνκι και της Ορθής Κλινικής πρακτικής (GCP) και η σύνθεσή του καλύπτει τις απαιτήσεις της Ορθής κλινικής πρακτικής. Το Ερευνητικό πρωτόκολλο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην αριθμ. Δ3(α) οικ. 36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/Τβ/03-06-2019) Υπουργική απόφαση.

**Εισηγούμεστε:**

Την έγκριση διεξαγωγής αναδρομικής μελέτης καταγραφής στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Κασκάνη Φωτεινής

**Το Δ.Σ. μετά από διαλογική συζήτηση αποφασίζει ομόφωνα**

1. Δέχεται την παραπάνω εισήγηση ως έχει.
2. Σημειώνεται ότι η μελέτη πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, όπως τέθηκε σε ισχύ από την 25<sup>η</sup> Μαΐου 2018.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ**  
**Ν. ΚΑΤΣΑΚΙΩΡΗΣ**

**ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ**  
**Κ. ΝΤΙΝΑΛΕΣΗΣ**

**ΤΑ ΜΕΛΗ**  
**Δ. ΜΠΑΛΤΟΓΙΑΝΝΗΣ**  
**Ν. ΤΖΑΜΠΟΥΡΑΣ**

**Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**  
**ΝΑΤΣΙΚΑ ΕΛΕΝΗ**

**Ακριβές απόσπασμα**  
**Η Γραμματέας Δ.Σ.**  
**ΕΛΕΝΗ ΝΑΤΣΙΚΑ**

### 3. Έντυπο συγκατάθεσης



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
Σχολή Επιστημών Υγείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Σύμπραξη Τμημάτων Ιατρικής & Νοσηλευτικής

#### ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος της έρευνας:

Όνομα Μεταπτυχιακού/ής Φοιτητή/τριας- ερευνητή/τριας:

Παρακαλώ  
σημαδεύστε

1. Βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει τις γραπτές πληροφορίες αναφορικά με την παραπάνω έρευνα που μου έδωσε ο παραπάνω ερευνητής. Επίσης, βεβαιώνω ότι είχα την ευκαιρία να μελετήσω αυτές τις πληροφορίες, να ρωτήσω οποιαδήποτε απορία είχα και όλες οι απορίες μου έχουν επαρκώς απαντηθεί.
2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στην παραπάνω έρευνα είναι εθελούσια και ότι είμαι ελεύθερος/η να αποχωρήσω από αυτή οποιαδήποτε στιγμή, δίχως να λογοδοτήσω και δίχως να έχω καμία συνέπεια στα δικαιώματά μου.
3. Κατανοώ ότι μπορώ σε οποιαδήποτε στιγμή να ζητήσω να έχω πρόσβαση σε όποιες πληροφορίες παράσχω και μπορώ να απαιτήσω την καταστροφή των πληροφοριών που έχω παράσχει αν το επιθυμώ.
4. Κατανοώ ότι η ταυτότητα μου δεν θα γίνει φανερή ή δεν θα είμαι αναγνωρίσιμος/η σε κανένα κείμενο που θα προκύψει από την παραπάνω έρευνα και θα παραχθεί από τον παραπάνω ερευνητή.
5. Αποδέχομαι ότι η συμμετοχή μου στην παραπάνω έρευνα είναι εθελούσια και βεβαιώνω ότι οποιοδήποτε ρίσκο το οποίο συνδέεται με την παραπάνω έρευνα έχει πλήρως επεξηγηθεί σε μένα.
6. Συμφωνώ να συμμετέχω στην παραπάνω έρευνα.
7. Συμφωνώ να καταγραφούν οι απαντήσεις μου και να χρησιμοποιηθούν στην παραπάνω έρευνα.

Όνοματεπώνυμο Συμμετέχοντα στην έρευνα: \_\_\_\_\_ Ημ/νια: \_\_\_\_\_

Υπογραφή:  
\_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο Ερευνητή: \_\_\_\_\_ Ημ/νια: \_\_\_\_\_

Υπογραφή:  
\_\_\_\_\_

## 4. Πρωτόκολλο καταγραφής

### Πρωτόκολλο καταγραφής:

Όνοματεπώνυμο, **ηλικία**, φύλο, διαμονή.

Ατομικό αναμνηστικό ασθενούς

Άλλο αυτοάνοσο και ποιο:

Κύριο κλινικό σύμπτωμα εμφάνισης νόσου (διάρροια, απώλεια βάρους, κοιλιακό άλγος, πυρετός, αιματηρή διάρροια, στένωση εντέρου, συριγγίο, περιπρωκτική εκδήλωση, άλλο)

Ευρήματα αρχικής κολonosκόπησης:

Ευρήματα τελευταίας κολonosκόπησης:

Ευρήματα βιοψίας:

Ευρήματα CT κοιλίας:

Ευρήματα Μαγνητικής εντερογραφίας:

Ευρήματα Ενδοσκόπησης με κάψουλα (CE)

Εντόπιση νόσου L1 Λεπτό έντερο L2 Παχύ έντερο L3 Λεπτό και Παχύ έντερο L4 ανώτερο πεπτικό

Διάρκεια νόσου (σε μήνες):

Βαρύτητα νόσου ενδοσκοπικά ήπια – μέτρια σοβαρή..

Εξωεντερικές εκδηλώσεις :ναι – όχι

Εξωεντερικές εκδηλώσεις ποια (αφθώδης στοματίτιδα, γαγγραινώδες πυόδερμα, οζώδες ερύθημα, αρθραλγία, αρθρίτιδα, ιερολαγονίτιδα, σπονδυλίτιδα, ιριδοκυκλίτιδα, επισκληρίτιδα, πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα, περηπατίτιδα, φλεβοθρόμβωση κα).

Περιπρωκτικές εκδηλώσεις: ναι – όχι

Στένωση εντέρου : ναι – όχι

Χειρουργείο εντέρου : ναι – όχι

Παρουσία συριγγίου :ναι - όχι

Θεραπεία με βουδεσονίδη στην παρούσα φάση : ναι – όχι

Θεραπεία με κορτιζόνη στην παρούσα φάση : ναι – όχι

Θεραπεία με αζαθειοπρίνη στο παρελθόν: ναι – όχι

Θεραπεία με αζαθειοπρίνη τώρα: ναι – όχι

Θεραπεία με μεθοτρεξάτη τώρα: ναι – όχι

Θεραπεία με άλλο βιολογικό παράγοντα στο παρελθόν και ποιον ποιους (vedolizumab – entyvio, ustekinumab – stelara, άλλο anti-TNFa) :

Αντι-TNFa που λαμβάνει ο ασθενής : (infliximab – adalimumab):

Άλλαξε αντι-TNFa ο ασθενής;

Ακριβές εμπορικό σκεύασμα που λαμβάνει τώρα ο ασθενής :

Άλλαξε εμπορικό σκεύασμα ο ασθενής;

Συχνότητα χορήγησης θεραπείας στην παρούσα φάση (ανά εβδομάδες)

Δόση χορήγησης θεραπείας στην παρούσα φάση (για infliximab 5 ή 7.5 ή 10 mg /kg βάρους)

Αποτελεσματικότητα της θεραπείας: άριστη – καλή – μέτρια – κακή

Παρενέργειες θεραπείας: ναι – όχι

Αν παρενέργεια ποια – ποιες:

Αιμοσφαιρίνη

Λευκά

Αιμοπετάλια

ΤΚΕ

CRP

Καλπροτεκτίνη

Φερριτίνη

## 5. Έρευνα

26. Προηγ θεραπεία με βιολογικό:			
		Frequency	Percent
Missing	System	39	100,0

37. Αιμοσφαιρίνη:					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7,2	1	2,6	2,7	2,7
	8,0	1	2,6	2,7	5,4
	9,0	1	2,6	2,7	8,1
	9,8	1	2,6	2,7	10,8
	10,0	1	2,6	2,7	13,5
	10,3	1	2,6	2,7	16,2
	10,6	2	5,1	5,4	21,6
	10,7	1	2,6	2,7	24,3
	11,2	1	2,6	2,7	27,0
	11,3	1	2,6	2,7	29,7
	11,5	1	2,6	2,7	32,4
	11,7	1	2,6	2,7	35,1
	11,8	1	2,6	2,7	37,8
	11,9	1	2,6	2,7	40,5
	12,0	3	7,7	8,1	48,6
12,3	1	2,6	2,7	51,4	

	12,6	1	2,6	2,7	54,1
	12,8	1	2,6	2,7	56,8
	13,0	4	10,3	10,8	67,6
	13,1	2	5,1	5,4	73,0
	13,6	2	5,1	5,4	78,4
	13,7	1	2,6	2,7	81,1
	13,9	1	2,6	2,7	83,8
	14,0	1	2,6	2,7	86,5
	14,5	1	2,6	2,7	89,2
	15,0	1	2,6	2,7	91,9
	15,3	2	5,1	5,4	97,3
	16,2	1	2,6	2,7	100,0
	Total	37	94,9	100,0	
Missing	System	2	5,1		
Total		39	100,0		

38. Λευκά					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		6	15,4	15,4	15,4
	1.5	1	2,6	2,6	17,9
	10	3	7,7	7,7	25,6
	10.2	1	2,6	2,6	28,2
	12.4	1	2,6	2,6	30,8
	12.6	1	2,6	2,6	33,3
	12.9	1	2,6	2,6	35,9
	13.6	1	2,6	2,6	38,5
	14.7	1	2,6	2,6	41,0
	14.9	1	2,6	2,6	43,6
	16	1	2,6	2,6	46,2
	16.6	1	2,6	2,6	48,7
	2	1	2,6	2,6	51,3
	3.9	1	2,6	2,6	53,8
	5	2	5,1	5,1	59,0
	5.5	1	2,6	2,6	61,5
	6	1	2,6	2,6	64,1
	6.8	1	2,6	2,6	66,7
	6.9	3	7,7	7,7	74,4
	7	1	2,6	2,6	76,9
7.2	1	2,6	2,6	79,5	
7.6	1	2,6	2,6	82,1	

	7.8	1	2,6	2,6	84,6
	8	1	2,6	2,6	87,2
	8.2	1	2,6	2,6	89,7
	8.5	1	2,6	2,6	92,3
	8.7	1	2,6	2,6	94,9
	9	1	2,6	2,6	97,4
	9.9	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

39. Αιμοπετάλια					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	165	1	2,6	3,0	3,0
	166	1	2,6	3,0	6,1
	183	1	2,6	3,0	9,1
	213	1	2,6	3,0	12,1
	219	1	2,6	3,0	15,2
	224	1	2,6	3,0	18,2
	226	1	2,6	3,0	21,2
	235	2	5,1	6,1	27,3
	243	1	2,6	3,0	30,3
	251	1	2,6	3,0	33,3
	258	1	2,6	3,0	36,4
	266	1	2,6	3,0	39,4
	279	1	2,6	3,0	42,4
	312	1	2,6	3,0	45,5
	313	1	2,6	3,0	48,5
	315	1	2,6	3,0	51,5
	321	1	2,6	3,0	54,5
	337	1	2,6	3,0	57,6
	343	1	2,6	3,0	60,6
	358	1	2,6	3,0	63,6
	361	1	2,6	3,0	66,7
	379	1	2,6	3,0	69,7
	385	1	2,6	3,0	72,7
	399	1	2,6	3,0	75,8
	408	1	2,6	3,0	78,8
	412	1	2,6	3,0	81,8
442	1	2,6	3,0	84,8	
460	1	2,6	3,0	87,9	
466	1	2,6	3,0	90,9	
529	1	2,6	3,0	93,9	

	785	1	2,6	3,0	97,0
	928	1	2,6	3,0	100,0
	Total	33	84,6	100,0	
Missing	System	6	15,4		
Total		39	100,0		

40. TKE					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	3	7,7	7,9	7,9
	3	3	7,7	7,9	15,8
	4	1	2,6	2,6	18,4
	5	2	5,1	5,3	23,7
	6	1	2,6	2,6	26,3
	7	1	2,6	2,6	28,9
	8	1	2,6	2,6	31,6
	9	1	2,6	2,6	34,2
	11	1	2,6	2,6	36,8
	13	1	2,6	2,6	39,5
	15	2	5,1	5,3	44,7
	16	1	2,6	2,6	47,4
	17	2	5,1	5,3	52,6
	18	1	2,6	2,6	55,3
	19	1	2,6	2,6	57,9
	21	3	7,7	7,9	65,8
	30	1	2,6	2,6	68,4
	35	1	2,6	2,6	71,1
	43	1	2,6	2,6	73,7
	49	1	2,6	2,6	76,3
51	1	2,6	2,6	78,9	
54	1	2,6	2,6	81,6	
55	1	2,6	2,6	84,2	
61	1	2,6	2,6	86,8	
65	1	2,6	2,6	89,5	
71	1	2,6	2,6	92,1	
74	1	2,6	2,6	94,7	
118	1	2,6	2,6	97,4	
119	1	2,6	2,6	100,0	
	Total	38	97,4	100,0	
Missing	System	1	2,6		
Total		39	100,0		



43. Φερριτίνη					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23	1	2,6	2,6	2,6
	32	1	2,6	2,6	5,1
	33	2	5,1	5,1	10,3
	35	1	2,6	2,6	12,8
	38	1	2,6	2,6	15,4
	39	1	2,6	2,6	17,9
	40	2	5,1	5,1	23,1
	43	1	2,6	2,6	25,6
	44	3	7,7	7,7	33,3
	45	3	7,7	7,7	41,0
	46	1	2,6	2,6	43,6
	47	1	2,6	2,6	46,2
	48	1	2,6	2,6	48,7
	50	2	5,1	5,1	53,8
	52	3	7,7	7,7	61,5
	54	1	2,6	2,6	64,1
	56	1	2,6	2,6	66,7
	59	1	2,6	2,6	69,2
	62	1	2,6	2,6	71,8
	66	1	2,6	2,6	74,4
	69	1	2,6	2,6	76,9
	70	1	2,6	2,6	79,5
	78	1	2,6	2,6	82,1
	80	1	2,6	2,6	84,6
	87	1	2,6	2,6	87,2
	110	1	2,6	2,6	89,7
	113	1	2,6	2,6	92,3
	118	1	2,6	2,6	94,9
	204	1	2,6	2,6	97,4
	283	1	2,6	2,6	100,0
Total		39	100,0	100,0	