



Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
**Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων**

## **ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Συσχέτιση ποιότητας ζωής, άγχους και κατάθλιψης  
σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδης Νόσο του  
Εντέρου

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΠΑΠΑΡΟΥΝΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ:150

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Ιωάννινα, Ιούλιος, 2026

## Πίνακας περιεχομένων

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ευχαριστίες .....                                                                  | 4  |
| Περίληψη .....                                                                     | 5  |
| Abstract.....                                                                      | 6  |
| Εισαγωγή .....                                                                     | 7  |
| Κεφάλαιο 1ο Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα Εντέρου (ΙΦΝΕ).....                       | 9  |
| 1.1 Ορισμός και κατηγορίες Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ)..... | 9  |
| 1.2 Ελκώδης κολίτιδα .....                                                         | 10 |
| 1.2.1 Αιτιολογία και παθογένεια .....                                              | 10 |
| 1.2.2 Επιδημιολογία.....                                                           | 11 |
| 1.2.3 Κλινική εικόνα και συμπτώματα .....                                          | 12 |
| 1.3 Νόσος Crohn .....                                                              | 13 |
| 1.3.1 Επιδημιολογία.....                                                           | 14 |
| 1.3.2 Αιτιολογία και παθογένεια .....                                              | 15 |
| 1.3.3 Κλινική εικόνα και συμπτώματα .....                                          | 15 |
| 1.4 Επιπλοκές των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ) ..            | 17 |
| 1.4.1 Εντερικές επιπλοκές.....                                                     | 17 |
| 1.4.2 Διατροφικές και μεταβολικές επιπλοκές .....                                  | 18 |
| 1.4.3 Εξωεντερικές εκδηλώσεις και επιπλοκές .....                                  | 19 |
| 1.4.4 Θρομβοεμβολικές επιπλοκές .....                                              | 19 |
| 1.4.5 Κακοήθειες και μακροχρόνιοι κίνδυνοι .....                                   | 20 |
| 1.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....                                                  | 21 |
| Κεφάλαιο 2ο Ψυχολογικές Διαστάσεις των ΙΦΝΕ .....                                  | 23 |
| 2.1 Χρόνια νόσος και ψυχική υγεία .....                                            | 23 |
| 2.2 Άγχος σε ασθενείς με ΙΦΝΕ .....                                                | 24 |
| 2.3 Κατάθλιψη σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.....                                             | 25 |
| 2.4 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της νόσου .....            | 27 |
| 2.4.1 Κοινωνική υποστήριξη.....                                                    | 27 |
| 2.4.2 Κοινωνικές σχέσεις και απομόνωση .....                                       | 27 |
| 2.4.3 Εργασιακό περιβάλλον.....                                                    | 28 |
| 2.4.4 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.....                                         | 28 |
| Κεφάλαιο 3ο Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με ΙΦΝΕ.....                                 | 30 |
| 3.1 Έννοια και ορισμός της ποιότητας ζωής.....                                     | 30 |
| 3.2 Ποιότητα ζωής σε χρόνιες νόσους.....                                           | 30 |

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ .....   | 32 |
| 3.4 Ανασκόπηση της Διεθνούς Βιβλιογραφίας.....                              | 33 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....                                                          | 35 |
| Κεφάλαιο 4ο Μεθοδολογία .....                                               | 36 |
| 4.1 Σχεδιασμός της μελέτης.....                                             | 36 |
| 4.2 Πληθυσμός και δείγμα της μελέτης.....                                   | 36 |
| 4.3 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού.....                                   | 37 |
| 4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων .....                                     | 38 |
| 4.5 Ερευνητικά εργαλεία (HADS και SF-36).....                               | 39 |
| 4.6 Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....                                       | 40 |
| 4.7 Ηθικά ζητήματα της έρευνας.....                                         | 41 |
| Κεφάλαιο 5ο Αποτελέσματα.....                                               | 42 |
| 5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος .....                              | 42 |
| 5.2 Περιγραφική στατιστική των μεταβλητών.....                              | 42 |
| 5.3 Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (HADS).....                               | 43 |
| 5.4 Αποτελέσματα ποιότητας ζωής (SF-36) .....                               | 45 |
| 5.5 Συσχέτιση ποιότητας ζωής με άγχος.....                                  | 46 |
| 5.6 Συσχέτιση ποιότητας ζωής με κατάθλιψη.....                              | 47 |
| 5.7 Συσχέτιση δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τις μεταβλητές . | 48 |
| 5.8 Συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης .....                                   | 50 |
| Συζήτηση .....                                                              | 51 |
| Περιορισμοί της Μελέτης.....                                                | 53 |
| Συμπεράσματα .....                                                          | 55 |
| Βιβλιογραφία .....                                                          | 57 |
| Παραπομπές.....                                                             | 68 |

## Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν, με οποιονδήποτε τρόπο, στην εκπόνηση και ολοκλήρωσή της.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Χριστοδούλου Δημήτριο για την επιστημονική καθοδήγηση, την πολύτιμη υποστήριξη, τις εύστοχες παρατηρήσεις και τη διαρκή διαθεσιμότητά του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω σε όλους τους συμμετέχοντες της έρευνας, οι οποίοι αφιέρωσαν χρόνο και συνέβαλαν ουσιαστικά στη συλλογή των δεδομένων. Χωρίς τη δική τους συμμετοχή, η πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης δεν θα ήταν εφικτή.

Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω τους συναδέλφους και τους ανθρώπους του επαγγελματικού και ακαδημαϊκού μου περιβάλλοντος για τη συνεργασία, την ενθάρρυνση και τη βοήθειά τους σε κάθε στάδιο αυτής της προσπάθειας.

Τέλος, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω από καρδιάς τους γονείς μου, τον σύζυγο και τα παιδιά μου, για την υπομονή, την κατανόηση, την αγάπη και την αμέριστη στήριξή τους. Η παρουσία τους αποτέλεσε για εμένα πηγή δύναμης και έμπνευσης, ιδιαίτερα στις πιο απαιτητικές στιγμές αυτής της διαδρομής.

Σε όλους όσους στάθηκαν δίπλα μου και πίστεψαν σε εμένα, εκφράζω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη.

# Περίληψη

## Εισαγωγή

Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) αποτελούν χρόνιες παθήσεις που επηρεάζουν σημαντικά τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία των ασθενών. Το άγχος και η κατάθλιψη εμφανίζονται συχνά στους ασθενείς αυτούς και συνδέονται με μειωμένη ποιότητα ζωής.

## Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ποσοτική, διατομεακή μελέτη σε δείγμα 100 ασθενών με ΙΦΝΕ. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με δια ζώσης συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Χρησιμοποιήθηκαν το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) για την αξιολόγηση άγχους και κατάθλιψης και το SF-36 για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS.

## Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα έδειξαν αυξημένα επίπεδα άγχους σε σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων, ενώ τα επίπεδα κατάθλιψης ήταν χαμηλότερα. Διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και άγχους, καθώς και μεταξύ ποιότητας ζωής και κατάθλιψης. Παράλληλα, καταγράφηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης ( $r=0,68$ ,  $p<0,001$ ).

## Συμπεράσματα

Η ψυχολογική επιβάρυνση επηρεάζει ουσιαστικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΙΦΝΕ. Η συστηματική αξιολόγηση της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της συνολικής φροντίδας και της καθημερινής λειτουργικότητας των ασθενών.

**Λέξεις-κλειδιά:** Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου, Ποιότητα ζωής, Άγχος, Κατάθλιψη

# Abstract

## **Introduction**

Inflammatory bowel diseases (IBD) are chronic conditions that significantly affect both physical and psychological health. Anxiety and depression are common among patients with IBD and are closely associated with reduced quality of life.

## **Material and Methods**

A quantitative cross-sectional study was conducted on a sample of 100 patients diagnosed with IBD. Data was collected through face-to-face administration of questionnaires. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to assess anxiety and depression, while quality of life was evaluated using the SF-36 questionnaire. Statistical analysis was performed using SPSS software.

## **Results**

The findings showed increased anxiety levels in a considerable proportion of participants, whereas depression levels were lower but still clinically relevant. A negative correlation was found between quality of life and anxiety, as well as between quality of life and depression. In addition, a strong positive correlation was identified between anxiety and depression ( $r = 0.68$ ,  $p < 0.001$ ).

## **Conclusions**

Psychological burden has a substantial impact on the quality of life of patients with IBD. Systematic assessment of mental health may contribute to improved overall care and better daily functioning of affected individuals.

**Keywords:** Inflammatory Bowel Disease, Quality of life, Anxiety, Depression

## Εισαγωγή

Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) αποτελούν χρόνιες παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος που χαρακτηρίζονται από επίμονη φλεγμονή και εναλλαγή περιόδων ύφεσης και έξαρσης. Οι δύο κύριες μορφές των νοσημάτων αυτών είναι η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον για τα ΙΦΝΕ, καθώς η συχνότητα εμφάνισής τους έχει αυξηθεί σημαντικά σε πολλές χώρες, επηρεάζοντας άτομα διαφορετικών ηλικιακών ομάδων και κοινωνικών χαρακτηριστικών. Η χρόνια φύση της νόσου και η αβεβαιότητα που συχνά συνοδεύει την πορεία της δημιουργούν σημαντικές επιπτώσεις τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία των ασθενών (Fairbrass et.al., 2020)

Τα συμπτώματα των ΙΦΝΕ, όπως κοιλιακός πόνος, διάρροια, αιμορραγία από το έντερο και έντονη κόπωση, μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την καθημερινότητα των ασθενών. Παράλληλα, η ανάγκη για μακροχρόνια θεραπευτική αγωγή, οι συχνές ιατρικές επισκέψεις και η πιθανότητα επιπλοκών ενδέχεται να επιβαρύνουν την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών. Για τον λόγο αυτό, τα τελευταία χρόνια η επιστημονική κοινότητα δίνει ιδιαίτερη έμφαση όχι μόνο στην κλινική αντιμετώπιση της νόσου, αλλά και στις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους που σχετίζονται με αυτή (Deshmukh et.al., 2020)

Η παρουσία άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχει καταγραφεί συχνά σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, μεταξύ των οποίων και τα ΙΦΝΕ. Οι ψυχολογικοί αυτοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την αντίληψη των ασθενών για την υγεία τους, την προσαρμογή τους στη νόσο και τη συνολική τους λειτουργικότητα. Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί ότι η ψυχική επιβάρυνση μπορεί να συνδέεται με την πορεία της νόσου, καθώς τα αυξημένα επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης ενδέχεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και τη διαχείριση της καθημερινότητας (Black et.al., 2022).

Η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της υγείας, ιδιαίτερα σε άτομα που ζουν με χρόνια νοσήματα. Στην περίπτωση των ΙΦΝΕ, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η ένταση των συμπτωμάτων, η διάρκεια της νόσου, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών. Η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών των ασθενών και στην ανάπτυξη παρεμβάσεων που μπορούν να βελτιώσουν τη συνολική τους ευημερία (Knowles et.al., 2018).

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Η μελέτη αυτή επιδιώκει να καταγράψει την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής των ασθενών και να εξετάσει κατά πόσο τα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σχετίζονται με τις επιμέρους διαστάσεις της.

Με βάση τον σκοπό της έρευνας, διερευνάται αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Παράλληλα εξετάζεται κατά πόσο υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης σχετίζονται με χαμηλότερη αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής.

Η εργασία οργανώνεται σε επιμέρους κεφάλαια που παρουσιάζουν τόσο το θεωρητικό πλαίσιο όσο και τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η εισαγωγή και το γενικό πλαίσιο της μελέτης. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου και τα βασικά χαρακτηριστικά τους. Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζονται οι ψυχολογικές διαστάσεις της νόσου, με έμφαση στο άγχος και την κατάθλιψη. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της ποιότητας ζωής και η σημασία της σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Στη συνέχεια περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας, ακολουθεί η παρουσίαση των αποτελεσμάτων και τέλος διατυπώνονται τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης.

# Κεφάλαιο 1ο Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα Εντέρου (ΙΦΝΕ)

## 1.1 Ορισμός και κατηγορίες Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ)

Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) αποτελούν μια ομάδα χρόνιων φλεγμονωδών παθήσεων του γαστρεντερικού σωλήνα, οι οποίες χαρακτηρίζονται από υποτροπιάζουσα πορεία και περιόδους ύφεσης και έξαρσης. Πρόκειται για νοσήματα άγνωστης ακριβούς αιτιολογίας, τα οποία θεωρείται ότι προκύπτουν από μια σύνθετη αλληλεπίδραση γενετικών, ανοσολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η φλεγμονώδης διεργασία που αναπτύσσεται στο εντερικό τοίχωμα οδηγεί σε ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις και μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη λειτουργικότητα του πεπτικού συστήματος και τη συνολική υγεία των ασθενών (Feakins et.al., 2024).

Τα ΙΦΝΕ διακρίνονται κυρίως σε δύο βασικές κατηγορίες: τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα. Οι δύο αυτές παθήσεις εμφανίζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, όπως η χρόνια φλεγμονή του εντέρου και η υποτροπιάζουσα πορεία, διαφοροποιούνται όμως ως προς την εντόπιση της φλεγμονής, το βάθος προσβολής των ιστών και τα κλινικά τους χαρακτηριστικά (Gallagher et.al., 2021).

Η νόσος του Crohn μπορεί να προσβάλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, από το στόμα έως τον πρωκτό, αν και συχνότερα εντοπίζεται στο τελικό τμήμα του λεπτού εντέρου και στο παχύ έντερο. Η φλεγμονή χαρακτηρίζεται από διατοιχωματική προσβολή, δηλαδή επηρεάζει όλα τα στρώματα του εντερικού τοιχώματος, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές όπως στενώσεις, αποστήματα και συρίγγια (Dolinger et.al., 2024).

Αντίθετα, η ελκώδης κολίτιδα περιορίζεται στο παχύ έντερο και συγκεκριμένα στο βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Η φλεγμονή ξεκινά συνήθως από το ορθό και μπορεί να επεκταθεί συνεχόμενα προς τα εγγύτερα τμήματα του παχέος εντέρου. Σε αντίθεση με τη νόσο του Crohn, η φλεγμονώδης διεργασία στην ελκώδη κολίτιδα αφορά κυρίως τα επιφανειακά στρώματα του εντερικού τοιχώματος (Gros, & Kaplan, 2023).

Παρά τις διαφορές τους, και οι δύο μορφές ΙΦΝΕ συνοδεύονται από συμπτώματα όπως κοιλιακό άλγος, διάρροια, αιμορραγία από το ορθό, απώλεια βάρους και κόπωση.

Επιπλέον, οι ασθενείς ενδέχεται να εμφανίσουν εξωεντερικές εκδηλώσεις που αφορούν άλλα συστήματα του οργανισμού, όπως το δέρμα, τις αρθρώσεις και τα μάτια. Η χρόνια φύση των νοσημάτων αυτών και οι επιπτώσεις τους στην καθημερινή ζωή καθιστούν απαραίτητη τη συστηματική ιατρική παρακολούθηση και την ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών (Lang-Schwarz et.al.,2021).

## 1.2 Ελκώδης κολίτιδα

Η ελκώδης κολίτιδα αποτελεί μία από τις βασικές μορφές των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου και χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή του βλεννογόνου του παχέος εντέρου. Η φλεγμονώδης διεργασία ξεκινά συνήθως από το ορθό και επεκτείνεται προς τα εγγύτερα τμήματα του παχέος εντέρου με συνεχόμενο τρόπο. Σε αντίθεση με τη νόσο του Crohn, η φλεγμονή στην ελκώδη κολίτιδα περιορίζεται κυρίως στα επιφανειακά στρώματα του εντερικού τοιχώματος, δηλαδή στον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα (Segal et.al., 2021).

Η πορεία της νόσου είναι χρόνια και χαρακτηρίζεται από εναλλαγή περιόδων ύφεσης και εξάρσεων. Κατά τη διάρκεια των εξάρσεων παρατηρείται ενεργός φλεγμονή του εντερικού βλεννογόνου, ενώ κατά τις περιόδους ύφεσης τα συμπτώματα μειώνονται ή υποχωρούν πλήρως. Η σοβαρότητα της νόσου διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ασθενών, καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα είναι ήπια, ενώ σε άλλες μπορεί να εμφανιστούν σοβαρές επιπλοκές που επηρεάζουν σημαντικά την υγεία και την καθημερινότητα (Kucharzik et.al., 2020).

Η φλεγμονή προκαλεί χαρακτηριστικές αλλοιώσεις στον βλεννογόνο του παχέος εντέρου, όπως οίδημα, έλκη και αιμορραγία. Με την πάροδο του χρόνου, οι επαναλαμβανόμενες φλεγμονώδεις διεργασίες μπορούν να οδηγήσουν σε δομικές αλλαγές του εντερικού τοιχώματος και σε λειτουργικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος (Voelker, 2024).

### 1.2.1 Αιτιολογία και παθογένεια

Η ακριβής αιτιολογία της ελκώδους κολίτιδας δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί, ωστόσο η ανάπτυξη της νόσου θεωρείται αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων. Οι κυριότεροι από αυτούς περιλαμβάνουν τη γενετική προδιάθεση, τη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, τις μεταβολές της εντερικής

μικροχλωρίδας και διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Η γενετική προδιάθεση φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου. Αν και δεν έχει εντοπιστεί ένα συγκεκριμένο γονίδιο που να ευθύνεται αποκλειστικά για την εμφάνιση της ελκώδους κολίτιδας, έχουν αναγνωριστεί αρκετοί γενετικοί παράγοντες που σχετίζονται με την αυξημένη ευαισθησία του οργανισμού στη φλεγμονή του εντέρου (Bu et.al., 2025).

Ιδιαίτερα σημαντικός θεωρείται ο ρόλος του ανοσοποιητικού συστήματος. Σε φυσιολογικές συνθήκες το ανοσοποιητικό σύστημα διατηρεί ισορροπία μεταξύ ανοχής και άμυνας απέναντι στους μικροοργανισμούς του εντέρου. Στην ελκώδη κολίτιδα φαίνεται ότι αυτή η ισορροπία διαταράσσεται, με αποτέλεσμα την υπερβολική ανοσολογική αντίδραση έναντι των βακτηρίων της εντερικής χλωρίδας. Η αντίδραση αυτή οδηγεί στην ενεργοποίηση φλεγμονωδών μηχανισμών και στην απελευθέρωση κυτταροκινών που προκαλούν βλάβη στον εντερικό βλεννογόνο. (Porter et.al., 2020).

Παράλληλα, η σύνθεση της εντερικής μικροχλωρίδας φαίνεται να επηρεάζει την ανάπτυξη της νόσου. Η διαταραχή της φυσιολογικής ισορροπίας των μικροοργανισμών του εντέρου μπορεί να συμβάλει στην ενεργοποίηση της φλεγμονώδους διαδικασίας. Η σχέση μεταξύ μικροβιώματος και φλεγμονής αποτελεί αντικείμενο έντονης ερευνητικής δραστηριότητας τα τελευταία χρόνια (Kaur, & Goggolidou, 2020).

Επιπλέον, διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνιση και την πορεία της νόσου. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται οι διατροφικές συνήθειες, το στρες, η χρήση ορισμένων φαρμάκων και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής. Αν και οι παράγοντες αυτοί δεν αποτελούν άμεση αιτία της νόσου, μπορούν να συμβάλουν στην ενεργοποίηση ή την επιδείνωση της φλεγμονής σε άτομα που παρουσιάζουν γενετική προδιάθεση (Gajendran et.al., 2019)

### 1.2.2 Επιδημιολογία

Η ελκώδης κολίτιδα εμφανίζεται σε πολλές περιοχές του κόσμου, παρουσιάζοντας ωστόσο σημαντικές διαφορές ως προς τη συχνότητα εμφάνισης μεταξύ διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών. Παραδοσιακά, υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης καταγράφονται στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, ενώ χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται σε περιοχές της Ασίας, της Αφρικής και της

Νότιας Αμερικής. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου και σε χώρες που παλαιότερα παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά (Du, & Ha, 2020).

Η ελκώδης κολίτιδα μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αν και συχνότερα διαγιγνώσκεται σε νεαρούς ενήλικες. Η πρώτη κορύφωση εμφάνισης παρατηρείται συνήθως μεταξύ της δεύτερης και τέταρτης δεκαετίας της ζωής, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις καταγράφεται και δεύτερη κορύφωση σε μεγαλύτερες ηλικίες. Η νόσος επηρεάζει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες, χωρίς να παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων (Wei et.al., 2021)

Η αύξηση της συχνότητας των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου έχει συνδεθεί με αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις διατροφικές συνήθειες των σύγχρονων κοινωνιών. Η αστικοποίηση, η δυτικού τύπου διατροφή, η μειωμένη έκθεση σε μικροοργανισμούς κατά την παιδική ηλικία και διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν προταθεί ως πιθανοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση των περιστατικών. (Gros, & Kaplan 2023).

### 1.2.3 Κλινική εικόνα και συμπτώματα

Η κλινική εικόνα της ελκώδους κολίτιδας ποικίλλει ανάλογα με την έκταση της φλεγμονής και τη βαρύτητα της νόσου. Τα συμπτώματα σχετίζονται κυρίως με τη φλεγμονή του βλεννογόνου του παχέος εντέρου και μπορεί να εμφανίζονται με διαφορετική ένταση σε κάθε ασθενή (Adams et.al., 2022).

Το συχνότερο σύμπτωμα της νόσου είναι η διάρροια, η οποία συχνά συνοδεύεται από παρουσία αίματος και βλέννας στα κόπρανα. Η αιμορραγία από το ορθό αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της ελκώδους κολίτιδας και οφείλεται στη φλεγμονή και τις ελκώσεις του εντερικού βλεννογόνου. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν επίσης έντονη ανάγκη για αφόδευση, ακόμη και όταν το έντερο είναι σχεδόν άδειο, κατάσταση που συχνά συνοδεύεται από δυσφορία ή πόνο. (Singh, & Dulai, 2022).

Ο κοιλιακός πόνος αποτελεί επίσης συχνό σύμπτωμα και συνήθως εντοπίζεται στο κάτω μέρος της κοιλιάς. Ο πόνος μπορεί να σχετίζεται με την κινητικότητα του εντέρου και συχνά ανακουφίζεται μετά την αφόδευση. Σε περιπτώσεις ενεργού φλεγμονής μπορεί να εμφανιστούν συστηματικά συμπτώματα, όπως κόπωση, απώλεια όρεξης και απώλεια βάρους (Japparkulova et.al., 2021).

Εκτός από τα εντερικά συμπτώματα, σε ορισμένους ασθενείς εμφανίζονται

εξωεντερικές εκδηλώσεις που επηρεάζουν άλλα όργανα και συστήματα του οργανισμού. Οι συχνότερες από αυτές περιλαμβάνουν φλεγμονές των αρθρώσεων, δερματικές βλάβες και οφθαλμολογικές διαταραχές. Οι εκδηλώσεις αυτές μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα με την έξαρση της νόσου ή ανεξάρτητα από αυτή (Adams et.al., 2022).

Η σοβαρότητα της νόσου μπορεί να κυμαίνεται από ήπια έως σοβαρή. Σε ήπιες μορφές τα συμπτώματα είναι περιορισμένα και οι ασθενείς διατηρούν σχετικά καλή λειτουργικότητα. Αντίθετα, σε σοβαρές περιπτώσεις η έντονη φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική επιβάρυνση της υγείας και σε επιπλοκές που απαιτούν πιο εντατική θεραπευτική αντιμετώπιση (Singh, & Dulai, 2022).

### 1.3 Νόσος Crohn

Η νόσος του Crohn είναι χρόνια, υποτροπιάζουσα φλεγμονώδης πάθηση που ανήκει στα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Βασικό της χαρακτηριστικό είναι ότι μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του πεπτικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα έως τον πρωκτό, με συχνότερη εντόπιση τον τελικό ειλέο και το παχύ έντερο. Η κατανομή των βλαβών είναι συνήθως τμηματική, με περιοχές ενεργού φλεγμονής να εναλλάσσονται με φυσιολογικά τμήματα εντέρου, εικόνα που περιγράφεται κλασικά ως «skip lesions». Η φλεγμονή στη νόσο του Crohn είναι διατοιχωματική, δηλαδή επεκτείνεται σε όλα τα στρώματα του εντερικού τοιχώματος, γεγονός που εξηγεί την τάση εμφάνισης επιπλοκών όπως στενώσεις, συρίγγια και αποστήματα (Dolinger et.al., 2024).

Η νόσος δεν περιορίζεται σε μία μόνο μορφή, αλλά εκδηλώνεται με διαφορετικούς φαινότυπους ως προς την εντόπιση και τη συμπεριφορά της. Σε επίπεδο εντόπισης, μπορεί να είναι ειλεϊκή, κολική, ειλεοκολική ή να αφορά ανώτερα τμήματα του πεπτικού. Ως προς τη συμπεριφορά, σε ορισμένους ασθενείς η νόσος παραμένει κυρίως φλεγμονώδης, ενώ σε άλλους εξελίσσεται σε στενωτική ή διατρηαίνουσα μορφή, οδηγώντας σε μηχανικά προβλήματα διέλευσης ή σε σχηματισμό συριγγίων. Η περιπρωκτική νόσος αποτελεί επίσης ιδιαίτερη κλινική οντότητα, καθώς μπορεί να εκδηλωθεί με ραγάδες, αποστήματα και συρίγγια, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής (Roda et.al., 2020).

Σε ιστολογικό επίπεδο, η νόσος του Crohn συχνά συνδέεται με κοκκιωματώδη φλεγμονή, αν και το εύρημα αυτό δεν είναι απαραίτητα παρόν σε όλους τους ασθενείς. Οι βλάβες που προκύπτουν με την πάροδο του χρόνου μπορούν να αλλοιώσουν τη δομή

του εντέρου, να επηρεάσουν την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών και να οδηγήσουν σε συστηματικές επιπτώσεις, όπως απώλεια βάρους, αναιμία και διατροφικές ελλείψεις. Η πολυμορφία της νόσου καθιστά αναγκαία την εξατομικευμένη προσέγγιση, τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπευτική στρατηγική (Cushing & Higgins, 2021).

### 1.3.1 Επιδημιολογία

Τα ΙΦΝΕ, συμπεριλαμβανομένης της νόσου του Crohn, παρουσιάζουν αυξητική τάση σε πολλές χώρες, με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά σε περιοχές της Βόρειας Ευρώπης, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Βόρειας Αμερικής. Η εικόνα αυτή έχει διαφοροποιηθεί τα τελευταία χρόνια, καθώς αυξανόμενος αριθμός περιστατικών καταγράφεται και σε χώρες της Ασίας, της Μέσης Ανατολής και της Νότιας Αμερικής, γεγονός που έχει αποδοθεί σε αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις περιβαλλοντικές συνθήκες (Borowitz, 2023).

Η νόσος του Crohn εμφανίζεται συχνότερα σε νεαρούς ενήλικες, με μέγιστη συχνότητα διάγνωσης στη δεύτερη και τρίτη δεκαετία της ζωής. Παρ' όλα αυτά, δεν αποτελεί νόσο αποκλειστικά των νεαρών ηλικιών, καθώς μπορεί να εμφανιστεί τόσο σε παιδιά όσο και σε μεγαλύτερους ενήλικες. Η παιδιατρική έναρξη έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη, τη θρέψη και την ψυχοκοινωνική πορεία του παιδιού. Ως προς το φύλο, σε αρκετές μελέτες η νόσος εμφανίζεται με παρόμοια συχνότητα σε άνδρες και γυναίκες, αν και σε ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες παρατηρούνται μικρές διαφοροποιήσεις (Tsai et.al., 2022).

Επιπλέον, έχουν περιγραφεί διαφορές στην επίπτωση και στον φαινότυπο της νόσου ανάλογα με την εθνικότητα και το γεωγραφικό περιβάλλον. Οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί συχνά παρουσιάζουν αύξηση κινδύνου όταν εγκαθίστανται σε χώρες υψηλής επίπτωσης, στοιχείο που ενισχύει την άποψη ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην εμφάνιση της νόσου. Η επιδημιολογική εξέλιξη των ΙΦΝΕ έχει ιδιαίτερη βαρύτητα και για τα συστήματα υγείας, καθώς η χρόνια πορεία της νόσου απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση, συνεχή θεραπεία και συχνά εξειδικευμένες παρεμβάσεις (Gorospe et.al., 2024).

### 1.3.2 Αιτιολογία και παθογένεια

Η νόσος του Crohn, όπως και τα υπόλοιπα ΙΦΝΕ, δεν έχει μία μοναδική αναγνωρίσιμη αιτία. Η επικρατέστερη αντίληψη είναι ότι προκύπτει από αλληλεπίδραση γενετικής προδιάθεσης, διαταραγμένης ανοσολογικής απόκρισης, μικροβιακών παραγόντων και περιβαλλοντικών επιδράσεων. Σε άτομα με ευαισθησία, το ανοσοποιητικό σύστημα φαίνεται να αντιδρά υπερβολικά απέναντι σε αντιγόνα του εντερικού περιβάλλοντος, οδηγώντας σε παρατεταμένη φλεγμονή και βλάβη του εντερικού τοιχώματος (Basoglu, & Karakoyun 2023).

Η γενετική συνιστώσα είναι τεκμηριωμένη, καθώς η νόσος εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ. Ωστόσο, η κληρονομικότητα δεν επαρκεί για να εξηγήσει μόνη της την εμφάνιση της νόσου, γεγονός που υποδεικνύει την καθοριστική συμβολή εξωτερικών παραγόντων. Η εντερική μικροχλωρίδα έχει κεντρική θέση στην παθογένεια, καθώς η ισορροπία μεταξύ προστατευτικών και δυνητικά παθογόνων μικροοργανισμών μπορεί να μεταβληθεί, οδηγώντας σε δυσβίωση. Η δυσβίωση δεν θεωρείται απλώς επακόλουθο της φλεγμονής, αλλά πιθανός παράγοντας που συμβάλλει στη διατήρησή της, μέσω συνεχούς διέγερσης του ανοσοποιητικού (Mukim et.al., 2022).

Ιδιαίτερη σημασία έχει και ο εντερικός φραγμός. Όταν η ακεραιότητά του διαταράσσεται, αυξάνεται η διαπερατότητα και επιτρέπεται η ευκολότερη διείσδυση μικροβιακών προϊόντων στα βαθύτερα στρώματα, ενισχύοντας τον φαύλο κύκλο της φλεγμονής. Η ενεργοποίηση φλεγμονωδών κυτταροκινών οδηγεί σε επιμονή της φλεγμονώδους διεργασίας, ενώ η διατοιχωματική συμμετοχή εξηγεί την τάση σχηματισμού συριγγίων, στενώσεων και αποστημάτων (Long, 2024).

Σε επίπεδο περιβαλλοντικών παραγόντων, έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση ή την επιδείνωση της νόσου η διατροφή δυτικού τύπου, το χρόνιο στρες, η χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων και ορισμένες λοιμώξεις. Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα σε πολλές μελέτες είναι η σχέση με το κάπνισμα, το οποίο έχει συνδεθεί με δυσμενέστερη πορεία της νόσου του Crohn, τόσο ως προς την πιθανότητα εξάρσεων όσο και ως προς την ανάγκη για επεμβατικές θεραπείες (Chen et.al., 2019).

### 1.3.3 Κλινική εικόνα και συμπτώματα

Η κλινική εικόνα της νόσου του Crohn παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία, γεγονός που

σχετίζεται με την εντόπιση της φλεγμονής, τη βαρύτητα και τον τύπο της νόσου. Τα πιο συχνά συμπτώματα περιλαμβάνουν κοιλιακό πόνο, διάρροια και απώλεια βάρους. Ο κοιλιακός πόνος συχνά εντοπίζεται στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο όταν εμπλέκεται ο τελικός ειλεός, ενώ μπορεί να είναι διάχυτος σε εκτεταμένη νόσο. Η διάρροια μπορεί να είναι υδαρής ή να συνοδεύεται από βλέννα, ενώ η παρουσία αίματος είναι λιγότερο σταθερό εύρημα σε σχέση με την ελκώδη κολίτιδα, αν και μπορεί να εμφανιστεί όταν υπάρχει κολική συμμετοχή (Sindhu et.al., 2021).

Η κόπωση αποτελεί συχνό και ιδιαίτερα επιβαρυντικό σύμπτωμα, με πολυπαραγοντική προέλευση. Μπορεί να σχετίζεται με τη φλεγμονή, την αναιμία, τις διατροφικές ελλείψεις ή και την ψυχολογική επιβάρυνση που συνοδεύει μια χρόνια νόσο. Η απώλεια βάρους και ο υποσιτισμός είναι συχνότερα σε νόσο του λεπτού εντέρου, όπου η δυσασπορρόφηση παίζει σημαντικό ρόλο. Σε ορισμένους ασθενείς παρατηρούνται επίσης ναυτία, ανορεξία και μετεωρισμός, ανάλογα με την έκταση και τη λειτουργική επίδραση της νόσου (Varma et.al., 2022).

Η νόσος του Crohn συνδέεται με επιπλοκές που προκύπτουν από τη διατοχωματική φλεγμονή. Οι στενώσεις μπορούν να οδηγήσουν σε συμπτώματα απόφραξης, όπως κολικοειδές άλγος, έμετο και διάταση κοιλίας. Τα συρίγγια, που μπορεί να είναι εντεροεντερικά, εντεροκυστικά, εντεροδερματικά ή περιπρωκτικά, προκαλούν ιδιαίτερη νοσηρότητα και συχνά απαιτούν συνδυασμένη φαρμακευτική και χειρουργική αντιμετώπιση. Τα αποστήματα, ως αποτέλεσμα της εντοπισμένης λοίμωξης, εκδηλώνονται με πυρετό, έντονο πόνο και γενική κακουχία (Williams-Hall et.al., 2023).

Εκτός από τα εντερικά συμπτώματα, συχνές είναι οι εξωεντερικές εκδηλώσεις. Μπορεί να εμφανιστούν αρθραλγίες ή αρθρίτιδα, οφθαλμολογικές φλεγμονές, δερματικές αλλοιώσεις και ηπατοχολικές διαταραχές. Οι εκδηλώσεις αυτές δεν επηρεάζουν μόνο τη σωματική λειτουργικότητα, αλλά επιβαρύνουν συνολικά την καθημερινότητα, συχνά ανεξάρτητα από τη δραστηριότητα της εντερικής νόσου. (Bernstein et.al., 2026). Ιδιαίτερη σημασία έχει η επίδραση της νόσου στην ψυχοκοινωνική ζωή. Οι αιφνίδιες εξάρσεις, η ανάγκη πρόσβασης σε τουαλέτα, η αβεβαιότητα ως προς την πορεία της νόσου και οι περιορισμοί σε εργασία και κοινωνικές δραστηριότητες επηρεάζουν την αυτοεικόνα, τις σχέσεις και τη συναισθηματική κατάσταση (Varma et.al., 2022).

## 1.4 Επιπλοκές των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ)

Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) δεν περιορίζονται μόνο στα καθημερινά συμπτώματα που βιώνει ο ασθενής κατά τις εξάρσεις, αλλά μπορούν να συνοδεύονται από ένα ευρύ φάσμα επιπλοκών, οι οποίες επηρεάζουν τη νοσηρότητα, την ανάγκη νοσηλείας, τη μακροχρόνια πρόγνωση και την ποιότητα ζωής. Οι επιπλοκές μπορεί να σχετίζονται άμεσα με το έντερο, να αφορούν άλλα όργανα και συστήματα (εξωεντερικές εκδηλώσεις) ή να προκύπτουν ως συνέπεια της χρόνιας φλεγμονής, της δυσασπορρόφησης και των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η πιθανότητα εμφάνισης και το είδος των επιπλοκών εξαρτώνται από τη μορφή των ΙΦΝΕ, τη διάρκεια της νόσου, τη βαρύτητά της, την εντόπιση της φλεγμονής και την ανταπόκριση στη θεραπεία (Annese, 2019).

### 1.4.1 Εντερικές επιπλοκές

Οι εντερικές επιπλοκές διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό ανάλογα με το αν πρόκειται για νόσο του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα, καθώς οι δύο παθήσεις έχουν διαφορετικό πρότυπο φλεγμονής. Στη νόσο του Crohn, η διατοιχωματική φλεγμονή είναι καθοριστική για την ανάπτυξη επιπλοκών που αφορούν τη δομή και τη λειτουργία του εντέρου. Η χρόνια φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε πάχυνση του εντερικού τοιχώματος και σχηματισμό ουλώδους ιστού, προκαλώντας στενώσεις. Οι στενώσεις μπορεί να είναι φλεγμονώδεις ή ινωτικές και συχνά σχετίζονται με επεισόδια υποαπόφραξης ή απόφραξης, με συμπτώματα όπως κολικοειδές κοιλιακό άλγος, ναυτία, έμετο και κοιλιακή διάταση. Σε προχωρημένες περιπτώσεις, η αντιμετώπιση μπορεί να απαιτήσει ενδοσκοπική διάταση ή χειρουργική παρέμβαση. (Mahfouz et.al., 2019).

Επιπλέον, στη νόσο του Crohn παρατηρείται συχνά σχηματισμός συριγγίων, ως αποτέλεσμα της διείσδυσης της φλεγμονώδους διαδικασίας σε όλο το πάχος του εντερικού τοιχώματος. Τα συρίγγια μπορεί να συνδέουν διαφορετικά τμήματα του εντέρου μεταξύ τους ή να επικοινωνούν με άλλα όργανα, όπως η ουροδόχος κύστη, ο κόλπος ή το δέρμα. Η περιπρωκτική νόσος, με συρίγγια και αποστήματα γύρω από τον πρωκτό, αποτελεί ιδιαίτερη κλινική κατάσταση που συχνά επιβαρύνει σημαντικά την καθημερινότητα και μπορεί να απαιτεί συνδυασμό φαρμακευτικής θεραπείας και χειρουργικών παρεμβάσεων (Marotto et.al., 2020).

Τα αποστήματα αποτελούν άλλη μία σοβαρή εντερική επιπλοκή, κυρίως στη νόσο του Crohn. Πρόκειται για εντοπισμένες συλλογές πύου που σχετίζονται με διάτρηση ή μικροδιατρήσεις του εντέρου. Εκδηλώνονται συνήθως με πυρετό, έντονο πόνο και γενική κακουχία, ενώ η θεραπεία συχνά περιλαμβάνει αντιβιοτικά και παροχέτευση.

Στην ελκώδη κολίτιδα, οι εντερικές επιπλοκές συνδέονται περισσότερο με την έκταση της βλεννογονικής βλάβης και την ένταση της φλεγμονής. Σε σοβαρές εξάρσεις μπορεί να εμφανιστεί τοξικό megacolon, μία επείγουσα κατάσταση κατά την οποία το παχύ έντερο διατείνεται σημαντικά και υπάρχει κίνδυνος διάτρησης. Η διάτρηση του εντέρου, είτε ως συνέπεια τοξικού megacolon είτε λόγω σοβαρής φλεγμονής, αποτελεί απειλητική για τη ζωή επιπλοκή που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση (Kumarapperuma et.al., 2024).

Σε αμφοτέρες τις μορφές ΙΦΝΕ, η χρόνια φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε αιμορραγία από το έντερο. Στην ελκώδη κολίτιδα η αιμορραγία είναι πιο συχνή λόγω της εκτεταμένης βλεννογονικής φλεγμονής, ενώ στη νόσο του Crohn εμφανίζεται συνήθως σε κολική εντόπιση ή σε περιπτώσεις βαθύτερων ελκών. Η παρατεταμένη αιμορραγία μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη αναιμίας, η οποία αποτελεί συχνή επιπλοκή (Kumarapperuma et.al., 2024).

#### 1.4.2 Διατροφικές και μεταβολικές επιπλοκές

Η χρόνια φλεγμονή και η μειωμένη απορρόφηση θρεπτικών συστατικών, ιδιαίτερα στη νόσο του Crohn με εντόπιση στο λεπτό έντερο, μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικές διατροφικές επιπλοκές. Η απώλεια βάρους, ο υποσιτισμός και οι ελλείψεις βιταμινών και ιχνοστοιχείων είναι σχετικά συχνές. Ελλείψεις σιδήρου, βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος συμβάλλουν στην αναιμία, ενώ η έλλειψη βιταμίνης D και ασβεστίου συνδέεται με οστικές διαταραχές. Παράλληλα, η χρόνια χρήση κορτικοστεροειδών, όταν είναι απαραίτητη, μπορεί να επιδεινώσει περαιτέρω την οστική απώλεια και να αυξήσει τον κίνδυνο οστεοπενίας και οστεοπόρωσης (Balestrieri et.al., 2020)

Σε παιδιατρικούς ασθενείς, οι διατροφικές επιπλοκές αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς μπορεί να επηρεαστεί η ανάπτυξη και η σωματική ωρίμανση. Η καθυστέρηση ανάπτυξης αποτελεί αναγνωρισμένη επιπλοκή, κυρίως στη νόσο του Crohn, λόγω χρόνιας φλεγμονής, μειωμένης πρόσληψης τροφής και δυσαπορρόφησης (Valvano et.al., 2023).

### 1.4.3 Εξωεντερικές εκδηλώσεις και επιπλοκές

Τα ΙΦΝΕ δεν είναι αποκλειστικά εντερικές παθήσεις. Σε σημαντικό ποσοστό ασθενών παρατηρούνται εξωεντερικές εκδηλώσεις, οι οποίες μπορεί να προηγηθούν της διάγνωσης ή να εμφανιστούν παράλληλα με τη δραστηριότητα της νόσου. Συχνά προσβάλλονται οι αρθρώσεις, με τη μορφή αρθραλγιών ή περιφερικής αρθρίτιδας. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα ή φλεγμονή των ιερολαγονίων, με χρόνια οσφυαλγία και δυσκαμψία (Annese, 2019).

Δερματικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν το οζώδες ερύθημα και το πυοδερματικό γάγγραινα. Το οζώδες ερύθημα συνδέεται συχνά με την έξαρση της νόσου, ενώ το πυοδερματικό γάγγραινα μπορεί να ακολουθεί πιο ανεξάρτητη πορεία και απαιτεί εξειδικευμένη θεραπευτική προσέγγιση. Οφθαλμολογικές επιπλοκές, όπως ραγοειδίτιδα και επισκληρίτιδα, μπορεί να προκαλέσουν πόνο, ερυθρότητα και θόλωση όρασης και χρειάζονται άμεση αξιολόγηση, λόγω κινδύνου μόνιμης βλάβης (Kilic et.al., 2024).

Ιδιαίτερη κατηγορία αποτελούν οι ηπατοχολικές επιπλοκές. Η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα, αν και σπάνια, συνδέεται κυρίως με την ελκώδη κολίτιδα και αποτελεί σοβαρή επιπλοκή, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε προοδευτική ηπατική βλάβη. Επιπλέον, οι χολόλιθοι εμφανίζονται συχνότερα στη νόσο του Crohn, ιδιαίτερα όταν υπάρχει εντόπιση στον ειλεό, ενώ νεφρολιθίαση μπορεί να παρατηρηθεί λόγω μεταβολικών διαταραχών και αφυδάτωσης (Kim & Cheon, 2020).

### 1.4.4 Θρομβοεμβολικές επιπλοκές

Οι ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η τάση αυτή αποδίδεται κυρίως στη χρόνια φλεγμονώδη διαδικασία που χαρακτηρίζει τα ΙΦΝΕ, η οποία μπορεί να επηρεάσει τη φυσιολογική ισορροπία του μηχανισμού πήξης του αίματος και να δημιουργήσει μια κατάσταση υπερπηκτικότητας. Ως αποτέλεσμα, αυξάνεται η πιθανότητα σχηματισμού θρόμβων στο αγγειακό σύστημα (Lishchinskaya et.al., 2022).

Οι συχνότερες θρομβοεμβολικές επιπλοκές αφορούν το φλεβικό σύστημα και περιλαμβάνουν την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, η οποία εμφανίζεται συνήθως στα κάτω άκρα, καθώς και την πνευμονική εμβολή, η οποία προκύπτει όταν τμήμα ενός

θρόμβου αποσπαστεί και μεταφερθεί μέσω της κυκλοφορίας στους πνεύμονες. Οι καταστάσεις αυτές αποτελούν σοβαρές επιπλοκές και μπορεί να συνοδεύονται από συμπτώματα όπως πόνο και οίδημα στα άκρα, δύσπνοια, θωρακικό άλγος ή αιφνίδια επιδείνωση της γενικής κατάστασης (Fornaro et.al., 2019).

Ο κίνδυνος εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων φαίνεται να είναι μεγαλύτερος κατά τις περιόδους ενεργού φλεγμονής της νόσου. Κατά τη διάρκεια των εξάρσεων παρατηρείται αυξημένη παραγωγή φλεγμονωδών παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν το ενδοθήλιο των αγγείων και τη λειτουργία των αιμοπεταλίων, ενισχύοντας τη διαδικασία της πήξης. Παράλληλα, παράγοντες όπως η παρατεταμένη ακινητοποίηση, η αφυδάτωση, οι νοσηλείες και ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις που μπορεί να απαιτηθούν κατά την πορεία της νόσου συμβάλλουν επιπρόσθετα στην αύξηση του κινδύνου (Stadnicki, & Stadnicka, 2021).

Επιπλέον, σε ορισμένους ασθενείς έχουν παρατηρηθεί μεταβολές σε παράγοντες πήξης και αντιπηκτικούς μηχανισμούς του οργανισμού, οι οποίες ενισχύουν τη δημιουργία θρόμβων. Η παρουσία αναιμίας, η χρήση κορτικοστεροειδών και η ενεργός φλεγμονή αποτελούν επίσης παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερη πιθανότητα θρομβωτικών επεισοδίων (Gala et.al., 2022).

Αν και οι φλεβικές θρομβώσεις είναι οι συχνότερες, σε σπανιότερες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστούν θρομβώσεις και σε άλλες αγγειακές περιοχές, όπως οι εγκεφαλικές ή οι σπλαχνικές φλέβες. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες και απαιτούν άμεση ιατρική αντιμετώπιση (Fornaro et.al., 2019).

#### 1.4.5 Κακοήθειες και μακροχρόνιοι κίνδυνοι

Η μακροχρόνια φλεγμονή του παχέος εντέρου, κυρίως σε ασθενείς με εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα ή μακροχρόνια κολική νόσο Crohn, έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης δυσπλασίας και καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος φαίνεται να αυξάνεται με τη διάρκεια της νόσου, την έκταση της εντερικής συμμετοχής και την παρουσία συνεχιζόμενης ενεργού φλεγμονής. Για τον λόγο αυτό, οι ασθενείς αυτοί απαιτούν συστηματική ενδοσκοπική παρακολούθηση και έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινικών αλλοιώσεων (Loo et.al., 2019).

Επιπρόσθετα, ορισμένες θεραπείες που χρησιμοποιούνται στα ΙΦΝΕ, ιδιαίτερα ανοσοκατασταλτικοί και βιολογικοί παράγοντες, συνδέονται με αυξημένη ευαισθησία σε λοιμώξεις. Αυτό δεν αποτελεί επιπλοκή της νόσου αυτής καθυψής, αλλά σχετίζεται

με τη συνολική επιβάρυνση του ασθενούς και απαιτεί προσεκτική παρακολούθηση, εμβολιαστική κάλυψη όπου ενδείκνυται και έγκαιρη αντιμετώπιση λοιμώξεων (Laredo et.al., 2023).

## 1.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου αποσκοπεί κυρίως στον έλεγχο της φλεγμονής, στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και στη διατήρηση της ύφεσης της νόσου για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Παράλληλα, σημαντικός στόχος της θεραπείας είναι η πρόληψη των επιπλοκών και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής στρατηγικής εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως ο τύπος της νόσου, η εντόπιση και η βαρύτητα της φλεγμονής, η παρουσία επιπλοκών καθώς και η ανταπόκριση του ασθενούς σε προηγούμενες θεραπείες (Stallmach et.al., 2023).

Η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί τον βασικό πυλώνα της θεραπείας. Στα αρχικά στάδια της νόσου χρησιμοποιούνται συχνά αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τα οποία στοχεύουν στη μείωση της φλεγμονής του εντερικού βλεννογόνου. Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται κυρίως στην ελκώδη κολίτιδα και μπορούν να χορηγηθούν είτε από το στόμα είτε τοπικά, ανάλογα με την εντόπιση της νόσου. Σε περιπτώσεις όπου η φλεγμονή είναι πιο έντονη ή τα συμπτώματα δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στην αρχική θεραπεία, μπορεί να χρησιμοποιηθούν κορτικοστεροειδή, τα οποία έχουν ισχυρή αντιφλεγμονώδη δράση και συμβάλλουν στον γρήγορο έλεγχο των εξάρσεων (Cai et.al., 2021).

Για τη μακροχρόνια διαχείριση της νόσου και τη διατήρηση της ύφεσης χρησιμοποιούνται ανοσοτροποποιητικά φάρμακα, τα οποία επηρεάζουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και μειώνουν τη φλεγμονώδη αντίδραση. Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα σε ασθενείς με συχνές εξάρσεις ή σε περιπτώσεις όπου η νόσος δεν ελέγχεται επαρκώς με τις συμβατικές θεραπείες (Imbrizi et.al., 2023).

Τα τελευταία χρόνια σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί με την ανάπτυξη των βιολογικών θεραπειών. Οι θεραπείες αυτές στοχεύουν συγκεκριμένους μηχανισμούς της φλεγμονώδους διαδικασίας και έχουν συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της

διαχείρισης των ΙΦΝΕ. Χρησιμοποιούνται κυρίως σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή μορφή της νόσου ή σε περιπτώσεις όπου οι άλλες θεραπευτικές επιλογές δεν έχουν αποδώσει τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Wang et.al., 2022).

Εκτός από τη φαρμακευτική θεραπεία, σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των ΙΦΝΕ διαδραματίζει και η διατροφική υποστήριξη. Η χρόνια φλεγμονή και οι επαναλαμβανόμενες εξάρσεις μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια βάρους και διατροφικές ελλείψεις. Η προσεκτική παρακολούθηση της θρεπτικής κατάστασης των ασθενών και η κατάλληλη διατροφική παρέμβαση συμβάλλουν στη βελτίωση της συνολικής υγείας και στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί συμπληρωματική χορήγηση βιταμινών και ιχνοστοιχείων (Deshmukh et.al.,2020).

Σε περιπτώσεις όπου η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι αποτελεσματική ή όταν εμφανίζονται σοβαρές επιπλοκές, μπορεί να χρειαστεί χειρουργική αντιμετώπιση. Στη νόσο του Crohn η χειρουργική επέμβαση συνήθως στοχεύει στην αντιμετώπιση επιπλοκών όπως στενώσεις, αποστήματα ή συρίγγια. Στην ελκώδη κολίτιδα, η αφαίρεση του παχέος εντέρου μπορεί να αποτελέσει οριστική θεραπευτική επιλογή σε σοβαρές περιπτώσεις που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή ή όταν υπάρχουν επιπλοκές που απειλούν τη ζωή του ασθενούς (M'Koma, 2022).

## Κεφάλαιο 2ο Ψυχολογικές Διαστάσεις των ΙΦΝΕ

### 2.1 Χρόνια νόσος και ψυχική υγεία

Η παρουσία μιας χρόνιας νόσου αποτελεί σημαντικό γεγονός στη ζωή ενός ατόμου, καθώς επηρεάζει όχι μόνο τη σωματική κατάσταση αλλά και τη συναισθηματική και ψυχολογική του ισορροπία. Σε αντίθεση με τις οξείες παθήσεις, οι χρόνιες νόσοι χαρακτηρίζονται από μακροχρόνια πορεία, συχνά με αβέβαιη εξέλιξη και ανάγκη συνεχούς διαχείρισης. Η πραγματικότητα αυτή απαιτεί από τον ασθενή να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν την καθημερινότητα, τις σχέσεις και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και το μέλλον (Huang et.al., 2023).

Η διάγνωση μιας χρόνιας νόσου συχνά συνοδεύεται από έντονα συναισθήματα, όπως φόβος, αβεβαιότητα και ανησυχία για την πορεία της υγείας. Οι ασθενείς καλούνται να αντιμετωπίσουν την πιθανότητα υποτροπών, την ανάγκη μακροχρόνιας θεραπείας και τους περιορισμούς που μπορεί να επιβάλλει η νόσος στην καθημερινή ζωή. Η διαδικασία προσαρμογής δεν είναι ίδια για όλους, καθώς επηρεάζεται από προσωπικούς παράγοντες, όπως η προσωπικότητα, οι μηχανισμοί αντιμετώπισης του στρες και το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης (Al-Mamun et.al.,2026).

Η ψυχική υγεία των ατόμων με χρόνια νοσήματα μπορεί να επιβαρυνθεί σημαντικά. Το άγχος αποτελεί μία από τις πιο συχνές αντιδράσεις, καθώς συνδέεται με την αβεβαιότητα και τον φόβο επιδείνωσης της κατάστασης. Παράλληλα, η παρατεταμένη επιβάρυνση μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα όταν η νόσος επηρεάζει τη λειτουργικότητα, την εργασία ή την κοινωνική ζωή. Η αίσθηση απώλειας ελέγχου και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής μπορούν να ενισχύσουν τα αρνητικά συναισθήματα και να επηρεάσουν τη συνολική ψυχική ευεξία (Xiao et.al., 2022).

Η σχέση μεταξύ χρόνιας νόσου και ψυχικής υγείας είναι αμφίδρομη. Από τη μία πλευρά, η ύπαρξη της νόσου επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Από την άλλη, η ψυχική επιβάρυνση μπορεί να επηρεάσει την πορεία της νόσου, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και την αντίληψη των συμπτωμάτων. Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης ενδέχεται να δυσκολεύονται περισσότερο να διαχειριστούν τη θεραπευτική τους αγωγή και να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της καθημερινότητας (Momen et.al.,2020).

Σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή του ατόμου παίζει η κοινωνική υποστήριξη. Η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, είτε από την οικογένεια είτε από το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο, μπορεί να συμβάλει στη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης και στην ενίσχυση της αίσθησης ασφάλειας. Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση ή η έλλειψη κατανόησης μπορεί να επιδεινώσει την ψυχική κατάσταση και να δυσχεράνει την προσαρμογή (Brown, 2024).

## 2.2 Άγχος σε ασθενείς με ΙΦΝΕ

Το άγχος αποτελεί ένα από τα συχνότερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που παρατηρούνται σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Η χρόνια και απρόβλεπτη φύση της νόσου, σε συνδυασμό με την εναλλαγή περιόδων ύφεσης και εξάρσεων, δημιουργεί ένα αίσθημα αβεβαιότητας που επηρεάζει σημαντικά τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών. Η αβεβαιότητα αυτή αφορά τόσο την εξέλιξη της νόσου όσο και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, γεγονός που ενισχύει τη διαρκή ανησυχία για το μέλλον (Black et.al.,2022).

Οι ασθενείς συχνά βιώνουν άγχος που σχετίζεται με την πιθανότητα εμφάνισης νέων συμπτωμάτων ή εξάρσεων. Η ανάγκη για άμεση πρόσβαση σε τουαλέτα, ο φόβος απώλειας ελέγχου των εντερικών λειτουργιών και η πιθανότητα αιφνίδιας επιδείνωσης δημιουργούν έντονη ψυχολογική ένταση, ιδιαίτερα σε κοινωνικές ή επαγγελματικές καταστάσεις. Ως αποτέλεσμα, αρκετοί ασθενείς περιορίζουν τις δραστηριότητές τους, αποφεύγουν ταξίδια ή κοινωνικές συναναστροφές και προσαρμόζουν την καθημερινότητά τους με τρόπο που μειώνει το αίσθημα ανασφάλειας (Ge et.al., 2022). Το άγχος δεν περιορίζεται μόνο στην καθημερινή λειτουργικότητα αλλά επηρεάζει και τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη νόσο τους. Η υπερβολική εστίαση στα σωματικά συμπτώματα μπορεί να ενισχύσει την ανησυχία και να δημιουργήσει έναν φαύλο κύκλο, όπου η ψυχολογική ένταση αυξάνει την ευαισθησία του ατόμου στα συμπτώματα, τα οποία με τη σειρά τους εντείνουν το άγχος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας ή σε υπερβολική αναζήτηση ιατρικών εξετάσεων (Sic et.al.,2024). Η σχέση μεταξύ άγχους και ΙΦΝΕ είναι αμφίδρομη. Από τη μία πλευρά, η νόσος και τα συμπτώματά της συμβάλλουν στην εμφάνιση και διατήρηση του άγχους. Από την άλλη, το άγχος φαίνεται να επηρεάζει την πορεία της νόσου, καθώς έχει συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα εξάρσεων και επιδείνωσης των συμπτωμάτων. Αν και οι

μηχανισμοί αυτής της σχέσης δεν είναι πλήρως κατανοητοί, θεωρείται ότι το άγχος επηρεάζει το ανοσοποιητικό σύστημα και τη λειτουργία του εντέρου, συμβάλλοντας στη φλεγμονώδη διαδικασία (Schoultz et.al., 2020).

Επιπλέον, το άγχος μπορεί να επηρεάσει τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή. Ορισμένοι ασθενείς ενδέχεται να παραλείπουν τη φαρμακευτική αγωγή λόγω φόβου παρενεργειών ή αμφιβολιών σχετικά με την αποτελεσματικότητά της, ενώ άλλοι μπορεί να δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες σε περιόδους έντονης ψυχολογικής πίεσης. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της νόσου και να ενισχύσει περαιτέρω το άγχος (Gomez et.al., 2023).

Η διαχείριση του άγχους αποτελεί σημαντικό στοιχείο της συνολικής φροντίδας των ασθενών με ΙΦΝΕ. Η ενημέρωση σχετικά με τη νόσο, η ενίσχυση της αίσθησης ελέγχου και η ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης μπορούν να συμβάλουν στη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης. Παράλληλα, η υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας και το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να ενισχύσει την προσαρμογή των ασθενών και να βελτιώσει τη συνολική τους λειτουργικότητα (Balestrieri et.al., 2023).

## 2.3 Κατάθλιψη σε ασθενείς με ΙΦΝΕ

Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές που παρατηρούνται σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου και συνδέεται στενά με τη χρόνια φύση της νόσου. Η συνεχής εναλλαγή περιόδων ύφεσης και εξάρσεων, η ανάγκη για μακροχρόνια θεραπεία και οι περιορισμοί στην καθημερινότητα δημιουργούν ένα πλαίσιο που μπορεί να ευνοήσει την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η συναισθηματική επιβάρυνση δεν προκύπτει μόνο από τα σωματικά συμπτώματα, αλλά και από την αβεβαιότητα σχετικά με την εξέλιξη της νόσου και τις πιθανές επιπλοκές (Bisgaard et.al., 2022).

Η κατάθλιψη στους ασθενείς με ΙΦΝΕ εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους. Συχνά παρατηρείται μειωμένη διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που παλαιότερα ήταν ευχάριστες, αίσθημα κόπωσης και χαμηλή ενεργητικότητα. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να βιώνουν διαταραχές στον ύπνο και την όρεξη, καθώς και δυσκολία συγκέντρωσης. Σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζεται έντονο αίσθημα απαισιοδοξίας ή μειωμένης αυτοεκτίμησης, ιδιαίτερα όταν η νόσος επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργικότητα και την κοινωνική ζωή (Piovani et.al., 2024).

Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με ΙΦΝΕ σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με πρόσφατες μετα-αναλύσεις, περίπου το 20-30% των ασθενών εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν ποσοστά έως και 22-25%. Σε συστηματικές ανασκοπήσεις, η συνολική επίπτωση της κατάθλιψης υπολογίζεται γύρω στο 25% των ασθενών με ΙΦΝΕ. Ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά καταγράφονται κατά τη διάρκεια ενεργού νόσου, όπου τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται σε έως και ένα τρίτο των ασθενών. Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν τη σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση που συνοδεύει τα ΙΦΝΕ (Nikolova et.al., 2022).

Η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και ΙΦΝΕ είναι σύνθετη. Από τη μία πλευρά, η ίδια η νόσος συμβάλλει στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων μέσω της χρόνιας φλεγμονής, της σωματικής καταπόνησης και των περιορισμών που επιβάλλει στην καθημερινότητα. Από την άλλη πλευρά, η κατάθλιψη φαίνεται να επηρεάζει την πορεία της νόσου. Έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζουν συχνότερες εξάρσεις, αυξημένη ανάγκη για ιατρικές παρεμβάσεις και δυσμενέστερη συνολική πορεία της νόσου. Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάζει το ανοσοποιητικό σύστημα και να ενισχύει τη φλεγμονώδη διαδικασία (Bisgaard et.al., 2023).

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί και η επίδραση της κατάθλιψης στη συμμόρφωση στη θεραπεία. Οι ασθενείς με καταθλιπτικά συμπτώματα ενδέχεται να δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τη φαρμακευτική αγωγή ή να τηρούν τις ιατρικές οδηγίες, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της νόσου. Παράλληλα, η μειωμένη ενεργητικότητα και η απώλεια κινήτρων επηρεάζουν την ικανότητα του ασθενούς να διαχειριστεί αποτελεσματικά τη νόσο του (Fairbrass et.al., 2023).

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η χρονική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και ΙΦΝΕ. Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι η κατάθλιψη μπορεί να προηγείται της διάγνωσης της νόσου και να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνισή της. Το εύρημα αυτό ενισχύει την άποψη ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχικής υγείας και σωματικής νόσου είναι πολυπαραγοντική και δεν περιορίζεται μόνο στις επιπτώσεις της νόσου στον ψυχισμό (Piovani et.al., 2024).

## 2.4 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της νόσου

Η πορεία των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει και λειτουργεί ο ασθενής. Οι κοινωνικοί παράγοντες διαμορφώνουν τις συνθήκες καθημερινής ζωής, επηρεάζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται τη νόσο του. Η επίδρασή τους δεν είναι άμεση μόνο μέσω πρακτικών περιορισμών, αλλά και έμμεση μέσω της επίδρασης που ασκούν στην ψυχική υγεία και στη συμπεριφορά του ασθενούς (Damas et.al., 2022).

### 2.4.1 Κοινωνική υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη θετική πορεία των ασθενών με ΙΦΝΕ. Η παρουσία ενός υποστηρικτικού οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος ενισχύει την ικανότητα του ασθενούς να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες που συνοδεύουν τη νόσο. Η συναισθηματική στήριξη μειώνει το άγχος και την αβεβαιότητα, ενώ η πρακτική βοήθεια, όπως η υποστήριξη σε περιόδους εξάρσεων ή κατά τη διάρκεια ιατρικών επισκέψεων, διευκολύνει τη διαχείριση της καθημερινότητας (Burisch et.al., 2025).

Η θετική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης φαίνεται και στη συμμόρφωση με τη θεραπεία. Οι ασθενείς που νιώθουν ότι έχουν δίπλα τους άτομα που τους κατανοούν και τους ενθαρρύνουν είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες και να διατηρήσουν μια σταθερή σχέση με το θεραπευτικό τους πλάνο. Αντίθετα, η απουσία υποστήριξης ή η ύπαρξη συγκρούσεων στο οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο στρες και μειωμένη ικανότητα διαχείρισης της νόσου (Burisch et.al., 2023).

### 2.4. 2 Κοινωνικές σχέσεις και απομόνωση

Οι κοινωνικές σχέσεις αποτελούν βασικό στοιχείο της ποιότητας ζωής, ωστόσο στους ασθενείς με ΙΦΝΕ συχνά επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά της νόσου. Τα συμπτώματα, όπως η επείγουσα ανάγκη για αφόδευση, ο κοιλιακός πόνος και η κόπωση, μπορεί να δημιουργήσουν αίσθημα αμηχανίας και να περιορίσουν τη συμμετοχή σε

κοινωνικές δραστηριότητες. Πολλοί ασθενείς αναπτύσσουν στρατηγικές αποφυγής, απομακρύνονται από κοινωνικές επαφές και επιλέγουν δραστηριότητες που τους προσφέρουν μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου (Ross et.al., 2024)

Η σταδιακή απομάκρυνση από το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε απομόνωση, η οποία επηρεάζει αρνητικά τόσο την ψυχική όσο και τη σωματική κατάσταση. Η έλλειψη κοινωνικής αλληλεπίδρασης συνδέεται με αυξημένα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ μπορεί να μειώσει και τα κίνητρα του ασθενούς για ενεργή συμμετοχή στη φροντίδα της υγείας του. Η διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων, ακόμη και με προσαρμογές, αποτελεί σημαντικό στοιχείο για τη συνολική ευημερία (Yildirim et.al., 2025).

### 2.4.3 Εργασιακό περιβάλλον

Το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζει άμεσα την καθημερινή ζωή των ασθενών με ΙΦΝΕ, καθώς η νόσος μπορεί να επιβάλλει περιορισμούς που δυσκολεύουν την επαγγελματική δραστηριότητα. Οι συχνές επισκέψεις σε τουαλέτα, η κόπωση και οι περίοδοι εξάρσεων μπορεί να επηρεάσουν την απόδοση και τη συνέπεια στην εργασία. Σε περιβάλλοντα όπου δεν υπάρχει κατανόηση ή ευελιξία, οι ασθενείς ενδέχεται να βιώνουν αυξημένη πίεση και άγχος (Leso et.al., 2024).

Η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος στον χώρο εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε ανασφάλεια σχετικά με τη διατήρηση της θέσης εργασίας ή σε δυσκολία εκπλήρωσης των επαγγελματικών υποχρεώσεων. Αντίθετα, η δυνατότητα προσαρμογής του ωραρίου, η κατανόηση από τους εργοδότες και η ύπαρξη ευέλικτων συνθηκών εργασίας συμβάλλουν στη διατήρηση της λειτουργικότητας και μειώνουν την επιβάρυνση που προκαλεί η νόσος (Cheng et.al., 2022).

### 2.4.4 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την πρόσβαση των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας και τη δυνατότητα αποτελεσματικής διαχείρισης της νόσου. Το επίπεδο εισοδήματος συνδέεται με τη δυνατότητα κάλυψης των εξόδων για ιατρικές εξετάσεις, φαρμακευτική αγωγή και εξειδικευμένη φροντίδα. Ασθενείς με περιορισμένους οικονομικούς πόρους ενδέχεται να καθυστερούν την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ή να διακόπτουν τη θεραπεία τους, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει

σε επιδείνωση της νόσου (Anyane-Yeboah et.al., 2022).

Επιπλέον, η κοινωνική ανισότητα μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει ο ασθενής. Η πρόσβαση σε εξειδικευμένα κέντρα, η δυνατότητα παρακολούθησης από ειδικούς και η έγκαιρη παρέμβαση αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με καλύτερη πρόγνωση. Οι δυσκολίες σε αυτούς τους τομείς ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την εξέλιξη της νόσου και να αυξήσουν τον κίνδυνο επιπλοκών (Hawkins et.al.,2024).

## Κεφάλαιο 3ο Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με ΙΦΝΕ

### 3.1 Έννοια και ορισμός της ποιότητας ζωής

Η έννοια της ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται ευρέως στις επιστήμες υγείας για να περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται τη συνολική του κατάσταση, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική και κοινωνική του λειτουργικότητα. Δεν περιορίζεται μόνο στην απουσία ασθένειας, αλλά αφορά το σύνολο των παραγόντων που επηρεάζουν την καθημερινή ζωή και την ευημερία του ατόμου (Ramkissoo, 2023).

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία περιλαμβάνει τη σωματική υγεία, την ψυχική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει το άτομο. Η αξιολόγησή της βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην υποκειμενική εμπειρία, καθώς κάθε άτομο αντιλαμβάνεται διαφορετικά την υγεία και την καθημερινότητά του, ανάλογα με τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις προσωπικές του αξίες (Morse, 2023).

Στο πλαίσιο της υγείας, χρησιμοποιείται συχνά ο όρος «ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία», ο οποίος εστιάζει στις επιπτώσεις που έχει μια νόσος ή μια θεραπευτική παρέμβαση στη λειτουργικότητα και την ευημερία του ατόμου. Η έννοια αυτή δίνει έμφαση όχι μόνο στα κλινικά αποτελέσματα, αλλά και στο πώς ο ασθενής βιώνει τη νόσο του στην καθημερινή του ζωή. Έτσι, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την κατανόηση της πραγματικής επίδρασης μιας νόσου πέρα από τα αντικειμενικά ιατρικά δεδομένα (Manojlović, 2022).

Η σημασία της ποιότητας ζωής έχει αναδειχθεί ιδιαίτερα σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η νόσος δεν επηρεάζει μόνο τη σωματική υγεία αλλά και την ψυχολογική κατάσταση, την κοινωνική συμμετοχή και τη δυνατότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις καθημερινές του δραστηριότητες. Η χρόνια φύση της νόσου και οι επαναλαμβανόμενες εξάρσεις δημιουργούν συνθήκες που μπορεί να περιορίσουν την αυτονομία και να επηρεάσουν την αίσθηση ευημερίας (Neguțoiu, 2023).

### 3.2 Ποιότητα ζωής σε χρόνιες νόσους

Η ποιότητα ζωής σε άτομα με χρόνια νοσήματα αποτελεί βασικό δείκτη αξιολόγησης της συνολικής τους κατάστασης, καθώς οι παθήσεις αυτές δεν περιορίζονται σε

παροδικά επεισόδια αλλά συνοδεύουν το άτομο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η συνεχής παρουσία της νόσου επηρεάζει πολλαπλές πτυχές της ζωής, όπως τη σωματική λειτουργικότητα, την ψυχική ισορροπία και τη δυνατότητα συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες. Σε αντίθεση με τις οξείες παθήσεις, όπου η αποκατάσταση είναι συνήθως πλήρης, τα χρόνια νοσήματα απαιτούν προσαρμογή σε μια νέα πραγματικότητα (Cilli et.al., 2022).

Η σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής επηρεάζεται άμεσα από τα συμπτώματα και τους περιορισμούς που επιβάλλει η νόσος. Ο πόνος, η κόπωση και η μειωμένη αντοχή αποτελούν συχνά προβλήματα που δυσκολεύουν την καθημερινή λειτουργία. Οι ασθενείς μπορεί να αδυνατούν να ανταποκριθούν στις επαγγελματικές ή οικογενειακές τους υποχρεώσεις στον ίδιο βαθμό όπως πριν από την εμφάνιση της νόσου, γεγονός που επηρεάζει την αίσθηση αυτονομίας και ικανότητας (Al Qadire et.al., 2023).

Η ψυχική διάσταση είναι εξίσου σημαντική. Η μακροχρόνια διαχείριση μιας νόσου συνοδεύεται συχνά από άγχος και συναισθηματική επιβάρυνση. Η αβεβαιότητα για την εξέλιξη της κατάστασης, οι πιθανές επιπλοκές και η ανάγκη για συνεχή φροντίδα δημιουργούν πίεση που μπορεί να επηρεάσει τη διάθεση και την ψυχολογική ανθεκτικότητα. Σε αρκετές περιπτώσεις, η παρατεταμένη επιβάρυνση συνδέεται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Al Dawsari et.al., 2023).

Η κοινωνική ζωή των ασθενών επηρεάζεται επίσης σημαντικά. Οι περιορισμοί που επιβάλλει η νόσος μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση των κοινωνικών επαφών και της συμμετοχής σε δραστηριότητες. Η ανάγκη προσαρμογής της καθημερινότητας, οι συχνές ιατρικές επισκέψεις και οι αλλαγές στις συνήθειες ενδέχεται να επηρεάσουν τις σχέσεις με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Η κοινωνική απομόνωση που μπορεί να προκύψει αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής (Alzarea et.al., 2024).

Ένα επιπλέον στοιχείο που χαρακτηρίζει τα χρόνια νοσήματα είναι η ανάγκη ενεργού συμμετοχής του ασθενούς στη διαχείριση της υγείας του. Η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, οι αλλαγές στη διατροφή και στον τρόπο ζωής, καθώς και η τακτική παρακολούθηση απαιτούν συνέπεια και προσαρμοστικότητα. Η ικανότητα του ασθενούς να ανταποκριθεί σε αυτές τις απαιτήσεις επηρεάζει άμεσα την πορεία της νόσου και την ποιότητα ζωής (Al Qadire et.al., 2023).

### 3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων που σχετίζονται τόσο με τα χαρακτηριστικά της νόσου όσο και με τις ψυχολογικές και κοινωνικές συνθήκες του ατόμου. Η πολυπαραγοντική φύση των ΙΦΝΕ καθιστά την ποιότητα ζωής ιδιαίτερα ευάλωτη, καθώς οι ασθενείς καλούνται να αντιμετωπίσουν όχι μόνο τα σωματικά συμπτώματα αλλά και τις επιπτώσεις της νόσου στην καθημερινή λειτουργικότητα (Rozich et.al., 2020).

Η δραστηριότητα της νόσου αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες. Κατά τις περιόδους έξαρσης, τα συμπτώματα όπως ο κοιλιακός πόνος, η διάρροια, η κόπωση και η αιμορραγία επηρεάζουν άμεσα την καθημερινότητα και περιορίζουν τη δυνατότητα του ασθενούς να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του. Αντίθετα, κατά τις περιόδους ύφεσης, η ποιότητα ζωής βελτιώνεται, αν και σε αρκετές περιπτώσεις παραμένουν υπολειμματικές επιπτώσεις (Khan et.al., 2024).

Η διάρκεια της νόσου και η εμφάνιση επιπλοκών επηρεάζουν επίσης σημαντικά την ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς που ζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα με τη νόσο ή έχουν βιώσει σοβαρές επιπλοκές ενδέχεται να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη επιβάρυνση, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Οι επαναλαμβανόμενες εξάρσεις και οι πιθανές νοσηλείες ενισχύουν το αίσθημα αβεβαιότητας και επηρεάζουν την αντίληψη της υγείας (Calviño-Suárez et.al., 2021).

Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς αποτελεί καθοριστικό παράγοντα. Το άγχος και η κατάθλιψη, που εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Η ψυχολογική επιβάρυνση επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα, την κοινωνική συμμετοχή και την ικανότητα προσαρμογής στη νόσο. Παράλληλα, η ύπαρξη θετικών μηχανισμών αντιμετώπισης μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της συνολικής κατάστασης (Al Qadire et.al., 2023).

Οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως η κοινωνική υποστήριξη και οι διαπροσωπικές σχέσεις, διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο. Οι ασθενείς που διαθέτουν υποστηρικτικό περιβάλλον είναι πιο πιθανό να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις δυσκολίες της νόσου και να διατηρήσουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση ή η έλλειψη κατανόησης μπορεί να επιβαρύνει την κατάσταση και να οδηγήσει σε περαιτέρω επιδείνωση (Al Dawsari et.al., 2023).

Η θεραπευτική αγωγή και η ανταπόκριση σε αυτή επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα ζωής. Η αποτελεσματική θεραπεία που οδηγεί σε ύφεση των συμπτωμάτων συμβάλλει στη βελτίωση της λειτουργικότητας και της καθημερινότητας. Ωστόσο, οι παρενέργειες των φαρμάκων ή η ανάγκη για μακροχρόνια αγωγή μπορεί να αποτελέσουν επιβαρυντικό παράγοντα για ορισμένους ασθενείς (Calviño-Suárez et.al., 2021).

Επιπλέον, δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης, φαίνεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Νεότεροι ασθενείς ενδέχεται να βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση λόγω των απαιτήσεων της εκπαίδευσης ή της εργασίας, ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να επηρεάζει την κατανόηση της νόσου και τη διαχείρισή της (Rozich et.al., 2020).

Τέλος, ο τρόπος ζωής και οι καθημερινές συνήθειες αποτελούν σημαντική διάσταση. Η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα και η ικανότητα διαχείρισης του στρες επηρεάζουν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική κατάσταση του ασθενούς. Η υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών και η ενεργή συμμετοχή στη φροντίδα της υγείας μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Khan et.al., 2024).

### 3.4 Ανασκόπηση της Διεθνούς Βιβλιογραφίας

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης τα τελευταία χρόνια, με τα ευρήματα να αναδεικνύουν τη σημαντική επιβάρυνση που προκαλεί η νόσος σε πολλαπλά επίπεδα της καθημερινότητας. Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται όχι μόνο από τη δραστηριότητα της νόσου, αλλά και από ψυχολογικούς, κοινωνικούς και λειτουργικούς παράγοντες (Wang et al., 2025).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η έξαρση της νόσου αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής. Σε πολυκεντρική μελέτη σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, η παρουσία ενεργών συμπτωμάτων, όπως κοιλιακός πόνος και διάρροια, συσχετίστηκε με σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής (Zhang et al., 2024). Παράλληλα, σε μελέτη που αφορούσε ασθενείς με πρώιμη νόσο, διαπιστώθηκε ότι η αυξημένη δραστηριότητα της νόσου σχετίζεται με μειωμένη λειτουργικότητα και αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση (Liu et al., 2024).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων. Το άγχος και η κατάθλιψη εμφανίζονται με αυξημένη συχνότητα στους ασθενείς με ΙΦΝΕ και έχουν αποδειχθεί ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες χαμηλής ποιότητας ζωής. Σε πρόσφατη

μελέτη, η παρουσία άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων συσχετίστηκε με σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα από τη δραστηριότητα της νόσου (Silva et al., 2025).

Επιπλέον, η κόπωση αποτελεί έναν παράγοντα που έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια ως σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση, η κόπωση επιμένει ακόμη και σε περιόδους κλινικής ύφεσης και σχετίζεται με σημαντική μείωση της λειτουργικότητας και της ευεξίας των ασθενών (Abdulla et al., 2025).

Η επίδραση της νόσου επεκτείνεται και στον εργασιακό τομέα. Μετα-ανάλυση έδειξε ότι οι ασθενείς με ΙΦΝΕ παρουσιάζουν μειωμένη εργασιακή παραγωγικότητα και αυξημένες απουσίες από την εργασία, γεγονός που επηρεάζει τόσο την οικονομική τους κατάσταση όσο και την κοινωνική τους λειτουργικότητα (Youssef et al., 2024).

Ένας ακόμη παράγοντας που αναδεικνύεται στη σύγχρονη βιβλιογραφία είναι το κοινωνικό στίγμα. Σύμφωνα με πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση, οι ασθενείς με ΙΦΝΕ συχνά βιώνουν κοινωνική αμηχανία και αρνητικές στάσεις λόγω της φύσης των συμπτωμάτων τους, γεγονός που οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση και επιδείνωση της ψυχικής υγείας (Giri et al., 2025).

Η σχέση μεταξύ ΙΦΝΕ και ψυχικών διαταραχών έχει επιβεβαιωθεί και από μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες. Σε αναδρομική μελέτη μεγάλης κλίμακας, οι ασθενείς με ΙΦΝΕ εμφάνισαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Roderburg et al., 2024).

Τέλος, η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι η ποιότητα ζωής μπορεί να βελτιωθεί μέσω ολοκληρωμένων παρεμβάσεων. Συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλουν σε βελτίωση της ποιότητας ζωής και σε μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, αν και η επίδρασή τους στη δραστηριότητα της νόσου είναι περιορισμένη (Tiles-Sar et al., 2025). Παράλληλα, οι σύγχρονες βιολογικές θεραπείες φαίνεται να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ιδίως σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή νόσο (Benić et al., 2025).

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Κεφάλαιο 4ο Μεθοδολογία

### 4.1 Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα μελέτη εντάσσεται στο πλαίσιο της ποσοτικής έρευνας και ακολουθεί μη πειραματικό, παρατηρητικό σχεδιασμό. Συγκεκριμένα, πρόκειται για συγχρονική (cross-sectional) μελέτη, κατά την οποία τα δεδομένα συλλέγονται σε μία χρονική στιγμή, χωρίς παρέμβαση από την πλευρά των ερευνητών. Ο σχεδιασμός αυτός επιλέχθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, όπως αυτά καταγράφονται τη δεδομένη χρονική περίοδο.

Η μελέτη είναι πρωτογενής, καθώς τα δεδομένα συλλέγονται απευθείας από τους συμμετέχοντες και δεν βασίζονται σε δευτερογενείς πηγές. Παράλληλα, έχει παρατηρητικό χαρακτήρα, δεδομένου ότι δεν εφαρμόζεται κάποια θεραπευτική ή πειραματική παρέμβαση, αλλά καταγράφονται οι ήδη υπάρχουσες καταστάσεις των ασθενών. Ο στόχος είναι η αποτύπωση της σχέσης μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών, χωρίς την πρόκληση μεταβολών ή την επιρροή της φυσικής πορείας της νόσου.

Στο πλαίσιο της έρευνας, οι συμμετέχοντες εντάσσονται κατόπιν ενημερωμένης συναίνεσης και συμπληρώνουν δομημένα ερωτηματολόγια, τα οποία αφορούν τόσο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όσο και τις βασικές μεταβλητές της μελέτης, δηλαδή την ποιότητα ζωής, το άγχος και την κατάθλιψη. Η χρήση τυποποιημένων και ευρέως χρησιμοποιούμενων εργαλείων, όπως τα ερωτηματολόγια SF-36 και HADS, επιτρέπει την αξιόπιστη και συγκρίσιμη αποτύπωση των δεδομένων.

Η επιλογή συγχρονικού σχεδιασμού κρίνεται κατάλληλη για τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών σε συγκεκριμένο χρονικό σημείο, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς με χρόνια νοσήματα. Παρότι ο σχεδιασμός αυτός δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων, παρέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και ποιότητας ζωής, συμβάλλοντας στην κατανόηση της συνολικής εμπειρίας των ασθενών με ΙΦΝΕ.

### 4.2 Πληθυσμός και δείγμα της μελέτης

Ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης αποτελείται από ενήλικες ασθενείς με διαγνωσμένη ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, οι οποίοι παρακολουθούνται

στη Γαστρεντερολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Η επιλογή του συγκεκριμένου πληθυσμού επιτρέπει τη μελέτη ασθενών που βρίσκονται σε συστηματική ιατρική παρακολούθηση και λαμβάνουν εξειδικευμένη θεραπεία.

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 100 ασθενείς, οι οποίοι πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Η επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιείται με βάση τη διαθεσιμότητα και τη συγκατάθεσή τους, στο πλαίσιο της καθημερινής λειτουργίας της κλινικής.

### 4.3 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

#### ***Κριτήρια ένταξης***

Στη μελέτη εντάσσονται ασθενείς που πληρούν τα ακόλουθα κριτήρια:

- Είναι ηλικίας 18 ετών και άνω
- Έχουν διαγνωσμένη ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου
- Παρακολουθούνται στη Γαστρεντερολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
- Λαμβάνουν θεραπεία με βιολογικό παράγοντα, είτε υποδόρια είτε ενδοφλέβια
- Είναι σε θέση να κατανοήσουν και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια
- Παρέχουν γραπτή ενημερωμένη συγκατάθεση συμμετοχής

#### ***Κριτήρια αποκλεισμού***

Από τη μελέτη αποκλείονται:

- Ασθενείς ηλικίας κάτω των 18 ετών
- Ασθενείς με γνωστική έκπτωση, όπως άνοια
- Ασθενείς με διαταραχές συνείδησης ή μειωμένο επίπεδο εγρήγορσης
- Ασθενείς χωρίς επαρκή επίγνωση της κατάστασής τους (Glasgow Coma Scale  $\leq 14/15$ )

Δεν εφαρμόζονται επιπλέον περιορισμοί ως προς δημογραφικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά, ώστε το δείγμα να αντανακλά όσο το δυνατόν πιο ρεαλιστικά τον πληθυσμό των ασθενών με ΙΦΝΕ.

Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική και πραγματοποιείται μετά από πλήρη ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας. Η

προσέγγιση αυτή διασφαλίζει τόσο τη δεοντολογική διεξαγωγή της μελέτης όσο και την αξιοπιστία των δεδομένων.

#### 4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη δια ζώσης διανομή έντυπων ερωτηματολογίων στους ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης της μελέτης. Η επιλογή της συγκεκριμένης διαδικασίας επέτρεψε την άμεση επικοινωνία με τους συμμετέχοντες και την ομαλή ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων σε ελεγχόμενο περιβάλλον.

Οι ασθενείς ενημερώνονταν αρχικά για τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας μέσω σύντομης προφορικής επεξήγησης, ενώ τους δινόταν και συνοπτικό γραπτό ενημερωτικό σημείωμα. Τονιζόταν ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής, καθώς και η διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των απαντήσεων. Η συγκατάθεση των συμμετεχόντων ζητούνταν πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και αποτελούσε απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή τους.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ενότητες που αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, καθώς και τα τυποποιημένα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, του άγχους και της κατάθλιψης (SF-36 και HADS). Οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες με σαφή και κατανοητό τρόπο, ώστε να διευκολύνεται η ορθή συμπλήρωση χωρίς καθοδήγηση.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιούνταν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες και απαιτούσε κατά μέσο όρο 15-20 λεπτά, χρόνος που κρίθηκε επαρκής χωρίς να προκαλείται κόπωση. Σε περίπτωση που υπήρχαν απορίες, παρέχονταν διευκρινίσεις χωρίς να επηρεάζεται η ανεξαρτησία των απαντήσεων.

Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας, τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια συλλέγονταν και τα δεδομένα καταχωρούνταν σε ηλεκτρονική μορφή, ώστε να είναι δυνατή η επεξεργασία τους. Κατά την καταχώρηση δεν συμπεριλήφθηκαν στοιχεία που να επιτρέπουν την ταυτοποίηση των συμμετεχόντων, διασφαλίζοντας πλήρως την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα. Πριν από τη στατιστική ανάλυση, τα δεδομένα ελέγχθηκαν ως προς την πληρότητα και τη συνοχή τους.

## 4.5 Ερευνητικά εργαλεία (HADS και SF-36)

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο ευρέως αναγνωρισμένα εργαλεία: η Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης Νοσοκομειακών Ασθενών (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) και το ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36 (Short Form Health Survey). Η επιλογή τους βασίστηκε στην εκτεταμένη χρήση τους σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και στην τεκμηριωμένη αξιοπιστία και εγκυρότητά τους (Bjelland et al., 2002; Framework, 1992).

Η κλίμακα HADS χρησιμοποιείται για την εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης σε άτομα με σωματικά νοσήματα, δίνοντας έμφαση στα ψυχολογικά συμπτώματα και περιορίζοντας την επίδραση σωματικών εκδηλώσεων. Αποτελείται από 14 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι επτά αφορούν το άγχος και οι επτά την κατάθλιψη. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται από 0 έως 3, με αποτέλεσμα η βαθμολογία κάθε υποκλίμακας να κυμαίνεται από 0 έως 21. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η κλίμακα έχει αποδειχθεί αξιόπιστη και έγκυρη σε διαφορετικούς πληθυσμούς (Bjelland et al., 2002), ενώ έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί και στον ελληνικό πληθυσμό, παρουσιάζοντας ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά (Michopoulos et al., 2008).

Το ερωτηματολόγιο SF-36 αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που καλύπτουν οκτώ βασικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα, περιορισμούς λόγω σωματικής υγείας, σωματικό πόνο, γενική αντίληψη της υγείας, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, περιορισμούς λόγω συναισθηματικών προβλημάτων και ψυχική υγεία. Οι βαθμολογίες μετατρέπονται σε κλίμακα από 0 έως 100, όπου υψηλότερες τιμές αντιστοιχούν σε καλύτερη ποιότητα ζωής. Το εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία (Framework, 1992), ενώ έχει προσαρμοστεί και επικυρωθεί στον ελληνικό πληθυσμό, παρουσιάζοντας καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Pappa et al., 2005).

Η ταυτόχρονη χρήση των δύο εργαλείων επιτρέπει τη συνολική εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών, καθώς συνδυάζει την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με την εκτίμηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης. Με τον τρόπο αυτό καθίσταται δυνατή η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών αυτών, προσφέροντας μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της εμπειρίας των ασθενών με ΙΦΝΕ.

## 4.6 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Μετά τη συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε εισαγωγή και έλεγχος για πιθανά σφάλματα καταχώρησης, ελλείψεις τιμές και ασυνέπειες, ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα του τελικού συνόλου δεδομένων.

Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για την παρουσίαση των χαρακτηριστικών του δείγματος. Οι ποσοτικές μεταβλητές περιγράφηκαν με μέση τιμή και τυπική απόκλιση, ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Παράλληλα, υπολογίστηκαν οι συνολικές βαθμολογίες των ερωτηματολογίων HADS (άγχος και κατάθλιψη) και SF-36 (επιμέρους διαστάσεις και συνολική ποιότητα ζωής).

Στη συνέχεια, εξετάστηκε η κατανομή των ποσοτικών μεταβλητών με κατάλληλους ελέγχους κανονικότητας, προκειμένου να καθοριστεί η επιλογή των στατιστικών δοκιμασιών. Ανάλογα με τα αποτελέσματα, χρησιμοποιήθηκαν είτε παραμετρικές είτε μη παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης.

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόστηκαν συντελεστές συσχέτισης. Η συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης (HADS) και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής (SF-36) εξετάστηκε με τον συντελεστή Pearson σε περιπτώσεις κανονικής κατανομής και με τον συντελεστή Spearman όταν δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις κανονικότητας. Η ανάλυση αυτή επέτρεψε την εκτίμηση της κατεύθυνσης και της έντασης της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις μεταξύ υποομάδων του δείγματος, όπου κρίθηκε απαραίτητο, με τη χρήση κατάλληλων δοκιμασιών, όπως το t-test για ανεξάρτητα δείγματα ή οι μη παραμετρικές αντίστοιχες δοκιμασίες. Οι αναλύσεις αυτές συνέβαλαν στη διερεύνηση πιθανών διαφορών στην ποιότητα ζωής και στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο  $p < 0,05$ . Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν με τρόπο που να επιτρέπει την εύκολη ερμηνεία τους, δίνοντας έμφαση στις σχέσεις μεταξύ των βασικών μεταβλητών της μελέτης. Η επιλογή των μεθόδων ανάλυσης κρίθηκε κατάλληλη για το είδος των δεδομένων και τον σχεδιασμό της έρευνας, επιτρέποντας την αξιόπιστη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων.

## 4.7 Ηθικά ζητήματα της έρευνας

Η διεξαγωγή της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με σεβασμό στις βασικές αρχές της ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν την έρευνα στον χώρο της υγείας. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην προστασία των δικαιωμάτων, της ιδιωτικότητας και της αξιοπρέπειας των συμμετεχόντων.

Πριν από τη συμμετοχή τους, οι ασθενείς ενημερώθηκαν με σαφήνεια για τον σκοπό της έρευνας, τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων και τον τρόπο αξιοποίησής τους. Η συμμετοχή ήταν απολύτως εθελοντική και πραγματοποιήθηκε μόνο μετά από τη ρητή αποδοχή της ενημερωμένης συγκατάθεσης. Οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία επίπτωση στη θεραπεία ή στη φροντίδα που λαμβάνουν.

Η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων διασφαλίστηκαν σε όλα τα στάδια της έρευνας. Δεν συλλέχθηκαν προσωπικά στοιχεία που να επιτρέπουν την ταυτοποίηση των συμμετεχόντων, ενώ τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η πρόσβαση στα δεδομένα ήταν περιορισμένη και αφορούσε μόνο τους ερευνητές που συμμετείχαν στη μελέτη.

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε και στη διατύπωση των ερωτήσεων, ώστε να μην προκαλείται ψυχολογική επιβάρυνση ή δυσφορία στους συμμετέχοντες. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι ευρέως αποδεκτά και κατάλληλα για χρήση σε κλινικούς πληθυσμούς, γεγονός που συμβάλλει στη διασφάλιση της ηθικής καταλληλότητας της διαδικασίας.

## Κεφάλαιο 5ο Αποτελέσματα

### 5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 100 ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Κατά τον έλεγχο των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι μία συμμετοχή περιείχε ελλειπείς απαντήσεις σε βασικές μεταβλητές και, για τον λόγο αυτό, δεν συμπεριλήφθηκε στη στατιστική επεξεργασία. Το τελικό δείγμα που αναλύθηκε αποτελούνταν από 99 άτομα.

Ως προς το φύλο, οι άνδρες αποτελούσαν την πλειονότητα του δείγματος (59 άτομα, 59,6%), ενώ οι γυναίκες ανέρχονταν σε 40 άτομα (40,4%). Η κατανομή αυτή δείχνει ελαφρά υπεροχή του ανδρικού φύλου στον υπό μελέτη πληθυσμό.

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 46,87 έτη με τυπική απόκλιση 14,84, γεγονός που υποδηλώνει ότι το δείγμα περιλαμβάνει ασθενείς με ευρύ ηλικιακό εύρος.

Σε σχέση με τον τύπο της νόσου, οι συμμετέχοντες κατανέμονταν σχεδόν ισομερώς μεταξύ ελκώδους κολίτιδας (50 άτομα, 50,5%) και νόσου Crohn (49 άτομα, 49,5%). Η κατανομή αυτή επιτρέπει την αντιπροσωπευτική αποτύπωση των δύο βασικών μορφών των ΙΦΝΕ.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 1.

| Μεταβλητή | Κατηγορία          | n                 | %    |
|-----------|--------------------|-------------------|------|
| Φύλο      | Άνδρες             | 59                | 59,6 |
|           | Γυναίκες           | 40                | 40,4 |
| Νόσος     | Ελκώδης Κολίτιδα   | 50                | 50,5 |
|           | Νόσος Crohn        | 49                | 49,5 |
| Ηλικία    | Μέση τιμή $\pm$ ΤΑ | 46,87 $\pm$ 14,84 |      |

### 5.2 Περιγραφική στατιστική των μεταβλητών

Για την περιγραφή των βασικών μεταβλητών της μελέτης πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση, με στόχο την αποτύπωση των επιπέδων άγχους,

κατάθλιψης και ποιότητας ζωής στο δείγμα των ασθενών (Πίνακας 2).

Ως προς τα επίπεδα άγχους, όπως αυτά προέκυψαν από την κλίμακα HADS, η μέση τιμή ήταν 7,67 με τυπική απόκλιση 4,71. Οι τιμές κυμαίνονταν από 0 έως 21, γεγονός που δείχνει σημαντική διακύμανση μεταξύ των συμμετεχόντων. Η διάμεσος τιμή ήταν 8, υποδηλώνοντας ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών εμφανίζει τουλάχιστον ήπια επίπεδα άγχους.

Αντίστοιχα, για την κατάθλιψη, η μέση τιμή ήταν 6,42 με τυπική απόκλιση 4,48, ενώ οι τιμές κυμαίνονταν από 0 έως 19. Η διάμεσος τιμή ήταν 6, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες κινούνται σε επίπεδα χωρίς σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία, αν και παρατηρείται σημαντική διασπορά τιμών.

Η κατανομή των τιμών τόσο για το άγχος όσο και για την κατάθλιψη παρουσιάζει εύρος, γεγονός που αντανακλά την ετερογένεια του δείγματος ως προς την ψυχολογική επιβάρυνση. Παράλληλα, οι υψηλότερες τιμές που καταγράφηκαν υποδεικνύουν την ύπαρξη ασθενών με έντονα συμπτώματα, στοιχείο που έχει ιδιαίτερη σημασία για τη διερεύνηση της σχέσης με την ποιότητα ζωής.

Σχετικά με την ποιότητα ζωής, οι επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου SF-36 παρουσίασαν διαφοροποιήσεις μεταξύ των συμμετεχόντων, γεγονός που υποδηλώνει ότι η νόσος επηρεάζει πολλαπλές πτυχές της καθημερινότητας. Οι διακυμάνσεις στις βαθμολογίες αντικατοπτρίζουν τόσο τη διαφορετική βαρύτητα της νόσου όσο και τις ατομικές διαφορές στην προσαρμογή των ασθενών.

| Μεταβλητή          | Μέση τιμή | Τυπική Απόκλιση | Ελάχιστο | Μέγιστο |
|--------------------|-----------|-----------------|----------|---------|
| Άγχος (HADS-A)     | 7,67      | 4,71            | 0        | 21      |
| Κατάθλιψη (HADS-D) | 6,42      | 4,48            | 0        | 19      |

### 5.3 Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (HADS)

Η αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της κλίμακας HADS, ενώ οι συνολικές βαθμολογίες κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερα επίπεδα: φυσιολογικό, ήπιο, μέτριο και σοβαρό. Η κατηγοριοποίηση αυτή επιτρέπει την πληρέστερη αποτύπωση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών και τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών βαθμών συμπτωματολογίας.

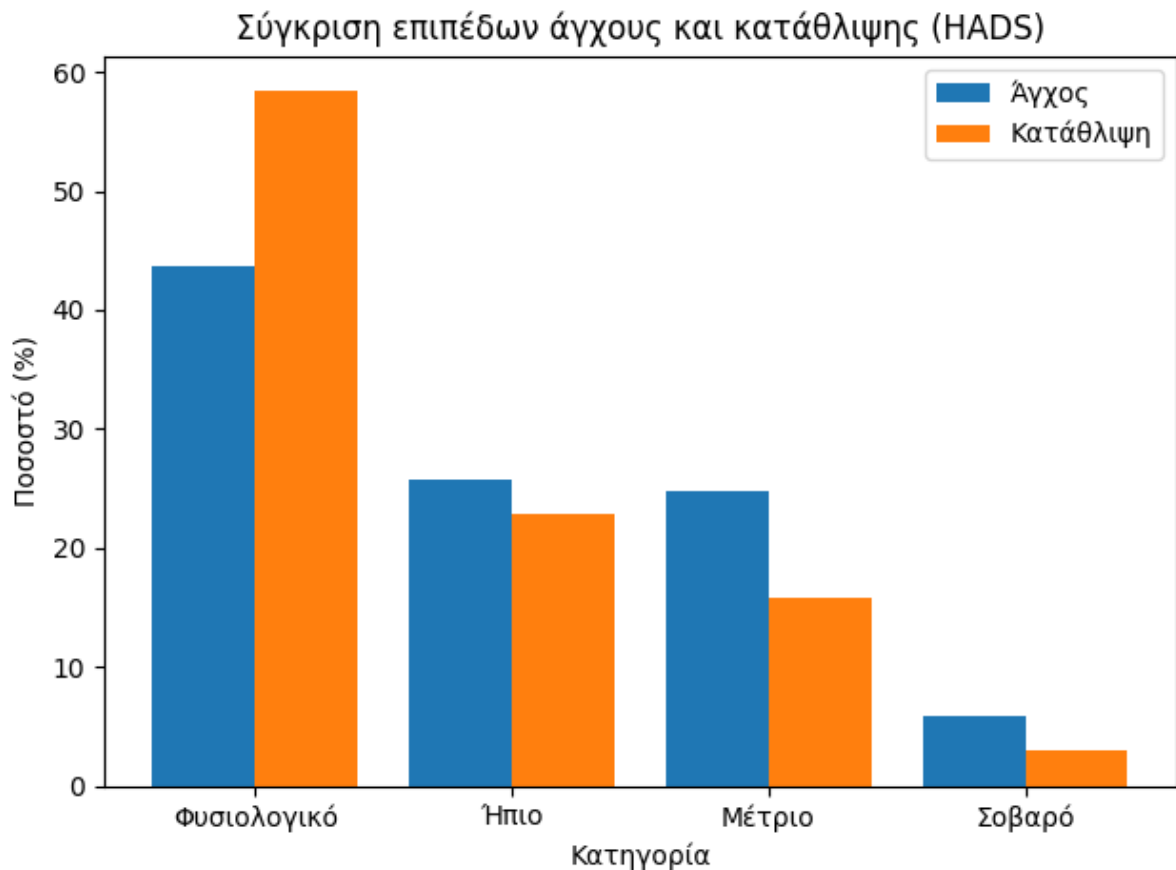
Όσον αφορά το άγχος, το 43,6% των συμμετεχόντων εντάχθηκε στη φυσιολογική κατηγορία, γεγονός που υποδηλώνει ότι σχεδόν οι μισοί ασθενείς δεν εμφανίζουν κλινικά σημαντική αγχώδη συμπτωματολογία. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος παρουσίασε αυξημένα επίπεδα άγχους, καθώς το 25,7% κατατάχθηκε στην κατηγορία του ήπιου άγχους και το 24,8% στην κατηγορία του μέτριου άγχους. Επιπλέον, το 5,9% των ασθενών εμφάνισε σοβαρά επίπεδα άγχους. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες παρουσιάζουν κάποια μορφή αγχώδους επιβάρυνσης, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία της ψυχολογικής διάστασης στη διαχείριση των ΙΦΝΕ (Πίνακας 3).

| Κατηγορία   | n  | %    |
|-------------|----|------|
| Φυσιολογικό | 44 | 43,6 |
| Ηπιο        | 26 | 25,7 |
| Μέτριο      | 25 | 24,8 |
| Σοβαρό      | 6  | 5,9  |

Αναφορικά με την κατάθλιψη, το 58,4% των συμμετεχόντων κατατάχθηκε στη φυσιολογική κατηγορία, ποσοστό υψηλότερο σε σύγκριση με το άγχος.

Παράλληλα, το 22,8% εμφάνισε ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα και το 15,8% μέτρια, ενώ μόνο το 3,0% παρουσίασε σοβαρή κατάθλιψη. Η κατανομή αυτή υποδηλώνει ότι, αν και η κατάθλιψη εμφανίζεται σε σημαντικό μέρος του δείγματος, η έντασή της είναι γενικά χαμηλότερη σε σχέση με το άγχος (Πίνακας 4).

Η σύγκριση των δύο μεταβλητών δείχνει ότι το άγχος εμφανίζεται συχνότερα και με μεγαλύτερη ένταση από την κατάθλιψη στον υπό μελέτη πληθυσμό. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς υποδηλώνει ότι οι ασθενείς με ΙΦΝΕ φαίνεται να βιώνουν κυρίως αγχώδεις αντιδράσεις που σχετίζονται με την αβεβαιότητα της νόσου, τις εξάρσεις και την καθημερινή διαχείρισή της (Γράφημα 1).



Γράφημα 1. Σύγκριση επιπέδων άγχους και κατάθλιψης (HADS, %)

#### 5.4 Αποτελέσματα ποιότητας ζωής (SF-36)

Η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο SF-36, το οποίο εξετάζει επιμέρους διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι βαθμολογίες των διαστάσεων κυμαίνονται από 0 έως 100, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν καλύτερη αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας.

Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι η υψηλότερη μέση τιμή παρατηρήθηκε στη διάσταση του σωματικού πόνου (Mean = 75,34), γεγονός που υποδηλώνει σχετικά καλή διαχείριση του πόνου από τους συμμετέχοντες. Αντίστοιχα, υψηλές τιμές καταγράφηκαν και στην κοινωνική λειτουργικότητα (Mean = 70,72) και στη συναισθηματική ευεξία (Mean = 66,00), γεγονός που δείχνει ικανοποιητικό επίπεδο κοινωνικής και ψυχικής προσαρμογής.

Αντίθετα, χαμηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν στη γενική αντίληψη της υγείας (Mean =

57,93) και στη ζωτικότητα/ενέργεια (Mean = 58,21), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ασθενείς βιώνουν μειωμένα επίπεδα ενέργειας και λιγότερο θετική αντίληψη για τη συνολική τους υγεία.

Σχετικά με τους περιορισμούς λόγω σωματικής υγείας, η μέση τιμή ήταν 63,93, ενώ για τους περιορισμούς λόγω συναισθηματικών προβλημάτων ήταν 60,00. Οι τιμές αυτές δείχνουν ότι η νόσος επηρεάζει σε μέτριο βαθμό την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων δείχνει ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΙΦΝΕ παρουσιάζει διαφοροποιήσεις μεταξύ των επιμέρους διαστάσεων. Οι υψηλότερες τιμές σχετίζονται με την κοινωνική και λειτουργική προσαρμογή, ενώ οι χαμηλότερες τιμές εντοπίζονται σε διαστάσεις που σχετίζονται με την ενέργεια και την αντίληψη της υγείας (Πίνακας 4).

| Διάσταση                                     | Μέση τιμή | Τυπική Απόκλιση | Ελάχιστο | Μέγιστο |
|----------------------------------------------|-----------|-----------------|----------|---------|
| Σωματικός πόνος                              | 75,34     | 27,26           | 0        | 100     |
| Κοινωνική λειτουργικότητα                    | 70,72     | 24,06           | 0        | 100     |
| Συναισθηματική ευεξία                        | 66,00     | 19,89           | 20       | 100     |
| Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας            | 63,93     | 41,62           | 0        | 100     |
| Περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων | 60,00     | 43,07           | 0        | 100     |
| Ζωτικότητα / Ενέργεια                        | 58,21     | 22,59           | 5        | 100     |
| Γενική υγεία                                 | 57,93     | 19,18           | 15       | 95      |

## 5.5 Συσχέτιση ποιότητας ζωής με άγχος

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των επιπέδων άγχους και της ποιότητας ζωής πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το άγχος παρουσιάζει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τις περισσότερες διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Η ισχυρότερη αρνητική συσχέτιση καταγράφηκε με τη γενική υγεία ( $r = -0,69$ ,  $p <$

0,001), γεγονός που υποδηλώνει ότι όσο αυξάνονται τα επίπεδα άγχους, τόσο επιδεινώνεται η συνολική αντίληψη της υγείας των ασθενών. Παράλληλα, σημαντική αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε με την κοινωνική λειτουργικότητα ( $r = -0,60$ ,  $p < 0,001$ ), δείχνοντας ότι το άγχος σχετίζεται με μειωμένη κοινωνική συμμετοχή.

Επιπλέον, το άγχος εμφάνισε μέτρια αρνητική συσχέτιση με τη ζωτικότητα ( $r = -0,46$ ,  $p < 0,001$ ), καθώς και με τη συναισθηματική ευεξία ( $r = -0,40$ ,  $p < 0,001$ ) και τους περιορισμούς λόγω συναισθηματικών προβλημάτων ( $r = -0,39$ ,  $p < 0,001$ ). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι τα αυξημένα επίπεδα άγχους επηρεάζουν σημαντικά την ψυχική κατάσταση και την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών.

Ασθενέστερη αλλά στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση καταγράφηκε με τον σωματικό πόνο ( $r = -0,33$ ,  $p < 0,01$ ), γεγονός που δείχνει ότι το άγχος σχετίζεται και με τη σωματική εμπειρία της νόσου, αν και σε μικρότερο βαθμό (Πίνακας 5).

| Διάσταση SF-36                               | r     | p-value |
|----------------------------------------------|-------|---------|
| Γενική υγεία                                 | -0,69 | <0,001  |
| Κοινωνική λειτουργικότητα                    | -0,60 | <0,001  |
| Ζωτικότητα / Ενέργεια                        | -0,46 | <0,001  |
| Συναισθηματική ευεξία                        | -0,40 | <0,001  |
| Περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων | -0,39 | <0,001  |
| Σωματικός πόνος                              | -0,33 | <0,01   |

## 5.6 Συσχέτιση ποιότητας ζωής με κατάθλιψη

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης και της ποιότητας ζωής πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατάθλιψη παρουσιάζει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Συγκεκριμένα, ισχυρή αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε με τη γενική υγεία ( $r = -0,72$ ,  $p < 0,001$ ), γεγονός που υποδηλώνει ότι όσο αυξάνονται τα επίπεδα κατάθλιψης, τόσο επιδεινώνεται η συνολική αντίληψη της υγείας των ασθενών. Αντίστοιχα, σημαντική αρνητική συσχέτιση καταγράφηκε με την κοινωνική λειτουργικότητα ( $r = -0,64$ ,  $p <$

0,001), δείχνοντας ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με περιορισμό της κοινωνικής δραστηριότητας.

Παράλληλα, η κατάθλιψη συσχετίστηκε αρνητικά με τη συναισθηματική ευεξία ( $r = -0,61$ ,  $p < 0,001$ ) και τη ζωτικότητα ( $r = -0,58$ ,  $p < 0,001$ ), γεγονός που υποδηλώνει σημαντική επίδραση στη διάθεση και στα επίπεδα ενέργειας των ασθενών. Οι περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων εμφάνισαν επίσης ισχυρή αρνητική συσχέτιση ( $r = -0,55$ ,  $p < 0,001$ ).

Επιπλέον, παρατηρήθηκαν αρνητικές συσχετίσεις με σωματικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, όπως ο σωματικός πόνος ( $r = -0,42$ ,  $p < 0,001$ ) και οι περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας ( $r = -0,38$ ,  $p < 0,01$ ), γεγονός που υποδηλώνει ότι η κατάθλιψη επηρεάζει όχι μόνο την ψυχική αλλά και τη σωματική διάσταση της υγείας (Πίνακας 6).

| Διάσταση SF-36                               | r     | p-value |
|----------------------------------------------|-------|---------|
| Γενική υγεία                                 | -0,72 | <0,001  |
| Κοινωνική λειτουργικότητα                    | -0,64 | <0,001  |
| Συναισθηματική ευεξία                        | -0,61 | <0,001  |
| Ζωτικότητα / Ενέργεια                        | -0,58 | <0,001  |
| Περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων | -0,55 | <0,001  |
| Σωματικός πόνος                              | -0,42 | <0,001  |
| Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας            | -0,38 | <0,01   |

## 5.7 Συσχέτιση δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τις μεταβλητές

Στο πλαίσιο της ανάλυσης διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των βασικών μεταβλητών της μελέτης.

Όσον αφορά το φύλο, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα άγχους ( $p = 0,48$ ) και κατάθλιψης ( $p = 0,52$ ) μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρομοίως, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στις επιμέρους διαστάσεις της

ποιότητας ζωής ( $p > 0,05$  για όλες τις συγκρίσεις) (Πίνακας 7).

| Μεταβλητή                      | Μέση τιμή | p-value |
|--------------------------------|-----------|---------|
| Άγχος (άνδρες vs γυναίκες)     | -         | 0,48    |
| Κατάθλιψη (άνδρες vs γυναίκες) | -         | 0,52    |

Σε σχέση με την ηλικία, παρατηρήθηκε ασθενής αρνητική συσχέτιση με τη γενική υγεία ( $r = -0,21$ ,  $p = 0,04$ ) και τη σωματική λειτουργικότητα ( $r = -0,19$ ,  $p = 0,06$ ), γεγονός που υποδηλώνει ότι η αύξηση της ηλικίας σχετίζεται με ελαφρά μείωση ορισμένων διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, οι συσχετίσεις αυτές ήταν ασθενείς (Πίνακας 8).

| Διάσταση SF-36           | r     | p-value |
|--------------------------|-------|---------|
| Γενική υγεία             | -0,21 | 0,04    |
| Σωματική λειτουργικότητα | -0,19 | 0,06    |

Αναφορικά με τον τύπο της νόσου, δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα άγχους ( $p = 0,61$ ) και κατάθλιψης ( $p = 0,57$ ), ούτε στις περισσότερες διαστάσεις της ποιότητας ζωής ( $p > 0,05$ ) (Πίνακας 9).

| Μεταβλητή | p-value |
|-----------|---------|
| Άγχος     | 0,61    |
| Κατάθλιψη | 0,57    |

Σε ό,τι αφορά τη διάρκεια λήψης βιολογικού παράγοντα, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα επίπεδα άγχους ( $r = -0,12$ ,  $p = 0,18$ ) ή κατάθλιψης ( $r = -0,15$ ,  $p = 0,12$ ). Παρατηρήθηκε ωστόσο ασθενής θετική συσχέτιση με τη γενική υγεία ( $r = 0,22$ ,  $p = 0,03$ ), γεγονός που ενδέχεται να υποδηλώνει βελτίωση της ποιότητας ζωής με τη διάρκεια της θεραπείας (Πίνακας 10).

| Μεταβλητή    | r     | p-value |
|--------------|-------|---------|
| Άγχος        | -0,12 | 0,18    |
| Κατάθλιψη    | -0,15 | 0,12    |
| Γενική υγεία | 0,22  | 0,03    |

## 5.8 Συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ άγχους και κατάθλιψης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson, με στόχο να εκτιμηθεί κατά πόσο τα επίπεδα των δύο ψυχολογικών παραγόντων συνδέονται μεταξύ τους.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης ( $r = 0,68$ ,  $p < 0,001$ ), γεγονός που υποδηλώνει ότι όσο αυξάνονται τα επίπεδα άγχους, αυξάνονται αντίστοιχα και τα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Πίνακας 11).

| Μεταβλητές        | r    | p-value |
|-------------------|------|---------|
| Άγχος – Κατάθλιψη | 0,68 | <0,001  |

Η ισχυρή αυτή συσχέτιση αναδεικνύει τη στενή σχέση μεταξύ των δύο ψυχολογικών καταστάσεων στους ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Οι ασθενείς που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν και αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, γεγονός που υποδηλώνει την αλληλεπίδραση των δύο αυτών παραγόντων.

Το εύρημα αυτό έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία, καθώς δείχνει ότι η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση του άγχους μπορεί να συμβάλει έμμεσα και στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Παράλληλα, υπογραμμίζεται η ανάγκη για ολιστική προσέγγιση στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με ΙΦΝΕ.

## Συζήτηση

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν με σαφήνεια ότι οι ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου βιώνουν μια σύνθετη επιβάρυνση, η οποία δεν περιορίζεται μόνο στη σωματική διάσταση της νόσου αλλά επεκτείνεται ουσιαστικά και στην ψυχική τους υγεία και στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής. Στο δείγμα της μελέτης, το οποίο αποτελούνταν από 100 άτομα, παρατηρήθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων εμφάνιζε αυξημένα επίπεδα άγχους, ενώ τα επίπεδα κατάθλιψης ήταν χαμηλότερα αλλά όχι αμελητέα. Η εικόνα αυτή συνάδει με τη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία το άγχος αποτελεί συχνότερη ψυχολογική εκδήλωση σε ασθενείς με ΙΦΝΕ σε σύγκριση με την κατάθλιψη, κυρίως λόγω της αβεβαιότητας που χαρακτηρίζει την πορεία της νόσου.

Η επικράτηση του άγχους έναντι της κατάθλιψης στο δείγμα μπορεί να ερμηνευθεί από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ΙΦΝΕ, όπως η απρόβλεπτη εμφάνιση εξάρσεων, η ανάγκη για άμεση πρόσβαση σε τουαλέτα και οι περιορισμοί στην καθημερινή λειτουργικότητα. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται σε πρόσφατη πολυκεντρική μελέτη των Liu et al. (2024), όπου διαπιστώθηκε ότι περίπου ένας στους πέντε ασθενείς εμφανίζει κλινικά σημαντικό άγχος, ενώ τα ποσοστά κατάθλιψης είναι ελαφρώς χαμηλότερα. Αντίστοιχα, οι Qian et al. (2025) επισημαίνουν ότι τα αγχώδη συμπτώματα συνδέονται περισσότερο με την καθημερινή εμπειρία της νόσου, ενώ η κατάθλιψη σχετίζεται συχνότερα με τη μακροχρόνια επιβάρυνση και τη μειωμένη λειτουργικότητα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα της ισχυρής θετικής συσχέτισης μεταξύ άγχους και κατάθλιψης ( $r = 0,68$ ,  $p < 0,001$ ), το οποίο καταδεικνύει ότι οι δύο αυτές ψυχολογικές καταστάσεις δεν λειτουργούν ανεξάρτητα αλλά αλληλοενισχύονται. Η συσχέτιση αυτή είναι σύμφωνη με τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου αναφέρεται ότι οι ασθενείς με αυξημένο άγχος έχουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σε πρόσφατη μελέτη των Roderburg et al. (2024), διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ΙΦΝΕ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης τόσο αγχωδών διαταραχών όσο και κατάθλιψης σε βάθος χρόνου, γεγονός που υποστηρίζει τη στενή σχέση των δύο αυτών καταστάσεων.

Όσον αφορά την ποιότητα ζωής, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι χαμηλότερες επιδόσεις εντοπίζονται κυρίως σε διαστάσεις όπως η γενική υγεία και η ζωτικότητα, ενώ άλλες διαστάσεις παρουσιάζουν σχετικά καλύτερες τιμές. Η διαφοροποίηση αυτή υποδηλώνει ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την υγεία τους ως

επιβαρυνμένη, ακόμη και όταν διατηρούν ένα ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας σε ορισμένους τομείς. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη μελέτη των Mokrowiecka et al. (2025), όπου διαπιστώθηκε ότι η υποκειμενική αντίληψη της υγείας και η ενεργητικότητα επηρεάζονται περισσότερο σε σχέση με άλλες λειτουργικές διαστάσεις, ακόμη και σε περιόδους ύφεσης.

Η σημαντικότερη ίσως διαπίστωση της παρούσας μελέτης αφορά τη σαφή αρνητική συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και ψυχολογικών παραγόντων. Τόσο το άγχος όσο και η κατάθλιψη συσχετίστηκαν με χαμηλότερες τιμές στις επιμέρους διαστάσεις του SF-36, γεγονός που υποδηλώνει ότι η ψυχική επιβάρυνση επηρεάζει άμεσα την αντίληψη των ασθενών για τη συνολική τους κατάσταση. Η σχέση αυτή έχει επιβεβαιωθεί και σε πρόσφατες διεθνείς μελέτες. Οι Silva et al. (2025) έδειξαν ότι οι ασθενείς με αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις που αξιολογήθηκαν, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της νόσου. Παρόμοια, οι Wang et al. (2024) κατέδειξαν ότι τα γαστρεντερικά συμπτώματα συνδέονται ταυτόχρονα με αυξημένο ψυχολογικό φορτίο και μειωμένη ποιότητα ζωής, ενισχύοντας την άποψη ότι η σωματική και ψυχική διάσταση της νόσου είναι άρρηκτα συνδεδεμένες.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι τα δημογραφικά και ορισμένα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος δεν εμφάνισαν ισχυρές συσχετίσεις με τις βασικές μεταβλητές, σε αντίθεση με τους ψυχολογικούς παράγοντες. Το εύρημα αυτό ενισχύει την άποψη ότι η εμπειρία της νόσου δεν καθορίζεται αποκλειστικά από βιολογικούς δείκτες, αλλά επηρεάζεται σημαντικά από την ψυχική κατάσταση και την κοινωνική πραγματικότητα του ασθενούς. Αντίστοιχα, οι Giri et al. (2025) αναφέρουν ότι παράγοντες όπως το κοινωνικό στίγμα, η απομόνωση και η περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη μπορούν να επιδεινώσουν την ψυχική υγεία και να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής, ακόμη και όταν η νόσος είναι κλινικά ελεγχόμενη.

## Περιορισμοί της Μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρέχει χρήσιμα στοιχεία για τη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής, άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, ωστόσο ορισμένοι παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Αρχικά, το μέγεθος του δείγματος, αν και επαρκές για τη διεξαγωγή βασικών στατιστικών αναλύσεων, παραμένει σχετικά περιορισμένο για τη γενίκευση των ευρημάτων στο σύνολο του πληθυσμού των ασθενών με ΙΦΝΕ. Επιπλέον, η επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με μη τυχαιοποιημένο τρόπο, γεγονός που ενδέχεται να εισάγει μεροληψία επιλογής και να επηρεάζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός αφορά τη μέθοδο συλλογής των δεδομένων. Η χρήση ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου μέσω διαδικτυακής πλατφόρμας διευκολύνει τη συμμετοχή, ωστόσο βασίζεται στην αυτοαναφορά των συμμετεχόντων. Αυτό σημαίνει ότι οι απαντήσεις ενδέχεται να επηρεάζονται από την υποκειμενική αντίληψη των ερωτώμενων, τη διάθεσή τους κατά τη στιγμή της συμπλήρωσης ή την επιθυμία τους να δώσουν κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις.

Επιπλέον, ο διατομεακός (cross-sectional) σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει τη διερεύνηση αιτιώδους σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Αν και εντοπίστηκαν συσχετίσεις μεταξύ άγχους, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής, δεν μπορεί να προσδιοριστεί με βεβαιότητα η κατεύθυνση αυτών των σχέσεων. Για παράδειγμα, δεν είναι σαφές αν η μειωμένη ποιότητα ζωής οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ή αν συμβαίνει το αντίστροφο.

Ένας ακόμη περιορισμός σχετίζεται με την απουσία λεπτομερών κλινικών δεδομένων, όπως η έξαρση της νόσου, η φαρμακευτική αγωγή ή η παρουσία επιπλοκών. Οι παράγοντες αυτοί είναι γνωστό ότι επηρεάζουν τόσο την ψυχική κατάσταση όσο και την ποιότητα ζωής των ασθενών και η μη συμπερίληψή τους περιορίζει τη δυνατότητα πιο ολοκληρωμένης ερμηνείας των αποτελεσμάτων.

Τέλος, η μελέτη βασίστηκε στη χρήση δύο ερωτηματολογίων (HADS και SF-36), τα οποία αποτελούν αξιόπιστα και ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία, ωστόσο δεν καλύπτουν το σύνολο των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της νόσου. Πτυχές όπως η κοινωνική υποστήριξη, το στίγμα ή οι στρατηγικές αντιμετώπισης δεν διερευνήθηκαν

σε βάθος, γεγονός που περιορίζει την πλήρη κατανόηση της εμπειρίας των ασθενών.

## Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, αναδεικνύοντας τη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων στη συνολική εμπειρία της νόσου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών εμφανίζει αυξημένα επίπεδα άγχους, ενώ η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αν και λιγότερο συχνή, παραμένει ουσιαστική. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό, ιδιαίτερα σε διαστάσεις που σχετίζονται με τη γενική υγεία και τη ζωτικότητα.

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα αποτελεί η αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, γεγονός που υποδηλώνει ότι όσο αυξάνεται η ψυχολογική επιβάρυνση, τόσο επιδεινώνεται η αντίληψη των ασθενών για τη συνολική τους κατάσταση. Επιπλέον, η ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης καταδεικνύει ότι οι δύο αυτές καταστάσεις συνδέονται στενά και συχνά συνυπάρχουν, ενισχύοντας η μία την άλλη. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την αντίληψη ότι η εμπειρία των ασθενών με ΙΦΝΕ δεν μπορεί να κατανοηθεί αποκλειστικά μέσα από τη σωματική διάσταση της νόσου, αλλά απαιτεί μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη και την ψυχική υγεία.

Με βάση τα παραπάνω, καθίσταται σαφές ότι η κλινική πρακτική θα πρέπει να ενσωματώνει συστηματικά την αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών. Η τακτική χρήση εργαλείων όπως η HADS μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη ανίχνευση άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, επιτρέποντας την έγκαιρη παρέμβαση. Παράλληλα, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής μέσω εργαλείων όπως το SF-36 μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για τις ανάγκες των ασθενών πέρα από τα καθαρά κλινικά δεδομένα. Η ενσωμάτωση ψυχολογικής υποστήριξης στη φροντίδα των ασθενών, είτε μέσω συνεργασίας με ειδικούς ψυχικής υγείας είτε μέσω εκπαιδευτικών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της συνολικής τους κατάστασης. Επιπλέον, η ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας και η καλλιέργεια σχέσης εμπιστοσύνης αποτελούν βασικά στοιχεία για την αποτελεσματική διαχείριση της νόσου.

Σε επίπεδο μελλοντικής έρευνας, αναδεικνύεται η ανάγκη για μελέτες με μεγαλύτερα και πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα, ώστε να καταστεί δυνατή η γενίκευση των ευρημάτων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι διαχρονικές μελέτες, οι οποίες θα

μπορούσαν να διερευνήσουν την εξέλιξη των ψυχολογικών παραγόντων και της ποιότητας ζωής σε διαφορετικά στάδια της νόσου και να αποσαφηνίσουν τις αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Παράλληλα, η ενσωμάτωση περισσότερων κλινικών δεδομένων, όπως η έξαρση της νόσου και τα θεραπευτικά σχήματα, θα μπορούσε να προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Τέλος, η διερεύνηση παρεμβάσεων που στοχεύουν στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης, όπως προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης ή εκπαίδευσης ασθενών, θα μπορούσε να συμβάλει στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών στρατηγικών φροντίδας.

## Βιβλιογραφία

- Abdulla, M., Mohammed, N., AlQamish, J., & Sawaf, B. (2025, September). Quality of Life and Fatigue in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 17, p. 2203). MDPI.
- Adams, S. M., Close, E. D., & Shreenath, A. P. (2022). Ulcerative colitis: rapid evidence review. *American family physician*, 105(4), 406-411.
- Al Dawsari, S. M., Alsalhabi, H. M. A., Alshamrani, M. A., & Alsalhabi, M. M. A. (2023). Quality of life among patients with chronic diseases: Integrative review. *Journal of Medical and Health Studies*, 4(1), 39-46.
- Al Qadire, M., ALHosni, F., Al-Daken, L., Aljezawi, M. E., Al Omari, O., & Khalaf, A. (2023). Quality of life and its predictors among patients with selected chronic diseases. In *Nursing Forum* (Vol. 2023, No. 1, p. 6657164). Hindawi.
- Al-Mamun, F., Arif, M., Das, P., Hasan, M. E., ALmerab, M. M., & Mamun, M. A. (2026). Perceived and Unmet Mental Health Care Needs Among Individuals with Chronic Illness: A Latent Class and Bayesian Approach. *Psychiatric Quarterly*, 1-23.
- Alzarea, A. I., Khan, Y. H., Alzarea, S. I., Alanazi, A. S., Alsaidan, O. A., Alrowily, M. J., ... & Mallhi, T. H. (2024). Assessment of health-related quality of life among patients with chronic diseases and its relationship with multimorbidity: a cross-sectional study from Saudi Arabia. *Patient preference and adherence*, 1077-1094.
- Annese, V. (2019). A review of extraintestinal manifestations and complications of inflammatory bowel disease. *Saudi journal of medicine & medical sciences*, 7(2), 66-73.
- Anyane-Yeboah, A., Quezada, S., Rubin, D. T., & Balzora, S. (2022). The impact of the social determinants of health on disparities in inflammatory bowel disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 20(11), 2427-2434.
- Balestrieri, P., Cicala, M., & Ribolsi, M. (2023). Psychological distress in inflammatory bowel disease. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 17(6), 539-553.
- Balestrieri, P., Ribolsi, M., Guarino, M. P. L., Emerenziani, S., Altomare, A., & Cicala, M. (2020). Nutritional aspects in inflammatory bowel diseases.

Nutrients, 12(2), 372.

- Basoglu, I. A., & Karakoyun, B. (2023). Crohn's disease: Etiology, pathogenesis and treatment strategies. *Marmara Medical Journal*, 36(2), 249-254.
- Benić, M. S., Giljača, V., Belančić, A., Kadić, A. J., & Vlahović-Palčevski, V. (2025). The impact of biological interventions on health-related quality of life in adults with Crohn's disease: a systematic review with meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 85.
- Bernstein, C. N., Nugent, Z., Panaccione, R., Marshall, D. A., Kaplan, G. G., Dieleman, L. A., ... & Moayyedi, P. (2026). Symptoms in Persons With Either Active or Inactive Crohn's Disease Are Agnostic to Disease Phenotype: The Magic in Imagine Study. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 60(1), 61-67.
- Bisgaard, T. H., Allin, K. H., Elmahdi, R., & Jess, T. (2023). The bidirectional risk of inflammatory bowel disease and anxiety or depression: A systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 83, 109-116.
- Bisgaard, T. H., Allin, K. H., Keefer, L., Ananthakrishnan, A. N., & Jess, T. (2022). Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: epidemiology, mechanisms and treatment. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*, 19(11), 717-726.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of psychosomatic research*, 52(2), 69-77.
- Black, J., Sweeney, L., Yuan, Y., Singh, H., Norton, C., & Czuber-Dochan, W. (2022). Systematic review: the role of psychological stress in inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 56(8), 1235-1249.
- Black, J., Sweeney, L., Yuan, Y., Singh, H., Norton, C., & Czuber-Dochan, W. (2022). Systematic review: the role of psychological stress in inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 56(8), 1235-1249.
- Borowitz, S. M. (2023). The epidemiology of inflammatory bowel disease: Clues to pathogenesis?. *Frontiers in pediatrics*, 10, 1103713.
- Brown, J. (2024). The role of social support in coping with chronic illnesses. *Research Consortium Archive*, 2(01), 38-45.
- Bu, S., Cheng, X., Chen, M., & Yu, Y. (2025). Ulcerative colitis: advances in

pathogenesis, biomarkers, and therapeutic strategies. *Pharmacogenomics and Personalized Medicine*, 219-238.

- Burisch, J., Claytor, J., Hernandez, I., Hou, J. K., & Kaplan, G. G. (2025). The cost of inflammatory bowel disease care: how to make it sustainable. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 23(3), 386-395.
- Burisch, J., Zhao, M., Odes, S., De Cruz, P., Vermeire, S., Bernstein, C. N., ... & Munkholm, P. (2023). The cost of inflammatory bowel disease in high-income settings: a Lancet Gastroenterology & Hepatology Commission. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 8(5), 458-492.
- Cai, Z., Wang, S., & Li, J. (2021). Treatment of inflammatory bowel disease: a comprehensive review. *Frontiers in medicine*, 8, 765474.
- Calviño-Suárez, C., Ferreiro-Iglesias, R., Bastón-Rey, I., & Barreiro-de Acosta, M. (2021). Role of quality of life as endpoint for inflammatory bowel disease treatment. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 7159.
- Chen, Y., Wang, Y., & Shen, J. (2019). Role of environmental factors in the pathogenesis of Crohn's disease: a critical review. *International journal of colorectal disease*, 34(12), 2023-2034.
- Cheng, L., Jetha, A., Cordeaux, E., Lee, K., & Gignac, M. A. (2022). Workplace challenges, supports, and accommodations for people with inflammatory bowel disease: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 44(24), 7587-7599.
- Cilli, E., Ranieri, J., Guerra, F., Ferri, C., & Di Giacomo, D. (2022). Naturalizing digital and quality of life in chronic diseases: Systematic review to research perspective into technological advancing and personalized medicine. *Digital Health*, 8, 20552076221144857.
- Cushing, K., & Higgins, P. D. (2021). Management of Crohn disease: a review. *Jama*, 325(1), 69-80.
- Damas, O. M., Kuftinec, G., Khakoo, N. S., Morillo, D., Quintero, M. A., Leavitt, J., ... & Palacio, A. (2022). Social barriers influence inflammatory bowel disease (IBD) outcomes and disproportionately affect Hispanics and non-Hispanic Blacks with IBD. *Therapeutic advances in gastroenterology*, 15, 17562848221079162.
- Deshmukh, R., Kumari, S., & Harwansh, R. K. (2020). Inflammatory bowel

disease: A snapshot of current knowledge. *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 13(2), 956-962.

- Deshmukh, R., Kumari, S., & Harwansh, R. K. (2020). Inflammatory bowel disease: A snapshot of current knowledge. *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 13(2), 956-962.
- Dolinger, M., Torres, J., & Vermeire, S. (2024). Crohn's disease. *The Lancet*, 403(10432), 1177-1191.
- Dolinger, M., Torres, J., & Vermeire, S. (2024). Crohn's disease. *The Lancet*, 403(10432), 1177-1191.
- Du, L., & Ha, C. (2020). Epidemiology and pathogenesis of ulcerative colitis. *Gastroenterology Clinics*, 49(4), 643-654.
- Fairbrass, K. M., Costantino, S. J., Gracie, D. J., & Ford, A. C. (2020). Prevalence of irritable bowel syndrome-type symptoms in patients with inflammatory bowel disease in remission: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Gastroenterology & hepatology*, 5(12), 1053-1062.
- Fairbrass, K. M., Guthrie, E. A., Black, C. J., Selinger, C. P., Gracie, D. J., & Ford, A. C. (2023). Characteristics and effect of anxiety and depression trajectories in inflammatory bowel disease. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 118(2), 304-316.
- Feakins, R., Borralho Nunes, P., Driessen, A., Gordon, I. O., Zidar, N., Baldin, P., ... & Rosini, F. (2024). Definitions of histological abnormalities in inflammatory bowel disease: an ECCO position paper. *Journal of Crohn's and Colitis*, 18(2), 175-191.
- Fornaro, R., Caristo, G., Stratta, E., Caratto, M., Caratto, E., Giovinnazzo, D., ... & Frascio, M. (2019). Thrombotic complications in inflammatory bowel diseases. *Il Giornale di Chirurgia-Journal of the Italian Surgical Association*, 40(1), 14-19.
- Framework, I. C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care*, 30(6), 473-83.
- Gajendran, M., Loganathan, P., Jimenez, G., Catinella, A. P., Ng, N., Umapathy, C., ... & Hashash, J. G. (2019). A comprehensive review and update on ulcerative colitis. *Disease-a-month*, 65(12), 100851.
- Gala, D., Newsome, T., Roberson, N., Lee, S. M., Thekkanal, M., Shah, M., ...

- & Gayam, V. (2022). Thromboembolic events in patients with inflammatory bowel disease: a comprehensive overview. *Diseases*, 10(4), 73.
- Gallagher, K., Catesson, A., Griffin, J. L., Holmes, E., & Williams, H. R. (2021). Metabolomic analysis in inflammatory bowel disease: a systematic review. *Journal of Crohn's and Colitis*, 15(5), 813-826.
  - Ge, L., Liu, S., Li, S., Yang, J., Hu, G., Xu, C., & Song, W. (2022). Psychological stress in inflammatory bowel disease: Psychoneuroimmunological insights into bidirectional gut–brain communications. *Frontiers in immunology*, 13, 1016578.
  - Giri, S., Harindranath, S., Chandnani, S., Jena, A., Sharma, V., & Sebastian, S. (2025). Systematic Review: Stigma Associated With Inflammatory Bowel Disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 62(11-12), 1066-1088.
  - Gomez, D. A., Ahmad-Waqar, M., Brookes, M. J., & Kumar, A. (2023). IBD-related mental health disorders: where do we go from here?. *Frontline Gastroenterology*, 14(6), 512-520.
  - Gorospe, J., Windsor, J., Hracs, L., Coward, S., Buie, M., Quan, J., ... & Kaplan, G. (2024). Trends in inflammatory bowel disease incidence and prevalence across epidemiologic stages: a global systematic review with meta-analysis. *Gastroenterology*, 166(3), S56-S57.
  - Gros, B., & Kaplan, G. G. (2023). Ulcerative colitis in adults: a review. *Jama*, 330(10), 951-965.
  - Gros, B., & Kaplan, G. G. (2023). Ulcerative colitis in adults: a review. *Jama*, 330(10), 951-965.
  - Hawkins, R. L., Zia, M., Hind, D., & Lobo, A. J. (2024). Inequalities in healthcare access, experience and outcomes in adults with inflammatory bowel disease: a scoping review. *Inflammatory bowel diseases*, 30(12), 2486-2499.
  - Huang, Y., Loux, T., Huang, X., & Feng, X. (2023). The relationship between chronic diseases and mental health: A cross-sectional study. *Mental Health & Prevention*, 32, 200307.
  - Imbrizi, M., Magro, F., & Coy, C. S. R. (2023). Pharmacological therapy in inflammatory bowel diseases: a narrative review of the past 90 years. *Pharmaceuticals*, 16(9), 1272.
  - Japparkulova, A., Aitymbetova, N., & Tuktibayeva, S. (2021). Clinical

manifestations of ulcerative colitis. Астана медициналық журналы, 107(1), 68-72.

- Kaur, A., & Goggolidou, P. (2020). Ulcerative colitis: understanding its cellular pathology could provide insights into novel therapies. *Journal of inflammation*, 17(1), 15.
- Khan, S., Sebastian, S. A., Parmar, M. P., Ghadge, N., Padma, I., Keshta, A. S., ... & Patel, A. (2024). Factors influencing the quality of life in inflammatory bowel disease: A comprehensive review. *Disease-a-Month*, 70(1), 101672.
- Kilic, Y., Kamal, S., Jaffar, F., Sriranganathan, D., Quraishi, M. N., & Segal, J. P. (2024). Prevalence of extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Inflammatory bowel diseases*, 30(2), 230-239.
- Kim, J. M., & Cheon, J. H. (2020). Pathogenesis and clinical perspectives of extraintestinal manifestations in inflammatory bowel diseases. *Intestinal research*, 18(3), 249-264.
- Knowles, S. R., Graff, L. A., Wilding, H., Hewitt, C., Keefer, L., & Mikocka-Walus, A. (2018). Quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analyses—part I. *Inflammatory bowel diseases*, 24(4), 742-751.
- Kucharzik, T., Koletzko, S., Kannengiesser, K., & Dignass, A. (2020). Ulcerative colitis—diagnostic and therapeutic algorithms. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(33-34), 564.
- Kumarapperuma, H., Wang, R., Little, P. J., & Kamato, D. (2024). Mechanistic insight: linking cardiovascular complications of inflammatory bowel disease. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 34(3), 203-211.
- Lang-Schwarz, C., Agaimy, A., Atreya, R., Becker, C., Danese, S., Fléjou, J. F., ... & Vieth, M. (2021). Maximizing the diagnostic information from biopsies in chronic inflammatory bowel diseases: recommendations from the Erlangen International Consensus Conference on Inflammatory Bowel Diseases and presentation of the IBD-DCA score as a proposal for a new index for histologic activity assessment in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Virchows Archiv*, 478(3), 581-594.
- Laredo, V., Garcia-Mateo, S., Martinez-Dominguez, S. J., López de la Cruz, J.,

- Gargallo-Puyuelo, C. J., & Gomollon, F. (2023). Risk of cancer in patients with inflammatory bowel diseases and keys for patient management. *Cancers*, 15(3), 871.
- Leso, V., Testa, A., Pacella, D., Macrini, M. C., Villani, G. D., Gervetti, P., ... & Iavicoli, I. (2024). The impact of inflammatory bowel diseases on patients' quality of life and work functionality: an observational study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 66(11), e567-e575.
  - Lishchinskaya, A. A., Knyazev, O. V., Kagramanova, A. V., & Parfenov, A. I. (2022, September). Frequency and risk factors of thromboembolic complications in patients with inflammatory bowel diseases. In *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences* (Vol. 76, No. 5-6, pp. 623-631). De Gruyter Poland.
  - Liu, Y., Hu, J., Tian, S., Zhang, J., An, P., Wu, Y., ... & Dong, W. (2024). Comprehensive analysis of psychological symptoms and quality of life in early patients with IBD: a multicenter study from China. *BMC psychiatry*, 24(1), 792.
  - Long, D. (2024). Crohn's disease and ulcerative colitis: from pathophysiology to novel therapeutic approaches. *Biomedicines*, 12(3), 689.
  - Loo, S. Y., Vutcovici, M., Bitton, A., Lakatos, P. L., Azoulay, L., Suissa, S., & Brassard, P. (2019). Risk of malignant cancers in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 13(10), 1302-1310.
  - M'Koma, A. E. (2022). Inflammatory bowel disease: clinical diagnosis and surgical treatment-overview. *Medicina*, 58(5), 567.
  - Mahfouz, M., Martin, P., & Carrion, A. F. (2019). Hepatic complications of inflammatory bowel disease. *Clinics in liver disease*, 23(2), 191-208.
  - Manojlović, M. (2022). QUALITY OF LIFE: DEFINITIONS AND POSSIBILITIES OF RESEARCH. WITH SPECIAL FOCUS ON THE YUGOSLAV CASE. *Historical Yearbook*, 19(XIX), 169-178.
  - Marotto, D., Atzeni, F., Ardizzone, S., Monteleone, G., Giorgi, V., & Sarzi-Puttini, P. (2020). Extra-intestinal manifestations of inflammatory bowel diseases. *Pharmacological Research*, 161, 105206.
  - Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., ... & Lykouras, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample.

Annals of general psychiatry, 7(1), 4.

- Mokrowiecka, A., Kopczynska, M., Borkowska, A., & Malecka-Wojcieszko, E. (2025). Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Diseases Is Associated with Affective Temperament Traits: A Cross-Sectional Survey of a Polish Clinical Sample. *Journal of Clinical Medicine*, 14(3), 1018.
- Momen, N. C., Plana-Ripoll, O., Agerbo, E., Benros, M. E., Børghlum, A. D., Christensen, M. K., ... & McGrath, J. J. (2020). Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1721-1731.
- Morse, S. (2023). Quality of life, well-being and the human development index: a media narrative for the developed world?. *Social Indicators Research*, 170(3), 1035-1058.
- Mukim, M., Chaturvedi, M., Patel, R., Roy, S., Sharma, P., Chaturvedi, V., ... & Patewkar, M. F. (2022). CROHN'S DISEASE: A REVIEW ON EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSIS AND THERAPEUTIC MANAGEMENT. *Indian drugs*, 59(9).
- Neșuțoiu, M. (2023). Quality of Life—Conceptual Approaches and Quantification Methods. In *International Applied Social Sciences Congress* (pp. 81-81).
- Nikolova, V. L., Pelton, L., Moulton, C. D., Zorzato, D., Cleare, A. J., Young, A. H., & Stone, J. M. (2022). The prevalence and incidence of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease in depression and bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 84(3), 313-324.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of life research*, 14(5), 1433-1438.
- Piovani, D., Armuzzi, A., & Bonovas, S. (2024). Association of depression with incident inflammatory bowel diseases: a systematic review and meta-analysis. *Inflammatory Bowel Diseases*, 30(4), 573-584.
- Porter, R. J., Kalla, R., & Ho, G. T. (2020). Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis. *F1000Research*, 9, F1000-Faculty.
- Qian, Y., Chen, Y., Liu, L., Wu, T., Chen, X., & Ma, G. (2025). Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: mechanisms and emerging therapeutics

- targeting the microbiota-gut-brain axis. *Frontiers in Immunology*, 16, 1676160.
- Ramkissoon, H. (2023). Perceived social impacts of tourism and quality-of-life: A new conceptual model. *Journal of sustainable tourism*, 31(2), 442-459.
  - Roda, G., Chien Ng, S., Kotze, P. G., Argollo, M., Panaccione, R., Spinelli, A., ... & Danese, S. (2020). Crohn's disease. *Nature reviews Disease primers*, 6(1), 22.
  - Roderburg, C., Yaqubi, K., Konrad, M., May, P., Luedde, T., Kostev, K., & Loosen, S. H. (2024). Association between inflammatory bowel disease and subsequent depression or anxiety disorders-a retrospective cohort study of 31,728 outpatients. *Journal of psychiatric research*, 169, 231-237.
  - Ross, E. J., Shanahan, M. L., Joseph, E., Reynolds, J. M., Jimenez, D. E., Abreu, M. T., & Carrico, A. W. (2024). The relationship between loneliness, social isolation, and inflammatory bowel disease: A narrative review. *Annals of behavioral medicine*, 58(12), 779-788.
  - Rozich, J. J., Holmer, A., & Singh, S. (2020). Effect of lifestyle factors on outcomes in patients with inflammatory bowel diseases. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 115(6), 832-840.
  - Schoultz, M., Beattie, M., Gorely, T., & Leung, J. (2020). Assessment of causal link between psychological factors and symptom exacerbation in inflammatory bowel disease: a systematic review utilising Bradford Hill criteria and meta-analysis of prospective cohort studies. *Systematic reviews*, 9(1), 169.
  - Segal, J. P., LeBlanc, J. F., & Hart, A. L. (2021). Ulcerative colitis: an update. *Clinical Medicine*, 21(2), 135-139.
  - Sic, A., Cvetkovic, K., Manchanda, E., & Knezevic, N. N. (2024). Neurobiological implications of chronic stress and metabolic dysregulation in inflammatory bowel diseases. *Diseases*, 12(9), 220.
  - Silva, R. L., e Sousa, F. I. D. S., da Silva, G. L. F., Almeida, V. D. R., Silva, S. B., Freire, M. M. S., ... & Braga, L. L. B. C. (2025). The impact of anxiety and depression on quality of life in a cohort of inflammatory bowel disease patients from Northeastern of Brazil. *Gastroenterología y Hepatología*, 48(6), 502283.
  - Sindhu, R. K., Goyal, A., Das, J., & Arora, S. (2021). Crohn's disease: Symptoms, diagnosis, management by medical and alternative treatment. *Pharmaceutical Sciences Asia*, 48(3).
  - Singh, S., & Dulai, P. S. (2022). Ulcerative colitis: clinical manifestations and

management. Yamada's Textbook of Gastroenterology, 1248-1293.

- Stadnicki, A., & Stadnicka, I. (2021). Venous and arterial thromboembolism in patients with inflammatory bowel diseases. *World journal of gastroenterology*, 27(40), 6757.
- Stallmach, A., Atreya, R., Grunert, P. C., Stallhofer, J., de Laffolie, J., & Schmidt, C. (2023). Treatment strategies in inflammatory bowel diseases. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(45), 768.
- Tiles-Sar, N., Neuser, J., de Sordi, D., Baltes, A., Preiss, J. C., Moser, G., & Timmer, A. (2025). Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- Tsai, L., McCurdy, J. D., Ma, C., Jairath, V., & Singh, S. (2022). Epidemiology and natural history of perianal Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis of population-based cohorts. *Inflammatory Bowel Diseases*, 28(10), 1477-1484.
- Valvano, M., Capannolo, A., Cesaro, N., Stefanelli, G., Fabiani, S., Frassino, S., ... & Latella, G. (2023). Nutrition, nutritional status, micronutrients deficiency, and disease course of inflammatory bowel disease. *Nutrients*, 15(17), 3824.
- Van Hoeve, K., & Hoffman, I. (2022). Renal manifestations in inflammatory bowel disease: a systematic review. *Journal of Gastroenterology*, 57(9), 619-629.
- Varma, A., Weinstein, J., Seabury, J., Rosero, S., Wagner, E., Zizzi, C., ... & Heatwole, C. (2022). Patient-reported impact of symptoms in Crohn's disease. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 117(12), 2033-2045.
- Voelker, R. (2024). What is ulcerative colitis?. *Jama*, 331(8), 716-716.
- Wang, C. P. J., Byun, M. J., Kim, S. N., Park, W., Park, H. H., Kim, T. H., ... & Park, C. G. (2022). Biomaterials as therapeutic drug carriers for inflammatory bowel disease treatment. *Journal of Controlled Release*, 345, 1-19.
- Wang, L., Makhdzir, N., Haron, Z., & Chen, H. (2025). Determinants and measurement of quality of life in patients with Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Official Journal of Pakistan Medical Association, Rawalpindi–Islamabad Rawalpindi–Islamabad Branch Jan–Mar 2025 Volume 50 Number, 50(1), 240.*

- Wang, S., Tan, C., Liu, C., Liu, Z., Jiang, C., Shi, J., ... & Dong, W. (2024). Common gastrointestinal symptoms and their impact on psychological state and quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a cross-sectional multicenter study in China. *Gastroenterology Report*, 12, goae019.
- Wei, S. C., Sollano, J., Hui, Y. T., Yu, W., Santos Estrella, P. V., Llamado, L. J. Q., & Koram, N. (2021). Epidemiology, burden of disease, and unmet needs in the treatment of ulcerative colitis in Asia. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 15(3), 275-289.
- Williams-Hall, R., Trennery, C., Sully, K., Wratten, S., Francis, A., Chandler, D., ... & Keeley, T. (2023). A qualitative study to explore the symptoms and impacts of Crohn's disease and to develop the Crohn's Disease Diary. *Quality of Life Research*, 32(1), 209-223.
- Xiao, S., Shi, L., Dong, F., Zheng, X., Xue, Y., Zhang, J., ... & Zhang, C. (2022). The impact of chronic diseases on psychological distress among the older adults: the mediating and moderating role of activities of daily living and perceived social support. *Aging & mental health*, 26(9), 1798-1804.
- Yildirim, Y., Artan, Y., & Unal, N. G. (2025). Relationship Between Social Isolation, Loneliness and Psychological Well-Being in Inflammatory Bowel Disease Patients: The Mediating Role of Disease Activity Social Isolation in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of clinical nursing*, 34(8), 3276-3287.
- Youssef, M., Hossein-Javaheri, N., Hoxha, T., Mallouk, C., & Tandon, P. (2024). Work productivity impairment in persons with inflammatory bowel diseases: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 18(9), 1486-1504.
- Zhang, J., Liu, C., An, P., Chen, M., Wei, Y., Li, J., ... & Psychology Club of Inflammatory Bowel Disease Group, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Medical Association; Chinese Association for Mental Hygiene. (2024). Psychological symptoms and quality of life in patients with inflammatory bowel disease in China: A multicenter study. *United European Gastroenterology Journal*, 12(3), 374-389.

# Παραπομπές

Πρωτόκολλο νοσηλευτικής έρευνας με θέμα:

## «ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ, ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ»

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ  
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΠΑΠΑΡΟΥΝΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ  
Α.Μ.: 150

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου αποτελεί ομάδα χρόνιων, υποτροπιάζόντων νοσημάτων που περιλαμβάνει κυρίως τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα. Πρόκειται για παθήσεις με μακροχρόνια πορεία οι οποίες χαρακτηρίζονται από περιόδους ύφεσης και εξάρσεων και επηρεάζουν σημαντικά τη σωματική ψυχική και κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών. Τα συμπτώματα της νόσου όπως ο κοιλιακός πόνος οι διαρροϊκές κενώσεις ή κόπωση και οι εξωεντερικές εκδηλώσεις σε συνδυασμό με την ανάγκη διαρκούς ιατρικής παρακολούθησης επιβαρύνουν ουσιαστικά την καθημερινή ζωή των πασχόντων.

Η ποιότητα ζωής έχει αναγνωριστεί ως κρίσιμος δείκτης αξιολόγησης της υγείας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και αντανακλά τη συνολική αντίληψη του ατόμου και τη σωματική του κατάσταση την ψυχική ευεξία τις κοινωνικές του σχέσεις και τη λειτουργικότητά του. Στους ασθενείς με ΙΦΝΕ η ποιότητα ζωής συχνά εμφανίζεται μειωμένη όχι μόνο κατά τις περιόδους ενεργότητας της νόσου αλλά και σε φάσεις ύφεσης γεγονός που υποδηλώνει την επίδραση ψυχοκοινωνικών παραγόντων πέραν της κλινικής εικόνας.

Το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν συχνές ψυχολογικές διαταραχές στους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Η αβεβαιότητα σχετικά με την εξέλιξη της νόσου ο φόβος των υποτροπών οι περιορισμοί στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή καθώς και η πιθανή αλλοίωση της

εικόνας σώματος συμβάλλουν στην εμφάνιση και διατήρηση ψυχολογικής δυσφορίας. Η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι τα αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σχετίζονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής την προσκόλληση στη θεραπεία και την αυτοδιαχείριση της νόσου.

Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας ζωής άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς με ΙΦΝΕ έχει ιδιαίτερη σημασία για τη νοσηλευτική επιστήμη και πράξη. Η ολιστική προσέγγιση της φροντίδας η οποία λαμβάνει υπόψη τόσο τις σωματικές όσο και τις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της συνολικής ευεξίας και της ποιότητας ζωής τους.

### **ΣΚΟΠΟΣ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΖΗΤΟΥΜΕΝΑ**

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ). Ειδικότερα, η μελέτη στοχεύει:

1. Να αποτυπώσει το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.
2. Να αξιολογήσει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.
3. Να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η μελέτη θα λάβει χώρα στα Ιωάννινα και τα δεδομένα θα προκύψουν από το σύνολο των περιστατικών ΙΦΝΕ της Γαστρεντερολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ**

Η μελέτη θα είναι μη πειραματική, πρωτογενής, παρατηρήσεως και συγκεκριμένα συγχρονική. Οι συμμετέχοντες εντάσσονται στην μελέτη κατόπιν ενυπόγραφης συναίνεσης συμμετοχής στην μελέτη όπου θα καταγράφονται τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και θα συμπληρώνονται τα ερωτηματολόγια SF-36 και HADS. Τα ερωτηματολόγια θα χορηγούνται στο επιλεγέν δείγμα από τους επιστημονικά υπευθύνους της μελέτης. Τα δεδομένα που θα προκύψουν θα υποβληθούν σε στατιστική επεξεργασία και θα προσαρμοσθούν με τρόπο ώστε να απαντούν στα κύρια ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης και να καθίστανται συγκρίσιμα.

## **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ-ΣΤΟΧΟΥ**

Κριτήρια επιλογής: Το δείγμα της μελέτης μας θα αποτελείται από 100 ενήλικες ασθενείς με διαγνωσμένη ΙΦΝΕ που παρακολουθούνται στην Γαστρεντερολογική Κλινική του ΠΓΝΙ και λαμβάνουν είτε υποδόρια είτε ενδοφλέβια θεραπεία με βιολογικό παράγοντα. Κριτήρια αποκλεισμού: Δεν δύνανται να μετέχουν στη μελέτη ασθενείς που δεν έχουν συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ζωής τους, οι πάσχοντες από άνοια, οι ληθαργικοί και όσοι έχουν πλήρη έλλειψη επίγνωσης της κατάστασής τους, δηλαδή όλοι οι ασθενείς με score βάσει της κλίμακας της Γλασκώβης  $\leq 14/15$ . Επιπρόσθετα κριτήρια επιλογής των περιστατικών (δημογραφικά, κοινωνικά, μορφωτικά κοκ.) δε θα εφαρμοστούν στην παρούσα μελέτη.

## **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Η συλλογή των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί στη Γαστρεντερολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, σε ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια ένταξης της μελέτης. Οι υποψήφιοι συμμετέχοντες θα ενημερώνονται προφορικά και γραπτά σχετικά με τον σκοπό, τη διαδικασία και τη διάρκεια της έρευνας, καθώς και για τα δικαιώματά τους. Μετά την παροχή επαρκούς ενημέρωσης και την επίλυση τυχόν αποριών, όσοι επιθυμούν να συμμετάσχουν θα υπογράφουν το έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα πραγματοποιείται σε έντυπη μορφή, σε κατάλληλο και ήσυχο χώρο της κλινικής, ώστε να διασφαλίζεται η ιδιωτικότητα και η άνεση των συμμετεχόντων. Ο εκτιμώμενος χρόνος συμπλήρωσης είναι περίπου 20-25 λεπτά. Η ερευνήτρια θα είναι διαθέσιμη για διευκρινίσεις, χωρίς να επηρεάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Η συνολική διάρκεια της έρευνας εκτιμάται στους 4 μήνες.

Τα ερωτηματολόγια θα συλλέγονται άμεσα μετά τη συμπλήρωσή τους και θα κωδικοποιούνται με μοναδικό αριθμό συμμετέχοντα, ώστε να διασφαλίζεται η ψευδωνυμοποίηση των δεδομένων.

## **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί με τη χρήση κατάλληλου στατιστικού λογισμικού (ενδεικτικά SPSS ή ισοδύναμου προγράμματος). Αρχικά θα εφαρμοστεί περιγραφική στατιστική ανάλυση για την παρουσίαση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος, καθώς και των επιμέρους δεικτών των ερωτηματολογίων. Οι συνεχείς μεταβλητές θα παρουσιάζονται με μέσο όρο και τυπική απόκλιση ή διάμεσο και ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ανάλογα με την κατανομή τους, ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές με απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας ζωής και επιπέδων άγχους και κατάθλιψης θα εφαρμοστούν κατάλληλοι έλεγχοι συσχέτισης και συγκριτικές δοκιμασίες, ανάλογα με το είδος και την κατανομή των δεδομένων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θα οριστεί στο  $p < 0,05$ .

## **ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Η παρούσα μελέτη θα διεξαχθεί σύμφωνα με τις αρχές της βιοηθικής και της δεοντολογίας της έρευνας σε ανθρώπους. Η συμμετοχή των ασθενών είναι απολύτως εθελοντική και προϋποθέτει την υπογραφή εντύπου ενημερωμένης συγκατάθεσης. Οι συμμετέχοντες διατηρούν το δικαίωμα αποχώρησης από τη μελέτη σε οποιοδήποτε

στάδιο, χωρίς καμία επίπτωση στη θεραπευτική τους αντιμετώπιση ή στη σχέση τους με το υγειονομικό προσωπικό.

Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα είναι ψευδωνυμοποιημένα μέσω της απόδοσης μοναδικού κωδικού σε κάθε συμμετέχοντα και δεν θα καταγράφονται στοιχεία άμεσης ταυτοποίησης. Η επεξεργασία και αποθήκευση των δεδομένων θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR). Τα έντυπα ερωτηματολόγια θα φυλάσσονται σε κλειδωμένο ερμάριο, ενώ τα ηλεκτρονικά δεδομένα θα αποθηκεύονται σε προστατευμένο αρχείο με περιορισμένη πρόσβαση. Τα δεδομένα θα διατηρηθούν για χρονικό διάστημα πέντε ετών και στη συνέχεια θα καταστραφούν με ασφαλή τρόπο.

### **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η συγχρονική φύση της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων, αλλά μόνο τη διαπίστωση συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Επιπλέον, η χρήση αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων ενδέχεται να επηρεάζεται από υποκειμενικούς παράγοντες ή κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις.

### **ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Lynch, T., & Spence, D. (2008). A qualitative study of youth living with Crohn disease. *Gastroenterology Nursing*, 31(3), 224-230.
2. Kappelman, M. D., Rifas-Shiman, S. L., Kleinman, K., Ollendorf, D., Bousvaros, A., Grand, R. J., & Finkelstein, J. A. (2007). The prevalence and geographic distribution of Crohn's disease and ulcerative colitis in the United States. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 5(12), 1424-1429.
3. Casellas, F., López-Vivancos, J., Vergara, M., Malagelada, J. R. (2001). Impact of inflammatory bowel disease on health-related quality of life. *Digestive Diseases and Sciences*, 46(4), 715-720.
4. Bernstein, C. N., Zhang, L., Lix, L. M., Graff, L. A., Walker, J. R., Fisk, J. D., ... & Marriott, J. J. (2019). The validity and reliability of screening measures for depression and anxiety disorders in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 25(6), 956-963.

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

## HADS

PSYCHIATRIKI 18 (3), 2007 ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (HADS) 7

**Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)**

Όνομα: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Διπλώστε ΕΔΩ Διπλώστε ΕΔΩ

Οι κλινικοί ιατροί είναι σε επήγερση ότι τα συναισθήματα παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Αν ο/η κλινικός/ή ιατρός σας γνωρίζει σχετικά μ' αυτά τα συναισθήματα, θα είναι σε θέση να σας βοηθήσει περισσότερο.

Αυτά τα ερωτηματολόγια είναι σχεδιασμένα ώστε να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό σας να γνωρίζει πώς αισθάνεστε. Διβάστε κάθε παρακάτω ερώτηση και υπογραμμίστε την απάντηση η οποία είναι πληρέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Απαντήστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι στο περιθώριο του ερωτηματολογίου.

Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μια μακράχρονη και αναλωμένη απάντηση.

| A                                                                                             | D |                                                                                           | A                                                                                        | D |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
|                                                                                               |   | <b>Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος</b>                                                       | <b>Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου</b>                                            |   |   |   |
| 3                                                                                             |   | Τον περισσότερο καιρό                                                                     | Σχεδόν όλο τον καιρό                                                                     | 3 |   |   |
| 2                                                                                             |   | Πολύ καιρό                                                                                | Πολύ συχνά                                                                               | 2 |   |   |
| 1                                                                                             |   | Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά                                                          | Μερικές φορές                                                                            | 1 |   |   |
| 0                                                                                             |   | Καθόλου                                                                                   | Καθόλου                                                                                  | 0 |   |   |
|                                                                                               |   | <b>Εξασκοιούμαι να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω</b>                  | <b>Αντιμετωπίζω κάποιο συναισθηματικό φόβο σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου</b>   |   |   |   |
| 0                                                                                             |   | Σχεδόν πάντα, στον ίδιο βαθμό                                                             | Καθόλου                                                                                  | 0 |   |   |
| 1                                                                                             |   | Όχι στον ίδιο βαθμό                                                                       | Περιστασιακά                                                                             | 1 |   |   |
| 2                                                                                             |   | Λίγο μόνο                                                                                 | Αρκετά συχνά                                                                             | 2 |   |   |
| 3                                                                                             |   | Καθόλου                                                                                   | Πολύ συχνά                                                                               | 3 |   |   |
|                                                                                               |   | <b>Αντιμετωπίζω κάποιο συναισθηματικό φόβο σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί</b> | <b>Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου</b>                                          |   |   |   |
| 3                                                                                             |   | Ακριβώς                                                                                   | Ακριβώς                                                                                  | 3 |   |   |
| 2                                                                                             |   | Μάλιστα, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό                                                          | Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε                                                            | 2 |   |   |
| 1                                                                                             |   | Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά                                                                 | Όπως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε                                                      | 1 |   |   |
| 0                                                                                             |   | Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί                                                            | Την φροντίζω όπως πάντοτε                                                                | 0 |   |   |
|                                                                                               |   | <b>Μπορώ να γελάω και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων</b>                            | <b>Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι</b>                    |   |   |   |
| 0                                                                                             |   | Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα                                                         | Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό                                                             | 3 |   |   |
| 1                                                                                             |   | Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν                                                        | Σε αρκετά μεγάλο βαθμό                                                                   | 2 |   |   |
| 2                                                                                             |   | Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ                                                                | Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό                                                                 | 1 |   |   |
| 3                                                                                             |   | Καθόλου                                                                                   | Καθόλου                                                                                  | 0 |   |   |
|                                                                                               |   | <b>Ανήσυχος σκέψιμες περνούω από το μυαλό μου</b>                                         | <b>Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα</b>                                                 |   |   |   |
| 3                                                                                             |   | Πάρα πολύ καιρό                                                                           | Τόσο όπως και στο παρελθόν                                                               | 0 |   |   |
| 2                                                                                             |   | Πολύ καιρό                                                                                | Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα                                                         | 1 |   |   |
| 1                                                                                             |   | Όχι τόσο συχνά                                                                            | Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα                                                        | 2 |   |   |
| 0                                                                                             |   | Πολύ λίγο                                                                                 | Καθόλου                                                                                  | 3 |   |   |
|                                                                                               |   | <b>Νιώθω κεράτος</b>                                                                      | <b>Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού</b>                                        |   |   |   |
| 3                                                                                             |   | Ποτέ                                                                                      | Πράγματι πολύ συχνά                                                                      | 3 |   |   |
| 2                                                                                             |   | Όχι συχνά                                                                                 | Αρκετά συχνά                                                                             | 2 |   |   |
| 1                                                                                             |   | Μερικές φορές                                                                             | Όχι τόσο συχνά                                                                           | 1 |   |   |
| 0                                                                                             |   | Τον περισσότερα καιρό                                                                     | Καθόλου                                                                                  | 0 |   |   |
| A                                                                                             | D |                                                                                           | A                                                                                        | D |   |   |
|                                                                                               |   | <b>Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος</b>                                    | <b>Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/ηλεκτρονικό πρόγραμμα</b> |   |   |   |
| 0                                                                                             |   | Ακριβώς                                                                                   | Συχνά                                                                                    | 0 |   |   |
| 1                                                                                             |   | Συνήθως                                                                                   | Μερικές φορές                                                                            | 1 |   |   |
| 2                                                                                             |   | Όχι συχνά                                                                                 | Όχι συχνά                                                                                | 2 |   |   |
| 3                                                                                             |   | Καθόλου                                                                                   | Πολύ σπάνια                                                                              | 3 |   |   |
| <b>Τώρα ελέγχετε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις</b>                                |   |                                                                                           |                                                                                          |   |   |   |
| ΣΥΝΟΛΟ <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>A</td><td>D</td></tr></table> |   |                                                                                           |                                                                                          |   | A | D |
| A                                                                                             | D |                                                                                           |                                                                                          |   |   |   |

Αυτή η φόρμα μπορεί να αναπαράγεται για χρήση, μέσα στο πλαίσιο των κανόνων αγοράς και μόνο σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στη συμφωνία άδειας από τον εκδότη, HADS copyright © R.P. Snaith and A.S. Zigmond, 1983, 1992, 1994. Τα στοιχεία της φόρμας καταχώρησης έχουν δημοσιευθεί πρωτοτύπως στην Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 361-370, πνευματική ιδιοκτησία (copyright ©) Munksgaard International Publishers Ltd, Copenhagen, 1983. Δημοσιεύθηκε από την Εταιρεία nferNelson Pub Co Ltd, 414 Chiswick High Road, London W4 3TF, UK. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Η Εταιρεία nferNelson είναι μέλος του ομίλου Granada Learning Limited και ανήκει στην Εταιρεία ITV plc HADS Greek.

## SF-36

### SF-36 ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συννηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιοι / βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(βάλτε έναν κύκλο)

|                  |   |
|------------------|---|
| Εξαιρετική ..... | 1 |
| Πολύ καλή .....  | 2 |
| Καλή .....       | 3 |
| Μέτρια .....     | 4 |
| Κακή .....       | 5 |

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα:

(βάλτε έναν κύκλο)

|                                                   |   |
|---------------------------------------------------|---|
| Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν .....   | 1 |
| Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν .....  | 2 |
| Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν .....          | 3 |
| Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν ..... | 4 |
| Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν .....  | 5 |

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συντηρημένης ημέρας. Η παρόντη κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες. Εάν ναι, ποσό:

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

| ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ                                                                                                                                                            | Ναι, με<br>περιορίζει<br>Πολύ | Ναι, με<br>περιορίζει<br>Λίγο | Όχι, δεν με<br>περιορίζει<br>Καθόλου |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σκάκιμα βαρέων αντικειμένων, ή συμμετοχή σε δυναμικά σπορ                                                           | 1                             | 2                             | 3                                    |
| β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο καθαρισμός στην είσοδο ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία | 1                             | 2                             | 3                                    |
| γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε βάρη από την αγορά                                                                                                                          | 1                             | 2                             | 3                                    |
| δ. Όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους                                                                                                                                       | 1                             | 2                             | 3                                    |
| ε. Όταν ανεβαίνετε έναν όροφο                                                                                                                                             | 1                             | 2                             | 3                                    |
| στ. Στο λήγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο                                                                                                                  | 1                             | 2                             | 3                                    |
| ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο                                                                                                                                  | 1                             | 2                             | 3                                    |
| η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα                                                                                                                               | 1                             | 2                             | 3                                    |
| θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα                                                                                                                                     | 1                             | 2                             | 3                                    |
| ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε                                                                                                                                     | 1                             | 2                             | 3                                    |

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συντηρημένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας.

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

|                                                                                                                        | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες                                        | 1   | 2   |
| β. Επιδιέξατε λιγότερα από όσα θα θέλατε                                                                               | 1   | 2   |
| γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας                                                 | 1   | 2   |
| δ. Αποσκολεύατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλετε μεγαλύτερη προσπάθεια) | 1   | 2   |

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος):

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

|                                                                                     | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες     | 1   | 2   |
| β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα ήθελате                                          | 1   | 2   |
| γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως | 1   | 2   |

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου .....1  
Ελάχιστα .....2  
Μέτρια .....3  
Αρκετά .....4  
Πάρα πολύ .....5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου .....1  
Πολύ ήπιο .....2  
Ήπιο .....3  
Μέτριο .....4  
Έντονο .....5  
Πολύ έντονο .....6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου .....1  
Λίγο .....2  
Μέτρια .....3  
Αρκετά .....4  
Πάρα πολύ .....5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείσθε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

|                                                                                                          | Συνεχώς | Το μεγαλύτερο διάστημα | Σημαντικό διάστημα | Μερικές φορές | Μικρό διάστημα | Καθόλου |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------|--------------------|---------------|----------------|---------|
| α. Αισθανόσαστε γεμάτος / γεμάτη ζωντάνια;                                                               | 1       | 2                      | 3                  | 4             | 5              | 6       |
| β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;                                                                               | 1       | 2                      | 3                  | 4             | 5              | 6       |
| γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος / πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; | 1       | 2                      | 3                  | 4             | 5              | 6       |
| δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;                                                                       | 1       | 2                      | 3                  | 4             | 5              | 6       |
| ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;                                                                          | 1       | 2                      | 3                  | 4             | 5              | 6       |
| στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;                                                               | 1       | 2                      | 3                  | 4             | 5              | 6       |
| ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;                                                                               | 1       | 2                      | 3                  | 4             | 5              | 6       |
| η. Ήσαστε ευτυχισμένος / ευτυχισμένη;                                                                    | 1       | 2                      | 3                  | 4             | 5              | 6       |
| θ. Αισθανόσαστε κόπωση;                                                                                  | 1       | 2                      | 3                  | 4             | 5              | 6       |

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

(βάλτε έναν κύκλο)

Συνεχώς .....1  
 Το μεγαλύτερο διάστημα .....2  
 Μερικές φορές .....3  
 Μικρό διάστημα .....4  
 Καθόλου .....5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

|                                                                        | Εντελώς<br>Αλήθεια | Μάλλον<br>Αλήθεια | Δεν<br>ξέρω | Μάλλον<br>Ψέμα | Εντελώς<br>Ψέμα |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------|
| α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο<br>ευκολότερα από άλλους ανθρώπους | 1                  | 2                 | 3           | 4              | 5               |
| β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί<br>μου                         | 1                  | 2                 | 3           | 4              | 5               |
| γ. Παρμένο ότι η υγεία μου θα<br>χειροτερεύσει                         | 1                  | 2                 | 3           | 4              | 5               |
| δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική                                        | 1                  | 2                 | 3           | 4              | 5               |

## ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. ΤΙΤΛΟΣ</b>    | Συσχέτιση ποιότητας ζωής, άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ</b>    | Επιστημονικά Υπεύθυνος: Χριστοδούλου Δημήτριος, Καθηγητής Ιατρικής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων<br>Στοιχεία Επικοινωνίας:<br>Τηλέφωνο: 2651099295<br>email: <a href="mailto:dchristo@uoi.gr">dchristo@uoi.gr</a><br>Παπαρούνα Κωνσταντίνα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια, ΠΜΣ «Νοσηλευτική φροντίδα ενηλίκων» |
| <b>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ</b> | Δεν υπάρχει χρηματοδότηση.                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΚΟΠΟΣ, ΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ;</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>Ο σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας ζωής, άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου, όπως η Νόσος του Crohn και η Ελκώδης Κολίτιδα.</p> <p>Η συμβολή σας είναι σημαντική, καθώς τα αποτελέσματα της μελέτης αναμένεται να συμβάλουν στη βελτίωση της ολιστικής φροντίδας των ασθενών με ΙΦΝΕ και στην καλύτερη κατανόηση των ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους.</p> |

|                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3. ΓΙΑΤΙ ΕΧΩ ΠΡΟΣΚΛΗΘΕΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΩ;</b>                                                                                                                                                      |
| Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε στην έρευνα επειδή είστε ενήλικος ασθενής με διαγνωσμένη Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου και παρακολουθείστε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4. ΤΙ ΘΑ ΜΟΥ ΖΗΤΗΘΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ;</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Για να συμμετάσχετε στην έρευνα θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ένα σύντομο δημογραφικό και κλινικό ερωτηματολόγιο, την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης Νοσοκομείου (HADS) και το ερωτηματολόγιο SF-36. Ο συμμετοχή σας θα διαρκέσει 20-25 λεπτά για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η συνολική διάρκεια της μελέτης εκτιμάται σε 4 μήνες. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΙΝΔΥΝΟΙ Ή ΚΟΣΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιον κίνδυνο ή οικονομική επιβάρυνση για εσάς. Σε περίπτωση διαπίστωσης παράνομων πράξεων ή εγκληματικών δράσεων σας ενημερώνουμε ότι τα στοιχεία σας δεν προστατεύονται από τυχόν έρευνα των επίσημων αρχών και ότι ενδέχεται να οφείλουμε να προβούμε στις απαραίτητες νόμιμες ενέργειες ενημέρωσης των αρχών, ειδικά εάν υπάρχει κίνδυνος για την σωματική υγεία ή την ζωή ανθρώπων. |

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| <b>6. ΥΠΟΧΡΕΟΥΜΑΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΩ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;</b> |
|--------------------------------------------------|

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι **απολύτως εθελοντική**. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία. Μπορείτε να αλλάξετε γνώμη ανά πάσα στιγμή και να αποχωρήσετε από την έρευνα χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία και χωρίς καμία συνέπεια για σας. Σε αυτή την περίπτωση μπορείτε να ζητήσετε να διαγραφούν τα δεδομένα και οι πληροφορίες που έχουμε συλλέξει για σας.

#### 7. ΘΑ ΛΑΒΩ ΚΑΠΟΙΑ ΑΜΟΙΒΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ;

Δεν προβλέπεται καμία οικονομική ή άλλου είδους αμοιβή για την συμμετοχή στην έρευνα.

#### 8. ΠΩΣ ΘΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΘΟΥΝ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΑ;

Υπεύθυνος Επεξεργασίας των δεδομένων σας είναι ο/η Επιστημονικά Υπεύθυνος/η της μελέτης.

Θα συγκεντρώσουμε τα παρακάτω προσωπικά δεδομένα σας: δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο), κλινικά στοιχεία (τύπος ΙΦΝΕ, έτος διάγνωσης, θεραπεία) και δεδομένα ψυχολογικής κατάστασης και ποιότητας ζωής.

Τα δεδομένα σας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς, επιστημονικούς και στατιστικούς σκοπούς.

Τα δεδομένα σας επεξεργάζονται βάσει της **ρητής συγκατάθεσής σας**, που μας παρέχετε διαμέσου του παρόντος εντύπου.

Τα δεδομένα σας θα υποβληθούν σε ψευδωνυμοποίηση με την χρήση μοναδικού κωδικού και δεν θα περιλαμβάνουν στοιχεία άμεσης ταυτοποίησης.

Με κανέναν τρόπο **δεν θα αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας** σε δημοσιεύσεις, δημόσιες παρουσιάσεις ή επιστημονικές αναφορές. Σε περίπτωση που θελήσουμε να χρησιμοποιήσουμε τα δεδομένα σας επώνυμα, θα ζητήσουμε προηγουμένως ξεχωριστά την ρητή συγκατάθεσή σας.

Σε περίπτωση ομαδικής συνέντευξης/focus group, σας καλούμε να δεσμευτείτε ότι δεν θα αποκαλύψετε πληροφορίες ή στοιχεία άλλων συμμετεχόντων που ήρθαν σε γνώση σας στο πλαίσιο της έρευνας.

Το Πανεπιστήμιο διατηρεί τα δεδομένα της έρευνας για πέντε (5) έτη από την ολοκλήρωση της έρευνας. Κατόπιν, τα δεδομένα θα καταστραφούν/διαγραφούν ασφαλώς. Εφόσον κρίνουμε ότι τα δεδομένα της έρευνας είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν για άλλη έρευνα ή να διατηρηθούν για σκοπούς αρχειοθέτησης, επιστημονικής ή ιστορικής έρευνας ή για στατιστικούς σκοπούς, θα προβούμε σε πλήρη ανωνυμοποίησή τους.

Τα **δικαιώματά** σας αναφορικά με τα προσωπικά σας δεδομένα είναι τα εξής:

|            |                                                                 |
|------------|-----------------------------------------------------------------|
| Πρόσβαση   | Να λάβετε αντίγραφα των δεδομένων σας                           |
| Διόρθωση   | Να ζητήσετε διορθώσεις όσον αφορά τα δεδομένα σας               |
| Φορητότητα | Να ζητήσετε να διαβιβάσουμε τα δεδομένα σας σε κάποιον αποδέκτη |

Επίσης, **έχετε το δικαίωμα να ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή.**

Σε περίπτωση που ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας, έχετε επίσης τα εξής δικαιώματα:

|                          |                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------|
| Διαγραφή                 | Να ζητήσετε να διαγράψουμε τα δεδομένα σας           |
| Περιορισμός επεξεργασίας | Να ζητήσετε να σταματήσει ένα μέρος της επεξεργασίας |

Για να υποβάλλετε τα αιτήματά σας αλλά και για οποιοδήποτε θέμα αφορά τα προσωπικά σας δεδομένα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (DPO) του Πανεπιστημίου στο e-mail [dpo@uoi.gr](mailto:dpo@uoi.gr), τηλ. (2651007321)

Για οποιαδήποτε παράβαση αφορά την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων, έχετε το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλ.: +30-210 6475600, e-mail: [contact@dpa.gr](mailto:contact@dpa.gr)

#### 9. ΠΟΥ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ ΠΑΡΑΠΟΝΑ Η ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΕΣ;

Για οποιαδήποτε παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να προσφύγετε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στο email eyde@uoi.gr (τηλ.2651007134) καθώς και στον Επιστημονικά Υπεύθυνο/η (στοιχεία επικοινωνίας)

#### 10. ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ

Εσείς παρέχετε συγκατάθεση για το αν θα συμμετέχει ή όχι στην παρούσα έρευνα το άτομο για το οποίο είστε υπεύθυνος/η.

Μπορείτε να αποφασίσετε την αποχώρησή του ατόμου για το οποίο είστε υπεύθυνος/η οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια.

Μπορείτε, επίσης, να αρνηθείτε να απαντήσει σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις, εάν δεν επιθυμείτε να απαντήσει και να παραμείνει στην έρευνα.

Ο ερευνητής μπορεί να ζητήσει να αποσυρθεί το άτομο για το οποίο είστε υπεύθυνος/η από την έρευνα, αν ανακύψουν περιστάσεις που το απαιτούν.

Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή του ατόμου για το οποίο είστε υπεύθυνος/η στην παρούσα έρευνα.

Επιπλέον, εφόσον αυτό καθίσταται δυνατό, παρακαλούμε να αποφανθεί και το ίδιο το άτομο για το οποίο είστε υπεύθυνος/η ότι συγκατατίθεται, ελεύθερα και ανεμπόδιστα, να συμμετέχει στην παρούσα έρευνα.

#### ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, **δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί πλήρως** για τους όρους συμμετοχής μου στην έρευνα και την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων.

**Παρέχω την ρητή συγκατάθεσή μου για την συμμετοχή μου στην έρευνα και την επεξεργασία των ως άνω αναφερόμενων προσωπικών μου δεδομένων.**

#### Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος

Ονοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ιωάννινα,  
Αριθμ. Πρωτ.: 23698/27-05-2026

Προς  
κ. Δημήτριο Χριστοδούλου  
Καθηγητή  
Τμήμα Ιατρικής  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Αξιότιμε κύριε Χριστοδούλου,  
Κατόπιν εξέτασης της αίτησής σας από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της  
Έρευνας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στην Συνεδρίαση της 13<sup>ης</sup> Μαΐου 2026,  
καθώς και των συμπληρωματικών στοιχείων που σας ζητήθηκαν, σας χορηγείται  
δεοντολογική έγκριση για την παρακάτω πρόταση:

Τίτλος: «Συσχέτιση ποιότητας ζωής, άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ»

Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση,

Η Πρόεδρος  
της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας

VASILIKI MPOUMPA

28.05.2026 05:45 UTC  
Μπούμπα Βασιλική

Καθηγήτρια Τμήματος Ιατρικής ΠΙ

e-mail: eyde@uoi.gr τηλ.: 26510-07134