



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΛΚΩΔΟΥΣ

ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

Εισηγήτρια:

Πάκου Βάρβαρα

Φοιτήτρια:

Ιωσηφίδου Σαβίνα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Περίληψη</i>	3
<i>Summary</i>	4
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	7
3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	8
Α΄ ΜΕΡΟΣ	10
1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ	10
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	12
2.1 Πέψη και Απορρόφηση	12
2.2 Κινητικότητα	14
2.3 Αφόδευση	15
3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	15
4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	16
5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	17
6.ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	19
7.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	20
8.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	21
9. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	22
10. ΠΡΟΛΗΨΗ	23
11. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	23
11.1. Συντηρητική Θεραπεία	24
11.2. Χειρουργική Θεραπεία	26
12. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	27
Β΄ ΜΕΡΟΣ	30
1.ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	30
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	32
2.1 Διάρροια και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	33
2.2. Διαταραχή της εικόνας του σώματος και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	35
2.3. Οξύς κοιλιακός πόνος και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	36

<i>2.4. Διαταραχές στη θρέψη και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις</i>	38
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	39
4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	41
Γ' ΜΕΡΟΣ	45
ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	62

Περίληψη

Στην συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία δίνεται έμφαση σε εκείνες τις παρεμβάσεις, οι οποίες σχετίζονται με τον ρόλο του νοσηλευτή στην εκτίμηση, στη θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας και στη συμβολή του στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. Τέλος, αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο συμμετέχει ο νοσηλευτής σε όλες τις νοσηλευτικές πράξεις.

Σκοπός: Στοχεύει στην κατανόηση της σοβαρότητας της ελκώδους κολίτιδας και εστιάζει στην ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ατόμων σχετικά με την διάγνωση, την πρόληψη και την θεραπεία της. Επίσης, υπογραμμίζει τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής στην σωματική και ψυχολογική υπόσταση του ασθενούς.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pub Med και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η ελκώδης κολίτιδα είναι μία ασθένεια, η οποία χρειάζεται παρακολούθηση και σωστή ενημέρωση. Αποτελεί μία δια βίου νόσο, η οποία έχει την τάση να επανεμφανίζεται. Αυτό έχει ως συνέπεια, να επηρεάζεται η ζωή ενός ατόμου τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Συνεπώς, η νοσηλευτική φροντίδα διαδραματίζει σπουδαίο ρολό στην μείωση των συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Η ελκώδης κολίτιδα είναι μια χρόνια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από υφέσεις και εξάρσεις. Γι' αυτό τον λόγο οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρολό τόσο στην φροντίδα όσο και στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. Με αποτέλεσμα, η υποστήριξη που δέχεται ο ασθενής να διαδραματίζει σημαντικό παράγοντα για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής του.

Λέξεις ευρητηρίου: Ελκώδης κολίτιδα, νοσηλευτικές διεργασίες, πόνος, νοσηλευτική φροντίδα

Summary

In this dissertation, emphasis is placed on those interventions, which are related to the role of the nurse in the assessment, in the treatment of ulcerative colitis and its contribution to the psychological support of the patient. Finally, it refers to the way in which the nurse participates in all nursing procedures.

Objective: It aims to understand the seriousness of ulcerative colitis. It focuses on raising awareness and informing people about its diagnosis, prolepsis and treatment. It also emphasizes the important role that nurses play in the physical and psychological condition of the patient.

Methods: Carried out a review of the Greek and international literature in the online databases Pub Med and Google Scholar. The study material consisted of selected books and articles published in the last decade in the English and Greek language.

Results: Ulcerative colitis is a disease that needs to be monitored and the people have to be properly informed. As a result, a person's life is affected both physically and psychologically. Therefore, nursing care plays an important role in reducing symptoms.

Conclusions: Ulcerative colitis is a chronic disease characterized by recessions and outbreaks. Therefore, nurses play an important role in both the care and psychological support of the patient. As a result, the support received by the patient plays an important role in improving his quality of life.

Keywords: Ulcerative colitis, nursing procedures, pain, nursing care.

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ελκώδης κολίτιδα είναι ένα από τα πιο συχνά αυτοάνοσα νοσήματα, η οποία ταλανίζει πολλούς ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Αποτελεί χρόνια φλεγμονώδη νόσο του παχέος εντέρου, η οποία χαρακτηρίζεται από φλεγμονή των στιβάδων του βλεννογόνου. Οι βλάβες αυτές ξεκινούν από τον ορθό και εξαπλώνονται μέχρι και τα πλησιέστερα τμήματα του παχέος εντέρου. Επίσης, χαρακτηρίζεται από υφέσεις και εξάρσεις οι οποίες, μπορεί να προκαλέσουν μέχρι και κίνδυνο για την ζωή ενός ασθενή. Άρα, λόγω των σοβαρών συμπτωμάτων της νόσου, βασικός στόχος είναι η διαχείριση της ελκώδης κολίτιδας και η διατήρηση της ύφεσης (Dhere et al., 2015).

Προσβάλλει περισσότερο νέας και μέσης ηλικίας άτομα επηρεάζοντας τα άτομα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Η νόσος περιλαμβάνει έντονα συμπτώματα, όπως είναι οι αιματηρές κενώσεις, η διάρροια, ο πυρετός και το κοιλιακό άλγος. Συνεπώς, η παθογένεση μπορεί να χαρακτηριστεί πολυπαραγοντική. Ακόμη, αιτία εμφάνισης της νόσου παραμένει άγνωστη. Πιθανολογείται ότι μέσα στους αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισης της ενδέχεται να είναι: η γενετική προδιάθεση, η κληρονομικότητα, οι τροφές που καταναλώνουν σε καθημερινή βάση, το κάπνισμα, η σκωληκοειδίτιδα, ψυχολογικοί παράγοντες και η κληρονομικότητα. Τέλος, έρευνες έχουν δείξει ότι και τα αντισυλληπτικά δισκία μπορεί να πυροδοτήσουν την έναρξη της (Ungaro et al., 2019).

Επιπλέον, τα συμπτώματα που εμφανίζει ο κάθε ασθενής καθορίζουν και τον τρόπο με τον οποίο θα γίνει η διάγνωση. Πιο συγκεκριμένα, αυτή μπορεί να γίνει με κολποσκόπηση καθώς και με πρωκτοσκόπηση ή η σιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο κατά την οξεία φάση της νόσου για την επιβεβαίωση της διάγνωσης (Τσιγκρής, 2014). Επίσης, μπορεί να γίνει ενδοσκοπικός έλεγχος για την λήψη βιοψίας, ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο κακοήθειας. Όλοι οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα κρίνεται απαραίτητο να υποβάλλονται σε ακτινολογικό έλεγχο του λεπτού εντέρου, ή σε ενδοσκοπικό έλεγχο του ειλεού ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο εμφάνισης της Νόσου του Crohn (Farraye et al., 2019).

Σε περιπτώσεις ελαφριάς οξείας έξαρσης ή μέτριας έξαρσης χορηγείται θεραπευτική αγωγή. Η χειρουργική θεραπεία κρίνεται απαραίτητη σε βαριές επιπλοκές και σε όλες τις περιπτώσεις όπου αποτυγχάνει η φαρμακευτική αγωγή. Στην περίπτωση της χειρουργικής επέμβασης περιλαμβάνεται την ολική πρωκτοκολεκτομή με μόνιμη

κολοστομία που δίνει οριστική θεραπευτική λύση στο πρόβλημα (Γιωτάκη -Χαράτση, 2010).

Συνοψίζοντας, η νοσηλευτική παρέμβαση και η νοσηλευτική φροντίδα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ζωή ενός ασθενή με ελκώδη κολίτιδα. Η σπουδαιότητα αυτή γίνεται φανερή, καθώς στον ρόλο του νοσηλευτή συμπεριλαμβάνεται η προετοιμασία του ασθενή για τις διαγνωστικές εξετάσεις, η χορήγηση φαρμάκων, η εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τον τρόπο και τον χρόνο που θα παίρνουν την φαρμακευτική τους αγωγή. Ένας νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή μαθαίνοντας του τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να μειώσει το στρες και να το ελέγχει. Τέλος, ο ίδιος είναι που εκτιμά την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και την φροντίδα του ασθενούς και αποφασίζει για τυχόν χειρουργικής παρέμβασης (Βιβλιακή και συν, 2015).

2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο όρος ελκώδη κολίτιδα εμφανίστηκε για πρώτη φορά από τον Sir Samuel Wilks το 1859. Ο ίδιος, ήθελε να αφηγηθεί και να περιγράψει περιστατικά ασθενών με συμπτώματα, όπως είναι η διάρροια και ο κοιλιακός πόνος. Τέτοιες εκδηλώσεις είναι γνωστές μέχρι και σήμερα (Mulder et al., 2014).

Ο Sir Samuel Wilks και ο Άγγλος γιατρός Moxon διαπίστωσαν ότι η διάρροια προκαλείται από κάποιο μολυσματικό παράγοντα, ο οποίος ήταν στενά συνδεδεμένος με εκείνον που προκαλούσε την ελκώδη κολίτιδα. Αυτός ο παράγοντας προκαλούσε επώδυνες κενώσεις και συμπτώματα, γεγονός το οποίο κίνησε το ενδιαφέρον των ιατρών. Για το λόγο αυτό, θέλησαν να το ερευνήσουν. Μάλιστα, ήταν οι πρώτοι που χαρακτήρισαν τα παθολογικά συμπτώματα της νόσου και πυροδότησαν την περιέργεια των υπολοίπων επιστημόνων για την σημασία της ('Inflammatory Bowel Diseases', 2014).

Είναι αξιοσημείωτο, όμως, να αναφέρουμε ότι η πρώτη εμφάνιση της ελκώδους κολίτιδας συνέβη κατά την ελληνική αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτης και άλλοι γιατροί είχαν ενασχοληθεί με τις πιθανές αιτίες της διάρροιας, αφού είχαν γίνει αναφορές συχνών κενώσεων και εμφάνιση αιματηρών κοπράνων από πολλούς ασθενείς. Στη συνέχεια, ασθενείς έχαναν την ζωή τους χωρίς να διαπιστωθεί με ακρίβεια η αιτία θανάτου (Mulder et al., 2014). Παρ' όλ' αυτά, ο Ιπποκράτης βασιζόμενος σε αυτά τα συμπτώματα παρατήρησε ότι η κατάσταση αυτή πιθανότατα να σχετίζεται με φλεγμονή στο παχύ έντερο (Talha, 2015).

Έτσι, τον 19^ο αιώνα γίνεται λόγος ότι η ελκώδη κολίτιδα είναι μια χρόνια ασθένεια με συμπτώματα πολύ επιβλαβή για τον ανθρώπινο οργανισμό, τα οποία θα πρέπει να αντιμετωπιστούν έγκαιρα για την αποφυγή του θανάτου. Ακόμη, παρατηρείται αυξητική τάση εμφάνισης της συγκεκριμένης ασθένειας σε ανεπτυγμένες βιομηχανικά χώρες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται και η κλινική της σημασία. Σε αυτό το σημείο, πρέπει να επισημανθεί ότι η εκτέλεση των πρώτων κλινικών ερευνών έγιναν μέχρι τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο (Hindryckx et al., 2015).

3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ελκώδη κολίτιδα αποτελεί ένα πολύ διαδομένο νόσημα σε όλο τον κόσμο και ανήκει σε ένα από τα πιο γνωστά αυτοάνοσα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Εμφανίζεται όλο ένα και περισσότερο παγκοσμίως, καθώς τα τελευταία δέκα χρόνια έχει παρατηρηθεί η αύξηση της σε χώρες με μεγάλο πληθυσμό. Το 95% των ανθρώπων που έχει διαγνωστεί με αυτή την νόσο προσβάλλεται κυρίως στον ορθό. Είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι η νόσος αυτή μπορεί να εξαπλωθεί και σε άλλες περιοχές του παχέος εντέρου (César et al., 2014). Επιπλέον, τονίζεται ότι υπάρχουν πολλές πιθανότητες να εμφανίσει το άτομο αυτή την νόσο, όταν στην οικογένεια του υπάρχει κάποιος που πάσχει ήδη από ελκώδη κολίτιδα. Για παράδειγμα, όταν δυο γονείς πάσχουν, το παιδί που πρόκειται να φέρουν στον κόσμο έχει περισσότερες πιθανότητες να νοσήσει από ένα παιδί του οποίου οι γονείς είναι υγιείς. Επομένως, η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρολό στην εμφάνιση της νόσου (Collins et al., 2017).

Συμπληρωματικά, στην Βόρεια Αμερική και στην Δυτική Ευρώπη είναι πολύ συχνή η εμφάνιση της νόσου, καθώς οι επιπτώσεις συνεχώς αυξάνονται. Συγκεκριμένα, αναφέρονται περίπου 1,2 έως 20,3 επιπτώσεις ανά 100.00 άτομα τον χρόνο με επικράτηση 7,6 έως 245 περιπτώσεις ανά 100.000 τον χρόνο. Παρόλο που δεν έχει βρεθεί ακόμα η αίτια ανάπτυξης της ελκώδους κολίτιδας υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που μπορούν να πυροδοτούν την εμφάνιση της. Σε αυτούς περιλαμβάνονται τόσο γενετικοί παράγοντες όσο και περιβαλλοντικοί. Ειδικότερα, αυτοί μπορούν να προκαλέσουν αλλοιώσεις στην γλωρίδα του εντέρου και δυσλειτουργία στον βλεννογόνο, με αποτέλεσμα την δημιουργία αυτοάνοσου νοσήματος ονομαζόμενου και ως ελκώδη κολίτιδα (Farraye et al., 2019).

Επιπρόσθετα, με βάση την γεωγραφική επικράτηση της νόσου η βόρεια Ευρώπη και η Βόρεια Αμερική έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης ελκώδους κολίτιδας. Η επίπτωση και ο επιπολασμός της νόσου αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου. Ο επιπολασμός της ελκώδους κολίτιδας στην Βόρεια Αμερική είναι περίπου 319 ανά 100.000 άτομα. Επιπλέον, έχουν καταγραφεί εννέα έως είκοσι επιπτώσεις ανά 100.000 άτομα με ποσοστό επικρατήσεως 156 έως 291 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα στον πληθυσμό (Ye et al., 2015). Η ηλικία που μπορεί να εμφανισθεί η νόσος είναι συνήθως μεταξύ 15 -25 ετών. Παρόλ' αυτά μπορεί να συμβεί ανά πάσα στιγμή, καθώς υπάρχει

μια κορυφαία έναρξη της νόσου μεταξύ 50 και 70 ετών. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η νόσος προσβάλλει και τα δυο φύλλα με τον ίδιο τρόπο (Ordas et al., 2012).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες εκτιμάται ότι έχουν διαγνωσθεί περίπου 1,4 εκατομμύρια άτομα με φλεγμονώδες νόσημα του εντέρου (Davis & Robinson, 2018).

Κρούσματα εμφάνισης της ελκώδους κολίτιδας έχουν καταγραφεί πολλά παγκοσμίως αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνει η Ευρώπη, ο Καναδάς, η Αυστραλία και η Αμερική. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά στα επεισόδια που εκδηλώνονται στις χώρες της Δυτικής, Ανατολικής αλλά και Βόρειας Ευρώπης. Τα επεισόδια που εμφανίζονται στην Βόρεια Ευρώπη είναι περισσότερα σε αντίθεση με αυτά της Ασίας, Νοτιάς Αμερικής και της μέσης Ανατολής (Adams et al., 2013). Τέλος, το μεταναστευτικό κύμα επηρεάζει τα μικρά παιδιά να αναπτύξουν ευκολότερα ένα αυτοάνοσο νόσημα. Αυτό εξηγείται, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι παιδιά μεταναστών, τα οποία είχαν μικρή πιθανότητα να εμφανίσουν αυτοάνοσο φλεγμονώδες νόσημα, τελικά ανέπτυξαν πιο εύκολα σε σύγκριση με ανθρώπους που δεν έχουν μεταναστεύσει (Ananthakrishnan, 2015).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Αναφορικά με το παχύ έντερο, αυτό έχει μήκος 1.5-1.8 m. και βρίσκεται στην υποκοιλιακή μοίρα της κοιλιακής κοιλότητας περιβάλλοντας τις έλικες του λεπτού εντέρου σαν κάδρο. Επιπλέον, αρχίζει από την ειλεοτυφλική βαλβίδα και τελειώνει στον πρωκτό (Σκανδαλάκης, 2011).

Το παχύ έντερο αποτελείται από το τυφλό, το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν, το σιγμοειδές, το ορθό και τον πρωκτό. Ειδικότερα, το κόλον αποτελείται από τέσσερα τμήματα, τα οποία είναι: το ανιόν, κατιόν, εγκάρσιο και σιγμοειδές. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι ο πρωκτικός σωλήνας προέρχεται από το εξώδερμα, ενώ ολόκληρο το παχύ έντερο προέρχεται από το ενδοδέρμα (Δημητρίου και συν, 2013).

Επιπρόσθετα, το παχύ έντερο απαρτίζεται από τέσσερις χιτώνες, οι οποίοι ξεκινούν από έξω προς τα μέσα. Αυτοί είναι: ο ορογόνος χιτώνας, ο μυϊκός χιτώνας, ο υποβλεννογόνος χιτώνας και ο βλεννογόνος χιτώνας. Πιο συγκεκριμένα, ο ορογόνος καλύπτει το εγκάρσιο κόλον και το τυφλό, ενώ το ανιόν και το κατιόν κόλον καλύπτονται από τον ορογόνο κατά τα τρία τέταρτα. Τέλος, το ορθό καλύπτεται κατά τα δύο τρίτημώρια. Αναφορικά με τον μυϊκό χιτώνα, ο ίδιος παρουσιάζει δυο στοιβάδες λείων μυϊκών ινών, τις έξω επιμήκη και τις έσω κυκλωτήρη. Λόγω των ιδιαίτερων μορφωμάτων του στην αρχή και στο τέλος του παχέος εντέρου έχουν διαμορφωθεί σφιγκτηριακοί μηχανισμοί. Ακόμη, ο υποβλεννογόνος χιτώνας αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και παρεμβάλλεται μεταξύ μυϊκού και βλεννογόνου χιτώνα. Όσον αφορά τον τέταρτο χιτώνα, ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου αποτελείται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο με καλυκοειδή κύτταρα, χορίο με σωληνοειδής αδένες που μοιάζουν με τους αδένες Lieberkuhn του λεπτού εντέρου, βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα και μονήρη λεμφοζίδια (Erdogan & Yeh, 2020).

Επιπλέον, το τυφλό είναι η πρώτη μοίρα του πάχους εντέρου έχει μήκος 6-8 cm και βρίσκεται μέσα στο λαγόνιο βόθρο του δεξιού κάτω τεταρτημόριου της κοιλίας, κάτω από την συμβολή του τελικού ειλεού και του τυφλού. Αυτό βρίσκεται σε απόσταση 2,5 εκατοστά από το βουβωνικό σύνδεσμο, σχεδόν περιβάλλεται ολοκληρωτικά από περιτόναιο και μπορεί να ανυψωθεί ελευθέρως (Δημητρίου και συν, 2013).

Αναφορικά με την σκωληκοειδή απόφυση, αυτή αναπτύσσεται από το οπίσθιο κεντρικό τμήμα του τυφλού περίπου 3cm κάτω από την ειλεοτυφλική συμβολή. Το

μήκος της είναι 8-10 cm και έχει διάμετρο 5 mm. Να επισημάνουμε ότι το 85%-95% βρίσκεται στην μεσότητα του οπίσθιου τοιχώματος του τυφλού, δίπλα στον ειλεό και περιφερικότερα στην ειλεοτυφλική συμβολή. Η ένωση των τριών κολικών ταινιών του τυφλού και η αποδοχή της ειλεοτυφλική συμβολής αποτελούν τα πιο σημαντικά σημεία για την ανίχνευση της σκωληκοειδούς απόφυσης (Τσιγκρής, 2014).

Το ανιόν κόλον έχει μήκος περίπου 15 cm και εκτείνεται από την ειλεοτυφλική συμβολή μέχρι το ύψος της δεξιάς κολικής καμπής. Το ανιόν περιβάλλεται από περιτόναιο κατά της πρόσθια και τις δυο πλάγιες επιφάνειες, του ενώ η οπίσθια επιφάνεια του καλύπτεται από χαλαρό συνδετικό ιστό (Τσιγκρής, 2014). Υπογραμμίζεται ότι το ανιόν κόλον είναι δευτερογενώς οπισθοπεριτοναϊκό όργανο (Σκανδαλάκης, 2011).

Το εγκάρσιο κόλον αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος του παχέος εντέρου, καθώς είναι η τρίτη μακρύτερη και πιο ευκίνητη μοίρα του παχέος εντέρου. Σε όλες τις επιφάνειες του περιβάλλεται από περιτόναιο, αφού το μείζον επίπλουν ενώνεται κατά την πρόσθια και άνω επιφάνεια του. Πίσω από τον πόλο του σπλήνα βρίσκεται η αριστερή σπληνική καμπή και καρφώνεται στο διάφραγμα με το φρενολογικό σύνδεσμο. Η σπληνική καμπή σε σύγκριση με την ηπατική καμπή δημιουργεί πιο οξεία γωνιά και βρίσκεται ψηλότερα (Standard, 2014).

Το κατιόν κόλον φτάνει από την σπληνική καμπή έως την είσοδο της πυέλου και έχει μήκος περίπου 25cm. Καλύπτεται από περιτόναιο κατά την πρόσθια και τις δυο πλάγιες επιφάνειες του (Denbow, 2015).

Το τελικό τμήμα του κατιόντος κόλου έχει σχήμα τελικό σίγμα (S) και γι' αυτό ονοματίζεται σιγμοειδές, αφού στην συνέχεια ευθυγραμμίζεται και σχηματίζει το ορθό, το οποίο ονομάζεται και απευθυσμένο, εξαιτίας του ευθειαςμένου σχήματος του (Kelley & Gearhart, 2019).

Το ορθό είναι το τελευταίο τμήμα του γαστρεντερολογικού σωλήνα και έχει μήκος 12-15 cm. Καταλαμβάνει την κυρτότητα του ιερού οστού και τελειώνει 2-3 cm πρόσθιος και κάτω από το άκρο του κόκκυγα. Στον τμήμα αυτό αναδεικνύει μια απότομη οξεία γωνιά για να περάσει μέσω των ανελκτήρων και να τερματίσει στον πρωκτικό σωλήνα (Τσιγκρής, 2014). Στον άνδρα εντοπίζεται πίσω από τον προστάτη αδένα και τις σπερματοδόχους κύστης, ενώ στις γυναίκες εντοπίζεται πίσω από το οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου και τον τράχηλο της μήτρας (Sturm, 2019).

Τέλος, ο πρωκτικός σωλήνας έχει μήκος 4cm περίπου και είναι η τελευταία μοίρα του εντερικού σωλήνα, καθώς περιβάλλεται από σφιγκτηριακή συσκευή και διανοίγεται κατά τον πρωκτό (Σκανδαλάκης, 2011).

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Αναφορικά με τις βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου, αυτές αφορούν την αποθήκευση των κοπράνων πριν από την αποβολή τους με την αφόδευση στο εξωτερικό περιβάλλον και την απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών (Zorn, 2017). Περίπου 1500ml χυμοί ημερησίως εισέρχεται στο κόλον και μεταφέρονται από το λεπτό έντερο στο παχύ έντερο. Τα προϊόντα που εισέρχονται στο κόλον από το λεπτό έντερο (εκεί γίνεται το μεγαλύτερο μέρος της πέψης και της απορρόφησης) είναι μη απορροφημένα συστατικά χολής, υγρά και προϊόντα άπεπτων τροφών (Volk & Lacy, 2017). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι άπεπτες ουσίες που δεν απορροφούνται δίνουν περισσότερο μέγεθος στα κόπρανα, γεγονός που βοηθάει στην συντήρηση της κένωσης του εντέρου. Το κόλον απορροφά το επιπλέον νερό και νάτριο, ξηραίνοντας και σταθεροποιώντας το περιεχόμενο στον αυλό του. Έτσι από την διαδικασία αυτή σχηματίζεται μια στερεή μάζα, τα κόπρανα η οποία αποβάλλεται από το σώμα. Η κύρια λειτουργία του παχέος εντέρου είναι η αποθήκευση των κοπράνων πριν από την αποβολή τους με την αφόδευση στο εξωτερικό περιβάλλον (Sherwood, 2016).

2.1 Πέψη και Απορρόφηση

Η πέψη είναι μια διαδικασία στην οποία η τροφή χωρίζεται σε απλουστέρα στοιχεία για να μπορεί να απορροφηθεί από το έντερο αλλά και να μεταβολιστεί από το σώμα. Επομένως, ως πέψη μπορούμε να ορίσουμε την διάσπαση των θρεπτικών συστατικών σε απορροφούμενα στοιχεία. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο γαστρεντερικός σωλήνας, καθώς από αυτόν εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό οι ποσότητες υγρών που εκκρίνονται. Επιπλέον, οι εξωκρινείς αδένες που υπάρχουν στο τοίχωμα του εντέρου εκκρίνουν καθημερινά από τον αυλό έκκρισης συνολικής ποσότητας 7-8 lt (Sherwood, 2016).

Τα ένζυμα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διεργασία της πέψης καθώς, μετατρέπουν, υπό φυσιολογικές θερμοκρασίες, τα πολύπλοκα και πολυμερή συστατικά των τροφών σε μονομερή, τα οποία μπορούν να απορροφηθούν από τον πεπτικό σωλήνα. Συμπληρωματικά, για την πέψη των θρεπτικών συστατικών στον αυλό του λεπτού εντέρου γίνεται, κυρίως, από τα παγκρεατικά ένζυμα, αφού για την πέψη των λιπών χρειάζεται η παρουσία της χολής. Η πέψη των λιπών περατώνεται στον αυλό του λεπτού έντερο, ενώ η πέψη των πρωτεϊνών και των υδατανθράκων δεν γίνεται πλήρως ολόκληρη. Επίσης, η κύρια εργασία των παγκρεατικών ενζύμων είναι η διάσπαση των λιπών σε μονογλυκερίδια και λιπαρά οξέα, των πρωτεϊνών σε πεπτιδικά θραύσματα και των υδατανθράκων σε δισακχαρίτες (Vander et al., 2011).

Η μεταφορά των προϊόντων των τροφών της πέψης γίνεται στο στομάχι και το λεπτό έντερο διότι εκεί διαθέτει ειδικούς μηχανισμούς και εξειδικευμένα συστήματα για να επιτελέσει την μεταφορά των προϊόντων στο παχύ έντερο καθώς είναι η κυρία απορροφητική επιφάνεια (Vander et al., 2011).

Επιπλέον, σχεδόν 1500ml χυμού ημερησίως εισέρχεται από το κόλον το οποίο πηγαίνει στο λεπτό έντερο. Τα περισσότερα προϊόντα και τροφές προέρχονται από εκκρίματα της κατώτερης μοίρας του λεπτού εντέρου, αφού τα περισσότερα από αυτά τα υλικά έχουν απορροφηθεί από το παχύ έντερο. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι τροφές και τα προϊόντα που εισέρχονται στον γαστρεντερολογικό σωλήνα καθώς και η απορρόφηση του παχέος εντέρου για αυτά τα υλικά είναι ελάχιστη (Vander et al., 2011).

Αναφορικά με τη βασική λειτουργία της απορρόφησης του παχέος εντέρου αυτή αφορά τη μεταφορά του νατρίου και τη μετακίνηση του νερού από τον άυλο προς την κυκλοφορία αίματος. Το μεγαλύτερο μέρος του νερού που απορροφάται και ξοδεύεται στην περίπτωση που τα κόπρανα μείνουν για αρκετό καιρό με επακόλουθο την σκλήρυνση τους. Σε αυτή την περίπτωση εμφανής είναι η μεταφορά καλίου από το αίμα στον αυλό και με την αποβολή αρκετών μεγάλων ποσοτήτων υγρών μαζί με τα κόπρανα παρατηρείται μεγάλη μείωση αποθεμάτων καλίου στον οργανισμό. Σε ασθενείς με μακρά δυάρια παρατηρείται μετακίνηση όξινων ανθρακικών ιόντων προς τον αυλό πράγμα που επιφέρει αυξημένη οξύτητα στο αίμα (Sherwood, 2016).

Μέσω της ζύμωσης των υδατανθράκων από την μικροβιακή χλωρίδα που γίνεται στο δεξιό κόλον και στο εγγύς εγκάρσιο υπάρχει παραγωγή λιπαρών οξέων βραχείας αλυσού το οποίο 95% απορροφάται στο κόλον. Στο παχύ έντερο καταφτάνουν

πρωτεϊνικά υπολείμματα τα οποία υφίστανται την διαδικασία της βακτηριακής ζύμωσης στο αριστερό κόλον. Ορισμένα προϊόντα της ζύμωσης, όπως είναι η αμμωνία και οι φαινόλες, χρησιμοποιούνται ως πηγή αζώτου για την βακτηριακή ανάπτυξη. Αντιθέτως, το υπόλοιπο που δεν απορροφάται, αποβάλλεται από τα κόπρανα (Sherwood, 2016).

Το παχύ έντερο απορροφά και προϊόντα τα οποία σχηματίζονται από βακτήρια στην συγκεκριμένη περιοχή. Όπως είναι οι φυτικές ίνες οι οποίες μετατοπίζονται σε μικρή αλυσίδα λιπαρών οξέων από τα βακτήρια του κόλου και απορροφούνται με παθητική διάχυση. Επίσης, διάφορα αλλά τμήματα του παχέος εντέρου απορροφούν αλλά θρεπτικά συστατικά όπως είναι το φυλλικό οξύ που απορροφάτε στην νησίδα και η βιταμίνη B12 στον ειλεό (Sherwood, 2016).

2.2 Κινητικότητα

«Η κινητική δραστηριότητα του παχέος εντέρου είναι νευρογενώς ελεγχόμενη από το παρασυμπαθητικό, το οποίο αυξάνει τις περισταλτικές κινήσεις και την έκκριση των ηλεκτρολυτών. Αντιθέτως, το συμπαθητικό δρα ανασταλτικά έναντι της χολινεργικής διέγερσης και διεγείρει την απορρόφηση ηλεκτρολυτών. Η διαδικασία της αφόδευσης χαρακτηρίζεται από μια αρχική φάση κατά την οποία αυξάνεται η ένταση των προωθητικών κινήσεων των κοπράνων. Τα γεύματα που καταναλώνονται πυροδοτούν αυτήν την διαδικασία» (Αδαμίδου και συν, 2014).

Αναλυτικότερα, παρατηρούνται μικρές και συνεχόμενες συσπάσεις, οι οποίες εμφανίζονται στο εγκάρσιο, στο κατιόν και στο σιγμοειδές κόλον και προωθούν το εντερικό περιεχόμενο με κατεύθυνση προς την επιφάνεια. Υπάρχουν κάποια δεμάτια κινητικότητας που βασίζονται στην δραστηριότητα και την εξώθηση του εντερικού περιεχομένου. Αυτά τα δεμάτια καθυστερούν την δίοδο του εντερικού περιεχομένου με αποτέλεσμα να υπάρχει περισσότερος χρόνος για να απορροφηθεί το νερό και για την ανταλλαγή των ηλεκτρολυτών. Οι συσπάσεις που εμφανίζονται στο εγκάρσιο κόλον μεταφέρονται στα περιφερικά σε μεγάλη απόσταση με μεγάλη ταχύτητά και παράγονται 4 φορές την ημέρα. Οι μεγάλες αυτές συσπάσεις προκαλούν μαζικές περισταλτικές κινήσεις με αποτέλεσμα την εξώθηση του περιεχομένου στο σιγμοειδές και στο ορθό και στην συνέχεια στο πρωκτό όπου γίνεται η αφόδευση (Sherwood, 2016).

2.3 Αφόδευση

Ο πρωκτός, που είναι η έξοδος του ορθού, κατά πρώτον παραμένει κλειστός με τον έσω σφικτήρα, ο οποίος αποτελείται από λείους μυς. Κατά δεύτερον, με τον έξω πρωκτικό σφικτήρα, ο οποίος αποτελείται από σκελετικούς μυς που υπόκειται σε εκούσιο έλεγχο. Η απότομη διαταγή των τοιχωμάτων του ορθού από την μαζική κίνηση των συστατικών κοπράνων προκαλεί το αντανακλαστικό της αφόδευσης. Πριν την αφόδευση γίνεται κίνηση των περιεχομένων του κοίλου μέσα στον ορθό. Επομένως, η διάταση του ορθού από τα κόπρανα αποτελεί ένα ερέθισμα για το ξεκίνημα της αφόδευσης (Palit et al., 2012). Η συσσώρευση των κοπράνων μέσα στο ορθό αυξάνει την τάση του τοιχώματος προκαλώντας ερεθισμό για αφόδευση, ο οποίος με την σειρά του οδηγεί σε αντανακλαστική χάλαση του έσω σφικτήρα και σύσπαση του έξω σφικτήρα με αποτέλεσμα να έρθει σε επαφή το περιεχόμενο του ορθού με τον πρωκτό. Επιπλέον, το επιθήλιο του πρωκτού παίζει ένα ρολό μηχανισμού ελέγχου του δείγματος, καθώς είναι υπεύθυνο για την διάκριση του περιεχομένου. Όταν ο όγκος των κοπράνων υπερβαίνει τα 100-150ml αυξάνεται η ενδοορθική πίεση και δημιουργείται η αφόδευση. Η αφόδευση διαφέρει από άτομο σε άτομο, καθώς είναι ένας συνδυασμός αντανακλαστικών μηχανισμών και εκουσίου ελέγχου (Τσιγκρής, 2014).

3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Τονίζεται ότι η ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει πάντα το παχύ έντερο και πότε το λεπτό. Ακόμη, η ελκώδης κολίτιδα ξεκινάει στην περιοχή του σιγμοειδούς και στον πρωκτικό σωλήνα και επεκτείνεται και σε άλλες κοντινότερες περιοχές του παχέος εντέρου. Ανάλογα με την έκταση της νόσου η ελκώδη κολίτιδα μπορεί να επεκταθεί στο ορθό και στο σιγμοειδές άλλα μπορεί να προσβάλλει και ολόκληρο το παχύ έντερο έως την ειλεοτυφλική συμβολή. Η φλεγμονή της ελκώδους κολίτιδας ξεκινάει στην περιφερική μοίρα του παχέος εντέρου και στον ορθό καθώς και στην βάση των κρυπτών του *Lieberkuhn* (Zhang & Li, 2014). Στις κρύπτες αναπτύσσονται αποστήματα, ενώ στον βλεννογόνο υπάρχουν κάποιες μικροσκοπικές αιμορραγίες. Τα αποστήματα αυτά προκαλούν τον θάνατο κυτταρικών ιστών και απόπτωση του βλεννογόνου του εντέρου, καθώς διαπερνούν την επιφανειακή μοίρα του υποβλεννογόνου χιτώνα προχωρώντας

προς τα πλάγια, με αποτέλεσμα την βλάβη μιας περιοχής του εντέρου (Lemone et al., 2011)

Επιπρόσθετα, διακρίνεται μια πολύ έντονη αγγειακή συμφόρηση, η οποία είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση της αυξημένης αιμορραγίας στο όρθρο. Όταν η ελκώδη κολίτιδα είναι σε προχωρημένο στάδιο υπάρχει ένωση των αποστημάτων, των κρυπτών και αφαίρεση των κυττάρων. Αυτό έχει ως συνέπεια την δημιουργία εξέλκωσης που μαζεύεται στον βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα (Τσιγκρής, 2014). Επίσης, ο εντερικός βλεννογόνος παρουσιάζεται κοκκιώδης, οιδηματώδης και εύθραυστος, καθώς όταν η νόσος είναι σε προχωρημένο στάδιο υπάρχουν ανομοιογενείς εξέλκώσεις σε όλο τον βλεννογόνο. Κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η επαναλαμβανόμενη φλεγμονή που αρχίζει από το περιφερικό ορθό και συνεχίζει κεντρικά έως και τα υγιή τμήματα του βλεννογόνου (Kim et al., 2019).

4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβής αίτια, η οποία προκαλεί την ανάπτυξη της ελκώδους κολίτιδας δεν έχει γίνει ξεκάθαρη. Υπάρχουν κάποια επιδημιολογικά στοιχεία, καθώς και κάποιες κλινικές, και γενετικές μελέτες που παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για την ανάπτυξη και την κατανόηση της παθογένειας της νόσου. Οι κύριοι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων ενδέχεται να είναι περιβαλλοντικοί, γενετικοί, ιστορικοί, ανοσολογικοί, ψυχολογικοί μικροβιολογικοί και λοιμώδη (Ho et al., 2020). Ειδικότερα, αυτοί οι παράγοντες διαταράσσουν τον βλεννογόνο, αλλάζουν την υγιή ισορροπία του εντέρου (εντερική χλωρίδα) και προκαλούν ασυνήθιστες ανοσολογικές αντιδράσεις στο έντερο (Ho et al., 2020).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες κίνδυνου που πυροδοτούν την εμφάνιση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων. Αυτοί οι παράγοντες είναι (Kaplan & Ng, 2017):

1. δίαιτα που βασίζεται σε χαμηλή συγκέντρωση φυτικών ινών
2. η οικογενειακή προδιάθεση,
3. τα χημικά προσθετά στα τρόφιμα
4. η μειωμένη διάρκεια θηλασμού κατά την νεογνική περίοδο
5. η ηλικία

6. το φύλλο

Αναλυτικότερα, τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με ελκώδη κολίτιδα και έχουν οικογενειακό ιστορικό φλεγμονώδους νόσου του εντέρου και συγγενείς πρώτου βαθμού που έχουν εμφανίσει την συγκεκριμένη νόσο είναι πιο εύκολο να εμφανίσουν ελκώδη κολίτιδα. Τέλος, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρολό στην ανάπτυξη του καθώς και το κάπνισμα, το οποίο αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης κάποιας φλεγμονώδης νόσου του εντέρου (Ananthakrishnan, 2017).

5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η ελκώδη κολίτιδα φέρει μεγάλη κλινική διαδρομή τόσο στα συμπτώματα όσο και στην έκβαση της. Το φλεγμονώδες αυτό νόσημα επηρεάζει τους ασθενείς, οι οποίοι (περίπου το 60-80% των ασθενών) παρουσιάζουν συχνούς παροξυσμούς με συνεχείς υφέσεις στην διάρκεια των παροξυσμικών περιόδων. Επιπλέον, το 15% των ασθενών εμφανίζουν την χρόνια νόσο με συμπτώματα, τα οποία είναι ήπια, άλλα είναι διαρκή. Στα συμπτώματα της νόσου συγκαταλέγονται: οι κράμπες, οι νυκτερινές αιματηρές διάρροιες, η αφόδευση, ο κοιλιακός πόνος, ο πυρετός, η απώλεια βάρους και η αυξημένη κινητικότητα του εντέρου (Gajendran et al., 2019).

Η κλινική εικόνα ενδέχεται να διαφέρει ανάλογα με την έκταση της νόσου. Στα κύρια χαρακτηριστικά συμπεριλαμβάνεται η διάρροια και η αιμορραγία από τον ορθό, η αίσθηση ότι η αφόδευση δεν είναι πλήρης και ο έντονος κοιλιακός πόνος. Τα παραπάνω αποτελούν μερικά από τα συμπτώματα της νόσου, καθώς αυτά εμφανίζονται ανάλογα με την αντίδραση του κάθε οργανισμού στην φλεγμονή (Γιωτάκη-Χαράτση, 2014).

Περίπου το 10% των ασθενών με πρωκτίτιδα ή κολίτιδα μπορεί να υποφέρουν από δυσκοιλιότητα. Η φυσική εξέταση μπορεί να δείξει σημάδια αναιμίας και αίμα στο ορθό. Η κοιλιακή διαταραχή και ο τυμπανισμός μπορεί να υποδεικνύει διαστολή του ορθού κάτι που απαιτεί άμεση ακτινολογική αξιολόγηση (Conrad et al., 2014).

Η συνηθισμένη πορεία της ελκώδους κολίτιδας παρουσιάζεται από χρόνιες και συνεχείς υφέσεις. Όταν η νόσος επιδεινωθεί τα κύρια συμπτώματα εμφάνισης είναι η αφυδάτωση, ο πυρετός, ο κοιλιακός πόνος, η ταχυκαρδία, αιματηρές κενώσεις. Τέλος, σε αυτά περιλαμβάνονται και η καταστολή των μυελών των οστών από φλεγμονή. Σε

πολύ βάρια μορφή, όπως είναι η κεραυνοβόλος κολίτιδα και το τοξικό megacolon, είναι πιθανόν να συμβεί και διάτρηση του παχέος εντέρου (Yu & Rodriguez, 2017).

Η διάρροια οφείλεται στις μεταβολές του βλεννογόνου, λόγω της καταστροφής που υπέστη εμφανίζει μειωμένη απορρόφηση ύδατος και νατρίου. Αναλυτικότερα, για να κατανοηθεί καλύτερα η αιτία της διάρροιας θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας και άλλους παθογενετικούς μηχανισμούς όπως είναι η δυσαπορροφήση. Οι προσταγλανδίνες PGE2 οφείλονται για την έκκριση υγρών από τον βλεννογόνο του εντέρου, οι οποίες πυροδοτούν την αδενική κύκλωση για την εμφάνιση αλλά και την αυξημένη παραγωγή κυκλικού AMP. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα είναι πιο ευαίσθητοι στις λοιμώξεις (Ordás et al., 2012).

Ακόμη, η διάρροια οφείλεται στην έντονη κινητικότητα του εντέρου και στην αδυναμία του ορθού να κρατήσει τον απαιτούμενο όγκο. Στο ορθό, επειδή υπάρχει φλεγμονή αποβάλλει το περιεχόμενο πολύ γρήγορα και χωρίς καμία καθυστέρηση γιατί η φλεγμονή προκαλεί διατάσσει και ευερεθιστότητα στο ορθό με αποτέλεσμα να προκαλεί συχνές κενώσεις. Η φυσιολογική λειτουργία του ορθού είναι να κρατάει τα κόπρανα, αλλά λόγω της φλεγμονής που υπάρχει στην νόσο το ορθό είναι υπεύθυνο για τις πολλές κενώσεις που υπάρχουν (Hartenstein & Martinez, 2019).

Ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα μπορεί να έχουν πρωκτικές σχισμές με ερεθισμένο δέρμα λόγω του ερεθισμού από την συνεχόμενη διάρροια. Εξωεντερική εκδήλωση μπορεί να εμφανιστεί περίπου 1/3 των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και 1/4 μπορεί να έχει εξωεντερικό πριν από την διάγνωση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Η περιφερική αρθρίτιδα είναι η συνηθέστερη εξωεντερική εκδήλωση και προσβάλλει τα γόνατα, τα ισχία, τους καρπούς, τους αστράγαλους και τους αγκώνες. Η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα και το γαγγραινώδες πυόδερμα εμφανίζονται περισσότερο στην ελκώδη κολίτιδα από ό,τι στη νόσο του Crohn. Κίνδυνο αποτελεί ο θρομβοεμβολισμός σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου που αυξάνεται τρεις με τέσσερις φορές, και είναι μεγαλύτερη όταν ο ασθενής εισάγεται με φλεγμονή (Farraye et al., 2017).

Τέλος, ο κοιλιακός πόνος μπορεί να οφείλεται στις αλλοιώσεις που έχει υποστεί ο βλεννογόνος και ο υποβλεννογόνος. Οι αλλοιώσεις αυτές μπορεί να ευθύνονται και για τον σχηματισμό συριγγίων (Sobrado, 2016).

6.ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Ζωτική σημασία για την θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας έχει ο εντοπισμός και η συνειδητοποίηση της σοβαρότητας της φλεγμονής. Με βάση την βαρύτητα της νόσου και ανάλογα το σημείο το οποίο προσβάλλει ταξινομείται. Επίσης, χαρακτηρίζεται σύμφωνα με την μορφή που φέρει η νόσος, καθώς και με τα συμπτώματα που εκδηλώνονται. Να σημειωθεί ότι κάθε ασθενής φέρει διαφορετικά συμπτώματα και η κλινική εικόνα από ασθενή σε ασθενή διαφέρει, καθώς τα συμπτώματα και το σημείο που προσβάλλει η νόσος μπορεί να είναι διαφορετική. Αυτό έχει ως απόρροια να μπορεί η νόσος να χαρακτηριστεί από ήπια μορφή έως και σοβαρή (Dignass et al., 2012).

Υπάρχουν τέσσερις κλινικές μορφές ελκώδους κολίτιδας (Γιωτάκη –Χαράτση, 2014):

1. Η Ελκώδη πρωκτίτιδα, στην οποία η φλεγμονή υπάρχει στο ορθό. Σε μερικούς ασθενείς το βασικό σύμπτωμα είναι η αιμορραγία. Σε κάποιους άλλους μπορεί να υπάρξει πόνος στο ορθό έχοντας την ανάγκη και την αίσθηση για επιτακτική αφόδευση ή να μην μπορούν να αποβάλουν τα κόπρανα, καθώς και την απελευθέρωση των αερίων.
2. Η ορθοσιγμοειδίτιδα, η οποία επιτίθεται στο κάτω μέρος του παχέος εντέρου και το ορθό είναι γνωστή ως σιγμοειδής. Τα συμπτώματα που περιλαμβάνει αυτή η μορφή είναι ο κοιλιακός πόνος, αιματηρή διάρροια, το πρήξιμο της κοιλιάς (τεινεσμός) και οι κράμπες.
3. Η κεραυνοβόλος κολίτιδα, η οποία είναι πολύ απειλητική για την ζωή, είναι μια από τις βαριές μορφές κολίτιδας. Προσβάλλει ολόκληρο το παχύ έντερο. Τα βασικά συμπτώματα είναι: η συνεχής διάρροια, ο πυρετός και η μεγάλη αφυδάτωση λόγω των συχνών κενώσεων που συμβαίνουν, καθώς ο οργανισμός χάνει μεγάλες ποσότητες ηλεκτρολυτών προκαλεί μεγάλη αφυδάτωση ή shock. Αυτή η μορφή της κολίτιδας είναι πολύ σπάνια και συμβαίνει περίπου στο 10-15 των περιπτώσεων. Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι ασθενείς με κεραυνοβόλο κολίτιδα διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο, καθώς υπάρχουν πολλές επιπλοκές συμπεριλαμβανόμενου της ρήξης του παχέος εντέρου και του τοξικού μεγακόλου.
4. Τέλος, η αριστερή κολίτιδα στην οποία η φλεγμονή εντοπίζεται από το ορθό έως την αριστερή κοιλική καμπή διάμεσου του σιγμοειδούς και στο κατιόν κόλον. Τα

συμπτώματα αυτή της μορφής είναι: οι κράμπες στην αριστερή πλευρά, η απώλεια βάρους, ο κοιλιακός πόνος και η αιματηρή διάρροια.

7.ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος που ξεκινάει από το ορθό και επεκτείνεται μέχρι και τον βλεννογόνο. Επομένως η ελκώδη κολίτιδα μπορεί να διαγνωσθεί με βάση τα συμπτώματα που εμφανίζονται, με ιστολογικά, ενδοσκοπικά ευρήματα, με εξέταση των κοπράνων, καθώς και με την ενδοσκόπηση στο βλεννογόνο του εντέρου για να παρατηρηθούν τυχόν προβλήματα. Η κλινική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή αποτελεί διαγνωστικό εύρημα, καθώς εντοπίζονται ορισμένα συμπτώματα όπως είναι ο πυρετός, οι εξωεντερικές εκδηλώσεις, όπως για παράδειγμα ο ίκτερος και το οζώδες ερυθρόδερμα, η παρουσία ταχυκαρδίας και η αφυδάτωση (Γιωτάκη-Χαράτση, 2014).

Πέρα από την συλλογή πληροφοριών που συλλέγουμε από το ιστορικό ενός ασθενούς, στη σωματική εξέταση παρατηρείται η ωχρότητα του βλεννογόνου και του δέρματος. Μέσω της ψηλάφησης εντοπίζεται ο πόνος στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο όπου βρίσκεται το παχύ έντερο. Σε ήπιες ή μέτριας μορφής της νόσου ο βιοχημικός και αιματολογικός έλεγχος δείχνει φυσιολογικά ευρήματα. Σε βαριές μορφές της νόσου, όμως, διακρίνονται αυξημένοι οι δείκτες της φλεγμονής. Άρα, θα υπάρχει η αύξηση της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων, της CRP και η αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων. Η υπερηχογραφία του εντερικού τοιχώματος είναι μια καλή διαγνωστική εξέταση, όπου εντοπίζεται η παρουσία φλεγμονής και η έκταση της ελκώδους κολίτιδας (Magro et al., 2013).

Σε ασθενείς με υποψία ελκώδους κολίτιδας διενεργείται καλλιέργεια κοπράνων και δοκιμή τοξίνης *Clostridium difficile*, ώστε να αποκλειστούν άλλα μολυσματικά αίτια. Αφού διαγνωσθεί η ελκώδης κολίτιδα αρχικά σε ευκίνητη (ή ανεπηρέαστη) σιγμοειδοσκόπηση, θα πρέπει να υπάρξει βεβαιότητα για την έκταση και την σοβαρότητα της ασθένειας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της κολονοσκόπησης που συνήθως γίνεται εντός του πρώτου έτους διάγνωσης της νόσου. Μέσω της κολονοσκόπησης εξετάζεται ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου για τυχόν ανωμαλίες με ένα λεπτό και εύκαμπτο ενδοσκόπιο, προωθώντας το από το ορθό μέχρι και το τυφλό (Kinnucan et al., 2019). Είναι σημαντικό μέσω της παραπάνω ενέργειας να αποκλειστεί

η νόσος του Crohn, ώστε να προσφερθούν περισσότερες πληροφορίες που να μπορούν να βοηθήσουν στην προφητεία μελλοντικών ασθενειών συμπεριλαμβανομένης της δυσπλασίας. Για ιστολογική εκτίμηση θα πρέπει να ληφθούν τουλάχιστον δύο δείγματα βιοψίας από ολόκληρο το εξεταζόμενο έντερο, συμπεριλαμβανομένου του ειλεού και του εντέρου κατά τη διάρκεια της αρχικής ενδοσκοπικής αξιολόγησης (Kochhar, 2016).

Για να αποκλειστεί η ύπαρξη και η αλλαγή της ελκώδους κολίτιδας σε νόσο Crohn υποβάλλουμε τον ασθενή σε κάποιες εξετάσεις οι οποίες είναι CT, MRI και υπερηχογράφημα του λεπτού εντέρου. Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι ανάλογα με την διάγνωση της, η νόσος διαχωρίζεται σε ήπια έως μέτρια ασθένεια, μέτρια έως σοβαρή ασθένεια και σε οξεία σοβαρή ασθένεια (Farraye et al., 2017).

8.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στην διαφορική διάγνωση για τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου περιλαμβάνονται ένας συνδυασμός κλινικών εκδηλώσεων, εργαστηριακών εξετάσεων και ενδοσκοπικών, ακτινολογικών και ιστολογικών ευρημάτων. Για ορισμένους ασθενείς με αιματηρές κενώσεις η διαφορική διάγνωση γίνεται από μια οξεία λοιμώδη κολίτιδα, έναν άλλον τύπο χρόνιας φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, όπως είναι το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου και η εκκολποματική νόσος (Ha & Khalil, 2015).

Η διαφορική διάγνωση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου περιλαμβάνει την λοιμώδη κολίτιδα, την ισχαιμική κολίτιδα, την ακτινική κολίτιδα, την σκωληκοειδίτιδα, τις κακοήθειες του πεπτικού συστήματος. Στους ασθενείς με αιμορραγική διάρροια, τα λοιμώδη αίτια που πρέπει να αποκλειστούν με την ανάλυση των κοπράνων είναι η *Escherichia coli*, *clostridium difficile*, *salmonella enteritidis*, *campylobacter* (Squires, 2018). Η σιγμοειδοσκόπηση και η βιοψία του ορθού μπορούν, επίσης, να βοηθήσουν στον διαχωρισμό της λοίμωξης από χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις, μέσω των ιστορικών χαρακτηριστικών χρονιότητας που εμφανίζονται στην ελκώδη κολίτιδα. Επιπλέον, η κολονοσκόπηση μπορεί να παρουσιάσει κοκκώδη εμφάνιση του βλεννογόνου, εξάλειψη της αγγειακής σκιαγράφησης και επιφανειακές εξελκώσεις. Ο βλεννογόνο σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις είναι εύθραυστος με βαθύτατα έλκη (Hosne et al., 2015).

Τέλος, η ενδοσκοπική εξέταση είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μπορεί να αποκαλύψει διαβρώσεις, βαθιά γραμμοειδή ή αστεροειδή έλκη, οιδήματα ερυθρόδερμα, εξίδρωμα και ευθραυστότητα του βλεννογόνου. Η νόσος Crohn μπορεί διαγνωσθεί πολύ δύσκολα γιατί μπορεί να εκδηλωθεί με συνεχής επιπολής προσβολή του ορθού παρόμοια με εκείνη που παρατηρείται και στην ελκώδη κολίτιδα (Kim et al., 2019).

9. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση ενός ασθενή με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου εξαρτάται από την συχνότητα των υποτροπιών, την ανάγκη να κάνει ένα χειρουργείο και την επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Τα 10 τελευταία χρόνια, από την στιγμή της διάγνωσης, τουλάχιστον τα δυο τρίτα των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα θα παρουσιάσουν μια υποτροπή. Το 20% - 30% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα θα υποβληθούν σε κολεκτομή, ενώ μόνο το 5% των ασθενών με πρωκτίτιδα θα υποβληθούν σε κολεκτομή. Αυξημένος είναι ο κίνδυνος για καρκίνο του παχέος εντέρου σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, ο οποίος εξαρτάται από την έκταση και την διάρκεια την νόσου (Weyts et al., 2017).

Επιπλέον στην ελκώδη κολίτιδα ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ιδιαίτερα αυξημένος αφού σχετίζεται με την διάρκεια και την έκταση της νόσου. Στην κολίτιδα ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να αυξηθεί και μετά από 10 χρόνια, ενώ στην αριστερή κολίτιδα μπορεί να εμφανιστεί μετά από 15 έως και 20 χρόνια. Η επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, καθώς και του ορθού είναι 2,5-3% μετά από 20 χρόνια, ενώ μετά από 30 χρόνια μπορεί να είναι 7-8%. Μια άλλη μορφή που σχετίζεται με την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού είναι η πρωκτίτιδα. Συμπληρωματικά, προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου αποτελεί η χολαγγειίτιδα και η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου. Στην πρωκτίτιδα δεν απαιτείται ιδιαίτερη παρακολούθηση μέσω ενδοσκοπικής εξέτασης, ενώ στα υπόλοιπα πρέπει από 1 έως 3 χρόνια να πραγματοποιούνται εξετάσεις (Monstad et al., 2014).

10. ΠΡΟΛΗΨΗ

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για την πρόληψη του γαστρεντερολογικού συστήματος. Η διατήρηση του φυσιολογικού βάρους και η διατήρηση ενός πλάνου διατροφής από ειδικό είναι δυνατό να βοηθήσει στην πρόληψη. Ακόμη, η τήρηση μιας σωστής και ισορροπημένης διατροφής μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην μείωση των κενώσεων, αφού ο ασθενής ακολουθεί μια διατροφή που είναι πλούσια σε πρωτεΐνη, υδατάνθρακες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Επίσης, διατροφή πλούσια σε μέταλλα και πρωτεΐνες θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής του και θα μειώσουν τις εντερικές διαταραχές που πιθανώς μπορεί να έχει επηρεάζοντας έτσι την υγεία και την εντερική του λειτουργία. Συνεπώς, είναι απαραίτητο να υπάρχει μια εντερική ομοιόσταση μεταξύ του εντερικού ανοσοποιητικού συστήματος και των τροφίμων που καταναλώνει ένας ασθενής με φλεγμονώδη νόσημα. Εάν ενοχοποιηθούν τα τρόφιμα που επηρεάζουν και είναι υπεύθυνα για τις φλεγμονές του εντέρου τότε το άτομο θα πρέπει να τις αποφεύγει και να προσθέσει στην καθημερινότητα του τρόφιμα που δεν κλονίζουν το έντερο του (Tomasik et al., 2016).

Συμπληρωματικά, η διατήρηση στοματικής υγιεινής είναι εξίσου σημαντική για την υγεία του σώματος. Τέλος, η μείωση και ο περιορισμός του στρες βοηθάει σημαντικά, ώστε να μην αναπτυχθούν ψυχοσωματικά συμπτώματα και για να μην διαταραχθεί η εντερική ισορροπία του οργανισμού, που ως συνέπεια έχει την ανάπτυξη ελκών (Kaplan & Ng, 2017).

11. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στόχος της θεραπείας είναι η διατήρηση της ύφεσης χωρίς υποτροπές και εκδηλώσεις καθώς και η διαχείριση των κρίσεων που εμφανίζει η νόσος. Μεγάλο ποσοστό ασθενών που δεν υπόκεινται σε χειρουργική επέμβαση το αντιμετωπίζουν με συντηρητική θεραπεία για το υπόλοιπο της ζωής τους. Ελάχιστοι είναι εκείνοι που θα υφίστανται σε χειρουργική επέμβαση καθώς επιλέγεται σαν εναλλακτική θεραπεία. Η χειρουργική διαδικασία περιλαμβάνει την εκτομία του προσβεβλημένου τμήματος του εντέρου, συχνά με πρωκτοκολεκτομή και δημιουργία ειλεοστομίας (Gisbert & Chaparro, 2018).

Συνοψίζοντας, η θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας ποικίλει ανάλογα με την βαρύτητα των συμπτωμάτων. Οι συντηρητικές θεραπείες περιλαμβάνουν κυρίως την χορήγηση

των αντιδιαρροικών φαρμάκων, την μακροχρόνια χορήγηση σουλφασαλαζίνης και διάφορων άλλων φαρμάκων και σκευασμάτων που ανακουφίζουν το κοιλιακό άλγος και τον πυρετό. Επίσης, τα κορτικοστεροειδή χρησιμοποιούνται σε ειδικές περιπτώσεις μέτριας ή σοβαρής μορφής της νόσου για να μειωθεί η φλεγμονή. Συμπληρωματικά, κατά την διάρκεια παροξύνσεων είναι απαραίτητη η αναπλήρωση υγρών. Επιπλέον, η διαίτα που πρέπει να ακολουθούν τα άτομα τα οποία πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα θα πρέπει να είναι χαμηλή σε λίπος και φυτικές ίνες γιατί αυξάνουν την περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη και την θερμιδική αξία. Υπάρχουν ορισμένοι ασθενείς, οι οποίοι λόγω των έντονων επεισοδίων που έχουν υποστεί, μπορεί να χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης και προσέγγισης. Η ψυχολογική στήριξη των ατόμων αυτών συνίσταται να γίνεται εκτός από την οικογένεια τους και από ειδικούς επιστήμονες του χώρου υγείας (Quinn, 2020).

11.1. Συντηρητική Θεραπεία

Η συντηρητική θεραπεία έχει σκοπό της διατήρηση της ύφεσης της νόσου γι' αυτό οι ασθενείς πριν λάβουν την φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να αξιολογηθούν και να ελεγχθούν για να γίνει σαφές ότι πληρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την χορήγηση της θεραπείας. Οι στόχοι για την θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας είναι η επίλυση των συμπτωμάτων της νόσου που αναφέρει και ο ασθενής όπως είναι η διάρροια και ο κοιλιακός πόνος (Seah & Cruz, 2016).

Μια θεραπεία για την ελκώδη κολίτιδα είναι τα φάρμακα 5-αμινοσαλικυλικού οξέος, στεροειδή και ανοσοκατασταλτικά. Η κολεκτομή είναι κάτι που πολλοί ασθενείς ξεχωρίζουν για βαριές μορφές της νόσου ή για καρκίνο του παχέος εντέρου. Αφού αποκλειστεί η ύπαρξη κάποιας εντερικής λοίμωξης, τα ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή είναι τα βασικότερα φάρμακα που χορηγούνται για την θεραπεία. Η θεραπευτική προσέγγιση για την ελκώδη κολίτιδα επεκτείνεται και ο αριθμός των φαρμάκων με νέους στόχους θα αυξάνεται ραγδαία τα επόμενα χρόνια (Stellingwerf et al., 2019).

Η συντηρητική αντιμετώπιση περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και διαίτα. Η μέριμνα για σωματική και συναισθηματική ανάπαυση είναι επίσης σημαντικές. Η συμμετοχή θεραπευτικών φαρμάκων μπορεί να εξασφαλίσει μια ικανή δοσολογία. Οι ασθενείς που πήραν αζαθειοπρίνη ή η 6-μερκαπτοπουρίνη μπορεί να έχουν στο αίμα τους συγκεντρώσεις του ενεργού μεταβολίτη και τέλος η 6-θειογουανίνη δίνεται για να εξασφαλιστεί ικανή θεραπευτική ποσότητα. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται

συνήθως είναι ένας συνδυασμός αυτών, τα οποία περιλαμβάνουν σαλικυλικά, κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά και αντιδιαρροϊκά (Ye & Travis, 2019).

Στα σαλικυλικά φάρμακα περιλαμβάνεται η σουλφασαλαζίνη, η οποία αποτελεί μία από τις πρώτες θεραπείες για την ελκώδη κολίτιδα, καθώς θεωρείται ότι δρα μέσω αναστολής της σύνθεσης προσταγλανδινών, με επακόλουθο την μείωση της φλεγμονής (Fell et al., 2016). Η χρήση της σουλφασαλαζίνης γίνεται για να αποτρέψει τις υποτροπές της νόσου και για να θεραπεύσει τις εξάρσεις ήπιας ή μέτριας βαρύτητας. Η συνιστάμενη δόση της σουλφασαλαζίνης είναι 2 με 4 g ημερησίως, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες που δίνει ο ειδικός (Lamb et al., 2019).

Κατά την διάρκεια εξάρσεων της νόσου ο γιατρός μπορεί να προτείνει θεραπεία με κορτικοστεροειδή από το στόμα ή ενδοφλεβίως. Η πρεδνιζολόνη, συνήθως, μπορεί να δοθεί από το στόμα στα 40-65 mg ημερησίως. Εάν ο ασθενής είναι πιο σοβαρά, τότε χορηγείται η πρεδνιζολόνη ενδοφλεβίως σε δόση 45- 60 mg την ημέρα (Quinn, 2020).

Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα δίνονται σαν θεραπεία παράλο που δεν είναι αποτελεσματικά για την θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας. Παρ' όλα' αυτά όταν δίνονται σε συνδυασμό με στεροειδή, μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση της συνιστάμενης δόσης των στεροειδών που είναι απαραίτητα για να έχουμε απόκριση από τον οργανισμό (Pineton et al., 2018).

Τα πιο συχνά αντιδιαρροϊκά φάρμακα που δίνονται περιλαμβάνουν την υδροχλωρική διφαινοξυλάτη, τη θειική ατροπίνη και τη λοπεραμίδη. Αυτά τα φάρμακα χορηγούνται και χρησιμοποιούνται για την συντηρητική αντιμετώπιση των διαρροιών. Τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την μείωση του εντερικού περισταλτισμού που συνήθως είναι αυξημένη σε ασθενή με ελκώδη κολίτιδα. Δίνονται με προσοχή γιατί μπορεί να επιταχύνουν τη διάταση του εντέρου και τη δημιουργία τοξικού megacolon (Acosta, 2013).

Επίσης, ανάλογα με την σοβαρότητα της ελκώδους κολίτιδας θα προσδιοριστεί ο τύπος της δίαιτας που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής. Τα άτομα με ελκώδη κολίτιδα είναι δυνατόν να ξεκινήσουν μια διαίτα πλούσια σε βιταμίνες ιχνοστοιχεία και μέταλλα με στόχο την πρόληψη την υπερδραστηριότητα του εντέρου.

Τέλος, όταν ξεκινάει η θεραπεία οι δραστηριότητες θα πρέπει να περιοριστούν, αφού η ξεκούραση και η ανάπαυση μειώνει την κινητικότητα του εντέρου προσφέροντας άνεση, η οποία προάγει την θεραπεία (Kamp et al., 2020).

11.2. Χειρουργική Θεραπεία

Η χειρουργική επέμβαση γίνεται μόνο όταν η αιμορραγία δεν σταματάει ή όταν υπάρχει η ένδειξη ότι πρόκειται για καρκίνο του παχέος εντέρου, τοξικό μεγακόλο ή άλλες βλάβες που δεν μπορούν να αφαιρεθούν διαφορετικά. Επιπλέον, η χειρουργική επέμβαση συνίσταται σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε φαρμακευτική αγωγή χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα. Σε άτομα με σοβαρή οξεία ελκώδη κολίτιδα κρίνεται απαραίτητο και αναγκαίο να υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Η αποκαταστατική πρωκτολεοτομή με αναστόμωση του πρωκτικού σάκου είναι η πιο συχνή επέμβαση. Η χειρουργική επέμβαση γίνεται μόνο σε ειδικές μορφές κολίτιδας, όπως είναι η ισχαιμική και η ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα (Bohl, 2015).

Ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα που έχουν συνεχείς εξάρσεις και δεν ανταποκρίνονται στην συντηρητική αγωγή κρίνεται απαραίτητη η εκλεκτική κολεκτομή για την βελτίωση της ζωής τους. Είναι αναγκαίο να αναφερθεί ότι η προφυλακτική κολεκτομή προτείνεται για τον κίνδυνο του καρκίνου. Επιπλέον, η επείγουσα κολεκτομή γίνεται σε οξείες μορφές της νόσου. Δηλαδή, όταν υπάρχει αιμορραγία ή τοξικό μεγακόλο (Ha & Khalil, 2015).

Να σημειωθεί ότι με τον όρο «τοξικό μεγάκολο» αναφερόμαστε σε οξεία κολίτιδα συνοδευόμενη από διάταση του κόλου. Είναι, δηλαδή, η βάρια κατάσταση με υψηλό πυρετό, έντονο κοιλιακό πόνο, ταχυκαρδία και λευκοκυκτωτάρωση (Hata et al., 2014).

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που μπορεί να κάνει ένας ασθενής είναι (Τσιγκρής, 2014):

- Η ολική πρωκτοκολεκτομή και τελική ειλεοστομία είναι μια επέμβαση κατά την οποία αφαιρείται ολόκληρο το κόλον, το όρθρο και ο πρωκτικός δακτύλιος. Η επέμβαση αυτή επιβάλλεται σε ασθενείς που δεν μπορούν να κάνουν ειλεοπρωκτική αναστόμωση, όπως είναι οι ασθενείς μεγάλης ηλικίας και αυτοί που πάσχουν από ακράτεια.

- Σε βαριά πάσχοντες ασθενείς η επέμβαση που προτιμάται είναι η κολεκτομή με βλενωδές συρίγγιο ή σύγκλειση του ορθού κατά Hartmann. Η επέμβαση αυτή είναι μια τεχνική, η οποία ενδείκνυται σε περιπτώσεις, όπου πριν την εγχείρηση υπάρχουν αμφιβολίες σχετικά με το εάν πρόκειται για ελκώδη κολίτιδα ή νόσος του Crohn. Στην συγκεκριμένη εγχείρηση, αφαιρείται ολόκληρο το κόλον έως το επίπεδο του ανώτερου

ορθού, το κολόβωμα του ορθού συγκλείεται, ενώ ο τελικός ειλεός εξωτερικεύεται ως τελική ειλεοστομία. Κατά την κολεκτομή και την σύγκλειση του ορθού κατά Hartmann's το ορθό πρέπει να κατανέμεται σε σχετικά υψηλό επίπεδο, ώστε να διευκολύνεται η επέμβαση.

- Η επέμβαση που επιλέγεται περισσότερο για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα είναι ολική κολεκτομή και με ειλεοπρωκτική αναστόμωση. Με την χειρουργική επέμβαση αυτή αποφεύγεται η μόνιμη στόμια ενώ ταυτόχρονα διατηρείται η αφόδευση του πεπτικού σωλήνα από το ορθό με πολύ καλή εγκράτεια, λόγω της δημιουργίας του ειλείκου θύλακου. Για την πραγματοποίηση αυτής της εγχείρησης θα πρέπει η λειτουργικότητα του ορθού, του πρωκτού καθώς και του σφικτήρα να είναι φυσιολογική. Σε αυτή την επέμβαση αφαιρείται όλο το παχύ έντερο και το ορθό εκτός από τα 2cm και δημιουργείται ειλείκος νεοθύλακος, αναστομώνεται ο νεοθύλακος με κολόβωμα του ορθού και δημιουργείται μια παροδική προφυλακτική διάυλος ειλεοστομίας

- Η λαπαροσκοπική ολική κολεκτομή με ειλεοπρωκτική αναστόμωση επιλέγεται για λόγους αισθητικής, μικρότερης νοσηλείας και διατήρησης των νευρικών πλεγμάτων που είναι υπεύθυνα για την στύση και τον οργασμό.

- Τέλος, κατά την ολική πρωκτοκολεκτομή με εγκρατή ειλεοστομία αφαιρείται ολόκληρο το κόλον το ορθό και ο πρωκτός και κατασκευάζεται μια στομία, όπου το εκστομωμένο τμήμα του εντέρου είναι ένας θύλακος του τελικού ειλεού με μια βαλβίδα στο στόμιο εξόδου για να αφοδεύει εκούσια ο ασθενής (Τσιγκρής, 2014).

12. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι συμφύσεις είναι συνδετικός ιστός που εμφανίζονται αμέσως μετά την επέμβαση του εντέρου. Κάποια τμήματα του εντέρου μπορεί να κολλήσουν μεταξύ τους ή να κολλήσουν με άλλα τμήματα της κοιλιακής χώρας και να παρουσιαστεί απόφραξη αν κάποιο μέρος του εντέρου παγιδευτεί. Τα συμπτώματα μιας εντερικής απόφραξης (ειλεός) είναι άλγος, πρήξιμο και εμετός. Το 10% -20% των ασθενών που χειρουργήθηκαν για Ελκώδη Κολίτιδα μπορεί να εμφανίσουν προβλήματα συμφύσεων. Εάν αυτά υποχωρήσουν από μονά τους δεν είναι αναγκαίο να επαναληφθεί η επέμβαση (Hull et al., 2012).

Οι γυναίκες επηρεάζονται σημαντικά στις επεμβάσεις της ελκώδους κολίτιδας. Στο γυναικείο φύλο κάθε επέμβαση που σχετίζεται με την λεκάνη μπορεί να δημιουργήσει συμφύσεις που σχετίζονται με τις σάλπιγγες και τις ωθήκες. Χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να οδηγήσουν σε στειρότητα λόγω ουλής των σαλπίγγων. Γυναίκες που έχουν κάνει επέμβαση πρωκτοκολεκτομή παρουσιάζουν υπογονιμότητα. Το ποσοστό υπογονιμότητα σε γυναίκες που έχουν κάνει χειρουργικές επεμβάσεις στο έντερο κυμαίνεται από το 44% έως το 82%. Η μείωση της γονιμότητας αντιμετωπίζεται με τη χρήση αντισυμφοητικών μεμβρανών και gel γύρω από τις ωθήκες (Lee et al., 2019).

Αρκετοί ασθενείς με ειλεο-πρωκτική λήκυθο πάσχουν από μια νόσο που ονομάζεται ληκυθίτιδα, στην οποία το εσωτερικό τοίχωμα της ληκύθου δημιουργεί μια φλεγμονή. Τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται σε αυτή την κατάσταση είναι διάρροια με ελάχιστο αίμα, κοιλιακός άλγος και αίσθηση ανάγκης για συνεχή κένωση. Προσβάλλει, κυρίως, έναν στους τρεις ασθενείς και συνήθως αντιμετωπίζεται με συντηρητική θεραπεία (αντιβίωση) (Germain et al., 2016).

Στις ειλεοστομίες εμφανίζονται επιπλοκές γιατί μπορεί να δημιουργηθεί πρόπτωση. Συνήθως εμφανίζεται μια κήλη δίπλα στην ειλεοστομία γιατί το άνοιγμα που έχει φτιαχτεί δίπλα στο κοιλιακό τοίχωμα τεντώνεται και δημιουργείται μια κήλη. Οι μικρές κήλες δεν χρειάζονται κάποια θεραπεία ή επέμβαση αλλά κάποιες άλλες μπορούν να διορθωθούν με την εμφύτευση ενός πλέγματος που ενδυναμώνει το αδύναμο κοιλιακό τοίχωμα. Σε ένα πολύ μικρό ποσοστό υπάρχει το ενδεχόμενο να υποβληθεί ο ασθενής σε μια μικρή επέμβαση για την αντιμετώπιση της επιπλοκής ειλεοστομίας. Τα δερματικά εξάνθημα και ο ερεθισμός είναι συνηθισμένο φαινόμενο και αντιμετωπίζεται με την αλλαγή μιας καινούργιας σακούλας για την ειλεοστομία (Karjalainen, 2019).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι πιο συχνός στα άτομα με ελκώδη κολίτιδα και είναι μια από τις πιο σοβαρές επιπλοκές. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου αυξάνεται 8-10 χρονιά αμέσως μετά την διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας. Δύσκολο είναι να βρεθούν τα άτομα που έχουν μεγάλο πρόβλημα και να υποβληθούν σε επέμβαση ώστε να αφαιρεθεί το τμήμα του εντέρου που έχει καρκίνο. Οι ασθενείς με διάρκεια νόσου 10 ετών συνίσταται να υποβάλλονται προφυλακτικά σε κολεκτομή και αργότερα να παρακολουθούνται στενά για το ενδεχόμενο εμφάνισης δυσπλασίας. Στα συμπτώματα συγκαταλέγονται η αναιμία (μείωση ερυθρών αιμοσφαιρίων), ισχυρός πόνος στο κάτω μέρος της κοιλίας, αίμα στα κόπρανα και διάρροια ή

δυσκοιλιότητα. Επιπλέον, η εμφάνιση της ελκώδους κολίτιδας κατά της παιδική και εφηβική ηλικία αποτελεί παράγοντα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου (Yashiro, 2014).

Το τοξικό megacolon αντιπροσωπεύει μια σοβαρή επιπλοκή κυρίως των φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου. Στις αίτιες εμφάνισης συγκαταλέγονται η υποκαλιαιμία, η χρήση οπιοειδών φαρμάκων και τα αντιβιοτικά. Στην κλινική εικόνα παρατηρείται υψηλός πυρετός, κοιλιακό άλγος, ευαισθησία κατά την ψηλάφηση, λευκοκυττάρωση, αναιμία και ταχυκαρδία. Η διάτρηση εμφανίζεται σαν επιπλοκή εάν η κατάσταση του ασθενή είναι βαριά (Autenrieth & Baumgart, 2012).

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1.ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η λήψη ενός νοσηλευτικού ιστορικού είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς. Η διαδικασία της εκτίμησης προσφέρει την καταγραφή των δεδομένων αναφοράς, η οποία είναι σχετιζόμενη με την κατάσταση του πάσχοντος ατόμου. Επιπρόσθετα, η νοσηλευτική εκτίμηση μπορεί να διευκολύνει την αναγνώριση της αίτιας του προβλήματος και να ανιχνεύσει τυχόν πρώιμες ενδείξεις επιπλοκών (Βιβλιάκη και συν, 2015).

Αναλυτικότερα, το νοσηλευτικό ιστορικό προσφέρει την βάση και τον προσανατολισμό για την εκτίμηση, καθώς συγκεντρώνει πληροφορίες και δεδομένα αναφορικά με τον οικογενειακό ιστορικό φλεγμονωδών παθήσεων που μπορεί να δείξει την γενετική προδιάθεση, τα τρέχοντα συμπτώματα, τις θεραπείες που είχε ακολουθήσει ή ακολουθεί ο ασθενής, την ηλικία, τρέχοντα και παλαιότερα φάρμακα, οποιοδήποτε άλλο φάρμακο έχει λάβει που έχει δημιουργήσει ανεπιθύμητες ενέργειες στον ασθενή και τις χειρουργικές επεμβάσεις (Kemp et al., 2018).

Στόχος της εκτίμησης είναι να βρεθούν οι κλινικές εκδηλώσεις που θα δώσουν την αναγνώριση της υποκείμενης αίτιας της ασθένειας ώστε να δημιουργηθεί το κατάλληλο σχέδιο για την αντιμετώπιση. Κάθε αλλαγή στο σωματικό βάρος, πιο ειδικά όταν υπάρχει απώλεια βάρους πρέπει να εξετάζεται διεξοδικά. Γι' αυτό το λόγο συγκεντρώνονται πληροφορίες για την διατροφή που ακολουθεί ο ασθενής. Επιπλέον, στις πληροφορίες θα πρέπει να περιλαμβάνονται οι τροφές που μπορεί να τον πειράζουν ή του προκαλούν δυσανεξία, όπως είναι το γάλα, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα λιπαρά, τα πικάντικα και τα καυτερά φαγητά (Kamp, 2020).

Για έναν ασθενή, ο οποίος βρίσκεται σε περίοδο έξαρσης της νόσου, το ιστορικό του θα πρέπει να περιορίζεται με ερωτήσεις που αφορούν συμπτώματα στα οποία εμπεριέχονται το κοιλιακό άλγος, η σύσπαση, η πίεση και η διάρροια μέχρι και 10-20 υδαρείς αιματηρές κενώσεις ημερησίως, καθώς, επίσης, η ανορεξία και η εύκολη κόπωση. Συμπληρωματικά, θα πρέπει να ρωτήσουμε τον ασθενή για το χρώμα, το περιεχόμενο και το σχήμα των κενώσεων, καθώς και για την ύπαρξη αίματος στις κενώσεις (Βιβλιάκη και συν, 2015).

Η κοιλιακή χωρά θα πρέπει να εξετάζεται και να αξιολογείται, καθώς κάθε σημείο η πόνο που αναφέρει ο ασθενής θα πρέπει να ψηλαφείτε και να αφοιγκράζεται. Επίσης, κάθε κοιλιακή διάταση κατά μήκος του παχέος εντέρου πρέπει να αναφέρεται, αφού αποτελεί μη φυσιολογικό εύρημα. Είναι σημαντικό να ψηλαφίζονται οι περιοχές στις οποίες ο ασθενής παραπονιέται για πόνο. Με την ψηλάφηση μπορούμε να εντοπίσουμε περιοχές με αυξημένη ή έντονη ευαισθησία (Ordás et al., 2012).

Στην ήπια μορφή της νόσου παρατηρείται ευαισθησία στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο. Στην πιο σοβαρή μορφή της νόσου εμφανίζονται άλλα χαρακτηριστικά τα οποία περιλαμβάνουν πυρετό, ταχυκαρδία, σημαντική κοιλιακή ευαισθησία, απώλεια βάρους και αφυδάτωση. Επίσης, όταν υπάρχει μυϊκή σύσπαση ή έντονος κοιλιακός πόνος θα πρέπει να εξετάσουμε το τμήμα του παχέος εντέρου το οποίο πάσχει, καθώς μπορεί να υποδηλώνει διάτρηση που παχέος εντέρου (Neilson et al., 2016).

Τα συμπτώματα που φέρει ένας ασθενής με ελκώδη κολίτιδα διαφέρουν ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου και τις επιπλοκές που αυτή φέρει. Ο κοιλιακός πόνος, οι αιματηρές κενώσεις και ο τεινεσμός (το αίσθημα αφόδευσης χωρίς κένωση) είναι μερικά από τα συμπτώματα που αναφέρει διαρκώς ο ασθενής. Στην ήπια μορφή της νόσου τα ζωτικά σημεία βρίσκονται σε φυσιολογικά επίπεδα. Αντιθέτως, σε μέτρια ή βάρια μορφή μπορεί να υπάρχει ένας ελαφρός πυρετός, ο οποίος κυμαίνεται από 37,5 έως και 38 °C (Flynn, 2019).

Εξαιτίας των συμπτωμάτων και των ανωμαλιών την νόσου γίνεται ψυχοκοινωνική εκτίμηση για την αξιολόγηση της ψυχολογικής ευημερίας και των εκδηλώσεων που φέρει ο ασθενής και μπορεί να τον κλονίσουν τόσο ατομικά όσο και κοινωνικά. Πρέπει να εκτιμηθεί πώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται την πάθηση του και πώς αυτή επιδρά στην ζωή του, ώστε να μην επιβαρυνθεί ψυχολογικά. Επίσης, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι όσα του συμβαίνουν σωματικά είναι απολύτως φυσιολογικά (Ballou & Keefler, 2017). Κάθε αντίδραση είναι μοναδική και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες και ατομικές διάφορες συμπεριλαμβανομένου την φάση που βρίσκεται κάθε άτομο στην ζωή του, την αντίληψη και την κατάλληλη στήριξη που έχει για να αντιμετωπίσει τυχόν στρεσογόνους παράγοντες (Germain et al., 2016).

Επιπλέον, ολοένα και περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν άγχος και ψυχοκοινωνική αδυναμία, λόγω των φυσικών συμπτωμάτων και των εξάρσεων της νόσου. Γι' αυτό το λόγο θα ήταν ιδιαίτερα πολύτιμο οι ασθενείς να καταταχθούν

ψυχολογικά, ώστε να δημιουργηθεί το κατάλληλο πλάνο φροντίδας του ασθενή με στόχο την αποτελεσματικότερη κλινική πορεία. Συνεπώς, βασικός στόχος είναι ο έλεγχος των συμπτωμάτων και η σωστή αντιμετώπιση των ασθενών με αυξημένο ψυχολογικό δείκτη για την κατάλληλη παροχή υποστήριξης (Walters, 2016).

Τέλος, η κατάλληλη εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή είναι ζωτικής σημασίας, καθώς περιλαμβάνει ένα πλήρες ιστορικό της νόσου. Αυτή αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση, την κατανόηση και την διασφάλιση μιας συνεπούς προσέγγισης, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την νοσηλευτική διάγνωση και μπορεί να φανεί χρήσιμη για τις νοσηλεύτριες και τους νοσηλευτές (Repository & Library, 2015).

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η νοσηλευτική διάγνωση πρεσβεύει την κλινική κρίση του νοσηλευτή αναφορικά με το ουσιαστικό πρόβλημα υγείας που υπάρχει και αντιμετωπίζει ο ασθενής. Η διάγνωση αποτελεί το κορμό για το νοσηλευτικό σχεδιασμό φροντίδας. Επιπλέον, περιλαμβάνει ένα πρόβλημα υγείας και δίνει την επιλογή της νοσηλευτικής παρέμβασης. Τέλος, εμπεριέχει την ανάλυση των δεδομένων και την διατύπωση των αναγκών και των προβλημάτων του ασθενή (Βιβλιάκη και συν, 2015).

Είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι σκοπός της νοσηλευτικής διάγνωσης είναι να βρεθεί το πρόβλημα και το αίτιο του, το οποίο ταλαιπωρεί τον ασθενή και κατευθύνει το άτομο στην απαιτούμενη νοσηλευτική φροντίδα. Κάθε αίτιο μπορεί να απαιτεί διαφορετικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις (McEwen & Nies, 2013).

Επιπλέον, η νοσηλευτική διάγνωση δίνει την δυνατότητα στον νοσηλευτή να εξατομικεύσει την φροντίδα του ασθενή. Για την διεκπεραίωση της νοσηλευτικής φροντίδας, όσον αφορά, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις της ελκώδους κολίτιδας αυτές περιέχουν την διάρροια, τον οξύ πόνο και την διαταραχή της εικόνας του σώματος που μπορεί να προκληθεί από την ολική κολεκτομή, την ειλεοστομία, την έλλειψη ύπνου και την χρονιά χορήγηση κορτικοειδών - αποτελούν θεραπεία της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (Flores et al., 2020).

2.1 Διάρροια και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Αναφορικά με την διάρροια, αυτή είναι ένα πρόβλημα υγείας που επιφέρει επιπλοκές στην ζωή και στην φροντίδα του ασθενή. Οι συνεχείς κενώσεις οδηγούν στην απώλεια νερού και ηλεκτρολυτών συνεπεία των οποίων είναι να οδηγεί στην αφυδάτωση και στο αίσθημα της δίψας. Σε βαριές μορφές της νόσου μπορεί να προκληθεί υπογλυκαιμικό σοκ, καθώς χάνονται αρκετές ποσότητες καλίου και μαγνησίου με αποτέλεσμα την εμφάνιση υποκαλιαιμίας και υπομαγνησίας. Επίσης, μεγάλες ποσότητες κοπράνων εμφανίζουν και απώλεια διτανθρακικών οδηγώντας έτσι στην πιθανότητα να εμφανίσης μεταβολικής οξέωσης (Gaspar et al., 2016).

Η διάρροια αποτελεί ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα της νόσου, η οποία καταπονεί τους ασθενείς σε περιόδους εξάρσεων, αφού είναι αρκετά επώδυνη. Οι αυξημένες κενώσεις και ο κοιλιακός πόνος μπορεί να έχουν δεινό αντίκτυπο στην ζωή ενός ασθενή, καθώς τον επηρεάζουν στις καθημερινές του ενασχολήσεις. Επιπλέον, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για μείωση του όγκου των υγρών και της λύσης της συνέχειας του δέρματος που στη συνέχεια, θα επιφέρει δερματικές βλάβες (Gaspar et al., 2016).

Για τους παραπάνω λόγους η νοσηλευτική φροντίδα και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον ασθενή με διάρροια επικεντρώνονται στην αναγνώριση του αίτιου που την προκαλεί, καθώς και στην ανακούφιση του ατόμου για την αποφυγή εμφάνισης επιπρόσθετων επιπλοκών. Στόχος, της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι να υποβοηθήσει τον ασθενή στην αποκατάσταση της φυσιολογικής κινητικότητας του εντέρου χωρίς την εμφάνιση παρενεργειών (Molander et al., 2019).

Επομένως θα πρέπει να καταγράφεται η συχνότητα, η ποσότητα και το χρώμα των κενώσεων χρησιμοποιώντας ένα ειδικό διάγραμμα. Ακόμη, να μετρούνται και να καταγράφονται όλες οι κενώσεις και τα αποβαλλόμενα υγρά. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι το είδος της διάρροιας που υπάρχει προσδιορίζει την σοβαρότητα και την μορφή της νόσου, αφού συμβάλλει στην μέτρηση της ποσότητας των υγρών που έχουν χαθεί. Έτσι ο νοσηλευτής έχει την γνώση της απώλειας των υγρών και μπορεί να βοηθήσει στην αναπλήρωσή τους (Susan, 2013).

Επιπλέον, ελέγχονται από τον νοσηλευτή τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κάθε 4 ώρες. Ειδικότερα, ελέγχεται η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια, και ο πυρετός, τα οποία αποτελούν ενδείξεις ύπαρξης ελλείμματος όγκου υγρών. Διενεργείται, επίσης, εξέταση για τυχόν εμφάνισης αιμορραγίας στα κόπρανα και καταγράφεται καθημερινά το

σωματικό βάρος του ασθενή. Η γρήγορη απώλεια του σωματικού βάρους σε μικρό χρονικό διάστημα, συνήθως, υποδηλώνει απώλεια όγκου υγρών (Βιβλιάκη και συν, 2015)

Επιπλέον, γίνεται αξιολόγηση και εξέταση του δέρματος, ειδικότερα ελέγχεται εάν είναι ξηρό, εάν υπάρχει κάποια πληγή ή αδυναμία. Επίσης, εκτιμάται η ποσότητα της απώλειας του όγκου υγρών από τη διάρροια, γεγονός που μπορεί να μην είναι αντιληπτό, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής μπορεί και πηγαίνει μόνος του στην τουαλέτα. Η πρώτη ένδειξη ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα είναι οι συνεχόμενες απώλειες υγρών (Susan, 2013).

Επιπρόσθετα, γίνεται διακοπή ή περιορισμός της πρόσληψης τροφής από το στόμα, ώστε το έντερο να αποσυμφορηθεί. Η διακοπή της τροφής βοηθάει στην καλύτερη κινητικότητα του εντέρου, καθώς κατά διάρκεια ενός οξέος παροξυσμού της νόσου το έντερο μπορεί πιο εύκολα να κλείσει ιστικές βλάβες και να μειώσει την διάρροια (Βιβλιάκη, 2015).

Ακόμη, χορηγούνται αντιφλεγμονώδη και αντιδιαρροϊκά φάρμακα, σύμφωνα με τις οδηγίες. Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα μειώνουν τη βαρύτητα της φλεγμονής του εντέρου και την διάρροια. Όταν χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα, θα πρέπει να παρακολουθείται στενά για εκδηλώσεις τοξικού megacolon (πυρετός, ταχυκαρδία, υπόταση, αφυδάτωση, πόνος στην κοιλιά ή κολικοειδή άλγη και αιφνίδια υποχώρηση της διάρροιας) (Acosta, 2013).

Τέλος, γίνεται εξέταση της πρωκτικής περιοχής για ερεθισμό ή εξελκώσεις του δέρματος λόγω της διάρροιας. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται μη ερεθιστικοί παράγοντες για τον καθαρισμό του δέρματος ή τολύπια βάμβακος που έχουν εμποτιστεί με φυτικό εκχύλισμα. Εφαρμόζεται προστατευτική κρέμα, όπως σκευάσματα με βάση το οξείδιο του ψευδαργύρου, για την προστασία του δέρματος από την ερεθιστική δράση των διαρροϊκών κενώσεων. Τα πεπτικά ένζυμα που περιέχονται στις διαρροϊκές κενώσεις έχουν πολύ ισχυρή διαβρωτική δράση, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο λύσης της συνέχειας του δέρματος (Lemone et al., 2011).

2.2. Διαταραχή της εικόνας του σώματος και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Εξαιτίας των απρόβλεπτων συμπτωμάτων και των συνεχόμενων κενώσεων ο ασθενής με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου μπορεί να βιώσει ένα αίσθημα απογοήτευσης και αποθάρρυνσης, καθώς δεν είναι στην κατάλληλη θέση να ελέγξει και να καθορίσει την συχνότητα των κενώσεων, ειδικά όταν η νόσος είναι σε προχωρημένο στάδιο. Η διάρροια, όπως και τα άλλα συμπτώματα, μπορεί να απορρυθμίσουν τον ασθενή από την καθημερινότητα του ακόμα και από τις κυρίες ανάγκες του, όπως είναι ο ύπνος και η τροφή. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών είναι πιθανό να παρατηρηθεί διαταραχή της εικόνας του σώματος. Η ολική κολεκτομή, η ειλεοστομία και η χρόνια χορήγηση κορτικοειδών, δράσεις που αποτελούν θεραπεία της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, είναι δυνατόν να προξενήσουν διαταραχή της εικόνας του σώματος (Lemone et al., 2011). Συνεπώς είναι αναγκαίο από τους νοσηλευτές να:

1. Δείχνουν ότι αποδέχονται τα συναισθήματα και την αντίληψη που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του. Η απόρριψη των αντιλήψεων του ασθενούς παρεμποδίζει τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με αυτόν. Ενθαρρύνουν τη συζήτηση με τον ασθενή για τις μεταβολές της εικόνας του σώματός του και τις συνέπειες που έχουν στην αντίληψη που έχει για τον εαυτό του. Με αυτό τον τρόπο επιδεικνύεται η αποδοχή, δίνοντας στον ασθενή τη δυνατότητα να εκφράσει την επίδραση που έχει στη ζωή του η νόσος και η θεραπεία.

2. Ενθαρρύνουν τη συζήτηση για τις ανησυχίες που έχει ο ασθενής, όσον αφορά τις συνέπειες της νόσου ή της θεραπείας, στις στενές προσωπικές του σχέσεις. Με τον τρόπο αυτό γίνεται δυνατή η κατανόηση και προσφέροντας τη δυνατότητα στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του σχετικά με την επίδραση της νόσου στις σχέσεις του με τα σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα.

3. Ενθαρρύνουν τον ασθενή να επιλέγει και να αποφασίζει σχετικά με τη φροντίδα του. Έτσι ενισχύεται η αίσθηση ελέγχου της κατάστασης όσον αφορά τη νόσο και το μέλλον του.

4. Συζητούν ανοικτά και με ειλικρίνεια τις πιθανές θεραπευτικές επιλογές και τις συνέπειες τους. Η ανοικτή συζήτηση δίνει τη δυνατότητα για τη λήψη αποφάσεων μετά από πλήρη ενημέρωση του ασθενούς.

5. Ενθαρρύνουν τον ασθενή να συμμετέχει στη φροντίδα του, εκπαιδεύοντας τον και επιδεικνύοντας τις απαραίτητες διαδικασίες, ανάλογα με τις ανάγκες. Με τον τρόπο

αυτό προάγεται το αίσθημα ανεξαρτησίας και διευκολύνεται η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων.

6. Φροντίζουν τον ασθενή δείχνοντας του ότι τον αποδέχονται και ότι δεν τον κατακρίνουν. Η αποδοχή του ασθενούς, παρά τις πιθανές ενοχλήσεις λόγω των δυσάρεστων οσμών ή της διάρροιας, ενισχύει την αυτοεκτίμηση του.

7. Φροντίζουν ο ασθενείς να έρθει σε επαφή με άλλους ασθενείς ή ομάδες ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ή με άτομα που φέρουν στομίες. Ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ότι κάποιος που δεν έχει βιώσει το πρόβλημα του δεν μπορεί να καταλάβει τα συναισθήματα του.

8. Εκπαιδεύουν τον ασθενή σε στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος (έλεγχος οσμών, τροποποίηση δίαιτας, κλπ.) και ενθαρρύνουν την εφαρμογή τους. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η σταδιακή προσαρμογή του ασθενούς στην πραγματικότητα της νόσου του (Lesnovska et al., 2017).

2.3. Οξύς κοιλιακός πόνος και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Κατά τις περιόδους έξαρσης ένας ασθενής με ελκώδη κολίτιδα υποφέρει από κοιλιακό άλγος και συσπάσεις. Σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η διαχείριση και η μείωση του πόνου, ώστε ο ασθενής να αντέχει τον πόνο σε τέτοιο βαθμό που να είναι ανεκτός. Κύριο μέλημα του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τον ασθενή να μειώσει τους παράγοντες που μπορεί να αυξάνουν τον πόνο του. Τέλος, ρόλος του είναι να αξιολογήσει τον πόνο που αναφέρει το άτομο. Αναλυτικότερα, ο ρόλος του νοσηλευτή περιλαμβάνει (Lemone et al., 2011):

1. Την αξιολόγηση του πόνου του ασθενή συμπεριλαμβανόμενων του χαρακτήρα καθώς και την περιοχή πόνου, την έναρξη και την διάρκεια του πόνου, την ποιότητα, την σοβαρότητα του πόνου και τους παράγοντες που αυξάνουν την έναρξη του.

2. Την εκτίμηση, από κοινού με τον ασθενή και την ομάδα παροχής φροντίδας υγείας, για την αποτελεσματικότητα των μέτρων που είχε λάβει στο παρελθόν για έλεγχο του πόνου.

3. Την χορήγηση αντιδιαρροϊκής αγωγής για τον έλεγχο της διάρροιας και επομένως μειώνεται η επακόλουθη δυσφορία.

4. Τον περιορισμό ή την εξάλειψη των παραγόντων που μπορεί να επισπεύσουν ή να αυξήσουν την ένταση του πόνου (π.χ. φόβος, κόπωση, μονοτονία και έλλειψη γνώσης).

5. Την εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τη χρήση μη φαρμακολογικών τεχνικών πριν, μετά ή κατά την διάρκεια των επώδυνων δραστηριοτήτων, πριν ο πόνος αυξηθεί.

Υπάρχουν πάρα πολλοί μέθοδοι και εργαλεία για την αξιολόγηση του πόνου που προσφέρουν ακρίβεια και εγκυρότητα για την εκτίμηση του. Σύμφωνα με την Βιβλιακή και συν, (2015) αυτά τα εργαλεία είναι οι κλίμακες του πόνου που δίνουν πληροφορίες για την ποιότητα και την ποσότητα του πόνου. Προφορικές Περιγραφικές Κλίμακες βασίζονται σε αριθμητικά κατατασόμενες λέξεις όπως «καθόλου», «ελαφρά», «μέτριος», «έντονος» και «αφόρητος» για την αξιολόγηση τόσο της έντασης όσο και της απάντησης στην αναλγητικής αγωγής. Αριθμητικές Κλίμακες Αξιολόγησης παρέχονται σε έντυπη και προφορική μορφή. Η έντυπη μορφή περιγράφεται ως οριζόντια η καθετή γραμμή με το «0» (καθόλου πόνος) στην μια άκρη και το «10» (αφόρητος πόνος) στην άλλη άκρη. Οπτικές Αναλογικές Κλίμακες χρησιμοποιούνται φωτογραφίες ή σκίτσα προσώπων με χαρακτηριστικά πρόσωπα που αντιστοιχούν σε απουσία πόνου προχωρώντας σταδιακά προς πρόσωπα που δείχνουν αυξανόμενη δυσφορία/πόνος. Χρωματικές Κλίμακες δίνουν την δυνατότητα στον ασθενή να επιλέξει κάποιο χρώμα που αντιπροσωπεύει την αντιστοιχεί αίσθηση του πόνου. Συνήθως χρησιμοποιούνται μικρές χρωματιστές κάρτες, μολυβιά ή μαρκαδόροι. Κλίμακες τμηματοποίησης χρησιμοποιούν ιδιά αντικείμενα (νομίσματα ή μάρκες) που το καθένα αντιπροσωπεύει ένα μέρος του συνόλου του πόνου. Ο ασθενής υποδεικνύει τον αριθμό των αντικειμένων που αντιστοιχεί στην αίσθηση του πόνου που βιώνει ακριβώς την στιγμή της αξιολόγησης. Κλίμακες συμπεριφοράς πόνου χρησιμοποιείται σε ασθενείς που δεν έχουν τις αισθήσεις τους ή έχουν νοητική υστέρηση. Ο νοσηλευτής αξιολογεί τις εκφράσεις του προσώπου, την κινητικότητα των ακρών, την σπαστικότητα, το κλάμα, την αντίδραση στις παρηγορητικές κινήσεις ή την αντίδραση στην μηχανική υποστήριξης αναπνοής. Όσο μεγαλύτερο άθροισμα έχει ο ασθενής τόσο πιο πολύ πόνο βιώνει» .

2.4. Διαταραχές στη θρέψη και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Στην ελκώδη κολίτιδα υπάρχει πιθανότητα να επηρεαστεί η ικανότητα του εντέρου να απορροφά θρεπτικές ουσίες. Λόγω των διαρροϊκών κενώσεων μπορεί να χαθεί αίμα και υγρό το οποίο είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες. Εξαιτίας, της διαταραχής της απορρόφησης και των απωλειών θρεπτικών ουσιών ενδεχομένως να εμφανιστούν διατροφικά ελλείματα που θα έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του ασθενή, την μυϊκή μάζα, την οστική πυκνότητα, το ισοζύγιο ηλεκτρολυτών και την επούλωση των ιστικών βλαβών (Lemone et al., 2011).

Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που αξιολογεί τον ασθενή που παρουσιάζει διαταραχές στην θρέψη και δημιουργεί στρατηγικές για την θρεπτική υποστήριξη του ασθενή (Lemone et al., 2011):

- Παρακολουθούμε τις εργαστηριακές εξετάσεις (αιματοκρίτη, συγκεντρώσεις ηλεκτρολυτών ορού, επίπεδα ολικής πρωτεΐνης, λευκωματικής ορού και αιμοσφαιρίνης). Οι συγκεκριμένες εξετάσεις αποτελούν ένδειξη για το επίπεδο της θρέψης του ασθενή.
- Εκτιμούμε το επίπεδο θρέψης του ασθενούς κατά την εισαγωγή του, αλλά και περιοδικά εάν πρόκειται να παραμείνει νοσηλευόμενος για αρκετό διάστημα.
- Παίρνουμε ιστορικό υγείας: διατροφικές συνήθειες του ασθενούς (είδος και ποσότητα τροφών που καταναλώνει συνήθως), σωματικό βάρος και πρόσφατες μεταβολές αυτού, όρεξη, συγκεκριμένες τροφές που προτιμά ή απεχθάνεται, δυσκολία κατάποσης, προβλήματα όπως ανορεξία, ναυτία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων ή χρόνιων νοσημάτων και χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή.
- Πραγματοποιούμε φυσική εξέταση: ύψος, βάρος, πάχος δερματικής πτυχής, δείκτης μάζας σώματος, ζωτικά σημεία, γενική κατάσταση, μυϊκή ατροφία, κινητικότητα, δέρμα- βλεννογόνοι, εντερικοί ήχοι.
- Εάν ο ασθενής δεν είναι εφικτό να απορροφήσει τις θρεπτικές ουσίες από το έντερο εφαρμόζουμε εάν χρειαστεί παρεντερική διατροφή. Η παρεντερική διατροφή βοηθάει στην αποκατάσταση των διαταραχών της θρέψης και συμβάλει στην αύξηση του βάρους και την επούλωση των ιστικών βλαβών στον ασθενή με οξεία συμπτώματα.
- Χορηγούμε την προβλεπόμενη δίαιτα που είναι υψηλής θερμιδικής και υψηλής περιεκτικότητας σε λεύκωμα, χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη, με περιορισμό της

πρόσληψης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων εάν υπάρχει δυσανεξία στην λακτόζη. Οι θερμικές και οι πρωτεΐνες έχουν ιδιαίτερη αξία για την αποκατάσταση των απωλειών των θρεπτικών ουσιών. Ο περιορισμός της πρόσληψης λίπους βοηθάει στην μείωση της διάρροιας και της απώλειας των θρεπτικών ουσιών, ειδικά όταν έχει προηγηθεί η εκτομία μεγάλων τμημάτων του τελικού ειλεού.

- Προγραμματίζουμε την εκτίμηση του ασθενούς από διαιτολόγο. Να λαμβάνονται υπόψη οι διατροφικές συνήθειες του ασθενή, αφού αυτές δεν είναι απαγορευμένες. Η κατανάλωση τροφών που προτιμά ο ασθενής συμβάλλει στην αύξηση πρόσληψης θρεπτικών ουσιών και βοηθά στην διατήρηση του επαρκούς επιπέδου θρέψης.
- Χορηγούμε στοιχειακά σκευάσματα εντερικής διατροφής και συμπληρώματα διατροφής σύμφωνα με οδηγίες. Αυτά βοηθούν στην επούλωση των σιτικών βλαβών χωρίς να επιβαρύνουν το έντερο. Έτσι με αυτό τον τρόπο μπορεί να αναπληρωθούν οι απώλειες σε θρεπτικές ουσίες και να βελτιωθεί το επίπεδο θρέψης γρηγορά σε σχέση με μια απλή δίαιτα.

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος αναφορικά με τα φάρμακα και τις παρενέργειες που αυτά προκαλούν. Ακόμη, θα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένος για τις θεραπείες που υπάρχουν και τις οποίες μπορεί να ακολουθήσει ο ασθενής. Είναι, επίσης, αναγκαίο να είναι σε θέση να διακρίνει, να εκτιμά και να αντιμετωπίζει τρέχοντα προβλήματα που μπορεί να υπάρξουν όπως είναι η διάρροια, η κακή θρέψη και η διαταραχή της εικόνας του σώματος ενός ασθενή (Nilgun et al., 2017).

Επιπλέον, η νοσηλευτική φροντίδα, όσον αφορά την θεραπεία που ακολουθεί ο κάθε ασθενής, στοχεύει στον τερματισμό του παροξυσμού με γρήγορους ρυθμούς για την αποφυγή της υποτροπής. Ακόμη, έχει ως επιδίωξη την χορήγηση φαρμάκων σε περιόδους έξαρσης για την μείωση των κρίσεων της νόσου. Η φαρμακευτική αγωγή παίζει σημαντικό ρόλο, αφού στοχεύει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και την επιδίωξη της ύφεσης (Chadda, 2013).

Σε μέτριες και σοβαρές μορφές της νόσου χορηγούνται φάρμακα, όπως είναι η σουλφασαλαζίνη, η μερκαπτοπουρίνη και άλλα αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Η

χορήγηση της μελαμίνης έχει ακριβώς την ίδια δράση με την σουλφασαλαζίνη. Η μόνη διαφορά είναι ότι η δεύτερη υπάρχει σε μορφή υπόθετου για κλύσμα και ταμπλέτα από το στόμα. Η χορήγηση κορτικοστεροειδών ή αλλιώς τα γλυκοκορτικοειδή είναι ορμόνες που παράγονται από το φλοιό των επινεφριδίων και είναι αναγκαίες για την αντιμετώπιση του οργανισμού απέναντι στο άγχος (Orsola -malpighi et al., 2019).

Αυτά τα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν πεπτικό έλκος ή σακχαρώδη διαβήτη. Επομένως θα πρέπει να παρακολουθείται συνέχεια η κατάσταση του ασθενή για τυχόν τέτοιες παρενέργειες. Η μέτρηση του σωματικού βάρους και των ζωτικών σημείων πρέπει να γίνεται συστηματικά όταν ο ασθενής λαμβάνει θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Εξαιτίας της κατακράτησης του νερού και του νατρίου είναι πολύ πιθανό οι ασθενείς που λαμβάνουν κορτικοστεροειδή να εμφανίζουν υπέρταση ή αύξηση σωματικού βάρους (Orsola-malpighi et al., 2019).

Η λήψη και η χορήγηση των κορτικοστεροειδών θα πρέπει να γίνεται τις πρωινές ώρες για να διατηρούνται σε φυσιολογικά επίπεδα οι τιμές των γλυκοκορτικοειδών, ώστε να ελαττωθεί η καταστολή της παράγωγης κορτιζόλης από τα επινεφρίδια (Orsola-malpighi et al., 2019).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ελέγχει τις αντενδείξεις για την χορήγηση του φαρμάκου, ιδιαίτερα εάν πρόκειται για περίπτωση εγκυμοσύνης ή υπερευαισθησίας σε αυτά. Αποτελεί ευθύνη του προτού χορηγήσει το φάρμακο να ελέγξει και να αξιολογήσει τις εξετάσεις της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας καθώς και την γενική εξέταση αίματος. Πάντοτε χορηγείται ένα φάρμακο συμφωνά με τις οδηγίες που έχουν δοθεί. Εάν ζητηθεί το φάρμακο να χορηγηθεί περισσότερο της μία δόσης ανά ημέρα τότε οι δόσεις θα πρέπει να κατανέμονται προσεκτικά και όμορφα μέσα στο 24ωρο (Βιβλιάκη και συν, 2015).

Τα φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν με ένα ποτήρι νερό ή ακριβώς μετά από ένα γεύμα για την αποφυγή πεπτικών παρενεργειών. Αφού χορηγηθούν τα φάρμακα αξιολογείται η ανταπόκριση του ασθενούς στην θεραπεία. Είναι αναγκαίο να τονιστεί η ανάγκη παρακολούθησης του ασθενούς για τυχόν παρενέργειες που μπορεί να εμφανίσει (Βιβλιάκη και συν, 2015).

Μερικές από τις παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν είναι (Lemone et al., 2011):

- Κεφαλαλγία, ανορεξία, ναυτία, εμετός, μετεωρισμό ή κοιλιακός πόνος
- Δερματικό εξάνθημα, δερματίτιδα, κνίδωση ή κνησμός

- Ενδείξεις διαταραχών του αίματος, όπως αιμορραγία, εύκολες εκχυμώσεις, πυρετός
- Μεταβολές της αποβολής ούρων ή της νεφρικής λειτουργίας
- Ενδείξεις ηπατίτιδας ή μυοκαρδίτιδας
- Δράσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως κεφαλαλγία, ζάλη, αϋπνία, αδυναμία ή κόπωση
- Γενική κακουχία
- Αυξημένη ευαισθησία στις λοιμώξεις και συγκάλυψη των αρχικών εκδηλώσεων μιας λοίμωξης.
- Υπογλυκαιμία.
- Υπέρταση και σημεία καρδιακής ανεπάρκειας.
- Μεταβολές της νοητικής κατάστασης, όπως κατάθλιψη, ευφορία, επιθετική διάθεση και μεταβολές της συμπεριφοράς.

4.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η ελκώδη κολίτιδα είναι ένα νόσημα που ταλαιπωρεί τα άτομα που την έχουν εξαιτίας των λειτουργικών γαστρεντερολογικών διαταραχών και των εντόνων συμπτωμάτων που εκδηλώνονται. Σε κάποιες χρονικές περιόδους τα συμπτώματα είναι αιφνίδια και σοβαρά. Αυτή η αιφνίδια εμφάνιση των συμπτωμάτων, κυρίως της διάρροιας, δυσκολεύει την καθημερινότητα και την λειτουργικότητα του ατόμου σε κοινωνικό και σε ψυχολογικό επίπεδο. Η επείγουσα ανάγκη για αφόδευση και η ακράτεια των κοπράνων προκαλεί άμεση διακοπή των δραστηριοτήτων ενός ατόμου με αποτέλεσμα αυτό να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ζωή του ασθενή, καθώς θα έχει το αίσθημα ότι θα πρέπει να βρίσκεται κοντά σε τουαλέτα σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης για κένωση. Αυτή η αστάθεια εμφάνισης των συμπτωμάτων έχει σοβαρές επιπτώσεις και διαταράσσουν την ψυχολογική ευημερία του ατόμου. Ακόμη, προκαλούν παρεμβολές στις κοινωνικές, ψυχαγωγικές δραστηριότητες και στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η κατανόηση και η στήριξη του ασθενή από το περιβάλλον πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει και αναπτύσσεται (Press, 2015).

Επειδή η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου προκαλεί σοβαρά σωματικά συμπτώματα, τα άτομα αυτά εμφανίζουν ψυχολογικές διαταραχές. Η εκδήλωση

ψυχολογικών διαταραχών είναι συχνή σε ασθενείς με σοβαρά ή οξεία συμπτώματα. Ο κοιλιακός πόνος και οι συχνές και επώδυνες κενώσεις φέρουν σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ασθενούς τόσο σε κοινωνικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Επομένως, είναι απόλυτο φυσιολογικό λόγω των εκδηλώσεων και των απρόβλεπτων μερικές φορές συμπτωμάτων να επηρεάζεται η συμπεριφορά και η προσωπικότητα του ατόμου. Οι πιο συχνές ψυχολογικές διαταραχές που εμφανίζονται είναι οι διαταραχές άγχους, διάθεσης και καταθλιπτικές εκδηλώσεις, καθώς και οι διαταραχές της εικόνας του σώματος (Pias et al., 2020). Η εμφάνιση του άγχους ορίζεται σαν αίσθημα ανησυχίας και φόβου γιατί ο ασθενής χάνει την απώλεια ελέγχου της αφοδευσης. Σε πιο σοβαρές μορφές της νόσου ο ασθενής είναι πιθανό να μη μπορεί να βγει από το σπίτι λόγω των τακτικών επισκέψεων του στην τουαλέτα. Έτσι, δημιουργείται ένα αίσθημα εξάρτησης και κυρίως ανάγκης να βρίσκεται κοντά σε τουαλέτα. Η διάρροια και το κοιλιακό άλγος είναι ένα από τα πιο στρεσογόνα και εξουθενωτικά συμπτώματα. Το άγχος και η ανησυχία σχετίζεται με εξάρσεις της νόσου και μπορεί να επιμείνουν και στις περιόδους ύφεσης (Weaver & Szigethy, 2020).

Συμπληρωματικά, τα άτομα με ελκώδη κολίτιδα ζουν με αυτά τα συμπτώματα καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους. Απόρροια των παραπάνω, αποτελεί το αίσθημα αναταραχής και φόβου που αισθάνεται το άτομο, αφού η καθημερινότητα αποδεικνύεται δύσκολη, όταν κάποιος πάσχει από κάποιο αυτοάνοσο νόσημα. Γι' αυτό το λόγο τα άτομα δημιουργούν και ασπάζονται μια σειρά διάφορων τρόπων επίλυσης του προβλήματος τους που θα τους επιφέρει μια ανακούφιση ως προς τα συμπτώματα που εμφανίζονται (Greenley & Fishman, 2016). Χρησιμοποιούν στρατηγικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων οι οποίες θα τους φέρουν ανακούφιση την στιγμή που θα εκδηλωθούν, ώστε να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα που εμφανίζονται σε περιόδους εξάρσεων. Τις περισσότερες φορές τα συμπτώματα είναι κυκλικά, αλλά οι περίοδοι ύφεσης και επιδείνωσης είναι απρόβλεπτες (Ballou & Keefe, 2017). Επιπλέον, εκτός των άλλων, υπάρχει και το αίσθημα της αβεβαιότητας, καθώς η απώλεια ελέγχου των κινήσεων του εντέρου μπορεί να προκύψει οποιαδήποτε στιγμή. Συνεπώς, για όλους τους παραπάνω λόγους οι ασθενείς προσπαθούν να βελτιώσουν την διατροφή τους αποφεύγοντας τις κοινωνικές εξόδους, ειδικότερα εκείνες που περιλαμβάνουν φαγητό και αλκοόλ που θα τους επηρεάσει και ακολουθούν ένα ειδικό και προσαρμοσμένο ειδικό διαιτολόγιο (Szigethy et al., 2017).

Να αναφέρουμε οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της νόσου σχετίζονται με την υγεία και την ποιότητα ζωής του ασθενή γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να συζητηθούν ώστε να γίνει κατανοητή η ασθένεια και οι επιδράσεις της. Πρέπει να γίνεται εξατομικευμένη ενημέρωση του ασθενή και επεξήγηση της ελκώδους κολίτιδας, ώστε να καταλάβει την πάθηση και τον τρόπο που επιδρά στην ζωή του. Κρίνεται απαραίτητο ο συνδυασμός αυτοδιαχείρισης που να ανταποκρίνεται στις ατομικές ανάγκες του ασθενή, ώστε να μπορεί να βελτιώσει τον έλεγχο της νόσου (Brooks et al., 2016).

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να εξετάζεται η σχέση μεταξύ των γεγονότων της καθημερινότητας του και των εξάρσεων του ασθενή. Αναλυτικότερα, θα πρέπει να γίνεται αναζήτηση των παραγόντων, οι οποίοι προκαλούν άγχος και αυξάνουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, η συλλογή πληροφοριών θα πρέπει να προσανατολίζονται στον οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο. Οι στρεσογόνες καταστάσεις και οι αλλαγές στη καθημερινότητα μπορεί να προηγούνται της εκδήλωσης μιας διαταραχής ή να συνδέονται με την έξαρση της συμπτωματολογίας της. Οι αρνητικές αλλαγές στην ζωή των ασθενών τείνουν να πυροδοτήσουν την έναρξη των συμπτωμάτων της νόσου ή ακόμα και να την επιδεινώνουν (Press, 2015).

Ο νοσηλευτής προσφέρει υποστήριξη, κατανόηση και ακούει πάντα προσεκτικά τι έχει να του πει ο ασθενής. Για να μπορέσει ένας ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα του και τις αγωνίες του ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης προκειμένου να τον βοηθήσει στις ψυχολογικές και κοινωνικές του αναταραχές (Abed et al., 2015).

Επιπλέον, ένας νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να ενημερώνει έγκυρα τον ασθενή για την πάθηση του, καθώς και να τον εκπαιδεύσει σωστά για την φροντίδα που θα χρειαστεί (Barros et al., 2017). Πρέπει να τον ενθαρρύνει να ακολουθήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής, προσθέτοντας μέσα στην καθημερινότητα του την γυμναστική και τροφές εκείνες που είναι ωφέλιμες για τον οργανισμό του (Magharei et al., 2019).

Αναφορικά με την στάση και την φροντίδα του νοσηλευτή απέναντι στον εγχειρισμένο ασθενή του, αυτή έχει μεγάλη σημασία, καθώς έτσι ενισχύεται η βελτίωση του ασθενούς σωματικά και ψυχολογικά. Είναι αναγκαίο να ελέγχεται η απομάκρυνση των κοπράνων σε περιπτώσεις που δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί μόνος του και χρειάζεται βοήθεια. Η ψυχολογική υποστήριξη αποσκοπεί στην καλύτερη ποιότητα ζωής σε άτομα που έχουν χειρουργηθεί (Lemone et al., 2011).

Συνοπτικά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι επαγγελματίας και να βλέπει τον ασθενή σαν άνθρωπο. Είναι απαραίτητο να έχει συναισθηματική κατανόηση προκειμένου να δώσει στον ασθενή την δυνατότητα να εκφράσει τις φοβίες του. Ο ίδιος φροντίζει και ενισχύει τους ασθενείς που υποφέρουν τόσο από ψυχολογικά όσο και από σωματικά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα όταν μαθαίνουν για πρώτη φορά ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια. Ο νοσηλευτής ενημερώνει και πληροφορεί τον ασθενή για τις αλλαγές στην ζωή του και προτείνει λογικές λύσεις (Abed et al., 2015).

Τέλος, ο επαγγελματίας υγείας είναι αυτός που εμπυχώνει και ωθεί τον ασθενή για κοινωνική αλληλεπίδραση. Ενισχύεται, η ένταξη του ασθενούς σε ειδικές ομάδες υποστήριξης με αυτοάνοσα φλεγμονώδη νοσήματα. Η δράση αυτή βοηθάει σημαντικά τον ασθενή να ακούει κάποιον άλλον που έχει την ίδια νόσο με αυτόν και τους τρόπους που εκείνος το αντιμετώπισε (Neilson et al., 2016).

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

EPEYNA (NEA ΔΕΔΟΜΕΝΑ)

Abstract 1

Management of acute severe ulcerative colitis in children.

The incidence of pediatric-onset ulcerative colitis (UC) is rising. Children often present with a more severe disease phenotype as compared to adults with over a third requiring hospitalization for the management of acute severe ulcerative colitis (ASUC). Further, in pediatric patients presenting with inflammatory bowel disease (IBD) limited to the colon, a definitive diagnosis of UC vs. Crohn's disease is often unclear. Here, we review the unique aspects of pediatric ASUC including the epidemiology, diagnosis, medical, and surgical management of this disease (Shaun et al., 2017).

Περίληψη

Η συχνότητα εμφάνισης της ελκώδους κολίτιδας σε παιδιά αυξάνεται ραγδαία. Τα παιδιά παρουσιάζονται όλο και περισσότερο με πιο σοβαρά μορφολογικά χαρακτηριστικά της ασθένειας σε σύγκριση με τους ενήλικους και πάνω από το ένα τρίτο χρειάζεται να νοσηλευτεί για την διαχείριση της οξείας σοβαρής ελκώδους κολίτιδας. Επιπλέον, σε παιδιατρικούς ασθενείς που παρουσιάζουν ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσο του εντέρου, η τελική διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας μεταξύ της Νόσου του Crohn πολλές φορές είναι ασαφής. Εδώ εξετάζουμε τις μοναδικές πτυχές της παιδιατρικής συμπεριλαμβανομένου της επιδημιολογίας, της διάγνωσης, της ιατρικής και της χειρουργικής διαχείρισης αυτής της νόσου.

Abstract 2

Specialist Nursing Interventions for Inflammatory Bowel Disease.

BACKGROUND: Inflammatory bowel disease (IBD) refers to a group of diseases that is characterized by chronic inflammation of the digestive system

AIM: The aim of the present study was to discuss the available scientific evidence on the quality of care in IBD, in relation to nurses

METHODOLOGY: A PubMed and Cochrane literature search was performed using the search terms ‘reproduction’ and ‘inflammatory bowel disease’ and using the headers and main subjects of each section of this article as search terms.

RESULTS: Specialist nurses, which have been increased in recent years, should be part of the multidisciplinary team for IBD patients. Nursing interventions for many of the complications and symptoms of patients with IBD should focus on the knowledge of the person and the environmental factors. A challenge for IBD nurses is to provide evidence supporting the relevance of their role in caring IBD patient.

CONCLUSION: The concept of nurse-IBD clinics needs to be explored in greater detail. Development of new roles might be a way of making the career of nursing more attractive, extending career pathways. The changes taking place improve the quality of healthcare services in gastroenterology. The future of gastroenterology depends on the collaboration work (Katsanos et al., 2019).

Περίληψη

Ιστορικό: Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου αναφέρεται σε μια ομάδα ασθενών που χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή του πεπτικού συστήματος.

Σκοπός: Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να συζητήσει τα διαθέσιμα επιστημονικά στοιχεία σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης στις ΙΦΝΕ (ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου), σε σχέση με τους νοσηλευτές.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφίας PubMed και Cochrane χρησιμοποιώντας τους όρους αναζήτησης «αναπαραγωγή» και «φλεγμονώδη νόσο του εντέρου» χρησιμοποιώντας τα κεφάλαια και τα κύρια θέματα κάθε ενότητας αυτού του άρθρου ως όρους αναζήτησης.

Αποτελέσματα: Οι ειδικοί νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, θα πρέπει να είναι μέρος της διεπιστημονικής ομάδας για ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για πολλές από τις επιπλοκές και τα συμπτώματα των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου πρέπει να επικεντρώνονται στη γνώση του ατόμου και στους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Μια πρόκληση για τους νοσηλευτές είναι να παρέχουν αποδεικτικά στοιχεία που να υποστηρίζουν τη σημασία του ρόλου τους στη φροντίδα ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Συμπέρασμα: Η έννοια των κλινικών νοσηλευτών για ασθενής με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου πρέπει να διερευνηθεί με μεγαλύτερη λεπτομέρεια. Η ανάπτυξη νέων ρόλων μπορεί να είναι ένας τρόπος για να γίνει η καριέρα της νοσηλευτικής πιο ελκυστική, επεκτείνοντας την πορεία της σταδιοδρομίας. Οι αλλαγές που πραγματοποιούνται βελτιώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στη γαστρεντερολογία. Το μέλλον της γαστρεντερολογίας εξαρτάται από την συνεργασία.

Abstract 3

Determinants of the level of anxiety and fears in a group of patients with ulcerative colitis.

INTRODUCTION: Ulcerative colitis is a chronic, inflammatory disease of the mucous membrane of the large intestine manifesting itself through diarrhea with blood, mucous and pus. It progresses with periods of relapses and remissions. The treatment is a long-term process which should aim at improving the patient's clinical condition and quality of life, as well as minimizing the disease-related anxiety and fears.

OBJECTIVE: The aim of the study was recognition of the determinants of the level of anxiety and fears in a group of patients with ulcerative colitis.

MATERIALS AND METHOD: The prospective study comprised 102 patients with diagnosed ulcerative colitis. The data were collected by means of the following tools: Clinical Disease Activity Index, Rating Form of IBD Patients Concerns (RFIPC), and a questionnaire by the authors. Statistical parametric and non-parametric tests were used to analyze the data, depending on the type of scale and nature of the variable distribution.

RESULT: Most of the patients (64%) were in the active phase of the disease. A high level of fear and anxiety occurred in 73% of the patients and concerned the impact of the disease, intimate life, complications and stigmatization. The highest levels of fears and anxiety were observed in the field of complications and the impact of the disease on the patients' lives.

CONCLUSION: The disease activity and high levels of anxiety and fears influenced the psychosocial functioning of the patients with ulcerative colitis (Kózka et al., 2019).

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ελκώδη κολίτιδα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος του παχέος εντέρου που εκδηλώνεται με αιματηρή διάρροια, βλέννα και πύον. Ξεκινάει με περιόδους υφέσεων και εξάρσεων. Η θεραπεία είναι μια μακροχρόνια διαδικασία που πρέπει να στοχεύει στη βελτίωση της κλινικής κατάστασης και της ποιότητας της ζωής του ασθενούς, καθώς και στην ελαχιστοποίηση του άγχους και των φόβων που σχετίζονται με την ασθένεια.

Στόχος: Ο στόχος της μελέτης ήταν η αναγνώριση των καθοριστικών παραγόντων του επιπέδου άγχους και φόβων σε μια ομάδα ασθενών με ελκώδη κολίτιδα.

Υλικά και μέθοδοι: Η μελέτη περιελάμβανε 102 ασθενείς με διαγνωσμένη ελκώδη κολίτιδα. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τα ακόλουθα εργαλεία: Δείκτης Δραστηριότητας Κλινικής Ασθένειας, Φόρμα Αξιολόγησης Ανησυχιών Ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και ερωτηματολόγιο από τους συγγραφείς. Στατιστικές παραμετρικές και μη παραμετρικές δοκιμές χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων, ανάλογα με τον τύπο κλίμακας και τη φύση της μεταβλητής κατανομής.

Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι από τους ασθενείς (64%) βρίσκονταν στην ενεργή φάση της νόσου. Ένα υψηλό επίπεδο φόβου και άγχους εμφανίστηκε στο 73% των ασθενών και αφορούσε τον αντίκτυπο της νόσου, την οικεία ζωή, τις επιπλοκές και τον στιγματισμό. Τα υψηλότερα επίπεδα φόβου και άγχους παρατηρήθηκαν στον τομέα των επιπλοκών και της επίδρασης της νόσου στη ζωή των ασθενών.

Συμπέρασμα: Η δραστηριότητα της νόσου και τα υψηλά επίπεδα άγχους και φόβων επηρέασαν την ψυχοκοινωνική λειτουργία των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα.

Abstract 4

Inflammatory bowel disease (IBD) Nurses' role and level of practice in Ireland: a National online survey.

BACKGROUND: The role of the IBD nurse is evolving in Ireland. While Ireland has a sound base of expertise and infrastructure for providing IBD services, the lack of a dedicated specialist nurse was found to be the most significant barrier to delivering best care (ISG, 2016). There is currently no data on the role and level of practice of IBD nurse nationally.

METHODS: A cross-sectional, descriptive online survey was undertaken. The 72-item survey was adapted from the tool used in the National UK IBD standards survey (Mason et al 2012) and underpinned by the Standards and Requirements for Clinical Nurse Specialists (NMBI, 2008). The survey was distributed to all members (n = 50) of the inflammatory bowel disease Nurses Association of Ireland (IBDNAI) and members were also invited to share the survey with colleagues not on the database.

RESULTS: A total of 35 nurses working in IBD services across 22 hospitals nationally completed the survey, including IBD Clinical Nurse Specialists (CNS) (24%), IBD Clinical Nurse Managers II (CNM) (18%), IBD Nurses (12%), IBD Research Nurses (12%), Staff Nurses (9%); Infusion Nurses (6%), and IBD Advanced Nurse Practitioners (6%). The majority of respondents worked in adult IBD services (94%), with most working in their IBD role between 3 to 6 years and within gastroenterology up to 10 years. Only 44% of respondents work exclusively in IBD. The highest level of education reported was masters (40%), degree (40%); however, 75% of respondents have not completed a postgraduate diploma in gastroenterology. Services provided by nurses included patient education (94%), telephone advice line (81%), coordinating biologic service (69%), screening patients prior to administering biologics (66%), email service for patients (59%), development of initiative for the IBD service (56%), coordinating care of inpatients (53%), follow-up (53%) and rapid access clinics (53%). Over half of respondents (61%) reported working unpaid overtime (typically 1–2 hours per week), with service suspended in their absence (45%). 36% of participants conducted original research and 48% conduct audits on their service.

CONCLUSION: IBD nurse's role and level of practice varies greatly in Ireland. Many nurses are working in diverse roles with a wide variety of titles providing an extensive service to patients, often at a higher level than is recognized within their role title. IBD nurses are highly educated and well experienced; however, the lack of specialist education has resulted in nearly as many IBD CNM's as CNS's which is causing variation in the title of the IBD nurse. There is a need for the development of a postgraduate programme in gastroenterology to include IBD and more IBD nurse specialists to deliver a quality, evidence-based service (Keogh & Farrell, 2020).

Περίληψη

Ιστορικό: Ο ρόλος της νοσηλεύτριας για ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου εξελίσσεται στην Ιρλανδία. Ενώ η Ιρλανδία διαθέτει μια καλή βάση εμπειρογνωμοσύνης και υποδομής για την παροχή υπηρεσιών ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου, η έλλειψη εξειδικευμένων νοσηλευτών ήταν το σημαντικότερο εμπόδιο στην παροχή της καλύτερης φροντίδας. Επί του παρόντος δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με το ρόλο και το επίπεδο πρακτικής των νοσηλευτών σε εθνικό επίπεδο.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μια διατομή, περιγραφική διαδικτυακή έρευνα. Η έρευνα 72 στοιχείων προσαρμόστηκε από το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα προτύπων σχετικά με την φλεγμονώδη νόσος του εντέρου στο Λονδίνο και υποστηρίχθηκε από τα πρότυπα και τις απαιτήσεις για εξειδικευμένους νοσηλευτές. Η έρευνα διανεμήθηκε σε όλα τα μέλη (n = 50) σχετικά με την φλεγμονώδη νόσο του εντέρου στο Νοσηλευτικό Σύλλογο της Ιρλανδίας και τα μέλη κλήθηκαν επίσης να μοιραστούν την έρευνα με συναδέλφους που δεν ήταν στη βάση δεδομένων.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 35 νοσηλευτές που εργάζονται σε υπηρεσίες ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου σε 22 νοσοκομεία ολοκλήρωσαν την έρευνα σε εθνικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων των ειδικών κλινικών νοσηλευτών (24%), Διευθυντές κλινικών νοσηλευτών για ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (18%), προϊστάμενοι νοσηλευτές για ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (12%), ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου νοσηλευτές (12%), νοσηλευτές (9%), Νοσηλευτές έγχυσης (6%) και προχωρημένοι επαγγελματίες νοσηλευτές ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου (6%). Η πλειονότητα των ερωτηθέντων εργάστηκε σε υπηρεσίες ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων με ενήλικες (94%), με τους περισσότερους να εργάζονται στο ρόλο τους μεταξύ 3 έως 6 ετών και εντός γαστρεντερολογίας έως 10 ετών. Μόνο το 44% των ερωτηθέντων εργάζονται αποκλειστικά. Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που αναφέρθηκε ήταν τα μεταπτυχιακά (40%), ο βαθμός (40%). Ωστόσο, το 75% των ερωτηθέντων δεν έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακό δίπλωμα στη γαστρεντερολογία. Στις υπηρεσίες που παρέχονται από νοσηλευτές περιλαμβάνεται και η εκπαίδευση των ασθενών (94%), η τηλεφωνική γραμμή συμβουλών (81%), ο συντονισμός βιολογικής υπηρεσίας (69%), ο έλεγχος ασθενών πριν από τη χορήγηση βιολογικών φαρμάκων (66%), η υπηρεσία ηλεκτρονικού ταχυδρομείου για ασθενείς (59%), η πρωτοβουλία για ανάπτυξη της

υπηρεσία για φλεγμονώδης νόσο του εντέρου (56%), ο συντονισμό της φροντίδας των εσωτερικών ασθενών (53%), η παρακολούθηση (53%) και οι κλινικές ταχείας πρόσβασης (53%). Πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (61%) ανέφεραν ότι εργάζονταν χωρίς αμοιβή και υπερωρίες (συνήθως 1-2 ώρες την εβδομάδα), με την υπηρεσία να διακόπτεται εν απουσία τους (45%). Το 36% των συμμετεχόντων πραγματοποίησε έρευνα και το 48% διενήργησε ελέγχους στην υπηρεσία τους.

Συμπέρασμα: Ο ρόλος και το επίπεδο της εξειδικευμένης πρακτικής για νοσηλευτές των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου ποικίλλει σημαντικά στην Ιρλανδία. Πολλοί νοσηλευτές εργάζονται σε διαφορετικούς ρόλους με μια μεγάλη ποικιλία τίτλων και παρέχουν διαφορετικές υπηρεσίες σε ασθενείς, σε υψηλότερο επίπεδο από αυτό που αναγνωρίζεται στον ρόλο και τον τίτλο τους. Οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου είναι πολύ μορφωμένοι και έμπειροι. Ωστόσο, η έλλειψη εξειδικευμένης εκπαίδευσης είχε ως αποτέλεσμα να προκαλεί διαφοροποίηση στον τίτλο των νοσηλευτών. Υπάρχει ανάγκη για την ανάπτυξη ενός μεταπτυχιακού προγράμματος στη γαστρεντερολογία ώστε να συμπεριληφθούν οι περισσότεροι ειδικοί νοσηλευτές που θα προσφέρουν μια πιο ποιοτική και τεκμηριωμένη υπηρεσία.

Abstract 5

Ulcerative colitis: management in adults, children and young people – concise guidance.

Ulcerative colitis is a chronic, relapsing and remitting inflammatory disease of the colon and rectum. Effective management requires prompt recognition and treatment of those with acute relapses as well as appropriate choice and monitoring of drugs for maintenance of remission. This therefore involves specialist gastroenterology teams as well as acute and general physicians and primary care clinicians. Treatment options need to be discussed with those with ulcerative colitis and their families and appropriate information provided. This concise guideline focuses (with the generalist particularly in mind) on recommendations from the National Institute for Health and Care Excellence clinical guideline 166 considered of key importance for implementation (Gloria et al., 2018).

Περίληψη

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μια χρόνια, υποτροπιάζουσα φλεγμονώδης νόσο του παχέος εντέρου και του ορθού. Η σωστή διαχείριση της νόσου απαιτεί άμεση αναγνώριση και θεραπεία στην περίοδο των εξάρσεων, καθώς και κατάλληλη επιλογή και παρακολούθηση φαρμάκων για τη διατήρηση ύφεσης. Αυτό συνεπάγεται επομένως με σωστή επιλογή εξειδικευμένων ομάδων της γαστρεντερολογίας, καθώς και εξειδικευμένους και γενικούς ιατρούς και κλινικούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι θεραπευτικές επιλογές πρέπει να συζητηθούν με άτομα με ελκώδη κολίτιδα και τις οικογένειές τους και ώστε να παρέχονται οι κατάλληλες πληροφορίες. Αυτή η συνοπτική κατευθυντήρια γραμμή εστιάζει (με γνώμονα τον γενικό) σε συστάσεις από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την Κλινική Οδηγία Αριστείας Φροντίδας που θεωρούνται βασικής σημασίας για την εφαρμογή.

Abstract 6

‘Quality of Care’ Standards in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review

BACKGROUND: Inflammatory bowel disease [IBD] includes chronic, disabling and progressive conditions that need a complex approach and management. Although several attempts have been made to standardize the care of IBD patients, no clear definitions of a global ‘standard of care’ are currently available.

METHODS: We performed a systematic review of the available literature, searching for all relevant data concerning three main domains of standards of quality of care in IBD patients: structure, process and outcomes. From the literature search, 2394 abstracts were retrieved, and 62 relevant papers were included in the final review.

RESULTS: Standards of quality of care in IBD include several aspects that can be summarized in three identified domains: structure, process and outcomes. The suggested structure of an IBD Unit includes a multi-disciplinary approach, effective referral processes, improved access using helplines, and departmental guidelines/pathways with identification of measurable quality indicators. Coordinated care models which incorporate a multi-disciplinary approach, structured clinical pathways or processes for the diagnosis, monitoring and treatment of IBD, fast-track recovery from IBD surgery, designated IBD clinics, virtual clinics and tele management are currently considered the main standards for process, although supporting data are limited. Several consensus statements on outcomes and quality indicators have been

reported, focusing on outcomes in symptoms, function and quality of life restoration, survival and disease control, in addition to effective healthcare utilization.

CONCLUSION: The results of this systematic review can provide the basis for general recommendations for standards of quality of care in IBD (Fiorino et al., 2019).

Περίληψη

Ιστορικό: Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου περιλαμβάνει χρόνιες αναπηρίες και προοδευτικές καταστάσεις που χρειάζονται μια πολύπλοκη προσέγγιση και αντιμετώπιση. Παρόλο που έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για την τυποποίηση της φροντίδας των ασθενών με φλεγμονώδες νόσο του εντέρου, δεν υπάρχουν προς το παρόν σαφείς ορισμοί για ένα παγκόσμιο «επίπεδο φροντίδας».

Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε μια συστηματική ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας, αναζητώντας όλα τα σχετικά δεδομένα που αφορούν τρεις κύριους τομείς προτύπων ποιότητας φροντίδας σε ασθενείς με φλεγμονώδες νόσο του εντέρου: δομή, διαδικασία και αποτελέσματα. Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας, ανακτήθηκαν 2394 περιλήψεις και 62 σχετικές εργασίες που συμπεριλήφθηκαν στην τελική ανασκόπηση.

Αποτελέσματα: Τα πρότυπα ποιότητας της περίθαλψης περιλαμβάνουν διάφορες πτυχές που μπορούν να συνοψιστούν σε τρεις προσδιορισμένους τομείς: δομή, διαδικασία και αποτελέσματα. Η προτεινόμενη δομή μιας μονάδας για φλεγμονώδη νοσήματά του εντέρου περιλαμβάνει μια διεπιστημονική προσέγγιση με αποτελεσματικές διαδικασίες παραπομπής, βελτιωμένη πρόσβαση χρησιμοποιώντας γραμμές βοήθειας και οδηγίες/μονοπάτια κατά τμήματα με προσδιορισμό μετρήσιμων δεικτών ποιότητας. Τα μοντέλα συντονισμένης φροντίδας που ενσωματώνουν μια πολυεπιστημονική προσέγγιση είναι οι δομημένες κλινικές οδούς ή διαδικασίες για τη διάγνωση, την παρακολούθηση και τη θεραπεία, την ταχεία ανάκαμψη από χειρουργική επέμβαση, τις καθορισμένες κλινικές, τις εικονικές κλινικές και την τήλε-διαχείριση που θεωρούνται επί του παρόντος τα κύρια πρότυπα για τη διαδικασία, αν και τα υποστηρικτικά δεδομένα είναι περιορισμένα. Έχουν αναφερθεί πολλές δηλώσεις συναίνεσης σχετικά με τα αποτελέσματα και τους δείκτες ποιότητας.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτής της συστηματικής επισκόπησης μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για γενικές συστάσεις και για τα πρότυπα ποιότητας της περίθαλψης.

Abstract 7

A Systematic Review of Self-Management Interventions for Inflammatory Bowel Disease.

PURPOSE: To conduct a systematic review of self-management interventions for adults with inflammatory bowel disease (IBD) to (a) describe selfmanagement skills in the interventions and (b) describe the effects of the interventions on the health-related outcomes measured.

DESING: Systematic review of self-management interventions for adults with IBD using the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA) guidelines.

METHODS: The search was conducted using Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase, and Proquest databases. Search terms were inflammatory bowel disease OR Crohn* disease OR ulcerative colitis AND self-management. We also used additional limit (adults 18 years of age and published in English). The self-management skills were organized according to Lorig and Holman's five self-management skills.

FINDINGS: Six reports met the inclusion criteria. One intervention contained all five of the self-management skills. Most interventions contained two skills. Four studies demonstrated positive effects of self-management on disease activity. Two interventions revealed positive effects on disease-specific health related quality of life (HRQOL), and one intervention revealed positive effects on generic HRQOL. One study showed positive effects of symptoms.

CONCLUSION: The interventions reviewed varied in the approaches, theoretical perspectives, self-management skills, and outcomes measured. Additional research is needed to understand which are the active components of self-management (Conley et al., 2016).

Περίληψη

Σκοπός: Για τη διεξαγωγή συστηματικής επισκόπησης των παρεμβάσεων αυτοδιαχείρισης για ενήλικες με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου για (α) περιγραφή των δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης στις παρεμβάσεις και (β) την περιγραφή των επιδράσεων των παρεμβάσεων στα αποτελέσματα που σχετίζονται με την υγεία.

Σχεδιασμός: Συστηματική αναθεώρηση των παρεμβάσεων αυτοδιαχείρισης για ενήλικες με φλεγμονώδες νόσημά του εντέρου χρησιμοποιώντας τα προτιμώμενα στοιχεία αναφοράς για συστηματικές αναθεωρήσεις και οδηγίες.

Μέθοδοι: Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας βάσεις δεδομένων Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase και Proquest. Οι όροι αναζήτησης ήταν φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, νόσος του Crohn, ελκώδης κολίτιδα και αυτοδιαχείριση. Χρησιμοποιήσαμε επίσης πρόσθετο όριο (ενήλικες 18 ετών και δημοσιευμένα άρθρα στα Αγγλικά). Οι δεξιότητες αυτοδιαχείρισης οργανώθηκαν σύμφωνα με τις πέντε δεξιότητες αυτοδιαχείρισης του Lorig και του Holman.

Ευρήματα: Έξι αναφορές πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης. Μια παρέμβαση περιείχε και τις πέντε δεξιότητες αυτοδιαχείρισης. Οι περισσότερες παρεμβάσεις περιείχαν δύο δεξιότητες. Τέσσερις μελέτες έδειξαν θετικά αποτελέσματα της αυτοδιαχείρισης στη δραστηριότητα της νόσου. Δύο παρεμβάσεις αποκάλυψαν θετικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και μία παρέμβαση αποκάλυψε θετικές επιδράσεις γενικά στους ασθενείς. Μία μελέτη έδειξε θετικά αποτελέσματα των συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Οι παρεμβάσεις που εξετάστηκαν διέφεραν στις προσεγγίσεις, τις θεωρητικές προοπτικές, τις δεξιότητες αυτοδιαχείρισης και τα αποτελέσματα που μετρήθηκαν. Απαιτείται επιπλέον έρευνα για να καταλάβουμε ποια είναι τα ενεργά συστατικά της αυτοδιαχείρισης.

Abstract 8

The lived experience of adults with ulcerative colitis

AIM AND OBJECTIVE: The purpose of this study was to explore the experiences of adults living with ulcerative colitis.

BACKGROUND: Research to date has focused on the impact of inflammatory bowel disease, by analyzing the responses of persons with ulcerative colitis and Crohn's disease collectively. This article addresses the dearth in literature by exploring the experiences of adults living with ulcerative colitis.

DESIGN: An exploratory qualitative phenomenological design was used.

METHODS: Semi-structured interviews were conducted with a purposive sample of 10 adults with ulcerative colitis. Verbatim transcripts were analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis.

RESULTS: Three super-ordinate themes emerged from the analysis: ‘living with physical discomfort’, ‘emotional turmoil in living the experience’ and ‘social interactions’.

CONCLUSION: The participants described a fundamental change in their lifestyle, as a result of physical discomfort and emotional turmoil. Misconceptions held regarding the causes of their disease, further compounded their negative emotional experience.

RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE: It is of importance that health care professionals understand and explore the unique perspectives of individuals with ulcerative colitis. These perspectives relate to both physical and psychosocial issues. The needs and concerns of persons with ulcerative colitis can then guide the formulation and development of an individualized care plan (Sammur et al., 2015).

Περίληψη

Σκοποί και στόχοι: Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει τις εμπειρίες των ενηλίκων που ζουν με ελκώδη κολίτιδα.

Ιστορικό: Η μέχρι σήμερα έρευνα επικεντρώθηκε στον αντίκτυπο της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου αναλύοντας συλλογικά τις απαντήσεις των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn. Αυτό το άρθρο διερευνά τη εμπειρία των ενηλίκων που ζουν με ελκώδη κολίτιδα.

Σχέδιο: Χρησιμοποιήθηκε διερευνητικός ποιοτικός φαινομενολογικός σχεδιασμός

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με ένα δείγμα σκοπού 10 ενηλίκων με ελκώδη κολίτιδα. Τα μεταγραφικά λεκτικά αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση

Αποτελέσματα: Τρία υπερ-συντεταγμένα θέματα προέκυψαν από την ανάλυση: «ζώντας με σωματική ταλαιπωρία», «συναισθηματική αναταραχή στη ζωή της εμπειρίας» και «κοινωνικές αλληλεπιδράσεις».

Συμπεράσματα: Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν μια θεμελιώδη αλλαγή στον τρόπο ζωής τους ως αποτέλεσμα της σωματικής δυσφορίας και της συναισθηματικής αναταραχής. Οι λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τις αιτίες της νόσου τους επιδείνωσαν περαιτέρω την αρνητική συναισθηματική τους εμπειρία.

Κλινική πρακτική: Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν και να διερευνήσουν τις μοναδικές προοπτικές των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα. Αυτές οι προοπτικές αφορούν τόσο σωματικά όσο και ψυχοκοινωνικά ζητήματα. Οι ανάγκες και οι ανησυχίες των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα μπορούν στη συνέχεια να καθοδηγήσουν τη διαμόρφωση και την ανάπτυξη ενός εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας.

Abstract 9

Healthy Lifestyle is Associated with Reduced Mortality in Patients with Inflammatory Bowel Diseases.

BACKGROUND AND AIM: It is not clear whether a healthy lifestyle affects mortality of patients with inflammatory bowel diseases (IBD), including Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC).

METHODS: We collected data from the Nurses' Health Study (1986–2014), Nurses' Health Study II (1991–2015), and Health Professionals Follow-up Study (1986–2014), which assess lifestyles with serial questionnaires. We estimated joint and individual associations between 5 healthy lifestyle factors after IBD diagnosis (never smoking, body mass index 18.5–24.9 kg/m², vigorous physical activity in the highest 50% with non-zero value, alternate Mediterranean diet score ≥ 4 , and light drinking [0.1–5.0 g/d]) and mortality using Cox proportional hazards models.

RESULT: We documented 83 deaths in 363 patients with CD during 4741 person-years and 80 deaths in 465 patients with UC during 6061 person-years. The median age of IBD diagnosis was 55 y. Compared to patients with IBD with no healthy lifestyle factors, patients with IBD with 3–5 healthy lifestyle factors had a significant reduction in all-cause mortality (hazard ratio [HR], 0.29; 95% CI, 0.16–0.52; P_{trend} 15 g/d 1.84; 95% CI, 1.02–3.32). The findings did not change when we adjusted for family history of IBD, immunomodulator use, and IBD-related surgery.

CONCLUSION: In an analysis of data from 3 large cohort studies, we associated adherence to a healthy lifestyle with reduced mortality in patients with CD or UC (Lo et al., 2020).

Περίληψη

Ιστορικό και στόχοι: Δεν είναι σαφές εάν ένας υγιής τρόπος ζωής επηρεάζει τη θνησιμότητα ασθενών με φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου συμπεριλαμβανομένης της νόσου του Crohn και της ελκώδους κολίτιδας.

Μέθοδοι: Συλλέξαμε δεδομένα από τη Μελέτη Υγείας Νοσηλευτών, τη Μελέτη Υγείας Νοσηλευτών II και τη Μελέτη Επαγγελματιών Υγείας η οποία αξιολογεί τον τρόπο ζωής με σειριακά ερωτηματολόγια. Εκτιμήσαμε τις κοινές και ατομικές συσχετίσεις μεταξύ 5 παραγόντων υγιεινού τρόπου ζωής μετά τη διάγνωση (το κάπνισμα, δείκτης μάζας σώματος 18,5-29,9 kg / m², έντονη σωματική δραστηριότητα, βαθμολογία μεσογειακής διατροφής ≥ 4 , ελαφριά κατανάλωση αλκοόλ [0,1–5,0 g/d]) και θνησιμότητα χρησιμοποιώντας μοντέλα αναλογικών κινδύνων.

Αποτελέσματα: Καταγράψαμε 83 θανάτους σε 363 ασθενείς με νόσο του Crohn κατά τη διάρκεια 4741 ατόμων-ετών και 80 θανάτους σε 465 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα κατά τη διάρκεια 6061 ατόμων-ετών. Η μέση ηλικία της διάγνωσης ήταν 55 ετών. Σε σύγκριση με ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου χωρίς παράγοντες υγιεινού τρόπου ζωής, οι ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου με 3-5 παράγοντες υγιεινού τρόπου ζωής είχαν σημαντική μείωση της θνησιμότητας όλων των αιτιών. Τα ευρήματα δεν άλλαξαν όταν προσαρμόσαμε το οικογενειακό ιστορικό και τη χειρουργική επέμβαση που σχετίζεται με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Συμπεράσματα: Σε μια ανάλυση δεδομένων από 3 μεγάλες μελέτες κοόρτης, συσχετίσαμε την τήρηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής με μειωμένη θνησιμότητα σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η Νόσο του Crohn.

Abstract 10

The impact of nursing care on quality of life in IBD patients: A cross-sectional study.

BACKGROUND: In Mediterranean Countries, the prevalence of inflammatory bowel diseases (IBD) is progressively increasing, with an estimated rate of 254 cases per 100000 inhabitants. These chronic conditions largely impact on psycho-social well-being, and the relatively young age at onset together with and the long life expectancy, encourage physicians and nurses to adequately respond to patients' needs, especially in terms of improving disease-related quality of life (QoL). Various studies identified

specific nursing interventions for the management of IBD. However, there is lack of evidence that these interventions are effective in clinical practice to improve QoL. The aim of this study was to explore whether nursing interventions care may improve the quality of life of patients with IBD.

METHODS: A cross-sectional study was performed at Gastroenterology Unit, Hospital of Padua, during the period between July and September 2017. In 2012–2013 the nursing staff of IBD Unit was specifically trained on IBD nursing interventions by a 60-h theoretical-practical course aimed to establish an integrated care network for IBD patients. The sample consisted of adult subjects diagnosed with Crohn's disease (CD) or ulcerative colitis (UC) since at least six months. Two questionnaires were distributed to the IBD patients: the Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (SIBDQ) and a questionnaire of nursing care with 13 items related to five areas of nursing care with five points Likert scale multiple choice options. The first evaluated the Health Related Quality of Life (HRQoL), the second the perception and satisfaction of nursing care received in the areas identified by the N-ECCO Consensus: diet and nutrition, incontinence, sexuality, chronic fatigue, pain. A multivariate statistical analysis allowed to assess the presence of statistically significant associations between various variables considered ($p < 0.05$).

RESULT: 50 subjects were enrolled (64% male/36% female, with a mean age of 44.6 years). Thirty (60%) patients had CD, and 20 (40%) had UC. The majority of the subjects ($n = 29$) showed a score SIBDQ > 50 , indicative of a high level of quality of life. The results of the questionnaire on nursing care demonstrated a positive association between nursing care with incontinence improvement and increased QoL ($p = 0.012$). On the other hand, patients reported little satisfaction from nursing care in relation to the other areas investigated, not believing that the nursing care led to an improvement in their QoL.

CONCLUSION: Nursing care improved incontinence in patients with IBD, leading to a better QoL in these patients. Further prospective studies with nursing structured interventions will elucidate the role of nursing care in IBD management and QoL (Paolillo et al., 2020).

Περίληψη

Ιστορικό: Στις Μεσογειακές Χώρες, ο επιπολασμός των φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου αυξάνεται προοδευτικά, με εκτιμώμενο ποσοστό 254 περιστατικών ανά 100.000 κατοίκους. Αυτές οι χρόνιες καταστάσεις επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ψυχοκοινωνική ευημερία και η σχετικά νεαρή ηλικία κατά την έναρξη μαζί με το μεγάλο προσδόκιμο ζωής, ενθαρρύνουν τους γιατρούς και τους νοσηλευτές να ανταποκριθούν επαρκώς στις ανάγκες των ασθενών, ιδίως όσον αφορά τη βελτίωση της ποιότητας της ασθένειας. Διάφορες μελέτες εντόπισαν συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη διαχείριση φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη ενδείξεων ότι αυτές οι παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στην κλινική πρακτική για τη βελτίωση. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει εάν η νοσηλευτική παρέμβαση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε μελέτη διατομής στη Μονάδα Γαστρεντερολογίας, Νοσοκομείο της Πάδοβας, κατά την περίοδο μεταξύ Ιουλίου και Σεπτεμβρίου 2017. Το 2012-2013 το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου εκπαιδεύτηκε ειδικά σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις ιδιοπαθών των φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου με θεωρητικό 60ωρο- πρακτικό μάθημα με στόχο τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου φροντίδας για ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Το δείγμα αποτελούνταν από ενήλικες ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με νόσο του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα από τουλάχιστον έξι μήνες. Δύο ερωτηματολόγια δόθηκαν στους ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου: Υπήρχε το ερωτηματολόγιο φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου και ένα ερωτηματολόγιο της νοσηλευτικής περίθαλψης με 13 στοιχεία που σχετίζονται με πέντε τομείς της νοσηλευτικής φροντίδας και με ερωτηματολόγιο πολλαπλών επιλογών της κλίμακας Likert. Η πρώτη αξιολόγησε την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, η δεύτερη την αντίληψη και την ικανοποίηση της νοσηλευτικής περίθαλψης που έλαβε στους τομείς που προσδιορίστηκαν από την N-ECCO Consensus: διατροφή, ακράτεια, σεξουαλικότητα, χρόνια κόπωση, πόνος. Μια πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση επέτρεψε να εκτιμηθεί η παρουσία σημαντικών στατιστικών που συσχετίζεται μεταξύ διαφόρων μεταβλητών που εξετάστηκαν ($p < 0,05$).

Αποτελέσματα: Συμμετείχαν 50 άτομα (64% άνδρες / 36% γυναίκες, με μέση ηλικία 44,6 ετών). Τριάντα (60%) ασθενείς είχαν νόσο του Crohn και 20 (40%) είχαν ελκώδη

κολίτιδα. Η πλειοψηφία των ατόμων ($n = 29$) έδειξε βαθμολογία > 50 , ενδεικτικό υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου για τη νοσηλευτική περίθαλψη έδειξαν θετική σχέση μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας με τη βελτίωση της ακράτειας. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς ανέφεραν λίγη ικανοποίηση από τη νοσηλευτική περίθαλψη σε σχέση με τους άλλους τομείς που διερευνήθηκαν, χωρίς να πιστεύουν ότι η νοσηλευτική φροντίδα οδήγησε σε βελτίωση. Συμπεράσματα: Η νοσηλευτική φροντίδα βελτίωσε την ακράτεια σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, οδηγώντας σε καλύτερη ποιότητα ζωής σε αυτούς τους ασθενείς. Περαιτέρω μελέτες προοπτικής με δομημένες παρεμβάσεις νοσηλευτικής θα διευκρινίσουν το ρόλο της νοσηλευτικής φροντίδας στη διαχείριση φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- **Αδαμίδου, Α., και συν,** 2014. *Παθολογική Φυσιολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio press
- **Βιβλιάκη., Β., και συν,** 2015. *Εισαγωγή στην Νοσηλευτική Επιστήμη και στην Φροντίδα Υγείας*. Αθηνά: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ, ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
- **Γιωτάκη – Χαράτση, Ε.,** 2014. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. 2^η έκδοση. Αθήνα, Εκδόσεις :Ιδιωτική
- **Δημητρίου, Σ., Θ., Σκανδαλάκης, Ν., Π.,** 2013. *Κλινική Ανατομία*. Αθηνά: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ., ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- **Σκανδαλάκης, Ν., Π., Αρβανίτης, Δ.,** 2011. *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομίας*. Αθηνά: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ., ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- **Τσίγκρης, Π., Χ.,** 2014. *ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ*. Αθηνά: Ιατρικές Έκδοσης Λίτσας.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- **Acosta, R.,** 2013. *Φαρμακολογία*. 2^η Έκδοση. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Παναγιωτακόπουλος, Γ., Πανουτσόπουλος, Ι., Παπαδημητρίου, Ε. Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Μ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- **Abed, G., A., Soliman, G., H., and El-amrosy, S., H.,** 2015. Effect of educational program on improving psychological status and quality of life among patients with ulcerative colitis. *Zagazig Nursing Journal*, 11(1), pp. 67–84.
- **Allen, P., B., Peyrin-biroulet, L.,** 2013. *Current Opinion in Gastroenterology*, 29 (4), pp. 397–404.
- **Ammar Hassanzadeh kasheli, Karen L., Madsen, L., A., D.,** 2019. Diet in the Pathogenesis and Management of Ulcerative Colitis. A Review of Randomized Controlled Dietary Interventions, *Nutrients*, pp. 1–12.
- **Ananthakrishnan, A., N.,** 2015. Epidemiology and risk factors for IBD. *Nature Publishing Group*, 12(4), pp. 205–217.
- **Andreas Sturm, L., W.,** 2019. Conclusions: Communication with IBD nurse is associated with disease severity but not with better adherence to The value and perception of IBD patients on electronic newsletter as a mode of patient-medical Non-

programmed assistance of IBD patients in out, Springer. *Abstracts of the 12th Congress of ECCO – European Crohn's and Colitis Organization*, 186, p. 2016.

- **Andreoli, Caprenter's.,** 2016. *Cecil βασική Παθολογία*. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Βασιλόπουλος, Δ., Βολίκας, Γ., Γκίκας, Ηλ., Γοργούλης, Γ., Δεληβελιώτης, Ν., Ελευσινιώτης, Σ., Κατωτομιχελάκης, Α., Κουτσιλέρης, Ν., Γερολουκά-Κωστοπαναγιώτου, Α., Λουτραδής, Χ., Μακαρίτης, Π., Μαλλή, Θ., Μαλτέζος, Σ., Μαρσιολής-Σαψακός, Π., Μπολέτης, Ν., Νταλέκος, Ν., Ξανθός, Θ., Παπαδημητρίου, Ε., Παπανικολάου, Γ., Παππά, Κ., Ρηγοπούλου, Ε., Σαββόπουλος, Χ., Σταματόπουλος, Κ., Τζιούφας, Α., Τσίαρα, Σ., Τσιρώνη, Μ., Φιλιππάτος, Γ., Ζατζητόλιος, Α.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ, ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- **Autenrieth, D. M., Baumgart, D., C.,** 2012. Toxic Megacolon. *Journal of Crohn's and Colitis*, 18(3), 584–591
- **Ballou, S., and Keefer, L.,** 2017. Psychological Interventions for Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Diseases. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(1), pp. e214-7.
- **Brooks, A. J., Rowse, G., Ryder, A., Peach, E. J., Corfe, B. M., & Lobo, A. J.,** 2016. Alimentary Pharmacology and Therapeutics Systematic review: psychological morbidity in young people with inflammatory bowel disease – risk factors and impacts. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics.*, 44: 3–15
- **Bohl, J., L.,** 2015. Indication and Option For Surgery in Ulcerative Colitis. *Surgical Clinics of NA. Elsevier Inc.*, 95(6):1211–1232.
- **César, B., Lyra, A. C., Rocha, R., & Santana, G., O.,** 2014. Epidemiology, demographic characteristics and prognostic predictors of ulcerative colitis. *World Journal of gastroenterology*, 20(28):9458–9467.
- **Conley, S., Redeker, N.,** 2016. A Systematic Review of Self-Management Interventions for Inflammatory Bowel Disease. *HHS Public Access*, 48(2), 118–127
- **Conrad, K., Roggenbuck, D., and Laass, M., W.,** 2014. Autoimmunity Reviews Diagnosis and classification of ulcerative colitis. Elsevier, p. 49–52.
- **Davis, B., S., C., Robinson, B., L.,** 2018. Primary care management of ulcerative colitis. *The Nurse Practitioner*, (January), p. 11–19.
- **deWit C., Susan.,** 2013. *ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ*. 3^η έκδοση. (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Κοτρώτσιου, Ε.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

- **Dignass, A., Lindsay, J. O., Sturm, A., Windsor, A., Colombel, J., Allez, M., Assche, G., Van.,** 2012. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 2: Current management. *Journal of Crohn's and Colitis. European Crohn's and Colitis Organization*, 6(10), p.991–1030.
- **Erdogan, A., Yeh, Y.,** 2020. Colon and pelvic floor anatomy and physiology, Clinical and Basic Neurogastroenterology and Motility. *Elsevier Inc.*, 113-126.
- **Farraye, F., A., Melmed, G., Y., Lichtenstein, G., R., & Kane, S., V.,** 2017. ACG Clinical Guideline: Preventive Care in Inflammatory Bowel Disease. *The American College of Gastroenterology*, p. 1–18.
- **Fell, J., M., Muhammed, R., Spray, C., Crook, K., & Russell, R., K.,** 2016. Management of ulcerative colitis. *British Medical Journal*, 101, p.469–474.
- **Feuerstein, J., D., Moss, A., C., and Farraye, F., A.,** 2019. Ulcerative Colitis. *Mayo Clinic Proceedings. Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 94(7), p.1357–1373.
- **Fiorino, G., Allocca, M., Chaparro, M., Coenen, S., Fidalgo, C., Younge, L., & Javier, P.** (2019). Quality of Care? Standards in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Journal of Crohn's and Colitis*, p. 127–137.
- **Flores, L., Quera, R. and Ibáñez, P.,** 2020. The Role of an Inflammatory Bowel. *Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, p.16–23.
- **Flynn, S.,** 2019. Inflammatory Bowel Disease Presentation and Diagnosis Inflammatory bowel disease Genetics Environment Endoscopy Enterography. *Elsevier*, p.1051–1062.
- **Gajendran, M., Loganathan, P., Jimenez, G., Catinella, A. P., Ng, N., Umapathy, C., Hashash, J., G.,** 2019. Disease-a-Month A comprehensive review and update on. *Elsevier Inc.*, p. 3-29.
- **Gisbert, J., P., Chaparro, M.,** 2018. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. *Elsevier Inc.*, p. 1-47.
- **Gerrmain, A., Patel, A. S. and Lindsay, J., O.,** 2016. Systematic review: outcomes and post-operative complications following colectomy for ulcerative colitis. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 44, p. 807–816
- **Gloria, A., Harris, A., Lobo, A.,** 2018. Ulcerative colitis: management in adults, children and young people – concise guidance. *Clinical Medicine* , 17(5), p.429–433

- **Greenley, R., N., Fishman, L., N.,** 2016. Self-management in patients with inflammatory bowel disease: strategies, outcomes, and integration into clinical care. *Clinical and Experimental Gastroenterology*, p. 259–267.
- **Ha, F. and Khalil, H.,** 2015. Crohn’ s disease: a clinical update. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, p. 352–359.
- **Hata, K., et al.,** 2014. Laparoscopic surgery for ulcerative colitis: a review of the literature. Springer, p.1-5.
- **Hartenstein, V. Martinez, P.,** 2019. Structure, development and evolution of the digestive system. *Cell and Tissue Research*, p.1-4
- **Hecht, G. A., Gaspar, J. Malespin, M.,** 2016. Approach to the patient with diarrhea. *Principles of clinical gastroenterology*, p. 735–756
- **Hindryckx, P., et al.,** 2015. Clinical Trials in Ulcerative Colitis: A Historical Perspective. *Journal of Crohn's and Colitis*, p.580–588.
- **Hosne, R., S., Teixeira, F., V., and Sobrado, C., W.,** 2015. ‘Coloproctology Systematic review of management of ulcerative colitis: a clinical update’. *Journal of Coloproctology. Sociedade Brasileira de Coloproctologia*, p. 1–8.
- **Hull, T., L., M., R., Joyce, D., P., Geisler, J., C.,** 2012. Adhesions after laparoscopic and open ileal pouch – anal anastomosis surgery for *ulcerative colitis*. *British Journal of Surgery*, p. 270–275.
- **Ilias, T., et al.,** 2020. Psychosocial profile of the patients with inflammatory bowel disease. *EXPERIMENTAL AND THERAPEUTIC MEDICINE*, 20, p.2493-2500
- **Inflammatory Bowel Diseases’** 2014. *Crohn’s & Colitis Foundation of American*. [electronic print] Available at:
<https://www.crohnscolitisfoundation.org/sites/default/files/201902/Updated%20IBD%20Factbook.pdf>
- **Iskandar, H., N., Dhere, T., and Farraye, F., A.,** 2015. Ulcerative Colitis: Update on Medical Management. Springer, p.1-11
- **Kamp, K., J.,** 2020. Dietary patterns, beliefs and behaviors among individuals with inflammatory bowel disease: a cross-sectional study. *The British Dietetic Association*, p. 1–8.
- **Kaplan, G., G., Ng, S., C.,** 2017. Understanding and Preventing the Global Increase of Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology. Elsevier, Inc.*, 152(2), p. 313-321.e2.

- **Karjalainen, E., K.,** 2019. Morbidity related to diverting ileostomy after restorative proctocolectomy in patients with ulcerative colitis. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, p. 671–678.
- **Katsanos, K. H., Saridi, M., Fellow, S.,** 2019. Specialist Nursing Interventions for Inflammatory Bowel Disease. *EC GASTROENTEROLOGY AND DIGESTIVE SYSTEM*, p. 101-107.
- **Kelly, C., Imir, M., Jeanne, E., Stephen, P., Morgan, H., James, I., & Jane, Y.,** 2019. Ulcerative colitis: Risk factors for relapse in clinical remission patients. *The American College of Gastroenterology*, p.16-17
- **Kelley, M., P., Gearhart, S.,** 2019. Diagnosis of Colorectal and Anal Diseases. *Operative Anatomy of the Colon, Rectum, and Anus. Elsevier Inc.*, p.1-17.
- **Kemp, K., Dibley, L., Chauhan, U., Greveson, K., Duncan, J., Hartmann, P., Ipenburg, N.,** 2018. ECCO Guideline / Consensus Paper Second N-ECCO Consensus Statements on the European Nursing Roles in Caring for Patients with Crohn's Disease or Ulcerative Colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*, p. 760–776.
- **Keogh, A., M., Farrell, D.,** 2020. Inflammatory bowel disease (IBD) Nurses' role and level of practice in Ireland: A National online survey. *Journal of Crohn's and Colitis*, p. 664
- **Kevin P., Quinn, L., E., R.,** 2020. Colitis, ulcerative. *The Theory of Endobiogeny*, p.173-180.
- **Kózka, M., Skowron, W., Bodys-cupak, I.,** 2019. Determinants of the level of anxiety and fears in a group of patients with ulcerative colitis. *The American journal of gastroenterology*, p.337–340.
- **Lamb, C., A., Kennedy, N., A., Raine, T., Hendy, P., A., Smith, P. J., Limdi, J. K., Hansen, R.,** 2019. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. p. 94-118.
- **Lee, J., S., Kim, E., S., Moon, W.,** 2019. Chronological Review of Endoscopic Indices in Inflammatory Bowel Disease. *Korean Society of Gastrointestinal Endoscopy*, p. 129–136.
- **Lesnovska, K., P., Frisman, G., H., Hjortswang, H., Hjelm, K.,** 2017. Health care as perceived by persons with inflammatory bowel disease – a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, p. 3677–3687.

- **Lo, C.**, 2020. Healthy Lifestyle is Associated with Reduced Mortality in Patients with Inflammatory Bowel Diseases', *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, p.1-39.
- **Magharei, M., Jaafari, S., Mansouri, P., Safarpour, A., Taghavi, S., A.**, 2019. Effects of Self-Management Education on Self- Efficacy and Quality of Life in Patients with Ulcerative Colitis: A Randomized Controlled Clinical Trial Original Article. *International journal of community based nursing and midwifery*, p.32–42.
- **Magro, F., Langner, C., Driessen, A., Ensari, A., Geboes, K., Mantzaris, G. J., . Mescoli, C.**, 2013. 'European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis. European Crohn's and Colitis Organisation*, 7(10), p. 827–851.
- **Miguel-aliaga, I., Jasper, H., Lemaitre, B.**, 2018. 'Anatomy and Physiology of the Digestive Tract of Drosophila melanogaster. *Genetics*, 210(October), p. 357–396.
- **Monstad, I., Hovde, Ø., Camilla, I., Moum, B., A.**, 2014. Clinical course and prognosis in ulcerative colitis: results from population-based and observational studies. *Hellenic Society of Gastroenterology*, p. 95–104.
- **Mulder, D. J., Noble, A. J., Justinich, C. J., & Duffin, J., M.**, 2014. REVIEW ARTICLE A tale of two diseases: The history of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, p. 341–348.
- **Neilson, K., Ftanou, M., Monshat, K., Salzberg, M., Bell, S., Kamm, M. A., Castle, D.**, 2016. ORIGINAL ARTICLE A Controlled Study of a Group Mindfulness Intervention for Individuals Living with Inflammatory Bowel Disease. *Crohn's & Colitis Foundation of America*, 22(3), p. 694–701.
- **Nies A., Mary & McEwen. Melanie.**, 2013. *KOINOTIKH NOΣΗΛΕΥΤΙΚΗ: NOΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*.5^η έκδοση. (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Τσέλιγκα, Α. και Σαμπουτζή-Κρέπια, Δ.) Αθήνα:Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- **Nilgun, B., Uran, O., Avdal, E., U.**, 2017. Nursing at Inflammatory Bowel Diseases. *Advanced Research in Gastroenterology & Hepatology Nursing*, p.1-2
- **Ordás, I., Eckmann, L., Talamini, M., Baumgart, D., C., & Sandborn, W., J.**, 2012. Ulcerative colitis. *The Lancet. Elsevier Ltd*, 380(9853), p. 1606–1619.

- **Orsola-malpighi, P. S., Salice, M., Rizzello, F., Calabrese, C., Calandrini, L.,** 2019. A current overview of corticosteroid uses in active ulcerative colitis. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 13(6), pp. 1–5.
- **Paolillo, F., Azzolina, D., Savarino, E., V., Caccaro, R.,** 2020. The impact of nursing care on quality of life in IBD patients: A cross-sectional study N013 Knowledge and beliefs about pregnancy issues among women with inflammatory bowel disease in reproductive age N016 Is QUOTE-IBD a valid questionnaire for meas. *European Crohn's and Colitis Organisation*. p.574- S575.
- **Palit, S., Lunniss, P., J., Scott, S., M.,** 2012. The Physiology of Human Defecation. *Springer*, p. 1445–1464.
- **Pineton, G., Chambrun, D., Tassy, B., Kollen, L., Dufour, G., Valats, J., . Blanc, P.,** 2018. ‘Best Practice & Research Clinical Gastroenterology Refractory ulcerative proctitis: How to treat it?’, *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. Elsevier Ltd, p. 1–9.
- **Porter, R., J., Kalla, R., Ho, G.,** 2020. Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis. *F1000Research* , p.1-13
- **Press, D.,** 2015. Inflammatory bowel disease and anxiety: links, risks, and challenges faced. *Clinical and Experimental Gastroenterology*, p. 111–117.
- **Repository, Z., O., Library, M.,** 2015. from a nursing perspective Assessment of Inflammatory Bowel Disease Patient’ s Needs and Problems from a Nursing Perspective. *Karger International Journals*, 91, p. 128–141.
- **Sairenji, T., Collins, K., L., Evans, D., V.,** 2017. An Update on Inflammatory Bowel Disease. *Primary Care Clinics in Office Practice*. Elsevier Inc., p.1-12
- **Santosh Chadda,** 2013. an approach to individualised care. *Gastrointestinal Nursing*, [Internet] 5 June. Available at: www.magonlinelibrary.com
- **Sammut, J., Scerri, J., Xuereb, R., B.,** 2015. The lived experience of adults with ulcerative colitis. *Journal of Clinical Nursing*, 24, p.2659–2667.
- **Seah, D., Cruz, P., De,** 2016. Alimentary Pharmacology and Therapeutics Review article: the practical management of acute severe ulcerative colitis. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, p.482-513.
- **Shaun, V., Bhatt, R., Mollen, K., P.,** 2017. Seminars in Pediatric Surgery Management of acute severe ulcerative colitis in children’. *Seminars in Pediatric Surgery*. Elsevier, 26(6), p. 367–372.

- **Sherwood, L.**, 2016. Εισαγωγή στην Φυσιολογία του Ανθρώπου. 8η έκδοση. (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Αθανασάκη, Ε., Αλμπάνη, Μ., Γιαννακούρης, Ν., Δερμών, Αικ., Ευθυμιόπουλος, Σ., Καλομενίδης, Ι., Κουρέτας, Ι., Κωλλέτας, Ε., Λάζου, Α., Λαμπράκης, Χ., Μαραγκός, Π., Ντουνούση, Ε., Παππά, Α., Πέσχος, Δ., Ροσμαράκη, Ε., Σανδαλτζόπουλος, Ρ., Σαντάμα, Ν., Σιδηροπούλου, Κ., Στάγκος, Δ., Σταθόπουλος, Γ., Τέντα, Ρ., Ψαρροπούλου, Αικ.). Αλεξανδρούπολη: Ακαδημαϊκές Εκδόσεις Ι. Μπάσδρα και ΣΙΑ Ο.Ε.
- **Squires, S.**, 2018. A ward nurse’s guide to inflammatory bowel disease (part 1): screening, observation and investigation. *Gastrointestinal Nursing*, 16(6), p. 32–37.
- **Stellingwerf, M. E., Sahami, S., Winter, D. C., Martin, S. T., Haens, G. R. D., Cullen, G., Buskens, C., J.**, 2019. Prospective cohort study of appendectomy for treatment of therapy-refractory ulcerative colitis. *British Journal of Surgery*, p.1-6.
- **Suneeta Kochhar**, 2016. Managing ulcerative colitis’, *Managing ulcerative colitis. Independent Nurse*, p.25-27.
- **Szigethy, E., M., et al.**, 2017. ‘The Impact of Mental and Psychosocial Factors on the Care of Patients with Inflammatory Bowel Disease’, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. Elsevier Inc. doi: 10.1016/j.cgh.2017.02.037.
- **Talha A., Malik**, 2015. Inflammatory Bowel Disease. *Surgical Clinics of NA. Elsevier Inc.*, p.1-18
- **Ungaro, R., Mehandru, S., Allen, P., B., & Peyrin-biroulet, L.**, 2019. Ulcerative Colitis. *HHS Public Access, Lancet*. 389(10080), p. 1756–1770.
- **Vander, A., J., Sherman., & Luciano, D.**, 2011. *Φυσιολογία ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ: Μηχανισμοί Λειτουργίας του Οργανισμού*. 8η έκδοση. (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Γελάδας, Ν. και Τσακόπουλος, Μ.). Αθηνά: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ, ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- **Volk, N., Lacy, B.**, 2017. Anatomy and Physiology of the small Bowel Development of Morphologic Structures. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of NA. Elsevier Inc.*, 27(1), p. 1–13.
- **Walters, B.**, 2016. Managing Ulcerative Colitis in the Adolescent. *HOLISTIC NURSING PRACTICE*, p. 39–46.
- **Weaver, E., Szigethy, E.**, 2020. Managing Pain and Psychosocial Care in IBD: a Primer for the Practicing Gastroenterologist. *Current Gastroenterology Reports*. p.1-12.

- **Wędrychowicz, A., Zając, A., Tomasik, P.,** 2016. Inflammatory Bowel Disease: Global view Advances in nutritional therapy in inflammatory bowel diseases: Review. *World Journal of Gastroenterology*, 22(3), p. 1045–1066.
- **Weyts, E., Vermeire, S., Ferrante, M., Noman, M., Ballet, V., Vanhaecht, K.,** 2017. Effects of introduction of an inflammatory bowel disease nurse position on the quality of delivered care. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. p. 646–650.
- **Yashiro, M.,** 2014. Ulcerative colitis-associated colorectal cancer. *World Journal of Gastroenterology*, 20(44), p. 16389–16397.
- **Ye, Y., Pang, Z., Chen, W., Ju, S., & Zhou, C.,** 2015. The epidemiology and risk factors of inflammatory bowel disease. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(12), p. 22529–22542.
- **Yu, Y., R., Rodriguez, J., R.,** 2017. Seminars in Pediatric Surgery Clinical presentation of Crohn's, ulcerative colitis, and indeterminate colitis: Symptoms, extra intestinal manifestations, and disease phenotypes, *Seminars in Pediatric Surgery*. Elsevier, 26(6), p. 349–355.
- **Zhang, Y., Li, Y.,** 2014. Inflammatory bowel disease: Pathogenesis. *World Journal of Gastroenterology*, 20(1), p. 91–99.
- **Zorn, A., M.,** 2017. Seminars in Cell & Developmental Biology. *Seminars in Cell and Developmental Biology*. Elsevier Ltd, 66, p. 1–2.

