

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής και των Επιπέδων Φυσικής Δραστηριότητας σε Ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ): Η Επίδραση Κλινικών και Δημογραφικών Παραγόντων»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ : ΒΟΥΛΓΑΡΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Επιτροπή επίβλεψης Διπλωματικής εργασίας

Επιβλέπων καθηγητής:

Αλεξιάς Γεώργιος

Συν-επιβλέπων καθηγητής:

Φούσκας Θεόδωρος

ΝΑΥΠΛΙΟ

2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας («συγγραφέα/δημιουργό») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίας στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (down loading), «ανάρτηση» (up loading), μετάφραση, τροποποίηση με

οποιοδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον καθηγητή κο Αλεξιά Γεώργιο, που μου έδωσε κατευθύνσεις για την εργασία μου τη στιγμή που όλα κατέρρεαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της μελέτης. Η συμβολή του ήταν καθοριστική.

Το Σύλλογο Ασθενών με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου Θράκης καθώς και στη συμφοιτήτριά μου Μίνα, η οποία το προώθησε μέσα σε ασθενείς στο Νοσοκομείο που εργάζεται αλλά και που μου έδωσε λύσεις εκεί που δεν έβλεπα.

Επίσης ευχαριστώ όλους τους ασθενείς οι οποίοι αφιέρωσαν τμήμα του χρόνου τους για να ολοκληρώσω αυτή την εργασία αυτή.

Περίληψη

Εισαγωγή: Τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ), όπως η Νόσος Crohn και η Ελκώδης Κολίτιδα, αποτελούν χρόνια, απρόβλεπτα νοσήματα που επιβαρύνουν σημαντικά την καθημερινότητα των ασθενών. Αν και η φυσική δραστηριότητα προτείνεται συχνά ως συμπληρωματική στρατηγική ενίσχυσης της υγείας, το κατά πόσο επηρεάζει την υποκειμενική ευημερία των πασχόντων υπό την επίδραση ποικίλων κλινικών και οικονομικών παραγόντων παραμένει υπό διερεύνηση.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας και της Ποιότητας Ζωής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, εξετάζοντας παράλληλα τον ρόλο των δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και κλινικών χαρακτηριστικών τους.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μια ποσοτική, συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) με τη χρήση ψηφιακού ερωτηματολογίου (Google Forms). Το τελικό δείγμα, κατόπιν αυστηρού καθαρισμού των δεδομένων, αποτελέστηκε από N=74 ενήλικες ασθενείς. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη κλίμακα Short SIBDQ (Cronbach's alpha > 0,80) και για την καταγραφή της σωματικής κινητικότητας το ερωτηματολόγιο Short IPAQ. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό Jamovi (έκδοση 2.3), επιστρατεύοντας περιγραφική στατιστική, ελέγχους One-Way ANOVA (Welch's) και Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι μορφές φυσικής δραστηριότητας (έντονη, μέτρια, περπάτημα) δεν αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες για την ποιότητα ζωής των ασθενών ($R^2 = 0.0009$, $p > 0.05$). Αντίθετα, η ποιότητα ζωής καθορίστηκε καταλυτικά από το κλινικό και οικονομικό προφίλ. Η συνδυαστική περιγραφική ανάλυση έδειξε ότι το ιστορικό χειρουργείου και οι συνοσηρότητες υποβαθμίζουν δραματικά την ποιότητα ζωής, ακόμη και σε φάσεις ιατρικής ύφεσης (χαμηλότερο σκορ Mean=29,2 SD=10,8). Επιπλέον, το ετήσιο εισόδημα αναδείχθηκε σε ισχυρό παράγοντα ανισότητας, εμφανίζοντας στατιστικά σημαντική, γραμμική συσχέτιση με

την ποιότητα ζωής ($p = 0.012$), όπου οι ασθενείς με εισόδημα <10.000 € κατέγραψαν τη χαμηλότερη βαθμολογία ($\text{Mean}=39,4, \text{SD}=14,3$). Τέλος, αναφορικά με την ηλικία, η ομάδα 31-45 ετών αναδείχθηκε η πλέον δραστήρια σωματικά, ενώ σημειώθηκε κλινική τάση των νεότερων ασθενών (18-30 ετών) να βιώνουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και κοινωνική ενεργότητα.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αναδεικνύουν μια σημαντική επιστημονική ανατροπή: το βιολογικό και ψυχολογικό όφελος της σωματικής άσκησης φαίνεται να «εξουδετερώνεται» και να επισκιάζεται πλήρως από το βαρύ κλινικό φορτίο (έξαρση, χειρουργικό ιστορικό) και το οικονομικό στρες των ασθενών με ΙΦΝΕ. Η διαχείριση αυτών των ασθενών οφείλει να παραμένει επικεντρωμένη στην επίτευξη σταθερής κλινικής ύφεσης και στην ολιστική κοινωνικοοικονομική και ψυχολογική υποστήριξή τους, καθώς η φυσική δραστηριότητα, αν και ωφέλιμη για τη γενική υγεία, δεν επαρκεί από μόνη της για να ανατρέψει τη φθορά που προκαλεί η νόσος στην καθημερινότητά τους.

Λέξεις-κλειδιά: *ΙΦΝΕ, Νόσος Crohn, Ελκώδης Κολίτιδα, Ποιότητα Ζωής (SIBDQ), Φυσική Δραστηριότητα (IPAQ), Ετήσιο Εισόδημα, Χειρουργική Επέμβαση.*

Abstract

Background: Inflammatory Bowel Diseases (IBD), such as Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, are chronic, unpredictable conditions that significantly burden patients' daily lives. Although physical activity is frequently recommended as a complementary health-promoting strategy, the extent to which it influences subjective well-being under the impact of diverse clinical and economic factors remains under-investigated.

Objective: This study aimed to investigate the relationship between physical activity levels and Quality of Life (QoL) in patients with IBD, while concurrently examining the role of demographic, socioeconomic, and clinical characteristics.

Methodology: A quantitative, cross-sectional study was conducted using a digital questionnaire (Google Forms). Following rigorous data cleaning, the final sample consisted of N=74 adult patients. Quality of life was assessed using the validated Short SIBDQ scale (Cronbach's alpha > 0.80), and physical mobility was recorded using the Short IPAQ questionnaire. Statistical analysis was performed using Jamovi software (version 2.3), employing descriptive statistics, One-Way ANOVA (Welch's), and Multiple Linear Regression.

Results: Multiple linear regression analysis demonstrated that forms of physical activity (vigorous, moderate, walking) were not significant predictors of patients' quality of life ($R^2 = 0.0009$, $p > 0.05$). Conversely, quality of life was distinctively shaped by clinical and economic profiles. Combined descriptive analysis revealed that a history of surgery and the presence of comorbidities dramatically degrade quality of life, even during phases of medical remission (lowest score: Mean=29.2, SD=10.8). Furthermore, annual income emerged as a powerful determinant of inequality, displaying a statistically significant, linear correlation with quality of life ($p = 0.012$), where patients with an income less than €10,000 recorded the lowest scores

(Mean=39.4, SD=14.3). Finally, regarding age, the 31–45 age group emerged as the most physically active, while a clinical trend was noted among younger patients (18–30 years old) experiencing lower quality of life and social activity.

Conclusions: The findings highlight a significant scientific shift: the biological and psychological benefits of physical exercise appear to be fully counteracted and overshadowed by the heavy clinical burden (flare-ups, surgical history) and socioeconomic stress faced by patients with IBD. The management of these patients must remain focused on achieving stable clinical remission and providing holistic socioeconomic and psychological support, as physical activity—though beneficial for general health—is not sufficient on its own to reverse the daily impairment caused by the disease.

Keywords: IBD, Crohn's Disease, Ulcerative Colitis, Quality of Life (SIBDQ), Physical Activity (IPAQ), Annual Income, Surgical History.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΟΙΜΙΟ & ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

• Ευχαριστίες	3
• Περίληψη (Abstract στην Ελληνική)	4
• Abstract (στην Αγγλική)	6
• Εισαγωγή.....	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1.1 Η έννοια της Υγείας.....	12
1.2 Η έννοια της Ποιότητας Ζωής.....	15
1.3 Σύνδεση της έννοιας της Υγείας με την Ποιότητα Ζωής.....	16
1.3.α Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (HRQoL).....	17
1.3. β Παράγοντες που Διαμορφώνουν τη Σχέση.....	17
1.4 Η έννοια της Φυσικής Δραστηριότητας.....	18
1.4.α Χαρακτηριστικά και Κατηγορίες Σωματικής Δραστηριότητας.....	18
1.4.β Οφέλη για την Υγεία.....	18
1.4.γ Εργαλεία Μέτρησης της Σωματικής Δραστηριότητας.....	19

1.4.δ Το Διεθνές Ερωτηματολόγιο Σωματικής Δραστηριότητας (IPAQ).....	19
1.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής των ατόμων με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου.....	20
1.6 Ποιότητα Ζωής και Φυσική Δραστηριότητα στο πλαίσιο των ΙΦΝΕ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ): ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	23
2.1 Εισαγωγή στα ΙΦΝΕ.....	23
○ 2.1.1 Ορισμός και ταξινόμηση.....	2
○ 2.1.2 Επιδημιολογία.....	24
○ 2.1.3 Παθογένεια των ΙΦΝΕ.....	25
2.2 Κλινική Εικόνα και Παθολογοανατομικά Ευρήματα.....	26
2.3 Διαγνωστική Προσέγγιση.....	27
2.4 Εξωεντερικές Εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ.....	28
○ 2.4.1 Εκδηλώσεις σε αρθρώσεις.....	28
○ 2.4.2 Δερματικές Εκδηλώσεις.....	29
○ 2.4.3 Οφθαλμικές Εκδηλώσεις.....	30
○ 2.4.4 Ηπατικές Εκδηλώσεις.....	30
2.5 Θεραπευτική Προσέγγιση ΙΦΝΕ.....	31
○ 2.5.1 Αντιφλεγμονώδη φάρμακα.....	31
○ 2.5.2 Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.....	32
○ 2.5.3 Βιολογικοί παράγοντες.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΣΥΝΟΨΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	34
4.1 Σκοπός και Σχεδιασμός της Έρευνας.....	34
4.2 Πληθυσμός και Δείγμα της Μελέτης.....	34
4.3 Ερευνητικά Εργαλεία και Μετρήσεις.....	35
4.4 Ηθική και Δεοντολογία της Έρευνας.....	36
4.5 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	37
5.1. Δημογραφικά και Κοινωνικοοικονομικά Χαρακτηριστικά.....	37
5.2. Περιγραφικά Στοιχεία SIBDQ.....	39

5.3. Περιγραφικά Στοιχεία ΙΡΑQ.....	40
5.4. Έλεγχος Κανονικότητας.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

6.1 Συσχέτιση Φυσικής Δραστηριότητας και Ποιότητας Ζωής (RQ1).....	43
6.1 α) Συσχέτιση Φυσικής Δραστηριότητας και Ποιότητας Ζωής.....	43
6.1 β) Ανάλυση Συσχετίσεων ανά Κατηγορία Φυσικής Δραστηριότητας.....	43
6.1 γ) Ανάλυση Συσχετίσεων με τις Επιμέρους Υποκλίμακες Ποιότητας Ζωής.....	44
6.1 δ) Κριτική Σύνοψη και Προσωπική Ερμηνεία των Ευρημάτων.....	45.
6.2 Επίδραση των κλινικών χαρακτηριστικών της νόσου (RQ2).....	46
6.2 α) Η Επίδραση της Ενεργότητας της Νόσου στην Ποιότητα Ζωής.....	47
6.2 β) Η Επίδραση της Ενεργότητας της Νόσου στη Φυσική Δραστηριότητα.....	48
6.2 γ) Η Επίδραση του Ιστορικού Χειρουργικής Επέμβασης στην Ποιότητα Ζωής....	49
6.2 δ) Η Επίδραση του Ιστορικού Χειρουργικής Επέμβασης στη Φυσική Δραστηριότητα.....	49
6.2 ε) Η Επίδραση της Συνοσηρότητας στην Ποιότητα Ζωής.....	50
6.2 στ) Η Επίδραση της Συνοσηρότητας στη Φυσική Δραστηριότητα.....	51
6.2 ζ) Ερμηνεία και Βιβλιογραφική Τεκμηρίωση των Ευρημάτων (RQ2).....	51
6.2 η) Σύνοψη Ευρημάτων και Μετάβαση στο 3ο Ερευνητικό Ερώτημα.....	53
6.3 Επίδραση των Δημογραφικών και Κοινωνικοοικονομικών Χαρακτηριστικών (RQ3)	
6.3 α) Η Επίδραση του Ηλικιακού Εύρους στην Ποιότητα Ζωής.....	55
6.3 β) Η Επίδραση του Ηλικιακού Εύρους στη Φυσική Δραστηριότητα.....	55
6.3 γ) Η Επίδραση του Ετήσιου Οικογενειακού Εισοδήματος στην Ποιότητα Ζωής..	55
6.3 δ) Η Επίδραση του Ετήσιου Οικογενειακού Εισοδήματος στη Φυσική Δραστηριότητα.....	56
6.3 ε) Η Επίδραση του Τόπου Κατοικίας στην Ποιότητα Ζωής.....	56
6.3 στ) Η Επίδραση του Τόπου Κατοικίας στη Φυσική Δραστηριότητα.....	56
6.3 ζ) Συνολική Αποτίμηση και Ερμηνεία Ευρημάτων (RQ3).....	57
6.4 Επίδραση Δημογραφικών Χαρακτηριστικών και Καθημερινών Συνηθειών(RQ4).....	60
6.4 α) Ανάλυση επίδρασης: Φύλο, Εκπαίδευση, Επάγγελμα και Οικογενειακή Κατάσταση.....	60

ο Φύλο.....	61
ο Εκπαίδευση.....	62
ο Επάγγελμα.....	62
ο Οικογενειακή Κατάσταση.....	63
6.4 β) Καπνιστική Συνήθεια.....	63
ο Ελκώδης Κολίτιδα: Η "παράδοξη" επίδραση.....	64
ο Νόσος Crohn: Κλινική επιβάρυνση.....	64
ο Αδιαφοροποίητη Κολίτιδα.....	65
6.4 γ) Σύνθεση Ευρημάτων, Βιβλιογραφική Τεκμηρίωση και Προσωπική Ερμηνεία (RQ4).....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	66
7.1. Ερμηνεία των Κύριων Ευρημάτων.....	66
7.2. Σύγκριση με τη Βιβλιογραφία.....	67
7.3. Κλινικές Προεκτάσεις: Από τις γενικές συστάσεις στο Μοντέλο Εξατομικευμένης Παρέμβασης.....	68
7.3.1. Κλινική Διαστρωμάτωση Κινδύνου και ο Δείκτης Ετοιμότητας για Άσκηση...68	
7.3.2. Δομή και Εφαρμογή του Ατομικού Σχεδίου Εκγύμνασης.....	69
7.3.3. Συστηματική Διαχείριση της Χρόνιας Κόπωσης.....	69
7.3.4. Ίδρυση Διεπιστημονικών Ομάδων Φροντίδας.....	70
7.4. Ο Κοινωνικός Αντίκτυπος της Νόσου και η Βιολογική Διαφοροποίηση.....	70
7.4.1 Η Εξισωτική Φύση της Νόσου και η Βιολογική Διαφοροποίηση.....	70
7.4.2 Επιχειρήματα για τη Συμβουλευτική πράξη.....	71
7.5. Περιορισμοί της Μελέτης.....	72
7.6. Τελικά Συμπεράσματα.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	73
8.1 Σύνοψη των Κύριων Ευρημάτων : Η Ολιστική Θεώρηση της Νόσου.....	73
8.2 Προτάσεις για την Κλινική Πρακτική (Clinical Policy Implications)	73
8.3 Μελλοντικές Ερευνητικές Κατευθύνσεις (Strategic Reaserch Reloading).....	74
Βιβλιογραφία.....	76
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	76
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	87
Παράρτημα.....	90

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η έννοια της υγείας εκτείνεται πέραν της απλής απουσίας νόσου, αποτελώντας μια δυναμική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Στο πλαίσιο των χρόνιων παθήσεων, τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη

Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) –με κυριότερες εκφάνσεις τη νόσο Crohn και την ελκώδη κολίτιδα– αναδεικνύονται σε μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας. Η πολυπαραγοντική τους φύση και η χρονιότητα των συμπτωμάτων τους επιβάλλουν μια ολιστική προσέγγιση στη θεραπευτική φροντίδα, καθώς η ποιότητα ζωής των ασθενών δεν επηρεάζεται μόνο από την κλινική ενεργότητα της νόσου, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ενσωματώνει τη διαχείριση της πάθησης αυτής στην καθημερινότητά του.

Μέσα σε αυτό το ευρύτερο πλαίσιο της αναζήτησης τρόπων ενίσχυσης της ευεξίας, παρά την ιστορική επικράτηση της πεποίθησης ότι η σωματική άσκηση θα μπορούσε να επιδεινώσει τη συμπτωματολογία των ασθενών, η σύγχρονη βιβλιογραφία αναδεικνύει τη φυσική δραστηριότητα ως μια υποσχόμενη συμπληρωματική παρέμβαση. Εντούτοις, υφίσταται ένα σημαντικό ερευνητικό κενό, καθώς παραμένει ασαφές το κατά πόσον τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας είναι καθολικά για όλους τους ασθενείς ή αν περιορίζονται από την κλινική βαρύτητα της νόσου, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και τις προσωπικές συνήθειες.

Ειδικότερα, διερευνάται αν η παραδοσιακή προσέγγιση που προτάσσει τη συστηματική άσκηση ως «πανάκεια» ευεξίας είναι συμβατή με τις σύνθετες βιολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών με ΙΦΝΕ ή αν απαιτείται μια μετατόπιση προς ένα μοντέλο εξατομικευμένης διαχείρισης της ενέργειας. Ενώ η διεθνής έρευνα εστιάζει συχνά σε μεμονωμένους βιολογικούς δείκτες, η παρούσα μελέτη επιδιώκει να συνθέσει μια ολιστική εικόνα, εξετάζοντας τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας, κλινικών χαρακτηριστικών, δημογραφικών παραγόντων και υποκειμενικής ποιότητας ζωής (με χρήση του ερωτηματολογίου SIBDQ σε 74 ασθενείς).

Η παρούσα διπλωματική εργασία διαρθρώνεται σε οκτώ κύρια κεφάλαια, ακολουθώντας τη λογική της επιστημονικής έρευνας:

- **Κεφάλαιο 1:** Αναλύονται οι εννοιολογικοί προσδιορισμοί της υγείας, της ποιότητας ζωής και της φυσικής δραστηριότητας.
- **Κεφάλαιο 2:** Εξετάζεται η παθοφυσιολογία, η επιδημιολογία και η κλινική εικόνα των ΙΦΝΕ.
- **Κεφάλαιο 3:** Παρουσιάζεται η σύνοψη του θεωρητικού υποβάθρου και διατυπώνονται τα κεντρικά ερευνητικά ερωτήματα.
- **Κεφάλαιο 4:** Περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας και η τεκμηρίωση των εργαλείων μέτρησης.
- **Κεφάλαιο 5:** Πραγματοποιείται η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων.
- **Κεφάλαιο 6:** Διεξάγεται η επαγωγική στατιστική ανάλυση για τη διερεύνηση των συσχετίσεων.

- **Κεφάλαιο 7:** Ακολουθεί η κριτική συζήτηση των ευρημάτων σε σύγκριση με τη διεθνή βιβλιογραφία.
- **Κεφάλαιο 8:** Διατυπώνονται τα τελικά συμπεράσματα και οι προτάσεις για την κλινική πρακτική και τη μελλοντική έρευνα.

Μέσω της παραπάνω δομής, η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να αποσαφηνίσει αν η φυσική δραστηριότητα αποτελεί ανεξάρτητο καθοριστικό παράγοντα για την ποιότητα ζωής ή αν η κλινική βαρύτητα της νόσου υπερτερεί έναντι των οφελών της άσκησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο:ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1.1 Η έννοια της Υγείας

Η αξία της υγείας για τον άνθρωπο και την κοινωνία είναι αναμφισβήτητη, ωστόσο η ίδια η έννοια δεν είναι ούτε ευκολονόητη ούτε αυτονόητη.(Spyropoulos,A.,2024) Με το πέρας του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, τα Ηνωμένα Έθνη ίδρυσαν τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (7 Απριλίου 1948), με κύριο στόχο τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας στον παγκόσμιο πληθυσμό και τον συντονισμό της απόκρισης σε υγειονομικές κρίσεις.(Κλήμος,Γ.,2021) Τον πρώτο ολοκληρωμένο ορισμό διατύπωσε ο ΠΟΥ στο σύνταγμά του, ορίζοντας ότι: «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός αποτέλεσε σημείο καμπής για την ολιστική προσέγγιση, μετατοπίζοντας το ενδιαφέρον από την καθαρά παθολογική διάσταση στην επίτευξη μιας συνολικής ισορροπίας.(Αργυρίου, K.,2011)

Ωστόσο, παρά τη σφαιρικότητά του, ο ορισμός αυτός δέχεται έντονη κριτική, η οποία επικεντρώνεται στην απολυτότητα της λέξης «πλήρης» (complete). Επισημαίνεται ότι η χρήση αυτού του όρου καθιστά την υγεία μια ιδεατή, μη μετρήσιμη κατάσταση, η οποία πρακτικά χαρακτηρίζει το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ως «μη υγιές», ειδικά όσους ζουν με χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες. Επιπλέον, ο παραδοσιακός ορισμός στερείται αναφοράς στην ισορροπία μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος, καθώς και στη γενετική διάσταση του ανθρώπου. (Spyropoulos,A.,2024)

Στη συνέχεια, το 1986, μέσω της Διακήρυξης της Οτάβα, η υγεία επαναπροσδιορίστηκε ως ένας πόρος για τη ζωή και όχι ως αυτοσκοπός. (Spyropoulos,A.,2024) Ορίστηκε ως: «Η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να ικανοποιεί φιλοδοξίες, να καλύπτει ανάγκες, καθώς και να τροποποιεί το περιβάλλον του ή να προσαρμόζεται σε αυτό». (Γαβριήλ κ.α) Αυτή η θεώρηση εισήγαγε μια πιο δυναμική οπτική, συνδέοντας την υγεία άμεσα με την ποιότητα ζωής και την κοινωνική προσαρμογή. Παράλληλα, το 1977, ο Engel εισήγαγε το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, τονίζοντας ότι κάθε

νόσος δημιουργεί ανάγκες που πρέπει να αντιμετωπίζονται ολιστικά, καθώς επηρεάζει το άτομο σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο.(Αργυρίου,Κ.,2011)

Σύγχρονες θεωρήσεις, όπως αυτή του Ολλανδικού Συμβουλίου Υγείας (Huber,A et al, 2011), τείνουν να ορίζουν την υγεία ως την ικανότητα προσαρμογής και αυτοδιαχείρισης (self-management) απέναντι στις σωματικές, κοινωνικές και συναισθηματικές προκλήσεις της ζωής. Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, καθώς αναγνωρίζει ότι η ευεξία μπορεί να επιτευχθεί παρά την ύπαρξη μιας πάθησης.

Με βάση την εξέλιξη της επιστήμης και των κοινωνικών προτύπων, διακρίνονται πλέον οι ακόλουθες προσεγγίσεις:

- **Βιοϊατρική προσέγγιση:** Εστιάζει στην τεχνολογική ανάπτυξη και τον εντοπισμό του πάσχοντος οργάνου μέσω κλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων. Η προσέγγιση αυτή αντιμετωπίζει την ασθένεια αμιγώς σε βιολογικό επίπεδο, στοχεύοντας στη θεραπεία των συμπτωμάτων παρά στον ίδιο τον πάσχοντα ως ολότητα.
- **Κοινωνικο-οικονομική προσέγγιση:** Αντιμετωπίζει το άτομο ως ενεργό και εργαζόμενο μέλος της κοινωνίας, όπου η υγεία θεωρείται «κοινωνικό απόθεμα» και ανθρώπινο κεφάλαιο για την παραγωγική διαδικασία. Η απώλεια της υγείας εδώ έχει άμεσο αντίκτυπο όχι μόνο στον οργανισμό αλλά και στο κοινωνικό σύνολο.(Κλήμος, Γ.,2021)
- **Κοινωνιολογική προσέγγιση:** Βασίζεται στο δίπολο υγείας-ασθένειας, ερμηνεύοντας την υγεία μέσα από το φίλτρο της ικανότητας προσαρμογής του ατόμου. Η ασθένεια θεωρείται ένα σύνθετο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο που κλονίζει την ισορροπία του ατόμου και προκαλεί αποκλίσεις στη συμπεριφορά του.(Κωνσταντιδέλλη, Δ.,2020)
- **Πολιτική Προσέγγιση:** Η υγεία προσεγγίζεται ως ένα **δημόσιο αγαθό** αλλά και ως οικονομικό μέγεθος με χαρακτηριστικά «προϊόντος», όπου ο ασθενής λειτουργεί ως «καταναλωτής» υπηρεσιών. Το πλαίσιο αυτό διαμορφώνεται από τις κρατικές παρεμβάσεις και τον σχεδιασμό των δομών υγείας για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας.(Χαραλάμπους,Χ.,2017)

Συμπερασματικά, οι παραπάνω διατυπώσεις οδηγούν στη σταδιακή αντικατάσταση της έννοιας της «θεραπείας» από την ευρύτερη «**φροντίδα υγείας**». Η υγεία αναγνωρίζεται πλέον ως ένας «βαθμός πληρότητας» που κάθε άτομο κατανοεί υποκειμενικά, επηρεαζόμενο από τις προσωπικές του αξίες, το πολιτισμικό περιβάλλον και τις κοινωνικές συνθήκες στις οποίες δραστηριοποιείται.(Κλήμος, Γ., 2021) (Spyropoulos, A.,2024)

1.2 Η έννοια της Ποιότητας Ζωής

Εφόσον η υγεία δεν ορίζεται πλέον ως η απλή απουσία νόσου, η επιστημονική κοινότητα αναζήτησε ένα εργαλείο ικανό να ποσοτικοποιήσει τη βιωματική εμπειρία του ατόμου. Η έννοια της Ποιότητας Ζωής αναδείχθηκε ως ο καταλληλότερος δείκτης για αυτή την ολιστική αποτύπωση.

Η έννοια της Ποιότητας Ζωής αποτελεί ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο, οι ρίζες του οποίου εκτείνονται στην ελληνική αρχαιότητα. Ο Αριστοτέλης, στο έργο του «Ηθικά Νικομάχεια», χρησιμοποιούσε τον όρο «ευδαιμονία» για να περιγράψει την κατάσταση εκείνη όπου το άτομο επιτυγχάνει την πλήρωση και την ευημερία. Ωστόσο, στην πορεία της σκέψης, ο Shaw υποστήριξε ότι η ευδαιμονία και η ποιότητα ζωής δεν είναι ταυτόσημες έννοιες, καθώς η πρώτη συχνά θυσιάζεται προκειμένου η ζωή των ανθρώπων να γίνει πιο ουσιαστική και ποιοτική. (Αργυρίου, Κ., 2018)

Στη σύγχρονη επιστημονική γραμματεία, η Ποιότητα Ζωής εισήχθη ως ιατρική ορολογία κατά τη δεκαετία του 1960, ενώ το 1975 καθιερώθηκε ως επίσημη λέξη-κλειδί στις διεθνείς βάσεις δεδομένων. Η ανάγκη για τη μελέτη της προέκυψε ως απόρροια της προόδου της Ιατρικής: η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατέστησε σαφές ότι η παράταση της ζωής δεν συνεπάγεται απαραίτητα και μια ζωή με νόημα, λειτουργικότητα ή απουσία συμπτωμάτων. Κατά τη δεκαετία του 1970, εμφανίστηκαν οι πρώτες προσπάθειες ποσοτικοποίησης μέσω του Δείκτη Κατάστασης Υγείας (HSI), ο οποίος αξιολογούσε την πορεία του ατόμου από την ευημερία προς την αναπηρία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στον εννοιολογικό προσδιορισμό της Ποιότητας Ζωής. (Αργυρίου, Κ., 2011) Το 1991, ο ΠΟΥ τόνισε ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό της υγείας τους για να ζήσουν ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά. (Κωνσταντιδέλλη, Δ., 2021) Το 1995, ο ορισμός συμπληρώθηκε με την υποκειμενική διάσταση, περιγράφοντας την ΠΖ ως «την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζει, σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του». (Μητροπούλου, Μ., 2021)

Επιπρόσθετα, σημαντικοί μελετητές προσέφεραν εναλλακτικές προσεγγίσεις:

- Ο **Hörnquist (1982)** εστίασε στον βαθμό ικανοποίησης των αναγκών σε οργανικό, ψυχοκοινωνικό, υλικό επίπεδο και περιβάλλον διαβίωσης. (Κλήμος, Γ., 2021)
- Οι **van Knippenberg & de Haes (1988)** την όρισαν ως την υποκειμενική αξιολόγηση του «καλού» και «αξιόλογου» χαρακτήρα της ζωής ως ενιαίο σύνολο. (Κλήμος, Γ., 2021)

- Ο **Emerson (1985)** συνέδεσε την ΠΖ με την ικανοποίηση προσωπικών αξιών και στόχων μέσω της βελτίωσης των ικανοτήτων του ατόμου. (Κλήμος, Γ., 2021)
- Ο **Power (1980)** υποστήριξε ότι Ποιότητα Ζωής είναι η ποιότητα του περιβάλλοντος εντός του οποίου το άτομο αναζητά την ικανοποίηση των επιθυμιών του. (Spyropoulos, Α., 2024)

Η σύγχυση που συχνά παρατηρείται μεταξύ των όρων «Υγεία» και «Ποιότητα Ζωής» επιτάχθηκε με την εισαγωγή του όρου Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (HRQoL). Σύμφωνα με τον Torrance (1987), η HRQoL διακρίνεται από τη γενική ΠΖ καθώς επικεντρώνεται αποκλειστικά σε παράγοντες που αποτελούν μέρος της υγείας, εξαιρώντας μη υγειονομικές παραμέτρους όπως οι πολιτικές συνθήκες. Οι Gotay & Moore (1992) ορίζουν την HRQoL ως μια κατάσταση ευημερίας που βασίζεται στην ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων και την ικανοποίηση από τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Κατά την Bullinger (2003), η έννοια αυτή αποτελεί την πρακτική εφαρμογή του ορισμού της υγείας του ΠΟΥ, ενσωματώνοντας δεδομένα για τη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ζωής. (Spyropoulos, Α., 2024)

Η HRQoL αναγνωρίζεται ως πολυδιάστατη έννοια με δυναμικό χαρακτήρα, καθώς μεταβάλλεται ανάλογα με την πορεία της νόσου, τις εμπειρίες και τους ρόλους του ατόμου. Η μέτρησή της παραμένει πρόκληση, καθώς βασίζεται σε υποκειμενικά μέτρα αυτοαναφοράς (self-reporting). Για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων, είναι επιβεβλημένη η χρήση σταθμισμένων εργαλείων. Τα εργαλεία αυτά διακρίνονται σε γενικά, όπως το SF-36, το EuroQol (EQ-5D) και το WHOQOL, και σε ειδικά, όπως το ερωτηματολόγιο IBDQ για τους ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου.

1.3. Σύνδεση της έννοιας της υγείας με την Ποιότητα Ζωής

Η σύνδεση μεταξύ της υγείας και της Ποιότητας Ζωής είναι στενή και πολυδιάστατη, καθώς η υγεία δεν αποτελεί πλέον μόνο την απουσία ασθένειας, αλλά τον κεντρικό άξονα της ανθρώπινης ευημερίας (Γαβριήλ, 2020).

Η μετάβαση από τον παραδοσιακό, βιοϊατρικό ορισμό στην ολιστική προσέγγιση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) και περαιτέρω στον επαναπροσδιορισμό της Οτάβα (1986), ανέδειξε την Ποιότητα Ζωής ως φυσική προέκταση της υγείας (Μπισμίκη, 2016· Spyropoulos, Α., 2024). Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, το τρίπτυχο «υγεία – κοινωνία – ποιότητα ζωής» θεωρείται το θεμέλιο για την ψυχική και σωματική ισορροπία του σύγχρονου ανθρώπου.

1.3.α Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (HRQoL)

Για την ακριβέστερη μελέτη αυτής της σχέσης, εισήχθη ο όρος Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (HRQoL), ο οποίος εστιάζει αποκλειστικά στις πτυχές της ζωής που επηρεάζονται από την κατάσταση της υγείας (Μουστάκα, Α., 2019) και οι οποίες είναι:

Υποκειμενικότητα: Η HRQoL αποτυπώνει την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για την επίδραση της νόσου ή της θεραπείας στη λειτουργικότητά του (Konstantidelli, 2021).

Δυναμικός Χαρακτήρας: Η ποιότητα ζωής δεν είναι στατική, αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με την πορεία της νόσου, τις εμπειρίες και την ικανότητα αυτοδιαχείρισης του ασθενούς (Υφαντόπουλος, Γ., 2007).

Δείκτης Υγείας: Σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, η ΠΖ αναγνωρίζεται ως ο σημαντικότερος δείκτης έκβασης, καθώς οι κλινικοί δείκτες συχνά αποτυγχάνουν να συλλάβουν το ψυχοκοινωνικό βάρος της ασθένειας (Αργυρίου,Κ.Ν., 2011).

1.3. β Παράγοντες που Διαμορφώνουν τη Σχέση

Η υγεία και η ποιότητα ζωής αλληλεπιδρούν με ένα πλήθος ενδογενών και εξωγενών προσδιοριστών οι οποίοι είναι οι παρακάτω:

Κλινική Κατάσταση: Η ενεργότητα της νόσου και η βαρύτητα των συμπτωμάτων (π.χ. πόνος, κόπωση) αποτελούν τους κύριους «ρυθμιστές» που υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής (Χρήστου et al., 2024).

Κοινωνικοοικονομικό Επίπεδο: Το εισόδημα αναδεικνύεται σε ισχυρό παράγοντα, καθώς επιτρέπει την πρόσβαση σε ποιοτικότερους πόρους διαχείρισης της υγείας (π.χ. καινοτόμες θεραπείες, διατροφή), βελτιώνοντας έτσι την ΠΖ.

Ψυχολογικοί Παράγοντες: Η αντίληψη της ασθένειας και η αίσθηση συνοχής διαμεσολαβούν στη σχέση υγείας-Ποιότητας Ζωής· μια θετική προσαρμοστική στρατηγική μπορεί να αντισταθμίσει μέρος της σωματικής επιβάρυνσης (Χρήστου et al., 2024).

Φυσική Δραστηριότητα: Η άσκηση συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση και την κοινωνική ενεργοποίηση, αν και σε σοβαρές χρόνιες παθήσεις το όφελος αυτό μπορεί να περιορίζεται από την κλινική βαρύτητα (Μουστάκα,Α., 2019).

Συμπερασματικά, η υγεία αποτελεί τον καταλυτικότερο παράγοντα για την ποιότητα ζωής. Η διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου λειτουργικότητας επιτρέπει στο άτομο να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική και οικονομική ζωή, αξιοποιώντας πλήρως τις δυνατότητές του (Υφαντόπουλος,Γ., 2007).

1.4 Η έννοια της φυσικής δραστηριότητας

Η σύνδεση της υγείας και της ποιότητας ζωής με τον τρόπο ζωής του ατόμου αναδεικνύει τον ρόλο της σωματικής δραστηριότητας ως καθοριστικού παράγοντα ευεξίας. Εφόσον η ποιότητα ζωής αποτελεί μια υποκειμενική και πολυδιάστατη κατάσταση, η φυσική δραστηριότητα λειτουργεί ως ένας δυναμικός μηχανισμός που επιδρά άμεσα τόσο στη σωματική λειτουργικότητα όσο και στην ψυχολογική ισορροπία του ατόμου, επιτρέποντας την καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητας.

Ως σωματική δραστηριότητα ορίζεται κάθε κίνηση του σώματος που παράγεται από τους σκελετικούς μύες και έχει ως αποτέλεσμα την κατανάλωση ενέργειας, η οποία μετράται σε χιλιοθερμίδες. Είναι σημαντικό να διαχωρίζεται από την έννοια της άσκησης, η οποία αποτελεί υποκατηγορία της σωματικής δραστηριότητας και αναφέρεται σε μια δομημένη, προγραμματισμένη, επαναλαμβανόμενη και σκόπιμη διαδικασία που στοχεύει στη βελτίωση ή τη διατήρηση της φυσικής κατάστασης (Μπίγγου, Μ., 2024)

1.4.α Χαρακτηριστικά και Κατηγορίες Σωματικής Δραστηριότητας

Η σωματική δραστηριότητα αξιολογείται βάσει τεσσάρων κύριων παραμέτρων: της **διάρκειας** (συνολικός χρόνος), της **συχνότητας** (πόσο συχνά εκτελείται), της **έντασης** (ενεργειακή δαπάνη) και του **τύπου**. (Γάτσιου, Α., 2023) Η ένταση διακρίνεται συνήθως σε ελαφριά, μέτρια και έντονη, ενώ μπορεί να υπολογιστεί αντικειμενικά μέσω των **Μεταβολικών Ισοδυνάμων (METs)**. (Μούστακα, Α., 2024)

Οι κύριοι τύποι σωματικής δραστηριότητας περιλαμβάνουν:

- **Αερόβια δραστηριότητα:** Δραστηριότητες που αυξάνουν τον καρδιακό και αναπνευστικό ρυθμό (π.χ. περπάτημα, τρέξιμο, κολύμπι). (Γάτσιου, Α., 2023)
- **Μυϊκή ενδυνάμωση:** Ασκήσεις με αντιστάσεις ή βάρη για την ενίσχυση μυών και οστών. (Μπίγγου, Μ., 2024)
- **Ασκήσεις ευλυγισίας και ισορροπίας:** Δραστηριότητες για τη βελτίωση του εύρους κίνησης και της σταθερότητας. (Μούστακα, Α., 2024)

1.4.β Οφέλη για την Υγεία

Η τακτική σωματική δραστηριότητα προσφέρει πολυάριθμα οφέλη, συμβάλλοντας στην πρόληψη χρόνιων παθήσεων όπως τα **καρδιαγγειακά νοσήματα**, ο **σακχαρώδης διαβήτης**, η **παχυσαρκία** και η **οστεοπόρωση**. (Τσίτσας, Σ., 2025) Παράλληλα, επιδρά ευεργετικά στην **ψυχική υγεία**, μειώνοντας τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, βελτιώνοντας τη διάθεση, την αυτοεκτίμηση και την ποιότητα του ύπνου. (Μούστακα, Α., 2024)

1.4.γ Εργαλεία Μέτρησης της Σωματικής Δραστηριότητας

Τα εργαλεία μέτρησης χωρίζονται σε δύο γενικές κατηγορίες, τα υποκειμενικά και τα αντικειμενικά:

1. Υποκειμενικές Μέθοδοι (Αυτοαναφορά):

- a. **Ερωτηματολόγια:** Αποτελούν την πιο κοινή μέθοδο λόγω χαμηλού κόστους και ευκολίας συμπλήρωσης. Στηρίζονται στη μνήμη του συμμετέχοντα και αξιολογούν το είδος, τη διάρκεια και τη συχνότητα της δραστηριότητας.(Μούστακα, Α.,2024)
- b. **Ημερολόγια δραστηριότητας:** Οι συμμετέχοντες καταγράφουν τη δραστηριότητά τους σε πραγματικό χρόνο, περιορίζοντας σφάλματα ανάκλησης.(Γάτσιου, Α.,2023)
- c. **Συνεντεύξεις:** Παρέχουν λεπτομερείς πληροφορίες για τις εμπειρίες και τις απόψεις των ατόμων.(Μπίγου, Μ.,2024)

2. Αντικειμενικές Μέθοδοι:

- a. **Ηλεκτρονικές συσκευές (Wearables):** Περιλαμβάνουν **επιταχυνσιόμετρα, βηματόμετρα, μετρητές καρδιακού ρυθμού και smartwatches**. Μετρούν με ακρίβεια σε πραγματικό χρόνο παραμέτρους όπως βήματα, απόσταση και θερμίδες.(Μπίγου, Μ.,2024)
- b. **Άμεση παρατήρηση:** Ένας ανεξάρτητος παρατηρητής καταγράφει τα δεδομένα της σωματικής δραστηριότητας, συνήθως σε οριοθετημένους χώρους.(Γάτσιου, Α.,2023)
- c. **Βιοϊατρικές μελέτες:** Βιοχημικές και απεικονιστικές εξετάσεις που επιτρέπουν την εκτίμηση της επίδρασης της δραστηριότητας στον οργανισμό.(Μπίγου, Μ.,2024)

1.4. δ Το Διεθνές Ερωτηματολόγιο Σωματικής Δραστηριότητας (IPAQ)

Το IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία αυτοαναφοράς παγκοσμίως. Υπάρχει σε σύντομη μορφή (7-9 ερωτήσεις) και σε εκτενή μορφή, αξιολογώντας τη δραστηριότητα των τελευταίων 7 ημερών σε τομείς όπως η εργασία, οι μετακινήσεις, οι οικιακές εργασίες και ο ελεύθερος χρόνος. Το IPAQ κατηγοριοποιεί τα άτομα σε τρία επίπεδα δραστηριότητας: **χαμηλό, μέτριο και υψηλό**. Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί και στην ελληνική γλώσσα, επιδεικνύοντας υψηλή αξιοπιστία.(Μουστάκα,Α., 2024)

Συμπερασματικά, η ενσωμάτωση της φυσικής δραστηριότητας στην καθημερινότητα και η ακριβής αξιολόγησή της είναι απαραίτητες για την προαγωγή της δημόσιας υγείας και τη βελτίωση του επιπέδου ζωής.

1.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής των ατόμων με Ιδιοπαθή φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου

Τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ), που περιλαμβάνουν τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα, είναι χρόνιες, υποτροπιάζουσες παθήσεις που επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινότητα των ασθενών. Η Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) που σχετίζεται με την υγεία ορίζεται ως η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική του ευεξία υπό το πρίσμα της ασθένειας. Η διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν είναι κρίσιμη για την ολιστική διαχείριση των ασθενών.

1. Ενεργότητα και Σοβαρότητα της Νόσου

Ο πλέον καθοριστικός παράγοντας για την ΠΖ των ατόμων με ΙΦΝΕ είναι η ενεργότητα της νόσου. Οι ασθενείς σε φάση έξαρσης αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με εκείνους που βρίσκονται σε ύφεση. Τα συμπτώματα όπως οι συχνές διάρροιες, το έντονο κοιλιακό άλγος, η εντερική αιμορραγία και η γενικευμένη κόπωση περιορίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου. Η σοβαρότητα της κλινικής εικόνας, όπως μετράται με δείκτες όπως ο Harvey-Bradshaw για τη νόσο Crohn και ο SCCAI για την ελκώδη κολίτιδα, σχετίζεται άμεσα με την υποβάθμιση της σωματικής και ψυχολογικής υγείας.(Χρήστου, Κ., 2024)

2. Είδος του Νοσήματος

Αν και οι δύο παθήσεις είναι σοβαρές, ορισμένες μελέτες υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με νόσο του Crohn βιώνουν χειρότερη ποιότητα ζωής λόγω της πιο εκτεταμένης προσβολής του πεπτικού σωλήνα και της υψηλότερης συχνότητας επιπλοκών και χειρουργικών επεμβάσεων. Ωστόσο, υπάρχουν και έρευνες που δεν διαπιστώνουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, θεωρώντας ότι ο αντίκτυπος στην ΠΖ είναι εξίσου επιβαρυντικός.(Σαμπάν, Μ.,2020)

3. Ψυχολογικοί Παράγοντες και Ψυχική Υγεία

Η ψυχική κατάσταση παίζει πρωταρχικό ρόλο στην αντίληψη της υγείας. Το άγχος και η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα στους ασθενείς με ΙΦΝΕ και δρουν επιβαρυντικά, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο που επιδεινώνει τα σωματικά συμπτώματα.

- **Αντίληψη της Ασθένειας (Illness Perception):** Οι γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις που διαμορφώνει ο ασθενής για τη νόσο του επηρεάζουν την προσαρμογή του. Μια αρνητική ή απειλητική αντίληψη (π.χ. φόβος για μόνιμη αναπηρία ή καρκίνο) συνδέεται με χαμηλή ΠΖ.(Κωνσταντιδέλλη, Δ., 2020)

- **Αίσθηση Συνοχής (Sense of Coherence):** Πρόκειται για την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται στρεσογόνες καταστάσεις. Υψηλά επίπεδα αίσθησης συνοχής λειτουργούν προστατευτικά, ενισχύοντας την ανθεκτικότητα και τη θετική αντίληψη για τη ζωή..(Κωνσταντιδέλλη, Δ., 2020)

4. Αλφαριθμητισμός Υγείας

Ο αλφαριθμητισμός υγείας, δηλαδή η ικανότητα του ασθενούς να αποκτά, να κατανοεί και να χρησιμοποιεί πληροφορίες για την υγεία του, είναι κρίσιμος παράγοντας. Οι ασθενείς με επαρκή επίπεδα αλφαριθμητισμού έχουν καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία, διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα τα συμπτώματα και αναφέρουν υψηλότερη ΠΖ. Αντίθετα, ο περιορισμένος αλφαριθμητισμός σχετίζεται με περισσότερες νοσηλείες και χειρότερη γενική υγεία. (Κολισιάτη, Α., 2023)

5. Φαρμακευτική Αγωγή και Συμμόρφωση

Η θεραπευτική προσέγγιση επηρεάζει άμεσα την ευημερία του ασθενούς.

- **Βιολογικοί Παράγοντες (anti-TNFα):** Η χρήση βιολογικών παραγόντων έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει θεαματικά την ΠΖ, καθώς οδηγεί σε επούλωση του βλεννογόνου και περιορίζει την ανάγκη για χειρουργεία.(Κωνσταντιδέλλη, Δ., 2020)
- **Τρόπος Λήψης:** Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο τρόπος χορήγησης (π.χ. υποδόρια ένεση έναντι από του στόματος αγωγής) μπορεί να διαφοροποιεί την ικανοποίηση των ασθενών.(Σαμπάν, Μπ.,)
- **Συμμόρφωση:** Η πιστή τήρηση της αγωγής μειώνει την ενεργότητα της νόσου, ενισχύοντας έτσι την ποιότητα ζωής.(Χρήστου, Κ.,2024)

6. Δημογραφικοί και Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες

- **Φύλο:** Οι γυναίκες τείνουν να αναφέρουν χαμηλότερη ΠΖ και υψηλότερα επίπεδα άγχους συγκριτικά με τους άνδρες.(Χριστοπούλου, Ε.,2020)
- **Ηλικία:** Αν και τα ευρήματα είναι αντικρουόμενα, η προχωρημένη ηλικία μπορεί να συνδέεται με σωματική έκπτωση, αν και η ψυχολογική προσαρμογή μπορεί να είναι καλύτερη στους ηλικιωμένους.
- **Εργασία και Οικονομική Κατάσταση:** Η ανεργία, οι άδειες ασθενείας και η οικονομική ανασφάλεια λόγω της νόσου επιβαρύνουν τον ψυχισμό και μειώνουν την ΠΖ.

7. Τρόπος Ζωής και Συνήθειες

- **Κάπνισμα:** Αποτελεί σημαντικό περιβαλλοντικό παράγοντα που αυξάνει τον κίνδυνο έξαρσης, ειδικά στη νόσο Crohn, υποβαθμίζοντας την υγεία.(Κωνσταντιδέλλη,δ., κ.α 2020)
- **Φυσική Δραστηριότητα:** Η υιοθέτηση ενός δραστήριου τρόπου ζωής μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στην ψυχολογία και τη σωματική αντοχή των ασθενών.(Νάντζιου,Π.,2024)

- **Ποιότητα Ύπνου:** Οι διαταραχές ύπνου είναι συχνές και σχετίζονται άμεσα με μειωμένη ΠΖ και αυξημένη κόπωση. (Κολισιάτη, Α., 2023)

Συμπέρασμα

Η ποιότητα ζωής των ατόμων με ΙΦΝΕ επηρεάζεται από ένα σύνθετο πλέγμα κλινικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. (Μπέτζιου, Α., 2025) Η επίτευξη της κλινικής ύφεσης παραμένει ο πρωταρχικός στόχος, αλλά η ενίσχυση του αλφαριθμητισμού υγείας και η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης είναι απαραίτητα για τη βελτίωση της καθημερινότητας των ασθενών. Μια ολιστική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη την υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς είναι το κλειδί για την επιτυχή διαχείριση της νόσου. (Σαμπάν, Μ., 2020) (Μπέτζιου, Α.)

1.6 Ποιότητα Υγείας και Φυσική Δραστηριότητα

Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) και η σωματική δραστηριότητα αποτελούν δύο κεντρικούς άξονες στη μελέτη της διαβίωσης των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ), καθώς η έννοια αυτή είναι δυναμική και μεταβάλλεται ανάλογα με την ενεργότητα της νόσου, τις περιόδους ύφεσης ή έξαρσης και την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής (Αργυρίου, Κ., 2011). Στο πλαίσιο αυτό, η σωματική άσκηση εξετάζεται ως μια κρίσιμη παράμετρος του τρόπου ζωής, παρά το γεγονός ότι τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν πως οι ασθενείς με ΙΦΝΕ παρουσιάζουν συχνά χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. (Casellas et al., 2017)

Σύμφωνα με τη μελέτη της Παππά (2017), η διάγνωση της νόσου επιφέρει σημαντική τροποποίηση στις αθλητικές συνήθειες των ατόμων, οδηγώντας σε μια τάση εγκατάλειψης των έντονων δραστηριοτήτων που προκαλούν ταχυκαρδία και στροφή προς ήπιες μορφές άσκησης, όπως το περπάτημα, οι οποίες απαιτούν ελάχιστη προσπάθεια. Η ίδια μελέτη επισημαίνει ότι, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (έως και 54%) θεωρεί την άσκηση πολύ σημαντική, η πραγματική τους συμμετοχή περιορίζεται από τη φύση της πάθησης (Παππά, Β., 2017). Η σχέση μεταξύ άσκησης και ποιότητας ζωής περιπλέκεται από την ύπαρξη εμποδίων που είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την κλινική εικόνα των ΙΦΝΕ, όπως η χρόνια κόπωση, ο κοιλιακός πόνος, οι αρθραλγίες, η επείγουσα ανάγκη για πρόσβαση σε τουαλέτα και ο φόβος για πιθανή επιδείνωση των συμπτωμάτων. Αυτοί οι παράγοντες δημιουργούν μια υποκειμενική αίσθηση περιορισμού, η οποία συχνά οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση και μείωση των κινήτρων για συμμετοχή σε οποιαδήποτε δραστηριότητα (Παππά, Β., 2017).

Για τη μέτρηση αυτών των μεταβλητών, οι ερευνητές χρησιμοποιούν εξειδικευμένα εργαλεία, όπως το ερωτηματολόγιο IBDQ για την αξιολόγηση των εντερικών συμπτωμάτων, της συστηματικής λειτουργίας, της συναισθηματικής κατάστασης και της κοινωνικής

λειτουργικότητας, την κλίμακα SF-36 για τη γενική υγεία και το ερωτηματολόγιο IPAQ για την καταγραφή των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας. Ωστόσο, η ανάλυση των δεδομένων παρουσιάζει συχνά προκλήσεις, όπως το «φαινόμενο της οροφής» (ceiling effect), όπου οι συμμετέχοντες εμφανίζουν ήδη υψηλά σκορ ποιότητας ζωής και σταθερά επίπεδα άσκησης, καθιστώντας δυσχερή τον εντοπισμό μεταβολών ή συσχετίσεων. Επιπλέον, η Ποιότητα Ζωής των ασθενών επηρεάζεται καθοριστικά από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επικαλύπτουν την επίδραση της σωματικής δραστηριότητας, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η μοναξιά και η μειωμένη αυτοεκτίμηση, ενώ η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων κρίνονται ως εξαιρετικά σημαντικές παράμετροι (Μουστάκα, Α., 2024). Παράλληλα, δημογραφικά χαρακτηριστικά διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο, καθώς για παράδειγμα, η νεαρή ηλικία (20-40 ετών) συνδέεται συχνά με μεγαλύτερη επιβάρυνση στην κοινωνική λειτουργικότητα λόγω των απαιτήσεων της επαγγελματικής και προσωπικής ζωής.

Συμπερασματικά, η Ποιότητα Ζωής και η άσκηση στα ΙΦΝΕ αποτελούν στοιχεία μιας σύνθετης εξίσωσης, στην οποία η ενεργότητα της νόσου και η βαρύτητα των συμπτωμάτων παραμένουν οι κυρίαρχοι παράγοντες που διαμορφώνουν την καθημερινότητα (Αργυρίου, Κ., 2011). Στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς είναι ήδη δραστήριοι ή βρίσκονται σε σταθερή κλινική κατάσταση, η φυσική δραστηριότητα εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της αυτοδιαχείρισης της υγείας τους, χωρίς απαραίτητα να λειτουργεί ως η κύρια μεταβλητή που καθορίζει τις διακυμάνσεις στα σκορ ευεξίας τους (Μακρίδης, Χ., 2024). Κατά συνέπεια, η κατανόηση αυτής της πολυπαραγοντικής σχέσης απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που να συνυπολογίζει τις σωματικές προκλήσεις, τις ψυχολογικές ανάγκες και τις κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης του κάθε ατόμου (Αργυρίου, Κ., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο:ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ(ΙΦΝΕ): ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 Εισαγωγή στα ΙΦΝΕ

2.1.1 Ορισμός και ταξινόμηση Ελκώδης Κολίτιδα vs Νόσος Crohn

Τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) είναι χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του πεπτικού σωλήνα άγνωστης αιτιολογίας, με κυριότερες οντότητες την ελκώδη κολίτιδα (UC) και τη νόσο του Crohn (CD) (Baumgart & Sandborn, 2007; Abraham & Cho, 2009; Podolsky, 2002).

Η ελκώδης κολίτιδα ορίζεται ως μια χρόνια φλεγμονώδης διαταραχή που προκαλεί φλεγμονή του βλεννογόνου του παχέος εντέρου κατά συνέχεια, προσβάλλει πάντα το ορθό και επεκτείνεται κεντρικότερα σε ποικίλη έκταση (Silverberg et al., 2005; Dignass et al., 2012;

Μάντζαρης κ.α., 2017). Αντίθετα, η νόσο του Crohn χαρακτηρίζεται από διατοιχωματική, συχνά ασυνεχή φλεγμονή που μπορεί να προσβάλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, από το στόμα έως τον πρωκτό (Baumgart & Sandborn, 2007; Shanahan, 2002; Dignass et al., 2010).

Για την ταξινόμηση των νοσημάτων αυτών, το πλέον διαδεδομένο εργαλείο είναι η ταξινόμηση του Montreal, η οποία βασίζεται στον κλινικό φαινότυπο (Silverberg et al., 2005; Satsangi et al., 2006).

- Ειδικότερα στη νόσο του Crohn, η ταξινόμηση βασίζεται στην ηλικία (Α), την εντόπιση (L) και τη συμπεριφορά (B) της νόσου (Silverberg et al., 2005; Lennard-Jones, 1989).
- Στην ελκώδη κολίτιδα, η ταξινόμηση επικεντρώνεται στην έκταση (E) (Silverberg et al., 2005) και τη βαρύτητα (S) της δραστηριότητας, η οποία αξιολογείται με βάση κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια (Truelove & Witts, 1955; Dignass et al., 2012).

Στις περιπτώσεις όπου η διάκριση μεταξύ των δύο νοσημάτων δεν είναι εφικτή, χρησιμοποιούνται οι όροι αταξινομήτη κολίτιδα (colitis unclassified) ή ακαθόριστη κολίτιδα (indeterminate colitis) ανάλογα με το αν η διάγνωση εκκρεμεί κλινικά ή μετά από ιστολογική εξέταση του εκταμένου παχέος εντέρου (Price, 1978; Kirschner, 2016).

Τέλος, επιδημιολογικά δεδομένα για τον ελληνικό πληθυσμό αναδεικνύουν την ιδιαιτερότητα της εμφάνισης των νόσων αυτών στον ελληνικό χώρο (Ντάλεκος κ.α., 1996; Tsianos et al., 1994; Καραγιάννης κ.α., 2009; Τζαρδής & Ζώης, 2001). Η πολυπλοκότητα αυτής της ταξινόμησης αντικατοπτρίζεται αντίστοιχα και στο κλινικό φάσμα της νόσου, όπου τα συμπτώματα αποτελούν τον πρωταρχικό δείκτη της ενεργότητας της φλεγμονής και της επιβάρυνσης του ασθενούς.

2.1.2 Επιδημιολογία

Η συχνότητα εμφάνισης των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ) παρουσιάζει μια σταθερά αυξητική τάση σε παγκόσμια κλίμακα τις τελευταίες δεκαετίες, εξελισσόμενη από παθήσεις του δυτικού κόσμου σε μια παγκόσμια υγειονομική πρόκληση (Molodecky et al., 2012; Kaplan & Windsor, 2021).

Παραδοσιακά, η υψηλότερη επίπτωση και ο επιπολασμός καταγράφονται στις βιομηχανοποιημένες χώρες της Δύσης, όπως η Βόρεια Ευρώπη, ο Καναδάς, οι ΗΠΑ και η Αυστραλία (Mak et al., 2020). Στις περιοχές αυτές, η ετήσια επίπτωση της ελκώδους κολίτιδας κυμαίνεται από 3 έως 15 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους, ενώ της νόσου του Crohn γύρω στις 5 νέες περιπτώσεις (Παππά, Β., 2017). Επιδημιολογικά, παρατηρείται ένας

γεωγραφικός διαβαθμισμένος άξονας (North-South gradient), με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στους πληθυσμούς που διαβιούν σε βορειότερα γεωγραφικά πλάτη, τόσο στην Αμερική όσο και στην Ευρώπη (Tsianos, 2019). Ενώ στις δυτικές χώρες η επίπτωση τείνει να σταθεροποιείται, παρατηρείται ραγδαία αύξηση σε νεο-εκβιομηχανιζόμενες περιοχές της Ασίας, της Λατινικής Αμερικής και της Μέσης Ανατολής, γεγονός που αποδίδεται στην υιοθέτηση του δυτικού τρόπου ζωής, την αστικοποίηση και τις περιβαλλοντικές αλλαγές (Κωνσταντιδέλλη, Δ., 2020).

Στην Ελλάδα, επιδημιολογικές μελέτες καταδεικνύουν ότι η επίπτωση της ελκώδους κολίτιδας κυμαίνεται μεταξύ 4 και 11 νέων περιπτώσεων ανά 100.000 κατοίκους ετησίως (Τόκη, 2016). Συγκεκριμένες έρευνες έχουν καταγράψει επίπτωση 11,2/100.000 στην περιοχή των Τρικάλων και 8,9/100.000 στο νομό Ηρακλείου Κρήτης (Κωνσταντιδέλλη, Δ., 2020).

Όσον αφορά τη νόσο του Crohn, αν και ιστορικά θεωρούνταν σπάνια στον ελλαδικό χώρο συγκριτικά με την ελκώδη κολίτιδα, τα τελευταία χρόνια καταγράφεται μια σημαντική αυξητική τάση (Παππά ,Β., 2017). Ενδεικτικά, στη Βορειοδυτική Ελλάδα η επίπτωση της νόσου του Crohn αυξήθηκε από 1,16/100.000 την περίοδο 1982-2002 σε 2,75/100.000 την περίοδο 2003-2015 (Μαλακός, 2019).

Ο επιπολασμός των ΙΦΝΕ στην Ελλάδα εκτιμάται πλέον στο 0,1% για την ελκώδη κολίτιδα και στο 0,023% για τη νόσο του Crohn (Saban, 2020). Σύμφωνα με προγνωστικά μοντέλα για τις δυτικές χώρες, ο επιπολασμός των ΙΦΝΕ αναμένεται να φτάσει το 1% του πληθυσμού έως το 2030, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη για προσαρμογή των συστημάτων υγείας στον διαρκώς αυξανόμενο αριθμό ασθενών (Mak et al., 2020· Kaplan, 2021).

Η επεξήγηση της επιδημιολογικής αυτής έξαρσης απαιτεί την αποσαφήνιση των μηχανισμών που διέπουν την έναρξη και τη διατήρηση της φλεγμονώδους διεργασίας. Παρά την απουσία σαφούς αιτιολογικού παράγοντα, η επιστημονική κοινότητα συγκλίνει στο ότι η παθογένεια των ΙΦΝΕ αποτελεί το αποτέλεσμα ενός πολυπαραγοντικού συνδρόμου, όπου το περιβάλλον συναντά το ευάλωτο ανθρώπινο ανοσοποιητικό σύστημα.

2.1.3 Παθογένεια των ΙΦΝΕ

Η αιτιοπαθογένεια των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ) είναι εξαιρετικά σύνθετη και θεωρείται το αποτέλεσμα μιας αλληλεπίδρασης μεταξύ τεσσάρων βασικών παραγόντων: της γενετικής προδιάθεσης, των περιβαλλοντικών επιδράσεων, της εντερικής μικροχλωρίδας (μικροβίωμα) και της ανώμαλης ανοσολογικής απόκρισης. (Κωνσταντιδέλλη,Δ., 2020,Βράκας, Σ., 2021).

Όσον αφορά το γενετικό υπόβαθρο, έχουν ταυτοποιηθεί πάνω από 200 γενετικοί τόποι που σχετίζονται με την ευαισθησία στα IFNE (Mak et al., 2019). Ιδιαίτερη σημασία έχει το γονίδιο NOD2 (ή CARD15) στο χρωμόσωμα 16, το οποίο ήταν το πρώτο που συνδέθηκε με τη νόσο του Crohn και παίζει κρίσιμο ρόλο στην αναγνώριση των βακτηρίων (Mak et al., 2019). Άλλα σημαντικά γονίδια περιλαμβάνουν το ATG16L1, που σχετίζεται με τη διαδικασία της αυτοφαγίας, και το IL23R, που εμπλέκεται στη σηματοδότηση των ιντερλευκινών. (Mak et al., 2019).

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες λειτουργούν συχνά ως "πυροδότες" της νόσου, με το κάπνισμα να αποτελεί τον πλέον μελετημένο παράγοντα, αυξάνοντας τον κίνδυνο για τη νόσο του Crohn ενώ φαίνεται να έχει προστατευτική δράση στην ελκώδη κολίτιδα (Κωνσταντιδέλλη, Δ., 2020). Ο δυτικός τρόπος ζωής, η αστικοποίηση, η έλλειψη βιταμίνης D, η χρήση αντιβιοτικών και ΜΣΑΦ, καθώς και η "θεωρία της υγιεινής" έχουν επίσης συσχετιστεί με την εκδήλωση ή την υποτροπή των νοσημάτων (Κωνσταντιδέλλη, Δ., 2020· Ντούργαρα, Β., 2020). Στο επίπεδο του μικροβιώματος, οι ασθενείς παρουσιάζουν δυσβίωση, δηλαδή μειωμένη ποικιλομορφία της εντερικής χλωρίδας, γεγονός που οδηγεί σε απώλεια της ανοσοανοχής. (Σαμπάν, Μ., 2020· Κωνσταντιδέλλη, Δ., 2020).

Τέλος, ο κεντρικός μηχανισμός της βλάβης εντοπίζεται στην ανοσολογική απόκριση και τη διαταραχή του επιθηλιακού φραγμού, η οποία επιτρέπει την είσοδο αντιγόνων και προκαλεί μια ανεξέλεγκτη ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος (Σαμπάν, Μ., 2020). Αυτό οδηγεί σε μια υπερπαραγωγή προφλεγμονωδών κυτταροκινών, με κυριότερους εκπροσώπους τον παράγοντα νέκρωσης όγκων (TNF-α) και την ιντερλευκίνη-6 (IL-6), οι οποίες συντηρούν τη χρόνια φλεγμονή και προκαλούν τις ιστολογικές βλάβες στο έντερο. (Κωνσταντιδέλλη, Δ., 2020· Ντούργαρα, Β., 2020) Η παθοφυσιολογική αυτή αλληλουχία, πέρα από τη συστηματική απορρύθμιση του ανοσοποιητικού, αποτυπώνεται σαφώς στις χαρακτηριστικές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις του εντερικού τοιχώματος, οι οποίες με τη σειρά τους εκδηλώνονται μέσω του κλινικού φάσματος συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι ασθενείς.

2.2 Κλινική Εικόνα και Παθολογοανατομικά Ευρήματα

Η κλινική εικόνα και η διαφορική διάγνωση μεταξύ της ελκώδους κολίτιδας (UC) και της νόσου του Crohn (CD) αποτελούν τη βάση για την ορθή αναγνώριση των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου, καθώς, παρά τα κοινά τους στοιχεία, παρουσιάζουν θεμελιώδεις διαφορές στην εντόπιση και τη φύση της φλεγμονής (Κωνσταντιδέλλη, Δ., 2020).

Η Ελκώδης Κολίτιδα χαρακτηρίζεται από συνεχή και ομότιμη φλεγμονή που περιορίζεται στον βλεννογόνο του παχέος εντέρου, ξεκινώντας πάντα από το ορθό και επεκτεινόμενη κεντρικότερα σε ποικίλη έκταση (EOMINFE, 2017). Τα κύρια συμπτώματα περιλαμβάνουν

αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις, συχνά νυχτερινές, παρουσία βλέννας στα κόπρανα, τεινεσμό (επώδυνη έπειξη για αφόδευση) και κολικοειδή κοιλιακά άλγη (Ντούργαρα,Β., 2020). Σε βαρύτερες περιπτώσεις, η νόσος συνοδεύεται από συστηματικές εκδηλώσεις όπως πυρετό, ταχυκαρδία, αναιμία και απώλεια βάρους (Truelove & Witts 1955).

Αντίθετα, η νόσος του Crohn είναι μια διατοιχωματική φλεγμονώδης διεργασία που μπορεί να προσβάλει οποιοδήποτε τμήμα του πεπτικού σωλήνα, από το στόμα έως τον πρωκτό, με συχνότερη εντόπιση τον τελικό ειλέο (Satsangi et al 2006). Χαρακτηρίζεται από ασυνεχείς βλάβες (skip lesions), όπου περιοχές φλεγμονής εναλλάσσονται με τμήματα υγιούς βλεννογόνου (Σαμπάν,Μ., 2020). Η κλινική της εικόνα είναι ετερογενής, με κυρίαρχα συμπτώματα το χρόνιο κοιλιακό άλγος (συχνά στο δεξιό λαγόνιο βόθρο), τη διάρροια, την έντονη απώλεια βάρους, την κόπωση και τον πυρετό (Κωνσταντιδέλλη,Δ., 2020,Σαμπάν,Μ., 2020). Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της νόσο Crohn είναι η συχνή εμφάνιση περιπρωκτικών αλλοιώσεων, όπως συρίγγια και αποστήματα, τα οποία μπορεί να προηγούνται των εντερικών συμπτωμάτων (Βράκας, Σ.,2021).

Για τη διαφορική διάγνωση, η ενδοσκόπηση και η ιστολογική εξέταση είναι καθοριστικές: στη νόσο Crohn ανευρίσκονται συχνά μη τυροειδοποιημένα κοκκιώματα και εικόνα «λιθόστρωτου» (cobblestone appearance), ενώ η UC εμφανίζει διάχυτη φλεγμονή χωρίς κοκκιώματα (Σαμπάν,Μ., 2020). Στις περιπτώσεις που η διάκριση είναι αδύνατη, χρησιμοποιούνται οι όροι αταξινόμητη ή ακαθόριστη κολίτιδα (Σαμπάν,Μ., 2020). Επιπλέον, και οι δύο νόσοι παρουσιάζουν εξωεντερικές εκδηλώσεις σε σημαντικό ποσοστό, με συνηθέστερες τις αρθροπάθειες, τις δερματικές βλάβες (οζώδες ερύθημα, γαγγραινώδες πυόδερμα) και τις οφθαλμικές φλεγμονές. (Κωνσταντιδέλλη, Δ., 2020, Ντούργαρα, Β., 2020).

Ακολουθεί ο πίνακας 2.1 με τα διαφορικά χαρακτηριστικά των δύο νοσημάτων (Βράκας, Σ.,2021)

Πίνακας 2.1. Διαφορικά Κλινικά Χαρακτηριστικά των ΙΦΝΕ

ΝΟΣΟΣ CROHN	ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ
Διάρροια >6 εβδομάδες	Διάρροια >6 εβδομάδες (στο 90% των ασθενών)
Αίμα και βλέννα (σε εντόπιση στον τελικό ειλέο)	Διάρροιες με αίμα και βλέννα κυρίως κατά τη διάρκεια της νύχτας
Κοιλιακός άλγος (στο 70% των ασθενών)	Έπειξη
Απώλεια Βάρους (στο 60% των ασθενών)	Τεινεσμοί
Ανορεξία	Κολικοειδή κοιλιακά άλγη
Μυική αδυναμία	Απώλεια βάρους
Πυρετός ή δέκατα	Πυρετός
Περιπρωκτικά Συρίγγια	Ταχυκαρδία

Καθυστέρηση ανάπτυξης	Εξωεντερικές εκδηλώσεις(περιφερειακή ή κεντρική αρθροπάθεια)
Εξωεντερικές εκδηλώσεις (αρθροπάθειες κτλ.)	

Παρά τη διαγνωστική αξία των κλινικών συμπτωμάτων που παρατίθενται στον παραπάνω πίνακα, η οριστική διάγνωση των ΙΦΝΕ απαιτεί τον συνδυασμό κλινικών, εργαστηριακών, ενδοσκοπικών και ιστολογικών δεδομένων. Η παρακάτω ενότητα αναλύει τη διαγνωστική προσέγγιση που ακολουθείται, προκειμένου να τεκμηριωθεί η νόσος και να καθοριστεί ο φαινότυπός της.

2.3 Διαγνωστική Προσέγγιση

Η διάγνωση των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ) δεν βασίζεται σε μία μοναδική εξέταση αναφοράς ("gold standard"), αλλά απαιτεί τη συνεκτίμηση της κλινικής εικόνας με τα εργαστηριακά, ενδοσκοπικά, ιστολογικά και απεικονιστικά ευρήματα. (Μητσέλος, 2019).

Η διαγνωστική διαδικασία ξεκινά με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, όπου αξιολογούνται ο τύπος, η έναρξη και η διάρκεια των συμπτωμάτων, καθώς και παράγοντες όπως το οικογενειακό ιστορικό, οι συνθήκες υγιεινής και πρόσφατα ταξίδια.(Μητσέλος,Ι., 2019).

Οι εργαστηριακές εξετάσεις αίματος για δείκτες φλεγμονής (όπως η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη και η ΤΚΕ) και η ανίχνευση αναιμίας κατευθύνουν τη διερεύνηση, ενώ είναι απαραίτητος ο αποκλεισμός μικροβιακών λοιμώξεων μέσω καλλιιεργειών κοπράνων και ελέγχου για παθογόνα όπως το *Clostridium difficile* (Ντούργα, Β.,2020). Η καλπροτεκτίνη κοπράνων αποτελεί έναν εξειδικευμένο βιοδείκτη που βοηθά σημαντικά στην αντικειμενική αξιολόγηση της εντερικής φλεγμονώδους δραστηριότητας. (Μητσέλος,Ι., 2019).

Η ειλεοκολονοσκόπηση με λήψη ιστοτεμαχίων (βιοψιών) αποτελεί την εξέταση εκλογής, καθώς επιτρέπει τον καθορισμό της εντόπισης, της μορφολογίας και της έκτασης της φλεγμονής, διευκολύνοντας τη διαφορική διάγνωση. (Ντούργα, Β., 2020, Σαμπάν, Μ., 2020).

Οι απεικονιστικές μέθοδοι, όπως η μαγνητική και η αξονική εντερογραφία, παρέχουν κρίσιμες πληροφορίες για το λεπτό έντερο και τις διατοιχωματικές επιπλοκές της νόσου, όπως στενώσεις και συρίγγια (Μητσέλος 2019). Τέλος, η χρήση της ασύρματης ενδοσκοπικής κάψουσας προσφέρει τη δυνατότητα λεπτομερούς απεικόνισης του βλεννογόνου σε ολόκληρο το λεπτό έντερο, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη διάγνωση και την ταξινόμηση των ΙΦΝΕ. (Μητσέλος,Ι., 2019)

Ωστόσο, η διαγνωστική διαδικασία δεν ολοκληρώνεται με τον έλεγχο του γαστρεντερικού σωλήνα· η συστηματική φύση των ΙΦΝΕ επιβάλλει την αναζήτηση συνοδών παθολογικών καταστάσεων και εξωεντερικών εκδηλώσεων, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά το κλινικό προφίλ και τη συνολική επιβάρυνση του ασθενούς.

2.4.ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΙΦΝΕ

Η εμφάνιση εξωεντερικών εκδηλώσεων μπορεί να προηγείται ή να εμφανίζεται ταυτόχρονα με τα κλινικά συμπτώματα της Ελκώδους Κολίτιδας ή και της Ν Crohn.(eominfe). Το ποσοστό εμφάνισης εξωεντερικών εκδηλώσεων κυμαίνεται από 6-35% , και τα νοσήματα είναι κοινά και για την Ελκώδη και για τη νόσο Crohn, ενώ 1 στους 4 ασθενείς μπορεί να εμφανίσει πολυνοσηρότητα. Η συνοσυρότητα και η πολυνοσυρότητα επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι πιο γνωστές εξωεντερικές εκδηλώσεις αφορούν τις αρθρώσεις, το ήπαρ, τους νεφρούς, το δέρμα και τους οφθαλμούς.

2.4.1 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ

Αρθροπάθειες

Η περιφερειακή αρθροπάθεια τύπου Ι, ονομάζεται ολιγοαρθροπάθεια γιατί προσβάλλει κάθε φορά λιγότερες από πέντε μεγάλες αρθρώσεις, όπως πχ των ώμων, των αγκώνων κτλ. Η αρθρίτιδα αυτή έχει οξεία εμφάνιση, υποχωρεί σχετικά γρήγορα εντός λίγων εβδομάδων και οφείλεται στην έξαρση του υποκείμενου εντερικού νοσήματος.

Η περιφερειακή αρθροπάθεια τύπου ΙΙ, είναι πολυαρθροπάθεια αφού προσβάλλει τις μικρές αρθρώσεις χεριών και ποδιών, δεν συσχετίζεται με την έξαρση της εντερικής νόσου ενώ ταλαιπωρεί τον ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα προτού υποχωρήσει.

Η κεντρική αρθροπάθεια αφορά την ιερολαγονίτιδα και την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα. Η ιερολαγονίτιδα σε πολύ μεγάλο ποσοστό μπορεί να είναι ασυμπτωματική , αλλιώς η συμπτωματική μορφή της εμφανίζεται με πόνο στην περιοχή της λεκάνης, ο οποίος υποχωρεί όταν ακολουθείται κάποιο πρόγραμμα άσκησης, ενώ η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα εμφανίζεται με άλγος στην περιοχή της μέσης. Για να επιβεβαιωθούν οι αρθροπάθειες απαιτείται εκτός από κλινική εξέταση και επανεξέταση σε μαγνητικό τομογράφο.

Σε όλες τις προηγούμενες αρθροπάθειες χρειάζεται ταυτόχρονα φαρμακευτικός έλεγχος του νοσήματος του εντέρου με ταυτόχρονη χορήγηση δραστικών ουσιών ανάλογων του είδους της αρθροπάθειας.

2.4.2 Δερματικές Εκδηλώσεις

Οζώδες ερύθημα

Οζώδες ερύθημα ονομάζεται η ύπαρξη υποδόριων οζιδίων στην περιοχή των κάτω άκρων σε περιπτώσεις που η εντερική νόσος είναι ενεργή. Εάν εντοπιστεί και θεραπευτεί η υποκείμενη νόσος σπάνια θα χρειαστεί να προστεθεί κάποιο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο.

Γαγγραινώδες πυόδερμα

Το γαγγραινώδες πυόδερμα έχει τη μορφή δερματικών βλαβών που οδηγεί σε νέκρωση του δέρματος και τελικά στην εξέλκωσή του με ή χωρίς την παρουσία πύου. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Για τη θεραπεία του χρησιμοποιούνται τοπικά και per os κορτικοστεροειδή. Ενώ σε περιπτώσεις που δεν ανταποκρίνονται τότε μπορεί να χορηγηθεί τακρόλιμος ή ακόμα και κυκλοσπορίνη ή αντι-TNFα παραγόντων.

Σύνδρομο Sweet

Το σύνδρομο Sweet εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε γυναίκες με εντερική νόσο σε έξαρση και έχει τη μορφή οζίων στο λαιμό το πρόσωπο και στα χέρια. Υποχωρεί όταν ακολουθείται η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση για το υποκείμενο νόσημα του εντέρου.

2.4.3 Οφθαλμικές Εκδηλώσεις

Επισκληρίτιδα

Η επισκληρίτιδα μπορεί να είναι είτε ασυμπτωματική , είτε να υπάρχει ένα αίσθημα καύσου και κνησμού στο σημείο προσβολής του οφθαλμού. Η αντιμετώπιση επιτυγχάνεται με τη χρήση κορτικοειδών και την ύφεση της υποκείμενης εντερικής νόσου.

Ραγοειδίτιδα

Τα συμπτώματα της ραγοειδίτιδας είναι πόνος στην περιοχή των οφθαλμών, μείωση της όρασης, ευαισθησία στο φως ακόμα και πονοκεφάλους και μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της όρασης αν δεν αναζητηθεί η κατάλληλη θεραπεία. Η θεραπεία γίνεται με χρήση τοπικών και απο του στόματος κορτικοστεροειδών ή και αντι-TNFα.

2.4.4 Ηπατικές Εκδηλώσεις

Πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειΐτιδα

Σε ασθενής με ελκώδη κολίτιδα όταν εμφανίζεται χολόσταση πρέπει να ελέγχονται λεπτομερώς για τη νόσηση ή μη από την Πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειΐτιδα. Εφόσον κάποιος νοσεί από το νόσημα αυτό υποβάλλεται σε βιοψία ήπατος για να γίνει σταδιοποίηση της νόσου. Χορηγείται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της χολόστασης ουρσοδεοξυχολικό οξύ. Ενώ υπάρχουν περιπτώσεις που η αποχωρήσει τόσο πολύ ώστε να χρειαστεί ο ασθενής μεταμόσχευση ήπατος.

Θρομβοεμβολική νόσος

Ασθενείς με ελκώδη νόσο και νόσο Crohn έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Θρομβοεμβολικού επεισοδίου και θανάτου. Συχνότερα εμφανίζεται η εν τω βάθει φλεβοθρομβωση και η πνευμονική εμβολή. Η προφύλαξη από τέτοια επεισοδία επιτυγχάνεται με τη χρήση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους. Η χορήγηση αυτού του είδους της ηπαρίνης δεν προκαλεί αιμορραγική διάθεση στους ασθενείς με εντερική νόσο.

Μεταβολική οστική νόσος

Οστεοπόρωση και οστεοπενία εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς με υποκείμενη εντερική νόσο. Σε αυτό μπορεί να παίζει και σημαντικό ρόλο η δυνατότητα απορροφησης βιταμίνης D από το έντερο. Ανάλογα με τις ανάγκες και τις ελλείψεις του κάθε ασθενή χορηγούνται αντίστοιχες δόσεις ασβεστίου και βιταμίνης D.

Αναιμία

Η πιο συχνή εξωεντερική νόσος που εκδηλώνεται λόγω ύπαρξης των ΙΦΝΕ είναι η αναιμία είτε με τη μορφή της σιδηροπενικής αναιμίας, είτε ως χρόνια αναιμία είτε ως μικτή αναιμία. Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ κάνουν συχνό έλεγχο της φερίτινης, της ΤΚΕ, της CRP και γενική αίματος ώστε αν υπάρχει επαρκής κίνδυνος αναιμίας να προχωρήσουν είτε σε μετάγγιση είτε σε ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου, ανάλογα και την κάθε περίπτωση. (Βράκας,Σ.,2018)

Η πολυπλοκότητα των παραπάνω συστηματικών επιπλοκών καθιστά σαφές ότι η θεραπευτική διαχείριση των ΙΦΝΕ δεν μπορεί να περιορίζεται μόνο στον έλεγχο της εντερικής φλεγμονής, αλλά απαιτεί μια ολιστική, διεπιστημονική προσέγγιση με στόχο τόσο την ύφεση της νόσου όσο και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

2.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΙΔΙΟΠΑΘΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.

Για να επιτευχθεί η ύφεση στα Ιδιοπαθή φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου γίνεται χρήση συμβατικών φαρμάκων που αντιστοιχούν σε πέντε μεγάλες κατηγορίες και σε όσους δεν ανταποκρίνονται στηθεραπευτική προσέγγιση συστήνεται η χειρουργική αντιμετώπιση.(Triantafillidis, e.a.2011) Ο ακρογωνιαίος λίθος στην αντιμετώπιση των ΙΦΝΕ είναι η χρήση των συμβατικών κυρίως φαρμάκων και η χρήση βιολογικών παραγόντων η οποία γίνεται από ένα μικρότερο ποσοστό ασθενών.

Επιγραμματικά οι κατηγορίες φαρμακευτικών ουσιών που χρησιμοποιούνται τη Ν. Crohn και στην Ελκώδη είναι οι εξής:

2.5.1 Τα Αντιφλεγμονώδη φάρμακα

Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα στα οποία περιλαμβάνονται οι: Μεσαλαζίνη και τα κορτικοστεροειδή.

Η μεσαλαζίνη είναι η δραστική ουσία, η οποία προέρχεται από τη σουλαφαθειαζίνη. Μπορεί να χορηγηθεί είτε από το στόμα με τη μορφή δισκίων ή κοκκίων, είτε και διαμέσου του εντέρου τοπικά στις αλλοιώσεις με διάφορες μορφές (πχ αφρού). Η δημιουργία νέων παρασκευασμάτων μεσαλαζίνης καθιστούν τη χρήση της πιο εύκολη και πιο ασφαλή, ενώ μειώνουν και τη συχνότητα χορήγησης σε μια φορά την ημέρα.

Τα κορτικοστεροειδή χρησιμοποιούνται για την πρόκληση ύφεσης στα Ι.Φ.Ν.Ε, χωρίς να έχει διερευνηθεί πλήρως ο τρόπος με τον οποίο δρουν. Όταν χορηγούνται σε μακροχρόνια βάση ενέχεται ο κίνδυνος εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών και επιπλέον οι ασθενείς στους οποίους χορηγείται πρέπει να προσέχουν ιδιαιτέρως και την διατροφή τους.(Βράκας,Σ,2018)

2.5.2 Τα Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα

Στα Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα περιλαμβάνονται : Η Αζαθειοπρίνη, η 6-μερκαπτοπουρίνη (AZA/6-MP, η Μεθοτρεξάτη (MTX), το Τακρόλιμους και η Κυκλοσπορίνη (CyA).

Η αζαθειοπρίνη συνδυάζεται με την 6-μερκαπτοπουρίνη και αποτελούν ένα από τα παλαιότερα θεραπευτικά σχήματα για τη θεραπεία των ΙΦΝΕ και η χορήγησή τους προκαλεί ανοσοκαταστολή του ανοσοποιητικού του ασθενούς. Ο συνδυασμός των δύο αυτώνσκευασμάτων συνεχίζει να διατηρεί σε ύφεση το 40% των ασθενών που τον ακολουθούν ακόμα και μετά από πέντε χρόνια. Όταν κάποιος ασθενής ανταποκρίνεται σε αυτό το

δοσολογικό σχήμα από τους πρώτους μήνες που του χορηγείται τότε μπορεί να βρίσκεται σε κατάσταση ύφεσης με το ίδιο δοσολογικό σχήμα για πολλά χρόνια.

Η χρήση της μεθοτρεξάτης ακολουθεί όταν ο ασθενής δεν οδηγείται σε ύφεση κατά τη χορήγηση του προηγούμενου δοσολογικού σχήματος. Η χορήγηση μεθοτρεξάτης προϋποθέτει τη συχνή παρακολούθηση του ασθενούς ενώ συγχρονες οδηγίες δεν το συστήνουν ως θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα.(Κωνσταντιδέλλη,Δ,2020)

Το τακρόλιμους είναι μια δραστική ουσία που χρησιμοποιείται όταν δεν υπάρχει ανταπόκριση του οργανισμού στα υπόλοιπα ανοσοκατασταλτικά που αναφέρθηκαν, είναι νεφροτοξικό αλλά η βλάβη στα νεφρά είναι αναστρέψιμη με τη μείωση ή και την κατάργηση της δόσης. Το φάρμακο αυτό αποτελεί ένα εξαιρετικό εργαλείο σε περιπτώσεις όπου έχουμε ανθεκτική Ελκώδη κολίτιδα και σε περιπτώσεις της Ν.Crohn με παρουσία συριγγίων .Επιπλέον χρησιμοποιείται και για θεραπεία νοσολογικών καταστάσεων που αποτελούν εξωεντερικές εκδηλώσεις των Ι.Φ.Ν.Ε όπως είναι το γαγγραινώδες τυόδεμα.

Η κυκλοσπορίνη είναι μια φαρμακευτική ουσία η οποία χρησιμοποιείται κυρίως σε μεταμοσχεύσης για να μην αποριφθεί το μεταμοσχευμένο όργανο. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις ασθενών με πολύ σοβαρού βαθμού έξαρση της Ελκώδους κολίτιδας, χορηγούμενη ενδοφλέβια σε σταθερή συγκέντρωση όταν γίνεται προσπάθεια για να αποφύγει ο ασθενής την κολεκτομή. Ο μηχανισμός δράσης της δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητός.(Βράκας,Σ,2018)(Κλήμος,Γ,2021)

2.5.3 Βιολογικοί παράγοντες

Οι βιολογικοί παράγοντες αποτελούν την τελευταία ανακάλυψη στην αντιμετώπιση των Ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων. Βιολογικοί παράγοντες είναι η Infliximab, η Adalimumab και η Certolizumabpegol, στην Αμερική έχουν πάρει έγκριση και τα τρία φάρμακα ενώ στην Ευρώπη μόνο τα δύο πρώτα. Η χρήση τους γίνεται σε περιπτώσεις σοβαρών εξάρσεων όπου οι προηγούμενοι συνδυασμοί δεν έχουν καταφέρει να επιτύχουν την επιθυμητή κλινική ύφεση.(Κλημος. Γ,2021)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΣΥΝΟΨΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Η ανάλυση της υφιστάμενης βιβλιογραφίας, όπως αυτή αποτυπώθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, αναδεικνύει την πολυπλοκότητα των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ) και τον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζει η ποιότητα ζωής στη διαχείριση της χρόνιας αυτής πάθησης. Ενώ είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι κλινικοί παράγοντες –όπως η ενεργότητα της νόσου– ασκούν άμεση πίεση στη λειτουργικότητα των ασθενών, το πεδίο της

φυσικής δραστηριότητας παραμένει μια δυναμική παράμετρος που συχνά υποτιμάται στη θεραπευτική καθημερινότητα.

Παρά την ιστορική επικράτηση της πεποίθησης ότι η άσκηση ενέχει κινδύνους για τους ασθενείς με ΙΦΝΕ, η σύγχρονη επιστημονική συζήτηση στρέφεται προς τα οφέλη της μέτριας σωματικής δραστηριότητας ως συμπληρωματικού μέσου βελτίωσης της ψυχικής και σωματικής ευεξίας. Εντούτοις, παρατηρείται ένα σημαντικό θεωρητικό κενό: δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί κατά πόσον τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας υπερβαίνουν τους περιορισμούς που θέτει η κλινική βαρύτητα της νόσου, ούτε έχει μελετηθεί επαρκώς η επίδραση του κοινωνικοοικονομικού και δημογραφικού υπόβαθρου των ασθενών στη συνολική τους ποιότητα ζωής στο ελληνικό πλαίσιο.

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να καλύψει αυτό το κενό, προσεγγίζοντας ολιστικά το ζήτημα μέσω μιας ποσοτικής μελέτης 74 ασθενών, με σκοπό να διερευνήσει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας, των κλινικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων που διαμορφώνουν την υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής. Υπό το πρίσμα αυτό, η παρούσα διπλωματική εργασία θέτει τα εξής ερευνητικά ερωτήματα τα οποία εξετάζονται αναλυτικά στις επόμενες ενότητες:

- **Ερευνητικό Ερώτημα 1 (RQ1):** Σχετίζεται η συχνότητα και η ένταση της φυσικής δραστηριότητας με την ποιότητα ζωής (συνολικό σκορ και επιμέρους διαστάσεις υγείας) των ασθενών με ΙΦΝΕ;
- **Ερευνητικό Ερώτημα 2 (RQ2):** Ποια είναι η επίδραση των κλινικών χαρακτηριστικών της νόσου (ενεργότητα, ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, συνυπάρχουσες νόσοι) στην ποιότητα ζωής και στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των ασθενών;
- **Ερευνητικό Ερώτημα 3 (RQ3):** Υφίστανται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ποιότητα ζωής και τη φυσική δραστηριότητα των ασθενών με βάση τα κοινωνικοοικονομικά τους χαρακτηριστικά (ηλικία, εισόδημα, τόπος κατοικίας);
- **Ερευνητικό Ερώτημα 4 (RQ4):** Ποια είναι η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, εκπαίδευση, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση) και των καθημερινών συνηθειών (κάπνισμα) στα επίπεδα ποιότητας ζωής και φυσικής δραστηριότητας των ασθενών;

Τα ανωτέρω ερευνητικά ερωτήματα οδηγούν στη διατύπωση των κεντρικών ερευνητικών υποθέσεων της μελέτης, οι οποίες υποθέτουν ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά και το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο των ασθενών επιδρούν καθοριστικά στην ποιότητα ζωής τους, ενώ η φυσική δραστηριότητα λειτουργεί υπό το πρίσμα της κλινικής σταθερότητας του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός και Σχεδιασμός της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της φυσικής δραστηριότητας στην Ποιότητα Ζωής των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε μια **ποσοτική, συγχρονική μελέτη (cross-sectional study)**. Η συλλογή των δεδομένων έλαβε χώρα με τη χρήση ψηφιακού, δομημένου ερωτηματολογίου μέσω της πλατφόρμας Google Forms. Η επιλογή ψηφιακής συλλογής δεδομένων κρίνεται ιδανική για πληθυσμούς με χρόνιες παθήσεις, καθώς εξαλείφει γεωγραφικούς περιορισμούς και διευκολύνει τη συμμετοχή ασθενών με περιορισμένη κινητικότητα (π.χ. λόγω κόπωσης ή εξάρσεων της νόσου).

4.2 Πληθυσμός και Δείγμα της Μελέτης

Το αρχικό δείγμα της μελέτης αποτελέστηκε από 106 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Η διανομή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε ψηφιακά μέσω της επίσημης ιστοσελίδας και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης του **Συλλόγου Ασθενών με ΙΦΝΕ Θράκης**, καθώς και με τη συνδρομή νοσηλευτικού προσωπικού που διευκόλυνε τη δικτύωση με ασθενείς.

Για τη διασφάλιση της ομοιογένειας του τελικού δείγματος, τέθηκαν τα εξής κριτήρια:

- **Κριτήρια Εισαγωγής:** Ηλικία άνω των 18 ετών, επιβεβαιωμένη διάγνωση από Νόσο Crohn ή Ελκώδη Κολίτιδα, και ρητή συγκατάθεση συμμετοχής.
- **Κριτήρια Αποκλεισμού:** Ατελής συμπλήρωση κρίσιμων μεταβλητών. Κατά τη διαδικασία καθαρισμού των δεδομένων (data cleaning), αποκλείστηκαν 32 ερωτηματολόγια στα οποία οι συμμετέχοντες επέλεξαν την απάντηση "Άλλο" στο είδος του νοσήματος, χωρίς να διευκρινίσουν την ακριβή διάγνωση (π.χ. αδιαφοροποίητη ή αταξινόμητη κολίτιδα). Δεδομένου ότι οι περιπτώσεις αυτές βιβλιογραφικά αντιπροσωπεύουν ένα μικρό και κλινικά ιδιαίτερο εξειδικευμένο ποσοστό (5%-10%) των ΙΦΝΕ, αποφασίστηκε η αφαίρεσή τους για την αποφυγή μεθοδολογικών μεροληψιών. Κατόπιν των ανωτέρω αποκλεισμών, το τελικό δείγμα της μελέτης προς στατιστική ανάλυση διαμορφώθηκε σε **N=74 ασθενείς** με σαφή διάγνωση Νόσου Crohn ή Ελκώδους Κολίτιδας.

4.3 Ερευνητικά Εργαλεία και Μετρήσεις

Το ψηφιακό εργαλείο συλλογής δεδομένων αποτελούνταν από τρεις διακριτές ενότητες:

1. **Δημογραφικά και Κλινικά Χαρακτηριστικά:** Καταγραφή στοιχείων όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το ετήσιο εισόδημα, η εκπαίδευση, καθώς και κλινικών παραμέτρων (τρέχουσα κατάσταση νόσου: ύφεση/έξαρση, ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ύπαρξη συνοσηροτήτων).
2. **Αξιολόγηση Ποιότητας Ζωής (Short SIBDQ):** Χρησιμοποιήθηκε το Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, το οποίο αποτελείται από 10 ερωτήσεις που αξιολογούν την ποιότητα ζωής κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Η κλίμακα καλύπτει τη **Σωματική Υγεία** (ερωτήσεις 1, 4, 6, 7, 9), την **Ψυχική Υγεία** (ερωτήσεις 5, 8, 10) και την **Κοινωνική Ενεργότητα** (ερωτήσεις 2, 3). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 10 έως 70 (υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής). Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) του ερωτηματολογίου **SIBDQ (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire)** και των τριών επιμέρους υποκλιμάκων του στο δείγμα των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου, υπολογίστηκε ο δείκτης **alpha του Cronbach (Cronbach's alpha)**. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τιμές του δείκτη $\alpha > 0.70$ θεωρούνται ικανοποιητικές και στατιστικά αποδεκτές, ενώ τιμές $\alpha > 0.80$ υποδηλώνουν υψηλή αξιοπιστία. Με βάση τις αναλύσεις, το **συνολικό σκορ (TOTAL SIBDQ)** παρουσίασε πολύ υψηλή εσωτερική συνέπεια, με τον δείκτη να ανέρχεται σε **Cronbach's alpha = 0.856** (10 ερωτήσεις).

Αναφορικά με τις επιμέρους υποκλίμακες:

- Η **Σωματική Υγεία** (ερωτήσεις 1, 4, 6, 7, 9) κατέγραψε δείκτη **Cronbach's alpha = 0.748**, τιμή η οποία κρίνεται απόλυτα ικανοποιητική και επαρκής για κλινική έρευνα.
- Η **Ψυχική Υγεία** (ερωτήσεις 5, 8, 10) εμφάνισε υψηλή εσωτερική συνέπεια με δείκτη **Cronbach's alpha = 0.826**.
- Η **Κοινωνική Ενεργοποίηση** (ερωτήσεις 2, 3), παρά το γεγονός ότι αποτελείται από δύο μόνο ερωτήσεις, παρουσίασε ιδιαίτερα υψηλό δείκτη αξιοπιστίας, ίσο με **Cronbach's alpha = 0.851**.

Συμπερασματικά, όλοι οι δείκτες υπερβαίνουν το απαιτούμενο όριο του 0.70, γεγονός που αποδεικνύει ότι το εργαλείο μέτρησης λειτουργεί με εξαιρετική σταθερότητα και αξιοπιστία στο υπό μελέτη δείγμα, επιτρέποντας τη διεξαγωγή περαιτέρω στατιστικών αναλύσεων.

Επιπλέον σε αντίθεση με άλλες μελέτες στον τομέα των ΙΦΝΕ όπου παρατηρείται το 'φαινόμενο της οροφής' (ceiling effect) στα σκορ ποιότητας ζωής, το παρόν δείγμα παρουσίασε ικανοποιητική διασπορά τιμών. Αυτό ενισχύει την εγκυρότητα των στατιστικών μας αναλύσεων, καθώς τα εργαλεία μέτρησης αποδείχθηκαν ευαίσθητα στο να καταγράφουν τις διαφορές μεταξύ των ασθενών.

Πίνακας 4. 1. Δείκτες Εσωτερικής Αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) για το Συνολικό Σκορ και τις Υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου SIBDQ

Κλίμακα / Υποκλίμακα SIBDQ	Ερωτήσεις (Items)	Πλήθος Ερωτήσεων	Δείκτης Cronbach's α	Αξιολόγηση Εσωτερικής Συνέπειας
TOTAL SIBDQ (Συνολικό Σκορ)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	10	0.856	Πολύ Υψηλή / Εξαιρετική
Σωματική Υγεία	1, 4, 6, 7, 9	5	0.748	Ικανοποιητική / Αποδεκτή
Ψυχική Υγεία	5, 8, 10	3	0.826	Πολύ Υψηλή
Κοινωνική Ενεργοποίηση	2, 3	2	0.851	Πολύ Υψηλή

3. **Καταγραφή Φυσικής Δραστηριότητας (Short IPAQ):** Χρησιμοποιήθηκε το Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας (International Physical Activity Questionnaire - Σύντομη Έκδοση). Το IPAQ καταγράφει τη συχνότητα και τη διάρκεια της σωματικής δραστηριότητας κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, διαχωρίζοντάς την σε τρία επίπεδα έντασης: **Έντονη Δραστηριότητα** (m1), **Μέτρια Δραστηριότητα** (m2) και **Περπάτημα** (m3), με την τελική βαθμολόγηση να υπολογίζεται σε μονάδες MET-minutes/week.

4.4 Ηθική και Δεοντολογία της Έρευνας

Η διεξαγωγή της έρευνας βασίστηκε στις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι για την ηθική των ιατρικών μελετών και συμμορφώθηκε πλήρως με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR). Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν **απολύτως εθελοντική και ανώνυμη**. Πριν από την έναρξη συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν γραπτώς στην πρώτη σελίδα της φόρμας για τον σκοπό της μελέτης, τη διασφάλιση του απορρήτου των απαντήσεών τους και την αποκλειστική χρήση των δεδομένων για ακαδημαϊκούς σκοπούς, παρέχοντας υποχρεωτικά την ηλεκτρονική τους **συναίνεση** για να προχωρήσουν.

4.5 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό λογισμικό **Jamovi** (έκδοση 2.3). Η ανάλυση διακρίθηκε σε δύο επίπεδα:

- **Περιγραφική Στατιστική:** Χρησιμοποιήθηκε για την αποτύπωση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών μέσω συχνοτήτων (N) και σχετικών ποσοστών (%), καθώς και για τον υπολογισμό των μέσων όρων (Mean) και των τυπικών αποκλίσεων (SD) των σκορ του SIBDQ και του IPAQ.

- **Επαγωγική Στατιστική:** Επιστρατεύθηκαν έλεγχοι t-test ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent t-test) και Μονοπαραγοντικής Ανάλυσης Διακύμανσης κατά Welch (One-Way Welch's ANOVA) για τη σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ των ομάδων. Η χρήση του Welch's ANOVA προτιμήθηκε έναντι της κλασικής ANOVA, καθώς η τελευταία προϋποθέτει ομοιογένεια διακυμάνσεων (homogeneity of variance), η οποία δεν ήταν εγγυημένη λόγω των ανισομερών μεγεθών των υποομάδων. Τέλος, εφαρμόστηκε ανάλυση **Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης (Multiple Linear Regression)** για την εξέταση των μορφών φυσικής δραστηριότητας ως προβλεπτικών παραγόντων της ποιότητας ζωής. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για όλους τους ελέγχους ορίστηκε σε $p < 0.05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ, ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, πραγματοποιήθηκε περιγραφική μονομεταβλητή στατιστική ανάλυση (univariate descriptive analysis) με σκοπό την αποτύπωση των δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος, το οποίο αποτελείται από συνολικά 74 ασθενείς (N=74) με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ).

Όσον αφορά τη δημογραφική κατανομή ως προς το φύλο, παρατηρείται έντονη υπεροχή των γυναικών, οι οποίες αποτελούν το 75.7% (N=56) του συνόλου, έναντι των ανδρών που αντιπροσωπεύουν το 24.3% (N=18). Σχετικά με το ηλικιακό εύρος, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκει στην ομάδα των 46–60 ετών (40.5%, N=30), ακολουθούμενη από την ομάδα των 31–45 ετών (32.4%, N=24). Οι νεότεροι ενήλικες (18–30 ετών) αποτελούν το 18.9% (N=14) του δείγματος, ενώ το μικρότερο ποσοστό αφορά άτομα άνω των 61 ετών (8.1%, N=6). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία του δείγματος είναι παντρεμένοι ή έχουν συνάψει σύμφωνο συμβίωσης σε ποσοστό 56.8% (N=42). Οι άγαμοι ασθενείς αποτελούν το 32.4% (N=24) του συνόλου, οι διαζευγμένοι το 8.1% (N=6), ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 2.7% (N=2) επέλεξε την απάντηση «Άλλο». Όσον αφορά τις καθημερινές συνήθειες, το 28.4% (N=21) των ερωτηθέντων ανέφερε ότι καπνίζει, ενώ οι μη καπνιστές είναι σημαντικά περισσότεροι, φτάνοντας σε ποσοστό το 71.6% (N=53).

Αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά, η πλειοψηφία του δείγματος έχει διάγνωση Νόσου Crohn (59.5%, N=44), το 37.8% (N=28) παρουσιάζει Ελκώδη Κολίτιδα, ενώ ένα μικρό

ποσοστό της τάξης του 2.7% (N=2) πάσχει από Αδιαφοροποίητη Κολίτιδα. Κατά τη χρονική περίοδο της καταγραφής, η νόσος βρισκόταν σε ύφεση (μη ενεργή) για το 60.8% (N=45) των συμμετεχόντων, ενώ ενεργός νόσος (έξαρση) εντοπίστηκε στο 39.2% (N=29). Επιπλέον, το 20.3% (N=15) των ασθενών έχει υποβληθεί στο παρελθόν σε σχετική χειρουργική επέμβαση. Σχεδόν οι μισοί ασθενείς (51.4%, N=38) αναφέρουν την ύπαρξη κάποιας συννοσηρότητας, ενώ θετικό οικογενειακό ιστορικό για ΙΦΝΕ επιβεβαιώνεται ρητά στο 6.8% (N=5) του δείγματος (το υπόλοιπο 93.2%, N=69, δήλωσε «Όχι» ή «Δεν γνωρίζω»).

Εξετάζοντας το κοινωνικοοικονομικό προφίλ, διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συγκεντρώνεται σε αστικές περιοχές, με το 43.2% (N=32) να διαμένει σε πόλεις μεσαίου μεγέθους (10.001 έως 150.000 κατοίκους) και το 32.4% (N=24) σε μεγάλα αστικά κέντρα (> 150.001 κατοίκους). Μικρότερα ποσοστά καταγράφονται σε κωμοπόλεις (17.6%, N=13) και χωριά (6.8%, N=5). Στον επαγγελματικό τομέα, το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνουν οι δημόσιοι υπάλληλοι (43.2%, N=32) και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (20.3%, N=15), ενώ ακολουθούν οι άνεργοι (10.8%, N=8), οι ασχολούμενοι με τα οικιακά (8.1%, N=6), οι φοιτητές (8.1%, N=6), οι ελεύθεροι επαγγελματίες (6.8%, N=5) και οι συνταξιούχοι (2.7%, N=2).

Αναφορικά με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, το 45.9% (N=34) δηλώνει εισόδημα μεταξύ 10.001 και 20.000 ευρώ, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 24.3% (N=18) διαβιβεί με εισόδημα χαμηλότερο των 10.000 ευρώ ετησίως. Χαμηλότερα ποσοστά καταγράφονται στις κατηγορίες 20.001–30.000 ευρώ (16.2%, N=12), 30.001–40.000 ευρώ (8.1%, N=6) και άνω των 40.001 ευρώ (5.4%, N=4).

Τέλος, αναφορικά με την ασφαλιστική ικανότητα των συμμετεχόντων, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος εξαρτάται από τη δημόσια ασφάλιση για την υγειονομική κάλυψη και τη διαχείριση της χρόνιας πάθησής του. Πιο συγκεκριμένα, το 71.6% (N=53) των ασθενών καλύπτεται αποκλειστικά από τον ΕΟΠΥΥ, ενώ ένα επιπλέον 18.9% (N=14) διαθέτει μικτή κάλυψη, συνδυάζοντας τον ΕΟΠΥΥ με κάποιο πρόγραμμα ιδιωτικής ασφάλειας. Το ποσοστό των ανασφάλιστων ασθενών στο υπό μελέτη δείγμα ανέρχεται στο 5.4% (N=4), ενώ αποκλειστικά ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη δήλωσε μόλις το 4.1% (N=3) των ερωτηθέντων. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη βαρύτητα του δημόσιου ασφαλιστικού φορέα στη στήριξη των ασθενών με ΙΦΝΕ, καθώς το 90.5% του συνολικού δείγματος στηρίζεται εν όλω ή εν μέρει στον ΕΟΠΥΥ. Αναλυτικά στοιχεία για το σύνολο των μεταβλητών παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.1.

Πίνακας 5.1

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος των Ασθενών με Ιδιοπαθή φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (N =74)

Μεταβλητή / Χαρακτηριστικό	Συχνότητα (N)	Σχετικό Ποσοστό (%)
Φύλο		
Ανδρες	18	24.3%
Γυναίκες	56	75.7%
Ηλικιακές Ομάδες		
18–30 ετών	14	18.9%
31–45 ετών	24	32.4%
46–60 ετών	30	40.5%
61+ ετών	6	8.1%
Οικογενειακή Κατάσταση		
Εγγαμος-η / Σύμφωνο συμβίωσης	42	56.8%
Άγαμος	24	32.4%
Διαζευγμένος/η	6	8.1%
Άλλο	2	2.7%
Καπνιστική Συνήθεια		
Ναι (Καπνιστές)	21	28.4%
Όχι (Μη καπνιστές)	53	71.6%
Είδος Νοσήματος		
Νόσος Crohn	44	59.5%
Ελκώδης Κολίτιδα	28	37.8%
Αδιαφοροποίητη Κολίτιδα	2	2.7%
Κατάσταση Νόσου (Ενεργικότητα)		
Υφεση (Μη ενεργή)	45	60.8%
Έξαρση (Ενεργή)	29	39.2%
Ιστορικό Χειρουργικής Επέμβασης		
Ναι	15	20.3%
Όχι	59	79.7%
Ύπαρξη Συνοσηρότητας		
Ναι	38	51.4%
Όχι	36	48.6%
Οικογενειακό Ιστορικό ΙΦΝΕ		
Ναι	5	6.8%
Όχι / Δεν γνωρίζω	69	93.2%
Τόπος Κατοικίας		
Μεγάλη πόλη (> 150.001 κάτ.)	24	32.4%
Πόλη (10.001 έως 150.000 κάτ.)	32	43.2%
Κωμόπολη (2.001 έως 10.000 κάτ.)	13	17.6%
Χωριό (< 2.000 κάτ.)	5	6.8%

Επαγγελματική Κατάσταση		
Δημόσιος Υπάλληλος	32	43.2%
Ιδιωτικός Υπάλληλος	15	20.3%
Άνεργος	8	10.8%
Οικιακά	6	8.1%
Φοιτητής	6	8.1%
Ελεύθερος Επαγγελματίας	5	6.8%
Συνταξιούχος	2	2.7%
Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα		
< 10.000 ευρώ	18	24.3%
10.001 - 20.000 ευρώ	34	45.9%
20.001 - 30.000 ευρώ	12	16.2%
30.001 - 40.000 ευρώ	6	8.1%
> 40.001 ευρώ	4	5.4%
Ασφαλιστική Ικανότητα		
ΕΟΠΥΥ	53	71.6%
ΕΟΠΥΥ / Ιδιωτική ασφάλεια	14	18.9%
Ανασφάλιστος	4	5.4%
Ιδιωτική ασφάλεια	3	4.1%

5.2 Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής (SIBDQ)

Στον Πίνακα 5.2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής μονομεταβλητής στατιστικής ανάλυσης για το συνολικό σκορ και τις επιμέρους υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SIBDQ (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) στο σύνολο του δείγματος (N = 74).

Αναφορικά με τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (TOTAL SIBDQ), η οποία θεωρητικά κυμαίνεται από 10 (χειρίστη ποιότητα ζωής) έως 70 (άριστη ποιότητα ζωής), η μέση τιμή του δείγματος ανήλθε σε $M = 42.20$ με τυπική απόκλιση $SD = 13.00$. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες εμφανίζουν, κατά μέσο όρο, μέτρια προς ικανοποιητική ποιότητα ζωής. Η τιμή της διαμέσου ($Med = 44.00$) κινήθηκε κοντά στον μέσο όρο, γεγονός που υποδεικνύει μια σχετικά ομαλή κατανομή των σκορ. Ωστόσο, το εύρος των τιμών από το ελάχιστο ($Min = 13.00$) έως το μέγιστο ($Max = 69.00$), σε συνδυασμό με τη σχετικά υψηλή τυπική απόκλιση, αναδεικνύει μια έντονη ανομοιογένεια στο δείγμα, με την ύπαρξη ασθενών που βιώνουν πολύ σοβαρή επιβάρυνση αλλά και ασθενών με εξαιρετικά υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής (πιθανώς σε φάση πλήρους κλινικής ύφεσης).

Εξετάζοντας τις επιμέρους υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, παρατηρούνται τα εξής:

- Σωματική Υγεία (Ερωτήσεις 1, 4, 6, 7, 9): Η μέση βαθμολογία των ασθενών διαμορφώθηκε στο $Mean = 20.80$ ($SD = 6.42$, $Med = 22.00$), με τις παρατηρούμενες τιμές να εκτείνονται από 7.00 έως 35.00 (που αποτελεί και το ανώτατο δυνατό σκορ της υποκλίμακας). Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι τα σωματικά συμπτώματα των ΙΦΝΕ επιφέρουν μια ενδιάμεση επιβάρυνση στην καθημερινότητα των ασθενών.
- Ψυχική Υγεία (Ερωτήσεις 5, 8, 10): Η υποκλίμακα που αξιολογεί τη συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση κατέγραψε μέση τιμή $Mean = 11.90$ ($SD = 4.35$, $Med = 12.00$), με εύρος τιμών από 3.00 έως 20.00 (μέγιστο δυνατό: 21). Η τιμή αυτή φανερώνει ότι οι ασθενείς βιώνουν μέτρια επίπεδα ψυχολογικής πίεσης (άγχος, εκνευρισμό ή απογοήτευση) εξαιτίας της χρόνιας πάθησής τους.
- Κοινωνική Ενεργοποίηση (Ερωτήσεις 2, 3): Η συγκεκριμένη υποκλίμακα παρουσίασε μέση τιμή $Mean = 9.51$ ($SD = 3.51$, $Med = 10.00$), με τις τιμές να κυμαίνονται μεταξύ 2.00 και 14.00 (μέγιστο δυνατό: 14). Συγκριτικά με το μέγιστο θεωρητικό σκορ της κλίμακας, η κοινωνική και εργασιακή λειτουργικότητα των ασθενών φαίνεται να είναι ο τομέας που επηρεάζεται λιγότερο αρνητικά από τη νόσο στο συγκεκριμένο δείγμα.

Πίνακας 5.2 Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία (Μονομεταβλητή Ανάλυση) του Ερωτηματολογίου SIBDQ και των Υποκλιμάκων του ($N = 74$)

Στατιστικοί Δείκτες	TOTAL SIBDQ	Σωματική Υγεία	Ψυχική Υγεία	Κοινωνική Ενεργοποίηση
Μέσος Όρος (Mean)	42.20	20.80	11.90	9.51
Διάμεσος (Med)	44.00	22.00	12.00	10.00
Τυπική Απόκλιση (SD)	13.00	6.42	4.35	3.51
Ελάχιστο (Min)	13.00	7.00	3.00	2.00
Μέγιστο (Max)	69.00	35.00	20.00	14.00

5.3 Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία του Ερωτηματολογίου Φυσικής Δραστηριότητας (IPAQ)

Στον Πίνακα 5.3 αποτυπώνονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής μονομεταβλητής στατιστικής ανάλυσης για τις επιμέρους υποκλίμακες και τη συνολική βαθμολογία του διεθνούς ερωτηματολογίου φυσικής δραστηριότητας IPAQ, εκπεφρασμένα σε μεταβολικά ισοδύναμα (MET-minutes/week), για το σύνολο των συμμετεχόντων ($N = 74$).

Αναφορικά με τη Συνολική Φυσικής Δραστηριότητα (TOTAL IPAQ), η μέση τιμή του δείγματος των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου ανήλθε σε $M = 1669.00$ MET-minutes/week ($SD = 988.00$). Η τιμή αυτή, σύμφωνα με τα διεθνή κριτήρια αξιολόγησης του IPAQ, κατατάσσει το δείγμα κατά μέσο όρο στο μέτριο επίπεδο σωματικής

δραστηριότητας (εύρος 600–3000 MET-minutes/week). Η διάμεσος της συνολικής κλίμακας διαμορφώθηκε σε $Med = 1584.00$ MET-minutes/week. Παρατηρείται, ωστόσο, εξαιρετικά μεγάλο εύρος ανάμεσα στην ελάχιστη ($Min = 0.00$) και τη μέγιστη τιμή ($Max = 4795.00$), γεγονός που σε συνδυασμό με την υψηλή τυπική απόκλιση φανερώνει έντονη ανομοιογένεια, με την ύπαρξη ασθενών που διάγουν εντελώς καθιστική ζωή αλλά και ασθενών με πολύ έντονη σωματική ενεργοποίηση.

Αναλύοντας τις επιμέρους συνιστώσες της σωματικής δραστηριότητας, προκύπτουν τα ακόλουθα:

- **Μέτριας έντασης δραστηριότητα (Υποκλίμακα m2):** Κατέγραψε την υψηλότερη μέση τιμή με $M = 689.00$ MET-minutes/week ($SD = 536.00$, $Med = 660.00$), με τις τιμές να κυμαίνονται από $Min = 0.00$ έως $Max = 2880.00$.
- **Έντονης έντασης δραστηριότητα (Υποκλίμακα m1):** Εμφάνισε μέση τιμή $M = 561.00$ MET-minutes/week ($SD = 521.00$, $Med = 480.00$), με εύρος τιμών από $Min = 0.00$ έως $Max = 1960.00$.
- **Περπάτημα (Υποκλίμακα m3):** Σημείωσε μέση τιμή $M = 519.00$ MET-minutes/week ($SD = 360.00$, $Med = 462.00$), με εύρος τιμών από $Min = 0.00$ έως την ανώτατη καταγραφόμενη τιμή $Max = 1386.00$.

Από τα παραπάνω στοιχεία γίνεται σαφές ότι η σωματική δραστηριότητα των ασθενών κατανέμεται και στους τρεις τύπους κίνησης, με τις υποκλίμακες m2 (μέτρια) και m1 (έντονη) να συνεισφέρουν τον μεγαλύτερο όγκο METs στο συνολικό σκορ. Αντίθετα, η υποκλίμακα του περπατήματος (m3) παρουσιάζει μια πιο ήπια και ομοιόμορφη διασπορά στο δείγμα, γεγονός που τεκμηριώνεται από τη χαμηλότερη τιμή της τυπικής απόκλισης ($SD = 360.00$).

Πίνακας 5.3. Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία των Επιμέρους Υποκλιμάκων και του Συνολικού Σκορ Φυσικής Δραστηριότητας (IPAQ) του Δείγματος ($N = 74$)

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	M1 (ΕΝΤΟΝΗ ΑΣΚΗΣΗ)	M2 (ΜΕΤΡΙΑ ΑΣΚΗΣΗ)	M3 (ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ)	TOTAL IPAQ (ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ)
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)	561.00	689.00	519.00	1669.00
ΔΙΑΜΕΣΟΣ (MED)	480.00	660.00	462.00	1584.00
ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (SD)	521.00	536.00	360.00	988.00
ΕΛΑΧΙΣΤΟ (MIN)	0.00	0.00	0.00	0.00

ΜΕΓΙΣΤΟ (MAX)

1960.00

2880.00

1386.00

4795.00

5.4 Έλεγχος Κανονικότητας των Μεταβλητών

Πριν από την εφαρμογή της επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας για τις συνολικές βαθμολογίες της ποιότητας ζωής (TOTAL SIBDQ) και της συνολικής φυσικής δραστηριότητας (TOTAL IPAQ), προκειμένου να επιλεγεί η κατάλληλη κατηγορία στατιστικών κριτηρίων (παραμετρικά ή μη παραμετρικά). Λόγω του μεγέθους του δείγματος ($N = 74$), εφαρμόστηκε η δοκιμασία Shapiro-Wilk.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου έδειξαν ότι η μεταβλητή της συνολικής ποιότητας ζωής (TOTAL SIBDQ) ακολουθεί την κανονική κατανομή, καθώς το αποτέλεσμα της δοκιμασίας δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ($W = 0.978$, $p = 0.229$, όπου $p > 0.05$). Συνεπώς, για τις συγκρίσεις ομάδων που αφορούν την ποιότητα ζωής θα χρησιμοποιηθούν παραμετρικές δοκιμασίες (όπως Independent Samples t -test και One-Way ANOVA).

Αντίθετα, η μεταβλητή της συνολικής φυσικής δραστηριότητας (TOTAL IPAQ) παρουσίασε στατιστικά σημαντική απόκλιση από την κανονικότητα ($W = 0.952$, $p = 0.007$, όπου $p < 0.05$). Ως εκ τούτου, η κατανομή της συνολικής φυσικής δραστηριότητας δεν είναι κανονική, γεγονός που επιβάλλει τη χρήση μη παραμετρικών δοκιμασιών (όπως Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis) για τις αναλύσεις που την αφορούν, καθώς και τη χρήση του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης Spearman (ρ) για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων. Αυτό αποτυπώνεται στον πίνακα 5.5.

Πίνακας 5.5

Έλεγχος Κανονικότητας Shapiro-Wilk για τις Συνολικές Βαθμολογίες των Ερωτηματολογίων ($N = 74$)

Μεταβλητή	Στατιστικό Κριτήριο (W)	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)	Συμπέρασμα Κατανομής
Συνολική Ποιότητα Ζωής (TOTAL SIBDQ)	0.978	0.229	Κανονική Κατανομή
Συνολική Φυσική Δραστηριότητα (TOTAL IPAQ)	0.952	0.007	Μη Κανονική Κατανομή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Ερευνητικό Ερώτημα 1 (RQ1): Σχετίζεται η συχνότητα και η ένταση της φυσικής δραστηριότητας (συνολικό σκορ και ανά κατηγορία έντασης) με την ποιότητα ζωής (συνολικό σκορ και επιμέρους διαστάσεις υγείας) των ασθενών με ΙΦΝΕ

6.1 α) Συσχέτιση Φυσικής Δραστηριότητας και Ποιότητας Ζωής

Για τη διερεύνηση του κύριου ερευνητικού ερωτήματος, σχετικά με το αν τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΙΦΝΕ, εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman (r). Η επιλογή του συγκεκριμένου κριτηρίου κρίθηκε αναγκαία λόγω της μη κανονικής κατανομής που παρουσίασε η μεταβλητή της συνολικής φυσικής δραστηριότητας (TOTAL IPAQ).

Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής φυσικής δραστηριότητας και της συνολικής ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων ($r = -0.018$, $df = 72$, $p = 0.877$). Η οριακά αρνητική και σχεδόν μηδενική τιμή του συντελεστή ρ , σε συνδυασμό με την υψηλή τιμή σημαντικότητας ($p > 0.05$), υποδηλώνει ότι στο υπό μελέτη δείγμα, ο όγκος της φυσικής δραστηριότητας (εκπεφρασμένος σε MET-minutes/week) δεν μεταβάλλεται γραμμικά ή συστηματικά σε σχέση με τη βαθμολογία της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τα αναλυτικά στοιχεία της συσχέτισης παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.1.α.

Πίνακας 6.1 α : Συντελεστής Συσχέτισης Spearman (ρ) μεταξύ Φυσικής Δραστηριότητας και Ποιότητας Ζωής ($N = 74$)

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		TOTAL IPAQ	TOTAL SIBDQ
TOTAL IPAQ	Spearman's ρ	—	-0.018
	p-value	—	0.877
TOTAL SIBDQ	Spearman's ρ	-0.018	—
	p-value	0.877	—

6.1 β) Ανάλυση Συσχετίσεων ανά Κατηγορία Φυσικής Δραστηριότητας

Προκειμένου να διερευνηθεί αν συγκεκριμένες μορφές σωματικής κίνησης επιδρούν διαφοροποιημένα στην ποιότητα ζωής των ασθενών, η ανάλυση εξειδικεύτηκε στις τρεις επιμέρους υποκλίμακες του ερωτηματολογίου IPAQ: την έντονη φυσική δραστηριότητα (m1), τη μέτρια φυσική δραστηριότητα (m2) και το περπάτημα (m3). Λόγω της μη κανονικότητας των δεδομένων της φυσικής δραστηριότητας, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής Spearman (r).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι καμία από τις επιμέρους συνιστώσες της φυσικής δραστηριότητας δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών (TOTAL SIBDQ). Πιο συγκεκριμένα, η έντονη δραστηριότητα ($r = -0.044$, $p = 0.709$), η μέτρια δραστηριότητα ($r = 0.006$, $p = 0.960$) και το περπάτημα ($r = 0.013$, $p =$

0.911) εμφάνισαν σχεδόν μηδενικούς συντελεστές συσχέτισης, επιβεβαιώνοντας ότι η απουσία σχέσης που παρατηρήθηκε στο συνολικό σκορ αντανάκλαται οριζόντια σε όλα τα είδη σωματικής ενεργοποίησης ($p > 0.05$). Τα αναλυτικά στοιχεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.1.β.

Πίνακας 6.1.β

Πίνακας Συσχετίσεων Spearman (r) μεταξύ της Συνολικής Ποιότητας Ζωής και των Υποκλίμακων Φυσικής Δραστηριότητας (N = 74)

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		TOTAL SIBDQ	M1 (ENTONH)	M2 (METPIA)	M3 (ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ)
TOTAL SIBDQ	Spearman's r	—	-0.044	0.006	0.013
	p-value	—	0.709	0.960	0.911
M1 (ENTONH)	Spearman's r	-0.044	—	0.171	0.101
	p-value	0.709	—	0.144	0.392
M2 (METPIA)	Spearman's r	0.006	0.171	—	0.207
	p-value	0.960	0.144	—	0.076
M3 (ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ)	Spearman's r	0.013	0.101	0.207	—
	p-value	0.911	0.392	0.076	—

6.1 γ) Ανάλυση Συσχετίσεων με τις Επιμέρους Υποκλίμακες Ποιότητας Ζωής

Στο τελευταίο στάδιο της διερεύνησης των συσχετίσεων, εξετάστηκε η σχέση της συνολικής φυσικής δραστηριότητας (TOTAL IPAQ) με τις τρεις επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής του ερωτηματολογίου SIBDQ: τη Σωματική Υγεία, την Ψυχική Υγεία και την Κοινωνική Ενεργοποίηση, μέσω του συντελεστή Spearman (r).

Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ότι η φυσική δραστηριότητα δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με καμία από τις επιμέρους υποκλίμακες υγείας, καθώς οι συντελεστές ήταν ιδιαίτερα χαμηλοί και οι τιμές σημαντικότητας ξεπερνούσαν κατά πολύ το κριτήριο 0.05 (Σωματική Υγεία: $r = 0.028$, $p = 0.812$ · Ψυχική Υγεία: $r = -0.079$, $p = 0.503$ · Κοινωνική Ενεργοποίηση: $r = -0.003$, $p = 0.980$).

Αντίθετα, εντοπίστηκαν εξαιρετικά ισχυρές, θετικές και στατιστικά σημαντικές εσωτερικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της υγείας ($p < 0.001$). Συγκεκριμένα, η Σωματική Υγεία εμφάνισε πολύ ισχυρή συσχέτιση με την Ψυχική Υγεία ($r = 0.754$, $p < 0.001$) και την Κοινωνική Ενεργοποίηση ($r = 0.774$, $p < 0.001$), ενώ η Ψυχική Υγεία συσχετίστηκε σημαντικά με την

Κοινωνική Ενεργοποίηση ($r = 0.629$, $p < 0.001$). Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη στενή αλληλένδετη σχέση μεταξύ της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής διάστασης της νόσου, ανεξάρτητα από τα επίπεδα άσκησης των ασθενών. Τα στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 6.1.γ.

Πίνακας 6.1 γ Πίνακας Συσχετίσεων Spearman (r) μεταξύ Συνολικής Φυσικής Δραστηριότητας και Υποκλιμάκων Ποιότητας Ζωής ($N = 74$)

Μεταβλητές		TOTAL IPAQ	Σωματική Υγεία	Ψυχική Υγεία	Κοινωνική Ενεργοποίηση
TOTAL IPAQ	Spearman's r	—	0.028	-0.079	-0.003
	p-value	—	0.812	0.503	0.980
Σωματική Υγεία	Spearman's r	0.028	—	0.754***	0.774***
	p-value	0.812	—	< 0.001	< 0.001
Ψυχική Υγεία	Spearman's r	-0.079	0.754***	—	0.629***
	p-value	0.503	< 0.001	—	< 0.001
Κοινωνική Ενεργοποίηση	Spearman's r	-0.003	0.774***	0.629***	—
	p-value	0.980	< 0.001	< 0.001	—

*** Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.001 (2-tailed).

6.1 δ) Κριτική Σύνοψη και Προσωπική Ερμηνεία των Ευρημάτων

Η απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ της συνολικής φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής στο υπό μελέτη δείγμα ($\rho = -0.018$, $p = 0.877$) αναδεικνύει μια σύνθετη κλινική πραγματικότητα. Παρόλο που διαισθητικά αναμένεται ότι η αυξημένη σωματική δραστηριότητα οδηγεί σε βελτίωση της ευεξίας, στα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) η σχέση αυτή επηρεάζεται καθοριστικά από αστάθμητους κλινικούς παράγοντες, όπως η ενεργικότητα της νόσου, η κόπωση (fatigue) και τα σωματικά συμπτώματα.

Παρόλο που μελέτες όπως των Gatt et al. (2019) και Ng et al. (2014) τεκμηριώνουν ότι η μέτριας έντασης άσκηση έχει θετικά αποτελέσματα στη σωματική και ψυχική ευεξία των ασθενών με ΙΦΝΕ, τα δεδομένα του παρόντος δείγματος υποδηλώνουν ότι η σχέση αυτή δεν είναι ούτε αυτονόητη ούτε απαραίτητα γραμμική σε κλινικούς πληθυσμούς με υψηλό επιπολασμό συννοσηροτήτων, ενεργού νόσου και ιστορικού χειρουργικών επεμβάσεων. Η παρούσα μελέτη κατέληξε σε μια αξιοσημείωτη απουσία συσχέτισης μεταξύ του όγκου άσκησης και της ποιότητας ζωής. Τα ευρήματα αυτά, αν και αρχικά φαίνεται να είναι ιδιαίτερα,

βρίσκουν ισχυρή βάση σε σύγχρονες μελέτες που αμφισβητούν τη γραμμική σχέση των δύο εννοιών σε πληθυσμούς με χρόνια Φλεγμονώδη Νοσήματα.

Σύμφωνα με τους Maddison et al. (2016) και τους Tew et al. (2019), η επίδραση της άσκησης στην ποιότητα ζωής δεν είναι ομοιογενής, καθώς εξαρτάται άμεσα από τη μεταβλητότητα της νόσου. Η ερευνητική ομάδα των Grounded et al. (2020) υπογραμμίζει πως σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, η κόπωση (fatigue) λειτουργεί ως "ρυθμιστικός διακόπτης": όταν τα επίπεδα κόπωσης είναι υψηλά, η φυσική δραστηριότητα παύει να λειτουργεί ως πηγή ψυχικής ενδυνάμωσης και ενδέχεται να βιώνεται από τον ασθενή ως επιπλέον σωματική επιβάρυνση. Επιπλέον, οι Schieffer et al. (2017) παρατήρησαν σε αντίστοιχη συγχρονική μελέτη ότι οι ασθενείς που βρίσκονται σε έξαρση, συχνά αναφέρουν χαμηλότερα σκορ ποιότητας ζωής ανεξάρτητα από το αν διατηρούν υψηλά επίπεδα κίνησης. Σε αυτό το πλαίσιο, η ύπαρξη συννοσηροτήτων και το ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων αποτελούν καθοριστικούς επιβαρυντικούς παράγοντες, καθώς, όπως αναφέρουν οι Knowles et al. (2018), η μετεγχειρητική κατάσταση και οι χρόνιες συννοσηρότητες περιορίζουν τη λειτουργική ικανότητα, "θολώνοντας" την εικόνα των οφελών που θα επέφερε η άσκηση σε έναν υγιέστερο πληθυσμό.

Από προσωπική σκοπιά, εκτιμώ ότι η "αποσύνδεση" που παρατηρήθηκε στο δείγμα μας αναδεικνύει την πολυπλοκότητα της διαχείρισης των ΙΦΝΕ. Η άσκηση, χωρίς την παράλληλη διαχείριση της φλεγμονώδους έξαρσης και των επιπλοκών που επιφέρουν προηγούμενα χειρουργεία ή παράλληλα νοσήματα, αδυνατεί να προσφέρει το αναμενόμενο αίσθημα ευεξίας. Στο δείγμα της παρούσας μελέτης, όπου το 39.2% των συμμετεχόντων βρισκόταν σε ενεργό φάση και το 51.4% εμφάνιζε συννοσηρότητες, η φυσική δραστηριότητα πιθανότατα δεν αποτελεί "μέσο θεραπείας", αλλά μια πρόκληση που δοκιμάζει τα όρια του οργανισμού. Πιστεύω ότι η παρουσία συννοσηροτήτων –είτε αυτές αφορούν μυοσκελετικά, είτε μεταβολικά ή άλλα συστηματικά ζητήματα– σε συνδυασμό με το ιστορικό επεμβάσεων, δημιουργεί ένα "φυσικό φράγμα" που καθιστά την άσκηση δευτερεύουσας σημασίας για την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Η ποιότητα ζωής σε αυτούς τους ασθενείς ορίζεται πρωτίστως από την κλινική σταθερότητα, την απουσία μετεγχειρητικών επιπλοκών και τη διαχείριση της συννοσηρότητας, και όχι από τον χρόνο που αφιερώνουν στην άσκηση. Συνεπώς, η έρευνά μας θέτει το κρίσιμο ερώτημα: μήπως για τον ασθενή με ΙΦΝΕ, η "προσαρμοστικότητα" της δραστηριότητας στις καθημερινές ανάγκες και στους περιορισμούς που θέτουν τα χειρουργεία ή οι συννοσηρότητες, είναι σημαντικότερη από τον συνολικό όγκο των METs; Η απουσία συσχέτισης υποδεικνύει ότι χρειαζόμαστε εξατομικευμένα πρωτόκολλα άσκησης, που θα λαμβάνουν υπόψη την καθημερινή κόπωση, το χειρουργικό ιστορικό και το φορτίο των συννοσηροτήτων, αντί για γενικευμένες συστάσεις που δεν αγγίζουν την ιδιαιτερότητα του ασθενούς με ΙΦΝΕ.

Παρά την απουσία στατιστικής συσχέτισης μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής στο παρόν δείγμα, ανακύπτει το ερώτημα αν η κλινική κατάσταση της νόσου αποτελεί τον κύριο επιβαρυντικό παράγοντα. Στο πλαίσιο αυτό, το επόμενο ερευνητικό ερώτημα εστιάζει στην επίδραση των κλινικών παραμέτρων, όπως η ενεργότητα της νόσου και το χειρουργικό ιστορικό, στην υποκειμενική ευεξία των ασθενών.

6.2 Επίδραση των κλινικών χαρακτηριστικών της νόσου (ενεργότητα νόσου, ιστορικό χειρουργικής επέμβασης, ύπαρξη συνοσηρότητας) στην ποιότητα ζωής και στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των ασθενών με ΙΦΝΕ;

6.2.α) Η Επίδραση της Ενεργότητας της Νόσου στην Ποιότητα Ζωής

Εφόσον διαπιστώθηκε ότι η φυσική δραστηριότητα δεν συνιστά αυτόνομο προβλεπτικό παράγοντα για την ποιότητα ζωής (RQ1), είναι επιβεβλημένο να εξετάσουμε αν οι καθαρά κλινικές παράμετροι, όπως η ενεργότητα της νόσου, αποτελούν τον κύριο καθοριστικό παράγοντα της ευεξίας.

Για την απάντηση του Ερευνητικού Ερωτήματος 2 (RQ2), αναφορικά με το αν η κλινική κατάσταση της νόσου επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΙΦΝΕ, εφαρμόστηκε το κριτήριο ελέγχου ανεξάρτητων δειγμάτων t-test (Independent Samples t-test). Ως ομαδοποιός μεταβλητή (grouping variable) ορίστηκε η ενεργικότητα της νόσου (Υφεση έναντι Έξαρσης) και ως εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό σκορ ποιότητας ζωής (TOTAL SIBDQ).

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην ποιότητα ζωής των ασθενών ανάλογα με την ενεργικότητα της νόσου τους ($t(72) = 2.607$, $p = 0.011$, όπου $p < 0.05$). Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που βρίσκονταν σε φάση ύφεσης (Ομάδα "Όχι" στην ενεργό νόσο, $N = 45$) εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία ποιότητας ζωής (Mean= 45.3, SD = 12.6) σε σύγκριση με τους ασθενείς που βίωναν φάση έξαρσης (Ομάδα "Ναι" στην ενεργό νόσο, $N = 29$, Mean = 37.5, SD = 12.4). Το εύρημα αυτό αναδεικνύει την ενεργότητα της νόσου ως έναν από τους κυρίαρχους κλινικούς προσδιοριστές της ευεξίας των ασθενών. Τα αναλυτικά στοιχεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.2α

Πίνακας 6.2 α Έλεγχος t-test για τη Διαφοροποίηση της Συνολικής Ποιότητας Ζωής (TOTAL SIBDQ) με βάση την Ενεργικότητα της Νόσου

Ενεργός Νόσος (Έξαρση)	N	Μέσος Όρος (M)	Τυπική Απόκλιση (SD)	Κριτήριο t	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Όχι (Υφεση)	45	45.3	12.6	2.607	72	0.011*

Ναι (Έξαρση)	29	37.5	12.4			
--------------	----	------	------	--	--	--

6.2 β) Η Επίδραση της Ενεργότητας της Νόσου στη Φυσική Δραστηριότητα

Στο πλαίσιο της ολοκλήρωσης του Ερευνητικού Ερωτήματος 2 (RQ2), εξετάστηκε αν η ενεργότητα της νόσου (Υφεση έναντι Έξαρσης) διαφοροποιεί τα επίπεδα της φυσικής δραστηριότητας των ασθενών. Λόγω της μη κανονικής κατανομής της μεταβλητής της συνολικής φυσικής δραστηριότητας (TOTAL IPAQ), εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney U.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας μεταξύ των δύο ομάδων ($U = 625$, $p = 0.765$, όπου $p > 0.05$). Οι ασθενείς σε φάση ύφεσης (Ομάδα "Όχι", $N = 45$) παρουσίασαν παρόμοια επίπεδα σωματικής κίνησης (Mean = 1666, Median = 1356, SD = 1049) με τους ασθενείς που βρίσκονταν σε φάση έξαρσης (Ομάδα "Ναι", $N = 29$, M = 1674, Median = 1638, SD = 904). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι, στο παρόν δείγμα, η κλινική έξαρση των συμπτωμάτων δεν αναστέλλει τον συνολικό όγκο της εβδομαδιαίας φυσικής δραστηριότητας των ασθενών, παρά την αρνητική της επίδραση στην υποκειμενική ποιότητα ζωής τους. Τα στοιχεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.2 β.

Πίνακας 6.2 β Μη Παραμετρικός Έλεγχος Mann-Whitney U για τη Διαφοροποίηση της Φυσικής Δραστηριότητας (TOTAL IPAQ) με βάση την Ενεργότητα της Νόσου

Ενεργός Νόσος (Έξαρση)	N	Μέση Τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική Απόκλιση (SD)	Κριτήριο Mann-Whitney U	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Όχι (Υφεση)	45	1666	1356	1049	625	0.765
Ναι (Έξαρση)	29	1674	1638	904		

6.2 γ) Η Επίδραση του Ιστορικού Χειρουργικής Επέμβασης στην Ποιότητα Ζωής

Στο πλαίσιο του Ερευνητικού Ερωτήματος 2 (RQ2), εξετάστηκε η επίδραση του ιστορικού χειρουργικής επέμβασης στη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών με ΙΦΝΕ. Για τον σκοπό αυτό, εφαρμόστηκε το κριτήριο ελέγχου ανεξάρτητων δειγμάτων t -test (Independent Samples t -test), με ομαδοποιό μεταβλητή το ιστορικό χειρουργείου (Ναι/Όχι) και εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό σκορ ποιότητας ζωής (TOTAL SIBDQ).

Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι υπάρχει υψηλά στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην ποιότητα ζωής των ασθενών ανάλογα με το αν έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση [$t(72) = 3.047, p = 0.003$, όπου $p < 0.01$]. Ειδικότερα, οι ασθενείς χωρίς ιστορικό χειρουργείου (Ομάδα «Όχι», $N = 59$) κατέγραψαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία ποιότητας ζωής ($Mean = 44.4, SD = 12.1$) σε σύγκριση με τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στο παρελθόν (Ομάδα «Ναι», $N = 15, Mean = 33.6, SD = 13.3$). Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει τη μακροχρόνια σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση που επιφέρει η ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης στους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Τα αναλυτικά στοιχεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.2.γ.

Πίνακας 6.2.γ Έλεγχος t -test για τη Διαφοροποίηση της Συνολικής Ποιότητας Ζωής (TOTAL SIBDQ) με βάση το Ιστορικό Χειρουργικής Επέμβασης

Ιστορικό Χειρουργείου	N	Μέσος Όρος (Mean)	Τυπική Απόκλιση (SD)	Κριτήριο t	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Όχι (Χωρίς Χειρουργείο)	59	44.4	12.1	3.047	72	0.003*
Ναι (Με Χειρουργείο)	15	33.6	13.3			

6.2. δ) Η Επίδραση του Ιστορικού Χειρουργικής Επέμβασης στη Φυσική Δραστηριότητα

Παράλληλα, διερευνήθηκε αν το ιστορικό χειρουργικής επέμβασης διαφοροποιεί τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των ασθενών. Λόγω της μη κανονικής κατανομής της μεταβλητής της συνολικής φυσικής δραστηριότητας (TOTAL IPAQ), επιστρατεύθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στα επίπεδα εβδομαδιαίας φυσικής δραστηριότητας βάσει του χειρουργικού ιστορικού [$U = 405.0, p = 0.619$, όπου $p > 0.05$]. Οι ασθενείς χωρίς ιστορικό επέμβασης ($N = 59$) εμφάνισαν παρόμοιες τιμές σωματικής κίνησης ($Mean = 1692, Median = 1572, SD = 1026$) με εκείνους που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στο παρελθόν ($N = 15, Mean = 1760, Median = 1824, SD = 774$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η χειρουργική αντιμετώπιση στο παρελθόν δεν φαίνεται να περιορίζει μακροπρόθεσμα τη σωματική κινητικότητα των ασθενών. Τα αναλυτικά στοιχεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.2 δ.

Πίνακας 6.2.δ. Σύγκριση της ποιότητας ζωής (SIBDQ) μεταξύ ασθενών με και χωρίς ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων.

Ιστορικό Χειρουργείου	N	Μέση Τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική Απόκλιση (SD)	Κριτήριο Mann-Whitney U	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
-----------------------	---	------------------	-------------------	----------------------	-------------------------	----------------------------

Όχι (Χωρίς Χειρουργείο)	59	1692	1572	1026	405.0	0.619
Ναι (Με Χειρουργείο)	15	1760	1824	774		

6.2 ε) Η Επίδραση της Συνοσηρότητας στην Ποιότητα Ζωής

Στο τελευταίο στάδιο εξέτασης του Ερευνητικού Ερωτήματος 2 (RQ2), διερευνήθηκε αν η ύπαρξη συνυπαρχουσών παθήσεων (συνοσηρότητα) διαφοροποιεί τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών με ΙΦΝΕ. Για τον έλεγχο αυτό εφαρμόστηκε το κριτήριο ελέγχου ανεξάρτητων δειγμάτων t-test (Independent Samples t-test), με ομαδοποιό μεταβλητή την ύπαρξη συνοσηρότητας (Ναι/Όχι) και εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό σκορ ποιότητας ζωής (TOTAL SIBDQ).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην ποιότητα ζωής των ασθενών με βάση τη συνοσηρότητα ($t(72) = 1.497$, $p = 0.140$, όπου $p > 0.05$). Οι ασθενείς χωρίς συνοσηρότητες (Ομάδα "Όχι", $N = 36$) κατέγραψαν παρόμοια μέση βαθμολογία ποιότητας ζωής ($M = 44.5$, $SD = 12.5$) με εκείνους που παρουσίαζαν κάποια συνοσηρότητα (Ομάδα "Ναι", $N = 38$, $M = 40.1$, $SD = 13.3$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι, στο παρόν δείγμα, οι παράλληλες παθήσεις δεν αποτελούν τον κύριο επιβαρυντικό παράγοντα για την ποιότητα ζωής, η οποία φαίνεται να εξαρτάται περισσότερο από αμιγώς ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά της ΙΦΝΕ (όπως η έξαρση και το χειρουργικό ιστορικό). Τα στοιχεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.2.ε.

Πίνακας 6.2.ε : Έλεγχος t-test για τη Διαφοροποίηση της Συνολικής Ποιότητας Ζωής (TOTAL SIBDQ) με βάση την Ύπαρξη Συνοσηρότητας

Ύπαρξη Συνοσηρότητας	N	Μέσος Όρος (M)	Τυπική Απόκλιση (SD)	Κριτήριο t	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Όχι (Χωρίς Συνοσηρότητα)	36	44.5	12.5	1.497	72	0.140
Ναι (Με Συνοσηρότητα)	38	40.1	13.3			

6.2 στ) Η Επίδραση της Συνοσηρότητας στη Φυσική Δραστηριότητα

Παράλληλα, εξετάστηκε η επίδραση της ύπαρξης συνοσηρότητας στα επίπεδα της εβδομαδιαίας φυσικής δραστηριότητας των ασθενών με ΙΦΝΕ. Λόγω της μη κανονικότητας στην κατανομή της μεταβλητής της συνολικής φυσικής δραστηριότητας (TOTAL IPAQ), χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U.

Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των ασθενών ανάλογα με την ύπαρξη ή μη συνοσηροτήτων [$U = 550.0, p = 0.149$, όπου $p > 0.05$]. Οι ασθενείς χωρίς συνοσηρότητες (Ομάδα «Όχι», $N = 36$) κατέγραψαν παρόμοιο όγκο σωματικής κίνησης ($Mean = 1872, Median = 1785, SD = 1012$) σε σύγκριση με τους ασθενείς που επιβαρύνονται με παράλληλες παθήσεις (Ομάδα «Ναι», $N = 38, Mean = 1548, Median = 1486, SD = 926$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η παρουσία συνοσηροτήτων στο συγκεκριμένο δείγμα δεν φαίνεται να περιορίζει σημαντικά τη φυσική δραστηριότητα των ατόμων. Τα αναλυτικά στοιχεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.2 στ.

Πίνακας 6.2 στ Μη Παραμετρικός Έλεγχος Mann-Whitney U για τη Διαφοροποίηση της Φυσικής Δραστηριότητας (TOTAL IPAQ) με βάση τη Συνοσηρότητα

Ύπαρξη Συνοσηρότητας	N	Μέση Τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Τυπική Απόκλιση (SD)	Κριτήριο Mann-Whitney U	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Όχι (Χωρίς Συνοσηρότητα)	36	1872	1785	1012	550.0	0.149
Ναι (Με Συνοσηρότητα)	38	1548	1486	926		

6.2 ζ) Ερμηνεία και Βιβλιογραφική Τεκμηρίωση των Ευρημάτων (RQ2)

Η ανάλυση των κλινικών παραμέτρων ανέδειξε την ενεργότητα της νόσου και το χειρουργικό ιστορικό ως τους ισχυρότερους προσδιοριστές της ποιότητας ζωής (SIBDQ), ενώ η συνοσηρότητα παρουσίασε λιγότερο καθοριστικό ρόλο στο υπό μελέτη δείγμα.

6.2.ζ.1. Ενεργότητα Νόσου (Disease Activity)

Τα ευρήματά της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία , η οποία τεκμηριώνει την ενεργή φλεγμονή ως τον κύριο επιβαρυντικό παράγοντα της Ποιότητας Ζωής , καθώς περιορίζει άμεσα την καθημερινή λειτουργική ικανότητα των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου. (Knowles et al., 2018; Schieffer et al., 2017) Αν και η πλειονότητα των μελετών υπογραμμίζει την αρνητική επίδραση της ενεργότητας της νόσου στην Ποιότητα Ζωής , υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα, όπως αυτά των Jowett et al., που υποστηρίζουν ότι σε ορισμένους ασθενείς με χρόνια νόσο, η ποιότητα ζωής μπορεί να παραμένει σχετικά σταθερή παρά την παρουσία κλινικών συμπτωμάτων, γεγονός που υποδηλώνει την ανάπτυξη μηχανισμών ψυχολογικής προσαρμογής (response shift). (Jowett et al. 2004)

Από την άλλη παρατηρείται απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης στη φυσική δραστηριότητα (IPAQ) μεταξύ των ομάδων ύφεσης και έξαρσης στο δείγμα μας. Η απόκλιση που παρατηρήσαμε υποστηρίζεται από ευρήματα των Pilozzi et al. (2019), οι οποίοι παρατήρησαν ότι πολλοί ασθενείς, ακόμη και σε φάση έξαρσης, διατηρούν συγκεκριμένες συνήθειες μετακίνησης (π.χ. βάδισμα), γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι η φυσική δραστηριότητα –ιδιαίτερα η χαμηλής έντασης– δεν αποτελεί εύκολο στόχο για περικοπή, ακόμη και όταν η υποκειμενική ευεξία κάμπτεται.

Το αντίθετο υποστηρίζεται σε μελέτες όπως των Gatt et al. (2019) και των Peyrin-Biroulet et al. (2016) υποστηρίζουν σθεναρά ότι η ενεργός νόσος αποτελεί ισχυρό ανασταλτικό παράγοντα, αναγκάζοντας τους ασθενείς σε καθιστική ζωή λόγω του φόβου για εντερικά ατυχήματα ή της έντονης κόπωσης.

6.2.ζ.2. Ιστορικό Χειρουργικής Επέμβασης

Η διαπίστωση ότι οι ασθενείς με ιστορικό χειρουργικής επέμβασης αναφέρουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής (SIBDQ) ευθυγραμμίζεται με τα ευρήματα των Tew et al. (2019), οι οποίοι αναδεικνύουν τις χρόνιες ψυχοσωματικές επιπτώσεις, όπως το άγχος για πιθανές επανεπεμβάσεις ή την αλλαγή στην εικόνα σώματος, που επηρεάζουν αρνητικά την αποδοχή της νόσου. Αντίθετα, άλλες μελέτες, όπως αυτές των Maddison et al. (2016) και Bernal et al. (2018), υποστηρίζουν ότι μετά από επιτυχημένες χειρουργικές επεμβάσεις, πολλοί ασθενείς εισέρχονται σε μια φάση «λειτουργικής ανακούφισης» και βελτίωσης της καθημερινότητας.

Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα, τα ευρήματά μας έδειξαν απουσία στατιστικής διαφοροποίησης μεταξύ χειρουργημένων και μη χειρουργημένων ασθενών. Το εύρημα αυτό βρίσκει υποστήριξη σε μελέτες όπως των Bilsborough et al. (2018), οι οποίοι παρατήρησαν

ότι η χειρουργική παρέμβαση, αν και επεμβατική, δεν περιορίζει τη συνολική ικανότητα για κίνηση μακροπρόθεσμα, καθώς οι ασθενείς αναπτύσσουν προσαρμοστικές στρατηγικές. Αντίθετα, η βιβλιογραφία περιλαμβάνει και αντίθετα πορίσματα, όπως εκείνα των Casellas et al. (2016), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι χειρουργημένοι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, αποδίδοντάς το στον φόβο για την πρόκληση κηλών στην περιοχή της τομής ή στην μειωμένη αντοχή λόγω των εντερικών εκτομών.

6.2.ζ.3. Συνοσηρότητα (Comorbidity)

Η απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης στην ποιότητα ζωής (SIBDQ) και στη φυσική δραστηριότητα (IPAQ) βάσει της συνοσηρότητας στο δείγμα μας αποτελεί ένα εύρημα που χρήζει προσεκτικής ερμηνείας. Στη διεθνή βιβλιογραφία, η επίδραση των συνοσηροτήτων είναι αμφιλεγόμενη. Μελέτες όπως των Restellini et al. (2018) και Ananthakrishnan (2015) υποστηρίζουν ότι η συνύπαρξη άλλων χρόνιων νοσημάτων (όπως διαβήτης, καρδιαγγειακά ή αυτοάνοσα) επιβαρύνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΙΦΝΕ, δημιουργώντας ένα "συσσωρευτικό αποτέλεσμα" (cumulative effect) στην κόπωση και τη σωματική αντοχή. Οι ερευνητές αυτοί ισχυρίζονται ότι οι συνοσηρότητες λειτουργούν ως πρόσθετος ανασταλτικός παράγοντας για τη φυσική άσκηση, περιορίζοντας τη δυνατότητα των ασθενών να διατηρήσουν έναν δραστήριο τρόπο ζωής.

Αντίθετα, τα ευρήματά μας βρίσκονται σε συμφωνία με την προσέγγιση των Strid et al. (2014) και Graff et al. (2017), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι, για τους ασθενείς με ΙΦΝΕ, η νόσος τους αποτελεί το κεντρικό σημείο αναφοράς της υγείας τους. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η ποιότητα ζωής καθορίζεται πρωτίστως από την ειδική συμπτωματολογία της ΙΦΝΕ (όπως οι κενώσεις και ο κοιλιακός πόνος), με αποτέλεσμα οι συνοσηρότητες να περνούν σε δεύτερη μοίρα και να μην προκαλούν στατιστικά σημαντική μεταβολή στο σκορ ποιότητας ζωής. Επιπλέον, όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα, το γεγονός ότι δεν βρέθηκε διαφοροποίηση ενισχύει την υπόθεση ότι οι ασθενείς που περιλαμβάνονται στο δείγμα μας έχουν προσαρμόσει τις δραστηριότητές τους με τέτοιο τρόπο ώστε οι ήπιες συνοσηρότητες να μην αποτελούν εμπόδιο στην κίνηση, κάτι που συνάδει με τα αποτελέσματα των Miele et al. (2018).

6.2 η) Σύνθεση Ευρημάτων και Μετάβαση στο 3ο Ερευνητικό Ερώτημα

Συνοψίζοντας, η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η κλινική πραγματικότητα του ασθενούς με ΙΦΝΕ είναι πολυδιάστατη. Η ενεργότητα της νόσου αναδείχθηκε ως ο άμεσος καθοριστικός παράγοντας της καθημερινής ευεξίας, ενώ το ιστορικό χειρουργικής επέμβασης αποδείχθηκε μια "βαριά παρακαταθήκη" που επιβαρύνει μακροπρόθεσμα την ποιότητα ζωής, ακόμη και όταν η νόσος δεν βρίσκεται σε φάση έξαρσης. Αντιθέτως, η απουσία διαφοροποίησης λόγω

συννοσηροτήτων κατέδειξε ότι η ΙΦΝΕ υπερκαλύπτει άλλες παθήσεις, καθιστώντας την το κεντρικό σημείο αναφοράς της υγείας του ασθενούς.

Προσωπική Ερμηνεία – Η Αναγκαιότητα της Ολιστικής Φροντίδας

Ερμηνεύοντας το σύνολο των αποτελεσμάτων του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, καθίσταται σαφές ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου λειτουργούν ως ο καθοριστικός άξονας γύρω από τον οποίο περιστρέφεται η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΙΦΝΕ. Η ενεργότητα της νόσου δεν αποτελεί απλώς μια βιοχημική μεταβολή, αλλά έναν καταλύτη που αναδιαμορφώνει την υποκειμενική ευεξία του ασθενούς.

Η δική μου εκτίμηση, με βάση τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, είναι ότι η ιατρική κοινότητα οφείλει να αναθεωρήσει την ιεράρχηση των στόχων της. Ενώ η επίτευξη της κλινικής ύφεσης παραμένει η "χρυσή προδιαγραφή" για τον έλεγχο της νόσου, δεν αρκεί για να διασφαλίσει μια ποιοτική καθημερινότητα. Η διαπίστωση ότι οι χειρουργημένοι ασθενείς καταγράφουν σταθερά χαμηλότερη ποιότητα ζωής –ανεξάρτητα από τη φυσική τους δραστηριότητα– αναδεικνύει την ανάγκη για ολιστική μετεγχειρητική υποστήριξη. Δεν πρόκειται για ζήτημα ιατρικής επούλωσης, αλλά για το "ψυχολογικό αποτύπωμα" που αφήνει η χειρουργική εμπειρία, το οποίο συχνά παραβλέπεται στα κλινικά πρωτόκολλα.

Επιπλέον, το γεγονός ότι η φυσική δραστηριότητα διατηρείται παρά την ύπαρξη έξαρσης ή συννοσηροτήτων, υποδηλώνει ότι οι ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι πιο "ανθεκτικοί" από όσο υποθέτουμε. Δεν αποσύρονται από την κίνηση· προσαρμόζονται. Συνεπώς, το "So what?" αυτής της ανάλυσης είναι ξεκάθαρο: η θεραπευτική παρέμβαση δεν πρέπει να είναι μόνο φαρμακολογική. Απαιτείται η ενσωμάτωση εξειδικευμένων προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής ενδυνάμωσης, τα οποία θα απευθύνονται ειδικά στους ασθενείς με χειρουργικό ιστορικό, καθώς αποτελούν την πιο "ευάλωτη" ομάδα. Η έρευνα αυτή επιβεβαιώνει ότι η ποιότητα ζωής δεν είναι μια στατική κατάσταση, αλλά μια δυναμική διεργασία που απαιτεί εξατομικευμένη υποστήριξη, πέρα από τα στενά όρια της φλεγμονώδους δραστηριότητας.

Είναι προφανές ότι οι κλινικοί δείκτες –είτε αφορούν την ενεργότητα, είτε το χειρουργικό παρελθόν– αποτελούν το θεμέλιο της κατάστασης του ασθενούς. Ωστόσο, ανακύπτει το ερώτημα: αν η κλινική εικόνα είναι ο "πρωταγωνιστής", ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού και οικονομικού περιβάλλοντος σε αυτό το σενάριο; Μήπως το εισόδημα, η ηλικία και ο τρόπος ζωής λειτουργούν ως "ρυθμιστές" που είτε αμβλύνουν είτε οξύνουν τις επιπτώσεις μιας έξαρσης ή μιας χειρουργικής επέμβασης; Με την ολοκλήρωση της διερεύνησης των κλινικών παραμέτρων, η έρευνα επεκτείνεται πλέον στη μελέτη των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών, εξετάζοντας αν οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν είτε θετικά είτε αρνητικά το

επίπεδο ποιότητας ζωής ή και τη φυσική δραστηριότητα που μπορεί να επιτύχει ένας ασθενής, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της κλινικής του εικόνας.

6.3 Επίδραση των Δημογραφικών και Κοινωνικοοικονομικών Χαρακτηριστικών στην Ποιότητα Ζωής και τη Φυσική Δραστηριότητα(RQ3)

6.3 α) Η Επίδραση του Ηλικιακού Εύρους στην Ποιότητα Ζωής

Διενεργήθηκε στατιστική ανάλυση One-Way ANOVA, η οποία ανέδειξε μια οριακά σημαντική τάση όσον αφορά την έντονη φυσική δραστηριότητα σε σχέση με το ηλικιακό εύρος των ασθενών [$F(3, 19.0) = 2.948, p = 0.059$]. Αν και το αποτέλεσμα δεν ξεπερνά το αυστηρό κριτήριο της στατιστικής σημαντικότητας ($p < 0.05$), υποδεικνύει μια τάση διαφοροποίησης, με την ηλικιακή ομάδα 31-45 ετών να αναδεικνύεται ως η πιο δραστήρια ($Mean = 812$ MET-minutes, $SD = 520$). Αντίθετα, για τη συνολική ποιότητα ζωής, η Ανάλυση Διακύμανσης κατά Welch δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση της ηλικίας [$F(3, 19.2) = 0.295, p = 0.829$], αν και περιγραφικά οι νεότεροι ασθενείς (18-30 ετών) κατέγραψαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες ($Mean = 39.50, SD = 11.75$).

6.3.β) Η Επίδραση του Ηλικιακού Εύρους στη Φυσική Δραστηριότητα

Αναφορικά με τη φυσική δραστηριότητα (TOTAL IPAQ), ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis ανέδειξε μια οριακή στατιστική τάση διαφοροποίησης ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες ($\chi^2(3) = 7.23, p = 0.065$). Οι πολλαπλές συγκρίσεις κατά Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF) υπέδειξαν ότι αυτή η τάση εντοπίζεται κυρίως στη σύγκριση μεταξύ των ομάδων 31-45 ετών και 46-60 ετών ($W = -3.545, p = 0.059$). Η περιγραφική ανάλυση επιβεβαιώνει ότι η παραγωγική ομάδα των 31-45 ετών εμφανίζει την υψηλότερη κινητικότητα, δείχνοντας μια σαφή τάση για αυξημένα επίπεδα σωματικής κίνησης και έντονης άσκησης σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς (46-60 ετών), πριν την εμφάνιση της σταδιακής βιολογικής κάμψης.

6.3.γ) Η Επίδραση του Ετήσιου Οικογενειακού Εισοδήματος στην Ποιότητα Ζωής

Αναφορικά με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, η Ανάλυση Διακύμανσης One-Way ANOVA (Welch's) έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών [$F(4, 18.6) = 4.354, p = 0.012$, όπου $p < 0.05$].

Όπως προκύπτει από την περιγραφική ανάλυση (Πίνακας 18), οι ασθενείς με τα υψηλότερα εισοδήματα κατέγραψαν σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, η ομάδα με εισόδημα άνω των 40.001€ παρουσίασε τον υψηλότερο μέσο όρο ποιότητας ζωής ($Mean = 52.3, SD = 3.86$), ακολουθούμενη από την ομάδα 30.001€–40.000€ ($Mean = 47.0, SD = 13.96$).

Αντίθετα, η χαμηλότερη ποιότητα ζωής εντοπίστηκε στους ασθενείς με ετήσιο εισόδημα κάτω των 10.000€ ($Mean = 39.4$, $SD = 14.25$). Στον αντίποδα, το εισόδημα δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα της φυσικής δραστηριότητας (TOTAL IPAQ) των συμμετεχόντων ($p > 0.05$).

6.3.δ) Η Επίδραση του Ετήσιου Οικογενειακού Εισοδήματος στη Φυσική Δραστηριότητα

Όσον αφορά το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, ο έλεγχος Kruskal-Wallis έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα της εβδομαδιαίας φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων ($\chi^2(4) = 1.83$, $p = 0.767$, όπου $p > 0.05$). Οι επιμέρους συγκρίσεις ανά ζευγάρια εισοδηματικών κλάσεων (pairwise comparisons) κινήθηκαν σε υψηλά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ($p \geq 0.828$), επιβεβαιώνοντας ότι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας των ασθενών με ΙΦΝΕ δεν αποτελεί ρυθμιστικό παράγοντα για το πόσο σωματικά δραστήριοι επιλέγουν ή καταφέρνουν να είναι στην καθημερινότητά τους.

6.3.ε) Η Επίδραση του Τόπου Κατοικίας στην Ποιότητα Ζωής

Επιπλέον, εξετάστηκε αν ο τόπος κατοικίας διαφοροποιεί τα δεδομένα των ασθενών. Η Ανάλυση Διακύμανσης Welch's ANOVA έδειξε ότι ο τόπος κατοικίας δεν ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων [$F(3, 17.2) = 0.163$, $p = 0.920$, όπου $p > 0.05$]. Οι ασθενείς που διαμένουν σε κωμοπόλεις ($Mean = 44.7$, $SD = 14.2$), μεγάλες πόλεις ($Mean = 41.5$, $SD = 12.0$), μικρότερες πόλεις ($Mean = 41.9$, $SD = 14.0$) ή χωριά ($Mean = 41.2$, $SD = 10.4$) εμφάνισαν παρόμοια επίπεδα ποιότητας ζωής (Πίνακας 19). Αντίστοιχα, καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση δεν παρατηρήθηκε και για τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας (TOTAL IPAQ) βάσει της γεωγραφικής περιοχής διαμονής ($p > 0.05$).

6.3.στ) Η Επίδραση του Τόπου Κατοικίας στη Φυσική Δραστηριότητα

Εξετάστηκε και η επίδραση του τόπου κατοικίας των ασθενών στα επίπεδα κίνησής τους. Ο έλεγχος Kruskal-Wallis κατέδειξε ότι η γεωγραφική περιοχή διαμονής δεν ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση στο TOTAL IPAQ ($\chi^2(3) = 1.28$, $p = 0.733$, όπου $p > 0.05$). Όλες οι διμερείς συγκρίσεις (pairwise comparisons) ανάμεσα σε ασθενείς που διαμένουν σε μεγάλες πόλεις, επαρχιακές πόλεις, κωμοπόλεις ή χωριά βγήκαν στατιστικά μη σημαντικές ($p \geq 0.710$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι παρά τις πιθανές διαφορές στις υποδομές (π.χ. πάρκα, γυμναστήρια) μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των ασθενών με ΙΦΝΕ παραμένουν ομοιόμορφα.

6.3.ζ) Συνολική Αποτίμηση και Ερμηνεία Ευρημάτων (RQ3)

Η ανάλυση του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος ανέδειξε το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα ως τον μοναδικό ισχυρό κοινωνικοοικονομικό προσδιοριστή της ποιότητας ζωής (SIBDQ) των ασθενών ($p = 0.012$). Παρατηρήθηκε μια σαφής διαβάθμιση, όπου οι ασθενείς που διαβιούν σε συνθήκες οικονομικής στενότητας ($<10.000\text{€}$) κατέγραψαν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με εκείνους υψηλού εισοδήματος ($>40.000\text{€}$). Αντίθετα, ο τόπος κατοικίας και το ηλικιακό εύρος δεν επέφεραν στατιστικά σημαντικές μεταβολές στην ποιότητα ζωής, αν και περιγραφικά διαπιστώθηκε μια τάση επιβάρυνσης των νεαρών ενηλίκων (18-30 ετών). Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα (IPAQ), οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική επίδραση, με μοναδική εξαίρεση μια οριακή ηλικιακή τάση ($p = 0.065$), όπου η ομάδα 31-45 ετών εμφάνισε υψηλότερη έντονη άσκηση σε σύγκριση με τους ασθενείς 46-60 ετών.

Βιβλιογραφική Συζήτηση

Η επίδραση του εισοδήματος ευθυγραμμίζεται με τη βιβλιογραφία που αναδεικνύει την οικονομική άνεση ως παράγοντα διευκόλυνσης της πρόσβασης σε εξειδικευμένη περίθαλψη και ποιοτική διατροφή (Knowles et al., 2013; Kappelman et al., 2013). Ωστόσο, η θέση αυτή δεν είναι καθολική. Μελέτες όπως των Barlo et al. (2016) και Peyrin-Biroulet et al. (2018) υποστηρίζουν ότι σε συστήματα καθολικής υγειονομικής κάλυψης, η επίδραση του εισοδήματος αμβλύνεται, καθώς η ποιότητα ζωής καθορίζεται πρωτίστως από τη βιολογική δραστηριότητα της νόσου και την επάρκεια της κλινικής υποστήριξης.

Σχετικά με τον τόπο κατοικίας, τα ευρήματά μας συμφωνούν με τον Strid et al. (2014), υποδηλώνοντας ότι η νόσος «ομογενοποιεί» τις βιωματικές εμπειρίες ανεξαρτήτως γεωγραφίας. Αντίθετα, οι Ng et al. (2017) αντιτείνουν ότι ο αστικός τόπος διαμονής ευνοεί την ποιότητα ζωής λόγω της εγγύτητας σε εξειδικευμένα κέντρα αναφοράς και υποδομές άσκησης. Τέλος, αναφορικά με την ηλικία, ενώ η αυξημένη δραστηριότητα της ομάδας 31-45 ετών συνάδει με τον Tew et al. (2019), η αντίθετη προσέγγιση των Casellas et al. (2016) και Gatt et al. (2019) επισημαίνει ότι ο «διπλός φόρτος» (επαγγελματικός και οικογενειακός) αυτής της ηλικίας συχνά περιορίζει τον διαθέσιμο χρόνο για άσκηση, καθιστώντας τα αποτελέσματα του δείγματός μας μια ένδειξη υψηλής ανθεκτικότητας.

Προσωπική Ερμηνεία

Η κυρίαρχη επίδραση του εισοδήματος στην ποιότητα ζωής, σε αντιδιαστολή με την απουσία επίδρασής του στη φυσική δραστηριότητα, αναδεικνύει μια σύνθετη πραγματικότητα. Φαίνεται πως, για το δείγμα μας, η οικονομική επιφάνεια δεν καθορίζει την «ικανότητα

κίνησης», αλλά την «ικανότητα διαχείρισης»: παρέχει πρόσβαση σε καινοτόμους βιολογικούς παράγοντες και εξατομικευμένη διατροφική υποστήριξη, τα οποία λειτουργούν ως «ρυθμιστές» της ευεξίας. Το οικονομικό στρες φαίνεται να λειτουργεί ως αόρατος «απορυθμιστής» της ψυχοκοινωνικής υγείας, αποσυνδέοντας την καθημερινή δραστηριότητα από το συνολικό αίσθημα ικανοποίησης. Τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν ότι η ποιότητα ζωής δεν είναι γεωγραφικά περιορισμένη, αλλά εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει το «κόστος» μιας χρόνιας νόσου.

Συνεπώς, η έρευνά μας αναδεικνύει την επιτακτική ανάγκη για στοχευμένη κοινωνική πρόνοια, ώστε να γεφυρωθεί το χάσμα στις συνθήκες διαβίωσης των ασθενών, διασφαλίζοντας ότι η κλινική πρόγνωση δεν θα επισκιάζεται από την οικονομική αδυναμία.

6.3.ζ) Συνολική Αποτίμηση και Ερμηνεία Ευρημάτων

Η διερεύνηση του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος ανέδειξε το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα ως τον μοναδικό ισχυρό κοινωνικοοικονομικό προσδιοριστή της ποιότητας ζωής (SIBDQ) των ασθενών ($p=0.012$). Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε μια σαφής διαβάθμιση, με τους ασθενείς που διαβιούν σε συνθήκες οικονομικής στενότητας ($<10.000\text{€}$) να καταγράφουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με εκείνους που διαθέτουν υψηλότερο εισόδημα ($>40.000\text{€}$). Αντίθετα, ο τόπος κατοικίας και το ηλικιακό εύρος δεν επέφεραν στατιστικά σημαντικές μεταβολές στην ποιότητα ζωής, αν και περιγραφικά διαπιστώθηκε μια τάση επιβάρυνσης των νεαρών ενηλίκων (18-30 ετών). Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα (IPAQ), καμία από τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική επίδραση, με εξαίρεση μια οριακή τάση ηλικιακής διαφοροποίησης ($p=0.065$), όπου η παραγωγική ομάδα των 31-45 ετών εμφάνισε υψηλότερη κινητικότητα στην έντονη άσκηση σε σχέση με την ομάδα 46-60 ετών.

Η διαπίστωση ότι το εισόδημα αποτελεί τον καθοριστικό «ρυθμιστή» της ποιότητας ζωής ευθυγραμμίζεται με τη διεθνή βιβλιογραφία (Knowles et al., 2013; Kappelman et al., 2013), η οποία αναδεικνύει την οικονομική άνεση ως παράγοντα που διευκολύνει την πρόσβαση σε εξειδικευμένη ιατρική περίθαλψη, ποιοτικότερη διατροφή και μειωμένο εργασιακό άγχος. Ωστόσο, η θέση αυτή δεν είναι καθολική καθώς μελέτες όπως των Barlo et al. (2016) και Peyrin-Biroulet et al. (2018) υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής καθορίζεται πρωτίστως από τη βιολογική δραστηριότητα της νόσου και την ισότιμη πρόσβαση σε κλινική υποστήριξη, καθιστώντας την οικονομική άνεση δευτερεύοντα παράγοντα έναντι της επάρκειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αντίθετα, η απουσία επίδρασης του τόπου κατοικίας υποδηλώνει ότι, για τους ασθενείς με ΙΦΝΕ, η νόσος ομογενοποιεί τις βιωματικές εμπειρίες, καθιστώντας τον γεωγραφικό παράγοντα δευτερεύοντα μπροστά στη συνολική διαχείριση της πάθησης, εύρημα που έρχεται σε συμφωνία με την προσέγγιση των Strid et al..(Strid et al.2014) Ωστόσο, η άποψη αυτή δεν είναι καθολικά αποδεκτή, καθώς άλλες μελέτες υποστηρίζουν τον καθοριστικό ρόλο του γεωγραφικού παράγοντα. Για παράδειγμα, οι Ng et al. διαπιστώνουν ότι οι ασθενείς που διαμένουν σε αστικά κέντρα παρουσιάζουν συχνά καλύτερη ποιότητα ζωής, λόγω της εγγύτητας σε εξειδικευμένα κέντρα αναφοράς (IBD Centers) και της ευκολότερης πρόσβασης σε προγράμματα οργανωμένης φυσικής άσκησης, σε σύγκριση με τους κατοίκους αγροτικών περιοχών που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα εμπόδια στην πρόσβαση σε υποστηρικτικούς πόρους υγείας. (Ng et al. 2017)

Όσον αφορά την οριακή ηλικιακή τάση, η αυξημένη δραστηριότητα των 31-45 ετών συνάδει με τα ευρήματα των Tew et al. , οι οποίοι συνδέουν την παραγωγική ηλικία με μια προσπάθεια διατήρησης της φυσικής κατάστασης, παρά τη χρόνια νόσο (Tew et al. 2019). Οι μελέτες των Casellas et al. και Gatt et al. Όμως αναφέρουν ότι ο "διπλός φόρτος" (double burden) της επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής στην ηλικία των 31-45 ετών συχνά περιορίζει τον διαθέσιμο χρόνο για άσκηση. (Casellas et al. 2016)(Gatt et al. 2019)

Συζήτηση και Ερμηνεία Ευρημάτων Η κυρίαρχη επίδραση του εισοδήματος στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΙΦΝΕ, παρά την απουσία αντίστοιχης επίδρασης στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, αναδεικνύει μια σύνθετη κλινική πραγματικότητα. Η διαπιστωμένη αυτή συσχέτιση υποδηλώνει ότι η οικονομική επιφάνεια του ασθενούς λειτουργεί ως καθοριστικός παράγοντας για την πρόσβαση σε ποιοτικούς πόρους διαχείρισης της νόσου, όπως η καινοτόμος φαρμακευτική αγωγή (π.χ. βιολογικοί παράγοντες) και η εξατομικευμένη διατροφική υποστήριξη. Επιπλέον, το οικονομικό στρες, ως παράγοντας ψυχοκοινωνικής επιβάρυνσης, ενδέχεται να λειτουργεί ως «απορυθμιστής» της υποκειμενικής ευεξίας, αποσυνδέοντας την καθημερινή δραστηριότητα από το αίσθημα της ικανοποίησης. Τα ευρήματα αποτυπώνονται στον πίνακα 6.3 και καταδεικνύουν ότι, για το συγκεκριμένο δείγμα, η ποιότητα ζωής δεν περιορίζεται από γεωγραφικούς παράγοντες, αλλά εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις μιας χρόνιας νόσου, αναδεικνύοντας επιτακτικά την ανάγκη για στοχευμένη κοινωνική και οικονομική υποστήριξη των πιο ευάλωτων ασθενών.

Πίνακας 6.3 Στατιστικός Έλεγχος ANOVA (Welch's) και Kruskal-Wallis για τη Διαφοροποίηση της Ποιότητας Ζωής (SIBDQ) και της Φυσικής Δραστηριότητας (IPAQ) βάσει των Δημογραφικών και Κοινωνικοοικονομικών Χαρακτηριστικών

Μεταβλητές & Ομάδες	N	Ποιότητα Ζωής (TOTAL SIBDQ) Μέσος Όρος (SD)	Στατιστικός Έλεγχος SIBDQ (ANOVA Welch's)	Φυσική Δραστηριότητα (TOTAL)
---------------------	---	---	---	------------------------------

IPAQ) Στατιστικός
Έλεγχος (Kruskal-
Wallis)

<i>Ηλικιακό Εύρος</i>				
• 18–30 ετών	14	39.5 (11.8)		
• 31–45 ετών	24	42.5 (11.3)	$F(3, 19.2) = 0.295$	$\chi^2(3) = 7.23$
• 46–60 ετών	30	43.4 (14.3)	$p = 0.829$	$p = 0.065$ (οριακή τάση)
• 61+ ετών	6	42.0 (17.6)		
<i>Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα</i>				
• < 10.000 ευρώ	18	39.4 (14.25)		
• 10.001 έως 20.000 ευρώ	34	41.6 (13.27)	$F(4, 18.6) = 4.354$	$\chi^2(4) = 1.83$
• 20.001 έως 30.000 ευρώ	12	42.3 (11.06)	$p = 0.012^*$	$p = 0.767$
• 30.001 έως 40.000 ευρώ	6	47.0 (13.96)		
• > 40.001 ευρώ	4	52.3 (3.86)		
<i>Τόπος Κατοικίας</i>				
• Μεγάλη πόλη (> 150.001 κάτ.)	24	41.5 (12.0)		
• Πόλη (10.001 έως 150.000 κάτ.)	32	41.9 (14.0)	$F(3, 17.2) = 0.163$	$\chi^2(3) = 1.28$
• Κωμόπολη (2.001 έως 10.000 κάτ.)	13	44.7 (14.2)	$p = 0.920$	$p = 0.733$
• Χωριό (< 2.000 κάτ.)	5	41.2 (10.4)		

Και ενώ στο 3ο ερευνητικό ερώτημα, το εισόδημα αναδείχθηκε σε κεντρικό πυλώνα διαφοροποίησης της ποιότητας ζωής, παραμένει το ερώτημα κατά πόσον άλλες δημογραφικές μεταβλητές, όπως το επάγγελμα (που συχνά συνδέεται με το εισόδημα) ή το κάπνισμα (που

αποτελεί γνωστό κλινικό παράγοντα κινδύνου στα ΙΦΝΕ), ασκούν πρόσθετη επίδραση, γεγονός που διερευνάται στο τέταρτο ερευνητικό ερώτημα.

6.4 Επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, εκπαίδευση, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση) και των καθημερινών συνηθειών (καπνιστική συνήθεια) στην ποιότητα ζωής και στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των ασθενών με ΙΦΝΕ.

Ενώ στα προηγούμενα ερευνητικά ερωτήματα αναδείχθηκε η καθοριστική σημασία της ενεργότητας της νόσου (Ερευνητικό ερώτημα 2) και του εισοδήματος (Ερευνητικό ερώτημα 3) για την ποιότητα ζωής, το παρόν ερώτημα εξετάζει το κατά πόσο παράγοντες όπως το επάγγελμα και το κάπνισμα συνθέτουν μια πληρέστερη εικόνα της καθημερινότητας του ασθενούς.

6.4.α) Περιγραφή αποτελεσμάτων για Φύλο, Εκπαίδευση, Επάγγελμα, Οικογενειακή Κατάσταση.

Στην παρούσα ενότητα εξετάζεται η επίδραση μιας σειράς δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση) καθώς και της καπνιστικής συνήθειας, ως καθημερινής συνήθειας υγείας, στην ποιότητα ζωής (SIBDQ) και τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας (IPAQ) των ασθενών με ΙΦΝΕ. Η ανάλυση στοχεύει στον προσδιορισμό του κατά πόσο οι κοινωνικοδημογραφικές παράμετροι και ο τρόπος ζωής διαφοροποιούν το κλινικό και λειτουργικό προφίλ των συμμετεχόντων, συμβάλλοντας σε μια πληρέστερη κατανόηση των παραγόντων που επιδρούν στην καθημερινή διαβίωση των ασθενών. Για τη διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) στη Συνολική Ποιότητα Ζωής (SIBDQ) και στη Συνολική Φυσική Δραστηριότητα (IPAQ), πραγματοποιήθηκε σειρά στατιστικών ελέγχων (Independent t-test, One-Way ANOVA, Welch's ANOVA και χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας).

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, κανένας από τους εξεταζόμενους δημογραφικούς παράγοντες (Φύλο, Εκπαίδευση, Επάγγελμα, Οικογενειακή Κατάσταση) δεν άσκησε στατιστικά σημαντική επίδραση στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p > 0.05$). Τα συγκεντρωτικά στατιστικά στοιχεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.4α.

Πίνακας 6.4 α: Στατιστικοί έλεγχοι δημογραφικών παραγόντων ως προς την Ποιότητα Ζωής και τη Φυσική Δραστηριότητα

Δημογραφικός Παράγοντας	Στατιστικός Έλεγχος	Συνολική Ποιότητα Ζωής (SIBDQ)	Συνολική Φυσική Δραστηριότητα (IPAQ)
-------------------------	---------------------	--------------------------------	--------------------------------------

1) Φύλο	Independent t-test / Mann-Whitney U	t = 1.50, p = 0.139	t = 4.93, p = 0.890
2) Εκπαίδευση	One-Way ANOVA / χ^2 Tests	F(3, 16.8) = 1.90, p = 0.169	$\chi^2(10) = 4.19$, p = 0.938
3) Επάγγελμα	One-Way ANOVA	F(5, 16.3) = 1.37, p = 0.285	F(5, 16.9) = 0.662, p = 0.657
4) Οικογενειακή Κατάσταση	One-Way ANOVA (Welch's)	F(3, 4.32) = 0.364, p = 0.783	F(3, 5.36) = 3.61, p = 0.094

Φύλο: Αναφορικά με το φύλο των συμμετεχόντων, ο στατιστικός έλεγχος *t-test* ανεξάρτητων δειγμάτων δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Συγκεκριμένα, το φύλο δεν επηρεάζει ούτε τη Συνολική Ποιότητα Ζωής ($t = 1.50$, $p = 0.139$) ούτε τη Συνολική Φυσική Δραστηριότητα ($t = 4.93$, $p = 0.890$), υποδηλώνοντας ότι και τα δύο φύλα παρουσιάζουν παρόμοια επίπεδα στους εξεταζόμενους τομείς. Τα ευρήματα αυτά ευθυγραμμίζονται με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία επίσης δεν εντοπίζει στατιστικά σημαντικές διαφορές που να αποδίδονται στο φύλο (Al-Yateem et al., 2020· Zaltman et al., 2021). Παρόλο που στον γενικό πληθυσμό το φύλο συχνά διαφοροποιεί τα πρότυπα σωματικής άσκησης, στους ασθενείς με ΙΦΝΕ τα οργανικά συμπτώματα και η χρόνια κόπωση φαίνεται να λειτουργούν ως ένας «οριζόντιος» περιοριστικός παράγοντας, που εξισώνει τα επίπεδα δραστηριότητας και την υποκειμενική ποιότητα ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών (Gatt et al., 2019). Εντούτοις, η βιβλιογραφία παραμένει διχασμένη, καθώς άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι το φύλο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα, με τις γυναίκες ασθενείς να αναφέρουν συστηματικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τους άνδρες (Greveson & Woodward, 2020).

Εκπαίδευση: Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είχε ολοκληρώσει την Ανώτατη Εκπαίδευση/Μεταπτυχιακές σπουδές (60.8%), το 31% τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, το 6.8% την Υποχρεωτική Εκπαίδευση, ενώ το 1.4% ήταν κάτοχοι διδακτορικού τίτλου (N=1). Λόγω της ύπαρξης πολύ μικρού αριθμού συμμετεχόντων σε ορισμένες κατηγορίες, επιστρατεύτηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 για τη φυσική δραστηριότητα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν σχετίζεται στατιστικά με το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας ($\chi^2(10) = 4.19$, $p = 0.938$). Αντίστοιχα, η ανάλυση διακύμανσης One-Way ANOVA έδειξε ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν διαφοροποιεί τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών ($F(3, 16.8) = 1.90$, $p = 0.169$).

Το επίπεδο εκπαίδευσης στην παρούσα ανάλυση έδειξε ότι δεν διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά τη Συνολική Ποιότητα Ζωής ούτε τη Φυσική Δραστηριότητα των ασθενών. Αν και ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά μέσω της καλύτερης κατανόησης της νόσου και της

συμμόρφωσης στις οδηγίες (Bernstein et al., 2020), τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ευθυγραμμίζονται με τη διεθνή βιβλιογραφία που χαρακτηρίζει τον παράγοντα αυτόν ως μη καθοριστικό (Guthrie et al., 2002· Zaltman et al., 2021). Μελέτες όπως των Hou et al. (2018) και Kromer et al. (2020) υπογραμμίζουν ότι οι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο διαθέτουν αυξημένη ικανότητα πλοήγησης στο σύστημα υγείας ("health literacy"), γεγονός που τους επιτρέπει να εντοπίζουν ταχύτερα εξειδικευμένες θεραπευτικές επιλογές και να υιοθετούν αποτελεσματικότερες στρατηγικές διαχείρισης της νόσου. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, το μορφωτικό επίπεδο δεν επιδρά άμεσα στη νόσο, αλλά έμμεσα, λειτουργώντας ως "κοινωνικό κεφάλαιο" που θωρακίζει τον ασθενή απέναντι στις επιπλοκές της ΙΦΝΕ.

Επάγγελμα: Η One-Way ANOVA έδειξε ότι η επαγγελματική κατάσταση των ασθενών δεν ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση ούτε στη Συνολική Ποιότητα Ζωής ($F(5, 16.3) = 1.37$, $p = 0.285$) ούτε στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σε MET-minutes ($F(5, 16.9) = 0.662$, $p = 0.657$). Οι μέσοι όροι της κλίμακας Ποιότητας Ζωής και η φυσική δραστηριότητα (IPAQ) διαμορφώθηκαν σε παρόμοια επίπεδα μεταξύ όλων των εργασιακών ομάδων.

Αναφορικά με το επάγγελμα, η παρούσα μελέτη δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής ή στη φυσική δραστηριότητα. Αν και μέρος της βιβλιογραφίας υποστηρίζει ότι η σταθερή και εύεκτη εργασία λειτουργεί προστατευτικά, ενισχύοντας την ψυχολογική ευεξία των ασθενών (Filippi et al., 2020· Palomba et al., 2023· Varni et al., 2021), τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι ασθενείς με ΙΦΝΕ αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα καθημερινής διαβίωσης (όπως χρόνια κόπωση, brain fog και ανάγκη για αναρρωτικές άδειες) σε όποιον κλάδο κι αν ανήκουν, γεγονός που τείνει να εξισώνει την ποιότητα ζωής μεταξύ διαφορετικών επαγγελμάτων (Evers et al., 2016). Η έλλειψη διαφοροποίησης ενισχύει την άποψη ότι το φορτίο της φλεγμονώδους εξεργασίας και η ένταση των οργανικών συμπτωμάτων είναι τόσο κυρίαρχα, που τελικά υποβαθμίζουν και επισκιάζουν την επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (Mahdavi et al., 2017)

4. Οικογενειακή Κατάσταση

Το 56.8% (N=42) των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι ή σε σύμφωνο συμβίωσης, το 32.4% (N=24) άγαμοι, το 8.1% (N=6) διαζευγμένοι και το 2.7% δήλωσε «άλλο». Η ανάλυση *Welch's ANOVA* έδειξε ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά ούτε την ποιότητα ζωής ($p = 0.783$) ούτε τη συνολική φυσική δραστηριότητα ($p = 0.094$).

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τη βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι στα ΙΦΝΕ, οι κλινικοί περιορισμοί λειτουργούν ως «εξισωτικοί» παράγοντες. Όπως αναφέρουν οι Jones et al. (2022), συμπτώματα όπως η χρόνια κόπωση, οι έντονοι κοιλιακοί πόνοι και το άγχος της ακράτειας αποτελούν καθολικά ανασταλτικά εμπόδια για τη φυσική δραστηριότητα, ανεξαρτήτως του αν

ο ασθενής διαβιεί μόνος ή με σύντροφο. Στο ίδιο πλαίσιο, οι Graff et al. (2017) διαπιστώνουν ότι το φορτίο της νόσου είναι συχνά τόσο άμεσο, που οι οικογενειακές υποχρεώσεις ή το κοινωνικό status του ασθενούς δεν καθορίζουν την ικανότητά του για σωματική άσκηση, καθώς η νόσος επιβάλλει τις δικές της προτεραιότητες στην καθημερινή διαχείριση της ενέργειας.

Αντιθέτως, σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας αναιρεί την παραπάνω προσέγγιση, υποστηρίζοντας ότι το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την ευημερία του ασθενούς. Μελέτες όπως των Tew et al. (2016) και Barlow et al. (2019) υπογραμμίζουν ότι οι έγγαμοι ασθενείς ή όσοι διαβιούν με σταθερό υποστηρικτικό πλαίσιο παρουσιάζουν συχνά υψηλότερη ποιότητα ζωής, λόγω της κοινωνικής υποστήριξης και της καλύτερης διαχείρισης του χρόνου. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου δρα επιβαρυντικά, περιορίζοντας τον ελεύθερο χρόνο και την ψυχολογική διάθεση για φυσική δραστηριότητα, καθιστώντας έτσι την οικογενειακή κατάσταση έναν «αθέατο» αλλά ουσιαστικό ρυθμιστή της ευεξίας των ασθενών με ΙΦΝΕ.

Συνοψίζοντας, η ανάλυση των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών αναδεικνύει μια ενδιαφέρουσα αντίφαση, ενώ θεωρητικά παράγοντες όπως το επάγγελμα ή το μορφωτικό επίπεδο θα έπρεπε να διαφοροποιούν την ποιότητα ζωής και τη δραστηριότητα των ασθενών, στο παρόν δείγμα παρατηρείται μια "εξισωτική" τάση. Η κυρίαρχη επίδραση της κλινικής συμπτωματολογίας φαίνεται να επισκιάζει τις κοινωνικές και οικονομικές διαστρωματώσεις, υποδηλώνοντας ότι για τον ασθενή με ΙΦΝΕ, η νόσος αποτελεί έναν καθολικό επιβαρυντικό παράγοντα που υπερβαίνει το κοινωνικό του υπόβαθρο. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει ότι η κλινική πράξη δεν πρέπει να περιορίζεται σε μια τυποποιημένη κοινωνική αξιολόγηση, αλλά να εστιάζει στην εξατομικευμένη διαχείριση της νόσου, καθώς η υποστήριξη που απαιτείται είναι ανεξάρτητη από την επαγγελματική ή οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς

6.4.β) Καπνιστική Συνήθεια

Στο παρόν υποκεφάλαιο εξετάζεται η επίδραση της καπνιστικής συνήθειας στην ποιότητα ζωής και τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των ασθενών με ΙΦΝΕ. Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους τροποποιησίμους περιβαλλοντικούς παράγοντες στη διαχείριση των ΙΦΝΕ, παρουσιάζοντας μια ιδιαιτέρως σύνθετη και συχνά αντιφατική κλινική εικόνα. Η βιβλιογραφία υπογραμμίζει μια διττή επίδραση: ενώ στη Νόσο Crohn το κάπνισμα συνδέεται σχεδόν καθολικά με επιδείνωση της κλινικής πορείας, στην Ελκώδη Κολίτιδα η νικοτίνη εμφανίζει, υπό συγκεκριμένες συνθήκες, μια παραδόξως προστατευτική δράση. Λόγω του μικρού αριθμού ασθενών σε ορισμένες κατηγορίες, η ανάλυση που ακολουθεί

βασίζεται στην περιγραφική στατιστική, στοχεύοντας στην ανάδειξη των τάσεων που διέπουν αυτή τη διαφοροποιημένη αλληλεπίδραση καπνίσματος και κλινικής εικόνας. Πίνακας 6.4 β).

Πίνακας 6.4 β.) Περιγραφικά δεδομένα SIBDQ και IPAQ ανά Νόσημα και Καπνιστική Συνήθεια

Νόσημα	Καπνιστική Συνήθεια	N	%	Φυσική Δραστηριότητα - IPAQ (M) (Mean±SD)	Ποιότητα Ζωής - SIBDQ (M) (Mean±SD)
Ελκώδης Κολίτιδα	Καπνιστές	3	4,1%	1955±305	44.3±8.33
	Μη Καπνιστές	25	33,74%	1722±1014	41.7±12.0
Νόσος Crohn	Καπνιστές	17	22,97%	1222±1142	41.00±15.00
	Μη Καπνιστές	27	36,49%	1870±863	43.8±13.4
Αδιαφοροποίητη Κολίτιδα	Καπνιστές	1	1,35%	838	24.00
	Μη καπνιστές	1	1,35%	2510	45.00

Ελκώδης Κολίτιδα: Οι καπνιστές (N=3) κατέγραψαν καλύτερη ποιότητα ζωής (Mean=44.3, SD=8.33) και υψηλότερη φυσική δραστηριότητα (Mean=1955,SD=305 MET-minutes) συγκριτικά με τους μη καπνιστές (Mean=41.7, SD=12.0 και Mean=1722,SD=1014 αντίστοιχα). Το εύρημα αυτό αποτυπώνει την παράδοξη «προστατευτική» επίδραση που ασκεί η νικοτίνη στον βλεννογόνο της Ελκώδους Κολίτιδας,ένα φαινόμενο ευρέως αναγνωρισμένο στη διεθνή βιβλιογραφία (Lakatos et al., 2007· Lunney & Leong, 2012). Ωστόσο, ευρύτερες επιδημιολογικές μελέτες αντιπαραβάλλουν ότι οι συστηματικοί καπνιστές με ΙΦΝΕ μακροπρόθεσμα αναφέρουν χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς οι συνολικές αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία υπερτερούν της τοπικής δράσης της νικοτίνης (κυρίως μέσω της αύξησης των εξωεντερικών εκδηλώσεων και των συνοσηροτήτων), ενώ το μικρό μέγεθος του δείγματος της παρούσας μελέτης (N=3) επιβάλλει προσοχή στη γενίκευση του συγκεκριμένου ευρήματος (To N. T. et al., 2012).

Νόσος Crohn: Καταγράφηκε η αναμενόμενη επιβαρυντική επίδραση του καπνίσματος. Οι μη καπνιστές (N=27) εμφάνισαν σαφώς ανώτερη ποιότητα ζωής (Mean=43.8,SD=13.4) και υψηλότερη φυσική δραστηριότητα (Mean=1870,SD=863 MET-minutes) σε σχέση με τους

καπνιστές (Mean=41.0,SD=15.0 και Mean=1222,SD=1142 αντίστοιχα).επιβεβαιώνοντας ότι το κάπνισμα αποτελεί σοβαρό παράγοντα κλινικής επιδείνωσης και μείωσης της ποιότητας ζωής στη συγκεκριμένη νόσο(Ryan, W. R., et al. 2004,Mahidet al,2006.) Οι Biedermann et al. (2015) από την άλλη σε μεγάλη προοπτική μελέτη παρατήρησαν ότι, αν και το κάπνισμα συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπών, η επίδρασή του στην υποκειμενική, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQoL) δεν παρουσίαζε πάντα στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών, υπογραμμίζοντας ότι η ποιότητα ζωής στη Νόσο Crohn επηρεάζεται από ένα πιο σύνθετο πλέγμα ψυχοκοινωνικών και κλινικών μεταβλητών.

Αδιαφοροποίητη Κολίτιδα: Παρατηρήθηκε έντονη απόκλιση μεταξύ του ενός καπνιστή (IPAQ = 838, SIBDQ = 24.0) και του ενός μη καπνιστή (IPAQ = 2510, SIBDQ = 45.0). Λόγω του εξαιρετικά περιορισμένου δείγματος (N=2), τα στοιχεία αυτά δεν επιτρέπουν τη γενίκευση συμπερασμάτων και αναδεικνύουν την ανάγκη για μελλοντική διερεύνηση της συγκεκριμένης υποομάδας με μεγαλύτερο δείγμα. Αυτή η ασάφεια αποτυπώνεται και στη διεθνή βιβλιογραφία για την αδιαφοροποίητη κολίτιδα (IBDU), όπου η επίδραση του καπνίσματος παραμένει αμφιλεγόμενη. Από τη μία πλευρά, μελέτες υποστηρίζουν ότι η IBDU εμφανίζει κλινική συμπεριφορά παρόμοια με την Ελκώδη Κολίτιδα, με τους μη καπνιστές ή όσους διέκοψαν το κάπνισμα να παρουσιάζουν συχνότερα εξάρσεις και χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Guillo et al., 2011). Από την άλλη πλευρά, ωστόσο, ερευνητές επισημαίνουν ότι σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών η IBDU μετακυλίεται μετέπειτα σε Νόσο Crohn, με αποτέλεσμα το κάπνισμα να δρα επιβαρυντικά και να σχετίζεται με φτωχότερα λειτουργικά αποτελέσματα και μειωμένη φυσική δραστηριότητα (Aloi et al., 2016).

6.4 γ) Σύνθεση Ευρημάτων, Βιβλιογραφική Τεκμηρίωση και Προσωπική Ερμηνεία (RQ4)

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν σε μεγάλο βαθμό τη διττή επίδραση του καπνίσματος, η οποία εξαρτάται από τον τύπο της νόσου. Η τάση για καλύτερα αποτελέσματα στους καπνιστές με Ελκώδη Κολίτιδα και η σαφής επιβάρυνση των καπνιστών με Νόσο Crohn ευθυγραμμίζονται με την κλασική βιβλιογραφική προσέγγιση (Lakatos et al., 2007· Ryan et al., 2004), η οποία θεωρεί τη νικοτίνη ως έναν ρυθμιστή που δρα ευεργετικά στον βλεννογόνο της Ελκώδους Κολίτιδας, αλλά καταστροφικά στο τοίχωμα του εντέρου των ασθενών με Crohn.

Ωστόσο ευρήματα άλλων μελετών υποστηρίζουν ότι ο ρόλος του καπνίσματος είναι πιο "θολός". Συγκεκριμένα, μελέτες όπως των Biedermann et al. (2015) και To et al. (2012) υπογραμμίζουν ότι η υποκειμενική ποιότητα ζωής (HRQoL) δεν ακολουθεί πάντα γραμμικά την κλινική πορεία της νόσου. Σύμφωνα με αυτές τις προσεγγίσεις, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και η συνολική επιβάρυνση της καθημερινότητας από τις εξωεντερικές

εκδηλώσεις συχνά υπερκαλύπτουν την όποια "τοπική" επίδραση του καπνίσματος, καθιστώντας τις στατιστικές διαφορές μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών λιγότερο ευδιάκριτες από ό,τι αναμένεται στην κλινική πράξη. Επιπλέον, η περίπτωση της Αδιαφοροποίησης Κολίτιδας στη μελέτη μας αντικατοπτρίζει τη βιβλιογραφική ασάφεια (Guillo et al., 2011· Aloï et al., 2016), υποδηλώνοντας ότι το κάπνισμα ενδέχεται να λειτουργεί ως μεταβατικός παράγοντας ανάλογα με την τελική φαινοτυπική εξέλιξη της νόσου.

Με βάση τα παραπάνω ευρήματα το κάπνισμα δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται αποκλειστικά ως μια "κακή συνήθεια" που πρέπει να διακοπεί με γενικές οδηγίες, αλλά ως ένας σύνθετος κλινικός παράγοντας που απαιτεί εξατομικευμένη προσέγγιση. Παρά τους περιορισμούς του δείγματος, η διαφοροποίηση που παρατηρήθηκε μεταξύ Νόσου Crohn και Ελκώδους Κολίτιδας επιβεβαιώνει ότι η παθοφυσιολογική ιδιαιτερότητα της κάθε νόσου καθορίζει τις ανάγκες του ασθενούς πολύ περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη κοινωνικοδημογραφική μεταβλητή.

Αποτελεί γεγονός ότι ενώ η διεθνής βιβλιογραφία ορθώς εστιάζει στις επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος, στην κλινική πράξη παραμελείται συχνά η ψυχολογική εξάρτηση των ασθενών. Για έναν ασθενή με ΙΦΝΕ, η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι μόνο μια ιατρική απόφαση, αλλά μια ριζική αλλαγή στην καθημερινότητά του, η οποία συχνά λειτουργεί ως "μηχανισμός διαχείρισης" (coping mechanism) για το άγχος και τα συμπτώματα της νόσου. Επομένως, το αποτέλεσμα της παρούσας ανάλυσης είναι ότι η συμβουλευτική παρέμβαση πρέπει να είναι εστιασμένη στην κλινική ιδιαιτερότητα του κάθε ασθενούς: η διακοπή καπνίσματος σε έναν ασθενή με Crohn είναι μια κατεπείγουσα κλινική αναγκαιότητα, ενώ για έναν ασθενή με Ελκώδη Κολίτιδα θα πρέπει να συνοδεύεται από μια προσεκτική παρακολούθηση της κλινικής πορείας. Η εξατομίκευση αυτή αποτελεί το κλειδί για την επιτυχημένη συμμόρφωση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, καθώς αναγνωρίζει τον ασθενή ως υποκείμενο με συγκεκριμένες ανάγκες και όχι απλώς ως φορέα μιας στατιστικής τάσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1. Ερμηνεία των Κύριων Ευρημάτων

Η παρούσα μελέτη κατέδειξε ότι η σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής (ΠΖ) στους ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι εξαιρετικά σύνθετη και δεν ακολουθεί τη γραμμική συσχέτιση που συχνά περιγράφεται σε υγιείς πληθυσμούς. Η απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης ($r = -0.018$) υποδηλώνει ότι για τον ασθενή με χρόνια φλεγμονώδη πάθηση, ο όγκος της άσκησης από μόνος του δεν αποτελεί εγγυημένο παράγοντα ευεξίας.

Σε αντίθεση με τις θεωρητικές προσδοκίες που αναλύθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπου η άσκηση προβάλλεται ως οριζόντιο μέσο βελτίωσης της υγείας, τα δεδομένα μας υπογραμμίζουν τον "κατασταλτικό" ρόλο της κλινικής συμπτωματολογίας. Η ανάλυση των εσωτερικών συσχετίσεων του SIBDQ επιβεβαίωσε ότι η Ποιότητα Ζωής αποτελεί ένα "συμπυκνωμένο" αποτέλεσμα της κλινικής κατάστασης. Η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της υγείας ($p < 0.001$) αναδεικνύει ότι οι ασθενείς βιώνουν τη νόσο ως μια συνολική δοκιμασία, όπου η σωματική κόπωση και οι κοινωνικοί περιορισμοί λειτουργούν ως κυρίαρχες μεταβλητές, "επισκιάζοντας" τα οφέλη που δυνητικά προσφέρει η φυσική άσκηση.

Επιπλέον, η απουσία συσχέτισης μπορεί να ερμηνευθεί μέσω του φαινομένου της "συσσωρευμένης κόπωσης" (fatigue). Στο δείγμα μας, η κόπωση δεν εμφανίζεται ως ένα απλό σύμπτωμα, αλλά ως ένας περιοριστικός παράγοντας που επαναπροσδιορίζει την ιεράρχηση των ενεργειών του ασθενούς. Όταν τα αποθέματα ενέργειας είναι περιορισμένα λόγω της συστηματικής φλεγμονής, η προσπάθεια για αυξημένη φυσική δραστηριότητα –αντί να δρα αναζωογονητικά– ενδέχεται να προσλαμβάνεται από τον οργανισμό ως επιπρόσθετο στρες. Αυτό εξηγεί γιατί η άσκηση δεν μεταφράζεται αυτόματα σε βελτίωση της ΠΖ: η δαπάνη ενέργειας για τη διαχείριση της νόσου εξαντλεί το βιολογικό "πλεόνασμα" που θα επέτρεπε στον ασθενή να επωφεληθεί από την άσκηση.

Από την άλλη πλευρά, το εύρημα αυτό αναδεικνύει την ανάγκη να εξετάσουμε την ποιότητα της άσκησης και όχι απλώς την ποσότητα. Η ανάλυση υποδηλώνει ότι για τον ασθενή με ΙΦΝΕ, η ποιότητα ζωής είναι μια μεταβλητή που εξαρτάται πρωτίστως από τον έλεγχο της νόσου (disease control) και δευτερευόντως από το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας.

Συνεπώς, η βιολογική κατάσταση (φλεγμονώδης δραστηριότητα) δρα ως το "πλαίσιο" εντός του οποίου η άσκηση καλείται να λειτουργήσει. Όταν αυτό το πλαίσιο είναι επιβαρυνμένο, τα ευεργετικά αποτελέσματα της άσκησης αναστέλλονται από τον συστημικό αντίκτυπο της νόσου. Η απουσία γραμμικής συσχέτισης, λοιπόν, δεν αποτελεί απόρριψη της αξίας της άσκησης, αλλά μια επιστημονική απόδειξη ότι η προσέγγιση πρέπει να μετατοπιστεί από τη "γενικευμένη κινητοποίηση" στην "εξατομικευμένη διαχείριση της ενέργειας".

7.2. Σύγκριση με τη Βιβλιογραφία

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης τοποθετούνται σε έναν κρίσιμο διάλογο με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, ανατρέποντας την απλουστευτική προσέγγιση που συχνά διέπει τις οδηγίες για τη φυσική δραστηριότητα σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Η απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ όγκου άσκησης και Ποιότητας Ζωής δεν αποτελεί μεμονωμένο εύρημα, αλλά έρχεται να επιβεβαιώσει και να επεκτείνει τις διαπιστώσεις των Maddison et al. και Grounded et al. (2020). Οι μελέτες αυτές, αναλύοντας πληθυσμούς με υψηλό φορτίο

συννοσηροτήτων και ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, έχουν ήδη υποδείξει ότι η «φυσική δραστηριότητα» δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται ως ένας ανεξάρτητος και ομοιογενής παράγοντας πρόγνωσης.

Η παρούσα έρευνα ενισχύει αυτή τη θέση, αναδεικνύοντας ότι σε δείγματα όπου η κλινική αστάθεια είναι διαδεδομένη (το 39.2% σε έξαρση και το 51.4% με συννοσηρότητες), ο οργανισμός λειτουργεί υπό καθεστώς «οριακής λειτουργικότητας». Ενώ η κλασική βιβλιογραφία, στηριζόμενη σε δεδομένα από υγιείς πληθυσμούς ή ασθενείς σε μόνιμη ύφεση, προβάλλει την άσκηση ως πανάκεια, η δική μας ανάλυση θέτει το απαραίτητο «πλαίσιο αναφοράς». Η έννοια της «οριακής λειτουργικότητας» που αναφέραμε στο Κεφάλαιο 7.1, εξηγεί τη διαφορά στα ευρήματά μας: όταν το βιολογικό υπόστρωμα είναι επιβαρυνμένο από τη χρόνια φλεγμονή, η φυσική δραστηριότητα παύει να λειτουργεί ως αναβολικός παράγοντας και μετατρέπεται σε «ενεργειακή πρόκληση».

Επιπλέον, η σύγκριση με το έργο των Grounded et al. αναδεικνύει μια κρίσιμη διαφοροποίηση: ενώ οι προηγούμενες μελέτες συχνά εστιάζουν στη συσχέτιση (correlation), η δική μας μελέτη αναλύει τη δυναμική των εσωτερικών υποκλιμάκων του SIBDQ. Η ισχυρή συσχέτιση των διαστάσεων της υγείας ($p < 0.001$) που καταγράφηκε, υποδηλώνει ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών μας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διαχείριση της κόπωσης, ένα στοιχείο που η βιβλιογραφία συχνά υποβαθμίζει ως «δευτερεύον σύμπτωμα». Η παρούσα έρευνα τεκμηριώνει ότι η κόπωση δεν είναι απλώς ένα παράπλευρο σύμπτωμα, αλλά ο καθοριστικός παράγοντας που «επισκιάζει» την επίδραση της άσκησης.

Τέλος, η μελέτη μας συμβάλλει στη βιβλιογραφική συζήτηση αποδομώντας το μοντέλο της «γενικευμένης σύστασης». Ενώ προγενέστερες έρευνες κατέληγαν σε επιφανειακές γενικεύσεις, η δική μας ανάλυση υποστηρίζει ότι η βιολογική ιδιοσυγκρασία του ασθενούς με ΙΦΝΕ –συμπεριλαμβανομένης της διττής φύσης της καπνιστικής συνήθειας στη Νόσο Crohn και την Ελκώδη Κολίτιδα– επιβάλλει μια πιο προσεκτική ανάγνωση. Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν ότι ο ασθενής δεν είναι μια «στατιστική μονάδα» που ανταποκρίνεται ομοιόμορφα σε κινητικά πρωτόκολλα, αλλά ένα υποκείμενο του οποίου η ικανότητα για άσκηση καθορίζεται από έναν πολύπλοκο συνδυασμό παθοφυσιολογίας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Με αυτόν τον τρόπο, η παρούσα διπλωματική μετατοπίζει το επίκεντρο της συζήτησης: από το «πόσο πρέπει να ασκείται ο ασθενής» στο «πώς πρέπει να εξατομικεύεται η παρέμβαση ώστε να μην επιτείνει το βιολογικό φορτίο της νόσου».

7.3. Κλινικές Προεκτάσεις: Από τις Γενικές Συστάσεις στο Μοντέλο Εξατομικευμένης Παρέμβασης

Η απουσία γραμμικής συσχέτισης μεταξύ του συνολικού όγκου φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής ($r = -0.018$), σε συνδυασμό με το υψηλό ποσοστό ασθενών σε φάση έξαρσης (39.2%) και συννοσηροτήτων (51.4%) στο δείγμα μας, επιβάλλει μια ριζική αναθεώρηση της κλινικής προσέγγισης. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η παραδοσιακή ιατρική καθοδήγηση, η οποία συχνά περιορίζεται σε γενικές και αόριστες παροτρύνσεις για «περισσότερη άσκηση», είναι όχι μόνο ανεπαρκής αλλά ενδεχομένως και κλινικά μη ασφαλής για τον ασθενή με ΙΦΝΕ.

Η παρούσα μελέτη μετατοπίζει το επίκεντρο από την ποσοτική προσέγγιση της άσκησης στην ποιοτική και στοχευμένη διαχείρισή της. Στο πλαίσιο αυτό, διαμορφώνονται τέσσερις βασικοί πυλώνες για την αναδιάρθρωση της κλινικής πρακτικής και της συμβουλευτικής:

7.3.1. Κλινική Διαστρωμάτωση Κινδύνου και ο «Δείκτης Ετοιμότητας για Άσκηση»

Πριν από την έναρξη οποιασδήποτε φυσικής δραστηριότητας, κρίνεται απαραίτητη η θέσπιση ενός αυστηρού πρωτοκόλλου κλινικής αξιολόγησης από τον θεράποντα γαστρεντερολόγο. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να αναπτύξουν έναν υπολογίσιμο «Δείκτη Ετοιμότητας για Άσκηση» (Exercise Readiness Index), ο οποίος δεν θα βασίζεται αποκλειστικά στην υποκειμενική επιθυμία του ασθενούς, αλλά σε αντικειμενικά βιολογικά και κλινικά δεδομένα:

- **Βιοχημικός και Ενδοσκοπικός Έλεγχος:** Αξιολόγηση των επιπέδων των δεικτών φλεγμονής (C-αντιδρώσα πρωτεΐνη - CRP, καλπροτεκτίνη κοπράνων) για την ακριβή αποτύπωση της ενεργότητας της νόσου.
- **Αιματολογικό Προφίλ:** Έλεγχος για την ύπαρξη αναιμίας ή ελλείψεων σε μικροθρεπτικά συστατικά (π.χ. σίδηρος, βιταμίνη D), παράγοντες που συνδέονται άμεσα με τη μυϊκή αντοχή και τη διαχείριση του οξυγόνου.
- **Ανατομικοί Περιορισμοί:** Συνυπολογισμός του ιστορικού χειρουργικών επεμβάσεων (π.χ. κολεκτομή, αναστομώσεις) και της ύπαρξης στενώσεων ή συριγγίων, καθώς οι καταστάσεις αυτές μεταβάλλουν την ενδοκοιλιακή πίεση και καθιστούν ορισμένους τύπους άσκησης επικίνδυνους.

7.3.2. Δομή και Εφαρμογή του «Ατομικού Σχεδίου Εκγύμνασης» (Personalized Exercise Prescription)

Η κεντρική κλινική πρόταση της παρούσας μελέτης είναι η αντικατάσταση των οριζόντιων συστάσεων από ένα **Ατομικό Σχέδιο Εκγύμνασης (ΑΣΕ)**, το οποίο θα λειτουργεί ως

«συνταγογραφούμενη θεραπεία». Το πλάνο αυτό πρέπει να είναι δυναμικό και άμεσα προσαρμόσιμο στις διακυμάνσεις της νόσου, χωριζόμενο σε δύο κύριες κλινικές φάσεις:

1. **Φάση Ενεργού Νόσου (Εξαρση):** Σε αυτή τη φάση, ο στόχος δεν είναι η βελτίωση της φυσικής κατάστασης, αλλά η διατήρηση της λειτουργικότητας και η πρόληψη της μυϊκής ατροφίας (σαρκοπενίας) λόγω της φλεγμονής. Το ΑΣΕ πρέπει να περιλαμβάνει ασκήσεις εξαιρετικά χαμηλής έντασης, όπως διατάσεις, ήπια κινησιοθεραπεία και διαφραγματική αναπνοή. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται σε ασκήσεις του πυελικού εδάφους, οι οποίες βοηθούν κλινικά τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν συμπτώματα επιτακτικότητας ή ακράτειας.
2. **Φάση Κλινικής Ύφεσης:** Με την επίτευξη της βιολογικής σταθερότητας, το πρόγραμμα επεκτείνεται σταδιακά με βάση τις αρχές της προοδευτικής επιβάρυνσης. Εισάγεται αερόβια άσκηση χαμηλής έως μέτριας έντασης (π.χ. στατικό ποδήλατο, κολύμβηση) και ήπια προπόνηση αντίστασης. Αποφεύγονται αυστηρά τα προγράμματα υψηλής έντασης (όπως το HIIT), καθώς το οξύ συστηματικό στρες που προκαλούν μπορεί να πυροδοτήσει εκ νέου τη φλεγμονώδη απόκριση μέσω της ενεργοποίησης του άξονα υποθαλάμου-επινεφριδίων.

7.3.3. Συστηματική Διαχείριση της Χρόνιας Κόπωσης (Fatigue Management)

Όπως αναδείχθηκε από την ανάλυση των εσωτερικών συσχετίσεων του SIBDQ, η κόπωση λειτουργεί ως ο κυρίαρχος «ρυθμιστής» της ποιότητας ζωής, επισκιάζοντας τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας. Στην κλινική πράξη, η κόπωση πρέπει να αντιμετωπίζεται ως αυτόνομη κλινική οντότητα και όχι ως ένα απλό, αναμενόμενο σύμπτωμα.

Η συμβουλευτική προς τον ασθενή πρέπει να εστιάζει στη διάκριση μεταξύ της «πρωτοπαθούς κόπωσης» (που οφείλεται στη δράση των προφλεγμονωδών κυτταροκινών στο κεντρικό νευρικό σύστημα) και της «δευτεροπαθούς κόπωσης» (που προέρχεται από την απορρύθμιση του ύπνου ή την κακή φυσική κατάσταση). Όταν η ποιότητα ζωής είναι χαμηλή, η λύση δεν είναι η πίεση για περισσότερη φυσική δραστηριότητα, αλλά η θεραπευτική διαχείριση του υποκείμενου αιτίου της κόπωσης, καθώς η άσκηση σε έναν ήδη εξαντλημένο οργανισμό θα επιφέρει τα αντίθετα από τα προσδοκώμενα αποτελέσματα.

7.3.4. Ίδρυση Διεπιστημονικών Ομάδων Φροντίδας

Η πολυπλοκότητα της ποιότητας ζωής, όπως αυτή αποτυπώθηκε στη μελέτη μας μέσω της ισχυρής αλληλεξάρτησης των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών διαστάσεων ($p < 0.001$), αποδεικνύει ότι η διαχείριση της νόσου ξεπερνά τις δυνατότητες μιας μόνο ειδικότητας. Προτείνεται η δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων, οι οποίες θα περιλαμβάνουν:

- Τον **Γαστρεντερολόγο**, ο οποίος θα έχει τον γενικό συντονισμό και τον έλεγχο της φλεγμονής.
- Έναν **Εξειδικευμένο Φυσικοθεραπευτή ή Κλινικό Εργοθεραπευτή**, υπεύθυνο για τον σχεδιασμό και την επίβλεψη του Ατομικού Σχεδίου Εκγύμνασης.
- Έναν **Ψυχολόγο Υγείας**, ο οποίος θα παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη για τη διαχείριση του χρόνιου στρες και την ενίσχυση της συμμόρφωσης του ασθενούς στο πρόγραμμα κίνησης.
- Έναν **Κλινικό Διατροφολόγο**, για την εξασφάλιση της απαραίτητης ενεργειακής και πρωτεϊνικής κάλυψης που απαιτεί η σωματική ενεργοποίηση σε συνθήκες δυσσπορορρόφησης.

Μέσα από αυτό το ολιστικό πλέγμα φροντίδας, η φυσική δραστηριότητα παύει να αποτελεί μια πηγή άγχους ή μια απομονωμένη οδηγία, και μετατρέπεται σε ένα ασφαλές, δομημένο και αποτελεσματικό θεραπευτικό εργαλείο για τη βελτίωση της καθημερινότητας του ασθενούς με ΙΦΝΕ.

7.4 Ο Κοινωνικός Αντίκτυπος της Νόσου και η Βιολογική Διαφοροποίηση

Πέρα από τον αυστηρά κλινικό σχεδιασμό της παρέμβασης που αναλύθηκε στην προηγούμενη ενότητα, η επιτυχία της συμβουλευτικής εξαρτάται αναπόδραστα από την κατανόηση του ευρύτερου κοινωνικού και βιολογικού πλαισίου εντός του οποίου ζει ο ασθενής. Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει μια σειρά από παράγοντες που επιβάλλουν τη διαφοροποίηση της παρέμβασης, ανατρέποντας στερεότυπα σχετικά με τη διαχείριση της ποιότητας ζωής.

7.4.1. Η «Εξισωτική» Φύση της Νόσου και οι Κοινωνικές Ανισότητες:

Η έρευνά μας κατέδειξε ότι η ΙΦΝΕ λειτουργεί ως ένας «εξισωτικός μηχανισμός» όσον αφορά την επιβάρυνση της ΠΖ, καθώς παραδοσιακές δημογραφικές μεταβλητές, όπως το φύλο ή το μορφωτικό επίπεδο, δεν φάνηκαν να καθορίζουν στατιστικά την ποιότητα ζωής. Αυτή η διαπίστωση είναι καίριας σημασίας για τη συμβουλευτική πράξη: σημαίνει ότι ο κλινικός ιατρός δεν πρέπει να υποθέτει πως ένας ασθενής με υψηλό μορφωτικό επίπεδο θα διαχειριστεί ευκολότερα τη νόσο. Η ομοιόμορφη κατανομή της δυσκολίας επιβάλλει μια καθολική προσέγγιση στη συμβουλευτική, όπου η υποστήριξη παρέχεται εξίσου σε όλους τους ασθενείς, ανεξαρτήτως κοινωνικού προφίλ.

Ωστόσο, η διαπίστωση ότι το οικογενειακό εισόδημα αποτελεί τον μοναδικό κοινωνικό ρυθμιστικό παράγοντα εισάγει τη διάσταση της «οικονομικής τοξικότητας» (*financial toxicity*) στη διαχείριση της ΙΦΝΕ. Η οικονομική στενότητα δεν περιορίζει μόνο την πρόσβαση σε εξειδικευμένες θεραπείες, αλλά και την ικανότητα του ασθενούς να αφιερώσει χρόνο ή πόρους

στη φυσική δραστηριότητα και την ποιοτική διατροφή. Συνεπώς, η συμβουλευτική πρέπει να αναγνωρίζει την οικονομική διάσταση ως θεραπευτικό περιορισμό, με τους επαγγελματίες υγείας να οφείλουν να εντάσσουν στο θεραπευτικό πλάνο «εναλλακτικές στρατηγικές χαμηλού κόστους», διασφαλίζοντας ότι οι συστάσεις για έναν υγιεινό τρόπο ζωής δεν θα αποτελέσουν πρόσθετη πηγή άγχους.

7.4.2.Επιχειρήματα για τη Συμβουλευτική Πράξη

Με βάση τα παραπάνω, η στοχευμένη συμβουλευτική πρέπει να βασίζεται στους εξής πυλώνες:

- **Αναγνώριση του Κοινωνικού Πλαισίου:** Ο ιατρός οφείλει να διερευνά τις ρεαλιστικές δυνατότητες του ασθενούς στο φυσικό του περιβάλλον. Αντί για γενικές προτροπές, η συμβουλευτική πρέπει να προσφέρει λύσεις προσαρμοσμένες στο διαθέσιμο χρόνο και τον οικονομικό προϋπολογισμό του ασθενούς, εξασφαλίζοντας τη μακροχρόνια συμμόρφωση.
- **Συμβουλευτική βάσει Βιολογικού Φαινοτύπου:** Η ανάλυση της καπνιστικής συνήθειας ανέδειξε τη βιολογική ιδιαιτερότητα της νόσου (διττή επίδραση ανάλογα με τη διάγνωση). Αυτό αποδεικνύει ότι η συμβουλευτική δεν πρέπει να είναι «οριζόντια», αλλά να ενσωματώνει το παθοφυσιολογικό προφίλ του ασθενούς. Ο ιατρός οφείλει να εξηγεί τη βιολογική λογική πίσω από κάθε σύσταση, ενισχύοντας έτσι την εμπιστοσύνη και την κατανόηση της νόσου.
- **Διαχείριση των Προσδοκιών:** Μία από τις κρίσιμότερες λειτουργίες της συμβουλευτικής είναι η αποδόμηση των «μύθων» περί εξαντλητικής άσκησης. Ο ασθενής πρέπει να εκπαιδευτεί στην αυτο-παρατήρηση, μαθαίνοντας να προσαρμόζει τον τρόπο ζωής του στις μεταβαλλόμενες βιολογικές ανάγκες του σώματός του.

Σύνοψη για τον Κλινικό Ιατρό Η κλινική συμβουλευτική προς τον ασθενή με ΙΦΝΕ οφείλει να λειτουργεί ως «γέφυρα» μεταξύ της επιστημονικής γνώσης και της βιωματικής πραγματικότητας.

Όπως προέκυψε από τη μελέτη μας, ο ασθενής δεν αποτελεί μια στατιστική μονάδα, αλλά ένα υποκείμενο του οποίου η ποιότητα ζωής καθορίζεται από μια πολύπλοκη εξίσωση παθοφυσιολογίας, οικονομικής δυνατότητας και εξατομικευμένης βιολογικής ανταπόκρισης. Η αποτελεσματική παρέμβαση απαιτεί, λοιπόν, ο ιατρός να καθοδηγεί τον ασθενή στην ενσωμάτωση της δραστηριότητας στη ζωή του με τρόπο που να ενισχύει –και όχι να υπονομεύει– τη βιολογική του σταθερότητα.

7.5. Περιορισμοί της Μελέτης

Παρά την προσεκτική μεθοδολογική προσέγγιση, η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να συνεκτιμώνται κατά την ερμηνεία των ευρημάτων:

- **Αντιπροσωπευτικότητα και Μέγεθος Δείγματος:** Παρόλο που το δείγμα των 74 ασθενών κρίνεται επαρκές για την εξαγωγή στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων στο πλαίσιο της παρούσας ανάλυσης, το μέγεθός του θέτει όρια στη δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων σε εθνικό επίπεδο. Επιπλέον, ο κατακερματισμός του δείγματος σε διαφορετικούς υποτύπους της νόσου (π.χ. Νόσος Crohn vs Ελκώδης Κολίτιδα) ενδέχεται να έχει περιορίσει την ισχύ ορισμένων συγκριτικών αναλύσεων, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την επιφυλακτική ερμηνεία σε περιπτώσεις υποομάδων.
- **Μεθοδολογικός Σχεδιασμός και Αιτιώδης Συνάφεια:** Ο συγχρονικός σχεδιασμός (cross-sectional design) της μελέτης προσφέρει μια «χρονική τομή» της κατάστασης των ασθενών. Ως εκ τούτου, δεν είναι δυνατή η απόδειξη αιτιώδους συνάφειας (causality). Παραμένει το ερώτημα εάν η φυσική δραστηριότητα αποτελεί το μέσο βελτίωσης της ποιότητας ζωής ή αν, αντιστρόφως, οι ασθενείς με υψηλότερη ποιότητα ζωής διαθέτουν το βιολογικό και ψυχολογικό «πλεόνασμα» που τους επιτρέπει να είναι πιο ενεργοί. Η διαμόρφωση αυτής της αμφίδρομης σχέσης αποτελεί ένα από τα πιο σύνθετα ζητήματα στην κλινική έρευνα των ΙΦΝΕ.
- **Περιορισμοί Αυτοαναφερόμενων Δεδομένων:** Η χρήση καθιερωμένων ερωτηματολογίων (IPAQ, SIBDQ) βασίζεται αναπόφευκτα στην υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς. Αν και τα εργαλεία αυτά διαθέτουν υψηλή αξιοπιστία, η ψυχολογική κατάσταση κατά τη στιγμή της συμπλήρωσης, καθώς και το «σφάλμα ανάκλησης» (recall bias) –κατά το οποίο οι ασθενείς ενδέχεται να υπερεκτιμούν ή να υποτιμούν τη δραστηριότητά τους– αποτελούν παραμέτρους που ενδέχεται να επιφέρουν μια μικρή απόκλιση από την πραγματική αντικειμενική εικόνα. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εξαλείψουν αυτόν τον περιορισμό μέσω της χρήσης αντικειμενικών μέσων καταγραφής (π.χ. επιταχυνσιογράφων).

7.6. Τελικά Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη κατέδειξε ότι για τον ασθενή με ΙΦΝΕ, η ποιότητα ζωής δεν αποτελεί μια απλή συνάρτηση της κινητικής δραστηριότητας, αλλά μια σύνθετη, πολυπαραγοντική εξίσωση. Η φυσική δραστηριότητα, ενώ θεωρητικά φέρει ευεργετικά χαρακτηριστικά, δεν μπορεί να ιδωθεί ως μια «μαγική λύση» για την άμεση βελτίωση της ευεξίας, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς με επιβαρυνμένο κλινικό προφίλ, χρόνιο φορτίο συννοσηροτήτων και συστηματική φλεγμονώδη δράση.

Τα ευρήματά μας υπογραμμίζουν ότι η πραγματική πρόκληση για τον ασθενή με ΙΦΝΕ έγκειται στην επίτευξη μιας λεπτής ισορροπίας μεταξύ της κλινικής σταθερότητας, της ορθολογικής διαχείρισης της κόπωσης και της εξατομικευμένης σωματικής ενεργοποίησης. Η απουσία γραμμικής συσχέτισης στα δεδομένα μας δεν υποδηλώνει αδράνεια, αλλά την ανάγκη για έναν επαναπροσδιορισμό της άσκησης: από μια γενικευμένη οδηγία σε ένα διαβαθμισμένο, ιατρικά εποπτευόμενο θεραπευτικό εργαλείο.

Συμπερασματικά, η έρευνα αναδεικνύει ότι η βελτίωση της καθημερινότητας του ασθενούς απαιτεί μια προσέγγιση που υπερβαίνει τα όρια της κινησιολογίας, ενσωματώνοντας το βιολογικό και κοινωνικό αποτύπωμα της νόσου. Τα αποτελέσματα αυτά ανοίγουν τον δρόμο για μια νέα γενιά παρεμβατικών μελετών, οι οποίες θα μετατρέψουν τη φυσική δραστηριότητα από μια «δυσνητική πρόκληση» σε έναν σταθερό «θεραπευτικό σύμμαχο», πλήρως ενταγμένο στο εξατομικευμένο κλινικό πλάνο κάθε ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1. Σύνοψη των Κύριων Ευρημάτων: Η Ολιστική Θεώρηση της Νόσου

Συνοψίζοντας, η έρευνα αναδεικνύει ότι η ΙΦΝΕ δεν αποτελεί απλώς μια γαστρεντερολογική πάθηση, αλλά ένα σύνθετο κοινωνικό και βιολογικό φορτίο. Η διαπίστωση ότι οι δημογραφικοί παράγοντες υποχωρούν μπροστά στην οργανική βαρύτητα της νόσου, ενώ το εισόδημα αναδεικνύεται σε καθοριστικό ρυθμιστή, υπογραμμίζει την ανάγκη για στρατηγικές υγείας που ενσωματώνουν την κοινωνική διάσταση στην κλινική πράξη. Η ποιότητα ζωής δεν μπορεί να βελτιωθεί μέσω αποσπασματικών ιατρικών παρεμβάσεων, αλλά απαιτεί μια ενιαία πλατφόρμα φροντίδας.

8.2. Προτάσεις για την Κλινική Πρακτική (Clinical Policy Implications)

- **Θέσπιση του «Εξατομικευμένου Πρωτοκόλλου Άσκησης» (SEP):** Επιπροσθέτως, το πρωτόκολλο αυτό πρέπει να ενσωματωθεί σε **ψηφιακές πλατφόρμες (mHealth apps)**, όπου ο ασθενής θα καταγράφει σε πραγματικό χρόνο τα επίπεδα κόπωσης και τη δραστηριότητά του, επιτρέποντας στον ιατρό να προβαίνει σε άμεσες αναπροσαρμογές του πλάνου άσκησης.
- **Πρόγραμμα «Health Literacy & Empowerment»:** Προτείνεται η καθιέρωση σεμιναρίων εκπαίδευσης ασθενών. Η βελτίωση του «γραμματισμού υγείας» (health literacy) των ασθενών με ΙΦΝΕ είναι απαραίτητη ώστε να είναι σε θέση να αξιολογούν τα συμπτώματά τους και να συνεργάζονται ισότιμα με την ιατρική ομάδα. Ένας

ενημερωμένος ασθενής είναι λιγότερο πιθανό να καταφύγει σε περιττές ιατρικές επισκέψεις λόγω άγχους.

- **Ολιστική Διεπιστημονική Παρακολούθηση (Value-Based Healthcare):** Μετάβαση σε μοντέλα πληρωμής βάσει αποτελέσματος (value-based care). Η αποζημίωση των ιατρικών υπηρεσιών πρέπει να συνδεθεί με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς (Patient-Reported Outcome Measures - PROMs) και όχι μόνο με την κλινική ύφεση.
- **Στοχευμένη Κοινωνική Πρόνοια:** Επέκταση της πρόνοιας και σε θέματα εργασιακής προσαρμογής: θεσμοθέτηση ευέλικτου ωραρίου για ασθενείς σε φάση έξαρσης, ώστε να μην επιβαρύνεται η ψυχολογία τους από τον φόβο της επαγγελματικής απώλειας.

8.3. Μελλοντικές Ερευνητικές Κατευθύνσεις (Strategic Research Roadmap)

- **Πιλοτικά Παρεμβατικά Προγράμματα (Interventional Pilot Studies):** Επιπλέον, εξερεύνηση της συνέργειας μεταξύ άσκησης και νέων βιολογικών παραγόντων: μπορεί η άσκηση να αυξήσει το ποσοστό ανταπόκρισης σε ακριβές βιολογικές θεραπείες; Αυτό αποτελεί ένα από τα πιο υποσχόμενα πεδία έρευνας για τη μείωση του κόστους υγείας.
- **Διαχρονική Παρακολούθηση & Big Data:** Χρήση δεδομένων από έξυπνα ρολόγια για την αντικειμενική καταγραφή της κινητικότητας. Η συλλογή αυτών των δεδομένων (Big Data) θα επιτρέψει τη δημιουργία προγνωστικών μοντέλων που θα προβλέπουν τις εξάρσεις της νόσου πριν αυτές εκδηλωθούν κλινικά, βασιζόμενα σε αλλαγές στο μοτίβο κίνησης του ασθενούς.
- **Ποιοτική Ανάλυση της «Βιωματικής Κόπωσης»:** Διεύρυνση της έρευνας και στις «κοινωνικές αναπαραστάσεις» της νόσου: πώς το στίγμα της ΙΦΝΕ (λόγω των συμπτωμάτων από το γαστρεντερολογικό) επηρεάζει την ψυχολογική δυνατότητα του ασθενούς για άσκηση σε δημόσιους χώρους (γυμναστήρια, πάρκα).
- **Οικονομική Αξιολόγηση (Cost-Effectiveness Analysis):** Εκπόνηση μελετών ανάλυσης κόστους-οφέλους για την υιοθέτηση του SEP. Είναι κρίσιμο να αποδειχθεί στους φορείς χάραξης πολιτικής ότι η επένδυση σε προγράμματα άσκησης και ψυχολογικής υποστήριξης μειώνει μακροπρόθεσμα τις δαπάνες για νοσηλείες και χειρουργικές επεμβάσεις.

Συνοψίζοντας, η παρούσα διπλωματική εργασία αναδεικνύει την ανάγκη να αλλάξουμε τον τρόπο που προσεγγίζουμε τους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Η μέχρι τώρα πρακτική επικεντρώνεται κυρίως στη φαρμακευτική αγωγή, όμως η εμπειρία των ασθενών δείχνει ότι αυτό δεν αρκεί για να βελτιωθεί η καθημερινότητά τους.

Προτείνετε, λοιπόν, μια πιο ενεργή και εξατομικευμένη υποστήριξη. Το μέλλον της διαχείρισης της ΙΦΝΕ δεν βρίσκεται μόνο στα εργαστήρια, αλλά στη συνδυαστική προσέγγιση με ιατρική επίβλεψη, της επιστημονικά καθοδηγούμενης άσκησης και της έμπρακτης κοινωνικής μέριμνας. Η ΙΦΝΕ είναι μια δύσκολη νόσος, αλλά με τα κατάλληλα εργαλεία – τεχνολογικά, διεπιστημονικά και οικονομικά– μπορεί να μετατραπεί από ένα μόνιμο εμπόδιο σε μια κατάσταση που ο ασθενής μπορεί να διαχειριστεί τη νόσο με ασφάλεια. Ελπίζουμε η πρόταση αυτή να αποτελέσει το έναυσμα για να δούμε τον ασθενή όχι ως ένα περιστατικό, αλλά ως έναν ενεργό άνθρωπο που αξίζει την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). *Social Science and Medicine*

Abraham, C., & Cho, J. H. (2009). Inflammatory bowel disease. *New England Journal of Medicine*, 361(21), 2066–2078

Al-Yateem, N., Al-Shujairi, A. M., Docker, M., & Al-Rimawi, R. (2020). *Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: The impact of disease activity and*

demographic characteristics. Gastroenterology Nursing, 43(4), E120-E129. DOI: [10.1097/SGA.0000000000000455](https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000455)

Ananthakrishnan, A. N., Shi, C. Y., Tang, D. H., Park, K. T., & Melmed, G. Y. (2013). *Long-term outcomes, quality of life, and health care utilization in elderly-onset inflammatory bowel disease. Inflammatory Bowel Diseases*, 19(11), 2353-2359. <https://doi.org/10.1097/MIB.0b013e3182a11b7d>

Baumgart, D. C., & Sandborn, W. J. (2007). Inflammatory bowel disease: Clinical aspects and established and evolving therapies. *The Lancet*, 369, 1641–1657.

Bernal, I., et al. (2018). Quality of life after surgery in IBD: A systematic review. *International Journal of Colorectal Disease*, 33(4), 381-390. (Υποστηρίζει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής μετά τη χειρουργική επέμβαση).

Bernstein, C. N., Nugent, Z., Targownik, L. E., Singh, H., & Lix, L. M. (2020). *Predictors and outcomes of socioeconomic status in inflammatory bowel disease: A population-based study. The American Journal of Gastroenterology*, 115(8), 1242-1250. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000693>

Berndtsson, I. E., & Ekman, I. (2004). *Quality of life on a long-term perspective after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis. Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 39(4), 369-375. <https://doi.org/10.1080/00365520310008551>

Biedermann, L., Fournier, N., Misselwitz, B., Mastier, C., Pittet, V., Burnand, B., Vavricka, S. R., Rogler, G., & Swiss IBD Cohort Study Group. (2015). *High rates of smoking especially in female Crohn's disease patients and low smoking cessation rates: An analysis of the Swiss IBD Cohort Study. Journal of Crohn's and Colitis*, 9(10), 819–829. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjv111>

Bilski, J., Mazur-Bialy, A., Brzozowski, B., Magierowski, M., Zahradnik-Bilska, J., Wojcik, D., ... & Brzozowski, T. (2014). *Can exercise modulate the course of inflammatory bowel disease? Experimental and clinical evidence. Journal of Physiology and Pharmacology*, 65(5), 605-619.

Bilsborough, W., et al. (2018). Physical activity and functional outcomes post-IBD surgery. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 33(2), 410-416.

Bullinger, M. (2003). International compatibility of health interview surveys: An overview of methods and approaches. Στο A. Noskov & C. Gudex (Επιμ.), *EUROHIS: Developing Common Instruments or Health Surveys*. Amsterdam: IOS Press

Casellas, F., et al. (2016). Impact of surgery on physical activity in IBD patients. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 28(1), 55-60.

Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. *International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc.* 2003; 35(8):1381-1395

Dignass, A., Van Assche, G., Lindsay, J. O., et al. (2010). The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *Journal of Crohn's and Colitis*, 4(1), 28–62.

Dignass, A., Lindsay, J. O., Sturm, A., et al. (2012). Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 2: Current management. *Journal of Crohn's and Colitis*, 6, 991–1030

Emerson, S. (1985). Quality of life. *Social Indicators Research*, 2, 229-248

Evers, S., et al. (2016). *Employment status, difficulties at work and quality of life in inflammatory bowel disease patients. Netherlands Journal of Medicine.*

Eyler, A. A., Brownson, R. C., Bacak, S. J., & Housemann, R. A. (2003). *The epidemiology of walking for physical activity in the United States. Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(9), 1529-1536. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000084523.51817.E0>

Fan, J. X., Wen, M., & Kowaleski-Jones, L. (2014). *Rural–urban differences in objective and subjective measures of physical activity environments with latitude and longitude. Environmental Health Insights*, 8, EHI-S15663.

Filippi, J., Allen, P. B., & Peyrin-Biroulet, L. (2020). *Employment, work productivity, and quality of life in inflammatory bowel disease. Digestive and Liver Disease*, 52(6), 612-620.

Graff, L. A., Walker, J. R., Lazer, L., et al. (2006). *Focus on quality of life in IBD: The role of clinical, demographic, and psychological factors. Organization of IBD Research.*

Gatt, K., Schembri, J., Katsanos, K. H., Christodoulou, D. K., & Ellul, P. (2019). *Physical activity in inflammatory bowel disease: A markers of disease activity or a moderator of quality*

of life?. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 31(11), 1334-1340. DOI: [10.1097/MEG.0000000000001469](https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001469)

Gotay, C. C., & Moore, T. D. (1992). Assessing quality of life in head and neck cancer. *Quality of Life Research*, 1, 5-17

Greveson, K., & Woodward, S. (2020). *Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: A gender-specific perspective. British Journal of Nursing*, 29(12), 682-689. DOI: [10.12968/bjon.2020.29.12.682](https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.12.682)

Grounded, A., Smith, R., & Jones, L. (2020). Fatigue and physical activity patterns in Inflammatory Bowel Disease patients. *Journal of Crohn's and Colitis*, 14(4), 456–465.

Guthrie, E., Jackson, J., Shaffer, J., Thompson, D., Tomenson, B., & Creed, F. (2002). *Psychological factors and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 16(7), 1251-1259. DOI: [10.1046/j.1365-2036.2002.01289.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.2002.01289.x)

Ho, P. Y. M., Hu, W., Ji, C. Y. T., Ong, E. K., Sim, R. R., Huang, W., ... & Ling, K. L. (2019). *Health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease in Singapore. Intestinal Research*, 17(1), 107-118. <https://doi.org/10.5217/ir.2018.00099>

Hörnquist, J. O. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10(2), 57–61

Huber, M., et al. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163.

Irvine EJ, Zhou Q, Thompson AK. The Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: a quality of life instrument for community physicians managing inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol.* 1996; 91(8):1571-1578.

Kaplan, R. M., & Bush, J. W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1(1), 61–80

Kaplan, G. G., & Windsor, J. W. (2021). The four epidemiological stages in the global evolution of inflammatory bowel disease. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*

Jones, K., Kimble, R., Baker, K., & Tew, G. A. (2022). *Effects of structured exercise programmes on physiological and psychological outcomes in adults with inflammatory bowel*

disease (IBD): A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, 17(11), e0278480.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278480>

Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649

Kiebles, J. L., Doerfler, B., & Keefer, L. (2010). *Response shift in quality of life assessment for inflammatory bowel disease.* Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17(3), 216-224. <https://doi.org/10.1007/s10880-010-9201-9>

Knowles, S. R., Keefer, L., & Wilding, H. (2018). Quality of life in inflammatory bowel disease: The role of surgical history and comorbidity. *Inflammatory Bowel Diseases*, 24(3), 522–530.

Konstantidelli, D., Aletras, B., & Niakas, D. (2020). Quality of life in patients with inflammatory bowel diseases. The effect of anti-TNF α as pharmaceutical treatment. *Archives of Hellenic Medicine*, 37(6), 773–781

Lakatos, P. L., Szamosi, T., & Lakatos, L. (2007). *Smoking in inflammatory bowel diseases: Good, bad or ugly?* World Journal of Gastroenterology, 13(46), 6134-6139.
<https://doi.org/10.3748/wjg.v13.i46.6134>

Langholz, E. (1994). Ulcerative colitis. An epidemiological study based on a regional inception cohort, with special reference to disease course and prognosis. *Danish Medical Bulletin*

Lennard-Jones, J. E. (1989). Classification of Inflammatory Bowel Disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 24, 2–6.

Lunney, P. C., & Leong, R. W. (2012). *Review article: ulcerative colitis, smoking and nicotine therapy.* Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 36(11-12), 997-1008.
<https://doi.org/10.1111/apt.12086>

Long, M. D., Hutfless, S., Kappelman, M. D., Allen, J. I., Herfarth, H. H., & Sandler, R. S. (2015). *Rural world, urban world: Challenges in inflammatory bowel disease care distribution.* Inflammatory Bowel Diseases, 21(4), 856–862.
<https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000342>

Maddison, R., Foley, L., Stewart, R., & Prapavessis, H. (2016). The impact of physical activity on health-related quality of life in patients with Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 50(8), 650–656.

Mahdavi, S. B., Habibi, F., Habibi, M. E., Gharavinia, A., Akbarpour, M. J., Baghaei, A., & Emami, M. H. (2017). *Quality of life in inflammatory bowel disease patients: A cross-sectional study.* Journal of Research in Medical Sciences, 22(1), 104. https://doi.org/10.4103/jrms.jrms_975_16

Mahid, S. S., Minor, K. S., Soto, R. E., Hornung, C. A., & Galandiuk, S. (2006). *Smoking and inflammatory bowel disease: a meta-analysis.* Mayo Clinic Proceedings, 81(11), 1462-1471. <https://doi.org/10.4065/81.11.1462>

Mak, W. Y., et al. (2020). The epidemiology of inflammatory bowel disease: East meets west. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*
Manousos, O. N., et al. (1996). A prospective epidemiologic study of Crohn's disease in Heraklion, Crete. Incidence over a 5-year period. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*

Miele, E., et al. (2018). Physical activity in patients with IBD: The role of extra-intestinal manifestations and comorbidities. *Journal of Crohn's and Colitis*, 12(5), 580-587.

Molodecky, N. A., et al. (2012). Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*

Ng, S. C., Tang, W., Leong, R. W., Chen, M., Ko, Y., Studd, C., ... & Asia–Pacific Crohn's and Colitis Epidemiology Study (ACCESS) Study Group. (2013). *Environmental risk factors in inflammatory bowel disease: a population-based case-control study in Asia-Pacific.* Gut, 64(7), 1063-1071.

Pallis, A. G., Vlachonikolis, I. G., & Mouzas, I. A. (2002). Age, but not duration of disease, is associated with quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Digestive and Liver Disease*, 34(1), 31-36. [https://doi.org/10.1016/S1590-8658\(02\)80058-2](https://doi.org/10.1016/S1590-8658(02)80058-2)

Palomba, R., Leone, S., & Coretti, S. (2023). *Quality of life and physical activity levels according to occupational characteristics in inflammatory bowel disease patients.* Journal of Crohn's and Colitis, 17(2), 241-249.

Papathanasiou G, Papaandreou D, Alagiannis A, et al.(2009) International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Hellenic J Cardiol.* 2009; 50(4):283-294.

- Parks, S. E., Housemann, R. A., & Brownson, R. C. (2003).** *Differential correlates of physical activity in urban, suburban, and rural Americans.* American Journal of Health Promotion, 13(2), 103–108.
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993).** *Health Status and Health Policy: Allocating Resources to Health Care.* Oxford: Oxford University Press.
- Price, A. B. (1978).** Overlap in the spectrum of non-specific inflammatory bowel disease--'colitis indeterminate'. *Journal of Clinical Pathology*, 31(6), 567–577
- Podolsky, D. K. (2002).** Inflammatory Bowel Disease. *The New England Journal of Medicine*, 346(1), 91–98.
- Raine, T., Bonovas, S., Burisch, J., et al. (2022).** ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment. *Journal of Crohn's and Colitis*, 16, 2–17.
- Restellini, S., et al. (2018).** The impact of comorbidity on health-related quality of life in IBD. *Journal of Crohn's and Colitis*, 12(12), 1435–1442.
- Ryan, W. R., Leyden, J. E., McDonald, A. M., & Neary, P. M. (2004).** *The effect of smoking on disease activity and quality of life in Crohn's disease.* International Journal of Colorectal Disease, 19(5), 456–461. <https://doi.org/10.1007/s00384-003-0565-x>
- Sallis, J. F., Saelens, B. E., Frank, L. D., Conway, T. L., Slymen, D. J., Cain, K. L., Bingham, J. E., & Kerr, J. (2009).** *Neighborhood built environment and income: Examining effects on physical activity of adults.* American Journal of Preventive Medicine, 36(3), 190–198. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.10.017>
- Satsangi, J., Silverberg, M. S., Vermeire, S., & Colombel, J. F. (2006).** The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut*, 55(6), 749–753
- Shanahan, F. (2002).** Crohn's disease. *The Lancet*, 359(9300), 62–69.
- Schieffer, S., Wirth, C., & Zopf, Y. (2017).** The impact of disease activity on health-related quality of life in IBD. *Inflammatory Bowel Diseases Journal*, 23(6), 980–988.
- Sinclair, J., Brooks-Warburton, J., & Bottoms, L. (2024).** *Perceptions, behaviours and barriers towards exercise practices in inflammatory bowel disease.* PLOS ONE, 19(4), e0299228. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299228>

Silverberg, M. S., Satsangi, J., Ahmad, T., et al. (2005). Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 19(suppl a), 5A–36A

Strid, H., et al. (2014). Quality of life in IBD patients with and without comorbidities. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 49(3), 320-327.

Tan, M., Koh, S. J., & Hilmi, I. (2019). *Health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease in Singapore.* *Intestinal Research*, 17(1), 107–115. <https://doi.org/10.5217/ir.2018.00071>

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409

To, N. T., Gracie, D. J., & Ford, A. C. (2012). *Systematic review with meta-analysis: The effect of smoking on the natural history of ulcerative colitis.* *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 36(11-12), 1015-1026. <https://doi.org/10.1111/apt.12071>

Torrance, G. W. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 593–600.

Tew, G. A., et al. (2016). *Perceptions and experiences of physical activity in adults with inflammatory bowel disease.* *Inflammatory Bowel Diseases*

Trivedi, T., Liu, J., Probst, J., Merchant, A., Jhones, S., & Martin, A. B. (2015). *Obesity and obesity-related behaviors among rural and urban adults in the USA.* *Journal of Rural Health*, 31(2), 200-208.

Thirlby, R. C., Land, S., & Weinstein, L. (2001). *Long-term quality of life outcomes in patients undergoing surgery for inflammatory bowel disease.* *Archives of Surgery*, 136(5), 522-527. <https://doi.org/10.1001/archsurg.136.5.522>

Van Dyck, D., Cardon, G., Deforche, B., & De Bourdeaudhuij, I. (2011). *Urban-rural differences in physical activity in Belgian adults and the importance of urbanization indicators.* *Health & Place*, 17(1), 190-196. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.09.009>

Van Knippenberg, F. C., & de Haes, J. C. (1988). Measuring the quality of life of cancer patients: Psychometric properties of instruments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41(11), 1043–1053

Wilcox, S., Castro, C., King, A. C., Housemann, R., & Brownson, R. C. (2000). *Determinants of leisure-time physical activity in rural compared with urban older and ethnically diverse women in the United States.* *Annals of Behavioral Medicine*, 22(4), 308-316. <https://doi.org/10.1007/BF02895667>

World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization.* Geneva: WHO

World Health Organization. (1991). *WHO in Europe 1991.* Geneva: WHO

Zaltman, C., de Souza Caron, F., de Castro, L. S., & de Castro, C. J. (2021). *The complex interplay between disease activity, physical activity, and quality of life in inflammatory bowel disease.* *Scientific Reports*, 11(1), 14325. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93725-y>

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αγόρας, Α., & Σκαμνέλος, Γ. (2022). « Φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου: Νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Πτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ιωάννινα

Αγραφιώτης, Α. (1988). « Υγεία και αρρώστια. Κοινωνικές και πολιτιστικές διαστάσεις. Αθήνα: Λίτσας

Αργυρίου, Κ. Ν. (2011). « Ποιότητα ζωής ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου » Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Λάρισα,.

Αργυρίου, Κ. Ν. (2018). « Ποιότητα Ζωής και Ανικανότητα στα ΙΦΝΕ. » Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Βράκας, Σ. (2018). « Μικροβίωμα του εντέρου και Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου: Από τη θεωρία στην κλινική πράξη. » Ελληνική Γαστρεντερολογική Επιθεώρηση, 31(2), 85-92.

Γάτσιου, Α. (2023). « Άσκηση, διατροφή, ποιότητα ύπνου και ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια της COVID-19 και μετά από αυτή σε νέους ηλικίας 18-30 ετών. » Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου, Μ., & Αλεξιάς, Γ. (2008). « Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής: Από τη Θεωρία στην Πράξη. » *INFO RESPIRATORY & INTERNAL MEDICINE*, 31-41

Ζαχαρή, Δ. (2023). « Θεραπευτική άσκηση και Χρόνια Νεφρική Νόσος. » Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. (Για τα οφέλη της άσκησης στην ποιότητα ζωής ασθενών).

Καραγιάννης, Ι. Α., Καραμανώλης, Δ. Γ., Μάντζαρης, Γ. Ι., & Τριανταφυλλίδης, Ι. Κ. (2009). *Ευρωπαϊκή Ομοφωνία βασισμένη σε αποδείξεις για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας.* Αθήνα.

Κλήμος, Γ. (2021). « Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Η περίπτωση της ελκώδους κολίτιδας σχετιζόμενη με την χρήση ανοσοκατασταλτικών σκευασμάτων » Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας (ΔΜΥ), Ηράκλειο.

Κολησιάτη, Α. (2023). « Μέτρηση του επιπέδου αλφαριθμητισμού των ασθενών με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου και της ποιότητας ζωής τους και διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ επιπέδου αλφαριθμητισμού και ποιότητας ζωής. » Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Κωνσταντιδέλλη, Δ. (2020). « Ποιότητα ζωής και απώλειες που βιώνουν οι ασθενείς με ΙΦΝΕ. Μελέτη επίδρασης των βιολογικών παραγόντων ως φαρμακευτική αγωγή στην ποιότητα ζωής ασθενών με ΙΦΝΕ στη Λέσβο » Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας (ΔΜΥ), Μυτιλήνη,.

Μαλάμου, Θ. (2015). « Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας. » *Νοσηλευτική*, 54(3), 231–241

Μαλάκος Ζ. (2018). «Επιδημιολογική μελέτη της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους πάθησης των εντέρων στη Βορειοδυτική Ελλάδα για τα έτη 1981-2013». Διδακτορική Διατριβή, Τομέας Παθολογίας, Κλινική Γαστεντερολογική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Μητροπούλου, Μ. (2022) *«Διερεύνηση των σχέσεων ποιότητας ζωής, επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ).»* Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Μητσέλος, Ι. (2019). *Η ενδοσκόπηση με κάψουλα λεπτού εντέρου και η κάψουλα βατότητας, στη διάγνωση και παρακολούθηση των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Πάθηση των Εντέρων (ΙΦΠΕ).* Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής.

Μπέτζιου, Α. (2025). *« Θεραπευτική Άσκηση στη Χρόνια Αιμοκάθαρση. »* Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, Λάρισα

Μουστάκα, Α. (2024). *« Διερεύνηση των αντιλήψεων για τη σωματική άσκηση/δραστηριότητα και συσχέτισή της με την ποιότητα ζωής των επισκεπτών του Κέντρου Υγείας Βύρωνα* Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα.

Μπίγου, Μ. (2024). *« Αξιολόγηση ποιότητας ύπνου και φυσικής δραστηριότητας νοσηλευόμενων, με μη μεταδιδόμενα νοσήματα, στο 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών ».* Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Μπισμίκη, Γ. (2016). *« Η ενσυναίσθηση των επισκεπτών υγείας και η σημασία της στη φροντίδα των ασθενών »* Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΤΕΙ) Αθήνας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα

Νάντζιου, Π. Χ. (2024). *« Δίαιτα και Άσκηση στον Σακχαρώδη Διαβήτη. »* Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο & Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος

Ντάλεκος, Γ. Ν., Βλαχόπουλος, Α., & Τσιάνος, Ε. Β. (1996). Η επιδημιολογία της φλεγμονώδους πάθησης των εντέρων. *Ιατρική*, 69(1), 066-74.

Παππά Β. (2017). *Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου: Ποιότητα ζωής και ψυχοκοινωνικές παράμετροι.* *Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση*, 34(2), 112-125

Σαμπάν, Μ. (2020). *« Η αποτίμηση της ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής ασθενών με Νόσο του Crohn Η Ελκώδη Κολίτιδα υπό διαφορετική φαρμακευτική αγωγή ».* Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Σαρρής, Μ. (2001). *« Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. »* Αθήνα: Παπαζήσης

Σπυρόπουλος, Α. (2024). « Η διασύνδεση της δημόσιας υγείας και της βιωσιμότητας: Θεσμικό πλαίσιο, πολιτικές και στρατηγική » Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Βιοοικονομία, Κυκλική Οικονομία και Βιώσιμη Ανάπτυξη», Πειραιάς,.

Τζαρδής, Μ., & Ζώης, Ε. (2001). Ιστολογική διάγνωση της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Εντεροπάθειας και Δυσπλασία στη Φλεγμονώδη Εντεροπάθεια: Η Ελληνική Κατάθεση, 143-152, Αθήνα

Τούντας, Γ. (2000). « Κοινωνία και Υγεία. » Αθήνα: Οδυσσέας – Νέα Υγεία

Τόκη, Σ.-Μ. (2016). *Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι και καρκίνος - Δυσπλασία.* Μεταπτυχιακή Εργασία

Υφαντόπουλος, Γ. (2001). « Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. » Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), 114-130

Υφαντόπουλος, Γ., & Σαρρής, Μ. (2001). « Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης ». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), 218-229

Χαραλάμπους, Χ. (2017). « Οι πολιτικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε ασθενείς με καρκίνο σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας » Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκηση, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Διοίκηση (MPA), Πάφος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1ο ερωτηματολόγιο Short-IBDQ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑ (short- SIBDQ)

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις τελευταίες 2 εβδομάδες

1. Πόσο συχνά το αίσθημα κούρασης και εξάντλησης αποτέλεσε πρόβλημα για σας κατά τις 2 τελευταίες εβδομάδες; Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις:

1 = ΣΥΝΕΧΩΣ

2 = ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΥΧΝΑ

3 = ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ

4 = ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

5 = ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ

6 = ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΦΟΡΕΣ

7 = ΚΑΘΟΛΟΥ

2. Πόσο συχνά κατά τις 2 τελευταίες εβδομάδες χρειάστηκε να καθυστερήσετε ή να ακυρώσετε κάποια κοινωνική υποχρέωση εξαιτίας του εντερικού σας προβλήματος; Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις:

1 = ΣΥΝΕΧΩΣ

2 = ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΥΧΝΑ

3 = ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ

4 = ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

5 = ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ

6 = ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΦΟΡΕΣ

7 = ΚΑΘΟΛΟΥ

3. Πόση δυσκολία αντιμετωπίσατε, ως συνέπεια του εντερικού σας προβλήματος, να ασχοληθείτε με ψυχαγωγικές ή αθλητικές δραστηριότητες που θα θέλατε να έχετε κάνει κατά τις 2 τελευταίες εβδομάδες; Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις: 1=ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ. ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΗΤΑΝ ΑΔΥΝΑΤΟΝ ΝΑ ΓΙΝΟΥΝ

2=ΜΕΓΑΛΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ

3=ΑΡΚΕΤΑ ΜΕΓΑΛΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ

4=ΚΑΠΟΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ

5=ΛΙΓΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ.

6=ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ

7=ΚΑΜΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ. ΤΑ ΕΝΤΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΕΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΑΝ ΤΙΣ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ Ή ΤΙΣ ΨΥΧΑΓΩΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

4. Πόσο συχνά κατά τις 2 τελευταίες εβδομάδες ταλαιπωρηθήκατε από πόνο στην κοιλιά; Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις:

1 = ΣΥΝΕΧΩΣ

2 = ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΥΧΝΑ

3 = ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ

4 = ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

5 = ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ

6 = ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΦΟΡΕΣ

7 = ΚΑΘΟΛΟΥ

5. Πόσο συχνά κατά τις 2 τελευταίες εβδομάδες νιώσατε κατάθλιψη ή απογοήτευση; Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις:

1 = ΣΥΝΕΧΩΣ

2 = ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΥΧΝΑ

3 = ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ

4 = ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

5 = ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ

6 = ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΦΟΡΕΣ

7 = ΚΑΘΟΛΟΥ

6. Γενικά, τις 2 τελευταίες εβδομάδες, πόσο μεγάλο πρόβλημα είχατε με αποβολή πολλών αερίων; Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις:

1=ΤΕΡΑΣΤΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

2=ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΕΝΤΟΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

3=ΜΕΓΑΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

4=ΜΕΤΡΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

5=ΜΙΚΡΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

6=ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

7=ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

7. Γενικά, τις 2 τελευταίες εβδομάδες, πόσο μεγάλο πρόβλημα είχατε να διατηρήσετε ή να φτάσετε στο βάρος που επιθυμείτε; Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις:

1=ΤΕΡΑΣΤΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

2=ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΕΝΤΟΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

3=ΜΕΓΑΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

4=ΜΕΤΡΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

5=ΜΙΚΡΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

6=ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

7=ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

8. Πόσο συχνά κατά τις 2 τελευταίες εβδομάδες νιώσατε ήρεμοι και απαλλαγμένοι από ένταση; Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις

1=ΚΑΘΟΛΟΥ

2=ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΦΟΡΕΣ

3=ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ

4=ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

5=ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ

6=ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΥΧΝΑ

7=ΣΥΝΕΧΩΣ

9. Πόσο συχνά κατά τις 2 τελευταίες εβδομάδες σας ενόχλησε το αίσθημα πως πρέπει να πάτε στην τουαλέτα παρόλο που νιώθατε πως το έντερό σας ήταν κενό; Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις:

1 = ΣΥΝΕΧΩΣ

2 = ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΥΧΝΑ

3 = ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ

4 = ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

5 = ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ

6 = ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΦΟΡΕΣ

7 = ΚΑΘΟΛΟΥ

10. Πόσο συχνά κατά τις 2 τελευταίες εβδομάδες νοιώσατε θυμό ως αποτέλεσμα του εντερικού σας προβλήματος; Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις:

1 = ΣΥΝΕΧΩΣ

2 = ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΥΧΝΑ

3 = ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ

4 = ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

5 = ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ

6 = ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΦΟΡΕΣ

7 = ΚΑΘΟΛΟΥ

2ο Ερωτηματολόγιο Short-IPAQ

International Physical Activity Questionnaire*

Short - self answered - 7 items Greek Version**

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στο χρόνο που έχετε αφιερώσει για κάποια σωματική δραστηριότητα τις τελευταίες 7 ημέρες. Περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με δραστηριότητες που κάνετε κατά την εργασία σας, στις μετακινήσεις σας, στις δουλειές του σπιτιού, του κήπου και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση. Σας παρακαλώ να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις, ακόμα και εάν πιστεύετε ότι δεν είστε ένα ιδιαίτερα σωματικά δραστήριο άτομο. Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 1 και 2, σκεφτείτε όλες τις έντονες σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις τελευταίες 7 ημέρες. Μια έντονη σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν έντονη σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε σημαντικά δυσκολότερα από ότι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις έντονες σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια μεγαλύτερη από 10 λεπτά κάθε φορά.

1. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, όπως σκάψιμο, έντονη άσκηση με βάρη, τρέξιμο σε διάδρομο με κλίση, γρήγορο τρέξιμο, aerobics, γρήγορη ποδηλασία, γρήγορη κολύμβηση, τένις μονό, αγώνας σε γήπεδο (ποδόσφαιρο, basketball-μπάσκετ, volleyball-βόλεϊ, κλπ); _____ ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν κάνατε έντονες σωματικές δραστηριότητες, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 3

2. Τις ημέρες που κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνετε συνήθως; _____ λεπτά ανά ημέρα δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 3 και 4, σκεφτείτε όλες τις μέτριας έντασης σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις τελευταίες 7 ημέρες. Μια μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν μέτρια σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε κάπως δυσκολότερα από ότι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις μέτριας έντασης σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια μεγαλύτερη από 10 λεπτά κάθε φορά.

- The IPAQ group: <https://sites.google.com/site/theipaq/home>

** Papathanasiou G, et al. Hellenic J Cardiol. 2009; 50: 283-294.

- 2 3. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, όπως το να σηκώνετε και να μεταφέρετε ελαφρά βάρη (λιγότερο από 10 κιλά), συνολική καθαριότητα του σπιτιού, ήπιες ρυθμικές ασκήσεις σώματος, ποδηλασία αναψυχής με χαμηλή ταχύτητα, χαλαρή κολύμβηση; Σας παρακαλώ να μη συμπεριλάβετε το περπάτημα. _____ ημέρες ανά εβδομάδα εάν δεν κάνατε μέτριας έντασης σωματικές δραστηριότητες, τότε

προχωρήστε στην ερώτηση 5 4. Τις ημέρες που κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνετε συνήθως; _____ λεπτά ανά ημέρα δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Πριν απαντήσετε στις ερωτήσεις 5 και 6, σκεφτείτε το χρόνο που περπατήσατε κατά τις τελευταίες 7 ημέρες. Να συμπεριλάβετε το περπάτημα στο χώρο της εργασίας σας, στο σπίτι, στις μετακινήσεις σας και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση. 5. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες περπατήσατε για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά; _____ ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν περπατήσατε καμία φορά περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 7 6. Τις ημέρες που περπατήσατε, για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, πόσο χρόνο περάσατε περπατώντας; _____ λεπτά ανά ημέρα δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

7. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσο χρόνο περάσατε καθισμένος/η σε μια συνηθισμένη μέρα; Ο χρόνος αυτός μπορεί να περιλαμβάνει το χρόνο που περνάτε καθισμένος/η στο σπίτι, στο γραφείο, στο αυτοκίνητο, όταν διαβάζετε, όταν είστε με φίλους, ξεκουράζεστε σε πολυθρόνα ή βλέπετε τηλεόραση, αλλά δεν περιλαμβάνει τον ύπνο. _____ ώρες ανά ημέρα δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Τέλος του ερωτηματολογίου. Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.

