

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΡΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ  
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ASIS ΓΙΑ ΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΛΙΑΣ**

ΜΑΡΙΝΑ ΚΙΜ

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc(c)

ΑΘΗΝΑ 2021

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΡΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ  
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ASIS ΓΙΑ ΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΛΙΑΣ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΡΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ  
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ASIS ΓΙΑ ΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΛΙΑΣ**

ΜΑΡΙΝΑ ΚΙΜ

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc(c)

ΑΘΗΝΑ 2021

**ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)**

**ΚΑΚΛΑΜΑΝΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ (Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής)**

**ΜΠΙΡΜΠΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ (Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής)**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, μου δίνεται η ευκαιρία να σημειώσω ότι πολλές φορές μας τρομάζει μια καινούρια αρχή, μια νέα υποχρέωση ειδικότερα όταν δεν είμαστε εξοικειωμένοι με την δουλειά που απαιτείται για να φτάσουμε στην ολοκλήρωση της.

Για τον λόγο αυτό θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου και την εκτίμηση μου για την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κυρία Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου, που ήταν πάντα παρούσα για να με συμβουλέψει, να με καθοδηγήσει και να μου σταθεί σε κάθε πρόβλημα που προέκυπτε στην πορεία, αφιερώνοντας έτσι πολύτιμες ώρες από τον χρόνο της. Χωρίς την συμβολή της η εργασία αυτή δεν θα ήταν δυνατή.

Ευχαριστίες οφείλω επίσης στην υποψήφια διδάκτορα του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κυρία Αλεξάνδρα Νιέρη για τη πολύτιμη καθοδήγηση της στην επιστημονική ανάλυση των δεδομένων της παρούσης μελέτης.

Ακόμα, ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνω στον καθηγητή χειρουργικής και πρώην διευθυντή της Πανεπιστημιακής Χειρουργικής κλινικής του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Νέας Κηφισιάς, κύριο Γεράσιμο Μπονάτσο, στον νυν Διευθυντή του Τμήματος καθηγητή χειρουργικής και χειρουργό- ογκολόγο κύριο Ιωάννη Κακλαμάνο και στον Καθηγητή χειρουργικής κύριο Κωνσταντίνο Μπίρμπα διότι με ενέπνευσαν να ασχοληθώ με το αντικείμενο του παρόντος μεταπτυχιακού και μου επέτρεψαν να διεκπεραιώσω την μελέτη μου στη κλινική τους. Επίσης, θερμές ευχαριστίες οφείλω και στη προϊσταμένη της κλινικής κυρία Θεοδώρα Παππά καθώς και σε όλους τους νοσηλευτές του τμήματος ανεξαιρέτως που μου επέτρεψαν να χρησιμοποιήσω τους χώρους τους για τη διεξαγωγή της μελέτης και μου στάθηκαν αρωγοί όλο αυτό το διάστημα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, τους φίλους μου και τους συναδέλφους μου για την συμπαράσταση και την κατανόηση τους. Ο καθένας τους συνέβαλε με τον δικό του ξεχωριστό τρόπο όλον αυτόν τον καιρό.

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία και τα συμπεράσματά της σε οποιαδήποτε μορφή αποτελούν συνιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του φοιτητή. Οι προαναφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής (τμηματικά ή συνολικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να αναφέρεται ο τίτλος, ο επιβλέπων καθηγητής και το εν λόγω τμήμα του ΕΚΠΑ.

Η έγκριση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας από το Τμήμα Νοσηλευτικής δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

-----

Η υποφαινόμενη δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία είναι εξ' ολοκλήρου δικό μου έργο και συγγράφηκε ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής. Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά τη συγγραφή ακολούθησα την πρόπουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία αποφυγής λογοκλοπής. Έχω επίσης αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια που συνιστά παράπτωμα λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ποινή ανάκλησης του πτυχίου μου.

Υπογραφή

Ονοματεπώνυμο Φοιτητή

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ .....	14
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ .....	14
1.1 Σύντομή Αναδρομή στην Εξέλιξη των Χειρουργικών Επεμβάσεων .....	14
1.2 Χειρουργικές Φάσεις.....	15
1.2.1 Προεγχειρητική φάση.....	15
1.2.2 Διεγχειρητική φάση .....	16
1.2.3 Μετεγχειρητική φάση .....	16
1.3 Διαγνώσεις και Αντίστοιχες Χειρουργικές Επεμβάσεις.....	16
1.3.1 Χολολιθίαση.....	16
1.3.2 Καρκίνος παχέος εντέρου .....	17
1.3.3 Καρκίνος Παγκρέατος .....	19
1.3.4 Κήλη.....	20
1.3.5 Σκωληκοειδίτιδα .....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ .....	23
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ .....	23
2.1 Ποιότητα Ζωής και Κατάσταση της Υγείας.....	23
2.2 Ικανοποίηση Ασθενών.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ .....	27
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ .....	27
3.1 Μετεγχειρητική Ανάρρωση.....	27
3.2 Φάσεις Μετεγχειρητικής Ανάρρωσης .....	28
3.2.1 Πρώιμη φάση μετεγχειρητικής ανάρρωσης.....	29
3.2.2 Τελική φάση μετεγχειρητικής ανάρρωσης .....	31
3.3 Επιπλοκές .....	33
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	36
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	36

4.1 Επιμέρους Στόχοι της Μελέτης .....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ .....	38
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	38
5.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός.....	38
5.2 Χώρος διεξαγωγής μελέτης.....	38
5.3 Πληθυσμός και Δείγμα Μελέτης .....	38
5.4.1 Κριτήρια ένταξης .....	38
5.4.2 Κριτήρια αποκλεισμού .....	39
5.5 Χρονικό Διάστημα Συλλογής Δεδομένων.....	39
5.6 Εργαλεία Μέτρησης.....	39
5.6.1 The 20- Item Short Form Health Survey (SF-20) .....	40
5.6.2 15-Item Quality of Recovery score (QoR-15).....	40
5.6.3 ASIS-Abdominal Surgery Impact Scale .....	41
5.6.4 Έντυπο δημογραφικών και κλινικών δεδομένων .....	42
5.7 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας .....	43
5.8 Στατιστική Ανάλυση.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ .....	44
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	46
6.1 Περιγραφικά Δεδομένα Συμμετεχόντων .....	46
6.2 Κλίμακες Αξιολόγησης Ποιότητας Ζωής.....	50
6.2.1 Αξιοπιστία κλιμάκων.....	50
6.2.2 Περιγραφικά δεδομένα κλιμάκων .....	51
6.2.3 Συσχέτιση κλιμάκων .....	57
6.3 Συγχρονικές Συγκρίσεις.....	67
6.3.1 Συγκρίσεις ως προς το φύλο.....	69
6.3.2 Συγκρίσεις ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης .....	72
6.3.3 Συγκρίσεις ως προς την ηλικία.....	75
6.3.4 Συγκρίσεις ως προς τη διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο .....	78
6.3.5 Συγκρίσεις ως προς τη χειρουργική προσέγγιση .....	81
6.3.6 Συγκρίσεις ως προς την ύπαρξη παροχέτευσης τραύματος.....	85
6.3.7 Συγκρίσεις ως προς την ύπαρξη στομίας .....	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ .....	91
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	91



7.1 Δεδομένα Σχετικά με τα Δημογραφικά και Κλινικά Χαρακτηριστικά των Ασθενών της Μελέτης.....	90
7.2 Αξιοπιστία Κλιμάκων.....	92
7.3 Δεδομένα Κλιμάκων.....	93
7.4 Περιορισμοί Μελέτης.....	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ .....	98
8.1 Συμπεράσματα.....	96
8.2 Κατευθύνσεις για την Κλινική Πρακτική .....	97
8.3 Ερευνητικές Κατευθύνσεις .....	97
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	100
ABSTRACT.....	101
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	106

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε χρόνο, στη χώρα μας, πραγματοποιούνται πάνω από 450 χιλιάδες χειρουργεία από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ (Πολύζος, 2012). Η διαδικασία ενός χειρουργείου είναι σύνθετη και περίπλοκη, καθώς επιφέρει μεταβολικό στρες και φλεγμονή ως απάντηση του οργανισμού σε αυτό, τα οποία σχετίζονται με έντονη κόπωση και έλλειμμα κινήτρου ( LeMone, 2011). Επομένως, μετά από ένα μεγάλο χειρουργείο, οι ασθενείς έχουν υψηλή πιθανότητα να παρουσιάσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές και να βιώσουν δυσφορία, η οποία ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά τη βραχυπρόθεσμη μετεγχειρητική πορεία και την ποιότητα ζωής τους.

Μετά το πέρας της χειρουργικής επέμβασης επέρχεται η διαδικασία της μετεγχειρητικής ανάρρωσης, η οποία από προγενέστερες μελέτες διαιρείται συνήθως σε τρεις φάσεις. Σύμφωνα με τους Allvin et al (2009), η πρώτη φάση (Phase I) είναι αυτή της αρχικής ανάρρωσης από το χειρουργείο, όπου ξεκινάει αμέσως μετά τη διακοπή χορήγησης της αναισθησίας και της επαναφοράς των ζωτικών σημείων και αντιδράσεων του ατόμου, όπως ήταν προεγχειρητικά. Η δεύτερη φάση (Phase II) αποτελεί το ενδιάμεσο στάδιο της ανάρρωσης, το οποίο ξεκινά από την επανάκτηση σταθερών μετεγχειρητικών αντανακλαστικών έως και το εξιτήριο από το χειρουργικό τμήμα. Τέλος, η τρίτη φάση (Phase III) ξεκινά από το εξιτήριο που έλαβε ο ασθενής έως την επανάκτηση της υγείας και της φυσικής κατάστασης που είχε πριν το χειρουργείο (Allvin, 2009).

Ακόμα, για την ταξινόμηση των φάσεων της ανάρρωσης συχνά χρησιμοποιούνται οι όροι, βραχυπρόθεσμα μετεγχειρητικά και μακροπρόθεσμα μετεγχειρητικά. Ωστόσο, στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν σαφείς κοινοί ορισμοί που να χρησιμοποιούνται σχετικά με την έναρξη και λήξη της πρώτης φάσεως για την έναρξη της επόμενης (Sikhakhane, 2015).

Μεγάλο ποσοστό των χειρουργείων αφορούν στη χειρουργική επέμβαση κοιλίας. Σ' αυτό το πεδίο της χειρουργικής έχουν σημειωθεί ραγδαίες εξελίξεις στη τεχνολογία και στις τεχνικές προσέγγισης τις τελευταίες δεκαετίες. Χαρακτηριστική είναι η ανάπτυξη και υιοθέτηση της λαπαροσκοπικής τεχνικής, μιας ελάχιστα επεμβατικής μεθόδου που αξιοποιεί οπτικά και ρομποτικά τεχνολογικά μέσα. Η λαπαροσκοπική τεχνική μπορεί να θεωρηθεί πιο χρονοβόρα και ακριβή ως προς τη διεξαγωγή της σε σχέση με τη κλασική μέθοδο του ανοιχτού χειρουργείου με τομή, ωστόσο υπερέχει αισθητά στη γρηγορότερη μετεγχειρητική ανάρρωση του ασθενή. Ο ασθενής σε σύντομο χρονικό διάστημα επανέρχεται στη καθημερινότητα του, και ως εκ τούτου μειώνεται το κόστος που αφορά στη νοσηλεία του και στις χαμένες παραγωγικές ημέρες στην εργασία του (Coccolini et al., 2015).

Τα περισσότερα εργαλεία εκτίμησης της ανάρρωσης μετεγχειρητικά στοχεύουν στην αξιολόγηση της μακροπρόθεσμης μετεγχειρητικής ανάρρωσης. Συνεπώς, θα πρέπει να αναπτυχθούν νέα εργαλεία αξιολόγησης που θα επικεντρώνονται στη βραχυπρόθεσμη μετεγχειρητική πορεία και να εκτιμηθούν αυτά που έχουν ήδη συνταχθεί ως προς την εγκυρότητα των μετρικών τους χαρακτηριστικών.

Επιπλέον, στην πλειονότητα τους αυτά τα εργαλεία και κλίμακες είναι πολύ γενικές και δεν εξειδικεύονται ανάλογα με την επέμβαση που διεξάγεται. Συχνά χρησιμοποιούνται κλίμακες, όπως η SF-12 (12- Item Short form Survey) και η SF-20 (20- Item Short form Survey), οι οποίες εκτιμούν πολύ γενικά τη ποιότητα ζωής (Heyde, 2007). Μια κλίμακα που απευθύνεται σε χειρουργημένους ασθενείς είναι η QoR-15 (Quality of Recovery Score) (Stark & Myles, 2011), η οποία όμως εκτιμά γενικά το επίπεδο της ανάρρωσης και δεν εξειδικεύεται βάση της πραγματοποιηθείσας επέμβασης.

Είναι εμφανές πως η όλη πορεία και ο χρόνος της ανάρρωσης μετά από χειρουργείο ποικίλει ως προς το είδος της επέμβασης, καθώς διαφέρει ο κίνδυνος και η βαρύτητα της (Urbach et al., 2006). Έτσι με την εφαρμογή της εκτίμησης της βραχυπρόθεσμης μετεγχειρητικής πορείας ανάρρωσης θα μπορέσουν να αποσαφηνιστούν τα εμπόδια μιας γρήγορης ανάρρωσης και να σημειωθούν και προληφθούν οι συχνότερες και σοβαρότερες επιπλοκές της εκάστοτε χειρουργικής επέμβασης ώστε να καταστεί δυνατή η παροχή της κατάλληλης και αποτελεσματικής φροντίδας που θα προσαρμόζεται στη χειρουργική επέμβαση κάθε ασθενούς. Η παρούσα μελέτη εστιάζει στις χειρουργικές επεμβάσεις κοιλίας διότι παρουσιάζουν μεγάλη γκάμα όσον αφορά στα είδη των επεμβάσεων, στη βαρύτητα, στην προσέγγιση, στον βαθμό του επείγοντος και τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών.

Τέτοια βήματα να γίνει διαχωρισμός των εργαλείων αξιολόγησης με βάση το είδος της επέμβασης, έχουν γίνει σε χώρες του εξωτερικού όπως φαίνεται από την βιβλιογραφία. Στην Ελλάδα όμως δεν έχει μελετηθεί και σταθμιστεί κάποια κλίμακα ειδικότερα για τα χειρουργεία κοιλίας.

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας μελέτης είναι η αξιοποίηση των μετρικών χαρακτηριστικών της κλίμακας ASIS (Abdominal Surgery Impact Scale) ως προς την εγκυρότητα και την ανταπόκριση που θα έχει σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργείο κοιλίας με τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με ένα ήδη κοινά αποδεκτό ερωτηματολόγιο τόσο προεγχειρητικά με το SF-20 όσο και μετεγχειρητικά με το QoR-15. Η κλίμακα αυτή συντάχθηκε από τον David R. Urbach στον Καναδά το 2006 και εκτιμά τη

ποιότητα ζωής και τη πορεία ανάρρωσης ειδικά μετά από χειρουργική επέμβαση κοιλίας και περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις που απαντά ο ίδιος ο ασθενής και καλύπτουν 6 ενότητες συνολικά (σωματικοί περιορισμοί, εξασθένηση λειτουργικότητας, πόνος, λειτουργικότητα της εντερικής κίνησης, ύπνος και ψυχολογική λειτουργικότητα) (Urbach et al., 2006).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

### 1.1 Σύντομή Αναδρομή στην Εξέλιξη των Χειρουργικών Επεμβάσεων

Η χειρουργική επέμβαση είναι μια επεμβατική διαδικασία που πραγματοποιείται προκειμένου να διαγνωσθεί ή να αντιμετωπισθεί μια παθολογική κατάσταση, κάκωση ή ανατομική ανωμαλία. Οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι δυνατόν να ταξινομηθούν σύμφωνα με το σκοπό, το βαθμό επικινδυνότητας και το βαθμό του επείγοντος (LeMone, 2011). Ένας, ακόμη, τρόπος ταξινόμησης των επεμβάσεων αποτελεί η χειρουργική προσέγγιση. Υπάρχει δυνατότητα πέρα από τον κλασικό τρόπο χειρουργείου με ανοιχτή τομή, η διαδικασία να γίνει με τη βοήθεια ρομποτικών και τεχνολογικών μέσων. Για παράδειγμα, καρδιοχειρουργικά περιστατικά μπορεί να αντιμετωπιστούν θωρακοσκοπικά, ενώ μια ουρολογική επέμβαση να γίνει διουρηθρικά με τη βοήθεια των κυστεοσκοπίων. Έτσι και τα χειρουργεία κοιλίας διακρίνονται σε εκείνα με ανοιχτή τομή και σε αυτά που πραγματοποιούνται λαπαροσκοπικά. Η τελευταία χειρουργική μέθοδος, έχει αναπτυχθεί σχετικά πρόσφατα (Spaner et al., 1997).

Η εξέλιξη της λαπαροσκοπικής χειρουργικής οφείλεται στην ανάπτυξη των ενδοσκοπικών μέσων που αποδίδονται από ιστορικούς σε επιστήμονες, όπως ο Albukasim (936-1013 M.X.), ο Bozzini, ο Fisher, ο Segales, ο Desormeaux και ο Kussmaul στις αρχές και τα μέσα του 1800. Το 1877 ο Nitze δημιούργησε το πρώτο κυστεοσκόπιο. Η τεχνολογική πρόοδος, και ιδίως η ευρεία χρήση των λαμπτήρων το 1880 από τον Thomas Edison, παρακίνησαν τον Hans Christian Jacobaeus, το 1912, να χρησιμοποιήσει το κυστεοσκόπιο, για να εξετάσει το περιεχόμενο του περιτόνεου. Παράλληλα, χρησιμοποίησε και το τροκάρ το οποίο χρησιμοποιείται έως και σήμερα, και καθιέρωσε το πνευμοπεριτόναιο (δηλαδή τη μείωση της περιτοναϊκής πίεσης) δημοσιεύοντας το άρθρο με τίτλο «Uber Laparo und Thorakosopie», στο οποίο περιγράφονται 109 λαπαροσκοπήσεις που εφαρμόστηκαν σε 69 ασθενείς (Spaner et al., 1997).

Για πολλά έτη, η εξέλιξη των λαπαροσκοπικών παρεμβάσεων γινόταν με αργά και επίφοβα βήματα, διότι επικρατούσε η αντίληψη ότι όσο πιο μεγάλη η τομή τόσο καλύτερος ο χειρουργός. Η πρώτη δημοσιευμένη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή που πραγματοποιήθηκε σε άνθρωπο ήταν το 1987 από τον Mouret ανοίγοντας τον δρόμο για την

ενσωμάτωση της λαπαροσκοπικής χειρουργικής στην καθημερινότητα μας έκτοτε (Spaner et al., 1997). Στη σύγχρονη πραγματικότητα, οι περισσότερες επεμβάσεις που αφορούν την περιοχή της κοιλίας δύναται να πραγματοποιηθούν με λαπαροσκοπική μέθοδο, με προϋπόθεση την απαραίτητη εμπειρία του χειρουργού, δηλαδή την εξοικείωση του με τα τεχνολογικά μέσα, την ύπαρξη του απαραίτητου τεχνολογικού εξοπλισμού στα νοσοκομεία και τη δυνατότητα κάλυψης του υψηλού κόστους τέτοιου είδους επεμβάσεων (Bartels et al., 2010). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των λαπαροσκοπικών και των ανοιχτών χειρουργικών επεμβάσεων μακροπρόθεσμα σε χειρουργεία, όπως οι κολεκτομές (Weeks et al., 2002). Σε όσες μελέτες φάνηκε να υπήρχε υπεροχή της λαπαροσκοπικής μεθόδου, αφορούσαν στη βραχυπρόθεσμη μετεγχειρητική ανάρρωση, καθώς στα πλεονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγονται η μικρότερη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο και το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα (Weeks et al., 2002). Ακόμα, σε επεμβάσεις όπως η χολοκυστεκτομή φαίνεται να υπάρχει εμφανής υπεροχή της λαπαροσκοπικής μεθόδου από πολλαπλές μελέτες διότι πέρα από τα προαναφερθέντα πλεονεκτήματα ο ασθενής επιστρέφει γρηγορότερα στη καθημερινότητα του και επομένως και στην εργασία του εξισορροπώντας το μειονέκτημα του υψηλού κόστους με μείωση των χαμένων παραγωγικών ημερών του (Coccolini et al., 2015).

## **1.2 Χειρουργικές Φάσεις**

### **1.2.1 Προεγχειρητική φάση**

Η προεγχειρητική φάση αρχίζει όταν λαμβάνεται η απόφαση για χειρουργική επέμβαση και τελειώνει όταν ο ασθενής μεταφέρεται στη χειρουργική αίθουσα. Οι χειρουργικοί ασθενείς ενδέχεται να είναι ήδη νοσηλευόμενοι ή τακτικοί (American College of Surgeons, 2017). Το κριτήριο βάσει του οποίου αποφασίζεται εάν μια επέμβαση πρέπει να γίνει σε ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή βάση είναι η πολυπλοκότητα του χειρουργείου, η δυσκολία της ανάρρωσης και η κατάσταση στην οποία αναμένεται να βρεθεί ο ασθενής μετά τη χειρουργική επέμβαση (LeMone Priscilla, 2011). Πολλές φορές σ' αυτή τη φάση είναι απαραίτητο να γίνει ο απαιτούμενος προεγχειρητικός έλεγχος, όπου περιλαμβάνει βασικές εξετάσεις, όπως είναι οι αιματολογικές, βιοχημικές, η ακτινογραφία θώρακος και η πνευμονολογική εκτίμηση και το ηλεκτροκαρδιογράφημα και η καρδιολογική εκτίμηση. Ο έλεγχος αυτός είναι ζωτικής σημασίας λόγω των αναισθησιολογικών φαρμάκων

που χορηγούνται διεγχειρητικά, καθώς στις περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις χορηγείται γενική αναισθησία και απαιτείται διασωλήνωση του ασθενούς. Ωστόσο, μπορεί να απαιτηθεί πιο εξειδικευμένος προεγχειρητικός έλεγχος, όπως για παράδειγμα η διεξαγωγή στεφανιογραφίας πριν από ένα χειρουργείο καρδιάς ή ο ενδοσκοπικός έλεγχος πριν από μια κολεκτομή (Liddle, 2012).

### **1.2.2 Διεγχειρητική φάση**

Η διεγχειρητική φάση ξεκινά από τη στιγμή που ο ασθενής θα βρεθεί στο χειρουργείο και τελειώνει όταν ο ασθενής μεταφέρεται στη μονάδα μετά-αναισθητικής φροντίδας ή αλλιώς γνωστή ως ανάνηψη (American College of Surgeons, 2017).

### **1.2.3 Μετεγχειρητική φάση**

Η μετεγχειρητική φάση αρχίζει με την εισαγωγή του ασθενούς στη μονάδα μετά-αναισθητικής φροντίδας (ανάνηψη) και τελειώνει με την πλήρη ανάρρωση του ασθενούς από τη χειρουργική επέμβαση (American College of Surgeons, 2017). Η μετεγχειρητική φάση περιλαμβάνει τη διαδικασία της μετεγχειρητικής ανάρρωσης η οποία αναλύεται εκτενώς στο τρίτο κεφάλαιο.

## **1.3 Διαγνώσεις και Αντίστοιχες Χειρουργικές Επεμβάσεις**

### **1.3.1 Χολολιθίαση**

Χολολιθίαση ορίζεται ως η δημιουργία λίθων στη χοληδόχο κύστη ή στο χοληφόρο δέντρο. Οι χολόλιθοι δημιουργούνται ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης διαφόρων παραγόντων, όπως η παθολογική σύσταση της χολής, η χολόσταση και η φλεγμονή της χοληδόχου κύστης. Οι περισσότεροι χολόλιθοι αποτελούνται κυρίως από χοληστερόλη, η οποία σχετίζεται με τη παχυσαρκία. Η πλειονότητα των χολόλιθων σχηματίζονται στη χοληδόχο κύστη. Όμως, μπορούν να μετακινηθούν προς το χοληφόρο δέντρο προκαλώντας χολαγγειίτιδα, δηλαδή φλεγμονή των χοληφόρων αγγείων (Reshetnyak, 2012).

Τα συμπτώματα της χολολιθίασης περιλαμβάνουν αίσθημα πληρότητας στο επιγάστριο, ελαφρά δυσφορία στο στομάχο μετά τη πρόσληψη ενός πλούσιου σε λιπαρά



γεύματος και κολικό των χοληφόρων, δηλαδή σταθερού πόνου στο επιγάστριο ή στο δεξιό άνω κοιλιακό τεταρτημόριο. Ο κολικός των χοληφόρων προκαλείται από την απόφραξη του κυστικού ή χοληδόχου πόρου από τους χολόλιθους, επιφέροντας διάταση και αύξηση της πίεσης κεντρικότερα του σημείου απόφραξης και δύναται να αντανακλά στη ράχη, τη δεξιά ωμοπλάτη ή στον ώμο και μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία ή έμετο (Reshetnyak, 2012).

Η θεραπεία εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου και τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή. Μπορεί να είναι συντηρητική, όταν υπάρχουν χολόλιθοι, αλλά ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός και παρουσιάζει χαμηλό κίνδυνο για εμφάνιση επιπλοκών. Όμως, σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει οξεία χολοκυστίτιδα, δηλαδή φλεγμονή της χοληδόχου κύστης ή συχνά συμπτώματα και οι χολόλιθοι είναι μεγάλου μεγέθους, συνήθως γίνεται αφαίρεση της χοληδόχου κύστης μαζί με τους χολόλιθους χειρουργικά. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η αφαίρεση της χοληδόχου κύστης μπορεί να γίνει είτε λαπαροσκοπικά είτε με ανοιχτή τομή ανάλογα με τη βαρύτητα του κάθε ασθενή. Στην πλειονότητα προτιμάται η λαπαροσκοπική τεχνική για τους λόγους που έχουν αναφερθεί (Corradini & Liguori, 2001).

### **1.3.2 Καρκίνος παχέος εντέρου**

Σχεδόν όλες οι κακοήθειες νεοπλασματικές εξεργασίες του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα, τα οποία αναπτύσσονται πάνω σε προϋπάρχοντες αδενωματώδεις πολύποδες. Οι περισσότεροι πολύποδες παρατηρούνται στο ορθό και στο σιγμοειδές, αν και οποιοδήποτε τμήμα του παχέος εντέρου δύναται να προσβληθεί. Ο όγκος τυπικά αυξάνεται χωρίς να γίνεται κλινικά εμφανής, δημιουργώντας ελάχιστα μόνο συμπτώματα. Τη χρονική στιγμή που εμφανίζονται τελικά συμπτώματα, η νόσος έχει ήδη επεκταθεί σε βαθύτερα στρώματα του τοιχώματος του εντέρου και ενδεχομένως και στα παρακείμενα όργανα. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστού, διηθώντας ολόκληρη την περίμετρο του παχέος εντέρου, τον υποβλεννογόνιο και τις υπόλοιπες στιβάδες του τοιχώματος του εντέρου. Είναι ακόμη δυνατόν η άμεση επέκταση της νόσου να έχει ως αποτέλεσμα τη διήθηση παρακείμενων οργάνων όπως ήπαρ, μείζον τόξο στομάχου, δωδεκαδάκτυλο, λεπτό έντερο, πάγκρεας, σπλήνας, ουροποιογεννητικό σύστημα και κοιλιακό τοίχωμα (LeMone, 2011).

Η συνηθέστερη μορφή διασποράς της νόσου είναι οι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες, δηλαδή οι λεμφαδενικές μεταστάσεις. Αυτές δεν ακολουθούν πάντα την

ανατομική σειρά των λεμφαδένων. Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν πιο απομακρυσμένοι λεμφαδένες να περιέχουν καρκινικά κύτταρα, ενώ οι επιχώριοι λεμφαδένες να είναι ελεύθεροι μεταστάσεων. Τα καρκινικά κύτταρα του πρωτογενούς όγκου μπορεί επίσης να διασπαρούν μέσω του λεμφικού συστήματος ή μέσω της κυκλοφορίας του αίματος και να δημιουργήσουν απομακρυσμένες μεταστάσεις, δηλαδή δευτερογενείς εντοπίσεις όπως στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα οστά και στους νεφρούς (The American Cancer Society Medical and Editorial Content Team). Όταν ο όγκος διαπεράσει τον ορογόνο του εντέρου, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν απόπτωση και εμφύτευση των καρκινικών κυττάρων σε άλλες περιοχές της περιτοναϊκής κοιλότητας. Το ίδιο είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβαση (The American Cancer Society Medical and Editorial Content Team).

Όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, ο καρκίνος του παχέος εντέρου πολλές φορές δεν προκαλεί συμπτώματα, παρά μόνο αφού η νόσος έχει φτάσει σε προχωρημένο στάδιο. Καθώς η εξέλιξη της νόσου είναι αργή, είναι δυνατόν να μεσολαβήσουν από πέντε έως και δεκαπέντε έτη έως ότου εμφανιστούν συμπτώματα. Οι κλινικές εκδηλώσεις του όγκου εξαρτώνται από τη θέση, το είδος, το μέγεθος του και τυχόν εμφάνιση επιπλοκών. Η αιμορραγία είναι πολλές φορές η πρώτη κλινική εκδήλωση που οδηγεί τους ασθενείς στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Άλλα συνηθισμένα πρώιμα συμπτώματα είναι οι αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου, όπως διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Ο πόνος, η ανορεξία και η απώλεια βάρους είναι χαρακτηριστικά προχωρημένης νόσου. Ακόμα, είναι δυνατόν να γίνει αντιληπτή μάζα κατά την ψηλάφηση της κοιλιάς ή κατά τη δακτυλική εξέταση του ορθού. Κάποιες φορές ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει αναιμία λόγω λανθάνουσας απώλειας αίματος με τα κόπρανα (LeMone, 2011).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αντιμετωπίζεται κυρίως με χειρουργική εξαίρεση του όγκου, ενώ επικουρικά χρησιμοποιούνται η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εκτομή του τμήματος του εντέρου στο οποίο έχει αναπτυχθεί ο όγκος, μαζί με τους επιχώριους λεμφαδένες. Η πλειονότητα των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου υποβάλλονται σε θεραπευτική χειρουργική επέμβαση κατά την οποία γίνεται εκτομή του παχέος εντέρου (κολεκτομή) και αναστόμωση των κολοβωμάτων του εναπομείναντος εντέρου. Η κατανομή των επιχώριων λεμφαδένων προσδιορίζει την έκταση της εκτομής. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να αφαιρεθούν οι περισσότεροι όγκοι του ανιόντος, του εγκαρσίου, του κατιόντος και του σιγμοειδούς κόλου. Όταν ο αυλός του εντέρου αποφράσσεται από έναν όγκο ως προσωρινό μέτρο προκειμένου να διευκολυνθεί η

σύγκλειση μιας αναστόμωσης ή ως μόνιμη οδός για την αποβολή κοπράνων δημιουργείται κολοστομία. Οι κολοστομίες ονομάζονται ανάλογα με το τμήμα του εντέρου στο οποίο δημιουργούνται, δηλαδή ανιούσα κολοστομία, εγκαρσιοστομία, κατιούσα κολοστομία και σιγμοειδοστομία (LeMone, 2011).

### 1.3.3 Καρκίνος Παγκρέατος

Η πλειονότητα των καρκίνων παγκρέατος αφορούν την εξωκρινή του μοίρα, είναι αδενοκαρκινώματα και προκαλούν τον θάνατο εντός ενός έως 3 ετών από την αρχική διάγνωση. Ο καρκίνος του παγκρέατος συχνά χαρακτηρίζεται από ελάχιστα συμπτώματα, μέχρι να θεωρηθεί προχωρημένος. Τα αρχικά συμπτώματα είναι μη ειδικά και περιλαμβάνουν την ανορεξία, τη ναυτία, την απώλεια βάρους, το αίσθημα μετεωρισμού και τον αμβλύ επιγαστρικό πόνο. Η ένταση του πόνου μεγαλώνει καθώς ο όγκος αυξάνεται. Οι υπόλοιπες εκδηλώσεις εξαρτώνται από την εντόπιση του όγκου. Ο καρκίνος της κεφαλής παγκρέατος πολλές φορές προκαλεί απόφραξη της ροής της χολής μέσω του χοληδόχου πόρου και του φύματος του Vater, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ίκτερου, αποχρωματισμού των κοπράνων, υπέρχρωσης των ούρων και κνησμού. Ο καρκίνος του σώματος του παγκρέατος ασκεί πίεση στο κοιλιακό γάγγλιο, προκαλώντας πόνο που αυξάνεται κατά το γεύμα και όταν ο ασθενής ξαπλώνει σε ύπτια θέση. Ο καρκίνος της ουράς του παγκρέατος συχνά δεν προκαλεί συμπτώματα παρά μόνο αφού εμφανιστούν μεταστάσεις. Άλλες όψιμες εκδηλώσεις είναι η ψηλαφητή μάζα και ο ασκίτης. Επειδή οι κλινικές εκδηλώσεις είναι μη ειδικές, μέχρι και 85% των ασθενών με καρκίνο παγκρέατος δεν αναζητούν ιατρική βοήθεια παρά μόνον αφού ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε βαθμό τέτοιο ώστε η ίαση να μην είναι δυνατή (Sarkar et al., 2007).

Οι αρχόμενοι καρκίνοι της κεφαλής του παγκρέατος μπορεί να είναι εξαιρεσιμοί. Η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή, γνωστή και ως επέμβαση Whipple, συνίσταται σε αφαίρεση της κεφαλής του παγκρέατος, ολόκληρου του δωδεκαδακτύλου, του περιφερικού τριτημορίου του στομάχου, ενός τμήματος της νήστιδας και του κατώτερου ημίσεως του χοληδόχου πόρου. Ο χοληδόχος πόρος αναστομώνεται στη συνέχεια, με το άκρο της νήστιδας, ενώ το κολόβωμα του παγκρέατος και ο στόμαχος αναστομώνονται με τα πλάγια της νήστιδας. Συχνά, συμπληρωματικά στη χειρουργική επέμβαση εφαρμόζονται ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία (LeMone, 2011).

### 1.3.4 Κήλη

Η κήλη αποτελεί έλλειμμα του κοιλιακού τοιχώματος, μέσω του οποίου παρατηρείται πρόπτωση των οργάνων της κοιλίας εκτός της περιτοναϊκής κοιλότητας. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κήλης είναι η ύπαρξη τραύματος, η χειρουργική επέμβαση και η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση, λόγω διάφορων παραγόντων, όπως η εγκυμοσύνη, η παχυσαρκία, η ανύψωση βάρους ή η παρουσία όγκων (Öberg et al., 2017)

Οι κήλες ταξινομούνται ανάλογα με την εντόπιση τους και μπορεί να είναι συγγενείς ή επίκτητες. Η πλειοψηφία των κήλων παρατηρείται στη μηροβουβωνική περιοχή (βουβωνοκήλες ή μηροκήλες) (LeMone, 2011). Οι βουβωνοκήλες πολλές φορές είναι συγγενείς και προκαλούνται από την ατελή σύγκλειση του ελυτροπεριτοναϊκού πόρου, μέσω του οποίου κατέρχονται οι όρχεις στο όσχεο κατά την ανάπτυξη του εμβρύου, μπορεί όμως να είναι και επίκτητες ως αποτέλεσμα της εξασθένησης της περιτονίας στο τρίγωνο Hesselbach ή ως αποτέλεσμα της διάτασης του μηριαίου δακτυλίου (Öberg et al., 2017).

Οι κήλες του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος είναι επίκτητες και αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα εξασθένησης του φυσιολογικού μυϊκού τοιχώματος της κοιλίας έπειτα από χειρουργικές επεμβάσεις (Öberg et al., 2017).

Από την άλλη, οι ομφαλοκήλες μπορεί να είναι συγγενείς και να εκδηλωθούν στην παιδική ηλικία ή να εμφανιστούν αργότερα καθώς ο ιστός που περιβάλλει τον ομφαλικό δακτύλιο εξασθενεί, επιτρέποντας την πρόπτωση του περιεχομένου της περιτοναϊκής κοιλότητας. Παρατηρούνται συχνότερα στις γυναίκες, διότι οι πολλαπλές εγκυμοσύνες με εργώδεις τοκετούς συγκαταλέγονται στους προδιαθεσικούς παράγοντες. Οι ομφαλοκήλες έχουν την τάση να αυξάνονται προοδευτικά σε μέγεθος. Συνήθως περιέχουν επίπλουν, αν και είναι δυνατόν επίσης να περιέχουν λεπτό ή και παχύ έντερο. Η ομφαλοκήλη μπορεί να προκαλέσει οξύ πόνο με τον βήχα ή όταν ο ασθενής καταβάλλει προσπάθεια, ή ακόμη κι έναν αμβλύ βύθιο πόνο. Συνήθης επιπλοκή των ομφαλοκήλων είναι η περίσφιγξη (Öberg et al., 2017).

Οι κήλες που δημιουργούνται μετεγχειρητικά, δηλαδή οι κοιλιοκήλες παρατηρούνται σε σημεία τομών από προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις ή έπειτα από ρήξη μυών του κοιλιακού τοιχώματος. Η ατελής επούλωση ή διάσπαση μιας τομής μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία κοιλιοκήλης. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση κοιλιοκήλης είναι η κακή τεχνική κατά τη σύγκλειση τραύματος, η μετεγχειρητική διαπύση της τομής, η προχωρημένη ηλικία, η ύπαρξη αναπηρίας, οι διαταραχές θρέψης και η

υπερβολική τάση στην περιοχή της τομής λόγω έντονου βήχα. Οι κοιλιοκήλες εκδηλώνονται υπό τη μορφή μιας προβάλλουσας, μέσω της τομής, μάζας. Η προβάλλουσα αυτή μάζα συνήθως εμφανίζεται όταν ο ασθενής προσπαθεί να αλλάξει θέση από την ύπτια στη καθιστή. Οι κοιλιοκήλες τις περισσότερες φορές είναι ασυμπτωματικές και ο κίνδυνος περίσφιγξης είναι μικρός, επειδή το έλλειμμα του κοιλιακού τοιχώματος μέσω του οποίου προβάλλουν είναι συνήθως μεγάλο (LeMone, 2011).

Η θεραπεία της κήλης είναι χειρουργική και καλείται πλαστική αποκατάσταση. Είναι καλά ανεκτή από τους ασθενείς όλων των ηλικιών και συνοδεύεται από πολύ μικρότερο κίνδυνο σε σύγκριση με τον κίνδυνο των επιπλοκών της κήλης, όπως είναι η περίσφιγξη, η απόφραξη και ο στραγγαλισμός. Όταν η κήλη είναι περισφιγμένη, επώδυνη ή ευαίσθητη κατά τη ψηλάφηση, ενδείκνυται επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Κατά την πλαστική αποκατάσταση της κήλης γίνεται σύγκλιση του χάσματος του κοιλιακού τοιχώματος με ράμματα, σύρμα ή πλέγμα που τοποθετείται και στερεώνεται πάνω από το χάσμα. Εάν υπάρχει υποψία περίσφιγξης ή στραγγαλισμού του εντέρου, κατά τη διάρκεια της επέμβασης γίνεται έλεγχος της κοιλίας και αφαιρείται το νεκρωμένο έντερο. Μετά τη χειρουργική επέμβαση αποφεύγονται η ανύψωση βάρους και η έντονη χειρωνακτική εργασία για περίπου τρεις εβδομάδες (LeMone, 2011).

### **1.3.5 Σκωληκοειδίτιδα**

Η σκωληκοειδίτιδα, δηλαδή η φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης, αποτελεί συνήθη αιτία οξέος κοιλιακού πόνου. Οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε κάθε ηλικία, εκδηλώνεται όμως συχνότερα σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες (LeMone, 2011).

Η σκωληκοειδής απόφυση αποτελεί μια σωληνοειδή προσεκβολή του παχεός εντέρου, που εκφύεται από το τυφλό, ακριβώς κάτω από την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Συνήθως εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, κάτω από το σημείο McBarney. Η λειτουργία της σκωληκοειδούς απόφυσης δεν είναι πλήρως κατανοητή, αν και τακτικά γεμίζει και αδειάζει από τροφές που έχουν υποστεί τη διεργασία της πέψης (Dabadie & Petit, 2017).

Στις περισσότερες περιπτώσεις οξείας σκωληκοειδίτιδας παρατηρείται εγγύς απόφραξη του αυλού της σκωληκοειδούς απόφυσης. Η απόφραξη αυτή συχνά προκαλείται από κοπρόλιθο, δηλαδή μια σκληρή μάζα κοπράνων. Άλλα αίτια που προκαλούν απόφραξη είναι οι λίθοι, τα ξένα σώματα, οι φλεγμονώδεις διαταραχές, οι όγκοι, τα παράσιτα όπως για

παράδειγμα οξύουροι και τέλος το οίδημα του λεμφικού ιστού του τοιχώματος της σκωληκοειδούς απόφυσης. Μετά την απόφραξη του αυλού της, η σκωληκοειδής απόφυση διατείνεται, λόγω της συσσώρευσης υγρού που παράγεται από το βλεννογόνο. Η πίεση στο εσωτερικό του αυλού της σκωληκοειδούς απόφυσης αυξάνεται, παρεμποδίζοντας την αιμάτωση του τοιχώματος της, με αποτέλεσμα την εμφάνιση φλεγμονής, οίδηματος, εξέλκωσης και τέλος λοίμωξης. Στη συνέχεια, δημιουργείται πυώδες εξίδρωμα, που προκαλεί περαιτέρω διάταση της σκωληκοειδούς. Εάν η κατάσταση αφεθεί χωρίς θεραπεία, μέσα σε εικοσιτέσσερις με τριάντα έξι ώρες αναπτύσσεται νέκρωση των ιστών και γάγγραινα, με αποτέλεσμα τη διάτρηση της σκωληκοειδούς. Η διάτρηση έχει ως συνέπεια τη μικροβιακή περιτονίτιδα, που μπορεί να παραμείνει εντοπισμένη (Dabadie & Petit, 2017).

Η σκωληκοειδίτιδα μπορεί να ταξινομηθεί σε απλή, γαγγρενώδη και διατρηθείσα, ανάλογα με το στάδιο της εξέλιξης της νόσου. Στην απλή σκωληκοειδίτιδα παρατηρούνται φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, αλλά η σκωληκοειδής είναι ακεραία. Όταν στη σκωληκοειδή απόφυση εμφανιστούν περιοχές ιστικής νέκρωσης και μικροσκοπικές διατρήσεις, η νόσος χαρακτηρίζεται ως γαγγραινώδης σκωληκοειδίτιδα. Στη διατρηθείσα σκωληκοειδίτιδα παρατηρείται μακροσκοπικά ορατή διάτρηση της σκωληκοειδούς απόφυσης και επιμόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας. Επομένως, πρόκειται για επείγουσα χειρουργική νόσο και δεδομένου ότι η συχνότητα των χειρουργικών επιπλοκών είναι μικρή, η διαγνωστική διερεύνηση και η προεγχειρητική θεραπεία της νόσου είναι περιορισμένες. Ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο και αρχίζει η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Η χορήγηση τροφής και υγρών από το στόμα διακόπτεται, μέχρι να τεθεί οριστικά η διάγνωση. Από την στιγμή που θα γίνει η διάγνωση τίθεται και η ένδειξη άμεσης χειρουργικής επέμβασης (LeMone, 2011).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

#### 2.1 Ποιότητα Ζωής και Κατάσταση της Υγείας

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί στη βιβλιογραφία για την ποιότητα ζωής. Οι Gill et al δημοσίευσαν το 1994 ένα άρθρο στο οποίο ανέλυσαν 75 άρθρα πάνω στη ποιότητα ζωής και στις κλίμακες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της, και όρισαν την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (health related quality of life) των ασθενών ως, «*τις σκέψεις για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και σε άλλες μη ιατρικά σχετιζόμενες πτυχές της ζωής τους*». Αυτή η «συνολική» ποιότητα ζωής επηρεάζεται από την κατάσταση της υγείας ενός ατόμου, καθώς και από πτυχές που σχετίζονται με την υγεία, όπως τη σωματική, τη συναισθηματική και τη ψυχολογική ευεξία. Όμως, συνδέεται και με πτυχές που δεν σχετίζονται άμεσα με την έννοια της υγείας, όπως η επαγγελματική απασχόληση, οι ενδοοικογενειακές σχέσεις και ο κοινωνικός ρόλος κ.λπ. (Gill & Feinstein, 1994).

Σύμφωνα με τους Panzini et al, οι οποίοι δημοσίευσαν ένα άρθρο σχετικά με ποιότητα ζωής και την πνευματικότητα, αποδίδουν την ποιότητα της ζωής ως μια έννοια που συνδέεται στενά με την έννοια της υγείας, αλλά δεν αφορά μόνο αυτή. Αποτελείται από διάφορες διαστάσεις, μεταξύ των οποίων είναι η σωματική, ψυχολογική και περιβαλλοντική. Συχνά η ποιότητα ζωής θεωρείται η παράμετρος που παραλείπεται στην αξιολόγηση της υγείας και ορίζεται ως η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, λαμβάνοντας υπόψη πολιτιστικά και αξιακά συστήματα τα οποία ασπάζεται σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, πρότυπα και τις ανησυχίες του (Panzini et al., 2017).

Πολλές φορές στη βιβλιογραφία παρατηρείται σύνδεση μεταξύ των ορισμών της ποιότητας ζωής με τον ορισμό της κατάστασης υγείας (Health Status). Αυτός ο όρος χρησιμοποιείται εναλλακτικά με εκείνον της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, ορισμένοι συγγραφείς επικρίνουν αυτή τη προσέγγιση, καθώς περιγράφουν την ποιότητα ζωής και την κατάσταση της υγείας ως δύο διακριτά και ξεχωριστά φαινόμενα (Zubaran et al., 2008).

Η κατάσταση υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ορίζεται ως η κατάσταση της πλήρους σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλά ως η απουσία ασθένειας (Nakane et al., 1999). Η κατάσταση υγείας ενός μεμονωμένου ασθενή

αναφέρεται στο επίπεδο υγείας του υποκειμενικά. Καθώς είναι η δική του αντίληψη για την υγεία, αξιοποιώντας κλινικά αντικειμενικές παραμέτρους για την αξιολόγηση του επιπέδου ευεξίας του που περιλαμβάνει τον αντίκτυπο της νόσου και την ποιότητας ζωής του. Επομένως, πρόκειται για μια ολιστική και αντικειμενική αξιολόγηση της υγείας των ασθενών, όπου χρησιμοποιούνται κλινικά αποτελέσματα, μαζί με εργαστηριακά και ακτινολογικά δεδομένα (Panzini et al., 2017). Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της κατάστασης υγείας, περιέχουν κλινικές παραμέτρους για να παρακολουθούν τον αντίκτυπο της επίδρασης της ασθένειας και την αναπηρία μαζί με την επίδραση της εφαρμοζόμενης ιατρικής θεραπείας (Gill & Feinstein, 1994).

Επικρατεί έντονη συζήτηση σχετικά με το αν είναι ορθό να χρησιμοποιείται ο όρος ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, καθώς θεωρείται από αρκετούς επιστήμονες ως προσπάθεια να συμπτυχθούν δύο διαφορετικοί όροι σε μια έννοια. Εντούτοις, πολλοί συγγραφείς έχουν πραγματοποιήσει μελέτες, τόσο σε ασθενείς, όσο και σε επαγγελματίες υγείας, που κατέδειξαν καλή συσχέτιση και αλληλεξάρτηση των δύο αυτών εννοιών. Παρ' όλα αυτά εξακολουθεί να υπάρχει σύσταση να χρησιμοποιούνται διαφορετικά εργαλεία για το κάθε στοιχείο, όταν αξιολογείται η ποιότητα της ανάρρωσης, η οποία ορίζεται ως η επαναφορά της λειτουργικότητας του ασθενούς στην αρχική του κατάσταση ή σε καλύτερη κατάσταση και αξιολογείται σε πολλούς τομείς και σε πολλαπλά χρονικά σημεία (Zubaran et al., 2008).

Μια από τις πλέον διαδεδομένες κλίμακες που έχουν ως στόχο να αξιολογήσουν τη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, δηλαδή τόσο ατόμων που πάσχουν από κάποια ασθένεια, όσο και ατόμων στη κοινότητα είναι η SF-36 (36-item Short Form Survey) και οι συντομότερες μορφές της, όπως η SF-20 (20-item Short Form Survey) και η SF-12 (12-item Short Form Survey). Οι κλίμακες αυτές καλύπτουν τα πεδία των περιορισμών στη φυσική λειτουργία, της γενικής σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης, της δραστηριότητας, του πόνου και της λειτουργικότητας (Heyde, 2007).

Επίσης, έχουν δημιουργηθεί κλίμακες που αξιολογούν την ποιότητα ζωής σε ειδικές ομάδες ασθενών όπως είναι η European Organization for Research and Treatment of Cancer- 30 Item Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C30) και η European Organization for Research and Treatment of Cancer- 38 Item Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C38), που έχει έχουν αναπτυχθεί από το τμήμα της ποιότητας ζωής του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και Θεραπεία του Καρκίνου (European Organization for Research and Treatment of Cancer). Η κλίμακα EORTC-QLQ-C30 αξιολογεί πέντε



διαστάσεις, τη σωματική λειτουργία, τον ρόλο, τη συναισθηματικότητα, την κοινωνικότητα και τη γνωστική λειτουργία. Η δεύτερη κλίμακα (EORTC-QLQ-C38) αποτελεί τροποποιημένη εκδοχή της πρώτης και απευθύνεται σε ασθενείς με καρκίνου εντέρου (Bartels et al., 2010).

## 2.2 Ικανοποίηση Ασθενών

Ένας ακόμα όρος που αξιολογείται συχνά σε νοσηλεύομενους και ειδικότερα μετεγχειρητικούς ασθενείς είναι αυτός της ικανοποίησης. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια περίπλοκη έννοια που έχει ως στόχο να ποσοτικοποιήσει τη διαπροσωπική ερμηνεία και εμπειρία του ασθενούς σχετικά με την πορεία και την εξέλιξη της υγείας του (Sikhakhane, 2015). Πρόκειται για την άποψη και την αντίληψη του ασθενούς σε σχέση με την αλληλεπίδραση του με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και το επίπεδο της ικανοποίησης που εξέλαβε από τη διαδικασία αυτή (Sikhakhane, 2015).

Η ικανοποίηση των ασθενών και η ποιότητα της ανάρρωσης των ασθενών έχουν χρησιμοποιηθεί ως δύο διαφορετικές έννοιες στη μετεγχειρητική ανάρρωση. Συνεπώς, μια αξιολόγηση καλής ποιότητας ανάρρωσης δε σημαίνει απαραίτητα ότι αντικατοπτρίζει και υψηλή ικανοποίηση ασθενών. Μερικοί ασθενείς μπορεί να επιδείξουν επαρκή ανάρρωση σε μετρήσιμα στοιχεία, αλλά ο κάθε ασθενής ξεχωριστά μπορεί να μη μένει ικανοποιημένος με κάποια πτυχή στη διαδικασία της ανάρρωσης του (Sikhakhane, 2015).

Οι Roysel et al (2013), χρησιμοποίησαν δεδομένα από την πιλοτική μελέτη τους, η οποία αποτελούταν από 701 ασθενείς, για την αξιολόγηση της κλίμακας Postoperative Quality of Recovery Score (PQRS) για την μετεγχειρητική ποιότητα ανάρρωσης. Πρόκειται για πολυδιάστατη κλίμακα που χρησιμοποιείται μετεγχειρητικά για την αξιολόγηση της ποιότητας της ανάρρωσης, αλλά διαθέτει μια επιπλέον ενότητα, στην οποία οι ασθενείς μπορούν να αξιολογήσουν το συνολικό επίπεδο της μετεγχειρητικής τους ικανοποίησης. Στη μελέτη αυτή 573 από τους 701 ασθενείς συμπλήρωσαν την 5βάθμια κλίμακα Likert για την ικανοποίηση ασθενών την τρίτη ημέρα μετά την χορήγηση αναισθησίας σε αυτούς. Οι Roysel et al διαπίστωσαν ότι η ναυτία κι ο πόνος αποτελούσαν δυο από τους σημαντικότερους παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση του ασθενούς μετεγχειρητικά. Άλλοι παράγοντες που επίσης επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενούς κατά τη μετεγχειρητική περίοδο είναι το προεγχειρητικό στρες, η διεγχειρητική ευαισθησία, η νεαρή ηλικία, η εμφάνιση επιπλοκών, η καταστολή έναντι της γενικής αναισθησίας (Roysel et al., 2013a).

Το 2008, οι Caljouw et al, ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο Leiden Perioperative care Patient Satisfaction Questionnaire – LPPSq μετά τη πιλοτική μελέτη τους που περιλάμβανε 307 ασθενείς. Το εργαλείο αυτό δημιουργήθηκε ειδικά για να μετρήσει την ικανοποίηση των ασθενών περιεγχειρητικά, με την αναισθησιολογική φροντίδα ως το κύριο στοιχείο. Το ερωτηματολόγιο περιέχει τρία στοιχεία: τον φόβο, τις ανησυχίες και τη σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Η συλλογή ολοκληρώθηκε δύο ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση και βρέθηκε ότι η ηλικία, το φύλο και η διαφορά ανάμεσα στα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων έπαιξαν μεγάλο ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών μεταναισθητικά. Οι άντρες παρουσίασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις γυναίκες. Επίσης, οι ασθενείς άνω των 50 ετών είχαν υψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης από τους νεαρότερους τους. Παράλληλα, στη μελέτη των Caljouw et al (2008) φαίνεται ότι η ικανοποίηση των ασθενών δε σχετίζεται από εκβάσεις σχετιζόμενες με τη χορηγούμενη αναισθησία, όπως η ναυτία και ο έμετος, αλλά από τον τρόπο που αντιδρούσαν οι επαγγελματίες υγείας για να βοηθήσουν στην ανακούφιση των επιπλοκών που προέκυπταν. Έτσι είχαν μεγαλύτερο σκορ ικανοποίησης όταν αισθάνονταν πως υπήρχε καλύτερη στήριξη και επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Caljouw et al., 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ

#### 3.1 Μετεγχειρητική Ανάρρωση

Οι Allvin et al (2009), μετά από ενδελεχή βιβλιογραφική αναζήτηση διατύπωσαν έναν κοινά αποδεκτό θεωρητικό ορισμό της μετεγχειρητικής ανάρρωσης. Σύμφωνα, λοιπόν, με τους Allvin et al (2009), η μετεγχειρητική ανάρρωση είναι μια διαδικασία που απαιτεί ενέργεια για την επιστροφή στην ομαλότητα και στην ολότητα, όπως αυτή καθορίζεται από αντικειμενικά μετρήσιμες παραμέτρους. Αυτό επιτυγχάνεται με την ανάκτηση του ελέγχου των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και συνηθειών, με αποτέλεσμα την επιστροφή στα προεγχειρητικά επίπεδα ανεξαρτησίας ή εξάρτησης από καθημερινές δραστηριότητες της ζωής και στο βέλτιστο επίπεδο ψυχολογικής ευημερίας (Allvin, 2009). Με βάση τον παραπάνω ορισμό, η διαδικασία της ανάρρωσης εκτείνεται από το τέλος της χορήγησης αναισθησίας και μπορεί να συνεχιστεί για περίοδο μηνών μετά το εξιτήριο. Μερικές φορές μάλιστα μην όντας ικανός να επιστρέψει στη προεγχειρητική του κατάσταση. Η πιο δύσκολη φάση της ανάρρωσης είναι η περίοδος αμέσως μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο όταν υπάρχει μετατόπιση της ευθύνης της περίθαλψης και φροντίδας του ασθενή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στον ίδιο και στην οικογένεια του (Allvin, 2009).

Από τον παραπάνω ορισμό των Allvin et al, είναι σαφές πως η μετεγχειρητική ανάρρωση είναι μια σύνθετη διαδικασία που περιλαμβάνει τις παρακάτω διαστάσεις:

- Συναισθηματική στήριξη
- Συναισθηματική ανεξαρτησία
- Σωματικά συμπτώματα
- Σωματικές λειτουργίες
- Ψυχολογική γνωστική λειτουργία
- Κοινωνικά μοτίβα και συνήθειες
- Καθημερινές Δραστηριότητες (Allvin, 2009)

Συνεπώς, κατά την αξιολόγηση της ποιότητας της μετεγχειρητικής ανάρρωσης είναι κρίσιμο να αξιολογείται καθεμία από τις παραπάνω διαστάσεις. Έτσι αποδεικνύεται στη

βιβλιογραφία πως οι πολυδιάστατες κλίμακες παράγουν καλύτερα αποτελέσματα από τις μονοδιάστατες (Allvin, 2009).

Οι ιατροί, οι νοσηλευτές, καθώς και άλλοι επιστήμονες υγείας διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή πληροφοριών σχετικά με τη κατάσταση υγείας και την εξέλιξη στη μετεγχειρητική ανάρρωση του ασθενή. Σε ορισμένες μελέτες, ο ρόλος αυτός των επαγγελματιών υγείας αξιοποιείται, καθώς παρέχουν μια ενδιάμεση αξιολόγηση στην πρόοδο της ανάκαμψης του ασθενούς (ποιες μελέτες το λένε αυτό;). Συγκεκριμένα για τους νοσηλευτές, υπάρχει πληθώρα εργαλείων που μπορούν να χρησιμοποιήσουν στην κλινική πρακτική για να αξιολογήσουν τόσο την μετεγχειρητική ανάρρωση, όσο και την ετοιμότητα του ασθενούς να μετακινηθεί από την μονάδα μετά αναισθητικής φροντίδας στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), και από την ΜΕΘ σε νοσηλευτικό θάλαμο και από εκεί την ετοιμότητα να λάβει εξιτήριο (Sikhakhane, 2015).

Οι τρεις έννοιες της ποιότητας ζωής, της κατάστασης της υγείας και της ικανοποίησης ασθενούς έχουν όλες ένα μοναδικό αντίκτυπο στη μετεγχειρητική ανάρρωση. Για παράδειγμα, ο μετεγχειρητικός πόνος είναι ένα μετρήσιμο σύμπτωμα της κατάστασης της υγείας που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της ζωής και μπορεί να επιδεινώσει την ικανοποίηση του ασθενή. Εάν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα θα επιφέρει συνολική μείωση στη βαθμολογία της μετεγχειρητικής ανάρρωσης. Οπότε, σαφής κατανόηση των εννοιών αυτών διασφαλίζει ότι χρησιμοποιείται η κατάλληλη κλίμακα για το κατάλληλο δείγμα (Sikhakhane, 2015).

### **3.2 Φάσεις Μετεγχειρητικής Ανάρρωσης**

Στη βιβλιογραφία έχουν επικρατήσει αρκετές ταξινομήσεις των φάσεων της μετεγχειρητικής ανάρρωσης οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω. Σύμφωνα με τους Allvin et al, η μετεγχειρητική ανάρρωση διαιρείται σε τρεις φάσεις, ενώ από τους Marshall et al, γίνεται λόγος για τις ίδιες φάσεις μόνο που λαμβάνουν το όνομα φάση I, φάση II και φάση III (Allvin, 2009) (Marshall & Chung, 1999).

- **Πρώιμη φάση ανάρρωσης (Φάση I):** Ξεκινά από τη διακοπή χορήγησης αναισθησίας ως και την επαναφορά των ζωτικών σημείων και αντιδράσεων του ατόμου όπως ήταν προεγχειρητικά

- **Ενδιάμεση φάση ανάρρωσης (Φάση II):** Αποτελεί το ενδιάμεσο στάδιο της ανάρρωσης, το οποίο ξεκινά από την επανάκτηση σταθερών μετεγχειρητικών αντανακλαστικών έως και το εξιτήριο από το χειρουργικό τμήμα
- **Τελική φάση ανάρρωσης (Φάση III):** Ξεκινά από το εξιτήριο που έλαβε ο ασθενής έως την επανάκτηση της υγείας και της φυσικής κατάστασης που είχε πριν το χειρουργείο

Σύμφωνα με τους Royses et al, η ταξινόμηση των μετεγχειρητικών φάσεων ανάρρωσης έχει ως εξής;

- **Άμεση φάση:** Ξεκινά με τη διακοπή χορήγησης αναισθησίας έως και 15 λεπτά έπειτα
- **Πρώιμη φάση ανάρρωσης:** Αξιολογείται ως η φάση 40 λεπτά μετά την αναισθησία
- **Τελική φάση ανάρρωσης:** Ξεκινά 1 ημέρα μετά τη λήψη αναισθησίας
- **Μακροπρόθεσμη φάση ανάρρωσης:** Έως και 3 μήνες μετά τη λήψη αναισθησίας

Ακόμα, συχνά για την ταξινόμηση των μετεγχειρητικών φάσεων ανάρρωσης χρησιμοποιούνται οι όροι βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη μετεγχειρητική ανάρρωση. Όμως, δεν υπάρχουν στη βιβλιογραφία σαφείς ορισμοί που να χρησιμοποιούνται κοινά, σχετικά με την έναρξη και λήξη της πρώτης φάσεως για την έναρξη της επόμενης (βιβλιογραφία).

Υπάρχουν ποικίλοι τρόποι να αξιολογηθεί η μετεγχειρητική ανάρρωση στις διάφορες φάσεις της. Στις άμεσες φάσεις της ανάρρωσης χρησιμοποιούνται κλινικές παράμετροι, όπως η σταθερότητα των ζωτικών σημείων και η επαναφορά της κινητικότητας. Στις πρώιμες φάσεις ανάρρωσης χρησιμοποιούνται διάφορα γνωστικά εργαλεία, καθώς και η αναφορά των ασθενών σχετικά με τα συμπτώματά τους (Sikhakhane, 2015).

### 3.2.1 Πρώιμη φάση μετεγχειρητικής ανάρρωσης

Η πρώιμη μετεγχειρητική φάση συμβαίνει υπό την επίβλεψη κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού στον χώρο της μετά-αναισθητικής φροντίδας, σε έναν κατάλληλα εξοπλισμένο και κατάλληλα τοποθετημένο χώρο. Ξεκινά από το τέλος της

χορήγησης αναισθησίας και τελειώνει όταν ο ασθενής κρίνεται έτοιμος να εξέλθει από τον χώρο της ανάνηψης (Allvin, 2009).

Μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα για την αξιολόγηση της ετοιμότητας αναχώρησης του ασθενούς από τον χώρο της ανάνηψης είναι η κλίμακα που ανέπτυξε ο Dr Aldrete το 1970 και είναι γνωστή ως The Aldrete score (Post-Anaesthesia Recovery Score, 1970), η οποία αρχικά χρησιμοποιούσε χρώματα ως μέσα εκτίμησης των ασθενών παρόμοια με τη κλίμακα Argar. Όσο, όμως, συνέχιζε η πρόοδος στους τομείς της χειρουργικής και της αναισθησιολογίας, οι Chung et al, πραγματοποίησαν τροποποιήσεις στην αρχική κλίμακα ώστε αυτή να λαμβάνει σκορ από 0 έως 10. Έτσι, η Post Anaesthetic Discharge Scoring System (1995) είναι μια κλίμακα που εστιάζει σε βασικές σωματικές λειτουργίες: (Royle et al., 2013b).

- την ικανότητα κίνησης και των τεσσάρων άκρων,
- την ικανότητα για βαθιά αναπνοή και βήχα,
- τις φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης,
- τις φυσιολογικές τιμές κορεσμού οξυγόνου, και
- την πλήρη εγρήγορση του ασθενή

Για να μπορέσει να εξέλθει ο ασθενής από τον χώρο της μετά-αναισθητικής φροντίδας πρέπει να λάβει βαθμολογία τουλάχιστον 9 στα 10 (Sikhakhane, 2015).

Η δεύτερη τροποποίηση της κλίμακας Aldrete χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθεί η ετοιμότητα ενός ασθενούς να λάβει εξιτήριο μετά από χειρουργείο ημέρας, δηλαδή χειρουργική επέμβαση που δεν απαιτούσε νοσηλεία στο νοσοκομείο. Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει τις εξής παραμέτρους:

- Φυσιολογικά καρδιαγγειακά σημεία
- Ικανότητα βάρδισης
- Ανοχή σε από του στόματος χορηγούμενα υγρά
- Πόνος
- Χειρουργική αιμορραγία

Η κάθε παράμετρος λαμβάνει 2 πόντους, το μέγιστο συνολικό σκορ είναι 10 (Sikhakhane, 2015).

Η κύρια πρόκληση για την αξιολόγηση της ποιότητας μετεγχειρητικής ανάρρωσης, στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, είναι ότι τα υπολείμματα των αναισθητικών φαρμάκων

μπορεί να βρίσκονται σε μεγάλες συγκεντρώσεις στον οργανισμό. Επομένως, οι ασθενείς υπό την επίδραση των φαρμάκων αυτών μπορεί να μη δώσουν αντικειμενικές απαντήσεις. Γεγονός που οδηγεί πολλούς ερευνητές να απευθυνθούν στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να εκτιμήσουν από την δική τους πλευρά την ποιότητα ανάρρωσης των ασθενών έως ότου οι ασθενείς είναι σε θέση να δώσουν εικόνα σχετικά με τη πρόοδο της ανάρρωσης τους (Sikhakhane, 2015).

### 3.2.2 Τελική φάση μετεγχειρητικής ανάρρωσης

Σ' αυτή τη μετεγχειρητική φάση, υπάρχει περισσότερη επαφή με τους ασθενείς και ο ασθενής είναι σε θέση να απαντήσει στα ερωτήματα των επαγγελματιών υγείας για τη κατάσταση της υγείας και ανάρρωσης του, γι' αυτό οι ερευνητές εστιάζουν όλο και περισσότερο στην ανάπτυξη και χρήση εργαλείων που χρησιμοποιούν τις αναφορές των ίδιων των ασθενών. Οι Herrera et al (2007), στη συστηματική τους ανασκόπηση εξέτασαν κλίμακες που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση της ανάρρωσης σε χειρουργεία ημέρας, μια εβδομάδα μετά τη χειρουργική επέμβαση. Παρουσίασαν επτά κλίμακες που χρησιμοποιούνται κλινικά, αν και δεν σχεδιάστηκαν όλες τους για την αξιολόγηση χειρουργείων ημέρας (Herrera et al., 2007). Οι τέσσερις κλίμακες που σχεδιάστηκαν ειδικά για την αξιολόγηση της ανάρρωσης μετά από χειρουργείο ημέρας είναι:

- η Surgical Recovery Index (2004) που καλύπτει δύο διαστάσεις, αυτή του πόνου και τον χρόνο που απαιτείται για να ανακτηθεί η πλήρης λειτουργικότητα. Οι δημιουργοί της, τη συνιστούν ιδιαίτερα σε λαπαροσκοπικά χειρουργεία (βιβλιογραφία).
- η κλίμακα 24 hour functional Ability Questionnaire (2000) η οποία έλαβε και τροποποίηση μεταγενέστερα κι έτσι αξιολογεί συνολικά τρεις παραμέτρους: (α) τις προσδοκίες των ασθενών προεγχειρητικά, (β) την παρουσία συμπτωμάτων, όπως πόνος και ναυτία, και (γ) την ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την ανάρρωση, την αναισθησία, το χειρουργείο και γενικότερα όλη την εμπειρία της χειρουργικής επέμβασης.
- η κλίμακα Post Discharge Surgical Recovery Scale (2000), όπου χρησιμοποιείται για τα χειρουργεία μιας ημέρας και έχει δείξει καλά αποτελέσματα στην αξιολόγηση της ανάρρωσης. Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο και καλύπτει πέντε διαστάσεις: την κατάσταση υγείας του ασθενή, τη δραστηριότητα, την αδυναμία, την ικανότητα για εργασία και τις προσδοκίες του ασθενή.

- η κλίμακα General Symptoms Distress scale and Functional Status (1998), όπου σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση της μετεγχειρητικής ανάρρωσης μετά από επεμβάσεις μιας ημέρας, και περιλαμβάνει τρία μέρη: μια λίστα συμπτωμάτων, κατάταξη των συμπτωμάτων βάσει σημαντικότητας και μια κλίμακα για τη διαχείριση αυτών των συμπτωμάτων (Herrera et al., 2007).

Τα τελευταία χρόνια γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη χρήση των καταγραφών της μέτρησης των εκβάσεων από τους ίδιους τους ασθενείς (Patient-Reported Outcome Measures – PROMs) για την αξιολόγηση της ανάρρωσης. Τα PROMs επιτρέπουν τη παρακολούθηση της πορείας της ανάρρωσης αξιοποιώντας πληροφορίες που προέρχονται απευθείας από τον ασθενή χωρίς καθόλου ερμηνείες από τους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, εμπλέκουν τους ασθενείς στη διαδικασία της φροντίδας της υγείας και ανάρρωσης τους και έτσι οι τελευταίοι αισθάνονται ότι έχουν μεγαλύτερο έλεγχο στην φροντίδα τους. Τέλος, PROMs μπορούν να καλύψουν περισσότερες διαστάσεις της υγείας και ανάρρωσης όπως σωματική και ψυχολογική κατάσταση (Sikhakhane, 2015).

Μια από τις πρώτες κλίμακες τέτοιου είδους, είναι αυτή των Myles and Hund et al, η Quality of Recovery score, QoR (1999-2000), η οποία στην αρχή είχε 61 ερωτήσεις και ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες (ασθενείς και επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλευτές, ειδικευόμενοι χειρουργοί και ειδικευόμενοι αναισθησιολόγοι) η άποψη τους σχετικά με τις ερωτήσεις και όπου έκριναν απαραίτητο να συμπληρώσουν όποια διόρθωση ή παρατήρηση είχαν (Myles, Reeves, et al., 2000). Με αυτόν τον τρόπο το ερωτηματολόγιο έλαβε αρκετές τροποποιήσεις οι πιο γνωστές εκ των οποίων είναι:

- η 40-item QoR (2000) που περιλαμβάνει πέντε πεδία της σωματικής άνεσης, του πόνου, της ψυχολογικής υποστήριξης, την σωματική ανεξαρτησία και την συναισθηματική κατάσταση (Myles, Weitkamp, et al., 2000), και
- η QoR 15-item score (2012) η οποία εμπεριέχει τις σημαντικότερες ψυχομετρικές και κλινικές εκβάσεις που απορρέουν από το ερωτηματολόγιο των σαράντα ερωτήσεων αλλά καλύπτει εξίσου καλά τα πέντε πεδία του τελευταίου προσφέροντας το πλεονέκτημα του μικρότερου χρόνου συμπλήρωσης (Stark & Myles, 2011).

Ακόμη το ερωτηματολόγιο Postoperative Quality of Recovery Scale (PQRS) περιλαμβάνει 5 διαστάσεις: τη σωματική κατάσταση, τη νοημοσύνη, την συναισθηματική και γνωστική κατάσταση, τις καθημερινές δραστηριότητες και τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών (Sikhakhane, 2015). Τέλος, η κλίμακα Postoperative Recovery Profile questionnaire



(2009) περιέχει 19 ερωτήσεις και εστιάζει σε πέντε πεδία τα σωματικά συμπτώματα, τη σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα, τη δραστηριότητα και ολική λειτουργικότητα (Allvin, 2009).

Όπως φαίνεται τα εργαλεία αυτά στη πλειονότητα τους είναι πολύ γενικά και δεν λαμβάνουν υπόψη πολλές παραμέτρους που μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το είδος του χειρουργείου που διεξάγεται. Στη προσπάθεια του να εντοπίσει τις εκβάσεις που προκύπτουν μετά από το χειρουργείο κοιλίας ο Dr Urbach το 2006 ανέπτυξε τη κλίμακα ASIS- Abdominal Surgery Impact Scale. Η κλίμακα ASIS περιέχει 18 ερωτήσεις που καλύπτουν έξι διαστάσεις: τους σωματικούς περιορισμούς, την εξασθένηση λειτουργικότητας, τον πόνο, την λειτουργικότητα του εντέρου, τον ύπνο και τη ψυχολογική λειτουργικότητα και μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την εμπειρία ανάρρωσης των ασθενών που υποβάλλονται σε τέτοιου είδους χειρουργικές επεμβάσεις (Urbach et al., 2006). Ωστόσο, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των μετρικών χαρακτηριστικών της είναι άξια διερεύνησης. Η μελέτη των Balvardi et al, το 2016 έδειξε πως το ASIS ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στη προσδοκώμενη εκτίμηση της ανάρρωσης των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε κολεκτομή (Balvardi et al., 2019).

### **3.3 Επιπλοκές**

Για την ορθή αξιολόγηση της ποιότητας ανάρρωσης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη δεδομένα σχετικά με την έκβαση της προσφερόμενης θεραπείας και την εμφάνιση τυχόν επιπλοκών, με τυποποιημένο και αναπαραγώγιμο τρόπο, για να καθίσταται δυνατή η σύγκριση μεταξύ διαφορετικών ερευνητικών κέντρων, διαφορετικών προσεγγίσεων θεραπειών και διαφορετικών ερευνητών. Έτσι τα αντικειμενικά και αξιόπιστα δεδομένα σχετικά με την εμφάνιση επιπλοκών ειδικότερα μετά από μια χειρουργική επέμβαση είναι ιδιαίτερα σημαντικά. Όμως, υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία για την αξιολόγηση των χειρουργικών επιπλοκών λόγω της αδυναμίας των επιστημόνων να καταλήξουν σε κοινό τρόπο καθορισμού και κατάταξης των χειρουργικών επιπλοκών βάσει της σοβαρότητας τους (Dindo et al., 2004).

Το 1992, οι Dindo et al, πρότειναν γενικές αρχές για την ταξινόμηση των επιπλοκών σχετιζόμενων με χειρουργικές επεμβάσεις με βάση τη θεραπεία που εφαρμόζοταν στον ασθενή και εστιάζοντας σε τέσσερα επίπεδα σοβαρότητας. Στη συνέχεια, η προσπάθεια της δημιουργίας μιας κλίμακας ταξινόμησης των επιπλοκών έλαβε τροποποιήσεις με στόχο τη βελτίωση της. Οι τροποποιήσεις αυτές κρίθηκαν απαραίτητες από τους δημιουργούς, ιδίως

στην ταξινόμηση των απειλητικών για τη ζωή επιπλοκών και την μακροχρόνια αναπηρία λόγω επιπλοκής από χειρουργείο. Επίσης, μετά την τροποποίηση θεωρήθηκε πως η διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο δε μπορεί πλέον να χρησιμοποιείται ως κριτήριο για τον βαθμό των επιπλοκών. Το 2004, οι Dindo et al, πραγματοποίησαν μελέτη σε 6336 ασθενείς όπου φάνηκε ότι η νέα τροποποιημένη κλίμακα ταξινόμησης των χειρουργικών επιπλοκών The Clavien-Dindo Classification of Surgical Complications (2004) είναι ένα απλό, αντικειμενικό, αναπαραγώγιμο και εύχρηστο εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη κλινική πρακτική (Dindo et al., 2004).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η σημασία της παροχής κατάλληλης θεραπείας ώστε να επιτευχθεί όσο το δυνατόν πιο ορθά και γρήγορα η ανάκαμψη του ασθενούς και η επιστροφή του στις καθημερινές δραστηριότητες μετά από μια χειρουργική επέμβαση δε μπορεί να αμφισβητηθεί. Ωστόσο για να καταστεί αυτό εφικτό απαιτείται η άμεση εμπλοκή του ασθενούς στη διαδικασία της θεραπείας του και συνεχής καταγραφή της πορείας ανάρρωσης του από τους επαγγελματίες υγείας. Γεγονός που φαίνεται αρχικά δύσκολο στη πρακτική εφαρμογή του διότι ο χρόνος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι περιορισμένος. Όμως, μια λύση η οποία αναφέρθηκε εκτενώς παραπάνω και έχει προταθεί εδώ και πολλά χρόνια από ποικίλους επιστήμονες είναι η χρήση στη καθημερινή πρακτική των αυτό-αναφερόμενων (self-reported) κλιμάκων αξιολόγησης της ποιότητας ανάρρωσης. Κατά τον τρόπο αυτό εμπλέκονται οι ίδιοι οι ασθενείς, από τους οποίους ζητείται να συμπληρώσουν μια κλίμακα σχετικά με διάφορες διαστάσεις της ποιότητας ανάρρωσης τους πέρα από την απλή καταγραφή συμπτωμάτων και ζωτικών σημείων από το προσωπικό, όπως εφαρμοζόταν παλαιότερα. Για παράδειγμα, ο ασθενής αναφέρει πέρα από συμπτώματα, όπως πόνο, ναυτία κ.λπ., και την ψυχολογική και συναισθηματική του κατάσταση. Έχει βρεθεί ότι η χρήση τέτοιων εργαλείων συμβάλλει στην ανάρρωση του ασθενή μετά από χειρουργείο χωρίς όμως να υπάρχουν κλίμακες που εξειδικεύονται βάσει των ιδιαιτεροτήτων κάθε επέμβασης. Μια προσπάθεια εφαρμογής μιας κλίμακας αξιολόγησης της ποιότητας ανάρρωσης ειδικά μετά από χειρουργική επέμβαση κοιλίας αποτελεί η κλίμακα ASIS (Abdominal Surgery Impact Scale). Εντούτοις, η κλίμακα αυτή δεν έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί ώστε να χρησιμοποιηθεί στη χώρα μας.

Σκοπός λοιπόν, της μελέτης αυτής ήταν να μεταφραστεί και να γίνει η κατάλληλη προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα του ερωτηματολογίου ASIS (Abdominal Surgery Impact Scale) σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση κοιλίας, ώστε να ελεγχθεί η αξιοπιστία και εγκυρότητα του στις διάφορες χειρουργικές φάσεις, οι οποίες παρουσιάστηκαν στο κεφάλαιο 1 της παρούσας εργασίας, συγκριτικά με ήδη αποδεκτά ερωτηματολόγια αξιολόγησης ποιότητας ζωής που έχουν ευρύτερη χρήση και δεν απευθύνονται σε χειρουργικούς ασθενείς μόνο. Τα εργαλεία αυτά αποτελούν το SF-20 (20-item Short Form Health Survey) σε προεγχειρητικό επίπεδο και το QoR-15 (Quality of Recovery Score) σε μετεγχειρητικό επίπεδο.

## 4.1 Επιμέρους Στόχοι της Μελέτης

1. Προσαρμογή του ερωτηματολογίου ASIS από την αγγλική γλώσσα στα ελληνικά, με μετάφραση και αντίστροφη μετάφραση αυτού, καθώς και με πολιτισμική προσαρμογή του, μετά από έλεγχο από ομάδα ειδικών. Κατόπιν διανομή της κλίμακας σε 10 ασθενείς, που δε θα συμπεριληφθούν στο δείγμα, ώστε να ελεγχθεί η κατανόηση των ερωτήσεων. Εκτίμηση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής της κλίμακας ASIS με τον υπολογισμό του δείκτη Cronbach's alpha
2. Ομοίως προσαρμογή του ερωτηματολογίου QoR 15-item score από την αγγλική γλώσσα στα ελληνικά, με μετάφραση και αντίστροφη μετάφραση αυτού, καθώς και με πολιτισμική προσαρμογή του, μετά από έλεγχο ομάδας ειδικών. Κατόπιν διανομή της κλίμακας σε 10 ασθενείς, που δε θα συμπεριληφθούν στο δείγμα, ώστε να ελεγχθεί η κατανόηση των ερωτήσεων. Εκτίμηση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής της κλίμακας QoR 15 με τον υπολογισμό του δείκτη Cronbach's alpha
3. Εκτίμηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου σε προεγχειρητικό επίπεδο δίνοντας το ερωτηματολόγιο αυτό σε συνδυασμό με το εργαλείο SF-20 (20-item Short Form Survey).
4. Εκτίμηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της κλίμακας σε μετεγχειρητικό επίπεδο δίνοντας το σε συνδυασμό με το αποδεκτό ερωτηματολόγιο QoR 15-item score για να είναι εφικτή η σύγκριση των εκβάσεων της ανάρρωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών.
5. Εκτίμηση της συσχέτισης των βαθμολογιών όλων των ερωτηματολογίων σε προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό επίπεδο καθώς και με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ασθενών.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

### 5.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η μελέτη ήταν μία μεθοδολογική και ταυτόχρονα προοπτική-κούρτης.

### 5.2 Χώρος διεξαγωγής μελέτης

Η μελέτη διεξήχθη στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Δημοσίου Γενικού και Ογκολογικού Νοσοκομείου, το οποίο ανήκει στην 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια της Αττικής. Επομένως υπάρχει διασύνδεση των ογκολογικών περιστατικών με τα χειρουργικά. Η δύναμη του τμήματος αυτού σε κλίνες την περίοδο συλλογής δεδομένων ήταν 23.

### 5.3 Πληθυσμός και Δείγμα Μελέτης

Ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελούταν από ενήλικες ασθενείς 18 ετών και άνω, που νοσηλεύονταν σε γενικό χειρουργικό τμήμα και επρόκειτο να υποβληθούν σε χειρουργείο κοιλίας. Η επιλογή του δείγματος έγινε με δειγματοληψία ευκολίας από τους ασθενείς που θα νοσηλεύονταν στο τμήμα αυτό για τη διεξαγωγή χειρουργικής επέμβασης κοιλίας. Με βάση άλλες παρεμφερείς μελέτες, το μέγεθος δείγματος που υπολογίστηκε ήταν 50 ασθενείς (Balvardi et al., 2019). Στην παρούσα μελέτη ερωτήθηκαν συνολικά 54 ασθενείς, Ωστόσο, 4 ασθενείς αποφάσισαν να αποχωρήσουν είτε στη δεύτερη είτε στη τρίτη φάση της μελέτης, δηλαδή αμέσως μετά το χειρουργείο ή μετά τη λήψη εξιτηρίου διότι δεν επιθυμούσαν να συμμετέχουν για προσωπικούς τους λόγους. Συνεπώς, το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 50 ασθενείς.

#### 5.4.1 Κριτήρια ένταξης

Τα κριτήρια ένταξης των ασθενών στη μελέτη ήταν:

1. Η ενημερωμένη και ενυπόγραφη συναίνεση του ασθενή

2. Αποδοχή πιθανής ανάγκης για επικοινωνία μετά το πέρας της νοσηλείας τους είτε τηλεφωνικά είτε ηλεκτρονικά
3. Φυσιολογικό επίπεδο επικοινωνίας
4. Καλή γνώση και κατανόηση της Ελληνικής γλώσσας

#### **5.4.2 Κριτήρια αποκλεισμού**

Τα κριτήρια αποκλεισμού των ασθενών από τη μελέτη αποτελέσαν:

1. Δε συμπεριλήφθησαν ασθενείς που αρνήθηκαν τη συμμετοχή σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης ή αποχώρησαν κατά την έναρξη
2. Ογκολογικοί ασθενείς τελικού σταδίου
3. Ασθενείς με κινητικά προβλήματα ή αναπηρία
4. Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε αντινεοπλασματικές θεραπείες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους
5. Ασθενείς με άνοια ή οποιαδήποτε νευρολογική νόσο που επηρεάζει την επικοινωνία

#### **5.5 Χρονικό Διάστημα Συλλογής Δεδομένων**

Η συλλογή των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε από το Δεκέμβριο του 2019 και ολοκληρώθηκε τον Ιούλιο του 2020 και πραγματοποιήθηκε εξ ολοκλήρου από την κύρια ερευνήτρια. Η συλλογή των δεδομένων διακόπηκε για δύο μήνες λόγω του παγκόσμιου φαινομένου της πανδημίας Covid-19 και της συνεπακόλουθης απαγόρευσης κυκλοφορίας και απαγόρευσης της παρουσίας φοιτητών στο χώρο των πανεπιστημίων και των νοσοκομείων.

#### **5.6 Εργαλεία Μέτρησης**

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση κοιλίας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Abdominal Surgery Impact Scale (ASIS). Δεδομένου ότι η κλίμακα δεν έχει χρησιμοποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό, για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου ASIS χρησιμοποιήθηκαν, επίσης, και τα ερωτηματολόγια SF-20 (20-item Short Form Health Survey) και QoR-15 (Quality of Recovery Score). Πέρα από τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκε και μια τυποποιημένη

φόρμα συλλογής δημογραφικών και ιατρικών δεδομένων που συμπληρωνόταν από την ερευνήτρια τόσο στη προεγχειρητική όσο και στη μετεγχειρητική φάση.

### **5.6.1 The 20- Item Short Form Health Survey (SF-20)**

Η SF-20 αναπτύχθηκε αρχικά για τη μελέτη των ιατρικών εκβάσεων των χρονίων παθήσεων της πολυετούς μελέτης Medical Outcomes Studies (MOS). Η σύντομη μορφή της κλίμακας αυτής παρείχε λύση στο πρόβλημα που αντιμετώπιζαν πολλοί ερευνητές με την έκταση των προηγούμενων εργαλείων. Η SF-20 αποτελείται από 12 παραμέτρους και συνολικά 20 ερωτήσεις που συμπληρώνει ο ίδιος ο ασθενής σε σύντομο χρόνο και καλύπτει έξι διαστάσεις: τη σωματική λειτουργικότητα (ερωτήσεις 2<sup>α</sup>, 2β, 2γ, 2δ, 2<sup>ε</sup>, 2στ), το σωματικό πόνο (ερώτηση 3), τη λειτουργικότητα του ρόλου (ερωτήσεις 4 και 5), την ψυχική κατάσταση (ερωτήσεις 7, 8, 9, 10 και 11), την κοινωνικότητα λειτουργικότητα (ερώτηση 6), και την αντίληψη για την υγεία (ερωτήσεις 1, 12<sup>α</sup>, 12β, 12γ και 12δ). Λόγω της πολυπλοκότητας του ερωτηματολογίου αυτού και για να αποτρέψει τις αυτοματοποιημένες και γρήγορες απαντήσεις των ερωτηθέντων, αντιστροφή στη κλίμακα των ερωτήσεων χρειάστηκε να γίνει στις ερωτήσεις 1, 3, 8, 10, 12β και 12γ.

Για τη συνολική βαθμολογία της SF-20 η οποία εμφανίζεται ανά κάθε διάσταση, αθροίστηκε ο αριθμός των ερωτήσεων της εκάστοτε διάστασης και υπολογίστηκε ο μέσος όρος αυτών και στη συνέχεια μετατράπηκε σε ποσοστό επί τοις εκατό. Έτσι, η βαθμολογία κάθε διάστασης της SF-20 είναι από 0 έως 100. Το ερωτηματολόγιο SF-20 δόθηκε στην προεγχειρητική φάση δηλαδή κατά την ημέρα του προεγχειρητικού ελέγχου και της λήψης νοσηλευτικού ιστορικού των ασθενών ώστε να το συμπληρώσουν οι ίδιοι.

### **5.6.2 15-Item Quality of Recovery score (QoR-15)**

Η QoR 15-item score δημιουργήθηκε το 2012 από τους Stark & Myles και αποτελεί εξέλιξη των τροποποιήσεων μιας σειράς εργαλείων των Myles and Hund et al, Quality of Recovery score, QoR (1999-2000) και μετέπειτα της κλίμακας των Myles, Weitkamp, et al 40-item QoR (2000), τα οποία αναφέρονται αναλυτικότερα στο τρίτο κεφάλαιο. Συνεπώς η QoR 15-item score εμπεριέχει τις σημαντικότερες ψυχομετρικές και κλινικές εκβάσεις που απορρέουν από τα παραπάνω ερωτηματολόγια προσφέροντας το πλεονέκτημα του μικρότερου χρόνου συμπλήρωσης παράλληλα καλύπτοντας 2 πεδία που εμπεριέχουν 5 διαστάσεις.



- **Σωματική Ευεξία**
  - Σωματική άνεση
  - Σωματική ανεξαρτησία
  - Πόνος
- **Ψυχική Ευεξία**
  - Συναισθηματική κατάσταση
  - Ψυχολογική στήριξη

Η κάθε ερώτηση μπορεί να λάβει τιμή από 0 έως και 10 σε μια οπτική κλίμακα και η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται τόσο ανά πεδίο ή διάσταση, όσο και συνολικά.

Στη διάσταση της σωματικής άνεσης ανήκουν οι ερωτήσεις 1,2,3,4,13,14. Στη διάσταση της σωματικής ανεξαρτησίας ανήκουν οι ερωτήσεις 5 και 8, ενώ σε αυτή του πόνου ανήκουν οι ερωτήσεις 11 και 12. Στη διάσταση της συναισθηματικής κατάστασης ανήκουν οι ερωτήσεις 9,10 και 15 και τέλος στη διάσταση της ψυχολογικής στήριξης ανήκουν οι ερωτήσεις 6 και 7. Επειδή το ερωτηματολόγιο QoR-15 είναι πολυδιάστατο και σύνθετο, αντιστροφής έχρηζαν οι τελευταίες πέντε ερωτήσεις. Για τη βαθμολογία ανά διάσταση, αθροίστηκε ο αριθμός των ερωτήσεων της εκάστοτε διάστασης και υπολογίστηκε ο μέσος όρος αυτών. Έτσι, η συνολική βαθμολογία λαμβάνει τιμές από 0 έως 150, η βαθμολογία για το πεδίο της σωματικής ευεξίας λαμβάνει τιμές από 0 έως 90 και για το πεδίο της ψυχικής ευεξίας λαμβάνει τιμές από 0 έως 60. Τέλος, για τη διάσταση της σωματικής άνεσης οι τιμές κυμαίνονται από 0-50 , για την σωματική ανεξαρτησία από 0-20, για τον πόνο από 0-20, για τη συναισθηματική κατάσταση από 0-30 και για την ψυχολογική στήριξη από 0-20. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε στους ασθενείς να το συμπληρώσουν μόνοι τους την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα.

### 5.6.3 ASIS-Abdominal Surgery Impact Scale

Το ερωτηματολόγιο ASIS αναπτύχθηκε το 2006 από τον D. Urbach στην προσπάθεια του να δημιουργήσει ένα εργαλείο που θα εκτιμά την ποιότητα ζωής ασθενών μετά από χειρουργείο κοιλίας. Περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις που καλύπτουν 6 πεδία:

- Σωματικοί Περιορισμοί
- Λειτουργικές Βλάβες
- Σωματικός πόνος
- Εντερική λειτουργία

- Ύπνος
- Ψυχολογική λειτουργικότητα

Η κάθε ερώτηση μπορεί να λάβει τιμή από 1 έως 7 και η βαθμολογία υπολογίζεται τόσο συνολικά όσο και ανά διάσταση. Στη πρώτη διάσταση ανήκουν οι ερωτήσεις 1-3, στη δεύτερη διάσταση οι ερωτήσεις 4-6, στη τρίτη οι ερωτήσεις 7-9, στη τέταρτη οι ερωτήσεις 10-12, στην πέμπτη οι ερωτήσεις 13-15 και στη τελευταία οι ερωτήσεις 16-18. Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο καμία ερώτηση δεν έχρηζε αντιστροφής. Για τη βαθμολογία ανά κάθε διάσταση, αθροίστηκε ο αριθμός των ερωτήσεων της εκάστοτε διάστασης και υπολογίστηκε ο μέσος όρος αυτών. Η συνολική βαθμολογία μπορεί να λάβει τιμές από 18 έως 126 και ανά κάθε διάσταση από 3 έως 21. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε για συμπλήρωση προεγχειρητικά την ημέρα του προεγχειρητικού ελέγχου, την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και σε διάστημα δύο εβδομάδων μετά το πέρας της χειρουργικής επέμβασης όπου για κάποιους ασθενείς ήταν η ημέρα του εξιτηρίου και για άλλους ολοκληρώθηκε τηλεφωνικά εφόσον είχαν ήδη λάβει το εξιτήριο τους.

Το ερωτηματολόγιο ASIS δεν έχει ξαναχρησιμοποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό. Για την προσαρμογή του στην ελληνική γλώσσα, πραγματοποιήθηκε μετάφραση από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική γλώσσα και έπειτα αντίστροφη μετάφραση από την ελληνική γλώσσα στην αγγλική. Για τον έλεγχο της κατανόησης και της προσαρμογή του ερωτηματολογίου δόθηκε σε 10 ασθενείς. Κατ' αυτόν τον τρόπο το ερωτηματολόγιο τροποποιήθηκε και αντί για επταβάθμια κλίμακα χρησιμοποιήθηκε πενταβάθμια. Καθώς προκαλούσε δυσκολία στη συμπλήρωση της κλίμακας στην ομάδα ελέγχου. Επομένως, το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο λαμβάνει τιμές για κάθε ερώτηση από 1 έως 5, για κάθε διάσταση από 3 έως 15 και τέλος συνολικά η βαθμολογία του κυμαίνεται από 18 έως 90.

#### **5.6.4 Έντυπο δημογραφικών και κλινικών δεδομένων**

Για τη συσχέτιση των βαθμολογιών όλων των ερωτηματολογίων με τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία του δείγματος χρησιμοποιήθηκε έντυπο δημογραφικών και κλινικών δεδομένων που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της συλλογής των στοιχείων αυτών από την ερευνήτρια. Οι πληροφορίες δημογραφικού περιεχομένου περιλάμβαναν τα παρακάτω στοιχεία.

- Ημερομηνία εισαγωγής στην έρευνα
- Φύλο

- Ηλικία
- Επίπεδο εκπαίδευσης
- Οικογενειακή κατάσταση

Επίσης συλλέχθηκαν κλινικά δεδομένα σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση, τη νοσηλεία του ασθενούς και κάποιες κλίμακες για την προεγχειρητική και μετεγχειρητική κατάσταση του ασθενούς καθώς οι παράγοντες αυτοί, ενδέχεται να επηρεάζουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής ανεξαρτήτως της χειρουργικής επέμβασης. Επομένως, είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής προεγχειρητικά ώστε να γίνει εμφανής η επιρροή του χειρουργείου σε αυτή. Τα στοιχεία αυτά αναφέρονται παρακάτω.

- Δείκτης μάζας σώματος
- Σκορ φυσικής κατάστασης κατά ASA (American Society of Anesthesiologists)
- Διάγνωση
- Χειρουργική επέμβαση
- Χειρουργική προσέγγιση
- Ύπαρξη και αριθμός παροχετεύσεων
- Δημιουργία στομίας κατά το χειρουργείο και είδος
- Χρόνος παραμονής στο χειρουργείο
- Δείκτης συννοσηρότητας CCI (Charlson Comorbidity Index)
- Η ταξινόμηση χειρουργικών επιπλοκών Clavien-Dindo Classification

## 5.7 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Το πρωτόκολλο της παρούσας έρευνας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (αριθμός πρωτοκόλλου 302/05-11-2019). Επιπλέον, εξασφαλίστηκε η γραπτή άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου (αριθμός πρωτοκόλλου 1496/04-12-2019), σχετικά με τη διεξαγωγή της μελέτης στο χώρο του χειρουργικού τμήματος, όπως και για την παραμονή της ερευνήτριας σε αυτόν. Ακόμη, άδεια λήφθηκε και από την διευθύντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας, τον διευθυντή ιατρό και την προϊσταμένη νοσηλεύτρια του τμήματος.

Ακόμη, σε κάθε ερωτηθέντα ασθενή προηγήθηκε η ενημερωμένη και ενυπόγραφη συναίνεση των για την καταγραφή στοιχείων από το φάκελο τους. Για τη διατήρηση της

ανωνυμίας των ασθενών δόθηκε σε κάθε ασθενή ένας κωδικός αριθμός, που συνόδευε τις κλίμακες αξιολόγησης και τις κλινικές πληροφορίες που συλλέγονταν. Τα ονόματα των ασθενών είναι γνωστά μόνο στον κλινικό ερευνητή και δεν έγιναν γνωστά σε καμία φάση διεξαγωγής της μελέτης.

Η παρούσα μελέτη είναι μια μη πειραματική μελέτη, ανεξάρτητη από τις θεραπευτικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις που λαμβάνουν οι ασθενείς και δεν επηρέασε την πορεία τους. Δεν απαιτήθηκε ασφαλιστική κάλυψη, διότι δεν χορηγήθηκε κανένα υπό δοκιμή φάρμακο, ενώ το νοσοκομείο δεν επιβαρύνθηκε σε καμία φάση της μελέτης οικονομικά.

Τέλος, εξασφαλίστηκε η έγγραφη άδεια από τους δημιουργούς των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη.

## 5.8 Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πακέτο στατιστικών εφαρμογών SPSS v.25.0. Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε ως  $\alpha=0.05$ .

Αρχικά, αξιολογήθηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου με τον δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha. Για την αξιολόγηση της εγκυρότητας της ASIS πραγματοποιήθηκε μελέτη συσχέτισης με τις παρεμφερείς με αυτήν κλίμακες ποιότητας ζωής που θα δόθηκαν προεγχειρητικά (SF-20) και μετεγχειρητικά (QoR 15-item score).

Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η σχετική και η απόλυτη συχνότητα, ενώ για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση ή οι διάμεσοι και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη. Όλες οι ποσοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν ως προς την κανονικότητα τους μέσω του Kolmogorov-Smirnov ή του Shapiro-Wilk, καθώς και μέσω του ιστογράμματος.

Για την αξιολόγηση των διαφορών μεταξύ ομάδων, ανάλογα με το εάν τα δεδομένα ακολουθούσαν κανονική ή μη κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκαν α) οι μέσες τιμές και παραμετρικές συγκρίσεις (δοκιμασία t, ανάλυση μεταβλητότητας), β) οι διάμεσες τιμές και μη παραμετρικές στατιστικές δοκιμασίες (δοκιμασία Mann-Whitney U), όπου χρειάστηκε εξαιτίας περιορισμών των μεταβλητών και του μεγέθους των ομάδων, και γ) η δοκιμασία  $\chi^2$  όπου χρειάστηκε από το είδος των μεταβλητών. Ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών εκφράστηκε με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Pearson's r (r) και τον

μη παραμετρικό συντελεστή Spearman's rho ( $\rho$ ), όπου χρειάστηκε εξαιτίας περιορισμών των μεταβλητών. Επίσης, για τη σύγκριση των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε το paired t-test ή το Wilcoxon test για τη σύγκριση δύο μετρήσεων και το ANOVA για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ή το McNemar test για τη σύγκριση τριών μετρήσεων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

#### 6.1 Περιγραφικά Δεδομένα Συμμετεχόντων

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Από τους 50 συμμετέχοντες, οι 29 (58%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία ( $\pm$ ΤΑ) των συμμετεχόντων ήταν 58.62 ( $\pm$  12.32) έτη. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (N= 31, 62%) είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση και ακολουθούσαν με ποσοστό 36% (N=18) εκείνοι με δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, 32 (64%) από τους συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι, 6 (12%) συμμετέχοντες ήταν άγαμοι, 6 (12%) διαζευγμένοι και 6 (12%) χήροι. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (N= 46, 92%) ανέφεραν ότι είχαν μέτρια οικονομική κατάσταση, ενώ 4 (8%) συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν κακή οικονομική κατάσταση.

**Πίνακας 1: Κατανομή των συμμετεχόντων με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (N=50)**

Χαρακτηριστικό		N (%)
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	21 (42%)
	Γυναίκα	29 (58%)
<b>Ηλικία (έτη)</b>		58.62 ( $\pm$ 12.32)*
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	1 (2%)
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	18 (36%)
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	31 (62%)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμος/η	32 (64%)
	Άγαμος /η	6 (12%)
	Διαζευγμένος/η	6 (12%)
	Χήρος/α	6 (12%)
<b>Οικονομική κατάσταση</b>	Καλή	0 (0%)
	Μέτρια	46 (92%)
	Κακή	4 (8%)

\*ΜΤ( $\pm$ ΤΑ)

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το μέσο ύψος ( $\pm$ TA) των συμμετεχόντων ήταν 166.62 ( $\pm$ 8.54) cm και το μέσο βάρος τους ήταν ( $\pm$ TA) 75.66 ( $\pm$  15.51) κιλά. Όσον αφορά το ΔΜΣ, 22 (44%) από τους 50 συμμετέχοντες ήταν υπέρβαροι ( $\Delta\text{ΜΣ} < 18.5 \text{ kg/m}^2$ ), 16 (32%) είχαν φυσιολογικό βάρος, 11 (22%) παχύσαρκοι και 1 (2%) λιποβαρής.

**Πίνακας 2 Σωματομετρικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=50)**

<b>Σωματομετρικό χαρακτηριστικό</b>	<b>N (%) ή ΜΤ(<math>\pm</math>)</b>
<b>Ύψος (cm)</b>	166.62 ( $\pm$ 8.54)
<b>Βάρος (kg)</b>	75.66 ( $\pm$ 15.51)
<b>Δείκτης Μάζας Σώματος (<math>\text{kg/m}^2</math>)</b>	27.12 ( $\pm$ 4.77)
Λιποβαρής (<18.5 $\text{kg/m}^2$ )	1 (2%)
Φυσιολογικός (18.5- 24.9 $\text{kg/m}^2$ )	16 (32%)
Υπέρβαρος (25- 29.9 $\text{kg/m}^2$ )	22 (44%)
Παχύσαρκος ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ )	11 (22%)

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα δεδομένα που σχετίζονται με τη νόσο και τη χειρουργική προσέγγιση. Από τα 50 πραγματοποιηθέντα χειρουργεία, τα 24 (48%) αποτέλεσαν χολοκυστεκτομές, 13 (26%) κολεκτομές και 8 (16%) αποκατάσταση κήλων κοιλίας. Η πλειοψηφία των χειρουργείων 27 (54%) έγινε με τη προσέγγιση της ανοιχτής τομής, ενώ 23 (46%) πραγματοποιήθηκαν λαπαροσκοπικά. Όσον αφορά στις διαγνώσεις των ασθενών, η πλειονότητα των ασθενών 24 (48%) είχαν διαγνωστεί με χολολιθίαση, 14 (28%) με καρκίνο παχέος ή λεπτού εντέρου, 1 (2%) ασθενής με καρκίνο παγκρέατος και 1 (2%) με σκωληκοειδίτιδα. Αναφορικά με την προεγχειρητική φυσική κατάσταση των ασθενών, 11 (22%) ασθενείς ήταν κατά ASA III, 23 (46%) κατά ASA II και 16 (32%) ασθενείς κατά ASA I. Τέλος, 21 (42%) ασθενείς είχαν παροχέτευση και 8 (16%) ασθενείς στομία.

**Πίνακας 3: Κατανομή των συμμετεχόντων με βάση τη νόσο και τη χειρουργική προσέγγιση (N=50)**

<b>Δεδομένα σχετικά με τη νόσο και τη χειρουργική προσέγγιση</b>	<b>N(%)</b>	
<b>Τύπος Χειρουργείου</b>	Χολοκυστεκτομή	24 (48%)
	Κολεκτομή	13 (26%)
	Αποκατάσταση κήλης	8 (16%)
	Άλλο	5 (10%)
<b>Χειρουργική Προσέγγιση</b>	Ανοιχτή τομή	27 (54%)
	Λαπαροσκοπικά	23 (46%)
<b>Διάγνωση</b>	Χολολιθίαση	24 (48%)
	Καρκίνος Παχέος ή Λεπτού εντέρου	14 (28%)
	Καρκίνος παγκρέατος	1 (2%)
	Σκωληκοειδίτις	1 (2%)
<b>Κλίμακα ASA</b>	ASA I	16 (32%)
	ASA II	23 (46%)
	ASA III	11 (22%)
<b>Παροχέτευση Τραύματος</b>	Τραύμα με παροχέτευση	21 (42%)
	Τραύμα χωρίς παροχέτευση	29 (58%)
<b>Αριθμός Παροχετεύσεων τραύματος</b>	Καμία παροχέτευση	29 (58%)
	1 παροχέτευση	9 (18%)
	2 παροχετεύσεις	9 (18%)
	3 παροχετεύσεις	3 (6%)
<b>Δημιουργία Στομίας</b>	Ναι	8 (16%)
	Όχι	42 (84%)



Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι χρόνοι παραμονής των ασθενών στη χειρουργική αίθουσα, αλλά και στο νοσοκομείο. Όσον αφορά στον χρόνο παραμονής στο χειρουργείο, 17 (34%) των ασθενών παρέμειναν  $\leq 1$  ώρα στη χειρουργική αίθουσα, 21 (42%) παρέμειναν από 1 έως 3 ώρες και 12 (24%) παρέμειναν για περισσότερο από 3 ώρες. Τέλος, η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στο νοσοκομείο μετά την επέμβαση ( $\pm$ TA) ήταν 4.78 ( $\pm$ 5.38) ημέρες.

**Πίνακας 4: Διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και στη χειρουργική θέση**

Παράμετρος		N (%) ή MT ( $\pm$ TA)
<b>Χρόνος Παραμονής στο Χειρουργείο (ώρες)</b>	$\leq 1$ ώρα	17 ( 34%)
	> 1-3 ώρες	21 (42%)
	> 3 ώρες	12 (24%)
<b>Χρόνος παραμονής στο Νοσοκομείο (ημέρες)</b>		4.78 ( $\pm$ 5.38)

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται οι μετεγχειρητικές επιπλοκές σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση κατά Clavien- Dindo, όπου φαίνεται πως η πλειονότητα των ασθενών δεν παρουσίασε επιπλοκές 39 (78%). Ωστόσο, 7 (14%) ασθενείς είχαν Grade II και 4 (8%) ασθενείς είχαν Grade I.

**Πίνακας 5: Κατανομή των συμμετεχόντων με βάση την εμφάνιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών (N=50)**

Μετεγχειρητικές επιπλοκές		N(%)
<b>Clavien-Dindo Classification</b>	Grade I	7 (14%)
	Grade II	4 (8%)
	Χωρίς επιπλοκές	39 (78%)

Τέλος, η μέση βαθμολογία ( $\pm$ TA) του δείκτη συννοσηρότητας Charlson Comorbidity Index (CCI) ήταν 0.66 ( $\pm$ 0.94) (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6 Συνοδές παθήσεις**

Συνοδές Παθήσεις	MT ( $\pm$ TA)
<b>Charlson Comorbidity Index (CCI)</b>	0.66( $\pm$ 0.94)

## 6.2 Κλίμακες Αξιολόγησης Ποιότητας Ζωής

### 6.2.1 Αξιοπιστία κλιμάκων

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's  $\alpha$ . (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Συντελεστής Αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$

Ερωτηματολόγιο	Cronbach's $\alpha$		
<b>15-Item Quality of Recovery Score (QoR15)</b>	0.923		
Σωματική Ευεξία	0.930		
Ψυχική Ευεξία	0.614		
<b>20-Item Short Form Survey (SF20)*</b>	0.949		
Σωματική Λειτουργικότητα	0.816		
Λειτουργικότητα του Ρόλου	0.968		
Ψυχική Λειτουργικότητα	0.872		
Αντιλήψεις για την υγείας	0.902		
	<b>Προεγχειρητικά</b>	<b>Μετεγχειρητικά 1</b>	<b>Μετεγχειρητικά 2</b>
<b>Abdominal Surgery Impact Scale (ASIS)</b>	0.943	0.965	0.952
Σωματικοί περιορισμοί	0.875	0.908	0.893
Λειτουργικές βλάβες	0.937	0.894	0.859
Σωματικός πόνος	0.668	0.874	0.878
Εντερική λειτουργία	0.574	0.876	0.624
Ύπνος	0.902	0.913	0.936
Ψυχολογική λειτουργία	0.750	0.848	0.801

\* Στις υποκλίμακες του SF20 σωματικός πόνος και κοινωνική λειτουργικότητα δε μπορεί να υπολογιστεί ο Cronbach's alpha γιατί αποτελούνται από μία ερώτηση.

Για να είναι μια κλίμακα ή υποκλίμακα αξιόπιστη, ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's  $\alpha$  θα πρέπει να είναι  $>0.7$ . Συνολικά, το ερωτηματολόγιο QoR-15 εμφανίζει πολύ υψηλή εσωτερική συνέπεια, καθώς η τιμή του Cronbach's  $\alpha$  ήταν ίση με 0.923. Όσον αφορά τις δύο διαστάσεις του QoR-15, η διάσταση σωματική ευεξία είχε υψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's  $\alpha = 0.930$ ), ενώ στην υποκλίμακα ψυχική ευεξία ο Cronbach's  $\alpha$  ήταν ίσος με 0.614. Το ερωτηματολόγιο SF-20 εμφανίζει πολύ υψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's  $\alpha = 0.949$ ). Τέλος το ερωτηματολόγιο ASIS εμφανίζει πολύ

υψηλή εσωτερική συνέπεια και στις τρεις χρονικές περιόδους αξιολόγησής του, αφού η τιμή του Cronbach's  $\alpha$  κυμαινόταν από 0.943 έως 0.965. Ωστόσο, οι υποκλίμακες του ASIS σωματικός πόνος κατά την προεγχειρητική μέτρηση και εντερική λειτουργία κατά την προεγχειρητική και την 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική αξιολόγηση είχαν Cronbach's  $\alpha < 0.7$ .

## 6.2.2 Περιγραφικά δεδομένα κλιμάκων

Στον πίνακα 8 παρουσιάζεται η βαθμολογία των 6 διαστάσεων του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας SF-20. Οι συμμετέχοντες προεγχειρητικά είχαν μεγαλύτερη μέση ( $\pm$ TA) βαθμολογία στις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα 90.13 ( $\pm 17.65$ ), λειτουργικότητα ρόλου 80.50 ( $\pm 34.36$ ) και κοινωνική λειτουργικότητα 82.80 ( $\pm 26.80$ ). Από την άλλη, οι συμμετέχοντες σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις αντίληψη της υγείας 47.10 ( $\pm 23.67$ ) και σωματικός πόνος 24.40 ( $\pm 22.60$ ).

**Πίνακας 8: Βαθμολογία ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας SF-20 (N=50)**

<b>Υποκλίμακες SF-20 (ελάχιστη – μέγιστη βαθμολογία υποκλίμακας)</b>	<b>Μέση τιμή (<math>\pm</math>TA)</b>	<b>Ελάχιστη – Μέγιστη</b>	<b>Διάμεση (IQR)</b>
Σωματική λειτουργικότητα (0-100%)	90.33 ( $\pm 17.52$ )	33.33-100	100 (91.67 – 100)
Λειτουργικότητα ρόλων (0-100%)	80.50 ( $\pm 34.36$ )	0-100	100 (50 – 100)
Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100%)	82.80 ( $\pm 26.80$ )	0-100	100 (75 – 100)
Ψυχική λειτουργικότητα (0-100%)	69.60 ( $\pm 16.89$ )	24-96	74.00 (63 – 81)
Πόνος (0-100%)	24.40 ( $\pm 22.60$ )	0-80	20 (0 – 40)
Αντιλήψεις υγείας (0-100%)	47.10 ( $\pm 23.67$ )	0-85	52.5 (28.75 – 65)

Στον πίνακα 9 παρουσιάζεται η βαθμολογία του ερωτηματολογίου μετεγχειρητικής ανάρρωσης (QoR-15) και των 5 διαστάσεων του. Η μέση ( $\pm$ TA) βαθμολογία του ερωτηματολογίου ήταν 70.98 ( $\pm$ 23.91). Αναλυτικότερα, η μέση ( $\pm$ TA) βαθμολογία των 6 διαστάσεων ήταν 10.18( $\pm$ 2.21) για τον πόνο, 25.86 ( $\pm$ 10.37) για τη σωματική άνεση, 7.78 ( $\pm$ 5.01) για τη σωματική ανεξαρτησία, 15.06 ( $\pm$ 2.97) για την ψυχολογική υποστήριξη και 20.02 ( $\pm$ 6.52) για τη συναισθηματική κατάσταση.

**Πίνακας 9: Βαθμολογία ερωτηματολογίου μετεγχειρητικής ανάρρωσης QoR-15 (N=50)**

<b>Ερωτηματολόγιο QoR-15 (ελάχιστη – μέγιστη βαθμολογία)</b>	<b>Μέση (<math>\pm</math>TA)</b>	<b>Ελάχιστη – Μέγιστη</b>	<b>Διάμεση (IQR)</b>
<b>Διαστάσεις QoR-15</b>			
<b>Σωματική Ευεξία (0 – 90)</b>	43.82 (16.62)	12 - 71	43.5 (33.25 – 58.5)
Πόνος (0 – 20)	10.18( $\pm$ 2.21)	5 – 15	10 (9 – 11.25)
Σωματική άνεση (0-50)	25.86 ( $\pm$ 10.37)	6 – 42	25.5 (17.75 – 36)
Σωματική ανεξαρτησία (0-20)	7.78 ( $\pm$ 5.01)	0 – 17	8.00 (3.75 – 12)
<b>Ψυχική Ευεξία (0 – 60)</b>	27.16 ( $\pm$ 7.93)	10 - 40	29 (21.50 – 33.25)
Ψυχολογική υποστήριξη (0-20)	15.06 ( $\pm$ 2.97)	9 – 20	15 (13 – 18)
Συναισθηματική κατάσταση (0-40)	20.02 ( $\pm$ 6.52)	6 – 31	21 (14.75 – 25)
<b>Συνολικό ερωτηματολόγιο (0-150)</b>	70.98 ( $\pm$ 23.91)	22 – 110	74.5 (74.5 – 91.5)

Στον πίνακα 10 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας επιπτώσεων χειρουργικής επέμβασης κοιλίας- ASIS (Abdominal Surgery Impact Scale) σε τρεις διακριτές χρονικές φάσεις στην προεγχειρητική (1<sup>η</sup> μέτρηση), στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο (2<sup>η</sup> μέτρηση) και δύο εβδομάδες μετά την επέμβαση (3<sup>η</sup> μέτρηση). Οι ασθενείς κατά την 2<sup>η</sup> μέτρηση [55.12(±17.22)], δηλαδή την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη συνολική βαθμολογία του ASIS σε σχέση με την 1<sup>η</sup> μέτρηση [76.96(±13.30),  $p<0.001$ ]. Επίσης, οι ασθενείς κατά την 3<sup>η</sup> μέτρηση [74.40 (±12.89)], δηλαδή 2 εβδομάδες μετά την επέμβαση, είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία από την 2<sup>η</sup> μέτρηση ( $p<0.001$ ), αλλά εξακολουθούσαν να έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σχέση με την 1<sup>η</sup> μέτρηση.

Όσον αφορά τη διάσταση της ASIS «σωματικοί περιορισμοί», οι ασθενείς κατά τη 2<sup>η</sup> μέτρηση είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη βαθμολογία κατά μέσο όρο -4.40 [95% διάστημα εμπιστοσύνης μέσης διαφοράς: (3.65, 5.15),  $p<0.001$ ] σε σχέση με την 1<sup>η</sup> μέτρηση. Οι ασθενείς κατά την 3<sup>η</sup> μέτρηση είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία κατά μέσο όρο 4.18 [(3.49, 4.87),  $p<0.001$ ] στη διάσταση «σωματικοί περιορισμοί» σε σχέση με την 2<sup>η</sup> μέτρηση. Η βαθμολογία της διάστασης «σωματικοί περιορισμοί» δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ της 3<sup>ης</sup> και 1<sup>ης</sup> μέτρησης ( $p=0.157$ ).

Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας «οργανικές δυσλειτουργίες» κατά τη 2<sup>η</sup> μέτρηση ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη κατά 4.36 [(3.63, 5.09),  $p<0.001$ ] σε σχέση με την 1<sup>η</sup> μέτρηση και 4.24 [(3.57, 4.91),  $p<0.001$ ] σε σχέση με την 3<sup>η</sup> μέτρηση. Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας «οργανικές δυσλειτουργίες» δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ της 1<sup>ης</sup> και της 3<sup>ης</sup> μέτρησης ( $p=0.180$ ).

Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας «πόνος» κατά τη 2<sup>η</sup> μέτρηση ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη κατά 6.86 [(6.19, 7.53),  $p<0.001$ ] σε σχέση με την 1<sup>η</sup> μέτρηση και 4.24 [(3.57, 4.91),  $p<0.001$ ] σε σχέση με την 3<sup>η</sup> μέτρηση 3.98 [(2.87, 0.41),  $p<0.001$ ] σε σχέση με την 3<sup>η</sup> μέτρηση. Ωστόσο, η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας «πόνος» εξακολουθούσε να είναι στατιστικά σημαντικά μικρότερη 2.88 [(2.17, 3.59),  $p<0.001$ ] κατά την 3<sup>η</sup> μέτρηση σε σχέση με την 1<sup>η</sup> μέτρηση.

Όσον αφορά τη διάσταση της ASIS «εντερική λειτουργία», οι ασθενείς κατά τη 2<sup>η</sup> μέτρηση είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη βαθμολογία σε σχέση με την 1<sup>η</sup> μέτρηση κατά 2.82 [(1.98, 3.66),  $p<0.001$ ] και σε σχέση με την 3<sup>η</sup> μέτρηση κατά 3.06 [(2.25, 3.87),

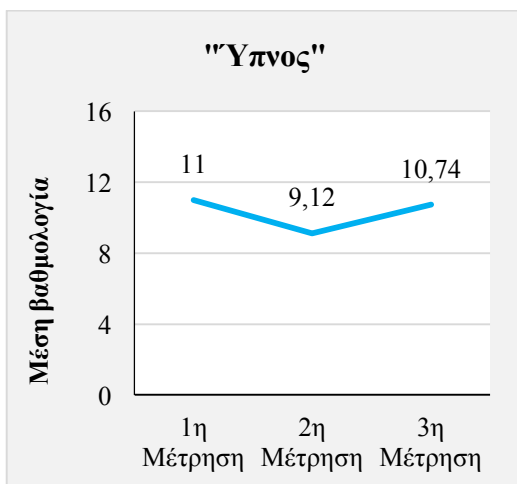
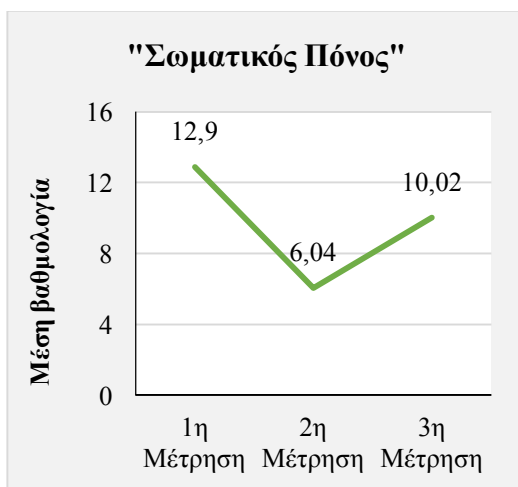
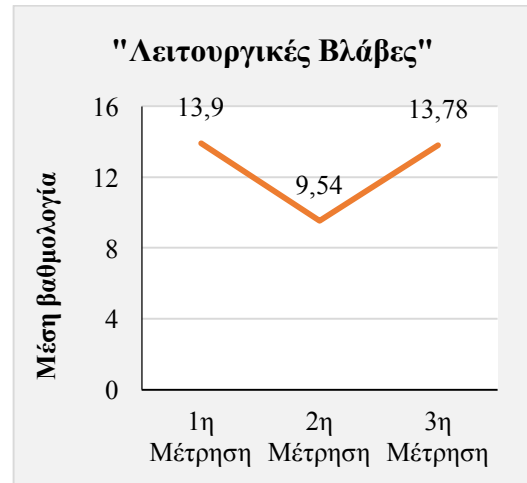
$p < 0.001$ ]. Η βαθμολογία της διάστασης «εντερική λειτουργία» δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ της 3<sup>ης</sup> και 1<sup>ης</sup> μέτρησης ( $p = 0.599$ ).

Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας «ύπνος» κατά τη 2<sup>η</sup> μέτρηση ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη κατά 1.88 [(1.12, 2.64),  $p < 0.001$ ] σε σχέση με την 1<sup>η</sup> μέτρηση και 1.62 [(0.99, 2.25),  $p < 0.001$ ] σε σχέση με την 3<sup>η</sup> μέτρηση. Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας «ύπνος» δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ της 1<sup>ης</sup> και της 3<sup>ης</sup> μέτρησης ( $p = 0.355$ ).

Τέλος, η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας «ψυχολογική λειτουργία» κατά τη 2<sup>η</sup> μέτρηση ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη κατά 1.76 [(1.16, 2.36),  $p < 0.001$ ] σε σχέση με την 1<sup>η</sup> μέτρηση και κατά 2.20 [(1.69, 2.71),  $p < 0.001$ ] σε σχέση με την 3<sup>η</sup> μέτρηση. Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας «ψυχολογική λειτουργία» δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ της 1<sup>ης</sup> και της 3<sup>ης</sup> μέτρησης ( $p = 0.119$ ).

**Πίνακας 10 Βαθμολογία ερωτηματολογίου ASIS σε τρεις φάσεις: προεγχειρητικά (1<sup>η</sup> μέτρηση), άμεση μετεγχειρητική περίοδο (2<sup>η</sup> μέτρηση) και δύο εβδομάδες μετά την επέμβαση (3<sup>η</sup> μέτρηση)**

Abdominal Surgery Impact Scale (ASIS) (ελάχιστη – μεγαλύτερη βαθμολογία)	Μέση βαθμολογία (±TA)			Μέση διαφορά (95% ΔΕ), p-value		
	1 <sup>η</sup> μέτρηση	2 <sup>η</sup> μέτρηση	3 <sup>η</sup> μέτρηση	2 <sup>η</sup> από 1 <sup>η</sup> μέτρηση	3 <sup>η</sup> από 1 <sup>η</sup> μέτρηση	3 <sup>η</sup> από 2 <sup>η</sup> μέτρηση
<b>Διαστάσεις ASIS</b>						
Σωματικοί περιορισμοί (3-15)	13.66(±2.18)	9.50(±2.94)	13.68(±1.93)	-4.40 (-5.15, -3.65), p<0.001	0.02 (-0.46, 0.50), p=0.157	4.18 (3.49, 4.87), p<0.001
Λειτουργικές βλάβες (3-15)	13.9(±1.59)	9.54(±2.90)	13.78(±1.63)	-4.36 (-5.09, -3.63), p<0.001	-0.12 (-0.29, 0.06), p=0.180	4.24 (3.57, 4.91), p<0.001
Σωματικός πόνος (3-15)	12.9(±2.57)	6.04(±2.24)	10.02(±2.66)	-6.86 (-7.53, -6.19), p<0.001	-2.88 (-3.59, -2.17), p<0.001	3.98 (2.87, 0.41), p<0.001
Εντερική λειτουργία (3-15)	12.82(±2.60)	10.00(±3.98)	13.06(±2.14)	-2.82 (-3.66, -1.98), p<0.001	0.24 (-0.37, 0.85), p=0.599	3.06 (2.25, 3.87), p<0.001
Ύπνος (3-15)	11.00(±3.97)	9.12(±4.18)	10.74(±4.04)	-1.88 (-2.64, -1.12), p<0.001	-0.26 (-0.88, 0.36), p=0.355	1.62 (0.99, 2.25), p<0.001
Ψυχολογική λειτουργία (3-15)	12.68(±2.64)	10.92(±2.98)	13.12(±2.16)	-1.76 (-2.36, -1.16), p<0.001	0.44 (-0.04, 0.92), p=0.119	2.20 (1.69, 2.71), p<0.001
<b>Συνολική Βαθμολογία (18-90)</b>	<b>76.96(±13.10)</b>	<b>55.12(±17.22)</b>	<b>74.40(12.89)</b>	<b>-21.84 (-24.91, -18.77), p&lt;0.001</b>	<b>-2.56 (-4.87, -0.25), p&lt;0.001</b>	<b>19.28 (16.36, 22.2), p&lt;0.001</b>





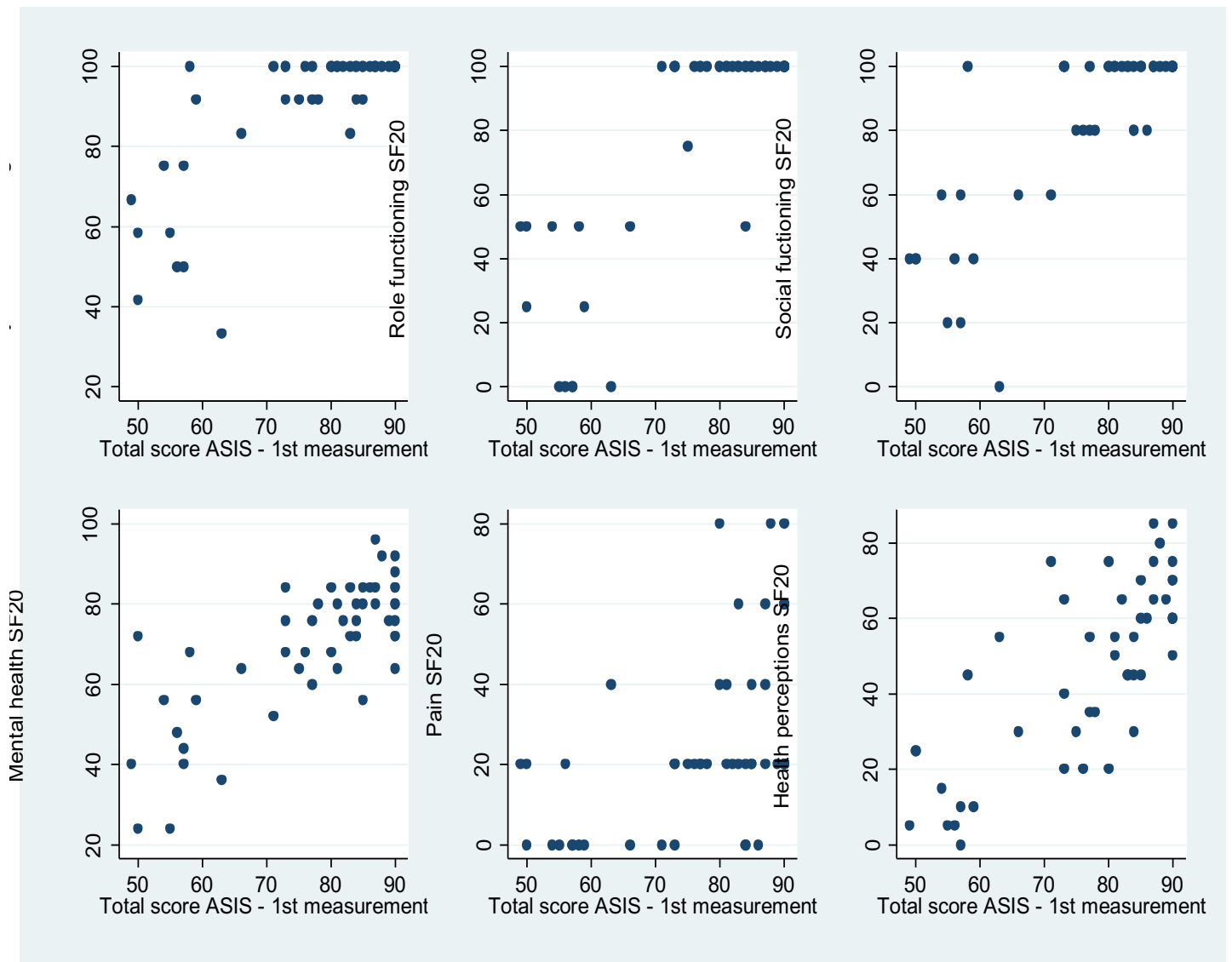
### 6.2.3 Συσχέτιση κλιμάκων

Στον πίνακα 11 παρουσιάζεται η συσχέτιση της βαθμολογίας της κλίμακας ASIS κατά την προεγχειρητική περίοδο με την βαθμολογία της κλίμακας SF-20. Η προεγχειρητική βαθμολογία της διάστασης «σωματικοί περιορισμοί» βρέθηκε να έχει θετική μέτρια έως ισχυρή στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με τη βαθμολογία όλων των υποκλιμάκων του SF-20 ( $0.462 \leq r_{ho} \leq 0.775$ ,  $p \leq 0.001$ ). Η προεγχειρητική βαθμολογία της διάστασης «λειτουργικές βλάβες» βρέθηκε να έχει θετική μέτρια στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με τη βαθμολογία όλων των υποκλιμάκων του SF-20 ( $0.452 \leq r_{ho} \leq 0.530$ ,  $p \leq 0.001$ ), με εξαίρεση την υποκλίμακα του SF20 «πόνος» ( $p=0.249$ ). Η προεγχειρητική βαθμολογία των διαστάσεων «σωματικός πόνος» ( $0.520 \leq r_{ho} \leq 0.760$ ,  $p < 0.001$ ), «εντερική λειτουργία» ( $0.488 \leq r_{ho} \leq 0.672$ ,  $p < 0.001$ ), «ύπνος» ( $0.342 \leq r_{ho} \leq 0.633$ ,  $p \leq 0.015$ ) και «ψυχολογική λειτουργικά» ( $0.517 \leq r_{ho} \leq 0.763$ ,  $p < 0.001$ ) βρέθηκε να έχουν μέτρια έως ισχυρή θετική στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με τη βαθμολογία όλων των υποκλιμάκων του SF-20. Τέλος, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας ASIS κατά την προεγχειρητική περίοδο βρέθηκε να έχει μέτρια έως ισχυρή θετική στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με τη βαθμολογία όλων των υποκλιμάκων του SF-20 ( $0.512 \leq r_{ho} \leq 0.736$ ,  $p < 0.001$ ).

Στον πίνακα 12 παρουσιάζεται η συσχέτιση της βαθμολογίας της κλίμακας ASIS κατά την άμεση προεγχειρητική περίοδο με την βαθμολογία της κλίμακας QoR-15. Τόσο η βαθμολογία της κάθε διάστασης της ASIS, όσο και η συνολική βαθμολογία της κλίμακας ASIS, βρέθηκαν να έχουν μέτρια έως ισχυρή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία όλων των υποκλιμάκων και του συνολικού ερωτηματολογίου QoR-15.

**Πίνακας 11: Συσχέτιση της προεγχειρητικής βαθμολογίας της κλίμακας ASIS και της βαθμολογίας της κλίμακας SF-20**

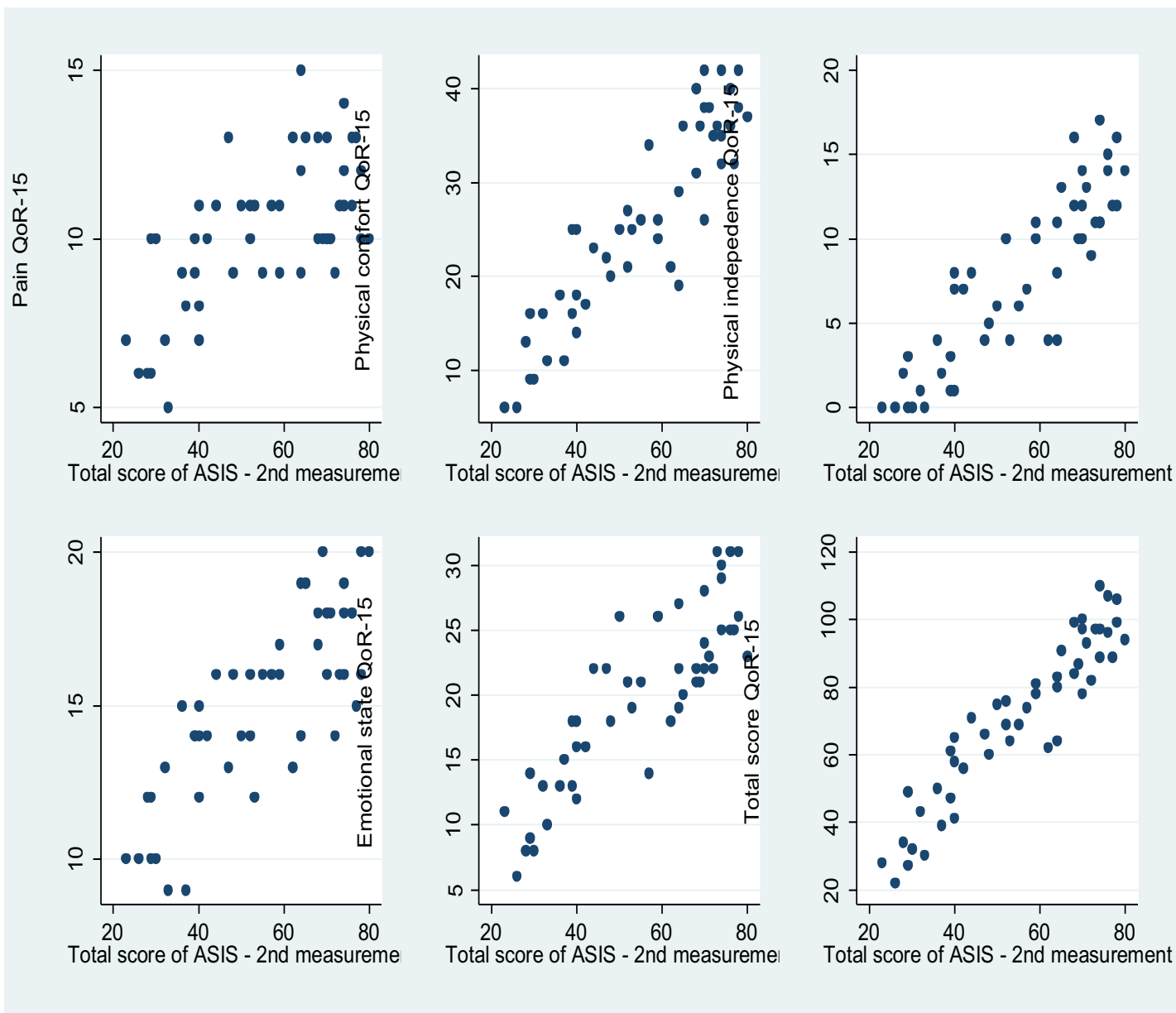
Κλίμακα ASIS – 1 <sup>η</sup> μέτρηση (προεγχειρητικά)		Κλίμακα SF-20					
		Σωματική λειτουργικότητα	Λειτουργικότητα ρόλων	Κοινωνική λειτουργικότητα	Ψυχική λειτουργικότητα	Πόνος	Αντιλήψεις υγείας
Σωματικοί περιορισμοί	rho	0.697	0.775	0.688	0.674	0.462	0.647
	p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.001	<0.001
Λειτουργικές βλάβες	rho	0.586	0.497	0.452	0.530	0.249	0.487
	p-value	<0.001	<0.001	0.001	<0.001	0.082	<0.001
Σωματικός πόνος	rho	0.737	0.760	0.697	0.520	0.628	0.692
	p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Εντερική λειτουργία	rho	0.604	0.669	0.660	0.613	0.488	0.672
	p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Ύπνος	rho	0.574	0.612	0.633	0.590	0.342	0.558
	p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.015	<0.001
Ψυχολογική λειτουργία	rho	0.655	0.761	0.763	0.659	0.517	0.659
	p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Συνολική Βαθμολογία	rho	0.706	0.721	0.727	0.683	0.512	0.736
	p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001



**Εικόνα 1: Στικτόγραμμα μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του ASIS κατά την 1<sup>η</sup> μέτρηση και της βαθμολογίας των διαστάσεων του SF20**

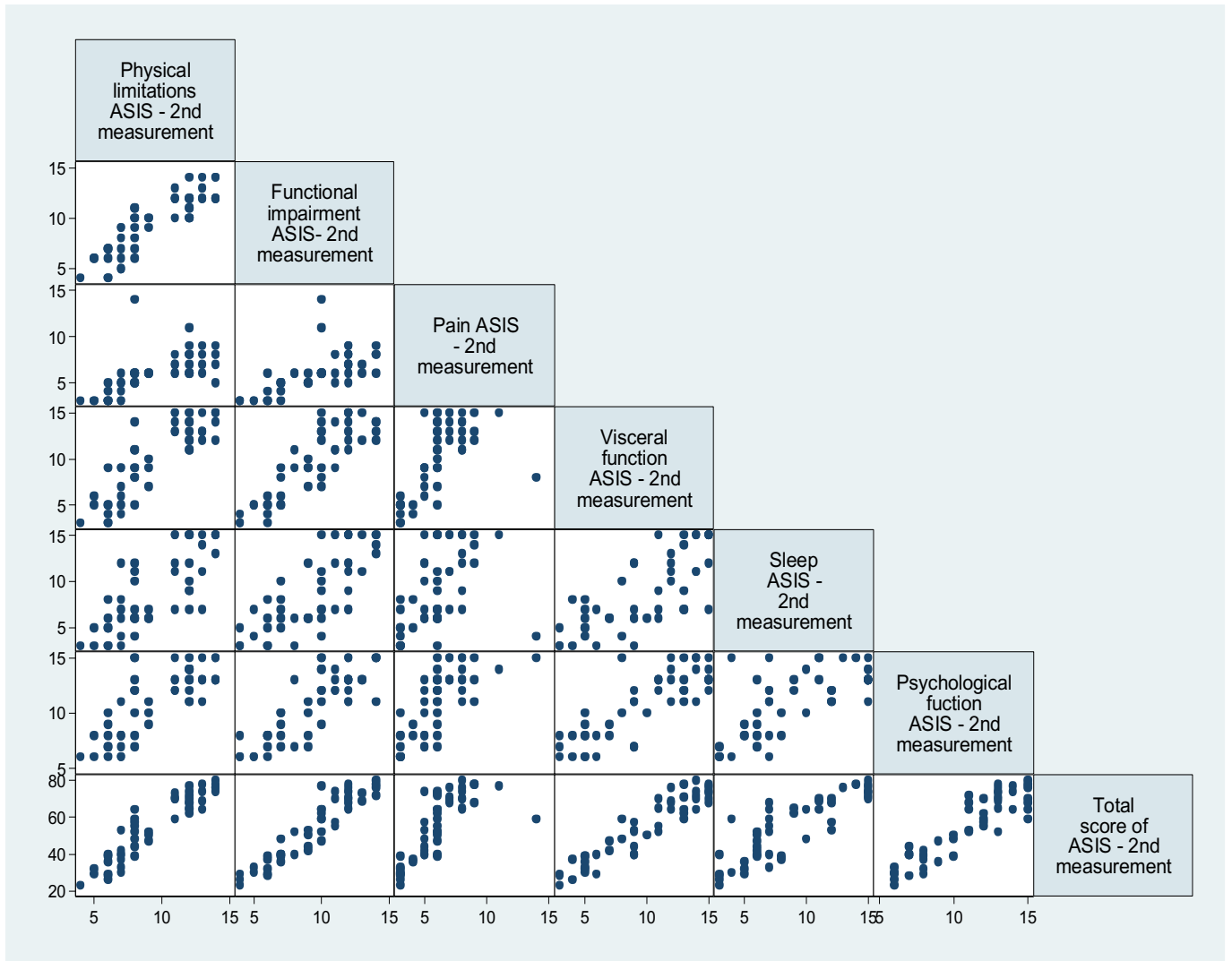
**Πίνακας 12: Συσχέτιση της βαθμολογίας της κλίμακας ASIS κατά την άμεση μετεγχειρητική βαθμολογία με τη βαθμολογία της κλίμακας QoR-15**

Κλίμακα ASIS – 2 <sup>η</sup> μέτρηση (προεγχειρητικά)		Κλίμακα QoR-15							
		Σωματική Ευεξία	Πόνος	Σωματική άνεση	Σωματική ανεξαρτησία	Ψυχική Ευεξία	Ψυχολογική υποστήριξη	Συναισθηματική κατάσταση	Συνολική βαθμολογία
Σωματικοί περιορισμοί	rho	0.843	0.569	0.817	0.825	0.833	0.752	0.786	0.864
	p-value	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Λειτουργικές βλάβες	rho	0.876	0.525	0.889	0.832	0.835	0.767	0.793	0.894
	p-value	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Σωματικός πόνος	rho	0.829	0.528	0.809	0.853	0.800	0.741	0.769	0.841
	p-value	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Εντερική λειτουργία	rho	0.823	0.592	0.798	0.816	0.827	0.695	0.795	0.845
	p-value	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Ύπνος	rho	0.783	0.506	0.802	0.707	0.704	0.618	0.663	0.784
	p-value	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Ψυχολογική λειτουργία	rho	0.772	0.549	0.759	0.757	0.799	0.760	0.759	0.793
	p-value	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Συνολική Βαθμολογία	rho	0.912	0.600	0.902	0.886	0.891	0.782	0.849	0.930
	p-value	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001



**Εικόνα 2: Στικτόγραμμα μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του ASIS κατά την 2η μέτρηση και της βαθμολογίας των διαστάσεων του QoR-15**

Εν συνεχεία, στον πίνακα 13 παρουσιάζεται η συσχέτιση της βαθμολογίας μεταξύ των συνιστωσών του ASIS κατά τη 2<sup>η</sup> μέτρηση. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας ASIS βρέθηκε να έχει ισχυρή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία όλων των συνιστωσών της ASIS κατά τη 2<sup>η</sup> μέτρηση ( $0.830 \leq \rho \leq 0.922$ ,  $p < 0.001$ ). Επίσης, βρέθηκε να υπάρχει μέτρια έως ισχυρή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ όλων των συνιστωσών της ASIS (Εικόνα 3).



**Εικόνα 3: Στικτόγραμμα μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του ASIS και της βαθμολογίας των συνιστωσών του ASIS κατά τη 2<sup>η</sup> μέτρηση**

**Πίνακας 13: Συσχέτιση της βαθμολογίας μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας και των συνιστωσών του ASIS κατά τη 2η μέτρηση**

Κλίμακα ASIS – 2 <sup>η</sup> μέτρηση (προεγχειρητικά)		Κλίμακα ASIS – 2 <sup>η</sup> μέτρηση (προεγχειρητικά)						
		1	2	3	4	5	6	7
1. Σωματικοί περιορισμοί	rho p-value	1.000	0.879 <0.001	0.799 <0.001	0.839 <0.001	0.774 <0.001	0.760 <0.001	0.919 <0.001
2. Λειτουργικές βλάβες	rho p-value		1.000	0.784 <0.001	0.845 <0.001	0.771 <0.001	0.786 <0.001	0.922 <0.001
3. Σωματικός πόνος	rho p-value			1.000	0.724 <0.001	0.583 <0.001	0.779 <0.001	0.830 <0.001
4. Εντερική λειτουργία	rho p-value				1.000	0.780 <0.001	0.774 <0.001	0.918 <0.001
5. Ύπνος	rho p-value					1.000	0.695 <0.001	0.884 <0.001
6. Ψυχολογική λειτουργία	rho p-value						1.000	0.863 <0.001
7. Συνολική Βαθμολογία	rho p-value							1.000

Επίσης, βρέθηκε να υπάρχει ισχυρή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της ASIS στις 3 μετρήσεις (Πίνακας 14, Εικόνα 4).

**Πίνακας 14: Συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας ASIS των 3 μετρήσεων**

Συνολική βαθμολογία ASIS		Συνολική βαθμολογία ASIS		
		1 <sup>η</sup> μέτρηση	2 <sup>η</sup> μέτρηση	3 <sup>η</sup> μέτρηση
1 <sup>η</sup> μέτρηση	rho	1.000	0.838	0.821
	p-value		<0.001	<0.001
2 <sup>η</sup> μέτρηση	rho		1.000	0.807
	p-value			<0.001
3 <sup>η</sup> μέτρηση	rho			1.000
	p-value			



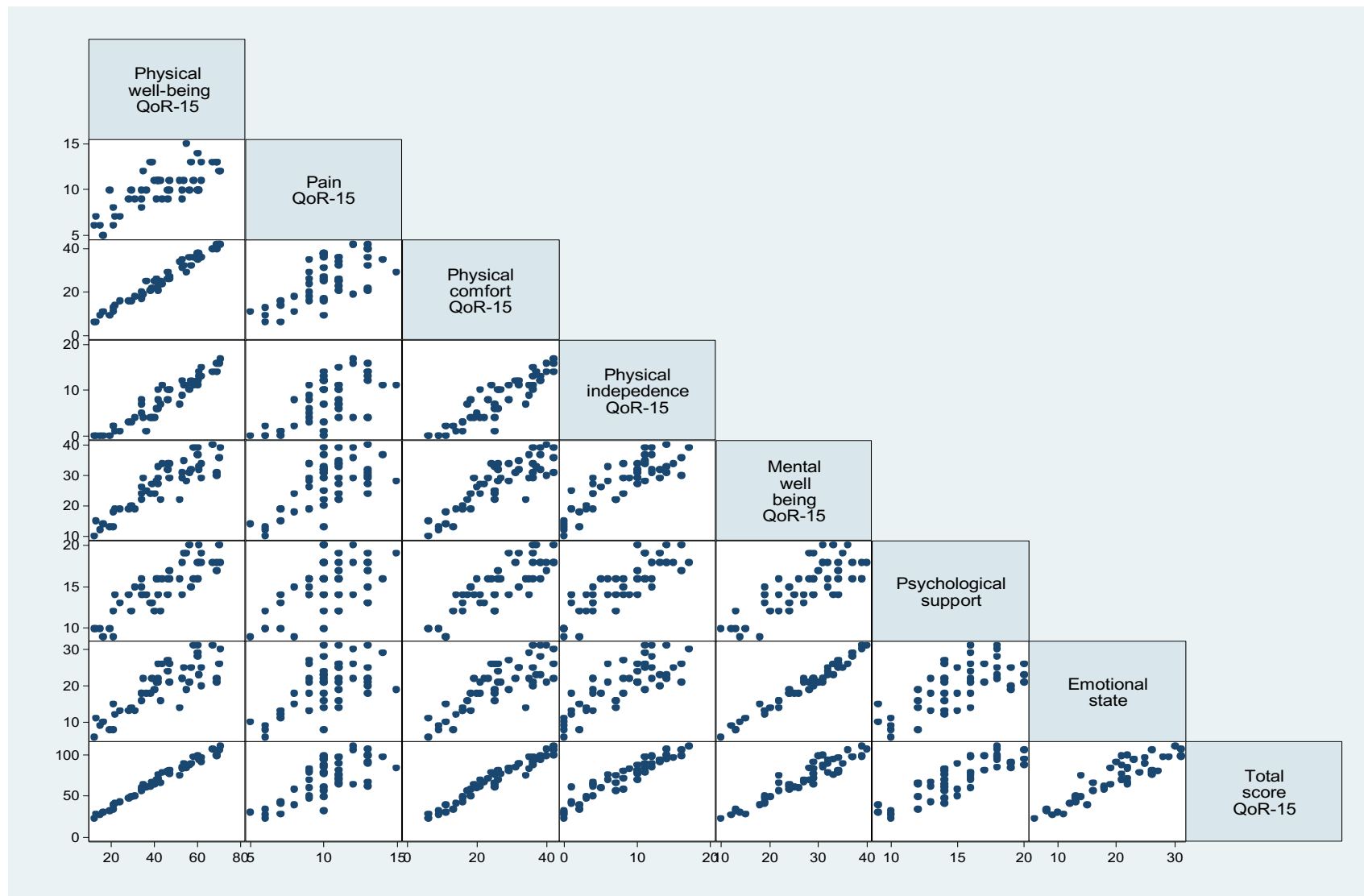
**Εικόνα 4: Στικτόγραμμα μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας στις 3 μετρήσεις**



Στον πίνακα 15 παρουσιάζεται η συσχέτιση της βαθμολογίας μεταξύ των συνιστωσών της QoR-15. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας QoR-15 βρέθηκε να έχει μέτρια έως ισχυρή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία όλων των συνιστωσών της ( $0.665 \leq \rho \leq 0.952$ ,  $p < 0.001$ ). Επίσης, βρέθηκε να υπάρχει μέτρια έως ισχυρή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ όλων των συνιστωσών της QoR-15 (Εικόνα 5).

**Πίνακας 15: Συσχέτιση της βαθμολογίας μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας και των συνιστωσών της κλίμακας QoR-15**

Κλίμακα QoR-15		Κλίμακα QoR-15					
		1	2	3	4	5	6
1. Πόνος	rho	1.000	0.616	0.606	0.483	0.538	0.665
	p-value		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
2. Σωματική άνεση	rho		1.000	0.9141	0.836	0.782	0.974
	p-value			<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
3. Σωματική ανεξαρτησία	rho			1.000	0.866	0.784	0.952
	p-value				<0.001	<0.001	<0.001
4. Ψυχολογική υποστήριξη	rho				1.000	0.642	0.839
	p-value					<0.001	<0.001
5. Συναισθηματική κατάσταση	rho					1.000	0.866
	p-value						<0.001
6. Συνολική βαθμολογία	rho						1.000
	p-value						

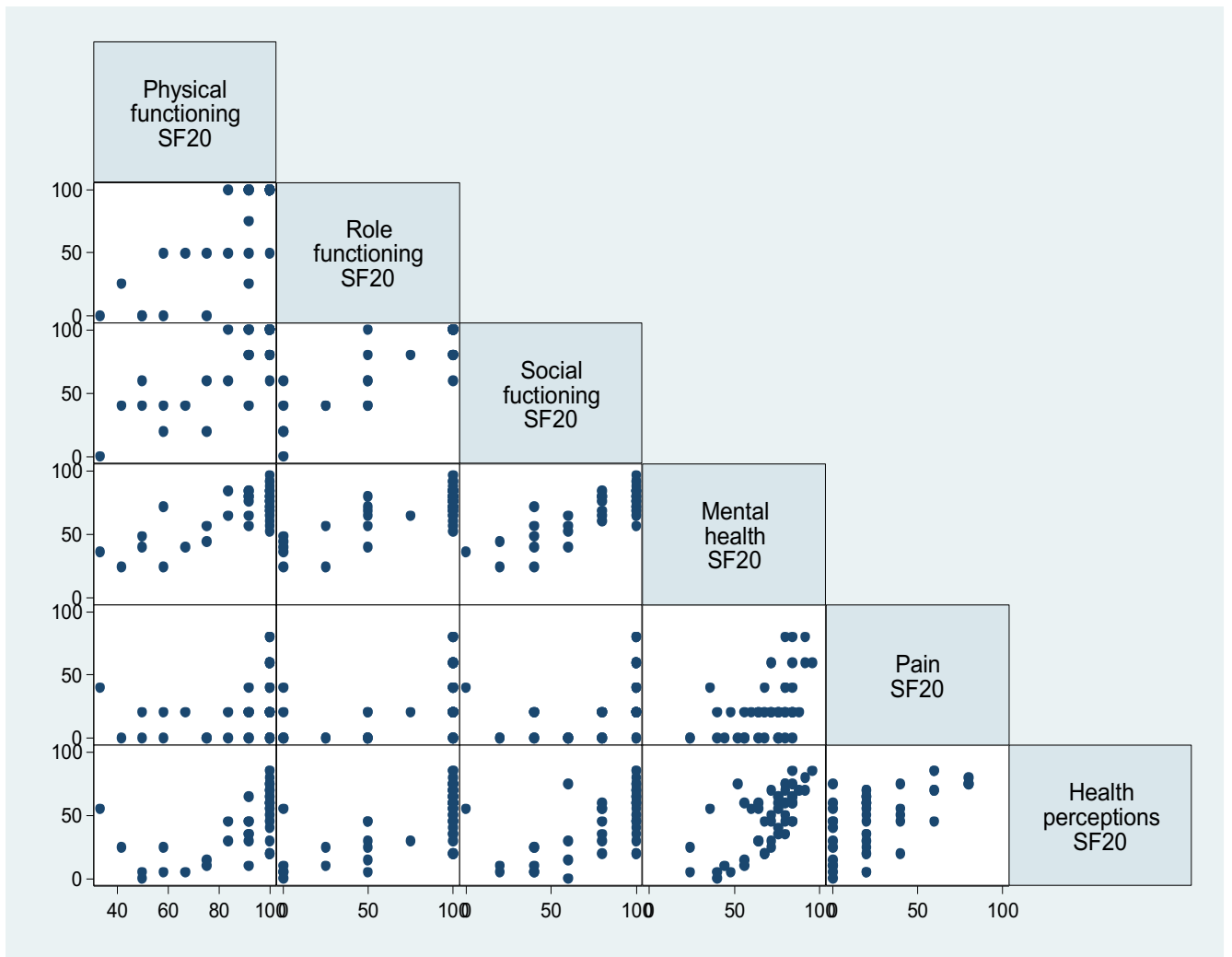


Εικόνα 5: Στικτόγραμμα μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της QoR-15 και της βαθμολογίας των συνιστωσών της QoR-15

Τέλος, στον πίνακα 16 παρουσιάζεται η συσχέτιση της βαθμολογίας μεταξύ των συνιστωσών της SF-20. Βρέθηκε να υπάρχει μέτρια έως ισχυρή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ όλων των συνιστωσών της κλίμακας SF-20 ( $0.369 \leq \rho \leq 0.819$ ,  $p \leq 0.008$ ) (Εικόνα 6).

**Πίνακας 16: Συσχέτιση της βαθμολογίας μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας και των συνιστωσών της κλίμακας SF-20**

Κλίμακα SF-20		Κλίμακα SF-20					
		1	2	3	4	5	6
1. Σωματική λειτουργικότητα	rho	1.000	0.819	0.746	0.484	0.369	0.653
	p-value		<0.001	<0.001	<0.001	0.008	<0.001
2. Λειτουργικότητα ρόλων	rho		1.000	0.811	0.658	0.495	0.651
	p-value			<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
3. Κοινωνική λειτουργικότητα	rho			1.000	0.665	0.550	0.601
	p-value				<0.001	<0.001	<0.001
4. Ψυχική λειτουργικότητα	rho				1.000	0.485	0.666
	p-value					<0.001	<0.001
5. Πόνος	rho					1.000	0.530
	p-value						<0.001
6. Αντιλήψεις υγείας	rho						1.000
	p-value						



**Εικόνα 6: Στικτόγραμμα μεταξύ της βαθμολογίας των συνιστωσών της κλίμακας SF-20**

### 6.3 Συγχρονικές Συγκρίσεις

#### 6.3.1 Συγκρίσεις ως προς το φύλο

Στον πίνακα 17 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας QoR-15 σε σχέση με το φύλο.

**Πίνακας 17: Βαθμολογία της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας QoR-15 σε σχέση με το φύλο**

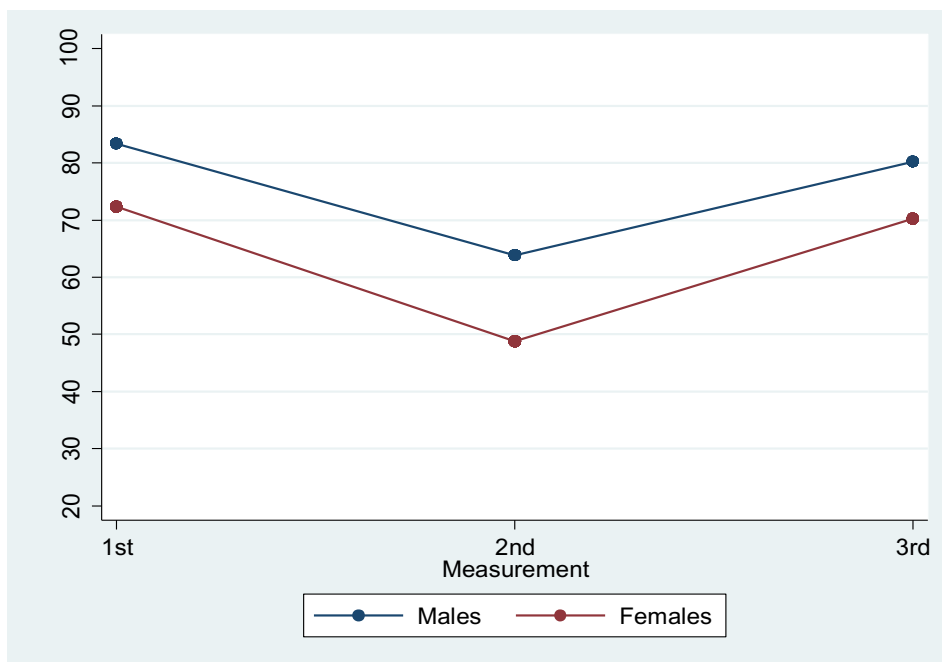
Ερωτηματολόγιο	Φύλο		p-value
	Άνδρες, N=21 MT(±TA)	Γυναίκες, N=29 MT(±TA)	
<b>Διαστάσεις ερωτηματολογίου SF-20</b>			
Σωματική λειτουργικότητα (0-100%)	98.41(±4.26)	84.48(±20.97)	<b>0.004<sup>a</sup></b>
Λειτουργικότητα ρόλων (0-100%)	96.42(±11.95)	68.96(±40.45)	<b>0.008<sup>a</sup></b>
Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100%)	96.19(±10.23)	73.10(±30.83)	<b>0.002<sup>a</sup></b>
Ψυχική λειτουργικότητα (0-100%)	76.19(±11.55)	64.82(±18.65)	<b>0.017<sup>β</sup></b>
Πόνος (0-100%)	61.90(±15.69)	36.37(±22.83)	<b>0.029<sup>a</sup></b>
Αντιλήψεις υγείας (0-100%)	34.28(±27.67)	17.24(±14.85)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
<b>QoR-15</b>			
Σωματική ευεξία (0-90)	50.67(±14.15)	38.86(±16.72)	<b>0.012<sup>β</sup></b>
Πόνος (0 – 20)	11.29(±2.05)	9.38(±1.99)	<b>0.002<sup>β</sup></b>
Σωματική άνεση (0-50)	29.86(±8.81)	22.97(±10.59)	<b>0.019<sup>β</sup></b>
Σωματική ανεξαρτησία (0-20)	9.52(±4.58)	6.51(±5.00)	<b>0.035<sup>β</sup></b>
Ψυχική ευεξία (0-60)	31.14(±5.93)	24.28(±8.02)	<b>0.017<sup>β</sup></b>
Ψυχολογική υποστήριξη (0-20)	16.14(±2.17)	14.27(±3.25)	<b>0.019<sup>β</sup></b>
Συναισθηματική κατάσταση (0-40)	23.24(±5.39)	17.69(±6.34)	<b>0.002<sup>β</sup></b>
Συνολικό ερωτηματολόγιο	81.81(±18.87)	63.14(±24.38)	<b>0.005<sup>β</sup></b>

*α: Mann-Whitney, β: t-test*

Οι άνδρες είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία σ' όλες τις διαστάσεις του SF-20 ( $p < 0.05$ ) σε σχέση με τις γυναίκες, δηλαδή προεγχειρητικά οι άνδρες είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης, η συνολική βαθμολογία του QoR-15 [μέση διαφορά (95% ΔΕ): 18.67 (5.85, 31.49),  $p = 0.005$ ], όπως και η βαθμολογία των διαστάσεων σωματική ευεξία [11.80 (2.76, 20.85),  $p = 0.011$ ] και ψυχική

ευεξίας [6.87 (2.71, 11.03),  $p=0.002$ ] ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες.

Στον πίνακα 18 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας ASIS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με το φύλο σε 3 χρονικές στιγμές. Κατά την 1<sup>η</sup> μέτρηση, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας ASIS, καθώς και η βαθμολογία των υποκλιμάκων της, ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, με εξαίρεση τη βαθμολογία της υποκλίμακας λειτουργικές βλάβες [14.38( $\pm$ 1.20) έναντι 13.55( $\pm$ 1.76),  $p=0.066$ ]. Κατά τη 2<sup>η</sup> μέτρηση, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας ASIS, καθώς και η βαθμολογία των υποκλιμάκων της, ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Τέλος, κατά την 3<sup>η</sup> μέτρηση, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας ASIS, καθώς και η βαθμολογία των υποκλιμάκων της, ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, με εξαίρεση τη βαθμολογία της υποκλίμακας λειτουργικές βλάβες [14.28( $\pm$ 1.23) έναντι 13.41( $\pm$ 1.80),  $p=0.067$ ].



**Εικόνα 7: Μέση συνολική βαθμολογία ASIS ανά φύλο και ανά μέτρηση**

Πίνακας 18: Βαθμολογία της κλίμακας ASIS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με το φύλο σε 3 χρονικές στιγμές

Κλίμακα ASIS	Φύλο	1 <sup>η</sup> μέτρηση		2 <sup>η</sup> μέτρηση		3 <sup>η</sup> μέτρηση	
		ΜΤ(±ΤΑ)	p-value	ΜΤ(±ΤΑ)	p-value	ΜΤ(±ΤΑ)	p-value
Σωματικοί περιορισμοί	Άνδρες	14.52 (±1.44)	<b>0.005</b>	11.09(±2.09)	<b>0.001</b>	14.47(±1.16)	<b>0.010</b>
	Γυναίκες	13.03(±2.42)		8.34(±2.95)		13.10(±2.17)	
Λειτουργικές βλάβες	Άνδρες	14.38(±1.20)	0.066	10.66(±2.15)	<b>0.013<sup>a</sup></b>	14.28(±1.23)	0.067
	Γυναίκες	13.55(±1.76)		8.72(±3.13)		13.41(±1.80)	
Σωματικός πόνος	Άνδρες	13.95(±1.93)	<b>0.015</b>	6.95(±1.59)	<b>0.004</b>	11.09(±2.25)	<b>0.034</b>
	Γυναίκες	12.13(±2.73)		5.37(±2.42)		9.24(±2.70)	
Εντερική λειτουργία	Άνδρες	13.85(±2.12)	<b>0.009</b>	11.95(±3.10)	<b>0.004</b>	13.90(±1.41)	<b>0.038</b>
	Γυναίκες	12.06(±2.69)		8.58(±3.99)		12.44(±2.38)	
Ύπνος	Άνδρες	12.85(±2.68)	<b>0.008</b>	11.00(±3.57)	<b>0.005</b>	12.28(±3.03)	<b>0.036</b>
	Γυναίκες	9.65(±4.25)		7.75(±4.11)		9.62(±4.36)	
Ψυχολογική λειτουργία	Άνδρες	13.80(±1.60)	<b>0.020</b>	12.14(±2.17)	<b>0.019</b>	14.14(±1.06)	<b>0.008</b>
	Γυναίκες	11.86(±2.96)		10.03(±3.21)		12.37(±2.45)	
Συνολική Βαθμολογία	Άνδρες	83.38(±8.20)	<b>0.004</b>	63.80(±12.37)	<b>0.004</b>	80.19(±7.82)	<b>0.015</b>
	Γυναίκες	72.31(±14.10)		48.82(±17.67)		70.20(±14.28)	

a: t-test, όλες οι άλλες συγκρίσεις έγιναν με Mann-Whitney

### 6.3.2 Συγκρίσεις ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

Στον πίνακα 19 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας QoR-15 σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 19: Βαθμολογία της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας QoR-15 σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης**

Ερωτηματολόγιο	Επίπεδο εκπαίδευσης		p-value
	Δευτεροβάθμια, N=19	Τριτοβάθμια, N=31	
	MT(±TA)	MT(±TA)	
<b>Διαστάσεις ερωτηματολογίου SF-20</b>			
Σωματική λειτουργικότητα (0-100%)	88.59(±21.73)	91.39(±14.66)	0.880 <sup>α</sup>
Λειτουργικότητα ρόλων (0-100%)	77.63(±36.22)	82.25(±33.66)	0.649 <sup>α</sup>
Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100%)	83.15(±27.69)	82.58(±26.70)	0.890 <sup>α</sup>
Ψυχική λειτουργικότητα (0-100%)	69.05(±19.63)	69.93(±15.31)	0.936 <sup>α</sup>
Πόνος (0-100%)	52.89(±22.19)	43.54(±24.19)	0.506 <sup>β</sup>
Αντιλήψεις υγείας (0-100%)	27.36(±26.84)	22.58(±19.82)	0.178 <sup>β</sup>
<b>QoR-15</b>			
Σωματική ευεξία (0-90)	50.11(±15.81)	39.97(±16.15)	<b>0.035<sup>β</sup></b>
Πόνος (0 – 20)	10.79(±2.07)	9.79(±2.24)	0.128 <sup>β</sup>
Σωματική άνεση (0-50)	29.58(±9.66)	23.58(±10.28)	<b>0.046<sup>β</sup></b>
Σωματική ανεξαρτησία (0-20)	9.74(±4.99)	6.58(±4.71)	<b>0.029<sup>β</sup></b>
Ψυχική ευεξία (0-60)	29.16(±7.21)	25.94(±8.21)	0.165 <sup>β</sup>
Ψυχολογική υποστήριξη (0-20)	16.10(±3.14)	14.42(±2.72)	<b>0.050<sup>β</sup></b>
Συναισθηματική κατάσταση (0-40)	21.32(±5.89)	19.23(±6.85)	0.276 <sup>β</sup>
Συνολικό ερωτηματολόγιο	79.26(±22.19)	65.90(±23.83)	<b>0.054<sup>β</sup></b>

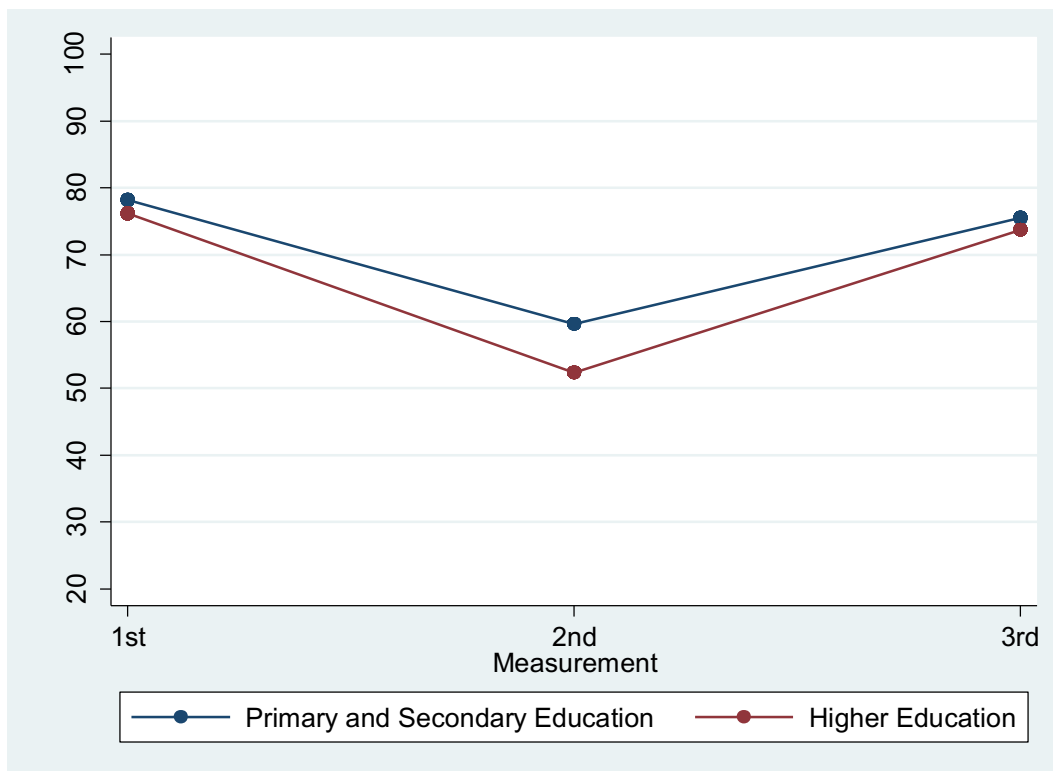
α: Mann-Whitney, β: t-test

Η βαθμολογία των διαστάσεων του ερωτηματολογίου SF-20 δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, δηλαδή οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν παρόμοιο επίπεδο ποιότητα ζωής προεγχειρητικά. Ακόμη, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που



ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν οριακά στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία του ερωτηματολογίου QoR-15 την άμεση μετεγχειρητική περίοδο σε σχέση με τους συμμετέχοντες που είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση [79.26(±22.19) έναντι 65.90(±23.83), p=0.054]. Ακόμη, οι συμμετέχοντες με πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στις διαστάσεις σωματική άνεση (p=0.046), σωματική ανεξαρτησία (p=0.029) και ψυχολογική υποστήριξη (p=0.05) του QoR-15.

Στον πίνακα 20 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας ASIS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης σε 3 χρονικές στιγμές. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας ASIS, καθώς και η βαθμολογία των υποκλιμάκων της, δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των συμμετεχόντων με πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση και εκείνων με τριτοβάθμια εκπαίδευση και στις 3 χρονικές στιγμές.



**Εικόνα 8: Μέση συνολική βαθμολογία ASIS ανά επίπεδο εκπαίδευσης και ανά μέτρηση**

Πίνακας 20: : Βαθμολογία της κλίμακας ASIS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων σε 3 χρονικές στιγμές

Κλίμακα ASIS	Εκπαίδευση	1 <sup>η</sup> μέτρηση		2 <sup>η</sup> μέτρηση		3 <sup>η</sup> μέτρηση	
		MT(±TA)	p-value	MT(±TA)	p-value	MT(±TA)	p-value
Σωματικοί περιορισμοί	Δευτεροβάθμια	13.37(±2.39)	0.536	10.11(±2.73)	0.259 <sup>a</sup>	13.42(±2.36)	0.856
	Τριτοβάθμια	13.84(±2.07)		9.13(±3.05)		13.85(±1.63)	
Λειτουργικές βλάβες	Δευτεροβάθμια	13.79(±1.65)	0.663	10.05(±2.68)	0.334 <sup>a</sup>	13.79(±1.65)	0.991
	Τριτοβάθμια	13.97(±1.58)		9.23(±3.04)		13.77(±2.71)	
Σωματικός πόνος	Δευτεροβάθμια	13.21(±2.62)	0.317	6.79(±2.51)	0.063 <sup>a</sup>	9.89(±2.40)	0.798 <sup>a</sup>
	Τριτοβάθμια	12.71(±2.57)		5.58(±1.96)		10.09(±2.86)	
Εντερική λειτουργία	Δευτεροβάθμια	13.16(±2.32)	0.510	10.89(±3.11)	0.217 <sup>a</sup>	13.16(±2.27)	0.777
	Τριτοβάθμια	12.61(±2.79)		9.45(±4.40)		13.00(±2.09)	
Ύπνος	Δευτεροβάθμια	11.84(±3.72)	0.242	10.21(±4.02)	0.151 <sup>a</sup>	11.74(±3.74)	0.218
	Τριτοβάθμια	10.48(±4.11)		8.45(±4.20)		10.13(±4.17)	
Ψυχολογική λειτουργία	Δευτεροβάθμια	12.79(±2.57)	0.851	11.58(±3.02)	0.226 <sup>a</sup>	13.53(±2.04)	0.200
	Τριτοβάθμια	12.61(±2.73)		10.52(±2.94)		12.87(±2.23)	
Συνολική Βαθμολογία	Δευτεροβάθμια	78.16(±13.26)	0.382	59.63(±15.35)	0.149 <sup>a</sup>	75.53(±12.93)	0.634 <sup>a</sup>
	Τριτοβάθμια	76.23(±13.17)		52.35(±17.96)		73.71(±13.04)	

a: t-test, όλες οι άλλες συγκρίσεις έγιναν με Mann-Whitney

### 6.3.3 Συγκρίσεις ως προς την ηλικία

Στον πίνακα 21 παρουσιάζεται η συσχέτιση των διαστάσεων του ερωτηματολογίου SF-20 με την ηλικία. Όπως φαίνεται στον πίνακα 21, η ηλικία βρέθηκε να έχει μικρή αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις διαστάσεις του SF20 «Κοινωνική Λειτουργικότητα» ( $\rho=-0.295$ ,  $p=0.038$ ) και «Ψυχική Λειτουργικότητα» ( $\rho=-0.327$ ,  $p=0.021$ ).

**Πίνακας 21: Συσχέτιση της βαθμολογίας των διαστάσεων του ερωτηματολογίου SF-20 και της ηλικίας**

Διαστάσεις ερωτηματολογίου SF-20		Ηλικία
Σωματική λειτουργικότητα	rho	0.111
	p-value	0.443
Λειτουργικότητα ρόλων	rho	-0.260
	p-value	0.068
Κοινωνική λειτουργικότητα	rho	-0.295
	p-value	0.038
Ψυχική λειτουργικότητα	rho	-0.327
	p-value	0.021
Πόνος	rho	-0.176
	p-value	0.222
Αντιλήψεις υγείας	rho	-0.251
	p-value	0.079

Στον πίνακα 22 παρουσιάζεται η συσχέτιση των διαστάσεων και υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου QoR-15 με την ηλικία. Όπως φαίνεται στον πίνακα 22, η ηλικία βρέθηκε να έχει μικρή αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο με τη διάσταση του QoR-15 «Ψυχολογική υποστήριξη» ( $\rho=-0.315$ ,  $p=0.026$ ).

**Πίνακας 22: Συσχέτιση της βαθμολογίας των διαστάσεων του ερωτηματολογίου QoR-15 και της ηλικίας**

<b>Ερωτηματολόγιο QoR-15</b>		<b>Ηλικία</b>
Σωματική ευεξία	r	-0.213
	p-value	0.138
Πόνος	r	0.082
	p-value	0.571
Σωματική άνεση	r	-0.230
	p-value	0.108
Σωματική ανεξαρτησία	r	-0.265
	p-value	0.063
Ψυχική ευεξία	r	-0.208
	p-value	0.147
Ψυχολογική υποστήριξη	r	-0.315
	p-value	0.026
Συναισθηματική κατάσταση	r	-0.165
	p-value	0.254
Συνολικό ερωτηματολόγιο	r	-0.217
	p-value	0.130

Όσον αφορά την κλίμακα ASIS, κατά την προεγχειρητική περίοδο (1<sup>η</sup> μέτρηση), η ηλικία βρέθηκε να έχει μέτρια αρνητικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη διάσταση του ASIS «Λειτουργικές Βλάβες» ( $\rho = -0.353$ ,  $p = 0.012$ ). Κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο (2<sup>η</sup> μέτρηση), η ηλικία βρέθηκε να έχει μέτρια αρνητικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη διάσταση του ASIS «Υπνος» ( $\rho = -0.393$ ,  $p = 0.005$ ). Τέλος, 2 εβδομάδες μετά την επέμβαση (3<sup>η</sup> μέτρηση), η ηλικία βρέθηκε να έχει μέτρια αρνητικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία του ASIS ( $\rho = -0.372$ ,  $p = 0.008$ ), καθώς και με όλες τις διαστάσεις του ASIS ( $-0.388 \leq \rho \leq -0.305$ ,  $p < 0.05$ ), με εξαίρεση τη διάσταση «Ψυχολογική Λειτουργία».

**Πίνακας 23: Συσχέτιση της βαθμολογίας του ερωτηματολογίου ASIS και της ηλικίας σε 3 χρονικές στιγμές.**

Κλίμακα ASIS		Ηλικία		
		1 <sup>η</sup> Μέτρηση ASIS	2 <sup>η</sup> Μέτρηση ASIS	3 <sup>η</sup> Μέτρηση ASIS
Σωματικοί περιορισμοί	rho	-0.183	-0.232	<b>-0.388</b>
	p-value	0.203	0.105	<b>0.005</b>
Λειτουργικές βλάβες	rho	<b>-0.353</b>	-0.176	<b>-0.315</b>
	p-value	<b>0.012</b>	0.222	<b>0.026</b>
Σωματικός πόνος	rho	-0.171	-0.130	<b>-0.358</b>
	p-value	0.236	0.367	<b>0.011</b>
Εντερική λειτουργία	rho	-0.081	-0.165	<b>-0.358</b>
	p-value	0.576	0.251	<b>0.006</b>
Ύπνος	rho	-0.176	<b>-0.393</b>	<b>-0.308</b>
	p-value	0.221	<b>0.005</b>	<b>0.030</b>
Ψυχολογική λειτουργία	rho	-0.247	-0.207	-0.236
	p-value	0.083	0.149	0.099
Συνολική Βαθμολογία	rho	-0.227	-0.256	<b>-0.372</b>
	p-value	0.114	0.073	<b>0.008</b>

### 6.3.4 Συγκρίσεις ως προς τη διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο

Στον πίνακα 24 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας QoR-15 σε σχέση με τη διάρκεια νοσηλείας των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 24: Βαθμολογία της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας QoR-15 σε σχέση με τη διάρκεια νοσηλείας των συμμετεχόντων**

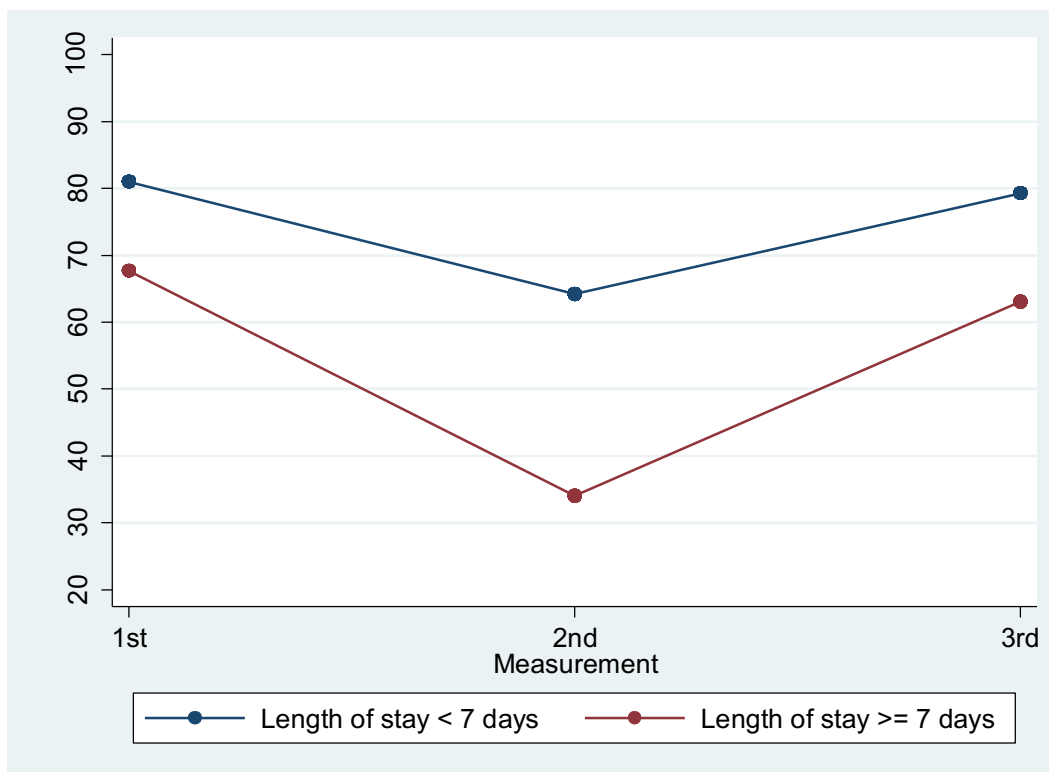
Ερωτηματολόγιο	Διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο		p-value
	<7 ημέρες (N=35)	≥7 ημέρες (N=15)	
	ΜΤ(±ΤΑ)	ΜΤ(±ΤΑ)	
<b>Διαστάσεις ερωτηματολογίου SF-20</b>			
Σωματική λειτουργικότητα (0-100%)	94.04(±15.33)	81.66(±19.72)	<b>0.004<sup>a</sup></b>
Λειτουργικότητα ρόλων (0-100%)	87.85(±28.67)	63.33(±41.04)	<b>0.012<sup>a</sup></b>
Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100%)	88.00(±24.35)	70.66(±29.14)	<b>0.024<sup>a</sup></b>
Ψυχική λειτουργικότητα (0-100%)	73.94(±15.50)	59.46(±16.06)	<b>0.002<sup>a</sup></b>
Πόνος (0-100%)	27.42(±25.24)	17.33(±12.79)	0.307 <sup>a</sup>
Αντιλήψεις υγείας (0-100%)	58.00(±16.94)	21.66(±16.54)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
<b>QoR-15</b>			
Σωματική ευεξία (0-90)	52.31(±10.98)	24.00(±8.52)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Πόνος (0 – 20)	11.03(±1.62)	8.20(±2.18)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Σωματική άνεση (0-50)	30.97(±7.29)	13.93(±5.47)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Σωματική ανεξαρτησία (0-20)	10.31(±3.54)	1.87(±2.03)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Ψυχική ευεξία (0-60)	31.23(±4.91)	17.67(±4.84)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Ψυχολογική υποστήριξη (0-20)	16.40(±2.18)	11.93(±2.08)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Συναισθηματική κατάσταση (0-40)	23.23(±4.33)	12.53(±4.19)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Συνολικό ερωτηματολόγιο	83.54(±14.54)	41.67(±13.12)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>

*a: Mann-Whitney, β: t-test*

Οι συμμετέχοντες που παρέμειναν στο νοσοκομείο για <7 ημέρες είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία σ' όλες τις διαστάσεις του SF-20 (p<0.05) σε σχέση με εκείνους που παρέμειναν ≥7 ημέρες, με εξαίρεση τη διάσταση «Πόνος». Επίσης, οι

συμμετέχοντες που παρέμειναν στο νοσοκομείο για <7 ημέρες είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στο συνολικό ερωτηματολόγιο του QoR-15 ( $p<0.05$ ), όσο και σ' όλες τις διαστάσεις του QoR-15 ( $p<0.05$ ), σε σχέση με εκείνους που παρέμειναν  $\geq 7$  ημέρες.

Στον πίνακα 25 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας ASIS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με τη διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο σε 3 χρονικές στιγμές. Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου ASIS, όσο και η βαθμολογία των διαστάσεων του ASIS, ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες στους συμμετέχοντες που παρέμειναν στο νοσοκομείο <7 ημέρες σε σχέση με εκείνους που παρέμειναν  $\geq 7$  ημέρες και στις 3 χρονικές στιγμές αξιολόγησης του ερωτηματολογίου.



**Εικόνα 9: Μέση συνολική βαθμολογία ASIS ως προς τη διάρκεια νοσηλείας και ανά χρονική στιγμή**

Πίνακας 25: Βαθμολογία της κλίμακας ASIS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με τη διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο σε 3 χρονικές στιγμές

Κλίμακα ASIS	Διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο	1 <sup>η</sup> μέτρηση		2 <sup>η</sup> μέτρηση		3 <sup>η</sup> μέτρηση	
		MT(±TA)	p-value	MT(±TA)	p-value	MT(±TA)	p-value
Σωματικοί περιορισμοί	<7 ημέρες	14.20(±1.77)	<b>0.004</b>	10.82(±2.40)	<b>&lt;0.001</b>	14.31(±1.52)	<b>&lt;0.001</b>
	≥7 ημέρες	12.40(±2.55)		6.40(±1.24)		12.20(±2.00)	
Λειτουργικές βλάβες	<7 ημέρες	14.40(±1.21)	<b>0.001</b>	11.00(±1.90)	<b>&lt;0.001</b>	14.40(±1.21)	<b>&lt;0.001</b>
	≥7 ημέρες	12.73(±1.79)		6.13(±1.72)		12.33(±1.58)	
Σωματικός πόνος	<7 ημέρες	13.60(±2.06)	<b>0.008</b>	7.00(±1.87)	<b>&lt;0.001</b>	10.94(±2.19)	<b>&lt;0.001<sup>a</sup></b>
	≥7 ημέρες	11.26(±2.96)		3.80(±1.14)		7.86(±2.47)	
Εντερική λειτουργία	<7 ημέρες	13.57(±2.11)	<b>0.002</b>	12.20(±2.36)	<b>&lt;0.001</b>	13.80(±1.79)	<b>&lt;0.001</b>
	≥7 ημέρες	11.06(±2.86)		4.86(±1.30)		11.33(±1.91)	
Ύπνος	<7 ημέρες	11.82(±3.54)	<b>0.039</b>	10.77(±3.81)	<b>&lt;0.001</b>	11.88(±3.63)	<b>0.003</b>
	≥7 ημέρες	9.06(±4.38)		5.26(±1.79)		8.06(±3.78)	
Ψυχολογική λειτουργία	<7 ημέρες	13.34(±2.18)	<b>0.011</b>	12.37(±2.22)	<b>&lt;0.001</b>	13.91(±1.42)	<b>&lt;0.001</b>
	≥7 ημέρες	11.13(±3.04)		7.53(±1.30)		11.26(±2.49)	
Συνολική Βαθμολογία	<7 ημέρες	80.94(±10.80)	<b>0.001</b>	64.17(±11.32)	<b>&lt;0.001<sup>a</sup></b>	79.25(±9.87)	<b>&lt;0.001<sup>a</sup></b>
	≥7 ημέρες	67.66(±13.60)		34.00(±6.67)		63.06(±12.20)	

a: t-test, όλες οι άλλες συγκρίσεις έγιναν με Mann-Whitney



### 6.3.5 Συγκρίσεις ως προς τη χειρουργική προσέγγιση

Στον πίνακα 26 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας QoR-15 σε σχέση με τη χειρουργική προσέγγιση.

**Πίνακας 26: Βαθμολογία της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας QoR-15 σε σχέση με τη χειρουργική προσέγγιση**

Ερωτηματολόγιο	Χειρουργική προσέγγιση		p-value
	Ανοιχτή τομή (N=27)	Λαπαροσκοπικά (N=23)	
	ΜΤ(±ΤΑ)	ΜΤ(±ΤΑ)	
<b>Διαστάσεις ερωτηματολογίου SF-20</b>			
Σωματική λειτουργικότητα (0-100%)	85.49(±19.82)	96.01(±12.53)	<b>0.011<sup>a</sup></b>
Λειτουργικότητα ρόλων (0-100%)	68.51(±40.18)	94.56(±18.39)	<b>0.005<sup>a</sup></b>
Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100%)	74.81(±31.66)	92.17(±15.65)	<b>0.047<sup>a</sup></b>
Ψυχική λειτουργικότητα (0-100%)	65.92(±18.87)	73.91(±13.36)	0.140 <sup>a</sup>
Πόνος (0-100%)	27.40(±26.68)	20.86(±16.49)	0.609 <sup>a</sup>
Αντιλήψεις υγείας (0-100%)	41.11(±28.46)	54.13(±13.92)	<b>0.042<sup>β</sup></b>
<b>QoR-15</b>			
Σωματική ευεξία (0-90)	37.89(±18.33)	50.78(±11.14)	<b>0.004<sup>β</sup></b>
Πόνος (0 – 20)	9.59(±2.62)	10.87(±1.36)	<b>0.033<sup>β</sup></b>
Σωματική άνεση (0-50)	22.26(±11.23)	30.09(±7.49)	<b>0.005<sup>β</sup></b>
Σωματική ανεξαρτησία (0-20)	6.04(±5.37)	9.83(±3.73)	<b>0.005<sup>β</sup></b>
Ψυχική ευεξία (0-60)	23.96(±8.26)	30.91(±5.66)	<b>0.001<sup>β</sup></b>
Ψυχολογική υποστήριξη (0-20)	14.07(±3.25)	16.22(±2.15)	<b>0.010<sup>β</sup></b>
Συναισθηματική κατάσταση (0-40)	17.48(±6.74)	23.00(±4.88)	<b>0.002<sup>β</sup></b>
Συνολικό ερωτηματολόγιο	61.85(±26.03)	81.70(±15.82)	<b>0.002<sup>β</sup></b>

a: Mann-Whitney, β: t-test

Οι συμμετέχοντες με ανοιχτή τομή είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στις διαστάσεις του SF-20 «Σωματική Λειτουργικότητα», «Λειτουργικότητα ρόλων», «Κοινωνική Λειτουργικότητα» και «Αντιλήψεις υγείας» (p<0.05) σε σχέση με

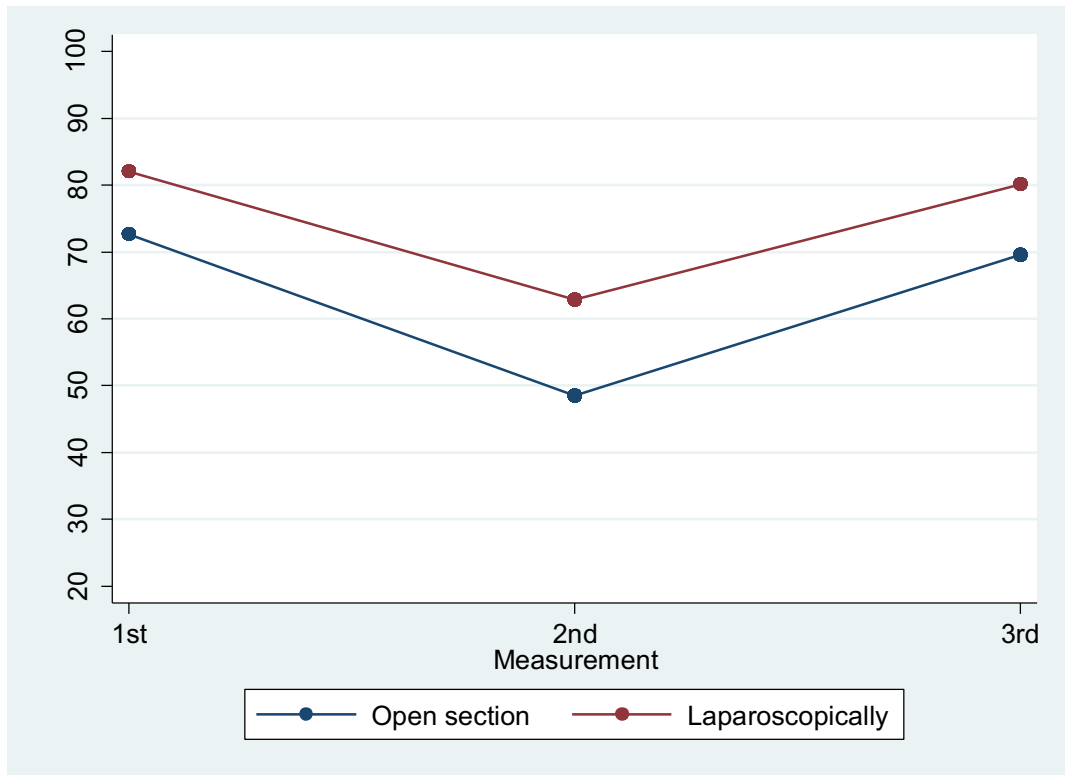
εκείνους όπου πραγματοποιήθηκε η επέμβαση λαπαροσκοπικά. Ωστόσο, η βαθμολογία των διαστάσεων του SF-20 «Ψυχική Λειτουργικότητα» και «Πόνος» δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των συμμετεχόντων με ανοιχτή τομή και εκείνων όπου η επέμβαση έγινε λαπαροσκοπικά. Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο QoR-15, όπου αξιολογήθηκε την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, οι συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση με ανοιχτή τομή είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη βαθμολογία τόσο στο συνολικό ερωτηματολόγιο του QoR-15 ( $p < 0.05$ ), όσο και σ' όλες τις διαστάσεις του QoR-15 ( $p < 0.05$ ), σε σχέση με εκείνους όπου η επέμβαση πραγματοποιήθηκε λαπαροσκοπικά.

Στον πίνακα 27 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας ASIS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με τη χειρουργική προσέγγιση σε 3 χρονικές στιγμές. Όσον αφορά την κλίμακα ASIS, κατά την προεγχειρητική περίοδο (1η μέτρηση), οι συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση με ανοιχτή τομή βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική μικρότερη βαθμολογία, τόσο στο συνολικό ερωτηματολόγιο του ASIS [72.66(±14.31) έναντι 82.00(±9.53),  $p=0.023$ ], όσο και στις διαστάσεις του ASIS «σωματικοί περιορισμοί» [12.92(±2.41) έναντι 14.52(±1.50),  $p=0.004$ ] και «λειτουργικές βλάβες» [13.25(±1.76) έναντι 14.65(±0.93),  $p=0.003$ ] σε σχέση με τους συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση λαπαροσκοπικά. Η προεγχειρητική βαθμολογία των διαστάσεων του ASIS «Σωματικός Πόνος», «Εντερική Λειτουργία», «Υπνος» και «Ψυχολογική Λειτουργία» δε διέφερε μεταξύ των συμμετεχόντων με διαφορετική χειρουργική προσέγγιση.

Κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο (2η μέτρηση), οι συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση με ανοιχτή τομή βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική μικρότερη βαθμολογία, τόσο στο συνολικό ερωτηματολόγιο του ASIS [48.51(±18.14) έναντι 62.86(±12.48),  $p=0.005$ ], όσο και σ' όλες τις διαστάσεις του ASIS, σε σχέση με τους συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση λαπαροσκοπικά, με εξαίρεση τη διάσταση «Σωματικός Πόνος», όπου η βαθμολογία δε διέφερε μεταξύ των συμμετεχόντων με διαφορετική χειρουργική προσέγγιση.

Τέλος, 2 εβδομάδες μετά την επέμβαση (3η μέτρηση), οι συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση με ανοιχτή τομή βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική μικρότερη βαθμολογία, τόσο στο συνολικό ερωτηματολόγιο του ASIS [69.55(±13.89) έναντι 80.08(±8.92),  $p=0.003$ ], όσο και σ' όλες τις διαστάσεις του ASIS, σε σχέση με τους συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση λαπαροσκοπικά,

με εξαίρεση τη διάσταση «Ψυχολογική λειτουργία», όπου η βαθμολογία δε διέφερε μεταξύ των συμμετεχόντων με διαφορετική χειρουργική προσέγγιση.



**Εικόνα 10: Μέση συνολική βαθμολογία ASIS ως προς τη χειρουργική προσέγγιση και ανά χρονική στιγμή**

Πίνακας 27: Βαθμολογία της κλίμακας ASIS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με τη χειρουργική προσέγγιση στο νοσοκομείο σε 3 χρονικές στιγμές

Κλίμακα ASIS	Χειρουργική προσέγγιση	1 <sup>η</sup> μέτρηση		2 <sup>η</sup> μέτρηση		3 <sup>η</sup> μέτρηση	
		MT(±TA)	p-value	MT(±TA)	p-value	MT(±TA)	p-value
Σωματικοί περιορισμοί	Ανοικτή τομή	12.92(±2.41)	<b>0.004</b>	8.55(±2.93)	<b>0.012</b>	13.00(±2.07)	<b>0.003</b>
	Λαπαροσκοπικά	14.52(±1.50)		10.60(±2.58)		14.47(±1.41)	
Λειτουργικές βλάβες	Ανοικτή τομή	13.25(±1.76)	<b>0.003</b>	8.37(±3.09)	<b>0.001<sup>a</sup></b>	13.03(±1.74)	<b>0.001</b>
	Λαπαροσκοπικά	14.65(±0.93)		10.91(±1.97)		14.65(±0.93)	
Σωματικός πόνος	Ανοικτή τομή	12.18(±2.94)	0.088	5.85(±2.87)	0.219	8.92(±2.64)	<b>0.001<sup>a</sup></b>
	Λαπαροσκοπικά	13.73(±1.76)		6.26(±1.13)		11.30 (±2.09)	
Εντερική λειτουργία	Ανοικτή τομή	12.14(±2.89)	0.063	8.07(±3.91)	<b>&lt;0.001</b>	12.37(±2.20)	<b>0.008</b>
	Λαπαροσκοπικά	13.60(±2.01)		12.26(±2.71)		13.86(±1.79)	
Ύπνος	Ανοικτή τομή	10.14(±4.37)	0.158	7.85(±4.06)	<b>0.019</b>	9.66(±4.27)	<b>0.038</b>
	Λαπαροσκοπικά	12.00(±3.25)		10.60(±3.89)		12.00(±3.43)	
Ψυχολογική λειτουργία	Ανοικτή τομή	12.00(±2.89)	0.064	9.81(±3.12)	<b>0.008</b>	12.55(±2.63)	0.239
	Λαπαροσκοπικά	13.47(±2.10)		12.21(±2.25)		13.78(±1.16)	
Συνολική Βαθμολογία	Ανοικτή τομή	72.66(±14.31)	<b>0.023</b>	48.51(±18.14)	<b>0.005</b>	69.55(±13.89)	<b>0.003</b>
	Λαπαροσκοπικά	82.00(±9.53)		62.86(±12.48)		80.08(±8.92)	

a: t-test, όλες οι άλλες συγκρίσεις έγιναν με Mann-Whitney

### 6.3.6 Συγκρίσεις ως προς την ύπαρξη παροχέτευσης τραύματος

Στον πίνακα 28 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας QoR-15 σε σχέση με τη παροχέτευση τραύματος.

**Πίνακας 28: Βαθμολογία της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας QoR-15 σε σχέση με την ύπαρξη παροχέτευση τραύματος**

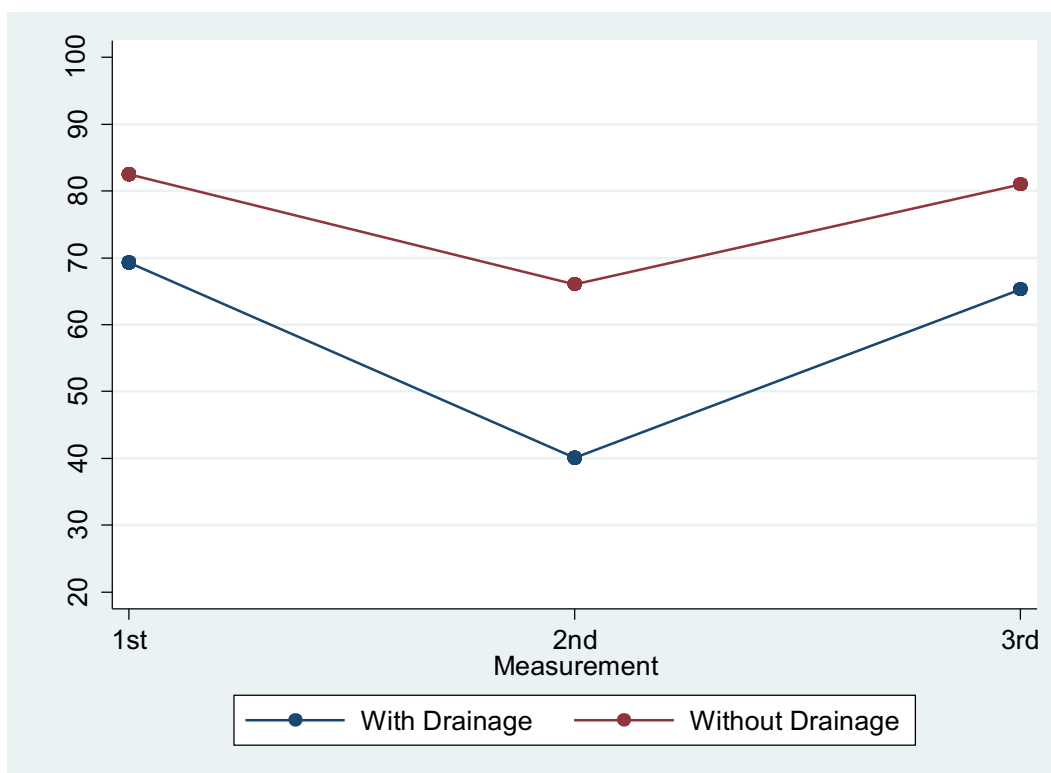
Ερωτηματολόγιο	Παροχέτευση τραύματος		p-value
	Ναι (N=21)	Όχι (N=29)	
	ΜΤ(±ΤΑ)	ΜΤ(±ΤΑ)	
<b>Διαστάσεις ερωτηματολογίου SF-20</b>			
Σωματική λειτουργικότητα (0-100%)	81.74(±20.85)	96.55(±11.46)	<0.001 <sup>a</sup>
Λειτουργικότητα ρόλων (0-100%)	61.90(±42.29)	93.96(±18.48)	0.001 <sup>a</sup>
Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100%)	67.61(±31.92)	93.79(±15.21)	<0.001 <sup>a</sup>
Ψυχική λειτουργικότητα (0-100%)	61.52(±17.36)	75.44(±14.13)	0.003 <sup>β</sup>
Πόνος (0-100%)	15.23(±14.00)	31.03(±25.40)	0.028 <sup>a</sup>
Αντιλήψεις υγείας (0-100%)	27.14(±18.67)	61.55(±14.70)	<0.001 <sup>β</sup>
<b>QoR-15</b>			
Σωματική ευεξία (0-90)	30.14(±12.99)	53.72(±10.99)	<0.001 <sup>β</sup>
Πόνος (0 – 20)	8.86(±2.19)	11.14(±1.68)	<0.001 <sup>β</sup>
Σωματική άνεση (0-50)	17.76(±8.39)	31.72(±7.29)	<0.001 <sup>β</sup>
Σωματική ανεξαρτησία (0-20)	3.52(±3.43)	10.86(±3.49)	<0.001 <sup>β</sup>
Ψυχική ευεξία (0-60)	21.00(±7.58)	31.62(±4.45)	<0.001 <sup>β</sup>
Ψυχολογική υποστήριξη (0-20)	12.81(±2.42)	16.69(±2.17)	<0.001 <sup>β</sup>
Συναισθηματική κατάσταση (0-40)	15.33(±6.55)	23.41(±3.91)	<0.001 <sup>β</sup>
Συνολικό ερωτηματολόγιο	51.14(±20.07)	85.34(±14.28)	<0.001 <sup>β</sup>

a: Mann-Whitney, β: t-test

Οι συμμετέχοντες που είχαν παροχέτευση τραύματος είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη βαθμολογία σ' όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου SF-20 σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν παροχέτευση τραύματος. Δηλαδή, οι συμμετέχοντες που είχαν παροχέτευση τραύματος είχαν αναφέρει χειρότερη ποιότητα ζωής προεγχειρητικά σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν παροχέτευση τραύματος.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο QoR-15, όπου αξιολογήθηκε την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, οι συμμετέχοντες που είχαν παροχέτευση τραύματος είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη βαθμολογία τόσο στο συνολικό ερωτηματολόγιο του QoR-15 ( $p < 0.05$ ), όσο και σ' όλες τις διαστάσεις του QoR-15 ( $p < 0.05$ ), σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν παροχέτευση τραύματος.

Στον πίνακα 29 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας ASIS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με τη χειρουργική προσέγγιση σε 3 χρονικές στιγμές. Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου ASIS, όσο και η βαθμολογία των διαστάσεων του ASIS, ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες στους συμμετέχοντες που δεν είχαν παροχέτευση τραύματος σε σχέση με εκείνους που είχαν παροχέτευση τραύματος και στις 3 χρονικές στιγμές αξιολόγησης του ερωτηματολογίου.



**Εικόνα 11: Μέση συνολική βαθμολογία ASIS ως προς την ύπαρξη παροχέτευσης τραύματος ανά χρονική στιγμή**

**Πίνακας 29: Βαθμολογία της κλίμακας ASIS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με την ύπαρξη παροχέτευσης τραύματος σε 3 χρονικές στιγμές**

Κλίμακα ASIS	Παροχέτευση	1 <sup>η</sup> μέτρηση		2 <sup>η</sup> μέτρηση		3 <sup>η</sup> μέτρηση	
		MT(±TA)	p-value	MT(±TA)	p-value	MT(±TA)	p-value
Σωματικοί περιορισμοί	Ναι	12.71(±2.39)	<b>0.001</b>	6.95(±1.56)	<b>&lt;0.001</b>	12.61(±2.10)	<b>&lt;0.001</b>
	Όχι	14.34(±1.75)		11.34(±2.24)		14.44(±1.37)	
Λειτουργικές βλάβες	Ναι	13.04(±1.82)	<b>0.001</b>	7.23(±2.46)	<b>&lt;0.001</b>	12.76(±1.75)	<b>&lt;0.001</b>
	Όχι	14.51(±1.05)		11.20(±1.89)		14.51(±1.05)	
Σωματικός πόνος	Ναι	11.57(±2.63)	<b>0.001</b>	4.71(±2.47)	<b>&lt;0.001</b>	8.19(±2.63)	<b>&lt;0.001<sup>a</sup></b>
	Όχι	13.86(±2.08)		7.00(±1.46)		11.34 (±1.77)	
Εντερική λειτουργία	Ναι	11.42(±2.69)	<b>&lt;0.001</b>	6.33(±2.90)	<b>&lt;0.001</b>	11.52(±2.01)	<b>&lt;0.001</b>
	Όχι	13.82(±2.05)		12.65(±2.09)		14.17(±1.44)	
Ύπνος	Ναι	9.28(±4.32)	<b>0.017</b>	6.23(±3.30)	<b>&lt;0.001</b>	8.42(±4.03)	<b>0.001</b>
	Όχι	12.24(±3.24)		11.20(±3.47)		12.41(±3.19)	
Ψυχολογική λειτουργία	Ναι	11.28(±2.72)	<b>&lt;0.001</b>	8.61(±2.47)	<b>&lt;0.001</b>	11.76(±2.46)	<b>&lt;0.001</b>
	Όχι	13.68(±2.10)		12.58(±12.09)		14.10(±1.20)	
Συνολική Βαθμολογία	Ναι	69.33(±13.05)	<b>&lt;0.001</b>	40.09(±12.59)	<b>&lt;0.001</b>	65.28(±12.95)	<b>&lt;0.001</b>
	Όχι	82.48(±10.17)		66.00(±10.68)		81.00(±7.99)	

*a: t-test, όλες οι άλλες συγκρίσεις έγιναν με Mann-Whitney*

### 6.3.7 Συγκρίσεις ως προς την ύπαρξη στομίας

Στον πίνακα 30 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας QoR-15 σε σχέση με την ύπαρξη στομίας.

**Πίνακας 30: Βαθμολογία της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας QoR-15 σε σχέση με την ύπαρξη στομίας**

Ερωτηματολόγιο	Στομία		p-value
	Ναι (N=8)	Όχι (N=42)	
	ΜΤ(±ΤΑ)	ΜΤ(±ΤΑ)	
<b>Διαστάσεις ερωτηματολογίου SF-20</b>			
Σωματική λειτουργικότητα (0-100%)	77.08(±23.03)	92.85(±15.35)	<b>0.042<sup>a</sup></b>
Λειτουργικότητα ρόλων (0-100%)	56.25(±49.55)	85.11(±29.24)	0.068 <sup>a</sup>
Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100%)	70.00(±33.80)	85.23(±25.01)	0.236 <sup>a</sup>
Ψυχική λειτουργικότητα (0-100%)	55.50(±20.44)	72.28(±14.95)	<b>0.025<sup>a</sup></b>
Πόνος (0-100%)	20.00(±15.11)	25.23(±23.81)	0.820 <sup>a</sup>
Αντιλήψεις υγείας (0-100%)	16.25(±15.52)	52.97(±20.18)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
<b>QoR-15</b>			
Σωματική ευεξία (0-90)	23.00(±8.42)	47.79(±14.74)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Πόνος (0 – 20)	8.13(±2.10)	10.57(±2.03)	<b>0.003<sup>β</sup></b>
Σωματική άνεση (0-50)	12.75(±4.53)	28.34(±9.23)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Σωματική ανεξαρτησία (0-20)	2.13(±2.59)	8.86(±4.64)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Ψυχική ευεξία (0-60)	16.13(±4.39)	29.26(±6.59)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Ψυχολογική υποστήριξη (0-20)	11.75(±2.31)	15.69(±2,66)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Συναισθηματική κατάσταση (0-40)	11.13(±3.39)	21.71(±5.52)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>
Συνολικό ερωτηματολόγιο	39,13(±12.74)	77.05(±20.49)	<b>&lt;0.001<sup>β</sup></b>

*a: Mann-Whitney, β: t-test*

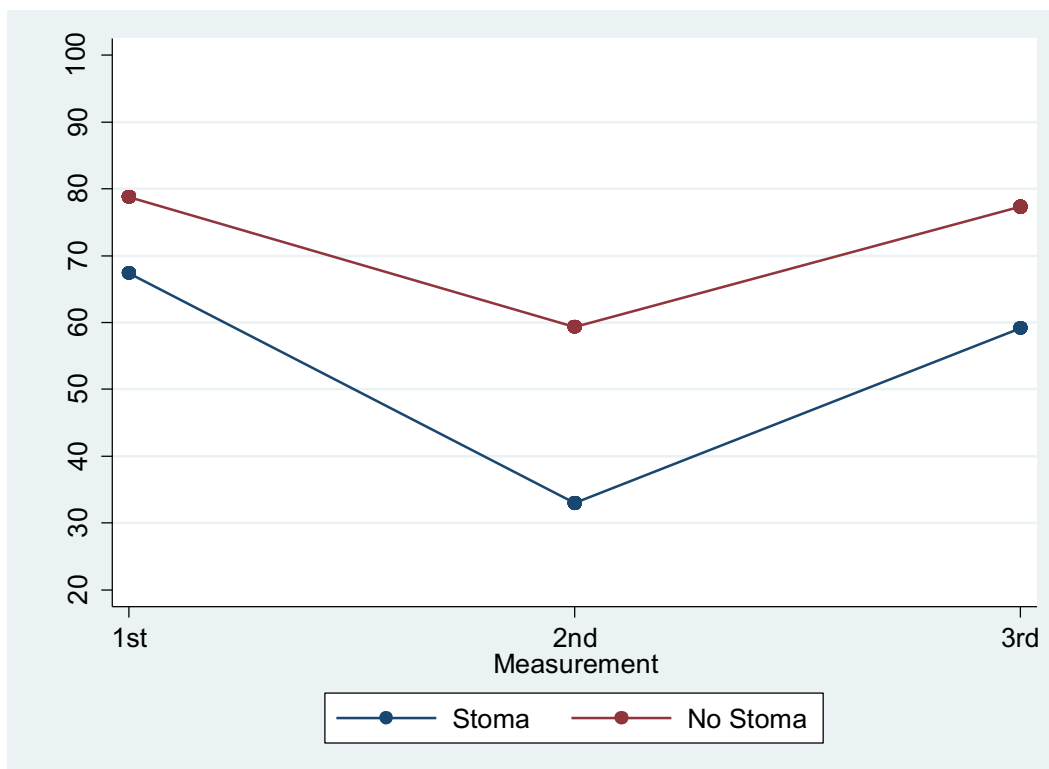
Οι συμμετέχοντες που είχαν στομία μετά την επέμβαση είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου SF-20 «Σωματική Λειτουργικότητα», «Ψυχική Λειτουργικότητα» και «Αντιλήψεις Υγείας» σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν στομία. Ωστόσο, η βαθμολογία των διαστάσεων «Λειτουργικότητα



Ρόλων», «Κοινωνική Λειτουργικότητα» και «Πόνος» δε διέφερε μεταξύ των συμμετεχόντων που είχαν ή όχι στομία.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο QoR-15, όπου αξιολογήθηκε την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, οι συμμετέχοντες που είχαν στομία είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη βαθμολογία τόσο στο συνολικό ερωτηματολόγιο του QoR-15 ( $p<0.05$ ), όσο και σ' όλες τις διαστάσεις του QoR-15 ( $p<0.05$ ), σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν στομία.

Στον πίνακα 31 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας ASIS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με την ύπαρξη σε 3 χρονικές στιγμές. Κατά την προεγχειρητική φάση (1<sup>η</sup> φάση), οι συμμετέχοντες που είχαν στομία είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στο συνολικό ερωτηματολόγιο και στις διαστάσεις του ASIS «Σωματικοί Περιορισμοί», «Εντερική Λειτουργιά» και «Λειτουργικές βλάβες». Κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο (2<sup>η</sup> μέτρηση) και την περίοδο 2 εβδομάδες μετά την επέμβαση (3<sup>η</sup> μέτρηση), η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου ASIS, όσο και η βαθμολογία των διαστάσεων του ASIS, ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες στους συμμετέχοντες που δεν είχαν στομία σε σχέση με εκείνους που είχαν στομία.



**Εικόνα 12: Μέση συνολική βαθμολογία ASIS ως προς την ύπαρξη στομίας ανά χρονική στιγμή**

Πίνακας 31: Βαθμολογία της κλίμακας ASIS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με την ύπαρξη στομίας σε 3 χρονικές στιγμές

Κλίμακα ASIS	Παροχέτευση	1 <sup>η</sup> μέτρηση		2 <sup>η</sup> μέτρηση		3 <sup>η</sup> μέτρηση	
		ΜΤ(±ΤΑ)	p-value	ΜΤ(±ΤΑ)	p-value	ΜΤ(±ΤΑ)	p-value
Σωματικοί περιορισμοί	Ναι	12.00(±2.44)	<b>0.011</b>	6.50(±0.92)	<b>0.001</b>	11.50(±2.07)	<b>&lt;0.001</b>
	Όχι	13.97(±2.00)		10.07(±2.84)		14.09(±1.62)	
Λειτουργικές βλάβες	Ναι	12.12(±1.24)	<b>&lt;0.001</b>	5.75(±1.66)	<b>&lt;0.001<sup>a</sup></b>	12.12(±1.24)	<b>0.001</b>
	Όχι	14.23(±1.42)		10.26(±2.50)		14.09(±1.51)	
Σωματικός πόνος	Ναι	11.75(±3.15)	0.270	3.75(±1.16)	<b>&lt;0.001</b>	7.87(±2.90)	<b>0.012<sup>a</sup></b>
	Όχι	13.11(±2.43)		6.47(±2.13)		10.42 (±2.45)	
Εντερική λειτουργία	Ναι	11.12(±2.47)	<b>0.029</b>	5.00(±1.19)	<b>&lt;0.001</b>	10.12(±1.35)	<b>&lt;0.001</b>
	Όχι	13.14(±2.53)		10.95(±3.59)		13.61(±1.78)	
Ύπνος	Ναι	9.12(±4.35)	0.204	4.87(±1.45)	<b>0.001</b>	7.12(±3.13)	<b>0.006</b>
	Όχι	11.35(±3.85)		9.92(±4.04)		11.42(±3.85)	
Ψυχολογική λειτουργία	Ναι	11.25(±3.41)	0.199	7.12(±1.24)	<b>&lt;0.001</b>	10.37(±2.61)	<b>0.001</b>
	Όχι	12.95(±2.42)		11.64(±2.65)		13.64(±1.63)	
Συνολική Βαθμολογία	Ναι	67.35(±14.66)	<b>0.026</b>	33.00(±5.55)	<b>&lt;0.001</b>	59.12(±11.36)	<b>0.001</b>
	Όχι	78.78(±12.12)		59.33(±15.35)		77.30(±11.07)	

a: t-test, όλες οι άλλες συγκρίσεις έγιναν με Mann-Whitney

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής μετά από χειρουργείο κοιλίας με τη χρήση αυτό-αναφερόμενων κλιμάκων της ποιότητας ζωής, δηλαδή με ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς, προσφέρει τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να έχουν συνεχή εικόνα για την κατάσταση του ασθενούς, ειδικότερα από την δική του οπτική. Επομένως, με τον τρόπο αυτό ο σχεδιασμός της φροντίδας του μετεγχειρητικά να είναι βάσει των αναγκών και των ιδιομορφιών του (Urbach et al., 2006). Ωστόσο, οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε διεθνές επίπεδο είναι μετρημένες (Urbach et al., 2006) (Datta et al., 2009) (Balvardi et al., 2019) από τις οποίες καμία δεν εξετάζει άλλα εργαλεία πλην της κλίμακας ASIS. Στην χώρα μας δεν έχει γίνει έως τώρα καμία μελέτη αναφορικά με τη ποιότητα ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση κοιλίας καθώς οι μελέτες που έχουν γίνει αφορούν την αναισθησιολογική κάλυψη των μετεγχειρητικών ασθενών ή άλλα πεδία όπως η καρδιοχειρουργική.

Η παρούσα έρευνα συνιστά την πρώτη μελέτη που αξιολογεί τη ποιότητα ζωής ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση κοιλίας, καθώς και την πρώτη που χρησιμοποιεί και εξετάζει κλίμακες αξιολόγησης ποιότητας ζωής όπως η SF-20, QoR-15 και ASIS. Οι τελευταίες απευθύνονται σε χειρουργημένους ασθενείς, ενώ η κλίμακα SF-20 αποτελεί μια πιο περιεκτική έκδοση της κλίμακας SF-36. Ωστόσο, για τον λόγο αυτό δεν έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στον ευρύ πληθυσμό, επομένως ούτε και σε χειρουργημένους ασθενείς. Συνεπώς η μόνη μελέτη όπου αξιοποιήθηκε η κλίμακα αυτή ήταν αυτή των Holmes et al, (Holmes et al., 1996), όπου αφορούσε στην ποιότητα ζωής σε HIV θετικούς άντρες ασθενείς. Τα κυριότερα ευρήματα της μελέτης αυτής είναι ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας SF-20 και της κλίμακας ASIS σε προεγχειρητικό επίπεδο, καθώς και μεταξύ της κλίμακας ASIS και της κλίμακας QoR-15 σε μετεγχειρητικό επίπεδο. Γεγονός που καταδεικνύει ότι η κλίμακα ASIS φαίνεται να είναι αξιόπιστη και έγκυρη.

## 7.1 Δεδομένα Σχετικά με τα Δημογραφικά και Κλινικά Χαρακτηριστικά των Ασθενών της Μελέτης

Το δείγμα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο κοιλίας της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν συνολικά 50 ασθενείς, όπου το 42% ήταν άντρες, ποσοστό μικρότερο από άλλες έρευνες που κάνουν χρήση της κλίμακας ASIS. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των αντρών κυμαινόταν από 52% έως 57% (Urbach et al., 2006) (Datta et al., 2009) (Balvardi et al., 2019) ενώ στην μελέτη των Holmes et al, (Holmes et al., 1996) το δείγμα αποτελούταν μόνο από άντρες.

Η μέση ηλικία των ασθενών της μελέτης μας ήταν 58.62 έτη, ελαφρώς μικρότερη από αυτή των Balvardi et al, που ήταν τα 60 έτη (Balvardi et al., 2019), αλλά μεγαλύτερη από τα 53.37, 36.8 και 37.2 έτη άλλων μελετών (Urbach et al., 2006) (Datta et al., 2009) (Holmes et al., 1996).

Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών της μελέτης αυτής, το 62% έλαβε τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 36% δευτεροβάθμια εκπαίδευση και μόλις το 1% είχε λάβει πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η παράμετρος αυτή δεν συμπεριλήφθηκε σε κάποια άλλη μελέτη.

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών της παρούσας μελέτης το 64% των ασθενών είναι έγγαμοι, το 12% είναι άγαμοι, το 12 % είναι διαζευγμένοι και το υπόλοιπο 12 % είναι χήροι.

Η μέση τιμή του δείκτη μάζας σώματος των ασθενών της παρούσας μελέτης ανήλθε σε 27.12, τιμή μεγαλύτερη από αυτή των Balvardi et al, που ήταν 26 (Balvardi et al., 2019). Αξίζει να σημειωθεί πως η παράμετρος αυτή δεν συμπεριλήφθηκε σε άλλες μελέτες (Holmes et al., 1996).

Ο τύπος του χειρουργείου που συμπεριλήφθηκε στην παρούσα μελέτη αφορούσε 48% σε χολοκυστεκτομή, 26% σε κολεκτομή, 16% σε αποκατάσταση κήλης και το υπόλοιπο 5% σε άλλο τύπο χειρουργείου. Στην μελέτη των Urbach et al, (Urbach et al., 2006) δεν αναφέρεται ξεκάθαρα ο τύπος του χειρουργείου παρά μόνον ότι αφορά τη περιοχή της κοιλίας και τη χειρουργική προσέγγιση, όπως και στην μελέτη των Stark et al, (Stark & Myles, 2011). Στην μελέτη των Datta et al, (Datta et al., 2009) ο τύπος του χειρουργείου αφορούσε αποκλειστικά σε ειλεοπρωκτική αναστόμωση και αντίστοιχα η μελέτη των Balvardi et al, (Balvardi et al., 2019) αφορούσε αποκλειστικά σε κολεκτομή.

Η διάγνωση των ασθενών της παρούσας μελέτης ήταν χολολιθίαση για το 48% , για το 28% ήταν καρκίνος παχέος ή λεπτού εντέρου, για 2% ήταν καρκίνος παγκρέατος και για 2%

σκωληκοειδίτις. Οι διαγνώσεις των ασθενών δεν αναφέρονται σε άλλη μελέτη πέρα από τον Balvardi et al, (Balvardi et al., 2019) και των Datta et al, (Datta et al., 2009) που η διάγνωση ήταν καρκίνος εντέρου.

Όσον αφορά στη χειρουργική προσέγγιση, στη παρούσα μελέτη το 54% των ασθενών υποβλήθηκαν σε χειρουργείο κοιλίας με ανοιχτή τομή και το 46% χειρουργήθηκε λαπαροσκοπικά, ποσοστά πολύ κοντά σε αυτά των Urbach et al, που το 65% χειρουργήθηκε με ανοιχτή τομή και το 35% λαπαροσκοπικά (Urbach et al., 2006). Στη μελέτη των Datta et al, το ποσοστό ανοιχτών χειρουργείων ήταν 88% και λαπαροσκοπικά 12% (Datta et al., 2009). Αντίθετα, στη μελέτη των και Balvardi et al, το 19% ήταν ανοιχτά και το 81% λαπαροσκοπικά (Balvardi et al., 2019). Οι διαφορές αυτές ίσως οφείλονται στο γεγονός πως η κάθε μελέτη περιέχει διαφορετικά είδη χειρουργείων κοιλίας καθώς παρατηρούμε πως τα ποσοστά με τη πρώτη μελέτη πλησιάζουν αρκετά, ακριβώς επειδή τα είδη των περιστατικών είναι παρόμοια όπως κολεκτομές, χολοκυστεκτομές, κήλες κ.λπ. Ενώ, οι δύο τελευταίες μελέτες αναφέρονται αποκλειστικά σε ειλεοπρωκτική αναστόμωση και κολεκτομές αντίστοιχα.

Όσον αφορά στην κατηγορία ASA, το 32% των ασθενών της μελέτης μας ανήκαν στη κατηγορία ASA I στην το 46% στην κατηγορία ASA II και το 22% στην ASA III. Στη μελέτη των Balvardi et al, η κατανομή των ασθενών κατά ASA διέφερε σε σχέση με την κατανομή των ασθενών στην παρούσα μελέτη. Αναλυτικότερα, στη μελέτη των Balvardi et al κανένας ασθενής δεν άνηκε στην κατηγορία ASA III και η πλειοψηφία των ασθενών ( 85% ) των ασθενών ανήκαν στη κατηγορία ASA I (Balvardi et al., 2019). Πιθανώς, η μεγάλη αυτή διαφορά να οφείλεται στο γεγονός πως αυτή η μελέτη δεν απευθυνόταν αποκλειστικά και μόνο σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κολεκτομή, όπως αυτή των Balvardi et al, αλλά είχε ποικιλία χειρουργείων.

Παροχέτευση τραύματος στην παρούσα μελέτη είχαν το 42% των ασθενών. Από τους ασθενείς αυτούς 18% είχε μία παροχέτευση, 18% είχε δύο παροχετεύσεις και 6% είχε τρεις παροχετεύσεις. Η παρουσία παροχέτευσης καθώς και ο αριθμός τους δεν αναφέρονται σε καμία άλλη μελέτη.

Στομία δημιουργήθηκε στο 16% των ασθενών σε αυτή τη μελέτη ποσοστό δικαιολογημένα μικρότερο από το 28% που ήταν στη μελέτη των Balvardi et al, καθώς όπως προαναφέρθηκε η μελέτη αυτή αφορούσε μόνο χειρουργεία εντέρου.

Αναφορικά με την μέση διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο ήταν 4,78 ημέρες. Στην μελέτη των Balvardi et al,(Balvardi et al., 2019) η διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο για το 74% των ασθενών ήταν περισσότερες από 4 ημέρες ενώ στην μελέτη των Stark et al,(Stark & Myles, 2011) ήταν 4 ημέρες.

Ο χρόνος παραμονής στη χειρουργική θέση για τους ασθενείς της παρούσας μελέτης ήταν έως μία ώρα για το 34% των ασθενών, από μια έως τρεις ώρες για το 42% και περισσότερο των τριών ωρών για το 24%. Στη μελέτη των Stark et al,(Stark & Myles, 2011) αναφέρεται ο μέσος χρόνος παραμονής στη χειρουργική θέση ο οποίος ήταν 122 λεπτά. Στις υπόλοιπες μελέτες δεν αναφέρεται αυτή η συγκεκριμένη παράμετρος.

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές που παρουσίασαν οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης σύμφωνα με την κλίμακα The Clavien-Dindo Classification ήταν για το 14% των ασθενών Grade I και για το 8% των ασθενών Grade II. Η πλειονότητα των ασθενών, δηλαδή το 78% δεν εμφάνισε καμία επιπλοκή μετεγχειρητικά. Η παράμετρος αυτή επίσης δεν αναφέρεται σε άλλες μελέτες.

Όσον αφορά στην εμφάνιση συνοδών παθήσεων των ασθενών της παρούσας μελέτης σύμφωνα με τον δείκτη συννοσηρότητας Charlson Comorbidity Index (CCI), η μέση τιμή ανήλθε σε 0,66. Στην μελέτη των Balvardi et al,(Balvardi et al., 2019) το 81% των ασθενών είχε μέση τιμή του δείκτη συννοσηρότητας Charlson Comorbidity Index (CCI) μικρότερο του 3. Ο συγκεκριμένος δείκτης δεν αξιοποιήθηκε από άλλες μελέτες.

## **7.2 Αξιοπιστία Κλιμάκων**

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε έλεγχος εσωτερικής συνοχής των κλιμάκων με τον υπολογισμό του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's  $\alpha$  για όλες τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Σε αυτή την έρευνα το ερωτηματολόγιο SF-20 εμφανίζει πολύ υψηλή εσωτερική συνέπεια με τον δείκτη Cronbach's  $\alpha = 0.949$  γεγονός που υποστηρίζεται και από τη μελέτη των Holmes et al., η οποία αξιολογεί τη ποιότητα ζωής HIV θετικών ατόμων, καθώς η κλίμακα αυτή δεν έχει χρησιμοποιηθεί ξανά σε χειρουργικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο QoR-15 επίσης εμφανίζει πολύ υψηλή εσωτερική συνέπεια καθώς η τιμή του Cronbach's  $\alpha$  ήταν ίση με 0.923, γεγονός που υποστηρίζεται και από την έρευνα των Stark et al. Όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο ASIS, αυτό εμφανίζει πολύ υψηλή εσωτερική συνέπεια και στις τρεις χρονικές περιόδους αξιολόγησής τους, αφού η τιμή Cronbach's  $\alpha$  κυμαινόταν από 0.943 έως 0.965. Τιμή που βρίσκεται πολύ κοντά σε αυτή των Urbach et al., που ήταν 0.914. Ωστόσο, οι υποκλίμακες του ASIS σωματικός πόνος και εντερική λειτουργία κατά την

προεγχειρητική μέτρηση και η εντερική λειτουργία κατά τη δεύτερη μετεγχειρητική αξιολόγηση είχαν Cronbach's  $\alpha$  κάτω από 0.7. Τιμές που φαίνεται να παρουσιάζονται και στην έρευνα των Urbach et al., και στηρίζεται στο γεγονός ότι η υποκλίμακα αυτή κατασκευάστηκε από ετερογενείς έννοιες όπως η γαστρεντερική, ουρολογική λειτουργία και δίψα. Είναι όμως δυνατόν μια κλίμακα να υστερεί στην εσωτερική συνέπεια αλλά παρόλα αυτά να θεωρείται αξιόπιστη, βάσει άλλων παραμέτρων αξιοπιστίας όπως η αξιοπιστία test-retest (Urbach et al., 2006).

### 7.3 Δεδομένα Κλιμάκων

Για το ερωτηματολόγιο SF-20 υψηλότερη βαθμολογία σημειώθηκε στις υποκλίμακες σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα ενώ οι χαμηλότερες βαθμολογίες σημειώθηκαν στις διαστάσεις της αντίληψης υγείας και πόνου. Να σημειωθεί πως έως σήμερα κανένα ερωτηματολόγιο της σειράς Short Form Survey (SF-12, SF-20, SF-36) δεν έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών μετά από χειρουργείο κοιλίας. Παρόλα αυτά οι κλίμακες έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής μετά από άλλου είδους επεμβάσεις. Οι Schneider et al, αξιοποίησαν την κλίμακα SF-20 για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αορτομηνιαία παράκαμψη σε διάστημα πέντε ετών. Στην έρευνα αυτή, μεγαλύτερες βαθμολογίες σημειώθηκαν στις υποκλίμακες της κοινωνικής και ψυχικής λειτουργικότητας ενώ οι χαμηλότερες στις υποκλίμακες της αντίληψης υγείας και της σωματικής λειτουργικότητας (Schneider et al, 1993). Ενώ βρέθηκε πως η κλίμακα SF-12 έχει χρησιμοποιηθεί στις μελέτες των Zumbunn et al και Zupi et al για την διερεύνηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς μετά από ολική αντικατάσταση άρθρωσης και μετά από υστερεκτομή αντίστοιχα και στις δύο μελέτες αναφέρονται μόνο οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων της σωματικής και ψυχικής λειτουργικότητας. Για τους Zumbunn et al η μέση τιμή της σωματικής λειτουργικότητας ήταν 40,1 και της ψυχικής λειτουργικότητας 50,5 ενώ για τους Zupi et al η μέση τιμή της σωματικής λειτουργικότητας ήταν 55,4 και της ψυχικής λειτουργικότητας 51,9 (Zumbunn et al., 2021) (Zupi et al, 2016). Οι εμφανείς αυτές διαφορές στις βαθμολογίες προφανώς οφείλονται στο γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε προεγχειρητικά ενώ στις παραπάνω έρευνες μετεγχειρητικά. Συνεπώς, η ποιότητα ζωής των ασθενών δεν είχε επηρεαστεί ακόμα από το χειρουργείο.

Η μέση τιμή του ερωτηματολογίου QoR-15 στη παρούσα μελέτη ανήλθε σε 70.98 όμως η αντίστοιχη τιμή μετεγχειρητικά για τους Stark et al, ήταν 101 (Stark & Myles, 2011). Η διαφορά αυτή οφείλεται στο γεγονός πως στη τελευταία έρευνα αξιολογήθηκαν μετεγχειρητικά διαφόρων ειδών χειρουργικές επεμβάσεις που ενδεχομένως να μην έχουν την ίδια βαρύτητα με τα χειρουργεία κοιλίας που αξιολόγησε αυτή η μελέτη.

Προεγχειρητικά η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου ASIS, ήταν 76.96 ενώ στην μελέτη των Balvardi et al, ήταν 109.6 . Στις μελέτες των Urbach et al, και των Datta et al, δεν έγινε μέτρηση σε προεγχειρητικό επίπεδο. Κατά την δεύτερη μέτρηση, δηλαδή άμεσα μετεγχειρητικά παρατηρείται στατιστικά σημαντική μείωση της μέσης βαθμολογίας στα 55.12 γεγονός που επιβεβαιώνεται από την μελέτη των Balvardi et al, καθώς είχαν παρόμοια μείωση (73.2). Στις μελέτες των Urbach et al, η βαθμολογία ήταν 71.67 και των Datta et al, ήταν 69.60 αντίστοιχα. Μετεγχειρητικά σημειώνεται ότι τόσο η συνολική βαθμολογία (74.4) όσο και η βαθμολογία των υποκλιμάκων του ASIS επανέρχεται σε επίπεδα παρόμοια με αυτά της προεγχειρητικής περιόδου, παρόμοια με την βαθμολογία της μελέτης των Balvardi et al (105.5) . Αναφορικά με τις υποκλίμακες της ASIS προεγχειρητικά οι βαθμολογίες τόσο της παρούσας μελέτης όσο και της μελέτης των Balvardi et al κυμαίνονταν στα ίδια επίπεδα. Εν ολίγοις οι υψηλότερες βαθμολογίες και στις δυο μελέτες αντιστοιχούν στις υποκλίμακες των σωματικών περιορισμών και των λειτουργικών βλαβών. Ενώ χαμηλότερες βαθμολογίες σημειώνονται στις υποκλίμακες του ύπνου και της ψυχολογικής λειτουργίας. Κατά την δεύτερη μέτρηση, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική πτώση των βαθμολογιών όλων των υποκλιμάκων. Στη παρούσα μελέτη, τη χαμηλότερη βαθμολογία έλαβε η υποκλίμακα του πόνου, η οποία στη μελέτη των Urbach et al, είχε τη δεύτερη χαμηλότερη τιμή. Στη μελέτη των Balvardi et al και στη μελέτη των Urbach et al, τη χαμηλότερη βαθμολογία έλαβε η κλίμακα του ύπνου (Urbach et al., 2006). Ενώ στην μελέτη των Datta et al, τη χαμηλότερη βαθμολογία είχε η υποκλίμακα των λειτουργικών βλαβών (Datta et al., 2009). Τέλος, μετεγχειρητικά επίσης οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων είχαν παρόμοιες τιμές σε αυτή την μελέτη και την μελέτη των Balvardi et al, με τις χαμηλότερες βαθμολογίες να σημειώνονται στις υποκλίμακες του πόνου και της εντερικής λειτουργίας (Balvardi et al., 2019).

#### **7.4 Περιορισμοί Μελέτης**

Παρά το γεγονός ότι η συγκεκριμένη μελέτη οδήγησε σε αξιόλογα ευρήματα, χαρακτηρίζεται από ποικίλους περιορισμούς που εμποδίζουν την γενίκευση των ευρημάτων αυτών. Από τους



βασικότερους περιορισμούς της παρούσας μελέτης είναι το γεγονός πως χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας για την επιλογή των υποψήφιων προς χειρουργείο ασθενών για να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής τους. Ενώ πιο αξιόπιστη θα ήταν η χρήση τυχαιοποιημένης δειγματοληψίας. Ακόμη, στους περιορισμούς συγκαταλέγεται και το γεγονός πως η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε ένα κέντρο κι επομένως η μελέτη είναι μονοκεντρική.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

### Σ ΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### 8.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη συνιστά τη πρώτη μελέτη που αξιολογεί τη ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση κοιλίας, αξιοποιώντας τρία διαφορετικά εργαλεία για την εκτίμηση της. Ειδικότερα γίνεται πρώτη χρήση του ερωτηματολογίου ASIS και QoR-15, τα οποία μεταφράστηκαν στην ελληνική γλώσσα για τον σκοπό αυτόν. Τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύουν την χρησιμότητα, την αξιοπιστία και εγκυρότητα των κλιμάκων SF-20, ASIS και QoR-15 οι οποίες όμως χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση. Τα κύρια συμπεράσματα της μελέτης αφορούν στα εξής ευρήματα:

- i. Η ASIS αποτελεί μια αξιόπιστη και έγκυρη κλίμακα για την αξιολόγηση της άμεσης και μακροπρόθεσμης ποιότητας ζωής ασθενών που πρόκειται υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις κοιλίας.
- ii. Η κλίμακα ASIS μπορεί να χρησιμοποιηθεί, επίσης, για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε προεγχειρητικό επίπεδο.
- iii. Η κλίμακα ASIS αποτελεί ειδική κλίμακα ποιότητας ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργείο κοιλίας, καθώς περιλαμβάνει διαστάσεις όπως αυτή της εντερικής λειτουργίας που περιλαμβάνει ετερογενείς έννοιες όπως η γαστρεντερική, ουρολογική λειτουργία και δίψα προβλήματα που απασχολούν κυρίως μετά την παρέμβαση στη περιοχή της κοιλίας
- iv. Η κλίμακα ASIS είναι ιδιαίτερα εύκολή στη χρήση τόσο για τους ασθενείς που τη συμπληρώνουν καθώς είναι σύντομη και κατανοητή, τόσο για τους ερευνητές καθώς το τελικό αποτέλεσμα συνολικά αλλά και στις διαστάσεις της υπολογίζεται εύκολα και ξεκάθαρα.
- v. Οι ασθενείς την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με προεγχειρητικά, ωστόσο δύο εβδομάδες μετά την επέμβαση η ποιότητα ζωής επανέρχεται στα ίδια επίπεδα με την προεγχειρητική περίοδο.
- vi. Το γυναικείο φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία, η ανοιχτή τομή, η ύπαρξη παροχέτευσης και η ύπαρξη στομίας σχετίστηκαν με χαμηλότερη μετεγχειρητική ποιότητα ζωής.

- vii. Οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας είχαν χαμηλότερη προεγχειρητική ποιότητα ζωής, καθώς και χαμηλότερη μετεγχειρητική ποιότητα ζωής έως και 2 εβδομάδες μετά την επέμβαση.

## **8.2 Κατευθύνσεις για την Κλινική Πρακτική**

Οι πλέον μεταφρασμένες και σταθμισμένες κλίμακες ASIS και QoR-15 μπορούν να ενταχθούν στη καθημερινή πρακτική για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής και του επιπέδου ανάρρωσης μετά από χειρουργική επέμβαση κοιλίας για να διευκολύνουν την επικοινωνία των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας ώστε οι τελευταίοι να μπορούν να προσαρμόσουν το πλάνο φροντίδας του κάθε ασθενή σύμφωνα με τις ανάγκες του. Επιπροσθέτως, οι κλίμακες αυτές μπορούν να συντελέσουν εργαλεία για την μελέτη των αναγκών των εν λόγω ασθενών, αλλά και να εκτιμήσουν το επίπεδο παροχής φροντίδας των ασθενών σε κάθε κέντρο.

## **8.3 Ερευνητικές Κατευθύνσεις**

Η παρούσα μελέτη αποτέλεσε μια απόπειρα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής ασθενών μετά από χειρουργείο κοιλίας σε τρεις διαφορετικές φάσεις στην Ελλάδα σε δείγμα 50 ασθενών σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της Αττικής. Ωστόσο, για τη γενίκευση των ευρημάτων της μελέτης αυτής θα ήταν ορθό αυτή να επαναληφθεί σε μεγαλύτερο δείγμα και σε περισσότερα κέντρα.

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΡΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ASIS ΓΙΑ ΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΛΙΑΣ

ΤΗΣ ΜΑΡΙΝΑΣ ΚΙΜ  
Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc(c)

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Στις ημέρες μας πραγματοποιείται μεγάλος αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ετησίως, εκ των οποίων μεγάλο μέρος αφορά σε χειρουργεία κοιλίας. Αρκετά εργαλεία που εκτιμούν τη μετεγχειρητική πορεία του ασθενή έχουν αναπτυχθεί, συμπεριλαμβανομένης και της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, δεν έχει μέχρι σήμερα σταθμιστεί στα ελληνικά η κλίμακα ASIS (Abdominal Surgery Impact Scale) η οποία αφορά στην ποιότητα ζωής ασθενών ειδικά μετά από χειρουργείο κοιλίας.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μετάφραση στην ελληνική γλώσσα, η πολιτισμική προσαρμογή και η αξιολόγηση των μετρικών χαρακτηριστικών της κλίμακας ASIS σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργείο κοιλίας, σε σύγκριση με ήδη χρησιμοποιούμενες και κοινά αποδεκτές κλίμακες τόσο σε προεγχειρητικό όσο και μετεγχειρητικό επίπεδο.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για μεθοδολογική προοπτική μελέτη κοόρτης, η οποία πραγματοποιήθηκε σε μία Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Δημόσιου Γενικού και Ογκολογικού Νοσοκομείου της Αθήνας, από το Δεκέμβριο του 2019 έως τον Ιούλιο του 2020. Η δειγματοληψία ήταν ευκολίας και το δείγμα συντέλεσαν 50 ενήλικες ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν χειρουργείο κοιλίας. Η ποιότητα ζωής των ασθενών αξιολογήθηκε με τις κλίμακες ASIS, SF-20 (20-item Short Form Health Survey) προεγχειρητικά, την ASIS και QoR-15 (Quality of Recovery Score) άμεσα μετεγχειρητικά και στο διάστημα 2 εβδομάδων μόνο με την ASIS. Διενεργήθηκε περιγραφική στατιστική, έλεγχος αξιοπιστίας (συντελεστής Cronbach's  $\alpha$  και μελέτη συσχετίσεων (SPSS24.0,  $p \leq 0.05$ ).

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 58.62( $\pm 12.32$ ) έτη και το 58% αυτών ήταν γυναίκες. Η μέση βαθμολογία της κλίμακας ASIS προεγχειρητικά ήταν 76.96( $\pm 13.30$ ), την 1η μετεγχειρητική ημέρα 55.12( $\pm 17.22$ ) όπου σημειώνεται στατιστικά σημαντική μείωση και 2 εβδομάδες μετά την επέμβαση 74.40 ( $\pm 12.89$ ) ( $p < 0.001$ ) και φαίνεται η βαθμολογία να πλησιάζει αυτή της 1<sup>ης</sup> μέτρησης. Ο συντελεστής Cronbach's  $\alpha$  της ASIS ήταν  $> 0.9$  και στις τρεις χρονικές περιόδους αξιολόγησής του. Η συνολική βαθμολογία της ASIS βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με τη βαθμολογία όλων των υποκλιμάκων του SF-20 ( $0.512 \leq r_{ho} \leq 0.736$ ,  $p < 0.001$ ) και με τη βαθμολογία όλων των συνιστωσών του QoR-15 ( $0.665 \leq r_{ho} \leq 0.952$ ,  $p < 0.001$ ). vi. Το γυναικείο φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία, η ανοιχτή τομή, η ύπαρξη παροχέτευσης, η ύπαρξη στομίας και η μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας σχετίστηκαν με χαμηλότερη ποιότητα ζωής ( $p < 0.05$ ).

**Συμπεράσματα:** Η κλίμακα ASIS αποτελεί μια αξιόπιστη κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής τόσο άμεσα μετεγχειρητικά όσο μακροπρόθεσμα μετεγχειρητικά, είναι εύκολη και κατανοητή στη χρήση τόσο για τους ερευνητές όσο και για τους ασθενείς.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS  
FACULTY OF NURSING

POSTGRADUATE PROGRAMME  
CLINICAL NURSING  
SURGICAL NURSING

MASTER THESIS

**ASSESSMENT OF RELIABILITY AND VALIDITY OF THE ABDOMINAL SURGERY  
IMPACT SCALE (ASIS) FOR QUALITY OF LIFE IN PATIENTS UNDERWENT  
ABDOMINAL SURGERY**

MARINA KIM  
RN

**ABSTRACT**

**Introduction:** Nowadays, a large number of surgeries are performed annually, many of which involve abdominal surgeries. Several tools have been developed to assess the patient's postoperative course, including quality of life. However, to this date the ASIS (Abdominal Surgery Impact Scale) has not been culturally adapted and translated in Greek concerning the quality of life of patients, especially after abdominal surgery.

**Aim:** The purpose of this study was to translate into Greek, culturally adapt and evaluate the metric characteristics of the ASIS scale in patients who underwent abdominal surgery, compared to already used and commonly accepted scales at both preoperative and postoperative level.

**Method:** This is a methodological prospective cohort study, performed in a University Surgery Clinic of a Public General and Oncology Hospital of Athens, from December 2019 to July 2020. The chosen method of sampling was convenience sampling and the sample consisted of 50 adult patients who were about to undergo abdominal surgery. Patients' quality of life was assessed with the ASIS, SF-20 (20-item Short Form Health Survey) scales preoperatively, the ASIS and QoR-15 (Quality of Recovery Score) immediately after surgery and over 2 weeks postoperatively with ASIS only. Descriptive statistics, reliability test (Cronbach's coefficient) and correlation study were performed (SPSS24.0,  $p \leq 0.05$ ).

**Results:** The mean age of patients was 58.62 ( $\pm 12.32$ ) years and 58% of them were women. The mean score on the ASIS scale preoperatively was 76.96 ( $\pm 13.30$ ), on the 1st postoperative day 55.12 ( $\pm 17.22$ ) and 2 weeks after surgery 74.40 ( $\pm 12.89$ ) ( $p < 0.001$ ). ASIS 'Cronbach's  $\alpha$  coefficient was  $> 0.9$  in all three evaluation periods. The overall ASIS score was found to be statistically significantly correlated with the score of all sub-scales of the SF-20 ( $0.512 \leq \rho \leq 0.736$ ,  $p < 0.001$ ) and the score of all components of the QoR-15 ( $0.665 \leq \rho \leq 0.952$ ,  $p < 0.001$ ). Female gender, older age, open incision and ostomy existence, number of drainage tubes, and longer hospital stay were associated with lower quality of life ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** The ASIS scale is a reliable scale for assessing the quality of life, both immediately after surgery and long-term postoperatively, it is easy to use and understandable for both researchers and patients.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allvin, R. (2009). Postoperative Recovery. Development of a Multi-dimensional Questionnaire for Assessment of Recovery. [Örebro University]. In *Assessing and Managing the Acutely Ill Adult Surgical Patient*. <https://doi.org/978-91-7668-678-2>
- American College of Surgeons. (2017). *New Approach to Surgical Measurement : Phases of Surgical Care*. 1–2. <https://www.facs.org/advocacy/quality/phases>
- Balvardi, S., Pecorelli, N., Castelino, T., Niculiseanu, P., Liberman, A. S., Charlebois, P., Stein, B., Carli, F., Mayo, N. E., Feldman, L. S., & Fiore, J. F. (2019). Construct validity and responsiveness of the abdominal surgery impact scale in the context of recovery after colorectal surgery. *Diseases of the Colon and Rectum*, *62*(3), 309–317. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001288>
- Bartels, S. A. L., Vlug, M. S., Ubbink, D. T., & Bemelman, W. A. (2010). Quality of life after laparoscopic and open colorectal surgery: a systematic review. In *World journal of gastroenterology : WJG* (Vol. 16, Issue 40, pp. 5035–5041). Baishideng Publishing Group Inc. <https://doi.org/10.3748/wjg.v16.i40.5035>
- Caljouw, M. A. A., Van Beuzekom, M., & Boer, F. (2008). Patient's satisfaction with perioperative care: Development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*, *100*(5), 637–644. <https://doi.org/10.1093/bja/aen034>
- Cocolini, F., Catena, F., Pisano, M., Gheza, F., Fagioli, S., Di Saverio, S., Leandro, G., Montori, G., Ceresoli, M., Corbella, D., Sartelli, M., Sugrue, M., & Ansaloni, L. (2015). Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery*, *18*, 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2015.04.083>
- Corradini, S. G., & Liguori, F. (2001). Recenti studi sulla patogenesi della colelitiasi: Il ruolo dell'epitelio della colecisti. *Recenti Progressi in Medicina*, *92*(7–8), 471–476. <https://europepmc.org/article/med/11475792>
- Dabadie, A., & Petit, P. (2017). Appendicitis. In *Imaging Acute Abdomen in Children* (pp. 129–141). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-63700-6\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-319-63700-6_10)
- Datta, I., O'Connor, B., Victor, J. C., Urbach, D. R., & McLeod, R. S. (2009). Abdominal Surgery Impact Scale (ASIS) is responsive in assessing outcome following IPAA.

*Journal of Gastrointestinal Surgery*, 13(4), 687–694. <https://doi.org/10.1007/s11605-008-0793-3>

- Dindo, D., Demartines, N., & Clavien, P. A. (2004). Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. In *Annals of Surgery* (Vol. 240, Issue 2, pp. 205–213). Lippincott, Williams, and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae>
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 272(8), 619–626. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520080061045>
- Herrera, F. J., Wong, J., & Chung, F. (2007). A systematic review of postoperative recovery outcomes measurements after ambulatory surgery. *Anesthesia and Analgesia*, 105(1), 63–69. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000265534.73169.95>
- Heyde, R. von der. (2007). Short Form 36 - an overview | ScienceDirect Topics. In *Fundamentals of Hand Therapy*. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/short-form-36>
- Holmes, W., Bix, B., & Shea, J. (1996). SF-20 Score and Item Distributions in a Human Immunodeficiency Virus-Seropositive Sample. *Medical Care*, 34(6), 562–569. <https://doi.org/10.1097/00005650-199606000-00006>
- LeMone Priscilla, Burke Karen, Dwyer Trudy, Levett-Jones Tracy, Moxham Lorna, R.-S. K. (2011). *Medical-Surgical Nursing*. 1061.
- Liddle, C. (2012). Preparing patients to undergo surgery. *Nursing Times*, 108(48), 12–13. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/critical-care/preparing-patients-to-undergo-surgery-2-06-12-2012/>
- Marshall, S. I., & Chung, F. (1999). Discharge Criteria and Complications After Ambulatory Surgery. *Anesthesia & Analgesia*, 88(3), 508–517. <https://doi.org/10.1097/00000539-199903000-00008>
- Myles, P. S., Reeves, M. D. S., Anderson, H., & Weeks, A. M. (2000). Measurement of quality of recovery in 5672 patients after anaesthesia and surgery. *Anaesthesia and Intensive Care*, 28(3), 276–280. <https://doi.org/10.1177/0310057x0002800304>
- Myles, P. S., Weitkamp, B., Jones, K., Melick, J., & Hensen, S. (2000). Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: The QoR-40. *British Journal of*

*Anaesthesia*, 84(1), 11–15. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bja.a013366>

- Nakane, Y., Tazaki, M., & Miyaoka, E. (1999). Whoqol. *Iryo To Shakai*, 9(1), 123–131. [https://doi.org/10.4091/iken1991.9.1\\_123](https://doi.org/10.4091/iken1991.9.1_123)
- Öberg, S., Andresen, K., & Rosenberg, J. (2017). Etiology of Inguinal Hernias: A Comprehensive Review. In *Frontiers in Surgery* (Vol. 4, p. 52). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2017.00052>
- Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2017). Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 263–282. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1285553>
- Reshetnyak, V. I. (2012). Concept of the pathogenesis and treatment of cholelithiasis. *World Journal of Hepatology*, 4(2), 18–34. <https://doi.org/10.4254/wjh.v4.i2.18>
- Royse, C. F., Chung, F., Newman, S., Stygall, J., & Wilkinson, D. J. (2013a). Predictors of patient satisfaction with anaesthesia and surgery care: A cohort study using the postoperative quality of recovery scale. *European Journal of Anaesthesiology*, 30(3), 106–110. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e328357e584>
- Royse, C. F., Chung, F., Newman, S., Stygall, J., & Wilkinson, D. J. (2013b). Predictors of patient satisfaction with anaesthesia and surgery care: A cohort study using the postoperative quality of recovery scale. *European Journal of Anaesthesiology*, 30(3), 106–110. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e328357e584>
- Sarkar, F. H., Banerjee, S., & Li, Y. (2007). Pancreatic cancer: Pathogenesis, prevention and treatment. In *Toxicology and Applied Pharmacology* (Vol. 224, Issue 3, pp. 326–336). NIH Public Access. <https://doi.org/10.1016/j.taap.2006.11.007>
- Schneider J., McHorney C., Malenka D., McDaniel M., Walsh D., C. J. (1993). Functional Health and Well-Being in Patients With Severe Atherosclerotic Peripheral Vascular Occlusive Disease. *Annals of Vascular Surgery*, 419–428.
- Sikhakhane, S. (2015). *Quality of Recovery and the Measuring Scales*. 32.
- Spaner, S. J., Sc, B. M., & Warnock, G. L. (1997). *Endoscopy, Laparoscopy*, 7(6), 369–373.
- Stark, P. A., & Myles, P. S. (2011). *Development and Psychometric Evaluation of*. 52(5), 514–522.
- The American Cancer Society Medical and Editorial Content Team. *Causes of Colorectal*



*Cancer | Is Colon Cancer Hereditary?* Retrieved October 30, 2020, from <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/what-causes.html#references>

Urbach, D. R., Harnish, J. L., McIlroy, J. H., & Streiner, D. L. (2006). A measure of quality of life after abdominal surgery. *Quality of Life Research, 15*(6), 1053–1061. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0047-3>

Weeks, J. C., Nelson, H., Gelber, S., Sargent, D., & Schroeder, G. (2002). Short-term quality-of-life outcomes following laparoscopic- assisted colectomy vs open colectomy for colon cancer: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association, 287*(3), 321–328. <https://doi.org/10.1001/jama.287.3.321>

Zubaran, C., Persch, K., Tarso, D., Ioppi, A., & Mezzich, J. (2008). The correlation between health status and quality of life in southern Brazil. *Sao Paulo Medical Journal, 126*(5), 257–261. <https://doi.org/10.1590/s1516-31802008000500003>

Zumbrunn Wojczyńska, A., Steiger, B., Leiggenger, C. S., Ettlin, D. A., & Gallo, L. M. (2021). Quality of life, chronic pain, insomnia, and jaw malfunction in patients after alloplastic temporomandibular joint replacement: a questionnaire-based pilot study. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 50*(7), 948–955. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2020.09.022>

Zupi E, Centini G, Lazzeri L, Finco A, Exacoustos C, Afors K, Zullo F, P. F. (2016). Hysteroscopic Endometrial Resection Versus Laparoscopic Supracervical Hysterectomy for Abnormal Uterine Bleeding: Long-Term Follow-Up of a Randomized Trial. *Journal of Minimally Invasive Gynecology, 23*(1), 136–137. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2015.08.005>

Πολύζος, Ν. (2012). *Εκθεση Αποτελεσμάτων Υγεια Και Των Μονάδων Του Εσυ 2011*.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**Σύντομη ενημέρωση του περιεχομένου της μελέτης για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργείο κοιλίας**

στα πλαίσια μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας με θέμα :

**Αξιολόγηση Μετρικών Χαρακτηριστικών ερωτηματολογίου ASIS για τη ποιότητα ζωής ασθενών μετά από χειρουργείο κοιλίας**

**ΥΠΟΨΗΦΙΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ:** Κιμ Μαρίνα

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα νοσηλευτικής

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:** Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου

Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής

Αγαπητέ ασθενή,

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο την αξιολόγηση του ερωτηματολογίου ASIS (Abdominal Surgery Impact Scale) , το οποίο εκτιμά την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση κοιλίας. Το ερωτηματολόγιο ASIS θα συμπληρωθεί πριν το χειρουργείο καθώς και έως δύο εβδομάδες μετά το πέρας του, ώστε να είναι εύκολη εντόπιση αλλαγών στο επίπεδο της ποιότητας ζωής. Ταυτόχρονα θα συμπληρωθούν επιπλέον ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής [ SF-20 (20-item Short Form Survey) και QoR (Quality of Recovery) 15-item score] ώστε να γίνει εφικτή αξιολόγηση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου ASIS.

Παρακαλώ διαβάστε τη παρούσα δήλωση και συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι δε θα λάβω χρηματική ανταμοιβή ή άμεσα οφέλη ως αποτέλεσμα της συμμετοχής μου στη μελέτη. Επίσης η συμμετοχή μου δε θα επηρεάσει την πορεία της νόσου μου και είναι ανεξάρτητη από τις θεραπευτικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα λάβω από εδώ και στο εξής στο νοσοκομείο. Η τυχόν άρνηση συμμετοχής μου στη μελέτη, δε θα γίνει γνωστή στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και δε θα επιφέρει καμία αλλαγή στην ιατρονοσηλευτική φροντίδα μου. Εάν στην πορεία της έρευνας αλλάξω γνώμη, έχω το δικαίωμα να διακόψω τη

συμμετοχή μου οποιαδήποτε στιγμή χωρίς αυτό να επιφέρει οποιαδήποτε επίπτωση στη περαιτέρω θεραπευτική προσέγγιση μου. Όλα τα στοιχεία που θα ληφθούν κατά τη διάρκεια της μελέτης είναι εμπιστευτικά και δε θα αναφερθεί το όνομα μου, σε οποιαδήποτε φάση της.

Όνοματεπώνυμο

Ημερομηνία

.....

.....

Υπογραφή

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΡΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ASIS  
ΓΙΑ ΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΛΙΑΣ**

**ΦΟΡΜΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

**A. Δημογραφικά δεδομένα**

- 1) *Κωδικός Ασθενή* .....
- 2) *Ημερομηνία Εισαγωγής στο πρωτόκολλο ASIS* ...../...../.....
- 3) *Φύλο*
  - Άντρας
  - Γυναίκα
- 4) *Ηλικία (έτη)* .....
- 5) *Επίπεδο εκπαίδευσης*
  - Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Έως Δημοτικό σχολείο)
  - Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Έως Λύκειο)
  - Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ- ΤΕΙ)
- 6) *Οικογενειακή κατάσταση*
  - Έγγαμος/η
  - Άγαμος /η
  - Διαζευγμένος/η
  - Χήρος/α
- 7) *Οικονομική κατάσταση*
  - Καλή
  - Μέτρια
  - Κακή

**B. Κλινικά δεδομένα**

- 8) *Ύψος (μέτρα)* .....
- 9) *Βάρος (κιλά)* .....

**10) BMI (Δείκτης Μάζας Σώματος).....**

- <18
- 18.5-24.9
- 25.0-29.0
- 30.0-34.9
- 35.0-39.9
- >40

**11) Score φυσικής κατάστασης κατά ASA (American Society of Anesthesiologists)**

- ASA I - Φυσιολογικός και υγιής ασθενής
- ASA II - Ασθενής με ήπια συστηματική νόσο
- ASA III - Ασθενής με σοβαρή συστηματική νόσο
- ASA IV - Ασθενής με συστηματική νόσο που αποτελεί συνεχή απειλή για τη ζωή
- ASA V - Ετοιμοθάνατος ασθενής που δεν θα επιβιώσει χωρίς την επέμβαση
- ASA VI - Εγκεφαλικά νεκρός ασθενής που τα όργανα του απομακρύνονται προς δωρεά

**12) Διάγνωση .....**

**13) Χειρουργική επέμβαση .....**

**14) Προσέγγιση χειρουργικής επέμβασης**

- Ανοιχτή τομή
- Λαπαροσκοπικά

**15) Παροχέτευση/εις τραύματος**

- Ναι – Αριθμός .....
- Όχι

**16) Δημιουργία Στομίας κατά το χειρουργείο**

- Ναι –Είδος .....
- Όχι

**17) Χρόνος παραμονής στο χειρουργείο (ώρες)**

- ≤1 ώρα
- >1-3 ώρες
- >3 ώρες

**18) Χρόνος Παραμονής στο Νοσοκομείο (ημέρες) Αριθμός ημερών .....**

- 1-4 ημέρες
- 4-6 ημέρες
- ≥7 ημέρες

**19) Δείκτης συννοσηρότητας Charlson Comorbidity Index (CCI)**

A/a	Καταστάσεις	Βαθμολογία και Ύπαρξη Συννοσηρότητας
1	Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια	1 <input type="checkbox"/>
2	Περιφερική αγγειακή νόσος	1 <input type="checkbox"/>
3	Αγγειακή εγκεφαλική νόσος	1 <input type="checkbox"/>
4	Άνοια	1 <input type="checkbox"/>
5	Χρόνια πνευμονική νόσος	1 <input type="checkbox"/>
6	Πάθηση του συνδετικού ιστού	1 <input type="checkbox"/>
7	Έλκος	1 <input type="checkbox"/>
8	Ήπια ηπατική νόσος	1 <input type="checkbox"/>
9	Διαβήτης	1 <input type="checkbox"/>
10	Ημιπληγία	2 <input type="checkbox"/>
11	Μέτρια ή σοβαρή νεφρική νόσος	2 <input type="checkbox"/>
12	Διαβήτης με τελική βλάβη οργάνου	2 <input type="checkbox"/>
13	Οποιοσδήποτε όγκος	2 <input type="checkbox"/>
14	Λευχαιμία	2 <input type="checkbox"/>
15	Λέμφωμα	2 <input type="checkbox"/>
16	Μέτρια ή σοβαρή ηπατική νόσος	3 <input type="checkbox"/>
17	Μεταστατικός όγκος	6 <input type="checkbox"/>
18	AIDS	6 <input type="checkbox"/>
<b>Συνολικοί Βαθμοί</b>		<input type="text"/>

## 20) *The Clavien-Dindo Classification για τις μετεγχειρητικές επιπλοκές*

Grade I	Οποιαδήποτε απόκλιση από την κανονική μετεγχειρητική πορεία χωρίς την ανάγκη φαρμακολογικής αγωγής ή χειρουργικών, ενδοσκοπικών και ακτινολογικών παρεμβάσεων. Τα επιτρεπόμενα θεραπευτικά σχήματα είναι: φάρμακα όπως αντιεμετικά, αντιπυρετικά, αναλγητικά, διουρητικά, ηλεκτρολύτες και φυσιοθεραπεία. Αυτός ο βαθμός περιλαμβάνει επίσης λοιμώξεις από τραύματα που δημιουργήθηκαν στην κλίνη.
Grade II	Απαιτείται φαρμακολογική αγωγή με φάρμακα διαφορετικά από αυτά που χορηγούνται για τις επιπλοκές της κατηγορίας I. Στα θεραπευτικά σχήματα συμπεριλαμβάνονται οι μεταγγίσεις αίματος και η ολική παρεντερική σίτιση.
Grade III	Απαιτείται χειρουργική, ενδοσκοπική ή ακτινολογική παρέμβαση.
- IIIa	Παρέμβαση που δεν απαιτεί γενική αναισθησία
- IIIb	Παρέμβαση που απαιτεί γενική αναισθησία
Grade IV	Απειλητική για τη ζωή επιπλοκή (συμπεριλαμβανομένων των επιπλοκών του κεντρικού νευρικού συστήματος) που απαιτεί διαχείριση από ΜΑΦ/ΜΕΘ
- IVa	Δυσλειτουργία ενός οργάνου (συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης για αιμοκάθαρση)
- IVb	Δυσλειτουργία πολλών οργάνων
Grade V	Θάνατος ασθενή



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ SF-20**

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

(βάλτε έναν κύκλο)

Εξαιρετική	Πολύ Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
1	2	3	4	5

2. *Για πόσο καιρό η κατάσταση της υγείας σας, σας έχει περιορίσει (εάν όντως σας έχει περιορίσει) σε καθεμία από τις παρακάτω δραστηριότητες;*

Δραστηριότητες	Περιορισμός για περισσότερο από 3 μήνες	Περιορισμός για 3 μήνες ή και λιγότερο	Καθόλου Περιορισμός
α. Αυξημένης έντασης δραστηριότητες που μπορείτε να κάνετε (ως προς τα είδη και τον αριθμό τους) όπως άρση βαρέων αντικειμένων, τρέξιμο, συμμετοχή σε αθλήματα αυξημένης έντασης	1	2	3
β. Μέτριας έντασης δραστηριότητες που μπορείτε να κάνετε (ως προς τα είδη και τον αριθμό τους) όπως μετακίνηση ενός τραπέζιου, ψώνια σούπερ μάρκετ και μεταφορά τους, μπόουλινγκ	1	2	3
γ. Περιπάτημα σε ανηφόρα ή ανέβασμα σκαλιών μερικών ορόφων	1	2	3
δ. Σκύψιμο, ανέγερση ή κάμψη	1	2	3
ε. Περιπάτημα ενός οικοδομικού τετραγώνου	1	2	3
στ. Φαγητό, ντύσιμο, μπάνιο ή χρήση τουαλέτας	1	2	3

3. *Πόσο έχετε πονέσει σωματικά τις 4 τελευταίες εβδομάδες;*

Καθόλου	Πολύ ήπια	Ήπια	Μέτρια	Έντονα	Πολύ Έντονα
1	2	3	4	5	6

4. *Σας εμπόδισε η κατάσταση της υγείας σας να πηγαίνετε στην εργασία σας ή να κάνετε τις δουλειές του σπιτιού;*

ΝΑΙ, για περισσότερο από 3 μήνες	ΝΑΙ, για 3 μήνες ή και λιγότερο	ΟΧΙ
1	2	3

5. *Αισθανόσασταν να μην μπορείτε να κάνετε συγκεκριμένα είδη και αριθμό δραστηριοτήτων στην εργασία σας ή στο σπίτι (π.χ. νοικοκυριό)*

ΝΑΙ, για περισσότερο από 3 μήνες	ΝΑΙ, για 3 μήνες ή και λιγότερο	ΟΧΙ
1	2	3

Για καθεμία από τις ακόλουθες ερωτήσεις, παρακαλώ κυκλώστε ΜΙΑ απάντηση που να περιγράφει καλύτερα πως αισθανόσασταν τον περασμένο μήνα.

		Συνεχώς	Τον περισσότερο χρόνο	Αρκετό χρόνο	Λίγο χρόνο	Ελάχιστο χρόνο	Καθόλου
6	Για πόσο χρονικό διάστημα, τον περασμένο μήνα, η κατάσταση της υγείας σας περιόρισε τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επίσκεψη σε συγγενείς ή φίλους);	1	2	3	4	5	6
7	Για πόσο χρονικό διάστημα, τον περασμένο μήνα, ήσασταν πολύ νευρικός/η;	1	2	3	4	5	6
8	Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, για πόσο χρονικό διάστημα νιώσατε ήρεμος/η και γαλήνιος/α;	1	2	3	4	5	6
9	Για πόσο χρονικό διάστημα, τον περασμένο μήνα, νιώσατε απελπισμένος/η και μελαγχολικός/η;	1	2	3	4	5	6
10	Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, για πόσο χρονικό διάστημα ήσασταν χαρούμενος/η;	1	2	3	4	5	6
11	Πόσο συχνά, τον περασμένο μήνα, ήσασταν τόσο αποκαρδιωμένος/η που να μην μπορούσε τίποτα να σας φτιάξει τη διάθεση;	1	2	3	4	5	6

Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα ποια από τις παρακάτω προτάσεις ισχύει ή όχι για εσάς.

		Σίγουρα ισχύει	Κυρίως ισχύει	Δεν είναι σίγουρο	Κυρίως δεν ισχύει	Σίγουρα δεν ισχύει
α.	Είμαι σχετικά άρρωστος/η	1	2	3	4	5
β.	Είμαι τόσο υγιής όσο ο οποιοσδήποτε γνωρίζω	1	2	3	4	5
γ.	Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5
δ.	Αισθάνομαι άσχημα τον τελευταίο καιρό	1	2	3	4	5

**ΚΑΙΜΑΚΑ ΕΠΗΠΤΩΣΕΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ – ASIS**  
(Abdominal Surgery Impact Scale)

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιέχει μια σειρά δηλώσεων που περιγράφουν τους τρόπους με τους οποίους η χειρουργική επέμβαση κοιλίας μπορεί να σας έχει επηρεάσει. Παρακαλώ κυκλώστε τον καταλληλότερο αριθμό που υποδεικνύει τον βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τη κάθε δήλωση. Εάν δεν είστε σίγουροι για το πως να απαντήσετε σε μια δήλωση, παρακαλώ, δώστε την καλύτερη απάντηση που μπορείτε.

**Όταν απαντάτε σε κάθε ερώτηση, παρακαλώ να σκεφτείτε πως αισθανόσασταν το προηγούμενο εικοσιτετράωρο.**

		Συμφωνώ Πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
1	Δεν μπορώ να ανέβω σκάλες	1	2	3	4	5
2	Δεν είμαι σε θέση να κινούμαι εύκολα	1	2	3	4	5
3	Δεν είμαι σε θέση να σταθώ όρθιος για 5 λεπτά	1	2	3	4	5
4	Είναι δύσκολο για εμένα να ντυθώ	1	2	3	4	5
5	Δεν είμαι σε θέση να φροντίσω τον εαυτό μου	1	2	3	4	5
6	Αισθάνομαι ότι εξαρτώμαι από άλλους για να με φροντίσουν	1	2	3	4	5
7	Φοβάμαι να κινηθώ γιατί αυτό θα μπορούσε να μου προκαλέσει πόνο	1	2	3	4	5
8	Έχω έντονο πόνο εσωτερικά και γύρω από την κοιλιά μου	1	2	3	4	5
9	Η(οι) τομή(ες) μου προκαλεί(ουν) πόνο	1	2	3	4	5
10	Δεν μπορώ να ενεργηθώ κανονικά	1	2	3	4	5
11	Νιώθω άβολα γιατί διψάω	1	2	3	4	5
12	Δεν έχω όρεξη για φαγητό	1	2	3	4	5
13	Ξυπνάω νιώθοντας ότι ο ύπνος δεν με έχει αναζωογονήσει	1	2	3	4	5
14	Δυσκολεύομαι να αποκοιμηθώ	1	2	3	4	5
15	Ξυπνάω πολλές φορές μέσα στη νύχτα	1	2	3	4	5
16	Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ σε ό,τι κάνω (π.χ. συζήτηση, παρακολούθηση τηλεόρασης ή διάβασμα)	1	2	3	4	5
17	Νιώθω αβοήθητος	1	2	3	4	5
18	Νιώθω ανήσυχος	1	2	3	4	5

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΡΡΩΣΗ  
QoR-15**

**Μέρος Α**

**Πως αισθανόσασταν τις τελευταίες 24 ώρες;**

( 0 έως 10, όπου: 0= καθόλου και 10= συνεχώς)

- |   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |         |
|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------|
| 1. Μπορούσα να αναπνέω εύκολα   | καθόλου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | συνεχώς |
| _____   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |         |
| 2. Μπορούσα να απολαμβάνω το φαγητό   | καθόλου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | συνεχώς |
| _____   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |         |
| 3. Ήμουν ξεικούραστος/η   | καθόλου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | συνεχώς |
| _____   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |         |
| 4. Κοιμήθηκα καλά   | καθόλου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | συνεχώς |
| _____   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |         |
| 5. Μπορούσα να πάω τουαλέτα και να φροντίσω την υγιεινή χωρίς βοήθεια                     | καθόλου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | συνεχώς |
| _____   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |         |
| 6. Μπορούσα να επικοινωνήσω με συγγενείς ή φίλους   | καθόλου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | συνεχώς |
| _____   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |         |
| 7. Είχα υποστήριξη από ιατρούς και νοσηλευτές   | καθόλου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | συνεχώς |
| _____   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |         |
| 8. Μπορούσα να επιστρέψω στην εργασία και να κάνω τις συνήθεις δραστηριότητες του σπιτιού | καθόλου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | συνεχώς |
| _____   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |         |
| 9. Ένιωθα άνετα και είχα τον έλεγχο   | καθόλου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | συνεχώς |
| _____   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |         |
| 10. Ένιωθα γενικότερη ευεξία  | καθόλου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | συνεχώς |

## **Μέρος Β**

Σημειώστε εάν είχατε κάποιο από τα παραπάνω κατά το τελευταίο **24ωρο**;

(0 έως 10, όπου: 0= καθόλου και 10= συνεχώς)

1. Μέτριο πόνο \_\_\_\_\_  
καθόλου 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 συνεχώς

2. Έντονο πόνο \_\_\_\_\_  
καθόλου 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 συνεχώς

3. Ναυτία ή έμετο \_\_\_\_\_  
καθόλου 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 συνεχώς

4. Αίσθηση ανησυχίας ή άγχους \_\_\_\_\_  
καθόλου 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 συνεχώς

5. Αίσθηση λύπης ή κατάθλιψης \_\_\_\_\_  
καθόλου 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 συνεχώς

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Αθήνα 5/11/2019  
Αρ. Πρωτ.: 302

Προς: κ. Μαρίνα Κιμ

Καθηγήτρια Χρ. Λεμονίδου

Καθηγητής Ι. Μαντάς

Καθηγήτρια Δ. Παπαδάτου

Αναπλ. Καθηγητής Α. Σταματάκης

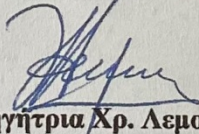
Επικ. Καθηγήτρια Βενετία-Σοφία Βελονάκη

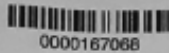
**Θέμα:** Έγκριση πραγματοποίησης ερευνητικής μελέτης με θέμα «Αξιολόγηση μετρικών χαρακτηριστικών ερωτηματολογίου ASIS για την ποιότητα ζωής ασθενών μετά από χειρουργείο κοιλίας».

Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, εγκρίνει το συνημμένο ερευνητικό πρωτόκολλο για την πραγματοποίηση επιστημονικής έρευνας με θέμα «Αξιολόγηση μετρικών χαρακτηριστικών ερωτηματολογίου ASIS για την ποιότητα ζωής ασθενών μετά από χειρουργείο κοιλίας» καθόσον η έρευνα δεν προσκρούει σε θέματα ηθικής και δεοντολογίας.

Η ως άνω αναφερόμενη μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας της **ΜΦ κ. Μαρίνας Κιμ** με Επιβλέπουσα την Καθηγήτρια κ. Μαργ. Γιαννακοπούλου.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

  
Καθηγήτρια Χρ. Λεμονίδου



0000167068

Ν. Κηφισιά, 04/12/2019

Α. Π.: Εισερχ. 20081

Α. Π. Αποστολέα: 1496

Ημερία Αποστολής: 04/12/2019

Αρ. πρ. εξ ΕΣ: 1496

Κηφισιά: 4.12.2019

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
Γ.Ο.Ν.Κ. «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Τηλ. : 210 - 3501854

Fax.: 210- 6205665

Email: epist.simvoulionk@gmail.com

Προς  
- Διοικήτρια  
- Δ.Ι.Υ.  
- Δντή Χειρουργικού Τομέα

Κοινοποίηση:

-κα Μαρίνα Κιμ,  
ΠΕ Νοσηλ. –Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια  
-κα Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου,  
Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Ε.Κ.Π.Α.

#### ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΗΣ 15ης/25-11-19 ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

Στη 15<sup>η</sup>/25-11-2019 Τακτική Συνεδρίαση του Ε.Σ., συζητήθηκε, ως θέμα Ημερήσιας Διάταξης (Ερευνητικά Πρωτόκολλα), το αίτημα με αρ. πρωτ. 1402/12-11-2019 της κας **Μαρίνας Κιμ**, ΠΕ Νοσηλευτριών, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ και της Επιβλέπουσας **Καθηγήτριας κας Μαργαρίτας Γιαννακοπούλου**, Διευθύντριας του Εργαστηρίου Κλινικονοσηλευτικών Εφαρμογών, σχετικά με έγκριση εκπόνησης ερευνητικής μελέτης, στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, με τίτλο: «**Αξιολόγηση Μετρικών Χαρακτηριστικών ερωτηματολογίου ASIS για την ποιότητα ζωής ασθενών μετά από χειρουργείο κοιλίας**».

Εισαγωγή: Στη σύγχρονη εποχή πραγματοποιούνται πάρα πολλές χειρουργικές επεμβάσεις ετησίως, εκ των οποίων μεγάλο μέρος αφορά σε χειρουργεία κοιλίας. Αρκετά εργαλεία που εκτιμούν τη μετεγχειρητική πορεία του ασθενή έχουν αναπτυχθεί, συμπεριλαμβανομένης και της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, δεν έχει μέχρι σήμερα σταθμιστεί στα ελληνικά η κλίμακα ASIS (Abdominal Surgery Impact Scale) η οποία αφορά στην ποιότητα ζωής ασθενών ειδικά μετά από χειρουργείο κοιλίας.

Σκοπός: Ο σκοπός επομένως της παρούσας μελέτης είναι η μετάφραση στην ελληνική γλώσσα, η πολιτισμική προσαρμογή και η αξιολόγηση των μετρικών χαρακτηριστικών της κλίμακας ASIS σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργείο κοιλίας, σε σύγκριση με ήδη χρησιμοποιούμενες και κοινά αποδεκτές κλίμακες τόσο σε προεγχειρητικό όσο και μετεγχειρητικό επίπεδο.

Υλικό & Μέθοδος: Η προτεινόμενη μελέτη είναι μεθοδολογική και ταυτόχρονα προοπτική-κόρητης, η οποία θα διεξαχθεί σε χειρουργικό τμήμα Δημοσίου Νοσοκομείου και θα έχει δείγμα 50 ενηλίκων ασθενών που θα έχουν υποβληθεί σε χειρουργείο κοιλίας. Θα πραγματοποιηθεί δειγματοληψία ευκολίας μετά την έγγραφη συγκατάθεση των συμμετεχόντων. Η συλλογή των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί από την κύρια ερευνήτρια σε δύο φάσεις: α) την προηγούμενη

ημέρα πριν τη χειρουργική επέμβαση και β) έως δύο εβδομάδες μετεγχειρητικά ή σε περίπτωση συντομότερης παραμονής του ασθενή, κατά την έξοδο του από το Νοσοκομείο. Τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν εκτός από το ερωτηματολόγιο ASIS είναι η κλίμακα SF-20 (20-item Short Form Survey) και το ερωτηματολόγιο QoR (Quality of Recovery) 15-item score, καθώς και μια σύντομη φόρμα δημογραφικών και κλινικών δεδομένων. Η στατιστική ανάλυση θα πραγματοποιηθεί με το SPSS 25.0 σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha = 0,05$ .

Αναμενόμενα Αποτελέσματα: Η στάθμιση του ερωτηματολογίου ASIS θα προσφέρει ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο που θα βοηθήσει στην κλινική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση κοιλίας, το οποίο μπορεί να ενσωματωθεί στην κλινική πρακτική για την καλύτερη εκτίμηση της μετεγχειρητικής ανάρρωσης των ασθενών αυτών.

Οι αιτούσες ενημερώνουν ότι κατά τη διεξαγωγή του προτεινόμενου ερευνητικού πρωτοκόλλου δεν απαιτείται ασφαλιστική κάλυψη διότι δεν χορηγείται κανένα υπό δοκιμή φάρμακο. Από τη διενέργεια της μελέτης δεν υφίσταται οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο, καθώς το κόστος των απαιτούμενων ερωτηματολογίων θα καλυφθεί από την ίδια τη φοιτήτρια. Με βάση το επισυναπτόμενο ερευνητικό πρωτόκολλο η μελέτη είναι μεθοδολογική και ταυτόχρονα προοπτική-κόστης και δεν απαιτείται καμία παρεμβατική διαδικασία σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Τα στοιχεία που θα ληφθούν από τους συμμετέχοντες στη μελέτη, καθώς και το όνομα του Νοσοκομείου, θα είναι εμπιστευτικά και θα παραμείνουν απόρρητα σε όλες τις φάσεις της έρευνας και στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

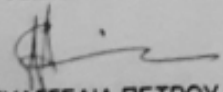
**Επισυνάπτονται:**

- Ερευνητικό Πρωτόκολλο με τη σχετική βιβλιογραφία
- Ερωτηματολόγιο
- Έντυπο Συγκατάθεσης Συμμετοχής σε Έρευνα
- Εργαλεία Συλλογής & Επεξεργασίας Δεδομένων

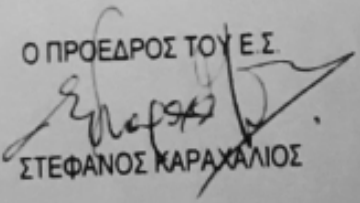
Ο Διευθυντής της Πανεπιστημιακής Χειρουργικής Κλινικής, Καθ. κ. Γεράσιμος Μποντάτσος και ο Διευθυντής του Χειρουργικού Τμήματος, κ. Δημήτριος Χατζάκης, συναινούν εγγράφως επί του αιτήματος της Καθ. κας Μ. Γιαννακοπούλου και της κας Μ. Κιμ.

Το Ε.Σ., λαμβάνοντας υπ' όψιν αφενός το αίτημα της κας **Μαρίας Κιμ**, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ και της Επιβλέπουσας Καθηγήτριας κας **Μαργαρίτας Γιαννακοπούλου** και τα συνοδευτικά αυτού έγγραφα και αφετέρου τη σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή της Πανεπιστημιακής Χειρουργικής Κλινικής και του Διευθυντή του Χειρουργικού Τμήματος, γνωμοδοτεί ομόφωνα θετικά στο συγκεκριμένο αίτημα (αρ. πρωτ. Ε.Σ.: 1402/12-11-19) με την προϋπόθεση: 1. να προστατευθούν τα προσωπικά δεδομένα, 2. να τηρηθεί ο κώδικας ηθικής και δεοντολογίας της επιστημονικής έρευνας και 3. να μην υπάρξει οικονομική ή άλλου είδους επιβάρυνση για το νοσοκομείο.

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

  
ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΠΕΤΡΟΥ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

  
ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>Η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ  
“ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ”  
ΚΑΛΥΦΤΑΚΙ ΝΕΑ ΚΗΦΙΣΙΑ Τ.Κ. 14564  
ΚΛΙΝΙΚΗ/ ΤΜΗΜΑ: ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Τετάρτη 04-12-2019

**ΠΡΟΣ:** την Επιστημονική Επιτροπή του  
Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

Αξιότιμα μέλη της Επιστημονικής Επιτροπής,

Με την παρούσα επιστολή δηλώνω πως έχω ενημερωθεί για την διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης στα πλαίσια της διπλωματικής μεταπτυχιακής εργασίας της φοιτήτριας Κιμ Μαρίνας, καθώς εκφράζω τη συναίνεση μου για την υλοποίηση της.

Με τιμή,

Γ. Μουστάκας