



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση της συσχέτισης του άγχους και της κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής ατόμων με γάστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Τσέλιου Ευαγγελή
Επαγγελματικός Τίτλος: Τεχνολόγος ιατρικών εργαστηρίων

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαλλιαρού Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Γκούβα Μαίρη, Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2019



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**Investigation on the relation between stress and depression and
the quality of life on Gastro-esophageal reflux patients**

Larisa, 2019

ii

Πίνακας περιεχομένων

Λίστα πινάκων.....	vi
Λίστα γραφημάτων και εικόνων.....	viii
Ευχαριστίες.....	ix
Περίληψη.....	x
Abstract.....	xi
Εισαγωγή.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	2
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΓΟΠ.....	2
1.1 Ιστορικά στοιχεία.....	2
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	3
1.3 Παράγοντες κινδύνου και πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες.....	3
1.4 Βασική παθογένεια.....	4
1.5 Κλινική εικόνα - Διάγνωση.....	6
1.5.1 Κλινική Εικόνα.....	6
1.5.2. Διάγνωση.....	7
1.6 Συννοσηρότητες.....	9
1.7 Εκτίμηση της νόσου.....	10
1.8 Θεραπευτική Αντιμετώπιση.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	12
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΓΟΠ ΜΕ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	12
2.1 Επιπτώσεις ΓΟΠ - άγχος -κατάθλιψη.....	12

2.2. Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.....	12
2.3 Επιπτώσεις στο κόστος υγείας.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	15
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΟΠ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	17
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	17
4.1. Ερευνητικό σχέδιο	17
4.2. Δείγμα.....	17
4.2. Ερευνητικό εργαλείο	20
4.3 Αξιοπιστία ερωτηματολογίου.....	22
4.4. Μέθοδοι.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	25
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	25
5.1 Δείκτης συμπτωμάτων παλινδρόμησης.....	25
5.2 SF-12	27
5.3. Κλίμακα κατάθλιψης του Zung.....	29
5.5 Ποιότητα ύπνου (MOS-12)	32
5.6 Κλίμακα άγχους του Zung.....	36
5.7 Εξέταση μέσων τιμών.....	39
5.8 Εξέταση συσχετίσεων.....	41
5.8 Υπόδειγμα πολλαπλής παλινδρόμησης.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	45
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	45
6.1 Συζήτηση	45

6.2. Συμπεράσματα.....	48
6.3 Περιορισμοί της έρευνας.....	51
Βιβλιογραφία.....	52
Παράρτημα.....	57
Ερωτηματολόγιο.....	57
Αποτελέσματα εξέτασης μέσω των τιμών.....	66
Φύλο.....	66
Ηλικία.....	66
Οικογενειακή κατάσταση.....	67
Εκπαιδευτικό επίπεδο.....	67
Οικογενειακό εισόδημα.....	68
ΔΜΣ.....	68
Γυμναστική.....	69
Αλκοόλ.....	70
Κάπνισμα.....	70
Πρωινό γεύμα.....	70

Λίστα πινάκων

Πίνακας 1 Πίνακας συχνοτήτων των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος.....	18
Πίνακας 2 Πίνακας συχνοτήτων των κατηγοριών του ΔΜΣ του δείγματος.....	19
Πίνακας 3. Πίνακας συχνοτήτων των κατηγοριών του ΔΜΣ του δείγματος.....	19
Πίνακας 4. Τιμές αξιοπιστίας ανά ερωτηματολόγιο του εργαλείου.....	23
Πίνακας 5. Πίνακας μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο των αντιλήψεων για την ασθένεια	26
Πίνακας 6. Πίνακας μέτρων θέσεως και διασποράς των τιμών των επίπεδων φυσικής (AGG_PHYS) και πνευματικής κατάστασης (AGG_MENT) του δείγματος.....	27
Πίνακας 7 Πίνακας μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Zung	30
Πίνακας 8. Πίνακας μέτρων θέσεως και διασποράς των βαθμολογιών στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Zung.....	32
Πίνακας 9. Πίνακας συχνοτήτων των κατηγοριών κατάθλιψης του δείγματος	32
Πίνακας 10 Πίνακας συχνοτήτων του δείγματος του χρόνου διάρκειας πριν την κατάκλιση.....	33
Πίνακας 11. Πίνακας των μέτρων θέσης και διασποράς του μέσου χρόνου κατάκλισης του δείγματος κατά την διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.....	33
Πίνακας 12. Πίνακας συχνοτήτων των απαντήσεων του δείγματος στις ερωτήσεις της ποιότητας ύπνου (MOS-12).....	35
Πίνακας 13. Πίνακας μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο άγχους του Zung.....	37
Πίνακας 14. Πίνακας μέτρων θέσεως και διασποράς της μέσης βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο άγχους του Zung.....	39
Πίνακας 15 Πίνακας συχνοτήτων των κατηγοριών κατάθλιψης του δείγματος	39
Πίνακας 16. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων τιμών των δεικτών των συμπτωμάτων, της φυσικής και πνευματικής κατάστασης, της κατάθλιψης, της ποιότητας του ύπνου και του άγχους ανά παράγοντα	41
Πίνακας 17. Αριθμητικά αποτελέσματα και στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δεικτών των συμπτωμάτων, της φυσικής και πνευματικής κατάστασης, της κατάθλιψης, της ποιότητας του ύπνου και του άγχους.....	42

Πίνακας 18. Αριθμητικά αποτελέσματα και στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δεικτών των συμπτωμάτων, της φυσικής και πνευματικής κατάστασης, της κατάθλιψης, της ποιότητας του ύπνου και του άγχους.....	43
Πίνακας 19. Στατιστικά σημαντικές ανεξάρτητες μεταβλητές.....	44

Λίστα γραφημάτων και εικόνων

- Γράφημα 4.1.** Μέσες βαθμολογίες των καθημερινών συνηθειών του δείγματος σε φθίνουσα ταξινόμηση (Καθόλου=0)., 23
- Γράφημα 5.1.** Οριζόντιο ραβδόγραμμα συχνοτήτων των μέσων τιμών των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο των συμπτωμάτων της ΓΟΠ σε αύξουσα διάταξη., 30
- Γράφημα 5.2.** Θηκόγραμμα των τιμών των επίπεδων φυσικής (AGG_PHYS) και πνευματικής κατάστασης (AGG_MENT) του δείγματος., 31
- Γράφημα 5.3.** Ιστογράμματα των επίπεδων φυσικής (AGG_PHYS) και πνευματικής κατάστασης (AGG_MENT) του δείγματος., 31
- Γράφημα 5.5.** Ιστόγραμμα και θηκόγραμμα των βαθμολογιών στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Zung., 34
- Γράφημα 5.5.** Οριζόντιο ραβδόγραμμα συχνοτήτων των μέσων τιμών των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Zung., 34
- Γράφημα 5.6.** Ιστόγραμμα και θηκόγραμμα του μέσου χρόνου κατάκλισης του δείγματος κατά την διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, 36
- Γράφημα 5.7** Οριζόντιο ραβδόγραμμα συχνοτήτων των μέσων τιμών των βαθμολογιών του δείγματος στις ερωτήσεις της ποιότητας ύπνου (MOS-12)., 37
- Γράφημα 5.8.** Ιστόγραμμα και θηκόγραμμα των βαθμολογιών στο ερωτηματολόγιο άγχους του Zung., 40
- Γράφημα 5.8.** Οριζόντιο ραβδόγραμμα συχνοτήτων των μέσων τιμών των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο στο ερωτηματολόγιο άγχους του Zung., 39
- Εικόνα 1.1.** Η Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ή ΓΟΠ (Πηγή: www.endoscopicsurgery.gr), 6
- Εικόνα 1.2.** Ενδοσκόπηση με ασύρματη κάψουλα (Πηγή: Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας, ΕΠΕΓΕ, www.epege.gr), 10
- Εικόνα 1.3.** Οισοφάγος Barrett (Πηγή: www.kekos.gr), 12

Ευχαριστίες

Πρώτα θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα της διπλωματικής εργασίας μου, Καθηγήτρια Μαρία Μαλλιάρου, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση της σε όλη την διάρκεια της δουλειάς μου και τις πολύτιμες υποδείξεις της. Επίσης, είμαι ευγνώμων στα υπόλοιπα μέλη της επιτροπής για την προσεκτική αναγνώριση της εργασίας μου.

Περίληψη

Η νόσος της οισοφαγικής παλινδρόμησης ή ΓΟΠΝ αποτελεί μία πάθηση με σημαντική συχνότητα εμφάνισης που αυξάνεται συνεχώς τις τελευταίες δεκαετίες. Βασικοί λόγοι στην εμφάνιση της ΓΟΠΝ είναι η αλλαγή των διαιτητικών συνηθειών, και οι επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες όπως το κάπνισμα αλλά και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Η νόσος εμφανίζει επιπλοκές που σχετίζονται με τον οισοφάγο και τον στόμαχο, αλλά και το αναπνευστικό σύστημα.

Η ΓΟΠΝ επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα σχεδόν όλες τις καθημερινές λειτουργίες ενός ατόμου όπως με την πέψη και την αναπνοή δημιουργώντας αίσθημα δυσφορίας, καούρας, πόνων στο στήθος αλλά και άπνοια κατά τον ύπνο. Αυτά τα συμπτώματα έχουν άμεση αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου π.χ. κόπωση, δυσφορία κ.α.

Για την διερεύνηση του βαθμού αυτής της επιρροής πραγματοποιήθηκε έρευνα σε 104 άτομα διαγνωσμένα με ΓΟΠΝ στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Τα αποτελέσματα ήρθαν σε απόλυτη συμφωνία με προηγούμενες παρόμοιες έρευνες και επιβεβαίωσαν την αρνητική συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης στα συμπτώματα της ΓΟΠ. Επιπλέον παρατηρήθηκε η θετική επίδραση ενός υγιεινού τρόπου ζωής τόσο στην ένταση των συμπτωμάτων όσο και στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης του δείγματος.

Λέξεις κλειδιά: ΓΟΠ, ΓΟΠΝ, Άγχος, Κατάθλιψη, Ποιότητα ζωής

Abstract

Oesophageal reflux disease or GERD is a disease with a significant incidence that has been steadily rising in recent decades. Basic reasons for the occurrence of GERD are the change in dietary habits, and harmful health habits such as smoking and excessive alcohol consumption. The disease presents complications associated with the esophagus and the stomach, but also the respiratory system.

GERD affects directly or indirectly almost every day functions of a person such as digestion and breathing, creating a feeling of discomfort, heartburn, chest pains and sleep apnea. These symptoms have a direct negative impact on the quality of life of a person, e.g. fatigue, discomfort etc

To investigate the extent of this influence, an investigation was carried out on 104 people diagnosed with GERD in the region of Thessaloniki. The results came in full agreement with previous similar research and confirmed the negative correlation of anxiety and depression with the symptoms of GOP. In addition, the positive effect of a healthy lifestyle on both the intensity of the symptoms and the stress and depression levels of the sample was observed.

Key words: GERD, Stress, Depression, Quality of Life

Εισαγωγή

Η ΓΟΠΝ αποτελεί την συχνή διαταραχή του ανωτέρου πεπτικού συστήματος, είναι το αποτέλεσμα αντίστροφης ροής που χαρακτηρίζεται ως παλινδρόμηση του γαστρεντερικού περιεχομένου στον οισοφάγο. Αυτή η παλινδρόμηση παράγει συμπτώματα μέσω της έκθεσης του οισοφαγικού βλεννογόνου στην ερεθιστική επίδραση του γαστρικού ή δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου, προκαλώντας φλεγμονώδεις μεταβολές του οισοφαγικού βλεννογόνου. Ένας ασθενής ΓΟΠΝ με έντονα συμπτώματα περιγράφεται συχνά από περιστατικά οισοφαγίτιδας από παλινδρόμηση που είναι χαρακτηριστικό της οισοφαγικής παλινδρόμησης.

Οι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη της ΓΟΠ αλλά και την ένταση του βαθμού των συμπτωμάτων είναι πάρα πολλοί αλλά οι «συνήθεις ένοχοι» που περιγράφονται στην πλειονότητα των ερευνητικών εργασιών είναι οι κακές διατροφικές συνήθειες, ο δείκτης μάζας σώματος, υπερβολική κατανάλωση καφέ, αλκοόλ και το κάπνισμα.

Εκτός όμως από τους υλικούς παράγοντες σημαντική επίδραση και στην εμφάνιση αλλά και στην ένταση του βαθμού των συμπτωμάτων της ΓΟΠ είναι η ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου και μάλιστα σε μια αλληλουχία κατά την οποία έντονο άγχος ή κατάθλιψη συνδέεται με ένα επιβλαβή τρόπο διατροφής, με κατανάλωση αλκοόλ ή/και το κάπνισμα. Ο συνδυασμός αυτών των δυο καταστάσεων παίζει ένα σημαντικό αρνητικό ρόλο τόσο στην πορεία, την θεραπεία και στην ένταση των συμπτωμάτων τη ΓΟΠ όσο και στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου με ή χωρίς τον συνυπολογισμό των αρνητικών επιπτώσεων των συμπτωμάτων της ΓΟΠ στην ζωή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΓΟΠ

1.1 Ιστορικά στοιχεία

Η μελέτη και κατανόηση της ΓΟΠΝ καθιστά αναγκαία την εισαγωγική αναφορά της πορείας εξέλιξης της. Οι έρευνες που έγιναν μέχρι να κατανοηθεί και να αποσαφηνιστεί η φυσιολογία και η παθολογία της ΓΟΠΝ ήταν πάρα πολλές στη πορεία του χρόνου [1]. Σύμφωνα με τον Dent [1] το 1906 δημοσιεύθηκαν οι πρώτες σχετικές έρευνες από τον Tileston και αφορούσαν το πεπτικό έλκος και τον οισοφάγο. Αργότερα, το 1934, ο Winkelstein ήταν ο πρώτος που συσχέτισε τα συμπτώματα της αίσθησης της καούρας με την παλινδρόμηση των γαστρικών οξέων στον οισοφάγο. Συνεχίζοντας ο Dent [1] αναφέρει ότι το 1946 ο Allison περιέγραψε την διαφραγματοκήλη ως τον καθοριστικό παράγοντα για την ανάπτυξη ΓΟΠ. Παρ'όλες όμως τις προηγούμενες έρευνες μόνο από το 1958 και μετά εξακριβώθηκε η πρώτη άμεση συσχέτιση μεταξύ οξίνισης του οισοφάγου και των συμπτωμάτων της καούρας σε ασθενείς με ΓΟΠΝ από τους Bernstein and Baker. Τα συμπεράσματα τους οδήγησαν στην αναγνώριση της μη διαβρωτικής ΓΟΠ.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 άρχισαν να γίνονται περισσότερες συστηματικές έρευνες για την διερεύνηση και κατανόηση της ΓΟΠΝ και την καταγραφή και επεξεργασία πειραματικών δεδομένων. Αυτή την περίοδο παρουσιάστηκαν και οι πρώτες ερμηνείες του ρόλου του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, και ο τρόπος με τον οποίο οι παροδικές χαλαρώσεις του οδηγούσαν σε φαινόμενα παλινδρόμησης. Καθοριστικό σημείο στην θεραπεία της ΓΟΠΝ αποτελούν οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων, μόλις το 1989 [1].

Νεότερες έρευνες παρουσίασαν και πιο ουσιαστικά και λεπτομερή αποτελέσματα μετά από χρόνια παρατήρηση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η αναθεώρηση των αποτελεσμάτων της έρευνας των Pace et al [2] το 2004. Η έρευνα αυτή που αφορούσε την παρακολούθηση 33 ασθενών με ΓΟΠ επί 6 μήνες, που παρουσίαζαν τα τυπικά συμπτώματα της ασθένειας και δεν έπασχαν από οισοφαγίτιδα. Σύμφωνα με την έρευνα μετά την πάροδο μιας μέσης χρονικής περιόδου, περίπου δέκα ετών από την πρώτη διάγνωση, στην πλειονότητα των ασθενών χειροτερεύει η κατάστασή τους και αναπτύσσεται οισοφαγίτιδα, καθώς επίσης βρίσκονται και σε παρατεταμένη φαρμακευτική αγωγή λόγω των επαναλαμβανόμενων συμπτωμάτων παλινδρόμησης. Η έρευνα αυτή επιβεβαιώνει ότι η γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση είναι μια χρόνια ασθένεια που η ένταση και η

σοβαρότητα των συμπτωμάτων της αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου και απαιτείται παρατεταμένη φαρμακευτική αγωγή σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών.

1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η διαβρωτική οισοφαγίτιδα είναι η πιο συνηθισμένη ενδοσκοπική οισοφαγική βλάβη σε ασθενείς με ΓΟΠΝ. Η συχνότητά της ποικίλλει σε κάθε περιοχή και είναι δύσκολο να εκτιμηθεί επακριβώς, αν και απαντάται συχνότερα στη λευκή φυλή. Περίπου 20-40% των ενηλίκων στις χώρες της Δύσης υποφέρουν από οπισθοστερνικό καύσο και/ή αναγωγή, τα οποία μπορεί να είναι τόσο έντονα που να περιορίζουν ακόμα και την ικανότητα του ασθενούς να διατηρήσει μια φυσιολογική-κοινωνική και επαγγελματική ζωή. Με βάση την εβδομαδιαία παρουσία των συμπτωμάτων ΓΟΠΝ, ο επιπολασμός της ΓΟΠΝ έχει αναφερθεί στο 10-20% στις δυτικές κοινωνίες και τυπικά κάτω του 5% στην Ασία. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 20% του πληθυσμού αναφέρουν εβδομαδιαίως και 7% καθημερινώς συμπτωματολογία ΓΟΠ. Ο επιπολασμός της ΓΟΠΝ αυξάνει με την ηλικία και η ΓΟΠΝ απαντάται συχνότερα στην πλειονότητα των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών, ενώ δεν φαίνεται να υπάρχει υπεροχή σε κάποιο από τα δύο φύλα [3],[4].

1.3 Παράγοντες κινδύνου και πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες

Ηλικία

Η σχέση μεταξύ της ηλικίας και των συμπτωμάτων ΓΟΠ δεν είναι σαφής και οι απόψεις αντικρουόμενες. Κάποιες αναφορές οι οποίες υποστηρίζουν την επικράτηση της νόσου με την αύξηση της ηλικίας ενώ άλλες, τη σύνδεση μεταξύ προχωρημένης ηλικίας με λιγότερα συμπτώματα αλλά με σοβαρότερη οισοφαγίτιδα [5],[6]. Παρόλα αυτά η ηλικία δεν θεωρείται ισχυρός παράγοντας κινδύνου για ΓΟΠ με την απουσία ή εύρεση σταθερών αποδείξεων για τη σύνδεση της ηλικίας με την επικράτηση της ΓΟΠΝ [5],[6].

Φύλο

Το φύλο δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση οισοφαγίτιδας. Παρουσιάζονται παρόμοιες πιθανότητες εμφάνισης και στα δύο φύλα και γενικά η επίδραση του φύλου είναι μικρή. Οι μελέτες σε αυτό το αντικείμενο δεν έχουν καταφέρει να αποδείξουν συσχέτιση με την καούρα, αλλά οι άνδρες ενδέχεται να έχουν πιο σοβαρά συμπτώματα από τις γυναίκες [6].

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Τα άτομα τα οποία κατοικούν σε αστικές κοινότητες έχουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης ΓΟΠ σε σύγκριση με εκείνους που ζουν σε μια αγροτική κοινότητα. Πιθανή αιτία για αυτό είναι ότι τα άτομα που ζουν σε αστικές περιοχές είναι πιο επιρρεπείς σε στρεσογόνους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της ΓΟΠ. Παρόμοια τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι πιθανό να εμφανίσουν χαμηλότερο επιπολασμό [5].

Υπερβολικό βάρος

Έχει παρατηρηθεί επιδημιολογική σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας (Obesity type I,II &III) και της πιθανότητας εμφάνισης της νόσου [5], [6],[7]. Η περίμετρος της μέσης αλλά και ο ΔΜΣ έχουν συσχετιστεί με τις παραμέτρους αύξησης της εμφάνισης ΓΟΠ. Επιπλέον η περίμετρος της μέσης δείχνει να αποτελεί συνδετικό παράγοντα μεταξύ της παχυσαρκίας και της εμφάνισης ΓΟΠ [7]. Τέλος παρατηρήθηκε ότι υπάρχει επίδραση της παχυσαρκία στη νόσο [6].

Διαιτητικές συνήθειες και το κάπνισμα

Ο καπνός, το αλκοόλ, ο καφές, και η σοκολάτα μπορούν να συσχετίζονται με την εμφάνιση των συμπτωμάτων παλινδρόμησης. Το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου και η σχέση μεταξύ καπνίσματος και των συμπτωμάτων παλινδρόμησης εξαρτάται από την ημερήσια δόση της λαμβανόμενης νικοτίνης [7], [8] αν και αυτή η σχέση δεν αποδεικνύεται πάντοτε [5].

Γενετικοί παράγοντες

Οι γενετικοί παράγοντες (κληρονομικοί παράγοντες) βρέθηκαν ότι αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της νόσου [9]. Παρόλα αυτά υπάρχει σκεπτικισμός σχετικά με την αμεσότητα αυτού του παράγοντα καθώς μπορεί να αποτελεί και την αντιγραφή ενός κακού τρόπου διατροφής μεταξύ μελών της οικογένειας.

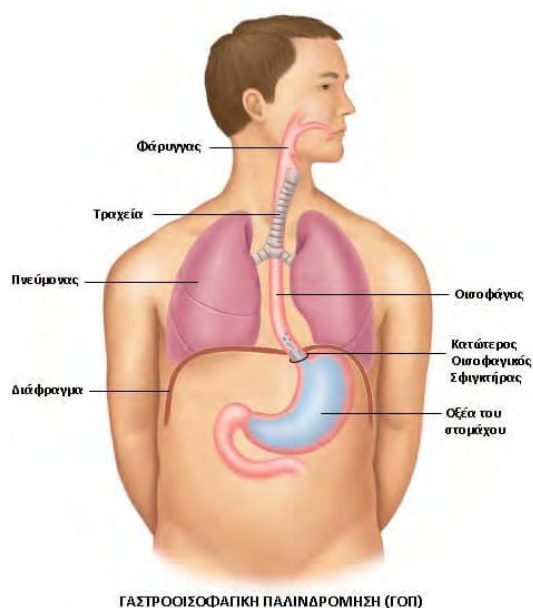
1.4 Βασική παθογένεια

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ: εικόνα 1.1.) ορίζεται ως το πέρασμα του γαστρικού υγρού στον οισοφάγο. Ο κύριος μηχανισμός ο οποίος ευθύνεται για τα επεισόδια αυτής της κατάστασης που ονομάζεται ΓΟΠ είναι η παροδική χαλάρωση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ) [10]. Η πρόκληση ενοχλητικών συμπτωμάτων ή και επιπλοκών κατά την αποκλίνουσα κίνηση του γαστρικού υγρού, θεωρείται ότι υπάρχει μια παθολογική κατάσταση η

οποία ονομάζεται γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ) επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής και την καθημερινότητα ενός ανθρώπου.

Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων της ΓΟΠΝ δημιουργούνται επιπλοκές και συμπτώματα λόγω της μετακίνησης του γαστρικού οξέος από το στομάχι στο στόμα και τον λάρυγγα, ή και τον πνεύμονα. Όλες αυτές οι αρνητικές επιπλοκές και τα συμπτώματα οφείλονται και στην ακατάλληλη μετακίνηση αλλά και στην καυστικότητα του γαστρικού υγρού [11], [12].

Η καυστική δράση του γαστρικού περιεχομένου οφείλεται κυρίως στο υδροχλωρικό οξύ (HCL) και στην πεψίνη και λιγότερο στα υπόλοιπα πεπτικά υγρά όπως τα χολικά άλατα και τα παγκρεατικά ένζυμα. Η αντίχυνση γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο κατά τη διάρκεια της εξέτασης δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ο ασθενής πάσχει από ΓΟΠΝ [11], [12]. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από οπισθοστερνικό κάψιμο και όξινες αναγωγές οι οποίες παράγονται από την ανώμαλη παλινδρόμηση του γαστρικού περιεχομένου [10].



Εικόνα 1.1. Η Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ή ΓΟΠ (Πηγή: www.endoscopicsurgery.gr)

1.5 Κλινική εικόνα - Διάγνωση

1.5.1 Κλινική Εικόνα

Τα κλινικά συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνονται τα νοσήματα του οισοφάγου είναι τα έξης: δυσκαταποσία ή δυσφαγία, οπισθοστερνικός πόνος και καύσος, ερυγές, αναγωγές εκδηλώσεις από το αναπνευστικό και γενικά συμπτώματα. Τα κύρια συμπτώματα της ΓΟΠ είναι

- **Θωρακικός πόνος μη καρδιολογικής αιτιολογίας.** Ο θωρακικός πόνος μη καρδιακής αιτιολογίας μπορεί να παρατηρηθεί σε ασθενείς με ΓΟΠ.
- **Οδοντικές διαβρώσεις** δηλαδή η απώλεια του οδοντικού σκληρού ιστού που προκαλείται από ανόργανες ενώσεις (γαστρικό οξύ) χωρίς τη συμμετοχή των βακτηρίων.
- **Χρόνιος βήχας.** Αυτό είναι και το πιο σύνηθες σύμπτωμα στην περίπτωση της ΓΟΠ και μπορεί να προέρχεται είτε ως άμεση συνέπεια της ΓΟΠ είτε επιπλοκή από συνοδή ασθένεια λόγω αυτής. Επιπλέον αποτελεί την περίπτωση εμφάνισης χαμηλότερης ποιότητα ζωής στις περιπτώσεις αυτές (Shirai et al, 2015).
- **Λαρυγγίτιδα**
- **Αποφρακτική άπνοια ύπνου** που επιφέρει την ταλαιπωρία ασθενών ΓΟΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας, με αποτέλεσμα ο ύπνος τους να μην είναι αναζωογονητικός με αποτέλεσμα την εμφάνιση κόπωσης, ανάγκης για ύπνο και υπνηλίας κατά την διάρκεια της ημέρας (Shakera and Magdyb, 2016; Jaimchariyatam et al,2016).
- **Δυσπεψία.** Τα δυσπεπτικά συμπτώματα είναι πιο συχνά σε ασθενείς με ΓΟΠ και περιλαμβάνει τη δυσφορία ή την αίσθηση καψίματος στο στομάχι.
- **Κολπική μαρμαρυγή.** Αποτελεί την πιο συχνή καρδιακή αρρυθμία και σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής.
- **Δυσκαταποσία ή δυσφαγία** που έχει ως αποτέλεσμα την δύσκολη μεταφορά της τροφής κατά την διαδικασία της βρώσης. Συναντάται σε δύο μορφές, την στοματοφαρυγγική και την οισοφαγική.
- **Οπισθοστερνικός καύσος** γνωστή και ως καούρα. Το σύμπτωμα αυτό γίνεται πιο έντονο κατά την κατάκλιση, την θέση του σώματος υπό γωνία (σκύψιμο, πρηγής κλπ.) ή μετά από μεγάλα ή/και λιπαρά γεύματα .
- **Ερυγές,** γνωστό και ως «ρέψιμο» χαρακτηρίζοντας την αντίδραση του πεπτικού συστήματος στην βίαιη παλινδρόμηση του αέρα και την μεταφορά του από το στομάχι και τον οισοφάγο προς το ανώτερο αναπνευστικό.

- Επίσης παρουσιάζονται και άλλα συμπτώματα τα οποία συμπεριλαμβάνουν την απώλεια βάρους, την δυσοσμία του στόματος, την αναιμία και εμφανίζονται στα τελικά στάδια παθήσεων του οισοφάγου [14].

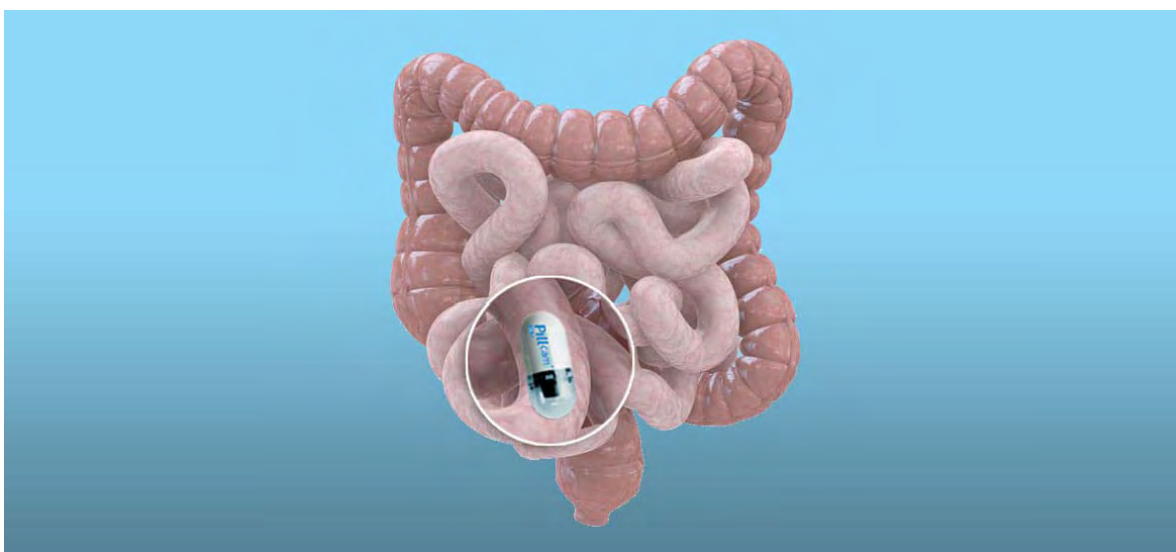
1.5.2. Διάγνωση

Τα περισσότερα άτομα με κλασικά συμπτώματα παλινδρόμησης δεν απαιτούν περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο παρά τη λήψη ενός καλού ιστορικού και αντικειμενική εξέταση. Σε αυτούς τους ασθενείς, μπορεί να χρησιμοποιηθεί εμπειρική χορήγηση θεραπείας με αντιόξινα τόσο ως διαγνωστικό όσο και ως θεραπευτικό μέτρο. Η ανταπόκριση στη θεραπεία επιβεβαιώνει τη διάγνωση και προλαμβάνει τη διενέργεια περαιτέρω διαγνωστικού ελέγχου. Έτσι ο επεμβατικός έλεγχος για την παλινδρομική νόσο διενεργείται γενικά σε τρεις κατηγορίες ασθενών: εκείνους που έχουν “ανησυχητικά συμπτώματα”, εκείνους που έχουν ασυνήθιστη ή ασαφή εκδήλωση της νόσου και σε εκείνους που δεν επιδεικνύουν την αναμενόμενη κλινική ανταπόκριση στη θεραπεία [15].

- **Ακτινολογική εξέταση.** Αφορά τον ακτινολογικό έλεγχο του οισοφάγου και προσφέρει ελάχιστα στην διάγνωση της ΓΟΠ [16].
- **Οισοφαγογράφημα με κατάποση βαρίου.** Χρησιμοποιείται για την εξέταση του οισοφάγου, του στομάχου και της άνω μοίρας του λεπτού εντέρου. Σε αυτή την εξέταση, ο ασθενής λαμβάνει μικρή ποσότητα βαρίου. Το υγρό αυτό έχει την ιδιότητα να εμφανίζεται στην ακτινογραφία. Η μέθοδος εγκαταλείπεται πλέον αφού γίνεται πιο συχνή χρήση ενδοσκοπικών μεθόδων [17].
- **Ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού συστήματος.** Η ενδοσκοπική διάγνωση της οισοφαγίτιδας δεν είναι ταυτόσημη με τη διάγνωση της ΓΟΠ ενώ ως και το 10% των οισοφαγίτιδων προέρχεται από κατάποση καυστικών ουσιών που περνούν απαρατήρητες από τον ασθενή. Με την ενδοσκόπηση μπορεί να διαγνωσθεί τυχόν συνυπάρχουσα διαφραγματοκήλη και η θέση της καρδιοοισοφαγικής συμβολής. Ως και 40% των ασθενών με συμπτώματα ενδεικτικά της ΓΟΠ δεν έχουν συνοδό οισοφαγίτιδα [16].
- **Εικοσιτετράωρη καταγραφή του pH του οισοφάγου.** Μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της ΓΟΠΝ, όμως δεν είναι αναγκαία για τους περισσότερους ασθενείς. Αυτή η μέθοδος θεωρείται ότι παρέχει ακρίβεια των μετρήσεων και διάγνωσης σε ποσοστό 96% καθιστώντας την, τη μέθοδο επιλογής για τη διάγνωση της ΓΟΠ [16].

- **Μανομετρία του οισοφάγου.** Σε ασθενείς με συμπτωματική ΓΟΠ η μανομετρία του οισοφάγου επιτρέπει την αναγνώριση ενός προβληματικού κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα αλλά και την ανεπάρκεια του περισταλτικού κύματος του οισοφάγου να καθαρίσει τα γαστρικά υγρά που παλινδρομούν. Δεν αποτελεί εξέταση ρουτίνας για τις συνήθεις μορφές της ΓΟΠ. Ο συνδυασμός αυτής της μεθόδου με τρισδιάστατες απεικονιστικές τεχνικές επιτρέπει τον υπολογισμό του όγκου κατανομής της πίεσης του σφιγκτήρα ή SPVV. Τιμές SPVV μικρότερες του 12 αποτελούν ένδειξη μηχανικά ανεπαρκούς κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα [18].
- **Υπερηχογράφημα οισοφάγου.** Η ασπρόμαυρη υπερηχογραφία αποτελεί μια αξιόπιστη μέθοδο ενώ η έγχρωμη παρέχει ακριβέστερη ευαισθησία, ενώ ανεξάρτητα του τρόπου απεικόνισης, μπορεί να αναδείξει παλινδρόμηση μικρής διάρκειας αλλά και μη όξινο περιεχόμενο. Οι δυνατότητες επανάληψης αυτής τη μεθόδου είναι απεριόριστες αλλά δεν μπορεί να εκτιμήσει την βαρύτητα της ΓΟΠ και της οισοφαγίτιδας [19].
- **Σπινθηρογράφημα οισοφάγου.** Το σπινθηρογράφημα βασίζεται στην ανίχνευση ραδιοεπισημασμένου γαστρικού περιεχομένου, με τη βοήθεια γ-κάμερας. Οι ουσίες που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό, αναμιγνύονται με υδαρή τροφή ή γάλα που χορηγείται σε ποσότητα ανάλογη με την επιφάνεια σώματος. Η ευαισθησία της μεθόδου υπερτερεί σε σχέση με τον ακτινολογικό έλεγχο, διότι επιτρέπει μεγαλύτερο χρόνο εξέτασης για την αποκάλυψη πιθανής παλινδρόμησης, με σχετικά μικρότερη δόση ακτινοβολίας [18].
- **Ενδοσκόπηση με ασύρματη κάψουλα.** Αυτή η μέθοδος αποτελεί μία σύγχρονη εξέταση ελέγχου του γαστρεντερικού σωλήνα. Η διαδικασία εκτελείται μέσω μίας μικροσκοπικής ασύρματης κάμερας που βρίσκεται τοποθετημένη μέσα σε μία κάψουλα που έχει παρόμοιο σχήμα και μέγεθος με μία μεγάλη φαρμακευτική κάψουλα. Μετά την ενεργοποίηση της η κάψουλα καταπίνεται από τον ασθενή και καθώς ταξιδεύει μέσα στον γαστρεντερικό σωλήνα, η κάμερα λαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό από χιλιάδες φωτογραφίες που όλες μαζί συνθέτουν ένα βίντεο. Το φωτογραφικό υλικό μεταδίδεται ασύρματα σε μία συσκευή καταγραφής. Η κάψουλα είναι μιας χρήσης και αποβάλλεται με τη φυσιολογική οδό (εικόνα 1.2)
- **Διαφορική διάγνωση.** Η εκδήλωση της ΓΟΠ μπορεί να είναι παρόμοια με πολλές άλλες καταστάσεις. Οι ασθενείς με καρδιακή νόσο μπορούν να περιγράψουν το θωρακικό άλγος ως “καυσαλγία”. Στους ανθρώπους αυτούς που παραπονιούνται για θωρακικό άλγος, ο

αποκλεισμός της καρδιακής νόσου, ιδιαίτερα στους ασθενείς ομάδων υψηλού κινδύνου, είναι απαραίτητος. Η δυσφαγία σχετίζεται με τον καρκίνο του οισοφάγου και στενώσεις οισοφάγου. Ίσως είναι πολύ δύσκολο να εντοπισθούν τα έξωοισοφαγικά συμπτώματα της ΓΟΠ. Το άσθμα που οφείλεται στη ΓΟΠ είναι μία διάγνωση που συχνά διαλανθάνει της αντίληψης του γιατρού και θα πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται όπως αναμένεται στις θεραπείες που απευθύνονται στο άσθμα[15].



Εικόνα 1.2. Ενδοσκόπηση με ασύρματη κάψουλα (Πηγή: Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας, ΕΠΕΓΕ, www.epege.gr)

1.6 Συννοσηρότητες

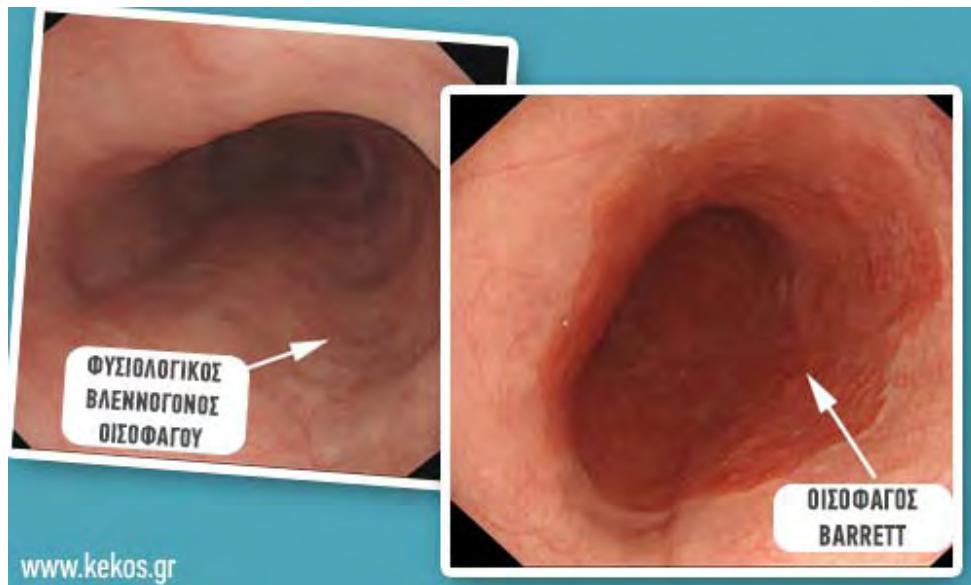
Η ΓΟΠΝ μπορεί να υπάρχει με την παρουσία των συμπτωμάτων χωρίς ορατές διαβρώσεις στον οισοφάγο σε ενδοσκοπική εξέταση και σε αυτή τη περίπτωση χαρακτηρίζεται ως μη διαβρωτική γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ή μπορεί να υπάρχουν συμπτώματα ΓΟΠΝ με εμφανείς διαβρώσεις του βλεννογόνου του οισοφάγου κατά την ενδοσκόπηση. Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση αποτελεί αναμφισβήτητα μια από τις πιο δαπανηρές για τον ασθενή νόσους και επίσης είναι μια από τις πιο συνηθισμένες νόσους τις οποίες αντιμετωπίζει ένας γαστρεντερολόγος και ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα σε όλο τον κόσμο το οποίο έχει αυξηθεί τα τελευταία έτη και [12] συνδέεται με κακή ποιότητα ζωής όσο αφορά την υγεία του ατόμου, έκπτωση της απόδοσης και της παραγωγικότητας του σε αρκετούς τομείς της καθημερινότητας του και επίσης συνδέεται με

αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών της ΓΟΠΝ οι οποίες μπορεί να είναι αρκετά σοβαρές και να θέτουν τη ζωή του ασθενή σε κίνδυνο όπως το οισοφαγικό αδενοκαρκίνωμα (ΟΑ) [13].

1.7 Εκτίμηση της νόσου

Η χρόνια εμφάνιση της ΓΟΠ είναι δυνατόν να προκαλέσει:

- **Οισοφαγίτιδα**, η οποία είναι υπεύθυνη για τα συμπτώματα του ασθενούς. Το πιο συχνό από συμπτώματα είναι το οπισθοστερνικό κάψιμο, που αποτελεί ένα υποκειμενικό αίσθημα καύσου ή πύρωσης, που εντοπίζεται πίσω από το στέρνο ή την ξιφοειδή απόφυση. Συχνά συνοδεύεται από όξινες ερυγές ή πόνο και μπορεί να έχει ημερήσια ή και νυκτερινή κατανομή.
- **Εξωοισοφαγικές εκδηλώσεις**, οι οποίες παρατηρούνται σε πολλούς ασθενείς με ΓΟΠ, κυρίως από το αναπνευστικό σύστημα και την περιοχή του λαιμού, της μύτης και των αυτιών. Σαν τέτοιες εκδηλώσεις είναι: ο θωρακικός πόνος, ο νυκτερινός βρογχοσπασμός, το βρογχικό άσθμα, η πνευμονία από εισρόφιση, η φαρυγγίτιδα και δύσπνοια.
- **Οισοφάγος Barrett**, (εικόνα 1.3). Το μεταπλαστικό επιθήλιο Barrett συνοδεύει συνήθως μεγάλης διάρκειας και βαρύτητας γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και προδιαθέτει σε ανάπτυξη καρκίνου του οισοφάγου. Εκτιμάται ότι ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι 30-50 φορές μεγαλύτερος από το γενικό πληθυσμό και ότι το χρονικό διάστημα για να εξαλλαγή του οισοφάγου Barrett σε καρκίνο είναι μεγαλύτερο από 20-30 χρόνια [21].



Εικόνα 1.3. Οισοφάγος Barrett (Πηγή: www.kekos.gr)

1.8 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η συνήθης θεραπευτική αντιμετώπιση της ΓΟΠ περιλαμβάνει συνήθως 3 στάδια

- Με την **αλλαγή των καθημερινών συνηθειών** όπως της διατροφής και της τακτικής λήψης αντιόξινων φαρμάκων. Με αυτό τον τρόπο μειώνεται η ένταση και συχνότητα των συμπτωμάτων της ΓΟΠ σε πρώιμα στάδια εξέλιξης της. Άλλες αλλαγές που μπορούν να θεωρηθούν καταλυτικές στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι η απώλεια βάρους, η διακοπή του καπνίσματος και του αλκοόλ αλλά και αλλαγές στον τρόπο διατροφής.
- Με την **φαρμακευτική αγωγή** για την αντιμετώπιση πιο έντονων συμπτωμάτων. Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης περιλαμβάνει την αντιμετώπιση με αγωγή μετά από εξέταση και διάγνωση της ΓΟΠΝ. Οι σημαντικότεροι φαρμακευτικοί παράγοντες στη θεραπεία της νόσου της ΓΟΠ σήμερα είναι η ομεπραζόλη και η λανσοπραζόλη και άλλοι αναστολείς.
- **Χειρουργική αντιμετώπιση.** Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης αναφέρεται σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται ούτε στην συντηρητική αλλά και ούτε στην φαρμακευτική αγωγή.

ΚΕΦΑΛΙΟ 2

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΓΟΠ ΜΕ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1 Επιπτώσεις ΓΟΠ - άγχος -κατάθλιψη

Το γαστρεντερικό σύστημα, έχει χαρακτηριστεί ως «αντηχείο των συγκινήσεων» καθώς τα συναισθήματα επηρεάζουν την λειτουργία του ή βρίσκουν διέξοδο μέσα από δραστηριότητες που έχουν σχέση με αυτό. Έτσι, ο θυμός, ο φόβος, η διέγερση, η χαρά και η θλίψη, μπορεί να μεταβάλουν την κινητικότητα του στομάχου, όσο και των εντέρων, αλλά ακόμα και το ρυθμό λειτουργίας των αδένων, που έχουν σχέση με το πεπτικό σύστημα. Διάρροια και δυσκοιλιότητα είναι στενά συνδεδεμένα με συναισθηματικές καταστάσεις. Με βάση τα προηγούμενα, είναι φυσικό μια ψυχοσωματική διαταραχή να βρίσκει την πληρέστερη έκφρασή της στις διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος όπως

- Έμετοι
- Πεπτικό έλκος
- Ελκώδης κολίτιδα.
- Σπαστική κολίτιδα
- Δυσκοιλιότητα

Η εξέταση ερευνών σχετικά με την επίδραση της ΓΟΠ στο άγχος και την κατάθλιψη δεν παρουσίασαν περιπτώσεις που η ΓΟΠ να επιβαρύνει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης του δείγματος. Αντίθετα, παρόμοιες έρευνες [23], [24] έδειξαν ότι σε ένα ήδη καταπονημένο σύστημα η ΓΟΠ αποτελεί αποτέλεσμα και όχι το αίτιο μιας ψυχολογικά κακής ή έντονα φορτισμένης συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς.

2.2. Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με τις προηγούμενες περιγραφές είναι σαφές ότι τόσο οι παράγοντες κινδύνου όσο και τα συμπτώματα δείχνουν ή υπονοούν μια χαμηλή ποιότητα ζωής πριν την εμφάνιση της νόσου η οποία επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο μετά την εμφάνιση της. Οι επιπλοκές της ΓΟΠ επηρεάζουν ένα άτομο σε όλες τις πτυχές της ζωής του, στην καθημερινότητα του.

Η συχνότητα και η σοβαρότητα της ΓΟΠ σχετίζεται άμεσα με την καθημερινή λειτουργία του ασθενούς και το ευ ζην του. Οι ασθενείς με ΓΟΠ παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα

ψυχολογικής ευεξίας, κοινωνικής και σωματικής λειτουργίας αλλά και ζωτικότητας [25]. Επιφέρει ένα επιβαρυντικό και υψηλό φορτίο συμπτωμάτων το οποίο επηρεάζει αρνητικά την καθημερινότητα του ασθενούς μειώνοντας την ποιότητα ζωής του αλλά και την παραγωγικότητα του στην εργασία.

Αυτή η ψυχική και σωματική εξασθένηση δυσχεραίνει τη καθημερινότητα του ατόμου [26] και αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών της διάθεσης και άλλων αγχωδών διαταραχών [27]. Παρόμοια έχουν παρατηρηθεί συχνές απουσίες στην εργασία από άτομα που έχουν ΓΟΠ με αποτέλεσμα σημαντικές έμμεσες δαπάνες. Η έκπτωση σε όλες τις πτυχές της ζωής φάνηκε να είναι υψηλότερη και εντονότερη σε εκείνους τους ασθενείς με μεγαλύτερο και σοβαρότερο φορτίο συμπτωμάτων ΓΟΠ [26].

Η εξέταση της ποιότητας ζωής σε άτομα με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ή ΓΟΠ έχει απασχολήσει αρκετές έρευνες. Σε σχέση με τα συμπτώματα, η έρευνα σε άτομα με ΓΟΠ, με την βοήθεια του ερωτηματολογίου GERD έδειξαν ότι ο πόνος στο στήθος είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής του δείγματος [28]. Η εμφάνιση αυτού του παράγοντα επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και παρουσιάζει και υψηλή αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την βαθμολογία του ερωτηματολογίου. Σε παρόμοια έρευνα με την βοήθεια των εργαλείων GERD και SF12, διαπιστώθηκε η αρνητική επίπτωση της έντασης των συμπτωμάτων της νόσου αλλά και της συχνότητας εμφάνισης τους σε συμφωνία με παλαιότερες παρόμοιες έρευνες που έγιναν στην Δυτική Ευρώπη [29], [30],[31].

Είναι σημαντικό να αναφερθεί η αρνητική επίπτωση αλλά και την αλλοίωση των αποτελεσμάτων που έχει μια προγενέστερα ψυχολογικά βεβαρημένη κατάσταση του ασθενούς. Η εξέταση του άγχους και της κατάθλιψης σε αυτές τις κατηγορίες ασθενών ένα αδύνατη και συνίσταται η απομάκρυνση τους από την μελέτη [32].

2.3 Επιπτώσεις στο κόστος υγείας

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών έχουν αφιερωθεί στην εκτίμηση του κόστους θεραπείας της ΓΟΠΝ [33]. Μέσα από μια συστηματική εξέταση 219 άρθρων εξήχθησαν τα εξής συμπεράσματα σχετικά με τις επιπτώσεις της ΓΟΠΝ στο κόστος υγείας [33]:

Η ΓΟΠΝ αποτελεί μια από τις πιο πολυέξοδες νόσους του πεπτικού συστήματος σε παγκόσμιο επίπεδο, χωρίς ακόμη να έχει γίνει ακριβής εκτίμηση από τις πολυπληθείς έρευνες που έχουν γραφτεί.

Οι μέθοδοι θεραπείας που υιοθετούν οι γιατροί δεν είναι πάντοτε οι πιο οικονομικά αποδοτικοί, καθώς παρατηρήθηκαν αρκετές περιπτώσεις που η θεραπεία ενός ασθενούς θα μπορούσε να είχε γίνει με την ίδια αποτελεσματικότητα αλλά με μικρότερο κόστος. .

Οι προτάσεις για την μείωση του κόστους αλλά και την αύξηση της ποιότητας της θεραπείας της ΓΟΠΝ εστιάζονται [34]

Στη ανάπτυξη μηχανισμών πρόληψης

Μείωση της δόσης των αναστολέων H^+/K^+ στην μικρότερη δυνατή και ταυτόχρονη παρακολούθηση της πορείας των ασθενών

Αυτό που προκάλεσε εντύπωση κατά την εξέταση αυτών των ερευνών ήταν η εστίαση στους αναστολείς των ενζύμων H^+/K^{++} θέτοντας τους ως την πιο οικονομική αλλά και αποτελεσματική λύση στην θεραπεία της ΓΟΠΝ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΟΠ

Η ποιότητα ζωής ασθενών με ΓΟΠ επηρεάζεται σημαντικά από τα ατομικά χαρακτηριστικά τους αλλά και γενικότερα από τον τρόπο ζωής τους – την καθημερινότητα τους. Πιο συγκεκριμένα, οι εξεταζόμενες έρευνες έδειξαν ότι η επιρροή των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος έδειξαν ότι οι καθημερινές συνήθειες πριν την εκδήλωση της ΓΟΠ επηρεάζουν την ένταση και τον βαθμό των συμπτωμάτων. Οι συνήθειες κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου (risk factors). Παρόμοια και η ηλικία προσδιορίστηκε ως στατιστικά σημαντικός παράγοντας στην εκδήλωση των συμπτωμάτων και ιδιαίτερα όταν αυτή συνδυάζεται με τους προηγούμενους παράγοντες κινδύνου [35]. Παρόλα αυτά το φύλο δεν μπόρεσε να αποδειχθεί ως στατιστικά σημαντικός παράγοντας εκδήλωσης των συμπτωμάτων. Άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που καπνίζουν και καταναλώνουν αλκοόλ είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν εντονότερα συμπτώματα σε πιο συχνή κλίμακα από ότι άτομα νεότερης ηλικίας ή ακόμη και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που δεν καπνίζουν ή καταναλώνουν συχνά αλκοόλ.

Σε σχέση με τις ψυχολογικές επιπτώσεις της ΓΟΠ παρατηρήθηκε ότι το φύλλο και η ηλικία εμφάνισης μικρότερη των 40 ετών αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης άγχους αλλά σε μικρό βαθμό. Επίσης επισημάνθηκε η σημαντικότητα του καπνίσματος ως επιβαρυντικός παράγοντας στην εκδήλωση άγχους αλλά όχι την κατανάλωση αλκοόλ [23]. Υψηλή πιθανότητα εμφάνισης άγχους σε άτομα με ΓΟΠ εμφανίζουν και οι κατηγορίες ασθενών που δεν γυμνάζονται και έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό και κοινωνικό επίπεδο.

Τέλος η κούραση εμφανίστηκε ως ο παράγοντας με την μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης άγχους, πιθανότατα διότι συνδυάζει αρκετούς από τους προηγούμενους παράγοντες. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσίασαν και σε άλλες έρευνες [36] δείχνοντας παράλληλα την σημαντικότητα των διαταραχών του ύπνου και της ποιότητας του ως σύμπτωμα της ΓΟΠ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της [36] η κακή ποιότητα του ύπνου αυξάνει την πιθανότητα αλλά και τον βαθμό εμφάνισης άγχους και έχει ως άμεσα αλλά και συνεπαγόμενο αποτέλεσμα την μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Μια περιεκτική μελέτη που ασχολήθηκε με το άγχος την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΓΟΠ, με κύρια εργαλεία μέτρησης το SAS και το SF36 [23] έδειξε ότι ασθενείς με

ποιο έντονα συμπτώματα αναμένεται να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης αλλά και σε μεγαλύτερο βαθμό και φυσικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Δεν αναφέρθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος ενώ αναφέρθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων άγχους και κατάθλιψης.

Η προαναφερόμενη ποιότητα του ύπνου επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο όταν παρουσιάζονται και αναπνευστικά προβλήματα από τους ασθενείς με ΓΟΠΝ. Σε αυτή την περίπτωση η υπνική άπνοια γίνεται πιο έντονη με αποτέλεσμα να γίνεται και πιο συχνή η διακοπή του ύπνου. [45]. Αυτά τα αναπνευστικά προβλήματα μπορεί να αποτελούν και συμπτώματα της ΓΟΠ ή να οφείλονται και σε άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες όπως το κάπνισμα.

Έρευνες που ασχολήθηκαν μόνο με την ποιότητα ζωής ασθενών με ΓΟΠΝ [22],[46], [47] έδειξαν ότι η κύρια επίδραση των αρνητικών επιπτώσεων των συμπτωμάτων της ΓΟΠ είναι η κακή ποιότητα του ύπνου. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους ήταν το πιο λεπτομερές SF-36 και το οποίο έδειξε ότι υπάρχει πιθανότητα άμεσης σύνδεσης κάποιων διανυσμάτων του SF-36 και των συμπτωμάτων της ΓΟΠ. Αυτά ήταν η πνευματική υγεία και η κοινωνικότητα αλλά δεν μπόρεσε να αποδειχθεί στατιστικά σημαντικά.

Τέλος αξίζει να επισημανθεί ότι η ταχύτητα βρώσης και ως ενδεικτικός παράγοντας του άγχους ενός ατόμου αλλά και ως συνήθεια δρα επιβαρυντικά στα συμπτώματα της ΓΟΠ. Έτσι, αν και τα άτομα που παίρνουν καθημερινά πρωινό γεύμα δείχνουν μια ισορροπημένη διατροφή και μια σταθερή και υγιή ψυχολογική κατάσταση [48] εντούτοις εάν αυτή γίνεται με υπερβολική ταχύτητα τότε επιβαρύνει την δυσπεψία και την ένταση των συμπτωμάτων της ΓΟΠ. Οι οδηγίες που εξάγονται από τα αποτελέσματα είναι σαφείς, η σωστή διατροφή με τρία γεύματα την ημέρα αντί για ένα μεγάλο, πιθανότητα μεσημεριανή ή απογευματινή ώρα αποτελεί μια υγιεινή διατροφή και βοηθά στην ψυχολογική (από)κατάσταση του συνδυασμού σώματος-πνεύματος μέσα από μια ισορροπημένη καθημερινότητα αλλά και μειώνει την ταχύτητα βρώσης καθώς η ποσότητα τροφής είναι μικρότερη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. Ερευνητικό σχέδιο

Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε με την βοήθεια συλλογής δεδομένων μέσω ερωτηματολογίων. Η συλλογή του δείγματος στηρίχθηκε στην απλή τυχαία δειγματοληψία σε τέσσερις σταθμούς συλλογής δεδομένων. Οι σταθμοί αυτοί ήταν τέσσερα, συνεργαζόμενα εθελοντικά στην έρευνα, γαστρεντερολογικά ιατρεία.

Στην έρευνα συμμετείχαν 124 άτομα τα οποία είχαν διαγνωστεί με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, από τα οποία 20 αποκλείστηκαν διότι είχαν παρουσιάσει είτε έντονα σωματικά συμπτώματα από συνοδά νοσήματα είτε είχαν παρουσιάσει προηγούμενο ιστορικό ψυχολογικών διαταραχών. Αυτά τα κριτήρια αποκλεισμού δεν επιτρέπουν την εισαγωγή μετρήσεων που είναι πιθανό να παρουσιάσουν μεροληψία του εκτιμητή στα συμπτώματα και στο επίπεδο κατάθλιψης και να αλλοιώσουν τα αποτελέσματα της έρευνας.

Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων διήρκησε από τις 1/1/2019 έως και την 1/4/2019. Η συλλογή των δεδομένων έγινε τηρώντας ένα σταθερό πρόγραμμα από τον ερευνητή κατά το οποίο γίνονταν η σύσταση από τον ερευνητή, και η παρουσίαση του σκοπού της έρευνας. Στη συνέχεια γινόταν η ερώτηση εάν θα ήθελε να συμμετέχει στην έρευνα, ότι η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ότι τα προσωπικά του δεδομένα εξασφαλιζόνταν μέσω τη ανωνυμίας. Στην περίπτωση θετικής απάντησης, ο ερευνητής εξηγούσε την διαδικασία όντας παρόν καθόλη την διεξαγωγή της για την παροχή βοήθεια προς τον συμμετέχοντα σε περίπτωση που κάτι τέτοιο χρειαζόταν. Μετά την παράδοση του ερωτηματολογίου ο ερευνητής ευχαριστούσε τον συμμετέχοντα και τοποθετούσε το ερωτηματολόγιο σε τυχαία σειρά μέσα σε συγκεκριμένο χώρο εκτός του χώρου συλλογής των δεδομένων, ώστε κανένας συμμετέχοντα ή τρίτο πρόσωπο να μην δει τις απαντήσεις των προηγούμενων συμμετεχόντων.

4.2. Δείγμα

Η συνολική περιγραφή του δείγματος παρουσιάζεται στον πίνακα 1. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα αυτού, το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από 48 άνδρες (N%=46,20%) και 56 γυναίκες (N%=53,80%). Περίπου το 60% του δείγματος (N=59, N%=60,80%) ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 31-50 ετών, έγγαμοι με παιδιά (N=41, N%=39,40%) ή άγαμοι (N=32, N%=32,80 %). Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας (N=40,

N%=38,80%) ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (N=22, N%=21,40%) και περίπου ένας στους δύο συμμετέχοντες στην έρευνα έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μεγαλύτερο των 12.000€ (N=57, 57,60%).

Πίνακας 1 Πίνακας συχνοτήτων των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος

	N	N%
Φύλο		
Άνδρας	48	46.2 %
Γυναίκα	56	54.8 %
Ηλικία		
Έως 30 ετών	11	11.3 %
31-40	32	34.0 %
41-50	27	27.8 %
51-60	15	15.5 %
> 60 ετών	12	12.4 %
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	32	30.8 %
Έγγαμος	19	18.3 %
Έγγαμος με παιδιά	41	39.4 %
Εν διαστάσει	8	7.7 %
Άλλο	4	4.8 %
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Δημοτικό	7	6.8 %
Γυμνάσιο	6	5.8 %
Λύκειο	22	21.4 %
ΙΕΚ/ΚΕΚ	13	12.6 %
ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	38.8 %
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	15	14.6 %
Ετήσιο Οικογενειακό εισόδημα		
Έως 6.000€	18	18.2 %
6.000€-12.000€	24	24.2 %
>12.000€	57	57.6 %

Σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της υγείας του δείγματος, το μεγαλύτερο μέρος του αποτελείται από άτομα με φυσιολογικό (N=45, N%=45%) ή υπέρβαρο (N=42, N%=42%) δείκτη μάζας σώματος (πίνακας 2).

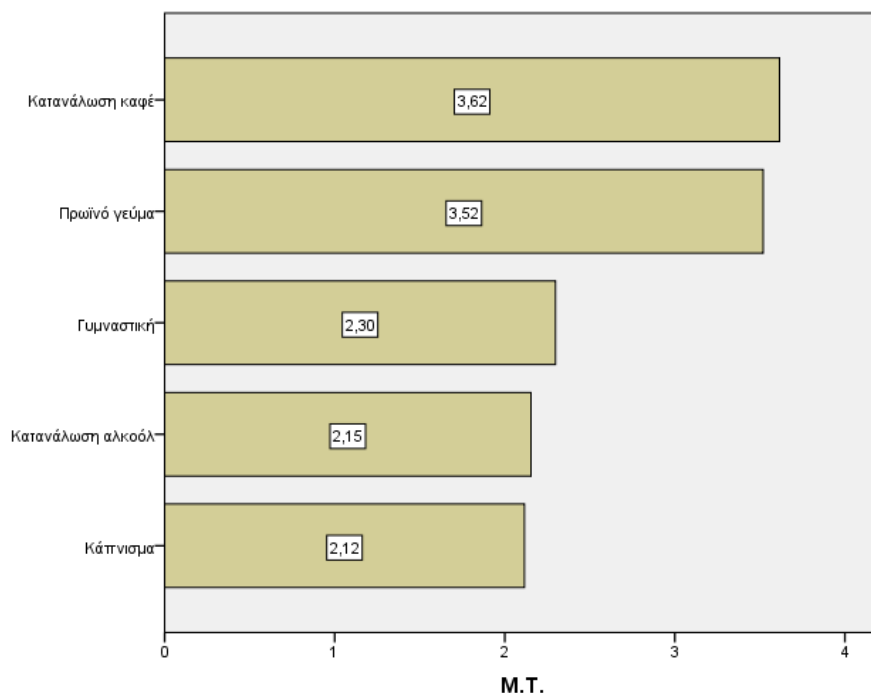
Πίνακας 2 Πίνακας συχνότητων των κατηγοριών του ΔΜΣ του δείγματος

Κατηγορίες	N	N%	Αθροιστικό N%
Λιποβαρής	1	1.0 %	1.0 %
Φυσιολογικός	45	45.0 %	46.0 %
Υπέρβαρος	42	42.0 %	88.0 %
Παχύσαρκος τύπου I	8	8.0 %	96.0 %
Παχύσαρκος τύπου II	3	4.0 %	99.0 %
Παχύσαρκος τύπου III	1	1.0 %	100.0 %

Τέλος, σε σχέση με τις καθημερινές συνήθειες που βοηθούν ή επιβαρύνουν την υγεία ενός ατόμου, τα αποτελέσματα του πίνακα 3 έδειξαν ότι ένας στους τρεις συμμετέχοντες στην έρευνα δεν κάνει γυμναστική και καπνίζει κάθε ημέρα (N%=32,70%) αλλά και δεν πίνει καθόλου αλκοόλ (N%=26,90%). Περίπου το 80% το δείγματος καταναλώνει καφέ (N%=78,80%) και το 71,20% τρώει πρωινό καθημερινά. Τέλος οι μέσες βαθμολογίες του γραφήματος 4.1 δείχνουν ότι οι πιο συχνές καθημερινές συνήθειες του δείγματος είναι η κατανάλωση καφέ και το πρωινό γεύμα ενώ εντύπωση προκαλεί ότι η γυμναστική βρίσκεται υψηλότερα από την κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα.

Πίνακας 3. Πίνακας συχνότητων των κατηγοριών του ΔΜΣ του δείγματος

	Κάθε ημέρα		Λίγες φορές την εβδομάδα		Λίγες φορές τον μήνα		Καθόλου	
	N	N%	N	N%	N	N%	N	N%
Γυμναστική	19	18,3%	27	26,0%	24	23,1%	34	32,7%
Κατανάλωση καφέ	82	78,8%	11	10,6%	4	3,8%	7	6,7%
Κατανάλωση αλκοόλ	13	12,5%	18	17,3%	45	43,3%	28	26,9%
Κάπνισμα	34	32,7%	5	4,8%	4	3,8%	61	58,7%
Πρωινό γεύμα	74	71,2%	17	16,3%	6	5,8%	7	6,7%



Γράφημα 4.1. Μέσες βαθμολογίες των καθημερινών συνηθειών του δείγματος σε φθίνουσα ταξινόμηση (Καθόλου=0).

Η προηγούμενη διερεύνηση των ατομικών χαρακτηριστικών και των συνηθειών υγείας του δείγματος έδειξε ένα ομογενές δείγμα, νεαρής ηλικίας, χωρίς καταχρήσεις και που έχει υιοθετήσει υγιεινές καθημερινές συνήθειες. Για αυτό τον λόγο αναμένονται χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και υψηλό επίπεδο της ποιότητας του ύπνου και της υγείας του δείγματος..

4.2. Ερευνητικό εργαλείο

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων της έρευνας αποτελείται από 6 ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιέχει 8 ερωτήσεις σχετικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος και τις καθημερινές του συνήθειες υγείας. Οι ερωτήσεις υγείας ασχολούνται με την συχνότητα του καπνίσματος, της κατανάλωση αλκοόλ, καφέ, γυμναστικής και πρωινού γεύματος.

Δείκτης Συμπτωμάτων παλινδρόμησης

Η δεύτερη ενότητα του εργαλείου, έχει το ερωτηματολόγιο του δείκτη συμπτωμάτων παλινδρόμησης που περιέχει 9 ερωτήσεις σχετικά με την ένταση διαφορών συμπτωμάτων λόγω της ΓΟΠ. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί μια μεταφορά του ερωτηματολογίου GERD (Gastroesophageal Reflux Disease score; [37]) και αποτελείται από 9 ερωτήσεις. Η βαθμολόγηση

τους γίνεται με την βοήθεια μιας 6βαθμης κλίμακας Likert με τιμές από 0 (Κανένα πρόβλημα) έως και 5 (Πολύ σοβαρό πρόβλημα). Αν και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε με την βοήθεια των αρχικών και υψηλότερη βαθμολογία δείχνει και εντονότερη αίσθηση των συμπτωμάτων της ΓΟΠ.

Επισκόπηση υγείας – SF12

Το τρίτο μέρος του εργαλείου περιέχει το ερωτηματολόγιο SF-12. Το ερωτηματολόγιο SF-12 αποτελεί την σύντομη μορφή του SF36. Ο σχεδιασμός του είχε σαν σκοπό την χρήση του σε πιο εκτεταμένες μελέτες και την εστίαση του σε μόνο δύο συνοπτικές κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας. Το ερωτηματολόγιο SF-12 υπολογίζει τις τέσσερις διαστάσεις του SF-36, την σωματική λειτουργικότητα, τον σωματικό και συναισθηματικό ρόλο και την ψυχική υγεία, με δύο όμως στοιχεία και τις υπόλοιπες τέσσερις (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα) με ένα. Το σύνολο των δώδεκα στοιχείων χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό της σωματικής και ψυχολογικής συνιστώσας της υγείας, με την βοήθεια ενός εμπειρικού αλγόριθμου που μεταφέρθηκε στο SPSS ([38] , [39]). Το SF-12 χρησιμοποιείται ευρέως στη μελέτη της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού, αλλά και των νοσολογικών ομάδων και αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα [40], [41].

Κλίμακα αυτοαξιολόγησης του Zung (Zung depression scale)

Η κλίμακα του Zung [42] περιέχει 20 ερωτήσεις για την αξιολόγηση του βαθμού της κατάθλιψης ενός ατόμου. Η βαθμολόγηση των ερωτήσεων γίνεται με την βοήθεια μια 4βάθμης κλίμακας του Likert (1=Καθόλου έως 4= Πάντοτε). Η συνολική βαθμολογία της συγκεκριμένης μορφής του ερωτηματολογίου γίνεται με την βοήθεια της αντιστροφής των βαθμολογών των θετικών απόψεων του ερωτηματολογίου (2,5,6,11,12,14,16,17,18 και 20). Το ερωτηματολόγιο αυτό εξέτασε τον βαθμό της κατάθλιψης του δείγματος. Υψηλότερη βαθμολογία σημαίνει και υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης με βάση τις κλίμακες

- 20-49 Εντός των φυσιολογικών ορίων
- 50-59 Ελαφριά κατάθλιψη
- 60-69 Μέτρια κατάθλιψη
- >70 Έντονη κατάθλιψη

Ποιότητα του ύπνου – (MOS-12)

Το ερωτηματολόγιο της μέτρησης της ποιότητας του ύπνου αποτελείται από 12 ερωτήσεις που αξιολογούν την ποιότητα του ύπνου των συμμετεχόντων στην έρευνα. Οι πρώτες δύο ερωτήσεις περιγράφουν το χρονικό διάστημα πριν την κατάκλιση και την μέση διάρκεια του ύπνου τις τελευταίες 4 εβδομάδες πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Οι υπόλοιπες 10 ερωτήσεις αφορούν την ποιότητα του ύπνου και βαθμολογούνται με την βοήθεια μιας 5βαθμης κλίμακας Likert. Για την εξαγωγή του δείκτη μέτρησης της ποιότητας χρησιμοποιούνται μόνο οι 10 ερωτήσεις με αντιστροφή τη κλίμακας όλων των ερωτήσεων 2 και 10 αλλά και την μείωση της βαθμολογίας κατά μιας μονάδα σε όλες τις ερωτήσεις,. Με αυτό τον τρόπο προκύπτει ο δείκτης της ποιότητας του ύπνου, αυξημένες τιμές σημαίνουν και καλύτερη ποιότητα ύπνου. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί την μεταφορά στα Ελληνικά του Medical Outcomes Study (MOS) Sleep Scale [43]

Κλίμακα Άγχους του Zung

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί μεταφορά στα Ελληνικά του πρωτοτύπου ερωτηματολογίου του Zung [44]. Όπως και στην περίπτωση της αξιολόγησης της κατάθλιψης αποτελείται από 20 ερωτήσεις παρόμοιάς κλίμακας βαθμολόγησης. Ο υπολογισμός της τελικής βαθμολογίας γίνεται με την αντιστροφή των ερωτήσεων 5,9,13 και 19, υψηλότερες βαθμολογίες σημαίνουν και υψηλότερο άγχος και αξιολόγηση του βαθμού άγχους σύμφωνα με την κλίμακα

20-44 Εντός των φυσιολογιών ορίων

45-59 Χαμηλό άγχος

60-74 Μέτριο άγχος

> 75 Έντονο άγχος

4.3 Αξιοπιστία ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία αποτελεί το σημαντικότερο χαρακτηριστικό που θα πρέπει να διαθέτει ένα εργαλείο μέτρησης. Αναφέρεται στην εσωτερική σταθερότητα που εμφανίζει διαδοχικές μετρήσεις. Η αξιοπιστία εκτιμάται με το συντελεστή alpha του Cronbach. Ο συντελεστής αυτός κυμαίνεται από την τιμή 0 σύμφωνα με την οποία το εργαλείο μέτρησης δεν είναι αξιόπιστο, μέχρι την τιμή 1.0 με ελάχιστο επίπεδο αξιοπιστίας την τιμή $\alpha \geq 0.70$ ή την τιμή 0.5 στην περίπτωση που παρουσιάζονται χαμηλές συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων ή μικρό δείγμα ή πολλές διαφορετικές εξεταζόμενες κλίμακες.

Η εξέταση της αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου έδειξε ότι ο συντελεστής α ισούται με 0,502 για το συνολικό ερωτηματολόγιο (πίνακας 4). Κύριος λόγος για αυτήν την τιμή του συντελεστή αξιοπιστίας του συνολικού ερωτηματολογίου είναι το ερωτηματολόγιο SF-12 καθώς περιέχει μια μίξη διχοτομικών και πεντάβαθμων βαθμολογιών αλλά και το ερωτηματολόγιο του Zung στην 3^η ενότητα καθώς είχε χαμηλό βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων (πίνακας 4). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η επιλογή των ερωτηματολογίων δεν έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα και ότι ο συνδυασμός αυτός θα πρέπει να επανεξεταστεί. Για αυτή την επανεξέταση γίνεται αναφορά και στο τέλος της εργασίας, στην παράγραφο των προτάσεων για μελλοντική έρευνα.

Πίνακας 4. Τιμές αξιοπιστίας ανά ερωτηματολόγιο του εργαλείου

		Cronbach's Alpha	Αρ. Ερωτήσεων
Δείκτης	συμπτωμάτων	0,885	9
παλινδρόμησης			
SF-12		0.236	11*
Zung – Κατάθλιψης		0,078	20
MOSS		0,501	10*
Zung - Άγχους		0,594	20
Εργαλείο		0,502	72

*Scaled Deleted Items

4.4. Μέθοδοι

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση του βαθμού της ποιότητας ζωής σε άτομα με διαγνωσμένη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) όπως και ο βαθμός εκδήλωσης του άγχους ή/και της κατάθλιψης που μπορεί να εμφανιστούν. Αυτές οι αρνητικές εκδηλώσεις μπορεί να συσχετίζονται μεταξύ τους αλλά και να επηρεάζονται από τα ατομικά (δημογραφικά) στοιχεία των ασθενών όπως και των καθημερινών συνηθειών του δείγματος που έχουν άμεση σχέση με την υγεία του π.χ. κάπνισμα.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της διπλωματικής εργασίας μπορούν να συνοψισθούν στις παρακάτω ερωτήσεις:

1. Πως χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής ασθενείς με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;
2. Ποιός είναι ο βαθμός των ψυχικών επιπτώσεων (άγχος και κατάθλιψη) της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης;
3. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ψυχικών επιπτώσεων και της ποιότητας ζωής και σε ποιο βαθμό;
4. Παρουσιάζεται διαφορά στον βαθμό της ποιότητας ζωής και των ψυχικών επιπτώσεων σε σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος και εάν ναι σε ποιο βαθμό;

Για την απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα υιοθετήθηκαν μέθοδοι περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Οι μέθοδοι αυτοί περιλάμβαναν την κατασκευή πινάκων και γραφημάτων αλλά και την εκτέλεση των κατάλληλων τεστ. Τα τεστ τα οποία εκτελέστηκαν ήταν η εξέταση διαφορών των μέσων τιμών t-Test ανεξάρτητων δειγμάτων και ζευγαρωτών παρατηρήσεων και της ανάλυσης διασποράς με ένα παράγοντα (one way ANOVA). Επιπλέον υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson για την εξέταση της γραμμικής σχέσης μεταξύ των μέσων βαθμολογιών και την εκτέλεση υποδείγματος πολλαπλής παλινδρόμησης για την εύρεση στατιστικά σημαντικών γραμμικών σχέσεων. Όλες οι αναλύσεις έγιναν σε σ.σ. p-level = 0.05 με την βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS V24.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση των βαθμολογιών (απαντήσεων) του δείγματος και των αποτελεσμάτων των τεστ της επαγωγικής στατιστικής. Σε κάθε αποτέλεσμα γίνεται και σχετικός σχολιασμό ενώ η πλήρης παράθεση των αποτελεσμάτων γίνεται στην παράγραφο της συζήτησης, στο επόμενο κεφάλαιο,

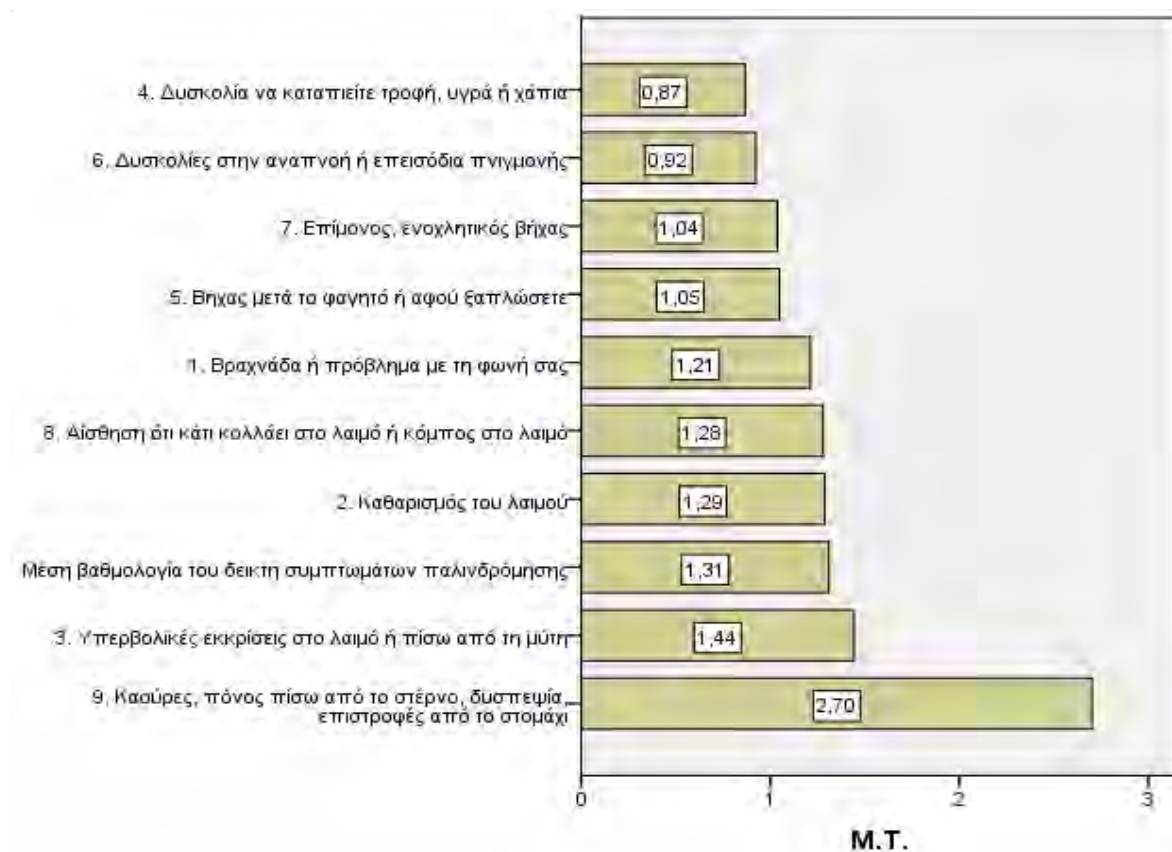
5.1 Δείκτης συμπτωμάτων παλινδρόμησης

Τα αποτελέσματα του πίνακα 4 και του γραφήματος 5.1 δείχνουν τις μέσες βαθμολογίες του δείγματος στο ερωτηματολόγιο υπολογισμού του δείκτη των συμπτωμάτων της παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα αυτά έδειξαν ότι

- Το δείγμα παρουσίασε μεγάλη μεταβλητότητα βαθμολογιών. Σε κάθε ερώτηση η τυπική απόκλιση ήταν μεγαλύτερη της μονάδας (ελάχιστη τιμή 1,183) ή μιας κατηγορίας απάντησης δείχνοντας ότι το δείγμα παρουσίασε ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων.
- Το δείγμα δεν παρουσίασε έντονα συμπτώματα αφού 8 από τις εννέα βαθμολογίες ήταν μικρότερες της τιμής 2 ή λίγο πρόβλημα.
- Τα πιο έντονα συμπτώματα που παρουσιάστηκαν στο δείγμα ήταν Καούρες, πόνος πίσω από το στέρνο, δυσπεψία, επιστροφές από το στομάχι, (Μ.Τ.=2,702, Τ.Α.=1,364) και Υπερβολικές εκκρίσεις στο λαιμό ή πίσω από τη μύτη, (Μ.Τ.=1,44, Τ.Α.=1,350). Και οι δύο μετρήσεις ήταν υψηλότερες της μέσης βαθμολογίας αλλά είχαν και την υψηλότερη τυπική απόκλιση σε σύγκριση με τις υπόλοιπες βαθμολογίες. .
- Τα συμπτώματα με την μικρότερη εμφάνιση ήταν η δυσκολία κατάποσης (Μ.Τ.=0,87, Τ.Α.=1,183) ή αναπνοής (Μ.Τ.=0,92, Τ.Α.=1,188) και ο βήχας. (είτε επίμονος (Μ.Τ.=1,04, Τ.Α.=1,238) είτε μετά το φαγητό (Μ.Τ.=1,05, Τ.Α.=1,288))

Πίνακας 5. Πίνακας μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο των αντιλήψεων για την ασθένεια

	Μ.Τ.	Τ.Α.
1. Βραχνάδα ή πρόβλημα με τη φωνή σας	1,21	1,312
2. Καθαρισμός του λαιμού	1,29	1,290
3. Υπερβολικές εκκρίσεις στο λαιμό ή πίσω από τη μύτη	1,44	1,350
4. Δυσκολία να καταπιείτε τροφή, υγρά ή χάπια	,87	1,183
5. Βήχας μετά το φαγητό ή αφού ξαπλώσετε	1,05	1,288
6. Δυσκολίες στην αναπνοή ή επεισόδια πνιγμονής	,92	1,188
7. Επίμονος, ενοχλητικός βήχας	1,04	1,238
8. Αίσθηση ότι κάτι κολλάει στο λαιμό ή κόμπος στο λαιμό	1,28	1,265
9. Καούρες, πόνος πίσω από το στέρνο, δυσπεψία, επιστροφές από το στομάχι	2,70	1,3645



Γράφημα 5.1. Οριζόντιο ραβδόγραμμα συχνότητας των μέσων τιμών των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο των συμπτωμάτων της ΓΟΠ σε αύξουσα διάταξη.

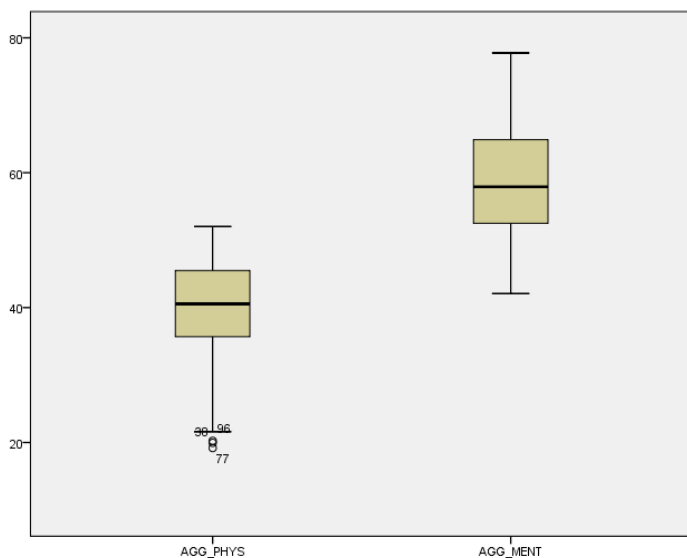
5.2 SF-12

Τα αποτελέσματα της εξέτασης των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο SF-12 παρουσιάζονται στον πίνακα 5. Σύμφωνα με αυτά το δείγμα έδειξε χαμηλή φυσική δραστηριότητα (AGG_PHYS) κάτω του μετρίου (50) και υψηλότερη πνευματική δραστηριότητα (AGG_MENT). Η επιπλέον εξέταση των δύο δεικτών έδειξε δυνατή αρνητική συσχέτιση μεταξύ τους ($\rho=-0,669$, $p\text{-value}<0,001$) αλλά και στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων τιμών τους σύμφωνα με το t-test ζευγαρωτών δειγμάτων ($t=-15.194$, $d.f.=103$, $p\text{-value}<0,001$). Τα αποτελέσματα αυτά έδειξαν ότι η πνευματική και η φυσική δραστηριότητα στο δείγμα της ποιότητας ζωής του δείγματος είναι δύο ανεξάρτητοι παράγοντες στην συνολική ποιότητας ζωής τους και είναι πολύ πιθανό να κινούνται αντίθετα, ως δύο ανεξάρτητα διανύσματα αντίθετων κατευθύνσεων.

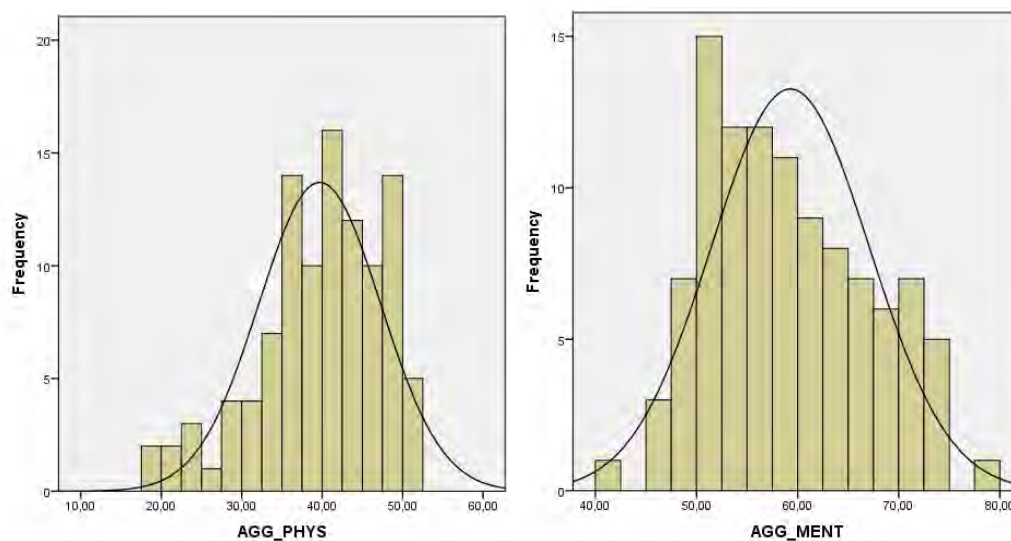
Τα γραφήματα 5.2 και 5.3 έδειξαν επιπλέον, την παρουσία έκτοπων τιμών, δηλαδή τιμών εκτός του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης, ή outliers στις βαθμολογίες της φυσικής δραστηριότητας, όπως και ότι η παρουσία των χαμηλών (έκτοπων) τιμών των βαθμολογιών της φυσικής δραστηριότητας ρίχνει και την συνολική απόδοση του δείγματος σε τιμές που δεν το αντιπροσωπεύουν ενώ η απουσία αυτών ανεβάζει την μέση τιμή και μειώνει την τυπική απόκλιση κατά δύο μονάδες .

Πίνακας 6. Πίνακας μέτρων θέσεως και διασποράς των τιμών των επίπεδων φυσικής (AGG_PHYS) και πνευματικής κατάστασης (AGG_MENT) του δείγματος

	Πλήθος Τιμών					Εύρος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
	Έγκυρες	Απούσες	M.T.	Διάμεσος	T.A.			
AGG_PHYS	104	0	39,70	40,55	7,57	32,85	19,19	52,03
AGG_MEN	104	0	59,27	57,91	7,82	35,66	42,08	77,75
T								



Γράφημα 5.2. Θηκόγραμμα των τιμών των επίπεδων φυσικής (AGG_PHYS) και πνευματικής κατάστασης (AGG_MENT) του δείγματος.



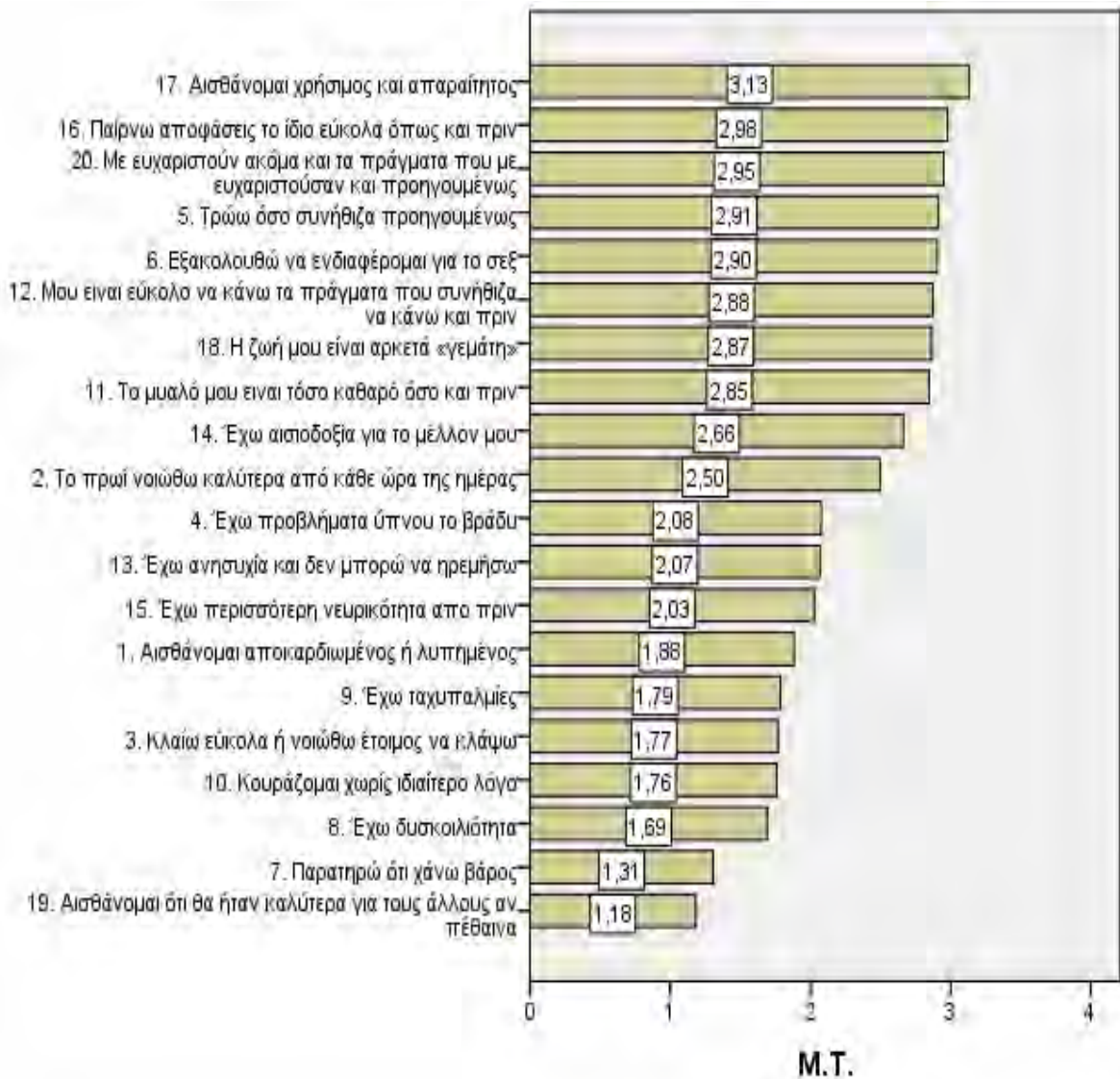
Γράφημα 5.3. Ιστογράμματα των επίπεδων φυσικής (AGG_PHYS) και πνευματικής κατάστασης (AGG_MENT) του δείγματος.

5.3. Κλίμακα κατάθλιψης του Zung

Η εξέταση των μέσων βαθμολογιών της κλίμακας εκτίμησης της κατάθλιψης του Zung παρουσιάζεται στον πίνακα 6 και στο γράφημα 5.5. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική μεταβολή στις διαφοροποιήσεις των απόψεων του δείγματος καθώς η τυπική απόκλιση μεταβαλλόταν ανάμεσα στις τιμές 0,517 και 1,102. Τα αποτελέσματα των μέσων τιμών, που διαιρέθηκαν δια του 10 για την πιο εύκολη παρουσίαση τους, έδειξαν ότι ο υψηλότερος βαθμός συμφωνίας παρουσιάστηκε στις θετικές ερωτήσεις και ο χαμηλότερος στις αρνητικές. Η ερώτηση που άνηκε στην κατηγορία των αρνητικών ερωτήσεων και παρουσίασε την υψηλότερη μέση βαθμολογία στην ερώτηση 4 «Έχω προβλήματα ύπνου το βράδυ» (Μ.Τ.=2,08, Τ.Α.=0,889) η 13 «Έχω ανησυχία και δεν μπορώ να ηρεμήσω» (Μ.Τ.=2,07, Τ.Α.=0,873) και η 15 «Έχω περισσότερη νευρικότητα από πριν» (Μ.Τ.=2,03, Τ.Α.=0,875). Αυτό που αξίζει να επισημανθεί και στις τρεις αυτές περιπτώσεις είναι ότι α) περιγράφουν ένα δείγμα σε ανήσυχη πνευματική κατάσταση που δυσκολεύεται να κοιμηθεί και νοιώθει νευρικό όπως κι ότι β) παρουσιάστηκε μικρή μεταβλητότητα (διαφοροποίηση των απόψεων του δείγματος).

Πίνακας 7 Πίνακας μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Zung

	M.T.	T.A.
1. Αισθάνομαι αποκαρδιωμένος ή λυπημένος	1,88	,715
2. Το πρωί νοιώθω καλύτερα από κάθε ώρα της ημέρας	2,50	,892
3. Κλαίω εύκολα ή νοιώθω έτοιμος να κλάψω	1,77	,850
5. Έχω προβλήματα ύπνου το βράδυ	2,08	,889
5. Τρώω όσο συνήθιζα προηγουμένως	2,91	,946
6. Εξακολουθώ να ενδιαφέρομαι για το σεξ	2,90	1,102
7. Παρατηρώ ότι χάνω βάρος	1,31	,592
8. Έχω δυσκοιλιότητα	1,69	,789
9. Έχω ταχυπαλμίες	1,79	,733
10. Κουράζομαι χωρίς ιδιαίτερο λόγο	1,76	,731
11. Το μυαλό μου είναι τόσο καθαρό όσο και πριν	2,85	,868
12. Μου είναι εύκολο να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω και πριν	2,88	,962
13. Έχω ανησυχία και δεν μπορώ να ηρεμήσω	2,07	,873
15. Έχω αισιοδοξία για το μέλλον μου	2,66	1,076
15. Έχω περισσότερη νευρικότητα από πριν	2,03	,875
16. Παίρνω αποφάσεις το ίδιο εύκολα όπως και πριν	2,98	,892
17. Αισθάνομαι χρήσιμος και απαραίτητος	3,13	,893
18. Η ζωή μου είναι αρκετά «γεμάτη»	2,87	,935
19. Αισθάνομαι ότι θα ήταν καλύτερα για τους άλλους αν πέθαινα	1,18	,517
20. Με ευχαριστούν ακόμα και τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και προηγουμένως	2,95	,949

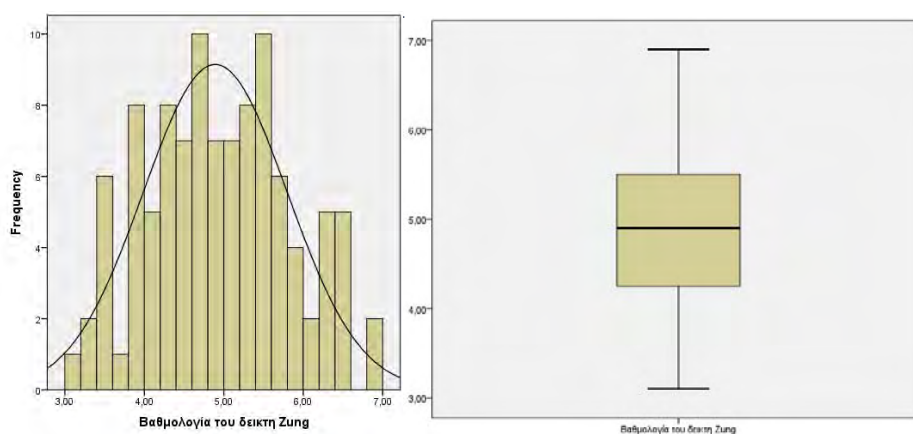


Γράφημα 5.5. Οριζόντιο ραβδόγραμμα συχνότητας των μέσων τιμών των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Zung.

Η συνολική μέση βαθμολογία της κλίμακας του Zung δεν παρουσίασε σημαντική μεταβλητότητα (πίνακας 7) ούτε έκτοπες τιμές (γράφημα 5.8) Επιπλέον έδειξε συμμετρική κατανομή με μόνο το 13,5% να παρουσιάζει μέτρια κατάθλιψη (πίνακας 8 και κόκκινη περιοχή του ιστογράμματος στο γράφημα 5.5) χωρίς να εμφανιστεί ούτε μια περίπτωση έντονης κατάθλιψης.

Πίνακας 8. Πίνακας μέτρων θέσεως και διασποράς των βαθμολογιών στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Zung.

Πλήθος Τιμών		Μ.Τ.	Διάμεσος	Τ.Α.	Εύρος	Ελάχιστη	Μέγιστη
Valid	Missing					Τιμή	Τιμή
104	0	4,89	4,90	,90	3,80	3,10	6,90



Γράφημα 5.5. Ιστογράμμα και θηκόγραμμα των βαθμολογιών στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Zung.

Πίνακας 9. Πίνακας συχνοτήτων των κατηγοριών κατάθλιψης του δείγματος .

Κατηγορίες	N	N%	Αθροιστικό N%
Φυσιολογικές τιμές	55	52,9	52,9%
Ελαφριά κατάθλιψη	35	33,7	86,5%
Μέτρια κατάθλιψη	14	13,5	100,0%

5.5 Ποιότητα ύπνου (MOS-12)

Τα αποτελέσματα της εξέτασης των βαθμολογιών του δείγματος στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της ποιότητας του ύπνου τους έδειξαν ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (N=44, N%=42,30%) χρειάστηκε έως 15 λεπτά για να αποκοιμηθεί περίπου το 80% του δείγματος χρειάστηκε έως μισή ώρα (πίνακας 9). Ο μέσος χρόνος που κοιμήθηκε το δείγμα τις

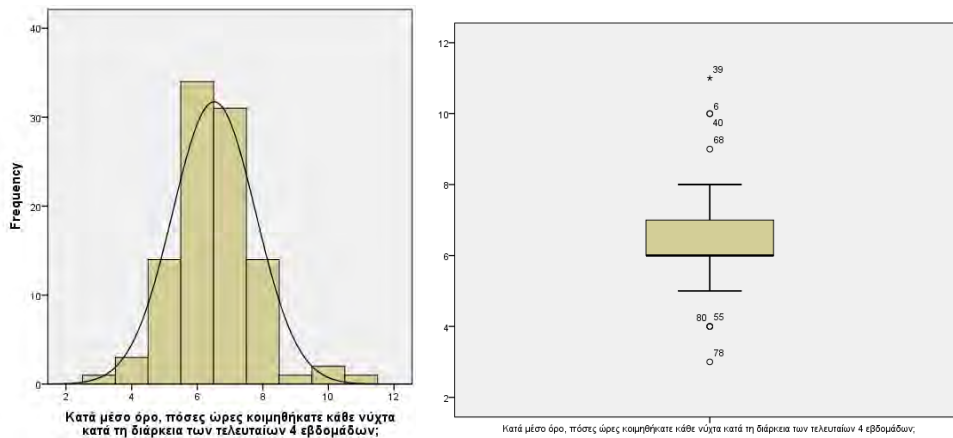
τελευταίες 4 εβδομάδες πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 6,5 ώρες με σημαντικές αποκλίσεις από -3 έως +5 ώρες (πίνακας 10 και γράφημα 5.6)

Πίνακας 10 Πίνακας συχνοτήτων του δείγματος του χρόνου διάρκειας πριν την κατάκλιση.

	N	N%	Αθροιστικό
			N%
0-15 λεπτά	44	42,3	42,3
16-30 λεπτά	29	27,9	70,2
31-45 λεπτά	15	14,4	84,6
46-60 λεπτά	7	6,7	91,3
Περισσότερο από 60 λεπτά	9	8,7	100,0
Σύνολο	104	100,0	

Πίνακας 11. Πίνακας των μέτρων θέσης και διασποράς του μέσου χρόνου κατάκλισης του δείγματος κατά την διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Πλήθος Τιμών		Μ.Τ.	Διάμεσος	Τ.Α.	Εύρος	Ελάχιστη	Μέγιστη
Έγκυρες	Απουσίες					Τιμή	Τιμή
101	3	6,51	6,00	1,27	8	3	11

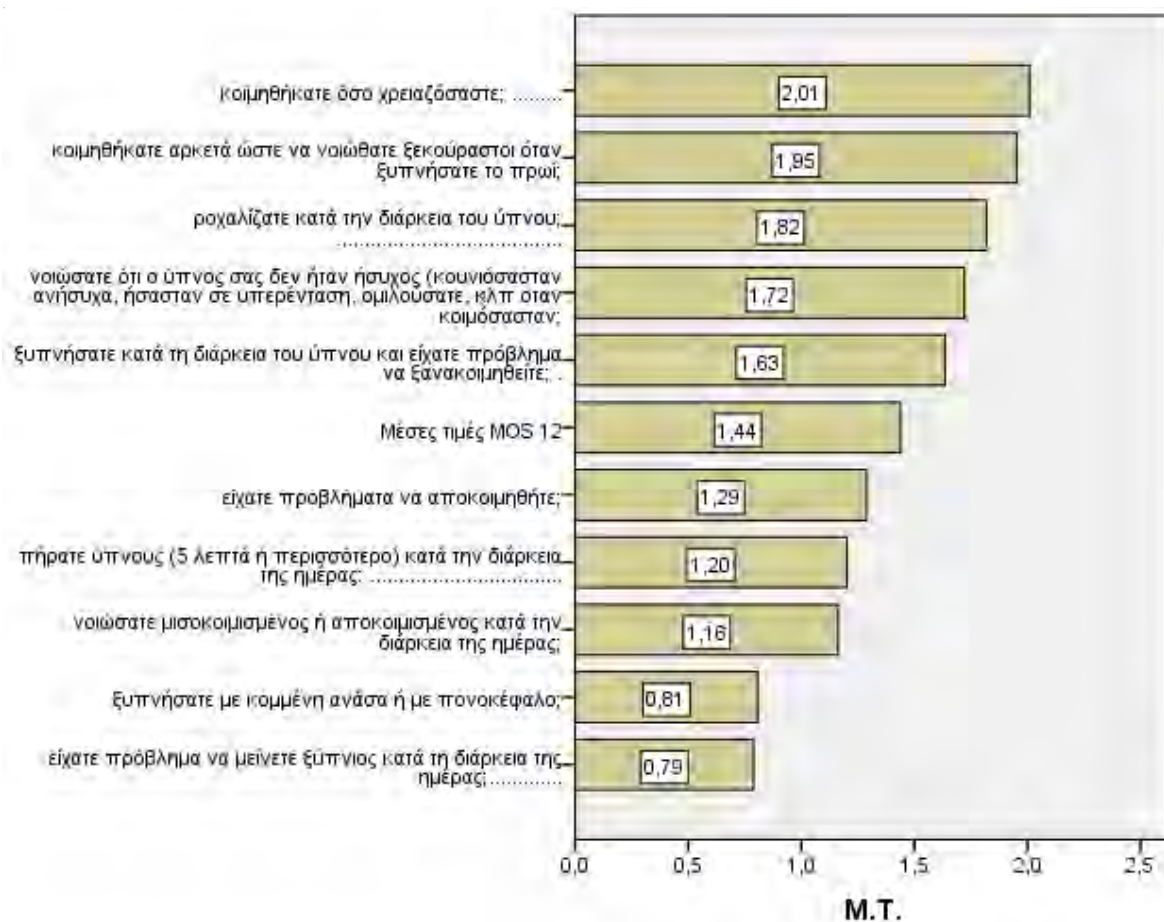


Γράφημα 5.6. Ιστόγραμμα και θηκόγραμμα του μέσου χρόνου κατάκλισης του δείγματος κατά την διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

Επιπλέον τα αποτελέσματα του πίνακα 11 και του γραφήματος 5.7 παρουσιάζουν την ποιότητα του ύπνου του δείγματος. Σύμφωνα με αυτά, το δείγμα έδειξε ότι κάλυψε τις ανάγκες του σε ύπνο (M.T.=2,01) και ξεκουράστηκε (M.T.=1,95) τις περισσότερες φορές στην διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων πριν από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αλλά ένοιωθε ανησυχία (M.T.=1,82) και ξυπνούσε κατά την διάρκεια του ύπνου του έχοντας πρόβλημα να ξανακοιμηθεί (M.T.=1,72).

Πίνακας 12. Πίνακας συχνότητων των απαντήσεων του δείγματος στις ερωτήσεις της ποιότητας ύπνου (MOS-12).

	Τις									
	Συνεχώς		περισσότερ ες φορές		Μερικές φορές		Λίγες φορές		Καθόλου	
	N	N%	N	N%	N	N%	N	N%	N	N%
νοιώσατε ότι ο ύπνος σας δεν ήταν ήσυχος (κουνιόσασταν ανήσυχα, ήσασταν σε υπερένταση, ομιλούσατε, κλπ όταν κοιμόσασταν;	7	6,7%	21	20,2 %	3 1	29,8% %	26	25,0 %	19	18,3%
κοιμηθήκατε αρκετά ώστε να νοιώθατε ξεκούραστοι όταν ξυπνήσατε το πρωί;	5	4,8%	31	29,8 %	3 5	33,7% %	30	28,8 %	3	2,9%
ξυπνήσατε με κομμένη ανάσα ή με πονοκέφαλο;	1	1,0%	5	4,8%	1 7	16,3% %	31	29,8 %	50	48,1%
νοιώσατε μισοκοιμισμένος ή αποκοιμισμένος κατά την διάρκεια της ημέρας;	2	1,9%	9	8,7%	2 5	24,0% %	36	34,6 %	32	30,8%
είχατε προβλήματα να αποκοιμηθείτε;	3	2,9%	16	15,4 %	2 7	26,0% %	20	19,2 %	38	36,5%
ξυπνήσατε κατά τη διάρκεια του ύπνου και είχατε πρόβλημα να ξανακοιμηθείτε; .	6	5,8%	22	21,2 %	2 6	25,0% %	28	26,9 %	22	21,2%
είχατε πρόβλημα να μμείνετε ξύπνιος κατά τη διάρκεια της ημέρας;	0	0,0%	1	1,0%	2 4	23,1% %	31	29,8 %	48	46,2%
ροχαλίζατε κατά την διάρκεια του ύπνου;	1 9	18,3 %	14	13,5 %	2 0	19,2% %	31	29,8 %	20	19,2%
πήρατε ύπνους (5 λεπτά ή περισσότερο) κατά την διάρκεια της ημέρας: .	3	2,9%	10	9,6%	2 6	25,0% %	31	29,8 %	34	32,7%
κοιμηθήκατε όσο χρειαζόσαστε;	6	5,8%	37	35,6 %	2 0	19,2% %	32	30,8 %	9	8,7%



Γράφημα 5.7 Οριζόντιο ραβδόγραμμα συχνότητων των μέσων τιμών των βαθμολογιών του δείγματος στις ερωτήσεις της ποιότητας ύπνου (MOS-12).

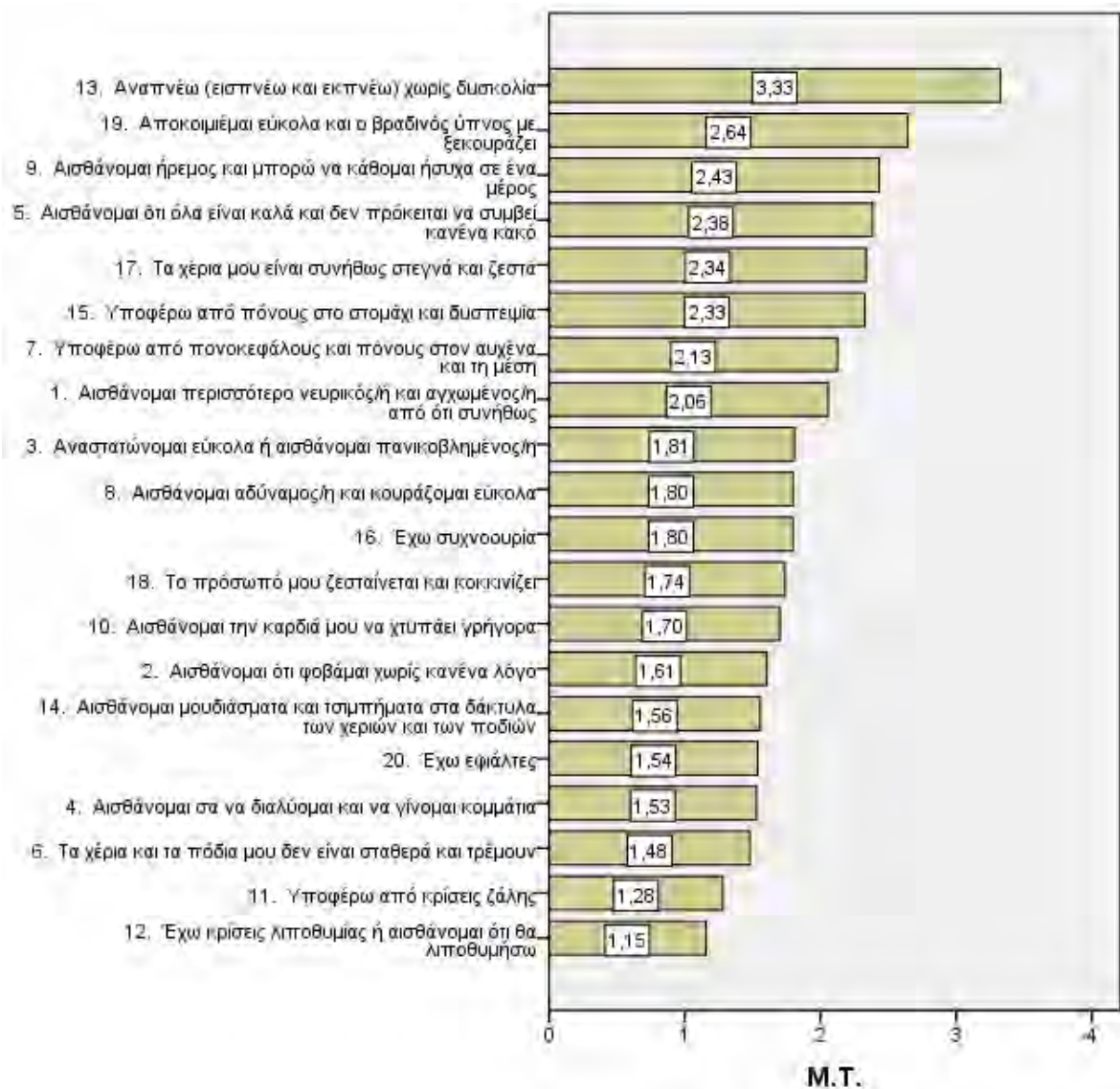
5.6 Κλίμακα άγχους του Zung

Όπως και στην εξέταση του βαθμού κατάθλιψης έτσι και στην εξέταση του άγχους διαπιστώθηκε ότι το δείγμα παρουσίασε υψηλότερες μέσες βαθμολογίες στις απαντήσεις που είχαν θετική άποψη (γράφημα 5.8). Από τις απαντήσεις με αρνητική άποψη οι μεγαλύτερες μέσες βαθμολογίες παρουσιάστηκαν στις ερωτήσεις που δηλώνουν νευρικότητα «Αισθάνομαι περισσότερο νευρικός/ή και αγχωμένος/η από ότι συνήθως» (Μ.Τ.=2,06, Τ.Α.=0,890) και «Αναστατώνομαι εύκολα ή αισθάνομαι πανικοβλημένος/η» (Μ.Τ.=1,81, Τ.Α.=0,813). Επίσης σημαντικές μέσες τιμές παρουσιάστηκαν και στα σωματικά συμπτώματα «Υποφέρω από πόνους στο στομάχι και

δυσπεψία» (Μ.Τ.=2,33, Τ.Α.=0,864) και « Υποφέρω από πονοκεφάλους και πόνους στον αυχένα και τη μέση» (Μ.Τ.=2,13, Τ.Α.=0,900) σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 12.

Πίνακας 13. Πίνακας μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο άγχους του Zung.

	Μ.Τ.	Τ.Α.
1. Αισθάνομαι περισσότερο νευρικός/ή και αγχωμένος/η από ότι συνήθως	2,06	,890
2. Αισθάνομαι ότι φοβάμαι χωρίς κανένα λόγο	1,61	,829
3. Αναστατώνομαι εύκολα ή αισθάνομαι πανικοβλημένος/η	1,81	,813
5. Αισθάνομαι σα να διαλύομαι και να γίνομαι κομμάτια	1,53	,788
5. Αισθάνομαι ότι όλα είναι καλά και δεν πρόκειται να συμβεί κανένα κακό	2,38	,948
6. Τα χέρια και τα πόδια μου δεν είναι σταθερά και τρέμουν	1,48	,812
7. Υποφέρω από πονοκεφάλους και πόνους στον αυχένα και τη μέση	2,13	,900
8. Αισθάνομαι αδύναμος/η και κουράζομαι εύκολα	1,80	,768
9. Αισθάνομαι ήρεμος και μπορώ να κάθομαι ήσυχα σε ένα μέρος	2,43	1,050
10. Αισθάνομαι την καρδιά μου να χτυπάει γρήγορα	1,70	,811
11. Υποφέρω από κρίσεις ζάλης	1,28	,565
12. Έχω κρίσεις λιποθυμίας ή αισθάνομαι ότι θα λιποθυμήσω	1,15	,388
13. Αναπνέω (εισπνέω και εκπνέω) χωρίς δυσκολία	3,33	1,009
15. Αισθάνομαι μούδιασμα και τσιμπήματα στα δάκτυλα των χεριών και των ποδιών	1,56	,774
15. Υποφέρω από πόνους στο στομάχι και δυσπεψία	2,33	,864
16. Έχω συχνουρία	1,80	,874
17. Τα χέρια μου είναι συνήθως στεγνά και ζεστά	2,34	1,137
18. Το πρόσωπό μου ζεσταίνεται και κοκκινίζει	1,74	1,005
19. Αποκοιμείμαι εύκολα και ο βραδινός ύπνος με ξεκουράζει	2,64	1,096
20. Έχω εφιάλτες	1,54	,823



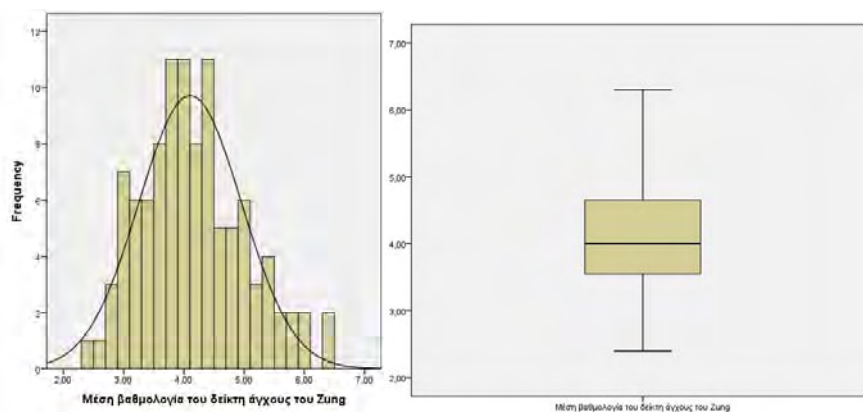
Γράφημα 5.8. Οριζόντιο ραβδόγραμμα συχνοτήτων των μέσων τιμών των βαθμολογιών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο του Zung.

Η συνολική μέση βαθμολογία είχε μέση τιμή ίση με 4,10 και μέτρια τυπική απόκλιση ($T.A.=0,854$) παρουσιάζοντας μέτριο εύρος τιμών που όμως δεν ξεπέρασε την τιμή 6,30 (πίνακας 13). Η κατανομή των βαθμολογιών ήταν συμμετρική και δεν παρουσίασε έκτοπες τιμές (γράφημα 5.8). Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος παρουσίασε φυσιολογικές τιμές άγχους ($N=73$, $N\%=70,20\%$) ενώ, όπως και στην περίπτωση της εξέτασής του βαθμού κατάθλιψης, και πάλι δεν εμφανίστηκαν

περιπτώσεις έντονου άγχους (πίνακας 14) αν και οι διαφορές των μέσων βαθμολογιών ήταν στατιστικά σημαντικές ($t=6,444$, $d.f.=206$, $p\text{-value}<0,001$).

Πίνακας 14. Πίνακας μέτρων θέσεως και διασποράς της μέσης βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο άγχους του Zung.

Πλήθος Τιμών		Μ.Τ.	Διάμεσος	Τ.Α.	Εύρος	Ελάχιστη	Μέγιστη
Έγκυρες	Απουσίες					Τιμή	Τιμή
104	0	4,10	4,00	,854	3,90	2,40	6,30



Γράφημα 5.8. Ιστόγραμμα και θηκόγραμμα των βαθμολογιών στο ερωτηματολόγιο άγχους του Zung.

Πίνακας 15 Πίνακας συχνοτήτων των κατηγοριών κατάθλιψης του δείγματος .

Κατηγορίες	N	N%	Αθροιστικό N%
Φυσιολογικές τιμές	73	70,2	70,2%
Χαμηλό άγχος	29	27,9	98,1%
Μέτριο άγχος	2	1,9	100,0%

5.7 Εξέταση μέσων τιμών

Τα συνοπτικά αποτελέσματα της εξέτασης των διαφορών των μέσων τιμών ανά κατηγορία των δημογραφικών μεταβλητών του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 15 και τα συνολικά αποτελέσματα στο παράρτημα της εργασίας. Σύμφωνα με αυτά παρατηρήθηκε ότι

- Το Φύλο του δείγματος παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες των δεικτών άγχους και κατάθλιψης όπου οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα και στους δύο δείκτες.
- Ο παράγοντας ηλικία παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές στο επίπεδο φυσικής κατάστασης με τις μικρότερες ηλικίες να παρουσιάζουν και καλύτερες τιμές φυσικής κατάστασης.
- Η ένταση των συμπτωμάτων της παλινδρόμησης διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά από την οικογενειακή κατάσταση του συμμετέχοντα στην έρευνα με τους έγγαμους και τους εν διαστάσει συμμετέχοντες να παρουσιάζουν τις υψηλότερες βαθμολογίες και τους άγαμους τις χαμηλότερες.
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο έδειξε ότι διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά τις βαθμολογίες του επιπέδου φυσικής κατάστασης, της ποιότητας ύπνου και του άγχους όπου παρουσιάστηκαν καλύτερες μέσες βαθμολογίες σε συμμετέχοντες με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο.
- Οι κατηγορίες του ΔΜΣ παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο επίπεδο πνευματικής κατάστασης όπου οι κατηγορίες των υπέρβαρων και των παχύσαρκων σημείωσαν και τις υψηλότερες βαθμολογίες.
- Η καθημερινή ή λίγες φορές την εβδομάδα γυμναστική έδειξε ότι αυξάνει την φυσική κατάσταση και μειώνει το άγχος και την κατάθλιψη.
- Οι συμμετέχοντες που δεν κάνουν καθόλου κατανάλωση αλκοόλ είχαν την καλύτερη βαθμολογία στην φυσική κατάσταση αλλά αυτοί που πίνουν αλκοόλ λίγες φορές τον μήνα είχαν την καλύτερη βαθμολογία στην ποιότητα ύπνου.
- Οι καπνιστές έχουν εντονότερα συμπτώματα από τους μη καπνιστές.

Πίνακας 16. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών των δεικτών των συμπτωμάτων, της φυσικής και πνευματικής κατάστασης, της κατάθλιψης, της ποιότητας του ύπνου και του άγχους ανά παράγοντα

Παράγοντας	Βαθμολογία	Statistic	d.f.	Sig.
Φύλο	Βαθμολογία του δείκτη κατάθλιψης του Zung	-2.951	102	0.004
	Μέση βαθμολογία του δείκτη άγχους του Zung	-2.687	102	0.008
Ηλικία	Επίπεδο φυσικής κατάστασης	3.1959	4,92	0.017
Οικ. Κατάσταση	Μέση βαθμολογία του δείκτη συμπτωμάτων παλινδρόμησης	2.683	4,99	0.036
Εκπ. Επίπεδο	Επίπεδο φυσικής κατάστασης	5.196	5,97	0.002
	Μέσες τιμές MOS 12	3.648	5,97	0.005
	Μέση βαθμολογία του δείκτη άγχους του Zung	3.571	5,97	0.005
ΔΜΣ	Επίπεδο πνευματικής κατάστασης	2.995	5,94	0.015
Γυμναστική	Επίπεδο φυσικής κατάστασης	2.995	3,100	0.016
	Βαθμολογία του δείκτη κατάθλιψης του Zung	2.755	3,100	0.046
	Μέση βαθμολογία του δείκτη άγχους του Zung	5.005	3,100	0.010
Αλκοόλ	Επίπεδο φυσικής κατάστασης	3.94	3,100	0.011
	Μέσες τιμές MOS 12	5.07	3,100	0.009
Κάπνισμα	Μέση βαθμολογία του δείκτη συμπτωμάτων παλινδρόμησης	3.037	3,100	0.033

5.8 Εξέταση συσχετίσεων

Η εξέταση του βαθμού συσχέτισης μεταξύ των δεικτών αλλά και μεταξύ των δεικτών και των δημογραφικών παρουσιάζεται στους πίνακες 16 και 17 αντίστοιχα και επιβεβαίωσε τα προηγούμενα συμπεράσματα δείχνοντας παράλληλα ότι η επιρροή των δημογραφικών μεταβλητών στους δείκτες είναι πολύ μικρή. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι

- Η ένταση των συμπτωμάτων γίνεται χαμηλότερη όσο ανεβαίνει το επίπεδο της φυσικής κατάστασης ενός ατόμου και αυξάνει με την αύξηση των επιπέδων του άγχους και τη κατάθλιψης και είναι πιθανόν να ευθύνεται για την κακή ποιότητα του ύπνου.

- Η καλή φυσική κατάσταση του δείγματος δεν ακολουθεί και την καλή πνευματική κατάσταση αλλά αυξάνει την ποιότητα του ύπνου και μειώνει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.
- Η κακή ποιότητα ύπνου είναι συνδεδεμένη με τα αυξημένα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης
- Το άγχος και η κατάθλιψη παρουσίασαν την δυνατότερη συσχέτιση δείχνοντας την ταύτιση αυτών των δύο καταστάσεων.
- Υψηλότερο εισόδημα και ελάχιστη κατανάλωση αλκοόλ αυξάνουν την ποιότητα του ύπνου
- Συχνότερα πρωινά γεύματα συσχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους.

Πίνακας 17. Αριθμητικά αποτελέσματα και στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δεικτών των συμπτωμάτων, της φυσικής και πνευματικής κατάστασης, της κατάθλιψης, της ποιότητας του ύπνου και του άγχους.

	Φ. Κατ.	Π. Κατ.	Κατάθλιψη	Π. Ύπνου	Άγχος
Συμπτώματα	-0.328**	0.081	0.420**	0.438**	0.513**
Φυσική κατάσταση		-0.669**	-0.433**	-0.462**	-0.498**
Πνευματική κατάσταση			0.022	0.114	0.149
Κατάθλιψη				0.654*	0.808**
Ποιότητα ύπνου					0.727**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Πίνακας 18. Αριθμητικά αποτελέσματα και στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δεικτών των συμπτωμάτων, της φυσικής και πνευματικής κατάστασης, της κατάθλιψης, της ποιότητας του ύπνου και του άγχους.

	Συμπτώματα	Φ. Κατ.	Π. Κατ.	Κατάθλιψη	Π. Ύπνου	Άγχος
Φύλο	0.106	-0.151	-0.084	0.280 **	0.086	0.257 **
Ηλικία	0.020	-0.315 **	-0.021	0.122	0.152	0.167
Οικ. Κατ.	0.112	-0.097	-0.080	0.005	0.193 *	0.148
Εκπ. Επ.	-0.045	0.390 **	-0.150	-0.281 **	-0.255 **	-0.355 **
Εισόδημα	-0.034	0.176	-0.047	-0.146	-0.200 *	-0.088
ΔΜΣ	-0.077	-0.271 **	0.302 **	-0.087	0.039	0.041
Γυμναστική	-0.043	-0.229 *	0.091	0.154	0.140	0.119
Καφές	-0.071	0.021	-0.025	0.011	0.044	0.068
Αλκοόλ	-0.223*	0.090	-0.117	-0.015	-0.209 *	-0.072
Κάπνισμα	-0.093	0.067	-0.009	-0.058	-0.075	-0.012
Πρωινό	0.138	-0.042	-0.109	0.249*	0.122	0.181

* $p < .05$, ** $p < .01$

5.8 Υπόδειγμα πολλαπλής παλινδρόμησης

Η εξέταση του υποδείγματος πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον δείκτη συμπτωμάτων και ανεξάρτητες μεταβλητές τους δείκτες της φυσικής και πνευματικής κατάστασης, της κατάθλιψης, της ποιότητας του ύπνου και του άγχους παρουσιάζονται στον πίνακα 18. Σύμφωνα με τον πίνακα 18, μόνο το άγχος βρέθηκε ότι παρουσιάζει στατιστικά σημαντική γραμμική σχέση με τον δείκτη των συμπτωμάτων. Το υπόδειγμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($F=36.493$, $d.f.=1,102$, $p\text{-value}<0.001$) αλλά έχει χαμηλή ερμηνευτικότητα καθώς ο διορθωμένος συντελεστής προσδιορισμού είναι ίσος με 0,256 εξηγώντας μόνο το 25,60% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής. Το υπόδειγμα αυτό πληροφορεί ότι αύξηση δύο κατηγοριών του δείκτη του άγχους συνεπάγεται αύξηση κατά μιας κατηγορίας του δείκτη των συμπτωμάτων.

Πίνακας 19. Στατιστικά σημαντικές ανεξάρτητες μεταβλητές

	B	t	Sig.
Σταθερά	-,962	-2,504	,014
Μέση βαθμολογία του δείκτη άγχους του Zung	,554	6,041	,000

Μέθοδος: Stepwise (βηματική παλινδρόμηση)

Ανεξάρτητες μεταβλητές που εισήχθησαν αρχικά στο μοντέλο: Δείκτες φυσικής και πνευματικής κατάστασης, της κατάθλιψης, της ποιότητας του ύπνου και του άγχους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Συζήτηση

Η εξέταση της συσχέτισης του άγχους και της κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής ασθενών με ΓΟΠ αποτελεί ένα πρόβλημα με αρκετές διαστάσεις καθώς η ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου επιβαρύνει και την κατάσταση της υγείας του αλλά και τα συμπτώματα μιας υπάρχουσας ασθένειας. Και ενώ είναι πιθανό μια σοβαρή ασθένεια, αντιστρέψιμη ή μη, να επιβαρύνει την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, κάτι τέτοιο θεωρείται αρκετά απίθανο στην περίπτωση της ΓΟΠ τόσο διαισθητικά - εμπειρικά όσο και από τα αποτελέσματα αυτής αλλά και παρόμοιων ερευνών.

Το δείγμα της έρευνας μπορεί άνετα να περιγράφει ως φυσιολογικό και υγιές χωρίς υπερβολικές ή επιβαρυντικές για τον οργανισμό καθημερινές συνήθειες. Αντίθετα, το δείγμα γυμνάζεται αρκετά συχνά δεν καπνίζει ούτε καταναλώνει αλκοόλ, τουλάχιστον σε υπερβολικούς ρυθμούς π.χ. καθημερινά, είναι μικρής ηλικίας και έχει φυσιολογικό ΔΜΣ. Η εισαγωγική εξέταση του δείγματος έδειξε επίσης ότι δεν παρουσιάζει εμφανείς αιτίες άγχους αφού μόνο ένα μικρό ποσοστό έχει χαμηλό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα ενώ οι έγγαμοι με παιδιά που έχουν χαμηλό οικογενειακό εισόδημα ανέρχονται μόλις στο 4% επί του συνόλου.

Η εξέταση των αποτελεσμάτων του δείκτη παλινδρόμησης έδειξε μέσες επιμέρους αλλά και συνολικές βαθμολογίες αρκετά κάτω του μετρίου, παρουσιάζοντας ένα δείγμα που έχει πολύ ελαφριά συμπτώματα της ΓΟΠ. Τα πιο σοβαρά συμπτώματα, δυσκολία κατάποσης και αναπνοής παρουσίασαν και τις χαμηλότερες βαθμολογίες, όπως και ο βήχας, είτε επίμονος είτε μετά το φαγητό. Υψηλότερες μέσες βαθμολογίες, αλλά και πάλι μικρότερες της μέσης βαθμολογίας (1,31), παρουσιάστηκαν σε συμπτώματα που αφορούσαν την περιοχή του λαιμού, πρόβλημα με την φωνή, υπερβολικές εκκρίσεις και καθαρισμός του λαιμού. Τα πιο έντονα συμπτώματα που είχαν μεγαλύτερες τιμές από την μέση βαθμολογία ήταν οι καούρες, το σύμπτωμα με την υψηλότερη μέση βαθμολογία και το μόνο σύμπτωμα που είχε μέση τιμή μεγαλύτερη της τιμής 2 (2,70) που όμως και πάλι φανερώνει σύμπτωμα μέτριας έντασης.

Η εξέταση της σωματικής και πνευματικής κατάστασης υγείας του δείγματος με την βοήθεια του ερωτηματολογίου SF-12 φανέρωσαν χαμηλότερα επίπεδα φυσικής κατάστασης από ότι πνευματικής. Μάλιστα, τα επίπεδα φυσικής κατάστασης ήταν χαμηλότερα της μέσης τιμής. Αυτό το αποτέλεσμα δεν προκαλεί εντύπωση καθώς και σε συνδυασμό με τα υπόλοιπα αποτελέσματα της έρευνας αλλά και το εκπαιδευτικό του επίπεδο έδειξε ότι το δείγμα ασχολείται με πνευματική εργασία π.χ. δουλειά γραφείου και όχι ότι η φυσική του κατάσταση μειονεκτεί της πνευματικής.

Σε σχέση με τον βαθμό κατάθλιψης του δείγματος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 1 στους 2 συμμετέχοντες στην έρευνα δεν παρουσιάζει κατάθλιψη ενώ περίπου το 1/3 παρουσιάζει μέτρια κατάθλιψη. Σε καμία όμως περίπτωση δεν εμφανίστηκαν αποτελέσματα σοβαρής κατάθλιψης. Οι επιμέρους βαθμολογίες έδειξαν ότι το δείγμα παρουσίασε νευρική και ανησυχία με ταχυπαλμίες και έχοντας προβλήματα ύπνου το βράδυ. Παρόλα αυτά δεν παρουσίασε υψηλές βαθμολογίες στις άμεσες σωματικές επιπτώσεις όπως απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα και κόπωση. Τέλος αξίζει να επισημανθεί ότι η ερώτηση «Θα ήταν καλύτερα για τους άλλους εάν πέθαινα» σημείωσε την χαμηλότερη μέση βαθμολογία.

Σε σχέση με την ποιότητα του ύπνου του δείγματος, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η διάρκεια του ύπνου των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι εντός του προτεινόμενου ορίου από το κέντρο ελέγχου λοιμώξεων (www.cdc.gov) αλλά και του ιδρύματος για το ύπνο (www.sleepfoundation.org) των 7 ωρών. Παρόλα αυτά παρατηρήθηκε ότι μόλις το 40% του δείγματος κοιμάται εντός 15 λεπτών, ποσοστό το οποίο βρίσκεται πολύ κοντά στον αριθμό των συμμετεχόντων στην έρευνα που δεν έχουν κατάθλιψη. Ο ύπνος του δείγματος περιγράφηκε ως επαρκής και ξεκούραστος αλλά και ανήσυχος που συνοδεύεται από ροχαλητό. Επίσης παρατηρήθηκαν παρόμοιες μέσες βαθμολογίες, αλλά χαμηλότερης της συνολική μέσης βαθμολογίας, στο πρόβλημα που είχε το δείγμα να αποκοιμηθεί και να μείνει ζύπνιο κατά την διάρκεια της ημέρας όπως και στην ανάγκη του δείγματος για «υπνάκου» των 5 λεπτών. Τα αποτελέσματα αυτά φανερώνουν ότι μέρος του δείγματος έχει πρόβλημα ύπνου που δείχνει να έχει σχέση με ανεβασμένα επίπεδα άγχους αλλά και αναπνευστικά προβλήματα. Αυτά τα προβλήματα αποτυπώνονται στην ανάγκη του δείγματος για ύπνους μικρής διάρκειας έχοντας πρόβλημα να μείνει ζύπνιο κατά την διάρκεια της ημέρας.

Το δείγμα δεν έδειξε ότι παρουσίαζε συμπτώματα άγχους αφού 7 στους δέκα συμμετέχοντες στην έρευνα παρουσίασαν φυσιολογικές βαθμολογίες ενώ δεν παρατηρήθηκε καμία περίπτωση έντονου

άγχους . Η επιμέρους εξέταση των ερωτήσεων έδειξε ότι το δείγμα έχει ψυχοσωματικές επιπτώσεις στο πεπτικό σύστημα υποφέροντας από πόνους στο στομάχι και δυσπεψία, αλλά και στο κεφάλι υποφέροντας από πόνους στον αυχένα και στην μέση. Σε χαμηλότερες βαθμολογίες το δείγμα έδειξε νευρικότητα δηλώνοντας ότι αισθάνεται περισσότερο νευρικό ή και αγχωμένο από ότι συνήθως, πανικοβάλλεται και φοβάται. Επίσης έδειξε και αδυναμία αλλά η ερώτηση για κρίσεις ή αίσθηση λιποθυμίας σημείωσε την χαμηλότερη βαθμολογία

Τα αρχικά αποτελέσματα δεν επέτρεψαν έναν σαφή σχηματισμό για την ποιότητα ζωής του δείγματος ούτε από την εξέταση της ποιότητας του ύπνου του ούτε από την φυσική και πνευματική τους κατάσταση. Η περαιτέρω εξέταση των αποτελεσμάτων της έρευνας επέτρεψε την πιο λεπτομερή ερμηνεία τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εξέτασης τυχόν διαφορών των μέσων βαθμολογιών του δείγματος σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους παρατηρήθηκε ότι λιγότερο άγχος έχουν οι άνδρες ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου που γυμνάζονται συχνά. Παρόμοια χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης παρουσίασαν οι άνδρες που γυμνάζονται συχνά. Όμως καλύτερη φυσική κατάσταση παρουσίασαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα μικρής ηλικίας, ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου που γυμνάζονται συχνά. Η ένταση των συμπτωμάτων της ΓΟΠ είναι πιο πιθανό να είναι αυξημένη στους καπνιστές, στους έγγαμους χωρίς παιδιά και στους διαζευγμένους. Το εκπαιδευτικό επίπεδο έδειξε ότι διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά τις βαθμολογίες του επιπέδου φυσικής κατάστασης, της ποιότητας του ύπνου και του άγχους όπου παρουσιάστηκαν καλύτερες μέσες βαθμολογίες σε συμμετέχοντες με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο και οι κατηγορίες των υπέρβαρων και των παχύσαρκων. Τέλος, καλύτερη ποιότητα ύπνου παρουσιάστηκε στους περιστασιακούς καταναλωτές αλκοόλ. Από την εξέταση των διαφορών των μέσων τιμών παρατηρούνται ομαδοποιήσεις του δείγματος με βάση της καθημερινές τους συνήθειες αλλά και τα ατομικά τους χαρακτηριστικά. Οι ομαδοποιήσεις και οι ερμηνείες αυτών σχηματιζόμενων κατηγοριών παρουσιάζονται αναλυτικότερα στην επόμενη παράγραφο των συμπερασμάτων.

Η εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ των βαθμολογιών αλλά και μεταξύ των βαθμολογιών και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος έδειξε επιπλέον ότι το άγχος και η κατάθλιψη, δύο μεγέθη ταυτόσημα στην συγκεκριμένη έρευνα, επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα του ύπνου, ενώ αντίθετα μια καλή κοινωνικό οικονομική κατάσταση την επηρεάζει θετικά. Παρατηρήθηκε αρνητική σχέση μεταξύ της φυσικής και της πνευματικής κατάστασης του δείγματος, γεγονός που ενισχύει την υπόθεση ότι παρατηρούνται διαφοροποιήσεις σε σχέση με την επαγγελματική

κατάσταση του δείγματος. Το άγχος και η κατάθλιψη είναι μικρότερα σε άτομα που έχουν υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής με συχνή γυμναστική και πρωινά γεύματα. Εκπαιδευτικό επίπεδο και εισόδημα έχουν παρόμοιες ποιοτικές σχέσεις σε όλες τις μέσες βαθμολογίες και δείχνουν ότι άτομα ανώτερου κοινωνικού επιπέδου θα έχουν και καλύτερη ποιότητα ζωής (ύπνου και φυσικής κατάστασης) και μειωμένο άγχος και κατάθλιψη. Αντίθετα άτομα με αυξημένο ΔΜΣ θα έχουν χαμηλότερη ποιότητα ύπνου και αυξημένο άγχος αλλά όχι κατάθλιψη. Επίσης παρατηρήθηκε ότι, σε μη στατιστικά σημαντικό βαθμό, τα συμπτώματα της ΓΟΠ είναι πιο έντονα στις γυναίκες, στις μεγαλύτερες ηλικίες, στους καπνιστές, στους παχύσαρκους, στους καταναλωτές καφέ και αλκοόλ αλλά και σε αυτούς που γυμνάζονται.

Τέλος, η εξέταση της γραμμικής σχέσης μεταξύ του βαθμού των συμπτωμάτων και όλων των υπόλοιπων μέσων βαθμολογιών έδειξε ότι μόνο το άγχος μπορεί να θεωρηθεί ως στατιστικά σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης του βαθμού των συμπτωμάτων. Αυτή η σχέση έδειξε ότι αύξηση δύο κατηγοριών του δείκτη του άγχους (για τιμές μεγαλύτερες του 2) συνεπάγεται αύξηση κατά μιας κατηγορίας του δείκτη των συμπτωμάτων ή ότι μόνο μετά την συχνή ή καθημερινή εμφάνιση των συμπτωμάτων του άγχους σε ένα άτομο, θα εμφανιστούν και πιο έντονα συμπτώματα της ΓΟΠ.

6.2. Συμπεράσματα

Το δείγμα επέδειξε μια ομοιότητα χωρίς έντονες διαφοροποιήσεις και τα αποτελέσματα της έρευνας ήρθαν σε απόλυτη συμφωνία με τις προηγούμενες μελέτες, αν και το εξεταζόμενο δείγμα δεν είχε τόσο έντονα συμπτώματα όσο αυτά των προηγούμενων ερευνών που εξετάστηκαν. Η εξέταση των μέσων τιμών και των συσχετίσεων έδωσε την εντύπωση δύο κυριάρχων κατηγοριών, νέων με ευεργετικούς για την υγεία τρόπους ζωής και μεσηλικών πνευματικής εργασίας με μικρή απόκλιση από τις φυσιολογικές τιμές του ΔΜΣ που προσέχουν τον εαυτό τους αλλά όχι τόσο όσο η νεότερη κατηγορία. Και οι δύο αυτές κατηγορίες έχουν κοινά χαρακτηριστικά και διαφορές που θα συζητηθούν στην συνέχεια. Κύριο κοινό όμως χαρακτηριστικό του δείγματος είναι τα χαμηλής έντασης συμπτώματα της ΓΟΠ αλλά και τα χαμηλά επίπεδα άγχους. Εντούτοις εξήχθησαν κάποια πολύ χρήσιμα συμπεράσματα αλλά στατιστικά και άλλα όχι που πληροφορούν για την ΓΟΠ και τον τρόπο ζωής του δείγματος.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα ήταν «*Πως χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής ασθενείς με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;*» και τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες

στην έρευνα έχουν μια αρκετά καλή ποιότητα ζωής. Ποιο συγκεκριμένα με τις απαντήσεις έδειξαν ότι δεν πίνουν αλκοόλ, δεν καπνίζουν, κάνουν γυμναστική και τρώνε συχνά πρωινό γεύμα που συνοδεύεται σχεδόν πάντα με την κατανάλωση καφέ. Το δείγμα παρουσίασε σε πολύ λίγες περιπτώσεις, επίπεδα άγχους μεγαλύτερα του φυσιολογικού και μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης τα οποία όμως, όπως γίνεται κατανοητό από τα συνολικά αποτελέσματα, μπορούν να χαρακτηριστούν και ως στεναχώρια παρά ως μια παθολογική κατάσταση με έντονες σωματικές επιπτώσεις.

Η φυσική και η πνευματική κατάστασή του δείγματος ήταν ικανοποιητική αν και η φυσική ήταν κάτω του μετρίου, γεγονός που οφείλεται στην κατηγορία του δείγματος με ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών που προφανώς ασκούν καθιστική εργασία. Σε αυτό το συμπέρασμα συνηγορεί και το αποτέλεσμα ότι η πνευματική κατάσταση του δείγματος ήταν ανώτερη της φυσικής αλλά και μεγαλύτερη της μέσης τιμής ($>0,5$). Ο ύπνος του δείγματος κρίνεται ικανοποιητικός και ως προς την διάρκεια του και ως προς την ποιότητα του. Παρόλα αυτά η σημαντική διάρκεια που μένει το δείγμα ξύπνιο μέχρι να αποκοιμηθεί, οι ύπνοι μικρής διάρκειας και οι περιπτώσεις ατόμων που σηκώνονται κατά την διάρκεια του ύπνου τους και έχουν δυσκολία να ξανακοιμηθούν μαζί με τα αποτελέσματα του άγχους και της κατάθλιψης που έδειξαν νευρικότητα και σημάδια σωματικής κόπωσης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ένα μικρό μέρος του δείγματος την περίοδο συλλογής των δεδομένων είχε έντονες ανησυχίες. Η σύγκριση του επιπέδου άγχους και των συμπτωμάτων της παλινδρόμησης ανά κατηγορία οικογενειακής κατάστασης έδειξε ότι οι έγγαμοι και οι διαζευγμένοι είναι οι κατηγορίες που εμφάνισαν άγχος και ενώ κάποιος θα μπορούσε, δικαιολογημένα από διαισθητικής και εμπειρικής άποψης, να προβάλλει ενστάσεις ότι η κατηγορία των εγγάμων με παιδιά θα έπρεπε να παρουσιάζει τέτοιου είδους αποτελέσματα. Όμως η έρευνα έδειξε ότι τα παιδιά σε μια έγγαμη οικογένεια μειώνουν το άγχος και την κατάθλιψη και ότι οι γονείς έχουν καλύτερη ποιότητα ύπνου και συμπτώματα μικρότερης έντασης ιδιαίτερα σε σύγκριση με άλλες κατηγορίες όπως οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι.

Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα «Ποιος είναι ο βαθμός των ψυχικών επιπτώσεων (άγχος και κατάθλιψη) της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης;» τα αποτελέσματα της συσχέτισης έδειξαν ότι τα συμπτώματα στη ΓΟΠ του δείγματος αυξάνονται και στατιστικά σημαντικά και σε μέτριο βαθμό με την αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης. Αυτή η αμφίδρομη σχέση μεταξύ των δεικτών άγχους -κατάθλιψης και του δείκτη συμπτωμάτων έχει διττή ερμηνεία η οποία τείνει στην επιβάρυνση μιας νόσου που πολύ πιθανόν να αποτελεί το αποτέλεσμα ενός συνδυασμού αγχωτικών καταστάσεων και επιβαρυντικής για την υγεία καθημερινότητας. Έτσι, κρίνεται πιο

πιθανό οι έντονες ψυχολογικές καταστάσεις να είναι η κύρια αιτία μιας εν γένει χαμηλότερης ποιότητας ζωής και όχι το αντίθετο.

Η απάντηση στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα «Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ψυχικών επιπτώσεων και της ποιότητας ζωής και σε ποιο βαθμό;» είναι ξεκάθαρη και θετική. Οι έντονες ψυχικές καταστάσεις επιβαρύνουν την καθημερινότητα του δείγματος, σ.σ. αλλά και όλων των ανθρώπων, αυξάνουν την ένταση των συμπτωμάτων της ΓΟΠ και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Οι τρεις πιο δυνατές, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, βρέθηκαν μεταξύ τις τριάδας άγχος, κατάθλιψη και ποιότητα ύπνου, δείχνοντας ότι η πρώτη αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου είναι στην ποιότητα του ύπνου του. Οι έντονες ψυχικές καταστάσεις δεν θα επιτρέψουν έναν άτομο να έχει καλή ποιότητα ύπνου μη επιτρέποντας να αισθάνεται ξεκούραστος την ημέρα και, πιθανότατα, να απέχει από φυσικές δραστηριότητες ενώ η πνευματική εργασία δρα επιβαρυντικά στην όλη κατάσταση. Αυτός ο φαύλος κύκλος μπορεί να διακοπεί με την υιοθέτηση πιο υγιεινών συνηθειών σταδιακά και με μέτρο, καθώς παρατηρήθηκε, σε μη στατιστικά σημαντικό βαθμό, ότι έντονη γυμναστική μπορεί να επιφέρει και πιο έντονα συμπτώματα της ΓΟΠ.

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα «Παρουσιάζεται διαφορά στον βαθμό της ποιότητας ζωής και των ψυχικών επιπτώσεων σε σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος και εάν ναι σε ποιο βαθμό;» αποτελεί ίσως το πιο παλιρροιακό μέρος της εργασίας καθώς έδειξε ότι η ποιότητα ζωής του δείγματος, τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και τα συμπτώματα της νόσου στην ουσία σκιαγραφούν την καθημερινότητα και τον τρόπο ζωής του δείγματος. Ήδη, επισημάνθηκαν οι διαφορές στα επίπεδα άγχους των συμμετεχόντων στην έρευνα με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση. Αυτό όμως που προκύπτει είναι η δημιουργία δύο ομάδων, όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη παράγραφο, που τα ατομικά χαρακτηριστικά τους ορίζουν και τα επίπεδα της ψυχικής τους κατάστασης και την ποιότητα ζωής τους καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι τελικά **το δείγμα είναι αυτό που καθορίζει την ποιότητα ζωής του και όχι το αντίθετο**. Αν και ο βαθμός επιρροής των δημογραφικών παραγόντων είναι ελάχιστος έως μηδενικός, εντούτοις περιγράφει τον τρόπο ζωής του δείγματος στις δύο ομάδες που περιγράφηκαν προηγουμένως.

6.3 Περιορισμοί της έρευνας

Το βασικό μειονέκτημα της έρευνας είναι η σημαντική ομοιογένεια του δείγματος. Καθώς το δείγμα δεν παρουσίασε έντονες παθολογικές καταστάσεις της ΓΟΠΝ δεν υπήρξαν έντονες διαφορές στην κλίμακα των συμπτωμάτων που είχε ως αποτέλεσμα μικρές και δυσδιάκριτες διαφοροποιήσεις κυρίως στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του. Είναι πολύ πιθανό αυτός να είναι και ο λόγος της μέτριας αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου καθώς η μεταβλητότητα των απαντήσεων του δείγματος ήταν χαμηλή παράγοντας που δείχνει και μικρές συσχετίσεις. Τέλος κρίνεται αναγκαία η εξέταση της επαγγελματικής κατάστασης του δείγματος για παρόμοιες μελλοντικές έρευνες καθώς τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι αυτός πιθανότατα να είναι ένας καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής και των επιπέδων της κατάθλιψης και του άγχους του δείγματος.

Βιβλιογραφία

- [1] Dent J. Review article: from 1906 to 2006 – a century of major evolution of understanding of gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.*2006;24(9):1269-81
- [2] Pace F, Bollani S, Molteni P, Bianchi Porro G. Natural history of gastro-oesophageal reflux disease without oesophagitis(NERD)-a reappraisal 10 years on. *Dig Liver Dis.*2004;36(2):111-5.
- [3] Fedorak RN, Veldhuyzen van Zanten S, Bridges R."Canadian Digestive Health Foundation Public Impact Series: Gastroesophageal reflux disease in Canada: Incidence, prevalence, and direct and indirect economic impact". *Canadian Journal of Gastroenterology* 2010;24 (7): 431–4.
- [4] Hershcovici T, Fass R. "Pharmacological management of GERD: where does it stand now?". *Trends in pharmacological sciences* 2001;32 (4): 258–6
- [5] Wang HY, Leena KB, Plymoth A, Hergens MP, Yin L, Shenoy KT, Ye, W. Prevalence of gastro-esophageal reflux disease and its risk factors in a community-based population in southern India. *BMC, 2016; Gastroenterology, 16, pp.36.*
- [6] Moayyedi P, Talley NJ. Gastro-oesophageal reflux disease: *The Lancet.* 2006;367(9528), pp.2086-2100.
- [7] Friedenberg FK, Rai, J., Vanar V, Bongiorno C, Nelson DB, Parepally M, Poonia A, Sharma A., Gohel S, Richter JE. Prevalence and risk factors for gastroesophageal reflux disease in an impoverished minority population. *Obesity Research & Clinical Practice.* 2016; 4(4), pp.e261-e269.
- [8] Nocon M, Labenz, J, Willich, SN. Lifestyle factors and symptoms of gastro- oesophageal reflux -- a population-based study: *Alimentary Pharmacology & Therapeutics,* 2006; 23(1), pp.169-174.
- [9] Locke GR., Talley NJ, Fett, SL, Zinsmeister AR, Melton, LJ. Risk factors associated with symptoms of gastroesophageal reflux: *The American Journal of Medicine,* 1999;106(6), pp.642-649.
- [10] Kaltenbach T, Crockett S, Gerson, LB. Are Lifestyle Measures Effective in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease?: *American Medical Association,* 2006;166, pp.965-971.
- [11] Ferreira CT, Carvalhod E, Sdepanian VL, Morais, MB, Vieira, MC, Silva L R., *Gastroesophageal reflux disease: exaggerations, evidence and clinical practice: 2013*
- [12] Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *The American Journal of Gastroenterology.* 2013; 108, pp. 308– 328.

- [13] Ness-Jensen E, Hveem K, El-Serag H, Lagergren J. Lifestyle Intervention in Gastroesophageal Reflux Disease. *Perspectives in clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2016;14, pp.175-182.
- [14] Φετράκης Α. Παθολογική Φυσιολογία. Στην Μ. Τζίβρας,. *Οισοφάγος*. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Έκδοση 2009σελ. 488-500
- [15] Netter F.H. Netter's Internal Medicine. In N.J. Shaheen & M. Rich, eds. 2009. Γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος. Μεταφρασμένο από Αγγλικά Χ. Ρούσσοις. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη, 2009,σελ: 352-359
- [16] Παπαλάμπρος Ε.Λ. Χειρουργική. Στην Θ. Διαμάντη, «*Καλοήθειες παθήσεις του οισοφάγου-Διαφραγματοκήλες*». Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη, 2012 Σελ. 245-280
- [17] Lemone P, Burke K. Medical Surgical nursing: critical thinking in client care. Μεταφρασμένα από Αγγλικά από Η. Παναουδάκη-Μπροκολάκη. 3η Έκδοση, Τόμος 2. Αθήνα, Εκδόσεις Λαγός, 2004.
- [18] Κιτσάκος ΑΛ. Η θέση της μανομετρίας του οισοφάγου στη χειρουργική αντιμετώπιση της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου. Διπλωματική εργασία. Αθήνα, 2007. <http://olympias.lib.uoi.gr/jspui/bitstream/123456789/25069/1/%CE%94.%CE%94.%CE%9A%CE%B9%CF%84%CF%83%CE%AC%CE%BA%CE%BF%CF%82%20%CE%91.%CE%A0.pdf>
- [19] Ξυνίας Ι, Παμπούκα Μ. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση στα παιδιά. *Pere Journal*. 2019; σελ. 290-303 [Internet] Available at: <https://www.perejournal.gr> [Accessed 28 Ιανουαρίου 2019] <http://pevejournal.gr/wp-content/uploads/2014/09/4-2009-2.pdf>
- [20] Badillo R, Francis D. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *World journal of gastrointestinal pharmacology and therapeutics*. 2014;5(3), 105.
- [21] Kaz AM, Wong CJ, Varadan, V, Willis JE, Chak, A, Grady WM. Global DNA methylation patterns in Barrett's esophagus, dysplastic Barrett's, and esophageal adenocarcinoma are associated with BMI, gender, and tobacco use. *Clinical Epigenetics*. 2016; 8, pp.111
- [22] Wang et al. Impact of gastroesophageal reflux disease on daily life: the Systematic Investigation of Gastrointestinal Diseases in China (SILC) epidemiological study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010; 8:128
- [23] Song EM, Jung HK, Jung JM. The association between reflux esophagitis and psychosocial stress. *Dig Dis Sci*. 2012;58(2):471–477. doi:10.1007/s10620-012-2377-z
- [24] Yang XJ, Jiang HM, Hou XH, Song J. Anxiety and depression in patients with gastroesophageal reflux disease and their effect on quality of life. *World J Gastroenterol*. 2015;21(14):4302–4309. doi:10.3748/wjg.v21.i14.4302

- [25] Revicki DA, Wood M., Maton PN, Sorensen S. The impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life: *The American Journal of Medicine*. 1998;104(3), pp.252-258.
- [26] Bruley des Varannes S, Löfman HG, Karlsson M, Wahlqvist P, Ruth M, Furstnau ML, Despiégel N, Stålhammar NO. Cost and burden of gastroesophageal reflux disease among patients with persistent symptoms despite proton pump inhibitor therapy: an observational study in France: *BMC Gastroenterology*. 2013;13, pp.39. 12)
- [27] Sanna L, Stuart, AL, Berk M, Pasco JA, Girardi P, Williams LJ. Gastro oesophageal reflux disease (GORD)-related symptoms and its association with mood and anxiety disorders and psychological symptomology: a population-based study in women: *BMC*. 2013; *Psychiatry*, 13, pp.194.
- [28] Zhang L, Tu L, Chen J, Song J, Bai T, Xiang X-L, Wang R-Y, Hou X-H. Health-related quality of life in gastroesophageal reflux patients with noncardiac chest pain: Emphasis on the role of psychological distress. *World Journal of Gastroenterology*. 2017; 23(1):127-134
- [29] Wang GR, Zhang H, Wang ZG, Jiang GS, Guo CH. Relationship between dental erosion and respiratory symptoms in patients with gastro- oesophageal reflux disease. 2010; *Journal of Dentistry*, 38(11), pp.892–898
- [30] Kulig M, Nocon M, Vieth M, Leodolter A, et al Risk factors of gastroesophageal reflux disease: methodology and first epidemiological results of the ProGERD study. *J Clin Epidemiol*. 2006;57:580-9.
- [31] Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, Lind T, et al. Gastro-oesophageal reflux symptoms and health-related quality of life in the adult general population - the Kalixanda study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006; 23:1725-33.
- [32] Maleki I, Masoudzadeh A, Khalilian A, Daheshpour E. Quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease in an Iranian population. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2013; 6(2):96-100
- [33] Gawron AJ, French DD, Pandolfino JE, Howden CW. Economic evaluations of gastroesophageal reflux disease medical management. *Pharmacoeconomics*. 2014;32(8):745–758. doi:10.1007/s40273-014-0164-8
- [34] Yadlapati R, Dakhoul L, Pandolfino JE, Keswani RN. The Quality of Care for Gastroesophageal Reflux Disease. *Dig Dis Sci*. 2016;62(3):569–576. doi:10.1007/s10620-016-4409-6

- [35] Spantideas N, Drosou E, Bougea A, Assimakopoulos D. Gastroesophageal reflux disease symptoms in the Greek general population: prevalence and risk factors. *Clinical and Experimental Gastroenterology*. 2016; 9:143-149
- [36] On Z.X, Grant J.F, Shi Z, Taylor AW, Wittert GA, Tully PJ, Hayley, AC, Martin S. The association between gastroesophageal reflux disease with sleep quality, depression, and anxiety in a cohort study of Australian men. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2017; 32(6):1170-1177.
- [37] Allen CJ, Parameswaran K, Belda J, Anvari M. Reproducibility, validity, and responsiveness of a disease-specific symptom questionnaire for gastroesophageal reflux disease. *Dis Esophagus*. 2000; 13(4):265-70.
- [38] Hays RD, (2004). SF-12 SAS code. Ανακτήθηκε 10/4/2019 από <https://labs.dgsom.ucla.edu/hays/files/view/docs/programs-utilities/sf12v2-1.sas.txt>
- [39] Utah Department of Health (2001). Interpreting the SF-12. Ανακτήθηκε 10/4/2019 από http://health.utah.gov/oph/publications/2001hss/sf12/SF12_Interpreting.pdf
- [40] Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1171-8.
- [41] Kontodimopoulos N, Pappa E, Nikas D, et al. Validity of SF12 scores in a Greek general population. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007; 5:55.
- [42] Zung WW, “A Self-Rating Depression Scale”, *Arch Gen Psychiat*. 1965, 12:63-70,
- [43] Stewart AL, Ware JE, Brook RH, Davies AR. Conceptualization and measurement of health for adults in the Health Insurance Study. Vol II. Physical health in terms of functioning. Santa Monica (CA): The RAND Corporation; 1978. p. 236–359.
- [44] William WK Zung. A Rating Instrument for Anxiety Disorders. 1971; 12(6): *Psychosomatics* 371-379.
- [45] Jaimcharyatam N, Tantipornsinchai W, Desudchit T, Gonlanchanvit S. Association between respiratory events and nocturnal gastroesophageal reflux events in patients with coexisting obstructive sleep apnea and gastroesophageal reflux disease: *Sleep Medicine*. 2016;22, pp. 33-38.
- [46] Wiklund I, Carlsson J, Vakil N. Gastroesophageal reflux symptoms and well-being in a random sample of the general population of a Swedish community. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:18–28. doi: 10.1111/j.1572-0241.2005.00343.x.

- [47] Jones R, Liker HR, Ducrotté P. Relationship between symptoms, subjective well-being and medication use in gastro-oesophageal reflux disease. *Int J Clin Pract.* 2007;61:1301–1307. doi:10.1111/j.1742-1241.2007.01475.x.
- [48] Sinn DH, Shin DH, Lim SW, et al. The speed of eating and functional dyspepsia in young women. *Gut Liver.* 2010;4(2):173–178. doi:10.5009/gnl.2010.4.2.173
- [49] Jarosz M, Taraszewska A. Risk factors for gastroesophageal reflux disease: the role of diet. *Prz Gastroenterol.* 2014;9(5):297–301. doi:10.5114/pg.2014.46166

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο

Έντυπο Ενημέρωσης χωρίς Ανάγκη Συγκατάθεσης

Αγαπητέ κύριε/κυρία,

Καλείστε να συμμετάσχετε σε έρευνα η οποία διεξάγεται από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια Τσέλιου Ευαγγελή του μεταπτυχιακού προγράμματος Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, του Πανεπιστημίου Ιατρικής Θεσσαλίας με τίτλο **Διερεύνηση συσχέτισης άγχους και κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής των ατόμων με Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση**. Σας καλούμε να συμμετάσχετε στην παρούσα έρευνα για την εξέταση των κύριων παραγόντων της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση αυτών των παραγόντων που θα επιτρέψει τον προσδιορισμό των κύριων στοιχείων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών ώστε να χρησιμοποιηθούν για την περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και δεν υπάρχουν αναμενόμενοι κίνδυνοι και άμεσα οικονομικά οφέλη που να προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην έρευνα. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι γύρω στα 10 με 15 λεπτά.

Η έρευνα είναι ανώνυμη και για αυτό το λόγο η επιστροφή του ερωτηματολογίου η συμπλήρωση του συνεπάγεται και την συγκατάθεση του συμμετέχοντα στην έρευνα.

Σε περίπτωση ερωτήσεων σχετικών με την έρευνα, παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον ερευνητή στα παρακάτω στοιχεία

Όνοματεπώνυμο: Τσέλιου Ευαγγελή

Τηλέφωνο: 6946160309

Email: lil_hallo@hotmail.com

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1) Φύλο:

<input type="radio"/> Άνδρας	<input type="radio"/> Γυναίκα
------------------------------	-------------------------------

2) Ηλικία σε έτη:.....

3) Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση:

<input type="radio"/> Άγαμος/η	<input type="radio"/> Έγγαμος/η	<input type="radio"/> Έγγαμος/η με παιδιά
<input type="radio"/> Εν διαστάσει	<input type="radio"/> Άλλο.....	

4) Ποια βαθμίδα της εκπαίδευσης έχετε τελειώσει:

<input type="radio"/> Δημοτικό	<input type="radio"/> Γυμνάσιο	<input type="radio"/> Λύκειο
<input type="radio"/> ΙΕΚ/ΚΕΚ	<input type="radio"/> ΑΕΙ/ΤΕΙ	<input type="radio"/> Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

5) Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

<input type="radio"/> Έως 6000€	<input type="radio"/> 6000€ - 1000€	<input type="radio"/> Μεγαλύτερο των 12000€
---------------------------------	-------------------------------------	---

6) Ύψος σε (εκκατ.):.....

7) Βάρος σε (κιλά):.....

8) Καθημερινές συνήθειες

	Κάθε ημέρα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Λίγες φορές τον μήνα	Καθόλου
Γυμναστική				
Κατανάλωση καφέ				
Κατανάλωση αλκοόλ				
Κάπνισμα				
Πρωινό γεύμα				

Δείκτης Συμπτωμάτων Παλινδρόμησης

Παρακαλώ κυκλώστε την αντίστοιχη απάντηση

Τον τελευταίο μήνα πόσο σας επηρέασαν τα παρακάτω προβλήματα	0	1	2	3	4	5
1. Βραχνάδα ή πρόβλημα με τη φωνή σας	0	1	2	3	4	5
2. Καθαρισμός του λαιμού	0	1	2	3	4	5
3. Υπερβολικές εκκρίσεις στο λαιμό ή πίσω από τη μύτη	0	1	2	3	4	5
4. Δυσκολία να καταπιείτε τροφή, υγρά ή χάπια	0	1	2	3	4	5
5. Βήχας μετά το φαγητό ή αφού ξαπλώσετε	0	1	2	3	4	5
6. Δυσκολίες στην αναπνοή ή επεισόδια πνιγμονής	0	1	2	3	4	5
7. Επίμονος, ενοχλητικός βήχας	0	1	2	3	4	5
8. Αίσθηση ότι κάτι κολλάει στο λαιμό ή κόμπος στο λαιμό	0	1	2	3	4	5
9. Καούρες, πόνος πίσω από το στήρνο, δυσπεψία, επιστροφές από το στομάχι	0	1	2	3	4	5
ΣΥΝΟΛΙΚΑ						

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-12

1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρουν δραστηριότητες που πιθανώς κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η σημερινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
2. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Όταν ανεβαίνετε <u>μερικούς</u> ορόφους με τα πόδια.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στην δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4. <u>Πραγματοποιήσατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Περιορίσατε <u>τα είδη</u> της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στην δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

- | | ΝΑΙ | ΟΧΙ | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. <u>Πραγματοποιήσατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. Κάνατε την δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u> , πόσο επηρέασε ο <u>πόνος</u> τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό); | | | | |
| Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πάρα πολύ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Για κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις, επιλέξτε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:

- | | Συνεχώς | Πολύ συχνά | Συχνά | Ορισμένες φορές | Σπάνια | Καθόλου |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Είχατε πολλή ενεργητικότητα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u> , για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της <u>σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα</u> ; | | | | | | |
| Συνεχώς | Το μεγαλύτερο διάστημα | Μερικές φορές | Μικρό διάστημα | Καθόλου | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ZUNG DEPRESSION SCALE

		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΜΕΡΙΚΩΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΟΤΕ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
1.	Αισθάνομαι αποκαρδιωμένος ή λυπημένος					
2.	Το πρωί νοιώθω καλύτερα από κάθε ώρα της ημέρας					
3.	Κλαίω εύκολα ή νοιώθω έτοιμος να κλάψω					
4.	Έχω προβλήματα ύπνου το βράδυ					
5.	Τρώω όσο συνήθιζα προηγουμένως					
6.	Εξακολουθώ να ενδιαφέρομαι για το σεξ					
7.	Παρατηρώ ότι χάνω βάρος					
8.	Έχω δυσκολιότητα					
9.	Έχω ταχυπαλμίες					
10.	Κουράζομαι χωρίς ιδιαίτερο λόγο					
11.	Το μυαλό μου είναι τόσο καθαρό όσο και πριν					
12.	Μου είναι εύκολο να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω και πριν					
13.	Έχω ανησυχία και δεν μπορώ να ηρεμήσω					
14.	Έχω αισιοδοξία για το μέλλον μου					
15.	Έχω περισσότερη νευρική νευρικότητα από πριν					
16.	Παίρνω αποφάσεις το ίδιο εύκολα όπως και πριν					
17.	Αισθάνομαι χρήσιμος και απαραίτητος					
18.	Η ζωή μου είναι αρκετά «γεμάτη»					
19.	Αισθάνομαι ότι θα ήταν καλύτερα για τους άλλους αν πέθαινα					
20.	Με ευχαριστούν ακόμα και τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και προηγουμένως					

Ο ΥΠΝΟΣ ΣΑΣ

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

1. Πόση ώρα σας πήρε συνήθως για να αποκοιμηθείτε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων;

0-15 λεπτά	16-30 λεπτά	31-45 λεπτά	46-60 λεπτά	Περισσότερο από 60 λεπτά
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Κατά μέσο όρο, πόσες ώρες κοιμηθήκατε κάθε νύχτα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων;

Γράψτε τον αριθμό των ωρών ανά νύχτα

3. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων εσείς...

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- a. νοιώσατε ότι ο ύπνος σας δεν ήταν ήσυχος (κουνιάσαταν ανήσυχα, ήσαταν σε υπερένταση, ομιλούσατε, κ.λπ., όταν κοιμόσασταν); 1 2 3 4 5
- b. κοιμηθήκατε αρκετά ώστε να νοιώθατε ξεκούραστοι όταν ξυπνήσατε το πρωί; 1 2 3 4 5
- c. ξυπνήσατε με κομμένη ανάσα ή με πονοκέφαλο; 1 2 3 4 5
- d. νοιώσατε μισοκοιμισμένος ή αποκοιμισμένος κατά την διάρκεια της ημέρας; 1 2 3 4 5
- e. είχατε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε; 1 2 3 4 5

Translation Copyright © 2001, 2002, 2009, 2012 QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
(Greece (Greek) MOS 12-Item Sleep Scale-Revised)

Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων εσείς...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
f	▼	▼	▼	▼	▼
f	Ξυπνήσατε κατά τη διάρκεια του ύπνου και είχατε πρόβλημα να ξανακοιμηθείτε;				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	είχατε πρόβλημα να μείνετε ξύπνιος κατά τη διάρκεια της ημέρας;				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	ροχαλίζατε κατά την διάρκεια του ύπνου;				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	πήρατε ύπνους (5 λεπτά ή περισσότερο) κατά την διάρκεια της ημέρας;				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	κοιμηθήκατε όσο χρειαζόσαστε;				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Translation Copyright © 2001, 2002, 2009, 2012 QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
(Greece (Greek) MOS 12-Item Sleep Scale-Revised)

Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Άγχους (SAS) του Zung

Οδηγίες συμπλήρωσης: Παρακάτω περιγράφονται διάφορα ενοχλήματα ή εμπειρίες που μπορεί να έχει κάποιος. Παρακαλώ, σημειώστε ένα **X** στην απάντηση που αντιστοιχεί καλύτερα στη δική σας κατάσταση, **κατά την τελευταία εβδομάδα**. Μην παραλείψετε κάποια ερώτηση. Ευχαριστούμε για τη συνεργασία.

Α/Α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			
		Καθόλου ή σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετές φορές	Πολλές φορές ή πάντα
1.	Αισθάνομαι περισσότερο νευρικός/ή και αγγωμένος/η από ότι συνήθως.				
2.	Αισθάνομαι ότι φοβάμαι χωρίς κανένα λόγο.				
3.	Αναστατώνομαι εύκολα ή αισθάνομαι πανικοβλημένος/η.				
4.	Αισθάνομαι σα να διαλύομαι και να γίνομαι κομμάτια.				
5.	Αισθάνομαι ότι όλα είναι καλά και δεν πρόκειται να συμβεί κανένα κακό.				
6.	Τα χέρια και τα πόδια μου δεν είναι σταθερά και τρέμουν.				
7.	Υποφέρω από πονοκεφάλους και πόνους στον αυγόνα και τη μέση.				
8.	Αισθάνομαι αδύναμος/η και κουράζομαι εύκολα.				
9.	Αισθάνομαι ήρεμος και μπορώ να κάθομαι ήσυχα σε ένα μέρος.				
10.	Αισθάνομαι την καρδιά μου να χτυπάει γρήγορα.				
11.	Υποφέρω από κρίσεις ζάλης				
12.	Έχω κρίσεις λιποθυμίας ή αισθάνομαι ότι θα λιποθυμήσω.				
13.	Αναπνέω (εισπνέω και εκπνέω) χωρίς δυσκολία.				
14.	Αισθάνομαι μουδιάσματα και τσιμπήματα στα δάκτυλα των χεριών και των ποδιών.				
15.	Υποφέρω από πόνους στο στομάχι και δυσπεψία.				
16.	Έχω συχνουρία.				
17.	Τα χέρια μου είναι συνήθως στεγνά και ζεστά.				
18.	Το πρόσωπό μου ζεσταίνεται και κοκκινίζει.				
19.	Αποκοιμίζομαι εύκολα και ο βραδινός ύπνος με ξεκουράζει.				
20.	Έχω εφιάλτες.				

Μετάφραση-προσαρμογή: Μαρία Σαμακουρή και συνεργάτες

Αποτελέσματα εξέτασης μέσω των τιμών

Φύλο

	t-test for Equality of Means			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Μέση βαθμολογία του δείκτη συμπτωμάτων παλινδρόμησης	-1,075	102	,285	-,19478
Επίπεδο φυσικής κατάστασης	1,545	102	,126	2,28601
Επίπεδο πνευματικής κατάστασης	,847	102	,399	1,30426
Βαθμολογία του δείκτη κατάθλιψης του Zung	-2,951	102	,004	-,50804
Μέσες τιμές MOS 12	-,873	102	,385	-,11012
Μέση βαθμολογία του δείκτη άγχους του Zung	-2,687	102	,008	-,21920

Ηλικία

One-Way ANOVA (Fisher's)

	F	df1	df2	p
symptoms	0.0119	4	92	1.000
agg_phys	3.1959	4	92	0.017
agg_ment	0.0820	4	92	0.988
zung	0.6808	4	92	0.607
sleep	0.9574	4	92	0.435
zung_w	0.8621	4	92	0.490

Οικογενειακή κατάσταση

One-Way ANOVA (Fisher's)

	F	df1	df2	p
symptoms	2.683	4	99	0.036
agg_phys	0.871	4	99	0.484
agg_ment	1.102	4	99	0.360
zung	0.192	4	99	0.942
sleep	2.198	4	99	0.075
zung_w	1.265	4	99	0.289

Εκπαιδευτικό επίπεδο

One-Way ANOVA (Fisher's)

	F	df1	df2	p
symptoms	0.732	5	97	0.601
agg_phys	4.196	5	97	0.002
agg_ment	1.390	5	97	0.235
zung	2.238	5	97	0.056
sleep	3.648	5	97	0.005
zung_w	3.571	5	97	0.005

Οικογενειακό εισόδημα

One-Way ANOVA (Fisher's)

	F	df1	df2	p
symptoms	0.150	2	96	0.861
agg_phys	1.867	2	96	0.160
agg_ment	0.407	2	96	0.667
zung	1.149	2	96	0.321
sleep	2.070	2	96	0.132
zung_a	0.430	2	96	0.652

ΔΜΣ

One-Way ANOVA (Fisher's)

	F	df1	df2	p
symptoms	0.320	5	94	0.900
agg_phys	2.140	5	94	0.067
agg_ment	2.995	5	94	0.015
zung	0.842	5	94	0.523
sleep	1.223	5	94	0.304
zung_a	0.933	5	94	0.463

Γυμναστική

One-Way ANOVA (Fisher's)

	F	df1	df2	p
symptoms	1.559	3	100	0.204
agg_phys	3.622	3	100	0.016
agg_ment	0.472	3	100	0.703
zung	2.755	3	100	0.046
sleep	2.119	3	100	0.103
zung_a	4.005	3	100	0.010

Καφές

One-Way ANOVA (Fisher's)

	F	df1	df2	p
symptoms	1.011	3	100	0.391
agg_phys	0.160	3	100	0.923
agg_ment	0.162	3	100	0.922
zung	0.480	3	100	0.697
sleep	0.836	3	100	0.477
zung_w	1.702	3	100	0.171

Αλκοόλ

One-Way ANOVA (Fisher's)

	F	df1	df2	p
symptoms	1.80	3	100	0.152
agg_phys	3.94	3	100	0.011
agg_ment	1.16	3	100	0.328
zung	1.17	3	100	0.324
sleep	4.07	3	100	0.009
zung_w	2.33	3	100	0.079

Κάπνισμα

One-Way ANOVA (Fisher's)

	F	df1	df2	p
symptoms	3.037	3	100	0.033
agg_phys	0.611	3	100	0.609
agg_ment	0.652	3	100	0.583
zung	1.233	3	100	0.302
sleep	0.479	3	100	0.697
zung_w	1.517	3	100	0.215

Πρωινό γεύμα

One-Way ANOVA (Fisher's)

	F	df1	df2	p
symptoms	2.144	3	100	0.099
agg_phys	0.256	3	100	0.857
agg_ment	1.462	3	100	0.229
zung	2.672	3	100	0.051
sleep	0.929	3	100	0.430
zung_w	1.453	3	100	0.232

