

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: Διερεύνηση των επιπτώσεων των διαταραχών κατάποσης στην ποιότητα ζωής ασθενών με Καρκίνο Κεφαλής και Τραχήλου.

Title: Swallow-related quality of life of patients with head and neck cancer.

ΠΑΤΡΑ 2018

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
Κριθινάκη Φωτεινή
Σπυρέλλη Αντιγόνη

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**
Δρ. Ιωάννα Μαλατρά Ms,
PhD, Επιστημονικός
συνεργάτης τμήματος
Λογοθεραπείας Πατρών,
ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα.....	2
Πρόλογος.....	3
Περίληψη.....	4
Εισαγωγή.....	6
Κεφάλαιο 1 ^ο : Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	
1.1 Περιγραφή Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου.....	7
1.2 Καρκίνος Κεφαλής και Τραχήλου ως προς τη Λογοπαθολογία.....	9
1.3 Ποιότητα ζωής ασθενών με Καρκίνο Κεφαλής και Τραχήλου: Πως επηρεάζεται η κατάποση και η ομιλία.....	11
1.4 Μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με Καρκίνο Κεφαλής και Τραχήλου.....	13
1.5 Εργαλεία μέτρησης: MD Anderson Dysphagia Inventory, Eating Assessment Tool-10, Beck's Depression Inventory.....	14
Κεφάλαιο 2 ^ο : Σκοπός έρευνας.....	18
Κεφάλαιο 3 ^ο : Μεθοδολογία της έρευνας	
3.1 Πληθυσμός – Δειγματοληψία.....	19
3.2 Υλικό έρευνας.....	19
3.3 Κριτήρια αποκλεισμού.....	20
3.4 Τρόπος διεξαγωγής της έρευνας.....	21
3.5 Είδος έρευνας.....	23
3.6 Μέθοδος ανάλυσης της έρευνας.....	23
Κεφάλαιο 4 ^ο : Αποτελέσματα έρευνας	
4.1 Δημογραφικό προφίλ.....	24
4.2 Αξιοπιστία και εγκυρότητα ερωτηματολογίων.....	27
4.3 Ποιοτική ανάλυση αποτελεσμάτων MDADI.....	31
4.4 Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων.....	31
4.5 Επαγωγική ανάλυση αποτελεσμάτων.....	42
4.6 Ποιοτική σύγκριση δειγμάτων.....	46
Κεφάλαιο 5 ^ο : Συμπεράσματα-Συζήτηση.....	49
Βιβλιογραφία.....	50
Παραρτήματα.....	53

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του προπτυχιακού κύκλου σπουδών του Τμήματος Λογοθεραπείας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας στο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας με έδρα την Πάτρα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2017–2018 υπό την επίβλεψη της λογοπαθολόγου Ιωάννας Μαλατρά. Η επιλογή του θέματος «Διερεύνηση των επιπτώσεων των διαταραχών κατάποσης στην ποιότητα ζωής ασθενών με Καρκίνο Κεφαλής και Τραχήλου» έγινε γιατί επιθυμούσαμε να ασχοληθούμε με ενήλικες που παρουσίαζαν προβλήματα στην κατάποση εξαιτίας κάποιου νευρολογικού προβλήματος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου (ΚΚ&Τ) και η θεραπεία του προκαλεί αρνητικές επιπτώσεις στη σίτιση, την επικοινωνία και την εμφάνιση, που οδηγούν σε ελλείμματα στην καθημερινή ζωή των ασθενών (Vartanian et al., 2009). Η δυσφαγία είναι συχνή επιπλοκή σε ασθενείς με ΚΚ&Τ. Δυσχεραίνει την ποιότητα ζωής γιατί προκαλεί λειτουργικούς και κοινωνικούς περιορισμούς, διατροφικές ανεπάρκειες και διαταραχές στη διάθεση των ασθενών (Guedes et al., 2012).

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα έχει σαν στόχο να καθοριστούν οι νόρμες για την ποιότητα ζωής του υγιούς πληθυσμού (χωρίς προβλήματα στην κατάποση που οφείλονται σε ΚΚ&Τ) βασισμένες σε τρία ερωτηματολόγια (MD Anderson Dysphagia Inventory, Eating Assessment Tool – 10, Beck's Depression Inventory) και να ελεγχθεί η εγκυρότητα και αξιοπιστία των εργαλείων αυτών ώστε μετέπειτα σε άλλη έρευνα να διερευνηθούν οι επιπτώσεις των διαταραχών κατάποσης των ασθενών με ΚΚ&Τ στην ποιότητα ζωής τους.

Μέθοδος: Ο πληθυσμός που έλαβε μέρος στην έρευνα είναι 101 άτομα, που χωρίζονται σε δύο ομάδες. Η μία ομάδα αποτελείται από 100 υγιείς ενήλικες, 57 γυναίκες και 43 άνδρες ηλικίας 20 – 81, και η άλλη ομάδα από έναν ασθενή με ΚΚ&Τ. Το έντυπο που δόθηκε στις δύο ομάδες διέφερε ως προς τις πληροφορίες για το ιστορικό του ατόμου, με βασική διαφορά ότι το ιστορικό για τους ασθενείς ζητούσε αναλυτικές πληροφορίες για τον ΚΚ&Τ. Η ένταξη των συμμετεχόντων στην έρευνα έγινε μετά την υπογραφή της άδειας συμμετοχής και στη συνέχεια ακολούθησε η συμπλήρωση των στοιχείων του ατόμου και των τριών ερωτηματολογίων που προαναφέρθηκαν. Για την ένταξη στην ομάδα των υγιών πραγματοποιήθηκε και ένας γρήγορος έλεγχος των κρανιακών νεύρων και ένα screening κατάποσης. Ο πληθυσμός συλλέχθηκε από το περιβάλλον των ερευνητών.

Αποτελέσματα: Προκειμένου να αποδειχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των τριών εργαλείων (MDADI, EAT-10, BDI) που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's Alpha. Αυτός ο δείκτης μέτρησης της συνοχής ήταν πάνω από 0,7 και για τα τρία ερωτηματολόγια, γεγονός που αποδεικνύει ότι είναι αξιόπιστα εργαλεία για τον ελληνικό πληθυσμό.

Από την περιγραφική και επαγωγική ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων, προκύπτει ότι για το MDADI η επικρατούσα απάντηση για το δείγμα των υγιών ήταν το ε (διαφωνώ αρκετά). Στο EAT-10, το 85% των συμμετεχόντων από την ομάδα των υγιών είχε συνολική βαθμολογία 0 και στο BDI το 94% είχε συνολική βαθμολογία 0-10. Όσον αφορά τον ασθενή με ΚΚ&Τ, στο MDADI είχε επικρατούσα απάντηση το β (συμφωνώ), στο EAT-10 είχε συνολική βαθμολογία 28 και στο BDI 32.

Συμπεράσματα: Όπως φάνηκε οι υγιείς συμμετέχοντες (που δεν έχουν προβλήματα κατάποσης που οφείλονται σε ΚΚ&Τ) έχουν καλή ποιότητα ζωής. Τα ποσοστά που αναφέρθηκαν παραπάνω μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν νόρμες για τον υγιή πληθυσμό σε μετέπειτα έρευνες που θα συμπεριλάβουν ένα ικανοποιητικό σε μέγεθος δείγμα ασθενών με ΚΚ&Τ.

ABSTRACT

Head and neck cancer (HNC) and its treatment causes adverse effects in feeding, communication and appearance, leading to deficits in patients' daily life (Vartanian et al., 2009). Dysphagia is a common complication in patients with HNC. Hampers the quality of life because it causes functional and social constraints, nutritional deficiencies and mood disorders of patients (Guedes et al., 2012).

Purpose: The present study aims to determine the norms for the quality of life of the healthy population (without HNC swallowing problems) based on three questionnaires (MD Anderson Dysphagia Inventory, Eating Assessment Tool – 10, Beck's Depression Inventory) and to check the validity and reliability of these tools for later research to investigate the impact of swallowing disorders of HNC patients on their quality of life.

Method: 101 people took part in the study, divided into two groups. A group of 100 healthy subjects, 57 women and 43 men aged 20 to 81, and a group of one patient with HNC. The forms given to the two groups differed in terms of information about the medical history of the individual, with main difference that patients' medical history requested detailed information on HNC. They became part of the survey after signing the entry permit, followed by the completion of the individual data and the three questionnaires mentioned above. For the inclusion in the healthy group, researchers performed a quick check of the cranial nerves that are important for swallowing and a swallowing screening test. The population was harvested from the environment of researchers.

Results: In order to demonstrate the validity and reliability of the three tools (MDADI, EAT-10, BDI) used in the survey, the index Cronbach's Alpha was used. This coherence measure was above 0.7 for all three questionnaires, which proves that they are reliable tools for the Greek population. The descriptive and inductive analysis of the questionnaire results show that for MDADI the prevailing answer for the healthy participants was e (disagree enough). At EAT-10, 85% of participants from the healthy group had a total score of 0 and at BDI 94% had a total score of 0-10. Regarding the patient with HNC, at MDADI the prevailing answer was b (agree), at EAT-10 his total score was 28 and at BDI 32.

Conclusions: As demonstrated by, the healthy participants (who have not swallowing problems caused by HNC) have good quality of life. The percentages mentioned above can be used as norms for the healthy population in subsequent surveys which will include a sufficient sample size of patients with HNC.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (National Cancer Institute) κάθε χρόνο εμφανίζονται παγκοσμίως 500.000 περιπτώσεις Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου (ΚΚ&Τ). Παρόλο που η συχνότητα εμφάνισης είναι αρκετά υψηλή, παρατηρείται άγνοια σχετικά με τις αιτίες εκδήλωσης του καθώς και την αναγκαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης. Η πλειοψηφία των ασθενών με ΚΚ&Τ εμφανίζουν διαταραχές στη κατάποση, που οφείλονται είτε στον ίδιο τον καρκίνο είτε στις θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν ακολουθηθεί (Groher et al, 2010). Επομένως, ο ΚΚ&Τ και η θεραπεία του μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Σύμφωνα με τους Morton et al. (2003), η ποιότητα ζωής είναι η αντιληπτική διαφορά μεταξύ του τι έχει πραγματικά ένα άτομο και του τι θα ήθελε να έχει και είναι υποκειμενική. Για το λόγο αυτό οι κλινικοί δε θα πρέπει να συγχέουν την ποιότητα ζωής με την λειτουργική κατάσταση ή την γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Τα τελευταία χρόνια η προσοχή έχει στραφεί στην ποιότητα ζωής των ασθενών και έχει γίνει κατανοητό ότι είναι σημαντική για την καλύτερη φροντίδα τους (Chen et al., 2001).

Επειδή ο ΚΚ&Τ και η θεραπεία του μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα στην κατάποση και την γενικότερη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής του, κρίνεται αναγκαίο να αποδειχθεί ερευνητικά ότι υγιή άτομα που δεν πάσχουν από ΚΚ&Τ και συνεπακόλουθη δυσφαγία έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Απώτερος σκοπός αυτού, λοιπόν, είναι να δημιουργηθούν νόρμες για τον υγιή πληθυσμό που θα μπορούσαν σε μελλοντικές έρευνες να συγκριθούν με αντίστοιχες νόρμες για ασθενείς με ΚΚ&Τ.

Για την υλοποίηση αυτού του σκοπού χορηγήθηκαν σε υγιή πληθυσμό δύο ερωτηματολόγια για την ύπαρξη δυσφαγίας και το κατά πόσο αυτή δημιουργεί λειτουργικούς και κοινωνικούς περιορισμούς στο άτομο (MD Anderson Dysphagia Inventory, Eating Assessment Tool-10) και ένα ερωτηματολόγιο για την ανίχνευση πιθανής κατάθλιψης (Beck's Depression Inventory). Με την απόδειξη της εγκυρότητας και αξιοπιστίας αυτών των εργαλείων ανίχνευσης και την ποιοτική και ποσοτική ανάλυση των απαντήσεων των υγιών ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα θα προκύψουν οι αντίστοιχες νόρμες.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν περιλαμβάνεται μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την περιγραφή του ΚΚ&Τ, τις συνέπειες του σε ομιλία, κατάποση και την γενικότερη ποιότητα ζωής και το πώς αυτά σχετίζονται με την λογοθεραπεία. Ακολουθεί μια αναφορά στην μέτρηση της ποιότητας ζωής ατόμων με ΚΚ&Τ και αναλυτική παρουσίαση των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν και σχετικές έρευνες. Έπειτα παρουσιάζεται η διεξαγωγή της έρευνας, αναλύοντας τον σκοπό, την μεθοδολογία και τα αποτελέσματα. Στο τέλος γίνεται ένας σχολιασμός των αποτελεσμάτων και προτείνονται κατευθύνσεις για μελλοντικές έρευνες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 Περιγραφή Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου

Οι καρκίνοι που είναι γνωστοί ως Καρκίνοι Κεφαλής και Τραχήλου (ΚΚ&Τ) συνήθως αρχίζουν στα πλακώδη κύτταρα που ευθυγραμμίζουν τις υγρές βλεννογόνους επιφάνειες στο εσωτερικό της κεφαλής και του λαιμού (για παράδειγμα μέσα στο στόμα, τη μύτη και το λαιμό). Αυτοί οι καρκίνοι των πλακωδών κυττάρων συχνά αναφέρονται ως καρκινώματα πλακώδους κυττάρου της κεφαλής και του τραχήλου. Οι καρκίνοι κεφαλής και τραχήλου μπορούν επίσης να ξεκινήσουν στους σιελογόνους αδένες, αλλά οι καρκίνοι των σιελογόνων αδένων είναι σχετικά ασυνήθιστοι.

Το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ αποτελούν τους δύο σημαντικότερους παράγοντες εκδήλωσης ΚΚ&Τ (75% όλων των περιπτώσεων ΚΚ&Τ), ειδικά καρκίνους της στοματικής κοιλότητας, του οροφάρυγγα, του υποφάρυγγα και του λάρυγγα. Ασθενείς που συνδυάζουν το κάπνισμα με τη χρήση αλκοόλ έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο από ότι ασθενείς που κάνουν μόνο το ένα από τα δύο. Ωστόσο, αυτοί οι δύο παράγοντες δεν προκαλούν καρκίνο στους σιελογόνους αδένες (National Cancer Institute, 2018). Τα δεδομένα για τον ΚΚ&Τ σε άτομα που δεν ήταν ποτέ καπνιστές δεν έχουν ακόμα ξεκαθαριστεί. Από το σύνολο των ασθενών με ΚΚ&Τ το 5% - 30% δεν ήταν ποτέ καπνιστές. Ακόμη, οι όγκοι καπνιστών και μη καπνιστών διαφέρουν επειδή σε αυτούς των μη καπνιστών παρατηρούνται λιγότερες γονιδιακές μεταλλάξεις. Οι αναλύσεις των δεδομένων των μη καπνιστών είναι απαραίτητες για να προσδιοριστούν αιτιολογικοί παράγοντες, εκτός της χρήσης καπνού (Hashibe et al, 2007).

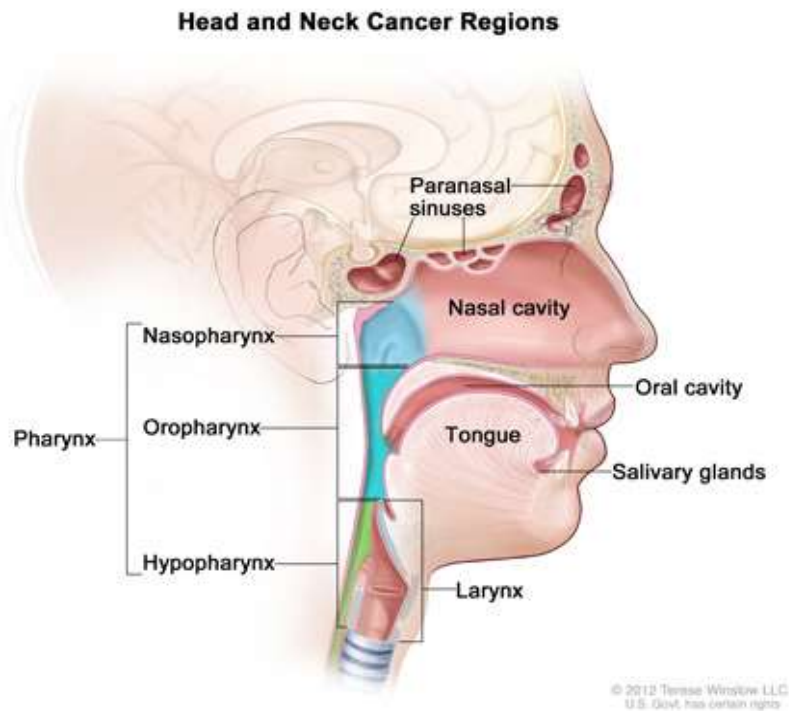
Επίσης, υπάρχουν δεδομένα που καταδεικνύουν ότι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη καρκίνων, ειδικά κεφαλής και τραχήλου (D' Souza et al., 2011). Η πρώτη φορά που έγινε συσχέτιση ανάμεσα στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων έγινε το 1970. Το 1983, εντοπίστηκε σε μια ομάδα ασθενών με καρκίνο στον οροφάρυγγα στοιχεία του ιού HPV και από τότε, τα τελευταία 15 χρόνια οι έρευνες δείχνουν όλο και μεγαλύτερη συσχέτιση του HPV με τον ΚΚ&Τ, ειδικά για όγκους που εμφανίζονται στο στοματοφάρυγγα (Spence et al, 2016).

Οι ΚΚ&Τ κατηγοριοποιούνται περαιτέρω από την περιοχή της κεφαλής ή του τραχήλου από την οποία αρχίζουν.

- *Καρκίνος της στοματικής κοιλότητας.* Περιλαμβάνει τα χείλη, τα μπροστινά δύο τρίτα της γλώσσας, τα ούλα, την εσωτερική γραμμή στα μάγουλα και τα χείλη, το έδαφος του στόματος, την σκληρή και την μαλακή υπερώα και τη μικρή περιοχή των ούλων πίσω από τους φρονιμίτες.
- *Καρκίνος του φάρυγγα.* Μπορεί να εκδηλωθεί και στα τρία μέρη του φάρυγγα: το ρινοφάρυγγα (το άνω μέρος του φάρυγγα, πίσω από τη μύτη), το στοματοφάρυγγα (το μεσαίο τμήμα του φάρυγγα, συμπεριλαμβανομένης της μαλακής υπερώας, της βάσης της γλώσσας και των αμυγδαλών), τον υποφάρυγγα (το κάτω μέρος του φάρυγγα).
- *Καρκίνος του λάρυγγα.* Περιλαμβάνει τις φωνητικές χορδές και τους χόνδρους του λάρυγγα: τον θυρεοειδή, τον κρικοειδή και την επιγλωττίδα (ένα μικρό κομμάτι ιστού, το οποίο κινείται για να καλύψει τον λάρυγγα για να εμποδίσει την είσοδο τροφίμων στα περάσματα του αέρα).

- *Καρκίνος της ρινικής κοιλότητας*. Περιλαμβάνει και του παραρινικούς κόλπους.
- *Καρκίνος των σιελογόνων αδένων*, οι οποίοι βρίσκονται στο έδαφος του στόματος κοντά στη κάτω γνάθο και παράγουν σάλιο (National Cancer Institute, 2018).

Η εικόνα 1.1 δείχνει τις ανατομικές περιοχές που εμφανίζεται ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου.



Εικόνα 1.1

Κατά τη διαδικασία αξιολόγησης του καρκίνου ο στόχος της διεπιστημονικής ομάδας είναι να χαρακτηρίσει τον καρκίνο και να σχεδιάσει την καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση. Σημαντική πτυχή αυτής της διαδικασίας είναι η σταδιοποίηση. Το πιο διαδεδομένο σύστημα σταδιοποίησης του καρκίνου είναι το TNM (tumor – nodes – metastasis), που περιγράφει το μέγεθος του όγκου και την εξάπλωση του σε κοντινούς λεμφαδένες ή άλλα όργανα. Μετά την περιγραφή TNM, οι καρκίνοι μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε βαθμούς κακοήθειας. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται 5 βαθμοί από το 0 – 4, όπου ο χαμηλότερος βαθμός υποδηλώνει μικρότερο καρκίνο χωρίς μετάσταση και ο υψηλότερος υποδηλώνει πιο εκτεταμένη νόσο (Groher et al, 2010).

Πολλοί ΚΚ&Τ μπορούν να θεραπευτούν αν διαγνωστούν νωρίς. Η θέση και το στάδιο του καρκίνου αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επιλογής της κατάλληλης θεραπείας, καθώς και η ηλικία του ασθενούς, η γενικότερη κατάσταση της υγείας του, η εμπειρία της διεπιστημονικής ομάδας και οι διαθέσιμες εγκαταστάσεις. Σημαντικός παράγοντας που επίσης πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι το κατά πόσο η θεραπεία προορίζεται να είναι παρηγορητική ή θεραπευτική. Υπάρχουν τρεις βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για τον ΚΚ&Τ: η χειρουργική αντιμετώπιση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία.

Το 2015 πάνω από 5,5 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως διαγνώστηκαν με ΚΚ&Τ (στόμα 2,4 εκατομμύρια, λαιμός 1,7 εκατομμύρια, λάρυγγα 1,4 εκατομμύρια) και σημειώθηκαν περισσότεροι από 379.000 θάνατοι (στόμα 146.000, λαιμός 127.400, λάρυγγα 105.900).

Κάθε χρόνο παγκοσμίως εμφανίζονται περίπου 500.000 νέες περιπτώσεις. Ο ΚΚ&Τ είναι έβδομος σε συχνότητα εμφάνισης και η ένατη αιτία θανάτου από καρκίνο. Στις Ηνωμένες Πολιτείες περίπου 1% των ανθρώπων επηρεάζονται σε κάποιο σημείο της ζωής τους και η εμφάνιση του είναι δύο φορές πιο συχνή στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Η συνήθης ηλικία διάγνωσης είναι μεταξύ 55 και 65 ετών και ο μέσος όρος επιβίωσης 5 χρόνια μετά τη διάγνωση στον αναπτυγμένο κόσμο είναι 42 έως 64% (National Cancer Institute, 2018).

Περισσότεροι από 150.000 νέοι ασθενείς διαγνώστηκαν στην Ευρώπη το 2012. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με δεδομένα του Globocan, το 2012 διαγνώστηκαν 1.350 ασθενείς με καρκίνους κεφαλής και τραχήλου, με τον καρκίνο του λάρυγγα και τον καρκίνο χειλιών και στοματικής κοιλότητας να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα. Παρά τη σοβαρότητα και την αυξανόμενη συχνότητα, υπάρχει μικρή συνειδητοποίηση για τον κίνδυνο εμφάνισης ΚΚ&Τ και τα αποτελέσματα των ασθενών παραμένουν πολύ φτωχά. Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι, για εκείνους τους ασθενείς που διαγνώστηκαν στα αρχικά στάδια της νόσου, το ποσοστό επιβίωσης αγγίζει το 80-90% (Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου, 2018).

1.2 Ο Καρκίνος Κεφαλής και Τραχήλου ως προς τη Λογοπαθολογία

Ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου (ΚΚ&Τ) και η θεραπεία του προκαλεί αρνητικές επιπτώσεις στη σίτιση, την επικοινωνία και την εμφάνιση, που οδηγούν σε ελλείμματα στην καθημερινή ζωή των ασθενών (Vartanian et al., 2009). Η δυσφαγία είναι συχνή επιπλοκή σε ασθενείς με ΚΚ&Τ. Δυσχεραίνει την ποιότητα ζωής γιατί προκαλεί λειτουργικούς και κοινωνικούς περιορισμούς, διατροφικές ανεπάρκειες και διαταραχές στη διάθεση των ασθενών (Guedes et al., 2012). Συγκεκριμένα, ως προς τη λογοπαθολογία, ο ΚΚ&Τ επηρεάζει κυρίως την κατάποση των ασθενών αλλά και την ομιλία και τα υποσυστήματα της (αναπνοή, άρθρωση, φώνηση, αντήχηση, προσωδία).

Η πλειοψηφία των ασθενών με ΚΚ&Τ έχουν δυσκολίες στην κατάποση. Τα δυσφαγικά συμπτώματα προκύπτουν είτε άμεσα από τον καρκίνο είτε ως απόρροια των διάφορων θεραπευτικών προσεγγίσεων (χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία). Η ακτινοθεραπεία είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με χειρουργική αντιμετώπιση έχει περισσότερες πιθανότητες να προκαλέσει διαταραχές κατάποσης από ότι η χειρουργική αντιμετώπιση μόνη της. Η δυσφαγία ως αποτέλεσμα της θεραπείας είναι ουσιαστικά η μειωμένη ικανότητα κατάποσης που χαρακτηρίζεται από μειωμένη κινητικότητα των δομών του μηχανισμού κατάποσης που προκαλεί παράταση των διάφορων φάσεων την κατάποσης και περιορισμό της διάνοιξης του φαρυγγοοισοφαγικού τμήματος. Αυτή η μειωμένη κινητικότητα των δομών μπορεί να προκαλέσει παραμονή υπολειμμάτων μετά την κατάποση κατά μήκος του μηχανισμού και φτωχή κάθαρση σιέλου. Με την πάροδο του χρόνου τα υπολείμματα αυτά μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εισρόφησης ή την ανάγκη έκπτυξης από τον ασθενή.

Η καθεμία από τις θεραπευτικές προσεγγίσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω έχει κάποιες πιθανές παρενέργειες. Συνολικά, οι συνήθεις χειρουργικές επεμβάσεις που σχετίζονται με τη θεραπεία του ΚΚ&Τ είναι: πρωταρχική χειρουργική επέμβαση όγκου, κάτω γναθοεκτομή, κάτω γναθοτομή, άνω γναθοεκτομή, εκτομή κατά Mohs, εκτομή με λέιζερ, λαρυγγεκτομή, μερική λαρυγγεκτομή, λαρυγγο-φαρυγγεκτομή, τραχειοστομία, γαστροστομία, λεμφαδενικός καθαρισμός τραχήλου και χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης. Συγκεκριμένα, οι

χειρουργικές επεμβάσεις που σχετίζονται περισσότερο με κοινές διαταραχές κατάποσης παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 1.1. Η χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να προκαλέσει οίδημα του στόματος ή και του λαιμού με αποτέλεσμα δυσκολία στην αναπνοή, τη φώνηση και γενικά την ομιλία, δυσκολίες στη μάσηση και την κατάποση, παραμόρφωση του προσώπου, αιμωδίες στο πρόσωπο, τον αυχένα ή το λαιμό, μειωμένη κινητικότητα στην περιοχή του αυχένα και των ώμων και μειωμένη λειτουργία του θυρεοειδούς αδένου.

Κοινές διαταραχές κατάποσης που προκύπτουν από διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις για τη θεραπεία καρκίνου κεφαλής και τραχήλου		
Εκτομή	Φυσιολογική επίδραση	Κατάποση
Μερική γλωσσεκτομή	Αφαιρείται <50% της γλώσσας Αφαίρεση πρόσθιου ιστού αυξάνει τις δυσκολίες	Δυσκολία στη προετοιμασία και συγκράτηση του βλωμού
Ολική γλωσσεκτομή	Αφαιρείται >50% της γλώσσας Η τεχνική αποκατάστασης με κρημνό επηρεάζει το αποτέλεσμα	Δυσκολία προώθησης υλικών από τη στοματική κοιλότητα Μειωμένη κινητήρια δύναμη γλώσσας Μπορεί να παρατηρηθεί μείωση φάρυγγα
Αμυγδαλή/βάση γλώσσας	Μειωμένη κινητικότητα πρόσθιας γλώσσας	Μειωμένη κινητήρια δύναμη γλώσσας Δυσκολία μετατόπισης υλικών δια του στοματοφάρυγγα
Εκτομή υπερώας	Αφαίρεση >50% της μαλθακής υπερώας Ελλιπής σύγκλιση υπερώας	Ελλιπής σύγκλιση υπερώας οδηγεί στην ανάρροια υλικών στον ρινοφάρυγγα
Πρόσθιο / πλάγιο έδαφος στόματος	Μειωμένη κινητικότητα πρόσθιας γλώσσας, δε μπορεί να κινηθεί πλάγιως τη γλώσσα Μειωμένη ικανότητα ανύψωσης υοειδούς/λάρυγγα Μειωμένο άνοιγμα του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα	Μειωμένος έλεγχος στοματικού βλωμού Μειωμένη κινητήρια δύναμη γλώσσας Δυσκολία μετατόπισης υλικών δια του στοματοφάρυγγα Καθυστέρηση πυροδότησης της φαρυγγικής φάσης κατάποσης Μειωμένος καθαρισμός του βλωμού από τον φάρυγγα
Μερική φαρυγγεκτομή	Μειωμένη σύσπασση φαρυγγικού τοιχώματος Μειωμένη ικανότητα ανύψωσης υοειδούς/λάρυγγα	Δυσκολία καθαρισμού υλικών από το φάρυγγα Καθυστέρηση πυροδότησης κατάποσης
Ημιφαρυγγεκτομή	Μονόπλευρη εκτομή Μερική σύγκλιση αεραγωγού	Μονόπλευρη φαρυγγική αδυναμία Μειωμένη προστασία αεραγωγού
Υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή	Ελλιπής κίνηση οπίσθιας γλώσσας, περιορισμένη κίνηση αρυτενοειδών, Μερική σύγκλιση αεραγωγού	Καθυστέρηση στην προώθηση του βλωμού Δυσκολία στην ανύψωση των δομών της κατάποσης Μειωμένη προστασία αεραγωγού
Ολική λαρυγγεκτομή	Αφαίρεση της πηγής δόνησης Χειρουργική δημιουργία εναλλακτικής πηγής δόνησης	Θέματα με μειωμένη αρνητική πίεση, μεταφοράς βλωμού Πιθανή ανατομική ή φυσιολογική στένωση του ΦΟΤ

Πίνακας 1.1 (Groher et al., 2010, σ. 108)

Τα τοξικά αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στην ανατομία (π.χ. στένωση), ίνωση, οδοντιατρικές αλλαγές, οίδημα, λοίμωξη, νευροπάθεια, διαταραχές ελέγχου του βλωμού, μικρές ποσότητες ανά βλωμό και πολλαπλές καταπόσεις, γεύματα αυξημένης διάρκειας, μειωμένη συχνότητα κατάποσης, ξηροστομία, πόνο και αλλοίωση της γεύσης. Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Chen et al. (2013) τα παραπάνω αποτελέσματα μπορεί να συμβάλλουν σε μακροχρόνια συναισθηματική δυσφορία. Η τραχειοστομία και η γαστροστομία, οι οποίες είναι ορατές και χρόνιες

υπενθυμίσεις της αρνητικής έκβασης της θεραπείας στην ομαλή λειτουργία, έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση του ασθενούς.

Η δυσφαγία αναγνωρίζεται ως μια κοινή και συχνά καταστροφική επίδραση της χημειοθεραπείας, η οποία προκαλεί αδυναμία, ναυτία, εμετό, ξηροστομία, απώλεια όρεξης, μειωμένη αίσθηση γεύσης και ανοιχτά στοματικά έλκη που πιθανώς να οδηγήσουν σε φλεγμονή. Πιο συχνές είναι οι βλάβες στη φυσιολογία που μειώνουν το εύρος κίνησης των δομών που είναι υπεύθυνες για την κατάποση. Η παρατεταμένη βλενογοννίτιδα αποτελεί βασικό παράγοντα εμφάνισης φαρυγγοοισοφαγικής στένωσης, η οποία με τη σειρά της προκαλεί βλάβη στη λειτουργία με αποτέλεσμα τη χρήση γαστροστομίας. Μετά τη χημειοθεραπεία μπορεί να εμφανιστεί ίνωση ή και μειωμένη προστασία των αεραγωγών που μπορεί να οδηγήσει σε εισρόφηση και κίνδυνο πνευμονίας ή διατροφικούς περιορισμούς που οφείλονται στη μειωμένη αποτελεσματικότητα της κατάποσης ή την στένωση (Hutcherson et al., 2012).

Ο λογοθεραπευτής είναι βασικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας που ασχολείται με την θεραπεία του ΚΚ&Τ. Σημαντική είναι η πρόληψη των διαταραχών κατάποσης, οπότε ο ασθενής μπορεί να ξεκινήσει ασκήσεις που σχετίζονται με την κατάποση πριν τη θεραπεία του καρκίνου, έτσι ώστε τα αποτελέσματα να είναι άμεσα. Οι βασικοί τομείς με τους οποίους μπορεί να ασχοληθεί ο λογοπαθολόγος κατά τη μετεγχειρητική περίοδο ή την περίοδο μετά τη λήψη ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας είναι τα προβλήματα μεταφοράς του βλωμού και προστασίας του αεραγωγού, αλλά και οι αλλαγές στο βλενογόνο των μυών (π.χ. ξηροστομία).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, με τη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου αφαιρούνται βασικές δομές για την κατάποση και την ομιλία. Οι δομές που αν αφαιρεθούν θα επηρεάσουν την ομιλία είναι: τμήμα ή ολόκληρη η γλώσσα, τμήμα της υπερώας, τμήμα του εδάφους του στόματος, τμήμα της κάτω γνάθου και τμήμα ή ολόκληρος ο λάρυγγας. Συγκεκριμένα με την λαρυγγεκτομή τροποποιούνται κάποιες δομές στο εμπρόσθιο μέρος του λαιμού, αφαιρείται ολόκληρος ο λάρυγγας, δημιουργείται ένα στόμιο ή άνοιγμα χαμηλά μπροστά στο λαιμό και η τραχεία προσκολλάται στο στόμιο αυτό. Έτσι το άτομο αναπνέει μέσω αυτού του στομίου. Εφόσον έχει αφαιρεθεί ο λάρυγγας το άτομο έχει πλήρη απώλεια φωνής και ο λογοθεραπευτής καλείται να βρει εναλλακτικούς τρόπους παραγωγής ομιλίας. Οι τρεις πιο συχνές τεχνικές αντικατάστασης του ήχου είναι ο τεχνητός λάρυγγας, η οισοφαγική ομιλία και η τραχειοοισοφαγική ομιλία (Groher et al, 2010).

1.3 Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου: Πως επηρεάζεται η κατάποση και η ομιλία.

Κλινικοί και ερευνητές δεν θα πρέπει να συγχέουν τη ποιότητα ζωής με τη λειτουργική κατάσταση, τα συμπτώματα, τις παρενέργειες της θεραπείας ή τη κατάσταση της υγείας. Ένας αντικειμενικός ορισμός από τους Morton et al. (2003) είναι ότι ποιότητα ζωής είναι η αντιληπτική διαφορά μεταξύ του τι έχει πραγματικά ένα άτομο και του τι θα ήθελε να έχει. Η ποιότητα ζωής είναι υποκειμενική και είναι αδύνατο να συλλάβει όλες τις πτυχές που είναι σημαντικές για ένα άτομο.

Ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου και η θεραπεία του μπορεί να έχουν αντίκτυπο στη ποιότητα ζωής του ασθενή. Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η προσοχή στη ποιότητα ζωής και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ποιότητας ζωής είναι σημαντική για τη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών και την ολοκληρωμένη αξιολόγηση και θεραπεία. Μάλιστα, έχει υποστηριχθεί, ότι τα ερωτηματολόγια για τη ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΚ&Τ είναι χειρότερα από ασθενείς με άλλα είδη καρκίνου. Έτσι λοιπόν, λόγω αυτού του ενδιαφέροντος της έρευνας για τη ποιότητα ζωής, οι γιατροί εκτός από το να προσθέτουν χρόνια στη ζωή, προσθέτουν ζωή στα χρόνια αυτών των ασθενών.

Οι ασθενείς με ΚΚ&Τ συχνά υποφέρουν από στοματοφαρυγγική δυσφαγία ως αποτέλεσμα της ίδιας της νόσου ή της θεραπείας που μπορεί να οδηγήσει σε υποσιτισμό ή εισρόφηση. Ασθενείς με βασικούς όγκους στη στοματική κοιλότητα και τον οροφάρυγγα έχουν μεγαλύτερη ανικανότητα στην κατάποση με δυσμενή αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής τους σε σχέση με ασθενείς που ο βασικός όγκος τους είναι στον λάρυγγα και τον υποφάρυγγα. Επίσης, οι ασθενείς με κακοήγη όγκο έχουν σημαντικά μεγαλύτερη δυσκολία από ότι οι ασθενείς με καλοήγη όγκο (Chen et al., 2001). Η διάγνωση και η επακόλουθη θεραπεία του ΚΚ&Τ μπορεί να έχει καταστροφικό αντίκτυπο στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Μια ανάλυση έδειξε ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας ήταν 4 φορές μεγαλύτερα μεταξύ των ασθενών με ΚΚ&Τ σε σχέση με του γενικού πληθυσμού. Πιθανόν οι ασθενείς αυτοί, πολλοί από τους οποίους κάπνιζαν και έπιναν, βιώνουν δυσανάλογη συναισθηματική δυσφορία εξαιτίας της πιθανότητας φυσικής παραμόρφωσης από την εξέλιξη της ασθένειας ή και της θεραπείας, καθώς και δυσφορία εξαιτίας των ελλειμμάτων σε βασικές ανθρώπινες λειτουργίες όπως η σίτιση, η ομιλία και η αναπνοή.

Μεγάλο πρόβλημα που επηρεάζει την ποιότητα ζωής καρκινοπαθών είναι η κατάθλιψη. Οι συνέπειες της αθεράπευτης κατάθλιψης μπορεί να είναι σοβαρές και να επηρεάσουν λειτουργίες όπως ο ύπνος, η ενέργεια και το κίνητρο. Με την αύξηση της μείωσης του σωματικού βάρους και την κούραση, η κατάθλιψη καθώς και η πιθανότητα να επιδεινωθεί η θεραπεία μπορεί να επηρεάσει τον έλεγχο της νόσου (Chen et al., 2013). Εξίσου σημαντικό είναι και το άγχος. Οι πιο κοινές διαταραχές άγχους που έχουν διαγνωσθεί σε καρκινοπαθείς είναι: γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, συγκεκριμένες φοβίες, διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, διαταραχές προσαρμογής με αγχώδη διάθεση και μετατραυματική διαταραχή άγχους.

Η κατάθλιψη αφορά το 10-25% των καρκινοπαθών. Η σημαντικότητα της διάγνωσης και θεραπείας της κατάθλιψης φαίνεται ότι ενισχύει την ποιότητα ζωής, γιατί διαφορετικά επηρεάζει τη θεραπεία του καρκίνου, τη διάρκεια ζωής στο νοσοκομείο και την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης. Παρόλο που για το άγχος δε γνωρίζουμε πολλά φαίνεται να επηρεάζει όσο και η κατάθλιψη. Ασθενείς χωρίς άγχος ή κατάθλιψη είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής ως προς την υγεία τους σε σχέση με ασθενείς με κατάθλιψη. Τη χειρότερη ποιότητα ζωής είχαν όσοι έπασχαν από κατάθλιψη και άγχος μαζί. Η κατάθλιψη είχε πιο διάχυτες επιπτώσεις από το άγχος σε μη νοητικούς τομείς της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών. Το άγχος είχε διαφορετικές επιπτώσεις από την κατάθλιψη στη διανοητική υγεία και λειτουργικότητα καθώς και τη σοβαρότητα των σωματικών συμπτωμάτων (Brown et al., 2009).

1.4 Μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου

Οι ασθενείς με ΚΚ&Τ είναι ευάλωτοι σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα, γιατί οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη δομή και τη λειτουργία της περιοχής του λαιμού και του κεφαλιού. Οι Joyce (1995) & McGee (1996) καθόρισαν τη ποιότητα ζωής ως προς το πόσο καλή ή κακή αισθάνεστε τη ζωή σας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του και έτσι θα πρέπει να αξιολογείται από τη προοπτική του ασθενή και όχι του κλινικού. Για να γίνει αυτό, θα πρέπει τα ερωτηματολόγια για τη ποιότητα ζωής να αξιολογούν ευρείς τομείς όπως: συναισθηματική και σωματική λειτουργία και κοινωνική και πνευματική ευημερία. Στη βιβλιογραφία χρησιμοποιείται και ο όρος «Ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία» γιατί το εισόδημα και η υποστήριξη της οικογένειας συχνά επηρεάζονται από τη θεραπεία και δεν είναι υπό τον έλεγχο του κλινικού (McDougall et al., 2010).

Τα ερωτηματολόγια, συχνά, αποτελούνται από διάφορα στοιχεία ή ερωτήσεις που επιχειρούν να καλύψουν τα περισσότερα πεδία που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Οι γενικές κλίμακες έχουν στοιχεία που καλύπτουν όλες τις σημαντικές πτυχές της υγείας ενός ατόμου και ισχύουν ανεξάρτητα από την κατάσταση του ατόμου, ενώ οι συγκεκριμένες κλίμακες περιλαμβάνουν μόνο τα στοιχεία που μπορεί να επηρεαστούν από την ασθένεια. Ένα ερωτηματολόγιο πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά για να επιλεγεί ως εργαλείο μελέτης: ισχύ, καταλληλότητα, αξιοπιστία, σταθερότητα και αναπαραγωγή ενός μέτρου με την πάροδο του χρόνου, νόημα και χρησιμότητα για το συγκεκριμένο σκοπό, να είναι ευαίσθητο και να ανταποκρίνεται στην αλλαγή, εύκολο σκορ, να είναι βραχυπρόθεσμο, πολυδιάστατο, να καλύπτει ένα ευρύ φάσμα τομέων και να αυτοχορηγείται (Sayed et al., 2009).

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλά ερωτηματολόγια για την ποιότητα ζωής που σχετίζονται με την υγεία και την στοματοφαρυγγική δυσφαγία. Όταν ένα ερωτηματολόγιο πρόκειται να χρησιμοποιηθεί για έρευνα τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά πρέπει να είναι γνωστά και επαρκώς υψηλής ποιότητας, διαφορετικά τα αποτελέσματα δε μπορούν να ερμηνευθούν ή να αποδοθούν με κλινική συνάφεια (Spreyer et al., 2011).

Τους καρκινοπαθείς βαραίνουν συμπτώματα σχετικά με την ίδια την ασθένεια ή την τοξικότητα της θεραπείας. Η διαχείριση αυτών των συμπτωμάτων εξαρτάται από τη συχνή και ακριβή αξιολόγηση και επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των θεραπειών. Ωστόσο, οι ασθενείς συχνά διστάζουν να αναφέρουν συμπτώματα μέχρι να σοβαρέψουν και να απαιτείται προσέλευση στα επείγοντα ή νοσηλεία, επιβαρύνοντας ουσιαστικά το κόστος θεραπείας και διαταράσσοντας την καθημερινότητα των ίδιων και των μελών της οικογένειας τους. Οι ασθενείς μπορεί να φοβούνται να παραπονεθούν για τα συμπτώματα, επειδή μπορεί να πιστεύουν ότι τα παράπονα τους αποσπούν την προσοχή των γιατρών από την φροντίδα του καρκίνου, μπορεί να ματαιώνει την προσπάθεια τους να είναι «καλοί ασθενείς», μπορεί να περιλαμβάνει καινούργια φαρμακευτική αγωγή με άγνωστες παρενέργειες ή μπορεί να είναι απόδειξη ότι η αρρώστια τους χειροτερεύει. Για την επαρκή αξιολόγηση των συμπτωμάτων υπάρχουν κλίμακες μέτρησης:

1. Κλίμακα συμπτωμάτων δυσφορίας (Symptom Distress Scale)
2. Κλίμακα αξιολόγησης συμπτωμάτων μνήμης (The Memorial Symptom Assessment Scale)
3. Λίστα ελέγχου συμπτωμάτων Rotterdam (The Rotterdam Symptom Checklist)

4. Σύστημα αξιολόγησης συμπτωμάτων Edmonton (The Edmonton Symptom Assessment System) (Cleeland et al., 2000).

1.5 Εργαλεία μέτρησης: MD Anderson Dysphagia Inventory, Eating Assessment Tool-10, Beck's Depression Inventory

1.5.1 MD Anderson Dysphagia Inventory

Το MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) δημιουργήθηκε από τον Chen et al. το 2001 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΚΚ&Τ που σχετίζεται με τη δυσφαγία. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις για τη μέτρηση 4 κατηγοριών, γενικού περιεχομένου (1 ερώτηση), συναισθηματικού περιεχομένου (6 ερωτήσεις), λειτουργική κατάσταση (5 ερωτήσεις) και τη φυσική κατάσταση (8 ερωτήσεις). Η απάντηση κάθε ερώτησης αποτελείται από κλίμακες Likert και εκφράζεται από το 1 (strongly agree) μέχρι το 5 (strongly disagree). Συγκεκριμένα, η επιλογή των απαντήσεων διακρίνεται σε: strongly agree, agree, no opinion, disagree, strongly disagree.

Το MDADI είναι ένα επικυρωμένο εργαλείο που παρέχει σύντομη μέτρηση για το κατά πόσο τα συμπτώματα του καρκίνου παρεμβαίνουν στην καθημερινή ζωή και επηρεάζουν την ημερήσια ρουτίνα του ασθενούς. Δημιουργήθηκε λόγω της έλλειψης νέων μέσων που να μετρούν κατά πόσο η σοβαρότητα και ο βαθμός των συμπτωμάτων παρεμβαίνουν στην ποιότητα ζωής.

Επειδή οι αξιολογήσεις των συμπτωμάτων εξαρτώνται από την υποκειμενική αναφορά των ασθενών πρέπει τα ερωτηματολόγια να είναι επικυρωμένα σε οικεία για τον ασθενή γλώσσα. Έτσι, το MDADI προσαρμόστηκε και επικυρώθηκε πολιτισμικά και σε άλλες γλώσσες (Πορτογαλική, Κινέζικη, Ολλανδική, Κορεάτικη, Σουηδική, Ελληνική). Στη Βραζιλία τα περιστατικά με ΚΚ&Τ πλησιάζουν τα 14.000 το χρόνο, για αυτό το MDADI μεταφράστηκε από ειδικούς στην πορτογαλική γλώσσα. Δόθηκε σε ασθενείς με καρκίνωμα πλακώδους κυττάρου του ανώτερου αεραγωγού που έχουν επιβιώσει τουλάχιστον ένα χρόνο μετά τη θεραπεία. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με επαναλαμβανόμενο ή μεταστατικό καρκίνο και όσοι δεν ήξεραν ανάγνωση και γραφή. Συνολικά συμμετείχαν 72 ασθενείς, κυρίως άνδρες, κατά μέσο όρο 63 ετών με όγκο κυρίως στον λάρυγγα που θεραπεύτηκαν είτε με εγχείρηση είτε με εγχείρηση και χημειοθεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες είχαν μικρότερο σκορ από τους άνδρες, ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα σε ασθενείς με καρκίνο αρχικού σταδίου και ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώθηκαν από δύο ασθενείς που σιτίζονταν με γαστρεντερικό σωλήνα, σε αντίθεση με τους ασθενείς που σιτίζονταν από το στόμα (Guedes et al., 2012).

Παρόλο που ο καρκίνος αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στην Κίνα, λίγα είναι γνωστά για τη διαχείριση των συμπτωμάτων στη χώρα. Ο αρχικός στόχος της έρευνας που ακολουθεί ήταν να επικυρωθεί μια κινέζικη έκδοση του MDADI για ασθενείς με ΚΚ&Τ στην Κίνα. Οι δευτερεύοντες στόχοι είναι να εξεταστεί και να χαρακτηριστεί η σοβαρότητα και το βάρος των συμπτωμάτων που προκαλούνται από τις συχνότερα εμφανιζόμενες κακοήθειες στην Κίνα. Επιλέχθηκαν 249 ασθενείς ηλικίας 18 ετών

και άνω που είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο είτε είχαν υποβληθεί σε θεραπεία είτε ήταν υπό παρακολούθηση. Αποκλείστηκαν όσοι είχαν σοβαρή ψυχική ασθένεια, δεν ήθελαν να συμμετέχουν ή δε μπορούσαν να κατανοήσουν το σκοπό της μελέτης. Συνολικά, η κόπωση, οι διαταραχές ύπνου, η αγωνία και ο πόνος αναφέρθηκαν ως τα σοβαρότερα συμπτώματα. Διαπιστώθηκε μάλιστα, ότι τα συμπτώματα αυτά ήταν τόσο σημαντικά ώστε να παρεμβαίνουν στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Εν τέλει αποδείχτηκε ότι το MDADI-C είναι έγκυρο και αξιόπιστο (Wang et al., 2004).

Στην Ολλανδία οι γιατροί χρειάζονταν ένα εργαλείο με εύκολο και σύντομο χειρισμό, για αυτό πραγματοποιήθηκε η έρευνα για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της ολλανδικής έκδοσης του MDADI. Η μετάφραση έγινε από τρεις ανεξάρτητους ερευνητές. Συμμετείχαν συνολικά 76 ασθενείς 45 – 83 ετών, δύο από τους οποίους ήταν σωληνοεξαρτώμενοι. Κατά την αξιολόγηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της ολλανδικής έκδοσης του MDADI δεν ήταν επαρκή όλα τα κριτήρια για τις ψυχομετρικές ιδιότητες (Spreyer et al., 2011).

Όσον αφορά την κορεάτικη γλώσσα δεν υπάρχουν σταθμισμένα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής ατόμων που έχουν δυσφαγία. Έτσι λοιπόν, πραγματοποιήθηκε μία μελέτη με σκοπό να παράσχει την ακαδημαϊκή βάση της κορεάτικης έκδοσης του MDADI με γλωσσική επικύρωση, δομή ισχύος και αξιοπιστία. Στη μελέτη έλαβαν μέρος 34 εθελοντές ηλικίας 37 – 79 ετών με ΚΚ&Τ, οι οποίοι συμπλήρωσαν την τελική έκδοση του K-MDADI και έκαναν βιντεοφθοροσκοπική αξιολόγηση κατάποσης την ίδια μέρα. Οι ασθενείς απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ξανά δύο βδομάδες αργότερα για να επαληθευτεί η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Τελικά ο ένας ασθενής εξαιρέθηκε λόγω αλλαγής στη διατροφή και οι υπόλοιποι 33 ολοκλήρωσαν με επιτυχία τη μελέτη. Έτσι, η κορεάτικη έκδοση πέτυχε τη γλωσσική επικύρωση και απέδειξε καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία αποτελώντας ένα χρήσιμο εργαλείο για τον έλεγχο και τον προγραμματισμό της θεραπείας του ΚΚ&Τ (Kwon et al., 2013).

Το σκεπτικό πίσω από την μετάφραση και επικύρωση της σουηδικής έκδοσης του MDADI ήταν η δημιουργία ενός εργαλείου που βαθμολογείται και χορηγείται εύκολα. Η μετάφραση και η επικύρωση του ερωτηματολογίου αυτού έδειξε καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και έγινε γιατί δεν υπάρχουν σουηδικές εκδόσεις ερωτηματολογίων για την ποιότητα ζωής ατόμων με προβλήματα κατάποσης. Για τον σκοπό αυτό επιλέχθηκαν 115 ασθενείς με στοματοφαρυγγική δυσφαγία που οφείλεται είτε σε κάποια νευρολογική διαταραχή είτε σε ΚΚ&Τ διαγνωσμένοι από λογοθεραπευτή ή από ωτορινολαρυγγολόγο. Τελικά βρέθηκε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν σε θέση να εκτιμήσει τη δυσφαγία, την επίπτωση της στην ποιότητα ζωής και στην κοινωνική λειτουργία και να συγκρίνει τα αποτελέσματα διάφορων μορφών θεραπειών για τον ΚΚ&Τ (Carlsson et al., 2011).

1.5.2 Eating Assessment Tool – 10

Το Eating Assessment Tool – 10 (EAT-10) είναι ένα αυτό-χορηγούμενο εργαλείο που δημιουργήθηκε εξαιτίας της ανάγκης να υπάρχει ένα όργανο με εύκολο σκορ και ταχεία χορήγηση προκειμένου να αξιολογεί την σοβαρότητα των συμπτωμάτων της δυσφαγίας, την ποιότητα ζωής και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Belafsky et al., 2008). Αποτελείται από 10 ερωτήσεις για την κατάποση που οι απαντήσεις τους κυμαίνονται από το 0 (κανένα πρόβλημα) έως το 4 (σοβαρό πρόβλημα). Στο τέλος του τεστ υπολογίζεται η συνολική βαθμολογία (μέγιστη βαθμολογία το 40). Αν η συνολική βαθμολογία ξεπερνά τους

3 βαθμούς, τότε το άτομο έχει πιθανόν προβλήματα κατάποσης και πρέπει να συμβουλευτεί γιατρό.

Πραγματοποιήθηκε μία μελέτη για την εκτίμηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας του EAT-10 ως μία ολοκληρωμένη μέτρηση των αποτελεσμάτων της δυσφαγίας. Το EAT-10 δόθηκε σε 46 άτομα μέσης ηλικίας 62 ετών που έκαναν θεραπεία για δυσφαγία. Το 55% ήταν γυναίκες. Επίσης, το 50% (23 άτομα) είχε διαγνωσθεί με εκκόλπωμα Zenker, το 30% (14 άτομα) είχε διαγνωσθεί ενδοσκοπικά με ανάρροια και το 20% (9 άτομα) με στένωση του οισοφάγου. Όλοι οι ασθενείς έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση μετά την παρέμβαση, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του EAT-10. Το αποτέλεσμα της έρευνας αυτής είναι η απόδειξη της εγκυρότητας και αξιοπιστίας του EAT-10 που πραγματοποιήθηκε σε μια μεγάλη ομάδα ασθενών με ποικιλία αιτιών δυσφαγίας. Το όργανο δεν περιορίζεται σε οροφαρυγγική δυσφαγία ή σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου (Belafsky et al., 2008).

Το εργαλείο EAT-10 μεταφράστηκε και σε άλλες γλώσσες και ελέγχθηκε μέσα από μελέτες η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του. Κάποιες από τις γλώσσες στις οποίες μεταφράστηκε είναι η ιταλική, η τουρκική, η πορτογαλική, η ισπανική και η ελληνική. Για την ιταλική έκδοση του EAT-10 (I-EAT-10) πραγματοποιήθηκε μια έρευνα για τον έλεγχο και την αξιοπιστία της. Η έρευνα έλαβε μέρος σε τέσσερις φάσεις: παραγωγή στοιχείων, εσωτερική ανάλυση συνέπειας και αξιοπιστίας, παραγωγή στοιχείων που ανταποκρίνονται σε νόρμες και ανάλυση εγκυρότητας. Συμμετείχαν 172 ασθενείς (40 με δυσφωνία και 132 με δυσφαγία) και 269 ασυμπτωματικοί. Ακόμη, έγινε επαναληπτική ανάλυση αξιοπιστίας στην οποία συμμετείχαν 94 ασθενείς με δυσφαγία και 158 υγιείς. Τα αποτελέσματα των δύο ομάδων (ασθενείς και υγιείς) συγκρίθηκαν. Όσον αφορά τους 94 ασθενείς που ξαναεξετάστηκαν, τα αποτελέσματα του I-EAT-10 και της εύκαμπτης ενδοσκοπικής αξιολόγησης κατάποσης συσχετίστηκαν. Επίσης, συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα του I-EAT-10 από 38 ασθενείς πριν και μετά από επιτυχημένη αποκατάσταση της ικανότητας κατάποσης. Τελικά, βρέθηκε εξαιρετική εσωτερική συνοχή και ισχυρή αξιοπιστία αξιολόγησης και επαναξιολόγησης σε ασθενείς και υγιείς. Οι ασυμπτωματικοί και δυσφωνικοί συμμετέχοντες σκόραραν χαμηλότερα από τους δυσφαγικούς ασθενείς. Στα αποτελέσματα του I-EAT-10 και της ενδοσκοπικής αξιολόγησης υπήρξε μέτρια συσχέτιση. Εν τέλει, η ιταλική έκδοση του EAT-10 είναι αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης της κατάποσης (Schindler et al., 2013).

Το EAT-10 μεταφράστηκε και στην τουρκική γλώσσα και έγινε έρευνα για την εγκυρότητα και αξιοπιστία της έκδοσης αυτής. Το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 105 ασθενείς. Τα κριτήρια εγκυρότητας της τουρκικής έκδοσης του EAT-10 (T-EAT-10) καθορίστηκαν συσχετίζοντας και τα αποτελέσματα της λειτουργικής κλίμακας πρόσληψης τροφής (FOIS). Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο χωρίς βοήθεια δύο φορές χωρίς να υπάρξουν αλλαγές στα αποτελέσματα. Τελικά βρέθηκε ότι το T-EAT-10 αποτελεί αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, αξιολογώντας τα αποτελέσματα συγκεκριμένων συμπτωμάτων της δυσφαγίας σε ενήλικες Τούρκους ασθενείς. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κλινική άσκηση και έρευνα (Demir et al., 2016).

Πραγματοποιήθηκε μελέτη με σκοπό την αξιολόγηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της Ευρωπαϊκής Πορτογαλικής έκδοσης του EAT-10 (P-EAT-10). Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε σε τρεις φάσεις: α) πολιτιστική και γλωσσική προσαρμογή, β) δοκιμή σκοπιμότητας και αξιοπιστίας, γ) δοκιμές εγκυρότητας. Έλαβαν μέρος 520 συμμετέχοντες, με δυσφαγικά συμπτώματα και ασυμπτωματικοί και τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν μεταξύ τους. Ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων του P-EAT-10 για την ομάδα των συμμετεχόντων που εμφάνιζαν συμπτώματα δυσφαγίας ήταν 14.26, ενώ ο μέσος όρος για τους τυπικούς συμμετέχοντες ήταν 0.56. Επίσης, τα ποσοστά που σχετίζονταν με την ποιότητα ζωής ήταν

σαφώς μεγαλύτερα για τους ασυμπτωματικούς συμμετέχοντες. Έτσι αποδείχτηκε ότι η πορτογαλική έκδοση του EAT-10 αποτελεί έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο μέτρησης της ύπαρξης δυσφαγίας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στην κλινική άσκηση όσο και στην έρευνα (Nogueira et al., 2015).

Το EAT-10 μεταφράστηκε, επίσης, στα ισπανικά. Σκοπός ήταν να μεταφραστεί και να προσαρμοστεί στην ισπανική γλώσσα, αλλά και να μπορούν να αξιολογηθούν οι ψυχομετρικές του ιδιότητες. Για αυτό το λόγο πραγματοποιήθηκε μια μελέτη σε λειτουργικούς ενήλικες ασθενείς με διατηρημένες γνωστικές λειτουργίες. Οι ασθενείς αυτοί ανήκαν σε τρεις κλινικές καταστάσεις: διαγνωσμένοι με δυσφαγία, σε κίνδυνο για εκδήλωση συμπτωμάτων δυσφαγίας και χωρίς κίνδυνο εκδήλωσης δυσφαγίας. Προέρχονταν από νοσοκομειακή μονάδα υποστήριξης της διατροφής, από νοσοκομείο και από κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Συνολικά έλαβαν μέρος 65 ασθενείς, ηλικία 75 ετών κατά μέσο όρο, από τους οποίους το 52.3% ήταν γυναίκες. Η συνολική βαθμολογία για τους ασθενείς με διαγνωσμένη δυσφαγία ήταν κατά μέσο όρο 15, για τους ασθενείς με κίνδυνο δυσφαγίας ήταν κατά μέσο όρο 6.7 και τέλος για τους ασθενείς με απουσία κινδύνου δυσφαγίας ήταν κατά μέσο όρο 2. Γενικά, οι άνδρες ασθενείς, που είχαν προηγουμένως διαγνωσθεί με δυσφαγία, ή ασθενείς από την νοσοκομειακή μονάδα υποστήριξης της διατροφής είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες στην ισπανική έκδοση του EAT-10 (EAT-10 ES). Η έρευνα αυτή απέδειξε ότι το EAT-10 ES είναι αξιόπιστο και έχει εσωτερική συνοχή. Είναι ένα εργαλείο εύκολο στην κατανόηση που μπορεί να συμπληρωθεί εύκολα και να αποβεί χρήσιμο για την αξιολόγηση της δυσφαγίας σε κλινικό επίπεδο (Burgos et al., 2012).

1.5.3 *Beck's Depression Inventory*

Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συχνές διαταραχές διάθεσης και έχουν δημιουργηθεί πολλά εργαλεία αξιολόγησης για να την μετρήσουν. Το Beck's Depression Inventory (BDI) είναι αυτό που χρησιμοποιείται περισσότερο (Sauer et al., 2013). Αποτελείται από 21 δηλώσεις πολλαπλής επιλογής με βαθμολογία 0-3 που αξιολογούν τα συναισθήματα και τη διάθεση του συμμετέχοντος. Στο τέλος του ερωτηματολογίου υπολογίζεται η συνολική βαθμολογία, με υψηλότερο δυνατό σύνολο το εξήντα τρία και χαμηλότερο δυνατό σύνολο το μηδέν. Ανάλογα με την βαθμολογία που θα συγκεντρώσει το άτομο μπορεί να έχει σκαμπανεβάσματα στη διάθεση του που θεωρούνται φυσιολογικά (1-10 βαθμούς) ή να έχει ήπια (11-16 βαθμούς), οριακή (17-20 βαθμούς), μέτρια (21-30 βαθμούς), σοβαρή (31-40 βαθμούς) ή εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη (40 και πάνω βαθμούς).

Ερευνητικές μελέτες πραγματοποιήθηκαν από το 1961 έως το 1986 για τις ψυχομετρικές ιδιότητες του BDI σε ψυχιατρικά και μη ψυχιατρικά δείγματα. Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι το BDI διακρίνει τους τύπους της κατάθλιψης και διαφοροποιεί την κατάθλιψη από το άγχος (Beck et al., 1988). Από τότε το BDI χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο αξιολόγησης της κατάθλιψης σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν να την ύπαρξη κατάθλιψης σε διάφορες διαταραχές, όπως καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, σχιζοφρένεια, πάρκινσον και άλλες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με ΚΚ&Τ έχει ως βασικό στόχο την εξάλειψη ή ανακούφιση των συμπτωμάτων της ασθένειας αυτής καθεαυτής. Οι κλινικοί που αναλαμβάνουν την θεραπεία αυτών των ασθενών δεν δίνουν την απαραίτητη προσοχή στις επιπτώσεις της θεραπείας αυτής στην ικανότητα κατάποσης και το κατά πόσο αυτή επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η συλλογή δεδομένων από υγιείς (δημιουργία νορμών) προκειμένου να αποτελέσουν μελλοντικά τη βάση σύγκρισης με δεδομένα από ασθενείς με ΚΚ&Τ με απώτερο στόχο την διερεύνηση των επιπτώσεων των διαταραχών κατάποσης των ασθενών με ΚΚ&Τ στην ποιότητα ζωής τους. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού χορηγήθηκαν σε μία ομάδα 100 υγιών ατόμων τρία ερωτηματολόγια. Τα δύο (MDADI, EAT-10) αφορούν τις διαταραχές κατάποσης και το κατά πόσο αυτές επηρεάζουν την καθημερινότητα του ατόμου και του περιβάλλοντος του και το τρίτο (BDI) αφορά στην ύπαρξη πιθανής κατάθλιψης.

Ειδικότερα, η παρούσα πτυχιακή εργασία θα επιχειρήσει να απαντήσει στα ακόλουθα δύο ερωτήματα:

- Είναι τα εργαλεία MDADI, EAT-10, BDI έγκυρα και αξιόπιστα στα ελληνικά;
- Ποια είναι η επίδοση των υγιών ατόμων στα παραπάνω εργαλεία;

Στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας που εμπεριείχαν τα ερωτηματολόγια που αναφέρθηκαν παραπάνω. Οι έρευνες αυτές ήταν: «Η επιβάρυνση που η δυσφαγία προξενεί στη ζωή των ασθενών» (EAT-10) των Μ. Αρφάρα, Τ. Οικούτα το 2015 και «Τι γνωρίζουν οι Έλληνες ασθενείς με λαρυγγεκτομή σχετικά με τις προοπτικές αποκατάστασης της ομιλίας και της κατάποσης και ποιες οι επιδράσεις στην ποιότητα ζωής τους» (MD Anderson) των Μ. Αργυρίου, Φ. Αντωνοπούλου το 2016. Στην παρούσα έρευνα εκτός από τα δύο αυτά ερωτηματολόγια χρησιμοποιείται και το BDI για να αξιολογηθούν οι επιπτώσεις των διαταραχών κατάποσης εστιάζοντας σε ασθενείς με ΚΚ&Τ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στη παρούσα εργασία θα διερευνηθούν η εγκυρότητα και η αξιοπιστία 3 ερωτηματολόγιων, του MD Anderson, του EAT-10 και του BDI, τα οποία μεταφράστηκαν και προσαρμόστηκαν από τα Αγγλικά στις ανάγκες της ελληνικής γλώσσας και κουλτούρας. Επίσης, θα καθοριστούν οι νόρμες για τον υγιή πληθυσμό που θα μπορούσαν να αποτελέσουν σημεία σύγκρισης με ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ασθενών με ΚΚ&Τ. Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλύσουμε τη διαδικασία συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων της έρευνας. Συγκεκριμένα θα παρουσιαστεί το υλικό, η δειγματοληψία, οι περιορισμοί στην έρευνα, ο τρόπος διεξαγωγής και η ανάλυση των δεδομένων.

3.1 Πληθυσμός – Δειγματοληψία

Στην έρευνα αυτή επιλέχθηκε ένα δείγμα υγιών ατόμων και ένα ασθενών με ΚΚ&Τ. Το δείγμα των υγιών ατόμων αποτελούνταν από 100 άτομα και των ασθενών από ένα. Η ερευνητική μελέτη έλαβε χώρα στους νομούς Αχαΐας, Ηρακλείου και Ευβοίας και διήρκεσε 2 μήνες. Τα δείγματα συλλέχθηκαν από το περιβάλλον των ατόμων που διεξάγουν την έρευνα.

Για την συμμετοχή στην έρευνα υπήρξαν κάποια κριτήρια ένταξης στις δύο ομάδες. Για την ομάδα των υγιών ατόμων οι προϋποθέσεις ήταν να είναι άνω των 18 ετών με φυσιολογική κατάποση χωρίς ιατρικό ιστορικό διαταραχών κατάποσης, φώνησης, δυσαρθρίας, νευρολογικών διαταραχών, ιστορικό όγκων κεφαλής και τραχήλου. Επίσης, θα έπρεπε να σιτίζονται αποκλειστικά από το στόμα χωρίς κανένα περιορισμό και να ταξινομούνται στο επίπεδο 7 της κλίμακας Functional Oral Intake Scale (Crary et al., 2005). Όσον αφορά την δεύτερη ομάδα, τα κριτήρια ένταξης ήταν να είναι ασθενείς με ΚΚ&Τ άνω των 18 ετών και να ταξινομούνται μέχρι και το επίπεδο 6 της κλίμακας Functional Oral Intake Scale (Crary et al., 2005).

3.2 Υλικό έρευνας

Για την υλοποίηση του σκοπού της παρούσας έρευνας, αρχικά δόθηκε και στις δύο ομάδες μια φόρμα με ερωτήσεις για τη λήψη πληροφοριών ιατρικού ιστορικού και βιογραφικών στοιχείων. Στη φόρμα ιστορικού που θα δοθεί στους ασθενείς θα υπάρχουν και ερωτήσεις για τη λήψη πληροφοριών για τον καρκίνο. Για τη διερεύνηση των επιπτώσεων της δυσφαγίας επιλέχθηκαν και χορηγήθηκαν δύο ερωτηματολόγια που είχαν ήδη μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά από άλλους ερευνητές. Ακόμη, χρησιμοποιήθηκε και ένα εργαλείο που ανιχνεύει την συναισθηματική κατάσταση.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο είναι το MD Anderson Dysphagia Inventory που αποτελείται από 20 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 4 κατηγορίες που αφορούν τις καθημερινές δραστηριότητες,

τη λειτουργικότητα, τη ψυχική κατάσταση και τη φυσική κατάσταση. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις κλειστού τύπου με διαβαθμισμένες απαντήσεις από «συμφωνώ αρκετά» έως «διαφωνώ αρκετά», το οποίο και δείχνει τη καλύτερη ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τη προσωπική τους εκτίμηση για τις εμπειρίες τους τη τελευταία εβδομάδα. Εδώ, αξίζει να σημειωθεί ότι στην ερώτηση 15 (Νιώθω άνετα να βγω έξω για φαγητό με φίλους, συγγενείς και γείτονες.) η απάντηση «διαφωνώ αρκετά» δείχνει χειρότερη ποιότητα ζωής.

Το επόμενο ερωτηματολόγιο είναι το Eating Assessment Tool-10 ένα εργαλείο διαλογής για την κατάποση με σκοπό τη μέτρηση και την καταγραφή των δυσκολιών κατάποσης. Αποτελείται από 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου με διαβαθμισμένες απαντήσεις από το 0 (=κανένα πρόβλημα) έως το 4 (=σοβαρό πρόβλημα). Αν η συνολική βαθμολογία είναι από 3 βαθμούς και πάνω, ίσως υπάρχουν προβλήματα κατάποσης και προτείνεται να συζητηθούν τα αποτελέσματα του τεστ με έναν γιατρό.

Το τρίτο και τελευταίο ερωτηματολόγιο είναι το Beck's Depression Inventory που αποτελείται από 21 δηλώσεις πολλαπλής επιλογής με βαθμολογία 0-3 που αξιολογούν τα συναισθήματα και τη διάθεση του συμμετέχοντος. Στο τέλος του ερωτηματολογίου υπολογίζεται η συνολική βαθμολογία, με υψηλότερο δυνατό σύνολο το εξήντα τρία και χαμηλότερο δυνατό σύνολο το μηδέν. Ανάλογα με την βαθμολογία που θα συγκεντρώσει το άτομο μπορεί να έχει σκαμπανεβάσματα στη διάθεση του που θεωρούνται φυσιολογικά (1-10 βαθμούς) ή να έχει ήπια (11-16 βαθμούς), οριακή (17-20 βαθμούς), μέτρια (21-30 βαθμούς), σοβαρή (31-40 βαθμούς) ή εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη (40 και πάνω βαθμούς).

3.3 Κριτήρια αποκλεισμού

Σε προηγούμενη ενότητα αυτού του κεφαλαίου αναφέρθηκαν τα κριτήρια ένταξης στις δύο ομάδες της έρευνας. Σε αυτή την ενότητα θα καθοριστούν και τα κριτήρια αποκλεισμού.

Για την ομάδα των υγείων ατόμων τα κριτήρια αποκλεισμού είναι η παρουσία διαταραχών κατάποσης, φώνησης, δυσαρθρίας ή λόγου ή ασθενειών που ενδέχεται να προκαλέσουν αυτά τα προβλήματα. Τέτοιες ασθένειες είναι νευρολογικές ασθένειες όπως ΑΕΕ, ΚΕΚ, μηνιγγίτιδα, όγκοι νευρικού συστήματος, νευροεκφυλιστικές νόσοι και γαστρεντερικές διαταραχές. Επίσης, όγκοι κεφαλής και τραχήλου, άλλα ανατομικά προβλήματα που ενδέχεται να σχετίζονται με διαταραχές κατάποσης ή ιστορικό σημαντικών χειρουργικών επεμβάσεων που σχετίζονται με δυσφαγία. Τέλος, παράγοντας αποκλεισμού είναι να παρουσιαστεί κάποια παθολογία από τον σύντομο έλεγχο των κρανιακών νεύρων και το screening κατάποσης, να μην σιτίζεται από το στόμα και να εντάσσεται σε επίπεδο μικρότερο του 7 της κλίμακας Functional Oral Intake Scale (Crary et al., 2005).

Όσον αφορά την ομάδα των ασθενών με ΚΚ&Τ, κριτήριο αποκλεισμού είναι οποιοδήποτε πρόβλημα επικοινωνίας που να μην επιτρέπει στους ασθενείς να κατανοήσουν τη διαδικασία και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, καθώς και η παρουσία κάποιου άλλου νευρολογικού προβλήματος που έχει επηρεάσει τη φυσιολογική λειτουργία της κατάποσης. Επίσης, κριτήριο αποκλεισμού είναι μην μιλάει την ελληνική γλώσσα, καθώς δεν θα είναι σε θέση να κατανοήσει τον σκοπό της έρευνας και τις ερωτήσεις.

3.4 Τρόπος διεξαγωγής έρευνας

Σε αυτό το σημείο θα αναλύσουμε τη διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας η οποία είναι διαφορετική για τις δύο ομάδες.

Υγιείς

Οι υγιείς αρχικά, συμπλήρωσαν και υπέγραψαν την άδεια συμμετοχή τους στην έρευνα, η οποία τους ενημέρωνε για τον σκοπό και την διάρκεια της έρευνας, καθώς και ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική και τα στοιχεία τους θα είναι απόρρητα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παρούσα έρευνα. Έπειτα συμπλήρωσαν μια φόρμα ιστορικού που περιελάμβανε τα βιογραφικά τους στοιχεία και ένα συνοπτικό ιατρικό ιστορικό. Στο ιατρικό ιστορικό καλούνταν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, την τρέχουσα μέθοδο σίτισης, την εκδήλωση δυσκολιών κατάποσης ή και προβλημάτων λόγου και ομιλίας σε κάποια φάση της ζωής τους και αν έχουν λάβει υπηρεσίες λογοθεραπείας.

Στη συνέχεια οι ερευνητές τους υπέβαλαν σε έναν γρήγορο έλεγχο των κρανιακών νεύρων που είναι σημαντικά για τη κατάποση (V τρίδυμο, VII προσωπικό, IX γλωσσοφαρυγγικό, X πνευμονογαστρικό, XI παραπληρωματικό και XII υπογλώσσιο). Ο έλεγχος αυτός πραγματοποιήθηκε ως εξής:

- 2 “Κάντε πως μασάτε”, για τον έλεγχο της κίνησης του τριδύμου κρανιακού νεύρου.
- 3 “Κλείστε τα μάτια και πείτε μου πότε σας ακουμπάω”.

Ο ερευνητής ακουμπάει τον συμμετέχοντα στο πρόσωπο για τον έλεγχο του οφθαλμικού, του άνω και κάτω γναθικού κλάδου και κατά επέκταση της αισθητικότητας του τριδύμου κρανιακού νεύρου.

- “Σουφρώστε τα χείλη”, για τον έλεγχο της κίνησης του προσωπικού κρανιακού νεύρου.
- “Χαμογελάστε”, για τον έλεγχο της κίνησης του προσωπικού νεύρου.
- “Φουσκώστε τα μάγουλα και κρατήστε τον αέρα”.

Ο ερευνητής πιέζει τα μάγουλα του ατόμου και εκείνος πρέπει να κρατήσει τον αέρα, ελέγχοντας έτσι τη δύναμη των χειλιών και κατά επέκταση την κίνηση του προσωπικού νεύρου.

- “Ανοίξτε το στόμα. Βγάλτε έξω τη γλώσσα. Κλείστε τα μάτια και πείτε μου πότε σας ακουμπάω.”
Ο ερευνητής ακουμπάει τη γλώσσα του ατόμου με στείλεο στα πρόσθια 2/3 δεξιά και αριστερά (ελέγχοντας την αίσθηση του τριδύμου κρανιακού νεύρου) και στο οπίσθιο 1/3 δεξιά και αριστερά (ελέγχοντας την αίσθηση του γλωσσοφαρυγγικού κρανιακού νεύρου).
- “Βγάλτε τη γλώσσα και κινήστε τη δεξιά – αριστερά”, για τον έλεγχο της κίνησης του υπογλώσσιου κρανιακού νεύρου.
- “Βγάλτε τη γλώσσα και κινήστε τη πάνω – κάτω”, για τον έλεγχο της κίνησης του υπογλώσσιου νεύρου.
- “Βγάλτε τη γλώσσα και σπρώξτε το γλωσσοπίεστρο”, για τον έλεγχο της δύναμής της γλώσσας και κατά επέκταση της κίνησης του υπογλώσσιου νεύρου.
- “Πείτε /a/ διακεκομμένα”, για τον έλεγχο της κίνησης της υπερώας και κατά επέκταση του πνευμονογαστρικού κρανιακού νεύρου.
- “Βήξτε”, για τον έλεγχο της κίνησης του πνευμονογαστρικού νεύρου.
- “Πείτε /i/ συνεχόμενα αυξάνοντας το ύψος της φωνής”, ελέγχοντας την κίνηση του βελονοφαρυγγικού μυός και κατά επέκταση του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου.
- “Πάρτε βαθιά ανάσα και πείτε /s/ μέχρι να τελειώσει όλος ο αέρας”, για τον έλεγχο της κίνησης του πνευμονογαστρικού νεύρου.
- “Πάρτε βαθιά ανάσα και πείτε /z/ μέχρι να τελειώσει όλος ο αέρας”, για τον έλεγχο της κίνησης του πνευμονογαστρικού νεύρου.
- “Τυρίστε το κεφάλι δεξιά και κρατήστε αντίσταση”, για τον έλεγχο της κίνησης του παραπληρωματικού κρανιακού νεύρου.
- “Τυρίστε το κεφάλι αριστερά και κρατήστε αντίσταση”, για τον έλεγχο της κίνησης του παραπληρωματικού νεύρου.
- “Σηκώστε τους ώμους και κρατήστε αντίσταση”, για τον έλεγχο της κίνησης του παραπληρωματικού νεύρου.

Επίσης, πραγματοποιήθηκε ένα screening κατάποσης, όπου ζητήσαμε από το άτομο να πει συνεχόμενα 100ml νερού, ενώ εμείς αξιολογήσαμε αντιληπτικά την ικανότητα κατάποσης του. Έπειτα, το άτομο συμπλήρωνε τα τρία ερωτηματολόγια (MDADI, EAT-10, BDI).

Ασθενείς

Το άτομο που αποτέλεσε το δείγμα των ασθενών με ΚΚ&Τ αρχικά υπέγραψε την ίδια άδεια συμμετοχής στην έρευνα. Έπειτα συμπλήρωσε ένα αναλυτικό ιστορικό που περιελάμβανε τα βιογραφικά του στοιχεία, το ιστορικό του καρκίνου και της θεραπείας αυτού, ιστορικό κατάποσης καθώς και ένα γενικότερο ιστορικό. Πιο συγκεκριμένα στο ιστορικό του καρκίνου καλούνταν να απαντήσει σε ερωτήσεις όπως το πότε εμφανίστηκε ο καρκίνος, το είδος, το στάδιο, τα όργανα που επηρεάστηκαν και το είδος της θεραπείας που ακολουθήθηκε. Αναλυτικότερα στο ιστορικό της θεραπείας, ανάλογα με το είδος τη θεραπείας, έπρεπε να συμπληρώσει την ημερομηνία έναρξης, τη συχνότητα, τη διάρκεια, τις

δόσεις των φαρμάκων ή την ημερομηνία της χειρουργικής αφαίρεσης, τις δομές που αφαιρέθηκαν και αν υπήρξαν επιπλοκές. Στο γενικό ιστορικό έπρεπε να δηλώσει αν καπνίζει, αν κάνει χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, αν έχει κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας και αν παίρνει φαρμακευτική αγωγή. Τέλος, όσον αφορά την κατάποση κλήθηκε να απαντήσει σε ερωτήσεις όπως ποια είναι η τρέχουσα μέθοδος σίτισης, αν έχει προβλήματα στην κατάποση και σε ποιες υφές, αν καθαρίζει συχνά το λαιμό του, αν παθαίνει πνευμονίες, αν έχει απώλεια βάρους (χωρίς άλλη οργανική αιτία), αν έχει σιελόρροια, τάσεις προς έμετο, καούρες, ποια είναι η ποσότητα των ημερήσιων γευμάτων του και πόσο διαρκεί ένα γεύμα.

Στη συνέχεια κλήθηκε να συμπληρώσει τα τρία ερωτηματολόγια, αξιολογώντας το πρόβλημα της κατάποσης του, το κατά πόσο επηρεάζει την καθημερινότητα και την συναισθηματική του κατάσταση και κατά επέκταση την ποιότητα ζωής του.

3.5 Είδος έρευνας

Η παρούσα έρευνα είναι συνδυαστική, δηλαδή και ποιοτική μέσω των πληροφοριών που συλλέχθηκαν για τα υποκείμενα (βιογραφικά στοιχεία, ιατρικό ιστορικό, screening test) αλλά και ποσοτική μέσω των ερωτηματολογίων.

Συγκεκριμένα, οι ποσοτικές έρευνες χρησιμοποιούν δομημένα ερωτηματολόγια και γίνονται με διάφορους τρόπους επικοινωνίας των υποκειμένων με του ερευνητές (για παράδειγμα πρόσωπο με πρόσωπο, μέσω διαδικτύου, κ.α.). Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε πρόσωπο με πρόσωπο με τους συμμετέχοντες. Γενικά, οι ποσοτικές έρευνες μετρούν το μέγεθος μιας κατάστασης και μπορούν να συνδυαστούν με τις ποιοτικές μεθόδους πριν ή και μετά από αυτές. Με τον όρο ποιοτική μέθοδο εννοούμε ένα σύνολο ερευνητικών και διερευνητικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται σε διάφορες επιστήμες για να περιγράψουν, να αποκωδικοποιήσουν, να μεταφράσουν και να αποδώσουν κάποιο νόημα σε ένα φαινόμενο. Οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας δε μετρούν τις συχνότητες και τα ποσοστά εμφάνισης των φαινομένων, αλλά εξηγούν και αναλύουν τους λόγους εμφάνισης των φαινομένων αυτών (Ζαφειρόπουλος, 2015). Η έρευνα αυτή ξεκίνησε ποιοτικά και συνέχισε ποσοτικά.

3.6 Μέθοδος ανάλυσης έρευνας

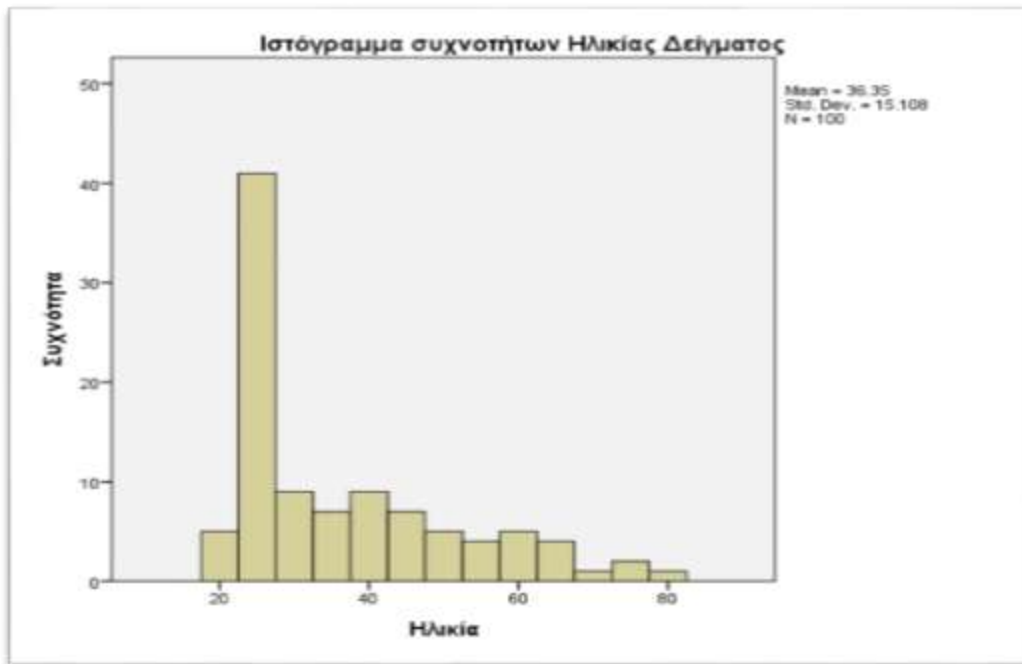
Αρχικά, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της αξιοπιστίας και εγκυρότητας των τριών ερωτηματολογίων (MDADI, EAT-10, BDI) με βάση τον συντελεστή Cronbach's Alpha, έτσι ώστε να δούμε αν και κατά πόσο τα ερωτηματολόγια αυτά είναι έγκυρα στην ελληνικό πληθυσμό. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική ανάλυση των αποτελεσμάτων από την οποία προέκυψαν οι επικρατούσες απαντήσεις για κάθε ερωτηματολόγιο για τον υγιή πληθυσμό, καθώς και οι μέσοι όροι για κάθε ερώτηση ξεχωριστά στα δύο ερωτηματολόγια (EAT-10, BDI) που το επέτρεπαν.. Τέλος, ενδεικτικά πραγματοποιήσαμε μια ποιοτική σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτών με τα αποτελέσματα ενός ασθενούς με ΚΚ&Τ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για την εξέταση των στοιχείων που προκύπτουν από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπως αυτή παρουσιάστηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, κρίθηκε απαραίτητη η διεξαγωγή έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίων. Στόχος των ερωτηματολογίων ήταν η εξέταση των επίδρασεων που οι δυσκολίες κατάποσης επιφέρουν στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια, κάθε ένα από τα οποία ήταν σχεδιασμένο για να μελετά διαφορετική πτυχή της ποιότητας ζωής των ανθρώπων που συμμετείχαν. Έτσι, στο πρώτο ερωτηματολόγιο (MDADI), οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήματα που αφορούν – σε γενικές γραμμές – την ποιότητα ζωής που οι ίδιοι έχουν λόγω των προβλημάτων κατάποσης που αντιμετωπίζουν. Με το ερωτηματολόγιο αυτό επιχειρήθηκε η άντληση χρήσιμων στοιχείων για την ένταση που ο κάθε ερωτώμενος βιώνει το δυνητικό πρόβλημα κατάποσης που αντιμετωπίζει. Στη συνέχεια, στο δεύτερο ερωτηματολόγιο (EAT-10), οι ερωτήσεις ήταν περισσότερο προσανατολισμένες στο πρόβλημα και την ένταση που αυτό εμφανίζεται. Οι ερωτώμενοι εδώ καλούνταν να δηλώσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, την ένταση που αυτά εμφανίζονται καθώς και τις πιθανές αντιδράσεις που οι δυσκολίες κατάποσης τους προκαλούν. Τέλος, στο τρίτο ερωτηματολόγιο (BDI) οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήματα που αφορούν την ψυχική υγεία τους. Δεδομένων των ψυχολογικών προβλημάτων και του κοινωνικού αποκλεισμού που ένα πρόβλημα κατάποσης μπορεί να επιφέρει, κρίθηκε απαραίτητη η μελέτη της ψυχικής σύνθεσης του ατόμου.

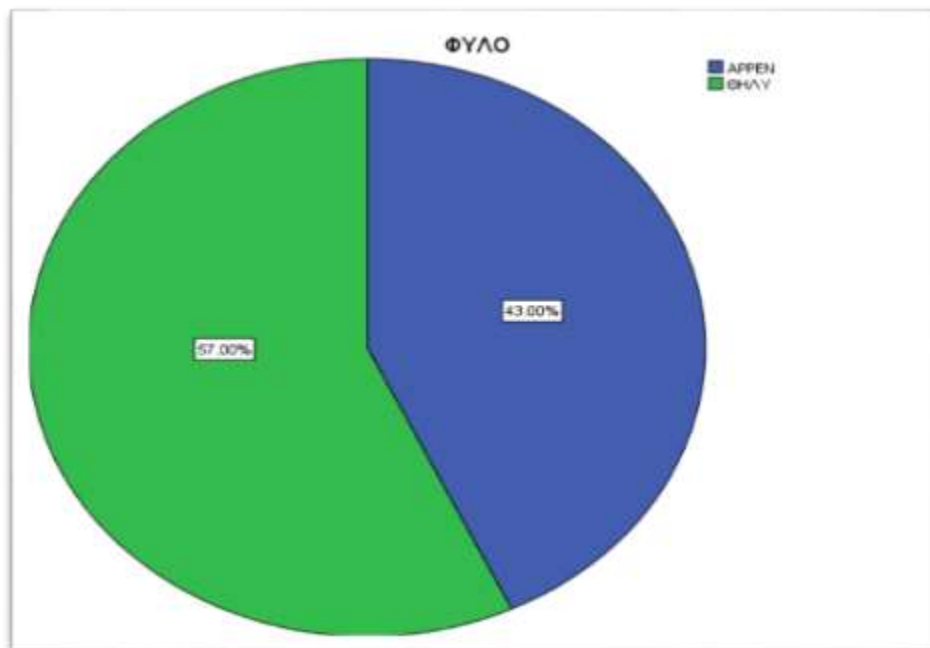
4.1 Δημογραφικό Προφίλ

Το μέγεθος του στατιστικού πληθυσμού που επιλέχθηκε είναι 100 ενήλικες. Στο γράφημα 1 παρουσιάζεται η ηλικιακή σύνθεση των ατόμων αυτών. Είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα της έρευνας πως το μεγαλύτερο μέρος των ανθρώπων που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα ήταν ηλικίας μικρότερης των 35 ετών. Αυτός είναι και ο λόγος που το συγκεκριμένο γράφημα εμφανίζει τόσο έντονα δεξιά λοξότητα. Η μέση τιμή του εν λόγω γράφηματος είναι ενδεικτική του γεγονότος αυτού. Το στοιχείο αυτό παρατίθεται καθώς ενδέχεται να είναι απόρρα φόβου και κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Το στοιχείο αυτό αφήνεται να διερευνηθεί σε άλλες, μελλοντικές έρευνες που αναμένεται να πραγματοποιηθούν.



Γράφημα 1

Παράλληλα, σημαντικό στοιχείο για την αποτύπωση την σύνθεσης του εν λόγω στατιστικού δείγματος είναι και η αναλογία ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες. Το γράφημα 2 που ακολουθεί παρουσιάζει την αναλογία επι το πληθυσμό των ανδρών και των γυναικών.



Γράφημα 2: Αναλογία ανδρών-γυναικών δείγματος.

Στον πίνακα 4.1 παρουσιάζονται συνοπτικά τα δημογραφικά στοιχεία της ομάδας ελέγχου. Όπως προαναφέρθηκε, η ομάδα ελέγχου αποτελείται από 100 άτομα, 57 γυναίκες και 43 άνδρες (βλ. γράφημα 2). Το ηλικιακό εύρος κυμαινόταν από 20 έως 81 ετών. Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων είναι τα 36 έτη (βλ. γράφημα 1). Από το συνολικό δείγμα χρόνιο πρόβλημα υγείας είχε το 70%, και συγκεκριμένα καρδιακά προβλήματα είχε το 6%, προβλήματα θυρεοειδούς αδένος είχε το 13%, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση το 5%, άλλες γαστρεντερικές διαταραχές το 3% (γαστρίτιδα το 2% και οισοφαγίτιδα το 1%) και αναπνευστικά προβλήματα 1%. Αναφέρθηκαν και άλλα προβλήματα υγείας, όπως σακχαρώδης διαβήτης (2%), υπέρταση (1%), ρευματοειδής αρθρίτιδα (1%), χοληστερίνη (1%), θρομβοφιλία (1%), ιδιοπαθής θρομβοκυττάρωση (1%). Φαρμακευτική αγωγή λαμβάνει το 13% του συνολικού δείγματος. Κάποιοι είχαν υποβληθεί σε σημαντικές χειρουργικές επεμβάσεις που θα μπορούσαν να έχουν επηρεάσει τον μηχανισμό της κατάποσης αλλά φάνηκε να μην έχει επηρεαστεί. Αυτές είναι: καρδιακές επεμβάσεις το 4% (ablation για κολπική μαρμαρυγή, βαλβιδοπλαστική, αγγειοπλαστική), επεμβάσεις θυρεοειδούς αδένος το 3% (θυρεοειδεκτομή), γναθοχειρουργικές επεμβάσεις το 1%, επέμβαση στο διάφραγμα το 1% και αμυγδαλεκτομή το 1%. Από το συνολικό δείγμα, δύο άτομα είχαν προβλήματα λόγου και ομιλίας, εκ των οποίων το ένα είχε λάβει υπηρεσίες λογοθεραπείας. Τέλος, ένα άτομο δήλωσε ότι έχει δυσκολίες στην κατάποση (οι δυσκολίες αυτές οφείλονται σε χρόνια γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση).

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ομάδας Ελέγχου

Ηλικία	20-81					
Φύλο	Γυναίκα	Ανδρας				
	57	43				
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	Ναι	Όχι				
	70	30				
Καρδιακά προβλήματα	6					
Προβλήματα θυρεοειδούς αδένα	13					
ΓΟΠ	5					
Άλλες γαστρεντερικές διαταραχές	Γαστρίτιδα	Οισοφαγίτιδα				
	2	1				
Αναπνευστικά προβλήματα	1					
Άλλα προβλήματα υγείας	Θρομβοφιλία	Διαβήτης	Υπέρταση	Ρευματοειδής αρθρίτιδα	Ιδιοπαθής θρομβοκυτάρωση	Χοληστερίνη
	1	2	1	1	1	1
Φαρμακευτική αγωγή	13					
Χειρουργικές επεμβάσεις	Αμυγδαλές	Καρδιά	Θυρεοειδής	Γνάθος	Διάφραγμα	
	1	4	3	1	1	
Δυσκολίες κατάποσης	1					
Προβλήματα λόγου και ομιλίας	2					
Λογοθεραπεία	1					

Πίνακας 4.1

4.2 Αξιοπιστία και εγκυρότητα ερωτηματολογίων

Προκειμένου τα αποτελέσματα της έρευνας να είναι αξιόπιστα είναι απαραίτητος ο έλεγχος την αξιοπιστίας των δεδομένων που συλλέχθηκαν. Ένας από τους πλέον διαδεδομένους δείκτες μέτρησης της συνοχής ενός δείγματος αποτελεί ο δείκτης Cronbach's Alpha. Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι κατάλληλος για την μέτρηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων που πηγάζουν από στατιστικές έρευνες που έχουν γίνει με

την χρήση ερωτηματολογίων. Αναλυτικότερα, ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι ένας δείκτης, ο οποίος συλλαμβάνει την εσωτερική συνοχή ενός συστήματος δεδομένων. Η συνοχή είναι καίριο στοιχείο κάθε ανάλυσης καθώς δείχνει την εμπιστοσύνη που ο δυνητικός ερευνητής μπορεί να έχει στο δείγμα. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ερωτηματολογίων όπου η ψυχосύνθεση του κάθε συμμετέχοντα αλλάζει, η χρήση του δείκτη αυτού θεωρείται επιβεβλημένη (Tavakol et al., 2011).

Στη συνέχεια θα δοθεί μια πλήρης περιγραφή του δείκτη Cronbach's Alpha για κάθε ένα από τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και περαιτέρω χρήσιμα στοιχεία που το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 23, το οποίο χρησιμοποιήθηκε. Τα αποτελέσματα του δείκτη συνάφειας καταδεικνύουν πως τα δείγματα και τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων έχουν ισχυρή στατιστική αξία για τον ελληνικό πληθυσμό.

4.2.1 MD Anderson Dysphagia Inventory

Οι πίνακες που ακολουθούν εμφανίζουν τα αποτελέσματα της ανάλυσης με τη μέθοδο του Cronbach του ερωτηματολογίου MDADI. Αναλυτικότερα, στον πρώτο πίνακα βλέπουμε πως μόνο οι 98 περιπτώσεις από το σύνολο των 100 συμπεριελήφθησαν στην έρευνα. Αιτία αυτού ήταν η ανεπαρκής συμπλήρωση του πρώτου ερωτηματολογίου από δυο ερωτηθέντες.

		N	%
Cases	Valid	98	98.0
	Excluded ^a	2	2.0
	Total	100	100.0

Πίνακας 4.2

Ο επόμενος πίνακας παρουσιάζει το μέγεθος του δείκτη του Cronbach για το σύνολο των είκοσι ερωτήσεων που περιελάμβανε το εν λόγω ερωτηματολόγιο. Κρίθηκε σκόπιμο να συμπεριληφθεί το σύνολο των ερωτήσεων στην έρευνα συνοχής και όχι κάποιο τμήμα αυτών καθώς δεν υπήρξε αντικειμενικό κριτήριο για το διαχωρισμό αυτών σε υποομάδες. Το μέγεθος του δείκτη Cronbach's Alpha = 0.945. Κρίνεται ιδιαίτερα θετικό καθώς είναι αισθητά υψηλότερος της τιμής που θεωρείται ως αποδεκτή στην διεθνή βιβλιογραφία. Το

όριο αυτής είναι το 0.7. Η τιμή 0.945 του δείκτη περιγράφει ότι τα 20 στοιχεία που εξετάστηκαν είναι συνεπή το ένα ως προς το άλλο, εφόσον η τιμή ξεπερνά το 0.7, ενώ παράλληλα η συνολική κοινή διακύμανση αυτών των 20 μεταβλητών είναι έγκυρη σε ποσοστό 94.5%.

Δείκτης Cronbach (MDADI)

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.930	.945	20

Πίνακας 4.3

4.2.2 Eating Assessment Tool – 10 (EAT-10)

Ποσοστό Συμμετεχόντων (EAT-10)

		N	%
Cases	Valid	100	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	100	100.0

Πίνακας 4.4

Το EAT-10 εμφανίζει στατιστικώς την χαμηλότερη αξιοπιστία. Το συγκεκριμένο πόρισμα προκύπτει τόσο εξαιτίας του γεγονότος ότι η τιμή του Cronbach's Alpha είναι ιδιαίτερα χαμηλή και πολύ κοντά στο 0.7, όσο και γιατί υπάρχει ένα σύνολο ερωτήσεων οι οποίες έχουν απορριφθεί λόγω συστηματικής εμφάνισης της επικρατούσας τιμής στο δείγμα. Οι ερωτήσεις αυτές είναι οι: 2 (Το πρόβλημα κατάποσης μου παρεμβαίνει και εμποδίζει την ικανότητα μου να βγαίνω έξω για φαγητό), 9 (Βήχω όταν τρώω) και 10 (Η διαδικασία της κατάποσης είναι αγχωτική). Πιθανή αιτία για την εμφάνιση του φαινομένου αυτού είναι το γεγονός ότι στο δείγμα αυτό που αποτελούνταν από υγιείς συμπεριλήφθηκε ένα άτομο με δυσκολίες στην κατάποση λόγω χρόνιας γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

Δείκτης Cronbach (EAT-10)

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.682	.713	7

Πίνακας 4.5

4.2.3 Beck's Depression Inventory

Στο ερωτηματολόγιο αυτό σε αντίθεση με το MDADI συμπεριελήφθησαν όλες οι περιπτώσεις.

Ποσοστό Συμμετεχόντων (BDI)

		N	%
Cases	Valid	100	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	100	100.0

Πίνακας 4.6

Ο συντελεστής του Cronbach για το BDI είναι αισθητά μικρότερος από το MDADI με την τιμή αυτού να είναι 0,769. Παρά την μείωση της αξίας του δείκτη, τελευταίος παραμένει ακόμα μεγαλύτερος της κριτικής τιμής του 0,7. Το γεγονός αυτό είναι θετικό και αποδεικνύει τη συνέπεια και αυτού του ερωτηματολογίου για την ελληνική επικράτεια.

Δείκτης Cronbach (BDI)

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.781	.769	21

Πίνακας 4.7

4.3 Ποιοτική ανάλυση αποτελεσμάτων MDADI

Στον πίνακα που βρίσκεται στο Παράτημα I παρουσιάζεται η ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου MDADI για την ομάδα ελέγχου (υγιής πληθυσμός). Η κλίμακα MDADI αποτελείται από 20 ερωτήσεις με πέντε πιθανές απαντήσεις (α) συμφωνώ αρκετά, β) συμφωνώ, γ) δεν έχω άποψη, δ) διαφωνώ, ε) διαφωνώ αρκετά).

Όπως παρατηρείται η επικρατούσα απάντηση σε όλες τις ερωτήσεις είναι το ε (διαφωνώ αρκετά), εκτός από την ερώτηση 15 (Νιώθω άνετα να βγω έξω για φαγητό με φίλους, συγγενείς και γείτονες) που είναι το α (συμφωνώ αρκετά). Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι σε όλες τις ερωτήσεις, εκτός από την 15, η απάντηση ε (διαφωνώ αρκετά) δείχνει την καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ στην ερώτηση 15 δείχνει χειρότερη ποιότητα ζωής. Επομένως, είναι λογικό η απάντηση α (συμφωνώ αρκετά) να είναι η επικρατούσα σε αυτή την ερώτηση. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι σε κάποιες ερωτήσεις οι συνολικές απαντήσεις δε φτάνουν τις 100, γιατί κάποιοι από τους συμμετέχοντες θεώρησαν ότι δεν τους αφορούν καθώς δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα στην κατάποση και έτσι δεν τις απάντησαν.

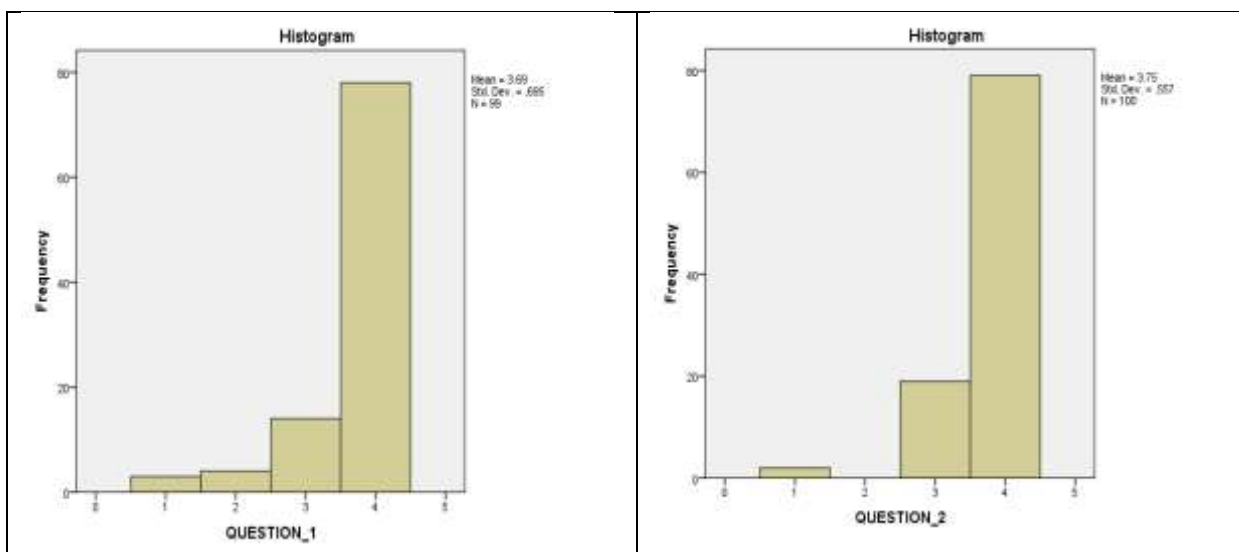
Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων που ανήκουν στον υγιή πληθυσμό φαίνεται ότι κάποιοι δεν κατανόησαν πλήρως τις ερωτήσεις καθώς επέλεξαν τις απαντήσεις α και β ενώ δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην κατάποση. Αυτό συνέβη γιατί λόγω της μετάφρασης από τα Αγγλικά στα Ελληνικά κάποιες από τις ερωτήσεις θα μπορούσαν να ερμηνευθούν διαφορετικά. Για παράδειγμα στην ερώτηση 5 (Δεν αισθάνομαι ότι τρώω συνειδητά) και 19 (Έχω την αίσθηση ότι η ποσότητα που καταπίνω είναι τεράστια) κάποιοι τις εξέλαβαν με την έννοια ότι τρώνε μεγάλη ποσότητα φαγητού και όχι ότι τα προβλήματα κατάποσης κάνουν τη διαδικασία αυτή πιο επώδυνη. Υπήρξαν και κάποιοι οι οποίοι απάντησαν γ (δεν έχω άποψη) επειδή θεώρησαν ότι οι ερωτήσεις αυτές δεν τους αφορούν.

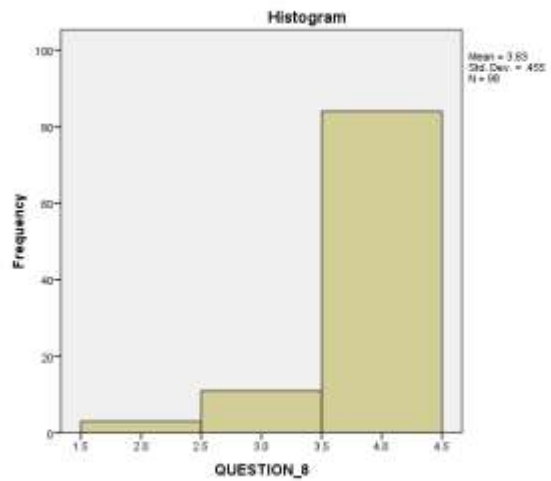
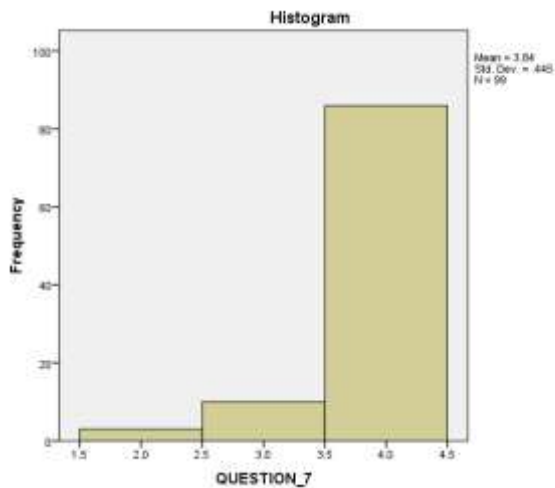
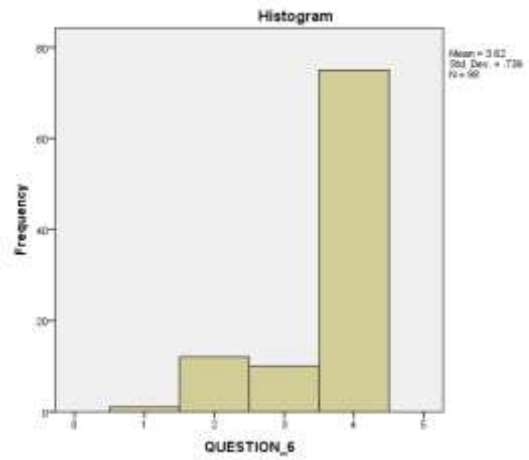
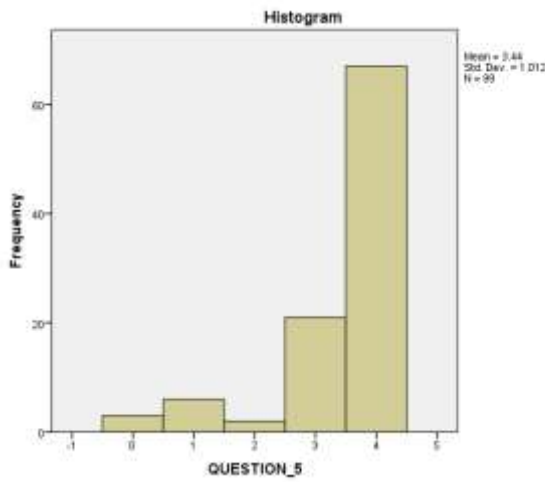
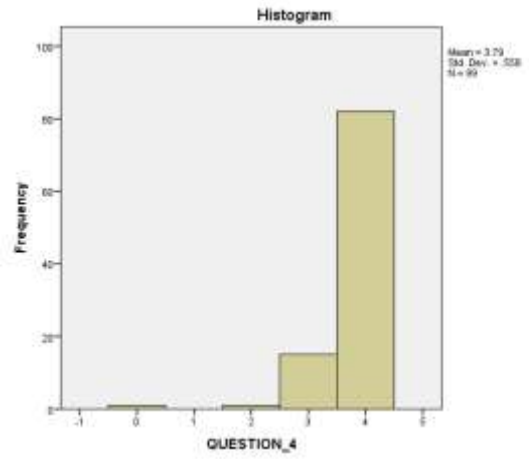
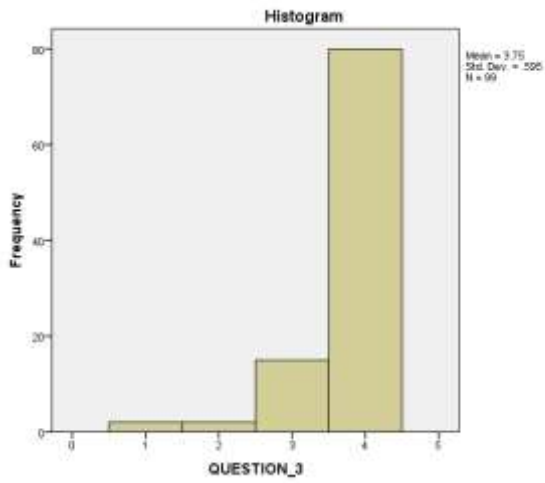
4.4 Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων

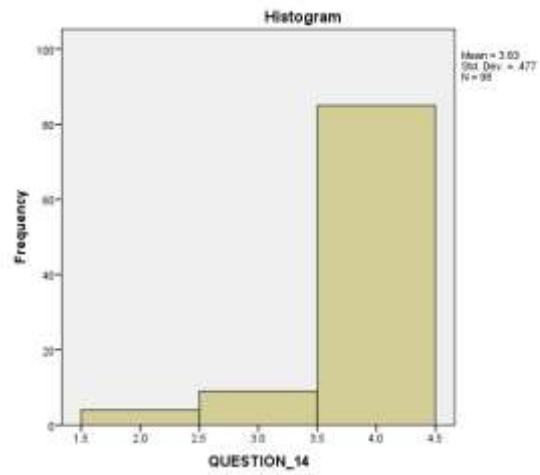
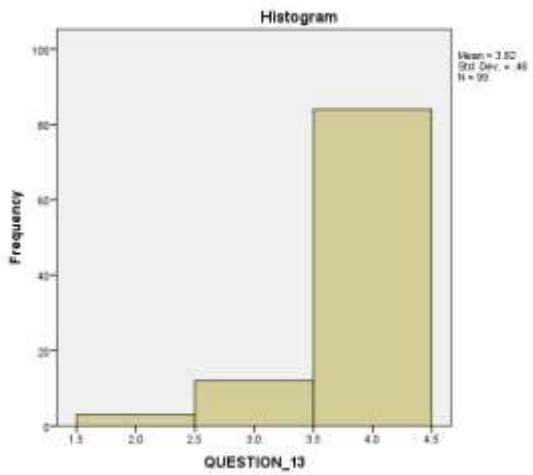
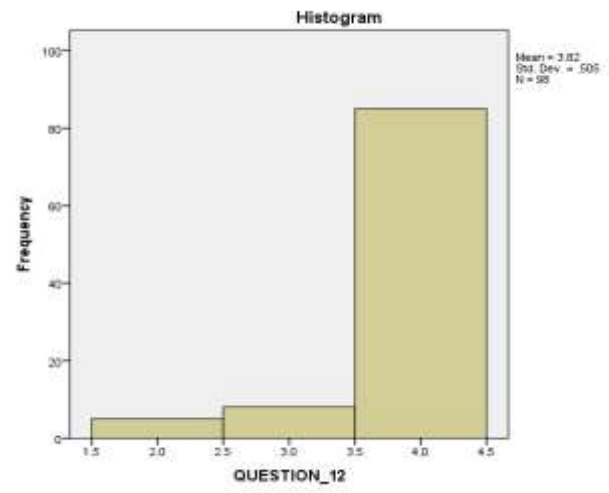
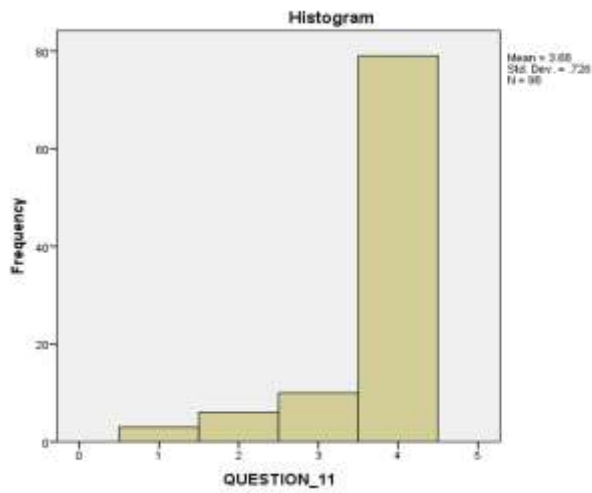
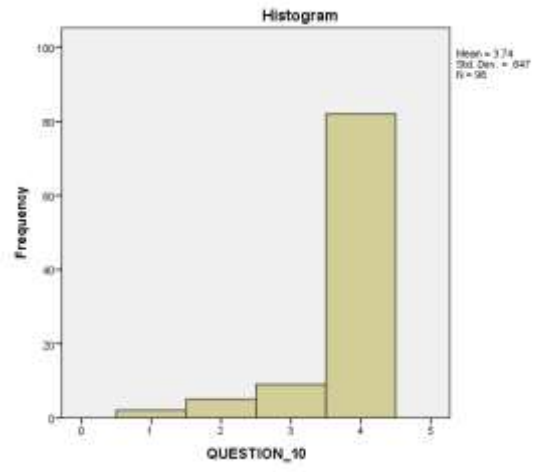
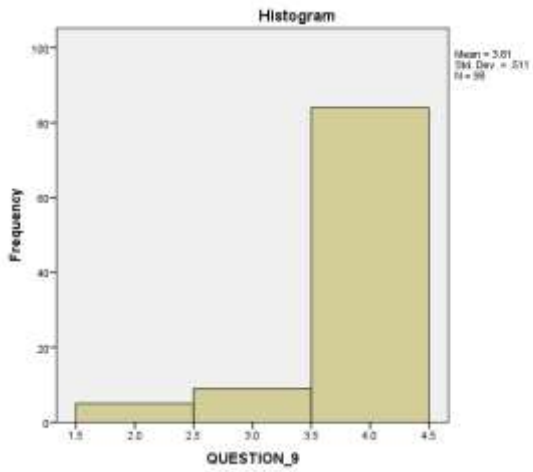
Στην συνέχεια παρουσιάζεται η γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων των τριών ερωτηματολογίων. Η ανάλυση βασίστηκε στη χρήση στατιστικών ιστογραμμάτων τα οποία παρέχουν στον αναγνώστη μια αρκετά πλήρη εικόνα της κατανομής των απαντήσεων εντός του εκάστοτε ερωτηματολογίου.

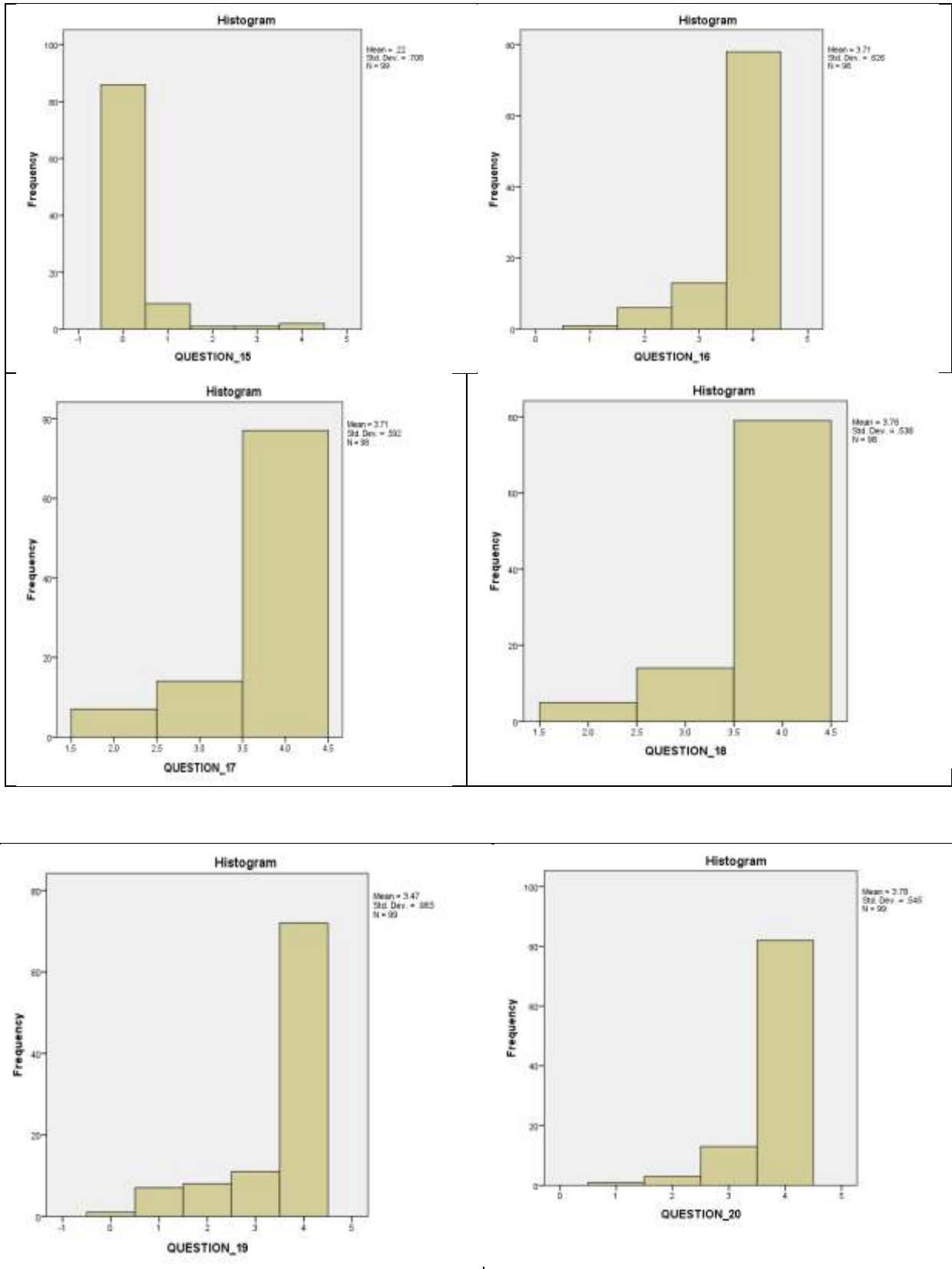
4.4.1 MD Anderson Dysphagia Inventory

Τα αποτελέσματα του MDADI εμφανίζονται στο πίνακα που ακολουθεί. Στον πίνακα 4.8 εμφανίζονται και τα 20 ιστογράμματα που αντιστοιχούν στις 20 ερωτήσεις που περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο. Όπως γίνεται εύκολα φανερό, οι απαντήσεις κάθε ερώτησης είχαν εύρος από Συμφωνώ αρκετά έως Διαφωνώ Αρκετά (όπου 0=συμφωνώ αρκετά, 1=συμφωνώ, 2=δεν έχω άποψη, 3=διαφωνώ, 4=διαφωνώ αρκετά) με τα στοιχεία να αποτελούν διατακτικά στοιχεία. Κύριο χαρακτηριστικό του συνόλου του γραφημάτων είναι η ομοιομορφία. Ανακαλώντας το συντελεστή του Cronbach, δεν θα πρέπει να προκαλεί έκπληξη το συγκεκριμένο γεγονός. Το μεγαλύτερο μέρος των απαντήσεων συγκεντρώνονται σχεδόν στο σύνολο τους στην κλάση 4. Το στοιχείο αυτό μπορεί να μεταφραστεί ως δυνητική απουσία συσχέτισης των προβλημάτων κατάποσης με άλλα προβλήματα. Εξάιρεση αποτελεί μονάχα η ερώτηση 15 η οποία όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα αναμενόταν να έχει αντίθετη εσωτερική αξία σε σχέση με το σύνολο. Έτσι, δεν θα πρέπει αυτή η αντίστροφη κατανομή να προξενεί ανησυχία.





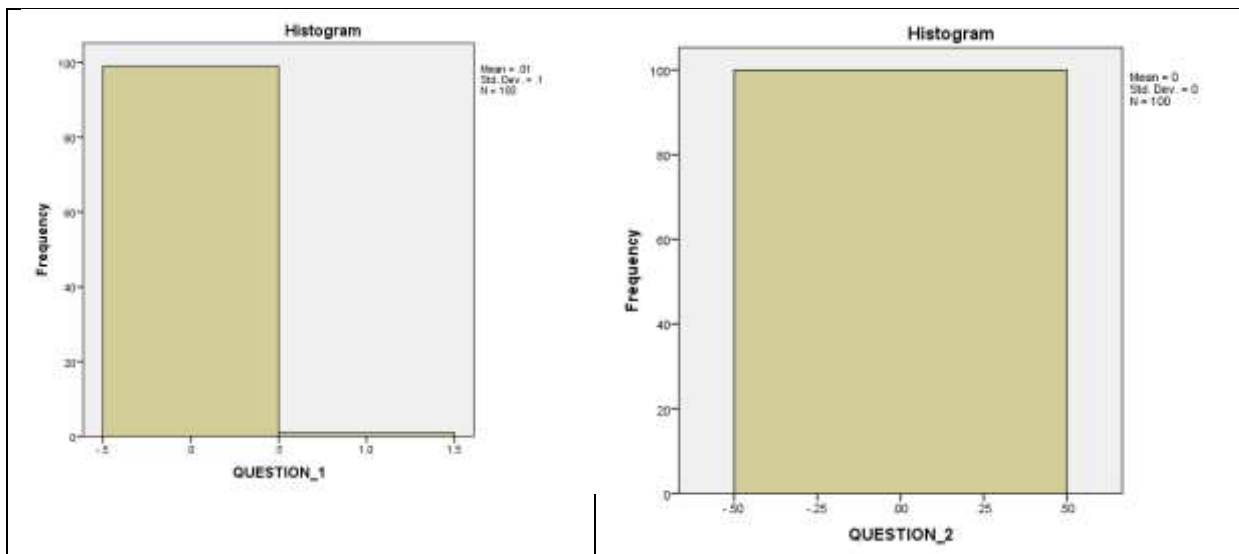


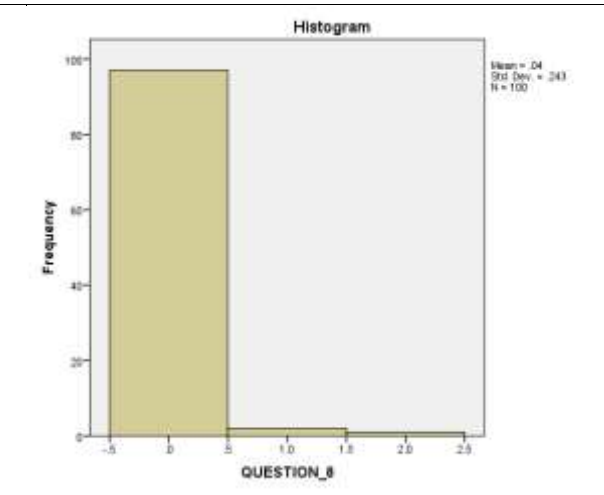
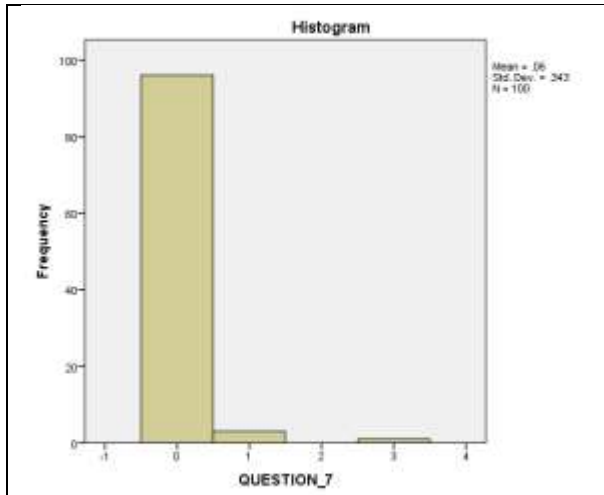
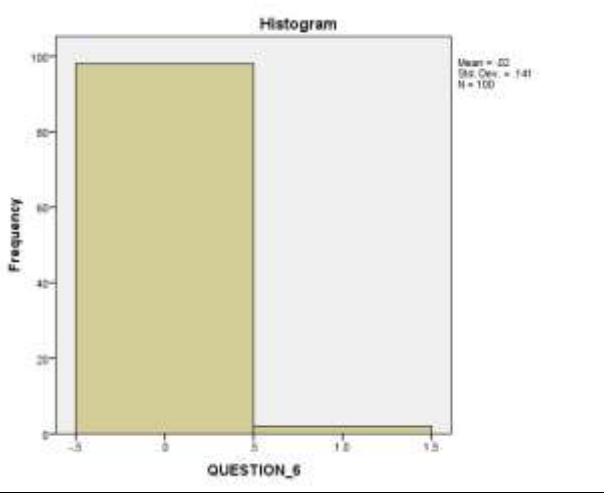
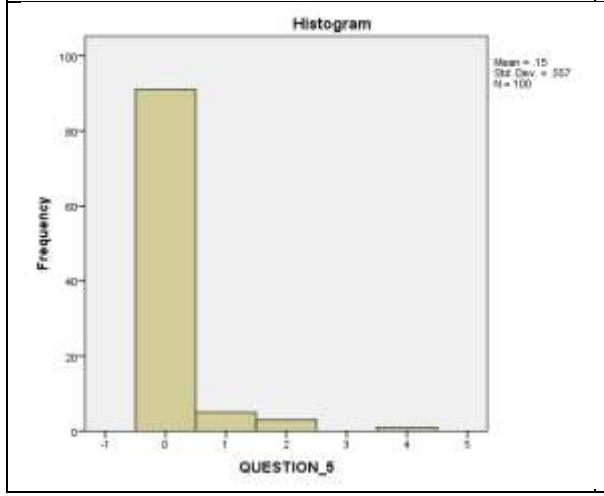
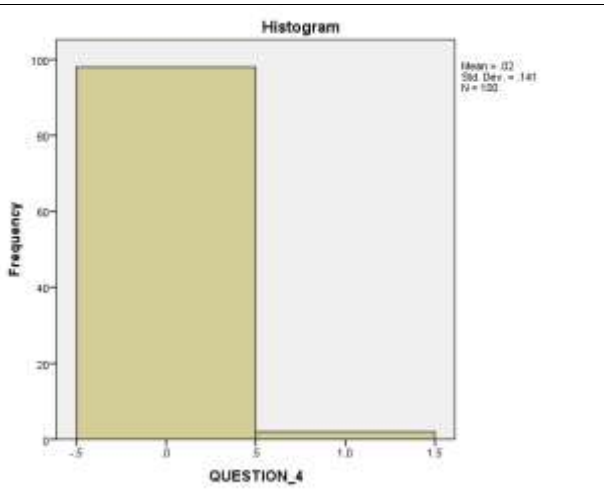
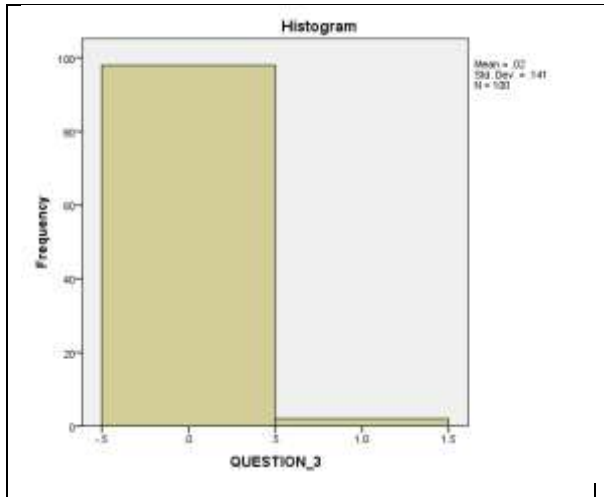


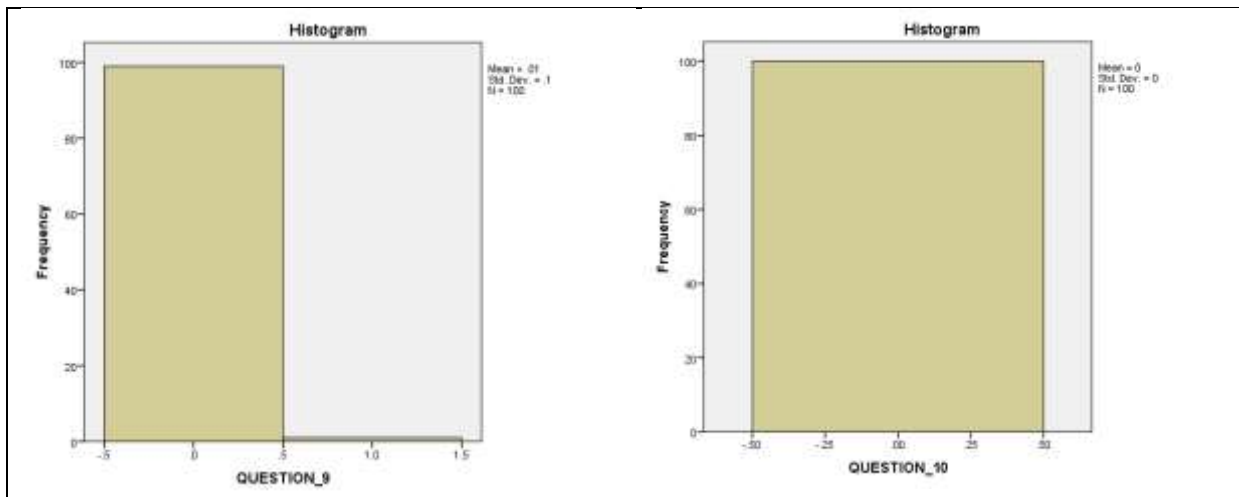
Πίνακας 4.8: Ιστογράμματα συχνότητας απαντήσεων κατά ερώτηση (MDADI)

4.4.2 Eating Assessment Tool – 10 (EAT-10)

Διαφορετική κατανομή φαίνεται να εμφανίζουν οι ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο EAT-10. Σε αυτό, παρά το γεγονός ότι το εύρος απαντήσεων είναι το ίδιο, από μηδέν έως τέσσερα, η μεγάλη πλειοψηφία των απαντήσεων συγκεντρώνεται σε μία ή δύο τιμές. Δεδομένου του στοιχείου ότι στο δείγμα που αποτελούνταν από άτομα που δεν ήταν ασθενείς με ΚΚ&Τ, συμπεριλήφθησαν και άτομα τα οποία είχαν γαστρεντερικές διαταραχές και συνεπακόλουθες δυσκολίες στην κατάποση, ωθούμαστε στο να πιστέψουμε πως ακόμα και τα άτομα που ανέφεραν δυσκολίες στην κατάποση δεν αντιμετώπιζαν κάποια σοβαρή αιτία που προξένησε τη δυσχέρεια στη κατάποση και δεν είχαν βιώσει έντονα τις αρνητικές επιπτώσεις.



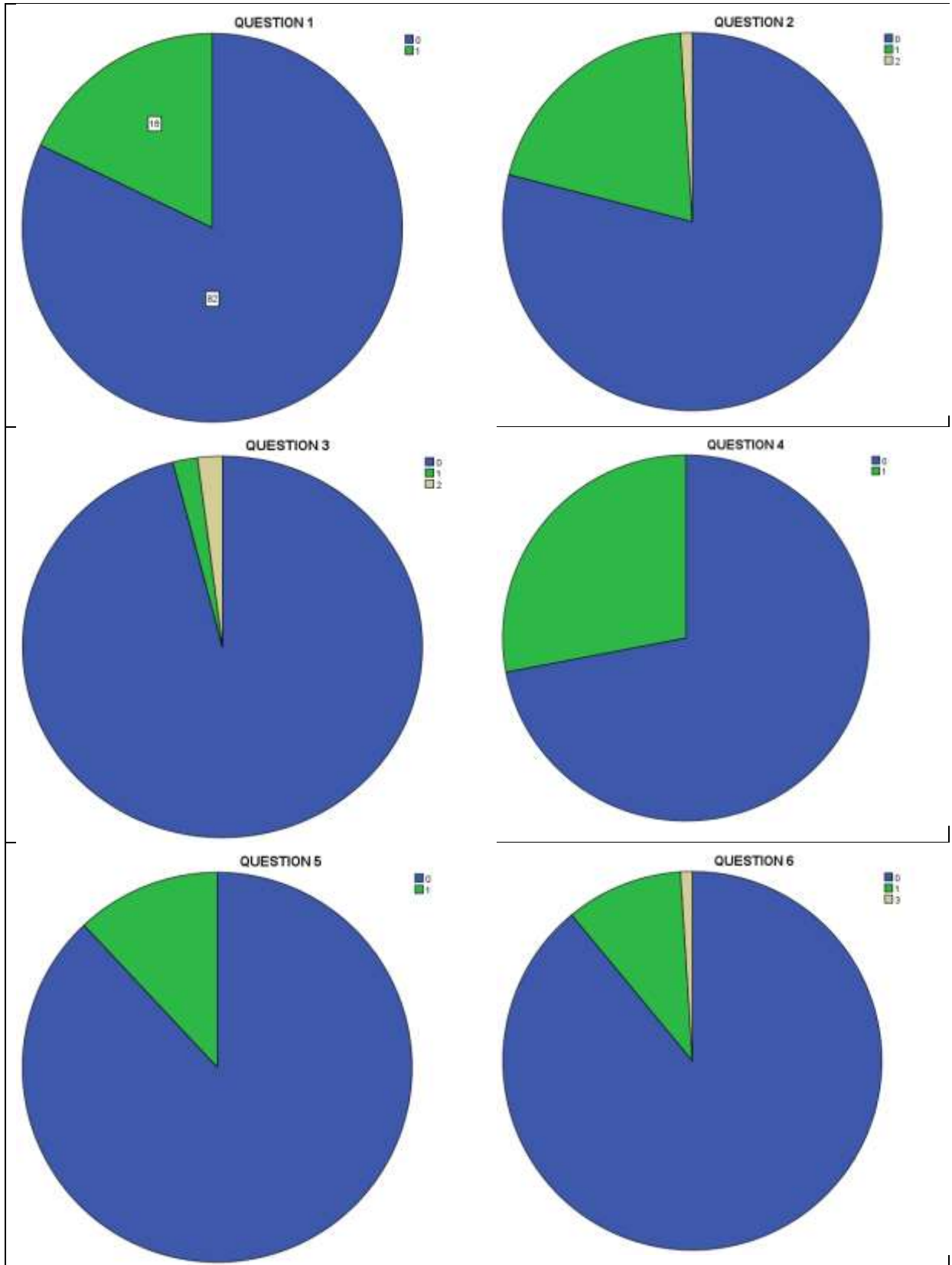


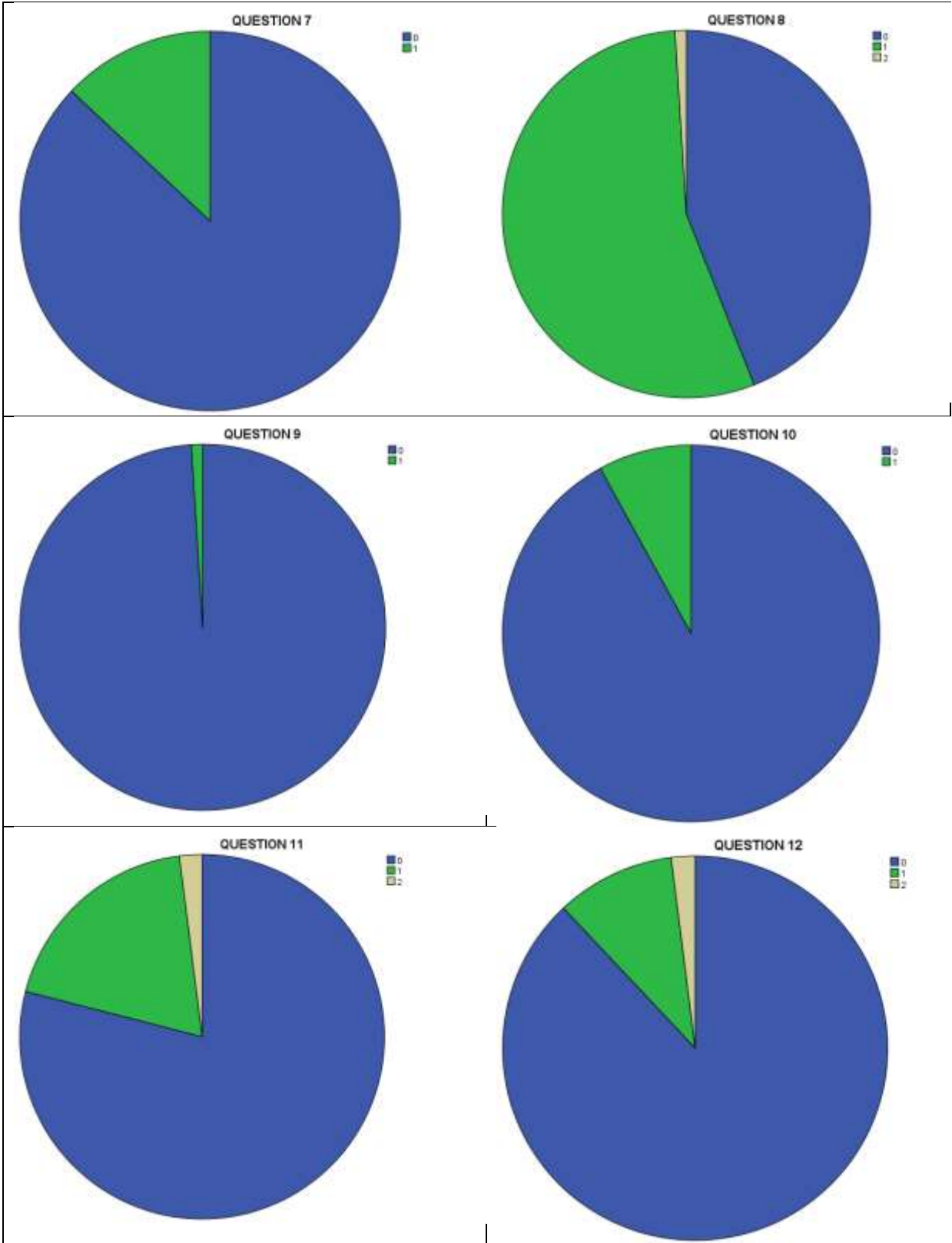


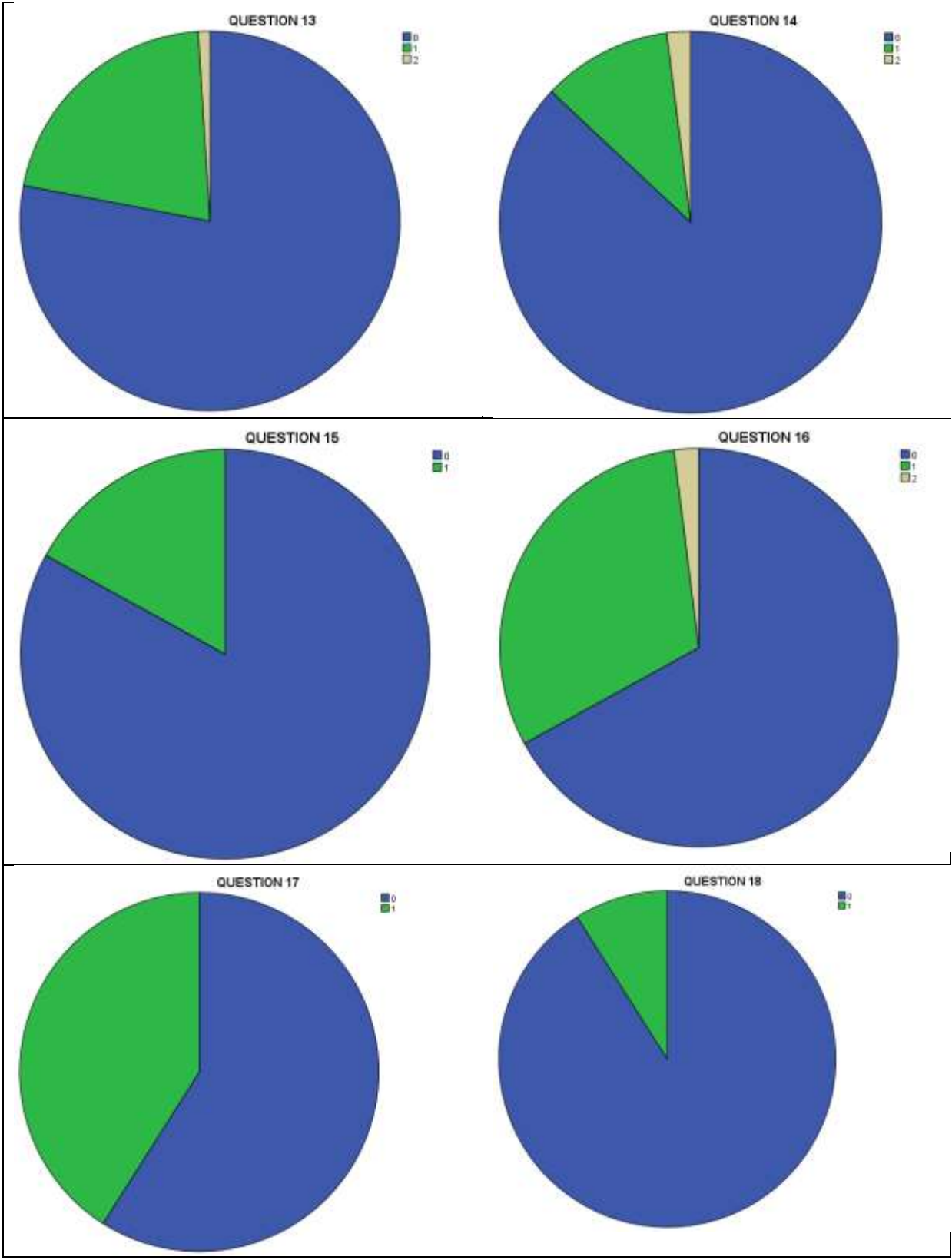
Πίνακας 4.9: Ιστογράμματα συχνότητας απαντήσεων κατά ερώτηση (EAT-10).

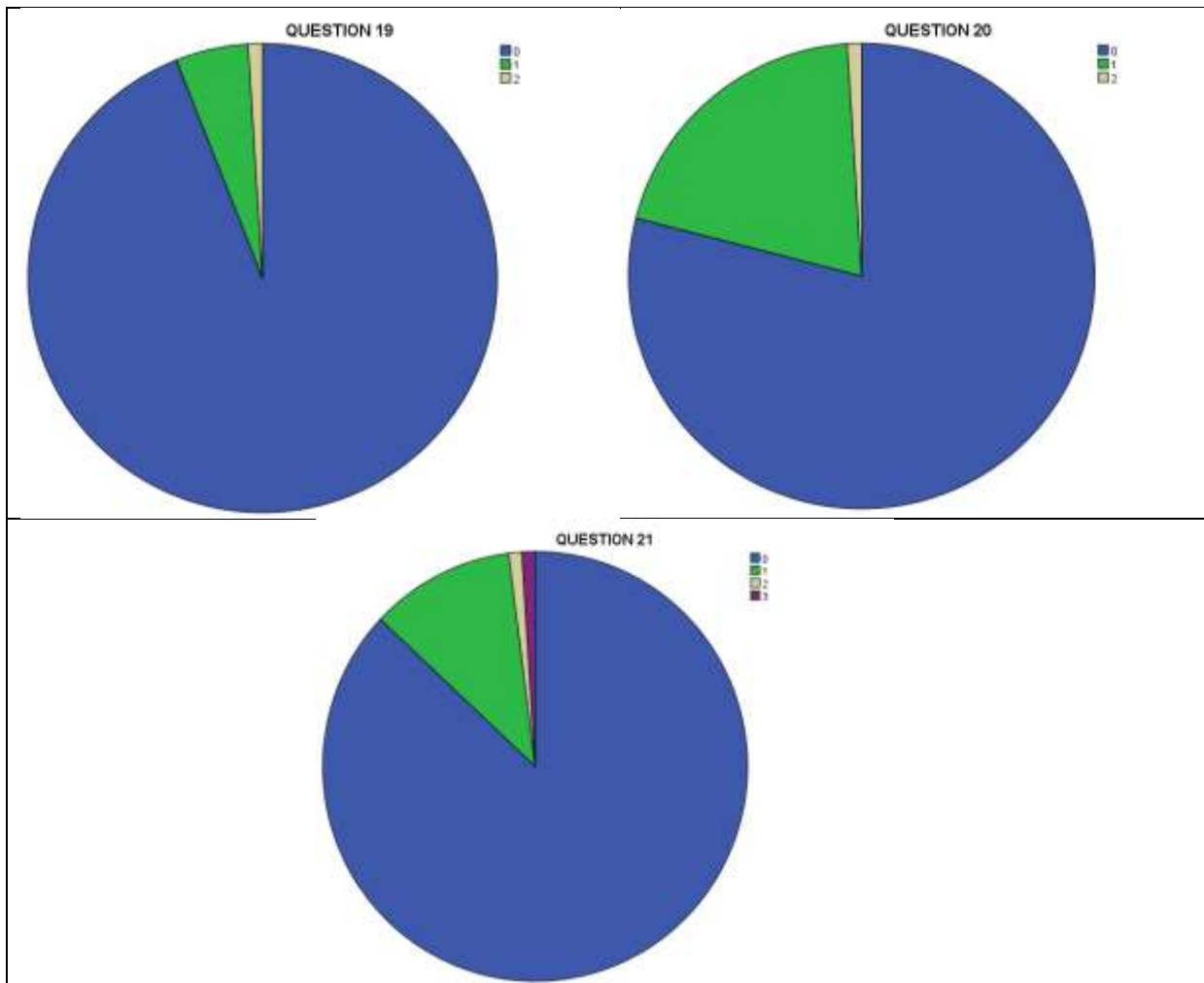
4.4.3 Beck's Depression Inventory

Όπως είναι φυσικό, το ερωτηματολόγιο BDI δεν θα μπορούσε να διαφέρει από τα υπόλοιπα. Όπως προηγουμένως, έτσι και εδώ το μεγαλύτερο μέρος των απαντήσεων συγκεντρώνεται στις θετικές απαντήσεις. Έτσι ο μεγαλύτερος όγκος των ερωτηθέντων έχει επιλέξει είτε την απάντηση με αριθμό μηδέν, είτε την απάντηση με αριθμό ένα. Δεν θα μπορούσε να είναι διαφορετικά αφού στο πίνακα που ακολουθεί και περιλαμβάνει τις συχνότητες εμφάνισης των κλάσεων σε κάθε ερώτηση, η πρώτη στήλη περιέχει σχεδόν παντού τιμή μεγαλύτερη ή ίση του 80%.









Πίνακας 4.10: Απεικόνιση ποσοστών απαντήσεων κατά ερώτηση (BDI)

4.5 Επαγωγική στατιστική αποτελεσμάτων

4.5.1 Eating assessment Tool-10

Στον πίνακα 4.11 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συνολικές βαθμολογίες που συγκεντρώθηκαν στο EAT-10 και η συχνότητα εμφάνισής τους. Όπως βλέπουμε το μεγαλύτερο ποσοστό (85%) των ερωτηθέντων είχε συνολική βαθμολογία 0, δηλαδή παντελή απουσία δυσκολιών κατάποσης, γεγονός που θεωρείται φυσιολογικό αφού το δείγμα των ερωτηθέντων αποτελούνταν από υγιείς ενήλικες.

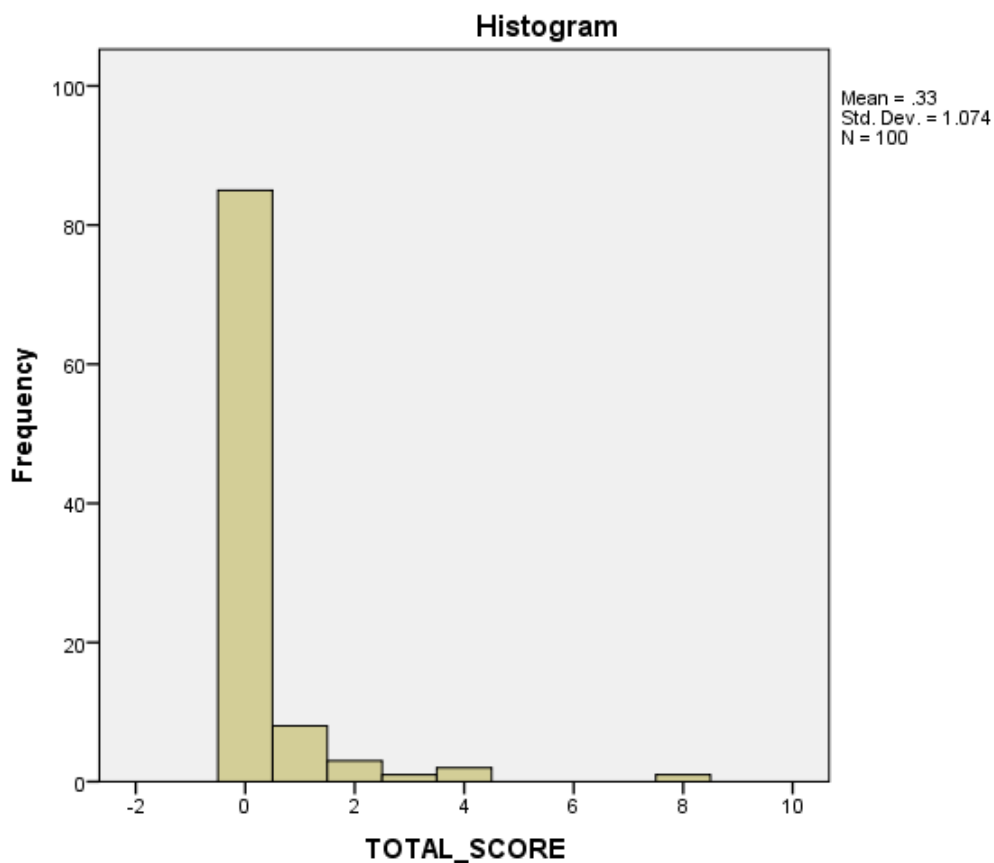
Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι ένας συμμετέχων συγκέντρωσε συνολική βαθμολογία 8, που σύμφωνα με τις οδηγίες του ίδιου του EAT-10 καταδεικνύει πρόβλημα στην κατάποση.

Το περιστατικό αυτό, όμως, αποτελεί εξαίρεση καθώς είχε δηλώσει ήδη από το ιστορικό ότι έχει δυσκολίες στην κατάποση λόγω γαστρεντερικής διαταραχής.

Συχνότητες Συνολικής Βαθμολογίας (EAT-10)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	85	85.0	85.0	85.0
	1	8	8.0	8.0	93.0
	2	3	3.0	3.0	96.0
	3	1	1.0	1.0	97.0
	4	2	2.0	2.0	99.0
	8	1	1.0	1.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Πίνακας 4.11



Γράφημα 3: Ιστόγραμμα συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας (EAT-10)

Στον πίνακα 4.12 παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για κάθε ερώτηση του EAT-10 ξεχωριστά για τον υγιή πληθυσμό, ούτως ώστε να ληφθούν υπόψη σαν μέτρο σύγκρισης σε μελλοντικές έρευνες.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΔΕΙΓΜΑ
1.Το πρόβλημα κατάποσης μου με ανάγκασε να χάσω βάρος.	0.01	0.100	100
2.Το πρόβλημα κατάποσης μου παρεμβαίνει και εμποδίζει την ικανότητα μου να βγαίνω έξω για φαγητό.	0.0	0.0	100
3.Η κατάποση υγρών απαιτεί επιπλέον προσπάθεια.	0.02	0.141	100
4.Η κατάποση στερεών τροφών απαιτεί επιπλέον προσπάθεια.	0.02	0.141	100
5.Η κατάποση χαπιών απαιτεί επιπλέον προσπάθεια.	0.15	0.557	100
6.Η διαδικασία της κατάποσης είναι επώδυνη.	0.02	0.141	100
7.Η απόλαυση του φαγητού επηρεάζεται από την κατάποση μου.	0.06	0.343	100
8.Όταν καταπίνω το φαγητό κολλάει στον λαιμό μου.	0.04	0.243	100
9.Βήχω όταν τρώω.	0.01	0.100	100
10.Η διαδικασία της κατάποσης είναι αγχωτική.	0.0	0.0	100

Πίνακας 4.12: Μέσος όρος κατά ερώτηση (EAT-10)

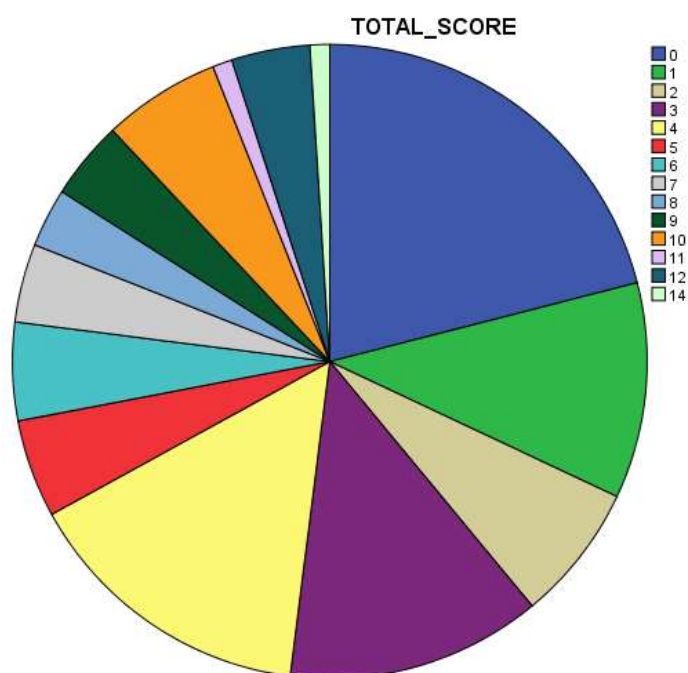
4.5.2 Beck's Depression Inventory

Στον πίνακα 4.13 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συνολικές βαθμολογίες που συγκεντρώθηκαν στο BDI και η συχνότητα εμφάνισής τους. Όπως βλέπουμε το μεγαλύτερο ποσοστό (94%) των ερωτηθέντων είχε συνολική βαθμολογία 0-10. Σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης στο τέλος του ερωτηματολογίου, αυτά τα скаμπανεβάσματα στη διάθεση θεωρούνται φυσιολογικά.

Συχνότητες Συνολικής Βαθμολογίας (BDI)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	21	21.0	21.0	21.0
	1	11	11.0	11.0	32.0
	2	7	7.0	7.0	39.0
	3	13	13.0	13.0	52.0
	4	15	15.0	15.0	67.0
	5	5	5.0	5.0	72.0
	6	5	5.0	5.0	77.0
	7	4	4.0	4.0	81.0
	8	3	3.0	3.0	84.0
	9	4	4.0	4.0	88.0
	10	6	6.0	6.0	94.0
	11	1	1.0	1.0	95.0
	12	4	4.0	4.0	99.0
	14	1	1.0	1.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Πίνακας 4.13



Γράφημα 4: Συνολικές Βαθμολογίες (BDI)

Στον πίνακα 4.14 παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για κάθε ερώτηση του BDI ξεχωριστά για τον υγιή πληθυσμό, ούτως ώστε να ληφθούν υπόψη σαν μέτρο σύγκρισης σε μελλοντικές έρευνες.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΔΕΙΓΜΑ
1	0.18	0.386	100
2	0.22	0.440	100
3	0.06	0.312	100
4	0.28	0.451	100
5	0.12	0.327	100
6	0.13	0.418	100
7	0.13	0.338	100
8	0.57	0.517	100
9	0.01	0.100	100
10	0.08	0.273	100
11	0.23	0.468	100
12	0.14	0.403	100
13	0.23	0.446	100
14	0.15	0.411	100
15	0.17	0.378	100
16	0.35	0.520	100
17	0.41	0.494	100
18	0.09	0.288	100
19	0.07	0.293	100
20	0.22	0.440	100
21	0.16	0.465	100

Πίνακας 4.14: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση κατά ερώτηση (BDI)

4.6 Ποιοτική σύγκριση δειγμάτων

Η πειραματική ομάδα (ομάδα ασθενών με ΚΚ&Τ) αποτελείται από έναν ασθενή με καρκίνο στον φάρυγγα. Στατιστικά δε γίνεται να συγκριθεί τον δείγμα των 100 υγείων με τον ασθενή, για αυτό θα γίνει μια ενδεικτική ποιοτική σύγκριση των δύο δειγμάτων. Στον πίνακα 4.15 που ακολουθεί παρατίθενται τα βιογραφικά στοιχεία του ασθενούς και το αναλυτικό ιστορικό του.

Ιστορικό Ασθενούς με ΚΚ&Τ

Φύλο	Άντρας	
Ηλικία	62	
Καρκίνος	Φάρυγγας	
Ημερ/νια Εμφάνισης	05/2011	(Διάγνωση τον 06/2011)
Στάδιο	Β΄	
Θεραπεία	Ακτινοθεραπεία	Χημειοθεραπεία
Έναρξη Θεραπείας	30/06/2011	
Κάπνισμα	ΝΑΙ	
Αλκοόλ	Χρόνια χρήση	
Άλλα Προβλήματα Υγείας	Άνοια	Σακχαρώδης Διαβήτης
Φαρμακευτική Αγωγή	ΝΑΙ	
Μέθοδος Σίτισης	Στοματική με δυσκολίες στις στερεές υφές	
Δυσκολίες Κατάποσης	ΝΑΙ	
Εμφάνιση	Λίγο πριν τη διάγνωση	
Καθάρισμα Λαιμού	Συχνά	
Σιελόρροια	ΝΑΙ	
Τάσεις για Έμετο	ΝΑΙ	(Κυρίως μετά τις χημειοθεραπείες)
Καούρες	Αρκετά συχνά	

Πίνακας 4.15

Όπως φαίνεται παραπάνω, ο ασθενής είναι άντρας 62 ετών με ΚΚ&Τ, συγκεκριμένα στον φάρυγγα. Αυτή τη στιγμή διαμένει στο σπίτι. Ο καρκίνος εμφανίστηκε τον Μάιο του 2011 και διαγνώστηκε στις 27/06/2011. Είναι στο στάδιο Β΄ και εκτός από τον φάρυγγα έχει επηρεάσει και μέρος των φωνητικών χορδών. Ακολούθησε ακτινοθεραπεία (καθημερινά) και χημειοθεραπεία (εβδομαδιαία) που ξεκίνησε στις 30/06/2011. Είναι καπνιστής και έκανε χρόνια υπερκατανάλωση αλκοόλ. Μετά την απεξάρτηση από το αλκοόλ, εμφάνισε πρόωρη γεροντική άνοια και σακχαρώδη διαβήτη. Λαμβάνει ηρεμιστικά φάρμακα, βιταμίνες, φάρμακα για το στομάχι, την καρδιά, την κυκλοφορία του αίματος, την πίεση, αυτοκόλλητα για την ενίσχυση της μνήμης και ινσουλίνη σε ενέσιμη μορφή. Αυτό το διάστημα σιτίζεται κανονικά από το στόμα, αν και έχει δυσκολίες στην κατάποση κυρίως στις στερεές υφές, με μεγαλύτερη ευκολία στα υγρά. Καθαρίζει συχνά τον λαιμό του μέσα στην ημέρα, έχει σιελόρροια και καούρες αρκετά συχνά. Μετά τις χημειοθεραπείες έχει τάσεις προς έμετο. Τρώει τέσσερα γεύματα ημερησίως, διάρκειας 30 λεπτών περίπου.

Αναλύοντας τις απαντήσεις του ασθενούς στα ερωτηματολόγια καταλήξαμε σε κάποια συμπεράσματα. Στο MDADI η επικρατούσα απάντηση του ήταν το β (συμφωνώ), που υποδηλώνει ότι το πρόβλημα της κατάποσης του έχει επηρεάσει την ποιότητα ζωής του. Πιο συγκεκριμένα, απάντησε α (συμφωνώ αρκετά) σε μία ερώτηση, β (συμφωνώ) σε 10 ερωτήσεις, δ (διαφωνώ) σε 6 ερωτήσεις και ε (διαφωνώ αρκετά) σε 3 ερωτήσεις. Στο EAT-10 συγκέντρωσε συνολική βαθμολογία 28, γεγονός που καταδεικνύει σημαντικό πρόβλημα στην κατάποση, αφού το συνολικό σκορ που μπορεί να συγκεντρώσει κάποιος σε αυτό το

τεστ είναι το 40. Τέλος, στο BDI είχε συνολική βαθμολογία 32, που σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης του ερωτηματολογίου κατατάσσεται στην σοβαρή κατάθλιψη.

Αν συγκρίνουμε τα αποτελέσματα του δείγματος των 100 υγείων ατόμων με αυτό τον ασθενή με ΚΚ&Τ θα προσέξουμε κάποιες βασικές διαφορές. Όσον αφορά το MDADI η επικρατούσα απάντηση για τον ασθενή ήταν το β (συμφωνώ), ενώ για τους υγιείς η επικρατούσα απάντηση ήταν το ε (διαφωνώ αρκετά) που υποδηλώνει καλύτερη ποιότητα ζωής. Στο EAT-10, το 85% των συμμετεχόντων από την ομάδα των υγείων είχε συνολική βαθμολογία 0, γεγονός που υποδηλώνει παντελή απουσία δυσκολιών στην κατάποση, σε αντίθεση με τον ασθενή με ΚΚ&Τ που είχε συνολική βαθμολογία 28 και συνεπώς προβλήματα στην κατάποση. Τέλος, στο BDI το 94% είχε συνολική βαθμολογία 0-10 (αυτά τα σκαμπανεβάσματα στη διάθεση θεωρούνται φυσιολογικά), ενώ ο ασθενής συγκέντρωσε 32 βαθμούς και σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης του ερωτηματολογίου έχει σοβαρή κατάθλιψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η συλλογή δεδομένων από υγιείς για τη δημιουργία νορμών προκειμένου να αποτελέσουν μελλοντικά τη βάση σύγκρισης με δεδομένα από ασθενείς με ΚΚ&Τ με απώτερο στόχο την διερεύνηση των επιπτώσεων των διαταραχών κατάποσης των ασθενών με ΚΚ&Τ στην ποιότητα ζωής τους. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού χορηγήθηκαν σε μία ομάδα 100 υγιών ατόμων τρία ερωτηματολόγια. Τα δύο (MDADI, EAT-10) αφορούν τις διαταραχές κατάποσης και το κατά πόσο αυτές επηρεάζουν την καθημερινότητα του ατόμου και του περιβάλλοντος του και το τρίτο (BDI) αφορά στην ύπαρξη πιθανής κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, επιχειρήσαμε να αποδείξουμε ότι τα εργαλεία MDADI, EAT-10, BDI είναι έγκυρα και αξιόπιστα στον ελληνικό πληθυσμό και να διερευνήσουμε την επίδοση των υγιών ατόμων στα εργαλεία αυτά.

Αναφορικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, η έρευνα απέδειξε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των τριών εργαλείων στον ελληνικό πληθυσμό. Όσον αφορά το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που επιχειρήθηκε να απαντηθεί μέσω της παρούσας μελέτης, αποδείχθηκε ότι τα άτομα που συμμετείχαν και δεν έπασχαν από ΚΚ&Τ έχουν καλή ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, στο MDADI η επικρατούσα απάντηση ήταν το ε (διαφωνώ αρκετά) που υποδηλώνει την καλύτερη ποιότητα ζωής, με εξαίρεση την ερώτηση 15, στην οποία η επικρατούσα απάντηση ήταν το α (συμφωνώ αρκετά), που στην δεδομένη περίπτωση και πάλι υποδηλώνει την καλύτερη ποιότητα ζωής. Στο EAT-10, η επικρατούσα συνολική βαθμολογία (85% του συνολικού δείγματος) ήταν το 0, που υποδηλώνει απουσία προβλημάτων στην κατάποση. Τέλος, στο BDI η επικρατούσα συνολική βαθμολογία (94% του συνολικού δείγματος) ήταν 0-10, που υποδηλώνει την καλή συναισθηματική κατάσταση με μικρά скаμπανεβάσματα στη διάθεση που όμως θεωρούνται φυσιολογικά.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι στην έρευνα συμμετείχε και ένας ασθενής με ΚΚ&Τ, συγκεκριμένα καρκίνος του φάρυγγα, με τα αποτελέσματα του οποίου κάναμε μια ενδεικτική σύγκριση των αποτελεσμάτων των υγιών. Το συμπέρασμα ήταν ότι η ποιότητα ζωής του ασθενούς αυτού έχει επηρεαστεί αρνητικά από το πρόβλημα κατάποσης του που οφείλεται στον καρκίνο, σε αντίθεση με τα υγιή άτομα. Βέβαια, το αποτέλεσμα αυτό δε μπορεί να θεωρηθεί ασφαλές, καθώς ένα άτομο δεν αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα όλου του πληθυσμού με ΚΚ&Τ.

Συμπερασματικά, λοιπόν, συνιστάται περαιτέρω έρευνα με ικανοποιητικό δείγμα ασθενών με ΚΚ&Τ, ώστε να προσδιοριστεί αν και κατά πόσο τα προβλήματα κατάποσης των ατόμων αυτών επηρεάζουν την γενικότερη ποιότητα ζωής τους. Σε μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να ληφθεί ένα ικανοποιητικό σε αριθμό δείγμα ασθενών με ΚΚ&Τ, το οποίο θα απαντήσει στα προαναφερθέντα ερωτηματολόγια και έτσι θα δημιουργηθούν νόρμες και για τους ασθενείς με ΚΚ&Τ. Η κλινική σημαντικότητα της μελέτης που πραγματοποιήσαμε, λοιπόν, είναι η δημιουργία νορμών που θα αποτελέσουν σημείο σύγκρισης σε μελλοντικές μελέτες, ώστε να αποδειχθεί ότι όντως η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΚ&Τ είναι χειρότερη από των υγιών ατόμων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αργυρίου, Μ., & Αντωνοπούλου, Φ. (2016). Τι γνωρίζουν οι Έλληνες ασθενείς με λαρυγγεκτομή σχετικά με τις προοπτικές αποκατάστασης της ομιλίας και της κατάποσης και ποιες οι επιδράσεις στην ποιότητα ζωής τους;

Αρφάρα, Μ., & Οικούτα, Τ. (2015). Η επιβάρυνση που η δυσφαγία προξενεί στη ζωή των ασθενών.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), pp 77-100.
doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5.

Belafsky, P., Mouadeb, D., Rees, C., Pryor, J., Postma, G., Allen, J., Leonard, R. (2008). Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 117 (12), pp: 919-924. doi:10.1177/000348940811701210

Brown, L., Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., & Tu, W. (2009). The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psychooncology*, 19(7) pp:734-41.
doi: 10.1002/pon.1627.

Burgos, R., Sarto, B., Segurolo, H., Romagosa, A., Puiggros, C., Vazquez, Z., Cardenas, G., Barcons, N., Araujo, K., & Perez-Portabella, C. (2012). Translation and validation of the Spanish version of EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) for the screening of dysphagia. *Nutr Hosp*, 27(6) pp:2048-2054.
doi: 10.3305/nh.2012.27.6.6100.

Carlsson, S., Ryden, A., Rudberg, I., Bove, M., Bergquist, H., & Finizia, C. (2011). Validation of the Swedish MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) in Patients with Head and Neck Cancer and Neurologic Swallowing Disturbances. *Dysphagia*, 27(3) pp:361-369.
doi: 10.1007/s00455-011-9375-8.

Chen, A., Daly, M., Farwell, G., Vazquez, E., Courquin, J., Lau, D., & Purdy, J. (2013). Quality of Life Among Long-Term Survivors of Head and Neck Cancer Treated by Intensity-Modulated Radiotherapy. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 140(2) pp:129-33.
doi: 10.1001/jamaoto.2013.5988.

Chen, A., Daly, M., Vazquez, E., Courquin, J., Luu, Q., Donald, P., & Farwell, G. (2013). Depression among long-term survivors of head and neck cancer treated with radiation therapy. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 139(9) pp:885-9. doi: 10.1001/jamaoto.2013.4072.

Chen, A., Frankowski, R., Bishop-Leone, J., Hebert, T., Leyk, S., Lewin, J., & Goepfert, H., (2001), The Development and Validation of a Dysphagia-Specific Quality-of-Life Questionnaire for Patients with Head and Neck Cancer: the MD Anderson dysphagia inventor. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 127(7) pp:870-6.
Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11448365>.

- Cleeland, C., Mendoza, T., Wang, X., Chou, C., Harle, M., Morrissey, M., & Engstrom, M. (2000). Assessing symptom distress in cancer patients: the M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer*, 89(7) pp:1634-46.
Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11013380>.
- Demir, N., Arslan, S.S., Inal, O., & Karaduman, A.A. (2016). Reliability and validity of the Turkish Eating Assessment Tool (T-EAT-10). *Dysphagia*, 31(5)pp:644-649. doi: 10.1007/s00455-016-9723-9.
- D' Souza, G., & Dempsey, A. (2011). The role of HPV in head and neck cancer and review of the HPV vaccine. *Prev Med*, 53(1)pp:5-11.
doi: 10.1016/j.ypmed.2011.08.001
- Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου. (2018). Καρκίνος Κεφαλής και Τραχήλου. Retrieved from: <https://ellok.org/head-and-neck/>.
- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2015). Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία;. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Groher, M.E., & Crary, M.A. (2013). Δυσφαγία Κλινική Αντιμετώπιση σε Ενήλικες και Παιδιά. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε. ISBN: 978-960-394-927-5.
- Guedes, R., Angelis, E., Chen, A., Kowalski, L., & Vartanian, J., (2012). Validation and Application of the M.D. Anderson Dysphagia Inventory in Patients Treated for Head and Neck Cancer in Brazil. *Dysphagia*, 28(1)pp:24-32.
doi: 10.1007/s00455-012-9409-x.
- Hashibe, M., Brennan, P., Benhamou, S., Castellsague, X., Chen, C., Curado, M., Maso, L., Daudt, A., Fabianova, E., Filho, V., Franceschi, S., Hayes, R., Herrero, R., Koifman, S., Vecchia, C., Lazarus, P., Levi, F., Mates, D., Matos, E., Menezes, A., Muscat, J., Neto, j., Olshan, A., Rudnai, P., Schwartz, S., Smith, S., Sturgis, E., Dabrowska, N., Talamini, N., Wei, Q., Winn, D., Zaridze, D., Zatonski, W., Zhang, Z., Berthiller, J. & Boffetta, P. (2007). Alcohol Drinking in Never Users of Tobacco, Cigarette Smoking in Never Drinkers, and the Risk of Head and Neck Cancer: Pooled Analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(10) pp: 777-789.
doi: <https://doi.org/10.1093/jnci/djk179>.
- Hutcheson, K., & Lewin, J. (2012). Functional Outcomes after Chemoradiotherapy of Laryngeal and Pharyngeal Cancers. *Current Oncology Reports journals*, 14: 158-165.
doi:10.1007/s11912-012-0216-1.
- Joyce, C.R.B. (1995). Use, misuse and abuse of questionnaires on quality of life. *Patient Education & Counseling journals*, 26(1-3)pp:319-323.
doi: 10.1016/0738-3991(95)00734-H.
- Kwon, C., Kim, Y., Park, J., Oh, B., & Han, T. (2013). Validity and Reliability of the Korean Version of the MD Anderson Dysphagia Inventory for Head and Neck Cancer Patients. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 37(4)pp:479-487.
doi: 10.5535/arm.2013.37.4.479.
- McDougall, J., Wright, V., & Rosenbaum, B. (2010). The IFC model of functioning and disability: incorporating quality of life and human development. *Developmental Neurorehabilitation*, 13(3)pp:204-11.
doi: 10.3109/17518421003620525.

McGee, H.M. (1996). Can the Measurement of Quality of Life Contribute to Evaluation in Cardiac Rehabilitation Services? *European Journal of Preventive Cardiology*, 3 (2) pp: 148-153.

doi: 10.1177/174182679600300203

Morton, R.P., & Izzard, M.E. (2003). Quality of life outcomes in head and neck cancer patients. *World Journal of Surgery*, 27(7)884-889.

Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14509523>.

National Cancer Institute. (2018). Head and neck Cancers. Retrieved from: <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/head-neck-fact-sheet>

Nogueira, D.S., Ferreira, P.L., Reis, E.A., & Lopes, I.S. (2015). Measuring outcomes for dysphagia: validity and reliability of the European Portuguese Eating Assessment Tool (P-EAT-10). *Dysphagia*, 30(5)pp:511-20.

doi: 10.1007/s00455-015-9630-5.

Schindler, A., Mozzanica, F., Monzani, A., Ceriani, E., Atac, M., Jukic-Peladic, N., Venturini, C., & Orlandoni, P. (2013). Reliability and Validity of the Italian Eating assessment Tool. *The Annals of otology, rhinology and laryngology*, 122(11)pp:717-24

doi: 10.1177/000348941312201109.

Sauer, S., Ziegler, M., & Schmitt, M. (2013). Rasch analysis of a simplified Beck Depression Inventory. *Personality and Individual Differences*, 54(4)pp:530-535.

doi: 10.1016/j.paid.2012.10.025.

Sayed, S., Elmiyeh, B., Rhys-Evans, P., Syrigos, K., Nutting, C., Harrington, K., & Kazi, R. (2009). Quality of life and outcome research in head and neck cancer: Review of the state of the discipline and likely future directions. *Cancer treatment reviews*, 35(5)pp:397-402.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2009.03.001>

Spence, T., Bruce, J., Yip, K., & Liu, F. (2016). HPV Associated Head and Neck Cancer. *Cancers*, 8(8)p: 75.

doi: 10.3390/cancers8080075.

Speyer, R., Heijnen, B., Baijens, L., Vrijenhoef, F., Otters, E., Roodenburg, N., & Bogaardt, H. (2011). Quality of Life in Oncological Patients with Oropharyngeal Dysphagia: Validity and Reliability of the Dutch Version of the MD Anderson Dysphagia Inventory and the Deglutition Handicap Index. *Dysphagia*, 26(4)pp:407-414.

doi: 10.1007/s00455-011-9327-3.

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's Alpha. *International Journal of Medical Education*, 2 pp:53-55.

doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.

Vartanian, J., Kowalski, L., (2009), Acceptance of major surgical procedures and quality of life among long-term survivors of advanced head and neck cancer. *Archives of otolaryngologyhead & neck surgery*, 135(4)pp:376-9.

doi: 10.1001/archoto.2009.5.

Wang, X., Wang, Y., Guo, H., Mendoza, T., Hao, X., & Cleeland, C. (2004). Chinese version of the M. D. Anderson Symptom Inventory: validation and application of symptom measurement in cancer patients. *Cancer*, 101(8)pp:1890-901.

doi: 10.1002/cncr.20448

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Επικρατούσες Απαντήσεις Κατά Ερώτηση (MDADI)

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΠΙΚΡΑ- ΤΟΥΣΑ ΑΠΑΝΤΗ- ΣΗ	Απαντή- σεις α	Απαντή- σεις β	Απαντή- σεις γ	Απαντή- σεις δ	Απαντή- σεις ε
1.Ο τρόπος κατάποσης μου περιορίζει τις καθημερινές μου δραστηριότητες.	ε	0	3	4	14	78
2.Οι διατροφικές μου συνήθειες με κάνουν να ντρέπομαι.	ε	0	2	0	19	79
3.Οι άλλοι δυσκολεύονται να μαγειρέψουν για μένα.	ε	0	2	2	15	80
4.Η κατάποση μου είναι πιο δύσκολη στο τέλος της ημέρας.	ε	1	0	1	15	82
5.Δεν αισθάνομαι ότι τρώω συνειδητά.	ε	3	6	2	21	67
6.Είμαι αναστατωμένος εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου.	ε	0	1	12	10	75
7.Το να καταπίνω απαιτεί πολύ μεγάλη προσπάθεια.	ε	0	0	3	10	86

8.Αποφεύγω να βγαίνω έξω εξαιτίας της δυσκολίας στην κατάποση μου.	ε	0	0	3	11	84
9.Οι δυσκολίες κατάποσης μου έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο εισόδημα μου.	ε	0	0	5	9	84
10.Μου παίρνει πιο πολύ χρόνο για να ολοκληρώσω το γεύμα μου εξαιτίας των προβλημάτων κατάποσης.	ε	0	2	5	9	82
11.Οι άλλοι με ρωτούν: «Γιατί δε μπορείς να φας αυτή την τροφή?».	ε	0	3	6	10	79
12.Οι άλλοι εκνευρίζονται από το πρόβλημα κατάποσης μου.	ε	0	0	5	8	85
13.Βήχω όταν πίνω υγρά.	ε	0	0	3	12	84
14.Τα προβλήματα κατάποσης μου περιορίζουν την κοινωνική και την προσωπική μου ζωή.	ε	0	0	4	9	85
15.Νιώθω άνετα να βγω έξω με φίλους, συγγενείς και γείτονες.	α	86	9	1	1	2
16.Έχω περιορίσει την πρόσληψη τροφής εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης.	ε	0	1	6	13	78
17.Δε μπορώ να διατηρήσω το βάρος μου εξαιτίας της διαταραχής	ε	0	0	7	14	77

κατάποσης.						
18.Έχω χαμηλή αυτοεκτίμηση εξαιτίας των προβλημάτων κατάποσης.	ε	0	0	5	14	79
19.Έχω την αίσθηση ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνω είναι τεράστια.	ε	1	7	8	11	72
20.Νιώθω παραγκωνισμένος εξαιτίας των διατροφικών μου συνηθειών.	ε	0	1	3	13	82

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Κλίμακα Δυσφαγίας M.D. Anderson

(M.D. Anderson Dysphagia Inventory - MDADI)

Οδηγίες: Το παρόν ερωτηματολόγιο ζητάει τις απόψεις σας σχετικά με την κατάποσή σας. Οι πληροφορίες αυτές θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε καλύτερα πώς αισθάνεστε για την κατάποσή σας.

Παρακάτω θα διαβάσετε κάποιες απόψεις που έχουν εκφράσει στο παρελθόν άτομα με προβλήματα κατάποσης. Διαβάστε τες προσεκτικά και επιλέξτε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο. Πόσο σύμφωνος σας βρίσκουν εσάς οι ακόλουθες προτάσεις; Κυκλώστε την απάντηση που εκφράζει καλύτερα τις εμπειρίες σας την τελευταία εβδομάδα.

1. Ο τρόπος κατάποσής μου περιορίζει τις καθημερινές μου δραστηριότητες.

- α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ
ε) διαφωνώ αρκετά

2. Οι διατροφικές μου συνήθειες με κάνουν να ντρέπομαι

- α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ
ε) διαφωνώ αρκετά

3. Οι άλλοι δυσκολεύονται να μαγειρέψουν για μένα.

- α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ
ε) διαφωνώ αρκετά

4. Η κατάποσή μου είναι πιο δύσκολη στο τέλος της ημέρας.

- α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ
ε) διαφωνώ αρκετά

5. Δεν αισθάνομαι ότι τρώω συνειδητά.

- α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ
ε) διαφωνώ αρκετά

6. Είμαι αναστατωμένος εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.

- α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ
ε) διαφωνώ αρκετά

7. Το να καταπίνω απαιτεί πολύ μεγάλη προσπάθεια.

- α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ
ε) διαφωνώ αρκετά

8. Αποφεύγω να βγαίνω έξω εξαιτίας της δυσκολίας στην κατάποσή μου.

- α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ
ε) διαφωνώ αρκετά

9. Οι δυσκολίες κατάποσής μου έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο εισόδημά μου.

- α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ
ε) διαφωνώ αρκετά

10. Μου παίρνει πιο πολύ χρόνο για να ολοκληρώσω το γεύμα μου εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης.

- α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ
ε) διαφωνώ αρκετά

11. Οι άλλοι με ρωτούν: «Γιατί δεν μπορείς να φας αυτή την τροφή;»

- α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ
ε) διαφωνώ αρκετά

12. Οι άλλοι εκνευρίζονται από το πρόβλημα κατάποσής μου.

- α) συμφωνώ αρκετά
- β) συμφωνώ
- γ) δεν έχω άποψη
- δ) διαφωνώ
- ε) διαφωνώ αρκετά

13. Βήχω όταν πίνω υγρά.

- α) συμφωνώ αρκετά
- β) συμφωνώ
- γ) δεν έχω άποψη
- δ) διαφωνώ
- ε) διαφωνώ αρκετά

14. Τα προβλήματα κατάποσής μου περιορίζουν την κοινωνική και την προσωπική μου ζωή.

- α) συμφωνώ αρκετά
- β) συμφωνώ
- γ) δεν έχω άποψη
- δ) διαφωνώ
- ε) διαφωνώ αρκετά

15. Νιώθω άνετα να βγω έξω για φαγητό με φίλους, συγγενείς και γείτονες.

- α) συμφωνώ αρκετά
- β) συμφωνώ
- γ) δεν έχω άποψη
- δ) διαφωνώ
- ε) διαφωνώ αρκετά

16. Έχω περιορίσει την πρόσληψη τροφής εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης.

- α) συμφωνώ αρκετά
- β) συμφωνώ
- γ) δεν έχω άποψη
- δ) διαφωνώ
- ε) διαφωνώ αρκετά

17. Δεν μπορώ να διατηρήσω το βάρος μου εξαιτίας της διαταραχής κατάποσης.

- α) συμφωνώ αρκετά
- β) συμφωνώ
- γ) δεν έχω άποψη
- δ) διαφωνώ
- ε) διαφωνώ αρκετά

18. Έχω χαμηλή αυτοεκτίμηση εξαιτίας των προβλημάτων κατάποσης.

- α) συμφωνώ αρκετά
- β) συμφωνώ
- γ) δεν έχω άποψη
- δ) διαφωνώ
- ε) διαφωνώ αρκετά

19. Έχω την αίσθηση ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνω είναι τεράστια.

- α) συμφωνώ αρκετά
- β) συμφωνώ
- γ) δεν έχω άποψη
- δ) διαφωνώ
- ε) διαφωνώ αρκετά

20. Νιώθω παραγκωνισμένος εξαιτίας των διατροφικών μου συνηθειών.

- α) συμφωνώ αρκετά
- β) συμφωνώ
- γ) δεν έχω άποψη
- δ) διαφωνώ
- ε) διαφωνώ αρκετά

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΕΑΤ-10

ΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗ.

ΣΚΟΠΟΣ:

Το ΕΑΤ-10 βοηθάει στη μέτρηση και την καταγραφή των δυσκολιών κατάποσης. Μπορεί να είναι σημαντικό για σας να μιλήσετε με τον γιατρό σας σχετικά με τις επιλογές θεραπείας βάσει των συμπτωμάτων σας.

Α. ΟΔΗΓΙΕΣ:

Απαντήστε κάθε ερώτηση γράφοντας τον αντίστοιχο βαθμό σε κάθε κουτί.
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι αντιμετωπίζετε τα ακόλουθα προβλήματα;

1. Το πρόβλημα κατάποσης μου με ανάγκασε να χάσω βάρος.

0= κανένα πρόβλημα

1

2

3

4= σοβαρό πρόβλημα

2. Το πρόβλημα κατάποσης μου παρεμβαίνει και εμποδίζει την ικανότητα μου να βγαίνω έξω για φαγητό.

0= κανένα πρόβλημα

1

2

3

4= σοβαρό πρόβλημα

3. Η κατάποση υγρών απαιτεί επιπλέον προσπάθεια.

0= κανένα πρόβλημα

1

2

3

4= σοβαρό πρόβλημα

4. Η κατάποση στερεών τροφών απαιτεί επιπλέον προσπάθεια.

0= κανένα πρόβλημα

1

2

3

4= σοβαρό πρόβλημα

5. Η κατάποση χαπιών απαιτεί επιπλέον προσπάθεια.

0= κανένα πρόβλημα

1

2

3

4= σοβαρό πρόβλημα

6. Η διαδικασία της κατάποσης είναι επώδυνη.

0= κανένα πρόβλημα

1

2

3

4= σοβαρό πρόβλημα

7. Η απόλαυση του φαγητού επηρεάζεται από την κατάποση μου.

0= κανένα πρόβλημα

1

2

3

4= σοβαρό πρόβλημα

8. Όταν καταπίνω το φαγητό κολλάει στον λαιμό μου.

0= κανένα πρόβλημα

1

2

3

4= σοβαρό πρόβλημα

9. Βήχω όταν τρώω.

0= κανένα πρόβλημα

1

2

3

4= σοβαρό πρόβλημα

10. Η διαδικασία της κατάποσης είναι αγχωτική.

0= κανένα πρόβλημα

1

2

3

4= σοβαρό πρόβλημα

B. ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ

Προσθέστε τους παραπάνω βαθμούς και γράψτε την βαθμολογία στα παρακάτω κουτιά.
Συνολική βαθμολογία(μέγιστη βαθμολογία 40 βαθμοί)

Γ. ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΜΕΤΑ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΕΣΤ

Αν η βαθμολογία σας είναι από 3 βαθμούς και πάνω, ίσως έχετε προβλήματα κατάποσης.
Σας προτείνουμε να συζητήσετε τα αποτελέσματα του τεστ με τον γιατρό σας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Beck's Depression Inventory - BDI

Αυτή η καταγραφή κατάθλιψης μπορεί να γίνει με αυτοαξιολόγηση. Η κλίμακα μέτρησης βρίσκεται στο τέλος του ερωτηματολογίου.

1.
 - 0 Δε νιώθω λυπημένος.
 - 1 Νιώθω λυπημένος.
 - 2 Είμαι λυπημένος συνέχεια και δε μπορώ να το ξεπεράσω.
 - 3 Είμαι τόσο λυπημένος και δυστυχισμένος που δεν το αντέχω.
2.
 - 0 Δεν είμαι ιδιαίτερα απογοητευμένος για το μέλλον.
 - 1 Νιώθω απογοητευμένος σχετικά με το μέλλον.
 - 2 Νιώθω ότι δεν έχω να ανυπομονώ για τίποτα.
 - 3 Νιώθω ότι δεν υπάρχει ελπίδα για το μέλλον και ότι τα πράγματα δε μπορούν να βελτιωθούν.
3.
 - 0 Δε νιώθω αποτυχία.
 - 1 Νιώθω ότι έχω αποτύχει περισσότερο από τον μέσο άνθρωπο.
 - 2 Καθώς κοιτάζω το παρελθόν μου, το μόνο που μπορώ να δω είναι πολλές αποτυχίες.
 - 3 Νιώθω μια ολοκληρωτική αποτυχία σαν άνθρωπος.
4.
 - 0 Παίρνω τόσο μεγάλη ικανοποίηση από τα πράγματα, όση συνήθιζα.
 - 1 Δεν απολαμβάνω πράγματα όπως συνήθιζα.
 - 2 Δεν παίρνω πραγματική ικανοποίηση από τίποτα πια.
 - 3 Είμαι δυσαρεστημένος ή βαριέμαι τα πάντα.
5.
 - 0 Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχος.
 - 1 Αισθάνομαι ένοχος αρκετή ώρα της ημέρας.
 - 2 Αισθάνομαι αρκετά ένοχος την περισσότερη ώρα.
 - 3 Αισθάνομαι ένοχος συνέχεια.
6.
 - 0 Δε νιώθω ότι τιμωρούμαι.
 - 1 Νιώθω ότι μπορεί να τιμωρούμαι.
 - 2 Περίμενα ότι θα τιμωρηθώ.
 - 3 Νιώθω ότι τιμωρούμαι.

- 7.
- 0 Δε νιώθω απογοητευμένος από τον εαυτό μου.
 - 1 Είμαι απογοητευμένος με τον εαυτό μου.
 - 2 Είμαι αηδιασμένος με τον εαυτό μου.
 - 3 Μισώ τον εαυτό μου.
- 8.
- 0 Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από οποιονδήποτε άλλο.
 - 1 Κάνω κριτική στον εαυτό μου για τις αδυναμίες και τα λάθη μου.
 - 2 Κατηγορώ συνέχεια τον εαυτό μου για τα λάθη μου.
 - 3 Κατηγορώ τον εαυτό μου για οτιδήποτε κακό συμβαίνει.
- 9.
- 0 Δε σκέφτομαι να αυτοκτονήσω.
 - 1 Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω, αλλά δε θα τον κάνω.
 - 2 Θα ήθελα να αυτοκτονήσω.
 - 3 Θα αυτοκτονούσα αν μου δινόταν η ευκαιρία.
- 10.
- 0 Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.
 - 1 Τώρα κλαίω περισσότερο από ότι συνήθιζα.
 - 2 Κλαίω συνέχεια τώρα.
 - 3 Μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα δε μπορώ παρόλο που το θέλω.
- 11.
- 0 Δεν είμαι περισσότερο ενοχλημένος από πράγματα από ότι ήμουν ποτέ.
 - 1 Τώρα είναι λίγο πιο ενοχλημένος από το συνηθισμένο.
 - 2 Είμαι αρκετά ενοχλημένος για μεγάλη περίοδο.
 - 3 Νιώθω ενοχλημένος συνέχεια.
- 12.
- 0 Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους.
 - 1 Ενδιαφέρομαι λιγότερο από ότι συνήθιζα για άλλους ανθρώπους.
 - 2 Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους.
 - 3 Έχω χάσει όλο μου το ενδιαφέρον για άλλους ανθρώπους.
- 13.
- 0 Λαμβάνω αποφάσεις τόσο καλά όσο μπορούσα πάντα.
 - 1 Αναβάλλω τη λήψη αποφάσεων περισσότερο από ότι συνήθιζα.
 - 2 Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων σε σχέση με παλιά.
 - 3 Δε μπορώ πλέον να παίρνω αποφάσεις.
- 14.
- 0 Δεν αισθάνομαι ότι φαίνομαι χειρότερα σε σχέση με παλιά.
 - 1 Ανησυχώ ότι φαίνομαι γέρος ή μη ελκυστικός.
 - 2 Νιώθω ότι υπάρχουν μόνιμες αλλαγές στην εμφάνιση μου που με κάνουν να δείχνω μη ελκυστικός.
 - 3 Πιστεύω ότι φαίνομαι άσχημος.

- 15.
- 0 Μπορώ να δουλέψω όπως και πριν.
 - 1 Χρειάζεται παραπάνω προσπάθεια για να ξεκινήσω να κάνω κάτι.
 - 2 Πρέπει να πιέσω πολύ σκληρά τον εαυτό μου για να κάνω οτιδήποτε.
 - 3 Δε μπορώ να κάνω καμία δουλειά.
- 16.
- 0 Μπορώ να κοιμηθώ όπως παλιά.
 - 1 Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθιζα.
 - 2 Ξυπνάω 1-2 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
 - 3 Ξυπνάω αρκετές ώρες νωρίτερα από ότι συνήθιζα και δε μπορώ να ξανακοιμηθώ.
- 17.
- 0 Δεν κουράζομαι περισσότερο από ότι συνήθιζα.
 - 1 Κουράζομαι πιο εύκολα από ότι συνήθιζα.
 - 2 Κουράζομαι όταν κάνω το οτιδήποτε.
 - 3 Είμαι πολύ κουρασμένος για να κάνω το οτιδήποτε.
- 18.
- 0 Η όρεξη μου δεν είναι χειρότερη από πριν.
 - 1 Η όρεξη μου δεν είναι τόσο καλή όσο συνήθιζε να είναι.
 - 2 Η όρεξη μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
 - 3 Δεν έχω καθόλου όρεξη πια.
- 19.
- 0 Δεν έχω χάσει πολύ βάρος, μπορεί και καθόλου, πρόσφατα.
 - 1 Έχω χάσει περισσότερα από πέντε κιλά.
 - 2 Έχω χάσει περισσότερα από δέκα κιλά.
 - 3 Έχω χάσει περισσότερα από δεκαπέντε κιλά.
- 20.
- 0 Δεν ανησυχώ περισσότερο από ότι συνήθως για την υγεία μου.
 - 1 Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα όπως πόνους, στομαχικές διαταραχές ή δυσκοιλιότητα.
 - 2 Ανησυχώ πολύ για σωματικά προβλήματα και είναι δύσκολο να σκεφτώ πολλά άλλα.
 - 3 Είμαι τόσο ανήσυχος για τα σωματικά μου προβλήματα που δε μπορώ να σκεφτώ τίποτα άλλο.
- 21.
- 0 Δεν έχω παρατηρήσει καμία πρόσφατη αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για σεξ.
 - 1 Ενδιαφέρομαι λιγότερο από ότι συνήθιζα για σεξ.
 - 2 Δεν έχω σχεδόν κανένα ενδιαφέρον για το σεξ.
 - 3 Έχω χάσει εντελώς το ενδιαφέρον μου για σεξ.

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ BECK

Τώρα που ολοκλήρωσες το ερωτηματολόγιο, πρόσθεσε το σκορ καθεμίας από τις είκοσι μια ερωτήσεις μετρώντας τον αριθμό που βρίσκεται αριστερά από κάθε ερώτηση που σημείωσες. Το υψηλότερο δυνατό σύνολο για ολόκληρο το τεστ θα ήταν εξήντα τρία. Αυτό θα σήμαινε ότι κύκλωσες τον αριθμό τρία σε όλες τις είκοσι μία ερωτήσεις. Δεδομένου ότι η χαμηλότερη πιθανή βαθμολογία για κάθε ερώτηση είναι μηδέν, η χαμηλότερη δυνατή βαθμολογία για το τεστ θα ήταν μηδέν. Αυτό θα σήμαινε ότι κύκλωσες μηδέν σε κάθε ερώτηση. Μπορείς να αξιολογήσεις την κατάθλιψη σου σύμφωνα με τον πίνακα παρακάτω.

Συνολική Βαθμολογία _____ Επίπεδα Κατάθλιψης

1-10 _____ Αυτά τα скаμπανεβάσματα θεωρούνται φυσιολογικά

11-16 _____ Ήπια διαταραχή διάθεσης

17-20 _____ Οριακή κλινική κατάθλιψη

21-30 _____ Μέτρια κατάθλιψη

31-40 _____ Σοβαρή κατάθλιψη

Πάνω από 40 _____ Εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Functional Oral Intake Scale

(Crary, Mann & Groher, 2005)

TUBE DEPENDENT (levels 1-3)

- 1 No oral intake
- 2 Tube dependent with minimal/inconsistent oral intake
- 3 Tube supplements with consistent oral intake

TOTAL ORAL INTAKE (levels 4-7)

- 4 Total oral intake of a single consistency
- 5 Total oral intake of multiple consistencies requiring special preparation
- 6 Total oral intake with no special preparation, but must avoid specific foods or liquid items
- 7 Total oral intake with no restrictions