

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΤΙΤΛΟΣ: Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΠΟΥ Η ΔΥΣΦΑΓΙΑ
ΠΡΟΞΕΝΕΙ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ .**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΡΦΑΡΑ ΜΑΡΙΑ – ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
ΟΙΚΟΥΤΑ ΤΣΑΜΠΚΑ**

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΛΑΤΡΑ ΙΩΑΝΝΑ

ΠΑΤΡΑ 2015

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια των σπουδών στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, στο τμήμα Λογοθεραπείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το εαρινό εξάμηνο του έτους 2015, στην Ρόδο, υπό την επίβλεψη της λογοπαθολόγου Ιωάννας Μαλατρά.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται να διερευνηθεί το πώς επηρεάζουν τα προβλήματα κατάποσης την ποιότητα ζωής των ατόμων. Για τον λόγο αυτόν χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια το Dysphagia Handicap Index (DHI) & Eating Assessment tool - 10 (EAT-10).

Αναλυτικότερα, τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν αφορούσαν :

α) την αξιολόγηση της εγκυρότητας των ερωτηματολογίων DHI και EAT-10 στον ελληνικό πληθυσμό,

β) τη διερεύνηση της επίδρασης των προβλημάτων κατάποσης στην ποιότητα ζωής ,

-και γ) την επιρροή στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου λόγω δυσκολίας στη κατάποση από τα κοινωνικό – δημογραφικά του χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα για την υλοποίηση της έρευνας ακολουθήθηκαν τα εξής βήματα: αρχικά μετάφραση των δυο ερωτηματολογίων και μετέπειτα εντοπισμό του κατάλληλου πληθυσμού.

Το δείγμα των φυσιολογικών ατόμων αποτελούνταν από 120 άτομα χωρισμένα σε έξι ηλικιακές ομάδες των 20 ατόμων η καθεμία, 10 άντρες και 10 γυναίκες η εκάστη. Οι ηλικιακές ομάδες ήταν:18-30,30-45,45-55,55- 65,65-75 και 75 και άνω. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν και σε μία ομάδα ασθενών τεσσάρων ατόμων, με τις εξής διαταραχές: προβλήματα κατάποσης λόγω νευρολογικών επιληπτικών κρίσεων, καρδιαγγειακά προβλήματα ,νόσος του Parkinson, κακοήθης όγκος στον θυρεοειδή αδένα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν αξιοπιστία των δυο ερωτηματολογίων βάση του συντελεστή Cronbach Alpha (α) . Ειδικότερα, ο συντελεστής για το σύνολο του ερωτηματολογίου DHI βρέθηκε : $\alpha = 0.950$, ενώ για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου αυτού βρέθηκαν $\alpha = 0.916$; $\alpha = 0.787$; $\alpha = 0.983$ αντίστοιχα για την λειτουργική, φυσική και συναισθηματική. Ομοίως για το ερωτηματολόγιο EAT-10 ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach Alpha, εμφανίζει επίσης υψηλή τιμή ($\alpha = 0.874$). Επομένως , τα ερωτηματολόγια βρέθηκαν έγκυρα στον ελληνικό πληθυσμό.

Μετέπειτα , βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση, τόσο μεταξύ των ερωτηματολογίων DHI και EAT – 10 ($r = 0.940$; $p < 0.01$) , όσο και μεταξύ του ερωτηματολογίου EAT-10 και των υποκλιμάκων του DHI και συγκεκριμένα: λειτουργική ($r = 0.869$; $p < 0.01$), φυσική ($r = 0.879$; $p < 0.01$) και συναισθηματική ($r = 0.917$; $p < 0.01$). Επίσης, βρέθηκε μη στατιστική σημαντική διακύμανση στις βαθμολογίες των δύο ερωτηματολογίων σε ότι αφορά το φύλο και συγκεκριμένα για την κλίμακα DHI (λειτουργική $t = -0.862$; $p > 0.05$; φυσική $t = -1.303$; $p > 0.05$; συναισθηματική $t = -0.035$; $p > 0.05$) και το συνολικό βαθμό DHI ($t = -0.822$; $p > 0.05$), όσο και για την κλίμακα EAT – 10 ($t = -0.803$; $p > 0.05$), την μόρφωση ομοίως : DHI ($t =$

1.155; $p > 0.05$) και EAT-10 ($t = 0.748$; $p > 0.05$) , το ίδιο ισχύει και για τις υποκλίμακες της DHI (λειτουργική $t = 0.414$; $p > 0.05$; φυσική $t = 2.006$; $p > 0.05$; συναισθηματική $t = 0.883$; $p > 0.05$) και τέλος το επάγγελμα : DHI ($t = 2.051$; $p > 0.05$) και EAT-10 ($t = 1.639$; $p > 0.05$), αλλά και για τις υποκλίμακες της DHI (λειτουργική $t = 1.593$; $p > 0.05$; φυσική $t = 1.841$; $p > 0.05$; συναισθηματική $t = 2.142$; $p > 0.05$) .Ωστόσο παρατηρήθηκε θετική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της φυσικής υποκλίμακας του ερωτηματολογίου DHI ($r = 0.181$; $p < 0.05$), η οποία ωστόσο είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5%., δηλαδή τα προβλήματα φυσικής (σωματικής) φύσεως που προκαλούνται από τη δυσφαγία αυξάνονται όσο αυξάνεται και η ηλικία των ατόμων.

Συνεπώς , σε ασθενείς με δυσφαγία, οι επιπτώσεις της ασθένειας επηρεάζουν μερικές από τις πιο σημαντικές ανθρώπινες λειτουργίες, μεταξύ των οποίων την προφορική επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση, αλλά και βασικές ζωτικές λειτουργίες, όπως την αναπνοή και την πρόσληψη τροφής. Η μελέτη αυτών των επιπτώσεων και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, παρέχει πολύτιμες πληροφορίες στους ειδικούς σχετικά με την επιτυχία ή την αποτυχία της θεραπείας. Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη φανέρωσε ότι η δυσφαγία, επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, λόγω των διαφόρων προβλημάτων λειτουργικής, φυσικής και συναισθηματικής φύσεως που προκαλούνται.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

i) Εισαγωγή	5
ii) Κεφάλαιο 1 ^ο - Συσχέτιση δυσφαγίας, ποιότητας ζωής και ερωτηματολογίων	
1.1 Ορισμός Δυσφαγίας.....	6
1.2 Φυσιολογικός μηχανισμός κατάποσης.....	6
1.3 Κρανιακά νεύρα που συμμετέχουν στην κατάποση	7
1.4 Ο ρόλος των Λογοθεραπευτών στη ζωή των Δυσφαγικών ασθενών	7
1.5 Οι επιπτώσεις της Δυσφαγίας στη ζωή των ασθενών	8
1.6 Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς μέσω ερωτηματολογίων	9
1.7 Η Μεταφορά των ερωτηματολογίων DHI και EAT 10 σε άλλες χώρες	15
1.8 Σκοπός της παρούσας μελέτης.....	17
iii) Κεφάλαιο 2 ^ο - μεθοδολογία έρευνας	
2.1 Εισαγωγή.....	18
2.2 Καθορισμός των ερευνητικών στόχων.....	18
2.3 Σχεδιασμός των ερωτηματολογίων.....	18
2.4 Εντοπισμός Πληθυσμού.....	18
2.5 Περίοδος και διάρκεια διεξαγωγής έρευνας.....	19
2.6 Ερευνητικοί περιορισμοί	19
2.7 Τόπος διεξαγωγής πειράματος.....	20
2.8 Τρόπος διεξαγωγής πειράματος/έρευνας - Ακριβής διεξαγωγή.....	20
2.9 Συλλογή ερευνητικών στοιχείων.....	22
2.10 Είδος Έρευνας.....	22
2.11 Τρόπος ανάλυσης έρευνας.....	23
iv) Κεφάλαιο 3 ^ο : Αποτελέσματα έρευνας	
3.1 Δημογραφικό προφίλ.....	24
3.2 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων.....	26
3.2.1 Ερωτηματολόγιο Dysphagia Handicap Index (DHI).....	26
3.2.2 Ερωτηματολόγιο Eating Assessment Tool (EAT-10).....	27
3.3 Περιγραφική ανάλυση	
3.3.1. Ερωτηματολόγιο Dysphagia Handicap Index (DHI).....	27
3.3.2 Ερωτηματολόγιο Eating Assessment Tool (EAT-10).....	31
3.4 Επαγωγική ανάλυση	
3.4.1. Διαφορές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Dysphagia Handicap Index (DHI).....	32
3.4.2. Διαφορές για το ερωτηματολόγιο Eating Assessment Tool (EAT-10).....	33
3.4.3. Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων DHI και EAT-10.....	33
3.4.4. Διαφορές στις κλίμακες DHI και EAT-10 ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	34

ν) Κεφάλαιο 4 ^ο - Συζήτηση, συμπεράσματα, προτάσεις	
4.1 Συζήτηση	44
4.2 Συμπεράσματα	45
4.3 Περιορισμοί και Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες	46
vi) Βιβλιογραφία.....	47
vii) Παράρτημα	
Ερευνητικό Πρωτόκολλο.....	50

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει θέμα την επιβάρυνση που η δυσφαγία προξενεί στην ζωή των ατόμων με προβλήματα κατάποσης. Η ποιότητα ζωής των ατόμων είναι μια κατάσταση, την οποία βιώνει το άτομο καθημερινά και αυτό πραγματοποιείται μέσω των απλών καθημερινών δραστηριοτήτων. Μία από τις πιο συχνές δραστηριότητες είναι και η απόλαυση του φαγητού. Πέρα όμως από την απόλαυση, υπάρχει και η έννοια της ανάγκης. Κάθε άτομο είναι αναγκαίο να τρέφεται σωστά, προκειμένου να αντλεί την κατάλληλη ενέργεια και να ανταπεξέρχεται στις καθημερινές του δραστηριότητες. Έχουν πραγματοποιηθεί παρόμοιες μελέτες, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν τα προβλήματα κατάποσης επηρεάζουν τα άτομα, τόσο ως προς την απόλαυση, όσο και ως προς την ενέργεια που χρειάζεται για τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν κατά καιρούς σε διάφορες χώρες, είχαν ως αποτέλεσμα την επιβεβαίωση των ερευνητικών ερωτημάτων. Συγκεκριμένα, κυρίως με τη χρήση διαφόρων ερωτηματολογίων σχετικά με την κατάποση, βρέθηκε πως τα προβλήματα κατάποσης επηρεάζουν όχι μόνο τη διαδικασία της κατάποσης ως φυσικό μηχανισμό αλλά και την ψυχολογία του εκάστοτε ασθενή, και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής.

Επομένως, η παρούσα έρευνα έχει ως βάση της δυο ερωτηματολόγια. Πρόκειται για το Dysphagia Handicap Index (DHI) (Silbergleit et al., 2012) και το Eating Assessment tool – 10 (EAT-10) (Belafsky et al., 2008), τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί και σταθμιστεί και σε άλλες χώρες. Το DHI έχει μεταφραστεί στα Πορτογαλικά, στα Αραβικά, στα Περσικά και στα Γερμανικά. Σκοπός των ερευνών στις παραπάνω χώρες, ήταν η προσαρμογή μιας εκδοχής του DHI στην εκάστοτε χώρα και γλώσσα (Faezeh et al., 2015) καθώς και η εκτίμηση του κύρους, της αξιοπιστίας και της συνέπειας του ερωτηματολογίου στον εκάστοτε πληθυσμό με προβλήματα κατάποσης (Bua et al., 2014). Από την άλλη το EAT-10 είναι ένα έγκυρο, αξιόπιστο ειδικό εργαλείο για την ανίχνευση και την περιγραφή των συμπτωμάτων της δυσφαγίας (Belafsky et al., 2008). Η συγκεκριμένη λοιπόν έρευνα ασχολείται με την εγκυρότητα των δύο ερωτηματολογίων, του DHI και του EAT-10, στον ελληνικό πληθυσμό. Όπως φαίνεται και απ' τον τίτλο, η εργασία πραγματεύεται την επιβάρυνση που η δυσφαγία προξενεί στην ζωή των ασθενών με προβλήματα κατάποσης. Αυτό θα διαπιστωθεί, αφού πρώτα επιβεβαιωθεί η εγκυρότητα στην κλινική πρακτική των δύο ερωτηματολογίων. Αφού διαπιστωθούν τα παραπάνω, θα απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που αναφέρονται παρακάτω αναλυτικότερα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο - ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ, ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

1.1 Ορισμός Δυσφαγίας

Η δυσφαγία είναι η διαταραχή κατάποσης σε οποιοδήποτε στάδιο της (Πρώιου , 2003) . Συγκεκριμένα , είναι η καθυστέρηση ή λάθος κατεύθυνση μεταφοράς της στερεάς τροφής ή / και των υγρών από τη στοματική κοιλότητα στο στομάχι (Καμπανάρου , 2007) .

Η λήψη τροφής από το στόμα εξυπηρετεί αφενός μεν την θρέψη και την ενυδάτωση , αφετέρου δε συμβάλλει στην απόλαυση της ζωής και στην κοινωνική ενσωμάτωση (Buchholz,1996) .

Οφείλεται κυρίως σε μυϊκή αδυναμία, μυϊκό αποσυντονισμό, χαμηλό επίπεδο γνωστικών λειτουργιών, ή έλλειψη κινήσεων ή δομών εξαιτίας τραυματισμού, λόγω του ότι προσβάλλεται το μέρος του εγκεφάλου που ρυθμίζει τη λειτουργία της κατάποσης ή τα κρανιακά νεύρα που συνδέονται με αυτήν. Η δυσφαγία μπορεί να παρατηρηθεί σε όλες τις ηλικίες, από τη βρεφική έως την τρίτη ηλικία , ενώ η έκταση του προβλήματος ποικίλει, από μία μικρή δυσχέρεια έως την πλήρη αδυναμία καταπόσεως (Πρώιου , 2003 , Καμπανάρου , 2007) . Εκτιμάται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι κάποια στιγμή στη ζωή τους αντιμετωπίζουν για μικρό χρονικό διάστημα αυτό το πρόβλημα, αλλά και ένα ποσοστό ανθρώπων που πλησιάζει το 10% αναγκάζονται να ζήσουν σε χρόνια βάση με τα προβλήματα αυτά, ιδιαίτερα στις μεγάλες ηλικίες (Καμπανάρου, 2007).

1.2 Φυσιολογικός Μηχανισμός Κατάποσης

Η φυσιολογική κατάποση πραγματοποιείται σε 4 φάσεις (Logemann , 1983) : Τη στοματική –προπαρασκευαστική, τη στοματική , τη φαρυγγική και την οισοφαγική . Οι δύο πρώτες φάσεις είναι εκούσιες , ενώ οι επόμενες δύο είναι ακούσιες .

1. Στοματική – Προπαρασκευαστική Φάση

Στο στάδιο αυτό γίνονται οι προετοιμασίες για την ενεργοποίηση της κατάποσης . Αρχικά , η τροφή προσλαμβάνεται κ ελέγχεται από ειδικούς υποδοχείς σ' ότι αφορά την γεύση , την οσμή , την θερμοκρασία και τον όγκο . Στη συνέχεια , η τροφή τεμαχίζεται από τα δόντια , αναμειγνύονται με σίελο και σχηματίζουν τον βλωμό. Ο μέσος όγκος του βλωμού είναι κατά μέσο όρο 5 - 20 ml.

2. Στοματική Φάση

Στην εκουσίως στοματική φάση ο βλωμός προωθείται στο στοματοφάρυγγα και η φάση τελειώνει με την έκλυση του αντανεκλαστικού κατάποσης . Αυτό σημαίνει ότι , οι θεραπευτικές παρεμβάσεις του λογοθεραπευτή γίνονται ως επί το πλείστον στα πρώτα δύο στάδια σε σχέση με τα άλλα δύο ακούσια στάδια.

3. Φαρυγγική Φάση

Η πολύπλοκη φαρυγγική φάση ξεκινά με την έκλυση του αντανεκλαστικού κατάποσης λήγει με την διάνοιξη του ανώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα και διαρκεί 0,7 – 1 δευτερόλεπτα (Cunningham et al. ,1990)

4. Οισοφαγική Φάση

Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο ο βλωμός μεταφέρεται προς τα κάτω μέσα στον οισοφάγο και καταλήγει στο στομάχι (Καμπανάρου, 2007). Το στάδιο αυτό αρχίζει, με τη σύγκλιση του φαρυγγο-οισοφαγικού τμήματος και διαρκεί περίπου 8-20 δευτερόλεπτα (Bigenzahn & Denk, 2007).

1.3 Κρανιακά Νεύρα που συμμετέχουν στη Κατάποση

Η γνώση της λειτουργίας των κρανιακών νευρών είναι σημαντική για τον λογοθεραπευτή και τους ειδικούς της διεπιστημονικής ομάδας, καθώς τα κρανιακά νεύρα είναι μέρος του περιφερειακού νευρικού συστήματος και οι δυσλειτουργίες τους επηρεάζουν την ικανότητα ομιλίας και σίτισης (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001β).

Τα κρανιακά νεύρα λοιπόν που συμμετέχουν στις φάσεις κατάποσης είναι τα εξής :

1. Τρίδυμο (V) : Είναι πρωταρχικά το γενικό αισθητικό νεύρο του προσώπου. Άνοιγμα – κλείσιμο στόματος. Έκταση τυμπανικής μεμβράνης.
2. Προσωπικό (VII) : Το προσωπικό νεύρο είναι υπεύθυνο για τις εκφράσεις του προσώπου και για τη γεύση (Cichero & Murdoch, 2006, Ιωαννίδης, 2008). Επίσης έκκριση σιέλου και δακρύων.
3. Γλωσσοφαρυγγικό (IX) : Το νεύρο αυτό είναι σημαντικό για τη γεύση και την κατάποση. Εννευρώνει τον στυλοφαρυγγικό μυ και συμβάλει στην ανύψωση του φάρυγγα και του λάρυγγα. Μεταφέρονται, επίσης, γευστικές πληροφορίες στο πίσω μέρος της γλώσσας (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001β).
4. Πνευμονογαστρικό(X) : Το πνευμονογαστρικό είναι το κύριο, κινητικό νεύρο της καρδιάς, του αναπνευστικού συστήματος και μέρος του πεπτικού συστήματος. Πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό νεύρο καθώς εννευρώνει πολλές απομακρυσμένες μεταξύ τους περιοχές. Οι περιοχές αυτές είναι: οι συσφιγκτήρες μύες του φάρυγγα, οι εσωτερικοί μύες του λάρυγγα, οι βρόγχοι, ο οισοφάγος, η καρδιά, το στομάχι, το λεπτό έντερο και ένα μέρος του παχέος εντέρου. Εννευρώνει, επίσης, τους υπερωϊκούς μύες (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001β).
5. Υπογλώσσιο (XII) : Το υπογλώσσιο νεύρο είναι υπεύθυνο για όλες τις κινήσεις που μπορεί να κάνει η γλώσσα και τροφοδοτεί όλους τους εσωτερικούς τις μύες (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001β).

1.4 Ο ρόλος των Λογοθεραπευτών στη ζωή των Δυσφαγικών ασθενών

Οι λογοθεραπευτές εισβάλλουν στη ζωή των ασθενών με προβλήματα κατάποσης και ασχολούνται :

1^{ov}) Με την οργανική φύση των προβλημάτων κατάποσης όπως διαταραχές στα 2 πρώτα στάδια κατάποσης και

2^{ov}) με την κοινωνικό- λειτουργική φύση των προβλημάτων κατάποσης.

Σύμφωνα με την δεύτερη , λοιπόν , λόγω των οργανικών προβλημάτων , δημιουργούνται στους ασθενείς διάφορες κοινωνικές δυσκολίες που αφορούν την καθημερινή τους ζωή , όπως για παράδειγμα μειωμένες κοινωνικές επαφές λόγω της δυσκολίας τους να φάνε σε δημόσιο χώρο ακόμα και να πιουν έναν καφέ. Οι λογοθεραπευτές πρέπει να λαμβάνουν υπόψιν τους τις κοινωνικές ανάγκες των ασθενών καθώς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση και την θεραπεία τους.

1.5 Οι επιπτώσεις της Δυσφαγίας στη ζωή των ασθενών

Ένας απλός ορισμός της ποιότητας ζωής είναι η ικανοποίηση και ευεξία που βιώνει ένα άτομο σε καθημερινή βάση. Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια, εξατομικευμένη και πολύ προσωπική , η οποία είναι μοναδική στην αντίληψη του κάθε ατόμου για την κατάσταση του. Οι διαταραχές κατάποσης έχει αποδειχθεί ότι έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην παγκόσμια ποιότητα ζωής .

Πολλές από τις δραστηριότητες που προσθέτουν ποιότητα στη ζωή μας βασίζεται γύρω από κοινωνικές δραστηριότητες , οι οποίες συχνά περιλαμβάνουν το φαγητό. Η δυσφαγία δημιουργεί δυσκολία στη διαδικασία του φαγητού ή κινδύνους για την υγεία.

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με δυσφαγία μπορεί να συνεχίσουν να φάνε κάτι με ασφάλεια,ο φόβος του φαγητού ή η προσπάθεια που απαιτείται μπορεί να μειώσει σημαντικά την απόλαυση του. Η αμηχανία του ατόμου μπορεί να αλλάξει τα μέρη που συνήθιζε να τρώει και να περιορίσει τις κοινωνικές δραστηριότητες. Βραδύτητα και κόπωση στη διατροφή μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα του φαγητού.

Γενικά η ποιότητα ζωής αποτελεί μια κατάσταση φυσικής , ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας που περιλαμβάνει την ικανότητα του ασθενή να εκπληρώνει ικανοποιητικά για τον ίδιο τις καθημερινές του δραστηριότητες . Επιπλέον ,η ποιότητα ζωής του ασθενή αφορά την ικανοποίηση του ως προς την αίσθηση του ελέγχου για την ασθένεια του και τα συμπτώματα που αυτή προκαλεί.

Σε ασθενείς με προβλήματα κατάποσης οι επιπτώσεις της δυσφαγίας επηρεάζουν μερικές από τις πιο ανθρώπινες σημαντικές λειτουργίες , μεταξύ των οποίων βασικές ζωτικές λειτουργίες όπως η πρόληψη τροφής αλλά και η αναπνοή αλλά και την κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία (Graeff et al. , 1999) .

Επομένως παράλληλα με τις συνέπειες που επιφέρει η διαταραχή στην υγεία του ασθενή δεν πρέπει να υποτιμηθεί η ψυχοκοινωνική της διάσταση . Ένας ασθενής που βήχει συχνά κατά την διάρκεια του γεύματος δεν μπορεί πλέον να απολαύσει και να συμμετέχει σε ένα τόσο σημαντικά κοινωνικό γεγονός . Το αποτέλεσμα είναι να αποσύρεται κοινωνικά και να οδηγείται στην εσωστρέφεια .

Έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες κατά καιρούς για να εντοπιστούν τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που δημιουργούνται σε ασθενείς με οποιαδήποτε μορφή διαταραχής κατάποσης και για να διερευνηθεί η διατάραξη των ισορροπιών στη κοινωνική τους ζωή.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 360 ασθενείς με διάφορα προβλήματα κατάποσης , σοβαρά και μη , για τις κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της δυσφαγίας σε νοσοκομεία και κλινικές στην Γερμανία , Γαλλία , Ισπανία και Αγγλία παρατηρήθηκε ότι : πάνω από το 50 % των ασθενών ισχυρίστηκε ότι τρώνε λιγότερο , με το 44 % αυτών να έχουν υποστεί απώλεια βάρους κατά την διάρκεια των 12 πρώτων μηνών. Το 36 % των ασθενών δεν γνώριζε για το ότι μπορεί να λάβει μια ειδική θεραπεία για αυτά τα προβλήματα

κατάποσης . Μόνο το 32% επιβεβαίωσε ότι λαμβάνει συγκεκριμένη θεραπεία από εξειδικευμένους λογοθεραπευτές . Οι περισσότεροι άνθρωποι με δυσφαγία πίστευαν ότι η κατάσταση τους είναι ανίατη . Μόνο το 39 % των πασχόντων πίστευαν ότι οι δυσκολίες στην κατάσταση τους μπορούν να αντιμετωπιστούν. Το 84% των ασθενών πίστευε ότι η κατανάλωση φαγητού θα έπρεπε να είναι ευχάριστη εμπειρία, αλλά μόνο το 45 % βρήκε πως πράγματι είναι έτσι για τον εαυτό του. Επιπλέον το 41 % των ασθενών δήλωσαν ότι βίωναν άγχος ή κρίσεις πανικού κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Πάνω από το 1/3 (36%) των ασθενών ανέφεραν ότι απέφευγαν να τρώνε με τους άλλους εξαιτίας της δυσφαγίας τους. Σ' ένα μεγάλο βαθμό ο ηλικιωμένος πληθυσμός αποδέχτηκε την δυσφαγία ως ανίατο μέρος της διαδικασίας γήρανσης (Ekberg et al. , 2002) .

Έτσι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής , γίνεται φανερό το πόσο πολύ επηρεάζει η διαταραχή κατάποσης την ψυχολογία των ασθενών και κατά συνέπεια την κοινωνική τους ζωή. Έρευνες τέτοιου τύπου βοηθάνε στην κατανόηση του ψυχολογικού κόσμου των ασθενών αυτών, και των γενικότερων κοινωνικο- συναισθηματικών προβλημάτων που αυτές προκαλούν, και σίγουρα για να είναι μια θεραπεία αποκατάστασης των προβλημάτων κατάποσης επιτυχής πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και αυτοί οι δυο επιβαρυντικοί παράγοντες .

Οι κλινικοί λογοθεραπευτές, πρέπει να σημειωθεί πως αν και πρέπει να είναι ενήμεροι για τις αρνητικές επιπτώσεις της δυσφαγίας στην αυτοεκτίμηση , την κοινωνικοποίηση και την απόλαυση της ζωής, οι ερωτήσεις που θα γίνουν στους ασθενείς θα πρέπει να είναι προσεκτικές και να αξιολογούν τον αντίκτυπο της συγκεκριμένης κατάστασης στη ζωή του κάθε ενός από αυτούς .

Συνοπτικά , η δυσφαγία έχει μια αρνητική επίδραση σ' όλες τις πτυχές της ζωής ενός ατόμου , συμπεριλαμβανομένης της εργασίας , της αναψυχής και των κοινωνικών καταστάσεων. Όλο και περισσότερο, οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας πρέπει να δίνουν έμφαση στη σημασία της ποιότητας καθώς και στη μακροβιότητα της ζωής. Το να είναι κάποιος υγιής περιλαμβάνει έναν στόχο ότι η υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να βελτιώσει όχι μόνο το μήκος της ζωής αλλά και την ποιότητα της ζωής.

Υπάρχουν πολλά μέσα που έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε διαφορετικές ομάδες και σε μελέτες των ατόμων με δυσφαγία. Μερικά είναι πολύ γενικά και σε σχέση με τα παγκόσμια ζητήματα υγείας ενώ λιγότερα είναι εξειδικευμένα σε συγκεκριμένες ασθένειες.

Μερικά από αυτά έχουν σχεδιαστεί και επικυρωθεί για να αντιμετωπιστούν συγκεκριμένες διαταραχές κατάποσης αλλά και οι επιπτώσεις της δυσφαγίας στην ποιότητα ζωής.

1.6 Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς μέσω ερωτηματολογίων . (Belafsky et al. , 2008 , Silbergleit et al. , 2012)

Όπως προαναφέρθηκε , αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο η αλλαγή στη ποιότητα ζωής των ασθενών λόγω των προβλημάτων κατάποσης τους , για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε η ανάγκη για διερεύνηση της , μέσω συγκεκριμένων ερωτηματολογίων. Ακολουθεί παρουσίαση και ανάλυση διαφόρων ερωτηματολογίων :

1) SWAL – QOLKAISWAL – CARE

Είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την μέτρηση των αποτελεσμάτων των επιπτώσεων της δυσφαγίας στην ποιότητα ζωής. Αξιολογεί τις προσδοκίες του ασθενούς σχετικά με την θεραπεία και την ασθένεια του και είναι το 1^ο εργαλείο που δημιουργήθηκε ειδικά για τις διαταραχές κατάποσης .

Συγκεκριμένα το SWAL – QOL είναι ένα εργαλείο 44 στοιχείων που περιέχει 11 υποκλίμακες που αφορούν την ποιότητα ζωής και το SWAL – CARE είναι ένα εργαλείο 15 στοιχείων που αξιολογεί την ποιότητα της περίθαλψης και την ικανοποίηση των ασθενών.

Το SWAL – QOL ασχολείται με τα εξής θέματα : την επιθυμία των ασθενών για φαγητό , τη συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων δυσφαγίας , την ψυχική υγεία , τις κοινωνικές ανησυχίες που σχετίζονται με προβλήματα κατάποσης , την επιλογή του φαγητού , το φόβο που σχετίζεται με το φαγητό και το γενικότερο βάρος στις ζωές των ασθενών. Το SWAL-QOL, θεωρείται ως ο χρυσός κανόνας για τον καθορισμό της ποιότητας της ζωής σε άτομα με στοματοφαρυγγική δυσφαγία. Αυτό το εργαλείο παρουσιάζει καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και βραχυπρόθεσμη αναπαραγωγικότητα . Η ελάχιστη και μέγιστη βαθμολογία ανά υποκλίμακα είναι μηδέν και 100, υποδεικνύοντας μία εξαιρετικά εξασθενημένη ποιότητα ζωής στο (0) έναντι καμίας δυσλειτουργίας στο (100), όπως βιώνεται από το άτομο.

Παρά το γεγονός ότι το SWAL-QOL χρησιμοποιείται κοινώς στην έρευνα, η εφαρμογή του στην καθημερινή κλινική πρακτική είναι περιορισμένη καθώς οι κλινικοί ιατροί χρειάζονται ένα σύντομο, εύχρηστο ερωτηματολόγιο για έλεγχο .

Ενώ το SWAL – CARE ασχολείται με : τις συστάσεις που γίνονται στους ασθενείς σχετικά με τα τρόφιμα και τα υγρά , τη θεραπεία της δυσφαγίας και την ικανοποίηση των ασθενών από τη θεραπεία αυτή .

Τα εργαλεία αυτά είναι συμπληρωματικά και χαρακτηρίζονται ως εργαλεία διαλογής. Οι λογοθεραπευτές μπορούν να τα χρησιμοποιήσουν για να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής και την ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με αυτήν , καθώς και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη φροντίδα για τα άτομα με δυσφαγία.

2) MDADI : MD ANDERSON DYSPHAGIA INVENTORY (ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ)

Το MDADI ήταν το 1^ο έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς , το οποίο έχει σχεδιαστεί ειδικά για να αξιολογηθεί η δυσφαγία και η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο κεφαλής και λαιμού .

Το MDADI αποτελείται από 20 ερωτήσεις. Εκτός από μια καθολική αξιολόγηση (ένα μόνο ερώτημα), περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες: τη συναισθηματική υποκλίμακα (8 στοιχεία), τη λειτουργική υποκλίμακα (5 στοιχεία), και τη σωματική υποκλίμακα (6 στοιχεία). Η συνολική εκτίμηση αναφέρεται στη δυσκολία κατάποσης του ατόμου που επηρεάζει τη συνολική καθημερινή ρουτίνα ενός ατόμου. Οι συναισθηματικές, λειτουργικές και σωματικές υποκλίμακες αναφέρονται στη συναισθηματική απόκριση του ατόμου στη διαταραχή κατάποσης, στην επίδραση της διαταραχής στις καθημερινές δραστηριότητες, και στην αυτοαντίληψη των δυσκολιών στην κατάποση, αντίστοιχα .

Χρησιμοποιώντας μια κλίμακα πέντε σημείων (1-5), η ελάχιστη συνολική βαθμολογία είναι 20 και η μέγιστη 100. Στην αρχική έκδοση του MDADI, όλα εκτός από δύο στοιχεία βαθμολογήθηκαν ως ότι οι υψηλότερες βαθμολογίες ανέφεραν υψηλότερη λειτουργία. Στην Ολλανδική μετάφραση, αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί μια ομοίμορφη μέθοδος

βαθμολόγησης. Έτσι, με την προσαρμογή της βαθμολογίας των δύο αντικειμένων, οι χαμηλές βαθμολογίες ήρθαν να επισημαίνουν τη χαμηλή λειτουργία και οι υψηλές βαθμολογίες την υψηλή λειτουργικότητα.

3) EORTC QLQC30 ΚΑΙ EORTC QLQ –HN35

Το EORTC QLQC30 αποτελεί ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής (QLQC30) του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC) και το EORTC QLQ αποτελεί συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο .

Το EORTC QLQ-C30 αποτελείται από 30 αντικείμενα και το συμπληρωματικό EORTC QLQH & N35 αποτελείται από 35 στοιχεία. Η EORTC QLQ-C30 χρησιμοποιείται για να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής σχετικά με την γενική υγεία του ασθενή (QL). Ενώ το EORTC QLQ-H & N35 χρησιμοποιείται για να αξιολογηθεί η δυσφαγία που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής , με τη βοήθεια χρήσης κλιμάκων συμπτωμάτων πόνου , κατάποσης και προβλήματα με τη διατροφή . Όσον αφορά το EORTC QLQC30, οι υψηλότερες βαθμολογίες εκπροσωπούνται από καλύτερες απαντήσεις στους όρους της γενικής ποιότητας ζωής, ενώ όσον αφορά το EORTC QLQ-H & N35, οι χαμηλότερες βαθμολογίες εκπροσωπούνται από καλύτερες απαντήσεις όσον αφορά την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη δυσφαγία.

Ιδιαίτερα θα μας απασχολήσουν τα παρακάτω δυο ερωτηματολόγια καθώς η έρευνα που θα ακολουθήσει θα διεξαχθεί πάνω σε αυτά . Πρόκειται για : Το Εργαλείο Αξιολόγησης Διατροφής (Eating Assessment Tool – 10 (EAT – 10)) και το Δείκτη Μειονεκτήματος Δυσφαγίας (Dysphagia Handicap Index (DHI)) .

1) EAT – 10

Το εργαλείο αξιολόγησης διατροφής EAT – 10 είναι ένα αυτοδιαχειριζόμενο ειδικό προς τα συμπτώματα , μέσο αποτελεσμάτων για τη δυσφαγία. Το EAT – 10 δημιουργήθηκε λόγω της ανάγκης για ύπαρξη ενός μέσου που θα διερευνά την ποιότητα ζωής ατόμων με προβλήματα κατάποσης .

Συγκεκριμένα η έγκριση για την διεξαγωγή αυτής της έρευνας είχε χορηγηθεί από το διοικητικό συμβούλιο του πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας . Όλα τα δεδομένα συλλέχτηκαν , κωδικοποιήθηκαν και καταγράφηκαν σε λογισμικό SPSS . Η μελέτη αποτελούνταν από 4 ξεχωριστές φάσεις.

1^η Φάση :

Στη φάση αυτή μια διεπιστημονική ομάδα εμπειρογνομόνων δυσφαγίας συνεργάστηκε για την κατασκευή του αρχικού οργάνου έρευνας . Η ομάδα αποτελούνταν από γαστρεντερολόγους, ωτορινολαρυγγολόγους , λογοθεραπευτές και διαιτολόγους .Κάθε κλινικός γιατρός κλήθηκε μέσω προσωπικής του έρευνας να δημιουργήσει 10 ερωτήσεις που θεωρούσε ότι έχουν εξαιρετική εγκυρότητα για την αρχική έρευνα . Κατόπιν η ομάδα των γιατρών συναντήθηκε για να εξετάσει όλες τις ερωτήσεις που δημιουργήθηκαν . Τα περιττά στοιχεία απομακρύνθηκαν ώστε να παραχθεί το πρωτότυπο εργαλείο αξιολόγησης διατροφής 20 ερωτήσεων (EAT – 20) .

2^η Φάση :

Στη φάση 2 χορηγήθηκε το EAT – 20 σε 2 ξεχωριστές περιπτώσεις : σε φυσιολογικούς ασθενείς και σε ασθενείς που έχουν ήδη διαγνωστεί με διαταραχές φωνής ή κατάποσης . Η 1^η περίπτωση αποτελούνταν από 100 υγιή άτομα και η 2^η από 235 άτομα.

Από τα αποτελέσματα της φάσης αυτής πρόεκυψε νέος αριθμός ερωτήσεων , καθώς οι 10 από τις 20 ερωτήσεις θεωρήθηκαν επαναλαμβανόμενες . Οπότε και δημιουργήθηκε το EAT – 10 .

3^η Φάση :

Στο στάδιο αυτό χορηγείται το EAT – 10 στην ομάδα των 100 υγιών εθελοντών . Η μέση ηλικία του φυσιολογικού πληθυσμού ήταν 48 χρονών \pm 16 χρόνια . Το 53 % των συμμετεχόντων ήταν άντρες. Η μέση EAT – 10 βαθμολογία για την κανονική ομάδα ήταν 0,40 \pm 1,01. Η μέση + 2 τυπική απόκλιση (SD) απέδωσε ένα ανώτερο φυσιολογικό όριο για τη βαθμολογία του EAT – 10 , το οποίο ήταν 2,41 , οπότε οποιαδήποτε βαθμολογία του EAT – 10 ίση με 3 ή υψηλότερη θεωρήθηκε ανώμαλη , δηλαδή δείγμα διαταραχής .

4^η Φάση :

Στη φάση 4 το EAT – 10 χορηγήθηκε σε μια ομάδα 46 ατόμων πριν και μετά την θεραπεία και παράλληλα σε 235 άτομα με διαταραχές φωνής και κατάποσης . Η μέση ηλικία των 46 ατόμων ήταν 65 \pm 16 χρόνια . Το 55% ήταν γυναίκες . Ενώ η μέση ηλικία των 235 ατόμων ήταν 62 \pm 14 χρόνια . Το 54% ήταν άντρες . Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι 235 ασθενείς σημείωσαν σημαντικά μεγαλύτερο ή και πολύ μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τα 100 υγιή άτομα. Ενώ στα 46 άτομα βρέθηκε ότι το σκορ ήταν πολύ χαμηλότερο μετά τη θεραπεία απ' ότι πριν την θεραπεία .

Συμπεράσματα :

Το EAT-10 είναι μια αυτοδιοικούμενη, ειδική προς τα συμπτώματα έρευνα των αποτελεσμάτων για δυσφαγία. Το όργανο επέδειξε άριστη εσωτερική συνοχή, επαναληψιμότητα ελέγχου προς επανέλεγχο, και εγκυρότητα βάση κριτηρίων. Τα κανονιστικά στοιχεία δείχνουν ότι η βαθμολογία EAT-10 ίση με 3 ή περισσότερο είναι ανώμαλη. Το EAT-10 μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κλινικό εργαλείο για την τεκμηρίωση της αρχικής δυσφαγικής σοβαρότητας και την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία σε άτομα με ένα ευρύ φάσμα διαταραχών κατάποσης συμπεριλαμβανομένου την επιρροή στη ποιότητα ζωής .(Belafsky et al. , 2008) .

2) DHI

Οι δείκτες ποιότητας ζωής παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για τον θεράποντα ιατρό σχετικά με την επιτυχία ή την αποτυχία της θεραπείας κατάποσης. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αναπτύξει ένα κλινικά αποτελεσματικό, στατιστικώς ισχυρό εργαλείο αποτελεσμάτων που χρησιμοποιείται από ασθενείς και μετρά τη μειονεκτική επίδραση της δυσφαγίας στις συναισθηματικές, λειτουργικές, και σωματικές πτυχές της ζωής του ατόμου. 60 δηλώσεις που περιγράφουν τη μειονεκτική επίδραση της δυσφαγίας συλλέχθηκαν από τις εκθέσεις των ασθενών και διαιρέθηκαν σε υποκλίμακες σωματικών, συναισθηματικών και λειτουργικών προβλημάτων. Οι δηλώσεις παρουσιάστηκαν σε 77 άτομα με δυσφαγία. Οι ερωτηθέντες απάντησαν ποτέ, μερικές φορές, ή πάντα σε κάθε πρόταση και βαθμολόγησαν την αυτο-αντίληψη της σοβαρότητας της δυσφαγίας τους σε μια κλίμακα 7 σημείων. Το τελικό ερωτηματολόγιο μειώθηκε σε 25 αντικείμενα και χορηγήθηκε σε 214 άτομα με δυσφαγία και 74 συμμετέχοντες ελέγχου. Οι επαναληπτικές μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν σε 63 άτομα με δυσφαγία. Σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων δυσφαγίας και ελέγχου. Η αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων ήταν ισχυρή.

Μέθοδος :

Οι συγγραφείς της μελέτης συνέταξαν μια σειρά παραπόνων δυσφαγίας που έγιναν από τους ασθενείς κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου 1 μήνα. Οι αντιπροσωπευτικές δηλώσεις της επίδρασης της δυσφαγίας στη ζωή των ατόμων εκπροσώπησε την προκαταρκτική, ή

άλφα, έκδοση του Δείκτη Μειονεκτήματος Δυσφαγίας (DHI). Οι δηλώσεις αυτές ήταν 60 και χρησιμοποιήθηκαν για να εξασφαλιστεί ότι η κλίμακα είχε τόσο περιεχόμενο όσο και εγκυρότητα. Οι 60 προτάσεις έχουν ταξινομηθεί σε τρεις υποκλίμακες με βάση το περιεχόμενό τους.

Η συναισθηματική υποκλίμακα αποτελούνταν από 16 δηλώσεις που εκπροσωπούν την αποτελεσματική απόκριση ενός ατόμου στη δυσφαγία του. Παραδείγματα των δηλώσεων σχετικά με τη συναισθηματική υποκλίμακα περιλαμβάνουν τα εξής: «Ντρέπομαι να τρώω σε δημόσιο χώρο», «Νιώθω κατάθλιψη επειδή δεν μπορώ να τρώω ό, τι θέλω» και «Νιώθω ανάπηρος, λόγω του προβλήματος κατάποσης».

Υπήρχαν 27 δηλώσεις που εκπροσωπούσαν την αυτο-αντίληψη ενός ατόμου για τη σωματική δυσφορία λόγω δυσφαγίας. Παραδείγματα δηλώσεων σχετικά με τη σωματική υποκλίμακα περιλαμβάνουν «Εγώ φτύνω όταν πίνω υγρά», «Πνίγομαι όταν παίρνω τα φάρμακά μου», και «Έχω χάσει βάρος, λόγω του προβλήματος κατάποσης».

Η λειτουργική υποκλίμακα αποτελούνταν από 17 δηλώσεις που περιγράφουν την επίδραση της δυσφαγίας ενός ατόμου στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Αυτή περιλάμβανε τις ακόλουθες δηλώσεις: «Αποφεύγω κάποιες τροφές εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης», «Μου παίρνει περισσότερο χρόνο να φάω ένα γεύμα από ό, τι στο παρελθόν», και «έχω αλλάξει τη διατροφή μου λόγω του προβλήματος κατάποσης». Κάθε δήλωση είχε συνοδευτική επιλογή απάντησης «ποτέ» (βαθμολογία μηδέν), «μερικές φορές» (βαθμολογία 2) ή «πάντα» (βαθμολογία 4). Τρία επίπεδα απόκρισης επιλέχθηκαν προκειμένου να διευκολύνουν την κατανόηση των απαιτήσεων απόκρισης του ασθενούς. Προκειμένου να αξιολογηθεί η συνολική εικόνα του ασθενούς για την αντίληψη της δυσφαγίας του, όλες οι υποκλίμακες συνδυάστηκαν για να δώσουν μια συνολική βαθμολογία DHI.

Με την ολοκλήρωση της δοκιμής, τα υποκείμενα ζητήθηκαν να αυτο-βαθμολογήσουν τη σοβαρότητα της δυσφαγίας τους σε μια κλίμακα 7 σημείων που πλαισιώνεται από τον αριθμό 1 και τη λέξη «φυσιολογικό» στο ένα άκρο, και τον αριθμό 7 και τη λέξη «σοβαρό πρόβλημα» στο άλλο άκρο και τον αριθμό 4 στη μέση υποδεικνύοντας μέτριο πρόβλημα στην κατάποση.

Το άλφα, ή προκαταρκτική, έκδοση του DHI χορηγήθηκε σε 77 διαδοχικούς ασθενείς με δυσφαγία στο Νοσοκομείο Henry- Ford. Η ομάδα αποτελούνταν από 33 γυναίκες (Εύρος ηλικίας 25-89 ετών, μέση ηλικία = 60,3 χρόνια) και 44 άνδρες (εύρος ηλικίας 24-94 ετών, μέση ηλικία = 62,6 χρόνια). Τα υποκείμενα αντιπροσώπευαν ένα ευρύ φάσμα ατόμων με προβλήματα κατάποσης και χωρίστηκαν σε πέντε κατηγορίες με βάση τις ιατρικές διαγνώσεις, συμπεριλαμβανομένων 40 (52%) με νευρολογικές διαταραχές, 10 (13%) με διαταραχές κεφαλιού και λαιμού, 6 (7,8%) με ανωμαλίες οισοφάγου, 3 (3,9%) με γαστροοισοφαγική διαταραχή παλινδρόμησης και 18 (23,4%) με άλλες ή άγνωστες αιτιολογίες.

Η βήτα, ή τελική, έκδοση του DHI χορηγήθηκε σε ένα νέο σύνολο 214 ατόμων με δυσφαγία στο Νοσοκομείο Henry- Ford στο νοτιοανατολικό Μίσιγκαν. Τα θέματα ομαδοποιήθηκαν σε έξι κατηγορίες με βάση την ιατρική διάγνωση, συμπεριλαμβανομένων 76 (35,5%) με διαταραχές στο κεφάλι και το λαιμό, 72 (33,6%) με νευρολογική βλάβη, 23 (10,7%) με διαταραχές γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, 6 (2,8%) με ανωμαλίες οισοφάγου, 9 (4,2%) με αναπνευστικές διαταραχές, και 28 (13,1%) με άλλες αιτιολογίες, όπως ο διαβήτης, ή άγνωστες αιτίες. Η ομάδα με διαταραχές στο κεφάλι και το λαιμό περιλάμβανε αιτιολογίες όπως παράλυση φωνητικών χορδών, καρκίνος κεφαλής και λαιμού, θυρεοειδεκτομή,

εγχείρηση στις φωνητικές χορδές. Η ομάδα με νευρολογικές διαταραχές περιλάμβανε αιτιολογίες όπως εγκεφαλικό, νόσος Πάρκινσον, ALS, βαρεία μυασθένεια, μηνιγγίωμα, και φαρυγγική δυστροφία. Η ομάδα με αναπνευστικές διαταραχές περιλάμβανε χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο (COPD), πνευμονία και άλλες αναπνευστικές διαταραχές. Η ομάδα οισοφάγου περιλάμβανε άτομα με οισοφαγική αχαλασία ή στένωση του οισοφάγου και άλλες ανωμαλίες.

Η πειραματική ομάδα αποτελούνταν από 110 γυναίκες [ηλικιακό εύρος 20-92 ετών, μέση ηλικία = 60,3 χρόνια (SD = 16,5)] και 104 άνδρες [ηλικιακό εύρος 19-96 ετών, μέση ηλικία = 65,5 χρόνια (SD = 12,8)].

Μια ομάδα ελέγχου 74-μελών επιλέχθηκε τυχαία από άτομα εντός της κοινότητας. Η ομάδα ελέγχου αποτελείτο από ενήλικες χωρίς δυσφαγία, ιστορικό καρκίνου της κεφαλής και του λαιμού, χειρουργείο στο κεφάλι ή το λαιμό (με την εξαίρεση της αμυγδαλεκτομής), ιστορικό νευρολογικών προβλημάτων, ή τοποθέτηση σωλήνα σίτισης. Η ομάδα ελέγχου αποτελείτο από 40 γυναίκες [ηλικιακό εύρος 30-86 ετών, μέση ηλικία = 55,8 χρόνια (SD = 12,9)] και 34 άνδρες (εύρος ηλικίας 30-80 ετών, μέση ηλικία = 53,5 χρόνια (SD = 13,7)).

Η τελική έκδοση του DHI χορηγήθηκε δύο φορές σε 63 άτομα με δυσφαγία (40 γυναίκες, μέση ηλικία = 60,3 χρόνια, και 23 άνδρες, μέση ηλικία = 65,5 έτη). Τα υποκείμενα αυτά είτε είχαν προγραμματισμένα ραντεβού στο πλαίσιο του συστήματος υγείας, είτε ταχυδρόμησαν πίσω την DHI μία εβδομάδα μετά την αρχική τους απάντηση, ή ανταποκρίθηκαν στις ερωτήσεις του DHI μέσω τηλεφωνικής κλήσης τουλάχιστον μία εβδομάδα μετά την ολοκλήρωση του αρχικού τους ερωτηματολογίου. Μέσα σε αυτή την ομάδα, 22 (35%) είχαν διάγνωση διαταραχής της κεφαλής / λαιμού, 26 (41,3%) νευρολογικής διαταραχής, 7 (11,1%) διαταραχής γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, 1 (1,6%) με ανωμαλία οισοφάγου, και 7 (11,1%) με άλλες διαγνώσεις. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η ομάδα δυσφαγίας δεν υπέστη καμία ιατρική ή χειρουργική επέμβαση ή θεραπεία για την κατάποση. Το χρονικό διάστημα μεταξύ χορηγήσεων του DHI στην ομάδα δυσφαγίας ήταν 7-116 ημέρες (μέσος όρος = 36, SD = 32,2, μέση τιμή = 21).

Αποτελέσματα :

Οι συνολικές συσχετίσεις αντικειμένων της αρχικής έκδοσης του DHI κυμαίνονταν από $r = 0,03$ έως $r = 0,74$, $r = 0,96$. Τα αντικείμενα με συνολικές συσχετίσεις $r = 0.50$ αποκλείστηκαν από την προκαταρκτική έκδοση του DHI με εξαίρεση τέσσερα στοιχεία που κρίθηκαν από τους συγγραφείς να έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε εγκυρότητα ή παρείχαν σχετικές κλινικές πληροφορίες. Αυτά τα αντικείμενα ήταν «το στόμα μου είναι στεγνό», «Πρέπει να πίνω υγρά για να κατεβάσω το φαγητό», «Μου παίρνει περισσότερο χρόνο για να φάω ένα γεύμα από ό, τι πριν», και «Πνίγομαι όταν παίρνω τα φάρμακά μου». Δεκατέσσερα αντικείμενα με συνολική βαθμολογία συσχέτισης $r > 0.50$ αποκλείστηκαν δεδομένου ότι είχαν παρόμοια διατύπωση με άλλα επιλεγμένα αντικείμενα. Παραδείγματα αυτών των στοιχείων περιλαμβάνουν: «Ερχομαι σε δύσκολη θέση όταν τρώω μπροστά στην οικογένειά μου» και «Είμαι σε αμηχανία επειδή τρέχουν τα σάλια μου». Η τελική έκδοση στη συνέχεια μειώθηκε σε εξέταση 25-στοιχείων που αποτελούνταν από μια σωματική κλίμακα 9 σημείων, μια συναισθηματική κλίμακα 7 σημείων, και μια λειτουργική κλίμακα 9 σημείων.

Άτομα με μια ποικιλία από αιτιολογίες δυσφαγίας συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, επιτρέποντας έτσι την ευρεία εφαρμογή του DHI. Ένας πιθανός περιορισμός της μελέτης αυτής είναι ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς που συμμετείχαν ανέφεραν ήπια ή μέτρια δυσφαγία και λίγοι ανέφεραν σοβαρά συμπτώματα. Η χορήγηση του DHI σε ένα μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος μπορεί να παρέχει μεγαλύτερη μεταβλητότητα των απαντήσεων για τη

σοβαρότητα δυσφαγίας. Ο περιορισμός των αποκρίσεων των ασθενών σε τρεις επιλογές μπορεί να συνέβαλε επίσης στη μειωμένη μεταβλητότητα στην ανταπόκριση των ασθενών. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλη μεταβλητότητα (μεγάλες τυπικές αποκλίσεις) στις αποκρίσεις των ασθενών, η οποία μπορεί να είναι μια αντανάκλαση της ποικιλομορφίας των υποκείμενων ιατρικών διαταραχών που συμβάλλουν στη δυσφαγία σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών.

Υπάρχουν πολλές πιθανές χρήσεις του DHI. Η πιο πρακτική εφαρμογή είναι η καθημερινή κλινική χρήση για την αξιολόγηση της κρίσης του ασθενούς για τη σχετική επίδραση του δικού του προβλήματος κατάποσης στις καθημερινές του δραστηριότητες. Τα αποτελέσματα που λαμβάνονται θα βοηθήσουν τους κλινικούς ιατρούς να σχεδιάσουν και να τροποποιήσουν τις προσεγγίσεις θεραπείας για την φροντίδα των ασθενών.

Συμπεράσματα :

Εν ολίγοις, παρουσιάζουμε ένα ψυχομετρικά επικυρωμένο, αξιόπιστο νέο εργαλείο για την αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών μειονεκτικών επιδράσεων της δυσφαγίας. Το DHI έχει γενική εφαρμογή σε μια ευρεία ποικιλία από άτομα με διαταραχές κατάποσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα με χαμηλότερα επίπεδα αλφαριθμητισμού, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κλινικές και ερευνητικές καταστάσεις. Οι καθιερωμένες φυσιολογικές μετρήσεις της δυσφαγίας είναι που χρησιμοποιούνται συνήθως στην κλινική πρακτική. Η προσθήκη μιας ποσοτικής μέτρησης της αυτό-αξιολόγησης της δυσφαγίας των ασθενών θα ενισχύσει τις κλινικές εντυπώσεις μας και θα παρέχει ένα αντικειμενικό μέσο καθορισμού της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της θεραπείας για δυσφαγία. (Silbergleit et al. , 2012)

1.7 Η Μεταφορά των ερωτηματολογίων DHI και EAT 10 σε άλλες χώρες . (Bua et al. , 2014 , Bohlender et al . , 2015) .

Η ανάγκη για αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με προβλήματα κατάποσης αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο. Για το λόγο αυτό πραγματοποιήθηκαν έρευνες για τη λειτουργικότητα των δυο αυτών ερωτηματολογίων και σε άλλες χώρες.

Ø Dysphagia Handicap Index (DHI)

Η μεταφορά του DHI πραγματοποιήθηκε από τα Αγγλικά σε 4 άλλες γλώσσες στα Πορτογαλικά , στα Αραβικά , στα Περσικά και στα Γερμανικά .

Αναλυτικότερα :

ü Αραβικά :

Οι σκοποί της παρούσας μελέτης ήταν να αναπτυχθεί μια αραβική εκδοχή του DHI και να εκτιμηθεί το κύρος του, η συνέπεια και η αξιοπιστία στα Αραβικά πρότυπα πληθυσμού με στοματοφαρυγγική δυσφαγία.

Αυτή ήταν μια προοπτική μελέτη που διεξήχθη στο Τμήμα Επικοινωνίας και Διαταραχές της Κατάποσης, King Saud University. Το μεταφρασμένο στα Αραβικά DHI χορηγήθηκε σε 94 ασθενείς με στοματοφαρυγγική δυσφαγία και σε 98 άτομα ομάδας ελέγχου. Αξιολογήθηκε η εσωτερική συνέπεια και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων . Επίσης , συγκριθήκαν τα

αποτελέσματα των ασθενών και της ομάδας ελέγχου. Η αραβική εκδοχή του DHI έδειξε εξαιρετική εσωτερική συνοχή (α του Cronbach = 0,95). Ακόμη, βρέθηκε καλή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων για το σύνολο των βαθμολογιών ($r = 0,9$, $p = 0,001$). Υπήρξε μια σημαντική διαφορά μεταξύ των βαθμολογιών DHI της ομάδας ελέγχου και της ομάδας ατόμων με στοματοφαρυγγική δυσφαγία ($p < 0,001$). Η μελέτη αυτή απέδειξε ότι το DHI είναι ένα έγκυρο εργαλείο για την αυτο-αξιολόγηση της επίδρασης της δυσφαγίας στις φυσικές, λειτουργικές και συναισθηματικές πτυχές των ασθενών και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους ομιλητές της αραβικής γλώσσας. (Farahat et al., 2014)

Ü Περσικά :

Το DHI αν και έχει αναγνωριστεί και εφαρμόζεται ευρέως σε αγγλόφωνο πληθυσμό, δεν έχει χρησιμοποιηθεί υπό τη σημερινή μορφή της, στις περσικές χώρες. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να προσαρμόσουν μια περσική εκδοχή του DHI για να εκτιμηθεί το κύρος, η συνέπεια και η αξιοπιστία του στον Περσικό πληθυσμό με στοματοφαρυγγική δυσφαγία. Η περσική εκδοχή του DHI έδειξε καλή εσωτερική συνοχή (συντελεστής Cronbach α κυμαίνεται 0,82 - 0,94). Επίσης, βρέθηκε καλή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων για τις συνολικές βαθμολογίες ($r = 0.89$). Υπήρχε μια σημαντική διαφορά μεταξύ των βαθμολογιών της ομάδας ελέγχου με εκείνων της ομάδας των ασθενών με δυσφαγία ($P < 0,001$).

Συμπέρασμα :

Αυτή η μελέτη έδειξε ότι η περσική εκδοχή του DHI είναι ένα έγκυρο εργαλείο για την αυτο-εκτίμηση των επιπτώσεων της δυσφαγίας στις φυσικές, λειτουργικές, και συναισθηματικές πτυχές της ζωής των ασθενών και μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για τον έλεγχο και τον προγραμματισμό της θεραπείας για την περσική γλώσσα σε δυσφαγικούς ασθενείς, ανεξάρτητα από την αιτία ή τη σοβαρότητα της δυσφαγίας. (Faezeh et al., 2015).

Ü Πορτογαλικά :

Η μεταφορά του DHI πραγματοποιήθηκε με επιτυχία και στα πορτογαλικά σύμφωνα με αναφορά σε επισκοπική μελέτη. (Búa et al., 2014)

Ü Γερμανικά :

Η ανάγκη για να προσδιοριστεί με δομημένο τρόπο και ποσοτικά η επιβάρυνση στη ποιότητα ζωής των σθενών με δυσφαγία στη Ζυρίχη οδήγησε στη μετάφραση του ερωτηματολογίου από τα Αγγλικά στα Γερμανικά. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο της Ζυρίχης τον Οκτώβριο του 2013. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν λειτουργικό και στα Γερμανικά. (Bohlender, 2015)

Ø Eating Assesment Tool (EAT – 10)

Η μεταφορά του EAT – 10 πραγματοποιήθηκε από τα Αγγλικά σε 3 άλλες γλώσσες στα Πορτογαλικά, στα Ιταλικά, και στα Ισπανικά.

Ø Αναλυτικότερα :

Ü Ιταλικά :

Το EAT-10 μεταφράστηκε από τα Αγγλικά στα Ιταλικά και μετά από έρευνα που διεξήχθη αποδείχθηκε ότι είναι ένα αξιόπιστο, έγκυρο ειδικό εργαλείο για την ανίχνευση και περιγραφή των συμπτωμάτων δυσφαγίας. (Schindler et al., 2013)

Ισπανικά :

Αποδείχθηκε ότι είναι ένα εύκολο εργαλείο που μπορεί να ολοκληρωθεί γρήγορα, καθιστώντας το χρήσιμο για την προβολή της δυσφαγίας στην καθημερινή κλινική πρακτική. (Burgos et al. , 2012)

Ü Πορτογαλικά :

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της Ευρωπαϊκής Πορτογαλικής έκδοση του EAT-10 (P-EAT-10). Αυτή η έρευνα διεξήχθη σε τρεις φάσεις: (i) την πολιτιστική και γλωσσική προσαρμογή (ii) την σκοπιμότητα και την αξιοπιστία της δοκιμής και (iii) δοκιμές ισχύος. Το τελικό δείγμα αποτελείται από μία ομάδα 520 ατόμων.

Το P-EAT-10 είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο μέτρο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να τεκμηριωθεί η δυσφαγία , που το καθιστά πολύ χρήσιμο τόσο για τη διαλογή στην κλινική πράξη όσο και στην έρευνα. (Nogueira et al. , 2015)

1.8 Σκοπός της παρούσας μελέτης.

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνηθεί η επιρροή των προβλημάτων κατάποσης στην ποιότητα ζωής .

Αυτό θα επιτευχθεί μέσω της δημιουργίας της ελληνικής έκδοχής των δυο ερωτηματολογίων EAT 10 και DHI με στόχο :

1^{ov}) Να διερευνηθεί η λειτουργικότητα των δυο αυτών ερωτηματολογίων σε άτομα που μιλούν την Ελληνική γλώσσα και

2^{ov}) να χρησιμοποιείται ως ένα έγκυρο μέσο στην κλινική πρακτική.

Αναλυτικά τα ερευνητικά ερωτήματα θα είναι :

1. Τα ερωτηματολόγια DHI & EAT 10 είναι έγκυρα στον Ελληνικό πληθυσμό;
2. Η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από τα προβλήματα κατάποσης ;
3. Υπάρχουν διαφορές στον βαθμό ύπαρξης προβλήματος κατάποσης ανάλογα με τα κοινωνικό – δημογραφικά στοιχεία ενός ατόμου ;
4. Επηρεάζεται η ποιότητα ζωής ενός ατόμου λόγω δυσκολίας στη κατάποση από τα κοινωνικό – δημογραφικά του χαρακτηριστικά ;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Η έρευνα που πραγματοποιείται στην παρούσα πτυχιακή εργασία επικεντρώνεται στην διερεύνηση του τρόπου που επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ατόμων με προβλήματα κατάποσης, μέσω δύο ερωτηματολογίων, του DHI και του EAT-10. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στα κατάλληλα άτομα, ώστε να διεξαχθεί ένα έγκυρο αποτέλεσμα. Σ' αυτό το κεφάλαιο θα μας απασχολήσουν τα υποκείμενα που θα λάβουν μέρος στην έρευνα, ο τρόπος δημιουργίας των ερωτηματολογίων, τα στοιχεία τα οποία θα συλλεχθούν καθώς και ο σκοπός της συλλογής τους. Επίσης, θα αναλυθεί ο τρόπος διεξαγωγής πειράματος και το είδος της μελέτης που θα ακολουθήσει.

2.2 Καθορισμός των ερευνητικών στόχων

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι:

- Να διερευνηθεί η λειτουργικότητα των δυο αυτών ερωτηματολογίων σε άτομα που μιλούν την Ελληνική γλώσσα , δηλαδή , τα ερωτηματολόγια DHI & EAT 10 είναι έγκυρα στον Ελληνικό πληθυσμό;
- Η συλλογή φυσιολογικών δεδομένων (νορμών) στον ελληνικό πληθυσμό.
- Να εξακριβωθεί εάν η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από τα προβλήματα κατάποσης ;
- Να αποσαφηνιστεί εάν υπάρχουν διαφορές στον βαθμό ύπαρξης προβλήματος κατάποσης ανάλογα με τα κοινωνικό – δημογραφικά στοιχεία ενός ατόμου ;
- Να διαπιστωθεί εάν επηρεάζεται η ποιότητα ζωής ενός ατόμου λόγω δυσκολίας στη κατάποση από τα κοινωνικό – δημογραφικά του χαρακτηριστικά ;

2.3 Σχεδιασμός των ερωτηματολογίων

Το πρώτο βήμα για την υλοποίηση της έρευνας αφορούσε τη μετάφραση και προετοιμασία των δυο ερωτηματολογίων EAT – 10 και DHI. Αρχικά τα ερωτηματολόγια μεταφράστηκαν από την αγγλική γλώσσα , όπου και ήταν τα πρωτότυπα , στην ελληνική . Δεν χρειάστηκε να γίνει καμιά μετατροπή ούτε στην μετάφραση ούτε στην δομή των δύο ερωτηματολογίων. Η μετάφραση πραγματοποιήθηκε αυτολεξεί διότι δεν αντιμετωπίστηκε κανένα πρόβλημα στους όρους που χρησιμοποιούσαν τα αγγλικά ερωτηματολόγια καθώς οι ιατρικοί όροι για την δυσφαγία είναι κοινοί στην υπάρχουσα βιβλιογραφία .

2.4 Εντοπισμός Πληθυσμού

Το δεύτερο βήμα , αφορούσε στον εντοπισμό του πληθυσμού , ο οποίος θα αποτελούσε το δείγμα της έρευνας. Αποφασίστηκε , λοιπόν , να χορηγηθούν τα ερωτηματολόγια σε 120 φυσιολογικά άτομα τα οποία δεν θα αντιμετώπιζαν κανένα πρόβλημα υγείας που να επηρεάζει τον μηχανισμό της κατάποσης . Οι ομάδες θα χωρίζονταν βάση της ηλικίας, το ποσοστό των ανδρών και των γυναικών έπρεπε να είναι ίσο σε κάθε ηλικιακή ομάδα. Έξι ηλικιακές ομάδες από 20 άτομα η καθεμία 10 άντρες και 10 γυναίκες . Οι ομάδες ήταν οι εξής : 18-30 , 30-45 , 45-55, 55-65 , 65-75, 75 και πάνω. Οι ερευνητές θα έβρισκαν το φυσιολογικό δείγμα ψάχνοντας μέσω γνωστών , αλλά και αγνώστων ανθρώπων στη περιοχή

που ζούσαν σε καφετερίες και φαρμακεία. Η έρευνα όμως θα γίνονταν αποκλειστικά στην οικεία των ατόμων που θα συμμετείχαν .

Τα ερωτηματολόγια έπρεπε να δοθούν και σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης ώστε να διατυπωθούν οι διαφορές μεταξύ των φυσιολογικών και των ασθενών .

Έπειτα αφού εντοπίστηκε το δείγμα των 120 ατόμων και των ασθενών έπρεπε να πραγματοποιηθεί η διατύπωση του ερευνητικού πρωτόκολλου ώστε βάση κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού να είναι βέβαιο πως το δείγμα των ασθενών και των φυσιολογικών ατόμων κρίνεται κατάλληλο για τους στόχους της έρευνας.

2.5 Περίοδος και διάρκεια διεξαγωγής έρευνας

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στον Νομό Δωδεκανήσου, στην Ρόδο, το έτος 2015, με διάρκεια έξι μήνες, κατά το εαρινό εξάμηνο σπουδών, από τον Απρίλιο έως τον Νοέμβριο.

2.6 Ερευνητικοί περιορισμοί

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο που είχε συνταχθεί, κατά το οποίο υπήρχαν κάποιοι περιορισμοί όσων αφορούσαν τα υποκείμενα που θα συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα. Είχαν καθοριστεί λοιπόν κριτήρια ένταξης και κριτήρια αποκλεισμού των ατόμων. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ο αριθμός των ομάδων, ο οποίος θα είναι δύο ομάδες. Η μία ομάδα θα αφορά τα υγιή άτομα και η δεύτερη θα αφορά τους ασθενείς.

Κατά το ερευνητικό πρωτόκολλο, τα υποκείμενα της πρώτης ομάδας θα είναι 120 υγιείς ενήλικες, οι οποίοι θα χωριστούν σε 6 ηλικιακές ομάδες των 20 ατόμων ως εξής : 18-30 ετών , 30-45 , 45-55 , 55- 65 , 65- 75 , 75 και άνω . Στην κάθε ηλικιακή ομάδα θα είναι ίσος ο αριθμός ανδρών και γυναικών, ενώ στη δεύτερη θα περιλαμβάνονται ενήλικες ασθενείς με προβλήματα κατάποσης, οι οποίοι πάσχουν από τις εξής ασθένειες : ΑΕΕ , ΕΠ , ΚΕΚ, άνοια, νευροεκφυλιστικές διαταραχές (όπως π.χ. νόσο Πάρκινσον, πολλαπλή σκλήρυνση, κτλ), όγκους στον εγκέφαλο, καρκίνο κεφαλής/τραχήλου ή οισοφαγικές διαταραχές που σχετίζονται με δυσφαγία.

Όσων αφορούν τα κριτήρια ένταξης των συμμετεχόντων καθορίζονται ως εξής:

Για τα φυσιολογικά υποκείμενα: Τα άτομα πρέπει να είναι υγιείς ενήλικες με φυσιολογική κατάποση, χωρίς ιατρικό ιστορικό διαταραχών κατάποσης, φώνησης, δυσαρθρίας, νευρολογικών διαταραχών, αναπνευστικών και καρδιαγγειακών προβλημάτων, γαστρεντερικών προβλημάτων που σχετίζονται με δυσφαγία (συμπεριλαμβανομένης της ΓΟΠ), ιστορικό όγκων κεφαλής/τραχήλου ή ιστορικό σημαντικών χειρουργικών επεμβάσεων που ενδέχεται να έχουν επηρεάσει το μηχανισμό κατάποσης και η σίτιση τους να είναι αποκλειστικά στοματική, χωρίς κανένα περιορισμό (επίπεδο 7 της κλίμακας Functional Oral Intake Scale; Cray et al. , 2005).

Για τα ασθενικά υποκείμενα: Τα άτομα πρέπει να είναι ασθενείς με προβλήματα κατάποσης εξαιτίας νευρολογικών ασθενειών όπως ΑΕΕ, ΕΠ, ΚΕΚ, άνοια και λοιπές νευροεκφυλιστικές ασθένειες, όγκοι εγκεφάλου ή δυσφαγία οφειλόμενη σε καρκίνους κεφαλής/τραχήλου, ανατομικών προβλημάτων (π.χ. οστεόφυτα, κτλ) ή άνοια εξαιτίας γαστρεντερικών

διαταραχών (π.χ. στένωση οισοφάγου, δακτύλιοι, κτλ), ηλικίας 18 ετών και άνω, ταξινομήση μέχρι και το επίπεδο 6 της κλίμακας Functional Oral Intake Scale (Crary et al. , 2005).

Τα κριτήρια αποκλεισμού των συμμετεχόντων από την άλλη αναφέρουν τα εξής:

Για τα φυσιολογικά υποκείμενα: Παρουσία διαταραχών κατάποσης, φώνησης, δυσαρθρίας ή λόγου (π.χ. αφασία). Ασθένειες που ενδέχεται να προκαλέσουν προβλήματα κατάποσης: νευρολογικές ασθένειες όπως ΑΕΕ, ΚΕΚ , μηνιγγίτιδα , όγκοι νευρικού συστήματος, νευροεκφυλιστικές ασθένειες όπως χορεία του Huntington , σκλήρυνση κατά πλάκας , μυϊκή δυστροφία , νόσος του Parkinson, πολιομυελίτιδα , μυασθένεια , νόσος των κινητικών νευρώνων, γαστρεντερικές διαταραχές όπως αχαλασία, στένωση οισοφάγου, κτλ, . Επίσης όγκοι κεφαλής/τραχήλου, άλλα ανατομικά προβλήματα που ενδέχεται να σχετίζονται με διαταραχές κατάποσης ή ιστορικό σημαντικών χειρουργικών επεμβάσεων που σχετίζονται με δυσφαγία και τέλος αποτυχία στο screening, όπως αυτό περιγράφεται στη συνέχεια και σίτιση μικρότερη του επιπέδου 7 της κλίμακας Functional Oral Intake Scale (Crary et al. , 2005).

Για τα ασθενικά υποκείμενα: οποιοδήποτε πρόβλημα επικοινωνίας που να μην επιτρέπει τους ασθενείς να κατανοήσουν τη διαδικασία και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια.

2.7 Τόπος διεξαγωγής πειράματος

Η έρευνα θα διεξαχθεί, σ' ένα μεγάλο μέρος της, στις οικίες των ενηλίκων ατόμων, σε κλινικές αποκατάστασης, σε νοσοκομεία, σε γηροκομεία και σε ιδρύματα.

2.8. Τρόπος διεξαγωγής πειράματος/έρευνας- Ακριβής διεξαγωγή

Σε αυτό το σημείο διατυπώνεται η ακριβής διαδικασία διεξαγωγής του πειράματος.

Η έρευνα θα χωριστεί σε δύο φάσεις, σύμφωνα πάντα με το ερευνητικό πρωτόκολλο. Κατά την πρώτη φάση θα δοθεί η άδεια συμμετοχής σε έρευνα, όπου θα εξηγείται ο σκοπός της έρευνας και ο συμμετέχων θα δηλώνει υπεύθυνα την συμμετοχή του σ' αυτήν. Έπειτα, θα πραγματοποιηθεί η λήψη ιστορικού, όπως τα βιογραφικά στοιχεία, ιατρικό ιστορικό κτλ. και στην συνέχεια θα ακολουθήσει το screening test, όπου θα διαπιστώνεται για τα φυσιολογικά υποκείμενα ότι δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα σύμφωνα με τα κριτήρια αποκλεισμού και ένταξης στην συμμετοχή τους στην έρευνα και για τα ασθενικά υποκείμενα θα πραγματοποιείται η πιστοποίηση της διαταραχής κατάποσης προκειμένου κι αυτά να πληρούν με την σειρά τους τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού του ερευνητικού πρωτοκόλλου. Τέλος, αν τα άτομα κρίνονταν κατάλληλα για την έρευνα, θα δίνονταν τα ερωτηματολόγια για να συμπληρωθούν απ' αυτά.

Αναλυτικότερα:

Οι ερευνητές πήγαιναν στο σπίτι των υποκειμένων και οι δυο μαζί . Στο χώρο βρίσκονταν μόνο οι ερευνητές και το υποκείμενο της έρευνας . Ένας ερευνητής μιλούσε κάθε φορά και ο άλλος κρατούσε τις αντίστοιχες σημειώσεις.

Φυσιολογικά άτομα:

Αρχικά συμπληρώθηκε η άδεια συμμετοχής σε έρευνα από τα φυσιολογικά άτομα. Έπειτα τα υποκείμενα ρωτήθηκαν από το ένα ερευνητή για τα βιογραφικά τους στοιχεία καθώς και για το ιατρικό ιστορικό, ο άλλος ερευνητής κρατούσε τις σημειώσεις. Εάν στο ιατρικό ιστορικό

βρίσκονταν θετικοί σε μια ασθένεια που να επηρεάζει τον μηχανισμό κατάποσης δεν συνέχιζε η διαδικασία και απορρίπτονταν ως μη κατάλληλοι.

Εάν το ιστορικό ήταν καθαρό , στη συνέχεια πραγματοποιούνταν ένα screening test, ένας στοματοπροσωπικός έλεγχος καθώς και μια αντιληπτική αξιολόγηση ομιλίας από τον ένα ερευνητή, ο άλλος πάλι κρατούσε σημειώσεις. Εάν στο screening test η κατά τη διαδικασία της στοματοπροσωπικής εξέτασης βρίσκονταν κάποιο παθολογικό στοιχείο πάλι το υποκείμενο θεωρούνταν ακατάλληλο για την έρευνα και απορρίπτονταν . Εάν δεν υπήρχε κάποιο παθολογικό στοιχείο τότε τους δίνονταν τα ερωτηματολόγια .

Στα ερωτηματολόγια η διαδικασία ήταν η εξής : τα υποκείμενα συμπλήρωναν τις απαντήσεις . Σε περίπτωση που λόγω ηλικίας τους ήταν δύσκολο να διαβάσουν τις ερωτήσεις η συμπλήρωση ερωτηματολογίων γίνονταν ως εξής οι ερωτήσεις γίνονταν από τον εξεταστή , οι ασθενείς απαντούσαν και ο εξεταστής σημείωνε τις απαντήσεις.

Ασθενείς :

Η διαδικασία με τους ασθενείς ήταν ακριβώς η ίδια , μόνο που στους ασθενείς παίρνονταν αναλυτικότερο ιατρικό ιστορικό και πραγματοποιούνταν και μια σύντομη κλινική αξιολόγηση κατάποσης . Σύμφωνα με την οποία :

Σαν πρώτο βήμα , θα ζητηθεί από τον ασθενή να πει νερό όπως πίνει συνήθως. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να πει νερό μόνος του , θα του δοθεί νερό από ποτήρι με καλαμάκι , το οποίο θα κρατάει ο εξεταστής . Αν δεν είναι σε θέση να ρουφήξει θα του δοθεί μια κουταλιά νερό. Στη συγκεκριμένη φάση ζητείται από τον ασθενή να κρατήσει την ποσότητα του νερού στο στόμα του και να καταπιεί όταν του ζητηθεί τοποθετώντας ο εξεταστής τα δάχτυλα του στο ύψος του λάρυγγα . Μόλις ο ασθενής καταπιεί του ζητάμε να βήξει και αμέσως μετά να πει /αααααα/ και στο τέλος να ξανά- βήξει . Παρατηρούμε αν η ποιότητα φωνής του ασθενή είναι υγρή . Κατά την κατάποση παρατηρούνται τα εξής : πρόσθια διαρροή , πολλαπλές καταπόσεις , βήχας κατά τη διάρκεια ή μετά την κατάποση , ανύψωση λάρυγγα , εισρόφηση, αλλαγή στην ποιότητα/χροιά της φωνής.

Αν ο ασθενής δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα προχωράμε στο επόμενο βήμα που περιλαμβάνει τη χορήγηση ημιστερεάς τροφής όπως γιαούρτι η πουρέ . Δίνεται στον ασθενή ένα κουταλάκι του γλυκού από την τροφή που προτιμά. Πριν καταπιεί ο ασθενής του ζητείται να ανοίξει το στόμα για να δει ο εξεταστής την θέση του βλωμού. Ζητείται από τον ασθενή να καταπιεί μόλις του ζητηθεί . Όμοια ο εξεταστής τοποθετεί τα δάχτυλα του στο ύψος του λάρυγγα . Μόλις ο ασθενής καταπιεί του ζητάμε να βήξει και αμέσως μετά να πει /αααααα/ και στο τέλος να ξανά βήξει. Παρατηρούμε αν η ποιότητα φωνής του ασθενή είναι υγρή . Παρατηρούνται : πρόσθια διαρροή , πολλαπλές καταπόσεις , βήχας κατά τη διάρκεια ή μετά την κατάποση , ανύψωση λάρυγγα , εισρόφηση ,αλλαγή στην ποιότητα/χροιά της φωνής , μεταφορά του βλωμού.

Αν ο ασθενής δεν αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα προχωράμε στο τελευταίο βήμα , το οποίο , περιλαμβάνει τη χορήγηση στερεάς τροφής όπως φρυγανιά ή μπισκότο . Δίνεται ένα μικρό κομμάτι από την στερεά τροφή της επιλογής του ασθενή. Ζητείται από τον ασθενή να ανοίξει το στόμα του για να παρατηρηθεί , η θέση και η μορφή του βλωμού, και έπειτα να καταπιεί , και τοποθετούνται πάλι τα δάχτυλα του εξεταστή στο ύψος του λάρυγγα .Μόλις ο ασθενής καταπιεί του ζητάμε να βήξει και αμέσως μετά να πει /αααααα/ και στο τέλος να ξανάβήξει. Παρατηρούμε αν η ποιότητα φωνής του ασθενή είναι υγρή . Αυτή τη φορά παρατηρούνται : πρόσθια διαρροή , πολλαπλές καταπόσεις , βήχας κατά τη διάρκεια ή μετά

την κατάποση , ανύψωση λάρυγγα , εισρόφηση ,αλλαγή στην ποιότητα/χροιά της φωνής , μάσηση , σχηματισμός βλωμού και μεταφορά του βλωμού.

Η συμπλήρωση ερωτηματολόγιων γίνονταν ως εξής οι ερωτήσεις γίνονταν από τον εξεταστή , οι ασθενείς απαντούσαν και ο εξεταστής σημείωνε τις απαντήσεις.

2.9 Συλλογή ερευνητικών στοιχείων

· Ιστορικό

Στο ιστορικό περιλαμβάνονται τα βιογραφικά στοιχεία και το ιατρικό ιστορικό .

Το ιατρικό ιστορικό χωρίζεται σε δυο μέρη , αυτό των φυσιολογικών και αυτό των ασθενών.

Τα βιογραφικά στοιχεία θεωρήθηκαν απαραίτητα για την πορεία της έρευνας ώστε να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των ερωτηθέντων ανάλογα με το φύλλο, την ηλικία, το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο .

Τα στοιχεία ιατρικού ιστορικού , από την άλλη , καθορίστηκαν από τους στόχους της έρευνας , ώστε τα άτομα που θα συμμετείχαν σε αυτήν να πληρούν τα κριτήρια ένταξης.

· Screening test

Το screening test δημιουργήθηκε με σκοπό να διαπιστωθεί εάν τα φυσιολογικά άτομα αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα που θα τους απέκλειε από την έρευνα , ενώ για τους ασθενείς με σκοπό να πραγματοποιηθεί μια επαλήθευση και μια αναλυτική καταγραφή των προβλημάτων κατάποσης τους , ώστε να πληρούν τα κριτήρια ένταξης που έχουν τεθεί για αυτούς.

2.10 Είδος Έρευνας

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

Αναλυτικότερα :

Οι ποσοτικές έρευνες χρησιμοποιούν δομημένη ερωτηματολογία , γίνονται με διάφορους τρόπους επικοινωνίας των υποκειμένων και των ερευνητών όπως : πρόσωπο με πρόσωπο , μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας , μέσω ταχυδρομείου ή και μέσω διαδικτύου. Η συγκεκριμένη έρευνα θα πραγματοποιηθεί πρόσωπο με πρόσωπο. Ειδικότερα , οι ποσοτικές έρευνες μετρούν το μέγεθος μιας κατάστασης και το πόσο όχι το γιατί, όχι τους λόγους μερικές φορές προιδεάζουν για την ύπαρξη λόγων και συνδυάζονται με τις ποιοτικές μεθόδους πριν ή και μετά από αυτές (Ζαφειρόπουλος , 2015) . Η συγκεκριμένη μελέτη αρχίζει με μια ποιοτική έρευνα και καταλήγει με μια ποσοτική έρευνα .

Με τον όρο ποιοτική μέθοδος εννοούμε ένα σύνολο ερμηνευτικών 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 δεν μετρούν τις συχνότητες και τα ποσοστά εμφάνισης των φαινομένων , αλλά εξηγούν και αναλύουν τους λόγους εμφάνισης των φαινομένων αυτών (Ζαφειρόπουλος , 2015) . Στη συγκεκριμένη έρευνα , χρησιμοποιείται η ποιοτική μέθοδος

μέσω των προαναφερόμενων φορμών για να περιγράψει και να αποδοθεί νόημα στις διαταραχές κατάποσης καθώς και για να εξηγηθούν και να αναλυθούν οι λόγοι εμφάνισης τους.

Οι ποιοτικοί μέθοδοι όπως προαναφέρθηκε μπορούν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά με τις ποσοτικές σε μια έρευνα πεδίου, στη συγκεκριμένη περίπτωση σε μια έρευνα σχετικά με την κατάποση (Ζαφειρόπουλος, 2015). Η ποιοτική μέθοδος λοιπόν, θα ερμηνεύσει, θα διαφωτίσει και θα εξηγήσει τους λόγους εμφάνισης των προβλημάτων κατάποσης και η ποσοτική θα μετρήσει μέσω των δυο ερωτηματολογίων το πόσο πολύ επηρεάζουν τα προβλήματα κατάποσης τη ζωή των ατόμων καθώς και το πόσο, τελικά, σοβαρή ασθένεια, ως προς αυτόν τον παράγοντα της, είναι η δυσφαγία.

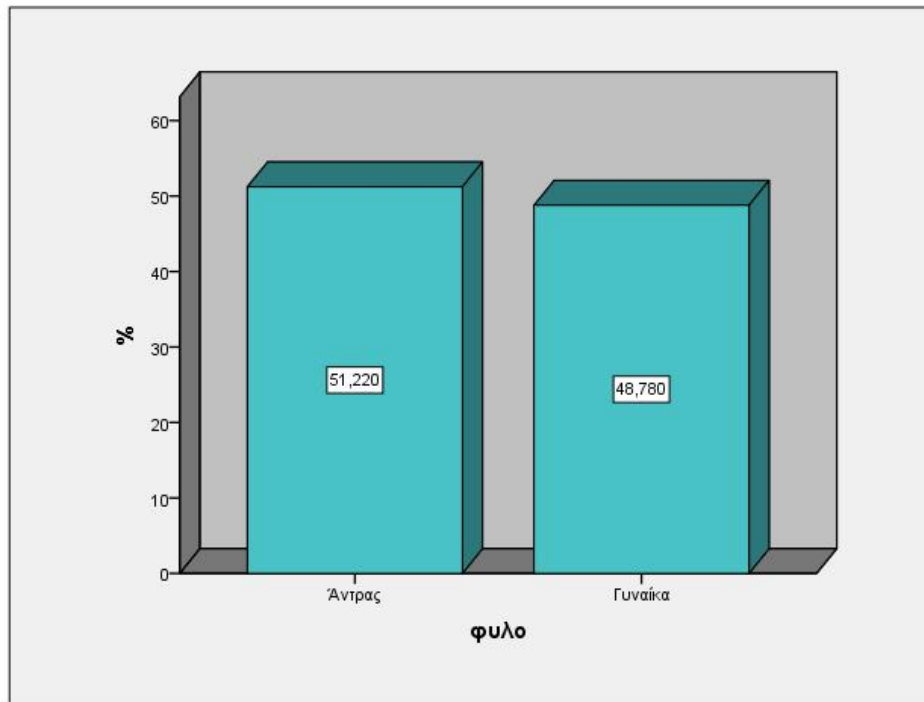
2.11 Τρόπος ανάλυσης έρευνας

Στην πρώτη φάση θα πραγματοποιηθεί έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας με βάση τον συντελεστή Cronbach A., έτσι ώστε, να δούμε αν όντως τα ερωτηματολόγια DHI και EAT-10 είναι έγκυρα στον ελληνικό πληθυσμό. Στην επομένη φάση θα γίνει περιγραφική ανάλυση όλων των ερωτήσεων των ερωτηματολογίων και η παρουσίαση θα γίνει μέσω πινάκων (ποσοστά, συχνότητες, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις). Στη συνέχεια, θα πραγματοποιηθεί επαγωγική ανάλυση με σκοπό τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων που έχουν ήδη οριστεί. Συγκεκριμένα, θα ελέγξουμε εάν επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ατόμων από το συγκεκριμένο πρόβλημα και εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ερωτηματολογίων. Τέλος, πρέπει να διερευνηθεί εάν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των ερωτηθέντων ανάλογα με το φύλλο, την ηλικία, το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

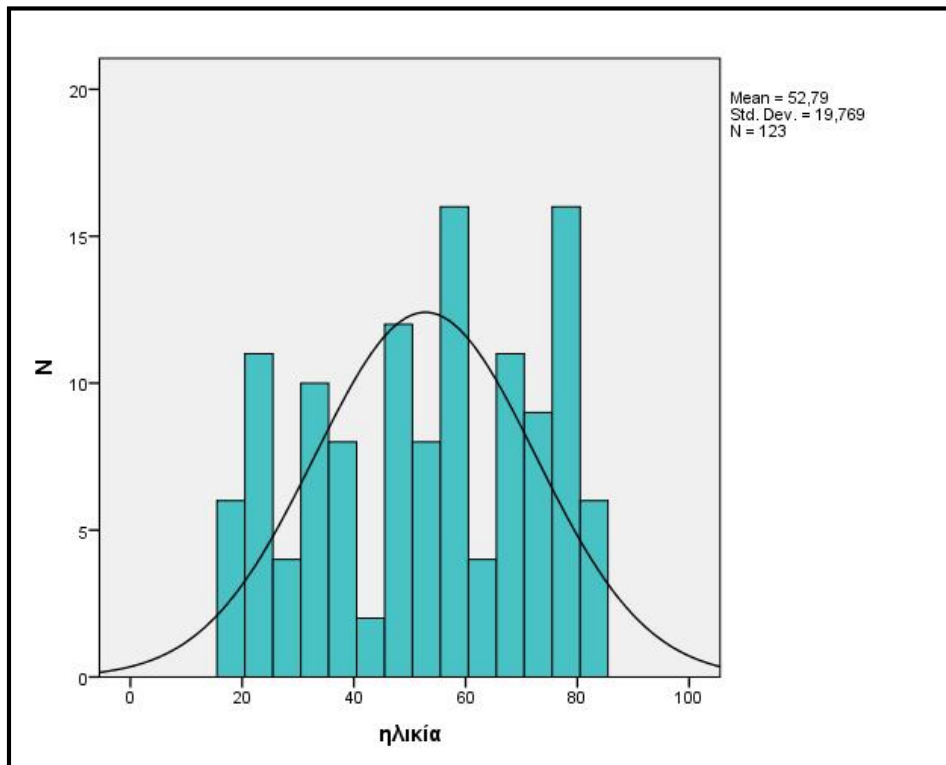
3.1 Δημογραφικό προφίλ

Από τους 123 συμμετέχοντες στην έρευνα, οι 62 είναι άντρες και οι 61 γυναίκες, αριθμοί που αντιπροσωπεύουν το 51.2% και το 48.8% του συνόλου αντίστοιχα (βλ. διάγραμμα 1).

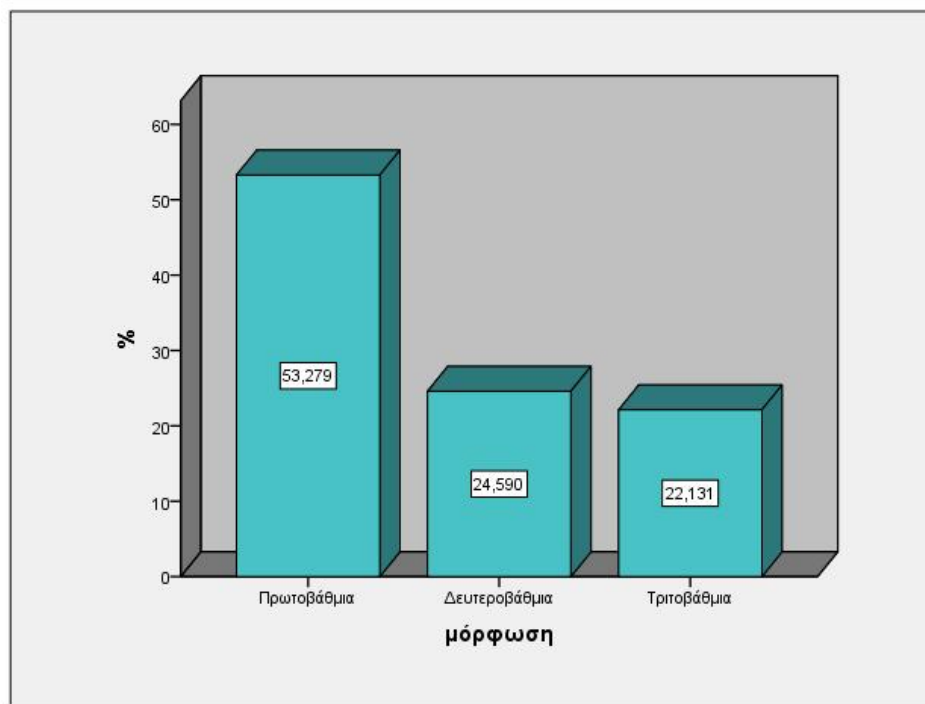


Διάγραμμα 1: Φύλο ερωτηθέντων

Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων είναι τα 53 έτη με απόκλιση 20 έτη από την τιμή αυτή (Μ.Ο. = 52.8; Τ.Α. = 19.8) (βλ. διάγραμμα 2). Παραπάνω από το μισό δείγμα (53.3%) και συγκεκριμένα τα 65 από τα 123 άτομα έχουν πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Το 24.4% έχει δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ μόλις το 22.0% τριτοβάθμια (βλ. διάγραμμα 3).

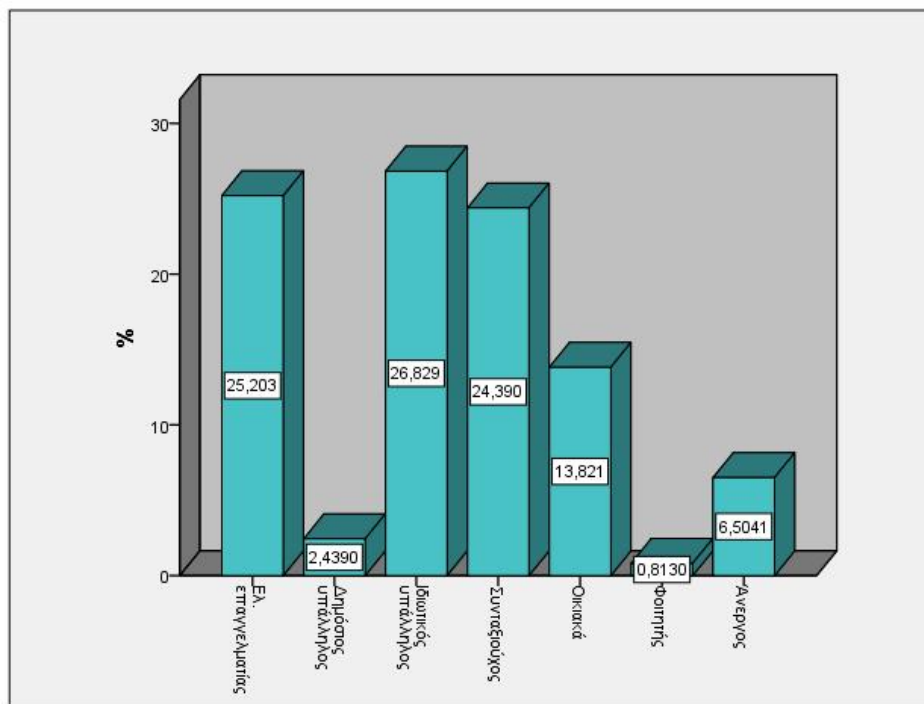


Διάγραμμα 2: Ηλικία ερωτηθέντων



Διάγραμμα 3: Μόρφωση ερωτηθέντων

Το 25.2% του συνόλου του δείγματος αποτελείται από ελεύθερους επαγγελματίες. Το 26.8% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 2.4% δημόσιοι υπάλληλοι, ενώ το 24.5% συνταξιούχοι. Ακολουθούν τα άτομα που ασχολούνται μόνο με οικιακά με 13.8%, οι άνεργοι με ποσοστό 6.5%, ενώ μόλις το 0.8% του συνόλου του δείγματος είναι φοιτητές (βλ. διάγραμμα 4).



Διάγραμμα 4: Επάγγελμα ερωτηθέντων

3.2 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων, ελέγχθηκε με τον συντελεστή Cronbach Alpha, ο οποίος μετράει την εσωτερική συνέπεια των ερωτήσεων εντός της κλίμακας. Υψηλή αξιοπιστία υπάρχει όταν ο συντελεστής εμφανίζει τιμή υψηλότερη από 0.70 ($\alpha > 0.70$).

3.2.1 Ερωτηματολόγιο *Dysphagia Handicap Index (DHI)*

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας, τόσο για τη συνολική κλίμακα *Dysphagia Handicap Index (DHI)*, όσο και για την κάθε μια από τις τρεις υποκλίμακες (λειτουργική, φυσική και συναισθηματική). Τα αποτελέσματα (βλ. πίνακα 1), ανέδειξαν υψηλό συντελεστή Cronbach Alpha, γεγονός που αποδεικνύει ότι το ερωτηματολόγιο είναι έγκυρο στον Ελληνικό πληθυσμό. Ειδικότερα, ο συντελεστής για το σύνολο του ερωτηματολογίου είναι $\alpha = 0.950$, ενώ για τις υποκλίμακες $\alpha = 0.916$; $\alpha = 0.787$; $\alpha = 0.983$ αντίστοιχα για την λειτουργική, φυσική και συναισθηματική.

Πίνακας 1: Ανάλυση αξιοπιστίας (CronbachAlpha) της κλίμακας *DysphagiaHandicapIndex (DHI)*

Κλίμακες	CronbachAlpha (α)
Λειτουργική	0.916
Φυσική	0.787

Συναισθηματική	0.983
ΣΥΝΟΛΙΚΗ DHI	0.950

3.2.2 Ερωτηματολόγιο Eating Assessment Tool (EAT-10)

Για την κλίμακα Eating Assessment Tool - 10(EAT-10), ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach Alpha, εμφανίζει επίσης υψηλή τιμή ($\alpha = 0.874$), που σημαίνει ότι και αυτό το ερωτηματολόγιο είναι έγκυρο στον Ελληνικό πληθυσμό (βλ. πίνακα 2).

Πίνακας 2: Ανάλυση αξιοπιστίας (Cronbach Alpha) της κλίμακας EatingAssessmentTool – 10 (EAT-10)

Κλίμακες	CronbachAlpha (α)
ΣΥΝΟΛΙΚΗ EAT-10	0.874

3.3 Περιγραφική ανάλυση

3.3.1. ΕρωτηματολόγιοDysphagia Handicap Index (DHI)

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία της κλίμακας Dysphagia Handicap Index (DHI) ανά ομάδα ερωτηθέντων. Σημειώνεται ότι η κλίμακα DHI αποτελείται από 25 ερωτήσεις, στις οποίες ο ασθενής μπορεί να δώσει τρεις απαντήσεις (ποτέ, μερικές φορές, και πάντα). Κατά τον υπολογισμό των απαντήσεων προσθέεται μια τιμή για κάθε κατηγορία απαντήσεων και συγκεκριμένα το 0 για την απάντηση «ποτέ», το 2 για την απάντηση «μερικές φορές» και το 4 για την απάντηση «πάντα». Με αυτό τον τρόπο η τελική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 100.

Όπως παρατηρείται η μέση συνολική βαθμολογία για την ομάδα ελέγχου είναι 1.23 (TA = 1.86), ενώ για την ομάδα με τους ασθενείς 38 (TA = 32.20). Αναλυτικότερα, το 63.0% του συνόλου των ατόμων που ανήκουν στην ομάδα ελέγχου, εμφανίζουν μηδενική συνολική βαθμολογία, ενώ βαθμολογία 2, 4 και 6 έχει το 19.3%, 10.9% και το 6.7% αντίστοιχα (βλ. πίνακα 1, Παράρτημα 1). Από την άλλη το 25.0% των ασθενών με δυσφαγία έχουν συνολικό σκορ 4. Βαθμολογία 18, 58 και 72 έχει το 25.0%, 25.0% και 25.0% αντίστοιχα (βλ. πίνακα 2, Παράρτημα 1).

Αναφορικά με τις υποκλίμακες, για την ομάδα ελέγχου, η λειτουργική κλίμακα έχει μέση βαθμολογία 0.03 (TA= 0. 26), η φυσική 1.19 (TA = 1.83) και η συναισθηματική 0. 00 (TA = 0. 00). Το 98.3% του συνόλου των ατόμων της ομάδας ελέγχου έχει δώσει την απάντηση «ποτέ» για τις ερωτήσεις της λειτουργικής υποκλίμακας, ενώ το ποσοστό αυτό για τη συναισθηματική κλίμακα είναι 100.0%. Σε ό, τι αφορά την φυσική κλίμακα το 63.8% έχει βαθμολογία 0, ενώ βαθμολογία 2, 4 και 6 εμφανίζει το 18.5%, 11.8% και το 5.9% του συνόλου αντίστοιχα (βλ. πίνακες 3-5, Παράρτημα 1).

Οι αντίστοιχες μέσες βαθμολογίες για τους ασθενείς είναι 11.00 (TA= 11.10), 16.00 (TA = 9.79) και 11.00 (TA= 12.70). Συνεπώς τα άτομα με πρόβλημα δυσφαγίας αντιμετωπίζουν

περισσότερα προβλήματα φυσικής (σωματικής) φύσεως, παρά λειτουργικής και συναισθηματικής. Ειδικότερα το 50.0% του συνόλου με πρόβλημα δυσφαγίας εμφανίζουν συνολική βαθμολογία 24 για την φυσική κλίμακα, το 25.0% 12 και μόλις το 25.0% βαθμολογία 4. Για τη συναισθηματική κλίμακα οι μισοί ερωτώμενοι έχουν μηδενικό σκορ και οι υπόλοιποι μισοί σκορ 22. Για την λειτουργική κλίμακα το 50.0% έχει βαθμολογία έως 6, το 25.0% βαθμολογία 12 και το υπόλοιπο 25.0% βαθμολογία 26 (βλ. πίνακες 6-8, Παράρτημα 1).

Πίνακας 3: Περιγραφικά στοιχεία της κλίμακας Dysphagia Handicap Index (DHI)

	Κλίμακες	Μέσος όρος	Διάμεσος
	Λειτουργική (0-36)	0.03±0.26	0
	Φυσική (0-36)	1.19±1.83	0
Ομάδα ελέγχου	Συναισθηματική (0-28)	0.00±0.00	0
	Συνολική DHI (0-100)	1.23 ±1.86	0
	Σοβαρότητα ¹ (0-7)	1.00 ±0.00	1
Ασθενείς με δυσφαγία	Λειτουργική (0-36)	11.00±11.14	9
	Φυσική (0-36)	16.00±9.79	18
	Συναισθηματική (0-28)	11.00±12.70	11
	Συνολική DHI (0-100)	38.00±32.20	38
	Σοβαρότητα (0-7)	3.75±2.22	4

Τέλος, η ομάδα ελέγχου ορίζει τη σοβαρότητα του προβλήματος κατά μέσο όρο στο επίπεδο «φυσιολογικό» (MO = 1.00; TA = 0.00), ενώ η ομάδα των ασθενών κατά μέσο όρο ορίζει το πρόβλημα ως μέτριο 3.75 με απόκλιση όμως από την τιμή αυτή 2 μονάδες.

Εξετάζοντας τις ερωτήσεις των κάθε μια από τις υποκλίμακες παρατηρούμε τα εξής. Οι μέσοι όροι των απαντήσεων της λειτουργικής κλίμακας για την ομάδα ελέγχου είναι σχεδόν στο σύνολό τους μηδενικοί, αφού όπως ήδη αναφέρθηκε σχεδόν όλο το δείγμα έχει δώσει την απάντηση «ποτέ». Για το δείγμα των ασθενών, για κάποιες προτάσεις, υπάρχουν αρκετά θετικές απαντήσεις (βλ. πίνακα 4). Ειδικότερα για την ερώτηση «Μου παίρνει περισσότερο χρόνο να φάω ένα γεύμα απ' ότι συνήθιζα» η μέση τιμή είναι 2.50 (TA = 1.92) και αυτό γιατί το 25.0% έχει απαντήσει «μερικές φορές», ενώ το 50.0% «πάντα». Για την ερώτηση «Τρώω λιγότερο, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου» το 50.0% έχει απαντήσει «μερικές φορές» και το 25.% «πάντα» (βλ. Πίνακα 9-10, Παράρτημα 1).

Πίνακας 4: Περιγραφικά στοιχεία λειτουργικής υποκλίμακας της Dysphagia Handicap Index (DHI)

Λειτουργική κλίμακα της DHI	Ομάδα ελέγχου	Ασθενείς με
-----------------------------	---------------	-------------

¹ Εκφράζει τη προσωπική εκτίμηση του ερωτώμενου για τη σοβαρότητα του προβλήματος

		δυσφαγία
1. Αποφεύγω μερικές τροφές, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου	0.03±0.26	1.00±2.00
2. Έχω αλλάξει τον τρόπο που καταπίνω για να διευκολύνω την διαδικασία κατάποσης	0.00±0.00	2.00±2.31
3. Μου παίρνει περισσότερο χρόνο να φάω ένα γεύμα απ' ότι συνήθιζα	0.00±0.00	2.50±1.92
4. Τρώω μικρότερα γεύματα πιο συχνά, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου	0.00±0.00	0.50±1.00
5. Δεν κοινωνικοποιούμαι πια τόσο πολύ, εξαιτίας του προβλήματος	0.00±0.00	1.50±1.92
6. Αποφεύγω το φαγητό, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου	0.00±0.00	0.50 ±1.00
7. Τρώω λιγότερο, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου	0.00±0.00	2.00±1.63
8. Θα πρέπει να τρέφομαι με άλλο τρόπο(π.χ. γαστρικός σωλήνας), εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου	0.00±0.00	0.00±0.00
9. Έχω αλλάξει την διατροφή μου, λόγω των προβλημάτων κατάποσης που αντιμετωπίζω	0.00±0.00	1.00±2.00

Αναφορικά με τις ερωτήσεις της φυσικής (σωματικής) υποκλίμακας, για την ομάδα ελέγχου οι μέσες βαθμολογίες είναι σχεδόν μηδενικές. Για την ομάδα με τους ασθενείς υπάρχουν αρκετά υψηλές βαθμολογίες για τις ερωτήσεις 4,6,7 και 8 (βλ. Πίνακα 5). Ειδικότερα για την ερώτηση «Πρέπει να πίνω υγρά για να πηγαίνει το φαγητό κάτω», η μέση τιμή είναι 3.50 (TA = 1.00), αφού το 75.0% έχει δώσει την απάντηση «πάντα». Για την ερώτηση «Πρέπει να καταπίνω ξανά πριν το φαγητό κατέβει προς τα κάτω», η μέση τιμή είναι το 3.00 (TA = 2.00). Και πάλι το 75.0% έχει απαντήσει «πάντα». Η μέση βαθμολογία για τις ερωτήσεις «Πίνω όταν παίρνω την φαρμακευτική μου αγωγή» και «Νιώθω μια αίσθηση πνιγμού καθώς καταπίνω» είναι 2.00 και 2.50 αντίστοιχα (βλ. Πίνακες 11-14, Παράρτημα 1).

Πίνακας 5: Περιγραφικά στοιχεία φυσικής υποκλίμακας της Dysphagia Handicap Index (DHI)

Φυσική κλίμακα της DHI	Ομάδα ελέγχου	Ασθενείς με δυσφαγία
1. Βήχω όταν πίνω υγρά	0.20±0.61	1.50±1.92
2. Βήχω όταν τρώω στερεές τροφές	0.30±0.72	1.50±1.92
3. Το στόμα μου είναι στεγνό	0.44±0.83	1.50±1.92

4. Πρέπει να πίνω υγρά για να πηγαίνει το φαγητό κάτω.	0.18±0.69	3.50±1.00
5. Έχασα βάρος, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου	0.00±0.00	0.00±0.00
6. Πρέπει να καταπίνω ξανά πριν το φαγητό κατέβει προς τα κάτω.	0.00±0.00	3.00±2.00
7. Πνίγομαι όταν παίρνω την φαρμακευτική μου αγωγή	0.03±0.26	2.00±2.31
8. Νιώθω μια αίσθηση πνιγμού καθώς καταπίνω	0.03±0.26	2.50±1.00
9. Φτύνω φαγητό, αφού έχω καταπιεί	0.00±0.00	0.50±1.00

Οι μέσοι όροι των απαντήσεων της συναισθηματικής κλίμακας για την ομάδα ελέγχου είναι στο σύνολό τους μηδενικοί, αφού όπως ήδη αναφέρθηκε το 100% του δείγματος έχει δώσει την απάντηση «ποτέ». Για το δείγμα των ασθενών, για κάποιες προτάσεις, υπάρχουν αρκετά θετικές απαντήσεις (βλ. πίνακα 6). Ειδικότερα για την ερώτηση «*Έρχομαι σε δύσκολη θέση όταν τρώω μπροστά σε κόσμο*» η μέση τιμή είναι 2.00 (TA = 2.31) και αυτό γιατί το 50.0% έχει απαντήσει «πάντα». Τα ίδια αποτελέσματα παρατηρούνται και για την ερώτηση «*Δεν απολαμβάνω το φαγητό όπως συνήθιζα να κάνω*», αλλά και για την ερώτηση «*Φοβάμαι πως θα πνιγώ και θα σταματήσω να αναπνέω, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου*» (βλ. Πίνακα 9-10, Παράρτημα 1).

Πίνακας 6: Περιγραφικά στοιχεία συναισθηματικής υποκλίμακας της Dysphagia Handicap Index (DHI)

Φυσική κλίμακα της DHI	Ομάδα ελέγχου	Ασθενείς με δυσφαγία
1. Έρχομαι σε δύσκολη θέση όταν τρώω μπροστά σε κόσμο	0.00±0.00	2.00±2.31
2. Αισθάνομαι απογοητευμένος/-ή , επειδή δεν μπορώ να φάω ό,τι θέλω.	0.00±0.00	1.00±1.16
3. Δεν απολαμβάνω το φαγητό όπως συνήθιζα να κάνω	0.00±0.00	2.00±2.31
4. Είμαι νευρικός/-ή , εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου.	0.00±0.00	1.50±1.92
5. Αισθάνομαι μειονεκτικά, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου	0.00±0.00	1.50±1.92
6. Θυμώνω με τον εαυτό μου, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου.	0.00±0.00	1.00±1.16
7. Φοβάμαι πως θα πνιγώ και θα σταματήσω να αναπνέω, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου	0.00±0.00	2.00±2.31

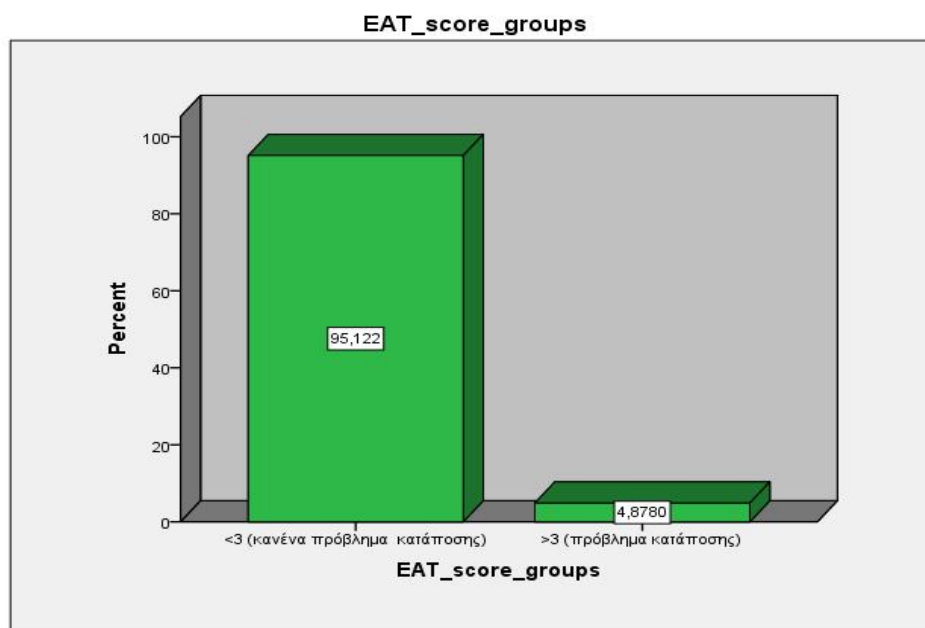
3.3.2 Ερωτηματολόγιο *Eating Assessment Tool – 10 (EAT-10)*

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία της κλίμακας *Eating Assessment Tool- 10 (EAT-10)* ανά ομάδα ερωτηθέντων. Όπως παρατηρείται η συνολική μέση βαθμολογία για την ομάδα των ασθενών είναι 13.2 (TA = 9.07), ενώ για την ομάδα ελέγχου 0.61 (TA = 0.92). Το 95.12% των ερωτηθέντων έχει βαθμολογία κάτω από το 3 που σημαίνει ότι δεν υπάρχει πρόβλημα κατάποσης. Σοβαρό πρόβλημα κατάποσης έχει το 4.9% των συμμετεχόντων (βλ. διάγραμμα 5).

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα στοιχεία της έρευνας για την κάθε μια ερώτηση της κλίμακας *EAT-10* ανά ομάδα ερωτηθέντων. Όπως παρατηρείται, για την ομάδα ελέγχου οι μέσες τιμές είναι σχεδόν στο σύνολό τους κοντά στο 0, που αποδεικνύει ότι δεν παρατηρείται πρόβλημα κατάποσης. Για την ομάδα των ασθενών, το πρόβλημα είναι υπαρκτό. Τα εντονότερα προβλήματα εμφανίζονται για τις δηλώσεις «*Η κατάποση στερεών τροφών καταλαμβάνει επιπλέον προσπάθεια*», 2.50 (TA= 0.67). και «*Όταν καταπίνω το φαγητό κολλάει στον λαιμό μου*» 2.50 (TA= 1.00).

Πίνακας 7: Περιγραφικά στοιχεία της κλίμακας *Eating Assessment Tool – 10 (EAT-10)*
0 = Κανένα πρόβλημα 4 = Σοβαρό πρόβλημα

Φυσική κλίμακα της DHI	Ομάδα ελέγχου	Ασθενείς με δυσφαγία
1. Το πρόβλημα κατάποσης μου με ανάγκασε να χάσω βάρος	0.00±0.00	0.25±0.50
2. Το πρόβλημα κατάποσης μου παρεμβαίνει και εμποδίζει την ικανότητα μου να βγαίνω έξω για φαγητό.	0.00±0.00	1.25±1.50
3. Η κατάποση υγρών καταλαμβάνει επιπλέον προσπάθεια	0.02±0.13	1.00±1.16
4. Η κατάποση στερεών τροφών καταλαμβάνει επιπλέον προσπάθεια.	0.18±0.38	2.50±0.67
5. Η κατάποση χαπιών καταλαμβάνει επιπλέον προσπάθεια	0.20±0.59	1.50±1.92
6. Η διαδικασία της κατάποσης είναι επώδυνη	0.00±0.00	1.50±1.29
7. Η απόλαυση του φαγητού επηρεάζεται από την κατάποση μου	0.01±0.09	1.25±1.50
8. Όταν καταπίνω το φαγητό κολλάει στον λαιμό μου	0.08±0.27	2.50±1.00
9. Βήχω όταν τρώω.	0.13±0.34	0.50±1.58
10. Η διαδικασία της κατάποσης είναι αγχωτική	0.00±0.00	1.00±1.16
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	0.61±0.92	13.2±9.07



Διάγραμμα 5: Πρόβλημα κατάποσης

3.4 Επαγωγική ανάλυση

3.4.1. Διαφορές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου *DysphagiaHandicapIndex (DHI)*

Στον πίνακα 8, πραγματοποιείται έλεγχος διακυμάνσεων στους μέσους όρους των απαντήσεων για κάθε μια από τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου *Dysphagia Handicap Index (DHI)*.

Όπως παρατηρείται οι διαφορές στις απαντήσεις μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας των ασθενών είναι στατιστικά σημαντικές, αφού η τιμή της σημαντικότητας (p-value) είναι μικρότερη από 0.01.

Αναλυτικά τα αποτελέσματα για την τιμή του ελέγχου ανά υποκλίμακα είναι: λειτουργική (t = -12.176; p<0.01), φυσική (t = -12.264; p<0.01), συναισθηματική (t = --10.820; p<0.01), συνολική (t = -13.411; p<0.01).

Πίνακας 8: Διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών για την κλίμακα *Dysphagia Handicap Index (DHI)* (Independent Samples Test)

	Ομάδα	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	t - student	p-value
Λειτουργική κλίμακα	ομάδα ελέγχου	119	0,03	0,258	-12.176	0.000
	ασθενείς	4	11,00	11,136		

Φυσική κλίμακα	ομάδα ελέγχου	119	1,19	1,829	-12.264	0.000
	ασθενείς	4	16,00	9,798		
Συναισθηματική κλίμακα	ομάδα ελέγχου	119	,00	,000	-10.820	0.000
	ασθενείς	4	11,00	12,702		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ (DHI)	ομάδα ελέγχου	119	1,23	1,861	-13.411	0.000
	ασθενείς	4	38,00	32,208		

3.4.2. Διαφορές για το ερωτηματολόγιο *Eating Assessment Tool – 10 (EAT-10)*

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για την κλίμακα EAT – 10. Ο έλεγχος δείχνει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε επίπεδο σημαντικότητας 1% ($t = -14.680$; $p < 0.01$).

Πίνακας 9: Διαφορές για το ερωτηματολόγιο *Eating Assessment Tool -10 (EAT-10)* (Independent Samples Test)

	Ομάδα	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	t - student	p-value
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ (EAT-10)	ομάδα ελέγχου	119	,61	0,922	-14.680	0.000
	Ασθενείς	4	13,25	9,069		

3.4.3. Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων *DHI* και *EAT-10*

Στον πίνακα 10, πραγματοποιείται συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων DHI και EAT-10. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ της κλίμακας EAT – 10 και της κλίμακας DHI ($r = 0.940$; $p < 0.01$). Αντίστοιχα παρατηρείται στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ της κλίμακας EAT -10 και των τριών υποκλιμάκων της DHI και συγκεκριμένα: λειτουργική ($r = 0.869$; $p < 0.01$), φυσική ($r = 0.879$; $p < 0.01$) και συναισθηματική ($r = 0.917$; $p < 0.01$).

Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν ότι όσο αυξάνονται τα προβλήματα κατάποσης, τόσο πιο αρνητικά επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ατόμων, αφού υπάρχουν εντονότερα προβλήματα λειτουργικής, φυσικής και συναισθηματικής φύσεως.

Πίνακας 10: Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων *DHI* και *EAT-10* (Pearson Correlation)

		Συνολική βαθμολογία EAT
Λειτουργική	Pearson Correlation	0,869**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	123
Φυσική	Pearson Correlation	,879**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	123
Συναισθηματική	Pearson Correlation	0,917**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	123
Συνολική βαθμολογία DHI	Pearson Correlation	0,940**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	123

* Στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο 0.01

3.4.4. Διαφορές στις κλίμακες DHI και EAT-10 ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με τις διαφορές στις απαντήσεις των ερωτηθέντων στις βασικές κλίμακες του ερωτηματολογίου, ανάλογα με τα κοινωνικό δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Αναλυτικότερα, αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος διακυμάνσεων t-test για τη διερεύνηση διαφορών ανάλογα με το φύλο. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 11 και όπως παρατηρείται δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των ερωτηθέντων ανάλογα με το φύλο, αφού σε όλες περιπτώσεις η τιμή της στατιστικής σημαντικότητας είναι μεγαλύτερη από 0.05. Το αποτέλεσμα αυτό ισχύει τόσο για τις τρεις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου DHI (λειτουργική $t = -0.862$; $p > 0.05$; φυσική $t = -1.303$; $p > 0.05$; συναισθηματική $t = -0.035$; $p > 0.05$) και το συνολικό βαθμό DHI ($t = -0.822$; $p > 0.05$), όσο και για την κλίμακα EAT – 10 ($t = -0.803$; $p > 0.05$).

Πίνακας 11: Διαφορές στις κλίμακες DHI και EAT-10 ανάλογα με το φύλο

	Φύλο	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	t - student	p-value
Λειτουργική κλίμακα	Άντρας	63	0,19	1,512	-0.862	0.391
	Γυναίκα	60	0,60	3,441		
Φυσική κλίμακα	Άντρας	63	1,27	3,375	-1.303	0.195
	Γυναίκα	60	2,10	3,690		
Συναισθηματική κλίμακα	Άντρας	63	,35	2,772	-0.035	0.973
	Γυναίκα	60	,37	2,840		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ (DHI)	Άντρας	63	1,81	7,394	-0.822	0.413
	Γυναίκα	60	3,07	9,492		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ (EAT - 10)	Άντρας	63	0,83	2,837	-0.803	0.424
	Γυναίκα	60	1,23	2,794		

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για το μορφωτικό επίπεδο. Και πάλι δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συνολικές βαθμολογίες των δύο κύριων ερωτηματολογίων DHI ($t = 1.155$; $p > 0.05$) και EAT-10 ($t = 0.748$; $p > 0.05$). Το ίδιο ισχύει και για τις υποκλίμακες της DHI (λειτουργική $t = 0.414$; $p > 0.05$; φυσική $t = 2.006$; $p > 0.05$; συναισθηματική $t = 0.883$; $p > 0.05$) (βλ. πίνακα 12)

Πίνακας 12: Διαφορές στις κλίμακες DHI και EAT-10 ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

	Μόρφωση	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	t - student	p-value
Λειτουργική κλίμακα	Πρωτοβάθμια	65	0,58	3,531	0,414	0,662
	Δευτεροβάθμια	30	0,07	0,365		
	Τριτοβάθμια	27	0,30	1,203		
Φυσική κλίμακα	Πρωτοβάθμια	65	2,22	4,418	2.006	0,139
	Δευτεροβάθμια	30	0,67	1,422		
	Τριτοβάθμια	27	1,56	2,562		
Συναισθηματική κλίμακα	Πρωτοβάθμια	65	0,68	3,829	0.883	0.416
	Δευτεροβάθμια	30	0,00	0,000		

	Τριτοβάθμια	27	0,00	0,000		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ (DHI)	Πρωτοβάθμια	65	3,48	11,304	1,155	0,319
	Δευτεροβάθμια	30	0,73	1,437		
	Τριτοβάθμια	27	1,85	3,634		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ (EAT - 10)	Πρωτοβάθμια	65	1,26	3,684	0,748	0,476
	Δευτεροβάθμια	30	0,50	0,682		
	Τριτοβάθμια	27	1,07	1,639		

Το επάγγελμα των ερωτηθέντων, επίσης δεν διαφοροποιεί τις απόψεις τους καθώς και πάλι η τιμή της σημαντικότητας p είναι μικρότερη από 0.05 και για τις δύο κύριες εξεταζόμενες κλίμακες DHI ($t = 2.051$; $p > 0.05$) και EAT-10 ($t = 1.639$; $p > 0.05$), αλλά και για τις υποκλίμακες της DHI (λειτουργική $t = 1.593$; $p > 0.05$; φυσική $t = 1.841$; $p > 0.05$; συναισθηματική $t = 2.142$; $p > 0.05$) (βλ. πίνακα 13)

Πίνακας 13: Διαφορές στις κλίμακες DHI και EAT-10 ανάλογα με το επάγγελμα²

	Μόρφωση	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	t - student	p-value
Λειτουργική κλίμακα	Ελ. Επαγγελματίας	31	0,32	1,166		
	Υπάλληλος	36	0,00	0,000	1,593	0,195
	Συνταξιούχος	30	1,27	5,159		
	Άλλα	26	0,00	0,000		
Φυσική κλίμακα	Ελ. Επαγγελματίας	31	1,55	2,669		
	Υπάλληλος	36	1,00	1,621	1,841	0,143
	Συνταξιούχος	30	2,93	6,097		
	Άλλα	26	1,31	1,784		
Συναισθηματική κλίμακα	Ελ. Επαγγελματίας	31	0,00	0,000		
	Υπάλληλος	36	0,00	0,000	2,142	0,099

² Δημιουργήθηκε νέα μεταβλητή για το επάγγελμα με λιγότερες υποκατηγορίες καθώς για τις κατηγορίες οικιακά, φοιτητής, άνεργος και δημόσιος υπάλληλος υπήρχαν λίγες παρατηρήσεις

	Συνταξιούχος	30	1,47	5,582		
	Άλλα	26	,00	0,000		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ (DHI)	Ελ. Επαγγελματίας	31	1,87	3,575		
	Υπάλληλος	36	1,00	1,621	2,051	0,110
	Συνταξιούχος	30	5,67	16,367		
	Άλλα	26	1,31	1,784		
	Ελ. Επαγγελματίας	31	0,68	1,469		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ (EAT - 10)	Υπάλληλος	36	0,56	0,735	1,639	0,184
	Συνταξιούχος	30	1,97	5,282		
	Άλλα	26	1,00	1,166		

Τέλος στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την επιρροή της ηλικίας των ερωτηθέντων. Όπως παρατηρείται από τα στοιχεία δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και των κλιμάκων DHI ($r = 0.131$; $p > 0.05$) και EAT-10 ($r = 0.065$; $p > 0.05$). Το ίδιο ισχύει και για την λειτουργική ($r = 0.072$; $p > 0.05$) και συναισθηματική ($r = 0.099$; $p > 0.05$) κλίμακα του ερωτηματολογίου DHI Παρατηρείται μόνο ασθενής θετική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της φυσικής υποκλίμακας ($r = 0.181$; $p < 0.05$), η οποία ωστόσο είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Αυτό σημαίνει πως τα προβλήματα φυσικής (σωματικής) φύσεως είναι αυξημένα στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Πίνακας 14: Διαφορές στις κλίμακες DHI και EAT-10 ανάλογα με την ηλικία

		Ηλικία
Λειτουργική	Pearson Correlation	0.072
	Sig. (2-tailed)	0.426
	N	123
Φυσική	Pearson Correlation	0.181*
	Sig. (2-tailed)	0.046
	N	123
Συναισθηματική	Pearson Correlation	0.099
	Sig. (2-tailed)	0.274

	N	123
Συνολική βαθμολογία DHI	Pearson Correlation	0.131
	Sig. (2-tailed)	0.149
	N	123
Συνολική βαθμολογία(EAT – 10)	Pearson Correlation	0.065
	Sig. (2-tailed)	0.478
	N	123

Παράρτημα 1

Πίνακας 1: DHI_TOTAL για ομάδα ελέγχου

DHI_TOTAL

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
0	75	63,0	63,0	63,0
2	23	19,3	19,3	82,4
Valid 4	13	10,9	10,9	93,3
6	8	6,7	6,7	100,0
Total	119	100,0	100,0	

Πίνακας 2: DHI_TOTAL για ασθενείς με δυσφαγία

DHI_TOTAL

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
4	1	25,0	25,0	25,0
18	1	25,0	25,0	50,0
Valid 58	1	25,0	25,0	75,0
72	1	25,0	25,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Πίνακας 3 λειτουργική_κλίμακα (ομάδα ελέγχου)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
0	117	98,3	98,3	98,3
Valid 2	2	1,7	1,7	100,0
Total	119	100,0	100,0	

Πίνακας 4: φυσική_κλίμακα (ομάδα ελέγχου)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
0	76	63,9	63,9	63,9
2	22	18,5	18,5	82,4
Valid 4	14	11,8	11,8	94,1
6	7	5,9	5,9	100,0
Total	119	100,0	100,0	

Πίνακας 5: συναισθηματική_κλίμακα (ομάδα ελέγχου)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid 0	119	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 6 λειτουργική_κλίμακα (ασθενείς με δυσφαγία)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
0	1	25,0	25,0	25,0
6	1	25,0	25,0	50,0
Valid 12	1	25,0	25,0	75,0
26	1	25,0	25,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Πίνακας 7 φυσική_κλίμακα (ασθενείς με δυσφαγία)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
4	1	25,0	25,0	25,0
12	1	25,0	25,0	50,0
Valid 24	2	50,0	50,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Πίνακας 8 συναισθηματική_κλίμακα (ασθενείς με δυσφαγία)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
0	2	50,0	50,0	50,0
Valid 22	2	50,0	50,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Πίνακας 9 λ3(ασθενείς με δυσφαγία)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid Ποτέ	1	25,0	25,0	25,0
Μερικές φορές	1	25,0	25,0	50,0
Πάντα	2	50,0	50,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Πίνακας 10 λ7 (ασθενείς με δυσφαγία)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid Ποτέ	1	25,0	25,0	25,0
Μερικές φορές	2	50,0	50,0	75,0
Πάντα	1	25,0	25,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Πίνακας 11 φ4 (ασθενείς με δυσφαγία)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid Μερικές φορές	1	25,0	25,0	25,0
Πάντα	3	75,0	75,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Πίνακας 12 φ6 (ασθενείς με δυσφαγία)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Ποτέ	1	25,0	25,0	25,0
Valid Πάντα	3	75,0	75,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Πίνακας 13 φ7 (ασθενείς με δυσφαγία)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Ποτέ	2	50,0	50,0	50,0
Valid Πάντα	2	50,0	50,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Πίνακας 14 φ8 (ασθενείς με δυσφαγία)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Μερικές φορές	3	75,0	75,0	75,0
Valid Πάντα	1	25,0	25,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Πίνακας 14 σ1 (ασθενείς με δυσφαγία)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Ποτέ	2	50,0	50,0	50,0
Valid Πάντα	2	50,0	50,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Πίνακας 14 σ3 (ασθενείς με δυσφαγία)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Ποτέ	2	50,0	50,0	50,0
Valid Πάντα	2	50,0	50,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Πίνακας 14 σ7 (ασθενείς με δυσφαγία)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Ποτέ	2	50,0	50,0	50,0
Valid Πάντα	2	50,0	50,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο - ΣΥΖΗΤΗΣΗ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

4.1 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η επιρροή των προβλημάτων κατάποσης στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου. Για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού χρησιμοποιήθηκαν δυο σταθμισμένα ερωτηματολόγια. Το πρώτο ερωτηματολόγιο ήταν το Dysphagia Handicap Index (DHI) που αποτελεί ένα μέτρο αυτό αξιολόγησης των προβλημάτων που συσχετίζονται με τη δυσφαγία. Υπό αυτή την έννοια, η κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε με στόχο να προσδιοριστεί η ποιότητα ζωής των ατόμων όπως εξάλλου έχει επισημανθεί και από άλλους ερευνητές (Asadollahpour, Baghban& Asadi, 2015). Από την άλλη, το δεύτερο σταθμισμένο ερωτηματολόγιο της έρευνας ήταν το Eating Assessment Tool- 10 (EAT – 10), που αποτελεί ένα από τα πιο γνωστά εργαλεία εκτίμησης της δυσφαγίας (Belafsky et al., 2008).

Αναφορικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε για την παρούσα έρευνα το οποίο εστιάζει στην εγκυρότητα των δύο ερωτηματολογίων στον Ελληνικό πληθυσμό, η έρευνα φανέρωσε υψηλή αξιοπιστία και των δύο εργαλείων. Ειδικότερα για την κλίμακα Dysphagia Handicap Index (DHI) αναδείχθηκε υψηλή εσωτερική συνάφεια τόσο για το σύνολο των ερωτήσεων όσο και για την κάθε μια υποκλίμακα ξεχωριστά (λειτουργική, φυσική και συναισθηματική). Η υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου έχει αποδειχθεί σε πληθώρα άλλων μελετών (Asadollahpour, Baghban& Asadi, 2015; Sallum, Duarte&Cecconello, 2012; Silbergleit et al., 2012; Woisard, Andrieux&Puech, 2005). Παρατηρήθηκαν υψηλότερες βαθμολογίες στις απαντήσεις για την φυσική υποκλίμακα του ερωτηματολογίου DHI σε σύγκριση με την λειτουργική και τη συναισθηματική. Κάτι τέτοιο έχει αποδειχθεί και σε άλλες μελέτες (Asadollahpour, Baghban& Asadi, 2015), και φανερώνει ότι οι ασθενείς έχουν υψηλότερη εξοικείωση με τα σωματικά συμπτώματα της δυσφαγίας. Με άλλα λόγια τα φυσικά συμπτώματα είναι η σημαντικότερη παράμετρος αυτοαντίληψης της δυσφαγίας. Από την άλλη, η κλίμακα Eating Assessment Tool – 10 (EAT – 10) επίσης φανέρωσε υψηλή αξιοπιστία. Το αποτέλεσμα αυτό υποστηρίζεται και σε άλλες ερευνητικές μελέτες (Belafsky et al., 2008; Rofesetal., 2014). Με βάση τα παραπάνω, συμπεράνουμε ότι τα ερωτηματολόγια Dysphagia Handicap Index (DHI) και Eating Assessment Tool - 10 (EAT – 10), είναι έγκυρα στον Ελληνικό πληθυσμό.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που επιχειρήθηκε να απαντηθεί μέσω της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από τα προβλήματα κατάποσης. Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε επιβεβαίωσε τα παραπάνω, αφού φανερώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση τόσο μεταξύ των ερωτηματολογίων EAT – 10 και DHI, όσο και μεταξύ του ερωτηματολογίου EAT – 10 και τις τρεις υποκλίμακες του DHI. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν ότι όσο αυξάνονται τα προβλήματα κατάποσης, τόσο πιο αρνητικά επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ατόμων, αφού υπάρχουν εντονότερα προβλήματα λειτουργικής, φυσικής και συναισθηματικής φύσεως. Συγκεκριμένα, σχετικά με το πρώτο ερωτηματολόγιο στις ερωτήσεις «Έρχομαι σε δύσκολη θέση όταν τρώω μπροστά σε κόσμο», «Δεν κοινωνικοποιούμαι πια τόσο πολύ εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης μου», «Δεν απολαμβάνω το φαγητό όπως συνήθιζα να κάνω», «Αισθάνομαι μειονεκτικά και θυμώνω με τον εαυτό μου» βρέθηκαν τα μεγαλύτερα ποσοστά. Πολλές άλλες μελέτες (Smithard, Smeeton & Wolfe, 2007; Eslick & Talley, 2008; Thomas et al. , 2008; Zuydametal , 2005) έχουν αναδείξει τη σχέση μεταξύ δυσφαγίας και ποιότητας ζωής, φανερώνοντας ότι η δυσφαγία έχει σημαντικές σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις στους ασθενείς, επηρεάζοντας με αυτό τον τρόπο την ποιότητα ζωής τους.

Διερευνώντας την ύπαρξη διαφορών ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, που ήταν και το τρίτο ερευνητικό ερώτημα της μελέτης, δεν φανερώθηκαν στατιστικά σημαντικές διακυμάνσεις στις βαθμολογίες των δύο ερωτηματολογίων σε ότι αφορά το φύλο, την μόρφωση και το επάγγελμα. Ωστόσο παρατηρήθηκε σχέση μεταξύ της ηλικίας και της φυσικής υποκλίμακας του ερωτηματολογίου DHI. Το αποτέλεσμα αυτό φανερώνει ότι τα προβλήματα φυσικής (σωματικής) φύσεως που προκαλούνται από την πάροδο του χρόνου (γήρανση) αυξάνουν τα συμπτώματα δυσκολίας στην κατάποση. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξανόταν η βαθμολογία των φυσιολογικών ατόμων, γιατί ο στοματοπροσωπικός μηχανισμός και το πεπτικό σύστημα παρουσιάζει μία φυσιολογική αλλοίωση – εξασθένηση λόγω γήρανσης. Συγκεκριμένα, η διείσδυση των τροφών (Πρώιου , 2003) , η ξηροστομία, η μειωμένη όρεξη για φαγητό καθώς και η καλή αισθητικότητα των ερωτηθέντων αυτών, αύξαναν την βαθμολογία σε ερωτήσεις που τους υποβλήθηκαν. Επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι η ξηροστομία σχετιζόταν με συγκεκριμένες φαρμακευτικές αγωγές, όπως ζαχαρώδης διαβήτης. Κάτι τέτοιο υποστηρίζεται και από πολλούς άλλους ερευνητές (Eslík & Talley, 2008; Kawashima, Motohashi & Fujishima, 2004; Mannetal , 2013; Roy et al. , 2007), σύμφωνα με τους οποίους τα προβλήματα δυσφαγίας είναι εντονότερα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

4.2 Συμπεράσματα

Οι διαταραχές στην κατάποση, συνδέονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, καθώς μπορούν να οδηγήσουν σε διάφορες κλινικές επιπλοκές όπως αφυδάτωση, υποσιτισμός κλπ. Έτσι, η σωστή αξιολόγηση της δυσφαγίας είναι μεγάλης σημασίας για την αποτελεσματική πρόληψη, ενώ επιπλέον ο προσδιορισμός του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ασθενών συμβάλλει σημαντικά στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Η παρούσα μελέτη φανέρωσε ότι τα δύο ερωτηματολόγια Dysphagia Handicap Index (DHI) και Eating Assessment Tool – 10 (EAT – 10) είναι έγκυρα στον Ελληνικό πληθυσμό και συνεπώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον προσδιορισμό του βαθμού στον οποίο ένα άτομο αντιμετωπίζει το πρόβλημα της δυσφαγίας, αλλά και των συνεπειών και δυσκολιών που σχετίζονται με το εν λόγω πρόβλημα. Οπότε, προτείνονται ως έγκυρα μέσα για την χρήση πριν και μετά την θεραπεία, ώστε και να γνωρίζει ο θεραπευτής το πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής τα προβλήματα κατάποσης του και να δομεί το κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα αλλά και για να γίνεται χρήση ως ένα μέσο επαλήθευσης στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Τα παραπάνω είναι μεγάλης σημασίας καθώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον προσδιορισμό της ποιότητας της ζωής των ασθενών με δυσφαγία. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής αποτελεί μία κατάσταση φυσικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας, που περιλαμβάνει την ικανότητα του ασθενή να εκπληρώνει ικανοποιητικά για τον ίδιο, τις καθημερινές του δραστηριότητες. Σε ασθενείς με δυσφαγία, οι επιπτώσεις της ασθένειας επηρεάζουν μερικές από τις πιο σημαντικές ανθρώπινες λειτουργίες, μεταξύ των οποίων την προφορική επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση, αλλά και βασικές ζωτικές λειτουργίες, όπως την αναπνοή και την πρόσληψη τροφής. Η μελέτη αυτών των επιπτώσεων και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την επιτυχία ή την αποτυχία της θεραπείας.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη ήταν αναγκαία να πραγματοποιηθεί, ώστε να μπορούν αυτά τα δύο ερωτηματολόγια να χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς στην Ελλάδα που ασχολούνται με δυσφαγία, ώστε να συμβάλουν στην έγκυρη διάγνωση και να υπάρχει μία αποτελεσματικότερη θεραπεία καθώς και γιατί φανέρωσε ότι η δυσφαγία, επηρεάζει

αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, λόγω των διαφόρων προβλημάτων λειτουργικής, φυσικής και συναισθηματικής φύσεως που προκαλούνται. Σήμερα, υπάρχουν διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης της εν λόγω ασθένειας. Σημαντικός όπως αποδείχθηκε είναι και ο ρόλος του λογοθεραπευτή ο οποίος μπορεί να εφαρμόζει συγκεκριμένες στοματοπροσωπικές τεχνικές για την ενδυνάμωση των μυών του στόματος, τη σωστή τοποθέτηση της γλώσσας, της αύξηση της κινητικότητας αυτής, τη βελτίωση της μάσησης, εναλλαγές διάφορων τροφών είτε υγρών είτε στερεών, αύξηση της ανεκτικότητας στις αλλαγές αυτές, ασκήσεις αναρρόφησης, πόσης καθώς και ασκήσεις αναπνοών και ασκήσεις για τη σωστή στάση του σώματος κατά τη μάσηση.

4.3 Περιορισμοί και Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μελέτη υπόκειται σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς, όπως για παράδειγμα στο γεγονός ότι ο πληθυσμός της, στηρίχθηκε σε δείγμα ευκολίας, δηλαδή σε άτομα από τον ίδιο τόπο καταγωγής (εθνικότητα και γεωγραφικό μέρος) αλλά και ότι η ομάδα των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης αποτελείται από λίγα άτομα. Αυτό ενέχει όλους τους ενδογενείς κινδύνους σχετικά με τη γενίκευση των ευρημάτων στον ευρύτερο αντίστοιχο πληθυσμό. Επίσης, μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα είχε χαμηλό μορφωτικό επίπεδο γεγονός που ίσως να αποτέλεσε παράγοντας που επηρέασε την αυτό-αναφερόμενη ποιότητα ζωής τους.

Προτείνεται στο μέλλον η παρούσα έρευνα να επαναληφτεί σε πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα, έτσι ώστε να είναι εφικτή η γενίκευση των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό με μεγαλύτερη βεβαιότητα. Επίσης, προτείνεται μελλοντικές έρευνες να εστιάζουν και σε άλλες συνέπειες που έχει η δυσφαγία κυρίως ψυχολογικής φύσεως (π.χ. κατάθλιψη), καθώς πιστεύεται ότι αυτές επηρεάζουν επίσης σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ακόμη, προτείνεται η χορήγηση των ερωτηματολογίων σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών με διάγνωση δυσφαγίας με αντικειμενικά δεδομένα από ειδικούς λογοθεραπευτές σε αντίθεση με την ομάδα ασθενών της παρούσας εργασίας που βασίστηκε σε διάγνωση προβλημάτων κατάποσης σε κλινική αξιολόγηση. Επίσης προτείνεται η διεξαγωγή της έρευνας σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές, καθώς επίσης και σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, έτσι ώστε να είναι εφικτή η σύγκριση. Τέλος, προτείνεται η επανάληψη της χορήγησης των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων για μελλοντικό έλεγχο σε μεγάλο αριθμό ασθενών, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως screening test, ένα από τα δυο ερωτηματολόγια και χρησιμοποιείται με βεβαιότητα πλέον στην κλινική πρακτική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Graeff Rob de Leeuw, Wynard Ros (1999). Long-Term Quality of Life of Patients With Head and Neck Cancer. *The Laryngoscope*, 110, 98-106. Ανακτήθηκε από: https://www.researchgate.net/publication/229804111_LongTerm_Quality_of_Life_of_Patients_With_Head_and_Neck_Cancer.

Asadollahpour, F., Baghban, K., Asadi, M. (2015). Validity and Reliability of the Persian Version of the Dysphagia Handicap Index (DHI). *Iran J Otorhinolaryngol*, 27(80), 185–191

Beatriz, A. Bülow, M. (2014). Validation in Swedish of Sydney Swallow Questionnaire. Arenaz Búa and Bülow BMC Research Notes .

Buchholz, DW¹ (1996). Dysphagia associated with neurological disorders. *Acta Otorhinolaryngol Belgica*. 48, 143-55. Ανακτήθηκε από: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8209677>.

Belafsky, P.C., Mouadeb, D.A., Rees, C.J., Pryor, J.C., Postma, G.N., Allen, J., & Leonard, R.J. (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 117(12), 919-24

Burgos R¹, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, Cárdenas G, Barcons N, Araujo K, Pérez-Portabella C. (2012). Translation and validation of the Spanish version of the EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) for the screening of dysphagia. *Nutr Hosp*. 27(6), 2048-54.

Ekberg, O¹, Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17, 139-46. Ανακτήθηκε από: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11956839>.

Eslick, G.D., & Talley, N.J. (2008). Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life--a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther*. 27(10), 971-9

Ζαφειρόπουλος, Κ. (2015). Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία ; Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική.

Farahat, M¹, Malki, K.H., Mesallam, T.A., Bukhari, M., Alharethy, S. (2014). Development of the Arabic Version of Dysphagia Handicap Index (DHI). *Dysphagia*, 29(4), 459-67.

Heather, M., Starmer, M.A., CCC-SLP; Bryan K., Ward, Simon, R., Best, A., Gourin C., Lee Akst, M., Hillel, A., Brem, H., Howard, F. (2014). Patient-Perceived Long-Term Communication and Swallow Function Following Cerebellopontine Angle Surgery. *The Laryngoscope*, 124, 476-480.

Logemann, J.A. (1983). Evaluation and treatment on swallowing disorders. *NSSHLA Journal*, 38-50. Ανακτήθηκε από: <http://www.asha.org/uploadedFiles/asha/publications/cicsd/1984EvalandTreatmentofSwallowingDisorders.pdf>.

Bohlender, J.E. (2015). Dysphagia Handicap Index: A Structured Translation From English to German. Division of Otorhinolaryngology.

Καμπανάρου, Μ., (2007). Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας. Πάτρα, Εκδόσεις Έλλην.

Karen Wheeler-Hegland, PhD; 1 John Ashford, PhD; 2 Tobi Frymark, MA; 3* Daniel McCabe, DMA; 4 Robert Mullen, MPH; 3 Nan Musson, MA; 1 Carol Smith Hammond, PhD; 5–6 Tracy Schooling, MA. (2009). Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part II—Impact of dysphagia treatment on normal swallow function. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 46, 185-194.

Kawashima K, Motohashi Y, & Fujishima I. (2004). Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening, *Dysphagia*. 19(4), 266-71.

Mann, T., Heuberger, R. & Wong, H. (2013). The Association between chewing and swallowing difficulties and nutritional status in older adults, *Aust Dent J*. Jun; 58(2), 200-6

Nogueira DS¹, Ferreira PL², Reis EA³, Lopes IS³. (2015). Measuring Outcomes for Dysphagia: Validity and Reliability of the European Portuguese Eating Assessment Tool (P-EAT-10). *Dysphagia*. 30(5), 511-20.

Πρώιου, Χ. (2003). Δυσφαγία, Δυσφασία, Δυσαρθρία. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Παπούλης.

Rene'e Speyer Z Laura Baijens Z Marie'le Heijnen Z Iris Zwijnenberg. (2010). Effects of Therapy in Oropharyngeal Dysphagia by Speech and Language Therapists: A Systematic Review. *Dysphagia*, 25, 40–65.

Rene'e Speyer, Bas J. Heijnen, Laura W. Baijens, Femke H. Vrijenhoef, Elsemieke F. Otters, Nel Roodenburg, Hans C. Bogaardt. (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, 407–414.

Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, &Clavé P.(2014). Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia, *NeurogastroenterolMotil.* 26(9), 1256-65.

Roy N, Stemple J, Merrill RM, Thomas L. (2007). Dysphagia in the elderly: preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects, *Ann OtolRhinolLaryngol* 116(11), 858-65

Sallum, RAA, Duarte, AF. &Ceconello I. (2012). Analytic review of dysphagia scales. *Arq Bras Cir Dig.* 25(4), 279–82

Schindler A¹, Mozzanica F², Monzani A², Ceriani E², Atac M², Jukic-Peladic N³, Venturini C⁴, Orlandoni P⁴.(2013) .Reliability and validity of the Italian Eating Assessment Tool., 122(11) , 717-24.

Silbergleit AK, Schultz L, Jacobson BH, Beardsley T, Johnson AF. (2012). The dysphagia handicap index: development and validation. *Dysphagia.* 27(1), 46–52.

Smithard D, Smeeton N, & Wolfe C. (2007). Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age Ageing*, 36(1), 90–4.

Thomas L, Jones T, Tandon S, Katre C, Lowe D, Rogers S. (2008). An evaluation of the University of Washington Quality of Life swallowing domain following oropharyngeal cancer. *Eur Arch OtorhinoLaryngol.* 265(1), 29–37.

Woisard, V., Andrieux, M., &Puech, M. (2005). Validation of a self-assessment questionnaire for swallowing disorders (Deglutition Handicap Index) *Rev LaryngolOtolRhinol.* 127(5), 315–25.

Zuydam A, Lowe D, Brown J, Vaughan E, Rogers S. (2005). Predictors of speech and swallowing function following primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. *ClinOtolaryngol.* 30(5), 428–37.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

Μέρος 1^ο : Γενικές Πληροφορίες – Εισαγωγή

Τίτλος : << Η επιβάρυνση που η δυσφαγία προξενεί στη ζωή των ασθενών. >>

Ονόματα : Αρφαρά Παρασκευή, Οίκουτα Τσαμπίκα

Επιβλέπουσα καθηγήτρια : Μαλατρά Ιωάννα

Ίδρυμα : ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, ΣΕΥΠ, Τμήμα Λογοθεραπείας

Σύντομη Περιγραφή - Στόχος: Στην παρούσα εργασία θα διερευνηθεί ο τρόπος που επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ατόμων με προβλήματα κατάποσης μέσω 2 ερωτηματολογίων του DysphagiaHandicapIndex (TheDysphagiaHandicapIndex: DevelopmentandValidation.AliceK. Silbergleit ,LonniSchultz ,BarbaraH. Jacobson ,TaushaBeardsley,AlexF. Johnson . Springer Science+Business Media, 20 March 2011.) και του EAT – 10 (The validity and reliability of EAT-10 has been determined. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otology Rhinology&Laryngology 2008;117(12):919-924.) , τα οποία μεταφράστηκαν και προσαρμόστηκαν από τα Αγγλικά στις ανάγκες της ελληνικής γλώσσας και κουλτούρας. Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία θα έχει ως κύριο στόχο τη συλλογή των φυσιολογικών δεδομένων (νορμών).

Μέρος 2^ο : Σχεδιασμός Μελέτης

Υποκείμενα : 2 ομάδες υποκειμένων

- Ομάδα Α : 120 υγιείς ενήλικες, οι οποίοι θα χωριστούν σε 6 ηλικιακές ομάδες των 20 ατόμων ως εξής : 18-30 ετών , 30-45 , 45-55 , 55- 65 , 65- 75 , 75 και άνω . Στην κάθε ηλικιακή ομάδα θα είναι ίσος ο αριθμός ανδρών και γυναικών.
- Ομάδα Β : ενήλικες ασθενείς με προβλήματα κατάποσης, οι οποίοι πάσχουν από τις εξής ασθένειες : ΑΕΕ , ΕΠ , ΚΕΚ, άνοια, νευροεκφυλιστικές διαταραχές (όπως π.χ. νόσο Πάρκινσον, πολλαπλή σκλήρυνση, κτλ), όγκους στον εγκέφαλο, καρκίνο κεφαλής/τραχήλου ή ισοφαγικές διαταραχές που σχετίζονται με δυσφαγία.

Κριτήρια ένταξης :

Ομάδα Α :

- Υγιείς ενήλικες με φυσιολογική κατάποση.
- Χωρίς ιατρικό ιστορικό διαταραχών κατάποσης, φώνησης, δυσαρθρίας, νευρολογικών διαταραχών, αναπνευστικών και καρδιαγγειακών προβλημάτων, γαστρεντερικών προβλημάτων που σχετίζονται με δυσφαγία (συμπεριλαμβανομένης της ΓΟΠ), ιστορικό όγκων κεφαλής/τραχήλου ή ιστορικό σημαντικών χειρουργικών επεμβάσεων που ενδέχεται να έχουν επηρεάσει το μηχανισμό κατάποσης.

- Αποκλειστικά στοματική σίτιση χωρίς κανένα περιορισμό (επίπεδο 7 της κλίμακας Functional Oral Intake Scale; Crary et al. , 2005).

Ομάδα Β :

- ασθενείς με προβλήματα κατάποσης εξαιτίας νευρολογικών ασθενειών όπως ΑΕΕ, ΕΠ, ΚΕΚ, άνοια και λοιπές νευροεκφυλιστικές ασθένειες, όγκοι εγκεφάλου ή δυσφαγία οφειλόμενη σε καρκίνους κεφαλής/τραχήλου, ανατομικών προβλημάτων (π.χ. οστεόφυτα, κτλ) ή άνοια εξαιτίας γαστρεντερικών διαταραχών (π.χ. στένωση οισοφάγου, δακτύλιοι, κτλ).
- Ηλικίας 18 ετών και άνω
- Ταξινόμηση μέχρι και το επίπεδο 6 της κλίμακας Functional Oral Intake Scale (Crary et al. , 2005).

Κριτήρια αποκλεισμού :

- Ομάδα Α :
 - Παρουσία διαταραχών κατάποσης, φώνησης, δυσαρθρίας ή λόγου (π.χ. αφασία).
 - Ασθένειες που ενδέχεται να προκαλέσουν προβλήματα κατάποσης: νευρολογικές ασθένειες όπως ΑΕΕ, ΚΕΚ , μηνιγγίτιδα , όγκοι νευρικού συστήματος, νευροεκφυλιστικές ασθένειες όπως χορεία του Huntington , σκλήρυνση κατά πλάκας , μυϊκή δυστροφία , νόσος του Parkinson, πολιομυελίτιδα , μυασθένεια , νόσος των κινητικών νευρώνων, γαστρεντερικές διαταραχές όπως αχλασία, στένωση οισοφάγου, κτλ, .. Επίσης όγκοι κεφαλής/τραχήλου, άλλα ανατομικά προβλήματα που ενδέχεται να σχετίζονται με διαταραχές κατάποσης ή ιστορικό σημαντικών χειρουργικών επεμβάσεων που σχετίζονται με δυσφαγία. Αποτυχία στο screening, όπως αυτό περιγράφεται στη συνέχεια.
 - Σίτιση μικρότερη του επιπέδου 7 της κλίμακας Functional Oral Intake Scale (Crary et al. , 2005).
- Ομάδα Β :
 - οποιοδήποτε πρόβλημα επικοινωνίας που να μην επιτρέπει τους ασθενείς να κατανοήσουν τη διαδικασία και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια.

Τόπος διεξαγωγής : Κλινικές αποκατάστασης , / Νοσοκομεία , / Γηροκομεία / Ιδρύματα / Οικείες ενήλικων ατόμων .

Τρόπος διεξαγωγής : Η έρευνα θα διεξαχθεί σε δύο φάσεις: α) μία δοκιμασία screening και β) τη συμπλήρωση των δύο ερωτηματολογίων (EAT-10, DysphagiaHandicapIndex).

Screening:

Όλοι οι συμμετέχοντες θα περάσουν αρχικά από ένα screening. Για τα υποκείμενα της ομάδας Β, το screening θα αποτελείται από τη λήψη του ιατρικού ιστορικού, ερωτήσεις συνέντευξης και σύντομη κλινική αξιολόγηση κατάποσης για να διαπιστωθεί αν όντως οι ασθενείς της ομάδας Β αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης.

Για τα υποκείμενα της ομάδας Α, το screening θα αποτελείται από το ιατρικό ιστορικό, τις ερωτήσεις συνέντευξης, σύντομο στοματοπροσωπικό έλεγχο και αντιληπτική αξιολόγηση της

φωνής και ομιλίας ώστε να επιβεβαιωθεί πως όντως η κατάποση των ατόμων αυτών είναι φυσιολογική.

Συμπλήρωση ερωτηματολογίων:

Τα υποκείμενα που θα κριθούν κατάλληλα για συμμετοχή στην έρευνα θα κληθούν να συμπληρώσουν τα δύο ερωτηματολόγια. Σε περίπτωση που αδυνατούν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια εξαιτίας κινητικών προβλημάτων, οι ερευνητές μπορούν να τα διαβάσουν προφορικά και να συμπληρώσουν την απάντηση που το άτομο θα υποδείξει.

Μέρος 3^ο : Φόρμες Διεξαγωγής Έρευνας

Στη συνέχεια παρατίθενται όλες οι φόρμες που θα χρησιμοποιηθούν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, συμπεριλαμβανομένων των δύο ερωτηματολογίων, με την ακριβή σειρά που θα χρησιμοποιηθούν :

- 1) Άδεια συμμετοχής σε έρευνα .
- 2) Ιστορικό .
- 3) Screening test
- 4) Functional Oral Intake scale (η Κλίμακα Λειτουργικότητας Στοματικής Πρόσληψης - Functional Oral Intake Scale ; Crary et al. , 2005, βάση της οποίας καθορίστηκε το επίπεδο κατάποσης στα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού)
- 5) Δείκτης Δυσφαγικής Διαταραχής - ΔΔΔ (Dysphagia Handicap Index - DHI) .
- 6) Εργαλείο Αξιολόγησης πρόσληψης Τροφής - EAT – 10 (Eating Assessment Tool – EAT-10) .

ΑΔΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

Ο αφού ενημερώθηκα για τα ακόλουθα:

1. Το σκοπό της έρευνας που αφορά την διερεύνηση του πως επηρεάζουν τα προβλήματα κατάποσης την ποιότητα ζωής των ανθρώπων.
2. Το ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική, χωρίς οποιοδήποτε όφελος των συμμετεχόντων και των φροντιστών. . Ο συμμετέχων στην έρευνα μπορεί να διακόψει οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμεί, ωστόσο σε περίπτωση διακοπής δεν θα μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν τα στοιχεία στην έρευνα.
3. Τα προσωπικά στοιχεία είναι απόρρητα και θα χειριστούν με προσοχή και εμπιστευτικότητα. Τα προσωπικά στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για το σκοπό αυτής της έρευνας και για κανένα άλλο σκοπό.
4. Ο συμμετέχων/ούσα δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο από την συμμετοχή του στην παρούσα έρευνα.
5. Τα είδη τροφών(νερό, γιαούρτι ή κρέμα και φρυγανιά) που θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη είναι ασφαλή και ο συμμετέχων/ ούσα δεν παρουσιάζει τυχόν δυσανεξία/ αλλεργία σε -αυτά.
6. Τη διάρκεια της έρευνας, η οποία υπολογίζεται σε 30 λεπτά.

δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι σύμφωνος/η να συμμετάσχω στην παρούσα μελέτη με τίτλο « Η επιβάρυνση που η δυσφαγία προξενεί στη Ζώνη των ασθενών», που εκπονούν οι Αρφαρά Παρασκευή και Οίκουτα Τσαμπίκα, υπό την επίβλεψη της λογοπαθολόγου Ιωάννας Μαλατρά.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Σε περίπτωση που ο/η συμμετέχων /ουσα αδυνατούν να συμπληρώσουν οι ίδιοι το έντυπο, παρακαλείται το άτομο που φροντίζει τον ασθενεί να υπογράψει πιο κάτω.

Όνοματεπώνυμο φροντιστή:

Σχέση με ασθενή:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....
.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....
.....

ΦΥΛΛΟ:.....
.....

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:
.....
.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....
.....

ΗΜ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:.....
.....

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΙΔΡΥΜΑ/ΚΑΤΟΙΚΙΑ:.....
.....

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ

ΕΠΙΠΕΔΟ:.....
.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:.....

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΚΥΡΙΑ

ΑΣΘΕΝΕΙΑ:.....
.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ:

.....

ΆΛΛΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ:

.....

...

.....

.....

.....

.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:

.....

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ, ΠΟΥ

ΕΝΤΟΠΙΖΕΤΑΙ;.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΆΛΛΗΣ ΒΛΑΒΗΣ (π.χ. καρκίνος), ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΕΤΑΙ ΑΥΤΗ ΚΑΙ

ΠΟΙΕΣ ΔΟΜΕΣ

ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ;.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....

**ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ
ΒΛΑΒΗΣ:**.....

.....

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:

.....

.....

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΥΧΟΝ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΓΙΝΑΝ (αν έγιναν επεμβάσεις,
αναφέρετε ημερομηνίες και τυχόν δομές που επηρεάστηκαν ή αφαιρέθηκαν):

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ:**.....

.....

.....

.....

.....
.....

.....
.....

ΠΑΡΟΥΣΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ
ΑΓΩΓΗ:.....

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΣ

Περιγραφή προβλήματος:Πότε διαπιστώθηκε:

.....
.....

.....
.....

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΕ:

1. Στερεά:

2. Υγρά :

3. Ημιστερεά:

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΝΙΓΜΟΥ;:

.....

.....

.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ;:

.....

.....
.....

.....
.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ:

.....
.....
.....
.....

ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΝΑ ΑΝΟΙΓΕΙ/ ΚΛΕΙΝΕΙ ΤΗ ΓΝΑΘΟ:.....

ΣΥΧΝΟ ΚΑΘΑΡΙΣΜΑ ΛΑΙΜΟΥ:.....

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΧΑΠΙΩΝ:
.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ Ή ΣΥΧΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ:
.....
.....

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ (ΧΩΡΙΣ ΑΛΛΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΙΤΙΑ Ή ΔΙΑΙΤΑ):
.....
.....

ΣΙΕΛΛΟΡΟΙΑ:.....
.....

ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ:
.....
.....

ΤΑΣΕΙΣ ΕΜΕΤΟΥ:.....
.....

ΚΑΟΥΡΕΣ:.....
.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ,:
.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΩΝ ΓΕΥΜΑΤΩΝ, ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΡΟΦΗΣ:
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΕΥΜΑΤΟΣ:
.....
.....

ΕΙΔΗ ΤΡΟΦΩΝ ΚΑΙ ΥΦΕΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΝΤΑΙ ΣΥΧΝΑ:
.....
.....
.....

**ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΝΤΑΙ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ
ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗ;**
.....
.....
.....
.....
.....

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Έχετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ; ΝΑΙ ή ΟΧΙ

Παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή για μεγάλο χρονικό διάστημα ;

Σημειώστε ✓ ή ✗ στο αντίστοιχο κουτί αν έχετε αντιμετωπίσει η αντιμετωπίζετε
ακόμη το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας:

Νευρολογικές ασθένειες:

Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια

Μηνιγγίτιδα

χορεία του Huntington

σκλήρυνση κατά πλάκας

μυϊκή δυστροφία

νόσος του Parkinson

αχαλασία

πολιομυελίτιδα

μυασθένεια

νόσος των κινητικών νευρώνων

όγκοι

Άνοια

Άλλη νευρολογική ασθένεια:

Καρδιακά προβλήματα

Διαταραχές του Θυρεοειδούς Αδένα

Σημαντικές χειρουργικές επεμβάσεις

Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

Αναπνευστικά προβλήματα

Άλλες γαστρεντερικές διαταραχές:

Είχατε ποτέ δυσκολίες κατάποσης ;

Έχετε η είχατε αντιμετωπίσει ποτέ κάποια διαταραχή λόγου η ομιλίας ;

SCREENINGTEST

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΜΕΡΟΣ Α: ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

- 1) Έχετε κάποια δυσκολία στον τρόπο που καταπίνετε;
- 2) Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στον τρόπο που τρέφεστε;
- 3) Βήχετε πριν, κατά τη διάρκεια ή αφού καταπιείτε;
- 4) Βήχετε όταν πίνετε νερό;
- 5) Βήχετε όταν τρώτε φαγητό;
- 6) Μήπως δυσκολεύεστε να μασήσετε στερεές/ σκληρές τροφές, όπως κρέας, φρυγανιά, ψωμί ή μήλο;
- 7) Πνίγεστε κατά την διάρκεια του γεύματος;
- 8) Μήπως αισθάνεστε φαγητό να κολλάει στο λαιμό σας;
- 9) Μήπως κουράζεστε κατά τη διάρκεια του φαγητού;
- 10) Μήπως έχει αυξηθεί ο χρόνος που χρειάζεστε για να ολοκληρώσετε το γεύμα σας;
- 11) Μήπως έχετε προτίμηση σε κάποια συγκεκριμένη τροφή ή μήπως υπάρχουν τροφές που αποφεύγετε;
- 12) Μήπως έχει περιοριστεί η γκάμα των τροφών που καταναλώνετε;
- 13) Μπορείτε να μυρίσετε το φαγητό σας ή τον καφέ σας;

ΜΕΡΟΣ Β: ΣΤΟΜΑΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

A) Αισθητικότητα προσώπου:

B) Χείλη:

-Δομή

-Λειτουργία (συμπεριλαμβανομένης της μη λεκτικής διαδοχοκίνησης)

Γ) Γλώσσα

-Δομή

-Λειτουργία (συμπεριλαμβανομένης της μη λεκτικής διαδοχοκίνησης)

Δ) Κάτω γνάθος/ μύες της μάσησης

-Δομή

-Λειτουργία

E) Υπερώα

-Δομή

-Λειτουργία

ΣΤ) Κρανιακά νεύρα:

Κρανιακό Νεύρο	Δοκιμασία	Αποτέλεσμα
Τρίδυμο (V)	Αισθητικότητα προσώπου εξωτερικά Ανοίξτε το στόμα Δαγκώστε απαλά τα δόντια σας Δύναμη γνάθου (αντίσταση όταν τη σπρώχνετε) Αισθητικότητα γλώσσας (πρόσθια 2/3)	
Προσωπικό (VII)	Κλείστε τα μάτια/Σηκώστε τα φρύδια / Σουφρώστε τα χείλη/ Φουσκώστε τα μάγουλα	
Γλωσσοφαρυγγικό (IX)	Αντανακλαστικό εξεμέσεως. Αισθητικότητα γλώσσας (οπίσθιο 1/3)	
Πνευμονογαστρικό (X)	Πείτε /αααααα/ Βήξτε!	
Υπογλώσσιο (XII)	Βγάλτε έξω τη γλώσσα/ Κουνήστε τη γλώσσα δεξιά αριστερά/πάνω – κάτω Δύναμη γλώσσας	

Z) Λαρυγγική και αναπνευστική λειτουργία:

i) εκούσιος βήχας

ii) ξηρή κατάποση

iii) Φώνηση

- μέγιστος χρόνος φώνησης (αααααααααα)

- s/zratio

- Ύψος φωνής
- Ένταση φωνής

Η) Αντιληπτική αξιολόγηση ομιλίας:

Άρθρωση;

Προσωδία;

Αναπνοή;

Φώνηση;

Αντήχηση;

Υπαρξη δυσαρθρίας ή άλλης διαταραχής ομιλίας;

Είναι η φωνή του συμμετέχοντα κ/φ για το φύλο και την ηλικία του;

Θ) Λεκτική Διαδοχοκίνηση:

/papapa.../

/tatata../

/Kakaka/

/Pataka/

Ι) Στάση σώματος;

Κ) Συμμετρία προσώπου και λοιπών δομών;

Περίληψη:

Δομική επάρκεια:

Λειτουργική επάρκεια:

ΜΕΡΟΣ Γ: ΔΟΚΙΜΕΣ ΜΕ ΤΡΟΦΗ

Είδος τροφής/ Υφή	Κ.Φ.	Παρατήρηση και περιγραφή προβλήματος
Λεπτόρρευστα		

Υγρά (νερό) - 1ml - 5ml - 10ml - 100ml (συνεχόμενα)		
Πουρές/ γιαούρτι - ½ κουταλάκι του γλυκού - 1 κουταλάκι του γλυκού - 5 κουταλάκια του γλυκού (αν είναι ασφαλές) - ½ κουταλιάς σούπας - 1 κουταλιά σούπας - 5 κουταλιές σούπας (αν είναι ασφαλές)		
Στερεά - 1/8 φρυγανιάς - ¼ φρυγανιάς - ½ φρυγανιάς - 1 φρυγανιά (αυτόνομη σίτιση)		

Σημειώσεις:

- Η χορήγηση τροφών γίνεται μόνο μέχρι το επίπεδο που κρίνεται ασφαλές κάθε φορά
- Στην πόση υγρών ξεκινάμε με ποτήρι και μόνο αν υπάρχει δυσκολία, χορηγούμε με κουταλάκι
- Στα ημιστερεά (πουρές), χρησιμοποιούμε κουταλάκι και κουτάλι με δυνατότητα μέτρησης του όγκου (όπως π.χ. αυτά που χρησιμοποιούνται για τη χορήγηση φαρμάκων)

Στοματική Φάση

- Κανένα πρόβλημα δεν εκδηλώνεται
- Μεγάλη διάρκεια στοματικού σταδίου
- Τροφόρροια
- Σιελόρροια
- Υπολείμματα
- Άλλο:

Φαρυγγική Φάση

- Κανένα πρόβλημα δεν εκδηλώνεται
- Επαναλαμβανόμενες καταπόσεις
- Παράπονα για δυσφορία/ απόφραξη (μπούκωμα) στον λαιμό κατά την κατάποση
- Αντανακλαστικός βήχας κατά την κατάποση
- Αντανακλαστικός βήχας μετά την κατάποση
- Υπέρμετρες άφθονες εκκρίσεις

Άλλα προβλήματα σίτισης κατάποσης (π.χ. αλλαγή χρώματος, αναπνευστική δυσφορία, υπολείμματα, κτλ);

Ικανότητα αυτόνομης σίτισης;

-
-
-
-
-
-

Τυχόν κινητικά προβλήματα ή προβλήματα με τη στάση του σώματος:

-
-
-
-
-
-

Τυχόν γνωστικά ελλείμματα/ δυσκολία κατανόησης ή απόκρισης σε εντολές:

-

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Κλίμακα Λειτουργικότητας Στοματικής Πρόσληψης

Επίπεδο ασφαλούς στοματικής πρόσληψης προκειμένου να ικανοποιήσει τις διατροφικές ανάγκες και ανάγκες ενυδάτωσης

ΕΠΙΠΕΔΑ

1. Τίποτα από το στόμα
2. Σίτιση κυρίως μέσω σωλήνα με μικρές προσπάθειες για λήψη τροφής ή υγρού από το στόμα.
3. Σίτιση κυρίως μέσω σωλήνα με παράλληλη σταθερή πρόσληψη υγρών ή τροφής από το στόμα.
4. Αποκλειστικά στοματική σίτιση με τροφή μόνο μίας υφής.
5. Πλήρης σίτιση από το στόμα με τροφές πολλών διαφορετικών υφών, οι οποίες όμως απαιτούν ειδική προετοιμασία ή αντισταθμιστικές τεχνικές.
6. Πλήρης σίτιση από το στόμα με τροφές πολλών διαφορετικών υφών, χωρίς καμία ειδική προετοιμασία, αλλά με κάποιους περιορισμούς συγκεκριμένων

τροφών.

7. Πλήρης σίτιση από το στόμα χωρίς κανένα περιορισμό.

DYSPHAGIA HANDICAP INDEX (DHI)

Παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση που περιγράφει καλύτερα το πρόβλημα κατάποσής σας.

Διευκρίνιση

όπου Φ: προβλήματα στη φυσιολογία κατάποσης

όπου Σ: συναισθηματικό πρόβλημα

όπου Λ: λειτουργικό πρόβλημα

ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΠΑΝΤΑ
------	---------------	-------

1Φ. Βήχω όταν πίνω υγρά.

2Φ. Βήχω όταν τρώω στερεές τροφές.

3Φ. Το στόμα μου είναι στεγνό.

4Φ. Πρέπει να πίνω υγρά για να πηγαίνει το φαγητό κάτω.

5Φ. Έχασα βάρος, - εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.

1Λ. Αποφεύγω μερικές τροφές, - εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.

2Λ. Έχω αλλάξει τον τρόπο που καταπίνω για να διευκολύνω την διαδικασία κατάποσης.

1Σ. Έρχομαι σε δύσκολη θέση όταν τρώω μπροστά σε κόσμο.

3Λ. Μου παίρνει περισσότερο χρόνο να φάω ένα γεύμα απ' ότι συνήθιζα.

4Λ. Τρώω μικρότερα γεύματα πιο συχνά,- εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.

6Φ. Πρέπει να καταπίνω ξανά πριν το φαγητό κατέβει προς τα κάτω.

2Σ. Αισθάνομαι απογοητευμένος/- ή ,- επειδή δεν μπορώ να φάω ό,τι θέλω.

3Σ. Δεν απολαμβάνω το φαγητό όπως συνήθιζα να κάνω.

ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΠΑΝΤΑ
------	---------------	-------

- 5Λ. Δεν κοινωνικοποιούμαι πια τόσο πολύ , - εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.
- 6Λ. Αποφεύγω το φαγητό,- εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.
- 7Λ. Τρώω λιγότερο , - εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.
- 4Σ. Είμαι νευρικός/-ή ,- εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.
- 5Σ. Αισθάνομαι μειονεκτικά,- εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.
- 6Σ. Θυμώνω με τον εαυτό μου,- εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.
- 7Φ. Πνίγομαι όταν παίρνω την φαρμακευτική μου αγωγή.
- 7Σ. Φοβάμαι πως θα πνιγώ και θα σταματήσω να αναπνέω ,εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.
- 8Λ. Πρέπει να τρέφομαι με άλλο τρόπο(π.χ. γαστρικός σωλήνας), εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.
- 9Λ. Έχω αλλάξει τη διατροφή μου, - λόγω των προβλημάτων κατάποσης που αντιμετωπίζω.
- 8Φ. Αισθάνομαι μια αίσθηση πνιγμού καθώς καταπίνω.
- 9Φ. Φτύνω φαγητό, αφού έχω καταπιεί.

1	2	3	4	5	6	7
Φυσιολογικό		Μέτριο	Πρόβλημα		Σοβαρό	Πρόβλημα

Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στη σοβαρότητα των δυσκολιών της κατάποσής σας.
(1= καμία δυσκολία σε τίποτα, 4= ένα μέρος του προβλήματος, 7= το χειρότερο πρόβλημα που θα μπορούσατε να έχετε.)

EAT-10 **ΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗ**

ΕΠΙΘΕΤΟ: _____ **ΟΝΟΜΑ:** _____ **ΦΥΛΛΟ:** _____ **ΗΛΙΚΙΑ:** _____
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΣΤΟΧΟΣ: _____

Το EAT-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 βάση των συμπτωμάτων σας.

A. 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.