

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: Πιλοτική στάθμιση του
ερωτηματολογίου MD Anderson Dysphagia
Inventory στην Ελληνική σε ασθενείς με καρκίνο
κεφαλής και τραχήλου.**

**TITLE: Pilot standardization of the MD
Anderson Dysphagia Inventory in Greek patients
with head and neck cancer.**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Κανάκη Μαργαρίτα
Κομπλίτση Χριστίνα**

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Μαλατρά Ιωάννα, PhD

ΠΑΤΡΑ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΙΛΗΨΗ	1
ABSTRACT	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	6
1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΟΥ.....	6
1.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΣΟΥ	9
1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....	10
1.4 ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ.....	11
1.5 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	14
1.5.1 Εννοιολογική προσέγγιση	14
1.5.2 Σημασία ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία	15
1.6 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ.....	16
1.7 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ .	17
1.7.1 Εργαλεία μέτρησης	18
1.7.2 Ερωτηματολόγιο M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)	20
1.8 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	24
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	26
2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	27
2.2 ΣΤΑΔΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ	28
2.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	30
2.4 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο.....	35
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	35
3.1 ΜΟΝΟΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	35
3.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.....	61
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	65
4.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	70
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΠΙΝΑΚΕΣ/ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Πίνακας 1: Ετήσια επίπτωση και θνησιμότητα (απόλυτος αριθμός περιστατικών) του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου ανά περιοχή και επίπτωση και θνησιμότητα (σταθμισμένες για την ηλικία)	12
Πίνακας 2: Συσχέτιση παραγόντων κινδύνου με τον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου	13
Πίνακας 3: Υποομάδες ερωτηματολογίου M.D. Anderson dysphagia inventory	27
Πίνακας 4: Δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's a	40
Πίνακας 5: Ποσοστό και συχνότητα μεταβλητής «φύλο» συνολικού δείγματος	41
Πίνακας 6: Ποσοστό και συχνότητα μεταβλητής «φύλο» των δυο κατηγοριών δείγματος (με δυσφαγία-χωρίς δυσφαγία)	42
Πίνακας 7: Μέση τιμή μεταβλητής «ηλικία» των δυο κατηγοριών δείγματος (με δυσφαγία-χωρίς δυσφαγία) και του συνολικού δείγματος (σε έτη)	43
Πίνακας 8: Ποσοστό και συχνότητα μεταβλητής «ιδιότητα» συνολικού δείγματος	44
Πίνακας 9: Ποσοστό και συχνότητα μεταβλητής «ιδιότητα» των δυο κατηγοριών δείγματος (με δυσφαγία-χωρίς δυσφαγία)	45
Πίνακας 10: Ποσοστό μεταβλητής «είδος θεραπείας»	46
Πίνακας 11: Ποσοστό και συχνότητα μεταβλητής «είδος καρκίνου»	47
Πίνακας 12: Ποσοστό και συχνότητα μεταβλητής «επηρεασμένα όργανα»	48
Πίνακας 13: Μέση τιμή μεταβλητής «στάδιο καρκίνου»	49
Πίνακας 14: Μέση τιμή μεταβλητών «συχνότητα θεραπείας ανά ημέρα εβδομάδας», «διάρκεια θεραπείας σε εβδομάδες», «δόση φαρμάκου ανά ημέρα εβδομάδας», «συχνότητα λήψης φαρμάκων εβδομαδιαίως»	50
Πίνακας 15: Ποσοστό μεταβλητής «λήψη φαρμάκου»	50
Πίνακας 16: Ποσοστό μεταβλητής «Διάγνωση HPV»	51
Πίνακας 17: Ποσοστό μεταβλητής «Χειρουργική επέμβαση»	52
Πίνακας 18: Ποσοστό μεταβλητών «κάπνισμα», «αλκοόλ», «χρήση άλλων ουσιών»	53
Πίνακας 19: Ποσοστό μεταβλητής «προβλήματα υγείας»	54
Πίνακας 20: Ποσοστό μεταβλητής «τύπος προβλημάτων υγείας»	55
Πίνακας 21: Ποσοστό μεταβλητής «δυσκολία κατάποσης»	57
Πίνακας 22: Ποσοστό μεταβλητής «τρόπος σίτισης»	58
Πίνακας 23: Μέση τιμή βαθμού συμφωνίας ή διαφωνίας της κλίμακας M.D. Anderson Dysphagia Inventory του δείγματος της πρώτης κατηγορίας (ασθενείς που πάσχουν από	

δυσφαγία)	61
Πίνακας 24: Μέση τιμή βαθμού συμφωνίας ή διαφωνίας της κλίμακας M.D. Anderson Dysphagia Inventory του δείγματος της δεύτερης κατηγορίας (άτομα που δεν πάσχουν από δυσφαγία)	62
Πίνακας 25: Ποσοστό δυσκολίας κατάποσης ανά φύλο	64
Πίνακας 26: Μέση τιμή ερωτήσεων MDADI ανά φύλο	66
Πίνακας 27: Συσχέτιση μεταβλητής «δυσκολία κατάποσης» με μεταβλητές «ηλικία», «επάγγελμα», «λήψη φαρμάκου», «κάπνισμα»	68
Πίνακας 28: Συσχέτιση μεταβλητής «στάδιο καρκίνου» με μεταβλητές «είδος καρκίνου», «θεραπεία: χειρουργείο», «συχνότητα θεραπείας σε εβδομάδες»	68
Πίνακας 29: Συσχέτιση μεταβλητής «θεραπεία: χειρουργείο» με «τρόπο σίτισης»	69

~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~

Διάγραμμα 1: Ποσοστό μεταβλητής «φύλο» συνολικού δείγματος	42
Διάγραμμα 2: Μέση τιμή μεταβλητής «ηλικία» των δυο κατηγοριών δείγματος (με δυσφαγία-χωρίς δυσφαγία) και του συνολικού δείγματος (σε έτη)	43
Διάγραμμα 3: Ποσοστό μεταβλητής «ιδιότητα» του συνολικού δείγματος	45
Διάγραμμα 4: Ποσοστό μεταβλητής «είδος θεραπείας»	47
Διάγραμμα 5: Ποσοστό θετικών απαντήσεων μεταβλητής «είδος καρκίνου»	48
Διάγραμμα 6: Ποσοστό θετικών απαντήσεων μεταβλητής «επηρεασμένα όργανα»	49
Διάγραμμα 7: Ποσοστό μεταβλητής «λήψη φαρμάκου»	51
Διάγραμμα 8: Ποσοστό μεταβλητής «Διάγνωση HPV»	52
Διάγραμμα 9: Ποσοστό μεταβλητής «Χειρουργική επέμβαση»	53
Διάγραμμα 10: Ποσοστό θετικών απαντήσεων των μεταβλητών «κάπνισμα», «αλκοόλ», «χρήση άλλων ουσιών»	54
Διάγραμμα 11: Ποσοστό μεταβλητής «προβλήματα υγείας»	55
Διάγραμμα 12: Ποσοστό μεταβλητής «τύπος προβλημάτων υγείας»	56
Διάγραμμα 13: Ποσοστό μεταβλητής «δυσκολία κατάποσης»	57
Διάγραμμα 14: Ποσοστό μεταβλητής «τρόπος σίτισης»	58

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι γνωστό, βιβλιογραφικά και ερευνητικά, ότι τα άτομα με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου συχνά εμφανίζουν δυσκολίες στην ομιλία και στην κατάποση, ωστόσο ελάχιστα έχει μελετηθεί η επίδραση αυτών των συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής των ατόμων με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Επιπρόσθετα, από τη βιβλιογραφία, γνωστοποιείται η ανάγκη για αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών καθώς και η δημιουργία ειδικών ερωτηματολογίων, όπως επίσης, και ο βαθμός που συμβάλλει η αποκατάσταση των διαταραχών κατάποσης στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η πιλοτική στάθμιση του ερωτηματολογίου MD Anderson Dysphagia Inventory στην Ελληνική σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Γίνεται έρευνα σχετικά με τον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου όσον αφορά τη δυσκολία κατάποσης που παρουσιάζεται στους ασθενείς και την επίδραση αυτής, στην ποιότητα ζωής τους. Είναι σημαντική η γνωστοποίηση των ευρημάτων της εν λόγω έρευνας, ώστε να εντοπιστεί η τρέχουσα κατάσταση και να προταθούν ενέργειες βελτίωσής της. Για αυτό το σκοπό, συντάχθηκαν και χορηγήθηκαν δύο ερευνητικά ερωτηματολόγια όπου το πρώτο περιλαμβάνει ερωτήσεις αναφορικά με δημογραφικά στοιχεία καθώς και χαρακτηριστικά νόσου ενώ το δεύτερο (προυπήρχε σταθμισμένο και μεταφρασμένο στην Ελληνική) περιλαμβάνει ερωτήσεις αναφορικά με την ποιότητα ζωής και την εμφάνιση δυσκολιών κατάποσης. Χορηγήθηκε σε έντυπη μορφή, σε 30 ενήλικες, Έλληνες ασθενείς, με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, και των δύο φύλων, οι οποίοι βρίσκονται σε κατάσταση να απαντήσουν και αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατάποσης. Επίσης, χορηγήθηκε σε 30 ενήλικες, Έλληνες, υγιείς πολίτες, που δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κατάποση, ώστε να εντοπιστούν τυχόν διαφορές ανάμεσα στους δυο πληθυσμούς.

Από τα στοιχεία της έρευνας παρατηρήθηκε ότι οι δυσκολίες κατάποσης επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό. Συγκεκριμένα, επηρεάζεται η καθημερινότητά τους, δημιουργώντας τους ορισμένα λειτουργικά προβλήματα ενώ παρατηρείται επίδραση στον συναισθηματικό τομέα καθώς και στην κοινωνική ζωή. Αντίθετα, τα άτομα χωρίς δυσκολία κατάποσης δεν παρουσιάζουν κάποια δυσκολία στην καθημερινότητά τους. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι η ηλικία και το φύλο του πληθυσμού επηρεάζει τις απόψεις του για τη δυσφαγία και την ποιότητα ζωής. Τα ευρήματα αυτά παρέχουν χρήσιμες κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα και προσπάθεια βελτίωσης της κατάστασης.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος κεφαλής και τραχήλου, ποιότητα ζωής, δυσφαγία, δυσκολία κατάποσης, έρευνα

ABSTRACT

It is known, bibliographically and researchally, that people with head and neck cancer often have difficulties in speech and swallowing, but little has been studied of the effect of these symptoms on the quality of life of people with head and neck cancer. In addition, the literature explains the need to assess the quality of life of these individuals as well as the creation of specific questionnaires as well as the extent to which the restoration of swallowing disorders contributes to improving the quality of life.

The purpose of this dissertation is the research on head and neck cancer with regard to the ingestion difficulty that is presented to patients and its effect on their quality of life. It is important to disclose the findings of this research in order to identify the current situation and propose actions to improve it. For this purpose, two research questionnaires were created and delivered, the first containing questions about demographics and disease characteristics, while the second one (translated into Greek) included questions about the quality of life and about swallowing difficulties. It was provided to 30 adults, Greek patients with head and neck cancer, both sexes, who are in a position to respond and have difficulty in swallowing. Also, 30 adults, Greek citizens, who did not experience swallowing difficulties, were given to identify any differences between the two populations.

Data have shown that swallowing difficulties affect the quality of life of patients compared to healthy populations. In particular, their daily lives are affected, creating certain operational problems, while there is an impact on the emotional and social life. On the contrary, people without difficulty in swallowing do not have any difficulty in their daily lives. Finally, it was observed that the age and gender of the population affected his views on dysphagia and quality of life. These findings provide useful guidance for future research and effort to improve the situation.

Key words: head and neck cancer, quality of life, dysphagia, difficulty in swallowing, survey

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος της κεφαλής και του τραχήλου (head & neck cancer) αποτελεί το 5% των καρκίνων παγκοσμίως. Εμφανίζεται πιο συχνά στους άντρες, εντοπίζεται με πολλούς, διαφορετικούς τρόπους και η κλινική συμπεριφορά του ποικίλει. Οι νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις, κυρίως οι χειρουργικές, έχουν αυξήσει το προσδόκιμο ζωής των ασθενών αυτών (WHO, 2013). Συνεπώς, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη η μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου με στόχο την βελτίωσή της.

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου είναι υπεύθυνος για περίπου 500.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου το χρόνο σε παγκόσμιο επίπεδο. Στην Ευρώπη το 2012 καταγράφηκαν 250.000 νέα περιστατικά καρκίνου κεφαλής και τραχήλου και 63.500 θάνατοι εξαιτίας αυτού. Συνδέεται με επιβαρυντικούς παράγοντες όπως το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοόλ ωστόσο, νέα δεδομένα συνδέουν τη νόσο με ορισμένους ορότυπους του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (WHO, 2013). Οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις χαρακτηρίζονται από επεμβατικές χειρουργικές τεχνικές, διαστοματικές προσπελάσεις και ρομποτική χειρουργική. Μεγάλη εξέλιξη έχει επέλθει και στη θεραπεία μέσω ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας. Οι εξελίξεις αυτές έχουν οδηγήσει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών αυτών. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής δημιουργεί ερωτήματα σχετικά με την ποιότητα ζωής τους, κυρίως μετά τη χειρουργική επέμβαση (Simard et al., 2014). Συχνά εμφανίζονται προβλήματα κατάποσης και ομιλίας στους ασθενείς, κάτι που επηρεάζει την καθημερινότητά τους, τη ψυχολογία τους και γενικότερα την ποιότητα ζωής τους. Οι ασθενείς με δυσκολία κατάποσης αυξάνονται ραγδαία και κρίνεται απαραίτητη η μελέτη των απόψεων τους σχετικά με την ποιότητα ζωής τους στην Ελλάδα, δίνοντας έναυσμα για τη βελτίωση της.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Συγκεκριμένα, μελετάται η ποιότητα ζωής των ασθενών με δυσκολία κατάποσης. Γίνεται προσπάθεια εντοπισμού του βαθμού επίδρασης της δυσκολίας κατάποσης που εμφανίζεται στους ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, τόσο στην καθημερινότητά τους, όσο και στην ψυχολογία τους. Αρκετές έρευνες έχουν γίνει σε παγκόσμιο επίπεδο σχετικά με τη δυσκολία κατάποσης σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου και την ποιότητα ζωής τους. Εντοπίστηκαν προβλήματα σε λειτουργικό,

συναισθηματικό και σωματικό επίπεδο της ποιότητας ζωής του ασθενή (Simard et al., 2014). Στην Ελλάδα, όμως δεν έχουν γίνει αρκετές τέτοιες έρευνες, παρόλο που οι ασθενείς είναι αρκετοί. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος επιλογής του συγκεκριμένου θέματος έρευνας. Για τη συλλογή των απόψεων των ασθενών κρίθηκε ιδανική η χρήση του ερωτηματολογίου M.D. Anderson Dysphagia Inventory (Chen et al., 2001), το οποίο απευθύνεται αποκλειστικά σε ασθενείς που πάσχουν από δυσφαγία και διερευνά την ποιότητα ζωής τους σε τρία επίπεδα (λειτουργικό, σωματικό, συναισθηματικό). Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο μεταφρασμένο στα ελληνικά.

Στο πρώτο, θεωρητικό, μέρος της παρούσας εργασίας, παρουσιάζονται οι βασικές έννοιες της ποιότητας ζωής καθώς και τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται. Ακόμη, παρουσιάζονται κάποια στοιχεία για την κλινική εικόνα, τη νοσολογική συμπεριφορά και την αντιμετώπιση του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται η συλλογή των δεδομένων, η επεξεργασία τους και τα αποτελέσματα τους.

Στην εργασία μελετήθηκε ένα δείγμα ασθενών $N=30$ καθώς και ένα δείγμα υγιή πληθυσμού $N=30$, και τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, καθώς και με τα χαρακτηριστικά της νόσου(για τους ασθενείς) και το ερωτηματολόγιο M.D. Anderson Dysphagia Inventory που θεωρείται ειδικό για ασθενείς με δυσκολίες κατάποσης και την ποιότητα ζωής τους. Το ερωτηματολόγιο, μεταφρασμένο, μοιράστηκε σε ασθενείς που νοσούν ή έχουν νοσήσει από καρκίνο κεφαλής και τραχήλου αλλά και σε υγιείς πολίτες για σύγκριση. Αναφέρεται ότι η έρευνα διεξήχθη σε δύο νοσοκομεία. Στο Αντικαρκινικό - Ογκολογικό νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας» και στην ογκολογική και ΩΡΛ κλινική του Π.Γ.Ν. Πατρών «Παναγία Βοήθεια». Επίσης, συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια από ασθενείς που δεν νοσηλεύονται σε κάποιο νοσοκομείο καθώς και ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι σε Συλλόγους (Πανελλήνιος Σύλλογος Λαρυγγεκτομηθέντων). Η έρευνα διήρκεσε πέντε μήνες, καθώς ήταν δύσκολο να συλλεχτεί ο απαραίτητος αριθμός δείγματος. Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν συνεργάσιμοι και δε δημιουργήθηκε κανένα πρόβλημα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Για την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που συλλέχτηκαν, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package of Social Sciences (SPSS) 24.

Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν σε σχέση με τις βαθμολογίες διεθνών μελετών σε μεγαλύτερα δείγματα. Παράλληλα, έγινε αξιολόγηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τους. Τέλος, καταγράφονται κάποιοι προβληματισμοί σχετικά με τα αποτελέσματα και την

αξία τους στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που είναι και η βασική επιδίωξη κάθε τέτοιας προσπάθειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΟΥ

Η ετήσια επίπτωση του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου παγκοσμίως είναι 550.000 νέες περιπτώσεις ενώ 300.000 θάνατοι ετησίως οφείλονται στον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου (WHO, 2014). Ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου αποτελεί το 5% στο σύνολο των καρκίνων παγκοσμίως και ευθύνεται για λιγότερο από το 3% όλων των θανάτων από καρκίνο στις Η.Π.Α. (American Cancer Society, 2015).

Στην Ελλάδα καταγράφονται 1.097 περιστατικά καρκίνου κεφαλής και τραχήλου ετησίως. Αφορούν και τα δύο φύλα (περίπου 9,6 ασθενείς ανά 100.000 άτομα του συνολικού πληθυσμού). Η ετήσια θνησιμότητα από καρκίνο κεφαλής και τραχήλου στην Ελλάδα είναι περίπου 545 άντρες και 118 γυναίκες. Εμφανίζεται και στα δύο φύλα, με μεγαλύτερη συχνότητα στους άντρες, με αναλογία άντρες προς γυναίκες 2 προς 1 έως και 4 προς 1 (Simard et al., 2014).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται, συγκριτικά, η ετήσια επίπτωση και θνησιμότητα του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου σε όλες τις χώρες του κόσμου, στις Η.Π.Α., στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. Ταυτόχρονα παρουσιάζεται και η αντίστοιχη σταθμισμένη για την ηλικία ASR επίπτωση και θνησιμότητα ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού κάθε περιοχής (Globocan, 2012).

Πίνακας 1: Ετήσια επίπτωση και θνησιμότητα (απόλυτος αριθμός περιστατικών) του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου ανά περιοχή και επίπτωση και θνησιμότητα (σταθμισμένες για την ηλικία)

	Παγκοσμίως	Η.Π.Α.	Ευρώπη	Ελλάδα
Επίπτωση	686.328	52.566	139.603	1.097
ASR (επίπτωσης)	9,1	10,7	11,2	4,8
Θνησιμότητα	375.665	12.930	63.484	663
ASR (θνησιμότητας)	4,9	2,4	4,8	2,6

Πηγή: Globocan, 2012 (Ίδιοι υπολογισμοί), ASR: Σταθμισμένες τιμές για την ηλικία

Το 90% των καρκινωμάτων κεφαλής και τραχήλου είναι εκ πλακωδών κυττάρων (head and neck squamous cell carcinoma - HNSCC). Ο HNSCC είναι ο έκτος σε συχνότητα καρκίνος παγκοσμίως. Εντοπίζεται πιο συχνά στη στοματική κοιλότητα, τον οροφάρυγγα, το λάρυγγα και τον υποφάρυγγα. Έχει έντονη αιτιολογική σχέση με επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως είναι το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου που οφείλεται στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Η επίπτωση του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου αυξάνεται με την ηλικία, ιδιαίτερα μετά τα 50 έτη. Η πλειοψηφία των ασθενών είναι μεταξύ 50 και 70 ετών. Οι νεότεροι ασθενείς είναι κυρίως γυναίκες και καπνίζουν λιγότερο ή καθόλου, ειδικά για τον καρκίνο του στοματοφάρυγγα. Οι Αφρό-Αμερικανοί έχουν μεγαλύτερη επίπτωση σε σχέση με τους λευκούς, τους Ασιάτες και τους Ισπανόφωνους. Η συνολική πενταετής επιβίωση ανέρχεται στο 56% για τη λευκή φυλή και στο 34% για τους Αφρό-Αμερικανούς (American Academy of Otolaryngology, 2014).

Οι επιβαρυντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο της κεφαλής και τραχήλου είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ, ο ιός Human Papilloma Virus (16,18), οι διατροφικές συνήθειες, η υπεριώδης ακτινοβολία (κυρίως για καρκίνο χειλιών), οι γενετικοί παράγοντες. Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται οι βασικότεροι επιβαρυντικοί παράγοντες για τον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, όπως διαμορφώνονται παγκοσμίως, καθώς και ο βαθμός συσχέτισης τους με την εμφάνιση της νόσου (Warnakulasuriya, 2009).

Πίνακας 2: Συσχέτιση παραγόντων κινδύνου με τον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου

Ισχυρή συσχέτιση	Υψηλή συσχέτιση	Πιθανή συσχέτιση	Υποθετική συσχέτιση
Κάπνισμα	Ηλιακή ακτινοβολία (Ca γυάλινων)	Ιός (HPV)	Στοματικά διαλύματα
Μάσημα καπνού		Ανοσοανεπάρκεια	Περιοδοντικές παθήσεις
Ρινική εισρόφιση καπνού		Εθνικότητα	Κληρονομικότητα
Κατάχρηση αλκοόλ		Διατροφή	
Σύφιλη, καρύδι του betel			

Πηγή: Warnakulasuriya S., 2009 HPV: Ιός Ανθρώπινων Θηλωμάτων

Το 95% των ανθρώπων που προσβάλλονται από καρκίνο κεφαλής και τραχήλου είναι καπνιστές. Οι περισσότεροι από αυτούς νοσούν από καρκίνο του λάρυγγα. Συγκεκριμένα, οι πιθανότητες κάποιου καπνιστή να αναπτύξει καρκίνο του λάρυγγα αυξάνονται από την ποσότητα των τσιγάρων και εξαρτάται από το χρονικό διάστημα που καπνίζει. Υπολογίζεται πως η ποσότητα 20 τσιγάρων την ημέρα για διάστημα 20 ετών αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου κατά 35%. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περισσότερους από 30 καρκινογόνους παράγοντες όπως οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες, οι νιτροζαμίνες και άλλα συστατικά. Η νικοτίνη δεν είναι καρκινογόνος, αλλά ο καιόμενος καπνός απελευθερώνει πίσσα που περιλαμβάνει πολυάριθμες καρκινογόνες ουσίες, όπως είναι το μεθυλχολανθρένιο και τα βενζοπυρένια. Οι ουσίες αυτές φτάνουν στην επιθηλιακή κυτταρική επιφάνεια είτε μέσα από τον καπνό του τσιγάρου, είτε ως διαλυμένες στο σάλιο, ενώ στη συνέχεια διασπώνται από κυτταρικά ένζυμα και συνδέονται με το DNA και το RNA προκαλώντας γενετική βλάβη (Guedes et al., 2013).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, το αλκοόλ είναι ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με τον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, κυρίως δε συνδυαστικά με το κάπνισμα. Η καρκινογόνος δράση επηρεάζεται ιδιαίτερα από τον υποσιτισμό και την έλλειψη βιταμινών λόγω χρόνιου αλκοολισμού (Δανηλίδης & Ασημακόπουλος, 2006).

Είναι σίγουρο, ότι η εμφάνιση κακοήθους όγκου σε κάποιο μέρος του κεφαλιού και του τραχήλου, οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, εφόσον ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών έχει θετικό οικογενειακό ιστορικό σε κακοήθεις όγκους. Σύμφωνα με έρευνες προκύπτει ότι

το 22% των ασθενών έχει ιστορικό καρκινικού όγκου σε συγγενείς πρώτου ή δεύτερου βαθμού. Επιπλέον, επαγγελματικοί παράγοντες έχουν αναφερθεί ως υπεύθυνοι για την ανάπτυξη καρκίνου της κεφαλής και τραχήλου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η χρήση χρωμάτων που χρησιμοποιούν οι ζωγράφοι (Simard et al., 2014).

1.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΣΟΥ

Ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου περιλαμβάνει ποικιλία ανατομικών περιοχών και χωρίζεται σε πέντε κατηγορίες ανάλογα με τον εντοπισμό του (ASCO, 2016):

- Καρκίνος λάρυγγα και υποφάρυγγα
- Καρκίνος χειλιών και στοματικής κοιλότητας
- Καρκίνος ρινικής κοιλότητας και παραρρινίων κόλπων
- Καρκίνος ρινοφάρυγγα
- Καρκίνος ενδοκρινών αδένων

Η ταξινόμηση του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη καθώς διαφοροποιείται ανάλογα με την ανατομική εντόπιση της καρκινικής βλάβης. Βασίζεται στο γνωστό σύστημα TNM (Tumor - πρωτοπαθής όγκος, Nodes - λεμφαδένες, Metastasis - μετάσταση) που χρησιμοποιείται για κάθε μορφή καρκίνου. Η μέθοδος σταδιοποίησης των καρκίνων λαμβάνει υπόψη το μέγεθος της πρωτοπαθούς εστίας, την ύπαρξη ή μη διηθημένων επιχώριων λεμφαδένων και την ύπαρξη ή μη απομακρυσμένων μεταστάσεων. Συνήθως οι όγκοι δεν περιορίζονται σε μια καθορισμένη ανατομική περιοχή, με αποτέλεσμα η σταδιοποίηση σε αρκετούς ασθενείς να γίνεται εξατομικευμένα και μετά τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης (Speyer et al., 2011).

1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου είναι μία ασθένεια με διάφορες κλινικές εκδηλώσεις και συμπτώματα τα οποία εξαρτώνται από την ανατομική περιοχή που εμφανίζεται. Η χειρουργική του αντιμετώπιση επιφέρει κλινική βελτίωση της νόσου, αλλά προκαλεί και δραματικές αλλαγές στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Για παράδειγμα, στις περιπτώσεις ολικής λαρυγγεκτομής ο ασθενής απαλλάσσεται από τη νόσο ωστόσο χάνει την ικανότητα ομιλίας και είναι αναγκασμένος να αναπνέει από τραχειοστομία. Στις περιπτώσεις μερικής γλωσσεκτομής η ομιλία και η κατάποση επηρεάζονται αρκετά. Οι αλλαγές στη ζωή του ατόμου μπορεί να είναι παροδικές ή μόνιμες (Semple et al., 2016).

Πολλές μελέτες έχουν γίνει για ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν λόγω της νόσου πριν αλλά και μετά τη θεραπεία. Έχουν μελετηθεί αναπηρίες και προβλήματα σχετικά με τη σίτιση, τη θρέψη, το άλγος, την απώλεια της ικανότητας λαρυγγικής ομιλίας, τη μεταβολή στην εξωτερική εμφάνιση και κυρίως τα ψυχολογικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν (Van Bokhorst-de Van der Schuer et al., 2000). Οι ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου παρουσιάζουν έντονα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα οποία επιδεινώνονται μετεγχειρητικά. Συχνά απαιτείται η χρήση κάποιου σωλήνα σίτισης ή τραχειοσωλήνα. Οι λαρυγγεκτομηθέντες ασθενείς χάνουν την ικανότητα της λαρυγγικής ομιλίας, ενώ η ανώτερη αναπνευστική οδός καταλήγει σε τραχειοστομία. Το βράγχος φωνής, ο βήχας, η δυσκολία στην κατάποση, η απώλεια της λαρυγγικής ομιλίας και η αλλοίωση της εξωτερικής εμφάνισης των λαρυγγεκτομηθέντων επηρεάζουν αρνητικά την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής τους ασθενή (Semple et al., 2016).

Ορισμένα από τα βασικότερα συμπτώματα της νόσου είναι (ASCO, 2016):

- ψηλαφητή μάζα στον τράχηλο ή στη στοματική κοιλότητα
- επίμονη φαρυγγαλγία (διάρκειας > 2 μηνών)
- δυσφαγία-δυσκαταποσία
- επίμονος βήχας (διάρκειας > 2 μηνών)
- αλλαγή της χροιάς της φωνής-βράγχος φωνής
- ωταλγία, βαρηκοΐα
- κεφαλαλγία

- ανεξήγητη απώλεια βάρους
- συχνές ρινορραγίες
- κόπωση
- απώλεια οδόντων

1.4 ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Η δυσφαγία στους ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως είναι η συμμετοχή των δυσλειτουργιών της παρεγκεφαλίδας και του εγκεφαλικού στελέχους, η πάρεση των κατώτερων κρανιακών νεύρων και η γνωστική δυσλειτουργία (Speyer et al., 2011).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Garfinkel και Kimmelman (1982) προέκυψε ότι το 10% των ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου πάσχει από δυσφαγίες με στοματοφαρυγγικές δυσλειτουργίες, ενώ σύμφωνα με τη μελέτη των Hartelius και Svensson (1994) προέκυψε ότι πάσχει από δυσφαγία το 33% των ασθενών. Η βαρύτητα της διαταραχής της κατάποσης αυξάνεται με την πρόοδο της πάθησης μέχρι να καταστεί αναγκαία η σίτιση μέσω καθετήρα (Bigenzahn & Denk, 2007). Η στοματοφαρυγγική δυσφαγία αναφέρεται σε μια σειρά από διαταραχές στην κατάποση και είναι ένα κοινό κλινικό πρόβλημα, που επηρεάζει κυρίως τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Συνήθως συνδέεται με εγκεφαλοαγγειακές συνθήκες (εγκεφαλικό επεισόδιο), εκφυλιστικές νευρολογικές δυσλειτουργίες και ορισμένων προχωρημένων καρκίνων, ιδιαίτερα εκείνων της κεφαλής και του τραχήλου. Σημαντικές επιπλοκές της στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας περιλαμβάνουν σοβαρό υποσιτισμό, αφυδάτωση και σε ορισμένες περιπτώσεις πνευμονία από εισρόφηση (Bigenzahn & Denk, 2007).

Ένας ασθενής που πάσχει από δυσφαγία είναι πιθανόν να βήχει μετά την κατανάλωση υγρών τροφών ή να πνίγεται κατά την κατάποση συγκεκριμένων τροφών, κυρίως αυτών που έχουν θρυμματιστεί ή αλεστεί. Όταν παρουσιάζεται αυτός ο βήχας ή το πνίξιμο, σημαίνει ότι η τροφή έχει περάσει στην τραχεία, αντί για τη φυσιολογική του μεταφορά στον οισοφάγο και στη συνέχεια στο στομάχι. Εάν η τροφή περάσει στους πνεύμονες πιθανόν να προκαλέσει

πνευμονία ή απόστημα. Επειδή η τροφή δε φτάνει στο στομάχι, ο ασθενής μπορεί να υποσιτιστεί ή να αφυδατωθεί. Συχνά ο ασθενής εισπνέει μικρές ποσότητες στερεών ή υγρών τροφών χωρίς να το καταλάβει, δηλαδή παθαίνει σιωπηλή εισρόφηση (Bigenzahn & Denk, 2007). Ωστόσο, μία ειδική διαδικασία απεικόνισης, χρησιμοποιείται για να αξιολογηθεί η ικανότητα μάσησης και κατάποσης του ασθενούς. Ο ασθενής πίνει μια μικρή ποσότητα βαρίου, η οποία κάνει τις δομές του στόματος, του φάρυγγα και του οισοφάγου, ορατά στην ακτινογραφία. Η κίνηση αυτών των δομών καταγράφεται από βιντεοταινία, καθώς το άτομο καταναλώνει τροφές διάφορων υφών. Με αυτόν τον τρόπο εντοπίζεται το πρόβλημα κατάποσης και συνταγογραφείται η θεραπεία (Baumstarck, 2013).

Δεδομένου ότι τα υγρά είναι πιο πιθανό να αναρροφηθούν, η θεραπεία, ιδιαίτερα σε πρώιμα στάδια, περιλαμβάνει διατροφικές τροποποιήσεις. Τυπικά, η παρέμβαση συνεπάγεται από συνταγογράφηση μιας δίαιτας που αποτελείται από τροποποιημένες στερεές τροφές και στις περισσότερες περιπτώσεις από πηκτά υγρά που κυμαίνονται από μέτρια και ήπια παχιά σύνθεση. Παρά το γεγονός ότι, από αυστηρά κλινική προοπτική, οι τροποποιημένες δίαιτες επιτυχώς ανακουφίζουν τα προβλήματα κατάποσης και μειώνουν τον κίνδυνο εισρόφησης, δημιουργούν ανησυχίες για την ποιότητα της ζωής. Η δυσαρέσκεια των ανθρώπων που τρέφονται με πυκνά ρευστά υγρά είναι μεγάλη. Τα θέματα αυτά έχουν δημιουργήσει μια διαρκή συζήτηση και μερικές φορές σύγχυση στην κλινική διαχείριση των ατόμων με δυσφαγία (Bigenzahn & Denk, 2007).

ΜΕΛΕΤΗ

Σε μια μελέτη που έλαβε χώρα στην Αυστραλία στο νοσοκομείο West Wimmera Health Service, σχεδιάστηκε και χρησιμοποιήθηκε μια μεγάλη κλίμακα διερεύνησης των επιδράσεων της παροχής νερού σε ανθρώπους με δυσφαγία σχετικά με τον κίνδυνο εισρόφησης και της ποιότητας ζωής. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 16 ασθενείς και των δυο φύλων, με περισσότερους τους άντρες. Η κλινική κατάσταση διαγνώστηκε από εξειδικευμένους γιατρούς και η στοματοφαρυγγική δυσφαγία από έναν κλινικό λογοθεραπευτή. Στην πρώτη από τις δύο ξεχωριστές φάσεις του σχεδιασμού της μελέτης, το βάθος εκπαίδευσης παρέχεται σε ιατρικό, νοσηλευτικό και υγειονομικό προσωπικό που είναι μέρος της διεπιστημονικής ομάδας που παρέχουν υγειονομική μέριμνα για τα άτομα με δυσφαγία. Η χρήση τουαλέτας ήταν η ίδια για όλο το δείγμα και απαιτούνταν το νερό να παρέχεται σε αυτούς μισή ώρα μετά από το γεύμα. Στη δεύτερη φάση, το δείγμα ήταν υπό παρακολούθηση για πέντε μέρες, ενώ κατανάλωνε μια τροποποιημένη δίαιτα με πυκνά ρευστά, παχιές τροφές, π.χ. πουρές, μεσαίου

πάχους και ήπιου πάχους, π.χ. κιμάς. Μετά από αυτή την περίοδο το δείγμα συνέχισε την κατανάλωση της δίαιτας αυτής, αλλά είχαν τη δυνατότητα πρόσβασης σε νερό, υπό αυστηρή νοσηλευτική καθοδήγηση. Μια σημαντική κλινική πτυχή που σχετίζεται με τη διαχείριση των ατόμων με δυσφαγία αφορά την έντονη δυσαρέσκεια στη διατροφή τους που αποτελείται μόνο από πυκνές ή τροποποιημένες στερεές τροφές. Τα προβλήματα σχετικά με την ποιότητα ζωής και σχετικά με τον κίνδυνο αφυδάτωσης είναι σημαντικά. Για να ξεπεραστούν αυτά τα προβλήματα δημιουργήθηκε το Κέντρο Αποκατάστασης Louisville, στις ΗΠΑ πριν από σχεδόν τρεις δεκαετίες, ένα έγκυρο πρωτόκολλο σχετικό με τη δυσφαγία και την πόση νερού. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δείχνουν ότι, όταν χρησιμοποιείται η ελεύθερη πρόσβαση νερού, σύμφωνα με τις προηγούμενες παρατηρήσεις, σε άτομα που κινούνται και έχουν καλή γνωστική ικανότητα, δεν υπάρχει κίνδυνος πνευμονίας από εισρόφηση. (Karagiannis & Karagiannis, 2014).

ΜΕΛΕΤΗ

Ο Chen και οι συνεργάτες του (2001) διερευνούν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή προέκυψε ότι οι ασθενείς με πρωτογενείς όγκους της στοματικής κοιλότητας και του στοματοφάρυγγα είχαν σημαντικά μεγαλύτερη δυσκολία κατάποσης με δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους, σε σύγκριση με τους ασθενείς με πρωτογενείς όγκους του λάρυγγα και υποφάρυγγα ($P < 0,001$). Οι ασθενείς με κακοήγη αλλοίωση είχαν επίσης σημαντικά μεγαλύτερη ανικανότητα από τους ασθενείς με καλοήγη βλάβη ($P < 0,001$). Η κλίμακα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διεξαγωγή της εν λόγω έρευνας είναι η M. D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI). Η χρήση της κλίμακας MDADI σε κλινικές δοκιμές επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της θεραπείας του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου και την κατανόηση της επίδρασης της δυσφαγίας στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς με καρκίνο της κεφαλής και τραχήλου παρουσιάζουν συμπτώματα δυσκολίας κατάποσης επειδή το νεόπλασμα επηρεάζει το όργανο της κατάποσης. Επίσης, συχνά η ίδια η θεραπεία που εφαρμόζεται στους ασθενείς επηρεάζει την κατάποση. Το δείγμα της μελέτης αυτής αποτέλεσαν 100 αγγλόφωνοι ενήλικες με νεόπλασμα της ανώτερης αναπνευστικής οδού, οι οποίοι είχαν αξιολογηθεί από μια ομάδα λογοπαθολόγων UTMDACC (Chen, 2001).

1.5 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

1.5.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Η έννοια υγεία που αφορά στην ποιότητα ζωής δεν περιορίζεται στη σωματική υγεία και στην απουσία ασθένειας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ποιότητα ζωής ορίζεται ως: *«η αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στα πλαίσια των συστημάτων πολιτισμού και αξιών στα οποία ζουν, σε σχέση – αλληλεπίδραση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τις πεποιθήσεις και τις ανησυχίες τους. Είναι μία έννοια ποικίλου εύρους που επηρεάζεται με περίπλοκο τρόπο από τη σωματική - φυσική κατάσταση της υγείας του ατόμου, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο αυτονομίας του, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις και τη σχέση του με τα βασικότερα στοιχεία του περιβάλλοντος που ζει»* (WHO,1997). Με άλλα λόγια η ποιότητα ζωής αποτελεί την προσωπική αντίληψη του ατόμου σχετικά με τη θέση του στο πολιτιστικό σύστημα που ζει, σύμφωνα με τους στόχους και τις ανησυχίες του.

Οι Joyce and McGee αναφέρουν ότι η μέτρησης της ποιότητας ζωής (QOL) συνδέεται με το *«πόσο καλά ή άσχημα αισθάνεται κανείς για τον τρόπο που ζει»*. Η φράση "ποιότητα ζωής" σημαίνει διαφορετικά πράγματα για κάθε άνθρωπο. Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο παγκόσμιο κατασκεύασμα που ορίζεται από υποκειμενικές εμπειρίες, καταστάσεις και αντιλήψεις. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής (QOL) ως *«τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το κάθε άτομο, τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο των αξιών που έχει στη ζωή του και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του»*. Ο Ρέικικι και οι συνεργάτες του αναφέρουν ότι *η ποιότητα ζωής είναι σε μεγάλο βαθμό μια υποκειμενική ιδιοσυγκρασιακή αντίληψη που έχει διαισθητικό νόημα, κατανοητό και στενά συνδεδεμένο με τις εμπειρίες της ζωής* (Sayed et al., 2009).

Όπως αντιλαμβάνεται κανείς υπάρχει μεγάλη ποικιλία ορισμών και ερμηνειών για την ποιότητα ζωής λόγω ακριβώς του ασαφούς και γενικού χαρακτήρα της έννοιας. Μια ενδιαφέρουσα προσέγγιση είναι αυτή των Koller και Lorenz (2002), που προτείνουν ένα μοντέλο τριών παραγόντων, το οποίο θα πρέπει να είναι κλινικά και εμπειρικά αξιόπιστο. Το μοντέλο αυτό αφορά στην προσέγγιση της ποιότητα ζωής με κλασσικά αποτελέσματα και εκτιμήσεις, με ερμηνευτικές εκτιμήσεις (προσδοκίες, κοινωνικό στίγμα, ικανότητες) και με ποσοτική ανάλυση κλινικών συσχετισμών. Η ποιότητα ζωής ενός ατόμου είναι πλήρης όταν

εμπεριέχει και την υποκειμενική αντίληψη του ιδίου για την κατάσταση της υγείας του σε τρεις βασικούς τομείς: το σωματικό, τον ψυχολογικό και τον κοινωνικό (Koller & Lorenz, 2002).

Η ποιότητα ζωής (QOL) αποτελεί όλο και πιο σημαντικό μέτρο έκβασης για τη θεραπεία ενός ασθενούς ανεξαρτήτου ασθένειας. Η ποιότητα ζωής αντανακλά τη γενική αίσθηση ευεξίας του ασθενούς. Είναι εξ ορισμού πολυδιάστατη και προκύπτει από την άποψη του. Δεδομένου ότι ο καρκίνος της κεφαλής και του τραχήλου (HNC) επηρεάζει λειτουργίες της καθημερινής ζωής των ασθενών, όπως η ομιλία ή η κατάποση και η θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε παραμορφώσεις που επηρεάζουν δυσμενώς την ψυχοκοινωνική λειτουργία του ασθενούς, παρουσιάζεται ιδιαίτερο ενδιαφέρον αξιολόγησης της ποιότητας ζωής σε αυτή την ομάδα ασθενών. Για την ερμηνεία της βιβλιογραφίας της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου (HNC-QOL) είναι σημαντικό να έχει κατανοηθεί η σημασία και οι περιορισμοί της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής στον πληθυσμό ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Δυστυχώς, η βιβλιογραφία έχει πολλούς περιορισμούς, όπως μικρό μέγεθος δείγματος και έλλειψη προοπτικών δεδομένων (Murphy, 2007).

1.5.2 Σημασία ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία

Βασικός στόχος των υπηρεσιών υγείας είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού που απευθύνονται. Η υγεία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την εξασφάλιση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου, ωστόσο δεν είναι ο μοναδικός. Η έννοια της ποιότητας ζωής των ασθενών στην ιατρική επιστήμη έχει ιδιαίτερη σημασία. Παρέχει τη δυνατότητα στους επιστήμονες της υγείας να εκτιμήσουν την αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης θεραπευτικής προσέγγισης και να αξιολογήσουν τις επιπτώσεις οποιασδήποτε μεταβολής του θεραπευτικού σχήματος. Η ποιότητα ζωής εκτιμάται σε δύο επίπεδα: ένα αντικειμενικό, αξιολογώντας τους παράγοντες του περιβάλλοντος που επιδρούν στη ζωή του ατόμου και ένα υποκειμενικό, αξιολογώντας την υποκειμενική άποψη του ίδιου του ατόμου για τον τρόπο ζωής του.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1997) η ποιότητα ζωής του ατόμου και η γενικότερη έννοια της υγείας του, καθορίζονται από την αλληλεπίδραση παραγόντων που σε συνδυασμό αποδίδουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής όπως το βιώνει το άτομο. Οι παράμετροι αυτές είναι (Οικονόμου & Καλοφώνος, 2006):

- σωματική υγεία και φυσική κατάσταση,
- ψυχολογικοί παράγοντες,
- επίπεδο αυτονομίας και ανεξαρτησίας,
- κοινωνικές σχέσεις και δεσμοί,
- περιβάλλον (οικονομικό, πολιτικό, φυσικό, πολιτιστικό),
- θρησκευτικές, πνευματικές και προσωπικές αντιλήψεις.

1.6 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Στην Ελλάδα έχει διεξαχθεί έρευνα με σκοπό την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε έπειτα από συμπλήρωση του σταθμισμένου, στα ελληνικά, ερωτηματολογίου EORTC QLQ H&N35. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι στο 40,6% του δείγματος, η μειωμένη ποιότητα ζωής οφείλεται σε προβλήματα ομιλίας, το 35,78% αντιμετώπιζε σεξουαλικά προβλήματα ενώ μόλις το 31,8% αντιμετώπιζε προβλήματα κατάποσης. Παράγοντες που φάνηκε να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους ήταν οι δημογραφικοί και παράγοντες που σχετίζονταν με τη νόσο. Συγκεκριμένα, άτομα νεαρής ηλικίας παρουσίασαν χαμηλότερα αποτελέσματα σε λειτουργικούς τομείς γεγονός που οφείλεται σε αυξημένες απαιτήσεις. Ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών ανέφεραν προβλήματα φυσικής κατάστασης. Επιπλέον, ένας άλλος παράγοντας που επηρέαζε την ποιότητα ζωής τους σε μεγάλο βαθμό, όσον αφορά την απώλεια ομιλίας, ήταν ο τόπος κατοικίας με αποτέλεσμα να αναφέρονται σε φτωχές, κοινωνικές επαφές όσοι είναι κάτοικοι μεγάλων πόλεων (Οικονόμου & Καλοφώνος, 2006).

Ένας άλλος παράγοντας, από τους ισχυρότερους, που σχετίζονται με τη νόσο και τον

αντίκτυπο της στην ποιότητα ζωής είναι το στάδιο του καρκίνου. Όσο πιο πρώιμο είναι το στάδιο του καρκίνου τόσο πιο πιθανό είναι να έχει καλύτερα, λειτουργικά αποτελέσματα η θεραπεία. Αντιθέτως, σε προχωρημένα στάδια καρκίνου η απώλεια φωνής, για παράδειγμα, είναι σχεδόν βέβαιη. Ωστόσο αναφέρεται ότι το είδος της θεραπείας δεν επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη συνολική ποιότητα ζωής, εξαιρείται η περίπτωση ακτινοθεραπείας που ενδέχεται να επηρεάσει την κατάποση του ασθενούς (Nalbandian, 2009)

Οι εξελιγμένες μορφές ακτινοθεραπείας και η προσπάθεια διατήρησης του λάρυγγα μέσω συνδυασμού ακτινο-χημειοθεραπείας ή laser έχουν ως στόχο την επιβίωση των ασθενών και την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Η τοξικότητα όμως των θεραπευτικών μεθόδων και η δυσλειτουργία του λάρυγγα λόγω λαρυγγεκτομής φέρει σημαντικές αλλαγές στις καθημερινές τους δραστηριότητες οι οποίες προκύπτουν από την απώλεια φωνής και την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών (Nalbandian, 2009). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής τα τελευταία χρόνια αποτελεί σημαντική παράμετρο της έρευνας του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου. Ωστόσο, στην Ελλάδα είναι ελάχιστες οι αναφορές σχετικά με την ποιότητα ζωής μετά από καρκίνο και αναμένεται η διερεύνηση των παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν τη ζωή των ασθενών. Οι κλινικοί είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν τους ασθενείς για τα επακόλουθα στην φωνή, την κατάποση και το σύνολο της κοινωνικής και της ψυχικής τους ευεξίας καθώς και να τους κατατοπίζουν σχετικά με το είδος θεραπείας που μπορούν να ακολουθήσουν (Bowling, 2007).

1.7 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Ο πληθυσμός της γης αυξάνεται με γρήγορους ρυθμούς, ειδικά τα τελευταία χρόνια. Πρόσφατες εκτιμήσεις των Ηνωμένων Εθνών περιγράφουν αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού από 7.349 εκατομμύρια το 2015 σε 8.501 εκατομμύρια το 2030 και προβλέπεται να φτάσει 11.213 εκατομμύρια το 2060. Παράλληλα, το προσδόκιμο επιβίωσης αυξήθηκε κατά 3 χρόνια το διάστημα από το 2010-2015 και ανέρχεται πλέον στα 70 έτη από τα 67 έτη που ήταν προηγουμένως (UN, 2016). Η μείωση των γεννήσεων, η πτώση της γονιμότητας και η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και της ιατρικής επιστήμης οδηγούν στη γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού. Το έτος 2015, 901 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν ηλικία πάνω από 60 έτη, αντιπροσωπεύοντας το 12% του συνολικού πληθυσμού, ενώ ο ετήσιος ρυθμός αύξησης

αυτών των ατόμων είναι 3,26%. Στην Ελλάδα το προσδόκιμο επιβίωσης αυξήθηκε κατά 2 έτη και για τα δύο φύλα το διάστημα από το 2000-2012. Η αντίστοιχη μεταβολή του σε παγκόσμιο επίπεδο ήταν τα 4 έτη. Το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα είναι τα 81 έτη, ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο τα 76 έτη (WHO, 2015). Ωστόσο, η αύξηση των προσδοκώμενων ετών ζωής του ατόμου δε σημαίνει ταυτόχρονα υγεία και βελτιωμένη ποιότητα ζωής.

Στις δυτικές κοινωνίες η αναγκαιότητα της βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας επέβαλε τη χρήση και δημιουργία μετρήσιμων δεικτών υγείας του πληθυσμού (βρεφική θνησιμότητα, γενική θνητότητα, προσδόκιμο ζωής κτλ). Η μέτρηση των δεικτών αυτών συμβάλλει στην καλύτερη αξιολόγηση του επιπέδου υγείας των ατόμων. Από την άλλη μεριά όμως, ο ποσοτικός προσδιορισμός της υγείας μέσω της μέτρησης κάποιων δεικτών παρέχει γενικά συμπεράσματα. Η υγεία δεν μετράται άμεσα όπως το μήκος σε μέτρα ή η αρτηριακή πίεση σε mmHg, αλλά η διαδικασία μέτρησής της είναι έμμεση και πολυδιάστατη (McDowell, 2006).

Τις προκλήσεις αυτές προσπαθεί να ικανοποιήσει η μέτρηση της ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία. Η μέτρηση της αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα των κλινικών ερευνών, ιδίως σε περιπτώσεις αμφισβήτησης ορισμένων εφαρμοζόμενων θεραπειών (Aaronson, 1993). Επιπλέον, συμβάλλει στην απάντηση του ερωτήματος αν μια θεραπεία οδηγεί στο επίπεδο ζωής που αξίζει να βιώσει το άτομο, προσφέροντας μια προσανατολισμένη, στον ασθενή, προσέγγιση που καθορίζει την θεραπευτική του επιλογή (Bowling, 2007).

1.7.1 Εργαλεία μέτρησης

Τα σύγχρονα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής ενός ασθενούς έχουν τη μορφή ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια αυτά μπορεί να είναι *γενικά ή ειδικά*. Τα γενικά αφορούν στη συνολική κατάσταση της υγείας του ατόμου, ενώ ταυτόχρονα μελετούν τέσσερις διαστάσεις της υγείας του: τη σωματική λειτουργία, την ψυχική, την κοινωνική και τη γενική αντίληψή του για την υγεία. Τα ερωτηματολόγια αυτά δίνουν τη δυνατότητα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής ενός ατόμου ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη μιας νόσου, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή το κοινωνικό και οικονομικό του επίπεδο. Ταυτόχρονα διευκολύνουν τη σύγκριση ποιότητας ζωής μεταξύ ατόμων που πάσχουν από διαφορετικά νοσήματα ή και μεταξύ πληθυσμών διαφορετικών χωρών. Το μειονέκτημα τους είναι ότι δεν προσφέρουν πληροφορίες για μια συγκεκριμένη ασθένεια και τις επιπτώσεις της στην ποιότητα ζωής του ασθενούς (Chen et al., 2005). Έχουν αναπτυχθεί πολλά τέτοια εργαλεία τα

οποία χρησιμοποιούνται ευρέως στην κλινική πράξη. Διαφοροποιούνται ως προς τον αριθμό των ερωτήσεων, τις, υπό μελέτη, κλίμακες λειτουργίας, την ευκολία των ερωτήσεων, το βαθμό ευαισθησίας. Ορισμένα από αυτά είναι το EQ-SD, το 15D, το SF-36 και το SF-12 (Υφαντόπουλος, 2007).

Αντιθετως, τα ειδικά ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν με ερωτήσεις προσανατολισμένες στην επίδραση της ασθένειας στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Δίνουν πληροφορίες για την συγκεκριμένη ασθένεια, είναι ειδικά και ευαίσθητα, αλλά δεν εξυπηρετούν σύγκριση μεταξύ ομάδων ατόμων που πάσχουν από διαφορετική ασθένεια. Επιπλέον, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους είναι επισφαλής σε περιπτώσεις όπου το, υπό μελέτη, άτομο πάσχει από περισσότερες, της μιας, νόσους (Lam, 1997). Στην περίπτωση αυτή είναι δύσκολη η διάκριση της επίδρασης κάθε νόσου ξεχωριστά στο επίπεδο υγείας του ατόμου, λόγω της αλληλοεπικάλυψης και αλληλεπίδρασης σημείων και συμπτωμάτων μεταξύ των διαφόρων νοσημάτων. Ιδιαίτερη ανάπτυξη έχει γίνει τα τελευταία χρόνια σε ειδικά ερωτηματολόγια που αφορούν νεοπλασματικά νοσήματα. Ορισμένα από αυτά είναι το CARES-SF, το EORTC QLQ-C30, το FACT-An, το Functional Living Index, το RSCL και το Symptom Distress Scale (Υφαντόπουλος, 2007).

Τα ερωτηματολόγια, γενικά ή ειδικά, είναι απαραίτητο να έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά ώστε να εξασφαλιστεί η ορθή χρήση τους και η ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων. Τα περισσότερα από αυτά είναι γραμμένα στην αγγλική γλώσσα και συχνά προσαρμοσμένα στην κουλτούρα της κοινωνίας που σχεδιάστηκαν να μελετήσουν. Επομένως, είναι απαραίτητη η προσαρμογή και αναθεώρηση των ερωτηματολογίων αυτών ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες κάθε, υπό μελέτη, πληθυσμού. Για το λόγο αυτό η Διεθνής Επιτροπή Εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής (IQOLA) δημιούργησε μια μέθοδο για τη στάθμιση των ερωτηματολογίων σε κάθε πολιτισμό.

Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει τρία βασικά στάδια:

- τη σχολαστική και προσεκτική μετάφραση τους,
- την εξέταση των ψυχομετρικών κλιμάκων και της αξιοπιστίας τους στον πληθυσμό καθώς,
- την επικύρωση της συγκρισιμότητας των αποτελεσμάτων μεταξύ των πληθυσμών σε παγκόσμιο επίπεδο (Lam, 1997).

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να διαθέτουν μια σειρά ψυχομετρικών χαρακτηριστικών τα οποία

μπορούν να χαρακτηρίσουν το συνολικό πληθυσμό. Αυτά είναι η αξιοπιστία, η οποία μετράται με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης μεταξύ πολλών μετρήσεων, η εγκυρότητα, η ειδικότητα, η ανταποκρισιμότητα που επιτρέπει την αντίληψη αλλαγής των συνθηκών και η ευαισθησία των μετρήσεων. Προκειμένου να επιλεγθεί ένα ερωτηματολόγιο για χρήση σε ασθενείς θα πρέπει να έχει την αποδοχή από τον ερωτηθέντα, να είναι κατάλληλο για τη συγκεκριμένη περίπτωση, να είναι σαφές και σχετικά απλό, γρήγορο και εύκολο στη χρήση (OECD, 2013).

Σύμφωνα με τον Sayed και τους συνεργάτες του (2009) τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται ως εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας, αποτελούνται από κλίμακες που επιχειρούν να καλύψουν πεδία που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Τα περισσότερα από τα ερωτηματολόγια αυτά ανήκουν σε πέντε μεγάλες κατηγορίες:

- **γενικά:** όπως η μελέτη ιατρικών αποτελεσμάτων MOS - Short Form-36, Impact of Sickness Προφίλ – SIP,
- **ειδικά για την ασθένεια:** όπως του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για έρευνα σχετικά με τη θεραπεία του καρκίνου EORTC QLQ-C30, η λειτουργική αξιολόγηση γενικής θεραπείας καρκίνου - FACT-G, κλίμακα μέτρησης του Πανεπιστημίου Washington QOL Ερωτηματολόγιο - UWQOL, EORTC HN QL
- **συγκεκριμένου τομέα:** όπως το QOL που σχετίζεται με τη φωνή, VRQOL, MD Anderson Dysphagia Inventory – MDADI που σχετίζεται με τη δυσφαγία,
- **ειδικών θεραπειών:** όπως το UWQOL για χειρουργικούς ασθενείς, QOL-RTI H & N για ασθενείς με ακτινοθεραπεία
- **ειδικά για τα συμπτώματα:** όπως το σύντομο απογραφή του πόνου - BPI και σύντομη απογραφή κόπωσης - BFI.

1.7.2 Ερωτηματολόγιο M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)

Το ερωτηματολόγιο M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) απευθύνεται σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κατάποση και αποτελείται από είκοσι δηλώσεις σχετικές με τη δυσφαγία και την εκτίμηση της ποιότητας της ζωής, όσον αφορά τέσσερις κατηγορίες : την γενική, την συναισθηματική, την λειτουργική και την σωματική/φυσική. Οι ερωτώμενοι καλούνται να δηλώσουν μόνοι τους το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους με της δηλώσεις αυτές. Πιο συγκεκριμένα, η

γενική κατηγορία εξετάζει την επίπτωση της κατάποσης στη καθημερινότητα και στη γενικότερη ποιότητα ζωής. Η συναισθηματική αξιολογεί την συναισθηματική αντίληψη και αντίδραση των ασθενών απέναντι στη δυσφαγία. Η λειτουργική εξετάζει την επίδραση της κατάποσης στις καθημερινές δραστηριότητες ενώ η τέταρτη υποομάδα εξετάζει την αντίληψη του ασθενούς σχετικά με την καταποτική του λειτουργία. Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο MDADI, δίνονται σε μια πενταβάθμια κλίμακα, όπου το ελάχιστο συνολικό σκορ είναι 20 και το μέγιστο 100. Οι ερωτώμενοι καλούνται να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους με κάποιες προτάσεις, επιλέγοντας τιμές από το 1 έως το 5. Η τιμή 1 αντιστοιχεί στο συμφωνώ αρκετά, η τιμή 2 στο συμφωνώ, η τιμή 3 στο ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ, η τιμή 4 στο διαφωνώ και η τιμή 5 στο διαφωνώ αρκετά. Υψηλότερη βαθμολογία αντικατοπτρίζει καλύτερη κατάποση και καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με την κατάποση (Speyer et al., 2011).

Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε το 2001, στο πλαίσιο μιας μελέτης με σκοπό τη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου για τον εντοπισμό της ποιότητας ζωής των ασθενών με δυσφαγία «The development and validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer: the M.D. Anderson dysphagia inventory» (Chen et al., 2001). Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί σε πάρα πολλές μελέτες και έχει μεταφραστεί σχεδόν σε όλες τις γλώσσες. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται αναλυτικά οι υποομάδες του ερωτηματολογίου αυτού.

Πίνακας 3: Υποομάδες ερωτηματολογίου M.D. Anderson dysphagia inventory

SUBSCALE		ITEMS
Global assessment	MDADI-G	1
Functional aspect	MDADI-F	5
Physical aspect	MDADI-P	8
Emotional aspect	MDADI-E	6
Total Items (Domains)		20

Πιο αναλυτικά το ερωτηματολόγιο M.D. Anderson Dysphagia Inventory περιλαμβάνει μια **συνολική αξιολόγηση** (global assessment), όπου οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν σε μια ερώτηση και τρεις υποομάδες. Τη **συναισθηματική υποομάδα** (emotional aspect), που αποτελείται από έξι ερωτήσεις, τη **λειτουργική υποομάδα** (functional aspect) που αποτελείται από πέντε ερωτήσεις και τη **φυσική υποομάδα** (physical aspect) που αποτελείται από 8 ερωτήσεις. Η συνολική αξιολόγηση αναφέρεται στη δυσκολία κατάποσης του ατόμου καθώς επηρεάζει τη συνολική ημερήσια ρουτίνα του ατόμου. Οι συναισθηματικές, λειτουργικές και φυσικές υποκλίμακες αναφέρονται στην συναισθηματική απόκριση του ατόμου στη διαταραχή κατάποσης, στην επίδραση της διαταραχής στις καθημερινές δραστηριότητες και στην αυτο-αντίληψη των δυσκολιών στην κατάποση.

Το M.D. Anderson Dysphagia Inventory είναι ένα ερωτηματολόγιο κατασκευασμένο για ασθενείς που αντιμετωπίζουν διαταραχή κατάποσης λόγω καρκίνου κεφαλής – τραχήλου σε συνεργασία με λογοθεραπευτές. Σήμερα χρησιμοποιείται στην Βόρεια Αμερική σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι να εκτιμήσει τις επιπτώσεις που επιφέρει η δυσφαγία στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι επαναληπτικές μετρήσεις του M.D. Anderson Dysphagia Inventory από ασθενείς αποδεικνύουν την υψηλή αξιοπιστία του. Επομένως πρόκειται για ένα κλινικά έγκυρο ερωτηματολόγιο και η εφαρμογή του συνιστάται στην κλινική πρακτική. Η εφαρμογή του επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της θεραπείας στην κατάποση των ασθενών και την επίδραση στην ποιότητα ζωής τους (Sayed et al., 2009).

Αξίζει να αναφερθεί ότι το ερωτηματολόγιο αυτό κρίθηκε κατάλληλο για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, μιας και απευθύνεται σε ασθενείς με δυσφαγία και είναι αυτό που χρησιμοποιήθηκε τελικά για τη συλλογή των δεδομένων. Έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες παγκοσμίως και έχει μεταφραστεί σε αρκετές γλώσσες.

Η Speyer και οι συνεργάτες της (2011), πραγματοποιούν μια μελέτη σχετική με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με δυσφαγία και χρησιμοποιούν το ερωτηματολόγιο MDADI μεταφρασμένο στην ολλανδική γλώσσα. Παράλληλα, στο πλαίσιο ολοκλήρωσης της συγκεκριμένης μελέτης υλοποιείται μια σύγκριση του MDADI με άλλα ερωτηματολόγια σχετικά με τη δυσφαγία. Αναφέρεται ότι υπάρχουν λίγα ερωτηματολόγια για την υγεία που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής σε σχέση με τη στοματοφαρυγγική δυσφαγία. Στη βιβλιογραφία εντοπίζονται τα παρακάτω: SWAL-QOL, MD Anderson (MDADI), Handicap Index (DHI). Το ερωτηματολόγιο που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί σε μια έρευνα, πρέπει να

έχει υψηλής ποιότητας ψυχομετρικά χαρακτηριστικά, διαφορετικά τα αποτελέσματα της μελέτης δε θα είναι αξιόπιστα και δε θα έχουν καμία κλινική σημασία. Παρά το γεγονός ότι το SWAL-QOL χρησιμοποιείται ευρέως στην έρευνα, η εφαρμογή του στην καθημερινή κλινική πρακτική είναι περιορισμένη, δεδομένου ότι οι κλινικοί γιατροί χρειάζονται ένα μικρό και απλό ερωτηματολόγιο για τη συλλογή δεδομένων. Το ερωτηματολόγιο SWAL-QOL, θεωρείται ο χρυσός κανόνας για τον καθορισμό της ποιότητας ζωής σε άτομα με στοματοφαρυγγική δυσφαγία. Οι ερευνητές, όμως επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν το MDADI σε ασθενείς με στοματοφαρυγγική δυσφαγία. Η συνολική του εκτίμηση αναφέρεται σε δυσκολία στην κατάποση του ατόμου που επηρεάζουν τη συνολική καθημερινή ρουτίνα του. Οι συναισθηματικές, λειτουργικές και φυσικές υποκλίμακες αναφέρονται στη συναισθηματική αντίδραση του ατόμου με διαταραχή κατάποσης, τις επιπτώσεις της διαταραχής στις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτο-αντίληψη των δυσκολιών κατάποσης. Χρησιμοποιώντας μια κλίμακα πέντε σημείων (1-5), η ελάχιστη συνολική βαθμολογία είναι 20 και η μέγιστη 100. Στην ολλανδική μετάφραση χρησιμοποιείται μια ενιαία μέθοδος βαθμολόγησης.

Ο Rosenthal και οι συνεργάτες του (2008) χρησιμοποίησαν το εγχειρίδιο καταγραφής συμπτωμάτων καρκίνου κεφαλής και τραχήλου του M. D. Anderson, προκειμένου να μελετήσουν τη πλευρά του ασθενή που πάσχει από καρκίνο κεφαλής και τραχήλου και έχει υποστεί ακτινοβολία. Συγκεκριμένα, στόχος της έρευνας αυτής είναι η μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών με δυσφαγία που προκλήθηκε από θεραπεία μέσω ακτινοβολίας. Το δείγμα αποτέλεσαν 134 ασθενείς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο MDADI πριν την ακτινοθεραπεία και μετά την ακτινοθεραπεία. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση των αποτελεσμάτων και παρατηρήθηκε μεγάλη διαφορά σε αυτά, καθώς τα συμπτώματα δυσφαγίας αυξήθηκαν μετά την εφαρμογή ακτινοβολίας (Speyer et al., 2011).

Ο Kwon και οι συνεργάτες του (2013), μετέφρασαν στα κορεάτικα το ερωτηματολόγιο MDADI και το χρησιμοποίησαν σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Πραγματοποιήθηκαν 6 βήματα για τη διαπολιτισμική προσαρμογή που συνίστατο σε μετάφραση του ερωτηματολογίου αυτού. Έγινε επανεξέταση από επιτροπή εμπειρογνομόνων και γνωστική ενημέρωση. Τέλος, έγινε επαλήθευση ανάγνωσης για επιβεβαίωση κατανόησης από το δείγμα. Συνολικά 34 ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου από το Εθνικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Σεούλ απάντησαν στη μεταφρασμένη έκδοση του ερωτηματολογίου για την προκαταρκτική εξέταση. Οι ασθενείς απάντησαν στο ίδιο ερωτηματολόγιο 2 εβδομάδες αργότερα για να επαληθεύσουν την

αξιοπιστία επανεξέτασης. Η κορεατική έκδοση του MDADI πέτυχε τις γλωσσικές επικυρώσεις και απέδειξε την εγκυρότητα και αξιοπιστία κατασκευής. Αποτελεί πλέον ένα χρήσιμο εργαλείο για την μέτρηση της ποιότητας ζωής δυσφαγία των ασθενών με καρκίνο της κεφαλής και τραχήλου που πάσχουν από δυσφαγία (Kwon et al., 2013).

Η μελέτη του Carlsson και των συνεργατών του (2012) στόχευε στην επικύρωση του ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής ασθενών με δυσφαγία M. D. Anderson (MDADI) στη σουηδική γλώσσα. Το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 30 ασθενείς με οφθαλμοφαγική δυσφαγία λόγω νευρολογικών ασθενειών και σε 85 ασθενείς με καρκίνο της κεφαλής και τραχήλου με υποκειμενική δυσφαγία μετά από θεραπεία. Η μετάφραση εκτελέστηκε και ακολούθησε διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία ελέγχθηκαν έναντι του δείκτη Short-Form36 (SF-36) και της κλίμακας νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (HADS). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας υπολογίστηκε μέσω του συντελεστή Cronbach α . Η μετάφραση του ερωτηματολογίου στη σουηδική γλώσσα ήταν επιτυχής (Carlsson et al., 2012).

Το ερωτηματολόγιο MDADI χρησιμοποιήθηκε από τη Guedes και τους συνεργάτες της (2013) στη Βραζιλία. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η προσαρμογή και η πολιτιστική επικύρωση του M.D. Anderson Dysphagia (MDADI) στην πορτογαλική γλώσσα και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για καρκίνο της κεφαλής και τραχήλου και πάσχουν από δυσφαγία. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε 72 ενήλικες ασθενείς με μέση ηλικία 63 ετών και οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε κάποια θεραπεία καρκίνου κεφαλής και τραχήλου. Ο έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου επιτεύχθηκε μέσω της σύγκρισης του MDADI με τρία άλλα σχετικά με την υγεία ερωτηματολόγια. Η αξιοπιστία δημιουργήθηκε εξασφαλίζοντας την εσωτερική συνοχή Cronbach's α και την αξιοπιστία με συντελεστή συσχέτισης ICC (Guedes et al., 2013).

1.8 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Οι αλλαγές στην κατάποση αλλά και στον τρόπο παραγωγής ομιλίας επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Την άποψη αυτή τεκμηριώνει μια έρευνα που διεξήχθη στο σύλλογο λαρυγγεκτομηθέντων στη Νότια Ουαλία της Αυστραλίας. Η ομάδα που έλαβε μέρος στην έρευνα αποτελούταν από 70 άντρες και 13 γυναίκες ηλικίας 46 - 88 ετών. Τα μέλη του συλλόγου απάντησαν σε ερωτηματολόγια σχετικά με το κατά πόσο η

ποιότητα της ζωής τους έχει επηρεαστεί από τις αλλαγές που προέκυψαν λόγω της ασθένειας τους. Προέκυψε ότι οι ασθενείς έχουν μειωμένη ποιότητα φυσικής υγείας και μειωμένη ποιότητα κοινωνικών σχέσεων. Τα παραπάνω δημιουργούν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, επομένως επηρεάζουν το σύνολο της ποιότητας ζωής. Συμπερασματικά η ψυχολογική ευεξία των ασθενών είναι εξίσου σημαντική με την αποκατάσταση ομιλίας και κατάποσης (Sayed et al., 2009).

Η χειρουργική θεραπεία ή η ακτινο - χημειοθεραπεία κακοηθών όγκων κεφαλής και τραχήλου μπορεί να οδηγήσει σε στοματοφαρυγγικές δυσφαγίες οι οποίες επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα της ζωής. Οι δομικές αλλαγές που υφίστανται οι ασθενείς σχετίζονται με το άνω αναπνευστικό σύστημα και τις οδούς κατάποσης και προκαλούν εισρόφηση. Η εμφάνιση δυσφαγίας εξαρτάται από το είδος και την έκταση εκτομής του όγκου και συσχετίζεται με τους εξής παράγοντες (Sayed et al., 2009) :

- Λεμφαδενικός καθαρισμός τραχήλου
- Τραχειοτομή
- Βλάβη στα κρανιακά νεύρα: στο V (τρίδυμο), VII (προσωπικό), IX (γλωσσοφαρυγγικό), X (πνευμονογαστρικό), XII (υπογλώσσιο)
- Ακτινοβολία
- Μακροπρόθεσμη διασωλήνωση

Η δυσφαγία μετά τη θεραπεία καρκίνου κεφαλής και τραχήλου οφείλεται σε παρενέργειες των θεραπειών. Είναι πιθανόν μετά από τη θεραπεία να εμφανιστεί οίδημα, μούδιασμα, πόνος, παραμόρφωση, απώλεια γεύσης, μειωμένος σίελος, στοματικά έλκη, βλέννα, μειωμένη κίνηση μυών. Όλα αυτά επηρεάζουν την μάζηση και την κατάποση του ασθενούς (Speyer et al., 2011).

Η ανάπτυξη και η επικύρωση της MDADI και η χρήση του σε κλινικές δοκιμές επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της θεραπείας του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου κατά την κατάποση και τις επιδράσεις που έχει στην ποιότητα ζωής των ασθενών η δυσκολία κατάποσης. Οι ασθενείς με πρωτογενείς όγκους της στοματικής κοιλότητας και του στοματοφάρυγγα είχαν σημαντικά μεγαλύτερη αναπηρία κατάποσης, με δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους σε σύγκριση με τους ασθενείς με πρωτογενείς όγκους του λάρυγγα και υποφάρυγγα. Επίσης, οι ασθενείς με κακοήγη αλλοίωση είχαν μεγαλύτερη ανικανότητα από τους ασθενείς με καλοήγη βλάβη (Chen et al., 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας που υλοποιήθηκε. Αναφέρεται ότι υπάρχουν διάφορα σχέδια έρευνας που μπορεί να χρησιμοποιήσει ένας ερευνητής, τα οποία ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές ορίζονται σύμφωνα με τον αντικειμενικό στόχο της μελέτης και μπορεί να είναι ερευνητική, περιγραφική ή αιτιολογική μελέτη. Τα τρία αυτά είδη δεν είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούνται ξεχωριστά το ένα από το άλλο, αλλά μπορεί να αποτελέσουν διαδοχικά στάδια σε μία συνεχή διαδικασία (Κατσίλλης, 2006). Η παρούσα έρευνα είναι περιγραφική και συλλέχτηκαν πρωτογενή στοιχεία μέσω χρήσης ερωτηματολογίου.

Συγκεκριμένα, τα στάδια που ακολουθήθηκαν κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της, εν λόγω, έρευνας αναλύονται παρακάτω. Συνοπτικά τα στάδια αυτά είναι (Σταθακόπουλος, 2001):

- Ορισμός σκοπού έρευνας και ερευνητικών ερωτημάτων
- Ορισμός πληθυσμού και δειγματοληψία
- Σύνταξη και χορήγηση ερωτηματολογίου
- Συλλογή δεδομένων
- Έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας των δεδομένων
- Επεξεργασία δεδομένων
- Ανάλυση δεδομένων και παρουσίαση αποτελεσμάτων

2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου πρέπει να είναι ενήμεροι για σχετικά θέματα αποκατάστασή τους, κάτι που συμβάλλει στη βελτίωση ποιότητας της ζωής τους. Τα άτομα που νοσούν από τη συγκεκριμένη ασθένεια παρακολουθούνται από επαγγελματίες υγείας και ανάλογα με το είδος καρκίνου, το στάδιο και την ανατομική περιοχή που προσβάλλεται, λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση. Το είδος θεραπείας ποικίλει από άτομο σε άτομο και σε κάθε περίπτωση πρωτεύοντα ρόλο έχει η επιβίωση του ασθενούς. Εκτός από την ανάγκη για επιβίωση και υγεία, εξίσου σημαντική στη ζωή του ανθρώπου είναι η επικοινωνία, η αλληλεπίδραση, η ανταλλαγή ιδεών και η ένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Η θεραπεία του καρκίνου προϋποθέτει αλλαγές στην ποιότητα ζωής του ατόμου καθώς μετεγχειρητικά μπορεί ενδεχομένως να παρουσιαστεί αφωνία και διαταραχή κατάποσης. Οι αλλαγές αυτές καθιστούν το άτομο ψυχολογικά ευάλωτο καθώς αδυνατεί να μιλήσει όπως πριν, να ανταλλάξει ιδέες, απόψεις ή να συνεχίσει τις διατροφικές συνήθειες που είχε. Με αφορμή τα παραπάνω, αποφασίστηκε η υλοποίηση της παρούσας έρευνας με στόχο να διερευνήσει τις ικανότητες κατάποσης των ασθενών μετά από θεραπεία καρκίνου κεφαλής και τραχήλου καθώς και να αξιολογηθεί η αλλαγή ποιότητας ζωής που οφείλεται σε διαταραχή της κατάποσης μέσω της κλίμακας M.D. Anderson Dysphagia Inventory .

Η κλίμακα M.D. Anderson Dysphagia Inventory θα χορηγηθεί σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου καθώς και σε υγιή άτομα. Θα παρουσιαστούν οι απόψεις τους σχετικά με τη δυσφαγία και την ποιότητα ζωής.

Ο βασικός στόχος της έρευνας, λοιπόν, είναι η μελέτη των απόψεων των ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου σχετικά με την ασθένεια τους, τη δυσκολία κατάποσης και την επίδραση αυτής στην ποιότητα ζωής τους. Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν από το στόχο αυτό είναι:

- Παρουσίαση του προφίλ του ασθενούς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, καθώς και της κατάστασης της υγείας του.

- Εντοπισμός απόψεων των ασθενών για τη δυσφαγία και την επίδραση αυτής στην ποιότητα ζωής του.
- Μελέτη επίδρασης σταδίου του καρκίνου στην ποιότητα ζωής των ασθενών με δυσκολία κατάποσης.
- Μελέτη επίδρασης δημογραφικών στοιχείων στις απαντήσεις των ασθενών με δυσκολία κατάποσης σχετικά με την ποιότητα ζωής τους
- Σύγκριση απόψεων ασθενών και μη, για την δυσφαγία και την ποιότητα ζωής τους

2.2 ΣΤΑΔΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Έπειτα από τον ορισμό του σκοπού της έρευνας καθώς και των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας εργασίας, χρήζει μεγάλης σημασίας να οριστούν τα στάδια της δειγματοληψίας. Συγκεκριμένα ο **ορισμός του πληθυσμού** στον οποίο απευθύνεται η έρευνα και που θα χορηγηθούν τα ερωτηματολόγια, το **μέγεθος του δείγματος** και η **μέθοδος επιλογής του πληθυσμού-δειγματοληψίας**. Η έρευνα απευθύνεται σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που παρουσιάζουν κάποια προβλήματα κατάποσης και η μέθοδος επιλογής τους θα είναι τυχαία, μη πιθανοτήτων και πιο συγκεκριμένα η μέθοδος ευκολίας. Ακολουθούν αναλυτικά τα στάδια δειγματοληψίας (Κατσίλλης, 2006).

1. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Η διαδικασία της περιγραφικής έρευνας ξεκινά με τον ορισμό του πληθυσμού, δηλαδή των ατόμων εκείνων που θεωρούνται κατάλληλοι για να συμμετέχουν στην έρευνα. Επειδή η συγκέντρωση πληροφοριών για τον πληθυσμό είναι δύσκολη, συλλέγονται πληροφορίες για ένα δείγμα του πληθυσμού, με τα δεδομένα του οποίου γίνονται οι διάφορες αναλύσεις (Σιώμοκος & Βασιλακοπούλου, 2005). Στο ερωτηματολόγιο τονίζεται η ανωνυμία των ατόμων που το συμπληρώνουν, το πλήθος των οποίων έτυχε να είναι ασθενείς και των δυο φύλων, διαφόρων ηλικιών, με προϋπόθεση να παρουσιάζουν κάποια δυσκολία κατάποσης. Παράλληλα, μοιράστηκαν και κάποια ερωτηματολόγια, σε τυχαίο, υγιή πληθυσμό, προκειμένου να υλοποιηθεί μια σύγκριση μεταξύ υγιή πληθυσμού και ασθενών σχετικά με την άποψή τους για τη δυσφαγία. Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι η έρευνα διεξήχθη σε δύο νοσοκομεία. Στο Αντικαρκινικό - Ογκολογικό νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας» και

στην ογκολογική και ΩΡΛ κλινική του Π.Γ.Ν. Πατρών «Παναγία Βοήθεια». Επίσης, συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια από ασθενείς που δεν νοσηλεύονται σε κάποιο νοσοκομείο καθώς και ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι σε Συλλόγους (Πανελλήνιος Σύλλογος Λαρυγγεκτομηθέντων).

Το δείγμα, λοιπόν, χωρίζεται σε δύο κατηγορίες. Στους ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που πάσχουν από δυσφαγία και σε υγιείς πολίτες. Ακολουθεί ο αναλυτικός ορισμός του πληθυσμού της έρευνας, που αποτελείται από τέσσερις παραμέτρους (Σταθακόπουλος, 2001):

1. **τα στοιχεία**, εννοώντας τους δυνητικούς ερωτώμενους, που στην παρούσα έρευνα είναι οι ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που πάσχουν από δυσφαγία και οι υγιείς πολίτες.
2. **τη μονάδα δειγματοληψίας**, δηλαδή την βασική μονάδα που περιέχει τα στοιχεία του πληθυσμού. Σε περίπτωση που γνωρίζουμε τα στοιχεία του ερωτώμενου η δειγματοληπτική μονάδα ταυτίζεται με τα στοιχεία του πληθυσμού π.χ. ονοματεπώνυμο, διαφορετικά ταυτίζεται με την τοποθεσία που μπορώ να εντοπίσω τα στοιχεία του πληθυσμού και είναι ίδιο με την παράμετρο της έκτασης. Στη συγκεκριμένη εργασία δεν γνωρίζουμε τα στοιχεία των ερωτώμενων και έτσι ορίζεται ως μονάδα δειγματοληψίας ο χώρος συλλογής των δεδομένων, δηλαδή τα νοσοκομεία τα σπίτια του δείγματος καθώς και ορισμένοι δημόσιοι χώροι.
3. **έκταση** που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, είναι ο χώρος που μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια, δηλαδή τα νοσοκομεία, τα σπίτια του δείγματος και ορισμένοι δημόσιοι και ιδιωτικοί χώροι.
4. **χρόνος**, είναι η ακριβής χρονική περίοδος που διεξήχθη η έρευνα. Η συγκεκριμένη έρευνα είχε διάρκεια πέντε μηνών και πραγματοποιήθηκε από Μάιο ως Οκτώβριο 2017.

II. ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Ο καθορισμός του κατάλληλου μεγέθους του δείγματος μειώνει το *δειγματοληπτικό σφάλμα*, το οποίο είναι αναπόφευκτο όταν υπάρχει αντιπροσώπευση του πληθυσμού από το δείγμα (Σιώμκος & Βασιλακοπούλου, 2005). Στην παρούσα έρευνα επιτεύχθηκε τελικά η συλλογή 60 ερωτηματολογίων από δυο ομάδες δείγματος. Συγκεκριμένα συλλέχτηκαν 30

ερωτηματολόγια από ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου και 30 ερωτηματολόγια από υγιείς πολίτες.

III. ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Σκοπός μιας περιγραφικής έρευνας είναι η περιγραφή του πληθυσμού και σκοπός της δειγματοληψίας είναι να επιλεγεί το κατάλληλο δείγμα ώστε χρησιμοποιώντας τα χαρακτηριστικά του, να προσεγγίζεται η περιγραφή των μεταβλητών του πληθυσμού. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη αντιπροσωπευτικού δείγματος (Σιώμκος & Βασιλακοπούλου, 2005).

Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου δειγματοληψίας είναι μια κρίσιμη απόφαση για τη μεγιστοποίηση της ακρίβειας αυτής. Υπάρχει η *δειγματοληψία πιθανότητας* ή τυχαία όπου ο πληθυσμός είναι γνωστός και όλοι οι ερωτώμενοι έχουν τις ίδιες πιθανότητες να συμμετέχουν στην έρευνα, και *μη πιθανότητας* όπου ο πληθυσμός είναι άγνωστος και σε αντίθεση με την προηγούμενη μέθοδο δεν έχουν όλοι την ίδια πιθανότητα να συμμετέχουν στην έρευνα (Σιώμκος & Βασιλακοπούλου, 2005). Στη συγκεκριμένη εργασία η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι μη πιθανότητας και πιο συγκεκριμένα αυτή του δείγματος ευκολίας, όπου το δείγμα επιλέχθηκε τυχαία. Αναφέρεται ότι διατηρήθηκε η ανωνυμία των ερωτώμενων.

Ο σχεδιασμός της διαδικασίας διεξαγωγής της δειγματοληψίας υλοποιήθηκε μέσω επαφή με τα μέλη του δείγματος και όπου κρίθηκε αναγκαίο, χορηγήθηκαν λεπτομερειακές οδηγίες σχετικά με ερωτήματα, χωρίς να επηρεαστεί η κρίση τους. Η διεξαγωγή της δειγματοληψίας πραγματοποιήθηκε με ομαλό ρυθμό και η συλλογή των στοιχείων από τα επιλεγμένα μέλη του πληθυσμού πραγματοποιήθηκε χωρίς σοβαρές δυσκολίες.

2.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο πλαίσιο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας κρίθηκε απαραίτητη η συλλογή πρωτογενών στοιχείων, μέσω χρήσης δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο δίνεται αναλυτικά στο παράρτημα, στο τέλος της παρούσας εργασίας. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα τυποποιημένο σχέδιο για την πλήρη συλλογή πληροφοριών πάνω σε ένα θέμα. Η κατάρτιση του ερωτηματολογίου, λόγω των παραπάνω ιδιοτήτων που έχει, αποτελεί την πλέον κρίσιμη και λεπτή εργασία, καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία μιας στατιστικής έρευνας. Ένα

επιτυχημένο ερωτηματολόγιο πρέπει να έχει πληρότητα, σαφήνεια, συνοχή, κατάλληλη δομή, να περιλαμβάνει ερωτήματα ελέγχου, να είναι σύντομο, να έχει τελειότητα παρουσίασης.

Ο σχεδιασμός και η κατασκευή του ερωτηματολογίου ακολουθεί όλα τα απαραίτητα στάδια που απαιτούνται. Αρχικά μελετήθηκαν και ορίστηκαν οι κατάλληλες μετρήσιμες μεταβλητές που θα χρησιμοποιηθούν, βάσει το στόχου της έρευνας. Πραγματοποιήθηκε επίσης έλεγχος αξιοπιστίας Cronbach α (Alpha) των ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν και τα αποτελέσματα έδειξαν αξιοπιστία του ερωτηματολογίου με Cronbach $\alpha > 0,978$ σε όλες τις μεταβλητές. Ένα ερωτηματολόγιο εκτός από αξιόπιστο πρέπει να είναι και έγκυρο. Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου αφορά στο βαθμό στον οποίο το ερωτηματολόγιο μετρά την έννοια (μεταβλητή) την οποία διατείνεται ότι μετρά. Η αύξηση της εγκυρότητας ενός ερωτηματολογίου συνεπάγεται τη μείωση του συστηματικού σφάλματος. Το συστηματικό σφάλμα είναι η διαφορά μεταξύ της πραγματικής τιμής και της τιμής που μετράται εμπειρικά (Κατσίλλης, 2006). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι έγκυρο και αξιόπιστο.

Πριν τη χορήγηση του ερωτηματολογίου, δόθηκε στο δείγμα ένα ενημερωτικό φυλλάδιο σχετικό με την έρευνα που θα υλοποιηθεί. Στο ενημερωτικό αυτό φυλλάδιο συμπεριλαμβάνονταν τα στοιχεία επικοινωνίας της επιβλέπουσας καθηγήτριας και των δυο φοιτητριών που διεξάγουν την εν λόγω έρευνα. Εν συνεχεία ζητήθηκε η συγκατάθεση του δείγματος για τη συμμετοχή του στην έρευνα, μέσω έξι ερωτήσεων. Τέλος, μοιράστηκαν δυο ερευνητικά φυλλάδια (ερωτηματολόγια), τα οποία δίνονται αναλυτικά στο παράρτημα της εργασίας.

Το πρώτο ερευνητικό φυλλάδιο αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν προσωπικά στοιχεία, ιστορικό καρκίνου, γενικό ιατρικό ιστορικό καθώς και ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής και θεραπείας, το οποίο καλείται να απαντήσει ο ασθενής σύμφωνα με την προσωπική του εμπειρία. Οι ερωτήσεις αποτελούνται από απαντήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου και δημιουργήθηκαν σε συνεργασία με την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Μαλατρά. Αναφέρεται ότι οι ερωτήσεις και το ερευνητικό φυλλάδιο δημιουργήθηκαν από την επιβλέπουσα καθηγήτρια και χρησιμοποιήθηκαν αρχικά κατά την υλοποίηση μιας άλλης πτυχιακής εργασίας σχετική με την ποιότητα ζωής ασθενών με λαρυγγεκτομή (Αντωνοπούλου & Αργυρίου, 2016).

Το δεύτερο ερευνητικό φυλλάδιο αποτελείται από το ερωτηματολόγιο M. D. Anderson Dysphagia Inventory των Chen et al. (2001), το οποίο σύστησε η υπεύθυνη καθηγήτρια, με σκοπό να διερευνήσει το πώς τα πιθανά προβλήματα κατάποσης έχουν επηρεάσει την

ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου στην καθημερινότητά τους. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει δημιουργηθεί με στόχο τη διερεύνηση του αντίκτυπου των διαταραχών κατάποσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών με δυσφαγία και κατά συνέπεια κρίθηκε κατάλληλο για το σκοπό της παρούσας έρευνας. Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται διεθνώς στο εξωτερικό για την εκτίμηση της επίδρασης των διαταραχών κατάποσης στην ποιότητα ζωής. Στην παρούσα περίπτωση τροποποιήθηκε στα ελληνικά για να χορηγηθεί σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τις φοιτήτριες Αντωνοπούλου Φωτεινή και Αργυρίου Μυρτώ στο πλαίσιο υλοποίησης της πτυχιακής τους εργασίας με θέμα «Ενημέρωση των ασθενών με λαρυγγεκτομή για την αποκατάσταση φωνής και κατάποσης –επίδραση της διαταραχής κατάποσης στην ποιότητα ζωής (κλίμακα MD Anderson)», στο Τμήμα Λογοθεραπείας, της Σχολής Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Εποπτεύουσα καθηγήτρια ήταν, επίσης, η Μαλατρά Ιωάννα. Η κλίμακα αποτελείται από 20 ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας με τιμές μεταξύ συμφωνώ απόλυτα και διαφωνώ απόλυτα. Η συγκεκριμένη κλίμακα βοηθά στον εντοπισμό του βαθμού επίδρασης της διαταραχής κατάποσης στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων.

Τη χρονική περίοδο μεταξύ Μάϊου και Οκτωβρίου του 2017, χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο, που δημιουργήθηκε, σε 30 άτομα που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν τα εξής:

- Να έχουν διαγνωστεί με καρκίνο.
- Να είναι χρήστες της ελληνικής γλώσσας.
- Να μπορούν να κατανοήσουν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.
- Να είναι 18 και άνω ετών.
- Να υπάρχει η συγκατάθεση από το άτομο που έχει διαγνωστεί με καρκίνο.

Επίσης, το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε 30 άτομα που δεν πάσχουν από καρκίνο ή δυσφαγία, με σκοπό την διερεύνηση της άποψής τους για τη δυσφαγία και την σύγκριση της με την άποψη των ατόμων που πάσχουν από δυσφαγία.

Αναλυτικά η διαδικασία έρευνας ακολουθεί τα παρακάτω στάδια. Αρχικά ζητήθηκε από τους ερωτώμενους που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα, να συμπληρώσουν και να

κρατήσουν ένα ενημερωτικό φυλλάδιο, δηλώνοντας την συγκατάθεση τους για τη συμμετοχή στην συγκεκριμένη έρευνα.

Εν συνεχεία, οι φοιτήτριες που διεξάγουν την έρευνα, συναντήθηκαν με τους ερωτώμενους για την διανομή και τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι πέραν της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τους ασθενείς, χρειάστηκε περαιτέρω αξιολόγηση των προσωπικών δομών. Οι ερωτώμενοι έπρεπε να διαθέσουν περίπου 30 λεπτά για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Αναφέρεται ότι δεν δίνονται πληρωμές για αυτή την έρευνα, μιας και δεν είναι χρηματοδοτούμενη έρευνα. Τα προσωπικά δεδομένα και όλο το ιστορικό του ασθενή είναι απόρρητα και διαθέσιμα μόνο στα μέλη της έρευνας.

Το τελευταίο μέρος αυτής της έρευνας αφορά στην επεξεργασία και στην ανάλυση των δεδομένων που αποκτήθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων. Αρχικά τα ερωτηματολόγια εξετάστηκαν προσεκτικά, ούτως ώστε να ανιχνευτούν λάθη ή τιμές που είχαν παραληφθεί. Αφού ολοκληρώθηκε η κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων, ακολούθησε η επεξεργασία τους με το στατιστικό πακέτο SPSS 24.0 «*Statistical Package for Social Sciences*», έτσι ώστε να είναι εφικτή η περαιτέρω ανάλυση των απαντήσεων και η εξαγωγή συμπερασμάτων.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας και εσωτερικής συνέπειας των δεδομένων, δηλαδή αν έχουν την τάση να καταμετρούν το ίδιο πράγμα, υπολογίζοντας την αξιοπιστία άλφα. Οι δείκτες αξιοπιστίας παρέχουν μία εκτίμηση του ποσοστού της κοινής διακύμανσης μεταξύ του παρατηρούμενου και του πραγματικού σκορ. Ο πιο δημοφιλής - δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α (alpha), τιμές μεταξύ 0 και 1. Οι ενδεικτικές τιμές του δείκτη αξιοπιστίας είναι οι παρακάτω:

- < 0.6 η κλίμακα είναι αναξιόπιστη
- 0.6 το ελάχιστο αποδεκτό όριο (μη αποδεκτό για μεγάλες κλίμακες)
- 0.7 επαρκές, αλλά όχι καλό
- 0.8 καλύτερο
- 0.95 πολύ υψηλή αξιοπιστία

Στην παρούσα έρευνα ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α έχει τιμή αποδεκτή 0,978 και οι μεταβλητές είναι 21. Ο έλεγχος αξιοπιστίας πραγματοποιήθηκε μόνο στο δεύτερο ερευνητικό φυλλάδιο, που περιλαμβάνει την κλίμακα ερωτηματολόγιο M. D.

Anderson Dysphagia Inventory. Ακολουθεί πίνακας με τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 4: Δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α

<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
,978	21

Στη συνέχεια υλοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών. Ο μη παραμετρικός έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov – Smirnov έδειξε ότι τα περισσότερα p - value είναι μικρότερα από 0,05 άρα απορρίφθηκε η μηδενική υπόθεση, δηλαδή η κανονικότητα των δεδομένων.

2.4 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για την ορθή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη οι περιορισμοί της μελέτης. Ο μικρός αριθμός των ασθενών περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της μελέτης στους Έλληνες ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου συνολικά. Ωστόσο, δεν υπάρχει στην Ελλάδα κέντρο ειδικό για τέτοιους ασθενείς και η συχνότητα του νοσήματος είναι μικρή με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία. Στην παρούσα μελέτη δεν είναι δυνατή η εξαγωγή αξιόπιστων αποτελεσμάτων λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος. Θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να γίνει μελέτη σε ομάδες ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου ανάλογα με την ανατομική περιοχή εντόπισης του καρκινικού όγκου ή/και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η εξειδίκευση αυτή κρίνεται απαραίτητη λόγω της διαφορετικής κλινικής συμπεριφοράς κάθε όγκου και της διαφορετικής χειρουργικής αντιμετώπισης (Lam, 1997). Θα ήταν χρήσιμο να γίνουν μελέτες στην Ελλάδα μεγαλύτερου αριθμού δείγματος με βάση το είδος του καρκίνου καθώς και της θεραπεία του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ακολουθεί η αναλυτική παράθεση των αποτελεσμάτων, όπως προέκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων, μέσω χρήσης πινάκων και διαγραμμάτων για την καλύτερη κατανόησή τους από τον εκάστοτε αναγνώστη.

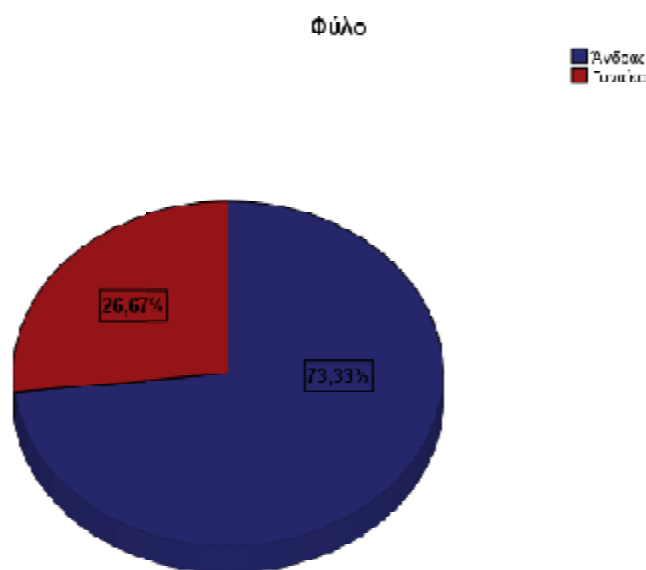
3.1 ΜΟΝΟΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

1. Δημογραφικά στοιχεία

Η ανάλυση της παρούσας έρευνας ξεκινά με την παρουσίαση των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος. Το δείγμα του πληθυσμού που συλλέχθηκε κατά την διάρκεια υλοποίησης της παρούσας έρευνας είναι 60 άτομα (n=60) και χωρίζεται σε δυο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία του δείγματος περιλαμβάνει ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, οι οποίοι παρουσιάζουν κάποια δυσκολία κατάποσης (n=30). Η δεύτερη κατηγορία του δείγματος αποτελείται από απλούς φυσιολογικούς πολίτες (n=30) και αποτελεί την ομάδα ελέγχου της έρευνας. Αναφέρεται ότι οι δυο κατηγορίες του δείγματος είναι ισόποσες. Το δείγμα του πληθυσμού αποτελείται αποκλειστικά από έλληνες πολίτες και των δύο φύλων, διαφόρων ηλικιών και ιδιοτήτων. Πιο συγκεκριμένα, από το δείγμα του συνολικού πληθυσμού που εξετάστηκε, το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξεων του 73,3% (δηλαδή 44 άτομα) είναι άντρες και το 26,7% (δηλαδή 16 άτομα) είναι γυναίκες. Τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα και στο διάγραμμα που ακολουθούν.

Πίνακας 5: Ποσοστό και συχνότητα μεταβλητής «φύλο» συνολικού δείγματος

Φύλο	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (f)
<u>Άντρας</u>	<u>73,3</u>	<u>44</u>
Γυναίκα	26,7	16
ΣΥΝΟΛΟ	100,0	60



Διάγραμμα 1: Ποσοστό μεταβλητής «φύλο» συνολικού δείγματος

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το φύλο του δείγματος ανά κατηγορία πληθυσμού. Οι περισσότεροι ασθενείς με δυσκολία κατάποσης είναι άντρες σε ποσοστό 83,3% και οι περισσότεροι πολίτες χωρίς πρόβλημα κατάποσης (ομάδα ελέγχου) είναι επίσης άντρες σε ποσοστό 63,3%.

Πίνακας 6: Ποσοστό και συχνότητα μεταβλητής «φύλο» των δυο κατηγοριών δείγματος (ασθενείς – ομάδα ελέγχου)

Φύλο	Ποσοστό δείγματος ασθενών (%)	Συχνότητα δείγματος ασθενών (f)	Ποσοστό δείγματος ομάδας ελέγχου (%)	Συχνότητα δείγματος ομάδα ελέγχου(f)
Άντρας	83,3	25	63,3	19
Γυναίκα	16,7	5	36,7	11
ΣΥΝΟΛΟ	100	30	100,0	30

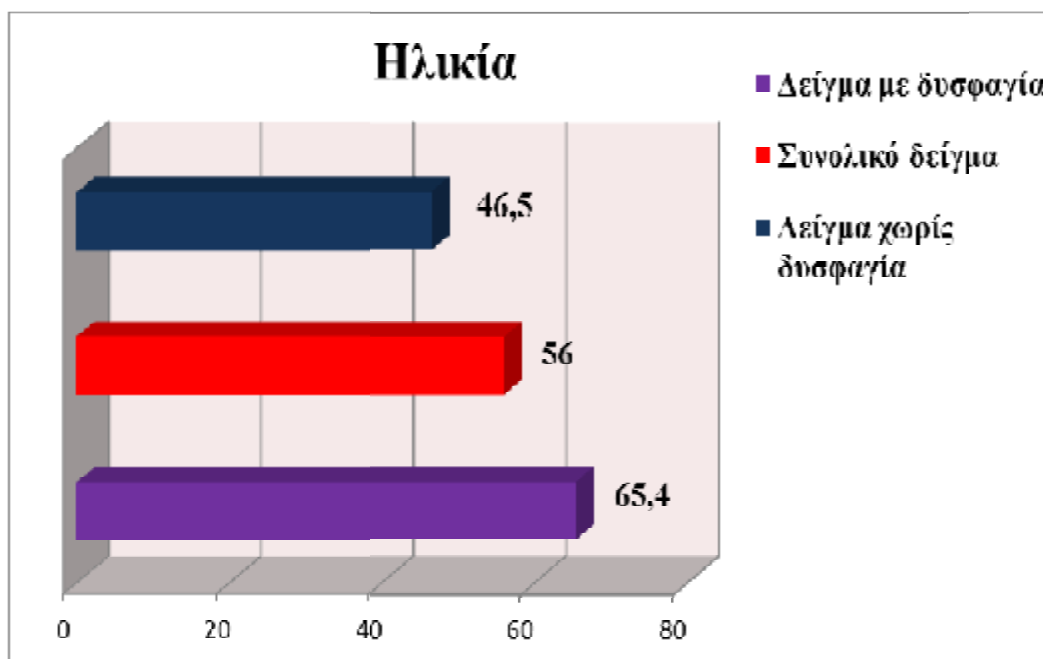
Οι συμμετέχοντες στην έρευνα έχουν μέση ηλικία 56 ετών με μικρότερη ηλικία 30 ετών και μεγαλύτερη ηλικία 88 ετών. Πιο συγκεκριμένα, η μέση ηλικία του δείγματος ανά κατηγορία είναι για τους ασθενείς με δυσκολία κατάποση 65,4 ετών και για τα άτομα χωρίς δυσκολία κατάποσης (ομάδα ελέγχου) 46,5 ετών. Τα αποτελέσματα αυτά δίνονται αναλυτικά

Μεταβλητή: Ηλικία	Σύνολο απαντήσεων (N)	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέση τιμή (σε έτη)
- Ασθενείς	30	42	88	65,40
- Ομάδα ελέγχου	30	30	66	46,5
-Συνολικό δείγμα	60	30	88	56

στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 7: Μέση τιμή μεταβλητής «ηλικία» των δυο κατηγοριών δείγματος (ασθενείς – ομάδα ελέγχου) και του συνολικού δείγματος (σε έτη)

Ακολουθεί και γραφική απεικόνιση της μεταβλητής «ηλικία» για καλύτερη κατανόηση στις δυο κατηγορίες του δείγματος, καθώς και στο συνολικό δείγμα.

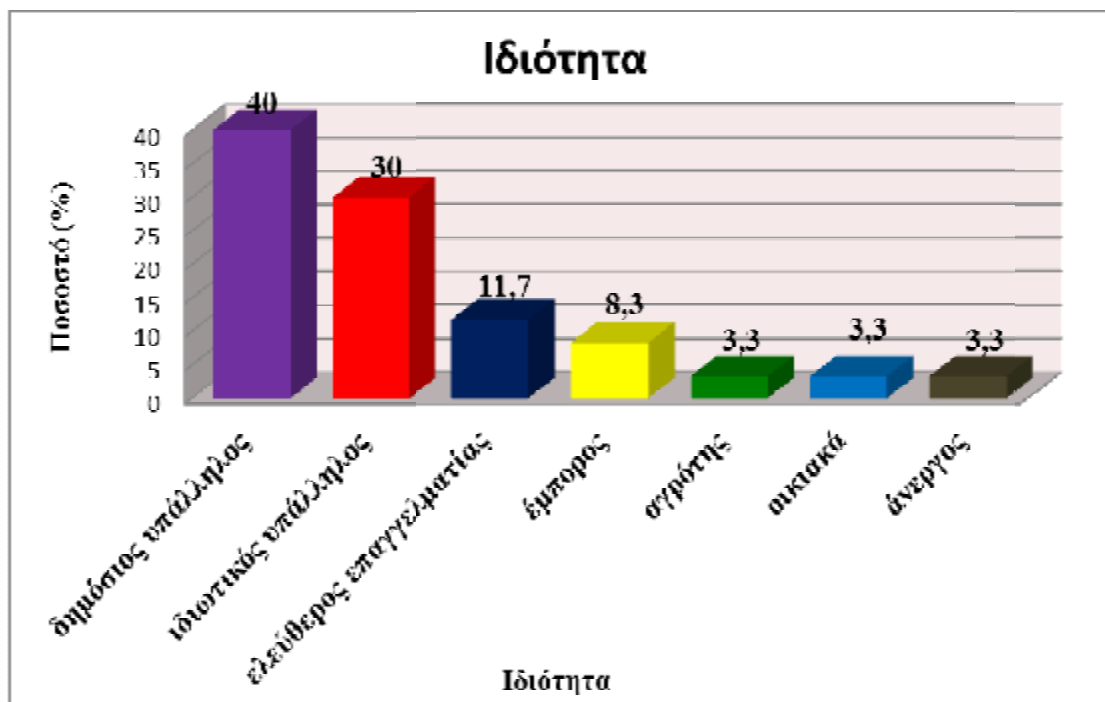


Διάγραμμα 2: Μέση τιμή μεταβλητής «ηλικία» των δυο κατηγοριών δείγματος (ασθενείς – ομάδα ελέγχου) και του συνολικού δείγματος (σε έτη)

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι δημόσιοι υπάλληλοι, σε ποσοστό 40% και αρκετοί είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, σε ποσοστό 30%. Οι περισσότεροι ασθενείς με δυσκολία κατάποσης είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι σε ποσοστό 23% ή ελεύθεροι επαγγελματίες σε ποσοστό επίσης 23%. Αντίθετα οι πολίτες χωρίς πρόβλημα κατάποσης, που αποτελούν τη δεύτερη κατηγορία του δείγματος, δηλαδή την ομάδα ελέγχου, είναι δημόσιοι υπάλληλοι σε ποσοστό 63% ή ιδιωτικοί υπάλληλοι σε ποσοστό 37%. Ακολουθούν πίνακες και διάγραμμα με αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 8: Ποσοστό και συχνότητα μεταβλητής «ιδιότητα» του συνολικού δείγματος

Ιδιότητα	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (f)
<u>δημόσιος υπάλληλος</u>	<u>40,0</u>	<u>24</u>
ιδιωτικός υπάλληλος	30,0	18
ελεύθερος επαγγελματίας	11,7	7
έμπορος	8,3	5
αγρότης	3,3	2
οικιακά	3,3	2
άνεργος	3,3	2
ΣΥΝΟΛΟ	100,0	60



Διάγραμμα 3: Ποσοστό μεταβλητής «ιδιότητα» του συνολικού δείγματος

Πίνακας 9: Ποσοστό και συχνότητα μεταβλητής «ιδιότητα» των δυο κατηγοριών δείγματος (ασθενείς – ομάδα ελέγχου)

Ιδιότητα	Ποσοστό ασθενών (%)	Συχνότητα ασθενών (f)	Ποσοστό ομάδας ελέγχου (%)	Συχνότητα ομάδας ελέγχου
δημόσιος υπάλληλος	16,7	5	<u>63</u>	<u>19</u>
ιδιωτικός υπάλληλος	<u>23,3</u>	<u>7</u>	37	11
ελεύθερος επαγγελματίας	<u>23,3</u>	<u>7</u>	0	0
Έμπορος	16,7	5	0	0
Αγρότης	6,7	2	0	0
Οικιακά	6,7	2	0	0
Άνεργος	6,7	2	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0	30	100,0	30

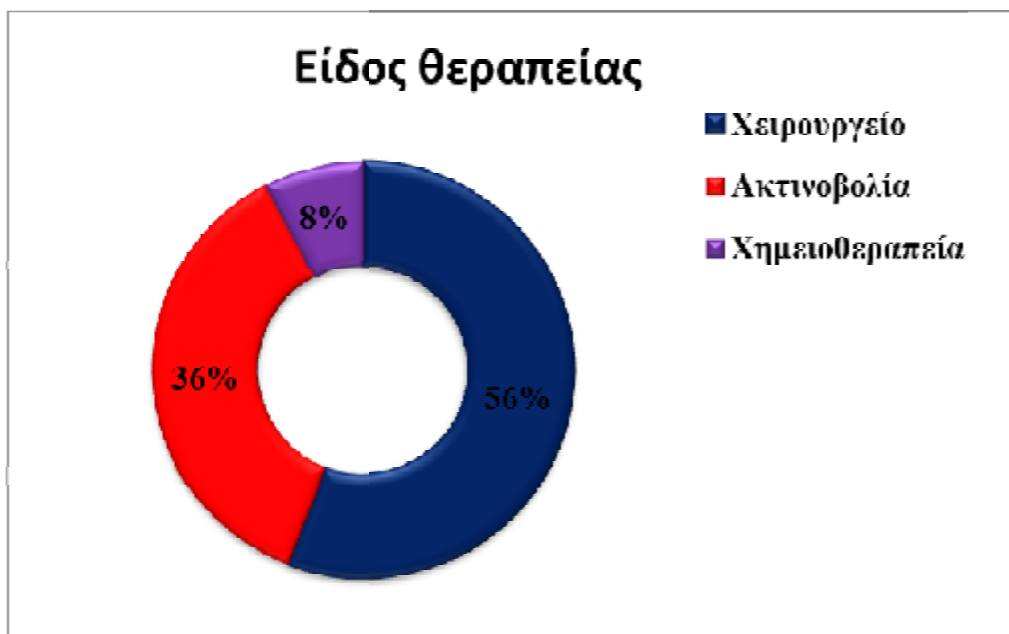
II. Ιστορικό ασθένειας

Στο σημείο αυτό παρουσιάζεται το ιστορικό της ασθένειας των ερωτώμενων που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία του δείγματος (ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που έχουν κάποιο πρόβλημα κατάποσης), δηλαδή τα στοιχεία που αφορούν στην εμφάνιση του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου, στο είδος του καρκίνου, στη θεραπευτική αγωγή που ακολουθήθηκε, στην εμφάνιση HPV, κ.α.

Η ημερομηνία εμφάνισης του καρκίνου στους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα (n=30) είναι από το 1987 έως το 2017. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται άμεση θεραπεία στους ασθενείς που αποτελούν τον πληθυσμό της έρευνας. Η δημοφιλέστερη θεραπεία που εφαρμόστηκε στους ερωτώμενους είναι η χειρουργική επέμβαση, στην οποία υποβλήθηκαν σχεδόν όλοι οι ασθενείς (96,7%), είτε ως αποκλειστική μέθοδο θεραπείας, είτε συνδυαστικά με ακτινοβολία (63,3%) ή χημειοθεραπεία (13,3%). Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα με αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 10: Ποσοστό μεταβλητής «είδος θεραπείας»

Μεταβλητή: Είδος Θεραπείας	Ναι (%)	Όχι (%)
<u>Χειρουργική επέμβαση</u>	<u>96,7</u>	3,3
Ακτινοβολία	63,3	36,7
Χημειοθεραπεία	13,3	86,7



Διάγραμμα 4: Ποσοστό μεταβλητής «είδος θεραπείας»

Ο καρκίνος κεφαλής και καρκίνου αποτελείται από διάφορα είδη, όπως καρκίνος στο φάρυγγα, στο λαιμό, στη στοματική κοιλότητα, κ.α. Οι περισσότεροι ασθενείς πάσχουν από καρκίνο στο φάρυγγα ή στο λάρυγγα σε ποσοστό 26,7% ή από καρκίνο στη στοματική κοιλότητα σε ποσοστό επίσης 26,7%. Αρκετοί πάσχουν από καρκίνο στις φωνητικές χορδές σε ποσοστό 16,7%. Αναφέρεται ότι η ερώτηση αυτή ήταν ανοιχτή και οι ερωτώμενοι καλέστηκαν να δηλώσουν το είδος καρκίνου που έχουν. Ακολουθεί ο πίνακας και διάγραμμα με αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 11: Ποσοστό και συχνότητα μεταβλητής «είδος καρκίνου»

Μεταβλητή: Είδος καρκίνου	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (f)
<u>Στοματική κοιλότητα</u>	<u>26,7</u>	<u>8</u>
<u>Φάρυγγας/ Λάρυγγας</u>	<u>26,7</u>	<u>8</u>
Φωνητικές χορδές	16,7	5
Ούλα	6,7	2
Γλώσσα	6,7	2
Τράχηλος κεφαλής	6,7	2
Λαιμός	6,7	2
Λεμφαδένες	3,3	1
ΣΥΝΟΛΟ	100,0	30

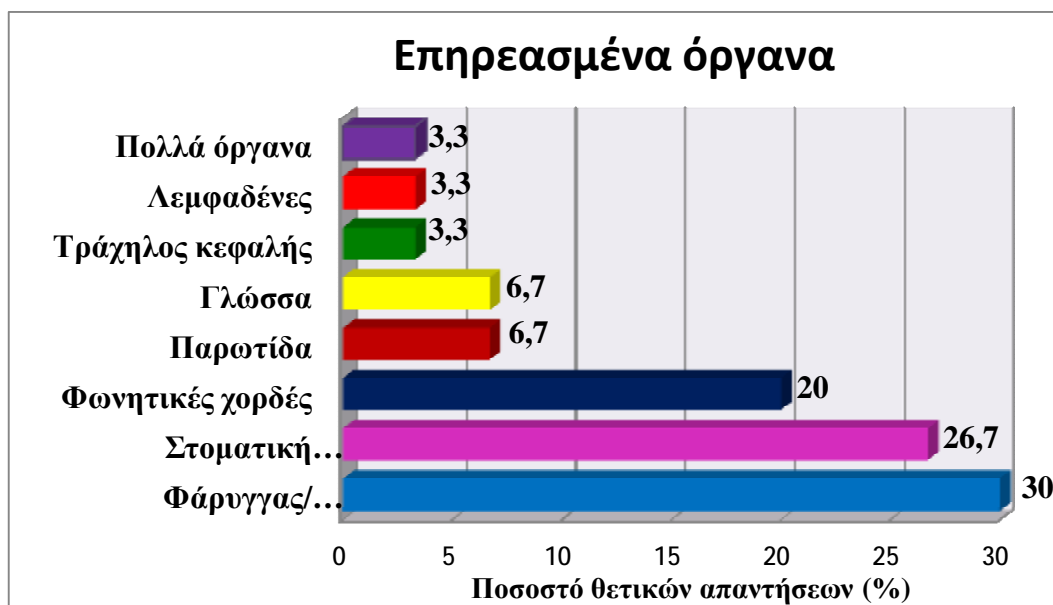


Διάγραμμα 5: Ποσοστό θετικών απαντήσεων μεταβλητής «είδος καρκίνου».

Τα όργανα των ασθενών που έχουν επηρεαστεί περισσότερο από τον καρκίνο είναι ο φάρυγγας ή λάρυγγας σε ποσοστό 30%, η στοματική κοιλότητα σε ποσοστό 26,7%, οι φωνητικές χορδές σε ποσοστό 20%. Αναφέρεται ότι η ερώτηση αυτή ήταν ανοιχτή και οι ερωτώμενοι καλέστηκαν να δηλώσουν τα όργανα που επηρεάστηκαν περισσότερο από την ασθένεια. Εν συνεχεία κωδικοποιήθηκαν οι απαντήσεις τους και επεξεργάστηκαν. Ακολουθεί πίνακας και γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων.

Πίνακας 12: Ποσοστό και συχνότητα μεταβλητής «επηρεασμένα όργανα»

Μεταβλητή: Επηρεασμένα όργανα	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (f)
Φάρυγγας/ Λάρυγγας	30,0	9
Στοματική κοιλότητα	26,7	8
Φωνητικές χορδές	20,0	6
Παρωτίδα	6,7	2
Γλώσσα	6,7	2
Τράχηλος κεφαλής	3,3	1
Λεμφαδένες	3,3	1
Πολλά όργανα	3,3	1
ΣΥΝΟΛΟ	100,0	30



Διάγραμμα 6: Ποσοστό θετικών απαντήσεων μεταβλητής «επηρεασμένα όργανα»

Οι περισσότεροι ασθενείς βρίσκονται στο τρίτο στάδιο του καρκίνου. Η μέση τιμή της μεταβλητής «στάδιο του καρκίνου των ερωτώμενων» είναι το 2,87 (σχεδόν 3). Ακολουθεί πίνακας με τα αποτελέσματα αυτά. Στην ερώτηση αυτή απάντησαν μόνο 24 ασθενείς από τους 30.

Πίνακας 13: Μέση τιμή μεταβλητής «στάδιο καρκίνου»

Η μέση τιμή συχνότητας θεραπείας που ακολούθησε το δείγμα είναι 5 φορές εβδομαδιαίως. Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 20 άτομα. Η μέση τιμή διάρκειας θεραπείας του δείγματος είναι 5,58 εβδομάδες. Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 19 ασθενείς. Η μέση εβδομαδιαία δόση φαρμάκου του δείγματος είναι 4 φορές την εβδομάδα. Σε αυτή την ερώτηση απάντησαν μόνο δύο άτομα. Η μέση τιμή συχνότητας λήψης φαρμάκων είναι 6,50 φορές την εβδομάδα. Σε αυτή την ερώτηση απάντησαν 12 άτομα. Ακολουθεί πίνακας με αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 14: Μέση τιμή μεταβλητών «συχνότητα θεραπείας ανά ημέρα εβδομάδας», «διάρκεια θεραπείας σε εβδομάδες», «δόση φαρμάκου ανά ημέρα εβδομάδας», «συχνότητα λήψης φαρμάκων εβδομαδιαίως»

Μεταβλητή	Σύνολο απαντήσεων (N)	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέση τιμή
Συχνότητα θεραπείας ανά ημέρα εβδομάδας	20	4	7	5,25
Διάρκεια θεραπείας σε εβδομάδες	19	3	8	5,58
Δόση φαρμάκου ανά ημέρα εβδομάδας	2	1	7	4,00
Συχνότητα λήψης φαρμάκων εβδομαδιαίως	12	1	7	6,50

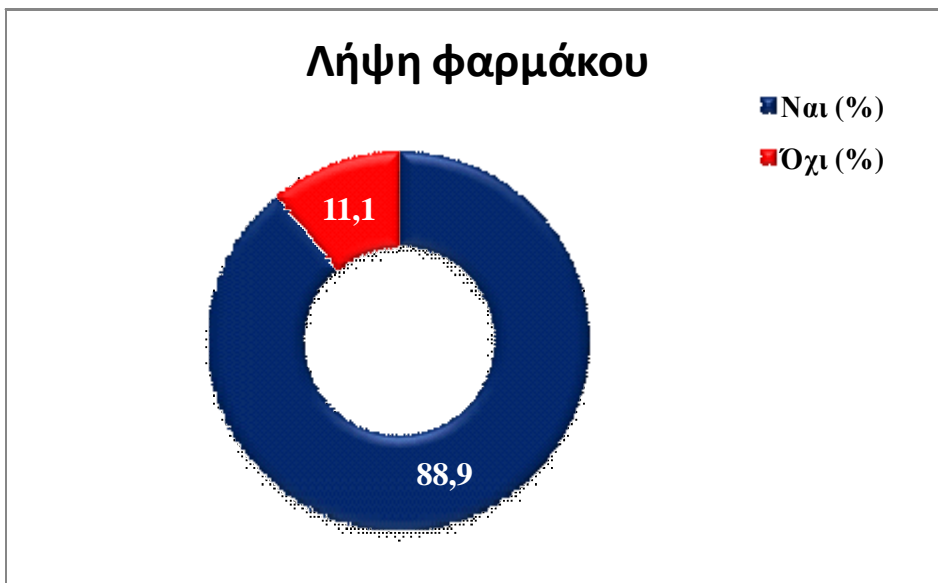
Μεταβλητή	Σύνολο απαντήσεων (N)	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέση τιμή
Στάδιο καρκίνου	24	2	4	2,87

III. Ιστορικό ασθενή

Εν συνεχεία παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν στο ιστορικό του ασθενή. Το 88,9% του δείγματος λαμβάνει κάποιο φάρμακο, ενώ το 11,1% όχι. Σε αυτή την ερώτηση απάντησαν μόνο 9 άτομα. Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα με τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 15: Ποσοστό μεταβλητής «λήψη φαρμάκου»

Μεταβλητή	Ναι (%)	Όχι (%)	N
Λήψη φαρμάκου	88,9	11,1	9



Διάγραμμα 7: Ποσοστό μεταβλητής «λήψη φαρμάκου»

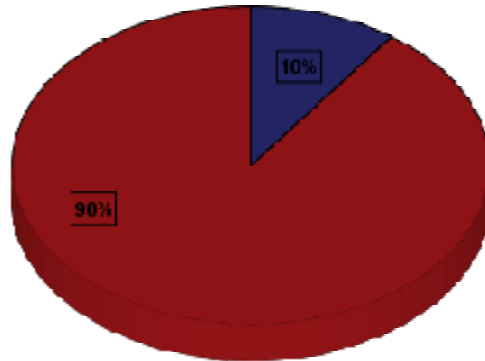
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, μόλις το 10% των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα πάσχουν από HPV (human papilloma virus, ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων). Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα με τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 16: Ποσοστό μεταβλητής «Διάγνωση HPV»

Μεταβλητή:	Ναι (%)	Όχι (%)
<i>Διάγνωση HPV</i>	10,0	90,0

Διάγνωση HPV

■ Ναι
■ Όχι

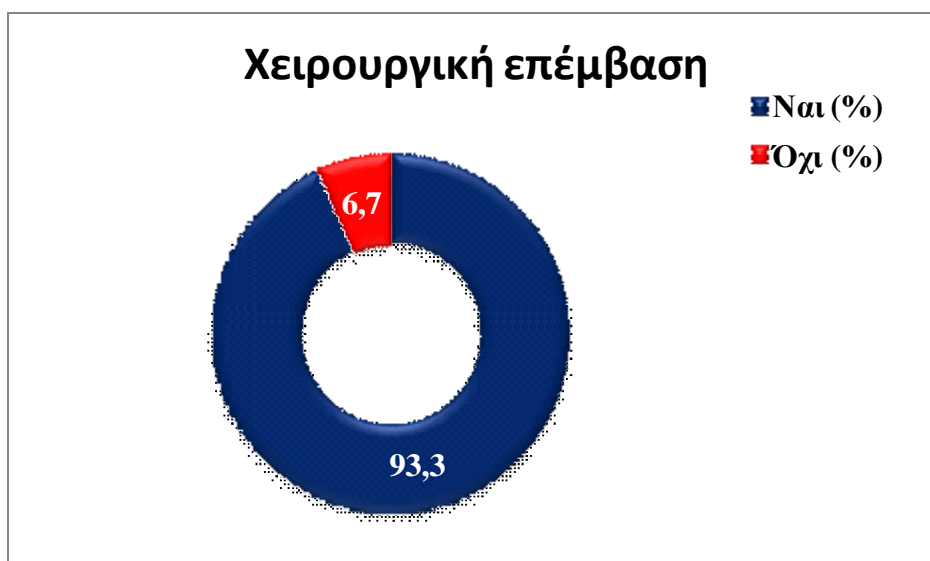


Διάγραμμα 8: Ποσοστό μεταβλητής «Διάγνωση HPV»

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς σε ποσοστό 93,3% έχουν υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση. Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά. Ακολουθεί και γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων αυτών για καλύτερη κατανόηση.

Πίνακας 17: Ποσοστό μεταβλητής «Χειρουργική επέμβαση»

Μεταβλητή	Ναι (%)	Όχι (%)	N
Χειρουργική επέμβαση	<u>93,3</u>	6,7	30



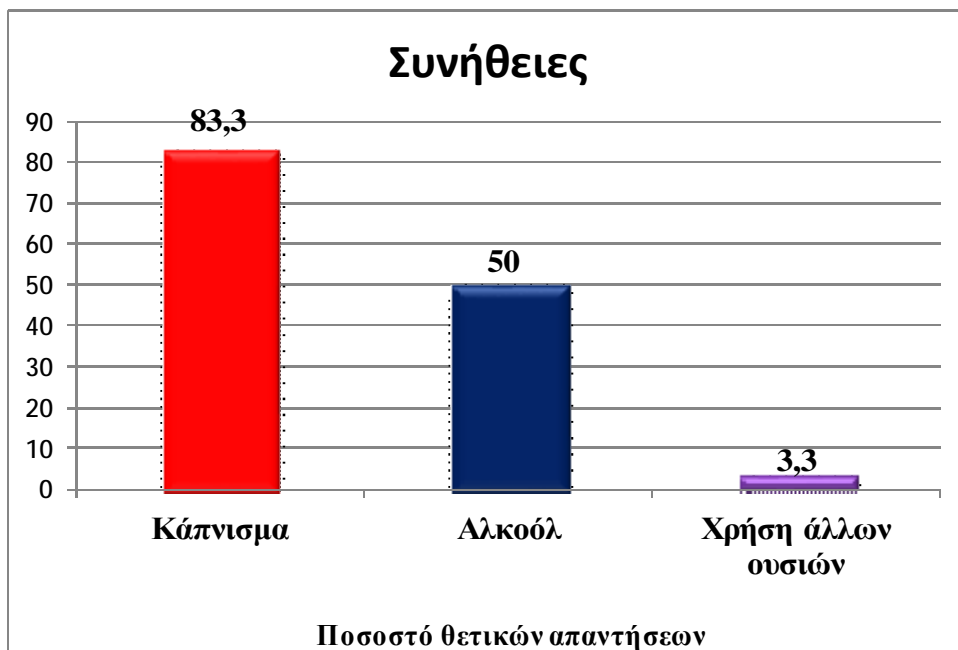
Διάγραμμα 9: Ποσοστό μεταβλητής «Χειρουργική επέμβαση»

Το 83,3% του δείγματος δήλωσε ότι καπνίζει ή κάπνιζε για πολλά χρόνια. Επίσης, το 50% του δείγματος δήλωσε ότι κάνει ή έκανε χρήση αλκοόλ. Μόλις το 3,3% του δείγματος δήλωσε ότι κάνει ή έκανε παλαιότερα χρήση κάποιων άλλων ουσιών. Ακολουθεί πίνακας με αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 18: Ποσοστό μεταβλητών «κάπνισμα», «αλκοόλ», «χρήση άλλων ουσιών»

<i>Μεταβλητή</i>	<i>Ναι (%)</i>	<i>Όχι (%)</i>	<i>N</i>
<i>Κάπνισμα</i>	<u>83,3</u>	16,7	30
<i>Αλκοόλ</i>	50,00	50,00	30
<i>Χρήση άλλων ουσιών</i>	3,3	<u>96,7</u>	30

Επίσης, ακολουθεί και γραφική απεικόνιση των μεταβλητών αυτών για καλύτερη κατανόηση. Στο διάγραμμα παρουσιάζονται μόνο οι θετικές απαντήσεις των ερωτώμενων.

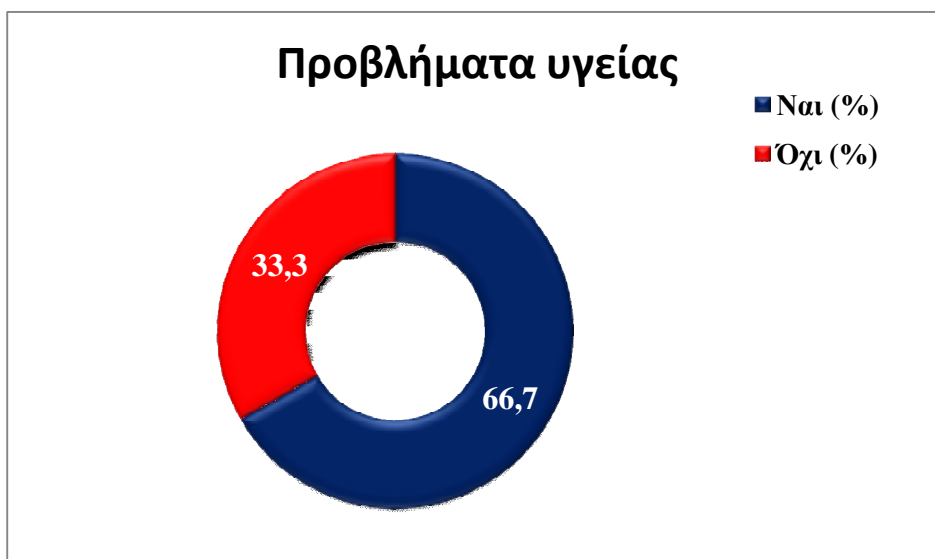


Διάγραμμα 10: Ποσοστό θετικών απαντήσεων των μεταβλητών «κάπνισμα», «αλκοόλ», «χρήση άλλων ουσιών»

Το 66,7% των ασθενών δήλωσε ότι έχει και κάποιο άλλο πρόσθετο πρόβλημα υγείας. Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα με αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 19: Ποσοστό μεταβλητής «προβλήματα υγείας»

Μεταβλητή	Ναι (%)	Όχι (%)	N
Προβλήματα υγείας	66,7	33,3	30



Διάγραμμα 11: Ποσοστό μεταβλητής «προβλήματα υγείας»

Στη πορεία της συγκεκριμένης έρευνας ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να δηλώσουν πιο πρόσθετο πρόβλημα υγείας είχαν. Αναφέρεται ότι η ερώτηση αυτή ήταν ανοιχτή και οι ερωτώμενοι καλέστηκαν να δηλώσουν μόνοι τους ποια πρόσθετα προβλήματα υγείας είχαν. Μπορούσαν να δηλώσουν περισσότερες από μια ασθένειες. Αξιοσημείωτο είναι το ότι απάντησαν μόνο όσοι είχαν κάποιο πρόσθετο πρόβλημα υγείας. Οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν ότι πάσχουν παράλληλα από καρδιακή ανεπάρκεια σε ποσοστό 26,7%. Επίσης, αρκετοί πάσχουν από υπέρταση σε ποσοστό 20%, από κατάθλιψη, αλκοολική ηπατίτιδα και διαβήτη σε ποσοστό 13,3% αντίστοιχα και από αρκετές άλλες ασθένειες σε χαμηλότερα ποσοστά, οι οποίες δίνονται αναλυτικά στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 20:
μεταβλητής
προβλημάτων

Μεταβλητή: Τύπος προβλημάτων υγείας	Ναι (%)	Όχι (%)
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	10,0	90,0
Υπέρταση	20,0	80,0
Κατάθλιψη	13,3	86,7
Αλκοολική ηπατίτιδα	13,3	86,7
Νόσος Crohn	3,3	96,7
Διαβήτης	13,3	86,7
<u>Καρδιακή ανεπάρκεια</u>	<u>26,7</u>	73,3
Κύστη νεφρού	3,3	96,7

Ποσοστό
«τύπος
υγείας»

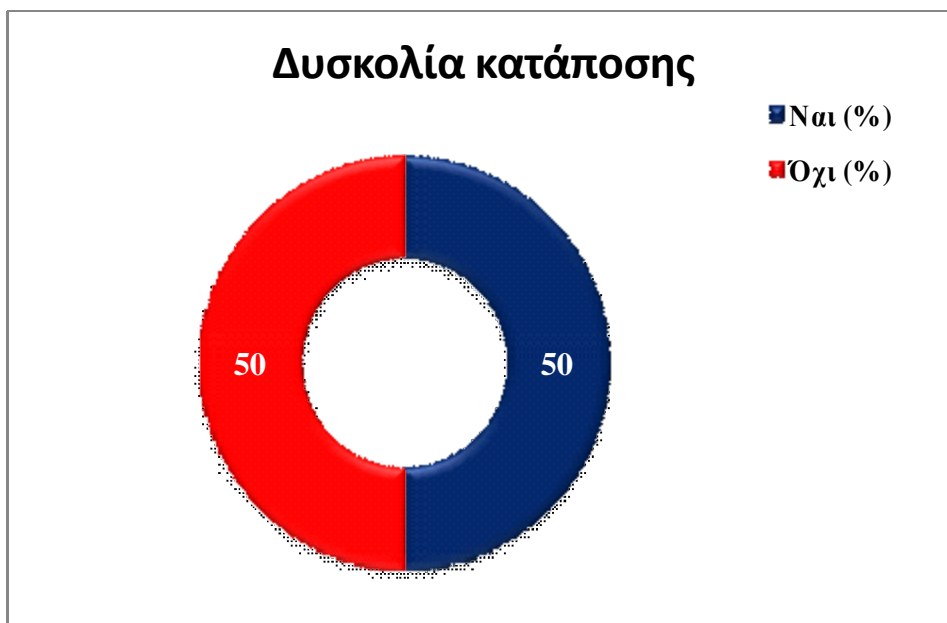


Διάγραμμα 12: Ποσοστό μεταβλητής «τύπος προβλημάτων υγείας»

Σε ερώτηση σχετική με την ύπαρξη κάποιας δυσκολίας κατάποσης σε όλο το δείγμα, η πρώτη ομάδα του δείγματος απάντησε ναι σε ποσοστό 100% και η δεύτερη ομάδα ελέγχου όχι σε ποσοστό 100% επίσης. Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα με τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 21: Ποσοστό μεταβλητής «δυσκολία κατάποσης»

Μεταβλητή: Δυσκολία κατάποσης	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (f)
Ναι	50,0	30
Όχι	50,0	30
Σύνολο	100,0	60



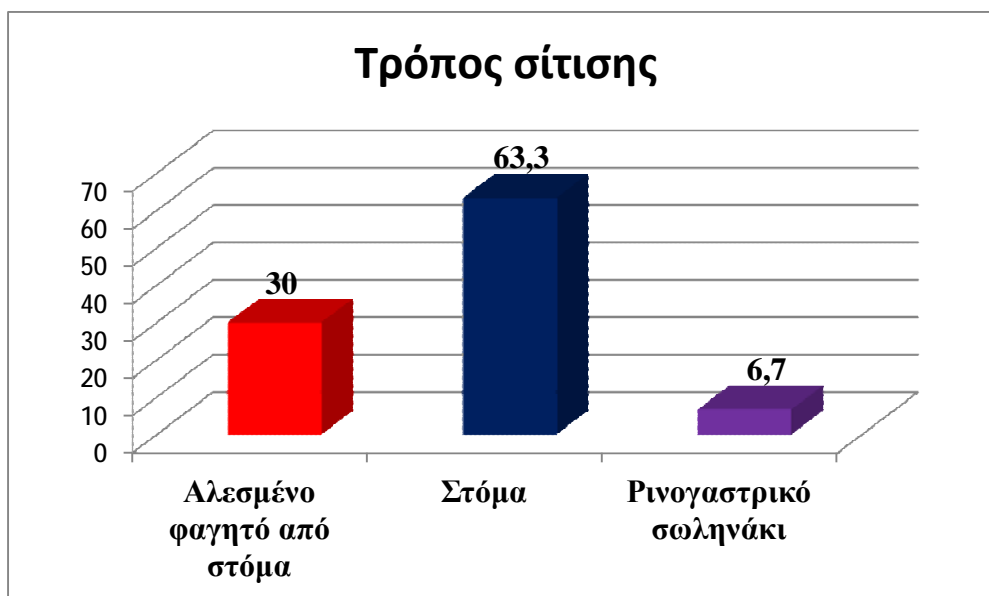
Διάγραμμα 13: Ποσοστό μεταβλητής «δυσκολία κατάποσης»

Το 63,3% του δείγματος τρώει κανονικά από το στόμα, αλλά έχει κάποια δυσκολία στην κατάποση, τρώει αργά και μπορεί να βήχει κατά την κατάποση. Το 30% του δείγματος τρώει από το στόμα, αλλά μόνο αλεσμένο φαγητό ή φαγητό με υγρή υφή. Τέλος, το 6,7% του δείγματος έχει σοβαρότερο πρόβλημα κατάποσης και σιτίζεται αποκλειστικά μέσω ρινογαστρικού σωλήνα. Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 22: Ποσοστό μεταβλητής «τρόπος σίτισης»

Μεταβλητή: Τρόπος σίτισης	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (f)
Αλεσμένο φαγητό από στόμα	30,0	9
Στόμα	<u>63,3</u>	19
Ρινογαστρικό σωληνάκι	6,7	2

Ακολουθεί διάγραμμα με αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά για καλύτερη κατανόηση.



Διάγραμμα 14: Ποσοστό μεταβλητής «τρόπος σίτισης»

IV. Ερωτηματολόγιο M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)

Εν συνεχεία, ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους με κάποιες προτάσεις, ώστε να προκύψουν κάποια συμπεράσματα σχετικά με την άποψη τους για τη δυσφαγία και κατά πόσο επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους. Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα MDADI για τη συλλογή των δεδομένων. Η επιλογή των απαντήσεων έγινε σε πενταβάθμια κλίμακα, όπου ο ερωτώμενος έπρεπε να επιλέξει τιμές από το 1 έως το 5. Η τιμή 1 αντιστοιχούσε στο *συμφωνώ αρκετά*, η τιμή 2 στο *συμφωνώ*, η τιμή 3 στο *δεν έχω άποψη(ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ)*, η 4 στο *διαφωνώ* ενώ η τιμή 5 στο *διαφωνώ αρκετά*. Όπως αναφέρθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο το ερωτηματολόγιο M.D. Anderson Dysphagia Inventory περιλαμβάνει μια συνολική αξιολόγηση (1 ερώτηση) και τρεις υποομάδες: τη συναισθηματική (6 ερωτήσεις), τη λειτουργική (5 ερωτήσεις), τη φυσική-σωματική (8 ερωτήσεις). Η συνολική αξιολόγηση αναφέρεται στη δυσκολία κατάποσης του ατόμου καθώς επηρεάζει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Οι υποκλίμακες αναφέρονται στην συναισθηματική απόκριση του ατόμου στη διαταραχή κατάποσης, στην επίδραση της διαταραχής στις καθημερινές δραστηριότητες και στην αυτο-αντίληψη των δυσκολιών στην κατάποση, αντίστοιχα.

Ακολουθούν δυο ξεχωριστές αναλύσεις των αποτελεσμάτων που προέκυψαν. Μια ανάλυση της πρώτης κατηγορίας του δείγματος (ασθενείς) και μια ανάλυση της δεύτερης κατηγορίας

του δείγματος (ομάδα ελέγχου), ώστε να γίνει και μια σύγκριση των απόψεων των δυο αυτών ομάδων.

Το δείγμα που ανήκει στην πρώτη κατηγορία, δηλαδή οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο κεφαλής και τραχήλου και αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα δυσφαγίας, δήλωσε ότι ούτε συμφωνεί/ούτε διαφωνεί με το ότι περιορίζονται οι καθημερινές τους δραστηριότητες λόγω του τρόπου κατάποσής τους, με μέση τιμή των απαντήσεών τους το 3. Η ερώτηση αυτή αφορά στη **Συνολική αξιολόγηση** του δείγματος και συγκεκριμένα στη δυσκολία κατάποσης του ασθενή καθώς επηρεάζει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Συνεπώς, η συνολική αξιολόγηση του δείγματος σχετικά με τη δυσκολία κατάποσης του είναι μέτρια.

Όσον αφορά την **Συναισθηματική υποομάδα**, που αποτελείται από έξι δηλώσεις, οι ασθενείς κράτησαν ουδέτερη στάση στην άποψη ότι νιώθουν ντροπή λόγω των διατροφικών του συνηθειών (E2), με μέση τιμή 3,37 ενώ δήλωσαν ότι συμφωνούν με την αίσθηση ότι τρώνε συνειδητά(E7) με μέση τιμή 2,50. Ακόμη, οι περισσότεροι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα συμφώνησαν ότι είναι αναστατωμένοι εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης τους(E4), με μέση τιμή συμφωνίας τους με την άποψη αυτή, την τιμή 2,17. Το δείγμα κράτησε ουδέτερη στάση στην επόμενη πρόταση της συναισθηματικής υποομάδας, ότι δηλαδή αποφεύγει να βγαίνει έξω εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης(E5), με μέση τιμή 3,40 όπως και ουδέτερη στάση ότι οι άλλοι εκνευρίζονται από το πρόβλημα κατάποσης τους(E3) με μέση τιμή (2,97). Ομοίως, ουδέτερη στάση δήλωσαν με την αίσθηση χαμηλής αυτοεκτίμησης λόγω προβλημάτων κατάποσης(E6) με μέση τιμή(3,20). Επομένως, είναι φανερό ότι, η δυσκολία κατάποσης, δεν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την συναισθηματική αντίληψη/άποψη των ασθενών καθώς οι περισσότεροι εκφράζουν μία ουδέτερη άποψη. Ωστόσο αισθάνονται αναστατωμένοι εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης τους.

Όσον αφορά την **Λειτουργική υποομάδα** που αποτελείται από πέντε δηλώσεις και διερευνά την επίδραση της διαταραχής της κατάποσης στις καθημερινές δραστηριότητες του δείγματος, οι ασθενείς δήλωσαν ότι διαφωνούν με το ότι δυσκολεύουν τους άλλους να μαγειρέψουν γι' αυτούς(F1) με μέση τιμή το 3,70 (σχεδόν 4) ενώ κράτησε ουδέτερη στάση με την άποψη ότι οι δυσκολίες κατάποσης έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο εισόδημά του(F5), με μέση τιμή 3,27. Ακόμη, ουδέτερη στάση κρατούν με την άποψη ότι τα προβλήματα κατάποσης που έχουν περιορίζουν τη κοινωνική και τη προσωπική τους ζωή(F3) με μέση τιμή το 2,83, με το ότι νιώθουν άνετα να βγουν έξω για φαγητό με φίλους, συγγενείς ή γείτονες(F2) με μέση τιμή το 2,97 καθώς και με την αίσθηση παραγκωνισμού τους λόγω διατροφικών συνηθειών που

έχουν (3,47). Επομένως, οι ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου εκφράζουν μία ουδέτερη στάση (συμφωνούν/δεν συμφωνούν) ότι οι δυσκολίες κατάποσης επηρεάζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες ενώ διαφώνησαν ότι οι άλλοι δυσκολεύονται να μαγειρέψουν για αυτούς.

Όσον αφορά την *Σωματική/Φυσική* υποομάδα, η οποία αποτελείται από 8 δηλώσεις και σχετίζεται με την αυτο-αντίληψη των δυσκολιών του δείγματος στην κατάποση, το δείγμα συμφωνεί με την άποψη ότι η κατάποση του είναι πιο δύσκολη στο τέλος της ημέρας(P2), με μέση τιμή 2,27 όπως επίσης, συμφωνεί με την άποψη ότι το να καταπίνουν απαιτεί μεγάλη προσπάθεια(P6) με μέση τιμή 2,30. Επίσης οι ασθενείς συμφωνούν με το ότι τους παίρνει πιο πολύ χρόνο να ολοκληρώσουν το γεύμα τους εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης που έχουν(P7), με μέση τιμή 2,30. Ούτε συμφωνούν/ούτε διαφωνούν με την άποψη ότι οι άλλοι ρωτούν γιατί δεν μπορούν να φάνε κάποια τροφή(P3) με μέση τιμή 3,40 ενώ συμφωνούν με το ότι βήχουν όταν πίνουν υγρά(P8) με μέση τιμή 2,47. Τέλος, ουδέτερη στάση εκφράζουν με το ότι έχουν περιορίσει την πρόσληψη τροφής εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης(P5) με μέση τιμή 2,77, με την αδυναμία διατήρησης βάρους εξαιτίας των προβλημάτων κατάποσης(P1) με μέση τιμή 2,83 καθώς και με την αίσθηση ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνουν είναι τεράστια(P4) με μέση τιμή 2,63.

Τέλος, δόθηκε στους ερωτώμενους μια τελευταία ερώτηση επταβάθμιας κλίμακας για τον εντοπισμό του τρόπου λήψης τροφής του δείγματος. Οι ερωτώμενοι έπρεπε να επιλέξουν την απάντησή τους ανάμεσα σε επτά τιμές, όπου η τιμή 1 αντιστοιχούσε στην απάντηση δεν λαμβάνω από το στόμα, η τιμή 2 στην απάντηση ο σωλήνας εξαρτάται από την ελάχιστη/ασυνεπή λήψη μέσω του στόματος, η τιμή 3 στην απάντηση συμπληρώματα σωληναρίων με συνεπή λήψη από το στόμα, η τιμή 4 στην απάντηση συνολική λήψη από το στόμα μιας ενιαίας σύστασης, η τιμή 5 στην απάντηση συνολική λήψη από το στόμα πολλαπλών συστατικών που απαιτούν ειδική παρασκευή, η τιμή 6 στην απάντηση συνολική λήψη από το στόμα χωρίς ιδιαίτερο παρασκεύασμα, αλλά πρέπει να αποφεύγονται συγκεκριμένα τρόφιμα ή υγρά αντικείμενα και η τιμή 7 στην απάντηση συνολική λήψη από το στόμα χωρίς περιορισμό. Σύμφωνα με την έρευνα προέκυψε ότι το δείγμα λαμβάνει τροφή από το στόμα χωρίς ιδιαίτερα παρασκευάσματα, με μέση τιμή απαντήσεων 5,87. Ακολουθεί πίνακας με αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 23: Μέση τιμή βαθμού συμφωνίας ή διαφωνίας της κλίμακας M.D. Anderson Dysphagia Inventory του δείγματος της πρώτης κατηγορίας (ασθενείς που πάσχουν από δυσφαγία)

Συμφωνία/ Διαφωνία με παρακάτω προτάσεις (NAI)	Σύνολο απαντήσεων (N)	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέση τιμή
G1. Περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω τρόπου κατάποσης	30	1	5	3,00
E2. Αίσθηση ντροπής για διατροφικές συνήθειες	30	1	5	3,37
F1. Δυσκολία άλλων να μαγειρέψουν για ασθενή	30	2	5	3,70
P2. Δυσκολία κατάποσης στο τέλος της ημέρας	30	1	4	2,27
E7. Αίσθηση μη συνειδητής λήψης τροφής	30	1	4	2,50
E4. Αναστάτωση εξαιτίας προβλήματος κατάποσης	30	1	5	2,17
P6. Η κατάποση απαιτεί μεγάλη προσπάθεια	30	1	5	2,30
E5. Αποφυγή βόλτας έξω λόγω δυσκολίας κατάποσης	30	2	5	3,40
F5. Αρνητικό αντίκτυπο στο εισόδημα λόγω δυσκολίας κατάποσης	30	1	5	3,27
P7. Ανάγκη περισσότερου χρόνου για ολοκλήρωση γεύματος εξαιτίας προβλήματος κατάποσης	30	1	4	2,30
P.3 Ερώτηση άλλων γιατί δεν τρώει ο ασθενής κάποια τροφή	30	2	5	3,40
E3. Εκνευρισμός άλλων λόγω προβλημάτων κατάποσης	30	1	5	2,97
P8. Βήξιμο με πόση υγρών	30	1	4	2,47
F3. Περιορισμός κοινωνικής και προσωπικής ζωής λόγω προβλημάτων κατάποσης	30	1	4	2,83
F2. Αίσθηση άνεσης πηγαίνοντας έξω για φαγητό με άλλους	30	1	5	2,97
P5. Περιορισμός πρόσληψης τροφής λόγω δυσκολίας κατάποσης	30	1	5	2,77
P1. Αδυναμία διατήρησης βάρους	30	1	4	2,83

εξαιτίας διαταραχής κατάποσης				
E6. Χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω προβλημάτων κατάποσης	30	2	5	3,20
P4. Αίσθηση ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνεται είναι τεράστια	30	1	5	2,63
F4. Αίσθηση παραγκωνισμού λόγω διατροφικών συνηθειών	30	1	5	3,47
- Λειτουργική λήψη από στόμα	30	1	7	5,87

Το δείγμα που ανήκει στη δεύτερη κατηγορία, δηλαδή τα άτομα που δεν πάσχουν από δυσφαγία και αποτελούν την ομάδα ελέγχου της έρευνας, δήλωσαν ότι διαφωνούν αρκετά με το ότι περιορίζονται οι καθημερινές δραστηριότητες τους λόγω τρόπου κατάποσης, με μέση τιμή 5. Σύμφωνα με τις αναλύσεις των δεδομένων που συλλέχθηκαν από το δείγμα της δεύτερης κατηγορίας, προέκυψε ότι όλοι οι ερωτώμενοι της κατηγορίας αυτής διαφωνούν αρκετά με όλες τις προτάσεις-δηλώσεις (20) του ερωτηματολογίου MDADI. Η μέση τιμή όλων των δηλώσεων και των τριών υποομάδων (Λειτουργική, Συναισθηματική, Φυσική, Συνολική αξιολόγηση) είναι 5. Στον πίνακα 24 παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά. Επίσης, στην τελευταία ερώτηση, σχετικά με τη λειτουργική λήψη από το στόμα, οι ερωτώμενοι της δεύτερης κατηγορίας απάντησαν όλοι ότι λαμβάνουν συνολική τροφή από το στόμα χωρίς περιορισμό, με μέση τιμή το 7.

Πίνακας 24: Μέση τιμή βαθμού συμφωνίας ή διαφωνίας της κλίμακας M.D. Anderson Dysphagia Inventory του δείγματος της δεύτερης κατηγορίας (ομάδα ελέγχου)

Συμφωνία/ Διαφωνία με παρακάτω προτάσεις (OXI)	Σύνολο απαντήσεων (N)	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέση τιμή
G1. Περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω τρόπου κατάποσης	30	5	5	5,00
E2. Αίσθηση ντροπής για διατροφικές συνήθειες	30	5	5	5,00
F1. Δυσκολία άλλων να μαγειρέψουν για ασθενή	30	5	5	5,00
P2. Δυσκολία κατάποσης στο	30	5	5	5,00

τέλος της ημέρας			
E7. Αίσθηση μη συνειδητής λήψης τροφής	30	5	5,00
E4. Αναστάτωση εξαιτίας προβλήματος κατάποσης	30	5	5,00
P6. Η κατάποση απαιτεί μεγάλη προσπάθεια	30	5	5,00
E5. Αποφυγή βόλτας έξω λόγω δυσκολίας κατάποσης	30	5	5,00
F5. Αρνητικό αντίκτυπο στο εισόδημα λόγω δυσκολίας κατάποσης	30	5	5,00
P7. Ανάγκη περισσότερου χρόνου για ολοκλήρωση γεύματος εξαιτίας προβλήματος κατάποσης	30	5	5,00
P.3 Ερώτηση άλλων γιατί δεν τρώει ο ασθενής κάποια τροφή	30	5	5,00
E3. Εκνευρισμός άλλων λόγω προβλημάτων κατάποσης	30	5	5,00
P8. Βήξιμο με πόση υγρών	30	5	5,00
F3. Περιορισμός κοινωνικής και προσωπικής ζωής λόγω προβλημάτων κατάποσης	30	5	5,00
F2. Αίσθηση άνεσης πηγαίνοντας έξω για φαγητό με άλλους	30	5	5,00
P5. Περιορισμός πρόσληψης τροφής λόγω δυσκολίας κατάποσης	30	5	5,00
P1. Αδυναμία διατήρησης βάρους εξαιτίας διαταραχής κατάποσης	30	5	5,00
E6. Χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω προβλημάτων κατάποσης	30	5	5,00
P4. Αίσθηση ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνεται είναι τεράστια	30	5	5,00
F4. Αίσθηση παραγκωνισμού λόγω διατροφικών συνηθειών	30	5	5,00

- Λειτουργική λήψη από στόμα	30	7	7	7,00
------------------------------	----	---	---	------

Παρατηρούνται διαφορές, σε όλες τις ενότητες της κλίμακας μέτρησης MDADI, ανάμεσα στις δυο κατηγορίες του πληθυσμού της εν λόγω έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι που δεν έχουν κάποια δυσκολία κατάποσης(ομάδα ελέγχου) διαφωνούν αρκετά με όλες τις δηλώσεις. Δεν επηρεάζονται από κάποια δυσκολία κατάποσης ούτε συναισθηματικά, ούτε λειτουργικά στις καθημερινές τους δραστηριότητες αλλά και ούτε αντιμετωπίζουν φυσικές/σωματικές δυσκολίες. Επομένως δεν καταγράφονται δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους.

Ωστόσο, τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατάποσης (οι ασθενείς) επηρεάζονται και στις τέσσερις υποομάδες. Κρατούν μία ουδέτερη στάση στο ότι περιορίζονται οι καθημερινές τους δραστηριότητες λόγω του τρόπου κατάποσής τους. Η δυσκολία κατάποσης, δεν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά ή θετικά την συναισθηματική αντίληψη/άποψη των ασθενών καθώς οι περισσότεροι εκφράζουν μία ουδέτερη άποψη ως προς το πώς αισθάνονται για τις διατροφικές τους συνήθειες, για το αν αποφεύγουν να βγουν έξω ή αν οι άλλοι εκνευρίζονται από το πρόβλημα κατάποσης τους όπως επίσης και αν έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Παρόλα αυτά αισθάνονται αναστατωμένοι εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης τους.

Επιπλέον, ουδέτερη στάση κρατούν και ως προς το εάν η δυσφαγία επηρεάζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Συγκεκριμένα όσον αφορά το αν έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο εισόδημα τους, με το εάν περιορίζεται η προσωπική και κοινωνική τους ζωή, με το εάν νιώθουν άνετα να βγουν έξω για φαγητό με φίλους, συγγενείς ή γείτονες καθώς και με την αίσθηση παραγκωνισμού τους λόγω διατροφικών συνθηκών. Ωστόσο διαφωνούν ότι οι άλλοι δυσκολεύονται να μαγειρέψουν για αυτούς.

Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι οι ασθενείς κρατούν (σε ορισμένες δηλώσεις) επίσης ουδέτερη στάση ως προς το πώς αυτο-αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες κατάποσης τους. Συγκεκριμένα ως προς το αν οι άλλοι ρωτούν γιατί δεν μπορούν να φάνε κάποια τροφή, εάν έχουν περιορίσει την πρόσληψη τροφής εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης, με το εάν έχουν αδυναμία διατήρησης βάρους εξαιτίας των προβλημάτων κατάποσης καθώς και με το εάν αισθάνονται ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνουν είναι τεράστια. Τέλος, από την άλλη, συμφωνούν ότι η κατάποση τους είναι πιο δύσκολη στο τέλος της ημέρας, με το ότι το να καταπίνουν απαιτεί μεγάλη προσπάθεια και με το ότι τους παίρνει πιο πολύ χρόνο να

ολοκληρώσουν το γεύμα τους εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης που έχουν.

Εν συνεχεία γίνεται προσπάθεια εντοπισμού ύπαρξης διαφορών και ύπαρξης επίδρασης της δυσκολίας κατάποσης από το φύλο του συνολικού πληθυσμού της έρευνας. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται το ποσοστό δυσκολίας κατάποσης ανά φύλο. Παρατηρείται ότι ο άντρας παρουσιάζει μεγαλύτερη δυσκολία κατάποσης σε ποσοστό 54,5%, συγκριτικά με τη γυναίκα σε ποσοστό 31,3%. Βάσει της έρευνας προκύπτει *επίδραση του φύλου* στη δυσκολία κατάποσης, με πιο επιρρεπείς τους άντρες. Αναφέρεται ότι έγινε ξεχωριστή ανάλυση της μεταβλητής «δυσκολία κατάποσης» ανά φύλο.

Πίνακας 25: Ποσοστό δυσκολίας κατάποσης ανά φύλο

Μεταβλητή: Δυσκολία κατάποσης	Ναι (%)	Όχι (%)	Σύνολο
Άντρας (N=44)	54,5	45,5	100,0
Γυναίκα (N=16)	31,3	68,8	100,0

Ακολουθεί ξεχωριστή ανάλυση των ερωτημάτων του MDADI ανά φύλο, προκειμένου να εντοπιστούν διαφορές σχετικές με τη δυσκολία κατάποσης. Στον πίνακα 26 παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά και συγκεκριμένα οι μέσες τιμές των απαντήσεων ανά φύλο. Παρατηρούνται αρκετές διαφορές στις αναλύσεις. Οι άντρες διαφωνούν με το ότι περιορίζονται οι καθημερινές τους δραστηριότητες λόγω του τρόπου κατάποσης τους (3,69), οι γυναίκες όμως διαφωνούν περισσότερο (4,31). Ομοίως, με την αίσθηση ντροπής για διατροφικές τους συνήθειες, όπου οι άντρες διαφωνούν (4,11), αλλά οι γυναίκες διαφωνούν περισσότερο (4,38). Οι άντρες διαφωνούν με την ύπαρξη δυσκολίας άλλων να μαγειρέψουν για αυτούς (4,18), οι γυναίκες και σε αυτή την περίπτωση διαφωνούν περισσότερο (4,81). Οι άντρες κρατούν ουδέτερη στάση στο ότι δυσκολεύονται να καταπιούν περισσότερο στο τέλος της ημέρας (3,40), ενώ οι γυναίκες διαφωνούν (4,19). Αυτό σημαίνει ότι οι άντρες δυσκολεύονται περισσότερο στην κατάποση στο τέλος της ημέρας, από ότι οι γυναίκες. Ομοίως και με την αίσθηση μη συνειδητής λήψης τροφής, όπου οι άντρες κρατούν ουδέτερη στάση (3,51) ενώ οι γυναίκες διαφωνούν (4,13). Συνεπώς, οι περισσότερες γυναίκες αισθάνονται ότι δε λαμβάνουν τροφή μη συνειδητά. Διαφορά υπάρχει και στην ύπαρξη αναστάτωσης εξαιτίας προβλήματος κατάποσης, με τους άντρες να κρατούν ουδέτερη στάση (3,41) και τις γυναίκες να διαφωνούν (4,06). Οι γυναίκες θεωρούν ότι δεν υπάρχει αναστάτωση λόγω του προβλήματος κατάποσης που έχουν. Ομοίως και με την άποψη ότι η κατάποση απαιτεί μεγάλη προσπάθεια, όπου οι γυναίκες διαφωνούν περισσότερο από τους

άντρες. Οι άνδρες και οι γυναίκες διαφωνούν με την αποφυγή βόλτας έξω λόγω δυσκολίας κατάποσης. Επίσης, διαφωνούν με το ότι υπάρχει αρνητικό αντίκτυπο στο εισόδημά τους λόγω της δυσφαγίας. Οι άντρες κρατούν ουδέτερη στάση στην ανάγκη περισσότερου χρόνου για ολοκλήρωση γεύματος εξαιτίας προβλήματος κατάποσης (3,45), ενώ οι γυναίκες διαφωνούν (4,19). Κυρίως οι άντρες χρειάζονται περισσότερο χρόνο για την ολοκλήρωση του γεύματος τους. Οι άντρες και οι γυναίκες διαφωνούν με την άποψη ότι τους ρωτούν συνέχεια οι άλλοι γιατί δεν τρώνε κάποια τροφή. Συνεπώς, θεωρούν ότι δεν τους ρωτάνε συχνά. Οι γυναίκες διαφωνούν περισσότερο με το ότι υπάρχει εκνευρισμός των άλλων λόγω προβλημάτων κατάποσης που έχουν, άρα θεωρούν ότι οι άλλοι δεν εκνευρίζονται. Επίσης, οι γυναίκες διαφωνούν περισσότερο με την πρόκληση βηξίματος από την πόση υγρών, ενώ οι άντρες κρατούν ουδέτερη στάση. Οι γυναίκες διαφωνούν περισσότερο με το ότι υπάρχει περιορισμός της κοινωνικής και προσωπικής ζωής τους λόγω των προβλημάτων κατάποσης, με την ύπαρξη αίσθησης άνεσης πηγαίνοντας έξω για φαγητό με άλλους, με τον περιορισμό πρόσληψης τροφής λόγω δυσκολίας κατάποσης, με την αδυναμία διατήρησης βάρους εξαιτίας διαταραχής κατάποσης, με την ύπαρξη χαμηλής αυτοεκτίμησης λόγω προβλημάτων κατάποσης, με την ύπαρξη αίσθησης ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνεται είναι τεράστια, με την ύπαρξη αίσθησης παραγκωνισμού λόγω διατροφικών συνηθειών. Ο πληθυσμός και των δυο φύλων λαμβάνει τροφή από το στόμα χωρίς ιδιαίτερα παρασκευάσματα. Συμπερασματικά, αναφέρεται ότι οι άντρες κρατούν ουδέτερη στάση σε όλες τις ερωτήσεις, ενώ οι γυναίκες διαφωνούν περισσότερο.

Πίνακας 26: Μέση τιμή ερωτήσεων MDADI ανά φύλο

Συμφωνία/ Διαφωνία με παρακάτω προτάσεις	Άντρας (N=44) Μέση τιμή	Γυναίκα (N=16) Μέση τιμή
G1. Περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω τρόπου κατάποσης	3,69	4,31
E2. Αίσθηση ντροπής για διατροφικές συνήθειες	4,11	4,38
F1. Δυσκολία άλλων να μαγειρέψουν για ασθενή	4,18	4,81
P2. Δυσκολία κατάποσης στο τέλος της ημέρας	3,40	4,19
E7. Αίσθηση μη συνειδητής λήψης τροφής	3,51	4,13
E4. Αναστάτωση εξαιτίας προβλήματος κατάποσης	3,41	4,06

P6. Η κατάποση απαιτεί μεγάλη προσπάθεια	3,50	4,06
E5. Αποφυγή βόλτας έξω λόγω δυσκολίας κατάποσης	4,11	4,44
F5. Αρνητικό αντίκτυπο στο εισόδημα λόγω δυσκολίας κατάποσης	3,98	4,56
P7. Ανάγκη περισσότερου χρόνου για ολοκλήρωση γεύματος εξαιτίας προβλήματος κατάποσης	3,45	4,19
P3 Ερώτηση άλλων γιατί δεν τρώει ο ασθενής κάποια τροφή	4,11	4,44
E3. Εκνευρισμός άλλων λόγω προβλημάτων κατάποσης	3,86	4,31
P8. Βήξιμο με πόση υγρών	3,68	4,25
F3. Περιορισμός κοινωνικής και προσωπικής ζωής λόγω προβλημάτων κατάποσης	3,82	4,19
F2. Αίσθηση άνεσης πηγαίνοντας έξω για φαγητό με άλλους	3,82	4,44
P5. Περιορισμός πρόσληψης τροφής λόγω δυσκολίας κατάποσης	3,82	4,06
P1. Αδυναμία διατήρησης βάρους εξαιτίας διαταραχής κατάποσης	3,75	4,38
E6. Χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω προβλημάτων κατάποσης	3,98	4,44
P4. Αίσθηση ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνεται είναι τεράστια	3,73	4,06
F4. Αίσθηση παραγκωνισμού λόγω διατροφικών συνηθειών	4,16	4,44
- Λειτουργική λήψη από στόμα	6,34	6,69

3.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνονται οι απαραίτητες συσχετίσεις ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί. Προκειμένου να προσδιοριστεί η φύση και η ένταση της συσχέτισης η οποία ενδεχομένως υπάρχει μεταξύ διάφορων μεταβλητών υπολογίστηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson (r). Αυτός ο συντελεστής παίρνει τιμές από -1 έως 1. Όσον αφορά τη φύση της συσχέτισης, -1 είναι η τέλεια αρνητική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυ-

ξάνεται η μια μεταβλητή μειώνεται η άλλη, 0 όταν δεν υπάρχει καθόλου συσχέτιση και +1 όταν είναι τέλεια θετική, δηλαδή όταν αυξάνεται η μια μεταβλητή αυξάνεται και η άλλη. Στους πίνακες γίνεται έλεγχος του δείκτη r και του $sig.$, για εντοπισμό ύπαρξης στατιστικής σημαντικότητας στη συσχέτιση των δυο μεταβλητών, ή όχι. Εάν $sig. < 0,005$, απορρίπτεται η «μηδενική υπόθεση». Όταν ο συντελεστής συσχέτισης είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός από το μηδέν, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών. Ελέγχοντας τη τιμή του συντελεστή r , προκύπτει η ένταση και η κατεύθυνση της συσχέτισης των μεταβλητών. Η ένταση της συσχέτισης μπορεί να είναι ασθενής ως μέτρια (τιμές 0 έως 0,5), μέτρια έως ικανοποιητική (τιμές 0,5 έως 0,7) ή ικανοποιητική έως ισχυρή (0,7 έως 1). Επίσης μπορεί να είναι αρνητική ή θετική (Σιώμκος & Βασιλακοπούλου, 2005).

Η μεταβλητή «δυσκολία κατάποσης» συσχετίζεται αρνητικά με μέτρια ένταση με τη μεταβλητή «ηλικία». Ο συντελεστής r είναι - 0,639. Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,01 με $sig.= 0,000$. Επίσης, η μεταβλητή «δυσκολία κατάποσης» συσχετίζεται θετικά μετρίως εντάσεως με το «επάγγελμα» του δείγματος και η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,01 με $sig.= 0,000$. Θετικά, με ισχυρή ένταση συσχετίζεται η «δυσκολία κατάποσης» με τη «λήψη φαρμάκου» και η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική. Η «δυσκολία κατάποσης» συσχετίζεται σημαντικά, μέτριας εντάσεως με το «κάπνισμα». Αυτό σημαίνει ότι όταν αυξάνεται η δυσκολία κατάποσης των ερωτώμενων μειώνεται η ηλικία, αυξάνεται η τιμή του επαγγέλματος, αυξάνεται η λήψη φαρμάκων και αυξάνεται με το κάπνισμα. Ακολουθεί πίνακας με αναλυτικά τα αποτελέσματα των συσχετίσεων αυτών.

Πίνακας 27: Συσχέτιση μεταβλητής «δυσκολία κατάποσης» με μεταβλητές «ηλικία», «επάγγελμα», «λήψη φαρμάκου», «κάπνισμα»

		Ηλικία	Επάγγελμα	Φάρμακο	Κάπνισμα
Δυσκολία κατάποσης	Pearson Correlation	-,639**	,499**	1,000**	,415*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,023
	N	60	60	9	30

Στον πίνακα που ακολουθεί παρατηρείται σχέση θετική, μέτριας εντάσεως μεταξύ των μεταβλητών «στάδιο του καρκίνου» και του «είδους του καρκίνου», της «θεραπείας μέσω χειρουργικής επέμβασης» και της «συχνότητας θεραπείας» σε εβδομάδες. Οι συσχετίσεις αυτές είναι στατιστικά σημαντικές. Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο προχωρημένο είναι το στάδιο του καρκίνου, τόσο πιο δύσκολο είναι το είδος του καρκίνου, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης και τόσο αυξάνεται η συχνότητα εβδομαδιαίας θεραπείας των ασθενών που αποτελούν το δείγμα της έρευνας.

Πίνακας 28: Συσχέτιση μεταβλητής «στάδιο καρκίνου» με μεταβλητές «είδος καρκίνου», «θεραπεία: χειρουργείο», «συχνότητα θεραπείας σε εβδομάδες»

		Είδος καρκίνου	Θεραπεία: χειρουργείο	Συχνότητα θεραπείας σε εβδομάδες
Στάδιο καρκίνου	Pearson Correlation	,416*	,405*	,405*
	Sig. (2-tailed)	,043	,050	,050
	N	24	24	24

Συσχέτιση θετική μέτρια εντάσεως και στατιστικά σημαντική προκύπτει ανάμεσα στη «θεραπεία μέσω χειρουργικής επέμβασης» και στο «τρόπο σίτισης» του δείγματος. Όταν

αυξάνεται η τιμή της θεραπείας μέσω χειρουργικής επέμβασης αυξάνεται και η τιμή του τρόπου σίτισης. Συνεπώς, όταν οι ασθενείς κάνουν χειρουργική επέμβαση, ο τρόπος σίτισής τους δυσκολεύει. Στον κάτωθι πίνακα δίνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 29: Συσχέτιση μεταβλητής «θεραπεία: χειρουργείο» με «τρόπο σίτισης»

		Τρόπος σίτισης
Θεραπεία: Χειρουργείο	Pearson Correlation	,410*
	Sig. (2-tailed)	,024
	N	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

4.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βασικός στόχος της παρούσας έρευνας είναι η πιλοτική στάθμιση του ερωτηματολογίου MD Anderson Dysphagia Inventory και συγκεκριμένα η μελέτη των απόψεων των ατόμων με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου σχετικά με τη δυσφαγία και την ποιότητα ζωής τους. Είναι σημαντικό να εντοπιστεί η επίδραση των προβλημάτων κατάποσης του ασθενή στην ποιότητα ζωής του, ώστε να γίνουν προτάσεις βελτίωσης της. Αρκετές έρευνες έχουν γίνει σε παγκόσμιο επίπεδο σχετικά με τη δυσκολία κατάποσης σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου και την ποιότητα ζωής τους. Αντίθετα στην Ελλάδα έχουν γίνει ελάχιστες σχετικές έρευνες και αυτός είναι ο λόγος που επιλέχτηκε το θέμα διερεύνησης της εν λόγω εργασίας. Συγκεκριμένα γίνεται προσπάθεια εντοπισμού προφίλ του ασθενή με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, καθώς και η κατάσταση υγείας του. Επίσης, γίνεται προσπάθεια εντοπισμού απόψεων των ασθενών για την επίδραση της δυσφαγίας στη ψυχολογία τους και γενικότερα στην καθημερινότητα τους. Διερευνάται και κατά πόσο επιδρούν τα δημογραφικά στοιχεία στις απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με τη δυσφαγία. Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MDADI που διερευνά την επίδραση της δυσφαγίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα.

Ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου είναι μια ασθένεια με διάφορες κλινικές εκδηλώσεις και συμπτώματα τα οποία εξαρτώνται από την ανατομική περιοχή που εμφανίζεται. Η χειρουργική του αντιμετώπιση επιφέρει κλινική βελτίωση της νόσου, αλλά προκαλεί και δραματικές αλλαγές στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Πολλές μελέτες έχουν γίνει για ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν λόγω της νόσου πριν αλλά και μετά τη θεραπεία. Έχουν μελετηθεί αναπηρίες και προβλήματα σχετικά με τη σίτιση, τη θρέψη, το άλγος, την απώλεια της ικανότητας ομιλίας, τη μεταβολή στην εξωτερική εμφάνιση και κυρίως τα ψυχολογικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν. Συνοπτικά, αναφέρεται ότι οι ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου παρουσιάζουν έντονα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα οποία επιδεινώνονται μετεγχειρητικά. Συχνά απαιτείται η χρήση κάποιου σωλήνα σίτισης ή τραχειοσωλήνα. Οι λαρυγγεκτομηθέντες ασθενείς χάνουν την ικανότητα της λαρυγγικής ομιλίας, ενώ η ανώτερη αναπνευστική οδός καταλήγει σε τραχειοστομία. Το βράγχος φωνής, ο βήχας, η δυσκολία στην κατάποση, η

απώλεια της λαρυγγικής ομιλίας και η αλλοίωση της εξωτερικής εμφάνισης των λαρυγγεκτομηθέντων επηρεάζουν αρνητικά την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής τους ασθενή.

Ο πληθυσμός της έρευνας χωρίζεται σε δυο κατηγορίες. Σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που πάσχουν από δυσφαγία και σε άτομα που δεν πάσχουν από δυσφαγία και αποτελούν την ομάδα ελέγχου της έρευνας, προκειμένου να εντοπιστούν διαφορές στις απόψεις τους. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων που συγκεντρώθηκαν από τις απαντήσεις που έδωσαν στα ερωτηματολόγια τα άτομα με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, προέκυψαν τα συμπεράσματα που παρατίθενται παρακάτω. Αναφέρεται ότι οι κατηγορίες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους είναι οι δημογραφικοί παράγοντες και οι παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο.

Το δείγμα του πληθυσμού που συλλέχθηκε κατά την διάρκεια υλοποίησης της παρούσας έρευνας είναι 60 άτομα και χωρίζεται σε δυο κατηγορίες ισόποσες. Το δείγμα του πληθυσμού αποτελείται αποκλειστικά από έλληνες πολίτες και των δύο φύλων, διαφόρων ηλικιών και ιδιοτήτων. Οι περισσότεροι είναι άντρες με μέση ηλικία 56 ετών. Βάσει παλαιότερων ερευνών διαπιστώθηκε ότι η ασθένεια αυτή πράγματι εμφανίζεται πιο συχνά στους άντρες και εντοπίζεται με πολλούς διαφορετικούς τρόπους (WHO, 2013). Επίσης, προέκυψε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι δημόσιοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι. Οι Οικονόμου και Καλοφώνος (2006) αναφέρουν ότι οι ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών ανέφεραν προβλήματα φυσικής κατάστασης. Ακόμη, ο τόπος κατοικίας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής όσον αφορά την απώλεια ομιλίας με αποτέλεσμα όσοι είναι κάτοικοι μεγάλων πόλεων να έχουν φτωχές κοινωνικές επαφές.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται η εφαρμογή άμεσης θεραπείας στους ασθενείς που αποτελούν τον πληθυσμό της έρευνας. Η δημοφιλέστερη θεραπεία που εφαρμόστηκε στους ερωτώμενους είναι η χειρουργική επέμβαση. Οι περισσότεροι ασθενείς πάσχουν από καρκίνο στο φάρυγγα ή στο λάρυγγα και βρίσκονται στο τρίτο στάδιο του καρκίνου. Η μέση τιμή συχνότητας θεραπείας που ακολούθησε το δείγμα είναι 5 φορές εβδομαδιαίως. Η μέση τιμή διάρκειας θεραπείας του δείγματος είναι 5,58 εβδομάδες και η κλινική συμπεριφορά του ποικίλει. Σύμφωνα με έρευνα του WHO (2013) προέκυψε επίσης, ότι οι χειρουργικές θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι απαραίτητες στους ασθενείς με καρκίνο τέτοιου είδους και ότι έχουν αυξήσει το προσδόκιμο ζωής των ασθενών αυτών.

Εν συνεχεία παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν στο ιστορικό του ασθενή. Οι πε-

ρισσότεροι λαμβάνουν κάποιο φάρμακο και σχεδόν όλοι έχουν κάνει κάποια χειρουργική επέμβαση. Οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν ότι καπνίζουν ή κάπνιζαν παλαιότερα. Επίσης, αρκετοί δήλωσαν ότι έχουν και κάποιο άλλο πρόσθετο πρόβλημα υγείας. Οι περισσότεροι ασθενείς πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια, αρκετοί πάσχουν από υπέρταση, από κατάθλιψη, αλκοολική ηπατίτιδα και διαβήτη. Σύμφωνα με τους Karagiannis & Karagiannis (2014) οι άνθρωποι με δυσφαγία γενικά πάσχουν από πολλαπλές ασθένειες. Επίσης, οι Bigenzahn & Denk (2007) αναφέρουν ότι η στοματοφαρυγγική δυσφαγία αναφέρεται σε μια σειρά από διαταραχές στην κατάποση και είναι ένα κοινό κλινικό πρόβλημα που επηρεάζει κυρίως τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Συνήθως συνδέεται με εγκεφαλικό επεισόδιο, νευρολογικές δυσλειτουργίες και ορισμένα είδη προχωρημένων καρκίνων, ιδιαίτερα εκείνων της κεφαλής και του τραχήλου.

Στην ερώτηση σχετική με την ύπαρξη κάποιας δυσκολίας κατάποσης οι ασθενείς απάντησαν όλου θετικά. Οι περισσότεροι ασθενείς τρώνε κανονικά από το στόμα, αλλά έχουν κάποια δυσκολία στην κατάποση, τρώνε αργά και μπορεί να βήχουν κατά την κατάποση. Λιγότεροι τρώνε από το στόμα, αλλά μόνο αλεσμένο φαγητό ή φαγητό με υγρή υφή. Τέλος, λίγοι έχουν σοβαρότερο πρόβλημα κατάποσης και σιτίζονται αποκλειστικά μέσω ρινογαστρικού σωλήνα.

Σύμφωνα με τον Nalbandian (2009) ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο και το αντίκτυπο της στην ποιότητα ζωής είναι το στάδιο του καρκίνου. Όσο πιο πρώιμο είναι το στάδιο του καρκίνου τόσο πιο πιθανό είναι η θεραπεία να έχει καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα. Το είδος της θεραπείας δεν επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη συνολική ποιότητα ζωής, εξαιρείται η περίπτωση ακτινοθεραπείας που ενδέχεται να επηρεάσει την κατάποση του ασθενούς. Στην παρούσα έρευνα δεν εντοπίστηκε επίδραση του σταδίου του καρκίνου στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σε έρευνα που υλοποιήθηκε το 2009 από Sayed και συνεργάτες χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MDAI, για την εύρεση του βαθμού επίδρασης των αλλαγών που προέκυψαν από την ασθένεια στην ποιότητα ζωής των ερωτώμενων. Προέκυψε ότι οι ασθενείς έχουν μειωμένη ποιότητα φυσικής υγείας και μειωμένη ποιότητα κοινωνικών σχέσεων. Τα παραπάνω δημιουργούν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, επομένως επηρεάζουν το σύνολο της ποιότητας ζωής. Συμπερασματικά η ψυχολογική ευεξία των ασθενών είναι εξίσου σημαντική με την αποκατάσταση ομιλίας και κατάποσης.

Στην παρούσα εργασία, σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων της κλίμακας MDAI προέκυψαν τα παρακάτω. Αρχικά παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πρώτης ομάδας του

δείγματος. Το δείγμα που ανήκει στην πρώτη κατηγορία, δηλαδή οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο κεφαλής και τραχήλου και έχουν κάποιο πρόβλημα δυσφαγίας, κράτησαν ουδέτερη στάση στο ότι περιορίζονται οι καθημερινές τους δραστηριότητες λόγω του τρόπου κατάποσης τους. Επίσης, οι ερωτώμενοι κράτησαν ουδέτερη στάση στην άποψη ότι νιώθουν ντροπή λόγω των διατροφικών τους συνηθειών. Οι ασθενείς δήλωσαν ότι διαφωνούν με το ότι δυσκολεύουν τους άλλους να μαγειρέψουν γι' αυτούς. Το δείγμα συμφωνεί με την άποψη ότι η κατάποση του είναι πιο δύσκολη στο τέλος της ημέρας και με το ότι νιώθει ότι τρώει συνειδητά. Οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν ότι είναι αναστατωμένοι εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης τους. Οι ερωτώμενοι συμφωνούν με το ότι η κατάποση απαιτεί μεγάλη προσπάθεια. Το δείγμα κράτησε ουδέτερη στάση με μια πρόταση της συναισθηματικής υποομάδα και δήλωσε ότι αποφεύγει να βγαίνει έξω λόγω της δυσκολίας κατάποσης και με την άποψη ότι οι δυσκολίες κατάποσης έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο εισόδημα του. Οι ασθενείς συμφωνούν με το ότι απαιτείται αρκετός χρόνος για την ολοκλήρωση του γεύματος τους εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης που έχουν. Ουδέτερη στάση κρατούν με την άποψη ότι οι άλλοι ρωτούν συχνά γιατί δεν μπορούν να φάνε κάποια τροφή, με την άποψη ότι οι άλλοι εκνευρίζονται από το πρόβλημα κατάποσης τους, με την άποψη ότι τα προβλήματα κατάποσης που έχουν περιορίζουν τη κοινωνική και τη προσωπική τους ζωή, με το ότι νιώθουν άνετα να βγουν έξω για φαγητό με φίλους, συγγενείς ή γείτονες, με το ότι έχουν περιορίσει την πρόσληψη τροφής εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης, με την αδυναμία διατήρησης βάρους εξαιτίας των προβλημάτων κατάποσης, με την αίσθηση χαμηλής αυτοεκτίμησης λόγω προβλημάτων κατάποσης, με την αίσθηση ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνεται είναι τεράστια και με την αίσθηση παραγκωνισμού τους λόγω των διατροφικών συνηθειών που έχουν υιοθετήσει. Οι ερωτώμενοι συμφωνούν με το ότι βήχουν αρκετά όταν πίνουν υγρά. Το δείγμα δήλωσε ότι λαμβάνει τροφή από το στόμα χωρίς ιδιαίτερα παρασκευάσματα.

Παρατηρούνται διαφορές, σε όλες τις ενότητες της κλίμακας μέτρησης MDADI, ανάμεσα στις δυο κατηγορίες του πληθυσμού της εν λόγω έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι που δεν έχουν κάποια δυσκολία κατάποσης(ομάδα ελέγχου) διαφωνούν αρκετά με όλες τις δηλώσεις. Δεν επηρεάζονται από κάποια δυσκολία κατάποσης ούτε συναισθηματικά, ούτε λειτουργικά στις καθημερινές τους δραστηριότητες αλλά και ούτε αντιμετωπίζουν φυσικές/σωματικές δυσκολίες. Επομένως δεν καταγράφονται δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους.

Ωστόσο, τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατάποσης (οι ασθενείς) επηρεάζονται και

στις τέσσερις υποομάδες. Κρατούν μία ουδέτερη στάση στο ότι περιορίζονται οι καθημερινές τους δραστηριότητες λόγω του τρόπου κατάποσής τους. Η δυσκολία κατάποσης, δεν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά ή θετικά την συναισθηματική αντίληψη/άποψη των ασθενών καθώς οι περισσότεροι εκφράζουν μία ουδέτερη άποψη ως προς το πώς αισθάνονται για τις διατροφικές τους συνήθειες, για το αν αποφεύγουν να βγουν έξω ή αν οι άλλοι εκνευρίζονται από το πρόβλημα κατάποσης τους όπως επίσης και αν έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Παρόλα αυτά αισθάνονται αναστατωμένοι εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης τους.

Επιπλέον, ουδέτερη στάση κρατούν και ως προς το εάν η δυσφαγία επηρεάζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Συγκεκριμένα όσον αφορά το αν έχουν αρνητικό αντίκτυπο στους εισόδημα τους, με το εάν περιορίζεται η προσωπική και κοινωνική τους ζωή, με το εάν νιώθουν άνετα να βγουν έξω για φαγητό με φίλους, συγγενείς ή γείτονες καθώς και με την αίσθηση παραγκωνισμού τους λόγω διατροφικών συνηθειών. Ωστόσο διαφωνούν ότι οι άλλοι δυσκολεύονται να μαγειρέψουν για αυτούς.

Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι οι ασθενείς κρατούν (σε ορισμένες δηλώσεις) επίσης ουδέτερη στάση ως προς το πώς αυτο-αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες κατάποσης τους. Συγκεκριμένα ως προς το αν οι άλλοι ρωτούν γιατί δεν μπορούν να φάνε κάποια τροφή, εάν έχουν περιορίσει την πρόσληψη τροφής εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης, με το εάν έχουν αδυναμία διατήρησης βάρους εξαιτίας των προβλημάτων κατάποσης καθώς και με το εάν αισθάνονται ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνουν είναι τεράστια. Τέλος, από την άλλη, συμφωνούν ότι η κατάποση τους είναι πιο δύσκολη στο τέλος της ημέρας, με το ότι το να καταπίνουν απαιτεί μεγάλη προσπάθεια και με το ότι τους παίρνει πιο πολύ χρόνο να ολοκληρώσουν το γεύμα τους εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης που έχουν.

Εν συνεχεία γίνεται προσπάθεια εντοπισμού ύπαρξης διαφορών και ύπαρξης επίδρασης της δυσκολίας κατάποσης από το φύλο του συνολικού πληθυσμού της έρευνας. Βάσει της έρευνας προκύπτει επίδραση του φύλου στη δυσκολία κατάποσης, με πιο επιρρεπείς τους άντρες. Συμπερασματικά, αναφέρεται ότι οι άντρες κρατούν ουδέτερη στάση σε όλες τις ερωτήσεις, ενώ οι γυναίκες διαφωνούν περισσότερο.

Τέλος, σύμφωνα με τις αναλύσεις προέκυψαν συσχετίσεις ανάμεσα στη δυσκολία κατάποσης και κάποια δημογραφικά στοιχεία. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι όταν αυξάνεται η δυσκολία κατάποσης των ερωτώμενων μειώνεται η ηλικία, αυξάνεται η τιμή του επαγγέλματος, αυξάνεται η λήψη φαρμάκων και αυξάνεται με το κάπνισμα. Επίσης, όσο πιο

μεγάλο είναι το στάδιο του καρκίνου, τόσο πιο δύσκολο είναι το είδος του καρκίνου, τόσο αυξάνεται η χειρουργική επέμβαση και τόσο αυξάνεται η συχνότητα εβδομαδιαίας θεραπείας των ασθενών που αποτελούν το δείγμα της έρευνας. Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι όταν οι ασθενείς κάνουν χειρουργική επέμβαση, ο τρόπος σίτισης τους γίνεται δυσκολότερος.

Οι κατηγορίες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους είναι οι δημογραφικοί παράγοντες και οι παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο. Συγκεκριμένα, άτομα νεαρής ηλικίας παρουσίασαν χαμηλότερα αποτελέσματα σε λειτουργικούς τομείς γεγονός που οφείλεται σε αυξημένες απαιτήσεις. Ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών ανέφεραν προβλήματα φυσικής κατάστασης. Ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο και τον αντίκτυπο της στην ποιότητα ζωής είναι το στάδιο του καρκίνου. Όσο πιο πρώιμο είναι το στάδιο του καρκίνου τόσο πιο πιθανό είναι η θεραπεία να έχει καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα.

4.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Για την ορθή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη οι περιορισμοί της μελέτης. Ο μικρός αριθμός των ασθενών περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της μελέτης στους Έλληνες ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου συνολικά. Ωστόσο, δεν υπάρχει στην Ελλάδα κέντρο ειδικό για τέτοιους ασθενείς και η συχνότητα του νοσήματος είναι μικρή με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία. Στην παρούσα μελέτη δεν είναι δυνατή η εξαγωγή αξιόπιστων αποτελεσμάτων λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος. Θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να γίνει μελέτη σε ομάδες ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου ανάλογα με την ανατομική περιοχή εντόπισης του καρκινικού όγκου ή/και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η εξειδίκευση αυτή κρίνεται απαραίτητη λόγω της διαφορετικής κλινικής συμπεριφοράς κάθε όγκου και της διαφορετικής χειρουργικής αντιμετώπισης (Lam, 1997). Θα ήταν χρήσιμο να γίνουν μελέτες στην Ελλάδα μεγαλύτερου αριθμού δείγματος με βάση το είδος του καρκίνου καθώς και της θεραπείας του.

4.3. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Η συμβολή της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η καταγραφή και η ερμηνεία των ευρημάτων. Παράλληλα, δημιουργεί κάποιες υποθέσεις για μελλοντική έρευνα. Οι προτάσεις για μελλοντικές έρευνες είναι οι παρακάτω:

- Πραγματοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας σε μεγαλύτερο πληθυσμό ατόμων με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, για την καταγραφή πιο έγκυρων αποτελεσμάτων.
- Υλοποίηση της έρευνας αυτής σε ασθενείς πριν τη χειρουργική επέμβαση και επανάληψη της μετά τη χειρουργική επέμβαση για καταγραφή των αποτελεσμάτων.
- Υλοποίηση της έρευνας αυτής σε ασθενείς ανάλογα με το στάδιο καρκίνου ώστε να διερευνηθεί η συμβολή του στις ικανότητες κατάποσης και μετέπειτα στην ποιότητα ζωής

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aaronson, N.K. et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institution*, 85, 5, 365-76.

American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, American Head and Neck Society. (2014). Retrieved September, 2017 from url http://www.entnet.org/sites/default/files/NeckDissection_QuickRefGuide_highres_FINAL.pdf

American Cancer Society. (2015). *Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) 18 registries*, National Cancer Institute. Retrieved September, 2017 from url https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?_ga=1.256825992.263612744.1460785669#/

American Society of Clinical Oncology – ASCO. (2016). Retrieved April, 2016 from url <http://www.cancer.net/cancer-types/head-and-neckcancer/symptoms-and-signs>

Βασιλόπουλος, Δ. (2008). *Νευρολογία: Επιτομή θεωρίας και πράξης*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ.

Baumstarck, K. et al. (2013). Measuring the Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis in Clinical Practice: A Necessary Challenge. *Multiple Sclerosis International*, 2013, 1-8.

Bigenzahn, W. & Denk, D.M. (2007). *Στοματοφαρυγγικές δυσφαγίες: Αιτιολογία, κλινική εικόνα και θεραπεία διαταραχών κατάποσης*. (Ε. Αναγνώστου, Ε. Μοσχοβάκης, μεταφρ.). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Bowling, A. (1997). *Measuring health: A review of quality of life measurements scales*. UK: Open University Press.

Carlsson, S. et al. (2012). Validation of the Swedish M. D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) in Patients with Head and Neck Cancer and Neurologic Swallowing Disturbances. *Dysphagia*, 27, 361–369.

Chen A.Y. et al. (2001). The development and validation of a dysphagia specific quality of life questionnaire for patients with head and neck cancer: the M. D. Anderson dysphagia inventory. *Archives of Otolaryngology Head & Neck Surgery*, 127, 7, 870-876.

Chen, T. et al. (2005). A systematic review: How to choose appropriate health related quality

of life (HRQOL) measures in routine general practice? *Journal of Zhejiang University Science*. 6, 9, 936–940.

Δανηλίδης, Ι. & Ασημακόπουλος, Δ. (2006). *Ωτορινολαρυγγολογία. Παθολογία χειρουργικής κεφαλής και τραχήλου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Globocan. A. (2012). *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*. WHO. Retrieved June, 2017 from url <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Guedes R.L.V. et al. (2013). Validation and Application of the M.D. Anderson Dysphagia Inventory in Patients Treated for Head and Neck Cancer in Brazil. *Dysphagia*, 28, 24–33.

Κατσιλλης Ι. (2006). *Επαγωγική Στατιστική*. Αθήνα: Gutenberg.

Karagiannis, M. & Karagiannis, T.C. (2014). Oropharyngeal dysphagia. *Hellenic Journal of nuclear medicine*, 17, 1, 26-29.

Koller, M. & Lorenz, W. (2002). Quality of life: a deconstruction for clinicians. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 10, 481–488.

Kwon C.H. et al. (2013). Validity and Reliability of the Korean Version of the MD Anderson Dysphagia Inventory for Head and Neck Cancer Patients. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 37, 4, 479-487.

Lam, C.L.K. (1997). What is health-related quality of life (HRQOL)? *Hong Kong Practitioner*, 19, 505–506.

McDowell, I. (2006). *General health status and quality of life. In Measuring Health: A Guide to Rating Scales & Questionnaires*. (3rd ed.). UK: Oxford University Press.

Murphy B. A., Ridner S., Wells N., Dietrich M. (2007). Quality of life research in head and neck cancer: A review of the current state of the science. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 62, 251–267.

Nordgren, M. et al. (2007). Quality of life in oral carcinoma: a 5-year prospective study. *Head Neck*, 30, 4, 461-470.

Οικονόμου, Γ. & Καλοφώνος, Χ. (2006). *Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών στα πλαίσια της κλινικής έρευνας*. Ανάκτηση Σεπτέμβριος, 2017 από <http://www.hesmo.gr/sites/default/files/magazine/07-2003/page248.pdf>.

OECD. (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*, OECD Publishing.

Retrieved September, 2017 from url <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>

Rosenthal D. I. et al. (2008). The M. D. Anderson symptom inventory–head and neck module, a patient-reported outcome instrument, accurately predicts the severity of radiation-induced mucositis. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 72, 5, 1355–1361.

Σιώμκος Γ. & Βασιλικοπούλου Αικ. (2005). *Εφαρμογή μεθόδων ανάλυσης στη έρευνα αγοράς*. Αθήνα: Σταμούλης.

Σταθακόπουλος, Β. (2001). *Μέθοδοι Έρευνας Αγοράς*. Αθήνα: Σταμούλης.

Sayed, S. I. et al. (2009). Quality of life and outcomes research in head and neck cancer: A review of the state of the discipline and likely future directions. *Cancer Treatment Reviews*, 35, 397–402.

Semple C.J. et al. (2016). *Psychosocial Interventions for Patients with Head and Neck Cancer-The Oral Cancer Foundation*. Retrieved September, 2017 from url http://oralcancerfoundation.org/treatment/nursing_part1.php#sthash.Dks5Jf3D.dpuf

Simard, E.P. et al. (2014). International trends in head and neck cancer incidence rates: differences by country, sex and anatomic site. *Oral Oncology*, 50, 5, 387-403.

Speyer R. et al. (2011). Quality of Life in Oncological Patients with Oropharyngeal Dysphagia: Validity and Reliability of the Dutch Version of the MD Anderson Dysphagia Inventory and the Deglutition Handicap Index. *Dysphagia*, 26, 4, 407–414.

United Nations Department of Economic and Social Affairs (2015). *Population Division 5 World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Retrieved June, 2017 from url http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf

Van Bokhorst-de Van der Schuer, M.A. et al. (2000). Perioperative enteral nutrition and quality of life of severely malnourished head and neck cancer patients: a randomized clinical trial. *Clinical Nutrition*, 19, 6, 437-444.

Warnakulasuriya, S., (2009). Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*, 45, 5, 309–316.

WHO. (1997). *WHO QOL-Measuring Quality of Life*. Retrieved June 2017 από http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

WHO. (2013). *World health Statistics*. Retrieved May 2017 από http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf

WHO, (2014). *Head and Neck Cancer Union for International Cancer Control 2014 Review of Cancer Medicines on the WHO List of Essential Medicines*. Retrieved June, 2017 from url [http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/applications/Head Neck.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/applications/Head_Neck.pdf)

WHO. (2015). *Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners*. Retrieved June, 2017 from url <http://who.int/countries/grc/en/>

Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, 24, 6-18.