



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

Διαπολιτισμική προσαρμογή και εφαρμογή του Gugging Swallowing Screen (GUSS) και του Easy Dysphagia Symptom Questionnaire (EDSQ).

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Σουλτάνα Α. Παπαδοπούλου

M.Sc, Ειδική Παιδαγωγός- Λογοθεραπεύτρια

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΦΙΛΤΑΝΙΔΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ-ΜΑΡΙΑ

(ΑΜ. 981)

ΜΑΡΙΑ-ΑΡΕΤΗ ΝΑΥΡΟΖΟΓΛΟΥ

(ΑΜ. 930)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Διαπολιτισμική προσαρμογή και εφαρμογή του Gugging Swallowing Screen (GUSS) και του Easy Dysphagia Symptom Questionnaire (EDSQ).

Η παρούσα εργασία αποτέλεσαι ένα δείγμα συνεχούς προσπάθειας, επιμονής αλλά και υπομονής προκειμένου να βγάλουμε εις πέρας μια απαιτητική έρευνα. Παρά τις όποιες δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε με τις δομές μας αλλά και με τις προαπαιτούμενες δοκιμασίες, έστω και καθυστερημένα καταφέραμε να ολοκληρώσουμε την έρευνα μας. Αυτή η εργασία, θα θέλαμε να αποτελέσει πηγή γνώσης για τις δύο αυτές σπουδαίες δοκιμασίες, το GUSS και το EDSQ, οι οποίες δεν κατάφεραν να σταθμιστούν με επιτυχία λόγω λειτουργικών και πρακτικών δυσκολιών. Αφιερώνουμε, λοιπόν, αυτή την εργασία σε όλους τους νέους λογοθεραπευτές που ασχολούνται με την δυσφαγία αλλά και με το ερευνητικό κομμάτι των διαταραχών κατάποσης. Ακόμη, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε από καρδιάς της Κα. Σουλτάνα Παπαδοπούλου για την κατανόηση, την στήριξη αλλά και την άμεση ανταπόκρισή της, σε όποια δυσκολία αντιμετωπίσαμε. Την ευχαριστούμε θερμά, για την μεταλαμπάδευση των γνώσεων της στον χώρο των διαταραχών κατάποσης και για την ευκαιρία που μας έδωσε να δοκιμαστούμε στον τομέα της έρευνας και της στάθμισης νέων δοκιμασιών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΣΗ.....	7
1.2. ΣΤΑΔΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ	9
Β. ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	10
Γ.ΦΑΡΥΓΓΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	10
Δ. ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	11

1.3. ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΤΟΝ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.	11
1.3.1. ΠΡΕΣΒΥΦΑΓΙΑ.....	12
1.3.2. ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ.....	12
2.ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ.....	13
2.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΥΣΦΑΓΙΩΝ	14
2.2. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΙΑ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ.....	15
Α) ΑΙΤΙΑ ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΓΙΚΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑ	16
Β) ΑΙΤΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ	16
Γ) ΆΛΛΕΣ ΑΙΤΙΕΣ	17
2.3. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΔΥΣΦΑΓΙΑ	18
2.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ	19
2.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ	20
2.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ.....	21
2.6. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ	21
3. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ.....	22
3.1. GUGGING SWALLOWING SCREEN – GUSS.....	23
3.2. EASY DYSPHAGIA SYMPTOM QUESTIONNAIRE – EDSQ.	24
3.3. PULSE OXIMETRY TEST.....	27
1. ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ EDSQ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ.....	29
1.1. ΕΥΡΗΜΑΤΑ EDSQ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΘΡΑΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΗΠΕΙΡΟΥ.	29
1.1.1. ΑΝΤΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	32
1.1.2. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ.....	33
1.2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΤΟΥ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ ΞΑΝΘΗΣ.	34
1.2.1. ΑΝΤΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ.	37
1.2.2. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ.....	38
1.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.	40
1.3.1. ΑΝΤΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	43
1.3.2. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ.....	44
2.1. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ.	45
2.1.1. ΤΡΟΦΙΜΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ.	46
2.1.2. ΣΥΝΟΔΟΙ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ.	46
2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	47
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	51
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EDSQ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ.....	51

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ	52
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	55

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ερευνητικά Ερωτήματα: Είναι το GUSS αξιόπιστο εργαλείο για την ανίχνευση της δυσφαγίας; Είναι το EDSQ αξιόπιστο εργαλείο για την ανίχνευση της δυσφαγίας; Είναι το τεστ EDSQ μια αποτελεσματική μέθοδος για την αξιολόγηση της δυσκολίας

κατάποσης σε ηλικιωμένους; Ποιο είναι το ποσοστό ασθενών μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο που εμφανίζουν δυσφαγία και ποιο είναι το ποσοστό των ασθενών που εμφανίζουν δυσκολίες στην σίτιση και στην κατάποση, δίχως όμως να έχουν επιβαρυνμένο ιατρικό ιστορικό; Υπάρχουν διαφορές στην εκδήλωση συμπτωμάτων μεταξύ των δύο φύλων και των ηλικιών; Πώς μεταβάλλεται ο κορεσμός των ατόμων με δυσφαγία σύμφωνα με το pulse oximetry test; Επιβαρύνουν οι ασθενείς με διαταραχές σίτισης και κατάποσης τους φροντιστές τους; Ποιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν οι φροντιστές ατόμων με διαταραχές σίτισης και κατάποσης;

Σκοπός & Στόχοι: Η δυσφαγία και γενικότερα τα προβλήματα σίτισης και κατάποσης είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα υγείας στον γηριατρικό πληθυσμό. Η εμφάνιση δυσφαγίας μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο δεν είναι σπάνια και σε συνάρτηση με το γήρας της ηλικίας, χρίζεται επιτακτική η ανάγκη προ συμπτωματικού ελέγχου κατάποσης. Ακόμη, εξίσου σημαντική χρίζεται και η αξιολόγηση πιθανής δυσφαγίας ατόμων τρίτης ηλικίας, που δεν έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, δεν έχουν λάβει διάγνωση διαταραχών κατάποσης αλλά παρουσιάζουν δυσκολίες σε αυτούς του τομείς. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας μερικές φορές αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εφαρμογή των τρεχόντων εργαλείων προ συμπτωματικού και συμπτωματικού ελέγχου σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Για τον λόγο αυτό, διενεργούμε την έρευνα αυτή, έτσι ώστε να εξετάσουμε αν το Gugging Swallowing Screen καθώς και το Ερωτηματολόγιο Συμπτωμάτων Εύκολης Δυσφαγίας (EDSQ) είναι αξιόπιστα εργαλεία τα οποία μπορεί να ανιχνεύσουν έγκαιρα την δυσφαγία. Η αξιολόγηση της μεταβολής του κορεσμού μέσω της χορήγησης του pulse oximetry test, είναι ένας τρόπος επαλήθευσης των ευρημάτων της ύπαρξης δυσφαγίας, ενώ η χορήγηση σύντομων ερωτηματολογίων στους φροντιστές και τους ασθενείς, αποτελούν σημαντική αρωγή για την ευρύτερη κατανόηση της φύσης μιας τόσο σπουδαίας διαταραχής. Αν τα αποτελέσματα είναι αξιόπιστα και επαρκούν, στόχος μας είναι η στάθμιση των εργαλείων στην ελληνική, προκειμένου να γίνει χρήση στον ελληνικό πληθυσμό. Τέλος, με βάση τα αποτελέσματα, θα συγκρίνουμε την εγκυρότητα του Gugging Swallowing Screen και του ερωτηματολόγιο Συμπτωμάτων Εύκολης Δυσφαγίας.

Μεθοδολογία: Οι συμμετέχοντες της έρευνας θα πρέπει να είναι ασθενείς που διαμένουν σε νοσοκομειακή μονάδα ή σε γηροκομείο, ενώ θα υπάρξει συμμετοχή και από υγιή γηριατρικό πληθυσμό. Οι συμμετέχοντες με την βοήθεια του κλινικού θα αξιολογηθούν με τις παρακάτω διαδικασίες: 1. Συμπλήρωση Φόρμας Δημογραφικών Δεδομένων και μικρού ιστορικού, 2. Χορήγηση του τεστ Gugging Swallowing Screen, το οποίο αποτελείται από 3 δοκιμασίες κατάποσης στερεών, ημιστερεών και υγρών. 3. Ερωτηματολόγιο Συμπτωμάτων Εύκολης Δυσφαγίας (αποτελείτε από 12 ερωτήσεις κλειστού τύπου), 4. Εφαρμογή του pulse oximetry test και 5. Χορήγηση ερωτηματολογίου (10 ερωτήσεων) για την φύση της διαταραχής. Τέλος, ένα ερωτηματολόγιο σύντομης συμπλήρωσης θα δοθεί στους φροντιστές των συμμετεχόντων ασθενών προκειμένου να επιτευχθεί μια σύντομη ανασκόπηση των δυσκολιών που οι ίδιοι αντιμετωπίζουν. Αφού συλλέξουμε τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων θα προχωρήσουμε αρχικά σε στατιστική και ποιοτική ανάλυση των δεδομένων, κι έπειτα θα προβούμε σε σύγκριση των αποτελεσμάτων των ασθενών με τα αποτελέσματα του υγιή πληθυσμού. Έτσι, θα επιδιώξουμε να απαντήσουμε επαρκώς στα ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε.

ΕΝΟΤΗΤΑ 1

(ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ)

1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΣΗ

Η διαδικασία της κατάποσης αποτελεί μία σύνθετη λειτουργία η οποία αποσκοπεί στην εξυπηρέτηση της θρέψης και της ενυδάτωσης του ανθρώπινου οργανισμού. Η τροφή, τα υγρά, το σίελο και οποιαδήποτε άλλη ουσία που χορηγείται από το στόμα

μεταφέρονται δια μέσου της στοματικής κοιλότητας, στον φάρυγγα έπειτα περνούν στον οισοφάγο και καταλήγουν στο στόμαχο (Νικολαΐδου, Α.,2019).

Μια τόσο σπουδαία διαδικασία, αποτελεί μία σύνθετη λειτουργία στην οποία συμμετέχει μια πληθώρα νεύρων και μυών του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου και του στόμαχου, που πρέπει να συντονίζονται αρμονικά μεταξύ τους. Η εκπόνηση του συντονισμού όλων των συστημάτων, λαμβάνει χώρα στην περιοχή του εγκεφαλικού στελέχους, και συγκεκριμένα, στο καταποτικό κέντρο αυτού (Νικολαΐδου, Α.,2019) . Οι προσωπικοί, λαρυγγικοί, οισοφαγικοί μύες καθώς και οι μύες άνωθεν και κάτωθεν του υοειδούς οστού είναι μερικοί από τους σημαντικότερους μύες που διακατέχουν ενεργό ρόλο κατά την διάρκεια μια υγιούς κατάποσης (Νικολαΐδου, Α.,2019) ενώ, η λειτουργία των φαρυγγικών μυών είναι ζωτικής σημασίας στην διαδικασία αυτή, καθώς συμβάλουν στην προώθηση του βλωμού στον οισοφάγο (Molfenter, S. M., Hsu, C. Y., Lu, Y., & Lazarus, C. L., 2018). Μερικά από τα νεύρα που λαμβάνουν μέρος στην διαδικασία της κατάποσης καθώς και τα συμπτώματα που εκδηλώνονται όταν παρουσιάζεται κάποια βλάβη σε αυτά, αναγράφονται στον πίνακα 1.

Επομένως, η φυσιολογική κατάποση, ορίζεται όταν δεν υπάρχει κάποια βλάβη στους μηχανισμούς της κατάποσης, τα νεύρα και οι μύες που συντελούν στην διαδικασία αυτή λειτουργούν κατά φύσιν εξασφαλίζοντας έτσι στο άτομο μία ασφαλή πόση και σίτιση. Ωστόσο, όταν προκληθεί κάποια βλάβη, δυσλειτουργία, διαταραχή ή καταστροφή στα όργανα που λαμβάνουν ενεργό ρόλο στη φυσιολογική λειτουργία της κατάποσης, αυτή παύει να είναι φυσιολογική (Thomas Murry, Ricardo L. Carrau, 2014).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΝΕΥΡΑ

ΝΕΥΡΑ	ΙΔΙΩΤΗΤΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΒΛΑΒΗΣ
Τρίδυμο νεύρο, V	Υπεύθυνο για τις κινήσεις της στοματικής κοιλότητας.	Μισάνοικτο στόμα, ατελή σύγκλιση δοντιών, αργό δάγκωμα.

Προσωπικό νεύρο, VII	Υπεύθυνο για την γεύση, την έκκριση σιέλου, τις εκφράσεις του προσώπου κ.α.	Διαταραχές στην γεύση.
Πνευμονογαστρικό νεύρο, X	Αποτελεί σημαντικό κινητικό νεύρο, του αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος.	Απώλεια φαρυγγικού αντανάκλαστικού, διαταραχές κατάποσης, δυσκαταποσία.
Υπογλώσσιο, XII	Υπεύθυνο για τις κινήσεις της γλώσσας.	Διαταραχές λειτουργίας της γλώσσας, δυσκολίες κατάποσης.
Γλωσσοφαρυγγικό, IX	Υπεύθυνο για την κατάποση και γεύση.	Ελάττωση φαρυγγικού αντανάκλαστικού, ελαφρά δυσκαταποσία, πάρεση του φάρυγγα.

1.2. ΣΤΑΔΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

Η διαδικασία της φυσιολογικής κατάποσης διακρίνεται σε τέσσερα στάδια τα οποία εξυπηρετούν στη προώθηση του βλωμού μέσω ποικίλων δομών. Αρχικά, ενεργοποιείται το προπαρασκευαστικό στάδιο, στο οποίο η τροφή, με την βοήθεια της εκούσιας μάσησης αναμιγνύεται με σίελο προκειμένου να πάρει την κατάλληλη σύσταση. Η δημιουργία του βλωμού και η προώθηση του πραγματοποιείται κατά το στοματικό στάδιο ενώ, ακολουθεί το φαρυγγικό στάδιο με την μεταφορά του βλωμού στον φάρυγγα και την ταυτόχρονη μέριμνα για την αποφυγή διέλευσης υγρών στους πνεύμονες. Τέλος, η προώθηση του βλωμού στον οισοφάγο και η κατάληξή του στο στομάχι, συντελούνται κατά την διάρκεια του οισοφαγικού σταδίου.

Παρακάτω γίνεται μια ειδικότερη ανασκόπηση των σταδίων της κατάποσης.

Α. ΠΡΟΠΑΡΑΣΚΕΥΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Το στάδιο της προπαρασκευαστικής διαδικασίας αποτελεί μια εκούσια λειτουργία και περιλαμβάνει την πρόσληψη τροφής ή υγρού από το στόμα και την προετοιμασία του για κατάποση. Το άτομο, μασάει την τροφή του η οποία αναμειγνύεται με την σίελο προκειμένου να μετατραπεί σε βλωμό. Η φάση αυτή της κατάποσης, γενικά, αποτελεί μια φάση μεταφοράς όταν η γλώσσα ενεργοποιείται προκειμένου ο βλωμός να λάβει την απαραίτητη θέση εντός της στοματικής κοιλότητας, και φάση σύνθλιψης όταν πλέον αυτός λάβει την απαραίτητη σύσταση για να πραγματοποιηθεί η διαδικασία της φυσιολογικής κατάποσης (Thomas Murry, Ricardo L. Carrau, 2014).

Β. ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Κατά το στοματικό στάδιο ο βλωμός που έχει δημιουργηθεί μεταφέρεται στο στοματοφάρυγγα μέχρι την έκκληση του αντανεκλαστικού της κατάποσης και η κατάποση παύει πλέον να αποτελεί εκούσια διαδικασία. Ο χρόνος του στοματικού σταδίου στον υγιή πληθυσμό διαρκεί 0.35s-1.54s για τα υγρά, 0.39-1.05s για τα ημίρρευστα και 1s-12.8s για τα στερεά. Είναι σημαντικό να σημειωθεί, πως όσο αυξάνεται η ηλικία του ατόμου και ιδίως όταν αναφερόμαστε στον γηριατρικό πληθυσμό, οι παραπάνω τιμές παρουσιάζουν αύξηση (Ζαραμπούτη, Δ. Ε., 2021) .

Γ. ΦΑΡΥΓΓΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Στο στάδιο αυτό ενεργοποιείται το αντανεκλαστικό της κατάποσης. Η γλώσσα προωθεί τον βλωμό στον φάρυγγα κι έτσι πλέον λαμβάνει χώρα η διαδικασία της φαρυγγικής κατάποσης. Ειδικότερα, όταν δεν υπάρχει κάποια παθολογία, ο φάρυγγας κλείνει, η βάση της γλώσσας ανασύρεται προς το οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα, το υοειδές οστό και ο λάρυγγας αρχίζουν να κινούνται ενώ ταυτόχρονα ο αεραγωγός κλείνει, ενεργοποιείται η σύσπαση των μυών του φάρυγγα και εκτελείται το άνοιγμα των άνω οισοφαγικών σφιγκτήρων (Christmas, C., & Rogus-Pulia, N., 2019).

Είναι σημαντικό να επισημανθεί πως η επιγλωττίδα κατασπάται πάνω στις αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές προκειμένου να προστατευθεί η αναπνευστική οδός και να εμποδιστεί η είσοδος της τροφής στην τραχεία. Έτσι, αν οι λαρυγγικοί προπαρασκευαστικοί μηχανισμοί παρουσιάζουν δυσλειτουργία, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εισρόφησης (Ζαραμπούτη, Δ. Ε., 2021) .

Δ. ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Το οισοφαγικό στάδιο αποτελεί το τελευταίο από τα στάδια της κατάποσης. Στο σημείο αυτό ο βλωμός προωθείται προς στα κάτω, στον οισοφάγο και καταλήγει στον στόμαχο. Κατά την μεταφορά του βλωμού ο κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας παραμένει χαλαρός, ενώ όταν τελικά ο βλωμός εισέλθει στον στόμαχο, κλείνει προκειμένου να αποφευχθεί η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ), (Ζαραμπούτη, Δ. Ε. (2021). Η ολοκλήρωση αυτού του σταδίου διαρκεί μονάχα λίγα δευτερόλεπτα. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως ο οισοφάγος δεν είναι ένας παθητικός αγωγός αλλά συμβάλει στον έλεγχο οξέος και στη προστασία του βλεννογόνου (Thomas Murry, Ricardo L. Carrau, 2014).

1.3. ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΤΟΝ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.

Η φυσιολογία της κατάποσης αλλάζει με την πρόοδο της ηλικίας καθώς παρουσιάζεται μείωση της μυϊκής μάζας και της ελαστικότητας του συνδετικού ιστού. Έτσι, η προετοιμασία της τροφής από το στόμα καθώς και η μεταφορά του βλωμού μέχρι τον στόμαχο, πραγματοποιούνται με πιο αργούς ρυθμούς επηρεάζοντας όλα τα στάδια της κατάποσης (Φράγκου, Χ. (2021), ενώ συχνά παρατηρούνται και υπολείμματα μετά την κατάποση στον ανώτερο αεραγωγό (Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012). Η εν λόγω καθυστέρηση στην διαδικασία της κατάποσης, είναι σημαντικό να αποσαφηνιστεί πως δεν σχετίζεται απόλυτα με την εμφάνιση παθολογίας στους μηχανισμούς που την πλαισιώνουν (Φράγκου, Χ., 2021) . Το 70-90% των ηλικιωμένων ασθενών με ή χωρίς υποκείμενη νευρολογική πάθηση εμφανίζουν δυσκολία στην κατάποση (Thomas Murry, Ricardo L. Carrau, 2014).

Γενικά, το γήρας είναι συνυφασμένο με ποικίλες τροποποιήσεις σε ολόκληρο τον ανθρώπινο οργανισμό επηρεάζοντας πολλούς τομείς. Η μειωμένη παραγωγή σίελου, η αδυναμία του στοματοπροσωπικού μηχανισμού, η -ανά περιπτώσεις- γλωσσική υπερτροφία, το μειωμένο εύρος κίνησης ή η δυσλειτουργία της γλώσσας, του φάρυγγα, του λάρυγγα και του οισοφάγου δυσχεραίνουν το σπουδαίο έργο της φυσιολογικής κατάποσης, δημιουργώντας αυξημένες πιθανότητες εισρόφησης (Thiyagalingam, S., Kulinski, A. E., Thorsteinsdottir, B., Shindelar, K. L., & Takahashi, P. Y., 2021).

1.3.1. ΠΡΕΣΒΥΦΑΓΙΑ

Όταν, λοιπόν, αναφερόμαστε στη μεταβολή των σταδίων κατάποσης λόγω γήρατος, κάνουμε λόγο για πρεσβυφαγία. Αυτή η φυσιολογική μεταβολή στην κατάποση λόγω μετατροπών της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού, μπορεί υπό συνθήκες να οδηγήσει σε δυσφαγία, σε ένα γηριατρικό δηλαδή σύνδρομο (Thiyagalingam, S., Kulinski, A. E., Thorsteinsdottir, B., Shindelar, K. L., & Takahashi, P. Y., 2021), και πλέον τα στάδια της φυσιολογικής κατάποσης δεν υπόκεινται στις “νόρμες” αυτής αλλά τροποποιούνται.

Η πρεσβυφαγία δεν εμφανίζει συμπτώματα και είναι αποτέλεσμα όλων των φυσιολογικών μεταβολών της κεφαλής του λαιμού, της μυϊκής απώλειας αλλά και κάποια γηριατρικής ασθένειας (Alecxih, L., Shen, S., Chan, et al., 2019).

1.3.2. ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

Κατά την προπαρασκευαστική φάση, η οποία αφορά την προετοιμασία της τροφής, απαιτείται η συνεργασία πολλών δομών, όπως είναι οι οδοντές, οι μασητήρες μύες, οι σιελογόνοι αδένες κ.α. Στο γηριατρικό πληθυσμό, οι δομές αυτές παρουσιάζουν μειωμένη λειτουργία που δεν είναι πάντοτε επαρκής. Ως εκ τούτου, η διαταραχή της μάσησης, η ξηροστομία καθώς και ο μεγαλύτερος όγκος του βλωμού δεν είναι σπάνιες στα ηλικιωμένα άτομα.

Την προπαρασκευαστική φάση της κατάποσης, όπως είναι γνωστό, διαδέχεται η φαρυγγική και η οισοφαγική. Κατά την πρώτη, ενεργοποιείται το αντανεκλαστικό της κατάποσης, το οποίο στον γηριατρικό πληθυσμό, εμφανίζει καθυστέρηση. Λόγω των ανατομικών διαφοροποιήσεων αλλά και της καθυστερημένης έναρξης του αντανεκλαστικού της κατάποσης, ο βλωμός μπορεί είτε να μεταβεί προς την τραχεία είτε να παραμείνουν υπολείμματα του στον φάρυγγα (Dejaeger, M., Liesenborghs, C., & Dejaeger, E., 2015, September), ενέργειες που μεταβάλλουν τη φυσιολογική λειτουργία της κατάποσης. Κατά την δεύτερη, η κινητικότητα του οισοφάγου δεν εκτελείται με την ίδιο τρόπο επιφέροντας μεταβολές και στη διαδικασία της περίστασης (Dejaeger, M., Liesenborghs, C., & Dejaeger, E., 2015, September). Η διαδικασία αυτή, αποτελεί σημαντικό βήμα για την προώθηση του βλωμού στο στόμαχο (Thomas Murry, Ricardo L. Carra., 2014), καθώς περιλαμβάνει ένα σύνολο συσπάσεων, προωθητικών για τον βλωμό.

Παρά του ότι προαναφέρθηκαν μια σειρά από μεταβολές που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό ατόμων των οποίων η ηλικία υπερβαίνει τα 65 έτη, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της κατάποσης παραμένουν αλλόβητες. Οι μεταβολές στη κατάποση του γηριατρικού πληθυσμού ορίζονται ως πρεσβυφαγία και αποτελούν μια φυσιολογική εξέλιξη του ανθρώπινου οργανισμού.

2.ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Η δυσφαγία είναι μια διαταραχή του φυσιολογικού μηχανισμού της κατάποσης. Συγκεκριμένα, η δυσφαγία ορίζεται ως η αντικειμενική δυσλειτουργία στην κατάποση, προκαλώντας καθυστέρηση στη διέλευση ενός υγρού ή στερεού βλωμού, ή η λάθος κατεύθυνση στη μεταφορά ενός υγρού ή/και στερεού βλωμού από την στοματική κοιλότητα στο στομάχι κατά την διάρκεια του στοματοφαρυγγικού ή οισοφαγικού σταδίου της κατάποσης. [Azer, S. A., et.al. (2023)]. Επομένως, η δυσφαγία αποδίδει συγκεκριμένα το πρόβλημα στον οισοφάγο. [Wolf, D. C. (1990)]

Αυτή η καθυστέρηση μπορεί να είναι παροδική, διαρκώντας λίγα μόλις δευτερόλεπτα, ή στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, μόνιμη. Η περιοδικότητα αυτή μπορεί

να ποικίλλει και οι δυσκολίες να λαμβάνουν μέρος ανά τακτά χρονικά διαστήματα ή σε κάθε προσπάθεια κατάποσης. [Abdel Jalil AA, et. Al. (2015)]. Ο κίνδυνος για διαταραχή της στοματοφαρυγγικής κατάποσης (δυσφαγία) αυξάνεται με την ηλικία και οι ασθενείς με στοματοφαρυγγική δυσφαγία συχνά αναφέρουν πνιγμό, βήχα, σιελόρροια, ρινική παλινδρόμηση, δυσφαγία ή την ανάγκη επανειλημμένης κατάποσης για την απομάκρυνση της τροφής από το στόμα. Μπορεί να εμφανίσουν βραχνάδα ή αλλαγές στη φωνή, συμπεριλαμβανομένης μιας «υγρής» φωνής. Οι ασθενείς συχνά κατηγορούν τα συμπτώματά τους στο λαιμό. (Wilkinson, J. M. , et. Al. 2021). Η δυσφαγία, αν δεν διαγνωστεί άμεσα μπορεί ακόμη να επιφέρει διάφορες επιπλοκές οι οποίες αφορούν είτε τις συνέπειες της εισρόφησης (πνευμονία, ασφυξία κα.) είτε τις συνέπειες της αλλαγής της δίαιτας των ασθενών (Fang, W. J., Zheng, F., Zhang, L. Z., et al, 2022) .

2.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΥΣΦΑΓΙΩΝ

Η ταξινόμηση της δυσφαγίας, ανάλογα με το σημείο που εντοπίζεται, περιλαμβάνει τη στοματοφαρυγγική, την οισοφαγική, την οισοφαγογαστρική και την παραοισοφαγική φάση. Όλες οι παράπανω (εκτός από την παραοισοφαγική δυσφαγία) μπορούν να προκληθούν είτε από κινητικές διαταραχές είτε από φυσική στένωση του οισοφάγου ενώ η παραοισοφαγική δυσφαγία οφείλεται σε εξωτερική συμπίεση ή διήθηση του οισοφάγου που οδηγεί σε στένωση του αυλού. [Wolf, D. C. (1990)] .

Η στοματοφαρυγγική δυσφαγία περιλαμβάνει τους ασθενείς με δυσκολία μεταφοράς ενός βλωμού στερεάς ή υγρής τροφής από τη στοματική κοιλότητα στον αυχενικό οισοφάγο κατά την διάρκεια της κατάποσης. [Thiyagalingam, S., et. al.(2021)]. Συνήθως, οφείλεται για την παρουσία διάφορων επιπλοκών , όπως την αίσθηση κολλήματος τροφής ή υπολείμματα τροφής στον φάρυγγα και τις γύρω ανατομικές περιοχές , βήχα και πνιγμό, αφυδάτωση, υποσιτισμός , επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του θώρακα ή παλινδρόμηση καθώς και συμπτώματα πνευμονικής εισρόφησης και ρινική αναρροή. Η πνευμονία από αναρρόφηση προκαλείται από την είσοδο υλικού (όπως φαρυγγικές εκκρίσεις, τρόφιμα ή ποτά, ή

περιεχόμενο του στομάχου) από τον στοματοφάρυγγα ή τη γαστρεντερική οδό στο λάρυγγα και το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα και μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για την ασφάλεια, την ευημερία και την ποιότητα ζωής των ασθενών.[Rommel, N., & Hamdy, S. (2015)].

Η δυσφαγία του οισοφάγου εμφανίζεται όταν υπάρχει δυσλειτουργία στη μεταφορά ενός στερεού ή υγρού υλικού μέσω του οισοφάγου, ειδικότερα στην περιοχή μεταξύ του άνω και του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα. Η δυσφαγία προκύπτει από ανώμαλη κινητικότητα ή αυθόρμητη απόφραξη αυτού του τμήματος του οισοφάγου. [Wolf, D. C. (1990).] Η οισοφαγική δυσφαγία εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα, μεταξύ 60-70 ετών και συχνά μπορεί να συνυπάρχει με την στοματοφαρυγγική. Συνήθως ασθενείς με οισοφαγική δυσφαγία δεν έχουν λογοπαθολογικές διαταραχές.

Η Οισοφαγογαστρική δυσφαγία παρουσιάζεται όταν υπάρχει δυσλειτουργία στη διέλευση υλικού από τον κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα στον γαστρικό βυθό λόγω κινητικής ή φυσικής απόφραξης. Τέλος, η παραοισοφαγική δυσφαγία προκύπτει όταν υπάρχει είτε ηθελημένη πρόσκρουση στο τοίχωμα και τον αυλό του οισοφάγου είτε διήθηση του τοιχώματος του οισοφάγου με αποτέλεσμα να οδηγεί σε απόφραξη. [Wolf, D. C. (1990)].

2.2. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΙΑ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Η δυσφαγία δεν είναι από μόνη της ασθένεια αλλά προκύπτει από μια ποικιλία ιατρικών καταστάσεων. [Rommel, N., & Hamdy, S. (2015)]. Πολλές από αυτές μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη διαδικασία της κατάποσης, συμπεριλαμβανομένων νευρολογικών, μυϊκών, δομικών, μηχανικών, κινητικών λειτουργικών και αισθητηριακών ασθενειών. [Azer, S. A., et. Al. (2023)]. Εξαιτίας των διαφορετικών οργάνων που συμμετέχουν σε κάθε ένα από τα στάδια της κατάποσης και της ταξινόμησης των διαφορετικών τύπων δυσφαγίας, η αιτιοπαθογένεια της διαταραχής, ποικίλει ανάλογα τον τύπο αυτής. Ωστόσο, υπάρχουν κι άλλες αιτίες όπως διάφορες διαταραχές ή φάρμακα που σχετίζονται με την δυσφαγία.

Α) ΑΙΤΙΑ ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΓΙΚΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑ

Η στοματοφαρυγγική δυσφαγία είναι η πιο συχνή μορφή δυσφαγίας καθώς απαντάται στα $\frac{3}{4}$ των περιπτώσεων και προκύπτει από νευρομυϊκή νόσο αλλά και από ανατομικές ανωμαλίες του στοματοφάρυγγα. Η πιο συχνή αιτία σχετίζεται με τη δυσλειτουργία της χαλάρωσης του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα και της έλλειψης συντονισμού μεταξύ της χαλάρωσης και της σύσπασης του φάρυγγα. [Wolf, D. C. (1990)] γι' αυτό και αρκετοί ασθενείς με στοματοφαρυγγική δυσφαγία συχνά εκφράζουν παράπονα για αίσθηση «κολλήματος» της τροφής στον λαιμό σαν κόμπο ή για την ύπαρξη υπολείμματος τροφής σαν μάζα στον λαιμό. (Carucci, L. R., et. Al., (2015)).

Οι στοματοφαρυγγικές διαταραχές συνήθως προκύπτουν από προβλήματα στην λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) αλλά και εξαιτίας κινητικών διαταραχών του περιφερικού νευρικού συστήματος (ΠΝΣ). (Reginelli, Pezzullo, Scaglione, & et al, 2008). Το εγκεφαλικό επεισόδιο (ΕΕ), οι ακτινοσκοπήσεις ή ο καρκίνος της κεφαλής και του τραχήλου, κάποια προοδευτική νευρολογική νόσο (π.χ. άνοια, πλάγια αμυοτροφική σκλήρυνση, νόσο του Πάρκινσον), οι νευρομυϊκές παθήσεις, οι κακοήθειες στην περιοχή του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα και της υπερώας αλλά και οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (ΚΕΚ), είναι μερικές από τις συχνές αιτίες εμφάνισης στοματοφαρυγγικών δυσφαγιών. [Christmas, C., et. Al. (2019) /Kim, J. P., & Kahrilas, P. J. (2019)].

Οι δομικές βλάβες της στοματοφαρυγγικής περιοχής περιλαμβάνουν συνήθως νεοπλασία, συγγενείς ιστούς και εκκολπώματα Zenker. [Rommel, N., & Hamdy, S. (2015)]. Παράγουν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που προκαλούνται από κινητικές διαταραχές, αλλά, σε αντίθεση με τις κινητικές ανωμαλίες, αυτά είναι συχνά αδιάκοπα και προοδευτικά.

Β) ΑΙΤΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Η οισοφαγική δυσφαγία μπορεί να οφείλεται σε μηχανική απόφραξη ή διαταραχές κινητικότητας [Azer, S. A., et. Al. (2023)], γι' αυτό και είναι σημαντικό να εξετάζεται μεθοδικά και με ιδιαίτερη προσοχή το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, το

οποίο μπορεί να αποβεί πολύ χρήσιμο για την εξέταση των αιτιολογιών, οδηγώντας στην κατάλληλη επεξεργασία. [Christmas, C., & Rogus-Pulia, N. (2019)].

Εάν η οισοφαγική δυσφαγία αρχίζει μόνο με στερεά, αλλά με την πάροδο του χρόνου περιλαμβάνει και υγρά, υποδηλώνει περισσότερο μηχανικό πρόβλημα, όπως όγκο ή στένωση, ενώ όταν αρχίζει τόσο με στερεά όσο και με υγρά, υποδηλώνει εξαρχής κινητικό πρόβλημα, όπως αχαλασία, σκληρόδερμα ή οισοφαγικό σπασμό. [Mari A, Tsoukali E, Yaccob A.,(2020)] [Christmas, C., & Rogus-Pulia, N. (2019)]. Η δυσφαγία μπορεί να είναι διαλείπουσα (π.χ. δακτύλιος Schatzki, σπασμός οισοφάγου) ή μόνιμη (όπως σε στένωση οισοφάγου, καρκίνωμα, αχαλασία, σκληρόδερμα, αναποτελεσματική κινητικότητα οισοφάγου) (Philpott H, Garg M, Tomic D, Balasubramanian S, Sweis R. ,2017).

Γ) ΆΛΛΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

Ως λειτουργικές ανωμαλίες χαρακτηρίζονται οι βλάβες που επηρεάζουν τη γνάθο, τα χείλη, τη γλώσσα ή τις παρειές και μπορούν να παρεμποδίσουν τη στοματική φάση ή την επεξεργασία της τροφής στην στοματική κοιλότητα. Για παράδειγμα, η ασθενής σύσπασης της γλώσσας και της μαλακής υπερώας μπορεί να προκαλέσει πρόωρη διαφυγή του βλωμού στον φάρυγγα, ειδικότερα στην κατάποση υγρών. Ως αποτέλεσμα μυϊκής αδυναμίας ή έλλειψης συντονισμού, αποτελούν οι διαταραχές λειτουργίας της γλώσσας και του φάρυγγα, οι οποίες παρεμποδίζουν την φυσιολογική μάσηση καθώς και τον σχηματισμό και την μεταφορά του βλωμού, με αποτέλεσμα να έχουν ως συνέπεια την παρουσία υπολειμμάτων στην φαρυγγική κοιλότητα μετά την κατάποση. [Matsuo, K.,et. al., (2008)].

Τέλος, η αδυναμία σφραγίσματος του ρινοφάρυγγα, αποτελεί αίτιο εμφάνισης ρινικής αναρροής και μειωμένης φαρυγγικής πίεσης κατά την κατάποση ενώ ταυτόχρονα η αναποτελεσματική διάνοιξη του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΑΟΣ), εμποδίζει την διέλευση του βλωμού προς το στομάχι, με συνέπεια την παρουσία υπολειμμάτων στους απιοειδείς βόθρους και στον υποφάρυγγα αυξάνοντας τις πιθανότητες για εισρόφηση. [Matsuo, K.,et. al., (2008)] .

Παρόμοιες δυσκολίες με τις λειτουργικές διαταραχές, μπορεί να προκαλέσουν και οι αισθητηριακές διαταραχές. Τα ελλείποντα δόντια μειώνουν τη λειτουργία μάσησης. Όταν ο χρόνος μάσησης παρατείνεται λόγω έλλειψης δοντιών, το μέγεθος των σωματιδίων των αλεσμένων σφαιριδίων γίνεται μεγαλύτερο λόγω της λιγότερο αποτελεσματικής μάσησης. Η ξηροστομία, η οποία είναι συχνό φαινόμενο και στους ασθενείς με καρκίνο της κεφαλής και του τραχήλου, δυσκολεύει την επεξεργασία τροφίμων, των σχηματισμός χαπιών και την μεταφορά χαπιών για κατανάλωση. [Matsuo, K., et. al. (2008)].

Επιπλέον, αρκετές ρευματολογικές διαταραχές είναι γνωστό ότι προκαλούν δυσφαγία μέσω διάφορων μηχανισμών. Κάθε μία μπορεί επίσης να επιδεινώσει τη δυσφαγία που οφείλεται σε άλλα αίτια. Συχνές ρευματολογικές διαταραχές που μπορεί να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν τη δυσφαγία είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, το σύνδρομο Sjögren, η περιορισμένη δερματική συστηματική σκλήρυνση και τα μικτά νοσήματα του συνδετικού ιστού. [Azer, S. A., et. Al. (2023)].

Τέλος, ακόμη και διάφορα φάρμακα μπορεί να οφείλονται στην εμφάνιση της δυσφαγίας. Η ξηροστομία και αλλαγές στην κινητικότητα του οισοφάγου αποτελούν τους βασικότερους μηχανισμούς με τους οποίους κάποια τα φάρμακα μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση της δυσφαγίας. Επίσης, η δυσφαγία μπορεί να είναι δευτερογενής στην ανάπτυξη οισοφαγίτιδας που προκαλείται από φάρμακα ή στην ανάπτυξη γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Επιπλέον, ανοσοκατασταλικά φάρμακα μπορούν εύκολα να οδηγήσουν σε οισοφαγική λοίμωξη με επακόλουθη συνέπεια τη δυσφαγία. Παραδείγματα αυτών των φαρμάκων είναι τα αντιψυχωσικά (π.χ. ολανζαπίνη, κλοζαπίνη), το τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό, τα συμπληρώματα καλίου, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τα διφωσφονικά, οι αναστολείς διαύλων ασβεστίου, τα οπιοειδή κ.α. [Azer, S. A., et. Al. (2023)].

2.3. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΔΥΣΦΑΓΙΑ

Η δυσφαγία μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο (ΕΕ), είναι μια κοινή επιπλοκή γνωστή ως “PSD” (Post-Stroke Dysphagia), η οποία πλήττει τους ασθενείς

τις πρώτες ώρες αλλά και ημέρες μετά το ΕΕ και μπορεί να επιφέρει υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας (Fang, W. J., Zheng, F., et al., 2022). Σε πολλούς ασθενείς η κατάποση επανέρχεται αυθόρμητα όμως στο 11-50% η κατάποση εξακολουθεί να υφίσταται για περίπου έξι μήνες μετά το ΕΕ. [Cohen, D. L., et al.(2016)] . Βλαβες που αφορούν ΕΕ στο φλοιώδες ημισφαίριο , ή στο υποφλοιώδες ημισφαίριο ή ακόμα στο εγκεφαλικό στέλεχος μπορεί να προκαλέσουν δυσκολίες κατάποσης ή δυσφαγία [Jones, C. A., et al (2020)].Η εισρόφηση προσλαμβανόμενων τροφών, υγρών ή στοματικών εκκρίσεων που προκαλεί η δυσφαγία κρίνεται ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για πνευμονία μετά το ΕΕ .[Cohen, D. L., et al.(2016)] . Κάποιοι από τους προγνωστικούς παράγοντες δυσφαγίας μετά από ΕΕ είναι : το ανδρικό φύλλο, το αιμορραγικό έναντι του ισχαιμικού εγκεφαλικού, η εμπλοκή προσθίας ή μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας , η απόφραξη μεγάλων έναντι μικρών αγγείων , η παράλυση προσώπου , η παρουσία δυσαρθρίας ,οι γνωστικές διαταραχές ή η ανοία. [Jones, C. A., et al (2020)].

2.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Κάποια από τα συμπτώματα της στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας είναι η καθυστέρηση της στοματοφαρυγγικής έναρξης, ο απογευματινός βήχας , η ρινική εισρόφηση ,η σιελόρροια , η βραχνάδα ή υγρή φωνή ,η επανειλημμένη κατάποση για τον καθαρισμό ρινικών εκκρίσεων και οι αίσθηση «ξένου σώματος». [Wilkinson JM, et. Al. (2021)] .

Συμπληρωματικά, στην οισοφαγική δυσφαγία τα συμπτώματα περιλαμβάνουν την παλινδρόμηση άπεπτης τροφής, που είναι χαρακτηριστικό της αχαλασίας ή του εκκολπώματος Zenker, καθώς και την δυσκολία κατάποσης που γίνεται αισθητή κυρίως με έντονους πόνους στο στήθος και σπασμούς . [Azer, S. A., et. Al. (2023)]

Επιπροσθέτως , επιπλέον συμπτώματα όπως περιστατικά πνιγμονής, η αλλαγή της πρόσληψης τροφής ή η ανάγκη για εναλλακτικές οδούς σίτισης (όπως ο Ρινόγαστρικός σωλήνας, Levin) σε ασθενείς με δυσφαγία μπορεί να προκαλέσουν κοινωνική αμηχανία, έλλειψη απόλαυσης του φαγητού, απώλεια βάρους ,συντόμευση προσδόκιμου ζωής και μειωμένη συμμετοχή σε καθημερινές

δραστηριότητες, οι οποίες μπορεί να έχουν βαθιές ψυχοκοινωνικές συνέπειες για το άτομο καθώς και αυξημένη επιβάρυνση των φροντιστών και της οικογένειά του.[Rommel, N., & Hamdy, S. (2015) / Kjaersgaard, A, et. Al.(2020)]. Τα άτυπα συμπτώματα της δυσφαγίας περιλαμβάνουν την παλινδρόμηση που σχετίζεται με τα γεύματα, την τάση για έμετο , το αίσθημα πληρότητας και ο λόξυγγας κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Τέλος, η ξηροστομία συχνά συνδέεται με την δυσφαγία και αποτελεί συχνό σύμπτωμα στους ηλικιωμένους και εμφανίζεται σε ποσοστό 16% των ανδρών και 25% των γυναικών. [Cook I. J. (2008)].

2.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Ένας από τους κύριους λόγους παραπομπής για διερεύνηση της δυσφαγίας είναι ο κίνδυνος αναρρόφησης. Το ιατρικό ιστορικό και η φυσική εξέταση είναι απαραίτητα για τον προσδιορισμό της αιτιολογίας της δυσφαγίας και συχνά οδηγούν στη διάγνωση. [Azer, S. A., et.al. (2023)]. Η διάγνωση της δυσφαγίας περιλαμβάνει την τεχνογνωσία πολλών ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της ωτορινολαρυγγολογίας, της γαστρεντερολογίας, της λογοθεραπείας, της νευρολογίας και της ακτινολογίας. Μια ποικιλία κλινικών και ενόργανων διαγνωστικών τεχνικών χρησιμοποιούνται από αυτές τις διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες. [Rommel, N., & Hamdy, S. (2015)] . Η ενόργανη αξιολόγηση περιλαμβάνει τις βιντεοφθοροσκοπικές μελέτες κατάποσης (VFSS) και τις ενδοσκοπικές αξιολογήσεις της κατάποσης με οπτικές ίνες (FEES) ενώ η κλινική τεχνική αποτελεί την αξιολόγηση του ασθενή επι της κλίνης. [Christmas, C., & Rogus-Pulia, N. (2019)]. Συνεπώς , οι εξετάσεις κατάκλισης, η βιντεοφθοροσκοπική μελέτη κατάποσης με κατάποση βαρίου, η ενδοσκόπηση και η μανομετρία σύνθετης αντίστασης υψηλής ευκρίνειας χρησιμοποιούνται συνήθως για να προσδιορίσουν τη διάγνωση. Κάθε μια από αυτές τις τεχνικές έχει πλεονεκτήματα ,περιορισμούς και οι ιδιαιτερότητες . [Azer, S. A., et.al. (2023)].

2.5. ANTIMETΩΠΙΣΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Στη αντιμετώπιση της δυσφαγίας κρίνεται απαραίτητη η παρουσία μίας ομάδας ειδικών που αποτελείται από έναν θεραπευτή κατάποσης, έναν νοσηλεύτη, και έναν διαιτολόγο και έχει αποδειχθεί επωφελής στην την παροχή σωστής περίθαλψης σε ενήλικες με διαταραχές κατάποσης. Ο κοινός τους στόχος είναι η θεραπεία της υποκείμενη διαταραχής, η διαχείριση των συμπτωμάτων και η κάλυψη των διατροφικών αναγκών.[Thiyagalingam, S., et. al.(2021)]. Πριν από κάθε θεραπεία , ο κλινικός πρέπει να έχει συγκέντρωσει όλα τα απαραίτητα στοιχεία που χρειάζεται για την διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου πλάνου θεραπείας. [Brodsky, M. B., et. Al. (2019)]

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την απαλείφηση των διαταραχών κατάποσης είναι η νευρομυϊκή ηλεκτρική διέγερση (NMES) , η ηλεκτρική διέγερση του φάρυγγα (PES) , η φυσική διέγερση και διακρανιακή διέγερση συνεχούς ρεύματος. [Thiyagalingam, S., et. al.(2021)]. Αναλυτικά , ασκήσεις με θερμικά ερεθίσματα , όπως διέγερση με πάγο στον ουρανίσκο ,ή ερεθίσματα με διάφορα εργαλεία, όπως μπατονέτες , βούρτσες και ξυλινές σπάτουλες, βοηθούν στην αύξηση του μυϊκού τόνου και την μείωση της υπερευαισθησία. Επιπλέον, οι στοματοπροσωπικές ασκήσεις κρίνονται σημαντικές διότι ενεργοποιούν την κινητικότητα της γλώσσας και των χειλίων με αποτέλεσμα να βοηθούν στην ενδυναμώση της στοματικής κοιλότητας. Συμπληρωματικά , ο έλεγχος του κορμού με κλίση 45° και της κεφαλής με θέση του πηγουνιού προς τα κάτω διευκολύνει την κατάποση των ηλικιωμένων ή των ασθενών διότι παρεμποδίζουν την είσοδο διάφορων τροφών προς τον λαιμό. Τέλος , οι αλλαγές των διατροφικών συνήθειων του ασθενή είναι απαραίτητες . Διαιτητικά μέτρα πύκνωσης της τροφής (πουτίγκα , νέκταρ) , ειδικά κουτάλια, ποτήρια με μικρή διάμετρο και η πόση νερού ή η κατάποση υγρών τροφών με καλαμάκι είναι καποίες από αυτές . [Cantemir, S., & Laubert, A. (2017)].

2.6. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Ο επιπολασμός της δυσφαγίας ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και η εμφάνιση της στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας ποικίλλει ανάλογα με την υποκείμενη παθοφυσιολογία και τη φύση της εμφάνισης των συμπτωμάτων (προοδευτική έναντι μη προοδευτικής). [Rommel, N., & Hamdy, S. (2015)].

Ο επιπολασμός της δυσφαγίας διαφέρει ανάλογα με την υποκείμενη αιτιολογία, την ηλικία, το περιβάλλον και την πηγή των πληροφοριών [Roden, D. F. & Altman, K. W. (2013)]. Μία από τις καλύτερα διερευνημένες νευρολογικές αιτίες της στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο. Έχει αποδειχτεί ότι η δυσφαγία έπεται από εγκεφαλικό επεισόδιο συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εισρόφησης. [Teasell R, et. al. (2002)].

Αναφερόμενες συχνότητες δυσφαγίας σε ασθενείς με εγκεφαλικό κυμαίνονται στο 19% και 81%. Η εγκαίρη διάγνωση της δυσφαγίας σε αυτούς τους ασθενείς είναι απαραίτητη για την ελάττωση των πνευμονικών επιπλοκών. [Azer, S. A., et.al. (2023)]. Στη νόσο Πάρκινσον (PD), η δυσφαγία εμφανίζεται περίπου στο 50%, στη σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ) εμφανίζεται στο 31.3% και στην άνοια με τα ποσοστά επιπολασμού να ποικίλλουν από 13 έως 57%. Επιπρόσθετα, ο υποσιτισμός και η πνευμονία από εισρόφηση είναι τα πιο συχνά και ενοχλητικά συμπτώματα της δυσφαγίας, με αυξημένο κίνδυνο θανάτου σε ηλικιωμένους και αδύναμους ασθενείς ενώ η πνευμονική αναρρόφηση είναι η πιο κοινή αιτία θανάτου σε ασθενείς με νευρολογικές διαταραχές. [Panebianco M, et.al(2020)]. Στο γενικό πληθυσμό, ο επιπολασμός της δυσφαγίας κυμαίνεται μεταξύ 2,3% και 16%. [Baijens, L. W. , et.al (2016)].

3. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Η δυσφαγία όπως έχει αναφερθεί, είναι μια διαταραχή που ταλανίζει τον γηριατρικό πληθυσμό και συνοδεύεται από μια σειρά μεταβολών στην διαδικασία της κατάποσης. Οι κίνδυνοι που αυτή επιφέρει στον ανθρώπινο οργανισμό, αφορούν την εισρόφηση, την αφυδάτωση, την πλημμελή θρέψη αλλά και τη ψυχική υγεία του εκάστοτε ατόμου ενώ εκτενέστερα πλήττεται και η οικονομική του ευμάρεια

(Thomas Murry, Ricardo L. Carra. (2014) . Γίνεται επομένως, εύκολα αντιληπτό πως μια τόσο σπουδαία διαταραχή που συνοδεύεται από σοβαρές επιπτώσεις σε ποικίλους τομείς, καθιστά την έγκυρη ανίχνευσή της, απαραίτητη. Ωστόσο, μόνο ο εντωπισμός δεν αρκεί. Προκειμένου να ληφθούν τα απαραίτητα για τον ασθενή μέτρα, είναι σημαντικό να προσδιοριστεί και ο τύπος δυσφαγίας που πλήττει τον εκάστοτε πληθυσμό, να ληφθεί ένα ειδικό ιατρικό ιστορικό και να περάσει ο ασθενής από μία σειρά εξετάσεων, προσδιορίζοντας έτσι την δυσκολία που τον διακατέχει.

Πώς όμως μπορεί να ανιχνευθεί η δυσφαγία; Αρχικά, όπως ήδη έχει αναφερθεί παραπάνω, η λήψη ενός καλού ιατρικού ιστορικού είναι μείζονος σημασίας καθώς πολλοί παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε δυσφαγία. Προκειμένου, λοιπόν, να διασφαλιστεί η βεβαιότητα για την ύπαρξη της διαταραχής, έχουν δημιουργηθεί διάφορες δοκιμασίες και ερωτηματολόγια τα οποία προσφέρουν άμεση ανίχνευση της δυσφαγίας αποτελώντας τον πρόδρομο για τη μελλοντική διάγνωσή της. Το EAT-10 (Schindler, A., Alvite, M. D. F. L., et al, 2023), το SSQ (Sydney Swallow Questionnaire- Ερωτηματολόγιο κατάποσης του Σίδνεϋ) (Audag, N., Liistro, G., Goubau, C., Vandervelde, et al, 2021) και το EDSQ (Easy Dysphagia Symptom Questionnaire), (Uhm, K. E., Kim, M., Lee, Y. M., Kim, B. R., et al, 2019), είναι μερικά παραδείγματα ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση της δυσφαγίας .

Παρόλα αυτά η ανίχνευση της δυσφαγίας αποτελεί ένα δύσκολο κεφάλαιο των κλινικών. Τα διάφορα εργαλεία που έχουν δημιουργηθεί με σκοπό της έγκυρης και ασφαλή ανίχνευση της διαταραχής, χρειάζεται να περάσουν μια σειρά ελέγχων προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα της χορήγησης τους. Οι Estupiñán Artiles, C., Regan, J., και Donnellan, σε μία έρευνα τους το 2021, μελέτησαν 20 εργαλεία ανίχνευσης δυσφαγίας και κατέληξαν σε τρία με την εγκυρότερη διαγνωστική ακρίβεια, το Water Swallow Test, το Yale Swallow Protocol και το Gugging Swallowing Screen- GUSS, (Estupiñán Artiles, C., Regan, J., & Donnellan, C., 2021).

3.1. GUGGING SWALLOWING SCREEN – GUSS.

Το GUSS είναι ένα εύκολο εργαλείο διαλογής δεδομένων επί της κλίνης με στόχο τον εντοπισμό της δυσφαγίας για ασθενείς με οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο. Έχει δημιουργηθεί με βάση το γεγονός ότι οι πλειοψηφία των ασθενών, ύστερα από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, έχει δυσκολία στην κατάποση κυρίως υγρής τροφής. [Park, K. D., et. Al. (2020)]. Χωρίζετε σε δύο γενικές κατηγορίες, την έμμεση δοκιμασία κατάποσης (προκαταρκτική αξιολόγηση) και την άμεση δοκιμασία κατάποσης, που αποτελείται από 3 υποδοκίμασιες. Οι 4 αυτές δοκιμασίες, εκτελούνται διαδοχικά και ο ασθενής βαθμολογείται για την επιδόσή του με μέγιστο βαθμό τις 5 μονάδες για κάθε δοκιμασία. Ο ασθενής για να μπορέσει να συνεχίσει στην επόμενη δοκιμασία θα πρέπει να έχει καταφέρει να συμπληρώσει τους 5 βαθμούς της προηγούμενης αλλιώς κρίνεται αναγκαία η σύσταση ειδικής διαίτας ή επιπλέον βιντεοφθοριοσκοπική αξιολόγηση. Η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να φτάσει ο ασθενής είναι οι 20 μονάδες υποδεικνύοντας ότι δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο εισρόφησης και η ικανότητα κατάποσής του είναι φυσιολογική. Η έμμεση δοκιμασία κατάποσης αποτελεί το 1ο σκέλος του GUSS και σε αυτή περιλαμβάνεται η επιτυχής κατάποση σάλιου, η οποία κρίνεται απαραίτητη για την συνέχιση των παρακάτω υποδοκίμασιων. Η δεύτερη δοκιμασία είναι αυτή της άμεσης κατάποσης. Συγκεκριμένα, οι θεραπευτές ή οι νοσηλεύτες, χορηγούν στον ασθενή τροφές με διαφορετική σύσταση ξεκινώντας από τις ημιστερεές (πουτίγκα), στη συνέχεια στις υγρές (νερό) και τέλος στις στερεές (ξέρο ψωμί). [Trapl, M, et. Al. (2007)]. Για να μπορέσει η δοκιμασία του GUSS να είναι έγκυρη, απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο ασθενής να έχει μη παθολογικό Mini Mental State Examination (M.M.S.E) έτσι ώστε να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται τον εξεταστή, τις εντολές αλλά και τις υφές των τροφών που του χορηγούνται. [Trapl, M, et. Al. (2007)].

3.2. EASY DYSPHAGIA SYMPTOM QUESTIONNAIRE – EDSQ.

Το EDSQ είναι ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε από τους Uhm K.E., Kim, M., Lee, Y. με στόχο την ανίχνευση της δυσφαγίας. Το EDSQ αποτελείται από ένα σύνολο 12 ερωτημάτων κλειστού τύπου (ναί / όχι) με συνολική βαθμολογία

το αθροίσμα των θετικών απαντήσεων. Οι συμμετέχοντες πρέπει είναι ηλικίας 65 χρονών και άνω , οι οποίοι να έχουν διαμαρτυρηθεί για δυσκολία στην κατάποση ή ή διαγνωστεί με δυσφαγία, καθώς και να μπορούν να εκτελέσουν την βιντεοφλουοροσκοπική μελέτη κατάποσης(VFSS) . Απαραίτητη κρίνεται επίσης η συμπλήρωση των δημογραφικών στοιχείων του κάθε συμμετέχοντα και ένα σύντομο ιστορικό. Τέλος, η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων του EDSQ επαληθεύεται από την τροποποιημένη δοκιμασία κατάποσης νερού (MWST) , τη κλίμακα κατάποσης του Εθνικού Συστήματος Μέτρησης Αποτελεσμάτων (ASHA NOMS) και τη κλίμακα βιντεοφλουοροσκοπικής δυσφαγίας (VDS) (Uhm, K. E., Kim, M., Lee, Y. M., et al, 2019).

EASY DYSPHAGIA SYMPTOM QUESTIONNAIRE

ΕΡΩΤΗΜΑ 1:

Έχετε δυσκολία όταν τρώτε φαγητό ή όταν πίνετε νερό;

ΕΡΩΤΗΜΑ 2:

Έχετε δυσκολία όταν καταπίνετε ένα χάπι;

ΕΡΩΤΗΜΑ 3:

Βήχετε όταν τρώτε φαγητό ή όταν πίνετε νερό;

ΕΡΩΤΗΜΑ 4:

Πνίγεστε όταν τρώτε φαγητό ή όταν πίνετε νερό;

ΕΡΩΤΗΜΑ 5:

Έχετε αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό, όταν καταπίνετε;

ΕΡΩΤΗΜΑ 6:

Αισθάνεστε πόνο όταν καταπίνετε;

ΕΡΩΤΗΜΑ 7:

Χρειάζεστε περισσότερο από 30 λεπτά για να ολοκληρώσετε ένα μέσο γεύμα;

ΕΡΩΤΗΜΑ 8:

Σας τρέχουν τα σάλια ή φτύνετε φαγητό κατά την διάρκεια ενός γεύματος;

ΕΡΩΤΗΜΑ 9:

Έχετε διαγνωστεί ποτέ με πνευμονία;

ΕΡΩΤΗΜΑ 10:

Έχετε χάσει ποτέ βάρος, λόγω δυσκολίας κατάποσης;

ΕΡΩΤΗΜΑ 11:

Έχετε βραχνή ή υγρή φωνή μετά την κατάποση;

ΕΡΩΤΗΜΑ 12:

Εμφανίζετε πτύελα μετά το γεύμα;

3.3. PULSE OXIMETRY TEST.

Η παλμική οξυμετρία ή αλλιώς Pulse oximetry είναι μια μη επεμβατική, αξιόλογη, εύχρηστη και οικονομικά αποδοτική τεχνική για να την παρακολουθήσει του κορεσμού SpO₂. [McMorrow, R. C., et. Al.(2006)]. Στόχος του pulse oximetry είναι να δηλωθεί η σχέση των διαταραχών κατάποσης με την πτώση του κορεσμού στον ανθρώπινο οργανισμό καθώς και να αποδειχτεί ότι με τη χρήση του μπορεί να βελτιώσει τη διάγνωση, την αξιολόγηση και την θεραπεία της δυσφαγίας. [Jubran A. (2015).] Η διαδικασία επί της κλίνης αποτελείται από ένα σύστημα δειγματοληψίας. Κρίνεται απαραίτητη, πριν την έναρξη, η καταγραφή της τελευταίας φοράς κατάποσης υγρού ή τροφής. Βασική τιμή SpO₂ προσδιορίστηκε για τουλάχιστον 1-2 λεπτά πριν από την έναρξη της δοκιμασίας. Στην συνέχεια, χορηγείτε στον ασθενή μια ποσότητα νερού ή φυσιολογικού ορού, συνήθως 5 ml, και αρχίζει την διαδικασία της μέτρησης του κορεσμού με βασικό εργαλείο το οξύμετρο. Τέλος, συλλέγουμε επιπλέον δεδομένα ύστερα από 2 και 10 λεπτά αντίστοιχα.[Sherman, B., et. Al. (1999)]

ΕΝΟΤΗΤΑ 2

(ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ)

1. ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ EDSQ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ.

Η παρούσα έρευνα στοχεύει στην στάθμιση του EDSQ σε Έλληνες υπερήλικες (65 έως 92 ετών) της Θράκης και της Ηπείρου. Οι συμμετέχοντες είναι κλινήρεις του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και κάτοικοι των ευρύτερων περιοχών των Ιωαννίνων, καθώς και τρόφιμοι του γηροκομείου Ξάνθης και κάτοικοι του τοπύρου Ξάνθης.

Σε κάθε συμμετέχοντα πριν την έναρξη της έρευνας, χορηγήθηκε το M.M.S.E. (MINI MENTAL ST. EXAMINATION) για την διασφάλιση της εγκυρότητας των αποκρίσεων των συμμετεχόντων. Στη συνέχεια, πάρθηκε ένα σύντομο ιατρικό ιστορικό και έπειτα χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο EDSQ. Τέλος, τα αποτελέσματα του EDSQ, επαληθευτήκαν με την χρήση της παλμικής οξυμετρίας (Pulse Oximetry Test). Στους κλινήρεις, τους τρόφιμους και στους συνοδούς αυτών, χορηγήθηκαν δύο επιπλέον ερωτηματολόγια δέκα (10) ερωτήσεων προκειμένου να προσεγγίσουμε τις δυσκολίες των διαταραχών σίτισης τόσο των ασθενών, όσο και τον φροντιστών αυτών. Στο τέλος της έρευνας, τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων συγκρίθηκαν μεταξύ τους προκειμένου να ανιχνευτούν τυχόν διαφορές μεταξύ των τροφίμων και των ασθενών.

Βασικοί περιορισμοί της έρευνας, αποτέλεσαν η αδυναμία βιντεοφλουοροσκόπησης προκειμένου να πραγματοποιηθεί επαλήθευση των αποκρίσεων των συμμετεχόντων, ενώ η δοκιμασία M.W.S.T., αντικαταστάθηκε από την παλμική οξυμετρία (Pulse Oximetry Test) για τον έλεγχο της μεταβολής του κορεσμού του συμμετέχοντα μετά από κατάποση 10 ml νερού. Ακόμη, υπήρξε αδυναμία πρόσβασης τόσο στις νόρμες της ASHA αλλά και της βιντεοφλουοροσκόπησης, για την έγκυρη ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

1.1. ΕΥΡΗΜΑΤΑ EDSQ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΘΡΑΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΗΠΕΙΡΟΥ.

Στην έρευνα συμμετείχαν 54 υγιείς ηλικιωμένοι, ηλικίας 65-92 ετών, εκ των οποίων οι 31 (57,4%) ήταν γυναίκες ενώ οι 23 (42,6%) άντρες. Το 14,8% των συμμετεχόντων είχαν ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου. Στην δοκιμασία M.M.S.E., το

5,6% του συνολικού αριθμού των συμμετεχόντων, παρουσίασε παθολογικό M.M.S.E. οπότε αυτομάτως αποκλείστηκαν από την έρευνα καθώς οι αποκρίσεις τους ήταν αμφίβολες .

Στον ΠΙΝΑΚΑ 1, παρουσιάζονται τα ποσοστά των “ΝΑΙ” αποκρίσεων σε κάθε ερώτηση του EDSQ, με τα ποσοστά να κυμαίνονταν από 1,9% έως 42,6%. Τα πιο κοινά συμπτώματα που δήλωσαν ότι έχουν οι συμμετέχοντες ήταν η δυσκολία κατάποσης χαπιού (42,6%), ο βήχας έπειτα από κατάποση νερού ή φαγητού (42,6%) καθώς και το αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό μετά από κατάποση (42,6%). Έπειτα ακολούθησαν η αίσθηση πνιγμονής κατά την κατάποση φαγητού ή νερού (40,7%), η δυσκολία κατάποσης φαγητού ή νερού (37%) και ο αυξημένος χρόνος ολοκλήρωσης ενός γεύματος (35,2%). Μεταξύ όλων των απαντήσεων, η ύπαρξη ιστορικού πνευμονίας ήταν η πιο σπάνια(1,9%).

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ
1	37%
2	42,6%
3	42,6%
4	40,7%
5	42,6%
6	13,0%
7	35,2%
8	9,3%
9	1,9%
10	7,4%
11	11,1%
12	24,1%

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΠΟΣΟΣΤΑ “ΝΑΙ” ΑΠΟΚΡΙΣΕΩΝ

ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ.

Η επαλήθευση της πιθανής διαταραχής κατάποσης πραγματοποιήθηκε μέσω του POT (Pulse Oximetry Test), κατά την χορήγηση του οποίου μετρήθηκε ο κορεσμός του οξυγόνου του εκάστοτε συμμετέχοντα σε τέσσερις φάσεις (δύο πριν και δύο μετά την χορήγηση 10ml νερού μέσω σύριγγας). Οι 19 (35,2%) συμμετέχοντες

παρουσίασαν πτώση του κορεσμού τους (<96% SpO₂) μέσα στα επόμενα δέκα λεπτά από την πόση 10ml νερού ενώ και οι 19, ανήκαν στον πληθυσμό που απάντησαν θετικά στα ερωτήματα 2,3,5 του ερωτηματολογίου. Δύο (2) από τους δεκαεννιά (19) συμμετέχοντες είχαν ιστορικό Ε.Ε.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (54,5%) , είχαν πραγματοποιήσει κατάποση φαγητού ή νερού λίγο πριν από την έναρξη της δοκιμασίας ενώ η πρώτη μέτρηση του κορεσμού του οξυγόνου στο 45,1% ξεπερνούσε το 96% (SpO₂) , στο 45,1% ισούσαν με 96% (SpO₂) ενώ το 15,7% παρουσίασε οξυγόνο λίγο χαμηλότερα από το όριο (<96% SpO₂). Στην δεύτερη μέτρηση (δύο λεπτά πριν την πόση 10ml νερού) τα ποσοστά του κορεσμού (SpO₂) μεταβλήθηκαν (βλπ. ΠΙΝΑΚΑΣ 3= 3). Δύο λεπτά μετά την πόση 10ml νερού, το 21,6% παρουσίασε κορεσμό ίσο με 96% (SpO₂) ενώ το 47,1% χαμηλότερο από 96% (SpO₂). Στην τελική μέτρηση (δέκα λεπτά μετά την χορήγηση 10ml νερού), το 45,1% παρουσίασε κορεσμό μεγαλύτερο του 96% (SpO₂), το 41,2 ίσο με 96% (SpO₂) ενώ το 13,7% διατήρησε χαμηλές τιμές.

ΠΟΣΟΣΤΟ % ΚΟΡΕΣΜΟΥ	ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ	ΜΕΤΡΗΣΗ <2min (10ml ΝΕΡΟΥ)	ΜΕΤΡΗΣΗ >2min (10ml ΝΕΡΟΥ)	ΜΕΤΡΗΣΗ >10min (10ml ΝΕΡΟΥ)
=96% SpO ₂	45,1%	19,6%	21,6%	41,2%
>96% SpO ₂	45,1%	39,2%	31,4%	45,1%
<96% SpO ₂	15,7%	41,2%	47,1%	13,7%

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΠΟΣΟΣΤΑ SpO₂

Από το σύνολο των συμμετεχόντων, οι εννιά παρουσίασαν χαμηλό κορεσμό οξυγόνου μετά την κατάποση 10ml νερού, από τους οποίους 1/9 είχε βαθμολογία τέσσερα, 3/9 είχαν βαθμολογία 5, 3/9 είχαν βαθμολογία έξι ενώ 2/9 είχαν βαθμολογία οχτώ. Από τα περιστατικά που παρουσίασαν μεταβολές στο οξυγόνο του αίματος, μετά την δοκιμασία ΡΟΤ, το σκορ του EDSQ ήταν τέσσερα, πέντε, έξι και οχτώ με τον μέσο όρο βαθμολογίας να ανέρχεται στο 3,25, όπως φαίνεται και από το ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 1.

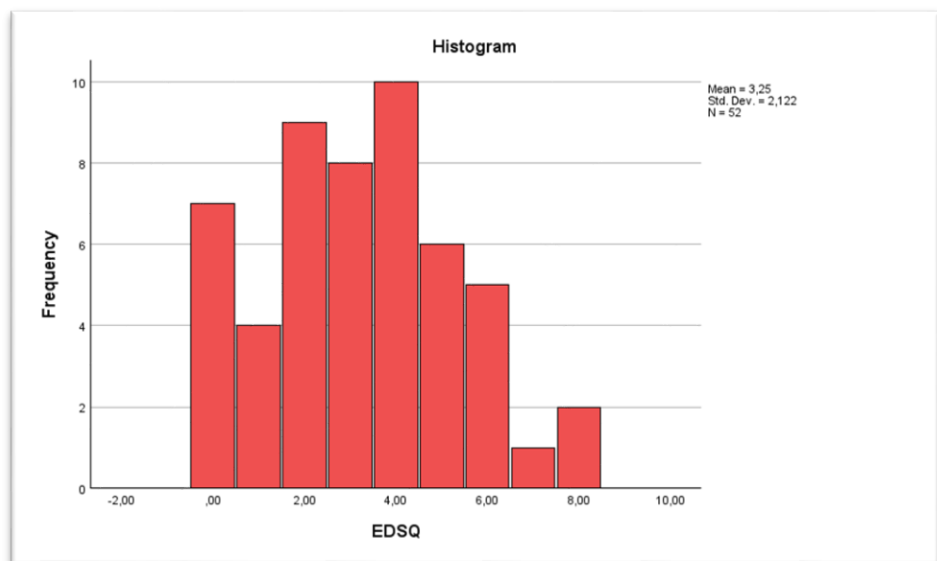
- Δέκα συμμετέχοντες είχαν σκορ τέσσερα, από τους οποίους οι δύο είχαν πτώση κορεσμού στις αρχικές μετρήσεις. Παρόλα αυτά ο ένας, δέκα λεπτά

μετά την κατάποση νερού, στην τελική, δηλαδή, μέτρηση, παρουσίασε φυσιολογικές τιμές κορεσμού ($SpO_2 = 96\%$).

- Επτά συμμετέχοντες είχαν σκορ πέντε, από τους οποίους οι τρεις παρουσίασαν πτώση SpO_2 , οι τρεις παρουσίασαν πτώση SpO_2 στις αρχικές μετρήσεις ενώ στην συνέχεια άγγιξαν τα φυσιολογικά όρια, ενώ ο ένας συμμετέχοντας είχε φυσιολογικές τιμές σε όλες του τις μετρήσεις.
- Πέντε συμμετέχοντες είχαν σκορ έξι, από τους οποίους οι τρεις παρουσίασαν πτώση SpO_2 ενώ οι δύο παρόλο που εμφάνισαν εξίσου μειωμένες τιμές SpO_2 στις αρχικές μετρήσεις, δέκα λεπτά μετά, στην τελική μέτρηση, ο κορεσμός τους ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων.
- Δύο από τους συμμετέχοντες είχαν σκορ οχτώ και παρουσίασαν χαμηλές τιμές κορεσμού, σε όλες τις μετρήσεις.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 1: ΣΚΟΡ
EDSQ ΥΓΕΙΩΝ
ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

1.1.1. ΑΝΤΡΙΚΟΣ
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ
Ειδικότερα, στους
άντρες
συμμετέχοντες
παρατηρήθηκε



πως το 16,7% παρουσίασε ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου ενώ το 12,5% εξαιρέθηκε από την έρευνα λόγω παθολογικού M.M.S.E. Το 52,4% των ανδρών παρουσίασε βήχα κατά την σίτιση και πόση καθώς και πνιγμονή κατά τη σίτιση και πόση, ενώ το 47,6% είχε δυσκολία στην σίτιση και στην πόση. Επακολούθως, το 42,9%, είχε δυσκολία στην κατάποση χαπιού ενώ το 38,1% είχε το αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό. Κανένας από τους άνδρες δεν είχε ιστορικό πνευμονίας. Οι έξι (6) από αυτούς που δεν παρουσίασαν επιβαρυνμένο ιατρικό ιστορικό, είχαν score

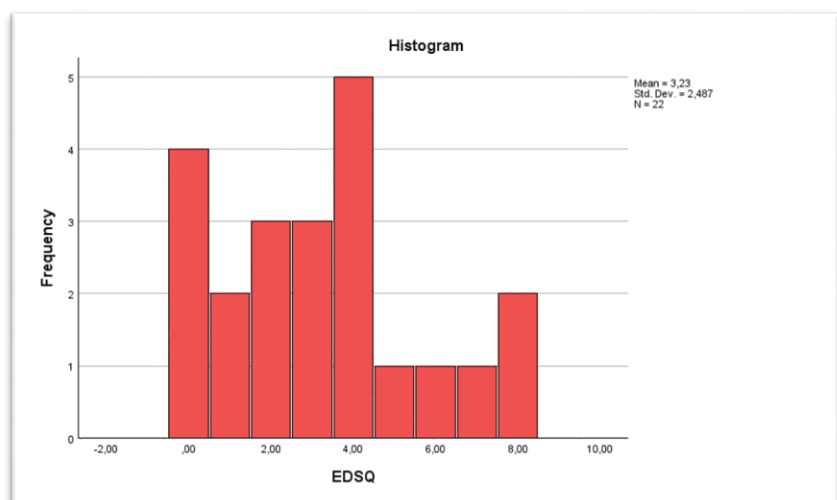
από 4 έως 8 αλλά μόνο δύο συμμετέχοντες με EDSQ: 5 και EDSQ: 8 , παρουσίασε πτώση του κορεσμού στην τελική μέτρηση (SpO2 : <96%).

Από, το σύνολο των ανδρών οι τέσσερις (4) είχαν ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου (Ε.Ε.), οι δύο από αυτούς ωστόσο, εξαιρέθηκαν λόγω παθολογικού Μ.Μ.Σ.Ε. Από αυτούς που συμμετείχαν, ο ένας εμφάνισε EDSQ: 7 ενώ ο άλλος EDSQ:4, με τα πιο συχνά συμπτώματα να είναι η δυσκολία, ο βήχας και η πνιγμονή κατά την σίτιση και πόση. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν είχε εμφανίσει μεγάλη διάρκεια γεύματος, απώλεια βάρους, πτύελα μετά το γεύμα, σιελόρροια ή ιστορικό πνευμονίας. Το POT χρησιμοποιήθηκε για την επαλήθευση των δυσκολιών των συμμετεχόντων και πράγματι, ο συμμετέχοντας με το υψηλότερο σκορ, παρουσίασε κορεσμό κάτω του φυσιολογικού (SpO2 : <96%).

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 2: ΣΚΟΡ

EDSQ ΣΕ ΥΓΕΙΕΙΣ ΑΝΤΡΕΣ.

Τα πιο κοινά συμπτώματα που δήλωσαν οι άντρες συμμετέχοντες, ήταν η

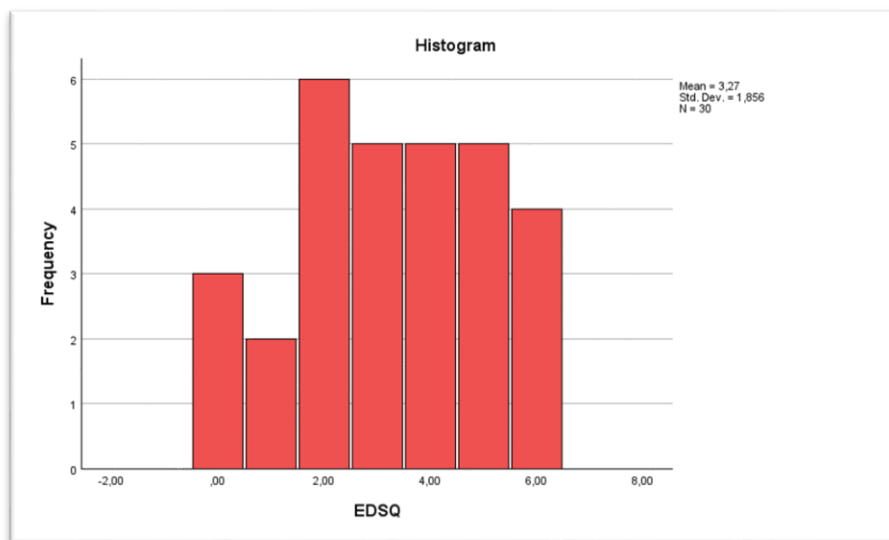


δυσκολία κατάποσης χαπιού (50%), η δυσκολία (44,4%) , ο βήχας (44,4%) και η πνιγμονή (44,4%) κατά την σίτιση ή και πόση, καθώς και το αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό (44,4%). Κανένας, δεν δήλωσε πως είχε ιστορικό πνευμονίας.

1.1.2. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ.

Όσο αναφορά τις γυναίκες, το 16,1% ηλικίας 65-92 ετών παρουσίασαν ιστορικό Ε.Ε και μόνο μία εξαιρέθηκε λόγω παθολογικού Μ.Μ.Σ.Ε. Από αυτές που δεν είχαν επιβαρυσμένο ιστορικό, το EDSQ κυμαίνονταν από 0 έως 6 με το POT να είναι φυσιολογικό, εκτός από δύο περιπτώσεις όπου σημειώθηκε edsq: 6 και edsq : 4 και

μειωμένος κορεσμός του οξυγόνου στο αίμα μετά από κατάποση νερού (SpO₂ : <96%). Από το 16,1% των γυναικών με ιστορικό Ε.Ε., παρατηρήθηκε πως το edsq, κυμαίνονταν μεταξύ 4 έως 6 και ο κορεσμός τους στις πρώτες μετρήσεις παρουσίασε μείωση (SpO₂ : <96%), αλλά στην συνέχεια κυμαίνονταν μεταξύ των φυσιολογικών ορίων, με εξαίρεση τρεις γυναίκες, όπου οι δύο σημείωσαν σκορ 5 αλλά φυσιολογικό κορεσμό σε όλες τις μετρήσεις ενώ η μία είχε σκορ 6 και κορεσμό χαμηλότερο του φυσιολογικού σε όλες τις μετρήσεις.



ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 3:
ΣΚΟΡ EDSQ ΣΕ
ΥΓΕΙΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ.

Τα πιο κοινά
συμπτώματα που
δήλωσαν οι
γυναίκες
συμμετέχοντες,
ήταν ο αυξημένος

χρόνος ενός μέσου γεύματος (50%), το αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό (50%), η δυσκολία κατάποσης χαπιού (46,7%), η πνιγμονή κατά την σίτιση και πόση (36,1%), η δυσκολία κατά την σίτιση (33,3%) και τα πτύελα μετά το γεύμα (33,3%).

1.2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΤΟΥ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ ΞΑΝΘΗΣ.

Οι τρόφιμοι του γηροκομείου Ξάνθης οι οποίοι συμφώνησαν να λάβουν μέρος στην έρευνα ανέρχονταν στους 25, εκ των οποίων οι 9 (36,0%) είναι άντρες ενώ οι 16 (64,0%) είναι γυναίκες, ηλικίας 65 έως 96 ετών με τον μέσο όρο ηλικίας να ανέρχεται στα 80 έτη (median=80). Το 48,0% από αυτούς, είχαν ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου ενώ το 12,0% παρουσίασε παθολογικό M.M.S.E. και αυτομάτως αποκλείστηκε από την έρευνα λόγω αμφίβολων αποκρίσεων.

Στον ΠΙΝΑΚΑ 4, παρουσιάζονται τα ποσοστά των “ΝΑΙ” αποκρίσεων σε κάθε ερώτηση του EDSQ με τα ποσοστά να κυμαίνονταν από 0,0% έως 72,0%. Η πιο συχνή απάντηση ήταν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των τροφίμων (72,0%) χρειάζονταν αρκετό χρόνο (>30min) για να ολοκληρώσουν ένα μέσο γεύμα ενώ, συχνή ήταν η εμφάνιση πτυέλου μετά το γεύμα (56,0%), η δυσκολία κατάποσης χαπιού (40,0%) αλλά και η δυσκολία κατά την σίτιση ή την πόση (36,0%). Το 28,0%, δήλωσε πως παρουσιάζει βήχα ή πνιγμονή κατά την σίτιση ή πόση αλλά και αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό ενώ, κανένας από τους συμμετέχοντες δεν παρουσίασε αίσθημα πόνου κατά την κατάποση ή υγρή / βραχνή φωνή.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ
1	36%
2	40%
3	28%
4	28%
5	28%
6	0%
7	72%
8	16%
9	4%
10	4%
11	0%
12	56%

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΠΟΣΟΣΤΑ “ΝΑΙ” ΑΠΟΚΡΙΣΕΩΝ

ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ.

Η επαλήθευση της πιθανής διαταραχής κατάποσης πραγματοποιήθηκε μέσω του POT (Pulse Oximetry Test), κατά την χορήγηση του οποίου μετρήθηκε ο κορεσμός του οξυγόνου (SpO₂) του εκάστοτε συμμετέχοντα σε τέσσερις φάσεις . Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (22,7%) , είχαν πραγματοποιήσει κατάποση φαγητού ή νερού πριν από δύο ώρες από την έναρξη της δοκιμασίας ενώ η πρώτη μέτρηση του κορεσμού του οξυγόνου στο 18,2% ξεπερνούσε το 96% (SpO₂) , στο 27,3% ισούσαν με 96% (SpO₂) ενώ το 54,5% παρουσίασε οξυγόνο λίγο χαμηλότερα από το όριο (96% SpO₂). Στην δεύτερη μέτρηση (δύο λεπτά πριν την πόση 10ml νερού)

τα ποσοστά του κορεσμού (SpO₂) παρέμειναν αλώβητα. Δύο λεπτά μετά την πόση 10ml νερού, το 40,9% παρουσίασε κορεσμό ίσο με 96% (SpO₂) ενώ το 45,5% χαμηλότερο από 96% (SpO₂). Στην τελική μέτρηση (δέκα λεπτά μετά την χορήγηση 10ml νερού), το 36,4% παρουσίασε κορεσμό μεγαλύτερο του 96% (SpO₂), το 40,9% ίσο με 96% (SpO₂) ενώ μόνο 18,2% είχε κορεσμό χαμηλότερο του ορίου.

Από τα παραπάνω δεδομένα αξίζει να σημειωθεί πως δύο λεπτά μετά την πόση 10ml νερού οι 10/22 τρόφιμους παρουσίασαν πτώση του κορεσμού ενώ δέκα λεπτά αργότερα μόνο οι 4/22 διατήρησαν χαμηλό κορεσμό οξυγόνου στο αίμα εκ των οποίων ο ένας είχε ιστορικό Ε.Ε. (Στον ΠΙΝΑΚΑ 4 παρουσιάζονται τα ποσοστά του SpO₂ κατά τις μετρήσεις).

ΠΟΣΟΣΤΟ % ΚΟΡΕΣΜΟΥ	ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ	ΜΕΤΡΗΣΗ <2min (10ml ΝΕΡΟΥ)	ΜΕΤΡΗΣΗ >2min (10ml ΝΕΡΟΥ)	ΜΕΤΡΗΣΗ >10min (10ml ΝΕΡΟΥ)
=96% SpO ₂	18,2%	18,2%	13,6%	36,4%
>96% SpO ₂	27,3%	27,3%	40,9%	45,5%
<96% SpO ₂	54,5%	54,5%	45,5%	18,2%

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΠΟΣΟΣΤΑ SpO₂.

Ειδικότερα, όπως φαίνεται και στο παρακάτω ιστόγραμμα ο μέσος όρος των “ΝΑΙ” αποκρίσεων ανέρχονταν στο 3,56. Από αυτούς, λοιπόν, που το σκορ τους άγγιζε το τρία, μονάχα ένας παρουσίασε πτώση κορεσμού στις αρχικές μετρήσεις μετά την πόση 10ml νερού ενώ στην συνέχεια οι τιμές του κυμαίνονταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Όσοι παρουσίασαν σκορ 3 ή < 3, είχαν φυσιολογικό κορεσμό στο οξυγόνο του αίματος σε όλες τις μετρήσεις. Από τους υπόλοιπους:

- Τέσσερις συμμετέχοντες παρουσίασαν βαθμολογία τέσσερα, από τους οποίους ο ένας είχε φυσιολογικές τιμές κορεσμού, ενώ οι υπόλοιποι παρουσίασαν χαμηλό κορεσμό οξυγόνου στις πρώτες μετρήσεις μετά την χορήγηση 10ml νερού, ενώ ένας από αυτούς διατήρησε χαμηλές τιμές κορεσμού μετά την τελική μέτρηση. Τρεις από τους τέσσερις είχαν ιστορικό Ε.Ε.
- Τέσσερις συμμετέχοντες παρουσίασαν βαθμολογία πέντε, από τους οποίους ένας με ιστορικό Ε.Ε. είχε πτώση του κορεσμού του οξυγόνου σε όλες τις

επακόλουθες μετρήσεις, ένας παρουσίασε φυσιολογικές τιμές σε όλες τις μετρήσεις δίχως να έχει επιβαρυνμένο ιατρικό ιστορικό ενώ οι δύο από τους τέσσερις, με ιστορικό Ε.Ε. παρουσίασαν πτώση του κορεσμού του οξυγόνου στις πρώτες μετρήσεις ενώ στη συνέχεια οι τιμές τους ήταν φυσιολογικές.

- Δύο από τους συμμετέχοντες παρουσίασαν βαθμολογία έξι. Και οι δύο είχαν ιστορικό Ε.Ε. και πτώση κορεσμού στις αρχικές μετρήσεις αλλά ο ένας παρουσίασε φυσιολογικές τιμές στην τελική του μέτρηση.

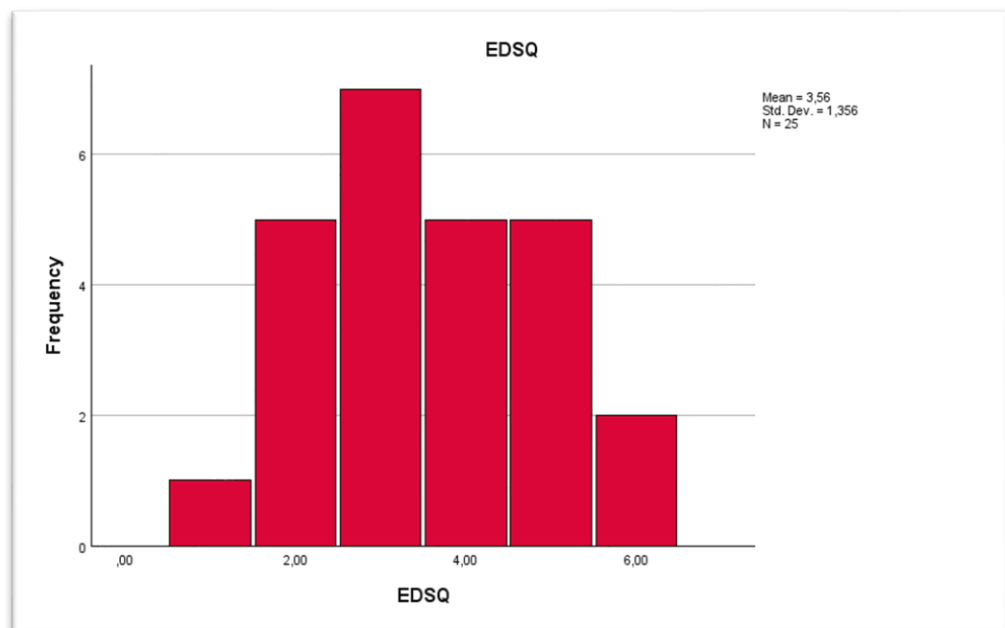
ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ

4: ΣΚΟΡ

EDSQ

ΤΡΟΦΙΜΩΝ.

1.2.1.



ΑΝΤΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ.

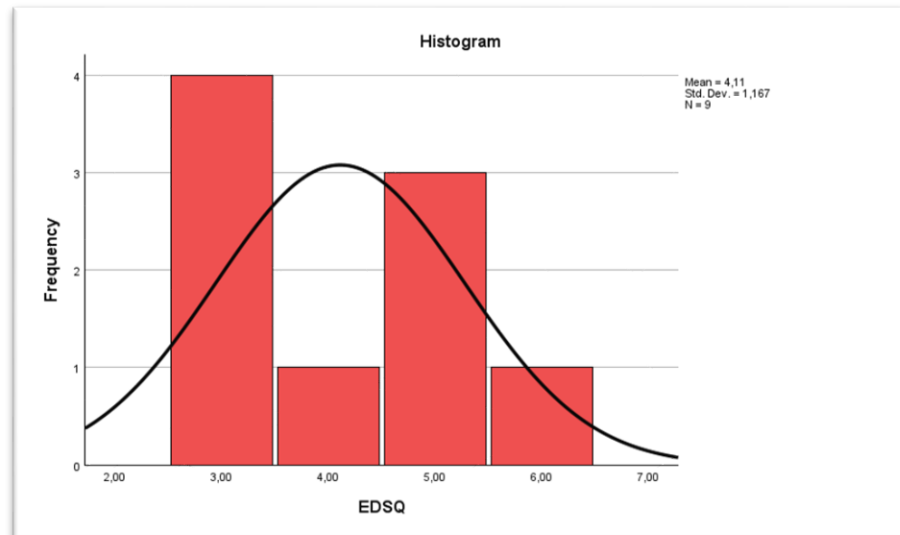
Από του άντρες του γηροκομείου, το 33,3% (τρεις τρόφιμοι) παρουσίασαν ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου. Και στους τρεις παρατηρήθηκε πτώση του κορεσμού στις αρχικές μετρήσεις, ενώ στη συνέχεια ο κορεσμός των δύο αυξήθηκε εντός των φυσιολογικών ορίων ενώ του ενός συνέχισε να παρουσιάζει χαμηλές τιμές. Αξίζει να σημειωθεί πως ο τρόφιμος όπου διατήρησε χαμηλές τιμές κορεσμού, σημείωσε βαθμολογία πέντε στο edsq. Πέντε και τρία σημείωσαν και οι δύο εκ των τριών, με επιβαρυνμένο ιατρικό ιστορικό.

Από αυτούς που δεν είχαν ιστορικό Ε.Ε., οι βαθμολογίες τους κυμαίνονταν από τέσσερα έως έξι και οι τιμές του κορεσμού τους ήταν φυσιολογικές με εξαίρεση δύο περιπτώσεις με βαθμολογίες edsq, πέντε και έξι αντίστοιχα. Σε αυτούς, ο κορεσμός

του οξυγόνου παρουσίασε πτώση στις αρχικές μετρήσεις αλλά στην συνέχεια κυμαίνονταν στα όρια του φυσιολογικού κορεσμού.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 5: ΣΚΟΡ
EDSQ ΑΝΤΡΩΝ.

Τέλος, τα πιο κοινά συμπτώματα στους άντρες ήταν ο αυξημένος χρόνος ολοκλήρωσης



ενός γεύματος (77,8%), η δυσκολία κατά την σίτιση ή και πόση (66,7%), η δυσκολία κατάποσης χαπιού (55,6%), η βραχνή ή υγρή φωνή μετά την κατάποση (55,6%), τα πτύελα μετά το γεύμα (55,6%), ο βήχας ή και η πνιγμονή μετά την σίτιση ή και πόση (44,4%), το αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό (33,3%) και η σιελόρροια κατά την διάρκεια ενός γεύματος (33,3%). Κανένας συμμετέχοντας δεν παρουσίασε πόνο κατά την κατάποση, ιστορικό πνευμονίας ή μείωσε βάρος λόγω δυσκολιών σίτισης.

1.2.2. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ.

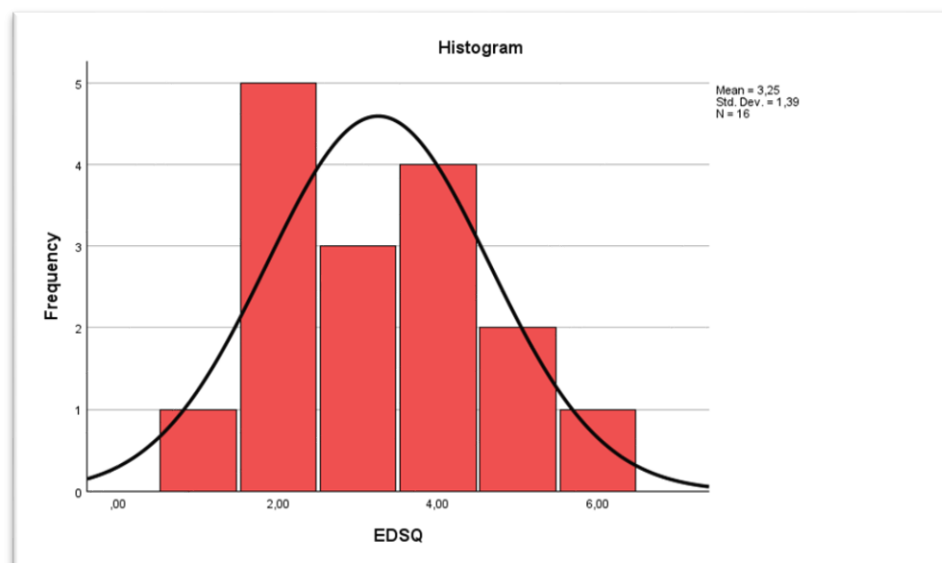
Αναφορικά με τις γυναίκες, οι οποίες ήταν και περισσότερες σε αριθμό από τους άντρες, σημειώθηκε ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου στο 56,3%. Από όσες εμφάνισαν Ε.Ε. υπήρξε αρχική πτώση του κορεσμού του οξυγόνου στις πρώτες μετρήσεις ενώ οι βαθμολογίες τους στο edsq κυμαίνονταν μεταξύ δύο και έξι.

Ειδικότερα,

- Δύο γυναίκες παρουσίασαν βαθμολογίες δύο και τρία αντίστοιχα και σημείωσαν πτώση του κορεσμού τους, στις πρώτες μετρήσεις ενώ στη συνέχεια αυτός αυξήθηκε στα φυσιολογικά όρια.
- Τρεις γυναίκες είχαν βαθμολογία τέσσερα, οι δύο εκ των οποίων παρουσίασαν πτώση κορεσμό με επακόλουθη άνοδο, ενώ η μία, διατήρησε χαμηλές τιμές κορεσμού στο αίμα.
- Μία γυναίκα σημείωσε βαθμολογία έξι με επακόλουθη πτώση κορεσμού χωρίς άνοδο.
- Από τις υπόλοιπες, που δεν είχαν ιστορικό ΕΕ, και σκορ πάνω από τον μέσο όρο ($m=3.25$) μόνο δύο οι οποίες σημείωσαν βαθμολογία τέσσερα και πέντε αντίστοιχα δεν εμφάνισαν παθολογία στο ΡΟΤ.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 6:
ΣΚΟΡ EDSQ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ.

Τέλος, τα πιο
κοινά
συμπτώματα
που
απαντήθηκαν
ήταν ο
μεγάλος
χρόνος



ολοκλήρωσης ενός γεύματος (84,6%), τα πτύελα μετά το γεύμα (69,2%), η δυσκολία κατάποσης χαπιού (38,5%), το αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό (30,8%), η δυσκολία κατά την σίτιση ή και πόση (23,1%), ο βήχας ή η πνιγμονή κατά την σίτιση ή και πόση (23,1%), η σιελορροία (7,7%), το ιστορικό πνυρμονίας (7,7%) και η απώλεια βάρους λόγω δυσκολίας κατάποσης (7,7%). Καμία από τις συμμετέχοντες

39 από 61

δεν παρουσίασε πόνο κατά την κατάποση και υγρή ή βραχνή φωνή μετά την κατάποση.

1.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.

Οι ασθενείς του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΠΝΙ), οι οποίοι συμφώνησαν να λάβουν μέρος στην έρευνα ανέρχονταν στους 17, εκ των οποίων οι 10 (58,8%) είναι άντρες ενώ οι 7 (41,2%) είναι γυναίκες, ηλικίας 65 έως 90 ετών με τον μέσο όρο ηλικίας να ανέρχεται στα 70έτη (median=70). Το 23,5% από αυτούς, είχαν ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου ενώ το 23,5% παρουσίασε παθολογικό M.M.S.E. και αυτομάτως αποκλείστηκε από την έρευνα λόγω αμφίβολων αποκρίσεων.

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται τα ποσοστά (%) των “ΝΑΙ” αποκρίσεων σε κάθε ερώτημα του EDSQ, με τα ποσοστά να κυμαίνονται από 30.8% έως 76,9%. Τα πιο συχνά συμπτώματα ήταν η δυσκολία κατά την σίπιση ή πόση και η κατάποση χαπιού (76,9%) ενώ ακολούθησαν το αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό μετά από κατάποση (69,2%), η πρόκληση βήχα κατά την σίπιση και πόση (61,5%) ενώ το ίδιο ποσοστό (61,5%) των συμμετεχόντων , χρειαζόταν περισσότερο από τριάντα (30) λεπτά για την ολοκλήρωση ενός γεύματος. Ακόμη, το 53,8% παρουσίασε πνιγμονή κατά την σίπιση ή πόση ενώ, το 46,2% είχε πόνο κατά την κατάποση αλλά και σιελόρροια κατά την διάρκεια ενός γεύματος. Τέλος, το 30,8% είχε παρουσιάσει ιστορικό πνευμονίας, παρουσίασε απώλεια βάρους, λόγω δυσκολίας κατάποσης ενώ είχε βραχνή ή υγρή φωνή μετά από κάποιο γεύμα μαζί με πτύελα.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ
1	76,9%
2	76,9%
3	61,5%
4	53,8%

5	69,2%
6	46,2%
7	61,5%
8	46,2%
9	30,8%
10	30,8%
11	30,8%
12	30,8%

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΠΟΣΟΣΤΑ “ΝΑΙ” ΑΠΟΚΡΙΣΕΩΝ

ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ.

Η επαλήθευση της πιθανής διαταραχής κατάποσης πραγματοποιήθηκε μέσω του POT (Pulse Oximetry Test), κατά την χορήγηση του οποίου μετρήθηκε ο κορεσμός του οξυγόνου (SpO₂) του εκάστοτε συμμετέχοντα σε τέσσερις φάσεις . Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (46.2%) , είχαν πραγματοποιήσει κατάποση φαγητού λίγο πριν από την έναρξη της δοκιμασίας ενώ η πρώτη μέτρηση του κορεσμού του οξυγόνου στο 23,1% ξεπερνούσε το 96% (SpO₂) , στο 61,5% ισούνταν με 96% (SpO₂) ενώ το 15,4% παρουσίασε οξυγόνο λίγο χαμηλότερα από το όριο (96% SpO₂). Στην δεύτερη μέτρηση (δύο λεπτά πριν την πόση 10ml νερού) τα ποσοστά του κορεσμού (SpO₂) παρουσίασαν μεταβολές, καθώς στο 38.5% ο κορεσμός ισούνταν με >96% SpO₂, ενώ στο 46,2% παρέμεινε σταθερά στους 96% SpO₂ . Στην τελική μέτρηση (δέκα λεπτά μετά την χορήγηση 10ml νερού), το 30.8% παρουσίασε κορεσμό μεγαλύτερο του 96% (SpO₂), το 38.5% ίσο με 96% (SpO₂) ενώ το 30,8% είχε κορεσμό χαμηλότερο του ορίου.

ΠΟΣΟΣΤΟ % ΚΟΡΕΣΜΟΥ	ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ	ΜΕΤΡΗΣΗ <2min (10ml ΝΕΡΟΥ)	ΜΕΤΡΗΣΗ >2min (10ml ΝΕΡΟΥ)	ΜΕΤΡΗΣΗ >10min (10ml ΝΕΡΟΥ)
=96% SpO ₂	61,5%	46,2%	23,1%	36,4%
>96% SpO ₂	23,1%	38,5%	38,5%	45,5%
<96% SpO ₂	15,4%	15,4%	45,5%	18,2%

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΠΟΣΟΣΤΑ SpO₂.

Ειδικότερα, ο μέσος όρος της συνολικής τους βαθμολογίας στο EDSQ ανέρχονταν στο 5,82, όπως φαίνεται από το παρακάτω ιστόγραμμα, ωστόσο η βαθμολογία επτά

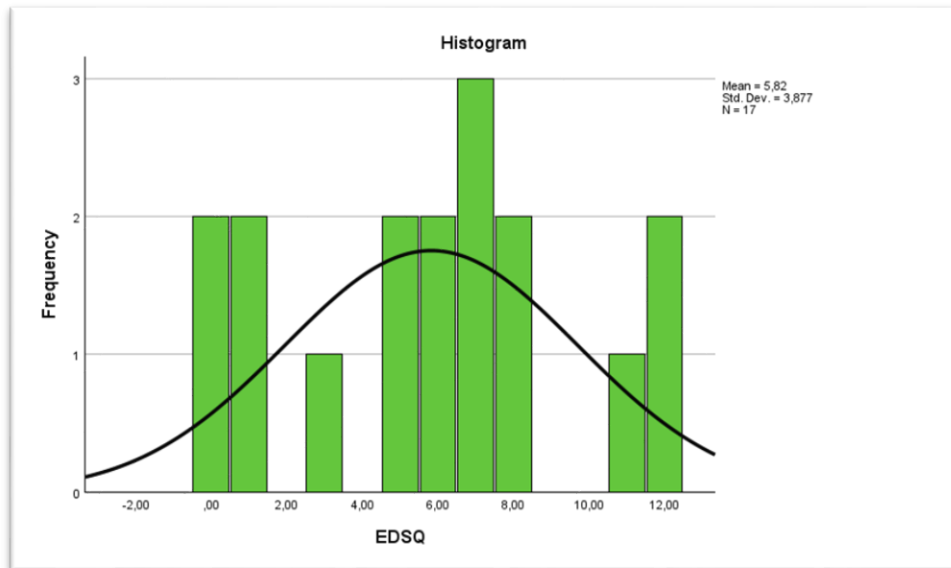
(7) απαντήθηκε στο 17,6% των συμμετεχόντων. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν σημείωσε βαθμολογία ίση με δύο, τρία, τέσσερα, εννιά ή δέκα.

Συγκεκριμένα τα ποσοστά κυμαίνονταν ως εξής:

- Βαθμολογία πέντε, σημείωσε μία γυναίκα, χωρίς ιστορικό Ε.Ε. και με φυσιολογικές τιμές κορεσμού μετά από κατάποση 10 ml νερού.
- Βαθμολογία έξι, σημείωσε ένας άντρας, χωρίς ιστορικό Ε.Ε. και με φυσιολογικές τιμές κορεσμού μετά από κατάποση 10 ml νερού.
- Βαθμολογία επτά, σημείωσαν τρεις συμμετέχοντες. Ένας από τους τρεις, χωρίς ιστορικό Ε.Ε., παρουσίασε πτώση του κορεσμού του οξυγόνου στις δύο τελευταίες μετρήσεις. Ένας από τους τρεις με ιστορικό Ε.Ε. παρουσίασε πτώση κορεσμού σε όλες τις φάσεις ενώ ένας από τους τρεις, χωρίς ιστορικό Ε.Ε. παρουσίασε φυσιολογικές τιμές στο ΡΟΤ.
- Βαθμολογία οχτώ, σημείωσε ένας χωρίς Ε.Ε. και με φυσιολογικές τιμές κορεσμού του οξυγόνου.
- Βαθμολογία έντεκα, σημείωσε ένας, χωρίς ιστορικό Ε.Ε. αλλά με πτώση του κορεσμού του σε όλες τις φάσεις.
- Βαθμολογία δώδεκα, σημείωσαν δύο άτομα με και χωρίς ιστορικό Ε.Ε. αντίστοιχα. Ο συμμετέχοντας με το ιστορικό Ε.Ε., παρουσίασε πτώση κορεσμού δύο λεπτά μετά την κατάποση 10ml νερού, ενώ στη συνέχεια ο κορεσμός του κυμαίνονταν μεταξύ των φυσιολογικών ορίων, ενώ ο συμμετέχοντας χωρίς το ιστορικό Ε.Ε. παρουσίασε φυσιολογικές τιμές στο ΡΟΤ.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 7:
ΣΚΟΡ
ΝΟΣΗ/ΜΕΝΩΝ
ΠΑ.Ν.Ι.

1.3.1. ΑΝΤΡΙΚΟΣ



ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

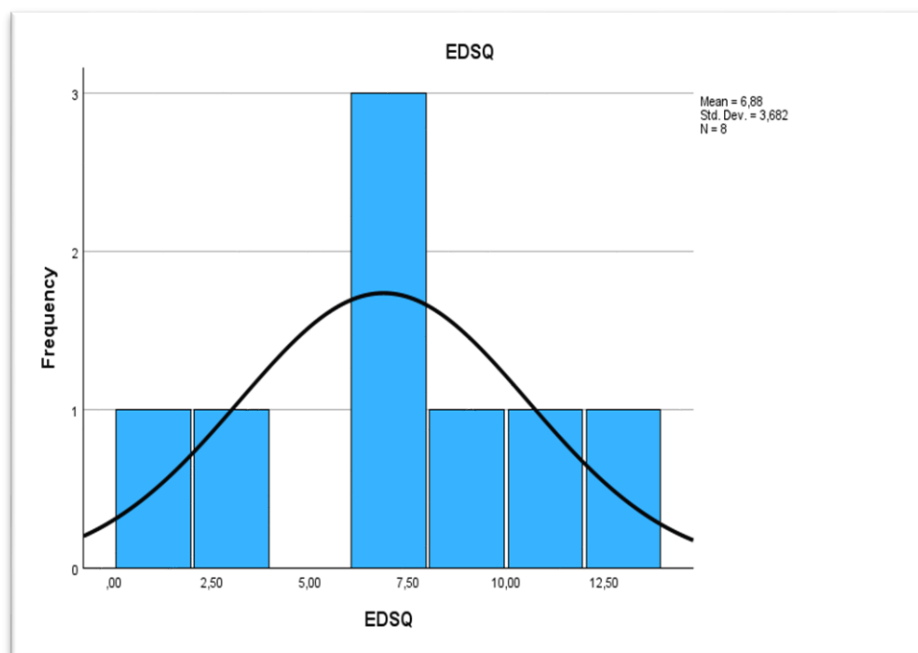
Αναφορικά με τον αντρικό πληθυσμό, το 30% σημείωσε ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου ενώ το 20% του συνολικού πληθυσμού αποκλείστηκε από την έρευνα λόγω παθολογικού MMSE. Οι υπόλοιποι συμμετέχοντες, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα 8, σημείωσαν μέσο όρο βαθμολογίας στο EDSQ, ίση με 6,88.

Αναλυτικότερα,

- Ένας συμμετέχοντας με βαθμολογία έξι στο EDSQ, χωρίς ιστορικό Ε.Ε., παρουσίασε φυσιολογικές τιμές στο POT.
- Δύο συμμετέχοντες με βαθμολογία επτά στο EDSQ, με και χωρίς Ε.Ε., σημείωσαν πτώση κορεσμού και φυσιολογικές τιμές στην POT, αντίστοιχα.
- Ένας συμμετέχοντας με βαθμολογία οχτώ στο EDSQ, χωρίς ιστορικό Ε.Ε. παρουσίασε, φυσιολογικές τιμές κορεσμού.
- Ένας συμμετέχοντας με βαθμολογία έντεκα στο EDSQ, χωρίς ιστορικό Ε.Ε., σημείωσε πτώση κορεσμού στις τελευταίες μετρήσεις.
- Ένας συμμετέχοντας με βαθμολογία δώδεκα στο EDSQ, χωρίς Ε.Ε. σημείωσε πτώση κορεσμού με επακόλουθη άνοδο.
- Οι υπόλοιποι συμμετέχοντες με χαμηλότερες βαθμολογίες (ένα και τρία), σημείωσαν φυσιολογικές τιμές κορεσμού.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 8:
ΣΚΟΡ ΑΝΤΡΙΚΟΥ
ΠΛΗΘ.

Τέλος, τα πιο
κοινά
συμπτώματα
που
απαντήθηκαν
στον πληθυσμό,
ήταν η δυσκολία
κατά την σίτιση
και πόση



(87,5%), το αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό (87,5%), η δυσκολία κατάποσης χαπιού (75%), ο αυξημένος χρόνος ολοκλήρωσης ενός μέσου γεύματος (75%), ο βήχας ή πνιγμονή κατά την πόση ή και σίτιση (62,5%), το αίσθημα πόνου (50%) και η σιελόρροια (50%), ενώ ακολούθησαν η απώλεια βάρους λόγω δυσκολίας σίτισης (37,5%), τα πτύελα μετά το γεύμα (37,5%), η βραχνή ή υγρή φωνή μετά το γεύμα (37,5%) καθώς και το ιστορικό πνευμονίας (37,5%).

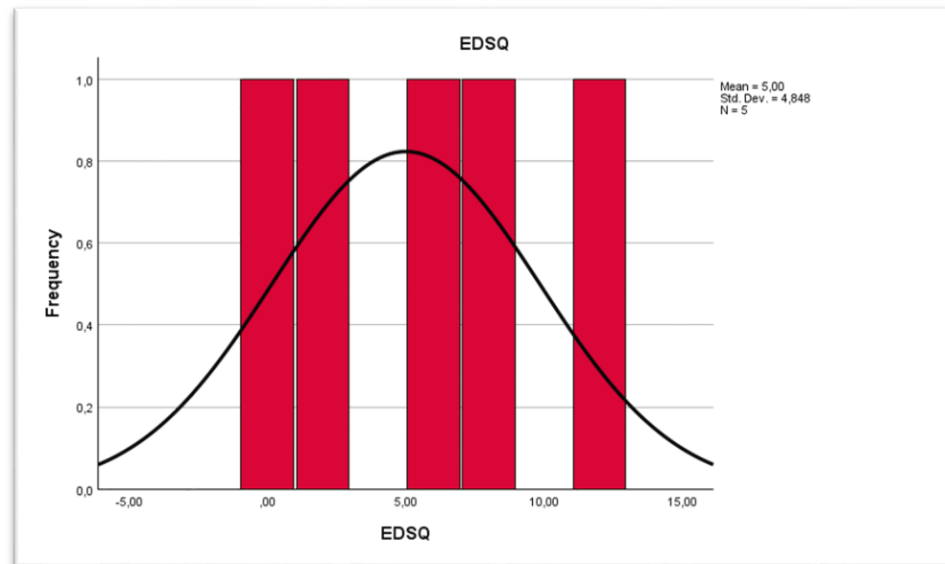
1.3.2. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Από τις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, το 20% (1/7) εμφάνισε ιστορικό Ε.Ε. ενώ το 40% (2), αποκλείστηκαν από την έρευνα λόγω παθολογικού MMSE. Οι υπόλοιποι συμμετέχοντες όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα 9, εμφάνισαν μέσο όρο βαθμολογίας του EDSQ ίση με πέντε. Αναλυτικότερα,

- Μία συμμετέχοντας, με βαθμολογία στο EDSQ ίση με πέντε, χωρίς ιστορικό Ε.Ε., σημείωσε φυσιολογικές τιμές στο MMSE.
- Μία συμμετέχοντας, με βαθμολογία στο EDSQ ίση με επτά, χωρίς ιστορικό Ε.Ε., σημείωσε πτώση του κορεσμού του οξυγόνου στις τελευταίες μετρήσεις.

- Μία συμμετέχοντας, με βαθμολογία στο EDSQ ίση με δώδεκα, με ιστορικό Ε.Ε., σημείωσε πτώση του κορεσμού του οξυγόνου σε όλες τις φάσεις.
- Δύο συμμετέχοντες, με βαθμολογία στο EDSQ ίση με ένα, χωρίς ιστορικό Ε.Ε., σημείωσαν φυσιολογικές τιμές στο POT.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 9:
ΣΚΟΡ ΓΥΝ.
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.



Τέλος, τα συμπτώματα που απαντήθηκαν στον πληθυσμό αφορούσαν

την δυσκολία κατάποσης χαπιού (80%), την δυσκολία κατά την σίτιση και πόση (60%) την πρόκληση βήχα κατά την σίτιση και πόση (60%), ο αυξημένος χρόνος ολοκλήρωσης ενός μέσου γεύματος (40%), η πνιγμονή κατά την πόση ή και σίτιση (40%), το αίσθημα πόνου κατά την κατάποση (40%) και η σιελόρροια (40%) ενώ, ακολούθησαν η απώλεια βάρους λόγω δυσκολίας σίτισης (20%), η βραχνή φωνή (20%), τα πτύελα μετά το γεύμα (20%) και το ιστορικό πνευμονίας (20%).

2.1. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ.

Προκειμένου να καταφέρουμε να προσδιορίσουμε την επιρροή που ασκεί μια πιθανή διαταραχή κατάποσης, τόσο στους πάσχοντες όσο στους φροντιστές αυτών, χορηγήσαμε ένα ερωτηματολόγιο δέκα ερωτήσεων κλειστού τύπου στους τροφίμους και τους κλινήρεις που σημείωσαν βαθμολογία EDSQ, μεγαλύτερη του μέσου όρου του πληθυσμού τους, αλλά κι ένα ερωτηματολόγιο στα στελέχη του γηροκομείου Ξάνθης και στου φροντιστές των νοσηλευόμενων του ΠΑΝΙ.

2.1.1. ΤΡΟΦΙΜΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ.

Οι τρόφιμοι του γηροκομείου, που σημείωσαν ΜΟ: > 3,56 στο EDSQ, ανέρχονταν στους 12, εκ των οποίων οι 4 ήταν άντρες ενώ οι 8 γυναίκες. Οι κύριες δυσκολίες που δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν, είναι ο συχνός “καθαρισμός” του λαιμού τους (58,3%, 7/12) ενώ ακολούθησαν, η καταβολή μεγάλης προσπάθειας σίτισης ή πόσης (50%) και η δυσκολία κατάποσης χαπιού (50%) καθώς επίσης και η τροφή μικρότερων γευμάτων λόγω δυσκολιών κατάποσης (33,3%).

Οι νοσηλευόμενοι που σημείωσαν ΜΟ: >5,82 στο EDSQ ανέρχονταν στους 11, εκ των οποίων οι 7 (63,6%) ήταν άντρες ενώ οι 4 γυναίκες. Σε αντίθεση με τους τροφίμους, οι κλινήριες σημείωσαν περισσότερες δυσκολίες που αφορούν την σίτιση. Οι συχνότερες αφορούσαν την καταβολή μεγάλης προσπάθειας σίτισης (100%) αλλά και την δυσκολία κατάποσης χαπιού (100%), δυσκολίες που σημειώθηκαν και από τους τροφίμους σε μικρότερη όμως συχνότητα. Έξι στους έντεκα (6/11) δήλωσαν πως είχαν μειώσει τα γεύματά τους και είχαν πόνο κατά την κατάποση ενώ εννιά στους έντεκα (9/11) δήλωσαν πως “καθαρίζουν” συχνά τον λαιμό τους. Επακολούθως, οχτώ στους έντεκα (8/11) δήλωσαν πως αποφεύγουν τροφές λόγω της δυσκολίας τους αλλά και πως αυτή, τους περιορίζει σημαντικά, ενώ μάλιστα δύο στους έντεκα (2/11) αποφεύγουν την κοινωνική συνδιαλλαγή λόγω της δυσκολίας τους, κάτι που δεν απαντήθηκε από τους τροφίμους.

2.1.2. ΣΥΝΟΔΟΙ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ.

Καθώς οι δυσκολίες σίτισης και κατάποσης δεν αφορούν μόνο του πάσχοντες αλλά και τους φροντιστές αυτών, ιδίως όταν πλήττουν υπερήλικες, θεωρήθηκε σκόπιμη μια σύντομη προσέγγιση των δυσκολιών που καλούνται καθημερινά να διεκπεραιώσουν οι ίδιοι οι φροντιστές.

Αναφορικά, λοιπόν, με τα στελέχη υγείας του οίκου ευγηρίας της Ξάνθης, οι οποίοι αφιερώνουν καθημερινά 4 έως 6 ώρες με τους τροφίμους, 16/16 δήλωσαν πως πρέπει να προσέχουν παραπάνω πως σιτίζεται το άτομο που επιβλέπουν ενώ οι

9/16 αγχώνονται κάθε φορά που προκαλείται βήχας στους επιβλεπομένους τους παρόλο που οι περισσότεροι (12/16) έχουν παρακολουθήσει κάποια επιμόρφωση στις διαταραχές σίτισης.

Οι περισσότεροι από τους φροντιστές των υπερηλίκων, δήλωσαν πως οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι τρόφιμοι, παρουσιάζουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική τους υγεία (9/16), στην σωματική (4/16) ή και στους δύο αυτούς τομείς (4/16).

Οι συνοδοί, από την άλλη, των νοσηλευόμενων, οι οποίοι είχαν συγγενικοί σχέση μαζί τους, περνούσαν καθημερινά 4 έως 6 ώρες στη νοσοκομειακή μονάδα (12/17) ενώ ένα μικρότερο ποσοστό παρέμενε μαζί με τους όλο το εικοσιτετράωρο. Όλοι οι συνοδοί, είχαν ακμαίο το αίσθημα την ευθύνης απέναντι στον τρόπο σίτισης του ατόμου που φροντίζουν ενώ, αγχώνονται όταν του προκαλείται βήχας. Ακόμη, βίωναν έντονη θλίψη προς αυτό, καθώς, το άτομο το οποίο φροντίζουν δεν μπορεί να τρώει ή να πίνει όπως συνήθιζε κι έτσι, μοιραία, στερείται συνήθειες που τον ευχαριστούσαν. Επομένως, το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών (9/17), δήλωσε πως η φροντίδα ενός ατόμου με δυσκολίες σίτισης, επηρέαζε αρνητικά την ψυχική τους υγεία. Ωστόσο, οι 5/17 δήλωσαν πως παρατηρήθηκε αρνητικό αντίκτυπο στην σωματική τους υγεία (λ.χ. κόπωση) ενώ, οι 3/17 δήλωσαν πως επηρεάζονται σωματικά αλλά και ψυχικά.

2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από την παραπάνω ενδοσκόπηση και σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε στην αρχή, προκύπτει πως το ερωτηματολόγιο EDSQ, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητά του καθώς μία χαμηλή βαθμολογία στο EDSQ, δεν ήταν συνυφασμένη με φυσιολογικές τιμές στο POT (Pulse Oximetry Test) αλλά και αντίστροφα, μία υψηλή βαθμολογία στο EDSQ, δεν ήταν συνυφασμένη με παθολογικές τιμές κορεσμού και επακολούθως μία πιθανή δυσκολία σίτισης. Παρόλα αυτά το EDSQ αποτελεί ένα εργαλείο, το οποίο μπορεί να προβληματίσει έγκαιρα τους θεραπευτές των διαταραχών κατάποσης, για ενδεχόμενες δυσκολίες σίτισης που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Το εγκεφαλικό επεισόδιο που απαντάται σε ένα μεγάλο μέρος του γηριατρικού πληθυσμού φάνηκε να επιφέρει σημαντικές μεταβολές στον κορεσμό των ατόμων τρίτης ηλικίας. Συγκεκριμένα, λαμβάνοντας υπόψιν το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και είχαν ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου (23), όλοι, με εξαίρεση έναν συμμετέχοντα (22/23), εμφάνισαν πτώση στις τιμές του κορεσμού τους, σε τουλάχιστον μία φάση ενώ, η βαθμολογία τους στο EDSQ ήταν ίση ή μεγαλύτερη του τέσσερα. Ειδικότερα, 11/23 διέμεναν σε οίκο ευγηρίας, 4/23 νοσηλεύονταν στο ΠΑΝΙ ενώ 7/23 ανήκαν εκτός θεραπευτικής μονάδας. Επομένως, σύμφωνα με τα δεδομένα που αντλήσαμε, το εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι πολύ πιθανό να επιφέρει δυσκολίες σίτισης και πτώση κορεσμού στις φάσεις της κατάποσης.

Αναφορικά, με τη συμπτωματολογία, διαπιστώθηκε πως η δυσκολία σίτισης, πόσης ή κατάποσης χαπιού, ο βήχας ή και η πνιγμονή μετά από κατάποση, το αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό, τα πτύελα μετά το γεύμα αλλά και ο αυξημένος χρόνος ολοκλήρωσης ενός γεύματος, αποτέλεσαν τα πιο κοινά συμπτώματα όλων των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, τα πιο συχνά συμπτώματα ανά πληθυσμιακή ομάδα ήταν η πνιγμονή μετά από κατάποση, η δυσκολία κατάποσης χαπιού και το αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό, που απαντήθηκε στο 42,6% των συμμετεχόντων εκτός μονάδας περίθαλψης, η δυσκολία σίτισης και πόσης αλλά κατάποσης χαπιού που απαντήθηκε στο 76,9% των νοσηλευόμενων ενώ, ο αυξημένος χρόνος ολοκλήρωσης ενός μέσου γεύματος απαντήθηκε στο 72%, των τροφίμων.

Ακόμη, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως το 77,8% των αντρών τροφίμων αλλά και το 84,6% των γυναικών τροφίμων του γηροκομείου, δήλωσαν πως χρειάζονται πάνω από μισή ώρα για την ολοκλήρωση ενός μέσου γεύματος. Σε αντίθεση με τους τροφίμους, το 87,5% των νοσηλευόμενων αντρών σαν κύρια συμπτώματα σημείωσαν την δυσκολία κατά την σίτιση και πόση και το αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό ενώ το 80% των νοσηλευόμενων γυναικών δήλωσε πως αντιμετωπίζει δυσκολία στην κατάποση χαπιού. Από τις γυναίκες, που διέμεναν εκτός κάποιας μονάδας περίθαλψης το 50% δήλωσε πως χρειάζεται πάνω από μισή ώρα για την ολοκλήρωση ενός γεύματος αλλά και έχει αίσθημα ξένου σώματος στον λαιμό, ενώ το 50% των αντρών είχε δυσκολία στην κατάποση χαπιού.

Από τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες με τις περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης διαταραχών κατάποσης, μπορούμε εύκολα να συμπεράνουμε πως οι δυσκολίες που κλείνεται ένα υπερήλικας να αντιμετωπίσει είναι ποικίλες και εκτείνονται τόσο στο προσωπικό όσο και στο κοινωνικό επίπεδο. Ωστόσο, οι δυσκολίες αυτές φαίνεται να επηρεάζουν άμεσα και με μεγαλύτερη συχνότητα τους νοσηλευόμενους παρά τους τροφίμους του οίκου ευγηρίας ενώ διαπιστώθηκε πως έμμεσα πλήττονται και οι φροντιστές αυτών οι οποίοι κατά μέσο όρο βρίσκονται κοντά στους επιβλέποντες τους, τέσσερις έως έξι ώρες ημερησίως. Αξίζει, μάλιστα, να σημειωθεί πως οι φροντιστές έχουν ακμαίο το αίσθημα της ευθύνης της σωστής σίτισης των υπερηλίκων ενώ, βιώνουν σε μεγάλο βαθμό την δυσκολία που αυτοί αντιμετωπίζουν, με αποτέλεσμα να σημειώνονται αρνητικές συνέπειες τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική τους υγεία (λ.χ. κόπωση, στεναχώρια κα.).

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η παραπάνω έρευνα, δεν κατάφερε να αποδείξει την αξιοπιστία του EDSQ, ως προς την ανίχνευση της δυσφαγίας καθώς υπήρχαν ποικίλοι περιορισμοί που αφορούσαν την προσβασιμότητα σε εργαλεία και σταθμισμένες νόρμες ενώ η δοκιμασία του GUSS, δεν μπόρεσε να διεκπεραιωθεί καθώς αποτελεί μια αρκετά παρεμβατική μέθοδο. Ωστόσο, καταφέραμε σε μεγάλο βαθμό, να καταδείξουμε το EDSQ και το POT, ως εργαλεία που μπορούν να προκαλέσουν την υπόνοια μιας πιθανής διαταραχής σίτισης.

3. ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στην παρούσα έρευνα χορηγήθηκαν το M.M.S.E., το POT, το EDSQ καθώς και δύο ερωτηματολόγια προσέγγισης των δυσκολιών σίτισης που επηρεάζουν άμεσα και έμμεσα του πάσχοντες αλλά και τους φροντιστές τους, όπως παρουσιάζονται στα παραρτήματα δύο και τρία . Τέλος, για την καταμέτρηση του κορεσμού χρησιμοποιήθηκε το παλμικό οξύμετρο δακτύλου JZK 302 ενώ, για την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το IBM SPSS STATISTICS.

Ευχαριστούμε!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EDSQ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ

	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1.	Έχετε δυσκολία όταν τρώτε φαγητό ή όταν πίνετε νερό;		
2.	Έχετε δυσκολία όταν καταπίνετε ένα χάπι;		
3.	Βήχετε όταν τρώτε φαγητό ή όταν πίνετε νερό;		
4.	Πνίγεστε όταν τρώτε φαγητό ή όταν πίνετε νερό;		
5.	Έχετε την αίσθηση ότι κάτι έχει κολλήσει στο λαιμό σας, όταν καταπίνετε;		
6.	Αισθάνεστε πόνο όταν καταπίνετε;		
7.	Χρειάζεστε περισσότερα από 30 λεπτά για να γάτε ένα μέσο γεύμα;		
8.	Σας τρέχουν τα σάλια ή φτύνετε φαγητό κατά τη διάρκεια ενός γεύματος;		
9.	Έχετε διαγνωστεί ποτέ με πνευμονία;		
10.	Έχετε χάσει βάρος, λόγω δυσκολίας κατάποσης;		
11.	Έχετε βραχνή ή υγρή φωνή μετά την κατάποση;		
12.	Έχετε πτύελα μετά το γεύμα;		
	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	/12	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

1. ΗΛΙΚΙΑ
 < 60 ☐
 =60 ☐
 >60 ☐
2. ΦΥΛΟ
 ΘΥΛΗ ☐ ΑΡΡΕΝ ☐
3. ΚΑΤΑΒΑΛΕΤΕ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΟΤΑΝ ΤΡΩΤΕ Η ΠΙΝΕΤΕ;
 ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
4. ΤΡΩΤΕ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΚΑΠΟΙΑΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗ ;
 ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
5. ΚΑΤΑΒΑΛΕΤΕ ΜΕΓΑΛΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΧΑΠΙΩΝ ;
 ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
6. ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΠΟΝΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗ;
 ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
7. ΑΠΟΦΕΥΓΕΤΕ ΚΑΠΟΙΕΣ ΤΡΟΦΕΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗ;
 ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
8. ΚΑΘΑΡΙΖΕΤΕ ΣΥΧΝΑ ΤΟΝ ΛΑΙΜΟ ΣΑΣ;
 ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
9. ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΟΤΙ ΣΑΣ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ Η ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗ;
 ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
10. ΑΠΟΦΕΥΓΕΤΕ ΕΞΟΔΟΥΣ ΜΕ ΦΙΛΟΥΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΣΑΣ;
 ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

1. Σε ποιο φύλο ανήκετε;
Άρρεν ☐
Θήλυ ☐
Άλλο ☐
2. Τι σχέση σας συνδέει με το άτομο για το οποίο είστε υπεύθυνος/νη;
Συγγενής ☐
Φίλος ☐
Μέλος Του Προσωπικού Του Νοσοκομείου ☐
Άλλο ☐
3. Διαμένετε μαζί με το άτομο που φροντίζετε;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
4. Νιώθετε πως άμα πάθει κάτι το άτομο για το οποίο είστε υπεύθυνος/υπεύθυνη, έχετε μόνο εσείς την ευθύνη;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
5. Ισχύει ότι πρέπει να προσέχετε πολύ στο πως θα φάει ή θα πει κάτι το άτομο για το οποίο είστε υπεύθυνος/υπεύθυνη;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
6. Στεναχωριέστε που το άτομο το οποίο φροντίζετε δεν μπορεί να τρώει ή να πίνει με τον ίδιο τρόπο όπως παλιά κι έτσι στερείται πράγματα που του αρέσουν.
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
7. Αγχώνεστε πως κάτι δεν κάνατε σωστά κάθε φορά που βήχει το άτομο το οποίο φροντίζετε;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rommel, N., & Hamdy, S. (2015). Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 13(1), 49–59.

2. Gustafsson, B. & Tibbling, L. Dysphagia, an unrecognized handicap. *Dysphagia* 6, 193–199 (1991).
3. Clavé, P., Terré, R., de Kraa, M. & Serra, M. Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 96, 119–131 (2004).
4. Roden, D. F. & Altman, K. W. Causes of dysphagia among different age groups: a systematic review of the literature. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 46, 965–987 (2013) .
5. Kjaersgaard, A., & Pallesen, H. (2020). First-Hand Experience of Severe Dysphagia Following Brainstem Stroke: Two Qualitative Cases. *Geriatrics* (Basel, Switzerland).
6. Teasell, R., Foley, N., Fisher, J. & Finestone, H. The incidence, management, and complications of dysphagia in patients with medullary strokes admitted to a rehabilitation unit. *Dysphagia* 17, 115–120 (2002).
7. Wolf, D. C. (1990). Dysphagia. In H. K. Walker (Eds.) et. al., *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. (3rd ed.)
8. Azer, S. A., Kanugula, A. K., & Kshirsagar, R. K. (2023). Dysphagia.
9. Wilkinson, J. M., Codipilly, D. C., & Wilfahrt, R. P. (2021). Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *American family physician*, 103(2), 97–106.
10. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, Leners JC, Masiero S, Mateos-Nozal J, Ortega O, Smithard DG, Speyer R, Walshe M. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging* ,11 , 1403-1428.
11. Philpott H, Garg M, Tomic D, Balasubramanian S, Sweis R. ,2017
12. Snyder DL, Crowell MD, Horsley-Silva J, Ravi K, Lacy BE, Vela MF,2019
13. Panebianco M, Marchese-Ragona R, Masiero S, Restivo DA. Dysphagia in neurological diseases: a literature review. *Neurol Sci.* 2020
14. Christmas, C., & Rogus-Pulia, N. (2019). Swallowing Disorders in the Older Population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(12), 2643–2649.
15. Cook I. J. (2008). Diagnostic evaluation of dysphagia. *Nature clinical practice. Gastroenterology & hepatology*, 5(7), 393–403.

16. Matsuo, K., & Palmer, J. B. (2008). Anatomy and physiology of feeding and swallowing: normal and abnormal. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*
17. Thiyaalingam, S., Kulinski, A. E., Thorsteinsdottir, B., Shindelar, K. L., & Takahashi, P. Y. (2021). Dysphagia in Older Adults. *Mayo Clinic proceedings*, 96(2), 488–497
18. Abdel Jalil, A. A., Katzka, D. A., & Castell, D. O. (2015). Approach to the patient with dysphagia. *The American journal of medicine*
19. Carucci, L. R., & Turner, M. A. (2015). Dysphagia revisited: common and unusual causes. *Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America*
20. Park, K. D., Kim, T. H., & Lee, S. H. (2020). The Gugging Swallowing Screen in dysphagia screening for patients with stroke: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 107,
21. Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen.
22. Cantemir, S., & Laubert, A. (2017). Diagnostik und Therapie der Dysphagie [Diagnosis and treatment of dysphagia].
23. Brodsky, M. B., Mayfield, E. B., & Gross, R. D. (2019). Clinical Decision Making in the ICU: Dysphagia Screening, Assessment, and Treatment. *Seminars in speech and language*,
24. McMorro, R. C., & Mythen, M. G. (2006). Pulse oximetry. *Current opinion in critical care*, 12(3), 269–271.
25. Jubran A. (2015). Pulse oximetry. *Critical care (London, England)*, 19(1), 272.
26. Sherman, B., Nisenbourn, J. M., Jesberger, B. L., Morrow, C. A., & Jesberger, J. A. (1999). Assessment of dysphagia with the use of pulse oximetry. *Dysphagia*, 14(3), 152–156.
27. Jones, C. A., Colletti, C. M., & Ding, M. C. (2020). Post-stroke Dysphagia: Recent Insights and Unanswered Questions. *Current neurology and neuroscience reports*

28. Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., Havard, D., McFarlane, M., McLaughlin, C., Randall, M., Robson, K., Scutt, P., Smith, C., Smithard, D., Sprigg, N., Warusevitane, A., Watkins, C., Woodhouse, L., & Bath, P. M. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society*
29. Aslam, M., & Vaezi, M. F. (2013). Dysphagia in the elderly. *Gastroenterology & hepatology*, 9(12), 784.
30. Νικολαΐδου, Α. (2019). Επίδραση του φύλου, της ηλικίας, της τοποθεσίας βλάβης, του τύπου εγκεφαλικού και της ημέρας αξιολόγησης, στην σοβαρότητα Δυσφαγίας σε άτομα μετά από Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο.
31. Γεράκη, Α. Αξιολογήση της δυσφαγίας σε άτομα με διαγνώση νευρολογικών και νευροεκφυλιστικών παθήσεων.
32. Stephen, J. R., Taves, D. H., Smith, R. C., & Martin, R. E. (2005). Bolus location at the initiation of the pharyngeal stage of swallowing in healthy older adults. *Dysphagia*, 20(4), 266-272.
33. Ζαραμπούτη, Δ. Ε. (2021). Συγκριτική ανάλυση δυσκολιών καταποσης στοματικού σταδίου σε ενήλικες ασθενείς μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (αεε) οξείας και χρόνιας φάσης.
34. Christmas, C., & Rogus-Pulia, N. (2019). Swallowing disorders in the older population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(12), 2643-2649.
35. Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical interventions in aging*, 7, 287–298.
36. Sherman, B., Nisenbourn, J. M., Jesberger, B. L., Morrow, C. A., & Jesberger, J. A. (1999). Assessment of dysphagia with the use of pulse oximetry. *Dysphagia*, 14, 152-156. ΚΟΡΕΣΜΟΣ
37. Smith, H. A., Lee, S. H., O'Neill, P. A., & Connolly, M. J. (2000). The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation

- monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and humane screening tool. *Age and ageing*, 29(6), 495-499. ΚΟΡΕΣΜΟΣ
38. Cardoso, M. C. D. A. F., & da Silva, A. M. T. (2010). Pulse Oximetry: instrumental alternative in the clinical evaluation by the bed for the dysphagia. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 14(02), 231-238.
39. Καρναβά, Μ., Μορφίρη, Ε., & Χριστοδούλου, Μ. (2016). Η ενημερότητα των νευρολόγων σχετικά με τις διαταραχές κατάποσης και ο ρόλος του λογοθεραπευτή σε αυτές. Παραπομπή και διεπιστημονική ομάδα.
- Balou, M., Herzberg, E. G., Kamelhar, D., & Molfenter, S. M. (2019). An intensive swallowing exercise protocol for improving swallowing physiology in older adults with radiographically confirmed dysphagia. *Clinical interventions in aging*, 14, 283–288.
40. Molfenter, S. M., Hsu, C. Y., Lu, Y., & Lazarus, C. L. (2018).
41. Alterations to Swallowing Physiology as the Result of Effortful Swallowing in Healthy Seniors. *Dysphagia*, 33(3), 380–388.
42. Molfenter, S. M., Amin, M. R., Branski, R. C., Brumm, J. D., Hagiwara, M., Roof, S. A., & Lazarus, C. L. (2015). Age-Related Changes in Pharyngeal Lumen Size: A Retrospective MRI Analysis. *Dysphagia*, 30(3), 321–327.
43. Αρφαρά, Μ. Π. Α. Μ., & Οικούτα, Τ. Α. (2015). Η επιβάρυνση που η δυσφαγία προσενεί στη ζωή των ασθενών.
44. Φράγκου, Χ. (2021). Η Στοματοφαρυγγική Δυσφαγία ως ένα ακόμη Γηριατρικό Σύνδρομο.
45. Gellrich, D., Wechtenbruch, J., & Echternach, M. (2019). Swallowing disorders in the elderly. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 161, 45-48.
46. Καραθανάση, Α. Δ. (2021). Νευρολογία της κατάποσης και δυσφαγία (Master's thesis).
47. Thiyaagalingam, S., Kulinski, A. E., Thorsteinsdottir, B., Shindelar, K. L., & Takahashi, P. Y. (2021, February). Dysphagia in older adults. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 96, No. 2, pp. 488-497). Elsevier.
48. Labeit, B., Ahring, S., Boehmer, M., Sporns, P., Sauer, S., Claus, I., ... & Muhle, P. (2022). Comparison of simultaneous swallowing endoscopy and videofluoroscopy in neurogenic dysphagia.

49. Thomas Murry, Ricardo L. Carra. (2014).
50. Η κλινική Διαχείριση των Διαταραχών Κατάποσης- Δυσφαγία σε Παιδιά και Ενήλικες.
51. Alecxih, L., Shen, S., Chan, I., Taylor, D., Drabek, J., Balarajan, Y., ... & Dinneen, C. (2019, June). Presbyphagia to dysphagia: multiple perspectives and strategies for quality care of older adults. In *Seminars in speech and language* (Vol. 40, No. 03, pp. 227-242). 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001, USA.: Thieme Medical Publishers.
52. Kim, J. P., & Kahrilas, P. J. (2019). How I approach dysphagia. *Current gastroenterology reports*, 21, 1-9.
53. Schindler, A., Alvite, M. D. F. L., Robles-Rodriguez, W. G., Barcons, N., & Clavé, P. (2023). History and science behind the eating assessment tool-10 (Eat-10): lessons learned. *The Journal of nutrition, health and aging*, 27(8), 597-606.
54. Audag, N., Liistro, G., Goubau, C., Vandervelde, L., Poncin, W., Toussaint, M., ... & Reyckler, G. (2021). Screening for oropharyngeal dysphagia in adult patients with neuromuscular diseases using the Sydney Swallow Questionnaire. *Muscle & nerve*, 64(3), 277-284.
55. Uhm, K. E., Kim, M., Lee, Y. M., Kim, B. R., Kim, Y. S., Choi, J., Han, S. H., Kim, H. J., Yoo, K. H., & Lee, J. (2019). The Easy Dysphagia Symptom Questionnaire (EDSQ): a new dysphagia screening questionnaire for the older adults. *European geriatric medicine*, 10(1), 47–52.
56. Estupiñán Artilles, C., Regan, J., & Donnellan, C. (2021). Dysphagia screening in residential care settings: A scoping review. *International journal of nursing studies*, 114, 103813.
57. Fang, W. J., Zheng, F., Zhang, L. Z., Wang, W. H., Yu, C. C., Shao, J., & Wu, Y. J. (2022). Research progress of clinical intervention and nursing for patients with post-stroke dysphagia. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 43(10), 5875–5884.
58. Cockrell, J. R., & Folstein, M. F. (2002). Mini-mental state examination. *Principles and practice of geriatric psychiatry*, 140-141.

59. Yang, C., & Pan, Y. (2022). Risk factors of dysphagia in patients with ischemic stroke: A meta-analysis and systematic review. *PloS one*, 17(6), e0270096.
60. Sherman, B., Nisenbourn, J. M., Jesberger, B. L., Morrow, C. A., & Jesberger, J. A. (1999). Assessment of dysphagia with the use of pulse oximetry. *Dysphagia*, 14(3), 152–156.
61. Uhm, K. E., Kim, M., Lee, Y. M., Kim, B. R., Kim, Y. S., Choi, J., Han, S. H., Kim, H. J., Yoo, K. H., & Lee, J. (2019). The Easy Dysphagia Symptom Questionnaire (EDSQ): a new dysphagia screening questionnaire for the older adults. *European geriatric medicine*, 10(1), 47–52.

ΤΕΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.