



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα: «Πρώιμα Δεδομένα Δοκιμασίας
Αξιολόγησης Κατάποσης με Διαδοχικής Πόσης
Νερού σε Τυπικό Πληθυσμό»

Μαγιώνα Ιωάννα :16515

Επιβλέπων Καθηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2018



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα: «Πρώιμα Δεδομένα Δοκιμασίας
Αξιολόγησης Κατάποσης με Διαδοχικής Πόσης
Νερού σε Τυπικό Πληθυσμό»

Μαγιώνα Ιωάννα :16515

Επιβλέπων Καθηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2018

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα 2018

1. Επιβλέπων καθηγητής

Διονύσιος Ταφιάδης,

Δρ. Λογοπαθολόγος-Λογοθεραπευτής, Πανεπιστημιακός Υπότροφος

2. Μέλος επιτροπής

Άγγελος Παπαδόπουλος,

MSc. Λογοθεραπευτής, Εργαστηριακός Συνεργάτης

3. Μέλος επιτροπής

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

Υπογραφή

©Μαγιώνα Ιωάννα, 2018

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ' ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για την συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Μαγιώνα Ιωάννα

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κύριο Ταφιάδη Διονύσιο, Λογοπαθολόγο, Διδάσκων τμήματος Λογοθεραπείας Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου και Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ιωαννίνων για την πολύτιμη συνεργασία μας στη συγκεκριμένη έρευνα, τις ιδέες του και την εμπιστοσύνη του απέναντί μου. Επιπλέον ευχαριστώ όλους όσους θέλησαν να συμμετέχουν στην έρευνα, τους καθηγητές μου για τις γνώσεις που μας μεταλαμπαδεύουν συνεχώς αλλά και τους γονείς μου, που δίχως τη στήριξη τους όλα αυτά τα χρόνια δεν θα είχα κατορθώσει τίποτα από αυτά.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Οι διαταραχές κατάποσης είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση χρόνιων και μη προβλημάτων υγείας στους ασθενείς όπως εισρόφηση, εισχώρηση, παλινδρόμηση, αφυδάτωση, κακή θρέψη, πνευμονία λόγω εισρόφησης ακόμη και πνιγμό. Η αξιολόγηση των διαταραχών κατάποσης πραγματοποιείται από ειδικούς λογοπαθολόγους με τη χρήση απεικονιστικών μεθόδων, παρά της κλίνης αξιολογήσεων και της χορήγησης ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν μέσω μιας πιλοτικής μελέτης –σε τυπικό πληθυσμό- να αξιολογηθούν ερωτηματολόγια ενηλίκων που αφορούν τις διαταραχές κατάποσης σε συνδυασμό με ένα δοκιμασία διαδοχικής πόσης νερού.

Μέθοδος: Επτά ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς (για την ικανότητα και το επίπεδο κατάποσής προσαρμοσμένο στα ελληνικά) και ένα water test, χορηγήθηκαν σε σύνολο 630 τυπικών ενηλίκων (286 άντρες και 344 γυναίκες) ηλικίας 18-87 ετών.

Αποτελέσματα: Οι αναλύσεις έδειξαν διαφορές μεταξύ μερικών ηλικιακών υποομάδων της έρευνας. Επίσης διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ του ερωτηματολογίου ως προς τα συνολικά τους σκορ ειδικά μεταξύ της ηλικιακή ομάδας 18 έως 30 ετών και των μεγαλύτερων σε ηλικία ομάδων (70+). Η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων συνδυαστικά με το water τεστ ήταν πολύ υψηλή (α -Cronbach's >.800) και η εσωτερική συνοχή ήταν ισχυρή.

Συζήτηση Τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης των διαταραχών κατάποσης σε συνδυασμό με μία δοκιμασία διαδοχικής πόσης νερού, δίνουν δεδομένα ως προς την αυτοαντίληψη των ικανοτήτων κατάποσης. Οι κλίμακες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο πρωτοβάθμιας αξιολόγησης και να συνδράμουν στην απόφαση για παραπομπή σε απεικόνιση της κατάποσης.

Συμπεράσματα: Διαφαίνεται πως τα ερωτηματολόγια και το water test να είναι κατάλληλα προς στάθμιση στην ελληνική πραγματικότητα. Μελλοντικά, θα πρέπει να χορηγηθεί σε πληθυσμούς με διαφορετικής αιτιολογίας διαταραχών κατάποσης.

Λέξεις Κλειδιά: δυσφαγία, διαταραχές κατάποσης, ερωτηματολόγια, αυτοαντίληψη, τεστ κατάποσης νερού, πιλοτική εφαρμογή.

ABSTRACT

Purpose: Swallowing disorders can lead to chronic problems (or not) at patients such as aspiration, penetration, gastroesophageal reflux, dehydration, malnutrition, aspiration pneumonia even drowning. Speech language assessments of swallowing disorders is done by specific speech language therapists and is usually conducted by using screening methods, by the bed assessments and self-assessment questionnaires. The aim of the present research is – via a pilot study in typical population – to assess adult questionnaires that are referred to swallowing disorders in association with a water test.

Method: Seven self-report questionnaires (about the ability and level of swallowing adjusted in Greek) and a water test were given in a total of 630 typical adults (286 men and 344 women) aged between 18 and 87 years old.

Results: The analysis showed differences between some age subgroups of the research. In addition, differences were noticed in the questionnaires as for their total scores, especially between the age group 18 to 30 years and the older age groups (70+). The credibility of questionnaires was very high (α -Cronbach > .800) and the cohesion was strong.

Discussion: Questionnaires of swallowing disorders and a water test provides data for the self- perception of swallowing abilities. These questionnaires in association with a water test can be used as primary assessment tool and assist in the decision to refer to a swallow display.

Conclusion: It appears that questionnaires and water test were suitable for weighting in Greek reality. In the future, it should be given to populations with a different etiology of swallowing disorders.

Keywords: dysphagia, swallowing disorders, questionnaires, self-assessment, water test, pilot application.

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
Κεφάλαιο 1 ^ο : Κλινικές διαστάσεις της δυσφαγίας.....	12
1.1 Ανατομία και φυσιολογία των δομών κατάποσης.....	12
1.2 Ορισμός της διαταραχής κατάποσης	13
1.3 Στάδια κατάποσης	14
1.3.1 Κρανιακά Νεύρα που χρησιμοποιούνται κατά την κατάποση	16
1.4 Ορολογίες και έννοιες των δυσφαγιών.....	19
1.5 Παθοφυσιολογία Κατάποσης-Αίτια δυσφαγίας	20
1.5.1 Αιτιολογία Δυσφαγίας.....	20
1.5.2 Νευρολογικά αίτια δυσφαγίας.....	21
1.5.3 Δομικά/Μηχανικά αίτια δυσφαγίας.....	26
1.5.4 Οισοφαγικά αίτια δυσφαγίας.....	28
1.5.5 Ψυχογενή αίτια δυσφαγίας	30
1.6 Κλινική Εικόνα των Διαταραχών Κατάποσης.....	31
1.7 Αξιολόγηση Δυσφαγίας.....	37
1.7.1 Ιστορικό Ασθενούς.....	37
1.7.2 Ιατρικές μέθοδοι αξιολόγησης της κατάποσης.....	38
1.7.3 Λογοθεραπευτική αξιολόγηση	39
1.8 Προβληματική της Πτυχιακής.....	39
Κεφάλαιο 2 ^ο Μεθοδολογία έρευνας.....	41
2.1 Μετάφραση και προσαρμογή των Ερωτηματολογίων κατάποσης.....	41
2.2 Ο καθορισμός του πληθυσμού και το μέγεθος του δείγματος.....	41
2.3. Τα Μέσα και ο Τρόπος Συλλογής Δεδομένων	42
2.4 Στατιστικές αναλύσεις.....	43
Κεφάλαιο 3 ^ο Αποτελέσματα Έρευνας.....	44
3.1. Γενικές Αναλύσεις.....	44
3.2. Αναλύσεις Αξιοπιστίας	46
3.3. Αναλύσεις Συσχετίσεων	49
Κεφάλαιο 4 ^ο Συζήτηση και Συμπεράσματα	51
4.1 Σύνοψη αποτελεσμάτων	51

4.2 Συζήτηση.....	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΑΓΓΛΙΚΗ	59

Κεφάλαιο 1^ο : Κλινικές διαστάσεις της δυσφαγίας

1.1 Ανατομία και φυσιολογία των δομών κατάποσης

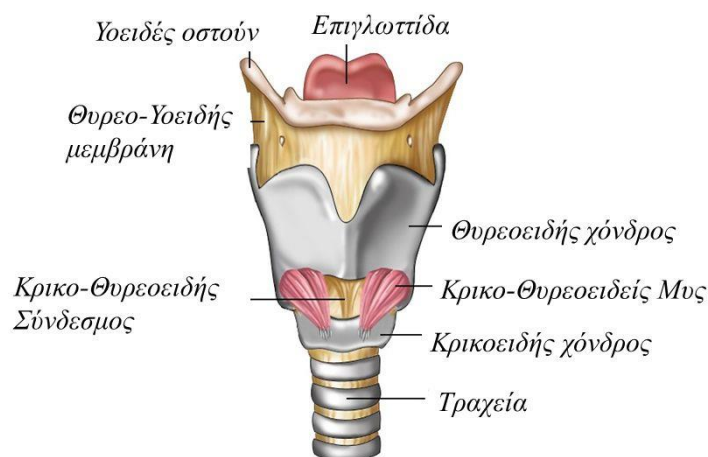
Οι σημαντικές για την κατάποση περιοχές στο κεφάλι και το λαιμό είναι:

1. **το στόμα:** αποτελείται από το προστόμιο, το ιδίως κοίλο του στόματος και τα δόντια.
2. **η γλώσσα:** συμμετέχει και στις τρεις φάσεις της κατάποσης καθώς ευθύνεται για τη μεταφορά του βλωμού από εμπρός προς τα πίσω αλλά και προς το φάρυγγα.
3. **οι παρίσθμιες καμάρες:** οριοθετούν την αρχή της αισθητήριας περιοχής , μεταφέρουν πληροφορίες στο στέλεχος του εγκεφάλου και τον φλοιό που σηματοδοτούν την έναρξη της φαρυγγικής κατάποσης . Ανάμεσα στις παρίσθμιες καμάρες, βρίσκονται και οι παρίσθμιες αμυγδαλές.
4. **το υοειδές οστό:** αποτελεί το θεμέλιο της γλώσσας και το σημείο ανάρτησης του λάρυγγα. Η επιγλωττίδα που επεκτείνεται από το υοειδές οστό ως τον θυρεοειδή χόνδρο, προσκολλάται στο υοειδές οστό στο σημείο όπου συναντώνται η βάση της γλώσσας και η κορυφή της επιγλωττίδας, δηλαδή το γλωσσοεπιγλωττιδικό βοθρίο.
5. **ο φάρυγγας:** είναι ένας ινομυώδης σωλήνας ο οποίος εκτείνεται από το 2^ο ινιακό οστό μέχρι τον κρικοειδή χόνδρο του λάρυγγα. Διακρίνεται σε τρεις μοίρες, τη ρινική, τη στοματική και τη λαρυγγική και αποτελείται και από τρεις σφιγκτήρες, τους άνω , τους μέσους και τους κάτω που προσκολλώνται στις πρόσθιες δομές.
6. **ο οισοφάγος:** Ο οισοφάγος είναι ένας μυϊκός σωλήνας που αποτελεί τη συνέχεια του φάρυγγα και εκτείνεται από τον κρικοειδή χόνδρο έως το καρδιακό στόμιο του στομάχου. Έχει τη δυνατότητα να συσπάτε και να διατάσσεται (Ζιάβρα & Σκεύας, 2009). Διακρίνεται σε δύο μοίρες, την τραχηλική και την θωρακική (Δανιηλίδης & Ασημακόπουλος, 2006).
7. **ο λάρυγγας:** βρίσκεται στη μέση γραμμή του τραχήλου, κάτω από τη γλώσσα και το υοειδές οστό και μπροστά από τον υποφάρυγγα, στο ύψος του τρίτου με πέμπτου αυχενικού σπονδύλου (Δανιηλίδης & Ασημακόπουλος, 2006) (Ζιάβρα & Σκεύας, 2009) (Γκούμας, 2012). Προς τα πάνω επικοινωνεί με τη

λαρυγγική μοίρα του φάρυγγα, ενώ προς τα κάτω με την τραχεία αποτελώντας την κορυφή της αναπνευστικής οδού. Ο λάρυγγας χτίζεται από ένα χόνδρινο σκελετό που αποτελείται από χόνδρους και αρθρώσεις. Οι χόνδροι είναι οι εξής: κρικοειδής χόνδρος, θυρεοειδής χόνδρος, δύο αρυταινοειδείς χόνδροι και τέλος η επιγλωττίδα. Ενώνονται μεταξύ τους με συνδέσμους και υμένες και παράλληλα κινούνται από τους μύες. (Morton, Peterson, & Albertine, 2008).

8. **η τραχεία:** αποτελεί τη συνέχεια του λάρυγγα, πορεύεται μπροστά από τον οισοφάγο και είναι ένας κυκλικός κυρίως χόνδρος.

Ανατομία λάρυγγα



Copyright © 2004 Pearson Education, Inc., publishing as Benjamin Cummings

Figure 23.4

<http://slideplayer.gr/slide/11525411/42/images/7/Ανατομία+λάρυγγα+Επιγλωττίδα+Υοειδές+οστόν+Θυρεο-Υοειδής+μεμβράνη.jpg>

1.2 Ορισμός της διαταραχής κατάποσης

Ο όρος «δυσφαγία» προέρχεται από τον συνδυασμό του προθήματος «δυσ-» με τη ρίζα «φαγ-» της αρχαίας ελληνικής και αναφέρεται σε διαταραχή ή δυσκολία της κατάποσης (Παπαθανασίου, Παπανικολάου, 2013).

Ως ‘‘Δυσφαγία’’, ορίζεται η καθυστέρηση ή η λανθασμένη πορεία της τροφής από τη στοματική κοιλότητα προς τον στόμαχο ή πιο απλά η δυσχέρεια στην κατάποση. Η δυσφαγία που αφορά μόνο ένα στάδιο της κατάποσης ή συνδυασμό σταδίων, μπορεί να καταστήσει την κατάποση επικίνδυνη για τον ασθενή, προκαλώντας υποσιτισμό, αφυδάτωση, επεισόδια πνιγμού και συνέπειες στη λειτουργία των πνευμόνων λόγω εισρόφησης. Αυτό μπορεί να καταστήσει την κατάποση ανεπαρκή, αναποτελεσματική ακόμη και δυσάρεστη για τον ασθενή, ο οποίος φοβάται ή κουράζεται εξαιτίας των διαιτητικών περιορισμών. [Rosenbeck, J. C., & Jones, H. N. (2013)].

1.3 Στάδια κατάποσης

Η φυσιολογική κατάποση πραγματοποιείται σε 4 φάσεις (Logemann 1983):

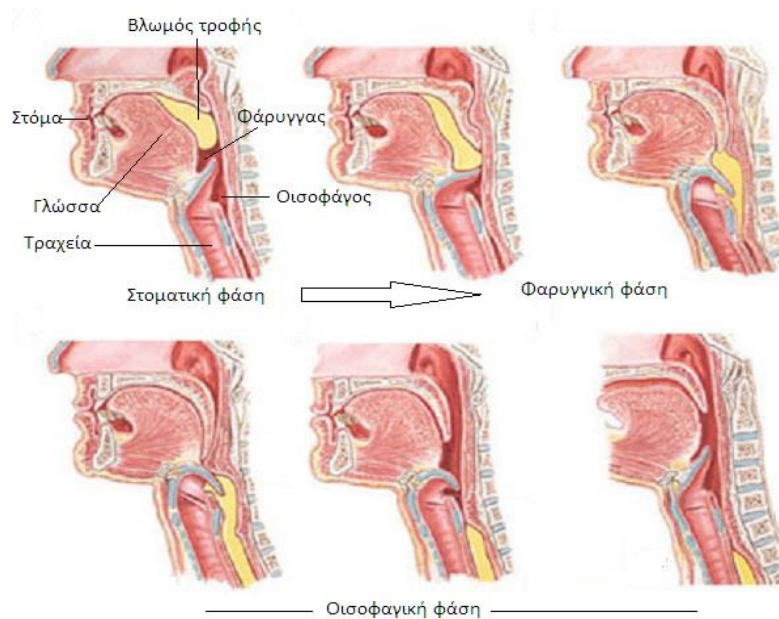
- Η **στοματική φάση προετοιμασίας/φάση μάσησης**, περιλαμβάνει τη λήψη τροφής στο στόμα, τη σύνθλιψη, την κατάτμιση, την ανάμειξη με σιέλο και την τοποθέτηση του βλωμού στη γλώσσα. Για την δημιουργία του βλωμού απαιτείται συνεργασία μεταξύ των χειλέων, της γλώσσας, της γνάθου, της μαλακής υπερώας, των δοντιών και των μυών των παρειών. (Ζιάβρα, Ν., & Σκεύας, Α. 2009)
- Η **στοματική φάση** εξυπηρετεί τη μεταφορά του βλωμού στο φάρυγγα, η οποία αφού έχει πολτοποιηθεί, ωθείται με πίεση της κορυφής της γλώσσας προς την υπερώα, προς τη βάση της γλώσσας και το φάρυγγα. Στη φάση αυτή τα χείλη κλείνουν και οι παρειές συμπίπτουν με τους φραγμούς των δοντιών. Η γλώσσα συνεπώς είναι εκείνη που παίζει πρωταρχικό ρόλο στο χειρισμό της τροφής στη συγκεκριμένη φάση κατάποσης.
- Η **φαρυγγική φάση** ενεργοποιείται μόλις ο βλωμός φτάσει στη βάση της γλώσσας, στο επίπεδο των πρόσθιων παρίσθμιων καμάρων, εκλύοντας το αντανακλαστικό της κατάποσης από υποδοχείς οι οποίοι βρίσκονται στην είσοδο του φάρυγγα, κλείνοντας αντανακλαστικά όλες τις οδούς οι οποίοι δεν ανήκουν στο πεπτικό σύστημα με την εξής σειρά:
 - Η μαλακή υπερώα και η σταφυλή έλκεται προς τα επάνω και πίσω, κλείνει τον ρινοφάρυγγα και εμποδίζει την είσοδο τροφών προς τις ρινικές κοιλότητες.

- Οι φαρυγγο-υπερώιες πτυχές έλκονται προς τη μέση γραμμή, πλησιάζουν μεταξύ τους και σχηματίζουν μια οβελιαία σχισμή, μέσα από την οποία οι τροφές θα προχωρήσουν προς τον υποφάρυγγα.
- Ο λάρυγγας έλκεται προς τα πάνω και εμπρός, κάτω από τη βάση της γλώσσας, ενώ ταυτόχρονα γίνεται πτώση της επιγλωττίδας προς τα πίσω και κάτω και πλησιάζουν οι αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές προς τη μέση γραμμή. Έτσι επικαλύπτεται η είσοδος του λάρυγγα, γίνεται σύγκλιση των φωνητικών χορδών κι έτσι δεν επιτρέπεται η είσοδος τροφής προς το λάρυγγα και τη τραχεία.

Αξίζει να σημειωθεί πως η φυσιολογική λειτουργία της φαρυγγικής φάσης, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σύσταση και τον όγκο του βλωμού.(Murry, T., & L., C. R. 2014)

- Η **οισοφαγική φάση**, κατά την οποία η τροφή μεταφέρεται προς το στομάχι μέσω των συσπάσεων των μυών του οισοφάγου. Ο βλωμός προωθείται κατά μήκος του οισοφάγου μετά από τη φθίνουσα αναστολή του.(Murry, T., & L., C. R. 2014)

Εικόνα: Φυσιολογική Κατάποση-Στάδια



http://vardouniotis.gr/assets/Vardouniotis/Images/YLH/FARYGGAS_LARYGGAS/KATAPOSI/image001.jpg

1.3.1 Κρανιακά Νεύρα που χρησιμοποιούνται κατά την κατάποση

Τα κρανιακά νεύρα αποτελούν μέρος του περιφερικού νευρικού συστήματος και τυχόν δυσλειτουργίες τους είναι ικανές να επηρεάσουν την ικανότητα ομιλίας και σίτισης. Συνεπώς, απαιτείται γνώση της λειτουργίας των κρανιακών νεύρων τόσο από τους λογοθεραπευτές όσο και τους ειδικούς μιας διεπιστημονικής ομάδας. (Μεσσήνης, Αντωνιάδης, 2001β).

Τρίδυμο Νεύρο V

Είναι το κύριο νεύρο κοινής αισθητικότητας της κεφαλής. Νευρώνει μύες της κάτω γνάθου. Αποτελείται από τρεις κλάδους οι οποίοι είναι:

1. Το οφθαλμικό νεύρο (οφθαλμικός κλάδος) που νευρώνει το πρόσθιο μέρος της κεφαλής, τις ηθμοειδείς κυψέλες, το άνω βλέφαρο και τη ράχη της μύτης.
2. Το άνω γναθικό νεύρο (άνω γναθιαίος κλάδος) που νευρώνει τον βλεννογόνο του άνω χείλους, την άνω γνάθο, τα πάνω δόντια, το κάτω χείλος, το άνω μέρος των παρειών, και μέρος του έξω ωτός.
3. Το κάτω γναθικό νεύρο (κάτω γναθιαίος κλάδος), που νευρώνει τη γλώσσα, την κάτω γνάθο και τα κάτω δόντια. Τα άνω και κάτω γναθικά νεύρα είναι περισσότερο σημαντικά για εμάς αφού λαμβάνουν όλες τις αισθητηριακές πληροφορίες από το στόμα, τα χείλη, την κάτω γνάθο, τα δόντια, τη γλώσσα και την υπερώα. Είναι επίσης υπεύθυνα για τη μάσηση και την αισθητικότητα του προσώπου.

Οι διαταραχές στη λειτουργία του τρίδυμου νεύρου μπορεί να είναι:

- Τρυσμός των δοντιών
- Ατελής σύγκλιση των δοντιών και ελαφρά απόκλιση της κάτω γνάθου προς τη μεριά της βλάβης
- Μισάνοιχτο στόμα
- Αδρές και υπερβολικές κινήσεις μάσησης
- Δάγκωμα κοπιώδες και αργό
- Κακή διάκριση θερμού – ψυχρού

(Drake R.L., Vogl W., Mitchell A.W.M., 2005; Ταφιάδης Δ., 2008)

Προσωπικό Νεύρο VII

Είναι υπεύθυνο για εκφράσεις του προσώπου και την αίσθηση της γεύσης. Νευρώνει τους υπογναθικούς – υπογλώσσιους αδένες, τους ρινικούς – υπερωικούς αδένες, τα πρόσθια δύο τριτημόρια της γλώσσας και την υπερώα.

Οι διαταραχές στη λειτουργία του προσωπικού νεύρου μπορεί αν είναι:

- Παράλυση των κάτω από το επίπεδο του ματιού μυών του προσώπου.
- Διαταραχές της γεύσης των πρόσθιων δύο τριτημορίων της γλώσσας και ξήρανση των επιπεφυκώτων.
- Παράλυση των κάτω από το επίπεδο του ματιού μυών της αντίθετης πλευράς του προσώπου.
- Αδυναμία στο σούφρωμα του μετώπου.
- Πτώση της γωνίας του στόματος

(Drake R.L., Vogl W., Mitchell A.W.M., 2005; Ταφιάδης Δ., 2008)

Γλωσσοφαρυγγικό Νεύρο IX

Είναι υπεύθυνο για την γεύση και την κατάποση. Νευρώνει τον στυλοφαρυγγικό μυ και τον άνω φαρυγγικό σφιγκτήρα συμβάλλοντας στην ανύψωση του φάρυγγα και του λάρυγγα. Μεταφέρονται, επίσης, γευστικά ερεθίσματα από το οπίσθιο τριτημόριο της γλώσσας. Επίσης νευρώνει τις παρίσθμιες καμάρες, τις αμυγδαλές, τη μαλθακή υπερώα. (Logemann, 1999).

Οι διαταραχές στη λειτουργία του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου μπορεί να είναι:

- Απώλεια της γεύσης του οπίσθιου τριτημορίου της γλώσσας και της αισθητικότητας της μαλακής υπερώας.
- Δυσκαταποσία ήπιου βαθμού

(Drake R.L., Vogl W., Mitchell A.W.M., 2005)

Πνευμονογαστρικό Νεύρο X

Αποτελεί το κύριο νεύρο της καρδιάς, του αναπνευστικού συστήματος και μέρος του πεπτικού συστήματος. Νευρώνει τους συσφιγκτήρες μύες του φάρυγγα, τους εσωτερικούς μύες του λάρυγγα, τους υπερωικούς μύες, τους βρόγχους, τον οισοφάγο, την καρδιά, το στομάχι, το λεπτό έντερο και ένα μέρος του παχέος εντέρου.

Οι διαταραχές στη λειτουργία του πνευμονογαστρικού νεύρου μπορεί να είναι:

- Πλάγια απόκλιση της μαλακής υπερώας με στροφή της σταφυλής προς την υγιή πλευρά/ παράλυση φωνητικής χορδής
- Λαρυγγικός σπασμός
- Δυσκαταποσία
- Ένρινη φωνή
- Δυσφωνία ή αφωνία
- Απώλεια του φαρυγγικού αντανακλαστικού

(Drake R.L., Vogl W., Mitchell A.W.M., 2005), (Ταφιάδης Δ., 2008)

Υπογλώσσιο Νεύρο XII

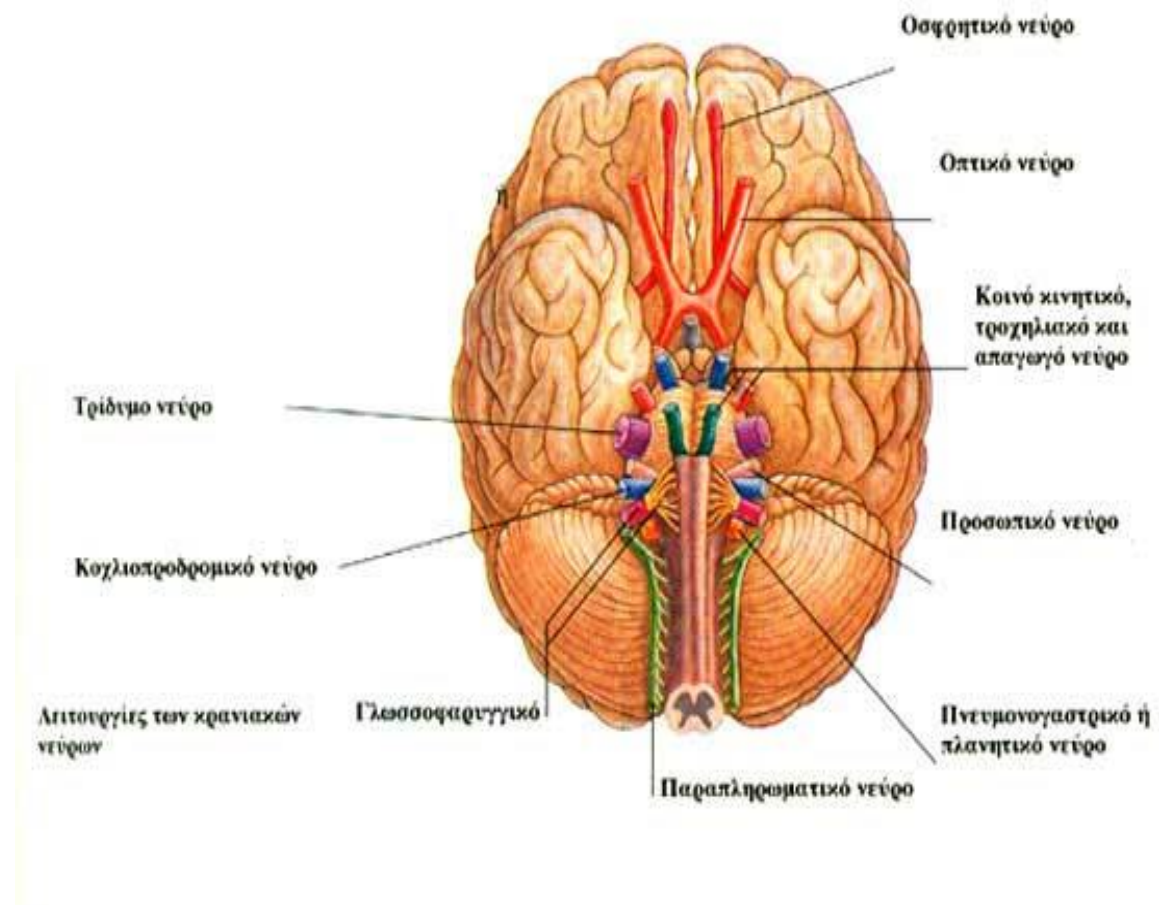
Είναι υπεύθυνο για όλες τις κινήσεις που μπορεί να κάνει η γλώσσα και τροφοδοτεί όλους τους εσωτερικούς τις μύες. Νευρώνει όλους τους αυτόχθονες μύες και τους περισσότερους ετερόχθονες μύες της γλώσσας.

Οι διαταραχές στη λειτουργία του υπογλώσσίου νεύρου μπορεί να είναι:

- Ατροφία των μυών της σύστοιχης πλευράς της γλώσσας και απόκλιση προς την πάσχουσα πλευρά/διαταραχές ομιλίας
- Διάχυτη ατροφία.
- Δυσκολία εξώθησης της γλώσσας προς τα έξω
- Δυσαρθρία
- Δυσκαταποσία

(Drake R.L., Vogl W., Mitchell A.W.M., 2005), (Ταφιάδης Δ., 2008)

Εικόνα: Εγκεφαλικά νεύρα



<http://tlipolemos.aegean.gr/sxedia/GRAFDASKALOU/anatomy/sub1/taste/cranial-nerves.jpg>

1.4 Ορολογίες και έννοιες των δυσφαγιών

Οι Bigenzahn & Denk (2007), ανέφεραν τις ακόλουθες έννοιες που σχετίζονται με την Δυσφαγία:

Drooling= τροφόρροια: Έξοδος τροφής από τη στοματική κοιλότητα προς τα εμπρός εξαιτίας ανεπάρκειας σύγκλισης των χειλέων.

Leaking= διαφυγή: Πρώιμη διολίσθηση του βλωμού προς τα πίσω στο φάρυγγα πριν από την έκλυση του αντανακλαστικού της κατάποσης.

Laryngeal Penetration= λαρυγγική διείσδυση: Είσοδος τροφής, σιέλου ή γαστρικού υγρού στις αεροφόρες οδούς μέχρι το ύψος της γλωττίδας, δηλαδή στο λαρυγγικό στόμα.

Aspiration= εισρόφηση: Είσοδος τροφής ή σιέλου στην αναπνευστική οδό, κάτω από το επίπεδο της γλωττίδας.

Retention= κατακράτηση: Συσσώρευση υπολειμμάτων βλωμού στη στοματική κοιλότητα, στα γλωσσοεπιγλωττιδικά βοθρία, στον απιοειδή βόθρο του υποφάρυγγα.

Regurgitation= αναγωγή: Παλίνδρομη ροή τμημάτων βλωμού στο φάρυγγα, λάρυγγα ή στη στοματική κοιλότητα εξαιτίας παλίνδρομων κινήσεων του οισοφάγου. Στη ρινική αναγωγή, τμήματα βλωμού φτάνουν στο ρινοφάρυγγα εξαιτίας ανεπαρκούς υπερώιο ιστιοφαρυγγικής σύγκλεισης ή παρεμπόδισης διόδου τροφής με δευτεροπαθή στάση στο ρινοφάρυγγα.

1.5 Παθοφυσιολογία Κατάποσης-Αίτια δυσφαγίας

1.5.1 Αιτιολογία Δυσφαγίας

Η κατάποση είναι μια περίπλοκη λειτουργία που απαιτεί συνεργασία των αισθητικών και κινητικών μηχανισμών. Αρχικά, όπως προαναφέρθηκε, η τροφή εισέρχεται στο στόμα και μέσω των μυών του, πολτοποιείται. Στη συνέχεια προωθείται προς το λάρυγγα, ο οποίος με τη σειρά του ανυψώνεται προστατεύοντας έτσι τον αεραγωγό και οδηγώντας την τροφή στον στομάχο. Το κλείσιμο του λαρυγγικού σφιγκτήρα για την προστασία των αεραγωγών πραγματοποιείται σε τρία επίπεδα. Αυτό αποτελείται από τη σύγκλειση των φωνητικών πτυχών, περιλαμβανομένων και των αρυταινοειδών και των ψευδών φωνητικών πτυχών, των αρυεπιγλωττιδικών πτυχών, και της επιγλωττίδας. Ηανοδική και πρόσθια κίνηση του λάρυγγα που προκαλείται από του μύες άνω του υοειδούς σπασμού, ανοίγει τον οπίσθιο κρικοειδή χώρο και μετακινεί το λάρυγγα προς τα πάνω σε μία προστατευμένη θέση, κάτω από τη βάση της γλώσσας. (Murry & Carrau, 2014)

Παράλληλα, οι νευρικές ώσεις των φλοιωδών και υποφλοιωδών οδών ενσωματώνουν κινητικές και αισθητικές πληροφορίες στους μύες της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα και των λαρυγγικών δομών. Σε περίπτωση βλάβης σε οποιοδήποτε νεύρο που εμπλέκεται στην κατάποση ή στις αντίστοιχες περιοχές του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (στέλεχος, προμήκης μυελός και φλοιός) επιφέρει δυσκολία και πρόβλημα στην κατάποση.

Τα αίτια διαταραχών κατάποσης είναι ποικίλα και διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες:

1. Νευρολογικά
2. Δομικά/μηχανικά
3. Οισοφαγικά
4. Ψυχογενή

Ο λόγος για τον διαχωρισμό αυτών, είναι η ανάγκη κάθε περίπτωσης να αντιμετωπίζεται με διαφορετικό τρόπο προσέγγισης, αξιολόγησης και θεραπευτικής αποκατάστασης (Παπαδοπούλου, 2014).

1.5.2 Νευρολογικά αίτια δυσφαγίας

Η δυσφαγία που οφείλεται σε νευρολογικές βλάβες και νόσους είναι το συνηθέστερο αποτέλεσμα μιας διαταραχής στις αισθητικοκινητικές δομές των φαρυγγικών και στοματικών σταδίων της κατάποσης. Η έναρξη, η πορεία και η βαρύτητα της νόσου, σε συνδυασμό με τα συμπτώματα, μπορεί να είναι αιφνίδια ή να εξελιχθούν αργά προκαλώντας εκφυλισμό των νευρομυϊκών συστημάτων. (Murry & Carrau, 2014)

Τα νευρολογικά αίτια δυσφαγίας είναι τα εξής:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| ▪ <i>Αγγειακά Επεισόδια</i> | ▪ <i>Εγκεφαλικά</i> | ▪ <i>Δυστονία/Οψιμη δυσκινησία</i> |
| ▪ <i>Νόσος Parkinson</i> | | ▪ <i>Παράλυση φωνητικών χορδών</i> |
| ▪ <i>Άνοια-Νόσος Alzheimer</i> | | ▪ <i>Μυοπάθεια (Μυϊκή δυστροφία)</i> |
| ▪ <i>Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις</i> | | ▪ <i>Μηνιγγίτιδα</i> |
| ▪ <i>Πλάγια Σκλήρυνση</i> | ▪ <i>Μυατροφική</i> | ▪ <i>Εγκεφαλίτιδα/Πολιομυελίτιδα</i> |
| ▪ <i>Μυασθένεια Gravis</i> | | ▪ <i>Νόσος Κινητικών Νευρώνων</i> |

Πίνακας 1.1 Νευρολογικά αίτια δυσφαγίας/Πηγές: Murry & Carrau (2014), Groher (1997).

Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια

Ως Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΑΕ) ορίζεται η απόφραξη ή αιμορραγία εγκεφαλικού αιμοφόρου αγγείου με συνέπεια την ανεπαρκή οξυγόνωση του εγκεφάλου, πράγμα που μπορεί να επιφέρει βλάβη ή νέκρωση στον εγκεφαλικό ιστό ή και στον νωτιαίο μυελό. Schindelmeiser, J. (2013). Τα ΑΑΕ αποτελούν το πιο συχνό αίτιο νευρολογικής δυσφαγίας (Groher, 1997). Σύμφωνα με τους Murry & Carrau (2014), το συνολικό ποσοστό εισροφήσεων που παρατηρείται μετά από ΑΑΕ είναι περίπου 33,3%, από τους οποίους οι μισοί θα εμφανίσουν σιωπηλή εισρόφηση.

Νόσος Parkinson

Η νόσος Parkinson είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική πάθηση σε υποφλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου και στο εγκεφαλικό στέλεχος (Groher, 2014) και ευθύνεται στην ανεπάρκεια ντοπαμίνης στο ραβδωτό σώμα. Εμφανίζεται κυρίως σε άτομα ηλικιακού εύρους 40 έως 70 ετών. Καθώς η ασθένεια σταδιακά επιδεινώνεται εμφανίζονται διαταραχές στην κατάποση σε όλα τα στάδια (Rosenbek & Jones, 2015). Οι ασθενείς παρουσιάζουν από συμπτώματα αδυναμίας στην

κινητικότητα των αρθρωτών, μη φυσιολογική στάση κεφαλής και λαιμού, έως καθυστερημένη κατάποση και σιωπηλή εισρόφηση εξαιτίας πρόιμης διαφυγής μέρους του βλωμού προς το φάρυγγα ή το λάρυγγα κατά το στοματικό στάδιο. (Corbin- Lewis, Liss & Sciortino, 2004).

Άνοια-Νόσος Alzheimer

Η νόσος ξεκινάει με μια ελαφράς μορφής γενική αδυναμία και πτώση της απόδοσης που συχνά συνοδεύονται με πονοκεφάλους και ιλίγγους. Έπειτα, εμφανίζονται καταστάσεις που ο ασθενής δεν μπορεί να προσανατολιστεί χρονικά και ξεκινάει να ξεχνάει. (Schindelmeiser, J. 2013). Στους ασθενείς με άνοια παρατηρείται απραξία κατάποσης και καθυστερημένη φαρυγγική κατάποση. Οι ίδιοι δεν συνειδητοποιούν τους κινδύνους της ομιλίας κατά την κατάποση με αποτέλεσμα η στοματική σίτιση να καθίσταται προβληματική, και μειωμένη σύσπαση της βάσης της γλώσσας και μειωμένη ανύψωση του λάρυγγα. (Πρώιου, X. 2003).

Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Αίτια τραυματισμού της κεφαλής μπορούν να οφείλονται σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα αλλά και ατυχήματα στο σπίτι, στην εργασία ή κατά τη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων καθώς και άσκηση βίας. (Schindelmeiser, J. 2013) Μετά από μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση παρατηρούνται καθυστερημένη ή απύσα φαρυγγική αντίδραση, μειωμένη σύσπαση της γλώσσας και εισρόφηση. (Murry & Carrau, 2014)

Πλάγια Μυατροφική Σκλήρυνση

Η ασθένεια χαρακτηρίζεται από εκφύλιση του κεντρικού ή και του περιφερικού κινητικού νευρώνα με βλάβες στις κινητικές λειτουργίες του ατόμου. (Schindelmeiser, J. 2013) Σε ποσοστό 10-33% των ασθενών εκδηλώνεται δυσφαγία. Με την πάροδο του χρόνου η βαρύτητα και η σοβαρότητα της διαταραχής κατάποσης επιδεινώνεται, με αποτέλεσμα την τοποθέτηση καθετήρα (Bigenzahn & Denk, 2007).

Επιπλέον, η αίσθηση της γεύσης έχει παρατηρηθεί ότι επηρεάζεται (Corbin- Lewis, Liss & Sciortino, 2004).

Μυασθένεια Gravis

Η συγκεκριμένη πάθηση χαρακτηρίζεται από μυϊκή αδυναμία και κόπωση κατά τη δραστηριότητα των μυών. (Schindelmeiser, J. 2013) Η έναρξή της πραγματοποιείται κατά την ενήλικη ζωή, ενώ παράλληλα είναι μια επίκτητη αυτοάνοση πάθηση. Το 1/3 των ανθρώπων με βαριά μυασθένεια παρουσιάζουν δυσφαγία λόγω αδυναμίας του μασητήρα μυ, αμφίπλευρη προσωπική αδυναμία, φτωχό αντανακλαστικό εμετού, μειωμένη ανύψωση υπερώας, δυσαρθρία ή δυσφωνία, διπλωπία και δυσαρθρία. Η κατάποση υγρών είναι πιο εύκολη απ ότι στερεών, λόγω της αδυναμίας του μασητήρα μυ, που καθιστά τη μάσηση κουραστική για τους ασθενείς. (Murry & Carrau, 2014)

Δυστονία/Ονιμη δυσκινησία

Ανήκει στις εκφυλιστικές κινητικές διαταραχές στις οποίες ο ασθενής λαμβάνει αφύσικες στάσεις της κεφαλής και του κορμιού του, λόγω δυσλειτουργίας του συντονισμού των μυϊκών συστημάτων, οι οποίες επαναλαμβάνονται διαρκώς ώσπου εδραιώνονται μόνιμα ή ο ασθενής επαναλαμβάνει συνεχώς συγκεκριμένες κινήσεις. (Schindelmeiser, J. 2013) Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μεταξύ άλλων, βαριάς μορφής δυσφαγία.

Παράλυση φωνητικών χορδών

Δυσφαγία λόγω παράλυσης φωνητικών χορδών, δημιουργείται εξαιτίας βλάβης στο άνω και κάτω λαρυγγικό νεύρο. (Ζιάβρα, Ν., & Σκεύας, Α. 2009)

Μυοπάθεια/Μυϊκή δυστροφία

Οι μυϊκές δυστροφίες είναι μια ομάδα κληρονομικών και εκφυλιστικών μυοπαθειών που εμφανίζονται σε νεαρή ηλικία και οφείλονται σε γονίδια. Προκαλούν μυϊκή

αδυναμία λόγω εκφύλισης και μυϊκή υπερτροφία. (Misulis & Head, 2007) (Adams, Victor, & Ropper, 1997) Οι ασθενείς με μυοπάθεια ίσως βιώσουν οισοφαγική δυσφορία με αποτέλεσμα προβλήματα στη μεταφορά του βλωμού, ή και τη συσσώρευση τροφής στον άνω οισοφαγικό σφιγκτήρα ή τον οισοφάγο (Corbin-Lewis, Liss & Sciortino, 2004). Στη μυοτονική δυστροφία σημειώνεται σημαντική μείωση στον τόνο ηρεμίας του άνω και κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα, καθώς και μειωμένη πίεση συστολής στον φάρυγγα και στον οισοφάγο (Murry & Carrau, 2014).

Μηνιγγίτιδα

Η μηνιγγίτιδα μπορεί να είναι σε ιό είτε σε βακτήριο και χαρακτηρίζεται από υπερπαραγωγή εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Στη βακτηριακή μηνιγγίτιδα, λόγω προσβολής κάποιων εγκεφαλικών νεύρων, διαταράσσεται η κανονικότητα της κατάποσης. Στην περίπτωση της ιογενής τα συμπτώματα είναι ηπιότερα (Schindelmeiser, 2013).

Εγκεφαλίτιδα/Πολιομυελίτιδα

Η εγκεφαλίτιδα είναι μια πάθηση του εγκεφάλου η οποία προκαλείται από ιούς, βακτήρια, παράσιτα, μύκητες κλπ ή επέρχεται ως δευτεροπαθές σύμπτωμα γενικής νόσου (Schindelmeiser, 2013). Σύμφωνα με τον Groher (1997) είναι μία «οξεία μόλυνση που κυρίως επηρεάζει τα κατώτερα κινητικά νεύρα και σε πολλές περιπτώσεις και το εγκεφαλικό στέλεχος που οδηγεί σε προβλήματα όπως δυσφαγία».

Νόσος Κινητικών Νευρώνων

Αποτελεί μια εκφυλιστική πάθηση των κινητικών νεύρων του εγκεφάλου, του εγκεφαλικού στελέχους και του νωτιαίου μυελού. Χαρακτηρίζεται από προοδευτική επιδείνωση, με αποτέλεσμα την πρόκληση ποικίλων προβλημάτων και σοβαρή δυσφαγία, που συχνά θέτει την ζωή του ατόμου σε κίνδυνο. Η δυσφαγία στη νόσο κινητικών νευρώνων σχετίζεται, είτε με το ανώτερο κινητικό νεύρο, είτε το κατώτερο, ή και συνδυασμό των δύο, και εμφανίζεται στα αρχικά στάδια της νόσου. (Groher, 1997).

1.5.3 Δομικά/Μηχανικά αίτια δυσφαγίας

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| ▪ Χειρουργικές επεμβάσεις | ▪ Ίνωση |
| ▪ Τραχειοτομή | ▪ Διαφραγματοκήλη |
| ▪ Λαρυγγεκτομή | ▪ Όγκοι |
| ▪ Χειλο-γναθο-υπερωϊοσχιστία | |

Πίνακας 1.2 Κύρια δομικά αίτια δυσφαγίας/ Πηγές: Corbin- Lewis, Liss & Sciortino (2004), Groher (1997), Murry & Carrau (2014), Schindelmeiser (2013).

Χειρουργικές επεμβάσεις

Χειρουργικές επεμβάσεις είτε στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, είτε στην ανώτερη αναπνευστική και πεπτική οδό, εκδηλώνουν μετεγχειρητικά προβλήματα στην κατάποση. Σε αυτές τις περιπτώσεις εκδηλώνεται δυσφαγία που μπορεί να διαρκέσει για μικρό η μεγάλο χρονικό διάστημα και να εντοπιστεί σε οποιοδήποτε στάδιο (Murry & Carrau 2014). Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες μπορούν να φέρουν δυσφαγία στον ασθενή είναι οι εξής: χειρουργική πρόσθιας αυχενικής σπονδυλικής μοίρας, χειρουργική εδάφους της στοματικής κοιλότητας, χειρουργική υπερώας, χειρουργική χειλιών, χειρουργική κάτω γνάθου, χειρουργική στοματοφάρυγγα, χειρουργική υποφάρυγγα και χειρουργική βάσης κρανίου. (Murry & Carrau 2014).

Τραχειοτομή

Η τραχειοτομία πραγματοποιείται μετά την πρώτη χειρουργική επέμβαση στοματικών παθήσεων, στοχεύοντας στην αντιμετώπιση των εισροφήσεων και την προστασία της αναπνευστικής οδού. Η εκδήλωση συμπτωμάτων αναρροής πιθανόν να οφείλεται στην ύπαρξη ενός τραχειοστομικού σωλήνα, ο οποίος εμποδίζει τον αέρα από τους πνεύμονας να καθαρίσει τον λάρυγγα από υπολείμματα οδηγώντας στην ανεπαρκή προστασία των αεραγωγών. Στην τραχειοστομία παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος

εισρόφησης, καθώς μπορεί να μειωθεί η ικανότητα της γλωττιδικής περάτωσης της φραγής του λάρυγγα (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001; Ταφιάδης, 2008).

Λαρυγγεκτομή:

Η ολική λαρυγγεκτομή είναι η πλήρης αφαίρεση του λάρυγγα μέσω χειρουργικής επέμβασης. Η πεπτική και αναπνευστική οδός με την ολοκλήρωση του χειρουργείου διαχωρίζονται πλέοαν μόνιμα. Παρόλα αυτά, ο κίνδυνος επιπλοκών στην κατάποση παραμένει (Groher, 1997). Παρατηρείται συχνά αλλοίωση της γεύσης και της όσφρησης και δυσκολία στην προετοιμασία του βλωμού για κατάποση με αποτέλεσμα την απώλεια της επιθυμίας για φαγητό. Ως αποτέλεσμα εμφανίζονται εισροφήσεις, δυσκολία μεταφοράς του βλωμού και λιμνάζουσες τροφές. (Corbin-Lewis, Liss & Sciortino, 2004)

Ίνωση

Στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών που εμφανίζουν όγκους στο ανώτερο αναπνευστικό και πεπτικό σύστημα, εμφανίζεται δυσκολία στην κατάποση, είτε από της μηχανικές επιδράσεις του όγκου, την παρεμβολή του στο μηχανισμό σφικτήρων του λάρυγγα, είτε λόγω των ανατομικών και λειτουργικών αλλαγών, που είναι αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης, της ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας. Η διαταραχή της κατάποσης δεν αφορά μόνο το χρονικό διάστημα της θεραπείας ή αυτό που την ακολουθεί. Η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία ή και η χημειοθεραπεία μπορούν να οδηγήσουν σε μακροχρόνιες αλλαγές στην προώθηση του βλωμού, στην ικανότητα του αεραγωγού να κλείνει και σε κινητικές διαταραχές του οισοφάγου (Murry & Carrau, 2014; Harrison, 1994).

Χειλο-γναθο-υπερωϊοσχιστία

Σύμφωνα με τον Kummer (2011), σχιστία ορίζεται ως «ένα μη φυσιολογικό άνοιγμα ή μία σχισμή σε μία ανατομική δομή η οποία φυσιολογικά είναι κλειστή». Η χειλοσχιστία είναι η αδυναμία συνένωσης των μυών της ρινός και των χειλέων, ενώ η υπερωϊοσχιστία είναι η σχισμή της υπερώας (σκληρής ή μαλθακής) μεταξύ της στοματικής και ρινικής κοιλότητας. Οι ασθενείς παρουσιάζουν διαταραχές

κατάποσης, λόγω ελλιπούς πίεσης στο στοματοφάρυγγα, οδηγώντας σε ανάρροια τροφών από τη μύτη ή σε εισροφήσεις (Ζιάβρα & Σκεύας, 2009).

Διαφραγματοκήλη

Η διαφραγματοκήλη ορίζεται ως η μετατόπιση της καρδιακής μοίρας του τμήματος του γαστρικού θόλου προς το θωρακικό χώρο που είναι μεγαλύτερη από δύο εκατοστά. Σε άτομα μεγαλύτερα των εβδομήντα ετών, ο επιπολασμός είναι μεγαλύτερος του 60%. Οι διαφραγματοκήλες είναι προδιαθετικός παράγοντας της γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης (Classe, Diehl & Kocksick, 2014; Harrison, 1994).

Όγκοι

Σε καρκινοπαθή άτομα (κεφαλής και τραχήλου), εμφανίζονται συμπτώματα δυσφαγίας όπως αίσθημα πληρότητας στον φάρυγγα, ευαισθησία ή ενοχλήματα και αλλαγές στην κατάποση. (Ballenger & Snow Jr, 1998). Ακόμη παρατηρείται συχνά υποθρεψία εξαιτίας της αδυναμίας τους για σίτιση και πόση. Η αδυναμία αυτή οφείλεται στον πόνο κατά την κατάποση, στη δυσκολία διαχείρισης και επεξεργασίας του βλωμού και στην προσκόλλησή του στο φάρυγγα ή τον οισοφάγο (Murry & Carrau, 2014).

1.5.4 Οισοφαγικά αίτια δυσφαγίας

- **Εκκολπώματα**
- **Αχαλασία**
- **Οισοφαγική στένωση**
- **Γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση**

Πίνακας 1.3 Οισοφαγικά αίτια δυσφαγίας/ Πηγές (Murry & Carrau, 2014), Schindelmeiser (2013).

Εκκολπώματα

Τα εκκολπώματα του οισοφάγου είναι προβολές του τοιχώματος του οισοφάγου προς τους γύρω ιστούς τα οποία συμβαίνουν σε σημεία εξασθένησης του τοιχώματος του οισοφάγου και διακρίνονται σε αληθή, ψευδή και ενδοτοιχωματικά. Εκκολπώματα μεγάλου μεγέθους μπορούν να προκαλέσουν δυσφαγία και οι ασθενείς να βιώσουν συμπτώματα απώλειας βάρους, εισρόφησης και πληρότητας στο λαιμό (Groher, 1997).

Αχαλασία

Στην αχαλασία οισοφάγου, τα νευρικά κύτταρα στον οισοφάγο εκφυλίζονται για άγνωστους λόγους. Η απώλεια των νευρικών κυττάρων στον οισοφάγο προκαλεί δύο σημαντικά προβλήματα που σχετίζονται με την κατάποση: α) οι μύες που περιβάλλουν τον οισοφάγο δε συστέλλονται φυσιολογικά, και έτσι οι τροφές δεν προωθούνται σωστά μέσω του οισοφάγου προς το στομάχι και β) ο κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας (ΚΟΣ), μια μυϊκή ταινία που περιβάλλει το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου, δυσλειτουργεί. Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα της αχαλασίας είναι η δυσκαταποσία. Άλλα συμπτώματα της αχαλασίας περιλαμβάνουν θωρακικό πόνο, αναγωγή φαγητών ή υγρών, αίσθημα οπισθοστερνικού καψίματος, αίσθημα πληρότητας ή ξένου σώματος στο λαιμό, λόξυγγα, και απώλεια βάρους. (Μπισταράκης Δ.).

Οισοφαγική στένωση

Μία στένωση ή μία δυσμορφία ή περιορισμός του αυλού μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη δομή του οισοφάγου. Η οισοφαγική στένωση είναι η στένευση του οισοφαγικού σωλήνα. Όσο πιο στενός είναι ο αυλός, τόσο μεγαλύτερη δυσκολία παρατηρείται στην κατάποση των στερεών τροφών, καθώς μπορεί να είναι πολύ μεγάλα για να περάσουν μέσα από αυτόν. Λόγοι για να προκληθεί η οισοφαγική στένωση μπορεί να είναι δακτύλιοι βλεννογόνου, καλοήθειες στενώσεις και κακοήθειες όγκοι (Groher & Grary, 2015; Harrison, 1994).

Εικόνα: Αχαλασία οισοφάγου



https://www.endoscopicsurgery.gr/wpcontent/uploads/2016/03/achalasia_oisofagou.jp

g

Γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση

Σύμφωνα με τους Murry & Carrau (2014), με τον όρο γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) εννοούν «την διαφυγή του γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο». Η δυσφαγία είναι μια κοινή πάθηση των ασθενών με ΓΟΠ, μπορεί να αναπτυχθεί ως απόρροια και μετά από θεραπεία της. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι: η περιοδική εμετοί, η αιματέμεση, ο μηρυκασμός, οι αναγωγές, η άρνηση λήψης τροφής και ο οπισθοστερνικός πόνος (Παντελιάδης & Σύργου-Παπαβασιλείου 2002).

1.5.5 Ψυχογενή αίτια δυσφαγίας

Η ψυχολογία και το στρες σχετίζονται σημαντικά με την εμφάνιση δυσφαγίας. Ο ασθενής αναφέρει ότι κάτι “εμποδίζει” τον λαιμό του και εκδηλώνει την άρνηση του να φάει. Ο φόβος της κατάποσης αλλά και της εισρόφησης ορίζεται ως φαγοφοβία. Η διάγνωση της ψυχογενούς δυσφαγίας, συνήθως, βασίζεται στο γεγονός ότι ενώ εμφανίζεται βαριά δυσφαγία, η κατάποση του σάλιου παρατηρείται φυσιολογική κατάσταση η οποία δεν δικαιολογείται σε δυσφαγία οργανικής αιτιολογίας. Παρόλα αυτά οι ασθενείς συνήθως παραπέμπονται σε ακτινοσκοπική διερεύνηση του

φάρυγγα για να αποκλειστεί η παρεμπόδιση από ένα αντικείμενο. Εάν οι εξετάσεις είναι φυσιολογικές παραπέμπεται σε Κλινικό Ψυχολόγο ή Ψυχίατρο (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001; Bigenzahn & Denk, 2007; Ταφιάδης, 2008; Franko, Shapiro & Gagne, 1997).

1.6 Κλινική Εικόνα των Διαταραχών Κατάποσης

Η κλινική εικόνα ενός ασθενή, ποικίλει και διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο καθώς υπάρχει πληθώρα συμπτωμάτων ανάλογα με το περιστατικό, το είδος και τη σοβαρότητα της δυσφαγίας. Πολλές φορές, οι ασθενείς εμφανίζουν αδύναμη και κοφτή φωνή, σιελόρροια, βήχας όταν δεν πραγματοποιείται σίτιση ως αποτέλεσμα εισρόφησης της σιέλου, βήχας κατά την κατάποση, αδύναμος ακούσιος βήχας . (Murry & Carrau, 2014; Πανάγος, 2016; Bigenzahn & Denk, 2007; Crary, & Groher, 2010)

Επιπλέον, οι ασθενείς δυσκολεύονται κατά την κατάποση στερεού η υγρού φαγητού, έχουν ρινική αναρρόφηση, παραπονιούνται για αίσθηση ξένου σώματος στο λαιμό τους ή εμφανίζουν ακόμη και πόνο. (Crary & Groher 2010).

Η αδυναμία των μυολειτουργικών κινήσεων του στόματος, της γλώσσας, της γάθου ή των χειλιών, έχει ως αποτέλεσμα πολλές φορές τη συσσώρευση τροφής ή σάλιου στο στόμα, στα μάγουλα ή και στο φάρυγγα, μεγάλο χρόνο μάσησης της τροφής αλλά και διαφυγή τροφής από το στόμα.

Συνοπτικά, τα κυριότερα και πιο συχνά συμπτώματα δυσφαγίας είναι:

- Δυσκολία μάσησης (διαφυγή τροφής από τα χείλη)
- Ανικανότητα ελέγχου του φαγητού ή του σάλιου μέσα στο στόμα
- Βήχας πριν, κατά την διάρκεια ή μετά την κατάποση
- Σιελόρροια
- Πνιγμός κατά την κατάποση
- Ρινική αναρρόφηση- Έρρινη ομιλία
- Πόνος κατά την κατάποση

- Προσκόλληση τμημάτων της τροφής στο λαιμό ή στο ύψος του στήθους και βήχας για να απομακρυνθούν τροφές, υγρά και σάλιο και να αποκατασταθεί το ανεμπόδιστο της αναπνοής.
- Παλινδρόμηση
- Απώλεια του σωματικού βάρους και μείωση της όρεξης για φαγητό

(Grary & Groher 2003)

Κλινική εικόνα διαταραχών προπαρασκευαστικού σταδίου

Στο προπαρασκευαστικό στάδιο παρατηρείται μειωμένη κινητικότητα των μυών του προσώπου και της στοματικής κοιλότητας με αποτέλεσμα η τροφή να παραμένει σε μέρη του στόματος. (Olszewski, 2006). Ενδείξεις δυσφαγίας προπαρασκευαστικού σταδίου αποτελούν τα εξής συμπτώματα:

1. Ο ασθενής δεν μπορεί να κρατήσει φαγητό στο πρόσθιο μέρος του στόματος καθώς έχει μειωμένη ικανότητα φραγής χειλιών.
2. Ο βλωμός στο στόμα του ασθενή δεν μπορεί να γίνει συνεκτικός λόγω ανικανότητας της γλώσσας να τον μορφοποιήσει.
3. Η πρόωρη διαφυγή υγρού/παχύρευστου φαγητού μπορεί να δημιουργήσει αναρροή και να υπάρξει διαφυγή υλικού προς το φάρυγγα.
4. Το φαγητό αποθηκεύεται στην πρόσθια φατνιοχειλική αύλακα, λόγω μειωμένου τόνου των παρειών. Ο μυϊκός τόνος χειλιών και προσώπου είναι επίσης μειωμένος.
5. Αδυναμία του ασθενή να ευθυγραμμίσει δόντια – μειωμένη κινητικότητα γνάθου.
6. Το φαγητό παραμένει στο κάτω μέρος του στόματος, λόγω μειωμένου ελέγχου της γλώσσας
7. Αφύσικη θέση συγκράτησης του βλωμού, λόγω μειωμένου ελέγχου της γλώσσας ή εξώθησης της γλώσσας.

(Logemann, Rademaker et al., 1998).

Κλινική εικόνα διαταραχών στοματικού σταδίου

Κατά τη διάρκεια του στοματικού σταδίου ο βλωμός προωθείται μέσω της στοματικής κοιλότητας στον φάρυγγα και τον οισοφάγο. Ο χρόνος επιτέλεσης του στοματικού σταδίου λήγει με την έναρξη του φαρυγγικού σταδίου όταν ο βλωμός περνάει στις παρίσθμιες καμάρες. Συμπτώματα δυσφαγίας στοματικού σταδίου είναι:

1. Καθυστερημένη έναρξη στοματικού σταδίου λόγω μειωμένης αισθητικής κινητικότητας ή απραξία κατάποσης. Ο βλωμός παραμένει στο στόμα και η γλώσσα δεν κινείται.
2. Εξώθηση του φαγητού προς τα έξω. Οι ασθενείς εξωθούν τη γλώσσα προς τους κοπτήρες σπρώχνοντας έξω από το στόμα το φαγητό.
3. Διαταραγμένες γλωσσικές συσπάσεις-στοματική απραξία, λόγω δυσκολίας συγχρονισμού των κινήσεων της γλώσσας. Για τη σωστή προώθηση του βλωμού προς τα πίσω απαιτείται συγχρονισμός των μυών της γλώσσας.
4. Υπολείμματα φαγητού σε τμήματα της επιφάνειας της γλώσσας- πιθανές ουλές.
5. Υπολείμματα φαγητού στη σκληρή υπερώα – μειωμένη ικανότητα ανύψωσης της γλώσσας/ δύναμη, νόσος κινητικών νευρώνων.
6. Ατελής επαφή γλώσσας/ υπερώας – μειωμένη ανύψωση της γλώσσας.
7. Επαναλαμβανόμενη κυλλιομένη κίνηση της γλώσσας πίσω και εμπρός- Νόσος του Parkinson. Ο βλωμός παραμένει στην περιοχή της σκληρής υπερώας. Το πρόσθιο μέρος της γλώσσας επαναλαμβάνει κινήσεις για να επιτευχθεί επανέναρξη της κατάποσης.
8. Μη ελεγχόμενος βλωμός με αποτέλεσμα πρόωρη διαρροή υγρού στον φάρυγγα. Μειωμένος έλεγχος γλώσσας- μειωμένη χειλοφατνιακή φραγή.
9. Αναρροή πριν την κατάποση επειδή μέρος του βλωμού εισέρχεται στον φάρυγγα πριν την ενεργοποίηση της φαρυγγικής κατάποσης.
10. Τμηματική κατάποση. Κάποιοι ασθενείς αντί να καταπιούν ολόκληρο το βλωμό, καταπίνουν ένα κομμάτι κάθε φορά.
11. Ο χρόνος επιτέλεσης του στοματικού σταδίου ποικίλει από ένα έως ενάμιση λεπτό. Για τις ηλικίες άνω των εξήντα ο χρόνος αυξάνεται κατά 25 δευτερόλεπτα και απαιτούνται δύο ή τρεις διαδοχικές κινήσεις για την κατάποση του βλωμού.

12. Πρόωρη διαρροή των υγρών από το στόμα ή εισρόφηση των υγρών πριν της κατάποσης, εξαιτίας κινητικής ή δυναμικής ανωμαλίας της γλώσσας και μειωμένης φραγής των χειλιών

Κλινική εικόνα διαταραχών φαρυγγικού σταδίου

Κατά τη Πρωίου Χ. (2003) η καθυστέρηση στην εκκίνηση της φαρυγγικής κατάποσης υπολογίζεται από τη στιγμή που ο βλωμός εγκαταλείπει το στόμα και η κεφαλή του φτάνει στο σημείο που η κάτω γνάθος διασχίζει τη βάση της γλώσσας. Το τέλος της καθυστέρησης σηματοδοτείται από τον εξεταστή μόλις η κατάποση πυροδοτηθεί από το αντανακλαστικό του πρώτου σταδίου. Κριτήριο για τη διάγνωση διαταραχής φαρυγγικού σταδίου είναι αν η φαρυγγική κατάποση έχει καθυστέρηση μεγαλύτερη από 1'' από όταν η κεφαλή του βλωμού θα διέλθει από τις παρίσθμιες καμάρες και εναπομένει στο γλωσσοεπιγλωττιδικό βοθρίο (αυτό μπορεί να επιφέρει ακόμα και εισρόφηση). Συμπτώματα δυσφαγίας του φαρυγγικού σταδίου αποτελούν:

1. Απουσία αντανακλαστικού κατάποσης. Όσο μεγαλύτερη είναι η καθυστέρηση, τόσο αυξάνουν οι πιθανότητες εισρόφησης.
2. Αναρροή υλικού από τη μύτη λόγω μειωμένης ιστιοφαρυγγικής φραγής-το υλικό παλινδρομεί προς τη μύτη κατά τη διάρκεια της κατάποσης.
3. Υπολείμματα τροφής στο φάρυγγα σε περιπτώσεις δυσφαγίας ως αποτέλεσμα σύσπασής του στο επίπεδο του γλωσσοεπιγλωττιδικού βοθρίου. Τα υπολείμματα τροφής εντοπίζονται στις φωνητικές χορδές και μπορούν να μετακινηθούν προς τα κάτω από την κίνηση της βάσης της γλώσσας και τις συσπάσεις των φαρυγγικών τοιχωμάτων.
4. Μονόπλευρη φαρυγγική αδυναμία που οφείλεται σε εγκεφαλικό επεισόδιο ή σε τραύμα στο κεφάλι. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η μια πλευρά έχει παραλύσει ενώ η άλλη πλευρά που συσπάται ωθεί την τροφή στην αδρανή πλευρά όπου διαπιστώνεται και πιο πολύ υπόλειμμα.
5. Μειωμένη λαρυγγική ανύψωση κατά την οποία ο λάρυγγας δεν ανορθώνεται όσο πρέπει (2cm, σε μήκος ίσο με 1,5 σπόνδυλο) με αποτέλεσμα ο αρυταινοειδής χόνδρος να μην μπορεί να κάνει καλή επαφή και η διερχόμενη τροφή να εναπομένει στην αρχή των αεραγωγών με κίνδυνο να συμβεί πάλι

- εισρόφηση. Στην είσοδο του λάρυγγα θα παραμείνουν υπολείμματα μετά την κατάποση εάν το εύρος της ανυψωτικής κίνησης του λάρυγγα έχει μειωθεί.
6. Είσοδος τροφής στους αεραγωγούς εξαιτίας μειωμένου κλεισίματος της λαρυγγικής εισόδου. Αν η είσοδος των αεραγωγών δεν κλείσει ή παραμένει ενδιάμεσος χώρος μεταξύ των αρυταινοειδών χόνδρων και της επιγλωττίδας, τότε η τροφή (στερεή ή υγρή) θα διαφύγει προς το λάρυγγα και μέχρι τις φωνητικές χορδές(διείσδυση). Η διείσδυση του φαγητού και μετά τις φωνητικές χορδές αντίθετα δημιουργεί αναρροή.
 7. Σπονδυλικά οστεόφυτα, δηλαδή οστεώδεις εκφύσεις της σπονδυλικής στήλης. Κάποιες φορές είναι αρκετά μεγάλα και διαταράσσουν την κατάποση ενώ άλλες φορές δίνουν την αίσθηση στους ασθενείς ότι κάτι τους εμποδίζει να καταπιούν. Υπολείμματα στη μία πλευρά του φάρυγγα και στους απιοειδείς κόλπους, λόγω μονόπλευρης αδυναμίας φαρυγγικών τοιχωμάτων. Εάν η μία πλευρά του φάρυγγα είναι αδύναμη τότε υπολείμματα τροφών προσκολλώνται στα τοιχώματα.
 8. Κρικοφαρυγγική δυσλειτουργία –αδυναμία κίνησης του λάρυγγα προς τα εμπρός που έχει ως συνέπεια υπολείμματα στους απιοειδείς κόλπους, αφού η τροφή που φτάνει στις κρεμάδεις κοιλότητες δεν μπορεί να εισέλθει στον οισοφάγο(δεν ανοίγει ο άνω κρικοφαρυγγικός σφιγκτήρας). Επίσης μπορεί να οφείλεται σε οισοφαγική στένωση.
 9. Ψευδο-επιγλωττίδα (μετά από ολική λαρυγγεκτομή). Μετά από ολική λαρυγγεκτομή μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν μία πτύχωση της βλεννογόνου στην βάση της γλώσσας. Αυτή η πτύχωση δημιουργεί κάτι που μοιάζει με επιγλωττίδα, εάν παρατηρηθεί πλευρικά ο λαιμός με βιντεοακτινοσκόπηση. Αν ο ασθενής προσπαθήσει να καταπιεί τότε οι φαρυγγικοί σφιγκτήρες σπρώχνουν αυτή την πτυχή προς τα πίσω (προς τον φάρυγγα) με αποτέλεσμα να στενεύει η είσοδος του φάρυγγα. Πρέπει να αξιολογηθεί, επειδή μπορεί να μην διέρχεται εύκολα ο βλωμός.
 10. Άλλα γενικότερα συμπτώματα είναι βήχας και πνιγμός κατά την κατάποση, σιελόρροια, βράγχος φωνής, ανεξήγητη απώλεια βάρους σταδιακά, πυρετός ή ιδρώτας μετά τα γεύματα και μερικές φορές εκδήλωση πνευμονίας.

Κλινική εικόνα διαταραχών οισοφαγικού σταδίου

Η σπονδυλική οισοφαγική φάση της κατάποσης περιλαμβάνει τα αρχικά περισταλτικά κύματα των οισοφαγικών μυών. Η οισοφαγική φάση της κατάποσης γίνεται ορατή μέσω της βιντεοακτινοσκόπησης. Στο στάδιο αυτό δεν μπορεί ο κλινικός να παρέμβει με λογοθεραπεία αν και μερικές αλλαγές της στάσης του σώματος του ασθενή μπορεί να βελτιώσουν την οισοφαγική κατάποση. Ο κλινικός θα πρέπει να γνωρίζει τις οισοφαγικές διαταραχές που μπορεί να αποκρύψουν μια διαταραχή του φαρυγγικού σταδίου κατάποσης. Αυτό μπορεί να γίνει επειδή οι οισοφαγικές διαταραχές μπορεί να προκαλέσουν την παλινδρόμηση του φαγητού πίσω στον οισοφάγο και κατόπιν στον φάρυγγα. Οι διαταραχές οισοφαγικού σταδίου είναι οι εξής:

1. Παλινδρόμηση υλικού από τον οισοφάγο στον φάρυγγα. Η παλινδρόμηση φαγητού από τον οισοφάγο στον φάρυγγα είναι συμπτώματα πολλών οισοφαγικών διαταραχών όπως αχαλασία του οισοφαγικού σφιγκτήρα, παλινδρόμηση, όγκους και οισοφαγική στένωση. Ο σφιγκτήρας χαλαρώνει και δεν μπορεί και δεν μπορεί να κρατήσει φαγητό στο στομάχι. Το υλικό μπορεί να διαρρεύσει στους αεραγωγούς και τις φωνητικές χορδές προκαλώντας αναρροή. Ένα αίτιο είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Οι ασθενείς παρουσιάζουν ερύθημα στην βλεννογόνο του λάρυγγα, όπως παρατηρείται στην έμμεση λαρυγγοσκόπηση επειδή το υλικό που παλινδρομεί περιέχει στομαχικά υγρά. Συμπτώματα παλινδρόμησης αποτελούν ο έντονος και συχνός βήχας και αίσθηση καψίματος στο φάρυγγα εξαιτίας του αναρρέομενου υλικού που περιέχει γαστρικά υγρά.
2. Εκκόλπωμα Zenker. Το εκκόλπωμα είναι ένας πλευρικός μάρσιπος που δημιουργείται όταν οι φαρυγγικοί ή οισοφαγικοί μύες πάθουν κήλη. Δημιουργείται στην περιοχή της κρικοειδούς μοίρας του άνω σφιγκτήρα του φάρυγγα ή αλλιώς στην περιοχή του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα. Αίτιο μπορεί να είναι ένας υπερτονικός κρικοφαρυγγικός μυς που αναγκάζει τον ασθενή να αυξήσει την φαρυγγική πίεση για να ωθήσει το φαγητό μέσω άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα. Μακροπρόθεσμα μπορεί να δημιουργηθεί κήλη στον ιστό. Σύμπτωμα του εκκολπώματος είναι αναρροή μετά την κατάποση.
3. Τραχειοφαρυγγικό συρίγγιο. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να αναπτυχθεί ένα συρίγγιο (οπή) στο μαλακό ιστό του κοινού τοιχώματος μεταξύ της τραχείας και του οισοφάγου. Το συρίγγιο επιτρέπει παλινδρόμηση υλικού από

τον οισοφάγο στην τραχεία. Ασθενείς με τραχειοφαρυγγικό συρίγγιο έχουν συμπτωματολογία ανάλογη με ασθενείς που αναρρέουν μετά την κατάποση για άλλους λόγους. Η διερεύνηση των συμπτωμάτων πιθανού συριγγίου να γίνεται με βιντεοακτινoscόπηση.

(Wallace, Middleton, Cook, 2000; Πρώιου, X. 2003; Crary & Groher 2010; Murry & Carrau 2014).

1.7 Αξιολόγηση Δυσφαγίας

Σκοπός της αξιολόγησης είναι η ανίχνευση του πιθανού προβλήματος και η εξακρίβωση της διαταραχής. Όπως αναφέρουν οι Bigenzahn και Denk (2013), προσοχή πρέπει να δοθεί και στη διαδικασία διαφοροδιάγνωσης, έτσι ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ύπαρξης κακοήθων νεοπλασμάτων. Ο έλεγχος αυτός αποσκοπεί στην ανάλυση των λειτουργιών όλων των οργάνων που συμμετέχουν στη διαδικασία της κατάποσης και πραγματοποιείται με τη διεπιστημονική συνεργασία, σε συνάρτηση με το εκάστοτε περιστατικό, των εξής ιατρικών και μη ιατρικών κλάδων: ωτορινολαρυγγολόγο, ακτινολόγο, νευρολόγο, παθολόγο, γναθοχειρουργό, χειρουργό, δερματολόγο, παιδίατρο, ψυχίατρο, λογοθεραπευτή, φυσιοθεραπευτή και διαιτολόγο. (Παπαδοπούλου, 2014).

Ο κλινικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του για την διάγνωση της δυσφαγίας στους ασθενείς τις εξής παραμέτρους:

- Ιστορικό του ασθενούς
- Ιατρικές μέθοδοι (απεικονιστικές, μη απεικονιστικές)
- Λογοθεραπευτική αξιολόγηση
- Αυτό-αξιολόγηση ασθενούς

1.7.1 Ιστορικό Ασθενούς

Πριν από οποιαδήποτε αξιολόγηση είναι σημαντική η λήψη ιστορικού του ασθενούς, είτε από τον ίδιο, είτε από τους συγγενείς ή συνοδούς/φροντιστές (Logemann, 1998). Το ιστορικό αποτελείται από:

- Βιογραφικά στοιχεία
- Ιατρικό ιστορικό
- Οικογενειακό ιστορικό
- Επαγγελματικό ιστορικό
- Κοινωνικό ιστορικό

Όσον αφορά το ιατρικό ιστορικό, αυτό περιλαμβάνει :

- Στοιχεία γενικής υγείας
- Ιατρικό ιστορικό οικογένειας
- Προηγούμενες εξετάσεις για την αξιολόγηση της κατάποσης
- Νευρολογικές παθήσεις
- Πνευμονικές παθήσεις
- Χειρουργικές επεμβάσεις
- Έκθεση σε ακτινοβολία
- Ψυχιατρικό/ ψυχολογικό ιστορικό
- Τρέχουσες θεραπείες
- Φαρμακευτική αγωγή (τωρινή και στο παρελθόν) (Groher, 1997; Schindelmeiser, 2013)

1.7.2 Ιατρικές μέθοδοι αξιολόγησης της κατάποσης

Απεικονιστικές μέθοδοι : Οι απεικονιστικές μέθοδοι στοχεύουν στον εντοπισμό ασθενών υψηλού κινδύνου δυσφαγίας έτσι ώστε να προχωρήσουν σε περαιτέρω αξιολόγηση και θεραπεία εφόσον υπάρχει όντως πρόβλημα. Προσφέρουν άμεσα αποδεικτικά στοιχεία για την ύπαρξη διαταραχής στην κατάποση, όχι όμως πληροφορίες για την αιτιολογία της. Σε όλες τις περιπτώσεις, οι τεχνικές θα πρέπει να έχουν σύντομο χρόνο εφαρμογής και να είναι ανώδυνες (Logemann, 1998; Corbin-Lewis, Liss & Sciortino, 2005). Τέτοιες μέθοδοι μπορεί να είναι οι εξής:

- Υπέρηχοι
- Βιντεοενδοσκόπηση
- Βιντεοφθοροσκόπηση (Βιντεοακτινοσκόπηση ή βιντεοφλουοροσκόπηση)
- Σπινθηρογράφημα

- Κατάποση βαρίου
- Μαγνητική τομογραφία
- Αξονική τομογραφία
- Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων

Μη απεικονιστικές μέθοδοι: Οι μη απεικονιστικές μέθοδοι αξιολόγησης της κατάποσης προσφέρουν ποικίλες πληροφορίες στον κλινικό, αλλά αδυνατούν να αναπαράγουν τη διαδικασία της κατάποσης. Ωστόσο, οι περισσότερες παρέχουν στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα και το εύρος των παραμέτρων της κατάποσης σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2010). Μη απεικονιστικές μέθοδοι μπορεί να είναι οι εξής:

- Ηλεκτρομυογραφία
- Μανομετρία
- pH –μετρία
- Ακρόαση αναπνοής
- Ηλεκτρογλωττιδογραφία

1.7.3 Λογοθεραπευτική αξιολόγηση

Οι λογοθεραπευτές ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, προβαίνουν σε αξιολόγηση της κατάποσης του ατόμου με σκοπό την εξακρίβωση πιθανών διαταραχών. Η εκτίμηση αυτή περιλαμβάνει τις εξής αξιολογήσεις:

- Ειδική αξιολόγηση στοματικών αντανακλαστικών
- Ειδική αξιολόγηση γεύσης
- Ειδική αξιολόγηση κινητικής συμπεριφοράς των οργάνων
- Ειδική αξιολόγηση διαταραχών στοματικού σταδίου
- Ειδική αξιολόγηση διαταραχών φαρυγγικού σταδίου
- Ειδική αξιολόγηση λαρυγγικής λειτουργίας
- Ειδική αξιολόγηση αναγωγής

1.8 Προβληματική της Πτυχιακής

Η δυσφαγία είναι η διαταραχή της κατάποση σε οποιοδήποτε στάδιο της (Πρώιου, 2003). Είναι η καθυστέρηση ή η λάθος κατεύθυνση μεταφοράς της στερεάς τροφής ή / και των υγρών από τη στοματική κοιλότητα στο στομάχι (Καμπανάρου, 2007). Δυσφαγία μπορεί να παρατηρηθεί σε όλες τις ηλικίες από τη βρεφική έως και την τρίτη ηλικία, ενώ η έκταση του προβλήματος ποικίλει από μία μικρή δυσχέρεια έως την πλήρη αδυναμία κατάποσης. Παρόλα αυτά οι επιπτώσεις στη υγεία και το γενικότερο επίπεδο της ποιότητας ζωής του ασθενούς και μπορεί να είναι ιδιαίτερος σημαντικές. (Groher&Crary, 2010).

Ερευνητικά ερωτήματα/υποθέσεις εργασίας

Για την τρέχουσα ερευνητική εργασία θα δοθούν απαντήσεις στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Μπορούν οι απαντήσεις των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων αυτό-αξιολόγησης να αποτελέσουν σημάδια ένδειξης πιθανής δυσφαγίας;
2. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση διακύμανση των απαντήσεων μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων σε όλα τα ερωτηματολόγια της έρευνας και το σύνολο του water test;
3. Ποια είναι η μέση διακύμανση των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια της έρευνας και το σύνολο του water test μεταξύ ανδρών και γυναικών;
4. Υπάρχει συσχέτιση των ερωτηματολογίων της έρευνας με το water test;
5. Υπάρχει εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας;

Κεφάλαιο 2^ο Μεθοδολογία έρευνας

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα βήματα για το σχεδιασμό της έρευνας, τον προσδιορισμό του πληθυσμού και το μέγεθος του δείγματος. Αναλύονται ο τρόπος και τα μέσα συλλογής των δεδομένων καθώς και οι κλίμακες με τις οποίες έγινε καταγραφή της διαταραχής. Ακολουθεί μια σύντομη περιγραφή της διαδικασίας της μετάφρασης, αναφέρονται οι στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων και τέλος η καταγραφή των δυσκολιών που παρουσιάστηκαν.

2.1 Μετάφραση και προσαρμογή των Ερωτηματολογίων κατάποσης

Η μετάφραση και η πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου κατάποσης πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με τα «Ελάχιστα Κριτήρια Μετάφρασης» (Minimal Translation Criteria) (Medical Outcomes Trust, 1997). Τη μετάφραση των ερωτηματολογίων ανέλαβαν φοιτητές και φοιτήτριες του τμήματος Λογοθεραπείας ΤΕΙ Ηπείρου, γνώστες της Ελληνικής και της Αγγλικής γλώσσας, οι οποίοι χωρισμένοι σε δυάδες κατέληγαν σε δύο σχετικές μεταξύ τους μεταφράσεις ανά ερωτηματολόγιο. Στη συνέχεια, λογοπαθολόγος του τμήματος με άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας επιμελήθηκε τα κείμενα των μεταφράσεων από την Αγγλική στην Ελληνική γλώσσα με σκοπό την τελική μορφή τους. Η Μέθοδος Γνωστικής Διαδικασίας (Cognitive Debriefing Method) (Medical Outcomes Trust, 1997) χρησιμοποιήθηκε για να γίνει εκτίμηση της κατανόησης κάθε ερώτησης των ερωτηματολογίων, να ανιχνευθούν τυχόν προβλήματα που μπορεί να υπήρχαν όσον αφορά τη γλώσσα και να δοθούν εναλλακτικές προτάσεις για διατύπωση εκ νέου συγκεκριμένων ερωτήσεων για καθεμιά από τις κλίμακες.

2.2 Ο καθορισμός του πληθυσμού και το μέγεθος του δείγματος

Στη συγκεκριμένη μελέτη χορηγήθηκαν 7 ερωτηματολόγια σε άτυπο πληθυσμό ηλικίας άνω των δεκαοκτώ (286 άντρες και 344 γυναίκες). Η επιλογή του δείγματος

χορηγήθηκε ανά ηλικιακές ομάδες 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70+, ανεξαρτήτως καταγωγής, οικογενειακής κατάστασης και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Το παρόν δείγμα είχε ποικίλο εκπαιδευτικό επίπεδο. Να σημειωθεί ότι η χορήγηση των ερωτηματολογίων ήταν ανώνυμη. Τα μόνα προσωπικά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν από τους εθελοντές ήταν το φύλο και η ηλικία. Οι συμμετέχοντες παρουσίαζαν πλήρη διανοητική διαύγεια και προθυμία στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και του water test που ολοκληρώνονταν σε ελάχιστο χρόνο.

2.3. Τα Μέσα και ο Τρόπος Συλλογής Δεδομένων

Η έρευνα αυτή είναι βασισμένη στα εξής ερωτηματολόγια: Dysphagia Short Questionnaire (DSQ) (Kawashima, Motohashi, & Fujishima, 2004), Swallowing Disturbance Questionnaire (SDQ) (Jacob T. Cohen & Yael Manor, 2011*), Eating Assessment Tool (EAT-10, EAT-20) (Mintz, L. B., O'halloran, M. S., Mulholland, A. M., & Schneider, P. A. 1997), Head and Neck Cancer Dysphagia test (HNC) (Garcia – Peris, et al., 2007) και Dysphagia in Multiple Sclerosis (DYMUS-15, DYMUS-10) (Bergamaschi, R., Crivelli, P., Rezzani, C., Patti, F., Solaro, C., Rossi, P., & Tavazzi, E. 2008) και σε ένα water test (DePippo KL, Holas MA, Reding MJ 1994) (κατάποση 100ml νερού χωρίς παύσεις και μέτρηση των αριθμών καταπόσεως, το χρόνο κατάποσης και τα υπολείμματα). Τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν ήταν σε γραπτή μορφή και οι εθελοντές καλούνταν να σημειώνουν δίπλα από την κάθε ερώτηση την πιο αντιπροσωπευτική απάντηση για τον εαυτό τους. Μετά τη συμπλήρωση των κλιμάκων αυτό-αξιολόγησης (που όπως προαναφέρθηκε ήταν ανώνυμη), ακολουθούσε το water test όπου δίνονταν 100ml νερό στον εθελοντή και του ζητούνταν να το πιεί χωρίς διαλείμματα. Κατά τη διάρκεια της κατάποσης του νερού μετρούνταν με χρονόμετρο ο χρόνος κατάποσης, ο αριθμός των καταπόσεων και τα υπολείμματα. Ο μέσος όρος διάρκειας της χορήγησης κυμαίνονταν στα 8-10 λεπτά ανάλογα με την ηλικία του εθελοντή. Είναι απαραίτητο να αναφερθεί το γεγονός ότι σε όποια σημεία των ερωτηματολογίων ο εθελοντής δεν καταλάβαινε τι ακριβώς πραγματεύεται η ερώτηση και δίνονταν οι απαραίτητες διευκρινήσεις.

2.4 Στατιστικές αναλύσεις

Ο έλεγχος της κανονικότητας του δείγματος έγινε με Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk τεστ. Οι μεταβλητές που ακολουθούσαν κανονική κατανομή εκφράζονται σε μέσους όρους (Means) και τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviations = SD). Οι μεταβλητές οι οποίες που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή εκφράστηκαν σε μέση τιμή (Median) και σε διατεταρτημοριακό εύρος (IQR). Οι ποιοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Για τη σύγκριση των αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το chi-square τεστ και students't-test. Ο έλεγχος Mann-Whitney U χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των συνεχών μεταβλητών μεταξύ των δύο ομάδων μελέτης. Επίσης, ο έλεγχος Kruskal-Wallis *H* χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των συνεχών μεταβλητών μεταξύ όλων των ομάδων μελέτης. Όλες οι αναφερόμενες p-values ήταν δικατάληκτες (two-tailed). Για τον έλεγχο εσωτερικής συνοχής (συνάφειας) και για την αξιοπιστία της κλίμακας ο δείκτης α -Cronbach υπολογίστηκε. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των αναλύσεων καθορίστηκε στο $p < 0.05$. Οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS (version 19.0, Armonk, NY, USA).

2.6 Περιορισμοί της έρευνας

Κατά την διεκπεραίωση της έρευνας παρουσιάστηκαν ορισμένα προβλήματα. Ορισμένοι από τους εθελοντές, ιδίως άτομα των 60 ετών και πάνω, έβρισκαν τον αριθμό των ερωτηματολογίων μεγάλο και δυσκολεύονταν στην ολοκλήρωσή τους. Επιπλέον, κάποιοι εξέφρασαν ανησυχία για το αν και οι ίδιοι έχουν δυσφαγικά συμπτώματα και πρέπει να κάνουν περαιτέρω εξετάσεις. Τέλος, η έρευνα περιορίστηκε στη λήψη δείγματος του τυπικά αναπτυσσόμενου πληθυσμού για τον καθορισμό της νόρμας, αποκλείοντας τον παθολογικό πληθυσμό.

Κεφάλαιο 3^ο Αποτελέσματα Έρευνας

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στατιστικά αποτελέσματα της μελέτης. Κοινώς περιλαμβάνονται τα στατιστικά αποτελέσματα που προέκυψαν μέσω της συλλογής του δείγματος της έρευνας και της κωδικοποίησης των δεδομένων που καταγράφηκαν.

3.1. Γενικές Αναλύσεις

Σε αυτό το υποκεφάλαιο αναφέρονται τα δημογραφικά και συγκριτικά δεδομένα που προέκυψαν από την χορήγηση της κλίμακας. Στον πίνακα 3-1, ο οποίος ακολουθεί, περιέχει συγκεντρωτικά δημογραφικά δεδομένα τον αριθμό αντρών και γυναικών στο σύνολο του δείγματος και ανά ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 3-1. Τα δημογραφικά δεδομένα της μελέτης.

	Ηλικία	N Άντρες/Γυναίκες	p-level
Ηλικιακή ομάδα 18-30 ετών	23.15 (\pm 2.73)	162	NS
Ηλικιακή ομάδα 30-40 ετών	34.52 (\pm 3.80)	112	NS
Ηλικιακή ομάδα 40-50 ετών	45.29 (\pm 3.09)	119	NS
Ηλικιακή ομάδα 50-60 ετών	54.01 (\pm 2.96)	90	NS
Ηλικιακή ομάδα 60-70 ετών	64.94 (\pm 2.62)	65	NS
Ηλικιακή ομάδα 70+ ετών	76.29 (\pm 4.77)	82	NS
Σύνολο Δείγματος	44.99 (\pm 18.27)	630 286 / 344	NS

Οι τιμές είναι σε μέσους όρους \pm τυπικές αποκλίσεις p-level < .05

Το σύνολο του δείγματος είχε μέσο όρο ηλικίας τα 44.99 έτη με τυπική απόκλιση τα 18.27 έτη με εύρος 18 έως 78 ετών. Η ηλικιακή υποομάδα 18 έως 30 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 23.15 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.73 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 30 έως 40 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 34.52 έτη με τυπική απόκλιση τα 3.80 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 40 έως 50 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 44.29 έτη με τυπική απόκλιση τα 3.09 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 50 έως 60 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 54.01 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.96 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 60 έως 70 ετών είχε

μέσο όρο ηλικίας τα 64.94 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.62 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 70 και άνω ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 76.29 έτη με τυπική απόκλιση τα 4.77 έτη (Πίνακας 3.1.).

Από τον έλεγχο κανονικότητας είδαμε οι τιμές του συνολικού δείγματος δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Επομένως θα διεξαχθούν μη παραμετρικές αναλύσεις. Ένα Mann Whitney test πραγματοποιήθηκε στη συνέχεια με σκοπό να ελέγξει τυχόν διαφορές μεταξύ των ερωτηματολογίων και μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Συγκεκριμένα στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών στο ερωτηματολόγιο HNC Dysphagia. $U = 43816.000$. $p < .05$ για το συνολικό σκορ των ερωτηματολογίων πρώιμης ανίχνευσης της δυσφαγίας. Επιπρόσθετα καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν εντοπίστηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών επίσης και μεταξύ των υπολοίπων ερωτηματολογίων και του water test. Αρχικά, στο water test (time in seconds) $U = 49043.500$. NS. στο water test (#swallows) $U = 47800.000$. NS. στο water test (residues). $U = 48761.000$. NS. στο DSQ total $U = 45015.000$. NS. στο SDQ total $U = 45515.500$. NS. στο EAT-20 total $U = 46005.000$. NS. στο EAT-10 total $U = 46005.000$. NS. στο DYMUS 15 total $U = 48308.000$ NS και τέλος στο DYMUS 10 total $U = 48863.000$. NS. (Πίνακας 3.2)

Στην προσπάθεια ελέγχου της ύπαρξης στατιστικά σημαντικά διαφορών μεταξύ των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε Kruskal-Wallis H test. Ειδικότερα για το συνολικό σκορ των Ερωτηματολογίων προέκυψε ο πίνακας 3.3. Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα παρατηρήθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές για το water test (time in seconds) με $H=31.928$, $p = .000$, για το water test (#swallows) με $H=15.812$ και $p < .005$, το water test (residues) με $H=16.033$ και $p < .005$, το DSQ total με $H=35.813$, $p = .000$, το SDQ total με $H=60.840$ και $p = .000$, το EAT-20 total $H=22.512$ και $p = .000$, το EAT-10 total με $H=28.437$, $p = .000$, το HNC Dysphagia total με $H=36.257$, $p = .000$, το DYMUS 15 total με $H=47.250$, $p = .000$ και τέλος το DYMUS 10 total με $H=34.873$ $p = .000$, (Πίνακας 3.3).

Πίνακας 3.2: Σύγκριση Μέσων Διακυμάνσεων Μεταξύ Ανδρών και Γυναικών για τα Συνολικά Σκορ των Ερωτηματολογίων και του Water Test.

N=630	Άντρες (286)	Γυναίκες (344)		
	Mean	Range	Mann-Whitney U	P level
water test (time in seconds)	314.98	315.93	49043.500	.948
water test (#swallows)	310.63	319.55	47800.000	.535
water test (residues)	313.99	316.75	48761.000	.329
DSQ total	300.90	327.64	45015.000	.063
SDQ total	302.70	327.64	45515.500	.116
EAT-20	304.36	324.64	46005.000	.144
EAT-10	304.58	323.87	46068.000	.146
HNC Dysphagia	296.70	330.36	43816.000	.019*
DYMUS 15	312.41	318.07	48308.000	.668
DYMUS 10	316.65	314.54	48863.000	.866

*p level at $P < 0.05$

3.2. Αναλύσεις Αξιοπιστίας

Με την χορήγηση του πρωτοκόλλου θέλαμε να αξιολογήσουμε κατά πόσο είναι αξιόπιστη και έγκυρη ως προς αυτό που θέλουμε να εξετάσουμε, δηλαδή την ύπαρξη της δυσφαγίας. Έτσι, διάφοροι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν. Όσον αφορά τον έλεγχο της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων με το water test συνολικά ο συντελεστής alpha Cronbach's ήταν *Reliability Coefficients 10 items Alpha = .852 Standardized item alpha = .836*. Στη συνέχεια ο δείκτης alpha Cronbach υπολογίστηκε με εξαίρεση τα αποτελέσματα του water test (residues) με τα ερωτηματολόγια και προέκυψε: *Reliability Coefficients 9 items Alpha = .864 Standardized item alpha = .886*. Για κάθε τομέα η Item-to-Item Analysis συνοψίζεται στον πίνακα 3.4 και 3.5 για κάθε ανάλυση:

Πίνακας 3.3: Αποτελέσματα από την Σύγκριση μέσω Διακυμάνσεων Μεταξύ των Ηλικιακών Ομάδων για το Water Test και τα Ερωτηματολόγια.

	Water test (time seconds)	Water test (#swallows)	Water test (residues)	DSQ total	SDQ total	EAT 20 total	EAT 10 total	HNC Dysphagia	DYMUS 15 total	DYMUS 10 total
Kruskal Wallis										
H Test	31.928	15.812	16.033	35.813	60.840	22.512	28.437	36.257	47.250	34.873
P Level	.000*	.007*	.007*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*

*p level at P<0.05

Πίνακας 3.4 : Item to Item Ανάλυση των Κλιμάκων σε Σχέση με τα Water Test για το Σύνολο του Δείγματος.

	water test (time in seconds)	water test (#swallows)	water test (residues)	DSQ total	SDQ total	EAT-20 total	EAT-10 total	HNC Dysphagia	DYMUS 15	DYMUS 10
water test (time in seconds)	1.000									
water test (#swallows)	.692	1.000								
water test (residues)	-.219	-.072	1.000							
DSQ total	.186	.131	-.099	1.000						
SDQ total	.193	.089	-.175	.633	1.000	.655				
EAT-20 total	.218	.072	-.230	.558	.655	1.000				
EAT-10 total	.205	.084	-.223	.589	.671	.977	1.000			
HNC Dysphagia	.292	.148	-.195	.600	.702	.674	.694	1.000		
DYMUS 15	.133	.093	-.145	.528	.662	.619	.649	.649	1.000	
DYMUS 10	.166	.123	-.148	.520	.644	.588	.620	.647	.970	1.000

Πίνακας 3.5 : Item to Item Ανάλυση των Κλιμάκων σε Σχέση με τα Water Test για το Σύνολο του Δείγματος.

	water test (time in seconds)	water test (# of swallows)	DSQ total	SDQ total	EAT-20 total	EAT-10 total	HNC Dysphagia	DYMUS 15	DYMUS 10
water test (time in seconds)	1.000								
water test (# of swallows)	.692	1.000							
DSQ total	.186	.131	1.000						
SDQ total	.193	.089	.633	1.000	.655				
EAT-20 total	.218	.072	.558	.655	1.000				
EAT-10 total	.205	.084	.589	.671	.977	1.000			
HNC Dysphagia	.292	.148	.600	.702	.674	.694	1.000		
DYMUS 15	.133	.093	.528	.662	.619	.649	.649	1.000	
DYMUS 10	.166	.123	.520	.644	.588	.620	.647	.970	1.000

3.3. Αναλύσεις Συσχετίσεων

Με την χορήγηση του πρωτοκόλλου θέλαμε να αξιολογήσουμε κατά πόσο η δοκιμασία διαδοχικής πόσης νερού συσχετίζονται ως μετρήσεις μεταξύ τους ως μία δομημένη δοκιμασία. Έτσι αναλύσεις συσχετίσεων με κριτήριο Spearman Rank Test έγιναν και προέκυψε πως α) στατιστικά υψηλή συσχέτιση είχαμε μεταξύ του water test (time in seconds) και του water test (# of swallows) $R^2=.720$, $p=.000$, του water test (time in seconds) και του water test residue με $R^2= -.142$, $p=.000$ και β) του του water test (# of swallows) και του water test residue με $R^2= -.083$, $p<.005$.

Επίσης, θέλοντας να ελέγξουμε εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του water test (time in seconds) & water test (#of swallows) με το κάθε ερωτηματολόγιο της έρευνας προέκυψε ο πίνακας 3.6.

Πίνακας 3.6. Συσχέτιση των Αποδόσεων μεταξύ του Τεστ Διαδοχική Πόσης Νερού και του Κάθε Ερωτηματολογίου.

	DSQ total	SDQ total	EAT-20 total	EAT-10 total	HNC Dysph.	DYMUS 15	DYMUS 10
water test (time sec)	.128	.195	.138	.147	.238	.075	.134
P level	.001*	.000*	.001*	.000*	.000*	.060	.001*
water test (# swall)	.130	.112	.132	.143	.149	.092	.162
P level	.001*	.005*	.001*	.000*	.000*	.021	.000*

*p level at $P<0.05$

Έτσι αναλύσεις συσχετίσεων με κριτήριο Spearman Rank test έγιναν και προέκυψε πως α) στατιστικά χαμηλή συσχέτιση είχαμε μεταξύ του water test (time in seconds) και του DSQ total $R^2=.128$, $p=.001$, του SDQ total $R^2=.195$, $p=.000$, του EAT-20

total , $R^2=.138$, $p= .001$, του EAT-10 total $R^2=.147$, $p= .000$, του HNC Dysph. $R^2=.238$, $p= .000$ και του DYMUS 10 $R^2=.134$, $p= .001$.

Παρομοίως του water test (# of swallows) και του DSQ total $R^2=.130$, $p= .001$, του SDQ total $R^2=.112$, $p= .005$, του EAT-20 total $R^2=.132$, $p= .001$, του EAT-10 total $R^2=.143$, $p= .000$, του HNC Dysph. $R^2=.149$, $p= .000$ και του DYMUS 10 $R^2=.162$, $p= .000$.

Τέλος η συσχέτιση του water test residue με το υπόλοιπα ερωτηματολόγια έγινε με την μέθοδο της παλινδρόμησης χ^2 και προέκυψε ο πίνακας 3.7.

Πίνακας 3.7. Συσχέτιση των Αποδόσεων μεταξύ του Τεστ Διαδοχική Πόσης Νερού (Υπολείμματα) και του Κάθε Ερωτηματολογίου.

	DSQ total	SDQ total	EAT-20 total	EAT-10 total	HNC Dysph.	DYMUS 15	DYMUS 10
water test residue	34.196	111.681	258.607	154.158	182.767	90.636	54.488
P level	.017*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*

*p level at $P<0.05$

Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του water test (# of swallows) και του DSQ total $\chi^2= 34.196$, $p< .005$, του SDQ total $\chi^2= 111.681$, $p= .000$, του EAT-20 total $\chi^2= 258.607$, $p= .000$, του EAT-10 total $\chi^2= 154.158$, $p= .000$, του HNC Dysph. $\chi^2= 182.767$, $p= .000$, του DYMUS 15 $\chi^2= 90.636$, $p= .000$ και του DYMUS 10 $\chi^2= 54.488$, $p= .000$.

Κεφάλαιο 4^ο Συζήτηση και Συμπεράσματα

Σε αυτό το κεφάλαιο συνοψίζονται τα στατιστικά συμπεράσματα της έρευνας και γίνεται η συζήτησή τους με βάση την διεθνή βιβλιογραφία.

4.1 Σύνοψη αποτελεσμάτων

Σε αυτό το υποκεφάλαιο συνοψίζονται τα αποτελέσματα της έρευνας της πτυχιακής για την εφαρμογή του πρωτοκόλλου σε τυπικό πληθυσμό και των περαιτέρω αναλύσεων οι οποίες έγιναν. Συγκεκριμένα:

1. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλή μέση διακύμανση απαντήσεων σχεδόν σε όλα τα ερωτηματολόγια της έρευνας.
2. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλή μέση διακύμανση στο σύνολο του water test που έγινε στην έρευνα.
3. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση διακύμανση των απαντήσεων μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων εντοπίστηκε σε όλα τα ερωτηματολόγια της έρευνας.
4. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε στην μέση διακύμανση των αποτελεσμάτων του water test μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων της έρευνας.
5. Υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των αποτελεσμάτων του water test μεταξύ τους.
6. Υπήρχε στατιστικά σημαντική υψηλή θετική συσχέτιση του water test (time in seconds) και του water test (# of swallows).
7. Υπήρχε στατιστικά σημαντική χαμηλή αρνητική συσχέτιση του water test (time in seconds) και του water test (residue).
8. Υπήρχε στατιστικά σημαντική χαμηλή αρνητική συσχέτιση του water test (# of swallows) και του water test (residue).

9. Το πρωτόκολλο αξιολόγησης είχε ικανοποιητικά υψηλά αποδεκτό δείκτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας είτε με όλες τις δοκιμασίες και με την εξαίρεση των υπολειμμάτων κατάποσης.
10. Υπήρχε στατιστικά σημαντική χαμηλή συσχέτιση του water test (time in seconds) και όλων των ερωτηματολογίων της έρευνας πλην του DYMUS 15.
11. Υπήρχε στατιστικά σημαντική χαμηλή συσχέτιση του water test (# of swallows) και όλων των ερωτηματολογίων της έρευνας πλην του DYMUS 15.
12. Υπήρχε στατιστικά σημαντική υψηλή συσχέτιση του water test (residue) και όλων των ερωτηματολογίων της έρευνας.

4.2 Συζήτηση

Η διάγνωση των διαταραχών κατάποσης μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους. (Castell & Donner, 1987). Για την πρόληψη μελλοντικών ιατρικών επιπλοκών (αφυδάτωση, υποσιτισμός και πνευμονία από εισρόφηση), αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι απαραίτητη η έγκαιρη αξιολόγηση της δυσφαγίας από έναν λογοθεραπευτή. Η διαδικασία ανίχνευσης της δυσφαγίας πρέπει να διακατέχεται από υψηλή ευαισθησία, η οποία και μπορεί να διεξαχθεί, μεταξύ άλλων, με ερωτηματολόγια αυτο-αξιολόγησης και κλινική παρατήρηση. (Etges Camila Lucia, 2014). Μετά από τη διαδικασία μετάφρασης των ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς, διεξήχθη μια μελέτη σε ενήλικο πληθυσμό. Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν το ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια μιας μόνο επίσκεψης. Συμπεριλήφθηκαν 630 άτομα (ηλικίας 18+ ετών) 286 άντρες και 344 γυναίκες. Το μεγαλύτερο μέρος του συνολικού πληθυσμού θεώρησε ότι όλα τα στοιχεία εργαλείων ήταν κατανοητά, ευκατόρθωτα και σύντομα στη συμπλήρωσή τους. Βασικό πλεονέκτημα είναι πως δεν απαιτείται εξειδίκευση για τη χορήγησή τους, τα αποτελέσματα ερμηνεύονται με ευκολία και μπορούν να ανιχνεύσουν κάποια συμπτώματα που υπονοούν την ύπαρξη δυσφαγίας (Snowling et al, 2012).

Εντωμεταξύ, στο παρελθόν η δυσφαγία αναφέρονταν μόνο στο 3% του πληθυσμού (Mathews WB, Acheson ED, Batchelor JR, Weller RO 1998), όμως

περισσότερες πρόσφατες μελέτες δείχνουν μεγαλύτερα ποσοστά της τάξης του 33-43%. Παρόλα αυτά η δυσφαγία ακόμη εκτιμάται όχι μόνο από τους κλινικούς αλλά και από τους ίδιους τους ασθενείς. Οι Thomas & Wiles υπέβαλαν τυπικούς ασθενείς σε ένα ποσοτικό water test (κατάποσης νερού): οι τα παθολογικά στοιχεία του τεστ ανιχνεύτηκαν στο 43% των περιπτώσεων, οι μισοί από τους οποίους δεν είχαν παραπονεθεί στο παρελθόν για προβλήματα κατάποσης.

Έγκυρες κλίμακες αυτό-αξιολόγησης κατάποσης έχουν αναπτυχθεί μετά από πολλαπλές έρευνες. Σε μία συστηματική ανασκόπηση, έπειτα από μελέτη 1.012 άρθρων, οι ερευνητές Etges Camila Lucia, Scheeren Betina, Gomes Erissandra, Barbosa Lisiane De Rosa (2014), κατέληξαν στην επιλογή είκοσι μελετών. Οι μελέτες που επελέγησαν, διέθεταν κάποια κοινά σημεία τομής και αφορούσαν τη μεθοδολογία τους, με την οποία πραγματοποιούνταν η αξιολόγηση. Τα ερωτηματολόγια, η κλινική παρατήρηση των συμπτωμάτων των ασθενών, η αξιολόγηση των στοματοπροσωπικών κινήσεων και η εξέταση κατάποσης με νερό και τροφή ήταν τα κοινά κριτήρια επιλογής. Αναλύοντας και συγκρίνοντας τα άρθρα, διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα εργαλεία κάλυπταν τα στοματικά και φαρυγγικά σημάδια και συμπτώματα.

Συμπληρωματικά εργαλεία αξιολόγησης αποτελούν τα SWAL-QOL και SWAL-CARE. Χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της ποιότητας φροντίδας σε σχέση με την κατάποση, τα οποία συμπληρώνονται από τον ασθενή (SWAL-QOL). Επίσης μπορούν να διεξαχθούν και έπειτα από τη θεραπεία. (SWAL-CARE). Ο McHorney και οι συνεργάτες του εξέτασαν τα αποτελέσματα βιντεοφλουοροσκοπικών μελετών 386 ασθενών με στοματοφαρυγγική δυσφαγία. Χρησιμοποίησαν τα ερωτηματολόγια του SWAL-QOL και SWAL-CARE ως μετρήσεις αποτελέσματος και τα συσχέτισαν με τα φθοροσκοπικά ευρήματα. Ανακάλυψαν ότι οι κλίμακες των SWAL-QOL και SWAL-CARE σχετίζονταν περισσότερο με μετρήσεις της διάρκειας της στοματικής μετάβασης και της συνολικής διάρκειας της κατάποσης. Απαιτούνται περίπου 20 λεπτά για τη συμπλήρωση των SWAL-QOL και SWAL-CARE. Για τη βαθμολόγηση των επιδόσεων των SWAL-QOL και SWAL-CARE απαιτείται επιπλέον κλινικός χρόνος.

Οι Leow et. al. χρησιμοποίησαν το SWAL-QOL για να διεξάγουν έρευνα σχετικά με την επίδραση των δυσκολιών κατάποσης που προέρχονται από γήρανση στην

ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, συμπέραναν ότι άτομα τρίτης ηλικίας αντιμετώπιζαν πιο συχνά επεισόδια δυσφαγίας σε σύγκριση με νεαρούς ενήλικες. (Lew, Huckabee, Anderson, & Beckert, 2009).

Άλλο ένα πρωτόκολλο μη επεμβατικής αξιολόγησης που προσδιορίζει τη σοβαρότητα της διαταραχής της κατάποσης αναπτύχθηκε από τον Mann και ονομάζεται Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA). Το MASA είναι μια πλήρης κλινική εξέταση της στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας που αποτελείται από 24 στοιχεία. Είναι μια κλινική μέτρηση της δυσφαγίας που έχει επιδείξει ισχυρή αξιοπιστία και έχει επικυρωθεί σε σύγκριση με βιντεοφλουοροσκοπικές και βιντεοενδοσκοπικές εξετάσεις κατάποσης σε αρκετούς πληθυσμούς. Παρέχει μια αριθμητική επίδοση που αντανακλά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της δυσφαγίας και είναι ευαίσθητη στην αλλαγή της επίδοσης του ασθενή με το πέρασμα του χρόνου. Τα 24 στοιχεία στη MASA συνδυάζονται για να παρέχουν την συνολική επίδοση και τα κριτήρια διακοπής για τη σοβαρότητα της δυσφαγίας και της εισρόφησης. Θεωρείται απλή στη χρήση και τη βαθμολόγηση. Η MASA ακολουθήθηκε από το Modified Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA), ένα εργαλείο αξιολόγησης 12 στοιχείων προς χρήση από ιατρούς, νοσηλευτές και λογοπαθολόγους (Antonios N, Carnaby-Mann G, Crary M, et al. 2010).

Το Bedside Swallow Assessment είναι ένα ακόμη πρωτόκολλο το οποίο εφαρμόζεται από γιατρούς και λογοθεραπευτές. Χορηγήθηκε σε 94 ασθενείς παράλληλα με βιντεοφθοροσκόπηση. Οι τομείς του είναι: 1. Προ της Αξιολόγησης ερωτήσεις, 2. Κλινική Αξιολόγηση: με την χορήγηση νερού με ένα κουταλάκι του γλυκού τρεις φορές και μετά με την χορήγηση νερού με ποτήρι. Ένα πρωτόκολλο το οποίο έχει τρεις βασικές συστάσεις για τις τροφές που χρησιμοποιεί (υγρές, στερεές και ημιστερεές). Επίσης περιλαμβάνει προ της αξιολόγησης κριτήρια τα οποία βασίζονται στο Sioux Valley Health System. (Smithard, O'Neill, Park, England, Renwick, Wyatt, Morris, Martin; 1996, 1997, 1998)

Επιπρόσθετες σχετικές με την κατάποση αξιολογήσεις πραγματοποιούνται από:

- το Massey Bedside (Massey, Jedlick; 2002) που εξετάζει τα διάφορα επίπεδα δυσαρθρίας, αφασίας, στοματοκινητικές ικανότητες, και το αντανακλαστικό του εμετού με την χορήγηση ενός κουταλιού του γλυκού νερό και τη χορήγηση 60 cc νερού σε ποτήρι,

- το Kidd Water Test (Kidd, Lawson, Nesbitt, MacMahon;1993) το οποίο αξιολογεί την φαρυγγική αισθητικότητα με ένα orange stick, την ομιλία, και κιναισθητικές πληροφορίες των μυών της κατάποσης σε συνδυασμό με ml νερού χωρισμένο σε 5 ml.
- το Nishiwaki et al. Protocol (Nishiwaki , Tsuji, Liu, Hase, Tanaka, Fujiwara; 2005)που είναι κλίμακα 6 στοιχείων: 1) την στοματοκινητική ικανότητα, 2) το αντανακλαστικό του εμετού, 3) την ποιότητα της φωνής, και 4) την λειτουργικότητα της ομιλία, 5) Αξιολόγηση κατάποσης σάλιου και 6) Water test (χορηγείτε 1 κουταλάκι του γλυκού νερό δύο φορές, και το υπόλοιπα 30 ml νερό να καταπωθούν από ποτήρι).
- το Timed Test (Hinds & Wiles; 1998) που περιλαμβάνει προ της αξιολόγησης κριτήρια και ένα ερωτηματολόγιο ασθενών. Αρχικά στον ασθενή δίνονται 5 - 10ml νερού με ένα κουτάλι. Εάν ο ασθενής πνίγεται σε αυτές τις ποσότητες δεν συνεχίζεται στην πλήρη εξέταση. Πλήρης εξέταση: 100 – 150ml νερού δίνονται στον ασθενή και του ζητάτε να το πιεί όσο πιο γρήγορα γίνεται. Εάν μείνουν υπολείμματα στο ποτήρι μετρώνται. Ο αριθμός καταπόσεων μετράται επίσης καθώς και ο χρόνος για να ολοκληρωθεί η κατάποση. Τέλος γίνεται με τη βοήθεια χρονομέτρου.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν 7 ερωτηματολόγια: Dysphagia Short Questionnaire (DSQ) , Swallowing Disturbance Questionnaire (SDQ), Eating Assessment Tool (EAT-10, EAT-20), Head and Neck Cancer Dysphagia test (HNC) και Dysphagia in Multiple Sclerosis (DYMUS-15, DYMUS-10) σε συνδυασμό με ένα water test (κατάποση 100ml νερού χωρίς παύσεις και μέτρηση των αριθμών καταπόσεως, το χρόνο κατάποσης και τα υπολείμματα). Η αξιοπιστία των παραπάνω ερωτηματολογίων έχει αποδειχθεί από πολλές σχετικές έρευνες (Mintz, L. B., O'halloran, M. S., Mulholland, A. M., & Schneider, P. A. (1997), Dwivedi, R. C., Rose, S. S., Chisholm, E. J., Georgalas, C., Bisase, B., Amen, F., & Harrington, K. J. (2012), Bergamaschi, R., Crivelli, P., Rezzani, C., Patti, F., Solaro, C., Rossi, P., & Tavazzi, E. (2008) Jacob T. Cohen & Yael Manor, 2011, Kawashima, K., Motohashi, Y., & Fujishima, I. (2004), DePippo KL, Holas MA, Reding MJ 1994). Εξάλλου κατά την συγκεκριμένη έρευνα, διαπιστώνεται και εξακριβώνεται η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων και του water test με Reliability Coefficients 9 items Alpha = .864.

Η δοκιμασία κατάποσης νερού των 3 ουγγιών είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος διάγνωσης ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο για οροφαρυγγική δυσφαγία και αναρρόφηση. Τα άτομα πρέπει να πίνουν 90 ml νερό χωρίς διακοπή. Τα κριτήρια για παραπομπή ενός ασθενούς σε περαιτέρω αξιολόγηση της κατάποσης είναι η εμφάνιση βήχα, πνιγμού ή πονοκεφάλου που εμφανίζεται είτε κατά τη διάρκεια είτε εντός 1 λεπτού από την ολοκλήρωση της δοκιμής. Η συμβολή της δοκιμασίας καταπόσεως ύδατος των 3 ουγγιών στην ανίχνευση της αναρρόφησης κατά τη διάρκεια της κλινικής μελέτης κατά της κατάποσης κατά την κατάκλιση έχει αναφερθεί από τους DePippo, Holas, Reding, Garon, Engle, Ormiston, Mari, Matei, Ceravolo, Pisani, Montesi, Provinciali, McCullough, Wertz, Rosenbek, Mills, Rosenbek, McCullough, Wertz.

Οι DePippo KL, Holas MA, Reding MJ (1994) σε μια μελέτη τους για τον προσδιορισμό της κατάστασης αναρρόφησης και των συστάσεων της διατροφής από το στόμα, χρησιμοποίησαν τη δοκιμασία καταπόσεως ύδατος των 3 ουγγιών σε έναν μεγάλο και ετερογενή πληθυσμό ασθενών. Η ινωδοπτική ενδοσκοπική αξιολόγηση της κατάποσης (FEES) πραγματοποιήθηκε σε συνδυασμό με τη δοκιμή κατάποσης νερού 3 ουγγιών σε 3000 συμμετέχοντες με μεγάλη ηλικία και διαγνώσεις. Συνολικά πέρασαν 1151 (38,4%) ενώ 1849 (61,6%) απέτυχε η δοκιμή κατάποσης νερού 3 ουγγιών. Κατ' αυτόν τον τρόπο, διαπίστωσαν ότι η ευαισθησία της δοκιμασίας κατάποσης ύδατος 3 ουγγιών για την πρόβλεψη της κατάστασης αναρρόφησης κατά την περίοδο FEES = 96,5%, η εξειδίκευση = 48,7% και το ψευδώς θετικό ποσοστό = 51,3%. Η ευαισθησία για τον εντοπισμό ατόμων που κρίθηκαν ασφαλή για λήψη υγρού από το στόμα με βάση τα αποτελέσματα του FEES = 96,4%, η ειδικότητα = 46,4% και το ψευδώς θετικό ποσοστό = 53,6%. Το πέρασμα της δοκιμασίας κατάποσης νερού 3 ουγγιών φαίνεται να αποτελεί καλό προγνωστικό παράγοντα για την ικανότητα του ασθενή να καταπίνει ρευστά υγρά. Ωστόσο, η αποτυχία συχνά δεν σημαίνει απαραίτητα ανικανότητα κατάποσης ρευστών υγρών. Η χρήση της δοκιμασίας κατάποσης νερού των 3 ουγγιών μόνη της για την λήψη αποφάσεων σχετικά με την ασφάλεια πρόσληψης υγρών από τους ασθενείς, είχε ως αποτέλεσμα την υπερβολική και μη απαραίτητη απαγόρευση κατάποσης για το 50% σχεδόν των ασθενών. Επιπρόσθετα, επειδή το 71% των συμμετεχόντων που απέτυχαν στη δοκιμή κατάποσης νερού 3 ουγγιών θεωρήθηκαν ασφαλείς για λήψη τροφής και υγρών από το στόμα, η μη επιτυχία στη δοκιμή απορρόφησης νερού 3 ουγγιών δεν

είναι ενδεικτική της αποτυχίας της κατάποσης. Η κλινική χρησιμότητα της δοκιμασίας κατάποσης νερού 3 ουγγιών έχει επεκταθεί ώστε να περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ιατρικών και χειρουργικών διαγνωστικών κατηγοριών. Είναι σημαντικό ότι για πρώτη φορά έχει αποδειχθεί ότι αν ο ασθενής περάσει τη δοκιμασία κατάποσης νερού 3 ουγγιών, οι συστάσεις διατροφής μπορούν να γίνουν χωρίς περαιτέρω αντικειμενική εξέταση δυσφαγίας.

Όσον αφορά το συνδυασμό του water test με τα ερωτηματολόγια δυσφαγίας στη συγκεκριμένη μελέτη, παρατηρήθηκε υψηλά αποδεκτός δείκτης εγκυρότητας και αξιοπιστίας με όλες τις δοκιμασίες και με την εξαίρεση των υπολειμμάτων κατάποσης. (δηλαδή υψηλός συσχετισμός και μεταξύ του χρόνου κατάποσης με τον αριθμό καταπόσεων). Τα παραπάνω στοιχεία αποδεικνύουν τη δυναμική της χρήσης του water test με τα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση των διαταραχών κατάποσης σε τυπικό ενήλικο ελληνικό πληθυσμό. Το δείγμα είναι ενδεικτικό για μία μελλοντική στάθμιση του ερωτηματολογίου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Γκούμας, Π. (2012). *Μαθήματα ωτορινολαρυγγολογίας*. Πάτρα: Εκδόσεις GOTSIS.

Δανιηλίδης, Ι., & Ασημακόπουλος, Δ. (2006). *ΩτοΡινοΛαρυγγολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Ζιάβρα, Ν., & Σκεύας, Α. (2009). *Ωτορινολαρυγγολογία Στοιχεία Ανατομία Φυσιολογίας και Παθολογίας*. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS

Μεσσήνης, Λ., Αντωνιάδης, Γ. (2010). *Διαταραχές κατάποσης - δυσφαγία*.

Μπισταράκης Δ.- Χειρουργός Αχαλασία Οισοφάγου | <http://www.endoscopicsurgery.gr/%CF%87%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CF%80%CE%B1%CE%B8%CE%AE%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82/%CE%B1%CF%87%CE%B1%CE%BB%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%B1-%CE%BF%CE%B9%CF%83%CE%BF%CF%86%CE%AC%CE%B3%CE%BF%CF%85/>

Νάσιος, Γ. (2011). *Αφασιολογία, διαταραχές και κλινική πρακτική*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

Νευρολογικά στοιχεία και χειρισμός. Αθήνα: εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.

Πανάγος , Σ. (2016). *Διαταραχές Κατάποσης : Δυσφαγία και Λογοθεραπεία* <http://speechvoice.gr/%CF%84%CE%B9%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9%CE%BF%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%AD%CF%82%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CF%80%CE%BF%CF%83%CE%B7%CF%82/>

Παντελιάδης, Χρ. Π., & Συρίγου-Παπαβασιλείου, Α. (2002). *Εγκεφαλική Παράλυση*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Γιαχούδη-Γιαπούλη.

- Παπαδοπούλου, Σ. Π. (2014). *Δυσφαγία και διαταραχές αυχενικής μοίρας, σπονδυλικής στήλης σε ασθενείς με νευρολογικά ελλείματα εγκεφαλικής αιτιολογίας*. (Διδακτορική διατριβή). Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- Πλατή, Χρ. Δ. (2000). *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος.
- Πρώιου, Χ. (2003). *Δυσφαγία – Δυσφασία – Δυσαρθρία*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Γιαπούλη.
- Τόκης, Ι. Ν., & Τόκη, Ι. Ε. (2006). *Πληροφορική Υγείας*. Τζιολα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΑΓΓΛΙΚΗ

- Adams, R. D., Victor, M., & Ropper, A. H. (1997). *Principles of Neurology*. McGrawHill.
- Antonios N, Carnaby-Mann G, Crary M, et al. Analysis of a physician tool for evaluating dysphagia on an inpatient stroke unit: the Modified Mann Assessment of Swallowing Ability. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2010;19(1):49-57
- Bergamaschi, R., Crivelli, P., Rezzani, C., Patti, F., Solaro, C., Rossi, P., ... & Tavazzi, E. (2008). The DYMUS questionnaire for the assessment of dysphagia in multiple sclerosis. *Journal of the neurological sciences*, 269(1), 49-53.
- Bigenzahn, W., & Denk, D. M. (2007). *Στοματοφαρυγγικές Δυσφαγίες/ Αιτιολογία, Κλινική εικόνα και θεραπεία διαταραχών κατάποσης*. Κύπρος: Broken Hill Publishers LTD- Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
- Bogaardt HC, Grolman W, Fokkens WJ. The use of bio-feedback in the treatment of chronic dysphagia in stroke patients. *Folia Phoniatr Logop*. 2009;61(4):200-205.

- Cheney DM, S. M. (2015, October 30). The Ability of the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10) to Predict Aspiration Risk in Persons With Dysphagia. *Otol Rhinol Laryngol*, σσ. 351-354
- Classen, M., Diehl, V. & Kochsick, K., (2014). *Εσωτερική Παθολογία & Διαφορική Διαγνωστική*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Corbin – Lewis, K., Liss, J.M., & Sciortino, K.L. (2005). Clinical anatomy & physiology of the swallow mechanism. USA: Thomson Delmer Learnin
- Cohen, J. T., Eini, M., Belkovitz, S., Manor, Y., & Fliss, D. M. (2006). Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing--the Tel Aviv Voice and Swallowing Disorders Clinic. *Harefuah*, 145(8), 572-6.
- DePippo, K. L., Holas, M. A., & Reding, M. J. (1994). The Burke dysphagia screening test: validation of its use in patients with stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 75(12), 1284-1286).
- Drake R.L., Vogt W., Mitchell A.W.M., Gray's Anatomy for students (2005).
- Dwivedi, R. C., Rose, S. S., Chisholm, E. J., Georgalas, C., Bisase, B., Amen, F., & Harrington, K. J. (2012). Evaluation of swallowing by Sydney Swallow Questionnaire (SSQ) in oral and oropharyngeal cancer patients treated with primary surgery. *Dysphagia*, 27(4), 491-497
- Franko, D. L., Shapiro, J., & Gagne, A. (1997). Phagophobia: A form of psychogenic dysphagia a new entity. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 106(4), 286-290.
- Garon BR, Engle M, Ormiston C. Αξιοπιστία της δοκιμής καταπόσεως ύδατος των 3 οζ με τη χρησιμοποίηση αντανεκλαστικού βήχα ως μοναδικού δείκτη αναρρόφησης. *Neurorehabil Neuro Repair* 1995, 9: 139-143.
- Groher, M.E. (1997). *Dysphagia Diagnosis and management – Third Edition*. Washington: Butterworth – Heinemann.
- Groher, M. E., & Crary, M. A. (2015). *Δυσφαγία: Κλινική αντιμετώπιση σε ενήλικες και παιδιά*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε.

- Hinds, N. P., & Wiles, C. M. (1998). Assessment of swallowing and referral to speech and language therapists in acute stroke. *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*, 91(12), 829-835.
- Holland, G., Jayasekeran, G., Pendleton, N., Horan, M., Jones, M., & Hamdy, S. (2011). Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey. *Diseases of the Esophagus*, σσ. 476-480.
- Huckabee, M. L. (2014). Dysphagia Across Ages. *4th Congress of European Society for Swallowing Disorders Brussels* (σσ. 23-25). Belgium: Springer.
- Humbert, L. A., & Robbins, J. (2008, November). Dysphagia in the Elderly. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, σσ. 853-x.
- Khaldoun E, Woisard V, Verin, C. Validation in French of the Swal-Qol scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*. 2009; 33;167-171.
- Kidd, D., Lawson, J., Nesbitt, R., & MacMahon, J. (1993). Aspiration in acute stroke: a clinical study with videofluoroscopy. *QJM: An International Journal of Medicine*, 86(12), 825-829.
- Kummer, A. W. (2011). *Σχιστίες και Κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες*. Πασχαλίδης.
- Logemann J. Evaluation and treatment of swallowing disorders. Austin, Texas: Pro-ed; 1983
- Mann G. MASA: The Mann Assessment of Swallowing Ability. Clifton, NY: Thompson Learning; 2002.
- Manor, Y., Giladi, N., Cohen, A., Fliss, D. M., & Cohen, J. T. (2007). Validation of a swallowing disturbance questionnaire for detecting dysphagia in patients with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 22(13), 1917-1921.
- Mari F, Matei M, Ceravolo MG, Pisani A, Montesi A, Provinciali L. Προγνωστική αξία κλινικών δεικτών για την αντίχνευση της αναρρόφησης σε ασθενείς με νευρολογικές διαταραχές. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997, 63: 456-460.

- Mathews WB, Acheson ED, Batchelor JR, Weller RO. McAlpine's Multiple Sclerosis. Churchill Livingstone; 1985. p. 85
- Massey, R., & Jedlicka, D. (2002). The Massey bedside swallowing screen. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34(5), 252
- McCullough OH, Wertz RT, Rosenbek JC, Mills RH. Εμπιστοσύνη μεταξύ κλινικών εξετάσεων κατά την κατάποση σε ενήλικες. *Dysphagia* 2000. 15: 58-67
- McHorney, C. A., Robbins, J., Lomax, K., Rosenbek, J. C., Chignell, K., Kramer, A. E., & Bricker, D. E. (2002). The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*, 17(2), 97-114.
- McHorney CA, Robbins J, Lomax K, et al. The SWAL- QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*. 2002 Spring;17(2):97-114.
- McHorney CA, Bricker E, Kramer AE, et al. The Swal-Qol outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults 1. Conceptual foundation and item development. *Dysphagia*. 2000;15:115-121.
- McHorney CA, Bricker E, Robbins JE, Kramer AE, Rosenbek JC, Chignell KA. The Swal-Qol outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults II. Item reduction and preliminary scaling. *Dysphagia*. 2000;15:122-133.
- Mintz, L. B., O'halloran, M. S., Mulholland, A. M., & Schneider, P. A. (1997). Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM—IV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, 44(1), 63.
- Misulis, K. E., & Head, T. C. (2007). *Netter's Σύνοψη Νευρολογίας*. Gotsis.
- Miura, H., Kariyasu, M., Yamasaky, K., & Arai, Y. (2017, July). Evaluation of chewing and swallowing disorders among frail community-dwelling elderly individuals. *Journal of Oral Rehabilitation*.
- Morton, D. A., Peterson, K. D., & Albertine, K. H. (2008). *Gray's Ανατομία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

- Murry, Th. & Carrau, R. L., (2014). *Η Κλινική Διαχείριση των Διαταραχών Κατάποσης-Δυσφαγία σε Παιδιά και Ενήλικες* (Ε. Σ. Βιρβιδάκη, Λ. Μεσσήνης, & Δ. Χ. Ταφιάδης, Μεταφρ.). Αθήνα:Gotsis.
- Nishiwaki, K., Tsuji, T., Liu, M., Hase, K., Tanaka, N., & Fujiwara, T. (2005). Identification of a simple screening tool for dysphagia in patients with stroke using factor analysis of multiple dysphagia variables. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(4), 247-251.
- Ohkuma R FI, K. C. (2002). Development of a questionnaire to screen dysphagia. *Dysphagia Rehabilitation*, σσ. 3-8.
- Rosenbeck, J. C., & Jones, H. N. (2013). Δυσφαγία στις Κινητικές Διαταραχές.(Κ. Σδράβου, Τ. Τέγου, Γ. Μακρής, Μεταφρ.) Gotsis.
- Rosenbek JC, McCullough OH, Wertz RT. Είναι σημαντικές οι πληροφορίες σχετικά με μια δοκιμασία; Εφαρμογή των μεθόδων της βασισμένης στην τεκμηρίωση φαρμάκων στην κλινική εξέταση της κατάποσης. *J Commun Disord* 2004 37: 437-450
- Schindelmeiser, J. (2013). *Νευρολογία για λογοθεραπευτές*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ρόδων
- Shiedelmeiser, J. (2013). *Νευρολογία για λογοθεραπευτές*. Θεσσαλονίκη: Ρόδων.
- Smithard, D. G., O'NEILL, P. A., Park, C., ENGLAND, R., RENWICK, D. S., WYATT, R., & NORTH WEST DYSPHAGIA GROUP. (1998). Can bedside assessment reliably exclude aspiration following acute stroke?. *Age and ageing*, 27(2), 99-106.
- Snowling, M., Dawes, P., Nash, H., & Hulme, C. (2012). Validity of a protocol for adult self-report of dyslexia and related difficulties. *Dyslexia*, 18(1), 1-15.
- Vaezi, M. F. (2009). *EXTRAESOPHAGEAL REFLUX*. United Kingdom: PLURAL PUBLISHINGHarrison. (1994). *Εσωτερική Παθολογία* (Τόμ. 2ος). Αθήνα: Παρισιάνος Γρ., Μαρία Γρ. Παρισιάνου. NG INC.

Wallace, K. L., Middleton, S., & Cook, I. J. (2000). Development and validation of a self-report symptom inventory to assess the severity of oral-pharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*, *118*(4), 678-687.