

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (Σ.Ε.Υ.Π.)  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Τι γνωρίζουν οι Έλληνες ασθενείς με λαρυγγεκτομή σχετικά με τις προοπτικές αποκατάστασης της ομιλίας και της κατάποσης και ποιές οι επιδράσεις στην ποιότητα ζωής τους;(MD Anderson Dysphagia Inventory)**

**How informed are Greek patients with laryngectomy about voice and swallowing rehabilitation and how this affects their quality of life?(MD Anderson Dysphagia Inventory)**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

**ΑΡΓΥΡΙΟΥ ΜΥΡΤΩ**

**ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ ΦΩΤΕΙΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

**Δρ. ΜΑΛΑΤΡΑ ΙΩΑΝΝΑ**

Λογοπαθολόγος MS, PhD

Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος

Λογοθεραπείας Πατρών, ΤΕΙ Δυτικής

Ελλάδας

**Πάτρα, 2016**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	12
1.1. Ανατομία και Φυσιολογία του λάρυγγα.....	13
1.1.1. Νεύρωση του λάρυγγα .....	14
1.1.2. Χόνδροι λάρυγγα .....	14
1.1.3. Σύνδεσμοι του λάρυγγα.....	15
1.1.4. Μύες του λάρυγγα.....	16
1.1.5. Φωνητικές χορδές.....	16
1.2. Καρκίνος του λάρυγγα .....	18
1.2.1. Εντοπισμός.....	18
1.2.2. Κλινική ταξινόμηση.....	19
1.2.3. Αίτια καρκίνου του λάρυγγα.....	19
1.2.4. Συμπτωματολογία - Διάγνωση .....	20
1.2.5. Θεραπεία .....	22
1.2.6. Ακτινοθεραπεία .....	22
1.2.7. Χημειοθεραπεία .....	22
1.2.8. Λαρυγγεκτομή.....	23
Α) Μερική λαρυγγεκτομή .....	23
Β) Ολική λαρυγγεκτομή .....	26
1.3.1. Επιπτώσεις στην ομιλία και αποκατάσταση μετά από λαρυγγεκτομή.....	28
1.3.2. Τραχειοοισοφαγική ομιλία.....	28
1.3.3. Λαρυγγόφωνο – Τεχνητός λάρυγγας.....	29
1.3.4. Οισοφαγική ομιλία .....	31
1.3.5. Επιπτώσεις στην κατάποση και αποκατάσταση μετά από λαρυγγεκτομή .....	32
1.3.6. Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με το ερωτηματολόγιο M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) .....	33
1.3.7. Ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην αποκατάσταση.....	35

1.4. Ποιότητα ζωής .....	36
1.4.1. Εκτίμηση της ποιότητας της ζωής σε Έλληνες ασθενείς με λαρυγγεκτομή .....	36
Α' Έρευνα: .....	37
Β' Έρευνα: .....	37
1.4.2. Εκτίμηση της ποιότητας της ζωής σε ασθενείς με λαρυγγεκτομή άλλων χωρών. ....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> .....	39
2.1. Σκοπός της έρευνας .....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> .....	41
3.1. Μεθοδολογία της έρευνας .....	42
3.2. Πληθυσμός - Δείγμα ασθενών.....	42
3.3. Υλικό.....	42
3.4. Διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας .....	44
3.5. Ανάλυση Δεδομένων .....	44
3.5.1. Στατιστικό Πρόγραμμα Ανάλυσης .....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο.....	46
4. Αποτελέσματα .....	47
4.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	47
4.2. Αποτελέσματα Α' Ερωτηματολογίου .....	53
4.3. Αποτελέσματα Β' Ερωτηματολογίου .....	77
4.4. Αποτελέσματα δεδομένων Β' ερωτηματολογίου ανά κατηγορία.....	88
4.5. Αποτελέσματα αξιολόγησης αξιοπιστίας / εσωτερικής συνέπειας (Reliability Internal Consistency) Β' ερωτηματολογίου .....	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> .....	93
5. Συζήτηση .....	94
5.1. Κυριότερα ευρήματα .....	94
5.2. Περιορισμοί έρευνας.....	97
5.3. Εισηγήσεις για περαιτέρω έρευνες .....	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 <sup>ο</sup> .....	99
6. Συμπεράσματα.....	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ - ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ.....	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	107

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	109
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.....	113
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: ΜΕΡΟΣ Α.....	113
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV.....	124
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: ΜΕΡΟΣ Β.....	124

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θερμές ευχαριστίες θα θέλαμε να εκφράσουμε στα άτομα τα οποία μας βοήθησαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας τα οποία είναι :

- Την Δρ. Ιωάννα Μαλατρά για την πολύτιμη και αμέριστη βοήθεια και καθοδήγησή μας καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας.
- Τον κ. Μιχαηλίδη Εμμανουήλ, πρόεδρο του Πανελλήνιο Σύλλογο Λαρυγγεκτομηθέντων (ΠΑΝΣΥΛΑ) με έδρα τα γραφεία “Αγκαλιάζω” στον Πειραιά, και τον κ. Σβίγγο Ευθύμιο μέλος του διοικητικού Συμβουλίου, για την συνεργασία τους και τη πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφεραν.
- Την κα. Στρούτζα Χρύσα, λογοθεραπεύτρια του συλλόγου για την βοήθεια , την υποστήριξη και τις γνώσεις που μας έδωσε επάνω στην αποκατάσταση λαρυγγεκτομηθέντων.
- Το κ. Γεωργαντή Ηλία ΩΡΛ – Ωτορινολαρυγγολόγος που μας αφιέρωσε χρόνο για να μας διαλευκάνει όλες τις πρακτικές απορίες μας επάνω στις χειρουργικές επεμβάσεις για το καρκίνο κεφαλής και τραχήλου.
- Τα άτομα με λαρυγγεκτομή που συμφώνησαν να πάρουν μέρος στην έρευνα αυτή και για το χρόνο που αφιέρωσαν.
- Την οικογένειά μας και τους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μας για την ολοκλήρωση αυτού του έργου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ιστορικό: Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι μία πολύ συχνή πάθηση. Η θεραπεία των καρκινικών όγκων του λάρυγγα επιφέρουν σημαντικές αλλαγές στην ομιλία, την κατάποση, την επικοινωνία και κατά επέκταση στην ποιότητα της ζωής του ασθενούς. Οι αλλαγές αυτές επιδέχονται αποκατάσταση η οποία βασίζεται στην επιστήμη της λογοθεραπείας. Η λογοθεραπεία ασχολείται με παθήσεις του λόγου, της ομιλίας και της κατάποσης καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα διαταραχών και δυσλειτουργιών.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο είναι ενημερωμένοι οι ασθενείς με λαρυγγεκτομή για την αποκατάσταση της φωνής και της κατάποσης τους μετά τη θεραπεία καθώς επίσης και κατά πόσο επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους μετά από αυτή.

Μέθοδος: Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρειάστηκε να δημιουργηθεί ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από δύο τμήματα. Το πρώτο τμήμα δημιουργήθηκε από τις σπουδάστριες και την υπεύθυνη καθηγήτρια της εργασίας (κα. Μαλατρά Ιωάννα) ενώ το δεύτερο τμήμα αποτελεί η μετάφραση και η προσαρμογή του “M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)” στην ελληνική γλώσσα. Η ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε στο νομό Αττικής και το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 35 άτομα που έχουν υποστεί ολική λαρυγγεκτομή. Πιο συγκεκριμένα 29 άντρες και 6 γυναίκες ηλικίας 51- 82 ετών. Οι 30 ασθενείς του δείγματος συλλέχθηκαν από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Λαρυγγεκτομηθέντων του Πειραιά (ΠΑΝΣΥΛΛΑ), ενώ οι υπόλοιποι 5 επιλέχθηκαν έπειτα από σύσταση. Η ένταξη των εθελοντών συμμετεχόντων στην έρευνα κατοχυρώθηκε με την συμπλήρωση έντυπης άδειας συμμετοχής και έπειτα ακολούθησε η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Η διεξαγωγή της έρευνας προέβλεπε επισκέψεις στο σύλλογο για τους 30 ασθενείς και προσωπικά ραντεβού κατόπιν συνεννόησης με τους 5 συμμετέχοντες που ήταν ανεξάρτητοι του συλλόγου.

Αποτελέσματα: Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε πως η προεγχειρητική ενημέρωση αφορούσε τα προβλήματα φωνής στο 66% των ασθενών, ενώ μόνο στο 31% αφορούσε την διαταραχή κατάποσης. Φάνηκε πως η ενημέρωση έγινε κατά κύριο λόγο μετεγχειρητικά στο 33% των ασθενών από το θεράποντα γιατρό. Η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 80% μίλησε μετεγχειρητικά με λογοθεραπευτή και ενημερώθηκε για τα σχετικά προβλήματα καθώς και την αποκατάσταση και το 91% των ασθενών παρακολούθησε λογοθεραπευτικές συνεδρίες. Το 91% του δείγματος ξεκίνησαν λογοθεραπεία με σκοπό την αποκατάσταση της ομιλίας, ενώ από αυτούς μόλις το 14% και για προβλήματα κατάποσης. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής το 40% επηρεάστηκε πολύ από τα προβλήματα φωνής. Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο M.D. Anderson Dysphagia Inventory η φυσική κατάσταση των ασθενών επηρεάζει πολύ την ποιότητα ζωής τους στο 65% του δείγματος. Σε γενικά πλαίσια η ποιότητα ζωής των ασθενών με προβλήματα κατάποσης διακρίνεται στο 35% του δείγματος σε καλή, στο 31% του δείγματος κακή, ενώ στο 27% μέτρια. Συνεπώς τα ποσοστά μοιράζονται με αποτέλεσμα να φαίνεται πως η γενική ποιότητα ζωής τους είναι μέτρια.

Τέλος, η μετάφραση και προσαρμογή του M.D. Anderson Dysphagia Inventory στα ελληνικά έδειξε να έχει άριστη εσωτερική συνοχή με τιμή cronbach alpha 0,97 και ως εκ τούτου θεωρείται ένα αξιόπιστο εργαλείο.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από την απώλεια φωνής και τα προβλήματα κατάποσης. Παρόλο, που το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είχε ενημερωθεί για πιθανά προβλήματα και προοπτικές αποκατάστασης, η ενημέρωση αυτή έγινε κυρίως μετεγχειρητικά. Η πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή οι 30 ασθενείς ενημερώθηκαν κυρίως από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Λαρυγγεκτομηθέντων, ενώ οι υπόλοιποι 5 που δεν ανήκαν στο Σύλλογο, είτε δεν ενημερώθηκαν καθόλου, είτε ενημερώθηκαν από ιδιώτη γιατρό. Ακόμη, αξίζει να αναφερθεί ότι παρατηρήθηκε πως δεν παρέχεται σημαντική ενημέρωση και καθοδήγηση για τα προβλήματα κατάποσης. Τέλος, φάνηκε ότι η ελληνική εκδοχή του M.D. Anderson αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας της ζωής και μπορεί να εφαρμοσθεί σε Έλληνες ασθενείς με λαρυγγεκτομή. Προτείνεται η επιπλέον διερεύνηση του θέματος με μελλοντικές έρευνες.

## **ABSTRACT**

**Background:** Larynx cancer is a common condition. Cancerous tumor treatment, results substantial changes in the way of speaking, the swallowing, and communication and overall on the whole quality of the patient's life. These changes can be treated and restored through speech therapy. Speech therapy deals with speech and language disorders and swallowing, covering a wide range of disturbances and malfunctions.

**Purpose:** The purpose of this particular research is to examine the level of awareness of patients with laryngectomy, regarding their voice and swallowing restoration after they receive treatment and how much will this affect their quality of life.

**Method:** For the conduction of the research it was needed to create a questionnaire which was consisted of two parts. The first part was created by the students and their attending teacher (Mrs. Malatra Ioanna) while the second part is a translation and adaptation on the Greek language of the "M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)". The research study was conducted on Attiki County, of Greece and the research sample was 35 adults that have been subject to laryngectomy. More specifically 29 males and 6 females at the age of 51 to 82 years old. 30 of the patients were contacted through the Hellenic Association of Laryngectomees ( PANSYLA ), while the other 5 were randomly chosen from a list of recommendations. The volunteers registered their participation on the research by signing on a printed participation form and then by answering on the questions provided by the questionnaire. The conduction of the research was planned to be held by visiting the Association and contacting the 30 patients, that are its members, and personal upon request appointments with the rest of the patients that were irrelevant to the Association.

**Results:** The research results showed, that the pre-surgical information on the patients, was regarding the voice problems by a 66% while only a 31% was referring to the swallowing malfunction. A 33% of the patients were informed post-surgical by their attending doctor. The majority of the sample, an 80% of the patients, contacted a speech therapist, post-surgically and was informed regarding the associated problems to their surgery as well as to the restoration process and a 91% of them started speech therapy. The 91% of the sample started speech therapy to restore the speech, while from them only 14% started speech therapy for swallowing process too. A 40% of the sample started that their quality of life was affected mainly by their speaking disabilities. According to the questionnaire M.D. Anderson Dysphagia Inventory, a 65% of the patients have their quality of life directly affected by their physical condition. The overall quality of life, in regard to the swallowing problems is good in 35% of the sample, bad in 31% of the sample and is average in 27% of the sample. Consequently, the rates sharing which seems that the overall quality of life is average. Finally the Greek adaptation and translation of the M.D. Anderson Dysphagia Inventory seemed to have cronbach's alpha internal consistency reliability 0,97. As a result, it is a reliable questionnaire for greek patients with laryngectomy.

**Conclusion:** The results showed that the quality of life is affected by the loss of voice and swallowing problems. Although, the majority of the sample had been informed of possible problems and rehabilitation options, this information was mainly after surgery. The majority of the sample (30 patients) were informed mainly by the



Hellenic Association of Laryngectomees, while the other 5 who did not belong to the Association not at all informed or informed by a private doctor. It was also observed that was not provided important information and guidance for the swallowing problems. Finally, it appeared that the Greek version of M.D. Anderson is a reliable tool for evaluating the quality of life and can be applied to Greek patients with laryngectomy. It is proposed further investigation to this issue with future researches.

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## Εισαγωγή

Ο καρκίνος του λάρυγγα αποτελεί το 1-2% των καρκίνων στον άνθρωπο και συγκεκριμένα το 25% των νεοπλασμάτων κεφαλής και τραχήλου (Rossi et al., 2004). Περιοχές υψηλού κινδύνου θεωρούνται οι χώρες της Μεσογείου, μεταξύ αυτών και η Ελλάδα (Χριστοφορίδου και συν, 2009). Στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί κάποιες έρευνες σχετικά με αυτό το είδος καρκίνου και την επίδρασή του στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Μπελλάλη, 2011; Νταλμπάντιαν, 2008). Είναι γνωστό ότι οι αλλαγές που επέρχονται μετά την θεραπεία του καρκίνου του λάρυγγα επηρεάζουν σημαντικά σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο τον ασθενή (Murphy et al., 2007). Ωστόσο, υπάρχει ελλιπής αναφορά στον παράγοντα της ενημέρωσης των ασθενών και στη επίδραση αυτού στην ποιότητα ζωής.

Η ενημέρωση είναι το πρώτο ερώτημα στο οποίο θέλει να δώσει απάντηση η παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα, διερευνάται η ενημέρωση σχετικά με τις προοπτικές αποκατάστασης της ομιλίας και της κατάποσης προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Δεύτερο βασικό μέλημα της παρούσας εργασίας αποτελεί η επίδραση των μετεγχειρητικών αλλαγών στην ποιότητα ζωής των ασθενών με λαρυγγεκτομή. Συνεπώς το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αφορά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Προκειμένου να απαντηθούν τα δύο βασικά ερωτήματα κρίθηκε σημαντική η δημιουργία ενός ερωτηματολογίου αποτελούμενο από δύο μέρη, το οποίο χορηγήθηκε σε δείγμα ασθενών με ολική λαρυγγεκτομή. Μετέπειτα πραγματοποιήθηκε ανάλυση των δεδομένων με στόχο να απαντηθούν τα δύο βασικά ερωτήματα. Επιπλέον έγινε αξιολόγηση της αξιοπιστίας του M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) καθώς ήταν η πρώτη φορά που χρησιμοποιήθηκε στον ελληνικό πληθυσμό έπειτα από μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά.

Παρά το γεγονός ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα σχετικά μικρό δείγμα ασθενών, είναι σε θέση να δώσει απαντήσεις και αποτελεί το έναυσμα για να πραγματοποιηθούν περαιτέρω έρευνες για το συγκεκριμένο ζήτημα στην Ελλάδα.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν γίνεται ανασκόπηση σχετικά με την ανατομία και φυσιολογία του λάρυγγα καθώς και την παθοφυσιολογία που αφορά τον καρκίνο του λάρυγγα, τα μετεγχειρητικά επακόλουθα της θεραπείας, τις προοπτικές αποκατάστασης της ομιλίας και της κατάποσης και τη συμβολή του λογοθεραπευτή. Επιπλέον ανασκόπηση πραγματοποιείται για την ποιότητα της ζωής των ασθενών, δίνοντας έμφαση στο ερωτηματολόγιο “MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)” που αποτελεί εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με νεοπλάσματα κεφαλής και τραχήλου που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης· μέρος του οποίου ενσωματώθηκε ως δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας.

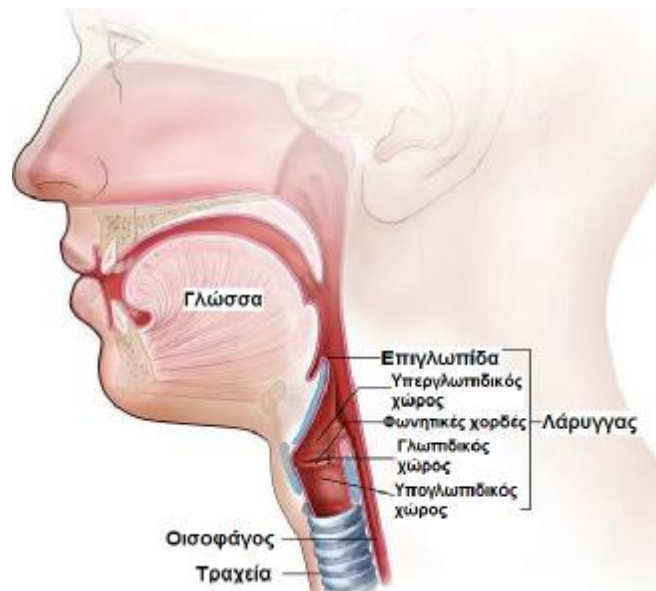
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

## 1.1. Ανατομία και Φυσιολογία του λάρυγγα

Ο λάρυγγας είναι ένα ισορροπημένο μυοσκελετικό σύστημα που εντοπίζεται μέσα στον πρόθιο λαιμό στο επίπεδο των σωμάτων των Α3-Α6 σπονδύλων. Αυτός συνδέεται με την κάτω μοίρα του στοματοφάρυγγα και με την τραχεία (Moore et al., 2012). Αποτελείται από χόνδρινο σκελετό, ελαστικές μεμβράνες, αρθρώσεις, συνδέσμους, μύες, νεύρα, αγγεία και βλεννογόνο (Ellis & Mahadevan, 2011).

Ο λάρυγγας διακρίνεται σε τρία τμήματα, τον υπεργλωττιδικό, γλωττιδικό και υπογλωττιδικό χώρο (εικ. 1). Ο υπεργλωττιδικός χώρος αποτελεί το άνω τμήμα του λάρυγγα και συμπεριλαμβάνει την επιγλωττίδα. Ο γλωττιδικός χώρος είναι το μεσαίο τμήμα του λάρυγγα όπου βρίσκονται και οι φωνητικές χορδές και ο υπογλωττιδικός χώρος αποτελεί το κάτω μέρος του λάρυγγα και βρίσκεται μεταξύ φωνητικών χορδών και τραχείας.

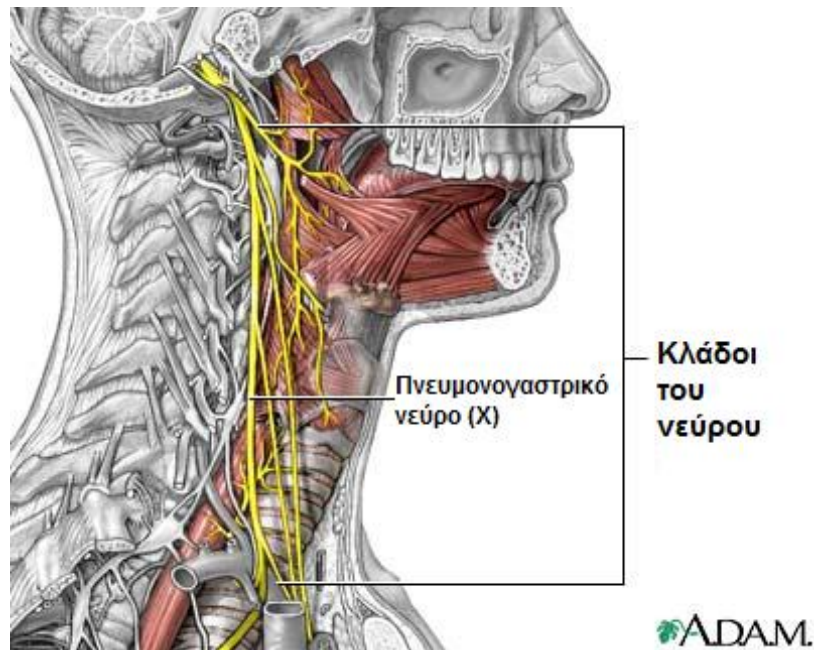


Εικόνα 1: Ανατομικές δομές του λάρυγγα ([www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr)).

Οι βασικές λειτουργίες του είναι η αναπνοή, η προστατευτική λειτουργία κατά την κατάποση και η φώνηση. Ως εκ τούτου ελέγχει την ροή του αέρα κατά την αναπνοή, προστατεύει τους αεραγωγούς από εισρόφιση υγρών ή στερεών τροφών και επιτρέπει την παραγωγή φωνής. Ο λάρυγγας αποτελεί τη "γεννήτρια" των γλωσσολογικά μη διαφοροποιημένων ήχων που τροποποιούνται σε ομιλία με νόημα από τις κινήσεις και τις θέσεις των αρθρωτών (Kent et al, 2004). Ο ακριβής έλεγχος των μηχανισμών του λάρυγγα καθώς και η ακέραιη ανατομική δομή είναι απαραίτητα για τη φυσιολογική λειτουργία του λάρυγγα.

### 1.1.1. Νεύρωση του λάρυγγα

Ο λάρυγγας νευρώνεται κινητικά και αισθητικά από το πνευμονογαστρικό νεύρο (εικ. 2). Πιο αναλυτικά, από το άνω λαρυγγικό νεύρο νευρώνει κινητικά με τον έξω κλάδο του τον κρικοθυροειδή μυ και με τον έσω κλάδο του αισθητικά τον βλεννογόνο που βρίσκεται μέχρι τη γλωττίδα. Το παλίνδρομο νεύρο νευρώνει κινητικά τους εσωτερικούς μύες του λάρυγγα και κινητικά τον υπογλωττιδικό λαρυγγικό βλεννογόνο (Bigenzahn & Denk, 2007).



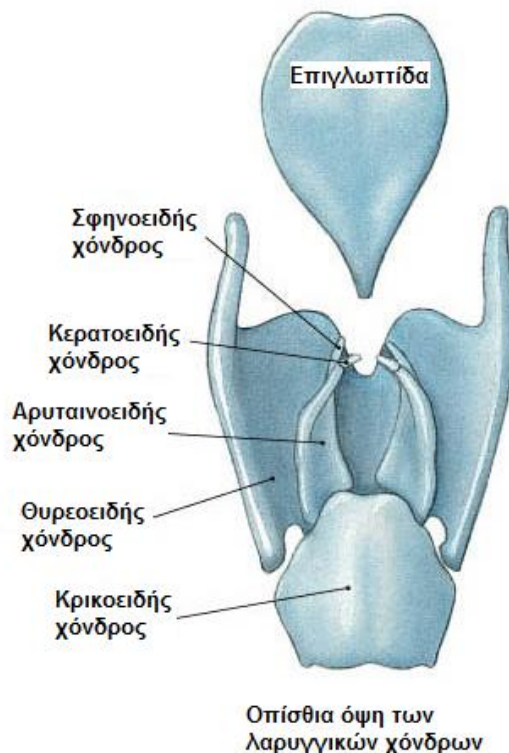
Εικόνα 2: Πνευμονογαστρικό νεύρο (neurohonors.wordpress.com).

### 1.1.2. Χόνδροι λάρυγγα

Ο λάρυγγας αποτελείται από εννέα χόνδρους, οι οποίοι συνδέονται μεταξύ τους με έναν ελαστικό υμένα και κινούνται από μύες. Οι χόνδροι περιλαμβάνουν τρεις μονήρεις (κρικοειδής, θυροειδής και επιγλωττιδικός) και τρεις συνεξυγμένους (αρυταινοειδής, κερατοειδής, σφηνοειδής) (εικ. 3).

Ο θυροειδής και ο κρικοειδής αποτελούν ένα μεγάλο μέρος του λάρυγγα. Ο κρικοειδής χόνδρος βρίσκεται πάνω από την τραχεία και αποτελεί το στενότερο σημείο της. Εμπρόσθια προσφύεται στον θυροειδή χόνδρο, ενώ οπίσθια στο ζεύγος των αρυταινοειδών χόνδρων. Οι αρυταινοειδείς οι οποίοι είναι υαλοειδείς χόνδροι βρίσκονται μαζί με τις φωνητικές χορδές στο θυροειδο-κρικοειδές πλαίσιο. Οι φωνητικές χορδές στο εμπρόσθιο μέρος προσφύονται στον θυροειδή χόνδρο και στο οπίσθιο μέρος στους αρυταινοειδείς χόνδρους. Οι χόνδροι κινούνται μεταξύ τους και μπορούν να τεντώνουν και να συστέλλουν τις φωνητικές χορδές (Anderson & Shames, 2013). Η επιγλωττίδα είναι ένας ινοελαστικός χόνδρος που συνδέεται στο κατώτερο

άκρο της με την εσωτερική επιφάνεια του θυρεοειδούς χόνδρου. Ρόλος της είναι να κλείνει την είσοδο των φωνητικών χορδών κατά την ανύψωση του λάρυγγα, όπως γίνεται κατά την κατάποση για να αποτραπεί η είσοδος βλωμού στις αεροφόρες οδούς.



Εικόνα 3: Οι χόνδροι του λάρυγγα ([www.studyinukraine.eu](http://www.studyinukraine.eu)).

### 1.1.3. Σύνδεσμοι του λάρυγγα

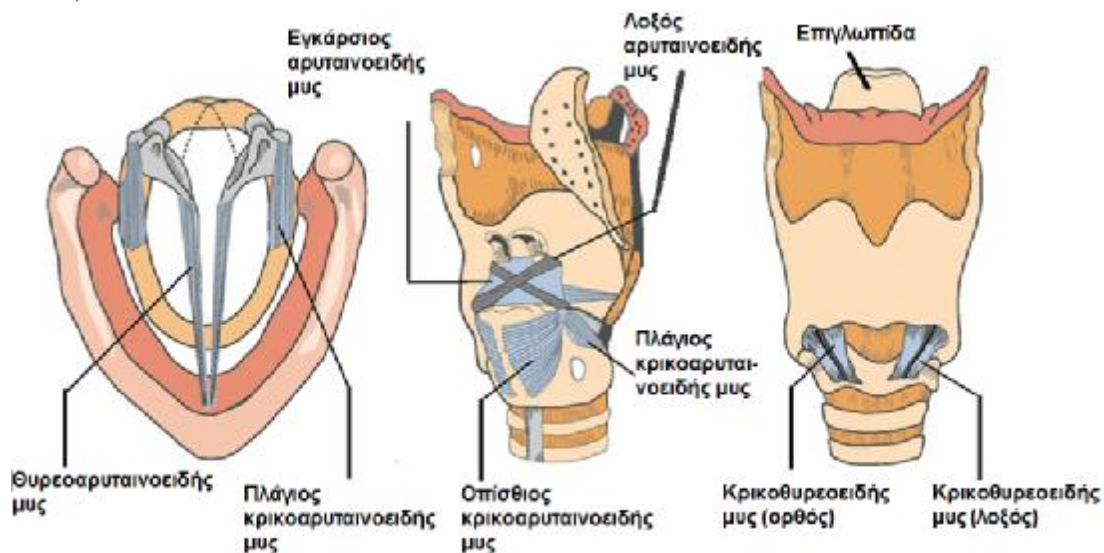
Αυτοί συνδέουν μεταξύ τους χόνδρους του λάρυγγα και προσδίδουν σ' αυτόν σε συνδυασμό με την εσωτερική από βλεννογόνο επένδυση της κοιλότητας του λάρυγγα σωληνοειδή μορφή. Διακρίνουμε δύο ειδών συνδέσμους Α) Τους εσωτερικούς, που ανήκουν αυστηρά στον λάρυγγα και συνάπτουν τους διαφόρους χόνδρους μεταξύ τους, και Β) Τους εξωτερικούς συνδέσμους, που βρίσκονται στην έξω πλευρά του λάρυγγα και συνδέουν αυτόν με τα γειτονικά όργανα, δηλαδή με την τραχεία και το υοειδές οστό.

- Εσωτερικοί είναι: ο αρυταινοεπιγλωττιδικός σύνδεσμος, ο φωνητικός σύνδεσμος και ο κρικοθυρεοειδής σύνδεσμος.
- Εξωτερικοί είναι: ο κρικοτραχειακός σύνδεσμος, ο υοθυρεοειδής υμένας, ο μέσος και ο πλάγιος υοθυρεοειδής σύνδεσμος και τέλος ο υοεπιγλωττιδικός υμένας (Moses et al., 2013).

#### 1.1.4. Μύες του λάρυγγα

Οι μύες του λάρυγγα διακρίνονται σε αυτόχθονες και ετερόχθονες (εικ. 4). Οι αυτόχθονες μύες νευρώνονται κινητικά από το κάτω λαρυγγικό νεύρο και ο ρόλος τους είναι να ρυθμίζουν τη τάση και τη θέση των φωνητικών χορδών. Ο πλάγιος κρικοαρυταινοειδής μυς είναι υπεύθυνος για τη σύγκλειση των πρόσθιων 2/3 της γλωττίδας. Ο εγκάρσιος αρυταινοειδής μυς συγκλείνει τη γλωττίδα στο οπίσθιο τρίτο τμήμα της. Ο οπίσθιος κρικοαρυταινοειδής μυς διευρύνει τη σχισμή της γλωττίδας και τέλος ο θυρεοαρυταινοειδής ρυθμίζει την τάση της γλωττίδας.

Ο ετερόχθων ή εξωτερικός μυς του λάρυγγα είναι ο κρικοθυρεοειδής μυς και νευρώνεται κινητικά από τον έξω κλάδο του άνω λαρυγγικού νεύρου. Λειτουργία του κρικοθυρεοειδή μυ είναι να προκαλεί αδρή τάση στις φωνητικές χορδές (Moses et al., 2013).



Εικόνα 4: Μύες του λάρυγγα (sites.google.com).

#### 1.1.5. Φωνητικές χορδές

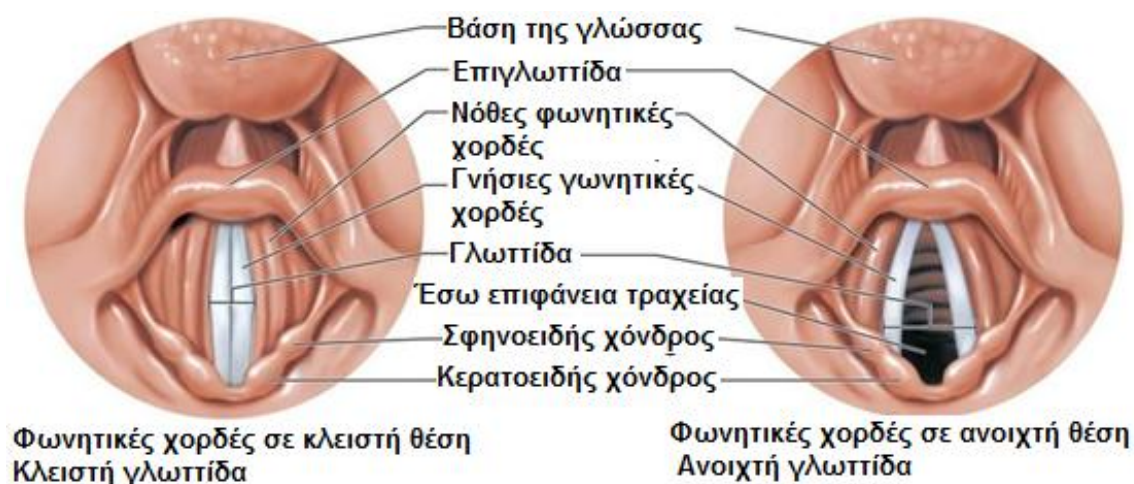
Στο εσωτερικό του λάρυγγα, κάτω από την επιγλωττίδα βρίσκονται οι φωνητικές χορδές, οι οποίες αποτελούνται από τρία στρώματα:

- το επιθηλιακό
- το μέσο στρώμα
- το μυικό στρώμα

Το μέσο στρώμα διακρίνεται από τρία επίπεδα ,το επιφανειακό που είναι μια κολλώδης μάζα που καλύπτεται από πολύ λεπτό επιθήλιο, τις ελαστικές ίνες και το κολλαγόνο



Οι φωνητικές χορδές ανοίγουν κατά τη διάρκεια της αναπνοής και αντιθέτως δονούνται για να παράξουν ήχο (εικ. 5). Κατά τη διάρκεια τις φώνησης ο αέρας πιέζεται από το αναπνευστικό σύστημα μέσω της τραχείας και του λάρυγγα και οι φωνητικές χορδές προσεγγίζονται προς τη μέση. Μ' αυτό το τρόπο δημιουργείται μια βαλβίδα η οποία αντιστέκεται από τη ροή αέρα. Οι μύες των φωνητικών χορδών είναι ρυθμισμένες ώστε η πίεση αέρα να τις θέτει σε κίνηση σύμφωνα με μια σειρά ανοιγμάτων και κλεισιμάτων που αποτελούν τους κύκλους της δόνησης. Η υπογλωττιδική πίεση είναι υπεύθυνη για την απομάκρυνση των δύο φωνητικών χορδών. Στη συνέχεια, πλησιάζουν και πάλι με τη βοήθεια δυνάμεων μέσης συμπίεσης και λόγω της ελαστικότητάς τους.



**Εικόνα 5:** Οι φωνητικές χορδές σε ανοιχτή και κλειστή θέση ([www.pinterest.com](http://www.pinterest.com)).

Οι φωνητικές χορδές προσάγονται από 4 μύες, τον θυρεοαρυταινοειδή, τον πλάγιο κρικοαρυταινοειδή, τον έσω αρυταινοειδή και τον κρικοαρυταινοειδή, ενώ ο οπίσθιος κρικοαρυταινοειδής τις απάγει. (Vashishta R. 2015).

## 1.2. Καρκίνος του λάρυγγα

Όπως όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος, έτσι και ο λάρυγγας αποτελείται από κύτταρα τα οποία διαιρούνται για να σχηματίσουν άλλα κυτταρα. Σε περίπτωση που συνεχίζουν να διαιρούνται χωρίς να χρειάζονται δημιουργείται μια μάζα που ονομάζεται όγκος και διακρίνεται σε καλοήγη και κακοήγη. Ο δεύτερος αποτελεί τον καρκίνο. Ο κυρίαρχος ιστολογικός τύπος των κακοηθών όγκων του λάρυγγα είναι ο καρκίνος εκ πλακώδους επιθηλίου. Ο καρκίνος του λάρυγγα μπορεί να επεκταθεί σε κάθε περιοχή του, στη γλωττίδα όπου βρίσκονται οι φωνητικές χορδές, στον υπεργλωττιδικό χώρο δηλαδή πάνω από τις φωνητικές χορδές και στον υπογλωττιδικό χώρο, που συνδέει το λάρυγγα με τη τραχεία. Ακόμη, ενδέχεται να καταστρέψει γειτονικούς υγιείς ιστούς και όργανα και να προκαλέσει μετάσταση (Rossi et al., 2004).

Ο καρκίνος του λάρυγγα αποτελεί το 25 % κακοήθων νεοπλασμάτων κεφαλής και τραχήλου και αποτελεί το 1-2% των καρκίνων στον άνθρωπο (Rossi et al., 2004). Η αναλογία ανδρών – γυναικών ως ασθενείς του καρκίνου του λάρυγγα είναι 27:1. Τα επιδημιολογικά δεδομένα σημειώνουν κάποιες μεταβολές τα τελευταία χρόνια εξαιτίας των αλλαγών στον τρόπο ζωής που έχουν άμεσο αντίκτυπο στην επιδημιολογία των κακοηθειών του λάρυγγα. Η συχνότητα των κακοηθειών του λάρυγγα κυμαίνεται παγκοσμίως από 2,5 έως 17,2 νέες νοσήσεις ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος. Η συχνότητά του διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα. Το μεγαλύτερο ποσοστό έχει αναφερθεί στους Βάσκους της Ισπανίας και το χαμηλότερο στο Oidong της Κίνας. Άλλες χώρες με μεγάλη συχνότητα είναι η Βραζιλία και η Ταϊλάνδη και από τις χώρες της Ευρώπης, η Πολωνία, η Γαλλία, η Ελβετία και η Ιταλία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι κακοήθεις όγκοι του λάρυγγα είναι σχετικά σπάνιοι (Parkin et al., 2002).

### 1.2.1. Εντοπισμός

Τα υπεργλωττιδικά καρκινώματα εμφανίζονται με συχνότητα 23-26%. Μπορούν να προσβάλλουν τη λαρυγγική επιφάνεια της επιγλωττίδας, τις νόθες φωνητικές χορδές και τη μοργάνειο κοιλία. Τα πρώτα συμπτώματα περιλαμβάνουν αίσθημα ξένου σώματος στο φάρυγγα και αίσθημα ερεθισμού. Καθώς η νόσος εξελίσσεται εμφανίζεται δυσκαταποσία, πόνος κατά την κατάποση και πόνος στο αυτί. Οι πρώτες μεταστάσεις σηματοδοτούνται από διογκώσεις τραχηλικών λεμφαδένων.

Τα γλωττιδικά καρκινώματα εμφανίζονται στις γνήσιες φωνητικές χορδές, στην πρόσθια και οπίσθια εντομή. Αναλογούν περίπου στο 70-75% των λαρυγγικών καρκινωμάτων. Κύριο και πρώιμο σύμπτωμα είναι η βραχνή φωνή. Καθώς το νεόπλασμα επεκτείνεται προκαλεί στένωση του αυλού του λάρυγγα με αποτέλεσμα τη δύσπνοια και τον εισπνευστικό συριγμό. Τα γλωττιδικά καρκινώματα έχουν καλή πρόγνωση λόγω των πρώιμων συμπτωμάτων που εμφανίζουν. Οι μεταστάσεις των γλωττιδικών καρκινωμάτων είναι σπάνιες. Σε περίπτωση επέκτασης στον ενδολάρυγγα, στην πρόσθια εντομή ή στους βαθύτερους ιστούς οι μεταστάσεις στους λεμφαδένες είναι συχνότερες και η πρόγνωση κακή.

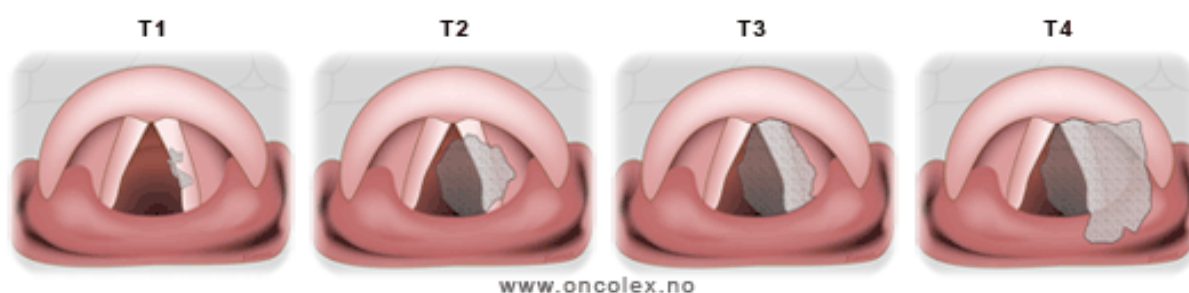
Τα υπογλωττιδικά καρκινώματα είναι σπάνια και συναντώνται στο 2-4% των λαρυγγικών όγκων. Βασικό σύμπτωμά τους αποτελεί η δύσπνοια λόγω στένωσης του υπογλωττιδικού χώρου και συνοδεύεται από αίσθημα ξένου σώματος, αλλοίωση της φωνής και βήχα.

Στα υπεργλωττιδικά και υπογλωττιδικά καρκινώματα υπάρχει προδιάθεση μεταστάσεων λόγω της μεγαλύτερης αγγείωσης και λεμφικής παροχέτευσης πάνω και κάτω από τις φωνητικές χορδές. Επιπλέον, η πρόγνωση είναι χειρότερη από εκείνη των γλωττιδικών καρκινωμάτων λόγω της καθυστέρησης εμφάνισης των συμπτωμάτων (Lalwani, 2011).

### 1.2.2. Κλινική ταξινόμηση

Οι λαρυγγικοί όγκοι ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης και εξάπλωσης της νόσου ταξινομούνται ως εξής (εικ. 6) :

- T1: ο όγκος σε αυτή τη περίπτωση είναι περιορισμένος σε μια περιοχή και η κινητικότητα των φωνητικών χορδών είναι φυσιολογική.
- T2: ο όγκος εκτείνεται σε περισσότερες από μια περιοχές ενώ στη συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί η κινητικότητα των φωνητικών χορδών να είναι φυσιολογική ή μη
- T3: ο όγκος είναι περιορισμένος στο λάρυγγα με αποτέλεσμα την καθήλωση των φωνητικών χορδών
- T4: ο όγκος έχει εισχωρήσει στο θυρεοειδή χόνδρο και επεκτείνεται σε ανατομικά μέρη όπως στον οισοφάγο, τη τραχεία ή το φάρυγγα (Bertino et al., 2014).



**Εικόνα 6:** Κλινική ταξινόμηση του καρκίνου του λάρυγγα ([www.oncolex.org](http://www.oncolex.org)).

### 1.2.3. Αίτια καρκίνου του λάρυγγα

Το 95% των ανθρώπων που προσβάλλονται από καρκίνο του λάρυγγα είναι καπνιστές. Οι πιθανότητες κάποιου καπνιστή να αναπτύξει καρκίνο του λάρυγγα αυξάνονται από την ποσότητα των τσιγάρων και εξαρτάται από το χρονικό διάστημα που καπνίζει. Συγκεκριμένα, υπολογίζεται πως η ποσότητα 20 τσιγάρων την ημέρα για διάστημα 20 ετών αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου κατά 35%. Ο

καπνός του τσιγάρου περιέχει περισσότερους από 30 καρκινογόνους παράγοντες όπως οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες, οι νιτροζαμίνες και άλλα συστατικά. Η νικοτίνη δεν είναι καρκινογόνος, αλλά ο καϊόμενος καπνός απελευθερώνει πίσσα που περιλαμβάνει πολυάριθμες καρκινογόνες ουσίες, όπως είναι το μεθυλχολανθρένιο και τα βενζοπυρένια. Οι ουσίες αυτές φτάνουν στην επιθηλιακή κυτταρική επιφάνεια είτε μέσα από τον καπνό του τσιγάρου, είτε ως διαλυμένες στο σάλιο, ενώ στη συνέχεια διασπώνται από κυτταρικά ένζυμα και συνδέονται με το DNA και το RNA προκαλώντας γενετική βλάβη (Pelucchi et al., 2008). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ακόμη πως το στριπτό τσιγάρο και ο μαύρος καπνός αυξάνουν ελαφρώς την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα (Menvielle et al., 2004).

Το αλκοόλ σχετίζεται με τον καρκίνο του λάρυγγα εφόσον αυτό λειτουργεί εν συνεργία με το κάπνισμα και μεγεθύνει τις αρνητικές του επιδράσεις. Επίσης η καρκινογόνος δράση του επηρεάζεται από τον υποσιτισμό, την έλλειψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων που συνοδεύουν τον χρόνιο αλκοολισμό. (Α. Χριστοφορίδου και συν., 2009).

Ακόμη το 25% των ασθενών είναι προσβεβλημένοι από ιό ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), γεγονός που κάνει εμφανή τη συσχέτιση καρκίνου του λάρυγγα και ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (Smith et al, 2000).

Επιπλέον, επαγγελματικοί παράγοντες έχουν αναφερθεί ως υπεύθυνοι για την ανάπτυξη καρκίνου του λάρυγγα. Σημαντικά αυξημένο κίνδυνο φαίνεται να έχουν όσοι ανήκουν στην επαγγελματική κατηγορία της παραγωγής, χειριστές εξοπλισμού μεταφορών, και εργάτες. Σε ιδιαίτερο κίνδυνο είναι επαγγέλματα όπως: ανθρακωρύχοι, ράφτες, σιδηρουργοί, ζωγράφοι, κτίστες και ξυλουργοί (Bayer et al., 2016). Σύμφωνα με έρευνα τα επαγγέλματα που συσχετίζονται περισσότερο με τον καρκίνο του λάρυγγα είναι οι κτίστες, επειδή η σκόνη “απειλεί” τους εργάτες και οι ζωγράφοι λόγω των χρωμάτων που χρησιμοποιούν (Dietz et al, 2003).

Γενετικοί παράγοντες οφείλονται για την εμφάνιση κακοήθους όγκου του λάρυγγα, εφόσον ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό σε κακοήθεις όγκους. Συγκεκριμένα, το 22% των ασθενών αναφέρουν ιστορικό καρκινικού όγκου σε συγγενείς πρώτου ή δεύτερου βαθμού (Α. Χριστοφορίδου και συν., 2009).

Τέλος, η αναλογία ανδρών – γυναικών ως ασθενείς του καρκίνου του λάρυγγα είναι 27:1. Οι άνδρες αποτελούν το 96% των ασθενών, ενώ οι γυναίκες μόλις το 4%. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα τελευταία χρόνια η αναλογία των γυναικών αυξάνεται κάτι που δικαιολογείται από το γεγονός ότι έχει αυξηθεί ο αριθμός των γυναικών καπνιστών (Α. Χριστοφορίδου και συν., 2009).

#### **1.2.4. Συμπτωματολογία - Διάγνωση**

Τα συμπτώματα του καρκίνου στο λάρυγγα περιλαμβάνουν:

- Συριγμός αναπνοής
- Χρόνιος βήχας (με ή χωρίς αίμα)
- Δυσκολία στην κατάποση
- Βραχνάδα που διαρκεί περισσότερο από 1 - 2 εβδομάδες
- Πονόλαιμος που διαρκεί περισσότερο από 1 με 2 εβδομάδες, ακόμη και με αντιβιοτικά
- Πόνος στο αυτί και στον λαιμό
- Οίδημα ή εξογκώματα στο λαιμό
- Ακούσια απώλεια βάρους

Τα συμπτώματα του καρκίνου του λάρυγγα εξαρτώνται από το είδος του. Στο γλωττιδικό καρκίνο του λάρυγγα παρατηρείται αρχικά βραχνή φωνή και στη συνέχεια δυσκολία στην κατάποση, πόνος στο αυτί κατά την κατάποση καθώς και αιμόπτυση κατά τον βήχα. Η διάγνωση των υπεργλωττιδικών καρκίνων συχνά γίνεται μετά από απόφραξη των αεραγωγών ή ψηλάφηση των λεμφαδένων όπου ενδεχομένως υπάρχει μεταστατικός καρκίνος. Οι υπογλωττιδικοί όγκοι συνήθως διαγιγνώσκονται μετά από έντονη βραχνάδα του ασθενούς και δυσκολία στην αναπνοή μετά από άσκηση.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του είδους αλλά και το στάδιο καρκίνου είναι οι εξής:

- Φυσική εξέταση λαιμού: Κατά την φυσική εξέταση του λαιμού γίνεται ψηλάφηση για πρησμένους λεμφαδένες καθώς και η εξέταση με ένα μικρό καθρέφτη χεριού με μακριά λαβή για τυχόν εμφανείς ανωμαλίες.
- Ενδοσκόπηση: Μια διαδικασία στην οποία ένα εύκαμπτο ενδοσκόπιο εισάγεται από τη μύτη ή από το στόμα στο άνω αεραγωγό του λάρυγγα, και επιτρέπει στον εξεταστή να δει άμεσα αυτές τις δομές.
- Λαρυγγοσκόπηση: Μια διαδικασία με την οποία εξετάζεται ο λάρυγγας με έναν καθρέφτη ή ένα άκαμπτο λαρυγγοσκόπιο.
- Η αξονική τομογραφία: Μια διαδικασία που δημιουργεί μια σειρά από λεπτομερείς ακτινογραφίες σε όλο το σώμα, που λαμβάνονται από διαφορετικές κατευθύνσεις για την απεικόνιση των οργάνων και των ιστών.
- Η μαγνητική τομογραφία (MRI): Μια διαδικασία που χρησιμοποιεί ραδιοκύματα για να δημιουργήσει μια σειρά λεπτομερών εικόνων των περιοχών στο εσωτερικό του σώματος.
- Βάριο: Μια διαδικασία λήψης ακτινογραφιών κατά τη διάρκεια που ο ασθενής πίνει ένα διάλυμα βαρίου.
- Βιοψία: Μια διαδικασία κατά την οποία λαμβάνονται ιστοί, έτσι ώστε να εξεταστούν με τη χρήση μικροσκοπίου για καρκίνο.

Αξίζει να αναφερθεί πως η πρόγνωση για τη θεραπεία εξαρτάται από το είδος καρκίνου, το στάδιο, το μέγεθος του όγκου, το βαθμό καρκινικών κυττάρων, την ηλικία, το φύλο και την γενική υγεία του ασθενούς (Shah et al., 2001).

### **1.2.5. Θεραπεία**

Οι κλινικοί προσφέρουν στον ασθενή την κατάλληλη θεραπεία για τον καρκίνο του λάρυγγα η οποία εξαρτάται από μία ποικιλία διαφόρων παραγόντων. Σ' αυτούς συγκαταλέγονται το στάδιο καρκίνου, η ανατομική περιοχή που προσβάλλεται, το μέγεθος του όγκου, η κατάσταση υγείας του ασθενούς, η ηλικία του, οι οικονομικοί παράγοντες, καθώς και η πιθανή μετάσταση. Σε κάθε περίπτωση στόχος είναι η απαλλαγή από τον καρκινικό όγκο και αν είναι δυνατόν η διατήρηση του λάρυγγα και η επαρκής λειτουργικότητά του.

### **1.2.6. Ακτινοθεραπεία**

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται ως θεραπεία για τον καρκίνο του λάρυγγα σε πρώιμο στάδιο ή προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά για να σταματήσουν να αναπαράγονται τα καρκινικά κύτταρα. Κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας χρησιμοποιούνται ελεγχόμενες δόσεις ακτινοβολίας οι οποίες καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα. Προκειμένου να στοχεύουν οι ακτίνες στο σωστό σημείο του λάρυγγα, ο ασθενής είναι απαραίτητο να φοράει μια πλαστική μάσκα για να διατηρείται το κεφάλι του στη σωστή θέση. Ειδικά στην ακτινοθεραπεία της κεφαλής - τραχήλου δεν επιτρέπονται τα διαλείμματα, ο όγκος ανανήπτει πολύ γρήγορα. Η μέθοδος της ακτινοθεραπείας προτιμάται διότι δεν επηρεάζει την ποιότητα της φωνής και οι παρενέργειες της είναι προσωρινές. Οι παρενέργειες μπορεί να είναι η ερυθρότητα και η ξηρότητα του δέρματος, η ξηροστομία, η δυσκαταποσία, το άλγος, οι αλλαγές στην φωνή και αλλοιώσεις ή απώλεια της γεύσης και της όσφρησης (Lu & Brady, 2008).

### **1.2.7. Χημειοθεραπεία**

Η χημειοθεραπεία αποτελεί συστηματική θεραπεία και το φάρμακο κυκλοφορεί σε όλο τον οργανισμό. Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας τα ισχυρά φάρμακα καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα και την αναπαραγωγή τους. Η χημειοθεραπεία διακρίνεται σε :

- Εισαγωγική, που χορηγείται πριν από την τοπική θεραπεία
- Ταυτόχρονη, η οποία χορηγείται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας
- Συμπληρωματική, η οποία χορηγείται μετά το τέλος της τοπικής θεραπείας
- Εναλασσύμενη με ακτινοθεραπεία

Χρησιμοποιείται συχνά σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία πριν και μετά την επέμβαση για την θεραπεία προχωρημένου καρκίνου. Το βασικό πλεονέκτημα της χημειοακτινοθεραπείας είναι η διατήρηση του λάρυγγα στο 50% των ασθενών, αλλά

το μειονέκτημα είναι η τοξικότητα των σχημάτων. Η χημειοθεραπεία ενδέχεται να προκαλέσει βλάβη στους υγιείς ιστούς και να δημιουργήσει παρενέργειες οι οποίες διαρκούν μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας. Ενδέχεται να αποδυναμώσει το ανοσοποιητικό σύστημα και κάνει τους ασθενείς πιο ευάλωτους σε μολύνσεις και ασθένειες (Lu & Brady, 2008).

Έρευνα που διεξήχθη από το 1981 έως το 2001 στις ΗΠΑ αφορούσε το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών που ακολούθησαν σαν μέθοδο θεραπείας: ακτινοθεραπεία, χημιοακτινοθεραπεία, χειρουργική θεραπεία, συνδυασμό χειρουργικής και ακτινοθεραπείας. Τα αποτελέσματα της μελέτης οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι ο συνδυασμός χειρουργικής και ακτινοθεραπείας είχαν τα μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης τα οποία ανέρχονται σε ποσοστό 65,2% (Νικολάου και συν., 2007).

### **1.2.8. Λαρυγγεκτομή**

Λαρυγγεκτομή ονομάζεται η χειρουργική επέμβαση που πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο για την θεραπεία του καρκίνου του λάρυγγα. Πρόκειται για την αφαίρεση μέρους ή ολόκληρου του λάρυγγα και ως εκ τούτου διακρίνεται σε μερική και ολική λαρυγγεκτομή. Αποτελεί μία επέμβαση ζωτικής σημασίας που όμως προκαλεί απώλεια της φωνής και ολοκληρωτική αλλαγή του τρόπου αναπνοής.

#### **A) Μερική λαρυγγεκτομή**

Η μερική λαρυγγεκτομή αποτελεί όπως προαναφέρθηκε χειρουργική αφαίρεση ενός μέρους του λάρυγγα. Περιορίζεται σε αρχικά στάδια του καρκίνου του λάρυγγα που ενδεχομένως να έχουν υποτροπιάσει μετά από προηγούμενη μη χειρουργική θεραπεία. Κύριος στόχος της μερικής λαρυγγεκτομής είναι η αφαίρεση του καρκινικού όγκου, αποφεύγοντας το τραχειόστομα και με προσπάθεια διατήρησης της λειτουργικότητας του λάρυγγα όσον αφορά την φωνή και την κατάποση. Στη συνέχεια αναλύονται κάποια είδη μερικής λαρυγγεκτομής.

- Κάθετη μερική λαρυγγεκτομή

Κάθετη μερική Λαρυγγεκτομή είναι μια συντηρητική λαρυγγική χειρουργική διαδικασία που περιγράφεται με αφαίρεση ενός μέρους του λάρυγγα, ενώ το άλλο μισό τμήμα του θα διατηρηθεί. Αυτή η χειρουργική επέμβαση προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Solis Colen το 1869 για τη διαχείριση αρχικών σταδίων κακοηθών αλλοιώσεων που περιλαμβάνουν το τμήμα των φωνητικών χορδών. Η κάθετη μερική Λαρυγγεκτομή ενδείκνυται για όγκους T1, T2, στους οποίους προσβάλλεται η μία φωνητική χορδή και σε μερικές περιπτώσεις ενδείκνυται και για καρκίνους T3. Η χειρουργική αφαίρεση περιλαμβάνει κάθετη τομή στον θυρεοειδή χόνδρο και αφαίρεση της μίας φωνητικής χορδής και του ενός αρυταινοειδή. Αυτή είναι μια συντηρητική διαδικασία, μετά από την οποία ο ασθενής θα μπορεί να παράξει ομιλία, δεν θα αντιμετωπίζει διαταραχή κατάποσης, και δεν θα έχει μόνιμο τραχειόστομα.

- Υπερκρικοειδής λαρυγγεκτομή (SCPL)

Η SCPL έχει γίνει μια πολύτιμη εναλλακτική λύση ολικής λαρυγγεκτομής για ασθενείς με υπολειπόμενη ή υποτροπιάζουσα νόσο μετά από άλλες μορφές θεραπείας. Περιλαμβάνει μερική ή ολική αφαίρεση της επιγλωττίδας. Η επιτυχής εφαρμογή της υπερκρικοειδούς μερικής λαρυγγεκτομής σε καρκίνωμα του λάρυγγα απαιτεί προσεκτική προεγχειρητική επιλογή των ασθενών και σχολαστική χειρουργική τεχνική. Τοπικά ποσοστά ελέγχου για τις διαδικασίες αυτές είναι συγκρίσιμες με εκείνες που επιτυγχάνονται με ολική λαρυγγεκτομή. Η υπερκρικοειδής μερική λαρυγγεκτομή με μερική αφαίρεση επιγλωττίδας (SCPL-CHEP) εφαρμόζεται σε επιλεγμένα γλωττιδικά καρκινώματα που κατακλύζουν την πρόσθια σύμφυση, κοιλία, ή το θυρεοειδή χόνδρο ή που εκδηλώνονται με δυσλειτουργία ή καθήλωση των αληθινών φωνητικών χορδών. Η χειρουργική εκτομή περιλαμβάνει τις αληθινές και τις γνήσιες φωνητικές χορδές, το σύνολο του θυρεοειδούς χόνδρου, παραγλωττιδικούς χώρους, το κατώτερο τμήμα της επιγλωττίδας, και ένα αρυταινοειδή. Τα τοπικά ποσοστά ελέγχου είναι άριστα. Σε μια μελέτη το 1991 από τον Piquet και Chevalier, το τοπικό ποσοστό αποτυχίας ήταν 5% μεταξύ 104 ασθενών με καρκίνο της γλωττίδας.

Η υπερκρικοειδής μερική λαρυγγεκτομή με αφαίρεση επιγλωττίδας (SCPL-CHP) ενδείκνυται για υπεργλωττιδικούς και γλωττιδικούς καρκίνους. Η εκτομή είναι πιο εκτεταμένη από ό, τι στην SCPL-CHEP και περιλαμβάνει την αφαίρεση του συνόλου της επιγλωττίδας και του προεπιγλωττιδικού χώρου. Κατάλληλη χρήση της τεχνικής αυτής οδηγεί επίσης σε άριστο τοπικό έλεγχο (Piquet et al., 1991).

- Υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή

Πρωτοπόρος της υπεργλωττιδικής λαρυγγεκτομής είναι ο Alonso (Del Canizo-Alvarez, 2004). Τα ανατομικά μέρη της εκτομής είναι η επιγλωττίδα, οι νόθες φωνητικές χορδές, η κορυφή του θυρεοειδούς χόνδρου και ο προεπιγλωττιδικός χώρος. Ανάλογα με την έκταση του όγκου είναι πιθανό να αφαιρεθούν οι δύο αρυταινοειδείς, οι αληθινές φωνητικές χορδές, η βάση της γλώσσας και το υοειδές οστό. Η αποκατάσταση του ασθενούς μετά από υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή είναι δύσκολη εφόσον το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών έχει τραχειόστομα και η σίτιση γίνεται με ρινογαστρικό καθετήρα ή γαστροστομία. Το 85% των ασθενών με T1 και T2 όγκους επιβιώνουν με υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή, ενώ για T3 και T4 όγκους (οι οποίοι ενδείκνυται και για ολική λαρυγγεκτομή) το ποσοστό επιβίωσης μειώνεται στο 75% για T3 όγκους και στο 55 - 70% για T4 όγκους. Η ποιότητα της φωνής καθορίζεται αποδεκτά από την υποκειμενική εκτίμηση (Tufano, 2003).

- Χορδεκτομή

Κατά την χορδεκτομή πραγματοποιείται αφαίρεση των φωνητικών χορδών. Είναι πιθανό να αφαιρεθεί και το εσωτερικό περιχόνδριο του θυρεοειδούς χόνδρου καθώς και να απομακρυνθούν οι αρυταινοειδείς μερικώς ή πλήρως. Η χορδεκτομή μέσω τομής του θυρεοειδούς χόνδρου αποτελεί την παλιότερη χειρουργική θεραπεία για



αρχικά στάδια καρκίνου της γλωττίδας και παραμένει ακόμη και σήμερα η τυπική διαδικασία βάση της οποίας δημιουργούνται και άλλοι μέθοδοι θεραπείας για τον ίδιο τύπο και στάδιο καρκίνου (Viswanatha & Sadeghi, 2015).

- Ενδοσκοπική επέμβαση

Η ενδοσκοπική εκτομή ενδείκνυται για πρώιμα στάδια καρκίνου του λάρυγγα. Ο χειρουργός χρησιμοποιεί μικροσκόπιο για να αποκτήσει μεγεθυμένη εικόνα του λάρυγγα, με το τρόπο αυτό του επιτρέπεται να αφαιρέσει τον καρκίνο με laser ή μικρά εργαλεία. Η αφαίρεση πραγματοποιείται μετά από γενική αναισθησία. Η διαδικασία αυτή προτιμάται γιατί έχει θετικά λειτουργικά αποτελέσματα.

- Ρομποτική χειρουργική

Η ρομποτική χειρουργική είναι μια επέμβαση που χρησιμοποιείται για καρκίνους της στοματικής κοιλότητας, του στοματοφάρυγγα, υποφάρυγγα, της υπεργλωττίδας και γλωττίδας. Έχει αναδειχθεί ως νέα διαδικασία για την εκτομή υπεργλωττιδικών καρκίνων και σε ορισμένες περιπτώσεις εφαρμόζεται για ολική λαρυγγεκτομή, ωστόσο έχει εφαρμοστεί με επιτυχία ως τώρα και σε μικρό αριθμό ασθενών με γλωττιδικό καρκίνο (Mendelsohn & Remacle, 2015). Έχει εξαιρετικά κλινικά αποτελέσματα, συγκεκριμένα επιτρέπει ακρίβεια στις κινήσεις κατά τη διάρκεια του χειρουργείου και καλύτερη ορατότητα από το laser. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης υπάρχει μικρή απώλεια αίματος και σπάνια εμφανίζονται επιπλοκές. Μετεγχειρητικά επόμενα είναι το τραχειόστομα στο 12,4% των ασθενών και γαστροστομία στο 5%. Τα χαμηλά ποσοστά των επιπλοκών που προκύπτουν μετά από το συγκεκριμένο είδος επέμβασης έχουν ως αποτέλεσμα την διατήρηση της ποιότητας ζωής στους περισσότερους ασθενείς (Durmus et al., 2013).

- Χειρουργική με laser (TLS)

Η χειρουργική με laser αποτελεί ασφαλής θεραπεία για υπεργλωττιδικούς καρκίνους εφόσον παρουσιάζει μικρό ποσοστό νοσηρότητας και καλά λειτουργικά αποτελέσματα. Η εκτομή πραγματοποιείται σε μία συνεδρία και η ποιότητα φωνής είναι καλή. Ένα βασικό μειονέκτημα όμως είναι πως ίσως οδηγήσει σε καθυστέρηση διάγνωσης της επαναμόρφωσης καρκίνου. Η μέθοδος TLS με ή χωρίς ακτινοθεραπεία αποτελεί μια έγκυρη θεραπευτική στρατηγική για διατήρηση του λάρυγγα. Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου χρησιμοποιείται διοξείδιο του άνθρακα με ενδοσκοπική προσέγγιση του λάρυγγα. Ο όγκος διαιρείται επανειλημμένα και επιτρέπει στο χειρουργό να χαρτογραφήσει το βάθος του όγκου.

Μερικά από τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης χειρουργικής τεχνικής είναι πως ο ασθενής δεν υφίσταται απώλεια υγιούς ιστού και υπάρχουν λίγες αντενδείξεις σχετικά με το μέγεθος του όγκου, την έκταση και την τοποθεσία. Επιπλέον, η εκτομή πραγματοποιείται σε μία συνεδρία, το κόστος είναι χαμηλό και υπάρχει η επιλογή επανάληψης της θεραπείας σε περίπτωση αποτυχίας. Ακόμη, γίνεται αποφυγή τραχειοστομίας και η στοματική σίτιση του ασθενούς επανέρχεται σύντομα μετά από

το χειρουργείο (Hinni et al., 2007). Πρόκειται για ασφαλή τεχνική εφόσον παρουσιάζει μικρό ποσοστό νοσηρότητας και καλά λειτουργικά αποτελέσματα.

## **B) Ολική λαρυγγεκτομή**

Η ολική λαρυγγεκτομή πραγματοποιείται σε προχωρημένο καρκίνο του λάρυγγα και συγκεκριμένα σε υπεργλωττιδικούς όγκους. Κατά την διάρκεια της επέμβασης αφαιρείται όλος ο λάρυγγας και ίσως να αφαιρεθούν και οι κοντινοί λεμφαδένες αν έχει εξαπλωθεί ο καρκίνος σε αυτούς. Ακόμη, ενδέχεται να αφαιρεθεί ο ένας ή και οι δύο θυρεοειδείς αδένες. Η αναπνευστική οδός δεν επικοινωνεί πλέον με την στοματική κοιλότητα, έτσι ο χειρουργός συνδέει το πάνω μέρος της τραχείας με το δέρμα και δημιουργεί ένα μόνιμο τραχειόστομα για την δυνατότητα του ατόμου να αναπνέει (εικ. 7). Οι ανατομικές αλλαγές που επέρχονται με την ολική λαρυγγεκτομή έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια φωνής, εφόσον αφαιρούνται οι φωνητικές χορδές, και οι πιθανές παρενέργειες της θεραπείας έχουν ως αποτέλεσμα την διαταραχή κατάποσης (Adil & Goldenberg, 2016).



**Εικόνα 7:** Ανατομικές αλλαγές λόγω χειρουργικής αφαίρεσης του λάρυγγα ([www.tumblr.com](http://www.tumblr.com)).

Η πρώτη επιτυχής ολική λαρυγγεκτομή πραγματοποιήθηκε από τον Billroth το 1873 στη Βιέννη. Ο ίδιος παρατήρησε μετά την επέμβαση του 36 χρονου ασθενή του πως το μόνιμο τραχειόστομα και η απώλεια της φωνής αποτελούν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής καθώς δεν μπορούσε να παράξει ομιλία. Την άποψη αυτή επιβεβαιώνουν έρευνες μεταξύ άλλων αποτελεί μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2014 σε Ολλανδούς ασθενείς με ολική λαρυγγεκτομή σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που φέρει η ολική λαρυγγεκτομή στην ζωή τους. Το 35% των περιπτώσεων ανέφερε αρνητική αλλαγή στη σεξουαλική ζωή, το 35% βιώνει αλλαγή

στην κοινωνική ζωή και το 20% νοσεί από άγχος και κατάθλιψη (Offerman et al., 2015).

Η ολική λαρυγγεκτομή απαιτεί σαφή ανάλυση της κατάστασης του ασθενούς και πρέπει να αποτελεί αυστηρώς εξατομικευμένη θεραπεία. Τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται προτίμηση συντηρητικών μορφών θεραπείας, όπως ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και στοχευμένη μοριακή θεραπεία γιατί πλέον γίνεται προσέγγιση της διατήρησης του λάρυγγα και της λειτουργίας του. Η ολική λαρυγγεκτομή αποτελεί έσχατη λύση, σε ορισμένες περιπτώσεις προχωρημένου σταδίου όπου δεν είναι δυνατή η λειτουργική συντήρηση του λάρυγγα.

Επομένως, η ολική λαρυγγεκτομή είναι ιδανική σε ασθενείς που αρνούνται τη χημιοθεραπεία, που ζουν σε υποανάπτυκτες χώρες ή δεν μπορούν να έχουν συνεχή παρακολούθηση, σε αυτούς που δεν ανταποκρίνονται σε μη χειρουργική θεραπεία ή δεν έχουν την δυνατότητα χειρουργικής επέμβασης λόγω συνοσηρότητας. Το ποσοστό των ασθενών που χρειάζονται ολική λαρυγγεκτομή ανέρχεται στο 30%. (Goessler, 2012).

### **1.3. Μετεγχειρητική περίοδος και αποκατάσταση**

Οι ανατομικές αλλαγές που θα προκληθούν από την χειρουργική αφαίρεση του λάρυγγα για την αντιμετώπιση του καρκίνου έχουν άμεση επίπτωση στην ομιλία και την κατάποση καθώς μετεγχειρητικά παρατηρείται απώλεια φωνής και ενδεχομένως διαταραχή κατάποσης. Στην μετεγχειρητική περίοδο κρίνεται σημαντική η παρέμβαση για την αποκατάσταση τόσο της ομιλίας όσο και της κατάποσης σε περίπτωση που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης.

#### **1.3.1. Επιπτώσεις στην ομιλία και αποκατάσταση μετά από λαρυγγεκτομή**

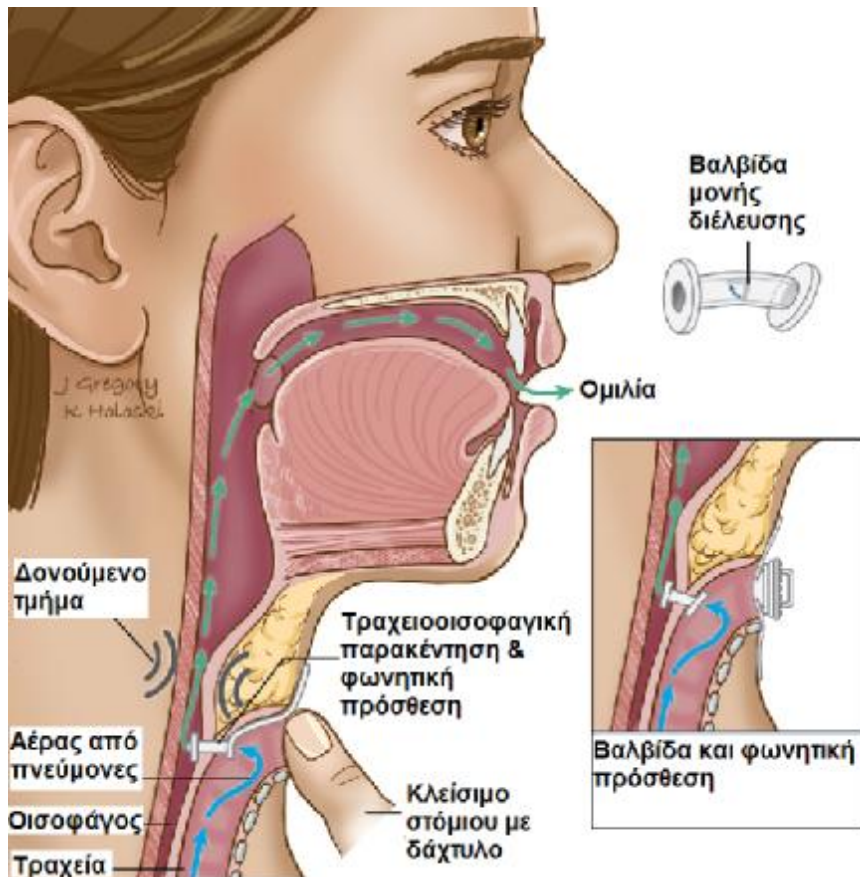
Η φυσιολογική παραγωγή ομιλίας γίνεται με την εκπνοή του αέρα από τους πνεύμονες και την δόνηση των φωνητικών χορδών. Οι ήχοι που δημιουργούνται από τη δόνηση των φωνητικών χορδών τροποποιούνται από τους αρθρωτές για να παράξουν ομιλία. Αν και οι φωνητικές χορδές που είναι η πηγή των ήχων δόνησης αφαιρούνται κατά ολική λαρυγγεκτομή, μπορούν να δημιουργηθούν άλλες μορφές ομιλίας.

Η μέθοδος που μπορεί να χρησιμοποιήσει κάποιος για να παράξει ξανά ομιλία εξαρτάται από το είδος της χειρουργικής επέμβασης που ακολούθησε. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να είναι περιορισμένοι σε μια συγκεκριμένη μέθοδο, ενώ άλλοι μπορεί να έχουν πολλές επιλογές. Κάθε μέθοδος έχει μοναδικά χαρακτηριστικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και έχει ως στόχο να καλύψει τις ανάγκες επικοινωνίας του κάθε ασθενή.

Ο λογοθεραπευτής είναι υπεύθυνος για την αποκατάσταση της ομιλίας του κάθε ασθενή με την επιλογή μεθόδου αλαρυγγικής ομιλίας η οποία εξαρτάται από τις ανατομικές αλλαγές στο λάρυγγα, καθώς και από τις προτιμήσεις του ασθενή. Οι επιλογές αλαρυγγικής ομιλίας διακρίνονται σε:

#### **1.3.2. Τραχειοοισοφαγική ομιλία**

Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου πραγματοποιείται τραχειοοισοφαγική παρακέντηση, δηλαδή μια μικρή τρύπα στο τοίχωμα της τραχείας. Μέσα της εισέρχεται μια φωνητική πρόσθεση από την οποία παράγεται η ομιλία. Συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της εκπνοής ο αέρας απ' τους πνεύμονες κατευθύνεται στο στόμιο. Ο ασθενής κλείνει το στόμιο με το δάχτυλό του ή με μια βαλβίδα μονής διελεύσεως και ο αέρας περνά μέσω της πρόσθεσης στον οισοφάγο. Καθώς ο αέρας περνά μέσω του δονούμενου τραχειοοισοφαγικού τμήματος παράγεται ήχος, ο οποίος με τη βοήθεια των αρθρωτών μετατρέπεται σε ομιλία (εικ. 8).



**Εικόνα 8:** Τραχειοοισοφαγική ομιλία ([www.headandneckcancer.org](http://www.headandneckcancer.org)).

Στα πλεονεκτήματα της τραχειοοισοφαγικής ομιλίας περιλαμβάνονται η γρήγορη εκμάθηση ομιλίας καθώς και ο φυσικός ήχος που παράγεται κατά τη διάρκεια της φώνησης. Ακόμη, οι προσθετικές συσκευές για αυτού του είδους τις επεμβάσεις διαρκούν αρκετούς μήνες ανεπηρέαστοι χωρίς να χρειάζονται συχνά συντήρηση.

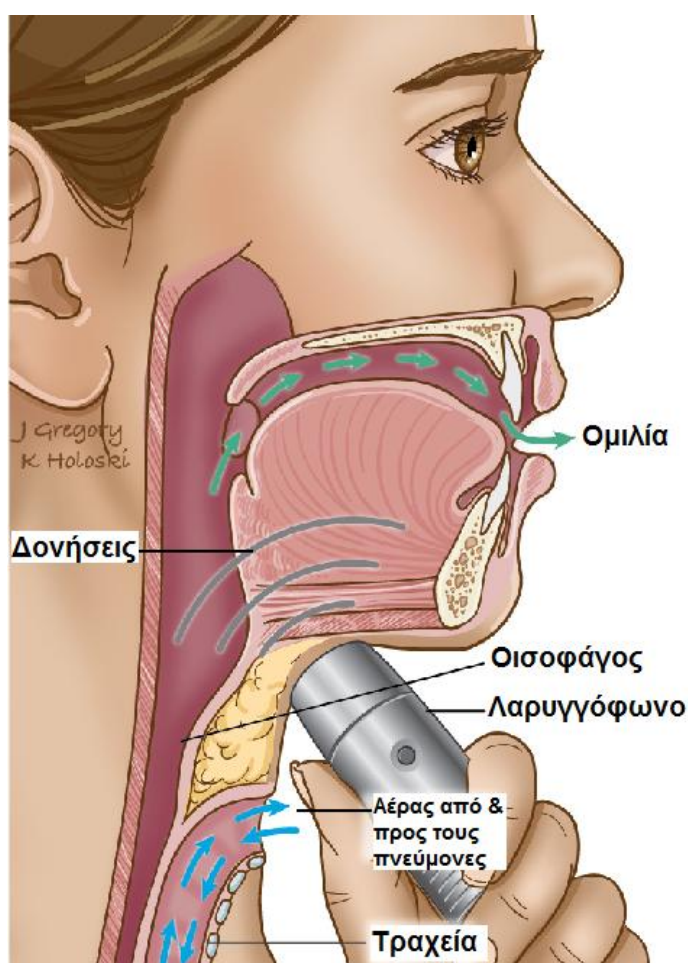
Στα μειονεκτήματα περιλαμβάνεται αρχικά το γεγονός πως δεν είναι όλοι οι ασθενείς κατάλληλοι για τη δημιουργία παρακέντησης και φωνητικής πρόσθεσης λόγω παραλλαγής ανατομικών περιοχών. Ακόμη, όσοι είναι κατάλληλοι για το συγκεκριμένο είδος αποκατάστασης διατρέχουν ένα μικρό ποσοστό κινδύνου κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή ακόμη μπορεί να απαιτούνται επαναληπτικές επεμβάσεις σε περίπτωση στένωσης του στόμιου. Είναι απαραίτητο να σημειωθεί πως οι ασθενείς και οι φροντιστές πρέπει να καθαρίζουν συχνά το στόμιο και τη πρόσθεση, και να έχουν υπόψη τους ότι ενδεχομένως να παρουσιάσουν αναρρόφηση (Goessler, 2012).

### 1.3.3. Λαρυγγόφωνο – Τεχνητός λάρυγγας

Ο τεχνητός λάρυγγας διακρίνεται σε αναπνευστικό και ηλεκτρονικό ανάλογα με την πηγή της ενέργειάς του. Ο αναπνευστικός λάρυγγας αποτελείται από έναν αγωγό παροχής αέρα, πηγή ήχου και αγωγό μετάδοσης αέρα. Ο ασθενής με στόχο να παράξει «φωνή» κρατάει το λαρυγγόφωνο ακουμπώντας τον αγωγό παροχής αέρα προς το στόμιο, για να μεταφέρει τον εκπνεόμενο αέρα στην πηγή ήχου. Σε αυτό το

σημείο βρίσκεται η κάψουλα που περιέχει έναν δονητή ο οποίος ενεργοποιείται με την ροή του αέρα. Ο ήχος που παράγεται μεταφέρεται στο στόμα μέσω ενός μικρού αγωγού και με τη βοήθεια των αρθρωτών παράγεται καταληπτή ομιλία.

Ο ηλεκτρονικός λάρυγγας είναι πιο συνηθισμένος και πιο εύκολος στη χρήση του (εικ. 9). Πρόκειται για μια συσκευή που το άκρο της τοποθετείται στο πάνω μέρος του λαιμού. Αποτελείται από μπαταρία η οποία βρίσκεται στη λαβή και δονεί ένα μικρό δίσκο που βρίσκεται στο άλλο άκρο. Λειτουργεί με διακόπτη και στην έναρξη της λειτουργίας του η δόνηση προκαλεί έναν ήχο βόμβου. Ο ήχος περνάει μέσω των λαρυγγικών ιστών στον φάρυγγα και έπειτα στη στοματική κοιλότητα όπου πραγματοποιούν την ομιλία οι αρθρωτές.

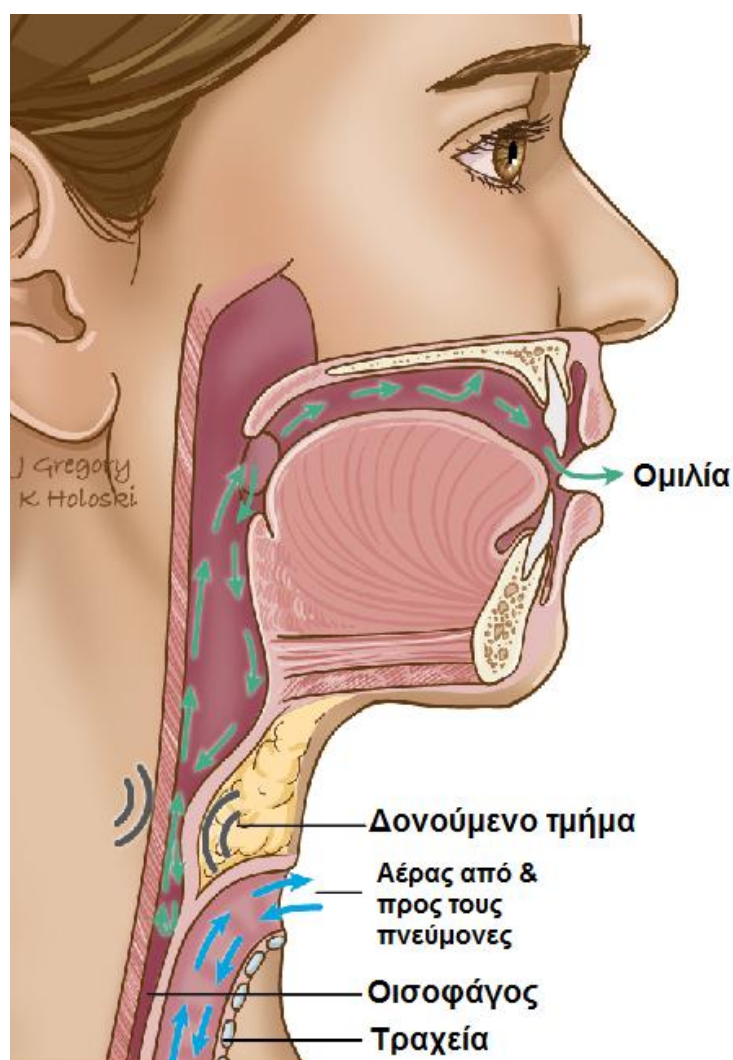


**Εικόνα 9:** Ηλεκτρονικός λάρυγγας ([www.headandneckcancer.org](http://www.headandneckcancer.org))

Το βασικό πλεονέκτημα του τεχνητού λάρυγγα είναι πως οι ασθενείς μπορούν να το χρησιμοποιήσουν και να παράξουν ομιλία σύντομα μετά το χειρουργείο καθώς απαιτεί ελάχιστη εκπαίδευση και είναι αρκετά εύκολο στη χρήση του. Ωστόσο, τα αποτελέσματα δεν είναι αρκετά επιθυμητά από τον ασθενή εφόσον ο ήχος που παράγεται είναι μηχανικός και μονότονος. Τέλος, η χρήση του λαρυγγόφωνου απαιτεί τη χρήση του ενός χεριού γεγονός που καθιστά δύσκολη την ολοκλήρωση εργασιών που απαιτούν και τα δύο χέρια (Anderson & Shames, 2013).

### 3.1.4. Οισοφαγική ομιλία

Σε όλους σχεδόν τους ανθρώπους υπάρχει μια φυσική πηγή ήχου η οποία βρίσκεται μεταξύ του φαρυγγοοισοφαγικού τμήματος. Όταν ο αέρας πιέζεται δονείται το φαρυγγοοισοφαγικό τμήμα και παράγεται ήχος με τη μορφή ερευγμού. Ο αέρας παράγεται απελευθερώνοντας ηχητικά κύματα παρόμοια με αυτά που παράγονται από τις φωνητικές χορδές. Ο ασθενής είναι αναγκαίο να εκπαιδευτεί ώστε να συγκεντρώνει αέρα στον οισοφάγο και να τον διατηρεί μέχρι τη στιγμή που επιθυμεί να παράξει ήχο (εικ. 10).



**Εικόνα 10:** Οισοφαγική ομιλία ([www.headandneckcancer.org](http://www.headandneckcancer.org)).

Η οισοφαγική ομιλία είναι προτιμηταία για τους αθενείς καθώς δεν απαιτεί χρήση εξωτερικής συσκευής, εκ τούτου δεν προδίδει την ιδιαιτερότητά τους. Ωστόσο ένα ποσοστό ατόμων δεν είναι υποψήφιοι για την εκμάθηση οισοφαγικής ομιλίας λόγω δευτερευόντων ανατομικών παραλλαγών. Κάποια επιπλέον βασικά μειονεκτήματα είναι η μακρόχρονη εκπαίδευση που απαιτείται για την παραγωγή ομιλίας καθώς και

το γεγονός ότι η διάρκεια της εκφώνησης είναι περιορισμένη και παρατηρείται συχνά κόπωση του ασθενή (Anderson & Shames, 2013).

Η ομιλία βελτιώνεται αρκετά μεταξύ 6 μηνών και 1 έτους μετά από ολική λαρυγγεκτομή σε ασθενείς που κάνουν λογοθεραπεία. Μη συμμετοχή στην αποκατάσταση σχετίζεται με χειρότερα λειτουργικά αποτελέσματα στην ομιλία. (Singer et al., 2012).

### **1.3.5. Επιπτώσεις στην κατάποση και αποκατάσταση μετά από λαρυγγεκτομή**

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

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

Η δυσφαγία μετά τη θεραπεία καρκίνου καφελής και τραχήλου οφείλεται στις πιθανές παρενέργειες των θεραπειών. Ενδεχομένως μετά από χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία πρόκειται να εμφανιστεί οίδημα, μούδιασμα, πόνος, παραμόρφωση, απώλεια γεύσης, μειωμένος σίελος, στοματικά έλκη, υπερβολική βλέννα, μειωμένη κίνηση μυών. Οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν την μάζηση και την κατάποση. Οι ασθενείς που θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση θα χρειαστούν σίτιση με μη στοματικούς αγωγούς, όπως είναι ο ρινογαστρικός καθετήρας και ο καθετήρας διαδερμικής ενδοσκοπικής γαστροστομίας (PEG) και η φίστουλα Witzel (Rogus-Pulia et al., 2015).

Με στόχο να εντοπιστούν τα λειτουργικά ελλείμματα της κατάποσης είναι απαραίτητη η βιντεοφλουροσκόπηση και στη συνέχεια κρίνεται αν η αποκατάσταση θα επιτευχθεί με λειτουργική ή χειρουργική μέθοδο θεραπείας. Άλλες γνωστές διαγνωστικές δοκιμασίες είναι η Ενδοσκοπική Εξέταση Οπτικών Ινών, ο υπέρηχος και η πιεσοακτινογραφία.

Σε Ογκολογική Κλινική της Φλώριντα το 2005, πραγματοποιήθηκε μία έρευνα για την μέτρηση των συμπτωμάτων των ασθενών καρκίνου κεφαλής και τραχήλου με δυσφαγία. Πιο συγκεκριμένα, σκοπός της μελέτης ήταν να αναπτύξει και να επικυρώσει μια απογραφή των συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και



τραχήλου και να αξιολογήσει την εμφάνιση και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τη συνολική επιβάρυνση των συμπτωμάτων, και την παρεμβολή των συμπτωμάτων στην καθημερινή ζωή. Συλλέχθηκαν ερωτήσεις μετά από ανασκόπηση στη βιβλιογραφία και ακόμη 11 ερωτήσεις από το M. D. Anderson Symptom Inventory (MDASI) και πραγματοποιήθηκε μια μελέτη επικύρωσης μεταξύ των συμπτωμάτων των ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τα πιο διαδεδομένα σοβαρά συμπτώματα ήταν τα προβλήματα με την βλέννα, οι πληγές στο λαιμό και στο στόμα, η απώλεια γεύσης, οι δυσκολίες στη μάσηση ή την κατάποση, η ξηροστομία, ο πόνος και η κούραση (Rosenthal et al., 2007).

Η λειτουργική αποκατάσταση ξεκινά προεγχειρητικά καθώς η διεπιστημονική ομάδα είναι υπεύθυνη για την ενημέρωση του ασθενή και την λεπτομερή πληροφόρησή του σχετικά με τη φυσιολογική καθώς και την παθολογική κατάποση. Η θεραπεία συνεχίζεται μετεγχειρητικά τη δέκατη μέρα, σε περίπτωση που δεν υπάρχουν επιπλοκές, και διαφέρει από ασθενή σε ασθενή ανάλογα με τη βλάβη, την ψυχολογική κατάσταση, το γνωστικό επίπεδο και το κίνητρο που διαθέτει (Wolfgang et al., 2007).

### **1.3.6. Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με το ερωτηματολόγιο M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)**

Οι στοματοφαρυγγικές δυσφαγίες είναι κοινό σύμπτωμα σε ασθενείς με όγκο κεφαλής - τραχήλου. Δεδομένου ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την διαταραχή κατάποσης αξίζει να αναλυθεί περαιτέρω ένα σημαντικό εργαλείο συσχέτισης των δύο αυτών παραμέτρων. Το M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) είναι ένα δωρεάν ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τον Chen et al. το 2001 για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με δυσφαγία και ειδικά για τους ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις για τη μέτρηση 4 κατηγοριών, γενικού περιεχομένου (1 ερώτηση), συναισθηματικού περιεχομένου (6 ερωτήσεις), λειτουργικής κατάστασης (5 ερωτήσεις), και τη φυσική τους κατάσταση (8 ερωτήσεις). Η απάντηση κάθε ερώτησης αποτελείται από κλίμακες Likert και εκφράζεται από το 1 (strongly agree) έως το 5 (strongly disagree). Συγκεκριμένα, η επιλογή των απαντήσεων διακρίνεται σε: strongly agree- agree- no opinion- disagree- strongly disagree. Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα, δηλαδή “strongly disagree” σημαίνει καλύτερη ποιότητα ζωής. Αλλά εκφράζεται με διαφορετική σειρά για δύο ερωτήσεις. Ερώτηση E7. I do not feel self - conscious when I eat. Ερώτηση F2. I feel free to go out to eat with my friends, neighbours and relatives.

Στόχος του M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) είναι να σχεδιάσει ένα αξιόπιστο και επικυρωμένο ερωτηματολόγιο με σκοπό να εκτιμήσει τις επιπτώσεις της δυσφαγία στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Με σκοπό την ανάπτυξη και το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκαν ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, εκατό ενήλικες ασθενείς με νεόπλασμα της ανώτερης αναπνευστικής οδού αφού υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση από την ομάδα

λογοπαθολόγων ολοκλήρωσαν το MDADI. Υπολογίστηκαν η εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Ακόμη έγινε ανάλυση για την εκτίμηση των διακρίσεων μεταξύ των ομάδων των ασθενών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι ασθενείς με πρωτογενείς όγκους της στοματικής κοιλότητας και του στοματοφάρυγγα είχαν σημαντικά μεγαλύτερη δυσκολία κατάποσης με δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους σε σύγκριση με τους ασθενείς με πρωτογενείς όγκους του λάρυγγα και υποφάρυγγα. Οι ασθενείς με κακοήγη αλλοίωση είχαν επίσης σημαντικά μεγαλύτερη ανικανότητα από τους ασθενείς με καλοήγη βλάβη. Συμπερασματικά το MDADI είναι το πρώτο έγκυρο και αξιόπιστο αυτο-ερωτηματολόγιο που έχει σχεδιαστεί ειδικά για την αξιολόγηση των επιπτώσεων της δυσφαγίας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Η ανάπτυξη και η επικύρωση του MDADI και η χρήση του σε προοπτικές κλινικές δοκιμές επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της θεραπείας του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου σχετικά με τη δυσκολία κατάποσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Chen et al ,2001).

Με στόχο να ελεγχθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI), έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες μετάφρασης και προσαρμογής του ερωτηματολογίου και σε άλλες χώρες.

Μία από αυτές αποτελεί η κορεάτικη έκδοση στην οποία έλαβαν μέρος συνολικά 34 ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου ηλικίας 37- 79 ετών. Για την πραγματοποίηση της κορεάτικης μελέτης πραγματοποιήθηκαν 6 βήματα για τη διαπολιτισμική προσαρμογή η οποία αποτελούνταν από τη μετάφραση, τη σύνθεση, επιπλέον μετάφραση, αναθεώρηση από επιτροπή εμπειρογνομόνων, τον απολογισμό, και την τελική ανάγνωση. Συνολικά 34 ασθενείς με δυσφαγία που οφείλεται σε καρκίνο κεφαλής και τραχήλου από το Εθνικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Σεούλ απάντησε στην μεταφρασμένη έκδοση του ερωτηματολογίου για την προ-δοκιμή. Οι ασθενείς απάντησαν το ίδιο ερωτηματολόγιο δύο εβδομάδες αργότερα για την επαλήθευση της αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας ένας ασθενής αποκλείστηκε κατά τη δεύτερη έρευνα, επειδή άλλαξε τη στρατηγική της διατροφής του. Συνολικά, 33 ασθενείς ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Συγκεντρώθηκε στατιστικά ισχυρή δομική εγκυρότητα, εσωτερική συνοχή και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων. Συνοπτικά, επιτεύχθηκε η γλωσσική επικύρωση στην κορεατική έκδοση του MDADI και απέδειξε το κύρος και την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Μπορεί να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για το σχεδιασμό της διαλογής και επεξεργασίας για τη δυσφαγία των ασθενών με καρκίνους της κεφαλής και του τραχήλου (Kwon et al., 2013).

Οι επαναληπτικές μετρήσεις του M.D. Anderson από ασθενείς αποδεικνύουν την υψηλή αξιοπιστία του. Επομένως πρόκειται για ένα κλινικά έγκυρο ερωτηματολόγιο και η εφαρμογή του συνιστάται στην κλινική πρακτική. Η εφαρμογή του επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της θεραπείας στην κατάποση των ασθενών και την επίδραση στην ποιότητα ζωής τους και στοχεύει στην βελτίωση της ιατρικής περίθαλψης (Schindler et al., 2008).

### **1.3.7. Ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην αποκατάσταση**

Πρώτο μέλημα κάθε προγράμματος αποκατάστασης είναι η καλή ποιότητα ζωής του πάσχοντος. Ο ωτορινολαρυγγολόγος, ο λογοθεραπευτής και όσοι άλλοι εμπλέκονται στην αποκατάσταση του ασθενή με λαρυγγεκτομή θα πρέπει να εκτιμήσουν όσο το δυνατόν νωρίτερα τις ανάγκες του ασθενή και τη δυνατότητα αποκατάστασής του. Η αποκατάσταση περιλαμβάνει τον τομέα της ομιλίας, της κατάποσης και της επικοινωνίας γενικότερα.

Σε μια λαρυγγεκτομή ο ρόλος του λογοθεραπευτή είναι σημαντικός τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στο περιβάλλον του. Ο λογοθεραπευτής φέρει την ευθύνη να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με τα μετεγχειρητικά επόμενα, τις ανατομικές αλλαγές που θα επέλθουν και τους εναλλακτικούς τρόπους αποκατάστασης της κατάποσης και της φωνής του. Μετά την επέμβαση σκοπός του ειδικού είναι να συμμετέχει σε όλες τις φάσεις εκπαίδευσης και την εδραίωση των καινούριων συνηθειών του ατόμου. Οφείλει να είναι σε θέση να προβλέψει τις ενδεχόμενες δυσκολίες και αποτυχίες ώστε να έχει προτεινόμενες βοηθητικές λύσεις.

Αρχικά, εξηγεί αναλυτικά στον ασθενή τα θετικά και τα αρνητικά χαρακτηριστικά κάθε μεθόδου, μετέπειτα επιλέγουν μαζί τη μέθοδο που είναι κατάλληλη για τη συγκεκριμένη περίπτωση και έπειτα ξεκινά η εφαρμογή της. Αν παρουσιαστεί κάποια δυσκολία ο ειδικός προχωράει σε τροποποίηση ακόμα και σε αλλαγή της μεθόδου. Επίσης, ενίοτε μετά την εγχείρηση χρειάζεται η σωστή παραπομπή για τη βελτίωση της ψυχολογίας του ασθενή καθώς μετά την απώλεια φωνής παρατηρούνται συμπτώματα κατάθλιψης. Τέλος, ο λογοθεραπευτής είναι εκείνος που δίνει τη συμβουλευτική για τον καθαρισμό της οπής και των μηχανημάτων που θα χρησιμοποιηθούν στη διαδικασία της αποκατάστασης όπως επίσης και εναλλακτικές χρήσεις και χρήσιμες συμβουλές που αφορούν τη λειτουργικότερη καθημερινότητα του ατόμου που έχει υποστεί λαρυγγεκτομή (Tang et al., 2015).

## 1.4. Ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) η έννοια της ποιότητας της ζωής είναι συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για την θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (The WHOQOL group, 1995).

Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα τρόπο μέτρησης για το αποτέλεσμα της θεραπευτικής αγωγής για ένα ευρύ φάσμα ασθενειών. Η ποιότητα ζωής είναι μια παγκόσμια δομή που αντανακλά τη γενική αίσθηση της ευεξίας του ασθενούς. Είναι εξ ορισμού πολυδιάστατη και εξαρτάται από την άποψη του ασθενούς. Θέματα που σχετίζονται με την υγεία είναι μεταξύ των πολλών παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν ποιότητα ζωής. Ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου επηρεάζει τις δομές που είναι κρίσιμες για τις φυσιολογικές λειτουργίες, όπως η ομιλία και την κατάποση, και η θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε παραμορφώσεις που επηρεάζουν δυσμενώς την ψυχοκοινωνική λειτουργία, υπάρχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στην ομάδα αυτών των ασθενών. Σε γενικές γραμμές η ποιότητα ζωής μειώνεται αμέσως μετά τη θεραπεία και επιστρέφει προς την αρχική τιμή μετά από 1 έτος (Murphy et al., 2007).

### 1.4.1. Εκτίμηση της ποιότητας της ζωής σε Έλληνες ασθενείς με λάρυγγεκτομή

Σύμφωνα με επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα για διάστημα 16 ετών (1992-2008) διαγνώστηκαν 1267 ασθενείς με κακοήγη όγκο του λάρυγγα. Συγκεκριμένα, υψηλό ποσοστό παρατηρήθηκε στους άνδρες (96%), ενώ χαμηλότερο σε γυναίκες (4%), ενώ ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 62 έτη. Παράγοντες που συσχετίστηκαν με την εμφάνιση καρκίνου του λάρυγγα ήταν η χρήση καπνού που παρατηρήθηκε στο 71% των Ελλήνων ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα, και η χρήση αλκοόλ στο 60%. Ένας παράγοντας που μελετήθηκε ήταν η σχέση της χρήσης αλκοόλ και της εντόπισης του όγκου. Φαίνεται μία τάση αύξησης της πιθανότητας εντόπισης του όγκου υπεργλωττιδικά όσο αυξάνεται ο ρυθμός κατανάλωσης αλκοόλ. Θετικό οικογενειακό ιστορικό διαπιστώθηκε σε 326 ασθενείς (22%). Ο ιστολογικός τύπος στο 93% των ασθενών ήταν καρκίνος εκ πλακώδους επιθηλίου, ενώ το 7% εμφάνισαν άλλους τύπους κακοήθειας. Η πιο κοινή εντόπιση ήταν η γλωττίδα στο 59,6%, ακολουθούμενη από τους υπεργλωττιδικούς (33,6%), τους γλωττιδικούς (5,7%) και σπανιότερα τους υπογλωττιδικούς όγκους (1%) (Χριστοφορίδου και συν., 2009).

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής τα τελευταία χρόνια αποτελεί σημαντική παράμετρο της έρευνας του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου. Στην Ελλάδα είναι ελάχιστες οι αναφορές σχετικά με την ποιότητα ζωής μετά από καρκίνο του λάρυγγα και αναμένεται η διερεύνηση των παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν τη ζωή των

ασθενών. Ωστόσο, αξίζουν να αναφερθούν κάποιες από τις μελέτες που αφορούν την ποιότητα ζωής μετά από λαρυγγεκτομή και έχουν πραγματοποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό.

### **A' Έρευνα:**

Το 2011 πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα μια έρευνα με σκοπό την διερεύνηση της επίδρασης του είδους της θεραπευτικής παρέμβασης στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα, συγκρίνοντας δύο ομάδες ασθενών που έχουν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή και σε άλλου είδους θεραπεία. Στην έρευνα συμμετείχαν 128 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, 65 από τους οποίους υποβλήθηκαν σε ολική λαρυγγεκτομή και 63 σε μερική λαρυγγεκτομή ή άλλου είδους θεραπεία.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ενός ανώνυμου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου το οποίο αποτελούνταν από τα εξής: α) το έντυπο καταγραφής των δημογραφικών στοιχείων και β) του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής (EORTC, QLQ-C30) version 3 σταθμισμένο στα ελληνικά. Το ερωτηματολόγιο σχηματίζει τις ακόλουθες υποκλίμακες: α) τις πέντε υποκλίμακες της λειτουργικότητας (οργανική λειτουργικότητα, λειτουργικότητα ρόλων, συναισθηματική λειτουργικότητα, γνωστική λειτουργικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα) β) τις τρεις υποκλίμακες των συμπτωμάτων (κόπωση, ναυτία και έμμετοι, πόνο), γ) τις έξι υποκλίμακες οι οποίες αποτελούνται από μία μόνο ερώτηση και είναι η υποκλίμακα της δύσπνοιας, των διαταραχών ύπνου, της δυσκοιλιότητας, της απώλειας όρεξης και των οικονομικών δυσκολιών και δ) την υποκλίμακα της ολικής ποιότητας ζωής.

Η ολική λαρυγγεκτομή, όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, έδειξε ότι αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με ολική λαρυγγεκτομή ανέφεραν χειρότερη συνολική ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε μερική λαρυγγεκτομή ή άλλου είδους θεραπεία (χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία) (Μπελλάλη και συν., 2011).

### **B' Έρευνα:**

Ακόμη μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Έλληνες ασθενείς αφορά την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει την θεραπεία τους. Για την πραγματοποίηση της μελέτης επιλέχθηκαν ερωτηματολόγια του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC). Το γενικό ερωτηματολόγιο EORTC QLQ C30, και το ειδικό ερωτηματολόγιο που απευθύνεται σε ασθενείς με καρκίνο της κεφαλής και του τραχήλου EORTC QLQ H&N35. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 163 ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου από τους οποίους οι 131 είχαν καρκίνο στο λάρυγγα .

Οι ασθενείς με ολική λαρυγγεκτομή παρουσίασαν χειρότερα αποτελέσματα συγκριτικά με τους υπόλοιπους στους εξής τομείς: κοινωνικότητα, αισθητηριακές

διαταραχές, ομιλία, προβλήματα στις κοινωνικές επαφές, σεξουαλικότητα, αίσθημα ασθένειας και βήχα. Πιο συγκεκριμένα, στο 40,6 % η μειωμένη ποιότητα ζωής οφείλεται σε προβλήματα ομιλίας, το 35,78% αντιμετώπιζε σεξουαλικά προβλήματα και μόλις το 31,8% προβλήματα κατάποσης. Ακόμη, αξίζει να αναφερθεί ότι άτομα νεαρής ηλικίας παρουσίασαν χαμηλότερα αποτελέσματα σε λειτουργικούς τομείς γεγονός που οφείλεται σε αυξημένες απαιτήσεις, ενώ ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών ανέφεραν προλήματα φυσικής κατάστασης. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούσαν φωνητική βαλβίδα έδωσαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από αυτούς με οισοφάγειο ομιλία.

Ο παράγοντας που βρέθηκε να επηρεάζει την συνολική ποιότητα ζωής ήταν το στάδιο της νόσου. Το γεγονός αυτό βέβαια, οφείλεται στις επιθετικές θεραπείες που απαιτούνται όταν η διάγνωση της νόσου γίνεται σε προχωρημένο στάδιο. Σαν τελικό συμπέρασμα τονίζεται η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου που είναι ο πιο σίγουρος τρόπος για εξασφάλιση υψηλών ποσοστών επιβίωσης με καλύτερη ποιότητα ζωής (Νταλμπάντιαν, 2008).

#### **1.4.2. Εκτίμηση της ποιότητας της ζωής σε ασθενείς με λαρυγγεκτομή άλλων χωρών**

Σύμφωνα με έρευνα στο Πανεπιστήμιο του Ουάσινγκτον οι παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο την ποιότητα ζωής σχετίζονται με την θεραπευτική μέθοδο στην οποία υποβλήθηκε κάθε ασθενής. Ασθενείς που ακολούθησαν πρωτογενή ακτινοθεραπεία ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με εκείνους που υποβάλλονται σε χειρουργική αφαίρεση σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Η δεύτερη ομάδα ασθενών αναφέρει μάλιστα πως η ποιότητα ζωής τους επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την μειωμένη παραγωγή σάλιου, την απώλεια της γεύσης και στον δισταγμό τους να σιτίζονται σε δημόσιους χώρους (Williamson et al., 2011).

Οι αλλαγές στην κατάποση αλλά και στον τρόπο παραγωγής ομιλίας επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Την άποψη αυτή τεκμηριώνει μια έρευνα που διεξήχθη στο σύλλογο λαρυγγεκτομηθέντων στην Νότια Ουαλία της Αυστραλίας. Η ομάδα που έλαβε μέρος στην έρευνα αποτελούταν από 70 άντρες και 13 γυναίκες ηλικίας 46 - 88 ετών. Τα μέλη του συλλόγου απάντησαν ερωτηματολόγια σχετικά με κατά πόσο η ποιότητα της ζωής τους έχει επηρεαστεί από τις αλλαγές που αντιμετωπίζουν στην φωνή και την κατάποση. Τα αποτελέσματα της έρευνας έκαναν προφανή την αλλαγή στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Συγκεκριμένα, οι ίδιοι παρουσιάζουν μειωμένη ποιότητα φυσικής υγείας και μειωμένη ποιότητα κοινωνικών σχέσεων. Τα παραπάνω δημιουργούν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, επομένως επηρεάζουν το σύνολο της ποιότητας ζωής. Συμπερασματικά, η ψυχολογική ευεξία των ασθενών είναι εξίσου σημαντική με την αποκατάσταση ομιλίας και κατάποσης (Perry et al., 2015).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

## 2.1. Σκοπός της έρευνας

Τα άτομα που νοσούν από καρκίνο του λάρυγγα παρακολουθούνται από επαγγελματίες υγείας και ανάλογα με το είδος καρκίνου, το στάδιο και την ανατομική περιοχή που προσβάλλεται, λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση. Το είδος θεραπείας ποικίλει από άτομο σε άτομο και σε κάθε περίπτωση πρωτεύοντα ρόλο έχει η επιβίωση του ασθενή. Εκτός από την ανάγκη για επιβίωση, εξίσου σημαντική στη ζωή του ανθρώπου είναι και η επικοινωνία, η αλληλεπίδραση, η ανταλλαγή ιδεών και η ένταξη στο κοινωνικό σύνολο που καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ανθρώπου. Η ολική λαρυγγεκτομή προϋποθέτει ανατομικές αλλαγές που προκαλούν απώλεια φωνής και διαταραχή κατάποσης, τα οποία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ασθενή, ωστόσο είναι δυνατόν να αποκατασταθούν.

Βασικό μέρος της αποκατάστασης αποτελεί η ενημέρωση των ασθενών τόσο πριν όσο και μετά την χειρουργική διαδικασία σχετικά με τα μετεγχειρητικά επόμενα και για τις προοπτικές αποκατάστασης της ομιλίας και της κατάποσης. Η επαρκής προεγχειρητική και μετεγχειρητική ενημέρωση σχετικά με τις αλλαγές αλλά και τις προοπτικές αποκατάστασης συμβάλλει ουσιαστικά στην ποιότητα της ζωής τους.

Με αφορμή τα παραπάνω πραγματοποιήθηκε η παρούσα έρευνα με στόχο αρχικά την διερεύνηση ύπαρξης ενημέρωσης των ασθενών με λαρυγγεκτομή όσον αφορά τις προοπτικές αποκατάστασης της ομιλίας και της κατάποσης. Ακόμη, διερευνάται ο αντίκτυπος που φέρουν οι αλλαγές αυτές στην ποιότητα ζωής.

Η έρευνα αυτή που αποτελείται από δύο μέρη θα βοηθήσει να απαντηθούν σημαντικά ερωτήματα σχετικά με την ενημέρωση των ασθενών για την αποκατάστασή τους και την ενδεχόμενη αλλαγή στην ποιότητα ζωής τους λόγω διαταραχής στην κατάποση. Συγκεκριμένα, διερευνάται το τί γνωρίζουν οι Έλληνες ασθενείς με λαρυγγεκτομή σχετικά με την αποκατάσταση της ομιλίας και της κατάποσης τους και ποιές είναι οι επιδράσεις στην ποιότητα της ζωής τους.

Η έρευνα, μέσω της ανάλυσης των αποτελεσμάτων πρόκειται να συνδράμει στην προαγωγή της επιστήμης της λογοπαθολογίας όσον αφορά την αποκατάσταση της ομιλίας και της κατάποσης των λαρυγγεκτομηθέντων. Επιπλέον, θεωρείται σημαντική καθώς τμήμα αυτής “M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)” χορηγήθηκε για πρώτη φορά στον ελληνικό πληθυσμό, ώστε να πραγματοποιηθεί σύγκριση αποτελεσμάτων με αντίστοιχες έρευνες στο εξωτερικό. Η παρούσα ερευνητική μελέτη μέσα από τα δεδομένα που θα συγκεντρώσει μπορεί να αποτελέσει την αρχή για την πραγματοποίηση παρόμοιων μελλοντικών ερευνών για τα ελληνικά δεδομένα.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### **3.1. Μεθοδολογία της έρευνας**

Στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, περιγράφεται αναλυτικά η μέθοδος η οποία χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων, η δειγματοληψία, η παρουσίαση του ερωτηματολογίου, η προκαταρκτική έρευνα και η διεξαγωγή της έρευνας. Συνεπώς, παρουσιάζεται όλη η διαδικασία συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων.

### **3.2. Πληθυσμός - Δείγμα ασθενών**

Το δείγμα της έρευνας αποτελούν άτομα με κακοήγη όγκο του λάρυγγα που έχουν υποστεί ολική λαρυγγεκτομή. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 35 ασθενών που έχουν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή και συγκεκριμένα 29 άντρες και 6 γυναίκες ηλικίας 51- 82 ετών. Η ερευνητική μελέτη έγινε στο νομό Αττικής και διήρκησε 2 μήνες, από το Νοέμβρη του 2015 έως τον Ιανουάριο του 2016. Οι 30 ασθενείς του δείγματος συλλέχθησαν από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Λαρυγγεκτομηθέντων του Πειραιά, ενώ οι υπόλοιποι 5 μετά από σύσταση Λογοθεραπευτών και Ωτορινολαρυγγολόγων.

Τα κριτήρια ένταξης των ατόμων στην έρευνα περιλαμβάνουν την ύπαρξη ολικής λαρυγγεκτομής ή μερικής λαρυγγεκτομής ενώ όσοι ακολούθησαν άλλου είδους θεραπεία αποκλείστηκαν από τη συμμετοχή στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες αφού ενημερώθηκαν για την συμμετοχή τους στην έρευνα και συμπλήρωσαν το ανάλογο έντυπο (**παράρτημα I**), απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικές με το ιστορικό τους (**παράρτημα II**) και έπειτα απάντησαν στο πρώτο και το δεύτερο ερευνητικό ερωτηματολόγιο (**παράρτημα III, παράρτημα IV**).

### **3.3. Υλικό**

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι αρχικά ο εντοπισμός ύπαρξης ενημέρωσης των ασθενών με λαρυγγεκτομή σχετικά με τις προοπτικές αποκατάστασης της ομιλίας και της κατάποσης καθώς και την επίδραση που φέρουν οι αλλαγές στην ποιότητα της ζωής τους. Το δεύτερο μέρος της έρευνας αφορά στον αντίκτυπο που φέρει η διαταραχή κατάποσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Για την επίτευξη των στόχων της παρούσας έρευνας θεωρήθηκε απαραίτητη η εφαρμογή ενός ερωτηματολογίου αποτελούμενο από δύο τμήματα. Το πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκε σε συνεργασία με την επόπτρια καθηγήτρια της πτυχιακής κυρία Μαλατρά Ιωάννα. Το δεύτερο τμήμα αποτελεί η μετάφραση και η προσαρμογή του “M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)”. Το ερωτηματολόγιο είναι μια σειρά από ερωτήσεις σχετικές με ένα θέμα στις οποίες τα υποκείμενα της έρευνας καλούνται να απαντήσουν γραπτά με σκοπό τη συλλογή των αναγκαίων ερευνητικών πληροφοριών (Παπαναστασίου, 1996). Οι ερωτήσεις που

χρησιμοποιούνται κυρίως σε κάθε ερωτηματολόγιο είναι κυρίως δύο ειδών: οι ανοικτές ερωτήσεις όπου το άτομο εκθέτει τις απόψεις του σε συνεχή λόγο και οι κλειστές ερωτήσεις όπου το άτομο επιλέγει μια από δύο ή περισσότερες επιλογές που του δίνονται.

Το πρώτο μέρος της έρευνας αφορά την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την αποκατάσταση της φωνής και της κατάποσής τους καθώς και την επίδραση των αλλαγών στην ποιότητα της ζωής τους. Για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου συλλέχθηκαν τα προσωπικά στοιχεία, το οικογενειακό ιστορικό, το ιατρικό ιστορικό καθώς και το ιστορικό καρκίνου. Στη συνέχεια, δημιουργήθηκαν 45 ερωτήσεις που σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αφορούν τη λαρυγγεκτομή καθώς και την αποκατάσταση των ασθενών. Από το σύνολο των ερωτήσεων του Α' Ερωτηματολογίου οι 42 είναι κλειστού τύπου και οι 3 ανοικτού τύπου. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις έχουν ως στόχο να απαντήσουν στα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας στα οποία περιλαμβάνονται η ύπαρξη ενημέρωσης σχετικά με αλλαγές στην φωνή και την κατάποση, η ύπαρξη ενημέρωσης σχετικά με τις προοπτικές αποκατάστασης της ομιλίας και της κατάποσης, η χρονική περίοδος κατά την οποία έγινε η ενημέρωση (προεγχειρητικά ή μεταεγχειρητικά), οι επιδράσεις που φέρουν στην ποιότητα της ζωής τα προβλήματα φωνής και κατάποσης. Ακόμη, δημιουργήθηκαν ερωτήσεις με σκοπό να συλλέξουν λεπτομερή στοιχεία των ασθενών για να συσχετισθούν με τα αποτελέσματα. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν την μέθοδο επικοινωνίας, τις επιπλοκές που είχε κάθε ασθενής μετά την χειρουργική επέμβαση, την κατάσταση υγείας, την προσωπική τους άποψη για τη λογοθεραπεία, την συμμετοχή τους ή όχι σε λογοθεραπευτικές συνεδρίες, τον λόγο για τον οποίο κάνουν λογοθεραπεία (αν κάνουν) καθώς και τα αποτελέσματα της αποκατάστασης.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο “M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)” έλαβε μέρος στην έρευνα αφού σε πρώτο στάδιο έγινε η μετάφρασή του από την Δρ. Μαλατρά Ιωάννα στην ελληνική γλώσσα σύμφωνα με τις προδιαγραφές που έχει θέσει η Διεθνής Επιστημονική Επιτροπή. Δηλαδή, διενεργήθηκε μια ανεξάρτητη μετάφραση από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα και στη συνέχεια μια μετάφραση από την ελληνική στην αγγλική ακολουθώντας σε τελευταίο στάδιο την αξιολόγηση του ερωτηματολογίου όσον αφορά την κατανόηση, τη λειτουργικότητα και την αξιοπιστία του. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην πολιτιστική απόδοση του ερωτηματολογίου “MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)” ώστε να αποφευχθούν παρερμηνείες και δυσνόητες εκφράσεις. Στη συνέχεια, χορηγήθηκε από τις φοιτήτριες σε 35 ασθενείς με ολική λαρυγγεκτομή. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις που χωρίζονται σε 4 κατηγορίες και αφορούν τις καθημερινές δραστηριότητες (global), την λειτουργικότητα (functional), την ψυχική κατάσταση (emotional) και την φυσική κατάσταση (physical). Οι ασθενείς καλούνται να επιλέξουν ανάμεσα σε απαντήσεις κλειστού τύπου που διακρίνονται σε βαθμίδες (συμφωνώ αρκετά – συμφωνώ - δεν έχω άποψη – διαφωνώ - διαφωνώ αρκετά) ανάλογα με την προσωπική τους εκτίμηση για τις εμπειρίες τους την τελευταία βδομάδα. Υψηλότερη απάντηση, δηλαδή “διαφωνώ αρκετά” δείχνει καλύτερη ποιότητα ζωής. Είναι σημαντικό να

αναφερθεί πως κατά την μετάφραση και προσαρμογή του ερωτηματολογίου στα ελληνικά εκφράζεται αντίστροφα σε μία ερώτηση λειτουργικού περιεχομένου (F2. Νιώθω άνετα να βγω έξω για φαγητό με φίλους συγγενείς και γείτονες, όπου υψηλότερη απάντηση) όπου η απάντηση “διαφωνώ αρκετά” δείχνει χειρότερη ποιότητα ζωής. Το παραπάνω ερωτηματολόγιο έλαβε μέρος στην παρούσα έρευνα με στόχο να αξιολογηθεί ποιές επιδράσεις φέρουν οι διαταραχές κατάποσης των ασθενών με λαρυγγεκτομή στην ποιότητα της ζωής τους.

### **3.4. Διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας**

Για την διεξαγωγή της έρευνας έγινε αρχικά επίσκεψη στο σύλλογο λαρυγγεκτομηθέντων μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με τη γραμματεία και κατόπιν προγραμματισμένης συνάντησης. Για τους 5 ασθενείς του δείγματος που δεν ανήκαν στο σύλλογο έγινε συνάντηση μετά από άμεση τηλεφωνική επικοινωνία.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το είδος της έρευνας, το σκοπό και το όφελος που θα προέκυπτε από αυτή καθώς και τη διαφύλαξη των προσωπικών τους δεδομένων.

Η ενημέρωση των εθελοντών συμμετεχόντων έγινε με έντυπη άδεια συμμετοχής (**παράρτημα I**) η οποία μοιράστηκε σε κάθε ασθενή ξεχωριστά πριν την έναρξη συμμετοχής του στην έρευνα. Η άδεια συμμετοχής ενημέρωσε τους ασθενείς για το είδος της έρευνας, για το σκοπό και το όφελος που θα προέκυπτε από αυτήν, καθώς επίσης για την διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων και τη διάρκεια της έρευνας η οποία υπολογίζεται στα 15- 20 λεπτά. Πρέπει να τονισθεί ότι κάθε συμμετέχοντας πριν απαντήσει στο ερευνητικό ερωτηματολόγιο έπρεπε να υπογράψει το έντυπο συγκατάθεσης με το οποίο δήλωνε ότι έχει ενημερωθεί και συμμετέχει σε αυτή την ερευνά με τη θέληση του. Στη συνέχεια, οι συγκεκριμένοι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικές με το ιστορικό τους (**παράρτημα II**) και κλήθηκαν να συμπληρώσουν και τα δυο ερωτηματολόγια (**παράρτημα III, παράρτημα IV**).

### **3.5. Ανάλυση Δεδομένων**

Για την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων έγινε αρχικά περιγραφική ανάλυση των δεδομένων ολόκληρου του ερωτηματολογίου. Βασικός σκοπός της περιγραφικής στατιστικής είναι η συνοπτική και αποτελεσματική παρουσίαση των δεδομένων (Φράγκος, 2002). Για το σκοπό αυτό έγινε χρήση του στατιστικού προγράμματος Excel για πινακοποίηση των δεδομένων, στη συνέχεια έγινε γραφική παρουσίαση των δεδομένων και δημιουργήθηκαν αριθμητικά περιγραφικά μέτρα.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε ανάλυση για την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής του μετεφρασμένου στην ελληνική γλώσσα MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) που εκτιμήθηκε με το συντελεστή Cronbach's alpha ( $\alpha$ ) ο οποίος δείχνει την σταθερότητα / ακρίβεια που παρουσιάζει το ερωτηματολόγιο (Γαλάνης, 2013). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability) εκτιμά τη συνέπεια

των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα στοιχεία ενός ερωτηματολογίου, εκτιμά δηλαδή εάν οι συμμετέχοντες απαντούν με παρόμοιο τρόπο στα στοιχεία του ερωτηματολογίου. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας είναι άριστη όταν ο συντελεστής Cronbach's alpha λαμβάνουν τιμές 0,9 – 0,94 (πιν. 1). Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του συντελεστή α τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής ( Γαλάνης, 2013).

Τιμή του συντελεστή	Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας
<0,5	Μη αποδεκτή
0,5–0,59	Πτωχή
0,6–0,69	Αμφισβητήσιμη
0,7–0,79	Αποδεκτή
0,8–0,89	Καλή
0,9–0,94	Άριστη

**Πίνακας 1:** Ερμηνεία των τιμών του συντελεστή Cronbach's alpha, που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (Γαλάνης, 2013).

### 3.5.1. Στατιστικό Πρόγραμμα Ανάλυσης

Για τη στατιστική ανάλυση στην παρούσα εργασία έγινε χρήση του προγράμματος Microsoft Office Excel 2016.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

## 4. Αποτελέσματα

Παρακάτω παρατίθενται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος καθώς και τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την περιγραφική ανάλυση και την ανάλυση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (Reliability Internal Consistency) βάσει της τιμής του συντελεστή  $\alpha$  (Cronbach alpha).

### 4.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα αποτελείται από 35 Έλληνες ασθενείς με ολική λαρυγγεκτομή και συγκεκριμένα από 29 άντρες και 6 γυναίκες.

Ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι 67,2 έτη και ο διάμεσος τα 68. Το σφάλμα δειγματοληψίας βρίσκεται στο 1,38. Η ελάχιστη ηλικία είναι τα 51 έτη και μέγιστη είναι η ηλικία των 82. Η επικρατούσα τιμή είναι το 69 και η τυπική απόκλιση των τιμών είναι 8,1. Η μεταβολή δείγματος βρίσκεται στο 67,15, η κύρτωση στο -0,65 και η ασυμμετρία στο 0,03. Τέλος, το εύρος των τιμών της ηλικίας των ασθενών είναι 31 (Πιν. 2).

Το 88, 57% του συνολικού δείγματος που αποτελούσαν από 35 άτομα κάπνιζε. Δηλαδή, 31 από τους 35 ασθενείς κάπνιζαν. Η τιμή του μέσου όρου είναι 0,885 με διάμεσο το 1 και σφάλμα δειγματοληψίας το 0,05. Η μέγιστη τιμή απαντήσεων είναι το 1 (ναι) και 0 (όχι). Η επικρατούσα τιμή είναι το 1, η τυπική απόκλιση το 0,322 και μεταβολή δείγματος 0,1. Η κύρτωση βρίσκεται στο 4,68 και η ασυμμετρία στο -2,5. Τέλος, το εύρος τιμών είναι 1 (Πιν. 2).

Το 54, 29% του συνολικού δείγματος που αποτελούσαν από 35 άτομα έπινε αλκοόλ. Δηλαδή 19 από τους 35 ασθενείς έπιναν αλκοόλ. Η τιμή του μέσου όρου είναι 0,54 με διάμεσο το 1 και σφάλμα δειγματοληψίας το 0,085. Η μέγιστη τιμή απαντήσεων είναι το 1 (ναι) και το 0 (όχι). Η επικρατούσα τιμή είναι το 1, η τυπική απόκλιση το 0,50 και η μεταβολή δείγματος το 0,255. Η κύρτωση βρίσκεται στο -2,09 και η ασυμμετρία στο -0,17. Τέλος το εύρος τιμών είναι 1 (Πιν. 2).

Από το συνολικό δείγμα που αποτελούσαν από 35 άτομα μόνο ένας ασθενής έκανε χρήση ουσιών, δηλαδή το 2,86% του δείγματος. Η τιμή μέσου όρου είναι το 0,02, η διάμεσος 0, το σφάλμα δειγματοληψίας είναι το 0,02. Η μέγιστη τιμή απαντήσεων είναι το 1(ναι) και η ελάχιστη 0 (όχι). Η επικρατούσα τιμή είναι το 0 και τυπική απόκλιση το 0,16. Η μεταβολή δείγματος βρίσκεται στο 0,02 η κύρτωση στο 35 και η ασυμμετρία στο 5,9. Τέλος το εύρος τιμών είναι 1 (Πιν. 2).

Από το συνολικό δείγμα το 45,71%, δηλαδή 16 από τους 35 ασθενείς είχαν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Η τιμή μέσου όρου είναι 0,45, η διάμεσος 0 και το σφάλμα δειγματοληψίας το 0,08. Η μέγιστη τιμή απαντήσεων είναι το 1(ναι) και η ελάχιστη 0 (όχι). Η επικρατούσα τιμή είναι το 0 και τυπική απόκλιση το 0,50. Η μεταβολή δείγματος βρίσκεται στο 0,25, η κύρτωση στο -2,09 και η ασυμμετρία στο 0,17. Τέλος, το εύρος τιμών είναι το 1 (Πιν. 2).

Από το συνολικό δείγμα το 76,47% δηλαδή 26 από τους 35 ασθενείς έχουν κι άλλα προβλήματα υγείας. Η τιμή μέσου όρου είναι το 0,76, η διάμεσος 1 και το σφάλμα δειγματοληψίας 0,07. Η μέγιστη τιμή απαντήσεων είναι το 1(ναι) και η ελάχιστη 0

(όχι). Η επικρατούσα τιμή είναι το 0 και τυπική απόκλιση το 0,43. Η μεταβολή δείγματος είναι το 0,18, η κύρτωση -0,31 και η ασυμμετρία -1,3. Τέλος, το εύρος τιμών είναι το 1 (Πιν. 2).

Από το συνολικό δείγμα το 74,29% των ασθενών λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή. Ο μέσος όρος της τιμής είναι 0,74, η διάμεσος το 1 και το σφάλμα δειγματοληψίας το 0,07. Η μέγιστη τιμή απαντήσεων είναι το 1(ναι) και η ελάχιστη 0 (όχι). Η επικρατούσα τιμή είναι το 0 και τυπική απόκλιση το 0,44. Η μεταβολή δείγματος βρίσκεται στο 0,19, η κύρτωση στο -0,69 και η ασυμμετρία στο -1,16. Τέλος, το εύρος τιμών είναι το 1 (Πιν. 2).

Φάνηκε πως ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης καρκίνου ήταν το 63,1. Η διάμεσος είναι 63, και το σφάλμα δειγματοληψίας το 1,42. Η ελάχιστη τιμή είναι τα 47 έτη, ενώ η μέγιστη τα 79. Η επικρατούσα τιμή είναι το 63 και τυπική απόκλιση το 8,49. Η μεταβολή δείγματος βρίσκεται στο 70,69, η κύρτωση στο -0,39 και η ασυμμετρία στο 0,18. Τέλος, το εύρος τιμών είναι το 32 (Πιν. 2).

Το 2,86% του συνολικού δείγματος, δηλαδή 1 από τους 35 ασθενείς ήταν προσβεβλημένος από τον ιό ανθρωπίνων θηλωμάτων. Ο μέσος όρος της τιμής είναι 0,02 και η διάμεσος 0. Το σφάλμα δειγματοληψίας είναι 0,02. Η ελάχιστη τιμή απαντήσεων είναι το 1(ναι) και η ελάχιστη 0 (όχι). Η επικρατούσα τιμή είναι το 0 και τυπική απόκλιση το 0,169. Η μεταβολή δείγματος είναι το 0,02, η κύρτωση 35 και η ασυμμετρία 5,9. Τέλος το εύρος τιμών είναι 1 (Πιν. 2).

Το 62,86% των ασθενών του δείγματος, δηλαδή 22 από τους 35 έκαναν ακτινοθεραπεία. Ο μέσος όρος της τιμής είναι το 0,62 και η διάμεσος 1. Το σφάλμα δειγματοληψίας είναι 0,082. Η ελάχιστη τιμή απαντήσεων είναι το 1(ναι) και η ελάχιστη 0 (όχι). Η επικρατούσα τιμή είναι το 1 και η τυπική απόκλιση το 0,49. Η μεταβολή δείγματος είναι 0,24, η κύρτωση -1,79 και η ασυμμετρία -0,55. Τέλος, το εύρος τιμής είναι το 1 (Πιν. 2).

Το 20% του δείγματος, δηλαδή 7 από τους 35 ασθενείς έκαναν χημειοθεραπεία. Ο μέσος όρος της τιμής είναι 0,2 και η διάμεσος 0. Το σφάλμα δειγματοληψίας είναι 0,06. Η ελάχιστη τιμή απαντήσεων είναι το 1(ναι) και η ελάχιστη 0 (όχι). Η επικρατούσα τιμή είναι το 0 και η τυπική απόκλιση το 0,405. Η μεταβολή δειγματοληψίας είναι το 0,164, η κύρτωση είναι 0,48 και η ασυμμετρία 1,56. Τέλος, το εύρος τιμής είναι το 1 (Πιν. 2).

Το 100% του δείγματος έκαναν χειρουργική θεραπεία. Ο μέσος όρος της τιμής είναι το 1 και η διάμεσος το 1. Το σφάλμα δειγματοληψίας είναι 0. Η ελάχιστη τιμή απαντήσεων είναι το 1(ναι) και η ελάχιστη 0 (όχι). Η επικρατούσα τιμή είναι το 1 και η τυπική απόκλιση το 0. Τέλος, το εύρος τιμής είναι το 1 (Πιν. 2).

Η πλειοψηφία των ασθενών του συνολικού δείγματος, δηλαδή 26 ασθενείς είχαν γλωττιδικό είδος καρκίνου, 8 είχαν υπεργλωττιδικό, ενώ πιο σπάνιος ήταν ο υπογλωττιδικός καθώς μόνο ένας ασθενής ανέφερε αυτό το είδος καρκίνου. Οι 10 από τους 35 ασθενείς είχαν T3 στάδιο καρκίνου, ενώ οι υπόλοιποι 25 T4 (Πιν. 3).

Από το σύνολο του δείγματος, η πλειοψηφία, δηλαδή 21 ασθενείς χρησιμοποιούσαν ως τρέχουσα μέθοδο επικοινωνίας την οισοφαγική ομιλία, 9 επικοινωνούσαν με



λαρυγγόφωνο, 1 με οισοφαγική ομιλία και γραπτώς, 2 με λαρυγγόφωνο και με τα χείλη, και 2 με νοήματα και χείλη (Πιν. 3).

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΣΦΑΛΜΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ	ΔΙΑΜΕΣΟΣ	ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
DESCRIPTIVE STATISTICS	Mean	Standard Error	Median	Mode	Standard Deviation	Sample Variance
ΗΛΙΚΙΑ	67.29	1.39	68.00	69.00	8.19	67.15
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	0.89	0.05	1.00	1.00	0.32	0.10
ΑΛΚΟΟΛ	0.54	0.09	1.00	1.00	0.51	0.26
ΧΡΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	0.03	0.03	0.00	0.00	0.17	0.03
ΓΑΣΤΡΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ	0.46	0.09	0.00	0.00	0.51	0.26
ΆΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	0.76	0.07	1.00	1.00	0.43	0.19
ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΙΓΩΓΗ;	0.74	0.07	1.00	1.00	0.44	0.20
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	63.11	1.42	63.00	63.00	8.41	70.69
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΙΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)	0.03	0.03	0.00	0.00	0.17	0.03
ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΣ	0.63	0.08	1.00	1.00	0.49	0.24
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	0.20	0.07	0.00	0.00	0.41	0.16
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ	1.00	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ	ΑΣΥΜΜΕΤΡΙΑ	ΕΥΡΟΣ ΤΙΜΩΝ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΔΕΙΓΜΑ
DESCRIPTIVE STATISTICS	Skewness	Range	Minimum	Maximum	Sum	Count
ΗΛΙΚΙΑ	0.03	31.00	51.00	82.00	2355.00	35.00
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	-2.53	1.00	0.00	1.00	31.00	35.00
ΑΛΚΟΟΛ	-0.18	1.00	0.00	1.00	19.00	35.00
ΧΡΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	5.92	1.00	0.00	1.00	1.00	35.00
ΓΑΣΤΡΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ	0.18	1.00	0.00	1.00	16.00	35.00
ΆΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	-1.31	1.00	0.00	1.00	26.00	34.00
ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΙΓΩΓΗ;	-1.16	1.00	0.00	1.00	26.00	35.00
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	0.19	32.00	47.00	79.00	2209.00	35.00
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΙΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)	5.92	1.00	0.00	1.00	1.00	35.00
ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΣ	-0.56	1.00	0.00	1.00	22.00	35.00
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1.57	1.00	0.00	1.00	7.00	35.00
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ	#DIV/0!	0.00	1.00	1.00	35.00	35.00

Πίνακας 2: Περιγραφική στατιστική δημογραφικών χαρακτηριστικών.

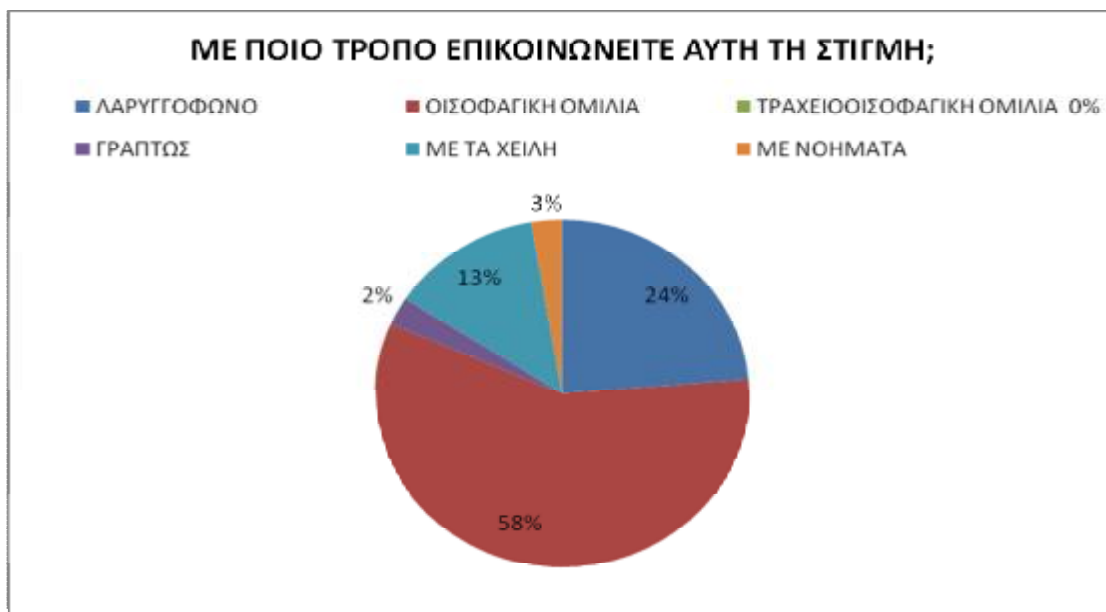
	ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ		ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	
ΗΛΙΚΙΑ	50-59	60-69	70-82	
	8	14	13	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ		
	29	6		
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΛΛΗΝΕΣ	ΛΟΙΠΕΣ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΕΣ		
	35	0		
ΓΕΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΚΑΠΝΙΣΜΑ	ΑΛΚΟΟΛ	ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	ΚΑΜΙΑ ΧΡΗΣΗ
	31	19	1	3
ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ	ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ	ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	
	16	26	6	
ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ	ΛΑΡΥΓΓΟΦΩΝΟ	ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ	ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ ΓΡΑΠΤΩΣ	ΛΑΡΥΓΓΟΦΩΝΟ & & ΧΕΙΛΗ
	9	21	1	2
ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	ΤΡΑΧΕΙΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ	ΜΕ ΤΑ ΧΕΙΛΗ	ΜΕ ΝΟΗΜΑΤΑ	ΜΕ ΤΑ ΧΕΙΛΗ & ΜΕ ΝΟΗΜΑΤΑ
	0	3	0	2
ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	47-57	58-68	69-79	
	10	16	9	
ΕΙΔΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	ΥΠΕΡΓΛΩΤΤΙΔΙΚΟΣ	ΓΛΩΤΤΙΔΙΚΟΣ	ΥΠΟΓΛΩΤΤΙΚΟΣ	
	8	26	1	

<b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΙΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)</b>	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
	1	34		
<b>ΣΤΑΔΙΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ</b>	T1	T2	T3	T4
	-	-	10	25
<b>ΕΙΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</b>	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ & ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ & ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ & ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ
	11	18	2	5
<b>ΕΙΔΟΣ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΣ</b>	ΟΛΙΚΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ	ΜΕΡΙΚΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ		
	35	0		

**Πίνακας 3:** Δημογραφικά χαρακτηριστικά.

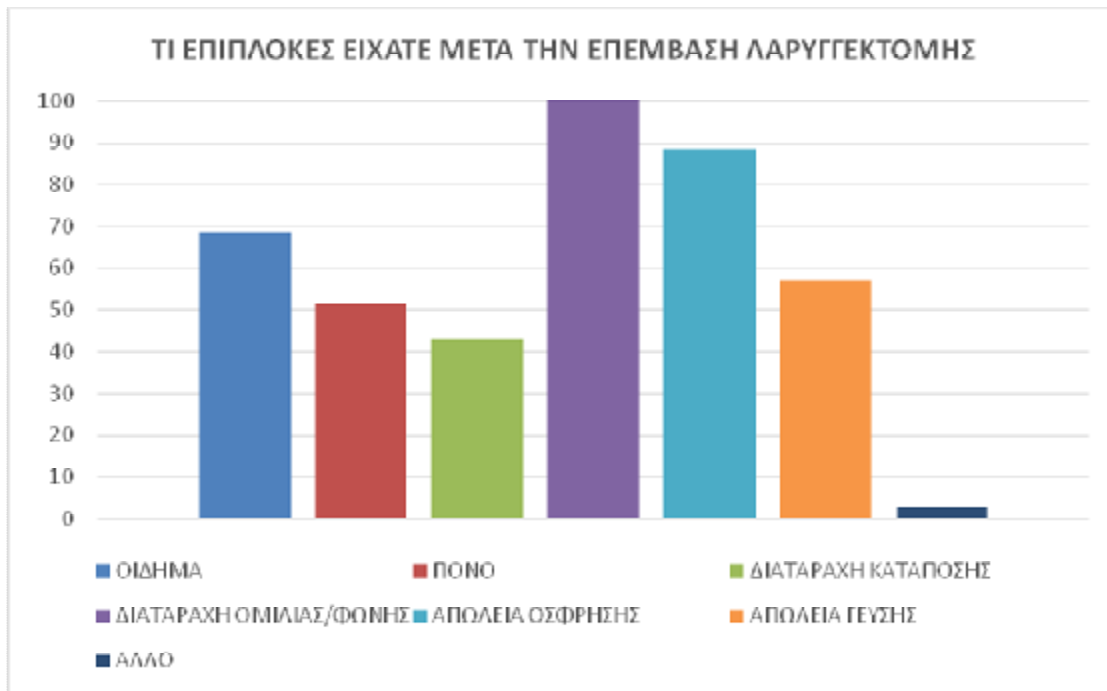
## 4.2. Αποτελέσματα Α' Ερωτηματολογίου

Από τα αποτελέσματα του ερωτήματος σχετικά με την τρέχουσα μέθοδο επικοινωνίας προκύπτει ότι από το συνολικό δείγμα που αποτελείται από 35 άτομα η πλειοψηφία, δηλαδή, το 58% των ασθενών επικοινωνεί με οισοφαγική ομιλία, το 24% με λαρυγγόφωνο, το 13% με τα χείλη, το 3% με νοήματα και το 2% γραπτώς.



**Διάγραμμα 1:** Κατανομή δείγματος ανά τρέχουσα μέθοδο επικοινωνίας.

Από την κατανομή δείγματος με βάση τις επιπλοκές μετά την επέμβαση λαρυγγεκτομής φαίνεται ότι από το συνολικό δείγμα που αποτελείται από 35 άτομα όλοι παρουσίαζαν διαταραχή της ομιλίας, 31 απώλεια της όσφρησης, 24 παρουσίασαν οίδημα, 20 απώλεια της γεύσης, 18 πόνο, 15 διαταραχή κατάποσης.



**Διάγραμμα 2:** Κατανομή δείγματος με βάση τις επιπλοκές μετά την επέμβαση της λαρυγγεκτομής

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από το συνολικό δείγμα που αποτελείται από 35 άτομα η πλειοψηφία, δηλαδή το 66% των ασθενών είχε ενημερωθεί προεγχειρητικά σχετικά με τα προβλήματα φωνής που θα προέκυπταν μετά το χειρουργείο, ενώ το 34% όχι.



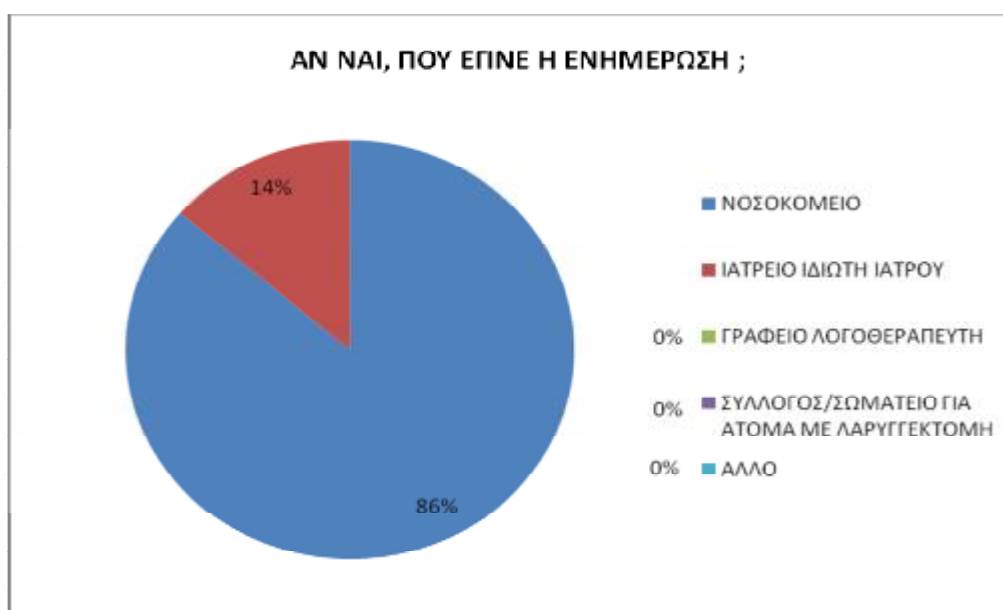
**Διάγραμμα 3:** Είχατε ενημερωθεί για τα προβλήματα φωνής που θα προέκυπταν μετά το χειρουργείο;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από το συνολικό δείγμα που αποτελείται από 35 άτομα η πλειοψηφία, δηλαδή, το 69% των ασθενών δεν είχαν προεγχειρητική ενημέρωση σχετικά με τα πιθανά προβλήματα κατάποσης που θα προέκυπταν μετά το χειρουργείο, ενώ το 31% ήταν προεγχειρητικά ενημερωμένο.



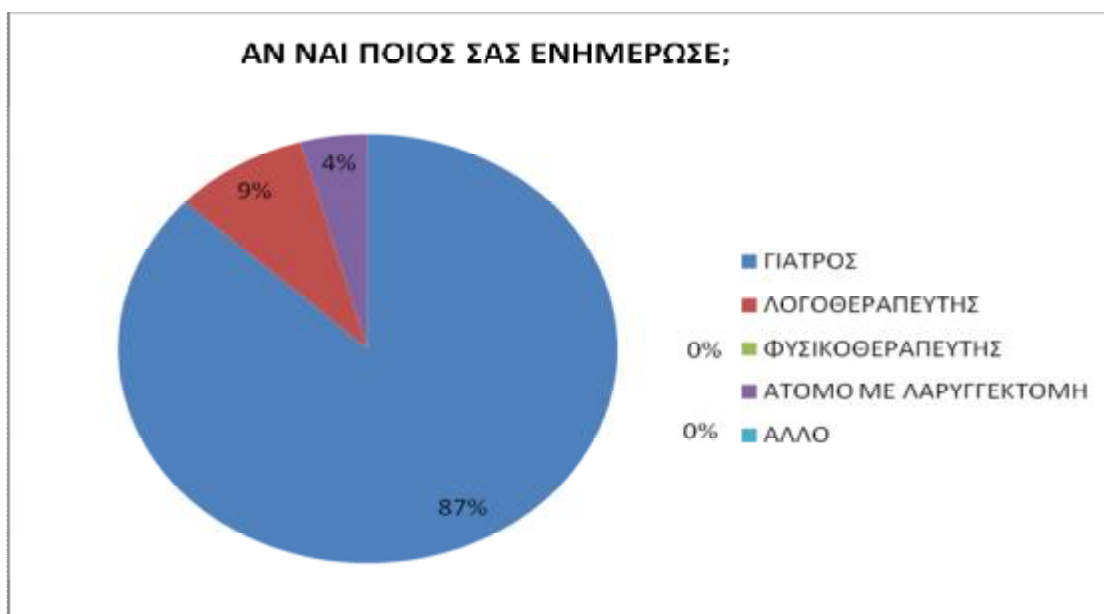
**Διάγραμμα 4:** Είχατε ενημερωθεί για τα προβλήματα κατάποσης που θα προέκυπταν μετά το χειρουργείο;

Από την κατανομή δείγματος με βάση το μέρος όπου έγινε η ενημέρωση για τα προβλήματα φωνής που θα προέκυπταν μετά από το χειρουργείο προκύπτει ότι από τα 22 άτομα του συνολικού δείγματος που ενημερώθηκαν, το 86% των ασθενών ενημερώθηκε στο νοσοκομείο, ενώ το 14% ενημερώθηκε σε ιατρείο ιδιώτη ιατρού.



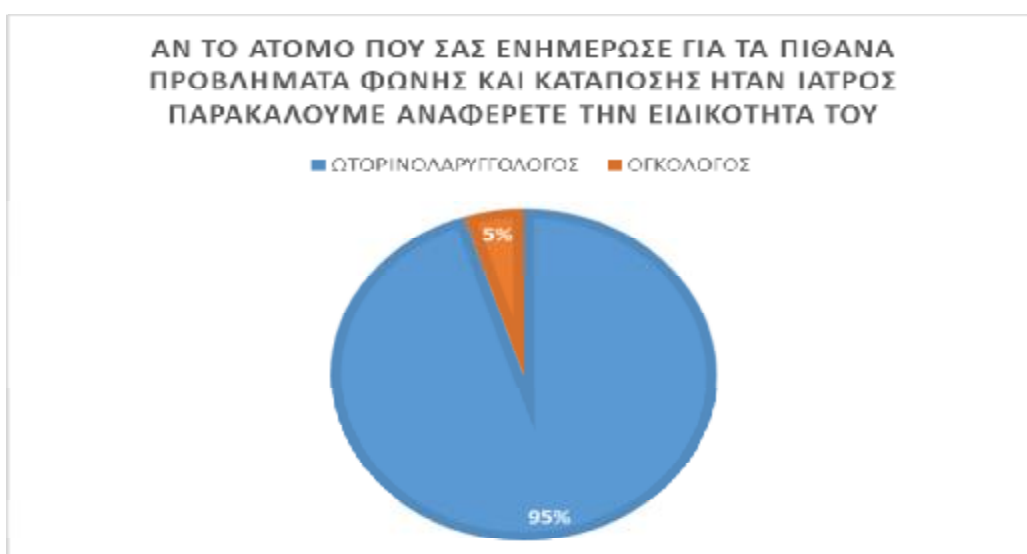
**Διάγραμμα 5:** Κατανομή δείγματος με βάση το μέρος όπου έγινε η ενημέρωση.

Από τα αποτελέσματα του δείγματος φαίνεται πως από τους 22 ασθενείς που ενημερώθηκαν για πιθανά προβλήματα φωνής και κατάποσης, το 87% ενημερώθηκε από γιατρό, το 9% από λογοθεραπευτή, ενώ το 4% από άλλο άτομο με λαρυγγεκτομή.



**Διάγραμμα 6:** Κατανομή δείγματος σχετικά με το ποιός ενημέρωσε τους ασθενείς με λαρυγγεκτομή για τα πιθανά προβλήματα φωνής και κατάποσης που θα προέκυπταν μετά το χειρουργείο.

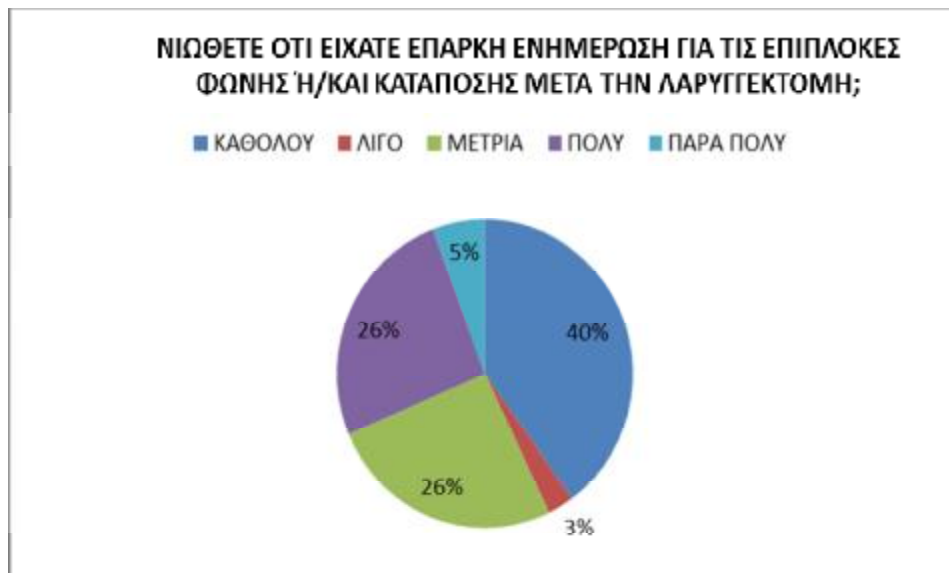
Από την κατανομή δείγματος με βάση την ειδικότητα ιατρού που έκανε την ενημέρωση σχετικά με τα πιθανά προβλήματα φωνής και κατάποσης προκύπτει ότι στους 20 ασθενείς που ενημερώθηκαν από γιατρό το 95% ήταν ωτορινολαρυγγολόγοι, ενώ το 5% ογκολόγοι.



**Διάγραμμα 7:** Αν το άτομο που σας ενημέρωσε για τα πιθανά προβλήματα φωνής και κατάποσης ήταν γιατρός παρακαλούμε αναφέρετε την ειδικότητά του.



Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τα 35 άτομα του συνολικού δείγματος, το 40% νιώθει ότι δεν είχε καθόλου επαρκή ενημέρωση για τις επιπλοκές στην φωνή ή/και κατάποση μετά το χειρουργείο, το 26% πιστεύει ότι είχε πολύ ενημερωση, το επόμενο 26% μέτρια ενημέρωση, το 5% πάρα πολύ ενημέρωση και το 3% λίγη ενημέρωση.



**Διάγραμμα 8:** Νιώθετε ότι είχατε επαρκή ενημέρωση για τις επιπλοκές φωνής ή/ και κατάποσης μετά την λαρυγγεκτομή;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από το συνολικό δείγμα των 35 ασθενών, η πλειοψηφία, δηλαδή το 33% των ασθενών ενημερώθηκε για τα προβλήματα φωνής και κατάποσης μετά τη χειρουργική επέμβαση, το 25% πριν τη χειρουργική επέμβαση, το 22% πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση, ενώ στο 20% των ασθενών δεν υπήρχε καμία ενημέρωση.



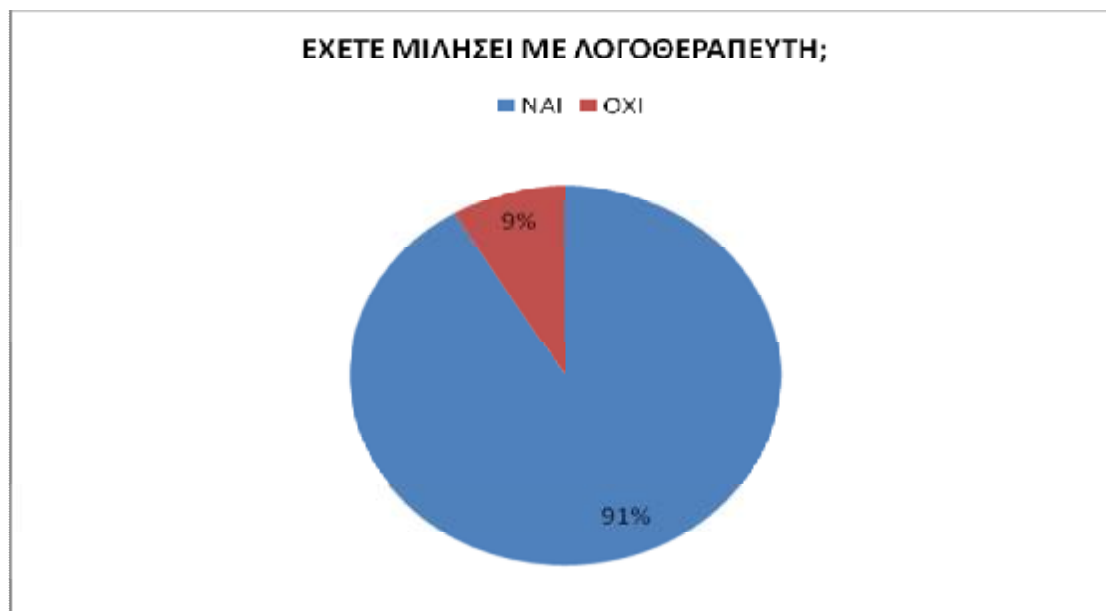
**Διάγραμμα 9:** Πότε έγινε η ενημέρωση για τα προβλήματα φωνής ή/και κατάποσης;

Απο τη κατανομή δείγματος σχετικά με το αν κάποιος γιατρός τους παρέπεμψε σε λογοθεραπευτή, προκύπτει ότι από το συνολικό δείγμα των 35 ασθενών, στο 68% είχε γίνει η παραπομπή από γιατρό, ενώ στο 32% όχι.



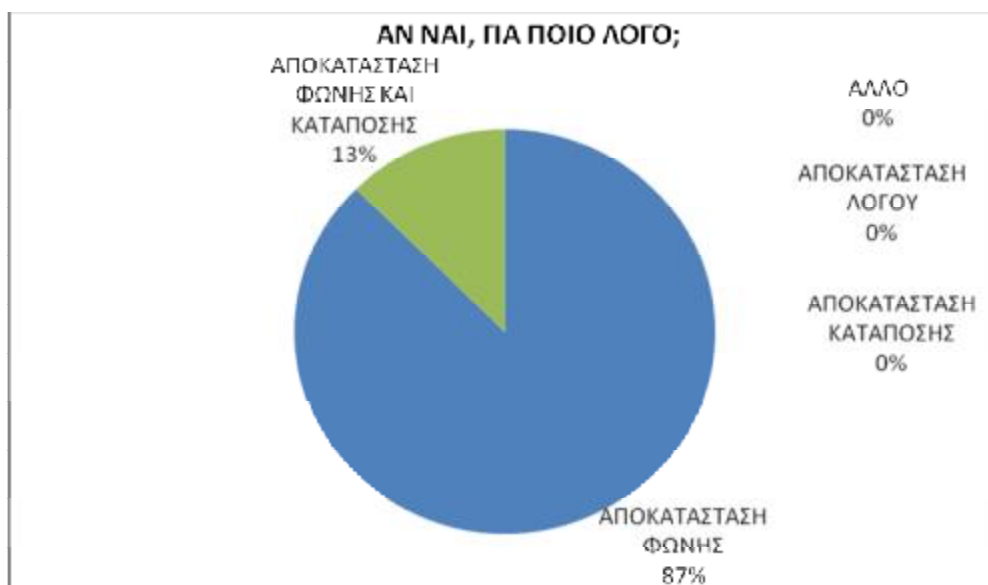
**Διάγραμμα 10:** Σας παρέπεμψε κάποιος γιατρός σε λογοθεραπευτή;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από το συνολικό δείγμα που αποτελείται από 35 ασθενείς η πλειοψηφία, δηλαδή, το 91% των ασθενών έχουν μιλήσει με λογοθεραπευτή ενώ το 9% όχι.



**Διάγραμμα 11:** Έχετε μιλήσει με λογοθεραπευτή;

Απο τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τα 32 άτομα που έχουν μιλήσει με λογοθεραπευτή, το 87% των ασθενών μίλησαν με λογοθεραπευτή για την αποκατάσταση της φωνής ενώ το 13% για την αποκατάσταση φωνής και κατάποσης.



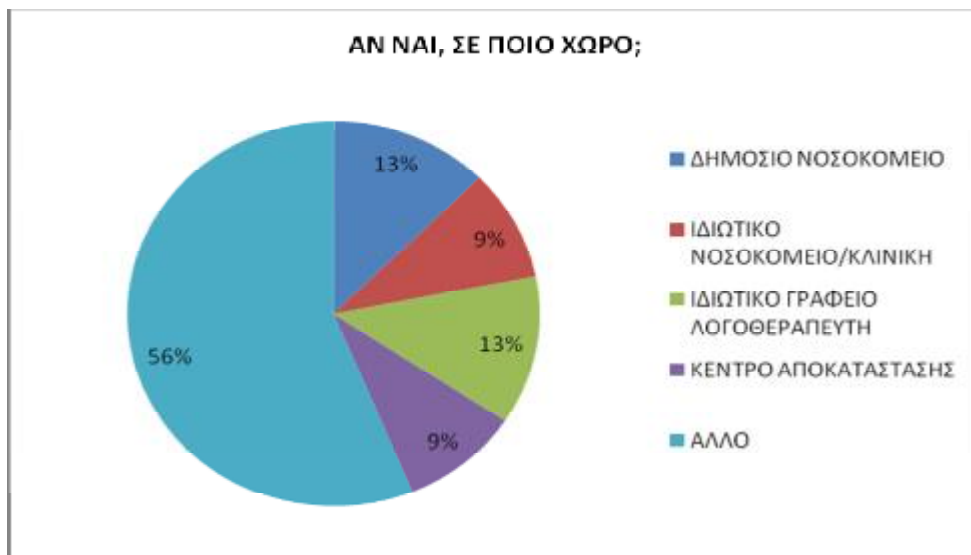
**Διάγραμμα 12:** Κατανομή δείγματος με βάση το λόγο παρακολούθησης τους απο λογοθεραπευτή

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από το σύνολο του δείγματος που αποτελείται από 35 ασθενείς, η πλειοψηφία, με ποσοστό 80% μίλησαν με λογοθεραπευτή πρώτη φορά μετά την επέμβαση, το 9% δεν έχουν μιλήσει καθόλου με λογοθεραπευτή, το 8% μίλησαν πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση ενώ το 3% είχε μιλήσει πριν τη χειρουργική επέμβαση.



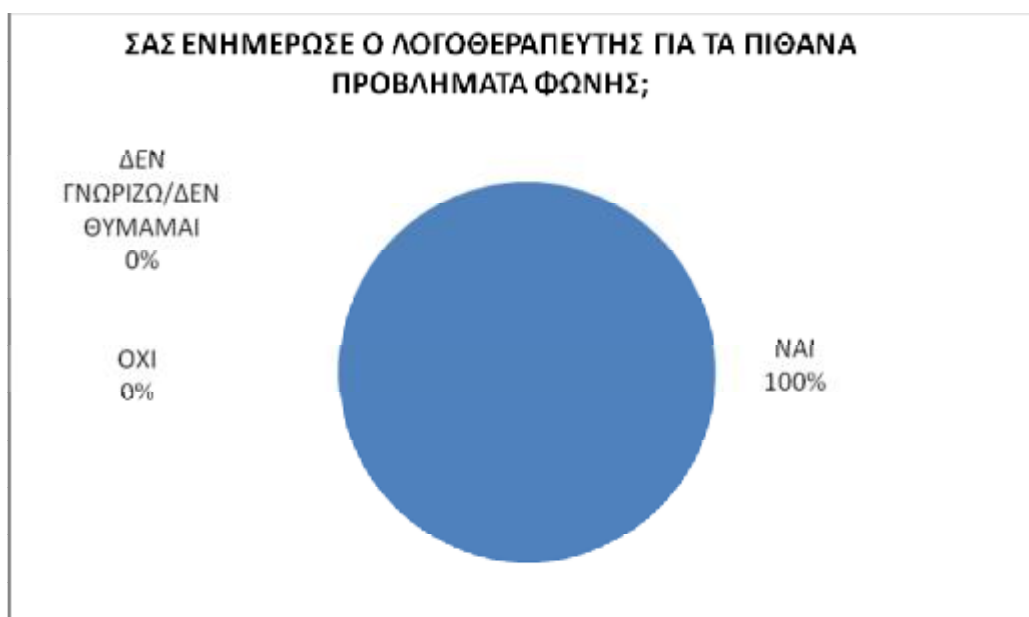
**Διάγραμμα 13:** Πότε μιλήσατε με λογοθεραπευτή πρώτη φορά;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 32 ασθενείς που μίλησαν με λογοθεραπευτή, το 56% των ασθενών είχαν τη πρώτη επικοινωνία τους με λογοθεραπευτή στον Πανελλήνιο Σύλλογο Λαρυγγεκτομηθέντων, το 13% σε δημόσιο νοσοκομείο, 13% σε ιδιωτικό γραφείο λογοθεραπευτή, ενώ 9% σε ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική και το 9% σε κέντρο αποκατάστασης.



**Διάγραμμα 14:** Αν ναι, σε ποιο χώρο;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 32 ασθενείς του δείγματος που μίλησαν με λογοθεραπευτή, το 100% ενημερώθηκαν για τα πιθανά προβλήματα φωνής που θα προκύπταν μετά το χειρουργείο.



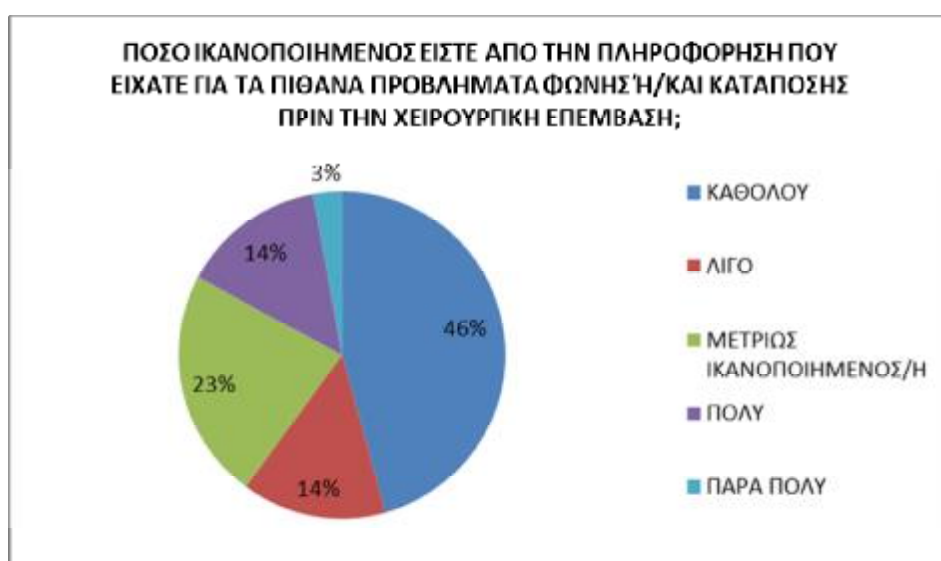
**Διάγραμμα 15:** Σας ενημέρωσε ο λογοθεραπευτής για πιθανά προβλήματα φωνής;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 32 ασθενείς που μίλησαν με λογοθεραπευτή, το 70% ενημερώθηκαν για τα προβλήματα κατάποσης, στο 23% δεν υπήρχε σχετική ενημέρωση ενώ το 7% δεν θυμάται αν ενημερώθηκε.



**Διάγραμμα 16:** Σας ενημέρωσε ο λογοθεραπευτής για πιθανά προβλήματα κατάποσης;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, η πλειοψηφία, δηλαδή το 46% των ασθενών δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την ενημέρωση πριν τη χειρουργική επέμβαση, το 23% είναι μετρίως ικανοποιημένοι, 14% είναι πολύ ικανοποιημένοι, 14% είναι λίγο ικανοποιημένοι. Ενώ μόνο 3%, δηλαδή 1 ασθενής από το συνολικό δείγμα είναι πάρα πολύ ικανοποιημένος.



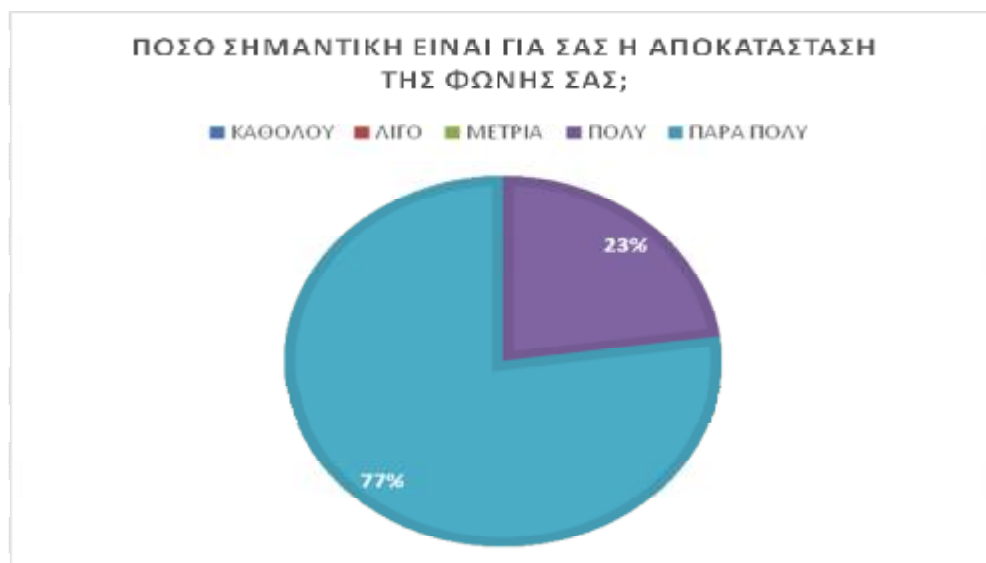
**Διάγραμμα 17:** Πόσο ικανοποιημένος είστε από την πληροφόρηση που είχατε για τα πιθανά προβλήματα φωνής ή/και κατάποσης πριν την χειρουργική επέμβαση;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, το 54% των ασθενών είναι πολύ ικανοποιημένοι από την ενημέρωση σχετικά με τα προβλήματα φωνής ή/ και κατάποσης που είχαν μετά τη χειρουργική επέμβαση, το 29% είναι μετρίως ικανοποιημένοι, το 11% είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι, ενώ τέλος 6% δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι.



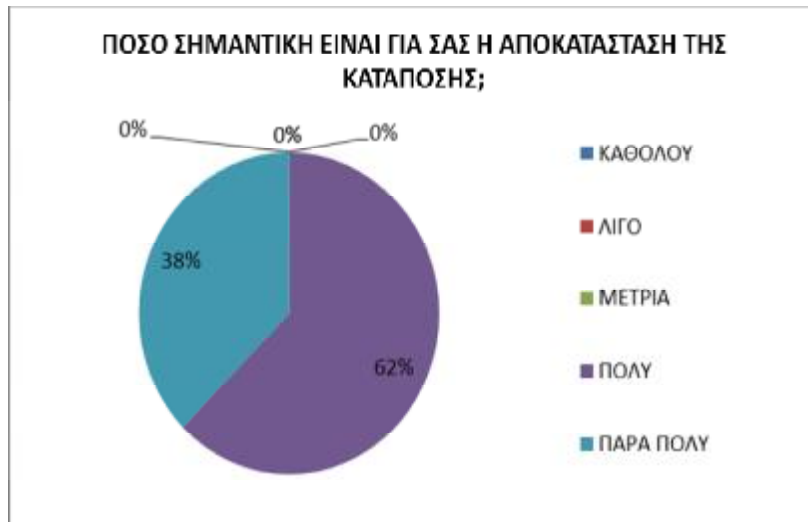
**Διάγραμμα 18:** Πόσο ικανοποιημένος είστε από την πληροφόρηση που είχατε για τα πιθανά προβλήματα φωνής ή/και κατάποσης πριν την χειρουργική επέμβαση;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα η πλειοψηφία, δηλαδή, το 77% των ασθενών θεωρεί την αποκατάσταση της φωνής πάρα πολύ σημαντική και το 23% πολύ σημαντική.



**Διάγραμμα 19:** Πόσο σημαντική είναι για σας η αποκατάσταση της φωνής σας;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 8 ασθενείς που αντιμετώπιζαν στο παρελθόν ή και τώρα προβλήματα κατάποσης, το 62% θεωρεί πολύ σημαντική την αποκατάστασή της. Το 38% του ίδιου δείγματος θεωρούν πάρα πολύ σημαντική την αποκατάσταση της κατάποσης.



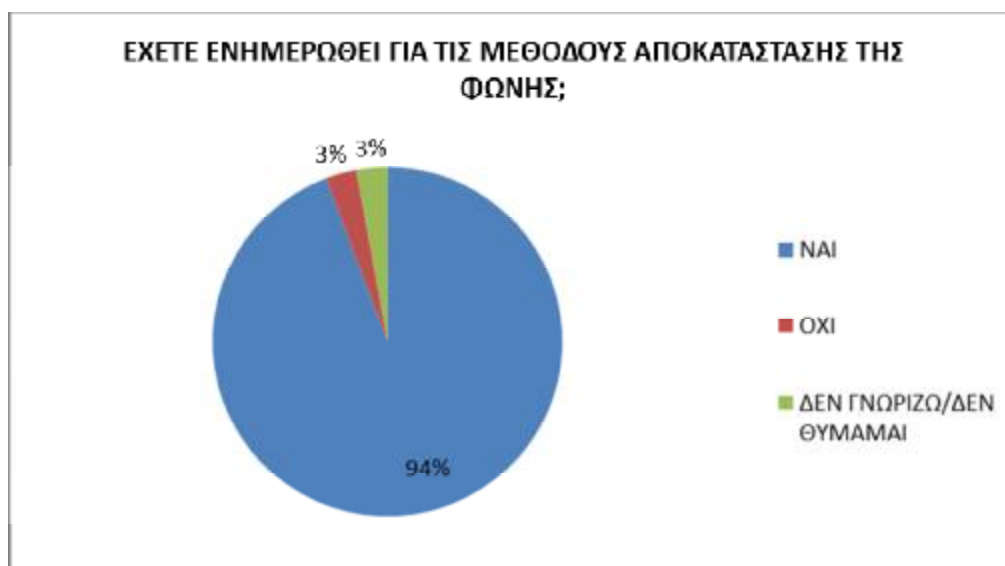
**Διάγραμμα 20:** Πόσο σημαντική είναι για σας η αποκατάσταση της κατάποσης;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 5 ασθενείς του συνολικού δείγματος που αντιμετωπίζουν αυτή τη στιγμή προβλήματα φωνής και κατάποσης, το 82% θεωρεί εξίσου σημαντική την αποκατάσταση και των δύο, ενώ το 18% θεωρεί σημαντικότερη την αποκατάσταση της κατάποσης.



**Διάγραμμα 21:** Αν αντιμετωπίζετε και προβλήματα φωνής και κατάποσης, τι θεωρείτε πιο σημαντικό;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, η πλειοψηφία, δηλαδή το 94% των ασθενών είναι ενημερωμένο για τις μεθόδους αποκατάστασης, το 3% δεν είναι, ενώ το υπόλοιπο 3% του δείγματος δεν γνωρίζει/ δεν θυμάται αν έχει ενημερωθεί.



**Διάγραμμα 22:** Έχετε ενημερωθεί για τις μεθόδους αποκατάστασης της φωνής;

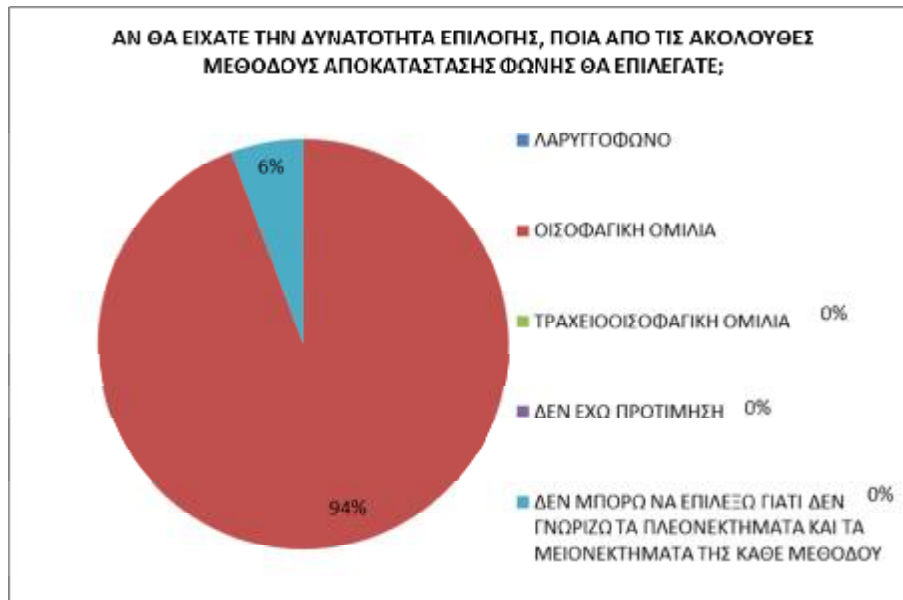
Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, η πλειοψηφία, δηλαδή το 98% είναι ενημερωμένοι για το λαρυγγόφωνο, το 95% από αυτούς για την οισοφαγική ομιλία, ενώ λιγότεροι, με ποσοστό 60% για τη μέθοδο της τραχειοοισοφαγικής ομιλίας.



**Διάγραμμα 23:** Κατανομή δείγματος με βάση τις μεθόδους επικοινωνίας για τις οποίες είναι ενημερωμένοι.

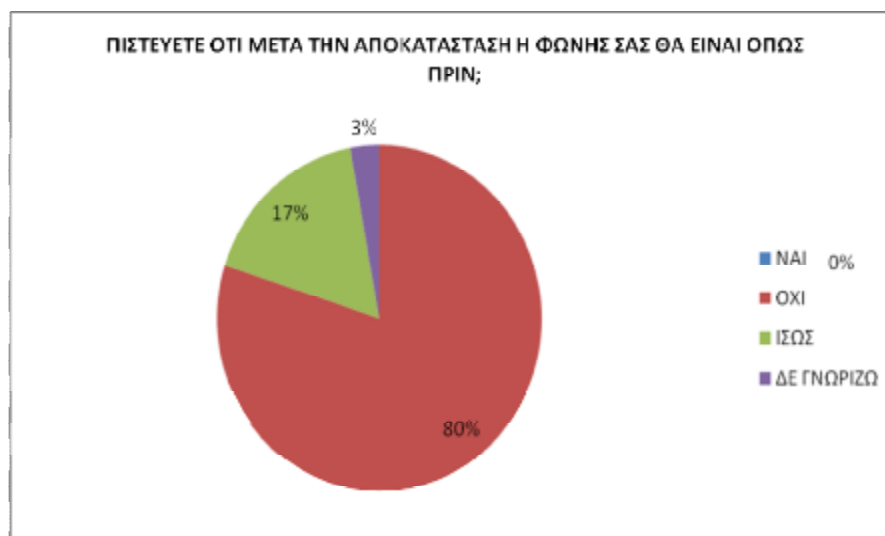


Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, η πλειοψηφία, δηλαδή το 94% των ασθενών θα επέλεγε οισοφαγική ομιλία, το 6% λαρυγγόφωνο, ενώ 0% του δείγματος, δηλαδή κανένας ασθενής δεν θα επέλεγε την τραχειοοισοφαγική ομιλία.



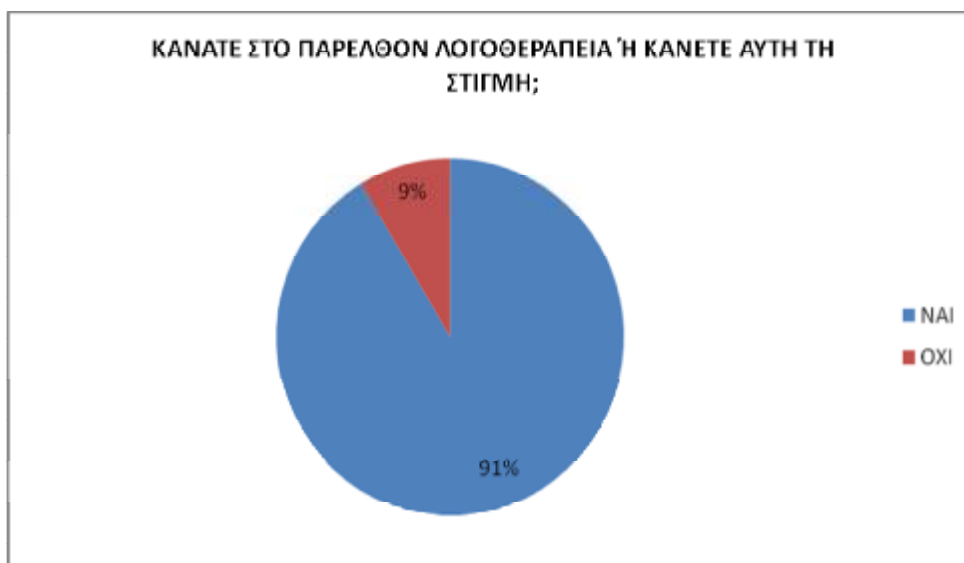
**Διάγραμμα 24:** Αν θα είχατε την δυνατότητα επιλογής, ποια από τις ακόλουθες μεθόδους αποκατάστασης φωνής θα επιλέγατε;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, η πλειοψηφία, δηλαδή το 80% των ασθενών απάντησαν πως δεν πιστεύουν πως η φωνή τους μετά την αποκατάσταση θα είναι ίδια, το 17% απάντησαν πως ίσως να είναι ίδια ενώ το 3% δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν.



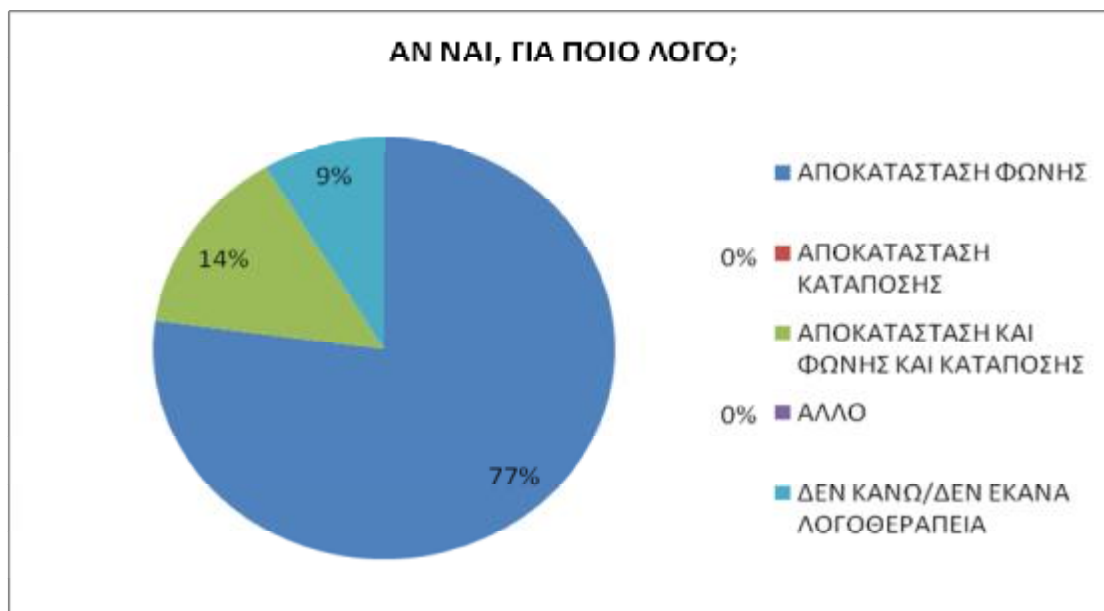
**Διάγραμμα 25:** Πιστεύετε ότι μετά την αποκατάσταση η φωνή σας θα είναι όπως πριν;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, η πλειοψηφία, δηλαδή το 91% των ασθενών είχαν κάνει λογοθεραπεία στο παρελθόν ή κάνουν τώρα ενώ το υπόλοιπο 9% δεν είχε κάνει ποτέ.



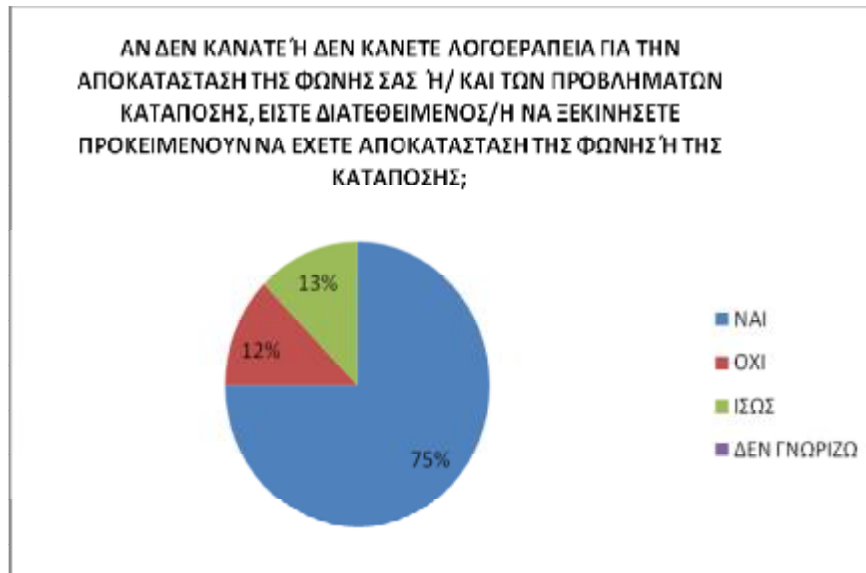
**Διάγραμμα 26:** Κάνατε στο παρελθόν λογοθεραπεία ή κάνετε αυτή τη στιγμή;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν συνολικό δείγμα, η πλειοψηφία, δηλαδή, το 77% των ασθενών έκανε ή κάνει λογοθεραπεία για αποκατάσταση φωνής, το 14% για αποκατάσταση φωνής και κατάποσης ενώ το υπόλοιπο 9% , δηλαδή 3 ασθενείς δεν έχουν κάνει λογοθεραπεία.



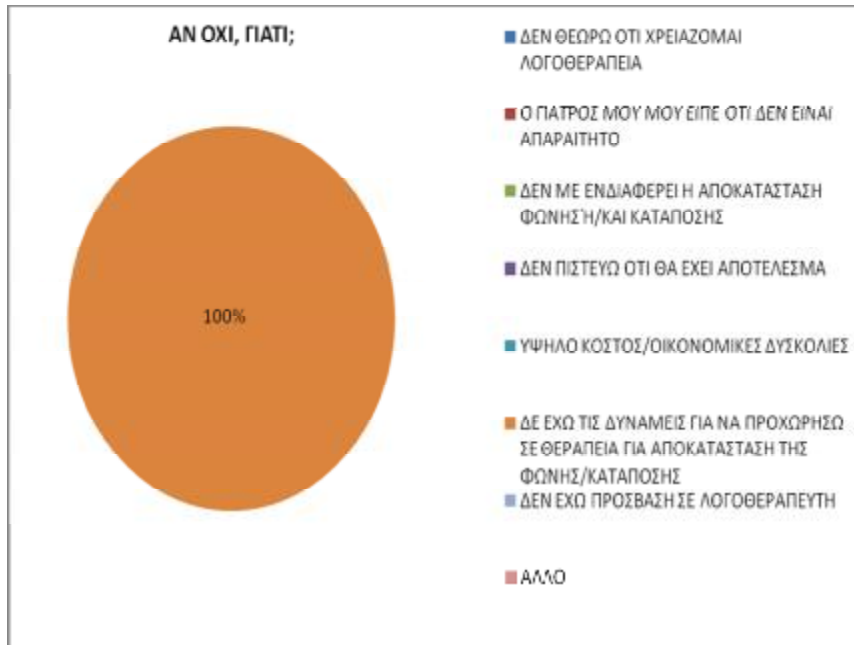
**Διάγραμμα 27:** Αν ναι, για ποιό λόγο;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 32 ασθενείς που δεν έχουν κάνει λογοθεραπεία η πλειοψηφία, δηλαδή, το 75% είναι διατεθειμένοι να ξεκινήσουν λογοθεραπεία, το 13% απάντησε πως ίσως και να ξεκινούσε λογοθεραπεία ενώ το υπόλοιπο 12% έδωσαν αρνητική απάντηση.



**Διάγραμμα 28:** Αν δεν κάνατε ή δεν κάνετε λογοθεραπεία για την αποκατάσταση της φωνής ή/και των προβλημάτων κατάποσης, είστε διατεθειμένος/η να ξεκινήσετε προκειμένου να έχετε αποκατάσταση της φωνής ή της κατάποσης;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως ο 1 ασθενής που δεν είναι διατεθειμένος να ξεκινήσει λογοθεραπεία απάντησε πως ο λόγος που δε θα ξεκινούσε είναι πως δεν υπάρχουν οι δυνάμεις για να προχωρήσει σε θεραπεία για αποκατάσταση.



**Διάγραμμα 29:** Αν όχι, γιατί;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 32 ασθενείς που έκαναν λογοθεραπεία για αποκατάσταση της ομιλίας η πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή το 83% των ασθενών μαθαίνουν οισοφαγική ομιλία, το 14% μαθαίνουν τη χρήση λαρυγγόφωνου ενώ κανένας ασθενής δεν μαθαίνει την μέθοδο της τραχειοοισοφαγικής ομιλίας.



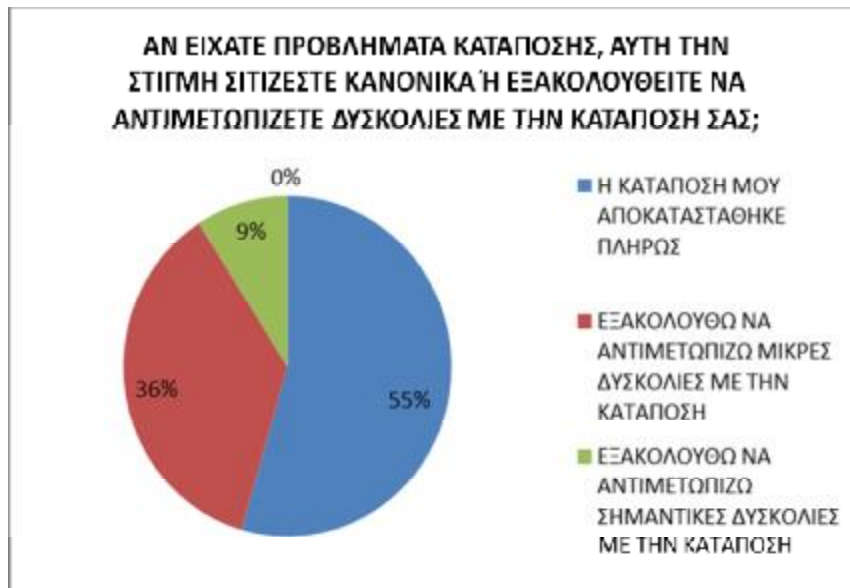
**Διάγραμμα 30:** Αν κάνατε ή κάνετε λογοθεραπεία για αποκατάσταση της φωνής, ποια μέθοδο μαθαίνετε/μάθατε;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 32 ασθενείς που έκαναν λογοθεραπεία για αποκατάσταση της φωνής, η πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή το 38% των ασθενών είναι πολύ ικανοποιημένοι από τα μέχρι τώρα αποτελέσματα αποκατάστασης της φωνής τους, το 34% είναι μετρίως ικανοποιημένοι, το 22% πάρα πολύ ικανοποιημένοι ενώ το 6% λίγο.



**Διάγραμμα 31:** Αν έχετε κάνει λογοθεραπεία για την αποκατάσταση της φωνής, πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα αποτελέσματα της μέχρι τώρα θεραπείας;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 10 ασθενείς του δείγματος που αντιμετώπιζαν προβλήματα κατάποσης, το 55% δηλώνουν πως η κατάποσή τους αποκαταστάθηκε πλήρως, το 36% εξακολουθεί να αντιμετωπίζει μικρές δυσκολίες με την κατάποση και το 9% εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σημαντικές δυσκολίες με την κατάποση. Δηλαδή 5 ασθενείς αντιμετωπίζουν ακόμη και τώρα διαταραχή κατάποσης. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως το 69% των ασθενών δεν παρουσίαζε προβλήματα κατάποσης.



**Διάγραμμα 32:** Αν είχατε προβλήματα κατάποσης, αυτή την στιγμή σιτίζεστε κανονικά ή εξακολουθείτε να αντιμετωπίζετε δυσκολίες με την κατάποση;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 5 ασθενείς που κάναν λογοθεραπεία για αποκατάσταση της κατάποσης, η πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή, το 40% είναι μέτρια ικανοποιημένοι από τα αποτελέσματα της μέχρι τώρα θεραπείας για τη κατάποση τους, ενώ οι απαντήσεις «πολύ», «λίγο» και «καθόλου» συγκέντρωσαν το ποσοστό 20% αντιστοίχως.



**Διάγραμμα 33:** Αν είχατε προβλήματα κατάποσης και κάνατε λογοθεραπεία για την αποκατάσταση της κατάποσης πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα αποτελέσματα της μέχρι τώρα θεραπείας;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 32 ασθενείς που έχουν κάνει λογοθεραπεία, η πλειοψηφία, δηλαδή το 63% των ασθενών είναι πολύ ικανοποιημένοι από την αλληλεπίδραση με το λογοθεραπευτή τους, το 31% πάρα πολύ ικανοποιημένοι και ένα 6% είναι μέτρια ικανοποιημένοι.



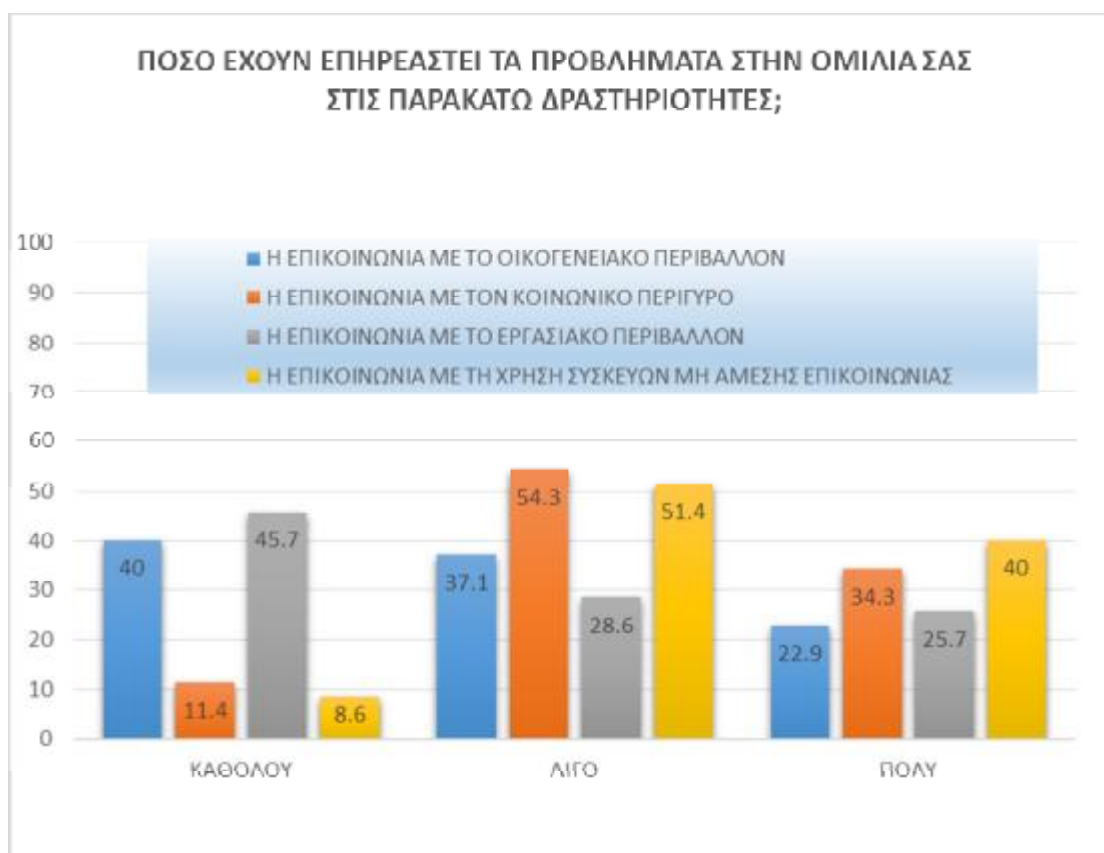
**Διάγραμμα 34:** Πόσο ικανοποιημένος είστε από την αλληλεπίδρασή σας με το λογοθεραπευτή;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, το 37% των ασθενών δηλώνουν μέτρια επηρεασμένη ποιότητα ζωής από τα προβλήματα φωνής που αντιμετωπίζουν, το 23% πάρα πολύ επηρεασμένη ποιότητα ζωής, 17% καθόλου, 14% λίγο επηρεασμένη και 9% πολύ επηρεασμένη.



**Διάγραμμα 35:** Πόσο έχει επηρεαστεί η ποιότητα της ζωής σας από τα προβλήματα φωνής που αντιμετωπίζετε;

Από τα αποτελέσματα στην ερώτηση αυτή, σχετικά με την επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον το 40% του συνολικού δείγματος που αποτελείται από 35 άτομα, απάντησε ότι δεν έχει επηρεαστεί καθόλου, 37,1% απάντησε πως έχει επηρεαστεί λίγο, ενώ 22,9% απάντησαν πως έχει επηρεαστεί πολύ. Η επικοινωνία με τον κοινωνικό περίγυρο δεν επηρεάστηκε καθόλου απάντησε το 11,4% του δείγματος, λίγο το 54,3% ενώ πολύ απάντησε το 34,3%. Για την επικοινωνία με το εργασιακό περιβάλλον το 45,7% απάντησε πως δεν επηρεάστηκε καθόλου, το 28,6% απάντησαν πως επηρεάστηκε λίγο ενώ το 25,7% πως επηρεάστηκε πολύ. Τέλος για την επικοινωνία με τη χρήση συσκευών μη άμεσης επικοινωνίας το 8,6% απάντησε πως δεν επηρεάστηκε καθόλου, το 51,4 απάντησε πως επηρεάστηκε λίγο, ενώ 40% απάντησαν πολύ.



**Διάγραμμα 36:** Πόσο έχουν επηρεάσει τα προβλήματα στην ομιλία σας τις παρακάτω δραστηριότητες;

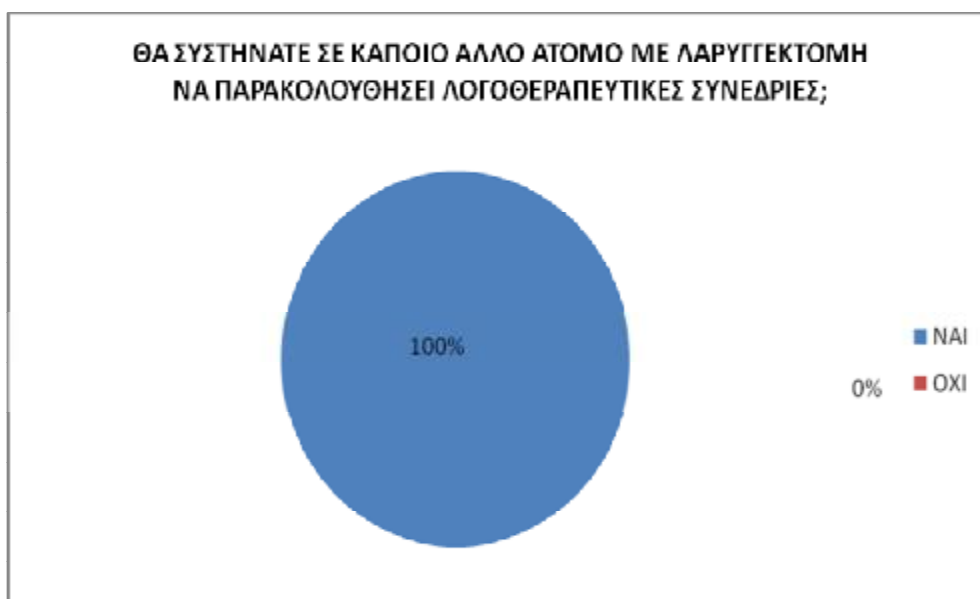


Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν ακόμη και τώρα προβλήματα κατάποσης, στο 56% των ασθενών η ποιότητα ζωής δεν επηρεάστηκε καθόλου, ενώ στο 22% μέτρια και λίγο αντιστοίχως .



**Διάγραμμα 37:** Αν αντιμετωπίζετε προβλήματα κατάποσης, πόσο αυτά επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής σας;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, το 100% δηλαδή όλοι υποστηρίζουν πως θα σύστηναν σε κάποιο άλλο άτομο με λαρυγγεκτομή να παρακολουθήσει λογοθεραπευτικές συνεδρίες.



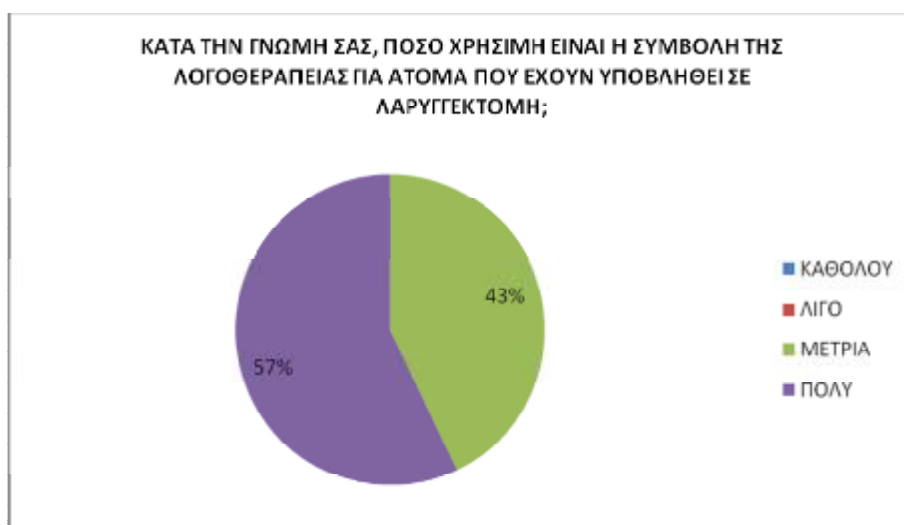
**Διάγραμμα 38:** Θα συστήνατε σε κάποιο άτομο με λαρυγγεκτομή να παρακολουθεί λογοθεραπευτικές συνεδρίες;

Από τα αποτελέσματα του φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς του συνολικού δείγματος, οι 32 ασθενείς με ποσοστό 91% οι οποίοι έκαναν λογοθεραπεία θα παρέπεμπαν σε κάποιο άλλο άτομο με λαρυγγεκτομή στον λογοθεραπευτή τους. Το υπόλοιπο 9% δεν έχει κάνει λογοθεραπεία.



**Διάγραμμα 39:** Θα παραπέμπατε κάποιο άλλο άτομο με λαρυγγεκτομή στον λογοθεραπευτή σας;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, το 57% υποστηρίζουν πως η συμβολή της λογοθεραπείας σε λαρυγγεκτομηθέντες είναι πολύ χρήσιμη ενώ το υπόλοιπο 43% θεωρούν τη συμβολή της λογοθεραπείας μέτρια χρήσιμη.



**Διάγραμμα 40:** Κατά τη γνώση σας πόσο χρήσιμη είναι η συμβολή της λογοθεραπείας για άτομα με λαρυγγεκτομή;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, η πλειοψηφία, με ποσοστό 60% χαρακτήρισαν την υγεία τους «καλή», το 20% ως «μέτρια», το 17% ως «πολύ καλή» και τέλος το 3% ως «κακή».



**Διάγραμμα 41:** Γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας ως

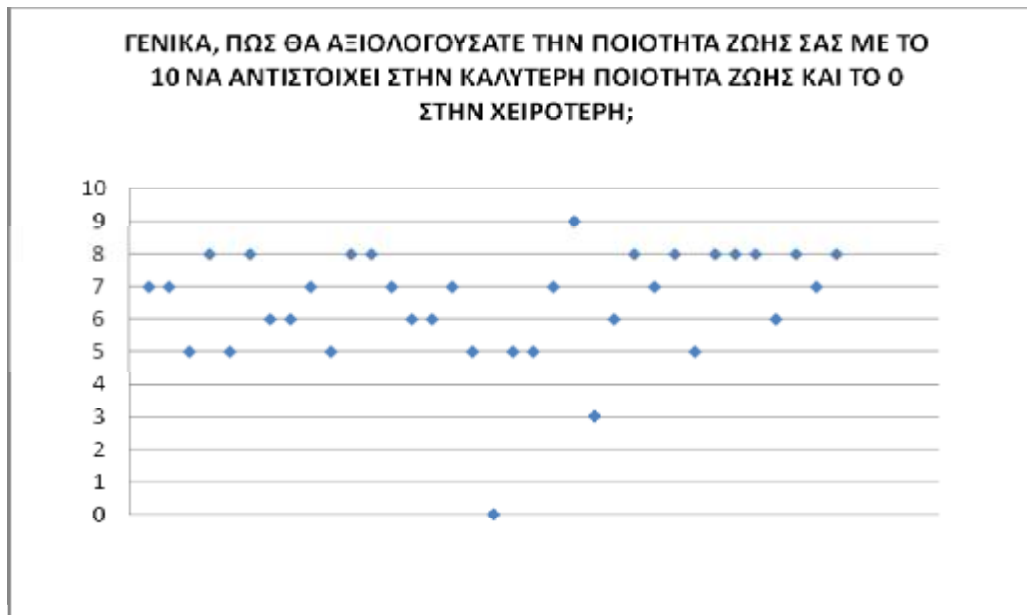
Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, η πλειοψηφία, με ποσοστό 51%, απάντησε πως η υγεία τους σε σύγκριση με το περασμένο χρόνο παραμένει «ίδια», το 26% «κάπως καλύτερη», το 20% «πολύ καλύτερη» ενώ το 3% «κάπως χειρότερη».



**Διάγραμμα 42:** Σε σύγκριση με το περασμένο χρόνο πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας τώρα;

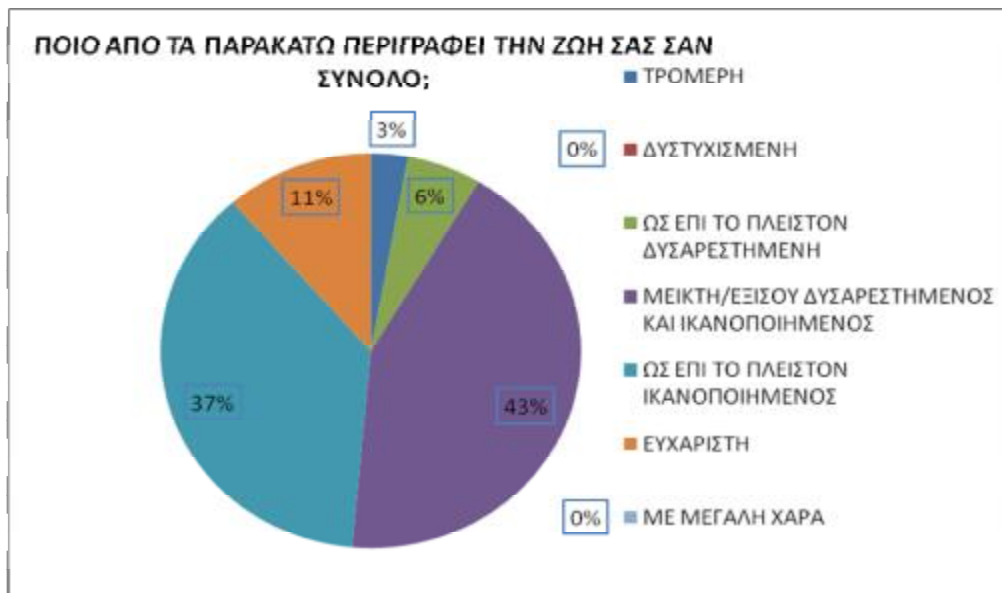
Από τις απαντήσεις των 35 ασθενών που αξιολόγησαν την ποιότητα της ζωής με το 10 να αντιστοιχεί στην καλύτερη ποιότητα και το 0 στη χειρότερη, φαίνεται να έχουν

μέσο όρο το 6,48 με μικρότερο να είναι το 0 μεγαλύτερο το 9.



**Διάγραμμα 43 :** Πως θα αξιολογούσατε τη ποιότητα ζωής σας ;

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως από τους 35 ασθενείς που αποτελούν το συνολικό δείγμα, η πλειοψηφία με ποσοστό 43% των ασθενών θεωρούν τη ζωή τους ως «μεικτή/εξίσου δυσαρεστημένη και ικανοποιημένη», το 37% των ασθενών είναι «ως επι το πλείστον ικανοποιημένοι», το 11% θεωρούν τη ζωή τους «ευχάριστη», το 6% «ως επι το πλείστον δυσαρεστημένη» ενώ το 3% «τρομερή».



**Διάγραμμα 44:** Περιγράψτε τη ζωή σας σαν σύνολο.

### 4.3. Αποτελέσματα Β' Ερωτηματολόγιου

Στα παρακάτω γραφήματα συμπεριλαμβάνονται οι απαντήσεις των ασθενών που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, δηλαδή οι απαντήσεις 5 ασθενών από το συνολικό δείγμα.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, η πλειοψηφία με ποσοστό 40% δεν έχει άποψη σχετικά με το ερώτημα. Ένα 20%, συμφωνεί αρκετά με το ότι ο τρόπος κατάποσής του περιορίζει τις καθημερινές του δραστηριότητες, ένα ακόμη ποσοστό 20% συμφωνεί, ενώ το υπόλοιπο 20% διαφωνεί με το ερώτημα.



**Διάγραμμα 45:** Ο τρόπος κατάποσής μου περιορίζει τις καθημερινές μου δραστηριότητες.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, το 80% δεν ντρέπονται για τις διατροφικές τους συνήθειες. Ενώ 20% δεν έχουν άποψη για το συγκεκριμένο ερώτημα. Αξίζει να αναφερθεί ότι κανένας δεν συμφώνησε με το ότι ντρέπεται για τις διατροφικές του συνήθειες.



**Διάγραμμα 46:** Οι διατροφικές μου συνήθειες με κάνουν και ντρέπομαι.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η πλειοψηφία των 5 ασθενών που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης με ποσοστό 80% διαφωνούν με το ότι οι άλλοι δεν δυσκολεύονται καθόλου να μαγειρέψουν γι' αυτούς. Ενώ, το 20% δεν έχουν άποψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανείς δεν απάντησε θετικά στο ερώτημα.



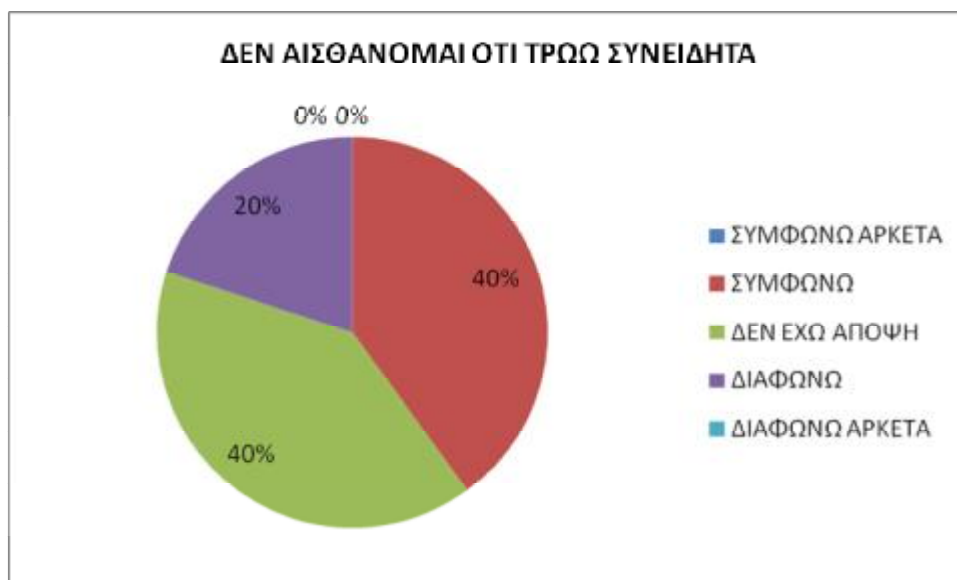
**Διάγραμμα 47:** Οι άλλοι δυσκολεύονται να μαγειρέψουν για μένα.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι όλοι οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης (5 ασθενείς) συμφωνούν με το ότι η κατάποσή τους είναι πιο δύσκολη στο τέλος της ημέρας.



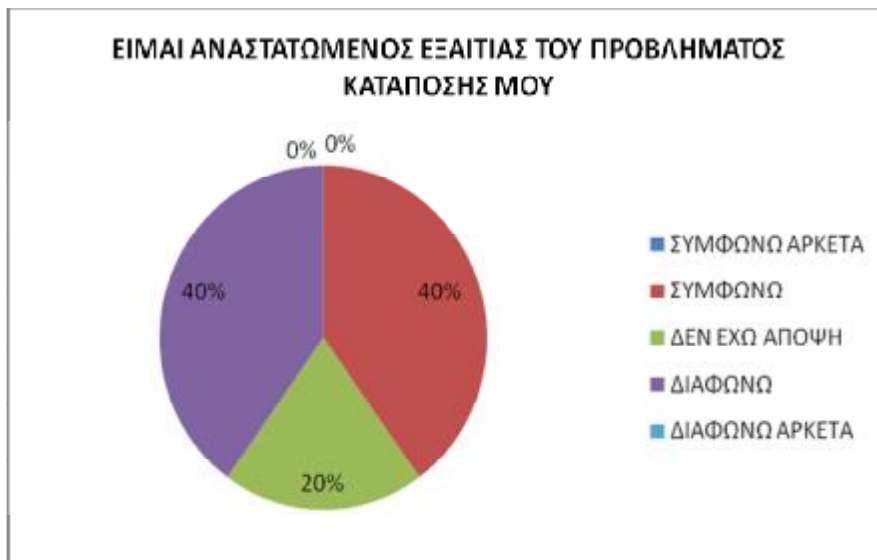
**Διάγραμμα 48:** Η κατάποσή μου είναι πιο δύσκολη στο τέλος της μέρας.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης το 40% συμφωνεί με το ότι δεν αισθάνεται ότι τρώει συνειδητά. Ενώ το 20% διαφωνεί με το ερώτημα.



**Διάγραμμα 49:** Δεν αισθάνομαι ότι τρώω συνειδητά.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης το 40% νιώθουν αναστατωμένοι εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής τους. Ενα άλλο 40% διαφωνεί με το ερώτημα, δηλαδή δεν νιώθει αναστατωμένο εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής του. Το 20% του συγκεκριμένου δείγματος δεν έχει άποψη επί του θέματος.



**Διάγραμμα 50:** Είμαι αναστατωμένος εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.

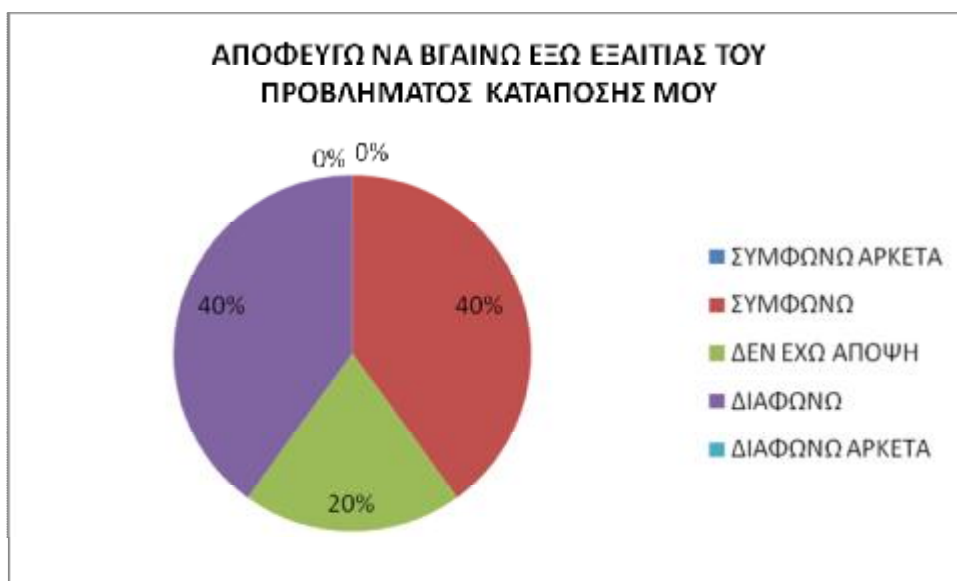
Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι το 80% του δείγματος που αντιμετωπίζει προβλήματα κατάποσης καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια για να καταπιεί. Ενώ το 20% διαφωνεί με το ερώτημα.



**Διάγραμμα 51:** Το να καταπίνω απαιτεί πολύ μεγάλη προσπάθεια.



Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης το 40% αποφεύγουν να βγαίνουν έξω εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής τους. Ενώ, ένα άλλο 40% διαφωνεί με το ερώτημα και το 20% δεν έχει άποψη επί του θέματος.



**Διάγραμμα 52:** Αποφεύγω να βγαίνω έξω εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως η πλειοψηφία των 5 ασθενών του δείγματος που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, με ποσοστό 60% θεωρούν ότι οι δυσκολίες κατάποσής τους δεν έχουν καθόλου αρνητικό αντίκτυπο στο εισόδημά τους. Ενώ το 20% συμφωνεί με το ερώτημα.



**Διάγραμμα 53:** Οι δυσκολίες κατάποσής μου έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο εισόδημά μου.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, το 80% συμφωνεί με το ότι τους απαιτείται αρκετός χρόνος για να ολοκληρώσουν το γεύμα τους. Ενώ, το 20% διαφωνεί με το ερώτημα.



**Διάγραμμα 54:** Μου παίρνει πολύ χρόνο να ολοκληρώσω το γεύμα μου εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, η πλειοψηφία, δηλαδή το 40% συμφωνεί με το ότι οι άλλοι ρωτούν γιατί δεν μπορούν να φάνε κάποια τροφή. Ενώ, το 20% διαφωνεί με το ερώτημα.



**Διάγραμμα 55:** Οι άλλοι με ρωτούν «γιατί δεν μπορείς να φας αυτή τη τροφή;»

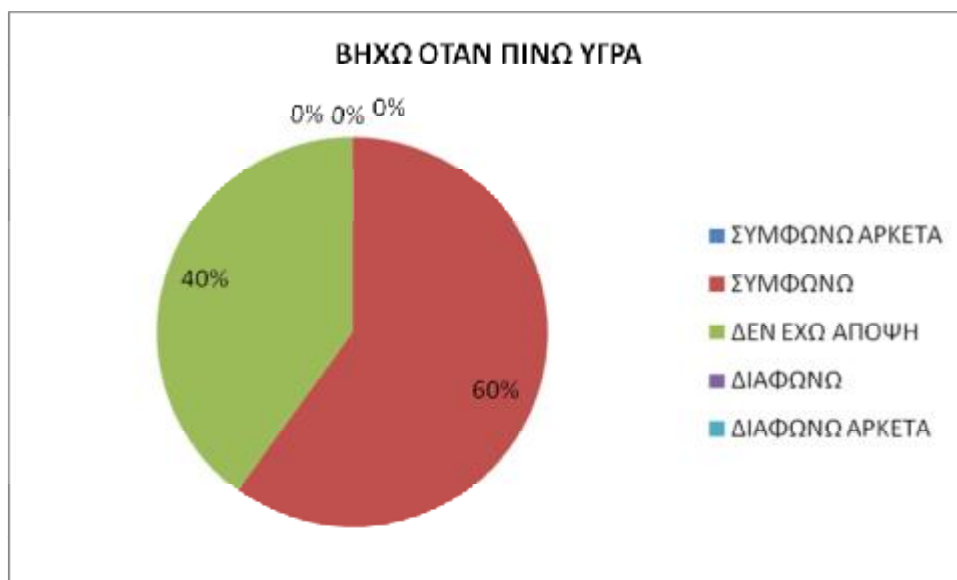
Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, το 80% διαφωνεί με το ότι οι άλλοι εκνευρίζονται με το

πρόβλημα κατάποσής τους, ενώ το 20% διαφωνεί αρκετά. Αξίζει να αναφερθεί ότι κανένας δεν συμφώνησε με την εξής ερώτηση.



**Διάγραμμα 56:** Οι άλλοι εκνευρίζονται με το πρόβλημα κατάποσής μου.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης το 60% βήχει όταν πίνει υγρά.



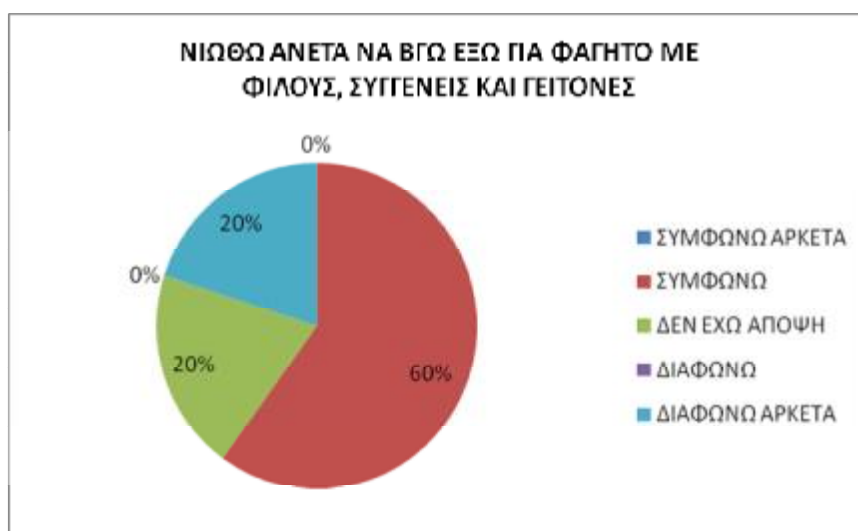
**Διάγραμμα 57:** Βήχω όταν πίνω υγρά.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης το 60% διαφωνεί με το ότι τα προβλήματα κατάποσής του περιορίζει την προσωπική και κοινωνική του ζωή. Ενώ το 40% του δείγματος συμφωνεί με το ερώτημα.



**Διάγραμμα 58:** Τα προβλήματα κατάποσής μου περιορίζουν την προσωπική και κοινωνική μου ζωή.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης το 60% νιώθει άνετα να βγει έξω για φαγητό με φίλους, συγγενείς και γείτονες. Ενώ, το 20% διαφωνεί αρκετά.



**Διάγραμμα 59:** Νιώθω άνετα να βγω έξω για φαγητό με φίλους, συγγενείς και γείτονες.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, το 60% έχει περιορίσει την πρόσληψη τροφής του εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης. Ενώ, το 20% διαφωνεί με το ερώτημα.



**Διάγραμμα 60:** Έχω περιορίσει την πρόσληψη τροφής εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης το 60% δεν μπορεί να διατηρήσει το βάρος του εξαιτίας των προβλημάτων κατάποσης. Ενώ το 40% διαφωνεί με το ερώτημα.



**Διάγραμμα 61:** Δεν μπορώ να διατηρήσω το βάρος μου εξαιτίας της διαταραχής κατάποσης.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, το 60% δεν έχει άποψη σχετικά με το ερώτημα. Ενώ το 40% διαφωνεί με το ότι έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση εξαιτίας των προβλημάτων κατάποσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένα άτομο δεν συμφωνεί με το ερώτημα.



**Διάγραμμα 62:** Έχω χαμηλή αυτοεκτίμηση εξαιτίας των προβλημάτων κατάποσης.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, το 40% του δείγματος συμφωνεί με το ότι έχει την αίσθηση ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνει είναι τεράστια. Ενώ, μόλις το 20% του δείγματος διαφωνεί με το ερώτημα.



**Διάγραμμα 63:** Έχω την αίσθηση ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνω είναι τεράστια.

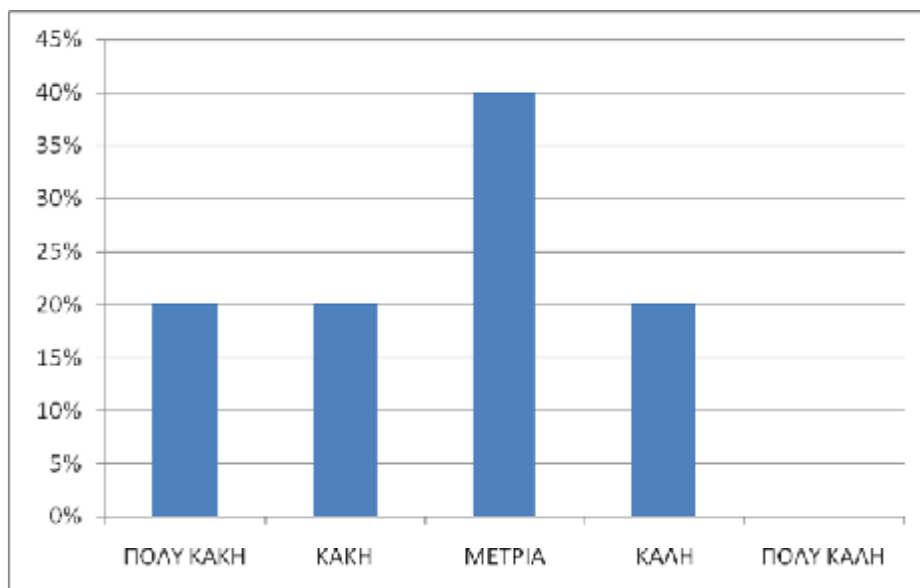
Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, δηλαδή το 40% δεν νιώθουν καθόλου παραγκωνισμένοι εξαιτίας των διατροφικών τους συνηθειών. Ενώ το 20% απαντάει θετικά στο ερώτημα.



**Διάγραμμα 64:** Νιώθω παραγκωνισμένος εξαιτίας των διατροφικών μου συνηθειών.

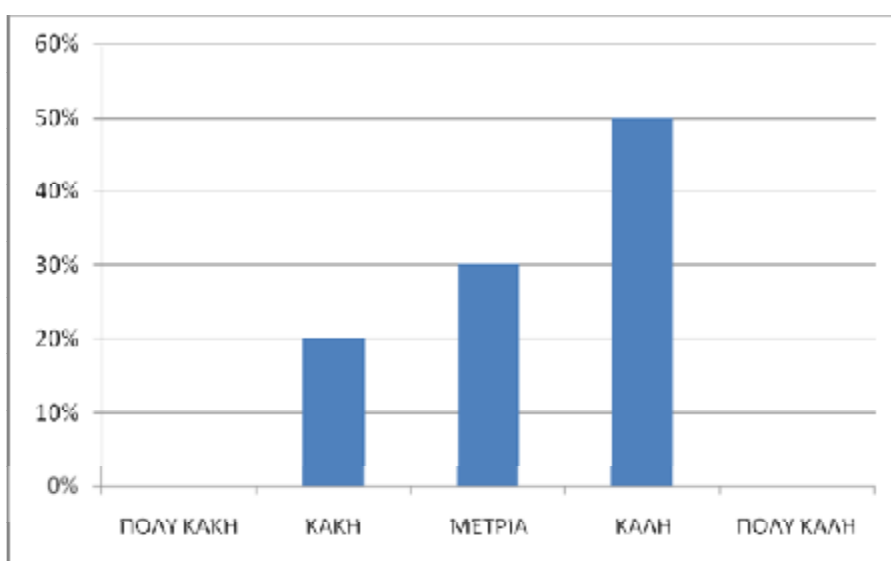
#### 4.4. Αποτελέσματα δεδομένων Β' ερωτηματολογίου ανά κατηγορία

Φαίνεται ότι στην κατηγορία «καθημερινή δραστηριότητα» από τους 5 ασθενείς του δείγματος, η πλειοψηφία με ποσοστό 40%, έχει μέτρια ποιότητα ζωής, όσον αφορά την καθημερινή δραστηριότητα. Ακόμη, 20% δηλώνουν κακή ποιότητα ζωής και 20% πολύ κακή και 20% καλή ποιότητα ζωής



**Διάγραμμα 65:** Ποιότητα ζωής στην κατηγορία «Καθημερινή Δραστηριότητα».

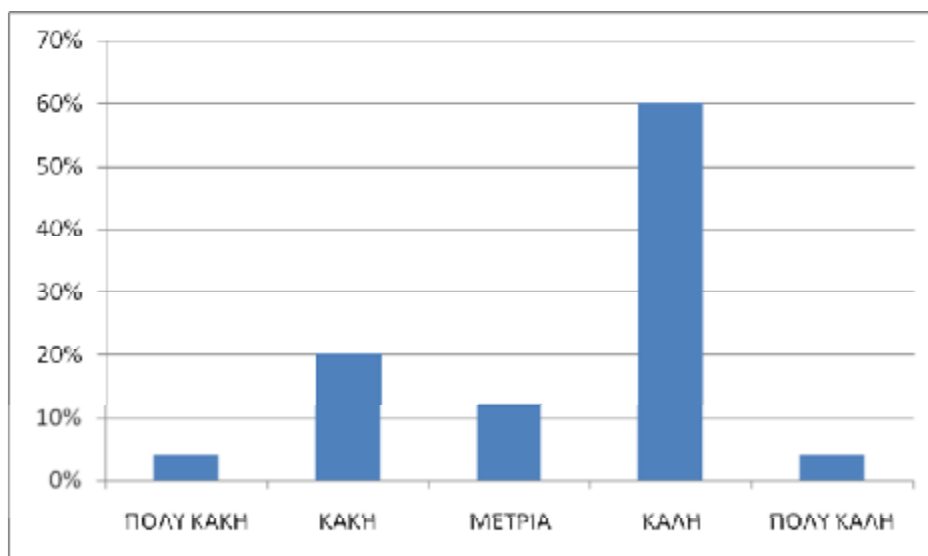
Φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, η πλειοψηφία, με ποσοστό 50% αναφέρει καλή ποιότητα ζωής όσον αφορά την ψυχική / συναισθηματική κατάσταση.



**Διάγραμμα 66:** Ποιότητα ζωής στην κατηγορία «Ψυχική Κατάσταση».

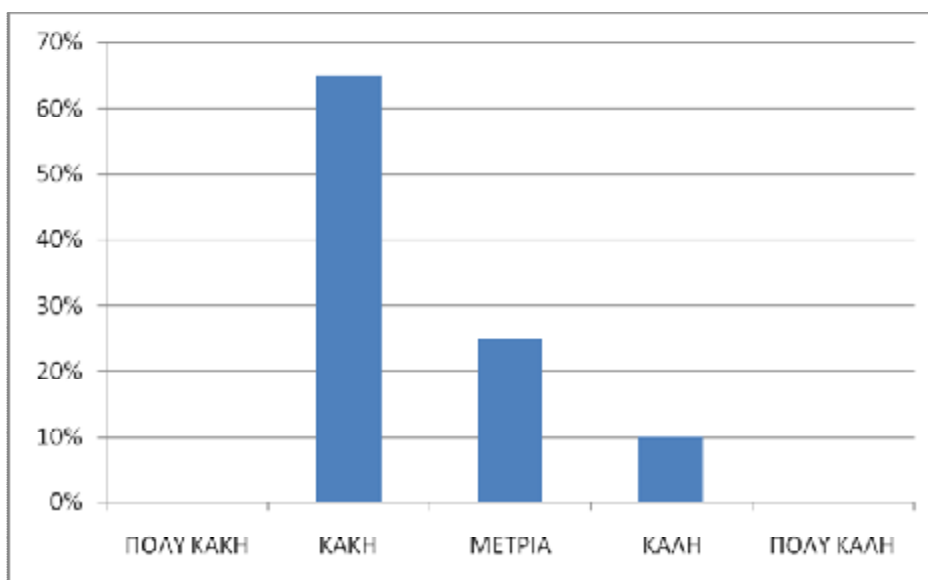


Φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, η πλειοψηφία, με ποσοστό 60% αναφέρει καλή ποιότητα ζωής όσον αφορά την λειτουργικότητα.



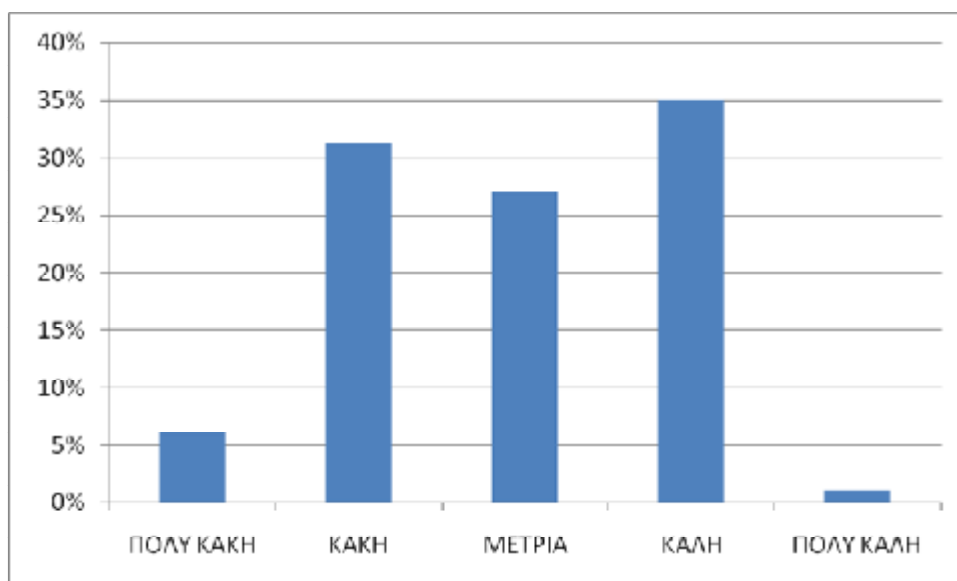
**Διάγραμμα 67:** Ποιότητα ζωής στην κατηγορία «Λειτουργικότητα».

Φαίνεται ότι από τους 5 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, η πλειοψηφία με ποσοστό 65% αναφέρει κακή ποιότητα ζωής όσον αφορά την φυσική κατάσταση.



**Διάγραμμα 68:** Ποιότητα ζωής στην κατηγορία «Φυσική Κατάσταση».

Σε γενικά πλαίσια η γενική ποιότητα ζωής των 5 ασθενών που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης διακρίνεται στο 35% του δείγματος σε καλή και στο 31% του δείγματος κακή. Συνεπώς τα ποσοστά μοιράζονται με αποτέλεσμα να φαίνεται πως η γενική ποιότητα ζωής τους είναι μέτρια.



**Διαγραμμα 69:** Γενική ποιότητα ζωής ασθενών.

#### **4.5. Αποτελέσματα αξιολόγησης αξιοπιστίας / εσωτερικής συνέπειας (Reliability Internal Consistency) Β' ερωτηματολογίου**

Από τα αποτελέσματα αξιολόγησης εσωτερικής συνέπειας στην κατηγορία «Φυσική Κατάσταση» φαίνεται πως υπάρχει άριστη συνοχή δείγματος με τιμή 0,98.

K	35
Σvar	47,78125
Var	1016,9375
A	<b>0,98</b>
	<b>Reliability (Internal Consistency)</b>

**Πίνακας 4:** Αξιολόγηση ερωτήσεων κατηγορίας «Φυσική Κατάσταση» (Physical)

Από τα αποτελέσματα αξιολόγησης εσωτερικής συνέπειας στην κατηγορία «Ψυχική Κατάσταση» φαίνεται πως υπάρχει άριστη συνοχή δείγματος με τιμή 0,99.

K		35
Σvar		56,80555556
Var		1526,472222
A		<b>0,99</b>
		<b>Reliability (Internal Consistency) --- Almost perfect</b>

**Πίνακας 5:** Αξιολόγηση ερωτήσεων κατηγορίας «Ψυχική Κατάσταση» (Emotional)

Από τα αποτελέσματα αξιολόγησης εσωτερικής συνέπειας στην κατηγορία «Λειτουργικότητα» φαίνεται πως υπάρχει άριστη συνοχή δείγματος με τιμή 0,89.

K		35
Σvar		28,16
Var		214,96
A		<b>0,89</b>
		<b>Reliability (Internal Consistency) --- Almost perfect</b>

**Πίνακας 6:** Αξιολόγηση ερωτήσεων κατηγορίας «Λειτουργικότητα» (Functional)

Από τα αποτελέσματα αξιολόγησης εσωτερικής συνέπειας στο σύνολο του ερωτηματολογίου μετά από μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά M.D. Anderson Dysphagia Inventory φαίνεται πως υπάρχει άριστη συνοχή δείγματος με τιμή 0,97.

K		35
Σvar		32,935
Var		532,06
A		<b>0,97</b>
		<b>Reliability (Internal Consistency) --- Almost perfect</b>

**Πίνακας 7:** Αξιολόγηση ερωτήσεων όλων των κατηγοριών του Β' Ερωτηματολογίου

Τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία θέλει να δώσει απάντηση αυτή η εργασία είναι τα εξής:

1. Ήταν ενημερωμένοι οι Έλληνες ασθενείς με λαρυγγεκτομή για τα πιθανά προβλήματα φωνής και κατάποσης που θα προέκυπταν μετά το χειρουργείο;

Όπως φαίνεται στα διαγράμματα 3 και 4 το 66% του συνολικού δείγματος που αποτελούταν από 35 ασθενείς ήταν πρεγχειρητικά ενημερωμένο για τα προβλήματα φωνής που θα προέκυπταν μετά το χειρουργείο, ενώ το 34% όχι. Όσον αφορά τα προβλήματα κατάποσης, το 31% ήταν ενημερωμένο, ενώ το 69% δεν ήταν.

2. Πότε έγινε η ενημέρωση για τα προβλήματα φωνής και κατάποσης;

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 9, η ενημέρωση στο 33% των ασθενών του συνολικού δείγματος που αποτελούταν από 35 άτομα έγινε μετεγχειρητικά. Στο 25% έγινε πριν τη χειρουργική επέμβαση, στο 22% και πριν και μετά, ενώ το 20% δεν ενημερώθηκε καθόλου.

3. Ενημερώθηκαν οι Έλληνες ασθενείς με λαρυγγεκτομή μετεγχειρητικά για τα πιθανά προβλήματα καθώς και τις προοπτικές αποκατάστασης;

Όπως φαίνεται στα διαγράμματα 15 και 16, από το συνολικό δείγμα που αποτελούταν από 35 ασθενείς το 100% δηλαδή όλοι ενημερώθηκαν μετεγχειρητικά από τον λογοθεραπευτή για τα προβλήματα φωνής, ενώ λιγότεροι με ποσοστό 70% ενημερώθηκαν για προβλήματα κατάποσης. Στο διάγραμμα 22 φαίνεται πως η πλειοψηφία του συνολικού δείγματος, με ποσοστό 94% ενημερώθηκε για τις προοπτικές αποκατάστασης της ομιλίας.

4. Ποιές είναι οι επιδράσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών με λαρυγγεκτομή;

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 35 τα προβλήματα φωνής έχουν επηρεάσει μέτρια την ποιότητα της ζωής στο 37%, πάρα πολύ στο 23%, καθόλου στο 17% , λίγο στο 14% και πολύ στο 9% του συνόλου του δείγματος. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 69, η ποιότητα ζωής των 5 ασθενών που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης διακρίνεται στο 35% του δείγματος σε καλή, στο 31% του δείγματος κακή και στο 27% μέτρια. Συγκεκριμένα, η φυσική κατάσταση των ασθενών με προβλήματα κατάποσης είναι αυτή που επηρεάζει περισσότερο την ποιότητα ζωής τους, εφόσον το 67% ανέφερε κακή ποιότητα ζωής στις αντίστοιχες ερωτήσεις (διαγρ. 68).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

## 5. Συζήτηση

### 5.1. Κυριότερα ευρήματα

Σύμφωνα με τα ευρήματα, η προεγχειρητική ενημέρωση είναι ελλιπής σε ασθενείς με λαρυγγεκτομή γεγονός το οποίο είναι αρνητικό αλλά δικαιολογείται σε κάποιο βαθμό από το γεγονός ότι πρωτεύοντα ρόλο σε κακοήθη νεοπλάσματα αποτελεί η επιβίωση του ασθενούς. Ακόμη, παρατηρείται πως ο λογοθεραπευτής απουσιάζει από την διεπιστημονική ομάδα κατά την προεγχειρητική περίοδο (διαγρ. 8, 9, 13 & 18). Αφού εξασφαλισθεί η επιτυχία του χειρουργείου τότε φαίνεται να δίνεται έμφαση από τους θεράποντες ιατρούς για την ενημέρωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και την παραπομπή των ασθενών σε λογοθεραπευτή ούτως ώστε να ολοκληρωθεί η ενημέρωση και στο κομμάτι της αποκατάστασης (διαγρ. 5 & 10).

Η προεγχειρητική ενημέρωση σχετικά με τα προβλήματα φωνής / κατάποσης φάνηκε να είναι ελλιπής συγκριτικά με την αντίστοιχη μετεγχειρητική ενημέρωση (διάγρ. 9). Συγκεκριμένα, η πρώτη επαφή των ασθενών με λογοθεραπευτή έγινε μετά το χειρουργείο (διαγρ. 13) όπου η ενημέρωση που πραγματοποιήθηκε για τα προβλήματα φωνής / κατάποσης κατά αυτό το χρονικό διάστημα ήταν άριστη (διαγρ. 15 & 16). Παρατηρώντας αυτήν την μεγάλη διαφορά στο ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών ως προς την ενημέρωση για τα προβλήματα φωνής / κατάποσης (διαγρ. 17 & 18), γίνεται ξεκάθαρα εμφανής η θετική συμβολή της λογοθεραπείας στο κομμάτι της προεγχειρητικής ενημέρωσης (διαγρ. 15, 16, 17 & 18). Σύμφωνα με τα παραπάνω, κρίνεται σημαντική η λογοθεραπευτική παρέμβαση από την προεγχειρητική κιάλας περίοδο, την άποψη αυτή για το σημαντικό ρόλο του λογοθεραπευτή υποστηρίζει και η διεθνής βιβλιογραφία (Tang et al., 2015).

Η ενημέρωση σχετικά με τις προοπτικές αποκατάστασης της φωνής ήταν εξαιρετικά ικανοποιητική (διάγρ. 22) κυρίως για τη χρήση του λαρυγγόφωνου και της οισοφαγικής ομιλίας (διαγρ. 23). Το 91% του δείγματος έχει κάνει / έκανε λογοθεραπεία (διάγρ. 26), κάτι το οποίο δικαιολογείται από το γεγονός ότι το 85,7% του δείγματος ανήκουν σε ένα σύλλογο που τους παρέχει ενημέρωση και αποκατάσταση. Βάσει αυτού, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι η λήψη ενός τυχαίου δείγματος που δεν του παρέχεται υποστήριξη από αντίστοιχους συλλόγους θα έχει εξίσου ελλιπή προεγχειρητική και μετεγχειρητική ενημέρωση. Το συλλογισμό αυτό μπορεί να τον δικαιολογήσει η διαπίστωση ότι το 4,3% του δείγματος που δεν ανήκε σε σύλλογο είχε σημαντικά ελλιπή ενημέρωση με την επιφύλαξη ότι αναφερόμαστε σε έναν πολύ μικρό αριθμό ατόμων.

Συγκεκριμένα, ο λόγος για τον οποίο οι ασθενείς έκαναν λογοθεραπεία ήταν στο 77% των περιπτώσεων για αποκατάσταση της ομιλίας, ενώ στο 14 % για αποκατάσταση ομιλίας και κατάποσης (διάγρ. 27). Το μικρό ποσοστό ασθενών που παρακολούθησαν συνεδρίες για αποκατάσταση της κατάποσης οφείλεται στο γεγονός ότι το 74% των ασθενών του δείγματος δεν αντιμετώπιζε προβλήματα κατάποσης (διάγρ. 20). Παρά

το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς έδειξαν προτίμηση στην εκμάθηση της οισοφαγικής ομιλίας (διάγρ. 24) ένα μέρος μέρος αυτών δεν ήταν σε θέση να εκπαιδευτούν στην συγκεκριμένη μέθοδο (διαγρ. 30) με κυριότερη αιτία την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση που αντιμετώπιζαν όπως οι ίδιοι ανέφεραν. Η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 60% δηλώνουν πολύ έως και πάρα πολύ ικανοποιημένοι με τα αποτελέσματα της μέχρι τώρα αποκατάστασης της φωνής τους. (διάγρ. 31). Αξίζει να αναφερθεί ότι όλοι οι ασθενείς του δείγματος που έκαναν λογοθεραπεία ήταν σε κάποιο βαθμό ικανοποιημένοι γεγονός που ενισχύει τη σημαντικότητα του ρόλου του λογοθεραπευτή. Οι ίδιοι οι ασθενείς φαίνεται να αντιλαμβάνονται τη χρησιμότητα και αποτελεσματικότητα της λογοθεραπείας και ως εκ τούτου θα σύστηναν σε κάποιο άλλο άτομο με λαρυγγεκτομή να παρακολουθήσει λογοθεραπευτικές συνεδρίες (διάγρ. 38).

Η ποιότητα ζωής των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα αξιολογήθηκε με τις ερωτήσεις 35, 37, 44, 45 του πρώτου ερωτηματολογίου (**Παράρτημα III**) και από το Β' Ερωτηματολόγιο (**Παράρτημα IV**). Στο διάγραμμα 37, που αναφέρεται στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης, φάνηκε πως στο 56% του δείγματος η διαταραχή κατάποσης δεν επηρέασε την ποιότητα ζωής τους. Αυτό αιτιολογείται κυρίως από το γεγονός ότι το 74% των ασθενών δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα κατάποσης. Επιπλέον, εφόσον όλοι οι ασθενείς αντιμετώπιζαν προβλήματα φωνής δικαιολογείται και η απάντηση στο διάγραμμα 35 όπου το 40% του δείγματος δηλώνει πως οι διαταραχές φωνής έχουν επηρεάσει πολύ την ποιότητα ζωής τους, ενώ ένα 37% δηλώνει μέτρια επίδραση. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν και με άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε Έλληνες ασθενείς με λαρυγγεκτομή, σε μία εκ των οποίων αναφέρεται ότι το 40,6% του δείγματος αναφέρει μειωμένη ποιότητα ζωής λόγω της απώλειας φωνής. (Νταλμπάντιαν, 2008). Στο σύνολό της η ποιότητα ζωής χαρακτηρίστηκε αριθμητικά, στην ερώτηση 44 (διάγραμμα 43), από τους ίδιους τους ασθενείς σε μία κλίμακα από το 0 έως το 10 και έδειξε μέσο όρο 6,48. Αυτό συμβαδίζει με τα αποτελέσματα της ερώτησης 45 (διάγραμμα 44) όπου η πλειοψηφία των ασθενών χαρακτήρισε συνολικά τη ζωή τους μεικτή με ποσοστό 43% και ως επί το πλείστον ικανοποιημένη με ποσοστό 37% αντιστοίχως. Φαίνεται ότι σε γενικό επίπεδο η ποιότητα ζωής του συγκεκριμένου δείγματος έχει επηρεαστεί περισσότερο από τα προβλήματα φωνής που αντιμετωπίζουν.

Το Β' ερωτηματολόγιο "M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)" επιβεβαίωσε ότι η πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος δεν αντιμετώπιζε προβλήματα κατάποσης. Επομένως, τα γραφήματα και η ανάλυση των αποτελεσμάτων αφορούσαν τις απαντήσεις των 5 ασθενών που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάποσης. Το δείγμα έδειξε να επηρεάζεται στις 4 κατηγορίες του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου που αφορούν την ποιότητα ζωής. Η κατηγορία που φάνηκε να επηρεάζει περισσότερο την ποιότητα ζωής είναι η φυσική κατάσταση (διαγρ. 68), εφόσον το 65% των ασθενών ανέφεραν κακή ποιότητα ζωής στις ερωτήσεις που αφορούσαν τη συγκεκριμένη κατηγορία. Αυτό συμφωνεί με τη Διεθνή

βιβλιογραφία, όπου σύμφωνα με έρευνα στην Νότια Ουαλία της Αυστραλίας η ποιότητα ζωής των ασθενών φάνηκε να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την κακή φυσική τους κατάσταση. (Perry et al, 2015). Η λειτουργικότητα των ασθενών φάνηκε να επηρεάζεται λιγότερο (διαγρ. 67), εφόσον στις ερωτήσεις της συγκεκριμένης κατηγορίας οι απαντήσεις σε ποσοστό 60% έδειξαν καλή ποιότητα ζωής. Τα θετικά αποτελέσματα στην κατηγορία της λειτουργικότητας δικαιολογούνται από το γεγονός ότι το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελούνταν κυρίως από άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών. Αυτή η παρατήρηση συμφωνεί με την Ελληνική βιβλιογραφία σύμφωνα με την οποία χαμηλά αποτελέσματα στον τομέα της λειτουργικότητας αναφέρουν άτομα νεαρής ηλικίας λόγω των αυξημένων απαιτήσεών τους (Νταλμπάντιαν, 2008). Ακόμη, η ψυχική κατάσταση φάνηκε καλή στο 50% των ασθενών (διαγρ. 66). Η καθημερινή δραστηριότητα φάνηκε να επηρεάζει μέτρια την ποιότητα ζωής των ασθενών με ποσοστό 40%, αλλά ένα 40% φάνηκε να έχει κακή έως πολύ κακή ποιότητα ζωής και ένα 20% καλή ποιότητα ζωής (διαγρ. 65). Παρατηρούμε δηλαδή πως τα ποσοστά μοιράζονται με αποτέλεσμα να διαφαίνεται μια μέτρια έως κακή ποιότητα ζωής όσον αφορά τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών. Φαίνεται λοιπόν πως η φυσική κατάσταση είναι αυτή που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και ακολουθεί η καθημερινή δραστηριότητα με σημαντικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής. Ωστόσο, και στις άλλες δύο κατηγορίες (ψυχική κατάσταση, λειτουργικότητα) παρόλο που η πλειοψηφία των απαντήσεων κυμαίνεται σε μέτρια και καλή ποιότητα ζωής δεν μπορούμε να παραλείψουμε τα μικρότερα ποσοστά που δηλώνουν κακή ποιότητα ζωής. Σε γενικά πλαίσια η ποιότητα ζωής των ασθενών είναι καλή στο 35% των ασθενών, κακή στο 31% των ασθενών και μέτρια στο 27%. Ένα ποσοστό 6% δήλωσε συνολικά πολύ κακή ποιότητα ζωής και 1% πολύ καλή ποιότητα ζωής (διαγρ. 69). Όσον αφορά την πλειοψηφία των αποτελεσμάτων στη γενική ποιότητα ζωής τα ποσοστά χωρίζονται σε 35% με καλή ποιότητα ζωής και σε 31% με κακή ποιότητα ζωής, άρα συμπεραίνουμε πως η γενική ποιότητα ζωής είναι μέτρια στο σύνολο των ασθενών με προβλήματα κατάποσης. Αξίζει να αναφερθεί πως το δείγμα των ασθενών με προβλήματα κατάποσης ανήκει σε έναν οργανωμένο σύλλογο (Πανελλήνιος Σύλλογος Λαρυγγεκτομηθέντων) ο οποίος τους παρέχει ενημέρωση, αποκατάσταση και ψυχολογική υποστήριξη. Επομένως, είναι δικαιολογημένα τα ποσοστά απαντήσεων που φανερώνουν μία σχετικά καλή ποιότητα ζωής. Ακόμη ένας παράγοντας που ευνοεί την υπάρχουσα μέτρια/καλή ποιότητα ζωής στις κατηγορίες «ψυχική κατάσταση», «λειτουργικότητα» είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή αρκετό χρονικό διάστημα πριν τη συμμετοχή τους στην έρευνα με αποτέλεσμα να έχουν αποδεχθεί τις δυσκολίες στην κατάποσή τους ή να έχουν αρχίσει να αποκαθίστανται οι εν λόγω δυσκολίες.

Προκειμένου να είμαστε βέβαιοι για την αξιοπιστία του εργαλείου αυτού αξιολογήθηκε ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας (Reliability Internal Consistency) με τον συντελεστή Cronbach's alpha να έχει τιμή 0,97 σύμφωνα με το οποίο η συνέπεια του Β' ερωτηματολογίου κατά την εφαρμογή του στο δείγμα της έρευνας είναι άριστη. Αυτό συμφωνεί και με άλλες αντίστοιχες έρευνες που έχουν γίνει στο



εξωτερικό σύμφωνα με τις οποίες αποδεικνύεται η υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου (Kwon et al., 2008 ; Singer et al., 2012).

## **5.2. Περιορισμοί έρευνας**

Οι ασθενείς που έλαβαν συμμετοχή στην έρευνα αρχικά απάντησαν σε ερωτήσεις που αφορούσαν το ιστορικό, δηλαδή τα προσωπικά τους στοιχεία, το γενικό, ιατρικό ιστορικό καθώς και το ιστορικό καρκίνου. Στη συνέχεια, συμπλήρωσαν δύο ερευνητικά ερωτηματολόγια , από τα οποία το πρώτο αποτελούταν από 45 ερωτήσεις ανοικτού ή κλειστού τύπου, ενώ το δεύτερο “MD Anderson Dysphagia Inventory” (MDADI) από 20 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Η συνολική έκταση του ερωτηματολογίου προκάλούσε δυσaréσκεια στους συμμετέχοντες.

Αρκετές ήταν οι ερωτήσεις στις οποίες εμπλέκονταν ψυχολογικοί παράγοντες που προκαλούσαν αρνητικά συναισθήματα και δυσάρεστες αναμνήσεις στους ασθενείς. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών απέφυγαν να απαντήσουν με ειλικρίνεια ερωτήσεις σχετικές με την ποιότητα της ζωής τους. Παρόλο που μέσα από την γνωριμία μας από τις συχνές επισκέψεις στον Πανελλήνιο Σύλλογο Λαρυγγεκτομηθέντων οι ίδιοι παρουσίαζαν τη ζωή τους δυσάρεστημένη λόγω της απώλειας της φωνής τους, οι απαντήσεις στα σχετικά ερωτήματα φάνηκαν να έχουν σημαντική διαφορά. Αυτό πιθανώς οφείλεται στο γεγονός ότι οι ίδιοι ντρέπονταν να παρουσιάσουν τους εαυτούς τους ευάλωτους, καθώς οι συχνές μας επισκέψεις για τη συγκέντρωση του δείγματος μας έκαναν να τους γνωρίσουμε προσωπικά.

Ακόμη, οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση αρκετό χρονικό διάστημα πριν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα, γεγονός που καθιστά σπάνιο να αντιμετωπίζουν ακόμη και τώρα δυσκολίες στην κατάποση.

Τέλος η πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή των 30 από τους 35, ήταν ασθενείς που ανήκαν στον Πανελλήνιο Σύλλογο Λαρυγγεκτομηθέντων. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς εφόσον ήταν εθελοντές του Συλλόγου όπου και παρακολουθούσαν λογοθεραπευτικές συνεδρίες ήταν αισθητά περισσότερο ενημερωμένοι και είχαν αποκατασταθεί συγκριτικά με όσους δεν ήταν εγγεγραμμένοι σε αντίστοιχους συλλόγους. Η επιλογή του συγκεκριμένου δείγματος δεν αποτελεί ορθόδοξη διαδικασία δειγματοληψίας και δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί γενίκευση των αποτελεσμάτων. Συνεπώς δεν μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα αυτά για όλους τους ασθενείς με λαρυγγεκτομή.

## **5.3. Εισηγήσεις για περαιτέρω έρευνες**

Η έρευνα που διεξήχθη ήταν η πρώτη στην Ελλάδα με στόχο να ερευνηθεί την ενημέρωση των Ελλήνων ασθενών με λαρυγγεκτομή σχετικά με τις προοπτικές αποκατάστασης της φωνής και της κατάποσης καθώς και την επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους. Το εύρος και το δείγμα χορήγησης του ερωτηματολογίου ήταν περιορισμένο, ικανό όμως ταυτόχρονα να εξάγει συμπεράσματα σε ποιοτικό επίπεδο και να διερευνήσει την ενημέρωση των ασθενών με λαρυγγεκτομή σχετικά με την αποκατάστασή τους καθώς και την επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους.

Παρόλα αυτά δεν είναι ικανή συνθήκη για εξαγωγή συμπερασμάτων σε εθνικό επίπεδο. Για το λόγο αυτό προτείνεται η επιπλέον μελέτη σχετικά με το θέμα αυτό σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών και πιθανόν πιο αντιπροσωπευτικό, δηλαδή σε ασθενείς εντός και εκτός συλλόγου. Θα μπορούσε αυτή η έρευνα να αποτελέσει τη βάση για μια μελλοντική ερευνητική επέκταση όσον αφορά την ύπαρξη ενημέρωσης των λαρυγγεκτομηθέντων και την επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

## 6. Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα παραθέτει κάποια αξιοσημείωτα συμπεράσματα όσον αφορά την ενημέρωση για τις αλλαγές της φωνής και της κατάποσης και τις προοπτικές αποκατάστασης των ασθενών με λαρυγγεκτομή, καθώς και τις επιδράσεις των αλλαγών αυτών στην ποιότητα της ζωής τους.

- Η προεγχειρητική ενημέρωση για τις διαταραχές φωνής / κατάποσης ήταν ελλιπής σε σχέση με την μετεγχειρητική.
- Η προεγχειρητική ενημέρωση αφορούσε κυρίως τις διαταραχές φωνής και όχι τόσο τις διαταραχές κατάποσης.
- Η πρώτη επαφή με το λογοθεραπευτή πραγματοποιήθηκε μετεγχειρητικά και έπειτα από σύσταση του θεράποντα ιατρού.
- Η μετεγχειρητική ενημέρωση έγινε από λογοθεραπευτή και ήταν πολύ ικανοποιητική τόσο για τα προβλήματα φωνής / κατάποσης όσο και για την αποκατάστασή τους.
- Η λογοθεραπευτική παρέμβαση κρίνεται απαραίτητη ήδη από το προεγχειρητικό στάδιο.
- Η πλειοψηφία του δείγματος θεώρησε σημαντική την συμβολή της λογοθεραπείας στην αποκατάσταση.
- Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών παρακολούθησε λογοθεραπευτικές συνεδρίες για την αποκατάσταση της ομιλίας.
- Οι ασθενείς έδειξαν προτίμηση στην εκμάθηση της οισοφαγικής ομιλίας.
- Όλοι οι ασθενείς του δείγματος αντιμετώπιζαν προβλήματα φωνής, ενώ ελάχιστοι παρουσίαζαν πρόβλημα στην κατάποση.
- Η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε περισσότερο από τα προβλήματα φωνής παρά από τα προβλήματα κατάποσης.
- Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) η φυσική κατάσταση των ασθενών με προβλήματα κατάποσης είναι αυτή που επηρεάζει περισσότερο την ποιότητα ζωής τους.
- Η γενική ποιότητα ζωής των ασθενών όσον αφορά τα προβλήματα κατάποσης είναι μέτρια.
- Το ερωτηματολόγιο M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) έπειτα από μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για την μέτρηση της επίδρασης των προβλημάτων κατάποσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών με λαρυγγεκτομή.



# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ - ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- Adil, E. A & Goldenberg, D. 2016. *Total Laryngectomy Technique*. <http://emedicine.medscape.com/article/2051731-technique#showall>
- Anderson, N. B. & Shames, G. H. 2013. *Εισαγωγή στις Διαταραχές Επικοινωνίας*. 8<sup>η</sup> Έκδοση. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Τρίμης, Ν., Λευκωσία, Κύπρος. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. ISBN: 978-960-489-182-5.
- Bayer, O., Camara, R., Zeissig, S. R., Rensing, M., Dietz, A., Locati, L. D., Ramroth, H., Singer, S. 2016. *Occupation and cancer of the larynx: a systematic review and meta-analysis*. European Archives of Otorhinolaryngology. 273 (1) 9-20.
- Bertino, G., Cacciola, S., Fernandes, W. B., Fernandes, C. M., Occhini, A., Tinelli, C., Benazzo, M. 2014. *Effectiveness of narrow band imaging in the detection of premalignant and malignant lesions of the larynx: Validation of a new endoscopic clinical classification*. Journal of the Sciences and Specialities of Head and Neck. 37 (2) 215-222.
- Bigenzahn, W. & Denk D.M. 2007. *Στοματοφαρυγγικές Δυσφαγίες: Αιτιολογία, Κλινική Εικόνα και Θεραπεία Διαταραχών Κατάποσης*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Αναγνώστου, Ε. & Μοσχοβάκης, Ε., Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. ISBN: 960-399-507-x.
- Γαλάνης, Π. 2013. *Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 30 (1) 97-110.
- Chen, A. Y., Frankowski R., Bishop-Leone, J., Hebert, T., Leyk, S., Lewin, J., Goepfert, H. 2001. *The development and validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer: the MD Anderson dysphagia inventory*. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery. 127 (7) 870-876.
- Del Canizo-Alvarez, A. 2004. *More of five decades of supraglottic laryngectomy [Alonso's Technique]*. Acta Otorrinolaringol Esp 55: 430-442.
- Dietz, A., Ramroth, H., Urban, T., Ahrens, W., Becher, H. 2003. *Exposure to cement dust, related occupational groups and laryngeal cancer risk: Results of a population based case-control study*. International Journal of Cancer. 108 (6) 907-911.
- Durmus, K., Rangarajan, S. V., Old, M. O., Agrawal, A., Teknos, T. N., Evner, O. 2014. *Transoral robotic approach to carcinoma of unknown primary*. Journal of the sciences and specialities of head and neck. 36 (6) 848-852.
- Ellis, H. & Mahadevan, V. 2011. *Clinical Anatomy: Applied Anatomy for Students and Junior Doctors*. 12<sup>η</sup> Έκδοση. Επιμέλεια Έκδοσης: Wiley-Blackwell, England. ISBN: 978-1-118-30591-1.

Goessler, U. R. 2012. *Traditional transcutaneous approaches in head and neck surgery*. GMS Current Topics in Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery. 11: 6.

Hinni, M. L., Salassa, J. R., Grant, D. G., Pearson, B. W., Hayden, R. E., Martin, A., Christiansen, H., Haughey, B. H., Nussenbaum, B., Steiner, W. 2007. *Transoral Laser Microsurgery for Advanced Laryngeal Cancer*. Jama Otolaryngology - Head and Neck Surgery. 133 (12) 1198-1204.

Kent, R. D. (2004). *The Mit Encyclopedia of Communication disorders*. Massachusetts Institute of Technology, England. ISBN: 0-262-11278-7.

Kwon, C. H., Kim, Y. H., Park, J. H., Oh, B. M., Han, T. R. 2013. *Validity and reliability of the Dutch version of the MD Anderson Dysphagia Inventory and the Deglutition Handicap Index*. Dysphagia. Annals of Rehabilitation Medicine. 37 (4) 479-487.

Lai, S. Y. 2016. *Supracricoid Laryngectomy*.  
<http://emedicine.medscape.com/article/851248-overview>

Lalwani, A. 2011. *Ωτορινολαρυγγολογία, Χειρουργική Κεφαλής και Τραχήλου* (1). Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Πασχαλίδης, Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. ISBN: 960-489-053-0.

Lu, J. J. & Brady L. W. 2008. *Radiation Oncology: An Evidence-Based Approach* (1). Επιμέλεια Έκδοσης: Springer Berlin Heidelberg. ISBN: 978-3-540-773849.

Μπελλάλη, Θ., Αβραμικά Μαρία Γ., και συν (2011). *Μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα*. Το βήμα του Ασκληπιού. 10 (4) 515-529.

Manvielle, G., Luce, D., Goldberg, P., Leclerc, A. 2003. *Smoking, alcohol drinking, occupational exposures and social inequalities in hypopharyngeal and laryngeal cancer*. International Journal of Epidemiology. 33 (4) 799-806.

Mendelsohn, H. A. & Remacle, M. 2015. *Transoral robotic surgery for laryngeal cancer*. Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery. 23 (2) 148-152.

Moore, L. K, Dalley, F. A., Agur, M. R. A. 2012. *Κλινική Ανατομία*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Δημητρίου, Σ. Θ., Αρβανίτης, Λ. Δ., Καναβάρος, Π., Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. ISBN: 9789963716074.

Moses, K. P., Nava, P.B., Banks, J. C., Petersen, D. K. 2013. *Atlas of Clinical Gross Anatomy*. 2<sup>η</sup> Έκδοση. Επιμέλεια Έκδοσης: Saunders, Philadelphia. Εκδόσεις Elsevier I. ISBN: 978-0-323-07779-8.

Murphy, B. A., Ridner, S., Wells, N., Dietrich, M. 2007. *Quality of life research in head and neck cancer: A review of the current state of the science*. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 62 (3) 251-267.

Νικολάου, Α., 2007. *Καρκίνος Κεφαλής και Τραχήλου: Στρατηγική Αντιμετώπισης*. Ωτορινολαρυγγολογία-Χειρουργική Κεφαλής και Τραχήλου. (27) 34-38.



Νταλμπάντιαν, Μ. 2008. *Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του φάρυγγα και του λάρυγγα*. <http://ikee.lib.auth.gr/record/108907/files/gri-2008-1833.pdf>

Offerman, M. P. J., Pruyn, J. F. A., Boer, M. F., Busschbach, J. J. V., Baatenburg de Jong, R. J. 2015. *Psychosocial consequences for partners of patients after total laryngectomy and for the relationship between patients and partners*. *Oral Oncology, Head and Neck Oncology*. 51 (4) 389–398.

Parkin, D. M., Whelan S., Ferlay, J., Teppo, L., Thomas, D. B. 2002. *Cancer Incidence in Five Continents*. Επιμέλεια Έκδοσης: International Agency for Research on Cancer. Lyon, France. ISBN: 92 832 2155 9.

Pelucchi, C., Gallus, S., Garavello, W., Bosetti, C., La Vecchia, C. 2008. *Alcohol and tobacco use, and cancer risk for upper aerodigestive tract and liver*. *European Journal of Cancer Prevention*. 17 (4) 340-344.

Perry, A., Casey, E., Cotton, S. 2015. *Quality of life after total laryngectomy: functioning, psychological well-being and self-efficacy*. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 50 (4) 467–475.

Piquet J.J, Chevalier D., 1991. *Subtotal laryngectomy with crico-hyoido-epiglottomy for the treatment of extended glottic carcinomas*. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 162 (4) 357-361.

Rogus-Pulia, M. N., Pierce, M., Mittal, B. B., Zecker, G. S., Logemann, J. 2015. *Bolus effects on patient awareness of swallowing difficulty and swallow physiology after chemoradiation for head and neck cancer*. *Journal of the sciences and specialities of head and neck*. 37 (8) 1122–1129.

Rosenthal, D.I., Mendoza, T.R., Chambers, M.S., Asper, J. A., Gning, I., Kies, M. S., Weber, R. S., Lewin, J. S., Garden, A. S., Ang, K. K., Wang, X., Cleeland, C. S. 2007. *Measuring head and neck cancer symptom burden: the development and validation of the M. D. Anderson symptom inventory, head and neck module*. *Head Neck*. 29 (10) 923-931.

Rossi, C. V., Fernandes F. F., Ferreira, M.A.A., Bento, L.R., Pereira, P.S.G., Chone, C.T. 2004. *Larynx Cancer: Quality of life and voice after treatment*. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 80 (5) 403-408.

Schindler, A., Borghi, E., Tiddia, C., Ginocchio, D., Felisati, G., Ottaviani, F. 2008. *Adaptation and validation of the Italian MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)*. *Revue de Laryngologie - Otologie – Rhinologie*. 129(2):97-100.

Shah, P. J., Patel, G. S. 2001. *Atlas of Clinical Oncology: Cancer of the Head and Neck*. Επιμέλεια Έκδοσης American Cancer Society. Hamilton, London. ISBN: 1-55009-084-4.

Singer, S., Dorit Wollbrück, D., Dietz, A., Schock, J., Pabst F., Vogel H.J., Oeken, J., Sandner, A., Koscielny, S., Hormes, K., Breitenstein, K., Richter, H., Deckelmann,

A., Cook, S., Fuchs, M., Meuret, S. 2012. *Speech rehabilitation during the first year after total laryngectomy*. Head and Neck. 35(11)1583-1590.

Smith, M. E., Summerhill, K. F., McCulloch, T., Allen, J., Turek, L.P., Hoffman, H. T., Haugen, T. H. 2000. *Human Papillomavirus and Risk of Laryngeal Cancer*. Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology. 109 (11) 1069-1076.

Tang, G. C., Sinclair, F. C. 2015. *Voice Restoration After Total Laryngectomy*. Otolaryngologic Clinics of North America. 48 (4) 687- 702.

The WHOQOL group. 1995. *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. Social Science & Medicine. 41 (10) 1403-1409.

Tufano, R. P. 2003. *Open supraglottic laryngectomy*. Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 14 (1) 22–26.

Φράγκος, Κ. Χ. 2002. *Στατιστική Επεξεργασία και Ανάλυση Δεδομένων με τη χρήση του Microsoft Excel*. Εκδόσεις: Σταμούλης, Αθήνα. ISBN: 9789603513858.

Vashishta, R., Joshi, A. S. 2015. *Larynx Anatomy*.  
<http://emedicine.medscape.com/article/1949369-overview>

Viswanatha, B. & Sadeghi, N. 2015. *Vocal Cord Cordectomy*.  
<http://emedicine.medscape.com/article/1891197-overview#showall>

Williamson, J. S., Ingrams, D., Jones, H. 2011. *Quality of life after treatment of laryngeal carcinoma: a single centre cross-sectional study*. Annals 93 (8) 591-595.

Χριστοφορίδου, Α., Κονοβαλον, Σ., Αντωνιάδης, Α., Τριαρίδης, Σ., Μάρκου, Ι., Νικολάου, Α., Κωνσταντινίδης, Κ., Βιτάλ, Β. 2009. *Κακοήθεις όγκοι του λάρυγγα: Επιδημιολογική μελέτη και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας*. Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία, Χειρουργική Κεφαλής και Τραχήλου. (37) 13-18.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΑΔΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

Ο/Η .....αφού ενημερώθηκα για τα ακόλουθα:

1. Το σκοπό της έρευνας, που αφορά τη διερεύνηση των γνώσεων που έχουν οι ασθενείς με λαρυγγεκτομή σχετικά με τις προοπτικές αποκατάστασης της ομιλίας και της φωνής τους, καθώς και του αντίκτυπου που τα προβλήματα φωνής και κατάποσης έχουν στην ποιότητα ζωής των ασθενών που υπεβλήθησαν σε λαρυγγεκτομή.
2. Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική, χωρίς οποιοδήποτε όφελος των συμμετεχόντων και των φροντιστών, πέραν της συνδρομής τους στην προαγωγή της επιστήμης της λογοπαθολογίας. Ο συμμετέχων στην έρευνα μπορεί να διακόψει οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμεί, ωστόσο σε περίπτωση διακοπής θα πρέπει να γνωρίζει πως δεν θα μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν τυχόν στοιχεία που θα έχουν συλλεχθεί στην έρευνα.
3. Τα προσωπικά στοιχεία είναι ΑΠΟΡΡΗΤΑ και θα χειριστούν με προσοχή και εμπιστευτικότητα. Τα προσωπικά στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για το σκοπό αυτής της έρευνας και για κανένα άλλο σκοπό.
4. Ο συμμετέχων/ούσα δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο από την συμμετοχή του στην παρούσα έρευνα.
5. Τη διάρκεια της έρευνας, η οποία υπολογίζεται σε περίπου 15-20 λεπτά.

**δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι σύμφωνος/η να συμμετάσχω στην παρούσα μελέτη με τίτλο «.....», που εκπονούν οι \*\*\*\*\* και \*\*\*\*\*, υπό την επίβλεψη της λογοπαθολόγου Ιωάννας Μαλατρά.**

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

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

Ονοματεπώνυμο φροντιστή:

Σχέση με ασθενή:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.**

### **Α) ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

- Ονοματεπώνυμο:
- Ηλικία:
- Ημερομηνία Γέννησης:
- Φύλο:
- Εθνικότητα:
- Επάγγελμα:
- Τηλέφωνο επικοινωνίας:
- Τηλέφωνο θεράποντα ιατρού:

### **Β) ΓΕΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

- Καπνίζετε;
- Πίνετε αλκοόλ;
- Κάνετε χρήση άλλων ουσιών;  
.....  
.....
- Μήπως έχετε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;  
.....  
.....
- Έχετε άλλα προβλήματα υγείας;  
· Αν ναι, ποιά είναι αυτά;  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
- Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή; (Φάρμακα και γιατί)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
- Συχνότητα των φαρμάκων σας;  
.....

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

- Τρέχουσα μέθοδος επικοινωνίας:

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

**Γ) ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

- Ημερομηνία εμφάνισης καρκίνου:

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

- Είδος καρκίνου:

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

- Διάγνωση ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV):

.....  
.....

- Στάδιο καρκίνου:

.....  
.....

- Όργανα που είχαν επηρεαστεί:

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

- Ημερομηνία διάγνωσης:  
.....  
.....  
.....  
.....
- Είδος θεραπείας: α)Ακτινοβολίες β)Χημειοθεραπεία γ)Χειρουργική αφαίρεση  
δ) Άλλο:  
.....  
.....  
.....  
.....
- Ιστορικό θεραπείας  
-Ημερομηνία έναρξης:  
.....  
.....  
.....  
.....  
- Συχνότητα:  
.....  
.....  
.....  
.....  
- Δόση:  
.....  
.....  
.....  
.....  
-Φάρμακα:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
...  
-Διάρκεια:  
.....  
.....  
.....  
.....  
...  
• Ημερομηνία χειρουργικής επέμβασης:  
.....

- .....  
.....  
.....
- Δομές που αφαιρέθηκαν κατά την επέμβαση:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
  - Είδος λαρυγγεκτομής:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
  - ...
  - Επιπλοκές:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: ΜΕΡΟΣ Α

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

#### Οδηγίες:

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά τις ερωτήσεις που ακολουθούν και προσπαθήστε να απαντήσετε όσο καλύτερα γίνεται την κάθε ερώτηση. Στις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, παρακαλούμε επιλέξτε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

Παρακαλούμε να απαντήσετε κάθε ερώτηση. Αν θέλετε να προσθέσετε κάποιο σχόλιο, μπορείτε να το κάνετε στο τέλος του ερωτηματολογίου.

1. Με ποιο τρόπο επικοινωνείτε αυτή τη στιγμή;
  - i. Λαρυγγόφωνο
  - ii. Οισοφαγική ομιλία
  - iii. Τραχειοοισοφαγική ομιλία
  - iv. Γραπτώς
  - v. Με τα χείλη
  - vi. Με νοήματα
  
2. Τι επιπλοκές είχατε μετά την επέμβαση λαρυγγεκτομής;
  - i. Οίδημα
  - ii. Πόνο
  - iii. Διαταραχή κατάποσης
  - iv. Διαταραχή ομιλίας/ φωνής
  - v. Απώλεια όσφρησης
  - vi. Απώλεια γεύσης
  - vii. Άλλο
  
3. Είχατε ενημερωθεί για τα προβλήματα φωνής που θα προέκυπταν μετά το χειρουργείο;
  - i. Ναι
  - ii. Όχι
  - iii. Δεν γνωρίζω/ δεν θυμάμαι

4. Είχατε ενημερωθεί για πιθανά προβλήματα κατάποσης μετά το χειρουργείο;
- i. Ναι
  - ii. Όχι
  - iii. Δεν γνωρίζω/ δεν θυμάμαι
5. Αν ναι, πού έγινε η ενημέρωση;
- i. Νοσοκομείο;
  - ii. Ιατρείο ιδιώτη ιατρού
  - iii. Γραφείο Λογοθεραπευτή
  - iv. Σύλλογος/ σωματείο για άτομα με λαρυγγεκτομή
  - v. Άλλο
6. Αν ναι, ποιός σας ενημέρωσε;
- i. Γιατρός
  - ii. Λογοθεραπευτής
  - iii. Φυσικοθεραπευτής
  - iv. Άτομο με λαρυγγεκτομή
  - v. Άλλο
7. Αν το άτομο που σας ενημέρωσε για τα πιθανά προβλήματα φωνής και κατάποσης ήταν ιατρός, παρακαλούμε αναφέρετε την ειδικότητά του.  
.....  
.....
8. Νιώθετε ότι είχατε επαρκή ενημέρωση για τις επιπλοκές φωνής ή/και κατάποσης μετά τη λαρυγγεκτομή;
- i. Καθόλου
  - ii. Λίγο
  - iii. Μέτρια
  - iv. Πολύ
  - v. Πάρα πολύ

9. Πότε έγινε η ενημέρωση για τα προβλήματα φωνής/κατάποσης;;
- i. Πριν τη χειρουργική επέμβαση
  - ii. Μετά τη χειρουργική επέμβαση
  - iii. Και πριν και μετά την επέμβαση
  - iv. Δεν υπήρχε καμία ενημέρωση
10. Σας παρέπεμψε κάποιος γιατρός σε λογοθεραπευτή;
- i. Ναι
  - ii. Όχι
11. Έχετε μιλήσει με λογοθεραπευτή;
- i. Ναι
  - ii. Όχι
12. Αν ναι, για ποιο λόγο;
- i. Αποκατάσταση φωνής
  - ii. Αποκατάσταση κατάποσης
  - iii. Αποκατάσταση φωνής και κατάποσης
  - iv. Αποκατάσταση λόγου
  - v. Άλλο
13. Πότε μιλήσατε με λογοθεραπευτή πρώτη φορά;
- i. Πριν τη χειρουργική επέμβαση
  - ii. Μετά τη χειρουργική επέμβαση
  - iii. Και πριν και μετά την επέμβαση
  - iv. Δεν μίλησα καθόλου με λογοθεραπευτή
14. Αν ναι, σε ποιο χώρο;
- i. Δημόσιο νοσοκομείο
  - ii. Ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική
  - iii. Ιδιωτικό γραφείο λογοθεραπευτή
  - iv. Κέντρο αποκατάστασης

- v. Άλλο:
15. Σας ενημέρωσε ο λογοθεραπευτής για τα πιθανά προβλήματα φωνής;
- i. Ναι
  - ii. Όχι
  - iii. Δε γνωρίζω/δε θυμάμαι
16. Σας ενημέρωσε ο λογοθεραπευτής για τα πιθανά προβλήματα κατάποσης;
- i. Ναι
  - ii. Όχι
  - iii. Δε γνωρίζω/δε θυμάμαι
17. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την πληροφόρηση που είχατε για τα πιθανά προβλήματα φωνής ή/και κατάποσης πριν τη χειρουργική επέμβαση;
- i. Καθόλου
  - ii. Λίγο
  - iii. Μετρίως ικανοποιημένος/η
  - iv. Πολύ
  - v. Πάρα πολύ
18. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την πληροφόρηση που είχατε για τα προβλήματα φωνής ή κατάποσης που αντιμετωπίζατε καθώς και τον τρόπο αποκατάστασής τους μετά τη χειρουργική επέμβαση;
- i. Καθόλου
  - ii. Λίγο
  - iii. Μετρίως ικανοποιημένος/η
  - iv. Πολύ
  - v. Πάρα πολύ
19. Πόσο σημαντική είναι για σας η αποκατάσταση της φωνής σας;
- i. Καθόλου

- ii. Λίγο
- iii. Μέτρια
- iv. Πολύ
- v. Πάρα πολύ

20. Πόσο σημαντική είναι για σας η αποκατάσταση της κατάποσης;
- i. Καθόλου
  - ii. Λίγο
  - iii. Μέτρια
  - iv. Πολύ
  - v. Πάρα πολύ
  - vi. Δεν έχω πρόβλημα κατάποσης
21. Αν αντιμετωπίζετε και προβλήματα φωνής και κατάποσης, τι θεωρείτε πιο σημαντικό:
- i. Την αποκατάσταση της φωνής
  - ii. Την αποκατάσταση της κατάποσης
  - iii. Εξίσου σημαντικά και τα δύο.
  - iv. Δεν με αποσχολεί ιδιαίτερα η αποκατάσταση των προβλημάτων φωνής και/ή κατάποσης
  - v. Αντιμετωπίζω μόνο το ένα από τα δύο προβλήματα
22. Έχετε ενημερωθεί για τις μεθόδους αποκατάστασης της φωνής;
- i. Ναι
  - ii. Όχι
  - iii. Δε γνωρίζω/δε θυμάμαι
23. Παρακαλώ κυκλώστε τις μεθόδους αποκατάστασης φωνής για τις οποίες είστε ενήμερος/η:
- i. Λαρυγγόφωνο
  - ii. Οισοφαγική ομιλία

iii. Τραχειοοισοφαγική ομιλία

24. Αν θα είχατε τη δυνατότητα επιλογής, ποια από τις ακόλουθες μεθόδους αποκατάστασης φωνής θα επιλέγατε;
- i. Λαρυγγόφωνο
  - ii. Οισοφαγική ομιλία
  - iii. Τραχειοοισοφαγική ομιλία
  - iv. Δεν έχω προτίμηση
  - v. Δε μπορώ να επιλέξω γιατί δε γνωρίζω τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου
25. Πιστεύετε ότι μετά την αποκατάσταση η φωνή σας θα είναι όπως πριν;
- i. Ναι
  - ii. Όχι
  - iii. Ίσως
  - iv. Δε γνωρίζω
26. Κάνατε στο παρελθόν λογοθεραπεία ή κάνετε αυτή τη στιγμή;
- i. Ναι
  - ii. Όχι
27. Αν ναι, για ποιο λόγο;
- i. Αποκατάσταση φωνής
  - ii. Αποκατάσταση κατάποσης
  - iii. Αποκατάσταση και φωνής και κατάποσης
  - iv. Άλλο (π.χ. αποκατάσταση λόγου ή ροής της ομιλίας)
  - v. Δεν κάνω/δεν έκανα λογοθεραπεία
28. Αν δεν κάνατε ή δεν κάνετε λογοθεραπεία για την αποκατάσταση της φωνής σας ή/και των προβλημάτων κατάποσης, είστε διατεθειμένος/η να ξεκινήσετε προκειμένου να έχετε αποκατάσταση της φωνής ή της κατάποσης;

- i. Ναι
- ii. Όχι
- iii. Ίσως
- iv. Δε γνωρίζω

29. Αν όχι, γιατί;

- i. Δεν θεωρώ ότι χρειάζομαι λογοθεραπεία
- ii. Ο γιατρός μου μου είπε ότι δεν είναι απαραίτητο
- iii. Δεν με ενδιαφέρει η αποκατάσταση φωνής ή/και κατάποσης
- iv. Δεν πιστεύω ότι θα έχει αποτέλεσμα
- v. Υψηλό κόστος/οικονομικές δυσκολίες
- vi. Δεν έχω τις δυνάμεις για να προχωρήσω σε θεραπεία για αποκατάσταση της φωνής/κατάποσης
- vii. Δεν έχω πρόσβαση σε λογοθεραπευτή
- viii. Άλλο:

30. Αν κάνατε ή κάνετε λογοθεραπεία για αποκατάσταση της φωνής, ποια μέθοδο μαθαίνετε/μάθατε;

- i. Λαρυγγόφωνο
- ii. Τραχειοοισοφαγική ομιλία
- iii. Οισοφαγική ομιλία
- iv. Δε γνωρίζω

31. Αν έχετε κάνει λογοθεραπεία για την αποκατάσταση της φωνής, πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα αποτελέσματα της μέχρι τώρα θεραπείας;

- i. Καθόλου
- ii. Λίγο
- iii. Μέτρια
- iv. Πολύ
- v. Πάρα πολύ

32. Αν είχατε προβλήματα κατάποσης, αυτή τη στιγμή σιτίζεστε κανονικά ή εξακολουθείτε να αντιμετωπίζετε δυσκολίες με την κατάποσή σας;

- i. Η κατάποσή μου αποκαταστάθηκε πλήρως

- ii. Εξακολουθώ να αντιμετωπίζω μικρές δυσκολίες με την κατάποση
  - iii. Εξακολουθώ να αντιμετωπίζω σημαντικές δυσκολίες με την κατάποση
  - iv. Δεν είχα πρόβλημα κατάποσης
33. Αν είχατε προβλήματα κατάποσης και κάνατε λογοθεραπεία για την αποκατάσταση της κατάποσης, πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα αποτελέσματα της μέχρι τώρα θεραπείας;
- i. Καθόλου
  - ii. Λίγο
  - iii. Μέτρια
  - iv. Πολύ
  - v. Πάρα πολύ
34. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την αλληλεπίδρασή σας με το λογοθεραπευτή;
- i. Καθόλου
  - ii. Λίγο
  - iii. Μέτρια
  - iv. Πολύ
  - v. Πάρα πολύ
35. Πόσο έχει επηρεαστεί η ποιότητα της ζωής σας από τα προβλήματα φωνής που αντιμετωπίζετε;
- i. Καθόλου
  - ii. Λίγο
  - iii. Μέτρια
  - iv. Πολύ
  - v. Πάρα πολύ
36. Πόσο σας έχουν επηρεάσει τα προβλήματα στην ομιλία σας, στις παρακάτω δραστηριότητες; Σημειώστε με X το αντίστοιχο κουτάκι.



	Δεν έχει επηρεαστεί καθόλου	Έχει επηρεαστεί λίγο	Έχει επηρεαστεί πολύ
Η επικοινωνία με το οικογενειακό σας περιβάλλον.			
Η επικοινωνία με τον κοινωνικό περίγυρο.			
Η επικοινωνία με το εργασιακό περιβάλλον.			
Η επικοινωνία με τη χρήση συσκευών μη άμεσης επικοινωνίας (τηλέφωνο, διαδίκτυο κλπ.)			

37. Αν αντιμετωπίζετε προβλήματα κατάποσης, πόσο αυτά επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής σας;
- vi. Καθόλου
  - vii. Λίγο
  - viii. Μέτρια
  - ix. Πολύ
  - x. Πάρα πολύ
38. Θα συστήνατε σε κάποιο άλλο άτομο με λαρυγγεκτομή να παρακολουθήσει λογοθεραπευτικές συνεδρίες;
- i. Ναι
  - ii. Όχι
39. Θα παραπέμπατε κάποιο άλλο άτομο με λαρυγγεκτομή στο λογοθεραπευτή σας;
- i. Ναι
  - ii. Όχι
  - iii. Δεν έχω κάνει λογοθεραπεία
40. Εάν όχι, γιατί δε θα τον παραπέμπατε στο δικό σας λογοθεραπευτή;
-

41. Κατά τη γνώμη σας, πόσο χρήσιμη είναι η συμβολή της λογοθεραπείας για άτομα που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή;
- i. Καθόλου
  - ii. Λίγο
  - iii. Μέτρια
  - iv. Πολύ
  - v. Πάρα πολύ
42. Γενικά θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας ως:
- i. Άριστη
  - ii. Πολύ Καλή
  - iii. Καλή
  - iv. Μέτρια
  - v. Κακή
43. Σε σύγκριση με τον περασμένο χρόνο, πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας τώρα;
- i. Πολύ καλύτερα τώρα από ό,τι πριν ένα χρόνο
  - ii. Κάπως καλύτερα τώρα από ό,τι πριν ένα χρόνο
  - iii. Ίδια
  - iv. Κάπως χειρότερα τώρα από ό,τι πριν ένα χρόνο
  - v. Πολύ χειρότερα τώρα από ό,τι πριν ένα χρόνο
44. Γενικά , πως θα αξιολογούσατε την ποιότητα ζωής σας με το 10 να αντιστοιχεί στην καλύτερη ποιότητα ζωής και το 0 στη χειρότερη;
- |                                       |          |                                      |
|---------------------------------------|----------|--------------------------------------|
| <b>L</b>                              | <b>J</b> | <b>K</b>                             |
| <b>0</b>                              |          | <b>10</b>                            |
| <hr/>                                 |          |                                      |
| <i>Χειρότερη δυνατή ποιότητα ζωής</i> |          | <i>Καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής</i> |
45. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει τη ζωή σας σαν σύνολο;
- i. Τρομερή
  - ii. Δυστυχισμένη
  - iii. Ως επί το πλείστον δυσαρεστημένη
  - iv. Μεικτή- εξίσου δυσαρεστημένος και ικανοποιημένος
  - v. Ως επι το πλείστον ικανοποιημένος

- vi. Ευχάριστη
- vii. Με μεγάλη χαρά

**Αν θέλετε να προσθέσετε κάποιο σχόλιο, παρακαλούμε κάντε το στο χώρο που ακολουθεί.**

**Σχόλια:**

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

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV.

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: ΜΕΡΟΣ Β

**Κλίμακα Δυσφαγίας M.D. Anderson (M.D. Anderson Dysphagia Inventory – MDADI, Chen, Frankowski, Bishop-Leonie et al., 2001)**

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

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

- Ο τρόπος κατάποσής μου περιορίζει τις καθημερινές μου δραστηριότητες.  
α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ ε) διαφωνώ αρκετά
  
- E2. Οι διατροφικές μου συνήθειες με κάνουν να ντρέπομαι.  
α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ ε) διαφωνώ αρκετά
  
- F1. Οι άλλοι δυσκολεύονται να μαγειρέψουν για μένα.  
α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ ε) διαφωνώ αρκετά
  
- P2. Η κατάποσή μου είναι πιο δύσκολη στο τέλος της ημέρας.  
α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ ε) διαφωνώ αρκετά
  
- E7. Δεν αισθάνομαι ότι τρώω συνειδητά.  
α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ ε) διαφωνώ αρκετά

- E4. Είμαι αναστατωμένος εξαιτίας του προβλήματος κατάποσής μου.  
α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ ε) διαφωνώ αρκετά
  
- P6. Το να καταπίνω απαιτεί πολύ μεγάλη προσπάθεια.  
α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ ε) διαφωνώ αρκετά
  
- E5. Αποφεύγω να βγαίνω έξω εξαιτίας της δυσκολίας στην κατάποσή μου.  
α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ ε) διαφωνώ αρκετά
  
- F5. Οι δυσκολίες κατάποσής μου έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο εισόδημά μου.  
α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ ε) διαφωνώ αρκετά
  
- P7. Μου παίρνει πιο πολύ χρόνο για να ολοκληρώσω το γεύμα μου εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης.  
α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ ε) διαφωνώ αρκετά
  
- P3. Οι άλλοι με ρωτούν: «Γιατί δεν μπορείς να φας αυτή την τροφή;»  
α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ ε) διαφωνώ αρκετά
  
- E3. Οι άλλοι εκνευρίζονται από το πρόβλημα κατάποσής μου.  
α) συμφωνώ αρκετά β) συμφωνώ γ) δεν έχω άποψη δ) διαφωνώ ε) διαφωνώ αρκετά
  
- P8. Βήχω όταν πίνω υγρά.

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

- F3. Τα προβλήματα κατάποσής μου περιορίζουν την κοινωνική και την προσωπική μου ζωή.

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

- \*F2. Νιώθω άνετα να βγω έξω για φαγητό με φίλους, συγγενείς και γείτονες.

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

- P5. Έχω περιορίσει την πρόσληψη τροφής εξαιτίας της δυσκολίας κατάποσης.

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

- P1. Δεν μπορώ να διατηρήσω το βάρος μου εξαιτίας της διαταραχής κατάποσης.

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

- E6. Έχω χαμηλή αυτοεκτίμηση εξαιτίας των προβλημάτων κατάποσης.

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

- P4. Έχω την αίσθηση ότι η ποσότητα τροφής που καταπίνω είναι τεράστια.

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

- F4. Νιώθω παραγκωνισμένος εξαιτίας των διατροφικών μου συνηθειών.

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

**Ευχαριστούμε που συμπληρώσατε αυτό το ερωτηματολόγιο!**

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΣΦΑΛΜΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ	ΔΙΑΜΕΣΟΣ	ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
DESCRIPTIVE STATISTICS	Mean	Standard Error	Median	Mode	Standard Deviation	Sample Variance
ΗΛΙΚΙΑ	67.28571429	1.385138059	68	69	8.194587269	67.1512605
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	0.885714286	0.054563641	1	1	0.322802851	0.104201681
ΑΛΚΟΟΛ	0.542857143	0.085433714	1	1	0.505432671	0.255462185
ΧΡΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	0.028571429	0.028571429	0	0	0.169030851	0.028571429
ΓΑΣΤΡΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ	0.457142857	0.085433714	0	0	0.505432671	0.255462185
ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	0.764705882	0.073840696	1	1	0.430561545	0.185383244
ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ;	0.742857143	0.074954968	1	1	0.443439574	0.196638655
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	63.11428571	1.421191019	63	63	8.407879458	70.69243697
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΙΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)	0.028571429	0.028571429	0	0	0.169030851	0.028571429
ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΣ	0.628571429	0.082865836	1	1	0.490240894	0.240336134
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	0.2	0.068599434	0	0	0.405839725	0.164705882
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ	1	0	1	1	0	0

ΚΥΡΤΩΣΗ	ΑΣΣΥΜΕΤΡΙΑ	ΕΥΡΟΣ ΤΙΜΩΝ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΔΕΙΓΜΑ
Kurtosis	Skewness	Range	Minimum	Maximum	Sum	Count
-0.65630073	0.030056403	31	51	82	2355	35
4.689332845	-2.534617694	1	0	1	31	35
-2.090684809	-0.179863899	1	0	1	19	35
35	5.916079783	1	0	1	1	35
-2.090684809	0.179863899	1	0	1	16	35
-0.315388493	-1.306433439	1	0	1	26	34
-0.693473193	-1.161717505	1	0	1	26	35
-0.390886918	0.18777641	32	47	79	2209	35
35	5.916079783	1	0	1	1	35
-1.796726001	-0.556312776	1	0	1	22	35
0.482954545	1.568017119	1	0	1	7	35
#DIV/0!	#DIV/0!	0	1	1	35	35



