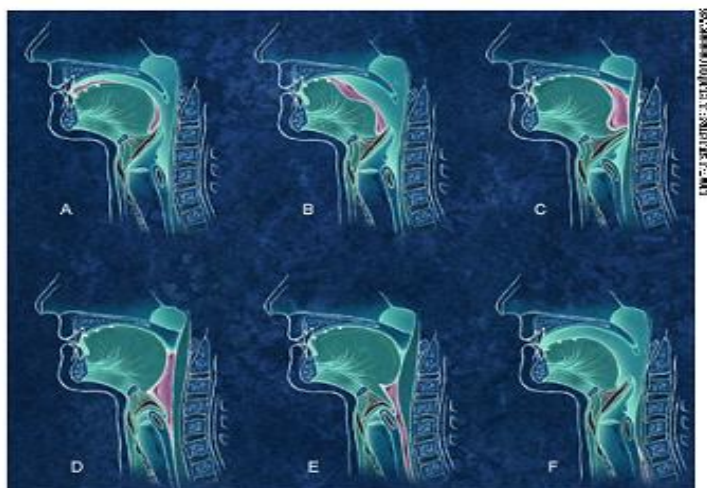


Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: «ΤΙ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΟΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑ »



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΑΜΙΤΣΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΗΛΙΑΣ

ΠΑΤΡΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	σελ. 1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Ορισμός.....	σελ. 3
Επιδημιολογία	σελ. 5
Νευροπαθολογία.....	σελ. 6
Αξιολόγηση.....	σελ. 7
Εξετάσεις που βοηθούν στην διάγνωση της δυσφαγίας.....	σελ. 9
Αποκατάσταση.....	σελ. 11
Αναφορές από άρθρα για τις ειδικότητες που συμμετέχουν στην αξιολόγηση τη διάγνωση και τη θεραπεία της δυσφαγίας.....	σελ. 13
ΣΚΟΠΟΣ	
Σκοπός της έρευνας.....	σελ. 17
Μεθοδολογία.....	σελ. 17
Περιγραφή ερωτηματολογίου.....	σελ. 18
Στατιστική ανάλυση.....	σελ. 20
Αποτελέσματα.....	σελ. 21
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	
Συζήτηση.....	σελ. 41
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	
Περίληψη αποτελεσμάτων.....	σελ. 48
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
Παρουσίαση ερωτηματολογίου.....	σελ. 51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ. 55

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Δυσφαγία είναι μία διαταραχή της μεταφοράς της τροφής από το στόμα στο στομάχι (Michael E. Groher, 1997). Η διαταραχή της κατάποσης μπορεί να προκληθεί εξαιτίας μυϊκής αδυναμίας, μυϊκού αποσυντονισμού, χαμηλού επιπέδου γνωστικών λειτουργιών ή έλλειψης κινήσεων ή δομών εξαιτίας τραυματισμού (Πρώιου Χ., 2003). Κάποια από τα πιθανά αίτια που μπορούν να προκαλέσουν δυσφαγία είναι τα νευρολογικά αίτια οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, μετά από μία χειρουργική επέμβαση, ή εξαιτίας της προχωρημένης ηλικίας που μπορεί να έχει ο ασθενής.

Στην έρευνα αυτή θα ασχοληθούμε με ασθενείς που η δυσφαγία τους οφείλεται κυρίως σε νευρολογικά αίτια, όπως τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσος του Parkinson, η άνοια. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι νευρολογική πάθηση, ωστόσο λόγω του μεγάλου ποσοστού των ασθενών με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, πιστεύεται ότι θα ωφελούσε για τα καλύτερα αποτελέσματα της έρευνας να θεωρηθεί ξεχωριστό αίτιο και όχι νευρολογικό.

Τα προβλήματα που παρουσιάζονται στην κατάποση, συνήθως συνυπάρχουν με προβλήματα επικοινωνίας αφού η κατάποση και η ομιλία, μοιράζονται τις ίδιες δομές και λειτουργίες. Οι δομές που συμμετέχουν στην διαδικασία της κατάποσης είναι το στόμα, ο φάρυγγας, ο λάρυγγας και ο οισοφάγος. Αυτές οι δομές χρησιμοποιούνται και για τη διαδικασία της αναπνοής (Πρώιου Χ., 2003).

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να μάθουμε από τις ιατρικές ειδικότητες, που ασχολούνται με αυτή τη διαταραχή της κατάποσης, για το τι πιστεύουν ότι είναι η δυσφαγία. Επίσης, ερευνούμε ποιος κατά τη γνώμη των ερωτώμενων πρέπει να κάνει την διάγνωση, την παρακολούθηση των ασθενών με δυσφαγία, πώς να αξιολογηθούν οι ασθενείς με δυσφαγία, καθώς και το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθείτε για αυτούς τους ασθενείς.

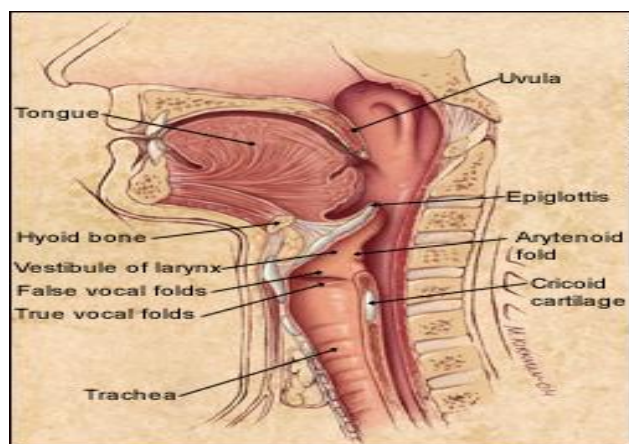
Οι συμμετέχοντες σε αυτή την έρευνα ήταν ιατροί που εργαζόντουσαν σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Το δείγμα της έρευνας αυτής αποτελείται από 100 ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Αναλυτικότερα, οι ειδικότητες που επιλέχθηκαν για αυτή την

έρευνα ήταν παθολόγοι, νευρολόγοι, πνευμονολόγοι, χειρουργοί, ωτορινολαρυγγολόγοι, γενικοί ιατροί, φυσίατροι, γαστρεντερολόγοι και εντατικολόγοι. Οι συμμετέχοντες, έπρεπε να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο που περιείχε δεκαοχτώ ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αναφέρονταν κυρίως σε ασθενείς που εισάγονταν σε κάποιο νοσοκομείο, κυρίως μετά από κάποια νευρολογική βλάβη.

Ένα μέρος από το δείγμα που πήραμε για την έρευνα αυτή δεν θέλησε να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο. Το πλήθος αυτό ήταν περίπου οι 50 ιατροί από τους 150 ερωτώμενους. Στο υπόλοιπο πλήθος, δηλαδή στα 100 απαντηθέντα ερωτηματολόγια, βρέθηκε ότι 81% βλέπει ασθενείς με δυσφαγία ενώ το 19% δεν βλέπει ασθενείς με δυσφαγία. Στη συνέχεια, το 72% των ερωτώμενων απαντούν ότι η δυσφαγία των ασθενών τους, οφείλεται σε νευρολογικά αίτια, το 36% σε χειρουργικά αίτια, το 23% σε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και το 24% λόγω της ηλικίας των ασθενών τους.

Πρέπει να σημειωθεί, ότι οι πιο πολλοί από τους ιατρούς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, έχουν επιλέξει πάνω από μία ως πιθανή απάντηση, σε κάποιες, από τις ερωτήσεις που τους δόθηκαν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το συνολικό άθροισμα του ποσοστού να βγαίνει μεγαλύτερο από το πλήθος που συμμετείχε στην έρευνα.

Επίσης, στην ερώτηση ποιο πιστεύουν ότι είναι το ποσοστό ασθενών με δυσφαγία λόγω νευρολογικής βλάβης, το 53% επέλεξε το ποσοστό μεταξύ 0% - 25%, το 29% το ποσοστό 25% - 50%, το 6% του δείγματος το ποσοστό 50% - 75% και το 12% δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση. Τα αποτελέσματα της έρευνας, θα αναλυθούν με περισσότερες λεπτομέρειες στη συνέχεια.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η δυσφαγία εμφανίζεται όταν παρουσιάζεται μια ανωμαλία σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας κατάποσης, από το στόμα στο φάρυγγα, τον οισοφάγο ή το στομάχι. (Andrew Biondo. D.O., 2007). Η διαταραχή της κατάποσης μπορεί να προκληθεί εξαιτίας μυϊκή αδυναμίας, μυϊκού αποσυντονισμού, χαμηλού επιπέδου γνωστικών λειτουργιών ή έλλειψης κινήσεων ή δομών εξαιτίας τραυματισμού. Η δυσφαγία μπορεί να παρατηρηθεί σε όλες τις ηλικίες, από την βρεφική έως την τρίτη ηλικία (Πρώιου Χ., 2003). Σε αυτή την έρευνα θα αναφερθούμε κυρίως σε άτομα με αναπτυγμένο σύστημα κατάποσης. Κάποια από τα πιθανά αίτια που μπορούν να προκαλέσουν δυσφαγία είναι τα νευρολογικά αίτια οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, τα χειρουργικά αίτια, ή εξαιτίας της προχωρημένης ηλικίας που μπορεί να έχει ο ασθενής.

Συνήθως, τα προβλήματα κατάποσης συνυπάρχουν με προβλήματα επικοινωνίας λόγω του ότι μοιράζονται την ίδια δομή και λειτουργία. Οι δομές αυτές είναι το στόμα, ο φάρυγγας, ο λάρυγγας και ο οισοφάγος. Τις ίδιες δομές που προαναφέρθηκαν, τις χρησιμοποιούμε και για τη λειτουργία της αναπνοής (Πρώιου Χ., 2003).

Για την καλύτερη μελέτη και ανάλυση της διαδικασίας της κατάποσης, ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, χωρίζουν, τη κατάποση, σε στάδια. Τα στάδια της κατάποσης είναι τρία και αυτά είναι: το στοματικό, το φaryγγικό και το οισοφαγικό. (Michael E. Groher., 1997). Το στοματικό στάδιο της κατάποσης χωρίζεται σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση είναι η στοματική προετοιμασία της τροφής, όπου γίνεται η μάσηση και η δεύτερη φάση είναι ο χρόνος που απαιτείται για την προώθηση της τροφής από το πρόσθιο μέρος του στόματος μέχρι το οπίσθιο μέρος μέσω των παρίσθμιων καμάρων που βρίσκονται στην αρχή της δομής του φάρυγγα. Σε κάποιο από αυτά τα στάδια ή και σε όλα, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει δυσφαγία (Groher M. E., 1997).

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στα κρανιακά νεύρα που συνδέονται με την κατάποση. (Palmer, J.B. et. al., 2000). Αναλυτικότερα, τα κρανιακά νεύρα που προσφέρουν αισθητικότητα και κίνηση στα χείλη, τα δόντια, τη γλώσσα, τα μάγουλα, τη σκληρή και μαλακή υπερώα είναι το τρίδυμο (V), το προσωπικό (VII), γλωσσοφαρυγγικό (IX), το πνευμονογαστρικό (X), το παραπληρωματικό (XI), και το υπογλώσσιο (XII) (Logemann J.A., 1998). Στη συνέχεια θα αναφερθεί αναλυτικά τα κρανιακά νεύρα που συμμετέχουν σε κάθε ένα από τα στάδια της κατάποσης.

Στο στοματικό στάδιο της κατάποσης, το τρίδυμο (V) προσφέρει αισθητικότητα στο πρόσωπο, στα πρόσθια 2/3 της στοματικής κοιλότητας και στη γλώσσα. Επίσης, δίνει κίνηση στους μύες της μάσησης και του σαγονιού. Το προσωπικό νεύρο (VII), δίνει αίσθηση στη μαλακή υπερώα, γεύση στα πρόσθια 2/3 της γλώσσας, έκκριση σιέλου και επιπλέον, είναι υπεύθυνο για το κλείσιμο των χειλιών. Το υπογλώσσιο (XII), τέλος, είναι υπεύθυνο για την κίνηση της γλώσσας. (Logemann J.A., 1998).

Στο φαρυγγικό στάδιο της κατάποσης, το γλωσσοφαρυγγικό (IX) νεύρο προσφέρει σύσπαση στους φαρυγγικούς μύες και κίνηση στη μαλακή υπερώα, στα φαρυγγικά τοιχώματα και τις παρίσθμιες καμάρες. Επίσης, είναι αυτό που δίνει γεύση στο οπίσθιο μέρος της γλώσσας καθώς και αίσθηση στον φάρυγγα. Αναλυτικότερα, οι κινητικές λειτουργίες του πνευμονογαστρικού (X) νεύρου είναι η ανύψωση της υπερώας και του λάρυγγα, η σύσπαση των φαρυγγικών μυών, το κλείσιμο των φωνητικών χορδών και της επιγλωττίδας, κίνηση των φαρυγγικών τοιχωμάτων και των παρίσθμιων καμάρων. Το παραπληρωματικό (XI) νεύρο κινεί το στερνοκλειδομαστοειδή και τραπεζομαστοειδή μυ που βρίσκονται στη βάση του λαιμού. Τέλος, το υπογλώσσιο (XII) νεύρο, κινεί τη γλώσσα προς τα φαρυγγικά τοιχώματα. Αυτή η κίνηση είναι απαραίτητη για τη μεταφορά του βλωμού από τη στοματική κοιλότητα στο φάρυγγα (Logemann J.A., 1998).

Τέλος, στο οισοφαγικό στάδιο της κατάποσης το μόνο νεύρο που συμμετέχει είναι το πνευμονογαστρικό (X) το οποίο ανοίγει τον κρικοφαρυγγικό σφικτήρα για την είσοδο του βλωμού στον οισοφάγο και από εκεί στο στομάχι (Logemann J.A., 1998).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Αν και η δυσφαγία μπορεί να έχει επιπτώσεις σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, είναι πιο πιθανή να έχει επιπτώσεις στους ηλικιωμένους. Κάποιος βαθμός οισοφαγικής απώλειας του συντονισμού και της δύναμης των μυών που συμμετέχουν στην διαδικασία της κατάποσης, εμφανίζεται με την ηλικία. Παρ' όλα αυτά η προχωρημένη ηλικία, προκαλεί συνήθως ήπια προβλήματα της κινητικότητας των μυών και δεν προκαλεί τα αξιοπρόσεκτα συμπτώματα της δυσφαγίας (Biondo A., D.O., 2007).

Στα ηλικιωμένα άτομα, η στοματική και φαρυγγική δυσφαγία προκαλείται συνήθως από προβλήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως είναι το πρόβλημα που δημιουργείται μετά από ένα χτύπημα στο κεφάλι, στη νόσο του Parkinson και στην άνοια. Η οισοφαγική δυσφαγία προκαλείται συνήθως από διαταραχές στον συντονισμό των συσπάσεων των μυών του οισοφάγου και λόγω της παρουσίας όγκων (Omran L., M., 2001).

Περίπου 7% με 10% των ενηλίκων μεγαλύτεροι των 50 ετών έχουν δυσφαγία, αν και αυτός ο αριθμός μπορεί να είναι ουσιαστικά χαμηλός, επειδή πολλοί ασθενείς με αυτό το πρόβλημα στην κατάποση, δεν μπορούν εισπράξουν την απαραίτητα ιατρική φροντίδα και θεραπεία. Επίσης, το 25% των νοσηλευόμενων ασθενών και το 30% με 40% των ασθενών που βρίσκονται στους οίκους ευγηρίας εμφανίζουν προβλήματα στην κατάποση (Palmer, J. B. M.D., et. al., 2000).



Could I
have

(Sirk K.A. 2005, Living with dysphagia: A brief look of treatment).

ΝΕΥΡΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η δυσφαγία έχει πολλές αιτίες. Ο οποιοσδήποτε λόγος που αποδυναμώνει ή βλάπτει τους μυς και τα νεύρα που χρησιμοποιούνται για την κατάποση μπορεί να προκαλέσει δυσφαγία. Οι ασθενείς με νευρολογική βλάβη μπορούν να παρουσιάσουν δυσφαγία σε κάποιο από τα τρία στάδια της κατάποσης, στο στοματικό, στο φαρυγγικό ή στο οισοφαγικό. Τα συμπτώματα της δυσφαγίας, σύμφωνα με την Sirk K.A. (2005), είναι

1. ο βήχας και το αίσθημα του πνιγμού πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την κατάποση
2. δυσκολία κατά την διάρκεια της κατάποση
3. η επαναλαμβανόμενη εισρόφηση
4. υπολείμματα στο εσωτερικό του στόματος μετά την κατάποση και
5. διάσπαση του βλωμού μέσα στο στόμα.

Κάποια από τα πιθανά αίτια που μπορούν να προκαλέσουν δυσφαγία μπορεί να οφείλονται σε νευρολογικά αίτια και σε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Παραδείγματος χάριν, άνθρωποι με ασθένειες του νευρικού συστήματος, όπως η εγκεφαλική παράλυση η νόσος του Parkinson, εμφανίζουν συχνά πρόβλημα στην κατάποση. Επιπλέον, το χτύπημα ή η κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να έχει επιπτώσεις στο συντονισμό των μυών της κατάποσης ή να περιορίσει την αίσθηση στο στόμα και το λαιμό. Κάποια από τα αίτια αυτά αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα.

Νευρολογικές διαταραχές και κτυπήματα

- ✘ Εγκεφαλικά επεισόδια
- ✘ Ενδοκρανιακή αιμορραγία
- ✘ Parkinson
- ✘ Πολλαπλή σκλήρυνση
- ✘ Αμυοτροφική πλευρική

σκλήρυνση (ALS)

✘ Πολιομυελίτιδα

✘ Μυασθένεια Gravis

✘ Άνοιες

✘ Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Οι ιατρογενείς αιτίες, όπως είναι μετά από μια χειρουργική επέμβαση, ή ύστερα από έκθεση του ασθενή σε ακτινοβολία, είτε μετά από φαρμακευτική αγωγή, μπορεί επίσης, να προκαλέσουν δυσφαγία. Η ψυχιατρική διαταραχή και οι ασθένειες του συνδετικού ιστού είναι αίτια που επίσης μπορούν να προκαλούν διαταραχές στην κατάποση (Palmer J. B., et. al., 2000).

Μια μόλυνση ή μια ενόχληση μπορεί να προκαλέσει το στένεμα του οισοφάγου. Επιπλέον, ο καρκίνος του κεφαλιού, του λαιμού, ή του οισοφάγου μπορεί να προκαλέσει διαταραχή στην κατάποση. Μερικές φορές ακόμα και η θεραπεία για αυτούς τους τύπους καρκίνων, μπορεί να προκαλέσει τη δυσφαγία. Οι τραυματισμοί στις ίδιες δομές, δηλαδή, το κεφάλι, το λαιμό και το στήθος, μπορούν επίσης, να δημιουργήσουν διαταραχή στην κατάποση.

Δεν θα γίνουν επιπλέον αναφορές για τις διαταραχές στο τελευταίο στάδιο της κατάποσης, το οισοφαγικό στάδιο, γιατί η θεραπεία ασθενών με οισοφαγική δυσφαγία γίνεται κυρίως με φαρμακευτική αγωγή, ή με χειρουργική επέμβαση και όχι με κάποιες από τις τεχνικές που μπορεί να χρησιμοποιήσει ένας ειδικός, πάνω στη δυσφαγία.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ο στόχος της αξιολόγησης για ένα άτομο με διαταραχές στην κατάποση, είναι να προσδιοριστεί η φύση της διαταραχής, να γίνει ο προσδιορισμός των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση της διαταραχής αυτής, να διαφοροποιηθεί η φυσιολογική εξασθένιση, λόγω ηλικίας, που μπορεί να προκαλέσει τη δυσλειτουργία,

η ικανότητα του ασθενή για βελτίωση της ασφάλειας της κατάποσης και η δυνατότητα να ωφεληθεί ο ασθενής από την κάποια επέμβαση. Τα σημεία που εξετάζει η αρχική αξιολόγηση, περιλαμβάνουν την αισθητήρια αξιολόγηση, τον προσδιορισμό της θέσης του κεφαλιού και του λαιμού, τις στοματικές κινήσεις, το σχέδιο μάσησης, την κατάποση και τη λαρυγγική ανύψωση (Curfman, S. M.A., CCC., 2006).

Η νευρολογική αξιολόγηση πρέπει να περιλαμβάνει την αξιολόγηση της διανοητικής κατάστασης του ασθενή, του μηχανισμού της κατάποσης και την αισθητήρια λειτουργία του, την εξέταση των κρανιακών νεύρων, και μια παρεγκεφαλιδική εξέταση. Οι ασθενείς με την εξασθετισμένη γνωστική λειτουργία και εκείνοι που είναι κάτω από τη νάρκωση πρέπει να αξιολογηθούν προσεκτικά, επειδή η νάρκωση και η εξασθετισμένη γνωστική λειτουργία μπορεί να προκαλέσουν, μειωμένη νευρολογική δραστηριότητα, στα μέρη που συμμετέχουν στην διαδικασία της κατάποσης και να παρεμποδίσουν την κατάποση, βγάζοντας λάθος αποτελέσματα, κατά την διάρκεια της αξιολόγησης.

Ο έλεγχος του μηχανισμού της κατάποσης και οι αισθητήριες εξετάσεις που γίνονται σε αυτό, μπορούν να αποκαλύψουν ένα νέο χτύπημα ή να προσδιορίσουν μια μακροπρόθεσμη ασθένεια. Μια "υγρή φωνή" μπορεί, να υποδηλώνει μακροπρόθεσμη λαρυγγική εισρόφηση, ενώ μια αδύνατη, αναπνευστική φωνή μπορεί να υποδηλώνει παθολογία στις φωνητικές χορδές (Palmer J. B., M.D., et. al., 2000).

Ο ρόλος του λογοθεραπευτή αρχικά, είναι να ενημερωθεί και έπειτα να εξοικειωθεί με την περιγραφή που δίνει, ο ίδιος ο ασθενής στο πρόβλημα του. Ο λογοθεραπευτής, σε συνεργασία με τον παθολόγο, διαδραματίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο ως μέλος της ομάδας της περίθαλψης της δυσφαγίας, στην αξιολόγηση της φύσης της δυσφαγίας και των παραγόντων που προκαλούν, αυτή τη διαταραχή.

Ο λογοθεραπευτής σε συνεργασία με τον παθολόγο, πρέπει να αναπτύξουν ένα εξατομικευμένο πλάνο αξιολόγησης με σκοπό την συμμετοχή του ασθενή σε αυτό, για να επιτύχουν (ο λογοθεραπευτής και ο ιατρός) τις απαραίτητες συμπεριφορές και στρατηγικές ώστε να εξασφαλιστεί μια σωστή αξιολόγηση. Μέσα από την

αξιολόγηση, ο ιατρός σε συνεργασία με τον λογοθεραπευτή, θα αποφασίσουν ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος σίτισης για τον ασθενή. Στη συνέχεια, θα πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής, για τη σχετική εκπαίδευση, που αφορά τα εναλλακτικά θεραπευτικά συστήματα σίτισης και την εκπαίδευση των στρατηγικών κατάποσης (Curfman, S. M.A., CCC2006).

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Σύμφωνα με το National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2002), εάν κάποιος ασθενής παρουσιάσει ή υποψιαστεί πρόβλημα στην κατάποση του, μπορεί να επισκεφτεί έναν ωτορινολαρυγγολόγο (παθολόγος με ειδική κατάρτιση στις διαταραχές του αυτιού, της μύτης, και του λαιμού) ή έναν λογοθεραπευτή που εκπαιδεύεται στη δυσφαγία. Εάν ένα κτύπημα ή άλλη νευρολογική διαταραχή προκαλεί το πρόβλημα στην κατάποσης, τότε πρέπει να επισκεφτεί έναν νευρολόγο. Άλλοι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες, που μπορούν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε διαταραχές της κατάποσης, είναι οι εργοθεραπευτές και οι φυσιοθεραπευτές.

Σε ένα άρθρο του ο Sue Curfman, M.A., CCC (2006), υποστηρίζει ότι ο νοσοκομειακός γιατρός, είναι υπεύθυνος για την αξιολόγηση της δυσφαγίας. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι ο νοσοκομειακός ιατρός θα ολοκληρώσει την εξέταση του ασθενή και την αξιολόγηση της δύναμης και του συντονισμού των μεμονωμένων στοματικών δομών του, θα αξιολογήσει τους μυς που συνδέονται με τη μάσηση και το σχέδιο μάσησης, καθώς και την λαρυγγική ανύψωση κατά τη διάρκεια κατάποσης ξηρού ή όχι βλωμού. Αντίθετα, ο Rasmussen S. (2000), υποστηρίζει ότι η διάγνωση της δυσφαγίας πρέπει να γίνει από έναν λογοθεραπευτή, σε συνεργασία με τον αρχικό παθολόγο του ασθενή.

«Οι γιατροί και οι λογοθεραπευτές που εξετάζουν και μεταχειρίζονται τις διαταραχές της κατάποσης, χρησιμοποιούν ποικίλες δοκιμασίες, που επιτρέπουν την εξέταση των μέρων που συμμετέχουν στον μηχανισμό της κατάποσης» αναφέρει σε σχετικό άρθρο της, η National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2002).

Μόλις βρεθεί η αιτία της δυσφαγίας, η χειρουργική επέμβαση ή το φάρμακο μπορεί να βοηθήσει στη θεραπεία της. Εάν η αντιμετώπιση της αιτίας της δυσφαγίας, δεν βοηθά, ο γιατρός μπορεί να παραπέμψει τον ασθενή σε έναν λογοθεραπευτή που εκπαιδεύεται στη αξιολόγηση και τη διαχείριση των διαταραχών της κατάποσης. Ο λογοθεραπευτής, θα εξετάσει τη δυνατότητα του προσώπου να φάει και να πει και θα διδάξει στον ασθενή, τους νέους τρόπους κατάποσης (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2002).

Από πολλούς ερευνητές, η δυσφαγία θεωρείται σύμπτωμα και όχι διαταραχή. Όμως εξαιτίας των πολλών προβλημάτων που παρουσιάζει, ανεξάρτητα με ποια είναι η αιτία της, στη συγκεκριμένη έρευνα θεωρείται διαταραχή. Η δυσφαγία είναι λοιπόν, μία διαταραχή που μπορεί να διαγνωστεί μέσω κάποιων εξετάσεων.

Μια πρώτη εξέταση που γίνεται για τη διάγνωση της διαταραχής αυτής είναι ο στοματοπροσωπικός έλεγχος. Στο στοματοπροσωπικό έλεγχο, εξετάζουμε τρία διαφορετικά επίπεδα τα οποία αλληλοσυνδέονται και αλληλεπιδρούν. Τα τρία αυτά επίπεδα είναι το νευρολογικό, το λειτουργικό και το αισθητικοκινητικό.

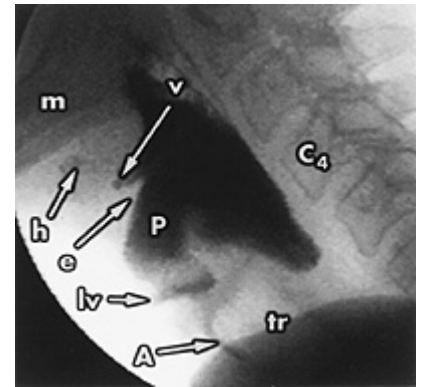
Οι ακτινολογικές εξετάσεις που μπορούν να αξιολογήσουν την κατάποση του ασθενούς με δυσφαγία είναι η βιντεοακτινοσκόπηση, βιντεοσκόπηση, τροποποιημένη κατάποση βαρίου και ακτινοσκόπηση με ακτίνες Χ. (Πρώιου Χ., 2003).

Αναλυτικότερα, οι τρόποι που μπορεί ένας ιατρός να αξιολογήσει την κατάποση σε έναν ασθενή είναι:

- Η Βιντεοακτινοσκόπηση της κατάποσης (Video Fluoroscopic Swallowing Study (VFSS))
- Η Βιντεοενδοσκοπική κατάποση (Video Endoscopic Swallowing Study (VESS))
- Το Οισοφαγόγραμμα, με κατάποση βαρίου (Barium-Contrast Esophagogram (Barium Swallow))
- Η Οισοφαγοσκόπηση / ενδοσκόπηση (Esophagoscopy/Endoscopy)
- Η Οισοφαγική μανομετρία (Esophageal Manometry) (Omran L., M. 2001).

Άλλοι τρόποι αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται και στην Ελλάδα, είναι:

- Η Τροποποιημένη κατάποση βαρίου
- Η Γαστροεντερική ενδοσκόπηση



Άλλες αξιολογήσεις που γίνονται με σκοπό να ελέγξουν τη δύναμη των μυών που συμμετέχουν στην διαδικασία της κατάποσης είναι

- Η Μανομετρία
- Ο Έλεγχος pH
- Οι Υπέρηχοι (Palmer J . M.,1995-2006).

Το αναλυτικό ιστορικό και η φυσική εξέταση, το οισοφαγόγραμμα με βάριο και τη γαστροοισοφαγική ενδοσκόπηση, είναι εξετάσεις που μπορούν να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση της δυσφαγίας. Οι ειδικές μελέτες και οι διαβουλεύσεις με τους ειδικούς αποκατάστασης μπορούν να επιβεβαιώσουν τις δύσκολες διαγνώσεις και να βοηθήσουν στις στρατηγικές θεραπείας (Palmer, J. B. M.D., et. al., 2000).

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Μια βασική αρχή της αποκατάστασης είναι, ότι η καλύτερη θεραπεία για οποιαδήποτε εξασθετισμένη δραστηριότητα είναι η ίδια η δραστηριότητα. Παραδείγματος χάριν, το περπάτημα είναι γενικά η καλύτερη άσκηση για να βελτιώσει κανείς τις δεξιότητες βάδισης. Ομοίως, η κατάποση είναι η καλύτερη θεραπεία για τις διαταραχές της κατάποσης. Κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα της αξιολόγησης κατευθύνουν στον προσδιορισμό των περιστάσεων προκειμένου να εξασφαλιστεί η ασφαλή και αποτελεσματική κατάποση στον ασθενή (Palmer, J. B. M.D., et. al., 2000).

Πριν από όλα, θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο παθολόγος ή ο οικογενειακός γιατρός του ασθενή, πρέπει να παρατηρήσει τον ασθενή κατά την διάρκεια της κατάποσης. Το κυριότερο για τους γιατρούς είναι να παρατηρήσουν τον ασθενή και να τον αξιολογήσουν κατά την διάρκεια κατάποσης υγρού και να προσδιορίσουν αν ο

ασθενής χρειάζεται περαιτέρω αξιολόγηση. Αν εμφανιστεί δυσκολία στην κατάποση του υγρού τότε καταφεύγουμε σε άλλη μορφή σύστασης της τροφής. Για παράδειγμα, ένας ασθενής, μπορεί να λάβει στοματικά, την επαρκή ποσότητα νερό είτε με λεπτόρρευση είτε με παχύρρευση σύσταση τροφής (Palmer, J. B. M.D., et. al., 2000).

Οι ασθενείς με μειωμένη φαρυγγική συστολή έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να διατηρηθεί βλωμός από παχύρρευση και στερεά τροφή, στο φάρυγγα, από ό,τι με τον λεπτόρρευστο βλωμό. Τα αποτελέσματα μιας βιντεοακτινοσκόπησης, βοηθούν στο σχεδιασμό μιας εξατομικευμένης διατροφής. Οι περισσότεροι ασθενείς με σοβαρή δυσφαγία, είναι ανίκανοι να φάνε στερεή σύσταση τροφής ή άλλα σκληρά τρόφιμα, χωρίς να διατρέχουν κάποιο κίνδυνο. Ως εκ τούτου, μια πολτοποιημένη διατροφή συστήνεται για τους ασθενείς που εμφανίζουν δυσκολίες με την στοματική και προπαρασκευαστική φάση της κατάποσης (Palmer, J. B. M.D., et. al., 2000).

Η θεραπεία της δυσφαγίας εξαρτάται από την αιτία της. Για την στοματική και φαρυγγική δυσφαγία, η λογοθεραπεία, χρησιμοποιείται συχνά για να βοηθήσει τους ασθενείς να μάθουν να καταπίνουν καλύτερα. Παραδείγματος χάριν, ο προσδιορισμός της θέσης του κεφαλιού και του λαιμού με ορισμένους τρόπους μπορεί να βοηθήσει στην κατάποση. Ορισμένες ασκήσεις μπορούν επίσης, να βοηθήσουν τους ασθενείς να συντονίζουν τους μύες της κατάποσης ή να ενεργοποιούν ξανά τα νεύρα που προκαλούν το αντανακλαστικό της κατάποσης (Biondo, A. D.O., 2007)

Για μερικούς ασθενείς, η στοματική σίτιση δεν είναι δυνατή. Αυτοί οι ασθενείς πρέπει να χρησιμοποιήσουν άλλες μεθόδους για τη σίτιση και τη θρέψη του οργανισμού τους. Συνήθως, αυτό περιλαμβάνει ένα σύστημα τροφοδοσίας, όπως είναι ο σωλήνας σίτισης, ο οποίος παρακάμπτει το μέρος του μηχανισμού της κατάποσης που δεν λειτουργεί κανονικά. (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders 2002). Τέτοιοι σωλήνες σίτισης είναι ο ορός, ο ρινογαστρικός, η γαστροστομία και η παρεντερική.

Ο λογοθεραπευτής είναι εκείνος που πρέπει να αναγνωρίσει και να αποφασίσει ποιος ασθενής θα ωφεληθεί από τη χρήση πιθανού σωλήνα σίτισης και πως ο

ασθενής αυτός θα μπορεί να επικοινωνεί με τους παθολόγους και τα οικογενειακά μέλη (Curfman, S., M.A., CCC2006).

Τέλος, ο ρόλος του λογοθεραπευτή μπορεί να χρειαστεί να αλλάξει κατά τη διάρκεια του χρόνου της θεραπείας της δυσφαγίας, λόγω της προοδευτικής φύσης των αιτιών που προκαλούν τις διαταραχές στην κατάποση. Πρέπει να γνωρίζει τι αντίκτυπο έχει η δυσφαγία προς τον ασθενή, στην λειτουργία της κατάποσης και της διατροφής του. Ο στόχος του λογοθεραπευτή είναι ο ίδιος με αυτός των φροντιστών. Σαν πρώτο στόχο έχουν την διευκόλυνση και τη διατήρηση της ασφάλειας του ασθενή κατά τη διάρκεια της κατάποσης.

Είναι επιτακτικό ότι ο λογοθεραπευτής κατανοεί τη δυσφαγία και μπορεί να τη διαχειριστεί μέσω των κατάλληλων τεχνικών που απαιτούνται για την διαταραχή αυτή. Η λεπτομερή εξέταση του ιατρικού αρχείου, του ασθενή, είναι απολύτως ουσιαστική για τον καθορισμό της διαταραχής και για εύρεση των παραγόντων που συσχετίζονται με την παρουσία της δυσφαγίας. Η πορεία της αποκατάστασης ή ακόμα και η πτώση της πορείας της δυσφαγίας, που επηρεάζονται από στις ασθένειες και οι χειρουργικές διαδικασίες που συνδέονται με τη δυσφαγία, ποικίλλουν ευρέως. Μόλις προσδιοριστεί η αιτία που προκαλεί δυσφαγία, ο νοσοκομειακός γιατρός πρέπει να καθορίσει την πορεία του ασθενή στην προσδοκώμενη αποκατάσταση του (Curfman, S., M.A., CCC2006).

ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΑΠΟ ΑΡΘΡΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Η Association of Speech and Language Therapists (2003-2008), αναφέρει ότι οι λογοθεραπευτές περιλαμβάνονται συχνά σε μια διεπιστημονική ομάδα που συνεργάζεται με τους ανθρώπους που εμφανίζουν διαταραχή στην κατάποση. Η ομάδα, εκτός από τους λογοθεραπευτές, μπορεί να περιλάβει τους γιατρούς, τους φυσιοθεραπευτές, τους εργοθεραπευτές, τους διαιτολόγους - διατροφολόγους, τους ωτορινολαρυγγολόγους, τους γαστρεντερολόγους, και τους ραδιολόγους για τα τμήματα των ακτίνων Χ. Η αξιολόγηση του λογοθεραπευτή μπορεί να περιλάβει ακόμα και την παρατήρηση της διάρκειας που χρειάζεται ένας ασθενής για το γεύμα του. Έτσι, ο γιατρός, μπορεί να παραπέμψει έναν ασθενή για αξιολόγηση, ή σε έναν λογοθεραπευτή ή σε έναν εργοθεραπευτή. Αυτοί οι ειδικοί στη δυσφαγία, μπορούν να

δώσουν στον ασθενή τις ασκήσεις και τις οδηγίες για να τον βοηθήσουν να φάει ακίνδυνα και με ασφάλεια (Payten C, 2005).

Η παρατήρηση του ασθενή σε διάφορες συστάσεις τροφών και υγρών είναι χρήσιμη. Ο ασθενής πρέπει να καταδείξει αρκετό νευρομυϊκό έλεγχο για να μασήσει τα τρόφιμα, να δημιουργήσει μια μορφή βλωμού έτοιμου για την έναρξη της κατάποσης και να οδηγήσει το βλωμό στο φάρυγγα, χωρίς την παρουσία πνιγμού ή βήχα. Οι οικογενειακοί παθολόγοι μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα και τους κινδύνους των περιπλοκών, από την πρώτη αξιολόγηση που γίνεται στον ασθενή. Εντούτοις, η παραπομπή γίνεται υποχρεωτική όταν η αιτία της δυσφαγίας είναι ασαφής, όταν υπάρχει κίνδυνος για εισρόφηση ή εάν η περαιτέρω διαγνωστική ή θεραπευτική πείρα είναι απαραίτητη προς όφελος της υγείας του ασθενή (Spieker, R. M., 2000).

Σε ένα συνέδριο που πραγματοποιήθηκε στο Montreal (2006), επιστήμονες από όλους τους κλάδους της ιατρικής, αναφέρθηκαν στην δυσφαγία και στους θεραπευτές που συμμετέχουν στο πρόγραμμα της αξιολόγησης, της διάγνωσης και της θεραπείας της διαταραχής αυτής. Στην παρουσίαση αυτή ο Dr. Lambert σημείωσε την ασυμφωνία μεταξύ των εργοθεραπευτών, των λογοθεραπευτών και των διαιτολόγων σχετικά με τις απαραίτητες ικανότητες πάνω στην πρακτική της δυσφαγίας (Montreal, QC, June 2006).

Η Germain I. (2006), στην ίδια παρουσίαση, αναθεώρησε την εκπαίδευση, το πεδίο της πρακτικής και το ρόλο των διαιτολόγων στην αξιολόγηση και τη θεραπεία της δυσφαγίας. Η Germain I. έγραψε ότι οι διαιτολόγοι είναι αυτοί που κατανοούν τις θρεπτικές ουσίες, τη σύσταση και την ασφάλεια των τροφίμων, που πρέπει να λαμβάνει ένας ανθρώπινος οργανισμός. Οπότε, οι διαιτολόγοι είναι αυτοί που πρέπει να επιλέγουν τις τροφές και τις συστάσεις των τροφών που πρέπει να πάρει ένας ασθενής. (Montreal, QC, June 2006).

Ο Dr. Steele προσδιόρισε ότι η δυσφαγία έχει τεράστιες επιπτώσεις στις φυσικές, συναισθηματικές, και ποιοτικές επιλογές της ζωής ενός ασθενή συμπεριλαμβανομένης και της διατροφής του. Η δυσφαγία μπορεί να του προκαλέσει εισρόφηση και γενικότερα διαταραχές στο αναπνευστικό, ως δευτερογενή

συμπτώματα, με αποτέλεσμα να υποβάλλονται οι ασθενείς σε διαιτητικούς περιορισμούς, σε απώλεια επιλογής και της ευκαιρίας να φάνε κοινωνικά με την οικογένεια και τους φίλους τους (Montreal, QC, June 2006).

Επίσης, ο Dr. Steele αναφέρει ότι ο λογοθεραπευτής, ως μέλος σε μια διεπιστημονική ομάδα της δυσφαγίας, πρέπει να αναμιγνύει την ιατρική, την περίθαλψη, την αναπνευστική θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή, την κλινική διατροφή, και την επαγγελματική θεραπεία στους ασθενείς με διαταραχές στην κατάποση. Τέλος, ο Dr Steele προσδιόρισε ότι οι λογοθεραπευτές, ως βασικά μέλη της ομάδας της δυσφαγίας, έχουν τη θεμελιώδη κατάρτιση, στην αποτελεσματική και ακίνδυνη αξιολόγηση και διαχείριση στην διαταραχή της κατάποση (Montreal, QC, June 2006).

Σύμφωνα με τον Blouin (2006) στην ίδια παρουσίαση, η διάγνωση και η θεραπεία της δυσφαγίας ανήκει στην αρμοδιότητα του παθολόγου. Ο παθολόγος καθιερώνει μια πιθανή διάγνωση, μια αιτιολογία και μια πρόγνωση. Ο παθολόγος συμμετέχει στο διεπιστημονικό σχέδιο αποκατάστασης της ομάδας. Ο παθολόγος αξιολογεί τη γενική ικανότητα του ασθενή και βεβαιώνει την κατανόηση του ασθενή στο σχέδιο και τις συνέπειες της θεραπείας της δυσφαγίας του συμπεριλαμβανομένου και του κινδύνου για πιθανή εισρόφηση (Montreal, QC, June 2006).

Ο Gauthier (2006), παρουσίασε την προοπτική ενός επαγγελματία στην θεραπεία και στη ρύθμιση της δυσφαγίας. «Οι εργοθεραπευτές, οι διαιτολόγοι και οι λογοθεραπευτές είναι επαγγέλματα με διατηρημένους τίτλους», αναφέρει στην έρευνα του. Ο τομέας της πρακτικής τους, καθορίζεται από τον επαγγελματικό κώδικα, όπου στους περισσότερους τομείς, τους μοιράζονται δύο ή περισσότερα επαγγέλματα. Στην επαρχία του Quebec, η αξιολόγηση της δυσφαγίας δεν είναι διατηρημένη σε οποιοδήποτε επάγγελμα εντούτοις, η διάγνωση είναι μια αποκλειστική αρμοδιότητα των παθολόγων. (Montreal, QC, June 2006).

Οι εργοθεραπευτές, σύμφωνα με τον Gauthier, συμμετέχουν στην πορεία της εξέλιξης της δυσφαγίας για περισσότερο από 50 έτη. Οι εργοθεραπευτές αξιολογούν τις λειτουργικές δυνατότητες του ασθενή, που έχουν επιπτώσεις στη σίτιση, ή την κατάποση. Οι εργοθεραπευτές αξιολογούν επίσης, τη σχέση μεταξύ της σίτισης με το

ρόλο του περιβάλλοντος και την επιρροή του κατά τη διάρκεια του γεύματος. Οι στόχοι του εργοθεραπευτή, είναι να επέμβει ώστε να βελτιώσει, να αποκαταστήσει, να αναπτύξει ή να διατηρήσει τις δεξιότητες που απαιτούνται για ασφαλή και ανεξάρτητη σίτιση και να αντισταθμίσει τις δυσκολίες, με την βοήθεια διάφορων τεχνικών κατάποσης, όπως είναι η τροποποίηση της στάσης του σώματος του ασθενή, του περιβάλλοντος ή ακόμα και τη χρήση ενός προσαρμοστικού εξοπλισμού απαραίτητο για την σίτιση (Montreal, QC, June 2006).

Το συμπέρασμα που προέκυψε από την έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί στο Montreal ήταν ότι οι εργοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές και οι διαιτολόγοι γνωρίζουν πώς να αξιολογήσουν και να διαχειριστούν τη δυσφαγία και τις διαταραχές της κατάποσης (Montreal, QC, June 2006).

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να δείξει τι πιστεύουν και τι γνωρίζουν οι ιατροί που εργάζονται σε κάποιο νοσοκομειακό χώρο, σχετικά με τη δυσφαγία. Η έρευνα αυτή, αναζητά τον ορισμό που δίνουν οι ιατρικές ειδικότητες που συμμετείχαν, καθώς επίσης και τον τρόπο που διαχειρίζονται οι ίδιοι τη δυσφαγία. Ποιος πιστεύουν ότι κάνει την διάγνωσή της, ποιος την αξιολογεί και με ποιες εξετάσεις, ποιος προτείνει και ποιος παρακολουθεί το θεραπευτικό πρόγραμμα των ασθενών με δυσφαγία είναι οι ερωτήσεις που πρέπει να απαντηθούν. Στη συνέχεια, τα αποτελέσματα θα συγκριθούν με τις αναφορές που έχουν γίνει από την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με την χρήση ενός ερωτηματολογίου που περιείχε 18 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις επιλέχθηκαν με σκοπό να καλύψουν τον ορισμό της δυσφαγίας, την διάγνωση, τον τρόπο της αξιολόγησης καθώς και την θεραπευτική της πορεία. Κάποιες από τις ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα, είναι παρόμοιες με αυτές που είχαν χρησιμοποιηθεί σε μια αντίστοιχη έρευνα στο νοσοκομείο Υγείας της Αθήνας και όπου οι ερωτώμενοι ήταν νοσηλευτές, ιατροί και σπουδαστές της νοσηλευτικής που εργαζόντουσαν στο νοσοκομείο αυτό.

Η έρευνα αναφέρεται σε συγκεκριμένες ιατρικές ειδικότητες και αυτές είναι ο παθολόγος, ο νευρολόγος, ο γαστρεντερολόγος, ο πνευμονολόγος, ο φυσίατρος, ο ωτορινολαρυγγολόγος, ο χειρουργός, ο εντατικολόγος και γενικός ιατρός. Οι ερωτώμενοι ιατροί που κλήθηκαν να απαντήσουν ήταν 100 από τις διάφορες ειδικότητες που προαναφέρθηκαν. Αναλυτικότερα, οι 26 ήταν παθολόγοι, 6 γενικοί ιατροί, 7 φυσίατροι και 15 πνευμονολόγοι, 2 ήταν εντατικολόγοι και 16 χειρουργοί, 14 νευρολόγοι, 9 γαστρεντερολόγοι και 5 ωτορινολαρυγγολόγοι. Από τους 100 που δέχθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο οι 35 ήταν από 25 έως 35 ετών, οι 29 από 35 έως 45 ετών, οι 24 από 45 έως 55 ετών και οι 12 από 55 και άνω.

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία όπως στον Άγιο Ανδρέα Πατρών, στο Θώρακος Πατρών, στο Στρατιωτικό Νοσοκομείο 409 Πατρών, στο ιδιωτικό θεραπευτήριο Ολύμπιο, στο ΙΚΑ Πατρών και Αργοστολίου, στο Γενικό Νοσοκομείο Αργοστολίου, στο Κέντρο Υγείας της Σάμης και του Ηρακλείου Κρήτης, στο Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, στο Αρεταίο Αθήνας, στο Ερρίκος Ντυνάν, στο Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων, στην Κεντρική Κλινική Αθηνών, στο Λαϊκό, στον Ερυθρό Σταυρό Αθηνών, στον Κυανό Σταυρό Αθηνών και στο Παιδων Πεντέλης. Σε όλα τα νοσοκομεία, που επιλέχθηκαν, εκτός απ το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων, δεν υπήρχε μόνιμη θέση λογοθεραπευτή.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είχε 18 ερωτήσεις. Αναλυτικότερα, οι δύο πρώτες ερωτήσεις δίνουν μια γρήγορη εικόνα του ερωτώμενου ιατρού. Αρχικά, στη πρώτη ερώτηση ο ερωτώμενος ιατρός αναγράφει την ειδικότητα του, ενώ η δεύτερη ερώτηση αναφέρεται στην ηλικία του. Στην τρίτη ερώτηση ζητάμε από τον ερωτώμενο να μας πει τι πιστεύει πως είναι η δυσφαγία (τον ορισμό της δυσφαγίας).

Στην επόμενη ερώτηση που επιλέχθηκε, υπολογίζουμε το ποσοστό των ιατρών που εξετάζουν ασθενείς με δυσφαγία. Η πέμπτη ερώτηση αφορά τα αίτια που προκαλούν την δυσφαγία στους ασθενείς, σύμφωνα με τους ερωτώμενους ιατρούς. Τα αίτια που μπορεί ένας ασθενής να παρουσιάσει δυσφαγία είναι νευρολογικά, χειρουργικά, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ή λόγω της ηλικίας του ασθενή.

Στη συνέχεια, αναπτύσσονται αναλυτικότερα τα νευρολογικά αίτια τα οποία μπορεί να είναι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσος του Parkinson, η άνοια ή κάποιο άλλο νευρολογικό αίτιο που μπορεί να αναφέρει ο ερωτώμενος ιατρός. Στην έβδομη κατά σειρά ερώτηση, ζητείτε να επιλεχθεί το ποσοστό των ασθενών που παρουσιάζουν δυσφαγία λόγω νευρολογικής βλάβης. Η όγδοη ερώτηση αναφέρεται στο ποιος κάνει τη διάγνωση της δυσφαγίας και σαν πιθανές απαντήσεις υπάρχουν ο ιατρός όπου ο ερωτώμενος πρέπει να γράψει την ειδικότητα του ιατρού που πιστεύει ότι μπορεί να

κάνει τη διάγνωση, ο νοσηλευτής, η αποκλειστική νοσοκόμα, ο λογοθεραπευτής ή ο συγγενής του ασθενή.

Στην επόμενη ερώτηση καλείται ο ερωτώμενος ιατρός να σημειώσει ποια εξέταση κάνει στους ασθενείς του για να αξιολογήσει την κατάποση τους. Οι εξετάσεις που μπορούν να δείξουν την κατάσταση του ασθενή, όσον αφορά την κατάποση του, χωρίζονται σε κλινική και ακτινολογική. Στην κλινική αξιολόγηση, ο ιατρός που εξετάζει τον πάσχοντα ασθενή, με διαταραχή στην κατάποση, θα πρέπει να γίνει είτε παρακολουθώντας τον ασθενή όταν τρώει ή αξιολογώντας μεμονωμένες καταπώσεις διαφόρων συστάσεων βλωμού, όπως υγρό, λεπτόρρευστο, παχύρρευστο ή στερεό. Στην ακτινολογική εξέταση, θα πρέπει ο ερωτώμενος ιατρός να αναγράψει ποιο είδος ακτινολογικής εξέτασης πραγματοποιεί. Οι ακτινολογικές εξετάσεις που μπορούν να αξιολογήσουν την κατάποση του ασθενούς με δυσφαγία είναι η βιντεοσκόπηση, τροποποιημένη κατάποση βαρίου, ακτινοσκόπηση με ακτίνες X και η βιντεοακτινοσκόπηση.

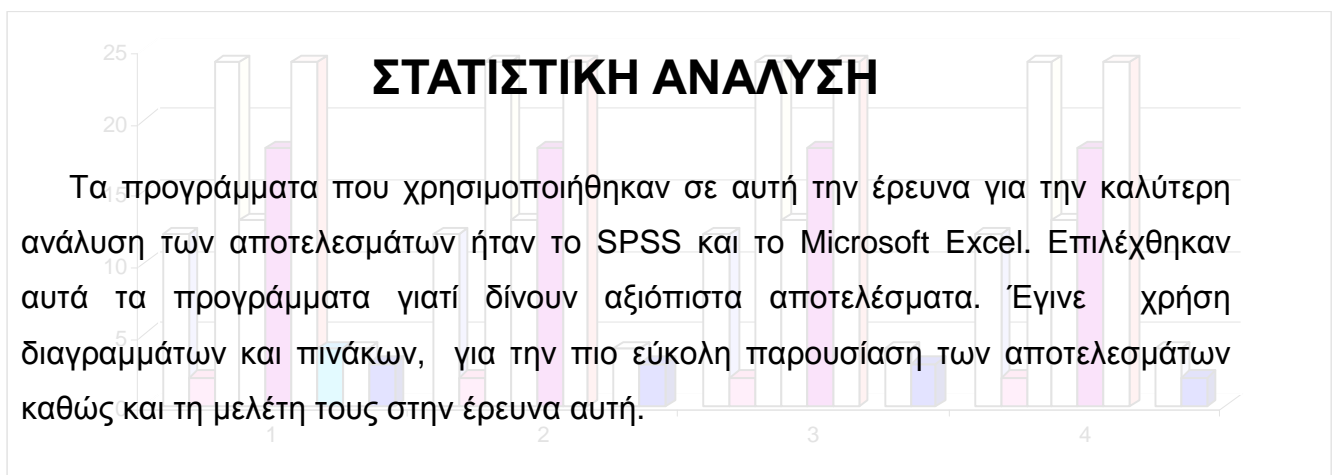
Η δέκατη ερώτηση αναφέρεται στο πότε, οι ερωτώμενοι, πιστεύουν ότι η κατάποση είναι ασφαλής. Σύμφωνα με βιβλιογραφία, η κατάποση θεωρείται ότι είναι ασφαλής όταν δεν υπάρχουν υπολείμματα στο στόμα του ασθενή μετά την κατάποση, όταν η φυσιολογική ανύψωση του λάρυγγα από τη στιγμή που ξεκινάει η κατάποση γίνει σε λιγότερο από 2-3 sec, αν δεν βήξει, δεν δακρύσει ή δεν κοκκινίσει ο ασθενής μετά την κατάποση. Εάν συμβεί κάποιο από όλα αυτά και κυρίως το τελευταίο, τότε ο ασθενής πολύ πιθανόν να έχει πάθει εισρόφηση, δηλαδή, μέρος του βλωμού να εισχωρήσει στους αεραγωγούς και να οδηγηθεί προς τους πνεύμονες του, προκαλώντας του έτσι πνευμονία από εισρόφηση.

Στη επόμενη ερώτηση, οι ερωτώμενοι πρέπει να επιλέξουν για το πότε γίνεται η πρώτη σίτιση σε ασθενής με νευρολογική βλάβη, στο πρώτο 24ωρο, στο πρώτο 48ωρο, στη πρώτη εβδομάδα ή σε μεγαλύτερο διάστημα. Η ερώτηση αυτή δεν αναφέρεται στην στοματική σίτιση αλλά σε οποιοδήποτε τρόπο μπορεί να είναι αυτό εφικτό, για παράδειγμα, σίτιση μέσω ορού. Η δωδέκατη και η δέκατη τρίτη ερώτηση αναφέρονται στο ποιος δίνει την εντολή για την πρώτη στοματική σίτιση σε ασθενείς με νευρολογική βλάβη και ποιος τη δοκιμάζει την πρώτη στοματική σίτιση, αντίστοιχα.

Οι επιλογές και στις δύο ερωτήσεις είναι οι ίδιες που είχαν δοθεί και στην όγδοη ερώτηση.

Στη συνέχεια, στην δέκατη τέταρτη ερώτηση, ζητείται να επιλέξουν τον τρόπο σίτισης που θα διαλέξουν οι ιατροί για τους ασθενείς, πριν ξεκινήσει η στοματική σίτιση. Οι επιλογές που έχουν είναι η παρεντερική, ο ορός, ο ρινογαστρικός, η γαστροστομία ή τίποτα από όλα αυτά. Η δέκατη πέμπτη ερώτηση, αναφέρεται σε ποια σύσταση τροφής επιλέγουν οι ερωτώμενοι για την πρώτη στοματική σίτιση, την υγρή (π.χ. νερό), την λεπτόρρευση (π.χ. σιρόπι), την παχύρρευση (π.χ. γιαούρτι), ή τη στερεή (π.χ. μπισκότο).

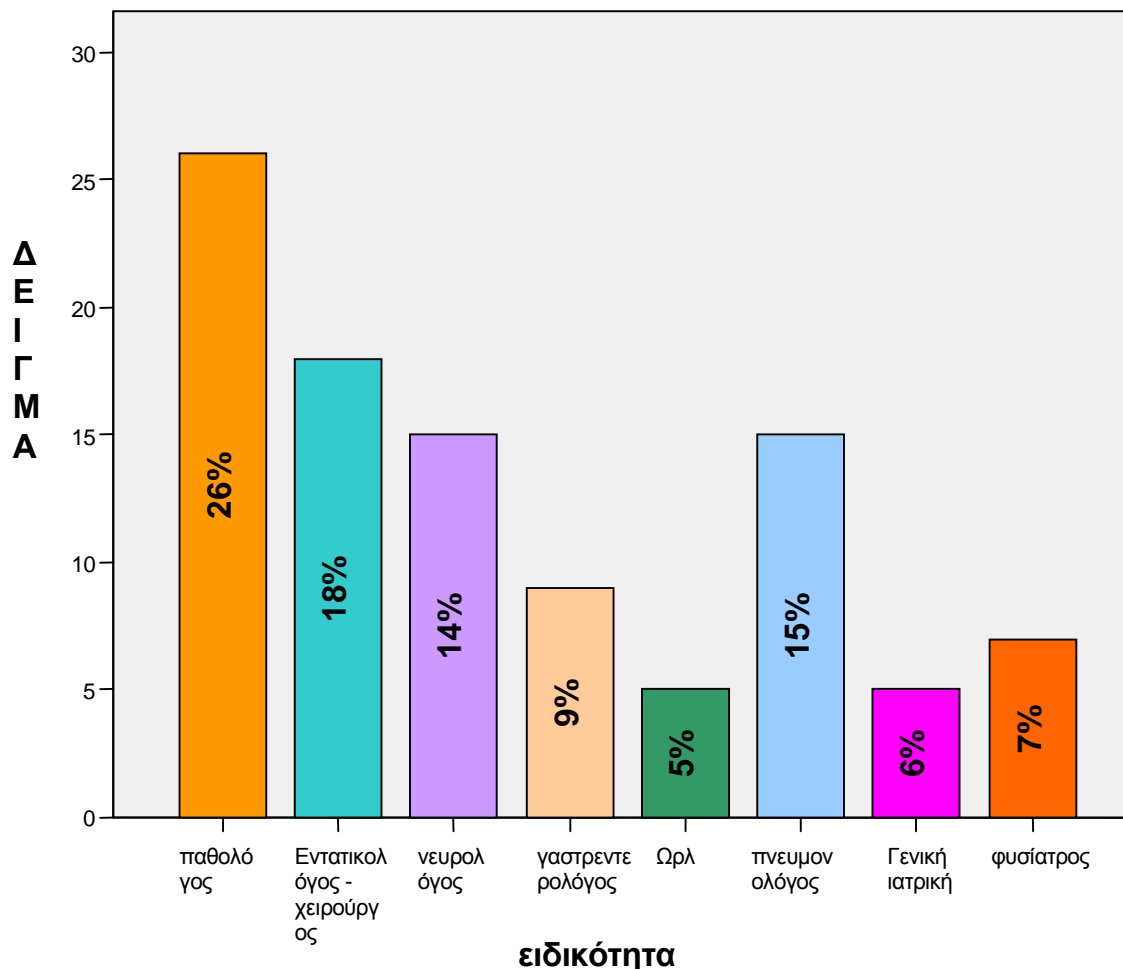
Στην δέκατη έκτη ερώτηση θέλουμε να ερευνήσουμε πόσο συχνά γίνεται η επαναξιολόγηση της κατάποσης, ώστε να κριθεί επαρκής η στοματική σίτιση για τον ασθενή, μετά την διάγνωση της δυσφαγίας. Κάθε μέρα, κάθε δύο με τρεις μέρες, κάθε εβδομάδα ή σε μεγαλύτερο διάστημα, που πρέπει να αναγραφεί, είναι οι πιθανές επιλογές για τους ερωτώμενους. Η δέκατη έβδομη ερώτηση, αναφέρεται σε ποιον παρακολουθεί την εξέλιξη της δυσφαγίας. Οι απαντήσεις είναι πάλι ίδιες με αυτές που είχαν δοθεί στην όγδοη ερώτηση. Η τελευταία ερώτηση ερευνά αν οι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι η δυσφαγία μπορεί ή όχι να επηρεάσει το ρυθμό αποκατάστασης του ασθενή με νευρολογική βλάβη και αν ναι, πώς μπορεί να γίνει αυτό.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε για να δείξει τι πιστεύουν και τι γνωρίζουν οι ιατρικές ειδικότητες σχετικά με τη δυσφαγία και το ρόλο του λογοθεραπευτή στη διαταραχή αυτή. Συγκεκριμένα, για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με 18 ερωτήσεις. Οι ειδικότητες που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ο παθολόγος, ο νευρολόγος, ο γαστρεντερολόγος, ο πνευμονολόγος, ο φυσίατρος, ο ωτορινολαρυγγολόγος, ο χειρουργός, ο εντατικολόγος και της γενικής ιατρικής.

Τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικότερα στο επόμενο διάγραμμα.



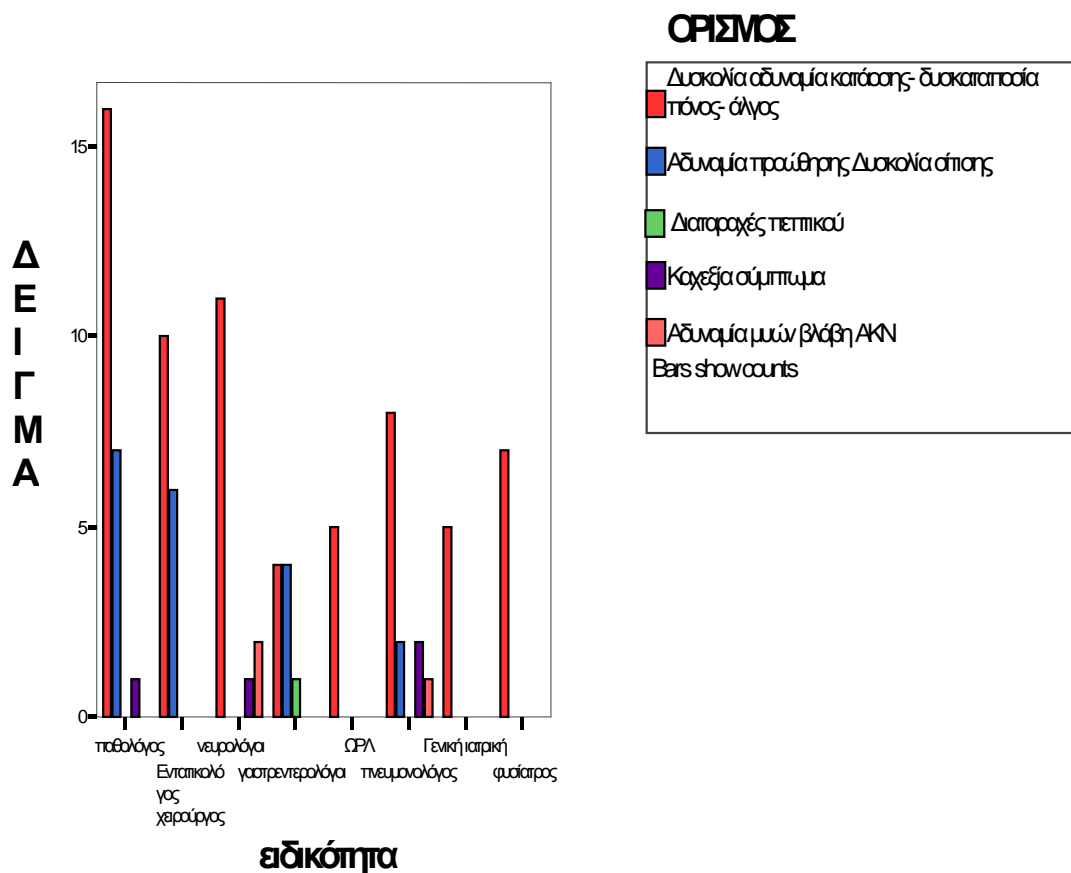
Οι ηλικίες των ερωτώμενων παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

ΗΛΙΚΙΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΗΛΙΚΙΕΣ	25-35	35	35,0	35,0	35,0
	35-45	29	29,0	29,0	64,0
	45-55	25	25,0	25,0	89,0
	55-up	11	11,0	11,0	100,0
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0	100,0	

Το δείγμα των ερωτώμενων ιατρών που άνηκαν στην πρώτη κατηγορία, δηλαδή η ηλικία τους ήταν μεταξύ 25 και 35, ήταν 35% του δείγματος. Το 29% ήταν ηλικίας 35 με 45. Το 25% των ερωτώμενων άνηκαν στη κατηγορία της ηλικίας μεταξύ 45 και 55 και τέλος, το 11% είχαν ηλικία από 55 και άνω.

Οι απαντήσεις των 100 ερωτώμενων ιατρών στην τρίτη ερώτηση, στην ερώτηση δηλαδή τι είναι η δυσφαγία, σε σχέση με την ειδικότητά τους, παρουσιάζονται στο διάγραμμα που ακολουθεί.



Το παραπάνω διάγραμμα απεικονίζει τον ορισμό που έχουν δώσει στην δυσφαγία σε σχέση με τις ειδικότητες των ερωτώμενων ιατρών. Το 7% του δείγματος δεν έχει συμπεριληφθεί στα αποτελέσματα αυτών των ερωτήσεων αφού δεν δέχτηκαν να απαντήσουν στον ορισμό της δυσφαγίας. Έτσι για τα αποτελέσματα για τον πρώτο ορισμό που έδωσαν, δηλαδή ότι «δυσφαγία είναι η δυσκολία - αδυναμία της κατάποσης, η δυσκαταποσία, το αίσθημα του πόνου κατά τη διάρκεια της κατάποσης και άλγος» είναι:

- ✘ 16 παθολόγοι
- ✘ 10 χειρουργοί
- ✘ 11 νευρολόγοι
- ✘ 5 ωτορινολαρυγγολόγοι
- ✘ 4 γαστρεντερολόγοι
- ✘ 8 πνευμονολόγοι
- ✘ 7 φυσίατροι
- ✘ 5 γενικοί ιατροί.

Για τον ορισμό της δυσφαγίας ότι η δυσφαγία είναι μια «αδυναμία προώθησης του βλωμού και γενικά δυσκολία στη σίτιση», οι ερωτώμενοι, ανάλογα με την ειδικότητα τους απάντησαν:

- ✘ 2 πνευμονολόγοι
- ✘ 4 γαστρεντερολόγοι
- ✘ 6 χειρουργοί
- ✘ 7 παθολόγοι.

Ως διαταραχές στο πεπτικό σύστημα, χαρακτήρισε τη δυσφαγία ένας γαστρεντερολόγος. Σαν αδυναμία μυών και βλάβη του άνω κινητικού νευρώνα περιέγραψαν την δυσφαγία ένας πνευμονολόγος και δύο νευρολόγοι. Τέλος, «ως καχεξία και σύμπτωμα» χαρακτήρισαν την δυσφαγία:

- ✘ 2 πνευμονολόγοι
- ✘ 1 νευρολόγος
- ✘ 1 παθολόγος.

Ακολουθεί ένας πίνακας που συγκρίνει την ειδικότητα που έγραψε ο ερωτώμενος ιατρός, σε σχέση με τον ορισμό που έδωσε, για το τι πιστεύει ότι είναι η δυσφαγία και με το αν βλέπει ασθενείς με τη διαταραχή αυτή ή αν δεν εξετάζει ασθενείς με δυσφαγία. Το 93% του δείγματος, απάντησε σε αυτές τις ερωτήσεις, ενώ το 7% δεν δέχτηκε να απαντήσει. Οι απαντήσεις που έδωσαν φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ – ΟΡΙΣΜΟΣ – ΒΛΕΠΕΤΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΥΣΦΑΓΙΑ

ΒΛΕΠΕΤΕ			ΟΡΙΣΜΟΣ					ΣΥΝΟΛΟ
			ΔΥΣΚΟΛΙΑ, ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ, ΔΥΣΚΑΤΑΠΟΣΙΑ, ΠΟΝΟΣ, ΑΛΓΟΣ	ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ, ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΙΤΙΣΗΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	ΚΑΧΕΞΙΑ, ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΜΥΩΝ, ΒΛΑΒΗ ΑΚΝ	
ΝΑΙ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΣΙΑΤΡΟΣ	7	0	0	0	0	7
		ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	5	0	0	0	0	5
		ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	3	1	0	1	1	6
		ΩΡΛ	4	0	0	0	0	4
		ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	4	4	1	0	0	9
		ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	7	0	0	1	2	10
		ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ-ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΟΣ	8	5	0	0	0	13
		ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	15	7	0	1	0	23
	ΣΥΝΟΛΟ	53	17	1	3	3	77	
ΟΧΙ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΣ	5	1		1		7
		ΩΡΛ	1	0		0		
		ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	4	0		0		4
		ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ-ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΟΣ	2	1		0		3
		ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	1	0		0		1
		ΣΥΝΟΛΟ	13	2		1		16

Όπως φαίνεται και στο παραπάνω πίνακα το 66% των ερωτώμενων απάντησαν ότι η δυσφαγία είναι δυσκολία ή αδυναμία κατάποσης, δυσκαταποσία και πόνος ή άλγος κατά τη διάρκεια της κατάποσης. Από αυτό το δείγμα, βγήκε ότι το 80,3% βλέπει ασθενείς με δυσφαγία, ενώ το άλλο 19,69% του δείγματος απάντησε ότι δεν εξετάζει ασθενείς με διαταραχές στην κατάποση. Αδυναμία προώθησης του βλωμού

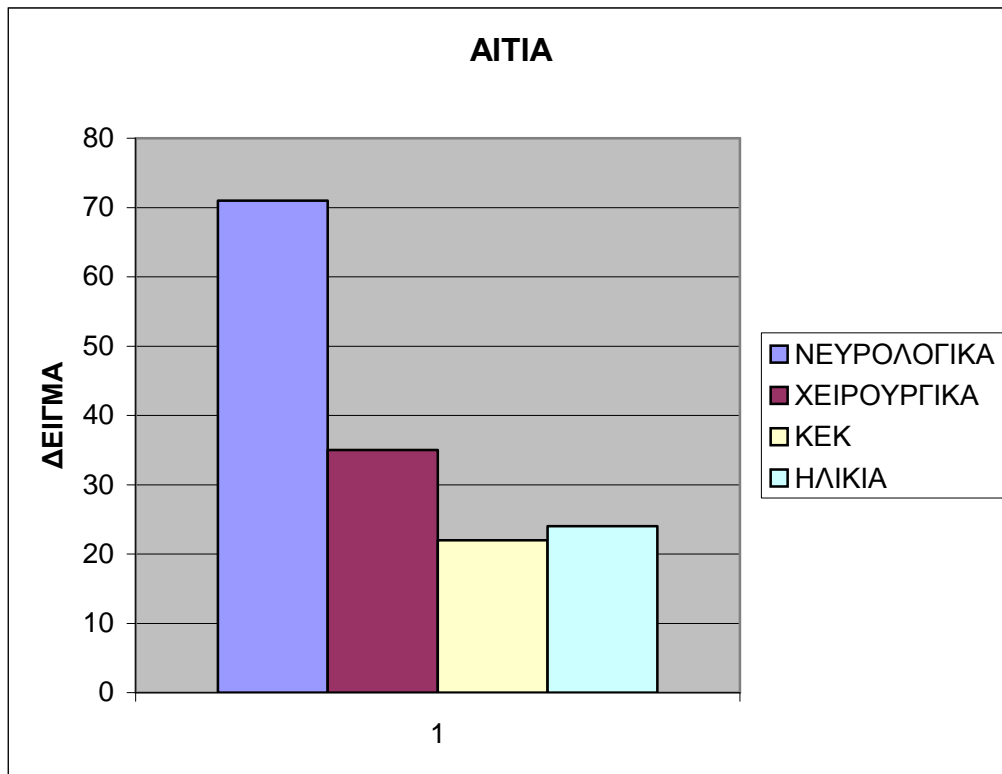
ή δυσκολία σίτισης απάντησαν το 19% των συμμετεχόντων στην έρευνα. Και εδώ, μόνο το 2% των ερωτώμενων απάντησαν ότι δεν βλέπουν ασθενείς με δυσφαγία.

Επιπλέον, ένας ερωτώμενος απάντησε ότι δυσφαγία είναι διαταραχές στο πεπτικό σύστημα και ότι βλέπει ασθενείς με αυτή την διαταραχή. Ως καχεξία ή σύμπτωμα χαρακτήρισαν τη δυσφαγία το 4% των ιατρών και το 3% παρακολουθεί ασθενείς με δυσφαγία. Τέλος, τρεις ερωτώμενοι περιέγραψαν τη δυσφαγία ως αδυναμία μυών και βλάβη των Άνω Κινητικών Νευρώνων. Συνολικά το 77% των ερωτώμενων ιατρών απάντησε ότι βλέπει ασθενείς με δυσφαγία, μόλις το 16% του δείγματος δεν βλέπει ασθενής με δυσφαγία, ενώ δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή το 7% του δείγματος.

Στην πέμπτη ερώτηση, στην ερώτηση δηλαδή ποια είναι τα αίτια που οι ασθενείς εμφανίζουν δυσφαγία, κάποιοι απάντησαν πάνω από ένα αίτιο. Αναλυτικότερα, οι απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι είναι:

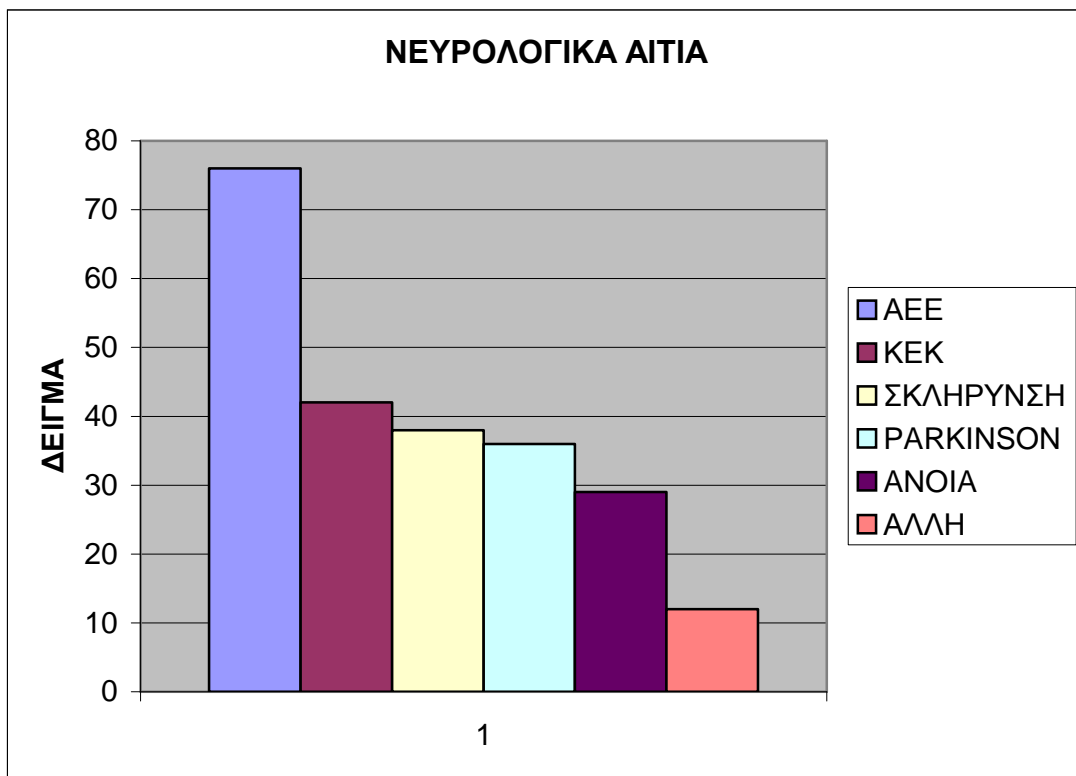
- 72% υποστηρίζουν ότι η δυσφαγία των ασθενών τους οφείλεται σε νευρολογικά αίτια
- 36% απάντησαν ότι η αιτία που οι ασθενείς εμφανίζουν δυσφαγία οφείλεται σε χειρουργικά αίτια
- 23% του δείγματος, λέει ότι η δυσφαγία οφείλεται σε Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις
- και τέλος, το 24% απαντά ότι η ηλικία είναι η αιτία της εμφάνισης της δυσφαγίας.

Συγκεντρωτικά, τα αποτελέσματα των ιατρών που απάντησαν στα αίτια που προκαλούν δυσφαγία φαίνονται στο παρακάτω διάγραμμα.



Αν, η δυσφαγία που εμφανίζουν οι ασθενείς που παρακολουθούν οι ιατροί, οφείλεται σε νευρολογικά αίτια, τότε σε ποια νευρολογικά αίτια οφείλεται η δυσφαγία; Αυτή είναι η επόμενη ερώτηση της έρευνας και είναι συνέχεια της προηγούμενης ερώτησης. Οι πιθανές απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση είναι:

- ◆ τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- ◆ κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- ◆ σκλήρυνση κατά πλάκας
- ◆ νόσος του Parkinson
- ◆ άνοια
- ◆ κάποια άλλη νευρολογική βλάβη

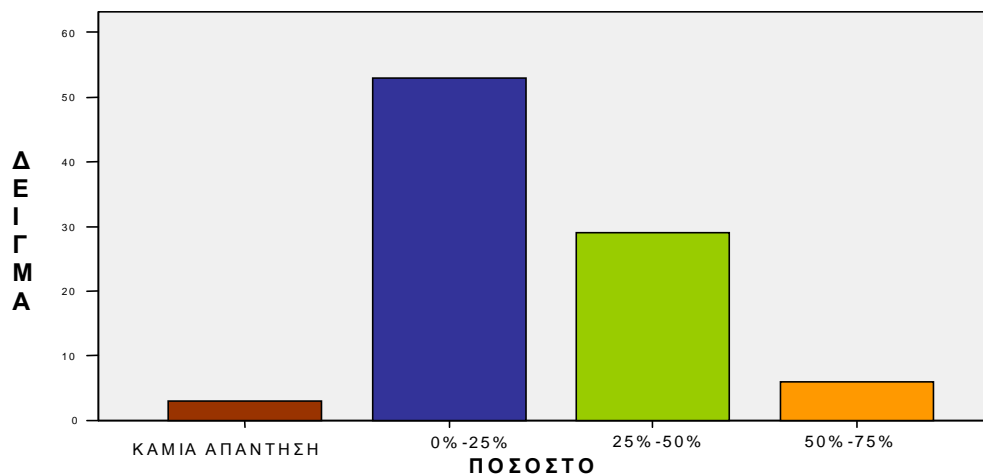


Αναλυτικότερα, το 76% των συμμετεχόντων επέλεξαν ότι η δυσφαγία οφείλεται στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (AEE), το 42% του δείγματος απάντησε ότι η δυσφαγία εμφανίζεται μετά από μία Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση (ΚΕΚ), το 38% απάντησε σαν αίτιο τη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, 36% ότι η δυσφαγία προκαλείται από τη νόσο του Parkinson, το 29% υποστηρίζουν ότι η Άνοια προκαλεί δυσφαγία, το 12% απάντησε σε κάποια άλλη νευρολογική διαταραχή ενώ, το 9% των ερωτώμενων ιατρών, δεν δέχθηκαν να απαντήσουν σε αυτή την ερώτηση.

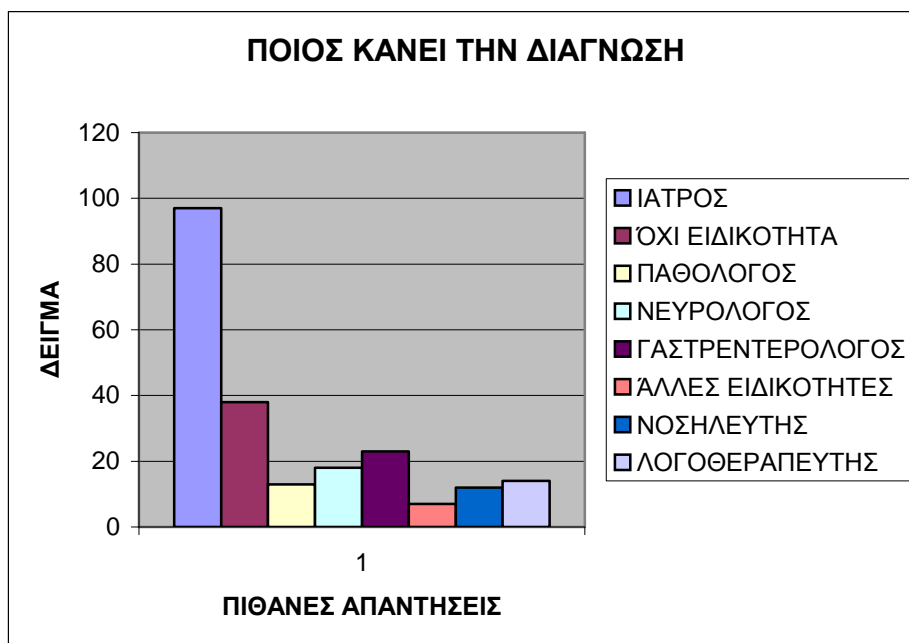
ΕΙΔΙΚΟ ΤΗΤΑ	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ											
	ΑΕ Ε	ΚΕΚ	ΣΚΛ ΗΡΥ ΝΣΗ	PARKI NSON	ΑΝΟ ΙΑ	ΕΓΚ. ΟΙΣΟ Φ.	ΣΤΕΝΩ ΣΗ ΟΙΣΟΦ.	Ν.Κ.Ν ΜΥΑΣ ΘΕΝΕ ΙΑ	ΑΛ S	ΨΥ ΧΙΑ ΤΡΙ ΚΟΙ	c a	Κ Ε Ν Ο
ΠΑΘΟ ΛΟΓΟ Σ	22	9	8	8	8	1	1	-	-	-	1	1
ΧΕΙΡΟ ΥΡΓΟ Σ	9	5	4	2	2	-	-	-	-	-	-	5
ΕΝΤΑ ΤΙΚΟΛ ΟΓΟΣ	2	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
ΝΕΥΡ ΟΛΟΓ ΟΣ	10	7	8	5	1	-	-	3	3	-	1	-
ΦΥΣΙΑ ΤΡΟΣ	7	7	5	6	3	-	-	-	-	1	-	-
ΓΑΣΤΡ ΕΝΤΕ ΡΟΛΟ ΓΟΣ	6	4	5	4	4	-	-	-	-	1	-	2
ΩΡΛ	3	2	2	2	1	-	-	1	-	-	-	-
ΠΝΕΥ ΜΟΝΟ ΛΟΓΟ Σ	11	4	4	5	5	-	-	1	-	1	-	2
ΕΙΔ. ΙΑΤΡΟ Σ	6	3	2	2	5	-	-	-	-	-	-	-
ΣΥΝΟ	76	42	38	36	29	1	1	5	3	3	2	10

Στην ερώτηση ποιο το ποσοστό των ασθενών με νευρολογική βλάβη που εμφανίζουν δυσφαγία, οι ερωτώμενοι απάντησαν:

- ✓ 53% του δείγματος απάντησε ότι το ποσοστό των ασθενών που εμφανίζει δυσφαγία είναι 0%-25%
- ✓ 29% απάντησε ότι το ποσοστό των ασθενών με δυσφαγία είναι 25%-50%
- ✓ 6% των ιατρών διάλεξαν το ποσοστό 50%-75%
- ✓ Κανένας από τους ερωτώμενους δεν σημείωσε το ποσοστό 75%-100% ενώ,
- ✓ Το 12% των ερωτώμενων δεν έδωσαν καμία απάντηση με σκοπό να μην επηρεάσουν τα αποτελέσματα της έρευνας, γιατί δεν γνώριζαν ποιο ήταν το ποσοστό των ασθενών με νευρολογική βλάβη που παρουσιάζουν δυσφαγία.

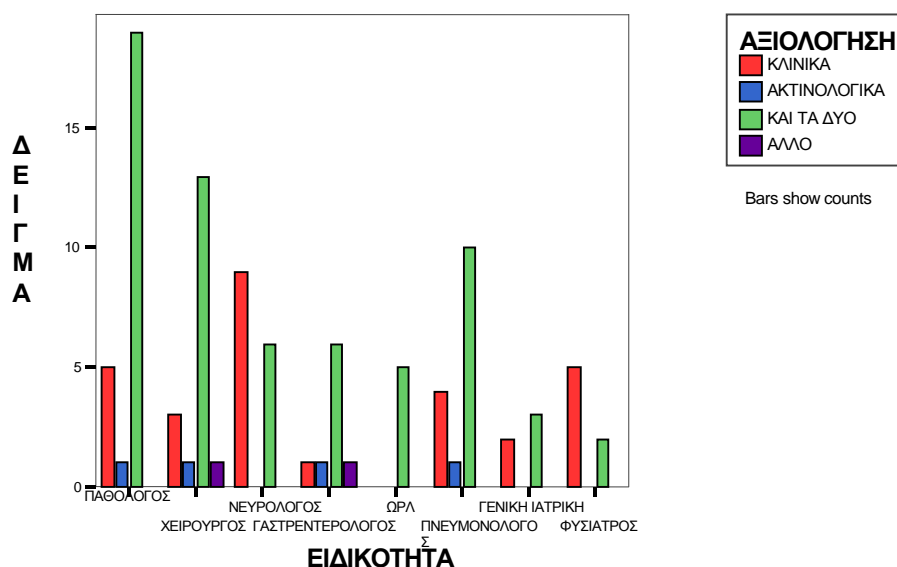


Στην ερώτηση, ποιος πιστεύεται ότι μπορεί να κάνει τη διάγνωση της δυσφαγίας, οι ερωτώμενοι απάντησαν πάνω από μία πιθανή απάντηση που τους είχε δοθεί. Το επόμενο διάγραμμα παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ερώτησης αυτής έτσι όπως διαμορφώθηκε από το δείγμα.



Αναλυτικά, το 97% των ερωτώμενων απάντησαν ότι ο γιατρός είναι υπεύθυνος για την διάγνωση της δυσφαγίας. Από αυτό το ποσοστό, το 39,17% του δείγματος δεν ανέφερε ποια ειδικότητα ιατρού μπορεί να κάνει τη διάγνωση. Το 13,4% απάντησε ότι οι παθολόγοι μπορούν να διαγνώσουν τη δυσφαγία, το 18,5% οι νευρολόγοι, το 23,71% οι γαστρεντερολόγοι και τέλος το 7,21% υποστηρίζει άλλες ειδικότητες. Το 12,37% των ερωτώμενων απαντά ότι η διάγνωση μπορεί να γίνει και από τους νοσηλευτές, ενώ το 14,43% αναφέρει ότι η διάγνωση γίνεται και από τους λογοθεραπευτές. Επιπλέον, το 3% δεν δέχτηκε να απαντήσει στην ερώτηση αυτή. Τέλος, στην ερώτηση αυτή κανένας από τους 100 συμμετέχοντες δεν επέλεξε, σαν απάντηση, την αποκλειστική νοσοκόμα και τους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται με νευρολογική βλάβη ως υπεύθυνους να κάνουν τη διάγνωση της δυσφαγίας.

Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο, αναφέρεται στον τρόπο που οι ιατροί αξιολογούν την κατάποση των ασθενών με δυσφαγία. Ακολουθεί το διάγραμμα που συνδυάζει τις ειδικότητες του δείγματος με τον τρόπο που κάνουν την αξιολόγηση της δυσφαγίας.

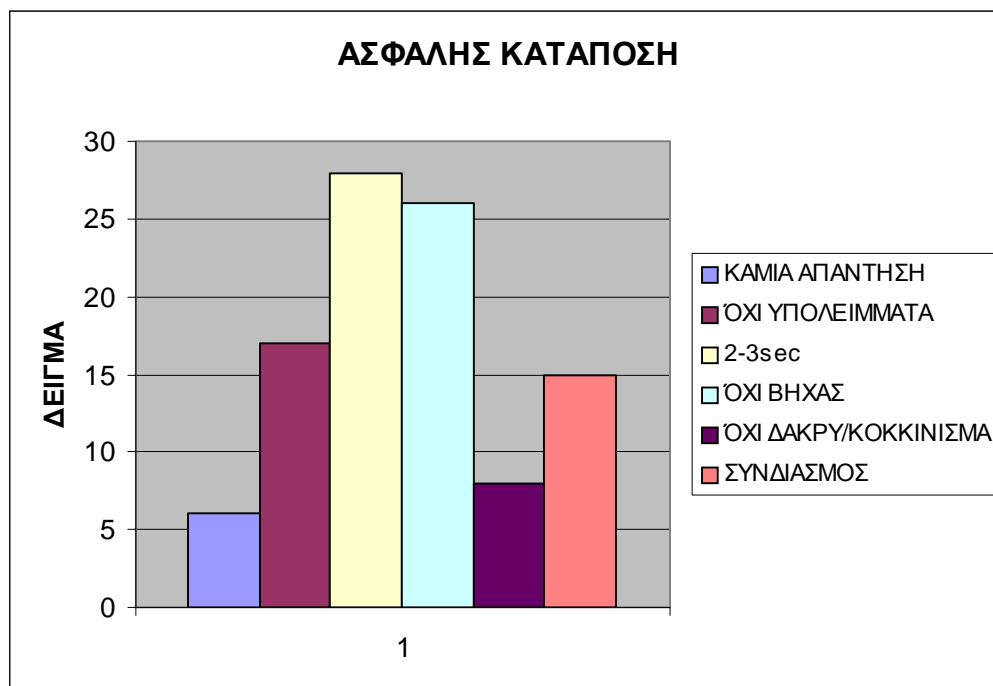


Τον κλινικό τρόπο αξιολόγησης της δυσφαγίας επέλεξαν το 29% των ερωτώμενων, στην ακτινολογική εξέταση, απάντησε το 4% του δείγματος, ενώ και κλινική και ακτινολογική εξέταση απάντησε το 64%. Σε κάποια άλλη εξέταση, αναφέρθηκε το 2% του δείγματος, ενώ 1% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση αυτή. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι όλοι αξιολογούν τη κατάποση ενός ασθενή και κλινικά και ακτινολογικά, ενώ, μόνο οι γαστρεντερολόγοι και οι χειρουργοί χρησιμοποιούν και άλλες μεθόδους για την αξιολόγηση της δυσφαγίας, στους ασθενείς τους. Οι τρόποι ακτινολογικής αξιολόγησης που αναφέρθηκαν από αυτές τις δύο ειδικότητες είναι:

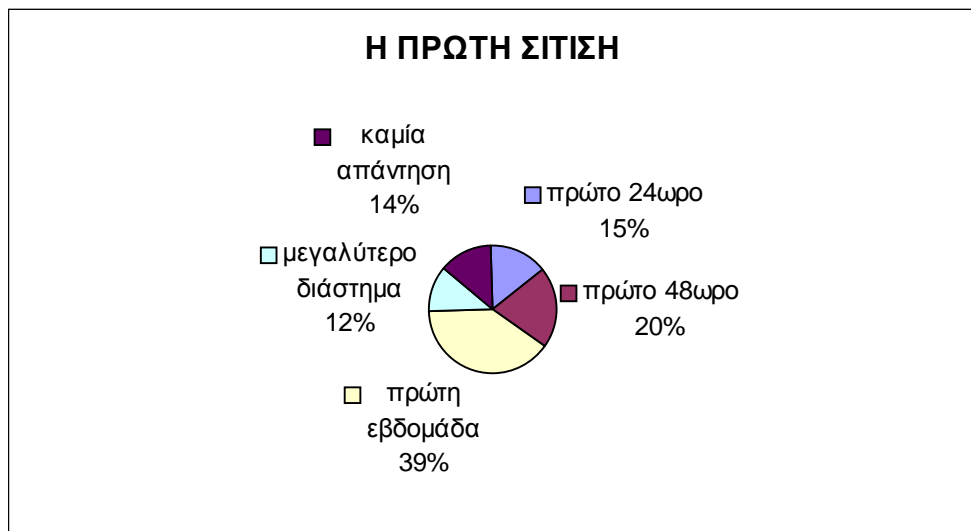
- ✘ Βαριούχο γεύμα (19%)
- ✘ Διάβαση οισοφάγου (7%)
- ✘ Γαστροσκόπηση (6%)
- ✘ Ενδοσκοπικά (3%)
- ✘ Μανομετρία (3%)
- ✘ Διάβαση με γαστροραφίνη (1%)
- ✘ Οισοφαγογράφημα (1%)
- ✘ Διερεύνηση της νόσου (1%)

Η επόμενη ερώτηση αναφέρεται στο πότε οι ιατροί πιστεύουν ότι η κατάποση ενός ασθενή είναι ασφαλής. Οι απαντήσεις που επιλέχθηκαν από τους ιατρούς που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα, είναι:

- το 6% δεν έδωσε καμία απάντηση
- το 17% επέλεξε ότι η κατάποση ενός ασθενή είναι ασφαλής όταν δεν έχει υπολείμματα στο στόμα
- το 28% απάντησε ότι η κατάποση είναι ασφαλής όταν η φυσιολογική ανύψωση του λάρυγγα, από τη στιγμή που ξεκινάει η κατάποση, γίνει σε λιγότερο από 2-3 sec
- το 26% των ιατρών απάντησε ότι η κατάποση είναι ασφαλής όταν ο ασθενής δεν βήξει μετά από αυτήν
- το 8% όταν ο ασθενής δεν δακρύσει ή κοκκινίσει μετά την κατάποση
- το 15% επέλεξε πάνω από μία πιθανή απάντηση κάνοντας συνδυασμό απαντήσεων.



Στην ενδέκατη ερώτηση, οι συμμετέχοντες ιατροί, έπρεπε να απαντήσουν στο πότε γίνεται η πρώτη σίτιση σε ασθενείς που νοσηλεύονται με νευρολογική βλάβη. Οι απαντήσεις που έδωσαν φαίνονται στο επόμενο διάγραμμα.



Το 15% του δείγματος απάντησε ότι η πρώτη σίτιση σε νοσηλευόμενους ασθενείς γίνεται μέσα στο πρώτο 24ωρο. Στο πρώτο 48ωρο απάντησε 20% των ερωτώμενων. Η απάντηση που δίνεται στη συνέχεια, δηλαδή, η σίτιση στους ασθενείς πρέπει να ξεκινάει στην πρώτη εβδομάδα, επιλέχθηκε από το 39% των ιατρών. Σε μεγαλύτερο διάστημα, επέλεξε το 12% των ερωτώμενων, ενώ δεν έδωσαν καμία απάντηση το 14% του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα αυτή.

Η επόμενη ερώτηση αναφέρεται στο ποιος δίνει την εντολή για την πρώτη σίτιση στους ασθενείς. Οι απαντήσεις που έδωσε το δείγμα σε αυτή την ερώτηση είναι ίδιες με τις απαντήσεις της ερώτησης 8. Η μόνη διαφορά που παρουσιάστηκε ήταν ότι μόνο το 6% του δείγματος πιστεύει ότι και ο λογοθεραπευτής μπορεί να δώσει την εντολή για την πρώτη σίτιση σε ασθενείς που πιθανόν να παρουσιάζουν κάποια διαταραχή στην κατάποση τους.

Και εδώ κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε ότι την εντολή για την πρώτη σίτιση μπορεί να τη δώσει η αποκλειστική νοσοκόμα ή ο συγγενής του ασθενή. Τα υπόλοιπα αποτελέσματα της δωδέκατης ερώτησης είναι τα ίδια με αυτά της όγδοης ερώτησης, της ερώτησης δηλαδή, ποιος πιστεύετε ότι μπορεί να κάνει την διάγνωση της δυσφαγίας.

Στην συνέχεια, οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν στην ερώτηση, ποιος δοκιμάζει την πρώτη σίτιση στους ασθενείς. Την πρώτη απάντηση, δηλαδή, ότι ο

ιατρός είναι αυτός που δοκιμάζει την πρώτη σίτιση στους ασθενείς, απάντησαν θετικά το 96% από τους 100 ερωτώμενους ενώ το 4% δεν έδωσε καμία απάντηση. Αναλυτικότερα, οι απαντήσεις των ερωτώμενων, σχετικά με ποια ειδικότητα ιατρού είναι αυτή που δοκιμάζει την πρώτη σίτιση, διαμορφώνονται ως εξής:

- § 21,87% δεν αναφέρθηκαν σε κάποια ειδικότητα
- § 44,79% επέλεξαν την ειδικότητα του παθολόγου
- § 26,04% επέλεξαν την ειδικότητα του νευρολόγου
- § 7,29% επέλεξαν την ειδικότητα του γαστρεντερολόγου.

Το 42,7% απάντησε ότι την πρώτη σίτιση στους ασθενείς τη δοκιμάζει ο νοσηλευτής, ενώ μόλις το 11,45% επέλεξε τους λογοθεραπευτές. Και στις δύο αυτές κατηγορίες, αυτή του νοσηλευτή και του λογοθεραπευτή, επιλέχθηκαν ότι μπορούν να δοκιμάσουν την σίτιση στους ασθενείς μόνο όμως με την παρουσία του ιατρού. Τέλος, στις κατηγορίες που δίνονται με απαντήσεις, την αποκλειστική νοσοκόμα και τους συγγενείς των ασθενών, δεν δόθηκε καμία θετική απάντηση με αποτέλεσμα να μην γίνει περαιτέρω ανάλυση για αυτές τις κατηγορίες.

Με ποιον τρόπο πρέπει να σιτίζονται οι ασθενείς, με νευρολογική βλάβη, πριν ξεκινήσει η στοματική σίτιση, είναι η επόμενη ερώτηση που χρησιμοποιήθηκε στο ερωτηματολόγιο. Τα αποτελέσματα στην ερώτηση αυτή εμφανίζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

ΤΡΟΠΟΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤ Α	ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ	20	20,0	21,3	21,3
	ΟΡΟΣ	34	34,0	36,2	57,4
	ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟ Σ	31	31,0	33,0	90,4
	ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙ Α	5	5,0	5,3	95,7
	ΤΙΠΟΤΑ	4	4,0	4,3	100,0
	ΣΥΝΟΛΟ	94	94,0	100,0	
ΚΑΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	99	6	6,0		
ΣΥΝΟΛΟ		100	100,0		

Ποια σύσταση τροφής επιλέγεται για την πρώτη στοματική σίτιση, σε ασθενείς με νευρολογική βλάβη, είναι η επόμενη ερώτηση, που έπρεπε να απαντήσουν οι ερωτώμενοι ιατροί. Και σε αυτήν την ερώτηση, δίνονται κάποιες πιθανές απαντήσεις, στις οποίες ο ερωτώμενος πρέπει να επιλέξει την απάντηση που πιστεύει ότι είναι η σωστή. Οι απαντήσεις που έδωσε το δείγμα, φαίνονται στο πίνακα που ακολουθεί.

ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΡΟΦΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΥΓΡΟ	47	47,0	50,5	50,5
	ΛΕΠΤΕΡΕΥΣΤΟ	16	16,0	17,2	67,7
	ΠΑΧΥΡΕΥΣΤΟ	27	27,0	29,0	96,8
	ΣΤΕΡΕΟ	3	3,0	3,2	100,0
	ΣΥΝΟΛΟ	93	93,0	100,0	
ΚΑΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	99	7	7,0		
ΣΥΝΟΛΟ		100	100,0		

Πόσο συχνά γίνεται η επαναξιολόγηση της κατάποσης του ασθενή και αν είναι επαρκής και ασφαλής η στοματική σίτιση για τον ασθενή, είναι η επόμενη ερώτηση που κλήθηκαν να απαντήσουν οι ερωτώμενοι ιατροί. Στην ερώτηση αυτή, δίνονται πάλι απαντήσεις που πρέπει να επιλέξει ο ερωτώμενος ιατρός. Τα αποτελέσματα που βρέθηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	39	39,0	44,3	44,3
	Κάθε 2-3 ΜΕΡΕΣ	32	32,0	36,4	80,7
	ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	14	14,0	15,9	96,6
	ΑΛΛΟ	3	3,0	3,4	100,0
	ΣΥΝΟΛΟ	88	88,0	100,0	
ΚΑΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	99	12	12,0		
ΣΥΝΟΛΟ		100	100,0		

Ο πίνακας αυτός παρουσιάζει συγκεντρωτικά το ποσοστό του δείγματος που απάντησε σε αυτήν την ερώτηση. Συγκεκριμένα, το 88% των ιατρών απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση, ενώ το 12% δεν έδωσε καμία απάντηση.

Αξιοσημείωτο είναι να εξετάσουμε τι απάντησαν οι ιατροί σχετικά με το πόσο συχνά γίνεται η επαναξιολόγηση της κατάποσης στον ασθενή σε σχέση με την ειδικότητα του ερωτώμενου ιατρού. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

	ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	ΚΑΘΕ 2 ΜΕ 3 ΜΕΡΕΣ	ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΑΛΛΟ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ					
ΦΥΣΙΑΤΡΟΣ	0	3	3	1	7
ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	1	0	1	0	2
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	6	5	2	0	13
ΩΡΛ	0	3	1	0	4
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	1	4	1	1	7
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	9	3	2	0	14
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ - ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΟΣ	9	4	2	1	16
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	13	10	2	0	25
ΣΥΝΟΛΟ	39	32	14	3	88

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, το 39% των ερωτώμενων ιατρών απάντησε ότι κάθε μέρα κάνει επαναξιολόγηση της κατάποσης των ασθενών, το 32% υποστηρίζει ότι είναι καλύτερο να επαναξιολογεί την κατάποση στους ασθενείς κάθε 2 με 3 ημέρες, το 14% κάθε εβδομάδα και τέλος, το 3% σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, το 12% του δείγματος δεν απάντησε στην ερώτηση αυτή.

Στην ερώτηση ποιος παρακολουθεί την εξέλιξη της δυσφαγίας, οι απαντήσεις από τις οποίες μπορεί να επιλέξει ο ερωτώμενος είναι οι ίδιες με τις απαντήσεις που δόθηκαν και στην ερώτηση ποιος δοκιμάζει την πρώτη σίτιση στους ασθενείς. Η ερώτηση είναι ποιος θεωρείται υπεύθυνος για την παρακολούθηση της εξέλιξης της δυσφαγίας στους ασθενείς που νοσηλεύονται με νευρολογική βλάβη.



Αναλυτικότερα, το 48,42% του δείγματος απάντησε ότι την εξέλιξη της δυσφαγίας την παρακολουθεί ο ιατρός, χωρίς όμως να αναφέρει την ειδικότητα του ιατρού. Το 14,73% απάντησε ότι τη δυσφαγία την παρακολουθεί ο παθολόγος, το 29,47% ο νευρολόγος, το 7,36% ο γαστρεντερολόγος.

Επίσης, το 15,79% του δείγματος που απάντησε στην ερώτηση αυτή, πιστεύει ότι και ο νοσηλευτής μπορεί να παρακολουθήσει την εξέλιξη της δυσφαγίας. Το 20% απάντησε ότι και ο λογοθεραπευτής μπορεί, αλλά μόνο σε συνεργασία με τον ιατρό του ασθενή. Μόλις, το 11,57% των ερωτώμενων ιατρών πιστεύει ότι, η αποκλειστική νοσοκόμα και ο συγγενής του ασθενή μπορούν να παρακολουθούν την εξέλιξη της διαταραχής αυτής. Τέλος, το 5% των συμμετεχόντων, δεν δέχτηκε να απαντήσει σε αυτήν την ερώτηση.

Η τελευταία ερώτηση που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα αυτή, ήταν αν πιστεύουν, οι ερωτώμενοι, ότι η δυσφαγία μπορεί να επηρεάσει το ρυθμό της αποκατάστασης του ασθενή με νευρολογική βλάβη και πως πιστεύουν ότι μπορεί να την επηρεάσει.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ- ΡΥΘΜΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ- ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ

ΡΥΘΜΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ					
ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ	
ΚΕΝΟ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	6	8	14
		ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	9	0	9
		ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	8	2	10
		ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	4	3	7
		ΩΡΛ	1	1	2
		ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	2	4	6
		ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	0	1	1
		ΦΥΣΙΑΤΡΟΣ	4	1	5
		ΣΥΝΟΛΟ	34	20	54
		ΥΠΟΘΡΕΨΙ Α- ΥΠΟΣΙΤΙΣΜ ΟΣ- ΚΑΧΕΞΙΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	6
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	4				4
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	3				3
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	2				2
ΩΡΛ	3				3
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	3				3
ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	1				1
ΣΥΝΟΛΟ	22				22
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣ ΤΙΚΟΥ- ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	4		4
		ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	4		4
		ΦΥΣΙΑΤΡΟΣ	2		2
		ΣΥΝΟΛΟ	10		10
ΑΥΤΟΕΞΥΠ ΗΡΕΤΗΣΗ- ΔΙΑΘΕΣΗ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	1		1
		ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	3		3
		ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	1		1
		ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	1		1
		ΣΥΝΟΛΟ	6		6

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα για αυτήν την τελευταία ερώτηση, παρατηρούμε ότι προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα. Αυτά είναι:

- Το 21,73% των συμμετεχόντων απάντησε ότι η δυσφαγία δεν μπορεί να επηρεάσει τον ρυθμό της αποκατάστασης ενός ασθενή με νευρολογική βλάβη
- Το 36,95% των ιατρών δεν έδωσε καμία εξήγηση για το πώς επηρεάζει η δυσφαγία το ρυθμό αποκατάστασης των ασθενών με νευρολογική βλάβη
- Το 23,91% του δείγματος απάντησε ότι η δυσφαγία επηρεάζει το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την αποκατάσταση των ασθενών με νευρολογική βλάβη, γιατί προκαλεί υποθρεψία, ή υποσιτισμό ή καχεξία με αποτέλεσμα να αποδυναμώνεται ο οργανισμός στους ασθενείς αυτούς με δυσφαγία
- Το 10,87% των ερωτώμενων ιατρών απάντησε ότι η δυσφαγία μπορεί να προκαλέσει εισρόφηση και στη συνέχεια λοίμωξη στο αναπνευστικό στους ασθενείς με δυσφαγία. Αυτό, πάλι καθυστερεί τη χρονική διάρκεια που χρειάζεται για να αναρρώσει ένας ασθενής με νευρολογική βλάβη
- Το 6,52% των συμμετεχόντων ιατρών, απάντησε ότι η δυσφαγία μπορεί να εμφανίσει δυσκολία στην αυτοεξυπηρέτηση των ασθενών αυτών, με αποτέλεσμα να προκαλέσει διαταραχή στη διάθεση τους
- Τέλος, το 8% του δείγματος δεν έδωσε καμία απάντηση στην ερώτηση αυτή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της έρευνας αυτής, είναι να καθοριστούν οι απόψεις των ιατρικών ειδικοτήτων, σχετικά με την διάγνωση, την αξιολόγηση και τη θεραπευτική πορεία της δυσφαγίας σε ασθενείς με νευρολογική βλάβη. Τι είναι η δυσφαγία, ποια τα αίτιά της, τι ποσοστό ασθενών εμφανίζουν πρόβλημα στην κατάποση, πως αξιολογείται η διαταραχή αυτή και άλλες ερωτήσεις που έχουν απαντηθεί μέσω του ερωτηματολογίου, οδηγούν την έρευνα αυτή, στο στόχο της.

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια των ιατρών που δέχθηκαν να συμμετέχουν απαντώντας στο ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε. Το δείγμα που συμμετείχε ήταν 100 ιατροί, όπου και οι 100 συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Όλοι οι ερωτώμενοι ιατροί δούλευαν σε νοσοκομεία, δημόσια ή ιδιωτικά. Οι ειδικότητες που επιλέχθηκαν ήταν παθολόγος, νευρολόγος, γαστρεντερολόγος, πνευμονολόγος, φυσίατρος, ωτορινολαρυγγολόγος, χειρουργός, εντατικολόγος και γενικής ιατρικής.

Η έρευνα έδειξε ότι πιο συνεργάσιμοι είναι οι ειδικευόμενοι ιατροί ή οι ιατροί που μόλις έχουν τελειώσει την ειδικότητα τους, αφού το 35% των ερωτώμενων ήταν ηλικίας μεταξύ 25 με 35 ετών. Όσο τα όρια ηλικίας ανέβαιναν, τόσο μικρότερο ήταν το δείγμα.

Όσον αφορά τον ορισμό της δυσφαγίας, το 84% του δείγματος έδειξε να γνωρίζει τι είναι η δυσφαγία και σύμφωνα με ξένη και ελληνική βιβλιογραφία, την χαρακτήρισε ως «αδυναμία ή δυσκολία, δυσκαταποσία και αδυναμία προώθησης της τροφής που έχουν σαν αποτέλεσμα να προκαλεί δυσκολία στην σίτιση, πόνο ή άλγος στον ασθενή, κατά την διάρκεια της κατάποσης». Το 3% απάντησε ότι η δυσφαγία είναι «η αδυναμία των μυών που συμμετέχουν στη μάσηση λόγω βλάβης στους Άνω Κινητικούς Νευρώνες. Τέλος, το 7% δεν έδωσε καμία απάντηση σε αυτή την ερώτηση.

Στην ερώτηση, αν βλέπουν, οι ερωτώμενοι ιατροί, ασθενείς με δυσφαγία, το 82% απάντησε θετικά. Αξιόλογο είναι ότι το 72% του δείγματος υποστηρίζει ότι η δυσφαγία που εμφανίζουν οι ασθενείς τους, οφείλεται σε νευρολογικά αίτια, το 36%

σε χειρουργικά, το 23% σε Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις και το 24% στην προχωρημένη ηλικία των ασθενών τους.

Παρόλο τις απαντήσεις που έδωσαν σε αυτή την ερώτηση, στην επόμενη ερώτηση που αναφέρει τα νευρολογικά αίτια που προκαλούν δυσφαγία, το 76% απάντησε ότι οφείλεται στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια. Το 42% απάντησε ότι η δυσφαγία είναι αποτέλεσμα των Κρανιοεγκεφαλικών Κακώσεων, το 38% εξαιτίας της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας, το 29% στην Άνοια, ενώ το 15% ανέφερε ότι η δυσφαγία προκαλείται από κάποια άλλη νευρολογική βλάβη, όπως το έγκαιμα στον οισοφάγο, η στένωση του οισοφάγου, η Νόσος του Κινητικού Νευρώνα, η μυασθένεια, η ALS, ο καρκίνος (Ca) του οισοφάγου ή εξαιτίας κάποιας ψυχιατρικής νόσου.

Σύμφωνα με αναφορές που έχουν γίνει όπως την αναφορά που έγινε από την Omran L. M., (2001), στα ηλικιωμένα άτομα, η στοματική και φαρυγγική δυσφαγία προκαλείται συνήθως από προβλήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως αυτά που προκαλεί ένα χτύπημα στο κεφάλι, η νόσος του Parkinson και η άνοια. Η οισοφαγική δυσφαγία προκαλείται συνήθως από διαταραχές στον συντονισμό της κίνησης των μυών του οισοφάγου και τη παρουσία όγκων σε αυτό (Louay M. Omran., 2001). Και τα υπόλοιπα νευρολογικά αίτια που αναφέρθηκαν σε αυτή την έρευνα μπορούν να προκαλέσουν δυσφαγία, αλλά η ξένη βιβλιογραφία επικεντρώνεται στο χτύπημα στο κεφάλι, στη νόσο του Parkinson, στην άνοια, στην παρουσία όγκων και στην διαταραχή του συντονισμού των μυών του λάρυγγα.

Έρευνα που έχει γίνει στο εξωτερικό από την Palmer J. B., M.D., et. al. (2000), αναφέρει ότι, περίπου το 7% με 10% των ενηλίκων άνω των 50 ετών έχουν δυσφαγία, αν και αυτό το ποσοστό μπορεί να είναι σχετικά χαμηλό επειδή δεν έχουν όλοι οι ασθενείς τη δυνατότητα να νοσηλευτούν. Επίσης, το 25% των νοσηλευόμενων ασθενών και το 30% με 40% των ασθενών που βρίσκονται στους οίκους ευγηρίας εμφανίζουν προβλήματα στην κατάποση. Σε μια αντίστοιχη ερώτηση που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα, το 53% των συμμετεχόντων ιατρών, απάντησε ότι το ποσοστό των νοσηλευόμενων ασθενών, που παρουσιάζουν δυσφαγία, είναι από 0% έως 25%.

Σε ένα άρθρο του ο Sue Curfman, M.A., CCC (2006), υποστηρίζει ότι ο νοσοκομειακός γιατρός είναι υπεύθυνος για την αξιολόγηση της δυσφαγίας. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι ο νοσοκομειακός ιατρός είναι αυτός που εξετάσει τον ασθενή και θα αξιολογήσει τη δύναμη και τον συντονισμό των στοματικών δομών του ασθενή, τους μυς που συνδέονται με τη μάσηση και την λαρυγγική ανύψωση, κατά τη διάρκεια της κατάποσης του βλωμού. Αντίθετα, ο Rasmussen S. (2000), υποστηρίζει ότι η διάγνωση της δυσφαγίας πρέπει να γίνει από έναν λογοθεραπευτή, σε συνεργασία με τον αρχικό παθολόγο του ασθενή.

Επίσης, η Association of Speech and Language Therapists (2003-2008), αναφέρει ότι η δημιουργία μιας ομάδας, που αποτελείται από τον λογοθεραπευτή, τον γιατρό, τον φυσιοθεραπευτή, τον εργοθεραπευτή, τον διαιτολόγο ή τον διατροφολόγο, τον ωτορινολαρυγγολόγο, τον γαστρεντερολόγο, και τον ραδιολόγο, στα τμήματα των ακτίνων Χ, είναι απαραίτητη για τη διάγνωση, την αξιολόγηση και τη παρακολούθηση της θεραπευτικής πορείας των ασθενών με δυσφαγία.

Στην έρευνα που παρουσιάζεται εδώ, τα αποτελέσματα στην ερώτηση ποιος κάνει τη διάγνωση της δυσφαγίας το 97% του δείγματος, απάντησε ότι ο ιατρός είναι υπεύθυνος για αυτή. Αναλυτικότερα, το 23,71% του δείγματος πιστεύει ότι ο γαστρεντερολόγος είναι αυτός που μπορεί να κάνει τη διάγνωση της δυσφαγίας, το 18,5% υποστηρίζει τον νευρολόγο, το 13,4% τον παθολόγο, το 7,21% επέλεξε άλλες ειδικότητες όπως ο ωτορινολαρυγγολόγος, ο ακτινολόγος και ο εντατικολόγος, ενώ το 3% δεν έδωσε καμία απάντηση. Αξιόλογη σημείωση για αυτή την ερώτηση, είναι ότι μόνο το 14,43% απάντησε ότι και οι λογοθεραπευτές μπορούν να κάνουν τη διάγνωση της δυσφαγίας και το 12,37% οι νοσηλευτές, αλλά μόνο σε συνεργασία με τους ιατρούς. Κανείς δεν απάντησε ότι η διάγνωση της δυσφαγίας μπορεί να γίνει από ομάδα ειδικοτήτων που ασχολείται με τη δυσφαγία. Η ομάδα που αναφέρθηκε ήταν αυτή του ιατρού με τον νοσηλευτή και τον λογοθεραπευτή.

Στην ερώτηση για το ποιος δίνει την εντολή για την πρώτη σίτιση, το 95% του δείγματος απάντησε ότι την εντολή τη δίνει ο ιατρός. Μόνο το 6% από τους ερωτώμενους απάντησε ότι την εντολή μπορεί να τη δώσει και ο λογοθεραπευτής. Τέλος. Ένα μικρό ποσοστό της τάξεως το 2% απάντησε ότι την εντολή για την πρώτη

σίτιση μπορεί να τη δώσει και ο ιατρός και ο λογοθεραπευτής, αλλά και ο νοσηλευτής.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την δέκατη τρίτη ερώτηση, δηλαδή ποιος δοκιμάζει την πρώτη σίτιση στους ασθενείς, είναι ότι το 44,79% πιστεύει ότι τη δοκιμή πρέπει να την κάνει ο παθολόγος. Το 42,7% του δείγματος, για την ίδια ερώτηση απαντάει ότι οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την δοκιμή της πρώτης στοματικής σίτιση στους ασθενείς. Μόλις το 11,45% των συμμετεχόντων, απαντά ότι τη δοκιμή την κάνει ο λογοθεραπευτής, αλλά μόνο όταν παρευρίσκεται και ο ιατρός.

Οι εξετάσεις που αναφέρονται από την ξένη βιβλιογραφία είναι η Βιντεοφλουροσκοπική κατάποση (Video Fluoroscopic Swallowing Study (VFSS)), η Βιντεοενδοσκοπική κατάποση (Video Endoscopic Swallowing Study (VESS)), η Οισοφαγόγραμμα, με κατάποση βαρίου (Barium-Contrast Esophagogram (Barium Swallow)), η Οισοφαγοσκόπηση / ενδοσκόπηση (Esophagoscopy/Endoscopy) και η Οισοφαγική μανομετρία (Esophageal Manometry), (Louay Omran, M. 2001). Οι ακτινολογικές εξετάσεις που γίνονται στην Ελλάδα και μπορούν να αξιολογήσουν την κατάποση του ασθενούς με δυσφαγία είναι η βιντεοακτινοσκόπηση, βιντεοσκόπηση, τροποποιημένη κατάποση βαρίου και ακτινοσκόπηση με ακτίνες Χ. (Πρώιου Χ., 2003).

Από την έρευνα προκύπτει ότι, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων ιατρών (το 64% του δείγματος), αναφέρει και την κλινική και την ακτινολογική αξιολόγηση προκειμένου να αξιολογηθεί η κατάποση των ασθενών με δυσφαγία. Όμως, στα νοσοκομεία που δεν υπάρχει ο απαραίτητος εξοπλισμός για την ακτινολογική εξέταση, οι ιατροί αρκούνται στην κλινική μέθοδο για την αξιολόγηση της δυσφαγίας. Το ποσοστό του δείγματος που χρησιμοποιεί μόνο την κλινική αξιολόγηση είναι 29%, το οποίο είναι αρκετά μεγάλο για το πλήθος των νοσοκομείων που έχει η Ελλάδα. Επιπλέον, κανένας ερωτώμενος δεν ανέφερε ότι μια πρώτη εξέταση που γίνεται για τη διάγνωση της διαταραχής αυτής είναι ο στοματοπροσωπικός έλεγχος. Το αναλυτικό ιστορικό και η φυσική εξέταση, το οισοφαγόγραμμα με βάριο και τη γαστροοισοφαγική ενδοσκόπηση, είναι εξετάσεις που μπορούν να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση της δυσφαγίας. Οι ειδικές μελέτες και

οι διαβουλεύσεις με τους ειδικούς αποκατάστασης μπορούν να επιβεβαιώσουν τις δύσκολες διαγνώσεις και να βοηθήσουν στις στρατηγικές θεραπείας (Palmer, J. B. M.D., et. al., 2000).

Η Sirk K.A. (2005), αναφέρει, σε έρευνα της, ότι τα συμπτώματα της δυσφαγίας είναι αρχικά, ο βήχας και το αίσθημα του πνιγμού πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την κατάποση του βλωμού, η κατάποση του βλωμού με δυσκολία, η επαναλαμβανόμενη εισρόφηση που μπορεί να εμφανίζει ο ασθενής, τα υπολείμματα στο εσωτερικό του στόματος μετά την κατάποση και η αδυναμία δημιουργίας του βλωμού μέσα στο στόμα. Επίσης, ο Sue Curfman, M.A., CCC (2006), πιστεύει ότι στην αξιολόγηση που κάνει ο ιατρός σε έναν ασθενή με την υποψία της δυσφαγίας, πρέπει να αξιολογηθεί και η λαρυγγική ανύψωση κατά τη διάρκεια της κατάποσης του βλωμού.

Εδώ, μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζεται στην αντίστοιχη ερώτηση. Αναλυτικότερα, το 28% του δείγματος υποστηρίζει ότι η κατάποση, σε έναν ασθενή με δυσφαγία, είναι ασφαλής όταν η φυσιολογική ανύψωση του λάρυγγα, από τη στιγμή που ξεκινάει η κατάποση, γίνει σε λιγότερο από 2-3 sec, ενώ το 26% των ερωτώμενων ιατρών, πιστεύει ότι η κατάποση είναι ασφαλής όταν δεν βήξει ο ασθενής μετά από την κατάποση. Τέλος, το 17% απαντά ότι όταν ο ασθενής δεν έχει υπολείμματα στο στόμα, θεωρείται ασφαλής η κατάποση του. Όπως βλέπουμε και οι τρεις απαντήσεις που επέλεξε το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων, συμφωνούν με την ξένη βιβλιογραφία.

Στην ερώτηση ποιος παρακολουθεί την εξέλιξη της δυσφαγίας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων, δηλαδή το 29,47%, πιστεύει ότι την εξέλιξη της διαταραχής αυτής, πρέπει να την παρακολουθεί ο νευρολόγος. Όμως το 20% του δείγματος, πιστεύει ότι η παρακολούθηση της εξέλιξης της δυσφαγίας σε ασθενείς με νευρολογική βλάβη, πρέπει να την κάνει ο λογοθεραπευτής, ενώ το 15,79% υποστηρίζει ότι η πορεία της δυσφαγίας είναι μια από τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών. Τέλος, το 11,57% πιστεύει ότι την εξέλιξη της δυσφαγίας μπορεί να την παρακολουθήσει και η αποκλειστική νοσοκόμα αλλά και οι συγγενείς του ασθενή. Όμως, δεν έγινε καμία αναφορά από τους ερωτώμενους για την διεπιστημονική ομάδα της δυσφαγίας και το ποσοστό που απάντησε ότι και οι λογοθεραπευτές μπορούν να παρακολουθήσουν την εξέλιξη της δυσφαγίας, σε συνεργασία όμως, με

τους ιατρούς, είναι πολύ μικρό. Σύμφωνα με την Association of Speech and Language Therapists (2003-2008), οι λογοθεραπευτές περιλαμβάνονται συχνά σε μια διεπιστημονική ομάδα που συνεργάζεται με τους ανθρώπους που εμφανίζουν διαταραχή στην κατάποση. Η ομάδα, εκτός από τους λογοθεραπευτές, μπορεί να περιλάβει τους γιατρούς, τους φυσιοθεραπευτές, τους εργοθεραπευτές, τους διαιτολόγους - διατροφολόγους, τους ωτορινολαρυγγολόγους, τους γαστρεντερολόγους, και τους ραδιολόγους για τα τμήματα των ακτίνων Χ. Στην έρευνα αυτή, όπως βλέπουμε, οι ερωτώμενοι δεν αναφέρθηκαν ούτε στους φυσιοθεραπευτές, ούτε στους εργοθεραπευτές, ούτε στους διαιτολόγους - διατροφολόγους, ούτε και στους ραδιολόγους.

Σύμφωνα με την Jeffrey B. Palmer, M.D. , και τους συνεργάτες της (2000), το κυριότερο για τους γιατρούς είναι να παρατηρήσουν τον ασθενή και να τον αξιολογήσουν κατά την διάρκεια της κατάποσης υγρού και να προσδιορίσουν αν η κατάποση του ασθενή χρειάζεται ακτινολογική αξιολόγηση. Ο παθολόγος θεωρεί σημαντικό να μπορεί ένας ασθενής να πίνει υγρό γιατί έτσι, ο ιατρός, βεβαιώνεται ότι μπορεί να ακολουθήσει, ο ασθενής, και την φαρμακευτική του αγωγή. Αν εμφανιστεί δυσκολία στην κατάποση του υγρού τότε καταφεύγουν σε άλλη σύσταση τροφής όπως είναι η πουτίγκα.

Στην έρευνα αυτή όμως, βλέπουμε ότι το 34% του δείγματος απαντά, ότι πριν ξεκινήσει τη στοματική σίτιση, οι ασθενείς, σιτίζονται με ορό, ενώ το 31% απαντά ότι η σίτιση γίνεται μέσω του ρινογαστρικού. Όσον αφορά τη σύσταση της τροφής, που επιλέγεται από τους ιατρούς, για την πρώτη σίτιση, το 47% απαντά ότι πρέπει να είναι υγρό, όπως για παράδειγμα, το νερό. Όμως, το 27% πιστεύει ότι η σίτιση πρέπει να ξεκινάει με παχύρρευστη μορφή της τροφής, όπως είναι το γιαούρτι, και όχι με υγρό. Τέλος, το 7% των ερωτώμενων δεν έδωσε καμία απάντηση στην ερώτηση αυτή.

Στην τελευταία ερώτηση, στο αν δηλαδή, επηρεάζεται ο ρυθμός αποκατάστασης της νευρολογικής βλάβης από τη δυσφαγία, το 23,95% των ερωτώμενων ιατρών, πιστεύει ότι η δυσφαγία μπορεί να επηρεάσει το ρυθμό αποκατάστασης των ασθενών, επειδή προκαλεί πρόβλημα στην θρέψη, που αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υποσιτισμό και καχεξία του ασθενή. Η National Institute on Deafness and Other

Communication Disorders (2002), αναφέρει ότι η δυσφαγία εμφανίζει μεγάλο πρόβλημα σε ασθενείς με νευρολογική διαταραχή. Η σοβαρότητα της δυσφαγίας καθιστά μεγάλη δυσκολία, στον ασθενή, να πάρει τις απαραίτητες θερμίδες που χρειάζεται ο οργανισμός του για να θρέψει, καθώς και τα απαραίτητα υγρά που χρειάζεται ο οργανισμός ενός ανθρώπου, προκειμένου να μην αφυδατωθεί.

Μόλις το 10,87% πιστεύει ότι η θεραπευτική πορεία του ασθενή, μπορεί να επηρεαστεί από λοίμωξη του αναπνευστικού, που οφείλεται σε εισρόφηση. Σύμφωνα με τη Rosemary Martino, PhD και τους συνεργάτες της (2005), από έρευνα που έγινε σε ασθενείς με δυσφαγία ανέφεραν ότι το 16% με 19% των ασθενών με δυσφαγία παρουσίαζαν συχνά πνευμονία από εισρόφηση. Όσο πιο οξεία ήταν η αιτία της δυσφαγίας τόσο πιο πολύ αυξανόταν οι πιθανότητες, ώστε ο ασθενής, να εμφανίσει εισρόφηση.

Το 6,52% των ερωτώμενων ιατρών πιστεύει ότι η δυσφαγία επηρεάζει την ποιότητα και την ψυχολογία του ασθενή. Σύμφωνα με τις εξηγήσεις που έδωσε το ίδιο το δείγμα, υποστηρίζει ότι ένας ασθενής με δυσφαγία που η στοματική σίτιση είναι πολύ επικίνδυνη για την υγεία του, πρέπει να καταφύγει σε άλλους τρόπους σίτισης. Ένας από αυτούς τους τρόπους είναι και η χρήση του ρινογαστρικού σωλήνα. Άρα, ένας ασθενής που χρησιμοποιεί ρινογαστρικό σωλήνα δεν μπορεί να ευχαριστηθεί ένα γεύμα με την οικογένεια του, ούτε και μία βόλτα με αυτούς. Έτσι, αλλάζοντας την ποιότητα ζωής του αλλάζει και η ψυχολογία του.

Σύμφωνα και με τον Dr, Steel (2005), η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζεται. Οι ασθενείς που προσπαθούν να ζήσουν με το πρόβλημα της δυσφαγίας, πρέπει να υποβάλλεται σε διαιτητικούς περιορισμούς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, ο ασθενής να έχει απώλεια της επιλογής και της ευκαιρίας να γευματίσει κοινωνικά με την οικογένεια και τους φίλους του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από αυτή την έρευνα και σε σύγκριση με άλλες έρευνες και αναφορές που έχουν γίνει πάνω στη δυσφαγία (Logemann J. A.(1998), Groher M. E. Ph.D. (1997), Πρώιου Χ. (2003)), οι γιατροί γνωρίζουν τον ορισμό της δυσφαγίας, όπως και τα αίτια που προκαλούν την δυσφαγία αλλά όχι πώς να διαγνώσουν, να αξιολογήσουν και να θεραπεύσουν την διαταραχή αυτή, στην πράξη. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι, οι ιατροί δεν συνεργάζονται με άλλες ειδικότητες που στο εξωτερικό θεωρούνται μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Επίσης, είναι ενήμεροι για τις ακτινολογικές εξετάσεις, που μπορούν να γίνουν σε έναν ασθενή με την διαταραχή αυτή, για επιπλέον αξιολόγηση της κατάποσης, καθώς και για τον εντοπισμό του σταδίου της κατάποσης που εμφανίζει κάποια δυσλειτουργία, αλλά δεν τις χρησιμοποιούν. Βέβαια, σε πολλά νοσοκομεία που επιλέχθηκαν για την έρευνα, δεν υπάρχει και ο απαιτούμενος εξοπλισμός για τις ακτινολογικές εξετάσεις που πρέπει να γίνουν, σε ασθενή με την υποψία της δυσφαγίας. Όπως επίσης στα νοσοκομεία αυτά, εκτός από το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Ανάπηρων, δεν υπήρχε λογοθεραπευτής.

Παρόλα αυτά, το ποσοστό που γνωρίζει για την συμμετοχή που πρέπει να έχει ένας λογοθεραπευτής στην αξιολόγηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία της δυσφαγίας, είναι πολύ μικρό. Επίσης, δεν υπήρχε καμία αναφορά, από τους ερωτώμενους σχετικά με την ομάδα αποκατάστασης και αποθεραπείας της δυσφαγίας. Σύμφωνα με την Association of Speech and Language Therapists (2003-2008), η ομάδα που είναι υπεύθυνη για την διάγνωση, την αξιολόγηση και την θεραπεία της δυσφαγίας πρέπει να αποτελείται από τον λογοθεραπευτή, τον γιατρό, τον φυσιοθεραπευτή, τον εργοθεραπευτή, τον διαιτολόγο ή τον διατροφολόγο, τον ωτορινολαρυγγολόγο, τον γαστρεντερολόγο, και τον ραδιολόγο ή τον ακτινολόγο, για τις ακτινολογικές εξετάσεις.

Ακόμα, κάτι που παρατηρήθηκε είναι, ότι δεν έγινε καμία αναφορά ούτε σχόλιο για την ενεργή συμμετοχή των εργοθεραπευτών και των φυσικοθεραπευτών στην πορεία και εξέλιξη του ασθενή με δυσφαγία. Όπως υποστηρίζει και η έρευνα που έγινε στο Montreal, QC, (June 2006), από τον Gauthier και τους συνεργάτες του, ο

εργοθεραπευτής και ο φυσικοθεραπευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην ομάδα αποκατάστασης της δυσφαγίας. Οι εργοθεραπευτές αξιολογούν τις λειτουργικές δυνατότητες του ασθενή που έχουν επιπτώσεις στη σίτιση, ή την κατάποση και οι φυσικοθεραπευτές βοηθούν τον ασθενή να επανακτήσει την ικανότητα του για βασικές κινήσεις που είναι απαραίτητες κατά την διάρκεια του γεύματος.

Ο Gauthier αναφέρει επίσης, ότι οι εργοθεραπευτές αξιολογούν τη σχέση μεταξύ της σίτισης και του περιβάλλοντος, καθώς και την επιρροή του κατά τη διάρκεια του γεύματος. Οι στόχοι του εργοθεραπευτή, είναι να επέμβει ώστε να βελτιώσει, να αποκαταστήσει, να αναπτύξει ή να διατηρήσει τις δεξιότητες που απαιτούνται για ασφαλή και ανεξάρτητη σίτιση και να αντισταθμίσει τις δυσκολίες με την βοήθεια διάφορων τεχνικών κατάποσης, τη τροποποίηση της στάσης του σώματος του ασθενή, των περιβαλλοντικών τροποποιήσεων ή ακόμα και τη χρήση ενός προσαρμοστικού εξοπλισμού απαραίτητο για την σίτιση. Σε αυτό μπορεί να βοηθήσει και ο φυσικοθεραπευτής και ο λογοθεραπευτής.

Όσον αφορά τη σύσταση της τροφής που πρέπει να επιλέξει ο γιατρός για την πρώτη στοματική σίτιση ενός ασθενή με νευρολογική βλάβη, θεωρείται από την Palmer J. B., M.D., (2000), ότι αρχικά, η κατάποση του ασθενή, πρέπει να εξεταστεί στο υγρό. Η σύσταση αυτή προτείνεται και για την ξηρή κατάποση, δηλαδή κατάποση μόνο με το σίελο. Στην έρευνα αυτή παρατηρούμε ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό τις τάξεως του 46% επιλέγει πιο παχύρρευστη σύσταση τροφής, από ότι είναι το υγρό, για την πρώτη στοματική σίτιση του ασθενή με δυσφαγία. Αντίθετα, στην έρευνα της, η Palmer J. B., M.D., (2000), αναφέρει ότι πρέπει πρώτα, να βεβαιωθεί ο ιατρός ότι η κατάποση του υγρό γίνεται με ασφάλεια και ότι ο ασθενής δεν διατρέχει πιθανό πρόβλημα εισρόφησης. Αν όμως, ο ασθενής εμφανίσει πρόβλημα διαχείρισης των υγρών, τότε πρέπει ο ιατρός να καταφύγει σε άλλη σύστασης τροφής, όπως είναι αυτή της πουτίγκας.

Η καθημερινή επαναξιολόγηση της κατάποσης σε έναν ασθενή μπορεί να κουράσει τον ασθενή. Επίσης, δεν δίνει αξιόπιστα αποτελέσματα για το αν το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθεί ο ασθενής είναι το κατάλληλο για αυτόν. Το καλύτερο είναι η επαναξιολόγηση του ασθενή με δυσφαγία να γίνεται ανάμεσα σε 2 με 3 ημέρες. Το μεγαλύτερο διάστημα επίσης δεν συνίσταται.

Τέλος, το ποσοστό που απάντησε ότι η δυσφαγία μπορεί να επηρεάσει την θεραπευτική πορεία του ασθενή με νευρολογική βλάβη, είναι ικανοποιητικό, δηλαδή το 72% του δείγματος. Όμως μόνο το 38% του συνολικού δείγματος, εξηγεί πως πιστεύει ότι μπορεί να επηρεάσει τη θεραπευτική πορεία του ασθενή. Το 34% μπορεί να συμφώνησε ότι η δυσφαγία επηρεάζει τον ασθενή, όμως δεν έδωσε κάποια επεξήγηση για το πώς η θεραπεία της νευρολογικής βλάβης μπορεί να επηρεαστεί από τη δυσφαγία. Παρόλα αυτά, οι απαντήσεις που έδωσαν οι ιατροί για το πως επηρεάζει η δυσφαγία τον ασθενή, είναι σύμφωνες με τις αναφορές που γίνονται από άλλες έρευνες.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Σημειώστε την επιλογή που σας αντιπροσωπεύει και συμπληρώστε όπου χρειάζεται, τα κενά:

1. Ποια είναι η ειδικότητά σας;

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

2. Ποία είναι η ηλικία σας;

- 25 – 35 ετών
- 35 – 45 ετών
- 45 – 55 ετών
- 55 ετών και άνω

3. Περιγράψτε εν συντομία τι πιστεύετε ότι είναι η δυσφαγία:

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

4. Βλέπετε ασθενείς με δυσφαγία;

- Ναι
- Όχι

5. Η δυσφαγία που εμφανίζουν οι ασθενείς σας οφείλεται κυρίως σε:

- Νευρολογικά αίτια
- Χειρουργικά αίτια
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Ηλικία

- 6.** Αν οφείλεται σε νευρολογικά αίτια, τότε αυτά μπορεί να είναι:
- · Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ)
 - · Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις (ΚΕΚ)
 - · Σκλήρυνση Κατά Πλάκας
 - · Νόσος του Parkinson
 - · Άνοια
 - · Άλλη (ποια;).....
- 7.** Ποιο το ποσοστό των ασθενών με νευρολογική βλάβη που εμφανίζουν δυσφαγία;
- · 0% - 25%
 - · 25% - 50%
 - · 50% - 75%
 - · 75% - 100%
- 8.** Ποιος πιστεύετε ότι μπορεί να κάνει τη διάγνωση της δυσφαγίας;
- · Γιατρός (αναγράψτε την ειδικότητα).....
 - · Νοσηλεύτης
 - · Αποκλειστική νοσοκόμα
 - · Λογοθεραπευτής
 - · Συγγενής
- 9.** Πώς αξιολογείτε την κατάποση ενός ασθενή με δυσφαγία;
- · Κλινικά (παρακολουθώντας τον ασθενή όταν τρώει ή αξιολογώντας μεμονωμένες καταπώσεις διαφορετικών συστάσεων ή και τα δύο)
 - · Ακτινολογικά (ποια ακτινολογική εξέταση κάνετε;).....
 - · Και τα δύο (κλινικά & ακτινολογικά)
 - · Άλλο (αναφέρετε τρόπο).....
- 10.** Πιστεύετε ότι η κατάποση είναι ασφαλής, όταν ο ασθενής:
- · Δεν έχει υπολείμματα στο στόμα

- .. Όταν η φυσιολογική ανύψωση του λάρυγγα, από τη στιγμή που ξεκινάει η κατάποση, γίνει σε λιγότερο από 2-3 sec
- .. Δεν βήξει ο ασθενής, μετά την κατάποση
- .. Δε δακρύσει/ κοκκινίσει ο ασθενής, μετά την κατάποση

11. Η πρώτη σίτιση, σε άτομα με νευρολογική βλάβη, γίνεται μέσα στο/η:

- .. Πρώτο 24ωρο
- .. Πρώτο 48ωρο
- .. Πρώτη εβδομάδα
- .. Σε μεγαλύτερο διάστημα

12. Ποιος δίνει την εντολή για την πρώτη σίτιση στους ασθενείς;

- .. Γιατρός (αναγράψτε την ειδικότητα).....
- .. Νοσηλευτής
- .. Αποκλειστική νοσοκόμα
- .. Λογοθεραπευτής
- .. Συγγενής

13. Ποιος δοκιμάζει τη πρώτη σίτιση στους ασθενείς;

- .. Γιατρός (αναγράψτε την ειδικότητα).....
- .. Νοσηλευτής
- .. Αποκλειστική νοσοκόμα
- .. Λογοθεραπευτής
- .. Συγγενής

14. Πριν ξεκινήσει η σίτιση από το στόμα, οι ασθενείς σιτίζονται με:

- .. Παρεντερική
- .. Ορό
- .. Ρινογαστρικό
- .. Γαστροστομία
- .. Τίποτα

15. Ποια σύσταση τροφής επιλέγετε για την πρώτη σίτιση;

- .. Υγρό (Νερό)
- .. Λεπτόρρευστο (Σιρόπι)
- .. Παχύρρευστο (Γιαούρτι)
- .. Στερεό (Μπισκότο)

16. Μετά από τη διάγνωση της δυσφαγίας, πόσο συχνά επαναξιολογείτε αν η κατάποση του ασθενή είναι επαρκής για στοματική σίτιση;

- .. Κάθε μέρα
- .. Κάθε 2-3 ημέρες
- .. Κάθε εβδομάδα
- .. Άλλο (Κάθε πότε;).....

17. Ποιος παρακολουθεί την εξέλιξη της δυσφαγίας;

- .. Γιατρός (αναγράψτε την ειδικότητα).....
- .. Νοσηλεύτης
- .. Αποκλειστική νοσοκόμα
- .. Λογοθεραπευτής
- .. Συγγενής

18. Πιστεύεται ότι η δυσφαγία μπορεί να επηρεάσει το ρυθμό αποκατάστασης του ασθενή με νευρολογική βλάβη;

- .. Ναι (Πως;).....
- .. Όχι

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 📖 Logemann Jeri A.(1998), Evaluation and treatment of swallowing disorders, second edition, εκδόσεις pro-ed
- 📖 Groher Michael E. Ph.D. (1997), Dysphagia: Diagnosis and management, third edition, εκδόσεις Butterworth-Heinemann
- 📖 Πρώιου Χαρίκλεια (2003), Δυσφαγία, Δυσφασία, Δυσαρθρία, εκδόσεις Γιαπούλη

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ INTERNET

- 📖 Spieker R. M. (2000) Evaluating dysphagia, 61.
- 📖 Rasmussen S. (2000). Swallowing Problems.
- 📖 National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, (2002). Dysphagia Difficulty Swallowing: Difficulty Swallowing Dysphagia; Swallowing/ Dysphagia; Swallowing, Difficulty, 22,291-310.
- 📖 Association of Speech and Language Therapists, (2003-2008). Swallowing Problems, Dysphagia.
- 📖 Payten C. (2005). Occupation Speech Therapy. Encyclopedia, 64.
- 📖 Lambert H., C., Germain I., P., Steele C., M., Blouin N., M. D., Gauthier J. (2006). Report of Professional Issue Forum on dysphagia.
- 📖 Palmer P. M, (2006). Diagnosis and Treatment, 11, 14-19-28.
- 📖 Biondo A. D. O., (2007). Dysphagia and Neurological Disorders, 6, 1-7.
- 📖 Parmer J. B.. Drennan J. C., Baba M. M. D., (2000). Evaluation and Treatment of Swallowing Impairments, 8, 61
- 📖 Sirk K. A. (2005). Living with dysphagia: A Brief look at Treatment, 19, 43-60
- 📖 Martino R. Foley N., Bhogal .S, Diamant N. , Speechley M., Teasell R., (2005). Dysphagia After Stroke Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications, 36, 2756-2763.
- 📖 Curfman S. M A., (2006). Management in patients with Demetria: The role of the SLP, 24.
- 📖 Orman L. M., (2001). Dysphagia, 10.