



ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

Μελέτη της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα

Μπελλάλη Χρ. Θάλεια¹, Αβραμικά Γ. Μαρία¹, Μαστροκώστας Γ. Αθανάσιος², Γκριζιώτη Χρ. Μαρία²

1. *Επίκ.Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης*

2. *Λγος (ΥΝ), MSc Ιατρικής Ερευνητικής Μεθοδολογίας, 424 ΓΣΝΕ*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα (χειρουργική αποκατάσταση, ακτινοθεραπεία κ.λπ) μπορεί να έχουν επίδραση στις διάφορες διαστάσεις της ποιότητας ζωής τους.

Σκοπός. Σκοπός της έρευνας ήταν η 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.

Υλικό-Μέθοδος. Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 128 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Οι 65 ασθενείς (50,8%), είχαν ολική λαρυγγεκτομή (ομάδα Α) και οι 63 ασθενείς (49,2%) μερική λαρυγγεκτομή ή άλλου είδους θεραπεία, όπως ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία με διατήρηση της φωνής (ομάδα Β). Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων δημογραφικών στοιχείων, κλινικών χαρακτηριστικών και του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής (EORTC, QLQ-C30). Η στατιστική ανάλυση έγινε με το Στατιστικό Πακέτο SPSS15, για τις δοκιμασίες chi-square και Mann-Whitney U test.

Αποτελέσματα: Η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων έδειξε ότι οι ασθενείς της ομάδας Α κατέγραψαν υψηλότερες τιμές σε όλες τις κλίμακες α) της λειτουργικότητας ($p < 0,05$), β) των συμπτωμάτων ($p < 0,05$) και γ) της οικονομικής επιβάρυνσης ($p = 0,001$), σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας Β. Επίσης, οι ασθενείς της ομάδας Β ανέφεραν καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής σε σύγκριση με την ομάδα Α ($p = 0,001$).

Συμπεράσματα. Οι διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και οι μεταβολές που μπορούν να επιφέρουν σε συγκεκριμένες διαστάσεις της ζωής, όπως η διαταραχή του σωματικού ειδώλου και της φώνησης, έχουν επίδραση στην αναφερόμενη ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών φαίνεται να αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα ζωής, καρκίνος του λάρυγγα, λαρυγγεκτομή.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μπελλάλη Θάλεια,
Ροδοπόλεως 7, ΤΚ 551 33,
Θεσσαλονίκη,
E mail: bellalithalia@yahoo.com

A study on the quality of life of laryngeal cancer patients

Bellali Chr. Thalia¹, Avramika G. Maria¹, Mastrokostas G. Athanasios², Gkrizioti Chr. Maria²

1. Assistant Professor, Department of Nursing, "Alexandreio" Technological Educational Institute, Thessaloniki
2. RN, CPT, MSc, 424 General Military Hospital of Thessaloniki

ABSTRACT

Different therapeutic options (surgery, radiation) may have some impact on certain dimensions of their quality of life.

Aim: The aim of this paper was to investigate the impact of treatment options on the quality of life of patients with laryngeal cancer, comparing two groups of patients after total laryngectomy or other treatment.

Material-Methods: The population of this study included 128 previously hospitalized patients in large public urban hospitals of Athens and Thessaloniki. Sixty five patients (50,8%) had total laryngectomy (group A) and 63 patients (49,2%) partial laryngectomy, or other treatment (radiation, chemotherapy) maintaining voice capacity. Data was collected using a demographic and clinical traits questionnaire and the Quality Of Life Questionnaire (EORTC, QLQ-C30). Statistical analysis used SPSS 15.0 for chi-square test and Mann-Whitney U test.

Results: Group comparison revealed that patients from group A scored significantly higher in all scales of a) functionality ($p < 0,05$), b) symptoms ($p < 0,05$) and c) financial difficulties ($p < 0,05$) compared to group B. Moreover, patients from group B reported better overall quality of life compared to group A ($p = 0,001$).

Conclusions: Different treatment options and their effect on specific dimensions of life, such as alterations of body image and voice loss, have a deep impact on self reported quality of life for laryngeal cancer patients. Improving their quality of life is a great challenge for health professionals.

Keywords: Quality of life, laryngeal cancer, laryngectomy.



CORRESPONDING AUTHOR

Bellali Thalia,
Rodopoleos 7,
Thessaloniki, 55133,
E-mail: bellalithalia@yahoo.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μία κατάσταση φυσικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας, που περιλαμβάνει την ικανότητα του ασθενή να εκπληρώνει ικανοποιητικά για τον ίδιο, τις καθημερινές του δραστηριότητες. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής του ασθενή αφορά στην ικανοποίησή του ως προς την αίσθηση του ελέγχου για την ασθένειά του και τα συμπτώματα που αυτή προκαλεί.^{1,2}

Σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα οι επιπτώσεις της θεραπευτικής παρέμβασης επηρεάζουν μερικές από τις πιο σημαντικές ανθρώπινες λειτουργίες, μεταξύ των οποίων την προφορική επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση, αλλά και βασικές ζωτικές λειτουργίες, όπως την αναπνοή και την πρόσληψη τροφής. Η μελέτη αυτών των επιπτώσεων αποτέλεσαν αντικείμενο πολλών πρωτογενών ερευνών, όπου αξιολογείται η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα, είτε έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή, είτε όχι.^{1,3-7}

Αν και πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι η απώλεια της φωνής και κατά συνέπεια η δυσκολία στην επικοινωνία αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών,

έχει διαπιστωθεί ότι οι λειτουργικές δυσκολίες, όπως ο πόνος, η δυσκολία στην πρόσληψη και στην κατάποση της τροφής αποτελούν εξίσου σημαντικά προβλήματα.⁸⁻¹⁰

Στον καρκίνο του λάρυγγα, καθώς το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης διαφοροποιείται (ολική - μερική λαρυγγεκτομή ή άλλη θεραπεία συνδυαστικά), υπάρχει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον αναφορικά με το κατά πόσο αυτό μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των ασθενών, λόγω των ποικίλων ανεπιθύμητων παρενεργειών που μπορεί να προκληθούν σε κάθε περίπτωση. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Braz και συν¹⁰ μελετήθηκε η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα σε σχέση με το είδος της χειρουργικής επέμβασης. Οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή ανέφεραν δυσκολίες στην κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία τους, αλλαγές στην όσφρηση, στη γεύση και στο βήχα, δυσκολίες στην ομιλία και δυσφαγία. Παρόμοιες δυσκολίες σε διαφορετικό όμως επίπεδο, βίωναν και οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε κάθετη ημιλαρυγγεκτομή, ενώ η ποιότητα ζωής ήταν χειρότερη για τους ασθενείς με ολική λαρυγγεκτομή.

Σε μια άλλη έρευνα που έγινε σε 49 ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα που είχαν υποβληθεί σε χημειοακτινοθεραπεία ή σε ολική λαρυγγεκτομή και ακτινοθεραπεία, προέκυψε ότι ο πόνος, η δυσκολία στην κατάποση και στη μάζηση της τροφής, καθώς και η δυσκολία στη λειτουργία των ώμων τους αποτέλεσαν τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρέαζαν την καθημερινή ποιότητα ζωής τους.¹¹ Σε μια προοπτική έρευνα επίσης, στην οποία συμμετείχαν 34 ασθενείς με ολική λαρυγγεκτομή φάνηκε ότι από το προεγχειρητικό τους στάδιο μέχρι και έξι μήνες μετά το χειρουργείο, τα κυριότερα προβλήματά τους επικεντρώνονταν στη δυσκολία επικοινωνίας και κατάποσης.¹²

Σε μια άλλη μελέτη λαρυγγεκτομηθέντων ασθενών, κατά τη μετεγχειρητική παρακολούθησή τους φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό είχε προβλήματα στην επικοινωνία με άτομα εκτός της οικογένειάς τους, ενώ πολλοί ήταν οι ασθενείς αυτοί που αισθανόταν ντροπή για την ποιότητα της φωνής τους και την εμφάνισή τους, λόγω της τραχειοστομίας. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς πίστευαν, ότι η ζωή τους έχει αλλάξει, οι μισοί είχαν οικονομικά προβλήματα, ενώ το 37% δε συμμετείχε σε κοινωνικές συναντήσεις εκτός σπιτιού.¹³

Τέλος, έρευνες σχετικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή ασθενών με ολική και μερική λαρυγγεκτομή έδειξαν ότι η μόνιμη τραχειοστομία και η απώλεια της φωνής δεν

αποτελούσαν καθοριστικούς παράγοντες για την ποιότητα ζωής. Αντίθετα, η εργασία και η σχέση με την οικογένεια ήταν οι τομείς, στους οποίους οι ασθενείς παρουσίασαν τη φτωχότερη προσαρμογή. Η κοινωνική και κλινική υποστήριξη των ασθενών ήταν καθοριστικοί παράγοντες για τη βελτίωση της αυτοπεποίθησης και της ικανοποίησής τους και έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση της φώνησης, της ψυχολογικής προσαρμογής, αλλά και της συνολικής ποιότητας ζωής τους.¹⁴⁻¹⁶

Σκοπός

Σκοπός της έρευνας ήταν η 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.

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης μελέτης με σκοπό τη διερεύνηση γενικότερα των ψυχο-κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα.

Υλικό-Μέθοδος

Πρόκειται για μια αναλυτική συγχρονική έρευνα, τον πληθυσμό της οποίας αποτέλεσαν 128 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία των Αθηνών και της Θεσσαλονίκης. Οι 65 ασθενείς (50,8%)



υποβλήθηκαν σε ολική λαρυγγεκτομή (ομάδα Α) και οι 63 ασθενείς (49,2%) υποβλήθηκαν σε μερική λαρυγγεκτομή ή άλλου είδους θεραπεία, όπως ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία με διατήρηση της φωνής (ομάδα Β).

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 (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο) και κλινικών χαρακτηριστικών (είδος θεραπευτικής παρέμβασης, είδος φαρμακευτικής αγωγής, τρόπος λεκτικής επικοινωνίας) και β) του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής (EORTC, QLQ-C30 version 3).

Το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής αποτελείται από 30 ερωτήσεις τύπου Likert, από τις οποίες οι 28 πρώτες βαθμολογούνται από 1 έως 4 και οι ερωτήσεις 29 και 30 οι οποίες βαθμολογούνται από 1 έως 7. 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

απώλειας όρεξης, της δυσκοιλιότητας, της διάρροιας και των οικονομικών δυσκολιών και δ) την υποκλίμακα της ολικής ποιότητας ζωής. Όλες οι κλίμακες -και αυτές που αποτελούνται από μία ερώτηση- βαθμολογούνται με τιμές από 0-100. Υψηλές τιμές στις υποκλίμακες της λειτουργικότητας και της συνολικής ποιότητας ζωής δείχνουν ένα υγιές επίπεδο λειτουργικότητας και ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής αντίστοιχα. Αντίθετα, οι υψηλές τιμές στις υποκλίμακες των συμπτωμάτων και των υποκλιμάκων που αποτελούνται από μία ερώτηση δείχνουν περισσότερα προβλήματα υγείας. Το ερωτηματολόγιο EORTC, QLQ-C30 version 3 έχει σταθμιστεί σε δείγμα Ελλήνων ασθενών.¹⁷

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε κατά το διάστημα αναμονής για την καθορισμένη θεραπευτική συνάντηση με τον θεράποντα ιατρό, ή και μετά από αυτή και τις περισσότερες φορές σε ιδιωτικό χώρο στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Από τα 200 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν τα 128 επεστράφησαν συμπληρωμένα, διαμορφώνοντας ένα ποσοστό απαντητικότητας 64%. Για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων, ζητήθηκε έγκριση από την Επιστημονική Επιτροπή του κάθε Νοσοκομείου στο οποίο χορηγήθηκαν τα εργαλεία μέτρησης της μελέτης, ενώ διασφαλίστηκε η πληροφορημένη συναίνεση των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0. Στην περιγραφική στατιστική, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean), την τυπική απόκλιση (sd) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ). Οι διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν σε συχνότητες. Στην αναλυτική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney U Test. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$.

Αποτελέσματα

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 128 ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα, οι οποίοι διακρίνονταν σε δύο ομάδες, ανάλογα με το είδος της θεραπείας που υποβλήθηκαν. Το 50,8% των ασθενών ανήκε στην ομάδα Α και το 49,2% στην ομάδα Β. Το 92,2% των ασθενών ήταν άνδρες και το 7,8% γυναίκες. Οι περισσότεροι ασθενείς ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 60 ετών (64,1%). Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση το 91,4% ήταν έγγαμοι και οι περισσότεροι είχαν παιδιά (84,4%). Το 46,9% του πληθυσμού διέμενε σε αγροτική περιοχή και το μορφωτικό επίπεδο των περισσότερων ασθενών ήταν πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (64,8%). Από τον έλεγχο των δημογραφικών

χαρακτηριστικών μεταξύ των δύο ομάδων των ασθενών δεν βρέθηκε να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά. Στον Πίνακα 1 φαίνονται αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού.

Όσον αφορά στα κλινικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, το 34,4% των ασθενών δεν είχε υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης, το 43,8% είχε υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή χωρίς τοποθέτηση φωνητικής βαλβίδας γρονοχ, ενώ το 15,3% επικοινωνούσε με τη χρήση φωνητικής βαλβίδας (Πίνακας 2).

Η μέση τιμή της υποκλίμακας της συνολικής ποιότητας ζωής για όλο τον πληθυσμό της μελέτης ήταν 66,2 ($\pm 25,1$, 95%ΔΕ:61,8-70,6), της συναισθηματικής και της κοινωνικής λειτουργικότητας ήταν 32,0 ($\pm 22,8$, 95%ΔΕ:27,9-36,9) και 32,4 ($\pm 28,5$, 95%ΔΕ:27,4-37,4) αντίστοιχα.

Στη σύγκριση μεταξύ των δύο φύλων, οι άνδρες εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της συνολικής ποιότητας ζωής, ενώ οι γυναίκες είχαν υψηλότερες τιμές στην υποκλίμακα της συναισθηματικής λειτουργικότητας, της κοινωνικής λειτουργικότητας και των οικονομικών δυσκολιών, διαφορές όμως που δεν βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές. Επίσης, ο έλεγχος των υπόλοιπων δημογραφικών στοιχείων δεν έδειξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής



(Πίνακας 3). Από τον έλεγχο των υποκλιμάκων, τόσο για τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όσο και για τον τρόπο επικοινωνίας, επίσης δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά.

Ελέγχοντας τις δύο ομάδες σε όλες τις υποκλίμακες φάνηκε ότι η ομάδα Β είχε καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής 72,6(±18,9, 95%ΔΕ:67,6-77,4) σε σύγκριση με την ομάδα Α 60,0(±28,6, 95%ΔΕ:52,9-67,2 p=0,004). Ωστόσο, σε όλες τις υποκλίμακες της λειτουργικότητας, η ομάδα Α είχε υψηλότερες τιμές σε σύγκριση με την ομάδα Β, διαφορά η οποία ήταν στατιστικά σημαντική. Αναλυτικότερα, στην υποκλίμακα του κοινωνικού ρόλου οι ασθενείς της ομάδας Α κατέγραψαν τιμή 42,7 (±29,2, 95%ΔΕ:35,4-50,0) και της ομάδας Β 21,8(±18,5, 95%ΔΕ:15,8-27,7 p=0,001) (Πίνακας 4). Τέλος, στις υποκλίμακες των συμπτωμάτων και στις υποκλίμακες που αποτελούνταν από ένα αντικείμενο -υψηλές τιμές στην κλίμακα σημαίνουν και χειρότερη κατάσταση-η ομάδα Α είχε τις υψηλότερες τιμές σε σχέση με την ομάδα Β. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς της ομάδας Α δήλωσαν ότι βίωναν περισσότερη κόπωση και πόνο, είχαν περισσότερες διαταραχές ύπνου και αντιμετώπιζαν μεγαλύτερες οικονομικές δυσκολίες, σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας Β, διαφορές οι οποίες ήταν στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 5).

Συζήτηση

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα φάνηκε να σχετίζεται με τη θεραπευτική προσέγγιση. 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 ημιλαρυγγεκτομή ή άλλου είδους θεραπεία (χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία) και διατήρησαν τη φωνή τους, γεγονός το οποίο συμφωνεί με ευρήματα άλλων μελετών.^{10,18-19}

Η απώλεια της φωνής, ωστόσο, δεν αποτέλεσε το μόνο κύριο πρόβλημα για τους ασθενείς με ολική λαρυγγεκτομή, αφού ανέφεραν κι άλλα σημαντικά προβλήματα όπως τον πόνο, τις διαταραχές στην όρεξη, τις διαταραχές στον ύπνο, καθώς επίσης και τις οικονομικές δυσκολίες. Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από άλλες έρευνες στις οποίες οι ασθενείς με ολική λαρυγγεκτομή ανέφεραν περισσότερα λειτουργικά προβλήματα από τα οποία τα κυριότερα ήταν η δυσκολία στην επικοινωνία, η δυσφαγία, ο πόνος και η κόπωση.^{8,10-11} Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί, ότι συνήθως οι λαρυγγεκτομηθέντες έχουν καρκίνο υψηλότερου σταδίου (grade I και II) από ότι

οι ασθενείς που διατηρούν ακέραιο το λάρυγγά τους, γεγονός που εξηγεί πιθανά σε κάποιο βαθμό και τη φτωχότερη ποιότητα ζωής τους.

Τέλος, αντίθετα με το αναμενόμενο, οι ασθενείς με ολική λαρυγγεκτομή που είχαν συνολικά τη φτωχότερη ποιότητα ζωής και τα περισσότερα προβλήματα στις υποκλίμακες των συμπτωμάτων, φάνηκε ότι είχαν καλύτερη κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα, από τους ασθενείς με ημιλαρυγγεκτομή ή άλλη θεραπεία. Παρόμοια αποτελέσματα περιγράφονται και στην έρευνα των Müller και συν.,¹⁸ στην οποία οι ασθενείς με ολική λαρυγγεκτομή εμφάνισαν συνολικά τη φτωχότερη ποιότητα ζωής, αλλά είχαν καλύτερη κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα σε σύγκριση με τους ασθενείς που είχαν διατηρήσει το λάρυγγά τους ακέραιο. Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός ότι οι λιγότερο ριζικές και επεμβατικές μέθοδοι αντιμετώπισης του καρκίνου του λάρυγγα μπορεί να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής, ταυτόχρονα όμως εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής που συνεπάγεται περισσότερες επισκέψεις στο νοσοκομείο και μεγαλύτερη ανασφάλεια και άγχος, καταστάσεις που ίσως έχουν ξεπεράσει οι ολικώς λαρυγγεκτομηθέντες ασθενείς.

Θα πρέπει βεβαίως να σημειωθεί ότι η μελέτη υπόκειται σε ορισμένους μεθοδολογικούς

περιορισμούς, όπως για παράδειγμα στο γεγονός ότι ο πληθυσμός της, στηρίχθηκε σε δείγμα ευκολίας. Αυτό ενέχει όλους τους ενδογενείς κινδύνους σχετικά με τη γενίκευση των ευρημάτων στον ευρύτερο αντίστοιχο πληθυσμό. Επίσης, οι περισσότεροι από τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν χαμηλό οικονομικό επίπεδο (σχεδόν το 75%), αλλά και μορφωτικό επίπεδο (το 80% των ασθενών ήταν αναλφάβητοι ή πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης), αφού η συλλογή του δείγματος έγινε σε δημόσια νοσοκομεία τα οποία συνήθως επισκέπτονται για επανέλεγχο ασθενείς που ανήκουν σε ασθενέστερες οικονομικά τάξεις και πιθανά να διαφέρουν στην αυτο-αναφερόμενη ποιότητα ζωής τους, σε σύγκριση με τους οικονομικά ισχυρότερους.

Συμπεράσματα-προτάσεις

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή, παρόλο που είχαν καλύτερη κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα, είχαν χειρότερη συνολική ποιότητα ζωής και περισσότερα λειτουργικά προβλήματα, σε σύγκριση με τους ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ημιλαρυγγεκτομή, ή άλλου είδους θεραπεία με διατήρηση της φωνής τους. Οι ιδιαίτερες συνθήκες που σχετίζονται με το είδος της θεραπείας (όπως π.χ. η απώλεια φωνής στην ολική λαρυγγεκτομή), είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ποιότητα



ζωής των ασθενών και επομένως πρόκειται για μια πολύ σημαντική παράμετρο που πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη κατά την επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης από τους επαγγελματίες υγείας. Εξάλλου, στα πλαίσια της ολιστικής αντιμετώπισης, η ποιότητα ζωής θα πρέπει να υπολογίζεται ως σημαντικός δείκτης έκβασης, ισάξιος με άλλους κλασικούς κλινικούς δείκτες, όπως είναι η επιβίωση και οι επιπλοκές, καθώς συχνά είναι αυτό που ενδιαφέρει περισσότερο τον ασθενή.

Σε επίπεδο μελλοντικής έρευνας, η μελέτη αυτή θα μπορούσε να επεκταθεί σε μεγαλύτερο δείγμα του πληθυσμού, καθώς και σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία και που πιθανά διαφέρει το οικονομικοκοινωνικό και μορφωτικό τους επίπεδο, ώστε να είναι περισσότερο αντιπροσωπευτικό. Ενδιαφέρον θα είχε επίσης, να μελετηθεί κατά πόσο συγκεκριμένα προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης στην αυτοφροντίδα, μπορούν πράγματι να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, μετά την τραυματική εμπειρία της λαρυγγεκτομής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Gotay CC, Korn EL, McCabe M.S, D Moore TD, Cheson BD. Quality of Life Assessment in Cancer Treatment Protocols: Research Issues in Protocol Development. Journal of the National Cancer Institute 1992, 84:575-579.
2. Kosmidis P. Quality of life as a new and point. Chest 1996, 109: 00S-02S.
3. Coates A. Quality of life and supportive care. Support Care Cancer 1997, 5: 435-438.
4. Breitbart W. ,Holland J. Psychosocial aspects of head and neck cancer. Semin. Oncol 1998, 15: 61-69.
5. Terrell JE, Nnavati KA, Esclamado RM, Bradford CR, Wolf GT. Health impact of head and neck cancer. Arch. Otolaryngol Head Neck Surg 1999, 120(6):852-9
6. Owen C, Watkinson CJ, Pracy P, Glaholm J. The psychosocial impact of head and neck cancer. Clinical Otolaryngology & Allied Sciences 2001, 5: 3510
7. Ναλμπαντιάν Μ. Γενικές αρχές για την εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής από την παγκόσμια οργάνωση υγείας. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Θεσσαλονίκη 2003.

8. Shuster M, Hoppe U, Kummer P, Eysholdt U, Rosanowski F. Coping strategies in laryngectomy patients. *HNO* 2003, 51: 337-343.
9. Ward EC, Bishop B, Frisby J, Stevens M. Swallowing Outcomes Following Laryngectomy and Pharyngolaryngectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002, 128:181-186.
10. Braz DS., Ribas MM., Dedivitis RA., Nishimoto IN., Barros AP. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics* 2005, 60:135-142.
11. Lotempio MM., Wang KH, Sadeghi A, Delacure MD, Juillard GF, Wang MB. Comparison of quality of life outcomes in laryngeal cancer patients following chemoradiation vs. total laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005, 132: 948-953.
12. Armstrong E, Isman K, Dooley P. Investigation into the quality of life of individuals after laryngectomy-*Neck* 2001, 23: 16-24.
13. Nalbadian M, Nikolaou A, Nikolaidis V. Factors influencing quality of life in laryngectomized patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001, 258: 336-340.
14. Deleyiannis FW, Weymuller EA, Coltrera MD, Futran N. Quality of life after laryngectomy: are functional disabilities important? *Head-Neck* 1999, 21: 319-324.
15. Ramirez MJ, Ferriol EE, Domenech FG. Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. *Otolaryngol Head and Neck Surg* 2003, 129: 92-97.
16. Llatas MC, Ramírez MJF, Ferriol EE, Domenech FG, Suarez-Varela MM, Martínez RL. Psychosocial adaptation in surgically treated patients for laryngeal cancer. *International Congress Series* 2003, 1240 (2003) 813– 817.
17. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Kalaidopoulou O, Smyrniotis V, Vlachos L. The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30, Version 3.0) in terminally ill cancer patients under palliative care: validity and reliability in a Hellenic sample. *Int. J. Cancer* 2001, 94:135-139.
18. Müller R, Paneff J, Köllner V, Koch R. Quality of life of patients with laryngeal carcinoma: a post-treatment study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001, 258 :276– 280.



19. Hammerlid E, Mercke C, Sullivan M, Westin T. A prospective quality of life study of patients with laryngeal carcinoma by tumor stage and different radiation therapy schedules. *Laryngoscope* 1998, 108: 747-759.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού

	n/N	%
Φύλο		
Άνδρες	118/128	92,2%
Γυναίκες	10/128	7,8%
Ηλικιακή ομάδα		
40-50	10/128	7,8%
51-60	36/128	28,1%
>60	82/128	64,1%
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	2/128	1,6%
Έγγαμος	117/128	91,4%
Διαζευγμένος	6/128	4,7%
Χήρος	3/128	2,4%
Τέκνα		
Ναι	108/128	84,4%
Όχι	20/128	15,6%
Τόπος διαμονής		
Αστική περιοχή	49/128	38,3%
Ημιαστική περιοχή	19/128	14,8%
Αγροτική περιοχή	60/128	46,9%
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Καμμία	20/128	15,6%
ΥΕ*	83/128	64,8%
ΔΕ**	15/128	11,7%
ΠΕ-ΤΕ***	10/128	7,8%
Επάγγελμα		
Οικοδόμος	13/128	10,2%
Αγρότης/Κτηνοτρόφος	46/128	35,9%
Εργάτης	42/128	32,8%
Δημόσιος Υπάλληλος	11/128	8,6%
Ελεύθερος Επαγγελματίας	16/128	12,5%

*ΥΕ: Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης, **ΔΕ: Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης,

***ΠΕ-ΤΕ: Πανεπιστημιακής-Τεχνολογικής Εκπαίδευσης



Πίνακας 2: Κλινικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού

	n/N (%)
Χειρουργική επέμβαση	
Ναι	84/128 (65,6%)
Όχι	44/128 (34,4%)
Είδος επέμβασης	
Ολική λαρυγγεκτομή με τοποθέτηση βαλβίδας pronox	9/128 (7%)
Ολική λαρυγγεκτομή χωρίς τοποθέτηση βαλβίδας	56/128 (43,8%)
Μερική λαρυγγεκτομή	19/128 (14,8%)
Χημειοθεραπεία και Ακτινοθεραπεία	44/128 (34,4%)
Τρόπος επικοινωνίας	
Οισοφάγεια ομιλία	26/65 (40%)
Χρήση βαλβίδας pronox	10/65 (8,6%)
Λαρυγγόφωνο	5/65 (3,9%)
Χειλιακή-Παρειακή	24/65 (18,8%)

Πίνακας 3: Σύγκριση των υποκλιμάκων μεταξύ των δύο φύλων.

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95%ΔΕ	p
Υποκλίμακα ποιότητας ζωής				
Άνδρες	66,9	±25,1	62,3-71,6	0,136
Γυναίκες	57,5	±24,4	40,1-74,9	
Συναισθηματική λειτουργικότητα				
Άνδρες	31,5	±23,5	27,2-35,8	0,071
Γυναίκες	37,5	±11,3	29,4-45,6	
Κοινωνική λειτουργικότητα				
Άνδρες	31,6	±28,7	26,3-36,9	0,179
Γυναίκες	41,6	±25,2	23,7-59,7	
Υποκλίμακα οικονομικών δυσκολιών				
Άνδρες	32,8	±29,5	27,3-38,2	0,077
Γυναίκες	46,6	±17,2	34,4-59,9	

Πίνακας 4: Σύγκριση της υποκλίμακας της λειτουργικότητας μεταξύ των δύο ομάδων.

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95%ΔΕ	p
Οργανική λειτουργικότητα				
Ομάδα Α	16,6	±13	10,8-22,3	0,001
Ομάδα Β	4,3	±3,2	2,0-6,6	
Λειτουργικότητα ρόλων				
Ομάδα Α	23,2	±18,7	16,0-30,3	0,002
Ομάδα Β	9,4	±7,2	5,0-13,8	
Συναισθηματική λειτουργικότητα				
Ομάδα Α	38,4	±25,7	32,0-44,8	0,003
Ομάδα Β	25,4	±17,2	21,0-29,8	
Γνωστική λειτουργικότητα				
Ομάδα Α	26,0	±18,9	20,0-32,0	0,001
Ομάδα Β	9,1	±7,5	6,2-12,1	
Κοινωνική λειτουργικότητα				
Ομάδα Α	42,7	±29,2	35,4-50,0	0,001
Ομάδα Β	21,8	±18,5	15,8-27,7	



Πίνακας 5: Σύγκριση των υπόλοιπων υποκλιμάκων του EORTC, QLQ-C30 μεταξύ των δύο ομάδων.

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95%ΔΕ	p
Κόπωση				
Ομάδα Α	23,4	±17,3	16,6-30,6	0,011
Ομάδα Β	12,9	±9,4	1,9-17,8	
Ναυτία-Έμετοι				
Ομάδα Α	6,7	±4,5	2,0-11,5	0,043
Ομάδα Β	1,3	±0,9	1,1-3,1	
Πόνος				
Ομάδα Α	11,9	±9,8	6,1-17,9	0,001
Ομάδα Β	1,1	±0,7	1,0-2,4	
Δύσπνοια				
Ομάδα Α	25,0	±20,8	18,5-31,5	0,001
Ομάδα Β	13,4	±11,6	6,7-20,2	
Διαταραχές ύπνου				
Ομάδα Α	22,9	±18,9	14,9-30,9	0,273
Ομάδα Β	17,7	±15,0	10,1-25,4	
Απώλεια όρεξης				
Ομάδα Α	13,0	±8,9	5,8-20,2	0,003
Ομάδα Β	1,6	±0,9	1,1-4,0	
Δυσκοιλιότητα				
Ομάδα Α	13,7	±10,2	5,8-20,2	0,003
Ομάδα Β	1,9	±0,7	1,2-4,0	
Διάρροια				
Ομάδα Α	4,1	±3,9	0,6-7,6	0,057
Ομάδα Β	0,5	±0,2	0,7-1,6	
Οικονομικές δυσκολίες				
Ομάδα Α	43,2	±30,1	35,7-50,7	0,001
Ομάδα Β	24,1	±24,3	18,0-30,4	