

Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΘΕΜΑ: Η επίγνωση των παιδιάτρων σχετικά με την επιστήμη της λογοθεραπείας, «κόκκινες σημαίες» παραπομπής και διεπιστημονική ομάδα.

TITLE: The awareness of pediatricians about the science of speech and language therapy, referral "red flags" and interdisciplinary team.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΑΡΑΚΟΥΣΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΚΟΥΣΚΟΥΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΜΑΥΡΑΓΑΝΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
SUMMARY	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
1.1 Η επιστήμη της λογοθεραπείας.....	8
1.2 Το αντικείμενο μελέτης της λογοθεραπείας.....	9
1.2.1 Διαταραχές που χρήζουν λογοθεραπευτικής αντιμετώπισης	10
1.3 Η λογοθεραπεία εντός και εκτός Ελλάδας	12
1.4 Η επιστήμη της παιδιατρικής	13
1.4.1 Στάδια ψυχοκινητικής εξέλιξης.....	14
1.4.2 Στάδια γλωσσικής ανάπτυξης.....	15
1.5 Λογοθεραπεία, παιδιατρική και ευρύτερη διεπιστημονική ομάδα.....	16
1.6 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	21
2.1 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	25
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	25
3.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός	25
3.2 Δείγμα.....	25
3.3 Όργανα Μέτρησης	26
3.4 Στατιστική ανάλυση	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	28
4.1 Αποτελέσματα	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	53
5.1 Συμπεράσματα.....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	63
6.1 Περιορισμοί/ Συστάσεις	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	71

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	71
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	71

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε εκ βάθρων όσους συνέλαβαν στην προσπάθεια μας για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, ευχαριστούμε τους παιδίατρος για το χρόνο που αφιέρωσαν προκειμένου να απαντήσουν τα ερωτηματολόγια, που τους χορηγήθηκαν κατά το ερευνητικό μέρος της εργασίας. Τέλος, ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στον κύριο Βασιλείου Κωνσταντίνο, επόπτη της πτυχιακής εργασίας για την καθοδήγηση, τη συνεργασία και την πολύτιμη βοήθεια που πρόσφερε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η σύγχρονη μελέτη του επιπέδου ενημέρωσης των παιδιάτρων σχετικά με το αντικείμενο της λογοθεραπείας. Πιο συγκεκριμένα, ερευνάται υπό ποιες συνθήκες παραπέμπουν οι ίδιοι σε λογοθεραπευτές, καθώς και η σπουδαιότητα της συμμετοχής των τελευταίων ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων, τα οποία μοιράστηκαν σε παιδιάτρους που εργάζονται σε Αθήνα, Πάτρα, Θεσσαλονίκη, Ιωάννινα, Λειβαδιά και Κόρινθο. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε κυρίως στο χώρο εργασίας των παιδιάτρων και με αποστολή email ή fax. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 23 ερωτήσεις που βασίστηκαν σε τρεις θεματικές ενότητες: α) προσωπικά στοιχεία παιδιάτρων, β) παιδικές διαταραχές που επαφίονται στη δικαιοδοσία και των δύο ειδικοτήτων γ) αιτίες παραπομπής παιδιάτρων σε άλλους ειδικούς υγείας και η συνεργασία αυτών με άλλες ειδικότητες (διεπιστημονική ομάδα). Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα προγράμματα SPSS (Ver. 17,0) και Microsoft Office Excel (2007).

Μέσα από τα ευρήματα της έρευνας φάνηκε πως η πλειοψηφία των παιδιάτρων δεν είναι πλήρως ενημερωμένη για τις υπηρεσίες που προσφέρει η λογοθεραπεία. Αυτό το γεγονός δυσκολεύει τον έγκαιρο εντοπισμό και την αντιμετώπιση των προβλημάτων λόγου, ομιλίας ή επικοινωνίας στα παιδιά, ώστε να αποφευχθούν οι μετέπειτα επιπτώσεις αυτών των προβλημάτων στη σχολική και στην ευρύτερη κοινωνική ζωή των παιδιών. Επιπλέον, αναδείχθηκε η έλλειψη λειτουργικής συνεργασίας μεταξύ λογοθεραπευτών και παιδιάτρων, ενώ η ειδικότητα των λογοθεραπευτών δεν αποτελεί πρώτη επιλογή παραπομπής των παιδιάτρων σε διαταραχές που χρήζουν εντατικής λογοθεραπείας.

SUMMARY

The purpose of this study is to investigate the pediatricians' knowledge on the field of speech language therapy. Specifically, it investigates under which circumstances pediatricians refer their patients to speech language therapists for their services and the importance (for SLT) of being part of the multidisciplinary team.

Data collection was conducted through the distribution of a questionnaire to pediatricians located in Athens, Patras and Corinth. Questionnaires were given to the pediatrician's workplaces and also by sending e-mail and fax. The questionnaire includes 23 questions based on three topics: a) personal data about pediatricians, b) children disorders in which the two specialties do cooperate, c) pediatric referral information to other health professionals and their cooperation with other disciplines (multidisciplinary team). For the statistical analysis of the data, the SPSS program was used.

By the research findings came up that the majority of pediatricians were not fully informed of the services that a speech-language therapist can provide. This fact complicates the early detection and treatment of speech, language or communication problems in children, in order to avoid subsequent impact of these problems in school and in the wider social life. Furthermore, the lack of functional cooperation between speech therapists and paediatricians was highlighted, while the specialty of speech therapists is not a first choice of pediatricians refer to disorders that require intensive speech therapy

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πρώτες ιστορικές καταγραφές γλωσσικών προβλημάτων εμφανίζονται από την ελληνική αρχαιότητα με τον Ηρόδοτο, ο οποίος μιλά για το Βάττο, γιο του Πολύμηστου από τη Θήρα, το όνομα του οποίου έχει ιστορική-εννοιολογική σχέση με το χαρακτηρισμό που δόθηκε στον τραυλισμό ως Βατταρισμό. Μία ακόμα γραπτή αναφορά είναι εκείνη του Κροίσου, βασιλιά της Λυδίας, ο οποίος δε μιλούσε (Δράκος, 1999).

Επίσης, γνωστή είναι και η περίπτωση του ρήτορα Δημοσθένη που αδυνατούσε να προφέρει το «ρ», η φωνή του ήταν αδύναμη και οι αναπνοές του σύντομες. Μάλιστα, σύμφωνα με γραπτές πηγές, ο Δημοσθένης χρησιμοποιούσε βότσαλα που τα έβαζε στο στόμα του και προσπαθούσε να μιλήσει μεγαλόφωνα για να υπερβεί τον ήχο του παφλασμού των κυμάτων, με στόχο να αντιμετωπίσει το γλωσσικό του πρόβλημα (Δράκος, 1999).

Από την περίοδο της Αναγέννησης, οι γνώσεις σχετικά με τη γλώσσα και τις διαταραχές της συνεχώς εμπλουτίζονται. Ο Ιερώνυμος θεωρείται ο πρώτος επιστήμονας-συγγραφέας που ασχολήθηκε με τον κλάδο της Φωνιατρικής. Άλλα χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι το 1700, όπου ο Ελβετός γιατρός Johann Konvael Amman ασχολήθηκε με τη διάκριση των διαταραχών λόγου, τη θεραπεία τους και την κατηγοριοποίηση των φθόγγων. Το 1861, ο Paul Broca εντοπίζει το κέντρο λόγου στον εγκεφαλικό φλοιό και περιγράφει λειτουργικές επιπλοκές από βλάβες της περιοχής αυτής. Το 1864, ο Trousseau ορίζει την Αφασία. Το 1874, ο Carl Wernicke εντοπίζει το αισθητικό κέντρο και κάνει περιγραφή των διαδικασιών κατανόησης και λόγου σε σχέση με το όλο πλέγμα των νευρικών διεργασιών (Δράκος, 1999).

Επομένως, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι γλωσσικές αναπτυξιακές διαταραχές είναι κοινές, εμφανίζονται συνεχώς κατά την διάρκεια της ιστορίας και μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά το άτομο και εν τέλει, την κοινωνία. Η ιατρική κοινότητα και πιο συγκεκριμένα, οι παιδίατροι αποτελούν βασική ειδικότητα προσδιορισμού των παραγόντων κινδύνου για τις γλωσσικές διαταραχές, την αναγνώριση των πρώτων προειδοποιητικών σημαδιών και την εφαρμογή των κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων.

Επίσης, οι παιδίατροι μπορούν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο ενθαρρύνοντας το σχολείο και τους γονείς να προσφέρουν ειδικές θεραπείες για το παιδί, ζητώντας πολυπαραγοντικές αξιολογήσεις από το σχολείο και παραπέμποντας τους ασθενείς για λεπτομερή νευροψυχολογική αξιολόγηση, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Οι πληροφορίες που παρέχονται από τον παιδίατρο μπορούν να βοηθήσουν το σχολείο να διαμορφώσει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης για αυτό. Επιπλέον, ο παιδίατρος μπορεί να υποστηρίξει τις οικογένειες με την παραπομπή των παιδιών σε κατάλληλους ειδικούς, όπως λογοθεραπευτές, ειδικούς παιδαγωγούς, εργοθεραπευτές κ.ο.κ.

1.1 Η επιστήμη της λογοθεραπείας

Η **επιστήμη της λογοθεραπείας** ασχολείται με την πρόληψη, την αξιολόγηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία της ομιλίας, του λόγου, της επικοινωνίας (λεκτικής ή μη), της φωνής και της κατάποσης σε παιδιά, αλλά και σε ενήλικες (American Speech Language Hearing American- ASHA, 1993).

Στην επιστήμη της λογοθεραπείας, η *πρόληψη* σημαίνει τον έγκαιρο εντοπισμό και την αντιμετώπιση των διαταραχών του λόγου, ομιλίας και επικοινωνίας.

Η *αξιολόγηση* είναι η διαδικασία που εξετάζει και καθορίζει τα χαρακτηριστικά, τις ικανότητες του ατόμου και τις παρούσες ανάγκες του. Ταυτόχρονα, καθορίζει εάν υπάρχει κάποια διαταραχή και, εάν ναι, τη φύση, το μέγεθος της και τις επιπτώσεις της στην ζωή του ατόμου. Βοηθάει να τεθούν κατάλληλοι θεραπευτικοί στόχοι, που να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες του αξιολογούμενου (Καμπανάρου, 2007). Σε ορισμένες περιπτώσεις που απαιτείται πληρέστερη αξιολόγηση, ο λογοθεραπευτής μπορεί να συνεργαστεί με ψυχολόγο, ειδικό παιδαγωγό και ιατρούς (π.χ.ωτορινολαρυγγολόγο) (Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, 1992).

Ως *διάγνωση* νοείται η εκπαιδευτική αξιολόγηση με σκοπό τη συγκέντρωση στοιχείων και δεδομένων, που θα βοηθήσουν στο σχεδιασμό και την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων-παρεμβάσεων (Κοντογιάννη & Νικολαΐδης, 2009).

Κατά τη *θεραπεία*, ο κλινικός καλείται να εφαρμόσει τις συστάσεις που έγιναν κατά την αξιολόγηση. Ο σκοπός της θεραπείας είναι να επιφέρει αλλαγή στην επικοινωνιακή συμπεριφορά και να μεγιστοποιήσει τη δυνατότητα του ατόμου να επικοινωνήσει αποτελεσματικά. Ο τρόπος με τον οποίο επιτυγχάνεται αυτός ο σκοπός ποικίλλει ανάλογα με τη φύση της διαταραχής, την ηλικία, το θεραπευτικό ιστορικό,

την οικογενειακή κατάσταση, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ατόμου (Δράκος, 1999).

1.2 Το αντικείμενο μελέτης της λογοθεραπείας

Από την αρχαιότητα, ορισμένοι φιλόσοφοι, όπως ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης πραγματεύτηκαν τη γλώσσα ως μέρος της σκέψης/κοσμοθεωρίας ή της ύπαρξης του ανθρώπου. Σύμφωνα με τις φιλοσοφικές απόψεις που εκφράζονται στους μύθους και στις θρησκείες πολλών λαών, η γλώσσα είναι η πηγή της ανθρώπινης ζωής και δύναμης. Ο λόγος, η ομιλία και η επικοινωνία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην κοινωνική ζωή, στη μαθησιακή ικανότητα και στη ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου (Fromkin et al., 2010).

Μια από τις επιστήμες που καλείται να ερμηνεύσει τα διάφορα γλωσσικά προβλήματα που παρουσιάζονται στην πορεία της εξέλιξης του ανθρώπου είναι και η λογοθεραπεία (Δράκος, 1999). Επομένως, βασικό αντικείμενο μελέτης της επιστήμης της λογοθεραπείας είναι η γλώσσα, της οποίας οι δομές παρουσιάζονται αναλυτικότερα παρακάτω.

Η **γλώσσα** είναι η έμφυτη ικανότητα του ανθρώπου να εξωτερικεύει με λέξεις αυτό που σκέφτεται, ώστε να επικοινωνεί με τους συνανθρώπους του στα πλαίσια μιας γλωσσικής κοινότητας. Σύμφωνα με τον Δράκο (1999), ο Hegel πρώτος διέκρινε τη γλώσσα σε λόγο και ομιλία, ενώ ο Saussure θεμελίωσε στη γλωσσολογία τη διάκριση της γλώσσας σε λόγο και ομιλία.

Ο λόγος αποτελεί το μέσο που επιλέγουμε, όταν επιθυμούμε να εκφράσουμε συγκεκριμένες ιδέες. Ο λόγος περιλαμβάνει την κωδικοποίηση του νοήματος σε ένα σύστημα συμβόλων, τα οποία είναι αναγνωρίσιμα από τα μέλη μιας κοινωνίας. Όλες οι λέξεις που χρησιμοποιούμε ή καταλαβαίνουμε αποτελούν το νοητικό μας λεξικό. Όπως ένα τυπωμένο λεξικό, έτσι και αυτό είναι κάτι περισσότερο από έναν απλό κατάλογο λέξεων. Αποθηκεύει πληροφορίες σχετικά με τις μορφές των λέξεων, συμπεριλαμβανομένου της προφοράς κάθε λήμματος και η κάθε λέξη έχει μια μοναδική σημασία (Plante & Beeson, 2012).

Ο Bloom (1988), επεξηγώντας τον τρόπο λειτουργίας του **λόγου**, επισημαίνει τρία βασικά επίπεδα: τη δομή (φωνολογία, μορφολογία, συντακτικό), το περιεχόμενο (σημασιολογία) και την χρήση (πραγματολογία). Κάθε ένα από αυτά τα επίπεδα

εμπεριέχει τα στοιχεία του γλωσσικού συστήματος του λόγου, από τα οποία ο ίδιος συντίθεται (Plante & Beeson, 2012, Νικολόπουλος, 2008).

Η φωνητική εκφορά της γλώσσας επιτυγχάνεται με την **ομιλία** και έχει άμεση σχέση με το νευρομυϊκό συντονισμό του συστήματος άρθρωσης και φώνησης του ατόμου, που είναι απαραίτητο για την παραγωγή των ήχων και των γλωσσικών μονάδων που ονομάζονται φωνήματα (Κατή, 2000).

1.2.1 Διαταραχές που χρήζουν λογοθεραπευτικής αντιμετώπισης

Η ταξινόμηση των διαταραχών έχει ως στόχο να βοηθήσει στην πράξη τους ειδικούς και βασίζεται στις βασικές λειτουργίες της διαταραγμένης ομιλίας, λόγου και επικοινωνίας, καθώς και στα κλινικά τους συμπτώματα. Η ταξινόμηση συμπεριλαμβάνει τις εξής διαταραχές:

Οι **διαταραχές του λόγου**, σύμφωνα με το ICD-10 (2008), περιλαμβάνουν:

1) διαταραχή στην έκφραση της γλώσσας (του λόγου): ειδική αναπτυξιακή διαταραχή, στην οποία η ικανότητα του παιδιού να εκφράζεται με τον προφορικό λόγο βρίσκεται κάτω από το αντίστοιχο επίπεδο για τη νοητική ηλικία του, ενώ η κατανόηση της γλώσσας βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά όρια. Μπορεί να υπάρχουν ή όχι ανωμαλίες στην άρθρωση. Η διαταραχή που ανήκει σε αυτήν την κατηγορία είναι η αναπτυξιακή δυσφασία ή αφασία, τύπου έκφρασης.

2) αντιληπτική διαταραχή της γλώσσας (του λόγου): ειδική αναπτυξιακή διαταραχή, στην οποία η ικανότητα κατανόησης του λόγου στο παιδί βρίσκεται κάτω από το αντίστοιχο επίπεδο για τη νοητική ηλικία του. Πρακτικά σε όλες τις περιπτώσεις επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό η ικανότητα γλωσσικής έκφρασης και συχνά παρατηρούνται ανωμαλίες στην παραγωγή φθόγγων. Οι διαταραχές που συναντάμε σε αυτήν την κατηγορία είναι η συγγενής ελλειμματική ακουστική αντίληψη, η αναπτυξιακή δυσφασία ή αφασία (τύπου αντίληψης), η αφασία του Wernicke και τέλος, η λεκτική κώφωση.

Στις **διαταραχές ομιλίας** εντάσσονται η δυσαρθρία, απραξία, φωνολογική διαταραχή, διαταραχή της άρθρωσης και ο τραυλισμός. Οι διαταραχές αυτές εμφανίζουν δυσκολία άρθρωσης λειτουργικής αιτιολογίας, εξαιτίας νευρολογικών

διαταραχών, οι οποίες επηρεάζουν τον έλεγχο των κινήσεων των οργάνων της άρθρωσης, ή μορφολογικής αιτιολογίας, εξαιτίας ανατομικών ανωμαλιών στα όργανα της άρθρωσης (σχιστίες) (Νικολόπουλος, 2008).

Οι **διαταραχές της φωνής** μπορούν να αφορούν την φώνηση ή την αντήχηση. *Φώνηση* είναι η παραγωγή της φωνής στο λάρυγγα μετά από την κίνηση των φωνητικών χορδών και *αντήχηση* η διαμόρφωση της παραγόμενης φωνής με τη βοήθεια των κοιλοτήτων του φάρυγγα, της ρινικής και στοματικής κοιλότητας. Οι *διαταραχές της φωνής* μπορεί να οφείλονται σε οργανική αιτιολογία (νευρολογικές παθήσεις, ασθένειες του λάρυγγα, ανατομικές ανωμαλίες, ενδοκρινολογικοί παράγοντες) και σε μη οργανικές αιτιολογίες (κακή χρήση και κατάχρηση του φωνητικού συστήματος, ψυχογενείς διαταραχές) (Planet & Beeson, 2012). Με τον ίδιο τρόπο ταξινομούνται οι διαταραχές της φωνής σε παιδιά και σε ενήλικες. Ωστόσο, μπορεί να χαρακτηριστούν και συγγενείς (π.χ. κρανιοπροσωπικής ανωμαλίες) ή επίκτητες (π.χ. τραύμα) (Plante & Beeson, 2012).

Οι **διαταραχές της κατάποσης** περιλαμβάνουν τις νευρογενείς δυσφαγίες, τη ψυχογενή δυσφαγία και τη μηχανική δυσφαγία από δομικές μεταβολές των συμμετεχόντων οργάνων στην κατάποση. Οι νευρογενείς δυσφαγίες προκαλούνται στο έδαφος νευρολογικών ασθενειών. Δεν εμφανίζονται ως ξεχωριστή βλάβη, αλλά στο πλαίσιο ενός συνόλου συμπτωμάτων με διαταραχές της συμπεριφοράς, της αντιληπτικότητας, της αισθητικότητας και των κινητικών δεξιοτήτων του ατόμου (Bigenzahn & Denk, 2007, Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001).

Είναι σημαντικό, οι παραπάνω διαταραχές να εντοπιστούν, να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα, για να μην επηρεάσουν και άλλους τομείς στη ζωή του παιδιού όπως το σχολικό, το οικογενειακό περιβάλλον και τις διαπροσωπικές-κοινωνικές σχέσεις.

1.3 Η λογοθεραπεία εντός και εκτός Ελλάδας

Η λογοθεραπεία ήρθε στην Ελλάδα με καθυστέρηση δεκαετιών. Η επιστήμη αυτή ήταν ανύπαρκτη ή αφορούσε ένα πολύ μικρό αριθμό ανθρώπων. Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει αναγνωρίσιμη επιστήμη από το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα και το ευρύ κοινό, ενώ συνεχίζει να αναπτύσσεται. Πλέον, όλο και περισσότερες ειδικότητες από τον τομέα της υγείας συνεργάζονται με τους λογοθεραπευτές, για την καλύτερη δυνατή παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς (Γλύκας & Καλομοίρης, 2003). Ταυτόχρονα με την επιστήμη της λογοθεραπείας, άρχισαν να ιδρύονται και τα πρώτα τμήματα στον Ελλαδικό χώρο. Το πρώτο τμήμα λογοθεραπείας που ιδρύθηκε είναι το Τ.Ε.Ι Πατρών (νυν Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας) το 1996 και το δεύτερο το Τ.Ε.Ι Ιωαννίνων (νυν Τ.Ε.Ι Ηπείρου) το 2000. Το 2009 ιδρύθηκε τμήμα λογοθεραπείας στο Τ.Ε.Ι Καλαμάτας, αλλά σύμφωνα με το τελικό σχέδιο «Αθηνά» του Υπουργείου Παιδείας, το τμήμα θα παραμείνει σε λειτουργία μέχρι το 2018, έως ότου, αποφοιτήσουν οι εισαχθέντες του 2012-13. Επιπλέον, οι σπουδές της λογοθεραπείας παρέχονται από ιδιωτικά κολέγια και ΙΕΚ.

Η εξέλιξη της επιστήμης και του κλάδου της λογοθεραπείας στην Ελλάδα, καθώς και οι συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση οδήγησαν στην ίδρυση δύο συλλόγων, του Πανελληνίου Συλλόγου Λογοπεδικών (ΠΣΛ) και του Συλλόγου Επιστημόνων Λογοπαθολόγων Λογοθεραπευτών Ελλάδος (ΣΕΛΛΕ) (Γλύκας & Καλομοίρης, 2003).

Στο εξωτερικό το επάγγελμα της λογοθεραπείας προέκυψε και αναπτύχθηκε στην διάρκεια του εικοστού αιώνα. Το 1925, ιδρύθηκε μία επαγγελματική οργάνωση που ονομαζόταν Αμερικανική Ακαδημία για τη Διόρθωση της Ομιλίας. Το 1948, η επαγγελματική οργάνωση έγινε ο Αμερικάνικος Σύλλογος Ομιλίας και Ακοής (American Speech and Hearing Association–ASHA). Καθώς αυξήθηκε η κλινική προσοχή στις γλωσσικές βλάβες, ο σύλλογος άλλαξε πάλι το όνομά του το 1978 σε Αμερικανικό Σύλλογο Ομιλίας Λόγου-Ακοής (American Speech–Language–Hearing Association). Η ASHA αποτελεί τον κύριο επαγγελματικό οργανισμό για τους επαγγελματίες της ομιλίας, λόγου και ακοής, τους λογοθεραπευτές, τους ακοολόγους και τους ειδικούς στον τομέα των διαταραχών επικοινωνίας (Plante & Beeson, 2012). Η αποστολή της ASHA είναι να προωθήσει τα δικαιώματα των επαγγελματιών και να υποστηρίξει τους ανθρώπους με δυσκολίες στην επικοινωνία (Plante & Beeson, 2012).

1.4 Η επιστήμη της παιδιατρικής

Η παιδιατρική είναι ο κλάδος της ιατρικής που έχει ως αντικείμενο την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των νόσων σε παιδιά νεογνικής έως εφηβικής ηλικίας (Λαπατσάνης, 1996).

Σύμφωνα με τον οδηγό σπουδών του τμήματος ιατρικής του πανεπιστημίου Πατρών (2015), για την απόκτηση του τίτλου του παιδίατρου απαιτούνται σπουδές στην Ιατρική Επιστήμη που διαρκούν έξι χρόνια. Οι σπουδές χωρίζονται σε δύο επίπεδα: το θεωρητικό και το πρακτικό. Η θεωρητική διδασκαλία γίνεται μέσα στα πρώτα τέσσερα χρόνια (οκτώ εξάμηνα). Αρχίζει με την εκπαίδευση στη βασική (προκλινική) γνώση των πεδίων της επιστήμης, που συμπληρώνεται με εργαστηριακή εκπαίδευση και συνεχίζεται με την απαρτιωμένη διδασκαλία νοσημάτων, που συμπληρώνεται με νοσοκομειακή εκπαίδευση. Η νοσοκομειακή εκπαίδευση στις κλινικές γίνεται στο πέμπτο και έκτο έτος σπουδών και κατά κανόνα, αφού τελειώσουν όλα τα θεωρητικά μαθήματα, προκλινικά και κλινικά. Οι πτυχιούχοι Ιατρικής είναι υποχρεωμένοι, πριν από οποιοδήποτε διορισμό σε δημόσια θέση και πριν αρχίσουν τη μετεκπαίδευση για την απόκτηση ειδικότητας, να υπηρετήσουν για ένα χρόνο ως γενικοί γιατροί σε αγροτικό ιατρείο. Για την εξάσκηση του επαγγέλματος του ιατρού είναι απαραίτητη η άδεια, η οποία χορηγείται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Από το θεωρητικό υπόβαθρο των σπουδών του, προκύπτει ότι, ο παιδίατρος καλείται να γνωρίζει ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων, όπως καρδιακές παθήσεις, αιματολογικά νοσήματα, νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, διαταραχές θρέψης, διαταραχές ανάπτυξης, νευρολογικές παθήσεις και δερματολογικές παθήσεις (Candy et al., 2001, Lissauer & Clayden, 2008).

Ο ακρογωνιαίος λίθος της κλινικής πράξης είναι η λήψη ιστορικού και η κλινική εξέταση. Τα σημεία «κλειδιά» του παιδιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης είναι:

- η ηλικία του παιδιού, καθώς καθορίζει τη φύση και τον τρόπο εκδήλωσης των ασθενειών, των αναπτυξιακών προβλημάτων ή των προβλημάτων συμπεριφοράς,
- ο τρόπος διεξαγωγής της λήψης ιστορικού και της κλινικής εξέτασης και
- ο τρόπος με τον οποίο θα οργανωθεί οποιοδήποτε σχέδιο αντιμετώπισης (Lissauer & Clayden, 2008).

Το ιστορικό αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα που οδηγεί στη σωστή διάγνωση σε πολλά παιδιατρικά προβλήματα, καθώς καθορίζεται από τη φύση, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων εκδήλωσης της πάθησης και της ηλικίας του παιδιού. Η ύπαρξη κλίματος εμπιστοσύνης με το παιδί και τους γονείς κατά την διάρκεια της λήψης ιστορικού, αποτελεί επίσης, ένα βήμα στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς (Κασίμου, 1996, Lissauer & Clayden, 2008).

Κατά την κλινική εξέταση, βασική επιδίωξη του ιατρού είναι η ηρεμία και η συνεργασία του παιδιού. Η κλινική εξέταση τροποποιείται κάθε φορά, ώστε να προσαρμοστεί στην ηλικία του παιδιού. Κάποιες φορές, μπορεί να είναι δύσκολο να εξεταστούν πλήρως ορισμένα νήπια και νεαρά παιδιά, οπότε ο παιδίατρος στηρίζεται στην ευρηματικότητα και στην φαντασία του (Lissauer & Clayden, 2008, Κασίμου, 1995).

Επιπροσθέτως, είναι απαραίτητη η παρακολούθηση και η αξιολόγηση της ψυχοκινητικής εξέλιξης από τη γέννηση μέχρι την εφηβεία. Η αξιολόγησή της έχει στόχο την έγκαιρη αναγνώριση της καθυστέρησης στην εξέλιξη του νευρικού συστήματος (Lissauer & Clayden, 2008).

1.4.1 Στάδια ψυχοκινητικής εξέλιξης

Ψυχοκινητική εξέλιξη ή ανάπτυξη είναι η λειτουργική διαφοροποίηση του οργανισμού, κατά τη διάρκεια της οποίας αποκτώνται συνεχώς νέες ικανότητες, που διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση του γενετικού υλικού με τους εξωτερικούς παράγοντες (διατροφή, νοσήματα, οικογενειακό-οικονομικό-κοινωνικό περιβάλλον) (Κασίμου, 1995, Παπαδάτος κ.α., 1993). Τα στάδια της ψυχοκινητικής εξέλιξης είναι ανά ηλικία: α) **νεογνική ηλικία:** 1^{ος} μήνας ζωής, β) **βρεφική ηλικία:** 1-12 μήνες, γ) **νηπιακή ηλικία:** 1-5 ετών και δ) **παιδική ηλικία:** 5,5-9,5 ετών (Παπαδάτος κ.α., 1993).

Οι ικανότητες που περικλείει ο όρος ψυχοκινητική εξέλιξη είναι:

- η αδρή κινητικότητα
- η λεπτή κινητικότητα και όραση
- η ομιλία, ο λόγος και η ακοή
- ο κοινωνικός τομέας, ο συναισθηματικός τομέας και ο τομέας συμπεριφοράς (Lissauer & Clayden, 2008).

Κάθε μία από τις ικανότητες αυτές χαρακτηρίζεται από διάφορα στάδια εξέλιξης, τα οποία καλούνται ορόσημα ή σταθμοί εξέλιξης και είναι τα ίδια σε όλα τα παιδιά. Όμως, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σημαντικές διαφορές στο ρυθμό της ανάπτυξης των διαφόρων ικανοτήτων από το ένα παιδί στο άλλο (Candy et al., 2001). Η φυσιολογική ανάπτυξη είναι ευαίσθητος δείκτης της καλής κατάστασης του παιδιού. Επομένως, είναι σημαντικό να εντοπίζονται οι μη φυσιολογικοί τύποι ανάπτυξης σε πρώιμο στάδιο (Candy et al., 2001).

Κάθε παιδί, του οποίου η ανάπτυξη είναι καθυστερημένη ή χαμηλότερη της βέλτιστης δυνατής, χρήζει αξιολόγησης για να καθοριστεί το αίτιο και ο καλύτερος τρόπος προσφοράς βοήθειας. Για παράδειγμα, η φυσιολογική αναπτυξιακή πρόοδος μπορεί να διαταραχθεί λόγω νευρολογικής ή νευροαναπτυξιακής διαταραχής, η οποία επηρεάζει την ψυχοκινητική ανάπτυξη άμεσα, π.χ. εγκεφαλική παράλυση, σύνδρομο Down (Lissauer & Clayden, 2008).

Επιλογικά, η ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού είναι ένας πολύ σημαντικός τομέας που είναι άρρηκτα συνδεδεμένος και με άλλους βασικούς τομείς της γενικότερης ανάπτυξής του. Ένας από αυτούς είναι η γλωσσική ανάπτυξη (Κρουσταλλάκης, 2000).

1.4.2 Στάδια γλωσσικής ανάπτυξης

Για να μπορέσουμε να καταλάβουμε τις τυχόν καθυστερήσεις και τις διαταραχές της ομιλίας, πρέπει να γνωρίζουμε πότε το παιδί πρέπει να αρχίσει να μιλάει, καθώς και τα στάδια ανάπτυξης της ομιλίας του (Καλαντζή, 1985).

Η *γλωσσική ανάπτυξη*, η διαδικασία κατάκτησης της γλώσσας που αποτελεί μέρος των ανθρώπινων ικανοτήτων και ακολουθεί σταθερή πορεία, όταν η ανάπτυξη του παιδιού είναι φυσιολογική (Δράκος, 1999).

Σύμφωνα με τον Καλαντζή (1985), προϋποθέσεις μιας καλής γλωσσικής ανάπτυξης είναι από την μια πλευρά μια κανονική ακουστική-οπτική, κινητική-κιναισθητική ιδεοκινητική (που σημαίνει κυριαρχία της βούλησης πάνω στις αρχικές αυτόματο- αντανακλαστικές εκφορτίσεις), γενική σωματική και πνευματική εξέλιξη και από την άλλη πλευρά ένα κανονικό γλωσσικό και παιδαγωγικό περιβάλλον (Καλαντζή, 1985, Δράκος, 1999).

Στην αρχή της γλωσσικής εξέλιξης του παιδιού περιλαμβάνεται η ανάπτυξη του φωνολογικού συστήματος, η οποία θεωρείται προπαρασκευαστική για τη μετέπειτα συντακτική και σημασιολογική εξέλιξη του (Δράκος,1999).

Τα στάδια που ακολουθεί η γλωσσική εξέλιξη παρουσιάζονται παρακάτω:

α) Αναρθρες κραυγές (κλάμα): 0-3 μηνών

β) Βάβισμα-Ψέλλισμα: 4-5 μηνών

γ) Ιδιόρρυθμες λέξεις: 8 μηνών

δ) Μεμονωμένες λέξεις: 12 μηνών

ε) Τηλεγραφικός λόγος: 18 μηνών

στ) Εμπλουτισμός λεξιλογίου: 2 χρονών

ζ) Ραγδαία αύξηση του λεξιλογίου: 2 ½ χρονών

η) Σχηματισμός προτάσεων: 3 χρονών (Δράκος,1999).

1.5 Λογοθεραπεία, παιδιατρική και ευρύτερη διεπιστημονική ομάδα

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο παιδίατρος καλείται να συνεργαστεί με άλλες ειδικότητες για τη παροχή συντονισμένης βοήθειας, όπως σε παιδιά με συναισθηματικές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς, π.χ. διαταραχές αυτιστικού φάσματος (Lissauer & Clayden, 2008, Candy et al., 2001).

Πιο συγκεκριμένα, η αντίληψη των παιδιών με ειδικές ανάγκες στα πλαίσια της παιδιατρικής, συνήθως αναφέρεται σε παιδιά με νευροαναπτυξιακές αναπηρίες (διαταραχή-απώλεια ή ανωμαλία της φυσιολογικής λειτουργίας ή δομής, ανικανότητα-περιορισμό ή έλλειψη ικανότητας λόγω της διαταραχής, αναπηρία-μειονέκτημα λόγω ανικανότητας, η οποία περιορίζει ή εμποδίζει την ολοκλήρωση μιας φυσιολογικής ζωής), οι οποίες είναι μακροχρόνιες και πολυσύνθετες. Όμως, σε ευρύτερο πλαίσιο ανήκουν τα παιδιά:

- σε κατάσταση ανάγκης (π.χ. που χρειάζονται επιπρόσθετη κοινωνική υποστήριξη λόγω κακοποίησης),
- με χρόνια νοσήματα (π.χ. ινοκυστική νόσος, οργανική ανεπάρκεια),
- με συναισθηματικές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς (π.χ. διαταραχές αυτιστικού φάσματος) και
- με διαταραχές εκπαίδευσης (π.χ. διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα) (Lissauer & Clayden, 2008).

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ενός θεραπευτικού προγράμματος μέσα στον κλινικό χώρο της υγείας βασίζεται σε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση. Αυτή η προσέγγιση προϋποθέτει μια διεπιστημονική ομάδα κατάλληλα στελεχωμένη, έτσι ώστε να παρέχει πολύπλευρη βοήθεια σε ιατρικό, ψυχολογικό, παιδαγωγικό και κοινωνικό επίπεδο. Πρόκειται για μια σχετικά μικρή ομάδα που τα μέλη της μοιράζονται ένα κοινό σκοπό, παρόμοιες αξίες, και κατέχουν ξεχωριστή γνώση και δεξιότητες το καθένα. Η διεπιστημονική ομάδα προσφέρει στις οικογένειες εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού τους με κατανοητούς όρους, θεραπευτική αγωγή και συμβουλευτική.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, δεν μας εκπλήσσει το γεγονός ότι, ο λογοθεραπευτής και ο παιδίατρος αποτελούν σημαντικά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και παρέχουν υπηρεσίες για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα, ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην διεπιστημονική ομάδα ποικίλλει, καθώς συμβουλεύει τους γονείς σχετικά με την συνολική φροντίδα του παιδιού, συμβάλλει στην αξιολόγηση, αλλά και στη θεραπεία του. Παράλληλα, ο παιδίατρος είναι υπεύθυνος για τον έλεγχο της συνολικής υγείας και της φυσιολογικής ανάπτυξης του παιδιού.

Βέβαια, για την ολιστική αντιμετώπιση ορισμένων κλινικών περιπτώσεων απαιτείται μια πιο ολοκληρωμένη διεπιστημονική ομάδα, στην οποία ο παιδίατρος και ο λογοθεραπευτής καλούνται να συνεργαστούν και με άλλους επαγγελματίες, όπως:

α) τον *Παιδοψυχίατρο*: που ενασχολείται με την αιτιολογία, τη διάγνωση, αλλά και τη θεραπεία των ψυχικών παθήσεων και διαταραχών σε παιδιά. Παράλληλα, γνωρίζει κάποια πράγματα για τις παιδικές ασθένειες, τη διαδικασία ωρίμανσης και τις αναπτυξιακές διαταραχές (Black & Andreasen, 2011).

β) το *Νευρολόγο*: που ασχολείται με τις διαταραχές του νευρικού συστήματος. Πιο συγκεκριμένα, είναι υπεύθυνος για τη διάγνωση, την αντιμετώπιση όλων των καταστάσεων, των νοσημάτων που σχετίζονται με το κεντρικό και το περιφερικό νευρικό σύστημα (σωματικό και αυτόνομο), καθώς και των σχετικών αγγείων και των εκτελεστικών οργάνων, όπως είναι οι μύες (Fuller & Manfotd, 2000, Βασιλόπουλος, 2008).

γ) τον *Αναπτυξιολόγο*: ο οποίος είναι ο επιστήμονας με την κατάλληλη εκπαίδευση που αποσκοπεί στη βαθύτερη κατανόηση των κινητικών, κοινωνικών, ακουστικών, γλωσσικών, οπτικοκινητικών και κριτικών δεξιοτήτων του παιδιού (Kummer, 2011).

δ) τον *Κοινωνικό λειτουργό*: που βοηθά τις οικογένειες να αντιμετωπίσουν τις πολλές δυσκολίες που συνδέονται με τις ανωμαλίες του παιδιού. Βοηθάει την οικογένεια στη διαχείριση του άγχους και των συναισθηματικών αντιδράσεων, αλλά και το παιδί να αποδεχτεί την ασθένεια του, έτσι, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις της στην καθημερινότητα του (Kummer, 2011).

ε) το *Φυσικοθεραπευτή*: που μεριμνά για τη φυσική αποκατάσταση της υγείας. Αξιολογεί, υποστηρίζει και αποκαθιστά τη φυσική λειτουργία, καθώς και την απόδοση του ανθρώπινου σώματος. Παράλληλα, προάγει, υποστηρίζει και αποκαθιστά όχι μόνο τη σωματική, αλλά και την ψυχολογική και κοινωνική υγεία (Μπάρλου-Πανοπούλου, 1987).

στ) τον *Εργοθεραπευτή*: ο οποίος είναι υπεύθυνος για την απόκτηση ή αποκατάσταση και καλλιέργεια διαφόρων δεξιοτήτων μέσω διαφόρων εργασιών και ασκήσεων (κινητικών, χειρονακτικών, πνευματικών κλπ.). Οι εργασίες αυτές βοηθούν το παιδί στην πληρέστερη σχολική και κοινωνική προσαρμογή. Στόχος της προγραμματισμένης εργασίας του είναι να βοηθήσει το παιδί να αυτοεξυπηρετείται, να αναπτύξει δημιουργικότητα, αυτοπεποίθηση και συναισθηματική ωριμότητα, που θα το οδηγήσουν στην πλήρη και επιτυχή σχολική και κοινωνική του ένταξη (Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, 1992).

ζ) τον *Ειδικό Παιδαγωγό*: που ασχολείται με την εκπαίδευση και την αγωγή παιδιών με εκ γενετής, επίκτητες, μόνιμες ή παροδικές σωματικές, αισθητηριακές και ψυχοπνευματικές αναπηρίες ή μαθησιακές δυσκολίες, που δεν τους επιτρέπουν να ακολουθήσουν το ρυθμό και τον τρόπο της σχολικής εκπαίδευσης των άλλων παιδιών (Στάθης, 1994, Κρουσταλάκης, 2000).

η) τον *Ακοολόγο*: ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη μέτρηση του ήχου, τους τρόπους εκτίμησης της ακοής, τη μελέτη των φυσιολογικών, βιοφυσικών και ψυχοφυσικών φαινομένων του ακουστικού συστήματος. Παράλληλα, ασχολείται με τις ενδείξεις για την αντιμετώπιση των διαφόρων βαρηκοϊών με χειρουργικά ή συντηρητικά μέσα και την κοινωνικοεκπαιδευτική αντιμετώπιση-αποκατάσταση των βαρήκοων παιδιών (Ηλιάδης κ.α., 2011, Hauser & Josephson, 2013).

Συμπληρωματικά, οι γονείς θεωρούνται σεβαστά μέλη της ομάδας και πιστεύεται ότι, είναι ο καλύτερος συνήγορος του παιδιού τους. Οι γονείς έχουν πρωταρχικό ρόλο στήριξης, καθώς η συμπεριφορά και η αποδοχή τους είναι παράγοντες-κλειδιά στην όποια παρέμβαση. Ανάλογα με την ηλικία και τη δυσκολία του παιδιού, η ακριβής σύνθεση της διεπιστημονικής ομάδας θα διαφέρει. Αλλά

σίγουρα μια τέτοια ομάδα αποτελείται από την οικογένεια και τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την υποστήριξη του παιδιού (Kummer, 2011, Κρουσταλάκης, 2000).

1.6 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των γνώσεων των παιδιάτρων σχετικά με το αντικείμενο της λογοθεραπείας και αν είναι σε θέση να ανιχνεύσουν πιθανούς λόγους παραπομπής των παιδιών σε λογοθεραπευτή, όταν απαιτείται.

Τα ευρύτερα ερευνητικά ερωτήματα που απορρέουν από την συγκεκριμένη έρευνα παρουσιάζονται παρακάτω:

- Έχουν γνώση της επιστήμης της λογοθεραπείας, των πτυχών και των σκοπών της οι παιδίατροι;
- Ενημερώνονται σχετικά με τα προβλήματα λόγου, ομιλίας, επικοινωνίας των παιδιών και πόσο συχνά;
- Θεωρούν σημαντική τη συμβολή του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των προβλημάτων λόγου, ομιλίας και επικοινωνίας;
- Είναι πρόθυμοι για συνεργασία με το λογοθεραπευτή, όταν κάποια παιδιά ακολουθούν λογοθεραπευτικό πρόγραμμα;
- Έχουν οι ίδιοι συνεργασία με κάποιον λογοθεραπευτή και πόσο συχνά έρχονται σε επαφή μαζί του;
- Σε ποιες περιπτώσεις θεωρούν απαραίτητη την συμμετοχή του λογοθεραπευτή;
- Ποιο είναι το είδος της συνεργασίας τους με τον λογοθεραπευτή στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας;
- Σε ποια χρονική περίοδο πιστεύουν ότι ο λογοθεραπευτής πρέπει να μεσολαβήσει για την καλύτερη βελτίωση του παιδιού;

Απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά δίνονται στη συνέχεια, αφού εκτεθούν τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για την εν λόγω έρευνα, το δείγμα που ελέγχθηκε, η ανάλυση των δεδομένων σε στατιστικό επίπεδο και ο σχολιασμός των συμπερασμάτων που απορρέουν.

Λόγω της συνεχής προόδου της επιστήμης της λογοθεραπείας, αναμένονται τα αποτελέσματα της παρούσας πτυχιακής εργασίας να οδηγούν στο συμπέρασμα ότι, υπάρχει συνεχής βελτίωση των διαγνωστικών κριτηρίων και κατά συνέπεια αύξηση της ευαισθησίας των εργαλείων που ανιχνεύουν τις εκάστοτε διαταραχές. Ακόμα, περιμένουμε να δούμε τη φύση της συνεργασίας του παιδίατρου με το λογοθεραπευτή, αλλά και πότε οι ίδιοι οι παιδίατροι ανησυχούν, ώστε να παραπέμψουν σε αυτόν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η παρακάτω βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι μια συλλογή από επιλεγμένες δημοσιευμένες έρευνες σχετικές με το θέμα της εργασίας, οι οποίες συνοδεύονται από κριτική ανάλυση των περιεχομένων και παράθεση των βασικών συμπερασμάτων κάθε έρευνας. Προκειμένου να συγκεντρωθεί το υλικό για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, πραγματοποιήθηκαν αναζητήσεις στον κατάλογο της Βιβλιοθήκης του Τ.Ε.Ι. Πατρών (νυν Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδος), σε βάσεις δεδομένων, καθώς και στο Διαδίκτυο. Παρουσιάζονται παρακάτω μερικές από τις πιο σημαντικές έρευνες που συλλέχθηκαν.

Στην Ελλάδα, στο παρελθόν, είχε μελετηθεί μέσα από διάφορες έρευνες η συνεργασία μεταξύ ειδικοτήτων στον τομέα της υγείας. Για παράδειγμα, στα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα (ΙΚ) και στις Σχολικές Μονάδες για άτομα με Ειδικές Ανάγκες (ΣΜΕΑ) υλοποιήθηκε έρευνα με τη μορφή ερωτηματολογίου, με σκοπό να αναδειχθεί το «προφίλ» τους. Οι ίδιοι οι επαγγελματίες που εργάζονταν στα ΙΚ και ΣΜΕΑ απάντησαν στο ερωτηματολόγιο. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ήταν 177 άτομα, από τα οποία τα 81 άτομα προέρχονταν από ΙΚ και τα 96 από ΣΜΕΑ. Μέσα από την έρευνα προέκυψε ότι, ο λογοθεραπευτής συμμετείχε περισσότερο στην διαδικασία της διάγνωσης των ΙΚ σε αντίθεση με τα ΣΜΕΑ. Όσον αφορά την συνεργασία με άλλες ειδικότητες, ο λογοθεραπευτής σημείωσε υψηλά ποσοστά στα ΙΚ σε αντίθεση με τα ΣΜΕΑ (Καλαντζή, 1985).

Στην Τσέχικη Δημοκρατία διεξήχθη συγκριτική μελέτη για τη χαρτογράφηση της τρέχουσας κατάστασης στην παροχή υπηρεσιών λογοθεραπευτικής παρέμβασης στα άτομα με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από ένα συνδυασμό στοιχείων συνοδευόμενο από μια σύνοψη των θεμελιωδών πληροφοριών από προηγούμενες έρευνες σχετικές με το θέμα. Η έρευνα έδινε έμφαση στους κλινικούς λογοθεραπευτές, στους ειδικούς παιδαγωγούς και στους γονείς των παιδιών, ώστε να παραχθεί μια συνολική εικόνα της κατάστασης που επικρατούσε. Στο πρώτο μέρος της έρευνας, χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο στις 26 Μαΐου του 2011 σε 408 λογοθεραπευτές, οι οποίοι είχαν επιλεγεί από το δικτυακό τόπο του Συνδέσμου Λογοθεραπείας της Τσεχικής Δημοκρατίας. Οι απαντήσεις που ελήφθησαν ήταν 144. Το δεύτερο μέρος της έρευνας αποτελούνταν από ειδικούς παιδαγωγούς παιδιών με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή ηλικίας 6 έως 11 ετών. Ο

λόγος για την επιλογή αυτής της ηλικιακής ομάδας στηριζόταν στην υπόθεση ότι, αυτή η περίοδος προδιαθέτει κυρίως ένα παιδί για λογοθεραπεία. Το δείγμα της δεύτερης έρευνας (396 ερωτηθέντες) συγκρίθηκε και με την πρώτη ερευνητική ομάδα. Από τα 396 ερωτηματολόγια τα 126 επεστράφησαν. Ο τρίτος τύπος του ερωτηματολογίου ήταν αφιερωμένος στους γονείς των παιδιών αυτών. Λόγω όμως, του μικρού αριθμού των ερωτηθέντων (41 γονείς) δεν θεώρησαν το δείγμα επαρκές. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η συνεργασία του λογοθεραπευτή με τον παιδίατρο παρουσίαζε ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά συγκριτικά με άλλες ειδικότητες, όπως ο ειδικός παιδαγωγός, ο παιδαγωγός, ο ψυχολόγος, ο νευρολόγος και ο ψυχίατρος (Vitaskova & Rihova, 2012).

Επιπροσθέτως, στην Ταϊβάν υλοποιήθηκε έρευνα σε 80 άτομα ιατρικού προσωπικού σε Ιατρικό Κέντρο, με σκοπό να παρουσιαστεί η τρέχουσα κατάσταση των δυσκολιών στην επικοινωνία και στην κατάποση που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς με τραχειοστομία, καθώς και η γνώση του ιατρικού προσωπικού σχετικά με τα οφέλη από την παραπομπή αυτών σε λογοθεραπευτή. Η υλοποίησή της πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα 31 Ιανουαρίου 2014-31 Μαρτίου 2014, με τη μορφή ερωτηματολογίου. Μέσα από την έρευνα φάνηκε ότι ο λογοθεραπευτής συνέβαλε στην ανάκτηση της επικοινωνίας, της κατάποσης και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Όμως, υπήρχε έλλειψη γνώσεων των υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει ο λογοθεραπευτής στην τραχειοστομία, καθώς και έλλειψη συνεργασίας του ιατρικού προσωπικού με αυτόν (Wang et al., 2014).

Πρόσφατα, διεξήχθη μελέτη σχετικά με το ρόλο του λογοθεραπευτή ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας για τη φροντίδα ατόμων με εγκαύματα. Χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και πολλαπλής επιλογής σε 240 επαγγελματίες υγείας από 6 διαφορετικές Ηπείρους (37 χώρες). Μέσα από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι, στις ηπείρους της Αφρικής, Ασίας και Νότιας Αμερικής, οι υπηρεσίες λογοθεραπείας για τα άτομα με εγκαύματα ήταν ανεπαρκείς, σε αντίθεση με την Ευρώπη, Αυστραλία και τη Βόρεια Αμερική (Rumbach et al., 2016).

Σε τρεις πόλεις της Αγγλίας πραγματοποιήθηκε μία έρευνα με σκοπό να εξετάσει τις απόψεις των παιδιάτρων για την επίπτωση της μέσης ωτίτιδας στην ανάπτυξη της ομιλίας και του λόγου, καθώς και τη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ παιδίατρου, λογοθεραπευτή και ακουολόγου. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μορφή ερωτηματολογίου, όπου συμμετείχαν 25 παιδίατροι,

η πλειοψηφία των οποίων υποστήριζε ότι υπήρχαν επιπτώσεις της μέσης ωτίτιδας στην ανάπτυξη λόγου και ομιλίας των παιδιών. Τα ευρήματα έκαναν σαφή την έλλειψη γνώσεων και συνεργασίας μεταξύ των παιδιάτρων και των λογοθεραπευτών. Ωστόσο, φανέρωσαν τη θέληση των πρώτων για περαιτέρω ενημέρωση και για συνεργασία μεταξύ τους (Sonnenschein & Cascella, 2004).

Επιπλέον, σε μία πολιτεία της Βραζιλίας, 47 παιδίατροι και νεογνολόγοι από τρία διαφορετικά νοσοκομεία συμμετείχαν σε έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου που είχε σκοπό την αξιολόγηση και την ποσοτικοποίηση της γνώσης των προαναφερθέντων για τους παράγοντες κινδύνου, την έγκαιρη διάγνωση και αποκατάσταση των νεογνών με προβλήματα ακοής. Τα αποτελέσματα της έρευνας απέδειξαν ότι υπήρχε ανάγκη για μεγαλύτερη ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ παιδιάτρων, νεογνολόγων, ωτορινολαρυγγολόγων και λογοθεραπευτών (Moreno de Campos et al., 2014).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, η ιατρική κοινότητα είχε ορίσει τους παιδιάτρους ως τους αρμόδιους φορείς για τον σχεδιασμό ενός ολοκληρωμένου προγράμματος εκπαίδευσης για τα παιδιά με αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές. Η παρούσα έρευνα επεδίωξε να αξιολογήσει τις γνώσεις, και τις στάσεις των παιδιάτρων σχετικά με την ειδική εκπαίδευση, αλλά και να προδιορίσει τις δυσκολίες, τις οποίες αντιμετώπιζαν κατά την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες. Τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν σε ένα εθνικό δείγμα χιλίων (1000) τυχαία επιλεγμένων παιδιάτρων από τον Οκτώβριο του 2010 έως τον Φεβρουάριο του 2011. Τα ευρήματα ανέδειξαν ότι οι παιδίατροι δεν ενημερώνονταν επαρκώς σχετικά με την διαδικασία της ειδικής εκπαίδευσης, ώστε να παρέχουν μία ολοκληρωμένη ιατρική φροντίδα στους ασθενείς τους. Παράλληλα, η έρευνα αυτή απέδειξε ότι υπάρχουν κενά στα πρότυπα γνώσης και στις πρακτικές, τις οποίες ακολουθούσαν οι παιδίατροι σχετικά με την ειδική αγωγή και την χορήγηση ειδικών θεραπειών, όπως λογοθεραπεία κ.α. (Reshma et al., 2013).

Επιπρόσθετα, μία ακόμη έρευνα από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και πιο συγκεκριμένα, από το πανεπιστήμιο του Κλίβελαντ του Οχάιο, κατέγραψε τους παράγοντες που επηρέαζαν τον τρόπο με τον οποίο, οι παιδίατροι διαχειρίζονταν τις περιπτώσεις μικρών παιδιών με πιθανές αναπτυξιακές καθυστερήσεις. Η έρευνα αυτή περιέγραψε τις πρακτικές παραπομπής των ιατρών, για τα παιδιά με αναπτυξιακή καθυστέρηση και εξέτασε, εάν η πιθανότητα παραπομπής αυξανόταν κατά 1) την έκφραση της γονικής ανησυχίας, 2) τη γλωσσική καθυστέρηση σε

κορίτσια, σε αντίθεση με τα αγόρια, 3) με βάση τη συμπεριφορά του παιδιού και 4) τα χαρακτηριστικά του ιατρού, συμπεριλαμβανομένων το φύλο και την ιατρική ειδικότητα. Το ερωτηματολόγιο εστάλη σε ένα τυχαίο δείγμα 800 παιδιάτρων και 800 οικογενειακών ιατρών, με συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 49%. Το φύλο και το είδος της συμπεριφοράς του ασθενή φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά τις μετέπειτα παραπομπές σε διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες (Sices et al., 2004).

Επιπροσθέτως, 72 παιδίατροι του Duke University και της παιδιατρικής κοινότητας της North Carolina απάντησαν σε ερωτηματολόγιο, στα πλαίσια μιας έρευνας σχετικά με την αξιολόγηση και τη διαχείριση των ασθενών με διαταραχές φωνής από τους παιδίατρους, καθώς και τα εμπόδια που συναντούν στην αξιολόγηση. Τα αποτελέσματα της έρευνας απέδειξαν ότι η πλειοψηφία των παιδιάτρων παρουσίαζε άγνοια σχετικά με τα προβλήματα φωνής και δεν αξιολογούσε τους ασθενείς με αυτά τα προβλήματα. Επιπλέον, από το ποσοστό των παιδιάτρων που αξιολογούσε τα προβλήματα φωνής, οι μισοί παρέπεμπαν σε λογοθεραπευτή και ωτορινολαρυγγολόγο, ενώ μικρό ποσοστό παρέπεμπε μόνο σε λογοθεραπευτή (Sajisevi et al., 2014).

Αβίαστα, λοιπόν, συνάγεται το συμπέρασμα ότι η πλειοψηφία των παιδιάτρων δεν είναι πλήρως ενημερωμένη για τις υπηρεσίες που προσφέρει η λογοθεραπεία. Αυτό το γεγονός δυσκολεύει τον έγκαιρο εντοπισμό και την αντιμετώπιση των προβλημάτων λόγου, ομιλίας ή επικοινωνίας στα παιδιά, ώστε να αποφευχθούν οι μετέπειτα επιπτώσεις αυτών των προβλημάτων στην κοινωνική και στη σχολική τους ζωή. Για τον λόγο αυτό, θεωρήσαμε απαραίτητη τη διεξαγωγή αντίστοιχης έρευνας με την χορήγηση ερωτηματολογίου σε παιδίατρους, οι οποίοι εξασκούν το επάγγελμα τους στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας και την καλύτερη επίτευξη του σκοπού της επιλέχθηκαν 104 παιδίατροι. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι τόσο η ποσοτική όσο και η ποιοτική έρευνα. Η έρευνα στηρίχθηκε στη χορήγηση ερωτηματολογίων.

Προτού δοθούν τα ερωτηματολόγια στους ερωτηθέντες, εξηγήθηκε ο σκοπός της παρούσας έρευνας. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα του Ιουνίου-Σεπτεμβρίου του 2015 και συνολικά συγκεντρώθηκαν 104 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Μετά τη συλλογή των δεδομένων, τα ερωτηματολόγια διαβάστηκαν προσεκτικά, ώστε να δοθεί η κατάλληλη ερμηνεία των απαντήσεων ανοικτού τύπου, αλλά και να καταγραφούν τα ποσοτικά δεδομένα των υπόλοιπων ερωτήσεων, προκειμένου να αποκτηθεί μια ολοκληρωμένη αντίληψη του περιεχομένου τους, ώστε να αποτελέσουν ουσιαστική πηγή πληροφόρησης των απόψεων των συμμετεχόντων. Στη συνέχεια, ακολούθησε η εισαγωγή, η κωδικοποίηση, η στατιστική επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων μέσω του προγράμματος SPSS (Ver.17,0).

3.2 Δείγμα

Για τη συλλογή των στοιχείων της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο, το οποίο απευθυνόταν σε παιδίατρους που εργάζονται κυρίως σε Αθήνα, Πάτρα και Κόρινθο, καθώς και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας (Θεσσαλονίκη, Ιωάννινα, Λειβαδιά). Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξαρτήτως καταγωγής, οικογενειακής και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε κυρίως, με προσωπική επαφή στο χώρο εργασίας των παιδιάτρων, καθώς και με αποστολή αυτών μέσω email ή fax, τα οποία και επεστράφησαν με τον ίδιο τρόπο.

Οι ερωτήσεις δεν απαιτούσαν πολύ χρόνο για την απάντησή τους, καθώς ήταν σύντομες και περιεκτικές, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη συνεργασία με τους παιδίατρους.

Η ανταπόκριση των παιδιάτρων στην έρευνα ήταν αρκετά ικανοποιητική, καθώς στην πλειοψηφία τους δέχτηκαν με προθυμία να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο που τους ζητήθηκε. Ωστόσο, υπήρξαν και κάποιες περιπτώσεις που αρνήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ή δεν απάντησαν σε όλα τα ερωτήματα, είτε επικαλούμενοι την έλλειψη ελεύθερου χρόνου, είτε αρνούμενοι τη συμπλήρωσή του για άγνωστους λόγους. Συνολικά μοιράστηκαν 104 ερωτηματολόγια, από τα οποία επεστράφησαν και τα 104 (ποσοστό ανταπόκρισης 100%).

3.3 Όργανα Μέτρησης

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο σε γραπτή ή ηλεκτρονική μορφή, αποτελούμενο από 23 ερωτήσεις, το οποίο σχεδιάστηκε με τέτοιο τρόπο, ώστε να εκμαιεύσει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες από τους ερωτώμενους (βλ. Παράρτημα).

Προκειμένου να διερευνηθούν σε βάθος οι απόψεις των παιδιάτρων στο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθησαν ερωτήσεις κλειστού, αλλά και ανοικτού τύπου. Η μορφή του ερωτηματολογίου είναι απλή και όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν στις ίδιες ερωτήσεις με την ίδια σειρά. Ειδικότερα, οι τέσσερις πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αναφέρονται σε δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως η ηλικία, η πόλη εργασίας, τα έτη προϋπηρεσίας και ο τομέας εργασίας. Οι ερωτήσεις 5, 6 και 7 διερευνούν την ύπαρξη και την αναγκαιότητα του λογοθεραπευτή στο χώρο εργασίας των παιδιάτρων, ενώ οι ερωτήσεις 8, 9, 10 και 11 αναφέρονται στον αριθμό των παιδιών μη τυπικής ανάπτυξης που παρακολουθούν οι παιδίατροι ετησίως, στον αριθμό των σεμιναρίων/συνεδρίων που παρακολουθούν, στη χρήση κάποιου διαγνωστικού τεστ, καθώς και στην πιθανή συνεργασία με άλλους ειδικούς υγείας.

Οι επόμενες ερωτήσεις (12-23) του ερωτηματολογίου έχουν ως σκοπό τη διερεύνηση και την αξιολόγηση των απόψεων των παιδιάτρων σχετικά με τη λογοθεραπεία και το έργο του λογοθεραπευτή. Ειδικότερα, το περιεχόμενο των ερωτήσεων εστιάζει στους παρακάτω τομείς διαταραχών που χρήζουν λογοθεραπευτικής αντιμετώπισης: φωνή, κατάποση, μαθησιακές δυσκολίες, βαρηκοΐα-κώφωση, αρθρωτικές διαταραχές, αναπτυξιακές και επίκτητες διαταραχές.

Στο πλαίσιο της προστασίας προσωπικών δεδομένων, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη. Επιπλέον, αποσαφηνίστηκε ότι οι απαντήσεις έπρεπε να είναι αυθόρμητες, χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αναζήτησης στοχευμένων απαντήσεων από τους συμμετέχοντες.

Ακόμα, έγινε παράκληση και τονίστηκε ότι πρέπει να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις, με τον ενδεδειγμένο τρόπο, αφού πρώτα δόθηκαν προφορικές οδηγίες στους συμμετέχοντες. Τους ζητήθηκε να γράψουν τις προσωπικές τους επιλογές, γνώσεις, απόψεις και τελειώνοντας να ελέγξουν κατά πόσο έχουν απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις.

3.4 Στατιστική ανάλυση

Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων ακολούθησε η εισαγωγή των δεδομένων, η κωδικοποίηση, η επεξεργασία και η ανάλυσή τους στα στατιστικά προγράμματα SPSS (Ver.17,0) και Microsoft Office Excel (2007). Η κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων ανοικτού τύπου έγινε με βάση τις κοινές απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

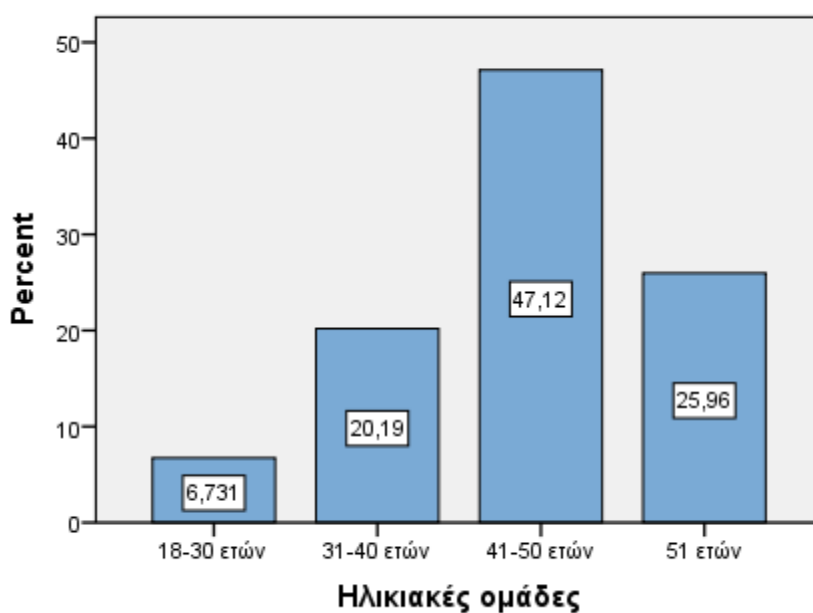
4.1 Αποτελέσματα

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προκύπτει πως η πλειοψηφία του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 41-50 ετών (με ποσοστό 47,1%), ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα άνω των 51 ετών με ποσοστό 26,0% και η ηλικιακή ομάδα των 31-40 ετών με ποσοστό 20,2%. Η μικρότερη ηλικιακή ομάδα των 18-30 ετών καταγράφει χαμηλό ποσοστό συμμετοχής της τάξεως του 6,7% (ποσοστό που αντιστοιχεί σε 7 άτομα). Τα παραπάνω περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 1, καθώς και στο Διάγραμμα 1.

Πίνακας 1

		N	%
Ηλικιακή ομάδα	18-30 ετών	7	6,7
	31-40 ετών	21	20,2
	41-50 ετών	49	47,1
	>51 ετών	27	26,0

Διάγραμμα 1: Ηλικιακές ομάδες

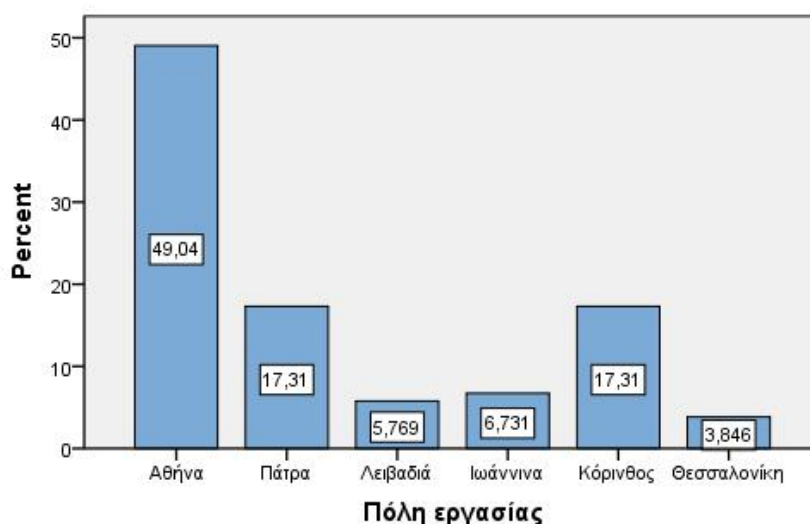


Σχετικά με την πόλη εργασίας των συμμετεχόντων, από τα στοιχεία της έρευνας διαπιστώνεται πως περίπου το ½ του δείγματος (49,0%) εργάζεται στην Αθήνα, ενώ ποσοστό της τάξεως του 17,3% εργάζεται στην Πάτρα και στην Κόρινθο. Ακολουθούν οι συμμετέχοντες που εργάζονται στα Ιωάννινα και στη Λειβαδιά με ποσοστό 6,7% και 5,8% αντιστοίχως, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό καταγράφεται για τους παιδίατρους που εργάζονται στη Θεσσαλονίκη (3,8%). Αναλυτικά οι πόλεις εργασίας των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 και στο Διάγραμμα 2.

Πίνακας 2

		N	%
Πόλη εργασίας	Αθήνα	51	49,0
	Πάτρα	18	17,3
	Λειβαδιά	6	5,8
	Ιωάννινα	7	6,7
	Κόρινθος	18	17,3
	Θεσσαλονίκη	4	3,8

Διάγραμμα 2: Πόλη εργασίας

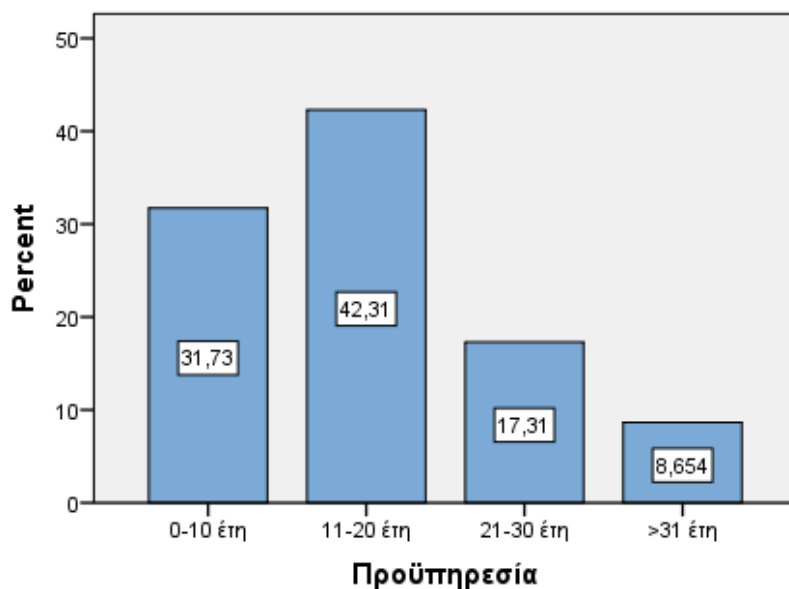


Επιπλέον, το 42,3% του δείγματος ασκεί το επάγγελμα του παιδίατρο για 11-20 έτη, ενώ το ποσοστό της τάξεως του 31,7% δήλωσε πως εργάζεται από 0-10 έτη. Οι παιδίατροι που εργάζονται από 21-30 έτη, καθώς και άνω των 31 ετών αποτελούν συνολικά το 26,0% του δείγματος. Τα παραπάνω στοιχεία περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 3 και στο Διάγραμμα 3.

Πίνακας 3

	N	%
Έτη προϋπηρεσίας	0-10 έτη	33
	11-20 έτη	44
	21-30 έτη	18
	>31 έτη	9
		31,7
		42,3
		17,3
		8,7

Διάγραμμα 3: Προϋπηρεσία

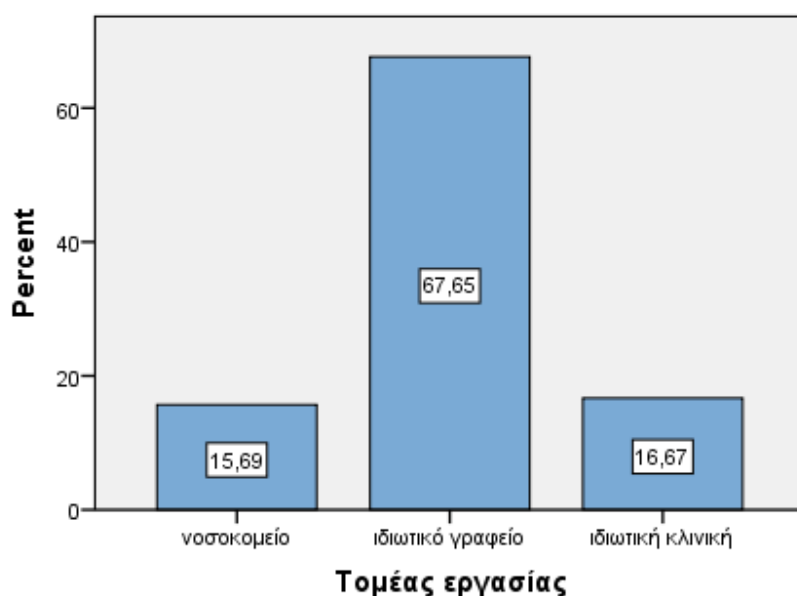


Σε ό,τι αφορά τον τομέα εργασίας τους, το 67,6% των συμμετεχόντων παιδίατρων δήλωσε πως εργάζεται σε ιδιωτικό γραφείο. Στη συνέχεια, έπονται οι παιδίατροι που εργάζονται σε ιδιωτική κλινική και σε νοσοκομείο, με ποσοστό 16,7% και 15,7% αντίστοιχα (βλ. Πίνακα 4 και Διάγραμμα 4).

Πίνακας 4

		N	%
Τομέας εργασίας	Νοσοκομείο	16	15,7
	Ιδιωτικό γραφείο	69	67,6
	Ιδιωτική κλινική	17	16,7
	Άλλο	-	-

Διάγραμμα 4: Τομέας εργασίας

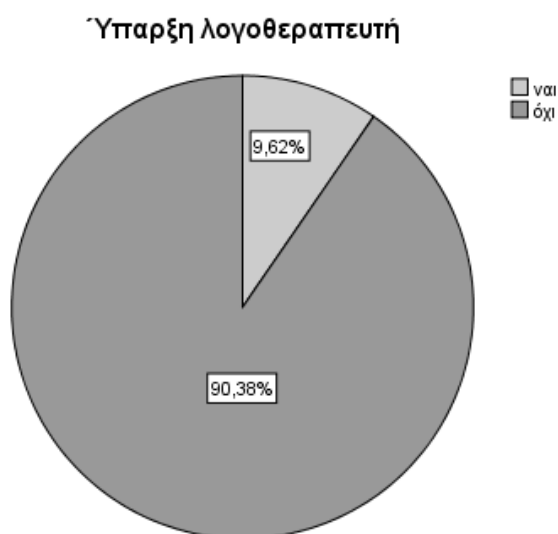


Με βάση τα στοιχεία του Πίνακα 5 και του Διαγράμματος 5, αναδεικνύεται πως η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (90,4%) δήλωσε πως δεν υπάρχει κάποιος λογοθεραπευτής στο χώρο εργασίας τους, ενώ το ποσοστό των παιδίατρων που απάντησε θετικά κυμαίνεται στο 9,6% (ποσοστό που αντιστοιχεί σε 10 άτομα).

Πίνακας 5

		N	%
Στο χώρο εργασίας σας υπάρχει κάποιος λογοθεραπευτής;	Ναι	10	9,6
	Όχι	94	90,4

Διάγραμμα 5: Ύπαρξη λογοθεραπευτή



Επίσης, το 76,0% του δείγματος δεν θεωρεί απαραίτητη τη παρουσία του λογοθεραπευτή στο χώρο εργασίας τους, ενώ το ποσοστό των παιδιάτρων που εξέφρασε αντίθετη άποψη είναι 24,0%. Τα παραπάνω αποτελέσματα περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 6, καθώς και στο Διάγραμμα 6.

Πίνακας 6

		N	%
Θεωρείτε πως είναι απαραίτητη η ύπαρξη λογοθεραπευτή στο χώρο εργασίας σας;	Ναι	25	24,0
	Όχι	79	76,0

Διάγραμμα 6: Παρουσία λογοθεραπευτή



Η ερώτηση 7 του ερωτηματολογίου είναι ανοιχτού τύπου και αναφέρεται στην άποψη των παιδιάτρων σχετικά με το λόγο που ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να αποτελεί κομμάτι του εργασιακού δυναμικού στο χώρο που εργάζονται, απαντήθηκε από 17 συμμετέχοντες, οι οποίοι θεωρούν την παρουσία του στο χώρο εργασίας τους απαραίτητη (ερώτηση 6).

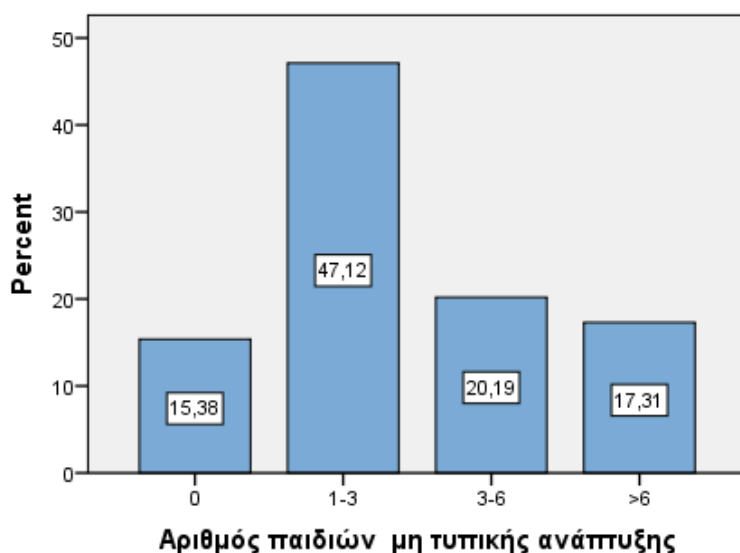
Ειδικότερα, 13 παιδίατροι δήλωσαν πως ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να αποτελεί κομμάτι του εργασιακού δυναμικού στο χώρο που εργάζονται για την πρόωμη διάγνωση και παρέμβαση στα παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγου-ομιλίας. Τρία άτομα δήλωσαν πως η παρουσία του λογοθεραπευτή είναι απαραίτητη μόνο στο χώρο του νοσοκομείου και όχι στα ιδιωτικά γραφεία. Επιπλέον, υποστηρίζουν ότι η συνεργασία με το λογοθεραπευτή μπορεί να επιτευχθεί, όταν απαιτείται. Τέλος, ένα άτομο δήλωσε πως ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να αποτελεί κομμάτι του εργασιακού δυναμικού στο χώρο που εργάζεται, μόνο εφόσον πρόκειται για ομαδική σύμπραξη ειδικών (group practice).

Με βάση τα στοιχεία που παρατίθενται στον Πίνακα 8, διαπιστώνεται πως το 47,1% των συμμετεχόντων είχαν στο πελατολόγιο τους τον τελευταίο χρόνο από 1 έως 3 παιδιά μη τυπικής ανάπτυξης. Το ποσοστό των παιδιάτρων που είχαν από 3 έως 6 παιδιά και άνω των 6 παιδιών μη τυπικής ανάπτυξης είναι 20,2% και 17,3% αντιστοίχως. Όμως, το 15,4% του δείγματος δήλωσε πως δεν είχε κανένα παιδί μη τυπικής ανάπτυξης τον τελευταίο χρόνο. Τα αποτελέσματα αυτά απεικονίζονται και στο Διάγραμμα 8.

Πίνακας 8

		N	%
Πόσα παιδιά μη τυπικής ανάπτυξης έχετε στο πελατολόγιό σας τον τελευταίο χρόνο;	0	16	15,4
	1-3	49	47,1
	3-6	21	20,2
	>6	18	17,3

Διάγραμμα 8: Αριθμός παιδιών μη τυπικής ανάπτυξης

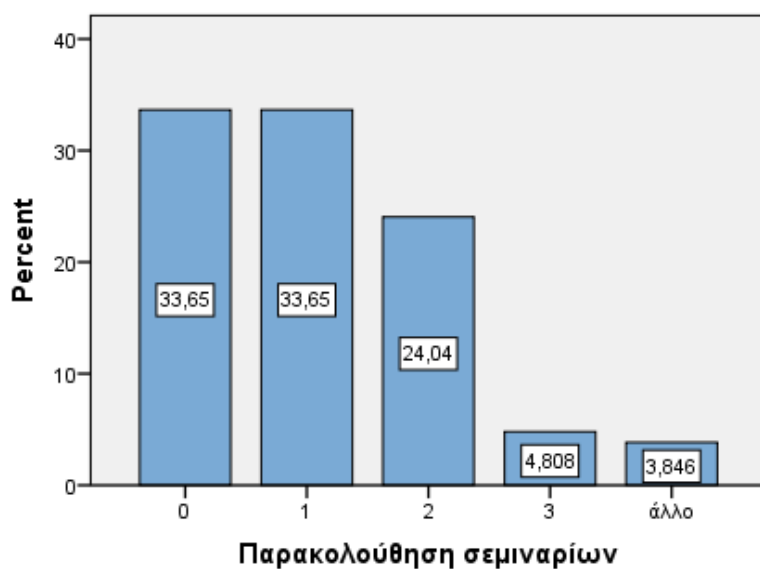


Ο αριθμός των σεμιναρίων/συνεδρίων που παρακολουθούν οι παιδίατροι ετησίως για την ενημέρωσή τους σχετικά με τα προβλήματα λόγου, ομιλίας ή επικοινωνίας, κυμαίνεται για τη πλειοψηφία του δείγματος (67,4%) από 0-1. Ακολουθούν με ποσοστό 24,0% οι ερωτηθέντες που παρακολουθούν κατά μέσο όρο 2 σεμινάρια/συνέδρια το χρόνο και αυτοί που παρακολουθούν 3 με ποσοστό 4,8%. Το 3,8% του δείγματος δήλωσε «άλλο» (βλ. Πίνακα 9 και Διάγραμμα 9).

Πίνακας 9

		N	%
Κατά μέσο όρο πόσα σεμινάρια/συνέδρια παρακολουθείτε για την ενημέρωσή σας σχετικά με τα προβλήματα λόγου, ομιλίας ή επικοινωνίας;	0	35	33,7
	1	35	33,7
	2	25	24,0
	3	5	4,8
	Άλλο	4	3,8

Διάγραμμα 9: Παρακολούθηση σεμιναρίων

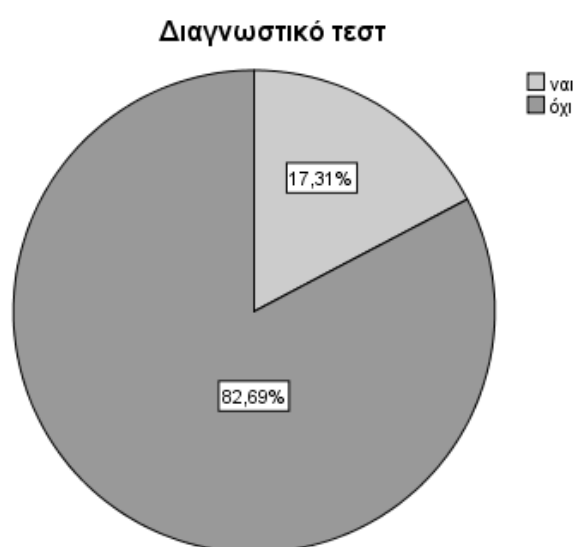


Αναφορικά με τη χρήση κάποιου διαγνωστικού τεστ στα παιδιά που παρακολουθούν, η πλειοψηφία του δείγματος (82,7%) απάντησε αρνητικά, ενώ θετική απάντηση δόθηκε μόλις από το 17,3% του συνόλου (βλ. Πίνακα 10 και Διάγραμμα 10). Στο υποερώτημα της ερώτησης που ήταν ανοιχτού τύπου, 18 παιδίατροι απάντησαν πως χρησιμοποιούν κάποιο διαγνωστικό τεστ και διευκρίνισαν ότι χρησιμοποιούν το Denver test ή το A-test.

Πίνακας 10

		N	%
Χρησιμοποιείτε κάποιο διαγνωστικό test στα παιδιά που παρακολουθείτε;	Ναι	18	17,3
	Όχι	86	82,7

Διάγραμμα 10: Διαγνωστικό test

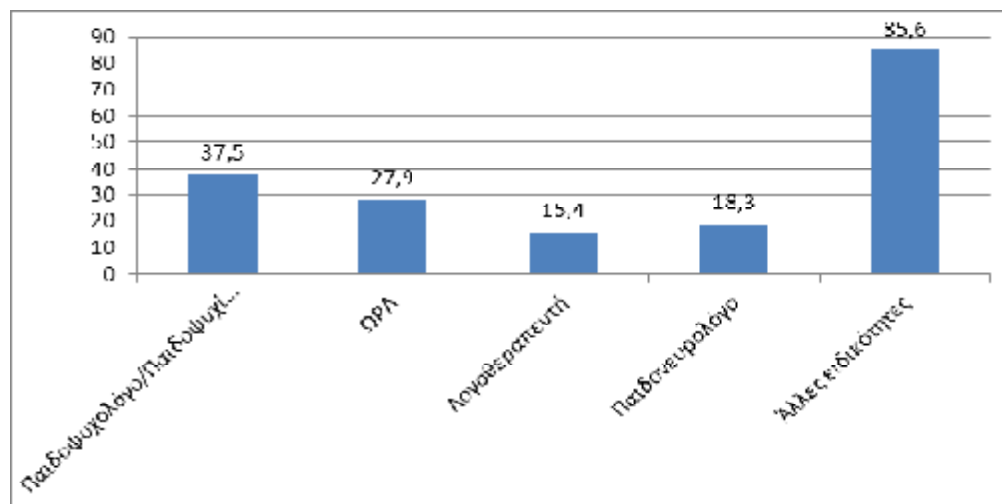


Επιπρόσθετα, στην ερώτηση 11 που είναι ανοιχτού τύπου, το ποσοστό του δείγματος που συνεργάζεται με άλλους ειδικούς υγείας σε τακτά χρονικά διαστήματα είναι 85,6%, ενώ το ποσοστό 14,4% δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Πιο συγκεκριμένα, το 37,5% του δείγματος δήλωσε πως σε τακτά χρονικά διαστήματα συνεργάζεται με παιδοψυχολόγο/παιδοψυχίατρο και ακολουθούν οι παιδίατροι που απάντησαν ότι συνεργάζονται με ωτορινολαρυγγολόγο και παιδονευρολόγο με ποσοστά 27,9% και 18,3% αντιστοίχως. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι μόνο 16 άτομα (ποσοστό 15,4%) συνεργάζονται με λογοθεραπευτή, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος (85,6%) δήλωσε πως συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες, στις οποίες περιλαμβάνονται ο αναπτυξιολόγος, ο γαστρεντερολόγος, ο εργοθεραπευτής, ο φυσικοθεραπευτής, ο ορθοπαιδικός, ο διαιτολόγος, ο καρδιολόγος και ο χειρουργός (βλ. Πίνακα 11 και Διάγραμμα 11).

Πίνακας 11

		N	%
Με ποιους άλλους ειδικούς υγείας συνεργάζεστε σε τακτά χρονικά διαστήματα;	Παιδοψυχολόγο-	39	37,5
	Παιδοψυχίατρο		
	ΩΡΛ	29	27,9
	Λογοθεραπευτή	16	15,4
	Παιδονευρολόγο	19	18,3
	Άλλες ειδικότητες	89	85,6

Διάγραμμα 11: Συνεργασία με άλλους ειδικούς

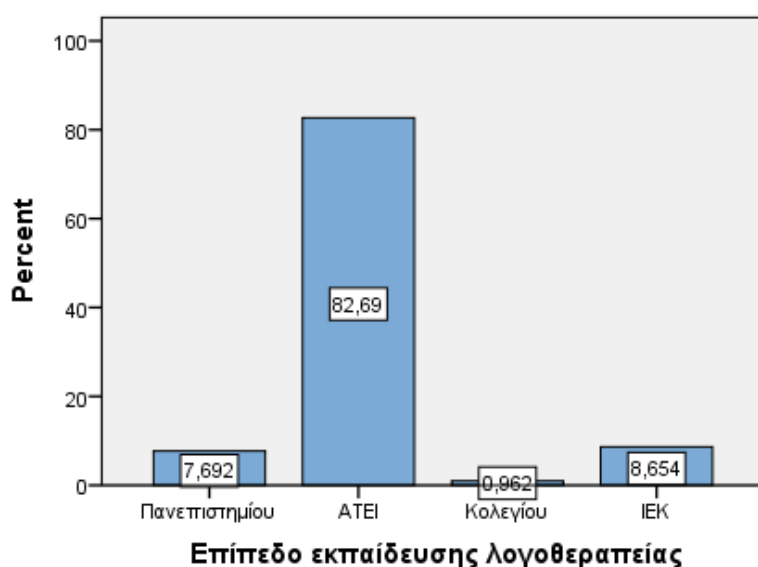


Η ερώτηση 12 του ερωτηματολογίου, αφορά στη γνώμη των παιδιάτρων σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης της λογοθεραπείας στην Ελλάδα. Από τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον Πίνακα 12 και στο Διάγραμμα 12, παρατηρείται πως η πλειοψηφία του δείγματος (82,7%) πιστεύει ότι είναι επιπέδου ΑΤΕΙ, ενώ το 7,7% θεωρεί ότι είναι πανεπιστημιακού επιπέδου. Επιπλέον, ποσοστό της τάξεως του 8,7% πιστεύει ότι, είναι επιπέδου ΙΕΚ, ενώ ένα μόνο άτομο δήλωσε πως είναι επιπέδου κολεγίου.

Πίνακας 12

		N	%
Θεωρείτε ότι η εκπαίδευση λογοθεραπείας στην Ελλάδα είναι επιπέδου:	Πανεπιστημίου	8	7,7
	ΑΤΕΙ	86	82,7
	Κολεγίου	1	1,0
	ΙΕΚ	9	8,7

Διάγραμμα 12: Επίπεδο εκπαίδευσης λογοθεραπείας

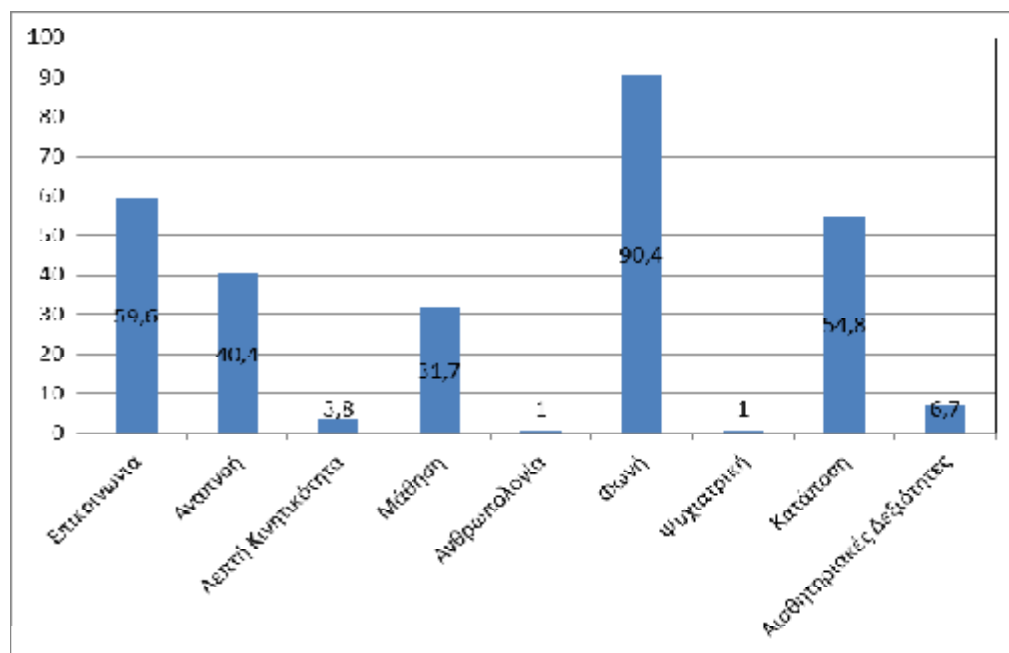


Όσον αφορά τους τομείς διαταραχών που ασχολείται η λογοθεραπεία, τη πρώτη θέση κατέχει η φωνή με ποσοστό απαντήσεων 90,4%, ακολουθεί η επικοινωνία και η κατάποση με ποσοστό 59,6% και 54,8% αντιστοίχως. Ακόμα, ποσοστό της τάξεως του 40,4% πιστεύει πως η λογοθεραπεία ασχολείται με την αναπνοή και 31,7% πως ασχολείται με τη μάθηση. Οι λοιποί τομείς διαταραχών καταγράφουν χαμηλότερα ποσοστά απαντήσεων. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση 13 του ερωτηματολογίου αναλύονται διεξιδικά στον Πίνακα 13 και στο Διάγραμμα 13.

Πίνακας 13

		N	%
Με ποιους από τους παρακάτω τομείς διαταραχών πιστεύετε ότι ασχολείται η λογοθεραπεία κυρίως;	Επικοινωνία	62	59,6
	Αναπνοή	42	40,4
	Λεπτή κινητικότητα	4	3,8
	Μάθηση	33	31,7
	Ανθρωπολογία	1	1,0
	Φωνή	94	90,4
	Ψυχιατρική	1	1,0
	Κατάποση	57	54,8
	Αισθητηριακές δεξιότητες	7	6,7

Διάγραμμα 13: Τομείς ενασχόλησης λογοθεραπευτών

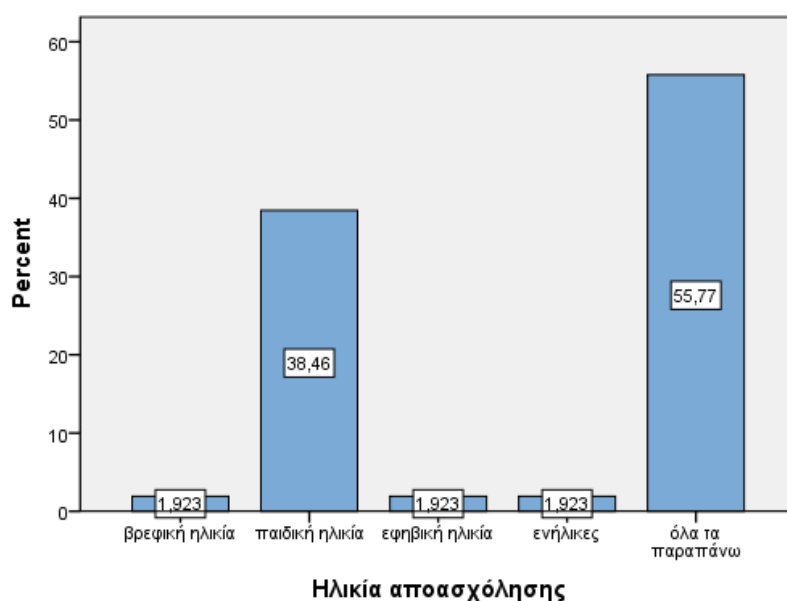


Στον πίνακα 14 και στο Διάγραμμα 14 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων, αναφορικά με τις ηλικιακές ομάδες απασχόλησης ενός λογοθεραπευτή. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει πως το 55,8% του δείγματος θεωρεί ότι ένας λογοθεραπευτής ασχολείται με όλες τις ηλικιακές ομάδες, ενώ ποσοστό της τάξεως του 38,5% πιστεύει πως αντικείμενο απασχόλησης ενός λογοθεραπευτή είναι μόνο τα παιδιά.

Πίνακας 14

		N	%
Με ποιες από τις παρακάτω ηλικιακές ομάδες πιστεύετε ότι ασχολείται ένας λογοθεραπευτής;	Βρεφική ηλικία	2	1,9
	Παιδική ηλικία	40	38,5
	Εφηβική ηλικία	2	1,9
	Ενήλικες	2	1,9
	Τρίτη ηλικία	-	-
	Όλα τα παραπάνω	58	55,8

Διάγραμμα 14: Ηλικία απασχόλησης

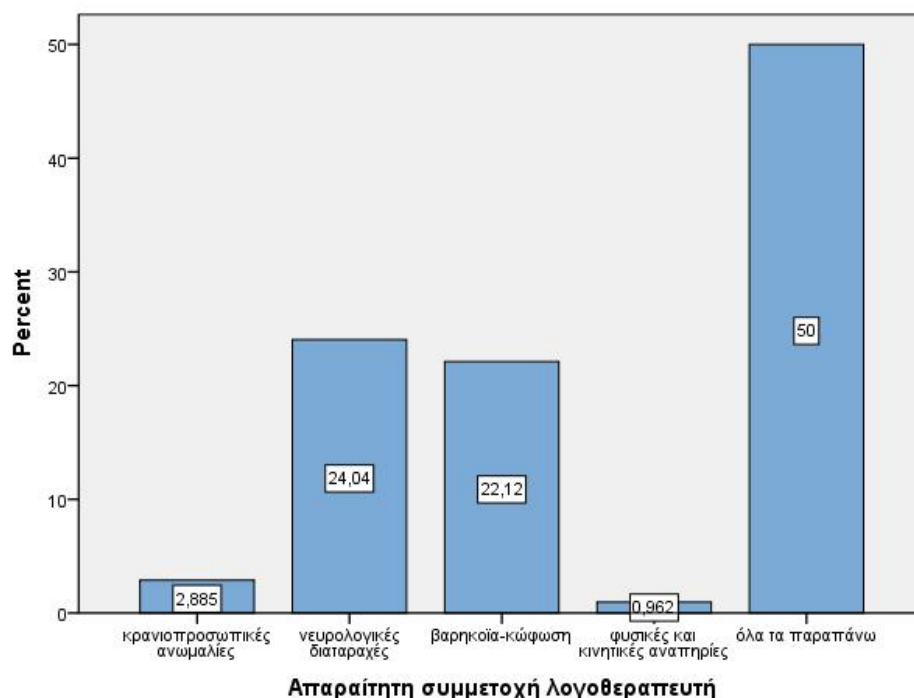


Επιπροσθέτως, το ½ του δείγματος θεωρεί απαραίτητη τη συμμετοχή του λογοθεραπευτή σε περιπτώσεις, όπου θα αντιμετώπιζε περιστατικά με κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες, νευρολογικές διαταραχές, βαρηκοΐα-κώφωση, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και φυσικές/κινητικές αναπηρίες. Ωστόσο, το 24,0% των παιδιάτρων θεωρεί απαραίτητη τη συμμετοχή του λογοθεραπευτή, μόνο όταν αντιμετώπιζει περιστατικά με νευρολογικές διαταραχές, ενώ ποσοστό της τάξεως του 22,1% πιστεύει ότι είναι απαραίτητη η παρουσία του μόνο σε περιστατικά με βαρηκοΐα ή κώφωση. Οι απαντήσεις των παιδιάτρων περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 15 και στο Διάγραμμα 15.

Πίνακας 15

		N	%
Σε μια διεπιστημονική ομάδα που θα συμμετέχετε και εσείς , σε ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις θεωρείτε απαραίτητη και τη συμμετοχή του λογοθεραπευτή;	Κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες	3	2,9
	Νευρολογικές διαταραχές	25	24,0
	Βαρηκοΐα-Κώφωση	23	22,1
	Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις	-	-
	Φυσικές και κινητικές αναπηρίες	1	1,0
	Όλα τα παραπάνω	52	50,0

Διάγραμμα 15: Απαραίτητη συμμετοχή λογοθεραπευτή

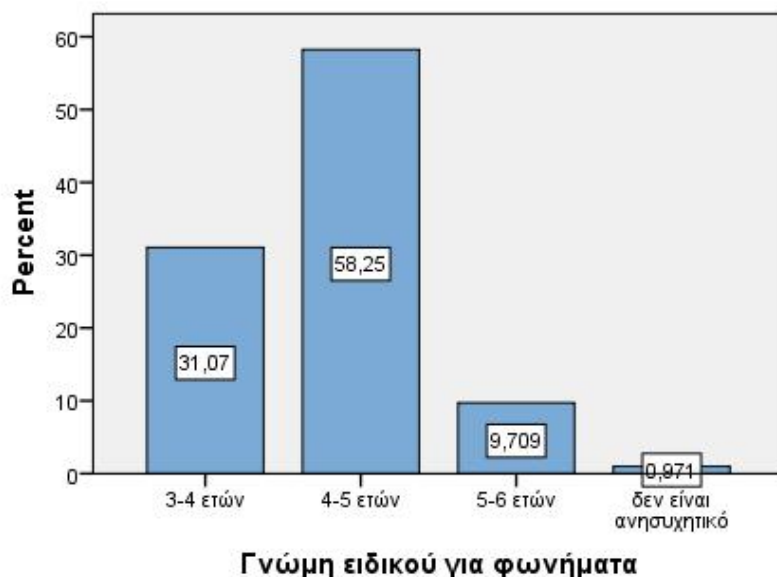


Στη συνέχεια, αναφέρονται οι απόψεις των ερωτηθέντων σε πιθανές περιπτώσεις διαταραχών. Στην άποψη των συμμετεχόντων για το ποια είναι η κατάλληλη ηλικία, ώστε να παραπέμψουν ένα νήπιο που δεν έχει κατακτήσει ενδεικτικά τα φωνήματα χ, φ, β, θ, δ σε κάποιον ειδικό, η πλειοψηφία του δείγματος (58,3%) δήλωσε στην ηλικία των 4-5 ετών. Ακολουθούν με ποσοστό 31,1% οι παιδίατροι που δήλωσαν 3-4 ετών, ενώ μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 9,7% υποστηρίζει πως η κατάλληλη ηλικία είναι αυτή των 5-6 ετών (Πίνακα 16 και Διάγραμμα 16).

Πίνακας 16

		N	%
Ένα νήπιο δεν έχει κατακτήσει τα φωνήματα	3-4 ετών	32	31,1
χ,φ,β,θ,δ. Σύμφωνα με τη γνώμη σας σε ποια	4-5 ετών	60	58,3
από τις παρακάτω ηλικίες αυτό είναι	5-6 ετών	10	9,7
ανησυχητικό, ώστε να ζητούσατε τη γνώμη	6-7 ετών	-	-
κάποιου ειδικού;	Δεν είναι ανησυχητικό	1	1,0

Διάγραμμα 16: Γνώμη ειδικού για φωνήματα

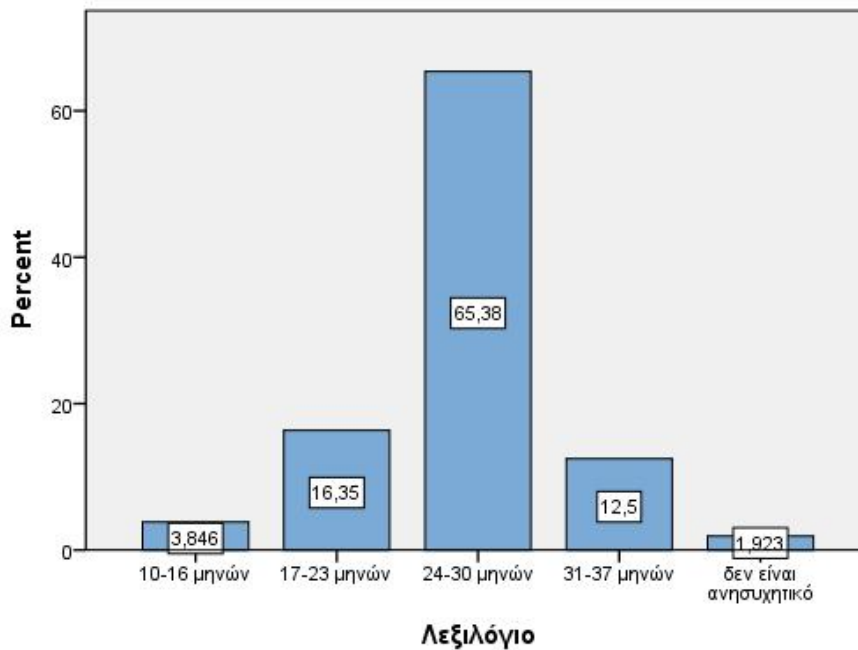


Το ποσοστό 65,4% θεωρεί ανησυχητικό ένα νήπιο να λέει μόνο 5 λειτουργικές λέξεις (μαμά, μπαμπά, παππού, άτα, νάνι) στην ηλικία των 24-30 μηνών, ενώ το 20,1% του πληθυσμού πιστεύει πως αυτό είναι ανησυχητικό σε μικρότερη ηλικία (10-23 μηνών) και το υπόλοιπο 12,5% σε μεγαλύτερη ηλικία (31-37 μηνών). Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 17 και στο Διάγραμμα 17.

Πίνακας 17

		N	%
Ένα νήπιο λέει μόνο 5 λειτουργικές λέξεις (μαμά, μπαμπά, παππού, άτα, νάνι).	10-16 μηνών	4	3,8
	17-23 μηνών	17	16,3
Σύμφωνα με τη γνώμη σας, σε ποια από τις παρακάτω ηλικιακές ομάδες αυτό είναι ανησυχητικό;	24-30 μηνών	68	65,4
	31-37 μηνών	13	12,5
	Δεν είναι ανησυχητικό	2	1,9

Διάγραμμα 17: Λεξιλόγιο

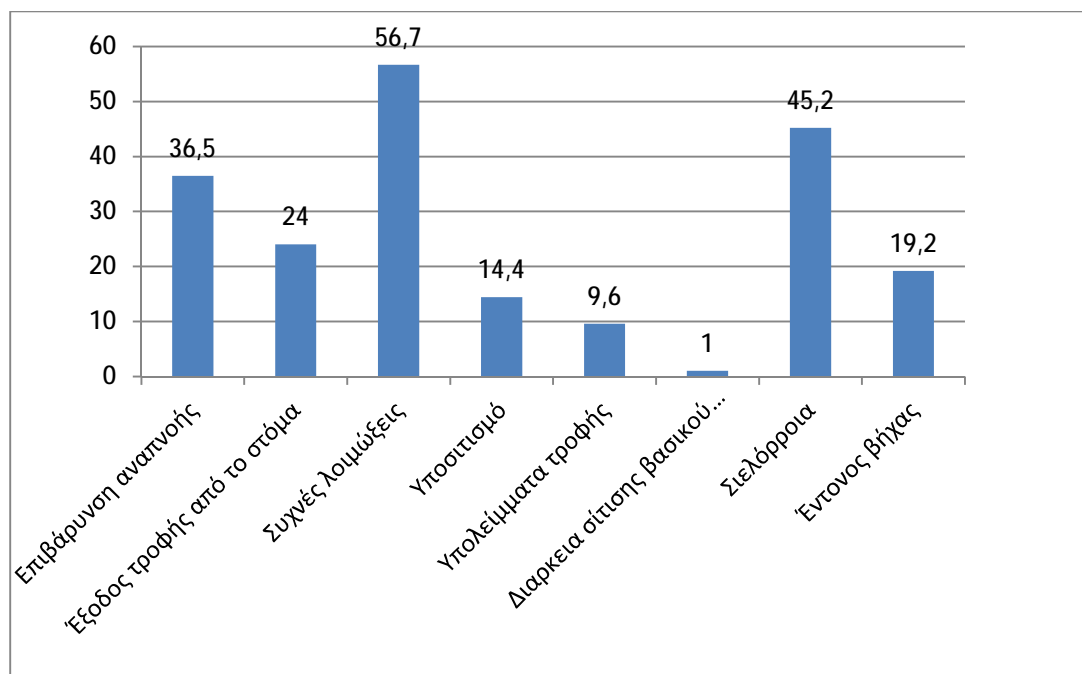


Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρατίθενται στον Πίνακα 18, στην περίπτωση που ένα νήπιο εμφανίζει βήχα προς το τέλος του γεύματος, το 56,7% των παιδιάτρων θα προβληματιζόταν για κάποια διαταραχή, κυρίως αν το παιδί εμφάνιζε επιπλέον συχνές λοιμώξεις. Έπονται οι απαντήσεις που ανησυχητικός παράγοντας για την διάγνωση της διαταραχής θα ήταν η επιπλέον σιελόρροια (45,2%), η επιβάρυνση της αναπνοής (36,5%) και η έξοδος της τροφής από το στόμα (24,0%). Ο ιδιαίτερα έντονος βήχας και ο υποσιτισμός καταγράφουν ποσοστό απαντήσεων της τάξεως του 19,2% και 14,4% αντιστοίχως, ενώ ακόμα πιο χαμηλά ποσοστά απαντήσεων καταγράφονται για τα λοιπά συμπτώματα. Τα παραπάνω αποτελέσματα απεικονίζονται και στο Διάγραμμα 18.

Πίνακας 18

		N	%
Νήπιο εμφανίζει βήχα προς το τέλος του γεύματος. Σύμφωνα με το παραπάνω, θα σας παρέπεμπε σε κάποια διαταραχή αν εμφάνιζε επιπλέον:	Επιβάρυνση αναπνοής	38	36,5
	Σταθερή ποιότητα φωνής πριν και μετά τη σίτιση	0	0,0
	Έξοδο τροφής από το στόμα	25	24,0
	Συχνές λοιμώξεις	59	56,7
	Υποσιτισμό	15	14,4
	Υπολείμματα τροφής	10	9,6
	Διάρκεια σίτισης βασικού γεύματος 20΄	1	1,0
	Σιελόρροια	47	45,2
	Ιδιαίτερα έντονο βήχα	20	19,2

Διάγραμμα 18: Επιπλέον συμπτώματα

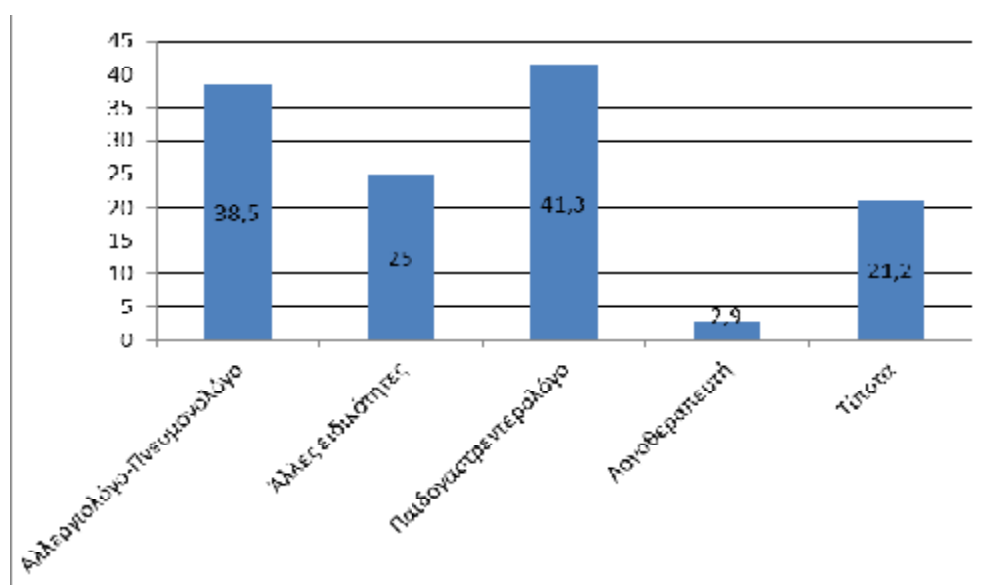


Μετάπειτα, οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σε μια ανοικτού τύπου ερώτηση, σχετικά με τη παραπομπή ενός περιστατικού που παρουσιάζει τις παραπάνω διαταραχές (ερώτηση 18). Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε πως το 41,3% θα παρέπεμπε το περιστατικό σε γαστρεντερολόγο, το 38,5% σε αλλεργιολόγο-πνευμονολόγο και το 25,0% σε άλλες ειδικότητες (χειρουργό, πλαστικό χειρουργό, παιδονευρολόγο, ωτορινολαρυγγολόγο, αναπτυξιολόγο, ακτινολόγο). Ωστόσο, το ποσοστό 21,2% του δείγματος απάντησε πως δε θα παρέπεμπε το περιστατικό σε κάποιον ειδικό. Από τα στοιχεία του Πίνακα 18β και του Διαγράμματος 18β παρατηρείται πως, μόλις το 2,9% των παιδιάτρων θα παρέπεμπε το περιστατικό σε κάποιον λογοθεραπευτή, ποσοστό που αντιστοιχεί μόνο σε 3 άτομα.

Πίνακας 18β

		N	%
Στην παραπάνω περίπτωση σε ποιόν/ους ειδικό/ους θα παραπέμψατε;	Αλλεργιολόγο-Πνευμονολόγο	40	38,5
	Άλλες ειδικότητες	26	25,0
	Παιδογαστρεντερολόγο	43	41,3
	Λογοθεραπευτή	3	2,9
	Τίποτα	22	21,2

Διάγραμμα 18β: Παραπομπή σε ειδικό



Με βάση τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 19, το ποσοστό 35,6% των παιδιάτρων θα παρέπεμπε ένα νήπιο που εμφανίζει εμμονές/στερεότυπες συμπεριφορές σε κάποιον λογοθεραπευτή, αν εμφάνιζε ακόμα:

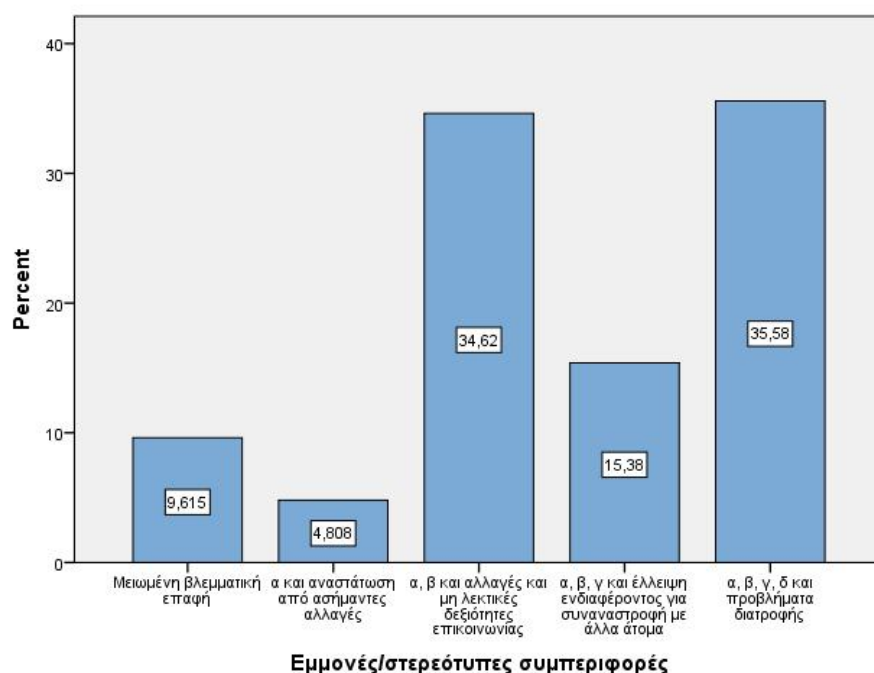
- α. μειωμένη βλεμματική επαφή,
- β. αναστάτωση από ασήμαντες αλλαγές,
- γ. μη λεκτικές δεξιότητες επικοινωνίας,
- δ. έλλειψη ενδιαφέροντος για συναναστροφή με άλλα άτομα και
- ε. προβλήματα διατροφής.

Το 34,6% του δείγματος δήλωσε πως θα παρέπεμπε ένα νήπιο που εμφανίζει εμμονές/στερεότυπες συμπεριφορές σε λογοθεραπευτή, αν εμφάνιζε επιπλέον τα τρία (α, β και γ) από τα παραπάνω αναφερόμενα συμπτώματα, ενώ το ποσοστό των συμμετεχόντων που θα αρκούταν μόνο στα δυο πρώτα συμπτώματα (α και β) είναι συνολικά το 14,4%. Στο Διάγραμμα 19 που ακολουθεί, παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των ερωτηθέντων.

Πίνακας 19

		N	%
Νήπιο εμφανίζει εμμονές/στερεότυπες συμπεριφορές. Θα παραπέμπατε σε λογοθεραπευτή αν εμφάνιζε ακόμα:	A. Μειωμένη βλεμματική επαφή	10	9,6
	B. α και αναστάτωση από ασήμαντες αλλαγές	5	4,8
	Γ. α και β και μη λεκτικές δεξιότητες επικοινωνίας	36	34,6
	Δ. α, β, γ, και έλλειψη ενδιαφέροντος για συναναστροφή με άλλα άτομα	16	15,4
	E. α, β, γ, δ και προβλήματα διατροφής	37	35,6

Διάγραμμα 19: Εμμονές/στερεότυπες συμπεριφορές

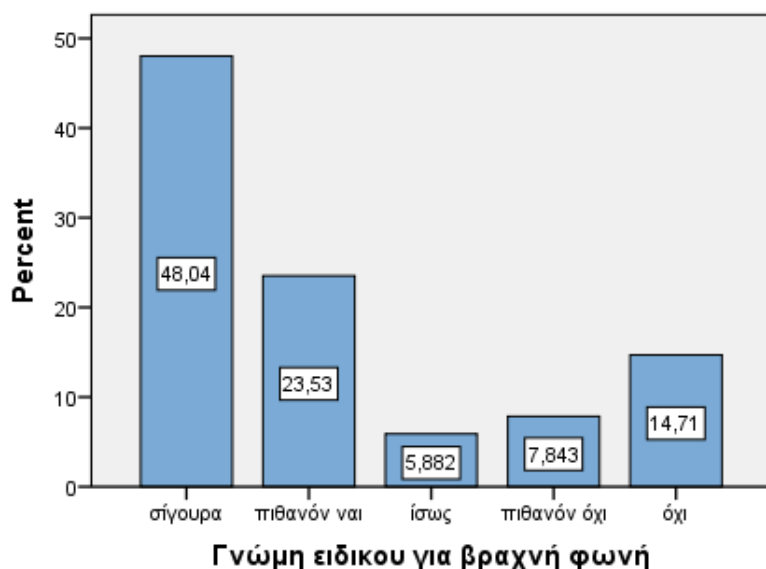


Στην ερώτηση 20 του ερωτηματολογίου, που αναφέρεται στην αναζήτηση γνώμης άλλου ειδικού, στην περίπτωση που οι γονείς παραπονιούνται ότι το παιδί τους έχει μια μόνιμη βραχνή φωνή το τελευταίο εξάμηνο και πόνο στο λαιμό, η πλειοψηφία του δείγματος (48,0%) απάντησε «σίγουρα». Έπονται αυτοί που δήλωσαν «πιθανόν ναι» με ποσοστό 23,5%, οι παιδίατροι που δήλωσαν «ίσως» με ποσοστό 5,9%, ενώ οι απαντήσεις «πιθανόν όχι» και «όχι» καταγράφουν ποσοστά της τάξεως του 7,8% και 14,7% αντιστοίχως (βλ. Πίνακα 20 και Διάγραμμα 20).

Πίνακας 20

		N	%
Γονείς παραπονιούνται ότι το παιδί τους έχει μια μόνιμη βραχνή φωνή το τελευταίο εξάμηνο και νιώθει πόνο στο λαιμό. Για αυτήν την περίπτωση θα αναζητούσατε γνώμη από άλλο ειδικό υγείας;	Σίγουρα	49	48,0
	Πιθανόν ναι	24	23,5
	Ίσως	6	5,9
	Πιθανόν όχι	8	7,8
	Όχι	15	14,7

Διάγραμμα 20: Γνώμη ειδικού για βραχνή φωνή.

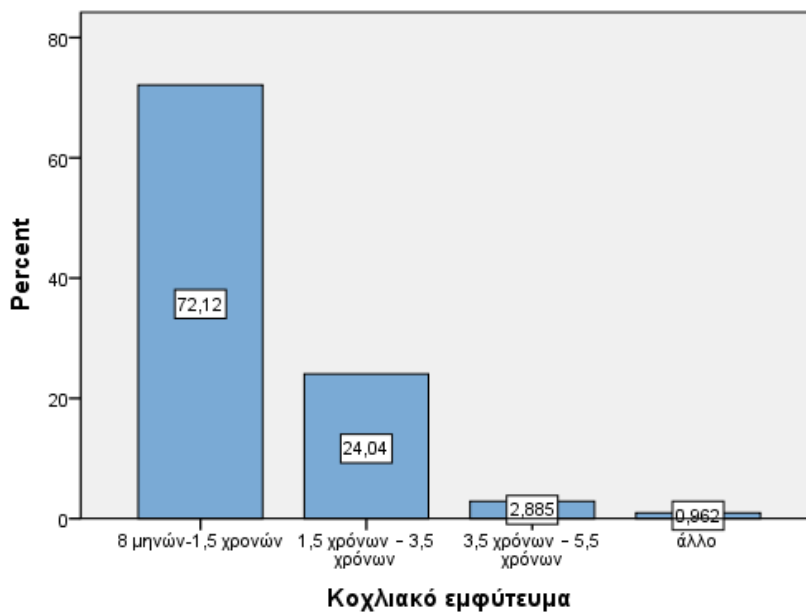


Όσον αφορά, την άποψη των συμμετεχόντων, για την κατάλληλη επιλογή χρονολογικής ηλικίας για την τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος, που θα μπορούσε να συμβάλει στην πιο άμεση παραγωγή λόγου και επικοινωνίας, η πλειοψηφία του δείγματος (72,1%) απάντησε στην ηλικία των 8 μηνών-1,5 ετών. Ωστόσο, το 24,0% του δείγματος υποστηρίζει πως η κατάλληλη ηλικία είναι η ηλικία των 1,5 ετών-3,5, ετών, ενώ μόνο 3 άτομα δήλωσαν την ηλικία των 3,5 ετών-5,5 ετών (βλ. Πίνακα 21 και Διάγραμμα 21).

Πίνακας 21

		N	%
Σε ποια από τις παρακάτω χρονολογικές ηλικίες πιστεύετε πως η τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος θα μπορούσε να συμβάλει στην πιο άμεση παραγωγή λόγου και επικοινωνίας;	8 μηνών -1,5 ετών	75	72,1
	1,5 ετών -3,5 ετών	25	24,0
	3,5 ετών - 5,5 ετών	3	2,9
	5,5 ετών -7,5 ετών	-	-
	Άλλο	1	1,0

Διάγραμμα 21: Κοχλιακό εμφύτευμα

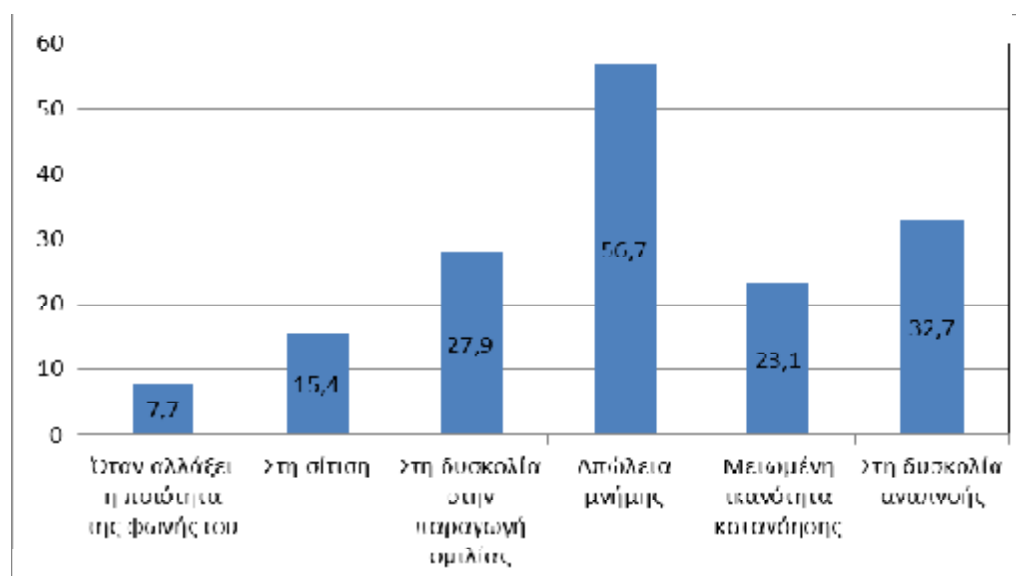


Από τα στοιχεία του Πίνακα 22, παρατηρείται πως το 56,7% των συμμετεχόντων πιστεύει πως δεν χρειάζεται να παρέμβει ο λογοθεραπευτής στην αξιολόγηση ενός παιδιού που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, αν παρουσιάζει απώλεια μνήμης. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στο εν λόγω περιστατικό, δεν είναι απαραίτητη η αξιολόγηση από κάποιον λογοθεραπευτή, αν συνοδεύεται από: δυσκολία αναπνοής (32,7%), δυσκολία στη παραγωγή ομιλίας (27,9%), μειωμένη ικανότητα κατανόησης (23,1%), δυσκολία στη σίτιση (15,4%) και αν αλλάζει η ποιότητα της φωνής του παιδιού (7,7%). Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην παρούσα ερώτηση απεικονίζονται και στο Διάγραμμα 22.

Πίνακας 22

		N	%
Παιδί με κρανιοεγκεφαλική κάκωση νοσηλεύεται σε νοσοκομείο. Σε ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις πιστεύετε ότι δε θα χρειαζόταν να πάρει μέρος ο λογοθεραπευτής στην αξιολόγηση του ασθενούς;	Όταν αλλάξει η ποιότητα της φωνής του	8	7,7
	Στη σίτιση	16	15,4
	Στη δυσκολία στη παραγωγή ομιλίας	29	27,9
	Απώλεια μνήμης	59	56,7
	Μειωμένη ικανότητα κατανόησης	24	23,1
	Στη δυσκολία αναπνοής	34	32,7

Διάγραμμα 22: Μη αξιολόγηση λογοθεραπευτή

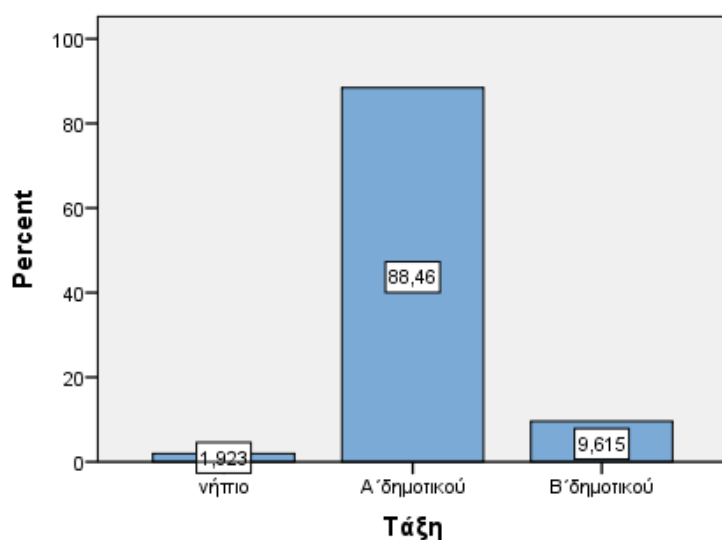


Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου αναφέρεται στη συμβουλή των παιδιάτρων, σχετικά με την τάξη παραπομπής για αναζήτηση δεύτερης γνώμης από κάποιον ειδικό, όταν ο γονιός προβληματίζεται για την επίδοση του παιδιού του στο σχολείο, καθώς το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ανάγνωση, διαβάζει συλλαβιστά και εμφανίζει δυσκολία στην αναγνώριση γραμμάτων. Από τα στοιχεία που παρατίθενται στον Πίνακα 23 και στο Διάγραμμα 23, φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιάτρων θα συμβούλευε τον γονέα να επισκεφτεί κάποιον ειδικό στην Α΄ Δημοτικού, προκειμένου να επιλύσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί.

Πίνακας 23

		N	%
Γονιός προβληματίζεται ιδιαίτερα για την επίδοση του παιδιού, αφού ξεκίνησε τη φοίτησή του στην Α΄ δημοτικού. Το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ανάγνωση, διαβάζει συλλαβιστά και εμφανίζει δυσκολία αναγνώρισης γραμμάτων. Σε ποια τάξη θα προβληματιζόσασταν και θα συμβουλεύατε το γονέα να πάρει μια δεύτερη γνώμη από κάποιον ειδικό;	Νήπιο	2	1,9
	Α΄ δημοτικού	92	88,5
	Β΄ δημοτικού	10	9,6

Διάγραμμα 23: Τάξη



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταλήξει σε κάποια συμπεράσματα σχετικά με το επίπεδο ενημέρωσης των παιδιάτρων πάνω στο αντικείμενο της λογοθεραπείας, αν είναι σε θέση να αξιολογήσουν κατάλληλα και πότε οι ίδιοι παραπέμπουν ένα παιδί για λογοθεραπεία. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν αρκετές έρευνες σε Ελλάδα και εξωτερικό, που να εκτιμούν την γνώση των παιδιάτρων για τις λογοθεραπευτικές υπηρεσίες και τους λόγους παραπομπής σε αυτές. Τονίζεται ότι στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 104 παιδίατροι.

Μερικά δημογραφικά στοιχεία, τα οποία αξίζει να αναφερθούν επιγραμματικά, είναι τα εξής: οι ηλικιακές ομάδες (ερώτηση 1) που αντιστοιχούν σε ποσοστά 47,1% για τους 41-50 ετών, 26,0% για τους άνω των 51 ετών, 20,2% για τους 31-40 ετών και 6,7% για τους 18-30 ετών. Σχετικά με την πόλη εργασίας των συμμετεχόντων (ερώτηση 2) το 49,0% εργάζεται στην Αθήνα, 17,3% εργάζονται σε Πάτρα ή Κόρινθο και τα ποσοστά 6,7% και 5,8% στα Ιωάννινα και στη Λειβαδιά αντίστοιχα. Το χαμηλότερο ποσοστό 3,8% αντιστοιχεί στη Θεσσαλονίκη. Η προϋπηρεσία των συμμετεχόντων (ερώτηση 3) κυμαίνεται σε ποσοστό 42,3% για 11-20 έτη, 31,7% για 0-10 έτη, 17,3% για τα 21-30 έτη και 8,7% άνω των 31 έτη. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι, η πλειοψηφία των παιδιάτρων (74%) εργάζεται λιγότερο από 20 χρόνια. Παράλληλα, στον τομέα εργασίας (ερώτηση 4) φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων εργάζεται σε ιδιωτικό γραφείο με ποσοστό 67, 6%, ενώ οι υπόλοιποι συμμετέχοντες εργάζονται σε ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία με ποσοστά 16,7% και 15, 7% αντίστοιχα.

Αναφορικά με την ερώτηση (5) της ύπαρξης λογοθεραπευτή στο χώρο εργασίας των παιδιάτρων, το 90,4% απάντησε αρνητικά, ενώ το 9,6% απάντησε θετικά. Συσχέτιση υπάρχει ανάμεσα στην ερώτηση 5 και στην ερώτηση 4, καθώς από την ερώτηση 4 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των παιδιάτρων εργάζεται σε ιδιωτικό γραφείο (67, 6%). Συνεπώς, η παρουσία του λογοθεραπευτή στο χώρο του ιδιωτικού γραφείου των παιδιάτρων είναι πιθανόν περιττή.

Το ποσοστό που δεν θεωρούσε απαραίτητη την παρουσία λογοθεραπευτή στο χώρο εργασίας του (ερώτηση 6) ανέρχεται στο 76%, ενώ το ποσοστό που τη θεωρεί απαραίτητη αποτελεί το 24%. Η απάντηση αυτή ίσως επηρεάζεται από τις ερωτήσεις

4 και 5, όπου η πλειοψηφία των παιδιάτρων εργάζεται σε ιδιωτικό γραφείο, γεγονός που ενισχύει την προηγούμενη άποψη ότι οι λογοθεραπευτές δεν είναι απαραίτητοι στο χώρο του ιδιωτικού γραφείου.

Από τα 25 άτομα που απάντησαν θετικά στην ερώτηση 6, μόνο οι 17 ανέφεραν το λόγο που θεωρούν απαραίτητη την παρουσία του λογοθεραπευτή (ερώτηση 7). Πιο συγκεκριμένα, τα 13 άτομα δήλωσαν πως ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να αποτελεί κομμάτι του εργασιακού δυναμικού στο χώρο που εργάζονται για την πρόωμη διάγνωση και παρέμβαση στα παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγου-ομιλίας. Τρία άτομα δήλωσαν πως είναι απαραίτητη μόνο στο χώρο του νοσοκομείου και όχι στα ιδιωτικά γραφεία. Μάλιστα, υποστηρίζουν ότι η συνεργασία με τον λογοθεραπευτή μπορεί να επιτευχθεί, όταν απαιτείται. Ένα μόνο άτομο δήλωσε πως θα πρέπει να αποτελεί κομμάτι του εργασιακού δυναμικού στο χώρο που εργάζεται, εφόσον πρόκειται για ομαδική σύμπραξη ειδικών (group practice). Το μικρό ποσοστό που απάντησε θετικά στην ερώτηση 6 και το μικρότερο ποσοστό που απάντησε στην ερώτηση 7 αναδεικνύουν την αναγκαιότητα της αναγνώρισης των υπηρεσιών της λογοθεραπείας.

Επιπλέον, το ποσοστό 47,1% των παιδιάτρων έχουν στο πελατολόγιό τους από 1-3 παιδιά μη τυπικής ανάπτυξης τον τελευταίο χρόνο (ερώτηση 8), το ποσοστό 20,2% έχει 3-6 παιδιά, το ποσοστό 17,3% έχει παραπάνω από 6 παιδιά, ενώ το 15,4% του δείγματος δεν έχει. Συνεπώς, το μεγαλύτερο μέρος των παιδιάτρων έρχονται σε επαφή με ένα σχετικά μικρό αριθμό παιδιών μη τυπικής ανάπτυξης. Στο σημείο αυτό, πρέπει να αναρωτηθούμε γιατί το ποσοστό παιδιών μη τυπικής ανάπτυξης, το οποίο απευθύνεται σε παιδιάτρους, είναι τόσο χαμηλό. Μία ερμηνεία που θα μπορούσε να δοθεί είναι ότι αρκετοί γονείς απευθύνονται πρώτα σε άλλες ειδικότητες, όπως παιδοψυχίατρο, αναπτυξιολόγο, παιδονευρολόγο κ.α.. Πιθανόν ένα σημαντικό ποσοστό γονέων με παιδιά μη τυπικής ανάπτυξης να ανατρέχουν σε ιατρούς δημοσίων φορέων, προκειμένου να πλαισιωθούν με μεγαλύτερη επάρκεια και πολύπλευρη αξιολόγηση (διεπιστημονική ομάδα), ενώ η πλειοψηφία του δείγματος αφορά παιδιάτρους στον ιδιωτικό τομέα.

Όσον αφορά την κατάρτιση/ενημέρωση των παιδιάτρων μέσω σεμιναρίων/συνεδρίων για τα προβλήματα λόγου, ομιλίας ή επικοινωνίας (ερώτηση 9), η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 67,4% παρακολουθεί ένα σεμινάριο (33,7%) ή κανένα (33,7%). Ακολουθεί το ποσοστό με 24,0% που παρακολουθεί δύο σεμινάρια, ενώ τα ποσοστά 4,8% παρακολουθεί τρία σεμινάρια. Από τα

αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν ενημερώνεται διαρκώς σχετικά με την εξέλιξη της επιστήμης, όσον αφορά τις διαταραχές λόγου, ομιλίας και επικοινωνίας. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι, δεν έχουν πολλά περιστατικά μη τυπικής ανάπτυξης στο πελατολόγιό τους (ερώτηση 8), που να χρήζουν λογοθεραπευτικής αντιμετώπισης. Φυσικά, δεν σημαίνει πως δεν επιδιώκουν περαιτέρω ενημέρωση με κάποιο άλλο μέσο, όπως επιστημονικά άρθρα, περιοδικά και ίντερνετ, καθώς ένα μικρό ποσοστό (3,8 %) επέλεξε την απάντηση «άλλο». Ίσως μια πιο σαφής ερώτηση σχετικά με τον τρόπο ενημέρωσής τους να παρείχε περισσότερες πληροφορίες. Μάλιστα, στον ιατρικό τομέα επιβάλλεται η αδιάλειπτη ενημέρωση και έρευνα για να διατηρούνται οι αξίες και η ποιότητα παροχής υπηρεσιών, κάτι που θα έπρεπε να γίνεται καθολικά σε όλες τις ηλικιακές κλίμακες των παιδιάτρων. Τα πολλά έτη εμπειρίας δεν καλύπτουν κενά μετεκπαίδευσης. Άλλωστε, η ύπαρξη ενός περιστατικού δεν σημαίνει πως δεν χρειάζεται απόλυτη προσοχή και κατάλληλη αντιμετώπιση. Μάλιστα, η έρευνα των Sonnenschein & Cascella (2014) στην Αγγλία, απέδειξε ότι οι περισσότεροι παιδίατροι επιθυμούσαν μια συνεχή ιατρική εκπαίδευση και ενημέρωση σχετικά με την πρόωπη καθυστέρηση λόγου και ομιλίας σε παιδιά, καθώς υπολείπονταν οι γνώσεις τους στο συγκεκριμένο τομέα ανεξαρτήτως ηλικίας και εμπειρίας. Επιπλέον, όπως αποδείχτηκε σε προηγούμενο ερώτημα (3), η πλειοψηφία των παιδιάτρων ασκούσε το επάγγελμά της λιγότερο από 20 χρόνια, τότε που η λογοθεραπεία άρχιζε να γίνεται αναγνωρίσιμη και να αναπτύσσεται στην Ελλάδα με τη δημιουργία των πρώτων τμημάτων φοίτησης. Βέβαια, στο εξωτερικό η λογοθεραπεία ήταν ήδη πιο διαδεδομένη και ίσως οι παιδίατροι εκεί να είχαν καλύτερη ενημέρωση της επιστήμης αυτής, καθώς και να είχαν αναπτύξει σχέσεις συνεργασίας.

Όσον αφορά τα διαγνωστικά τεστ (ερώτηση 10), 82,7% δεν χρησιμοποιεί κάποιο τεστ και μόνο το 17,3 % δήλωσε ότι, χρησιμοποιεί το Denver ή το A-test, όταν δουν ανησυχητικά «σημάδια» να εμφανίζονται στο παιδί. Τα διαγνωστικά εργαλεία αποτελούν αντικειμενικούς τρόπους εντοπισμού των δυσκολιών που εμφανίζει το παιδί και μάλιστα, συχνά αναφέρουν τους συγκεκριμένους αναπτυξιακούς τομείς που υπολλείπεται το παιδί, σε σχέση με την χρονολογική του ηλικία. Συνεπώς, μπορούν να συμβάλλουν ποικιλοτρόπως στη διάγνωση, στη πρόγνωση και στην πρόληψη, ενώ η μηδενική τους χρήση ίσως οδηγήσει στη μη αναγνώριση της σοβαρότητας των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το παιδί και κατ' επέκταση στη μη παραπομπή του στον κατάλληλο ειδικό.

Συμπληρωματικά, για τη συνεργασία του παιδιάτρου με άλλες ειδικότητες στην ερώτηση 11, μεγάλα ποσοστά καταλαμβάνει η ομάδα ειδικοτήτων που περιλαμβάνει άλλες ειδικότητες (85,6%), οι οποίες είναι ο αναπτυξιολόγος, ο γαστρεντερολόγος, ο φυσικοθεραπευτής, ο εργοθεραπευτής, ο ορθοπεδικός, ο καρδιολόγος, ο διαιτολόγος και ο χειρουργός. Με βάση τα ευρήματα της ερώτησης αυτής, ο ωτορυνολαρυγγολόγος και ο παιδονευρολόγος σημείωσαν ποσοστά 27,9% και 18,3% αντίστοιχα. Υψηλά ποσοστά συνεργασίας (37,5%) σημειώνονται μεταξύ του παιδιάτρου και του παιδοψυχολόγου/παιδοψυχιάτρου. Συνεργασία που καταγράφεται συχνά βιβλιογραφικά, καθώς τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί σημαντικά τα περιστατικά, που παρουσιάζουν κάποιου είδους ψυχική διαταραχή (Kraemer, 2010). Εντύπωση προκαλεί ότι, μόνο ένα μικρό ποσοστό 15,4% ανέφερε τη συνεργασία του με το λογοθεραπευτή. Γεγονός που ενισχύει την υπόθεση της ελλιπούς συνεργασίας μεταξύ του λογοθεραπευτή και του παιδιάτρου. Αυτό πιθανώς αναδεικνύει τη συνεργασία των περισσότερων παιδιάτρων με ειδικότητες που ανήκουν στο ιατρικό τομέα, ενώ ελάχιστοι συνεργάζονται με ειδικότητες του παραϊατρικού τομέα.

Επιπλέον, στην ερώτηση (12) αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των λογοθεραπευτών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (82,7%) απάντησε σωστά ότι το επίπεδο εκπαίδευσης των λογοθεραπευτών είναι επιπέδου Α.Τ.Ε.Ι. Όμως, ένα μικρό ποσοστό απαντήσεων (17,4%) ανήκει στην κατηγορία των Ι.Ε.Κ., του πανεπιστημίου και των κολλεγίων, που συχνά δημιουργεί σύγχυση ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης και κατάρτισης των λογοθεραπευτών. Επομένως, μέσω αυτού αναδεικνύεται η χαμηλή ενημερότητα των παιδιάτρων ως προς την ειδικότητα των λογοθεραπευτών και η έλλειψη στιβαρής παρουσίας των τελευταίων στον ιατρικό χώρο.

Επιπροσθέτως, στους τομείς ενασχόλησης των λογοθεραπευτών (ερώτηση 13), το μεγαλύτερο ποσοστό 90,4% απάντησε «φωνή». Ακολουθεί η «επικοινωνία» με 59,6%, η «κατάποση» με 54,8% και η «αναπνοή» με 40,4%, ενώ οι υπόλοιπες επιλογές σημείωσαν χαμηλά ποσοστά (λεπτή κινητικότητα 3,8%, ανθρωπολογία 1,0%, ψυχιατρική 1,0%, αισθητηριακές δεξιότητες 6,7%). Το ποσοστό (31,7%) που σημείωσε η μάθηση είναι απογοητευτικό, διότι ο λογοθεραπευτής συμμετέχει στη μαθησιακή ετοιμότητα του παιδιού πριν την έναρξη του σχολείου, αλλά και στην ενίσχυσή της μετά την έναρξη του σχολείου. Βέβαια, αυτό δεν γίνεται αντιληπτό από την παιδιατρική κοινότητα. Παρόλο που η αναπνοή σημείωσε μικρό ποσοστό, αποτελεί κομμάτι του θεραπευτικού πλάνου του λογοθεραπευτή σε ειδικές περιπτώσεις (ασκήσεις αναπνοής και χαλάρωσης). Αξίζει να αναφερθεί το ποσοστό

που σημείωσε η επικοινωνία, το οποίο αντιστοιχεί στο μισό σχεδόν δείγμα πληθυσμού. Αυτό είναι αρκετά ανησυχητικό, αφού η επιστήμη της λογοθεραπείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την επικοινωνία. Ο λογοθεραπευτής καλείται να ανοίξει μία δίοδο επικοινωνίας στο παιδί που δεν μπορεί να επικοινωνήσει ή να αναπτύξει τον ήδη μη λειτουργικό τρόπο επικοινωνίας του. Ίσως οι παιδίατροι πιστεύουν πως κάποιος άλλος ειδικός είναι καταλληλότερος για τα προβλήματα επικοινωνίας. Πιθανόν θεωρούν πως ο λογοθεραπευτής συμβάλλει στην επικοινωνία ενός παιδιού μόνο στα πλαίσια της λεκτικής έκφρασης και όχι στα πλαίσια της μη λεκτικής. Ίσως θεώρησαν πως η απάντηση αυτή ήταν αυτονόητη και προτίμησαν να επιλέξουν άλλες επιλογές. Όμοια και η κατάποση δεν σημείωσε αρκετά ικανοποιητικά ποσοστά, αλλά ίσως είναι ελαφρώς δικαιολογημένο το επιστημονικό τους κενό εδώ, αφού ένα μικρό ποσοστό λογοθεραπευτών ασχολείται με τη δυσφαγία. Μάλιστα, σε παρακάτω ερώτηση αναφορικά με τη κατάποση και την παραπομπή του παιδιού για θεραπεία (ερώτηση 18), ο λογοθεραπευτής σημείωσε απογοητευτικό ποσοστό σε αντίθεση με άλλες ειδικότητες. Ίσως πιστεύουν πως κάποιος άλλος ειδικός είναι καταλληλότερος ή θέλουν να λάβουν πρώτα τη γνώμη ενός άλλου ιατρού. Οι ερωτηθέντες είχαν δικαίωμα επιλογής έως τρεις απαντήσεις που ίσως συνέβαλε στα μικρά ποσοστά που σημείωσαν η μάθηση και η αναπνοή.

Επιπλέον, ένα ποσοστό της τάξεως του 55,8% απάντησε ορθά, ότι ένας λογοθεραπευτής ασχολείται με όλες τις ηλικιακές ομάδες (ερώτηση 14) (βρεφική, παιδική, εφηβική, τρίτη ηλικία και ενήλικες). Ωστόσο, το ποσοστό 38,5% επέλεξε μόνο την παιδική ηλικία, που φαίνεται πως δεν είναι σωστά ενημερωμένο. Ελάχιστα ποσοστά λαμβάνουν η βρεφική ηλικία (1,9%), η εφηβική (1,9%) και οι ενήλικες (1,9%). Ανησυχητικό είναι ότι, κανείς από το υπόλοιπο μισό του δείγματος δεν επέλεξε την τρίτη ηλικία, ενώ ο λογοθεραπευτής συμβάλλει στην αποκατάσταση νευρογενών κινητικών διαταραχών που συναντώνται σε σημαντική συχνότητα σε ασθενείς αυτής της ηλικίας. Μάλιστα, η τρίτη ηλικία αποτελεί έναν σταθμό που πολλές λειτουργίες του ατόμου αρχίζουν να φθίνουν, ακόμα και να χάνονται (π.χ. εξαιτίας ενός εγκεφαλικού, άνοιας) και τα άτομα είναι πιο επιρρεπή στα ατυχήματα. Συνεπώς, ο λογοθεραπευτής μπορεί να συμβάλλει στην ενίσχυση των λειτουργιών, όπως την μνήμη, καθώς και στην αποκατάσταση ορισμένων ικανοτήτων που πιθανόν να χάνονται ή να υπολειτουργούν (π.χ. σίτιση, λόγο-ομιλία, επικοινωνία).

Ακόμα, ένα ποσοστό της τάξεως του 50% θεωρεί απαραίτητη τη συμμετοχή του λογοθεραπευτή σε περίπτωση κρανιοπροσωπικής ανωμαλίας/ νευρολογικής

διαταραχής/ βαρηκοΐας-κώφωση/ κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης/ φυσικής κινητικής αναπηρίας (ερώτηση 15). Αξίζει να αναφερθεί πως από το υπόλοιπο μισό του δείγματος κανείς δεν επέλεξε τις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι οποίες μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στην ομιλία, στην επικοινωνία ή ακόμα και στην σίτιση του ατόμου, όπου ο λογοθεραπευτής συμβάλλει στην αποκατάστασή τους. Σε αυτά τα περιστατικά, η αποκατάσταση της επικοινωνίας δεν αποτελεί πρωταρχικό μέλημα των ιατρών, αφού επείγει η υγεία του ασθενή. Συνεπώς, η επιλογή της μη συμμετοχής του λογοθεραπευτή στην κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι ελαφρώς δικαιολογημένη.

Όσον αφορά τη γνώμη ειδικού για την κατάκτηση των φωνημάτων (ερώτηση 16), το μεγαλύτερο ποσοστό επέλεξε την ηλικία 4-5 ετών (58,3%) και ακολουθεί η ηλικία 3-4ετών (31,1%). Μικρά ποσοστά σημείωσαν η ηλικία 5-6 ετών (9,7%) και η επιλογή «δεν είναι ανησυχητικό» (1,0%). Κανένας δεν επέλεξε την ηλικία 6 - 7 ετών. Σύμφωνα με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Λογοθεραπευτών (1995), ένα χρονοδιάγραμμα, που ακολουθείται για να αξιολογηθούν αυτά τα παιδιά έχει ως εξής: το φώνημα /χ/ κατακτάται σε ηλικία 3-3,6 ετών, τα φωνήματα /f/, /v/ σε ηλικία 3,6-4ετών και τα /θ/, /ð/ σε ηλικία 4-4,6 ετών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (89,4%) έχει κάποια επίγνωση σχετικά με την ανάπτυξη της ομιλίας, αφού η γλωσσική ανάπτυξη αποτελεί μέρος της ψυχοκινητικής εξέλιξης που καλύπτεται βιβλιογραφικά στα μαθήματα παιδιατρικής κατάρτισης. Εξ'αυτού οι παιδίατροι είναι σε θέση να αντιληφθούν τότε η ομιλία ενός παιδιού υπολείπεται σημαντικά και να το παραπέμψουν κατάλληλα. Ωστόσο, η μη παραπομπή του παιδιού που εμφανίζει πρόβλημα λόγου-ομιλίας ή επικοινωνίας μπορεί να οδηγήσει στη μη θερμή αποδοχή του από μέλη της ευρύτερης κοινωνίας και μάλιστα, από τα άλλα άτομα της ίδιας ηλικίας στο σχολικό πλαίσιο.

Στη συνέχεια της έρευνας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (65,4%) θα ανησυχούσε στην ηλικία 24-30 μηνών, αν το παιδί έλεγε μόνο 5 λειτουργικές λέξεις (ερώτηση 17). Ακολουθεί η ηλικία 17-23 μηνών (16,3%) και η ηλικία 31-37 μηνών (12,5%). Η ηλικία 10 - 16 μηνών σημείωσε μικρό ποσοστό της τάξεως 3,8%, ενώ μονάχα δύο άτομα (1,9%) ανέφεραν πως δεν είναι ανησυχητικό. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ένα παιδί μέχρι την ηλικία των 12 μηνών εμφανίζει τις πρώτες του λέξεις. Σε περιπτώσεις παιδιών προσχολικής ηλικίας (2-4,5 χρονών) με καθυστέρηση στο λόγο και στην ομιλία τους, υπάρχει υποψία για νοητική υστέρηση ή διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Η καθυστέρηση στο λόγο και στην ομιλία αποτελεί «κόκκινη σημαία» για τις παραπάνω διαταραχές και εμφανίζει μακροχρόνιες αρνητικές

επιπτώσεις στη μάθηση, στη συμπεριφορά και στην ψυχική υγεία του παιδιού (O'Hare, 2013). Ειδικά το σχολικό πλαίσιο παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη και στην διαμόρφωση του χαρακτήρα του παιδιού, αφού το παιδί αναζητά την επικοινωνία και την αποδοχή από τα άλλα άτομα. Αν το ίδιο το παιδί δεν μπορεί να επικοινωνήσει λειτουργικά με τα άτομα στο περιβάλλον του, δεν θα μπορεί να εκφράσει τις ανάγκες-επιθυμίες του και τα συναισθήματά του. Βέβαια, τα ποσοστά στοχευμένης απόκρισης στο ερώτημα αυτό, ίσως μπορούν να χαρακτηριστούν ικανοποιητικά, καθώς τα 2/3 των παιδιάτρων συνέστησαν κατάλληλα.

Επιπροσθέτως, στην ερώτηση (18), όπου το νήπιο εμφανίζει βήχα προς το τέλος του γεύματος και την παραπομπή σε κάποια διαταραχή με την εμφάνιση επιπλέον συμπτωμάτων, σχεδόν το μισό δείγμα επέλεξε συχνές λοιμώξεις με 56,7%, ακολουθούν η σιελορροια με 45,2% και η επιβάρυνση αναπνοής με 36,5%. Ενδεικτικό είναι ότι, μόλις το 9,6% επέλεξε υπολείμματα τροφής, ίσως λόγω των περιορισμένων επιλογών απαντήσεων (έως 3 επιλογές). Κανένας παιδίατρος δεν επέλεξε την σταθερή ποιότητα φωνής πριν και μετά τη σίτιση, ενώ μόνο ένα άτομο επέλεξε τη διάρκεια σίτισης βασικού γεύματος 20'. Παράλληλα, χαμηλά ποσοστά σημείωσαν οι υπόλοιπες επιλογές απαντήσεων (έξοδος τροφής από το στόμα, υποσιτισμό, υπολείμματα τροφής, ιδιαίτερα έντονο βήχα). Στην συνέχεια, όταν ερωτηθέντες κλήθηκαν να επιλέξουν σε ποιον ειδικό θα παρέπεμπαν τον ασθενή, απάντησαν σε παιδογαστρεντερολόγο το 41,3%, σε αλλεργιολόγο-πνευμονολόγο 38,5% και σε άλλες ειδικότητες (χειρουργό, πλαστικό χειρουργό, παιδονευρολόγο, ωτορινολαρυγγολόγο, αναπτυξιολόγο, ακτινολόγο) το 25,0%. Είναι απογοητευτικό ότι μόλις το 2,9% θα παρέπεμπε σε λογοθεραπευτή. Όταν μάλιστα, σε προηγούμενη ερώτηση (13) το ποσοστό 54,8% απάντησε ότι ένας τομέας που ασχολείται η λογοθεραπεία είναι η κατάποση. Επομένως, γίνεται έκδηλο το κενό γνώσης των παιδιάτρων σχετικά με το ρόλο του λογοθεραπευτή στην κατάποση. Βέβαια, η κατάποση χρήζει μετεκπαίδευσης, στην οποία ένα πολύ μικρό ποσοστό καταφεύγει. Οι λογοθεραπευτές αποτελούν τη βασική ειδικότητα ανάληψης τέτοιων ασθενών, ωστόσο η πλειοψηφία τους δεν τις αναλαμβάνει ή παραμένει δειλή απέναντί τους, κάνοντας την παρουσία τους στο χώρο αδύναμη. Ένα μικρό ποσοστό (21,2%) επέλεξε να μην απαντήσει σε ποιον ειδικό θα παρέπεμπε το παιδί. Παρόλο που, η ερώτηση ήταν ανοιχτού τύπου και παρέπεμπε σε ένα σενάριο δυσκαταποσίας, οι παιδίατροι λόγω των πολλών επιλογών σεναρίων διαταραχών, πιθανόν διχάστηκαν να παραπέμψουν ή εξαιτίας του ελλιπούς ιστορικού του παιδιού.

Αναφορικά με την ερώτηση (19), όπου το νήπιο εμφανίζει εμμονές/στερεότυπες συμπεριφορές, η παραπομπή σε λογοθεραπευτή θα γινόταν με την εμφάνιση επιπλέον συμπτωμάτων, το 35,6% επέλεξε την τελευταία περίοδο (όπου το παιδί εμφανίζει επιπλέον μειωμένη βλεμματική επαφή, αναστάτωση από ασήμαντες αλλαγές, μη λεκτικές δεξιότητες επικοινωνίας, έλλειψη ενδιαφέροντος για συναναστροφή με άλλα άτομα και προβλήματα διατροφής), ενώ το 34,6% την τρίτη περίοδο (όπου το παιδί εμφανίζει επιπλέον μειωμένη βλεμματική επαφή, αναστάτωση από ασήμαντες αλλαγές, μη λεκτικές δεξιότητες επικοινωνίας). Αντίστροφα, οι υπόλοιπες επιλογές σημείωσαν χαμηλά ποσοστά. Από τα ευρήματα της ερώτησης προκύπτει ότι θα παρέπεμπαν σε λογοθεραπευτή μετά την εμφάνιση πολλών επιπλέον προβλημάτων. Ίσως, θα αναζητήσουν πρώτα περαιτέρω ιατρικά στοιχεία μέσω των παραπομπών τους και στη συνέχεια στοιχεία σε παραϊατρικό επίπεδο.

Στην περίπτωση παιδιού με βραχνή φωνή (ερώτηση 20), το ποσοστό 71,5% απάντησε πως σίγουρα ή πιθανώς ναι θα παρέπεμπε σε άλλο ειδικό υγείας, ενώ το ποσοστό 22, 5% απάντησε όχι ή πιθανώς όχι. Τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά, καθώς η πλειοψηφία των ειδικών θα παράπεμπε σε κάποιο ειδικό υγείας. Είναι αξιοσημείωτο, ότι σε προηγούμενο ερώτημα (13), η πλειοψηφία (90,4%) επέλεξε την φωνή ως αντικείμενο ενασχόλησης της λογοθεραπείας. Αντίστροφα, στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παιδιάτρους του Duke University και στην παιδιατρική κοινότητα της Νότιας Καρολίνα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των παιδιάτρων παρουσίαζε άγνοια σχετικά με τα προβλήματα φωνής, δεν τα αξιολογούσε και δεν παρέπεμπε τους ασθενείς αυτούς (Sajisevi et al., 2014). Η μη παραπομπή του παιδιού σε κάποιον άλλο ειδικό υγείας πιθανόν οφείλεται στη μη αναγνώριση της σοβαρότητας του προβλήματος, η οποία θα έχει ως αποτέλεσμα την λανθασμένη επιλογή ειδικού υγείας για παραπομπή.

Επιπλέον, στην επιλογή χρονολογικής ηλικίας για την τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος (ερώτηση 21), η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απάντησε σε ηλικία 8 μηνών-1,5 ετών (72, 1%), ενώ οι ηλικίες 1,5 ετών-3,5 ετών και 3,5 ετών-5,5 ετών σημείωσαν χαμηλά ποσοστά. Κανένας δεν επέλεξε την ηλικία 5,5 ετών-7,5 ετών, ενώ μόνο ένα άτομο επέλεξε την απάντηση άλλο. Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν την ηλικία 8 μηνών-1,5 χρονών για την τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος. Επίσης, επισημαίνουν ότι όσο νωρίτερα δοθεί πρόσβαση στον ήχο σε ένα παιδί με απώλεια ακοής, με τα κατάλληλα κοχλιακά εμφυτεύματα, τόσο καλύτερες θα είναι οι προοπτικές ανάπτυξης λόγου (Moreno de Campos et al., 2014, May - Mederake,

2012). Η μη τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος στην κατάλληλη ηλικία μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη καθυστέρηση ανάπτυξης της ομιλίας και της επικοινωνίας του παιδιού, αφού το παιδί θα έχει χάσει πολλές ευκαιρίες παραγωγής σωστής ομιλίας. Η καθυστέρηση σε έναν τομέα της ψυχοκινητικής εξέλιξης του παιδιού μπορεί να επηρεάσει, ή ακόμα και να οδηγήσει στην καθυστέρηση ενός ή όλων των υπόλοιπων τομέων της ανάπτυξης. Συνεπώς, η μη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού θα επηρεάσει την κοινωνική, σχολική και ψυχική υγεία του παιδιού. Επομένως, ο παιδίατρος καλείται να γνωρίζει όλα τα στάδια της ψυχοκινητικής εξέλιξης που είναι ορόσημα για την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού.

Ακόμα, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν πότε δεν θα χρειαζόταν ο λογοθεραπευτής να λάβει μέρος σε μια περίπτωση κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης (ερώτηση 22). Ένα μεγάλο ποσοστό (56,7%) επέλεξε την απώλεια μνήμης, ενώ το 32,7% επέλεξε την δυσκολία της αναπνοής. Ωστόσο, ο λογοθεραπευτής αξιολογεί τις εκτελεστικές λειτουργίες, όπως μνήμη, προσοχή και αναπνοή, χωρίς όμως να είναι βασικές του αρμοδιότητες (Peranich et al., 2010). Βέβαια, αξίζει να αναφερθεί ότι, ο νευρολόγος πραγματοποιεί την εκτίμηση των παραπάνω. Μάλιστα, σε μία πιθανή κρανιοεγκεφαλική κάκωση ο λογοθεραπευτής μπορεί να αποτελέσει σημαντικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας με τη συμβολή του στην αξιολόγηση και στη θεραπεία των προβλημάτων ομιλίας, επικοινωνίας και σίτισης. Παρόλο που σε προηγούμενο ερώτημα (15) αναφορικά με τη συμμετοχή του λογοθεραπευτή σε περίπτωση κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης επιβεβαιώθηκε η συγχυσμένη απόψη των παιδιάτρων για την ειδικότητα των λογοθεραπευτών. Επίσης, οι ερωτηθέντες είχαν περιορισμένο αριθμό επιλογών (έως 2 επιλογές), γεγονός που συνέβαλε στην επιλογή τους. Απογοητευτικά είναι τα ποσοστά 27,9 % και 15,4% που αντιστοιχούν στην δυσκολία παραγωγής της ομιλίας και στη σίτιση. Μια άλλη εξήγηση, μπορεί να δοθεί στην παραπλανητική διατύπωση της ερώτησης, χωρίς να δικαιολογεί επαρκώς τα χαμηλά ποσοστά.

Συμπληρωματικά, στην ερώτηση (23) για την επιλογή σχολικής τάξης, που οι παιδίατροι θα προβληματίζονταν και θα συμβούλευαν το γονέα να λάβει μια δεύτερη γνώμη, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (88,5%) επέλεξε την πρώτη δημοτικού, ενώ μόλις το 11,5% επέλεξε το νηπιαγωγείο και τη Β' δημοτικού. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, κάποια παιδιά αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της πρώτης τάξης του δημοτικού και εμφανίζουν δυσκολίες στην ανάγνωση και στη γραφή. Αυτές οι δυσκολίες πρέπει να αντιμετωπιστούν, ώστε να

μην οδηγήσουν σε μία δυσμενή κοινωνική προσαρμογή στο σχολείο. Επιλογικά, αν ο παιδίατρος δεν παραβλέψει αυτές τις αδυναμίες του παιδιού, μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή του στον κατάλληλο ειδικό (Desmond et al., 1978, Glykas & Chytas, 2005). Πρέπει να αναφέρουμε πως η ανταπόκρισή τους στην συγκεκριμένη ερώτηση ήταν ικανοποιητική.

Εν κατακλείδι, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε όλα τα παραπάνω ερωτήματα φαίνεται να ενισχύουν την υπόθεση της έλλειψης γνώσεων και της συνεργασίας των παιδιάτρων σε σχέση με την επιστήμη της λογοθεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Περιορισμοί/ Συστάσεις

Μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρήθηκε ότι μεγάλο ποσοστό των παιδιάτρων έρχεται σε επαφή με ένα μη αξιοσημείωτο ποσοστό παιδιών μη τυπικής ανάπτυξης που μπορεί να παρουσιάζει κάποια διαταραχή ομιλίας, λόγου ή επικοινωνίας. Αυτό ίσως συνέβαλε στην απουσία επιδίωξης για περαιτέρω κατάρτιση πάνω στα θέματα αυτά. Ωστόσο, σε συνδυασμό με την μηδενική χρήση διαγνωστικών τεστ, ίσως οδηγήσει στην δυσκολία εντοπισμού των προβλημάτων του παιδιού και στη μη κατάλληλη παραπομπή του σε κάποιον ειδικό, με αποτέλεσμα αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα του. Μάλιστα, οι περισσότεροι παιδίατροι ασκούν το επάγγελμά τους λιγότερο από 20 χρόνια, τότε που η λογοθεραπεία άρχιζε να γίνεται αναγνωρίσιμη και να αναπτύσσεται στην Ελλάδα.

Όσον αφορά τη συνεργασία του παιδίατρου με άλλες ειδικότητες, φαίνεται πως μόνο ένα μικρό ποσοστό των παιδιάτρων συνεργάζεται με τους λογοθεραπευτές. Αυτό ίσως οφείλεται στη συγκεκριμένη άποψή τους για τους τομείς και τις ηλικιακές ομάδες ενασχόλησης της λογοθεραπείας. Επομένως, φαίνεται η περιορισμένη γνώση τους για τη λογοθεραπεία στο κομμάτι της θεωρίας, αλλά η μη εφαρμογή της θεωρίας στην πράξη, όπου η παραπομπή αποτελεί κομμάτι της. Μάλιστα, σε όλες τις πιθανές περιπτώσεις παραπομπής σε κάποιον ειδικό, ο λογοθεραπευτής σημείωσε τα χαμηλότερα ποσοστά, παρά το γεγονός ότι οι περιπτώσεις αυτές χρήζουν λογοθεραπευτικής αντιμετώπισης.

Παράλληλα, φαίνεται η προτίμηση των παιδιάτρων για παραπομπή σε κάποιον άλλο ιατρό, παρά σε λογοθεραπευτή. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι, επιθυμούν να λάβουν πρώτα περαιτέρω ιατρικές πληροφορίες, ώστε να κλείσουν το ιατρικό τους φάκελο και στη συνέχεια, να λάβουν υπόψιν τους παραϊατρικές πληροφορίες. Προφανώς, οι παιδίατροι δίνουν πρώτα μεγαλύτερη βαρύτητα στην υγεία του παιδιού.

Η παρούσα έρευνα, επειδή διενεργείται στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας, παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς. Μάλιστα, ορισμένες από τις ερωτήσεις που παρουσίαζαν πιθανές περιπτώσεις διαταραχών είχαν παραπλανητικό τρόπο γραφής ή και περιορισμένο αριθμό επιλογών - απαντήσεων (εώς 2 ή 3 επιλογές), προκειμένου να εξεταστεί η γνώση των παιδιάτρων για την επιστήμη της λογοθεραπείας, αλλά και

η εγκυρότητα των απόψεών τους. Αυτό ίσως επηρέασε τις απαντήσεις τους στις παρακάτω ερωτήσεις. Αναλυτικότερα, στην ερώτηση (13) που αναφέρεται στους τομείς ενοσχόλησης του λογοθεραπευτή, οι ερωτηθέντες είχαν επιλογές που ήταν περιορισμένες (έως 3 επιλογές), αλλά και παραπλανητικές. Παράλληλα, στο πρώτο μέρος της ερώτησης (18) σχετικά με την παραπομπή παιδιού σε κάποια διαταραχή με την εμφάνιση επιπλέον συμπτωμάτων, οι επιλογές απαντήσεων που δόθηκαν ήταν λανθασμένες και παραπλανητικές, ενώ ο αριθμός τους ήταν περιορισμένος (έως 3 επιλογές). Όμοια και η ερώτηση (22) με τη μη συμμετοχή του λογοθεραπευτή σε αξιολόγηση ασθενούς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, είχε παραπλανητική εκφώνηση («δε») και περιορισμένο αριθμό επιλογών (έως 2 επιλογές).

Επιπλέον, σε δύο ερωτήσεις (ερώτηση 16 και 17), όπου ο ερωτώμενος καλείται να επιλέξει τη χρονολογική ηλικία που θα ανησυχούσε ή θα αναζητούσε την γνώμη ενός άλλου ειδικού, στις εκφωνήσεις τους αναφέρεται η λέξη «νήπιο», που αντιστοιχεί στην ηλικία των 1-5 ετών (Παπαδάτος κ.α., 1993). Επομένως, ορισμένοι παιδίατροι μπορεί να ήταν προκατειλημμένοι, όταν απαντούσαν, με αποτέλεσμα να επιλέξουν αυτήν την ηλικία, όπου το παιδί χαρακτηρίζεται ως νήπιο.

Επιπροσθέτως, οι ερωτήσεις (5, 6, 7) που αναφέρονται στην ύπαρξη λογοθεραπευτή, στην αναγκαιότητα της ύπαρξής του και στο λόγο ύπαρξής του στο χώρο εργασίας των παιδιάτρων, επηρεάστηκαν από την ερώτηση (4) από την οποία προκύπτει ότι η πλειοψηφία των παιδιάτρων εργαζόταν σε ιδιωτικό γραφείο. Η πλειοψηφία των παιδιάτρων απάντησε αρνητικά στις ερωτήσεις 5, 6 και δεν ανέφερε το λόγο που θεωρεί σημαντικούς τους λογοθεραπευτές στο χώρο εργασίας της (ερώτηση 7), εννοώντας το ιδιωτικό της γραφείο. Μάλλον θα έπρεπε να είχε διατυπωθεί διαφορετικά η ερώτηση, ώστε να μην ρωτούσε αποκλειστικά για το χώρο που εργάζονταν τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή που λάμβανε τόπο η παρούσα έρευνα. Βέβαια, η χορήγηση θα μπορούσε να γίνει απευθείας σε παιδίατρους νοσοκομείων, όμως κάτι τέτοιο ήταν αρκετά δύσκολο.

Ωστόσο, μέσα από την παρούσα έρευνα, παρουσιάζεται η επιτακτική ανάγκη για την περαιτέρω ενημέρωση και τη δια βίου μάθηση των παιδιάτρων σχετικά με την επιστήμη της λογοθεραπείας. Αυτό το οποίο, καθιστά αναγκαία τη δια βίου μάθηση και την διαρκή ενημέρωση είναι η συνεχής ανάγκη για ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων, ώστε να επιτευχθεί συμβιβασμός με τα νέα δεδομένα. Η έλλειψη όμως, περαιτέρω κατάρτισης και ενημέρωσης των νέων μεθόδων λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας για την συμμετοχή των παιδιάτρων στις σχετικές

διαδικασίες. Μερικές από τις βασικές δραστηριότητες που επιτρέπουν την πρόσβαση στη δια βίου μάθηση είναι η παρακολούθηση σεμιναρίων, ημερίδων, η συνεχή πληροφόρηση μέσω ίντερνετ, επιστημονικών άρθρων και η μετεκπαίδευση. Άλλωστε, η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας που άπτεται εξειδικευμένων ιατρικών θεμάτων αποτελεί παράγοντα υψίστης σημασίας που μπορεί να προλαμβάνει την ύπαρξη ιατρικών κινδύνων, αλλά και να αντιμετωπίζει έγκαιρα τα προβλήματα που παρουσιάζει το κάθε παιδί. Επομένως, απαιτείται περαιτέρω ενημέρωση της ιατρικής κοινότητας, ίσως με τη χρήση ενημερωτικών φυλλαδίων, σεμιναρίων.

Βέβαια, οι ίδιοι οι λογοθεραπευτές θα πρέπει να προωθήσουν κατάλληλα το επάγγελμά τους, να κάνουν γνωστά τα οφέλη της λογοθεραπείας, καθώς και τη συνεχή ανάπτυξή της και συμμετοχή της σε όλο και περισσότερα πλαίσια διαταραχών. Επιπλέον, θα πρέπει να επιδιώκουν ή ακόμα και να δημιουργήσουν ευκαιρίες συνεργασίας με άλλους ειδικούς, ώστε να αποκτήσουν στιβαρή παρουσία στο ιατρικό τομέα και κατ' επέκταση στο ευρύτερο χώρο εργασίας. Αξίζει να αναφερθούν οι σύλλογοι Σ.Ε.Λ.Λ.Ε. και Π.Ν.Σ. που οργανώνουν ή συμμετέχουν σε διεθνή ή πανελλήνια συνέδρια, σεμινάρια, διαλέξεις, ομιλίες, ημερίδες, εκδηλώσεις μελέτης και έρευνας, με σκοπό τη διαφώτιση του επιστημονικού κόσμου και του ευρύτερου κοινού για τα θέματα της λογοθεραπείας.

Επιπλέον, από τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στο πρώτο κεφάλαιο της πτυχιακής εργασίας απαντήθηκαν όλα, εκτός από δύο που αναφέρονται στην προθυμία των παιδιάτρων για συνεργασία με το λογοθεραπευτή, όταν ένα παιδί ακολουθεί λογοθεραπευτικό πρόγραμμα και στο είδος της συνεργασίας που έχουν οι δύο ειδικότητες στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας. Επομένως, χρειάζονται περαιτέρω διευκρινήσεις, ώστε να απαντηθούν αυτά τα ερωτήματα που έμειναν αναπάντητα. Επίσης, προτείνεται η συγκέντρωση περαιτέρω δείγματος προς διερεύνηση και από άλλες περιοχές, έτσι ώστε να καλυφθεί ένα μεγάλο φάσμα περιοχών και να επιτευχθεί η γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, θα μπορούσε να διερευνηθεί ο βαθμός, στον οποίο οι λογοθεραπευτές επιδιώκουν μια συνεργασία με τους παιδιάτρους και κατά πόσο οι ίδιοι έχουν επίγνωση των σημαντικών ιατρικών θεμάτων που επηρεάζουν άμεσα την ειδικότητά τους. Εκ παραλλήλου, θα μπορούσαν να ερωτηθούν αναπτυξιολόγοι-παιδίατροι σχετικά με την ενημερότητα τους, σε πιο εξειδικευμένα λογοθεραπευτικά θέματα και τους συνήθεις λόγους παραπομπής τους, έτσι ώστε να διαπιστωθεί το γνωστικό τους επίπεδο στα παραπάνω θέματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Speech - Language - Hearing Association. (1993). Definitions of Communication Disorders and Variations. Ανάκτηση 25-11-2015, από <http://www.asha.org/policy/RP1993-00208/>

American Speech – Language - Hearing Association. (2002). Scope of Practice in Speech - Language Pathology. Ανάκτηση 30-1-2016, από <http://www.asha.org/policy/sp2007-00283/#sec1.1>

Βασιλόπουλος, Δ. (2008). *Νευρολογία: Επιτομή θεωρίας και πράξης*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.

Bigenzahn, W. & Denk, D. M. (2007). *Στοματοφαρυγγικές δυσφαγίες: Αιτιολογία, κλινική εικόνα και θεραπεία διαταραχών κατάποσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

Black, D. W. & Andreasen, N. C. (2011). *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.

Γλύκας, Μ. & Καλομοίρης, Γ. (2003). *Διαταραχές επικοινωνίας και λόγου: Πρόληψη, έρευνα, παρέμβαση και νέες τεχνολογίες στην υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Candy, D., Davies, G. & Ross, E. (2001). *Κλινική παιδιατρική και υγεία παιδιού*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

Δράκος, Γ. (1999). *Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλίας: Λογοπαιδεία - λογοθεραπεία: παιδοψυχολογικές και λογοθεραπευτικές στρατηγικές στην προσχολική και σχολική ηλικία*. Αθήνα: Εκδόσεις Άτροπος.

Desmond, M. M., Vorderman, A. L. & Fisher, E. S. (1978). Assessment of learning competence during the pediatric examination. *Current Problems in Pediatrics*, 8(8), 1-31.

Fromkin, V., Rodman, R. & Hyams, N. (2010). *Εισαγωγή στη μελέτη της γλώσσας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

Fuller, G. & Manfotd, M. (2000). *Νευρολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

Glykas, M. & Chytas, P. (2005). Next generation of methods and tools for team work based care in speech and language therapy. *Telematics and Informatics*, 22, 135–160.

Ηλιάδης, Θ., Κεκές, Γ., Παπαδέας, Ε., Ηλιάδου, Β. & Ελευθεριάδης, Ν. (2011). *Κλινική ακουολογία*. Πάτρα: Εκδόσεις Gotsis.

Hauser, S. L. & Josephson, S. A. (2013). *Harrison Νευρολογία στην κλινική ιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανός Α.Ε.

Καλαντζή, Ι. Κ. (1985). *Διαταραχές του λόγου στην παιδική ηλικία, φωνή, ομιλία, ανάγνωση, γραφή, συμβολή στην παθολογία, θεραπευτική αγωγή του λόγου*. Αθήνα: Εκδόσεις Καραβιάς – Ρουσόπουλος.

Καμπανάρου, Μ. (2007). *Διαγνωστικά θέματα λογοθεραπείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρης.

Κασίμου, Χ. Δ. (1996). *Γενική παιδιατρική*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Express.

Κατή, Δ. (2000). *Γλώσσα και επικοινωνία στο παιδί*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Κοντογιάννη, Ε. Γ. & Νικολαΐδης, Π. Κ. (2009). *Ιατρική γενετική*. Αθήνα: Εκδόσεις Σ. Π. Πασχαλινός.

Κρουσταλλάκης, Γ. Σ. (2000). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο, ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση για μια συμβουλευτική γονέων και εκπαιδευτικών*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Κυριαζοπούλου, Β., Γκούμας, Π., Γώγος, Χ., Σταθόπουλος, Κ. & Μπουσίου, Ο. (2015). Οδηγός Σπουδών Τμήματος Ιατρικής. Ανάκτηση 23-1-2016, από http://www.med.upatras.gr/gr/Documents/odigos_spoudwn_version_Nov11_2015.pdf

Kraemer, S. (2010). Liaison and co-operation between paediatrics and mental health. *Paediatrics and Child Health*, 20(8), 382-387.

Kummer, A. W. (2011). *Σχιστίες και κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες*. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

Λαπατσάνης, Π. Δ. (1996). *Βασική παιδιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Lissauer, T. & Clayden, G. (2008). *Σύγχρονη παιδιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

Μεσσήνης, Λ. & Αντωνιάδης, Γ. (2001). *Διαταραχές της κατάποσης - δυσφαγία, νευρολογικά στοιχεία και χειρισμός*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Μπάρλου - Πανοπούλου, Ε. (1987). *Εγχειρίδιο φυσικοθεραπείας*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

May - Mederake, B. (2012). Early intervention and assessment of speech and language development in young children with cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 76, 939–946.

Moreno de Campos, A. C., Shirane H. Y., Takemoto, P. V. A. & Lourenco, E. A. (2014). Universal newborn hearing screening: knowledge of pediatricians and neonatologists in the city of Jundiaí, São Paulo, Brazil. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 80(5), 379-385.

Νικολόπουλος, Δ. (2008). *Γλωσσική ανάπτυξη και διαταραχές*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

O'Hare, A. (2013). Communication disorders in preschool children. *Paediatrics and Child Health*, 23, 427-433.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (2008). *Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας - ICD - 10*. Αθήνα: Εκδόσεις Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Παπαδάτος, Κ., Λιακάκος, Δ., Σινανιώτης, Κ., Μαθιουδάκης, Ι., Σπυρίδης, Π., & Μυριοκεφαλιτάκης, Ν. (1993). *Επίτομη παιδιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοθεραπευτών, (1995). *Δοκιμασία Φωνημικής και Φωνολογικής Εξέλιξης*. Αθήνα.

Peranich, L., Reynolds, K. B., O'Brien, S., Bosch, J. & Cranfill, T. (2010). The roles of occupational therapy, physical therapy, and speech/ language pathology in primary care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 6(1), 36-43.

Plante, E. & Beeson, P. M. (2012). *Η ανθρώπινη επικοινωνία και οι διαταραχές της*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε.

Reshma, P. (2013). Pediatricians' knowledge, attitude and practice patterns regarding special education and individualized education programs. *Academic Pediatrics*, 13, 430-435.

Rumbach, A. F., Clayton, N. A., Muller, M. J. & Maitz, P. K. M. (2016). The speech-language pathologist's role in multidisciplinary burn care: An international perspective. *Burns*, 1-9.

Στάθης, Φ. (1994). *Θέματα ειδικής αγωγής*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Sajisevi, M., Cohen, S. & Raynor, E. (2014). Pediatrician approach to dysphonia. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 78, 1365-1367.

Sices, L., Feudtner, C., McLaughlin, J., Drotar, D. & Williams, M. (2004). How do primary care physicians manage children with possible developmental delays? A national survey with an experimental design. *Pediatrics*, 113(2), 274-82.

Sonnenschein, E. & Cascella, P. W. (2004). Pediatricians' opinions about otitis media and speech- language- hearing development. *Journal of Communication Disorder*, 37, 313–323.

Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. (1992). *Δελτίο Πληροφοριών Ειδικής Αγωγής*. Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων.

Vitaskova, K. & Rihova, A. (2012). The current role of speech-language therapists in the diagnosis and complex intervention in children with autism spectrum disorder in the Czech Republic. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 69, 1973-1982.

Wang, Y. H., Lu, C. J. & Chang, K. H. (2014). Impact of knowledge and behavior of medical personnel towards speech therapy for tracheostomized patients. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 6(6), 217-221.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ακολούθως παρατίθεται ένα αντίγραφο της φόρμας του ερωτηματολογίου που χορηγήθηκε στους παιδίατρος για την πραγματοποίηση του ερευνητικού μέρους της εργασίας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας αποτελείται από κάποιες ερωτήσεις και ο χρόνος συμπλήρωσής του δεν ξεπερνά τα 5-10 λεπτά. Θα θεωρήσουμε ιδιαίτερη τιμή να μας βοηθήσετε απαντώντας στο ερωτηματολόγιο της έρευνας μας, με θέμα *“Η σχέση της επιστήμης της παιδιατρικής με την επιστήμη της λογοθεραπείας και η διεπιστημονική ομάδα”* που έχει σκοπό, την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας μας για το τμήμα Λογοθεραπείας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Παρακαλείστε να απαντήσετε με προσοχή σε όλες τις ερωτήσεις, κυκλώνοντας την απάντηση που σας εκφράζει κάθε φορά. Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις σε κάποιες από αυτές. Τονίζεται ότι το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ανώνυμο και θα χρησιμοποιηθεί μόνο για το σκοπό της έρευνας. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1) Ποια είναι η ηλικία σας;

.....

2) Σε ποια πόλη εργάζεστε;

.....

3) Πόσα χρόνια ασκείτε το επάγγελμα του παιδίατρου;

.....

4) Πού εργάζεστε;

α)Νοσοκομείο β)Ιδιωτικό γραφείο γ)Ιδιωτική κλινική δ)Άλλο....

5) Στο χώρο εργασίας σας υπάρχει κάποιος λογοθεραπευτής;

α)Ναι β)Όχι

6)Θεωρείτε πώς είναι απαραίτητη η παρουσία του λογοθεραπευτή στο χώρο εργασίας σας;

α)Ναι β)Όχι

7) Για ποιο λόγο θεωρείτε πως ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να αποτελεί κομμάτι του εργασιακού δυναμικού στο χώρο που εργάζεστε, σύμφωνα με τη γνώμη σας;

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

8) Πόσα παιδιά μη τυπικής ανάπτυξης έχετε στο πελατολόγιο σας τον τελευταίο χρόνο;

α)0 β)1-3 γ)3-6 δ)6+

9)Κατά μέσο όρο πόσα σεμινάρια/συνέδρια παρακολουθείτε για την ενημέρωση σας σχετικά με τα προβλήματα λόγου, ομιλίας ή επικοινωνίας το χρόνο;

α)0 β)1 γ)2 δ) 3 ε) Άλλο....

10)Χρησιμοποιείτε κάποιο διαγνωστικό τεστ στα παιδιά που παρακολουθείτε;

α)Ναι β)Όχι

Αν ναι, θα μπορούσατε να ονομάσετε κάποιον;

.....

11) Με ποιους άλλους ειδικούς υγείας συνεργάζεστε σε τακτά χρονικά διαστήματα;

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

12) Θεωρείτε ότι η εκπαίδευση λογοθεραπείας στην Ελλάδα είναι επιπέδου:

- α) Πανεπιστημίου β) ΤΕΙ γ) Κολεγίου δ) ΙΕΚ

13) Με ποιους από τους παρακάτω τομείς διαταραχών πιστεύετε ότι ασχολείται η λογοθεραπεία κυρίως; (έως 3 επιλογές)

- α) Επικοινωνία β) Αναπνοή γ) Λεπτή Κινητικότητα
δ) Μάθηση ε) Ανθρωπολογία στ) Φωνή
ζ) Ψυχιατρική η) Κατάποση θ) Αισθητηριακές Δεξιότητες

14) Με ποιες από τις παρακάτω ηλικιακές ομάδες πιστεύετε ότι ασχολείται ένας λογοθεραπευτής;

- α) Βρεφική ηλικία β) Παιδική ηλικία γ) Εφηβική ηλικία
δ) Ενήλικες ε) Τρίτη ηλικία στ) Όλα τα παραπάνω

15) Σε μια διεπιστημονική ομάδα που θα συμμετέχετε κι εσείς, σε ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις θεωρείτε απαραίτητη και τη συμμετοχή του λογοθεραπευτή;

- α) Κρανιοπροσωπικές Ανωμαλίες β) Νευρολογικές Διαταραχές
γ) Βαρηκοΐα- Κώφωση δ) Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις
ε) Φυσικές και Κινητικές Αναπηρίες στ) Όλα τα παραπάνω

16) Ένα νήπιο δεν έχει κατακτήσει τα φωνήματα /χ/, /φ/, /β/, /θ/, /δ/. Σύμφωνα με τη γνώμη σας, σε ποια από τις παρακάτω ηλικίες αυτό είναι ανησυχητικό, ώστε να ζητούσατε τη γνώμη κάποιου ειδικού;

- α) 3- 4 ετών β) 4- 5 ετών γ) 5- 6 ετών
δ) 6- 7 ετών ε) Δεν είναι ανησυχητικό

17) Ένα νήπιο λέει μόνο 5 λειτουργικές λέξεις (μαμά, μπαμπά, παππού, άτα, νάνι). Σύμφωνα με τη γνώμη σας, σε ποια από τις παρακάτω ηλικιακές ομάδες αυτό είναι ανησυχητικό;

- α) 10- 16 μηνών β) 17- 23 μηνών γ) 24- 30 μηνών
δ) 31-37μηνών ε) Δεν είναι ανησυχητικό

18) Νήπιο εμφανίζει βήχα προς το τέλος του γεύματος. Σύμφωνα με το παραπάνω, θα σας παραπέμπε σε κάποια διαταραχή, αν εμφάνιζε επιπλέον...(έως 3 επιλογές)

- α) Επιβάρυνση αναπνοής β) Σταθερή ποιότητα φωνής πριν και μετά τη σίτιση
γ) Έξοδο τροφής από το στόμα δ) Συχνές λοιμώξεις ε) Υποσιτισμό
στ) Υπολείμματα τροφής ζ) Διάρκεια σίτισης βασικού γεύματος 20'
η) Σιελόρροια θ) Ιδιαίτερα έντονο βήχα

Στην παραπάνω περίπτωση σε ποιόν/ους ειδικό/ους θα παραπέμπατε;

.....

19)Νήπιο εμφανίζει εμμονές/στερεότυπες συμπεριφορές. Θα παραπέμπατε σε λογοθεραπευτή αν εμφάνιζε ακόμη....

- α) Μειωμένη βλεμματική επαφή
β) α και αναστάτωση από ασήμαντες αλλαγές
γ) α, β και μη λεκτικές δεξιότητες επικοινωνίας
δ) α, β, γ και έλλειψη ενδιαφέροντος για συναναστροφή με άλλα άτομα
ε) α, β, γ, δ και προβλήματα διατροφής

20) Γονείς παραπονιούνται ότι το παιδί τους έχει μια μόνιμη βραχνή φωνή το τελευταίο εξάμηνο και νιώθει πόνο στο λαιμό. Για αυτήν την περίπτωση θα αναζητούσατε γνώμη από άλλο ειδικό υγείας;

- α) Σίγουρα β) Πιθανόν ναι γ)Ίσως δ) Πιθανόν όχι ε)Όχι

21) Σε ποια από τις παρακάτω χρονολογικές ηλικίες πιστεύετε πως η τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος θα μπορούσε να συμβάλει στην πιο άμεση παραγωγή λόγου και επικοινωνίας;

- α) 8 μηνών – 1,5 χρόνων β) 1,5 χρόνων – 3,5 χρόνων
γ) 3,5 χρόνων – 5,5 χρόνων δ) 5,5-7,5 χρόνων ε) Άλλο.....

22) Παιδί με κρανιοεγκεφαλική κάκωση νοσηλεύεται σε νοσοκομείο. Σε ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις πιστεύετε ότι, δε θα χρειαζόταν να πάρει μέρος ο λογοθεραπευτής στην αξιολόγηση του ασθενούς; (έως 2 επιλογές)

- α) Όταν αλλάξει η ποιότητα της φωνής του β) Στη σίτιση
γ) Στη δυσκολία στην παραγωγή ομιλίας δ) Απώλεια μνήμης
ε) Μειωμένη ικανότητα κατανόησης στ) Στη δυσκολία αναπνοής

23) Γονιός προβληματίζεται ιδιαίτερα για την επίδοση του παιδιού, αφού ξεκίνησε την φοίτησή του στην Α΄ δημοτικού. Το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ανάγνωση, διαβάζει συλλαβιστά και εμφανίζει δυσκολία αναγνώρισης γραμμάτων. Σε ποια τάξη θα προβληματιζόσασταν και θα συμβουλευάτε το γονέα να πάρει μια δεύτερη γνώμη από κάποιον ειδικό;

.....

