

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ
ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΣΤΗ ΣΙΤΙΣΗ ΤΑ
ΒΡΕΦΗ-ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΣΧΙΣΤΙΕΣ**

«The knowledge of health professionals for difficulties encountered in feeding infants-children with clefts»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΠΕΡΡΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ ΡΑΦΑΕΛΛΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΗΛΙΑΣ Ph.D.

ΠΑΤΡΑ, 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Ιατρικό Σύλλογο Πειραιά, ο οποίος ανάρτησε το ερωτηματολόγιο μας στην ιστοσελίδα του.

Επίσης ευχαριστούμε, τον Παιδο-Ωτορινολαρυγγολόγο Εμμανουήλ Κουδουμνάκη για την πολύτιμη βοήθεια του και την Πανελλήνια Εταιρεία Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου για την καθοδήγησή τους.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η χειλεοσχιστία και η υπερωϊσχιστία είναι η τέταρτη πιο συχνή γεννητική ανωμαλία και η πιο συχνή συγγενής ανωμαλία του προσώπου. Ο επιπολασμός των σχιστιών συνήθως αναφέρεται ότι είναι μια σε κάθε 750 γεννήσεις (CleftPalateFoundation, 1999), παρόλο που αυτό ποικίλει ανάλογα με το φυλετικό υπόβαθρο. Αυτή η εκτίμηση δεν συμπεριλαμβάνει τον επιπολασμό της δισχιδούς σταφυλής, της υποβλεννογόνου υπερωϊοσχιστίας ή της συγγενούς υπερωϊκής ανεπάρκειας (Kummer, 2008). Μία σχιστία είναι ένα μη φυσιολογικό άνοιγμα ή μια σχισμή σε μια ανατομική δομή, η οποία φυσιολογικά είναι κλειστή (Kummer, 2008). Σύμφωνα με την βιβλιογραφία υπάρχουν διαφορετικές αναφορές για τον ορισμό της σχιστίας. Μία σχιστία του χείλους και/ή της υπερώας είναι μία συγγενής δυσμορφία, η οποία παρουσιάζεται στη μήτρα, κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης. Επειδή η σχιστία βρίσκεται σε μία διατάραξη της εμβρυολογικής ανάπτυξης, οι σχιστίες, χαρακτηριστικά, ακολουθούν τις φυσιολογικές εμβρυολογικές γραμμές σύμφυσης. Η παρεμβολή στην εμβρυολογική ανάπτυξη του μέσου του προσώπου και της στοματικής κοιλότητας συνδέεται, συχνά με δυσμορφίες στη μύτη, τα μάτια και άλλες δομές του προσώπου (Kummer, 2008). Οι σχιστίες ταξινομούνται στις μεμονωμένες ή μη συνδρομικές σχιστίες και στις συνδρομικές σχιστίες. Όταν άλλες συγγενείς ανωμαλίες παρουσιάζονται μαζί με χειλεοσχιστία και υπερωϊσχιστία, συνήθως, έχουν μια γενετική αιτιολογία και είναι μέρος ενός συνδρόμου πολλαπλών δυσμορφιών (Jones, 1988). Όσον αφορά την επιδημιολογία παγκοσμίως, οι σχιστίες χείλους και υπερώας σε συνδυασμό μεταξύ τους ή μεμονωμένες αναφέρονται 1 στις 700 γεννήσεις (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας [ΠΟΥ], 2001). Οι διεθνείς υπολογισμοί που μετρούνται σχετικά με χειλεοσχιστία με ή χωρίς υπερωϊσχιστία ευρύνονται από 7.94 έως 9.92 ανά 10,000 γεννήσεις (IPDTC, 2011/Tanaka, Mahabir, Jupiter, & Menezes, 2012).

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να ερευνηθεί ποιοι επαγγελματίες υγείας κατέχουν γνώσεις όσον αφορά τις σχιστίες, αν και κατά πόσο συχνά ασχολούνται με περιστατικά σχιστιών και τις συμβουλές που παρέχουν στους γονείς των παιδιών με σχιστίες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα που ακολουθεί αφορά τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας και τις συμβουλές που δίνουν στους γονείς για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη σίτιση τα παιδιά με σχιστίες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίου, όπου οι ερωτήσεις του απαντήθηκαν από τους ακόλουθους επαγγελματίες υγείας: Παιδιάτρους, Ωτορινολαρυγγολόγους, Νοσηλευτές, Λογοθεραπευτές και Εργοθεραπευτές.

Το πρώτο κεφάλαιο αφορά την γενετική των σχιστίων καθώς και τις επιπτώσεις τους στην δομή και την λειτουργία του μηχανισμού παραγωγής ομιλίας. Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει την αξιολόγηση των στοματικών δομών του προσώπου και της σίτισης, τις διαταραχές σίτισης και τις γενικές τροποποιήσεις για την διευκόλυνση της σίτισης. Στην συνέχεια ακολουθεί το τρίτο κεφάλαιο στο οποίο αναφέρονται οι ειδικοί που εμπλέκονται στην αξιολόγηση και την θεραπεία στα βρέφη με σχιστία.

Ακολουθεί η βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών σχετικών με τις επιπτώσεις των σχιστιών, τις τροποποιήσεις στη σίτιση και την ομαδική προσέγγιση. Η έρευνα συγκεντρώνεται στο πέμπτο κεφάλαιο το οποίο περιλαμβάνει τον σκοπό, την περιγραφή του ερωτηματολογίου, τον ερευνητικό σχεδιασμό, το δείγμα και την ποσοτική και ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Τέλος, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, οι παιδιάτροι, οι ωτορινολαρυγγολόγοι και οι λογοθεραπευτές είχαν περισσότερες γνώσεις και μεγαλύτερη ενασχόληση με περιστατικά σχιστιών ενώ οι νοσηλευτές και οι εργοθεραπευτές δεν είχαν σχεδόν καμία ενασχόληση με τέτοιου είδους περιστατικά.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ

Σχιστία χείλους υπερώας, επιπτώσεις, διαταραχές σίτισης, τροποποιήσεις σίτισης, ομαδική προσέγγιση

SUMMARY

The research that follows concerns the health professionals' knowledge and the advice they give to parents about the difficulties they face in feeding children with clefts. The survey was conducted through a questionnaire where the following questions were answered by the following health professionals: Pediatricians, Otolaryngologists, Nurses, Speech Therapists and Occupational Therapists.

The first chapter deals with clefts genetics and its implications for the structure and function of the speech production mechanism. The second chapter includes an assessment of the person's oral and alimentary structures, mentions feeding disorders and general changes to facilitate feeding. The third chapter is followed by the experts involved in the assessment and treatment of infants with cleft.

Below is a bibliographic review of research into the effects of clefts, food modifications and group approach. Research is concentrated in the fifth chapter, which includes the purpose, description of the questionnaire, research design, sample and quantitative and qualitative analysis of the results.

Finally, based on the results of the survey, pediatricians, otolaryngologists and speech therapists were more knowledgeable and more involved with clefts incidents, while nurses and occupational therapists had little to do with such incidents.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1.1 Ορισμοί Σχιστιών.....	8
1.2 Αιτιολογία των σχιστιών.....	8
1.3 Γενετική των σχιστιών.....	8
1.4 Ταξινόμηση των σχιστιών.....	9
1.5 Επιπτώσεις των σχιστιών.....	14
1.5.1 Επιπτώσεις στη δομή και τη λειτουργία λόγω σχιστίας στη Βασική υπερώα....	14
1.5.2 Επιπτώσεις στη δομή και τη λειτουργία λόγω σχιστίας στη Δευτερεύουσα Υπερώα.....	14
1.5.3 Επιπτώσεις στη δομή και τη λειτουργία λόγω Υποβλενογόνου υπερωϊοσχιστίας.....	15
1.5.4 Επιπτώσεις στην Αντήχηση και στην Υπερωοφαρυγγική λειτουργία.....	15
1.6 Επιπτώσεις στην Επικοινωνία.....	17
1.6.1 Γλωσσική Ανάπτυξη και μάθηση των παιδιών με σχιστίες.....	17
1.6.2 Επιδράσεις στην ανάπτυξη της ομιλίας.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	19
2.1 Διαταραχές Σίτισης.....	19
2.2 Φυσιολογία της βρεφικής σίτισης	19
2.2.1 Στοματική φάση της κατάποσης.....	19
2.2.2 Φαρυγγική φάση της κατάποσης.....	20
2.2.3 Οισοφαγική φάση της κατάποσης.....	20
2.3 Αξιολόγηση των στοματικών δομών του προσώπου.....	21
2.4 Αξιολόγηση Σίτισης.....	26
2.5 Εργαστηριακή αξιολόγηση.....	26
2.6 Κλινική αξιολόγηση της σίτισης.....	28
2.7 Ειδικοί προβληματισμοί με το βρέφος.....	30
2.8 Επιπτώσεις στη σίτιση λόγω σχιστιών.....	31
2.9 Ανάπτυξη σίτισης σε παιδιά με σχιστίες.....	33
2.10 Στοματική/Φαρυγγική/Λαρυγγική ανατομία του βρέφους.....	33
2.11 Χειρουργική αντιμετώπιση των σχιστιών.....	34
2.12 Γενικές τροποποιήσεις στη σίτιση.....	35
2.13 Τροποποιήσεις στο θέμα του μητρικού θηλασμού.....	35
2.14 Τροποποιημένα θήλαστρα.....	37
2.14.1 Ευκαμψία θηλάστρου.....	40
2.14.2 Σχήμα θηλάστρου.....	40
2.14.3 Μέγεθος θηλάστρου.....	40
2.15 Τύπος και μέγεθος οπής.....	41
2.16 Εύκαμπτα μιμπερό και τροποποιημένα θήλαστρα.....	41
2.17 Τεχνικές σίτισης.....	42
2.17.1 Μεμονωμένη χειλεοσχιστία.....	42
2.17.2 Μεμονωμένη υπερωϊοσχιστία.....	42
2.17.3 Χειλεοσχιστία και υπερωϊοσχιστία.....	43
2.18 Σίτιση μετά απο επιδιόρθωση χειλεοσχιστίας και υπερωϊοσχιστίας.....	44
2.19 Τεχνικές για την στοματο-κινητική διευκόλυνση.....	44
2.20 Σίτιση μεγαλύτερου βρέφους.....	49
2.21 Εκπαίδευση των γονέων στο θέμα της σίτισης.....	50
2.22 Οργανώσεις και κλινικές σίτισης για βρέφη-παιδιά με σχιστίες.....	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	51
3.1 Η ομαδική προσέγγιση στην αξιολόγηση και στην θεραπεία.....	51
3.2 Λειτουργία της ομάδας.....	55
3.3 Πλεονεκτήματα της ομαδικής προσέγγισης.....	56
3.4 Δυσκολίες της ομαδικής προσέγγισης.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	58
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	65
Μεθοδολογία.....	65
5.1 Σκοπός	65
5.2 Περιγραφή ερωτηματολογίου.....	65
5.3 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	67
5.4 Δείγμα.....	67
5.5 Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων.....	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	86
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	88
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ

Κατά τον πρώτο ορισμό, μια σχιστία είναι ένα μη φυσιολογικό άνοιγμα ή μια σχισμή σε μια ανατομική δομή, η οποία φυσιολογικά είναι κλειστή (Kummer, 2008). Κατά τον δεύτερο ορισμό μια σχιστία χείλους και/ή υπερώας, είναι μια από τις πιο συχνές κρανιοπροσωπικές συγγενείς δυσμορφίες, κατά μέσο όρο στις 1.27 ανά 1000 γεννήσεις (Katge, Dalvi, Shetty&Shetty, 2014).

1.2.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΧΙΣΤΙΩΝ

Η αιτιολογία των σχιστιών αφορά ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο, καθώς περιλαμβάνει γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στους γενετικούς περιλαμβάνονται τα πολλαπλά γονίδια, τα μονήρη μεταλλαγμένα γονίδια (FOXE1, GLI2, MSX2, SKI, SATB2, SPRY2), οι χρωμοσωματικές εκτοπίες και τα Σύνδρομα (PierreRobin, Apert, DiGeorge, Turner, VanderWoude, κλπ.).Επισημαίνεται εδώ ότι αν το μέλος που πάσχει είναι η μητέρα τότε η πιθανότητα να γεννηθεί κάποιο παιδί με ίδιο πρόβλημα ανέρχεται περίπου στο 14% (Κουδουμνάκης, 2008). Στους περιβαλλοντικούς κατατάσσονται η λήψη φαρμάκων (φαινοντοΐνη, διαζεπάμη, αμινοπτερίνη, στεροειδή), οι μολύνσεις της μητέρας κατά το 1^ο τρίμηνο της κύησης, η ανεπάρκεια φολικού οξέος, η λήψη αλκοόλ, το κάπνισμα και η έκθεση σε ακτινοβολία (Tsodoulos, Georgiou, Roberto&Lazaridis, 2006).

1.3.ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΩΝ ΣΧΙΣΤΙΩΝ

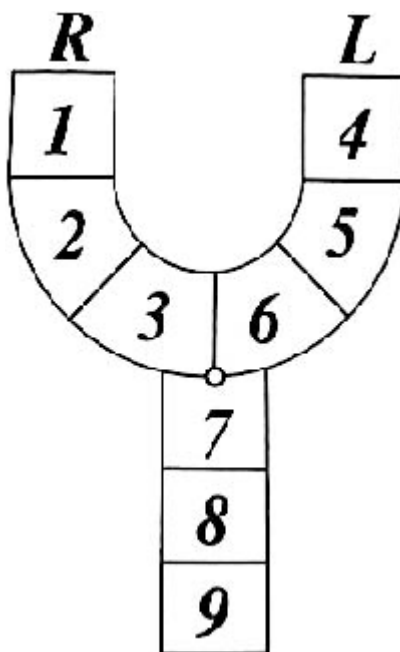
Πολλαπλές ανωμαλίες και σύνδρομα προκαλούνται λόγω χρωμοσωμικών, περιβαλλοντικών, πολυπαραγοντικών ή ιδιοπαθών καταστάσεων. Όσον αφορά τη δημιουργία των σχιστιών, πολλοί γενετιστές πιστεύουν ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (όπως η έκθεση της μητέρας σε υψηλές δόσεις ακτινοβολίας, κάπνισμα, φάρμακα που έχουν τερατογόνο δράση, ασθένειες, κακή διατροφή κλπ.). Η εμβρυολογική ανάπτυξη του προσώπου και της υπερώας εξαρτάται από τον σχηματισμό των κυττάρων του νευρικού φλοιού στο έμβρυο. Αυτά τα κύτταρα μεταναστεύουν με διαφορετικούς ρυθμούς για να σχηματίσουν τις δομές του κρανίου και του προσώπου. Εάν η μετανάστευση των κυττάρων του νευρικού φλοιού αποτύχει να πραγματοποιηθεί ή εάν καθυστερήσει, αυτό μπορεί να επηρεάσει τον σχηματισμό των δομών του προσώπου και να προκαλέσει σχιστίες ή άλλες κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες (Kummer, 2008). Μετά από μελέτες έχει αποδειχθεί ότι οι σχιστίες, είναι συχνές παθήσεις της κεφαλής και του τραχήλου, που εμφανίζουν διαταραχές στην νευροανάπτυξη και διάφορες δομικές διαταραχές. Δηλαδή σε περίπτωση μη καταστροφής του επιθηλίου που αφορίζει τις διάφορες αποφύσεις ή αποτυχίας του μεσεγγύματος να πολλαπλασιαστεί και να διεισδύσει για να γεφυρώσει το χώρο που υπάρχει μεταξύ δύο αποφύσεων που βρίσκονται η μια κοντά στην άλλη, δημιουργούνται χάσματα που είναι γνωστά ως σχιστίες. (Κουδουμνάκης, 2008/Groher&Crary, 2010).

Μια χειλεοσχιστία είναι το αποτέλεσμα μιας αποτυχίας των μερών του χείλους να ενωθούν μεταξύ τους, πρώιμα στην εμβρυϊκή ζωή. Η υπερωϊοσχιστία παρουσιάζεται, όταν τα μέρη της οροφής του στόματος δεν ενώνονται φυσιολογικά, κατά της διάρκεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης, αφήνοντας ένα μεγάλο άνοιγμα μεταξύ της

στοματικής και της ρινικής κοιλότητας. Οι σχιστίες μπορούν να ποικίλουν σε μήκος και πλάτος, ανάλογα με το βαθμό της σύντηξης των ξεχωριστών μερών. Αξίζει να αναφερθεί ότι, όταν υπάρχει μια χειλεοσχιστία και/ή υπερωϊοσχιστία, υπάρχουν όλες οι δομές αλλά δεν ενώνονται μεταξύ τους φυσιολογικά και οι δομές μπορεί να είναι υποπλαστικές ή υποανάπτυκτες κατά τον σχηματισμό τους. Μία σχιστία του χείλους και/ή της υπερώας είναι μία συγγενής δυσμορφία, η οποία παρουσιάζεται στη μήτρα, κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης (Kummer, 2008).

1.4.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΧΙΣΤΙΩΝ

Λόγω του ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι σχιστιών αλλά και με διαφορετικούς συνδυασμούς, προτάθηκαν πολλά συστήματα ταξινόμησης τους. Το σύστημα όμως το οποίο επικράτησε παγκόσμια, είναι αυτό που προτάθηκε από τους Kernahan και Stark (1958). Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, οι σχιστίες ταξινομούνται βάση της εμβρυολογικής ανάπτυξης με δύο βασικές κατηγορίες: (1) σχιστίες της βασικής υπερώας και (2) σχιστίες της δευτερεύουσας υπερώας, όπου το διαχωριστικό σημείο μεταξύ των δύο είναι το τομικό τμήμα. Οι δομές που περιλαμβάνει η βασική υπερώα είναι το φατνίο και το χείλος, δηλαδή δομές που βρίσκονται μπροστά από το τομικό τμήμα και συνενώνονται γύρω στην 7^η εβδομάδα κύησης. Οι σχιστίες της δευτερεύουσας υπερώας περιλαμβάνουν την σκληρή υπερώα και το υπερώιο ιστίο, δηλαδή δομές οι οποίες βρίσκονται πίσω από το τομικό τμήμα και συνενώνονται γύρω στην 9^η εβδομάδα κύησης. Κρίσιμη περίοδος γενικά στο έμβρυο θεωρείται η 6^η-9^η εβδομάδα κύησης, κατά την οποία ολοκληρώνεται και η διάπλαση της υπερώας. (Kummer, 2008/Κουδουμνάκης, 2008).



Το γραμμωτό Y του Kernahan για την ταξινόμηση των σχιστιών. Οι άνω βραχίονες του Y αναπαριστούν την βασική υπερώα και η βάση αναπαριστά την δευτερεύουσα υπερώα. Το σχήμα Y χωρίζεται σε τμήματα τα οποία αριθμούνται. Το πιο πρόσθιο τμήμα της βασικής υπερώας αντιπροσωπεύει το χείλος, το μεσαίο τμήμα αντιπροσωπεύει το φατνίο και το κατώτερο τμήμα αντιπροσωπεύει την περιοχή μεταξύ του φατνίου και του τομικού τμήματος. Η δευτερεύουσα υπερώα χωρίζεται επίσης σε τμήματα, τα οποία αντιπροσωπεύουν τις περιοχές του υπερώιου ιστίου και τις σκληρής υπερώας (Kummer, 2008).

Αξίζει όμως να αναφέρουμε ότι οι σχιστίες μπορούν να ταξινομηθούν και σε αυτές τις δύο κατηγορίες: 1) οι μεμονωμένες ή μη συνδρομικές σχιστίες, που είναι και η μεγαλύτερη ομάδα ατόμων με σχιστίες, αντιπροσωπεύουν περίπου το 70% του συνόλου με πιθανότερο τρόπο κληρονομικότητας τον πολυγονιδιακό ή πολυπαραγοντικό και 2) οι σχιστίες που αποτελούν μέρος ορισμένων συνδρόμων.

Με τον όρο "σύνδρομο", ονομάζουμε τον συνδυασμό πολλών ανωμαλιών που επαναλαμβάνονται κατά ένα σταθερό τρόπο και έχουν κοινό παθογενετικό μηχανισμό. Σε μερικά από αυτά τα σύνδρομα και εκτός των σχιστιών συνυπάρχουσες ανωμαλίες άλλοτε είναι περισσότερο εμφανείς (τρισωμίες) και άλλοτε λιγότερο. Σήμερα έχουν αναγνωριστεί περισσότερα από 300 σύνδρομα και το ποσοστό των ατόμων με σχιστίες που ανήκει σ' αυτή την κατηγορία κυμαίνεται από 40% μέχρι 60% λόγω της συνεχούς ανακάλυψης νέων συνδρόμων (Κουδουμνάκης, 2008).

Μερικά από τα σύνδρομα που σχετίζονται με χειλεοσχιστία με ή χωρίς υπερωϊοσχιστία είναι: το Σύνδρομο Opitz, Τρισωμία 13, το Σύνδρομο Wolf-Hirshhorn, η Ημιπροσωπική μικροσωμία, οι Αμνιακές ζώνες, η Διαβητική εμβρυοπάθεια, το σύνδρομο Εμβρυικού αλκοολισμού, ο σύνδεσμος CHARGE, το σύνδρομο Vander Woude, το σύνδρομο ιγνυακού πτερυγίου, και το Στοματο-προσωπικό-δαχτυλικό σύνδρομο Τύπου I (ΣΠΔ I). Τα σύνδρομα που σχετίζονται με υπερωϊοσχιστία είναι: το σύνδρομο Stickler, το Υπερωκαρδιοπροσωπικό σύνδρομο, το σύνδρομο Εμβρυικού αλκοολισμού, το σύνδρομο εμβρυικής υδαντοΐνης, το σύνδρομο Kabuki, το σύνδρομο Vander Woude, η Ημιπροσωπική μικροσωμία, ο σύνδεσμος CHARGE, το σύνδρομο Treacher Collins, η Διαβητική εμβρυοπάθεια και η Αλληλουγία PierreRobin.

Σχιστία Βασικής Υπερώας

Μια σχιστία της βασικής υπερώας μπορεί να είναι «πλήρης», που σημαίνει ότι εκτείνεται σε ολόκληρο το χείλος, το ρουθούνι και το φατνίο έως το τομικό τρήμα. Όταν χρησιμοποιείται ο όρος «πλήρης χειλεοσχιστία», αναφέρεται συχνά σε μια πλήρη σχιστία της βασικής υπερώας. Εάν η σχιστία δεν εκτείνεται το τομικό τρήμα, θεωρείται «ατελής». Μια ατελής χειλεοσχιστία μπορεί να είναι πολύ μικρή, όσο μια εντομή στο ερυθρό τμήμα του χείλους ή μπορεί να περιλαμβάνει ολόκληρο το χείλος, αλλά όχι το φατνίο. Επιπρόσθετα μια σχιστία της βασικής υπερώας μπορεί να είναι μονόπλευρη (στην δεξιά ή την αριστερή πλευρά) ή αμφίπλευρη (και στις δύο πλευρές). Αν η σχιστία είναι μονόπλευρη, εμφανίζεται πιο συχνά στην αριστερή πλευρά. Μελέτες δείχνουν ότι η συχνότητα της χειλεοσχιστίας με ή χωρίς υπερωϊοσχιστία είναι περίπου 1:1000 γεννήσεις. Στο 80% των περιπτώσεων είναι συνήθως μονόπλευρη και μόνο στο 20% είναι αμφίπλευρη (Kummer, 2008/Κουδουμνάκης, 2008).

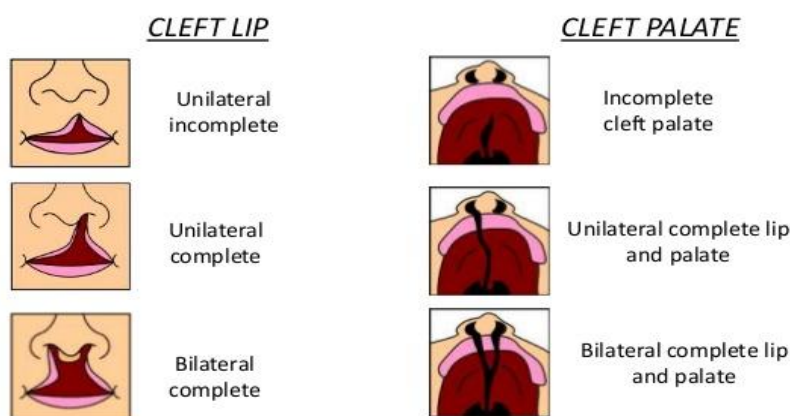
Σχιστία Δευτερεύουσας Υπερώας

Όπως με την χειλεοσχιστία, μια υπερωϊοσχιστία μπορεί να είναι πλήρης ή ατελής και να παρουσιαστεί με διάφορους βαθμούς σοβαρότητας. Μια ατελής υπερωϊοσχιστία μπορεί να είναι τόσο ελαφριά, όσο μια δισχιδής σταφυλή ή η σχιστία μπορεί να εκτείνεται περισσότερο μέσα στο υπερώιο ιστίο. Μια πλήρης σχιστία της δευτερεύουσας υπερώας περνά από την σταφυλή και το υπερώιο ιστίο και έπειτα ακολουθεί την μέση υπερωϊκή ραφή, διαμέσου της σκληρής υπερώας, καθ' όλο το μήκος προς το τομικό τρήμα. Μια υπερωϊοσχιστία μπορεί να παρουσιαστεί με ή χωρίς χειλεοσχιστία. Η μεμονωμένη υπερωϊοσχιστία (χωρίς ανάμειξη του χείλους) συνδέεται πιο συχνά με ένα σύνδρομο και έτσι με άλλες ανωμαλίες. Αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν ένα υπερωϊκό συρίγγιο ή μια οπή στην υπερώα μετά την επιδιόρθωση της υπερώας. Παρόλο που αυτό μπορεί να μοιάζει με μια μερική σχιστία, στην πραγματικότητα είναι μια διάνοιξη ή αποτυχία της

επιδιόρθωσης της σχιστίας. Το συρίγγιο μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε στην σκληρή υπερώα ή το υπερώιο ιστίο, αλλά πάντα θα εμφανίζεται κατά μήκος των εμβρυολογικών ή χειρουργικών ραφών. Η συχνότητα της μεμονωμένης υπερωϊοσχιστίας είναι 1:2000 γεννήσεις και στο σύνολο υπερέχουν τα αγόρια (Kummer, 2008/Κουδουμνάκης, 2008).

Μία χειλεοσχιστία δημιουργεί πιο σοβαρές αισθητικές ανησυχίες από ότι η υπερωϊοσχιστία, αλλά μία υπερωϊοσχιστία δημιουργεί πιο σοβαρές λειτουργικές διαταραχές, ιδιαίτερα διαταραχές ομιλίας. Τα άτομα τα οποία γεννιούνται με χειλεοσχιστία και υπερωϊοσχιστία, κινδυνεύουν να παρουσιάσουν αισθητικές διαταραχές και διαταραχές σίτισης, ομιλίας, αντήχησης και ακοής (Kummer, 2008).

TYPES OF CLEFT LIP AND PALATE



(Dr. Pratistha Singh, 2015-2016)

Υποβλεννογόνος Υπερωϊοσχιστία

Μια υποβλεννογόνος υπερωϊοσχιστία είναι μια συγγενής ανωμαλία, η οποία επηρεάζει την υποκειμενική δομή της υπερώας, ενώ ο βλεννογόνος της στοματικής επιφάνειας είναι άθικτος. Αυτή η ανωμαλία, συχνά αφορά τους μύες και την ρινική επιφάνεια του υπερώιου ιστίου. Ανάλογα με την έκταση της ανωμαλίας, μπορεί επίσης να περιλαμβάνει την οστέινη δομή της σκληρής υπερώας. Επομένως, μια υποβλεννογόνος υπερωϊοσχιστία μπορεί να ποικίλει σε σοβαρότητα, από μια δισχιδή σταφυλή έως μια πλήρη σχιστία κάτω από τον βλεννογόνο του στόματος, η οποία εκτείνεται έως την περιοχή του τομικού τρήματος. Όπως μια υπερωϊοσχιστία, μια υποβλεννογόνος υπερωϊοσχιστία παρουσιάζεται ως μέρος ενός γενικευμένου συνδρόμου πολλαπλών δυσμορφιών (Lewin, Croft & Shprintzen, 1980). Υπάρχουν δύο τύποι Υποβλεννογόνου Υπερωϊοσχιστίας: 1) Εμφανής Υποβλεννογόνος Σχιστία και 2) Αφανής Υποβλεννογόνος Σχιστία (Kummer, 2008).

Εμφανής Υποβλεννογόνος Σχιστία

Μια εμφανής υποβλεννογόνος υπερωϊοσχιστία είναι αυτή που μπορεί να διαπιστωθεί μέσω μια ενδοστοματικής εξέτασης. Η διάγνωση γίνεται μέσω παρατήρησης ενός ή περισσότερων από τα κλασσικά στίγματα, τα οποία περιλαμβάνουν δισχιδή σταφυλή, διαφανή ζώνη και εντομή στο οπίσθιο όριο της σκληρής υπερώας. Μια δισχιδής σταφυλή μπορεί να έχει δύο ευδιάκριτες, αιωρούμενες δομές, αντί ενός μόνο σκέλους ή μπορεί να εμφανιστεί ως μια δομή με μια γραμμή στην μέση. Κατά καιρούς, μια διαίρεση δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή, αλλά η σταφυλή θα εμφανιστεί υποπλαστική (μικρή και υπανάπτυκτη). Μια δισχιδής σταφυλή μπορεί να είναι μια μεμονωμένη ανωμαλία, χωρίς υποβλεννογόνο σχιστία του υπερώιου ιστίου και με φυσιολογική ομιλία. Ωστόσο, η παρατήρηση μιας δισχιδούς σταφυλής ή υποπλαστικής σταφυλής υποδεικνύει ότι η εμβρυολογική ανάπτυξη διαταράχθηκε σε κάποιο σημείο. Επομένως μια δισχιδής σταφυλή συχνά συνδέεται με μια υποβλεννογόνο υπερωϊοσχιστία, η οποία εκτείνεται μέσα στο υπερώιο ιστίο (ακόμα και μέσα στην σκληρή υπερώα) και μπορεί να επιφέρει υπερωοφαρυγγική ανεπάρκεια με υπερρινική ομιλία (Shprintzen et al., 1985). Επιπλέον σε μια δισχιδή σταφυλή, μια λεπτομερής εξέταση μπορεί να αποκαλύψει μια διαφανή ζώνη. Αυτή είναι μια γαλαζωπή περιοχή στο μέσο του υπερώιου ιστίου και είναι το αποτέλεσμα ενός πυκνού βλεννογόνου με μια έλλειψη φυσιολογικής, υποκείμενης μυϊκής μάζας. Το υπερώιο ιστίο μπορεί να έχει σχήμα ενός ανεστραμμένου "V" σε ακινησία, αλλά ιδιαίτερα κατά την φώνηση. Αυτό το σχήμα οφείλεται στην διάσταση (διαχωρισμό) του ζεύγους των ανελκτήρων μυών της υπερώας, με ανώμαλη πρόσφυση αυτών των μυών στο οπίσθιο όριο της σκληρής υπερώας, παρά στο μέσο του υπερώιου ιστίου. Με την φώνηση, αυτή η ανώμαλη μυϊκή πρόσφυση κάνει το υπερώιο ιστίο να φαίνεται σαν μια "σκινη προς τα πάνω", προς την σκληρή υπερώα. Η υποβλεννογόνος σχιστία μπορεί να εκτείνεται στην σκληρή υπερώα, καθ' όλο το μήκος έως το τομικό τμήμα. Όταν συμβαίνει αυτό, η ανωμαλία σχήματος "V" μπορεί να παρατηρηθεί κάτω από την επιφάνεια του βλεννοπεριόστεου. Ορισμένες φορές, η ανωμαλία δεν είναι τόσο ορατή και μπορεί να μοιάζει σαν μια μικρότερη ανωμαλία στο υπερώιο ιστίο. Μια ψηλάφηση της υπερώας μπορεί να αποκαλύψει μια ανωμαλία, η οποία δεν μπορεί να γίνει αντιληπτή μέσω της οπτικής εξέτασης. Ορισμένα άτομα παρουσιάζουν έναν συνδυασμό μιας εμφανούς σχιστίας και μιας υποβλεννογόνου σχιστίας. Αυτό μπορεί να εμφανιστεί ως μια δισχιδής σταφυλή με μια εμφανή σχιστία, η οποία εκτείνεται μέσα στο υπερώιο ιστίο και έπειτα, ως μια υποβλεννογόνος σχιστία η οποία εκτείνεται περαιτέρω προς τα εμπρός (Kummer, 2008).



(Ελληνικό Κρανιοπροσωπικό Κέντρο)

Αφανής Υποβλεννογόνος Σχιστία

Μια αφανής υποβλεννογόνος σχιστία είναι μια ανωμαλία στο υπερώιο ιστίο, η οποία δεν είναι εμφανής πάνω στην στοματική κοιλότητα. Πράγματι, μπορεί να γίνει αντιληπτή μόνο εξετάζοντας την ρινική επιφάνεια του υπερώιου ιστίου μέσω ρινοφαρυγγοσκόπησης. Επειδή η λέξη "αφανής" σημαίνει "κρυφή" ή "απαρατήρητη" αυτή η δυσμορφία έχει ονομαστεί εύστοχα. Η αφανής υποβλεννογόνος σχιστία δεν είναι εμβρυολογικά ή γενετικά διαφορετική από άλλες αποκλίσεις της υποβλεννογόνου σχιστίας. Αντίθετα, η αφανής υποβλεννογόνος σχιστία αντιπροσωπεύει ένα σημείο στο συνεχές των υποβλεννογόνων ανωμαλιών σχιστίας και υπερωϊοσχιστίας. Η διάγνωση προσανατολίζεται στην αφανή υποβλεννογόνο σχιστία, μόνο εάν ο ασθενής έχει υπερωοφαρυγγική ανεπάρκεια αγνώστου αιτιολογίας, ενώ δεν υπάρχει καμία εμφανής φυσική ανωμαλία του υπερώιου ιστίου. Με την βοήθεια της ρινοφαρυγγοσκόπησης (η οποία είναι μια ενδοσκοπική μέθοδος), μπορούν πλέον να προσδιοριστούν υπερωϊκές ανωμαλίες οι οποίες συχνά εμφανίζονται στην ρινική επιφάνεια μόνο και μπορούν να εξεταστούν μέσω βιντεοφθοροσκόπησης. Στην οπίσθια άκρη του υπερώιου ιστίου, υπάρχει μια μικρή εντομή και στην ρινική επιφάνεια υπάρχει ένα κοίλωμα, παρά μια στρογγυλή ογκώδης μάζα στο μυ της σταφυλής. Αυτά τα χαρακτηριστικά και η απουσία μιας ανωμαλίας στην στοματική επιφάνεια είναι χαρακτηριστικά μιας αφανούς υποβλεννογόνου σχιστίας. Τα περισσότερα άτομα με αφανή υποβλεννογόνο σχιστία έχουν τις ίδιες ανωμαλίες με τα άτομα που έχουν εμφανή υποβλεννογόνο σχιστία. Οι μύες της σταφυλής είτε είναι απόντες είτε είναι ανεπαρκείς και υπάρχει μια ανώμαλη πρόσφυση των μυών στην σκληρή υπερώα. Αυτό μπορεί συχνά να παρατηρηθεί μέσω ρινοφαρυγγοσκόπησης ως μια ανωμαλία, σχήματος V η οποία βρίσκεται στην μέση, με μια ισοπέδωση ή ένα κοίλωμα στην περιοχή του υπερωϊκού επάρματος.

Όσον αφορά τον επιπολασμό της Υποβλεννογόνου σχιστίας έχει βρεθεί ότι 1 στους 80 λευκούς ή περίπου 1,2% έχουν μια δισχιδή σταφυλή (Gorlin, Cervenka & Pruzansky, 1971). Να σημειώσουμε ότι τα παιδιά με δισχιδή σταφυλή συχνά έχουν πρόσθετα χαρακτηριστικά υποβλεννογόνου υπερωϊοσχιστίας, συμπεριλαμβανομένης

της υπερωοφαρυγγικής ανεπάρκειας και της υπερρινικής ομιλίας (Shprintzen et al., 1985). Παρόλο που μια εμφανής υποβλεννογόνος υπερωϊοσχιστία μπορεί να παρατηρηθεί στην γέννηση ή αμέσως μετά, ειδικά αν υπάρχουν δυσκολίες σίτισης, μια αφανής υποβλεννογόνος υπερωϊοσχιστία συνήθως δεν συγκαλύπτεται έως ότου το παιδί ξεκινήσει να μιλά και έχει ενδείξεις υπερρινικότητας. Ο επιπολασμός της υποβλεννογόνου υπερωϊοσχιστίας σε άτομα με σχιστίες της βασικής υπερώας έχει βρεθεί ότι είναι σημαντικά μεγαλύτερος από ότι ο επιπολασμός της υποβλεννογόνου υπερωϊοσχιστίας στον γενικό πληθυσμό. Λόγω αυτού του αυξημένου κινδύνου είναι σημαντικό, τα άτομα με χειλοσχιστία να εξετάζονται επιμελώς για υποβλεννογόνο σχιστία. Συνολικά είναι ασφαλές να πούμε ότι το 1/4-1/2 των ατόμων με υποβλεννογόνο σχιστία θα έχουν συναφή υπερωοφαρυγγική δυσλειτουργία. Από την άλλη πλευρά, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι τα περισσότερα άτομα με υποβλεννογόνο σχιστία θα έχουν φυσιολογική ομιλία (Kummer, 2008).

1.5.ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΧΙΣΤΙΩΝ

1.5.1.Επιπτώσεις στη δομή και στη λειτουργία λόγω σχιστίας στην Βασική υπερώα

Επειδή μια πλήρης σχιστία χείλους και φατνίου διασχίζει μέσω του κάτω-φλοιού του ρουθουνιού, υπάρχει μεγάλη περίπτωση να επηρεαστεί η μύτη. Δηλαδή μπορεί να φαίνεται πολύ πλατιά και επίπεδη, λόγω του διαχωρισμού του *κυκλοτερή στοματικού μυ*, ο οποίος περιβάλλει το στόμα και λειτουργεί για το κλείσιμο των χειλιών. Αυτός ο μυς όχι απλά διαχωρίζεται, αλλά δεν είναι ευθυγραμμισμένος και καμπυλώνει προς τα πάνω, κατά μήκος των άκρων του ερυθρού τμήματος του χείλους. Στην πραγματικότητα, όσο πιο πλατιά είναι η σχιστία τόσο πιο παραμορφωμένα θα είναι τα ρινικά χαρακτηριστικά. Κάτι άλλο το οποίο μπορεί να επηρεαστεί, είναι ο σχηματισμός του στυλίσκου της μύτης, ο οποίος θα μοιάζει αφύσικα κοντός. Επίσης οι σχιστίες της βασικής υπερώας, συχνά επιφέρουν δυσμορφίες της ρινικής κοιλότητας, οι οποίες τείνουν να μειώνουν τον ρινικό αεραγωγό. Ο αεραγωγός είναι μικρότερος σε άτομα με μονόπλευρη χειλοσχιστία και υπερωϊσχιστία και είναι μεγαλύτερος σε άτομα με αμφίπλευρες σχιστίες. Παρόλο που η μύτη συνεχίζει να μεγαλώνει με την ηλικία, παραμένει περίπου 30% μικρότερη με σχιστία, από ότι η μύτη χωρίς σχιστία. Η επιδιόρθωση του χείλους μπορεί επίσης να προκαλέσει ρινική απόφραξη, αν προκληθεί στένωση της ρινικής αίθουσας. Πράγματι η χειρουργική επιδιόρθωση των χειλικών, ρινικών, υπερωϊκών και φαρυγγικών δομών μπορεί να εμποδίσει την λειτουργία της αναπνοής αλλά και μη φυσιολογική αντήχηση. Μια πλήρης σχιστία της βασικής υπερώας, μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες στη σύγκλειση κατά την ανάπτυξη της οδοντοφυΐας και κατ' επέκταση συγκεκριμένα αρθρωτικά λάθη, ειδικά στους εμπρόσθιους ομιλητικούς ήχους (Kummer, 2008).

1.5.2.Επιπτώσεις στη δομή και τη λειτουργία λόγω σχιστίας στην Δευτερεύουσα υπερώα

Με την υπερωϊοσχιστία εκτός από τις ορατές ανωμαλίες, υπάρχουν και πρόσθετες ανατομικές ανωμαλίες. Εάν η υπερωϊοσχιστία πορεύεται εντελώς μέσω του υπερώιου ιστίου, η υπερωϊκή απονεύρωση δεν υπάρχει και ο προσανατολισμός των μυών μεταβάλλεται αναγκαστικά. Παρόλο που οι εκφύσεις των μυών είναι φυσιολογικές, οι προσφύσεις τους είναι ανώμαλες, λόγω της ανοιχτής σχιστίας. Επίσης εξαιτίας της σχιστίας οι ανελκκτήρες μύες της μαλακής υπερώας δεν μπορούν να συκληθούν στη

μέση. Αντίθετα, αυτό το ζεύγος μυών και οι υπερωοφαρυγγικοί μύες προσφύονται στο οπίσθιο όριο της σκληρής υπερώας με την σχιστία, με αποτέλεσμα αυτοί οι μύες, να καθίστανται ουσιαστικά μη λειτουργικοί. Ως αποτέλεσμα, το πρόσθιο 1/3 του υπερώου ιστίου περιέχει τις μυϊκές ίνες του ανελκτήρα μυ της μαλακής υπερώας και των υπερωοφαρυγγικών μυών. Η διάταξη των μυών αυτή αναφέρεται ως *μυϊκή σχιστία Veau*. Ένας στόχος της χειρουργικής για την υπερωϊοσχιστία, είναι να επιδιορθωθεί ο προσανατολισμός των μυών με σκοπό να επιτευχθεί η φυσιολογική λειτουργία. Αυτά τα άτομα όμως, έχουν μεγάλη μεταβλητότητα στο σημείο πρόσφυσης των μυών και στην μυϊκή μάζα. Έτσι η λειτουργία των μυών μετά το χειρουργείο μπορεί να είναι δύσκολο να προβλεφθεί. Επιπρόσθετα, το υπερώιο ιστίο μπορεί να είναι αφύσικα κοντό, λόγω απουσίας της απονεύρωσης και την υποπλασία των ανελκτῆρων μυών της μαλακής υπερώας. Εκτιμάται ότι περίπου το 20%-30% των ατόμων με ιστορικό υπερωϊοσχιστίας, μπορεί να έχουν υπερωοφαρυγγική δυσλειτουργία, λόγω φτωχής υπερωϊκής κινητικότητας είτε κοντού υπερώου ιστίου (Bardach, 1995). Η υπερωογαρυγγική δυσλειτουργία προκαλεί ατελή ομιλία και αντήχηση και μπορεί επίσης, να προκαλέσει ρινική αναρροή των υγρών, σε ορισμένες περιπτώσεις. Άτομα με ιστορικό υπερωϊοσχιστίας έχουν επίσης υψηλό κίνδυνο εμφάνισης μέσης ωτίτιδας και συναφούς βαρηκοΐας αγωγιμότητας και αυτό οφείλεται σε δυσλειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας, η οποία συνδέει το μεσαίο αυτί με το οπίσθιο τμήμα του φάρυγγα (Kummer, 2008).

1.5.3.Επιπτώσεις στη Δομή και τη Λειτουργία λόγω Υποβλεννογόνου υπερωϊοσχιστίας

Η επίπτωση μιας υποβλεννογόνου σχιστίας στη δομή και την λειτουργία είναι παρόμοια με αυτή μιας εμφανούς σχιστίας. Επίσης, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τύπο και την έκταση της ανωμαλίας. Οι ανωμαλίες στην μορφολογία του υπερώου ιστίου μπορούν ιδιαίτερα να επηρεάσουν την υπερωοφαρυγγική λειτουργία και επομένως την ομιλία. Αυτές οι ανωμαλίες μπορούν επίσης, να προκαλέσουν ρινική αναρροή με την κατάποση, ιδιαίτερα κατά το πρώτο έτος ζωής. Με την υποβλεννογόνο υπερωϊοσχιστία, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για πάθηση του μεσαίου αυτιού με βαρηκοΐα αγωγιμότητας λόγω ανωμαλιών του τείνων μυ της μαλακής υπερώας, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν δυσλειτουργία ευσταχιανής σάλπιγγας. Παρόλο που υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης δυσλειτουργίας της υπερωοφαρυγγικής βαλβίδας, πολλά άτομα με αυτή την ανωμαλία έχουν φυσιολογική ομιλία, φυσιολογική λειτουργία του μεσαίου αυτιού και δεν έχουν ιστορικό ρινικής αναρροής με την κατάποση. Επομένως, η απλή παρουσία μιας υποβλεννογόνου σχιστίας δεν πρέπει να μας ανησυχεί, εάν υπάρχει φυσιολογική ομιλία. Σημαντικό όμως είναι το άτομο και η οικογένεια να συμβουλευτεί σχετικά με την ανωμαλία, ότι δηλαδή υπάρχει κίνδυνος πρόκλησης υπερωοφαρυγγικής ανεπάρκειας και να γνωρίζουν σχετικά με τον γενετικό κίνδυνο για απογόνους με υπερωϊοσχιστία ή συναφή σύνδρομα (Kummer, 2008).

1.5.4.Επιπτώσεις στην Αντήχηση και στην Υπερωοφαρυγγική λειτουργία

Η αντήχηση, όπως σχετίζεται με τον προφορικό λόγο, είναι η τροποποίηση του ήχου, ο οποίος παράγεται από τον λάρυγγα μέσω επιλεκτικής ενίσχυσης συγκεκριμένων συχνοτήτων. Αυτό προσδιορίζεται από το μέγεθος και το σχήμα των κοιλοτήτων της φωνητικής οδού (φάρυγγας, στοματική κοιλότητα και ρινική κοιλότητα) και από την λειτουργία της υπερωοφαρυγγικής βαλβίδας. Επειδή ο λάρυγγας, ο φάρυγγας, η κάτω

γνάθος, η γλώσσα και το υπερώιο ιστίο ενώνονται όλα από αυτό το μυϊκό σύστημα, η κίνηση μιας από αυτές τις δομές μπορεί να προκαλέσει κίνηση και των άλλων (Huntington, 1968). Ως αποτέλεσμα, το ύψος του υπερώιου ιστίου και η διάταξη του φάρυγγα επηρεάζονται από την θέση της γλώσσας, κατά την παραγωγή διαφορετικών φωνημάτων της ομιλίας (Tom, Titze, Hoffman & Story, 2001).

Καθετί που μπορεί να αλλάξει το μήκος ή το σχήμα των αντηχητικών κοιλοτήτων, μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της φωνής. Αυτό περιλαμβάνει αλλαγές στον φάρυγγα, οι οποίες μπορεί να παρουσιαστούν λόγω επεμβάσεων φαρυγγοπλαστικής. Εάν ένας φαρυγγικός κρημνός ή σφικτήρας είναι πολύ χαμηλά στον φάρυγγα, για παράδειγμα αυτό μπορεί να μικρύνει αποτελεσματικά τον αντηχητικό αγωγό προκαλώντας μια ανεπιθύμητη αλλαγή στην αντήχηση. Η υπερωοφαρυγγική βαλβίδα είναι υπεύθυνη για την κατεύθυνση της ηχητικής ενέργειας και της ροής του αέρα από τον φάρυγγα στην στοματική κοιλότητα, για τους στοματικούς ήχους και στην ρινική κοιλότητα για τους ρινικούς ήχους.

Οτιδήποτε διαταράσσει την μετάδοση του ήχου στις κοιλότητες της φωνητικής οδού, θα προκαλέσει μη φυσιολογική αντήχηση. Η υπερωοφαρυγγική δυσλειτουργία (ΥΦΔ) αναφέρεται σε μια κατάσταση όπου η υπερωοφαρυγγική βαλβίδα δεν κλείνει σταθερά και εντελώς κατά την διάρκεια της παραγωγής στοματικών ήχων. Αυτός ο όρος χρησιμοποιείται επίσης, όταν η υπερωοφαρυγγική βαλβίδα δεν ανοίγει σταθερά και εντελώς κατά την παραγωγή ρινικών ήχων λόγω απραξίας. Ο όρος υπερωοφαρυγγική ανεπάρκεια (ΥΦΑ) χρησιμοποιείται σε αυτό το κεφάλαιο για να περιγραφεί μια ανατομική ή δομική ανωμαλία, η οποία αποτρέπει το επαρκές υπερωοφαρυγγικό κλείσιμο. Η ΥΦΑ είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος ΥΦΔ επειδή περιλαμβάνει ένα κοντό υπερώιο ιστίο, το οποίο είναι σύνηθες σε παιδιά με ιστορικό υπερωϊοσχιστίας, έπειτα από αποκατάσταση της υπερώας. Η ΥΦΑ χρησιμοποιείται για αναφορά σε μια νευροκινητική διαταραχή ή διαταραχή φυσιολογίας, η οποία επιφέρει την φτωχή κίνηση υπερωοφαρυγγικών δομών.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι διαταραχών αντήχησης λόγω αιτιών όπως υπερωοφαρυγγική δυσλειτουργία, στοματορινικό συρίγγιο ή παρεμπόδιση στην φωνητική οδό και αυτές οι διαταραχές είναι η Υπερρινικότητα η οποία είναι μια διαταραχή αντήχησης που παρουσιάζεται όταν υπάρχει μη φυσιολογικό μοίρασμα της ακουστικής ενέργειας στις στοματικές και ρινικές κοιλότητες κατά την διάρκεια της ομιλίας. Η υπερρινικότητα περιγράφεται συχνά ως πνιχτή ή χαρακτηριζόμενη από μουρμουρητό. Αυτό οφείλεται στην επίδραση της ηχητικής απορρόφησης καθώς ο ήχος διέρχεται από τις ρινικές κόγχες της ρινικής κοιλότητας. Είναι ιδιαίτερα αντιληπτή στα φωνήεντα, επειδή έχουν σχετικά μεγάλη διάρκεια και δεν αντικαθίστώνται συνήθως από μια διαφορετική τοποθέτηση. Το αίτιο της υπερρινικότητας είναι συνήθως η υπερωοφαρυγγική ανεπάρκεια αλλά μπορεί επίσης να οφείλεται σε ένα στοματορινικό συρίγγιο το οποίο είναι αρκετά μεγάλο. Άλλος τύπος διαταραχής της αντήχησης είναι η Υπορινικότητα και Μείωση ρινικότητας. Η υπορινικότητα παρουσιάζεται όταν υπάρχει μια μείωση στην φυσιολογική ρινική αντήχηση κατά τη διάρκεια της ομιλίας, λόγω μιας παρεμπόδισης στον ρινοφάρυγγα ή στην ρινική κοιλότητα. Το αντιληπτικό χαρακτηριστικό είναι ότι οι ξεχωριστοί ήχοι "φράζουν". Επειδή είναι αδύνατο να γνωρίζουμε εάν υπάρχει ολική παρεμπόδιση της ρινικής κοιλότητας μέσω μιας αντιληπτικής αξιολόγησης μόνο, πιο συχνά χρησιμοποιείται ο όρος υπορινικότητα. Το αίτιο της είναι σχεδόν πάντα η απόφραξη κάπου μέσα στον ρινοφάρυγγα ή στην ρινική κοιλότητα. Η υπορινικότητα είναι πολύ συνηθισμένη σε άτομα με ιστορικό υπερωϊοσχιστίας και μια αιτία για αυτό είναι ότι η ΥΦΑ επιδιορθώνεται συνήθως στην προσχολική ή την πρώιμη σχολική ηλικία, έτσι που η υπερρινικότητα δεν είναι πλέον παρούσα καθώς το άτομο μεγαλώνει. Άλλα

συνήθη αίτια είναι αποκλίνον διάφραγμα (ιδιαίτερα σε μονόπλευρες σχιστίες), στένωση ή ατρησία χοάνης, στενό ρουθούνι ή οπίσθια μετατόπιση άνω γνάθου η οποία περιορίζει τον χώρο του φάρυγγα και της ρινικής κοιλότητας. Η οπίσθια μετατόπιση άνω γνάθου με ανεπάρκεια στο μέσο του προσώπου είναι συνηθισμένη σε άτομα με ιστορικό χειλεοσχιστίας και υπερωϊοσχιστίας. Επιπλέον τύπος είναι η Αντήχηση Αδιεξόδου και όπως και η υπορινικότητα οφείλεται σε απόφραξη. Παρουσιάζεται όταν η μετάδοση της ακουστικής ενέργειας μπλοκάρεται και επομένως ο ήχος παγιδεύεται σε ένα αδιέξοδο χώρο με μόνο μια είσοδο και καμία έξοδο. Η ομιλία γίνεται αντιληπτή ως "πνιχτή" και έχει περιγραφεί σαν ομιλία "με μια πατάτα στο στόμα". Ένα αίτιο είναι οι πολύ μεγάλες αμυγδαλές, που εμποδίζουν την είσοδο στην στοματική κοιλότητα. Ως συνέπεια αυτής της παρεμπόδισης η ηχητική ενέργεια παγιδεύεται και η δόνηση πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο στον στοματοφάρυγγα. Η ηχητική ποιότητα είναι χαμηλής έντασης και "πνιχτή" επειδή ένα μέρος απορροφάται από τους φάρυγγικούς ιστούς. Η αντήχηση αδιεξόδου είναι συνηθισμένη σε παιδιά με ιστορικό υπερωϊοσχιστίας, επειδή μπορεί να οφείλεται σε ένα συνδυασμό ΥΦΑ και παρεμπόδισης της ρινικής κοιλότητας. Τελευταίος τύπος διαταραχής αντήχησης είναι η Μικτή Αντήχηση και είναι ένας συνδυασμός οποιουδήποτε από τους προαναφερθείς τύπους αντήχησης. Παρόλο που η υπερρινικότητα και η υπορινικότητα δεν μπορούν να εμφανιστούν ταυτόχρονα, μπορούν όμως να παρουσιαστούν σε διαφορετικές χρονικές περιόδους στην ομιλία του ίδιου ατόμου. Η μικτή αντήχηση είναι συνηθισμένη σε άτομα με απραξία, λόγω του ακατάλληλου συγχρονισμού της ανοδικής κίνησης του υπερώιου ιστίου για τους ρινικούς ήχους και της καθοδικής κίνησης του υπερώιου ιστίου για τους στοματικούς ήχους (Kummer, 2008).

1.6.ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

1.6.1.Γλωσσική Ανάπτυξη και Μάθηση των παιδιών με σχιστίες

Είναι λογικό ότι μια φυσική ανωμαλία που επηρεάζει τα όργανα του στόματος και του προσώπου, είναι δυνατό να έχει αντίκτυπο στην ανάπτυξη των γλωσσικών - αρθρωτικών ικανοτήτων του παιδιού. Αυτό συμβαίνει γιατί τα χείλη, τα δόντια, η άνω γνάθος, η γλώσσα, η σκληρή και μαλακή υπερώα, η σταφυλή, ο φάρυγγας και η μύτη είναι τα όργανα με τα οποία ο άνθρωπος παράγει τους διάφορους ήχους (δηλαδή τα σύμφωνα και τα φωνήεντα), χρησιμοποιώντας τον αέρα που ξεκινά από τους πνεύμονες, ο οποίος περνάει από τις φωνητικές χορδές και μέσω του φάρυγγα διοχετεύεται είτε στην ρινική κοιλότητα για την παραγωγή του /m/ και /n/ είτε στην στοματική κοιλότητα για την παραγωγή των υπόλοιπων ήχων (Κουδουμνάκης, 2008). Πολλές έρευνες καταλήγουν στο γενικό μήνυμα πώς, όταν υπάρχει ιστορικό σχιστίας μπορεί να υπάρξουν καθυστερήσεις στην πρώιμη γλωσσική ανάπτυξη, ιδιαίτερα στον εκφραστικό λόγο, επειδή εξαρτάται από την παραγωγή ομιλίας (Fox, Lynch&Brookshire, 1978/Kapp-Simon&Krueckeberg, 2004/Speltzetal, 2000/Starr, Chinski, Canter&Meier, 1977/ Broen, Devers, Doyle, Prouty&Moller, 1998/Estes&Morris, 170/ Lamb, Wilson&Leeper, 1973/Ruess, 1965/Wirls, 1971/Leeper, Pannbacker&Roginski, 1980/McWilliams&Matthews, 1979/Long&Dalston, 1983/Pamplona&Ysunza, 2000)Kummer, 2008/Buescher&Paynter, 1973/Saxman&Bless, 1973/Horn, 1972/Morris, 1962/Smith&McWilliams, 1968/Spiestersbach, Darley&Morris, 1958/Whitcomb, Ochsner&Wayte, 1976). Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις αυτές οι καθυστερήσεις φαίνεται να εξαφανίζονται με το πέρασμα του χρόνου [(Musgrave,

McWilliams&Matthews, 1975/Shames&Rubin, 1979/Zimerman&Canfield, 1968) Kummer, 2008]. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αποκατάσταση της υπερωϊσχιστίας, την θεραπεία της πάθησης του μεσαίου αυτιού, η οποία μπορεί να προκαλέσει βαρηκοΐα, και/ή την επιδιόρθωση των διαταραχών άρθρωσης και αντήχησης, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν τον εκφραστικό λόγο (Kummer, 2008).

Αξίζει να σημειωθούν οι τέσσερις τομείς γλωσσικής ανάπτυξης που πιθανώς να επηρεαστούν από την βαρηκοΐα: 1) Φωνολογία (απαλοιφή των συμφώνων στο τέλος των λέξεων, απαλοιφή των συλλαβών μέσα στη λέξη, οπισθοποίηση των πρόσθιων συμφώνων), 2) Σημασιολογία (περιορισμένη κατανόηση εννοιών του καθημερινού λεξιλογίου), 3) Σύνταξη (περιορισμένη έκταση της πρότασης, ακατάλληλη δομή των προτάσεων και απαλοιφές λέξεων που συνδέουν τις προτάσεις μεταξύ τους), 4) Μορφολογία (περιορισμένη χρήση καταλήξεων) (Κουδουμνάκης, 2008).

1.6.2.Επιδράσεις στην ανάπτυξη της ομιλίας

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν πως στα πρώτα ψελλίσματα των παιδιών παρατηρείται καθυστερημένη ανάπτυξη και τάση για άρθρωση προς τα πίσω (Grunwell&Russell, 1987). Όσον αφορά την φωνητική απόκλιση, υπάρχει γενική συμφωνία ότι τα σύμφωνα, ήχοι που βρίσκονται περισσότερο σε κίνδυνο βρίσκονται στις εξής ομάδες: Στιγμαϊά (p, t, d, g, b, k), Εξακολουθητικά (f, θ, δ, v, s, z, x, γ), Προστριβόμενα (ts, tz), ενώ αυτά στην έρρινη (m, n) και υγρή (l, r) ομάδα να παραμένουν αναλλοίωτα. Τα φωνήεντα δεν θεωρούνται ότι βρίσκονται σε κίνδυνο παρά μόνο για συνοδευτική έρρινη αντήχηση (McWilliams, 1984). Επίσης, παρατηρείται μια οπισθοποίηση της αρθρωτικής διαδικασίας η οποία γίνεται αντιληπτή με την ακατάλληλη χρήση υπερωϊκών και γλωττιδικών ήχων π.χ. /s/ σε /x/, /k/ σε /ʔ/ (Κουδουμνάκης, 2008). Ένα άλλο χαρακτηριστικό το οποίο μπορεί να οφείλεται σε κακή οδοντοφυΐα ή κακή σύγκλιση των δοντιών, είναι η ουρανικοποίηση των εξακολουθητικών και συνεχόμενων ήχων π.χ. νερό σε νεγιό. Επιπρόσθετα μπορεί να παρουσιαστεί έρρινη προφορά συγκεκριμένων φωνημάτων(Κουδουμνάκης, 2008). Τέλος διάφοροι τύποι φαρυγγο-υπερωϊκής ανεπάρκειας θεωρούνται ότι επηρεάζουν την ομιλία (Croft, 1978). Ο όρος φαρυγγο-υπερωϊκή ανεπάρκεια χρησιμοποιείται για να δηλώσει κάποιο βαθμό ατελούς φαρυγγο-υπερωϊκής λειτουργίας κατά την ομιλία, όπου το ατελές κλείσιμο της ρινικής κοιλότητας έχει ως αποτέλεσμα η ομιλία να παράγεται από την μύτη και ο λόγος να ακούγεται έρρινος. Όσον αφορά την αποκατάσταση αυτής της ομιλίας γίνεται υπό την μορφή φαρυγγοπλαστικής επέμβασης. Η φαρυγγοπλαστική αποβλέπει στο να αλλάξει το σχήμα του φάρυγγα έτσι ώστε να επιτευχθεί φαρυγγο-υπερωϊκό κλείσιμο που θα εμποδίζει τον αέρα να βγαίνει από την μύτη και την ομιλία να ακούγεται έρρινη [(Grunwell, 1990) Κουδουμνάκης, 2008].

Το πόσο γρήγορα μπορούν τα παιδιά με επιδιορθωμένες σχιστίες να κατακτήσουν τους ομιλητικούς ήχους και να "προφτάσουν" τους μη επηρεασμένους συνομήλικους, έπειτα από την αποκατάσταση της υπερώας, έχει υπάρξει το αντικείμενο αρκετών ερευνητών. Ένας παράγοντας, ο οποίος μπορεί να επηρεάσει την κατάκτηση των αρθρωτικών δεξιοτήτων είναι η ηλικία, στην οποία αποκαθίσταται η υπερώα. Πολλοί συγγραφείς έχουν αναφέρει ότι τα παιδιά, τα οποία υποβάλλονται σε αποκατάσταση της υπερώας σε πρώιμη ηλικία, παρουσιάζουν καλύτερη ομιλία από ότι τα παιδιά τα οποία υποβάλλονται αργότερα (Dorf&Curtin, 1990/Grobbelaar, Hudson, Fernandes&Lentin, 1995/McWilliams et al., 1990/O'Gara&Logemann, 1988/PetersonFalzone, 1996). Ένας άλλος παράγοντας είναι η τακτική ωτολογική

φροντίδα, η οποία μπορεί να αποτρέψει το έλλειμμα ακοής και να βοηθήσει στην μετρίαση του κινδύνου για καθυστερημένη ανάπτυξη ομιλίας. Μέσω πρώιμης παρέμβασης οι λογοπαθολόγοι μπορούν να μειώσουν, σε μεγάλο βαθμό τις επιπτώσεις της σχιστίας στις αναπτυσσόμενες επικοινωνιακές δεξιότητες. Η ομιλητική (και γλωσσική) διέγερση σε αυτή την ηλικία, συχνά πραγματοποιείται καλύτερα, εκπαιδεύοντας τους γονείς να την κάνουν στο σπίτι. Συνήθως, μόλις αποκατασταθεί η υπερώα, τα περισσότερα παιδιά θα έχουν επαρκή δομή για παραγωγή ομιλητικών ήχων (Kummer, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Η σίτιση είναι μια από τις πιο άμεσες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι γονείς, έπειτα από την γέννηση του μωρού τους, το οποίο έχει μια χειλοσχιστία/υπερωϊοσχιστία ή κρανιοπροσωπική ανωμαλία. Ένα άνοιγμα στην υπερώα μπορεί να έχει μια πολύ σοβαρή επίδραση στην στοματο-κινητική μηχανική, ειδικότερα όσον αφορά την ικανότητα δημιουργίας ενδοστοματικής πίεσης, η οποία είναι απαραίτητη για τον αποτελεσματικό θηλασμό κατά την σίτιση του βρέφους. Επιπλέον, μπορεί να υπάρξει δυσκολία με την προστασία του αεραγωγού κατά την κατάποση και αυτό μπορεί να έχει σοβαρές επιπλοκές για την αναπνευστική υγεία το βρέφους. Οι συνέπειες της χρόνιας εισρόφησης κατά την σίτιση περιλαμβάνουν επανεμφανιζόμενες αναπνευστικές ασθένειες, πνευμονία και πνευμονική βλάβη (Arvedson&Brodsky, 2002). Τέλος, η απογοήτευση των γονέων, ως αποτέλεσμα της δυσκολίας στην σίτιση του βρέφους, μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών μεταξύ γονέα-βρέφους (Johansson & Ringsberg, 2004).

2.2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Η διαδικασία της σίτισης εξαρτάται από τον ομαλό συγχρονισμό του θηλασμού, της κατάποσης και της αναπνοής. Ο θηλασμός και η κατάποση πραγματοποιούνται σε φάσεις, οι οποίες γενικά, περιγράφονται ως στοματικά, φαρυγγικά και οισοφαγικά στάδια της κατάποσης.

2.2.1.Στοματική φάση της κατάποσης

Η στοματική φάση της κατάποσης στα βρέφη αποτελείται από ρυθμικό θηλασμό, κατά την διάρκεια του οποίου οι στοματικές δομές συνεργάζονται για να σταθεροποιήσουν την θηλή/θήλαστρο, να δημιουργήσουν διαβαθμίσεις για ροή υγρών και να ελέγξουν τον βλωμό, πριν την έναρξη της κατάποσης. Το αντανακλαστικό θηλασμού ξεκινά, καθώς η γλώσσα ανυψώνεται για να συμπίεσει την θηλή/θήλαστρο προς το φαρυγγικό έπαρμα και την σκληρή υπερώα. Η συμπίεση της θηλής/θήλαστρου προς αυτή την οστέινη δομή δημιουργεί θετική πίεση μέσα στην θηλή/θήλαστρο και προκαλεί την απελευθέρωση μιας μικρής ποσότητας υγρού. Το βρέφος, έπειτα, ξεκινά τον θηλασμό: μια ρυθμική κίνηση της γλώσσας προς τα εμπρός και προς τα πίσω. Η γλώσσα κοιλάει γύρω από την θηλή/θήλαστρο και ένα κοίλωμα στο μέσο της γλώσσας σχηματίζει μια αύλακα. Καθώς η γλώσσα κινείται προς τα πίσω κατά την διάρκεια του θηλασμού, η σιαγόνα του βρέφους πέφτει,

μεγαλώνοντας έτσι τον χώρο στην στοματική κοιλότητα. Αυτή η ενέργεια δημιουργεί αρνητική πίεση, επιφέροντας απομύζηση και έκθλιψη υγρού από την θηλή/θήλαστρο μέσα στη στοματική κοιλότητα του βρέφους. Επομένως, η συμπίεση της θηλής/θηλάστρου και η παραγωγή αρνητικής πίεσης για την απομύζηση είναι βασικές για την φυσιολογική σίτιση (Kummer, 2008).

Για να επιτευχθεί η συμπίεση της θηλής/θηλάστρου, η υπερώα πρέπει να είναι ανέπαφη στην περιοχή της θηλής/θηλάστρου. Για να επιτευχθεί απομύζηση στην στοματική κοιλότητα, πρέπει να υπάρχει επαρκές κλείσιμο χειλιών γύρω από την θηλή/θήλαστρο και η στοματική κοιλότητα πρέπει να κλείνει προς τα πίσω, με το οπίσθιο μέρος της γλώσσας να ακουμπά πάνω στην μαλακή υπερώα. Η σκληρή υπερώα, και σε κάποιο βαθμό η μαλακή υπερώα, εξυπηρετούν στο φράξιμο της μύτης από το στόμα κατά την διάρκεια της σίτισης. Οποιοδήποτε άνοιγμα σε αυτή την κοιλότητα μπορεί να μειώσει ή να εξαλείψει την ικανότητα να δημιουργηθεί αρνητική πίεση για την απομύζηση (Kummer, 2008).

2.2.2.Φαρυγγική φάση της κατάποσης

Η φαρυγγική φάση της κατάποσης ξεκινά μόλις ο βλωμός υγρού διοχετεύεται από την γλώσσα στον φάρυγγα. Επειδή ο φάρυγγας εξυπηρετεί ως ένας αγωγός για την τροφή, καθώς και για τον αναπνεόμενο αέρα, ο ακριβής συντονισμός αναπνοής, απομύζησης και κατάποσης είναι απαραίτητος κατά την διάρκεια της φαρυγγικής φάσης της κατάποσης (Kummer, 2008).

Όταν το υγρό φτάνει στο πίσω μέρος της στοματικής κοιλότητας, το οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα, το υπερώιο ιστίο και η βάση της γλώσσας συνεργάζονται, για να παρέχουν την κινητήρια δύναμη για την μεταφορά του βλωμού διαμέσου του φάρυγγα. Το υπερώιο ιστίο ανυψώνεται και η υπερωοφαρυγγική βαλβίδα κλείνει εντελώς, για να φράξει την ρινική κοιλότητα από την στοματική κοιλότητα. Η βάση της γλώσσας κινείται προς τα πίσω, καθώς δημιουργείται αρνητική πίεση στον φάρυγγα (Newman,Cleveland, Blickman, Hillman&Jaramillo, 1991). Καθ' όλη την διάρκεια της ενέργειας της απομύζησης, το βρέφος συνεχίζει να διατηρεί την ρινική αναπνοή. Για να διευκολυνθεί αυτό, η επιγλωττίδα παίρνει θέση γύρω από το πίσω μέρος του υπερώιου ιστίου, το οποίο κρατά ανοιχτό τον φάρυγγα. Ωστόσο, την στιγμή της έναρξης της κατάποσης, η αναπνοή διακόπτεται, καθώς ο λάρυγγας κλείνει μέσω της προσαγωγής των ψευδών και αληθών φωνητικών χορδών, της κίνησης προς τα εμπρός και προς την μέση των αρυταινοειδών και της επακόλουθης αναστροφής της επιγλωττίδας (Koenig, Davies&Thach, 1990./Mathew, 1991). Πρόσθετη αναπνευστική προσπάθεια χρειάζεται για την υποστήριξη της σίτισης. Το φυσιολογικό βρέφος είναι ικανό να αντέξει τον μειωμένο αερισμό, κατά την διάρκεια της σίτισης. Ωστόσο, αυτό μπορεί να μην ισχύει σε βρέφη, τα οποία παρουσιάζουν οριακό αναπνευστικό απόθεμα (Glass&Wolf, 1999/ Mathew, 1988b/Mathew, Clark, Pronske, Luna-Solarzano&Peterson, 1985).

2.2.3.Οισοφαγική φάση της κατάποσης

Ο βλωμός κινείται διαμέσου του φάρυγγα και μέσα στον οισοφάγο, όπου ξεκινά η οισοφαγική φάση της κατάποσης. Το άνω τμήμα του οισοφάγου, συνήθως αναφέρεται ως *άνω οισοφαγικός σφιγκτήρας* (ΑΟΣ), όπου φυσιολογικά είναι κλειστός, αλλά ταλαντώνεται και ανοίγει, καθώς ο βλωμός ταξιδεύει διαμέσου του υποφάρυγγα και μέσα στον οισοφάγο. Ο *κάτω οισοφαγικός σφιγκτήρας* (ΚΟΣ) χαλαρώνει, για να επιτρέψει την είσοδο του βλωμού στο στομάχι. Έπειτα από την

πραγματοποίηση κάθε κατάποσης, το υπερώιο ιστίο πέφτει προς τα κάτω στην βάση της γλώσσας και μπροστά από την επιγλωττίδα, η γλώσσα επιστρέφει σε μια εμπρόσθια θέση, η απομύζηση και η αναπνοή ξεκινούν πάλι και ο άνω και κάτω οισοφαγικός σφιγκτήρας διατηρούν μια κλειστή θέση (Kummer, 2008).

Ο συντονισμός της απομύζησης και της κατάποσης με την αναπνοή είναι συγχρονισμός με ακρίβεια, για την αποτροπή της εισρόφησης (είσοδος υλικού στον αεραγωγό). Η αναλογία απομύζηση-κατάποση-αναπνοή κατά την διάρκεια της σίτισης με μπιμπερό, γενικά, θεωρείται ότι είναι 1:1:1 ή 2:1:1. Ορισμένες αποκλίσεις σε αυτό το πρότυπο συμβαίνουν, κατά την αρχική, γρήγορη φάση απομύζησης, που περιγράφεται, γενικά, ως τα πρώτα δύο έως τρία λεπτά σίτισης, εν συγκρίσει με τους χαμηλότερους ρυθμούς απομύζησης, οι οποίοι υπάρχουν κατά την διάρκεια της επακόλουθης φάσης διαλείπουσας απομύζησης (Bu'Lock, Woolridge&Baum, 1990/Mathew, 1991/Wolf&Glass, 1992).

2.3.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Για την αξιολόγηση της δομής και της λειτουργίας του στοματοπροσωπικού μηχανισμού χρησιμοποιείται η αξιολόγηση παρά την κλίνη η οποία περιλαμβάνει την στοματοπροσωπική εξέταση. Για την αξιολόγηση της σίτισης χρησιμοποιείται η εργαστηριακή αξιολόγηση που περιλαμβάνει την Βιντεοακτινοσκοπική μελέτη της κατάποσης και την Βιντεοενδοσκοπική εκτίμηση της κατάποσης (VESS).

Μια στοματοπροσωπική εξέταση (ορισμένες φορές, ονομάζεται στοματό-περιφερική εξέταση ή περιστοματική εξέταση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των στοματικών δομών και άλλων δομών του προσώπου, οι οποίες μπορεί να σχετίζονται με την ομιλία. Μια ενδοστοματική εξέταση (ορισμένες φορές, ονομάζεται εξέταση στοματικού μηχανισμού) είναι μέρος μιας πλήρους στοματό-προσωπικής εξέτασης. Μια πλήρης στοματό-προσωπική εξέταση θα πρέπει, πάντα, να πραγματοποιείται ως μέρος μιας αξιολόγησης της ομιλίας ή της αντήχησης, ιδιαίτερα εάν το παιδί έχει ιστορικό σχιστίας ή κρανιοπροσωπικής ανωμαλίας (Kummer, 2008).

Για την διεξαγωγή μιας ενδοστοματικής αξιολόγησης, ο εξεταστής θα πρέπει να γνωρίζει, ωστόσο, ότι δεν μπορεί να αποφανθεί σχετικά με την υπερωοφαρυγγική λειτουργία, βασιζόμενος στην ενδοστοματική αξιολόγηση (Smith&Guyette, 2004). Το υπερωοφαρυγγικό κλείσιμο πραγματοποιείται πίσω από το υπερώιο ιστίο, συνήθως στο επίπεδο της σκληρής υπερώας. Επομένως, είναι αρκετά πάνω από το επίπεδο, το οποίο βλέπουμε μέσω της στοματικής κοιλότητας. Επιπλέον, ο εξεταστής δεν μπορεί να δει το σημείο της μέγιστης κίνησης του πλευρικού φαρυγγικού τοιχώματος από μια ενδοστοματική διάσταση. Στην πραγματικότητα, στο στοματικό επίπεδο, τα πλευρικά φαρυγγικά τοιχώματα, μπορεί, πράγματι, να φαίνεται σαν να κυρτώνουν προς τα έξω, κατά την φώνηση. Τέλος, η υπερωοφαρυγγική λειτουργία δεν μπορεί να κριθεί κατά την διάρκεια ενός παρατεταμένου φωνήεντος, όπως το "α". Αντίθετα, η λειτουργία του υπερωοφαρυγγικού μηχανισμού πρέπει να αξιολογηθεί, βάση της κίνησης και του κλεισίματος κατά τη διάρκεια της συνδυαστικής ομιλίας. Παρά αυτούς τους περιορισμούς, ο εξεταστής μπορεί να αξιολογήσει όλες τις στοματικές δομές, οι οποίες μπορούν να περιορίσουν την παραγωγή ομιλίας και αντήχησης, συμπεριλαμβανομένης της κατάστασης της χειλικής επάρκειας, της οδοντικής σύγκλεισης, της σκληρής υπερώας, της στοματικής επιφάνειας του υπερώιου ιστίου, της σταφυλής, των αμυγδαλών και της γλώσσας. Επομένως, μια ενδοστοματική αξιολόγηση μπορεί να επιφέρει πολύτιμες πληροφορίες, οι οποίες

έχουν επίπτωση στις συνολικές εντυπώσεις και συστάσεις του εξεταστή από την αξιολόγηση (Kummer, 2008).

Εργαλεία για την στοματοπροσωπική εξέταση

Μια ενδοστοματική εξέταση μπορεί, συχνά, να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά χωρίς την ανάγκη οποιουδήποτε οργάνου. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα όργανα, τα οποία είναι πολύ χρήσιμα και θα πρέπει να είναι διαθέσιμα για στοματικές εξετάσεις. Τα εργαλεία για μια ενδοστοματική εξέταση περιλαμβάνουν *τα γάντια* για την προστασία του ασθενή και του εξεταστή, *τον φακό* για φωτισμό της στοματικής κοιλότητας, *τα γλωσσοπίεστρα* που βοηθούν στη συγκράτηση της γλώσσας προς τα κάτω (όταν είναι απαραίτητο), με σκοπό να παρατηρηθεί το υπερώιο ιστίο και η σταφυλή, και τοποθετούνται επίσης μεταξύ των παρειακών αυλακών, για την παρατήρηση της οδοντοφυΐας, *τον οδοντιατρικό καθρέπτη* που χρησιμοποιείται όπως το γλωσσοπίεστρο, για την συγκράτηση της γλώσσας προς τα κάτω καθώς και για την εξέταση του φάρυγγα ή για την προσεκτική εξέταση της υπερώας για συρίγγιο. *Ακόμη, βαμβάκι ή μαντιλάκι με οινόπνευμα* για τον καθαρισμό μολυσμένων οργάνων ή μολυσμένου εξοπλισμού (Kummer, 2008).

Η τοποθέτηση του ασθενή είναι κάτι το οποίο πρέπει, επίσης, να ληφθεί υπόψη, όταν πραγματοποιείται μια ενδοστοματική εξέταση. Το κεφάλι του ασθενή θα πρέπει να έχει μια ελαφρά κλίση προς τα πίσω, έτσι που να μπορεί ο ασθενής να βλέπει απευθείας στο πίσω μέρος, τον φάρυγγα. Το επίπεδο των ματιών του εξεταστή θα πρέπει να είναι στο επίπεδο της στοματικής κοιλότητας του ασθενή. Εάν ο ασθενής είναι ένα βρέφος ή πολύ μικρής ηλικίας, ορισμένες φορές, είναι χρήσιμο να ζητήσουμε από τον γονέα ή τον φροντιστή, να κρατήσει το παιδί σε μια ύπτια θέση, με το κεφάλι ελαφρά χαμηλότερα από το υπόλοιπο σώμα. Αυτό παρέχει στον εξεταστή μια καλή άποψη από πάνω. Επιπλέον, συνήθως, θα προάγει μια στάση ανοιχτού στόματος, αλλά επειδή η γλώσσα μπορεί να πέσει προς τα πίσω, μέσα στον φάρυγγα, θα χρειαστεί η χρήση ενός γλωσσοπίεστρου. Σε σπάνιες περιπτώσεις, όταν χρειάζεται μια εξέταση και ο/η ασθενής αρνείται να ανοίξει το στόμα του/της, ο εξεταστής θα πρέπει να τοποθετήσει το γλωσσοπίεστρο μεταξύ των άνω και κάτω κοπτήρων και να ασκήσει σταθερή πίεση. Οι μύες, που κλείνουν το στόμα, είναι ισχυροί, αλλά κουράζονται γρήγορα, έτσι που η συνεχής και σταθερή πίεση θα επιτρέψει την εισαγωγή του γλωσσοπίεστρου μέσα σε ελάχιστα λεπτά. Όταν το γλωσσοπίεστρο φτάνει στο πίσω μέρος της γλώσσας, το αντανακλαστικό εξεμέσεως θα προκαλέσει το πλήρες άνοιγμα του στόματος. Εναλλακτικά, το κλείσιμο των ρουθουνιών θα εξαναγκάσει το στόμα να ανοίξει για αναπνοή. Εάν ο ασθενής μπορεί να συνεργαστεί επαρκώς, ο εξεταστής θα μπορέσει να αξιολογήσει τον στοματοφάρυγγα, την υπερωική μορφολογία και κινητικότητα, και τις αμυγδαλές. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να φανεί ακόμα και η άκρη της επιγλωττίδας. Μια επαρκής εξέταση, επομένως, περιλαμβάνει κάτι παραπάνω από ένα απλό κοίταγμα μέσα στο στόμα. Περιλαμβάνει την προσεκτική εξέταση των δομών, οι οποίες σχετίζονται με την παραγωγή ομιλίας και μια άποψη αυτών των δομών κατά την λειτουργία (Kummer, 2008).

Οστά προσώπου και κατατομή

Οι οστέινες δομές του προσώπου είναι σημαντικό να εξεταστούν, ιδιαίτερα όπως σχετίζονται μεταξύ τους. Επίπεδα ζυγωματικά παρατηρούνται, συχνά, σε άτομα με ιστορικό σχιστίας χείλους και υπερώας ή άλλα κρανιοπροσωπικά σύνδρομα. Το

προφίλ (κατατομή) του προσώπου μπορεί να παρέχει μια ένδειξη δυσμορφολογίας των άλλων οστών του προσώπου. Αυτό μπορεί να αξιολογηθεί, ζητώντας από τον ασθενή να στρίψει, έτσι ώστε ο ασθενής να βλέπει την μια πλευρά του προσώπου του ασθενή. Για ένα φυσιολογικό προφίλ, τα φανταστικά σημεία του μετώπου, της γέφυρας της μύτης, της βάσης της μύτης και η επιφάνεια του σαγονιού θα πρέπει να στοιχίζονται σε ένα κάθετο επίπεδο. Εάν αυτά τα σημεία δεν στοιχίζονται, ο εξεταστής θα πρέπει να προσδιορίσει εάν αυτό οφείλεται σε πρόταξη ή σε οπίσθια μετατόπιση συγκεκριμένων οστών του προσώπου, ιδιαίτερα της άνω ή της κάτω γνάθου (Kummer, 2008).

Χείλη

Όσον αφορά τα χείλη, όταν υπάρχει ιστορικό χειλεοσχιστίας, μπορεί να υπάρχει περίσσιος ουλώδης ιστός, το τόξο του Έρωτα μπορεί να είναι ασύμμετρο ή επίπεδο, ή το όριο των χειλιών μπορεί να εκτείνεται μέσα στις φιλτρικές γραμμές ραφών. Ο εξεταστής θα πρέπει, πάντα, να εξετάσει για *χειλικά βοθρία* τα οποία είναι μικρά κολπώματα στο κάτω χείλος. Αυτό το εύρημα είναι ενδεικτικό του συνδρόμου VanderWoude, το οποίο περιλαμβάνει, επίσης, υπερωϊοσχιστία (Kummer, 2008).

Σκληρή Υπερώα

Για να εξεταστεί η σκληρή υπερώα, είναι καλύτερο να ζητήσουμε από τον ασθενή να γύρει το κεφάλι προς τα πίσω, όσο πιο πολύ μπορεί, ώστε να μπορούμε να έχουμε ορατότητα σε ολόκληρο το υπερώιο ιστίο και την σκληρή υπερώα. Για πολύ μικρά παιδιά, συχνά, είναι χρήσιμο να ζητήσουμε από τον γονέα να κρατήσει το παιδί στην αγκαλιά του, με το κεφάλι προς τα πίσω και πάνω στα γόνατα του γονέα. Μόλις μπορούμε να δούμε την υπερώα, θα πρέπει να παρατηρηθεί ο βλεννογόνος της σκληρής υπερώας. Θα πρέπει να έχει ομοιόμορφο χρώμα. Η τομική θηλή και οι πτυχές στο εμπρόσθιο μέρος της σκληρής υπερώας μπορούν να παρατηρηθούν. Στην άρθρωση της σκληρής και της μαλακής υπερώας, τα αμφίπλευρα μικρά κοιλώματα στη μέση γραμμή μπορούν να παρατηρηθούν. Αυτά είναι τα *υπερωϊκά βοθρία*, τα οποία είναι ανοίγματα σε μικροσκοπικούς σιελογόνους αδένες (Jones, 1989).

Εάν ο ασθενής έχει ιστορικό υπερωϊοσχιστίας, ο εξεταστής θα πρέπει να αποκλείσει την παρουσία στοματορινικού (υπερωϊκού) συριγγίου στην γραμμή της σχιστίας. Ένας γλωσσικός κρημνός, ο οποίος χρησιμοποιείται για να κλειστεί ένα μεγάλο συρίγγιο, μπορεί να παρατηρηθεί. Εάν το συρίγγιο είναι μικρό, μπορεί να είναι δύσκολο να φανεί, λόγω της γωνίας της ενδοστοματικής άποψης. Επομένως, ένας οδοντιατρικός καθρέπτης μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμος, για να εξετάσουμε την επιφάνεια της υπερώας. Το μέγεθος ενός συριγγίου είναι συχνά δύσκολο να εκτιμηθεί, επειδή μπορεί να είναι στενό στη στοματική επιφάνεια, αλλά αρκετά ανοιχτό στη ρινική επιφάνεια. Με γάντια στα χέρια ο εξεταστής μπορεί, ορισμένες φορές, να αισθανθεί την έκταση ενός μεγάλου υπερωϊκού συριγγίου. Περιστασιακά, υπάρχει μια αύλακα ή ένα μικρό κοιλώμα στην υπερώα. Αυτό μπορεί να φαίνεται σαν ένα συρίγγιο, αλλά μπορεί στην πραγματικότητα να είναι ένα τυφλό κολπώμα, το οποίο δεν φτάνει μέχρι την ρινική κοιλότητα. Εάν ένα υπερωϊκό συρίγγιο παρατηρείται οπουδήποτε στην υπερώα, το μέγεθος και η θέση του είναι σημαντικό να παρατηρηθούν, επειδή αυτοί είναι παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν εάν το συρίγγιο θα είναι συμπτωματικό για ρινική αναρροή ή για την ομιλία (Kummer, 2008).

Εάν ο ασθενής ή ο γονέας αναφέρει ότι, ορισμένες φορές, βλέπει τον χρωματισμό του φαγητού στην περιοχή του ρουθουνιού, αυτό είναι ένδειξη ενός ανοιχτού συριγγίου, πολύ πιθανόν ενός ρινοχειλικού συριγγίου. Ένα ρινοχειλικό συρίγγιο είναι στο φατνιακό οστό, ακριβώς κάτω από το άνω χείλος και στη γραμμή της σχιστίας. Συχνά, αφήνεται σκόπιμα από τον χειρουργό, μέχρι να πραγματοποιηθεί το οστικό μόσχευμα περίπου στην ηλικία των 6 ή 7 ετών. Για να εξετάσει προσεκτικά ένα ρινοχειλικό συρίγγιο, ο εξεταστής θα πρέπει να χρησιμοποιήσει ένα γλωσσοπίεστρο ή έναν οδοντιατρικό καθρέπτη, για να ανυψώσει απαλά το άνω χείλος. Το συρίγγιο μπορεί να εντοπιστεί, ψηλαφώντας το εμπρόσθιο ουλικό έπαρμα κάτω από την παρειακή αύλακα με ένα δάχτυλο, φορώντας πάντα γάντια. Αυτός ο τύπος συριγγίου δεν επηρεάζει πάντα την ομιλία, επειδή δεν βρίσκεται στους τόπους άρθρωσης και δεν προκαλεί μείωση της ενδοστοματικής πίεσης αέρα (Kummer, 2008).

Εάν υπάρχει υποψία για υποβλεννογόνο σχιστία, μπορεί να γίνει ψηλάφηση της υπερώας, για να προσδιοριστεί εάν υπάρχει εντομή στο όριο της σκληρής υπερώας. Η ψηλάφηση μπορεί, επίσης, να γίνει, για να διερευνηθεί περαιτέρω ένα συρίγγιο, με σκοπό να προσδιοριστεί εάν είναι ανοιχτό. Το κλειδί για την επιτυχή ψηλάφηση είναι οι απαλές και αργές κινήσεις, όταν ο εξεταστής ακουμπά τις υπερωικές δομές. Το προσεκτικό άγγιγμα της οροφής του στόματος με ένα δάχτυλο (με γάντια) δεν προκαλεί πόνο ή δυσφορία. Εάν υπάρχει μια ανοιχτή σχιστία ή ένα συρίγγιο, θα πρέπει να θυμόμαστε ότι αυτή είναι μια απόκλιση στη δομή και όχι μια πληγή. Σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται το πέμπτο (ή μικρό) δάχτυλο για ψηλάφηση. Αυτό το δάχτυλο είναι αρκετά μακρύ, ώστε να φτάσει το πίσω μέρος της υπερώας των παιδιών, αυτής της ηλικιακής ομάδας. Επιπλέον, αυτό το δάχτυλο είναι αρκετά στενό, ώστε να αισθανθεί μια μικρή εντομή στο υπερωικό οστό (Kummer, 2008).

Υπερώιο ιστίο και σταφυλή

Ένα φυσιολογικό υπερώιο ιστίο μπορεί να έχει μια λευκή γραμμή στη μέση, η οποία ονομάζεται μέση υπερώια ραφή. Αυτή είναι η περιοχή στην οποία οι ανεκκτήρες μύες της μαλακής υπερώας συναρμολογούνται στη μέση. Εάν δεν υπάρχει ιστορικό υπερωϊοσχιστίας, ο εξεταστής θα πρέπει πάντα να ψάχνει για χαρακτηριστικά μιας υποβλεννογόνου σχιστίας. Το πιο σύνηθες σημάδι μιας υποβλεννογόνου σχιστίας είναι μια δισχιδής σταφυλή με δύο ξεχωριστά άκρα, ή μια υποπλαστική σταφυλή, η οποία είναι κοντή και σαν κομμένη. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η σταφυλή μπορεί να φαίνεται ότι είναι άθικτη, λόγω του γεγονότος ότι το σάλιο βοηθά να "κολλούν" τα άκρα μιας δισχιδής σταφυλής. Εάν ο εξεταστής υποψιάζεται ότι η σταφυλή είναι δισχιδής, αλλά δεν είναι σίγουρος, αυτό μπορεί, συχνά, να προσδιοριστεί, τοποθετώντας απαλά ένα γλωσσοπίεστρο πίσω από την σταφυλή και, έπειτα, χτυπώντας την ελαφρά προς τα εμπρός (Mason&Simon, 1977). Εάν υπάρχουν δύο άκρα, θα διαχωριστούν με τον ελιγμό. Αυτό πρέπει να γίνει πολύ προσεκτικά και μόνο με ένα συνεργάσιμο άτομο (Kummer, 2008).

Πρόσθετες ενδείξεις μιας υποβλεννογόνου σχιστίας περιλαμβάνουν μια διαφανή ζώνη, η οποία εμφανίζεται σαν μια γαλαζωπή περιοχή στην περιοχή του υπερώιου ιστίου. Αυτή η εμφάνιση οφείλεται στο γεγονός ότι το υπερώιο ιστίο είναι λεπτό και κάπως διαφανές, ως συνέπεια της έλλειψης μυ σε αυτή την περιοχή. Ένα λεπτό υπερώιο ιστίο είναι σημαντικό να παρατηρηθεί, επειδή μπορεί να είναι το αίτιο ρινικής αντήχησης, λόγω μετάδοσης της ηχητικής ενέργειας μέσω αυτού. Εάν υπάρχει μια υποβλεννογόνου σχιστία, η οποία εκτείνεται μέσω του υπερώιου ιστίου,

το υπερώιο ιστίο μπορεί να φαίνεται σαν να "κυρτώνει προς τα πάνω" σε ένα σχήμα ανεστραμμένου V, κατά την φώνηση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ανελκτικές μύες της μαλακής υπερώας έχουν μια εμπρόσθια σύνδεση και προσφύονται στην άκρη του οπίσθιου μέρους της σκληρής υπερώας, παρά στη μέση του υπερώιου ιστίου. Αυτή η ανωμαλία ανεστραμμένου V μπορεί να εκτείνεται σε όλο το μήκος μέσα στην οστέινη σκληρή υπερώα και να παρατηρείται χωρίς φώνηση. Ψηλαφώντας την οπίσθια ρινική άκανθα, ο εξεταστής μπορεί να αισθανθεί μια εντομή στην οστέινη δομή, η οποία υποδεικνύει μια υποβλεννογόνο σχιστία, η οποία εκτείνεται μέσα στην σκληρή υπερώα. Ακόμα και όταν δεν υπάρχει μια εμφανής ένδειξη υποβλεννογόνου σχιστίας μέσω μιας ενδοστοματικής εξέτασης, αυτή δεν μπορεί να αποκλειστεί. Μπορεί να υπάρχει μια αφανής υποβλεννογόνος σχιστία στους μύες ή στον βλεννογόνο, στην ρινική πλευρά του υπερώιου ιστίου. Αυτή μπορεί να εντοπιστεί μέσω ρινοφαρυγγοσκόπησης ή κατά την διάρκεια χειρουργικής επέμβασης (Kummer, 2008).

Οδοντοφυΐα και σύγκλειση

Η οδοντική σύγκλειση θα πρέπει πάντα να αξιολογείται, ως μέρος μιας ενδοστοματικής αξιολόγησης, καθώς η σύγκλειση μπορεί να έχει μια σημαντική επίπτωση στην άρθρωση. Η ατελής σύγκλειση είναι ένας συνηθισμένος συντελεστής στις διαταραχές ομιλίας ασθενών με ιστορικό υπερωϊοσχιστίας.

Οι εμπρόσθιες και πλευρικές σταυροειδείς συγκλείσεις, η έλλειψη δοντιών και τα υπεράριθμα δόντια παρατηρούνται συχνά σε αυτόν τον πληθυσμό. Η θέση των γομφίων είναι σημαντικό να παρατηρηθεί, καθώς μόλις εκφύουν, γίνονται το κλειδί για την ευθυγράμμιση της υπόλοιπης οδοντοφυΐας (Mason&Simon, 1977). Στην φυσιολογική σύγκλειση, ο γομφίος της κάτω γνάθου θα πρέπει να στοιχίζεται, ώστε να είναι ένα-δεύτερο ενός δοντιού μπροστά από τον γομφίο της άνω γνάθου. Εάν ένας ή περισσότεροι γομφίοι δεν έχουν εκφύει ή έχουν αφαιρεθεί, ο εξεταστής μπορεί να εξετάσει τις σχέσεις μεταξύ των κυνοδόντων με τον ίδιο τρόπο.

Πρόσθετα στην αξιολόγηση των εμπροσθοπίσθιων σκελετικών σχέσεων, ο εξεταστής θα πρέπει να προσδιορίσει, εάν υπάρχει οποιαδήποτε ένδειξη οδοντικής ατελούς σύγκλεισης. Στον πληθυσμό με σχιστίες, η σταυροειδής σύγκλειση, όπου τα δόντια της άνω γνάθου είναι μέσα στα δόντια της κάτω γνάθου, είναι πολύ συνηθισμένη. Εάν το άτομο έχει μια αμφίπλευρη σχιστία του χείλους και του φατνίου, θα πρέπει να αξιολογείται η θέση του μεσογνάθιου οστού.

Τέλος, ο εξεταστής θα πρέπει να παρατηρήσει την παρουσία υπεράριθμων δοντιών, ιδιαίτερα εάν το δόντι είναι σε μια θέση, όπου μπορεί να παρεμποδίσει την κίνηση της γλώσσας, και εάν υπάρχει έλλειψη δοντιών στην γραμμή της σχιστίας ή κάπου αλλού.

Γλώσσα

Θα πρέπει να αξιολογείται η δομή και η λειτουργία της γλώσσας. Το μέγεθος της γλώσσας θα πρέπει να αξιολογείται σε σχέση με το άνω γναθιαίο τόξο και τον γενικό χώρο της στοματικής κοιλότητας. Θα πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι η γλώσσα του βρέφους είναι αρκετά μεγαλύτερη σε σχέση με τον χώρο της στοματικής κοιλότητας, από ότι η γλώσσα ενός μεγαλύτερου παιδιού ή ενός ενήλικου. Επιπλέον, η γλώσσα ολοκληρώνει την ωρίμανση στην ηλικία των 8 ετών περίπου, ενώ η κάτω γνάθος συνεχίζει να μεγαλώνει για αρκετά περισσότερα χρόνια (Mason&Simon, 1977).

Επομένως, σε διάφορα σημεία κατά την ανάπτυξη, η γλώσσα μπορεί να φαίνεται σχετικά μεγάλη (Kummer, 2008).

2.4.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΙΤΙΣΗΣ

2.5.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Όταν οι διαταραχές σίτισης είναι σημαντικές όπως χαρακτηρίζεται από κλινικές ενδείξεις εμπλοκής του αεραγωγού, χρειάζεται περαιτέρω αξιολόγηση. Οι κλινικές ενδείξεις της δυσλειτουργίας της σίτισης και των διαταραχών στην προστασία του αεραγωγού μπορεί να περιλαμβάνουν την ικανότητα εδραίωσης και διατήρησης μιας συντονισμένης αλληλουχίας απομύζησης-κατάποσης-αναπνοής, βήχα, πνιγμό, αλλαγή χρώματος, αυξημένο αναπνευστικό ρυθμό, καθώς και αποκορεσμούς οξυγόνου κατά την διάρκεια των γευμάτων. Το βρέφος μπορεί να αντιδρά στις προσπάθειες για σίτιση, κυρτώνοντας ή αρνούμενο να δεχθεί το θήλαστρο. Όταν παρατηρηθούν αυτές οι ενδείξεις, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν αντικειμενικές μελέτες της λειτουργίας της κατάποσης, για να αξιολογηθεί η ικανότητα του βρέφους να σιτίζεται με ασφάλεια. Αυτές οι εξετάσεις μπορούν, επίσης, να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την επίδραση αντισταθμιστικών στρατηγικών, για την βελτίωση της επίδοσης του βρέφους στην σίτιση (Kummer, 2008).

Η αξιολόγηση της σίτισης που γίνεται στα βρέφη δεν διαφέρει κατά πολύ με αυτή των ενηλίκων. Παρόμοιες εξετάσεις χρησιμοποιούνται και στα βρέφη, παρόλο που μπορεί να διαφέρει η στάση σώματος κατά την διάρκεια της εξέτασης, καθώς και τα ερεθίσματα που χρησιμοποιούνται. Εξαιτίας των πιθανών κινδύνων της ακτινοβολίας X στα βρέφη, η βιντεοακτινοσκοπική μελέτη της κατάποσης χρησιμοποιείται με μεγαλύτερη φειδώ από ότι στους ενήλικες και οι ραδιογραφικές μελέτες συνήθως είναι συντομότερες. Θέματα συνεργασίας μπορεί επίσης να διαφέρουν κατά τη διάρκεια της μελέτης. Γενικά, η στοματική, φαρυγγική και οισοφαγική φάση της κατάποσης μελετώνται σε όλα τα άτομα με δυσφαγία. Σε βρέφη, παιδιά και ενήλικες μπορεί επίσης να χρειαστεί αξιολόγηση του κατώτερου γαστρεντερικού συστήματος (Groher&Crary, 2010).

Βιντεοακτινοσκοπική μελέτη της κατάποσης

Η βιντεοακτινοσκοπική μελέτη της κατάποσης για τα πρόωρα και τελειόμηνα βρέφη πραγματοποιείται συνήθως σε όρθια πλάγια θέση, με την χρήση ειδικών υποστηρικτικών συσκευών, για την σωστή τοποθέτηση. Ένα κάθισμα Tumble Form (Patterson Medical/ Sammons Preston, Bolingbrook, IL.) μπορεί να τοποθετηθεί σε μια καρέκλα και να ρυθμιστεί σε όρθια ή ημιόρθια θέση. Για τα πρόωρα και τα τελειόμηνα βρέφη, χρησιμοποιείται μόνο υγρό βάριο προκειμένου να διαπιστωθεί η ασφάλεια της στοματικής σίτισης. Στην ηλικία των 5 με 7 μηνών είναι σύνηθες να χρησιμοποιείται μια ποικιλία αλεσμένων τροφών και υγρών. Όταν το βρέφος είναι 12 μηνών, χρησιμοποιούνται περισσότερες υφές και πυκνότητες κατά την αξιολόγηση. Το βρέφος εξετάζεται με λεπτόρρευστο βάριο που χορηγείται με μπιμπερό με θηλή. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια ποικιλία θηλών και μπιμπερό με ποικίλες ταχύτητες ροής, προκειμένου να καθοριστεί εάν το βρέφος μπορεί να δεχτεί υγρά με ασφάλεια. Ο κλινικός μπορεί να χρειαστεί να καθορίζει τον ρυθμό χορήγησης στο βρέφος κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, προκειμένου η κατάποση να είναι ασφαλής και κάποιες φορές μπορεί να χρειαστεί να γίνει το υγρό βάριο πιο παχύρρευστο προκειμένου να σιτιστεί από το στόμα με ασφάλεια. Η αξιολόγηση της στοματικής φάσης

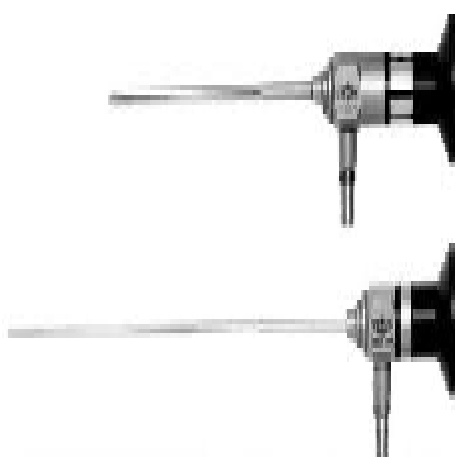
περιλαμβάνει την παρατήρηση της οργάνωσης της ακολουθίας θηλασμού-κατάποσης-αναπνοής, τον αριθμό των κινήσεων του θηλασμού που μπορεί να πραγματοποιήσει το βρέφος, την τοποθέτηση των χειλιών και της γλώσσας επάνω στη θηλή και τη θέση της κεφαλής. Τα βρέφη μπορεί να προωθήσουν το βάριο στα γλωσσοεπιγλωττιδικά βοθρία πριν από την έναρξη της κατάποσης. Το γεγονός αυτό θεωρείται μέρος της φυσιολογικής κατάποσης. Εάν η φαρυγγική φάση είναι βραδεία ή παρουσιάζει μειωμένη κινητικότητα, τότε υπάρχει κίνδυνος εισρόφησης. Τα βρέφη μπορεί να μην δείξουν εμφανή σημάδια βήχα κατά την διάρκεια της εισρόφησης. Συνήθως η εισρόφηση είναι ορατή στην πρόσθια τραχεία. Όταν το βρέφος είναι τοποθετημένο στην σωστή θέση, μπορεί να αξιολογηθεί η οισοφαγική φάση. Ιδανικά, θα υπάρχει ένα πρωταρχικό περισταλτικό κύμα που θα μεταφέρει όλο το υλικό διαμέσου του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα στο στομάχι. Ένα φυσιολογικό δευτερεύον κύμα μπορεί να είναι ορατό (ανεξαρτήτως της κατάποσης) προκειμένου να μεταφέρει οποιοδήποτε υλικό που απέμεινε διαμέσου του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα. Η οισοφαγική φάση θα πρέπει να ολοκληρωθεί σε 6 με 10 δευτερόλεπτα. Ο ακτινολόγος θα πρέπει να καταγράψει οποιαδήποτε δυσκινησία, εμπόδιο, στένωση ή τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο (Groher&Crary, 2010).

Βιντεοενδοσκοπική εκτίμηση της κατάποσης (VESS)

Η ενδοσκόπηση γίνεται από την ηλικία των 3 ετών. Το παιδί καλό είναι να είναι νηστικό. Τοποθετούμε το εύκαμπτο ή το άκαμπτο ενδοσκόπιο 2,7 mm στην είσοδο της ρινός και το ωθούμε αργά κατά μήκος του κάτω ρινικού πόρου, προς τον ρινοφάρυγγα (Κουδουμνάκης, 2008). Τα εύκαμπτα ρινοφαρυγγοσκόπια είναι ειδικά σχεδιασμένα για τα βρέφη προκειμένου να είναι άμεσα ορατή η ανώτερη αεροπεπτική οδός. Η ενδοσκοπική αξιολόγηση με την χρήση οπτικών ινών είναι ένας πρακτικός τρόπος αξιολόγησης της κατάποσης στα βρέφη. Η αξιολόγηση συνήθως ολοκληρώνεται από τον παιδο-ωτορινολαρυγγολόγο, τον λογοθεραπευτή ή τον νεογνολόγο (Groher&Crary, 2010).



Το εύκαμπτο ενδοσκόπιο 2,7 mm
("ΩΡΛ με σεβασμό στον άνθρωπο")



Το άκαμπτο ενδοσκόπιο
(Παύλος Τσολαρίδης)

Το βρέφος τοποθετείται στην αγκαλιά του κλινικού ή της μητέρας στη φυσιολογική θέση σίτισης. Η αξιολόγηση ξεκινά δίνοντας στο βρέφος μια πιπίλα για να το βοηθήσει να μείνει ήρεμο καθώς το ενδοσκόπιο εισάγεται διαμέσου της μύτης. Ενίοτε

μπορεί να χρησιμοποιηθεί τοπική αναισθησία για τον ρινικό βλεννογόνο του βρέφους ώστε να μειωθεί η ενόχληση που προκαλεί το ενδοσκόπιο. Αφού τοποθετηθεί το ενδοσκόπιο, αξιολογείται η ανατομία και η φυσιολογία του υποφάρυγγα και του λάρυγγα. Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στην ικανότητα του βρέφους να χειριστεί τις εκκρίσεις του. Η φαρυγγική και η λαρυγγική αισθητικότητα μπορεί να αξιολογηθεί εάν το ενδοσκόπιο είναι εφοδιασμένο με ένα κανάλι για παροχή ριπών αέρα. Χορηγείται στο βρέφος χρωματισμένο μητρικό γάλα ή γάλα σε σκόνη, έτσι ώστε να διακρίνονται εύκολα. Καθώς η βιντεοενδοσκοπική αξιολόγηση δεν απαιτεί έκθεση σε ακτινοβολία, ο κλινικός διαθέτει τον απαιτούμενο χρόνο προκειμένου να αξιολογήσει το βρέφος, χρησιμοποιώντας μια ποικιλία θηλών και ερεθισμάτων κατάποσης (Groher&Crary, 2010).

2.6.ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Η κλινική αξιολόγηση της σίτισης εξετάζει την στοματική δομή και λειτουργία του παιδιού, τις συμπεριφορικές και αισθητηριακές αντιδράσεις κατά τη σίτιση, τις δεξιότητες της αυτόνομης σίτισης, τις στοματικές ικανότητες που σχετίζονται με υγρές και στερεές τροφές και τις δεξιότητες σίτισης του κηδεμόνα. Άλλες παράμετροι της αξιολόγησης περιλαμβάνουν την εξέταση της επίδρασης της σίτισης στον έλεγχο της στάσης του σώματος, τα γενικότερα πρότυπα κίνησης, τη γνωσιακή ανάπτυξη, την ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας καθώς και την ανάπτυξη του αισθητηριακού συστήματος. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα της κλινικής αξιολόγησης της σίτισης για βρέφη και μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά περιλαμβάνουν τον καθορισμό του τρέχοντος επιπέδου σίτισης του παιδιού, την αναγνώριση των περιοχών στις οποίες το παιδί εμφανίζει δυνατότητα για πρόοδο, την υλοποίηση ενός θεραπευτικού προγράμματος που ανταποκρίνεται στους στόχους του θεραπευτή και της οικογένειας και την ανάπτυξη ενός προγράμματος για το σπίτι για συνεχή εξάσκηση στη σίτιση (Groher&Crary, 2010).

Προετοιμασία αξιολόγησης

Πριν από την έναρξη της αξιολόγησης της σίτισης, είναι απαραίτητη μια ανασκόπηση του ιστορικού του παιδιού, του ιατρικού φακέλου και άλλων σχετιζόμενων πληροφοριών. Είναι χρήσιμο να παρέχονται πληροφορίες στην οικογένεια που θα τους βοηθήσουν να προετοιμαστούν για την εξέταση του παιδιού τους. Συχνά πρέπει να ζητηθούν επιπρόσθετες πληροφορίες από την οικογένεια κατά τον προγραμματισμό. Η οικογένεια θα πρέπει να φέρει μια λίστα τροφών που προτιμά το παιδί και των τροφών που θα ήθελαν ο θεραπευτής να προσφέρει στο παιδί κατά την εξέταση. Εάν το παιδί λαμβάνει μητρικό γάλα ή γάλα σε σκόνη, η οικογένεια θα πρέπει να το φέρει μαζί της. Είναι σημαντικό το παιδί να έρθει πεινασμένο, συνήθως αυτό σημαίνει να μην έχει φάει τουλάχιστον 3 με 4 ώρες πριν από την εξέταση. Για παιδιά που σιτίζονται διαμέσου σωλήνα, οι γονείς μπορεί να σταματήσουν (ύστερα από ιατρική συναίνεση) τη συνεχή σίτιση μέσω σωλήνα για 2 με 3 ώρες. Σε περίπτωση που η σίτιση γίνεται με την πρόσληψη βλωμών, θα πρέπει να καθυστερήσει μέχρι την εξέταση του παιδιού. Η οικογένεια θα πρέπει επίσης να ενημερωθεί να φέρει τα προτιμώμενα σκεύη του παιδιού, συμπεριλαμβανομένων του μπιμπερό, των ειδικών θηλών και ποτηριών (Groher&Crary, 2010).

Τεχνικές παράμετροι

Ανεξάρτητα από το εάν το παιδί σιτίζεται από τους γονείς του, τον κλινικό ή αυτόνομα, ο κλινικός θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος να καταγράψει παρατηρήσεις πολλαπλών παραγόντων που συμβαίνουν ταυτόχρονα, όπως είναι πρότυπα κινητικού ελέγχου, αισθητηριακές αντιδράσεις στην προσληφθείσα τροφή, αποδοχή των σκευών και συμπεριφορικές αντιδράσεις σε οποιαδήποτε φάση της διαδικασίας της σίτισης. Ο κλινικός θα οργανώσει τις πληροφορίες από κάθε μια από αυτές τις φάσεις και θα αξιολογήσει οποιεσδήποτε αλληλεπιδράσεις αυτών των παραγόντων, προκειμένου να καθοριστεί ο τύπος του θεραπευτικού προγράμματος που είναι απαραίτητος για την επίλυση ζητημάτων σίτισης. Είναι σημαντικό, η αξιολόγηση της «φυσιολογικής» συμπεριφοράς να βασίζεται σε μια πλήρη κατανόηση των τυπικών αναπτυξιακών οροσήμων σε κάθε ηλικία, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις στοματοκινητικές δεξιότητες και τις δεξιότητες σίτισης, τις τυπικές διατροφικές συστάσεις ανάλογα με την ηλικία, τις δεξιότητες αυτόνομης σίτισης, τις λεπτές και αδρές κινητικές δεξιότητες, την αναπνοή και την επικοινωνία. Με αυτές τις πληροφορίες, ο ειδικός στη σίτιση είναι ικανός να ερμηνεύσει τις παρατηρήσεις από την αξιολόγηση και να δημιουργήσει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα βασιζόμενο στο συνολικό λειτουργικό επίπεδο του παιδιού και όχι μόνο στην ηλικία του (Groher&Crary, 2010).

Εξέταση της Δομής και της Λειτουργίας του στόματος

Η εκτίμηση της δομικής και κινητικής λειτουργίας του στόματος πραγματοποιείται από τον κλινικό. Το παιδί συχνά θεωρεί την διαδικασία αυτή παρεμβατική. Για κάθε δομή και κάθε σχετιζόμενη κινητικότητα θα πρέπει να εξεταστεί η συμμετρία της κίνησης, να σημειωθεί η ομαλότητα των προτύπων κίνησης, ο ρυθμός, η ταχύτητα, το εύρος και η δύναμη της κίνησης. Επιπρόσθετα, ο κλινικός θα πρέπει να είναι προσεκτικός και να αξιολογήσει κάθε δομική ή λειτουργική απόκλιση σε σχέση με την λειτουργική της επίπτωση. Τα παιδιά έχουν την ικανότητα να προσαρμόζονται σε διάφορες αλλαγές με εξαιρετικά λειτουργικά αποτελέσματα. Είναι σημαντικό να αξιολογήσουμε άλλες επιδράσεις στη σίτιση παρατηρώντας το παιδί πριν, κατά και μετά τη σίτιση. Σε αυτό το χρονικό διάστημα θα πραγματοποιηθεί η υποκειμενική αξιολόγηση της δυσφαγίας. Κοινά συμπτώματα δυσφαγίας περιλαμβάνουν γενικευμένη δυσκολία στη σίτιση, όπως είναι η φτωχή αποδοτικότητα σίτισης, η άρνηση της τροφής και η ανεπαρκής ανάπτυξη. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα περιλαμβάνουν πνίξιμο, βήχα, άρνηση τροφής υγρών, σημαντική πρόσθια απώλεια στοματικού υλικού, μειωμένο έλεγχο των στοματικών εκκρίσεων, ανεξήγητη αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος μέσα σε 24 ώρες, συχνές βακτηριακές λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, δακρύρροια κατά τη σίτιση, μεταβολές στην αναπνοή και στην καρδιακή λειτουργία, αλλαγές στην ποιότητα της φωνής, όπως «υγρή» φώνηση και μεταβολές στο χρώμα του προσώπου. Η πιθανότητα δυσφαγίας μπορεί να προσδιοριστεί μέσα από ένα λεπτομερές ιστορικό σίτισης και από προσεκτική παρατήρηση. Η εισρόφηση στο βρέφος, στο νήπιο που ξεκινά να περπατά και στο παιδί μπορεί να είναι παρούσα χωρίς εμφανή συμπτώματα. Εάν υπάρχει υποψία δυσκαταποσίας, ο ειδικός στη σίτιση θα πρέπει να συστήσει ενδελεχέστερη αξιολόγηση της κατάποσης. Η πιο αντικειμενική εκτίμηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με μια βιντεοακτινοσκοπική μελέτη της κατάποσης ή με βιντεοενδοσκοπική αξιολόγηση της κατάποσης (Groher&Crary, 2010).

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Υγρά

Η αξιολόγηση της λήψης υγρών πραγματοποιείται σύμφωνα με την ηλικία και το λειτουργικό επίπεδο του παιδιού και των αναγκών του κηδεμόνα. Για τα βρέφη που θηλάζουν ή σιτίζονται με μπιμπερό, ο κλινικός παρατηρεί την κίνηση έναρξης της σίτισης προς το στήθος ή τη θηλή του μπιμπερό, το κλείσιμο των χειλιών γύρω από τη θηλή, την ικανότητα να ρουφήξει υγρό και την ικανότητα εναλλαγής θηλασμού-κατάποσης-αναπνοής. Για την αξιολόγηση των υγρών κατά τη χορήγηση με ποτήρι, ο κλινικός παρατηρεί το κλείσιμο των χειλιών στο ποτήρι, τη θέση της γλώσσας κάτω ή μέσα στο ποτήρι και την ανάγκη για διαφορετικούς τύπους ποτηριών. Σε όλα τα παιδιά, ο κλινικός αξιολογεί την ικανότητα διατήρησης του υγρού στο στόμα χωρίς υπερβολική απώλεια, τον έλεγχο της κατάποσης, την ταχύτητα της πόσης, την ανοχή σε ποικιλία τύπων υγρών (συμπεριλαμβανομένης της πυκνότητας), την ανάγκη προσαρμογής της πυκνότητας του υγρού και την επίδραση που έχει η αλλαγή της θέσης κατά τη διάρκεια αυτών των δραστηριοτήτων κατάποσης (Groher&Crary, 2010).

Τροφές

Η αξιολόγηση της λήψης τροφών βασίζεται επίσης στην ηλικία και στο λειτουργικό επίπεδο του παιδιού. Παρόλο που η διατροφή, που δέχονται τα παιδιά από την βρεφική ηλικία, είναι ρευστή, η ικανότητα να χειριστούν τα στερεά βασίζεται στην ηλικία και στο επίπεδο της αδρής κινητικής ανάπτυξης. Ένα τυπικά αναπτυσσόμενο παιδί ξεκινά να δέχεται στερεά τροφή (βρεφικά δημητριακά και βρεφικές τροφές 1^{ου} σταδίου) σε ηλικία περίπου 6 μηνών. Η πρώτη χορήγηση αυτών των τροφών σε αυτή την ηλικία βασίζεται στη λειτουργική ωριμότητα της στοματικής και φαρυγγικής φάσης της κατάποσης και στην ωριμότητα του γαστρεντερικού συστήματος. Σε περίπτωση προωρότητας, θα πρέπει να γίνεται διόρθωση της ηλικίας για την χορήγηση των στερεών τροφών (Groher&Crary, 2010).

2.7.ΕΙΔΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ

Η αξιολόγηση του βρέφους θα πρέπει να περιλαμβάνει εξακρίβωση του αν το βρέφος θηλάζει, σιτίζεται μέσω μπιμπερό ή και τα δύο. Προτιμάται να ελέγχονται όλοι οι μέθοδοι σίτισης, αν και δύσκολο να αξιολογηθεί η σίτιση με μπιμπερό εάν το παιδί θηλάζει μόνο. Εάν το παιδί αξιολογηθεί ενώ θηλάζει, είναι σημαντικό ο κλινικός να έχει εκπαιδευτεί ως πιστοποιημένος ειδικός στον θηλασμό. Προβληματισμοί που σχετίζονται με τον θηλασμό, πρέπει να διαχωρίζονται από προβληματισμούς που αφορούν αποκλειστικά το βρέφος. Πολλές φορές, όπως στην περίπτωση του βραχέως χαλινού, τα θέματα αυτά μπορεί να αλληλοσχετίζονται. Δυσκολίες στη σίτιση μπορεί να υποδηλώνουν την παρουσία άλλων υποκείμενων ιατρικών προβλημάτων. Ο ειδικός στη σίτιση θα πρέπει να γνωρίζει τον ρυθμό αναπνοής του παιδιού. Πάνω από 60αναπνοές/λεπτό δεν θεωρούνται φυσιολογικές και προκαλούν δυσκολία στην αλληλουχία θηλασμού-κατάποσης-αναπνοής. Ένα μωρό θα πρέπει να είναι ικανό να αναπνέει μετά από κάθε τρεις με πέντε θηλασμούς. Μπορεί να χρειαστεί ο σιτιστής να καθορίζει τον ρυθμό, προκειμένου να επιτευχθεί μια ασφαλής ακολουθία θηλασμού-κατάποσης-αναπνοής. Ο θεραπευτής εξετάζει το παιδί για αλλαγές στο

χρώμα κατά τη διάρκεια της σίτισης. Τέτοιες αλλαγές μπορεί να υποδηλώνουν πιθανές αναπνευστικές ή καρδιακές διαταραχές, που σχετίζονται με την διαδικασία της σίτισης (Groher&Crary, 2010).

2.8.ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΙΤΙΣΗ ΛΟΓΩ ΣΧΙΣΤΙΩΝ

Οι διαταραχές σίτισης στα βρέφη-παιδιά τα οποία έχουν σχιστία, ποικίλουν κατά πολύ ανάλογα με το εάν η σχιστία είναι του χείλους ή της υπερώας και εάν είναι μονόπλευρη, αμφίπλευρη, πλήρης ή ατελής.

Οι διαταραχές σίτισης που συναντώνται χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν φτωχή στοματική απομύζηση, ανεπαρκή προσλαμβανόμενη ποσότητα, μεγάλη διάρκεια σίτισης, ρινική αναρροή, πρόσληψη υπερβολικού αέρα και βήχα ή πνιγμό (Glass&Wolf, 1999). Αυτές οι δυσκολίες οφείλονται στις δομικές διαταραχές στην στοματική κοιλότητα. Ωστόσο διαταραχές στην διατήρηση της προστασίας του αεραγωγού κατά την διάρκεια της φαρυγγικής φάσης της κατάποσης μπορούν να συμβούν, όταν υπάρχουν ανωμαλίες στο φάρυγγα, στον οισοφάγο ή στο κεντρικό νευρικό σύστημα σε συνδυασμό με σχιστία. Διαταραχές με την προστασία του αεραγωγού, μπορούν επίσης να παρουσιαστούν όταν ο συγχρονισμός της στοματικής φάσης της κατάποσης είναι τόσο αποδιοργανωμένος, που υποχωρεί η ακεραιότητα της προστασίας του αεραγωγού (Kummer, 2008).

Τα βρέφη με μια χειλεοσχιστία, συνήθως δεν έχουν σημαντικές διαταραχές σίτισης, ιδιαίτερα εάν η σχιστία είναι μονόπλευρη. Μπορεί να υπάρχει κάποιου βαθμού αρχική δυσκολία στην μάθηση του πως να πιάνει την θηλή/θήλαστρο. Μόλις όμως η θηλή/θήλαστρο τοποθετηθεί ενδοστοματικά, οι κινήσεις της γλώσσας και της σιαγόνας του βρέφους πρέπει να είναι επαρκείς, ώστε να προξενούν συμπίεση της θηλής/θηλάστρου προς το ανέπαφο μέρος του φατνίου και της υπερώας. Υπάρχει περίπτωση να παρατηρείται κάποια δυσκολία στην επίτευξη αρνητικής πίεσης απομύζησης, ανάλογα με το πόσο επηρεάζεται το σφράγισμα των χειλιών πάνω στη θηλή/θήλαστρο(Kummer, 2008).

Τα βρέφη με πολύ μικρή σχιστία της μαλακής υπερώας, συχνά μπορούν να σιτιστούν χωρίς ειδικές τροποποιήσεις. Με μια μικρή οπίσθια σχιστία το βρέφος μπορεί πράγματι να φράζει την σχιστία με την γλώσσα κατά την διάρκεια ενός μέρους της κίνησης της απομύζησης, έτσι ώστε να μπορεί να υπάρξει αρνητική πίεση φυσιολογικά (Kummer, 2008).

Τα βρέφη με σχιστία της σκληρής και της μαλακής υπερώας έχουν περισσότερη δυσκολία στην σίτιση για διάφορα αίτια. Ανάλογα με την έκταση της σχιστίας, το βρέφος μπορεί να μην είναι ικανό να βρει μια σκληρή υπερωική επιφάνεια για αντίσταση, καθιστώντας αδύνατη την συμπίεση της θηλής/θηλάστρου. Αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα η θηλή/θήλαστρο να πιεστεί προς την περιοχή της σχιστίας, εάν δεν μπορεί να επιτευχθεί η τοποθέτηση έναντι μιας περιοχής της σκληρής υπερώας. Μια άλλη ανησυχία είναι ότι με μια ανοιχτή κοιλότητα, η επακόλουθη δημιουργία της απομύζησης είναι δύσκολη και μπορεί να είναι αδύνατο να επιτευχθεί. Ο βαθμός της δυσκολίας ξανά, εξαρτάται από το μέγεθος και την θέση της σχιστίας. Οι οπίσθιες σχιστίες μπορεί να φράζονται από την βάση της γλώσσας, κατά τη διάρκεια της κίνησης της απομύζησης. Όσο πιο εμπρόσθια είναι η σχιστία, τόσο πιο δύσκολο είναι για το βρέφος να επιτύχει συμπίεση της θηλής/θηλάστρου και επακόλουθη δημιουργία αρνητικής πίεσης για αποτελεσματική απομύζηση.

Η σκληρή υπερώα και το υπερώιο ιστίο, διαχωρίζουν την στοματική κοιλότητα από την ρινική κοιλότητα κατά την σίτιση. Με μια ανοιχτή υπερώα, θα παρουσιαστεί συχνά ρινική αναρροή, η οποία είναι η αντίστροφη ροή του γάλατος στον

ρινοφάρυγγα και στην ρινική κοιλότητα. Αυτό μπορεί να προκαλέσει δυσφορία και αποδιοργάνωση, όσον αφορά τον συντονισμό αναπνοής και σίτισης (Kummer, 2008). Λόγω της δυσκολίας με την στοματική σίτιση, μπορούν να παρουσιαστούν αρκετές δευτερογενείς διαταραχές. Αυτές περιλαμβάνουν φτωχό κέρδος βάρους, υπερβολική κατανάλωση ενέργειας κατά την διάρκεια της σίτισης, μεγάλη διάρκεια σίτισης, δυσφορία κατά την σίτιση και αγχογόνες αλληλεπιδράσεις κατά την σίτιση μεταξύ βρέφους και φροντιστή (Carlisle, 1998).

Αξιίζει να σημειωθεί, ότι εάν τον βρέφος έχει υπερωϊοσχιστία, είναι πιο δύσκολο να επιτευχθεί συμπίεση της θηλής/θηλάστρου για να παραχθεί απομύζηση. Τα περισσότερα βρέφη μπορούν να ολοκληρώσουν ένα γεύμα μέσα σε 20 με 30 λεπτά. Για την υποστήριξη του κέρδους βάρους κατά τους πρώτους μήνες της βρεφικής ηλικίας, είναι σημαντικό για τα βρέφη με υπερωϊοσχιστία να λαμβάνουν επαρκή διατροφή · αυτό μπορεί να είναι ένα πρόβλημα, εάν υπάρχουν διαταραχές σίτισης (Glass&Wolf, 1999 /Jones, 1988 /Redford-Badwal, Mabry&Frassinelli, 2003). Ένα νεογέννητο βρέφος πλήρους εβδομάδων κύησης, γενικά, θα χρειαστεί 60 με 90 γραμμάρια μητρικού ή έτοιμου γάλατος ανά μισό κιλό βάρους σώματος καθημερινά, με σκοπό να κερδίσει βάρος κατάλληλα (TheCleftPalateFoundation, 1998).

Επομένως, ένα βρέφος το οποίο ζυγίζει περίπου 4,5 κιλά θα απαιτήσει μεταξύ 600 και 900 γραμμαρίων καθημερινά · μια σημαντική ποσότητα για ένα βρέφος, το οποίο έχει δυσκολία σίτισης. Καθώς το βρέφος κερδίζει βάρος, η καθημερινή πρόσληψη του θα πρέπει να αυξάνει ανάλογα. Εάν το βρέφος έχει υπερωϊοσχιστία, ωστόσο, είναι πιο δύσκολο να επιτευχθεί συμπίεση της θηλής/θηλάστρου, για να παραχθεί απομύζηση, που χρειάζεται για αποδοτική λήψη της ποσότητας του γάλατος, που απαιτείται για την συνεχή ανάπτυξη. Επιπλέον, η ρινική αναρροή θα πρέπει να αφαιρείται από την συνολική πρόσληψη γάλατος (Kummer, 2008).

Εάν το βρέφος χρειάζεται 45 λεπτά ή περισσότερο για να φάει, με εμφανής αυξημένη προσπάθεια και σχετικά μικρή πρόσληψη, τότε ενδείκνυται η συμβολή ενός παιδίατρου, ενός διατροφολόγου και ενός ειδικού στην σίτιση (λογοπαθολόγο ή εργοθεραπευτή με ειδική εκπαίδευση στη σίτιση) (Kummer, 2008).

Επειδή ο αέρας συνεχίζει να ρέει διαμέσου της μύτης και έπειτα διαμέσου του στόματος κατά την σίτιση, λόγω της ανοιχτής σχιστίας, αυτό μπορεί να επιφέρει υπερβολική πρόσληψη αέρα. Αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα, το βρέφος να νοιώθει φουσκωμένο ή να έχει επεισόδια συχνών "εκτοξεύσεων γουλιών". Η υπερβολική πρόσληψη αέρα χρειάζεται να παρακολουθείται στενά από τον φροντιστή, καθώς είναι μια πιθανή πηγή δυσμορφίας για το βρέφος, κατά την διάρκεια αλλά και μετά την σίτιση (Kummer, 2008).

Απόρροια των προβλημάτων σίτισης είναι αναπνευστικά προβλήματα λόγω συχνών εισροφίσεων. Οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού (βρογχοπνευμονία, πνευμονία) και η κρίση βρογχολίτιδας ή βρογχικού άσθματος είναι τα σημαντικότερα. Λόγω των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, συχνών σε αυτά τα νεογνά, επιλέγεται πολλές φορές η σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ή σε ακραίες περιπτώσεις και η γαστροστομία σαν λύση ανάγκης για την επιβίωση του νεογνού (Κουδουμνάκης, 2008).

Μια τελευταία ανησυχία για τους γονείς, είναι το γεγονός ότι φυσιολογικά η διαδικασία της σίτισης εξυπηρετεί ως μια εμπειρία αγάπης και ανάπτυξης συναισθηματικών δεσμών μεταξύ του φροντιστή και του βρέφους. Ωστόσο, η σίτιση ενός βρέφους με υπερωϊοσχιστία μπορεί να απαιτεί πολύ χρόνο για τους φροντιστές και συχνά επιφέρει μεγάλη απογοήτευση (Kummer, 2008).

2.9.ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΙΤΙΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΣΧΙΣΤΙΑ

Η σίτιση είναι μια από τις πιο άμεσες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι γονείς, έπειτα από την γέννηση του μωρού τους, το οποίο έχει μια χειλεοσχιστία/υπερώιοσχιστία ή κρανιοπροσωπική ανωμαλία. Ένα άνοιγμα στην υπερώα μπορεί να έχει μια πολύ σοβαρή επίδραση στην στοματο-κινητική μηχανική, ειδικότερα όσον αφορά την ικανότητα δημιουργίας ενδοστοματικής πίεσης, η οποία είναι απαραίτητη για τον αποτελεσματικό θηλασμό κατά την σίτιση του βρέφους. Επιπλέον, μπορεί να υπάρξει δυσκολία με την προστασία του αεραγωγού κατά την κατάποση και αυτό μπορεί να έχει σοβαρές επιπλοκές για την αναπνευστική υγεία του βρέφους (Kummer, 2008). Οι συνέπειες της χρόνιας εισρόφησης κατά την σίτιση περιλαμβάνουν επανεμφανιζόμενες αναπνευστικές ασθένειες, πνευμονία και πνευμονική βλάβη (Arvedson & Brodsky, 2002). Τέλος, η απογοήτευση των γονέων, ως αποτέλεσμα της δυσκολίας στην σίτιση του βρέφους, μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών μεταξύ γονέα-βρέφους (Johansson & Ringsberg, 2004).

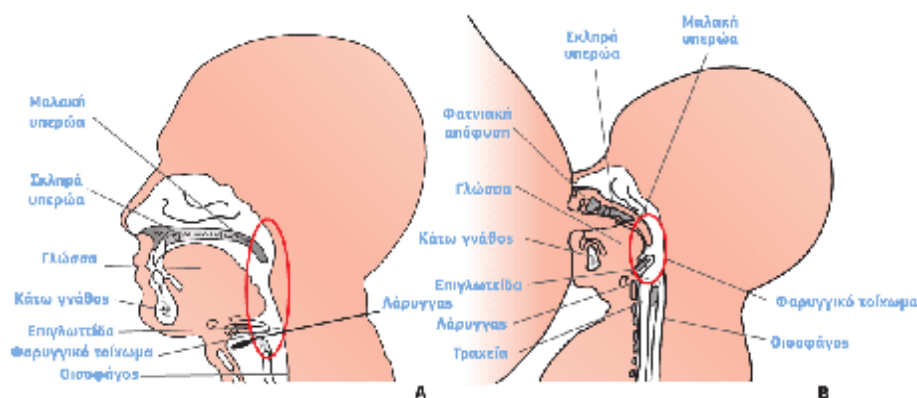
2.10.Στοματική/Φαρυγγική/Λαρυγγική ανατομία του βρέφους

Υπάρχουν ευκρινείς διαφορές στη θέση και στο μέγεθος των στοματικών, φαρυγγικών και λαρυγγικών δομών του βρέφους, εν συγκρίσει με του ενήλικου. Οι ανατομικές σχέσεις αυτών των περιοχών αλλάζουν σημαντικά κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της βρεφικής ηλικίας, καθώς και κατά τη διάρκεια των πρώτων δύο ή τριών ετών ζωής. Οι δομές του βρέφους είναι μικρότερες και πάρα πολύ κοντά. Καθώς το βρέφος αναπτύσσεται, οι δομές γίνονται μεγαλύτερες και απομακρύνονται (Bosma, 1985).

Όλα τα στοματικά χαρακτηριστικά (όπως το μικρό μέγεθος και σχήμα της στοματικής κοιλότητας, αλλά και οι παρειακές περιοχές που είναι σχετικά μεγάλες) τα οποία διευκολύνουν τον πρώιμο θηλασμό, χαρακτηρίζονται από κινήσεις διάτασης-συστολής της γλώσσας, καθώς και από την ανάπτυξη πιο ώριμων κινήσεων πάνω-κάτω της γλώσσας, οι οποίες είναι χαρακτηριστικές του πραγματικού θηλασμού (Arvedson&Brodsky, 2002 /Morris&Klein, 1987/Wolf&Glass, 1992).

Η φαρυγγική περιοχή στο νεογέννητο χαρακτηρίζεται, επίσης, από πολύ μικρό χώρο μεταξύ των δομών. Η μαλακή υπερώα είναι σχετικά μεγάλη και έχει μεγάλη περιοχή επαφής με την γλώσσα. Η βάση της γλώσσας, η μαλακή υπερώα και τα φαρυγγικά τοιχώματα βρίσκονται πάρα πολύ κοντά. Η θέση ηρεμίας του κατώτερου ορίου της σταφυλής και του υπερώιου ιστίου είναι μπροστά από την επιγλωττίδα (Kummer, 2008).

Ανατομία της Κατάποσης στον Ενήλικα (Α) και το Βρέφος (Β)



(ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ, 2016)

Η θέση του λάρυγγα του βρέφους, η οποία σε μέγεθος είναι το ένα- τρίτο του ενηλίκου, είναι ψηλά στον υποφάρυγγα. Η ψηλή αυτή θέση ωθεί την επιγλωττίδα να περάσει πάνω από το ελεύθερο όριο της μαλακής υπερώας και να προβάλλει στον ρινοφάρυγγα. Η επιγλωττίδα είναι σωληνοειδής, συμμετρικά στενή και πιο κάθετη στο βρέφος, εν συγκρίσει με του ενηλίκου (Myer, Cotton&Shott, 1995). Καθώς το βρέφος ωριμάζει, η στοματική κοιλότητα σταδιακά γίνεται μεγαλύτερη, με ταυτόχρονη γναθιαία ανάπτυξη και οδοντοφυΐα. Η γλώσσα ξεκινά να κατεβαίνει και να κινείται προς τα πίσω στο στόμα, με την άκρη να ξεκινά να τοποθετείται πίσω από το φαρυγγικό έπαρμα. Ο αυξημένος χώρος διευκολύνει την ανάπτυξη μιας ποικιλίας στοματικών κινήσεων για σίτιση, καθώς και για παραγωγή ομιλίας. Ο φάρυγγας ξεκινά να επιμηκύνεται και ολοκληρώνεται μέχρι την ηλικία των 3 ετών (Sasaki, Levine, Laitman, Phil & Crelin, 1977).

2.11.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΧΙΣΤΙΩΝ

Γενικά ως χρόνο επέμβασης της χειλεοσχιστίας επιλέγεται η ηλικία των 3-4 μηνών και κατά την επέμβαση αυτή επιδιώκεται μία απλή προσέγγιση των χειλικών τμημάτων χωρίς προσπάθεια να επιτευχθεί το τελικό αποτέλεσμα. Διόρθωση της μονόπλευρης σχιστίας πραγματοποιείται στην ηλικία των 3 μηνών εάν η σχιστία είναι περιορισμένη ή στην ηλικία των 4-6 μηνών εάν η σχιστία είναι αμφίπλευρη και έχει προηγηθεί προκαταρκτική χειλική προσκόλληση. Όσον αφορά την επιλογή του χρόνου σύγκλεισης της υπερώας(σκληρής και μαλακής), υπάρχουν διάφορα πρωτόκολλα που περιλαμβάνουν αποκατάσταση υπερωϊοσχιστίας στους 3-9, 12-24, 2-5 χρόνια ή επισκευή μαλακής υπερώας στους 6-9 μήνες και σκληρής μέχρι την ηλικία των 15 (θεραπεία σε δύο φάσεις). (Tsodoulos, Georgiou, Roberto&Lazaridis, 2006). Ενδεικτικά αναφέρεται στην μελέτη του Dorf και του Curtin ότι αν η χειρουργική αποκατάσταση γίνει κάτω των 12 μηνών, υπάρχει πιθανότητα παραμονής των προβλημάτων της ρινολαλίας μόνο σε ποσοστό 10% σε αντίθεση με το αν γίνει αποκατάσταση μετά την ηλικία των 12 μηνών όπου τα ποσοστά ανεβαίνουν στο 86%. Ο Bartoch και οι συνεργάτες του επιβεβαιώνουν παρόμοιες στατιστικές. Ως ιδανικός χρόνος για την αποκατάσταση της υπερωϊοσχιστίας θεωρείται η ηλικία των 12 μηνών, με κατάλληλη όμως επιλογή της μεθόδου και του ασθενή (Κουδομυνάκης, 2008).

2.12.ΓΕΝΙΚΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΙΤΙΣΗ

Βρέφη τα οποία παρουσιάζουν διαταραχές σίτισης, που επιλύονται εύκολα μεταγεννητικά μέσω μιας απλής προσαρμογής στην μέθοδο σίτισης, θα επωφεληθούν από μια κλινική αξιολόγηση στοματό-κινητικότητας/σίτισης, η οποία διεξάγεται από έναν εξειδικευμένο λογοπαθολόγο ή εργοθεραπευτή ή άλλους ειδικούς στην σίτιση. Μια τέτοια αξιολόγηση μπορεί να εξετάσει τις συγκεκριμένες στοματό-κινητικές δυνατότητες και αδυναμίες ενός βρέφους, με τους τελικούς στόχους να είναι: α)η μεγιστοποίηση της ικανότητας του βρέφους να σιτίζεται από το στόμα για επαρκή διατροφή και κέρδος βάρους, συνδυάζοντας τροποποιήσεις σίτισης με στοματό-κινητικές δεξιότητες και β)η διευκόλυνση του συγχρονισμού απομύζηση-κατάποση-αναπνοή για ασφαλή και αποτελεσματική σίτιση (Kummer, 2008).

2.13.ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Ο μητρικός θηλασμός συνήθως δεν αποτελεί πρόβλημα για το βρέφος, το οποίο έχει μόνο χειλεοσχιστία, καθώς το βρέφος μπορεί ακόμα να επιτύχει επαρκή απομύζηση. Ακόμα και με μια σχιστία στο χείλος και στο φατνίο, το στήθος τείνει να γεμίζει το άνοιγμα, φορμάροντας το σχήμα της στοματικής κοιλότητας. Γενικά, συστήνεται η κατακόρυφη θέση, όταν επιχειρείται ο μητρικός θηλασμός. Συμπληρωματική σίτιση με μπουκάλι ή μια πλήρης στροφή στο μπουκάλι μπορεί να είναι απαραίτητη, εάν εμφανιστούν άμεσα δυσκολίες με τον μητρικό θηλασμό. Ο μητρικός θηλασμός του βρέφους με μια υπερωϊοσχιστία είναι πολύ δύσκολος και μπορεί να είναι μια μεγάλη απογοήτευση για πολλές νέες μητέρες. Ο μητρικός θηλασμός του βρέφους με υπερωϊοσχιστία μπορεί να πραγματοποιηθεί, αλλά για να είναι επιτυχής, χρειάζονται ειδικές τροποποιήσεις (Wolf&Glass, 1992). Η στενή παρακολούθηση του κέρδους βάρους κατά την διάρκεια μιας δοκιμαστικής περιόδου μητρικού θηλασμού θα παρέχει αντικειμενικές ενδείξεις, όσον αφορά την δυνατότητα επίτευξης και τις οριστικές πληροφορίες, σχετικά με το εάν χρειάζεται μια συμπληρωματική μέθοδος σίτισης (Kummer, 2008).

Εάν η μητέρα επιθυμεί να προσπαθήσει να θηλάσει το βρέφος, θα πρέπει να συμβουλευτεί έναν ειδικό στην σίτιση ή στον θηλασμό, ο οποίος έχει εμπειρία με ασθενείς που έχουν ειδικές ανάγκες, ιδιαίτερα με ασθενείς με χειλεοσχιστία ή υπερωϊοσχιστία. Εάν μια δοκιμαστική περίοδος μητρικού θηλασμού αποδειχθεί ανεπιτυχής και η μητέρα επιθυμεί να συνεχίσει τον μητρικό θηλασμό, μπορεί να προταθεί ένα σύστημα συμπληρωματικής διατροφής. Το σύστημα συμπληρωματικής διατροφής χρησιμοποιεί ένα ρεζερβουάρ και έναν αγωγό. Το ρεζερβουάρ μπορεί να γεμίσει με έτοιμο γάλα ή με γάλα από την μητέρα, ένας λεπτός αγωγός, συνδεδεμένος με το ρεζερβουάρ, στερεώνεται πάνω στο στήθος της μητέρας και στην θηλή. Καθώς το βρέφος προσκολλάται στο στήθος για σίτιση, η μητέρα συμπληρώνει το μητρικό γάλα με γάλα, το οποίο συμπιέζεται χειροκίνητα μέσω του αγωγού. Η ροή του γάλατος χρειάζεται να είναι ταυτόχρονη με τις προσπάθειες απομύζησης του μωρού. Με αυτή την μέθοδο, το μωρό παίρνει συμπλήρωμα στο στήθος, ενώ διατηρεί την σημαντική φυσική επαφή για το βρέφος και την μητέρα. Επιπλέον, αυτή η μέθοδος διεγείρει το στήθος, ώστε να συνεχίσει να παράγει και να διατηρεί την παροχή γάλατος (Kummer, 2008).



Το σύστημα συμπληρωματικής διατροφής (ρεζερβουάρ και αγωγός). ("Amazon")

Ασπίδες θηλής

Οι ασπίδες θηλής είναι βοηθητικές για παιδιά με δυσκολίες προσκόλλησης, αποτελούνται από λεπτή, εύκαμπτη σιλικόνη για μέγιστη άνεση. Όταν χρησιμοποιούνται οι ασπίδες θηλής ανοίγουν ένα βοηθητικό τμήμα, για μεγαλύτερη επαφή του δέρματος του βρέφους με το δέρμα της μητέρας (Devi, Sankar, Kumar&Sujatha, 2012).



Οι ασπίδες θηλής (Devi, Sankar, Kumar&Sujatha, 2012).

Θήλαστρο στήθους (αντλίες στήθους)

Ορισμένες μητέρες, μπορεί να βρουν ότι η σίτιση με μπουκάλι, χρησιμοποιώντας ένα τροποποιημένο μπιμπερό και/ή ένα τροποποιημένο θήλαστρο, είναι πιο εύκολη και πιο αποτελεσματική. Μπορούν ακόμα, να χρησιμοποιούν το μητρικό γάλα, αλλά σε αυτή την περίπτωση, το μητρικό γάλα δίνεται μέσω του τροποποιημένου μπιμπερό ή θήλαστρου. Το μητρικό γάλα μπορεί να ληφθεί μέσω της χρήσης μιας ποικιλίας αντλιών στήθους. Οι αντλίες στήθους είναι διαθέσιμες στο εμπόριο. Υπάρχουν πολλά είδη αντλιών στήθους, συμπεριλαμβανομένων χειροκίνητων αντλιών, αντλιών με μπαταρίες και ηλεκτρικών αντλιών. Οι ηλεκτρικές αντλίες τείνουν να είναι πιο αποτελεσματικές και πιο γρήγορες από ότι οι χειροκίνητες. Μια ηλεκτρική αντλία, η οποία επιτρέπει άντληση και από τους δύο μαστούς ταυτόχρονα, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, επειδή μπορεί να μειώσει σε μεγάλο βαθμό το χρονικό διάστημα, το οποίο

απαιτείται για την άντληση του γάλατος. Αυτό είναι ένα σαφές πλεονέκτημα, ιδιαίτερα εάν χρησιμοποιείται αποκλειστικά το μητρικό γάλα (Kummer, 2008).



Χειροκίνητο θήλαστρο Chicco
("Excellent Τα πάντα για το μωρό")



Ηλεκτρικό θήλαστρο Medela
("Excellent Τα πάντα για το μωρό")



Θήλαστρο με μπαταρίες Medela
("Excellent Τα πάντα για το μωρό")

2.14. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΘΗΛΑΣΤΡΑ

Εάν εμφανιστούν άμεσα διαταραχές σίτισης, μια ποικιλία ειδικών μπιμπερό και θηλάστρων είναι διαθέσιμη. Όταν σκεφτόμαστε τι θηλάστρο να χρησιμοποιήσουμε για ενίσχυση της απομύζησης, υπάρχουν τέσσερις βασικές παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη: η ευκαμψία, το σχήμα του θηλάστρου, το μέγεθος του θηλάστρου και ο τύπος και το μέγεθος της οπής (Mathew, 1988). Ο τύπος του θηλάστρου που επιλέγεται, πρέπει να βασίζεται στον τύπο της σχιστίας, στις στοματό-κινητικές δεξιότητες και τις δεξιότητες σίτισης του μωρού, τα οποία προσδιορίζονται από την αρχική αξιολόγηση σίτισης. Τα τροποποιημένα θηλάστρα,

όπως το θήλαστρο Pigeon ή το θήλαστρο Ross, μπορούν να εφαρμοστούν είτε σε κλασσικά, είτε σε εύκαμπτα μπιμπερό (Kummer, 2008).

Τα εμπορικά διαθέσιμα μπιμπερό είναι:

Το μπιμπερό Χειλοσχιστίας/Υπερωϊσχιστίας MeadJohnson: Αυτό είναι ένα μαλακό μπιμπερό, το οποίο πιέζεται εύκολα και έχει μια μακριά, απαλή, σταυρωτά κομμένη θηλή. Ένα κανονικό θήλαστρο μπορεί επίσης, να εφαρμοστεί στο μπιμπερό MeadJohnson και δουλεύει καλά σε ορισμένα βρέφη. Ο φροντιστής μπορεί να βοηθήσει στη ρύθμιση του υγρού, βοηθώντας την συμπίεση. Η χρήση είτε του σταυρωτά κομμένου θήλαστρου, είτε του κανονικού θήλαστρου με τροποποιημένη οπή θα εξαρτηθεί από τις στοματό-κινητικές δεξιότητες κάθε παιδιού (Kummer, 2008).

Μπιμπερό Υπερωϊσχιστίας Ross: Αυτό το μπιμπερό έχει ένα μακρύ, λεπτό θήλαστρο, το οποίο παρέχει γάλα στο πίσω μέρος του λαιμού. Η μικρή διάμετρος αυτού του θήλαστρου δεν διευκολύνει τις κινήσεις της γλώσσας για θηλασμό. Το μακρύ μήκος μπορεί να προκαλέσει αναγούλιασμα σε ορισμένα βρέφη. Η ροή του υγρού είναι σταθερή και γρήγορη και μπορεί να είναι δύσκολη για βρέφη, τα οποία δεν μπορούν να αντέξουν έναν γρήγορο ρυθμό ροής. Αυτό μπορεί να επιφέρει αποδιοργάνωση της προστασίας του αεραγωγού και πιθανή εισρόφηση (Kummer, 2008).

Τα εμπορικά διαθέσιμα θήλαστρα είναι:

Θήλαστρο PigeonNipple: Το θήλαστρο pigeon έχει μια πλευρά με λεπτότερα τοιχώματα, δίνοντας την δυνατότητα στο βρέφος να εκθλίψει γάλα μέσω μιας κίνησης απομύζησης. Η πιο χοντρή πλευρά του θήλαστρου τοποθετείται έναντι της οροφής του στόματος. Το μπουκάλι μπορεί να πιεστεί από τον τροφοδότη, για να βοηθηθεί η ροή υγρού. Το θήλαστρο έχει μια τάση να καταρρέει, επειδή δεν ανοίγει εύκολα, λόγω των λεπτών τοιχωμάτων του. Το θήλαστρο pigeon μπορεί να χρησιμοποιηθεί με μπουκάλια, τα οποία έχουν σχεδιαστεί να αποτρέπουν την πρόσληψη υπερβολικού αέρα, όπως το μπουκάλι PlaytexVentair ή Dr. Brown (Kummer, 2008).

Θήλαστρο Προβάτου (Lamb'sNipple): Το θήλαστρο είναι μακρύ, πλατύ και μαλακό, με την συμπίεση να πραγματοποιείται μεταξύ των πλευρικών φατνιακών επαρμάτων. Το σχήμα αυτού του θήλαστρου δεν διευκολύνει τις φυσιολογικές κινήσεις θηλασμού. Η τρύπα μπορεί να είναι πολύ μεγάλη για βρέφη, τα οποία δεν μπορούν να αντέξουν μια γρήγορη ροή υγρού. Το μήκος του θήλαστρου μπορεί να προκαλέσει αναγούλιασμα σε ορισμένα βρέφη. Αυτό το θήλαστρο, ενώ χρησιμοποιούνταν πάρα πολύ στο παρελθόν, έχει βρεθεί ότι έχει ένα υψηλό επίπεδο νιτρικού άλατος (Kummer, 2008).

Θήλαστρο Haberman (Haberman Feeder): Το θήλαστρο Haberman είναι σχεδιασμένο να επιτρέπει την απελευθέρωση του γάλατος, μόνο μέσω των συμπίεσεων του βρέφους · δεν απαιτείται απομύζηση. Υπάρχει ένα μαλακό θήλαστρο, το οποίο γεμίζει με μητρικό ή άλλο γάλα, πριν την σίτιση. Το θήλαστρο έχει μια βαλβίδα μονής ροής, η οποία αποτρέπει την γρήγορη ροή υγρού, ανοίγοντας μόνο, όταν το βρέφος απομυζεί. Η βαλβίδα είναι επίσης, σχεδιασμένη να αποτρέπει την υπερβολική πρόσληψη αέρα. Η συμπίεση μπορεί να γίνει, για να βοηθηθεί η ροή υγρού, εάν χρειάζεται. Το θήλαστρο έχει μια σχισμή, η οποία επιτρέπει τον έλεγχο της ροής κατά την διάρκεια της σίτισης, ανάλογα με τον προσανατολισμό της σχισμής μέσα στο στόμα του βρέφους. Η ροή μπορεί επομένως, να ρυθμιστεί εύκολα

από τον τροφό. Το Mini-Haberman είναι μια μικρότερη εκδοχή του θήλαστρου και είναι σχεδιασμένο για μικρότερα ή πρόωρα μωρά με υπερωϊοσχιστία ή άλλες χαρακτηριστικές διαταραχές σίτισης (Kummer, 2008).

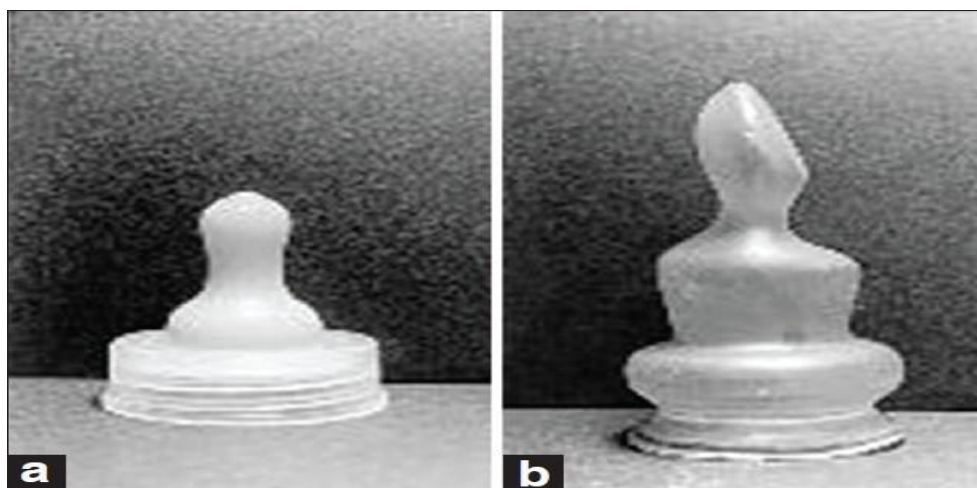
Θήλαστρο Preemie: Αυτό το θήλαστρο είναι μικρότερο, λεπτότερο και απαλότερο από ότι το συνηθισμένο θήλαστρο, κάνοντας πιο εύκολη την απομύζηση. Αυτό είναι ένα θήλαστρο γρήγορης ροής, το οποίο θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο με βρέφη, τα οποία έχουν δείξει ότι μπορούν να αντέξουν την αυξημένη αναπνευστική προσπάθεια, σε συνδυασμό με την αυξημένη κατάποση, που συνδέεται με την γρήγορη ροή υγρού (Kummer, 2008).

Θήλαστρο με Προσθήκη (Obturator Nipple): Το θήλαστρο με προσθήκη, αναφέρεται και ως θήλαστρο Brophy, έχει ένα τμήμα (σαν πτερύγιο) πάνω από το θήλαστρο, το οποίο προορίζεται για να φράξει την σχιστία και να διευκολύνει την φυσιολογική απομύζηση. Αυτό το θήλαστρο σπάνια συστήνεται, καθώς υπάρχει το ενδεχόμενο να φράξει την στοματική κοιλότητα, να ερεθίσει τον ρινοφαρυγγικό χώρο και να προκαλέσει αποσυντονισμό απομύζησης-κατάποσης (Kummer, 2008).

Κλασσικό θήλαστρο Amber: Αυτό το θήλαστρο έχει μια στενή βάση και έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικό, όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ένα μπουκάλι συμπίεσης, καθώς σιτίζονται τα βρέφη, τα οποία είχαν επιδείξει ικανότητα να αναπτύξουν κάποιον βαθμό απομύζησης ανεξάρτητα. Μπορεί να χρειαστεί μια ελαφρά μεγέθυνση της οπής του θήλαστρου (Kummer, 2008).

Θήλαστρο NUK: Ο τύπος του θήλαστρου NUK έχει ένα θήλαστρο με πλατιά βάση, με γρήγορο ρυθμό ροής. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ένα μπουκάλι συμπίεσης για βρέφη, τα οποία επιδεικνύουν καλή ικανότητα στον γρήγορο συντονισμό απομύζησης-κατάποσης και αναπνοής (Kummer, 2008).

Θήλαστρο Medela Soft Cup: Το θήλαστρο Soft Cup είναι σχεδιασμένο να χρησιμοποιείται με το μπιμπερό πολυπροπυλενίου Medela 80ml. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν άλλα μπουκάλια, αλλά μπορεί να υπάρξει διαρροή στον λαιμό του μπουκαλιού. Το θήλαστρο SoftCup δεν απαιτεί ενεργή απομύζηση από το βρέφος, επειδή το υγρό απελευθερώνεται μέσω ενός μικρού, εύκαμπτου ρεζερβουάρ, που μοιάζει με κούπα. Ο ρυθμός της ροής ελέγχεται από τον τροφό (Kummer, 2008).



a.Θηλή για νεογέννητα b.Θηλή για βρέφη με έντονη δυσκολία στη σίτιση (Κουδουμνάκης, 2008)/ (Devi, Sankar, Kumar&Sujatha, 2012)

2.14.1.Ευκαμψία Θηλάστρου

Το θήλαστρο πρέπει να είναι αρκετά εύκαμπτο, ώστε να απελευθερώνει το μητρικό ή το έτοιμο γάλα με περιορισμένη συμπίεση και χωρίς δημιουργία απομύζησης. Την ίδια στιγμή, το θήλαστρο χρειάζεται να είναι αρκετά σκληρό, για να παρέχει έναν κατάλληλο βαθμό ιδιοδεκτικότητας, ώστε να διεγείρεται η απομύζηση. Ένα απαλό θήλαστρο τείνει να έχει έναν υψηλότερο ρυθμό ροής, από ότι ένα σκληρό θήλαστρο και, έτσι, χρειάζεται λιγότερη προσπάθεια στην συμπίεση και την απομύζηση. Ο βαθμός ευκαμψίας πρέπει να ταιριάζει με τις δυνάμεις του βρέφους στην απομύζηση και να παρέχει έναν κατάλληλο ρυθμό ροής, για να επιτρέπει στο μωρό να συντονίζει την αλληλουχία απομύζηση-κατάποση-αναπνοή. Αυτό είναι σημαντικό, επειδή ένας αυξημένος ρυθμός ροής το υγρού θα απαιτήσει έναν γρηγορότερο ρυθμό κατάποσης και μεγαλύτερη αναπνευστική προσπάθεια (Glass&Wolf, 1999). Ένα θήλαστρο "preemie" χρησιμοποιείται, συχνά, για βρέφη με υπερωϊοσχιστία, επειδή είναι σχεδιασμένο να είναι πολύ απαλό και εύκαμπτο. Ένα κλασσικό θήλαστρο μπορεί, επίσης, να γίνει απαλότερο μέσω βρασμού. Μια ποικιλία ειδικών συστημάτων θηλάστρων και μπιμπερό, όπως το MeadJohnson, το θήλαστρο Haberman και το θήλαστρο Pigeon, είναι ειδικά σχεδιασμένα για βρέφη με υπερωϊοσχιστία (Kummer, 2008).

2.14.2.Σχήμα Θηλάστρου

Το σχήμα του θηλάστρου χρειάζεται να παρέχει επαρκή επαφή μεταξύ του θηλάστρου και της γλώσσας, για επαρκή συμπίεση. Το σχήμα, επίσης, πρέπει να στηρίζει τα στοματό-κινητικά πρότυπα, που χρειάζονται κατά την διάρκεια της απομύζησης. Υπάρχουν πολυάριθμα σχέδια θηλάστρων · ωστόσο, τα σχήματα των θηλάστρων, κατά βάση, χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: παραδοσιακά, θήλαστρα με ευθύγραμμο σχήμα και πλατιά, επίπεδα θήλαστρα. Το παραδοσιακό θήλαστρο έχει ένα ευθύγραμμο σχηματισμό, ο οποίος σταδιακά λεπταίνει σε μια χοανοειδή βάση. Τα πλατιά, επίπεδα θήλαστρα, ορισμένες φορές αναφέρονται ως "ορθοδοντικά θήλαστρα", έχουν άκρα σαν βολβό, τα οποία διευρύνονται σε μια μεγάλη, πλατιά βάση. Αυτός ο τύπος ενδεχομένως, είναι πιο πολύ γνωστός ως θήλαστρο NUK · ωστόσο, πολλοί κατασκευαστές, συμπεριλαμβανομένων των Gerber και Playtex, πλέον φτιάχνουν θήλαστρα με σχήμα παρόμοιο με το πρωτότυπο στυλ NUK. Τέτοια θήλαστρα, γενικά, είναι επωφελή για βρέφη με μεμονωμένη χειλεοσχιστία, καθώς μπορούν να προσαρμοστούν στην σχιστία και να αποτρέψουν τη διαφυγή αέρα, κατά την απομύζηση (Kummer, 2008).

2.14.3.Μέγεθος Θηλάστρου

Ο προσδιορισμός του κατάλληλου μεγέθους του θηλάστρου πρέπει να βασίζεται στο μήκος, που χρειάζεται για να παρέχεται επαρκής επαφή μεταξύ του θηλάστρου και της γλώσσας, για αποτελεσματικές κινήσεις της γλώσσας. Το μήκος του θηλάστρου μπορεί να ποικίλει σημαντικά, ανάλογα με τον τύπο της βάσης και την απόσταση από την άκρη έως την βάση, ειδικά για όσα θήλαστρα έχουν κωνοειδείς βάσεις. Η δύναμη της απομύζησης του βρέφους, ο βαθμός του κλεισίματος των χειλιών γύρω από το θήλαστρο και ο έλεγχος που παρέχει ο τροφός, για την διατήρηση της θέσης του θηλάστρου, είναι παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη (Kummer, 2008).

2.15. ΤΥΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ ΟΠΗΣ

Το μέγεθος της οπής καθώς και ο τύπος της οπής, προσδιορίζουν τον ρυθμό ροής. Δύο βασικοί τύποι οπών συναντώνται στα κλασσικά θήλαστρα: οι κλασσικές οπές και οι σταυρωτά κομμένες. Οι οπές είναι, συνήθως, πολύ μικρά ανοίγματα στα θήλαστρα και το μέγεθος ποικίλει κατά πολύ μεταξύ διαφορετικών τύπων θηλάστρων. Ένα σταυρωτά κομμένο άνοιγμα είναι, βασικά, ένας σχηματισμός ‘‘X’’. Ένα κλασσικό θήλαστρο μπορεί να τροποποιηθεί σε σταυρωτά κομμένο με μια αποστειρωμένη ξυριστική λεπίδα. Το μέγεθος της οπής, γενικά, θεωρείται ενδεικτικό του ρυθμού ροής κατά την απομύζηση (Mathew, 1990). Ο τύπος της οπής, που πρέπει να χρησιμοποιηθεί για το βρέφος, προσδιορίζεται κατά την αρχική αξιολόγηση σίτισης. Ο σταυρωτά κομμένος σχηματισμός επιτρέπει στο γάλα να κυλήσει, μόνο όταν το βρέφος συμπιέζει το θήλαστρο, για να προκαλέσει το άνοιγμα του σταυρωτού κοψίματος. Αυτό επιτρέπει στο βρέφος να ελέγχει την ροή του γάλατος με τον φυσιολογικό ρυθμό απομύζησης και κατάποσης, ενώ αποτρέπει το βρέφος από το να λάβει πάρα πολύ υγρό, το οποίο μπορεί να προκαλέσει πνιγμό. Ένα θήλαστρο με μια παραδοσιακή οπή θα πρέπει να έχει ένα άνοιγμα, το οποίο να είναι αρκετά μεγάλο, έτσι ώστε όταν το μπιμπερό κρατείται ανάποδα, το υγρό να στάζει, αλλά να μην ρέει γρήγορα. Η οπή σε ένα κλασσικό θήλαστρο μπορεί να μεγεθυνθεί ή να δημιουργηθεί μια σχισμή, για να αυξηθεί ο ρυθμός ροής του υγρού· ωστόσο, η αυξημένη ροή μπορεί να προκαλέσει δυσκολία στο βρέφος με τον συντονισμό της κατάποσης και της αναπνοής (Kummer, 2008).

2.16. ΕΥΚΑΜΠΤΑ ΜΠΙΜΠΕΡΟ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΘΗΛΑΣΤΡΑ

Αναλογιζόμενοι το κατάλληλο μπιμπερό, ένα εύκαμπτο, πλαστικό, πιεζόμενο μπιμπερό ή μια πλαστική εσωτερική επένδυση μπιμπερό μπορεί να χρησιμοποιηθεί και να συνδυαστεί με ένα ειδικό θήλαστρο, όπως χρειάζεται. Η υποβοηθούμενη συμπίεση από τον τροφό για την ροή του γάλατος επιτρέπει στο βρέφος να εξοικονομήσει ενέργεια και έτσι, έχει μικρότερη θερμιδική κατανάλωση κατά την σίτιση. Εάν χρησιμοποιείται μια πλαστική εσωτερική επένδυση, ο φροντιστής μπορεί να μειώσει την υπερβολική πρόσληψη αέρα, πιέζοντας όλο τον αέρα έξω από την επένδυση, πριν ξεκινήσει την σίτιση και εφαρμόζοντας διακοπτόμενη πίεση στην επένδυση, για να βγει το γάλα, καθώς το βρέφος συμπιέζει το θήλαστρο (Barone & Tallman, 1998). Η ροή του γάλατος μπορεί να είναι δύσκολο να ρυθμιστεί με ένα εύκαμπτο μπιμπερό, το οποίο μπορεί να δυσκολεύει ακόμα περισσότερο το βρέφος στην διατήρηση του συντονισμού απομύζησης, κατάποσης και αναπνοής. Άσχετα με το ποια συσκευή χρησιμοποιείται, η πίεση που εφαρμόζεται σε ένα μπιμπερό ή μια πλαστική επένδυση, πρέπει να έχει τον ίδιο ρυθμό με την απομύζηση και την κατάποση του βρέφους, για να διασφαλιστεί ότι δεν αποσυντονίζεται ο συγχρονισμός απομύζησης-κατάποσης-αναπνοής του βρέφους. Ο τροφός πρέπει να γίνει επιδέξιος στην παροχή βοηθητικής συμπίεσης στον συγχρονισμό με τον ρυθμό απομύζησης του βρέφους, δίνοντας χρόνο για να πραγματοποιηθεί κάθε κατάποση. Ένας ακατάλληλος, γρήγορος ρυθμός ή μια συνεχής συμπίεση θα επιφέρει έναν αυξημένο ρυθμό κατάποσης, το οποίο θα μειώσει τον διαθέσιμο χρόνο της αναπνοής. Αυτό μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στην διατήρηση ενός κατάλληλου αναπνευστικού ρυθμού και μπορεί, επίσης, να προκαλέσει αποσυντονισμό του συγχρονισμού απομύζησης-κατάποσης-αναπνοής με επακόλουθη εισρόφηση στον αεραγωγό. Γενικά, η επιλεγμένη συσκευή πρέπει να επιτρέπει στο βρέφος να λαμβάνει επαρκή ποσότητα πρόσληψης για διατροφή και κέρδος βάρους. Θα πρέπει να είναι αρκετά εύκολη, ώστε το βρέφος να μπορεί να εξοικονομήσει ενέργεια και αρκετά γρήγορη,

ώστε να μην χρειάζονται μεγάλα χρονικά διαστήματα σίτισης και επακόλουθη απογοήτευση από τον φροντιστή. Η σταθερότητα του θήλαστρου και του μπιμπερό που χρησιμοποιούνται, είναι τόσο σημαντική όσο και η σταθερότητα της μεθόδου του τροφού. Το σύστημα σίτισης θα πρέπει να επιτρέπει στο βρέφος, να βιώνει κάποιο βαθμό απομύζησης για φυσιολογική στοματό-κινητική ανάπτυξη (Kummer, 2008).

2.17.ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

2.17.1.ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΧΕΙΛΕΟΣΧΙΣΤΙΑ

Οι σχιστίες του χείλους μπορεί να είναι μονόπλευρες ή αμφίπλευρες και μπορεί να εκτείνονται στα ρουθούνια και το φατνίο. Αυτό μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στην επίτευξη ενός επαρκούς σφραγίσματος του άνω χείλους πάνω στο θήλαστρο του μπιμπερό ή στην θηλή του στήθους, το οποίο χρειάζεται για να παραχθεί αποτελεσματική αρνητική πίεση, κατά την διάρκεια της σίτισης (Kummer, 2008).

Μητρικός Θηλασμός

Ο μητρικός θηλασμός, συχνά, θα λειτουργήσει σε περιπτώσεις μεμονωμένης χειλεοσχιστίας, καθώς το στήθος τείνει να προσαρμόζεται και να γεμίζει την περιοχή της σχιστίας. Εάν είναι απαραίτητο, η μητέρα μπορεί να βοηθήσει με το κλείσιμο των χειλιών, κρατώντας απαλά το άνω χείλος, ενώ το μωρό θηλάζει. Η τοποθέτηση θα πρέπει να είναι όσο πιο κατακόρυφα γίνεται, για να επιτρέπει στην βαρύτητα να τραβά το υγρό μέσα στον φάρυγγα. Επίσης, μπορεί να ενδείκνυται η συμβουλευτική με ένα εξειδικευμένο στον θηλασμό επαγγελματία, όσον αφορά τις στρατηγικές για την βοήθεια με τον μητρικό θηλασμό (Kummer, 2008).

Σίτιση με μπιμπερό

Τα βρέφη τα οποία εμφανίζουν μόνο μια χειλεοσχιστία, γενικά σιτίζονται επαρκώς· ωστόσο, περιστασιακά, η διαφυγή αέρα από την σχιστία θα διαταράξει την δημιουργία αρνητική πίεσης. Η χρήση ενός απαλού, με πλατιά βάση θήλαστρου θα κλείσει την περιοχή της σχιστίας και θα επιτρέψει την παραγωγή απομύζησης (Kummer, 2008).

2.17.2.ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΥΠΕΡΩΪΟΣΧΙΣΤΙΑ

Μια σχιστία της υπερώας μπορεί να περιλαμβάνει μόνο την μαλακή υπερώα ή μπορεί και να εκτείνεται στην σκληρή υπερώα. Οποιαδήποτε κι αν είναι η περίπτωση, θα υπάρξει εξασθένηση της ικανότητας του βρέφους να σφραγίσει την στοματική κοιλότητα και να δημιουργήσει αρνητική πίεση για απομύζηση (Kummer, 2008).

Μητρικός θηλασμός

Γενικά, τα βρέφη με μια στενή ή οπίσθια σχιστία (μόνο στην μαλακή υπερώα) θα είναι ικανά να θηλάσουν χωρίς υπερβολική δυσκολία. Το βρέφος, πιθανόν, θα είναι ικανό να αναπτύξει επαρκή απομύζηση για να διαμορφώσει και να τοποθετήσει το θήλαστρο για επαρκή συμπίεση (Glass & Wolf, 1999). Τα βρέφη με μια πλήρη σχιστία της μαλακής και της σκληρής υπερώας, είναι πιθανόν να δυσκολευτούν ιδιαίτερα με τον θηλασμό, λόγω του ότι απλά δεν μπορούν να δημιουργήσουν αρνητική πίεση για απομύζηση εξαιτίας του μεγάλου ανοίγματος και της έλλειψης επιφάνειας, πάνω στην οποία συμπιέζεται η γλώσσα (Kummer, 2008).

Σίτιση με μπιμπερό

Γενικά, οι επιλογές για σίτιση με μπιμπερό περιλαμβάνουν ένα σύστημα, όπου ο τροφός βοηθά με την παροχή έτοιμου ή μητρικού γάλατος, πιέζοντας ένα εύκαμπτο μπιμπερό, στο οποίο είναι εφαρμοσμένο ένα τροποποιημένο θήλαστρο. Οι τροποποιήσεις στο θήλαστρο μπορεί να περιλαμβάνουν την χρήση ενός εξειδικευμένου θήλαστρου για την υπερωϊοσχιστία ή την χρήση ενός μαλακού, με πλατιά βάση, σταυρωτά κομμένου θήλαστρου ή ενός απαλού θήλαστρου με μια ελαφρά μεγεθυμένη οπή. Η χρήση βοηθητικών τεχνικών σίτισης (εύκαμπτα μπιμπερό σε αντίθεση με άκαμπτα) έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο αποτελεσματική για τα βρέφη με σχιστίες (Shaw, Bannister & Roberts, 1999).

2.17.3.ΧΕΙΛΕΟΣΧΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΩΪΟΣΧΙΣΤΙΑ

Το βρέφος που παρουσιάζει μια σχιστία του χείλους και της υπερώας, γενικά, θα έχει σημαντική δυσκολία σε όλες τις πλευρές της σίτισης, λόγω της ανικανότητας του να πετύχει ένα εμπρόσθιο σφράγισμα με τα χείλη, της ανικανότητας να συμπιέσει το θήλαστρο λόγω της ανοιχτής υπερώας και της αποτυχίας να παράγει αρνητική πίεση για απομύζηση. Σημαντική ρινοφαρυγγική αντίστροφη ροή του υγρού, συνέπεια του ανοιχτού ρινοφάρυγγα, θα παρουσιαστεί επίσης (Kummer, 2008).

Μητρικός θηλασμός

Τα βρέφη με μια σχιστία του χείλους και της υπερώας θα έχουν μια μεγάλη περιοχή σχιστίας, το οποίο έχει μια άμεση επίπτωση στην συνολική μηχανική της απομύζησης του μωρού. Ο μητρικός θηλασμός είναι εντελώς απίθανος σε αυτή την ομάδα βρεφών. Αντίθετα με το βρέφος που έχει μόνο μια σχιστία της μαλακής υπερώας, δεν υπάρχει κανένα αποτελεσματικό μέσο για την τοποθέτηση ή την συμπίεση της θηλής. Η χρήση ενός συστήματος συμπληρωματικής σίτισης, όπως το Σύστημα Συμπληρωματικής Σίτισης Medela, μπορεί να ωφελεί σε κάποιο βαθμό την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού· ωστόσο, η ανάπτυξη και η ενυδάτωση του βρέφους θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Η συμπληρωματική ή η αποκλειστική μετάβαση στην σίτιση με μπιμπερό είναι πολύ πιο πιθανή (Kummer, 2008).

Σίτιση με μπιμπερό

Μια ποικιλία τροποποιημένων συσκευών σίτισης, θήλαστρα και μπιμπερό, τα οποία βοηθούν στην παροχή γάλατος, θα είναι απαραίτητα για το βρέφος με χειλεοσχιστία και υπερωϊοσχιστία. Η βοηθητική συμπίεση του μπιμπερό από τον τροφό και η χρήση ενός απαλού θηλάστρου είναι, συχνά, απαραίτητες. Ο τροφός πρέπει να ελέγχει την ροή του γάλατος και να δίνει χρόνο στο βρέφος να καταπίνει. Συνολικά, καθώς οι κινήσεις της γλώσσας κατά την απομύζηση είναι, γενικά, φυσιολογικές (εμπρός-πίσω), η αποτελεσματική στοματική σίτιση μπορεί να επιτευχθεί με επιτυχία, κάνοντας τροποποιήσεις στο σύστημα σίτισης, με σκοπό να αντισταθμιστεί η δυσκολία με την πλήρη συμπίεση και η ανικανότητα να παραχθεί αρνητική πίεση (Kummer, 2008).

2.18.ΣΙΤΙΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΧΕΙΛΕΟΣΧΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΩΪΟΣΧΙΣΤΙΑΣ

Οι μετεγχειρητικές συστάσεις για την σίτιση έπειτα από επιδιόρθωση χειλεοσχιστίας και υπερωΐοσχιστίας ποικίλουν μεταξύ κέντρων και παραμένουν ένα αμφιλεγόμενο θέμα (Cohen, Marschall & Schafer, 1992). Η άμεση, χωρίς περιορισμούς σίτιση επιτρέπεται από ορισμένες ομάδες, ενώ άλλες συστήνουν μια περιορισμένη προσέγγιση για την διευκόλυνση της καλής ίασης. Για παράδειγμα, ορισμένα κέντρα αποθαρρύνουν τον θηλασμό έπειτα από επιδιόρθωση χειλεοσχιστίας και υπερωΐοσχιστίας και συστήνουν την χρήση ενός κυπέλλου ή ενός κουταλιού. Άλλα κέντρα μπορεί να συστήνουν συμπληρωματική σίτιση με αγωγό για μια περίοδο 7-10 ημερών. Αντιθέτως, για αρκετά χρόνια, ορισμένα κέντρα έχουν εφαρμόσει την άμεση, χωρίς περιορισμούς σίτιση, έπειτα από επιδιόρθωση σχιστίας, χωρίς προβλήματα (Kummer, 2008). Μια οδηγία που δίνεται στην μητέρα κατά την διάρκεια της σίτισης είναι, να κατευθύνει τη θηλή ή την σύριγγα μετεγχειρητικά προς την υγιή πλευρά της σχιστίας, με ελαφρά προς τα κάτω πίεση της γλώσσας. Με την εισαγωγή της θηλής κατ' αυτόν τον τρόπο, διεγείρεται το λεγόμενο αντανακλαστικό της "άμελης" που είναι η συμπίεση της θηλής πάνω στη γλώσσα και στην οροφή της στοματικής κοιλότητας για την προώθηση του γάλατος (Κουδουμνάκης, 2008). Στο τέλος, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, ξαπλώνει το παιδί στην κούνια του γυρισμένο στο πλάι, με το πάνω μέρος της κούνιας ανυψωμένο σε γωνία 30° σε σχέση με το οριζόντιο επίπεδο. Η θέση αυτή συμβάλλει στην πρόληψη της εισρόφησης, που θα μπορούσε να οδηγήσει σε πνευμονία (Κουδουμνάκης, 2008).

2.19.ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΤΟΜΑΤΟ-ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗ

Όταν δεν μπορεί να υποστηριχθεί ο θηλασμός, μια εναλλακτική προσέγγιση στη χρήση των πλακών τροφοδοσίας είναι να τροποποιηθεί η τυποποιημένη τεχνική τροφοδοσίας με προσεκτική τοποθέτηση του κεφαλιού του μωρού ή με τη χρήση κυπέλλων ή κουταλιών ή με διάταξη τροποποιημένων θηλών ή τη χρήση συμπιεζόμενων φιαλών σίτισης (Devi, Sankar, Kumar & Sujatha, 2012).

Τοποθέτηση του βρέφους

Η βέλτιστη τοποθέτηση είναι βασική για την επιτυχή σίτιση, επειδή διευκολύνει τον έλεγχο των κινήσεων της σιαγόνας, των παρειών, του χείλους και της γλώσσας για συντονισμό απομύζησης-κατάποσης (Morris&Klein, 1987). Η σίτιση του βρέφους με σχιστία σε μια κατακόρυφη θέση, τουλάχιστον 60 μοιρών, έτσι ώστε η βαρύτητα να βοηθήσει την κατάποση, συχνά αποδεικνύεται χρήσιμη (Wolf&Glass, 1992). Το κεφάλι του μωρού θα πρέπει να στηρίζεται από μια θέση συγκράτησης του πηγουνιού, με τους βραχίονες προς τα εμπρός, τον κορμό στην μέση και τους γοφούς λυγισμένους. Η χρήση αυτής της κατακόρυφης τοποθέτησης μπορεί να βοηθήσει στην αποτροπή ρινικής αναρροής. Η τοποθέτηση του βρέφους σε μια οριζόντια θέση αυξάνει το ενδεχόμενο ρινικής αναρροής, βήχα και φτερνίσματος. Επιπλέον, μπορεί να υπάρξει πλημμύρισμα της ευσταχιανής σάλπιγγας και αντίστροφη ροή μέσα στο μεσαίο αυτί, προκαλώντας εξίδρωμα μεσαίου αυτιού. Η χρήση ενός μπιμπερό με λαιμό με γωνία παρέχει ροή του γάλατος προς τα κάτω και απλοποιεί την σίτιση του βρέφους στην κατακόρυφη θέση (Kummer, 2008). Αν το παιδί δεν μπορεί να σιτιστεί χωρίς να παρουσιάζει εισρόφηση και να πνίγεται, τοποθετείται σε όρθια θέση και σιτίζεται με τη βοήθεια σύριγγας, που στο ρύγχος της προσαρμόζεται συσκευή Levin με μήκος περίπου 1 cm (εικόνες 1 και 2). Με τον τρόπο αυτό χορηγούνται τα υγρά

στο πίσω μέρος του στόματος του παιδιού και ελαττώνεται η πιθανότητα εισρόφησης μέσω της υπερώας (Κουδουμνάκης, 2008).



Εικόνα 1



Εικόνα 2

(PEDIATRIC MEDICAL SOLUTIONS)

Τοποθέτηση θηλής/θηλάστρου

Η δουλειά με το μωρό κατά την διάρκεια της αρχικής συνεδρίας σίτισης είναι πολύ σημαντική για την επιτυχία της σίτισης. Μελέτες έχουν δείξει ότι η διαφορά μεταξύ επιτυχίας και αποτυχίας της τοποθέτησης του θηλάστρου για την αποτελεσματικότητα της σίτισης έγκειται μόνο σε λίγα χιλιοστά (Clarren, Anderson & Wolf, 1987). Είναι σημαντικό να τοποθετηθεί το θηλάστρο κάτω από μια προεξοχή του οστού της σκληρής υπερώας, για να παρέχεται η σταθερή βάση, που χρειάζεται για την επίτευξη της συμπίεσης. Η χρήση του κατάλληλου μεγέθους και σχήματος του θηλάστρου, βάση της σχιστίας του ασθενή, θα διευκολύνει την κατάλληλη τοποθέτηση ενδοστοματικά (Kummer, 2008).

Βηματισμός Πρόσληψης

Ο φροντιστής θα πρέπει να προχωρά προσεκτικά την ταχύτητα της ροής, παρέχοντας το υγρό με ρυθμό ίδιο με αυτό των κινήσεων και των αντιδράσεων του βρέφους. Ο προσδιορισμός των νευμάτων του βρέφους κατά τη διάρκεια της σίτισης είναι μια διαδικασία μάθησης για τον φροντιστή και το βρέφος. Η διεύρυνση των ματιών, οι αλλαγές στις εκφράσεις του προσώπου ή μια μείωση στην εγρήγορση είναι σημάδια, τα οποία μπορεί να δώσει το βρέφος κατά την διάρκεια της σίτισης, που μπορεί να σηματοδοτήσουν αποκρίσεις άγχους ή ανεπαίσθητη αποφυγή ως αντίδραση στην σίτιση. Εάν το βρέφος ξεκινήσει να σιτίζεται πιο γρήγορα και έπειτα εμφανίσει σημάδια αποσυντονισμού κατάποσης, όπως βήχα ή πνιγμό, ο τροφός θα χρειαστεί να κάνει προσαρμογές στην διαδικασία της σίτισης, όπως επιβράδυνση του βηματισμού της παρουσίασης υγρού. Εάν το βρέφος ξεκινήσει να επιβραδύνει ή σταματήσει τον θηλασμό, αυτό μπορεί να είναι μια ένδειξη ότι το βρέφος έχει κουραστεί και χρειάζεται μια επιβεβλημένη παύση, πριν την συνέχιση της σίτισης. Το βρέφος μπορεί να εμφανίσει σημάδια υπερβολικής πρόσληψης αέρα και να χρειαστεί μια παύση στην σίτιση, για να ρευτεί. Ο τροφός πρέπει να μπορεί να παρέχει αρκετή θρέψη, πριν το βρέφος κουραστεί· ωστόσο, το να επιτραπεί αρκετό χρονικό διάστημα για την διευκόλυνση ασφαλούς σίτισης είναι καίριο για την συνολική επιτυχία της

σίτισης. Πιο συγκεκριμένα, η διάρκεια του κάθε γεύματος δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 30', γιατί τα παρατεταμένα γεύματα μπορεί να κουράσουν το παιδί, με αποτέλεσμα την απώλεια περισσότερων θερμίδων και τη μικρή αύξηση του σωματικού βάρους (Κουδουμνάκης, 2008). Η συμβουλευτική από έναν διατροφολόγο σχετικά με την χρήση προετοιμασίας γάλατος υψηλότερης θερμιδικής αξίας με απαίτηση πρόσληψης χαμηλότερης ποσότητας θα επιτρέψει στο βρέφος να καταναλώσει λιγότερο χρόνο σίτισης και να χρησιμοποιήσει έναν αργότερο βηματισμό πρόσληψης, ενώ θα λαμβάνει μια επαρκή ποσότητα θερμίδων για την ανάπτυξη (Kovar, 1997).

Στοματική διευκόλυνση

Μπορεί να χρειαστεί, ο τροφός να παρέχει τεχνικές στοματικής διευκόλυνσης, όπως στήριξη σιαγόνας και παρειών, για να αυξηθεί ο στοματικός έλεγχος του βρέφους κατά την διάρκεια της σίτισης. Για παράδειγμα, ο τροφός μπορεί να πιέζει ελαφρά την κάτω γνάθο για να διευκολυνθεί το αντανακλαστικό της απομύζησης (Κουδουμνάκης, 2008). Η ανάγκη για τέτοιες στρατηγικές μπορεί να προσδιοριστεί κατά την διάρκεια της στοματό-κινητικής αξιολόγησης και της αξιολόγησης σίτισης. Ο τύπος του μπιμπερό, που χρησιμοποιείται, μπορεί να στηρίζει την χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών για την αύξηση του στοματικού ελέγχου. Για παράδειγμα, η χρήση ενός μπιμπερό μικρής διαμέτρου, όπως το βρεφικό Μπιμπερό Volu-FeedDisposable (χωρητικότητας 60 ml), θα επιτρέψει στον τροφό να χρησιμοποιήσει τοποθέτηση χεριού και δαχτύλου, για να διευκολύνει την στήριξη της σιαγόνας και των παρειών κατά την διάρκεια της σίτισης (Morris & Klein, 1987).

Αποτροπή Πρόσληψης Υπερβολικού Αέρα

Ο φροντιστής μπορεί να χρειαστεί να αυξήσει την συχνότητα του ρεψίματος, καθώς το βρέφος με σχιστία θα προσλάβει μια αυξημένη ποσότητα αέρα με το υγρό. Εάν το βρέφος θηλάζει έντονα, ο τροφός μπορεί να χρειαστεί να επιβάλλει μια παύση στη σίτιση για ρέψιμο, για να αποτραπεί η υπερβολική πρόσληψη αέρα και η επακόλουθη δυσφορία. Ως μια εμπειροτεχνική μέθοδος, το βρέφος θα πρέπει να ρεύεται κάθε 30 γραμμάρια, για την αποτροπή της δυσφορίας, που συνδέεται με την πρόσληψη αέρα, η οποία θα συμβεί αναπόφευκτα με κάθε σίτιση (Kummer, 2008).

Χειρισμός Ρινικής Αναρροής

Τα βρέφη με υπερωϊοσχιστία, συχνά, βιώνουν ρινική αναρροή μέσω της μύτης και μπορεί να βήχουν συχνά κατά την διάρκεια της σίτισης και φαίνεται σαν να "πνίγονται". Όταν παρουσιάζεται ρινική αναρροή, ο φροντιστής θα πρέπει να σταματήσει την σίτιση και να δώσει στο βρέφος χρόνο για να βήξει ή να φτερνιστεί, ώστε να καθαρίσει την ρινική δίοδο. Εάν παρουσιάζεται συχνά ρινική αναρροή κατά την διάρκεια της σίτισης, ο φροντιστής θα πρέπει να ελέγξει την τοποθέτηση, για να διασφαλίσει ότι το βρέφος είναι σε κατακόρυφη θέση, η οποία επιτρέπει στη βαρύτητα να βοηθά με την καθοδική ροή του υγρού. Εάν παρουσιάζεται συχνά βήχας σε συνδυασμό με ρινική αναρροή, ο τροφός θα πρέπει να εξετάσει την χρήση ενός θηλάστρου πιο αργής ροής. Χρησιμοποιώντας βηματισμό, για να αργεί επιπρόσθετα η παρουσίαση του υγρού, μπορεί να βοηθηθεί το βρέφος, ώστε να οργανωθεί περισσότερο στην διατήρηση του συντονισμού απομύζησης, κατάποσης και αναπνοής (Kummer, 2008).

Συνέπεια μεθόδου

Η συνέπεια στο πώς σιτίζεται το βρέφος θα συμβάλλει στην συνολική επιτυχία της σίτισης. Το βρέφος θα πρέπει να σιτίζεται στην ίδια θέση, με το ίδιο θήλαστρο και μπιμπερό και με την ίδια τεχνική, κατά την διάρκεια κάθε γεύματος. Ο τροφός θα πρέπει να μάθει πώς να τοποθετεί εύκολα το μωρό, πόση βοηθητική συμπίεση απαιτείται, πόσο να διατηρεί την σίτιση, πόσο συχνά ρεύεται το μωρό και πώς να διαβάζει τα σημάδια του μωρού, τα οποία σχετίζονται με την σίτιση. Εάν δοκιμάζονται διαφορετικά θήλαστρα και μπιμπερό, καθώς και ποικίλες θέσεις και διαφορετικοί ρυθμοί βοηθητικής συμπίεσης με μια ποικιλία μπιμπερό, είναι σχεδόν σίγουρο ότι θα υπάρξει σύγχυση και ένα φτωχό αποτέλεσμα στην σίτιση. Ευτυχώς, για την πλειοψηφία των βρεφών, η φυσιολογική ωρίμανση και η αυξημένη εμπειρία του μωρού και του φροντιστή με την σίτιση βοηθούν στην σταδιακή διευκόλυνση της διαδικασίας σίτισης, παρά τις αποκλίσεις στην μέθοδο, οι οποίες μπορεί να συμβούν (Kummer, 2008).

Χρήση Προσθηκών για Σίτιση

Μια προσθήκη σίτισης αποτελείται από ένα ακρυλικό πέταλο, το οποίο εισέρχεται στο στόμα και εφαρμόζει πάνω στην σκληρή υπερώα. Συγκρατείται στις πτυχές της σχιστίας και παρέχει ένα σφράγισμα μεταξύ το στόματος και της ρινικής κοιλότητας. Η προσθήκη κλείνει αποτελεσματικά την υπερωική ανεπάρκεια και διατηρεί έναν διαχωρισμό μεταξύ της ρινικής και της στοματικής κοιλότητας. Η προσθήκη μπορεί να προάγει μια πιο φυσιολογική θέση της γλώσσας και βελτιώνει την ικανότητα του βρέφους να επιτύχει συμπίεση του θηλάστρου πάνω στο πέταλο. Ένας παιδο-οδοντίατρος ή ένας οδοντίατρος προσθετικής χειρουργικής είναι ο επαγγελματίας, ο οποίος μπορεί να κατασκευάσει την συσκευή σίτισης και να την ελέγχει συχνά, ώστε να τροποποιείται περιοδικά, καθώς το παιδί αναπτύσσεται. Εάν θέλουμε να επιτύχει η προσθήκη, θα πρέπει να χρησιμοποιείται εντός των πρώτων ημερών ζωής (Kummer, 2008).

Υπάρχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με την χρήση υπερωικών συσκευών για υποβοήθηση της σίτισης σε βρέφη με υπερωϊοσχιστίες (Choi, Kleinheinz, Joos&Komposch, 1991/Crossman, 1998/Delgado. Schaaf & Emrich, 1992/ Kogo et al., 1997/Osuji, 1995/Savion & Huband, 2005/Selley & Boxall, 1986). Ορισμένα κρανιοπροσωπικά κέντρα υπερασπίζονται την χρήση μιας υπερωικής προσθήκης ή μιας συσκευής σίτισης και συστήνουν την χρήση της σε τακτική βάση. Υπάρχουν αναφορές αυξημένου κέρδους βάρους σε επιλεγμένες ομάδες βρεφών, στα οποία έχουν εφαρμοστεί συσκευές σίτισης (Balluff & Udin, 1986). Σε άλλα πλαίσια, δίνεται στα βρέφη μια δοκιμαστική περίοδος στοματικών σιτίσεων και τους εφαρμόζονται συσκευές, μόνο εάν παρουσιαστούν σημαντικές διαταραχές σίτισης. Σε ορισμένα πλαίσια, οι συσκευές συστήνονται σπάνια, καθώς αυτοί οι επαγγελματίες αισθάνονται ότι, με τροποποιήσεις του θήλαστρου ή του μπιμπερό, σωστή τοποθέτηση και κατάλληλη τεχνική σίτισης, η προσθήκη απλώς δεν είναι απαραίτητη (Kummer, 2008).

Τα μειονεκτήματα της προσθήκης περιλαμβάνουν το κόστος και την δυσκολία στην χρήση. Επειδή το βρέφος δεν έχει δόντια για να σταθεροποιηθεί η συσκευή, μπορεί να είναι δύσκολο να εισαχθεί η συσκευή, καθώς επίσης και να μείνει στη θέση της. Άλλα μειονεκτήματα περιλαμβάνουν την πιθανότητα ερεθισμού των στοματικών ιστών και την ανάγκη για συνεχή αποκατάσταση, για να προσαρμόζεται η προσθήκη

με την ανάπτυξη. Η υγιεινή, μπορεί επίσης να είναι μια ανησυχία, εάν η συσκευή δεν καθαριστεί κατάλληλα πριν την εισαγωγή στην στοματική κοιλότητα του βρέφους. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι, παρόλο που η προσθήκη μπορεί να βοηθήσει κατά την διάρκεια της σίτισης, βοηθώντας το βρέφος να επιτύχει συμπίεση του θηλάστρου, η παραγωγή αρνητικής πίεσης δεν συμβαίνει πάντα (Choi et al., 1991). Ωστόσο, ακόμα και χωρίς η προσθήκη να επιτρέπει την απομύζηση, η ευκαιρία για συμπίεση του θηλάστρου, παρέχοντας μια επιφάνεια σκληρής υπερώας, θεωρείται ένα σαφές πλεονέκτημα από άλλους (Crossman, 1998).



Μια προσθήκη για την σίτιση του βρέφους (JRadhakrishnan, ASharma, 2011)/ (Kummer, 2008)

Στοματική υγιεινή

Για όλα τα βρέφη, είναι σημαντικό να διατηρούμε μια καλή στοματική υγιεινή. Παρόλο που τα στόματα των βρεφών τείνουν να καθαρίζονται μόνα τους, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να φροντίζουμε την στοματική υγιεινή του βρέφους, εάν υπάρχει σχιστία του χείλους ή της υπερώας. Με μια ανοιχτή σχιστία, το υγρό, συχνά, θα εισέλθει στην περιοχή της σχιστίας και της μύτης. Επιπλέον, ακόμα και με μια κατακόρυφη θέση σίτισης, αναμένεται να υπάρξει κάποιου βαθμού ρινική αναρροή. Το υγρό μπορεί να αναμιχθεί με βλενωδείς εκκρίσεις από το στόμα και την μύτη και να σχηματίσει μια σκληρή κρούστα, η οποία μπορεί να μολυνθεί, προκαλώντας ερεθισμό και πόνο. Για να αποφευχθεί ο κίνδυνος της λοίμωξης, που σχετίζεται με τη συγγενή ανωμαλία και μπορεί να καθυστερήσει την επέμβαση, προσφέρεται στο παιδί νερό (5-10 ml) μετά από κάθε γεύμα και καθαρίζει και απομακρύνει από το πρόσωπο ή το στόμα του την τροφή που έχει απομείνει. Το νερό καθαρίζει τις ρινικές χοάνες και την υπερώα και προλαμβάνει τη συσσώρευση γάλατος στις ευσταχιανές σάλπιγγες και την ανάπτυξη μικροβίων. Η απομάκρυνση της τροφής διατηρεί το έλλειμμα καθαρό και ελεύθερο από τα μικρόβια (Κουδουμνάκης, 2008). Επιπλέον, ο παιδίατρος μπορεί να συστήσει την χρήση μιας πετσέτας, ενός μικρού τμήματος γάζας μουσκεμένο σε νερό ή νερό με υπεροξείδιο του υδρογόνου, για να σκουπίζεται απαλά η βλεννογόνο μεμβράνη στην στοματική κοιλότητα, με ιδιαίτερη προσοχή στην περιοχή, η οποία περιβάλλει την σχιστία. Ο φροντιστής θα πρέπει να είναι προσεκτικός, ώστε να μην προκαλέσει δυσφορία ή τραύμα κατά την διάρκεια αυτής της διαδικασίας· επομένως, η χρήση μιας σύριγγας ή βαμβακιού συνήθως δεν συστήνεται. Ωστόσο, θα πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι η σχιστία δεν είναι μια πληγή, και επομένως, δεν είναι επώδυνο να την αγγίζουμε. Ο απαλός καθαρισμός αυτής της περιοχής δεν θα προκαλέσει δυσφορία ή ερεθισμό (Kummer, 2008).

2.20.ΣΙΤΙΣΗ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ

Μετάβαση σε Κύπελλο

Τα περισσότερα βρέφη είναι έτοιμα για μετάβαση σε κύπελλο, όταν είναι 8 με 9 μηνών. Ορισμένα φυσιολογικά αναπτυσσόμενα βρέφη εμφανίζουν ετοιμότητα ακόμα νωρίτερα, μεταξύ 6 και 8 μηνών (Lang, Lawrence&Orme, 1994). Η αρχική αντίδραση στο κύπελλο είναι, γενικά απομύζηση με εξώθηση της γλώσσας και απώλεια του υγρού από το στόμα. Σταδιακά το βρέφος θα εμφανίζει αυξημένες στοματικές δεξιότητες για πόση από το κύπελλο και είναι ικανό να καταπιεί μια με δύο γουλιές, καθώς ο φροντιστής κρατά το κύπελλο. Η χρήση ενός ελαφρά πιο πυκνού υγρού κατά την διάρκεια της αρχικής εκπαίδευσης για την πόση από κύπελλο, είναι γενικά ωφέλιμη (Kummer, 2008).

Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία διαθέσιμων κυπέλλων για μετάβαση από το μπιμπερό στο κύπελλο. Η επιλογή ενός κυπέλλου, το οποίο δεν προωθεί την συνεχή απομύζηση, είναι σημαντική. Ένα μικρό, ανοιχτό κύπελλο χωρίς στόμιο, καλαμάκι ή βαλβίδα, είναι γενικά, η καλύτερη επιλογή για μετάβαση από την απομύζηση, στις δεξιότητες πόσης με κύπελλο. Η χρήση του θηλάστρου MedelaSoftCup είναι μια εναλλακτική λύση κατά την διάρκεια της μεταβατικής περιόδου. Το γάλα ή το μητρικό γάλα παρέχεται μέσω ενός στενού, εύκαμπτου ρεζερβουάρ κυπέλλου, διευκολύνοντας την ανάπτυξη των στοματικών δεξιοτήτων για την διαχείριση μικρών ποσοτήτων υγρού από ένα κύπελλο (Kummer, 2008).

Οι περισσότεροι χειρουργοί συστήνουν την μετάβαση από το μπιμπερό στο κύπελλο πριν την επιδιόρθωση της υπερώας. Αμέσως μετά την επιδιόρθωση της υπερώας, η απομύζηση αποθαρρύνεται, επειδή μπορεί να προκαλέσει αποτυχία της επιδιόρθωσης. Η επιδιόρθωση της υπερώας πραγματοποιείται, συνήθως όταν το βρέφος είναι περίπου 8 με 9 μηνών, έτσι η μετάβαση στο κύπελλο θα πρέπει να γίνει κάποια στιγμή πριν από αυτήν την ηλικία, για να αποφευχθούν οι διαταραχές σίτισης μετεγχειρητικά (Kummer, 2008).



Κύπελλο σίτισης (Devi, Sankar, Kumar&Sujatha, 2012)

Σίτιση με κουτάλι

Η σίτιση με κουτάλι, είναι μια κοινή πρακτική διατροφής ανάμεσα στους γονείς των παιδιών με σχιστία χείλους ή και υπερώας. Πρόκειται για μια τεχνική μέθοδο που χρησιμοποιείται για τη συμπλήρωση του θηλασμού. Συνήθως χρησιμοποιείται σε πρόωρα και με χαμηλό βάρος βρέφη, με σχιστία υπερώας που προσπαθούν να καθιερώσουν το θηλασμό (Katge, Dalv, Shetty&Shetty,2014).

Παρουσίαση Στερεών Τροφών

Οι στερεές τροφές μπορούν να παρουσιαστούν στο μωρό με μια μη αποκατεστημένη υπερωϊοσχιστία περίπου την ίδια περίοδο με οποιοδήποτε άλλο βρέφος. Η επιλογή του κατάλληλου χρόνου της παρουσίασης στερεών τροφών εξαρτάται από τις προτιμήσεις του παιδίατρου, του γονέα και του μωρού. Συνήθως, οι σιτίσεις με κουτάλι ξεκινούν με δημητριακά ρυζιού και στραγγισμένες τροφές περίπου σε ηλικία 4 με 6 μηνών. Το μωρό, αρχικά θα αποκριθεί στις σιτίσεις με κουτάλι με απομύζηση. Αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα να σπρωχτεί τροφή προς την ρινική κοιλότητα. Καθώς το μωρό γίνεται πιο επιδέξιο στο φαγητό και ξεκινά να χρησιμοποιεί πιο ώριμα γλωσσικά πρότυπα, αυτό θα συμβαίνει λιγότερο συχνά. Η ανάμειξη πολτοποιημένου φρούτου με δημητριακά παρέχει έναν βαθμό πυκνότητας, ο οποίος μπορεί να μειώσει την τάση για ρινική αντίστροφη ροή. Ο τροφός θα πρέπει να χρησιμοποιεί έναν αργό ρυθμό παρουσίασης κατά την σίτιση με κουτάλι, για να επιτραπεί στο μωρό να μαθαίνει σταδιακά πώς να κατευθύνει την τροφή γύρω από την περιοχή της σχιστίας. Ο τροφός θα πρέπει να παρακολουθεί το μωρό για σημάδια, ώστε να γνωρίζει πότε να παρουσιάσει την επόμενη μπουκιά. Τα σημάδια του μωρού περιλαμβάνουν το σκύψιμο μπροστά ή το άνοιγμα του στόματος, προβλέποντας την επόμενη μπουκιά. Το να αφήσουμε το κουτάλι στο στόμα του μωρού για αρκετή ώρα, επιτρέποντας του να χρησιμοποιήσει τα χείλη του για να καθαρίσει το κουτάλι, θα βοηθήσει στην διευκόλυνση της κινητικότητας των χειλιών. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό έπειτα από την χειρουργική επιδιόρθωση της χειλεοσχιστίας. Η γρήγορη σίτιση με κουτάλι ή η παρουσίαση μεγάλων κουταλιών μπορεί να προκαλέσει πιο συχνή ρινική αναρροή, καθώς και αποδιοργανωμένη κατάποση (Kummer, 2008).

Η μετάβαση σε φαγητά με πιο χαρακτηριστική υφή, όπως σβολιασμένα ή κομμένα σε μπουκιές φαγητά, μπορεί επίσης, να γίνει με την ίδια ακολουθία, όπως για τα άλλα παιδιά. Τα φαγητά μπορούν, αρχικά, να προσφερθούν με κουτάλι, με το μωρό να κάθεται σε κατακόρυφη θέση, για να μειωθεί η ρινική αναρροή. Θα πρέπει να παρέχονται στο μωρό ευκαιρίες να εξασκήσει την σίτιση με τα δάχτυλα, με μικρά κομμάτια εύκολα διαλυτών κράκερ ή μπισκότων. Αυτό θα βοηθήσει στην ανάπτυξη ανεξαρτησίας στην αυτό-σίτιση και θα δώσει στο μωρό ευκαιρία για εξάσκηση των κινήσεων της γλώσσας για την εκτροπή γύρω από την σχιστία και για αύξηση της αποδοτικότητας των δεξιοτήτων, που χρειάζονται για μάσηση. Εάν παρατηρηθεί να περνά τροφή από την μύτη ή να παραμένει στην περιοχή της σχιστίας, θα πρέπει να απομακρύνεται απαλά είτε με το δάχτυλο, είτε με ένα μαντήλι. Καθώς οι στοματοκινητικές δεξιότητες του μωρού βελτιώνονται, το μωρό θα μάθει πώς να χειρίζεται αποτελεσματικά τη μεταφορά των στερεών για κατάποση (Kummer, 2008).

Μέχρι να επιδιορθωθεί η σχιστία, ο καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας, δίνοντας νερό στο μωρό έπειτα από κάθε γεύμα, είναι σημαντικός για την διατήρηση της στοματικής υγιεινής. Επιπλέον, οι τροφές οι οποίες είναι όξινες ή πικάντικες θα πρέπει να αποφεύγονται πριν από την επιδιόρθωση της υπερώας, καθώς το εσωτερικό επίστρωμα της μύτης είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο σε αυτού του είδους την τροφή (Kummer, 2008).

2.21.ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Αμέσως μετά την γέννηση του βρέφους με σχιστία χείλους και/ή υπερώας, ο πρώτος ειδικός που έρχεται σε επαφή με τους γονείς είναι ο Σύμβουλος νεογνών. Ο Σύμβουλος νεογνών επισκέπτεται τους γονείς στο νοσοκομείο και τους βοηθάει στην

σίτιση του βρέφους δείχνοντας τους ειδικά μπουκάλια για να κάνουν την σίτιση ευκολότερη. Μαζί με τους γονείς, παρακολουθεί εάν το παιδί κερδίζει βάρος και βοηθάει στα προβλήματα σίτισης και τους ενημερώνει για την σχιστία χείλους και υπερώας απαντώντας στις ερωτήσεις τους (McMaster Children's Hospital, 2016). Ειδικοί που βοηθούν επίσης του γονείς και συστήνουν μεθόδους σίτισης μετά την γέννηση του βρέφους είναι η Νοσοκόμα, ο Λογοπαθολόγος και ο Εργοθεραπευτής (Kummer, 2008). Ο παιδίατρος, ο οποίος έρχεται σε επαφή με το βρέφος κατά τον πρώτο μήνα της γέννησης του, ελέγχει τον τρόπο σίτισης του παιδιού καθώς και το κέρδος βάρους του (Mc Master Children's Hospital, 2016). Σε αυτό συμβάλλει ο Διατροφολόγος, ο οποίος δίνει συμβουλές στους γονείς για τις μεθόδους σίτισης και την διατροφή του παιδιού (Cox, 2008).

2.22.ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΓΙΑ ΒΡΕΦΗ-ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΣΧΙΣΤΙΕΣ

Ανεξαρτήτως που ζουν οι γονείς του παιδιού, θα υπάρχουν κοντά οικογένειες που έχουν περάσει την εμπειρία να έχουν ένα παιδί με σχιστία χείλους και υπερώας. Η κρανιοπροσωπική ομάδα της οικογένειας μπορεί να την βοηθήσει ώστε να έχει προσωπική επικοινωνία μαζί τους. Πολλές ευρύτερες κοινότητες έχουν οργανώσει ομάδες υποστήριξης για τους γονείς, όπου μπορούν να συναντηθούν και να συζητήσουν κοινές ανησυχίες και να βοηθήσουν ο ένας τον άλλο να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του. Είναι ένα καλό μέρος για να λάβουν πρακτική βοήθεια, να μοιραστούν πληροφορίες σχετικά με την θεραπεία και τους κοινοτικούς πόρους και να προσεγγίσουν άλλους. Πολλές από αυτές τις ομάδες έχουν κοινωνικές εκδηλώσεις όπου συγκεντρώνονται οικογένειες με τα παιδιά τους (Cox, 2008).

Πριν φύγει το βρέφος από το νοσοκομείο, οι γονείς μπορούν να ρωτήσουν την ομάδα σχιστίας υπερώας εάν υπάρχει κάποια υποστηρικτική ομάδα κοντά στο σπίτι τους (Cox, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1.Η ΟΜΑΔΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα άτομα με κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες, συμπεριλαμβανομένων και των ατόμων με χειλεοσχιστία και υπερωϊοσχιστία συχνά παρουσιάζουν πολλαπλά σύνθετα θέματα, όπως διαταραχές σίτισης και διατροφής, αναπτυξιακή καθυστέρηση, βαρηκοΐα, μη φυσιολογική ομιλία και/ή αντήχηση, οδοντό-προσωπικές και ορθοδοντικές ανωμαλίες, αισθητικά θέματα και πιθανές ψυχοκοινωνικές διαταραχές (American Cleft Palate-Craniofacial Association, 1996). Δεν είναι δυνατό για ένα επαγγελματία να χειριστεί όλους αυτούς τους τομείς. Στην πραγματικότητα, αυτοί οι ασθενείς συχνά έχουν την ανάγκη για ιατρική χειρουργική, οδοντιατρική, λογοθεραπευτική και ψυχολογική θεραπεία. Οι ασθενείς με κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες δεν χρειάζονται μόνο αξιολόγηση και θεραπεία από μια ποικιλία επαγγελματιών, αλλά χρειάζονται επίσης παρακολούθηση για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (Paynter, Wilson&Jordan, 1993). Η όλη αποκαταστατική διαδικασία μπορεί να διαρκέσει από την βρεφική ηλικία έως την εφηβεία. Ακόμα και οικογένειες με πολλές γνώσεις προτιμούν μια συντονισμένη ομαδική προσέγγιση για τα ραντεβού και τις επεμβάσεις (Jeffery & Booman, 2001). Η ομαδική φροντίδα, επομένως είναι

πολύ σημαντική για την επίτευξη του καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος με έναν τρόπο, ο οποίος είναι καλύτερος για την οικογένεια (Kummer, 2008).

Η ομαδική προσέγγιση κάνει ευκολότερη την φροντίδα των ασθενών για τον παροχέα και πιο αποτελεσματική για τον ασθενή. Ο σκοπός της κρανιοπροσωπικής ομάδας επομένως, είναι να "εξασφαλίσει ότι η φροντίδα παρέχεται με ένα συντονισμένο, συνεπές τρόπο με κατάλληλη αλληλουχία αξιολογήσεων και θεραπειών μέσα στο πλαίσιο της συνολικής ανάπτυξης του ασθενούς και των ιατρικών και ψυχολογικών του αναγκών" [(American Cleft Palate-Craniofacial Association, 1996), Kummer, 2008]. Με σκοπό να ανταποκριθούν οι πολύπλοκες ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, οι κρανιοπροσωπικές ομάδες ή ομάδες υπερωϊοσχιστίας περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά επαγγελματίες από τους χώρους της ιατρικής, της χειρουργικής, της οδοντιατρικής, της λογοθεραπείας και της ψυχοκοινωνιολογίας. Οι επαγγελματίες οι οποίοι ασχολούνται με την αξιολόγηση και την παρέμβαση των σχιστίων είναι οι εξής:

Ακοολόγος: Ο ειδικός στον έλεγχο της ακοής του παιδιού και των ακουστικών βοηθημάτων. Ένας ακοολόγος αξιολογεί τη λειτουργία του μεσαίου αυτιού και εντοπίζει την απώλεια ακοής, αφού τα άτομα με κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες έχουν υψηλό κίνδυνο για δομικές ανωμαλίες του αυτιού, πάθηση του μεσαίου αυτιού και βαρηκοΐα (Kummer, 2008/Enfamil, Mead Johnson and company, 2008/Hamilton health sciences, The Regional cleft lip and palate team, 2004). Επομένως, ο ακοολόγος ασχολείται προεγχειρητικά αλλά και μετεγχειρητικά με το παιδί.

Παιδο-οδοντίατρος: Είναι υπεύθυνος για την γενική φροντίδα των δοντιών του παιδιού και την πρόληψη και θεραπεία της οδοντικής σήψης. Ο παιδο-οδοντίατρος διασφαλίζει ότι το παιδί αναπτύσσει συνήθειες καλής στοματικής υγιεινής για την προαγωγή υγιών δοντιών και ούλων. Ακόμα και τα πρωτογενή δόντια είναι σημαντικό να προστατεύουν και να διατηρηθούν, καθώς "κρατούν τις θέσεις" για τα μόνιμα δόντια. Ο ειδικός αυτός μπορεί να εμπλακεί στην αντιμετώπιση άσχημα ευθυγραμμισμένων τμημάτων της σχιστίας, πριν το κλείσιμο των χειλιών. Όταν το παιδί είναι στα στάδια της πρώιμης ή της μικτής οδοντοφυΐας, ο παιδο-οδοντίατρος είναι συχνά αυτός που θα βελτιώσει την πρώιμη ατελή σύγκλειση, η οποία συχνά περιλαμβάνει την μετακίνηση των άνω γναθιαίων τμημάτων μέσω υπερωϊκής διεύρυνσης (Kummer, 2008/Enfamil, Mead Johnson and company, 2008/Hamilton health sciences, The Regional cleft lip and palate team, 2004). Έτσι ο παιδο-οδοντίατρος ασχολείται με το παιδί μετά την αποκατάσταση της σχιστίας.

Γενετιστής: Ο γενετιστής είναι υπεύθυνος για την αξιολόγηση των ασθενών με ιστορικό σχιστίας, υπερωοφαρυγγικής δυσλειτουργίας ή κρανιοπροσωπικών ανωμαλιών για ένα πρότυπο, το οποίο υποδεικνύει ένα γνωστό σύνδρομο. Μόλις προσδιοριστεί ένα σύνδρομο, ο γενετιστής συμβουλεύει την οικογένεια σχετικά με την διάγνωση, τον κίνδυνο επανεμφάνισης για έναν επόμενο απόγονο της οικογένειας και του ασθενούς αλλά και την πρόγνωση (Kummer, 2008/Enfamil, Mead Johnson and company, 2008/Hamilton health sciences, The Regional cleft lip and palate team, 2004). Αυτό μας δείχνει ότι ένας γενετιστής ασχολείται με το παιδί πριν την αποκατάσταση της σχιστίας και κυρίως ενημερώνει τους γονείς.

Νοσηλεύτης: Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα είναι να αξιολογεί τη συνολική φυσική ανάπτυξη του παιδιού. Ο νοσηλεύτης μπορεί να προσδιορίσει, εάν το παιδί αναπτύσσεται φυσιολογικά και η γενική του υγεία είναι καλή. Ο νοσηλεύτης είναι

συχνά ο επαγγελματίας ο οποίος βοηθά την οικογένεια στην ανάπτυξη αντισταθμιστικών στρατηγικών για τη σίτιση. Τέλος, είναι συνήθως ο επαγγελματίας ο οποίος συμβουλεύει την οικογένεια σχετικά με τις χειρουργικές διαδικασίες και απαντά στις συγκεκριμένες ερωτήσεις (Kummer, 2008/Enfamil, Mead Johnson and company, 2008/Hamilton health sciences, The Regional cleft lip and palate team, 2004). Επομένως είναι ο επαγγελματίας ο οποίος ασχολείται με το παιδί πριν και μετά την αποκατάσταση της σχιστίας.

Στοματο/Γναθοπροσωπικός χειρουργός: Ο ειδικός που εκτελεί χειρουργική επέμβαση στα δόντια και στην γνάθο. Δηλαδή πραγματοποιεί τις οστικές μεταμοσχεύσεις στις φατνιακές περιοχές της σχιστίας, όταν υπάρχει ελλειπές οστό στην γραμμή της σχιστίας. Αυτός ο επαγγελματίας πραγματοποιεί επίσης ορθογναθικές επεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένων των διευρύνσεων της άνω γνάθου και των οπίσθιων τοποθετήσεων της κάτω γνάθου, για να ομαλοποιηθεί η σύγκλιση μεταξύ άνω γναθιαίων και κάτω γναθιαίων τόξων(Kummer, 2008/Enfamil, Mead Johnson and company, 2008/Hamilton health sciences, The Regional cleft lip and palate team, 2004). Έτσι ο στοματο/γναθοπροσωπικός χειρουργός είναι αυτός ο οποίος εκτελεί χειρουργικές επεμβάσεις για την αποκατάσταση των δοντιών και των οστών της γνάθου.

Ορθοδοντικός: Αντιμετωπίζει την οδοντική και σκελετική ατελή σύγκλιση και προάγει τις φυσιολογικές σχέσεις των γνάθων. Είναι υπεύθυνος για την ευθυγράμμιση των άσχημα τοποθετημένων δοντιών και των παρακείμενων ιστών, για την βελτίωση της αισθητικής των δοντιών και του προσώπου, καθώς και της λειτουργίας της οδοντοφυΐας(Kummer, 2008/Enfamil, Mead Johnson and company, 2008/Hamilton health sciences, The Regional cleft lip and palate team, 2004). Φαίνεται ότι ο ορθοδοντικός είναι ένας ειδικός, ο οποίος ασχολείται μετά την επιδιόρθωση της σχιστίας.

Ωτορινολαρυγγολόγος: Γνωστός επίσης και ως ΩΡΛ, είναι υπεύθυνος για την λειτουργία του μεσαίου αυτιού και την ακοή, καθώς και για την θεραπεία της πάθησης του μεσαίου αυτιού η οποία είναι συνηθισμένη σε παιδιά με ιστορικό σχιστίας ή κρανιοπροσωπικών ανωμαλιών. Ο ΩΡΛ εξετάζει επίσης τις δομικές πλευρές της στοματικής κοιλότητας, του στοματοφάρυγγα, της ρινικής κοιλότητας και του άνω αεραγωγού-και αντιμετωπίζει ανωμαλίες, συμπεριλαμβανομένης της αδενοαμυγδαλικής υπερτροφίας των φαρυγγικών μαζών ή των ανωμαλιών στις φωνητικές χορδές. Ο ΩΡΛ μπορεί να είναι χειρουργός, που εμπλέκεται στις ρινικές και στοματικές επιδιορθώσεις και στην ανακατασκευή. Επίσης χειρίζεται την απόφραξη του άνω αεραγωγού η οποία είναι ιδιαίτερα συνηθισμένη σε βρέφη με αλληλουχία PierreRobin(Kummer, 2008/Enfamil, Mead Johnson and company, 2008/Hamilton health sciences, The Regional cleft lip and palate team, 2004). Ο ΩΡΛ φαίνεται να ασχολείται με την σχιστία πριν και μετά την αποκατάσταση της αλλά να εκτελεί και χειρουργική επέμβαση.

Παιδίατρος: Είναι υπεύθυνος για την αξιολόγηση της συνολικής υγείας και της ανάπτυξης του ασθενούς. Ο παιδίατρος προσδιορίζει το εάν άλλες πλευρές της ιατρικής φροντίδας θα πρέπει να γίνουν πριν την χειρουργική αποκατάσταση (Kummer, 2008/Enfamil, Mead Johnson and company, 2008/Hamilton health sciences, The Regional cleft lip and palate team, 2004). Έτσι ο παιδίατρος ασχολείται

με την σχιστία πριν την αποκατάσταση της αλλά και μετά αφού παρακολουθεί την ανάπτυξη των παιδιών και αντιμετωπίζει τις ασθένειες τους.

Πλαστικός Χειρουργός: Είναι υπεύθυνος για την χειρουργική αποκατάσταση του χείλους, της υπερώας και των προσωπικών ανωμαλιών και είναι επίσης υπεύθυνος για την χειρουργική επέμβαση για την διόρθωση της υπερωοφαρυγγικής δυσλειτουργίας. Αυτός ο χειρουργός μπορεί να πραγματοποιήσει κρανιακή χειρουργική, οστικά μοσχεύματα και ορθογναθική χειρουργική στις γνάθους. Ο πλαστικός χειρουργός της συνολικής αισθητικής του προσώπου, της λειτουργίας της σίτισης και της ομιλίας (Kummer, 2008/Enfamil, Mead Johnson and company, 2008/Hamilton health sciences, The Regional cleft lip and palate team, 2004). Όπως λέει και η ονομασία του επαγγελματία, είναι ο γιατρός που ειδικεύεται σε χειρουργικές επεμβάσεις που περιλαμβάνουν την μαλακή υπερώα, χείλη, μύτη και ουρανίσκο.

Ψυχολόγος: Αξιολογεί τις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς και βοηθά τον ασθενή και την οικογένεια στην αντιμετώπιση των ιατρικών, κοινωνικών και συναισθηματικών προκλήσεων που παρουσιάζονται λόγω των ανωμαλιών του ασθενούς. Ο ψυχολόγος συχνά βοηθά τον γιατρό στον προσδιορισμό της προετοιμασίας του ασθενούς για κάθε χειρουργική επέμβαση (Kummer, 2008/Enfamil, Mead Johnson and company, 2008/Hamilton health sciences, The Regional cleft lip and palate team, 2004). Επομένως φαίνεται ότι ο ψυχολόγος ασχολείται με το παιδί προεγχειρητικά αλλά και μετεγχειρητικά.

Λογοθεραπευτής: Συμβουλεύει τους γονείς ή τους κηδεμόνες σχετικά με το τι να αναμένουν με τις επικοινωνιακές δεξιότητες και πως διεγείρουν την φυσιολογική ανάπτυξη στο σπίτι. Αξιολογεί την σίτιση και την κατάποση, την γενική ανάπτυξη, την ομιλία, τον λόγο, την αντίληψη και τη υπερωοφαρυγγική λειτουργία, όπου κάνει συστάσεις για την θεραπεία, όταν προσδιοριστούν οι διαταραχές. Επίσης παρέχει θεραπεία για επικοινωνιακές διαταραχές και διαταραχές στη σίτιση ή την κατάποση (Kummer, 2008/Enfamil, Mead Johnson and company, 2008/Hamilton health sciences, The Regional cleft lip and palate team, 2004). Έτσι ο λογοπαθολόγος ασχολείται με το παιδί πριν αλλά και μετά την χειρουργική αποκατάσταση της σχιστίας.

Διαιτολόγος: Είναι ο ειδικός ο οποίος συμβουλεύει τους γονείς σχετικά με τις μεθόδους διατροφής και την διατροφή. Η συμβουλευτική από έναν διατροφολόγο σχετικά με την χρήση προετοιμασίας γάλατος υψηλότερης θερμιδικής αξίας με απαίτηση πρόσληψης χαμηλότερης ποσότητας θα επιτρέψει στο βρέφος να καταναλώσει λιγότερο χρόνο σίτισης και να χρησιμοποιήσει έναν αργότερο βηματισμό πρόσληψης, ενώ θα λαμβάνει μια επαρκή ποσότητα θερμίδων για την ανάπτυξη [(Kovar, 1997)/Kummer, 2008/ Enfamil, Mead Johnson and company, 2008]. Έτσι ο διαιτολόγος μπορεί να μην ασχολείται άμεσα με το παιδί αλλά λειτουργεί σαν σύμβουλος των γονιών όσον αφορά την διατροφή του παιδιού προεγχειρητικά αλλά και μετεγχειρητικά.

Ιατρός Ακτινολόγος: Ο επαγγελματίας ο οποίος εκτελεί τις ειδικές μελέτες ακτίνων X. Δηλαδή είναι ο ειδικός που εκτελεί τις εξειδικευμένες εξετάσεις για την αξιολόγηση της σίτισης [Βιντεοακτινοσκόπηση, Βιντεοενδοσκόπηση (VESS), Ινοενδοσκόπηση (FEES), Βιντεοφθοροσκόπηση (VFSS)]. Επομένως ο ραδιολόγος

σε συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, ασχολείται με το κομμάτι της αξιολόγησης του παιδιού (Enfamil, Mead Johnson and company, 2008).

Εργοθεραπευτής: Ο επαγγελματίας που ασχολείται στην παρέμβαση του παιδιού με σχιστία. Η παρέμβαση περιλαμβάνει συνεργασία με τους γονείς και τους ασθενείς για να παρέχουν εξατομικευμένες αντισταθμιστικές στρατηγικές, τροποποιημένες υφές διαίτης, για την ασφαλή κατάποση και εξάλειψη ή ελαχιστοποίηση του κινδύνου εισρόφησης, προσαρμοσμένα περιβάλλοντα γεύματα συμπεριλαμβανομένης και της οπτικής παρουσίασης του γεύματος για την ενθάρρυνση του ασθενή να φάει και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που ενθαρρύνει την προσοχή στο γεύμα. Παρέχει επίσης ενισχυμένες δεξιότητες σίτισης, συμπεριλαμβανομένων στρατηγικών για τη δημιουργία ανεξάρτητης διατροφής και την παροχή κατάλληλων προσαρμοσμένων σκευών, προπαρασκευαστικές ασκήσεις πριν από το γεύμα για να διευκολύνουν τις προφορικές και φαρυγγικές κινήσεις που απαιτούνται για το φαγητό. Επιπρόσθετα, τοποθέτηση του σώματος για τη διευκόλυνση της βέλτιστης πέψης και της χρήσης του βραχίονα για ανεξάρτητη και ασφαλή σίτιση, ενίσχυση των στρατηγικών για τους γονείς να ενισχύσουν και να βελτιώσουν την ασφάλεια στην κατάποση για να αποτρέψουν την αναρρόφηση, συμπεριλαμβανομένων προσαρμοσμένων τεχνικών κατάποσης και τέλος εκπαίδευση για γονείς/φροντιστές σε εξατομικευμένες στρατηγικές σίτισης και κατάποσης για την ενίσχυση της απόδοσης και της διατροφής (American Occupational Therapy Association, 2007). Επομένως ο εργοθεραπευτής είναι ο ειδικός που ασχολείται ξεκάθαρα με την παρέμβαση του παιδιού, δηλαδή πριν και μετά την αποκατάσταση της σχιστίας.

Γαστρεντερολόγος και Πνευμονολόγος: Οι ειδικοί αυτοί, εμπλέκονται στην αξιολόγηση πιο σοβαρών περιστατικών (Kummer, 2008).

Μια καθιερωμένη απαίτηση, για να πληρούνται τα κριτήρια της ACPA (American Cleft Palate-Craniofacial Association), είναι ότι πρέπει να έχει ένα συντονιστή, ο οποίος είναι συνήθως ένας/μία νοσηλεύτης/-τρια ή άλλος επαγγελματίας υγείας. Ο συντονιστής θεωρείται πολύ σημαντικό μέλος της ομάδας γιατί είναι ο επαγγελματίας που διαχειρίζεται το πρόγραμμα και όλες τις δραστηριότητες της ομάδας (Kummer, 2008/Hamilton health sciences, The Regional cleft lip and palate team, 2004).

3.2.Λειτουργία της ομάδας

Η ομάδα των επαγγελματιών που αναφέρθηκαν παραπάνω, εμπλέκεται στον χειρισμό των αναγκών του παιδιού λίγο μετά την γέννηση. Η αρχή γίνεται με την συμβουλευτική των γονέων και το χειρισμό των θεμάτων σίτισης και των αναπνευστικών δυσκολιών στη νεογνική περίοδο. Η ομαδική φροντίδα θα πρέπει έπειτα, να συνεχίζει μέχρι την ολοκλήρωση της σωματικής ανάπτυξης του ατόμου, η οποία είναι συνήθως μεταξύ των ηλικιών 18 με 21 ετών. Η φροντίδα μπορεί να συνεχίσει στην ενήλικη ζωή, εάν υπάρχουν εναπομένουσες ιατρικές, χειρουργικές, οδοντικές, ψυχολογικές ή επικοινωνιακές διαταραχές, οι οποίες μπορούν να βελτιωθούν ή να επιλυθούν από τα μέλη της ομάδας (Kummer, 2008).

Η μέθοδος προγραμματισμού και αξιολόγησης ασθενών κάθε ομάδας διαφέρει ανάλογα με τα πλαίσια. Στις περισσότερες περιπτώσεις κάθε επαγγελματίας αξιολογεί τον ασθενή μέσω μιας ξεχωριστής επίσκεψης ή εξέτασης, αλλά αυτό συχνά πραγματοποιείται την ίδια ημέρα σε ένα κλινικό πλαίσιο. Όταν οι αξιολογήσεις διεξάγονται σε μια κλινική, υπάρχει η πιθανότητα συνεργασίας διαφόρων

επαγγελματιών στην αξιολόγηση του ασθενούς. Τα μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας συναντώνται, έπειτα για να συζητήσουν τις εντυπώσεις και τις συστάσεις καθώς και για να διαπραγματευτούν ένα πλάνο θεραπείας. Οι θεραπευτικές προτεραιότητες και η κατάλληλη αλληλουχία θεραπειών προσδιορίζεται έπειτα. Ο συντονιστής ή ένα άλλο επιλεγμένο μέλος της ομάδας είναι υπεύθυνο για την μεταφορά αυτών των συστάσεων στην οικογένεια και την εξασφάλιση του προγραμματισμού των κατάλληλων ραντεβού (Kummer, 2008).

Παρόλο που ο συντονιστής της ομάδας μπορεί να είναι το βασικό πρόσωπο, με το οποίο έρχεται σε επαφή η οικογένεια, κάθε άτομο της ομάδας είναι υπεύθυνο για να συμβουλευτεί την οικογένεια σχετικά με το πλάνο της θεραπείας που σχετίζεται με την ειδικότητα του, καθώς και σχετικά με οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχει η οικογένεια. Έχει αποδειχθεί ότι όταν τα μέλη της οικογένειας εμπλέκονται και ενημερώνονται σχετικά με τις αποφάσεις ιατρικής φροντίδας για τα παιδιά τους, αυτό μπορεί να μειώσει το άγχος και να βελτιώσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα (Paynter, Edmonson & Jordan, 1991/Walesky-Rainbow & Morris, 1978). Το τελικό θεραπευτικό πλάνο προσδιορίζεται από τις συστάσεις των μελών της ομάδας, τις ανησυχίες, τις ανάγκες και τους στόχους του ασθενή και της οικογένειας του αλλά και τα όρια δυνατοτήτων και τους περιορισμούς της χρηματοδότησης από τα ασφαλιστικά ταμεία (Kummer, 2008).

3.3.Πλεονεκτήματα της ομαδικής προσέγγισης

Η ομαδική προσέγγιση στον χειρισμό προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα στον ασθενή και την οικογένεια του (Americancleftpalate-craniofacialassociation, 1993/Boraah, Hagberg, Jakubiak & Temple, 1993/Chen, Chen, Wang & Noordhoff, 1988/Colburn & Cherry, 1985/Kline, 1997/Lang, Neil-Dwyer, Evans & Honeybul, 1998/Marsh, 1982/McWilliams, Morris & Shelton, 1990/Pinsky & Goldberg, 1977/Sharp, 1995/Stal, Chebret & McElroy, 1998/Strauss, 1998-1999/Strohecker, 1993/Will, Aduss, Kuehn & Parsons, 1989). Αρχικά η ομάδα προσφέρει μια αξιολόγηση ολόκληρου του παιδιού, η οποία ολοκληρώνεται μέσω ξεχωριστών αξιολογήσεων των πολλών επαγγελματιών. Η ομαδική αξιολόγηση είναι περιεκτική ωστόσο, πραγματοποιείται σε λιγότερες επισκέψεις και συνήθως με χαμηλότερο κόστος από ότι οι ξεχωριστές αξιολογήσεις. Το πλάνο της φροντίδας επινοείται από επαγγελματίες οι οποίοι συνεργάζονται και κατανοούν ο ένας την ειδικότητα του άλλου. Υπάρχει κοινή λήψη αποφάσεων, μεταξύ των μελών της ομάδας και οι αποφάσεις βασίζονται σε περισσότερες πληροφορίες από όσες συγκεντρώνει ένας επαγγελματίας ανεξάρτητα (Sharp, 1995). Συνήθως υπάρχει καλύτερη παρακολούθηση και έλεγχος της φροντίδας καθώς αυτή είναι η ευθύνη του συντονιστή της ομάδας. Οι ομάδες συνήθως αποτελούνται από "ειδήμονες" στον τομέα που μπορούν να παρέχουν προηγμένη φροντίδα. Οι ομάδες παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες μέσω των ομάδων γονέων, καθώς και την παροχή φυλλαδίων και άλλων εκπαιδευτικών υλικών. Συνήθως, υπάρχει ένα βασικό άτομο της ομάδας με το οποίο μπορεί να έλθει σε επαφή η οικογένεια για να βοηθήσει στην διαβίβαση δυσκολιών, ερωτημάτων ή ανησυχιών (Kummer, 2008).

Υπάρχουν επίσης πολλά πλεονεκτήματα της ομαδικής προσέγγισης για τους επαγγελματίες. Πρώτον η ομαδική προσέγγιση εξοικονομεί χρόνο επιταχύνοντας την διαδικασία συνεργασίας. Επίσης αυξάνει την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών. Αυτό βοηθά στην ανάπτυξη καλών σχέσεων συνεργασίας μεταξύ των μελών της ομάδας και αυξάνει τις γνώσεις κάθε επαγγελματία. Ένα από τα πιο σημαντικά

πλεονεκτήματα της ομαδικής προσέγγισης είναι ότι καθιστά εφικτή την διατήρηση καλών αρχείων (Brogan, 1988). Η ομάδα μπορεί επίσης να είναι αποτελεσματικό μέσο για συνεργασία στην έρευνα και τις δημοσιεύσεις. Ορισμένες πολιτείες των ΗΠΑ έχουν αναπτύξει δίκτυα ομάδων για τον σκοπό της συνεργασίας στις ερευνητικές προσπάθειες και την συνεχή εκπαίδευση [(Abdoney, Habal, Scheuerle & Rans, 1988/Will & Aduss, 1987/Will & Parsons, 1991)/Kummer, 2008].

3.4.Δυσκολίες της ομαδικής προσέγγισης

Παρόλο που τα πλεονεκτήματα της ομαδικής προσέγγισης ξεπερνούν οποιοδήποτε μειονέκτημα, υπάρχουν ορισμένες συνήθειες ενδεχομένως δυσκολίες, οι οποίες σχετίζονται με τις διεπιστημονικές ομάδες. Ένας παράγοντας ο οποίος μπορεί να επηρεάσει την λειτουργία της ομάδας είναι η αντιλαμβανόμενη ή αποδιδόμενη ιδιότητα των διαφόρων μελών της ομάδας σε σχέση με τα άλλα μέλη. Αυτό μπορεί να βασίζεται σε χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, η ειδικότητα, η εμπειρία ή τα επιτεύγματα (Cohn, 1991). Εάν τα μέλη της ομάδας δεν θεωρούνται ίσα σε ιδιότητα στην ομάδα, τότε τα άτομα με αποδιδόμενη υψηλότερη ιδιότητα θα τείνουν να ασκούν περισσότερη επιρροή στις αποφάσεις της ομάδας, από ότι τα μέλη με χαμηλότερη ιδιότητα (Cohn, 1991). Αυτό μπορεί να έχει μια αρνητική επίπτωση στην ποιότητα της ομαδικής λήψης αποφάσεων. Για να είναι αποτελεσματική η ομάδα πρέπει να υπάρχει μια ατμόσφαιρα ισότητας και αμοιβαίου σεβασμού μεταξύ όλων των μελών της ομάδας (Kummer, 2008).

Δυσκολίες μπορούν επίσης να προκύψουν, εάν οι ατομικοί ρόλοι δεν έχουν διευκρινιστεί με σαφήνεια μέσα στην ομάδα. Εάν οι ρόλοι δεν είναι μπορεί να υπάρχει διεπιστημονικός ανταγωνισμός. Για παράδειγμα, υπάρχει συχνά μια αλληλοεπικάλυψη δεξιοτήτων μεταξύ πλαστικού χειρουργού, χειρουργού στόματος και ΩΡΛ. Ως ομάδα είναι χρήσιμο να προσδιοριστεί ποιος κάνει τι, όταν γίνεται αυτό και κάτω από ποιές συνθήκες. Αυτό προλαμβάνει τις διαμάχες σχετικά με θέματα, όπως ποιος πραγματοποιεί την μεταμόσχευση οστού ή ποιος κάνει την δευτερεύουσα χειρουργική επέμβαση για την υπερωοφαρυγγική δυσλειτουργία (Kummer, 2008).

Μια διαφορετική, αλλά εξ ίσου διασπαστική δυσκολία παρουσιάζεται όταν υπάρχουν μέλη στην ομάδα τα οποία είναι υπερευαίσθητα στην ανατροφοδότηση. Αυτό μπορεί να είναι ένα πρόβλημα για παράδειγμα, όταν μια χειρουργική επέμβαση δεν ήταν τόσο επιτυχής όσο αναμενόταν και χρειάζεται να αναθεωρηθεί. Τα μέλη της ομάδας πρέπει να είναι ικανά να μιλούν με ειλικρίνεια χωρίς να ανησυχούν ότι "θα πληγώσουν τα αισθήματα κάποιου". Πρέπει επίσης να μπορούν να εκφράζουν διαφορετικές γνώμες χωρίς δισταγμό (Kummer, 2008).

Η επικοινωνία μεταξύ των μελών σχετικά με τις μεθόδους και τα πρωτόκολλα πρέπει να υπάρχει ώστε να υπάρχει ομοφωνία σχετικά με τα πρότυπα της φροντίδας και της συνέχισης της φροντίδας μέσα στην ομάδα. Όλες οι ενδεχόμενες δυσκολίες της διεπιστημονικής ομάδας μπορούν και πρέπει να ξεπεραστούν, για να είναι επιτυχής η ομάδα. Αυτό απαιτεί συνεχή επικοινωνία, ειλικρίνεια και αμοιβαίο σεβασμό. Τέλος η ομάδα θα πρέπει να εστιάζει στην φροντίδα και στην ευεξία των ασθενών και όχι στις ατομικές ατζέντες και τα εγώ των μελών της ομάδας (Kummer, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η μελέτη που διεξάχθηκε από τους Masarei, Sell, Habel, Mars, Sommerlad, Wade (2007) είχε στόχο την αναφορά των διατροφικών δυσκολιών που παρατηρούνται στα βρέφη με σχιστία χείλους/και υπερώας. Αυτή η μελέτη σύγκρινε τα πρότυπα της σίτισης σε βρέφη μη επιδιορθωμένης χειλεοσχιστίας και υπερωϊοσχιστίας με υγιή βρέφη ίδιας ηλικίας. Συμμετείχαν πενήντα νεογνά με μη συνδρομική πλήρη μονόπλευρη σχιστία χείλους και υπερώας ή με σχιστία της μαλακής υπερώας και τουλάχιστον σχιστία στα δύο τρίτα της σκληρής υπερώας. Οι γονείς των 20 τυχαία επιλεγμένων, βρεφών χωρίς σχιστία συμφώνησαν να συμμετάσχουν. Τα πρότυπα των τροφών αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας τη νεογνική κλίμακα αξιολόγησης από το στόματος. Πρόσθετες αντικειμενικές πληροφορίες συλλέχθηκαν με τη χρήση της μέτρησης της βρεφικής διατροφής του νοσοκομείου Great Ormond Street (Masarei et al., 2001, Masarei, 2003). Τα αποτελέσματα της μελέτης λένε ότι βρέφη με μη συνδρομική πλήρη μονόπλευρη σχισμή χείλους και υπερώας ή με σχιστία της μαλακής υπερώας και τουλάχιστον σχιστία στα δύο τρίτα της σκληρής υπερώας είχαν λιγότερο αποτελεσματική απομύζηση από ότι τα συνομήλικα βρέφη χωρίς σχιστία που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Χρησιμοποιούσαν μικρότερη απομύζηση (μέση διαφορά, 0,30 δευτερόλεπτο, $p < .0005$), ένα ταχύτερο ρυθμό απομύζησης (μέση διαφορά, 34,20 πιπίλισματα / δευτερόλεπτο, $p < .0005$) · $p < .0005$), υψηλότερες αναλογίες απομύζησης-κατάποσης (μέση διαφορά, 1,87 πιπίλισμα/κατάποση, $p < .0005$) και μεγαλύτερο ποσοστό παραγωγής ενδοστοματικής θετικής πίεσης (μέση διαφορά, θετική πίεση 45,97%, $p < .0005$). Συμπερασματικά, αυτή η μελέτη κατέδειξε ότι τα μοτίβα απομύζησης των βρεφών με μη συνδρομική πλήρη μονόπλευρη σχιστία χείλους και υπερώας ή με σχιστία της μαλακής υπερώας και τουλάχιστον σχιστία στα δύο τρίτα της σκληρής υπερώας, διαφέρουν με τα μοτίβα απομύζησης των βρεφών χωρίς σχιστία.

Οι Devi, Sankar, Kumar και Sujatha (2012), εξετάζουν διάφορα προβλήματα, προσαρμογές και εξειδικευμένες συσκευές διατροφής που έχουν αποδειχθεί ωφέλιμες στα βρέφη με σχιστία χείλους και υπερώας. Ως τα πιο αξιοσημείωτα προβλήματα αναφέρουν την ανεπαρκή απομύζηση, υπερβολική πρόσληψη αέρα, πνιγμό, ρινική αναρροή, κόπωση, υπερβολική πρόσληψη γάλατος, αποτυχία αύξησης του βάρους και τον υπερβολικό χρόνο που απαιτείται για την διατροφή. Άλλα προβλήματα περιλαμβάνουν την αποτυχία αύξησης του βάρους και την επιβράδυνση της ανάπτυξης ειδικά κατά την διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής, τις επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του μέσου ωτός και την οξεία μέση ωτίτιδα που μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια ακοής και την φτωχή ομιλία λόγω αλλαγής της ενδοστοματικής ανατομίας. Τα βρέφη με σχιστία χείλους, σχιστία υπερώας ή και τα δύο, καταπίνουν φυσιολογικά, ωστόσο, απομυζούν με δυσκολία. Το αντανάκλαστικό για την απομύζηση και την κατάποση είναι συνήθως άθικτο σε αυτά τα βρέφη, ωστόσο, η λήψη αρνητικής πίεσης είναι προβληματική. Προτεινόμενες τροποποιήσεις για την διευκόλυνση του θηλασμού είναι η χρήση αποφρακτήρα η οποία κλείνει την σχισμή στο φατνίο και στον ουρανίσκο και κλείνει τη ρινική κοιλότητα από τη στοματική κοιλότητα με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται ενδοστοματική αρνητική πίεση με την πράξη της απομύζησης, οι ασπίδες θηλής που όταν χρησιμοποιούνται ανοίγουν βοηθητικό τμήμα για καλύτερη επαφή του δέρματος του βρέφους με το δέρμα της μητέρας, το συμπληρωματικό νοσηλευτικό σύστημα (SNS)

για βρέφη που αντιμετωπίζουν ειδικές προκλήσεις όπως η πρόκληση γαλουχίας. Όταν δεν μπορεί να υποστηριχθεί ο θηλασμός, μια εναλλακτική προσέγγιση στη χρήση των αποφρακτών είναι να τροποποιηθεί η τυποποιημένη τεχνική τροφοδοσίας με προσεκτική τοποθέτηση του κεφαλιού του μωρού ή με τη χρήση κυπέλλων ή κουταλιών ή με διάταξη τροποποιημένων θηλών ή τη χρήση συμπιεζόμενων φιαλών σίτισης. Σύμφωνα με την Kaufman LF, σήμερα η πιο επιτυχημένη συσκευή είναι ένα εύκαμπτο πλαστικό μπουκάλι που μπορεί να συμπιεστεί, όπως το θήλαστρο για σχιστία υπερώας της Mead-Johnson, το οποίο επιτρέπει τον έλεγχο του όγκου και του ρυθμού ροής του γάλατος που μπορεί να χειριστεί το βρέφος. Άλλες τροποποιήσεις που αναφέρουν είναι η χρήση κυπέλλου σίτισης και η χρήση διαφορετικών θηλών, όπως αυτών με άνοιγμα εγκάρσιας οπής που επιτρέπουν μεγαλύτερη βαρυτική ροή γάλατος με ποικίλο βαθμό επιτυχίας, έτσι ώστε το βρέφος να μπορεί να καταπιεί χωρίς μεγάλη προσπάθεια για την απομύζηση.

Οι Katge, Dalvi, Shetty και Shetty (2014), αναφέρουν διαφορετικές παρεμβάσεις σίτισης όπως τα τροποποιημένα μπουκάλια ή/και θηλές, αποφρακτήρες και μητρική συμβουλευτική και υποστήριξη. Και εδώ γίνεται αναφορά στον αποφρακτήρα ο οποίος αποφράσσει την σχισμή και αποκαθιστά τον διαχωρισμό μεταξύ της στοματικής και της ρινικής κοιλότητας. Επομένως υπάρχει συμφωνία με τους Devi, Sankar, Kumar και Sujatha για την χρήση του αποφρακτήρα ως μέσο τροποποίησης και υποβοήθησης της σίτισης. Όσον αφορά τον θηλασμό, ανάλογα με την θέση και την έκταση της σχιστίας του βρέφους, μια θέση θηλασμού μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματική από μια άλλη. Ο θηλασμός μπορεί μερικές φορές να απαιτεί περισσότερο κατακόρυφη θέση, έτσι ώστε το στήθος της μητέρας να γεμίζει το κενό στο χείλος ή τα ούλα. Άλλες θέσεις όπως τροποποιημένη θέση του ποδοσφαιριστή ή η θέση καθίσματος στο πόδι της μητέρας μπορούν επίσης να δοκιμαστούν. Το σύστημα Lact-Aide έχει αναφερθεί ότι επιτρέπει στην μητέρα να ελέγχει την ποσότητα του γάλατος που εισέρχεται στο στόμα του βρέφους. Επίσης, οι ασπίδες θηλής που αποτελούνται από λεπτή, εύκαμπτη σιλικόνη μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καλύτερη επαφή του δέρματος της μητέρας με το δέρμα του βρέφους, όπως αναφέρθηκε και στο άρθρο των Devi, Sankar, Kumar και Sujatha και έρχεται σε συμφωνία. Όπως επισημάνουν, εάν δεν σιτίζεται το βρέφος μέσω του θηλασμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί εξοπλισμός σίτισης ο οποίος περιλαμβάνει πλαστικά μπουκάλια ειδικά σχεδιασμένα για την σίτιση βρεφών με σχιστία χείλους και υπερώας, κύπελλα, κουτάλια και άλλες μεθόδους όπως σταγονόμετρο και καλαμάκι. Οι εγκάρσια κομμένες θηλές που χρησιμοποιούνται είτε με άκαμπτα είτε με εύκαμπτα μπουκάλια λέγεται ότι είναι χρήσιμες στην σχιστία χείλους ή/και υπερώας. Τεχνητές θηλές με διευρυμένη οπή και γρήγορης ροής έχουν επίσης τεκμηριωθεί. Σε μερικά βρέφη με σχιστίες απαιτείται η χρήση ρινογαστρικού σωλήνα για να βοηθήσει την σίτιση κατά τις ημέρες μετά την γέννηση ή αργότερα όταν υπάρχουν ανησυχίες για το βάρος του βρέφους. Οι πιο αξιολογούμενες μελέτες ήταν που ανέλαβε ο Richard (1991, 1994) ο οποίος σχεδίασε την Τεχνική ESSR. Η Τεχνική ESSR ή η Διεύρυνση, Τόνωση, Κατάποση και Ξεκούραση είναι η τεχνική που εφαρμόζει την μεγέθυνση της οπής στην θηλή, διεγείροντας την απομύζηση, περιμένοντας την κατάποση και παρακολουθώντας τα συμπτώματα των ασθενών κατά την διάρκεια της σίτισης και της ηρεμίας.

Οι Reid & Dip (2004) διεξήγαγαν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για τον προσδιορισμό των παρεμβάσεων στην σίτιση που συνιστάται σε βρέφη με σχιστίες. Τα επιλεγμένα άρθρα αξιολογήθηκαν σοβαρά χρησιμοποιώντας ένα πλαίσιο πρακτικής που βασίζεται σε αποδεικτικά στοιχεία για τον προσδιορισμό της

απόδειξης της υποστήριξης κάθε παρέμβασης. Εξετάστηκαν ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων για αναφορές παρεμβάσεων στη σίτιση σε σχιστία υπερώας. Τα επιλεγμένα άρθρα κωδικοποιήθηκαν ως δεδομένα που οδηγούν ή όχι· αυτά που περιέχουν δεδομένα αξιολογήθηκαν με κριτικό τρόπο χρησιμοποιώντας αναγνωρισμένη ιεραρχία των αποδεικτικών στοιχείων. Τέλος, σε κάθε αναφορά αποδίδεται ένα επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων (από το I έως το IV) αλλά με την ποιότητα των δεδομένων που παρουσιάζονται. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα εξετάστηκαν πενήντα πέντε άρθρα που δημοσιεύθηκαν μεταξύ του 1955 και του 2002. Δεν υπάρχουν προς το παρόν ολοκληρωμένες συστηματικές αξιολογήσεις σχετικά με αυτόν τον τομέα της βιβλιογραφίας (αποδεικτικά στοιχεία επιπέδου I). Βρέθηκαν δύο καλά σχεδιασμένες ελεγχόμενες δοκιμές (αποδεικτικά στοιχεία επιπέδου II). Αυτές θεωρήθηκε ότι παρέχουν τα ισχυρότερα αποδεικτικά στοιχεία για τεχνικές παρέμβασης στη σίτιση. Τα άρθρα αυτά περιγράφουν έναν συνδυασμό παρεμβάσεων συμπεριλαμβανομένης της έγκαιρης σίτισης και της εκπαίδευσης στη διατροφή, όπως και υποβοηθούμενες μεθόδους σίτισης για βρέφη με καταστάσεις μεμονωμένης σχιστίας. Παρατηρήθηκαν επίσης τρία παραδείγματα αποδείξεων επιπέδου III. Σε πενήντα (91%) από τα 55 άρθρα επανεξετάστηκαν οι εκθέσεις εμπειρογνώμων που δεν βασίζονται σε δεδομένα (επίπεδο IV). Υπήρξε ένδεια από στοιχεία που θεωρήθηκαν ως μέτρια ή ισχυρά, υπογραμμίζοντας την ανάγκη συνεχούς επιστημονικής αξιολόγησης των παρεμβάσεων σίτισης που χρησιμοποιούνται σε βρέφη με σχιστία υπερώας. Ορισμένοι παράγοντες, όπως η ετερογένεια των δειγμάτων που μελετήθηκαν, η έλλειψη αντιγραφής των δοκιμών και τα μικρά μεγέθη δείγματος επηρέασαν τον τύπο και την ισχύ των αποδεικτικών στοιχείων συγκεκριμένων παρεμβάσεων της σίτισης. Στα άρθρα που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα αναφέρονται τροποποιήσεις στην σίτιση όπως οι εγκάρσια κομμένες θηλές που χρησιμοποιούνται είτε με εύκαμπτα είτε με άκαμπτα μπουκάλια λέγεται ότι είναι χρήσιμες για βρέφη με σχιστίες όταν συνδυάζονται με πρωτόκολλα παρέμβασης της διατροφής (Brine et al., 1994). Οι συμπιεζόμενες φιάλες επιτρέπουν στον τροφοδότη να δώσει γάλα στο βρέφος που δεν είναι ικανό να παράγει απομύζηση και να εξάγει το υγρό ανεξάρτητα. Η σίτιση με κύπελλο είναι μια τεχνητή μέθοδος διατροφής που χρησιμοποιείται γενικά για την συμπλήρωση του θηλασμού. Χρησιμοποιείται συνηθέστερα για τα πρόωρα βρέφη και τα βρέφη με χαμηλό βάρος γέννησης που επιχειρούν να καθιερώσουν τον θηλασμό, αλλά συστήνονται επίσης και για βρέφη με σχιστία υπερώας που υποβάλλονται στην ίδια διαδικασία (Danner, 1992; Lang et al., 1994). Στη δοκιμή του Richard (1994), 29 βρέφη υπέστη παραδοσιακή μέθοδο παρέμβασης και αργότερα η μέθοδος ESSR εισήχθη σε επιπλέον 40 βρέφη. Αποδείχθηκε ότι τα βρέφη με την μέθοδο ESSR είχαν καλύτερη μέση βαρύτητα από την ομάδα σύγκρισης στις περίπου 60 μέρες. Ως προς του αποφρακτικές σίτισης, έχουν χρησιμοποιηθεί για να διευκολύνουν τον άμεσο θηλασμό για βρέφη με σχιστία. Ένας αριθμός άρθρων αναγνώρισε πως η συμπληρωματική σίτιση ήταν απαραίτητη για τα βρέφη με σχιστία υπερώας που θηλάζουν (Kelts & Jones, 1983; Helsingand King, 1985; Danner, 1992; Willis, 2000). Μπουκάλια (Grady, 1977), κύπελλα, κουτάλια (Helsingand King, 1985; Danner, 1992; Willis, 2000), σταγονόμετρα και συμπληρωματικά νοσηλευτικά συστήματα (Keltsand Jones, 1983; Danner, 1992) περιγράφηκαν ως χρήσιμα.

Τα άρθρα που αναφέρθηκαν παραπάνω παρουσιάζουν κοινές αναφορές ως προς τις τροποποιήσεις στην σίτιση στα βρέφη με σχιστίες. Οι τρεις έρευνες συμφωνούν στην χρήση συμπιεζόμενων μπουκαλιών για την διευκόλυνση της σίτισης, την χρήση εγκάρσια κομμένων θηλών και την χρήση κυπέλλων και κουταλιών. Οι έρευνα των

Devi, Sankar, Kumar και Sujatha (2012) και των Katge, Dalvi, Shetty και Shetty (2014) συμφωνούν στην χρήση ασπίδων θηλής που όταν χρησιμοποιούνται ανοίγουν βοηθητικό τμήμα για καλύτερη επαφή του δέρματος του βρέφους με το δέρμα της μητέρας όπως επίσης και στην τροποποίηση της θέσης σίτισης του βρέφους ενώ η έρευνα των Reid & Dip (2004) δεν κάνει αναφορά σε αυτές τις τροποποιήσεις. Οι Katge, Dalvi, Shetty και Shetty και Reid & Grad.Dip επισημαίνουν ακόμη την χρήση σταγονόμετρου για την διευκόλυνση της σίτισης. Οι τρεις έρευνες αναφέρουν την χρήση αποφρακτήρα για την διευκόλυνση του άμεσου θηλασμού για τα παιδιά με σχιστία. Επιπροσθέτως, ως συστήματα διευκόλυνσης του θηλασμού αναφέρονται από τους Devi, Sankar, Kumar και Sujatha το συμπληρωματικό νοσηλευτικό σύστημα (SNS) για βρέφη που αντιμετωπίζουν ειδικές προκλήσεις όπως η πρόκληση γαλουχίας και από τους Katge, Dalvi, Shetty και Shetty το σύστημα Lact-Aide έχει αναφερθεί ότι επιτρέπει στην μητέρα να ελέγχει την ποσότητα του γάλατος που εισέρχεται στο στόμα του βρέφους. Επομένως, εδώ τονίζεται η αναγκαιότητα ενός τέτοιου συστήματος σε καταστάσεις σχιστίας. Σε αντίθεση, οι Reid & Grad.Dip δεν κάνουν αναφορά σε κάποιο παρόμοιο σύστημα αλλά αναφέρουν το σύστημα ή Διεύρυνση, Τόνωση, Κατάποση και Ξεκούραση, η οποία βοηθάει στην βελτίωση της βαρύτητας σύμφωνα με τον Richard (1994) και την οποία αναφέρουν εξίσου Katge, Dalvi, Shetty και Shetty στο άρθρο τους. Φαίνεται λοιπόν ότι οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν στην πλειονότητα των τροποποιήσεων που υπάρχουν για την βελτίωση της σίτισης των βρεφών με σχιστίες και προτείνουν τους ίδιους ή παρόμοιους τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών στη σίτιση.

Όσον αφορά τις επιπτώσεις των σχιστιών στην σίτιση, οι Masarei, Habel, Mars, Sommerlad, Wade (2007) και οι Devi, Sankar, Kumar και Sujatha (2012) τονίζουν πως τα βρέφη με σχιστίες παρουσιάζουν ανεπαρκή απομύζηση.

Η έρευνα των Prahl, Kuijpers-Jagtman, Van'tHof και Prahl-Andersen (2005) είχε σκοπό την μελέτη των επιδράσεων του αποφρακτήρα, στη διατροφή, το βάρος και το μήκος που διεξάχθηκε σε τρία πανεπιστημιακά κέντρα χειλεοσχιστίας. Η κατανομή της θεραπείας εκτελείται με τη βοήθεια μιας ηλεκτρονικής μεθόδου κατανομής με ισορροπημένο τρόπο. Οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν βρέφη με πλήρη μονόπλευρη σχιστία χείλους και υπερώας, χωρίς άλλες δυσπλασίες. Μία ομάδα φορούσε αποφρακτήρα κατά το πρώτο έτος ζωής και η άλλη ομάδα όχι. Όλες οι υπόλοιπες παρεμβάσεις ήταν ίδιες και για τις δύο ομάδες. Η μέθοδος είχε να κάνει με την ταχύτητα τροφοδοσίας των μπουκαλιών κατά την εισαγωγή 3,6, 15, 24 εβδομάδων· το βάρος για την ομιλία, το μήκος για την ηλικία και το βάρος για το μήκος χρησιμοποιώντας αποτελέσματα Z με τιμές αναφοράς από την τρίτη εθνική έρευνα της Ολλανδίας για την ανάπτυξη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, η ταχύτητα τροφοδοσίας αυξήθηκε με τον χρόνο από 2, 9-13,2ml /min στην ομάδα χωρίς αποφρακτήρα και από 2,6 σε 13,8ml/min στην ομάδα με αποφρακτήρα. Γενικά δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Δηλαδή τα ποσοστά σωματικού βάρους και ηλικίας δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων, αλλά συνολικά τα βρέφη με μονόπλευρη σχιστία χείλους και υπερώας και στις δύο ομάδες παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες για βάρος και το ύψος για την ηλικία, από την αναφορά κατά την διάρκεια των 14 πρώτων μηνών και είχαν χαμηλότερες τιμές για το βάρος με το μήκος μετά το κλείσιμο της υπερώας. Επομένως ο αποφρακτήρας, με στόχο την βελτίωση στη σίτιση και τη συνεπή θρέψη των βρεφών με μονόπλευρη σχιστία χείλους και υπερώας, μπορεί να εγκαταλειφθεί.

Οι Turner, Jacobsen, Humenczuk, Singhal, Moore και Bell (2001) διεξήγαγαν μια μελέτη που εξέτασε την επίδραση της γαλουχίας και την χρήση αποφρακτήρα στον μειωμένο χρόνο σίτισης, την αύξηση της πρόσληψης τροφής και την ανάπτυξη σε οκτώ νεογέννητα βρέφη που σιτίζονταν με μπιμπερό, με σχιστία χείλους ή υπερώας ή και συνδυασμός των δύο. Ένας σχεδιασμός αντιστροφής A, B1, C1, B2 και C2 χρησιμοποιήθηκε με οκτώ μητέρες. Στο A καταγράφηκαν δεδομένα βασικής γραμμής για τα λεπτά που τράφηκαν από το στήθος. Στο B1 καταγράφηκε η βασική γραμμή σε λεπτά που τροφοδοτήθηκαν με φιάλη Haberman. Στο C1, καταγράφηκαν τα λεπτά που τράφηκαν μετά την εκπαίδευση κατά τη γαλουχία και τον αποφρακτήρα. Η εκπαίδευση για τη γαλουχία ήταν η πληροφορία που δόθηκε στις μητέρες, για να αναγνωρίσουν τις υποδείξεις σίτισης στα βρέφη τους και τις παιδικές τροφές. Ο αποφρακτήρας ήταν μια παθητική συσκευή εφαρμογής απόφραξης. Στο B2, ο αποφρακτήρας αφαιρέθηκε και σημειώθηκαν τα λεπτά σίτισης. Στο C2, επιστράφηκε ο αποφρακτήρας και χορηγήθηκε υποστήριξη γαλουχίας. Οι μητέρες συνέχισαν να κρατάνε αρχεία καταγραφής της σίτισης, η ικανοποίηση αξιολογήθηκε, και η πρόσληψη γάλακτος και το ποσοστό ροής καταγράφηκε κατά τη διάρκεια κάθε φάσης της μελέτης. Η διατροφική αξιολόγηση του βάρους, του ύψους, του βάρους για το ύψος και του όγκου τροφοδοσίας ολοκληρώθηκε από έναν διαιτολόγο κατά τη διάρκεια αλλά και μετά την ολοκλήρωση της μελέτης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι χρόνοι διατροφής μειώθηκαν με όλα τα βρέφη, ο όγκος που καταναλώθηκε αυξήθηκε στα 7 από τα 8 βρέφη και ο ρυθμός ροής αυξήθηκε σε όλα τα βρέφη. Οι μέσοι χρόνοι σίτισης κατά τη διάρκεια των φάσεων B1 και B2 (μόνο φιάλη Haberman) ήταν 34,4 και 32,3 λεπτά αντίστοιχα. Οι μέσοι χρόνοι σίτισης κατά τη διάρκεια των φάσεων C1 και C2 (εκπαίδευση στον αποφρακτήρα και στη γαλουχία) ήταν 15,1 και 15,6 λεπτά. Ο όγκος γάλακτος που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια των τροφοδοσιών B1 και B2 ήταν κατά μέσο όρο 36,5 και 37 mL, σε σύγκριση με 67 mL και 76 mL κατά τη διάρκεια των φάσεων C1 και C2. Η ανάπτυξη, όπως μετράται από το ύψος, την αύξηση βάρους και το βάρος για το ύψος, κατά τη διάρκεια της μελέτης και τα πρώτα δύο χρόνια της ζωής, συγκρίθηκε ευνοϊκά με εκείνη των παιδιών που γεννήθηκαν χωρίς σχιστίες. Τα συμπεράσματα της μελέτης έδειξαν πως η συνδυασμένη χρήση ενός αποφρακτήρα και της εκπαίδευσης στην γαλουχία μειώνει το χρόνο σίτισης, αυξάνει την πρόσληψη όγκου τροφής και συνδέεται με την καλή ανάπτυξη. Οι μητέρες που επιθυμούσαν να θηλάσουν, επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν τον αποφρακτήρα για να υποστηρίξουν την πρόσληψη μεγάλου όγκου τροφής, να μειώσουν την κόπωση των βρεφών και να παράσχουν γάλα για τη διατροφή.

Όσον αφορά τα άρθρα που αναφέρθηκαν στην πρώτη έρευνα Prahl, Kuijpers-Jagtman, Van't Hof και Prahl-Andersen (2005), οι ασθενείς που έλαβαν μέρος ήταν βρέφη με σχιστίες χείλους και υπερώας χωρίς σύνδρομο, όπου μια ομάδα φορούσε αποφρακτήρα κατά τον πρώτο χρόνο ζωής ενώ η άλλη όχι. Αντίθετα στην δεύτερη έρευνα Turner, Jacobsen, Humenczuk, Singhal, Moore και Bell (2001) έλαβαν μέρος βρέφη με σχιστίες χείλους και υπερώας, για την επίδρασή της γαλουχίας και της χρήσης αποφρακτήρα στην ανάπτυξη των παιδιών μέχρι τον δεύτερο χρόνο ζωής. Στη συνέχεια η ανάπτυξη τους συγκρίθηκε με εκείνη των παιδιών χωρίς σχιστία. Αξίζει να σημειωθεί ότι και οι δύο έρευνες των άρθρων, για την μέτρηση της ανάπτυξης έλαβαν υπόψη τις αλλαγές σε ύψος και βάρος. Επίσης στη πρώτη έρευνα, η μέθοδος είχε να κάνει με την ταχύτητα τροφοδοσίας των μπουκαλιών κατά την εισαγωγή 3,6, 15, 24 εβδομάδων· το βάρος για την ομιλία, το μήκος για την ηλικία και το βάρος για το μήκος χρησιμοποιώντας αποτελέσματα Z με τιμές αναφοράς από την τρίτη εθνική

έρευνα της Ολλανδίας για την ανάπτυξη. Ενώ στην δεύτερη έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένας σχεδιασμός αντιστροφής A, B1, C1, B2 και C2, όπου σε κάθε φάση καταγράφονταν τα δεδομένα σίτισης, κάθε παιδιού. Σε αυτή την έρευνα τα συμπεράσματα έδειξαν πως η συνδυασμένη χρήση ενός αποφρακτήρα και της εκπαίδευσης στην γαλουχία, έχουν θετική επίδραση στην ανάπτυξη των παιδιών. Αντίθετα στην πρώτη έρευνα επειδή δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στην ανάπτυξη, μεταξύ των δύο ομάδων (ανάμεσα σε βρέφη με την χρήση αποφρακτήρα και σε βρέφη χωρίς την χρήση αποφρακτήρα) συστήνεται η εγκατάλειψη της χρήσης αποφρακτήρα.

Στη μελέτη των Iyamu , Saheeb (2011), χρησιμοποιήθηκε σύριγγα μιας χρήσης για τη σίτιση βρεφών ηλικίας 1-14 εβδομάδων με σχιστία χείλους και υπερώας. Τα 57 βρέφη (ΣΧΥ) χωρίστηκαν τυχαία σε ομάδες τροφοδότησης με σύριγγα και τροφοδότησης με κύπελλο και κουτάλι. Συγκρίθηκαν με 55 φυσιολογικά βρέφη που θηλάζουν από μαστό ή μπιμπερό. Έγινε σύγκριση στις διαφορές του βάρους που αποκτήθηκε από την γέννηση στις 6,10 και 14 εβδομάδες. Τα βρέφη που τράφηκαν με σύριγγα και έτρωγαν μητρικό γάλα είχαν σημαντική διαφορά στην αύξηση βάρους (0,7 και 0,8 gr), σε σύγκριση με τα βρέφη που τράφηκαν με κύπελλο και κουτάλι (0,4 gr), στις 10 και 14 εβδομάδες αντίστοιχα. Τα φυσιολογικά βρέφη κέρδισαν 0,6 και 0,7 gr. Τα βρέφη με ΣΧΥ που τρέφονται με κύπελλο και κουτάλι τα οποία έχουν τραφεί με τεχνητό γάλα και μητρικό γάλα κέρδισαν 0,5 και 0,6 gr. Τα τρεφόμενα με σύριγγα βρέφη (ΣΧΥ) κέρδισαν 0,6 και 1,2 kg. Τα φυσιολογικά βρέφη ίδιας ηλικίας και τροφοδοσίας κέρδισαν 1,0 και 1,7 kg. Η μέσοι χρόνοι σίτισης ήταν 10 ml/1,25 λεπτά για τη σίτιση με σύριγγα και 10 ml/2.08 λεπτά για τα βρέφη (ΣΧΥ) που έλαβαν τροφή με κύπελλο και κουτάλι στις 6 εβδομάδες. Τα 19 βρέφη (100%) που έλαβαν τροφή με κύπελλο και κουτάλι παρουσίασαν αναρροή και παλινδρόμηση στις 6 εβδομάδες σε σύγκριση με 30 βρέφη με ΣΧΥ (79%) που τράφηκαν με σύριγγα. Και στις δύο ομάδες η αναρροή και η παλινδρόμηση μειώθηκαν με την ηλικία. Τα βρέφη με ΣΧΥ τα οποία τράφηκαν με τροποποιημένη μέθοδο είχαν ταχύτερο χρόνο σίτισης, λιγότερη αναρροή, παλινδρόμηση και απέκτησαν το ίδιο βάρος με τα φυσιολογικά βρέφη στις 10 και 14 εβδομάδες.

Οι McGrattan και Ellis (2011) διεξήγαγαν έρευνα με σκοπό να εξεταστεί η διαδικασία της ομαδικής φροντίδας για τα παιδιά με σχιστίες. Πραγματοποιήθηκε μέσω συστηματικής ανασκόπησης, των διαθέσιμων μελετών που αναφέρουν την ομαδική διαχείριση των παιδιών με σχιστίες και των ενηλίκων με επιδιορθωμένες σχιστίες. Για την ολοκλήρωση της ανασκόπησης αυτής, προσδιορίστηκαν μελέτες από τα επιστημονικά περιοδικά: OVID, PsychINFO, REHABDATA, PubMed και The Cleft Palate-Craniofacial Journal. Σύμφωνα με την έρευνα, συνολικά 508 μελέτες εντοπίστηκαν και εξετάστηκαν. Από αυτούς, 499 δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης που σχετίζονταν με την αναφορά δεδομένων που είχαν να κάνουν με (1) χρήση ομαδικής φροντίδας, (2) συνέχιση της ομάδας προσανατολισμού, ή (3) προσεγγίσεις στην ομαδική φροντίδα. Συνολικά εννέα μελέτες, οι οποίες περιελάμβαναν 1398 συμμετέχοντες, συμπεριλήφθηκαν στην τελική ανασκόπηση. Οι συμμετέχοντες ορίστηκαν ως ασθενείς (παιδιά με σχιστίες ή ενήλικες με επιδιορθωμένες σχιστίες), φροντιστές / μητέρες / γονείς / οικογένειες, πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ή ομάδες υγειονομικής περίθαλψης. Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι οργανωμένα σε τρεις γενικές κατηγορίες, όπου κάθε κατηγορία αναπτύσσεται ξεχωριστά. Οι κατηγορίες είναι οι εξής: (1) Χρήση ομαδικής φροντίδας: Οι Grow & Lehman (2002) διαπίστωσαν ότι το 89% των ασθενών με σχιστία χείλους και υπερώας έλαβαν ομαδική θεραπεία (Pannbacker and Scheuerle, 1993).

Δυστυχώς, μόνο το 48% των γιατρών παρέπεμψε αυτούς τους ασθενείς σε ένα εξειδικευμένο κέντρο σχιστιών ή κρανιοπροσωπικό κέντρο για την ομαδική φροντίδα (Grow & Lehman, 2002). Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούσαν με τα ευρήματα της γνώσης του ιατρού για τη σχιστία, δεδομένου ότι το 88% δεν είχε διαβάσει καμία βιβλιογραφία σχετικά με τις σχιστίες. Οι Austin et al. (2010) διαπίστωσαν ότι το 76% των 253 παιδιών που γεννήθηκαν από το 1998 έως το 2003 με μη συνδρομικές σχιστίες, έλαβαν φροντίδα ομάδας. Παρατηρήθηκε ακόμη σημαντική διαφορά ανάλογα με τον τύπο της σχιστίας και τη σοβαρότητα της (Austin et al., 2010). Για παράδειγμα, το 65% των παιδιών με σχιστία χείλους, το 71% των παιδιών με σχιστία υπερώας και το 86% των παιδιών με σχιστία χείλους και υπερώας έλαβαν φροντίδα ομάδας. Τέλος, η μελέτη των Robbins and colleagues (2010) διαπίστωσε ότι τα βρέφη που διαγνώστηκαν προγεννητικά δεν ήταν πιο πιθανό να είναι ακολουθούμενη από μια πολυεπιστημονική ομάδα από εκείνες που διαγνώστηκαν κατά τη γέννηση [(76% έναντι 78%)]. (2) Συνέχιση της ομαδικής φροντίδας: Αναφέρθηκε ότι το 47,5% των ασθενών που έλαβαν φροντίδα στην ομάδα είχαν περισσότερες από 10 επισκέψεις στην κλινική, το 31% των ασθενών είχαν 5 έως 10 επισκέψεις στην κλινική και το 22,7% είχαν λιγότερες από τέσσερις επισκέψεις στην κλινική (Canady κ.ά., 1997). Διαπιστώθηκε επίσης ότι η πλειοψηφία των ασθενών (92%) συνεργάστηκε με τον χειρουργό της ομάδας, το 84,4% είδε τον λογοθεραπευτή και τον νοσηλευτή της ομάδας, το 78% είδε τον ακοολόγο, το 66,3% είδε τον παιδοδοντίατρο και το 50,5% ένα στοματικό χειρουργό. Πολύ λιγότεροι ασθενείς παρατηρήθηκαν από τον προσθοδοντικό (36,6%), τον γενετικό σύμβουλο (27,7%) και τον κοινωνικό λειτουργό (24,7%). Περισσότερο από το 85% των ασθενών υποστήριξε τη συνέχεια της περίθαλψης όταν συνεργάστηκε με τον χειρουργό. Οι υπεύθυνοι φροντίδας βρήκαν ότι ο συντονιστής ομάδας σχιστιών είναι χρήσιμος πόρος για την απάντηση σε ερωτήσεις και την κατεύθυνση ερωτήσεων στον κατάλληλο πάροχο (Johansson και Ringsberg, 2003). Επίσης λόγω των περιορισμένων επαγγελματιών της ομάδας, οι φροντιστές εξέφρασαν την επιθυμία να μιλήσουν με έναν ψυχολόγο ενώ ήταν στη μονάδα μητρότητας (Johansson και Ringsberg, 2003). Τέλος, πολλοί φροντιστές ενδιαφέρθηκαν για συναντήσεις με άλλους γονείς παιδιών που έχουν σχιστία (Johansson και Ringsberg, 2003). (3) Προσεγγίσεις στην ομαδική φροντίδα: Στη μελέτη του Strauss (1998) διαπιστώθηκε, ότι το 42,5% των ομάδων ταξινομήθηκαν ως ομάδες υπερωϊκής σχιστίας, 42,3% ταξινομήθηκαν ως κρανιοπροσωπικές ομάδες και οι υπόλοιπες ομάδες ταξινομούνται ως ομάδες με προσωρινή ομάδα σχιστίας υπερώας, ομάδες χαμηλής περιεκτικότητας από σχιστίες υπερώας ή αξιολόγηση και θεραπεία για αναθεώρηση στις ομάδες χειλεοσχιστίας. Από αυτές τις ομάδες, έξι θεραπευτές αντιμετώπισαν περισσότερους από 2000 ασθενείς, 11 ομάδες περιλάμβαναν 1000 έως 2000 ασθενείς και 26 ομάδες 50 ασθενείς ή λιγότερους (Strauss, 1998). Επιπλέον, οι μισές από τις συμμετέχουσες ομάδες συναντήθηκαν μηνιαίως ή διμηνιαίως, με το 10% των ομάδων να συνέρχεται τουλάχιστον εβδομαδιαίως. Διαπιστώθηκε ακόμη, ότι οι μελέτες που εξετάζουν τις ομαδικές προσανατολισμένες προσεγγίσεις στις σχιστίες ήταν περιορισμένες. Το συμπέρασμα της έρευνας λέει ότι παρόλο που η βιβλιογραφία υποδηλώνει πως η διαδικασία της ομαδικής φροντίδας έχει ως αποτέλεσμα την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων σε άτομα με σχιστίες, η διαδικασία φροντίδας ως μετρήσιμο αποτέλεσμα δεν έχει ακόμη εξεταστεί επαρκώς. Επομένως απαιτούνται μελλοντικές μελέτες, για να διερευνηθεί ο αντίκτυπος στα κλινικά αποτελέσματα και η σχέση τους με την αποτελεσματικότητα του κόστους και την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης.

Λαμβάνοντας υπόψη την παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση, συμπεραίνουμε πως δεν έχουν γίνει αρκετές έρευνες για τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις σχιστίες καθώς και την ενασχόληση τους με αυτές. Επομένως, κρίθηκε απαραίτητο μια έρευνα σχετική με αυτό, για να συλλεχθούν οι πληροφορίες και οι επαγγελματίες να αναπτύξουν τις γνώσεις τους στο θέμα των σχιστιών ώστε να υπάρχει καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση για τα παιδιά με σχιστίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1.ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν η συλλογή πληροφοριών, σχετικά με τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας και τις συμβουλές που δίνουν στους γονείς για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη σίτιση τα παιδιά με σχιστίες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίου, όπου οι ερωτήσεις του απαντήθηκαν από τους ακόλουθους επαγγελματίες υγείας: Παιδιάτρους, Ωτορινολαρυγγολόγους, Νοσηλευτές, Λογοθεραπευτές και Εργοθεραπευτές. Πληροφορίες που αφορούν τον ειδικό, τις γνώσεις του για τις σχιστίες, τα χαρακτηριστικά των σχιστιών που έχει ασχοληθεί/ται ο κάθε επαγγελματίας, αν ο ίδιος έχει λάβει κάποια εκπαίδευση στο θέμα της σίτισης των παιδιών με σχιστία, τον τρόπο σίτισης του βρέφους-παιδιού, τις μεθόδους/τροποποιήσεις που διευκολύνουν τη σίτιση αλλά και τις συνέπειες στη σίτιση λόγω της σχιστίας είναι οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που πρέπει να απαντηθούν. Στη συνέχεια, θα καταγραφούν τα αποτελέσματα για την κάθε ομάδα επαγγελματιών υγείας.

5.2.ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Το ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε αποτελούταν από 30 ερωτήσεις που αφορούσαν τις μη συνδρομικές σχιστίες (παράρτημα ερωτηματολογίου). Οι πρώτες έξι ερωτήσεις, ζητούσαν τα δημογραφικά στοιχεία των επαγγελματιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη ερώτηση αφορούσε την ηλικία του επαγγελματία, η δεύτερη ποιο επάγγελμα ασκεί, η τρίτη αφορούσε το εκπαιδευτικό επίπεδο των επαγγελματιών και η τέταρτη σε ποιο εργασιακό περιβάλλον δουλεύουν. Στην πέμπτη ερώτηση καλούνταν να απαντήσουν πόσα χρόνια ασκούν το επάγγελμά τους και στην έκτη με τι ασθενείς ασχολούνται.

Ακολούθως, ξεκινούν οι ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις τους όσον αφορά τις σχιστίες. Στην έβδομη ερώτηση ζητείται από τον ερωτώμενο να επιλέξει ποιος είναι ο ορισμός της σχιστίας. Στην όγδοη ερώτηση, οι ερωτώμενοι απαντούν αν έχουν ασχοληθεί με περιστατικά σχιστιών και για πόσο χρονικό διάστημα. Στην ένατη απάντησαν με τι είδος σχιστίας ασχολήθηκαν/ούνται. Στην επόμενη ερώτηση η οποία είναι η δέκατη, στο υποερώτημα Α απάντησαν αν ασχολήθηκαν με τους ασθενείς αμέσως μετά την γέννηση ή μετά από κάποιο χρονικό διάστημα από την γέννηση και στο υποερώτημα Β αν ήταν επιδιορθωμένη ή όχι η σχιστία. Οι επόμενες ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν τις γνώσεις των επαγγελματιών, για την γενετική των σχιστιών στην ερώτηση έντεκα και τα αίτια των σχιστιών στην ερώτηση δώδεκα. Στην ερώτηση δεκατρία οι ειδικοί απαντούν αν τα παιδιά με σχιστίες έχουν προβλήματα σίτισης. Αμέσως, η δέκατη τέταρτη ερώτηση, εξετάζει ποιοί ειδικοί ασχολούνται με τη σίτιση σε περιστατικά σχιστιών. Το υποερώτημα Α της δέκατης

πέμπτης ερώτησης, ρωτά τους επαγγελματίες υγείας αν χρειάζεται να λάβουν κάποια ειδική εκπαίδευση στο θέμα της σίτισης και το υποερώτημα Β εάν έχουν λάβει οι ίδιοι κάποια εκπαίδευση. Στη δέκατη έκτη ερώτηση, οι επαγγελματίες απάντησαν στο ερώτημα, εάν θεωρούν την ύπαρξη κλινικών σίτισης για βρέφη-παιδιά με σχιστίες απαραίτητη. Στη συνέχεια, στην ερώτηση δέκα επτά ερωτώνται εάν γνωρίζουν ποιοί ειδικοί αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης.

Έπειτα, ακολουθούν οι ερωτήσεις σχετικά με την αξιολόγηση. Αρχικά, στην ερώτηση δέκα οκτώ καλείται ο επαγγελματίας να επιλέξει ποιές εξετάσεις πραγματοποιούνται για την αξιολόγηση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού. Αμέσως μετά, η δέκατη ένατη ερώτηση αναφέρεται στο ποιοί ειδικοί αξιολογούν την σίτιση στα βρέφη-παιδιά με σχιστίες. Στην ερώτηση είκοσι, οι ερωτώμενοι επιλέγουν ποιές εξετάσεις γίνονται για την αξιολόγηση της σίτισης του βρέφους.

Συνεχίζοντας, οι ερωτήσεις αφορούν τις γνώσεις των ερωτώμενων για την σίτιση των βρεφών-παιδιών με σχιστίες. Στην εικοστή πρώτη ερώτηση, επιλέγουν με ποίο τρόπο γίνεται συνήθως η σίτιση του βρέφους με σχιστία. Ακολουθεί η ερώτηση είκοσι δύο, όπου στο υποερώτημα Α, οι επαγγελματίες απαντούν αν ένα βρέφος-παιδί με σχιστία χρειάζεται παραπάνω χρόνο σίτισης πριν την αποκατάσταση της σχιστίας και στο υποερώτημα Β μετά την αποκατάσταση της σχιστίας. Στην ερώτηση είκοσι τρία, οι ερωτώμενοι εξετάζονται αν γνωρίζουν την ύπαρξη των εξειδικευμένων θηλάστρων για τη χρήση με το μπιμπερό. Στην εικοστή τέταρτη ερώτηση, καλούνται να επιλέξουν τι αποτελεί/ούν συνέπεια της δυσκολίας στην σίτιση των παιδιών με σχιστία. Η ερώτηση είκοσι πέντε εξετάζει τις γνώσεις των ερωτώμενων για τις τροποποιήσεις που μπορούν να βοηθήσουν την πρόσληψη της υγρής τροφής. Έπειτα, οι επαγγελματίες απαντούν στην κλειστή ερώτηση αν πιστεύουν ότι τα παιδιά με σχιστία αργούν να ξεκινήσουν την πρόσληψη στερεάς τροφής, σε σχέση με τα παιδιά χωρίς σχιστία. Η εικοστή έβδομη ερώτηση, αναφέρεται στις γνώσεις τους για τις τροποποιήσεις που μπορούν να βοηθήσουν την πρόσληψη της στερεάς τροφής. Στην επόμενη ερώτηση, όπου είναι και η εικοστή όγδοη, ερευνάται εάν οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι στα παιδιά με σχιστίες χρειάζεται συμπληρωματική διατροφή(ρεζερβουάρ και αγωγός). Στην εικοστή ένατη ερώτηση, ζητείται να επιλέξουν πότε χρησιμοποιείται το κύπελλο για την σίτιση του βρέφους σε σχέση με την επέμβαση (προεγχειρητικά, μετεγχειρητικά ή προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά). Τέλος, η τριακοστή ερώτηση όπου είναι και η τελευταία, εξετάζει εάν οι ερωτώμενοι πιστεύουν πως η χρήση προσθετικής, όπως ο αποφρακτήρας βοηθάει πριν την επιδιόρθωση της σχιστίας.

Αξίζει να σημειωθεί πως στην πλειοψηφία των ερωτήσεων οι επαγγελματίες είχαν την δυνατότητα να επιλέξουν πάνω από μία απαντήσεις, αλλά υπήρχε και η επιλογή "Δεν γνωρίζω" σε περίπτωση που κάποιος δεν είχε τις γνώσεις να απαντήσει σε κάποια ερώτηση.

5.3.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Η έρευνα αυτή διεξήχθη μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίου, καθώς θεωρήθηκε ο καταλληλότερος τρόπος για την συλλογή πληροφοριών από ένα μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών υγείας. Οι συμμετέχοντες της έρευνας καλούνταν να απαντήσουν σε τριάντα ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου, σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή.

5.4.ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα αποτελείται από 182 επαγγελματίες υγείας. Συγκεκριμένα, αποτελείται από 40 (22,0%) λογοθεραπευτές, 39 ΩΡΛ (21,4%), 38 νοσηλευτές (20,9%), 33 εργοθεραπευτές (18,1%) και 32 παιδίατρος (17,6%). Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία όπως το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, ιατρεία και ιδιωτικά γραφεία στην Ελλάδα και στην Κύπρο. Επίσης, στάλθηκε στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, χωριστά για κάθε επάγγελμα.

		Επάγγελμα				
		Εργοθεραπευτές (N=33)	Νοσηλευτές (N=38)	ΩΡΛ (N=39)	Παιδίατρος (N=32)	Λογοθεραπευτές (N=40)
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		37,0 (9,1)	29,9 (7,1)	49,9 (8,9)	49,7 (11,9)	31,1 (8,3)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος/η Ι.Ε.Κ	2 (6,1)	7 (18,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Απόφοιτος/η Τ.Ε.Ι	22 (66,7)	14 (36,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	23 (57,5)
	Απόφοιτος/η Α.Ε.Ι	0 (0,0)	7 (18,4)	14 (35,9)	8 (25,0)	2 (5,0)
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	9 (27,3)	10 (26,3)	6 (15,4)	20 (62,5)	13 (32,5)
	Κάτοχος διδακτορικού τίτλου	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (48,7)	4 (12,5)	2 (5,0)

Οι μέσες ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 29,9 έτη (SD=7,1 έτη) έως 49,9 έτη (SD=8,9 έτη) των νοσηλευτών και των ΩΡΛ αντίστοιχα. Οι ηλικίες διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές είχαν σημαντικά χαμηλότερη ηλικία σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές, τους παιδίατρος και τους ΩΡΛ ($p=0,001$, $p<0,001$ και $p<0,001$ αντίστοιχα). Όμοια, οι λογοθεραπευτές είχαν σημαντικά χαμηλότερη ηλικία σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές, τους παιδίατρος και τους ΩΡΛ ($p=0,006$, $p<0,001$ και $p<0,001$ αντίστοιχα). Επίσης, οι εργοθεραπευτές είχαν σημαντικά χαμηλότερη ηλικία σε σύγκριση με τους παιδίατρος και τους ΩΡΛ ($p<0,001$ και για τις δύο συγκρίσεις). Σημαντική διαφορά υπήρξε και στο εκπαιδευτικό επίπεδο μεταξύ των συμμετεχόντων ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, οι εργοθεραπευτές ήταν σημαντικά χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,008$), τους ΩΡΛ ($p<0,001$) και τους παιδίατρος ($p<0,001$). Όμοια, οι νοσηλευτές ήταν σημαντικά χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,003$), τους ΩΡΛ ($p<0,001$) και τους παιδίατρος ($p<0,001$). Επιπροσθέτως, οι λογοθεραπευτές ήταν σημαντικά χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου σε σύγκριση με τους ΩΡΛ ($p<0,001$) και τους παιδίατρος ($p<0,001$). Οι ΩΡΛ ήταν σημαντικά υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου σε σύγκριση με τους παιδίατρος ($p<0,001$). Το εκπαιδευτικό επίπεδο εργοθεραπευτών και λογοθεραπευτών ήταν παρόμοιο ($p>0,050$).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων, χωριστά για κάθε επάγγελμα.

		Επάγγελμα				
		Εργοθεραπευτές (N=33)	Νοσηλευτές (N=38)	ΩΡΛ (N=39)	Παιδίατρος (N=32)	Λογοθεραπευτές (N=40)
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)

Εργασιακό περιβάλλον	Νοσοκομείο	3 (9,1)	17 (44,7)	19 (48,7)	8 (25,0)	6 (15,0)	
	Ιατρείο	0 (0,0)	5 (13,2)	28 (71,8)	24 (75,0)	1 (2,5)	
	Σχολείο	2 (6,1)	3 (7,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,0)	
	Ιδιωτικό γραφείο	21 (63,6)	3 (7,9)	2 (5,1)	2 (6,3)	29 (72,5)	
	Άλλο	7 (21,2)	10 (26,3)	0 (0,0)	1 (3,1)	5 (12,5)	
Αν άλλο, τι	Γηροκομείο	0 (0,0)	2 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Εργοστάσιο	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο	1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ιδιαίτερα σε σπίτια	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	
	Ιδιωτική Κλινική	0 (0,0)	2 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	ΚΑΜΕΑ	1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Κατ' οίκον θεραπείες	1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Κέντρο Αποκατάστασης	1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	
	Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Κέντρο Αποκατάστασης Παιδιών	1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Κέντρο Ειδικών Θεραπειών	1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Κέντρο Ημέρας	1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Κέντρο Λογοθεραπείας	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	
	ΟΚΑΝΑ	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Πανεπιστήμιο	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	
	Στέγη Ηλικιωμένων	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Σύλλογο για ΑΜΕΑ	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	
	Συνταξιούχος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής-Νεογνολογίας	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	0 (0,0)	
	Φύλαξη Ηλικιωμένου	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ψυχιατρείο	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Πόσα χρόνια ασκείτε το επάγγελμα σας;, μέση τιμή (SD)		12,7 (8,8)	5,8 (5,9)	19,1 (11,8)	19,5 (11,8)	7,0 (7,6)
	Στον χώρο εργασίας σας, με τι ασθενείς ασχολείστε	Ασθενείς Χειρουργείου	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
		Ενήλικες	1 (3,0)	8 (21,1)	6 (15,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Όλες τις ηλικίες		0 (0,0)	7 (18,4)	21 (53,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Γυναίκες κ Νεογνά		0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ενήλικες κ Ηλικιωμένους		0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Παιδιά και ενήλικες		1 (3,0)	2 (5,3)	7 (17,9)	0 (0,0)	6 (15,0)	
Ενήλικες με ψυχικές διαταραχές		1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ενήλικες ογκολογικούς ασθενείς		0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ενήλικες-Ηλικιωμένους		0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ηλικιωμένους		0 (0,0)	9 (23,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Παιδιά		24 (72,7)	6 (15,8)	2 (5,1)	27 (84,4)	29 (72,5)	
Μεσήλικες-Ηλικιωμένους		0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Νεογνά		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,3)	0 (0,0)	
Παιδιά κ Εφήβους		2 (6,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,4)	2 (5,0)	
Παιδιά και ηλικιωμένους		1 (3,0)	0 (0,0)	2 (5,1)	0 (0,0)	1 (2,5)	
Παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές		1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Παιδιά με πολλαπλές αναπηρίες	1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Παιδιά προσχολικής ηλικίας	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Παιδιά, εφήβους κ τις οικογένειες τους	1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Τοξικοεξαρτημένους 22-74 ετών	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που εργάζονταν σε νοσοκομείο, ιατρείο, ιδιωτικό γραφείο και άλλο χώρο διάφεραν σημαντικά μεταξύ των επαγγελματιών ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ και $p = 0,002$ αντίστοιχα). Αντίθετα, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που εργάζονταν σε σχολείο ήταν παρόμοια στις 5 ομάδες ($p = 0,277$). Πιο αναλυτικά, οι ΩΡΛ εργάζονταν σε νοσοκομείο σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p = 0,001$), τους λογοθεραπευτές ($p = 0,001$) και τους παιδίατρος ($p = 0,041$). Επίσης, οι νοσηλευτές εργάζονταν σε νοσοκομείο σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p = 0,001$) και τους λογοθεραπευτές ($p = 0,004$). Επίσης, οι ΩΡΛ εργάζονταν σε ιατρείο σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p < 0,001$), τους λογοθεραπευτές ($p < 0,001$) και τους νοσηλευτές ($p < 0,001$). Όμοια, οι παιδίατροι εργάζονταν σε ιατρείο σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p < 0,001$), τους λογοθεραπευτές ($p < 0,001$) και τους νοσηλευτές ($p < 0,001$). Αντίθετα, οι εργοθεραπευτές εργάζονταν σε ιδιωτικό ιατρείο σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους ΩΡΛ ($p < 0,001$), τους παιδίατρος ($p < 0,001$) και τους νοσηλευτές ($p < 0,001$). Όμοια, οι λογοθεραπευτές εργάζονταν σε ιδιωτικό ιατρείο σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους ΩΡΛ ($p < 0,001$), τους παιδίατρος ($p < 0,001$) και τους νοσηλευτές ($p < 0,001$). Οι ΩΡΛ εργάζονταν σε άλλο εργασιακό περιβάλλον σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p = 0,003$), τους λογοθεραπευτές ($p = 0,023$) και τους νοσηλευτές ($p < 0,001$). Επίσης, οι παιδίατροι εργάζονταν σε άλλο εργασιακό περιβάλλον σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p = 0,008$).

Η μέση διάρκεια προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 5,8 έτη ($SD = 5,9$ έτη) έως 19,5 έτη ($SD = 11,8$ έτη) των νοσηλευτών και των ΩΡΛ αντίστοιχα. Η διάρκεια προϋπηρεσίας διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές είχαν σημαντικά λιγότερη προϋπηρεσία σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές, τους παιδίατρος και τους ΩΡΛ ($p = 0,002$, $p < 0,001$ και $p < 0,001$ αντίστοιχα). Όμοια, οι λογοθεραπευτές είχαν σημαντικά λιγότερη προϋπηρεσία σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές, τους παιδίατρος και τους ΩΡΛ ($p = 0,010$, $p < 0,001$ και $p < 0,001$ αντίστοιχα). Επίσης, οι εργοθεραπευτές είχαν σημαντικά χαμηλότερη ηλικία σε σύγκριση με τους παιδίατρος και τους ΩΡΛ ($p = 0,004$ και $p = 0,005$ αντίστοιχα).

Η πλειοψηφία των εργοθεραπευτών, των παιδίατρων και των λογοθεραπευτών εργάζονταν κυρίως με παιδιά, οι νοσηλευτές με ηλικιωμένους και οι ΩΡΛ με όλες τις ηλικίες.

5.5.ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

Γνώσεις των ειδικών για τις σχιστίες

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το τι είναι σχιστία, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.

Σχιστία είναι:	Επάγγελμα				
	Εργοθεραπευτές (N=33)	Νοσηλεύτες (N=38)	ΩΡΛ (N=39)	Παιδιάτρος (N=32)	Λογοθεραπευτές (N=40)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Κρανιοπροσωπικό σύνδρομο	4 (12,1)	4 (10,5)	15 (38,5)	3 (9,4)	2 (5,0)
Ένα μη φυσιολογικό άνοιγμα ή μια σχισμή σε μια ανατομική δομή, η οποία φυσιολογικά είναι κλειστή.	25 (75,8)	28 (73,7)	19 (48,7)	28 (87,5)	37 (92,5)
Όλα τα παραπάνω	2 (6,1)	1 (2,6)	5 (12,8)	1 (3,1)	1 (2,5)
Νευρολογική διαταραχή	0 (0,0)	3 (7,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Δεν γνωρίζω	2 (6,1)	2 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Οι απαντήσεις στην ερώτηση «τι είναι σχιστία» διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, οι ΩΡΛ απάντησαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι σχιστία είναι ένα κρανιοπροσωπικό σύνδρομο σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p = 0,013$), τους νοσηλεύτες ($p = 0,001$), τους παιδίατρος ($p = 0,002$) και τους λογοθεραπευτές ($p < 0,001$). Μεταξύ των υπολοίπων επαγγελματιών δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις τους ($p > 0,050$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το τι είναι σχιστία, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στις γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη δημιουργία σχιστιών, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.

		Επάγγελμα				
		Εργοθεραπευτές (N=33)	Νοσηλευτές (N=38)	ΩΡΛ (N=39)	Παιδιάτρος (N=32)	Λογοθεραπευτές (N=40)
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Η σχιστία μπορεί να δημιουργηθεί:	Κατά την διάρκεια της κύησης	27 (81,8)	31 (81,6)	39 (100,0)	31 (96,9)	39 (97,5)
	Μετά την κύηση	0 (0,0)	3 (7,9)	0 (0,0)	1 (3,1)	0 (0,0)
	Δεν γνωρίζω	6 (18,2)	4 (10,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Τα αίτια των σχιστιών αφορούν:	Γενετικούς παράγοντες	10 (30,3)	15 (39,5)	8 (20,5)	5 (15,6)	16 (40,0)
	Περιβαλλοντικούς παράγοντες	0 (0,0)	1 (2,6)	2 (5,1)	1 (3,1)	0 (0,0)
	Γενετικούς παράγοντες και περιβαλλοντικούς παράγοντες	14 (42,4)	17 (44,7)	24 (61,5)	26 (81,3)	22 (55,0)
	Κανένα από τα παραπάνω	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (10,3)	0 (0,0)	1 (2,5)
	Δεν γνωρίζω	9 (27,3)	4 (10,5)	1 (2,6)	0 (0,0)	1 (2,5)

Οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το πότε μπορεί να δημιουργηθεί μια σχιστία διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p=0,001$). Συγκεκριμένα, οι εργοθεραπευτές δεν το γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,041$), τους ΩΡΛ ($p=0,007$) και τους παιδίατρος ($p=0,024$). Όμοια, οι νοσηλευτές δεν το γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους ΩΡΛ ($p=0,005$). Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι οι σχιστίες οφείλονται σε γενετικούς παράγοντες ή περιβαλλοντικούς παράγοντες ήταν παρόμοια στα 5 είδη επαγγελματιών υγείας ($p>0,050$ και για τις δύο συγκρίσεις). Αντίθετα, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι οι σχιστίες οφείλονται σε γενετικούς παράγοντες και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p=0,008$). Συγκεκριμένα, οι παιδίατροι το πίστευαν αυτό σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,001$), τους νοσηλευτές ($p=0,002$) και τους λογοθεραπευτές ($p=0,019$). Επίσης, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δεν γνώριζαν σε τι οφείλονται οι σχιστίες διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, οι εργοθεραπευτές δεν γνώριζαν σε τι οφείλονται οι σχιστίες σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,004$), τους ΩΡΛ ($p=0,004$) και τους παιδίατρος ($p=0,002$).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τα προβλήματα σίτισης σε παιδιά με σχιστία, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.

		Επάγγελμα				
		Εργοθεραπευτές (N=33)	Νοσηλεύτες (N=38)	ΩΡΛ (N=39)	Παιδίατρος (N=32)	Λογοθεραπευτές (N=40)
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
πτεύετε ότι τα παιδιά σχιστίες ρουσιάζουν οβλήματα σίτισης;	Όχι	0 (0,0)	4 (10,5)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Ναι	30 (90,9)	32 (84,2)	38 (97,4)	32 (100,0)	40 (100,0)
	Δεν γνωρίζω	3 (9,1)	2 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
ιοι ειδικοί πιστεύετε ασχολούνται με την ιση σε περιστατικά ιστιών;	Γαστρεντερολόγος	3 (9,1)	11 (28,9)	7 (17,9)	6 (18,8)	4 (10,0)
	Διατροφολόγος	4 (12,1)	17 (44,7)	12 (30,8)	12 (37,5)	9 (22,5)
	Νοσοκόμος	4 (12,1)	15 (39,5)	10 (25,6)	5 (15,6)	14 (35,0)
	Λογοπαθολόγος	30 (90,9)	12 (31,6)	21 (53,8)	18 (56,3)	40 (100,0)
	Εργοθεραπευτής	14 (42,4)	3 (7,9)	5 (12,8)	7 (21,9)	12 (30,0)
	Ψυχολόγος	7 (21,2)	7 (18,4)	6 (15,4)	6 (18,8)	12 (30,0)
	Ωτορινολαρυγγολόγος	14 (42,4)	14 (36,8)	28 (71,8)	21 (65,6)	20 (50,0)
	Πνευμονολόγος	1 (3,0)	1 (2,6)	1 (2,6)	4 (12,5)	5 (12,5)
	Ιατρός Ακτινολόγος	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	2 (5,0)
	Παιδίατρος/Νεογνολόγος	16 (48,5)	27 (71,1)	29 (74,4)	27 (84,4)	28 (70,0)
	Παιδοδοντίατρος	8 (24,2)	9 (23,7)	11 (28,2)	15 (46,9)	18 (45,0)
	Πλαστικός χειρουργός	9 (27,3)	12 (31,6)	12 (30,8)	15 (46,9)	24 (60,0)
Δεν γνωρίζω	2 (6,1)	1 (2,6)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
πτεύετε ότι πρέπει να άρχουν κλινικές ισης για βρέφη- ιδιά με σχιστίες;	Όχι	4 (12,1)	4 (10,5)	11 (28,2)	13 (40,6)	4 (10,0)
	Ναι	25 (75,8)	31 (81,6)	19 (48,7)	17 (53,1)	34 (85,0)
	Δεν γνωρίζω	4 (12,1)	3 (7,9)	9 (23,1)	2 (6,3)	2 (5,0)
ιοι ειδικοί γνωρίζετε ς αναλαμβάνουν / εκπαίδευση των νιών στο θέμα της ισης;	Γαστρεντερολόγος	4 (12,1)	6 (15,8)	6 (15,4)	4 (12,5)	3 (7,5)
	Διατροφολόγος	4 (12,1)	10 (26,3)	11 (28,2)	11 (34,4)	7 (17,5)
	Νοσοκόμος	3 (9,1)	15 (39,5)	8 (20,5)	4 (12,5)	4 (10,0)
	Λογοπαθολόγος	26 (78,8)	10 (26,3)	18 (46,2)	14 (43,8)	38 (95)
	Εργοθεραπευτής	13 (39,4)	3 (7,9)	4 (10,3)	4 (12,5)	10 (25,0)
	Ψυχολόγος	3 (9,1)	8 (21,1)	5 (12,8)	2 (6,3)	2 (5,0)
	Ωτορινολαρυγγολόγος	3 (9,1)	7 (18,4)	19 (48,7)	12 (37,5)	8 (20,0)
	Πνευμονολόγος	1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	0 (0,0)
	Ιατρός Ακτινολόγος	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Παιδίατρος/Νεογνολόγος	9 (27,3)	28 (73,7)	26 (66,7)	27 (84,4)	18 (45,0)
	Παιδοδοντίατρος	4 (12,1)	6 (15,8)	4 (10,3)	5 (15,6)	7 (17,5)
	Πλαστικός χειρουργός	0 (0,0)	7 (18,4)	3 (7,7)	4 (12,5)	6 (15,0)
Δεν γνωρίζω	6 (18,2)	4 (10,5)	5 (12,8)	1 (3,1)	2 (5,0)	

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι τα παιδιά με σχιστίες παρουσιάζουν προβλήματα σίτισης διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 επαγγελμάτων ($p=0,004$). Συγκεκριμένα, οι λογοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικό υψηλότερο ποσοστό ότι τα παιδιά με σχιστίες παρουσιάζουν προβλήματα σίτισης σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,011$).

Επίσης, διέφεραν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών τα ποσοστά εκείνων που πίστευαν ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών διατροφολόγοι, νοσοκόμοι, λογοπαθολόγοι, εργοθεραπευτές, ΩΡΛ, παιδίατροι/νεογνολόγοι και πλαστικοί χειρουργοί ($p=0,027$, $p=0,036$, $p<0,001$, $p=0,004$, $p=0,010$, $p=0,030$ και $p=0,017$ αντίστοιχα). Αναφορικά με τους υπόλοιπους ειδικούς, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών ήταν παρόμοια ($p>0,050$). Αναλυτικά, οι νοσηλευτές πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών διατροφολόγοι σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,003$) και τους λογοθεραπευτές ($p=0,037$).

Επίσης, οι παιδίατροι πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών διατροφολόγοι σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,008$). Οι εργοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών νοσοκόμοι σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,009$) και τους λογοθεραπευτές ($p=0,024$). Ομοίως, οι παιδίατροι πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών νοσοκόμοι σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,028$).

Οι λογοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών λογοπαθολόγοι σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p<0,001$), τους ΩΡΛ ($p<0,001$) και τους παιδίατρος ($p<0,001$). Όμοια, οι εργοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών λογοπαθολόγοι σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p<0,001$), τους ΩΡΛ ($p=0,001$) και τους παιδίατρος ($p=0,001$).

Αντίθετα, οι νοσηλευτές πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών λογοπαθολόγοι σε σύγκριση με τους ΩΡΛ ($p=0,048$) και τους παιδίατρος ($p=0,038$). Οι εργοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών εργοθεραπευτές σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,001$) και τους ΩΡΛ ($p=0,005$). Ομοίως, οι λογοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών εργοθεραπευτές σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,013$).

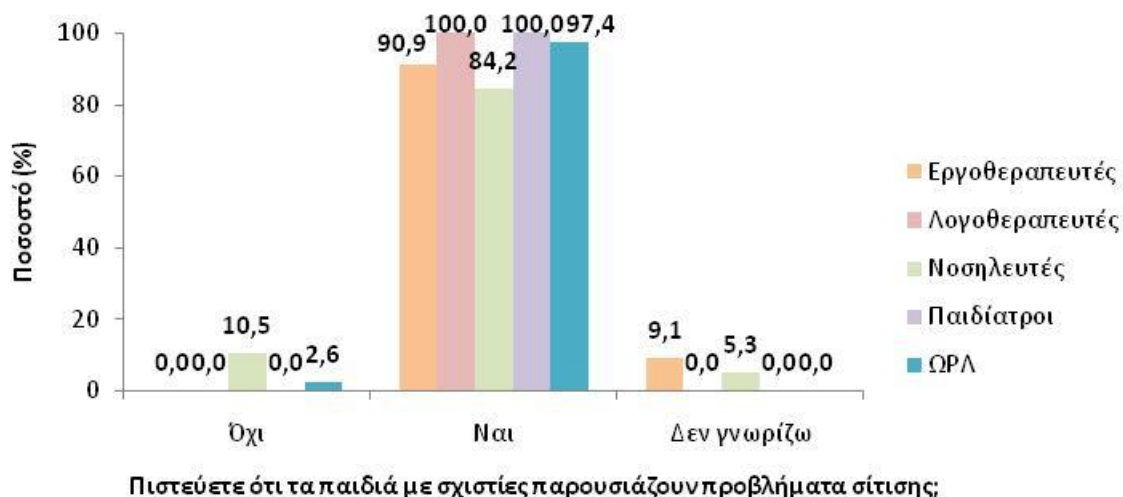
Οι ΩΡΛ πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών ΩΡΛ σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,002$) και τους εργοθεραπευτές ($p=0,012$). Ακόμα, οι παιδίατροι πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών ΩΡΛ σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,016$).

Οι εργοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών παιδίατροι/νεογνολόγοι σε σύγκριση με τους ΩΡΛ ($p=0,024$) και τους παιδίατρος ($p=0,002$). Αντίθετα, οι λογοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι ασχολούνται με την σίτιση σε περιστατικά σχιστιών πλαστικοί χειρουργοί σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,005$), τους νοσηλευτές ($p=0,012$) και τους ΩΡΛ ($p=0,009$).

Ακόμα, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι πρέπει να υπάρχουν κλινικές σίτισης για βρέφη-παιδιά με σχιστίες διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p=0,001$). Συγκεκριμένα, οι παιδίατροι το πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,036$), τους νοσηλευτές ($p=0,014$) και τους λογοθεραπευτές ($p=0,005$). Όμοια, οι ΩΡΛ το πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,010$) και τους λογοθεραπευτές ($p=0,003$).

Διέφεραν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων επαγγελμάτων τα ποσοστά εκείνων που γνώριζαν ότι αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης νοσοκόμοι, λογοπαθολόγοι, εργοθεραπευτές, ΩΡΛ, και παιδίατροι/νεογνολόγοι ($p=0,003$, $p<0,001$, $p=0,003$, $p=0,001$, και $p<0,001$ αντίστοιχα). Αναφορικά με τους υπόλοιπους ειδικούς, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που γνώριζαν ότι αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης ήταν παρόμοια ($p>0,050$). Αναλυτικά, οι νοσηλευτές γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης νοσοκόμοι σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,003$), τους λογοθεραπευτές ($p=0,002$) και τους παιδίατρους ($p=0,011$). Οι εργοθεραπευτές γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης λογοπαθολόγοι σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p<0,001$), τους ΩΡΛ ($p=0,005$) και τους παιδίατρους ($p=0,004$). Ομοίως, οι λογοθεραπευτές γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης νοσοκόμοι σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p<0,001$), τους ΩΡΛ ($p<0,001$) και τους παιδίατρους ($p<0,001$). Οι εργοθεραπευτές γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης εργοθεραπευτές σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,002$), τους ΩΡΛ ($p=0,004$) και τους παιδίατρους ($p=0,014$). Όμοια, οι λογοθεραπευτές γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης εργοθεραπευτές σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,043$). Οι ΩΡΛ γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης ΩΡΛ σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,005$), τους εργοθεραπευτές ($p<0,001$) και τους λογοθεραπευτές ($p=0,007$). Ομοίως, οι παιδίατροι γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης ΩΡΛ σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,007$). Οι εργοθεραπευτές γνώριζαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης παιδίατροι/νεογνολόγοι σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p<0,001$), τους ΩΡΛ ($p=0,001$) και τους παιδίατρους ($p<0,001$). Επιπροσθέτως, οι λογοθεραπευτές γνώριζαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης παιδίατροι/νεογνολόγοι σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,010$) και τους παιδίατρους ($p=0,001$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την ύπαρξη προβλημάτων σίτισης στα παιδιά με σχιστίες, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.



Εργαστηριακές ή μη εξετάσεις για την κατάποση και την ανατομία

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στις εξετάσεις που πρέπει να γίνονται σε παιδιά με σχιστία, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.

		Επάγγελμα				
		Εργοθεραπευτές (N=33)	Νοσηλεύτες (N=38)	ΩΡΛ (N=39)	Παιδιάτρος (N=32)	Λογοθεραπευτής (N=40)
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
ες εξετάσεις γίνονται την αξιολόγηση του στοματοπροσωπικού ανιτισμού;	Μαγνητική Τομογραφία (MRI)	1 (3,0)	6 (15,8)	14 (35,9)	15 (46,9)	7 (17,5)
	Βιντεοφθοροσκόπηση (VFSS)	2 (6,1)	0 (0,0)	11 (28,2)	8 (25,0)	17 (42,5)
	Στοματοπροσωπική εξέταση	12 (36,4)	12 (31,6)	29 (74,4)	22 (68,8)	30 (75,0)
	Δεν γνωρίζω	21 (63,6)	23 (60,5)	5 (12,8)	4 (12,5)	4 (10,0)
οι ειδικοί αξιολογούν σίτιση στα παιδιά με στίες;	Παιδο-Ωτορινολαρυγγολόγος	15 (45,5)	20 (52,6)	33 (84,6)	18 (56,3)	22 (55,0)
	Λογοθεραπευτής εξειδικευμένος	29 (87,9)	5 (13,2)	24 (61,5)	18 (56,3)	37 (92,5)
	Νεογνολόγος	7 (21,2)	13 (34,2)	20 (51,3)	20 (62,5)	8 (20,0)
	Ραδιολόγος	0 (0,0)	1 (2,6)	3 (7,7)	0 (0,0)	1 (2,5)
	Εργοθεραπευτής	7 (21,2)	0 (0,0)	1 (2,6)	4 (12,5)	4 (10,0)
	Δεν γνωρίζω	4 (12,1)	10 (26,3)	2 (5,1)	0 (0,0)	1 (2,5)
ες εξετάσεις γίνονται την αξιολόγηση της ίσης του βρέφους;	Βιντεοακτινοσκόπηση	0 (0,0)	5 (13,2)	24 (61,5)	5 (15,6)	8 (20,0)
	Βιντεοενδοσκόπηση (VESS)	1 (3,0)	1 (2,6)	13 (33,3)	12 (37,5)	19 (47,5)
	Δεν γνωρίζω	32 (97)	32 (84,2)	14 (35,9)	16 (50,0)	18 (45,0)

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι για την αξιολόγηση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού γίνεται Μαγνητική Τομογραφία, Βιντεοφθοροσκόπηση και Στοματοπροσωπική εξέταση διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ειδών επαγγελματιών υγείας ($p < 0,001$ για όλες τις συγκρίσεις). Συγκεκριμένα, οι παιδιάτροι πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι για την αξιολόγηση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού γίνεται Μαγνητική Τομογραφία σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p < 0,001$), τους νοσηλεύτες ($p = 0,005$) και τους λογοθεραπευτές

($p=0,007$). Επίσης, οι ΩΡΛ πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι για την αξιολόγηση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού γίνεται Μαγνητική Τομογραφία σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,001$) και τους νοσηλευτές ($p=0,044$). Οι εργοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι για την αξιολόγηση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού γίνεται Βιντεοφθοροσκόπηση σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p<0,001$) και τους ΩΡΛ ($p=0,015$). Ομοίως, οι νοσηλευτές πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι για την αξιολόγηση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού γίνεται Βιντεοφθοροσκόπηση σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p<0,001$), τους ΩΡΛ ($p<0,001$) και τους παιδίατρους ($p=0,001$). Οι εργοθεραπευτές και οι νοσηλευτές πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά ότι για την αξιολόγηση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού γίνεται Στοματοπροσωπική εξέταση σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,001$ και $p<0,001$ αντίστοιχα), τους ΩΡΛ ($p=0,001$ και $p<0,001$ αντίστοιχα) και τους παιδίατρους ($p=0,009$ και $p=0,002$ αντίστοιχα).

Επίσης, τα ποσοστά εκείνων που δεν γνώριζαν ποιες εξετάσεις γίνονται για την αξιολόγηση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ειδών επαγγελματιών υγείας ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, οι εργοθεραπευτές και οι νοσηλευτές δεν γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ποιες εξετάσεις γίνονται για την αξιολόγηση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p<0,001$ για τις δύο συγκρίσεις), τους ΩΡΛ ($p<0,001$ για τις δύο συγκρίσεις) και τους παιδίατρους ($p<0,001$ για τις δύο συγκρίσεις).

Ακόμα, διέφεραν σημαντικά τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι αξιολογούν τη σίτιση στα παιδιά με σχιστίες παιδο-ωτορινολαρυγγολόγοι, Λογοθεραπευτές εξειδικευμένοι, νεογνολόγοι και εργοθεραπευτές ($p=0,007$, $p<0,001$, $p<0,001$ και $p=0,008$ αντίστοιχα). Πιο αναλυτικά, οι ΩΡΛ πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι αξιολογούν τη σίτιση στα παιδιά με σχιστίες παιδο-ωτορινολαρυγγολόγοι σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p<0,001$), τους νοσηλευτές ($p=0,002$), τους λογοθεραπευτές ($p=0,004$) και τους παιδίατρους ($p=0,008$). Οι νοσηλευτές πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι αξιολογούν τη σίτιση στα παιδιά με σχιστίες λογοθεραπευτές εξειδικευμένοι σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p<0,001$), τους ΩΡΛ ($p<0,001$), τους λογοθεραπευτές ($p<0,001$) και τους παιδίατρους ($p<0,001$). Όμοια, οι ΩΡΛ και οι παιδίατροι πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι αξιολογούν τη σίτιση στα παιδιά με σχιστίες λογοθεραπευτές εξειδικευμένοι σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,012$ και $p=0,004$ αντίστοιχα) και τους λογοθεραπευτές ($p=0,001$ και $p<0,001$ αντίστοιχα). Αντίθετα, οι ΩΡΛ και οι παιδίατροι πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι αξιολογούν τη σίτιση στα παιδιά με σχιστίες νεογνολόγοι σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,009$ και $p=0,001$ αντίστοιχα) και τους λογοθεραπευτές ($p=0,004$ και $p<0,001$ αντίστοιχα). Επίσης, οι παιδίατροι πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι αξιολογούν τη σίτιση στα παιδιά με σχιστίες νεογνολόγοι σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,018$). Ακόμα, οι νοσηλευτές πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι αξιολογούν τη σίτιση στα παιδιά με σχιστίες εργοθεραπευτές σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,003$) και τους παιδίατρους ($p=0,025$).

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δεν γνώριζαν ποιοι αξιολογούν τη σίτιση στα παιδιά με σχιστίες διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p=0,001$). Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό ήταν σημαντικά υψηλότερο στους νοσηλευτές σε

σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,003$), τους ΩΡΛ ($p=0,010$) και τους παιδίατρος ($p=0,001$).

Επιπροσθέτως, διέφεραν σημαντικά τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι αξιολόγηση της σίτισης του βρέφους γινόταν με Βιντεοακτινοσκόπηση και Βιντεοενδοσκόπηση (VESS), ($p<0,001$ και για τις δύο συγκρίσεις). Συγκεκριμένα, οι ΩΡΛ πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι αξιολόγηση της σίτισης του βρέφους γινόταν με βιντεοακτινοσκόπηση σε σύγκριση με τους νοσηλευτές, τους λογοθεραπευτές, τους εργοθεραπευτές και τους παιδίατρος ($p<0,001$ για όλες τις συγκρίσεις). Αντίθετα, οι εργοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι αξιολόγηση της σίτισης του βρέφους γινόταν με βιντεοακτινοσκόπηση σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές και τους παιδίατρος ($p=0,007$ και $p=0,024$ αντίστοιχα). Ακόμα, οι εργοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι αξιολόγηση της σίτισης του βρέφους γινόταν με βιντεοενδοσκόπηση (VESS) σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές, τους ΩΡΛ και τους παιδίατρος ($p<0,001$, $p=0,001$ και $p=0,001$ αντίστοιχα). Όμοια, οι νοσηλευτές πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι αξιολόγηση της σίτισης του βρέφους γινόταν με βιντεοενδοσκόπηση σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές, τους ΩΡΛ και τους παιδίατρος ($p<0,001$ για όλες τις συγκρίσεις).

Τα ποσοστά συμμετεχόντων που δεν γνώριζαν με ποιες εξετάσεις γίνεται η αξιολόγηση της σίτισης του βρέφους διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, τα ποσοστά ήταν σημαντικά σε εργοθεραπευτές και νοσηλευτές σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p<0,001$ και για τις δύο συγκρίσεις), τους ΩΡΛ ($p<0,001$ και για τις δύο συγκρίσεις) και τους παιδίατρος ($p<0,001$ και $p=0,002$ αντίστοιχα).

Χαρακτηριστικά των περιστατικών που έχει ασχοληθεί/ασχολείται ο/η ειδικός

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην ενασχόληση των συμμετεχόντων με περιστατικά σχιστιών, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.

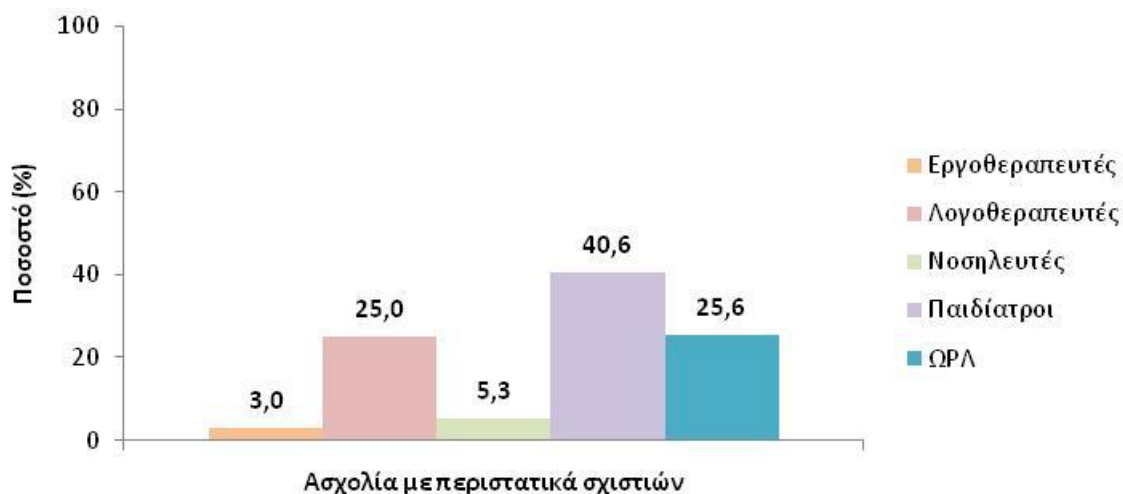
		Επάγγελμα				
		Εργοθεραπευτές (N=33)	Νοσηλευτές (N=38)	ΩΡΛ (N=39)	Παιδίατρος (N=32)	Λογοθεραπευτές (N=40)
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Έχετε ισχοληθεί/ασχολείστε με τεριστατικά σχιστιών;	Όχι	32 (97)	36 (94,7)	29 (74,4)	19 (59,4)	30 (75,0)
	Ναι	1 (3,0)	2 (5,3)	10 (25,6)	13 (40,6)	10 (25,0)
Με τι είδη σχιστιών έχετε ισχοληθεί/ασχολείστε;*	Μονόπλευρη σχιστία χείλους πλήρης/ατελής χωρίς σύνδρομο	0 (0)	0 (0)	8 (80)	7 (53,8)	4 (40)
	Αμφίπλευρη σχιστία χείλους πλήρης/ατελής χωρίς σύνδρομο	0 (0)	0 (0)	4 (40)	4 (30,8)	2 (20)
	Μονόπλευρη σχιστία υπερώας πλήρης/ατελής χωρίς σύνδρομο	0 (0)	2 (100)	7 (70)	9 (69,2)	4 (40)
	Αμφίπλευρη σχιστία υπερώας πλήρης/ατελής χωρίς σύνδρομο	0 (0)	1 (50)	5 (50)	7 (53,8)	3 (30)
	Μονόπλευρη σχιστία χείλους και υπερώας πλήρης/ατελής χωρίς σύνδρομο	0 (0)	1 (50)	5 (50)	7 (53,8)	2 (20)
	Αμφίπλευρη σχιστία χείλους	0 (0)	0 (0)	4 (40)	4 (30,8)	2 (20)

	και υπερώας πλήρης/ατελής χωρίς σύνδρομο					
	Εμφανής υποβλεννογόνος σχιστία χωρίς σύνδρομο	0 (0)	0 (0)	6 (60)	2 (15,4)	1 (10)
	Αφανής υποβλεννογόνος σχιστία χωρίς σύνδρομο	0 (0)	0 (0)	6 (60)	1 (7,7)	1 (10)
	Σχιστία με σύνδρομο	1 (100)	0 (0)	5 (50)	6 (46,2)	2 (20)
	Δεν γνωρίζω	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Τότε ασχοληθήκατε με τους ασθενείς;*	Αμέσως μετά την γέννηση	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (46,2)	1 (10)
	Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα από την γέννηση	1 (100)	2 (100)	8 (80)	3 (23,1)	9 (90)
	Δεν έχω ασχοληθεί	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Είτε Αμέσως μετά την γέννηση είτε Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα από την γέννηση	0 (0)	0 (0)	2 (20)	4 (30,8)	0 (0)
Ηταν επιδιορθωμένη η σχιστία;*	Όχι	0 (0)	0 (0)	5 (50)	8 (61,5)	3 (30)
	Ναι	1 (100)	2 (100)	4 (40)	3 (23,1)	7 (70)
	Δεν έχω ασχοληθεί	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Είτε ναι είτε όχι	0 (0)	0 (0)	1 (10)	2 (15,4)	0 (0)

*αφορά μόνο σε αυτούς που είχαν ασχοληθεί με περιστατικά σχιστίας

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν ασχοληθεί με περιστατικά σχιστιών διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, οι ΩΡΛ είχαν ασχοληθεί με περιστατικά σχιστιών σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p = 0,008$) και τους νοσηλευτές ($p = 0,014$). Όμοια, οι λογοθεραπευτές είχαν ασχοληθεί με περιστατικά σχιστιών σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p = 0,010$) και τους νοσηλευτές ($p = 0,016$). Επίσης, οι παιδίατροι είχαν ασχοληθεί με περιστατικά σχιστιών σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p < 0,001$) και τους νοσηλευτές ($p < 0,001$). Ακόμα, μόνο το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν ασχοληθεί με αφανή υποβλεννογόνο σχιστία χωρίς σύνδρομο διέφερε σημαντικά μεταξύ των διαφόρων επαγγελμάτων ($p = 0,026$), ενώ στα υπόλοιπα είδη σχιστίας τα ποσοστά ήταν παρόμοια στα διάφορα επαγγέλματα ($p > 0,050$). Συγκεκριμένα, οι ΩΡΛ είχαν ασχοληθεί με αφανή υποβλεννογόνο σχιστία χωρίς σύνδρομο σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p = 0,019$). Επίσης, το χρονικό σημείο που ασχολήθηκαν με τη σχιστία διέφερε σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p = 0,008$). Συγκεκριμένα, οι παιδίατροι ασχολήθηκαν αμέσως μετά τη γέννηση σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους ΩΡΛ ($p = 0,013$) και τους λογοθεραπευτές ($p = 0,004$). Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά των σχιστιών που ήταν επιδιορθωμένες ($p > 0,050$) μεταξύ των 5 ομάδων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά ενασχόλησης των συμμετεχόντων με περιστατικά σχιστιών, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.



Εκπαίδευση ειδικού στο θέμα της σίτισης των παιδιών με σχιστία

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την εκπαίδευση στο θέμα σίτισης σε παιδιά με σχιστία, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.

		Επάγγελμα				
		Εργοθεραπευτές (N=33)	Νοσηλευτές (N=38)	ΩΡΛ (N=39)	Παιδίατρος (N=32)	Λογοθεραπευτές (N=40)
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Πιστεύετε ότι χρειάζεται κάποια ειδική εκπαίδευση για τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με σχιστίες στο θέμα της σίτισης;	Όχι	0 (0,0)	1 (2,6)	1 (2,6)	1 (3,1)	0 (0,0)
	Ναι	32 (97)	36 (94,7)	36 (92,3)	31 (96,9)	40 (100,0)
	Δεν γνωρίζω	1 (3,0)	1 (2,6)	2 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Εσείς έχετε λάβει κάποια εκπαίδευση στο θέμα της σίτισης για βρέφη-παιδιά με σχιστίες;	Όχι	32 (97)	38 (100,0)	35 (89,7)	26 (81,3)	28 (70,0)
	Ναι	1 (3,0)	0 (0,0)	4 (10,3)	6 (18,8)	12 (30,0)

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι χρειάζεται κάποια ειδική εκπαίδευση για τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με σχιστίες στο θέμα της σίτισης δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p > 0,050$). Αντίθετα, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν λάβει κάποια εκπαίδευση στο θέμα της σίτισης για βρέφη-παιδιά με σχιστίες διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, οι λογοθεραπευτές είχαν λάβει τέτοια εκπαίδευση σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p = 0,003$), τους νοσηλευτές ($p < 0,001$) και με τους ΩΡΛ ($p = 0,029$). Όμοια οι παιδίατροι είχαν λάβει τέτοια εκπαίδευση σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p = 0,007$).

Συνέπειες στη σίτιση λόγω της σχιστίας

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις δυσκολίες στη σίτιση των παιδιών με σχιστία, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.

		Επάγγελμα				
		Εργοθεραπευτές (N=33)	Νοσηλευτές (N=38)	ΩΡΛ (N=39)	Παιδίατρος (N=32)	Λογοθεραπευτές (N=40)
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ποιο/α από τα παρακάτω θεωρείτε ότι αποτελεί/ούν συνέπεια της δυσκολίας στη σίτιση των παιδιών με σχιστία;	Συχνή παραγωγή γουλιών	5 (15,2)	8 (21,1)	3 (7,7)	2 (6,3)	2 (5,0)
	Ρινική ανάρροια	4 (12,1)	6 (15,8)	18 (46,2)	6 (18,8)	16 (40,0)
	Βήχας	3 (9,1)	8 (21,1)	13 (33,3)	6 (18,8)	10 (25,0)
	Επεισόδιο/α πνιγμού	9 (27,3)	14 (36,8)	16 (41)	8 (25,0)	13 (32,5)
	Ωτίτιδα	2 (6,1)	4 (10,5)	12 (30,8)	5 (15,6)	6 (15,0)
	Εναλλακτική μέθοδος σίτισης	4 (12,1)	2 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (15,0)
	Όλα τα παραπάνω	12 (36,4)	18 (47,4)	17 (43,6)	23 (71,9)	22 (55,0)
	Κανένα από τα παραπάνω	1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Δεν γνωρίζω	10 (30,3)	3 (7,9)	2 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που θεωρούσαν ως συνέπεια της δυσκολίας στη σίτιση των παιδιών με σχιστία τη Ρινική ανάρροια, την ωτίτιδα, την Εναλλακτική μέθοδο σίτισης καθώς κ όλες τις παραπάνω διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p=0,001$, $p=0,046$, $p=0,011$ και $p=0,046$ αντίστοιχα). Συγκεκριμένα, οι ΩΡΛ θεωρούσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ως συνέπεια της δυσκολίας στη σίτιση των παιδιών με σχιστία τη Ρινική ανάρροια σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,002$), τους νοσηλευτές ($p=0,004$) και τους παιδίατρος ($p=0,015$). Όμοια, οι λογοθεραπευτές θεωρούσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ως συνέπεια της δυσκολίας στη σίτιση των παιδιών με σχιστία τη Ρινική ανάρροια σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,008$) και τους νοσηλευτές ($p=0,018$). Επίσης, οι ΩΡΛ θεωρούσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ως συνέπεια της δυσκολίας στη σίτιση των παιδιών με σχιστία την ωτίτιδα σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,008$) και τους νοσηλευτές ($p=0,029$). Αντίθετα, οι ΩΡΛ θεωρούσαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ως συνέπεια της δυσκολίας στη σίτιση των παιδιών με σχιστία την Εναλλακτική μέθοδο σίτισης σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,040$) και τους λογοθεραπευτές ($p=0,026$). Επίσης, οι παιδίατροι θεωρούσαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ως συνέπεια της δυσκολίας στη σίτιση των παιδιών με σχιστία την Εναλλακτική μέθοδο σίτισης σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,030$). Ακόμα, οι παιδίατροι θεωρούσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ως συνέπεια της δυσκολίας στη σίτιση των παιδιών με σχιστία όλα τα παραπάνω σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,004$), τους νοσηλευτές ($p=0,038$) και τους ΩΡΛ ($p=0,017$). Επίσης, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δεν γνώριζαν τις συνέπειες της δυσκολίας στη σίτιση των παιδιών με σχιστία διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό ήταν σημαντικά υψηλότερο στους εργοθεραπευτές σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p<0,001$), τους νοσηλευτές ($p=0,015$), τους ΩΡΛ ($p=0,004$) και τους παιδίατρος ($p=0,001$).

Τρόπος σίτισης του βρέφους-παιδιού και τροποποιήσεις που διευκολύνουν την σίτιση

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη σίτιση των παιδιών με σχιστία, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.

		Επάγγελμα				
		Εργοθεραπευτές (N=33)	Νοσηλευτές (N=38)	ΩΡΛ (N=39)	Παιδίατρος (N=32)	Λογοθεραπευτές (N=40)
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Με ποιον τρόπο γίνεται συνήθως η σίτιση του βρέφους με σχιστία;	Με θηλασμό	4 (12,1)	3 (7,9)	7 (17,9)	11 (34,4)	5 (12,5)
	Με μπιμπερό	8 (24,2)	16 (42,1)	18 (46,2)	25 (78,1)	20 (50,0)
	Θηλασμό με θήλαστρο	7 (21,2)	12 (31,6)	14 (35,9)	18 (56,3)	20 (50,0)
	Δεν γνωρίζω	22 (66,7)	13 (34,2)	13 (33,3)	0 (0,0)	9 (22,5)
Ένα παιδί με σχιστία χρειάζεται παραπάνω χρόνο σίτισης πριν την αποκατάσταση της σχιστίας:	Όχι	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	2 (6,3)	2 (5,0)
	Ναι	14 (42,4)	29 (76,3)	31 (79,5)	29 (90,6)	30 (75,0)
	Δεν γνωρίζω	19 (57,6)	8 (21,1)	8 (20,5)	1 (3,1)	8 (20,0)
Ένα παιδί με σχιστία χρειάζεται παραπάνω χρόνο σίτισης μετά την αποκατάσταση της σχιστίας:	Όχι	3 (9,1)	12 (30,0)	19 (50,0)	26 (81,3)	22 (56,4)
	Ναι	5 (15,2)	14 (35,0)	5 (13,2)	5 (15,6)	8 (20,5)
	Δεν γνωρίζω	25 (75,8)	14 (35,0)	14 (36,8)	1 (3,1)	9 (23,1)
Γνωρίζετε αν υπάρχουν εξειδικευμένα θήλαστρα για τη χρήση με το μπιμπερό:	Όχι	19 (57,6)	17 (44,7)	12 (30,8)	6 (18,8)	12 (30,0)
	Ναι	14 (42,4)	21 (55,3)	27 (69,2)	26 (81,3)	28 (70,0)

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι η σίτιση του βρέφους με σχιστία γίνεται συνήθως με θηλασμό, με μπιμπερό ή με θηλασμό με θήλαστρο διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p=0,033$, $p=0,001$ και $p=0,022$ αντίστοιχα). Συγκεκριμένα, οι παιδίατροι πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι η σίτιση του βρέφους με σχιστία γίνεται συνήθως με θηλασμό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,033$), τους νοσηλευτές ($p=0,006$) και τους λογοθεραπευτές ($p=0,027$). Επίσης, οι παιδίατροι πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι η σίτιση του βρέφους με σχιστία γίνεται συνήθως με μπιμπερό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p<0,001$), τους ΩΡΛ ($p=0,006$), τους νοσηλευτές ($p=0,002$) και τους λογοθεραπευτές ($p=0,014$). Όμοια, οι λογοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι η σίτιση του βρέφους με σχιστία γίνεται συνήθως με μπιμπερό σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,024$). Οι παιδίατροι πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι η σίτιση του βρέφους με σχιστία γίνεται συνήθως με θηλασμό με θήλαστρο σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,004$) και τους νοσηλευτές ($p=0,038$). Όμοια, οι λογοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι η σίτιση του βρέφους με σχιστία γίνεται συνήθως με θηλασμό με θήλαστρο σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,011$).

Ακόμα, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δεν γνώριζαν πως γίνεται η σίτιση του βρέφους με σχιστία διέφεραν σημαντικά μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό ήταν σημαντικά υψηλότερο στους εργοθεραπευτές σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p<0,001$), τους νοσηλευτές ($p=0,006$), τους ΩΡΛ ($p=0,005$) και τους παιδίατρος ($p<0,001$). Αντίθετα, το ποσοστό αυτό ήταν σημαντικά χαμηλότερο στους παιδίατρος σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,004$), τους νοσηλευτές ($p<0,001$) και τους ΩΡΛ ($p<0,001$).

Επίσης, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι ένα παιδί με σχιστία χρειάζεται παραπάνω χρόνο σίτισης πριν και μετά την αποκατάσταση της σχιστίας

διέφεραν σημαντικά μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ($p < 0,001$ και για τις δύο συγκρίσεις). Πιο αναλυτικά, οι εργοθεραπευτές πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι ένα παιδί με σχιστία χρειάζεται παραπάνω χρόνο σίτισης πριν την αποκατάσταση της σχιστίας σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p = 0,002$), τους νοσηλευτές ($p = 0,005$), τους ΩΡΛ ($p = 0,001$) και τους παιδίατρος ($p < 0,001$). Επίσης, οι ΩΡΛ δεν γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι ένα παιδί με σχιστία χρειάζεται παραπάνω χρόνο σίτισης πριν την αποκατάσταση της σχιστίας σε σύγκριση με τους παιδίατρος ($p = 0,024$). Ακόμα, οι εργοθεραπευτές δεν γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι ένα παιδί με σχιστία χρειάζεται παραπάνω χρόνο σίτισης μετά την αποκατάσταση της σχιστίας σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p = 0,003$), τους νοσηλευτές ($p = 0,001$), τους ΩΡΛ ($p < 0,001$) και τους παιδίατρος ($p < 0,001$). Αντίθετα, το ποσοστό των παιδίατρων που δεν γνώριζαν ότι ένα παιδί με σχιστία χρειάζεται παραπάνω χρόνο σίτισης μετά την αποκατάσταση της σχιστίας ήταν σημαντικά χαμηλότερο σε σύγκριση με τα αντίστοιχα των νοσηλευτών ($p = 0,003$), των ΩΡΛ ($p = 0,033$) και των λογοθεραπευτών ($p < 0,001$).

Επιπροσθέτως, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που γνώριζαν αν υπάρχουν εξειδικευμένα θήλαστρα για την χρήση με το μπιμπερό διέφεραν σημαντικά μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ($p = 0,011$). Συγκεκριμένα, οι εργοθεραπευτές δεν γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αν υπάρχουν εξειδικευμένα θήλαστρα για την χρήση με το μπιμπερό σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p = 0,018$), τους ΩΡΛ ($p = 0,022$) και τους παιδίατρος ($p = 0,001$). Επίσης, οι νοσηλευτές δεν γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αν υπάρχουν εξειδικευμένα θήλαστρα για την χρήση με το μπιμπερό σε σύγκριση με τους παιδίατρος ($p = 0,021$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που γνωρίζουν αν υπάρχουν εξειδικευμένα θήλαστρα για τη χρήση με το μπιμπερό.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις τις τροποποιήσεις που θα βοηθούσαν στη σίτιση των παιδιών με σχιστία, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.

		Επάγγελμα				
		Εργοθεραπευτές (N=33)	Νοσηλευτές (N=38)	ΩΡΛ (N=39)	Παιδίατρος (N=32)	Λογοθεραπευτές (N=40)
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ποιες τροποποιήσεις μπορούν να βοηθήσουν στην πρόσληψη της υγρής τροφής;	Τοποθέτηση του βρέφους	13 (39,4)	21 (55,3)	24 (61,5)	22 (68,8)	33 (82,5)
	Αργός ρυθμός σίτισης	14 (42,4)	25 (65,8)	26 (66,7)	22 (68,8)	27 (67,5)
	Τύπος του μπιμπερό	11 (33,3)	23 (60,5)	26 (66,7)	29 (90,6)	34 (85)
	Συχνή παύση στη σίτιση για ρέψιμο	7 (21,2)	18 (47,4)	20 (51,3)	14 (43,8)	20 (50,0)
	Τοποθέτηση θηλής/ θήλαστρου	10 (30,3)	11 (28,9)	20 (51,3)	22 (68,8)	22 (55,0)
	Δεν γνωρίζω	17 (51,5)	4 (10,5)	7 (17,9)	0 (0,0)	2 (5,0)
Άλλη	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	0 (0,0)	
Αν άλλη, ποια	Ρινογαστρικός καθετήρας	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	0 (0,0)
Ποιες τροποποιήσεις μπορούν να βοηθήσουν στην πρόσληψη της	Ανάμειξη πολτοποιημένου φρούτου με δημητριακά	4 (12,1)	9 (23,7)	9 (23,1)	11 (34,4)	9 (22,5)
	Αργός ρυθμός σίτισης	12 (36,4)	23 (60,5)	19 (48,7)	20 (62,5)	22 (55,0)
	Παρουσίαση	8 (24,2)	13 (34,2)	18 (46,2)	15 (46,9)	22 (55,0)

στερεάς τροφής;	μικρώνκουταλιών					
	Σίτισε κατακόρυφη θέση	7 (21,2)	10 (26,3)	20 (51,3)	19 (59,4)	23 (57,5)
	Χρήση ειδικού κουταλιού	9 (27,3)	18 (47,4)	11 (28,2)	20 (62,5)	30 (75,0)
	Δεν γνωρίζω	21 (63,6)	9 (23,7)	13 (33,3)	2 (6,3)	4 (10,0)
Αν άλλη, ποια	Άλλη	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,5)
	Εκπαίδευση μητέρας	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
	Εξαρτάται από τις δυσκολίες που θα έχει και τι έχει κατακτήσει το παιδί έως ότου σιτιστεί με στερεά τροφή	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
	Σίτιση με γαστροστομία όπου κρίνεται απαραίτητο	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)

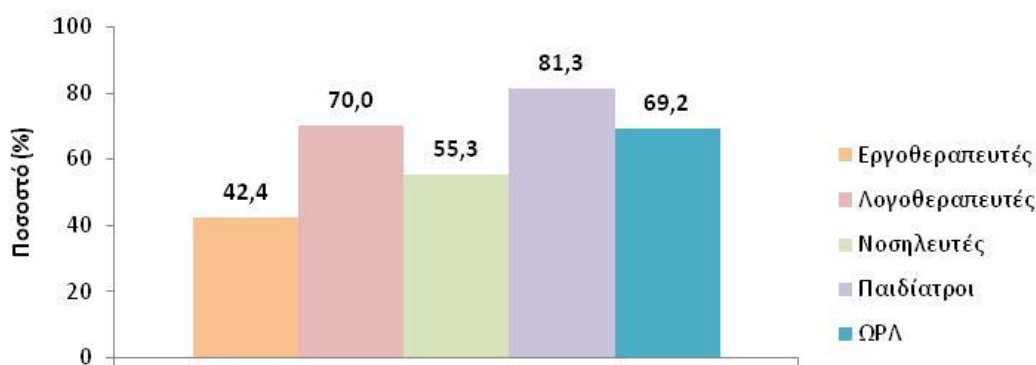
Ακόμα, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που θεωρούσαν ότι μπορούν να βοηθήσουν στην πρόσληψη της υγρής τροφής η τοποθέτηση του βρέφους, ο τύπος του μπιμπερό και η τοποθέτηση θηλής/ θήλαστρου διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p=0,004$, $p<0,001$ και $p=0,003$ αντίστοιχα). Συγκεκριμένα, οι λογοθεραπευτές θεωρούσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι μπορεί να βοηθήσει στην πρόσληψη της υγρής τροφής η τοποθέτηση του βρέφους σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,004$), τους νοσηλευτές ($p=0,009$) και τους ΩΡΛ ($p=0,038$). Όμοια, οι παιδίατροι θεωρούσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι μπορεί να βοηθήσει στην πρόσληψη της υγρής τροφής η τοποθέτηση του βρέφους σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,018$). Οι εργοθεραπευτές θεωρούσαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι μπορεί να βοηθήσει στην πρόσληψη της υγρής τροφής ο τύπος του μπιμπερό σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p<0,001$), τους νοσηλευτές ($p=0,022$), τους παιδίατρους ($p<0,001$) και τους ΩΡΛ ($p=0,005$). Αντίθετα, οι παιδίατροι θεωρούσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι μπορεί να βοηθήσει στην πρόσληψη της υγρής τροφής ο τύπος του μπιμπερό σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,004$) και τους ΩΡΛ ($p=0,016$). Όμοια, οι λογοθεραπευτές θεωρούσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι μπορεί να βοηθήσει στην πρόσληψη της υγρής τροφής ο τύπος του μπιμπερό σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,015$). Οι εργοθεραπευτές θεωρούσαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι μπορεί να βοηθήσει στην πρόσληψη της υγρής τροφής η τοποθέτηση θηλής/ θήλαστρου σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,034$) και τους παιδίατρους ($p=0,002$). Όμοια, οι νοσηλευτές θεωρούσαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι μπορεί να βοηθήσει στην πρόσληψη της υγρής τροφής η τοποθέτηση θηλής/ θήλαστρου σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,020$), τους παιδίατρους ($p=0,001$) και τους ΩΡΛ ($p=0,046$).

Επίσης, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δεν γνώριζαν τις τροποποιήσεις που μπορούν να βοηθήσουν στην πρόσληψη της υγρής τροφής διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό ήταν σημαντικά υψηλότερο στους εργοθεραπευτές σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p<0,001$), τους νοσηλευτές ($p<0,001$), τους παιδίατρους ($p<0,001$) και τους ΩΡΛ ($p=0,003$).

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που θεωρούσαν ότι μπορούν να βοηθήσουν στην πρόσληψη της στερεάς τροφής η σίτιση σε κατακόρυφη θέση καθώς και η χρήση ειδικού κουταλιού διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p=0,001$ και $p<0,001$ αντίστοιχα). Συγκεκριμένα, οι εργοθεραπευτές και οι νοσηλευτές θεωρούσαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι μπορεί να βοηθήσει στην πρόσληψη της στερεάς τροφής η σίτιση σε κατακόρυφη θέση σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,002$ και $p=0,005$ αντίστοιχα), τους ΩΡΛ ($p=0,009$ και $p=0,025$ αντίστοιχα) και τους

παιδιάτρους ($p=0,002$ και $p=0,005$ αντίστοιχα). Αντίθετα, οι λογοθεραπευτές θεωρούσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι μπορεί να βοηθήσει στην πρόσληψη της στερεάς τροφής η χρήση ειδικού κουταλιού σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p<0,001$), τους νοσηλευτές ($p=0,012$) και τους ΩΡΛ ($p<0,001$). Όμοια, οι παιδιάτροι θεωρούσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι μπορεί να βοηθήσει στην πρόσληψη της στερεάς τροφής η χρήση ειδικού κουταλιού σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,004$) και τους ΩΡΛ ($p=0,004$).

Επιπροσθέτως, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δεν γνώριζαν τις τροποποιήσεις που μπορούν να βοηθήσουν στην πρόσληψη της στερεάς τροφής διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό ήταν σημαντικά υψηλότερο στους εργοθεραπευτές σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p<0,001$), τους νοσηλευτές ($p=0,001$), τους παιδιάτρους ($p<0,001$) και τους ΩΡΛ ($p=0,010$). Επίσης, ήταν σημαντικά υψηλότερο στους ΩΡΛ σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,012$) και τους παιδιάτρους ($p=0,005$) καθώς και στους νοσηλευτές σε σχέση με τους παιδιάτρους ($p=0,046$).



Γνωρίζουν αν υπάρχουν εξειδικευμένα θήλαστρα για την χρήση με το μιμιπερό

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη σίτιση των παιδιών με σχιστία, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα.

		Επάγγελμα				
		Εργοθεραπευτές (N=33)	Νοσηλευτές (N=38)	ΩΡΛ (N=39)	Παιδιάτρος (N=32)	Λογοθεραπευτές (N=40)
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Πιστεύετε ότι τα παιδιά με σχιστία αργούν να ξεκινήσουν την πρόσληψη της στερεάς τροφής σε σχέση με τα παιδιά χωρίς σχιστία;	Όχι	1 (3,0)	5 (13,2)	7 (17,9)	11 (34,4)	8 (20,0)
	Ναι	18 (54,5)	23 (60,5)	21 (53,8)	18 (56,3)	28 (70,0)
	Δεν γνωρίζω	14 (42,4)	10 (26,3)	11 (28,2)	3 (9,4)	4 (10,0)
Πιστεύετε ότι στα παιδιά με σχιστίες χρειάζεται συμπληρωματική διατροφή (ρεζερβουάρ και αγωγός);	Όχι	0 (0,0)	6 (15,8)	7 (17,9)	14 (43,8)	6 (15,0)
	Ναι	6 (18,2)	12 (31,6)	13 (33,3)	5 (15,6)	15 (37,5)
	Δεν γνωρίζω	27 (81,8)	20 (52,6)	19 (48,7)	13 (40,6)	19 (47,5)
Χρησιμοποιείται το κύπελλο για την σίτιση του βρέφους;	Προεγχειρητικά	1 (3,0)	2 (5,3)	2 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Μετεγχειρητικά	1 (3,0)	1 (2,6)	2 (5,1)	8 (25,0)	5 (12,5)

	Προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά	2 (6,1)	5 (13,2)	0 (0,0)	6 (18,8)	4 (10,0)
	Καθόλου	0 (0,0)	1 (2,6)	3 (7,7)	2 (6,3)	3 (7,5)
	Δεν το γνωρίζω	29 (87,9)	29 (76,3)	32 (82,1)	16 (50,0)	28 (70,0)
Πιστεύετε ότι βοηθάει πριν την επιδιόρθωση της σχιστίας η χρήση προσθετικής, όπως ο αποφρακτήρας	Όχι	0 (0,0)	2 (5,3)	6 (15,4)	3 (9,4)	1 (2,5)
	Ναι	2 (6,1)	8 (21,1)	16 (41)	11 (34,4)	14 (35,0)
	Δεν γνωρίζω	31 (93,9)	28 (73,7)	17 (43,6)	18 (56,3)	25 (62,5)

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι τα παιδιά με σχιστία αργούν να ξεκινήσουν την πρόσληψη της στερεάς τροφής σε σχέση με τα παιδιά χωρίς σχιστία διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων επαγγελματιών ($p=0,004$). Συγκεκριμένα, οι παιδίατροι δεν πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι τα παιδιά με σχιστία αργούν να ξεκινήσουν την πρόσληψη της στερεάς τροφής σε σχέση με τα παιδιά χωρίς σχιστία σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p<0,001$) και τους νοσηλευτές ($p=0,046$). Όμοια, οι λογοθεραπευτές δεν πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι τα παιδιά με σχιστία αργούν να ξεκινήσουν την πρόσληψη της στερεάς τροφής σε σχέση με τα παιδιά χωρίς σχιστία σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,002$).

Ακόμα, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι στα παιδιά με σχιστίες χρειάζεται συμπληρωματική διατροφή διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 ομάδων επαγγελματιών ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, οι εργοθεραπευτές δεν γνώριζαν ότι στα παιδιά με σχιστίες χρειάζεται συμπληρωματική διατροφή σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,005$), τους νοσηλευτές ($p=0,011$), τους παιδίατρος ($p=0,005$) και τους ΩΡΛ ($p<0,001$). Επίσης, οι παιδίατροι δεν πίστευαν ότι στα παιδιά με σχιστίες χρειάζεται συμπληρωματική διατροφή σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,014$), τους νοσηλευτές ($p=0,029$) και τους ΩΡΛ ($p=0,041$).

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δεν γνώριζαν αν χρησιμοποιείται το κύπελλο για την σίτιση του βρέφους διέφεραν σημαντικά μεταξύ των επαγγελματιών ($p=0,013$). Συγκεκριμένα, το ποσοστό ήταν σημαντικά χαμηλότερο στους παιδίατρος σε σύγκριση με τους εργοθεραπευτές ($p=0,002$), τους νοσηλευτές ($p=0,013$) και τους ΩΡΛ ($p=0,001$).

Όμοια, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δεν γνώριζαν αν βοηθάει πριν την επιδιόρθωση της σχιστίας η χρήση προσθετικής, όπως ο αποφρακτήρας διέφεραν σημαντικά μεταξύ των επαγγελματιών ($p=0,001$). Συγκεκριμένα, το ποσοστό ήταν σημαντικά υψηλότερο στους εργοθεραπευτές σε σύγκριση με τους λογοθεραπευτές ($p=0,007$), τους νοσηλευτές ($p=0,050$), τους παιδίατρος ($p<0,001$) και τους ΩΡΛ ($p=0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας και τις συμβουλές που δίνουν στους γονείς για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη σίτιση τα βρέφη-παιδιά με σχιστίες. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε μέσα από την ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας που δέχθηκαν να συμμετέχουν απαντώντας το ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε απευθείας ή τους στάλθηκε ηλεκτρονικά στα e-mail τους. Το δείγμα που συμμετείχε ήταν 182 επαγγελματίες υγείας όπου και οι 182 συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Πιο συγκεκριμένα 40 Λογοθεραπευτές, 39 Ωτορινολαρυγγολόγοι, 38 Νοσηλεύτες, 33 Εργοθεραπευτές και 32 Παιδίατροι. Οι συμμετέχοντες εργάζονταν στους εξής επαγγελματικούς χώρους: 29,1% σε νοσοκομείο, 31,95% σε ιατρείο, 3,8% σε σχολείο, 31,3% σε ιδιωτικό γραφείο και 12,6% σε άλλους χώρους εργασίας.

Οι Devi, Sankar, Kumar και Sujatha (2012), στην έρευνά τους αναφέρουν τα πιο αξιοσημείωτα προβλήματα σίτισης των παιδιών με σχιστίες όπως ο πνιγμός, η ρινική αναρροή, η κόπωση, η υπερβολική πρόσληψη γάλατος, η αποτυχία αύξησης του βάρους και ο υπερβολικός χρόνος που απαιτείται για την διατροφή. Άλλα προβλήματα περιλαμβάνουν την αποτυχία αύξησης του βάρους και την επιβράδυνση της ανάπτυξης ειδικά κατά την διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής, τις επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του μέσου ωτός και την οξεία μέση ωτίτιδα που μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια ακοής και την φτωχή ομιλία λόγω αλλαγής της ενδοστοματικής ανατομίας. Η θεωρία τους λοιπόν επιβεβαιώνεται, καθώς οι ειδικοί παρουσίασαν σημαντική συμφωνία στις επιπτώσεις όπως ο πνιγμός, η ρινική και η ωτίτιδα από τις συνεχόμενες λοιμώξεις. Επομένως οι περισσότεροι ειδικοί έδειξαν να γνωρίζουν τις επιπτώσεις στη σίτιση των σχιστιών, σε αντίθεση με τους εργοθεραπευτές που το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησαν πως "δεν γνωρίζουν".

Στη συνέχεια, οι έρευνες των Devi, Sankar, Kumar και Sujatha (2012) και των Katge, Dalvi, Shetty και Shetty , (2014) και Reid & Dip (2004) συμφωνούν στον τρόπο σίτισης των παιδιών με σχιστία, με θηλασμό και με μπιμπερό. Στο θηλασμό ανέφεραν τροποποιήσεις όπως η χρήση αποφρακτήρα, το συμπληρωματικό νοσηλευτικό σύστημα (SNS) και τις ασπίδες θηλής. Οι ειδικοί συμφωνούν με τους ερευνητές στη σίτιση με μπιμπερό καθώς συγκεντρώθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό, αλλά υπήρξε μία διαφωνία καθώς συγκεντρώθηκε υψηλό ποσοστό στο θηλασμό με θήλαστρο και χαμηλό ποσοστό στη σίτιση με θηλασμό εκτός των παιδιάτρων που σημείωσαν υψηλό ποσοστό. Οι εργοθεραπευτές στο μεγαλύτερο ποσοστό τους δεν γνώριζαν τους τρόπους σίτισης που χρησιμοποιούνται στα βρέφη-παιδιά με σχιστίες. Είναι ξεκάθαρο, πως οι ειδικοί δεν γνωρίζουν τους πιο συχνούς τρόπους σίτισης.

Όσον αφορά τις τροποποιήσεις υγρής τροφής, οι έρευνες των Devi, Sankar, Kumar & Sujatha (2012) και των Katge, Shetty & Shetty (2014) και Reid & Dip (2004) συμφωνούν στην χρήση συμπιεζόμενων μπουκαλιών για την διευκόλυνση της σίτισης, την χρήση εγκάρσια κομμένων θηλών και την χρήση κυπέλλων και κουταλιών. Η έρευνα των Devi, Sankar, Kumar & Sujatha (2012) και των Katge, Shetty & Shetty (2014) συμφωνούν στην τροποποίηση της θέσης σίτισης του βρέφους ενώ η έρευνα των Reid & Dip (2004) δεν κάνει αναφορά σε αυτή την τροποποίηση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τις έρευνας, υπήρξε συμφωνία με τις τροποποιήσεις που αναφέρουν οι ερευνητές, καθώς τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στην τοποθέτηση του βρέφους και στο τύπο του μπιμπερό από τους παιδίατρος, τους

ΩΡΛ και τους λογοθεραπευτές. Οι εργοθεραπευτές δεν γνώριζαν τις τροποποιήσεις σίτισης, γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε "δεν γνωρίζω". Φαίνεται πως οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν με τα αποτελέσματα των ερευνών.

Οι Katge, Dalvi, Shetty και Shetty (2014), αναφέρουν για τις τροποποιημένες θηλές, για την χρήση με μπιμπερό ως εναλλακτική παρέμβαση σίτισης. Η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας, συμφώνησαν με το παραπάνω εύρημα, καθώς έδειξαν να γνωρίζουν την ύπαρξη των τροποποιημένων θηλών εκτός από την κατηγορία των εργοθεραπευτών οι οποίοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους δεν γνώριζαν την ύπαρξη τους.

Επίσης και οι τρεις έρευνες αναφέρουν την χρήση αποφρακτήρα για την διευκόλυνση του άμεσου θηλασμού. Οι ειδικοί φαίνεται να μην γνωρίζουν την ύπαρξη του αποφρακτήρα, καθώς η απάντηση «δεν γνωρίζω» συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό από όλους τους ειδικούς και η μόνη ειδικότητα που σημείωσε υψηλό ποσοστό στην απάντηση «ναι» ήταν οι ΩΡΛ. Άρα, η πλειονότητα των ειδικών δεν γνώριζε την χρησιμότητα της προσθετικής, όπως ο αποφρακτήρας. Επιπροσθέτως, ως συστήματα διευκόλυνσης του θηλασμού αναφέρονται από τους Devi, Sankar, Kumar και Sujatha το συμπληρωματικό νοσηλευτικό σύστημα (SNS) για βρέφη που αντιμετωπίζουν ειδικές προκλήσεις όπως η πρόκληση γαλουχίας και από τους Katge, Dalvi, Shetty και Shetty το σύστημα Lact-Aide έχει αναφερθεί ότι επιτρέπει στην μητέρα να ελέγχει την ποσότητα του γάλατος που εισέρχεται στο στόμα του βρέφους. Όσον αφορά το σύστημα συμπληρωματικής διατροφής, οι λογοθεραπευτές συμφώνησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους σε αντίθεση με τους υπόλοιπους ειδικούς, πως χρησιμοποιείται ως υποβοήθηση στα βρέφη-παιδιά με σχιστία. Οι παιδίατροι όμως δεν συμφώνησαν με αυτή την άποψη στο μεγαλύτερο ποσοστό τους. Οι νοσηλευτές και οι εργοθεραπευτές φάνηκε να μην γνωρίζουν την ύπαρξη της συμπληρωματικής διατροφής.

Οι Reid & Dip (2004) αναφέρουν τη σίτιση με κύπελλο ως μια τεχνητή μέθοδος διατροφής που χρησιμοποιείται γενικά για την συμπλήρωση του θηλασμού. Χρησιμοποιείται συνηθέστερα για τα πρόωρα βρέφη και τα βρέφη με χαμηλό βάρος γέννησης που επιχειρούν να καθιερώσουν τον θηλασμό, αλλά συστήνονται επίσης και για βρέφη με σχιστία υπερώας που υποβάλλονται στην ίδια διαδικασία (Danner, 1992; Lang et al., 1994). Να σημειωθεί πως οι παιδίατροι συμφώνησαν με τη χρήση του κυπέλλου κατά την μετεγχειρητική περίοδο για την σίτιση του βρέφους. Οι υπόλοιποι ειδικοί δεν γνώριζαν την ύπαρξη του κυπέλλου. Αποδεικνύεται λοιπόν πως η πλειοψηφία των ειδικών δεν γνώριζε την χρήση του κυπέλλου κατά την σίτιση.

Συμπερασματικά, φαίνεται ξεκάθαρα ότι οι ειδικότητες με τις περισσότερες γνώσεις σχετικά με τις σχιστίες ήταν οι παιδίατροι, οι λογοθεραπευτές και οι ωτορινολαρυγγολόγοι. Οι εργοθεραπευτές και οι νοσηλευτές παρουσίασαν χαμηλά ποσοστά γνώσεων σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ειδικούς. Όσον αφορά τον τρόπο σίτισης, οι παιδίατροι ήταν η ειδικότητα που ξεχώρισε για τις γνώσεις της όπου τους ακολουθούσαν οι ωτορινολαρυγγολόγοι και οι λογοθεραπευτές. Οι εργοθεραπευτές εμφάνισαν αρκετά περιορισμένες γνώσεις σε σχέση με τις άλλες τέσσερις ειδικότητες. Ως προς τις τροποποιήσεις που διευκολύνουν την σίτιση, οι παιδίατροι, οι λογοθεραπευτές και οι ωτορινολαρυγγολόγοι φαίνεται να γνωρίζουν περισσότερα εν συγκρίσει με τους εργοθεραπευτές και τους νοσηλευτές. Το σημείο που συμφώνησαν οι γνώσεις όλων των ειδικοτήτων ήταν οι γνώσεις τους για τις συνέπειες των σχιστιών στην σίτιση, όπου σημείωσαν όλες οι ομάδες υψηλά ποσοστά.

Καταλήγοντας, οι παιδίατροι, οι ωτορινολαρυγγολόγοι και οι λογοθεραπευτές είχαν την μεγαλύτερη ενασχόληση με περιστατικά σχιστιών ενώ οι νοσηλευτές και οι εργοθεραπευτές δεν είχαν σχεδόν καμία ενασχόληση με τέτοιου είδους περιστατικά.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Κάτι το οποίο καθίσταται περιορισμός στην έρευνα αυτή, ήταν το γεγονός ότι δεν υπήρχε επαρκής χρόνος για την συλλογή των δειγμάτων. Επίσης, το μέγεθος του δείγματος θα μπορούσε να ήταν μεγαλύτερο, ώστε το αποτέλεσμα να είναι πιο αξιόπιστο. Τέλος, η χορήγηση του ερωτηματολογίου θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί σε περισσότερες περιοχές και επαγγελματικούς χώρους ώστε να καλύψει ένα ευρύ φάσμα του πληθυσμού των ειδικοτήτων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Προτείνεται η διεξαγωγή μιας μελλοντικής έρευνας, στην οποία θα λαμβάνουν μέρος, περισσότερες ομάδες επαγγελματιών υγείας και με την δυνατότητα να καλύψει όλες τις περιοχές σε Ελλάδα και Κύπρο, αλλά και με μεγαλύτερο χρόνο διεξαγωγής. Άλλη μια έρευνα θα μπορούσε να διεξαχθεί στο μέλλον, σχετικά με τις ομάδες των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται ή όχι τόσο συστηματικά με περιστατικά σχιστιών και που οφείλεται αυτό. Τέλος, κρίνεται απαραίτητη η διεξαγωγή μιας έρευνας, σχετικά με τις πληροφορίες και τη βοήθεια που παίρνουν οι γονείς/φροντιστές των παιδιών με σχιστίες, αλλά και τι περισσότερο θα ήθελαν από τους ειδικούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abbott, M. B., Donnelly, L. F., Dardzinski, B. J., Poe, S. A., Chini, B. A., & Amin, R. S. (2004). Obstructive sleep apnea: MR imaging volume segmentation analysis. *Radiology*, 232(3), 889-895
- Adverson, J., & Brodsky, L. (2002). *Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management* (2nd ed.). San Diego, CA: Singular Publishing Group
- Akguner, M., (1999). Velopharyngeal anthropometric with MRI in normal subjects. *Annals of Plastic Surgery*, 43(2), 142-147
- American Cleft Palate-Craniofacial Association. (1993). Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30(Suppl.), 1-16
- American Occupational Therapy Association. (2007). Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy* 61, 686-700.
- Ann W. Kummer. (2008). *Σχιστίες και Κρανιοπροσωπικές Ανωμαλίες: Επιπτώσεις στην Ομιλία και την Αντήχηση* (Ν. Τρίμμη, Επιμ. & Γ. Λινάρδου, Μεταφρ.) Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης
- Avery, W., DuBose, C.M., Ernst-Nguyen, L., Gibbes, F.W., Holm, S. E., Latella, D., & Meriano, C. (2010). *Dysphagia care and related feeding concerns for adults* (2nd ed.). Bethesda MD: AOTA Press
- Balluff, M.A., & Udin, R.D. (1986). Using a feeding appliance to aid the infant with a cleft palate. *Ear, Nose, and Throat Journal*, 65(7), 316-320
- Barbara G. Cox. (2008) *Looking Forward: A Guide for Parents of Children with Cleft Lip and Cleft Palate*. *Enfamil, Mead Johnson Nutritionals*
- Bardach, J. (1995). *Secondary surgery for velopharyngeal insufficiency*, In R. J. Shprintzen & J. Bardach (Eds.), *Cleft Palate speech management: A multidisciplinary approach* (pp. 277-294). St. Louis, MO: Mosb
- Barone CM., & Tallman LL. (1998). Modification of Playtex nurser for cleft palate patients. *Journal of Craniofacial Surgery*, 9 (3) 271-274
- Beer, A. J., Hellerhoff, P., Zimmermann, A., Mady, K., Sader, R., Rummeny, E. J., et al. (2004). Dynamic near-real-time magnetic resonance imaging for analyzing the velopharyngeal closure in comparison with videofluoroscopy. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 20(5), 791-797
- Bloomer, H. (1971). *Speech defects associated with dental malocclusions and related abnormalities*. In L. Travis (Ed.), *Handbook of speech pathology and audiology*. New York: Appleton

- Borah, G.L., Hagberg, N., Jakubiak, C., & Temple, J. (1993). Reorganization of craniofacial/cleft care delivery: The Massachusetts experience. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30(3), 333-336
- Bosnia, J. D. (1985). Postnatal ontogeny of performances of the pharynx, larynx, and mouth. *American Review of Respiratory Disorders*, 131, S10-S15
- Brent, B. (1999). The pediatrician's role in caring for patients with congenital microtia and atresia. *Pediatric Annals*, 28(2), 374-383
- Broen, P. A., Devers, M. C., Doyle, S. S., Prouty, J. M., & Moller, K. T. (1998). Acquisition of linguistic and cognitive skills by children with cleft palate. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41(3), 676-687
- Bu'Lock, F., Woolridge, M. W., & Baum, J. D. (1990). Development of coordination of sucking, swallowing and breathing: Ultrasound study of term and preterm infants. *Developmental Medical Child Neurology*, 32(8), 669-678
- Buescher, N., & Paynter, E. (1973). *Linguistic abilities of children with palatal clefts. Paper presented at the Annual Meeting of the American Cleft Palate Association, Oklahoma City, OK*
- Carlisle, D. (1998). Feeding babies with cleft lip and palate. *Nursing Times*, 94(4), 59-60
- Charlotte Prahll., Anne M. Kuijpers-Jagtman., Martin A. Van't Hof. & Birte Prahll-Andersen. (2005). Infant Orthopedics in UCLP: Effect on Feeding, Weight, and Length: A Randomized Clinical Trial (Dutchcleft). *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 42 (2)
- Chen, Y.R., Chen, S.H., Wang, C.Y., & Noordhoff, M.S. (1988). Combined cleft and craniofacial team: Multidisciplinary approach to cleft management. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 17(3), 339-342
- Choi, B.H., Kleinheinz, J., Joos, U., & Komposch, G., (1991). Sucking efficiency of early orthopaedic plate and teats in infants with cleft lip and palate. *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 20(3), 167-169
- Clarren, S., Anderson, B., & Wolf, L. (1987). Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. *Cleft Palate Journal*, 249(3), 244-249
- Cohen, M., Marschall, M., & Schafer, M. (1992). Immediate unrestricted feeding of infants following cleft palate repair. *Journal of Craniofacial Surgery*, 3(1). 30-32
- Cohn, E.R. (1991). Commentary on team Acceptance of Recommendations by Dixon-Wood et al. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 28(3), 290-292
- Colburn, N., & Cherry, R.S. (1985). Community-based team approach to the management of children with cleft palate. *Child Health Care*, 13(3), 122-128
- Crossman, K., (1988). Breastfeeding a baby with a cleft palate: A case report. *Journal of Human Lactation*, 14(1), 47-50
- Dorf, D. S., & Curtin, J. W. (1990). *Early cleft repair and speech outcome: A ten-year experience*. In J. Bardach & H. L. Morris (Eds.), *Multidisciplinary management of cleft lip and palate*. Philadelphia: W. B. Saunders

- E. Sree Devi., A. J. Sai Sankar., M. G. Manoj Kumar. & B. Sujatha (2012).Maiden morsel - feeding in cleft lip and palate infants.*Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 2 (2), 31-37 DOI:10.4103/2231-0762.109350
- Earlene T. Paynter., Beth M. Wilson. & William J. Jordan. (1993). Improved Patient Compliance with Cleft Palate Team Regimes*Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30 (3), 292-301
- Estes, R. E., & Morris, H. L. (1970).Relationships among intelligence, speech proficiency, and hearing sensitivity in children with cleft palates.*Cleft Palate Journal*, 7, 763-773
- Fox, D., Lynch, J., & Brookshire, B. (1978).Selected developmental factors of cleft palate children between two and thirty-three months of age.*Cleft Palate Journal*, 15(3), 239-245
- G. Masarei., D. Sell., A. Habel., Michael Mars., B. C. Sommerlad.,& A. Wade.(2007). The Nature of Feeding in Infants With Unrepaired Cleft Lip and/or Palate Compared With Healthy Noncleft Infants.*Cleft Palate–Craniofacial Journal*, 44 (3)
- Glass, R. P., & Wolf, L. S. (1999).Feeding management of infants with cleft lip and palate and micrognathia.*Infants and Young Children*, 12(1), 70-81
- Gorlin, R. J., Cervenka, J., & Pruzansky, S. (1971).Facial clefting and its syndromes.*Birth Defects Original Article Series*, 7(7), 3-49
- Grobbelaar, A. O., Hudson, D. A., Fernandes, D. B., &Lentin, R. (1995). Speech results after repair of the cleft soft palate. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 95(7), 1150-1154
- Harding, A., & Grunwell, P. (1996).Characteristics of cleft palate speech.*European Journal of Disorders of Communication*, 31, 331-357
- Horn, L. (1972).Language development of the cleft palate child.*Journal of South African Speech and Hearing Association*, 19(1), 17-29
- Huntington, D. A. (1968).*Anatomical and physiological bases for speech*.In D. C. Spriestersbach & C. Sherman (Eds.), *Cleft palate and communication* (pp. 1-25). New York: Academic Press
- International Perinatal Database of Typical Oral Clefts (IPDTC) Working Group. (2011). Prevalence at birth of cleft lip with or without cleft palate: Data from the International Perinatal Database of Typical Oral Clefts (IPDTC). *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 48, 66–81
- Ize-Iyamu., Saheeb BD. (2011). Feeding intervention in cleft lip and palate babies: a practical approach to feeding efficiency and weight gain. *Elsevier Ltd*, 40 (9), 916-9 DOI:10.1016/j.ijom.2011.04.017

- Jeffery S.L., Boorman J.G. (2001). Patient satisfaction with cleft lip and palate services in a regional centre *The British Association of Plastic Surgeons*, 54(3):1899-1910. DOI:10.1054/bjps.2001.3551
- Jeffery, S.L., & Boorman, J.G. (2001). Patient satisfaction with cleft lip and palate services in a regional centre. *British Journal of plastic surgery*, 54(3), 189-191
- Johansson, B., & Ringsberg, K. C. (2004). Parents' experiences of having a child with cleft lip and palate. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 165-173
- Jones, J. A. (1989). Integrating the oral examination into clinical practice. *Hospital Practice*, 22-30
- Jones, M. C. (1988). Etiology of facial clefts: Prospective evaluation of 428 patients. *Cleft Palate Journal*, 25(1), 16-20
- Jones, W. B. (1988). Weight gain and feeding in the neonate with cleft: A three-center study. *Cleft Palate Journal*, 25(4), 379-384
- Journal of the American Geriatrics Society, 59, 186–187. DOI:10.1111/j.1532-5415.2010.03227.x
- Κουδουμνάκης Μ. (2008), *Σχιστίες του Γναθοπροσωπικού Συστήματος*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης
- Kane, A. A., Butman, J. A., Mullick, R., Skopec, M., & Choyke, P. (2002). A new method for the study of velopharyngeal function using gated magnetic resonance imaging. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 109(2), 472-481
- Kapp-Simon, K. A., & Krueckeberg, S. (2000). Mental development in infants with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 37(1), 65-70
- Katge F., Dalvi S., Shetty A. & Shetty S. (2014). Feeding Intervention in Cleft Lip and Palate Patients: A Review. *Int J Dent Med Res*, 1, 143-147
- Katlyn McGrattan., & Charles Ellis. (2011). Team-Oriented Care for Orofacial Clefts: A Review of the Literature. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 50 (1), pp. 13–18
- Kernahan, D. A., & Stark, R. B. (1958). A new classification for cleft lip and cleft palate. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 22, 435
- Kline, R.M., Jr. (1997). Management of Craniofacial anomalies. *Journal of the South Carolina Medical Association*, 93(9), 336-341
- Koenig, J. S., Davies, A. M., & Thach, B. T. (1990). Coordination of breathing, sucking, and swallowing during bottle feedings in human infants. *Journal of Applied Physiology*, 69, 1623-1629
- Kogo, M., Okada, G., Ishii, S., Shikata, M., Iida, S., & Matsuya, T. (1997). Breast feeding for cleft lip and palate patients, using the Hotz-Type plate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 34(4), 351-353
- Kountakis, S., Helidonis, E., & Jahrsdoerfer, R. (1995). Microtia grade as an indicator of middle ear development in aural atresia. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 121(8), 885-886

- Kovar, A.J. (1997). Nutrition assessment and management in pediatric dysphagia. *Seminars in Speech and Language*, 18(1), 39-49
- Kramer, S. S. (1985). Special swallowing problems in children. *Gastrointestinal Radiology*, 10, 241-250
- Kuehn, D. P., Ettema, S. L., Goldwasser, M. S., Barkmeier, J. C., & Wachtel, J. M. (2001). Magnetic resonance imaging in the evaluation of occult submucous cleft palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 38(5), 421-431
- Lamb, M., Wilson, F., & Leeper, H. (1973). The intellectual function of cleft palate children compared on the basis of cleft type and sex. *Cleft Palate Journal*, 10, 367
- Lang, D.A., Neil-Dwyer, G., Evans, B.T., & Honeybul, S. (1998). Craniofacial access in children. *Acta Neurochirurgica*, 140(1), 33-40
- Lang, S., Lawrence, C.J., & Orme, R.L. (1994). Cup feeding: An alternative method of infant feeding. *Archives of Diseases in Childhood*, 71(4), 365-369
- Leeper, H. A., Jr., Pannbacker, M., & Roginski, J. (1980). Oral language characteristics of adult cleft-palate speakers compared on the basis of cleft type and sex. *Journal of Communication Disorders*, 13 (2), 133-146
- Leslie Turner., Cynthia Jacobsen., Margo Humenczuk., Virender K. Singhal., Dorsey Moore. & Helen Bell.(2001). The Effects of Lactation Education and a Prosthetic Obturator Appliance on Feeding Efficiency in Infants With Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 38 (5)
- Lewin, M. L., Croft, C. B., & Shprintzen, R. J. (1980). Velopharyngeal insufficiency due to hypoplasia of the musculus uvulae and occult submucous cleft palate. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 65(5), 585-591
- Long, N. V., & Dalston, R. M. (1982a). Gestural communication in twelve-month-old cleft lip and palate children. *Cleft Palate Journal*, 19(1), 57-61
- Long, N. V., & Dalston, R. M. (1982b). Pared gestural and vocal behavior in one-year-old cleft lip and palate children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 47(4), 403-406
- Long, N. V., & Dalston, R. M. (1983). Comprehension abilities of one-year-old infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate Journal*, 20(4), 303-306
- Lynn S. Wolf & Robin P. Glass. (1992). Feeding and Swallowing Disorders in Infancy: Assessment and Management. *Therapy Skill Builders*
- Marsh, J.L. (1982). Interdisciplinary care for craniofacial deformities. *Missouri Medicine*, 79(9), 623-628, 630
- Mason, R. M., & Simon, C. (1977). An orofacial examination checklist. *Language, Speech, and Hearing Services in the Schools*, 8(3), 155-163
- Mathew O.P. (1988). Nipple units for newborn infants: a functional comparison. *Pediatrics*. 81(5):688-691.

- Mathew, O.P. (1988b). Respiratory control during nipple feeding in preterm infants. *Pediatric Pulmonology*, 5(4), 220-224
- Mathew, O.P. (1991). Science of bottle feeding. *Journal of Pediatrics*, 119(4), 551-519
- Mathew, O. P., Clark, M. L., Pronske, M. L., Luna-Solarzano, H. G., & Peterson, M. D. (1985). Breathing pattern and ventilation during oral feeding in term newborn infants. *Journal of Pediatrics*, 106(5), 810-813
- Mathew, O.P. (1988b). Respiratory control during nipple feeding in preterm infants. *Pediatric Pulmology*, 5(4), 220-224
- Mathew, O.P. (1990). Determinants of milk flow through units: Role of hole size and nipple thickness. *American Journal of Diseases of Children*, 144(2), 222-224
- McGoman, J. C., III, Hatabu, H., Yousem, D. M., Randall, P., & Kressel, H. Y. (1992). Evaluation of soft palate function with MRI: Application to the cleft palate patient. *Journal of Computer Assisted Tomography*, 16(6), 877-882
- McWilliams, B. J., & Matthews, H. P. (1979). A comparison of intelligence and social maturity on children with unilateral complete clefts and those with isolated clefts palates. *Cleft Palate Journal*, 16, 363
- McWilliams, B. J., Morris, H. L., Shelton, R. L. (1990). *Language disorders*. In B. J. McWilliams, H. L. Morris, & R. L. Shelton (Eds.), *Cleft palate speech*. Philadelphia: B. C. Decker
- McWilliams, B.J., Morris, H.L., & Shelton, R.L. (1990). *Cleft Palate Speech*. Toronto: B.C. Decker
- Michael E. Groher & Michael A. Crary (2010). *Δυσφαγία: Κλινική Αντιμετώπιση σε ενήλικες και παιδιά* (Η. Παπαθανασίου & Β.Σ. Παπανικολάου Επιμ., Μεταφρ.) Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΗΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Morris, H. L. (1962). Communication skills of children with cleft lip and palate. *Journal of Speech and Hearing Research*, 5, 79
- Morris, S. E., & Klein, M. D. (1987). *Prefeeding skills: A comprehensive resource for feeding development*. Tucson, AZ: Therapy Skill Builders
- Morris, S., & Klein, M. (1987) *Pre-feeding skills: A comprehensive resource for feeding development*. Tucson, AZ: *Therapy Skill Builders*
- Musgrave, R. H., McWilliams, B. J., & Matthews, H. P. (1975). A review of the results of two different surgical procedures for the repair of clefts of the soft palate only. *Cleft Palate Journal*, 12, 281-290
- Myer, C. M., Cotton, R. T., & Short, S. R. (1995). *The pediatric airway: An interdisciplinary approach*. Philadelphia: J. B. Lippincott
- Newman, L. A., Cleveland, R. H., Blickman, J. G., Hillman, R. E., & Jaramillo, D. (1991). Videofluoroscopic analysis of the infant swallow. *Investigative Radiology*, 26(10), 870-873

- O'Gara, M. M., & Logemann, J. A. (1988). Phonetic analyses of the speech development of babies with cleft palate. *Cleft Palate Journal*, 25(2), 122-134
- Osuji, O.O. (1995). Preparation of feeding obturators for infants with cleft lip and palate. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 19(3), 211-241
- Ozgun, F., Tuncbilek, G., & Cila, A. (2000). Evaluation of velopharyngeal insufficiency with magnetic resonance imaging and nasoendoscopy. *Annals of Plastic Surgery*, 44(1), 8-13
- Pamplona, M. C., Ysunza, A., Gonzalez, M., Raminez, E., & Patino, C. (2000). Linguistic development in cleft palate patients with and without compensatory articulation disorder. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 54(2-3), 81-89
- Paynter, E.T., Edmonson, T.W., & Jordan, W.J. (1991). Accuracy of information reported by parents and children evaluated by a cleft palate team. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 28(4), 329-337
- Peterson-Falzone, S. J. (1996). The relationship between timing of cleft palate surgery and speech outcome: What have we learned, and where do we stand in the 1990s? *Seminars in Orthodontics*, 2(3), 185-191
- Pinsky, T.M., & Coldberg, H.J. (1977). Potential for clinical cooperation between dentistry and speech pathology. *International Dental Journal*, 27(4), 336-369
- Prasse, J. E. & Kikano, G.E. (2009). An overview of pediatric dysphagia. *Clinical Pediatrics*, 48, 247-251
- Redford-Badwal, D. A., Mabry, K., & Frassinelli, J. D. (2003). Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. *Dental Clinics of North America*, 47(2), 305-317
- Reid, J., & Dip, G. (2004). A Review of Feeding Interventions for Infants with Cleft Palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 41, 268-278
- Ruess, A. L. (1965). A comparative study of cleft palate children and their siblings. *Journal of Clinical Psychology*, 21, 354
- Sasaki, C. T., Levine, P. A., Laitman, J. T., Phill, M., & Crelin, E. S. (1977). Postnatal descent of the epiglottis in man. *Archives of Otolaryngology*, 103, 169-171
- Savion, I., & Huband, M. (2005). A feeding obturator for a preterm baby with Pierre Robin sequence. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 93(2), 197-200
- Selley, W.G., & Boxall, J. (1986). A new way to treat sucking and swallowing difficulties in babies. *Lancet*, 1(8491), 1182-1184
- Serra-Prat, M., Hinojosa, G., Lopez, D., Juan, M., Fabre, E., Voss, D. S., et al. (2011). Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons
- Shames, G., & Rubin, H. (1979). *Psycholinguistic measures of language and speech*. In K. R. Bzoch (Ed.), *Communicative disorders related to cleft lip and palate* (p. 202). Boston: Little, Brown

- Sharp, H.M. (1995). Ethical decision-making in interdisciplinary team care. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 32(6), 495-499
- Shott, S. R., & Donnelly, L. F., (2004). Cine magnetic resonance imaging: Evaluation of persistent airway obstruction after tonsil and adenoidectomy in children with Down syndrome. *Laryngoscope*, 114(10), 1724-1729
- Shprintzen, R. J. (1995). *Instrumental assessment of velopharyngeal valving*. In R. J. Shprintzen & J. Bardach (Eds.), *Cleft palate speech management: A multidisciplinary approach*. St. Louis, MO: Mosby
- Shprintzen, R. J., Schwartz, R. H., Daniller, A., & Hoch, L. (1985). Morphologic significance of bifid uvula. *Pediatrics*, 75(3), 553-561
- Skolnick, M. L. (1969). Video velopharyngography in patients with nasal speech, with emphasis on lateral pharyngeal motion in velopharyngeal closure. *Radiology*, 93(4), 747-755
- Skolnick, M. L., & McCall, G. N. (1971). Radiological evaluation of velopharyngeal closure. *Journal of the American Medical Association*, 218(1), 96
- Smith, B., & Guyette, T. W. (2004). Evaluation of cleft palate speech. *Clinics in Plastic Surgery*, 31(2), 251-260
- Smith, R. M., & McWilliams, B. J. (1968). Psycholinguistic abilities of children with clefts. *Cleft Palate Journal*, 5, 238-249
- Spietersbach, D. C., Darley, F., & Morris, H. L. (1958). Language skills in children with cleft palate. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1, 279-285
- Stal, S., Chebret, L., & McErloy, C. (1998a). The team approach in the management of congenital and acquired deformities. *Clinics in Plastic Surgery*, 25(4), 485-491, vii
- Starr, P., Chinski, R., Canter, H., & Meier, J. (1977). Mental, motor, and social behavior of infants with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate Journal*, 14, 140
- Strauss, R.P. (1998). Cleft palate and craniofacial teams in the United States and Canada: A national survey of team organization and standards of care. The American Cleft Palate-Craniofacial Association (ACPA) Team Standards Committee. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 35(6), 473-480
- Strauss, R.P. (1999). The organization and delivery of craniofacial health services: The state of the art. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 36(3), 189-195
- Strohecker, B. (1993). A team approach in the treatment of craniofacial deformities. *Plastic Surgery Nursing*, 13(1), 9-16
- Τσόδουλος Σ., Γεωργίου Χρ., Roberto C. & Λαζαρίδης Ν. (2006). Σχιστίες χείλους και υπερώας: Χρόνοι θεραπευτικής αντιμετώπισης. *Στοματογναθοπροσωπική Χειρουργική*, 34, 223-228
- Tanaka, S. A., Mahabir, R. G., Jupiter, D. C., & Menezes, J. M. (2012). Updating the epidemiology of cleft lip with or without cleft palate. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 129, 511-517

The Cleft Palate Foundation. (1998). Feeding an infant with a cleft. Chapel Hill, NC: Author

The Regional Cleft Lip and Palate Team. (2004). A guide for families of children with cleft lip and palate. *McMaster Children's Hospital. Hamilton Health Sciences*

Tom, K., Titze, I. R., Hoffman, E. A. & Story, B. H. (2001). Three-dimensional vocal tract imaging and formant structure: Varying vocal register, pitch, and loudness. *Journal of the Acoustical Society of America*, 109(2), 42-747

Van Demark, D., Bzoch, K., Daly, D., Fletcher, S., McWilliams, B.J., Pannbacker, M., & Weinberg, B. (1985). Methods of assessing speech in relation to velopharyngeal function. *Cleft Palate Journal*, 22(4), 281-285

Walesky-Rainbow, P.A., & Morris, H.L. (1978). An assessment of informative-counseling procedures for cleft palate children. *Cleft Palate Journal*, 15(1), 20-29

Whitcomb, L., Ochsner, G., & Wayte, R. (1976). A comparison of expressive language skills of cleft-palate and non-cleft palate children: A preliminary investigation. *Journal of the Oklahoma Speech and Hearing Association*, 3, 25-28

Will, L., Aduss, M.K., Kuehn, D.P., & Parsons, R.W. (1989). The team approach to treating cleft lip/palate and other craniofacial anomalies in Illinois. *Illinois Dental Journal*, 58(2), 112-115

Wirks, C.J. (1971). *Psychological aspects of cleft lip and palate*. In W. C. Grabb, S. W. Rosenstein, & K. Bzoch (Eds.), *Cleft lip and palate* (p. 119). Boston: Little, Brown

Witt, P. D., Marsh, J. L., McFarland, E. G., & Riski, J. E. (2000). The evolution of velopharyngeal imaging. *Annals of Plastic Surgery*, 45(6), 665-673

Wolf, L. S., & Glass, R. P. (1992). *Feeding and swallowing disorders in infancy: Assessment and management*. Tucson, AZ: Therapy Skill Builders

Wolf, L.S., & Glass, R.P. (1992). Feeding and Swallowing disorders in infancy: Assessment and management.

World Health Organization. (2001). *Global registry and database on craniofacial anomalies: Report of a WHO registry meeting on craniofacial anomalies*. Bauru, Brazil: Author.

Yamawaki, Y., Nishimura, Y., Suzuki, Y., Sawada, M., & Yamawaki, S. (1997). Rapid magnetic resonance imaging for assessment of velopharyngeal muscle movement on phonation. *American Journal of Otolaryngology*, 18(3), 210-213

Zimmerman, J., & Canfield, W. (1968). *Language and speech development*. In R. Stark (Ed.), *Cleft palate: A multidiscipline approach* (p. 220). New York: Harper and Row

Η εικόνα του εξωφύλλου προέρχεται από "The cleft lip and palate foundation of smiles"

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ποια είναι η ηλικία σας (σε έτη); _____

2. Το επάγγελμα σας είναι:

- Εργοθεραπευτής/ρια
- Νοσηλεύτης/ρια
- Ωτορινολαρυγγολόγος
- Παιδίατρος
- Λογοθεραπευτής/ρια

3. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

- Απόφοιτος/η Ι.Ε.Κ
- Απόφοιτος/η Τ.Ε.Ι
- Απόφοιτος/η Α.Ε.Ι
- Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου
- Κάτοχος διδακτορικού τίτλου

4. Σε ποιο εργασιακό περιβάλλον δουλεύετε;

- Νοσοκομείο
- Ιατρείο
- Σχολείο
- Ιδιωτικό γραφείο
- Άλλο

Παρακαλώ διευκρινίστε:

5. Πόσα χρόνια ασκείτε το επάγγελμα σας;

6. Στον χώρο εργασίας σας, με τι ασθενείς ασχολείστε (π.χ παιδιά, ηλικιωμένους κ.α);

7. Σχιστία είναι:

- Κρανιοπροσωπικό σύνδρομο
 - Ένα μη φυσιολογικό άνοιγμα ή μια σχισμή σε μια ανατομική δομή, η οποία φυσιολογικά είναι κλειστή.
 - Νευρολογική διαταραχή
 - Δεν γνωρίζω
8. Έχετε ασχοληθεί/ασχολείστε με περιστατικά σχιστιών; Αν ναι, πόσο χρονικό διάστημα;

9. Με τι είδη σχιστιών έχετε ασχοληθεί/ασχολείστε;

- Μονόπλευρη σχιστία χείλους πλήρης/ατελής χωρίς σύνδρομο
- Αμφίπλευρη σχιστία χείλους πλήρης/ατελής χωρίς σύνδρομο
- Μονόπλευρη σχιστία υπερώας πλήρης/ατελής χωρίς σύνδρομο
- Αμφίπλευρη σχιστία υπερώας πλήρης/ατελής χωρίς σύνδρομο
- Μονόπλευρη σχιστία χείλους και υπερώας πλήρης/ατελής χωρίς σύνδρομο
- Αμφίπλευρη σχιστία χείλους και υπερώας πλήρης/ατελής χωρίς σύνδρομο
- Εμφανής υποβλεννογόνος σχιστία χωρίς σύνδρομο
- Αφανής υποβλεννογόνος σχιστία χωρίς σύνδρομο
- Σχιστία με σύνδρομο
- Δεν έχω ασχοληθεί
- Δεν γνωρίζω

10. Α) Πότε ασχοληθήκατε με τους ασθενείς;

- Αμέσως μετά την γέννηση
- Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα από την γέννηση
- Δεν έχω ασχοληθεί

Β) Ήταν επιδιορθωμένη η σχιστία;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν έχω ασχοληθεί

11. Η σχιστία μπορεί να δημιουργηθεί:

- Κατά την διάρκεια της κύησης
- Μετά την κύηση
- Δεν γνωρίζω

12. Τα αίτια των σχιστιών αφορούν:

- Γενετικούς παράγοντες
- Περιβαλλοντικούς παράγοντες
- Γενετικούς παράγοντες και περιβαλλοντικούς παράγοντες
- Κανένα από τα παραπάνω
- Δεν γνωρίζω

13. Πιστεύετε ότι τα παιδιά με σχιστίες παρουσιάζουν προβλήματα σίτισης;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω

14. Ποιοι ειδικοί πιστεύετε ότι ασχολούνται με τη σίτιση σε περιστατικά σχιστιών;

- Γαστρεντερολόγος Διατροφολόγος Νοσοκόμος Λογοπαθολόγος
- Εργοθεραπευτής Ψυχολόγος Ωτορινολαρυγγολόγος
- Πνευμονολόγος Ιατρός Ακτινολόγος
- Παιδίατρος/Νεογνολόγος Παιδοδοντίατρος Πλαστικός χειρουργός Δεν γνωρίζω

15. Α) Πιστεύετε ότι χρειάζεται κάποια ειδική εκπαίδευση για τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με σχιστίες στο θέμα της σίτισης;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω

Β) Εσείς έχετε λάβει κάποια εκπαίδευση στο θέμα της σίτισης για βρέφη-παιδιά με σχιστίες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

16. Πιστεύετε ότι πρέπει να υπάρχουν κλινικές σίτισης για βρέφη-παιδιά με σχιστίες;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω

17. Ποιοι ειδικοί γνωρίζετε πως αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών στο θέμα της σίτισης;

- Γαστρεντερολόγος Διατροφολόγος Νοσοκόμος Λογοπαθολόγος
- Εργοθεραπευτής Ψυχολόγος Ωτορινολαρυγγολόγος
- Πνευμονολόγος Ιατρός Ακτινολόγος
- Παιδίατρος/Νεογνολόγος Παιδοδοντίατρος Πλαστικός χειρουργός Δεν γνωρίζω

18. Ποιες εξετάσεις γίνονται για την αξιολόγηση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού;

- Μαγνητική Τομογραφία (MRI) Βιντεοφθοροσκόπηση (VFSS)
- Στοματοπροσωπική εξέταση Δεν γνωρίζω

19. Ποιοι ειδικοί αξιολογούν την σίτιση στα παιδιά με σχιστίες;

- Παιδο-Ωτορινολαρυγγολόγος Λογοθεραπευτής εξειδικευμένος
- Νεογνολόγος Ραδιολόγος Εργοθεραπευτής Δεν γνωρίζω

20. Ποιες εξετάσεις γίνονται για την αξιολόγηση της σίτισης του βρέφους;

- Βιντεοακτινοσκόπηση Βιντεοενδοσκόπηση (VESS) Δεν γνωρίζω

21. Με ποιον τρόπο γίνεται συνήθως η σίτιση του βρέφους με σχιστία;

(Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απαντήσεις)

- Με θηλασμό Με μπιμπερό Θηλασμό με θήλαστρο Δεν γνωρίζω

22. Ένα παιδί με σχιστία χρειάζεται παραπάνω χρόνο σίτισης:

A) Πριν την αποκατάσταση της σχιστίας:

- ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω

B) Μετά την αποκατάσταση της σχιστίας:

- ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω

23. Γνωρίζετε αν υπάρχουν εξειδικευμένα θήλαστρα για τη χρήση με το μπιμπερό;

- ΝΑΙ ΟΧΙ

24. Ποιο/α από τα παρακάτω θεωρείτε ότι αποτελεί/ούν συνέπεια της δυσκολίας στην σίτιση των παιδιών με σχιστία;

- Συχνή παραγωγή γουλιών
- Ρινική ανάρροια
- Βήχας
- Επεισόδιο/α πνιγμού
- Ωτίτιδα
- Εναλλακτική μέθοδος σίτισης
- Όλα τα παραπάνω
- Κανένα από τα παραπάνω
- Δεν γνωρίζω

25. Ποιες τροποποιήσεις μπορούν να βοηθήσουν στην πρόσληψη της υγρής τροφής;

- Τοποθέτηση του βρέφους
- Αργός ρυθμός σίτισης
- Τύπος του μπιμπερό
- Συχνή παύση στη σίτιση για ρέξιμο
- Τοποθέτηση θηλής/ θήλαστρου

Άλλη: _____

Δεν γνωρίζω

26. Πιστεύετε ότι τα παιδιά με σχιστία αργούν να ξεκινήσουν την πρόσληψη της στερεάς τροφής σε σχέση με τα παιδιά χωρίς σχιστία;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω

27. Ποιες τροποποιήσεις μπορούν να βοηθήσουν στην πρόσληψη της στερεάς τροφής;

- Ανάμειξη πολτοποιημένου φρούτου με δημητριακά
- Αργός ρυθμός σίτισης
- Παρουσίαση μικρών κουταλιών
- Σίτιση σε κατακόρυφη θέση
- Χρήση ειδικού κουταλιού

Άλλη: _____

Δεν γνωρίζω

28. Πιστεύετε ότι στα παιδιά με σχιστίες χρειάζεται συμπληρωματική διατροφή (ρεζερβουάρ και αγωγός);

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω

29. Χρησιμοποιείται το κύπελλο για την σίτιση του βρέφους:

- Προεγχειρητικά
- Μετεγχειρητικά
- Προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά
- Καθόλου
- Δεν το γνωρίζω

30. Πιστεύετε ότι βοηθάει πριν την επιδιόρθωση της σχιστίας η χρήση προσθετικής, όπως ο αποφρακτήρας;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω

