

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ
ΤΟΝ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΗΝ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ/ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ**

**TITLE: OTOLARYNGOLOGISTS'
KNOWLEDGE IN RELATION TO THE
ROLE OF SPEECH AND LANGUAGE
THERAPIST IN THE EVALUATION/
TREATMENT OF VOICE DISORDERS**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΖΑΡΝΑΒΕΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΟΤΣΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2015

**«Δεν είναι η φωνή
που κυριαρχεί σε μια
ιστορία. Είναι το αυτί.»**
Italo Calvino (1923-1985)

«...Στις οικογένειές μας...»

I. ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτρια μας κ. Κανελλοπούλου Ευαγγελία MSc / SLP-T κυρίως για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, και για τις πολύτιμες συμβουλές της, την υποστήριξή της και τη συνεισφορά της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Θα θέλαμε επίσης να απευθύνουμε τις ευχαριστίες μας στους γονείς μας, οι οποίοι στήριξαν τις σπουδές μας με διάφορους τρόπους, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωση μας, καθώς και την αμέριστη συμπαράσταση, αγάπη και ανοχή που μας έδειξαν καθ' όλη την διάρκεια υλοποίησης της εργασίας μας.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις κ. Παπαθεοδώρου Βασιλική, Γεωργιλοπούλου Αθανασία και Ντακάκη Γεωργία για το βιβλιογραφικό υλικό, καθώς και τις συμβουλές που μας παρείχαν , καθώς και τον κ. Δούβρη Κωνσταντίνο για την συμβολή του στην δημιουργία του ηλεκτρονικού μας ερωτηματολογίου.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους ωτορινολαρυγγολόγους που συμμετείχαν στην έρευνα, και για την αφιέρωση του πολύτιμου χρόνου τους στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μας.

Πίνακας περιεχομένων

I. ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
II. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
III. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	11
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	11
1.1. Μέλη που αποτελούν την διεπιστημονική ομάδα.....	11
1.2. Στάδια αξιολόγησης.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	16
ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	16
2.1 ΥΠΕΡΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ.....	16
2.1.1 Φωνητικά οζίδια (vocal fold nodules).....	16
2.1.2. Πολύποδας φωνητικών χορδών (vocal fold polyp).....	18
2.1.3.Έλκη εξ' επαφής (Contact ulcers/ Granuloma).....	18
2.1.4. Οίδημα Reinke (Reinke's oedema).....	19
2.1.5 Υποβλεννογόνιος αιμορραγία (Submucosal vocal fold haemorrhage).....	19
2.2. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ.....	20
2.2.1. Μονόπλευρη παράλυση φωνητικής χορδής (Unilateral vocal fold paralysis).....	20
2.2.2. Σπασμωδική δυσφωνία (Spasmodic dysphonia).....	22
2.2.3.Νόσος parkinson (Parkinson disease).....	24
2.3. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ.....	27
2.3.1. Ηβιφωνία (Puberphonia).....	27
2.4. ΦΩΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ.....	28
2.4.1 Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) (Gastroesophageal reflux).....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	32
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	32
3.1. Ερευνητικός σχεδιασμός - Πλάνο.....	32
3.2. Δείγμα.....	32
3.3. Διαδικασία Μέτρησης.....	33
3.4. Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση αποτελεσμάτων.....	33
3.4.1. Εισαγωγή και διαχείριση δεδομένων.....	33
3.4.2. Ανάλυση.....	35

3.4.3. Ανάλυση μιας μεταβλητής με μια μόνο απάντηση.....	35
3.4.4. Ανάλυση μιας μεταβλητής με πολλαπλές απαντήσεις	35
3.4.5. Επαγωγική στατιστική.....	36
3.4.6. Το Microsoft Excel στη συλλογή δεδομένων.....	37
3.5. Πιλοτική συνέντευξη.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	39
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	39
4.1. Δημογραφικά στοιχεία έρευνας.....	39
4.2. Θεματικοί άξονες.....	44
4.2.1. Θεματικός άξονας 1 (ερευνητικό ερώτημα 1).....	44
4.2.2. Θεματικός άξονας 2 (ερευνητικό ερώτημα 2).....	47
4.2.3. Θεματικός άξονας 3 (ερευνητικό ερώτημα 3).....	52
4.2.4. Θεματικός άξονας 4 (ερευνητικό ερώτημα 4).....	55
4.2.5. Θεματικός άξονας 5 (ερευνητικό ερώτημα 5).....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	60
5.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	64
6.1. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ.....	64
6.1.1 Γενικά συμπεράσματα.....	64
6.1.2. Περιορισμοί	64
6.1.3. Συστάσεις.....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	69
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΤΙΚΟ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ	69

II. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του κατά πόσο οι ωτορινολαρυγγολόγοι είναι ενημερωμένοι σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω της χορήγησης ερωτηματολογίου στον ιατρικό κλάδο των ωτορινολαρυγγολόγων. Το δείγμα αποτελούνταν από 50 ωτορινολαρυγγολόγους και συγκεκριμένα από 38 άνδρες και 12 γυναίκες, ηλικίας 35 έως 68 ετών, οι οποίοι εργάζονται σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι Έλληνες ωτορινολαρυγγολόγοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους τείνουν να γνωρίζουν τη συμβολή του λογοθεραπευτή, τόσο στη διάγνωση, όσο και στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής, με ποσοστό 76,4% και 66% αντίστοιχα. Επιπλέον παραπέμπουν σε λογοθεραπευτή ως επί το πλείστον για υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής με ποσοστό 40% και όταν οι υπερλειτουργικές διαταραχές χρήζουν χειρουργικής επέμβασης παραπέμπουν, τόσο προεγχειρητικά, όσο και μετεγχειρητικά. Ωστόσο το μεγαλύτερο ποσοστό επιλέγει άλλες μεθόδους θεραπείας. Τέλος παρατηρήθηκε πως δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απόψεις των ωτορινολαρυγγολόγων που εκπλήρωσαν τις σπουδές τους στο εξωτερικό, με τις απόψεις εκείνων που σπούδασαν στην Ελλάδα.

Λέξεις Κλειδιά: Λογοθεραπευτής, ωτορινολαρυγγολόγος, αξιολόγηση, διάγνωση, φωνητική θεραπεία, διαταραχή φωνής

ABSTRACT

Purpose: Purpose of this research is to investigate whether otolaryngologists are aware of the role of speech and language pathologists (SLPs) in the assessment and treatment of voice disorders.

Method: The survey was conducted via questionnaire delivery to the medical sector of otolaryngologists. The sample consisted of 50 otolaryngologists namely from 38 men and 12 women, aged 35-68 years, who work in various cities of Greece.

Results: The results suggest that most Greek otolaryngologists know the contribution of the contribution of the speech therapist, both in the diagnosis and in the treatment of voice disorders, with a percentage of 76,4 and 66% respectively. Moreover, they refer to SLPs mostly for the hyperfunctional voice disorders with a percentage of 40%, and when the hyperfunctional voice disorders need surgical intervention, otolaryngologists refer to a SLPs both pre and post surgery. However, the biggest percentage selects other treatment methods. Finally, it was observed that there is no statistically significant difference between the opinions of otolaryngologists who studied abroad and those who studied in Greece.

Keywords: Speech therapist, otolaryngologist, assessment, diagnosis, voice therapy, voice disorder.

III. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φώνηση αποτελεί ένα από τα πέντε υποσυστήματα παραγωγής της ομιλίας, η οποία αντικατοπτρίζει τα συναισθηματικά και προσωπικά χαρακτηριστικά του εκάστοτε ομιλητή (Aronson, 1980). Ως εκ τούτου, δεν είναι περίεργο το γεγονός ότι οι διαταραχές της φωνής έχουν αρνητικό αντίκτυπο για τα άτομα όλων των ηλικιών, καθώς μια διαταραχή της φωνής έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή της αυτό-εικόνας του ασθενή, η οποία σε συνδυασμό με το φωνητικό πρόβλημα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική/ ακαδημαϊκή του ζωή (Ramig & Verdolini, 1998).

Η αξιολόγηση, η διάγνωση, αλλά και η θεραπεία του φωνητικού αυτού προβλήματος, απαιτεί την συνεργασία διάφορων ειδικοτήτων και πιο συγκεκριμένα, αυτή του λογοθεραπευτή και του ωτορινολαρυγγολόγου. Οι δύο αυτές ειδικότητες, πραγματοποιούν από κοινού την διαδικασία της αξιολόγησης και της διάγνωσης. Αναφορικά με τη θεραπευτική παρέμβαση, ο ωτορινολαρυγγολόγος προσεγγίζει ιατρικά την κάθε διαταραχή, πχ φαρμακευτική και χειρουργική προσέγγιση, ενώ ο λογοθεραπευτής τις προσεγγίζει λιγότερο επεμβατικά, ακολουθώντας διάφορες μεθόδους φωνητικής θεραπείας. (Aronson, 1980, Mathieson, 2001, Schneider, 2012, Vinson, 2013, Χελιδόνη, 2006)

Υπάρχουν πολυάριθμες έρευνες στην διεθνή βιβλιογραφία (Αμερική, Αγγλία, Ιταλία) οι οποίες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της λογοθεραπευτικής παρέμβασης – φωνητικής θεραπείας στις διαταραχές της φωνής, καθώς και την αναγκαιότητα της συνεργασίας των δύο αυτών ειδικοτήτων στην αντιμετώπισή τους. (Murry & Woodson, 1995, Raming & Verdolini, 1998, Ruotsalainen et al, 2008, Speyer, 2008, Theis & Heartley, 2009, Theis, 2011)

Η έρευνα των Allen et al (1991), απέδειξε πως οι ωτορινολαρυγγολόγοι θεωρούν τον λογοθεραπευτή σημαντικό και αναπόσπαστο κομμάτι της αποτελεσματικής αντιμετώπισης των φωνητικών διαταραχών.

Δυστυχώς στην Ελλάδα δεν υπάρχουν παρόμοιες έρευνες και για τον λόγο αυτό, αποφασίσαμε να πραγματοποιήσουμε την συγκεκριμένη, η οποία έχει σκοπό την διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της λογοθεραπευτικής παρέμβασης, συγκρίνοντας την υπάρχουσα βιβλιογραφία με τα δεδομένα που λάβαμε από τη χορήγηση ερωτηματολογίου, απευθυνόμενο στον ιατρικό κλάδο των ωτορινολαρυγγολόγων. Θέμα του ερωτηματολογίου είναι οι γνώσεις των ωτορινολαρυγγολόγων σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής.

Επιπλέον, μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα θα προσπαθήσουμε να δώσουμε απαντήσεις στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Υπάρχει επαρκής ενημέρωση στον ιατρικό κλάδο των ωτορινολαρυγγολόγων σε σχέση με το ρόλο του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση/ διάγνωση και την αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που θα δώσουν απάντηση στο ερευνητικό αυτό ερώτημα, είναι οι παρακάτω:

- Θεωρείτε ότι κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής σας έχετε λάβει επαρκή ενημέρωση σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;
- Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι αρμοδιότητες του λογοθεραπευτή στην διάγνωση/ αξιολόγηση των διαταραχών της φωνής;

- Κατά πόσο θεωρείτε ότι ένας λογοθεραπευτής μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;
2. α) Παραπέμπουν οι ωτορινολαρυγγολόγοι σε λογοθεραπευτή για φωνητική θεραπεία /λογοθεραπευτική παρέμβαση;
 β) Για ποιες διαταραχές της φωνής παραπέμπουν οι ωτορινολαρυγγολόγοι σε λογοθεραπευτή;
 γ) Όταν η παραπομπή αφορά τις υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής που χρήζουν χειρουργικής επέμβασης, τότε επιδιώκεται αυτή;
 Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που θα δώσουν απάντηση στο ερευνητικό αυτό ερώτημα, είναι οι παρακάτω:
- Έχει χρειαστεί ποτέ να παραπέμψετε ασθενή σας σε λογοθεραπευτή;
 Εάν ναι, για ποια/ποιες διαταραχές παραπέμψατε;
 - Σε ασθενείς με υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής (δηλ. φωνητικά οζίδια, πολύποδες φωνητικών χορδών, οίδημα του Reinke, έλκος εξ' επαφής), που χρήζουν χειρουργικής επέμβασης, συνεργάζεστε με την ειδικότητα του λογοθεραπευτή;
 Εάν ναι, τότε επιδιώκετε την συνεργασία αυτή;
 - Εάν πιστεύετε ότι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση μπορεί να επιφέρει αλλαγές στην ποιότητα φωνής του ασθενή και να συνεισφέρει στην δημιουργία υπερλειτουργικής διαταραχής, εκτός από φαρμακευτική αγωγή, θα προτεινάτε και λογοθεραπευτική παρέμβαση;
3. Γνωρίζουν οι ωτορινολαρυγγολόγοι τον ρόλο του λογοθεραπευτή σε κάθε διαφορετικό τύπο διαταραχών της φωνής; (υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, ηβιφωνία, μονόπλευρη παράλυση φωνητικών χορδών, άλλες νευρολογικές διαταραχές, λαρυγγεκτομή)
 Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που θα δώσουν απάντηση στο ερευνητικό αυτό ερώτημα, είναι οι παρακάτω:
- Κατά τη γνώμη σας, η αντιμετώπιση των υπερλειτουργικών διαταραχών της φωνής (δηλ. φωνητικά οζίδια, πολύποδες φωνητικών χορδών, οίδημα του Reinke, έλκη εξ' επαφής) τί μπορεί να περιλαμβάνει;
 - Τι θεραπεία προτείνετε σε ασθενείς με υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, που δεν χρήζουν χειρουργικής επέμβασης (πχ. οζίδια αρχικού σταδίου);
 - Τι συμβουλές θα δίνατε σε έναν έφηβο με ηβιφωνία (με τον όρο ηβιφωνία, εννοούμε την κατάσταση κατά την οποία οι νεαροί άνδρες επιμένουν να χρησιμοποιούν την εφηβική, υψηλή φωνή ακόμα και μετά το πέρας της εφηβείας, χωρίς να υπάρχει κάποια οργανική αιτιολογία);
 - Θεωρείτε ότι η λογοθεραπευτική παρέμβαση θα μπορούσε να είναι ωφέλιμη σε μία μονόπλευρη παράλυση προσαγωγής των φωνητικών χορδών;
 - Θεωρείτε ότι ο λογοθεραπευτής αποτελεί σημαντικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας για την αποκατάσταση της φωνής σε ασθενή μετά από λαρυγγεκτομή;
4. Με ποιον τρόπο θα μπορούσε να επιτευχθεί καλύτερη ενημέρωση – συνεργασία στον κλάδο των ωτορινολαρυγγολόγων, σχετικά με την επιστήμη της λογοθεραπείας, όσον αφορά τις διαταραχές της φωνής;

Η ερώτηση του ερωτηματολογίου που θα δώσει απάντηση στο ερευνητικό αυτό ερώτημα, είναι η εξής:

- Με ποιους τρόπους θα μπορούσε, κατά τη γνώμη σας, να επιτευχθεί καλύτερη ενημέρωση, στην ειδικότητά σας, σχετικά με την επιστήμη της λογοθεραπείας;

5. Υπάρχει διαφορά απόψεων, όσον αφορά την επαρκή ενημέρωση των ωτορινολαρυγγολόγων που έχουν σπουδάσει στο εξωτερικό, με αυτούς που έχουν σπουδάσει στην Ελλάδα, σχετικά με τη συμβολή του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;

Με σκοπό την ανεύρεση απάντησης στο ερευνητικό αυτό ερώτημα, τέθηκαν οι εξής υποθέσεις:

Μηδενική υπόθεση (H0): Η χώρα απόκτησης πτυχίου και η επαρκής ενημέρωση είναι ανεξάρτητα χαρακτηριστικά μεταξύ τους.

Εναλλακτική υπόθεση (H1): Η χώρα απόκτησης πτυχίου και η επαρκής ενημέρωση δεν είναι ανεξάρτητα χαρακτηριστικά μεταξύ τους.

Μηδενική υπόθεση(H0): Η χώρα απόκτησης πτυχίου και η συμβολή του λογοθεραπευτή στις διαταραχές φωνής είναι ανεξάρτητα χαρακτηριστικά μεταξύ τους.

Εναλλακτική υπόθεση (H1): Η χώρα απόκτησης πτυχίου και η συμβολή του λογοθεραπευτή στις διαταραχές φωνής δεν είναι ανεξάρτητα χαρακτηριστικά μεταξύ τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Στο παρακάτω κεφάλαιο, θα αναφερθούμε στην διαδικασία αξιολόγησης της φωνής, όπως ακολουθείται στο εξωτερικό και συγκεκριμένα στην Αγγλία και την Αμερική, στα μέλη που αποτελούν την διεπιστημονική ομάδα για την αξιολόγηση και την διάγνωση μιας διαταραχής του φωνητικού συστήματος και τέλος, στις μεθόδους αξιολόγησης.

Η μη φυσιολογική κίνηση των φωνητικών χορδών προκαλεί δυσφωνία, αλλαγή της χροιάς, κόπωση και ενοχλήσεις στον λάρυγγα. Εάν τα συμπτώματα αυτά είναι παρόντα για παραπάνω από πέντε ημέρες, απαιτείται η εξέταση από ειδικό γιατρό, για την αξιολόγηση του φωνητικού συστήματος και την ορθή και έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος. (Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013)

1.1. Μέλη που αποτελούν την διεπιστημονική ομάδα

Τα βασικότερα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, με τα οποία έρχεται αρχικά σε επαφή ο ασθενής, είναι ο ωτορινολαρυγγολόγος και ο λογοθεραπευτής. Οι ειδικότητες αυτές, συνεργάζονται για την αξιολόγηση και την σωστή διάγνωση της διαταραχής, καθώς και για την δημιουργία κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου, το οποίο οφείλει να είναι ανάλογο με τις ανάγκες, αλλά και με τις ικανότητες του κάθε ασθενή. (Mathieson, 2001)

Η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται και από άλλες ειδικότητες, όπως ψυχολόγοι, ψυχίατροι, δάσκαλοι τραγουδιού, διατροφολόγοι, και άλλοι, οι οποίοι συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των διάφορων διαταραχών, καθώς ο συνδυασμός απόψεων και γνώσεων, από διαφορετικές επιστημονικές σκοπιές, εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης θεραπείας. (Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013)

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, στην Αγγλία ένας ασθενής με δυσφωνία παραπέμπεται από γιατρό γενικής ιατρικής σε ωτορινολαρυγγολόγο, ο οποίος κάνει την ιατρική διάγνωση και στη συνέχεια την παραπομπή σε λογοθεραπευτή, για την θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής. (Mathieson, 2001)

Σύμφωνα με τον Aronson (1980), οι λόγοι για τους οποίους γίνεται η παραπομπή από ωτορινολαρυγγολόγο σε λογοθεραπευτή στην Αμερική, είναι οι εξής:

- για διαφορική διάγνωση, καθώς ο λογοθεραπευτής μπορεί να συμβάλει στην αποσαφήνιση μιας δυσλειτουργίας της φωνής, όταν ο ωτορινολαρυγγολόγος δεν βρίσκει τα αίτια
- για φωνητική θεραπεία, εάν κριθεί απαραίτητη, έναντι της χειρουργικής και της ιατρικής – φαρμακευτικής θεραπείας
- για προεγχειρητική και μετεγχειρητική θεραπεία, όταν κρίνεται απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση, αλλά και η φωνητική θεραπεία, για την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της επέμβασης στην φωνή του ασθενή. (Aronson, 1980)

Συμπερασματικά, όπως φαίνεται από τα παραπάνω στοιχεία, ο ρόλος του λογοθεραπευτή είναι μείζονος σημασίας τόσο για την αξιολόγηση, όσο και για την διάγνωση των διαταραχών της φωνής.

1.2. Στάδια αξιολόγησης

Η απολογητική διαδικασία είναι παρόμοια για όλες τις διαταραχές της φωνής και αποτελείται από τα παρακάτω στάδια:

1^ο στάδιο: Λήψη ιστορικού

Το ιστορικό είναι το πρώτο βήμα για την σωστή αξιολόγηση και διάγνωση της εκάστοτε φωνητικής διαταραχής. Σε αυτό πρέπει να περιλαμβάνονται τα εξής:

1. Προσωπικά στοιχεία του ασθενή, όπως το φύλο, η ηλικία κλπ.
2. Η έναρξη και η εξέλιξη της φωνητικής διαταραχής.
3. Η αλλαγή της φωνητικής ποιότητας, έτσι όπως γίνεται αντιληπτή από τον ίδιο τον ασθενή, αλλά τους οικείους του.
4. Η αναφορά ενδεχόμενων προηγούμενων φωνητικών προβλημάτων, καθώς και η ακόλουθη θεραπεία.
5. Διάφορα ιατρικά προβλήματα που ίσως αντιμετωπίζει ο ασθενής, όπως π.χ. άσθμα, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, κ.α. Χειρουργικές επεμβάσεις που έχουν γίνει στο παρελθόν, και επίσης αν γίνεται η λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής. Τα δεδομένα αυτά είναι πολύ σημαντικό να συλλεχθούν, καθώς ενδέχεται να συνέβαλλαν στην δημιουργία του φωνητικού προβλήματος και έτσι να έχουν εξέχουσα σημασία στην σωστή διάγνωση της διαταραχής.
6. Στοιχεία για την φωνητική υγιεινή του ασθενή, που αφορούν το αν ο ασθενής είναι ή ήταν καπνιστής και την ποσότητα του καπνίσματος, το αν γίνεται λήψη αλκοολούχων ποτών, την ποσότητα και την συχνότητα αυτών, πόση είναι η ημερήσια πρόσληψη νερού του ασθενή και ακόμη η λήψη προϊόντων που περιέχουν καφεΐνη και η ποσότητά τους.
7. Αν ο ασθενής είναι επαγγελματίας χρήστης φωνής και στοιχεία για το περιβάλλον όπου εργάζεται.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η λήψη του ιστορικού γίνεται από τον λογοθεραπευτή μέσω συζήτησης με τον ασθενή, όπου ενθαρρύνεται να περιγράψει το πρόβλημά του, όπως ο ίδιος το βιώνει, τις επιπτώσεις του προβλήματος στους διάφορους τομείς της καθημερινότητάς του και τις ανησυχίες του σε σχέση με το πρόβλημα. Πρωταρχικής σημασίας στόχος του λογοθεραπευτή στο συγκεκριμένο στάδιο, είναι η καλή αλληλεπίδραση μεταξύ του ίδιου και του ασθενή, διότι αν ο δεύτερος σχηματίσει αρνητικά συμπεράσματα θα υπάρξει και υπονόμευση της αποτελεσματικότητας ολόκληρης της θεραπείας. (Mathieson, 2001, Vinson, 2013, Χελιδόνη, 2006)

2^ο στάδιο: Φυσική εξέταση

Η φυσική εξέταση γίνεται από τον ωτορινολαρυγγολόγο και αποτελείται από τις ακόλουθες διαδικασίες:

- Εξέταση του λαιμού και της πλάτης για την ανεύρεση σημείων με έντονη μυϊκή ένταση.

- Εξέταση των αυτιών μέσω ακοογράμματος και τυμπανογράμματος για πιθανό έλλειμμα ακοής, το οποίο επηρεάζει την φωνή.
- Εξέταση της στοματικής κοιλότητας και συγκεκριμένα των χειλιών, δοντιών, ούλων, της γλώσσας και του στοματικού βλεννογόνου και καταγραφή της ενδεχόμενης εύρεσης ελκών ή μαζών στις προαναφερθείσες δομές.
- Εξέταση του λαιμού, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει την ψηλάφηση των σιελογόνων αδένων, του θυρεοειδούς αδένα και του μυϊκού συστήματος του λαιμού. (Vinson, 2013)

3^ο στάδιο: Λαρυγγοσκόπηση

Κατά τη διάρκεια της λαρυγγοσκόπησης, η οποία πραγματοποιείται από τον ωτορινολαρυγγολόγο, ιδανικά θα πρέπει να παρευρίσκεται και ο λογοθεραπευτής, διότι ο πρώτος κάνει την διάγνωση της φωνητικής διαταραχής, ενώ ο δεύτερος αξιολογεί την φωνητική συμπεριφορά του ασθενή. Αν πάραυτα δεν είναι εφικτή η παρουσία του, είναι πολύ σημαντικό να ενημερωθεί, μέσω γραπτής αναφοράς, για τα αποτελέσματα της εξέτασης και επιπλέον για την μέθοδο λαρυγγικής εξέτασης που πραγματοποιήθηκε. (Mathieson, 2001)

Υπάρχουν δύο είδη λαρυγγοσκόπησης, η άμεση και η έμμεση.

Η άμεση παρέχει λεπτομερή προβολή του εσωτερικού του λάρυγγα και πραγματοποιείται κατόπιν ολικής αναισθησίας. Ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση και το λαρυγγοσκόπιο εισάγεται στη στοματική κοιλότητα και εν συνεχεία στο επίπεδο των φωνητικών χορδών, όπου επιθεωρούνται οι δομές, όχι όμως σε κίνηση, καθώς ο ασθενής είναι ναρκωμένος. (Aronson, 1980)

Η έμμεση λαρυγγοσκόπηση συνήθως γίνεται σε συνδυασμό με στροβοσκόπηση και αξιολογούνται οι διάφορες δομές εν κινήσει. Η μέθοδος αυτή απαιτεί τη χρήση ειδικού εξοπλισμού και γίνεται εύκολα ανεκτή από τον εξεταζόμενο. Επιπροσθέτως, δίνει ακριβέστερη διάγνωση, με στατιστικά σημαντική διαφορά, από τις υπόλοιπες μεθόδους. (Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013)

Μέσω της βιντεοστροβοσκόπησης, μπορεί να εξεταστεί η πηγή των φωνητικών χορδών, το γλωττιδικό κλείσιμο, το κλείσιμο και η συμμετρία της κάθε γλωττιδικής φάσης, η παρουσία και η έκταση του κάθε φωνητικού κύματος, το πλάτος της κάθε δόνησης, η περιοδικότητα του εκάστοτε δονητικού κύκλου και τέλος, η υπεργλωττιδική δραστηριότητα.

Τα στοιχεία αυτά, οδηγούν στην διάγνωση της φωνητικής διαταραχής. (Mathieson, 2001, Vinson, 2013)

4^ο στάδιο: Αξιολόγηση ακουστικών και αεροδυναμικών παραμέτρων της φωνής

Η αξιολόγηση των παραμέτρων της φωνής γίνεται από τον λογοθεραπευτή, με την χρήση ειδικών προγραμμάτων ηλεκτρονικού υπολογιστή και κλιμάκων φυσιολογικών δεδομένων και αποτελείται από τα εκάστοτε βήματα:

1. Αξιολόγηση βασικών παραμέτρων της φωνής:

Η αξιολόγηση αυτή μπορεί να γίνει και κατά τη διάρκεια της συζήτησης κλινικού και ασθενή, όπου ο κλινικός αξιολογεί την φωνή του ασθενή όσον αφορά την ποιότητα, το ύψος, την ένταση και την σταθερότητα. Συμπληρωματικά, αξιολογεί τον ρυθμό της ομιλίας του, καθώς και την παρουσία και τη διάρκεια των παύσεων του. Σε περίπτωση που θέλει να διερευνήσει εκτενέστερα κάποια από τις παραπάνω παραμέτρους, όπως για παράδειγμα το ύψος, μπορεί να ζητήσει από τον ασθενή να

παράγει μια κλίμακα όσο πιο ψηλά και όσο πιο χαμηλά μπορεί, με σκοπό να καθορίσει την διακύμανση του ύψους του. (Aronson, 1980)

2. Μέγιστος Χρόνος Φώνησης (Μ.Χ.Φ) (MPT):

Ζητείται από τον ασθενή να παράγει τρεις φορές το ίδιο φώνημα (φώνημα /a/), για όσο περισσότερο χρόνο μπορεί και καταγράφεται σ' ένα πρόγραμμα υπολογιστή. Ο Μ.Χ.Φ, που θα υπολογιστεί από το πρόγραμμα, θα συγκριθεί με τις υπάρχοντες νόρμες, για να διερευνηθεί αν υπάρχει απόκλιση από τον φυσιολογικό, ο οποίος με βάση την βιβλιογραφία είναι 25 – 35 δευτερόλεπτα για τους άνδρες και 15 – 25 δευτερόλεπτα για τις γυναίκες. (Mathieson, 2001)

Άλλος ένας τρόπος για να υπολογιστεί η αναπνευστική λειτουργία σε σχέση με την φωνητική ποιότητα, είναι να παράγει ο ασθενής τα φωνήματα /s/ (άηχο τριβόμενο σύμφωνο) και /z/ (ηχηρό τριβόμενο σύμφωνο). Η διάρκεια του φωνήματος /s/ δείχνει την διάρκεια της εκπνοής. Είναι σημαντικό το φώνημα /z/ να έχει την ίδια διάρκεια, διότι αν είναι μικρότερη, υποδηλώνεται διαταραχή στη λειτουργία του λάρυγγα. (Eckel & Boone, 1981).

3. Ανάλυση ακουστικών παραμέτρων της φωνής:

Το φώνημα που παρήγαγε στο προηγούμενο βήμα ο ασθενής, τώρα χρησιμοποιείται για την ανάλυση των ακουστικών παραμέτρων της φωνής και συγκεκριμένα για την ανάλυση της βασικής συχνότητας (F0), του jitter, του shimmer, και του noise-to-harmonics-ratio (NHR). Πιο συγκεκριμένα, ο ασθενής μαγνητοφωνείται να παράγει το φώνημα /a/ και το υπολογιστικό πρόγραμμα παράγει τα παραπάνω δεδομένα. Εν συνεχεία, ο κλινικός συγκρίνει τα δεδομένα του ασθενή με τις κλίμακες φυσιολογικών δεδομένων για να διερευνήσει την ύπαρξη της απόκλισης, καθώς και το μέγεθος αυτής. (Schindler et al, 2006)

5^ο στάδιο: Αυτοαξιολόγηση

Στο στάδιο αυτό, ο ίδιος ο ασθενής συμπληρώνει μια κλίμακα αυτοαξιολόγησης, όπως είναι η Voice Handicap Index (VHI), η οποία χρησιμοποιείται για αξιολογηθεί ο αντίκτυπος της διαταραχής στους διάφορους τομείς της καθημερινότητας του πάσχοντος, και επιπροσθέτως για μέσο αποτελεσματικότητας της ακόλουθης θεραπείας, διότι ο ασθενής την ξανασυμπληρώνει μετά το πέρας της θεραπείας και τα αποτελέσματα συγκρίνονται. (Bhattarai et al, 2010, Schindler et al, 2006)

6^ο στάδιο: Αξιολόγηση ψυχολογικών παραγόντων

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες σχετίζονται με τις διαταραχές της φωνής, γι' αυτό λοιπόν ο λογοθεραπευτής οφείλει να διερευνήσει και τους ψυχολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του προβλήματος. Σε αυτό το σημείο είναι πολύ πιθανή η παραπομπή σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο, για την καλύτερη και πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της διαταραχής. (Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013)

Εν κατακλείδι, μετά το πέρας ολόκληρης της αξιολογητικής διαδικασίας, γίνεται σύνοψη των ευρημάτων και μέσω της συνεργασίας των διάφορων ειδικοτήτων που συμμετείχαν στην διαδικασία, γίνεται η σωστή διάγνωση, αλλά και ο σχεδιασμός του κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου, το οποίο πρέπει πάντοτε να

συμβαδίζει με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του πάσχοντος. (Marybeth et al, 1991, Schneider, 2012, Pannbacker, 1999)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το ακόλουθο κεφάλαιο αναφέρεται στις μεθόδους θεραπείας των διαταραχών της φωνής, όπως αυτές ακολουθούνται στην Ευρώπη (Αγγλία και Ιταλία) και την Αμερική. Έμφαση θα δοθεί στην διεπιστημονική προσέγγιση, καθώς και στην φωνητική θεραπεία και την αποτελεσματικότητα αυτής.

Η θεραπεία που ακολουθείται στις διαταραχές της φωνής, είναι δύο ειδών: η επεμβατική και η συντηρητική. Στην επεμβατική, το χειρουργείο ή η ιατρική – φαρμακευτική προσέγγιση είναι η ενδεδειγμένη μορφή θεραπείας, ενώ στην συντηρητική, η φωνοθεραπεία. Σημειώνεται όμως ότι η φωνοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει φωνητικού και σωματικού τύπου ασκήσεις σε συνδυασμό με αλλαγές συμπεριφοριστικού τύπου, είναι απαραίτητη και σε περίπτωση επέμβασης, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. (Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013)

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει πληθώρα ερευνών, οι οποίες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της φωνητικής θεραπείας στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής, η οποία έχει ως στόχο την αύξηση της αποτελεσματικής φώνησης και την μείωση των αρνητικών επιπτώσεων του φωνητικού προβλήματος. (Ramig & Verdolini, 1998, Ruotsalainen et al, 2008, Speyer, 2008)

Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, αντιμετωπίζει την διαταραχή της φωνής ως διαταραχή επικοινωνίας, αναλύοντας τις αιτίες, συνυπολογίζοντας το συναισθηματικό ιστορικό, την ψυχοδυναμική της δυσφωνίας και τους επικοινωνιακούς ρόλους του ασθενούς. (Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013)

Απαραίτητη βέβαια είναι και η πλήρης κατανόηση του ασθενή σχετικά με την διαταραχή που παρουσιάζει, καθώς και με τους στόχους της προτεινόμενης θεραπείας, διότι αν η κατάσταση δεν ξεκαθαριστεί εξ' αρχής, οι αβάσιμες θεωρίες που πλάθει ο ασθενής μπορεί να επηρεάσουν τις φωνητικές συμπεριφορές του και κατ' επέκταση την πρόοδο της θεραπείας. (Mathieson, 2001)

Στη συνέχεια, αναλύονται οι φωνητικές διαταραχές με τις οποίες θα ασχοληθούμε στην παρούσα έρευνα, καθώς και οι μέθοδοι αντιμετώπισής τους.

2.1 ΥΠΕΡΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ

Στις υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, ανήκουν τα φωνητικά οζίδια, οι πολύποδες φωνητικών χορδών, τα έλκη εξ' επαφής, το οίδημα Reinke και η υποβλεννογόσιος αιμορραγία, διαταραχές οφειλόμενες σε φωνητική κατάχρηση. (Mathieson, 2001)

2.1.1 Φωνητικά οζίδια (vocal fold nodules)

Τα φωνητικά οζίδια, είναι η πιο συχνή λαρυγγική παθολογία και περιγράφονται ως μικρές, άσπρες μάζες, οι οποίες εμφανίζονται αμφοτερόπλευρα στην συμβολή του πρόσθιου και των οπίσθιων 2/3 των φωνητικών χορδών.

Ο κυριότερος παράγοντας εμφάνισής τους, είναι η φωνητική κατάχρηση, όμως επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, όπως ιατρικοί, φυσιολογίας και ψυχολογικοί.

Τα παρουσιαζόμενα συμπτώματα είναι δυσφωνία που χαρακτηρίζεται από βραχνή και αναπνευστική φωνή, χαμηλό ύψος και λαρυγγική υπερλειτουργία. Συνήθως η φωνή είναι καλύτερη το πρωί και χειροτερεύει κατά τη διάρκεια της μέρας. (Allen et al, 1991, Pannbacker, 1999, Rubin & Lehrhoff, 1962)

Η λήψη της απόφασης για την κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο, γίνεται κατόπιν συνεργασίας του ωτορινολαρυγγολόγου και του λογοθεραπευτή, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία του ασθενή, την διάρκεια εμφάνισης των οζιδίων, την παρουσία ή όχι άλλων συμπτωμάτων και τέλος, την επιλογή του ίδιου του ασθενή. (Allen et al, 1991, Holmberg et al, 2001, McCrory, 2001, Pannbacker, 1999, Verdolini – Marston et al, 1995)

Έρευνα των MacFarlane & Watterson (1990), η οποία έγινε στην Νεβάδα των Η.Π.Α, σε 33 συμμετέχοντες (30 γυναίκες και 3 άνδρες) με φωνητικά οζίδια, ακολουθώντας άμεση φωνητική θεραπεία (ασκήσεις χαλάρωσης και ήπιας έναρξης φώνησης) και συμβουλές για φωνητική υγιεινή, υπέδειξε την αποτελεσματικότητα της φωνητικής θεραπείας στην αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής, καθώς τα φωνητικά οζίδια εξαλείφθηκαν και η φωνή επανήλθε στο φυσιολογικό σε όλους τους συμμετέχοντες.

Μια ακόμη έρευνα που αποδεικνύει την αποτελεσματικότητα της φωνητικής θεραπείας, είναι αυτή του Blood (1994), η οποία έγινε στην Αμερική, σε δύο γυναίκες με φωνητικά οζίδια. Η θεραπεία που ακολουθήθηκε αποτελούνταν από φωνητική εκπαίδευση, ασκήσεις αναπνοής, ασκήσεις ήπιας έναρξης φώνησης και ασκήσεις χαλάρωσης. Μετά το τέλος της θεραπείας, τα οζίδια εξαλείφθηκαν και στις δύο περιπτώσεις.

Άλλη μία έρευνα, είναι αυτή των Murry & Woodson (1992) που στην Καλιφόρνια, έγινε σε 59 συμμετέχοντες (48 γυναίκες και 11 άνδρες) με φωνητικά οζίδια, η οποία συγκρίνει την χειρουργική επέμβαση και τον συνδυασμό χειρουργικής επέμβασης και φωνητικής θεραπείας (ασκήσεις αναπνοής, χαλάρωσης και ήπιας έναρξης φώνησης) και καταλήγει στο ότι μεγαλύτερη βελτίωση έδειξαν τα άτομα που υποβλήθηκαν συνδυαστικά σε χειρουργείο και λογοθεραπευτική παρέμβαση.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί και η έρευνα των Allen et al (1991), η οποία έγινε στο Μέιν της Αμερικής, και απευθύνονταν σε 21 λογοθεραπευτές και 32 ωτορινολαρυγγολόγους. Στόχος της έρευνας ήταν η σύγκριση των απόψεων των παραπάνω ειδικοτήτων αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της φωνητικής θεραπείας στην αντιμετώπιση των φωνητικών οζιδίων. Το 81% των ωτορινολαρυγγολόγων και το 87% των λογοθεραπευτών αποφάνθηκαν πως η φωνητική θεραπεία είναι πάντα ή τις περισσότερες φορές αποτελεσματική. Τέλος, πολύ σημαντικό είναι να αναφερθεί πως μόνο το 5% των ωτορινολαρυγγολόγων υποστήριξε πως πάντα παραπέμπει σε λογοθεραπευτή για φωνητική θεραπεία, ενώ το 75% υποστήριξε πως παραπέμπει αρκετά συχνά ή περιστασιακά.

Με βάση τα παραπάνω, προτείνεται πως η αποτελεσματικότερη μέθοδος αντιμετώπισης των φωνητικών οζιδίων, είναι η φωνητική θεραπεία (λογοθεραπευτική παρέμβαση) σε συνδυασμό με φωνητική υγιεινή. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, και κυρίως σε χρόνια οζίδια, λαμβάνοντας υπόψη τον τύπο, την τοποθεσία και την έκταση των οζιδίων, προτείνεται η χειρουργική αφαίρεση συνδυαστικά πάντα με φωνοθεραπεία.

2.1.2. Πολύποδας φωνητικών χορδών (vocal fold polyp)

Ο πολύποδας ορίζεται ως μόρφωμα του ελεύθερου χείλους της γνήσιας φωνητικής χορδής. (Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013)

Οφείλεται σε φωνητική κατάχρηση και τα συμπτώματά του είναι βραχνάδα, φωνητική δυσφορία και αίσθηση ξένου σώματος στον λαιμό. (Mathieson, 2001, Vinson, 2013)

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η προτεινόμενη θεραπεία για τα αρχικά στάδια του πολύποδα, δηλαδή όταν αυτός είναι ακόμα μικρός, είναι η φωνητική θεραπεία (λογοθεραπευτική παρέμβαση). Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις, η αποτελεσματικότερη μέθοδος αντιμετώπισής του, είναι η χειρουργική αφαίρεση του σε συνδυασμό με φωνοθεραπεία, προ και κατόπιν αυτής. Προεγχειρητικά ο ασθενής και ο λογοθεραπευτής θα συζητήσουν για το φωνητικό πρόβλημα και ο δεύτερος θα δώσει συμβουλές για φωνητική υγιεινή, οι οποίες θα φανούν χρήσιμες κατόπιν του χειρουργείου. Μετεγχειρητικά, η φωνητική θεραπεία είναι απαραίτητη για την αλλαγή της λανθασμένης φωνητικής συμπεριφοράς του ασθενή, με σκοπό την μείωση της πιθανότητας επανεμφάνισης του πολύποδα. (Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013, Mathieson, 2001, Ramig & Verdolini, 1998, Vinson, 2013)

Η έρευνα των Cohen & Garrett (2007), η οποία έγινε στην Αμερική σε 57 συμμετέχοντες με πολύποδα αρχικού σταδίου (δηλαδή χωρίς να είναι απαραίτητη η χειρουργική του αφαίρεση), όπου τους χορηγήθηκε φωνητική θεραπεία σε συνδυασμό με συμβουλές για φωνητική υγιεινή, απέδειξε την αποτελεσματικότητα της φωνητικής θεραπείας στην αντιμετώπιση του πολύποδα, καθώς τα αποτελέσματα της επαναξιολόγησης έδειξαν πως το 68,8% των συμμετεχόντων είχε πλήρες γλωττιδικό κλείσιμο και αξιοσημείωτη βελτίωση της ποιότητας φωνής.

2.1.3. Έλκη εξ' επαφής (Contact ulcers/ Granuloma)

Τα έλκη εξ' επαφής είναι βλάβες, οι οποίες εμφανίζονται στο εμπρόσθιο τμήμα των φωνητικών χορδών. Η κλασική τους περιγραφή, είναι αυτή ενός μεγάλου κοκκιώματος στην μία φωνητική χορδή και ενός κρατήρα στην άλλη, τα οποία έρχονται σε πλήρη επαφή κατά την διάρκεια της δόνησης των φωνητικών χορδών για την παραγωγή της ομιλίας.

Τα συμπτώματα είναι τραχειά φωνητική ποιότητα, χαμηλό ύψος φωνής και παραγωγή κοπιώδους φώνησης. Οφείλεται σε κατάχρηση της φωνητικής συμπεριφοράς, σε ενδοτραχειακή διασωλήνωση ή σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση γι' αυτό ο ωτορινολαρυγγολόγος, πρέπει να αναγνωρίσει το υποβόσκων πρόβλημα για να επιλεγθεί και η κατάλληλη θεραπευτική μέθοδος. (Mathieson, 2001, Vinson, 2013)

Με βάση την βιβλιογραφία, αναφέρεται πως η φωνητική θεραπεία (λογοθεραπευτική παρέμβαση), είτε από μόνη της, είτε σε συνδυασμό με ιατρική ή χειρουργική παρέμβαση, είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος αντιμετώπισης των ελκών εξ' επαφής. (Mathieson, 2001)

Σε παρόμοιο συμπέρασμα οδηγήθηκε και η έρευνα των Koufman & Blalock (1989), η οποία έγινε στη Νότια Καρολίνα, σε 126 ασθενείς με έλκη εξ' επαφής που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, εκ των οποίων οι μισοί είχαν λάβει προεγχειρητική φωνητική θεραπεία, ενώ οι άλλοι μισοί όχι. Η προεγχειρητική

φωνητική θεραπεία αποτελούνταν αρχικά από συζήτηση μεταξύ των ασθενών και του λογοθεραπευτή σχετικά με την διαταραχή τους και δευτερευόντως από συμβουλές φωνητικής υγιεινής, όπως π.χ. αποφυγή δυνατής έντασης φωνής, αποφυγή συχνού και έντονου καθαρισμού του λαιμού, αύξηση της ημερήσιας πρόσληψης νερού και μείωση του καπνίσματος. Οι συμβουλές αυτές φάνηκαν ιδιαίτερα χρήσιμες κατόπιν του χειρουργείου, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα, τα οποία έδειξαν ότι από τους ασθενείς που είχαν λάβει προεγχειρητική φωνητική θεραπεία, μόνο το 16% εμφάνισε δυσφωνία κατόπιν του χειρουργείου, εν αντιθέσει με το 54% των ασθενών που δεν έλαβαν φωνητική θεραπεία και εμφάνισαν δυσφωνία μετά το χειρουργείο.

2.1.4. Οίδημα Reinke (Reinke's oedema)

Περιγράφεται ως οίδηματώδης αλλοίωση των φωνητικών χορδών, λόγω της συλλογής ζελατινώδους υγρού κάτω από τον βλεννογόνο της γνήσιας φωνητικής χορδής. Οι κυριότεροι παράγοντες για την εμφάνισή του είναι το χρόνια κάπνισμα και η χρόνια φωνητική κατάχρηση.

Τα συμπτώματα είναι τραχειά και αναπνευστική ποιότητα φωνής, χαμηλό ύψος, μειωμένη κλίμακα έντασης φωνής και παραγωγή κοπιώδους φώνησης. (Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013, Mathieson, 2001)

Βασιζόμενοι στην βιβλιογραφία, αναφέρουμε πως η αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση για την διαταραχή αυτή, είναι η χειρουργική επέμβαση σε συνδυασμό με προεγχειρητική και μετεγχειρητική φωνητική θεραπεία (λογοθεραπευτική παρέμβαση). Προεγχειρητικά, σκοπός του λογοθεραπευτή είναι η παροχή συμβουλευτικής στον πάσχοντα, ενώ μετεγχειρητικά η μείωση των καταχρηστικών φωνητικών συμπεριφορών. Σημειώνεται όμως πως πρωταρχικός στόχος της θεραπείας, είναι ο ασθενής να ακολουθήσει κάποιους κανόνες φωνητικής υγιεινής, όπως είναι η διακοπή του καπνίσματος, διότι σε αντίθετη περίπτωση το οίδημα μπορεί να υποτροπιάσει. (Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013, Mathieson, 2001)

2.1.5 Υποβλεννογόνιος αιμορραγία (Submucosal vocal fold haemorrhage)

Η διαταραχή αυτή οφείλεται σε αιμορραγία κάποιου αγγείου μέσα στην βλεννογόνο της γνήσιας φωνητικής χορδής. Συνήθως είναι μονόπλευρη, προκαλείται από φωνητική κατάχρηση ή φωνητικό τραυματισμό και παρατηρείται κυρίως σε επαγγελματίες χρήστες φωνής. (Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013, Mathieson, 2001)

Η προτεινόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, σε περιπτώσεις απλής αιμορραγίας, είναι η φωνητική θεραπεία (λογοθεραπευτική παρέμβαση) σε συνδυασμό με συμβουλές φωνητικής υγιεινής. Αν όμως έχουν δημιουργηθεί ανατομικές ανωμαλίες στον βλεννογόνο των φωνητικών χορδών, όπως για παράδειγμα κύστες ή πολύποδες, τότε απαραίτητη κρίνεται η χειρουργική αφαίρεση συνδυαστικά με προεγχειρητική και μετεγχειρητική φωνοθεραπεία. (Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013, Mathieson, 2001)

Επιπλέον, μια ακόμη έρευνα που αποδεικνύει την αποτελεσματικότητα της λογοθεραπευτικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση των υπερλειτουργικών διαταραχών της φωνής, είναι η έρευνα των Behrman et al (2008), που έγινε στη Νέα Υόρκη σε 62 γυναίκες με φωνότραυμα. Οι συμμετέχουσες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες

των 31 ατόμων, όπου στην μία ομάδα χορηγήθηκε άμεση φωνητική θεραπεία, ενώ στην άλλη μόνο συμβουλευτική φωνητικής υγιεινής. Οι ασθενείς της ομάδας φωνητικής θεραπείας, έλαβαν την θεραπεία LMRVT, η οποία στοχεύει στη φώνηση και αναφέρεται ως ηχηρή φωνητική παραγωγή (resonant voice production) ή στη φώνηση ροής (flow phonation). Η θεραπευτική διαδικασία διήρκεσε 6 εβδομάδες και η σύγκριση των αποτελεσμάτων του Voice Handicap Index (VHI), το οποίο είχε συμπληρωθεί από τις συμμετέχουσες πριν και μετά την θεραπευτική διαδικασία, έδειξε βελτίωση και στις δύο ομάδες, με μεγαλύτερο ποσοστό βελτίωσης στην ομάδα της φωνητικής θεραπείας. (Αποτελέσματα VHI: ομάδα φωνητικής υγιεινής: 39.7 (αρχική αξιολόγηση) – 31.7 (επαναξιολόγηση), ομάδα φωνητικής θεραπείας: 42.5 (αρχική αξιολόγηση) – 16.5 (επαναξιολόγηση))

Τέλος, παρόμοια ευρήματα είχε και η έρευνα των Stepp et al (2011), η οποία έγινε στη Βοστώνη, σε 16 γυναίκες με υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, ηλικίας 18 – 59 ετών. Στόχος της έρευνας ήταν ο προσδιορισμός του αν η Σχετική Βασική Συχνότητα (RFF) ενός άηχου φωνήματος θα ομαλοποιηθεί μετά από μία επιτυχημένη φωνητική θεραπεία. Η φωνητική θεραπεία, γίνονταν μία φορά την εβδομάδα για 21 συνολικά εβδομάδες, και στόχευε στην μείωση της έντασης των μυών του λάρυγγα. Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των μετρήσεων της Σχετικής Βασικής Συχνότητας, έδειξαν ότι οι μετρήσεις μετά την θεραπεία ήταν υψηλότερες από αυτές πριν την θεραπεία. Άρα η λογοθεραπευτική παρέμβαση αποδείχτηκε αποτελεσματική στην βελτίωση της Σχετικής Βασικής Συχνότητας σε ασθενείς με υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής.

Συνοψίζοντας, λαμβάνοντας υπόψη μας τις παραπάνω έρευνες, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η φωνητική θεραπεία και συγκεκριμένα ο λογοθεραπευτής, είναι απαραίτητο και αναπόσπαστο κομμάτι της αποτελεσματικής αντιμετώπισης των υπερλειτουργικών διαταραχών της φωνής.

2.2. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ

2.2.1. Μονόπλευρη παράλυση φωνητικής χορδής (Unilateral vocal fold paralysis)

Η παράλυση των φωνητικών χορδών, μπορεί να είναι είτε μονόπλευρη, είτε αμφίπλευρη, στην συγκεκριμένη έρευνα θα αναφερθούμε στην μονόπλευρη παράλυση προσαγωγής, που είναι η πιο συχνή επίπτωση της βλάβης στο λαρυγγικό νεύρο. (Schneider, 2012)

Τα αίτια της βλάβης του λαρυγγικού νεύρου ενδέχεται να είναι τα ακόλουθα:

1. Ύπαρξη όγκου στον λάρυγγα
2. Τραύμα του λαρυγγικού νεύρου κατόπιν χειρουργικής επέμβασης ή τραυματισμού
3. Ενδοτραχειακή διασωλήνωση
4. Τοξιναιμία (Ορίζεται ως η παρουσία μεγάλων ποσοτήτων βακτηριακών τοξινών στο αίμα, χωρίς ανάλογη αύξηση του αριθμού των μικροβίων, τα οποία τις παράγουν, όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις νόσων από βακτήρια που

δρουν με τις εξωτοξίνες τους. Η τοξιναιμία προκαλεί περιφερική νευρίτιδα.) (www.enacademic.com- Ημερομηνία πρόσβασης : 2/08/2015)

5. Εκφυλιστικά νοσήματα (π.χ. ιογενείς λοιμώξεις)
6. Ασθένεια ιδιοπαθούς αιτιολογίας (Mathieson, 2001)

Τα συμπτώματα της διαταραχής, καθώς και τα λαρυγγοσκοπικά ευρήματα, είναι τα παρακάτω:

- αίσθηση ξένου σώματος στο λαιμό και συχνό καθάρισμα αυτού με σκοπό την απομάκρυνσή του
- υποκινητική ή παραλυμένη φωνητική χορδή στην παράμεση θέση
- απουσία πλήρους κυματισμού των φωνητικών χορδών κατά την φώνηση

Επιπροσθέτως, το φωνητικό και ακουστικό προφίλ που εμφανίζει ο πάσχων αποτελείται από:

- αναπνευστική φωνή
- μειωμένη ένταση φωνής
- μειωμένο ύψος και κλίμακα ύψους φωνής
- μειωμένος Μέγιστος Χρόνος Φώνησης (Μ.Χ.Φ)
- μειωμένη Βασική Συχνότητα (F0)
- υψηλό jitter και shimmer

Βασιζόμενοι λοιπόν στα παραπάνω ευρήματα ο λογοθεραπευτής και ο ωτορινολαρυγγολόγος κάνουν την διάγνωση της διαταραχής. (Mathieson, 2001, Schneider, 2012)

Αναφορικά με την θεραπεία της μονόπλευρης παράλυσης προσαγωγής, βάσει της βιβλιογραφίας, υπάρχουν δύο θεραπευτικές προσεγγίσεις, η φωνητική θεραπεία (λογοθεραπευτική παρέμβαση), που αναφέρεται πως είναι η πιο αποτελεσματική και λιγότερο δαπανηρή για τον ασθενή, και η ιατρική – φαρμακευτική αντιμετώπιση, όπως η λαρυγγοπλαστική ή θυροπλαστική, η έγχυση Teflon, η προσαγωγή του αρυταινοειδούς και η τοποθέτηση εμφυτεύματος κολλαγόνου, σε συνδυασμό με προεγχειρητική και μετεγχειρητική φωνητική θεραπεία. (McFarlane et al, 1991, Ramig & Verdolini, 1998, Schneider, 2012)

Η απόφαση για το ποια θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να ακολουθηθεί, θα γίνει βάσει των αναγκών και των επιθυμιών του ασθενή. (Schneider, 2012)

Σχετικά με την φωνητική θεραπεία (λογοθεραπευτική παρέμβαση), αρχικά ο λογοθεραπευτής πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί το πώς λειτουργεί το φωνητικό σύστημα και πως μπορεί να επηρεαστεί η φωνή, η αναπνοή και η κατάποση από μία βλάβη σε αυτό. Επιπλέον πολύ σημαντικό είναι να δείχνει κατανόηση, ακούγοντας τα παράπονα του ασθενή για τις επιπτώσεις που έχει η διαταραχή στην καθημερινότητά του, και μαζί να προσπαθήσουν να βρουν λύσεις με σκοπό την επίτευξη ενός ωφέλιμου φωνητικού αποτελέσματος. (Schneider, 2012)

Πρωταρχικός της στόχος είναι η βελτίωση της φωνής του ασθενή, γεγονός που θα επιτευχθεί με το να πλησιάσει η υγιής φωνητική χορδή την πάσχουσα, ακολουθώντας μια σειρά ασκήσεων, όπως για παράδειγμα οι ασκήσεις «pushing and pulling» και οι «laryngeal valving». Ενδεικτικά κάποια παραδείγματα των παραπάνω ασκήσεων είναι:

- Σπρώξιμο τραπέζιου και παραγωγή φωνήεντος. (pushing and pulling)
- Με το στόμα ανοιχτό και χαλαρό και χωρίς να χρησιμοποιείται φωνή, ο ασθενής προσπαθεί να εμποδίσει απαλά και φευγαλέα την εκπνοή του με την

προσαγωγή των φωνητικών χορδών. Στη συνέχεια και εφόσον επιτύχει το γλωττιδικό κλείσιμο, παράγει ένα φωνήεν με ήρεμη φωνή. (laryngeal valving).

Δεύτερος στόχος της λογοθεραπευτικής παρέμβασης, είναι η μείωση των ακατάλληλων, ακολουθούμενων από τον πάσχοντα, φωνητικών συμπεριφορών, οι οποίες ενδέχεται αν δεν εξαλειφθούν να επηρεάσουν αρνητικά την αποτελεσματικότητα της φωνητικής θεραπείας.

Ο McFarlane (1988) σε έρευνά του στην Αμερική, σε ασθενή με μονόπλευρη παράλυση φωνητικής χορδής, υπέδειξε την αποτελεσματικότητα της λογοθεραπευτικής παρέμβασης στη διαταραχή αυτή. Η ασθενής ήταν γυναίκα, 32 ετών, ταμίας σε τράπεζα, με διάγνωση μονόπλευρης παράλυσης φωνητικής χορδής λόγω θυρεοειδεκτομής, η οποία έγινε ένα χρόνο πριν. Τα ευρήματα της λαρυγγοσκόπησης έδειξαν μεγάλο γλωττιδικό κενό και παράλυση της αριστερής φωνητικής χορδής στην παράμεση θέση. Ο ωτορινολαρυγγολόγος παρέπεμψε την ασθενή σε λογοθεραπευτή για φωνητική θεραπεία, η οποία αποτελούνταν από ασκήσεις pushing and pulling και στροφή κεφαλής με παραγωγή φωνήματος, που στόχευε στην επίτευξη πλήρους γλωττιδικού κλεισίματος. Μετά το τέλος της θεραπείας αναφέρεται πως η ασθενής κατάφερε να έχει ποιότητα φωνής σχεδόν φυσιολογική, όσον αφορά την ηχηρότητα, το ύψος και την ποιότητα της φωνής και επιπλέον ήταν σε θέση να γυρίσει στην δουλειά της.

Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξε και η έρευνα των Schindler et al (2006), η οποία έγινε στο Μιλάνο της Ιταλίας, σε 40 ασθενείς με μονόπλευρη παράλυση φωνητικής χορδής (26 γυναίκες και 14 άνδρες) διαφορετικής αιτιολογίας. Η αξιολόγηση της φωνής των συμμετεχόντων έγινε με λαρυγγοσκόπηση, με μέτρηση του Μέγιστου Χρόνου Φώνησης (Μ.Χ.Φ), με την ανάλυση των ακουστικών παραμέτρων της φωνής (jitter, shimmer, NHR και FO), με την κλίμακα GIRBAS (υποκειμενική αξιολόγηση) και με την συμπλήρωση του Voice Handicap Index (VHI) από τους συμμετέχοντες (αυτοαξιολόγηση). Η λογοθεραπευτική παρέμβαση ξεκίνησε 20 με 30 μέρες μετά την εμφάνιση της διαταραχής και γίνονταν δύο φορές την εβδομάδα. Στόχος της ήταν η επίτευξη του γλωττιδικού κλεισίματος, η βελτίωση της αναπνοής και η αποφυγή δημιουργίας υπερλειειτουργικής διαταραχής. Τα αποτελέσματα της επαναξιολόγησης, η οποία έγινε μετά το τέλος της θεραπείας, έδειξαν βελτίωση του γλωττιδικού κλεισίματος στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων (μάλιστα σε 14 περιπτώσεις υπήρξε πλήρες γλωττιδικό κλείσιμο), βελτίωση των ακουστικών χαρακτηριστικών της φωνής σε όλους τους συμμετέχοντες και βελτίωση της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων βάσει των απαντήσεών τους στο Voice Handicap Index. (Αποτελέσματα VHI: 51.4 (αξιολόγηση) – 18.0 (επαναξιολόγηση))

2.2.2. Σπασμωδική δυσφωνία (Spasmodic dysphonia)

Η σπασμωδική δυσφωνία, είναι μια νευρολογική διαταραχή της φωνής, η οποία προέρχεται από βλάβη του εξωπυραμιδικού συστήματος και συγκεκριμένα σχετίζεται με ανωμαλία νευροδιαβιβαστών στα βασικά γάγγλια, που έχει ως αποτέλεσμα την ακούσια προσαγωγή των φωνητικών χορδών. Εμφανίζεται κυρίως στη μέση ηλικία και έχει μεγαλύτερη επίπτωση στις γυναίκες. Υπάρχουν τρεις τύποι σπασμωδικής δυσφωνίας:

- Η σπασμωδική δυσφωνία προσαγωγής (Adductor spasmodic dysphonia – ADSD), η οποία είναι εννέα φορές πιο κοινή από την απαγωγής, αφορά την

ανώμαλη υπερπροσαγωγή των φωνητικών χορδών και η ποιότητα φωνής του πάσχοντος είναι τεταμένη με απότομη έναρξη και διακοπή της φώνησης που οδηγεί σε μικρές παύσεις αυτής.

- Η σπασμωδική δυσφωνία απαγωγής (Abductor spasmodic dysphonia – ABSD), που αφορά την διαλείπουσα απαγωγή των φωνητικών χορδών και η ποιότητα της φωνής είναι αναπνευστική με αιφνίδια διακοπή της φώνησης που οδηγεί σε ψιθυριστή ομιλία.
- Η μικτή δυσφωνία (AB/ADSD), η οποία εμφανίζει χαρακτηριστικά και από τους δύο τύπους. (Finnegan et al, 2009, Mathieson, 2001, Καμπανάρου, 2006).

Τα ευρήματα της λαρυγγοσκοπικής εξέτασης, βάσει της οποίας γίνεται και η διάγνωση της διαταραχής, δείχνουν φυσιολογική λαρυγγική κατασκευή και ελάχιστο τρόμο κατά την ηρεμία. Κατά την φώνηση όμως και ανάλογα με την σοβαρότητα της διαταραχής παρατηρούνται:

- φυσιολογική κίνηση φωνητικών χορδών
- υπερπροσαγωγή κατά την έναρξη φώνησης
- διακοπτόμενη υπερπροσαγωγή, και
- σοβαρός λαρυγγοσπασμός (Mathieson, 2001)

Αναφορικά με την αντιμετώπιση της σπασμωδικής δυσφωνίας, στην βιβλιογραφία αναφέρεται πως δεν επιτυγχάνεται πλήρης ίαση, όμως η διεπιστημονική θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά μακροπρόθεσμα καλύτερα αποτελέσματα της φωνής. Η αντιμετώπιση αυτή λοιπόν αποτελείται από τον συνδυασμό των παρακάτω θεραπευτικών προσεγγίσεων:

- 1) Φαρμακοθεραπεία: όπως τα φάρμακα propranolol, methazolanide και το promidone, τα οποία έχουν θετικά αποτελέσματα στην μείωση των συμπτωμάτων του τρόμου.
- 2) Έγχυση botox: Η έγχυση botox στους υπερλειτουργικούς λαρυγγικούς μύες προκαλεί παροδική παράλυση και απελευθέρωση της ακετυλοχολίνης, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την μείωση του λαρυγγοσπασμού. Ωστόσο αναφέρεται πως το αποτέλεσμα είναι βραχυπρόθεσμο και η έγχυση πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε τέσσερις μήνες περίπου.
- 3) Φωνητική θεραπεία (Λογοθεραπευτική παρέμβαση): Η φωνητική θεραπεία από μόνη της είναι αναποτελεσματική στην αντιμετώπιση της σπασμωδικής δυσφωνίας. Σε συνδυασμό όμως με τις παραπάνω προσεγγίσεις και ειδικά με την έγχυση botox, βοηθάει τον ασθενή να αποκτήσει την βέλτιστη λαρυγγική λειτουργία.

Στα συμπεράσματα αυτά κατέληξε και η έρευνα των Murry & Woodson (1995), που έγινε στις Η.Π.Α, σε 27 ασθενείς με σπασμωδική δυσφωνία προσαγωγής. Στόχος της έρευνας ήταν να αποδείξει αν η αποτελεσματικότερη μέθοδος αντιμετώπισης τως σπασμωδικής δυσφωνίας ήταν η έγχυση botox ή η έγχυση botox σε συνδυασμό με λογοθεραπευτική παρέμβαση. Από τους 27 συμμετέχοντες, οι 17 έλαβαν έγχυση botox και φωνητική θεραπεία, ενώ οι 10 μόνο έγχυση botox. Οι μετρήσεις που έγιναν στους συμμετέχοντες πριν και μετά την φωνητική θεραπεία,

αφορούσαν την αναπνοή, τα ακουστικά χαρακτηριστικά της φωνής (jitter, shimmer, signal-to-noise ratio (SNR) και το μήκος χρόνου για την επανέγχυση.

Η φωνητική θεραπεία περιλάμβανε:

- Την μείωση της προσπάθειας που συνδέεται με την παραγωγή φωνήματος, χρησιμοποιώντας ασκήσεις ήπιας έναρξης φώνησης.
- Την διατήρηση της συνεχούς ροής κατά τη διάρκεια της ομιλίας, όσο αυτό ήταν εφικτό, παρατείνοντας τα φωνήεντα, συνδέοντας λέξεις και έχοντας επίγνωση της αναπνοής κατά την έναρξη της φώνησης.
- Τη χρήση της εμπρόσθιας τοποθέτησης της γλώσσας για την μείωση της αρθρωτικής προσπάθειας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε έγχυση botox και φωνητική θεραπεία, είχαν καλύτερη αναπνοή και ροή ομιλίας, θεαματική βελτίωση των ακουστικών χαρακτηριστικών της φωνής και σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια μεταξύ των επανεγχύσεων, σε σχέση με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν μόνο σε έγχυση botox.

4) Ψυχοθεραπεία: Απαραίτητο κομμάτι της διεπιστημονικής θεραπευτικής προσέγγισης, είναι και η ψυχολογική υποστήριξη του πάσχοντος από κάποιον ειδικό, για να βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχτεί το πρόβλημα, αλλά και για την παροχή στήριξης καθ' όλη την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. (Finnegan et al, 2009, Mathieson, 2001, Ramig & Verdolini, 1998).

2.2.3. Νόσος parkinson (Parkinson disease)

Η νόσος parkinson είναι μια προοδευτική νόσος του εξωπυραμιδικού συστήματος, που προκαλείται από την μειωμένη παραγωγή ντοπαμίνης στα βασικά γάγγλια. Το parkinson επηρεάζει 1 στα 100 άτομα σε παγκόσμιο επίπεδο και τα συμπτώματα είναι εμφανή μετά την ηλικία των 50 ετών και για τα δύο φύλα. (Aronson, 1980, Schulz & Grant, 2000).

Τα συμπτώματα που εμφανίζει ένας παρκινσονικός ασθενής, βάσει των οποίων γίνεται και η διάγνωση της νόσου, είναι τα ακόλουθα:

- τρόμος
- δυσκαμψία ή ακαμψία
- βραδυκινησία ή ακινησία
- ορθοστατικές ανωμαλίες
- διαταραχή στην κινητικότητα και τον σχεδιασμό της κίνησης (Schulz & Grant, 2000).

Με την προοδευτική εξέλιξη της νόσου και εφόσον η ακαμψία επηρεάσει και τους λαρυγγικούς μύες, εμφανίζονται τα παρακάτω συμπτώματα που επηρεάζουν τόσο την φωνή, όσο και την ομιλία:

- αναπνευστική ποιότητα φωνής
- μονότονο ύψος

- ανεπαρκής ένταση φωνής
- ρηχή αναπνοή
- διαταραχή στην προσωδία (Aronson, 1980).

Σχετικά με την θεραπεία της φωνητικής διαταραχής που προκαλείται από τη νόσο parkinson, η βιβλιογραφία αναφέρει πως μολονότι παλαιότερα ο λογοθεραπευτής θεωρούνταν αναποτελεσματικός στην αντιμετώπισή της, σήμερα διάφορες τεχνικές φωνητικής θεραπείας έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές, όταν αυτή λαμβάνει χώρα σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία. (Schulz & Grant, 2000).

Πιο συγκεκριμένα η μέθοδος Lee Silverman Voice Treatment (LSVT), φαίνεται να είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος φωνητικής θεραπείας, τόσο βραχυπρόθεσμα, όσο και μακροπρόθεσμα. Πιο αναλυτικά, η μέθοδος αυτή εστιάζει στην αύξηση της αναπνευστικής προσπάθειας και στην προσαγωγή των φωνητικών χορδών, καθώς ο συνδυασμός αυτών των δύο είναι σημαντικός για την αύξηση της έντασης σε ασθενείς με νόσο parkinson. Αποδείχτηκε ότι είναι μια επιτυχημένη, μακράς διάρκειας θεραπεία, σε μεγάλο βαθμό συμμετεχόντων για την αύξηση της φωνητικής έντασης, την μεταβλητότητα του ύψους, την σταθερότητα της φωνής και τον ρυθμό. (Καμπανάρου, 2006, Fox et al, 2002, Ramig & Verdolini, 1998).

Τα παραπάνω δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) στην βελτίωση της φωνής, καθώς και της ομιλίας σε άτομα με νόσο parkinson, αποδεικνύονται και από την έρευνα των Dromey et al (1995) που έγινε στην Αμερική, σ' έναν 45χρονο ασθενή με ιδιοπαθή νόσο Parkinson, ο οποίος βρισκόταν στο δεύτερο στάδιο της κλίμακας Hoehn and Yahr. Ο ίδιος ανέφερε πως με την εξέλιξη της νόσου η φωνή του είχε γίνει ιδιαίτερα βραχνή, και η λαρυγγοσκοπική εξέταση έδειξε μεσαίο γλωττιδικό κενό (medial glottal gap). Η φωνητική θεραπεία που ακολούθησε με την μέθοδο LSVT, είχε διάρκεια 16 συνεδρίες και είχε ως στόχο την βελτίωση των παρακάτω:

- του επιπέδου της γλωττιδικής πίεσης κατά τη διάρκεια της παρατεταμένης φώνησης, της ανάγνωσης και του μονολόγου.
- της Θεμελιώδους Βασικής Συχνότητας.
- της φωνητικής σταθερότητας.
- της υπογλωττιδικής πίεσης του αέρα.
- της απόκλισης του μέγιστου ρυθμού ροής κατά τη διάρκεια της επανάληψης των συλλαβών.
- των αρθρωτικών μετρήσεων.

Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση στα εξής:

- στο επίπεδο της γλωττιδικής πίεσης
- στη Θεμελιώδη Βασική Συχνότητα
- στη φωνητική σταθερότητα
- στην υπογλωττιδική πίεση του αέρα
- στην απόκλιση του μέγιστου ρυθμού ροής, και
- στις αρθρωτικές μετρήσεις, σε όλες τις καταστάσεις, τα οποία συντηρήθηκαν έως και δώδεκα μήνες μετά τη θεραπεία.

Επιπροσθέτως, στις επαναξιολογήσεις που έγιναν έξι και δώδεκα μήνες μετά τη θεραπεία, ο ασθενής κρίθηκε ότι είχε βελτίωση στο γλωττιδικό κλείσιμο και μειωμένη υπεργλωττιδική υπερλειτουργία (supraglottic hyperfunction). Τέλος, ο ίδιος ο ασθενής, καθώς και η σύζυγός του ανέφεραν πως υπήρχε αξιοσημείωτη βελτίωση στην φωνή του μετά τη λογοθεραπευτική παρέμβαση και πως ήταν πολύ ευχαριστημένοι με τα αποτελέσματά της.

Μια ακόμη έρευνα σχετική με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου LSVT, είναι αυτή των Spielman et al (2007), η οποία έγινε στο Κολοράντο των Η.Π.Α, σε 12 συμμετέχοντες (9 άνδρες και 3 γυναίκες) με ιδιοπαθή νόσο parkinson. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση του αν η Στάθμη Ηχητικής Πίεσης (Sound Pressure Level – SPL) της φωνής των συμμετεχόντων μπορεί να αυξηθεί μετά από θεραπεία με την εκτεταμένη μέθοδο Lee Silverman Voice Treatment (LSVT-X), η οποία είναι παρόμοια με τη μέθοδο LSVT με τη μόνη διαφορά ότι έχει μεγαλύτερη συχνότητα συνεδριών και πρακτικής εξάσκησης στο σπίτι. Η θεραπεία που ακολούθησαν είχε συχνότητα δύο φορές την εβδομάδα για μία ώρα και διήρκεσε για συνολικά οχτώ εβδομάδες. Επιπλέον αναφέρεται πως υπήρχε και καθημερινή πρακτική εξάσκηση στο σπίτι (5-10 λεπτά ημερησίως τις μέρες που είχαν θεραπεία και 20-30 ημερησίως τις μέρες που δεν είχαν θεραπεία).

Η θεραπεία αποτελούνταν από τα ακόλουθα:

- πολλαπλές επαναλήψεις υψηλής προσπάθειας
- δυνατές παρατεταμένες επαναλήψεις της συλλαβής «ahs»
- επαναλήψεις λειτουργικών προτάσεων

Οι παραπάνω ασκήσεις αποτελούσαν το πρώτο μισό των θεραπευτικών συνεδριών και στόχευαν στην αύξηση της ηχηρότητας της φωνής και στην εκπαίδευση της παραγωγής ομιλίας. Με σκοπό αυτή η δυνατή φωνή να μεταφερθεί σε ομιλία, χρησιμοποιήθηκε μια ιεραρχία ασκήσεων που είχε ως στόχο την αύξηση του μήκους και της πολυπλοκότητας των προτάσεων και αποτελούσε το δεύτερο μισό των θεραπευτικών συνεδριών. Επιπλέον αναφέρεται πως οι συμμετέχοντες έκαναν εξάσκηση των παραπάνω ασκήσεων και στο σπίτι τους.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η θεραπεία LSVT-X αύξησε κατά 8dB το SPL των συμμετεχόντων, το οποίο διατηρήθηκε αυξημένο κατά 7,2 dB μετά από έξι μήνες, όπου έγινε και η επαναξιολόγηση. Τέλος η συμπλήρωση του Voice Handicap Index (VHI) μετά τη θεραπεία, έδειξε πως υπήρξε ριζική βελτίωση και στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων (Αποτελέσματα VHI: 44 (πριν τη θεραπεία) – 17 (μετά τη θεραπεία)).

Επίσης μια άλλη θεραπευτική προσέγγιση, η οποία συνδυαστικά με τη φωνητική θεραπεία έχει ωφέλιμα αποτελέσματα, είναι η αύξηση του μεγέθους των φωνητικών χορδών με ένεση κολλαγόνου ή teflon. Η μέθοδος αυτή αυξάνει τον όγκο της μίας ή και των δύο φωνητικών χορδών, μειώνοντας έτσι το χάσμα μεταξύ τους, το οποίο συχνά παρατηρείται σε άτομα με parkinson και έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της έντασης της φωνής, καθώς και την βελτίωση της φωνητικής ποιότητας. (Schulz & Grant, 2000)

Τέλος, μια άλλη θεραπευτική προσέγγιση, είναι οι χειρουργικές μέθοδοι που περιλαμβάνουν την θαλαμοτομή (pallidotomy), τη μεταμόσχευση εμβρυακών κυττάρων (Fetal cell transplantation - FCT) και την εν τω βάθει διέγερση του εγκεφάλου (Deep brain stimulation - DBS), οι οποίες όμως δεν φαίνεται να έχουν τα επιθυμητά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. (Schulz & Grant, 2000).

Εν κατακλείδι, συνοψίζοντας τα δεδομένα των προαναφερθέντων ερευνών, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο ρόλος του λογοθεραπευτή είναι μείζονος σημασίας για την αποκατάσταση των νευρολογικών διαταραχών της φωνής.

2.3. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ

2.3.1. Ηβιφωνία (Puberphonia)

Στην ηβιφωνία ο πάσχων συνεχίζει να χρησιμοποιεί την πολύ ψιλή, falsetto φωνή, ακόμα και μετά το πέρας της εφηβείας, χωρίς να υπάρχει κάποια οργανική αιτιολογία γι' αυτό. Η διαταραχή αυτή συμβαίνει ως επί το πλείστον στους νεαρούς άνδρες και πιο σπάνια στις γυναίκες. (Bhattarai et al, 2010, Chandra et al, 2011, Vaidya & Vyas, 2006)

Τα αίτια της διαταραχής είναι ψυχογενή, λόγω της απουσίας ύπαρξης οργανικής αιτιολογίας, και συνοπτικά περιλαμβάνουν το συναισθηματικό άγχος ή στρες, την καθυστερημένη ανάπτυξη των σεξουαλικών χαρακτηριστικών του ατόμου και την ύπαρξη μιας υπερπροστατευτικής μητέρας. (Bhattarai et al, 2010, Chandra et al, 2011)

Η μεγαλύτερη επίπτωση της ηβιφωνίας, είναι έκδηλη στον ψυχισμό του πάσχοντα, λόγω της αρνητικής επίπτωσης του φωνητικού προβλήματος στον ψυχολογικό, συναισθηματικό, κοινωνικό και επαγγελματικό – ακαδημαϊκό τομέα. (Bhattarai et al, 2010)

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, αναφέρουμε πως καθοριστικό ρόλο για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ηβιφωνίας έχει η λογοθεραπευτική παρέμβαση (φωνητική θεραπεία) σε συνδυασμό με ψυχολογική υποστήριξη. (Bhattarai et al, 2010, Vaidya & Vyas, 2006).

Τα παραπάνω δεδομένα αποδεικνύει και ο Arronson (1980) σε μια μελέτη περίπτωσης που έγινε στην Αμερική, σε έναν ασθενή 21 ετών με ηβιφωνία. Ο ασθενής ήταν φοιτητής και το πρόβλημα ήταν παρόν από το σχολείο και είχε τραγικές επιπτώσεις στην ψυχολογία του, καθώς ο πάσχων λόγω της φωνητικής του ποιότητας και της ντροπής που ένιωθε γι' αυτή, είχε φτάσει στο σημείο να μην βγαίνει καθόλου από το σπίτι του και να μην σηκώνει ούτε το τηλέφωνο.

Η φωνητική θεραπεία που ακολούθησε με έμπειρο λογοθεραπευτή διήρκησε συνολικά πέντε εβδομάδες (1 συνεδρία/ εβδομάδα) και είχε ως στόχο την μείωση του ύψους της φωνής του. Πραγματοποιήθηκαν ασκήσεις χαλάρωσης, ασκήσεις αναπνοής και παραγωγής φωνήεντος και ασκήσεις έντονου γλωττιδικού κλεισίματος, μέσω του βήχα. Το αποτέλεσμα των ασκήσεων αυτών, ήταν ότι το ύψος της φωνής κατέβηκε σημαντικά, με σκοπό όμως να διατηρηθεί, συνέχισαν να χρησιμοποιούνται οι ασκήσεις έντονου γλωττιδικού κλεισίματος, στην αρχή στην παραγωγή λέξεων, στη συνέχεια στην παραγωγή φράσεων, στην ανάγνωση και τέλος στον διάλογο, όπου επήλθε και η γενίκευση. Συνδυαστικά με τη λογοθεραπευτική παρέμβαση, ο ασθενής παρακολούθησε και κάποιες συνεδρίες ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής, για να μπορέσει πιο εύκολα να διαχειριστεί την αλλαγή στην φωνητική του ποιότητα. Μετά το τέλος της θεραπείας, ο ίδιος ανέφερε ότι επιτέλους η φωνή του ακούγονταν φυσιολογική και ένιωθε πολύ ικανοποιημένος με αυτό. Επιπροσθέτως, η αλλαγή στην φωνή του είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή του τρόπου με τον οποίο έβλεπε τον εαυτό του, καθώς και τη σχέση του με τους άλλους και

ειδικότερα με τους γονείς του, διότι μπορούσε να συμμετέχει πλέον σε δραστηριότητες και συζητήσεις, στις οποίες παλαιότερα δεν τολμούσε, λόγω της έντονης ντροπής που ένιωθε, γεγονός που είχε θετικές επιπτώσεις στην κοινωνική και επαγγελματική – ακαδημαϊκή του ζωή.

2.4. ΦΩΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

2.4.1 Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) (Gastroesophageal reflux)

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, είναι μια διαταραχή κατά την οποία τα υγρά και τα οξέα του στομάχου παλινδρομούν από το στομάχι στον φάρυγγα και τον λάρυγγα, προκαλώντας μια σειρά συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένης της αλλαγής στην φωνητική ποιότητα. (Garrett, 2001, Lehman, 2002, Mathieson, 2001, Theis & Heatley, 2009)

Η διάγνωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης γίνεται με βάση τα συμπτώματα που εμφανίζει ο πάσχων, τα ευρήματα της λαρυγγικής εξέτασης, η οποία γίνεται από τον ωτορινολαρυγγολόγο, και τα αποτελέσματα της ανάλυσης των ακουστικών χαρακτηριστικών της φωνής του, που θα γίνει από τον λογοθεραπευτή.

Πιο αναλυτικά, ορισμένα από τα συμπτώματα που πρέπει να εμφανίζει ο ασθενής για να γίνει η διάγνωση της διαταραχής είναι: δυσφωνία, αίσθημα καψίματος στο λαιμό, λαρυγγικός ερεθισμός και πόνος, έντονο και συνεχές καθάρισμα του λαιμού, δυσφαγία και καούρες. Επιπροσθέτως, κάποια από τα αναμενόμενα ευρήματα της λαρυγγικής εξέτασης είναι: ερυθρόμορφος αρυταινοειδής, λαρυγγικό οίδημα, οίδημα στις φωνητικές χορδές, υπερτροφία της οπίσθιας γλωττίδας, διάχυτο οίδημα και υπερβολική έκκριση βλέννας. Τέλος, τα ακουστικά χαρακτηριστικά της φωνής του ασθενή παρουσιάζουν: μειωμένο δείκτη αρμονικής – θορύβου (NHR), μειωμένη βασική συχνότητα (F0), και μειωμένο ύψος φωνής (pitch), και το φωνητικό του προφίλ παρουσιάζει μεγάλη μυοσκελετική ένταση, έντονο γλωττιδικό κλείσιμο και σπασίματα φωνής. (Mathieson, 2001, Theis & Heatley, 2009)

Βάσει της βιβλιογραφίας, συμπεραίνεται πως απαραίτητη είναι η διεπιστημονική προσέγγιση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της διαταραχής, η οποία θα πρέπει να αποτελείται από τα ακόλουθα:

- 1) Τροποποίηση καθημερινών συνηθειών και διατροφολογίου του ασθενή, κατόπιν παραπομπής σε διατροφολόγο
- 2) Φαρμακευτική αντιμετώπιση: Πρόσληψη αντιόξινων μία ώρα πριν το φαγητό σε συνδυασμό με φάρμακα, όπως το omeprazole και το ranitidine, για την καταπολέμηση της διαταραχής καθώς και των συμπτωμάτων της.
- 3) Χειρουργική παρέμβαση: Θεωρείται απαραίτητη μόνο σε σοβαρές περιπτώσεις, όπως σε επίμονη οισοφαγίτιδα και σε οισοφαγική στένωση.
- 4) Φωνητική θεραπεία (Λογοθεραπευτική παρέμβαση): Απαραίτητο κομμάτι τη αποτελεσματικής αντιμετώπισης της διαταραχής είναι και η λογοθεραπευτική παρέμβαση, η οποία στοχεύει στην αντιμετώπιση των βλαβερών φωνητικών συμπεριφορών που έχουν αναπτυχθεί, καθώς και στη μείωση της λαρυγγικής υπερλειτουργίας του ασθενή. (Garrett, 2001, Lehman, 2002, Mathieson, 2001, Theis & Heatley, 2009).

Τα παραπάνω στοιχεία για την διεπιστημονική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής, αποδεικνύονται και από την έρευνα

των Theis & Heatley (2009), η οποία έγινε στο πανεπιστήμιο του Wisconsin των Η.Π.Α. Η ασθενής που συμμετείχε στην έρευνα ήταν ένα κορίτσι τεσσάρων ετών, η οποία είχε δυσφωνία για πάνω από ένα έτος, καθώς και χρόνιο καθαρίσμα του λαιμού. Οι γονείς της ανέφεραν ότι η βραχνή φωνή της χειρότερη με την πάροδο του χρόνου και ότι η ποιότητα της φωνής της ήταν χειρότερη το πρωί. Η ανάλυση των ακουστικών χαρακτηριστικών της φωνής της, έδειξαν υψηλό jitter και shimmer, και χαμηλή Βασική Συχνότητα (FO). Η εύκαμπτη ενδοσκόπηση οπτικών ινών αποκάλυψε την ύπαρξη παχιάς και επίμονης βλέννας στη ρινική οδό, καθώς και οίδημα μεταξύ των αρταινοειδών χόνδρων. Επιπλέον, οι γνήσιες φωνητικές χορδές της ήταν οιδηματώδεις και υπήρχε ψευδο-οζίδιο (pseudo-nodule). Για την αντιμετώπιση της διαταραχής, της προτάθηκαν τα ακόλουθα:

- Φαρμακευτική θεραπεία για την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) (omeprazole).
- Σπρέι φυσιολογικού ορού για την καθημερινή αποσυμφόρηση της ρινικής κοιλότητας.
- Τροποποιήσεις διατροφής.
- Παραπομπή σε λογοθεραπευτή για την μείωση της υπερλειτουργίας.

Τέλος, αναφέρεται πως ο συνδυασμός ιατρικής και λογοθεραπευτικής προσέγγισης αποδείχτηκε αποτελεσματικός στη μείωση του χρόνιου καθαρίσματος του λαιμού, καθώς και στην βελτίωση της φωνητικής ποιότητας της ασθενούς.

Μία παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε αυτή τη φορά μόνο από τον Theis δύο χρόνια αργότερα (2011) και πάλι στο πανεπιστήμιο του Wisconsin των Η.Π.Α, αφορούσε μία ασθενή τριών ετών με επίμονη δυσφωνία, η οποία ήταν παρούσα από την στιγμή που ξεκίνησε να μιλάει. Οι γονείς της ανέφεραν πως έκανε συχνό καθαρίσμα του λαιμού και πως πολύ συχνά λίγο πριν πέσει για ύπνο, έτρωγε πικάντικες τροφές. Η λαρυγγοσκόπηση έδειξε τα εξής:

- Οίδημα στις γνήσιες φωνητικές χορδές
- Η αριστερή φωνητική χορδή είχε μεγαλύτερο μέγεθος από την δεξιά
- Πρόσθιο γλωττιδικό οίδημα
- Όπως στις περισσότερες περιπτώσεις δυσφωνίας παιδιών, έτσι και στη συγκεκριμένη περίπτωση, ήταν δύσκολο να εξακριβωθεί αν οι μάζες που υπήρχαν στις φωνητικές χορδές ήταν αμφιτερόπλευρα φωνητικά οζίδια ή μονόπλευρη κύστη φωνητικής χορδής με αντιδραστικό φωνητικό οζίδιο στην απέναντι φωνητική χορδή.

Η ασθενής αμέσως παραπέμφθηκε σε λογοθεραπευτή για φωνητική θεραπεία, όμως δεν υπήρξε καμία αλλαγή στην φωνητικής της ποιότητα. Μετά από τρίμηνη φαρμακευτική θεραπεία για την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) με omeprazole, συνδυαστικά με συμπεριφοριστικές και διατροφολογικές αλλαγές, έγινε επανάληψη της λαρυγγοσκόπησης, όπου φάνηκε σημαντική μείωση του οιδήματος και πλέον ήταν ορατή μια κύστη στην αριστερή φωνητική χορδή. Η κύστη αφαιρέθηκε χειρουργικά από ωτορινολαρυγγολόγο εξειδικευμένο στις διαταραχές της φωνής και η ασθενής παραπέμφθηκε και πάλι σε λογοθεραπευτή για μετεγχειρητική φωνητική θεραπεία. Η επαναξιολόγηση που έγινε τέσσερις εβδομάδες αργότερα, έδειξε πως η ποιότητα της φωνής της είχε αξιοσημείωτη βελτίωση και πλέον δεν υπήρχαν λαρυγγοσκοπικά ευρήματα φωνητικής υπερλειτουργίας.

Συνοψίζοντας, βάσει των παραπάνω, είναι ξεκάθαρο πως ο ρόλος του λογοθεραπευτή είναι πολύ σημαντικός και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της αποτελεσματικής αντιμετώπισης των διαταραχών της φωνής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα εκπονήθηκε στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας για το τμήμα Λογοθεραπείας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) Δυτικής Ελλάδας. Στόχος είναι η διερεύνηση των γνώσεων των ωτορινολαρυγγολόγων αναφορικά με το ρόλο που διαδραματίζει ο λογοθεραπευτής στην αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής. Εφόσον έγινε η συλλογή των απαραίτητων δευτερογενών στοιχείων και πληροφοριών από την αντίστοιχη επιστημονική βιβλιογραφία και αρθρογραφία σχετικά με τις παραπάνω έννοιες, κρίθηκε σκόπιμη η περεταίρω διερεύνησή τους μέσω χορήγησης ερωτηματολογίου στους ωτορινολαρυγγολόγους.

Τα ερωτηματολόγια αποτελούν μια από τις πιο διαδεδομένες τεχνικές συλλογής δεδομένων, διότι κάθε άτομο καλείται να απαντήσει στο ίδιο σύνολο ερωτήσεων, οι οποίες βρίσκονται σε μια προκαθορισμένη σειρά. Επίσης είναι πρακτικά και παρέχουν έναν πολύ αποτελεσματικό τρόπο συγκέντρωσης απαντήσεων από ένα δείγμα ερωτώμενων, πολύ ευρύτερο από αυτό που επιτρέπει οποιαδήποτε άλλη τεχνική.

Αρχικά το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με την πολύτιμη καθοδήγηση της επόπτριας της πτυχιακής κα Κανελλοπούλου Ευαγγελία, περιλάμβανε 13 συνολικά ερωτήσεις κλειστού τύπου και πολλαπλής επιλογής και αναρτήθηκε στο διαδίκτυο για ηλεκτρονική συμπλήρωση.

3.1. Ερευνητικός σχεδιασμός - Πλάνο

Έχοντας ως σκοπό την λήψη απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας, δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο απευθυνόμενο στον ιατρικό κλάδο των Ελλήνων ωτορινολαρυγγολόγων, το οποίο είχε ως στόχο την διερεύνηση των γνώσεών τους σχετικά με τον ρόλο που διαδραματίζει ο λογοθεραπευτής κατά την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής.

Επιπλέον κατά τη διάρκεια της ερευνάς, πάρθηκαν δύο πιλοτικές συνεντεύξεις από ωτορινολαρυγγολόγους του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) , οι οποίες αποτελούν μια διαδεδομένη μέθοδο άντλησης ερευνητικών δεδομένων, και χρησιμοποιούνται κυρίως στις κοινωνικές επιστήμες. Κατά τη συνέντευξη παρέχεται το πλεονέκτημα του μέγιστου εύρους των χρήσιμων δεδομένων που προκύπτουν για την επεξεργασία και την ανάλυση των ερωτημάτων.

3.2. Δείγμα

Κατά τη διάρκεια συλλογής των αποτελεσμάτων χορηγήθηκαν ηλεκτρονικά 170 ερωτηματολόγια , από τα οποία μόλις τα 50 πληρούσαν τις προϋποθέσεις για να συμπεριληφθούν στο δείγμα.

3.3. Διαδικασία Μέτρησης

Το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε για ηλεκτρονική συμπλήρωση στο διαδίκτυο το χρονικό διάστημα από 20 Απριλίου του 2015 μέχρι 20 Ιουλίου του 2015, στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://goo.gl/forms/7wnPcCaS29>.

Με σκοπό την εύρεση των ωτορινολαρυγγολόγων ανά την Ελλάδα, χρησιμοποιήθηκε ο χρυσός οδηγός, μέσω της μηχανής αναζήτησης της www.google.com. Με αυτό τον τρόπο συλλέχθηκαν τα προσωπικά e-mails των γιατρών, όπου και αποστέλλονταν τα ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια. Επιπλέον αναφέρεται πως δεν υπήρχε καμία προσωπική επαφή με τους ωτορινολαρυγγολόγους, καθώς οι απαντήσεις τους συλλέγονταν αυτόματα από την πλατφόρμα, στην οποία είχε στηθεί το ερωτηματολόγιο.

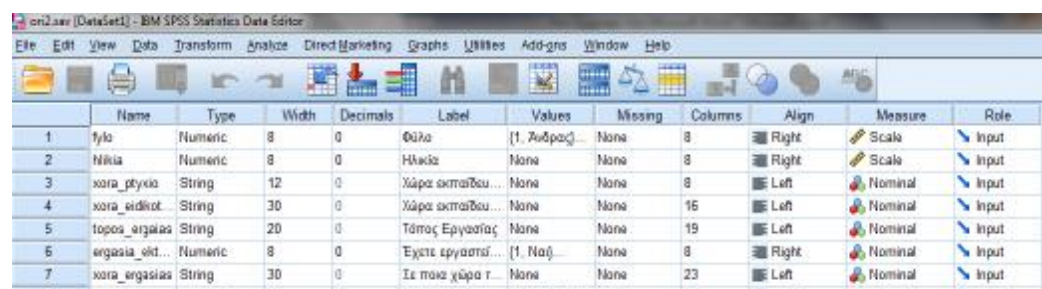
3.4. Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση αποτελεσμάτων

Το SPSS ανήκει στην κατηγορία των προγραμμάτων ανάλυσης στατιστικών δεδομένων. Ο χρήστης μπορεί να προβεί σε οποιαδήποτε στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων του, χωρίς δυσκολία αφού το περιβάλλον του προγράμματος SPSS είναι παραθυρικό. Σε αυτή την ενότητα θα γίνει αναφορά στην εισαγωγή των δεδομένων, καθώς και στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της τρέχουσας έρευνας.

3.4.1. Εισαγωγή και διαχείριση δεδομένων

Το πρόγραμμα SPSS είναι χωρισμένο σε 3 ενότητες (καρτέλες). Την καρτέλα **Variable View** όπου είναι υπεύθυνη για δημιουργία μεταβλητών, την καρτέλα **DataView** όπου είναι υπεύθυνη για την εισαγωγή των δεδομένων και την καρτέλα **output** που είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση των αποτελεσμάτων.

Για την εισαγωγή των δεδομένων στο πρόγραμμα πρέπει να γίνει η κατηγοριοποίησή τους. Αρχικά πρέπει να δημιουργηθούν οι λεγόμενες μεταβλητές, για να μπορούν να αποθηκευτούν τα δεδομένα που θα εισαχθούν. Προκειμένου να δημιουργηθούν οι μεταβλητές αυτές και το είδος τους, όπως στο σχήμα 3.1, θα πρέπει να γίνει μετάβαση στην καρτέλα προβολής μεταβλητών **Variable View**.



	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
1	fylo	Numeric	8	0	Φύλο	{1, Άσρας}	None	8	Right	Scale	Input
2	hlikia	Numeric	8	0	Ηλικία	None	None	8	Right	Scale	Input
3	khora_ptyxio	String	12	0	Χώρα εκπαίδευ...	None	None	8	Left	Nominal	Input
4	khora_eidikot	String	30	0	Χώρα εκπαίδευ...	None	None	16	Left	Nominal	Input
5	topos_ergasias	String	20	0	Τόπος Εργασίας	None	None	19	Left	Nominal	Input
6	ergasia_ekt...	Numeric	8	0	Έχετε εργαστεί...	{1, Ναί}	None	8	Right	Nominal	Input
7	khora_ergasias	String	30	0	Σε ποια χώρα τ...	None	None	23	Left	Nominal	Input

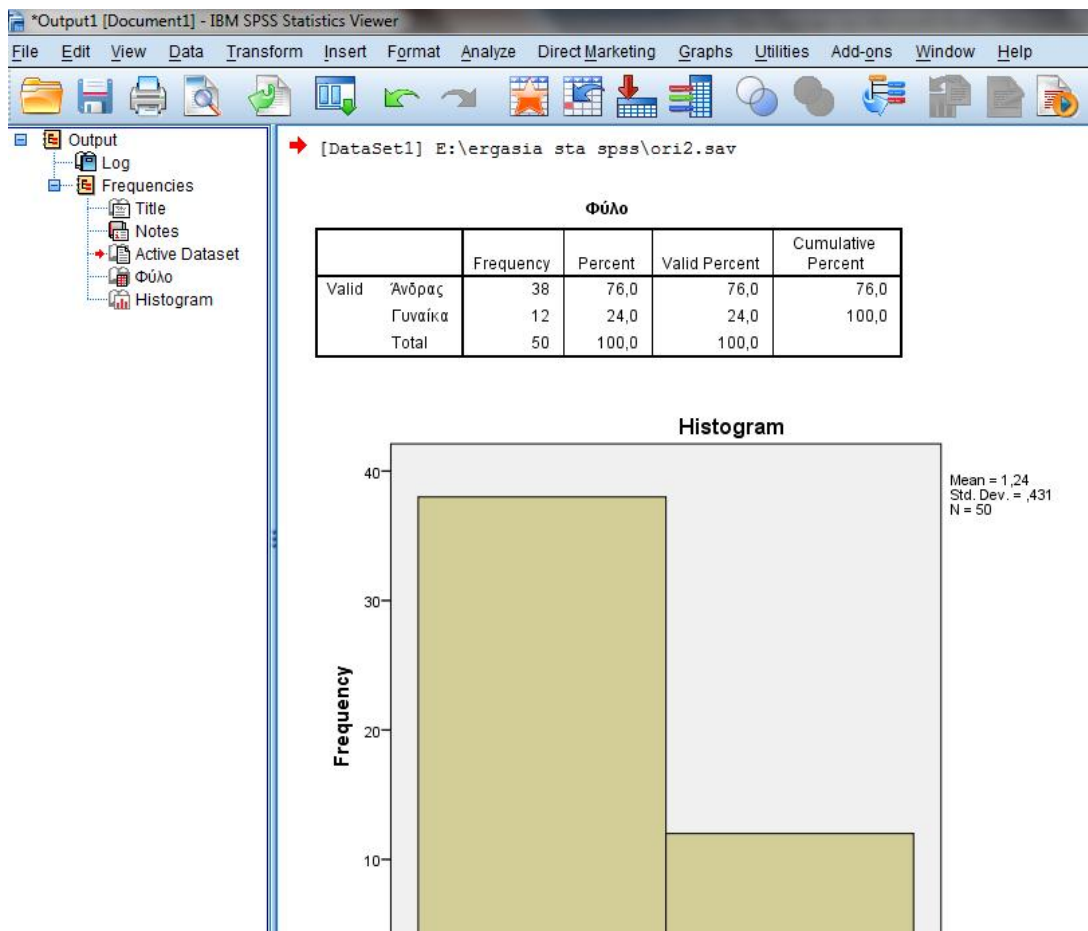
Σχήμα 3.1 Εισαγωγή μεταβλητών

Στο Σχήμα 3.2 η πρώτη στήλη αναπαριστά «το φύλο» και η δεύτερη την «ηλικία». Όπως αναφέρθηκε, οι στήλες αντιπροσωπεύουν τις μεταβλητές και οι σειρές τις περιπτώσεις, για παράδειγμα ο πρώτος ερωτώμενος είναι άντρας ηλικίας 47 ετών.

	fyllo	hikia	xora_ptyxio	xora_eidikothita	topos_ergasias	ergasia_ektos_el	xora_ergasias	eparkia
1	1	47	ΠΑΝΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΛΑΜΙΑ	2		3
2	1	39	ΠΑΝΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΑΘΗΝΑ	1		1
3	2	35	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΚΟΡΩΠ ΑΤΤΙΚΗΣ	2		3
4	1	40	ΠΑΝΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΡΑΓΕΤΡΑ	1	ΚΥΠΡΟ	2
5	1	55	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΑΘΗΝΑ	2		2
6	1	45	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΣΕΡΡΕΣ	2		0
7	1	65	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΛΛΑΔΑ,ΓΕΡΜΑΝΙΑ,Α	ΑΘΗΝΑ	1	ΓΕΡΜΑΝΙΑ,ΑΙΓΛΙΑ	2
8	1	65	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΠΑΤΡΑ	2		1
9	2	45	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΑΘΗΝΑ	1	ΗΠΑ	3
10	1	43	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΑΘΗΝΑ	2		3
11	1	68	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΑΘΗΝΑ	2		0
12	1	43	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΡΟΔΟΣ	2		3

Σχήμα 3.2 Εισαγωγή δεδομένων

Στο Σχήμα 3.3 απεικονίζονται τα αποτελέσματα της επεξεργασίας των δεδομένων μέσω της καρτέλας του **output** σχετικά με την μεταβλητή φύλο.



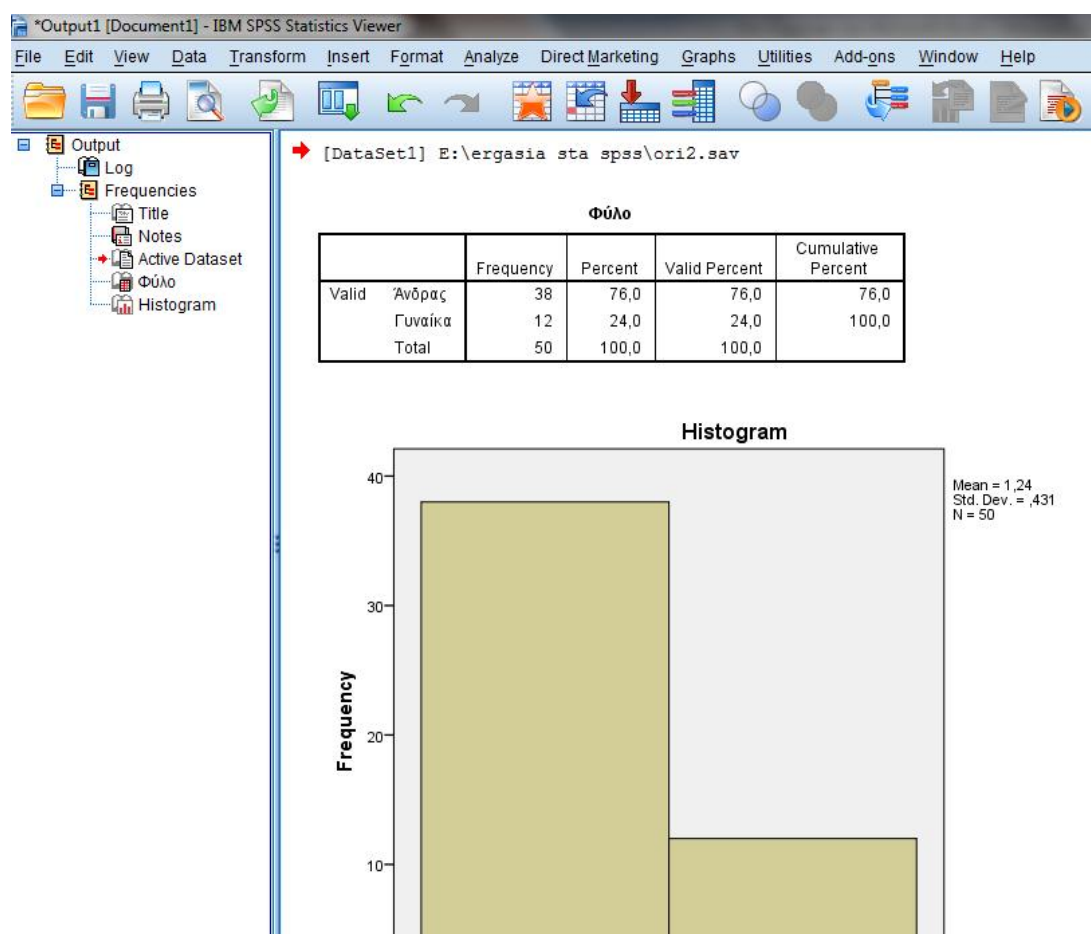
Σχήμα 3.3 Εξαγωγή αποτελεσμάτων

3.4.2. Ανάλυση

Για να γίνει η ανάλυση δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί αφενός η ανάλυση της περιγραφικής στατιστικής και ειδικότερα οι δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς και αφετέρου η επαγωγική στατιστική.

3.4.3. Ανάλυση μιας μεταβλητής με μια μόνο απάντηση

Για να γίνουν οι στατιστικές αναλύσεις από το SPSS, θα πρέπει να υπολογιστούν οι δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς. Αυτό γίνεται από το μενού **Analyze ->DescriptiveStatistic ->Frequencies**. Στο Σχήμα 3.4 απεικονίζονται τα αποτελέσματα της επεξεργασίας των δεδομένων για την μεταβλητή φύλο.



Σχήμα 3.4Εξαγωγή αποτελεσμάτων για την μεταβλητή φύλο

3.4.4. Ανάλυση μιας μεταβλητής με πολλαπλές απαντήσεις

Η ανάλυση πολλαπλών απαντήσεων χρησιμοποιείται όταν σε μία ερώτηση επιτρέπεται στους συμμετέχοντες να δώσουν περισσότερες από μία απαντήσεις. Για παράδειγμα, μπορεί οι συμμετέχοντες να ερωτηθούν: «Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι αρμοδιότητες του λογοθεραπευτή στην διάγνωση και στην αξιολόγηση των διαταραχών της φωνής;». Στην περίπτωση αυτή μπορεί να κατοχυρωθεί στο

πρόγραμμα παραπάνω από μια επιλογή όπως : η αξιολόγηση φωνητικής συμπεριφοράς (πχ. κατάχρηση της φωνής), η αξιολόγηση και η ανάλυση των ακουστικών παραμέτρων της φωνής (εύρος ύψους της φωνής, ένταση της φωνής, η ποιότητα της φωνής, η ευελιξία της φωνής και σταθερότητα της φωνής), η ανάλυση αντικειμενικών μετρήσεων της φωνής (jitter, shimmer, MPT, NHR, HNR και F0), η αξιολόγηση του τύπου της αναπνοής, καθώς και η αξιολόγηση της στάσης του σώματος.

Για να μπορέσει αυτό να πραγματοποιηθεί, καταχωρείται κάθε απάντηση ως μία μεταβλητή και κωδικοποιείται με την τιμή “1” για το «ναι» και “2” για το «όχι». Έτσι ένα άτομο που πιστεύει ότι οι αρμοδιότητες του λογοθεραπευτή στην διάγνωση και στην αξιολόγηση των διαταραχών της φωνής, είναι η εξέταση του λάρυγγα (έμμεση λαρυγγοσκόπηση) και η αξιολόγηση του τύπου της αναπνοής, θα δώσει την ακόλουθη απάντηση: 1-2-2-2-1-2-2-2.

Προκειμένου να εκτελεστεί μία ανάλυση πολλαπλών απαντήσεων επιλέγεται η εντολή **Analyze->MultipleResponse->DefineSets**. Επιλέγονται οι απαντήσεις που αντιστοιχούν στην ερώτηση και δημιουργείται ένα σετ απαντήσεων μεταφέροντας τις σχετικές μεταβλητές στη λίστα **Variable sinSet**. Στην συνέχεια στο πεδίο **Variables Are CodedAs** επιλέγεται το **Dichotomies** και στη συνέχεια στο πεδίο **Counted Value** καταχωρείται ο κωδικός που αντιστοιχεί στο «ναι».

3.4.5. Επαγωγική στατιστική

Με σκοπό την απόφαση του πως πρέπει να αναλυθούν δύο ή περισσότερες μεταβλητές, πρέπει να υπάρχει γνώση σχετική με την κλίμακα μέτρησής τους. Συνοπτικά ισχύουν τα ακόλουθα:

Μεταβλητή (Κλίμακα μέτρησης)	Μεταβλητή (Κλίμακα μέτρησης)	Επαγωγικό στατιστικό κριτήριο/τεστ
Κατηγορική (ονομαστική)	Κατηγορική (ονομαστική)	χ^2 (συσχέτιση) [μη παραμετρικό]
Κατηγορική (ονομαστική) (μέχρι 2 κατηγορίες)	Τακτική (ιεραρχική)	Mann-Whitney U (σύγκριση ομάδων) [μη παραμετρικό]
Κατηγορική (ονομαστική) (πολλές κατηγορίες)	Τακτική (ιεραρχική)	Kruskall-Wallis H (σύγκριση ομάδων) [μη παραμετρικό]
Κατηγορική (ονομαστική) (μέχρι 2 κατηγορίες)	Αριθμητική (ίσων διαστημάτων)	t-τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων (σύγκριση ομάδων) [παραμετρικό]
Κατηγορική (ονομαστική) (πολλές κατηγορίες)	Αριθμητική (ίσων διαστημάτων)	One-way ANOVA (σύγκριση ομάδων) [παραμετρικό]

3.4.6. Το Microsoft Excel στη συλλογή δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων της τρέχουσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικά λογισμικά. Αρχικά το **Microsoft Excel** που περιέχεται στο πακέτο του **Microsoft Office** και είναι το κυρίαρχο πρόγραμμα υπολογιστικών φύλλων. Το **Microsoft Excel** επιτρέπει την στατιστική ανάλυση των δεδομένων με χρήση του **Πακέτου Εργαλείων Ανάλυσης (Analysis ToolPack)** που χρησιμοποιείται για την ανάπτυξη περίπλοκων στατιστικών αναλύσεων.

3.5. Πιλοτική συνέντευξη

Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, έχουν παρατεθεί έρευνες σχετικές με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών της φωνής στο εξωτερικό και συγκεκριμένα στην Ευρώπη (Αγγλία και Ιταλία) και στην Αμερική, οι οποίες αναφέρονται στο κεφάλαιο 1 και 2 της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Παρόμοιες έρευνες στην Ελλάδα δεν έχουν ακόμα πραγματοποιηθεί, και για τον λόγο αυτό αποφασίστηκε να γίνει μια πιλοτική συνέντευξη, μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με ωτορινολαρυγγολόγους, εργαζόμενους σε δύο Ελληνικά νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τον «Ευαγγελισμό» και το Παιδών «Αγία Σοφία».

Στόχος της συνέντευξης αυτής, ήταν η συλλογή δεδομένων σχετικά με το αν υπάρχει μόνιμος λογοθεραπευτής στα νοσοκομεία, καθώς και με τον ρόλο που διαδραματίζει τόσο στην αξιολόγηση όσο και στη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών της φωνής.

Τα ερωτήματα τα οποία τέθηκαν ήταν σύντομα και στοχευόμενα, ώστε να παρθούν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες στον ελάχιστο χρόνο που διέθεταν οι ωτορινολαρυγγολόγοι. Η τηλεφωνική επικοινωνία διήρκεσε περίπου 6 λεπτά με κάθε ωτορινολαρυγγολόγο και είχε το ύψος της μη δομημένης συνέντευξης.

Οι ερωτήσεις που τέθηκαν ήταν:

1. «Στο νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε υπάρχει η ειδικότητα του λογοθεραπευτή;»
2. «Γνωρίζετε αν υπάρχει η ειδικότητα του λογοθεραπευτή και σε άλλα Ελληνικά νοσοκομεία;»
3. «Ο λογοθεραπευτής που εργάζεται στο νοσοκομείο σας είναι υπεύθυνος για όλες τις διαταραχές λόγου και ομιλίας ή είναι εξειδικευμένος σε κάποιες συγκεκριμένες και ασχολείται μόνο με αυτές;»
4. «Ο λογοθεραπευτής είναι παρών στην διαδικασία αξιολόγησης της φωνής; Αν ναι ποιος είναι ο ρόλος του συγκεκριμένα;»
5. «Γνωρίζετε αν στο νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε, γίνονται λογοθεραπευτικές συνεδρίες αποκατάστασης της φωνής;»

Οι απαντήσεις, παρατίθενται παρακάτω:

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1: Ο ωτορινολαρυγγολόγος του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», απάντησε πως στο συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν υπάρχει η ειδικότητα του λογοθεραπευτή και πως δεν γνωρίζει κάποιο άλλο στο οποίο να υπάρχει.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2: Ο ωτορινολαρυγγολόγος του νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία», είπε ότι υπάρχει η ειδικότητα του λογοθεραπευτή στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και πως επιπλέον υπάρχει λογοθεραπευτής και στο Παιδών «Αγλαΐα Κυριακού» και πως δεν γνωρίζει κάποιο άλλο. Ακόμα είπε πως ο λογοθεραπευτής του συγκεκριμένου

νοσοκομείου ασχολείται με όλες τις διαταραχές, καθώς και με τις διαταραχές της φωνής. Επιπροσθέτως, αναφέρθηκε πως ο λογοθεραπευτής είναι παρών στην διαδικασία αξιολόγησης της φωνής, όμως δεν έχει κάποιον ενεργό ρόλο, καθώς οι εξετάσεις πχ λαρυγγοσκόπηση, είναι αρμοδιότητα του ωτορινολαρυγγολόγου. Τέλος, ανέφερε πως στο νοσοκομείο γίνονται θεραπευτικές συνεδρίες φωνής με τον λογοθεραπευτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βασικό μέσο συλλογής των δεδομένων αποτέλεσε το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, το οποίο κατασκευάστηκε κατάλληλα, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της παρούσας έρευνας σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα που μελετούνται. Έπειτα από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, οι ερωτήσεις τέθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να καλύψουν στο μέτρο του δυνατού όλες τις πτυχές του θέματος και να δώσουν λύσεις στις υποθέσεις της έρευνας.

Αρχικό βήμα, ήταν η δημιουργία δύο βασικών κατηγοριών. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία, όπως ο φύλο, ηλικία, χώρα βασικής εκπαίδευσης ιατρικής σχολής, αλλά και χώρα εκπαίδευσης ειδίκευσης, τόπος εργασίας, κλπ.

Η δεύτερη κατηγορία αφορά τις γνώσεις των ωτορινολαρυγγολόγων σχετικά με την επιστήμη της λογοθεραπείας και την αποτελεσματικότητα του ρόλου του λογοθεραπευτή στις διαταραχές της φωνής.

Αναφορικά με τη δεύτερη κατηγορία, δημιουργήθηκαν 5 διαφορετικοί θεματικοί άξονες (ερευνητικά ερωτήματα) που ήταν απαραίτητοι για την ανάλυση της εν λόγω εργασίας.

Εισαγωγικά, παρατίθενται τα δημογραφικά στοιχεία της έρευνας και στη συνέχεια μελετούνται οι θεματικοί άξονες (ερευνητικά ερωτήματα).

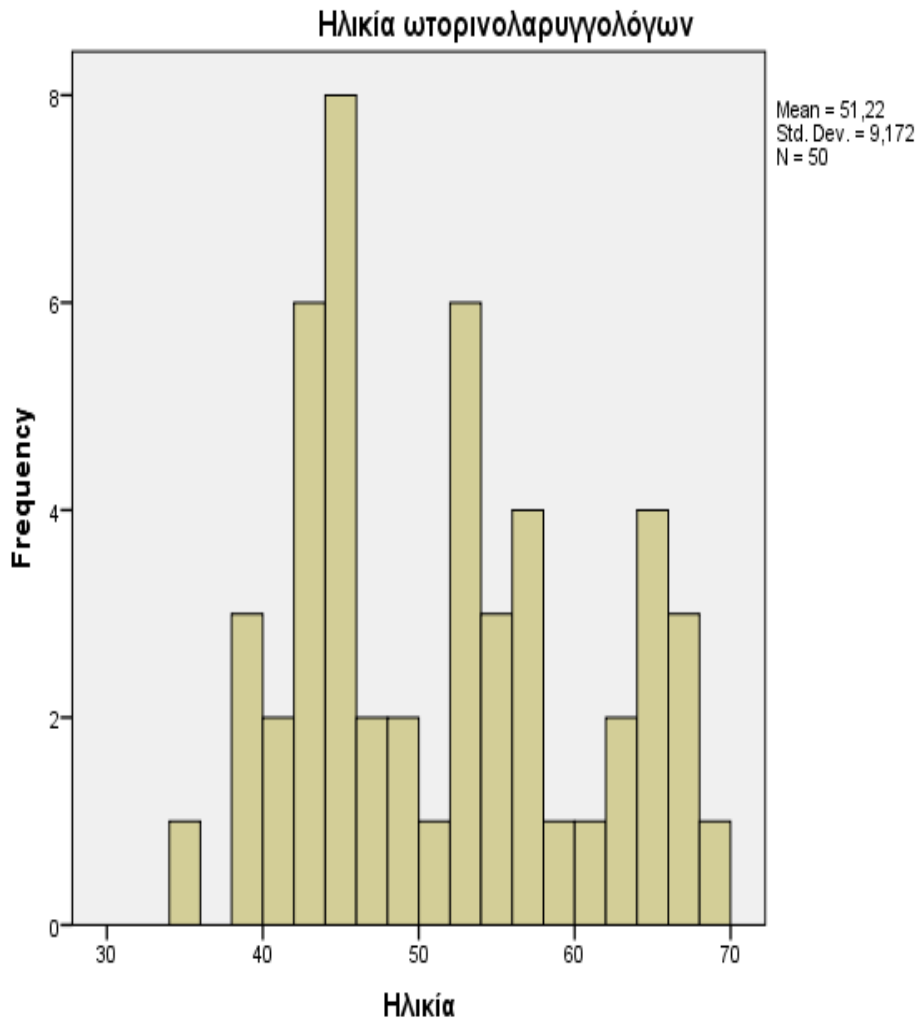
4.1. Δημογραφικά στοιχεία έρευνας

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν άντρες ωτορινολαρυγγολόγοι. Αναλυτικότερα, με βάση το σχήμα 4.1, αναφέρεται ότι από τους 50 ερωτηθέντες το 76% (38 άτομα) ήταν άντρες, ενώ το 24 % (12 άτομα) ήταν γυναίκες.



Σχήμα 4.1 Φύλλο συμμετεχόντων

Αναφορικά με την ηλικία, όπως φαίνεται και στο σχήμα 4.2, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι 45 ετών. Η μέση ηλικία τους είναι 51,22 έτη και ο ηλικιακά μικρότερος είναι 35 ετών, ενώ ο μεγαλύτερος είναι 68 ετών, κάτι που δηλώνει ότι οι συμμετέχοντες είναι στην σωστότερη ηλικία για να απαντήσουν στις ερωτήσεις της έρευνας. Με δεδομένη την αύξηση του ορίου ηλικίας των ιατρικών επαγγελματιών, είναι θεμιτή η αύξηση του ορίου ηλικίας, λόγω καθυστέρησης της εισαγωγής των ιατρών στην αγορά εργασίας.



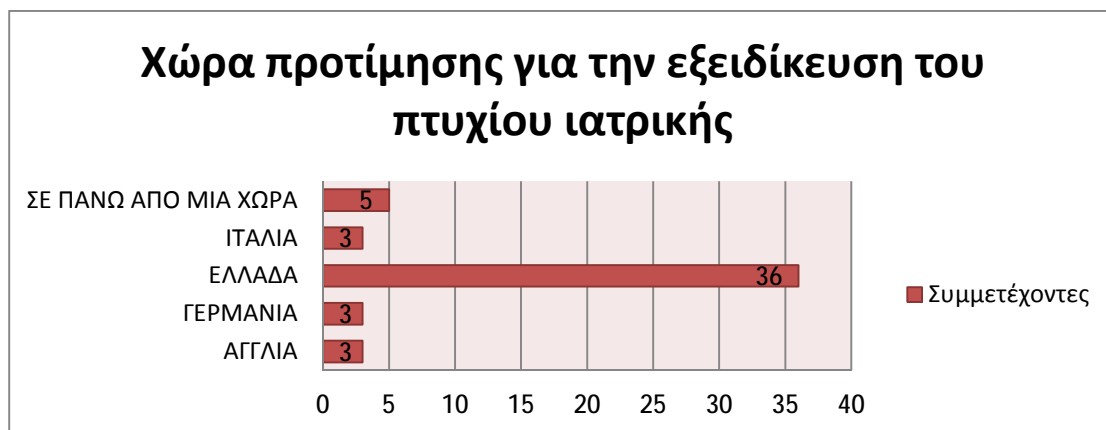
Σχήμα 4.2 Ηλικία συμμετεχόντων

Στο σχήμα 4.3 παρατηρείται ότι το 70% (35 άτομα) των ατορινολαρυγγολόγων έχει ολοκληρώσει τις ακαδημαϊκές του σπουδές στην Ελλάδα, ενώ μόνο το 30% (15 άτομα) έχει μεταβεί στο εξωτερικό. Η Ιταλία εμφανίζεται στην κορυφή των προτιμήσεων (8 άτομα) και ακολουθείται από την Βουλγαρία (4 άτομα) και τέλος την Ρουμανία (3 άτομα).



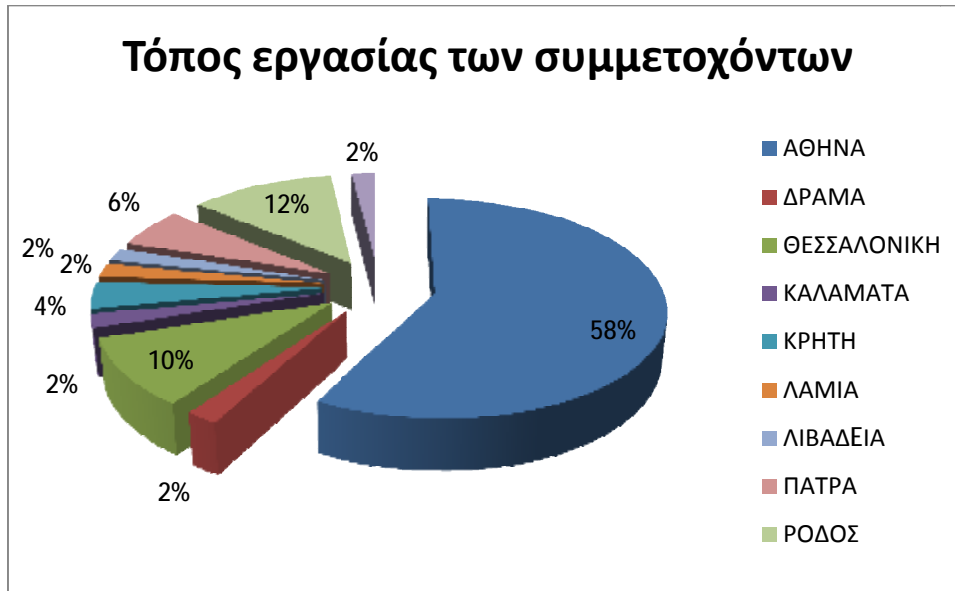
Σχήμα 4.3 Χώρα εκπαίδευσης για το πτυχίο ιατρικής συμμετεχόντων

Ομοίως στο σχήμα 4.4 παρατηρείται ότι το 72% (36 άτομα), απαντά ότι η χώρα που πήραν την ειδικότητα τους είναι η Ελλάδα, με μόνο το 18% (14 άτομα) να έχει ειδικευτεί στο εξωτερικό. Σημαντική ένδειξη είναι ότι το 10% (5 άτομα) ειδικεύτηκε σε παραπάνω από μια χώρες.



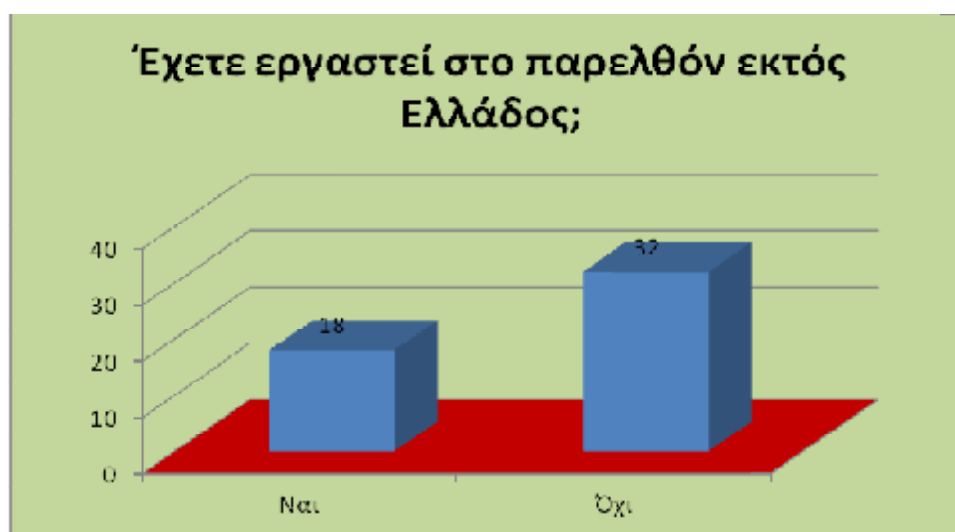
Σχήμα 4.4 Χώρα εξειδίκευσης των συμμετεχόντων

Στο σχήμα 4.5 φαίνεται ότι το 58% (29 άτομα) των ωτορινολαρυγγολόγων δηλώνει πως έχει εργαστεί στην πρωτεύουσα της χώρας (Αθήνα), το 12% (6 άτομα) δηλώνει πως έχει εργαστεί στο νομό Δωδεκανήσου και πιο συγκεκριμένα στην Ρόδο, το 10% (5 άτομα) δηλώνει πως έχει εργαστεί στην συμπρωτεύουσα της χώρας (Θεσσαλονίκη), ενώ το υπόλοιπο 22% (11 άτομα) στους ευρύτερους νομούς της Ελλάδος.



Σχήμα 4.5 Τόπος εργασίας των συμμετεχόντων

Στην ερώτηση «Έχετε εργαστεί στο παρελθόν εκτός Ελλάδος;», όπως φαίνεται στο σχήμα 4.6, το 36% (18 άτομα) απάντησε θετικά, σε αντίθεση με το 64% (32 άτομα) που δήλωσε ότι δεν έχει εργασιακή εμπειρία σε χώρες του εξωτερικού.



Σχήμα 4.6 Ποσοστό συμμετεχόντων που εργάστηκαν στην Ελλάδα και στο εξωτερικό

Με βάση τις θετικές απαντήσεις της προηγούμενης ερώτησης, προκύπτει το σχήμα 4.7, όπου φαίνεται ότι από τους ωτορινολαρυγγολόγους που εργάστηκαν στο εξωτερικό, το 40% (8 άτομα) εργάστηκε στην Αγγλία, το 25% (5 άτομα) στην Γερμανία, ενώ το υπόλοιπο 35% (7 άτομα) επέλεξε για την εργασία του χώρες όπως η Ιταλία, η Κύπρος, η Σαουδική Αραβία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Αξίζει να αναφερθεί πως μόλις το 10% (2 άτομα) εργάστηκε σε παραπάνω από μία χώρες.



Σχήμα 4.7 Εργασία σε πόλεις του εξωτερικού

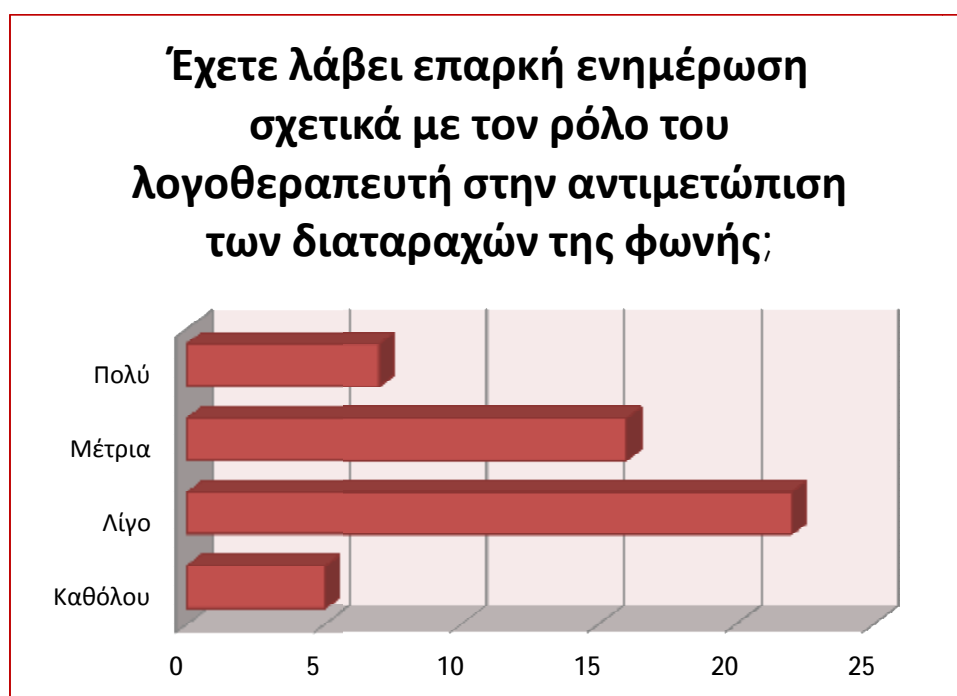
4.2. Θεματικοί άξονες

4.2.1. Θεματικός άξονας 1 (ερευνητικό ερώτημα 1)

«Υπάρχει επαρκής ενημέρωση στον ιατρικό κλάδο των ωτορινολαρυγγολόγων σε σχέση με το ρόλο του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση/ διάγνωση και την αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;»

Στόχος σε αυτή την ενότητα είναι η διερεύνηση της επαρκούς ενημέρωσης των ωτορινολαρυγγολόγων σε σχέση με το ρόλο του λογοθεραπευτή τόσο στην αξιολόγηση/ διάγνωση, όσο και στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής.

Στο σχήμα 4.8 παρατηρείται ότι το 44% (22 άτομα) των ωτορινολαρυγγολόγων, δηλώνει ότι η ενημέρωση που δέχτηκε ήταν λίγη, το 32% (16 άτομα) πως ήταν μέτρια, το 14% (7 άτομα) πως ήταν πολύ και το 10% (5 άτομα) πως δεν έχει ενημερωθεί καθόλου.



Σχήμα 4.8 Επαρκής ενημέρωση

Στην συνέχεια οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για το ποιες πιστεύουν ότι είναι οι αρμοδιότητες του λογοθεραπευτή στην διάγνωση και στην αξιολόγηση των διαταραχών της φωνής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 4.1, παρατηρείται ότι το 20,6% (41 άτομα) των ερωτηθέντων θεώρησαν ως βασική αρμοδιότητα του λογοθεραπευτή, στην διάγνωση και την αξιολόγηση των διαταραχών της φωνής, την αξιολόγηση της φωνητικής συμπεριφοράς, το 19,6% (39 άτομα) την αξιολόγηση του τύπου της αναπνοής, το 18,1% (36 άτομα) την αξιολόγηση – ανάλυση των ακουστικών παραμέτρων της φωνής, το 18,1% (36 άτομα) την ανάλυση των αντικειμενικών μετρήσεων της φωνής, το 18,6% (37 άτομα) την αξιολόγηση της στάσης του σώματος και το 0,5% (1 άτομο) την εξέταση του λάρυγγα (έμμεση λαρυγγοσκόπηση).

Πίνακας 4.1 Οι αρμοδιότητες του λογοθεραπευτή στην διάγνωση και την αξιολόγηση των διαταραχών της φωνής κατά την γνώμη των ωτορινολαρυγγολόγων

	Πλήθος	Ποσοστό επί %
Εξέταση του λάρυγγα (έμμεση λαρυγγοσκόπηση)	1	0,5%
Αξιολόγηση φωνητικής συμπεριφοράς (πχ. κατάχρηση της φωνής)	41	20,6%
Αξιολόγηση – ανάλυση των ακουστικών παραμέτρων της φωνής	36	18,1%
Ανάλυση αντικειμενικών μετρήσεων της φωνής (jitter, shimmer, MPT, NHR, HNR και F0)	36	18,1%
Αξιολόγηση του τύπου της αναπνοής	39	19,6%
Αξιολόγηση της στάσης του σώματος (σημεία μυϊκής έντασης)	37	18,6%
Όλα τα παραπάνω	9	4,5%
Σύνολο	199	100,0%

Σύμφωνα με το σχήμα 4.9, συμπεραίνεται ότι το 66% (33 άτομα) υποστηρίζει ότι ο λογοθεραπευτής συμβάλλει κατά πολύ στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής, το 32% (16 άτομα) υποστηρίζει πως συμβάλλει μέτρια, ενώ μόλις το 2% (1 άτομο) υποστηρίζει πως έχει ελάχιστη συμβολή.



Σχήμα 4.9 Συμβολή του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής

4.2.2. Θεματικός άξονας 2 (ερευνητικό ερώτημα 2)

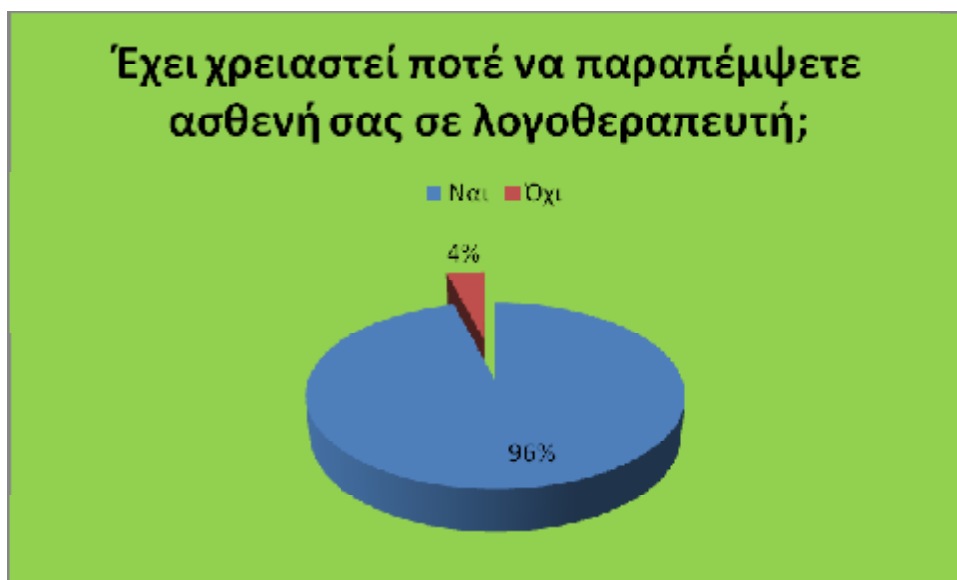
«α) Παραπέμπουν οι ωτορινολαρυγγολόγοι σε λογοθεραπευτή για φωνητική θεραπεία /λογοθεραπευτική παρέμβαση;

β) Για ποιες διαταραχές της φωνής παραπέμπουν οι ωτορινολαρυγγολόγοι σε λογοθεραπευτή;

γ) Όταν η παραπομπή αφορά τις υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής που χρήζουν χειρουργικής επέμβασης, πότε επιδιώκεται αυτή;»

Στόχος του ερευνητικού αυτού ερωτήματος, είναι η μελέτη του κατά πόσο οι ωτορινολαρυγγολόγοι παραπέμπουν σε λογοθεραπευτή για φωνητική θεραπεία – λογοθεραπευτική παρέμβαση, για ποιες διαταραχές παραπέμπουν και τέλος πότε πραγματοποιείται η παραπομπή, όταν πρόκειται για υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής που χρήζουν χειρουργικής επέμβασης.

Με βάση το σχήμα 4.10, η πλειοψηφία των ωτορινολαρυγγολόγων και συγκεκριμένα το 96% (48 άτομα) αποφάνθηκε ότι έχει παραπέμψει ασθενή του σε λογοθεραπευτή, εν αντιθέσει με το 4% (2 άτομα).



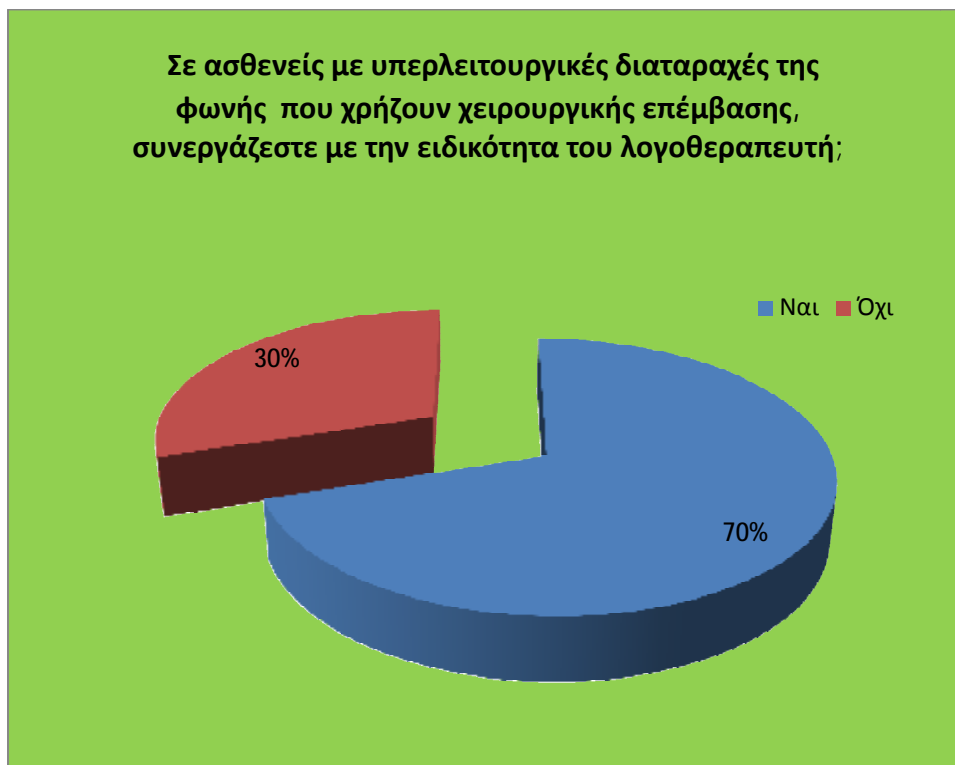
Σχήμα 4.10 Παραπομπή σε λογοθεραπευτή

Λαμβάνοντας υπόψη τον πίνακα 4.2, φαίνεται ότι από τους ωτορινολαρυγγολόγους που έχουν παραπέμψει σε λογοθεραπευτή (96%), η διαταραχή για την οποία παραπέμπουν πιο συχνά με ποσοστό 40%, είναι οι υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, αμέσως επόμενη είναι η εκμάθηση οισοφαγικής ομιλίας μετά από λαρυγγεκτομή, με ποσοστό 24% και ακολουθούν η παράλυση των φωνητικών χορδών και οι άλλες νευρολογικές διαταραχές, με ποσοστό 18%.

Πίνακας 4.2 Είδος διαταραχής που θα οδηγήσουν τους ωτορινολαρυγγολόγους να παραπέμψουν τους ασθενείς σε λογοθεραπευτή

Είδος διαταραχής	Ποσοστό	Πλήθος
Υπερλειτουργική διαταραχή της φωνής (δηλ. φωνητικά οζίδια, πολύποδες φωνητικών χορδών, οίδημα του Reinke, έλκη εξ' επαφής, υποβλενογόσιος αιμορραγία φωνητικών χορδών)	40,0%	20
Παράλυση φωνητικών χορδών	18,0%	9
Άλλες νευρολογικές διαταραχές/ ασθένειες (πχ. σπασμωδική δυσφωνία, νόσος του Πάρκινσον)	18,0%	9
Εκμάθηση οισοφαγικής ομιλίας μετά από λαρυγγεκτομή	24,0%	12
Σύνολο	100,0%	50

Λαμβάνοντας υπόψη το σχήμα 4.11, παρατηρείται ότι το 70% (35 άτομα) των συμμετεχόντων αποφάνθηκαν πως σε ασθενείς με υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, όπως φωνητικά οζίδια, πολύποδες φωνητικών χορδών, οίδημα του Reinke και έλκη εξ' επαφής, οι οποίες χρήζουν χειρουργικής επέμβασης, συνεργάζονται με την ειδικότητα του λογοθεραπευτή, σε αντίθεση με το 30% (15 άτομα) που δεν συνεργάζεται.



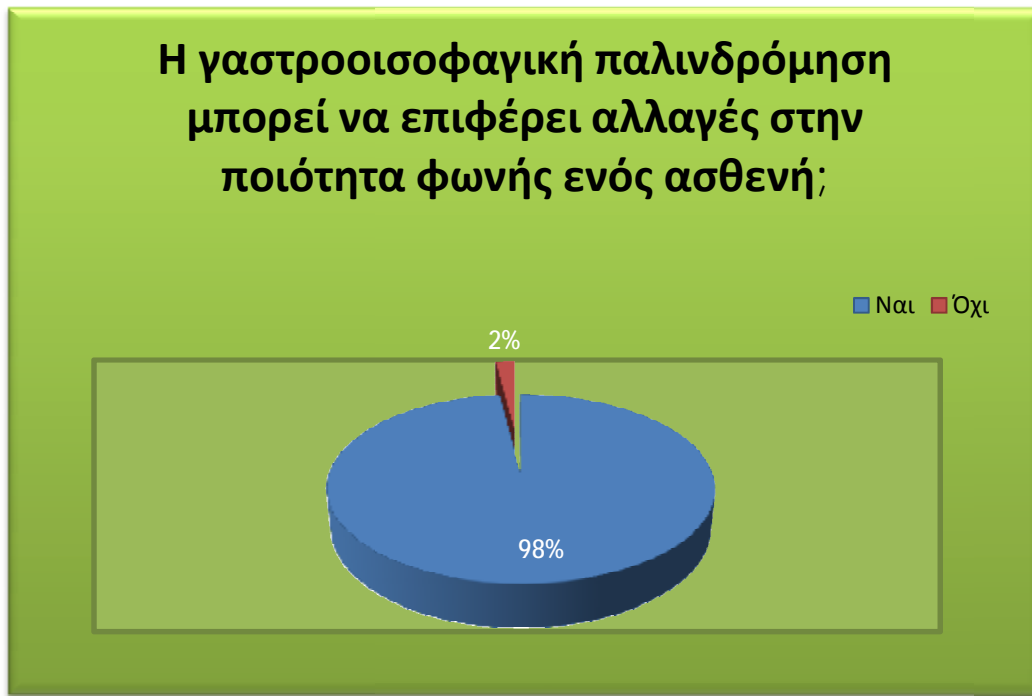
Σχήμα 4.11 Ποσοστά συνεργασίας με την ειδικότητα του λογοθεραπευτή

Σύμφωνα με το σχήμα 4.12, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα το 57% (20 άτομα) των 35 ατόμων (70%) που απάντησαν θετικά στο προηγούμενο ερώτημα, αποφάνθηκαν πως επιδιώκουν να συνεργαστούν με την ειδικότητα του λογοθεραπευτή, τόσο προεγχειρητικά, όσο και μετεγχειρητικά, εν αντιθέσει με το 43% (15 άτομα) που αποφάνθηκαν πως επιδιώκουν την συνεργασία μετεγχειρητικά μόνο. Αξίζει να αναφερθεί πως στο ερώτημα αυτό, κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε προεγχειρητικά μόνο.



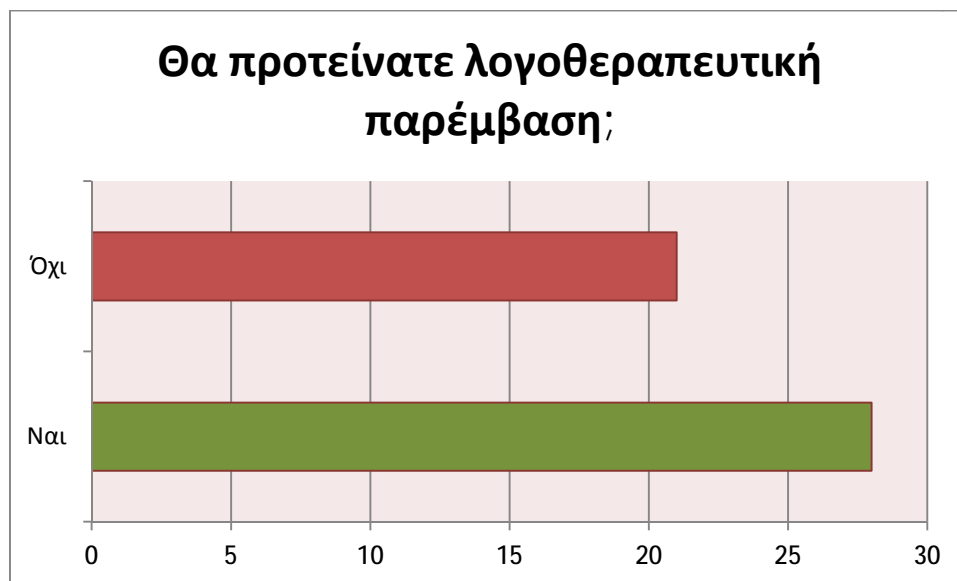
Σχήμα 4.12 Στάδια συνεργασίας

Σύμφωνα με το σχήμα 4.13, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων και συγκεκριμένα το 98% (49 άτομα), υποστηρίζει ότι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) μπορεί να επιφέρει αλλαγές στην ποιότητα φωνής ενός ασθενή, εν αντιθέσει με το 2% (1 άτομα).



Σχήμα 4.13 Απόψεις για αλλαγές στην ποιότητα φωνής

Σε υπερλειτουργική διαταραχή της φωνής, οφειλόμενη σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, σύμφωνα με το σχήμα 4.14, το 57% των ωτορινολαρυγγολόγων πρότεινε, εκτός από φαρμακευτική αγωγή και λογοθεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπισή της, σε αντίθεση με το 43%.



Σχήμα 4.14 Απόψεις για λογοθεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με ΓΟΠ

4.2.3. Θεματικός άξονας 3 (ερευνητικό ερώτημα 3)

«Γνωρίζουν οι ωτορινολαρυγγολόγοι τον ρόλο του λογοθεραπευτή σε κάθε διαφορετικό τύπο διαταραχών της φωνής; (υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, ηβιφωνία, μονόπλευρη παράλυση φωνητικών χορδών, άλλες νευρολογικές διαταραχές, λαρυγγεκτομή)»

Με βάση τον πίνακα 4.3, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα το 43,2% στην ερώτηση που αφορούσε τις μεθόδους αντιμετώπισης των υπερλειτουργικών διαταραχών της φωνής, απάντησε όλα τα παραπάνω, εννοώντας χειρουργείο, φωνητική θεραπεία (λογοθεραπευτική παρέμβαση), αφωνία και φαρμακευτική αγωγή. Το 24,3% απάντησε χειρουργείο, το 20,3% φωνητική θεραπεία (λογοθεραπευτική παρέμβαση), το 6,8% αφωνία και το 5,4% φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 4.3 Τι μπορεί να περιλαμβάνει η αντιμετώπιση των υπερλειτουργικών διαταραχών της φωνής σύμφωνα με την γνώμη των ωτορινολαρυγγολόγων

Είδος απάντησης	Πλήθος	Ποσοστό επί %
Χειρουργείο	18	24,3%
Φωνητική θεραπεία (Λογοθεραπευτική παρέμβαση)	15	20,3%
Αφωνία	5	6,8%
Φαρμακευτική αγωγή	4	5,4%
Όλα τα παραπάνω	32	43,2%
Σύνολο	74	100%

Στον πίνακα 4.4 παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα το 38,5% επέλεξε την φωνητική θεραπεία (λογοθεραπευτική παρέμβαση) ως θεραπευτική μέθοδο αντιμετώπισης των υπερλειτουργικών διαταραχών της φωνής, που δεν χρήζουν χειρουργικής επέμβασης. Το 27,1% επέλεξε συμβουλές για φωνητική υγιεινή/ συντήρηση, το 20,5% σχετική αφωνία (οικονομία φώνησης), το 8,2% φαρμακευτική αγωγή και το 5,7% αφωνία.

Πίνακας 4.4 Προτεινόμενη θεραπεία σε ασθενείς με υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, που δεν χρήζουν χειρουργικής επέμβασης

Είδος απάντησης	Πλήθος	Ποσοστό επί %
Φωνητική θεραπεία (Λογοθεραπευτική παρέμβαση)	47	38,5%
Αφωνία	7	5,7%
Σχετική αφωνία (οικονομία φώνησης)	25	20,5%
Συμβουλές για φωνητική υγιεινή / συντήρηση	33	27,1%
Φαρμακευτική αγωγή	10	8,2%
Σύνολο	122	100%

Παρατηρώντας τον πίνακα 4.5, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων και συγκεκριμένα το 53,6%, υποστηρίζει πως η φωνητική θεραπεία (λογοθεραπευτική παρέμβαση) είναι η καλύτερη μέθοδος αντιμετώπισης της ηβιφωνίας. Αμέσως επόμενη απάντηση, είναι η ψυχολογική υποστήριξη, με ποσοστό 42,8% και τέλος ένα μικρό ποσοστό την τάξεως του 3,6% απάντησε φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 4.5 Συμβουλές σε έφηβο με ηβιφωνία

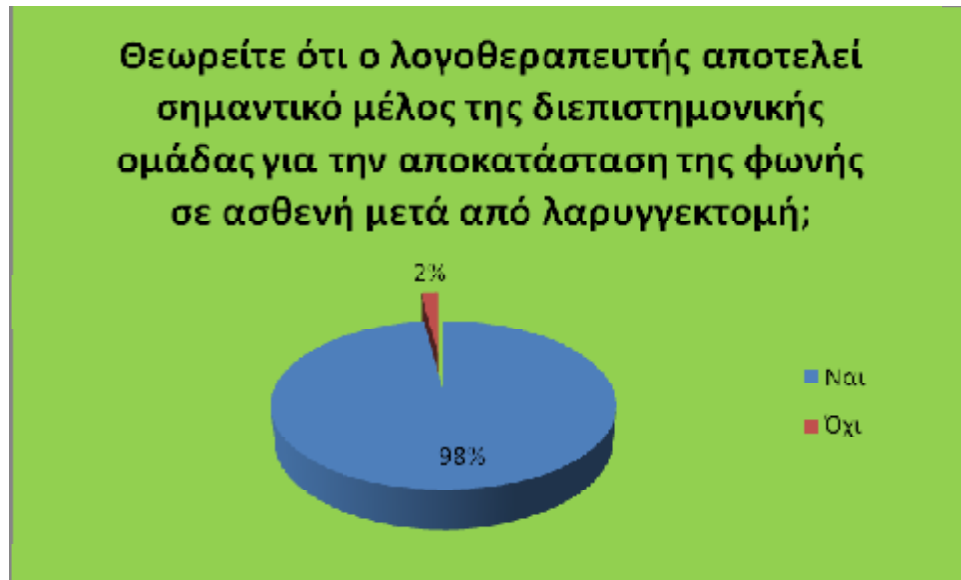
Είδος απάντησης	Πλήθος	Ποσοστό επί %
Φωνητική θεραπεία (Λογοθεραπευτική παρέμβαση)	45	53,6%
Αφωνία	0	0%
Ψυχολογική υποστήριξη	36	42,8%
Φαρμακευτική αγωγή	3	3,6%
Τίποτα, κατά τη γνώμη μου δεν αντιμετωπίζεται	0	0%
Σύνολο	84	100%

Στον πίνακα 4.6 παρουσιάζονται στοιχεία για την παρέμβαση του λογοθεραπευτή σε μία παράλυση προσαγωγής των φωνητικών χορδών, με το 88% των συμμετεχόντων να υποστηρίζει την ωφέλιμη παρέμβαση σε αυτή την φωνητική διαταραχή, έναντι του 12% που διαφωνεί.

Πίνακας 4.6 Παρέμβαση λογοθεραπευτή σε μονόπλευρη παράλυση προσαγωγής των φωνητικών χορδών

Είδος απάντησης	Πλήθος	Ποσοστό επί %
ΝΑΙ	44	88,0%
ΟΧΙ	6	12,0%
Σύνολο	50	100,0%

Σύμφωνα με το σχήμα 4.15, παρατηρείται ότι το 98% των ωτορινολαρυγγολόγων θεωρούν ότι ο λογοθεραπευτής αποτελεί σημαντικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας για την αποκατάσταση της φωνής σε ασθενή μετά από λαρυγγεκτομή, εν αντιθέσει με το 2%, το οποίο διαφωνεί.

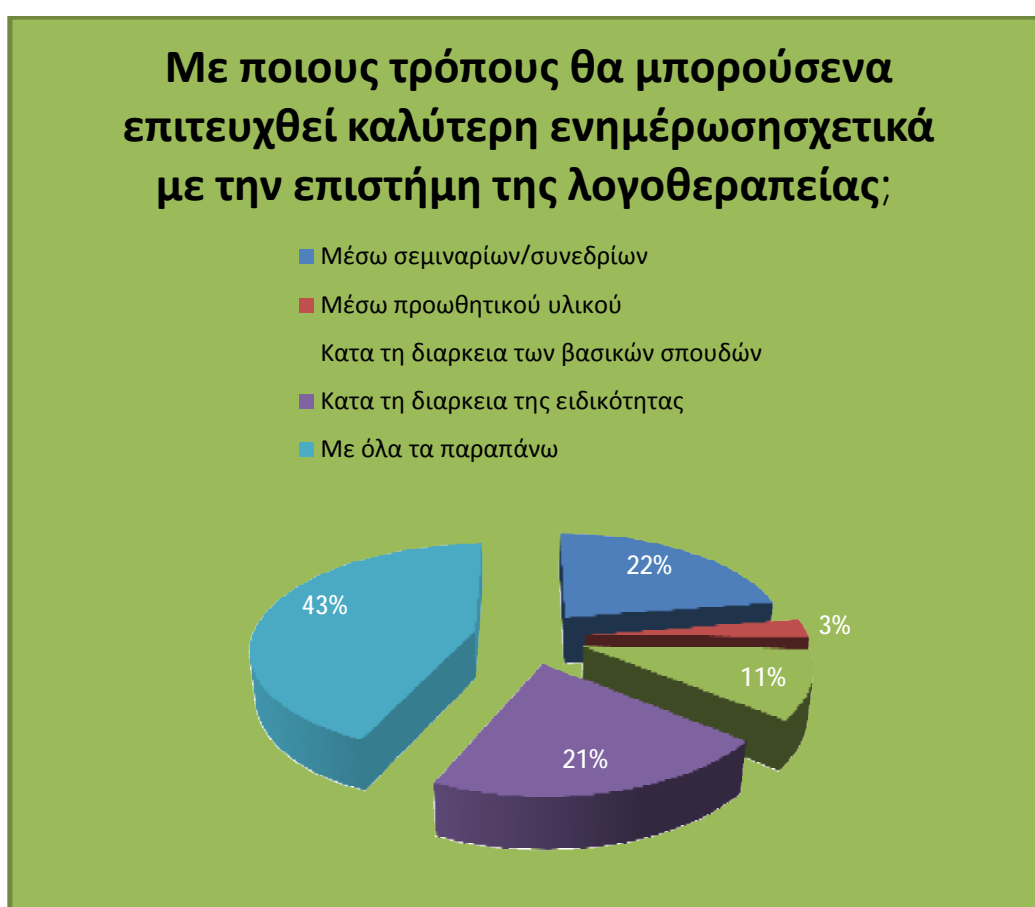


Σχήμα 4.15 Ποσοστά σημαντικότητας του λογοθεραπευτή

4.2.4. Θεματικός άξονας 4 (ερευνητικό ερώτημα 4)

«Με ποιον τρόπο θα μπορούσε να επιτευχθεί καλύτερη ενημέρωση – συνεργασία στον κλάδο των ωτορινολαρυγγολόγων, σχετικά με την επιστήμη της λογοθεραπείας, όσον αφορά τις διαταραχές της φωνής;»

Με βάση το σχήμα 4.16, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, με ποσοστό 43% υποστηρίζει πως είναι καλύτερο να προβεί σε συνδυαστικές διαδικασίες για την καλύτερη ενημέρωση, όπως τα σεμινάρια, το προωθητικό υλικό, την εκπαίδευση και την ενημέρωση, τόσο στην βασική εκπαίδευση, όσο και στην διάρκεια της ειδικότητας. Το 22% υποστηρίζει πως η καλύτερη ενημέρωση θα επιτευχθεί μέσω σεμιναρίων/συνεδριών, το 21 % κατά την διάρκεια της ειδικότητας, το 11% κατά τη διάρκεια των βασικών σπουδών, ενώ μόλις το 3% επιλέγει το προωθητικό υλικό.



Σχήμα 4.16 Επίτευξη καλύτερης ενημέρωσης

4.2.5. Θεματικός άξονας 5 (ερευνητικό ερώτημα 5)

«Υπάρχει διαφορά απόψεων, όσον αφορά την επαρκή ενημέρωση των ωτορινολαρυγγολόγων που έχουν σπουδάσει στο εξωτερικό με αυτούς που έχουν σπουδάσει στην Ελλάδα, σχετικά με τη συμβολή του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;»

Ο τελευταίος θεματικός άξονας, μελετά αν υπάρχει διαφορά απόψεων, όσον αφορά τον ρόλο του λογοθεραπευτή στις διαταραχές της φωνής μεταξύ των ωτορινολαρυγγολόγων που έχουν σπουδάσει στο εξωτερικό με αυτούς που έχουν σπουδάσει στην Ελλάδα.

Για την ανάλυση του παραπάνω ερωτήματος θα επιλεγθεί τυχαία ένα δείγμα ωτορινολαρυγγολόγων από την ομάδα Α (άτομα που έχουν σπουδάσει στο εξωτερικό) και ένα δείγμα από την ομάδα Β (άτομα που έχουν σπουδάσει στην Ελλάδα). Η επιλογή των δυο ομάδων θα έγινε με τέτοιο τρόπο ώστε οι δύο ομάδες να περιέχουν ίσο αριθμό συμμετεχόντων, για την αξιοπιστία του δείγματος.

Το νέο δείγμα αποτελείται λοιπόν από 28 άτομα, εκ των οποίων τα 14 αποτελούν την ομάδα Α, που είναι ωτορινολαρυγγολόγοι που έχουν σπουδάσει στο εξωτερικό, και τα υπόλοιπα 14 άτομα αποτελούν την ομάδα Β, που είναι ωτορινολαρυγγολόγοι που έχουν σπουδάσει στην Ελλάδα.

Αρχικά θα πρέπει να γίνει ο έλεγχος υποθέσεων, παραθέτοντας δυο ξεχωριστές υποθέσεις.

Μηδενική υπόθεση (H0): Η χώρα απόκτησης πτυχίου δεν επηρεάζει την επαρκή ενημέρωση σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής.

Εναλλακτική υπόθεση (H1): Η χώρα απόκτησης πτυχίου επηρεάζει την επαρκή ενημέρωση σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής.

Μηδενική υπόθεση (H0): Δεν υπάρχει διαφορά απόψεων, όσον αφορά τη συμβολή του λογοθεραπευτή στις διαταραχές φωνής μεταξύ των ωτορινολαρυγγολόγων που έχουν σπουδάσει στο εξωτερικό με αυτούς που έχουν σπουδάσει στην Ελλάδα.

Εναλλακτική υπόθεση (H1): Υπάρχει διαφορά απόψεων, όσον αφορά τη συμβολή του λογοθεραπευτή στις διαταραχές φωνής μεταξύ των ωτορινολαρυγγολόγων που έχουν σπουδάσει στο εξωτερικό με αυτούς που έχουν σπουδάσει στην Ελλάδα.

Για την ανάλυση των ερωτημάτων θα πρέπει να γίνει έλεγχος κάποιων παραμέτρων. Αρχικός παράγοντας της ανάλυσης είναι το είδος των μεταβλητών.

Οι μεταβλητές λοιπόν που θα αναλυθούν είναι τρεις. Η μεταβλητή «χώρα πτυχίου» που υποδηλώνει την χώρα απόκτησης του πτυχίου ιατρικής, η «επάρκεια» που υποδηλώνει το κατά πόσο κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής υπάρχει επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής και η «συμβολή» που δηλώνει κατά πόσο θεωρούν ότι ένας λογοθεραπευτής μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής.

Και οι τρεις μεταβλητές ανήκουν στην κατηγορία των **ονομαστικών (Κατηγορικών)** μεταβλητών επομένως θα γίνει ο έλεγχος χ^2 .

Για το πρώτο ζεύγος των υποθέσεων γίνεται μετάβαση στο πρόγραμμα SPSS στη καρτέλα **Analyze – Descriptive Statistics – Crosstabs** και μεταφορά της μεταβλητής «χώρα πτυχίου» στο πλαίσιο Row(s) και της μεταβλητής «επάρκεια» στο πλαίσιο Columns(s). Στη συνέχεια, ενεργοποιείται το κουμπί “Statistics” και στο παράθυρο που ανοίγει επιλέγεται το “chi-square”. Τα αποτελέσματα του τεστ εμφανίζονται στον ακόλουθο πίνακα.

4.7 Χώρα εκπαίδευσης πτυχίο ιατρικής * Θεωρείτε ότι κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής σας έχετε λάβει επαρκή ενημέρωση σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής; Crosstabulation

		Θεωρείτε ότι κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής σας έχετε λάβει επαρκή ενημέρωση σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;				Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	
Χώρα εκπαίδευσης Πτυχίο Ιατρικής	ΕΛΛΑΔΑ	2	5	5	2	14
	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	1	8	2	3	14
Σύνολο		3	13	7	5	28

Ο πίνακας 4.8 των αποτελεσμάτων παρουσιάζει την κοινή κατανομή συχνοτήτων των δύο μεταβλητών και ονομάζεται πίνακας συνάφειας. Από αυτόν, προκύπτουν μερικές χρήσιμες περιγραφικές παρατηρήσεις. Για παράδειγμα, παρατηρείται ότι το νέο δείγμα αποτελείται πλέον από 28 άτομα, εκ των οποίων τα 14 είναι ωτορινολαρυγγολόγοι που έχουν σπουδάσει στο εξωτερικό και τα υπόλοιπα 14 ωτορινολαρυγγολόγοι που έχουν σπουδάσει στην Ελλάδα. Παρατηρείται ακόμα ότι και οι δύο ομάδες έχουν παραπλήσια αποτελέσματα, χωρίς να εμφανίζεται σημαντική διαφορά.

4.8 Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,511 ^a	3	,473
Likelihood Ratio	2,568	3	,463
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000
N of Valid Cases	28		

Ο έλεγχος χ^2 βασίζεται στο στατιστικό του Pearson και γι' αυτό πρέπει να διαβαστεί η πρώτη γραμμή του δεύτερου πίνακα. Το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου 0,473, με $p > 0,05$. Συνεπώς γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης.

Επόμενος η χώρα απόκτησης πτυχίου και η επαρκής ενημέρωση είναι ανεξάρτητα χαρακτηριστικά μεταξύ τους και έχουν στατιστικά μη σημαντική σχέση μεταξύ ($\chi^2 = 2,511$, $df = 3$). Με απλούστερα λόγια, η χώρα απόκτησης πτυχίου δεν επηρεάζει την επαρκή ενημέρωση σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής.

Ομοίως για το δεύτερο ζεύγος θα γίνει μετάβαση στο πρόγραμμα SPSS στην καρτέλα **Analyze – Descriptive Statistics – Crosstabs** και μεταφορά της μεταβλητής «χώρα πτυχίου» στο πλαίσιο Row(s) και της μεταβλητής «συμβολή» στο πλαίσιο Columns(s). Στη συνέχεια, ενεργοποιείται το κουμπί “Statistics” και στο παράθυρο που ανοίγει επιλέγεται το “chi-square”. Τα αποτελέσματα του τεστ εμφανίζονται στον πίνακα 4.9.

4.9 Χώρα εκπαίδευσης πτυχίο ιατρικής * Κατά πόσο θεωρείτε ότι ένας λογοθεραπευτής μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής; Crosstabulation

Count		Κατά πόσο θεωρείτε ότι ένας λογοθεραπευτής μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;			Total
		Λίγο	Μέτρια	Πολύ	
Χώρα εκπαίδευσης Πτυχίο Ιατρικής	ΕΛΛΑΔΑ	0	4	10	14
	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	1	5	8	14
	Total	1	9	18	28

Από αυτόν, προκύπτουν μερικές χρήσιμες περιγραφικές παρατηρήσεις, όπως το πλήθος των ωτορινολαρυγγολόγων που έχουν σπουδάσει στο εξωτερικό και των ωτορινολαρυγγολόγων που έχουν σπουδάσει στην Ελλάδα. Παρατηρείται ότι και στις δυο ομάδες έχουμε παραπλήσια αποτελέσματα, χωρίς να εμφανίζεται σημαντική διαφορά.

4.7 Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,333 ^a	2	,513
Likelihood Ratio	1,720	2	,423
Linear-by-Linear Association	1,000	1	,317
N of Valid Cases	28		

Το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου 0,513, με $p > 0,05$. Συνεπώς γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης.

Επομένως η χώρα απόκτησης πτυχίου και η συμβολή του λογοθεραπευτή στις διαταραχές της φωνής είναι ανεξάρτητα χαρακτηριστικά μεταξύ τους με $\chi^2 = 1,333^a$ και βαθμούς ελευθερίας $df = 2$. Με απλούστερα λόγια, δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά απόψεων, όσον αφορά τη συμβολή του λογοθεραπευτή, μεταξύ των ωτορινολαρυγγολόγων που έχουν σπουδάσει στο εξωτερικό και με αυτούς που έχουν σπουδάσει στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία και σε δείγμα 50 συμμετεχόντων, συλλέχθηκαν οι απόψεις των ωτορινολαρυγγολόγων σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής.

Σύμφωνα με τους Aronson (1980), Eckel & Boone (1981), Mathieson (2001), Schindler et al (2006), Vinson (2013), Χελιδόνη (2006) αρμοδιότητα του λογοθεραπευτή κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης της φωνής, είναι η λήψη ιστορικού, η αξιολόγηση των βασικών παραμέτρων της φωνής και η ανάλυση των ακουστικών της παραμέτρων.

Με βάση τα ευρήματα των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου που απαντούν στο υποερώτημα «ποιες πιστεύετε ότι είναι οι αρμοδιότητες του λογοθεραπευτή στην διάγνωση/ αξιολόγηση των διαταραχών της φωνής;» του ερευνητικού ερωτήματος ένα, που αφορά την ύπαρξη επαρκούς ενημέρωσης στον ιατρικό κλάδο των ωτορινολαρυγγολόγων σχετικά με το ρόλο του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση/ διάγνωση και αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής, το 76,4% των ωτορινολαρυγγολόγων προσέγγισε ορθά τις αρμοδιότητες του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και τη διάγνωση των διαταραχών της φωνής (αξιολόγηση φωνητικής συμπεριφοράς, αξιολόγηση – ανάλυση ακουστικών παραμέτρων της φωνής, ανάλυση αντικειμενικών μετρήσεων της φωνής, αξιολόγηση του τύπου της αναπνοής). Επίσης αναφέρεται ότι και μέσω της πιλοτικής συνέντευξης, η οποία πραγματοποιήθηκε με ωτορινολαρυγγολόγους εργαζόμενους σε δύο Ελληνικά νοσοκομεία (νοσοκομείο Ευαγγελισμός και νοσοκομείο παιδών «Αγία Σοφία»), επιβεβαιώνεται η παρουσία του λογοθεραπευτή στην διαδικασία αξιολόγησης, γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Το επόμενο υποερώτημα που ελέγχθηκε στατιστικώς, ήταν το «κατά πόσο θεωρείτε ότι ένας λογοθεραπευτής μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;», όπου το 66% των ερωτηθέντων απάντησε πολύ, το 32% μέτρια, ενώ μόλις το 2% λίγο. Σύμφωνα με την έρευνα των Allen et al (1991), η οποία πραγματοποιήθηκε σε ωτορινολαρυγγολόγους με παρόμοιο ερώτημα, στο Μέιν της Αμερικής, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα το 81%, αποφάνθηκε ότι ο λογοθεραπευτής είναι πάντα ή τις περισσότερες φορές αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής. Παρατηρείται λοιπόν, ότι τα αποτελέσματα των δύο ερευνών έρχονται σε σχετική συμφωνία, παρά την στατιστική διαφορά που υπάρχει, δεδομένου ότι στην Αμερική η επιστήμη της λογοθεραπείας κατέχει εξέχουσα θέση στον ιατρικό χώρο, σε αντίθεση με την Ελλάδα.

Τέλος, με βάση τα παραπάνω, αξίζει να αναφερθεί πως μολονότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, με ποσοστό 44%, στο υποερώτημα «θεωρείτε ότι κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής σας έχετε λάβει επαρκή ενημέρωση σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;» αποφάνθηκε ότι ήταν λίγη η ενημέρωση που έλαβε, προσέγγισε σωστά τη συμβολή του στις διαταραχές αυτές.

Συμπερασματικά λοιπόν για το σύνολο των απαντήσεων αυτού του ερευνητικού ερωτήματος, καταλήγουμε στο ότι οι Έλληνες ωτορινολαρυγγολόγοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους τείνουν να γνωρίζουν τη συμβολή του λογοθεραπευτή, τόσο στη διάγνωση, όσο και στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής, ενώ θα περίμενε κανείς να συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο, λόγω της ελάχιστης ενημέρωσης που έχουν λάβει.

Προχωρώντας στο υποερώτημα «έχει χρειαστεί ποτέ να παραπέμψετε ασθενή σας σε λογοθεραπευτή; Εάν ναι, για ποια/ποιες διαταραχές παραπέμψατε;» του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, που αφορά την παραπομπή των ωτορινολαρυγγολόγων σε λογοθεραπευτή, την αιτία της παραπομπής, καθώς και το πότε γίνεται αυτή, όταν αφορά τις υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, παρατηρείται ότι, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων και συγκεκριμένα το 96%, αποφάνθηκε πως έχει παραπέμψει ασθενή σε λογοθεραπευτή, γεγονός που συμφωνεί με την βιβλιογραφία και συγκεκριμένα με την έρευνα των Allen et al (1991), η οποία πραγματοποιήθηκε σε ωτορινολαρυγγολόγους της Αμερικής, με παρόμοιο ερώτημα και έδειξε ότι το 80% των ερωτηθέντων παραπέμπει πάντα, πολύ συχνά ή και περιστασιακά σε λογοθεραπευτή. Επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι η συχνότερη διαταραχή για την οποία παραπέμπουν οι Έλληνες ωτορινολαρυγγολόγοι, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, αφορά τις υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, με ποσοστό 40%.

Στο υποερώτημα «σε ασθενείς με υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής (δηλ. φωνητικά οζίδια, πολύποδες φωνητικών χορδών, οίδημα του Reinke, έλκος εξ' επαφής), που χρήζουν χειρουργικής επέμβασης, συνεργάζεστε με την ειδικότητα του λογοθεραπευτή; Εάν ναι, πότε επιδιώκετε την συνεργασία αυτή;» οι ωτορινολαρυγγολόγοι με ποσοστό 70% απάντησαν ότι παραπέμπουν σε λογοθεραπευτή για φωνητική θεραπεία – λογοθεραπευτική παρέμβαση. Επίσης αναφέρεται ότι το 57% των ερωτηθέντων επιδιώκει συνεργασία, τόσο προεγχειρητικά, όσο και μετεγχειρητικά και το 43% μετεγχειρητικά μόνο. Οι έρευνες των Murry & Woodson (1992) και των Koufman & Blalock (1989), αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της φωνητικής θεραπείας σε ασθενείς με υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής που χρήζουν χειρουργικής επέμβασης, τόσο προεγχειρητικά, όσο και μετεγχειρητικά. Παρά το γεγονός λοιπόν, ότι η θεωρία αποδεικνύει την αποτελεσματικότητα της λογοθεραπευτικής παρέμβασης, ένα μικρό σχετικά ποσοστό των Ελλήνων ωτορινολαρυγγολόγων τείνει να παραπέμπει σε λογοθεραπευτή για τις διαταραχές αυτές, τόσο προεγχειρητικά, όσο και μετεγχειρητικά.

Μεταβαίνοντας στο υποερώτημα «εάν πιστεύετε ότι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση μπορεί να επιφέρει αλλαγές στην ποιότητα φωνής του ασθενή και να συνεισφέρει στην δημιουργία υπερλειτουργικής διαταραχής, εκτός από φαρμακευτική αγωγή, θα προτείνατε και λογοθεραπευτική παρέμβαση;», η συντριπτική πλειοψηφία των ωτορινολαρυγγολόγων, με ποσοστό 98% αποφάνθηκε ότι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση επιφέρει αλλαγές στην φωνητική ποιότητα του ασθενή. Επίσης υποστήριξε ότι στην περίπτωση αυτή, και δεδομένης της ύπαρξης υπερλειτουργικής διαταραχής της φωνής, προτείνει λογοθεραπευτική παρέμβαση, με ποσοστό 57%. Σύμφωνα με τις έρευνες των Theis & Heatley (2009) και του Theis (2011) διαφαίνεται ότι ο λογοθεραπευτής μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση της υπερλειτουργικής διαταραχής της φωνής, οφειλόμενη σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, σε συνδυασμό πάντα με φαρμακευτική αντιμετώπιση. Οι απόψεις των Ελλήνων ωτορινολαρυγγολόγων δίστανται με τη θεωρία, καθώς ένα πολύ μικρό

σχετικά ποσοστό φαίνεται να παραπέμπει σε λογοθεραπευτή, γεγονός που οδηγεί στην δημιουργία υποψίας για το αν οι Έλληνες ωτορινολαρυγγολόγοι θεωρούν ότι η φαρμακευτική αγωγή από μόνη της είναι αρκετή για την εξάλειψη των συμπτωμάτων της δυσφωνίας.

Συμπερασματικά λοιπόν για το σύνολο του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος καταλήγουμε, στο ότι οι Έλληνες ωτορινολαρυγγολόγοι παραπέμπουν σε λογοθεραπευτή ως επί το πλείστον για υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής και όταν οι υπερλειτουργικές διαταραχές χρήζουν χειρουργικής επέμβασης παραπέμπουν, τόσο προεγχειρητικά, όσο και μετεγχειρητικά. Ωστόσο, τα ποσοστά που λήφθηκαν ήταν αρκετά χαμηλά σε σχέση με τη θεωρία που αφορά άλλες χώρες του εξωτερικού.

Σύμφωνα με τους Βλασσοπούλου & Μύρκος (2013), Mathieson (2001), Murry & Woodson (1992), Ramig & Verdolini (1998) και Vinson (2013) οι μέθοδοι αντιμετώπισης των υπερλειτουργικών διαταραχών της φωνής, είναι η χειρουργική επέμβαση και η φωνητική θεραπεία – λογοθεραπευτική παρέμβαση.

Με βάση τα ευρήματα των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου που απαντούν στο υποερώτημα «κατά τη γνώμη σας, η αντιμετώπιση των υπερλειτουργικών διαταραχών της φωνής (δηλ. φωνητικά οζίδια, πολύποδες φωνητικών χορδών, οίδημα του Reinke, έλκη εξ' επαφής) τί μπορεί να περιλαμβάνει;» του ερευνητικού ερωτήματος που αφορά το αν γνωρίζουν οι ωτορινολαρυγγολόγοι το ρόλο του λογοθεραπευτή σε κάθε διαφορετικό τύπο διαταραχών της φωνής, οι ερωτώμενοι με ποσοστό 44,6% προσέγγισαν σωστά τις μεθόδους παρέμβασης της αντιμετώπισης των υπερλειτουργικών διαταραχών της φωνής (χειρουργείο και φωνητική θεραπεία – λογοθεραπευτική παρέμβαση). Σημειώνεται πως το ποσοστό αυτό είναι πολύ χαμηλό, αν κανείς λάβει υπόψη του τη θεωρία. Βέβαια αναφέρεται ότι το ποσοστό αυτό προέκυψε, διότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα το 55,4%, προσέγγισε λανθασμένα τις μεθόδους αντιμετώπισης των υπερλειτουργικών διαταραχών της φωνής. Πιο αναλυτικά, το 6,8% έδωσε ως απάντηση την αφωνία, η οποία σύμφωνα με τους Sataloff et al (2006) ενδείκνυται σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως είναι οι επαγγελματίες χρήστες φωνής ή κατόπιν χειρουργείου και μόνο για μία εβδομάδα. Το 5,4% απάντησε φαρμακευτική αγωγή, κάτι το οποίο δεν στηρίζεται πουθενά βιβλιογραφικά, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η συνταγογράφηση κορτικοστεροειδών είναι μια πρακτική που ακολουθείται από τους Έλληνες ωτορινολαρυγγολόγους. Τέλος, το 43,2% λανθασμένα έδωσε ως απάντηση το «όλα τα παραπάνω», λόγω του ότι περιλαμβάνει και την αφωνία, αλλά και την φαρμακευτική αγωγή.

Αναφορικά με το υποερώτημα «τί θεραπεία προτείνετε σε ασθενείς με υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, που δεν χρήζουν χειρουργικής επέμβασης (πχ. οζίδια αρχικού σταδίου);», παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ωτορινολαρυγγολόγων και συγκεκριμένα το 38,5% αποφάνθηκε πως η φωνητική θεραπεία – λογοθεραπευτική παρέμβαση είναι η καταλληλότερη μέθοδος παρέμβασης σε ασθενείς με υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής που δεν χρήζουν χειρουργικής επέμβασης. Σύμφωνα με τις έρευνες των Blood (1994), Cohen & Garrett (2007) και Behrman et al (2008) αποδεικνύεται ότι η φωνητική θεραπεία είναι αποτελεσματική σε ασθενείς με υπερλειτουργικές διαταραχές φωνής, οι οποίες δεν χρήζουν χειρουργικής επέμβασης. Σημειώνεται όμως, ότι παρόλο που το ποσοστό αυτό αντικατοπτρίζει την πλειοψηφία των συμμετεχόντων, είναι πολύ μικρό συγκριτικά με τη θεωρία. Αυτό συμβαίνει διότι το 13,9% των ερωτηθέντων επέλεξαν την φαρμακευτική αγωγή και την αφωνία ως απαντήσεις, οι οποίες όπως

προαναφέρθηκε είναι μέθοδοι που δεν ενδείκνυνται για τις συγκεκριμένες διαταραχές. Επίσης δόθηκαν οι απαντήσεις «σχετική αφωνία» και «συμβουλές για φωνητική υγιεινή/ συντήρηση», με ποσοστό 47,6%, προσεγγίσεις όμως οι οποίες είναι αρμοδιότητα του λογοθεραπευτή.

Συνεχίζοντας, στο υποερώτημα «τι συμβουλές θα δίνετε σε έναν έφηβο με ηβιφωνία (με τον όρο ηβιφωνία, εννοούμε την κατάσταση κατά την οποία οι νεαροί άνδρες επιμένουν να χρησιμοποιούν την εφηβική, υψηλή φωνή ακόμα και μετά το πέρας της εφηβείας, χωρίς να υπάρχει κάποια οργανική αιτιολογία);», αναφέρεται ότι το 96,4% των συμμετεχόντων, υποστήριξαν πως η καλύτερη μέθοδος αντιμετώπισης της ηβιφωνίας, είναι ο συνδυασμός φωνητικής θεραπείας – λογοθεραπευτικής παρέμβασης και ψυχολογικής υποστήριξης, γεγονός που υποστηρίζεται και από την θεωρία, καθώς σύμφωνα με τον Aronson (1980) η καταλληλότερη μέθοδος αντιμετώπισης της ηβιφωνίας, είναι ο συνδυασμός αυτών των δύο προσεγγίσεων.

Σχετικά με το υποερώτημα «θεωρείτε ότι η λογοθεραπευτική παρέμβαση θα μπορούσε να είναι ωφέλιμη σε μία μονόπλευρη παράλυση προσαγωγής των φωνητικών χορδών;», η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα το 88%, υποστήριξε πως είναι. Φαίνεται λοιπόν, ότι οι Έλληνες ωτορινολαρυγγολόγοι, τείνουν να γνωρίζουν την κατάλληλη μέθοδο αντιμετώπισης της διαταραχής αυτής, καθώς τα δεδομένα της έρευνας ταυτίζονται με τη θεωρία και συγκεκριμένα με την έρευνα του McFarlane (1988) και των Schindler et al (2006).

Στο υποερώτημα «θεωρείτε ότι ο λογοθεραπευτής αποτελεί σημαντικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας για την αποκατάσταση της φωνής σε ασθενή μετά από λαρυγγεκτομή;», η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα το 98%, αποφάνθηκε ότι ο λογοθεραπευτής αποτελεί σημαντικό μέλος.

Συμπερασματικά, από τα παραπάνω προκύπτει ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ωτορινολαρυγγολόγων, γνωρίζει τον ρόλο του λογοθεραπευτή όσον αφορά την λαρυγγεκτομή, την μονόπλευρη παράλυση προσαγωγής των φωνητικών χορδών και την ηβιφωνία. Ωστόσο στις υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, το μεγαλύτερο ποσοστό των ωτορινολαρυγγολόγων τείνει να επιλέγει άλλες μεθόδους θεραπείας, και όχι τόσο τη λογοθεραπευτική παρέμβαση.

Στο ερευνητικό ερώτημα «με ποιον τρόπο θα μπορούσε να επιτευχθεί καλύτερη ενημέρωση – συνεργασία στον κλάδο των ωτορινολαρυγγολόγων, σχετικά με την επιστήμη της λογοθεραπείας, όσον αφορά τις διαταραχές της φωνής;», το μεγαλύτερο ποσοστό, της τάξεως του 43%, των ωτορινολαρυγγολόγων υποστηρίζει πως είναι καλύτερο να προβεί σε συνδυαστικές διαδικασίες για την καλύτερη ενημέρωση, όπως τα σεμινάρια, το προωθητικό υλικό, την εκπαίδευση και την ενημέρωση, τόσο στην βασική εκπαίδευση, όσο και στην διάρκεια της ειδικότητας.

Τέλος, αναφορικά με το αν «υπάρχει διαφορά απόψεων, όσον αφορά την επαρκή ενημέρωση των ωτορινολαρυγγολόγων που έχουν σπουδάσει στο εξωτερικό, με αυτούς που έχουν σπουδάσει στην Ελλάδα, σχετικά με τη συμβολή του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;», προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απόψεις των ωτορινολαρυγγολόγων που εκπλήρωσαν τις σπουδές τους στο εξωτερικό, με τις απόψεις εκείνων που σπούδασαν στην Ελλάδα. Βέβαια αξίζει να σημειωθεί, ότι το αποτέλεσμα δεν ήταν το αναμενόμενο. Αυτό συμβαίνει διότι το δείγμα των ωτορινολαρυγγολόγων που σπούδασε στο εξωτερικό, σπούδασε σε Ιταλία, Ρουμανία και Βουλγαρία, όπου η επιστήμη της λογοθεραπείας δεν έχει εξέχουσα θέση, όπως συμβαίνει στην Αγγλία και την Αμερική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

6.1.1 Γενικά συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα είχε ως στόχο την διερεύνηση των γνώσεων των ωτορινολαρυγγολόγων σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι, οι Έλληνες ωτορινολαρυγγολόγοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους τείνουν να γνωρίζουν τη συμβολή του λογοθεραπευτή, τόσο στη διάγνωση, όσο και στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής, ενώ θα περίμενε κανείς να συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο, λόγω της ελάχιστης ενημέρωσης που έχουν λάβει.

Ένα άλλο συμπέρασμα, στο οποίο καταλήγει η έρευνα, είναι ότι οι Έλληνες ωτορινολαρυγγολόγοι παραπέμπουν σε λογοθεραπευτή ως επί το πλείστον για υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής και όταν οι υπερλειτουργικές διαταραχές χρήζουν χειρουργικής επέμβασης παραπέμπουν, τόσο προεγχειρητικά, όσο και μετεγχειρητικά. Ωστόσο, τα ποσοστά που λήφθηκαν ήταν αρκετά χαμηλά σε σχέση με τη θεωρία που αφορά άλλες χώρες του εξωτερικού.

Επίσης αναφέρεται, ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ωτορινολαρυγγολόγων, γνωρίζει τον ρόλο του λογοθεραπευτή όσον αφορά την λαρυγγεκτομή, την μονόπλευρη παράλυση προσαγωγής των φωνητικών χορδών και την ηβιφωνία. Ωστόσο στις υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, το μεγαλύτερο ποσοστό των ωτορινολαρυγγολόγων τείνει να επιλέγει άλλες μεθόδους θεραπείας, και όχι τόσο τη λογοθεραπευτική παρέμβαση.

Ένα ακόμα συμπέρασμα, στο οποίο καταλήγει η έρευνα, είναι ότι με βάση την άποψη των ωτορινολαρυγγολόγων, μπορεί να επιτευχθεί καλύτερη ενημέρωση στον κλάδο τους αναφορικά με την επιστήμη της λογοθεραπείας, όσον αφορά τις διαταραχές της φωνής, μέσω συνδυαστικών διαδικασιών.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι ένα ακόμα συμπέρασμα είναι το ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απόψεις των ωτορινολαρυγγολόγων που εκπλήρωσαν τις σπουδές τους στο εξωτερικό, με τις απόψεις εκείνων που σπούδασαν στην Ελλάδα. Βέβαια αξίζει να σημειωθεί, ότι το αποτέλεσμα δεν ήταν το αναμενόμενο. Αυτό συμβαίνει διότι το δείγμα των ωτορινολαρυγγολόγων που σπούδασε στο εξωτερικό, σπούδασε σε Ιταλία, Ρουμανία και Βουλγαρία, όπου η επιστήμη της λογοθεραπείας δεν έχει εξέχουσα θέση, όπως συμβαίνει στην Αγγλία και την Αμερική.

6.1.2. Περιορισμοί

Κατά τη διάρκεια υλοποίησης της παρούσας έρευνας, παρατηρήθηκαν κάποιοι περιορισμοί – εμπόδια.

Αρχικά ένα εμπόδιο, ήταν η στατιστικώς λανθασμένη δομή, αρκετών ερωτήσεων, καθώς και απαντήσεων του ερωτηματολογίου, γεγονός που καθιστούσε δύσκολη την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Ένα ακόμη εμπόδιο ήταν οι χώρες του εξωτερικού όπου σπούδασαν οι συμμετέχοντες (Ιταλία, Βουλγαρία, Ρουμανία), στις οποίες η επιστήμη της λογοθεραπείας δεν έχει εξέχουσα θέση και για το λόγο αυτό υπήρξαν μη αναμενόμενα αποτελέσματα.

Επιπλέον, σχετικά με το δείγμα της έρευνάς μας, αξίζει να αναφερθεί ότι οι γυναίκες συμμετέχουσες ήταν το ένα τέταρτο του συνόλου των ερωτηθέντων κάτι που δυσκολεύει την έρευνα, αφού θα ήταν προτιμότερο το δείγμα να ήταν ίσα κατανομημένο, για την αποφυγή του παράγοντα ότι η γνώμη των ωτορινολαρυγγολόγων, ως προς τον ρόλο που διαδραματίζουν οι λογοθεραπευτές στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής, επηρεάζεται από το φύλο.

6.1.3. Συστάσεις

Αρχικά κρίνεται σκόπιμο για την περαιτέρω διερεύνηση και βελτίωση της έρευνας να δημιουργηθεί ένα νέο ερωτηματολόγιο που θα ελαχιστοποιεί τα στατιστικά λάθη στη δομή, ώστε να γίνει ευκολότερη η διερεύνηση των υποθέσεων και η διεξαγωγή των αποτελεσμάτων. Έπειτα θα ήταν απαραίτητο η συμπλήρωση μεγαλύτερου αριθμού ερωτηματολογίων για πιο έγκυρα αποτελέσματα. Τέλος κρίνεται απαραίτητη είτε η κατ' ιδίαν συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είτε η ηλεκτρονική αποστολή τους συνοδευόμενη από έναν οδηγό συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου βήμα προς βήμα, με σκοπό την αποφυγή λανθασμένης αποστολής.

Λόγω του είδους της ερευνητικής εργασίας, θα ήταν θεμιτή η αύξηση του χρόνου υλοποίησής της, με σκοπό την συλλογή περισσότερων δεδομένων, τόσο από τις μεγαλουπόλεις, όσο και από την επαρχία.

Τέλος, θα ήταν πολύ ενδιαφέρον, αφού παρουσιαστεί μια πιο βελτιωμένη έρευνα αποτελούμενη από μεγαλύτερο δείγμα, να γίνει μια νέα έρευνα που να αφορά το κατά πόσο υπάρχουν περιστατικά στους Έλληνες λογοθεραπευτές έπειτα από παραπομπή από τον ιατρικό κλάδο των ωτορινολαρυγγολόγων αναφορικά με τις διαταραχές της φωνής, έτσι ώστε να γίνει σύγκριση των δύο αυτών ερευνών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allen M., Pettit J., Sherblom J. (1991). *Management of Vocal Nodules: A Regional Survey of Otolaryngologists and Speech-Language Pathologists*. Journal of Speech and Hearing Research, 34, 229-235.
- Aronson A. (1980). *Clinical Voice Disorders An Interdisciplinary Approach*. New York, Thieme-Stratton inc.
- Behrman A. et al (2008). *Vocal Hygiene Education, Voice Production Therapy, and the Role of Patient Adherence: A Treatment Effectiveness Study in Women With Phonotrauma*. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 51, 350–366.
- Bhattarai B. et al (2010). *Psychosocial impact on puberphonic and effectiveness of voice therapy: A case report*. Journal of College of Medical Sciences-Nepal, 6, 57-62.
- Blood G. (1994). *Efficacy of a computerassisted voice treatment protocol*. American Journal of Speech-Language Pathology, 3, 57–66.
- Cohen S. & Garrett G. (2007). *Utility of voice therapy in the management of vocal fold polyps and cysts*. Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 136, 742-746.
- Dromey C., Ramig L., & Johnson A. (1995). *Phonatory and articulatory changes associated with increased vocal intensity in Parkinson disease: A case study*. Journal of Speech and Hearing Research, 38, 751–763.
- Eckel F. & Boone DR. (1981). *The s/z ratio as an indicator of laryngeal pathology*. Journal of Speech and Hearing Disorders, 46, 147-149.
- Finnegan E. (2009). *Clinical Practice: Spasmodic Dysphonia and Vocal Tremor*. Perspectives on Voice and Voice Disorders, 19, 66-73.
- Fox C. et al. (2002). *Current Perspectives on the Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) for Individuals With Idiopathic Parkinson Disease*. American Journal of Speech-Language Pathology, 11, 111–123.
- Garrett G. (2011). *Laryngopharyngeal Reflux: A Laryngologist's Perspective*. Perspectives on Voice and Voice Disorders, 21, 100-105.
- Holmberg E. et al (2001). *Efficacy of a Behaviorally Based Voice Therapy Protocol for Vocal Nodules*. Journal of Voice, 15, 395–412.
- Koufman J. & Blalock P. (1989). *Is voice rest never indicated?*. Journal of Voice, 3, 87–91
- Lehman J. (2002). *Medical Considerations in Treatment of The Young Voice: An Otolaryngologists Point of View*. Perspectives on Voice and Voice Disorders, 12, 5-6.
- Mathieson L. (2001). *The Voice & Its Disorders 6th edition*. USA, Whurr Publisher Ltd.

- McCrorry E. (2001). *Voice Therapy Outcomes in Vocal Fold Nodules: a Retrospective Audit*. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36, 19-24.
- McFarlane S & Watterson T. (1990). *Vocal nodules: Endoscopic study of their variations and treatment*. *Seminars in Speech and Language*, 11, 1.
- McFarlane S. (1988). *Treatment of benign laryngeal disorders with traditional methods and techniques of voice therapy*. *Ear, Nose and Throat Journal*, 67, 425–435.
- McFarlane S. et al (1991). *Unilateral Vocal Fold Paralysis: Perceived Vocal Quality Following Three Methods of Treatment*. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1, 45-48.
- Murry T & Woodson G. (1992). *Comparison of three methods for the management of vocal fold nodules*. *Journal of Voice*, 6, 271-276.
- Murry T. & Woodson G. (1995). *Combined-modality treatment of adductor spasmodic dysphonia with botulinum toxin and voice therapy*. *Journal of Voice*, 9, 460-465.
- Pannbacker M. (1999). *Treatment of Vocal Nodules: Options and Outcomes*. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8, 209–217.
- Ramig L. & Verdolini K. (1998). *Treatment Efficacy: Voice Disorders*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 101-116.
- Rubin H., Lehrhoff I. (1962). *Pathogenesis and Treatment of Vocal Nodules*. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 27, 150-161.
- Rubin J., Sataloff R.T. & Korovin G. (2006). *Diagnosis and treatment of voice disorders third edition*. San Diego, California, Plural Publishing.
- Ruotsalainen J. et al (2008). *Systematic review of the treatment of functional dysphonia and prevention of voice disorders*. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 138, 557-565.
- Satish C. et al (2011). *Puberphonia*. *International Journal of Phonosurgery and Laryngology*, 1, 19-20.
- Schindler A. et al (2006). *Vocal Improvement After Voice Therapy in Unilateral Vocal Fold Paralysis*. *Journal of Voice*, 22, 113–118.
- Schneider S. (2012). *Behavioral Management of Unilateral Vocal Fold Paralysis and Paresis*. *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, 22, 112-120.
- Schulz G. & Grant M. (2000). *Effects of Speech Therapy and Pharmacologic and Surgical Treatments on Voice and Speech in Parkinson's Disease: A review of the literature*. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 33, 59–88.
- Speyer R. (2006)., *Effects of Voice Therapy: A Systematic Review*. *Journal of Voice*, 22, 565-580.

Spielman j. et. al (2007). *Effects of an Extended Version of the Lee Silverman Voice Treatment on Voice and Speech in Parkinson's Disease*. American Journal of Speech-Language Pathology, 16, 95 –107.

Stepp C. et. al (2011). *Effects of Voice Therapy on Relative Fundamental Frequency During Voicing Offset and Onset in Patients With Vocal Hyperfunction*. American Speech-Language-Hearing Association, journal of Speech, 54, 1260-1266.

Theis S. & Heatley D. (2009). *Evaluation and Treatment of Pediatric Gastroesophageal Reflux and Its Effects on Voice*. Perspectives on Voice and Voice Disorders, 19, 90-95.

Theis S. (2011). *Reflux in Children and Its Effects on Assessment and Management of Voice Disorders From a Speech-Language Pathologist's Perspective*. Perspectives on Voice and Voice Disorders, 21, 106-111.

Vaidya S. & Vyas G. (2006). *Puberphonia: a Novel Approach to Treatment*. Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery, 58, 20-21.

Verdolini-Marston K. et al (1995). *Preliminary Study of Two Methods of Treatment for Laryngeal Nodules*. Journal of Voice, 9, 74-85.

Vinson K. (2013). *Special Considerations for the Performing Voice: Perspective of the Laryngologist*. Perspectives on Voice and Voice Disorders, 23, 7-14.

Βλασσοπούλου Μ. & Μύρκος Β. (2013). *Λογοθεραπεία-Διεπιστημονική Θεώρηση*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Καμπανάρου Μ. (2006). *Θεραπευτική Παρέμβαση Νευρογενών Κινητικών Διαταραχών Ομιλίας σε Παιδιά & Ενήλικες*. Αθήνα, Εκδόσεις Ελλην.

Χελιδόνη Μ. (2006). *Λογοπεδική Προσέγγιση σε Προβλήματα Φωνής*. Ωτορινολαρυγγολογία - Χειρουργική Κεφαλής & Τραχήλου, 25, 31-32.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΤΙΚΟ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ

Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας, με επιβλέπουσα την κα Κανελλοπούλου Ευαγγελία (MSc), καθηγήτρια στο τμήμα λογοθεραπείας του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, απευθύνεται στον ιατρικό κλάδο των ωτορινολαρυγγολόγων και σκοπός του είναι η διερεύνηση του κατά πόσο ο λογοθεραπευτής αποτελεί σημαντικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, τόσο για τη διάγνωση, όσο και για την αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 13 ερωτήσεις (κλειστού τύπου και πολλαπλής επιλογής) που δεν απαιτούν πολύ χρόνο για την συμπλήρωσή τους. Επιπλέον, αναφέρουμε πως δεν είναι ονομαστικό και έτσι δεν απαιτείται η συμπλήρωση των προσωπικών σας δεδομένων. Θα το εκτιμούσαμε ιδιαίτερα αν θα μπορούσατε να αφιερώσετε λίγο από τον χρόνο σας για τη συμπλήρωσή του, καθώς η βοήθειά σας μας είναι πολύτιμη.

Σας ευχαριστούμε πολύ εκ των προτέρων !!

Πτυχιακή εργασία των φοιτητριών:

Ζαρναβέλη Βασιλικής (vasilikizarn@gmail.com)

Ποτσάκη Μαρίας(maripot28@hotmail.com)

Τμήμα Λογοθεραπείας, ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος

Φοιτητικό έτος: 2014 - 2015

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- Φύλο :
Άνδρας Γυναίκα
- Ηλικία:
..... ετών
- Χώρα εκπαίδευσης (πτυχίο ιατρικής):
.....
.....
- Χώρα εκπαίδευσης (ειδικότητα):
.....
.....
-
- Τόπος εργασίας :
.....
.....
- Έχετε εργαστεί στο παρελθόν εκτός Ελλάδος;
Ναι Όχι
- Αν στην παραπάνω ερώτηση απαντήσατε θετικά, σε ποια χώρα του εξωτερικού έχετε εργαστεί;
.....
.....

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

- 1. Θεωρείτε ότι κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής σας έχετε λάβει επαρκή ενημέρωση σχετικά με τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;**
 - Καθόλου (0)
 - Λίγο (1)
 - Μέτρια (2)
 - Πολύ (3)

- 2. Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι αρμοδιότητες του λογοθεραπευτή στην διάγνωση/ αξιολόγηση των διαταραχών της φωνής; (Σημειώστε όλα όσα πιστεύετε ότι αντιστοιχούν)**
 - Εξέταση του λάρυγγα (έμμεση λαρυγγοσκόπηση)
 - Αξιολόγηση φωνητικής συμπεριφοράς (πχ. κατάχρηση της φωνής)
 - Αξιολόγηση – ανάλυση των ακουστικών παραμέτρων της φωνής (εύρος ύψους της φωνής, ένταση της φωνής, ποιότητα της φωνής, ευελιξία της φωνής και σταθερότητα της φωνής)
 - Ανάλυση αντικειμενικών μετρήσεων της φωνής (jitter, shimmer, MPT, NHR, HNR και F0)
 - Αξιολόγηση του τύπου της αναπνοής
 - Αξιολόγηση της στάσης του σώματος (σημεία μυϊκής έντασης)
 - Όλα τα παραπάνω
 - Τίποτα από τα παραπάνω

- 3. Κατά πόσο θεωρείτε ότι ένας λογοθεραπευτής μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση των διαταραχών της φωνής;**
 - Καθόλου (0)
 - Λίγο (1)
 - Μέτρια (2)
 - Πολύ (3)

- 4. Κατά τη γνώμη σας, η αντιμετώπιση των υπερλειτουργικών διαταραχών της φωνής (δηλ. φωνητικά οζίδια, πολύποδες φωνητικών χορδών, οίδημα του Reinke, έλκη εξ' επαφής) μπορεί να περιλαμβάνει: (Σημειώστε όλα όσα πιστεύετε ότι αντιστοιχούν)**
 - Χειρουργείο
 - Φωνητική θεραπεία (Λογοθεραπευτική παρέμβαση)
 - Αφωνία
 - Φαρμακευτική αγωγή (πχ. κορτικοστεροειδή)
 - Όλα τα παραπάνω

Κάτι

άλλο:

.....
.....

5α. Σε ασθενείς με υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής (δηλ. φωνητικά οζίδια, πολύποδες φωνητικών χορδών, οίδημα του Reinke, έλκος εξ' επαφής), που χρήζουν χειρουργικής επέμβασης, συνεργάζεστε με την ειδικότητα του λογοθεραπευτή;

Ναι

Όχι

5β. Εάν ναι, πότε επιδιώκετε την συνεργασία αυτή;

Προεγχειρητικά

Μετεγχειρητικά

Και τα δύο

6. Τι θεραπεία προτείνετε σε ασθενείς με υπερλειτουργικές διαταραχές της φωνής, που δεν χρήζουν χειρουργικής επέμβασης (πχ. οζίδια αρχικού σταδίου); (Σημειώστε όλα όσα πιστεύετε ότι αντιστοιχούν)

Φωνητική θεραπεία (Λογοθεραπευτική παρέμβαση)

Αφωνία

Σχετική αφωνία (οικονομία φώνησης)

Συμβουλές για φωνητική υγιεινή / συντήρηση

Φαρμακευτική αγωγή

Κάτι

άλλο:

.....
.....

7. Τι συμβουλές θα δίνετε σε έναν έφηβο με ηβιφωνία (με τον όρο ηβιφωνία, εννοούμε την κατάσταση κατά την οποία οι νεαροί άνδρες επιμένουν να χρησιμοποιούν την εφηβική, υψηλή φωνή ακόμα και μετά το πέρας της εφηβείας, χωρίς να υπάρχει κάποια οργανική αιτιολογία); (Σημειώστε όλα όσα πιστεύετε ότι αντιστοιχούν)

Φωνητική θεραπεία (Λογοθεραπευτική αντιμετώπιση)

Αφωνία

Ψυχολογική υποστήριξη

Φαρμακευτική αγωγή

Τίποτα, κατά τη γνώμη μου δεν αντιμετωπίζεται

Κάτι

άλλο:

.....
.....

8α. Πιστεύετε ότι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση μπορεί να επιφέρει αλλαγές στην ποιότητα της φωνής ενός ασθενή;

- Ναι
- Όχι

8β. Εάν ναι, εκτός από φαρμακευτική αγωγή, θα προτείνατε και λογοθεραπευτική παρέμβαση, δεδομένου ότι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση συνεισφέρει στη δημιουργία υπερλειτουργικής διαταραχής της φωνής ;

- Ναι
- Όχι

9. Θεωρείτε ότι η λογοθεραπευτική παρέμβαση θα μπορούσε να είναι ωφέλιμη σε μία μονόπλευρη παράλυση προσαγωγής των φωνητικών χορδών;

- Ναι
- Όχι

10. Θεωρείτε ότι ο λογοθεραπευτής αποτελεί σημαντικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας για την αποκατάσταση της φωνής σε ασθενή μετά από λαρυγγεκτομή;

- Ναι
- Όχι

11α. Έχει χρειαστεί ποτέ να παραπέμψετε ασθενή σας σε λογοθεραπευτή;

- Ναι
- Όχι

11β. Εάν ναι, για ποια/ποιες από τις παρακάτω διαταραχές παραπέμψατε; (Μπορούν να επιλεγθούν παραπάνω από μία απαντήσεις)

- Για υπερλειτουργική διαταραχή της φωνής (δηλ. φωνητικά οζίδια, πολύποδες φωνητικών χορδών, οίδημα του Reinke, έλκος εξ' επαφής, υποβλενογόσιος αιμορραγία φωνητικών χορδών)
- Για παράλυση φωνητικών χορδών
- Για άλλες νευρολογικές διαταραχές/ ασθένειες (πχ. σπασμωδική δυσφωνία, νόσος του άρκινσον)
- Για εκμάθηση οισοφαγικής ομιλίας μετά από λαρυγγεκτομή
- Για κάτι άλλο:

.....
.....

11γ. Τι ποσοστό πιστεύετε ότι τελικά παρακολούθησε πρόγραμμα φωνητικής θεραπείας με λογοθεραπευτή;

- 0-25%
- 26-50%
- 51-75%
- 76-100%
- Δεν γνωρίζω

12. Με ποιους τρόπους θα μπορούσε, κατά τη γνώμη σας, να επιτευχθεί καλύτερη ενημέρωση, στην ειδικότητά σας, σχετικά με την επιστήμη της λογοθεραπείας;

- Μέσω σεμιναρίων/συνεδριών
- Μέσω προωθητικού υλικού (πχ. ενημερωτικά φυλλάδια)
- Κατά τη διάρκεια των βασικών σπουδών σας
- Κατά τη διάρκεια της ειδικότητάς σας
- Όλα τα παραπάνω
- Κάτι

άλλο:

.....
.....

Ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας!