

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΜΕ ΕΠΙΜΟΝΟ
ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:
ΒΑΡΤΑΝΙΑΝ ΙΩΑΝΝΑ
ΛΟΥΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΣΤΕΦΟΠΟΥΛΟΥ ΚΟΡΙΝΑ



ΠΑΤΡΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2015



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΜΕ ΕΠΙΜΟΝΟ
ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:
ΒΑΡΤΑΝΙΑΝ ΙΩΑΝΝΑ
ΛΟΥΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΣΤΕΦΟΠΟΥΛΟΥ ΚΟΡΙΝΑ

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στη Λογοθεραπεία από το τμήμα Λογοθεραπείας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας

ΠΑΤΡΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2015

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Εδώ και πολλά χρόνια έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες ότι ο μητρικός θηλασμός αποτελεί ορόσημο για την υγεία και την γενική ανάπτυξη του παιδιού, λόγω των συστατικών, που περιλαμβάνει το μητρικό γάλα. Όσον αφορά την ανάπτυξη του παιδιού, ο θηλασμός ενισχύει πέρα από άλλους τομείς, τη νόηση, την κίνηση και τη γλώσσα. Στο γλωσσικό τομέα, έχει αποδειχθεί, ότι μειώνεται η εμφάνιση των διαταραχών λόγου και ομιλίας, όταν το παιδί έχει θηλαστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα με μητρικό γάλα. Όταν, όμως, το παιδί δεν έχει θηλαστεί ή έχει θηλαστεί με άλλου είδους διάφορα παρασκευάσματα, τότε οι πιθανότητες εμφάνισης των διαταραχών λόγου και ομιλίας αυξάνονται. Η σχέση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού με το θηλασμό αναφέρεται μόνο σε μια μελέτη, που έκαναν οι Mahurin-Smith και Ambrose (2013), καταλήγοντας στο συμπέρασμα, ότι «ο θηλασμός ίσως προστατεύει ένα παιδί από την εμφάνιση του επίμονου τραυλισμού». Με αφορμή, λοιπόν, το γεγονός ότι μια έρευνα έχει ασχοληθεί μέχρι στιγμής με τη σχέση του θηλασμού και του επίμονου τραυλισμού, κρίθηκε απαραίτητο να γίνει περαιτέρω διερεύνηση, αυτού, του θέματος, προκειμένου να προκύψουν και άλλα στοιχεία όσον αφορά το είδος (μητρικό γάλα ή άλλου είδους παρασκευάσματα) και τη διάρκεια του θηλασμού και τη σχέση τους με τον επίμονο εξελικτικό τραυλισμό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία μελετά τη σχέση μεταξύ του θηλασμού και του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού (τραυλισμός από 3 χρόνια και άνω) τόσο βιβλιογραφικά, όσο και με έρευνα, η οποία έχει σκοπό να διερευνήσει το αν ο θηλασμός μπορεί να προστατέψει ένα παιδί από την εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού. Το κύριο ερευνητικό ερώτημα είναι αν το είδος και η διάρκεια θηλασμού επηρεάζουν την εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού. Η έρευνα επικεντρώνεται στα συστατικά του μητρικού γάλακτος και προσπαθεί να καταλήξει στο συμπέρασμα, το αν ο μητρικός θηλασμός μεγάλης διάρκειας (≥ 9 μήνες) προστατεύει ένα παιδί από την εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού. Τα άλλα δυο ερευνητικά ερωτήματα είναι, το αν τα αγόρια εμφανίζουν επίμονο εξελικτικό τραυλισμό περισσότερο από τα κορίτσια, και σε τι ποσοστό και αν η έναρξη λογοθεραπείας συμπίπτει με την περίοδο, που οι γονείς αντιλαμβάνονται, ότι το παιδί τους τραυλίζει. Προκειμένου να απαντηθούν, αυτά, τα ερωτήματα δόθηκαν ερωτηματολόγια στους γονείς, που έχουν παιδιά με επίμονο τραυλισμό, οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις, που αφορούσαν την έναρξη, την αποκλειστικότητα και τη διάρκεια του θηλασμού καθώς και σε ερωτήσεις σχετικά με τον επίμονο εξελικτικό τραυλισμό. Στη συνέχεια όλες οι απαντήσεις (δεδομένα) αναλύθηκαν στο πρόγραμμα IBM SPSS Statistics version 20 μέσω υπολογιστή για να προκύψουν αξιόπιστα αποτελέσματα. Με βάση τα δεδομένα, που συλλέχθηκαν, η έρευνα καταλήγει στα εξής συμπεράσματα: α) τα αγόρια υπερτερούν στην εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού με ποσοστό 80,8% έναντι των κοριτσιών με ποσοστό 19,2, δηλαδή, περίπου η αναλογία αγοριών/κοριτσιών είναι 4/1, β) ο θηλασμός με μητρικό γάλα (σε αντίθεση με άλλου είδους παρασκευάσματα) και για χρονικό διάστημα ≥ 9 μήνες προστατεύει ένα παιδί από την εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού λόγω των θρεπτικών συστατικών του, γιατί σύμφωνα με αποτελέσματα των παιδιών, που συμμετείχαν στην έρευνα, μόνο το 33,3% έλαβε μόνο μητρικό γάλα και το 87,5% των παιδιών, αυτών, είχε διάρκεια θηλασμού < 9 μήνες και γ) το 73,1% ξεκίνησε λογοθεραπεία από 7 έως 0,4 χρόνια μετά την ηλικία αντίληψης, δείχνοντας έτσι, ότι αν το παιδί ξεκινάει λογοθεραπεία καθυστερημένα, τόσο πιο αργή θα είναι και η πρόοδος του.

ABSTARCT

In this dissertation the relationship between breastfeeding and persistent developmental stuttering (stuttering for over 3 years in duration) is discussed, by reviewing the literature and by primary research, which examines whether breastfeeding can protect a child from persistent developmental stuttering. The main research question is whether the type and duration of breastfeeding have any influence in the development of the persistent developmental stuttering. The research focused on the composition of breast milk in an effort to correlate positively the prolonged breastfeeding (over 9 months) with the protection against the development of persistent developmental stuttering. The remaining two research questions are whether the males develop persistent developmental stuttering more frequently compared to females, to what extent and whether the beginning of speech therapy matches the point of time that parents realize that their child is stuttering. In order to address these questions, several questionnaires were distributed to parents whose children have persistent developmental stuttering, asking them to answer questions regarding the beginning the exclusiveness and the duration of breastfeeding along other questions regarding persistent developmental stuttering. After that, all the data collected were processed with IBM SPSS Statistics version 20 software to evaluate them. After the analysis of the data collected, the research concluded the following: a) males develop persistent developmental stuttering at 80.8% of the cases compared to a 19.2% in females, a ratio of 4 to 1, b) breastfeeding (in comparison to other feeding means) and especially if it is prolonged over 9 months can protect the child from persistent developmental stuttering due to it nourishing contain, because the findings suggest that 33.3% of the sample was exclusively breastfed, the 87.5% of these children were breastfed for a period less than 9 months, c) 73.1 % begun speech therapy between 7 and 0.4 years after the point of time their parents realized their child was stuttering, showing that the later the therapy commences, the slower its progress is expected to be.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΘΗΛΑΣΜΟΣ.....	8
1.1. Ορισμός.....	8
1.2. Το μητρικό γάλα.....	8
1.3. Διάρκεια μητρικού θηλασμού.....	9
1.4. Συνέπειες του πιπίλισματος δακτύλου και της χρήσης μπουκαλιού.....	10
1.5. Σύγκριση μητρικού θηλασμού με διάφορα παρασκευάσματα.....	11
1.6. Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού.....	11
1.6.1.Γνωστική και κινητική ανάπτυξη.....	12
1.6.2.Γλωσσική ανάπτυξη.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ.....	15
2.1.Ορισμός.....	15
2.2.Επιπολαστικά στοιχεία.....	15
2.3.Είδη τραυλισμού.....	16
2.4.Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός.....	16
2.5.Αιτιολογία.....	17
2.5.1.Γενετικοί παράγοντες.....	17
2.5.2.Οργανικοί παράγοντες.....	18
2.5.3.Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	19
2.5.4.Γλωσσικοί παράγοντες.....	20
2.5.5.Αυθόρμητη ανάκαμψη ή επίμονος τραυλισμός;.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΊΣΩΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ ΕΠΙΜΟΝΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ.....	22
3.1.Σχετική έρευνα (Mahurin-Smith και Ambrose, 2013).....	22
3.2.Διαδικασία έρευνας.....	22
3.3.Αποτελέσματα έρευνας.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	25
4.1.Είδος έρευνας.....	25
4.2.Τόπος και χρόνος έρευνας.....	25
4.3.Ερευνητικά ερωτήματα.....	25
4.4.Συμμετέχοντες.....	25
4.5.Τρόπος συλλογής δεδομένων.....	26
4.6.Στόχοι ερωτήσεων ερωτηματολογίου.....	26
4.7.Τρόπος ανάλυσης των δεδομένων έρευνας.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	29
5.1.Ανάλυση δεδομένων έρευνας.....	29
5.2.Ανάλυση αποτελεσμάτων κάθε μεταβλητής.....	29
5.3.Αποτελέσματα συσχέτισης μεταβλητών.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	48
6.1.Συμπεράσματα.....	48
6.2.Περιορισμοί έρευνας.....	50
6.3.Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.....	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	52
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	54

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα έρευνα έχει στόχο να προσδιορίσει τη σχέση μεταξύ του θηλασμού και του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού και γι' αυτό το λόγο τέθηκαν συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα, προκειμένου να εξακριβωθεί η σχέση, που υπάρχει μεταξύ αυτών των δυο, αλλά και το πως ο θηλασμός μπορεί να προστατεύσει ένα παιδί από την εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού. Το πιο σημαντικό ερευνητικό ερώτημα ήταν να διαπιστωθεί, εάν το είδος (μητρικό γάλα ή άλλου είδους παρασκευάσματα) και η διάρκεια θηλασμού επηρεάζουν την εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού. Τα άλλα δυο ερευνητικά ερωτήματα αφορούσαν τον επίμονο εξελικτικό τραυλισμό και ήταν τα εξής: α) εμφανίζουν τα αγόρια επίμονο εξελικτικό τραυλισμό περισσότερο από τα κορίτσια, και αν ναι σε τι ποσοστό και β) η έναρξη λογοθεραπείας συμπίπτει με την περίοδο, που οι γονείς αντιλαμβάνονται, ότι το παιδί τους τραυλίζει.

Το θέμα, που αναλύει η έρευνα, είναι πολύ σημαντικό για διαφόρους λόγους. Οι γονείς θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζουν, ότι ο μητρικός θηλασμός, σύμφωνα με βιβλιογραφικές μελέτες, είναι σημαντικός για την ανάπτυξη του παιδιού σε πολλούς τομείς, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται η κινητική, γνωστική και γλωσσική ανάπτυξη. Όσον αφορά τον τομέα της γλωσσικής ανάπτυξης, έχει αποδειχθεί από πολλούς άλλους ερευνητές, ότι ο μητρικός θηλασμός μεγάλης διάρκειας περιορίζει την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών λόγου και ομιλίας στα παιδιά, μεταξύ των οποίων είναι και ο επίμονος εξελικτικός τραυλισμός. Η μοναδική έρευνα, που μελέτησε τη σχέση μεταξύ του θηλασμού και του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού είναι αυτή των Mahurin-Smith και Ambrose(2013), οι οποίοι διαπίστωσαν, ότι ο μητρικός θηλασμός ίσως μπορεί να προστατεύσει ένα παιδί από την εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού. Προκειμένου να διερευνηθεί περισσότερο, αυτό, το θέμα και να προκύψουν περισσότερα στοιχεία επιστημονικής φύσεως για τη σχέση θηλασμού και επίμονου εξελικτικού τραυλισμού, έγινε η παρούσα έρευνα. Οι γονείς διαβάζοντας, αυτή, τη μελέτη, θα μπορέσουν να καταλάβουν, ότι ο μητρικός θηλασμός είναι απαραίτητος και θα πρέπει να γίνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Τα κεφάλαια, τα οποία θα ακολουθήσουν, αναφέρονται σε βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις σχετικά με το θηλασμό, τον τραυλισμό, καθώς και στην μεθοδολογία έρευνας, στα αποτελέσματα, στα συμπεράσματα αλλά και σε προτάσεις για μελλοντικές έρευνες. Αναλυτικά, στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται μια εκτενής ανασκόπηση των προηγούμενων ερευνών σχετικά με το θηλασμό. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στον τραυλισμό και κυρίως στον επίμονο εξελικτικό τραυλισμό χρησιμοποιώντας βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις από προηγούμενες μελέτες. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια εκτενής παρουσίαση της έρευνας των Mahurin-Smith και Ambrose (2013) σχετικά με τη σχέση θηλασμού και επίμονου τραυλισμού, οι οποίοι είναι οι μοναδικοί, που ασχολήθηκαν με το θέμα, αυτό, ερευνητικά. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται η μεθοδολογία της έρευνας, δηλαδή, οι μέθοδοι που ακολουθήθηκαν προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Πρέπει να σημειωθεί, ότι δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο έπρεπε να απαντήσουν γονείς των παιδιών με επίμονο εξελικτικό τραυλισμό, οι ερωτήσεις του οποίου αφορούσαν σε γενικές γραμμές την έναρξη, την αποκλειστικότητα και τη διάρκεια του θηλασμού, καθώς και τον επίμονο εξελικτικό τραυλισμό. Το πέμπτο κεφάλαιο αφορά τα αποτελέσματα έρευνας, όπως προκύπτουν από την ανάλυση των δεδομένων (ερωτήσεων) στο πρόγραμμα IBM SPSS Statistics version 20 μέσω υπολογιστή. Η πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των συμπερασμάτων, των περιορισμών έρευνας και με τις προτάσεις για μελλοντικές έρευνες. Στο τέλος υπάρχουν τα παραρτήματα, όπου εκεί βρίσκεται το

ερωτηματολόγιο, που χορηγήθηκε στους γονείς, καθώς και οι συγκεντρωτικοί πίνακες δεδομένων, πάνω στους οποίους έγινε η ανάλυση για να προκύψουν αξιόπιστα στατιστικά αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΘΗΛΑΣΜΟΣ

1.1. Ορισμός

Η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής (2012) τονίζει, ότι «η βρεφική διατροφή δε θα πρέπει να θεωρείται σαν μια επιλογή του τρόπου ζωής, αλλά σαν ένα βασικό θέμα υγείας». Στην πραγματικότητα, για πολλά χρόνια, δεν υπήρχε ένας ξεκάθαρος ορισμός για τον θηλασμό, γεγονός, που οδήγησε σε μεγάλη σύγχυση διάφορες έρευνες και προγράμματα (Labbok, 2000).

Ο θηλασμός έχει συχνά αντιμετωπιστεί ως κατηγορηματική και όχι ως συνεχής μεταβλητή, και οι επιπτώσεις της διάρκειας, της έντασης, και της αποκλειστικότητας του θηλασμού έχουν παραμεληθεί. Η έλλειψη ακρίβειας στον προσδιορισμό του θηλασμού έχει οδηγήσει πολλές μελέτες σε αντικρουόμενα αποτελέσματα (Jones, 2006).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), Ο μητρικός θηλασμός είναι η μέθοδος σίτισης ενός βρέφους με γάλα κατευθείαν από το στήθος της μητέρας χωρίς άλλα υγρά και στερεά και με εξαίρεση συμπληρώματα και φάρμακα, που περιέχουν βιταμίνες. Αποτελεί το μοναδικό φυσιολογικό και φυσικό τρόπο σίτισης των βρεφών (World Health Organization, 1991).

1.2. Το μητρικό γάλα

Ο θηλασμός μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες στην ψυχική υγεία του παιδιού, επειδή τα λιπαρά οξέα της μητέρας και άλλα βιοενεργά συστατικά είναι απαραίτητα για την νευροανάπτυξη (Keating and Hertzman 1999, Mahurin-Smith, 2015).

Γενικά, το μητρικό γάλα εμπεριέχει νερό, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και λίπη, τα οποία είναι σημαντικά για την ανάπτυξη του βρέφους. Συγκεκριμένα, στο μητρικό γάλα εμπεριέχονται θρεπτικές ουσίες, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη βέλτιστη ανάπτυξη του εγκεφάλου. Τέτοιες θρεπτικές ουσίες είναι οι ορμόνες, οι ολιγοσακχαρίτες, τα φωσφολιπίδια και άλλοι τροφικοί παράγοντες, που επηρεάζουν θετικά τη βιοχημεία, τη λειτουργική ανάπτυξη, τα αισθητήρια συστήματα του εγκεφάλου και συμβάλλουν στην καλύτερη λειτουργία των νευρώνων. Διάφορες μελέτες έδειξαν, ότι οι γλυκοπρωτεΐνες και τα φωσφολιπίδια βοηθούν, επίσης, στην ωρίμανση του εγκεφάλου (Uauy και Peirano, 1999).

Ένα θρεπτικό συστατικό που ίσως παίζει ρόλο στην νευροανάπτυξη και εμπεριέχεται στο ανθρώπινο γάλα είναι η χολίνη, που μερικές φορές είναι γνωστή ως βιταμίνη B4. Σε φόρμουλες υπάρχει η ελάχιστη ποσότητα χολίνης (FDA Infant Formula Nutrient Requirements, 2014), αν και αυτό διαφέρει από φόρμουλα σε φόρμουλα (Zeisel και daCosta, 2009).

Η ευχερής ομιλία εξαρτάται από τη φυσιολογική ανάπτυξη του νευρικού συστήματος, που επηρεάζεται από τη διατροφή στη πρώιμη βρεφική ηλικία. Το μητρικό γάλα περιέχει μακράς αλυσού πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (LCPUFAs), (Larque, Demmelmair et al, 2006). Αυτά τα λιπαρά οξέα είναι διαρθρωτικά στοιχεία των κυτταρικών μεμβρανών και είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη του ΚΝΣ συμπεριλαμβανομένου του εγκεφάλου του νεογνού καθώς και για το σχηματισμό νέου ιστού, συμπεριλαμβανομένων των νευρώνων (Mahurin-

Smith, 2015). Επίσης, βοηθούν στη χημική σύνθεση του εγκεφάλου και την ενίσχυση της φλοιώδης λειτουργίας του στη πρόωρη ζωή του παιδιού. Μελέτες αναφέρουν, ότι το περιεχόμενο των λιπαρών οξέων στη διατροφή επηρεάζει τη λευκή και τη φαιά ουσία (Mahurin-Smith, 2013). Η πρόσληψη των λιπαρών οξέων επηρεάζει την ανάπτυξη των δενδριτών και τη δημιουργία των συναπτικών μεμβρανών, οι οποίες διαμορφώνουν τη νευροδιαβίβαση και τη σηματοδότηση από κύτταρο σε κύτταρο (Nyaradi, Li, Hickling, Foster και Oddy, 2013).

Δύο είναι τα σημαντικά πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου (LCPUFAs), το αραχιδονικό οξύ (AA ή Ωμέγα 6) και το εικοσιδυοεξενικό οξύ (DHA ή Ωμέγα 3), τα οποία είναι σημαντικά συστατικά της ουσίας του εγκεφάλου και βοηθούν στη νευροανάπτυξη. Τα Ωμέγα 6 και Ωμέγα 3 λιπαρά οξέα δεν περιέχονται σε μερικά παρασκευάσματα, ενώ στα παρασκευάσματα που εμπεριέχονται, ρυθμίζουν άμεσα το ρυθμό μεταγραφής των ειδικών γονιδίων (Mahurin-Smith και Ambrose, 2013). Έρευνα, που έγινε, απέδειξε ότι υπάρχει δοκοσαεξανοϊκό οξύ (docosahexanoic acid, DHA, Ωμέγα 3) στο φλοιό του εγκεφάλου, ουσία, που προέρχεται από τα συστατικά του μητρικού γάλακτος (Markides, Neumann et al, 1994). Τα βρέφη, που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερες ποσότητες DHA στα ερυθρά αιμοσφαίρια και στο φλοιό του εγκεφάλου, και αποδίδουν καλύτερα στις αναπτυξιακές δοκιμασίες απ' ό,τι τα βρέφη, που ταΐζονται με διάφορες φόρμουλες (Oddy et al, 2012). Ενώ, τα βρέφη, που στερούνται τα DHA, θα έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις και μπορεί να προκαλέσουν δραματικές μεταβολές στη σύνδεση λιπιδίου- εγκεφάλου, που σχετίζεται με αλλαγές στις φυσικές ιδιότητες των μεμβρανών (Mahurin-Smith και Ambrose, 2013). Δεν είναι βέβαιο ότι τα παιδιά με περιορισμένη διατροφή σε DHA μπορεί να έχουν μικρότερο ιστό εγκεφάλου. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί η λειτουργία του εγκεφάλου τους να είναι λιγότερο αποδοτική σε ορισμένα πλαίσια και γιατί τα γονίδια δείχνουν τη μελλοντική τους ανάπτυξη (Mahurin-Smith, 2013).

Το μητρικό γάλα εμπεριέχει, επίσης, χοληστερόλη (απούσα από τις φόρμουλες), η οποία είναι απαραίτητη για τη παραγωγή νευρογλοιακών κυττάρων και μυελίνη, καθώς και ορμόνες, όπως η θυροξίνη. Η καρνιτίνη παίζει ρόλο στα λιπαρά οξέα, που σχετίζονται με το μεταβολισμό, η λακτόζη (απούσα από τη φόρμουλα σόγιας αλλά άφθονη στη φόρμουλα, που βασίζεται στο γάλα αγελάδας) είναι σημαντική για τη παραγωγή ενώσεων, που ονομάζονται γαλακτολιπίδια (Lawrence, 2005). Επίσης, οι κυτοκίνες μπορεί να επηρεάσουν τη ρύθμιση της φλεγμονής (Oddy και Rosales, 2010). Διαλυτά οξέα μπορεί να επηρεάσουν τη διαμόρφωση της μνήμης (Wang, 2009).

Μελέτες, επίσης, υποστηρίζουν την ιδέα, ότι η λακτόζη επηρεάζει τη δομή και τη δραστηριότητα του εγκεφάλου των μητέρων, τη συμπεριφορά τους καθώς και την αλληλεπίδραση μητέρας- παιδιού (Mezzacappa και Katkin, 2002). Σχετικά με τον εγκεφαλο της μητέρας, συμβαίνουν ανατομικές αλλαγές στον προμετωπιαίο φλοιό των μητέρων, που θηλάζουν (Kim et al, 2010). Η ωκυτοκίνη μπορεί να επηρεάσει την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους (Feldman, 2007, Feldman, Weller, Zagoory-Sharon και Levine, 2007, Gordon, Zagoory-Sharon, Leckman και Feldman, 2010).

1.3. Διάρκεια μητρικού θηλασμού

Αρχικά, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός συνίσταται έως έξι μήνες, με συνεχή θηλασμό και μαζί με κατάλληλες

συμπληρωματικές τροφές μέχρι δύο ετών ή και περισσότερο (World Health Organization, 1991). Στην Αμερική το 1/3 των παιδιών θηλάζονται τους πρώτους τέσσερις μήνες.

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής τονίζει, ότι ο θηλασμός πρέπει να συνεχίζεται για τουλάχιστον το πρώτο έτος της ζωής του βρέφους, και για όσο χρονικό διάστημα επιθυμούν η μητέρα και το παιδί. Η αυξημένη διάρκεια του θηλασμού παρέχει σημαντικά οφέλη τόσο για την υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού, όσο και για τη μητέρα. Δεν υπάρχει ανώτατο όριο για τη διάρκεια του θηλασμού και δεν έχουν προκύψει στοιχεία για ψυχολογικά και αναπτυξιακά προβλήματα από το θηλασμό στο τρίτο έτος της ζωής ή και περισσότερο (Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, 2005).

Ακόμη, η Αμερικανική Ακαδημία Οικογενειακών Ιατρών αναφέρει, ότι ο θηλασμός πέραν του πρώτου έτους προσφέρει σημαντικά οφέλη. Εάν το παιδί είναι ηλικίας κάτω των 2 ετών, θα έχει αυξημένο κίνδυνο να αποκτήσει κάποια ασθένεια αν απογαλακτιστεί (Αμερικανική Ακαδημία Οικογενειακών Ιατρών, 2001).

Αρκετές πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει, ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του θηλασμού, τόσο μεγαλύτερη θα είναι και η προστατευτική του δράση. Ειδικότερα, η μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού σχετίζεται με αυξημένη βελτίωση στην γνωστική, γλωσσική και κινητική ανάπτυξη στην ηλικία των 18 μηνών. Οι Kafouri et al (2012) ερευνήσαν το πάχος του φλοιού σε 571 έφηβους και βρήκαν ότι η αυξημένη διάρκεια του μητρικού θηλασμού σχετίζεται και με την αύξηση του πάχους του βρεγματικού φλοιού και με αυξημένα επίπεδα γνωστικής ανάπτυξης. Τα ευρήματα, αυτά, ανακάλυψαν, ότι οφείλονται στο DHA, που εμπεριέχεται στο ανθρώπινο γάλα.

Από την άλλη πλευρά, ο θηλασμός για τουλάχιστον 4 μήνες σχετίζεται με χαμηλές βαθμολογίες στις αναπτυξιακές ικανότητες των παιδιών κατά τα 3 πρώτα χρόνια της ζωής τους. Ο θηλασμός, που γίνεται λιγότερο από 6 μήνες σε σύγκριση με το θηλασμό, που γίνεται περισσότερο από 6 μήνες, σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα της ψυχικής υγείας από τη παιδική ηλικία ως την εφηβεία (Oddy et al, 2012). Επίσης, υπάρχει σύνδεση μεταξύ της αυξημένης διάρκειας θηλασμού και των αναπτυξιακών οροσήμων, συμπεριλαμβανομένου και του πολυσύλλαβου βαβίσηματος (Vesterguard, Obel et al, 1999).

Τα βρέφη, που δε θηλάζουν έχουν 30% πιθανότητα να έχουν αναπτυξιακή καθυστέρηση στις κινητικές δεξιότητες (Montgomery, Ehlin et al, 2006). Αυτό αφορά κυρίως τα αγόρια ηλικίας 1 και 2 ετών. Τα βρέφη, όμως, που θηλάζουν για 4 μήνες ή περισσότερο, έχουν βελτίωση στη λεπτή κινητικότητα στο πρώτο, δεύτερο και τρίτο έτος της ζωής τους.

Η μεγαλύτερη διάρκεια άδειας μητρότητας σχετίζεται με τη μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού. Η οικογένεια που δέχεται μεγαλύτερη άδεια μητρότητας μπορεί να έχει καλύτερη οικονομική σταθερότητα για να συνεισφέρει στη καλύτερη ποιότητα ζωής και φροντίδας του παιδιού (Mahurin-Smith, 2015).

1.4. Συνέπειες του πιπίλισματος δακτύλου και της χρήσης μπουκαλιού.

Οι μη θρεπτικές συνήθειες του πιπίλισματος του δακτύλου στα παιδιά μπορεί να οδηγήσουν σε καθυστερημένη ανάπτυξη της ανατομίας και λειτουργίας των αρθρώσεων, που είναι υπεύθυνοι για τη παραγωγή της ομιλίας. Αποτελέσματα έρευνας έδειξαν, ότι τα παιδιά, που έχουν τη συνήθεια να πιπιλίζουν με το δάκτυλο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αποκτήσουν διαταραχές της ομιλίας. Το εκτεταμένο πιπίλισμα δακτύλου εκτός από το θηλασμό μπορεί να δημιουργήσει επιβλαβείς επιδράσεις στην ανάπτυξη του λόγου σε αυτά τα παιδιά.

Η καθυστερημένη χρήση μπουκαλιού ύστερα από 9 μήνες έχει αποδειχθεί, ότι προστατεύει από διαταραχές ομιλίας. Υπάρχει λιγότερο από 33,3% πιθανότητα εμφάνισης μεταγενέστερων διαταραχών του λόγου σε παιδιά με καθυστερημένη χρήση μπουκαλιού σε σύγκριση με παιδιά που δε καθυστερούν να χρησιμοποιήσουν το μπουκάλι (Barbosa et al, 2009). Αν ένα παιδί θηλάζει ή τρέφεται με μπουκάλι εξαρτάται και από τους οικονομικούς παράγοντες.

Επιπλέον, στην περίπτωση των διζυγωτικών διδύμων, αν το ένα από τα 2 παιδιά έχει θηλαστεί φυσιολογικά και το άλλο έχει τραφεί από το μπουκάλι δε θα υπάρξουν σημαντικές διαφορές όσον αναφορά το δείκτη νοημοσύνης τους (Colen και Ramey, 2014).

Έρευνα, που έγινε από τους Fox et al σε παιδιά με διαταραχές ομιλίας από τη Γερμανία, απέδειξε, ότι υπάρχει υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης αυτών των διαταραχών σε παιδιά, που χρησιμοποιούν μπουκάλι ή πιπιλίζουν το δάκτυλό τους σε σύγκριση με τα φυσιολογικά παιδιά (Barbosa et al, 2009).

1.5. Σύγκριση μητρικού θηλασμού με διάφορα παρασκευάσματα.

Η φόρμουλα σόγιας έχει βρεθεί, ότι συμβάλλει στη φυσιολογική ανάπτυξη, ωστόσο υπάρχουν αναπτυξιακές επιδράσεις στα φυτοχημικά, που συμπεριλαμβάνονται στη πρωτεΐνη σόγια. Μια έρευνα αναφέρει την αναπτυξιακή κατάσταση (νόηση, γλώσσα, κίνηση) από το θηλασμό, τη φόρμουλα γάλακτος και από τη φόρμουλα σόγιας κατά το πρώτο έτος της ζωής του παιδιού (Andres et al, 2012). Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν, ότι η φόρμουλα γάλακτος και η φόρμουλα σόγιας δε διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους και ότι ο μητρικός θηλασμός υπερσχύει στη γνωστική ανάπτυξη. Άλλοι ερευνητές ανέφεραν, ότι τα λιπαρά οξέα, που εμπεριέχονται σε διάφορες φόρμουλες, δε συσχετίζονται με πλεονεκτήματα στη νευροανάπτυξη, το οποίο δείχνει, ότι το DHA είναι απίθανο να είναι η μοναδική εξήγηση για τις διαφορές, που παρατηρούνται ανάμεσα στον κανονικό θηλασμό και στη διατροφή μέσω φόρμουλας (Simmer, Schulzke και Patole, 2008).

Μικρές, αλλά, στατιστικά σημαντικές είναι οι επιδράσεις της πρόωρης διατροφής σε βρέφη ηλικίας 6 μηνών ή μεγαλύτερα όσον αναφορά τους τομείς της αισθητηριακής αντίληψης, γνώσης, μνήμης, επίλυσης προβλήματος και του λόγου. Τα βρέφη, που θηλάζονται από το στήθος της μητέρας τους, έχουν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες από τα βρέφη, που τρέφονται με φόρμουλα σόγιας στις ηλικίες 6, 9, 12 μηνών και υψηλότερες βαθμολογίες από τα βρέφη, που τρέφονται με φόρμουλα γάλακτος στις ηλικίες 9 και 12 μηνών (Andres et al, 2012). Επίσης, όσον αναφορά τη κινητική ανάπτυξη, υψηλότερες βαθμολογίες υπάρχουν στα βρέφη, που θηλάζονται κανονικά, και όχι στα βρέφη, που τρέφονται με φόρμουλα σόγιας. Μια πρόσφατη μελέτη της Cochran, υποστήριξε ότι παρέχοντας συμπληρώματα λιπαρών οξέων για τις μητέρες, που θηλάζουν, δεν έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη γνωστική ανάπτυξη ή αυξημένες γλωσσικές δεξιότητες για τα παιδιά τους (Delgado-Noguera, Calvache και BonfillCosp, 2010).

Η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής συστήνει τη χρήση του μητρικού θηλασμού ως την ιδανική πηγή διατροφής για τα βρέφη στη περίοδο του θηλασμού. Η φόρμουλα γάλακτος συστήνεται ως δεύτερη επιλογή και η φόρμουλα σόγιας ως τρίτη επιλογή.

1.6. Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού

Το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική τροφή για τα βρέφη με ευεργετικές προεκτάσεις στην οικογένεια, τη κοινωνία, την οικονομία και την υγεία. Οι μητέρες, που θηλάζουν είναι

διαφορετικές από εκείνες, που δίνουν παρασκευάσματα/ διάφορες φόρμουλες. Οι μητέρες, αυτές, έχουν υψηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, καλύτερο μορφωτικό επίπεδο, υψηλή νοημοσύνη και μεγαλύτερη ενασχόληση με την ανάπτυξη του βρέφους σε σχέση με τις μητέρες, που δε θηλάζουν (Uauy και Peirano, 1999). Ο μητρικός θηλασμός δημιουργεί επιδράσεις τόσο στη μητέρα και στο παιδί, όσο και στον κοινωνικό τομέα.

Συγκεκριμένα, ο θηλασμός σύμφωνα με την Wall G. (2013) προστατεύει τα βρέφη από:

α) μολύνσεις (π.χ. λοιμώξεις αναπνευστικού συστήματος, λοιμώξεις στο γαστρεντερικό σύστημα, κ.α.)

β) παιδικές ασθένειες (π.χ. αναιμία, έλλειψη σιδήρου, κ.α.)

γ) αλλεργίες (π.χ. αλλεργική ρινίτιδα, άσθμα, κ.α.)

δ) μακροχρόνιες ασθένειες (π.χ. καρκίνος, σκλήρυνση κατά πλάκας, κ.α.)

Ο θηλασμός προσφέρει μεγάλη ανθεκτικότητα κατά του άγχους, γιατί το μητρικό γάλα περιέχει και την ορμόνη λεπτίνη (Oddy et al, 2012). Ακόμα, μπορεί να επηρεάσει τις ακαδημαϊκές επιδόσεις των παιδιών καθώς βοηθάει στην γενικότερη ανάπτυξη, συμπεριλαμβανομένης της γνωστικής, γλωσσικής και κινητικής ανάπτυξης.

1.6.1. Γνωστική και κινητική ανάπτυξη

Οι διαφορές στη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών αναδύονται στις μικρές ηλικίες (Ilsey, 2002, Feinstein, 2003). Πριν από περισσότερο από μισό αιώνα, έχει αναφερθεί, ότι τα μωρά που θηλάζονται έχουν καλύτερα γνωστικά αποτελέσματα (Hoefler και Hardy, 1929). Έρευνες έχουν αποδείξει, ότι ο θηλασμός σχετίζεται με αύξηση της νοητικής ανάπτυξης στους 14 μήνες (Anderson et al, 1999) και με σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες για τη γνωστική ανάπτυξη απ' ότι η χρήση της φόρμουλας. Επίσης, ο μεγάλος διάρκειας θηλασμός σχετίζεται με την αύξηση του δείκτη νοημοσύνης των παιδιών από την ηλικία των 6 ετών (Kramel, Aboud et al, 2008).

Οι ορμονικές επιδράσεις, που προκαλούνται από το θηλασμό, η παρατεταμένη επαφή με το δέρμα, η μείωση του άγχους της μητέρας με τη διατροφή και η βελτιωμένη αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους μπορεί να συμβάλουν στη γνωστική ανάπτυξη και γενικά στη νευροανάπτυξη (Uauy και Peirano, 1999).

Αφενός, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι είναι πολύ δύσκολο να αναγνωριστούν οι σχέσεις θηλασμού και γνωστικών ικανοτήτων, γιατί ο θηλασμός γίνεται κυρίως από μητέρες με χαρακτηριστικά, όπως η υψηλή κοινωνική τάξη, υψηλό δείκτη νοημοσύνης, κ.α.

Αφετέρου, υπάρχουν μελέτες που θεωρούν ότι η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση δεν εξηγεί την επίδραση του θηλασμού στις γνωστικές ικανότητες, αλλά η ετερογένεια (δείκτης νοημοσύνης, βάρος γέννησης, εκπαίδευση γονέων). Επίσης, ο θηλασμός σχετίζεται με τη καλύτερη κινητική κατάσταση (Sacker et al, 2006).

1.6.2. Γλωσσική ανάπτυξη

Ο θηλασμός έχει βρεθεί μέσα από έρευνες, ότι βοηθά στην γλωσσική ανάπτυξη καθώς επίσης και στην ανάπτυξη της συντονισμένης αναπνοής, μάσησης, κατάποσης και άρθρωσης (Dee Li και Li, Grummen-Straum). Πιστεύεται, ότι ο θηλασμός προάγει τη κινητικότητα, τη δύναμη και τη στάση των οργάνων της ομιλίας (Barbosa et al, 2009). Άλλοι ερευνητές

αξιολόγησαν τη γλωσσική ανάπτυξη σε παιδιά ηλικίας 1, 2 και 3 ετών και διαπίστωσαν, ότι ο τομέας της επικοινωνίας και της προσαρμοστικότητας ήταν πιο ευαίσθητοι στις επιδράσεις της διάρκειας του θηλασμού και, επίσης, σημειώνονται χαμηλές βαθμολογίες σε παιδιά, που θηλάστηκαν λιγότερο από 4 μήνες (Oddy et al, 2011).

Οι μητέρες των παιδιών, που θηλάζουν από 3 μήνες και άνω, είναι λιγότερο πιθανό να ανησυχούν για το εκφραστικό και αντιληπτικό λεξιλόγιο καθώς και για τις γενικότερες κινητικές δεξιότητες των παιδιών τους σε αντίθεση με τις μητέρες που θηλάζουν λιγότερο από 3 μήνες ή καθόλου. Τα παιδιά, που θηλάζουν για 4- 6 μήνες ή για περισσότερο έχει αποδειχθεί, ότι έχουν μεγαλύτερη επίδοση στις γλωσσικές ικανότητες από τα παιδιά, που έχουν θηλάσει λιγότερο από 4 μήνες ή και καθόλου (Oddy et al, 2012). Σε μια έρευνα, που έγινε, επιλέχθηκαν πάνω από 17000 έγκυες γυναίκες, που ήταν να θηλάσουν, και μετά γέννησαν τα παιδιά τους και κατατάχθηκαν τυχαία σε δύο ομάδες. Η μια ομάδα αποτελούνταν από γυναίκες με εκτεταμένη εκπαίδευση (από επαγγελματίες υγείας) και η άλλη ομάδα αποτελούνταν από γυναίκες με συνήθη εκπαίδευση. Η φροντίδα της πρώτης ομάδας ήταν μεγαλύτερη από της δεύτερης ομάδας (ομάδα ελέγχου). Οι εφευρέτες ακολούθησαν, αυτά τα παιδιά, για μεγάλο χρονικό διάστημα προκειμένου να αξιολογήσουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε ποικίλους τομείς. Σε μελέτη το 2008 ανέφεραν μια σημαντική διαφορά στο λεκτικό δείκτη νοημοσύνης κατά 0,5 τυπική απόκλιση ανάμεσα στις δύο ομάδες σε ηλικία 6,5 ετών. Τα αγόρια, που λαμβάνουν περισσότερο γάλα στη βρεφική ηλικία, γίνονται έφηβοι με περισσότερη λευκή ουσία και καλύτερες επιδόσεις στις δοκιμασίες του λεκτικού δείκτη νοημοσύνης (Isaacs et al, 2010).

Επιπλέον, ο θηλασμός ενισχύει τις επιδόσεις των παιδιών στα μαθηματικά, τη γραφή, την ορθογραφία και το συλλαβισμό (Oddy et al, 2012). Ακόμα, σχετίζεται και με την ικανότητα ανάγνωσης, κάτι το οποίο είναι φανερό κυρίως στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια (Med, 1975). Η διάρκεια του θηλασμού συνδέεται με την ανάπτυξη του λεξιλογίου και τη λεκτική κατανόηση στην πρώιμη παιδική ηλικία.

Ο Fergusson et al, στην ερευνά του συνέκρινε αγόρια και κορίτσια για να αξιολογήσει διαφορές στη νοημοσύνη, στην κατανόηση, στην έκφραση του λόγου και στην άρθρωση και βρήκε αυξημένες βαθμολογίες σε παιδιά, που είχαν θηλαστεί για 4 μήνες και περισσότερο στον τομέα της ευφυΐας και κατανόησης στις ηλικίες 3,5 και 7. Επίσης, αυξημένες βαθμολογίες παρατηρήθηκαν στο κομμάτι της έκφρασης στις ηλικίες των 3 και 5 ετών.

Επιπροσθέτως, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτρέπει το παιδί από το βάβισμα στην ηλικία των 8 μηνών (Obel et al, 1998).

Έχει αναφερθεί, από έρευνες, ότι η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος σχετίζεται με καθυστερημένη ή καθόλου έναρξη του μητρικού θηλασμού, με τη χρήση μπουκαλιού καθώς και με λανθασμένες πρακτικές θηλασμού (Al-Farsi, Al-Sharbati, Walyetal, Richard, 2012 και Smith και Ambrose, 2013). Ο κίνδυνος της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος έχει βρεθεί, ότι μειώνεται με το θηλασμό μεγάλου χρονικού διαστήματος. Όταν το παιδί δε λαμβάνει μητρικό γάλα, τότε οι πιθανότητες να παρουσιάσει Αυτισμό αυξάνονται κατά 2,5 φορές. Ακόμα, σύμφωνα με μια άλλη έρευνα παιδιά, που θηλάζουν λιγότερο από εννιά μήνες, έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (Smith και Ambrose, 2013). Αυτοί, οι ερευνητές, επίσης, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο μητρικός θηλασμός ίσως προστατεύει από την εμφάνιση του επίμονου τραυλισμού.

Ωστόσο, ένας από τους παράγοντες κινδύνου της καθυστερημένης ανάπτυξης λόγου-ομιλίας είναι η ανησυχία των γονέων (Dee, Li και Grummer-Strawn, 2007). Υπάρχει αντίστροφη σχέση ανάμεσα στη διάρκεια του θηλασμού και στην ανησυχία της μητέρας σχετικά με την ανάπτυξη, δηλαδή, όσο πιο πολύ θηλάζει η μητέρα το παιδί της, τόσο λιγότερο θα ανησυχεί για την ανάπτυξη του. Αυτή η επίδραση του θηλασμού στην ανησυχία της μητέρας παρατηρήθηκε μόνο ανάμεσα σε παιδιά, που θηλάστηκαν για 3 ή λιγότερο μήνες.

Ολοκληρώνοντας, έχει θεωρηθεί, ότι ο θηλασμός, που γίνεται περισσότερο από 9 μήνες, αποτελεί προστατευτικό μέσο από την ανησυχία των γονέων σχετικά με τις αντιληπτικές και εκφραστικές δεξιότητες της γλώσσας (Harrison και McLeod, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

2.1. Ορισμός

Προκειμένου να υπάρξουν κοινά και αναγνωρίσιμα στοιχεία για την ταυτότητα του τραυλισμού έχουν προταθεί πολλοί ορισμοί από την παγκόσμια βιβλιογραφία.

Γενικά, έχει αποσαφηνιστεί, ότι ο τραυλισμός είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, που επηρεάζει την ευχέρεια του λόγου στο 5% παιδιών προσχολικής ηλικίας και στο 1% του ενήλικου πληθυσμού (Bloodstein, 1995). Πρόκειται για διαταραχή της ροής της λεκτικής έκφρασης, χαρακτηριζόμενη από ακούσιες, ακουστικές ή σιωπηλές επαναλήψεις (π.χ. μη-μη-μήλο) ή παρατάσεις (π.χ. έεεεενα) των ήχων ή συλλαβών ή διακοπές στη ροή του λόγου ή μπλοκαρίσματα (American Psychiatric Association, 2013).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ο τραυλισμός ορίζεται ως μια διαταραχή στο ρυθμό της ομιλίας, κατά την οποία το άτομο γνωρίζει ακριβώς τι θέλει να πει, αλλά, εκείνη τη στιγμή δεν είναι σε θέση να το πει, εξαιτίας μιας ακούσιας επαναληπτικής επιμήκυνσης ή παύσης ενός φθόγγου.

2.2. Επιπολαστικά στοιχεία

Πρόσφατες μελέτες, όσον αναφορά την έναρξη του τραυλισμού, δείχνουν, ότι αυτή η διαταραχή εμφανίζεται στη νεότερη ηλικία, η οποία είναι παρόμοια και για τα δύο φύλα και η αναλογία αγοριών/κοριτσιών είναι μικρότερη. Πολλές είναι οι περιπτώσεις αιφνίδιας έναρξης τραυλισμού (Howellet, 2008). Η ταχύτερη βιολογική ωρίμανση οδηγεί στα να εμφανιστούν νωρίτερα αναπτυξιακές διαταραχές, όπως τραυλισμός (Herman-Giddens, Steffes et al, 2012).

Γενικά, πολλές έρευνες έχουν αναφέρει ότι το ποσοστό εμφάνισης του τραυλισμού είναι 5%, ενώ άλλες πρόσφατες έρευνες τονίζουν ότι το ποσοστό εμφάνισης είναι γύρω στα 8% (Dworszynski et al, 2007, Reill et al, 2009). Οι Bloodstein και Ratner (2008) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το ποσοστό εμφάνισης είναι 10%.

Ο τραυλισμός τυπικά εμφανίζεται στις ηλικίες 3-4 στο 20% όλων των παιδιών. Το 75% - 80% των παιδιών προσχολικής ηλικίας έχουν πλήρη ανάκαμψη αυτόματα μέσα σε 4 έτη (Yairi και Ambrose, 2005). Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, ο τραυλισμός επηρεάζει πάνω από το 15% των παιδιών μεταξύ 4-6 ετών και στο 1-2% στους ενήλικες.

Επίσης, όσον αναφορά το φύλο έχει αποδειχθεί, ότι τα αγόρια, που τραυλίζουν είναι περισσότερα από τα κορίτσια (Yairi και Ambrose, 2005). Συγκεκριμένα η αναλογία αγοριών και κοριτσιών, που τραυλίζουν στη σχολική ηλικία, είναι 4/1 και στη προσχολική ηλικία 2/1.

Η μικρότερη πολικότητα στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια κοντά στην ηλικία εμφάνισης σε σύγκριση με την πολικότητα σε πιο προχωρημένες ηλικίες, δείχνει, ότι η ανάκτηση του τραυλισμού είναι πιο συχνή στα κορίτσια από ό, τι στα αγόρια (Yairi και ο Ambrose, 1999).

Η υπεροχή των αγοριών έναντι των κοριτσιών έχει αποδειχθεί, ότι οφείλεται στο γεγονός, ότι τα αγόρια, που τραυλίζουν παράγουν ομιλία με μειωμένα πλάτη και ταχύτητες στην κίνηση των αρθρώσεων (Walsh, Mettel και Mahurin-Smith, 2015). Συγκεκριμένα, τα αγόρια και κυρίως τα αγόρια που τραυλίζουν, έχουν περισσότερα μεταβλητά σχήματα στον συντονισμό της άρθρωσης σε σύγκριση με τα κορίτσια. Γι' αυτό το λόγο, προκύπτουν διαφορές ως προς το φύλο στις διαδικασίες κινητικού ελέγχου της ομιλίας μεταξύ αγοριών

και κοριτσιών, που τραυλίζουν από τη προσχολική ηλικία. Η καθυστέρηση στην κινητική ανάπτυξη της ομιλίας σε πολλά αγόρια, που τραυλίζουν, έχει σημαντικές συνέπειες και δραματικά, διαφορετικά ποσοστά ανάκαμψης μεταξύ αγοριών και κοριτσιών προσχολικής ηλικίας, που τραυλίζουν .

Επιλογικά, είναι σαφές, ότι η επικράτηση του τραυλισμού κάτω από την ηλικία 6 είναι υψηλότερη σε σχέση με τις μεταγενέστερες περιόδους στη ζωή. Αυτό σημαίνει, ότι πολλά παιδιά σταματούν να τραυλίζουν, είτε φυσικά είτε με κάποια κλινική παρέμβαση συνήθως πριν από αυτή την ηλικία. Η φυσική ανάκτηση μπορεί να υποβοηθηθεί από τη θεραπεία. Η επικράτηση του τραυλισμού στις μικρές ηλικίες, απαιτεί από τους κλινικούς να προετοιμάζονται όσον αναφορά την αξιολόγηση, τη θεραπεία καθώς και να συνεργάζονται σε μεγάλο βαθμό με αυτή την ηλικιακή ομάδα.

2.3. Είδη τραυλισμού

Τα είδη του τραυλισμού είναι τα εξής:

- α) Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός, που εμφανίζεται κατά την ανάπτυξη του παιδιού
- β) Ψυχογενής Επίκτητος Τραυλισμός, που εμφανίζεται συνήθως μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα άγχους ή μετά από κάποιο τραυματικό επεισόδιο και συναντάται κυρίως σε άτομα της εφηβικής και ενήλικης ηλικίας
- γ) Νευρογενής Επίκτητος Τραυλισμός, ο οποίος οφείλεται σε επίκτητη νευρολογική ασθένεια ή βλάβη
- δ) Cluttering, που παρουσιάζεται κατά την ανάπτυξη του παιδιού (Silverman, 1996).

2.4. Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός

Ο αναπτυξιακός/εξελικτικός τραυλισμός είναι ο πιο κοινός τύπος τραυλισμού. Αναπτύσσεται πριν την εφηβεία κατά την ανάπτυξη του παιδιού και αναφέρεται ως επίμονος αναπτυξιακός τραυλισμός, όταν εμμένει για περισσότερο από 3 χρόνια (Yairi και Ambrose, 2005). Τα συμπτώματα του αναπτυξιακού και επίμονου τραυλισμού (Yairi και Seery, 2011) είναι τα εξής:

- α) μη φυσιολογικά χαρακτηριστικά ομιλίας, όπως διακοπές στη ροή της ομιλίας , επαναλήψεις, επιμηκύνσεις, παύσεις, τα οποία είναι γνωστά και ως πρωτεύουσες συμπεριφορές
- β) σωματικές σύνοδες συμπεριφορές, όπως: κινήσεις κεφαλής, του λαιμού και του σώματος και συνοδεύουν κυρίως τις πρωτεύουσες συμπεριφορές
- γ) μη φυσιολογικές/σωματικές δραστηριότητες, όπως αλλαγές στην κυκλοφορία του αίματος και θερμαντικές αντιδράσεις
- δ) συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως άγχος
- ε) γνωστικές διαδικασίες, που είναι απαραίτητες για την διαδικασία σχηματισμού και εκφοράς των γλωσσικών δομών
- στ) κοινωνικές συνέπειες, όπως κοινωνική απομόνωση

Τα άτομα με αναπτυξιακό τραυλισμό, αρχικά, παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα, που ανακάμπτουν, αυτόματα ή εξελίσσονται σε πιο σοβαρά συμπτώματα με δευτερογενή συμπεριφορές.

2.5. Αιτιολογία

Τα αίτια του τραυλισμού είναι πολυπαραγοντικά και μπορεί να είναι οργανικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, ψυχοσωματικά και γενετικά (Gordon, 2002). Παρά το γεγονός ότι η παρούσα έρευνα δεν ασχολείται με τον επίκτητο νευρογενή και επίκτητο ψυχογενή τραυλισμό, ωστόσο αυτοί οι τύποι μπορούν να εμφανιστούν σε σπάνιες περιπτώσεις στα παιδιά. Θεωρείται ότι κάθε παιδί που τραυλίζει αναπτύσσει τραυλισμό ως αποτέλεσμα δικών του, μοναδικών, παραγόντων.

Ο κίνδυνος του επίμονου τραυλισμού φαίνεται να σχετίζεται με οργανικούς, γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τα συναισθηματικά προβλήματα και η ανατροφή των παιδιών δεν προκαλούν τραυλισμό. Ωστόσο, η αντιμετώπιση, αυτής, της διαταραχής της ροής μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές συναισθηματικές αντιδράσεις και συμπεριφορές αποφυγής, οι οποίες έχουν βρεθεί να σχετίζονται με το τραυλισμό και μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα του παιδιού να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του στη ροή της ομιλίας (Choi, Conture, Walden, Lambert, και Tumanova, 2013, Jones, Conture, και Walden, 2014, Ntourou, Conture, και Walden, 2013). Η σοβαρότητα του επίμονου αναπτυξιακού τραυλισμού επηρεάζεται από ανωμαλίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), από τη μάθηση αλλά και από ψυχογενείς παράγοντες, επειδή έχει αποδειχθεί, ότι η μάθηση δεν είναι απλά "ψυχογενής" αλλά οδηγεί σε μετρήσιμες αλλαγές στον εγκέφαλο (Kandel και O' Dell, 1992).

2.5.1. Γενετικοί παράγοντες

Οικογενειακές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γενετικοί παράγοντες εμπλέκονται στον τραυλισμό. Για αρκετές δεκαετίες, πολλές γενετικές μελέτες, συμπεριλαμβανομένης της ανάλυσης σύνδεσης, διεξήχθησαν προκειμένου να συνδυάσουν το αιτιολογικό γονίδιο με το τραυλισμό και έχουν αποκαλύψει τη σύνδεση συγκεκριμένης γονιδιακής μετάλλαξης με τον τραυλισμό.

Ο τραυλισμός είναι ένα γενετικό συστατικό, το οποίο κρύβεται πίσω από νευρολογικές διαφορές στα άτομα, που τραυλίζουν (Mahurin-Smith και Ambrose, 2013). Έχει παρατηρηθεί, ότι πίσω από ένα παιδί, που τραυλίζει, υπάρχει 40-60% οικογενειακό ιστορικό (Yairi et al, 2006). Μια γενετική προδιάθεση προς τον τραυλισμό είναι ένα σημαντικό στοιχείο του αναπτυξιακού τραυλισμού, αλλά ο γονότυπος από μόνος του δε προσφέρει καμία βεβαιότητα, ότι ένα άτομο θα αρχίσει να τραυλίζει.

Έχει σημειωθεί, ότι μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων υπάρχει πιθανότητα 90% να τραυλίζει το ένα παιδί και στη συνέχεια και το άλλο. Ενώ στα διζυγωτικά δίδυμα υπάρχει πιθανότητα 20% τραυλισμού και συνήθως υπάρχει οικογενειακό ιστορικό (Gordon, 2002).

Οι μεταλλάξεις των τριών γονιδίων (GNPTAB, GNPTG και NAGPA) μπορεί να αναγνωριστούν σε λιγότερο από το 10% στις αιτίες του οικογενειακού τραυλισμού (Drayana και Kung, 2011).

Οι παραλλαγές χρωμοσωμάτων, έχει αποδειχθεί, ότι παίζουν σημαντικό ρόλο για την εμφάνιση τραυλισμού. Οι παραλλαγές των χρωμοσωμάτων 18 (Shugart et al, 2004) και τα 1, 13, 16 (Cox και Yairi, 2000) είναι αυτές που οδηγούν σε μεγάλη πιθανότητα να τραυλίσει ένα άτομο. Επίσης, σύμφωνα με έρευνα το 2005, οι Riaz et al έδειξαν ότι υπάρχει μια παραλλαγή στο χρωμόσωμα 12 χωρίς όμως να είναι ακόμα γνωστό πως το χρωμόσωμα, αυτό, προκαλεί τραυλισμό. Αυτό καθώς και τα γονίδια GNPTAB/G και NAGPA εμφανίζονται σε όλα τα κύτταρα του αίματος και οι μεταλλάξεις σε αυτά τα γονίδια παράγουν ένα μεταβολικό ελάττωμα σε μια κατηγορία νευρώνων, η οποία σχετίζεται με την ομιλία (Kornfeld et al, 1999). Πιστεύεται, ότι τέτοιοι νευρώνες είναι μοναδικοί για την ομιλία λόγω της έλλειψης

άλλων νευρολογικών συμπτωμάτων, τα οποία ανιχνεύονται στα άτομα, που φέρουν αυτές τις μεταλλάξεις, σύμφωνα με αξιολογήσεις, που έχουν γίνει μέχρι σήμερα.

Ωστόσο, υπάρχουν πολλές έρευνες, που αποδεικνύουν, ότι υπάρχουν παραλλαγές και άλλων χρωμοσωμάτων και γονιδίων, που σχετίζονται με τον τραυλισμό.

Συγκεκριμένα:

- Οι Shugart, Mundorff, Kilshaw, Doheny, Doanetal (2004) διαπίστωσαν, ότι υπάρχει χαμηλή έως μέτρια σύνδεση του τραυλισμού και του χρωμοσώματος 18 και ασθενέστερη σύνδεση εντοπίστηκε στα χρωμοσώματα 1, 2, 10 και 13.
- Οι Riazuddin et al (2005) εντόπισαν, ότι το χρωμόσωμα 12 σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τον τραυλισμό, ενώ τα χρωμοσώματα 1,5 και 7 σε μικρότερο βαθμό.
- Οι Suresh, Ambrose, Roe, Pluzhnikov, Wittke-Thompson, C-Y Ng et al (2006) ανακάλυψαν, ότι ο επίμονος τραυλισμός σχετίζεται με παραλλαγή του χρωμοσώματος 15, ενώ η αυθόρμητη ανάκαμψη με το χρωμόσωμα 2. Επίσης, η εμφάνιση του τραυλισμού στις γυναίκες σχετίζεται με παραλλαγή του χρωμοσώματος 21 και στους άνδρες με το χρωμόσωμα 7.
- Οι Lan, Song, Pan, Zhuang, Wang, et al (2009) απέδειξαν, ότι το γονίδιο DRD2, που ελέγχει τα ποσοστά ντοπαμίνης στον εγκέφαλο, σχετίζεται με τον τραυλισμό. Η έρευνα, αυτή, υποστήριξε, ότι η υπερβολική ντοπαμίνη εμπλέκεται στον τραυλισμό.
- Οι Kraft και S.J. (2010) ανέφεραν, ότι τα γονίδια που σχετίζονται σημαντικά με τον επίμονο τραυλισμό είναι 10. Επιπλέον, όσα προαναφέρθηκαν, είναι σημαντικά για πολλές νευρολογικές διαδικασίες, που σχετίζονται με τη παραγωγή της ομιλίας. Από αυτά, τα 8 συνδέονται με γνωστές νευρολογικές ή / και κινητικές διαταραχές.

Οι γενετικοί παράγοντες είναι απαραίτητοι, αλλά όχι αρκετοί για να προκαλέσουν τραυλισμό. Πολύπλοκοι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να είναι εμπλεκόμενοι, καθώς και παράμετροι λόγου, γλώσσας, κινητικότητας και προσωπικότητας (Yairy, 2004)

2.5.2 Οργανικοί παράγοντες

Ο επίμονος τραυλισμός σχετίζεται με γενετικούς παράγοντες καθώς και με υποβόσκουσες ανωμαλίες, που μπορούν, να φέρουν σε ρίσκο ένα παιδί να τραυλίσει (Gordon, 2002). Οι ανωμαλίες ελέγχου στον τραυλισμό δεν οφείλονται σε διαταραχή σε μια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου αλλά σε δυσλειτουργία του συστήματος, που σχετίζεται με τη ταχεία και δυναμική επεξεργασία της παραγωγής της ομιλίας. Ο τραυλισμός μπορεί να οφείλεται σε μια αστάθεια ή απώλεια ελέγχου στη λειτουργία του εγκεφάλου και όχι σε απώλεια της λειτουργικότητας (Ludlow και Loucks, 2003).

Η ελλιπής πλαγίωση του λόγου και άλλες κινητικές λειτουργίες δεν έχει ακόμα αποδειχθεί, ότι είναι αίτια του τραυλισμού. Έρευνες του Braun και του Fox προτείνουν, ότι το δεξί και το αριστερό ημισφαίριο φαίνεται να παίζουν αντίθετους ρόλους στη παραγωγή του τραυλισμού (Gordon, 2002). Σε ρέοντες ομιλητές το αριστερό ημισφαίριο της γλώσσας είναι πιο ενεργό κατά τη διάρκεια της ομιλίας του λόγου. Στα άτομα που τραυλίζουν, το αριστερό ημισφαίριο φαίνεται να υπερλειτουργεί και ένα πρόβλημα συγχρονισμού φαίνεται να υπάρχει μεταξύ του αριστερού πρόσθιου και του αριστερού κεντρικού φλοιού (Buchel και Sommer, 2004). Το πρόβλημα του συγχρονισμού σχετίζεται με τις κινητικές και προκινητικές περιοχές του εγκεφάλου.

Επίσης, ο επίμονος αναπτυξιακός τραυλισμός μπορεί να σχετίζεται με εξασθενημένη νευρωνική επικοινωνία, που ενδεχομένως προκαλείται από μια διαταραχή στη λευκή ουσία, στις περιοχές Broca και Wernicke και στα βασικά γάγγλια (Chang et al, 2008).

Έχει αποδειχθεί, ότι όταν μιλούν τα άτομα, που τραυλίζουν, δεν ενεργοποιούνται σωστά το ανώτερο και οπίσθιο τμήμα του κροταφικού λοβού και συγκεκριμένα η αριστερή ανώτερη κροταφική έλικα (Lu et al, 2009) και ο μετωπιαίος λοβός. Ακόμα, τα άτομα, που τραυλίζουν έχουν μια συγκεκριμένη ακουστική έλλειψη, η οποία περιορίζεται στην αριστερή πλάγια ακουστική επεξεργασία των ήχων της ομιλίας, κάτι το οποίο φαίνεται να υποβόσκει κάτω από τα ελλείμματα της παραγωγής της ομιλίας. Αυτό, προκύπτει από το γεγονός, ότι τα άτομα, αυτά, δεν έχουν την ικανότητα επεξεργασίας γρήγορων χρονικών μεταβολών των ακουστικών σημάτων (Bosshardt, 2006). Άλλη έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι τα άτομα που τραυλίζουν έχουν φτωχότερο συγχρονισμό σε ένα ρυθμικό ακουστικό ερέθισμα, όπως ο μετρονόμος ή η μουσική. Το 65% των συμμετεχόντων της έρευνας, που τραυλίζουν, εμφάνισαν ελλείμματα συγχρονισμού καταλήγοντας έτσι στο συμπέρασμα, ότι υπάρχει ένα πολύ ειδικό έλλειμμα στην ακρίβεια συγχρονισμού σε παιδιά και εφήβους, που τραυλίζουν.

Επιπροσθέτως, υπερδραστηριότητα στις αριστερές οπίσθιες κεντρικές αισθητηριακές και ακουστικές περιοχές βρέθηκε στα άτομα, που τραυλίζουν κατά τη διάρκεια της μη καλής ροής της ομιλίας τους (Ludlow και Loucks, 2003).

Άλλη έρευνα υποδεικνύει, ότι ο αναπτυξιακός τραυλισμός μπορεί να σχετίζεται με άτυπη μυελίνωση κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής, η οποία μειώνει την ακεραιότητα της λευκής ουσίας. Η μυελίνωση σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες οδηγούν σε ανωμαλίες στο συγχρονισμό της ομιλίας (Mahurin-Smith και Ambrose, 2013). Ο Bosshardt (2006), θεωρεί, ότι υπάρχει μια υποβόσκουσα αστάθεια στο κινητικό σύστημα ελέγχου της ομιλίας. Ακόμα, οι Smith και Kleinow (2000), βρήκαν, ότι υπάρχουν λεπτές διαφορές στους κινηματικούς παραμέτρους της ευχερούς ομιλίας στους ενήλικες, που τραυλίζουν. Οι Perkins, Kent, και Curlee (1991) θεωρούν, ότι τα γλωσσικά και παραγλωσσικά συστατικά του λόγου χειρίζονται από διάφορα νευρικά συστήματα και ο τραυλισμός γίνεται, όταν αυτά δεν είναι συγχρονισμένα.

Θεωρείται, ότι θα μπορούσαν όλα τα παραπάνω να συσχετίζονται μεταξύ τους με πιθανές αλλοιώσεις στη δομή και στη λειτουργία του νευρικού ιστού, το οποίο παρατηρείται σε παιδιά χωρίς μια διαιτητική πηγή μακράς αλύσου λιπαρών οξέων, όπως τα Ωμέγα 3 και Ωμέγα 6, στη πρόωρη βρεφική ηλικία (Mahurin-Smith και Ambrose, 2013).

Ενώ οι γενετικοί και νευρολογικοί παράγοντες φαίνεται, λοιπόν, να σχετίζονται με τα βαθύτερα αίτια του τραυλισμού, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η ιδιοσυγκρασία, και οι απαιτήσεις ομιλίας μπορούν να επηρεάσουν τις αντιδράσεις του παιδιού να τραυλίσει.

2.5.3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Αν και δεν θεωρούνται αίτια του τραυλισμού, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να επιδεινώσουν τις δυσρυθμίες της ροής της ομιλίας. Η συσχέτιση του τραυλισμού με τους εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες δημιουργεί την αντίληψη ότι ο τραυλισμός είναι μια ψυχογενή διαταραχή (Sheehan, 1975). Η αντίληψη, αυτή, όμως δεν είναι η απόλυτη αλήθεια.

Οι παράγοντες, αυτοί, είναι στρεσογόνοι παράγοντες, που πυροδοτούν την έναρξη του τραυλισμού και την εξέλιξη της διαταραχής (Μαλανδράκη, 2012) και μπορεί να περιλαμβάνουν τις δυναμικές της οικογένειας, το γρήγορο ρυθμό ζωής, το άγχος και το στρες, καθώς και τον ιδιαίτερο τρόπο, που αντιδρά κι εκδηλώνει τα αισθήματα και γενικά τον ψυχικό του κόσμο το παιδί (Anderson, Pellowski, Conture, & Kelly, 2003). Επίσης, στους περιβαλλοντικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται οι γλωσσικές απαιτήσεις και ο τρόπος επικοινωνίας του περιβάλλοντος (Manning, 2010).

Ο τραυλισμός εμφανίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις κατά τη περίοδο, όπου τα παιδιά αναπτύσσουν πιο πολύ τις γλωσσικές τους δεξιότητες. Αυτή η περίοδος είναι πολύ αγχωτική για τα παιδιά και η διαταραχή αυτή θα δημιουργήσει έντονες αντιδράσεις από το περιβάλλον, έχοντας ως αποτέλεσμα τα παιδιά, αυτά, να αποκτήσουν περισσότερο άγχος, κάτι το οποίο θα επιβαρύνει τη διαταραχή τους, την αυτόματη ανάκαμψη καθώς και την αντιμετώπισή της (Μαλανδράκη, 2012).

2.5.4. Γλωσσικοί παράγοντες

Οι γλωσσικές δεξιότητες δε διαφέρουν ανάμεσα στα παιδιά, που τραυλίζουν, και σε αυτά που δε τραυλίζουν και ο επίμονος τραυλισμός συνδέεται με αρθρωτικές δεξιότητες του παιδιού και το επικοινωνιακό στυλ της μητέρας καθώς και τη πολυπλοκότητα της γλώσσας (Gordon, 2002).

Η πιο γρήγορη ανάκαμψη μπορεί να προκύψει στους 6 μήνες μετά την έναρξη του τραυλισμού, ενώ έχει αποδειχθεί, ότι οι φωνολογικές και οι γλωσσικές δεξιότητες μπορεί να παίξουν κάποιο ρόλο στην ανάκαμψη του επίμονου τραυλισμού.

Τέλος, οι πληροφορίες είναι ποικίλες και αντικρουόμενες όσον αναφορά την ακριβή σχέση μεταξύ της διγλωσσίας και του τραυλισμού (VanBorsel, Maes, και Foulon, 2001, Tellis και Tellis, 2003). Η διγλωσσία μπορεί να επηρεάσει τον τραυλισμό με απρόβλεπτους τρόπους, οι οποίοι οφείλονται στις διακυμάνσεις μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ρυθμίσεων σχετικά με την επιλογή γλώσσας και την ευχέρεια ομιλίας (Foote, 2013). Πρέπει να εξεταστούν και άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση του τραυλισμού ή σε μια προσωρινή αύξηση του τραυλισμού σε πολύγλωσσα άτομα, συμπεριλαμβανομένων των επιδράσεων των νέων και αγνώστων καταστάσεων, της χρήσης μια νέας γλώσσας, και της έκθεσης σε μικτή γλωσσική εισόδο (Shenker, 2013).

2.5.5. Αυθόρμητη ανάκαμψη ή επίμονος τραυλισμός;

Όσον αναφορά την αυθόρμητη ανάκαμψη και την επιμονή του τραυλισμού, έχει αποδειχθεί, ότι το ποσοστό της αυθόρμητης ανάκαμψης είναι αρκετά υψηλό (Andrews και Harris, 1964). Υπάρχει μια διαμάχη μεταξύ των διαφόρων ερευνών, που έχουν γίνει, σχετικά με τα ποσοστά της ανάκαμψης και της επιμονής του τραυλισμού και γι' αυτό το λόγο έχουν προκύψει και διαφορετικά αποτελέσματα. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, το ποσοστό εμφάνισης επίμονου τραυλισμού είναι 11,7% και το ποσοστό αυθόρμητης ανάκαμψης είναι 88,3% (Reilly et al, 2009).

Επίσης, σημαντικό ρόλο για την ανάρρωση παίζει η διάρκεια εμφάνισης των συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, έχει αναφερθεί, ότι όταν τα συμπτώματα διαρκούν μέχρι 2 έτη, τότε η πιθανότητα ανάρρωσης είναι περίπου 47%, αν διαρκούν 3 έτη, τότε η πιθανότητα ανάρρωσης είναι περίπου 16%, αν διαρκούν 4 έτη, η πιθανότητα είναι περίπου 5%, ενώ αν διαρκούν 5 έτη τότε δεν υπάρχει καμία πιθανότητα ανάκαμψης (Yairi και Ambrose, 1999). Ωστόσο, έχει αποδειχθεί, ότι υπάρχει 52% ανάκαμψη μετά από 6 χρόνια κατά μέσο όρο (Howell και Davis, 2011).

Δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί με βεβαιότητα ποια παιδιά θα συνεχίσουν να τραυλίζουν, αλλά υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες, που οδηγούν σε μια μεγαλύτερη

πιθανότητα αυθόρμητης ανάρρωσης (Ambrose, Cox, Yairi, 1997, Ambrose και Yairi, 1999, Yairi και Ambrose, 1992, 1999). Οι παράγοντες, αυτοί, είναι οι εξής:

- Κληρονομικότητα
- Φύλο (τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερα ποσοστά αυθόρμητης ανάκαμψης)
- Υψηλές φωνολογικές και νοητικές ικανότητες
- Έναρξη σε μικρότερη ηλικία
- Ηπιότερος τραυλισμός
- Μητέρες με απλή σύνταξη και απλό λεξιλόγιο

Ωστόσο, οι παράγοντες κινδύνου, που ενδέχεται να συνδέονται με το επίμονο τραύλισμα περιλαμβάνουν:

- Το φύλο του παιδιού, καθώς τα αγόρια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για τον επίμονο τραυλισμό σε σύγκριση με τα κορίτσια (Yairi και Ambrose, 2013)
- Το οικογενειακό ιστορικό του επίμονου τραυλισμού (Kraft & Yairi, 2011)
- Η διάρκεια του χρόνου εμφάνισης, όταν είναι μεγαλύτερη από 6 έως 12 μήνες ή όταν δεν υπάρχει καμία βελτίωση κατά τη διάρκεια αρκετών μηνών (Yairi & Ambrose, 2005)
- Η ηλικία έναρξης, τα παιδιά που ξεκινούν να τραυλίζουν στην ηλικία των 3½ ή αργότερα (Yairi & Ambrose, 2005)
- Οι συνυπάρχουσες διαταραχές ομιλίας και λόγου (Ntourou et al, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΙΣΩΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ ΕΠΙΜΟΝΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

3.1. Σχετική έρευνα (Mahurin-Smith και Ambrose, 2013).

Οι Mahurin-Smith και Ambrose (2013) πραγματοποίησαν μια έρευνα για να αποδείξουν, ότι ο θηλασμός θα μπορούσε να παρέχει μια σχετική προστασία κατά του επίμονου τραυλισμού. Η μικρότερη διάρκεια θηλασμού θα μπορούσε να συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης του επίμονου τραυλισμού. Οι ερευνητές υπέθεσαν, ότι η μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού θα μπορούσε να ταυτιστεί με υψηλότερα ποσοστά ανάκτησης, κάτι το οποίο φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τους άνδρες συμμετέχοντες, σύμφωνα με τα ευρήματα του Broad (1972, 1975, 1983).

Προκειμένου οι ερευνητές να καταλήξουν στο συμπέρασμα το αν ο θηλασμός εμποδίζει την εμφάνιση του επίμονου τραυλισμού, έβαλαν στο πρόγραμμα συμμετέχοντες (145 παιδιά) σε ηλικία 2 και 6 ετών, τυπικά μεταξύ 12 μηνών, που είναι η έναρξη του τραυλισμού. Όλοι οι συμμετέχοντες γεννήθηκαν πριν το 2001, όταν προέκυψαν συμπληρωματικές φόρμουλες στην Αμερική, εξασφαλίζοντας την ανάγκη να εξεταστεί το ενδεχόμενο του τύπου φόρμουλας σαν μια πιθανή μεταβλητή σύγχυσης.

Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν σε διάστημα μεταξύ έξι μηνών για τα πρώτα δύο χρόνια και ετησίως για δύο επιπλέον χρόνια, με μια τελική επίσκεψη πέντε έως οκτώ χρόνια αργότερα. Επίσης, είχαν συγκεκριμένα δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία.

3.2. Διαδικασία έρευνας

Υπήρχε μια κλίμακα ροής του λόγου στα παιδιά από 0-7 . Οι αξιολογήσεις περιελάμβαναν τον αριθμό των δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές, με αντιληπτικές αξιολογήσεις ευχέρειας λόγου.

Οι αξιολογήσεις έγιναν προκειμένου οι ερευνητές να χωρίσουν σε 2 ομάδες τα παιδιά, έτσι ώστε να ξεκινήσει το ερευνητικό κομμάτι, αυτής, της μελέτης. Συγκεκριμένα, τα παιδιά, που είχαν αυθόρμητη ανάκαμψη τραυλισμού και δεν λάμβαναν λογοθεραπεία και τα παιδιά με επίμονο αναπτυξιακό τραυλισμό. Ένα παιδί, που τραύλιζε ονομαζόταν επίμονο, αν αυτό συνέχιζε να τραυλίζει για τουλάχιστον 4 χρόνια μετά την έναρξη του τραυλισμού.

Δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με 10 ερωτήσεις για να ληφθούν πληροφορίες σχετικά με την έναρξη, την αποκλειστικότητα και τη διάρκεια του θηλασμού των μητέρων στους 145 συμμετέχοντες. Το ερωτηματολόγιο δίνει έμφαση στον άμεσο θηλασμό. Δύο από τις ερωτήσεις είχαν σχέση με τη πρόσληψη του μητρικού γάλακτος από μπουκάλι και υπήρχε χώρος στο ερωτηματολόγιο για να σχολιάσουν οι μητέρες τις δικές τους περιπτώσεις αναφορικά με τον άμεσο θηλασμό, το θηλασμό από μπουκάλι με μητρικό γάλα, τη χρήση διάφορων παρασκευασμάτων (φόρμουλες) ή ένα μείγμα από αυτά τα τρία.

Το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στα συστατικά του ανθρώπινου γάλακτος απ' ότι στη πράξη του άμεσου θηλασμού. Οι μητέρες, που τάζαν μητρικό γάλα από μπουκάλι, μπήκαν στην ίδια ομάδα με εκείνες, που θήλαζαν άμεσα. Η διάρκεια της κύησης τεκμηριώθηκε σαν

μια πιθανή μεταβλητή σύγχυσης, επειδή τα πρόωρα μωρά έχουν χαμηλά αποθέματα λιπαρών οξέων και ανήκουν στα υψηλού κινδύνου του πρόωρου απογαλακτισμού.

3.3. Αποτελέσματα έρευνας

Από τις 47 απαντήσεις στα ερωτηματολόγια οι 17 απαντήσεις ήταν από μητέρες των παιδιών, που είχαν επίμονο τραυλισμό, και οι 30 απαντήσεις από μητέρες των παιδιών, που ανέκαμψαν αυτόματα. Το 36,2% της επικράτησης του επίμονου τραυλισμού σε αυτή την έρευνα είναι μεγαλύτερο απ' ό τι το 24% στο Πρόγραμμα Έρευνας Τραυλισμού, πιθανόν, γιατί έγινε προσπάθεια παρακολούθησης, επικεντρωμένη στα παιδιά με επίμονο τραυλισμό.

Μέσα σε αυτό το δείγμα της έρευνας, ένας σημαντικός πιθανός παράγοντας σύγχυσης ήταν η αντίστροφη αιτιολογία. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός, ότι τα παιδιά, που τραυλίζουν, είναι πιο ευάλωτα σε ελλείμματα λεπτών, προφορικών, κινητικών αλληλουχιών απ' ό τι τα φυσιολογικά παιδιά. Οι ερευνητές υπέθεσαν, ότι η πρόωρη σίτιση τύπου φόρμουλας μπορεί να οδηγήσει στον επίμονο τραυλισμό, και ήταν κρίσιμης σημασίας να αποφανθεί η πιθανότητα, ότι η τάση προς τον επίμονο τραυλισμό μπορεί να συνεισφέρει στη πρόωρη σίτιση τύπου φόρμουλας.

Όλες οι μητέρες, που ξεκίνησαν το θηλασμό, ρωτήθηκαν σχετικά με προβλήματα στη θηλή και στην αποτελεσματικότητα σίτισης από τη θηλή. Μόνο 2 από τα 14 παιδιά, που θηλάστηκαν με επίμονο τραυλισμό, δεν είχαν δυσκολίες με τη θηλή και την απομύζηση και 7 από τα 27 παιδιά, που θηλάστηκαν και θεραπεύτηκαν αυτόματα δεν είχαν δυσκολίες με τη θηλή και την απομύζηση. Και οι 2, αυτές, μεταβλητές εμπίπτουν στο τυπικό εύρος των αναλογιών των βρεφών στις δυσκολίες του πρόωρου θηλασμού. Τα αποτελέσματα δεν υποστηρίζουν την ιδέα, ότι ο τραυλισμός μπορεί να εκδηλωθεί σαν ένα κακό, στοματικό, κινητικό συντονισμό στη νηπιακή ηλικία, που προδιαθέτει εκείνα τα παιδιά στον πρόωρο απογαλακτισμό. Η προωρότητα έχει θεωρηθεί σαν μια πιθανή μεταβλητή σύγχυσης.

Οι δοκιμασίες αξιολόγησης έδειξαν σημαντικά αποτελέσματα για τα αγόρια της έρευνας. Τα παιδιά που θηλάζονταν για μεγάλο χρονικό διάστημα ήταν λιγότερο πιθανό να συνεχίσουν να τραυλίζουν, με έξι φορές αύξηση στις επιδόσεις επίμονου τραυλισμού, που παρατηρήθηκε ανάμεσα στα αγόρια.

Οι ερευνητές προτείνουν δυο μηχανισμούς για την αξιολόγηση ανάμεσα στην μεγάλη διάρκεια θηλασμού και στη μείωση των πιθανοτήτων του επίμονου τραυλισμού. Ο πρώτος μηχανισμός προκύπτει από τις διαφορές, που παρατηρήθηκαν στο μυαλό των παιδιών, που ταΐστηκαν με τη φόρμουλα, και μπορεί να έχουν λειτουργικές διακλαδώσεις. Στους πληθυσμούς με τη γενετική ευστάθεια να τραυλίσουν, διαφορές όσον αναφορά στο τρόπο σύνδεσης των νευρικών ιστών, συμπεριλαμβανομένου της μυελίνης, την αύξηση των Ωμέγα-6 λιπαρών οξέων και την αντίστοιχη μείωση των Ωμέγα-3 λιπαρών οξέων, μπορούν να οδηγήσουν σε διαφορές στην κυτταρική επικοινωνία και λεπτές δυσλειτουργίες στη νευροδιαβίβαση. Ο δεύτερος μηχανισμός προκύπτει από το ρόλο των λιπαρών οξέων κατά τη ρύθμιση της γονιδιακής έκφρασης. Τα λιπαρά οξέα μεταβάλλουν τη διαθεσιμότητα των παραγόντων της μεταγραφής, παίζοντας έτσι ένα ρόλο στη γονιδιακή μεταγραφή. Με αυτό τον τρόπο ή εισαγωγή των λιπαρών οξέων μπορεί να επηρεάσει την έκφραση των γονιδίων, που είναι υπεύθυνα για τον τραυλισμό. Άτομα με παρόμοιους γονότυπους μπορούσαν να παρουσιάσουν μεγάλη διαφορά στο φαινόμενο του τραυλισμού ως αποτέλεσμα να υπάρχουν διαφορές στη γονιδιακή μεταρρύθμιση και έκφραση. Οι ερευνητές, επίσης, αναφέρουν, ότι το γονίδιο FADS2 παίζει ρόλο στον τραυλισμό, γιατί σχετίζεται με τα λιπαρά οξέα του μεταβολισμού.

Σε αυτή την έρευνα υπάρχουν περιορισμοί, οι οποίοι θα πρέπει να αποσαφηνιστούν. Οι μητέρες ανέφεραν μεγαλύτερη διάρκεια τραυλισμού ύστερα από τον απογαλακτισμό των παιδιών και δεν επιβεβαιώνουν την πληροφορία, που παρέχουν. Αυτός ο περιορισμός είναι απίθανο να επηρεάσει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων για δυο λόγους. Πρώτον, η

έρευνα βασίστηκε στο ότι οι μητέρες θα θυμηθούν τη διάρκεια του θηλασμού και δεύτερον, δεν υπάρχει λόγος για τους ερευνητές να υποθέσουν ότι καμία προκατειλημμένη ανάκληση θα μπορούσε να επηρεάσει τις μητέρες των δύο ομάδων διαφορετικά.

Ο θηλασμός είναι μια μεταβλητή, που είναι πραγματικά υπεύθυνη για τις επιδράσεις, που παρατηρήθηκαν. Η κοινή μεταβλητή σύγχυσης της μητρικής εκπαίδευσης δεν είναι μια ανησυχία σ' αυτό το δείγμα. Από τη στιγμή, που ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή, η οποία μπορεί να επηρεάσει άτομα ανεξάρτητα της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης ή του επιπέδου εκπαίδευσης, η μελέτη είναι λιγότερο ευάλωτη στις μεταβλητές σύγχυσης.

Ο θηλασμός παίζει ρόλο στη νευροανάπτυξη των νέων παιδιών. Τα παιδιά, τα οποία έχουν μεγάλη γενετική προδιάθεση να τραυλίσουν ή εκείνα, που το περιβάλλον τα οδηγεί, στο να τραυλίσουν, μπορεί να τραυλίζουν επίμονα ανεξάρτητα από το πρόωρο ιστορικό θηλασμού. Για ένα υποσύνολο των παιδιών, τα οποία ξεκινούν το τραυλισμό, ο θηλασμός στη νηπιακή ηλικία φαίνεται να παρέχει ένα μέτρο προστασίας εναντίον μια μακρόχρονης διαταραχής. Παρόλα αυτά, μερικά παιδιά παραμένουν ευπαθή σε συγκεκριμένες διαταραχές, ανεξάρτητα από το βρεφικό/ νηπιακό ιστορικό σίτισης.

Εν τέλει, οι Mahurin-Smith και Ambrose (2013) κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι μπορεί να υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στο ιστορικό σίτισης και τη σοβαρότητα του τραυλισμού και κυρίως σε περιπτώσεις του επίμονου τραυλισμού. Για τα παιδιά που τραυλίζουν, η συμπλήρωση λιπαρών οξέων μπορεί να βοηθήσει σαν ένα χρήσιμο παρεπόμενο της παραδοσιακής παρέμβασης. Τα λιπαρά οξέα μπορούν, επίσης, να βοηθήσουν και σε διαταραχές, όπως η δυσλεξία και ο αυτισμός.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Είδος έρευνας

Η παρούσα έρευνα ανήκει στο είδος των ποσοτικών περιγραφικών ερευνών, δηλαδή, έγινε προσπάθεια για συλλογή δεδομένων για τη παρουσίαση μιας ολοκληρωμένης εικόνας ενός συγκεκριμένου θέματος. Περιλαμβάνει ερωτηματολόγια, τα οποία χορηγήθηκαν σε μια συγκεκριμένη ομάδα προκειμένου να υπάρξουν σαφή αποτελέσματα για τη σχέση θηλασμού με τον επίμονο τραυλισμό. Ως περιγραφική έρευνα, είναι περισσότερο οργανωμένη και σχεδιασμένη αλλά και απαιτεί προσοχή για τυχόν μεροληψία σε σύγκριση με τα άλλα είδη ερευνών.

4.2. Τόπος και χρόνος έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του εαρινού εξαμήνου 2015, από δυο φοιτητές του τμήματος λογοθεραπείας, του ΑΤΕΙ (Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα) Πατρών, στην Ελλάδα. Η έρευνα, αυτή, στηρίχθηκε στη μελέτη των Mahurin-Smith και Ambrose (2013) αναφορικά με το μητρικό θηλασμό και τη σχέση του με τον επίμονο τραυλισμό και ο χρόνος διάρκειας, που χρειάστηκε για την εκπόνηση της, ήταν 3 μήνες.

4.3. Ερευνητικά ερωτήματα

Το κύριο ερευνητικό ερώτημα, που απασχολεί την παρούσα έρευνα και τέθηκε για να μελετηθεί η σχέση του θηλασμού με τον επίμονο εξελικτικό τραυλισμό είναι να διαπιστωθεί αν το είδος και η διάρκεια θηλασμού επηρεάζουν την εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού.

4.4. Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες της έρευνας ήταν 26 παιδιά από την Ελλάδα, που έχουν διαγνωστεί με επίμονο εξελικτικό τραυλισμό, δηλαδή, τραυλίζουν από 3 χρόνια και άνω. Από τα παιδιά, αυτά, 21 ήταν αγόρια και 5 κορίτσια και η ηλικία τους κυμαίνεται από 4-23 ετών. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν στην έρευνα: ένα άτομο ηλικίας 23 ετών, ένα άτομο ηλικίας 19 ετών, ένα άτομο ηλικίας 12 ετών, δύο άτομα ηλικίας 10 ετών, ένα άτομο 9 ετών, ένα άτομο 8 ετών, πέντε άτομα 7 ετών, έξι άτομα 6 ετών, τρία άτομα 5 ετών και ένα άτομο 4 ετών. Οι συμμετέχοντες κατάγονταν από τις περιοχές: Πάτρα, Θεσσαλονίκη, Κόρινθο, Αίγιο, Αμφισσα, Λειβαδιά, Αγρίνιο, Πύργο και Μεσολόγγι.

4.5. Τρόπος συλλογής δεδομένων

Για τη διεκπεραίωση της έρευνας δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο αναφέρεται σε γονείς με παιδιά, τα οποία έχουν Επίμονο Εξελικτικό Τραυλισμό και είχε ως θέμα: «Μπορεί ο θηλασμός να προστατεύσει ένα παιδί από την εμφάνιση του επίμονου τραυλισμού». Ο λόγος για τον οποίο σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο ήταν να ληφθούν οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την έναρξη, τη διάρκεια και το είδος (μητρικό γάλα ή διάφορα παρασκευάσματα/φόρμουλες) του θηλασμού καθώς και πληροφορίες όσον αναφορά την αντίληψη του τραυλισμού από τους γονείς αλλά και της λογοθεραπευτικής παρέμβασης. Επίσης, το ερωτηματολόγιο επικεντρώνεται στο ρόλο, που παίζουν για την ανάπτυξη τα συστατικά, τα οποία εμπεριέχονται στο ανθρώπινο γάλα, και συγκεκριμένα στην γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού.

Προκειμένου η έρευνα να καταλήξει σε αξιόπιστα αποτελέσματα, έγινε προσπάθεια να συλλεχτεί ένα μεγάλο εύρος δειγμάτων και γι' αυτό το λόγο αναζητήθηκαν παιδιά με επίμονο εξελικτικό τραυλισμό σε πολλές περιοχές της Ελλάδας, ώστε να δοθούν στους γονείς τους τα ερωτηματολόγια. Στη προσπάθεια, αυτή, βοήθησαν διάφορα ιδιωτικά κέντρα λογοθεραπείας, τα οποία ύστερα από συνεννόηση μαζί τους δέχτηκαν να δώσουν ερωτηματολόγια στους γονείς των παιδιών με επίμονο εξελικτικό τραυλισμό, τα οποία είχαν αναλάβει για λογοθεραπευτική παρέμβαση. Η αποστολή των ερωτηματολογίων στα κέντρα λογοθεραπείας έγινε με άμεσο τρόπο, δηλαδή με προσωπική επαφή με τον υπεύθυνο του κέντρου, αλλά και με έμμεσο τρόπο, δηλαδή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Οι υπεύθυνοι λογοθεραπευτές στη συνέχεια τα έδιναν στους γονείς των παιδιών με επίμονο εξελικτικό τραυλισμό. Τα ερωτηματολόγια, τα οποία στάλθηκαν σε γονείς, ήταν 40 σε αριθμό.

Οι ερωτήσεις, στις οποίες καλούνταν να απαντήσουν οι γονείς, ήταν συνολικά 16 και σχετιζόνταν κυρίως με το θηλασμό και λιγότερο με τον τραυλισμό. Η συμμετοχή των γονιών ήταν εθελοντική και ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 10 έως 15 λεπτά. Οι ερωτήσεις δεν ήταν προσωπικές και τα στοιχεία, τα οποία περιλάμβαναν, ήταν τα εξής: το φύλο του παιδιού, η ακριβής ημερομηνία γέννησής του, η διαφορά μεταξύ της ημερομηνίας γέννησης και της ακριβούς προβλεπόμενης ημερομηνίας, αν το παιδί έχει θηλαστεί, το είδος και η διάρκεια του θηλασμού, η πιθανή δυσκολία για θηλασμό, η πιθανή διακοπή και επανέναρξη του θηλασμού, η ηλικία λήξης του (σε μήνες), η αιτία λήξης θηλασμού, η ηλικία έναρξης σίτισης με συμπαγή τροφή (σε μήνες), η ηλικία αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς (σε έτη) αλλά και η ηλικία έναρξης της λογοθεραπευτικής παρέμβασης (σε έτη).

Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από ερωτήσεις, κλειστού και ανοιχτού τύπου, καθώς και από κλίμακες Likert. Οι ερωτήσεις δεν ήταν τυχαίες και έγιναν για συγκεκριμένους λόγους.

4.6. Στόχοι ερωτήσεων ερωτηματολογίου

Όσον αναφορά τις ερωτήσεις, που τέθηκαν στο ερωτηματολόγιο, αρχικά, ρωτήθηκε το φύλο του παιδιού, για να διαπιστωθεί αν ο τραυλισμός εμφανίζεται περισσότερο στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια αλλά και με ποιο ποσοστό. Επίσης, ρωτήθηκε και η ημερομηνία γέννησης προκειμένου να βρεθεί η ηλικία κάθε παιδιού, το οποίο συμμετείχε στην έρευνα.

Ακόμα, ρωτήθηκε η ακριβής ημερομηνία γέννησης του παιδιού και αν αυτό γεννήθηκε στη προβλεπόμενη ημερομηνία ή νωρίτερα απ' αυτή ή αργότερα για να διαπιστωθεί αν υπάρχει προωρότητα και σε τι ποσοστό και η οποία μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο απογαλακτισμό.

Έπειτα, τέθηκε ως ερώτηση, αν το παιδί έχει θηλαστεί ή όχι για να βρεθεί ποια από τα παιδιά, που συμμετείχαν στην έρευνα, είχαν θηλαστεί και ποια όχι. Πρέπει να σημειωθεί ότι μετά την αποστολή των ερωτηματολογίων στους γονείς των παιδιών με επίμονο εξελικτικό τραυλισμό από τους υπευθύνους των ιδιωτικών κέντρων λογοθεραπείας, διευκρινίστηκε στους υπευθύνους η σωστή συμπλήρωση της ερώτησης, αυτής, του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα οι γονείς, οι οποίοι απαντούσαν όχι, έπρεπε στη συνέχεια να προχωρήσουν στην ερώτηση 12, αγνοώντας τις υπόλοιπες. Κάτι τέτοιο δε διευκρινίστηκε στο ερωτηματολόγιο, και γι' αυτό ενημερώθηκαν οι υπεύθυνοι των κέντρων, οι οποίοι επικοινωνήσαν με τους γονείς και τους εξήγησαν αυτή τη λεπτομέρεια, προκειμένου να συμπληρωθούν σωστά τα ερωτηματολόγια.

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε το είδος του θηλασμού (μόνο μητρικό γάλα, άλλου είδους παρασκευάσματα ή και τα δύο), που ακολούθησε κάθε παιδί για να καθοριστεί εάν η εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού επηρεάζεται από αυτό αλλά και σε ποιο βαθμό. Το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στο αν τα συστατικά του μητρικού γάλακτος παίζουν σημαντικό ρόλο στον περιορισμό εμφάνισης του επίμονου τραυλισμού.

Στη συνέχεια, οι γονείς κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση σχετικά με τη διάρκεια του θηλασμού (<9 μήνες, 9 μήνες, >9μήνες). Ο λόγος για τον οποίο επιλέχθηκαν αυτά τα χρονικά διαστήματα ήταν για να εξακριβωθεί αν η μεγάλη διάρκεια θηλασμού αποτελεί προστασία εναντίον του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού.

Ήταν σημαντικό, επίσης, να αποσαφηνιστεί εάν ο θηλασμός διακόπηκε για κάποια περίοδο και μετά επαναλήφθηκε. Ήταν μια πολύ σημαντική ερώτηση, με βάση την οποία, έγινε προσπάθεια να μελετηθεί εάν η εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού επηρεαζόταν σημαντικά από τη διακοπή και την επανέναρξη του θηλασμού, καθώς μπορεί τα παιδιά να μη λάμβαναν τις απαραίτητες ποσότητες των συστατικών του μητρικού γάλακτος, που θα έπρεπε να λάβουν όλο το χρονικό διάστημα, που διήρκεσε συνολικά ο θηλασμός τους, σύμφωνα με αυτά που ανέφεραν οι γονείς τους.

Μια άλλη ερώτηση, που έγινε, ήταν αν το βρέφος κατά τη διάρκεια του θηλασμού είχε κάποια δυσκολία με τη θηλή ή με την αποτελεσματικότητα του πιπίλισματος. Ο στόχος ήταν να παρατηρηθεί εάν η οποιαδήποτε δυσκολία στο θηλασμό οδηγούσε στο να θηλαστεί το παιδί για λίγο χρονικό διάστημα. Οι δυσκολίες του πρόωρου θηλασμού αναφορικά με τη θηλή και το πιπίλισμα μπορεί να σημαίνει πρόωρη λήξη του θηλασμού, αφού ο θηλασμός στα βρέφη, αυτά, θα αποτελεί μια επώδυνη διαδικασία και θα συνοδεύεται από αργή αύξηση του σωματικού βάρους. Επίσης, αν υπήρχε κάποια δυσκολία, οι γονείς κλήθηκαν να την περιγράψουν.

Η επόμενη ερώτηση σχετίζεται με την ηλικία λήξης του θηλασμού και συνδέεται με την ερώτηση της έναρξης σίτισης με συμπαγή τροφή, όπως φαίνεται παρακάτω.

Ο θηλασμός είναι φυσιολογικό να σταματήσει σε κάποια περίοδο της ζωής του παιδιού για πολλούς και διαφόρους λόγους. Κρίθηκε, λοιπόν, απαραίτητο να δημιουργηθεί μια άλλη ερώτηση σχετικά με την αιτία λήξης του θηλασμού και θεωρήθηκε σημαντικό να καταγραφεί η πληροφορία, αυτή, κυρίως για τα παιδιά, τα οποία θηλάστηκαν για μικρό χρονικό διάστημα. Οι λόγοι, που αναγκάζουν μια μητέρα να σταματήσει να θηλάζει το παιδί της από πολύ νωρίς, είναι ποικίλοι. Ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, διάφορα προβλήματα, που πιθανόν να αντιμετώπιζε η μητέρα ή το βρέφος, μπορεί να οδήγησαν στη λήξη του θηλασμού, έχοντας ως συνέπεια να μην υπάρξει η βέλτιστη ανάπτυξη του βρέφους και έτσι πιθανότητες εμφάνισης του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού να είναι αρκετά μεγάλες.

Στη συνέχεια οι γονείς έπρεπε να απαντήσουν σε μια άλλη σημαντική ερώτηση, η οποία αναφερόταν στην ηλικία έναρξης σίτισης με συμπαγή τροφή (π.χ. κρέμα) προκειμένου να διαπιστωθεί αν το παιδί ξεκίνησε τη σίτιση με συμπαγή τροφή αμέσως μετά τη λήξη θηλασμού ή κατά τη διάρκεια αυτού.

Επίσης, δυο ερωτήσεις σχετίζονταν με τον τραυλισμό. Η μία ερώτηση αφορούσε την ηλικία του παιδιού, στην οποία οι γονείς αντιλήφθηκαν ότι τραυλίζει και η άλλη την έναρξη λογοθεραπευτικής παρέμβασης. Οι ερωτήσεις, αυτές, είναι αλληλένδετες μεταξύ τους, καθώς έγινε προσπάθεια να διαπιστωθεί η χρονική περίοδος, που εμφανίστηκε ο τραυλισμός στο παιδί σύμφωνα με την αντίληψη των γονέων καθώς και αν η έναρξη του προγράμματος θεραπείας ξεκίνησε έγκαιρα μετά την διαπίστωση των γονέων ότι το παιδί τους τραυλίζει. Όσο πιο νωρίς ξεκινήσει η παρέμβαση, τόσο καλύτερα θα είναι τα αποτελέσματα της.

Υπήρχαν άλλες δυο τελευταίες ερωτήσεις. Στη μία ερώτηση, οι γονείς μπορούσαν να σχολιάσουν τις δικές τους περιπτώσεις σχετικά με το θηλασμό με μητρικό γάλα, με διάφορα παρασκευάσματα/φόρμουλες ή ένα μείγμα από αυτά καθώς και ό,τι άλλο ήθελαν και έκριναν απαραίτητο όσον αναφορά τον θηλασμό ή τον τραυλισμό. Στη δεύτερη και τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου, οι γονείς κλήθηκαν ν' αναφέρουν το πώς τους φάνηκε το ερωτηματολόγιο, δηλαδή αν ήταν αρκετά καλό ή όχι. Οι απαντήσεις θα έδειχναν αν αυτό το ερωτηματολόγιο ήταν πλήρες ή ελλιπές και θα βοηθούσε τους ερευνητές στη καλύτερη διαμόρφωσή του.

4.7. Τρόπος ανάλυσης των δεδομένων έρευνας

Αφού συλλέχθηκαν τα δεδομένα μέσω των ερωτηματολογίων, έπρεπε στη συνέχεια να αναλυθούν προκειμένου η έρευνα να καταλήξει σε αξιόπιστα στατιστικά αποτελέσματα όσον αναφορά τη σχέση του θηλασμού με τον επίμονο εξελικτικό τραυλισμό. Τα δεδομένα αναλύθηκαν σε υπολογιστή TURBO-X με λειτουργικό σύστημα Windows 7 μέσω του προγράμματος IBM SPSS Statistics version 20.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Ανάλυση δεδομένων έρευνας

Στην παρούσα έρευνα στάλθηκαν 40 ερωτηματολόγια σε γονείς με παιδιά, που έχουν επίμονο εξελικτικό τραυλισμό, όμως τα 26 επιστράφηκαν πίσω συμπληρωμένα. Στα αποτελέσματα, δε συμπεριλήφθηκαν οι κλίμακες Likert, γιατί δεν προσέφεραν κάτι σημαντικό και ουσιαστικό στη έρευνα. Επίσης, από τις 16 ερωτήσεις κάθε ερωτηματολογίου, μόνο οι απαντήσεις των ερωτήσεων κλειστού τύπου αναλύθηκαν στο πρόγραμμα IBM SPSS Statistics version 20 για τη διεξαγωγή αποτελεσμάτων, οι οποίες στο σύνολο ήταν 13 για κάθε συμμετέχοντα. Η ανοιχτού τύπου ερώτηση σχετικά με την αιτία λήξης του θηλασμού αναλύθηκε, επίσης, στο πρόγραμμα SPSS καθώς οι απαντήσεις, που δόθηκαν από τους γονείς, κατηγοριοποιήθηκαν προκειμένου να προκύψουν τα ποσοστά των παιδιών με βάση την αιτία λήξης θηλασμού. Άρα, συνολικά οι ερωτήσεις, που αναλύθηκαν στο πρόγραμμα SPSS ήταν 14, και κάθε μια από αυτές σχετίζεται με μια συγκεκριμένη μεταβλητή. Αρχικά, αναλύονται και περιγράφονται τα αποτελέσματα κάθε ερώτησης του ερωτηματολογίου και στη συνέχεια γίνονται συσχετίσεις δεδομένων μεταξύ αυτών, των ερωτήσεων.

5.2. Ανάλυση αποτελεσμάτων κάθε μεταβλητής

Οι 14 ερωτήσεις, που αναλύθηκαν στο πρόγραμμα SPSS, σχετίζονται με μεταβλητές, οι οποίες ήταν οι εξής: το φύλλο του παιδιού, η ημερομηνία γέννησης, το αν το παιδί γεννήθηκε την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία ή όχι, η διαφορά μεταξύ της ημερομηνίας γέννησης (Η.Γ.) και της προβλεπόμενης ημερομηνίας γέννησης (Π.Η.Γ.), το αν θηλάστηκε ποτέ το παιδί, το είδος του θηλασμού, η διάρκεια του θηλασμού, η πιθανή διακοπή και επανέναρξη του θηλασμού, η λήξη του θηλασμού (σε μήνες), η αιτία λήξης θηλασμού, η ηλικία έναρξης σίτισης με συμπαγή τροφή (σε μήνες), η ηλικία αντίληψης του τραυλισμού από τους γονείς (σε έτη) και η ηλικία έναρξης λογοθεραπευτικής παρέμβασης (σε έτη).

Παρακάτω παρουσιάζονται και αναλύονται στατιστικοί πίνακες και γραφήματα των 14 μεταβλητών, που προκύπτουν από το πρόγραμμα SPSS. Στην ανάλυση των ερωτήσεων, διαπιστώθηκαν τα παρακάτω:

Ερώτηση 1. Ποιο είναι το φύλο του παιδιού;

1.ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αγόρι	21	80,8	80,8	80,8
	Κορίτσι	5	19,2	19,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Πίνακας 5.1 Κατανομή των παιδιών, που έχουν επίμονο εξελικτικό τραυλισμό, με βάση το φύλο.

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.1 στη στήλη Frequency αναφέρονται τα παιδιά, που έχουν επίμονο εξελικτικό τραυλισμό και τα οποία κατηγοριοποιούνται με βάση το φύλο. Στη στήλη Percent και Valid Percent τα 26 παιδιά χωρίζονται με βάση το φύλο σε ποσοστά και παρατηρείται, ότι από τα συνολικά 26 παιδιά, το 80,8% (21 παιδιά) είναι αγόρια και το 19,2% (5 παιδιά) είναι κορίτσια. Όπως φαίνεται από τον πίνακα, η αναλογία αγοριών και κοριτσιών είναι περίπου 4:1.

Ερώτηση 2. Έτος γέννησης.

2. ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1992	1	3,8	3,8	3,8
	1996	1	3,8	3,8	7,7
	2000	1	3,8	3,8	11,5
	2001	1	3,8	3,8	15,4
	2003	1	3,8	3,8	19,2
	2005	2	7,7	7,7	26,9
	2006	1	3,8	3,8	30,8
	2007	1	3,8	3,8	34,6
	2008	6	23,1	23,1	57,7
	2009	6	23,1	23,1	80,8
	2010	4	15,4	15,4	96,2
	2011	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

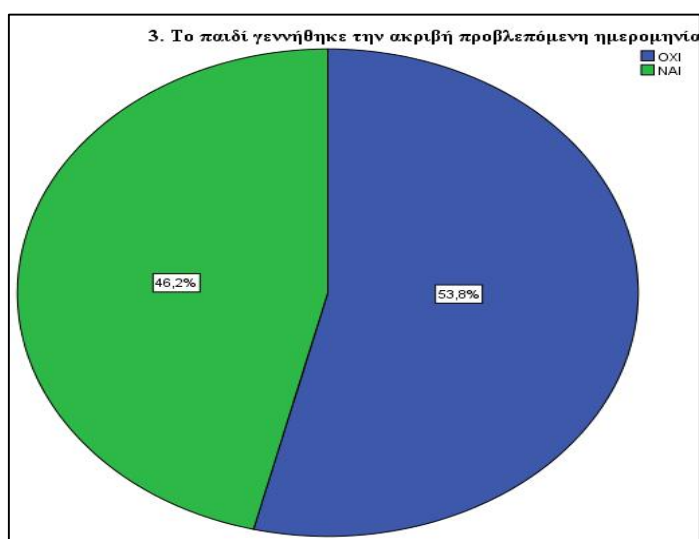
Πίνακας 5.2 Κατανομή των παιδιών, που έχουν επίμονο εξελικτικό τραυλισμό, με βάση το έτος γέννησης τους.

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.2 οι χρονολογίες κυμαίνονται από το 1992 ως το 2011. Στη στήλη Frequency αναφέρεται ο αριθμός των παιδιών, που γεννήθηκαν ένα συγκεκριμένο έτος. Στη στήλη Percent διαπιστώνεται, ότι από τα 26 παιδιά, τα περισσότερα γεννήθηκαν το έτος 2008 και 2009. Συγκεκριμένα, το 23,1% (6 παιδιά) γεννήθηκε το 2008, το 23,1% (6 παιδιά) γεννήθηκε το 2009, το 15,4% (4 παιδιά) το 2010 και 7,7% (2 παιδιά) το 2005. Επίσης, σε κάθε μία από τις χρονολογίες 1992, 1996, 2000, 2001, 2003, 2006, 2007, 2011 το ποσοστό γέννησης ήταν 3,8%, δηλαδή, 1 παιδί γεννήθηκε σε κάθε μια από αυτές.

Ερώτηση 3. Το παιδί γεννήθηκε την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία;

3.ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΓΕΝΝΗΘΗΚΕ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΗ ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	14	53,8	53,8	53,8
	NAI	12	46,2	46,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Πίνακας 5.3 Κατανομή των παιδιών, που έχουν επίμονο εξελικτικό τραυλισμό, με βάση την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία



Σχήμα 5.1 Γραφική παράσταση γέννησης παιδιού σε σχέση με την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.3 στη στήλη Frequency αναφέρεται ο αριθμός των παιδιών, που οι γονείς τους απάντησαν ναι ή όχι στην ερώτηση. Στη στήλη Percent και Valid Percent του πίνακα 5.3 αλλά και στο γράφημα 5.1 προκύπτει, ότι από τα 26 παιδιά, τα 14 δε γεννήθηκαν την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία συγκεντρώνοντας το ποσοστό 53,8%, ενώ τα 12 παιδιά γεννήθηκαν την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία με ποσοστό 46,2%.

Ερώτηση 4. Διαφορά Ημερομηνίας Γέννησης (Η.Γ.) και Προβλεπόμενης Ημερομηνίας Γέννησης (Π.Γ.Η.)

4. ΔΙΑΦΟΡΑ Η.Γ. ΚΑΙ Π.Η.Γ.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3 ή και περισσότερες εβδομάδες νωρίτερα	3	11,5	21,4	21,4
	6-20 μέρες πριν	7	26,9	50,0	71,4
	μέσα σε 5 μέρες της προβλεπόμενης ημερομηνίας	3	11,5	21,4	92,9
	6-14 μέρες καθυστερημένα	1	3,8	7,1	100,0
	Total	14	53,8	100,0	
Missing	System	12	46,2		
Total		26	100,0		

Πίνακας 5.4 Κατανομή των παιδιών με βάση τη διαφορά μεταξύ Η.Γ. και Π.Η.Γ

Παρατηρώντας τον πίνακα 5.4 στη στήλη Frequency, φαίνεται ο αριθμός των παιδιών, που γεννήθηκαν σε μια συγκεκριμένη περίοδο, πριν ή μετά την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία. Σύμφωνα με τη στήλη Valid Percent (έγκυρα ποσοστά), από τα παιδιά, που δε γεννήθηκαν την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία, το 50% (7 παιδιά) γεννήθηκε 6-20 ημέρες πριν την προβλεπόμενη ημερομηνία, το 21,4% (3 παιδιά) γεννήθηκε σε 3ή και περισσότερες εβδομάδες νωρίτερα, το 21,4% (3 παιδιά) γεννήθηκε μέσα σε 5 μέρες της προβλεπόμενης ημερομηνίας και το 7,1% (1 παιδί) γεννήθηκε 6-14 μέρες καθυστερημένα. Στον πίνακα 5.4 αναφέρεται και ο αριθμός των παιδιών, που γεννήθηκαν την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία και είναι στο σύνολο 12 (missing), δείχνοντας ότι από τις 26 απαντήσεις συνολικά, αναλύθηκαν οι 14, στις οποίες τα παιδιά δε γεννήθηκαν την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία. Στη στήλη Percent (ποσοστά), επειδή συμπεριλαμβάνονται και τα παιδιά, που γεννήθηκαν την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία, το 26,9% γεννήθηκε 6-15 μέρες πριν την προβλεπόμενη ημερομηνία, το 11,5% 3 ή και περισσότερες εβδομάδες νωρίτερα, το 11,5% μέσα σε 5 μέρες της προβλεπόμενης ημερομηνίας, το 3,8% μέσα σε 6-14 μέρες καθυστερημένα και το 46,2% δεν απάντησε, γιατί γεννήθηκε την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία.

Ερώτηση 5. Το παιδί θηλάστηκε;

5. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΘΗΛΑΣΤΗΚΕ;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	24	92,3	92,3	92,3
	OXI	2	7,7	7,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

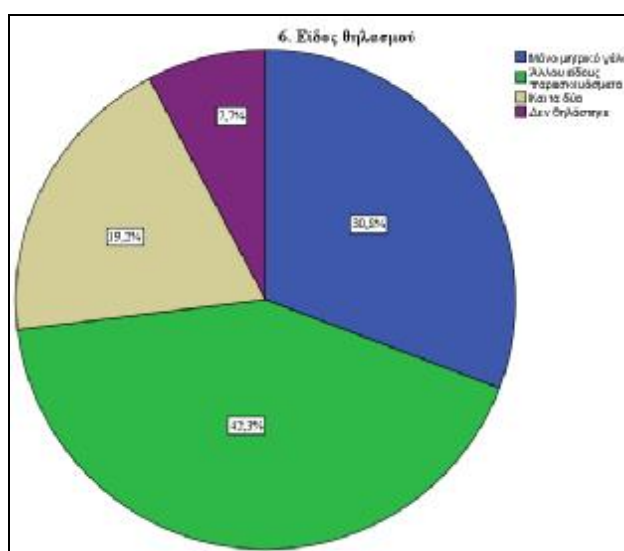
Πίνακας 5.5 Κατανομή των παιδιών με βάση τον αν θηλάστηκαν

Στον πίνακα 5.5 διαπιστώνεται, ότι σε αυτή την ερώτηση απάντησαν όλοι οι συμμετέχοντες, δηλαδή, και οι 26 και στη στήλη Frequency φαίνεται ο αριθμός των παιδιών, που οι γονείς τους απάντησαν ναι ή όχι σε αυτή την ερώτηση. Στη στήλη Percent και Valid Percent φαίνεται, ότι από τα 26 παιδιά, που έχουν επίμονο εξελικτικό τραυλισμό, το 92,3% (24 παιδιά) θηλάστηκε, ενώ το 7,7% (2 παιδιά) δε θηλάστηκε.

Ερώτηση 6. Είδος θηλασμού.

6. ΕΙΔΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μόνο μητρικό γάλα	8	30,8	33,3	33,3
	Άλλου είδους παρασκευάσματα	11	42,3	45,8	79,2
	Και τα δύο	5	19,2	20,8	100,0
	Total	24	92,3	100,0	
(Missing)	Δεν θηλάστηκε	2	7,7		
Total		26	100,0		

Πίνακας 5.6 Κατανομή των παιδιών με βάση το είδος του θηλασμού



Σχήμα 5.2 Γραφική παράσταση είδους θηλασμού

Με βάση τον πίνακα 5.6 στη στήλη Frequency παρατηρείται ο αριθμός των παιδιών, που έχουν θηλαστεί με βάση το είδος του θηλασμού και τα παιδιά, που δε θηλάστηκαν (missing).

Στη στήλη Valid Percent, διαπιστώνεται, ότι από τα 24 παιδιά, που θηλάστηκαν, τα 8 (33,3%) έλαβαν μόνο μητρικό γάλα, τα 11 (45,8%) έλαβαν άλλου είδους παρασκευάσματα και τα 5 παιδιά (20,8%) έλαβαν και τα δυο (μητρικό γάλα και άλλου είδους παρασκευάσματα) και δε συμπεριλαμβάνονται τα παιδιά, που δεν έχουν θηλαστεί (missing). Στον πίνακα 5.6 στη στήλη Percent και στο γράφημα 5.2 συμπεριλαμβάνεται, επίσης, και το ποσοστό των παιδιών, που δε θηλάστηκε (missing) και δεν έδωσε απάντηση στο είδος θηλασμού. Έτσι, με βάση αυτό προκύπτει, ότι 42,3% έλαβε άλλου είδους παρασκευάσματα, το 30,8% έλαβε μόνο μητρικό γάλα, το 19,2% έλαβε και τα δυο και το 7,7% δεν απάντησε, γιατί δε θηλάστηκε.

Ερώτηση 7. Διάρκεια θηλασμού.

7. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<9 μήνες	21	80,8	87,5	87,5
	9 μήνες	1	3,8	4,2	91,7
	>9 μήνες	2	7,7	8,3	100,0
	Total	24	92,3	100,0	
Missing	System	2	7,7		
Total		26	100,0		

Πίνακας 5.7 Κατανομή των παιδιών με βάση τη διάρκεια του θηλασμού

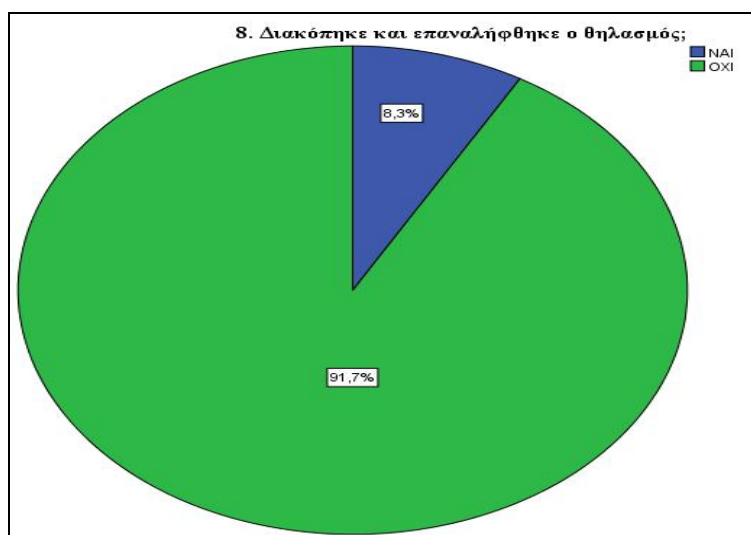
Στον πίνακα 5.7 στη στήλη Frequency (συχνότητα) αναφέρεται ο αριθμός των παιδιών, που θηλάστηκε με βάση τη διάρκεια του θηλασμού, καθώς και τα παιδιά, που δε θηλάστηκαν και οι γονείς τους δεν απάντησαν στην ερώτηση για τη διάρκεια του θηλασμού (missing). Στη στήλη Percent συμπεριλαμβάνονται και τα δύο παιδιά, τα οποία δε θηλάστηκαν, ενώ στη στήλη Valid Percent δε συμπεριλαμβάνονται, αυτά τα παιδιά. Συγκεκριμένα, στη στήλη Valid Percent διαπιστώνεται, ότι από τα 26 παιδιά, που θηλάστηκαν, το 87,5% (21 παιδιά) θηλάστηκε λιγότερο από 9 μήνες, το 4,2% (1 παιδί) θηλάστηκε 9 μήνες και το 8,3% (2 παιδιά) θηλάστηκε περισσότερο από 9 μήνες.

Ερώτηση 8. Διακόπηκε και επαναλήφθηκε ο θηλασμός;

8.ΔΙΑΚΟΠΗΚΕ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΛΗΦΘΗΚΕ Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	2	7,7	7,7	7,7
	ΟΧΙ	22	84,6	84,6	92,3
	Δεν θηλάστηκε	2	7,7	7,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Πίνακας 5.8 Κατανομή των παιδιών με βάση το αν διακόπηκε και επαναλήφθηκε ο θηλασμός τους

Στον πίνακα 5.8 συμπεριλαμβάνονται στην ανάλυση και τα δυο παιδιά, που δε θηλάστηκαν και οι γονείς τους δεν απάντησαν σε αυτή, την ερώτηση. Στη στήλη Percent και Valid Percent παρουσιάζονται τα ποσοστά με βάση τη διακοπή και την επανέναρξη του θηλασμού. Αναλυτικά, από τα 26 παιδιά, ο θηλασμός δε διακόπηκε και δεν επαναλήφθηκε σε 22 παιδιά (84,6%), ενώ διακόπηκε και επαναλήφθηκε σε 2 παιδιά (7,7%). Τέλος, το 7,7% (2 παιδιά) δεν θηλάστηκε και οι γονείς, αυτών, των παιδιών δεν απάντησαν την ερώτηση.



Σχήμα 5.3 Γραφική παράσταση αναφορικά με τη διακοπή και την επανέναρξη του θηλασμού

Με βάση το γράφημα 5.3 διαπιστώνεται, ότι από τα 24 παιδιά, που θηλάστηκαν, το 91,7% των παιδιών, αυτών, δε διέκοψε και άρα ούτε επανέλαβε το θηλασμό, ενώ το 8,3% διέκοψε και μετά επανέλαβε το θηλασμό.

Ερώτηση 9. Υπήρχε δυσκολία στο θηλασμό;

9. ΥΠΗΡΧΕ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	5	19,2	20,8	20,8
	OXI	19	73,1	79,2	100,0
	Total	24	92,3	100,0	
Missing	System	2	7,7		
Total		26	100,0		

Πίνακας 5.9 Κατανομή των παιδιών με βάση το αν υπήρχε δυσκολία στο θηλασμό

Στον πίνακα 5.9 παρατηρείται, ότι υπάρχουν 24 απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση, ενώ υπάρχουν 2 ερωτηματολόγια (missing), που δεν ήταν απαντημένα στην ερώτηση και στα

οποία οι γονείς απάντησαν, ότι το παιδί τους δεν έχει θηλαστεί. Στη στήλη Frequency αναφέρεται ο αριθμός των παιδιών, που θηλάστηκε και οι γονείς τους απάντησαν, ότι υπήρχε ή όχι δυσκολία στο θηλασμό καθώς και ο αριθμός των παιδιών, που δε θηλάστηκε και οι γονείς τους δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση. Στη στήλη Valid Percent (όπου δεν συμπεριλαμβάνονται τα missing), διαπιστώνεται, ότι από τα 24 παιδιά, που έχουν θηλαστεί, το 79,2% (19 παιδιά) δεν αντιμετώπισε κάποια δυσκολία στο θηλασμό, ενώ το 20,8% (5 παιδιά) αντιμετώπισε δυσκολία στο μητρικό θηλασμό, δηλαδή είτε στη θηλή είτε στην αποτελεσματικότητα του πιπίλισματος. Ωστόσο, στη στήλη Percent του πίνακα 5.9 συμπεριλαμβάνονται τα παιδιά, τα οποία δε θηλάστηκαν, και δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση (missing), με αποτέλεσμα τα ποσοστά να έχουν ως εξής: το 73,1% δεν είχε δυσκολία στο θηλασμό, το 19,2% είχε δυσκολία στο θηλασμό και το 7,7% δεν απάντησε στην ερώτηση, γιατί δε θηλάστηκε.

Ερώτηση 10. Ηλικία λήξης θηλασμού (μήνες).

10. ΛΗΞΗ ΘΗΛΑΣΜΟΥ (ΜΗΝΕΣ)					
Months		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	7,7	8,3	8,3
	2	3	11,5	12,5	20,8
	3	2	7,7	8,3	29,2
	4	1	3,8	4,2	33,3
	5	3	11,5	12,5	45,8
	6	4	15,4	16,7	62,5
	7	4	15,4	16,7	79,2
	8	2	7,7	8,3	87,5
	9	1	3,8	4,2	91,7
	12	1	3,8	4,2	95,8
	31	1	3,8	4,2	100,0
Total		24	92,3	100,0	
Missing	System	2	7,7		
Total		26	100,0		

Πίνακας 5.10 Κατανομή των παιδιών με βάση τη ηλικία λήξης του θηλασμού (σε μήνες)

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.10 στη στήλη Frequency (συχνότητα) αναφέρεται ο αριθμός των παιδιών με βάση την ηλικία λήξης του θηλασμού (σε μήνες). Στη στήλη Percent (ποσοστά) αναφέρονται και τα δύο παιδιά, που δε θηλάστηκαν και δεν συμπλήρωσαν αυτή, την ερώτηση οι γονείς τους (missing), εκτός από τα 24 παιδιά, που θηλάστηκαν και οι ερωτήσεις συμπληρώθηκαν. Γι' αυτό το λόγο τα ποσοστά σε αυτή τη στήλη και στη στήλη με το Valid Percent είναι διαφορετικά. Στη στήλη με το Valid Percent δε συμπεριλαμβάνονται τα παιδιά, που δεν θηλάστηκαν (missing) και τα ποσοστά προκύπτουν από τις 24 απαντήσεις, που δόθηκαν από γονείς, που θηλάσαν τα παιδιά τους. Συγκεκριμένα, σε αυτή τη στήλη, από τα 24 παιδιά, που θηλάστηκαν, το 16,7% (4 παιδιά) σταμάτησε να θηλάζει στους 7 μήνες, το 16,7% (4 παιδιά) σταμάτησε να θηλάζει στους 6 μήνες, το 12,5% (3 παιδιά) στους 5 μήνες, το 12,5% (3 παιδιά) στους 2 μήνες, το 8,3% (2 παιδιά) στους 8 μήνες, το 8,3% (2 παιδιά) στους 3 μήνες, το 8,3% (2 παιδιά) στον 1 μήνα, το 4,2% (1 παιδί) στους 31 μήνες, το 4,2% (1 παιδί) στους 12 μήνες, το 4,2% (1 παιδί) στους 9 μήνες και το 4,2% (1 παιδί) στους 4 μήνες.

Ερώτηση 11. Αιτία λήξης του θηλασμού

11. ΑΙΤΙΑ ΛΗΞΗΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν είχε άλλο γάλα η μητέρα	4	15,4	25,0	25,0
	Ψυχολογικοί λόγοι	2	7,7	12,5	37,5
	Από προσωπική θέληση μητέρας	6	23,1	37,5	75,0
	Επαγγελματικοί λόγοι	3	11,5	18,8	93,8
	Λόγω προβλημάτων με τη διαδικασία	1	3,8	6,3	100,0
	Total	16	61,5	100,0	
Missing	System	10	38,5		
Total		26	100,0		

Πίνακας 5.11 Ταξινόμηση παιδιών με βάση την αιτία λήξης του θηλασμού

Στον πίνακα 5.11 στη στήλη Frequency αναφέρεται ο αριθμός των παιδιών (16) με βάση την αιτία λήξης θηλασμού καθώς και ο αριθμός των παιδιών (missing), που οι γονείς τους δεν απάντησαν, αυτή, την ερώτηση και στον οποίο συμπεριλαμβάνονται και τα 2 παιδιά, που δε θηλάστηκαν. Στη στήλη Percent συμπεριλαμβάνονται και τα παιδιά, που οι γονείς τους δεν απάντησαν (missing). Στη στήλη Valid Percent δε συμπεριλαμβάνονται τα missing και αναφέρεται το ποσοστό των παιδιών με βάση την αιτία λήξης θηλασμού. Συγκεκριμένα, από τα 16 παιδιά, το 37,5% (6 παιδιά) σταμάτησε το θηλασμό από προσωπική θέληση της μητέρας, το 25% (4 παιδιά) σταμάτησε το θηλασμό, επειδή η μητέρα δεν είχε άλλο γάλα να θηλάσει, το 18,8% (3 παιδιά) σταμάτησε εξαιτίας επαγγελματικών λόγων της μητέρας, το 12,5% (2 παιδιά) σταμάτησε για ψυχολογικούς λόγους και το 6,3% (1 παιδί) σταμάτησε λόγω προβλημάτων με τη διαδικασία θηλασμού.

Ερώτηση 12. Ηλικία έναρξης σίτισης με συμπαγή τροφή (μήνες).

12. ΕΝΑΡΞΗ ΣΙΤΙΣΗΣ ΜΕ ΣΥΜΠΑΓΗ ΤΡΟΦΗ (ΣΕ ΜΗΝΕΣ)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	1	3,8	4,2	4,2
	5	7	26,9	29,2	33,3
	6	9	34,6	37,5	70,8
	7	4	15,4	16,7	87,5
	8	2	7,7	8,3	95,8
	9	1	3,8	4,2	100,0
	Total	24	92,3	100,0	
Missing	System	2	7,7		
Total		26	100,0		

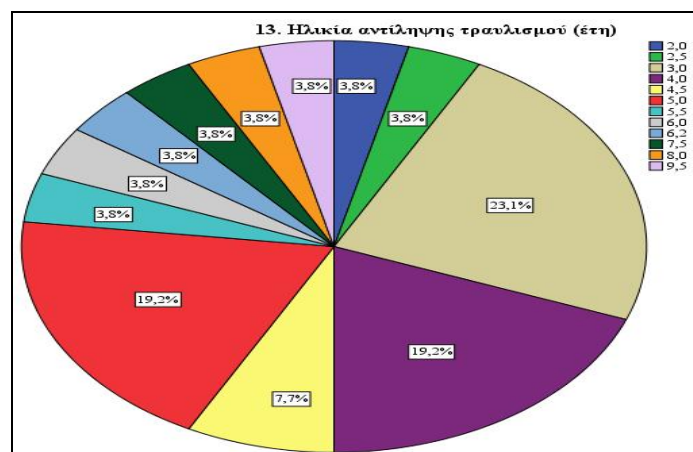
Πίνακας 5.12 Κατανομή των παιδιών με βάση την ηλικία έναρξης σίτισης με συμπαγή τροφή (σε μήνες)

Στον πίνακα 5.12 στη στήλη Frequency αναφέρεται ο αριθμός των παιδιών με βάση την ηλικία (μήνες) έναρξης σίτισης με συμπαγή τροφή. Σύμφωνα με αυτόν, τον πίνακα, υπάρχουν και 2 ερωτηματολόγια, στα οποία οι γονείς είχαν αναφέρει, ότι δε θυμούνται την ηλικία έναρξης σίτισης με συμπαγή τροφή και θεωρήθηκαν missing, τα οποία συμπεριλαμβάνονται στα ποσοστά στη στήλη Percent, ενώ στη στήλη Valid Percent αναφέρονται τα ποσοστά των 24 παιδιών, που οι γονείς τους ανέφεραν την ηλικία έναρξης σίτισης με συμπαγή τροφή. Σύμφωνα με τη στήλη Valid Percent, το 37,5% (9 παιδιά) ξεκίνησε τη σίτιση με συμπαγή τροφή στους 6 μήνες, το 29,2% (7 παιδιά) στους 5 μήνες, το 16,7% (4 παιδιά) στους 7 μήνες, το 8,3% (2 παιδιά) στους 8 μήνες, το 4,2% (1 παιδί) στους 9 μήνες και το 4,2% (1 παιδί) στους 4 μήνες.

Ερώτηση 13. Ηλικία αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς (έτη).

13. ΗΛΙΚΙΑ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ (ΕΤΗ)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,0	1	3,8	3,8	3,8
	2,5	1	3,8	3,8	7,7
	3,0	6	23,1	23,1	30,8
	4,0	5	19,2	19,2	50,0
	4,5	2	7,7	7,7	57,7
	5,0	5	19,2	19,2	76,9
	5,5	1	3,8	3,8	80,8
	6,0	1	3,8	3,8	84,6
	6,2	1	3,8	3,8	88,5
	7,5	1	3,8	3,8	92,3
	8,0	1	3,8	3,8	96,2
	9,5	1	3,8	3,8	100,0
	Total		26	100,0	100,0

Πίνακας 5.13 Ταξινόμηση παιδιών με βάση την ηλικία αντίληψης τραυλισμού (σε έτη) από τους γονείς



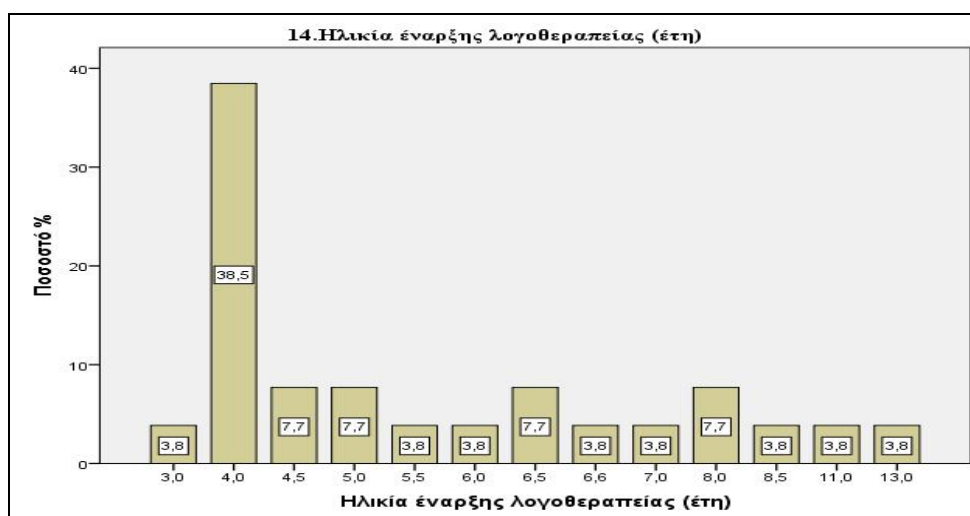
Σχήμα 5.4 Γραφική παράσταση για την ηλικία αντίληψης τραυλισμού (σε έτη) από τους γονείς

Παρατηρώντας τον πίνακα 5.13, στη στήλη Frequency αναφέρεται ο αριθμός των παιδιών, που οι γονείς τους αντιλήφθηκαν ότι τραυλίζουν σε ένα συγκεκριμένο έτος. Επίσης, φαίνεται, ότι οι ηλικίες αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς κυμαίνονται από 2 ως 9,5 ετών. Στη στήλη Percent του πίνακα 5.10 αλλά και στο γράφημα 5.4 παρατηρείται ότι από τα 26 παιδιά, το 23,1% (6 παιδιά) διαπιστώθηκε από τους γονείς, ότι τραυλίζει στην ηλικία των 3,0 ετών, το 19,2% (5 παιδιά) στην ηλικία των 4,0 ετών, , το 19,2% (5 παιδιά) στην ηλικία των 5,0 ετών και το 7,7% (2 παιδιά) στην ηλικία των 4,5 ετών. Ακόμα, το 3,8% διαπιστώθηκε από τους γονείς, ότι τραυλίζει στις ηλικίες των 2, 2,5, 5,5, 6,0, 6,2, 7,5, 8, 9,5 ετών αντίστοιχα.

Ερώτηση 14. Ηλικία έναρξης λογοθεραπείας (έτη).

14.ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΕΤΗ)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3,0	1	3,8	3,8	3,8
	4,0	10	38,5	38,5	42,3
	4,5	2	7,7	7,7	50,0
	5,0	2	7,7	7,7	57,7
	5,5	1	3,8	3,8	61,5
	6,0	1	3,8	3,8	65,4
	6,5	2	7,7	7,7	73,1
	6,6	1	3,8	3,8	76,9
	7,0	1	3,8	3,8	80,8
	8,0	2	7,7	7,7	88,5
	8,5	1	3,8	3,8	92,3
	11,0	1	3,8	3,8	96,2
	13,0	1	3,8	3,8	100,0
	Total		26	100,0	100,0

Πίνακας 5.14 Ταξινόμηση παιδιών με βάση την ηλικία έναρξης λογοθεραπείας (σε έτη)



Σχήμα 5.5 Γραφική παράσταση για την ηλικία έναρξης λογοθεραπείας (σε έτη)

Στον πίνακα 5.14 στη στήλη Frequency αναφέρεται ο αριθμός των παιδιών με βάση την ηλικία έναρξης λογοθεραπείας. Στη στήλη Percent και Valid Percent φαίνεται, ότι από τα 26 παιδιά, που έχουν επίμονο εξελικτικό τραυλισμό το 38,5% (10 παιδιά) ξεκίνησε λογοθεραπεία στα 4 έτη, το 7,7% (2 παιδιά) ξεκίνησε στα 4,5 έτη, το 7,7% (2 παιδιά) ξεκίνησε στα 5 έτη, το 7,7% (2 παιδιά) ξεκίνησε στα 6,5 έτη και το 7,7% (2 παιδιά) ξεκίνησε στα 8 έτη. Το 3,8% ξεκίνησε λογοθεραπεία στις ηλικίες των 3, 5,5, 6, 6,6, 7, 8,5, 11, και 15 ετών αντίστοιχα. Τα ποσοστά, αυτά, φαίνονται και στο γράφημα 5.5.

5.3. Αποτελέσματα συσχέτισης μεταβλητών

Αφού αναλύθηκαν τα αποτελέσματα κάθε μεταβλητής (φύλο παιδιού, έτος γέννησης, κ.τ.λ.), συγκρίθηκαν συγκεκριμένες μεταβλητές μεταξύ τους στο πρόγραμμα SPSS προκειμένου να προκύψουν περαιτέρω αξιόπιστα αποτελέσματα για την διερεύνηση της σχέσης του θηλασμού με τον επίμονο εξελικτικό τραυλισμό. Οι μεταβλητές, που συγκρίθηκαν μεταξύ τους, αφορούσαν συγκεκριμένα ερωτήματα, τα οποία έπρεπε να απαντηθούν. Τα ερωτήματα, αυτά, ήταν τα εξής:

- 1) Πόσο χρονικό διάστημα διήρκεσε ο θηλασμός στα παιδιά, που γεννήθηκαν πρόωρα (πριν την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία);
- 2) Πόσο χρονικό διάστημα διήρκεσε ο θηλασμός στα παιδιά, που έλαβαν μόνο μητρικό γάλα, άλλου είδους παρασκευάσματα ή και τα δύο μαζί (μητρικό γάλα και άλλου είδους παρασκευάσματα);
- 3) Πόσο χρονικό διάστημα διήρκεσε ο θηλασμός στα παιδιά, που είχαν δυσκολία με τη θηλή ή στην αποτελεσματικότητα του πιπίλισματος;
- 4) Η έναρξη σίτισης με συμπαγή τροφή έγινε αμέσως μετά ή παράλληλα με το θηλασμό;
- 5) Υπάρχει χρονική διαφορά μεταξύ της ηλικίας έναρξης λογοθεραπευτικής παρέμβασης με την ηλικία αντίληψης των γονέων, ότι το παιδί τους τραυλίζει, και πόση είναι σε κάθε παιδί;

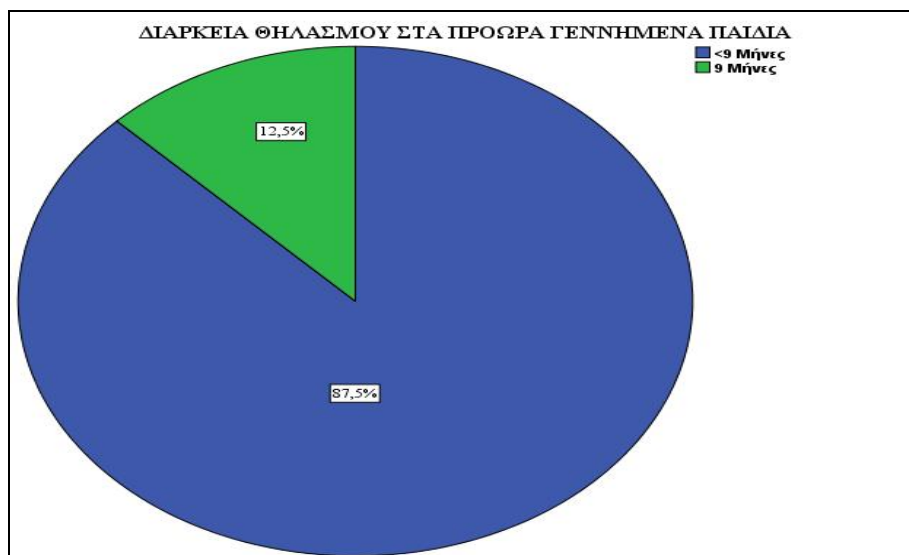
Παρακάτω παρουσιάζονται και αναλύονται, μέσω του προγράμματος SPSS, στατιστικοί πίνακες και γραφήματα των μεταβλητών, που συγκρίθηκαν μεταξύ τους προκειμένου να απαντηθούν τα ερωτήματα, αυτά. Αναλυτικά:

Ερώτημα 1. Πόσο χρονικό διάστημα διήρκεσε ο θηλασμός στα παιδιά, που γεννήθηκαν πρόωρα (πριν την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία);

Έπρεπε να διευκρινιστεί το χρονικό διάστημα, που διήρκεσε ο θηλασμός στα παιδιά (<9 μήνες, 9 μήνες, >9 μήνες), που γεννήθηκαν πρόωρα (πριν την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία) προκειμένου να διαπιστωθεί αν τα πρόωρα γεννημένα παιδιά οδηγούνται σε πρόωρο απογαλακτισμό αλλά και σε τι ποσοστό.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ, ΠΟΥ ΓΕΝΝΗΘΗΚΑΝ ΠΡΟΩΡΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<9 Μήνες	7	26,9	87,5	87,5
	9 Μήνες	1	3,8	12,5	100,0
	Total	8	30,8	100,0	
Missing	System	18	69,2		
	Total	26	100,0		

Πίνακας 5.15 Ταξινόμηση των παιδιών με βάση την πρόωρη γέννηση και το είδος θηλασμού



Σχήμα 5.6 Γραφική παράσταση της διάρκειας θηλασμού στα πρόωρα γεννημένα παιδιά

Στον πίνακα 5.15 στη στήλη Frequency αναφέρονται τα παιδιά, που γεννήθηκαν πρόωρα, δηλαδή γεννήθηκαν 6-20 μέρες πριν ή 3 εβδομάδες και περισσότερο πριν την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία, και ταξινομούνται με βάση τη διάρκεια του θηλασμού. Στη στήλη, αυτή, αναφέρονται και τα παιδιά, που δε συμπεριλήφθηκαν στην ταξινόμηση (missing), εκ των οποίων τα 16 δεν γεννήθηκαν πριν την προβλεπόμενη ημερομηνία και άλλα 2 παιδιά, που ήταν πρόωρα γεννημένα και δε θηλάστηκαν ποτέ. Στη στήλη Percent παρατηρούνται τα ποσοστά των παιδιών σύμφωνα με τη διάρκεια του θηλασμού και εκεί συμπεριλαμβάνεται και το ποσοστό των παιδιών, που δεν συμμετείχε στην ανάλυση και ήταν 69,2% (18 παιδιά). Στη στήλη Valid Percent του πίνακα 5.15 αλλά και στο γράφημα 5.5 δε συμπεριλαμβάνονται στα ποσοστά τα missing και φαίνεται, ότι από τα 8 παιδιά, που γεννήθηκαν πρόωρα, στο 87,5% (7 παιδιά) ο θηλασμός διήρκεσε λιγότερο από 9 μήνες και στο 12,5% (1 παιδί) ο θηλασμός διήρκεσε 9 μήνες.

Ερώτημα 2. Πόσο χρονικό διάστημα διήρκεσε ο θηλασμός στα παιδιά, που έλαβαν μόνο μητρικό γάλα, άλλου είδους παρασκευάσματα ή και τα δύο (μητρικό γάλα και άλλου είδους παρασκευάσματα);

Θεωρήθηκε σημαντικό να παρατηρηθεί το χρονικό διάστημα, που διήρκεσε ο θηλασμός στα παιδιά, που έλαβαν μόνο μητρικό γάλα, άλλου είδους παρασκευάσματα ή και τα δύο μαζί (μητρικό γάλα και άλλου είδους παρασκευάσματα) καθώς έπρεπε να διευκρινιστεί το ποσοστό της διάρκειας του θηλασμού σε παιδιά, που θηλάστηκαν με ένα συγκεκριμένο είδος. Αυτό ήταν απαραίτητο για να καθοριστεί κατά πόσο ένα είδος θηλασμού, που γίνεται σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΙΔΟΥΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ						
			Διάρκεια θηλασμού			Total
			<9 μήνες	9 μήνες	>9 μήνες	
Είδος θηλασμού	Μόνο μητρικό γάλα	Count	7	0	1	8
		% within Είδος θηλασμού	87,5%	0,0%	12,5%	100,0%
		% within Διάρκεια θηλασμού	33,3%	0,0%	50,0%	33,3%
		% of Total	29,2%	0,0%	4,2%	33,3%
	Άλλου είδους παρασκευάσματα	Count	10	1	0	11
		% within Είδος θηλασμού	90,9%	9,1%	0,0%	100,0%
		% within Διάρκεια θηλασμού	47,6%	100,0%	0,0%	45,8%
		% of Total	41,7%	4,2%	0,0%	45,8%
	Και τα δύο	Count	4	0	1	5
		% within Είδος θηλασμού	80,0%	0,0%	20,0%	100,0%
		% within Διάρκεια θηλασμού	19,0%	0,0%	50,0%	20,8%
		% of Total	16,7%	0,0%	4,2%	20,8%
Total	Count	21	1	2	24	
	% within Είδος θηλασμού	87,5%	4,2%	8,3%	100,0%	
	% within Διάρκεια θηλασμού	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	87,5%	4,2%	8,3%	100,0%	

Πίνακας 5.16 Συσχέτιση είδους και διάρκειας θηλασμού

Ο πίνακας 5.16 δείχνει το είδος του θηλασμού (μόνο μητρικό γάλα, άλλου είδους παρασκευάσματα ή και τα δύο) στις οριζόντιες στήλες και τη διάρκεια του θηλασμού (<9 μήνες, 9 μήνες, >9 μήνες) στις κάθετες στήλες. Στον πίνακα, αυτό, συμπεριλαμβάνεται ο αριθμός των παιδιών (Count) καθώς και το ποσοστό ως προς το είδος και τη διάρκεια του θηλασμού αλλά και το ποσοστό ως προς τον συνολικό αριθμό των παιδιών, που θηλάστηκαν. Αναλυτικά, όσον αφορά το είδος του θηλασμού, το 33,3% (8 παιδιά) έλαβε μητρικό γάλα, το 45,8% (11 παιδιά) έλαβε άλλου είδους παρασκευάσματα και το 20,8% έλαβε και τα δυο. Από τα παιδιά, που έλαβαν μόνο μητρικό γάλα, το 87,5% (7 παιδιά) είχε διάρκεια θηλασμού <9 μήνες και το 12,5% (1 παιδί) είχε διάρκεια θηλασμού >9 μήνες. Από τα 11 παιδιά, που έλαβαν άλλου είδους παρασκευάσματα, το 90,9% είχε διάρκεια θηλασμού <9 μήνες και το 9,1% (1 παιδί) 9 μήνες. Από τα 5 παιδιά, που έλαβαν και τα δυο, το 80% (4 παιδιά) είχε διάρκεια θηλασμού <9 μήνες και το 20% (1 παιδί)>9 μήνες. Όσον αφορά τη διάρκεια του θηλασμού, από τα 24 παιδιά, που θηλάστηκαν, τα 21 (87,5%) θηλάστηκαν <9 μήνες, τα 2 (8,3%) θηλάστηκαν >9 μήνες και το 1 παιδί (4,2%) θηλάστηκε 9 μήνες. Από τα 21 παιδιά, που θηλάστηκαν λιγότερο από 9 μήνες, το 33,3% (7 παιδιά) έλαβε μόνο μητρικό γάλα, το 47,6% (10 παιδιά) και το 19% (4 παιδιά) έλαβε και τα δυο μαζί. Το 1 παιδί (100%), που θηλάστηκε 9 μήνες, έλαβε άλλου είδους παρασκευάσματα. Από τα 2 παιδιά, που θηλάστηκαν περισσότερο από 9 μήνες, το 50% (1 παιδί) έλαβε μόνο μητρικό γάλα και το 50% έλαβε και τα δυο μαζί.

Ερώτημα 3. Πόσο χρονικό διάστημα διήρκεσε ο θηλασμός στα παιδιά, που είχαν δυσκολία με τη θηλή ή στην αποτελεσματικότητα του πιπίλισματος;

Έπρεπε να διευκρινιστεί το χρονικό διάστημα, που διήρκεσε ο θηλασμός στα παιδιά, που είχαν δυσκολία με τη θηλή ή στην αποτελεσματικότητα του πιπίλισματος. Στόχος ήταν να

εξακριβωθεί αν τα παιδιά, που είχαν δυσκολία θηλασμού, θηλάστηκαν για μικρό χρονικό διάστημα αλλά και σε τι βαθμό.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ					
			Υπήρχε δυσκολία στο θηλασμό;		Total
			NAI	OXI	
Διάρκεια θηλασμού	<9 μήνες	Count	5	16	21
		% within Υπήρχε δυσκολία στο θηλασμό;	100,0%	84,2%	87,5%
	9 μήνες	Count	0	1	1
		% within Υπήρχε δυσκολία στο θηλασμό;	0,0%	5,3%	4,2%
	>9 μήνες	Count	0	2	2
		% within Υπήρχε δυσκολία στο θηλασμό;	0,0%	10,5%	8,3%
Total		Count	5	19	24
		% within Υπήρχε δυσκολία στο θηλασμό;	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 5.17 Κατανομή παιδιών με δυσκολία θηλασμού με βάση τη διάρκεια θηλασμού

Ο πίνακας 5.17 δείχνει τη διάρκεια του θηλασμού στα παιδιά, που είχαν ή όχι δυσκολία στη θηλή ή την αποτελεσματικότητα του πιπιλίσματος. Στις οριζόντιες στήλες φαίνεται η διάρκεια του θηλασμού (<9 μήνες, 9 μήνες, >9 μήνες), ενώ στις κάθετες στήλες η πιθανή δυσκολία στο θηλασμό. Συνολικά, τα παιδιά (Count), που θηλάστηκαν, ήταν 24, από αυτά τα 19 δεν είχαν δυσκολία στο θηλασμό και τα 5 είχαν δυσκολία στο θηλασμό. Για να απαντηθεί το ερώτημα του πίνακα λαμβάνονται υπόψη μόνο τα παιδιά, που είχαν δυσκολία στο θηλασμό (5 παιδιά). Ειδικότερα, και τα 5 παιδιά (100%) θηλάστηκαν λιγότερο από 9 μήνες.

Ερώτημα 4. Η έναρξη σίτισης με συμπαγή τροφή γίνεται μετά ή παράλληλα με τη διαδικασία θηλασμού;

Το ερώτημα, αυτό, τέθηκε προκειμένου να διαπιστωθεί, εάν η σίτιση με συμπαγή τροφή γίνεται μετά ή παράλληλα με το θηλασμό γιατί σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός συνίσταται έως έξι μήνες, με συνεχή θηλασμό και μαζί με κατάλληλες συμπληρωματικές τροφές μέχρι δύο ετών ή και περισσότερο προκειμένου να πάρει το παιδί τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για την ανάπτυξη του (World Health Organization, 1991).

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ		
ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΜΕ ΣΥΜΠΑΓΗ ΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΛΗΞΗΣ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ		
N	Valid	22
	Missing	4
Mean		,0455
Std. Deviation		5,58465
Range		27,00

Πίνακας 5.18 Διαφορά μεταξύ της ηλικίας έναρξης με συμπαγή τροφή και της ηλικίας λήξης του θηλασμού κατά μέσο όρο

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.18 παρατηρείται, ότι στην ανάλυση συμπεριλαμβάνονται τα 22 από τα 26 παιδιά (N), επειδή 2 παιδιά δε θηλάστηκαν, και σε άλλα 2 οι γονείς τους δε θυμόντουσαν την ηλικία έναρξης σίτισης με συμπαγή τροφή. Επίσης, αναφέρεται ο μέσος όρος (mean), η τυπική απόκλιση (Std. Deviation) και το εύρος (Range). Ο μέσος όρος είναι η διάμεσος και αποτελεί τη μεσαία τιμή της κατανομής. Η τυπική απόκλιση δείχνει πόσο πολύ 'απλώνονται' οι τιμές της κατανομής γύρω από το μέσο όρο, ενώ το εύρος είναι η έκταση του μικρότερου διαστήματος, που περιέχει όλα τα δεδομένα, και προκύπτει από τη διαφορά της μικρότερης παρατηρούμενης τιμής από τη μεγαλύτερη παρατηρούμενη τιμή. Αναλυτικά, η χρονική διαφορά (μήνες) μεταξύ της ηλικίας έναρξης σίτισης με συμπαγή τροφή και της ηλικίας λήξης θηλασμού είναι κατά μέσο όρο 0,04 μήνες. Αυτό σημαίνει, ότι η σίτιση με συμπαγή τροφή έγινε αμέσως μετά την λήξη του θηλασμού. Η τυπική απόκλιση, όπως φαίνεται στον πίνακα, είναι 5,58. Η τιμή, αυτή, απέχει πολύ από τη τιμή του μέσου όρου και έτσι προκύπτει το συμπέρασμα, ότι η έναρξη σίτισης με συμπαγή τροφή δε έγινε αμέσως μετά ή παράλληλα με το θηλασμό σε όλα τα παιδιά. Τέλος, όσον αναφορά το εύρος, η τιμή είναι 27,00 μήνες καθώς αφαιρείται η μικρότερη από τη μεγαλύτερη τιμή (-4,00-23,00=27), όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα 5.19.

ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΜΕ ΣΥΜΠΑΓΗ ΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΛΗΞΗΣ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-4,00	3	11,5	13,6	13,6
	-3,00	3	11,5	13,6	27,3
	-2,00	3	11,5	13,6	40,9
	-1,00	2	7,7	9,1	50,0
	,00	8	30,8	36,4	86,4
	1,00	1	3,8	4,5	90,9
	6,00	1	3,8	4,5	95,5
	23,00	1	3,8	4,5	100,0
	Total	22	84,6	100,0	
Missing	System	4	15,4		
Total		26	100,0		

Πίνακας 5.19 Ταξινόμηση των παιδιών με βάση διαφορά μεταξύ της ηλικίας έναρξης με συμπαγή τροφή και της ηλικίας λήξης του θηλασμού

Ο πίνακας 5.19 δείχνει τη συχνότητα (Frequency), το ποσοστό (Percent), το έγκυρο ποσοστό (Valid Percent) και το αθροιστικό ποσοστό (Cumulative Percent) όσον αναφορά τη διαφορά, που υπάρχει ανάμεσα στην ηλικία έναρξης σίτισης με συμπαγή τροφή και την ηλικία λήξης του θηλασμού σε όλα τα παιδιά. Όπως φαίνεται από τον πίνακα συμπεριλαμβάνονται τα 22 από τα 26 παιδιά και υπάρχουν 4 ελλιπή δεδομένα (missing). Πρέπει να αναφερθεί, ότι οι αρνητικές τιμές (π.χ. -4,00) σημαίνουν, ότι η σίτιση με συμπαγή τροφή ξεκίνησε σε κάποιο χρονικό διάστημα μετά τη λήξη του θηλασμού και οι θετικές τιμές (π.χ. 23,00) σημαίνουν, ότι η έναρξη σίτισης με συμπαγή τροφή έγινε παράλληλα με το θηλασμό. Αναλυτικά, στη στήλη

Percent συμπεριλαμβάνονται τα ελλιπή δεδομένα (missing), ενώ στη στήλη Valid Percent δε συμπεριλαμβάνονται. Σύμφωνα με το αθροιστικό ποσοστό παρατηρείται, ότι από τα 22 παιδιά, το 13,5% (3 παιδιά) ξεκίνησε τη σίτιση με συμπαγή τροφή παράλληλα με το θηλασμό, το 36,4 (8 παιδιά) ξεκίνησε τη σίτιση με συμπαγή τροφή ακριβώς αμέσως μετά τη λήξη του θηλασμού και το 49,9% (11 παιδιά) ξεκίνησε σε κάποιο χρονικό διάστημα μετά τη λήξη του θηλασμού. Συνολικά, το 86,4% (19 παιδιά) ξεκίνησε τη σίτιση με συμπαγή τροφή μετά τη λήξη του θηλασμού.

Ερώτημα 5. Υπάρχει χρονική διαφορά μεταξύ της ηλικίας έναρξης λογοθεραπευτικής παρέμβασης και της ηλικίας αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς, και αν ναι πόση είναι σε κάθε παιδί;

Η ερώτηση, αυτή, γίνεται για να διαπιστωθεί αν η ηλικία έναρξης λογοθεραπευτικής παρέμβασης συμπίπτει, προηγείται ή έπεται χρονικά από την ηλικία αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς.

Διαφορά της ηλικίας αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς και ηλικίας έναρξης λογοθεραπείας κατά μέσο όρο		
N	Valid	26
	Missing	0
Mean		-1,1308
Std. Deviation		1,82116
Range		11,00

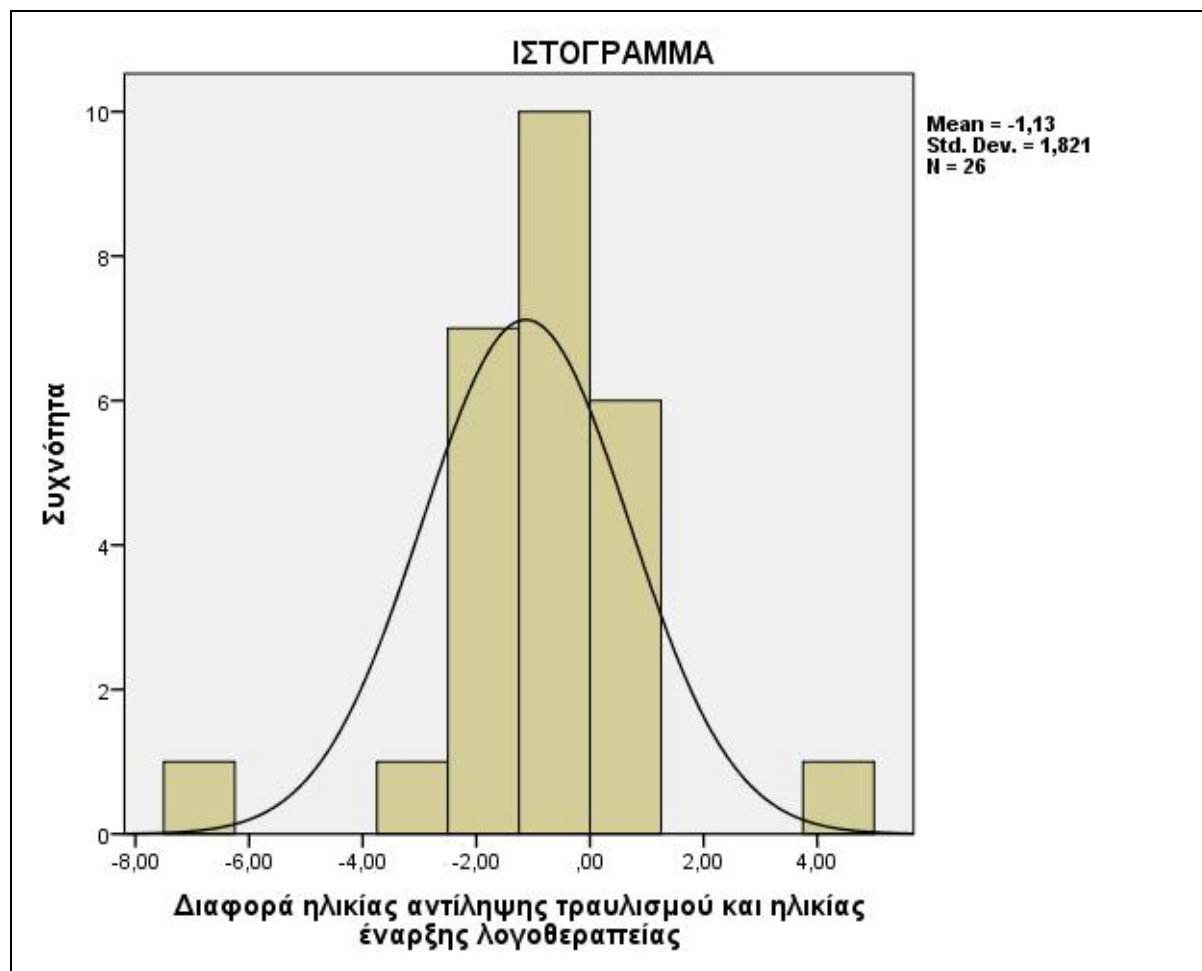
Πίνακας 5.20 Διαφορά της ηλικίας αντίληψης τραυλισμού και της ηλικίας έναρξης λογοθεραπείας κατά μέσο όρο.

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.20 παρατηρείται, ότι στην ανάλυση συμπεριλαμβάνονται και τα 26 παιδιά (N). Επίσης, αναφέρεται ο μέσος όρος (mean), η τυπική απόκλιση (Std. Deviation) και το εύρος (Range). Αναλυτικά, η χρονική διαφορά μεταξύ της ηλικίας αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς και της ηλικίας έναρξης της λογοθεραπείας είναι κατά μέσο όρο -1,13 χρόνια. Αυτό σημαίνει, ότι η λογοθεραπεία ξεκίνησε 1 χρόνο και κάτι μετά την αντίληψη του τραυλισμού από τους γονείς. Η τυπική απόκλιση, όπως φαίνεται στον πίνακα, είναι 1,82. Η τιμή, αυτή, δε πλησιάζει τη τιμή του μέσου όρου και έτσι προκύπτει το συμπέρασμα, ότι η λογοθεραπεία δε ξεκίνησε ομοιόμορφα σε όλα τα παιδιά από τη στιγμή, που αντιλήφθηκαν οι γονείς τους, ότι τραυλίζουν. Τέλος, όσον αναφορά το εύρος, η τιμή είναι 11 χρόνια καθώς αφαιρείται η μικρότερη από τη μεγαλύτερη τιμή (-7,00-4,00=11), όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα 5.21.

ΔΙΑΦΟΡΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-7,00	1	3,8	3,8	3,8
	-3,50	1	3,8	3,8	7,7
	-2,50	3	11,5	11,5	19,2
	-2,00	2	7,7	7,7	26,9
	-1,50	2	7,7	7,7	34,6
	-1,00	7	26,9	26,9	61,5
	-,50	2	7,7	7,7	69,2
	-,40	1	3,8	3,8	73,1
	,00	6	23,1	23,1	96,2
	4,00	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Πίνακας 5.21 Διαφορά ηλικίας αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς και ηλικίας έναρξης λογοθεραπείας

Ο πίνακας 5.21 δείχνει τη συχνότητα (Frequency), το ποσοστό (Percent), το έγκυρο ποσοστό (Valid Percent) και το αθροιστικό ποσοστό (Cumulative Percent) με βάση τη διαφορά, που υπάρχει ανάμεσα στην ηλικία αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς και την ηλικία έναρξης λογοθεραπείας σε όλα τα παιδιά. Όπως φαίνεται από τον πίνακα συμπεριλαμβάνονται και τα 26 παιδιά και δεν υπάρχουν ελλιπή δεδομένα (missing). Πρέπει να αναφερθεί, ότι οι αρνητικές τιμές (π.χ. -7) σημαίνουν, ότι η ηλικία έναρξης λογοθεραπείας έπεται της ηλικίας αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς και οι θετικές τιμές (π.χ. 4) σημαίνουν, ότι η ηλικία έναρξης λογοθεραπείας προηγείται της ηλικίας αντίληψης τραυλισμού. Αναλυτικά, παρατηρείται, ότι από τα 26 παιδιά, το 26,9% (παιδιά) ξεκίνησε λογοθεραπεία 1 χρόνο μετά την αντίληψη τραυλισμού από τους γονείς, το 23,1% (6 παιδιά) ξεκίνησε λογοθεραπεία τον ίδιο χρόνο, που οι γονείς αντιλήφθηκαν τον τραυλισμό, το 11,5% (3 παιδιά) ξεκίνησε 2,5 χρόνια μετά, το 7,7% (2 παιδιά) ξεκίνησε 2 χρόνια μετά, το 7,7% (2 παιδιά) ξεκίνησε 2 χρόνια μετά, το 7,7% (2 παιδιά) 1,5 χρόνο μετά, το 7,7% (2 παιδιά) 0,5 χρόνο μετά, το 3,8% (1 παιδί) ξεκίνησε μετά από 7 χρόνια, το 3,8% (1 παιδί) μετά από 3,5 χρόνια, το 3,8% (1 παιδί) λιγότερο από μισό χρόνο μετά (0,4) και το 3,8% (1 παιδί) 4 χρόνια πριν την αντίληψη τραυλισμού από τους γονείς. Παρατηρώντας τη στήλη του αθροιστικού ποσοστού φαίνεται, ότι από τα 26 παιδιά, το 26,9% (7 παιδιά) ξεκίνησε λογοθεραπεία από 7 έως 2 χρόνια μετά την ηλικία αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς. Συνολικά, διαπιστώνεται, ότι το 73,1% (19 παιδιά) ξεκίνησε λογοθεραπεία από 7 έως 0,4 χρόνια μετά την ηλικία αντίληψης.



Σχήμα 5.7 Ιστόγραμμα των δεδομένων της διαφοράς μεταξύ της ηλικίας αντίληψης τραυλισμού και της ηλικίας έναρξης λογοθεραπείας με βάση τον πίνακα 5.19

Στο παραπάνω ιστόγραμμα ο οριζόντιος άξονας σχετίζεται με την διαφορά μεταξύ της ηλικίας αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς και της ηλικίας έναρξης λογοθεραπείας, ενώ ο κάθετος άξονας σχετίζεται με τη συχνότητα. Το ιστόγραμμα είναι μια γραφική παράσταση συνεχών μεταβλητών. Οι τιμές της μεταβλητής ομαδοποιούνται και οι ομάδες διατάσσονται στον οριζόντιο άξονα κατ' αύξουσα σειρά. Μετά υψώνονται ορθογώνια από κάθε ομάδα, το ύψος των οποίων αντιστοιχεί στη συχνότητα κάθε ομάδας. Είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι στο ιστόγραμμα πρέπει να εντοπιστεί, το αν υπάρχει κανονική κατανομή. Αν και υπάρχουν μόνο 26 δεδομένα, η κατανομή φαίνεται να είναι κανονική, γιατί το ιστόγραμμα διατηρεί κάποια σχετική συμμετρία, παρόμοια με αυτή της καμπάνας, που θα έπρεπε να υπήρχε. Τέλος, φαίνεται και οπτικά, ότι κυριαρχούν οι αρνητικές τιμές (73.1%).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1. Συμπεράσματα

Το θέμα της παρούσας έρευνας διαπραγματεύεται τη σχέση μεταξύ του μητρικού θηλασμού και του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού. Ο μητρικός θηλασμός, έχει αποδειχθεί, ότι έχει σημαντικά οφέλη για την γενικότερη ανάπτυξη και υγεία του παιδιού λόγω των συστατικών, που εμπεριέχει το μητρικό γάλα. Το μητρικό γάλα περιέχει πολλές και διάφορες θρεπτικές ουσίες, εκ των οποίων οι πιο σημαντικές για την ανάπτυξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και γενικά για την νευροανάπτυξη του παιδιού είναι τα μακράς αλυσού πολυακόρεστα λιπαρά οξέα και από αυτά, το Ωμέγα 3 και το Ωμέγα 6 παίζουν τον πιο καθοριστικό ρόλο για την νευροανάπτυξη. Αυτά, τα λιπαρά οξέα καθώς και άλλα απαραίτητα συστατικά δεν εμπεριέχονται σε διάφορα παρασκευάσματα/φόρμουλες ή εμπεριέχονται σε πολύ λίγες ποσότητες. Ο μητρικός θηλασμός ενισχύει την κινητική, την γνωστική και την γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού και όσο μεγαλύτερη είναι η χρονική του διάρκεια, τόσο καλύτερα και τα αποτελέσματα.

Η έρευνα, αυτή, ασχολήθηκε με την γλωσσική ανάπτυξη και συγκεκριμένα με μια διαταραχή της ομιλίας, τον επίμονο εξελικτικό τραυλισμό και προσπάθησε να συσχετίσει τη διαταραχή με το θηλασμό. Με βάση την έρευνα των Mahurin-Smith και Ambrose (2013), δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, που δόθηκε σε γονείς με παιδιά, που έχουν επίμονο εξελικτικό τραυλισμό. Στην παρούσα μελέτη τέθηκε το εξής βασικό ερευνητικό ερώτημα: το είδος και η διάρκεια θηλασμού επηρεάζουν την εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού;

Προκειμένου η έρευνα να καταλήξει σε ένα συμπέρασμα πάνω σε αυτό το ερώτημα, έπρεπε να απαντηθούν οι εξής ερωτήσεις:

- 1) Πόσο χρονικό διάστημα διήρκεσε ο θηλασμός στα παιδιά, που γεννήθηκαν πρόωρα (πριν την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία);
- 2) Πόσο χρονικό διάστημα διήρκεσε ο θηλασμός στα παιδιά, που είχαν δυσκολία με τη θηλή ή στην αποτελεσματικότητα του πιπιλίσματος;
- 3) Σε τι ποσοστό των συμμετεχόντων υπήρχε διακοπή και επανέναρξη του θηλασμού;
- 4) Ποιες ήταν οι αιτίες λήξης θηλασμού;
- 5) Η έναρξη σίτισης με συμπαγή τροφή έγινε αμέσως μετά ή παράλληλα με το θηλασμό;
- 6) Πόσο χρονικό διάστημα διήρκεσε ο θηλασμός στα παιδιά, που έλαβαν μόνο μητρικό γάλα, άλλου είδους παρασκευάσματα ή και τα δύο μαζί (μητρικό γάλα και άλλου είδους παρασκευάσματα);

Αρχικά, έπρεπε να διευκρινιστεί, αν τα πρόωρα γεννημένα παιδιά οδηγούνται σε πρόωρο απογαλακτισμό αλλά και σε τι ποσοστό. Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έδειξε, ότι το 87,5% θηλάστηκε λιγότερο από 9 μήνες και το 12,5% θηλάστηκε για 9 μήνες. Αυτό δείχνει, ότι η προωρότητα γέννησης επηρεάζει σε υψηλό βαθμό τη διάρκεια θηλασμού, και σύμφωνα με την Mahurin-Smith (2013) είναι μια μεταβλητή σύγχυσης. Τα πρόωρα μωρά έχουν χαμηλά αποθέματα λιπαρών οξέων και κατατάσσονται στα υψηλού κινδύνου του πρόωρου απογαλακτισμού, με αποτέλεσμα να μη λάβουν την επαρκή ποσότητα λιπαρών οξέων, που είναι απαραίτητα για τη φυσιολογική νευροανάπτυξη του βρέφους (Keating και Hertzman, 1999, McCain και Mustard, 1999, Mahurin-Smith, 2015).

Στη συνέχεια στόχος ήταν να εξακριβωθεί αν τα παιδιά, που είχαν δυσκολία στο θηλασμό με τη θηλή ή την αποτελεσματικότητα του πιπιλίσματος, θηλάστηκαν για μικρό χρονικό διάστημα αλλά και σε τι βαθμό. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι το 100% των παιδιών με δυσκολία στο θηλασμό θηλάστηκε λιγότερο από 9 μήνες. Κάτω από αυτές τις

συνθήκες η μητέρα θα οδηγηθεί στη πρόωμη σίτιση τύπου φόρμουλας, η οποία μπορεί να συνεισφέρει στην εμφάνιση του επίμονου αναπτυξιακού τραυλισμού (Mahurin-Smith και Ambrose, 2013).

Όσον αναφορά την διακοπή και την επανέναρξη του θηλασμού, παρατηρήθηκε, ότι το 91,7% δε διέκοψε και άρα ούτε επανέλαβε το θηλασμό, ενώ το 8,3% διέκοψε και μετά επανέλαβε το θηλασμό. Τα αποτελέσματα, αυτά, οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι η διακοπή και η επανέναρξη του θηλασμού μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, δεν επηρεάζει την εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού θηλασμού.

Σχετικά με τα αίτια λήξης θηλασμού, συμπεραίνεται, ότι το 37,5% σταμάτησε το θηλασμό από προσωπική θέληση της μητέρας, το 25% σταμάτησε το θηλασμό, επειδή η μητέρα δεν είχε άλλο γάλα να θηλάσει, το 18,8% εξαιτίας επαγγελματικών λόγων της μητέρας, το 12,5% για ψυχολογικούς λόγους και το 6,3% λόγω προβλημάτων με τη διαδικασία θηλασμού. Ποικίλοι, λοιπόν, είναι οι λόγοι, που οδηγούν στη λήξη του θηλασμού με αποτέλεσμα πολλές φορές να μικραίνει η διάρκεια του θηλασμού και το παιδί να μην λαμβάνει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για την ανάπτυξή του.

Επίσης, όσον αναφορά το αν η σίτιση με συμπαγή τροφή γίνεται μετά ή παράλληλα με το θηλασμό, συνολικά, το 86,4% ξεκίνησε τη σίτιση με συμπαγή τροφή μετά τη λήξη του θηλασμού. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός συνίσταται έως έξι μήνες, με συνεχή θηλασμό και μαζί με κατάλληλες συμπληρωματικές τροφές μέχρι δύο ετών ή και περισσότερο προκειμένου να πάρει το παιδί τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για την ανάπτυξή του (World Health Organization, 1991). Αυτό σημαίνει, ότι οι περισσότεροι γονείς θηλάζουν το παιδί τους και μετά από κάποια περίοδο δε ξεκινούν παράλληλα σίτιση με συμπαγή τροφή, με αποτέλεσμα το παιδί να μη λαμβάνει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά σε επαρκείς ποσότητες, τα οποία είναι σημαντικά για την νευροανάπτυξή του.

Για να προκύψουν αξιόπιστα και σαφή συμπεράσματα για το ερευνητικό ερώτημα, έπρεπε να διευκρινιστεί το χρονικό διάστημα που διήρκησε ο θηλασμός στα παιδιά, που έλαβαν μόνο μητρικό γάλα, άλλου είδους παρασκευάσματα ή και τα δύο μαζί (μητρικό γάλα και άλλου είδους παρασκευάσματα). Αυτό ήταν απαραίτητο για να καθοριστεί κατά πόσο ένα είδος θηλασμού, που γίνεται σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού. Το άμεσο ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στα συστατικά του μητρικού γάλακτος. Από την ανάλυση δεδομένων προκύπτουν τα εξής: το 33,3% έλαβε μητρικό γάλα, το 45,8% έλαβε άλλου είδους παρασκευάσματα και το 20,8% έλαβε και τα δυο μαζί. Παρατηρείται, λοιπόν, ότι μικρό ποσοστό παιδιών έλαβε μόνο μητρικό γάλα. Το μητρικό γάλα είναι πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά και περιέχει μακράς αλύσου πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (Ωμέγα 3, Ωμέγα 6), τα οποία δεν περιέχονται σε μερικά παρασκευάσματα, ενώ στα παρασκευάσματα που εμπεριέχονται, ρυθμίζουν άμεσα το ρυθμό μεταγραφής των ειδικών γονιδίων και είναι λίγα σε ποσότητα (Mahurin-Smith και Ambrose, 2013). Παράλληλα έχει βρεθεί από άλλους ερευνητές, ότι τα λιπαρά οξέα, που εμπεριέχονται σε διάφορες φόρμουλες, δε συσχετίζονται με πλεονεκτήματα στη νευροανάπτυξη (Simmer, Schulzke και Patole, 2008). Από τα παιδιά, που έλαβαν μόνο μητρικό γάλα, το 87,5% είχε διάρκεια θηλασμού <9 μήνες και το 12,5% είχε διάρκεια θηλασμού >9 μήνες. Από τα 11 παιδιά, που έλαβαν άλλου είδους παρασκευάσματα, το 90,9% είχε διάρκεια θηλασμού <9 μήνες και το 9,1% (1 παιδί) 9 μήνες. Από τα 5 παιδιά, που έλαβαν και τα δυο, το 80% (4 παιδιά) είχε διάρκεια θηλασμού <9 μήνες και το 20% (1 παιδί) >9 μήνες. Φαίνεται, λοιπόν, ότι τα περισσότερα παιδιά θηλάστηκαν για λιγότερο από 9 μήνες. Η μεγαλύτερη διάρκεια του θηλασμού σχετίζεται με αυξημένη βελτίωση της γλωσσικής ανάπτυξης στην ηλικία των 18 μηνών. Ακόμα, ο θηλασμός, που γίνεται για 9 μήνες και περισσότερο αποτελεί προστατευτικό μέσο από την ανησυχία των γονέων σχετικά με τις αντιληπτικές και εκφραστικές δεξιότητες του λόγου (Harisson και McLeod, 2010). Ο μητρικός θηλασμός, που

διαρκεί λιγότερο από 9 μήνες, οδηγεί στην εμφάνιση διαταραχών λόγου και ομιλίας. (Mahurin-Smith και Ambrose, 2013).

Γενικά, από τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα, ότι ο θηλασμός μικρής διάρκειας (<9 μήνες) και η λήψη άλλων παρασκευασμάτων εκτός του μητρικού γάλακτος ευνοούν την εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού.

Επίσης, από την ανάλυση αποτελεσμάτων προκύπτουν και άλλα δυο ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία έπρεπε να απαντηθούν:

- 1) Εμφανίζουν τα αγόρια επίμονο εξελικτικό τραυλισμό περισσότερο από τα κορίτσια, και αν ναι σε τι ποσοστό;
- 2) Η έναρξη λογοθεραπείας συμπίπτει με την περίοδο, που οι γονείς αντιλαμβάνονται, ότι το παιδί τους τραυλίζει;

Όσον αναφορά το πρώτο ερευνητικό ερώτημα (εμφανίζουν τα αγόρια επίμονο εξελικτικό τραυλισμό περισσότερο από τα κορίτσια, και αν ναι σε τι ποσοστό;) η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε, ότι τα αγόρια υπερτερούν στην εμφάνιση του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού με ποσοστό 80,8% έναντι των κοριτσιών με ποσοστό 19,2, δηλαδή, περίπου η αναλογία αγοριών/κοριτσιών είναι 4/1. Αυτό αποδεικνύεται και από προηγούμενες μελέτες, όπως, ότι η εμφάνιση του τραυλισμού είναι πιο συχνή στα αγόρια απ' ότι τα κορίτσια με αναλογίες 2/1 στη προσχολική ηλικία και 4/1 στη σχολική ηλικία (Yairi και Ambrose, 2005).

Το δεύτερο και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα αφορά στο εάν η έναρξη λογοθεραπείας συμπίπτει με την περίοδο, που οι γονείς αντιλαμβάνονται ότι το παιδί τους τραυλίζει. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε, ότι το 26,9% ξεκίνησε λογοθεραπεία από 7 έως 2 χρόνια μετά την ηλικία αντίληψης τραυλισμού από τους γονείς. Συνολικά, διαπιστώνεται, ότι το 73,1% ξεκίνησε λογοθεραπεία από 0,4 έως 7 χρόνια μετά την ηλικία αντίληψης. Όσο πιο νωρίς το παιδί παρακολουθεί μαθήματα λογοθεραπείας, τόσο πιο γρήγορη θα είναι και η πρόοδος του.

6.2. Περιορισμοί της έρευνας

Η έρευνα υπόκειται σε μεθοδολογικούς περιορισμούς καθώς βασίζεται στην αποστολή ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώνονται από τους παραλήπτες (γονείς). Αναλυτικά οι περιορισμοί είναι οι εξής:

α) η δυσκολία εύρεσης μεγάλου αριθμού δείγματος

Η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, το οποίο επιλέχθηκε, να συμμετάσχει στη παρούσα έρευνα επηρεάστηκε από το χαμηλό ποσοστό εμφάνισης του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού σε παιδιά, καθώς σύμφωνα με βιβλιογραφικά στοιχεία το 20% των παιδιών, που έχουν αναπτυξιακό τραυλισμό, εξελίσσεται σε επίμονος.

β) η πλήρης κατανόηση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου από τους παραλήπτες

Όλα τα ερωτηματολόγια απαιτούν διευκρινιστικές επισημάνσεις προκειμένου να γίνουν κατανοητά από τους παραλήπτες, οι οποίοι καλούνταν να τα συμπληρώσουν. Στη παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να περιοριστούν τα οποιαδήποτε προβλήματα διευκρίνησης καθώς ήταν δυνατή η επικοινωνία των παραληπτών με την ερευνητική ομάδα για την παροχή επεξηγήσεων. Ωστόσο, από την επεξεργασία των απαντήσεων φάνηκε, ότι κάποιες ερωτήσεις δεν έγιναν εντελώς κατανοητές από ορισμένα άτομα του δείγματος. Για παράδειγμα, στην ερώτηση σχετικά με την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία μερικοί γονείς ενώ απάντησαν, ότι το παιδί τους γεννήθηκε την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία, αργότερα στην ερώτηση σχετικά με τη διαφορά μεταξύ της ημερομηνίας γέννησης και της ακριβούς προβλεπόμενης

ημερομηνίας γέννησης απάντησαν, ότι υπήρχε διαφορά μεταξύ 5 ημερών από την προβλεπόμενη ημερομηνία. Αυτό, λοιπόν, δείχνει, ότι είτε δε πρόσεξαν την ερώτηση λόγω επιπολαιότητας, είτε δε κατάλαβαν σωστά τις ερωτήσεις.

γ) η ανεπάρκεια του εκπαιδευτικού επιπέδου των μητέρων

Ο περιορισμός, αυτός, θέτει το πρόβλημα της κατανόησης των ερωτήσεων από μητέρες με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι μητέρες, που μπερδεύτηκαν στην ερώτηση σχετικά με την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μπορεί να είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

δ) η πιθανή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από άτομα εκτός των γονέων

Πρόβλημα, επίσης, θα μπορούσε να ήταν το γεγονός, ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να μην έχει γίνει από τον ίδιο τον παραλήπτη. Αν και υπήρχαν σαφείς οδηγίες, ότι το ερωτηματολόγιο είναι προσωπικό, και πρέπει να συμπληρωθεί από αυτόν στον οποίο απευθύνεται πιθανόν, αυτό, σε μερικές περιπτώσεις να μην έγινε.

ε) η άρνηση θέλησης αρκετών γονέων να συμμετάσχουν στην έρευνα

Τα ιδιωτικά κέντρα λογοθεραπείας, τα οποία βοήθησαν στην εύρεση συμμετεχόντων για την έρευνα, ενημέρωναν τους γονείς των παιδιών με επίμονο εξελικτικό τραυλισμό για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Βέβαια, υπήρχαν και οι γονείς, που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα για προσωπικούς τους λόγους. Αυτό φάνηκε από τον αριθμό των ερωτηματολογίων, που επιστράφηκαν συμπληρωμένα (26 από τα 40 ερωτηματολόγια, που στάλθηκαν συνολικά).

στ) έμμεση επαφή με τους γονείς

Οι ερευνητές δεν ήρθαν σε άμεση επαφή με τους γονείς των παιδιών, αλλά στηρίχθηκαν στη βοήθεια των ιδιωτικών κέντρων λογοθεραπείας. Οι υπεύθυνοι των κέντρων επικοινωνούσαν με τους γονείς και τους παρείχαν οδηγίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με βάση αυτά, που τους έλεγαν οι ερευνητές. Πολλές φορές, όμως, η καθοδήγηση, που δινόταν στους γονείς, δεν ήταν η κατάλληλη για τη σωστή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, επειδή δεν ήταν εφικτή η άμεση επαφή ερευνητών με γονείς.

6.3. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Σε γενικό πλαίσιο αποδείχτηκε, ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του θηλασμού και του επίμονου εξελικτικού τραυλισμού. Η έρευνα, αυτή, είναι από τις πρώτες έρευνες, που έχουν μελετήσει τη παραπάνω σχέση, με την κυριότερη των Mahurin-Smith και Ambrose (2013) και αποτελεί βάση για μεταγενέστερες έρευνες. Άλλες έρευνες, που ίσως γίνουν πάνω σε αυτό το θέμα, θα πρέπει να συλλέξουν περισσότερα δείγματα επίμονου εξελικτικού τραυλισμού, για να γίνονται πιο εύκολα οι στατιστικές συσχετίσεις και αναλύσεις αλλά και να ερευνηθούν λεπτομερώς τη σχέση ανάμεσα στο θηλασμό και τον τραυλισμό. Θα ήταν χρήσιμο οι έρευνες να γίνονται και με άλλο τρόπο συλλογής δεδομένων, όπως μέσα από συνεχείς αξιολογήσεις. Επίσης, καλό θα ήταν να επικεντρωθούν άλλοι ερευνητές και στις γενικότερες συνέπειες του μη θηλασμού στον τομέα της γλωσσικής ανάπτυξης πέρα από τον επίμονο εξελικτικό τραυλισμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- Ø Andres A., Cleves M.A., Bellando J.B., Pivik R.T., Casey P.H., Badger T.M. (2012). Developmental status of 1-year-old infants fed breast milk, cow's milk formula, or soy formula. *Pediatrics*. Vol 129, No. 6, pp.1134-40.
- Ø Ashurst J.V., Wasson M.N. (2011). Developmental and persistent developmental stuttering: an overview for primary care physicians. *Journal of American Osteopath Association*. Vol 111, No. 10, pp.576-80.
- Ø Barbosa C., Vasquez S., Parada M.A., Gonzalez J.C., Jackson C., Yanez N.D., Gelaye B., Fitzpatrick A.L. (2009). The relationship of bottle feeding and other sucking behaviors with speech disorder in Patagonian preschoolers. *BMC Pediatrics*. Vol 9, pp.1-8.
- Ø Bloodstein O. and Ratner N.B.,(2008), *A Handbook on Stuttering* (6th ed.), Delmar Learning, Clifton Park, New York.
- Ø Bosshardt HG, (2006), Cognitive processing load as a determinant of stuttering: summary of a research program, *Clin Linguist Phon*, Vol 20, No. 5, pp. 371-85
- Ø Buchel C., Sommer M. (2004). What causes stuttering? *PLoS Biol*. Vol 2, No. 2, pp.159-163.
- Ø Corbera S., Corral M.J., Escera C., Idiazabal M.A. (2005). Abnormal speech sound representation in persistent developmental stuttering. *Neurology*. Vol 65, No. 8, pp. 1246-52.
- Ø Dee D.L., Li R., Lee L.C., Grummer-Strawn L.M. (2007). Associations between breastfeeding practices and young children's language and motor skill development. *Pediatrics*. Vol 119, pp.92-8.
- Ø Drayna D., Kang C. (2011). Genetic approaches to understanding the causes of stuttering. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*. Vol 3, No. 4, pp.374-80.
- Ø Falk S., Muller T., Dalla Bell S. (2015). Non-verbal sensorimotor timing deficits in children and adolescents who stutter. *Frontiers of Psychology*. Vol 6, pp.1-12
- Ø Gordon N. (2002). Stuttering: incidence and causes. *Developmental Medicine and Child Neurology*. Vol 44, No. 4, pp.278-281.
- Ø Harrison J.C. (2011). *Redefining Stuttering: What the struggle to speak is really all about*. San Francisco, National Stuttering Association.
- Ø Howell P., Davis S., Williams R. (2008). Late childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. Vol 51, No. 3, pp.669-87.
- Ø Jones C.H., (2006), Duration, Intensity, and Exclusivity of Breastfeeding: Recent Research Confirms the Importance of these Variables, *Breastfeeding Abstracts*, Vol. 25, No. 3, pp. 17-20.
- Ø Keating D.P., Hertzman C., (1999), *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics*, The Guilford Press, New York.
- Ø Kramer M.S., Aboud F., Mironova E., Valinovich I., Platt R.W., Matush L., Igumnov S., Fombonne E., Bogdanovich N., Ducruet T., Collet J.P., Chalmers B., Hodnett E., Davidovsky S., Skugarevsky O., Trofimovich O., Kozlova L., Shapiro S. (2008). Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. Vol 65, No. 5, pp.578-84.
- Ø Larqué E, Krauss-Etschmann S, Campoy C, Hartl D, Linde J, Klingler M, Demmelmair H, Caño A, Gil A, Bondy B, Koletzko B., (2006), Docosahexaenoic acid supply in pregnancy affects placental expression of fatty acid transport proteins, *Am J Clin Nutr*, Munich, Germany, Vol 84, No. 4, pp. 853-861.
- Ø Lawrence RA, (2005), Breastfeeding in the premature infant, *Journal of Arab Neonatal Forum*, Vol 2, pp. 43-49.

- Ø Lee A.M. (2014). *Communication Behaviour in Adults with Stuttering*. University of Canterbury, Department of Communication Disorders.
- Ø Leventakou V., Roumeliotaki T., Koutra K., Vassilaki M., Mantzouranis E., Bitsios P., Kogevinas M., Chatzi L. (2015). Breastsfeeding duration and cognitive, language and motor development at 18 months of age: Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. *J Epidemiol Community Health*. Vol 69, No. 3, pp.232-9.
- Ø Ludlow C.L., Loucks T. (2003). Stuttering: a dynamic motor control disorder. *Journal of Fluency Disorders*. Vol 28, No. 4, pp. 273-95.
- Ø Mahurin-Smith J., Ambrose N.G. (2013). Breastfeeding may protect against persistent stuttering. *Journal of Communication Disorders*. Vol 46, No. 4, pp. 351-60.
- Ø Mahurin-Smith J. (2015). Breastfeeding and language outcomes: A review of the literature. *Journal of Communication Disorders*.
- Ø Markides M, Neumann MA, Byard RW, Simmer K, Gibson RA, (1994), Fatty acid composition of brain, retina, and erythrocytes in breast and formula-fed infants, *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol 60, pp. 189-194.
- Ø Nyaradi A., Li J., Foster J.S. and Oddy W.H., (2013), The role of nutrition in children's neurocognitive development, from pregnancy through childhood, *Frontiers in Human Neuroscience*, Vol 7, No. 97, pp. 1-16.
- Ø Oddy W.H., Li J., Robinson M., Whitehouse A. J.O. (2012). The Long-Term Effects of Breastfeeding on Development. *Contemporary Pediatrics*. pp.57-78.
- Ø Prasse J.E., Kikano G.E. (2008). Stuttering: An Overview. *American Family Physician*. Vol 77, No. 9, pp.1271-1276.
- Ø Shugart Y.Y. , Mundorff J., Kilshaw J., Doheny K., Doan B., Wanyee J., Green E.D., Drayna D., (2004), Results of a genome-wide linkage scan for stuttering, *Am J Med Genet A*, Vol 124, No. 2, pp. 133-35
- Ø Simmer K, Schulzke SM, Patole SK, (2008), Longchain polyunsaturated fatty acid supplementation in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*, Vol 1.
- Ø Sommer M., Koch M.A., Paulus W., Weiller C., Buchel C. (2002). Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *Lancet*. pp.380-3.
- Ø Torrans L. (2014). *The Stuttering Brain: Activations Patterns and Anatomy Differences*. Communication Disorders and Sciences Student Posters. Book 8.
- Ø Uauy R., Peirano P. (1999). Breast is best: human milk is the optimal food for brain development. *The American Journal of Clinical Nutrition*. Vol 70, pp. 434-4.
- Ø Wall G. (2013). *Outcomes Of Breastfeeding*. Washington, La Leche League.
- Ø Walsh B., Mettel K.M., Smith A. (2015). Speech motor planning and execution deficits in early childhood stuttering. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*. Vol 7, No. 1, pp.1-12.
- Ø Wang X, Kang C, (2000), Breastfeeding and introduction of complementary food in two years in 105 counties, *Chinese Journal of Child Health Care*, Vol 8, pp.144–146.
- Ø Yairi E and Ambrose NG., (1999), Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates, *J Speech Lang Hear Res.*, Vol 42, No. 5, pp. 1097-112.
- Ø Yairi E. and Ambrose NG., (2005), *Early Childhood Stuttering for Clinicians by Clinicians*, PRO-ED, Pennsylvania.
- Ø Yairi E. and Seery C.H., (2011), Stuttering: Foundations and Clinical Applications, *Journal of Fluency Disorders*, Vol 36, No. 1, pp.54–58.
- Ø Zeisel S. and da Costa K., (2009), Choline: an essential nutrient for public health, *Nutrition Reviews*, Vol 67, No. 11, pp. 615-623.
- Ø Μαλανδράκη Γ.Α. (2012). *Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός*. Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητοί γονείς,

Το τμήμα λογοθεραπείας του ΑΤΕΙ Πάτρας διεξάγει μια έρευνα σχετικά με το αν ο θηλασμός μπορεί να προστατεύσει ένα παιδί από τον επίμονο τραυλισμό. Η έρευνα αυτή αφορά παιδιά που τραυλίζουν σε χρονικό διάστημα 3 χρόνων και άνω. Η Στεφοπούλου Κορίνα, καθηγήτρια στο τμήμα λογοθεραπείας, στο ΑΤΕΙ της Πάτρας έχει χορηγήσει την απαιτούμενη άδεια για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές, δε θα δημοσιοποιηθούν, αλλά θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 10 έως 15 λεπτά. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας. Ονομαζόμαστε Βαρτανιάν Ιωάννα και Λουκάς Δημήτριος και είμαστε τελειόφοιτοι φοιτητές του τμήματος λογοθεραπείας του ΑΤΕΙ Πάτρας αλλά και οι υπεύθυνοι για τη συλλογή των ερωτηματολογίων που αφορούν στην εν λόγω μελέτη. Τα στοιχεία επικοινωνίας μας για οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία είναι τα εξής: τηλ: 6947335293, email: ioanna47@windowslive.com.

1. Ποιό είναι το φύλο του παιδιού σας; Αγόρι Κορίτσι
2. Ποιά είναι η ημερομηνία γέννησης του παιδιού σας; _____
3. Το παιδί σας γεννήθηκε την ακριβή προβλεπόμενη ημερομηνία;
 ναι όχι δε θυμάμαι
4. Ποιά είναι η ακριβής διαφορά μεταξύ της ημερομηνίας γέννησης και της προβλεπόμενης ημερομηνίας γέννησης του παιδιού; _____

Αν δε θυμάστε την ακριβή διαφορά επιλέξτε ένα από τα παρακάτω:

- ≥ εβδομάδες νωρίτερα
- 6-20 μέρες πριν
- μέσα σε πέντε μέρες της προβλεπόμενης ημερομηνίας
- 6-14 μέρες καθυστερημένα
- ≥ 2 εβδομάδες αργότερα

Πόσο σίγουροι είστε για την απάντησή σας;

1	2	3
πολύ σίγουροι	σχεδόν σίγουροι	καθόλου σίγουροι

5. Έχει θηλαστεί ποτέ το παιδί σας;

ναι όχι

6. Το παιδί σας κατά τη διάρκεια του θηλασμού λάμβανε:

μόνο μητρικό γάλα

άλλου είδους παρασκευάσματα

και τα δυο παραπάνω

7. Πόσο καιρό διήρκησε ο θηλασμός; _____

Αν δε θυμάστε ακριβώς συμπληρώνετε ένα από τα παρακάτω:

< 9 μήνες 9 μήνες > 9 μήνες

Πόσο σίγουροι είστε για την απάντησή σας;

1	2	3
πολύ σίγουροι	σχεδόν σίγουροι	καθόλου σίγουροι

8. Υπήρχε περίοδος, όπου ο θηλασμός διακόπηκε και μετά επαναλήφθηκε;

ναι όχι δε θυμάμαι

9. Εάν θηλάσατε το παιδί σας, φαινόταν να είχε καμία δυσκολία με τη θηλή ή στην αποτελεσματικότητα του πιπίλισματος;

ναι όχι δε θυμάμαι

Εάν ναι, παρακαλώ περιγράψτε τη φύση του προβλήματος και πόσο διήρκησε.

Πόσο σίγουροι είστε για την απάντησή σας;

1	2	3
πολύ σίγουροι	σχεδόν σίγουροι	καθόλου σίγουροι

10. Σε ποιά ηλικία σταμάτησε το παιδί σας να θηλάζει; _____

11. Γιατί σταμάτησε το θηλασμό;

12. Σε ποια ηλικία ξεκίνησε το παιδί σας να σιτίζεται με συμπαγή τροφή (π.χ. κρέμα);

13. Σε ποια ηλικία αντιληφθήκατε ότι το παιδί σας τραυλίζει; _____

14. Πότε το παιδί σας ξεκίνησε λογοθεραπεία; _____

15. Παρακαλώ προσθέστε επιπλέον σχόλια παρακάτω.

16. Πως κρίνετε το παρόν ερωτηματολόγιο;

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	ΦΥΛΟ	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Α.Π.Η.ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΔΙΑΦΟΡΑ Η.Γ. ΚΑΙ Π.Γ.Η.	ΘΗΛΑΣΜΟΣ
1	ΑΓΟΡΙ	2005	ΝΑΙ		ΝΑΙ
2	ΑΓΟΡΙ	2009	ΟΧΙ	6-20 ΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ	ΝΑΙ
3	ΑΓΟΡΙ	2009	ΝΑΙ		ΝΑΙ
4	ΑΓΟΡΙ	2006	ΟΧΙ	6-20 ΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ	ΝΑΙ
5	ΑΓΟΡΙ	2008	ΟΧΙ	6-20 ΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ	ΝΑΙ
6	ΑΓΟΡΙ	2008	ΝΑΙ		ΝΑΙ
7	ΑΓΟΡΙ	2011	ΟΧΙ	≥3 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΝΩΡΙΤΕΡΑ	ΝΑΙ
8	ΑΓΟΡΙ	2009	ΟΧΙ	6-20 ΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ	ΝΑΙ
9	ΑΓΟΡΙ	2010	ΟΧΙ	ΜΕΣΑ ΣΕ 5 ΜΕΡΕΣ ΤΗΣ ΠΡ. ΗΜΕΡ.	ΝΑΙ
10	ΑΓΟΡΙ	2008	ΟΧΙ	6-20 ΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ	ΝΑΙ
11	ΑΓΟΡΙ	2003	ΟΧΙ	ΜΕΣΑ ΣΕ 5 ΜΕΡΕΣ ΤΗΣ ΠΡ. ΗΜΕΡ.	ΝΑΙ
12	ΑΓΟΡΙ	2009	ΝΑΙ		ΝΑΙ
13	ΑΓΟΡΙ	2009	ΝΑΙ		ΝΑΙ
14	ΑΓΟΡΙ	2008	ΝΑΙ		ΝΑΙ
15	ΑΓΟΡΙ	1992	ΟΧΙ	6-14 ΜΕΡΕΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΑ	ΝΑΙ
16	ΑΓΟΡΙ	2010	ΝΑΙ		ΝΑΙ
17	ΑΓΟΡΙ	1996	ΝΑΙ		ΝΑΙ
18	ΚΟΡΙΤΣΙ	2010	ΟΧΙ	ΜΕΣΑ ΣΕ 5 ΜΕΡΕΣ ΤΗΣ ΠΡ. ΗΜΕΡ.	ΝΑΙ
19	ΚΟΡΙΤΣΙ	2005	ΟΧΙ	≥3 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΝΩΡΙΤΕΡΑ	ΟΧΙ
20	ΚΟΡΙΤΣΙ	2009	ΟΧΙ	6-20 ΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ	ΟΧΙ
21	ΚΟΡΙΤΣΙ	2007	ΟΧΙ	6-20 ΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ	ΝΑΙ
22	ΚΟΡΙΤΣΙ	2008	ΟΧΙ	≥3 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΝΩΡΙΤΕΡΑ	ΝΑΙ
23	ΑΓΟΡΙ	2010	ΝΑΙ		ΝΑΙ
24	ΑΓΟΡΙ	2008	ΝΑΙ		ΝΑΙ
25	ΑΓΟΡΙ	2000	ΝΑΙ		ΝΑΙ
26	ΑΓΟΡΙ	2001	ΝΑΙ		ΝΑΙ

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	ΕΙΔΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΝΑΡΞΗ ΘΗΛΑΣΜΟΥ
1	ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
2	ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
3	ΜΟΝΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ	>9 ΜΗΝΕΣ	ΝΑΙ
4	ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
5	ΜΟΝΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
6	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ ΜΑΖΙ	>9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
7	ΜΟΝΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
8	ΜΟΝΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
9	ΜΟΝΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
10	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ ΜΑΖΙ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
11	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ ΜΑΖΙ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
12	ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
13	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ ΜΑΖΙ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
14	ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΝΑΙ
15	ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
16	ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
17	ΜΟΝΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
18	ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
19			
20			
21	ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
22	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ ΜΑΖΙ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
23	ΜΟΝΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
24	ΜΟΝΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
25	ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ
26	ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	<9 ΜΗΝΕΣ	ΌΧΙ

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	ΛΗΞΗ ΘΗΛΑΣΜΟΥ (ΜΗΝΕΣ)	ΑΙΤΙΑ ΛΗΞΗΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ
1	ΌΧΙ	7	
2	ΌΧΙ	1	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ
3	ΌΧΙ	31	ΑΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΛΗΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ
4	ΌΧΙ	9	
5	ΝΑΙ	3	ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΆΛΛΟ ΓΆΛΛΑ Η ΜΗΤΕΡΑ
6	ΌΧΙ	12	ΑΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΛΗΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ
7	ΌΧΙ	6	ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΆΛΛΟ ΓΆΛΛΑ Η ΜΗΤΕΡΑ
8	ΌΧΙ	5	ΑΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΛΗΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ
9	ΌΧΙ	2	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ
10	ΌΧΙ	2	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ
11	ΌΧΙ	7	ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΆΛΛΟ ΓΆΛΛΑ Η ΜΗΤΕΡΑ
12	ΌΧΙ	5	
13	ΌΧΙ	4	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ
14	ΌΧΙ	7	ΑΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΛΗΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ
15	ΝΑΙ	6	
16	ΌΧΙ	6	
17	ΌΧΙ	8	
18	ΝΑΙ	2	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ
19			
20			
21	ΝΑΙ	3	ΛΟΓΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ
22	ΝΑΙ	1	ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΆΛΛΟ ΓΆΛΛΑ Η ΜΗΤΕΡΑ
23	ΌΧΙ	6	ΑΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΛΗΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ
24	ΌΧΙ	5	ΑΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΛΗΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ
25	ΌΧΙ	8	
26	ΌΧΙ	7	

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	ΕΝΑΡΞΗ ΣΙΤΙΣΗΣ ΜΕ ΣΥΜΠΛΗΡΗ ΤΡΟΦΗ (ΜΗΝΕΣ)	ΗΛΙΚΙΑ ΑΝΤΙΑΨΗΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ (ΕΤΗ)	ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΕΤΗ)
1	7	8	4
2	5	4	4
3	8	4	4
4	9	5	5
5	6	3	5,5
6	6	2	4
7	6	3	4
8	6	4	4
9	5	5	5
10	6	4	6,5
11	6	9,5	11
12	7	5	6
13	5	3	4
14	7	4	4,5
15	6	3	4
16	6	4,5	8
17		6	13
18	5	4,5	4,5
19	5	7,5	8,5
20	4	3	4
21	5	5	7
22	5	6,2	6,6
23	6	2,5	3
24	7	3	4
25	8	5,5	8
26		5	6,5