

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΠΙΜΠΕΡΟ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ
ΣΤΟΜΑΤΙΚΩΝ ΕΞΕΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ.
-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ

THE RELATIONSHIP OF BOTTLE FEEDING AND OTHER
SUCKING BEHAVIORS WITH SPEECH DEVELOPMENT.
-QUESTIONNAIRE TO PARENTS

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΖΕΥΚΙΛΗ ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΑ
ΛΟΥΚΙΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους κάτωθι:

- Την κα. Κανελλοπούλου Ευαγγελία για τις πολύτιμες συμβουλές της, την υποστήριξή της και τη συνεισφορά της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας.
- Τους γονείς, που αφιέρωσαν λίγο από το χρόνο τους προκειμένου να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια της έρευνας.
- Τέλος, τις οικογένειές μας και τους φίλους μας, για τη συνεχή συμπαράσταση, υποστήριξη και κατανόηση που έδειξαν όλον αυτόν τον καιρό μέχρι την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	ΣΕΛΙΔΕΣ
Ευχαριστίες	2
Περίληψη	4
Abstract	6
1. Εισαγωγή	7
1.2 Σκοπός της έρευνας – Ερευνητικά Ερωτήματα	8
2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση	11
3. Μεθοδολογία	36
4. Αποτελέσματα	39
5. Συζήτηση Αποτελεσμάτων	79
6. Περιορισμοί/Συστάσεις	85
Βιβλιογραφία	88
Παράρτημα	103

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Βιβλιογραφικό υπόβαθρο: Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει πως ο τρόπος σίτισης των βρεφών καθώς και οι στοματικές έξεις ενδέχεται να οδηγήσουν σε προβλήματα στην ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών (Barbosa et al, 2009; Nelson; 2012). Επιπλέον, άλλες έρευνες (Tarrant & Kearney, 2008; Jianghong et al, 2013; Barbosa et al, 2015), έχουν μελετήσει την επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στο μητρικό θηλασμό και τις στοματικές έξεις. Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι είναι η διερεύνηση της ύπαρξης ή μη της σχέσης του θηλασμού, της χρήσης μπιμπερό και πιπίλας καθώς και του θηλασμού του δακτύλου με την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών στην Ελλάδα. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση επίσης, και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις πηγές που χρησιμοποιούν οι γονείς προκειμένου να ενημερωθούν για τα προαναφερθέντα θέματα.

Μεθοδολογία: Πληροφορίες για τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, της χρήσης του μπιμπερό, τη διάρκεια και τη συχνότητα της χρήσης της πιπίλας και του θηλασμού του δακτύλου, για την επιρροή των δημογραφικών στοιχείων στα άνωθεν και για τις πηγές ενημέρωσης των γονέων, συλλέχθηκαν μέσα από τη χορήγηση ενός ερωτηματολογίου σε γονείς. Ο αριθμός των συμμετεχόντων ανέρχεται στους 186.

Αποτελέσματα: Από τα παιδιά των 186 συμμετεχόντων, το 89% θήλασε μητρικό γάλα, το 60% έκανε χρήση μπιμπερό, το 51% έκανε χρήση της πιπίλας και μόλις το 14% θήλασε το δάκτυλό του. Από τα παιδιά που σιτίστηκαν μέσω του μπιμπερό, το 24% εμφάνισε πρόβλημα στην ομιλία. Από εκείνα που χρησιμοποίησαν πιπίλα, το 28% εμφάνισε πρόβλημα στην ανάπτυξη της ομιλίας του, από εκείνα που θήλασαν το δάκτυλό τους, το 8% εμφάνισε πρόβλημα στην ομιλία του. Παρόλα αυτά, οι ενδείξεις δεν είναι σημαντικές για την πλήρη αποδοχή της υπόθεσης πως οι στοματικές έξεις επηρεάζουν την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά φαίνεται να παίζουν ρόλο μόνο στο μητρικό θηλασμό και όχι στις στοματικές έξεις. Τέλος, οι πηγές από τις

οποίες ενημερώνονται οι γονείς παρουσιάζουν ενδιαφέρον, καθώς πρώτο έρχεται το διαδίκτυο και τις τελευταίες θέσεις καταλαμβάνουν οι πιο αρμόδιοι.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν εκτενέστερη έρευνα επί αυτών των θεμάτων, για το σχηματισμό μιας πιο ολοκληρωμένης άποψης.

ABSTRACT

Background: Previous researches have shown that breast-feeding and other sucking behaviours, may cause problems to childrens' speech development (Barbosa et al, 2009; Nelson, 2012). Furthermore, other researches, have studied the effect of demographics on breast-feeding and sucking behavior (Tarrant & Kearney, 2008; Jianghong et al, 2013; Barbosa et al, 2015). The purpose of this specific research, is a deeper study, in order to find out if there is a connection between breast-feeding, the use of a pacifier or a feeding bottle or thumb sucking and childrens' speech development, in Greece. A special emphasis is given, at the demographics and the sources that parents use, in order to be informed about the above issues.

Methodology: Information about the duration of breast-feeding, the use of a feeding bottle, the duration and frequency of the use of a pacifier and thumb sucking, as well as the influence of demographics on the above and about the information sources that parents have used, have been gathered from a questionnaire that was given to them. The number of participants, amounts to 186 people.

Results: From the 186 participants' children, 89% used to breast feed, 60% used a feeding bottle, 51% used a pacifier and just 14% sucked their thumb. From the children that used the feeding bottle, 24% revealed a speech problem. From those that used the pacifier, 28% revealed a problem in speech development. From those that sucked their finger, 8% revealed a problem in speech. However, the indications are not significant for the full acceptance of the hypothesis that sucking behaviours affect childrens' speech development. In conclusion, the sources that parents are being informed of, show interest, since first comes the internet and the last seats are being occupied by the qualified ones.

Conclusion: The results indicate an extensive investigation on those issues, for the formation of a more complete perspective.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από το ξεκίνημά της κιάλας, στις αρχές του 1900, η Λογοθεραπεία αναπτύχθηκε με σκοπό τη μελέτη και τη διευκόλυνση της επικοινωνίας του κάθε ατόμου, παιδιού και ενήλικα, κατά τη διάρκεια της ζωής του (Center on Human Development and Disability, 2007). Οι Λογοθεραπευτές (SLPs) οι οποίοι δραστηριοποιούνται στην αξιολόγηση και θεραπεία παιδιών μικρής ηλικίας, πολλές φορές ερωτούνται από τους γονείς για τις επιπτώσεις των τρόπων σίτισης (θηλασμός ή/και χρήση μπιμπερό) και της χρήσης πιπίλας ή/και του θηλασμού του δακτύλου στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας των παιδιών τους.

Ο θηλασμός είναι ο φυσιολογικός τρόπος προκειμένου να παρέχει μία μητέρα στο βρέφος της τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται για την ανάπτυξη του (World Health Organization, 2015). Το μπιμπερό είναι ένας άλλος τρόπος σίτισης των παιδιών, ο οποίος όμως δεν προτιμάται τόσο όσο ο θηλασμός, ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες της ζωής ενός βρέφους (Barbosa et al, 2009). Η απομύζηση είναι ένα από τα πιο κοινά αντανακλαστικά που εμφανίζονται στα βρέφη και διευκολύνει την πρόσληψη της τροφής (AAP, 2000; Maguire, 2000). Ο θηλασμός του δακτύλου, είναι ένα πολύ σύννηθες αντανακλαστικό το οποίο μερικές φορές εκδηλώνεται στο βρέφος τη στιγμή που βρίσκεται ακόμη στη μήτρα (AAP, 2000; Davidson, 2008). Η πιπίλα, απ' την άλλη, είναι ένα αντικείμενο που δίδεται από τους γονείς στα παιδιά και χρησιμοποιείται συνήθως προκειμένου να ηρεμήσουν και να ανακουφιστούν από ενδεχόμενους πόνους (Levin, 1971; Zempsky & Cravero, 2004; Marter & Arguss, 2007). Είναι φανερό λοιπόν πως οι στοματικές έξεις¹ είναι μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης των παιδιών.

Όσα προαναφέρθηκαν, διεγείρουν το ενδιαφέρον τόσο των γονέων όσο και του επιστημονικού κόσμου. Έτσι εξηγούνται και οι πολυάριθμες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και πραγματοποιούνται μέχρι και σήμερα.

¹ Με τον όρο στοματικές έξεις εννοούμε επαναλαμβανόμενες πράξεις π.χ. η εκμύζηση των δακτύλων, οι οποίες κατά τη βρεφική ηλικία θεωρούνται φυσιολογικές, έπειτα όμως μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα στην εμφάνιση και την λειτουργία των δοντιών ή του στόματος.

1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

ΣΚΟΠΟΣ:

είναι η διερεύνηση της ύπαρξης ή μη της σχέσης του θηλασμού, της χρήσης μπιμπερό και πιπίλας καθώς και του θηλασμού του δακτύλου με την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών. Για τη διεκπαιρέωση της έρευνας, χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο σε γονείς.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ – ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

1) Με βάση τους γονείς: α. η συχνότητα (ώρες ανά ημέρα) χρήσης της πιπίλας, επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας; (H0: η συχνότητα (ώρες ανά ημέρα) της χρήσης της πιπίλας δεν επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας. H1: η συχνότητα (ώρες ανά ημέρα) της χρήσης της πιπίλας επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας.).

β. η συχνότητα (ώρες ανά ημέρα) του θηλασμού του δακτύλου, επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας; (H0: η συχνότητα (ώρες ανά ημέρα) του θηλασμού του δακτύλου δεν επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας. H1: η συχνότητα (ώρες ανά ημέρα) του θηλασμού του δακτύλου επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας).

2) Με βάση τους γονείς: α. η διάρκεια (σε μήνες) χρήσης της πιπίλας, επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας; (H0: η διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης της πιπίλας δεν επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας. H1: η διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης της πιπίλας επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας).

β. η διάρκεια (σε μήνες) του θηλασμού του δακτύλου, επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας; (H0: η διάρκεια (σε μήνες) θηλασμού του δακτύλου δεν επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας. H1: η διάρκεια (σε μήνες) θηλασμού του δακτύλου επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας.)

γ. η διάρκεια (σε μήνες) χρήσης του μπιμπερό, επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας; (H0: η διάρκεια (σε μήνες) χρήσης του μπιμπερό δεν

επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας. H1: η διάρκεια (σε μήνες) χρήσης του μπιμπερό επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας).

3) Η διάρκεια (σε μήνες) του μητρικού θηλασμού επηρεάζει τη διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης του μπιμπερό; (H0: η διάρκεια (σε μήνες) του μητρικού θηλασμού δεν επηρεάζει τη διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης του μπιμπερό. H1: η διάρκεια (σε μήνες) του μητρικού θηλασμού επηρεάζει τη διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης του μπιμπερό).

4) Η διάρκεια (σε μήνες) του μητρικού θηλασμού επηρεάζει α. τη διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης της πιπίλας; (H0: Η διάρκεια (σε μήνες) του μητρικού θηλασμού δεν επηρεάζει τη διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης της πιπίλας. H1: Η διάρκεια (σε μήνες) του μητρικού θηλασμού επηρεάζει τη διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης της πιπίλας).

β. τη διάρκεια (σε μήνες) του θηλασμού του δακτύλου;

(H0: Η διάρκεια (σε μήνες) του μητρικού θηλασμού δεν επηρεάζει τη διάρκεια (σε μήνες) του θηλασμού του δακτύλου. H1: Η διάρκεια (σε μήνες) του μητρικού θηλασμού επηρεάζει τη διάρκεια (σε μήνες) του θηλασμού του δακτύλου).

5) Επηρεάζουν τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία μητέρας, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα, οικογενειακό εισόδημα, τόπος διαμονής και γένος παιδιού),

α. την ύπαρξη ή όχι του μητρικού θηλασμού;

(H0: τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία μητέρας, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα, οικογενειακό εισόδημα, τόπος διαμονής και γένος παιδιού) δεν επηρεάζουν την ύπαρξη ή όχι του μητρικού θηλασμού H1: τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία μητέρας, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα, οικογενειακό εισόδημα, τόπος διαμονής και γένος παιδιού) επηρεάζουν την ύπαρξη ή όχι του μητρικού θηλασμού).

β. τη διάρκεια χρήσης του μπιμπερό;

(H0: τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία μητέρας, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα,

οικογενειακό εισόδημα, τόπος διαμονής και γένος παιδιού) δεν επηρεάζουν τη διάρκεια χρήσης του μπιμπερό. H1: τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία μητέρας, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα, οικογενειακό εισόδημα, τόπος διαμονής και γένος παιδιού) επηρεάζουν τη διάρκεια χρήσης του μπιμπερό).

γ. την ύπαρξη ή όχι της χρήσης της πιπίλας;

(H0: τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία μητέρας, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα, οικογενειακό εισόδημα, τόπος διαμονής και γένος παιδιού) δεν επηρεάζουν την ύπαρξη ή όχι της χρήσης της πιπίλας και του θηλασμού του δακτύλου H1: τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία μητέρας, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα, οικογενειακό εισόδημα, τόπος διαμονής και γένος παιδιού) επηρεάζουν την ύπαρξη ή όχι της χρήσης της πιπίλας και του θηλασμού του δακτύλου).

δ. την ύπαρξη ή όχι του θηλασμού του δακτύλου;

(H0: τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία μητέρας, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα, οικογενειακό εισόδημα, τόπος διαμονής και γένος παιδιού) δεν επηρεάζουν την ύπαρξη ή όχι του θηλασμού του δακτύλου. H1: τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία μητέρας, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα, οικογενειακό εισόδημα, τόπος διαμονής και γένος παιδιού) επηρεάζουν την ύπαρξη ή όχι του θηλασμού του δακτύλου).

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Η υπεροχή του μητρικού γάλατος στην εξασφάλιση μιας ισορροπημένης διατροφής και προστασίας από αλλεργίες και μολύνσεις στα νεογέννητα βρέφη, είναι καλά τεκμηριωμένη (Chandra, 1979; Oddy, 2001). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προτείνει τον αποκλειστικό θηλασμό (δηλαδή, τα βρέφη να προσλαμβάνουν μόνο μητρικό γάλα χωρίς οποιοδήποτε άλλο υγρό συμπεριλαμβανομένων του νερού ή άλλων συμπαγών μορφών) μέχρι και τους πρώτους έξι μήνες της ζωής και συνέχιση αυτού με συμπληρώματα διατροφής για 2 χρόνια ακόμη (WHO, 2015).

Τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, όσον αφορά στην υγεία των παιδιών, είναι πολυάριθμα. Ο αποκλειστικός θηλασμός κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα της ζωής ασκεί θετικές επιρροές στο ανοσοποιητικό σύστημα του βρέφους και καλύπτει τις διατροφικές αλλά και συναισθηματικές ανάγκες του. Αποτελεί λοιπόν, έναν κρίσιμο παράγοντα για την υγεία των μωρών (Franca et al, 2008; Gerd et al, 2012). Το μητρικό γάλα είναι το πιο ευεργετικό σε σύγκριση με τις άλλες τροφές για το λόγο ότι απορροφάται καλύτερα από τον πεπτικό σωλήνα, σχετίζεται λιγότερο με την εμφάνιση αλλεργιών και προάγει την ανάπτυξη της σχέσης μητέρας-παιδιού (Gimenez et al 2008; Melink et al, 2010).

Από το μητρικό θηλασμό προάγεται και η επαρκή ανάπτυξη των στοματικών μυών, η οποία έχει θετική επίδραση στην κρανιοπροσωπική ανάπτυξη (Neiva et al, 2003; Sanches, 2004; Lescano et al, 2006; Limme, 2010). Η πράξη αυτή του βρέφους, να θηλάζει το στήθος της μητέρας του/της ευνοεί την ισορροπία μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων συγκράτησης των προσωπικών μυών, επιτρέποντας καθ' αυτόν τον τρόπο την κατάλληλη ανάπτυξη του στοματογναθικού συστήματος (Holanda et al, 2009; Telles et al, 2009; Nahás-Scocate et al, 2011; Romero et al, 2011;). Κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, εμφανίζεται έντονη κίνηση των χειλιών, της γλώσσας, της κάτω και άνω γνάθου και των παρειών που έχει μεγάλα οφέλη στην ανάπτυξη

του στοματικού μηχανισμού (Sanches, 2004). Η έρευνα των Harrison & McLeod (2010) τεκμηρίωσε πως ο μητρικός θηλασμός για περισσότερο από 9 μήνες, αποτελεί μια προστατευτική ασπίδα απέναντι στα προβλήματα ομιλίας των παιδιών που δημιουργούνται από τη χρήση της πιπίλας.

Οι Romero et al (2011) πραγματοποίησαν μια έρευνα στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας, εξετάζοντας τη διάρκεια θηλασμού, την ύπαρξη στοματικών έξεων και τη συσχέτιση αυτών με την εμφάνιση πρόσθιας χασμοδοντίας σε 1.377 παιδιά ηλικίας από 3 έως 6 ετών. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν πως τα παιδιά που δε θήλασαν καθόλου είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν χασμοδοντία σε σύγκριση με τα παιδιά που θήλασαν για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Φανερώνεται λοιπόν η ευεργετική επίδραση του θηλασμού στη σωστή σύγκλιση των δοντιών.

Ο Broad (1972) πραγματοποίησε μια έρευνα στη Νέα Ζηλανδία κατά την οποία εξέτασε τις επιδράσεις των τρόπων σίτησης των βρεφών στην ανάπτυξη της ομιλίας. Πιο συγκεκριμένα, ερεύνησε την καθαρότητα της άρθρωσης, την ικανότητα του τονισμού, την αυτοπεποίθηση και την ικανότητα ανάγνωσης σε παιδιά ηλικίας από 5 έως 6 ετών. Βρέθηκε λοιπόν, σημαντική συσχέτιση της καθαρότητας της ομιλίας με τα αγόρια που θηλάστηκαν, όχι όμως και με τα κορίτσια. Συνεχίζοντας, και στα δύο φύλλα βρέθηκε πως ο θηλασμός έχει θετική επιρροή στη δεξιότητα του τονισμού. Ο θηλασμός φαίνεται ευεργετικός και σε άλλες μελέτες, όπως αυτή των Ferguson & Molfese (2007) όσον αφορά στην γλωσσική και γνωστική ανάπτυξη. Η ανάπτυξη των συνεργαζομένων μηχανισμών της αναπνοής, μάσησης, κατάποσης και άρθρωσης επίσης συνδέονται με το θηλασμό. Πιστεύεται πως ο μητρικός θηλασμός προάγει την κινητικότητα, τη δύναμη και την κατάλληλη θέση των οργάνων της ομιλίας (Warren et al, 2001; Warren & Bishara, 2002).

Χρειάζεται στο σημείο αυτό, να δώσουμε λίγο περισσότερο χώρο στην αναφορά της ευεργετικότητας του θηλασμού στην αναπνοή. Οι Ferreira & Toledo (1997) εξέτασαν 427 παιδιά ηλικίας από 3 έως 6 ετών και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως όσο μεγαλύτερη διάρκεια έχει ο θηλασμός, τόσο μικρότερη θα είναι η επικράτηση των στοματικών έξεων και της αναπνοής από το στόμα. Μια

ακόμα έρευνα των Luciana et al (2005) έλαβε μέρος σε παιδιά ηλικίας από 3.3 ετών έως 6.11 τα οποία είχαν υποβληθεί σε ωτορινολαρυγγολογική αξιολόγηση για τον προσδιορισμό της ρινικής ή στοματικής αναπνοής τους, καθώς και σε μια αξιολόγηση για την ομιλία τους. Οι παράγοντες που ελήφθησαν υπόψιν είναι ο τρόπος θηλασμού των παιδιών, η διάρκεια θηλασμού τους καθώς και η παρουσία στοματικών έξεων. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής υποδεικνύουν πως η περίοδος θηλασμού ήταν μεγαλύτερη στα παιδιά με ρινική αναπνοή, ιδιαίτερα στις ηλικίες μεταξύ των 3 και 6 μηνών. Αξιοσημείωτη είναι απ' την άλλη, η παρουσία των στοματικών έξεων στα παιδιά με στοματική αναπνοή.

Πέρα από την ευεργετική πλευρά που διαθέτει ο μητρικός θηλασμός, οι λάθος χειρισμοί αυτού, μπορεί να προκαλέσουν αρνητικές επιπτώσεις στο βρέφος. Ο πρόωρος απογαλακτισμός απ' τη μία πλευρά, μπορεί να εμποδίσει την κατάλληλη ανάπτυξη των στοματικών μυών και να προκαλέσει αλλαγές στη θέση και τη δύναμη των αρθρωτικών μηχανισμών, επηρεάζοντας έτσι αρνητικά τη μάσηση, την κατάποση, την αναπνοή και την άρθρωση (Gimenez et al, 2008; Santos-Nero et al, 2009; Albuquerque et al, 2010). Απ' την άλλη πλευρά όμως, η επίμονη και ακατάλληλη πραγμάτωση του θηλασμού μπορεί να συσχετιστεί με την εγκαθίδρυση μη επιθυμητών στοματικών συνηθειών, όπως ο θηλασμός του δακτύλου, η χρήση πιπίλας ή άλλων αντικειμένων προκειμένου να επιτευχθεί η ευχαρίστηση (Gimenez et al, 2008; Medeiros et al, 2009; Albuquerque et al, 2010).

Οι Valdrighi et al (2004) μελέτησαν την επιρροή του θηλασμού στην παρουσία των στοματικών έξεων (χρήση πιπίλας, θηλασμός δακτύλου) και βρήκαν αυτές τις συνήθειες σε ποσοστό 82% σε παιδιά που δε θηλάστηκαν, 79% σε παιδιά που θηλάστηκαν για διάστημα μικρότερο από 6 μήνες και μόνο 34% σε εκείνα που θηλάστηκαν για περισσότερο από 6 μήνες.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Έχουν πραγματοποιηθεί εκτενείς έρευνες προκειμένου να καθοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την επικράτηση και τη διάρκεια του θηλασμού. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει πως οι παράγοντες διαφέρουν κατά πολύ από χώρα σε χώρα αλλά και από δεκαετία σε δεκαετία. Σύμφωνα με ένα δελτίο τύπου της UNICEF και του ΠΟΥ, ενώ το 1998 οι δείκτες θηλασμού για τους 4 πρώτους μήνες ζωής των παιδιών στην Κίνα έφταναν το 76%, το 2004 μειώθηκαν στο 64% (UNICEF, 2004). Αντίθετα, η εθνική έρευνα στις Ηνωμένες Πολιτείες που διεξήχθη από το 2004-2008 υποδεικνύει πως τα ποσοστά μύησης στο θηλασμό έχουν αγγίξει το 73.4% (Centers for Disease Control and Prevention, 2010), τη στιγμή που το 1990, πλησίαζαν μόλις το 51.5% (Ryan, Wenjun & Acosta, 2002).

Επίσης, μελέτες στην Αυστραλία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Σκωτία καθώς και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής αναφέρουν πως τα ποσοστά του θηλασμού είναι υψηλότερα στις γυναίκες που είναι μεγαλύτερης ηλικίας και έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Taylor et al, 2006; Thome et al, 2006; Baghurst et al, 2007; Cairney et al, 2007; Tarrant et al, 2008;). Επιπροσθέτως, το υψηλότερο εισόδημα φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερο ποσοστό θηλασμού σε χώρες όπως η Σουηδία (Wallby & Hjern, 2009) αλλά και στην αγροτική Τζαμάικα (Chatman et al, 2004). Σε αντίθεση με την παραπάνω μελέτη, έρχεται η έρευνα του Qiu et al (2009) σε μία περιοχή της Κίνας, η οποία αποδεικνύει πως οι νεότερες μητέρες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και οικογενειακό εισόδημα συνηθίζουν να θηλάζουν περισσότερο τα παιδιά τους.

Εν τω μεταξύ, συγκρίνοντας τα αποτελέσματα επικράτησης του θηλασμού στις αστικές και τις αγροτικές περιοχές, παρατηρείται ασυνέπεια. Πιο συγκεκριμένα, οι Kamudoni et al (2007) σε μία έρευνά τους σε αγροτικές και ημι-αστικές περιοχές του Μαλάουι (χώρα στη ΝΑ Αφρική), βρήκαν πως οι γυναίκες που ζούσαν σε ημι-αστικές περιοχές ήταν πιο πιθανό να εγκαθιδρύσουν τον αποκλειστικό θηλασμό. Ωστόσο, άλλες μελέτες βρήκαν πως οι γυναίκες των αγροτικών περιοχών συνηθίζουν περισσότερο να θηλάζουν (Batalet al, 2006; Qiu et al, 2009).

Μια πιο ολοκληρωμένη και πιο πρόσφατη έρευνα σχετιζόμενη με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του θηλασμού, απευθυνόμενη σε μητέρες 1.292 παιδιών, είναι αυτή των Jianghong et al (2013), η οποία διεξήχθη στην Νοτιοανατολική Κίνα. Η συγκεκριμένη παρουσιάζει χαμηλό ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού σε οικογένειες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Αντίστοιχα, μητέρες με λιγότερο απαιτητικό επάγγελμα θήλαζαν περισσότερο σε σύγκριση με εκείνες που το επάγγελμά τους απαιτούσε μεγαλύτερες ευθύνες και υποχρεώσεις. Η επικράτηση και η διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ήταν χαμηλότερη στις οικογένειες που ζούσαν στην πόλη σε σύγκριση με εκείνες που κατοικούσαν σε αγροτικές περιοχές. Φτάνοντας στο τέλος, τα παιδιά που ήταν πρωτότοκα θηλάσσονταν αποκλειστικά σε μεγαλύτερο βαθμό. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα πολλών ερευνών σε δυτικές χώρες.

Με μία γρήγορη ματιά σε όλα τα προαναφερθέντα, γίνεται φανερό πως η επικράτηση και η διάρκεια του θηλασμού ποικίλει από κουλτούρα σε κουλτούρα και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Δεδομένου ότι υπάρχει έλλειψη σχετικών ερευνών σε μία χώρα Μεσογειακή, όπως είναι η Ελλάδα, καθίσταται αναγκαία αλλά και ενδιαφέρουσα η διερεύνηση του συγκεκριμένου ζητήματος.

ΧΡΗΣΗ ΜΠΙΜΠΕΡΟ

Ο θηλασμός θεωρείται ευρέως ως η βέλτιστη διατροφή για ένα βρέφος. Οι πρόωρες όμως εμπειρίες που κάνουν τους μηχανισμούς απομύζησης να λειτουργούν διαφορετικά απο αυτούς του μητρικού θηλασμού, μπορεί πολύ συχνά να προκαλέσει το λεγόμενο πρόβλημα «σύγχυση θηλών»². Γι' αυτόν το λόγο, πολλοί ειδικοί συστήνουν την αποφυγή του τεχνητού θηλασμού, συμπεριλαμβανόμενου και του μπουκαλιού στα παιδιά που θηλάσουν (WHO, 1974,1989; Newman, 1990; Richard & Alade,1992; Neifert et al, 1995; UNICEF,

² Με τον όρο «σύγχυση θηλών» εννοείται το πρόβλημα που προκύπτει όταν ένα μωρό, εκτός από το στήθος τρέφεται με το μπουκάλι ή όταν του δίνεται πιπίλα. Ο τρόπος που ένα μωρό θηλάζει στο στήθος, έχει πολλές και ουσιαστικές διαφορές από τον τρόπο που πίνει από το μπουκάλι.

1996).

Όπως ο θηλασμός, έτσι και το μπιμπερό παίζει ρόλο στη διατροφική συμπεριφορά των βρεφών. Εντούτοις, ο θηλασμός παρέχει ένα ύψος διατροφής λιγότερο ελεγχόμενο (καθώς δε μπορεί η μητέρα να προδιορίσει την ποσότητα γάλατος που θα προσλάβει το παιδί) αλλά περισσότερο υπεύθυνο ως προς τις εσωτερικές ανάγκες του παιδιού για τροφή και ασφάλεια. Ο ρόλος του λοιπόν, είναι περισσότερο ενεργητικός. Το μπιμπερό απ' την άλλη, δε λειτουργεί κατά τον ίδιο τρόπο. Είναι μια πιο παθητική μέθοδος πρόσληψης τροφής, καθώς η ποσότητα του γάλατος καθορίζεται από το φροντιστή. Συνεπώς, αυτό οδηγεί στη μειωμένη αυτορρύθμιση του βρέφους ως προς την πρόσληψη του γάλατος που εκείνο έχει ανάγκη (Li et al, 2010; Bartok, 2011; Disantis et al, 2011;).

Τη στιγμή που ο μητρικός θηλασμός έχει ευνοϊκή επίδραση στους μασητήριους μύες, όπως προαναφέρθηκε και παραπάνω από τους Sakashita et al, 1996&2004; Gomes et al, 2006; Medeiros et al, 2009, άλλες μορφές θηλασμού, όπως για παράδειγμα το μπιμπερό, προκαλούν διαφορετικά λειτουργικά ερεθίσματα. Αυτά τα ερεθίσματα μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την ανάπτυξη του στοματικού μηχανισμού καθώς και τη θέση και τη δύναμη των στοματογναθικών δομών, με επιζήμιες επιπτώσεις στις στοματικές λειτουργίες, όπως αυτής της μάσησης (Sakashita et al, 1996; Neiva et al, 2003; Medeiros et al, 2004; Carrascoza et al, 2006). Ο Broad (1975) στην έρευνά του, που πραγματοποιήθηκε στη Νέα Ζηλανδία και έλαβαν μέρος 108 παιδιά, βρήκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παιδιών που σιτίστηκαν με μπιμπερό και της παρουσίας προσθιοπίσθιων ανώμαλων συγκλίσεων, τη στιγμή που ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης αυτού του φαινομένου. Το μπιμπερό έχει αρνητική επίδραση στο στοματικό μηχανισμό των παιδιών, από τη στιγμή που το παιδί σιτίζεται με μπουκάλι για περισσότερο από ένα χρόνο. Μια πιθανή εξήγηση για αυτά τα αποτελέσματα είναι πως η απομύζηση της θηλής ενός μπουκαλιού αρχικά, περιλαμβάνει τους περιστοματικούς μύες, οι οποίοι δεν παρέχουν κάποιο ερέθισμα στον κροταφογναθικό μηχανισμό και κατά συνέπεια δεν ενθαρρύνεται η ανάπτυξή του (Neiva et al, 2003; Sanches, 2004; Gomes et al, 2006; Lescano et al, 2006; Limme, 2010).

Τα ευρήματα μιας από τις έρευνες του Barbosa et al (2009) που πραγματοποιήθηκε στην Παταγονία και συμπεριέλαβε 128 παιδιά ηλικίας από 3 έως 5 ετών, υποστηρίζουν πως οι στοματικές συνήθειες, όπως αυτή του μπιμπερό, σχετίζονται με διαταραχές της ομιλίας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Βρέθηκε πως η έναρξη χρήσης μπιμπερό μετά τους 9 μήνες, φαίνεται να είναι πιο ευνοϊκή ως προς τον περιορισμό των φωνολογικών διεργασιών, όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα κάποιων αρθρωτικών τεστ που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα.

Πιο πρόσφατες έρευνες των Vasconcelos et al, 2011; Bueno et al, 2013 και Fernandes et al, 2015 υποδεικνύουν πως τα παιδιά που χρησιμοποίησαν μπουκάλι για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαφόρων ειδών στοματικές έξεις. Οι Mizuno & Ueda (2006) αποδίδουν αυτήν τη συσχέτιση στους διαφορετικούς μηχανισμούς απομύζησης που χρησιμοποιούνται όταν πραγματοποιείται μητρικός θηλασμός και όταν γίνεται χρήση μπιμπερό. Επίσης έδειξαν πως όταν ένα παιδί σιτίζεται από μπιμπερό, χρειάζεται μικρότερη προσπάθεια απομύζησης προκειμένου να πιει γάλα, εξαιτίας της μεγαλύτερης ροής που έχει η τεχνητή θηλή σε σύγκριση με τη μητρική θηλή. Ως εκ τούτου, η συναισθηματική απόλαυση που αναμένεται από το πιπίλισμα μπορεί να μην επιτευχθεί και το παιδί να προσπαθήσει να ικανοποιηθεί μέσω των στοματικών έξεων.

Η χρήση του μπιμπερό, στον τομέα της ανάπτυξης της ομιλίας και του λόγου, χρήζει μεγαλύτερης έρευνας. Αυτός είναι και ο λόγος που το συγκεκριμένο θέμα διερευνάται στην εν λόγω ερευνητική εργασία. Πρόκειται για μία προσπάθεια διερεύνησης εάν και κατά πόσο η ηλικία έναρξης, τερματισμού και η διάρκεια χρήσης του μπιμπερό επηρεάζουν την ανάπτυξη της ομιλίας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΠΙΜΠΕΡΟ

Οι Fox et al (2002) μελέτησαν παιδιά με διαταραχές ομιλίας από τη Γερμανία και ανέφεραν μια αξιοσημείωτη αυξημένη χρήση του μπιμπερό και της πιπίλας σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς διαταραχές ομιλίας. Παιδιά ανεπτυγμένων χωρών της Δύσης είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσουν μπιμπερό και πιπίλα, σε αντίθεση με τις αναπτυσσόμενες χώρες. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η χρήση του μπιμπερό ως τρόπος σίτησης έχει αυξηθεί περίπου στο 75%-79% στη Δύση (Zadik et al, 1977; Svedmyr, 1979; Degan et al, 2004).

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ

Για τα νεογέννητα, το κλάμα είναι ο μόνος τρόπος επικοινωνίας. Καθώς μεγαλώνουν, σταδιακά αρχίζουν να επικοινωνούν μέσω πραγματικών λέξεων και φράσεων. Ξεκινώντας από το βάβισμα, περνώντας στην έκφραση μιας λέξης στην ηλικία του ενός έτους, συνεχίζοντας στη σύνθεση δύο λέξεων, μετέπειτα φράσεων στους 24 μήνες, προκειμένου να φτάσουν στην ηλικία των 4 και να προφέρουν ολόκληρες προτάσεις. Τα τρία πρώτα χρόνια της ζωής είναι μείζονος σημασίας καθώς τότε είναι που οι γονείς θα αναγνωρίσουν τυχόν καθυστερήσεις ή διαφορές στην ανάπτυξη των παιδιών τους (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2011).

Τα χείλη, η γλώσσα, τα δόντια, η φατνία συμμετέχουν στη σωστή ανάπτυξη της ομιλίας. Η γλώσσα είναι ο πιο σημαντικός αρθρωτής καθώς είναι υπεύθυνη για την εκμαίευση των περισσότερων φωνημάτων. Αυτός ο μύς είναι υπεύθυνος για την πλειονότητα αυτών. Η ράχη, ή το μεγαλύτερο μέρος της γλώσσας, απλώνεται στη μαλακή και τη σκληρή υπερώα. Η γλώσσα βοηθά σχεδόν κάθε αρθρωτή στο σχηματισμό συγκεκριμένων φωνημάτων. Τα χείλη συνδράμουν σημαντικά και αυτά στην παραγωγή των χειλικών και χειλεοδοντικών φωνημάτων όπως είναι τα /p/, /b/, /m/, /f/ και /v/. Εξασφαλίζοντας

σταθερό κλείσιμο, τα χείλη είναι ικανά να δημιουργήσουν ήχους χρησιμοποιώντας έναν εκρηκτικό τρόπο και οδηγώντας εν τέλει στη σωστή εκμείωση αυτών των φωνημάτων. Δύο ακίνητοι αρθρωτές είναι εξίσου σημαντικοί όσον αφορά στην ανάπτυξη της ομιλίας. Πρόκειται για τη φατνία και τα δόντια που είναι υπεύθυνοι για τη δημιουργία μιας άλλης ομάδας φωνημάτων. Αυτή η διαδικασία στεγάζει τα πάνω δόντια, και με τη βοήθεια της γλώσσας είναι σε θέση να παράγει φατνιακούς ήχους όπως τα /t/, /d/, /s/, /z/, /n/ και /l/. Ο τελευταίος αλλά εξίσου σημαντικός αρθρωτής που έρχεται σε επαφή με τις συνήθειες του παιδιού είναι τα δόντια. Επιπλέον, σε συνεργασία με τη γλώσσα, τα δόντια βοηθούν στην παραγωγή των φωνημάτων όπως /f/, /v/, /θ/ και /δ/. (Pena-Brooks & Hedge, 2007).

Όπως προαναφέρθηκε, ένα συστατικό το οποίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την εξέλιξη της ομιλίας είναι η ανάπτυξη των δοντιών. Όταν αναπτύσσονται τα πρώτα δόντια σε ένα παιδί, λέγεται πως είναι τα φυλλοβόλα³. Τα συγκεκριμένα δόντια κάνουν την εμφάνισή τους περίπου στους πρώτους έξι μήνες της ζωής και από τότε κάθε μήνα σχεδόν εκφύονται σιγά σιγά και τα υπόλοιπα δόντια (Tortora & Nielsen, 2012). Τα φυλλοβόλα δόντια, στις περισσότερες περιπτώσεις συμπεριλαμβάνουν δύο κεντρικούς και πλευρικούς κοπτήρες, δύο κυνόδοντες και δύο γομφίους. Όλα αυτά τα δόντια θα χαθούν μεταξύ των 6 και 12 χρόνων, πριν τα μόνιμα δόντια κάνουν την εμφάνισή τους. Τα δόντια, και ειδικότερα τα προσωρινά που έχουμε ως παιδιά, είναι εξαιρετικά σημαντικά στην ανάπτυξη της ομιλίας και ενδέχεται να επηρεαστούν όταν γίνεται χρήση πιπίλας ή/και θηλασμός δακτύλου.

³ Τα φυλλοβόλα δόντια, γνωστά και ως προσωρινά δόντια, είναι η πρώτη ομάδα δοντιών που εμφανίζεται κατά την ανάπτυξη του ανθρώπου.

ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΞΕΙΣ

Η απομύζηση, κοινώς το πιπίλισμα, είναι βασικό αντανακλαστικό στα νεογέννητα. Τα περισσότερα βρέφη πιπιλίζουν πολλές φορές καθημερινά, είτε μέσω του στήθους της μητέρας, είτε μέσω του μπιμπερό. Ωστόσο, εάν οι στοματικές έξεις (χρήση πιπίλας, θηλασμός δακτύλου) θα πρέπει να επιτρέπονται ή να ενθαρρύνονται, και αν ναι με ποιόν τρόπο και για πόσον καιρό, παραμένει αμφιλεγόμενο (Brazelton & Sparrow, 2001).

Γι' αυτόν το λόγο, και για τη μεγαλύτερη κατανόηση των στοματικών έξεων, παρουσιάζονται παρακάτω αναλυτικά τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τόσο της πιπίλας όσο και του θηλασμού του δακτύλου.

ΧΡΗΣΗ ΠΙΠΙΛΑΣ

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Οι στοματικές έξεις, όπως είναι η χρήση της πιπίλας, αποτελούν φυσιολογικό αντανακλαστικό τόσο στα έβρυα όσο και στα νεογέννητα βρέφη. Η πιπίλα χρησιμοποιείται προκειμένου να καλύψει την έμφυτη επιθυμία του βρέφους για εξασφάλιση της ευχαρίστησης για πάνω από 2000 χρόνια (Levin, 1971). Επίσης θεωρείται ένας τρόπος ικανοποίησης των αισθημάτων της ασφάλειας και της άνεσης των παιδιών καθώς μεγαλώνουν. Τα συγκεκριμένα αισθήματα εκλείπουν τις περισσότερες φορές όταν το παιδί βρίσκεται σε μη οικείο περιβάλλον, περιτριγυρίζεται από αγνώστους ή είναι μέλος μιας οικογένειας με χωρισμένους γονείς. Γι' αυτό και η επικράτηση των στοματικών έξεων σε αυτές τις περιπτώσεις φαίνεται μεγαλύτερη (JADA, 2007). Τα παιδιά ξεκινούν, ως επί το πλείστον, τη χρήση πιπίλας όταν τους τη δίνουν οι φροντιστές, σε μία προσπάθειά τους να τα ηρεμήσουν από το κλάμα, κάτι που επωφελεί περισσότερο το φροντιστή παρά το παιδί (Zempsky et al, 2004). Θα πρέπει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο, πως στις περιπτώσεις που η πιπίλα

κρίνεται απαραίτητο να χορηγηθεί στο παιδί για την εξασφάλιση της συναισθηματικής σταθερότητας, θα πρέπει να γίνεται με ορθολογικό τρόπο, από τη στιγμή που η σοβαρότητα των δυσμενών επιπτώσεων σχετίζονται με τη διάρκεια (χρονικό διάστημα), τη συχνότητα (φορές ανά ημέρα) και την ένταση (διάρκεια της κάθε κίνησης της απομύζησης και τη δραστηριότητα των μυών) της κάθε χρήσης (Graber's triad), το οποίο μπορεί να προκαλέσει ανώμαλη σύγκλειση στα δόντια, λαθασμένη τοποθέτηση της γλώσσας και προβλήματα άρθρωσης (Silva et al, 2006).

Συνεχίζοντας στην αναφορά των πλεονεκτημάτων της πιπίλας, μπορεί να έχει θετικές επιπτώσεις και στα παιδιά καθώς η πιπίλα χορηγείται προκειμένου τα νεογέννητα και τα βρέφη να ανακουφιστούν από τυχόν πόνους, όπως για παράδειγμα την περίοδο που κάνουν την εμφάνισή τους τα πρώτα δόντια (American Academy of Pediatrics, 2006). Επίσης, η πιπίλα, όπως και ο θηλασμός του δακτύλου, αποφορτίζουν τα παιδιά από την ένταση που δημιουργείται κατά τη διάρκεια μιας αγχωτικής κατάστασης, όπως επίσης τα βοηθούν να κοιμηθούν πιο εύκολα (Bergeret et al, 2006; JADA, 2007). Εκτιμάται πως το 75% των παιδιών στις δυτικές χώρες έχει κάνει χρήση πιπίλας κάποια στιγμή στη ζωή του (Niemeleä et al, 2000).

Οι θετικές επιδράσεις της πιπίλας φαίνονται και στα πρόωρα μωρά. Πιο συγκεκριμένα, μία πιπίλα χορηγείται προκειμένου να εισαχθεί νωρίτερα η στοματική σίτιση σε μωρά τα οποία αρχικά σιτίζονταν μέσω γαστρικού σωλήνα. Ο Standley (2003) πρώτα και οι Neiva & Leone (2007) έπειτα διατύπωσαν τη θεωρία πως οι διεγέρσεις που προκαλούνται από τη χρήση της πιπίλας, ακόμη και του δακτύλου προάγουν το νωρίτερο ξεκίνημα του θρεπτικού πιπιλίσματος⁴, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη και ωρίμανση του στοματικού μηχανισμού των πρόωρων μωρών.

Μεταξύ άλλων πλεονεκτημάτων της χρήσης της πιπίλας, είναι η παρεμπόδιση του Συνδρόμου Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου (SIDS). Το SIDS είναι ο ανεξήγητος θάνατος μωρών ηλικίας κάτω του ενός έτους ακόμη και αν έχουν υποβληθεί σε όλες τις απαραίτητες και προβλεπόμενες εξετάσεις (Li et al,

⁴ θρεπτικό πιπιλίσμα: όταν δηλαδή το μωρό λαμβάνει γάλα καταπίνοντας.

2006; Task Force on SIDS, 2011). Πρώτη φορά, το 1979, διαπιστώθηκε από τους Cozzi et al, πως η χρήση της πιπίλας μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης αυτού του συνδρόμου. Κάποιες χώρες συνηγορούν στη θεωρία μείωσης του συνδρόμου μέσω της χρήσης της πιπίλας, ενώ άλλες είναι αντιμαχόμενες υποστηρίζοντας πως χρειάζονται περισσότερα στοιχεία ως προς κατά ποιόν τρόπο η συγκεκριμένη συσκευή προσφέρει προστασία.

Οι Mitchell et al (1993) σε έρευνά τους στη Νέα Ζηλανδία, πρώτοι ανέφεραν τη συσχέτιση μεταξύ της χρήσης της πιπίλας και του χαμηλότερου κινδύνου για το σύνδρομο αυτό. Από τότε, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετοί επανέλεγχοι που επανεξετάζουν αυτήν τη συσχέτιση. Το 2005, οι Hauck et al πραγματοποίησαν έναν επανέλεγχο 7 περιπτώσεων και ανέφεραν πως τοποθετώντας το βρέφος για ύπνο μαζί με την πιπίλα, αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα απέναντι στο σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου. Την επόμενη χρονιά, το 2006 οι Mitchell et al βρήκαν 17% σχεδόν μείωση του κινδύνου η οποία σχετίζεται με συστηματική, αλλά όχι υπερβολική χρήση πιπίλας και 50% μείωση του κινδύνου αιφνίδιου θανάτου όταν η πιπίλα χορηγείτο στον τελευταίο ύπνο της ημέρας. Ωστόσο, οι ερευνητές που αναφέρθηκαν παραπάνω, διχάζονται, όπως φαίνεται και στα συμπεράσματά τους τα οποία είναι διφορούμενα, προτείνοντας πως η σύσταση για χορήγηση πιπίλας είναι ανοιχτή προς διάλογο, εξετάζοντας την επιρροή της πιπίλας στο μητρικό θηλασμό. Έτσι, οι Blair et al (2009) μελετώντας μια μικρότερη ομάδα ελέγχου-περιπτώσεων στην Αγγλία, δεν ταυτοποίησαν κάποια σημαντική προστατευτική επίδραση της πιπίλας.

Οι Hauck et al (2005) ολοκληρώνοντας, υποστηρίζουν πως η χρήση πιπίλας ενισχύει την ικανότητα στοματικής αναπνοής σε περίπτωση που η ρινική οδός είναι φραγμένη. Συνοψίζουν λέγοντας πως η ασφυξία και η υπνική άπνοια προκαλείται από λαθασμένη θέση της γλώσσας, ενώ η πιπίλα θέτει τη γλώσσα σε πρόσθια θέση κάτι που μειώνει τον κίνδυνο της στοματοφαρυγγικής απόφραξης.

Ολοκληρώνοντας το κομμάτι του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου βρεφών, καθίσταται αναγκαίο να αναφερθεί μια πρόσφατη έρευνα της ομάδας εργασίας

του συνδρόμου αυτού (Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, 2011). Στη συγκεκριμένη δίνεται βάση στις συστάσεις για την επίτευξη ενός πιο ασφαλούς ύπνου. Μέσα σε αυτές, σημαντική θέση κατέχει η χορήγηση της πιπίλας πριν το παιδί κοιμηθεί καθώς αποτρέπει τη γλώσσα από το να πέσει πίσω στο φάρυγγα προκαλώντας έτσι απόφραξη στην παροχή αέρα.

Παρόλη την ευεργετική συνεισφορά της πιπίλας στο σύνδρομο αυτό, αναφέρεται πως όταν τα παιδιά ξεκινούν την ανεπτυγμένη τους ομιλία, δηλαδή γύρω στους 12 μήνες, οι φροντιστές θα πρέπει να αποσύρουν σιγά σιγά την πιπίλα (BabyCenter, 2013). Εάν τα παιδιά έχουν συνεχώς μέσα στο στόμα τους την πιπίλα, πως θα ξεκινήσουν να μιλούν;

- ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Άλλες μελέτες έχουν δείξει αρνητικές επιδράσεις της χρήσης της πιπίλας σε διάφορους τομείς. Μία έρευνα του Πανεπιστημίου Wisconsin-Madison στις Ηνωμένες Πολιτείες, υποστηρίζει πως οι πιπίλες μπορούν να προκαλέσουν συναισθηματική και γλωσσική καθυστέρηση στα παιδιά, ειδικά στα αγόρια (Herzog, 2012). Η συγκεκριμένη έρευνα θα μπορούσε να έχει πραγματοποιηθεί για οποιονδήποτε συντάσσει έρευνα για αυτό το θέμα ή για τους γονείς που εκδηλώνουν ενδιαφέρον για τη χρήση της πιπίλας. Η συγγραφέας, Karen Herzog, υποστηρίζει πως τα παιδιά που χρησιμοποιούν πιπίλες δεν είναι σε θέση να μιμηθούν εκφράσεις του προσώπου των άλλων από τη στιγμή που η πιπίλα βρίσκεται συνεχώς μέσα στο στόμα τους. Δηλώνει πως τα κορίτσια κάνουν επαρκή συναισθηματική πρόοδο με ή χωρίς την πιπίλα, σε αντίθεση με τα αγόρια. Η Herzog ολοκληρώνει την έρευνά της με την εξέταση δύο διαφορετικών ηλικιακά ομάδων, αγοριών και ανδρών οι οποίοι έχουν χρησιμοποιήσει πιπίλα στην παιδική τους ηλικία. Η πρώτη ομάδα αποτελούταν από αγόρια ηλικίας μεταξύ 6 και 7 ετών και η δεύτερη ομάδα από άνδρες φοιτητές. Η πρώτη ομάδα σκόραρε χαμηλότερα στην ικανότητα μίμησης ενός

βίντεο που τους παρουσιάστηκε και η δεύτερη ομάδα σκόραρε χαμηλότερα στην αναμενόμενη ομιλία σε σχέση με τους συνομιλήκους τους. Η Herzog στη συνέχεια δηλώνει πως η μειωμένη ανάπτυξη του συναισθήματος που προκαλείται από τις πιπίλες, μετέπειτα προκαλεί καθυστέρηση στην ομιλία. (Herzog, 2012).

Μία από τις πρώτες ανησυχίες που εκφράζουν οι μητέρες σχετικά με τη χρήση της πιπίλας είναι οι πιθανότητες δυσμορφίας των δοντιών ή/και της σιαγόνας (Pansy et al, 2008). Η σύνδεση των στοματικών έξεων, συμπεριλαμβανομένης και της πιπίλας με τις επιπτώσεις στην ανάπτυξη της στοματικής ανατομίας των παιδιών έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία εδώ και αρκετά χρόνια. Οι Arguto et al το 1999, εξέτασαν 1.110 παιδιά ηλικίας μεταξύ 3 και 6 ετών που ζούσαν στη Χιλή. Ανέφεραν πως οι κακές στοματικές συνήθειες (πιπίλα και θηλασμός δακτύλου) σχετίζονται με την ανάπτυξη ανωμαλιών στα δόντια της άνω γνάθου. Τον αμέσως επόμενο χρόνο, οι Tomita et al (2000) εξέτασαν την επίδραση των στοματικών έξεων και των προβλημάτων ομιλίας που σχετίζονται με τη σύγκλειση των δοντιών σε 2.139 παιδιά ηλικίας από 3 έως 5 ετών, στη Βραζιλία. Βρήκαν πως η συνήθεια χρήσης της πιπίλας αποτελεί μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης αλλοιώσεων στη σύγκλειση των δοντιών, ακολουθούμενη από τη συνήθεια θηλασμού του δακτύλου.

Εξετάζοντας τη βιβλιογραφία από τα παλαιότερα χρόνια έως και σήμερα, γίνεται φανερό πως οι στοματικές έξεις είναι αρκετές φορές υπαίτιες για την ανάπτυξη ανωμαλιών στην οδοντοφυΐα. Πιο αναλυτικά, οι Kohler et al (1973), Thilander et al (1973), American Dental Association (2003), Warren et al (2005) και Dimberg et al (2013) υποστηρίζουν πως ανάμεσα στα παιδιά προσχολικής ηλικίας τα πιο συνήθη οδοντικά προβλήματα που παρουσιάζουν εξαιτίας των στοματικών έξεων είναι η χασμοδοντία, υπερβολική οριζόντια πρόταξη, κακή σύγκλειση τάξης II (Angle's class II) και σταυροειδή σύγκλειση. Είναι κοινώς αποδεκτό πως η επικράτηση των κακών στοματικών συνηθειών (χρήση πιπίλας, απομύζηση δακτύλου) πέραν των 3 ετών εμπλέκεται στην ανάπτυξη των προαναφερθέντων οδοντικών αλλοιώσεων (Svedmyr, 1979; ADA, 2003; Dimberg et al, 2013). Ακόμα μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Kasparaviciene

et al (2014) σε 503 παιδιά ηλικίας από 5 έως 7 ετών στη Λιθουανία επιβεβαιώνει πως οι στοματικές έξεις έχουν αντίκτυπο στην ανάπτυξη ανωμαλιών στην οδοντοφυΐα με μια σημαντική συσχέτιση της χασμοδοντίας και της σταυροειδούς σύγκλεισης. Παρόλα αυτά, τα συμπεράσματα δεν αποτελούν έκπληξη καθώς πολυάριθμες μελέτες έχουν συνδέσει τις στοματικές έξεις με την εμφάνιση προβλημάτων στα δόντια (Svedmyr, 1979; Farsi et al, 1997; Klocke et al, 2002; Katz et al, 2004; Viggiano et al, 2004; Ovsenik, 2009; Quashie-Williams, 2010).

Σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα των Melink et al (2010) οι πιθανότητες για σταυροειδή σύγκλειση στην ηλικία των 4 και 5 ετών ήταν σχεδόν 22 φορές μεγαλύτερες στα παιδιά που έκαναν χρήση πιπίλας για περισσότερο από 36 μήνες σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν έκαναν χρήση πιπίλας, ενώ οι πιθανότητες ήταν μόνο 3.6 φορές μεγαλύτερες εάν η χρήση πιπίλας είχε περιοριστεί στους 18-35 μήνες.

Αρκετές έρευνες κάνουν αναφορά, επίσης, στην καταλληλότερη ηλικία που το παιδί θα πρέπει να τερματίσει τη συνήθεια της χρήσης πιπίλας προκειμένου να μη δημιουργηθούν αλλοιώσεις στα δόντια. Ο Royak (2006), αναφέρει πως η χρήση της πιπίλας δεν επηρεάζει σημαντικά την οδοντοφυΐα εάν διακοπεί στην ηλικία των 2 με 3 ετών. Επιπλέον, όποιες αλλαγές έχουν συμβεί στα δόντια μέχρι εκείνη την περίοδο, επιδιορθώνονται καθώς το παιδί μεγαλώνει. Το ίδιο ορόσημο έχουν θέσει μέσα από τις έρευνές τους και οι Warren et al (2001), Scavone-Junior et al (2007) και Melink (2010). Αντίθετα, ο Larsson (2003) ορίζει την ηλικία αυτή στα 3 με 4 έτη.

Απ' την άλλη μεριά, όταν το παιδί δε διακόψει αυτή τη συνήθεια, οι επιδράσεις του στα μόνιμα δόντια είναι σημαντικές (Larsson, 2003). Ειδικό της οδοντιατρικής σημειώνουν πως εάν η συνήθεια της πιπίλας διακοπεί όταν το παιδί βρίσκεται ακόμα στην περίοδο της μικτής οδοντοφυΐας⁵, πολλές δυσμενείς αλλαγές θα ξεκινήσουν να συμβαίνουν (Christensen et al., 2005).

Όσον αφορά στην επιρροή που ασκεί η ένταση, η διάρκεια και η συχνότητα χρήσης της πιπίλας στην ανάπτυξη οδοντικών προβλημάτων, έχουν

⁵ μικτή οδοντοφυΐα: Η περίοδος αυτή ξεκινάει από την ηλικία των 6 ετών, συνήθως με την ανατολή των πρώτων μόνιμων γομφίων της κάτω γνάθου και τελειώνει με την απόπτωση του τελευταίου νεογιλού δοντιού.

ασχοληθεί πολλοί ερευνητές όπως ο Larsson (1983,2001), Larsson & Dhalin (1985), Warren et al (2001), Duncan et al (2008), Romero et al (2011), Silva et al (2007), Vasconcelos et al (2011). Υπογραμμίζουν πως η παρατεταμένη καθημερινή χρήση της πιπίλας για 48 μήνες, αρκεί για την έναρξη κάποιας ανώμαλης σύγκλεισης. Επίσης οι Warren & Bishara (2002) τονίζουν πως 4-6 ώρες χρήσης της πιπίλας ανά ημέρα είναι αρκετές για να προκαλέσουν μετακίνηση των δοντιών. Τέλος, η πρόσφατη έρευνα των Valdeane et al (2015) στη Βραζιλία, επιβεβαιώνει τη συσχέτιση μεταξύ της παρατεταμένης χρήσης της πιπίλας και των αλλαγών στη σύγκλειση των μικρών παιδιών. Τα προβλήματα σύγκλεισης συνδέονται σημαντικά με τη διάρκεια και τη συχνότητα χρήση πιπίλας.

Τόσο οι μητέρες όσο και οι ειδικοί, όπως είναι οι λογοθεραπευτές εκφράζουν την ανησυχία τους ως προς τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν οι στοματικές έξεις στην ομιλία των παιδιών. Ο Boshart (2001) πρότεινε πως τα οδοντικά προβλήματα τα οποία είναι συνδεδεμένα με παρατεταμένη χρήση της πιπίλας μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα άρθρωσης όπως για παράδειγμα αλλοίωση των χειλικών και φατνιακών φωνημάτων. Εκτός από τα προβλήματα στην άρθρωση, είναι εύλογο πως οι στοματικές έξεις ίσως προκαλέσουν προβλήματα στην ανάπτυξη της ομιλίας με διαφορετικούς τρόπους. Με τη στοματική κοιλότητα μερικώς καλυμμένη από την πιπίλα, το βάθισμα και η μίμηση ήχων και λέξεων μπορεί να είναι περιορισμένα (Larsson, 2003; Shotts et al, 2008). Επιπροσθέτως, το παιδί ίσως να μην προσπαθήσει καν να μιλήσει (Van Norman, 2001). Από την άλλη μεριά, τα στοιχεία που υποστηρίζουν αυτήν την αιτιώδη σχέση, είναι αδύναμα (Nelson, 2012).

Καθώς εξετάζουμε τη σχέση μεταξύ των στοματικών συνηθειών και των λειτουργικών διαταραχών ομιλίας, οι Fox et al (2002) ανακάλυψαν πως μία ομάδα από παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας με διαταραχές ομιλίας είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν κάνει χρήση πιπίλας, θηλασμό δακτύλου ή πιπιμπερό για περισσότερο από 24 μήνες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου με φυσιολογική ομιλία. Η σχέση της πιπίλας με την ομάδα ελέγχου, παρόλα αυτά, δεν έχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Οι Barbosa et al (2009) και Nelson (2012) υποδεικνύουν πως η πιπίλα έχει αρνητικές επιδράσεις στην ομιλία των παιδιών ηλικίας από 3 έως 5 ετών μόνο στην περίπτωση που η χρήση της πιπίλας γινόταν για περισσότερο από 3 χρόνια. Σε αντίθεση με τα παραπάνω έρχονται οι Shotts et al (2008) οι οποίοι δε βρήκαν σημαντική επιρροή της παρατεταμένης χρήσης της πιπίλας στην άρθρωση της ομιλίας.

Οι πιπίλες προκαλούν αλλαγές και στη γλώσσα και τις περιστοματικές κινήσεις των μυών, κάνοντας αυτά τα όργανα πλαδαρά, εγκαθιδρώντας παράλληλα λαθασμένη θέση της γλώσσας κάτι που είναι επιβλαβές για την κατάποση και αργότερα για τη μάσηση. Ο Larsson (1983) υποστήριξε πως με την παρουσία της πιπίλας, η γλώσσα κρατείται χαμηλά στο στόμα και δεν ασκεί πίεση στη σκληρή υπερώα επιδεινώνοντας έτσι τα προβλήματα της υπερώας και οδηγώντας σε σταυροειδή σύγκλειση. Η λογοθεραπεύτρια Hamaguchi (2007) υποστήριξε σε ένα άρθρο της πως οι πιπίλες προκαλούν παθολογική προώθηση της γλώσσας. Επίσης, την αναγκάζει να ισιώνει σε κατάσταση ηρεμίας ή να σπρώχνεται ανάμεσα στα δόντια προκαλώντας διαφόρων ειδών προβλήματα στη σύγκλειση των δοντιών. Αυτοί οι οδοντικοί περιορισμοί ενδέχεται να παρεμποδίσουν τα παιδιά από το να προφέρουν με επιτυχία τα φωνήματα /s/ και /z/. Η συγκεκριμένη καθυστέρηση στην ανάπτυξη της ομιλίας είναι ικανή να προκαλέσει στο παιδί αλλοιώσεις στην εκφορά την συρριστικών φωνημάτων όταν προφέρει τις λέξεις (BabyCenter Editorial Team, 2007).

Συνεχίζοντας στην αναφορά των αρνητικών επιδράσεων που μπορεί να προκαλέσει η χρήση πιπίλας, είναι αναγκαίο να αναφέρουμε και την οξεία μέση ωτίτιδα⁶ (AOM). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, 1989) ανέφερε θετική συσχέτιση μεταξύ της πιπίλας και των αυξημένων περιστατικών της μέσης ωτίτιδας. Δύο αιτιώδεις μηχανισμοί έχουν προταθεί για τη συγκεκριμένη συσχέτιση (Niemelä et al, 1994&1995; Jackson et al, 1999; Niemelä et al 2000). Πρώτον, η απομύζηση της πιπίλας αυξάνει τις παλινδρομήσεις των ρινοφαρυγγικών εκκρίσεων στο μέσο αυτί. Δεύτερον, η χρήση πιπίλας μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη δομή των δοντιών και επομένως δυσλειτουργία στην

⁶ οξεία μέση ωτίτιδα: είναι η μόλυνση του τμήματος του αυτιού πίσω από το τύμπανο (μέσο αυτί).

ευσταχιανή σάλπιγγα.

Πιο συγκεκριμένα, οι Niemelä et al (1995) στην έρευνά τους στη Φινλανδία βρήκαν πως τα παιδιά που χρησιμοποιούν πιπίλα είναι κατά 3 φορές πιο επιρρεπή στο να αναπτύξουν οξεία μέση ωτίτιδα σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν κάνουν χρήση. Το 2000 οι Niemelä et al πραγματοποίησαν ξανά μια έρευνα αναφέροντας πως η εμφάνιση της οξείας μέσης ωτίτιδας στην ομάδα που δέχτηκε κάποιου είδους παρέμβαση ήταν 29% χαμηλότερη. Συνέχισαν, υποδεικνύοντας πως η εμφάνιση της οξείας μέσης ωτίτιδας στα παιδιά που έκαναν χρήση πιπίλας επανειλημμένα ήταν 33% υψηλότερη σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν έκαναν καθόλου χρήση ή την είχαν μόνο για να κοιμηθούν.

Παρόλα αυτά, οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι και σήμερα, εμπειριέχουν μεθοδολογικούς περιορισμούς. Για παράδειγμα, οι Niemelä et al (1994) πραγματοποίησαν μια αναδρομική μελέτη η οποία μπορεί να έχει υποβληθεί σε σφάλμα ανάκλησης. Επίσης, εξέτασαν αυτοαναφερόμενα περιστατικά οξείας μέσης ωτίτιδας, τα οποία ενδεχομένως έχουν οδηγήσει σε υπερεκτίμηση αυτής της συσχέτισης. Την επόμενη χρονιά (1995) όπως προαναφέρθηκε, πραγματοποίησαν άλλη μια έρευνα η οποία βασίστηκε σε έναν επιλεγμένο πληθυσμό, παραδείγματος χάρη παιδιά που τους παρείχαν καθημερινή φροντίδα γνωρίζοντας ότι είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ωτίτιδας αυτού του τύπου.

Ολοκληρώνοντας αυτό το κομμάτι, οι Niemelä et al (2000) υποστηρίζουν πως η επίδραση της μέσης ωτίτιδας στην ανάπτυξη της ομιλίας και του λόγου είναι σημαντική. Συμφωνούν και άλλες μελέτες που έγιναν αργότερα προσθέτοντας μάλιστα πως οι αρνητικές επιδράσεις που έχει η πιπίλα στην ανάπτυξη της ομιλίας είναι δευτερεύουσας σημασίας σε σχέση με αυτές της οξείας μέσης ωτίτιδας (Casby 2001; Roberts et al 2004).

Από τη στιγμή που το 75-85% των παιδιών που ζουν σε δυτικές χώρες κάνουν χρήση πιπίλας, καθίσταται αναγκαία μεγαλύτερη έρευνα πάνω στο κομμάτι της συσχέτισης της πιπίλας με την οξεία μέση ωτίτιδα (Victoria et al, 1997; Niemelä et al, 2000).

Τελευταία, αλλά όχι λιγότερο σημαντική επίδραση της χρήσης της

πιπίλας στα παιδιά, βρίσκεται στο πεδίο του θηλασμού. Οι Nelson et al (2005) κατέγραψαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της χρήσης της πιπίλας και του χαμηλότερου ποσοστού θηλασμού σε διάφορες χώρες, με μεγαλύτερη επικράτηση της πιπίλας σε ομάδες που εφάρμοζαν αυστηρά σίτιση με μπιμπερό αλλά και σε εκείνες που οι μητέρες, την ίδια περίοδο, και θήλαζαν και χορηγούσαν μπιμπερό στα παιδιά τους. Ωστόσο, στη μελέτη των Abigail et al (2007), χώρες με υψηλό αλλά και χαμηλό ποσοστό θηλασμού (80%-4% αντίστοιχα) έδειξαν υψηλό ποσοστό χρήσης της πιπίλας (36%-42%, αντίστοιχα). Οι συγγραφείς αναγνώρισαν πως η πιπίλα δύναται να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για δυσκολίες στο θηλασμό αλλά ταυτόχρονα και η αιτία. Οι Howard et al (2003) βρήκαν πως η πρώιμη χορήγηση της πιπίλας (μέσα στον πρώτο μήνα της ζωής) προκαλεί μείωση του αποκλειστικού θηλασμού και συνδέεται με τη μείωση της συνολικής διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού. Επίσης, πολλοί οργανισμοί υγείας συστήνουν την αποφυγή της χρήσης της πιπίλας σε βρέφη που θηλάζονται, εκτός και αν είναι ιατρικά απαραίτητο (International Lactation Consultant Association, 2005; WHO, 2010; ABM, 2010) ή τουλάχιστον να αναβληθεί η χορήγησή της έως ότου ο θηλασμός εγκαθιδρυθεί (American Academy of Pediatrics, 2005; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, 2010).

Στις προαναφερθείσες έρευνες που ενοχοποιούν την πιπίλα για τη μείωση του θηλασμού, αντιτίθεται η έρευνα των Collins et al (2004) οι οποίοι εξέτασαν εάν η πιπίλα μειώνει το θηλασμό στα πρόωρα βρέφη. Βρήκαν πως η χρήση της πιπίλας δε σχετίζεται με χαμηλότερο ποσοστό θηλασμού ή μικρότερη διάρκεια θηλασμού στα πρόωρα βρέφη. Ακολουθεί η Αμερικανική Ακαδημία της Παιδιατρικής (AAP, 2006) σημειώνοντας πως οι πιπίλες δε φαίνεται να μειώνουν την επικράτηση του θηλασμού τόσο στα πρόωρα βρέφη όσο και στα φυσιολογικά.

ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ

Ο θηλασμός δακτύλου είναι μία εξίσου δημοφιλής συνήθεια για τα παιδιά. Προγεννητικές απεικονίσεις έχουν αποδείξει πολλάκις πως τα έμβρυα θηλάζουν τον αντίχειρά τους ή κάποιο δάκτυλό τους πριν καν γεννηθούν (Baby Center, 2003). Αυτή η συνήθεια εκδηλώνεται όταν τα παιδιά είναι ακόμα στη μήτρα, γύρω στην 29^η εβδομάδα της κύησης (Davidson, 2008). Γι' αυτόν το λόγο, πολλοί είναι οι γονείς που προτιμούν το παιδί τους να χρησιμοποιήσει πιπίλα από το να θηλάσουν το δάκτυλό τους, εξαιτίας αυτής ακριβώς της προσκόλλησης των παιδιών με τον αντίχειρά τους, όπως έχει επιβεβαιωθεί πολλές φορές βιβλιογραφικά (Thomaz, 2012).

Πολλά παιδιά χρησιμοποιούν την πιπίλα για να νιώσουν προστασία. Μεγαλώνοντας, αυτή η συνήθεια σιγά σιγά πρέπει να τερματιστεί. Αυτό επιτυγχάνεται με την απομάκρυνση της πιπίλας από το φροντιστή. Από την άλλη, η απομύζηση του δακτύλου δε μπορεί να διακοπεί τόσο εύκολα. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, τα παιδιά ανακαλύπτουν πως μπορούν να ανακουφιστούν από τυχόν πόνους ή άβολες καταστάσεις μόνα τους με το να θηλάζουν απλά το δάκτυλό τους.

Έρευνες υποστηρίζουν πως η απομύζηση δακτύλου μπορεί να είναι η αιτία για ορισμένες θεωρίες. Πρώτη θεωρία είναι πως η απομύζηση κατά τη διάρκεια της σίτησης δεν παρέχει μεγάλη ευχαρίστηση οπότε και τα βρέφη καταφεύγουν στο θηλασμό του δακτύλου. Μια ακόμη θεωρία είναι πως στην παρουσία συναισθηματικών διαταραχών τα παιδιά βρίσκουν την ανακούφιση στο δάκτυλό τους. Η τρίτη και τελευταία θεωρία είναι πως ο θηλασμός του δακτύλου αποτελεί παροχή ευχαρίστησης. Παρόλα αυτά, ο Thomaz (2012) αποκλείει τις δύο πρώτες θεωρίες.

Μια πιο ειδική μελέτη πραγματοποιήθηκε το 1970 βασιζόμενη σε παιδιά που ήταν προσκολλημένα στην απομύζηση του αντίχειρά τους για πολύ καιρό. Ο Anke (1971) μέλος της οδοντιατρικής μονάδας στο Όσλο της Νορβηγίας

ολοκλήρωσε την παραπάνω μελέτη. Πήραν μέρος 47 παιδιά που θήλαζαν οποιοδήποτε δάκτυλό τους τακτικά. Σε αυτά τα παιδιά χορηγήθηκε ένας νάρθηκας ο οποίος ήταν αποσπώμενος και τοποθετούταν από τη φατνία έως και τη ράχη της υπερώας. Από το σύνολο των παιδιών, τα 23 έλαβαν ψυχολογική υποστήριξη καθώς και το νάρθηκα προκειμένου να ενθαρρυνθούν για να διακόψουν αυτή τη συνήθεια, ενώ δύο ομάδες από 12 παιδιά η καθεμία αποτέλεσαν τις ομάδες ελέγχου. Η πρώτη ομάδα ελέγχου έλαβε ψυχολογική υποστήριξη αλλά όχι νάρθηκα τη στιγμή που η δεύτερη ομάδα ελέγχου δεν έλαβε ψυχολογική βοήθεια ούτε νάρθηκα. Μετά από 6 μήνες, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ομάδα με τα 23 παιδιά που έλαβε το νάρθηκα και τη ψυχολογική υποστήριξη παρουσίασε δραματική μείωση αυτής της συνήθειας σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου. Η συγκεκριμένη μελέτη υποδεικνύει πως ο θηλασμός του δακτύλου δε συμβαίνει εξαιτίας ψυχολογικών διαταραχών που σχετίζονται με τα παιδιά, αντιθέτως ενισχύει τη θεωρία πως αυτή η συνήθεια συμβαίνει για λόγους ευχαρίστησης. Από τη στιγμή που η ευχαρίστηση που ικανοποιείται μέσω της απομύζησης του δακτύλου αντικαταστάθηκε από το νάρθηκα, τα παιδιά μείωσαν αυτού του είδους τη στοματική έξη.

Ο θηλασμός του δακτύλου παίζει ένα μικρό (όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία) αλλά σημαντικό ρόλο και στην καταπολέμηση του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου των βρεφών. Αυτό ακριβώς διατύπωσαν οι Li et al (2006) λέγοντας πως η απομύζηση του δακτύλου σχετίζεται με το μειωμένο κίνδυνο του συνδρόμου αυτού, αλλά σε συνδυασμό με την πιπίλα, ο κίνδυνος μειώνεται ακόμα περισσότερο.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η απομύζηση του δακτύλου αναπτύσσεται φυσικά στο 89% των βρεφών κατά το δεύτερο μήνα της ζωής και αυξάνεται μέσα στον πρώτο χρόνο (Maguire, 2000). Είναι φυσιολογικό μέχρι την ηλικία των 2 έως 4 ετών. Γεννιέται μια ανησυχία όταν η συνήθεια αυτή συνεχίζεται για περισσότερο χρόνο. Είναι το

πρώτο σημάδι του παιδιού για μελλοντικά προβλήματα στη σύγκλειση ή ασυμφωνία κατά τη διάρκεια της μικτής οδοντοφυΐας (N.L.C, 2012). Πρόκειται για τη χασμοδοντία, οριζόντια πρόταξη, βαθύ ουρανίσκο, παθολογικά προωθημένη γλώσσα και μερικές φορές βλάβη στην ομιλία (Gale et al, 1979; Yemitan et al, 2010). Οι αλλαγές στην οδοντοφυΐα εξαρτώνται από τη διάρκεια και τη συχνότητα των στοματικών συνηθειών που συμβαίνουν σε κάθε παιδί.

Όταν τα δόντια εξαιτίας του θηλασμού του αντίχειρα δεν είναι σωστά ευθυγραμμισμένα, τα μπροστινά δόντια τείνουν να σπρώχνονται προς τα έξω λόγω της πίεσης που τους ασκεί ο αντίχειρας. Τα κάτω δόντια μπορεί επίσης να σπρώχνονται προς τα μέσα λόγω της άρθρωσης του αντίχειρα κατά τη διάρκεια της απομύζησης. Όταν λοιπόν τα δόντια είναι λάθος ευθυγραμμισμένα (όπως στα παραπάνω παραδείγματα), δεν κλείνουν καταλλήλως κατά το δάγκωμα (Afzelius-Alm, 2004).

Οι Duncan et al (2008) μελέτησαν μία ομάδα από 867 παιδιά χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια προς την οικογένεια όσον αφορά στις στοματικές έξεις στην ηλικία των 15, 24 και 36 μηνών της ζωής και κάνοντας μια οδοντική αξιολόγηση σε ηλικία 31, 43 και 61 μηνών. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν πως στους 15 μήνες, το 63% των παιδιών θήλαζαν το δάκτυλό τους, 38% έκαναν χρήση πιπίλας και 23% χρησιμοποιούσαν κάποιο άλλο αντικείμενο (π.χ κάποιο παιχνίδι τους). Στους 36 μήνες, η απομύζηση είχε μειωθεί στο 40% με παρόμοια επικράτηση τόσο της πιπίλας όσο και του δακτύλου. Και οι δύο λοιπόν συνήθειες έχουν επιπτώσεις στην ανάπτυξη των δοντιών, περισσότερο εμφανείς στο κέντρο του άνω οδοντικού τόξου (κοπτήρες) και την ανάπτυξη χασμοδοντίας και σταυροειδούς σύγκλεισης.

Ο Singer-Vine (2009) τόνισε πως η προωθημένη γλώσσα είναι φυσιολογική κατά την ανάπτυξη του παιδιού αλλά η προωθημένη γλώσσα σε συνδυασμό με προβλήματα στη σύγκλειση των δοντιών του παιδιού, εγείρει ανησυχία. Η παθολογικά προωθημένη γλώσσα και οι αλλοιώσεις στη σύγκλειση των δοντιών μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα ομιλίας σε παιδιά που θηλάζουν το δάκτυλό τους. Συγκεκριμένα φωνήματα συνοδεύονται από κινήσεις της άκρης της γλώσσας, όπως τα /t/, /d/, /s/, /z/, /l/ και /h/ (φατνιακά φωνήματα).

Όταν ένα παιδί έχει προωθημένη γλώσσα, τα παραπάνω φωνήματα αποτελούν μία πρόκληση (Singer-Vine, 2009). Παρόλα αυτά, στοιχεία μας δείχνουν πως η εξώθηση της γλώσσας πολλές φορές μειώνεται με το πέρασ του χρόνου. Στην περίπτωση όμως που το παιδί έχει διαταραχές στη σύγκλειση των δοντιών του εξαιτίας του θηλασμού του δακτύλου, το πρόβλημα δε θα μειωθεί. Ο θηλασμός του δακτύλου μπορεί επίσης να προκαλέσει ανικανότητα εκφοράς των συρριστικών φωνημάτων, όπως είναι τα /s/ και /z/.

Πιο πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν πως από τη στιγμή που το παιδί φτάσει στην προσχολική ηλικία, είναι καιρός να ξεκινήσουν να απομακρύνουν το παιδί από το θηλασμό του δακτύλου. Όταν το παιδί εμπλακεί σε ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, αντιλαμβάνεται πως ο θηλασμός του δακτύλου δεν είναι πάντα αποδεκτός, ή καλύτερα δεν προάγεται σε όλες τις περιπτώσεις (N.L.C., 2012).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φανερώνει πως μετά το 2^ο χρόνο της ζωής του παιδιού, η συνήθεια θηλασμού του δακτύλου πρέπει να μειώνεται και να περιορίζεται μόνο όταν το παιδί πηγαίνει για ύπνο. Οι Barbosa et al (2009) μέσα από την έρευνά τους σε 128 παιδιά στην Παταγονία της Χιλής, υποστήριξαν πως η συνήθεια θηλασμού του δακτύλου για 3 και περισσότερα χρόνια μπορεί να αποβεί επιβλαβής για την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών. Από την άλλη πλευρά, η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (AAP, 2006) υποστηρίζει πως η απομύζηση του δακτύλου σε ηλικία μεγαλύτερη των 5 ετών συνδέεται με χαμηλό κίνδυνο ανάπτυξης οδοντιατρικών προβλημάτων.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΞΕΙΣ

Παρά τις μακροχρόνιες διαμάχες, δεν είναι λίγοι οι γονείς που προσφέρουν πιπίλα στα βρέφη και τα παιδιά τους. Σύμφωνα με τους Nelson et al (2005) υπάρχει μια τεράστια διακύμανση του ποσοστού χρήσης πιπίλας στην ηλικία περίπου των 3 μηνών σε διάφορες χώρες, κυμαίνοντας στο 12.5% σε δύο πόλεις στην Κίνα και 71% στην Οδύσσεια της Ουκρανίας. Σε ένα δείγμα από

Αμερικανές-Καυκάσιες μητέρες που έχουν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, οι Warren et al (2000) βρήκαν χορήγηση της πιπίλας κατά 78% στις 6 πρώτες εβδομάδες της ζωής, με σημαντική βουτιά στο 42% μέχρι τους 9 μήνες, 25% στους 24 μήνες και 5% στους 48 μήνες. Αυτά τα δεδομένα έρχονται σε συμφωνία με μια άλλη έρευνα των Bishara et al (2006) που έλαβε χώρα στις ΗΠΑ, της οποίας τα ποσοστά χρήσης της πιπίλας στον πρώτο χρόνο της ζωής άγγιζαν το 40% και στο 5ο έτος της ζωής το 1%.

Η επικράτηση των στοματικών έξεων όπως βλέπουμε, ποικίλλει ανάλογα με τη διαφορετικότητα των πληθυσμών επειδή είναι στενά συνδεδεμένη με πολιτιστικούς παράγοντες (Caglar et al, 2005). Η χρήση της πιπίλας είναι πιο συχνή στις δυτικές κοινωνίες παρά στις πιο πρωτόγονες. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό χρήσης της πιπίλας στις δυτικές χώρες φτάνει το 75%-95% κατά τα 2 πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών (Larsson, 1983; Larsson et al, 1985; Levine, 1999; Bishara et al, 2006). Ωστόσο, ακόμα και στις μέρες μας, οι πιπίλες σπάνια χρησιμοποιούνται από κοινωνίες που βρίσκονται υπό ανάπτυξη, καθώς κυριαρχεί ο θηλασμός (Larsson, 2003). Στις υπο-ανάπτυκτες χώρες, όπως η Τανζανία και η Ζιμπάμπουε, η χρήση της πιπίλας και του θηλασμού του αντίχειρα είναι λιγότερο συνήθεις έως και ανύπαρκτες (Degan et al, 2004). Το ίδιο παρατηρείται και στις οικογένειες με χαμηλότερο κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο. Μια ακόμη έρευνα από τους Olguin et al (2001) που έλαβε χώρα στο Σαντιάγο και τη Χιλή, ανέφερε 28% χρήση πιπίλας σε παιδιά που θήλασαν και 52% χρήση πιπίλας σε παιδιά που δε θήλασαν.

Μια διαφορετική οπτική γωνία για την εξακρίβωση της επικράτησης των στοματικών έξεων αποτελεί η ηλικία του παιδιού που εξετάζεται σε κάθε έρευνα. Οι Howard et al (1999) βρήκε πως το 68% των βρεφών που ζουν στην Αμερική ηλικίας 6 εβδομάδων και κάτω, χρησιμοποιούσαν πιπίλα. Οι North Stone et al (2000) ανέφεραν το 36% ως ποσοστό επικράτησης σε παιδιά ηλικίας 15 μηνών στο Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ οι Niemelä et al (1995) βρήκαν συνολικό ποσοστό επικράτησης 26% σε παιδιά που ζούσαν στη Φινλανδία ηλικίας μεταξύ 2 μηνών έως 7 ετών.

Στην έρευνα των Barbosa et al (2015) βρέθηκε πως η χαμηλότερη

εκπαίδευση της μητέρας λειτούργησε ως προστατευτικός μηχανισμός για την ανάπτυξη των στοματικών έξεων. Άλλες μελέτες που έλαβαν χώρα στη Βραζιλία, Σενεγάλη, Ηνωμένο Βασίλειο και Ιράν ανέφεραν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της καλύτερης εκπαίδευσης της μητέρας και της ύπαρξης στοματικών έξεων σε παιδιά, επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα της προηγούμενης έρευνα (Stone et al, 2000; Holanda et al, 2009; Santos et al, 2009; Jahanbin et al, 2010;).

Όπως βλέπουμε μέσα από έρευνες, καθοριστικοί παράγοντες όπως είναι η εκπαίδευση των γονέων (Stone et al, 2000; Góes et al, 2014) η ηλικία της μητέρας (Stone et al, 2000), το εισόδημα (Holanda et al, 2009), το επάγγελμα (Ngom et al, 2008), η διάρκεια θηλασμού και της χρήσης του μπιμπερό (Bueno et al, 2013) προϋδεάζουν την ανάπτυξη και την επικράτηση των στοματικών έξεων. Είναι λογικό να καταλήξουμε στο συμπέρασμα πως οι πιθανότητες ένα παιδί να προβεί σε κάποια από τις στοματικές έξεις, εξαρτώνται από πολλούς εξωγενείς παράγοντες, οι οποίοι είναι άξιοι βαθύτερης διερεύνησης.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που απαρτίζουν τη συγκεκριμένη έρευνα, δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο απευθυνόμενο σε γονείς. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο πραγματεύεται τη συσχέτιση των τρόπων σίτισης και των στοματικών έξεων των παιδιών με την ανάπτυξη της ομιλίας.

ΔΕΙΓΜΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 186 γονείς. Το δείγμα συλλέχθηκε τυχαία, με μοναδικό περιορισμό τα παιδιά να μην υπερβαίνουν ηλικιακά τα 12 έτη. Όσον αφορά στο προφίλ του δείγματος, δεν υπήρξε περιορισμός ως προς την ηλικία των γονέων, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το εισόδημα, τον τόπο διαμονής, για το λόγο πως είναι απαραίτητα στοιχεία για την εκπόνηση της έρευνας καθώς απαντάνε σε κρίσιμα ερωτήματα. Συγκεκριμένα, ο πληθυσμός προσεγγίστηκε είτε διά της άμεσης επαφής (συναντήσαμε ένα γονέα και του χορηγήσαμε το ερωτηματολόγιο) είτε διά της έμμεσης επαφής (δημοσίευση του ερωτηματολογίου στο διαδίκτυο).

Αρχικά, συλλέχθησαν 198 ερωτηματολόγια. Από αυτά όμως, κατά τον έλεγχο, κρίθηκαν κατάλληλα τα 186, καθώς ορισμένα ερωτηματολόγια δεν είχαν συμπληρωθεί πλήρως ή είχαν συμπληρωθεί με λαθασμένο τρόπο.

ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Για τις ανάγκες της έρευνας δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο. Βασίστηκε σε ένα ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε μία φορά σε γονείς παιδιών ηλικίας κάτω των 10 ετών (Wendt, 2004). Δεν αφαιρέθηκε καμία εκ των ερωτήσεων από

το αρχικό ερωτηματολόγιο, παρά προστέθηκαν περισσότερες λόγω του ότι η παρούσα έρευνα δίνει έμφαση στα δημογραφικά στοιχεία (π.χ. ηλικία μητέρας, εκπαιδευτικό υπόβαθρο, επαγγελματικό πλαίσιο, οικογενειακό εισόδημα, τόπος διαμονής). Επίσης το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εστιάζει περισσότερο στα παιδιά απ' ότι το αρχικό, γι' αυτό και προστέθηκαν ερωτήσεις που αφορούν στο φύλλο, την ηλικία των παιδιών αλλά και πιο σαφείς πληροφορίες για τη διάρκεια του θηλασμού, της χρήσης μπιμπερό και των στοματικών έξεων.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο αποτελείται ουσιαστικά από τέσσερις ενότητες, οι οποίες αναλύονται παρακάτω:

Ενότητα 1: δημογραφικά στοιχεία γονέων καθώς και πληροφορίες για τα παιδιά.

Ενότητα 2: πληροφορίες για τους τρόπους σίτισης των παιδιών και τις στοματικές έξεις.

Ενότητα 3: άποψη των γονέων σχετικά με τη χρήση του μπιμπερό, της πιπίλας ή/και του θηλασμού του δακτύλου.

Ενότητα 4: πηγές ενημέρωσης των γονέων.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων ξεκίνησε στις 27/03/2015 και ολοκληρώθηκε στις 24/04/2015. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε όσον αφορά στη χορήγηση του ερωτηματολογίου αυτοπροσώπως στον ερευνούμενο είναι η εξής: συναντούσαμε τον ερευνούμενο και του παραδίδαμε το ερωτηματολόγιο. Από εκείνο το σημείο και μετά δύο ήταν οι εκδοχές. Ο ερευνούμενος είτε το συμπλήρωνε άμεσα, εκείνη τη στιγμή, είτε κανονιζόταν μια συνάντηση οπότε να πάρει το χρόνο που χρειαζόταν για να απαντήσει.

Εκ των υστέρων, φάνηκε πως θα ήταν προτιμότερο, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να γινόταν κατά τη διάρκεια της πρώτης συνάντησης με τον ερευνούμενο, καθώς με το πέρας του χρόνου, υπήρχαν απώλειες ερωτηματολογίων.

Όσον αφορά τώρα στη χορήγηση του ερωτηματολογίου μέσω του διαδικτύου, αυτό πραγματοποιήθηκε με τη δημιουργία ενός ίδιου κατά το περιεχόμενο ερωτηματολογίου μα διαφορετικό ως προς τη μορφή του. Το ερωτηματολόγιο δημοσιεύτηκε στην ιστοσελίδα <http://esurveycreeator.com>. Είχε ημερομηνία ισχύος για ένα μήνα (24/03/2015-24/04/2015). Εμείς δεν ήρθαμε σε επαφή με κανέναν από τους ερευνούμενους, παρά μόνο συλλέγαμε τα αποτελέσματα από την ηλεκτρονική σελίδα.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 για λογισμικό Windows.

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το chi-square (χ^2) cross tabulations τεστ. Το chi-square είναι το πιο συνηθισμένο τεστ για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών. Σε αυτήν την ερευνητική εργασία εξετάζουμε αν δύο μεταβλητές που διασταυρώνονται σε έναν πίνακα διπλής εισόδου είναι ανεξάρτητες (μηδενική υπόθεση, H_0) ή εξαρτημένες (εναλλακτική υπόθεση, H_1). Τα δεδομένα όλων των ερωτήσεων είναι χωρισμένα σε κατηγορίες (π.χ. η ηλικία της μητέρας: <25, 25-30, >30) για τη διεκπαιρέωση της στατιστικής ανάλυσης.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά, στο κεφάλαιο αυτό παρατίθενται τα περιγραφικά στατιστικά της ερευνητικής εργασίας.

Ο πίνακας 1 εμπεριέχει τις ηλικίες των μητέρων κατά τη γέννηση του πρώτου τους παιδιού. Φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό, που αγγίζει σχεδόν το 53%, αφορά στην ηλικιακή ομάδα από 25-30 χρονών, ακολουθούμενο από την τελευταία ηλικιακή ομάδα (άνω των 30 ετών) με ποσοστό 40,3%. Αρκετά πίσω έχει μείνει η ομάδα με τις μητέρες που γέννησαν όντας μικρότερες ηλικιακά από τα 25 χρόνια, με ποσοστό μόλις 7%.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Ηλικία μητέρων κατά τη γέννα	< 25	13	7,0
	25-30	98	52,7
	> 30	75	40,3
	Σύνολο	186	100,0

Πίνακας 1: Ηλικία μητέρων κατά τη γέννα.

Στον πίνακα 2 και 3, παρατίθεται το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων (και των δύο γονέων).

Όσον αφορά στον πίνακα 2, όπου αναγράφονται οι σπουδές της μητέρας, βλέπουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό εξ' αυτών (29,6%) έχει λάβει μόρφωση από κάποιο ΤΕΙ. Οι μητέρες που έχουν μόρφωση μεταπτυχιακού επιπέδου καταλαμβάνουν το 22% του συνολικού δείγματος. Πολύ κοντά στην προηγούμενη κατηγορία, με ποσοστό 19,4% είναι οι μητέρες με πτυχίο ΑΕΙ. Τα ποσοστά πέφτουν στο 11,8% με τις μητέρες που έχουν απολυτήριο λυκείου, ακολουθούμενες από εκείνες με πτυχίο κάποιου ΙΕΚ με 10,2%. Στις δύο τελευταίες θέσεις έρχονται τα δύο άκρα, δηλαδή οι μητέρες με κάποιο διδακτορικό και εκείνες με απολυτήριο λυκείου με ποσοστά 6,5% και 5%, αντίστοιχα.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Εκπαιδευτικό υπόβαθρο (μητέρες)	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	1	,5
	ΛΥΚΕΙΟ	22	11,8
	ΙΕΚ	19	10,2
	ΤΕΙ	55	29,6
	ΑΕΙ	36	19,4
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	41	22,0
	<u>ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ</u>	12	6,5
	Σύνολο	186	100,0

Πίνακας 2: Η εκπαιδευτική μόρφωση για τις μητέρες.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι σπουδές που έχουν λάβει οι πατέρες, με πιο συχνά εμφανιζόμενη το απολυτήριο λυκείου με ποσοστό 25,3%. Το 17,2% αποτελούν οι πατέρες με μόρφωση από κάποιο ΙΕΚ και το ίδιο ποσοστό (17,2%) έχουν εκείνοι με πτυχίο από ΤΕΙ. Πολύ κοντά βρίσκονται εκείνοι με πτυχίο Πανεπιστημίου (16,1%) αλλά και εκείνοι με μόρφωση μεταπτυχιακού επιπέδου (14,5%). Τέλος, το 4,8% είναι κάτοχοι απολυτηρίου του γυμνασίου και το 4,8% με διδακτορική μόρφωση (Πίνακας 3).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Μορφωτικό υπόβαθρο (πατέρες)	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	9	4,8
	ΛΥΚΕΙΟ	47	25,3
	ΙΕΚ	32	17,2
	ΤΕΙ	32	17,2
	ΑΕΙ	30	16,1
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	27	14,5
	<u>ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ</u>	9	4,8
	Σύνολο	186	100,0

Πίνακας 3: Η εκπαιδευτική μόρφωση για τους πατέρες.

Οι πίνακες 4 και 5 παραθέτουν την κατηγορία του επαγγέλματος των γονέων.

Για τη διευκόλυνση της ανάλυσης των αποτελεσμάτων τα επαγγέλματα για τις γυναίκες έχουν χωριστεί σε 3 κατηγορίες: η 1^η αποτελείται από τις άνεργες και

εκείνες που ασχολούνται με τα οικιακά, η 2^η από τις ειδικευμένες (π.χ γραμματέας, βοηθός φαρμακοποιού, δασκάλα) και η 3^η από τις εξειδικευμένες (π.χ δικηγόρος, ιατρός).

Στον πίνακα 4, φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό, με διαφορά, κατέχουν οι μητέρες των οποίων το επάγγελμα έχει χαμηλότερη ειδίκευση (55,4%). Το 27,4% του συνολικού πληθυσμού ασκούν επάγγελμα με μεγαλύτερες απαιτήσεις και το 17,2% αποτελεί τις μητέρες που είναι άνεργες ή ασχολούνται με τα οικιακά.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Επάγγελμα (μητέρες)	Οικιακά, άνεργη	32	17,2
	Ειδικευμένη	103	55,4
	Εξειδικευμένη	51	27,4
Σύνολο		186	100,0

Πίνακας 4: Οι κατηγορίες των επαγγελματιών που ασκούν οι μητέρες.

Την ίδια μέθοδο ομαδοποίησης έχουν και τα επαγγέλματα που ασκούν οι πατέρες. Στην 1^η κατηγορία ανήκουν οι άνεργοι και οι ανειδίκευτοι (π.χ οικοδόμος, οδηγός), στη 2^η οι ειδικευμένοι (π.χ τραπεζικοί υπάλληλοι, γυμναστές) και στην 3^η οι εξειδικευμένοι (π.χ διδάκτορες, ιατροί).

Παρατηρείται πως το 74,7% των πατέρων ασκούν κάποιο επάγγελμα χωρίς μεγάλες απαιτήσεις. Το 21% αποτελεί τον πληθυσμό του οποίου το επάγγελμα είναι ιδιαίτερα απαιτητικό, και μόλις το 4,3% αντιπροσωπεύει τον πληθυσμό που είναι άνεργος ή ανειδίκευτος εργάτης.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Επάγγελμα (πατέρες)	Άνεργος, ανειδίκευτος	8	4,3
	Ειδικευμένος	139	74,7
	Εξειδικευμένος	39	21,0
Σύνολο		186	100,0

Πίνακας 5: Οι κατηγορίες των επαγγελματιών που ασκούν οι πατέρες.

Συνεχίζοντας το σχολιασμό των δημογραφικών στοιχείων, σειρά έχει η αναφορά του οικογενειακού εισοδήματος (Πίνακας 6). Το 29% και το 28,5% αντιπροσωπεύουν τις οικογένειες με εισόδημα 10.501-16.000€ και 16.001-25.000€ αντίστοιχα. Έπειτα, το 19,4% απαρτίζεται από οικογένειες με εισόδημα μεταξύ 25.001 έως 42.000€ και το 16,7 αποτελείται από οικογένειες με εισόδημα έως 10.500€ (κατώφλι της φτώχειας). Μονοψήφια ποσοστά έχουν οι οικογένειες με εισόδημα από 42.001 έως 50.000€ (4,3%) και εκείνες με 50.001€ και άνω (2,2%)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Οικογενειακό εισόδημα	ΕΩΣ 10.500€	31	16,7
	10.501-16.000€	54	29,0
	16.001-25.000€	53	28,5
	25.001-42.000€	36	19,4
	42.001-50.000€	8	4,3
	50.001€ & ΑΝΩ	4	2,2
	Σύνολο	186	100,0

Πίνακας 6: Το οικογενειακό εισόδημα.

Στον πίνακα 7 παρουσιάζεται ο τύπος διαμονής των οικογενειών με επικρατέστερο ποσοστό το 78,5% που αφορά στο αστικό κέντρο. Ακολουθεί η ημιαστική περιοχή με 17,2% και τέλος, το 4,3% αποτελεί η αγροτική περιοχή.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Τύπος διαμονής	Αστικό κέντρο	146	78,5
	Ημιαστική περιοχή	32	17,2
	Αγροτική περιοχή	8	4,3
	Σύνολο	186	100,0

Πίνακας 7: Τύπος διαμονής των οικογενειών.

Ο πίνακας 8 περιέχει πληροφορίες για το γένος των παιδιών. Φαίνεται λοιπόν, πως τα αγόρια επικρατούν με ποσοστό 59% έναντι των κοριτσιών με 41%.

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΑΡΡΕΝ	110	59,1
ΘΗΛΥ	76	40,9
Σύνολο	186	100,0

Πίνακας 8: Φύλο των παιδιών.

Στον πίνακα 9, αναγράφεται ο πληθυσμός των παιδιών που εμφάνισε κάποιο πρόβλημα κατά την ανάπτυξη της ομιλίας τους. Το ποσοστό των παιδιών με πρόβλημα στην ομιλία τους αγγίζει σχεδόν το 18% του συνολικού δείγματος.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πρόβλημα στην ομιλία ΝΑΙ	33	17,7
ΟΧΙ	153	82,3
Σύνολο	186	100,0

Πίνακας 9: Τα παιδιά που εμφάνισαν πρόβλημα κατά την ανάπτυξη της ομιλίας τους.

Στον ακόλουθο πίνακα, εμφανίζεται το πλήθος των παιδιών που θήλασαν και εκείνων που δε θήλασαν. Είναι φανερή η επικράτηση του μητρικού θηλασμού με ποσοστό 89,2%, (Πίνακας 10).

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΝΑΙ	166	89,2
ΟΧΙ	20	10,8
Σύνολο	186	100,0

Πίνακας 10: Τα παιδιά που θηλάστηκαν και εκείνα που δε θηλάστηκαν.

Στον πίνακα 11 παρουσιάζεται η επικράτηση της χρήσης του μπιμπερό με ποσοστό 60,2% έναντι των παιδιών που δεν έκαναν χρήση (39,8%).

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΧΡΗΣΗ ΜΠΙΜΠΕΡΟ ΝΑΙ	112	60,2
ΟΧΙ	74	39,8
Σύνολο	186	100,0

Πίνακας 11: Το πλήθος των παιδιών που έκανε χρήση μπιμπερό και εκείνων που δεν έκαναν.

Ο πίνακας 12 περιέχει το πλήθος των παιδιών που έκαναν χρήση πιπίλας κάποια στιγμή στη ζωή τους και εκείνων που δεν έκαναν χρήση. Φαίνεται πως το ποσοστό των παιδιών που χρησιμοποίησαν την πιπίλα είναι μεγάλο (51,1%) σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό της έρευνας.

		Συχνότητα	Ποσοστό
ΧΡΗΣΗ ΠΙΠΙΛΑΣ	ΝΑΙ	95	51,1
	ΟΧΙ	91	48,9
	Σύνολο	186	100,0

Πίνακας 12: Τα παιδιά που χρησιμοποίησαν πιπίλα και εκείνα που δε χρησιμοποίησαν.

Στον πίνακα 13 παρουσιάζεται το πλήθος των παιδιών που θήλασαν το δάκτυλό τους. Αποτελούν το 14,0% του συνολικού πληθυσμού που έλαβε μέρος στην έρευνα.

		Συχνότητα	Ποσοστό
ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ	ΝΑΙ	26	14,0
	ΟΧΙ	160	86,0
	Σύνολο	186	100,0

Πίνακας 13: Το πλήθος των παιδιών που θήλασαν το δάκτυλό τους.

Ο πίνακας 14 παρουσιάζει ονομαστικά τις πηγές που χρησιμοποιούν οι γονείς προκειμένου να ενημερωθούν για το μητρικό θηλασμό, τη χρήση της πιπίλας και το θηλασμό του δακτύλου. Ο επικρατέστερος τρόπος για ενημέρωση των γονέων, σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, είναι το διαδίκτυο με ποσοστό 19,5%, ακολουθούμενο από τα βιβλία και διάφορα άρθρα με ποσοστό 18,6%. Την επόμενη συνηθέστερη πηγή ενημέρωσης αποτελεί ο παιδίατρος με ποσοστό 16,2%. Διψήφιο ποσοστό επίσης (12%), έχει το οικογενειακό περιβάλλον. Τις τελευταίες θέσεις στην προτίμηση των γονέων προκειμένου να ενημερωθούν για τα προαναφερθέντα θέματα, φαίνεται να κατέχουν οι πιο αρμόδιοι, όπως είναι ο οδοντίατρος (5,3%), ο λογοθεραπευτής (2,8%) και ο ορθοδοντικός (1,1%).

		Απαντήσεις		Ποσοστό των περιπτώσεων
		Περιπτώσεις	Ποσοστό	
ΠΗΓΕΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	55	12,0%	45,1%
	ΦΙΛΟΙ	44	9,6%	36,1%
	ΒΙΒΛΙΑ/ΑΡΘΡΑ	85	18,6%	69,7%
	ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	11	2,4%	9,0%
	ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	89	19,5%	73,0%
	ΜΕΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ (π.χ facebook)	57	12,5%	46,7%
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	74	16,2%	60,7%
	ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	13	2,8%	10,7%
	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ	24	5,3%	19,7%
	ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΣ	5	1,1%	4,1%
Σύνολο		457	100,0%	374,6%

Πίνακας 14: Οι πηγές που χρησιμοποιούν οι γονείς προκειμένου να ενημερωθούν για το μητρικό θηλασμό, τη χρήση της πιπίλας και το θηλασμό του δακτύλου.

Στο ερωτηματολόγιο, υπήρχε μία ερώτηση για το αν πιστεύουν οι γονείς πως η παρατεταμένη χρήση του μπιμπερό, της πιπίλας ή του θηλασμού του δακτύλου θα μπορούσε να επηρεάσει την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών (ερώτηση 6). Ο πίνακας 15 παρουσιάζει τις απαντήσεις 78 γονέων από τους 186, καθώς δεν είχε διασφαλιστεί η απάντηση του συγκεκριμένου ερωτήματος και συνεπώς υπήρχε απώλεια απαντήσεων. Όπως παρουσιάζονται τα δεδομένα στον παρακάτω πίνακα, υποδεικνύεται πως δεν υπάρχει επικράτηση κάποιας άποψης (είτε εάν επηρεάζεται η ομιλία από τα άνωθεν, είτε όχι). Παρόλα αυτά, το ποσοστό των γονέων που πιστεύει πως δεν επηρεάζεται η ομιλία (22%) είναι σημαντικό.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Άποψη γονέων για την επιρροή στην ομιλία		108	58,1
	ΝΑΙ	38	20,4
	ΟΧΙ	40	21,5
	Σύνολο	186	100,0

Πίνακας 15: Η άποψη των γονέων για το εάν η παρατεταμένη χρήση του μπιμπερό, της πιπίλας ή του θηλασμού του δακτύλου επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών.

Στο σημείο αυτό, ολοκληρώθηκε η αναφορά και ο σχολιασμός των περιγραφικών στατιστικών. Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα που βρέθηκαν για κάθε ερευνητικό ερώτημα ξεχωριστά.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 1

α) Το πρώτο ερώτημα διερευνά την υπόθεση εάν η συχνότητα (ώρες ανά ημέρα) της χρήσης της πιπίλας επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας του παιδιού.

Στον πίνακα 16 αναγράφονται οι πληροφορίες για τη συχνότητα που τα παιδιά έκαναν χρήσης της πιπίλας μέσα στη μέρα και την παρουσία ή όχι προβλημάτων στην ανάπτυξη της ομιλίας τους. Το στατιστικό τεστ chi-square (χ^2) πραγματοποιήθηκε προκειμένου να καθοριστεί εάν η συχνότητα χρήσης της πιπίλας επηρεάζει την ομιλία των παιδιών.

		ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΜΙΛΙΑ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΠΙΠΙΛΑΣ	Κατά τη διάρκεια του ύπνου	11 25,0%	33 75,0%	44 100,0%
	Όταν είναι/ήταν νευριασμένο/στεναχωρημένο	9 36,0%	16 64,0%	25 100,0%
	Μέχρι να κοιμηθεί	17 27,0%	46 73,0%	63 100,0%
	Όταν ξυπνάει/ξυπνούσε	5 41,7%	7 58,3%	12 100,0%
	Όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο αυτοκίνητο ή σε κάποιο ΜΜΜ	4 44,4%	5 55,6%	9 100,0%
	Κάθε φορά που του δίνεται/δινόταν η πιπίλα	5 33,3%	10 66,7%	15 100,0%
	Όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο σχολικό περιβάλλον ή σε χώρους κοινωνικής συνεύρεσης	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	Στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας	3 30,0%	7 70,0%	10 100,0%

Σύνολο	55	125	180
	31,0%	69,0%	100,0%

Πίνακας 16: Η συχνότητα (ώρες ανά ημέρα) της χρήσης της πιπίλας και τα παιδιά με πρόβλημα ή όχι στην ανάπτυξη της ομιλίας τους.

Το chi-square βρήκε πως η συχνότητα χρήσης της πιπίλας δεν επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών ($\chi^2=0.708$, $df=8$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 16.1. Είτε το παιδί χρησιμοποιεί την πιπίλα μόνο μέχρι να κοιμηθεί, είτε στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, δεν υποδεικνύεται πως παίζει ρόλο στην παρουσίαση προβλημάτων στην ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών, (Πίνακας 16).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,452	8	,708
N of Valid Cases	180		

Πίνακας 16.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης των παιδιών που έχουν εμφανίσει πρόβλημα στην ομιλία και της συχνότητας της χρήσης πιπίλας.

β) Εδώ διερευνάται εάν η συχνότητα (ώρες ανά ημέρα) του θηλασμού του δακτύλου επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών. Το χ^2 διεξήχθη προκειμένου να καθοριστεί εάν αυτή η υπόθεση ισχύει ή όχι (Πίνακας 17).

		ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΜΙΛΙΑ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΔΑΚΤΥΛΟΥ	Κατά τη διάρκεια του ύπνου	0 0,0%	9 100,0%	9 100,0%
	Όταν είναι/ήταν νευριασμένο/στεναχωρημένο	1 11,1%	8 88,9%	9 100,0%
	Μέχρι να κοιμηθεί	3 21,4%	11 78,6%	14 100,0%
	Όταν ξυπνάει/ξυπνούσε	1 14,3%	6 85,7%	7 100,0%

Όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο αυτοκίνητο ή σε κάποιο ΜΜΜ	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
Όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο σχολικό περιβάλλον ή σε χώρους κοινωνικής συνεύρεσης	0 0,0%	0 0,0%	0 100,0%
Στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
Σύνολο	7 16,0%	38 84,0%	45 100,0%

Πίνακας 17: Η συχνότητα θηλασμού του δακτύλου και η ύπαρξη ή απουσία προβλημάτων στην ανάπτυξη της ομιλίας.

Το χ^2 βρήκε πως η συχνότητα θηλασμού του δακτύλου δεν επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών ($\chi^2=0.217$, $df=6$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 17.1. Είτε το παιδί θηλάζει το δάκτυλό του όταν ξυπνάει, είτε στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, δε φαίνεται να παίζει ρόλο στην εμφάνιση προβλημάτων στην ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών, (Πίνακας 17).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,293	6	,217
N of Valid Cases	93		

Πίνακας 17.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης των παιδιών που έχουν εμφανίσει πρόβλημα στην ομιλία και της συχνότητας θηλασμού του δακτύλου.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 2

α) Το συγκεκριμένο ερώτημα διερευνά την επιρροή της διάρκειας της χρήσης της πιπίλας που κάνει ένα παιδί στην ανάπτυξη της ομιλίας του.

Ο πίνακας 18 παρουσιάζει τα παιδιά που είχαν αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα στην ομιλία τους και τη διάρκεια χρήσης της πιπίλας. Το χ^2 χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να καθοριστεί εάν η διάρκεια της πιπίλας επηρεάζει σημαντικά την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών.

		ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΜΙΛΙΑ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΙΠΙΛΑΣ	2-12 μήνες	3 9,1%	30 90,9%	33 100,0%
	12-24 μήνες	17 33,3%	34 66,7%	51 100,0%
	24-36 μήνες	6 66,7%	3 33,3%	9 100,0%
Σύνολο		26 28,0%	67 72,0%	93 100,0%

Πίνακας 18: Τα παιδιά που είχαν αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα στην ομιλία τους και η διάρκεια χρήσης της πιπίλας.

Το chi-square τεστ βρήκε πως η διάρκεια (σε μήνες) χρήσης της πιπίλας επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών ($\chi^2=0.001$, $df=2$, $p<0.05$). Φαίνεται πως τα παιδιά που κάνουν χρήση της πιπίλας για χρονικό διάστημα μεταξύ των 24-36 μηνών είναι πιθανότερο να αποκτήσουν κάποια δυσκολία στην ανάπτυξη της ομιλίας τους σε σχέση με εκείνα που κάνουν χρήση της πιπίλας για διάστημα από 2 έως 12 μήνες ή 12 έως 24 μήνες. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 18.1).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,259	2	,001
N of Valid Cases	93		

Πίνακας 18.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης των παιδιών που έχουν εμφανίσει πρόβλημα στην ομιλία και της διάρκειας χρήσης πιπίλας.

β) Εδώ τέθηκε το ερώτημα εάν η διάρκεια (σε μήνες) του θηλασμού του δακτύλου επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας. Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται τα παιδιά που αντιμετώπισαν κάποια δυσκολία στην ανάπτυξη της ομιλίας τους και η διάρκεια του θηλασμού του δακτύλου, χωρισμένη σε 3 κατηγορίες. Το

στατιστικό τεστ chi-square (χ^2) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να καθοριστεί εάν η διάρκεια του θηλασμού του δακτύλου επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας.

		ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΜΙΛΙΑ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΔΑΚΤΥΛΟΥ	0-12 μήνες	0 0,0%	19 100,0%	19 100,0%
	12-30 μήνες	0 0,0%	2 100,0%	2 100,0%
	> 30 μήνες	2 40,0%	3 60,0%	5 100,0%
Total		2 7,7%	24 92,3%	26 100,0%

Πίνακας 19: Τα παιδιά που αντιμετώπισαν κάποια δυσκολία στην ανάπτυξη της ομιλίας τους και η διάρκεια του θηλασμού του δακτύλου σε μήνες.

Το chi-square βρήκε πως η διάρκεια του θηλασμού του δακτύλου επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών ($\chi^2=0.011$, $df=2$, $p<0.05$). Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 19.1). Βλέπουμε πως τα παιδιά που πραγματοποιούν θηλασμό του δακτύλου για περισσότερο από 30 μήνες, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποκτήσουν κάποιο πρόβλημα κατά την ανάπτυξη της ομιλίας τους σε σχέση με εκείνα που έχουν αυτήν τη συνήθεια για 0 έως 12 μήνες και από 12 έως 30 μήνες (Πίνακας 19).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,100	2	,011
N of Valid Cases	26		

Πίνακας 19.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης των παιδιών που έχουν εμφανίσει πρόβλημα στην ομιλία με τη διάρκεια του θηλασμού του δακτύλου.

γ) Ο πίνακας 20 περιέχει τα παιδιά που εμφάνισαν πρόβλημα κατά την ανάπτυξη της ομιλίας τους και τη διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης του μπιμπερό. Το χ^2 τεστ χρησιμοποιήθηκε για να καθοριστεί εάν η διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών.

		ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΜΙΛΙΑ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΠΙΜΠΕΡΟ	< 18 μήνες	8 17,0%	39 83,0%	47 100,0%
	18-36 μήνες	11 23,9%	35 76,1%	46 100,0%
	> 36 μήνες	8 42,1%	11 57,9%	19 100,0%
Σύνολο		27 24,1%	85 75,9%	112 100,0%

Πίνακας 20: Τα παιδιά που αντιμετώπισαν πρόβλημα κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης της ομιλίας τους και η διάρκεια χρήσης του μπιμπερό.

Στον πίνακα 20.1 παρατηρούμε πως η διάρκεια χρήσης του μπιμπερό δεν επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών ($\chi^2= 0.098$, $df=2$, $p>0.05$).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,655 ^a	2	,098
N of Valid Cases	112		

Πίνακας 20.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης των παιδιών που έχουν εμφανίσει πρόβλημα στην ομιλία με τη διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 3

Σε αυτό το ερώτημα διερευνάται εάν η διάρκεια του μητρικού θηλασμού επηρεάζει τη διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό.

Στον πίνακα 21 φαίνονται τα στοιχεία της διάρκειας του μητρικού θηλασμού και εκείνα της διάρκειας χρήσης του μπιμπερό. Το chi-square τεστ πραγματοποιήθηκε προκειμένου να καθοριστεί εάν η διάρκεια του θηλασμού επηρεάζει τη διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό.

		ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΠΙΜΠΕΡΟ			Σύνολο
		<18 μήνες	18-36 μήνες	> 36 μήνες	
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	<6 μήνες	15 34,9%	18 50,0%	9 60,0%	42 44,7%
	6-12 μήνες	14 32,6%	9 25,0%	5 33,3%	28 29,8%
	> 12 μήνες	14 32,6%	9 25,0%	1 6,7%	24 25,5%
Σύνολο		43 100,0%	36 100,0%	15 100,0%	94 100,0%

Πίνακας 21: Συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του μητρικού θηλασμού και της διάρκειας του μπιμπερό.

Βρέθηκε λοιπόν, πως η διάρκεια του μητρικού θηλασμού, είτε είναι μεγαλύτερη είτε μικρότερη, δεν επηρεάζει τη διάρκεια χρήσης του μπιμπερό ($\chi^2=0.256$, $df=4$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 21.1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,317 ^a	4	,256
N of Valid Cases	94		

Πίνακας 21.1: Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού και της διάρκειας του μπιμπερό.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 4

α) Το εν λόγω ερώτημα διερευνά την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της διάρκειας του μητρικού θηλασμού και της διάρκειας της χρήσης της πιπίλας.

Το chi-square πραγματοποιήθηκε προκειμένου να καθοριστεί εάν η διάρκεια του μητρικού θηλασμού επηρεάζει το χρονικό διάστημα που ένα παιδί θα κάνει χρήση της πιπίλας (διάρκεια πιπίλας), (Πίνακας 22).

		ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΠΙΠΙΛΑΣ			Σύνολο
		2-12 μήνες	12-24 μήνες	24-36 μήνες	
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	< 6 μήνες	7 25,9%	24 53,3%	4 57,1%	35 44,3%
	6-12 μήνες	7 25,9%	15 33,3%	2 28,6%	24 30,4%
	> 12 μήνες	13 48,1%	6 13,3%	1 14,3%	20 25,3%
Σύνολο		27 100,0%	45 100,0%	7 100,0%	79 100,0%

Πίνακας 22: Η συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του μητρικού θηλασμού και της διάρκειας της χρήσης της πιπίλας.

Το chi-square βρήκε πως η διάρκεια που θα θηλάσει ένα παιδί, επηρεάζει τη διάρκεια που θα κάνει χρήση της πιπίλας ($\chi^2= 0.018$, $df=4$, $p<0.05$), (Πίνακας 22.1). Βλέπουμε από τον πίνακα 22 πως εάν ένα παιδί θηλάσει περισσότερο από 12 μήνες, θα χρησιμοποιήσει πιπίλα μέχρι και το 1^ο έτος της ζωής του. Όταν η διάρκεια του μητρικού θηλασμού είναι λιγότερη από 6 μήνες ή μεταξύ των 6 και 12 μηνών, η διάρκεια χρήσης της πιπίλας παρατείνεται έως και το 2^ο έτος της ζωής του παιδιού.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,908 ^a	4	,018
N of Valid Cases	79		

Πίνακας 22.1: Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού και της διάρκειας της χρήσης της πιπίλας.

β) Αυτό το ερώτημα εξετάζει την επιρροή που ενδέχεται να ασκεί η διάρκεια (σε μήνες) του μητρικού θηλασμού στη διάρκεια θηλασμού του δακτύλου.

Ο πίνακας 23 περιέχει τις πληροφορίες για τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού και τη διάρκεια του θηλασμού του δακτύλου (σε μήνες). Το χ^2 τεστ χρησιμοποιήθηκε για να καθοριστεί εάν η διάρκεια του μητρικού θηλασμού επηρεάζει τη διάρκεια του θηλασμού του δακτύλου.

		ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΔΑΚΤΥΛΟΥ			Σύνολο
		0-12 μήνες	12-30 μήνες	> 30 μήνες	
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	< 6 μήνες	9 50,0%	1 50,0%	1 25,0%	11 45,8%
	6-12 μήνες	6 33,3%	0 0,0%	1 25,0%	7 29,2%
	> 12 μήνες	3 16,7%	1 50,0%	2 50,0%	6 25,0%
Σύνολο		18 100,0%	2 100,0%	4 100,0%	24 100,0%

Πίνακας 23: Συσχέτιση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού (σε μήνες) και της διάρκειας του θηλασμού του δακτύλου (σε μήνες).

Το χ^2 βρήκε πως η διάρκεια κατά την οποία θα θηλάσει το μητρικό γάλα ένα παιδί, δεν επηρεάζει τη διάρκεια που θα θηλάσει το δάκτυλό του ($\chi^2= 0.530$, $df=4$, $p>0.05$), (Πίνακας 23.1). Υπάρχει η τάση να συναντάται αυτή η συνήθεια μέχρι το 1^ο έτος της ζωής ενός παιδιού, (Πίνακας 23).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,169 ^a	4	,530
N of Valid Cases	24		

Πίνακας 23.1: Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού και της διάρκειας του θηλασμού του δακτύλου.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 5

α) Αυτό το ερώτημα απαντά στο εάν τα δημογραφικά στοιχεία παίζουν κάποιο ρόλο στην ύπαρξη ή όχι του μητρικού θηλασμού. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι πίνακες για κάθε δημογραφικό χαρακτηριστικό ξεχωριστά.

Στον πίνακα 24 παρουσιάζονται οι κατηγορίες της ηλικίας των μητέρων κατά τη γέννα και οι πληροφορίες για το αν θήλασαν τα παιδιά τους ή όχι. Το τεστ χ^2 πραγματοποιήθηκε για να καθοριστεί εάν η ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση του παιδιού της, επηρεάζει το μετέπειτα θηλασμό του παιδιού.

		ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΟΤΑΝ ΓΕΝΝΗΣΕ	< 25	9 69,2%	4 30,8%	13 100,0%
	25-30	92 93,9%	6 6,1%	98 100,0%
	> 30	65 86,7%	10 13,3%	75 100,0%
Σύνολο		166 89,2%	20 10,8%	186 100,0%

Πίνακας 24: Η ηλικία των μητέρων κατά τη γέννα και οι πληροφορίες για το αν θήλασαν τα παιδιά τους ή όχι.

Το χ^2 βρήκε πως η ηλικία της μητέρας κατά τη γέννα επηρεάζει την εγκαθίδρυση ή όχι του μητρικού θηλασμού ($\chi^2= 0.017$, $df=2$, $p<0.05$). Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 24.1. Βλέπουμε πως υπάρχει η τάση στις μικρότερες ηλικίες (<25 χρονών) να μη συνηθίζουν να θηλάζουν, τη στιγμή που στις μεγαλύτερες ηλικίες των μητέρων υπάρχει σημαντική επικράτηση του μητρικού θηλασμού, (Πίνακας 24).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,137 ^a	2	,017

N of Valid Cases	186		
------------------	-----	--	--

Πίνακας 24.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης της ηλικίας της μητέρας κατά τη γέννα και την ύπαρξη ή όχι του μητρικού θηλασμού.

Ο πίνακας 25 περιέχει πληροφορίες για το επίπεδο μόρφωσης των μητέρων και για το εάν προχώρησαν σε θηλασμό του παιδιού τους ή όχι. Πραγματοποιήθηκε και εδώ το chi-square τεστ προκειμένου να καθοριστεί εάν οι σπουδές που έχει πραγματοποιήσει η μητέρα επηρεάζουν την απόφασή τους για το θηλασμό του παιδιού τους.

		ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΠΟΥΔΕΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
	ΛΥΚΕΙΟ	16 72,7%	6 27,3%	22 100,0%
	ΙΕΚ	18 94,7%	1 5,3%	19 100,0%
	ΤΕΙ	45 83,3%	9 16,7%	54 100,0%
	ΑΕΙ	34 94,4%	2 5,6%	36 100,0%
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	41 100,0%	0 0,0%	41 100,0%
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	11 91,7%	1 8,3%	12 100,0%
	Σύνολο	165 89,2%	20 10,8%	185 100,0%

Πίνακας 25: Μορφωτικό επίπεδο των μητέρων και πληροφορίες για το εάν θήλασαν το παιδί τους ή όχι.

Το chi-square βρήκε πως το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας επηρεάζει το εάν θα θηλάσει ή όχι το παιδί της ($\chi^2= 0.001$, $df=6$, $p<0.05$). Οι μητέρες με

υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να προτιμούν περισσότερο το θηλασμό σε σχέση με εκείνες με κατώτερη μόρφωση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 25.1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,037 ^a	6	,001
N of Valid Cases	185		

Πίνακας 25.1: Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας με την ύπαρξη ή όχι του μητρικού θηλασμού.

Στον πίνακα 26 αναφέρονται οι πληροφορίες για το επάγγελμα της μητέρας. Τα επαγγέλματα έχουν κατηγοριοποιηθεί με βάση τις απαιτήσεις, με φθίνουσα κατάταξη (από τα λιγότερο απαιτητικά σε εκείνα με τις μεγαλύτερες απαιτήσεις). Το χ^2 χρησιμοποιήθηκε για να καθοριστεί εάν το επάγγελμα της κάθε μητέρας παίζει ρόλο στην απόφασή της για το εάν θα πραγματοποιήσει μητρικό θηλασμό ή όχι.

		ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	Οικιακά, άνεργη	25 78,1%	7 21,9%	32 100,0%
	Ειδικευμένα	92 89,3%	11 10,7%	103 100,0%
	Εξειδικευμένα	49 96,1%	2 3,9%	51 100,0%
Σύνολο		166 89,2%	20 10,8%	186 100,0%

Πίνακας 26: Επάγγελμα μητέρας και μητρικός θηλασμός.

Το χ^2 βρήκε πως το επάγγελμα της μητέρας επηρεάζει την ύπαρξη ή όχι του μητρικού θηλασμού ($\chi^2=0.037$, $df=2$, $p<0.05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 26.1. Φαίνεται πως υπάρχει η τάση όσο πιο

απαιτητικό επάγγελμα ασκεί μία μητέρα, τόσο περισσότερο να θηλάζει το παιδί της, (Πίνακας 26).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,606 ^a	2	,037
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 26.1: Τα αποτελέσματα συσχέτισης του επαγγέλματος της μητέρας με την ύπαρξη ή απουσία του μητρικού θηλασμού.

Ο πίνακας 27 παρουσιάζει το οικογενειακό εισόδημα της κάθε οικογένειας και την πληροφορία εάν υπήρξε μητρικός θηλασμός ή όχι. Το chi-square διεξήχθη για να καθοριστεί εάν το οικογενειακό εισόδημα επηρεάζει την ύπαρξη ή όχι του θηλασμού.

		ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΕΩΣ 10.500€	27 87,1%	4 12,9%	31 100,0%
	10.501-16.000€	49 90,7%	5 9,3%	54 100,0%
	16.001-25.000€	45 84,9%	8 15,1%	53 100,0%
	25.001-42.000€	34 94,4%	2 5,6%	36 100,0%
	42.001-50.000€	7 87,5%	1 12,5%	8 100,0%
	50.001€ & ΑΝΩ	4 100,0%	0 0,0%	4 100,0%
	Σύνολο	166 89,2%	20 10,8%	186 100,0%

Πίνακας 27: Οικογενειακό εισόδημα και τα παιδιά με μητρικό θηλασμό ή χωρίς.

Το chi-square βρήκε πως το οικογενειακό εισόδημα, είτε χαμηλότερο είτε υψηλότερο, δεν επηρεάζει την απόφαση της μητέρας για το αν θα προβεί σε θηλασμό του παιδιού της ή όχι ($\chi^2=0.725$, $df=5$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 27.1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,837 ^a	5	,725
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 27.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του οικογενειακού εισοδήματος με την πραγμάτωση ή όχι του μητρικού θηλασμού.

Στον επόμενο πίνακα, παρατίθενται ο τόπος διαμονής κάθε οικογένειας και η ύπαρξη ή όχι του μητρικού θηλασμού. Το ίδιο τεστ (χ^2) πραγματοποιήθηκε με σκοπό να αποδειχθεί εάν ο τόπος διαμονής της οικογένειας επηρεάζει την ύπαρξη ή την απουσία του μητρικού θηλασμού (Πίνακας 28).

		ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Αστικό κέντρο	133 91,1%	13 8,9%	146 100,0%
	Ημιαστική περιοχή	27 84,4%	5 15,6%	32 100,0%
	Αγροτική περιοχή	6 75,0%	2 25,0%	8 100,0%
Σύνολο		166 89,2%	20 10,8%	186 100,0%

Πίνακας 28: Ο τόπος διαμονής και η ύπαρξη ή απουσία του μητρικού θηλασμού.

Το τεστ βρήκε πως ο τόπος διαμονής δεν επηρεάζει την παρουσία ή την απουσία του μητρικού θηλασμού ($\chi^2=0.223$, $df=2$, $p>0.05$), (Πίνακας 28.1). Φαίνεται πως μία οικογένεια που ζει σε αστικό κέντρο δε διαφέρει ως προς την

εγκαθίδρυση ή όχι του μητρικού θηλασμού με μία οικογένεια που ζει σε αγροτική περιοχή, (Πίνακας 28).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,004 ^a	2	,223
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 28.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του τόπου διαμονής με την παρουσία ή απουσία του μητρικού θηλασμού.

Ο πίνακας 29 περιέχει τις πληροφορίες για το γένος του παιδιού και την ύπαρξη ή όχι του μητρικού θηλασμού. Το χ^2 τεστ χρησιμοποιήθηκε για να καθοριστεί εάν το φύλλο του παιδιού επηρεάζει την ύπαρξη ή όχι του μητρικού θηλασμού.

		ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ	ΑΡΡΕΝ	100 90,9%	10 9,1%	110 100,0%
	ΘΗΛΥ	66 86,8%	10 13,2%	76 100,0%
Σύνολο		166 89,2%	20 10,8%	186 100,0%

Πίνακας 29: Το φύλο του παιδιού και ο μητρικός θηλασμός.

Το χ^2 βρήκε πως το φύλο του παιδιού δεν επηρεάζει την ύπαρξη ή όχι του θηλασμού ($\chi^2=0.379$, $df=1$, $p>0.05$), (Πίνακας 29.1) .

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,775 ^a	1	,379
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 29.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του γένους του παιδιού με την ύπαρξη ή όχι του μητρικού θηλασμού.

β) Ακολουθούν οι πίνακες με τις πληροφορίες για το εάν τα δημογραφικά στοιχεία επηρεάζουν τη διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό.

Ο πίνακας 30 περιέχει τα δεδομένα της ηλικίας της μητέρας κατά τη γέννα και της διάρκειας (σε μήνες) που χορηγούσε το μπιμπερό. Διεξήχθη το χ^2 προκειμένου να καθοριστεί εάν η ηλικία της μητέρας επηρεάζει τη διάρκεια που θα χορηγήσει το μπιμπερό στο παιδί της.

		ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΜΠΙΜΠΕΡΟ			Σύνολο
		<18 μήνες	18-36 μήνες	> 36 μήνες	
ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΟΤΑΝ ΓΕΝΝΗΣΕ	< 25	3 37,5%	5 62,5%	0 0,0%	8 100,0%
	25-30	24 42,9%	23 41,1%	9 16,1%	56 100,0%
	> 30	20 41,7%	18 37,5%	10 20,8%	48 100,0%
Σύνολο		47 42,0%	46 41,1%	19 17,0%	112 100,0%

Πίνακας 30: Η ηλικία της μητέρας κατά τη γέννα και η διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης του μπιμπερό.

Το χ^2 βρήκε πως η ηλικία της μητέρας δεν επηρεάζει τη διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό ($\chi^2=0.575$, $df=4$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 30.1. Υπάρχει η τάση, η πλειοψηφία των μητέρων να κάνει χρήση του μπιμπερό για λιγότερο από 18 μήνες (42%), (Πίνακας 30).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,900 ^a	4	,575
N of Valid Cases	112		

Πίνακας 30.1: Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση της ηλικίας της μητέρας κατά τη γέννα με τη διάρκεια που χορήγησε το μπιμπερό.

Στον πίνακα 31 παρατίθενται οι σπουδές της μητέρας και η διάρκεια που έκανε χρήση του μπιμπερό στο παιδί της. Το chi-square χρησιμοποιήθηκε

προκειμένου να καθοριστεί εάν το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων επηρεάζει τη διάρκεια χρήσης του μπιμπερό.

		ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΠΙΜΠΕΡΟ			Total
		<18 μήνες	18-36 μήνες	> 36 μήνες	
ΣΠΟΥΔΕΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
	ΛΥΚΕΙΟ	4 25,0%	9 56,3%	3 18,8%	16 100,0%
	ΙΕΚ	2 25,0%	2 25,0%	4 50,0%	8 100,0%
	ΤΕΙ	13 40,6%	16 50,0%	3 9,4%	32 100,0%
	ΑΕΙ	10 47,6%	9 42,9%	2 9,5%	21 100,0%
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	14 53,8%	8 30,8%	4 15,4%	26 100,0%
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	4 50,0%	2 25,0%	2 25,0%	8 100,0%
	Σύνολο	47 42,0%	46 41,1%	19 17,0%	112 100,0%

Πίνακας 31: Οι σπουδές της μητέρας και η διάρκεια που έκανε χρήση του μπιμπερό στο παιδί της.

Το chi-square βρήκε πως οι σπουδές της μητέρας δεν επηρεάζουν τη διάρκεια κατά την οποία θα χορηγήσει το μπιμπερό στο παιδί της ($\chi^2=0.109$, $df=12$, $p>0.05$), (Πίνακας 31.1). Φαίνεται πως ανεξαρτήτως από το επίπεδο των σπουδών, η πλειοψηφία των μητέρων χορηγεί το μπιμπερό για λιγότερο από 18 μήνες. Καθώς το παιδί μεγαλώνει, το μπιμπερό αρχίζει να αποσύρεται (Πίνακας 31).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,216 ^a	12	,109

N of Valid Cases	112		
------------------	-----	--	--

Πίνακας 31.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας με τη διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό.

Ο πίνακας 32 παραθέτει τις κατηγορίες των επαγγελμάτων της μητέρας και τη διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης του μπιμπερό. Το χ^2 πραγματοποιήθηκε προκειμένου να καθοριστεί εάν το επάγγελμα της μητέρας επηρεάζει το χρονικό διάστημα που θα χορηγήσει το μπιμπερό.

		ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΠΙΜΠΕΡΟ			Σύνολο
		<18 μήνες	18-36 μήνες	> 36 μήνες	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	Οικιακά, άνεργη	6 35,3%	8 47,1%	3 17,6%	17 100,0%
	Ειδικευμένη	25 39,7%	25 39,7%	13 20,6%	63 100,0%
	Εξειδικευμένη	16 50,0%	13 40,6%	3 9,4%	32 100,0%
Σύνολο		47 42,0%	46 41,1%	19 17,0%	112 100,0%

Πίνακας 32: Το επάγγελμα της μητέρας και η διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης του μπιμπερό.

Το χ^2 εντόπισε πως το επάγγελμα της μητέρας δεν επηρεάζει τη διάρκεια χρήσης του μπιμπερό ($\chi^2=0.641$, $df=4$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον πίνακα 32.1. Οι μητέρες από όλες τις κατηγορίες των επαγγελμάτων φέρονται να μειώνουν τη χρήση του μπιμπερό καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν (Πίνακας 32).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,522 ^a	4	,641
N of Valid Cases	112		

Πίνακας 32.1: Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση του επαγγέλματος της μητέρας με τη διάρκεια χρήσης του μπιμπερό.

Στον πίνακα 33 παρουσιάζεται το οικογενειακό εισόδημα της κάθε οικογένειας και τις πληροφορίες για τη διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό. Το chi-square διεξήχθη για να καθοριστεί εάν το οικογενειακό εισόδημα επηρεάζει τη διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό.

		ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΠΙΜΠΕΡΟ			Σύνολο
		<18 μήνες	18-36 μήνες	> 36 μήνες	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΕΩΣ 10.500€	12 60,0%	5 25,0%	3 15,0%	20 100,0%
	10.501-16.000€	17 50,0%	11 32,4%	6 17,6%	34 100,0%
	16.001-25.000€	11 35,5%	14 45,2%	6 19,4%	31 100,0%
	25.001-42.000€	7 35,0%	10 50,0%	3 15,0%	20 100,0%
	42.001-50.000€	0 0,0%	5 100,0%	0 0,0%	5 100,0%
	50.001€ & ΑΝΩ	0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
Σύνολο		47 42,0%	46 41,1%	19 17,0%	112 100,0%

Πίνακας 33: Το οικογενειακό εισόδημα της κάθε οικογένειας και η διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό.

Το chi-square βρήκε πως το εισόδημα της κάθε οικογένειας δεν επηρεάζει τη διάρκεια που η μητέρα θα χορηγήσει στο παιδί της το μπιμπερό ($\chi^2= 0.149$, $df=10$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 33.1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,560 ^a	10	,149
N of Valid Cases	112		

Πίνακας 33.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του οικογενειακού εισοδήματος με τη διάρκεια χρήσης του μπιμπερό.

Στον επόμενο πίνακα, παρατίθενται ο τόπος διαμονής κάθε οικογένειας και η διάρκεια χρήσης του μπιμπερό. Το ίδιο τεστ (χ^2) πραγματοποιήθηκε με σκοπό να αποδειχθεί εάν ο τόπος διαμονής της οικογένειας επηρεάζει τη διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό. (Πίνακας 34).

		ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΠΙΜΠΕΡΟ			Σύνολο
		<18 μήνες	18-36 μήνες	> 36 μήνες	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Αστικό κέντρο	35 39,3%	38 42,7%	16 18,0%	89 100,0%
	Ημιαστική περιοχή	8 50,0%	7 43,8%	1 6,3%	16 100,0%
	Αγροτική περιοχή	4 57,1%	1 14,3%	2 28,6%	7 100,0%
Σύνολο		47 42,0%	46 41,1%	19 17,0%	112 100,0%

Πίνακας 34: Ο τόπος διαμονής κάθε οικογένειας και η διάρκεια χρήσης του μπιμπερό.

Το τεστ βρήκε πως ο τόπος διαμονής δεν επηρεάζει την παρουσία ή την απουσία του μητρικού θηλασμού ($\chi^2=0.437$, $df=4$, $p>0.05$), (Πίνακας 34.1). Φαίνεται πως μία οικογένεια που ζει σε αστικό κέντρο δε διαφέρει ως προς τη διάρκεια που η μητέρα θα χορηγήσει στο παιδί της το μπιμπερό, (Πίνακας 34).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,779 ^a	4	,437
N of Valid Cases	112		

Πίνακας 34.1: Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση του τόπου διαμονής της οικογένειας και της διάρκειας χρήσης του μπιμπερό.

Ο πίνακας 35 περιέχει τις πληροφορίες για το γένος του παιδιού και τη διάρκεια χρήσης του μπιμπερό. Το χ^2 τεστ χρησιμοποιήθηκε για να καθοριστεί εάν το φύλλο του παιδιού επηρεάζει τη διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό.

		ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΜΠΙΜΠΕΡΟ			Σύνολο
		<18 μήνες	18-36 μήνες	> 36 μήνες	
ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ	ΑΡΡΕΝ	31 44,3%	29 41,4%	10 14,3%	70 100,0%
	ΘΗΛΥ	16 38,1%	17 40,5%	9 21,4%	42 100,0%
Σύνολο		47 42,0%	46 41,1%	19 17,0%	112 100,0%

Πίνακας 35: Το γένος του παιδιού και η διάρκεια χρήσης του μπιμπερό.

Το χ^2 βρήκε πως το φύλο του παιδιού δεν επηρεάζει την ύπαρξη ή όχι του θηλασμού ($\chi^2=0.596$, $df=2$, $p>0.05$), (Πίνακας 35.1). Ανεξαρτήτως του φύλλου του παιδιού, η χρήση του μπιμπερό μειώνεται καθώς το παιδί μεγαλώνει.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,035 ^a	2	,596
N of Valid Cases	112		

Πίνακας 35.1: Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση του φύλλου του παιδιού και της διάρκειας χρήσης του μπιμπερό.

γ) Αυτό το ερώτημα απαντά στο εάν τα δημογραφικά στοιχεία παίζουν κάποιο ρόλο στην ύπαρξη ή όχι της χρήσης της πιπίλας. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι πίνακες για κάθε δημογραφικό χαρακτηριστικό ξεχωριστά.

Στον πίνακα 36 παρουσιάζονται οι κατηγορίες της ηλικίας των μητέρων κατά τη γέννα και οι πληροφορίες για το αν έδωσαν στα παιδιά τους πιπίλα ή όχι. Το τεστ χ^2 πραγματοποιήθηκε για να καθοριστεί εάν η ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση του παιδιού της, επηρεάζει τη μετέπειτα χρήση της πιπίλας.

		ΧΡΗΣΗ ΠΙΠΙΛΑΣ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΟΤΑΝ ΓΕΝΝΗΣΕ	< 25	3 23,1%	10 76,9%	13 100,0%

	25-30	50	48	98
		51,0%	49,0%	100,0%
	> 30	42	33	75
		56,0%	44,0%	100,0%
Σύνολο		95	91	186
		51,1%	48,9%	100,0%

Πίνακας 36: Η ηλικία των μητέρων κατά τη γέννα και οι πληροφορίες για την ύπαρξη χρήσης της πιπίλας ή όχι.

Το χ^2 βρήκε πως η ηλικία της μητέρας κατά τη γέννα δεν επηρεάζει τη χρήση πιπίλας ή όχι ($\chi^2= 0.090$, $df=2$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 36.1. Βλέπουμε πως υπάρχει μία τάση οι μεγαλύτερες μητέρες (>30 χρονών) να δίνουν περισσότερο την πιπίλα στο παιδί τους (Πίνακας 36).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,806 ^a	2	,090
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 36.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης της ηλικίας της μητέρας κατά τη γέννα και της ύπαρξης ή όχι της πιπίλας.

Ο πίνακας 37 περιέχει πληροφορίες για το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας και για το εάν έδωσαν στο παιδί τους πιπίλα ή όχι. Πραγματοποιήθηκε και εδώ το chi-square τεστ προκειμένου να καθοριστεί εάν οι σπουδές που έχει πραγματοποιήσει η μητέρα επηρεάζουν την απόφασή της για τη χορήγηση πιπίλας.

		ΧΡΗΣΗ ΠΙΠΙΛΑΣ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΠΟΥΔΕΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	1	0	1
		100,0%	0,0%	100,0%
	ΛΥΚΕΙΟ	9	13	22
		40,9%	59,1%	100,0%
	ΙΕΚ	8	11	19

	42,1%	57,9%	100,0%
ΤΕΙ	33	21	54
	61,1%	38,9%	100,0%
ΑΕΙ	17	19	36
	47,2%	52,8%	100,0%
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	20	21	41
	48,8%	51,2%	100,0%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	7	5	12
	58,3%	41,7%	100,0%
Σύνολο	95	90	185
	51,4%	48,6%	100,0%

Πίνακας 37: Το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας και η ύπαρξη πιπίλας ή όχι.

Το chi-square βρήκε πως το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας δεν επηρεάζει την ύπαρξη πιπίλας ή όχι ($\chi^2 = 0.518$, $df=6$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 37.1. Οι μητέρες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να προτιμούν περισσότερο το θηλασμό σε σχέση με εκείνες με κατώτερη μόρφωση, (Πίνακας 37).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,205 ^a	6	,518
N of Valid Cases	185		

Πίνακας 37.1: Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας με την ύπαρξη ή όχι της πιπίλας.

Στον πίνακα 38 αναγράφονται οι πληροφορίες για το επάγγελμα της μητέρας. Τα επαγγέλματα έχουν κατηγοριοποιηθεί με βάση τις απαιτήσεις, με φθίνουσα κατάταξη (από τα λιγότερο απαιτητικά σε εκείνα με τις μεγαλύτερες απαιτήσεις). Το χ^2 χρησιμοποιήθηκε για να καθοριστεί εάν το επάγγελμα της κάθε μητέρας παίζει ρόλο στην απόφασή τους για το εάν θα χορηγήσουν πιπίλα ή όχι στο παιδί τους.

		ΧΡΗΣΗ ΠΙΠΙΛΑΣ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	Οικιακά, άνεργη	14 43,8%	18 56,3%	32 100,0%
	Ειδικευμένη	56 54,4%	47 45,6%	103 100,0%
	Εξειδικευμένη	25 49,0%	26 51,0%	51 100,0%
Σύνολο		95 51,1%	91 48,9%	186 100,0%

Πίνακας 38: Επάγγελμα μητέρας και χρήση ή όχι πιπίλας.

Το χ^2 βρήκε πως το επάγγελμα της μητέρας δεν επηρεάζει την ύπαρξη ή όχι της πιπίλας ($\chi^2=0.543$, $df=2$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 38.1. Φαίνεται πως υπάρχει μία τάση οι μητέρες με επάγγελμα που έχει μέτριες απαιτήσεις να δίνει στο παιδί της πιο συχνά πιπίλα σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες, (Πίνακας 38).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,221 ^a	2	,543
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 38.1: Τα αποτελέσματα συσχέτισης του επαγγέλματος της μητέρας με την ύπαρξη ή απουσία της πιπίλας.

Ο πίνακας 39 παρουσιάζει το οικογενειακό εισόδημα της κάθε οικογένειας και την πληροφορία για την ύπαρξη ή όχι της πιπίλας. Το chi-square διεξήχθη για να καθοριστεί εάν το οικογενειακό εισόδημα επηρεάζει την ύπαρξη ή όχι της πιπίλας.

		ΧΡΗΣΗ ΠΙΠΙΛΑΣ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΕΩΣ 10.500€	16 51,6%	15 48,4%	31 100,0%
	10.501-16.000€	28 51,9%	26 48,1%	54 100,0%
	16.001-25.000€	29 54,7%	24 45,3%	53 100,0%
	25.001-42.000€	16 44,4%	20 55,6%	36 100,0%
	42.001-50.000€	5 62,5%	3 37,5%	8 100,0%
	50.001€ & ΑΝΩ	1 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
	Σύνολο	95 51,1%	91 48,9%	186 100,0%

Πίνακας 39: Οικογενειακό εισόδημα και τα παιδιά που έκαναν χρήση της πιπίλας ή όχι.

Το chi-square βρήκε πως το οικογενειακό εισόδημα, είτε χαμηλότερο είτε υψηλότερο, δεν επηρεάζει την απόφαση της μητέρας για το αν θα δώσει στο παιδί της πιπίλα ή όχι ($\chi^2=0.786$, $df=5$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 39.1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,438 ^a	5	,786
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 39.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του οικογενειακού εισοδήματος με παρουσία ή όχι της πιπίλας.

Στον επόμενο πίνακα, παρατίθενται ο τόπος διαμονής κάθε οικογένειας και η ύπαρξη ή όχι της πιπίλας. Το ίδιο τεστ (χ^2) πραγματοποιήθηκε με σκοπό να αποδειχθεί εάν ο τόπος διαμονής της οικογένειας επηρεάζει την ύπαρξη ή την απουσία της πιπίλας (Πίνακας 40).

		ΧΡΗΣΗ ΠΙΠΙΛΑΣ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Αστικό κέντρο	75 51,4%	71 48,6%	146 100,0%
	Ημιαστική περιοχή	16 50,0%	16 50,0%	32 100,0%
	Αγροτική περιοχή	4 50,0%	4 50,0%	8 100,0%
Σύνολο		95 51,1%	91 48,9%	186 100,0%

Πίνακας 40: Ο τόπος διαμονής και η ύπαρξη ή απουσία της πιπίλας.

Το τεστ βρήκε πως ο τόπος διαμονής δεν επηρεάζει την παρουσία ή την απουσία της πιπίλας ($\chi^2=0.988$, $df=2$, $p>0.05$), (Πίνακας 40.1). Φαίνεται πως μία οικογένεια που ζει σε αστικό κέντρο δε διαφέρει ως προς τη χορήγηση πιπίλας με μία οικογένεια που ζει σε αγροτική περιοχή.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,024 ^a	2	,988
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 40.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του τόπου διαμονής με την παρουσία ή απουσία της πιπίλας.

Ο πίνακας 41 περιέχει τις πληροφορίες για το γένος του παιδιού και την ύπαρξη ή όχι της πιπίλας. Το χ^2 τεστ χρησιμοποιήθηκε για να καθοριστεί εάν το φύλλο του παιδιού επηρεάζει την ύπαρξη ή όχι της πιπίλας.

		ΧΡΗΣΗ ΠΙΠΙΛΑΣ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ	ΑΡΡΕΝ	58 52,7%	52 47,3%	110 100,0%

	ΘΗΛΥ	37 48,7%	39 51,3%	76 100,0%
Σύνολο		95 51,1%	91 48,9%	186 100,0%

Πίνακας 41: Το φύλο του παιδιού και η χρήση της πιπίλας.

Το χ^2 βρήκε πως το φύλο του παιδιού δεν επηρεάζει την ύπαρξη ή όχι του θηλασμού ($\chi^2=0.588$, $df=1$, $p>0.05$), (Πίνακας 41.1). Υπάρχει μία τάση τα αγόρια να κάνουν χρήση της πιπίλας κατά 53% σε σχέση με τα κορίτσια που έχουν ποσοστό χρήσης πιπίλας 49% (Πίνακας 41).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,294 ^a	1	,588
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 41.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του γένους του παιδιού με την ύπαρξη ή όχι της πιπίλας.

δ) Σε αυτό το σημείο, απαντάται το ερώτημα εάν τα δημογραφικά στοιχεία παίζουν κάποιο ρόλο στην ύπαρξη ή όχι του θηλασμού του δακτύλου. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι πίνακες για κάθε δημογραφικό χαρακτηριστικό ξεχωριστά.

Στον πίνακα 42 παρουσιάζονται οι κατηγορίες της ηλικίας των μητέρων κατά τη γέννα και οι πληροφορίες για το αν τα παιδιά τους θήλαζαν το δάκτυλό τους ή όχι. Το τεστ chi-square πραγματοποιήθηκε για να καθοριστεί εάν η ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση του παιδιού της, επηρεάζει τη μετέπειτα εμφάνιση της συνήθειας του θηλασμού του δακτύλου.

		ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΟΤΑΝ ΓΕΝΝΗΣΕ	<25	2 15,4%	11 84,6%	13 100,0%

	25-30	11	87	98
		11,2%	88,8%	100,0%
	>30	13	62	75
		17,3%	82,7%	100,0%
Σύνολο		26	160	186
		14,0%	86,0%	100,0%

Πίνακας 42: Η ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση του παιδιού της και η ύπαρξη ή όχι του θηλασμού του δακτύλου.

Το χ^2 βρήκε πως η ηλικία της μητέρας κατά τη γέννα δεν επηρεάζει τη χρήση πιπίλας ή όχι ($\chi^2= 0.511$, $df=2$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 42.1. Βλέπουμε πως υπάρχει μία τάση τα παιδιά των μεγαλύτερων μητέρων (>30 χρονών) να θηλάζουν περισσότερο το δάκτυλό τους σε σχέση με τα παιδιά των μητέρων από τις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες (Πίνακας 42.1).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,342 ^a	2	,511
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 42.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης της ηλικίας της μητέρας κατά τη γέννα και την ύπαρξη ή όχι του θηλασμού του δακτύλου.

Ο πίνακας 43 περιέχει πληροφορίες για το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας και για το εάν τα παιδιά τους θήλασαν το δάκτυλό τους ή όχι. Πραγματοποιήθηκε και εδώ το chi-square τεστ προκειμένου να καθοριστεί εάν οι σπουδές που έχει πραγματοποιήσει η μητέρα επηρεάζουν τη συνήθεια των παιδιών να θηλάσουν το δάκτυλό τους.

		ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΠΟΥΔΕΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	0	1	1
		0,0%	100,0%	100,0%
	ΛΥΚΕΙΟ	1	21	22

		4,5%	95,5%	100,0%
	ΙΕΚ	3	16	19
		15,8%	84,2%	100,0%
	ΤΕΙ	6	48	54
		11,1%	88,9%	100,0%
	ΑΕΙ	7	29	36
		19,4%	80,6%	100,0%
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	8	33	41
		19,5%	80,5%	100,0%
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	1	11	12
		8,3%	91,7%	100,0%
Σύνολο		26	159	185
		14,1%	85,9%	100,0%

Πίνακας 43: Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και τα παιδιά με θηλασμό ή όχι του δακτύλου.

Το chi-square βρήκε πως το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας δεν επηρεάζει την ύπαρξη ή όχι της συνήθειας του θηλασμού του δακτύλου ($\chi^2=0.616$, $df=6$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 43.1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,447 ^a	6	,616
N of Valid Cases	185		

Πίνακας 43.1: Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας με την ύπαρξη ή όχι της συνήθειας του θηλασμού του δακτύλου.

Στον πίνακα 44 αναγράφονται οι πληροφορίες για το επάγγελμα της μητέρας. Τα επαγγέλματα έχουν κατηγοριοποιηθεί με βάση τις απαιτήσεις, με φθίνουσα κατάταξη (από τα λιγότερο απαιτητικά σε εκείνα με τις μεγαλύτερες απαιτήσεις). Το χ^2 χρησιμοποιήθηκε για να καθοριστεί εάν το επάγγελμα της κάθε μητέρας παίζει ρόλο στην ύπαρξη ή όχι της συνήθειας του θηλασμού του δακτύλου.

		ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	Οικιακά, άνεργη	4 12,5%	28 87,5%	32 100,0%
	Ειδικευμένη	11 10,7%	92 89,3%	103 100,0%
	Εξειδικευμένη	11 21,6%	40 78,4%	51 100,0%
Σύνολο		26 14,0%	160 86,0%	186 100,0%

Πίνακας 44: Επάγγελμα μητέρας και τα παιδιά με θηλασμό ή όχι του δακτύλου.

Το χ^2 βρήκε πως το επάγγελμα της μητέρας δεν επηρεάζει την ύπαρξη ή όχι της συνήθειας του θηλασμού του δακτύλου ($\chi^2=0.180$, $df=2$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 44.1. Φαίνεται πως υπάρχει η τάση τα παιδιά των μητέρων που ασκούν ένα πιο απαιτητικό επάγγελμα να θηλάζουν το δάκτυλό τους σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες, (Πίνακας 44).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,434 ^a	2	,180
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 44.1: Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση του επαγγέλματος της μητέρας με την ύπαρξη ή όχι της συνήθειας του παιδιού να θηλάζει το δάκτυλό του.

Ο πίνακας 45 παρουσιάζει το οικογενειακό εισόδημα της κάθε οικογένειας και τα παιδιά με τη συνήθεια να θηλάζουν το δάκτυλό τους ή όχι. Το chi-square διεξήχθη για να καθοριστεί εάν το οικογενειακό εισόδημα επηρεάζει την ύπαρξη αυτής της συνήθειας ή όχι.

		ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΕΩΣ 10.500€	5 16,1%	26 83,9%	31 100,0%
	10.501-16.000€	12 22,2%	42 77,8%	54 100,0%
	16.001-25.000€	5 9,4%	48 90,6%	53 100,0%
	25.001-42.000€	2 5,6%	34 94,4%	36 100,0%
	42.001-50.000€	1 12,5%	7 87,5%	8 100,0%
	50.001€ & ΑΝΩ	1 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
	Σύνολο	26 14,0%	160 86,0%	186 100,0%

Πίνακας 45: Οικογενειακό εισόδημα και τα παιδιά που θηλάσαν το δάκτυλό τους ή όχι.

Το chi-square βρήκε πως το οικογενειακό εισόδημα, είτε χαμηλότερο είτε υψηλότερο, δεν επηρεάζει τη συνήθεια του παιδιού τους αν θα θηλάσουν το δάκτυλό τους ή όχι ($\chi^2=0.250$, $df=5$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 45.1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,624 ^a	5	,250
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 45.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του οικογενειακού εισοδήματος με την παρουσία ή όχι του θηλασμού του δακτύλου.

Στον επόμενο πίνακα, παρατίθενται ο τύπος διαμονής κάθε οικογένειας και τα παιδιά που θηλάζουν ή όχι το δάκτυλό τους. Το ίδιο τεστ (χ^2) πραγματοποιήθηκε με σκοπό να αποδειχθεί εάν ο τύπος διαμονής της οικογένειας επηρεάζει τη συνήθεια του παιδιού να θηλάζει το δάκτυλό του ή όχι (Πίνακας 46).

		ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Αστικό κέντρο	19 13,0%	127 87,0%	146 100,0%
	Ημιαστική περιοχή	5 15,6%	27 84,4%	32 100,0%
	Αγροτική περιοχή	2 25,0%	6 75,0%	8 100,0%
Σύνολο		26 14,0%	160 86,0%	186 100,0%

Πίνακας 46: Ο τόπος διαμονής και τα παιδιά που θηλάζουν ή όχι το δάκτυλό τους.

Το τεστ βρήκε πως ο τόπος διαμονής δεν επηρεάζει την παρουσία ή την απουσία της πιπίλας ($\chi^2=0.609$, $df=2$, $p>0.05$), (Πίνακας 46.1). Υπάρχει η τάση τα παιδιά των οικογενειών που ζουν σε αστικό κέντρο να συνηθίζουν να θηλάζουν το δάκτυλό τους σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις οικογένειες των ημιαστικών και των αγροτικών περιοχών, (Πίνακας 46).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,993 ^a	2	,609
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 46.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του τόπου διαμονής με την παρουσία ή απουσία του θηλασμού του δακτύλου.

Ο πίνακας 47 περιέχει τις πληροφορίες για το γένος του παιδιού και την ύπαρξη ή όχι της συνήθειας του θηλασμού του δακτύλου. Το χ^2 τεστ χρησιμοποιήθηκε για να καθοριστεί εάν το φύλο του παιδιού επηρεάζει την εμφάνιση ή όχι της συνήθειας του θηλασμού του δακτύλου.

		ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ	ΑΡΡΕΝ	15 13,6%	95 86,4%	110 100,0%
	ΘΗΛΥ	11 14,5%	65 85,5%	76 100,0%
Σύνολο		26 14,0%	160 86,0%	186 100,0%

Πίνακας 47: Το φύλο του παιδιού και η παρουσία ή απουσία της συνήθειας του θηλασμού του δακτύλου.

Το χ^2 βρήκε πως το φύλο του παιδιού δεν επηρεάζει ύπαρξη ή όχι της συνήθειας του θηλασμού του δακτύλου ($\chi^2=0.871$, $df=1$, $p>0.05$). Τα αποτελέσματα εμφανίζονται στον πίνακα 47.1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,026 ^a	1	,871
N of Valid Cases	186		

Πίνακας 47.1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του γένους του παιδιού με την ύπαρξη ή όχι της συνήθειας του θηλασμού του δακτύλου.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στην ενότητα αυτή, παρουσιάζεται η συζήτηση και η ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης, συσχετίζοντας τις υποθέσεις με άλλες έρευνες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου, υποδεικνύεται πως το ποσοστό των παιδιών που έκαναν χρήση του μπιμπερό, της πιπίλας και θήλασαν το δάκτυλό τους, αντιμετωπίζοντας κάποιο πρόβλημα στην ανάπτυξη της ομιλίας τους, είναι αξιοσημείωτο. Αναλυτικότερα, το ποσοστό των παιδιών με χρήση του μπιμπερό & πρόβλημα στην ομιλία ανέρχεται στο 24,1%(27/112), το ποσοστό εκείνων με χρήση της πιπίλας & πρόβλημα στην ομιλία, φτάνει στο 28,0%(26/93) και τα παιδιά με θηλασμό του δακτύλου & πρόβλημα στην ομιλία ανέρχεται στο 7,7%(2/24). Φαίνεται πως από τα παιδιά που αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα στην ομιλία τους, η πλειονότητα αυτών έκανε χρήση πιπίλας και όχι θηλασμό του δακτύλου. Από τους 78 συμμετέχοντες που απάντησαν στην ερώτηση εάν πιστεύουν πως οι στοματικές έξεις επηρεάζουν την ανάπτυξη της ομιλίας, το 49,0% (38/78) απάντησαν θετικά. Υποδεικνύεται λοιπόν, πως υπάρχει ευαισθησία των γονέων ως προς τις παραπάνω συνήθειες και τις επιπτώσεις που ενδεχομένως να έχουν στην ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών.

Επιπλέον, από τα αποτελέσματα υποδεικνύεται πως δε βρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά της συχνότητας (ώρες ανά ημέρα) χρήσης της πιπίλας και του θηλασμού του δακτύλου σχετιζόμενης με την παρουσία προβλημάτων κατά την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών. Συνεπώς, η πρώτη υπόθεση για την έρευνα αυτήν, απορρίπτεται. Παρόλα αυτά, παρατηρήθηκε ότι από τους συμμετέχοντες οι οποίοι δήλωσαν πως το παιδί τους χρησιμοποίησε πιπίλα και είχε προβλήματα στην ομιλία, η συχνότητα της χρήσης ήταν μεγαλύτερη σε σύγκριση με τα παιδιά που θήλασαν το δάκτυλό τους και είχαν προβλήματα στην ομιλία. Για παράδειγμα, το 25,0% (11/44) των παιδιών που εμφάνισαν πρόβλημα στην ομιλία τους, έκαναν χρήση της πιπίλας κατά τη διάρκεια του ύπνου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα παιδιά που έκαναν

θηλασμό του δακτύλου, είναι 0,0% (0/9). Παρατηρείται λοιπόν η τάση αυτή, παρόλο που δεν επιβεβαιώνεται στατιστικά. Αυτή η τάση έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της έρευνας του K. Wendt (2014), ο οποίος πραγματοποίησε μία έρευνα για τη χρήση της πιπίλας και του θηλασμού του δακτύλου και τη σχέση αυτών με την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών, χορηγώντας ερωτηματολόγιο σε γονείς.

Συνεχίζοντας, ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα που βρέθηκαν από τη συσχέτιση της διάρκειας (σε μήνες) της χρήσης της πιπίλας και του θηλασμού του δακτύλου με την παρουσία προβλημάτων στην ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών. Οι παραπάνω στοματικές έξεις φαίνεται να επηρεάζουν την ομιλία των παιδιών. Τα παιδιά τα οποία έκαναν χρήση της πιπίλας για διάστημα από 24 έως 36 μήνες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν πρόβλημα στην ομιλία τους με ποσοστό 67%(6/9 παιδιά). Αντίθετα, το μικρότερο ποσοστό εμφάνισης προβλημάτων στην ανάπτυξη της ομιλίας (9,0%, 3/33 παιδιά) βρίσκεται στο διάστημα χρήσης της πιπίλας από 2 έως 12 μήνες. Όσον αφορά στα παιδιά που εμφάνισαν προβλήματα στην ομιλία και είχαν θηλάσει το δάκτυλό τους για διάστημα μεγαλύτερο των 30 μηνών το ποσοστό είναι 40,0%(2/5 παιδιά). Μηδενικό είναι το ποσοστό παρουσίας προβλημάτων από το θηλασμό του δακτύλου για διάστημα από 0 έως 30 μήνες. Αυτά τα ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των Barbosa et al (2009, οι οποίοι συνέλεξαν το δείγμα για την έρευνα μέσω ερωτηματολογίου σε γονείς) και Nelson (2012, της οποίας η έρευνα αποτελεί βιβλιογραφική μελέτη) που υποδεικνύουν πως η παρατεταμένη χρήση της πιπίλας και του θηλασμού του δακτύλου για διάστημα 3 χρόνων και άνω είναι επιβλαβής για την ανάπτυξη της ομιλίας των μικρών παιδιών. Σε αντίθεση όμως έρχονται με τους Shotts et al (2008) οι οποίοι δε βρήκαν σημαντική επιρροή της παρατεταμένης χρήσης της πιπίλας και του θηλασμού του δακτύλου στην ομιλία.

Όσον αφορά στη διάρκεια (σε μήνες) της χρήσης του μπιμπερό και την επιρροή της στην ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Έτσι απορρίπτεται η εναλλακτική υπόθεση που τέθηκε στην έρευνα αυτήν. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της

έρευνας του Barbosa et al (2009, οι οποίοι συνέλλεξαν το δείγμα για την έρευνα μέσω ερωτηματολογίου σε γονείς) που πραγματοποιήθηκε στην Παταγονία, τα οποία υποστηρίζουν πως οι στοματικές συνήθειες, όπως αυτή του μπιμπερό, σχετίζονται με διαταραχές της ομιλίας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Ακόμη, υποδεικνύεται πως τα παιδιά που έκαναν χρήση του μπιμπερό για διάστημα μεγαλύτερο των 36 μηνών, θήλασαν λιγότερο από 6 μήνες, με ποσοστό 60,0% (9/42 παιδιά). Αντίθετα, το ποσοστό των παιδιών που θήλασαν για περισσότερο από 12 μήνες και έκαναν χρήση του μπιμπερό για διάστημα μεγαλύτερο των 36 μηνών αγγίζει μόλις το 6,7% (1/24 παιδιά). Παρόλα αυτά, από τη συσχέτιση της διάρκειας (σε μήνες) του μητρικού θηλασμού και της επιρροής του στη διάρκεια της χρήσης του μπιμπερό, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Οπότε, απορρίφθηκε η εναλλακτική υπόθεση. Φαίνεται πως το συγκεκριμένο θέμα χρήζει μεγαλύτερης έρευνας.

Επιπροσθέτως, φαίνεται από τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας, να υπάρχει σημαντική συσχέτιση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού με τη διάρκεια κατά την οποία ένα παιδί θα κάνει χρήση της πιπίλας. Γι' αυτόν το λόγο, η εναλλακτική υπόθεση που έχει τεθεί, γίνεται αποδεκτή. Αναλυτικότερα, υποδεικνύεται πως όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του μητρικού θηλασμού, τόσο πιο περιορισμένη θα είναι η διάρκεια της χρήσης της πιπίλας. Για παράδειγμα, ένα παιδί που έχει θηλάσει για διάστημα μικρότερο των 6 μηνών, θα κάνει χρήση της πιπίλας για διάστημα έως και 3 χρόνια σε ποσοστό 57,0% στο συνολικό πληθυσμό που έλαβε μέρος στην έρευνα. Αντίθετα, ένα παιδί που έχει θηλάσει για περισσότερους από 12 μήνες, θα χρησιμοποιήσει την πιπίλα σε ποσοστό 14,0%(1/20 παιδιά). Τα αποτελέσματα αυτά, έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματα των Ferreira & Toledo (1997, οι οποίοι εξέτασαν παιδιά προσχολικής ηλικίας) που υποστηρίζουν πως όσο μεγαλύτερη διάρκεια έχει ο θηλασμός, τόσο μικρότερη θα είναι η επικράτηση των στοματικών έξεων.

Η κατάληξη του προηγούμενου συμπεράσματος ίσως να εξηγείται από την πεποίθηση των Franca et al, 2008 και Gerd et al, 2012 πως ο θηλασμός καλύπτει τις συναισθηματικές ανάγκες των βρεφών, οπότε δε ψάχνουν να τις καλύψουν μέσω των στοματικών έξεων.

Ωστόσο, δε βρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά όσον αφορά στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού με τη διάρκεια του θηλασμού του δακτύλου. Έτσι, η εναλλακτική υπόθεση που έχει τεθεί, απορρίπτεται. Δε φαίνεται πως όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του μητρικού θηλασμού, τόσο μικρότερη θα είναι η διάρκεια του θηλασμού του δακτύλου. Αυτή η συσχέτιση, παρόλα αυτά, χρειάζεται μεγαλύτερη έρευνα, καθώς το δείγμα των παιδιών που θηλάζαν το δάκτυλό τους στη συγκεκριμένη έρευνα, ήταν περιορισμένο (24/186 παιδιά).

Σημαντικά ευρήματα αποτελούν και τα δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την ύπαρξη ή όχι του μητρικού θηλασμού. Τα δημογραφικά στοιχεία τα οποία βρέθηκαν να παίζουν ρόλο στην εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού, είναι το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα και η ηλικία της μητέρας (κατά τη γέννα). Αρχικά παρατηρείται η τάση, οι μεγαλύτερες μητέρες να προτιμούν περισσότερο να θηλάζουν το παιδί τους σε σύγκριση με τις νεότερες. Οι μητέρες στην κατηγορία από 25 έως 30 χρονών, παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό μητρικού θηλασμού (93,9%). Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, φαίνεται πως υπάρχει η τάση στις μητέρες που έχουν πραγματοποιήσει ανώτερες σπουδές (π.χ ΑΕΙ, Μεταπτυχιακό, Διδακτορικό), να προτιμούν περισσότερο το θηλασμό για το παιδί τους. Τέλος, όσο πιο απαιτητικό (ως προς τις υποχρεώσεις και τις ώρες εργασίας) επάγγελμα εξασκεί μία μητέρα, τόσο πιο πολύ επιλέγει να θηλάζει το παιδί της. Αυτά τα αποτελέσματα έρχονται σε συμφωνία με τις έρευνες των Taylor et al, 2006; Thome et al, 2006; Baghurst et al, 2007; Cairney et al, 2007; Tarrant et al, 2008, που έλαβαν μέρος σε χώρες όπως είναι η Αυστραλία, η Ισλανδία, η Ιρλανδία, η Σκωτία και οι ΗΠΑ. Παρόλα αυτά, τα ίδια αποτελέσματα είναι αντίθετα με εκείνα των Qiu et al (2009), σε μία περιοχή της Κίνας, οι οποίοι υποστηρίζουν πως οι νεότερες μητέρες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο συνηθίζουν να θηλάζουν περισσότερο τα παιδιά τους και των Jianghong et al (2013), στην Νοτιοανατολική Κίνα οι οποίοι υποστηρίζουν πως μητέρες με λιγότερο απαιτητικό επάγγελμα θηλάζαν περισσότερο. Όσον αφορά στα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν την έρευνα (οικογενειακό εισόδημα, τόπος διαμονής της οικογένειας και το φύλλο του παιδιού), δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική

διαφορά. Δηλαδή, το οικογενειακό εισόδημα, ο τόπος διαμονής της οικογένειας και το φύλλο του παιδιού δεν παίζουν κάποιο ρόλο στην εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού. Σε ασυμφωνία λοιπόν, βρίσκονται οι έρευνες των Taylor, Risica, Geller, Kirtania, & Cabral, 2006; Thome, Alder, & Ramel, 2006; Baghurst et al, 2007; Cairney & Barbour, 2007; Tarrant & Kearney, 2008; Qiu et al, 2009 και Jianghong et al, 2013.

Η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης και το επάγγελμα της μητέρας, το οικογενειακό εισόδημα, ο τόπος διαμονής και το γένος παιδιού δε φαίνεται να επηρεάζουν τη διάρκεια χρήσης του μπιμπερό, την ύπαρξη ή όχι της πιπίλας και του θηλασμού του δακτύλου. Έτσι, οδηγηθήκαμε στην απόρριψη της εναλλακτικής υπόθεσης. Αυτό, αρχικά έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα από την έρευνα των Degan et al, 2004 που υποδεικνύουν πως η χρήση της πιπίλας και του θηλασμού του αντίχειρα είναι λιγότερο συνήθη έως και ανύπαρκτα στις οικογένειες με χαμηλότερο οικονομικό υπόβαθρο, γεγονός που δεν επιβεβαιώνεται στην παρούσα μελέτη. Επιπλέον, στην έρευνα των Barbosa et al (2015) βρέθηκε πως η χαμηλότερη εκπαίδευση της μητέρας λειτουργεί ως προστατευτικός μηχανισμός για την ανάπτυξη των στοματικών έξεων. Αντίθετα, τα αποτελέσματα από αυτήν την έρευνα, δεν έδειξαν επιρροή του εκπαιδευτικού υπόβαθρου στην ανάπτυξη των στοματικών έξεων.

Παρόλο που δεν υπάρχουν πολλές έρευνες που να εξετάζουν τις πηγές που χρησιμοποιούν οι γονείς προκειμένου να ενημερωθούν για τη χρήση του μπιμπερό, της πιπίλας και το θηλασμό του δακτύλου, η συγκεκριμένη πραγματοποίησε μία προσπάθεια για να καλυφθεί αυτό το κενό. Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον. Την πρώτη θέση πληροφόρησης των γονέων είναι το διαδίκτυο με ποσοστό 20,0%(89/457 απαντήσεις) και έπειτα έρχονται τα βιβλία και διάφορα άρθρα (19,0%). Ο πρώτος ειδικός, σε αυτά τα θέματα που πραγματευόμαστε και φαίνεται να χρησιμοποιούν οι γονείς για να ενημερωθούν, είναι ο παιδίατρος με ποσοστό 16,0%. Έκπληξη προκαλείται από την επόμενη πηγή πληροφόρησης, η οποία είναι τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (π.χ facebook) με ποσοστό 13%. Έπειτα, οι πηγές προτίμησης πληροφόρησης των γονέων με ποσοστό 12,0% και 10% είναι η

οικογένεια και οι φίλοι, αντίστοιχα. Στις τελευταίες θέσεις βρίσκονται αρκετοί επιστήμονες όπως ο οδοντίατρος (5,0%), ο λογοθεραπευτής (3%) και ο ορθοδοντικός (1,0%). Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα αυτά με την έρευνα του K. Wendt (2014), βλέπουμε πως ενώ στην παρούσα έρευνα, το διαδίκτυο καταλαμβάνει την πρώτη θέση (με ποσοστό 73,0% ανά περίπτωση), σε εκείνη την έρευνα καταλαμβάνει την προ-τελευταία θέση (με ποσοστό 14,0% ανά περίπτωση).

6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ / ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα ερευνητική εργασία επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της ύπαρξης ή μη της σχέσης του θηλασμού, της χρήσης του μπιμπερό και της πιπίλας και του θηλασμού του δακτύλου με την ανάπτυξη της ομιλίας. Βρέθηκε ότι ο μητρικός θηλασμός λειτουργεί ως προστατευτικός μηχανισμός για την εμφάνιση των στοματικών έξεων καθώς και για την ομαλή ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών.

Στα αποτελέσματα που προέκυψαν από τα δεδομένα για τη χρήση του μπιμπερό, δε βρέθηκαν στατιστικά ισχυρές ενδείξεις πως επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών. Όσον αφορά, στη χρήση της πιπίλας και του θηλασμού του δακτύλου, βρέθηκε πως η συχνότητα (ώρες ανά ημέρα) δεν επηρεάζει την ομαλή ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών, σε αντίθεση με τη διάρκεια (σε μήνες) η οποία βρέθηκε να επηρεάζει την ανάπτυξη της ομιλίας τους.

Ένα άλλο, εξίσου σημαντικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως μεγάλο ποσοστό των γονέων (49,0%) θεωρεί πως οι στοματικές έξεις επηρεάζουν την ομιλία των παιδιών. Φαίνεται πως υπάρχει ευαισθησία των γονέων ως προς τις παραπάνω συνήθειες και τις επιπτώσεις που ενδεχομένως να έχουν στην ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών.

Τέλος, από τη διερεύνηση των πηγών πληροφόρησης των γονέων, προκύπτει το γενικό συμπέρασμα πως προτιμούν το διαδίκτυο ως μέσο ενημέρωσης για τόσο κρίσιμα ζητήματα. Αντίθετα, μικρό ποσοστό φάνηκε να απευθύνεται στους ειδικούς, όπως είναι ο λογοθεραπευτής, ο οδοντίατρος και ο ορθοδοντικός.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ανάμεσα στους περιορισμούς που προέκυψαν από αυτήν την ερευνητική μελέτη, συγκαταλέγεται ο τρόπος χορήγησης του ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα, ο προγραμματισμός του ερωτηματολογίου που ανέβηκε στο διαδίκτυο δεν ήταν απόλυτα σωστός, καθώς κάποιες απαντήσεις έμειναν αναπάντητες. Θα έπρεπε, στην περίπτωση που ο γονέας δεν απαντούσε κάποια ερώτηση, να μην του ήταν δυνατό να προχωρήσει στην επόμενη. Έτσι, ο αριθμός των συμμετεχόντων θα ήταν ακόμα μεγαλύτερος.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν για την επιρροή του θηλασμού του δακτύλου στην ομιλία των παιδιών, δε μπορούν να θεωρηθούν ασφαλή διότι ο αριθμός των συμμετεχόντων με αυτήν την συνήθεια ήταν περιορισμένος.

Τέλος, η διάρκεια χρήσης της πιπίλας και του θηλασμού του δακτύλου δε συσχετίστηκε στατιστικά με τη συχνότητα χρήσης αυτών των δύο συνηθειών. Θα είχε ενδιαφέρον να δούμε εάν, για παράδειγμα, ένα παιδί το οποίο έκανε χρήση της πιπίλας στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας αλλά για μικρό χρονικό διάστημα, αν θα εμφάνιζε πρόβλημα στην ομιλία του.

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Εξαιτίας της μεγάλης πρόσβασης που μπορεί να έχει κάποιος στον πληθυσμό των γονέων, προτείνεται μελλοντικά η ίδια έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα, προκειμένου να προκύψουν αποτελέσματα τα οποία να είναι πιο αντιπροσωπευτικά για τον ελληνικό πληθυσμό. Επιπλέον, συστήνονται και άλλες μελλοντικές έρευνες, οι οποίες είναι:

- να εξεταστούν τα ίδια τα παιδιά από λογοθεραπευτή και από ορθοδοντικό, έχοντας πάρει ιστορικό από τους γονείς, προκειμένου να διαπιστωθούν οι επιδράσεις των στοματικών έξεων στην ομιλία των παιδιών άμεσα και αυτοπροσώπως, όχι μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίων από τους γονείς.

- να πραγματοποιηθεί η έρευνα σε άλλη πληθυσμιακή κατηγορία (για παράδειγμα, σε αυτήν των παιδιάτρων) προκειμένου να διερευνηθούν οι γνώσεις τους για τους τρόπους σίτισης και των στοματικών έξεων των παιδιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- About the thumb sucking habit. (2014). Ανάκτηση 23/02/2015 από <http://tguard.com/about-thumbsucking/>
- Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. (2010). ABM clinical protocol #7: Model breastfeeding policy. *Breastfeeding Medicine*. 5, 173–177.
- Afzelius-Alm, A. (2004). Factors that influence the proclination or retroclination of the lower incisors in children with prolonged thumb-sucking habits. *Swedish Dental Journal*. 28, 37-41.
- Agurto P, Diaz R, Cadiz O, Borenrieth F (1999). Oral Bad Habits Frequency and its Association with Dentomaxilar Abnormal Development in Children Three to Six Years old in East Santiago. *Revista Chilena de Pediatria*. 70, 470-482.
- Albuquerque SSL, Duarte RC, Cavalcanti AL, Beltrão EM. (2010). Influence of the nonnutritive sucking habit pattern in early childhood. *Ciência Saúde Coletiva*. 15, 371–378.
- American Academy of Pediatrics (2000). Thumb sucking and pacifiers. Ανάκτηση 03/03/2015 από <http://www.aap.org/healthtopics/stages.cfm#early>.
- American Academy of Pediatrics. (2006). Pediatric clinical practice guidelines and policies: A compendium of evidence-based research for pediatric practice (6th ed.). *Elk Grove Village*.
- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. (2005). Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 115, 496–506.
- American Dental Association. (2003). Dental effects persist regardless of type of pacifier used: Study. Ανάκτηση 25/02/2015 από <http://www.ada.org>.
- Anke B. (1971). The etiology of prolonged thumb sucking. *Scandinavian Journal Of Dental Research*. 79, 54-57.
- Baby Center. (2003). Fetal development 14 weeks. Ανάκτηση 05/03/2015 από <http://www.babycenter.com/mybabycenter/114.html>.

- BabyCenter Editorial Team. (2007). When should my baby stop using a Pacifier. Ανάκτηση 04/02/2015 από http://www.babycenter.com/408_when-should-my-baby-stopusing-a-pacifier_1368496.bc.
- BabyCenter Medical Advisory Board. (2013). Ανάκτηση 10/03/2015 από http://www.babycenter.com/0_pacifiers-and-your-toddler_12254.bc?page=1.
- Baghurst, P., Pincombe, J., Peat, B., Henderson, A., Reddin, E., & Antoniou, G. (2007). Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breastfeeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery*, 23, 382–391.
- Barbosa, C., Vasquez, S., Parada, M. A., Carlos, J., Gonzales, V., Jackson, C., et al. (2009). The relationship of bottle feeding and other sucking behaviors with speech disorder in Patagonian preschoolers. *GMC Pediatrics*, 9, 66–73.
- Bartok CJ. (2011). Babies fed breastmilk by breast versus by bottle: a pilot study evaluating early growth patterns. *Breastfeed Med*, 6, 117–124.
- Batal, M., Boulhourjian, C., Abdallah, A., & Afifi, R. (2006). Breast-feeding and feeding practices of infants in a developing country: A national survey in Lebanon. *Public Health Nutrition*, 9, 313–319.
- Bergeret J, Bécache A, Boulanger J-J, Chartier J-P, Dubor P, Houser M, et al (2006). Psicopatologia: teoria e clínica (traduzido por Settineri). *Porto Alegre: Artmed*, 9.
- Bishara SE, Warren JJ, Broffit B, Levy S. (2006). Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 130, 31-36.
- Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EM, Fleming P. (2009). Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ*, 339.
- Boshart, B. A. (2001). The pacifier: Making the decision. *Temecula, CA*. Speech Dynamics.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2001). Touchpoints three to six: Your child's emotional and behavioral development. *Cambridge, MA: Perseus Publishing*.

- Broad FE. (1972). The effects of infant feeding on speech quality. *The New Zealand medical journal*. 76, 28-31.
- Broad FE (1975). Further studies on the effects of infant feeding on speech quality. *The New Zealand medical journal*. 82, 373-376.
- Bueno SB, Bittar TO, Vazquez Fde L, Meneghim MC, Pereira AC. (2013). Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. *Dental Press J Orthod*. 18, 1-6.
- Caglar E, Larsson E, Andersson EM, Hauge MS, Ogaard B, Bishara S, et al. (2005). Feeding, artificial sucking habits, and malocclusions in 3-year-old girls in different regions of the world. *J Dent Child (Chic)*. 72, 25-30.
- Cairney, P., & Barbour, R. (2007). A research study of sources of support for bottle feeding in new mothers. *Community Practitioner*, 80, 30–34.
- Carrascoza KC, Possobon RF, Tomita LM, Moraes AB (2006). Consequences of bottle-feeding to the oral facial development of initially breastfed children. *J Pediatr (Rio J)*. 82, 395–397.
- Casby, M. W. (2001). Otitis media and language development: A meta— analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 10, 65–80.
- Centers for Disease Control and Prevention (2010). Racial and ethnic differences in breastfeeding initiation and duration, by state – National immunization survey, United States, 2004–2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 59, 327–334.
- Center on Human Development and Disability, Clinical Training Unit, University of Washington (2007). Speech and Language. Ανάρτηση 19/02/2015 από <http://depts.washington.edu>
- Chandra RK. (1979). Prospective studies on the effect of breastfeeding on the incidence of infection and allergy. *Acta Paediatrica Scandinavia*. 68, 691–694.
- Chatman, L., Salihu, H., Roofe, M., Wheatle, P., Henry, D., & Jolly, P. (2004). Influence of knowledge and attitudes on exclusive breastfeeding practice among rural Jamaican mothers. *Birth*. 31, 265–271.
- Christensen, J. R., Fields, H. W., & Adair, S. M. (2005). Pediatric dentistry infancy through adolescence (4th ed.). *St Louis, MO: Elsevier Saunders*. 6, 431-439.

- Cozzi F, Albani R, Cardi E. (1979). A common pathophysiology for sudden cot death and sleep apnoea. 'The vacuum-glossoptosis syndrome'. *Med. Hypotheses*. 5, 329–38.
- Davidson L.(2008). Thumb and finger sucking. *Pediatrics in Review*. 29, 207-208.
- Degan VV, Puppini-Rontani RM. (2004). Prevalence of pacifier-sucking habits and successful methods to eliminate them--a preliminary study. *Journal of dentistry for children*. 71, 148-151.
- Dimberg L, Lennartsson B, Soderfeldt B, Bondemark L (2013). Malocclusions in children at 3 and 7 years of age: a longitudinal study. *Eur J Orthod*. 35, 131–37.
- Disantis KI, Collins BN, Fisher JO, Davey A. (2011). Do infants fed directly from the breast have improved appetite regulation and slower growth during early childhood compared with infants fed from a bottle? *Int J Behav Nutr Phys Act*. 8, 89–100.
- Duncan K, McNamara C, Ireland AJ, Sandy JR. (2008). Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon longitudinal study of pregnancy and childhood. *Int J Paediatr Dent*. 18, 178-188.
- Farsi N, Salama F (1997). Sucking habits in Saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. *Pediatric Dent*. 19, 28–33.
- Ferguson M, Molfese PJ. (2007). Breast-fed infants process speech differently from bottle-fed infants: evidence from neuroelectrophysiology. *Dev Neuropsychol*. 31, 337-347.
- Fernandes Izabella Barbosa, Túlio Silva Pereira, Monize Ferreira Figueiredo de Carvalho, Joana Ramos-Jorge, Leandro Silva Marques, Maria Letícia Ramos-Jorge (2015). Non-nutritive sucking habits after three years of age: A case-control study. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 33, 19-24.
- Ferreira MIDT, Toledo, AO. (1997). Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. *Revista ABO Nacional*. 317-320.

- Fox, A. V., Dodd, B., & Howard, D. (2002). Risk factors for speech disorders in children. *International Journal of Language and Communication*. 37, 117–132.
- França MCT, Guigliani ERJ, Oliveira LD, Whigert EML, Santo LCE, Köhler CV, Bonilha ALL (2008), Use of a bottle during the first month of life: determinants and influence of the breastfeeding technique. *Rev Saude Publica*. 42, 607–614.
- Gale E.N. & Ager W.A. (1979). “Thumb sucking revisited”. *American Journal of Orthodontics*. 55, 167–170.
- Gerd AT, Bergman S, Dahlgren J, Roswall J, Alm B (2012). Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatr*. 101, 55–60.
- Gimenez CMM, Moraes ABA, Bertoz AP, Bertoz FA, Ambrosano GB (2008). Prevalence of malocclusion in early childhood and its relationship with breastfeeding types and children’s habits. *R Dental Press Ortodon Ortop Facil*. 13, 70–83.
- Góes MP, Araújo CM, Góes PS, Jamelli SR. (2014). Non-nutritive sucking habits persistence: Prevalence and associated factors. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 13, 247-57. Ανάκτηση 30/03/2015 από <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000300006>.
- Gomes CF, Trezza EM, Murade EC, Padovani CR (2006). Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants. *J Pediatr (Rio J)*. 82, 103–109.
- Harrison, L. J., & McLeod, S. (2010). Risk and protective factors associated with speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 53, 508–529.
- Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. (2005). Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*. 116, 716–23.
- Herzog, K. (2012). Baby pacifier study: Daytime use blocks key facial expression. *The Christian Science Monitor*.

- Holanda ALF, Santos SA, Sena MF, Ferreira MAF (2009). Relation between breast and bottlefeeding and non-nutritive sucking habits. *Oral Health Prev Dent.* 7, 331–337.
- Howard, C. R., Howard, F. M., Lanphear, B., Eberly, S., deBlieck, E. A., Oakes, D., et al. (2003). Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics.* 111, 511–518.
- Howard CR, Howard FM, Lanphear B., deBlieck EA, Aberly S., Lawrence RA. (1999). The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics.* 103, 33.
- International Lactation Consultant Association. (2005). *Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding.* Raleigh, NC: Author.
- JADA. (2007). 138, 1176.
- Jackson JM, Mourino AP. (1999). Pacifier use and otitis media in infants twelve months of age or younger. *Pediatr Dent.* 21, 255–260.
- Jahanbin A, Mokhber N, Jabbarimani A. (2010). Association between sociodemographic factors and nutritive and non-nutritive sucking habits among Iranian girls. *East Mediterr Health J.* 16, 1143-1147.
- Jianghong L., Zumin S., Diane S., Rebecca L., Guiju S. & Jeane G. (2013). Social and demographic determinants for breastfeeding in a rural, suburban and city area of South East China. *Contemporary Nurse.* 45, 234-243.
- Kamudoni, P., Maleta, K., Shi, Z., & Holmboe- Ottesen, G. (2007). Infant feeding practices in the first 6 months and associated factors in a rural and semiurban community in Mangochi district, Malawi. *Journal of Human Lactation.* 23, 325–332.
- Kasparaviciene K., Sidlauskas A., Zasciurinskiene E., Vasiliauskas A., Juodzbaly G., Sidlauskas M., Marmaitė U. (2014). The Prevalence of Malocclusion and Oral Habits among 5–7-Year-Old Children. *Medical Science Monitor.*

Ανάκτηση

02/03/2015

από

<http://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/890885>.

- Katz C, Rosenblatt A, Gondim P (2004). Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 126, 53–57.
- Klocke A, Nanda R, Kahl-Nieke B (2002). Anterior open bite in the deciduous dentition: Longitudinal follow-up and craniofacial growth considerations. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 122, 353–358.
- Kohler L, Holst K (1973). Malocclusion and sucking habits of four-year-old children. *Acta Paediatr Scand.* 62, 373–379.
- Leite-Cavalcanti A, Medeiros-Bezerra PK, Moura C. (2007). Breastfeeding, bottle-feeding, sucking habits and malocclusion in Brazilian preschool children. *Rev Salud Publica (Bogota).* 9, 194-204.
- Larsson E.(1983). Prevalence of crossbite among children with prolonged dummy- and finger-sucking habit. *Swed Dent J.* 7, 115-119.
- Larsson E, Dhalin K. (1985). The prevalence and etiology of the initial dummy and finger sucking habit. *Am J Orthod.* 87, 432-435.
- Larsson E. (2001). Sucking, chewing, and feeding habits and the development of crossbite: a longitudinal study of girls from birth to 3 years of age. *Angle Orthod.* 71, 116-119.
- Larsson E. (2003).The influence of oral habits on the developing dentition and their treatment: clinical and historical perspectives. 2nd ed. Edited by S. Bishara. *Sweden: CELA Grafiska.*
- Lescano de Ferrer A, Varela de Villalba TB (2006). Effect of the suction-swallowing action on orofacial development and growth. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 63, 33–37.
- Levin S. (1971). Dummies. *S. Afr. Med. J.* 45, 237-240.
- Levine RS. (1999). Briefing paper: oral aspects of dummy and digit sucking. *Br Dent J.* 186, 108.
- Li, D. K., Willinger, M., Petitti, D. B., Odouli, R., Liu, L., & Hoffman, H. J. (2006). Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): Population based case control study. *British Medical Journal.* 332, 18–22.

- Li R, Fein SB, Grummer-Strawn LM. (2010). Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants? *Pediatrics*. 125. Ανάκτηση 21/02/2015 από www.pediatrics.org/cgi/content/full/125/6/e1386.
- Limme M (2010). The need of efficient chewing function in young children as prevention of dental malposition and malocclusion. *Arch Pediatr*. 17, 213–219.
- Luciana Vitaliano Voi Trawitzki, Wilma T. Anselmo-Lima, Melissa O. Melchior, Tais H. Grechi, Fabiana C. P. Valera. (2005). Breast-feeding and deleterious oral habits in mouth and nose breathers. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 71, 747-751.
- Maguire J.A. (2000). The evaluation and treatment of pediatric oral habits. *Dental Clinics of North America*. 44, 659-669.
- Marter A. & Agruss J.K (2007). Pacifiers: An update on Use and Misuse. *JSPN*. 12, 278-283.
- Medeiros AP, Ferreira JT, Felício CM (2009). Correlation between feeding methods, non-nutritive sucking and orofacial behaviors. *Pro Fono*. 21, 315–319.
- Melink, S., Vagner, M. J., Hocevar-Boltezar, I., & Ovsenik, M. (2010). Posterior crossbite in the deciduous dentition period, its relation with sucking habits, irregular orofacial functions, and otolaryngological findings. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 138, 32–39.
- Mitchell EA, Blair PS, L’Hoir MP. (2006). Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. 117, 1755–1758.
- Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RPK et al. (1993). Dummies and the sudden infant death syndrome. *Arch. Dis. Child*. 68, 501–4.
- Mizuno K, Ueda A. (2006). Changes in sucking performance from nonnutritive sucking to nutritive sucking during breast- and bottle-feeding. *Pediatr Res*. 59, 728-31.
- Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Saliba O(2011). Relationship between breastfeeding and non-nutritive sucking habits. *Ciência Saúde Coletiva*. 16, 2477–2484.

- Moimaz SAS, Saliba O, Lolli LF, Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba NA (2012). A longitudinal study of the association between breast-feeding and harmful oral habits. *Pediatr Dent.* 34, 117–121.
- Nahás-Scocate ACR, Moura PX, Marinho RB, Alves AP, Ferreira RI, Guimarães FM (2011). Association between infant feeding duration and the terminal relationships of the primary second molars. *Braz J Oral Sci*, 10, 140–145.
- Neifert M, Lawrence RA, Seacat J. (1995). Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr.* 126, 125–129.
- Neiva FC, Cattoni DM, Ramos JL, Issler H (2003). Early weaning: implications to oral motor development. *J Pediatr (Rio J)*. 79, 7–12.
- Neiva FC, Leone CR. (2007). Efeitos da estimulação da sucã o não nutritiva na idade de início da alimentaã o via oral em recém-nascidos pré-termo. *Rev Paul Pediatr.* 25, 129-134.
- Nelson A.M. (2012). A Comprehensive Review of Evidence and Current Recommendations Related to Pacifier Usage. *Journal of Pediatric Nursing, Elsevier.* 27, 690–699.
- Nelson, E. A., Yu, L. M., Williams, S., & International Child Care Practices Study Group Members. (2005). International Child Care Practices study: Breastfeeding and pacifier use. *Journal of Human Lactation.* 2, 289–295.
- Newman J. (1990). Breastfeeding problems associated with the early introduction of bottles and pacifiers. *J Hum Lactation.* 6, 59–63.
- Ngom PI, Diagne F, Samba Diouf J, Ndiaye A, Hennequin M. (2008). Prevalence and factors associated with non-nutritive sucking behavior. Cross sectional study among 5- to 6-year-old Senegalese children. *Orthod Fr.* 79, 99-106.
- Niemela M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. (2000). Pacifier as a risk factor for acute otitis media: a randomized, controlled trial of parental counseling. *Pediatrics.* 106, 483–488.
- Niemelä M, Uhari M, Hannuksela A. (1994). Pacifiers and dental structure as risk factors for otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 29, 121–127.
- Niemelä M, Uhari M, Mottonen M. (1995). A pacifier increases the risk of recurrent acute otitis media in children in day care centers. *Pediatrics.* 96, 884–888.

- Niemelä M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. (2000). Pacifier as a risk factor for acute otitis media: a randomized, controlled trial of parental counselling. *Pediatrics*. 106, 483–488.
- N.L.C. (2012). Thumb wars. *Parenting Early Years*. 40.
- North Stone K., Flemming P., Golding J., the ALSPAC study team. (2000). Socio-demographic associations with digit and pacifier sucking at 15 months of age. *Early Human Development*. 60, 137-148.
- Oddy (2001). Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of evidence. *Breastfeed Review*. 9, 11–8.
- Ovsenik M (2009). Incorrect orofacial functions until 5 years of age and their association with posterior crossbite. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 136, 375–381.
- Olguin A, Quintana X. (2001). Anterior Open Bite in 2 to 4 Years Old Children and Use of Oral Pacifiers in an Area of Lo Barnechea Commune. *Revista Dental de Chile*. 92, 3-8.
- Pansy, J., Zotter, H., Sauseng, W., Schneuber, S., Lang, U., & Kerbl, R. (2008). Pacifier use: What makes mothers change their mind? *Acta Paediatrica*. 97, 968–971.
- Pena-Brooks A. and Hegde M. N. (2007). Assessment And Treatment of Articulation And Phonological Disorders in Children: A Dual-level Text.
- Poyak, J. (2006). Effects of pacifiers on early oral development. *International Journal of Orthodontics*. 17, 13–16.
- Qiu, L. Q., Zhao, Y., Binns, C. W., Lee, A. H., & Xie, X. (2009). Initiation of breastfeeding and prevalence of exclusive breastfeeding at hospital discharge in urban, suburban, and rural areas of Zhejiang China. *International Breastfeeding Journal*. 4, 1.
- Quashie-Williams R, DaCosta O, Isiekwe M (2010). Oral habits, prevalence and effects on occlusion of 4–15 year old school children in Lagos, Nigeria. *Nigerian Postgrad Med J*. 17, 113–117.
- Ramirez-Yañez GO, Farrel C. (2005). Soft tissue dysfunction: a missing clue when treating malocclusions. *Ortop Rev Int Ortop Func*. 1, 483-494.

- Righard L, Alade MO (1992). Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*. 19, 185–189.
- Roberts, J. E., Rosenfeld, R. M., & Zeisel, S. A. (2004). Otitis media and speech and language: A meta-analysis of prospective studies. *Pediatrics*. 113, 238–248.
- Romero CC, Scavone-Junior H, Garib DG, Cotrim-Ferreira FA, Ferreira RI (2011). Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. *J Appl Oral Sci*, 19, 161–168.
- Ryan A., Wenjun Z. & Acosta A. (2002). Breastfeeding continues to increase into the new millennium. *Pediatrics*, 110, 1103–1109.
- Sakashita R, Inoue N, Kamegai T (2004). From milk to solids: a reference standard for the transitional eating process in infants and preschool children in Japan. *Eur J Clin Nutr*, 58, 643–653.
- Sakashita R, Inoue N, Kamegai T (2006). Can oral health promotion help develop masticatory function and prevent dental caries? *Community Dent Health*. 23, 107–115.
- Sakashita R, Kamegai T, Inoue N (1996). Masseter muscle activity in bottle feeding with the chewing type bottle teat: evidence from electromyographs. *Early Hum Dev*. 45, 83–92.
- Sanches MT (2004). Clinical management of oral disorders in breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 80, 155–162.
- Santos-Neto ET, Barbosa RW, Oliveira AE, Zandonade E(2009). Factors associated with the appearance of oral respiration during the first months of child development. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Infantil*. 10, 237–248.
- Santos SA, Holanda AL, Sena MF, Gondim LA, Ferreira MA. (2009). Nonnutritive sucking habits among preschool-aged children. *J Pediatr (Rio J)*. 85, 408-414.
- Scavone-Junior H, Ferreira RI, Mendes TE, Ferreira FV. (2007). Prevalence of posterior crossbite among pacifier users: a study in the deciduous dentition. *Braz Oral Res*. 21. 153-158.

- Shotts, L. L., McDaniel, D. M., & Neeley, R. A. (2008). The impact of prolonged pacifier use on speech articulation: A preliminary investigation. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*. 35, 72–75.
- Silva EL. (2006). Hábitos bucais deletérios. *Rev Para Med*. 20, 47-50.
- Silva Filho OG, Santamaria Jr M, Capelozza Filho L. (2007). Epidemiology of posterior crossbite in the primary dentition. *J Clin Pediatr Dent*. 32, 73-78.
- Singer-Vine, J. (2009). Pacifiers tied to speech disorders. *Wall Street Journal - Eastern Edition*. 254, 4-8.
- Speech and language developmental milestones. (2011). Ανάρτηση 13/02/2015 από <http://www.nidcd.nih.gov/health/voice/pages/speechandlanguage.aspx>.
- Standley, J. M. (2003). The effect of music-reinforced nonnutritive sucking on feeding rate of premature infants. *Journal of Pediatric Nursing*. 18, 169–173.
- Stone KN, Fleming P, Golding J. (2000). Socio-demographic associations with digit and pacifier sucking at 15 months of age and possible associations with infant infection. The ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *Early Hum Dev*. 60, 137-148.
- Svedmyr B (1979). Dummy sucking. A study of its prevalence, duration and malocclusion consequences. *Swed Dent J*. 3, 205–210.
- Tarrant, R., & Kearney, J. (2008). Public health nutrition. Breast-feeding practices in Ireland. *Proceedings of the Nutrition Society*. 67, 371–380.
- Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. (2011). SIDS and other sleep-related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 128, 1030-1039.
- Taylor, J., Risica, P., Geller, L., Kirtania, U., & Cabral, H. (2006). Duration of breastfeeding among first-time mothers in the United States: Results of a national survey. *Acta Paediatrica*. 95, 980–984.
- Telles FBA, Ferreira RI, Magalhães LNC, Scavone-Junior H (2009). Effect of breast and bottle feeding duration on the age of pacifier use persistence. *Braz Oral Res*. 23, 432–438.
- Thilander B, Myrberg N (1973). The prevalence of malocclusion in Swedish schoolchildren. *Scand J Dent Res*. 81, 12–21.

- Thomaz, E. (2012). Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: a multivariate analysis. *International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology*. 76, 500-505.
- Thome, M., Alder, E., & Ramel, A. (2006). A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: Is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *International Journal of Nursing Studies*. 43, 11–20.
- Thoreau, H. D. (1893). *Walden, or life in the woods*. Boston: Houghton Mifflin Company. 161.
- Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ (2000). The relationship between oral habits and malocclusion in preschool children. *Revista de saude publica*. 34, 299-303.
- Tortora, G., & Nielsen, M. (2012). Principles of human anatomy. *Jefferson City: Biological Sciences Textbooks, Inc.* 821-823.
- UNICEF (2004). Media centre. Government and UN meet to tackle declining breastfeeding rates in China. Ανάκτηση 15/03/2015, από http://www.unicef.org/china/media_921.html
- United Nations Children’s Fund. (1996). *Feeding Low Birth Weight Babies*. New York, NY: UNICEF Division of Information and Public Affairs.
- Valdeane S., Sandra M., Marta E., Fábio M., Carlos L., Renata C., Mitsue F. (2015). Pacifier-sucking habit duration and frequency on occlusal and myofunctional alterations in preschool children. *Braz Oral Res*. 29, 1-7.
- Valdrighi HC, Vedovello Filho M, Coser RM, de Paula DB, Rezende SE. (2004). Hábitos deletérios x aleitamento materno (sucção digital ou chupeta). *RGO*. 52, 237-239.
- Van Norman, R. (2001). Why we can’t afford to ignore prolonged digit sucking. *Contemporary Pediatrics*. 18, 61–81.
- Vasconcelos FM, Massoni AC, Heimer MV, Ferreira AM, Katz CR, Rosenblatt A. (2011). Non-Nutritive sucking habits, anterior open bite and associated factors in brazilian children aged 30-59 months. *Braz Dent J*. 22, 140-145.

- Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. (1997). Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*. 99, 445–453.
- Viggiano, D., Fasano, D., Monaco, G., & Strohmenger, L. (2004). Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking: Effects on occlusion in deciduous dentition. *Archives of Disease in Childhood*. 89, 1121–1123.
- Wallby, T., & Hjern, A. (2009). Region of birth, income and breastfeeding in a Swedish county. *Acta Paediatrica*, 98, 1799–1804.
- Warren, J. J., & Bishara, S. E. (2002). Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 121, 347–356.
- Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ. (2001). Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. *J Am Dent Assoc*. 132, 1685-1693.
- Warren, J. J., Levy, S. M., Nowak, A. J., & Shenghui, T. (2000). Non-nutritive sucking behaviors in preschool children: A longitudinal study. *American Academy of Dentistry*, 22, 187–191.
- Warren J, Slayton L, Yonesu T et al (2005). Effects of nonnutritive sucking habits on occlusal characteristics in the mixed dentition. *Pediatr Dent*. 27, 445–450 .
- Wendt K. (2014). Parent Perceptions of the Relationship Between Pacifier Usage, Thumb Sucking and Speech Production. Program in Communication Disorders. *Honors Thesis*. 1-28.
- World Health Organization. (1974). Twenty-seventh World Health Assembly: I. Infant Nutrition and Breastfeeding. *Official Records of the World Health Organization*. 217, 20.
- World Health Organization. (1989). Twenty-seventh World Health Assembly and United Nations Children's Fund. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services (A Joint WHO/UNICEF Statement). *Geneva, Switzerland: World Health Organization*.

- World Health Organization. (2010). The ten steps to successful breastfeeding. *Baby-friendly USA*. Ανάκτηση 29/03/2015 από <http://www.babyfriendlyusa.org/eng/10steps.html>.
- World Health Organization, (2015). Health Topics. *Breastfeeding*. Ανάκτηση 20/02/2015, από <http://www.who.int>.
- Yemitan T.A., DaCosta O.O., Sanu O.O., and Isiekwe M.C. (2010). “Effects of digit sucking on dental arch dimensions in the primary dentition”. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*. 39, 55–61.
- Zadik D, Stern N, Litner M. (1977). Thumb- and pacifier-sucking habits. *American journal of orthodontics*. 71, 197-201.
- Zempsky WT, Cravero JP. (2004). Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics*, 114, 1348-1356.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αγαπητέ γονέα,

στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας στο Τμήμα Λογοθεραπείας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, ετοιμάσαμε το παρόν ερωτηματολόγιο με σκοπό τη διερεύνηση των επιπτώσεων του τρόπου σίτισης των βρεφών (μητρικός θηλασμός, χρήση μπιμπερό) και των στοματικών έξεων (θηλασμός δακτύλου, χρήση πιπίλας) στην ανάπτυξη της ομιλίας και του λόγου.

Όπως θα δείτε, ακολουθεί μία σειρά ερωτήσεων. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις. Αφού ολοκληρώσετε τη συμπλήρωση, παρακαλούμε ελέγξτε για τυχόν αναπάντητα ερωτήματα και επιστρέψτε το ερωτηματολόγιο στο συνεργάτη της έρευνας. Ο χρόνος συμπλήρωσης δε ξεπερνά τα 10 λεπτά. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και τα στοιχεία που μας δίνετε είναι απόρρητα και εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή και το χρόνο σας!

Ζευκιλή Χαρά

Λουκία Αλεξάνδρα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (για γονείς παιδιών έως 12 ετών)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

1. Ηλικία μητέρας: _____
2. Επάγγελμα μητέρας: _____ Επάγγελμα πατέρα: _____
3. Οικογενειακό εισόδημα: _____ έως 10.500
_____ από 10.501 έως 16.000
_____ από 16.001 έως 25.000
_____ από 25.001 έως 42.000
_____ από 42.001 έως 50.000
_____ 50.001 και άνω
4. Οικογενειακή κατάσταση: _____ παντρεμένοι
_____ διαζευγμένοι
5. Τόπος διαμονής γονέων: _____ Αστικό Κέντρο
_____ Ημιαστική περιοχή
_____ Αγροτική περιοχή
6. Σπουδές: (συμπληρώστε το ανώτερο και για τους δύο γονείς)

	ΜΗΤΕΡΑ	ΠΑΤΕΡΑΣ
Γυμνάσιο		
Λύκειο		
ΙΕΚ/Τεχνική Σχολή		
ΤΕΙ		
ΑΕΙ		
Μεταπτυχιακό		
Διδακτορικό		
Μεταδιδακτορικό		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

7. Πόσα παιδιά έχετε; _____ (συμπληρώστε σε όλες τις ερωτήσεις για όσα παιδιά έχετε. Επίσης, εάν έχετε π.χ 2 παιδιά αλλά το ένα είναι μεγαλύτερο από 12 ετών, καταγράψτε ότι έχετε 2 παιδιά αλλά συμπληρώστε μόνο για εκείνο που είναι έως 12 ετών).

	φύλλο	ημερ/νία γέννησης	τωρινό σχολείο (σημειώστε όλα τα πιθανά)	διάρκεια εγκυμοσύνης (σε εβδομάδες)	επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
1 ^ο παιδί:	___ άρρεν ___ θήλυ	___ / ___ / ___	___ δημόσιος φορέας ___ ιδιωτικός φορέας ___ τμήμα ένταξης ___ ειδικό σχολείο	_____ _____	___ όχι ___ ναι, ποιές; _____ _____
2 ^ο παιδί:	___ άρρεν ___ θήλυ	___ / ___ / ___	___ δημόσιος φορέας ___ ιδιωτικός φορέας ___ τμήμα ένταξης ___ ειδικό σχολείο	_____ _____	___ όχι ___ ναι, ποιές; _____ _____
3 ^ο παιδί:	___ άρρεν ___ θήλυ	___ / ___ / ___	___ δημόσιος φορέας ___ ιδιωτικός φορέας ___ τμήμα ένταξης ___ ειδικό σχολείο	_____ _____	___ όχι ___ ναι, ποιές; _____ _____
4 ^ο παιδί:	___ άρρεν ___ θήλυ	___ / ___ / ___	___ δημόσιος φορέας ___ ιδιωτικός φορέας ___ τμήμα ένταξης ___ ειδικό σχολείο	_____ _____	___ όχι ___ ναι, ποιές; _____ _____

	Έχει παρακολουθήσει συνεδρίες Λογοθεραπείας;	Εάν ναι, γιατί; (συμπληρώστε το λόγο επίσκεψής σας σε Λογοθεραπευτή, καθώς και τη διάγνωση, εάν αυτή υπάρχει)
1 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι	_____ _____ _____
2 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι	_____ _____ _____
3 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι	_____ _____ _____
4 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι	_____ _____ _____

1. Θηλάσατε το παιδί;

1 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, μέχρι ποιά ηλικία; _____ θηλάζω ακόμα ____
2 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, μέχρι ποιά ηλικία; _____ θηλάζω ακόμα ____

3 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, μέχρι ποιά ηλικία; ____ θηλάζω ακόμα ____
4 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, μέχρι ποιά ηλικία; ____ θηλάζω ακόμα ____

2. Έκανε χρήση μπιμπερό;

1 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, πότε ξεκίνησε; _____ (μήνες) πότε σταμάτησε; _____ (μήνες) κάνει χρήση μπιμπερό ακόμα ____
2 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, πότε ξεκίνησε; _____ (μήνες) πότε σταμάτησε; _____ (μήνες) κάνει χρήση μπιμπερό ακόμα ____
3 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, πότε ξεκίνησε; _____ (μήνες) πότε σταμάτησε; _____ (μήνες) κάνει χρήση μπιμπερό ακόμα ____
4 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, πότε ξεκίνησε; _____ (μήνες) πότε σταμάτησε; _____ (μήνες) κάνει χρήση μπιμπερό ακόμα ____

3. Έκανε χρήση πιπίλας;

1 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, πότε ξεκίνησε; _____ (μήνες) πότε σταμάτησε; _____ (μήνες) κάνει χρήση πιπίλας ακόμα ____
2 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, πότε ξεκίνησε; _____ (μήνες) πότε σταμάτησε; _____ (μήνες) κάνει χρήση πιπίλας ακόμα ____
3 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, πότε ξεκίνησε; _____ (μήνες) πότε σταμάτησε; _____ (μήνες) κάνει χρήση πιπίλας ακόμα ____
4 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, πότε ξεκίνησε; _____ (μήνες) πότε σταμάτησε; _____ (μήνες) κάνει χρήση πιπίλας ακόμα ____

4. Θήλασε το δάκτυλό του;

1 ^ο παιδί:	α. όχι
-----------------------	--------

	β. ναι, πότε ξεκίνησε; _____ (μήνες) πότε σταμάτησε; _____ (μήνες) κάνει χρήση δακτύλου ακόμα ____
2 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, πότε ξεκίνησε; _____ (μήνες) πότε σταμάτησε; _____ (μήνες) κάνει χρήση δακτύλου ακόμα ____
3 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, πότε ξεκίνησε; _____ (μήνες) πότε σταμάτησε; _____ (μήνες) κάνει χρήση δακτύλου ακόμα ____
4 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι, πότε ξεκίνησε; _____ (μήνες) πότε σταμάτησε; _____ (μήνες) κάνει χρήση δακτύλου ακόμα ____

5. Έχει εμφανίσει ποτέ το/τα παιδί/ιά σας προβλήματα στην ομιλία;
(π.χ. σ -> χ σημαία = χημαία, δ -> γι δώρο= γιώρο)

1 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι
2 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι
3 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι
4 ^ο παιδί:	α. όχι β. ναι

6. Πιστεύετε πως η παρατεταμένη χρήση του μπιμπερό, της πιπίλας ή το πιπίλισμα του δακτύλου θα μπορούσε να επηρεάσει την ομιλία του/των παιδιού/παιδιών σας;

- α. ναι.
β. όχι.

7. Πόσο συχνά χρησιμοποιεί/χρησιμοποιούσε το παιδί σας την πιπίλα; (κυκλώστε όλα όσα αντιστοιχούν, ή συμπληρώστε το κενό εάν χρειάζεται).

1 ^ο παιδί:	1. κατά τη διάρκεια του ύπνου 2. όταν είναι/ήταν νευριασμένο ή στεναχωρημένο 3. μέχρι να κοιμηθεί 4. όταν ξυπνάει/ξυπνούσε 5. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο αυτοκίνητο ή σε κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς 6. κάθε φορά που του δίνεται/δινόταν η πιπίλα 7. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο σχολικό περιβάλλον ή σε χώρους κοινωνικής συνεύρεσης 8. στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας 9.άλλο:.....
-----------------------	---

2 ^ο παιδί:	1. κατά τη διάρκεια του ύπνου 2. όταν είναι/ήταν νευριασμένο ή στεναχωρημένο 3. μέχρι να κοιμηθεί 4. όταν ξυπνάει/ξυπνούσε 5. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο αυτοκίνητο ή σε κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς 6. κάθε φορά που του δίνεται/δινόταν η πιπίλα 7. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο σχολικό περιβάλλον ή σε χώρους κοινωνικής συνεύρεσης 8. στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας 9.άλλο:.....
3 ^ο παιδί:	1. κατά τη διάρκεια του ύπνου 2. όταν είναι/ήταν νευριασμένο ή στεναχωρημένο 3. μέχρι να κοιμηθεί 4. όταν ξυπνάει/ξυπνούσε 5. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο αυτοκίνητο ή σε κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς 6. κάθε φορά που του δίνεται/δινόταν η πιπίλα 7. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο σχολικό περιβάλλον ή σε χώρους κοινωνικής συνεύρεσης 8. στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας 9.άλλο:.....
4 ^ο παιδί:	1. κατά τη διάρκεια του ύπνου 2. όταν είναι/ήταν νευριασμένο ή στεναχωρημένο 3. μέχρι να κοιμηθεί 4. όταν ξυπνάει/ξυπνούσε 5. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο αυτοκίνητο ή σε κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς 6. κάθε φορά που του δίνεται/δινόταν η πιπίλα 7. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο σχολικό περιβάλλον ή σε χώρους κοινωνικής συνεύρεσης 8. στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας 9.άλλο:.....

8. Πόσο συχνά θήλαζε/θηλάζει το δάκτυλό του; (κυκλώστε όλα όσα αντιστοιχούν, ή συμπληρώστε το κενό εάν χρειάζεται).

1 ^ο παιδί:	1. κατά τη διάρκεια του ύπνου 2. όταν είναι/ήταν νευριασμένο ή στεναχωρημένο 3. μέχρι να κοιμηθεί 4. όταν ξυπνάει/ξυπνούσε 5. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο αυτοκίνητο ή σε κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς 6. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο σχολικό περιβάλλον ή σε χώρους κοινωνικής συνεύρεσης 7. στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας 8.άλλο:.....
--------------------------	--

2 ^ο παιδί:	<ol style="list-style-type: none"> 1. κατά τη διάρκεια του ύπνου 2. όταν είναι/ήταν νευριασμένο ή στεναχωρημένο 3. μέχρι να κοιμηθεί 4. όταν ξυπνάει/ξυπνούσε 5. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο αυτοκίνητο ή σε κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς 6. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο σχολικό περιβάλλον ή σε χώρους κοινωνικής συνεύρεσης 7. στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας 8.άλλο:.....
3 ^ο παιδί:	<ol style="list-style-type: none"> 1. κατά τη διάρκεια του ύπνου 2. όταν είναι/ήταν νευριασμένο ή στεναχωρημένο 3. μέχρι να κοιμηθεί 4. όταν ξυπνάει/ξυπνούσε 5. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο αυτοκίνητο ή σε κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς 6. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο σχολικό περιβάλλον ή σε χώρους κοινωνικής συνεύρεσης 7. στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας 8.άλλο:.....
4 ^ο παιδί:	<ol style="list-style-type: none"> 1. κατά τη διάρκεια του ύπνου 2. όταν είναι/ήταν νευριασμένο ή στεναχωρημένο 3. μέχρι να κοιμηθεί 4. όταν ξυπνάει/ξυπνούσε 5. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο αυτοκίνητο ή σε κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς 6. όταν βρίσκεται/βρισκόταν στο σχολικό περιβάλλον ή σε χώρους κοινωνικής συνεύρεσης 7. στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας 8.άλλο:.....

9. Σημειώστε όλες τις πηγές των πληροφοριών σας σχετικά με το αν θα πρέπει ή όχι να χρησιμοποιείται η πιπίλα, να θηλάζει το παιδί σας το δάκτυλό του ή να χρησιμοποιεί μπιμπερό:

1. οικογένεια
2. φίλοι
3. βιβλία/άρθρα
4. τηλεόραση
5. διαδίκτυο
6. μέσα κοινωνικής δικτύωσης (π.χ facebook)
7. παιδίατρος
8. λογοθεραπευτής
9. οδοντίατρος
10. ορθοδοντικός
11. άλλο: