

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΓΝΩΣΕΙΣ, ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ»**



ΣΥΝΕΡΓΑΣΤΗΚΑΝ ΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ

ΣΟΥΡΑ ΛΟΥΚΙΑ

ΑΥΓΕΡΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

ΠΙΕΡΡΑΚΕΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, Dr

ΤΡΙΜΜΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, PhD CCC A/SLP

ΠΑΤΡΑ- ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα.....	II
Περίληψη.....	IV
Summary.....	V
Ευχαριστίες.....	VI

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1	Ιστορική αναδρομή τραυλισμού.....	1
1.2	Ο ορισμός του τραυλισμού.....	1
1.3	Επιδημιολογία τραυλισμού.....	2
1.4	Διαφορές φύλου.....	3
1.5	Χαρακτηριστικά τραυλισμού.....	3
1.6	Βασικές μορφές τραυλισμού.....	7
1.7	Δευτερογενής τραυλισμός.....	7
1.8	Γλωσσικά προβλήματα τραυλισμού.....	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

2.1	Ιστορική αναδρομή αιτιολογίας τραυλισμού.....	10
2.2	Η κληρονομική αιτιολογία του τραυλισμού.....	11
2.3	Νευρολογικοί παράγοντες.....	12
2.4	Ψυχογενείς παράγοντες.....	12
2.5	Ο τραυλισμός ως μαθημένη αντίδραση.....	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

3.1	Εξελκτικός τραυλισμός.....	14
3.2	Νευρογενής τραυλισμός.....	15
3.3	Ψυχογενής τραυλισμός.....	16
3.4	Διαφορές εξελκτικού - νευρογενή (επίκτητου) τραυλισμού.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1	Ο μηχανισμός του τραυλισμού.....	20
4.2	Δομή και λειτουργία αναπνοής.....	22
4.3	Φωνή.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

5.1	Ιστορικό.....	27
5.2	Συνέντευξη του κλινικού με τους γονείς.....	28

5.3	Αξιολόγηση παιδιού σχολικής ηλικίας.....	30
5.4	Αξιολόγηση παιδιού προσχολικής ηλικίας.....	33
5.5	Αξιολόγηση ενήλικου.....	33
5.6	Ανάλυση δείγματος ομιλίας.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

6.1	Επικρατέστερες θεραπείες.....	36
6.2	Πλάνο θεραπευτικής παρέμβασης.....	37
6.3	Τεχνικές θεραπευτικής παρέμβασης.....	40
6.4	Εφαρμογή θεραπευτικών τεχνικών.....	45
6.5	Συστηματική απευαισθητοποίηση.....	47
6.6	Συμβουλευτική γονέων.....	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

7.1	Συσκευή καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης.....	50
7.2	Συσκευή επικαλυπτόμενου ήχου.....	51
7.3	Ακουστική ανάδραση μετατόπισης της συχνότητας (FAF).....	52
7.4	Συσκευή καθιέρωσης και εξάσκησης της ευχέρειας ομιλίας με τη βοήθεια υπολογιστή (CAFET).....	52
7.5	Συσκευή ευχέρειας της ομιλίας (FLUENCY MASTER).....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ

8.1	Σχεδιασμός της έρευνας.....	54
8.2	Πληθυσμός- Δείγμα.....	54
8.3	Τόπος και χρόνος έρευνας.....	54
8.4	Συλλογή δεδομένων.....	54
8.5	Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων.....	55
8.6	Ζητήματα βιοηθικής.....	55
8.7	Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση.....	55
8.8	Περιγραφική κατανομή.....	56
8.9	Στατιστικές συγκρίσεις.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Πίνακες και σχήματα.....	58
------------	--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	ΣΥΖΗΤΗΣΗ Συζήτηση.....	99
-------------	---------------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	102
-------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ερωτηματολόγιο.....	109
----------------------------------	-----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τραυλισμός αποτελεί ένα πολύπλοκο πρόβλημα που απασχολεί τους ειδικούς σε όλο τον κόσμο. Παρ'όλα αυτά παραμένει μια ιδιαίτερη διαταραχή. Βασικός σκοπός της εργασίας αυτής είναι οι γνώσεις, στάσεις και απόψεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης απέναντι στα παιδιά με τραυλισμό.

Η πτυχιακή εργασία μας χωρίζεται σε θεωρητικό και ερευνητικό μέρος. Στο θεωρητικό μέρος γίνεται αρχικά μια εκτενής αναφορά στο θέμα του τραυλισμού. Ειδικότερα περιγράφονται ο ορισμός και τα αίτια του τραυλισμού καθώς και η αξιολόγηση και η θεραπεία του. Ακόμη τονίζονται τα χαρακτηριστικά του παιδιού που τραυλίζει καθώς και οδηγίες απέναντι στους γονείς.

Όσον αφορά το ερευνητικό μέρος της εργασίας, δόθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 25 ερωτήσεις κλειστού τύπου σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Συνολικά ρωτήθηκαν 140 εκπαιδευτικοί (90 στην Αθήνα και 50 στην Πάτρα). Από αυτούς οι 91 (65%) ήταν γυναίκες και οι 49 (35%) άνδρες. Ρωτήθηκαν εκπαιδευτικοί και των 6 τάξεων του δημοτικού σχολείου. Μας ενδιέφερε να δούμε τη γνώση των εκπαιδευτικών για το θέμα του τραυλισμού καθώς επίσης και τη στάση τους απέναντι σε ένα παιδί με αυτή τη διαταραχή.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί είναι ενήμεροι για τη διαταραχή του τραυλισμού (69,3% γνωρίζει τον ορισμό του και 73,6% γνωρίζει κάποια χαρακτηριστικά του). Το 50% των εκπαιδευτικών παρουσίασε καλή και πολύ καλή γνώση ενώ το 24% είχε πολύ κακή γνώση. Το 85,7% των εκπαιδευτικών δηλώνει πως μπορεί να αναγνωρίσει ένα παιδί με τραυλισμό μέσα στην τάξη αλλά το 72,1% δεν έχει τη δυνατότητα να τον αντιμετωπίσει ορθά. Όσον αφορά τη στάση τους απέναντι στο παιδί με τη διαταραχή αυτή το 77,1% των ερωτηθέντων συμπεριφέρεται ενθαρρυντικά. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών (90%) δεν έχει παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο για το τραυλισμό.

Τα αποτελέσματα αναλύονται σε πίνακες και σχήματα ενώ στη συνέχεια ακολουθούν τα συμπεράσματα και οι εισηγήσεις μας.

SUMMARY

Stammering is a very complicated problem that concerns experts all over the world. Nevertheless, it remains a very particular disorder. The basic aim of this project is the knowledge, attitudes and views of the teachers and instructors of first grade education towards children who suffer from stammering.

Our diplomatic project is divided into two parts: the theoretical part and the part of research. On the theoretical part, initially, there is an extended reference to the subject of stammering. More specifically, the definition and causes of stammering are described, as well as its evaluation and cure. Also, the characteristics of the child-stammerer are emphasized, as well as instructions towards parents.

As far as the part of research of the project is concerned, a questionnaire consisted of 25 questions of closed type has been given to teachers of first grade education. On the whole, 140 teachers were questioned, (90 of them in Athens and 50 in Patra). 91 of them (65%) were women and 49 of them (35%) were men. Teachers of all six grades of the primary school were questioned. We were interested in examining the teachers' knowledge on the subject of stammering, as well as their attitude towards a child suffering from this disorder.

The results showed that most teachers are aware of the disorder of stammering (69,3% are aware of the definition and 73,6% are aware of certain characteristics of the disorder). 50% of the teachers had a good or very good knowledge on the subject, while 24% of the teachers questioned had a very bad knowledge on the subject. 85,7% of the teachers mentioned that they can identify a child-stammerer in the class, but unfortunately 72,1% has no ability or knowledge to face the child in the correct way. A very big percentage of the teachers (90%) has not attended a seminar on stammering. The results are presented and analysed in charts and diagrams while afterwards our conclusions and recommendation follow.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Εκφράζουμε τις ευχαριστίες μας στον υπεύθυνο για την εργασία αυτή καθηγητή κ. Χρήστο Πιερρακέα. Επίσης ευχαριστούμε θερμά τον κ. Νικόλαο Τρίμμη και την κ. Σταυρούλα Γεωργοπούλου για τη συνεργασία τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή η οποία εμφανίστηκε αιώνες πριν και είναι συνυφασμένη με τη λειτουργία του μυαλού στην παραγωγή ομιλίας και γλώσσας (Guitar, 2006). Ο Μωσής θεωρείται ότι παρουσίαζε τραυλισμό και λόγω της δυσκολίας του αυτής έβαζε τον αδερφό του να μιλάει αντί γι'αυτόν (Garfinkel, 1995). Εμφανίζεται ανεξάρτητα νοημοσύνης και επαγγέλματος και στα δύο φύλα σε άτομα όλων των ηλικιών. Έχει διαπιστωθεί η εμφάνισή του στη Ιαπωνία, την Αίγυπτο και τη Μεσοποταμία σαράντα αιώνες πριν (Guitar, 2006).

Πιο σύγχρονες μορφές της ιστορίας με τραυλισμό ήταν ο Μέγας Ναπολέων, ο Lenin, ο Winston Churchill και ο Theodore Roosevelt.

Τα τελευταία χρόνια ειδικοί κάνουν προσπάθειες να κατανοήσουν τη φύση και την αιτία της διαταραχής αυτής καθώς και να βρουν την κατάλληλη θεραπεία. Παρ'όλα αυτά ο τραυλισμός εξακολουθεί να παραμένει ένα πολύπλοκο πρόβλημα (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

1.2 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ο τραυλισμός σύμφωνα με το DSM-IV ορίζεται ως διαταραχή της ρυθμικής διαμόρφωσης και της φυσιολογικής ροής της ομιλίας η οποία είναι δυσανάλογη με την ηλικία του ατόμου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τον τραυλισμό ως μια διαταραχή στο ρυθμό της ομιλίας κατά την οποία το άτομο γνωρίζει ακριβώς τι θέλει να πει αλλά εκείνη τη στιγμή αδυνατεί να το πει λόγω μιας ακούσιας

επαναληπτικής επιμήκυνσης ή παύσης ενός φθόγγου (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Τέλος σύμφωνα με τους Cooper and Cooper (2006) αναφέρεται ως ένα κινητικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από μια επίμονη δυσχέρεια στην ομιλία η οποία συνοδεύεται από συναισθηματικά, συμπεριφοριστικά και γνωστικά σχέδια.

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Η επιδημιολογία του τραυλισμού αναφέρεται σε έναν αριθμό ατόμων οι οποίοι δεν ανήκουν σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό ή μια ηλικιακή ομάδα. Στην Αγγλία και στην Αμερική το ποσοστό του τραυλισμού αγγίζει το 1% του πληθυσμού (Ward, 2006). Ωστόσο σύγχρονες μελέτες εκτιμούν πως το ποσοστό αυτό είναι πλέον της τάξης του 0,75% (Craig, Peters, 2002). Το 1% αντιστοιχεί σε 580.000 άτομα όλων των ηλικιών της Αγγλίας και σε 2.740.000 της Αμερικής τα οποία τραυλίζουν (Ward, 2006) Σύμφωνα με μία έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία σχετικά με την επιδημιολογία του, τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλότερα ποσοστά επικράτησης στα πιο μικρά παιδιά (1.4-1.44) και χαμηλότερα ποσοστά στην εφηβεία (0,53). Επίσης σε ότι αφορά το φύλο, οι αναλογίες έδειξαν ότι στα παιδιά μικρότερης ηλικίας τα αγόρια υπερείχαν των κοριτσιών με ποσοστό (2.3:1) ενώ στην εφηβική ηλικία η αναλογία μεγαλώνει σε (4:1) (Craig et al, 2002). Σε μια αντίστοιχη έρευνα κατά την οποία πραγματοποιήθηκε σύγκριση ανάμεσα σε Αφρο-Αμερικανικούς και Ευρωπαϊκο-Αμερικανικούς πληθυσμούς συμμετείχαν 3164 παιδιά ηλικίας 2-5 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλότερη επικράτηση του τραυλισμού στην πρώτη ομάδα με 2223 άτομα να παρουσιάζουν τη διαταραχή σε σχέση με τη δεύτερη όπου ο αντίστοιχος αριθμός ήταν 941 άτομα (Zhang et al, 2008) . Επιπλέον σε έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα και έλαβε χώρα στην πόλη της Πάτρας όπου μελετήθηκαν 57 παιδικοί σταθμοί, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 15 παιδιά (2,2%) εκδήλωναν τραυλισμό. Τα 6 από αυτά (0,9%) ήταν αγόρια και τα 9 (1,3%) κορίτσια. Επίσης 7 (1%) από τα 15 αυτά παιδιά παρουσίαζαν και δευτερογενή συμπτώματα τραυλισμού όπως μορφασμούς προσώπου (Οκαλίδου, Καμπανάρου, 2001).

1.4 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΥΛΟΥ

Οι πρώτες μελέτες σχετικά με την αναλογία των δύο φύλων που αφορούν τον τραυλισμό άρχισαν να πραγματοποιούνται από το 1890. Από τότε σταδιακά γίνονται επιπλέον έρευνες ανά δεκαετία. Αποτελέσματα ερευνών όπου μελέτησαν άτομα που τραύλιζαν σε διαφορετικές ηλικίες και κουλτούρες έδειξαν πως τα αγόρια παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό με αναλογία 3:1 σε σχέση με τα κορίτσια. Υπάρχουν επιπλέον αποδείξεις πως η παραπάνω διαφορά μεγαλώνει όσο αυξάνει η ηλικία (Guitar, 2006). Σύμφωνα με τον Bloodstein (1995) η αναλογία μεγαλώνει σε 5:1 κατά την εφηβική ηλικία. Μελέτες των Ambrose (1993) και Kidd (1977) σχετικά με την κληρονομική αιτία της διαταραχής έδειξαν πως τα αγόρια είναι πιο επιρρεπή στη γονιδιακή μεταβίβαση σε σχέση με τα κορίτσια. Αυτό εξηγεί τη μεγάλη διαφορά στο ποσοστό των αγοριών σε σχέση με αυτό των κοριτσιών. Η αναλογία αυτή δείχνει επίσης πως τα κορίτσια παρουσιάζουν μεγαλύτερη βελτίωση όσον αφορά τα συμπτώματα του τραυλισμού σε σχέση με τα αγόρια (Guitar, 2006).

1.5 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Τα συμπτώματα του τραυλισμού μπορούν να είναι διαφορετικά κάθε φορά και να έχουν περισσότερες από μία αιτιολογία (Manning, 2000). Κάποια χαρακτηριστικά που εμφανίζονται στην ομιλία ατόμου που τραυλίζει είναι επαναλήψεις, επεκτάσεις, παύσεις, παρεμβολές και ατελείς φράσεις (Ward, 2006).

Σύμφωνα με τον Manning (2000) οι επεκτάσεις ήχων εντάσσονται στην κατηγορία της δυσρυθμικής ομιλίας. Στην ίδια κατηγορία διαταραχών εντάσσει και τις «σπασμένες» λέξεις.

Άτομα μικρότερης ηλικίας που τραυλίζουν τείνουν να παρουσιάσουν τα περισσότερα από τα παραπάνω χαρακτηριστικά με συχνότερα τις επαναλήψεις (κυρίως συλλαβών και λέξεων), τις επεκτάσεις ήχων και τις παύσεις (Manning, 2000).

Επαναλήψεις

Οι επαναλήψεις είναι το πιο σύνηθες χαρακτηριστικό τραυλισμού. Αφορούν μεμονωμένους ήχους (σύμφωνα, φωνήεντα), συλλαβές, λέξεις και φράσεις (Bowen, 2001).

Παραδείγματα:

- Επανάληψη μεμονωμένου ήχου:
«θθέλω να παίζω»
- Επανάληψη συλλαβής:
«θεθέλω να παίζω»
- Επανάληψη μονοσύλλαβης λέξης:
«θέλω να...να παίζω»
- Επανάληψη πολυσύλλαβης λέξης:
«θέλω...θέλω να παίζω»
- Επανάληψη φράσης:
«θέλω να πάω...θέλω να πάω διακοπές»

Οι επαναλήψεις γίνονται κυρίως στις πρώτες συλλαβές μέσα στη λέξη (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Ωστόσο έρευνες έχουν δείξει πως υπάρχουν σπάνιες περιπτώσεις κατά τις οποίες μπορούν να συμβούν και στο τέλος μιας λέξης (McAllister, Kingston, 2005).

Παράδειγμα:

«θέλω να παίζωξω»

Δυσρυθμική ομιλία

Πρόκειται για διαταραχή σε ότι αφορά το ρυθμό εκφοράς του λόγου (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Διακρίνεται σε επεκτάσεις ήχων και «σπασμένες» λέξεις. (Manning, 2000). Οι επεκτάσεις ήχων είναι τμήματα λέξεων τα οποία είναι αδικαιολόγητα παρατεταμένα (Wingate, 2002). Δεν εμφανίζονται στην ομιλία όλων των μικρών παιδιών που τραυλίζουν. Όταν εμφανιστούν παρουσιάζονται ως επιμηκύνσεις ενός συμφώνου ή ενός φωνηέντου μέσα στη λέξη. (Bowen, 2001).

Παραδείγματα:

«δδδδδεν μου αρέσει», «εεεέλα εδώ»

Η δεύτερη κατηγορία δυσρυθμικής ομιλίας είναι οι «σπασμένες» λέξεις. Το άτομο διακόπτει την ομαλή ροή της λέξης που θέλει να πει λόγω ασυνήθιστης πίεσης κατά την παραγωγή ομιλίας (Wingate, 2002).

Παράδειγμα:

«παί... (παύση) ζω»

Παύσεις

Παύσεις ομιλίας συμβαίνουν όταν ο ομιλητής δίνει ιδιαίτερη σημασία στην αυτόματη πράξη ομιλίας. Η ίδια εξήγηση συμβαίνει και στον τραυλισμό (Christenfeld, 1996). Οι παύσεις εμφανίζονται ως περίοδοι σιωπής ανάμεσα στις λέξεις κατά τη διαδικασία ομιλίας ενός ατόμου που τραυλίζει (Bowen, 2001). Παρατηρείτε επίσης ένταση στους μύς οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την παραγωγή ομιλίας (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

Παράδειγμα:

«δώσε μου το... (παύση) παγωτό»

Τη στιγμή της παύσης μέσα στην πρόταση τα χείλη συγκλίνουν και δεν ακούγεται ήχος.

Παρεμβολές

Γενικά περιγράφονται ως λεκτικές ή σχεδόν λεκτικές παρεμβολές ήχων οι οποίες είναι δυσνόητες στην ομιλία του ατόμου (Wingate, 2002). Η εμφάνισή τους δείχνει παρουσία τραυλισμού. Ωστόσο μπορούν να παρουσιαστούν και σε φυσιολογική ομιλία ενός ατόμου ο οποίος δεν τραυλίζει. Για παράδειγμα ο ήχος «εεεεε» μπορεί να εμφανιστεί και σε φυσιολογική ομιλία και σε περιπτώσεις τραυλισμού (Ward, 2006). Θεωρούνται επίσης ως «γемίσματα» των παύσεων ομιλίας (Wingate, 2002).

Τις περισσότερες φορές χρησιμοποιούνται ώστε να ελέγξουν ή να αναβάλουν μία στιγμή τραυλισμού (Ward, 2006). Ένα άτομο για παράδειγμα που τραυλίζει μπορεί να χρησιμοποιήσει μια λεκτική παρεμβολή για να κερδίσει χρόνο και να σκεφτεί τι θα πει στη συνέχεια (Conture, Curlee, 2007).

Παράδειγμα:

«πήγα...εεε...διακοπές»

Ατελείς φράσεις

Υπάρχουν φράσεις τις οποίες το άτομο που τραυλίζει δεν τις ολοκληρώνει ποτέ καθώς πιστεύει ότι στην επόμενη λέξη θα κολλήσει και έτσι σκοπίμως προτιμεί να τις αποφύγει. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

Παράδειγμα:

«δεν πάω..... που είναι η Μαρία;»

1.6 ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ο τραυλισμός σύμφωνα με τα συμπτώματα που παρουσιάζει χωρίζεται σε τονικός, κλονικός και μεικτός.

- Τονικός: χαρακτηρίζεται από επαναλήψεις ήχων, συλλαβών και λέξεων μέσα στην ομιλία (Probst et al, 2006)
- Κλονικός: χαρακτηρίζεται από παύσεις ομιλίας στην αρχή των λέξεων ή προτάσεων οι οποίες συνοδεύονται από αύξηση του τόνου των μυών του σώματος (Probst et al, 2006)
- Μεικτός: σε αυτό το είδος τραυλισμού συνυπάρχουν τα συμπτώματα του τονικού και κλονικού τραυλισμού. Άλλοτε υπερτερούν τα στοιχεία του τονικού και άλλοτε τα στοιχεία του κλονικού στην ομιλία του παιδιού (Ham, 1999).

1.7 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο δευτερογενής τραυλισμός χαρακτηρίζεται από μαθημένες συμπεριφορές οι οποίες συνδέονται και συνοδεύουν τον πρωτογενή τραυλισμό (Ward, 2006).

Τα δευτερογενή συμπτώματα του τραυλισμού διακρίνονται σε λεκτικά και μη λεκτικά (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

Δευτερογενή λεκτικά χαρακτηριστικά που έχουν παρατηρηθεί από γονείς των οποίων τα παιδιά τραυλίζουν είναι αύξηση στην ένταση ομιλίας τους τη στιγμή του τραυλισμού καθώς και του τόνου της φωνής τους (Ratner, Healey, 1999). Για παράδειγμα ένα άτομο εμφανίζει αύξηση στην ένταση της φωνής του τη στιγμή που παρουσιάζεται στην ομιλία του μια στιγμή τραυλισμού (π.χ μια επέκταση ήχου) (Altholz, Golensky, 2004).

Όσον αφορά τα μη λεκτικά χαρακτηριστικά έχουν παρατηρηθεί τα ακόλουθα: απώλεια βλεμματικής επαφής, άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων και κινήσεις σαγονιού και γλώσσας. Έχουν παρατηρηθεί επίσης ακούσιες κινήσεις κεφαλιού ή άλλων μερών του σώματος (π.χ στα χέρια) (Prasse, Kikano, 2008). Αυτές οι συμπεριφορές μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μέσο αποφυγής των στιγμών τραυλισμού (Ward, 2006).

Σε αντίθεση με τους ομιλητές που δεν τραυλίζουν τα περισσότερα άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα τραυλισμού αντιδρούν αρνητικά στις δυσχέρειες της ομιλίας τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εμφανίζουν συνωδά συναισθηματικά χαρακτηριστικά όπως αμηχανία, ενοχή ή απογοήτευση κατά τη διάρκεια ομιλίας τους. Έχουν επίσης παρατηρηθεί συμπτώματα όπως ντροπή, άγχος, φόβος, κατάθλιψη, ανησυχία, θλίψη, απομόνωση, θυμός και χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω της μη φυσιολογικής ομιλίας αυτών των ατόμων (Altholz, Golensky, 2004).

Τα παραπάνω λεκτικά και μη λεκτικά χαρακτηριστικά αρχίζουν να εμφανίζονται όταν ένα άτομο συνειδητοποιήσει τις δυσκολίες ομιλίας που παρουσιάζει. Θεωρούνται ως τεχνάσματα με τα οποία το άτομο προσπαθεί να αποφύγει μια στιγμή τραυλισμού. Ωστόσο οι τεχνικές αυτές δεν έχουν να κάνουν με φυσικές τεχνικές ομιλίας, αντιθέτως εντείνουν τα αρχικά συμπτώματα τραυλισμού (Jezer, 1997).

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο κατά την ενηλικίωσή του να τα χρησιμοποιεί πλέον σε σταθερή βάση χωρίς όμως να του προσφέρουν κάποιο αποτέλεσμα (για παράδειγμα μείωση των συμπτωμάτων τραυλισμού). Σε αντίθεση το άτομο αυτό αρχίζει να εμφανίζει διάφορες άλλες συμπεριφορές τις οποίες τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή τις θεωρεί ως αποτελεσματικές στη μείωση του τραυλισμού του (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

1.8 ΓΛΩΣΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Υπάρχουν αρκετές μελέτες οι οποίες δείχνουν μια σχέση ανάμεσα στη γλωσσική ανάπτυξη και τον τραυλισμό (Ward, 2006). Έρευνες σχετικά με τον τραυλισμό έδειξαν πως η αρχή της εμφάνισής του γίνεται κυρίως κατά την προσχολική ηλικία. Στην ίδια ηλικία όμως τα παιδιά παρουσιάζουν ταυτόχρονα σημαντική πρόοδο της γλωσσικής τους ανάπτυξης γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την επιβράδυνση της γλωσσικής ανάπτυξης του παιδιού. Ο τραυλισμός κυρίως εμφανίζεται όταν οι γλωσσικές απαιτήσεις είναι υψηλές και συνεχώς αυξάνεται με την εμφάνιση πιο σύνθετων γλωσσικών δομών (Ward, 2006). Άλλες έρευνες αναφέρουν πως οι γλωσσικές αδυναμίες μπορούν να επιδεινώσουν τη δυνατότητα των παιδιών να παράγουν ομιλία με ευφράδεια (Conture, Curlee, 2007).

Μέχρι σήμερα οι περισσότερες εμπειρικές μελέτες σχετικά με την παραγωγή ομιλίας έχουν εστιάσει στη σχέση της άρθρωσης/φωνολογίας με τα συμπτώματα τραυλισμού που εμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία. Σύμφωνα με μια κλινική μελέτη εξετάστηκαν 100 παιδιά ηλικίας 2-6 ετών που τραύλιζαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 37% παρουσίαζε ταυτόχρονα και φωνολογικές διαταραχές (Ratner, Tetnowski, 2006). Επιπλέον έρευνες σχετικά με την σχέση άρθρωσης/φωνολογίας και τραυλισμού συμφωνούν με τα γενικά ευρήματα πως παιδιά μικρής ηλικίας τα οποία τραυλίζουν είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν διαταραχές ομιλίας σε σχέση με τα παιδιά τα οποία δεν τραυλίζουν (Louko, Linda, 1995). Η βιβλιογραφία προτείνει πως παιδιά που παρουσιάζουν συμπτώματα τραυλισμού συχνά εμφανίζουν και συνωδά γλωσσικά προβλήματα (Dalton, 1983).

Τα παιδιά επίσης που παρουσιάζουν συμπτώματα τραυλισμού χρησιμοποιούν στην ομιλία τους μικρότερο λεξιλόγιο, συντομότερες προτάσεις και γενικά απλούστερη μορφή γλώσσας σε σχέση με παιδιά που δεν παρουσιάζουν τραυλισμό (Savage, Lieven, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Κατά τη διάρκεια ετών πολυάριθμες θεωρίες έχουν προταθεί ώστε να εξηγήσουν την αιτιολογία του τραυλισμού. Στην αρχαία Ελλάδα ο Ιπποκράτης πίστευε πως ο τραυλισμός ήταν αποτέλεσμα της ξηρότητας της γλώσσας (Lawrence, Barclay III 1998). Ο Αριστοτέλης εκτιμούσε ότι η ελαττωματική διάπλαση της γλώσσας καθώς και η ανεπάρκεια πλήρους κινητικότητάς της αποτελούσε την αιτία της διαταραχής αυτής (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Μεταξύ των περιόδων της αρχαιότητας και της Αναγέννησης οι θεωρίες που επικρατούσαν ήταν αυτές που θεωρούσαν τον τραυλισμό αποτέλεσμα κάποιας ανωμαλίας η οποία σχετίζεται με τη δομή και τη λειτουργία του οργάνου της γλώσσας. Ωστόσο τον 19^ο αιώνα πίστευαν πως αιτία είναι μια ανατομική ατέλεια στη στοματική κοιλότητα ενώ κατά τον 20^ο αιώνα η επικρατούσα πεποίθηση ήταν πως ο τραυλισμός ήταν αποτέλεσμα μιας ψυχογενούς διαταραχής. Σήμερα πιστεύεται πως είναι αποτέλεσμα μιας νευροφυσιολογικής δυσλειτουργίας η οποία παρεμποδίζει τον ακριβή συγχρονισμό που απαιτείται για να παραχθεί η ομιλία. Ο ρόλος της κληρονομικότητας έχει επίσης προταθεί (Lawrence, Barclay III, 1998). Τέλος στους αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισής του περιλαμβάνονται το φύλο καθώς και περιβαλλοντικοί και νευρολογικοί παράγοντες (Prasse, Kikano, 2008)

2.2 Η ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Η παρουσία κληρονομικού παράγοντα που ενοχοποιείται για την εμφάνιση του τραυλισμού παραμένει ασαφής. Ωστόσο έρευνες που έγιναν σχετικά με την εκδήλωση του έδειξαν ότι η πιθανότητα αυτόματης εδραίωσης ή υποχώρησής του έχει άμεση σχέση με την ύπαρξη θετικού ή μη οικογενειακού ιστορικού (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Επιπλέον η τάση για τραυλισμό είναι συχνή μεταξύ των οικογενειών, ενώ πληθαίνουν οι αποδείξεις ότι η κληρονομικότητα παίζει κύριο ρόλο στην εμφάνισή του. Για παράδειγμα οι μονοζυγοτικοί δίδυμοι οι οποίοι μοιράζονται τα ίδια γονίδια τείνουν να τραυλίσουν ή όχι περισσότερο σε σχέση με τους ετεροζυγωτικούς οι οποίοι μοιράζονται τα μισά γονίδια (Needleman, 2004).

Μελέτες σχετικά με την κληρονομικότητα του τραυλισμού εκδόθηκαν από μια ομάδα ερευνητών στο Newcastle της Αγγλίας και συνεχίστηκαν αργότερα από ερευνητές στο πανεπιστήμιο του Yale. Οι ερευνητές συλλέγανε πληροφορίες σχετικά με την κληρονομική μεταβίβαση του τραυλισμού μελετώντας οικογενειακά ιστορικά άτομων που τραυλίζουν και συγκρίνοντας τα με οικογενειακά ιστορικά άτομων που δεν παρουσίαζαν τη συγκεκριμένη διαταραχή. Τα αποτελέσματα και των δύο ομάδων ερευνητών έδειξαν πως τα υποκείμενα που τραυλίζουν είχαν στην οικογένειά τους άτομα που παρουσίαζαν το ίδιο πρόβλημα (Guitar, 2006). Τα ίδια αποτελέσματα με μερικές διαφορές ως προς την ηλικία του δείγματος που μελέτησαν βρήκαν και οι Ambrose et al (1993)

Σύγχρονες ανιχνεύσεις εγκεφάλου παρουσιάζουν ευδιάκριτες διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα σε ότι αφορά την επεξεργασία της γλώσσας με μεγαλύτερη πιθανότητα αναπτυξιακής δυσλειτουργίας στο αρσενικό φύλο. Ωστόσο οι μητέρες που τραυλίζουν έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να μεταφέρουν τη διαταραχή στα παιδιά τους σε σχέση με τους πατεράδες (Needleman, 2004).

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου μια ομάδα γονιδίων σε αλληλεπίδραση με περιβαλλοντικούς παράγοντες ενισχύουν τις πιθανότητες εμφάνισης τραυλισμού

(Ward, 2006). Ως περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν το στρες και η ψυχολογική πίεση (Needlman, 2004).

2.3 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Νευρολογικοί παράγοντες οι οποίοι μπορούν να παρουσιάσουν δυσχέρειες ομιλίας είναι οι εξής:

- Εγκεφαλικό επεισόδιο

Άτομα τα οποία παρουσίασαν εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζουν διαταραχές στην ευχέρεια ομιλίας τους. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι επαναλήψεις κυρίως συλλαβών αλλά και λέξεων ή φράσεων (McNeil, 2008)

- Εγκεφαλικό τραύμα

Η παρουσία εγκεφαλικού τραύματος έχει συνδεθεί με την αρχή εμφάνισης συμπτωμάτων τραυλισμού (Lavid, 2003).

- Ανάπτυξη εκφυλιστικής ασθένειας

Η ύπαρξη κάποιας εκφυλιστικής ασθένειας μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα τραυλισμού. Σε αυτή την περίπτωση ο τραυλισμός αυξάνεται όσο προχωράει η ασθένεια. Μία τέτοια εκφυλιστική νόσος μπορεί να είναι η νόσος του Parkinson (Lavid, 2003).

Άλλοι νευρογενείς παράγοντες είναι εγκεφαλικοί όγκοι, ασθένειες όπως η μηνιγγίτιδα και η λήψη κάποιων φαρμάκων (Κουκάρα, 2007).

2.4 ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι παράγοντες που προκαλούν τραυλισμό εκτός από οργανικοί και νευρολογικοί μπορεί να είναι και ψυχογενείς. Στην περίπτωση των ψυχογενών παραγόντων τα

συμπτώματα τραυλισμού είναι στερεότυπες επαναλήψεις, δευτερογενή χαρακτηριστικά και συμπτώματα αποφυγής (Johnson, Jacobson, 2007).

2.5 Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΩΣ ΜΑΘΗΜΕΝΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ

Σύμφωνα με τον Bloodstein (1997) ο τραυλισμός είναι μια μαθημένη αντίδραση. Το παιδί έχει την πεποίθηση πως η παραγωγή ομιλίας είναι δύσκολη και έτσι την προσεγγίζει με άγχος. Με τον τρόπο αυτό παράγει ομιλία σε τμήματα ώστε να καταφέρει σωστή παραγωγή (Packman, Attanasio, 2004). Επιπλέον όταν τα παιδιά τιμωρούνται (κυρίως από τους γονείς τους) για την παραγωγή φυσιολογικών δυσρυθμιών στην ομιλία τους, αυτό φέρει ως αποτέλεσμα αυξανόμενη συμπεριφορά προσπάθειάς τους για την παραγωγή σωστής ομιλίας. Με τον τρόπο αυτό το παιδί μαθαίνει σταδιακά έναν τρόπο τραυλισμού ο οποίος επηρεάζει την καθημερινότητά του (Manning, 2000).

Μετά από μερικές δεκαετίες κατά τις οποίες ως αιτιολογία του τραυλισμού κυριαρχούσαν ψυχαναλυτικοί παράγοντες, στα μέσα του 20^{ου} αιώνα υπήρξαν βαθμιαίες αλλαγές εξετάζοντας τον τραυλισμό ως αποτέλεσμα μάθησης. (Manning, 2000). Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των ειδικών οι οποίοι υποστηρίζουν την παραπάνω άποψη (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

3.1 ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος τραυλισμού και αναφέρεται στα συμπτώματα τραυλισμού τα οποία εμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία και συνήθως στα προσχολικά χρόνια (Ward, 2006). Τα συμπτώματά του μπορούν να παραμείνουν σε όλη τη διάρκεια της ενηλικίωσης του παιδιού.

Το 1940 υπήρχε η πεποίθηση πως ο εξελικτικός τραυλισμός παρουσιάζοταν όταν οι γονείς έκριναν λάθος την ομιλία των παιδιών τους όταν παρουσίαζαν δυσρυθμίες. Θεωρούσαν τις φυσιολογικές δυσρυθμίες της ομιλίας ως στιγμές τραυλισμού και στη συνέχεια εφάρμοζαν θεραπείες για τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Αυτές τις θεραπείες τα παιδιά τις θεωρούσαν ως αποδοκίμασιες και για το λόγο αυτό προσπαθούσαν να μιλούν με περισσότερη ευφράδεια. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία έντασης της ομιλίας όπου στη συνέχεια οδηγούσε σε συμπτώματα τραυλισμού (Lavid, 2003). Παρόλο που η αιτιολογία του εξελικτικού τραυλισμού είναι άγνωστη, οι επικρατέστερες θεωρίες αιτιολογίας του είναι η μη φυσιολογική ημισφαιρική επικράτηση και δυσλειτουργίες των διεγκεφαλικών συνδέσεων (Bradley, 2004).

3.2 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Όταν ένας ενήλικας παρουσιάσει εγκεφαλικό επεισόδιο, υποστεί εγκεφαλικό τραύμα, αναπτύξει μια εκφυλιστική ασθένεια και γενικά εμφανίσει βλάβες στις φυσιολογικές λειτουργίες του εγκεφάλου, μπορεί να αναπτύξει δυσχέρειες ομιλίας. Τα χαρακτηριστικά αυτών των δυσχερειών πιθανώς να μοιάζουν με τον αναπτυξιακό τραυλισμό. Αυτή η διαταραχή στην ευχέρεια ομιλίας αναφέρεται πιο συχνά ως νευρογενής τραυλισμός (McNeil, 2008).

Ο νευρογενής τύπος τραυλισμού είναι μια διαταραχή της ευχέρειας της ομιλίας. Εμφανίζεται μετά από ασθένεια ή βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος (Lebrun et al, 1987). Συγκεκριμένα οι βλάβες αυτές μπορεί να προέρχονται μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, τραυματισμό εγκεφάλου, όγκους ή χρήση ναρκωτικών ουσιών (Ward, 2006). Αν και νευρογενής τραυλισμός φαίνεται να εμφανίζεται κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες, ωστόσο υπάρχουν έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν την ύπαρξή του και κατά την παιδική ηλικία (Conture, Curlee, 2007). Επιπλέον μελέτες μεμονωμένων περιπτώσεων παιδιών με υποψία επίκτητου τραυλισμού έδειξαν πως ο τύπος της διαταραχής αυτής είναι πιθανός σε άτομα μικρότερης ηλικίας (Jokel et al, 2007). Όπως και η αναπτυξιακή διαταραχή τραυλισμού έτσι και ο νευρογενής τύπος εμφανίζεται περισσότερο στους άντρες σε σχέση με τις γυναίκες (McNeil, 2008).

Παλιότερες έρευνες θεωρούσαν το νευρογενή τραυλισμό ως μέρος άλλων διαταραχών ομιλίας και γλώσσας όπως την αφασία, την απραξία ομιλίας και τη δυσαρθρία (Ward, 2006). Τα τελευταία χρόνια υπάρχει η πεποίθηση πως δομικές ανωμαλίες του κεντρικού νευρικού συστήματος σε περιοχές οι οποίες σχετίζονται με την παραγωγή ομιλίας (π.χ βασικά γάγγλια, παρεγκεφαλίδα) ενοχοποιούνται ως αιτίες νευρογενούς τραυλισμού (Mertz, Ostergaard, 2006). Αν και θεωρείται σχετικά σπάνια και ασυνήθιστη μορφή τραυλισμού ωστόσο δεν υπάρχουν ακριβείς ή αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με την εκτίμηση της επικράτησής του (Conture, Curlee, 2007).

3.3 ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με την Αμερικανική ένωση ομιλίας και γλώσσας σχετικά με το ψυχογενή τραυλισμό, προτάθηκε ο παραπάνω όρος να αναφέρεται μόνο σε εκείνα τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας (Ward, 2006). Σε αντίθεση όμως με τον Baumgartner (1999) δεν είναι απαραίτητη η παρουσία ψυχοπαθολογίας ώστε να καθοριστεί μια διαταραχή ομιλίας ως ψυχογενής.

Πολλές αναφορές ασθενών με τον συγκεκριμένο τύπο τραυλισμού έχουν δείξει πως παρουσίαζαν ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών και ήταν υπό την παρακολούθηση θεραπευτικής αγωγής. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί πως ακόμα και σε τυχόν απουσία σημαντικών συναισθηματικών διαταραχών, είναι πολύ πιθανό κάποιο άτομο να παρουσιάσει διαταραχή στην ευχέρεια ομιλίας του λόγω πιέσεων στην καθημερινότητά του (Manning, 2000).

Σε σχετική έρευνα εξετάστηκαν 12 ασθενείς (6 άντρες και 6 γυναίκες) ηλικίας 21-79 ετών οι οποίοι σύμφωνα με το ιστορικό τους άρχισαν να τραυλίζουν για πρώτη φορά κατά την ενηλικίωση και θεωρήθηκαν πως είχαν ψυχογενή τραυλισμό. Μελετήθηκε το ιστορικό τους ώστε να καθοριστούν χαρακτηριστικά της ομιλίας τους καθώς και αν υπήρχαν οποιαδήποτε ψυχολογικά αγχωτικά γεγονότα τα οποία ήταν υπεύθυνα για την παρουσία του συγκεκριμένου τύπου τραυλισμού.

Τα αποτελέσματα έδειξαν:

- Ο τραυλισμός ήταν το κύριο πρόβλημα στους 11 από τους 12 ασθενείς.
- Και οι 12 ασθενείς εμφάνιζαν πρόσθετα νευρολογικά προβλήματα τα οποία θεωρήθηκαν ως μη οργανικά.
- Το τραύλισμα των περισσότερων υποκειμένων ήταν διαφορετικό ως προς τη σοβαρότητά του και μειώθηκε είτε αυθόρμητα είτε μετά από λογοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία.

- Οι 10 από τους 12 ασθενείς παρουσίαζαν ψυχολογικό άγχος. (Roth et al, 1989).

3.4 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΥ- ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ (ΕΠΙΚΤΗΤΟΥ) ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ο εξελικτικός τραυλισμός καθώς και ο επίκτητος έχουν ως κοινό σύμπτωμά τους τη δυσρυθμική ομιλία. Διαφέρουν όμως σε πολλά σημεία. Διαφέρουν ως προς την επικράτηση, τις δυσρυθμίες, την αρχή εκδήλωσής τους, την πορεία τους και την αποκατάστασή τους. (Lavid, 2003).

Συγκεκριμένα οι διαφορές τους είναι:

-Ο εξελικτικός τραυλισμός εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά ηλικίας 2-6 ετών και τα συμπτώματά του μπορούν να παραμείνουν σε όλη την ενηλικίωση του ατόμου (Lavid, 2003). Αντίθετα ο επίκτητος νευρογενής τραυλισμός εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικες (Theys et al, 2008).

-Όσον αφορά την επικράτηση η επίκτητη μορφή τραυλισμού δεν είναι τόσο συνηθισμένη όσο ο εξελικτικός τραυλισμός.

-Σε αντίθεση με τις διαφορές τους ως προς την επικράτηση, διαφέρουν επίσης ως προς τους τύπους των δυσχερειών ομιλίας τις οποίες παρουσιάζουν. Στη νευρογενή μορφή για παράδειγμα ο τραυλισμός δεν είναι περιορισμένος μόνο στις αρχικές συλλαβές των λέξεων όπως συμβαίνει με τον εξελικτικό (Guitar, 2005). Στον εξελικτικό τραυλισμό οι δυσχέρειες περιορίζονται στους αρχικούς ήχους και συλλαβές των λέξεων (Lavid, 2003). Στον επίκτητο οι επαναλήψεις, οι επεκτάσεις και οι παύσεις ομιλίας είναι εμφανείς σε όλη τη διάρκεια ομιλίας (Theys et al, 2008). Για παράδειγμα ένα άτομο με τον επίκτητο τύπο τραυλισμού μπορεί να επαναλάβει ακόμα και ολόκληρη πολυσύλλαβη λέξη (Lavid, 2003).

-Στο νευρογενή τραυλισμό οι στιγμές τραυλισμού εμφανίζονται κυρίως στις λειτουργικές λέξεις (π.χ στα άρθρα). Στον εξελικτικό όμως παρουσιάζονται στις λέξεις περιεχομένου (π.χ ουσιαστικά ή ρήματα) (Guitar, 2005).

- Σύμφωνα με έρευνες οι δυσχέρειες ομιλίας στον εξελικτικό τραυλισμό αυξάνονται με τον αυθορμητισμό της λεκτικής παραγωγής. Με αυτόν τον τρόπο η συνομιλία γίνεται δυσκολότερη σε σχέση με τη μιμητική ομιλία ή την προφορική ανάγνωση (Lebrun, 1997).

-Στον εξελικτικό τραυλισμό τα είδη των δυσρυθμιών είναι πιο συγκεκριμένα σε σχέση με τον επίκτητο (Lavid, 2003).

-Στην επίκτητη μορφή τραυλισμού τα συμπτώματα εμφανίζονται σχετικά με μεγαλύτερη συνέπεια στους διάφορους τύπους των λεκτικών ασκήσεων (Theys et al, 2008).

-Έχει αναφερθεί πως ο νευρογενής τραυλισμός πολλές φορές μπορεί να είναι μονοσυμπτωματικός, ενώ ο εξελικτικός όχι (Guitar, 2005). Κλινικά ευρήματα ωστόσο έρχονται σε αντίθεση με την παραπάνω διαπίστωση καθώς βρέθηκε ένας αριθμός ατόμων οι οποίοι εμφάνιζαν εξελικτική διαταραχή τραυλισμού και παρουσίαζαν ως συμπτώματα μόνο επαναλήψεις. Φαίνεται πως και οι δύο τύποι τραυλισμού μπορούν να είναι μονοσυμπτωματικοί. Ωστόσο η παρουσία ενός μόνο συμπτώματος δεν βοηθάει τους κλινικούς να ξεχωρίσουν τις δύο αυτές μορφές τραυλισμού (Lebrun, 1997).

-Σημαντική διαφορά επίσης αποτελεί το γεγονός ότι ο επίκτητος τραυλισμός δεν συνδέεται τόσο με δευτερογενή συμπτώματα όπως συμβαίνει με τον εξελικτικό (Lavid, 2003). Στο νευρογενή τραυλισμό τα δευτερογενή χαρακτηριστικά όπως μορφασμοί προσώπου, άνοιγμα και κλείσιμο βλεφάρων ή κινήσεις των χεριών δεν συνδέονται τόσο με τις στιγμές τραυλισμού (Theys et al, 2008). Τα παραπάνω δευτερογενή χαρακτηριστικά αν υπάρχουν εμφανίζονται με ήπια μορφή. Αντίθετα στον εξελικτικό τραυλισμό παρουσιάζονται αρκετά δευτερογενή συμπτώματα τα οποία τις περισσότερες φορές είναι σοβαρά (Guitar, 2005).

-Όσον αφορά την αρχή εκδήλωσής τους ο εξελικτικός τραυλισμός μπορεί να αρχίσει ξαφνικά και με βαθμιαίο τρόπο. Επίσης δεν υπάρχει κάποιος αποδείξιμος λόγος. Περίπου το 70% των παιδιών που παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη μορφή είχαν σύμφωνα με υπάρχουσες έρευνες μια σταδιακή αρχή των συμπτωμάτων (Wolraich, 2003).

Σε αντίθεση ο επίκτητος τύπος τραυλισμού μπορεί να εμφανιστεί είτε με οξύ είτε με βαθμιαίο τρόπο. Υπάρχουν επίσης συγκεκριμένοι λόγοι όπως βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος (Lavid, 2003).

-Στον επίκτητο τραυλισμό δεν παρατηρείται το φαινόμενο της προσαρμογής σε αντίθεση με τον εξελικτικό (Theys et al, 2008). Στο νευρογενή τραυλισμό υπάρχει ελάχιστος ή κανένας προσαρμοστικός παράγοντας με τις επαναλαμβανόμενες αναγνώσεις ενός κειμένου. Στον εξελικτικό τύπο όμως παρουσιάζεται μείωση στη συχνότητα των στιγμών τραυλισμού μετά από τη δεύτερη ανάγνωση ενός κειμένου που ακολουθεί παραπάνω μείωση με κάθε διαδοχική ανάγνωση έτσι ώστε από την πέμπτη ανάγνωση και κάτω να υπάρχει μείωση του τραυλισμού στο 50% του μέσου όρου (Guitar, 2005). Ο παραπάνω ισχυρισμός έχει έρθει σε αντίθεση με βάση κάποιων κλινικών ευρημάτων. Σύμφωνα με αυτά άτομα που παρουσίασαν για πρώτη φορά συμπτώματα τραυλισμού κατά την ενηλικίωσή τους, μπορούσαν να μιλήσουν με περισσότερη ευχέρεια καθώς διάβαζαν το ίδιο κείμενο συνέχεια (Lebrun, 1997).

-Ο επίκτητος τραυλισμός τείνει να είναι πιο συνεπής και σταθερός με το πέρασμα των ημερών στις καταστάσεις ομιλίας σε σχέση με τον εξελικτικό (Wolraich, 2003).

- Τα άτομα με νευρογενή τραυλισμό παρουσιάζουν λιγότερους φόβους και ανησυχίες που συνδέονται με την πράξη της ομιλίας ή του τραυλισμού αν και μπορεί να υπάρξει απογοήτευση ή ενόχληση. Στον εξελικτικό τραυλισμό όμως τα περισσότερα άτομα παρουσιάζουν φόβους και ανησυχίες σε μεγαλύτερο βαθμό (Guitar, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Ο ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Για να κατανοηθεί καλύτερα ο τραυλισμός και να βρεθούν αποτελεσματικοί τρόποι για την αντιμετώπισή του, πρέπει πρώτα να μελετηθεί ο μηχανισμός του.

Πρώτα λοιπόν υπάρχουν οι αιτιολογικοί παράγοντες. Αυτοί είναι κυρίως οργανικοί, περιβαλλοντικοί και ψυχολογικοί. Οι παραπάνω παράγοντες προκαλούν ένταση στο άτομο η οποία με τη σειρά της προκαλεί συσπάσεις των αναπνευστικών, αρθρωτικών και φωνητικών μυών , καθώς επίσης και διαταραχή της αναπνοής. Ο τραυλισμός στην ομιλία του ατόμου είναι αποτέλεσμα αυτής της διαταραχής στην αναπνοή. Αφού λοιπόν το άτομο παρουσιάσει συμπτώματα τραυλισμού υπάρχουν δύο παράγοντες οι οποίοι μπορούν να τον αυξήσουν ή όχι. Αυτοί είναι η εικόνα του εαυτού του ατόμου και οι αντιδράσεις από το περιβάλλον του.

Παρακάτω απεικονίζεται σχηματικά ο παραπάνω μηχανισμός τραυλισμού.

Αιτίες (οργανικοί, περιβαλλοντικοί, ψυχολογικοί)



Ένταση



Συσπάσεις των μυών
(αναπνευστικών, αρθρωτικών, φωνητικών)



Διαταραχή στην αναπνοή



Συμπτώματα τραυλισμού



Εικόνα εαυτού



Αντιδράσεις από το περιβάλλον

4.2 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

Η διαδικασία της αναπνοής παίζει σημαντικό ρόλο για τον ανθρώπινο οργανισμό. Με αυτόν τον τρόπο ο οργανισμός του ατόμου προσλαμβάνει οξυγόνο και αποβάλλει το διοξείδιο του άνθρακα. Χωρίζεται σε δύο φάσεις. Την εισπνοή και την εκπνοή (Ward et al, 2006).

ΕΙΣΠΝΟΗ

Οι μύες που παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της εισπνοής είναι:

- Το διάφραγμα. Αποτελεί τον κυριότερο μυ της εισπνοής. Με την κίνησή του αυξάνει την χωρητικότητα του θώρακα.
- Έξω μεσοπλεύριοι μύες. Αυξάνουν τις διατάσεις της θωρακικής κοιλότητας με την ανύψωση των πλευρών κατά τη διαδικασία της εισπνοής.
- Βοηθητικοί εισπνευστικοί μύες. Όταν οι λειτουργίες του διαφράγματος δεν είναι αποτελεσματικές μπορούν να γίνουν οι κύριοι εισπνευστικοί μύες. Οι βοηθητικοί μύες είναι (ο άνω τραπεζοειδής, ο στερνοκλειδομαστοειδής και οι σκαληνοί μύες) (Stille, 1998).

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΙΣΠΝΟΗΣ

Στην εισπνοή γίνεται συστολή των εισπνευστικών μυών όπου κατά τη διαδικασία αυτή δημιουργείται αύξηση της θωρακικής κοιλότητας η οποία επιτυγχάνεται με την λειτουργία των σημαντικότερων μυών της (Stille, 1998). Η κίνηση του διαφραγματικού μυ κλείνει το κάτω μέρος της θωρακικής κοιλότητας. Στη συνέχεια δημιουργείται ανύψωση των πλευρών και η διάμετρος της θωρακικής κοιλότητας μεγαλώνει με τη συστολή των έξω μεσοπλεύριων μυών (Cohen, 2004). Συγκεκριμένα για να μπει αέρας στους

πνεύμονες πρέπει η πίεση μέσα στις κυψέλες που βρίσκονται στους πνεύμονες να είναι μικρότερη από την ατμοσφαιρική. Όταν το άτομο εισπνέει τα κοιλιακά σπλάχνα συμπιέζονται με την κίνηση του διαφράγματος προς τα κάτω. Ταυτόχρονα οι πλευρές κινούνται προς τα πάνω και ανοίγουν προς τα έξω. Με τον τρόπο αυτόν η θωρακική κοιλότητα διευρύνεται και αυξάνεται ο όγκος των πνευμόνων. Έτσι στη συνέχεια δημιουργείται μεταξύ του ατμοσφαιρικού αέρα και του αέρα που βρίσκεται μέσα στις κυψέλες των πνευμόνων διαφορά πίεσης. Αυτή η διαφορά πίεσης βοηθά τους πνεύμονες στην εισρόφηση αέρα μέχρι να εξισωθούν ξανά η ατμοσφαιρική και ενδοπνευμονική πίεση (Ward et al, 2006).

ΕΚΠΝΟΗ

Η διαδικασία της εκπνοής μπορεί να είναι:

Παθητική (ήρεμη). Όταν το άτομο είναι σε θέση ανάπαυσης τότε το διάφραγμα χαλαρώνει και ανυψώνεται ενώ οι πλευρές πέφτουν.

Ενεργητική (ελεγχόμενη βίαιη, ελεγχόμενη παρατεταμένη). Σε αυτή τη μορφή συσπώνται οι κοιλιακοί και οι μεσοπλευριοί μύες (Stille, 1998).

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΚΠΝΟΗΣ

Στην εκπνοή υπάρχει πάλι διαφορά πίεσης μεταξύ του ατμοσφαιρικού αέρα και του αέρα που βρίσκεται στις κυψέλες των πνευμόνων όπως συμβαίνει με την εισπνοή. Η διαφορά είναι πως στη διαδικασία της εκπνοής η πίεση του πνευμονικού αέρα πρέπει να είναι μεγαλύτερη από την ατμοσφαιρική πίεση (Houghton, 2006). Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας η εκπνοή γίνεται με την παθητική επαναφορά του θώρακα στην αρχική θέση που είχε πριν τη συστολή των μυών της εισπνοής (Cohen, 2004). Η διαδικασία εκπνοής γίνεται ως εξής: στην αρχή οι εισπνευστικοί μύες χαλαρώνουν. Ο θόλος του διαφράγματος με την προς τα πάνω κίνησή του ανακτά την ελαστικότητα του.

Τέλος οι πλευρές επανέρχονται στην αρχική τους θέση με την χαλάρωση των εξωπλεύριων μυών (Ward et al, 2006). Με τις κινήσεις αυτές προκαλείται η έξοδος του αέρα αφού μειώνονται η διάμετρος της θωρακικής κοιλότητας και ο όγκος των πνευμόνων.

Ένας πολύπλοκος μηχανισμός συντονίζει τη συστολή και χαλάρωση των μυών της αναπνοής κατά τις διαδικασίες εισπνοής και εκπνοής (Stille, 1998). Τα κέντρα που είναι υπεύθυνα για τις κινήσεις των μυών αυτών έχουν την ονομασία δευτερογενή αναπνευστικά κέντρα και βρίσκονται στους κινητικούς πυρήνες του νωτιαίου μυελού. Ο συντονισμός όμως των κινήσεων της αναπνοής γίνεται στο κέντρο που βρίσκεται στον προμήκη μυελό. Το κέντρο αυτό ονομάζεται πρωτεύον αναπνευστικό κέντρο (Houghton, 2006). Το κέντρο αυτό λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τις μεταβολές της μερικής πίεσης του οξυγόνου, του διοξειδίου του άνθρακα και του pH των εξωκυττάρων υγρών. Στη συνέχεια αφού λάβει τις παραπάνω πληροφορίες και τις επεξεργαστεί κάνει τις απαραίτητες ρυθμίσεις (Houghton, 2006).

4.3 ΦΩΝΗ

Κατά τη διαδικασία παραγωγής ομιλίας υπάρχει αύξηση της πίεσεως της γλωττίδας καθώς και ένταση στο λάρυγγα. Η ένταση αυτή μεταδίδεται και στους εσωτερικούς του μύες (Mathieson, Greene, 2001). Στα άτομα τα οποία παρουσιάζουν φυσιολογική ομιλία η ενέργεια αυτή των μυών προκαλεί ανέβασμα και κατέβασμα του λάρυγγα γύρω στα δύο εκατοστά κατά την παραγωγή ομιλίας. Ωστόσο η κίνηση αυτή είναι μικρότερη του ενός εκατοστού και ορισμένες φορές σχεδόν μηδενίζεται στα άτομα που εμφανίζουν τραυλισμό (Colton et al, 2005).

Οι εσωτερικοί μύες του λάρυγγα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με τη λειτουργικότητά τους. Αυτές είναι:

- Μύες οι οποίες τεντώνουν τις φωνητικές χορδές
- Μύες υπεύθυνοι για το κλείσιμο της γλωττίδας
- Μύες υπεύθυνοι για το άνοιγμα της γλωττίδας

Οι κινήσεις τους σε συνεργασία παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία της φωνής (Mathieson, Greene, 2001).

Η ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ

Η παραγωγή της φωνής χωρίζεται στα παρακάτω στάδια:

1. Μια δέσμη αέρα κατευθύνεται προς τα επάνω, προς τις κλειστές φωνητικές χορδές.
2. Αυτή η δέσμη του αέρα προκαλεί τη διάνοιξη του κάτω μέρους των παλλόμενων στιβάδων των φωνητικών χορδών, ενώ παραμένει κλειστό το κύριο «σώμα» τους.
3. Στο στάδιο αυτό πιέζεται το πάνω μέρος των φωνητικών χορδών οι οποίες και ανοίγουν από τη δέσμη του αέρα που συνεχίζει να κινείται προς τα πάνω.
4. Στο στάδιο αυτό έχουμε το σταδιακό κλείσιμο των φωνητικών χορδών λόγω της χαμηλής πίεσης που προκαλείται πίσω από την ταχέως κινούμενη δέσμη του αέρα. Έτσι μετά το κλείσιμο του κάτω μέρους τους έχουμε το κλείσιμο και του πάνω.
5. Η δίοδος της δέσμης του αέρα σταματάει από το κλείσιμο των φωνητικών χορδών. Έτσι αφήνονται μικρές ποσότητες διακοπτόμενου αέρα, οι οποίες με τη σειρά τους μετατρέπονται σε ήχο και στη συνέχεια μετασχηματίζονται σε φωνή με τη βοήθεια των οργάνων της άρθρωσης (Mathieson, Greene, 2001).

Σύμφωνα με έρευνες τα άτομα με τραυλισμό παρουσιάζουν αρκετές ατέλειες στη λειτουργία των εσωτερικών μυών του λάρυγγα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση περιοδικού ασυγχρονισμού των παλμικών δονήσεων των φωνητικών χορδών, ξαφνικό άνοιγμα της γλωττίδας κατά τη διάρκεια αλλαγής συμφώνου σε φωνήεν και αντίστροφα και μερική ή ολική αναστολή των παλμικών δονήσεων των φωνητικών χορδών, κατά την ομιλία τους (Marieb, Hoehn, 2007).

Κατά τη μετάβαση από άφωνους φθόγγους σε ηχηρούς εμφανίζονται σοβαρά προβλήματα αφού στην περίπτωση αυτή υπάρχει αυξημένη ένταση των μυών του λάρυγγα. Το αποτέλεσμα της μακρόχρονης αύξησης του τόνου της ομιλίας στα

άτομα που παρουσιάζουν τραυλισμό είναι διάφορες διαταραχές της φωνής όπως βραχνάδα και κάλοι στις φωνητικές χορδές (Colton et al, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

5.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το ιστορικό παιδιού προσχολικής και σχολικής ηλικίας περιλαμβάνει:

- Πληροφορίες σχετικά με τα στοιχεία του παιδιού και των γονιών του (π.χ όνομα παιδιού και των γονιών του, διεύθυνση, τηλέφωνο, ηλικία παιδιού και γονιών, τάξη που πάει το παιδί, το όνομα του δασκάλου, επάγγελμα γονιών) (Ruscello, 2001).
- Πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό τραυλισμού (σε ποία ηλικία εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα, μορφές συμπτωμάτων, χαρακτηριστικά εμφάνισης τους στην ομιλία, συνθήκες οι οποίες προκαλούν τραυλισμό, αντίδραση του παιδιού όταν τραυλίζει, προσπάθειες αντιμετώπισης του και συνωδά προβλήματα ομιλίας) (Curlee, 1999).
- Πληροφορίες σχετικά με την πορεία του τραυλισμού (αν υπήρξε κάποια αλλαγή στη μορφή και τη συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων, περίοδοι κατά τις οποίες το παιδί δεν τραυλίζει ή τραυλίζει περισσότερο, επιπτώσεις των συμπτωμάτων στη καθημερινότητα του παιδιού) (Κουκάρα, 2007).
- Πληροφορίες σχετικά με το ιατρικό και οικογενειακό ιστορικό (πληροφορίες σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό της μητέρας, ασθένειες που παρουσίασε το παιδί, αν υπάρχουν άλλα μέλη στην οικογένεια που τραυλίζουν ή παρουσιάζουν άλλες γλωσσικές διαταραχές) (Ruscello, 2001).
- Πληροφορίες σχετικά με το αναπτυξιακό ιστορικό (αναπτυξιακά προβλήματα κατά την πρώιμη ηλικία, γλωσσική ανάπτυξη, ανάπτυξη ομιλίας).

- Πληροφορίες σχετικά με το κοινωνικό ιστορικό (συμπεριφορά του παιδιού στο σχολείο, τα χόμπι και τα ενδιαφέροντά του) (Κουκάρα, 2007)

Η συμπλήρωσή του γίνεται και στις δύο περιπτώσεις από τους γονείς.

5.2 ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Αφού ο κλινικός μαζέψει τις απαραίτητες πληροφορίες από τη συμπλήρωση του ιστορικού στη συνέχεια προχωράει στη συνέντευξη με τους γονείς με σκοπό τη συλλογή λεπτομερέστερων πληροφοριών (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Στη διαδικασία αυτή τους ρωτάει αναλυτικότερα σχετικά με κάποιες ερωτήσεις του ιστορικού καθώς και για πληροφορίες που δεν αναφέρθηκαν στο ιστορικό.

Ο κλινικός ζητάει πρώτα να μάθει αν υπήρχαν τυχόν προβλήματα με την εγκυμοσύνη και τη γέννηση του παιδιού. Αν και υπάρχουν σχετικά λίγα στοιχεία που να δείχνουν ότι τα άτομα τα οποία τραυλίζουν είχαν δύσκολο ιστορικό γέννησης, ωστόσο υπάρχουν αποδείξεις εμφάνισης συμπτωμάτων τραυλισμού σε άτομα που παρουσίαζαν εγκεφαλικές διαταραχές. Αν υπήρχαν επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη ή τη γέννηση εξετάζεται καλύτερα η γνωστική ανάπτυξη του (Guitar, 2005). Στη συνέχεια ο κλινικός συγκεντρώνει πληροφορίες σχετικά με την ανάπτυξη ομιλίας και γλώσσας του παιδιού (McNeil, 2008).

Αφού μαζευτούν οι παραπάνω πληροφορίες γίνονται ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία του παιδιού κατά την οποία άρχισαν να εμφανίζονται οι δυσχέρειες στην ομιλία του, πως αυτές εξελίχθηκαν και κάθε πότε εμφανίζονται στην ομιλία του παιδιού (Conture, Curlee, 2007).

Σημαντικό είναι ακόμα να ερωτηθεί τι είδους διαταραχές ομιλίας έκαναν τους γονείς να ανησυχήσουν σχετικά με την ομιλία του παιδιού (Conture, Curlee, 2007). Επίσης αν έχουν επισκεφθεί κάποιον άλλον ειδικό σχετικά με το θέμα και αν ναι, τι συμβουλές τους έδωσε και αν τις ακολουθούν (Guitar, 2005).

Ο κλινικός μπορεί να ρωτήσει ακόμα για τον τύπο των δυσχερειών ομιλίας όταν πρωτοεμφανίστηκαν. Συνήθως οι στιγμές τραυλισμού ξεκινούν με απλές επαναλήψεις συλλαβών ή λέξεων. Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις ωστόσο παιδιών τα οποία παρουσίασαν αρχικά παύσεις ομιλίας και επεκτάσεις ήχων (Guitar, 2005).

Απαραίτητες είναι επίσης πληροφορίες σχετικά με τις αντιδράσεις των γονέων όταν το παιδί τους παρουσιάζει τις στιγμές τραυλισμού. Οι αντιδράσεις και οι στάσεις τους μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την κατάσταση του παιδιού που τραυλίζει (Ratner, Healey, 1999). Κάποιοι γονείς για παράδειγμα το διορθώνουν ή του λένε να μιλάει σωστά. Μπορεί ακόμα να το μαλώνουν επειδή δεν κάνει προσπάθειες να μιλήσει χωρίς να τραυλίσει (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Έχουν παρατηρηθεί επίσης γονείς οι οποίοι το κρίνουν υπερβολικά, έχουν υψηλές προσδοκίες από αυτό ή δεν μπορούν να κατανοήσουν τις ανάγκες και τις ικανότητές του (Dalton, 1983).

Υπάρχουν όμως και αρκετές περιπτώσεις κατά τις οποίες οι γονείς προσπαθούν να βοηθήσουν το παιδί. Για παράδειγμα του λένε να σταματήσει και να προσπαθήσει ξανά να πει τη λέξη στην οποία τραύλισε ή να μειώσει την ταχύτητα ομιλίας του (Guitar, 2005).

Ένα άλλο στοιχείο το οποίο χρειάζεται να γνωρίζει ο κλινικός είναι οι οικογενειακές συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον του παιδιού και κατά πόσο αυτές επηρεάζουν την ομιλία του. Κάποιες αρνητικές συνθήκες που ίσως υπάρχουν είναι γρήγοροι ρυθμοί ομιλίας, μειωμένη προσοχή από το μέρος των γονέων όταν το παιδί μιλάει, να μην του αφήνουν χρόνο να οργανώσει τις σκέψεις του και να το διακόπτουν την ώρα που μιλάει (Dalton, 1983).

Ο κλινικός οφείλει επιπλέον να ρωτήσει αν υπάρχουν στο οικογενειακό ή συγγενικό περιβάλλον του παιδιού άλλα άτομα τα οποία τραυλίζουν ή έχουν τραυλίσει και έχουν δεχτεί θεραπεία ή γενικότερα έχουν παρουσιάσει άλλες μορφές γλωσσικών διαταραχών (Guitar, 2005).

Απαραίτητο είναι να ξέρει ο κλινικός αν οι γονείς έχουν γνώσεις σχετικά με τον τραυλισμό. Να αναφέρουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στην ομιλία του παιδιού τα οποία έχουν παρατηρήσει συμπεριλαμβανομένου της συχνότητας, της διάρκειας και τον τύπο των δυσχερειών ομιλίας του (Kent, 2004).

Επιπλέον πληροφορίες που πρέπει να ερωτηθούν είναι αν υπάρχουν περιπτώσεις που το παιδί τραυλίζει λιγότερο ή περισσότερο. Οι γονείς αναφέρουν περιστάσεις ή συμπεριφορές του ίδιου του παιδιού ή άλλων ατόμων οι οποίες αυξάνουν τα συμπτώματα τραυλισμού (Zebrowski, Kelly, 2002).

Σε αυτή τη φάση οι γονείς πιθανόν να αναφέρουν κάποιο σημαντικό γεγονός το οποίο συνέβη στη ζωή του παιδιού όταν παρατηρήθηκε για πρώτη φορά στιγμή τραυλισμού. Τέτοια γεγονότα μπορούν να είναι μια μετακόμιση, ένα οικογενειακό ταξίδι ή χωρισμός μεταξύ των γονέων του παιδιού (Guitar, 2005).

Αυτό βοηθάει τον κλινικό να καθορίσει τι αλλαγές πρέπει να κάνουν οι γονείς στο περιβάλλον του παιδιού ώστε να μειωθούν οι στιγμές τραυλισμού.

Τέλος ρωτάει για την προσωπικότητα του και πως αυτό συμπεριφέρεται και επικοινωνεί όταν είναι στο σπίτι με τα αδέρφια του για παράδειγμα ή σε εξωτερικό περιβάλλον (π.χ στο σχολείο) με τους φίλους του. Συνήθως τα παιδιά που τραυλίζουν είναι πιο ευαίσθητα σε σχέση με τα άλλα. Αυτό τα καθιστά πιο επιρρεπή σε τυχόν ανησυχίες των γονιών τους σχετικά με την ομιλία τους (Guitar, 2005).

5.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Αφού ο κλινικός συλλέξει τις κατάλληλες πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό του παιδιού προχωράει στη λεπτομερή αξιολόγησή του. Σε αυτό το στάδιο ο κλινικός ελέγχει για χαρακτηριστικά που μπορούν να παρατηρηθούν στην ομιλία του παιδιού. Παρατηρεί κατά πόσο εμφανίζονται δυσχέρειες στην ομιλία του και κατά πόσο αυτές μπορούν να χαρακτηριστούν ως στιγμές τραυλισμού (Kent, 2004).

Όταν το παιδί είναι σε ηλικία που πηγαίνει στο δημοτικό έχει τη δυνατότητα να εκφραστεί καλύτερα για το πώς αισθάνεται για τον τραυλισμό σε σχέση με ένα παιδί προσχολικής ηλικίας. Η αξιολόγηση επίσης μπορεί να πάρει πιο εύκολα τη μορφή ελεύθερης συζήτησης παρά μιας πιο επίσημης συνέντευξης (Ward, 2006).

Το πιο σημαντικό για τον κλινικό είναι να κερδίσει την εμπιστοσύνη του παιδιού ώστε στη συνέχεια αυτό να αισθανθεί άνετα να συζητήσει και να αναφέρει λεπτομέρειες σχετικά με τα συμπτώματα τραυλισμού τα οποία παρουσιάζει (Ward, 2006).

Κατά τη διάρκεια της συζήτησης παρατηρεί την προσοχή που δίνει το παιδί, τις ικανότητες ακουστικές επεξεργασίας και τον τρόπο με τον οποίο σχηματίζει τις προτάσεις. Ελέγχει ακόμα την προσωδία και τον έλεγχο της αναπνοής όταν το παιδί μιλάει (Dalton, 1983). Αν κατά την ομιλία παρατηρούνται δυσχέρειες σημειώνει κατά πόσο συχνά εμφανίζονται καθώς και τον τύπο τους. Αυτές μπορούν να είναι επαναλήψεις συλλαβών ή λέξεων, επεκτάσεις ήχων, παύσης, και παρεμβολές ήχων.

Ο κλινικός πρέπει να προσέξει όμως γιατί κάποια από τα παραπάνω χαρακτηριστικά δεν είναι απαραίτητο να αποτελούν στιγμές τραυλισμού αλλά απλώς να είναι φυσιολογικές δυσρυθμίες (Kent, 2004).

Σημαντικό παράγοντα επίσης αποτελεί η γνωστική ανάπτυξη του παιδιού. Ο κλινικός ζητάει να μάθει αν το παιδί παρουσιάζει δυσκολίες μάθησης και γενικά το ρωτάει να αναφέρει για τυχόν δυσκολίες στο σχολείο (Guitar, 2005).

Κατά τη διάρκεια ομιλίας με το παιδί ο κλινικός παρατηρεί ακόμα αν κατά τις στιγμές τραυλισμού εμφανίζονται ταυτόχρονα δευτερεύουσες συμπεριφορές. Το παιδί για παράδειγμα μπορεί να χάνει τη βλεμματική του επαφή τη στιγμή που παρουσιάζει μια δυσχέρεια ή να κάνει ξαφνικές κινήσεις του κεφαλιού, των χεριών ή άλλων μερών του σώματος (Dalton, 1983).

Χρήσιμες είναι επίσης πληροφορίες σχετικά με την κοινωνική-συναισθηματική κατάσταση του παιδιού. Ο κλινικός το ρωτάει για το πώς αισθάνεται γενικά με την ομιλία του και για το πώς συμπεριφέρεται όταν είναι στο σπίτι του, ή στο σχολείο (Ward, 2006).

Ρωτάει επίσης για τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνεί με τους φίλους του ή τους συμμαθητές του, πόσο άνετα νιώθει όταν συζητάει και πόσο συχνά προσπαθεί να κρύψει συμπτώματα τραυλισμού όταν αυτά εμφανίζονται στην ομιλία του (Guitar, 2005). Αν το παιδί αναφέρει πως προσπαθεί να κρύψει τα συμπτώματα τραυλισμού που παρουσιάζει ζητάει να μάθει με ποιον τρόπο. Είναι σημαντικό για τον κλινικό να ξέρει αν το παιδί χρησιμοποιεί τεχνικές αποφυγής και αν ναι, κατά πόσο τις αναγνωρίζει (Ward, 2006).

Κάποια παιδιά είναι φιλικά και εξωστρεφή και ακόμα και αν τραυλίζουν έχουν την υποστήριξη των φίλων τους. Αυτές οι κοινωνικές δραστηριότητες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση και θεραπεία του τραυλισμού.

Ωστόσο υπάρχουν πολλές περιπτώσεις παιδιών τα οποία είναι εσωστρεφή και ανησυχούν υπερβολικά για την ομιλία τους. Αυτό τα καθιστά να μην είναι τόσο φιλικά με αποτέλεσμα να μην ανοίγονται εύκολα σε άλλους (Guitar, 2005).

Ο κλινικός εκτός από τη συζήτηση με το παιδί μπορεί να παρατηρήσει την ομιλία του και με τη διαδικασία της προφορικής ανάγνωσης. Η προφορική ανάγνωση βοηθάει στο να ανακαλύψει στιγμές τραυλισμού σε άτομα που αποφεύγουν σκόπιμα να πουν ορισμένες λέξεις στην ομιλία τους επειδή φοβούνται μήπως τραυλίσουν (Ward, 2006). Μπορεί επίσης να δείξει στο παιδί εικόνες και να του ζητήσει να τις περιγράψει (Wetmore et al, 2000).

Ο κλινικός οφείλει να συλλέγει δείγματα της ομιλίας του ατόμου σε διαφορετικές περιστάσεις αφού τα συμπτώματα τραυλισμού αυξάνονται ή μειώνονται σε διαφορετικές καταστάσεις (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

Μπορεί να μαγνητοφωνήσει τις περισσότερες συζητήσεις και στη συνέχεια να αναλύσει τα δείγματα ομιλίας (Manning, 2000).

Αφού λοιπόν παρατηρήσει την ομιλία του παιδιού και συλλέξει τις κατάλληλες πληροφορίες καθορίζει την πιθανότητα να υπάρξει βελτίωση στην ομιλία του χωρίς κάποια θεραπευτική βοήθεια ή θα χρειαστεί τελικά θεραπευτική παρέμβαση. Ωστόσο είναι σχετικά αδύνατο να καθοριστεί με βεβαιότητα για το ποια παιδιά θα ανακάμψουν από τα συμπτώματα τραυλισμού χωρίς θεραπευτική παρέμβαση (Kent, 2004). Διαγνωστικά σημεία όπως οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού, συμπτώματα μυϊκής έντασης κατά τη διάρκεια των δυσχερειών ομιλίας, συνακόλουθες γλωσσικές

διαταραχές και ανησυχία σε μεγάλο βαθμό σχετικά με τις δυσκολίες ομιλίες από τη μεριά του παιδιού ή των γονέων αυξάνουν την πιθανότητα τα συμπτώματα τραυλισμού να συνεχίσουν εντονότερα και έτσι να κριθεί απαραίτητη θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπισή τους (Kent, 2004).

5.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Αν το παιδί είναι προσχολικής ηλικίας ο κλινικός μαζεύει τις περισσότερες πληροφορίες κυρίως από τους γονείς. Εκτός από τη συμπλήρωση του ιστορικού μπορούν επιπλέον να μαγνητοφωνήσουν την ομιλία του παιδιού ώστε ο κλινικός να παρατηρήσει κάποια χαρακτηριστικά της πριν από τη συνέντευξη με τους γονείς. (Kent, 2004).

Σημαντικό παράγοντα επίσης για τον κλινικό αποτελεί η παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού κατά τη διάρκεια ομιλίας του με τους γονείς καθώς ορισμένα στοιχεία τραυλισμού δεν φαίνονται μόνο από τη μαγνητοφώνηση της ομιλίας. Για παράδειγμα μπορεί να παρουσιάζει δευτερεύουσες συμπεριφορές. Σε αυτό το στάδιο ο κλινικός επιδιώκει τη συζήτηση του παιδιού μαζί τους και κατόπιν παρατηρεί συμπεριφορές του παιδιού καθώς και των γονιών του (π.χ αν το διακόπτουν, το διορθώνουν, το λεξιλόγιο και τη σύνταξη που χρησιμοποιούν και το ρυθμό ομιλίας τους). (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

5.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΗΛΙΚΟΥ

Όσον αφορά την αξιολόγηση ενηλίκων το ιστορικό περιλαμβάνει κάποιες επιπλέον ερωτήσεις όπως επαγγελματική κατάσταση, εξέλιξη του τραυλισμού κατά τη διάρκεια των χρόνων και επιπτώσεις του στην κοινωνική του ζωή. Κατά την συνέντευξη οι απαντήσεις δίνονται αποκλειστικά από τον ίδιο (Zebrowski, Kelly, 2002).

5.6 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΟΜΙΛΙΑΣ

Ο κλινικός αφού μαζέψει το δείγμα ομιλίας αναλύει τους παρακάτω παράγοντες.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η συχνότητα τραυλισμού αποτελεί ένα αξιόπιστο μέτρο το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ώστε να διαφοροποιήσει άτομα τα οποία παρουσιάζουν τραυλισμό από τα άτομα που παρουσιάζουν φυσιολογικές δυσρυθμίες στην ομιλία τους (Guitar, 2005). Αποτελεί την πιο κοινή μέθοδο αξιολόγησης του τραυλισμού. Εκφράζεται ως το ποσοστό των συλλαβών ή λέξεων που τραυλίζονται και υπολογίζεται διαιρώντας το συνολικό αριθμό των συλλαβών ή λέξεων στις οποίες το άτομο τραυλίζει σε ένα δείγμα ομιλίας με το συνολικό αριθμό των λέξεων και συλλαβών του δείγματος ομιλίας (Cummings, 2008).

Ορισμένοι κλινικοί ωστόσο μετρούν το ποσοστό των λέξεων που παρατηρήθηκε τραυλισμός ή το ποσοστό των στιγμών τραυλισμού σε 100 λέξεις (Guitar, 2005).

Άλλη μία μέθοδος υπολογισμού της συχνότητας είναι η διαίρεση του συνολικού αριθμού όλων των συλλαβών του δείγματος ομιλίας (ποσοστό ομιλίας) ή τον συνολικό αριθμό των συλλαβών στις οποίες το παιδί δεν παρουσίασε συμπτώματα τραυλισμού (αρθρωτικό ποσοστό) με το συνολικό χρονικό διάστημα σε δευτερόλεπτα το οποίο στη συνέχεια πολλαπλασιάζεται επί 60 (Cummings, 2008).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΥΣΡΥΘΜΙΩΝ

Όταν αξιολογείται η ομιλία ενός παιδιού που τραυλίζει είναι συχνά χρήσιμο να μετρηθεί ο συνολικός αριθμός των δυσρυθμιών του δείγματος. Αυτών που θεωρούνται ως στιγμές τραυλισμού αλλά και των φυσιολογικών δυσρυθμιών. Στη συνέχεια αφού μετρηθούν και τα δύο είδη ο κλινικός μπορεί να χρησιμοποιήσει το ποσοστό αυτών που φαίνονται να είναι στιγμές τραυλισμού ώστε να καταλάβει αν το παιδί τραυλίζει ή είναι φυσιολογικά δύσρυθμο (Guitar, 2005). Σύμφωνα με τον Yairi (1997) αν λιγότερο από το 50% των δυσρυθμιών του δείγματος είναι στιγμές τραυλισμού το παιδί θεωρείται ως φυσιολογικά δύσρυθμο. Σύμφωνα με τον Conture (2001) όμως ένα ποσοστό δυσρυθμιών 34% θεωρείται ως τραυλισμός.

ΕΙΔΟΣ ΔΥΣΡΥΘΜΙΩΝ

Ο κλινικός σημειώνει το είδος των δυσρυθμιών του δείγματος ομιλίας. Αυτές είναι:

- Επανάληψη τμήματος λέξης
- Επανάληψη μονοσύλλαβης λέξης
- Επανάληψη πολυσύλλαβης λέξης
- Επανάληψη φράσης
- Επέκταση ήχου
- Παύση ομιλίας
- Παρεμβολή λέξης
- Μη ολοκληρωμένη φράση (Κουκάρα, 2007).

ΔΙΑΡΚΕΙΑ

Σε ένα δείγμα ομιλίας μετρήσεις της διάρκειας των μεγαλύτερων παύσεων στην ομιλία του παιδιού δίνουν σημαντικές πληροφορίες για το πόσο τα συμπτώματα τραυλισμού παρεμβάλλονται στη φυσιολογική του ομιλία. Η πιο διαδεδομένη πρακτική υπολογισμού είναι να υπολογίσει ο κλινικός κατά μέσο όρο τη διάρκεια των τριών μεγαλύτερων παύσεων στο δείγμα (Guitar, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

6.1 ΕΠΙΚΡΑΤΕΣΤΕΡΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Υπάρχουν διάφορες μορφές παρέμβασης οι οποίες έχουν εφαρμοστεί στη θεραπεία του τραυλισμού.

Η άμεση θεραπεία της λεκτικής παραγωγής χαρακτηριστικά στοχεύει στην τροποποίηση των δυσχερειών ομιλίας. Αυτό επιτυγχάνεται με την εφαρμογή ιεραρχημένων συστηματικών βημάτων θεραπείας (Sadock, Kaplan, 2007). Η σειρά των βημάτων αυτών καθορίζεται ανάλογα με τις ικανότητες του μηχανισμού ομιλίας κάθε ατόμου.

Άλλες μορφές θεραπείας στοχεύουν στη μείωση της έντασης και των υψηλών ποσοστών ανησυχίας κατά τη διάρκεια της ομιλίας. Αυτές οι μορφές παρέμβασης περιλαμβάνουν τεχνικές αναπνοής και χαλάρωσης ώστε να βοηθήσουν το παιδί να μειώσει το ρυθμό ομιλίας του. Μέχρι το τέλος του 19^{ου} αιώνα οι δύο παραπάνω τεχνικές και ιδιαίτερα αυτές της χαλάρωσης αποτελούσαν τους πιο διαδεδομένους τύπους θεραπείας (Gilman, Yaruss, 2000).

Σύγχρονες μορφές θεραπευτικής παρέμβασης του τραυλισμού περιλαμβάνουν διαδικασίες κατά τις οποίες τα συμπτώματα τραυλισμού θεωρούνται ως μαθημένες συμπεριφορές οι οποίες μπορούν να τροποποιηθούν με τη βοήθεια συμπεριφοριστικών μεθόδων (Sadock, Kaplan, 2008). Αυτές οι προσεγγίσεις λειτουργούν άμεσα με σκοπό την ελαχιστοποίηση των λεκτικών δυσκολιών που παρουσιάζει το παιδί με τραυλισμό. Η μείωση των συμπτωμάτων τραυλισμού πραγματοποιείται με την εξάλειψη των δευτερογενών συμπτωμάτων που τα

συνοδεύουν. Επίσης το παιδί ενθαρρύνεται να μιλάει ακόμα και όταν τραυλίζει. Αυτό έχει ως σκοπό την εξάλειψη του φόβου και των συνεχών παύσεων κατά τη διάρκεια της ομιλίας του (Fraser, 2000).

Θεωρίες που αναπτύχθηκαν τα τελευταία χρόνια εστιάζουν στην ελάττωση των δυσχερειών ομιλίας δίνοντας έμφαση σε μια ποικιλία στοχευόμενων συμπεριφορών όπως μείωση του ρυθμού ομιλίας, ομαλή έναρξη της φώνησης και ομαλή μετάβαση μεταξύ των ήχων, συλλαβών και λέξεων (Packman, Onslow, 1999).

Περιπτώσεις ήπιας μορφής τραυλισμού μπορεί και να μη χρειαστούν θεραπευτική παρέμβαση. Ωστόσο παιδιά με σοβαρότερα συμπτώματα τραυλισμού απαιτούν θεραπεία της λεκτικής παραγωγής και παροχή συμβουλών (Lawrence, Barclay III, 1998). Το πλάνο θεραπείας πρέπει να προσαρμόζεται στο μεμονωμένο ασθενή και να στοχεύει στην ανώμαλη λεκτική συμπεριφορά, στα συναισθηματικά προβλήματα του παιδιού και στις λανθασμένες συμπεριφορές των γονέων (Sisskin, 2002).

6.2 ΠΛΑΝΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Η θεραπευτική παρέμβαση του τραυλισμού χωρίζεται στα παρακάτω στάδια:

-ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η διαδικασία αυτή χωρίζεται σε τέσσερα στάδια.

Στο πρώτο στάδιο ο θεραπευτής ζητάει από το παιδί να περιγράψει λεπτομερώς τα συμπτώματα τραυλισμού που παρουσιάζει. Το παιδί τα περιγράφει κοιτώντας ταυτόχρονα σε έναν καθρέφτη. Η περιγραφή περιλαμβάνει όλα τα αρχικά συμπτώματα τραυλισμού καθώς και τις δευτερεύουσες συμπεριφορές που τα συνοδεύουν (Watson, Gresham, 1998).

Στο δεύτερο στάδιο το παιδί μαθαίνει να προσδιορίζει κάθε στιγμή τραυλισμού με τη χρήση θετικής και διορθωτικής ανατροφοδότησης η οποία δίνεται από το θεραπευτή. Αυτή η φάση αποσκοπεί στο να βοηθήσει το παιδί να κατανοήσει στιγμές τραυλισμού που παρουσιάζει στην ομιλία του καθώς και να τις προσδιορίζει (Watson, Skinner, 2004).

Στο τρίτο στάδιο το παιδί αναγνωρίζει ενδείξεις ή καταστάσεις οι οποίες συνδέονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων τραυλισμού. Για παράδειγμα αν κατά την αξιολόγηση φάνηκε πως εμφανίζονται συμπτώματα τραυλισμού όταν το παιδί ήταν ενθουσιασμένο, ο θεραπευτής το συμβουλεύει να προσπαθήσει να ελέγξει το επίπεδο ενθουσιασμού του ώστε να αποφύγει αυτές τις δυσχέρειες στην ομιλία του (Watson, Gresham, 1998).

Στην τέταρτο και τελευταίο στάδιο το παιδί περιγράφει όλες τις καταστάσεις κατά τις οποίες εμφανίζονται συμπτώματα τραυλισμού στην ομιλία του. Δίνει επίσης μια λεπτομερή περιγραφή για τον τρόπο με τον οποίο τραυλίζει σε αυτές τις καταστάσεις (Miltenberger, 1997).

-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΑΣΥΜΒΙΒΑΣΤΕΣ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Αφού το παιδί ολοκληρώσει τη διαδικασία συνειδητοποίησης προσπαθεί με τη βοήθεια του θεραπευτή να υιοθετήσει συμπεριφορές οι οποίες παρεμποδίζουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων τραυλισμού (O'Donohue et al, 2003). Ο θεραπευτής καθοδηγεί το παιδί για παράδειγμα όταν εμφανίσει στην ομιλία του στιγμή τραυλισμού να σταματήσει για λίγο να μιλάει. Στη συνέχεια του λέει να πάρει μια βαθιά αναπνοή και μετά από λίγο να συνεχίσει να μιλάει. Τη συμπεριφορά αυτή μπορεί στη συνέχεια να την εφαρμόζει κάθε φορά που παρουσιάζει στιγμή τραυλισμού (Watson, Gresham, 1998).

-ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΤΙΚΟΥ ΚΙΝΗΤΡΟΥ

Σε αυτό το στάδιο ο θεραπευτής συμβουλεύει του γονείς του παιδιού να το επιβραβεύουν κάθε φορά που εφαρμόζει κάποια από τις συμπεριφορές οι οποίες εμποδίζουν την εμφάνιση στιγμών τραυλισμού. Για παράδειγμα οι γονείς οφείλουν να επιβραβεύσουν το παιδί και να το ενθαρρύνουν όταν αυτό τη στιγμή που τραύλισε στην ομιλία του σταμάτησε για να πάρει αναπνοή (Watson, Skinner, 2004).

-ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΕΝΙΚΕΥΣΗΣ

Αφού δίνεται στο παιδί η θετική ενίσχυση κάθε φορά που χρησιμοποιεί την παραπάνω τεχνική στη συνέχεια τη χρησιμοποιεί ως πρόβα με τη βοήθεια του θεραπευτή κατά τη διάρκεια των συνεδριών (O'Donohue et al, 2003). Ο θεραπευτής για παράδειγμα συμβουλεύει το παιδί κατά τη διάρκεια της συνεδρίας να φανταστεί πως χρησιμοποιεί την παραπάνω τεχνική με επιτυχία σε μια κατάσταση στην οποία είναι πολύ πιθανό το παιδί να παρουσιάσει συμπτώματα τραυλισμού.

Σε επόμενο στάδιο ο θεραπευτής βάζει το παιδί να βρεθεί σε αυτή την κατάσταση μέσα στο θεραπευτήριο δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες ώστε να χρησιμοποιήσει την τεχνική σε περίπτωση που παρουσιάσει τραυλισμό.

Σε τελικό στάδιο ο θεραπευτής δίνει τις κατάλληλες οδηγίες στο παιδί και στο άτομο που το επιβραβεύει (στη προκειμένη περίπτωση στους γονείς) ώστε να την χρησιμοποιήσει στο καθημερινό του περιβάλλον με σκοπό να ελέγξει τις στιγμές τραυλισμού. Η χρήση της τεχνικής στο καθημερινό περιβάλλον του παιδιού ίσως χρειαστεί να περιλαμβάνει εξάσκηση σε μικρές καθημερινές συνεδρίες με το θεραπευτή (O'Donohue et al, 2003).

6.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ

Επειδή ο τραυλισμός τις περισσότερες φορές συνδέεται με συμπεριφορές έντασης και ανησυχίας, ο θεραπευτής μαθαίνει στο παιδί που τραυλίζει πώς να χαλαρώνει. Μαζί με τις τεχνικές διαφραγματικής αναπνοής του δείχνει και θέσεις χαλάρωσης. Το παιδί με αυτόν τον τρόπο μαθαίνει σταδιακά να χρησιμοποιεί τεχνικές χαλάρωσης όταν παρουσιάζει συμπτώματα έντασης ή ανησυχίας τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την ευχέρεια της ομιλίας του (Watson, Skinner, 2004).

Οι ασκήσεις χαλάρωσης περιλαμβάνουν τις παρακάτω διαδικασίες:

-ΧΑΛΑΡΩΣΗ ΤΩΝ ΜΥΩΝ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Περιλαμβάνει ενεργητικές ασκήσεις χαλάρωσης των άκρων οι οποίες μπορούν να συνδυαστούν με τεχνικές εισπνοής και εκπνοής. Στόχος της διαδικασίας αυτής είναι η μείωση της έντασης των μυών.

Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας ο θεραπευτής παροτρύνει το παιδί να κάνει απαλές κινήσεις του κεφαλιού. Στην αρχή για παράδειγμα του λέει να το ανεβάσει ψηλά και στη συνέχεια να το στρέφει αριστερά, δεξιά και το αντίθετο. Έπειτα με αργές και απαλές πάλι κινήσεις το κατεβάζει στην αρχική του θέση (Ham, 1986).

Σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας ή σε ενήλικους ο θεραπευτής δουλεύει τη χαλάρωση όλων των μυών του σώματος. Στην αρχή ξεκινάει με τους ώμους και στη συνέχεια με τους μύες του αυχένα, του προσώπου, των χεριών, των ποδιών και της κοιλιάς.

Σε κάθε κατηγορία μυών ο ασθενής χαλαρώνει και τεντώνει κάθε μυϊκή ομάδα ενώ μετράει μέχρι το πέντε. Σε αυτό το στάδιο μπορεί να συνδυαστεί και η αναπνοή. Όταν ο ασθενής τεντώνει κάθε μυϊκή ομάδα κρατάει ταυτόχρονα την αναπνοή του ενώ όταν χαλαρώνει την αφήνει (Ham, 1999).

Η διαδικασία της χαλάρωσης είναι πολύ σημαντική στο θεραπευτικό πλάνο, και απαιτεί χρόνο και εξάσκηση. Για το λόγο αυτό ο θεραπευτής πρέπει να αρχίζει με αυτές τις ασκήσεις τη συνεδρία και να τελειώνει πάλι με αυτές.

-ΧΑΛΑΡΩΣΗ ΑΡΘΡΩΤΙΚΩΝ ΜΥΩΝ

Η διαδικασία αυτή έχει ως στόχο τη μείωση της έντασης των μυών της άρθρωσης στα κύρια όργανα ομιλίας. Αυτά είναι η γλώσσα, τα χείλη, η μαλθακή υπερώα και ο λαιμός (Ham, 1990).

Ασκήσεις γλώσσας

- Κίνηση της γλώσσας μέσα και έξω από το στόμα
- Κυκλική κίνησή της γύρω από τα χείλη
- Ανύψωση της γλώσσας στη σκληρή υπερώα
- Παραγωγή των ήχων (ν, λ)

Αν το παιδί δυσκολεύεται στις ασκήσεις γλώσσας ο θεραπευτής κάνει μασάζ στη γλώσσα του παιδιού με απαλά χτυπηματάκια στα πλαϊνά της. Ξεκινάει από το πίσω μέρος της γλώσσας και συνεχίζει ως την κορυφή της και μετά το αντίστροφο (Silvermann, 1996).

Ασκήσεις για τα χείλη

- Κινήσεις χειλιών σε μορφή φιλί-χαμόγελο
- Άνοιγμα και κλείσιμο χειλιών χωρίς παραγωγή ήχου
- Πίεση των χειλιών μεταξύ τους ελαφρά
- Παραγωγή ήχων (μ, μπ, ο, ου) (Skinner et al, 1990).

Ασκήσεις μαλακής υπερώας

- Εισπνοή από το στόμα
- Εκπνοή από το στόμα

Ασκήσεις των μυών γύρω από το λαιμό

- Απαλές περιστροφικές κινήσεις του κεφαλιού με το στόμα ελαφρώς ανοιχτό
- Μασάζ γύρω από το λαιμό (Ham, 1986)

ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΩΣΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

Η μέθοδος της παραγωγής σωστής αναπνοής αποτελεί μια συμπεριφοριστική θεραπεία. Έχει ως σκοπό να διορθώσει λανθασμένα πρότυπα αναπνοής με το να προτείνει καινούρια τα οποία θα βοηθήσουν στη εξάλειψη των συμπτωμάτων τραυλισμού (Conelea et al, 2006).

Σε αυτή τη μέθοδο ο θεραπευτής αρχικά μαθαίνει στο παιδί πώς να αναπνέει σωστά και του δείχνει τις διαφορές της σωστής αναπνοής με το λανθασμένο πρότυπο του παιδιού (Conelea et al, 2006). Το συμβουλεύει να παίρνει σωστές εισπνοές και εκπνοές. Αυτό μπορεί να γίνει με το να βάλει το παιδί το χέρι του στην κοιλιά του σε θέση κάτω από το θώρακα στο σημείο που βρίσκεται ο διαφραγματικός μυς. Στη συνέχεια το καθοδηγεί να παίρνει το χέρι του κατά τη διαδικασία της εισπνοής και να κρατά ξανά την κοιλιά του στη διαδικασία της εκπνοής (Ratner, Tetnowski, 2006).

Όσον αφορά τη σωστή ροή του αέρα το παιδί πρέπει να μάθει να ξεκινά την ομιλία του όταν έχει εκπνεύσει μικρό ποσοστό του, ώστε ο αέρας να διασχίζει το λάρυγγα όταν η ομιλία του αρχίζει. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί εφόσον το παιδί πάρει μια κανονική αναπνοή, εκπνεύσει ελαφρά και στη συνέχεια να πει ή να διαβάσει τη λέξη κατά την υπόλοιπη εκπνοή (Watson, Gresham, 1998).

Η διαδικασία ολοκληρώνεται όταν η διαφραγματική αναπνοή και η κίνηση της ροής του αέρα συνδυάζονται και χρησιμοποιούνται κατά την εμφάνιση στιγμών τραυλισμού ή σε περιπτώσεις καταστάσεων που μπορούν να προκαλέσουν στο παιδί τραυλισμό.

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ

Όταν το παιδί καταλάβει ότι θα παρουσιάσει στιγμή τραυλισμού πρέπει να εφαρμόζει τη διαδικασία σωστής αναπνοής. Ο θεραπευτής και οι γονείς πρέπει να το επιβραβεύουν κάθε φορά που θα παίρνει μια σωστή αναπνοή και οφείλουν να του το υπενθυμίζουν κάθε φορά που το ξεχνάει (O'Donohue et al, 2003).

Στη συνέχεια αφού την εδραιώσει προχωράει στην παραγωγή ομιλίας. Είναι προτιμότερο να ξεκινά την ομιλία του λέγοντας μόνο μία λέξη κάθε φορά. Η διαδικασία προχωράει καθώς το παιδί θα παίρνει μια βαθιά αναπνοή και στη συνέχεια κατά την εκπνοή θα λέει ή θα διαβάζει μια λέξη. Την άσκηση αυτή θα μπορεί να την κάνει και στο σπίτι με τη βοήθεια των γονέων του (Ratner, Tetnowski, 2006).

Όταν καταφέρει να συνδυάσει σωστά την αναπνοή του με την παραγωγή της κάθε λέξης, προχωράει στην παραγωγή μικρών φράσεων με δύο λέξεις. Με τον τρόπο αυτό κάθε φορά θα του περισσεύει εκπνεόμενος αέρας ώστε στη συνέχεια να καταφέρει να λέει ολόκληρη πρόταση με μία μόνο αναπνοή. Η διαδικασία συνεχίζεται μέχρι το παιδί να συνηθίσει να λέει ή να διαβάζει ολόκληρες προτάσεις χωρίς να παρουσιάζει δυσχέρειες (Ratner, Tetnowski, 2006).

Οι λέξεις και οι φράσεις που θα χρησιμοποιεί το παιδί στις ασκήσεις αναπνοής και ομιλίας πρέπει να είναι αυτές που χρησιμοποιούνται καθημερινά. Ωστόσο ο θεραπευτής πρέπει να ενημερωθεί για λέξεις στις οποίες το παιδί παρουσιάζει συμπτώματα τραυλισμού για να επικεντρωθεί σε επόμενο στάδιο της διαδικασίας σε αυτές (Watson, Gresham, 1998).

Όπως και στη διαδικασία σωστής αναπνοής και εδώ ο θεραπευτής και οι γονείς οφείλουν να επιβραβεύουν το παιδί όταν παράγει λέξεις ή προτάσεις χωρίς να τραυλίσει.

ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΟΜΙΛΙΑΣ

Μία μέθοδος θεραπείας που έχει προταθεί αρκετές φορές από διάφορες έρευνες είναι η ελάττωση του ρυθμού ομιλίας. Στη διαδικασία αυτή ο θεραπευτής ενθαρρύνει το παιδί να μειώσει το ρυθμό ομιλίας του.

Στη αρχή αυτής της μορφής θεραπείας ο θεραπευτής καθιερώνει ένα ποσοστό συλλαβών το οποίο μπορεί να πει ή να διαβάσει το παιδί μέσα σε ένα λεπτό (Vinson, 2000). Αντί για ποσοστό συλλαβών μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά ένα ποσοστό λέξεων τις οποίες θα πει ή θα διαβάσει το παιδί μέσα σε ένα λεπτό.

Ένας τρόπος για να επιτευχθεί η μείωση του ρυθμού είναι η παράταση των φωνηέντων. Αρχικά δίνεται στο παιδί μια λίστα με λέξεις ή ένα μικρό κείμενο για ανάγνωση (Packman, Attanasio, 2004). Το παιδί στη συνέχεια διαβάζει λέξη προς λέξη παρατείνοντας όλα τα φωνήεντα κάθε λέξης ή μόνο τις τονισμένες συλλαβές.

Παράδειγμα:

Τη λέξη «τραπέζι» το παιδί θα την διαβάσει «τραπέεεζι» επεκτείνοντας μόνο την τονισμένη συλλαβή ή «τραααπέεεζι» επεκτείνοντας όλα τα φωνήεντα της λέξης.

Η διαδικασία προχωράει καθώς το παιδί διαβάζει ολοένα και μεγαλύτερες προτάσεις παρατείνοντας τις τονισμένες συλλαβές ή όλα τα φωνήεντα κάθε λέξης.

Αν η μέθοδος δεν είναι αποτελεσματική συνδυάζεται με τη διαδικασία της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης (Vinson, 2000).

Αν το παιδί είναι μικρότερης ηλικίας ο θεραπευτής το προτρέπει να ελαττώσει το ρυθμό ομιλίας του παίζοντας μαζί του ένα παιχνίδι (Lawrence, Barclay III, 1998).

ΤΕΧΝΙΚΗ ΡΥΘΜΙΚΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ

Το παιδί μαθαίνει να μιλάει ρυθμικά με τη χρήση ενός μετρονόμου. Στην αρχή ο θεραπευτής ρυθμίζει το μετρονόμο σε χαμηλό ρυθμό ώστε το παιδί να λέει μια

συλλαβή σε κάθε χτύπημά του. Σταδιακά ο ρυθμός αυξάνεται μέχρι να βρεθεί ο κατάλληλος ρυθμός ομιλίας χωρίς συμπτώματα τραυλισμού (Landis et al, 2004).

ΟΜΑΛΗ ΕΝΑΡΞΗ ΦΩΝΗΣΗΣ

Σε αυτή τη διαδικασία ο θεραπευτής παροτρύνει το παιδί να ξεκινά την ομιλία του με ομαλές και απαλές ενάρξεις των ήχων σε αντίθεση με μια ξαφνική και απότομη προσπάθεια ομιλίας (Hegde, Davis, 2009)

6.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ

Εφόσον το παιδί έχει κατανοήσει και κατέχει τις παραπάνω τεχνικές στη συνέχεια προσπαθεί να τις χρησιμοποιήσει στην ομιλία του με τη βοήθεια του θεραπευτή.

Ο θεραπευτής προκειμένου να βελτιώσει την ομιλία του παιδιού με τη χρήση αυτών των τεχνικών χρησιμοποιεί τα παρακάτω στάδια:

- Ταυτόχρονη ομιλία παιδιού και θεραπευτή.

Το παιδί προφέρει λέξεις και φράσεις συγχρόνως με το θεραπευτή. Με τον τρόπο αυτό το παιδί νιώθει ασφάλεια στην ομιλία του αφού στηρίζεται στη σίγουρη βοήθεια του θεραπευτή κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα την σωστή προφορά των λέξεων .

- Επανάληψη λέξεων μετά από το θεραπευτή.

Σε αυτό το στάδιο το παιδί επαναλαμβάνει λέξεις και φράσεις μετά από το θεραπευτή. Για παράδειγμα το παιδί μπορεί να επαναλάβει φράση-φράση ένα παραμύθι. Όταν το παιδί παρουσιάσει σύμπτωμα τραυλισμού σε κάποια λέξη ο κλινικός το σταματάει και την προφέρουν ταυτόχρονα (Bothe, 2004).

- Ερώτηση- Απάντηση

Στην αρχή χρησιμοποιούνται ερωτήσεις που απαιτούν μια απάντηση. Στη συνέχεια το παιδί ανάλογα με την ερώτηση απαντά ή αφηγείται (Bothe, 2004).

- Περιγραφή εικόνας

Ο κλινικός δείχνει στο παιδί εικόνες ανάλογα με την ηλικία του και του ζητάει να τις περιγράψει. Αρχικά παρουσιάζονται εικόνες με λίγα οπτικά ερεθίσματα ενώ στη συνέχεια τα οπτικά ερεθίσματα γίνονται περισσότερα. Στην αρχή της διαδικασίας ο θεραπευτής ξεκινά την περιγραφή μιας εικόνας ώστε το παιδί να κατανοήσει τι πρέπει να κάνει. Στη συνέχεια το ρωτάει ερωτήσεις σχετικά με το οπτικό ερέθισμα και τέλος το αφήνει να περιγράψει μόνο του (Curlee, 1993).

- Ανάγνωση

Σε αυτή τη φάση της θεραπείας το παιδί διαβάζει κείμενα ανάλογα πάλι με την ηλικία του. Στην αρχή ο κλινικός διαβάζει το κείμενο δυνατά. Με αυτόν τον τρόπο βοηθάει το παιδί να το διαβάσει εκφραστικά κάνοντας σωστή χρήση των σημείων στίξης. Αυτός ο τρόπος ανάγνωσης βοηθάει στη σωστή αναπνοή. Στη συνέχεια το παιδί το διαβάζει αρχικά σιωπηλά και έπειτα δυνατά. Όταν τελειώσει η ανάγνωση το παιδί καλείται να το αφηγηθεί στο θεραπευτή (Watson, Gresham, 1998).

- Ελεύθερη συζήτηση

Το παιδί επιλέγει ένα θέμα που του αρέσει και ξεκινά συζήτηση μαζί με τον κλινικό. Η συζήτηση παίρνει τη μορφή διαλόγου όπου το παιδί εκφράζει ελεύθερα τις απόψεις του και τα συναισθήματά του. Με τον τρόπο αυτό το παιδί μαθαίνει να ξεκινά την ομιλία του με ήρεμο τρόπο χωρίς την εμφάνιση δυσρυθμιών (Curlee, 1993).

- Δημιουργία καταστάσεων ομιλίας.

Σε αυτή τη διαδικασία ο κλινικός δημιουργεί διάφορες καταστάσεις ομιλίας με το παιδί. Για παράδειγμα αναπαριστούν μια τηλεφωνική συνομιλία. Οι καταστάσεις αυτές πρέπει να είναι ανάλογες με την καθημερινότητα και τα ενδιαφέροντα του παιδιού. Σε τελικό στάδιο αυτού του βήματος θεραπείας το παιδί εξασκείται σε

αυτές τις περιστάσεις ομιλίας στο εξωτερικό του περιβάλλον (O'Donohue et al, 2003).

6.5 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

Η θεραπεία αυτή εντάσσεται στις θεραπείες συμπεριφοράς. Είναι μια πολύ ισχυρή τεχνική αφού βοηθάει τα παιδιά που τραυλίζουν να ξεπερνούν σταδιακά ορισμένες φοβικές καταστάσεις (Curlee, 1999). Η ρίζες της είναι βασισμένες στη θεωρία μάθησης. Γενικά η διαδικασία αυτή προσπαθεί με βαθμιαίο τρόπο να εξαλείψει συναισθήματα άγχους και ανησυχίας που προκαλούνται από διάφορα ερεθίσματα τα οποία ονομάζονται φοβικά (Sadock et al, 2005)

Ξεκινώντας το στάδιο αυτό της θεραπείας το παιδί που τραυλίζει αναφέρει αναλυτικά στο θεραπευτή του φόβους του σχετικά με την ομιλία του καθώς και τα ερεθίσματα που τους προκαλούν (Tanner, 2007). Ο θεραπευτής στη συνέχεια επινοεί και καθορίζει μια σειρά φοβικών καταστάσεων. Οι καταστάσεις αυτές είναι ιεραρχημένες με τέτοιο τρόπο ώστε το παιδί να μπορέσει να αποβάλει σταδιακά το άγχος και τους φόβους του καθώς συμμετέχει κάθε φορά σε μια κατάσταση η οποία αυξάνει τα συμπτώματα άγχους σε σχέση με την προηγούμενη (Curlee, 1999).

6.6 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΟΝΕΩΝ

Ένα πολύ βασικό στοιχείο της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η διαδικασία της γονικής εκπαίδευσης. Ο θεραπευτής συμβουλεύει τους γονείς πώς να συμπεριφέρονται στο παιδί που τραυλίζει (Lawrence, Barclay III, 1998). Οι ανησυχίες των γονέων οργανώνονται σε τρεις κατηγορίες. Αυτές είναι α) ανησυχίες σχετικά με τη συναισθηματική και συμπεριφοριστική κατάσταση του παιδιού, β) ανησυχίες σχετικά την ομιλία του και γ) ανησυχίες σχετικά με τη θεραπευτική παρέμβαση (Zebrowski, Schum, 1993). Στις αρχικές συναντήσεις με τους γονείς ο θεραπευτής τους δίνει πληροφορίες σχετικά με τη φύση του τραυλισμού και τη φυσιολογική ομιλία (Wingate 2002). Τους ενημερώνει για παράδειγμα πως τα

συμπτώματα του τραυλισμού είναι μεταβλητά και πως υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να τα μειώσουν ή να τα αυξήσουν (Guitar, 2005). Κάποιοι από τους παράγοντες που αυξάνουν τα συμπτώματα τραυλισμού είναι πολύ πιθανό να προέρχονται από λανθασμένες συμπεριφορές και στάσεις των γονέων απέναντι στο παιδί (Ratner, Tetnowski, 2006). Οι γνώσεις που έχουν οι γονείς για τον τραυλισμό και την αιτία εμφάνισής του αρκετές φορές μπορεί να είναι λανθασμένες. Στην περίπτωση αυτή ο θεραπευτής οφείλει να τους ενημερώσει σωστά (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

Εφόσον οι γονείς ενημερωθούν σωστά σε επόμενο στάδιο καλούνται να συμμετάσχουν στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Καταρχήν πρέπει να υποστηρίζουν και να ακολουθούν τις θεραπευτικές τεχνικές που ακολουθεί το παιδί κατά τη διάρκεια των συνεδριών με το θεραπευτή. Οφείλουν για παράδειγμα να θυμίζουν στο παιδί πως πρέπει να μιλάει με πιο αργό ρυθμό όπως κάνει και στο γραφείο με το θεραπευτή, ή όταν τραυλίζει να του υπενθυμίσουν να σταματήσει και να πάρει αναπνοή (Lawrence, Barclay III, 1998).

Εκτός όμως από τα παραπάνω είναι σημαντικό να ακολουθούν και να εφαρμόζουν και οι ίδιοι τεχνικές που θα βοηθήσουν το παιδί να μιλάει με ευχέρεια. Ο θεραπευτής τους συμβουλεύει να αλλάξουν ορισμένες συμπεριφορές ομιλίας εφόσον κρίνεται απαραίτητο. Για παράδειγμα μπορούν κατά τη διάρκεια ομιλίας με το παιδί να μειώνουν το ρυθμό ομιλίας τους, να χρησιμοποιούν περισσότερες παύσεις, να του αφήνουν περισσότερο χρόνο να σκεφθεί και να αποφεύγουν να το διακόπτουν την ώρα που μιλάει (Curlee, 1999). Για να αυξηθεί η αυτοεκτίμηση του παιδιού όσον αφορά την ομιλία του οι γονείς πρέπει να βρίσκουν καθημερινά χρόνο για να μιλούν μαζί του και να του δίνουν την απαραίτητη προσοχή. Για να προκαλέσουν συζήτηση με το παιδί το ρωτούν συνέχεια για διάφορα θέματα ώστε να του κεντρίσουν το ενδιαφέρον και να ξεκινήσει η ομιλία (Guitar, 2005). Η ανάγνωση επίσης πριν από τον ύπνο είναι ένας καλός τρόπος για τους γονείς να δημιουργήσουν ένα οικείο περιβάλλον ομιλίας για το παιδί.

Πέρα όμως από την υποστήριξη των τεχνικών θεραπείας και την εφαρμογή τους στο σπίτι, είναι εξίσου σημαντικό οι γονείς να επιβραβεύουν το παιδί κάθε φορά που παρουσιάζει μία σωστή συμπεριφορά ομιλίας (Watson, Gresham, 1998).

Οι γονείς οφείλουν να εφαρμόζουν τις παραπάνω συμπεριφορές ομιλίας σε καθημερινή βάση και να συζητούν για την ανταπόκριση του παιδιού σε αυτές, για την πρόοδο που σημειώνει καθημερινά και για την πορεία της θεραπευτικής παρέμβασης με το θεραπευτή. Ένας τρόπος με τον οποίο οι γονείς μπορούν να αξιολογήσουν την καθημερινή πρόοδο του παιδιού είναι να κρατούν ημερολόγιο (Ratner, Tetnowski, 2006).

Γενικά τα θεραπευτικά προγράμματα τραυλισμού σχεδιάζονται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου που τραυλίζει και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

Οι θεραπείες που σχεδιάζονται για παιδιά μικρής ηλικίας περιλαμβάνουν την ενεργή συμμετοχή των γονέων με την βοήθεια των οποίων αποσκοπούν στη μείωση των παραγόντων που προκαλούν άγχος, στην ελάττωση του ρυθμού ομιλίας των γονέων, στην εξάλειψη των καταστάσεων που προκαλούν τις δυσρυθμίες στην ομιλία του παιδιού και στην ενθάρρυνση του παιδιού να μιλάει με αργότερο ρυθμό (Reynolds, Janzen, 2001).

Τα θεραπευτικά προγράμματα για παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και ενηλίκους χωρίζονται σε δύο κατηγορίες.

Στην πρώτη κατηγορία τα άτομα που τραυλίζουν ενθαρρύνονται να αντιμετωπίζουν τους φόβους τους και να σταματήσουν να κρύβουν ή να αποφεύγουν τα συμπτώματα τραυλισμού. Μαθαίνουν δηλαδή να τραυλίζουν με έναν πιο φυσικό και ελεγχόμενο τρόπο.

Η δεύτερη κατηγορία έχει ως σκοπό την επαναφορά της ευχέρειας της ομιλίας. Τα άτομα που τραυλίζουν μαθαίνουν πώς να μιλάνε με περισσότερη ευχέρεια πρώτα στο γραφείο του θεραπευτή και στη συνέχεια σε άλλες καταστάσεις ομιλίας (Reynolds, Janzen, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Η αντιληπτική φύση των λεκτικών δυσχερειών αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην ανάπτυξη των τεχνικών λύσεων που σχεδιάζονται για την ανίχνευση, τη μέτρηση και τη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας. Ωστόσο ένας αριθμός τεχνολογιών έχουν χρησιμοποιηθεί σε θεραπείες ώστε να διευκολύνουν τη λεκτική ευχέρεια (Ratner, Tetnowski, 2006).

Αυτές οι θεραπείες αποσκοπούν στη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας με τη βοήθεια συσκευών. Παραδείγματα τέτοιων συσκευών είναι η συσκευή καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης, συσκευή εναλλαγής συχνότητας και η συσκευή ομιλίας με επικαλυπτόμενο ήχο (Cummings, 2008).

7.1 ΣΥΣΚΕΥΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΗΣ

Με τη συσκευή καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης το άτομο που τραυλίζει ακούει τη φωνή του με μια μικρή καθυστέρηση. Η καθυστέρηση της φωνής είναι της τάξεως του ενός κλάσματος του δευτερολέπτου (Silverman, 1996). Η συσκευή αποτελείται από ένα μικρόφωνο, την κύρια συσκευή η οποία προκαλεί την καθυστέρηση της ομιλίας και τα ακουστικά. Το άτομο μιλάει στο μικρόφωνο και στη συνέχεια η φωνή του μεταφέρεται στο κύριο μέρος της συσκευής η οποία προκαλεί την καθυστέρησή της μέχρι να φτάσει στα ακουστικά της συσκευής αυτής (Reese, 1984). Η χρήση της μεθόδου καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης συμβάλει στη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας αφού προκαλεί αργότερο ρυθμό

ομιλίας (Kalinowski, 2003). Υπάρχουν ενδείξεις οι οποίες θεωρούν τη χρήση της μεθόδου αυτής ως μια ενδεχομένως χρήσιμη τεχνική στη θεραπεία του τραυλισμού. Ωστόσο δεν παρουσιάζουν όλα τα άτομα που τραυλίζουν θετικά αποτελέσματα στην ευχέρεια ομιλίας τους με τη χρήση της συγκεκριμένης συσκευής ενώ όσοι παρουσιάζουν διαφέρουν ως προς το βαθμό βελτίωσης της ομιλίας τους. Επομένως η απόφαση για τη χρήση ή όχι της μεθόδου αυτής σε κάποιο άτομο που τραυλίζει δεν είναι απλή (Van Borsel et al, 2007).

7.2 ΣΥΣΚΕΥΗ ΕΠΙΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΟΥ ΗΧΟΥ

Με τη χρήση της συσκευής αυτής το άτομο που παρουσιάζει τραυλισμό μιλάει με περισσότερη ευχέρεια όταν δεν ακούει τη φωνή του (Lawrence, Barclay III, 1998).

Οι δύο τύποι συγκάλυψης είναι η συγκάλυψη λευκού θορύβου και η συγκάλυψη τόνου.

- ΣΥΓΚΑΛΥΨΗ ΛΕΥΚΟΥ ΘΟΡΥΒΟΥ

Για να είναι αποτελεσματική αυτή η μέθοδος πρέπει να δημιουργείτε μια συνεχόμενη πηγή ήχου η οποία είναι δυνατότερη από το επίπεδο της συνηθισμένης ομιλίας ώστε το άτομο που τραυλίζει να μην μπορεί να ακούσει τη φωνή του (Wingate, 2002).

Ένταση λευκού θορύβου στα 85 με 90 dB, βελτιώνει την ευχέρεια ομιλίας και μειώνει τα συμπτώματα τραυλισμού κατά 35% έως 55% αντίστοιχα. Επίσης δεν δημιουργεί προβλήματα στην ακοή.

- ΣΥΓΚΑΛΥΨΗ ΤΟΝΟΥ

Σε αυτή τη μέθοδο θεραπείας η συσκευή δημιουργεί θόρυβο ο οποίος ξεγελά τον εγκέφαλο ώστε να νομίζει πως γίνονται δονήσεις των φωνητικών χορδών (Kehoe, 2006). Φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική από το λευκό θόρυβο (Kehoe, 1997).

Ο τόνος που προκαλείται είναι περίπου 125 Hz και είναι παρόμοιος με τις δονήσεις των φωνητικών χορδών.

7.3 ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΔΡΑΣΗ ΜΕΤΑΤΟΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ (FAF)

Η συσκευή μετατόπισης της συχνότητας αλλάζει το ύψος της φωνής του ατόμου που τραυλίζει. Μια μετατόπιση του ύψους κατά το ένα τέταρτο της οκτάβας προκαλεί ελάττωση του τραυλισμού κατά 35%. Μετατόπιση κατά μισή οκτάβα προκαλεί ελάττωση των συμπτωμάτων στο 65-70% ενώ μετατόπιση ολόκληρης οκτάβας μειώνει τον τραυλισμό κατά 70-75% (Kehoe, 2006). Σε περιπτώσεις σοβαρού τραυλισμού μπορεί να συνδυαστεί με τη μέθοδο της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης. Ο συνδυασμός των δύο αυτών μεθόδων ελαττώνει τον τραυλισμό στο 80% (Kehoe, 2006).

Σύμφωνα με την έρευνα του Stuart και των συνεργατών του σχετικά με τη χρήση της μεθόδου μετατόπισης της συχνότητας, μελετήθηκε η ανάγνωση δώδεκα ατόμων με τη χρήση της μεθόδου και χωρίς τη χρήση αυτής. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα άτομα όταν χρησιμοποίησαν τη διαδικασία (FAF) μείωσαν τα συμπτώματα τραυλισμού τους κατά 50-60%. Σε αντίθεση δεν παρατηρήθηκε βελτίωση όταν δεν χρησιμοποίησαν τη παραπάνω μέθοδο (Stuart et al, 1996).

7.4 ΣΥΣΚΕΥΗ ΚΑΘΙΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΞΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΥΧΕΡΕΙΑΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ (CAFET).

Η συσκευή αυτή ηλεκτρονικού υπολογιστή χρησιμοποιεί οπτικά, ακουστικά και απτικά ερεθίσματα ώστε να βοηθήσει το άτομο που τραυλίζει να ελέγξει την αναπνοή του και την ένταση της φωνής του κατά την έναρξη και σε όλη τη διάρκεια της ομιλίας του. Τα άτομα που τα συμπτώματα τραυλισμού τους χαρακτηρίζονται από ανεπαρκή διαφραγματική αναπνοή και απότομη έναρξη φώνησης μπορούν να βελτιώσουν την κατάσταση τους με τη βοήθεια ηλεκτρονικών σημάτων που απεικονίζουν την αναπνοή και την ένταση ομιλίας (Williams, 2006).

Η αναπνοή και η ένταση της φωνής απεικονίζονται στη οθόνη του υπολογιστή με τη χρήση διαγραμμάτων. Η αναπνοή ελέγχεται από ηλεκτρόδια τα οποία περιλαμβάνει επίσης η συσκευή ενώ η ένταση της φωνής από ένα μικρόφωνο.

7.5 ΣΥΣΚΕΥΗ ΕΥΧΕΡΕΙΑΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ (FLUENCY MASTER)

Η συσκευή αυτή είναι μικρή σε μέγεθος όπως τα ακουστικά βαρηκοΐας (Ward, 2006). Περιλαμβάνει ένα μικρόφωνο το οποίο έρχεται σε επαφή με το δέρμα, στο οποίο μιλάει το άτομο με τραυλισμό και τα ακουστικά τα οποία προσλαμβάνουν τις δονήσεις των φωνητικών χορδών κατά τη διάρκεια της ομιλίας (Kehoe, 2006). Σύμφωνα με τον Ronald Webster, το δημιουργό της συσκευής αυτής, προκαλείται μείωση του τραυλισμού καθώς το άτομο που τραυλίζει ακούει διαφορετικά τη φωνή του που μεταδίδεται μέσω των οστών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

8.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

8.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ-ΔΕΙΓΜΑ

Για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο το οποίο και απευθυνόταν σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 25 ερωτήσεις εκ των οποίων 1 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες 24 κλειστού τύπου. Από τις ερωτήσεις κλειστού τύπου οι 12 ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

8.3 ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Ιούνιο έως και τον Οκτώβριο του 2009 σε δημοτικά σχολεία σε Αθήνα και Πάτρα.

8.4 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 10 λεπτά της ώρας

8.5 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου ως εκπαιδευτικού πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- Μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

8.6 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας έρευνας.

8.7 ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

8.8 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρεται η εξεταζόμενη ομάδα καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Όλες οι μεταβλητές ήταν μη μετρήσιμες (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

8.9 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

Για να διαπιστωθεί αν οι ερωτηθέντες έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων ήταν χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (R), ο οποίος είναι συντελεστής συσχέτισης για μη παραμετρικές μεταβλητές. Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα [-1, +1]. Η τιμή +1 ή -1 αντιστοιχεί σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών (θετική ή αρνητική), ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ

αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Τέλος, με σκοπό τον έλεγχο της γνώσης των ερωτηθέντων όσον αφορά το τραυλισμό δημιουργήθηκε παράγωγος παράμετρος, η **εκτίμηση του επιπέδου γνώσης για το τραυλισμό**.

Η εκτίμηση (score) της γνώσης της παραπάνω παράγωγου παραμέτρου υπολογίστηκε από τις σωστές απαντήσεις (1 βαθμός για κάθε σωστή απάντηση) που δόθηκαν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0.05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην συζήτηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 140 εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σε Αθήνα και Πάτρα. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

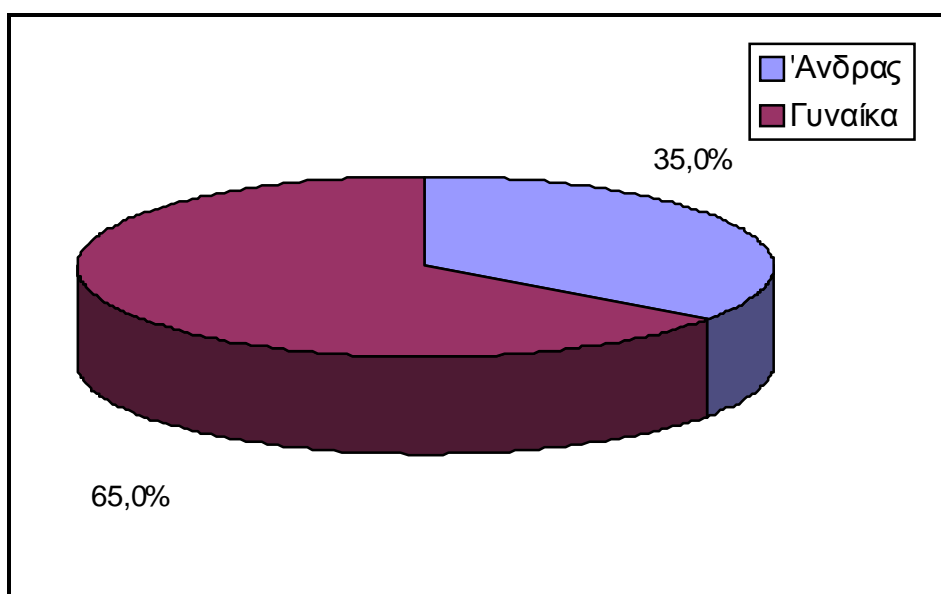
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Το 65% των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο 35% άνδρες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

ΦΥΛΟ	N=140	Percent (%)
Άνδρας	49	35,0
Γυναίκα	91	65,0

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

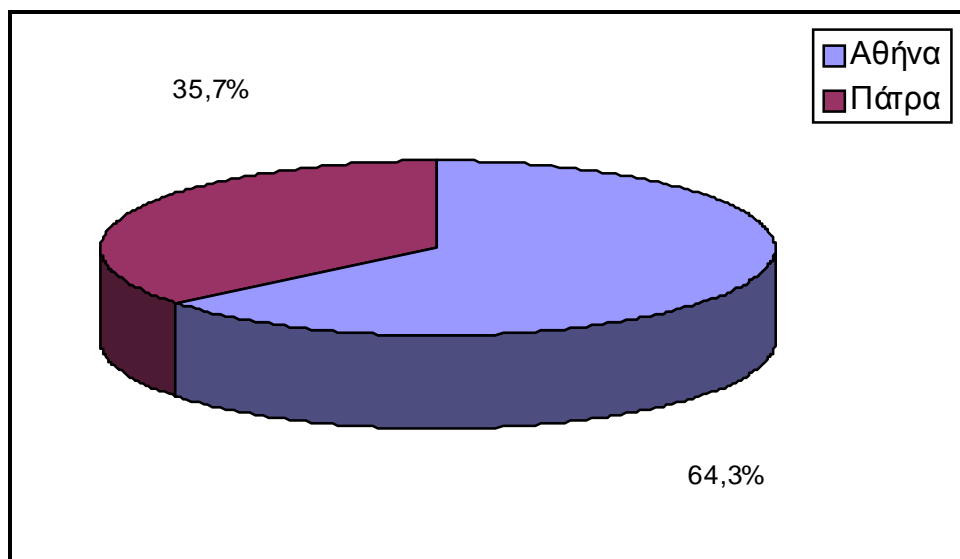


Από τους 140 εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που ρωτήθηκαν το 64,3% (90 άτομα) εργάζεται στην Αθήνα ενώ το υπόλοιπο 35,7% (50 άτομα) στην Πάτρα (Πινάκας 2, Σχημα2).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τόπο εργασίας.

ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	N=140	Percent (%)
Αθήνα	90	64,3
Πάτρα	50	35,7

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τόπο εργασίας.

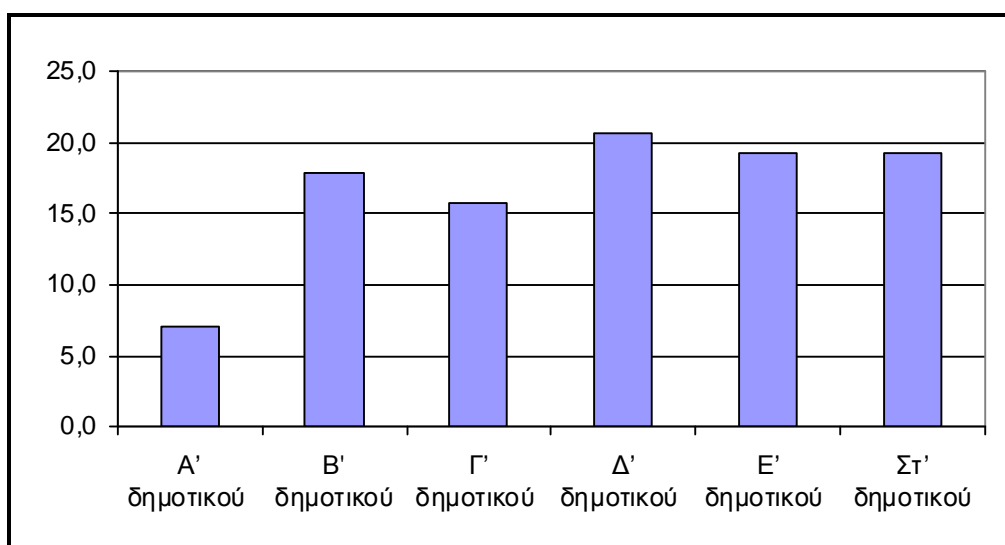


Το μεγαλύτερο ποσοστό 20,7% των ερωτηθέντων (29 άτομα) διδάσκει στη Δ' δημοτικού. Ακολουθούν οι Ε' δημοτικού και ΣΤ' δημοτικού με ποσοστό 19,3% (27 άτομα). Το ποσοστό της Β' δημοτικού είναι 17,9% (25 άτομα) ενώ της Γ' δημοτικού είναι 15,7% (22 άτομα). Τέλος το χαμηλότερο ποσοστό είναι στην Α' δημοτικού που είναι της τάξεως 7,1% (10 άτομα) (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την τάξη διδασκαλίας

ΤΑΞΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ	N=140	Percent (%)
Α' δημοτικού	10	7,1
Β' δημοτικού	25	17,9
Γ' δημοτικού	22	15,7
Δ' δημοτικού	29	20,7
Ε' δημοτικού	27	19,3
Στ' δημοτικού	27	19,3

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την τάξη διδασκαλίας



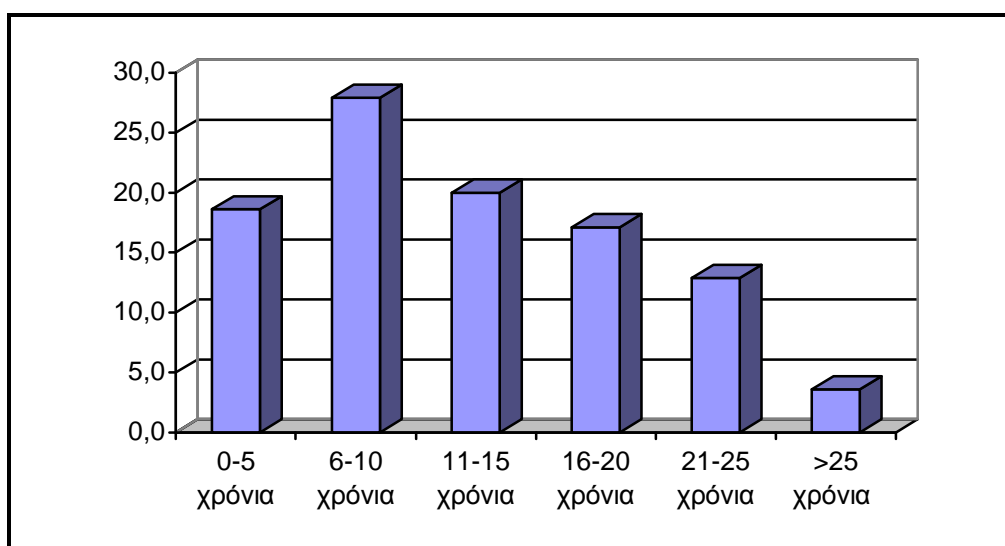
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (27,9% - 39 άτομα) διδάσκει από 6-10 χρόνια. Ακολουθούν αυτοί που διδάσκουν από 11-15 χρόνια και αυτοί από 0-5 χρόνια με ποσοστά (20% -28 άτομα) και (18,6%- 26 άτομα) αντίστοιχα.

Στη συνέχεια έχουμε τους εκπαιδευτικούς που εργάζονται από 16-20 χρόνια και από 21-25 χρόνια με ποσοστά (17,1% - 24 άτομα) και (12,9% - 18 άτομα) αντίστοιχα. Το χαμηλότερο ποσοστό (3,6% - 5 άτομα) αντιστοιχεί στους εκπαιδευτικούς που έχουν περισσότερα από 25 χρόνια διδασκαλίας (Πίνακας 4, Σχήμα 4).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα χρόνια διδασκαλίας.

ΧΡΟΝΙΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ	N=140	Percent (%)
0-5 χρόνια	26	18,6
6-10 χρόνια	39	27,9
11-15 χρόνια	28	20,0
16-20 χρόνια	24	17,1
21-25 χρόνια	18	12,9
>25 χρόνια	5	3,6

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα χρόνια διδασκαλίας.

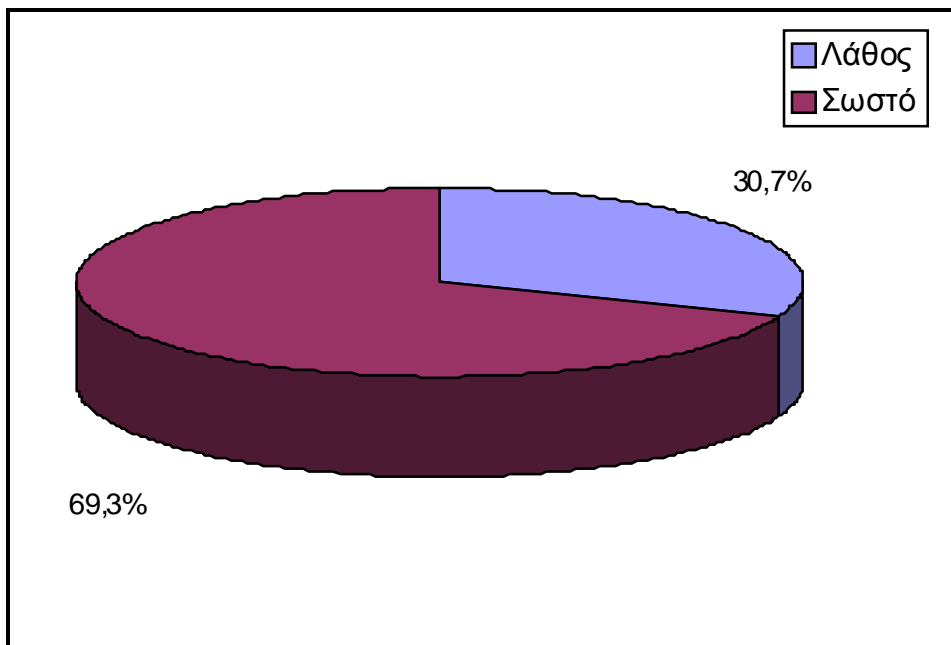


Το μεγαλύτερο ποσοστό 69,3% (97 άτομα) των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως ο τραυλισμός ορίζεται ως διαταραχή της φυσιολογικής ροής της ομιλίας του ατόμου (σωστό) ενώ το υπόλοιπο 30,7% (43 άτομα) δεν συμφωνεί με την άποψη αυτή (λάθος) (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν τον ορισμό της διαταραχής του τραυλισμού .

Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΟΡΙΖΕΤΑΙ ΩΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΡΟΗΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ	N=140	Percent (%)
Λάθος	43	30,7
Σωστό	97	69,3

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν τον ορισμό της διαταραχής του τραυλισμού.

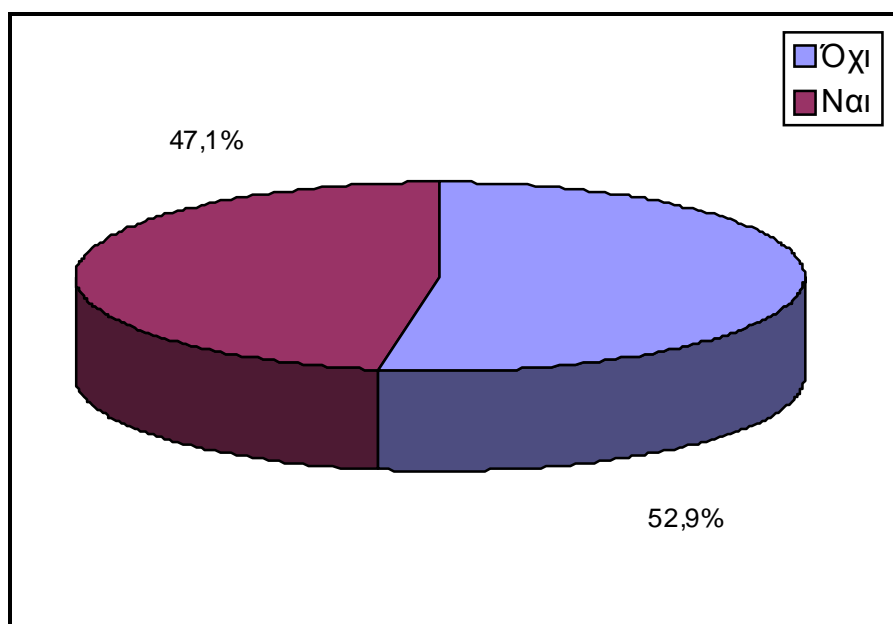


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 52,9% (74 άτομα) δεν γνωρίζει αν υπάρχει παιδί με τραυλισμό μέσα στην τάξη. Αντιθέτως το 47,1% (66 άτομα) δήλωσε ότι γνωρίζει (Πίνακας 6, Σχήμα 6).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων για το εάν γνωρίζουν αν υπάρχει παιδί με τραυλισμό στην τάξη τους.

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΤΑΞΗ ΣΑΣ;	N=140	Percent (%)
Όχι	74	52,9
Ναι	66	47,1

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων για το εάν γνωρίζουν αν υπάρχει παιδί με τραυλισμό στην τάξη τους

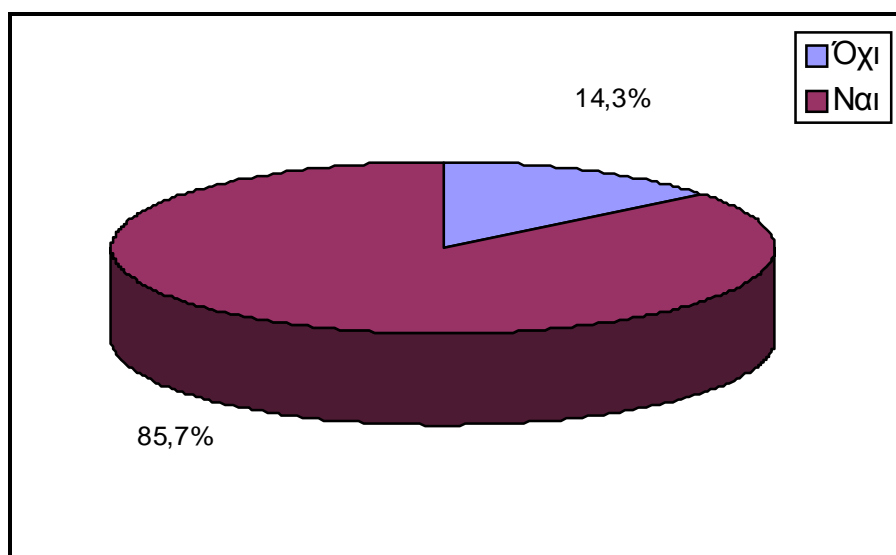


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 85,7% (120 άτομα) πιστεύει πως μπορεί να αναγνωρίσει ένα παιδί με τραυλισμό μέσα στην τάξη ενώ το υπόλοιπο 14,3% (20 άτομα) όχι (Πίνακας 7, Σχήμα 7).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ικανότητά τους να αναγνωρίζουν εάν υπάρχει παιδί με τραυλισμό μέσα στην τάξη τους.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΕΤΕ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΤΑΞΗ ΣΑΣ;	N=140	Percent (%)
Όχι	20	14,3
Ναι	120	85,7

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ικανότητά τους να αναγνωρίζουν εάν υπάρχει παιδί με τραυλισμό μέσα στην τάξη τους.

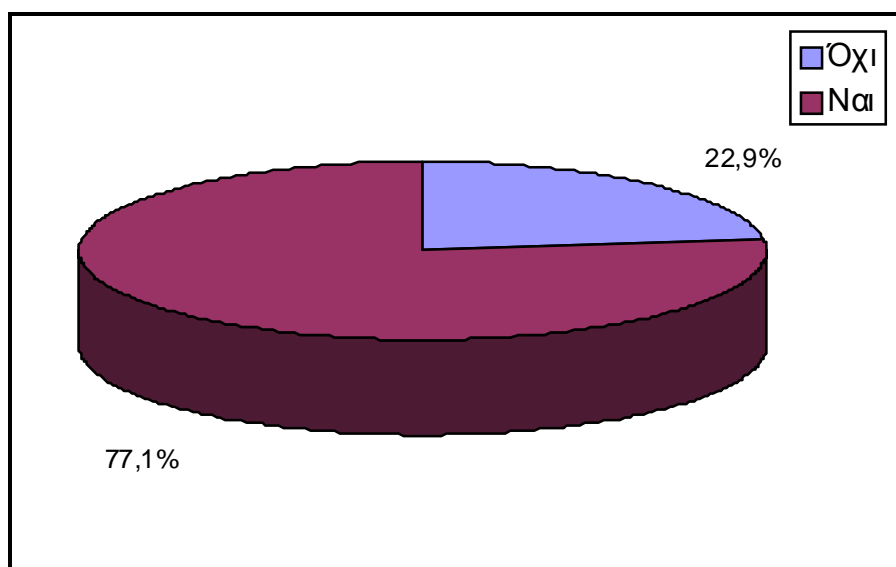


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 77,1% (108 άτομα) συμπεριφέρεται ενθαρρυντικά σε ένα παιδί με τραυλισμό σε αντίθεση με το υπόλοιπο 22,9% (32 άτομα) που είτε συμπεριφέρεται ευνοϊκά είτε χωρίς ιδιαίτερη μεταχείριση (Πίνακας 8, Σχήμα 8).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συμπεριφέρονται ενθαρρυντικά σε ένα παιδί με τραυλισμό.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΕΣΤΕ ΕΝΘΑΡΡΥΝΤΙΚΑ ΣΕ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ;	N=140	Percent (%)
Όχι	32	22,9
Ναι	108	77,1

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συμπεριφέρονται ενθαρρυντικά σε ένα παιδί με τραυλισμό.



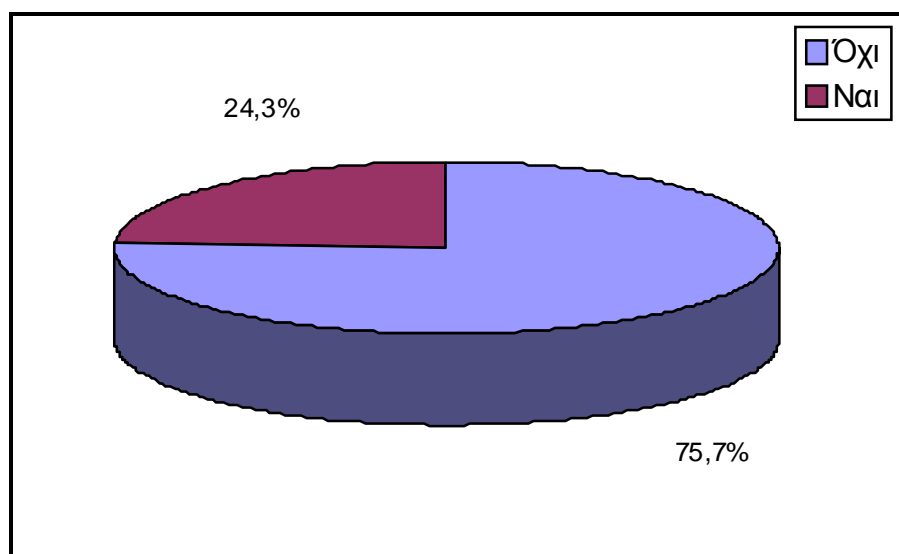
Κανένας από τους ερωτηθέντες δε δήλωσε ότι τιμωρεί ένα παιδί με τραυλισμό. Επίσης 3 από τους 140 ερωτηθέντες δήλωσαν πως συμπεριφέρονται χωρίς ιδιαίτερη μεταχείριση σε ένα παιδί με τραυλισμό.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 75,7% (106 άτομα) δήλωσαν ότι δεν συμπεριφέρονται ευνοϊκά σε ένα παιδί με τραυλισμό διότι συμπεριφέρονται είτε ενθαρρυντικά είτε χωρίς ιδιαίτερη μεταχείριση. Το υπόλοιπο 24,3% (34 άτομα) συμπεριφέρεται ευνοϊκά (Πίνακας 9, Σχήμα 9).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συμπεριφέρονται ευνοϊκά σε ένα παιδί με τραυλισμό.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΕΣΤΕ ΕΥΝΟΙΚΑ ΣΕ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ;	N=140	Percent (%)
Όχι	106	75,7
Ναι	34	24,3

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συμπεριφέρονται ευνοϊκά σε ένα παιδί με τραυλισμό.

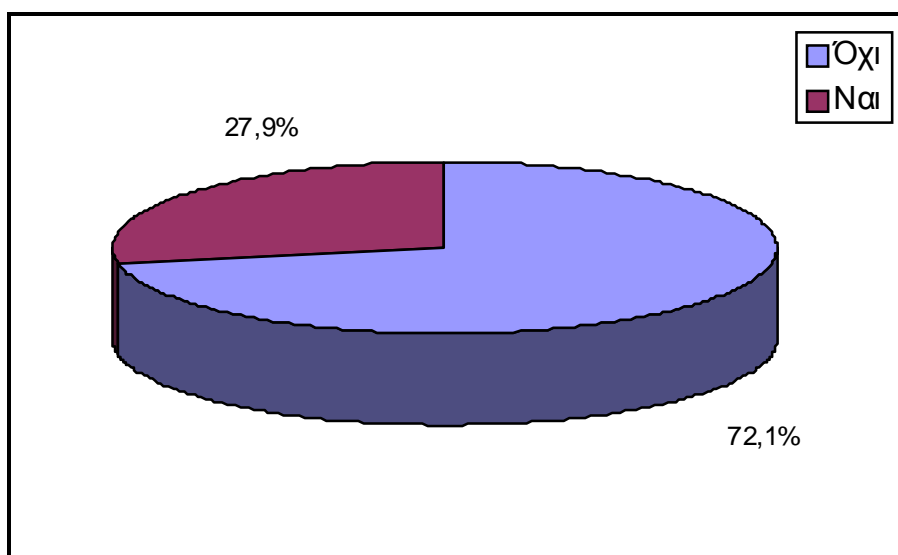


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 72,1% (101 άτομα) δήλωσε ότι δε γνωρίζει τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να αντιμετωπίσει ένα παιδί με τραυλισμό μέσα στην τάξη σε σχέση με το υπόλοιπο 27,9% (39 άτομα) που δήλωσε ότι γνωρίζει (Πίνακας 10, Σχήμα 10).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν ξέρουν πως πρέπει πώς να αντιμετωπίσουν ένα παιδί με τραυλισμό μέσα στην τάξη.

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΗΣΕΤΕ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΤΑΞΗ;	N=140	Percent (%)
Όχι	101	72,1
Ναι	39	27,9

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν ξέρουν πως πρέπει πώς να αντιμετωπίσουν ένα παιδί με τραυλισμό μέσα στην τάξη.

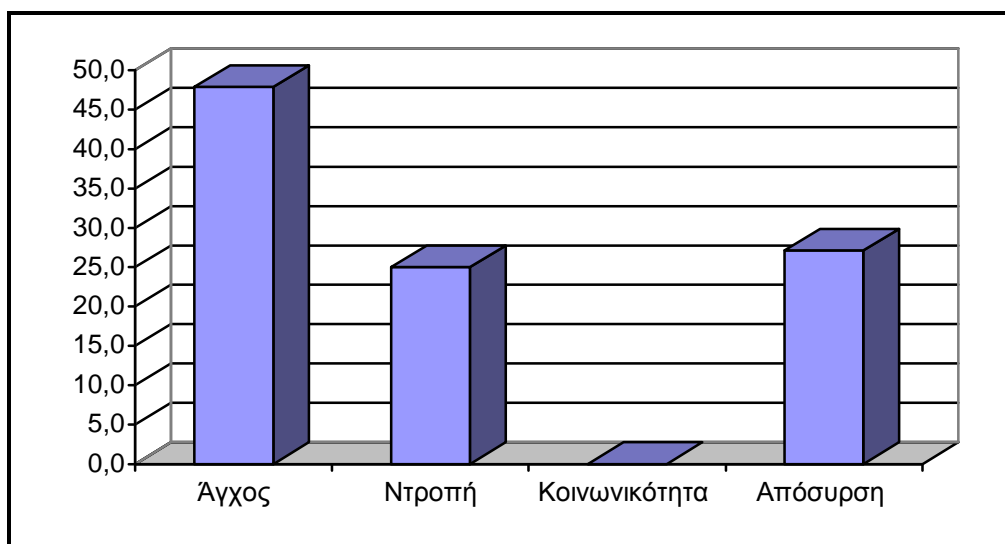


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 47,9% (67 άτομα) δήλωσε πως ένα παιδί με τραυλισμό αγχώνεται. Το 27,1% (38 άτομα) δήλωσε ότι το παιδί παρουσιάζει απόσυρση ενώ 25% (35 άτομα) εκδηλώνει ντροπή. Τέλος κανένα παιδί δεν εμφανίζει κοινωνικότητα (0%) (Πινάκας 11, Σχήμα 11).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων όσον αφορά τη συμπεριφορά του παιδιού με τραυλισμό.

ΠΩΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΕΤΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ;	N=140	Percent (%)
Άγχος	67	47,9
Ντροπή	35	25,0
Κοινωνικότητα	0	0,0
Απόσυρση	38	27,1

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων όσον αφορά τη συμπεριφορά του παιδιού με τραυλισμό.

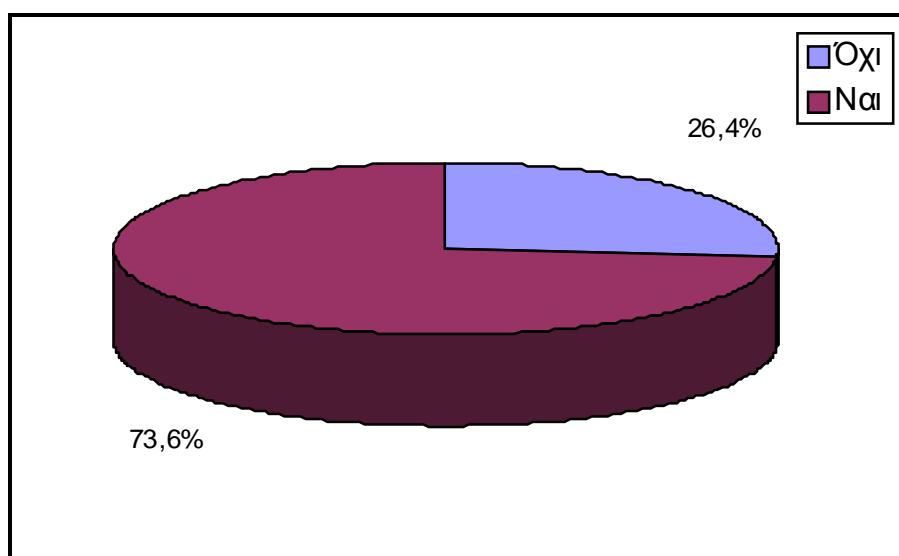


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 73,6% (103 άτομα) δήλωσε ότι γνωρίζει κάποια χαρακτηριστικά του τραυλισμού ενώ το υπόλοιπο 26,4% (37 άτομα) δε γνωρίζει (Πίνακας 12, Σχήμα 12).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων όσον αφορά εάν γνωρίζουν κάποια χαρακτηριστικά του τραυλισμού

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ;	N=140	Percent (%)
Όχι	37	26,4
Ναι	103	73,6

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων όσον αφορά εάν γνωρίζουν κάποια χαρακτηριστικά του τραυλισμού.

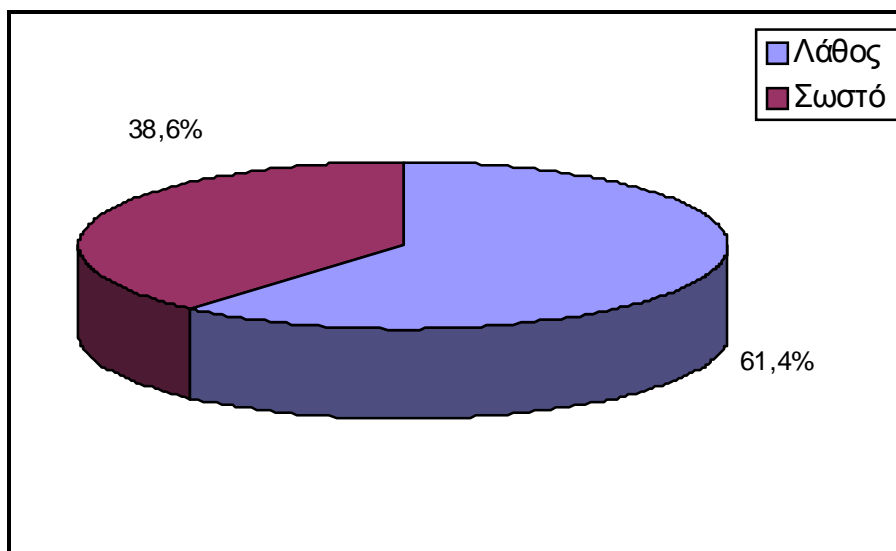


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 61,4% (86 άτομα) δήλωσε ότι το ποσοστό των κοριτσιών με τραυλισμό υπερέχει έναντι των αγοριών (λάθος) σε σχέση με το υπόλοιπο 38,6% (54 άτομα) που δήλωσε ότι υπερέχει το ποσοστό των αγοριών (σωστό). (Πίνακας 13, Σχήμα 13).

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων όσον αφορά τη γνώση τους σχετικά με το αν το ποσοστό των αγοριών με τραυλισμό υπερέχει έναντι των κοριτσιών.

ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΑΓΟΡΙΩΝ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ ΥΠΕΡΕΧΕΙ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ;	N=140	Percent (%)
Λάθος	86	61,4
Σωστό	54	38,6

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων όσον αφορά τη γνώση τους σχετικά με το αν το ποσοστό των αγοριών με τραυλισμό υπερέχει έναντι των κοριτσιών.

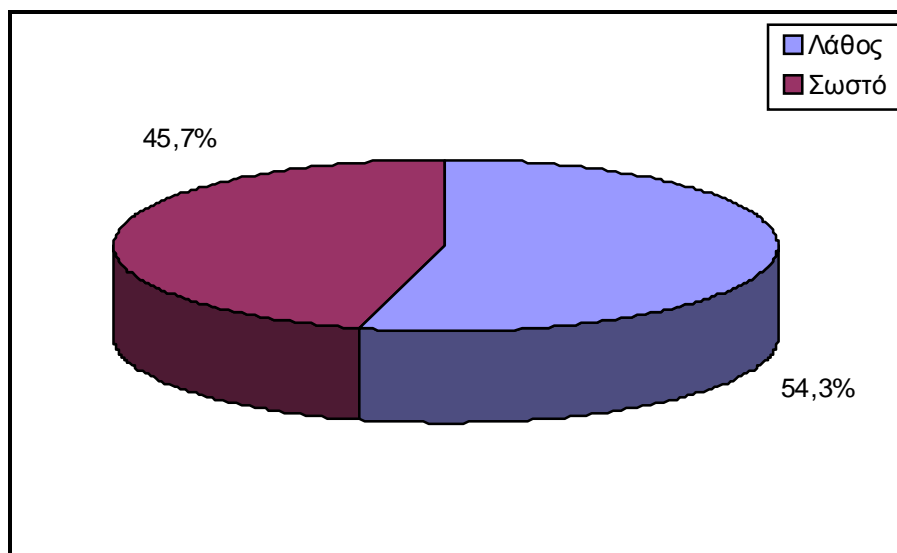


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 54,3 % (76 άτομα) δε γνωρίζει εάν ο τραυλισμός αποτελεί εμπόδιο στη εξέλιξη των μαθητών (λάθος). Το 45,7% (64 άτομα) πιστεύει ότι ο τραυλισμός αποτελεί εμπόδιο στην εξέλιξη των μαθητών (σωστό) (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το αν γνωρίζουν αν ο ο τραυλισμός αποτελεί εμπόδιο στην εξέλιξη των μαθητών

Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΜΠΟΔΙΟ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ;	N=140	Percent (%)
Λάθος	76	54,3
Σωστό	64	45,7

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το αν γνωρίζουν αν ο ο τραυλισμός αποτελεί εμπόδιο στην εξέλιξη των μαθητών

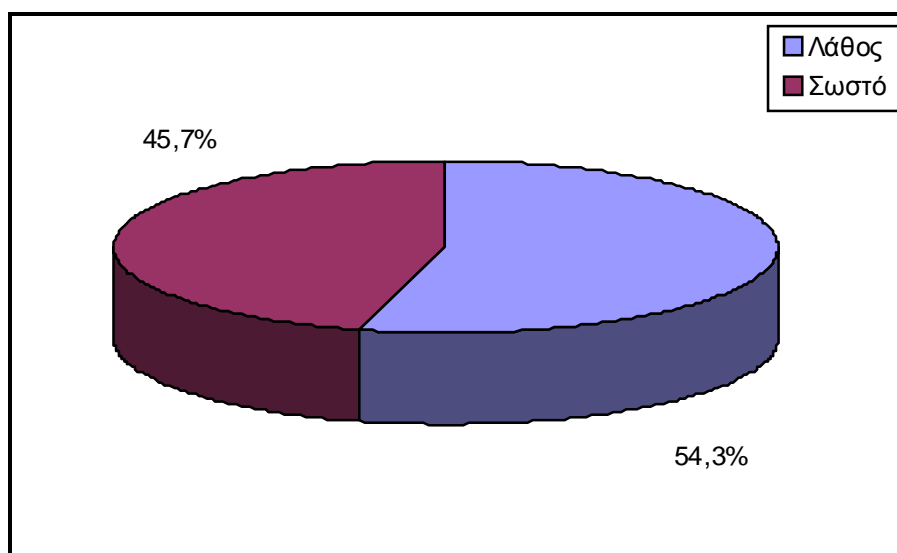


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 54,3% (76 άτομα) δήλωσε ότι ο τραυλισμός δε σχετίζεται με οργανικές αιτίες (λάθος) ενώ το υπόλοιπο 45,7% (64 άτομα) δήλωσε ότι σχετίζεται (σωστό) (Πίνακας 15, Σχήμα 15).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με τον αν γνωρίζουν αν ο τραυλισμός σχετίζεται με οργανικές αιτίες

Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ (Π.Χ. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ)	N=140	Percent (%)
Λάθος	76	54,3
Σωστό	64	45,7

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με τον αν γνωρίζουν αν ο τραυλισμός σχετίζεται με οργανικές αιτίες

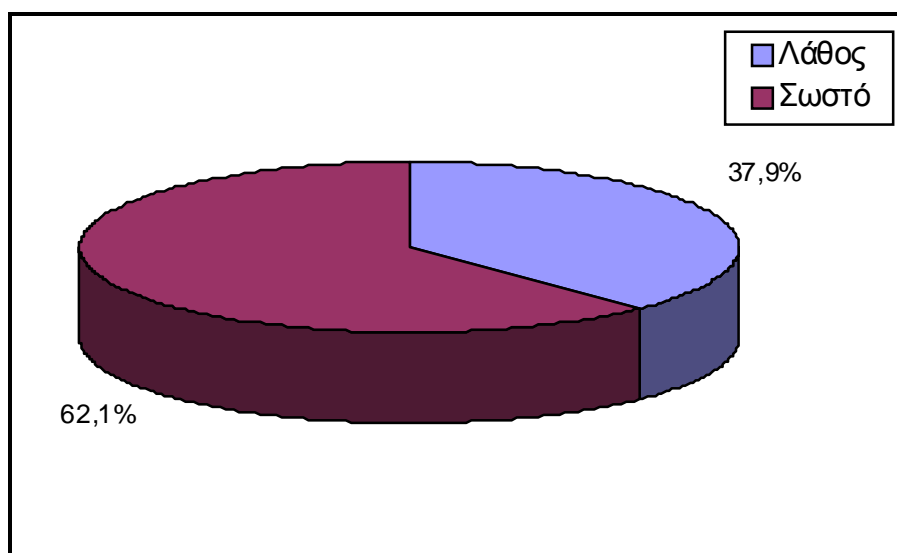


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 62,1% (87 άτομα) δήλωσε ότι ο τραυλισμός σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες (σωστό) ενώ το υπόλοιπο 37,9% (53 άτομα) ότι δε σχετίζεται (λάθος) (Πίνακας 16, Σχήμα 16).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το αν γνωρίζουν αν ο τραυλισμός σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες

Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (Π.Χ. ΥΠΕΡΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ)	N=140	Percent (%)
Λάθος	53	37,9
Σωστό	87	62,1

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το αν γνωρίζουν αν ο τραυλισμός σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες

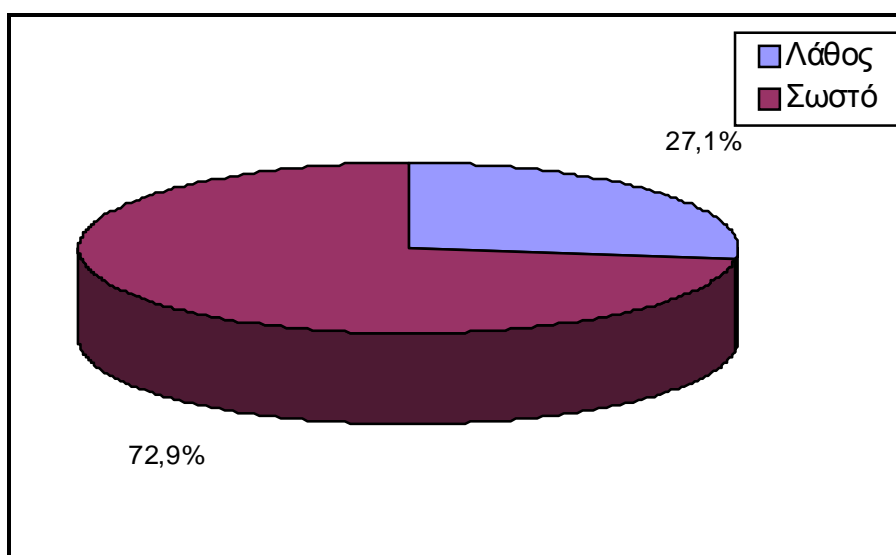


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 72,9% (102 άτομα) δήλωσε ότι υπάρχουν καταστάσεις οι οποίες αυξάνουν ή μειώνουν την εκδήλωση του τραυλισμού (σωστό) ενώ το υπόλοιπο 27,1% (38 άτομα) ότι δεν υπάρχουν (λάθος) (Πίνακας 17, Σχήμα 17).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το αν γνωρίζουν αν υπάρχουν καταστάσεις οι οποίες αυξάνουν οι μειώνουν την εκδήλωση του τραυλισμού.

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΑΥΞΑΝΟΥΝ Ή ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ;	N=140	Percent (%)
Λάθος	38	27,1
Σωστό	102	72,9

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το αν γνωρίζουν αν υπάρχουν καταστάσεις οι οποίες αυξάνουν οι μειώνουν την εκδήλωση του τραυλισμού.

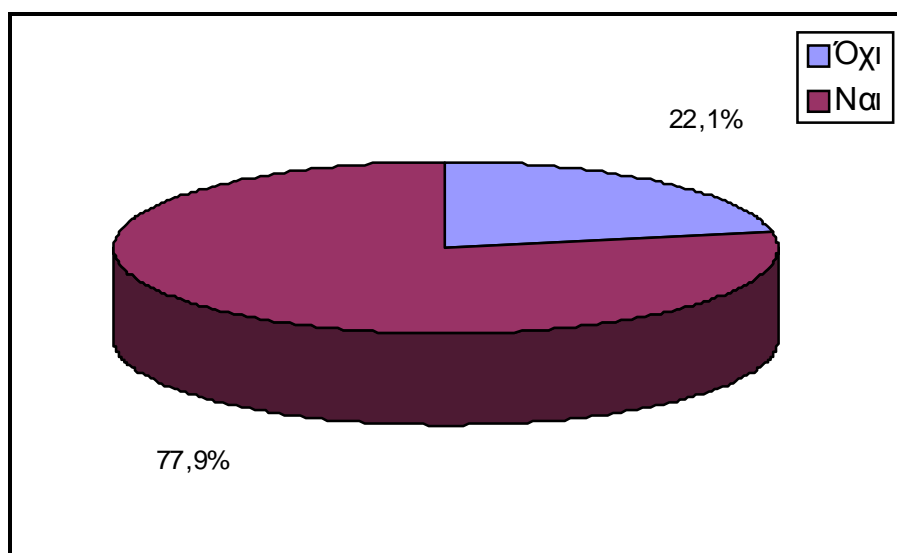


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 77,9% (109 άτομα) θεωρεί πως είναι απαραίτητο ένα παιδί με τραυλισμό να χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης ενώ το υπόλοιπο 22,1% (31 άτομα) δεν το θεωρεί απαραίτητο (Πίνακας 18, Σχήμα 18).

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν απαραίτητο ένα παιδί με τραυλισμό να χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης.

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΩΣ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ ΝΑ ΧΡΗΖΕΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗΣ ΜΕΤΑΧΕΙΡΙΣΗΣ;	N=140	Percent (%)
Όχι	31	22,1
Ναι	109	77,9

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν απαραίτητο ένα παιδί με τραυλισμό να χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης.

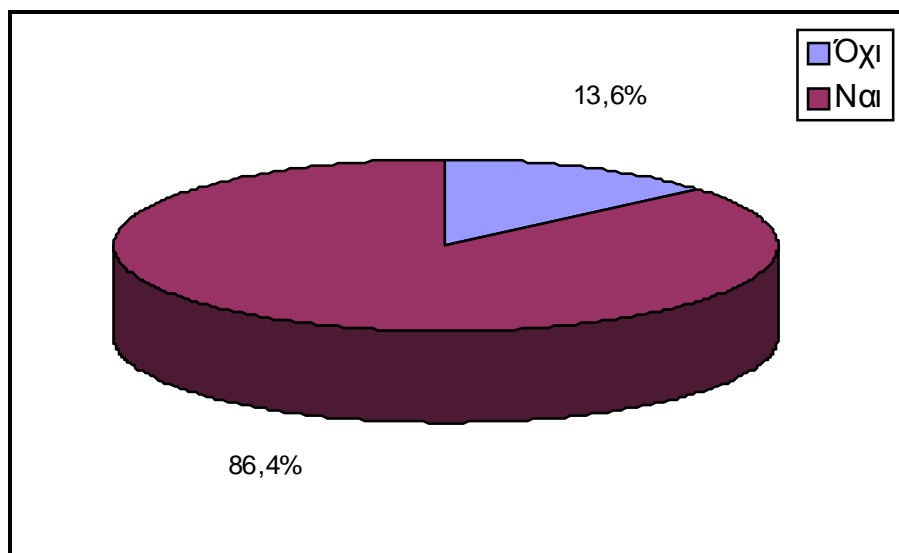


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 86,4% (121 άτομα) πιστεύει ότι ένα παιδί με τραυλισμό έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης ενώ το υπόλοιπο 13,6% (19 άτομα) πιστεύει ότι δεν έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης (Πίνακας 19, Σχήμα 19).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν πιστεύουν ότι ένα παιδί με τραυλισμό έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ;	N=140	Percent (%)
Όχι	19	13,6
Ναι	121	86,4

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν πιστεύουν ότι ένα παιδί με τραυλισμό έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης.

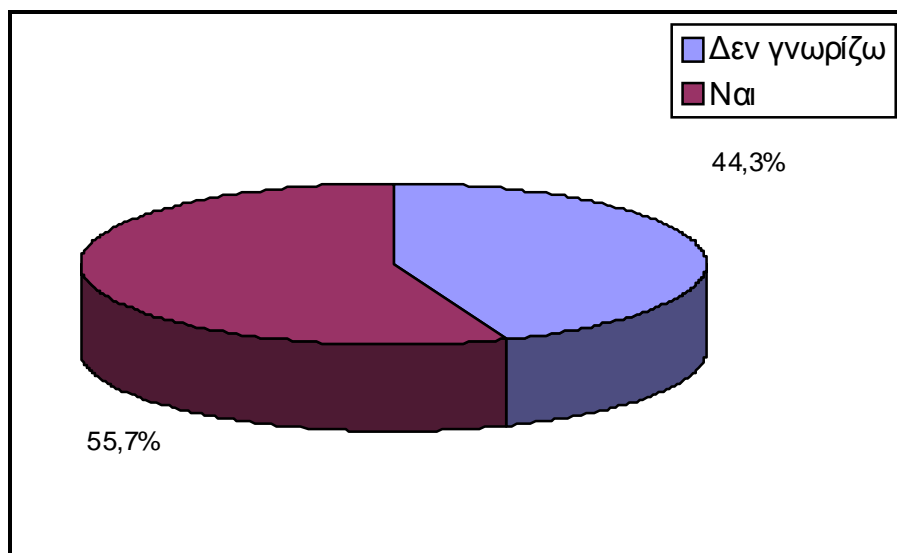


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 55,7% (78 άτομα) πιστεύει ότι ο τραυλισμός μπορεί να έχει θετική έκβαση. Το υπόλοιπο 44,3% (62 άτομα) δήλωσε ότι δε γνωρίζει (Πίνακας 20, Σχήμα 20).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι ο τραυλισμός μπορεί να έχει θετική έκβαση.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΜΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Η ΟΠΟΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ ΘΕΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ;	N=140	Percent (%)
Δεν γνωρίζω	62	44,3
Ναι	78	55,7

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι ο τραυλισμός μπορεί να έχει θετική έκβαση.

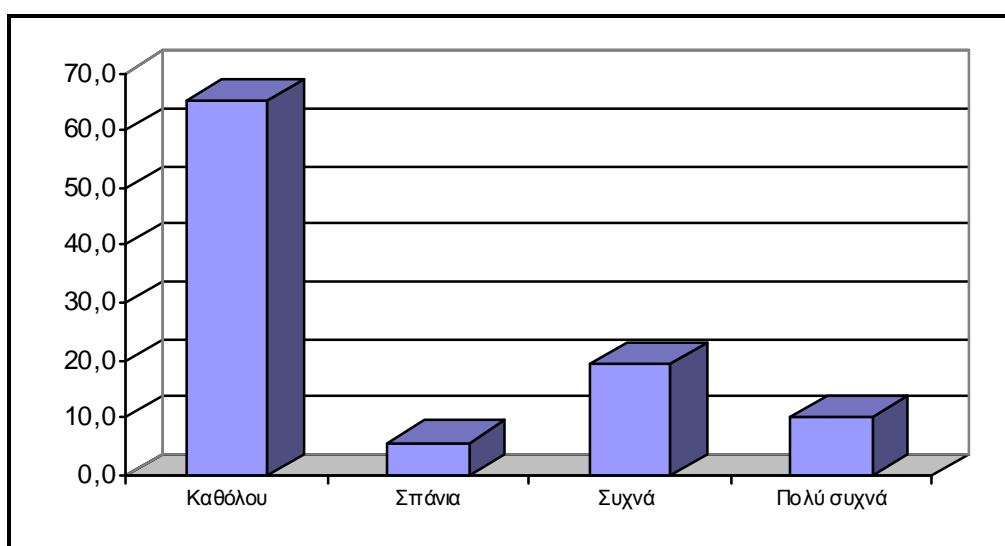


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 65% (91 άτομα) δεν έρχεται καθόλου σε επαφή με τους γονείς του παιδιού που τραυλίζει. Το 19,3% (27 άτομα) έρχεται συχνά σε επαφή με τους γονείς ενώ το 10% (14 άτομα) πολύ συχνά. Το 5,7% (8 άτομα) έρχεται σε επαφή με τους γονείς σπάνια (Πίνακας 21, Σχήμα 21).

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά έρχονται σε επαφή με τους γονείς του παιδιού που τραυλίζει.

ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΤΡΑΥΛΙΖΕΙ;	N=140	Percent (%)
Καθόλου	91	65,0
Σπάνια	8	5,7
Συχνά	27	19,3
Πολύ συχνά	14	10,0

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά έρχονται σε επαφή με τους γονείς του παιδιού που τραυλίζει.

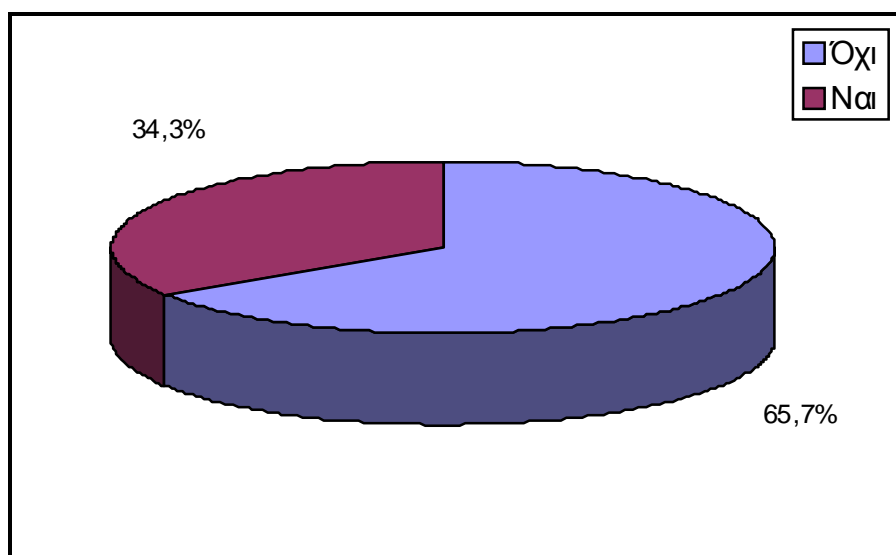


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 65,7% (92 άτομα) δεν ενημερώνεται από τους γονείς για την πρόοδο της θεραπείας του παιδιού ενώ το 34,3% (48 άτομα) ενημερώνεται (Πίνακας 22, Σχήμα 22).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων για το αν ενημερώνονται από τους γονείς για την πρόοδο της θεραπείας του παιδιού.

ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΟΔΟ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ;	N=140	Percent (%)
Όχι	92	65,7
Ναι	48	34,3

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων για το αν ενημερώνονται από τους γονείς για τη πρόοδο της θεραπείας του παιδιού.

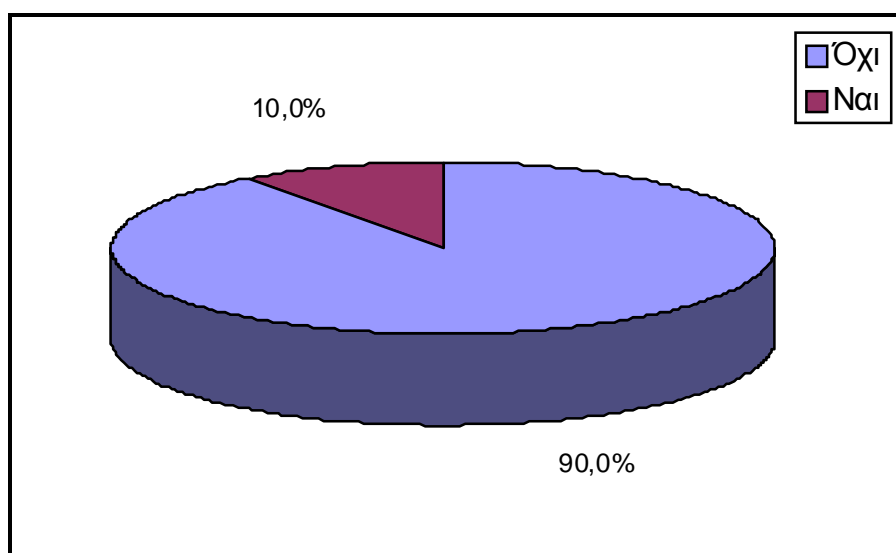


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 90% (126 άτομα) δήλωσε ότι δεν έχει παρακολουθήσει σεμινάρια που αφορούν τον τραυλισμό ενώ το υπόλοιπο 10% (14 άτομα) δήλωσε ότι έχει παρακολουθήσει (Πίνακας 23, Σχήμα 23).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια για τον τραυλισμό .

ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ ;	N=140	Percent (%)
Όχι	126	90,0
Ναι	14	10,0

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια για τον τραυλισμό .

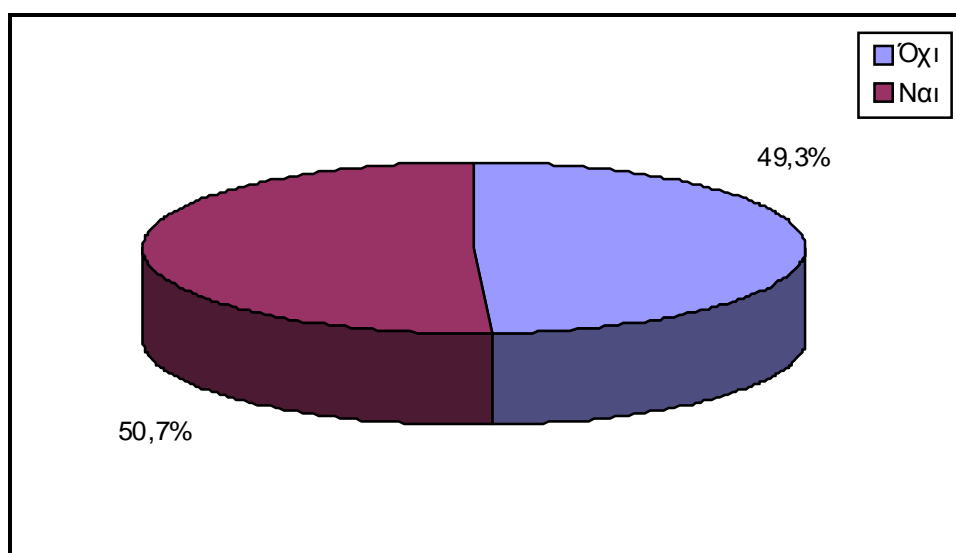


Μοιρασμένα τα ποσοστά ανάμεσα στους ερωτηθέντες που πιστεύουν (71 άτομα – ποσοστό 50,7%) ότι πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό και αυτών (69 άτομα – ποσοστό 49,3%) που δεν το θεωρούν απαραίτητο (Πίνακας 24, Σχήμα 24).

Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΙΔΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ;	N=140	Percent (%)
Όχι	69	49,3
Ναι	71	50,7

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό.

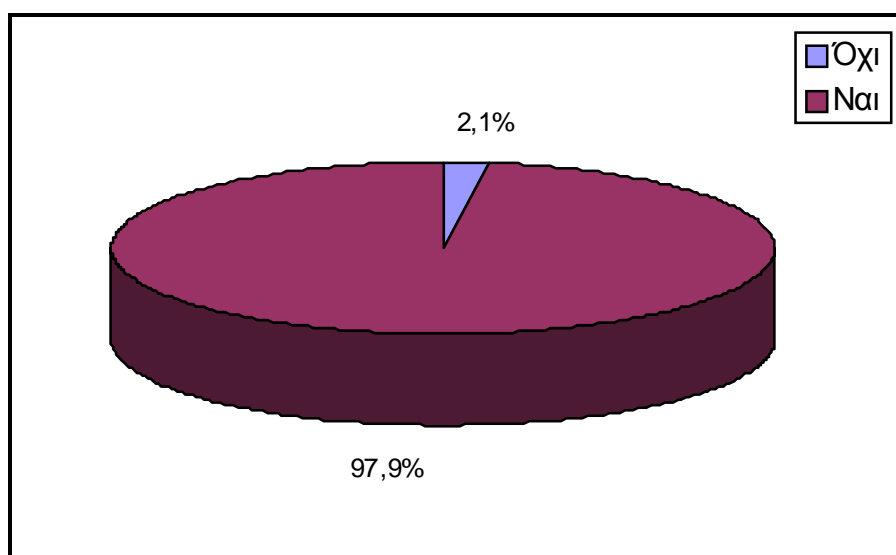


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων 97,9% (137 άτομα) θεωρεί απαραίτητο να υπάρχει ενημέρωση των εκπαιδευτικών από κάποιο αρμόδιο φορέα σχετικά με τον τραυλισμό ενώ το υπόλοιπο 2,1% (3 άτομα) δεν το θεωρεί απαραίτητο (Πίνακας 25, Σχήμα 25).

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν απαραίτητο να υπάρχει ενημέρωση για τον τραυλισμό από κάποιον αρμόδιο φορέα.

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΑΡΜΟΔΙΟ ΦΟΡΕΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ;	N=140	Percent (%)
Όχι	3	2,1
Ναι	137	97,9

Σχήμα 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν απαραίτητο να υπάρχει ενημέρωση για τον τραυλισμό από κάποιον αρμόδιο φορέα.



ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 140 εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σε Αθήνα και Πάτρα. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Όσον αφορά στην **εκτίμηση της γνώσης για τον τραυλισμό** των ερωτηθέντων εκπαιδευτικών, οι σωστές απαντήσεις κυμάνθηκαν μεταξύ 0 και 6 σωστών απαντήσεων σε σύνολο 6 με μέσο όρο τις 3,34 σωστές απαντήσεις και τυπική απόκλιση 2,12 σωστές απαντήσεις (Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Σωστές απαντήσεις όσον αφορά στην εκτίμηση της γνώσης για τον τραυλισμό

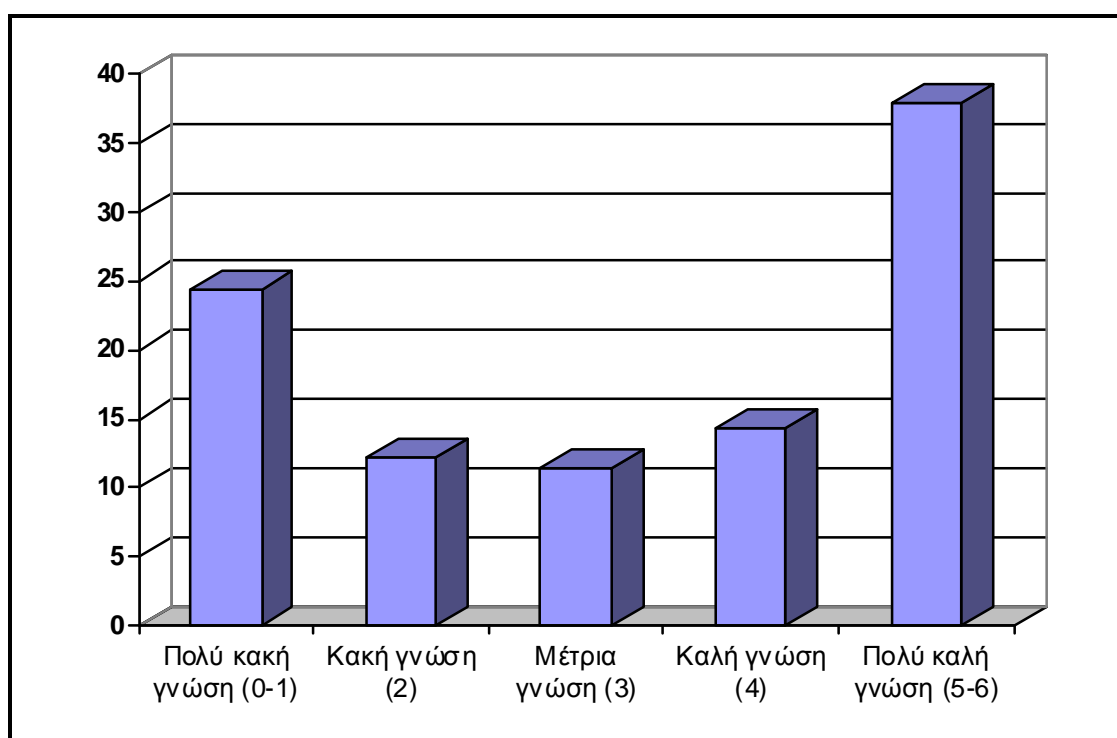
Σωστές απαντήσεις όσον αφορά στην εκτίμηση της γνώσης για τον τραυλισμό	N=140
Mean	3,34
Std. Dev.	2,12
Minimum	0
Maximum	6

Από τους ερωτηθέντες εκπαιδευτικούς το 24,3% έδειξε να έχει πολύ κακή γνώση για το τραυλισμό, το 12,1% κακή γνώση, το 11,4% μέτρια γνώση, το 14,3% καλή γνώση ενώ το 37,9% που αποτελεί και το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων παρουσιάζει πολύ καλή γνώση σχετικά με το θέμα του τραυλισμού (Πίνακας 27, Σχήμα 26).

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων όσον αφορά στην εκτίμηση της γνώσης για τον τραυλισμό

Χαρακτηρισμός όσον αφορά στην εκτίμηση της γνώσης για τον τραυλισμό	N=140	Percent %
Πολύ κακή γνώση (0-1)	34	24,3
Κακή γνώση (2)	17	12,1
Μέτρια γνώση (3)	16	11,4
Καλή γνώση (4)	20	14,3
Πολύ καλή γνώση (5-6)	53	37,9

Σχήμα 26: Κατανομή ερωτηθέντων όσον αφορά στην εκτίμηση της γνώσης για τον τραυλισμό



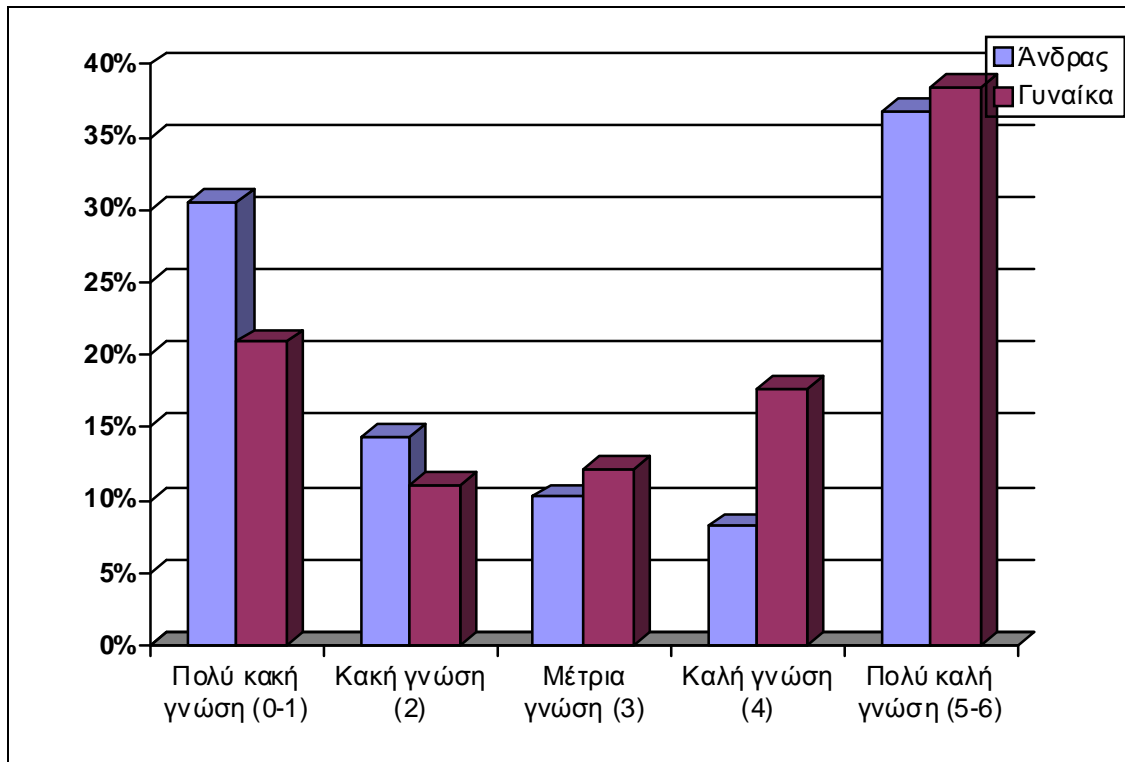
Από τους ερωτηθέντες εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό καλής και πολύ καλής γνώσης (56,1%) σε σχέση με τους άνδρες που παρουσιάζουν χαμηλότερο ποσοστό (44,9%) (Πίνακας 28, Σχήμα 27). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=3,629$, $df=4$, NS)

Πίνακας 28: Συσχέτιση φύλου και εκτίμησης των γνώσεων για τον τραυλισμό

Γνώση για τον τραυλισμό	Φύλο		Σύνολο
	Άνδρας	Γυναίκα	1
Πολύ κακή γνώση (0-1)	15 30,6%	19 20,9%	34 24,3%
Κακή γνώση (2)	7 14,3%	10 11,0%	17 12,1%
Μέτρια γνώση (3)	5 10,2%	11 12,1%	16 11,4%
Καλή γνώση (4)	4 8,2%	16 17,6%	20 14,3%
Πολύ καλή γνώση (5-6)	18 36,7%	35 38,5%	53 37,9%
	49	91	140

$\chi^2=3,629$ $df=4$ NS

Σχήμα 27: Συσχέτιση φύλου και εκτίμησης των γνώσεων για τον τραυλισμό



Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα χρόνια διδασκαλίας και στην εκτίμηση των γνώσεων για τον τραυλισμό των ερωτηθέντων εκπαιδευτικών ($r=0,098$, NS). Παρόλα αυτά η σχέση είναι θετική που σημαίνει ότι υπάρχει η τάση όσο περισσότερα χρόνια διδασκαλίας έχει κάποιος ερωτώμενος τόσο καλύτερη γνώση για τον τραυλισμό αυτός να έχει (Πίνακας 29).

Πίνακας 29: Συσχέτιση των χρόνων διδασκαλίας των εκπαιδευτικών με τη γενική τους γνώση για τον τραυλισμό

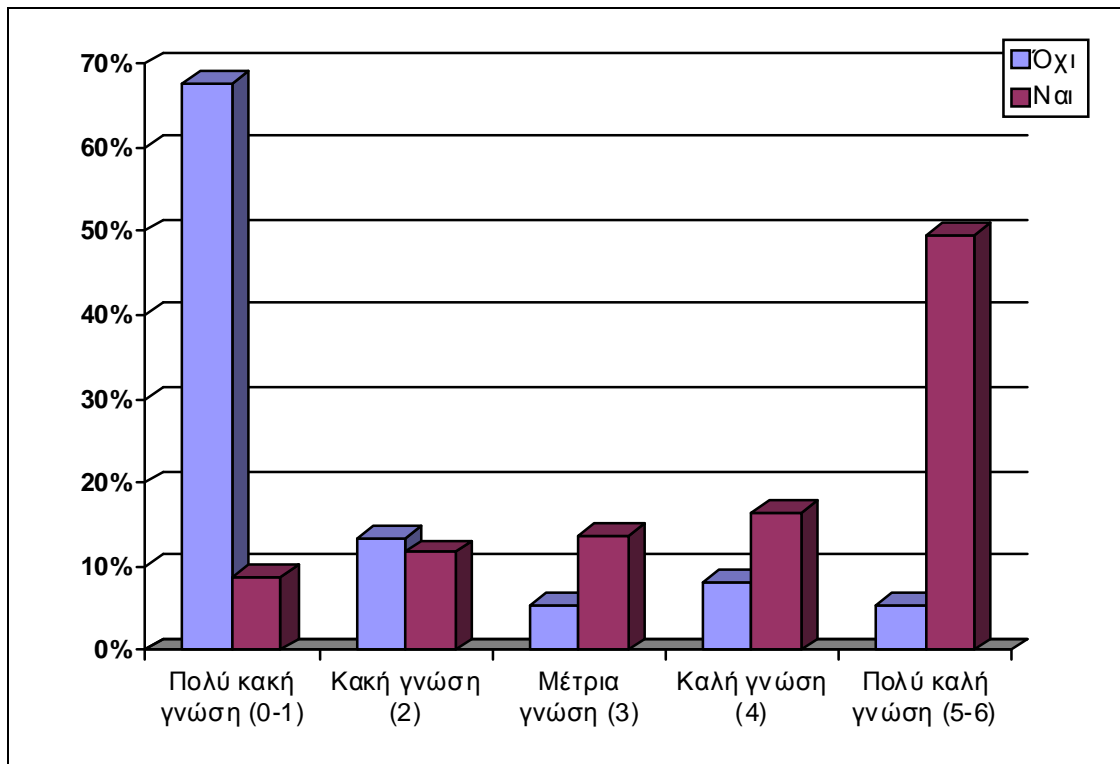
Spearman's rho correlation coefficient			
Χρόνια διδασκαλίας	r	df	p-level
Εκτίμηση των γνώσεων για τον τραυλισμό	0,098	140	NS

Σε ότι αφορά τις γνώσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά του τραυλισμού, τα αποτελέσματα των ερωτηθέντων έδειξαν ότι αυτοί που δήλωσαν ότι γνωρίζουν κάποια χαρακτηριστικά του τραυλισμού είχαν καλή και πολύ καλή γνώση (66%) σε σχέση με τους υπόλοιπους που δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν οι οποίοι είχαν χαμηλότερο ποσοστό (13,5%) καλής και πολύ καλής γνώσης (Πίνακας 30, Σχήμα 28). Η διαφοροποίηση αυτή είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2=55,801$, $df=4$, $p<0,0001$).

Πίνακας 30: Συσχέτιση της γνώσης των ερωτηθέντων για τα χαρακτηριστικά του τραυλισμού και της εκτίμησης της γενικής τους γνώσης σχετικά με τον τραυλισμό

Γνώση για τον τραυλισμό	Γνωρίζεται κάποια χαρακτηριστικά του τραυλισμού;		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Πολύ κακή γνώση (0-1)	25 67,6%	9 8,7%	34 24,3%
Κακή γνώση (2)	5 13,5%	12 11,7%	17 12,1%
Μέτρια γνώση (3)	2 5,4%	14 13,6%	16 11,4%
Καλή γνώση (4)	3 8,1%	17 16,5%	20 14,3%
Πολύ καλή γνώση (5-6)	2 5,4%	51 49,5%	53 37,9%
	37	103	140
	$\chi^2=55,801$	$df=4$	$p<0,0001$

Σχήμα 28: Συσχέτιση της γνώσης των ερωτηθέντων για τα χαρακτηριστικά του τραυλισμού και της εκτίμησης της γενικής τους γνώσης σχετικά με τον τραυλισμό.

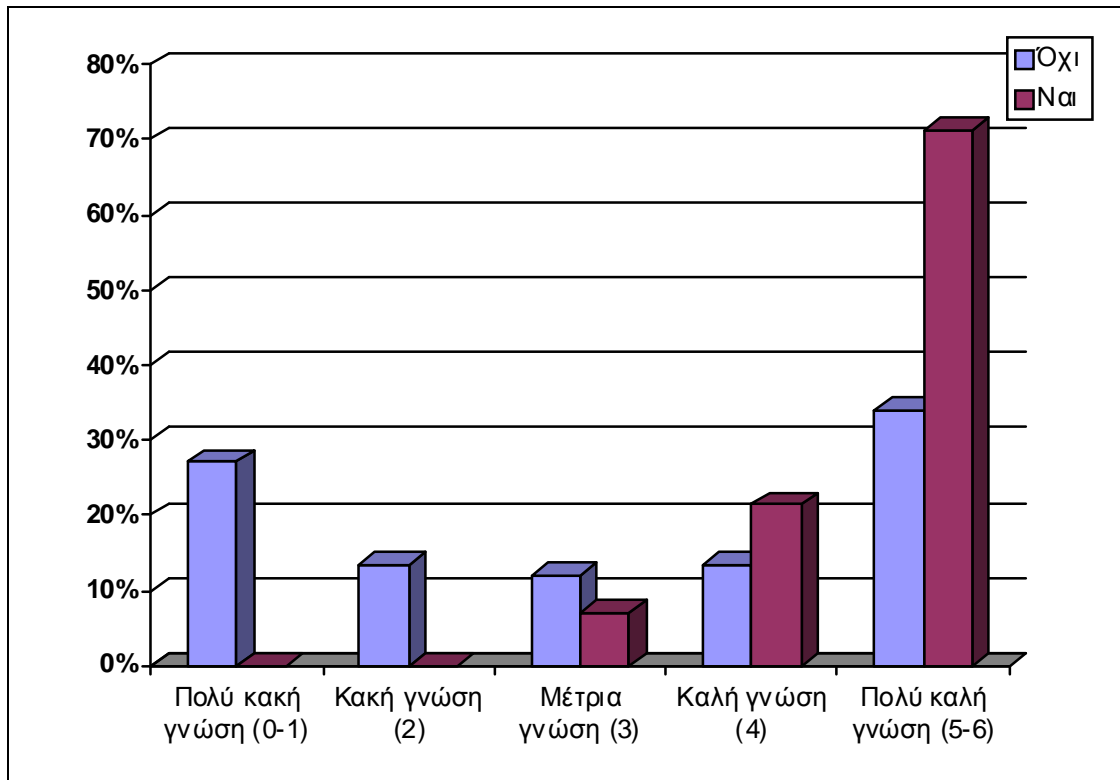


Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι εκπαιδευτικοί που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια για τον τραυλισμό παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό καλής και πολύ καλής γνώσης (92,8%) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν παρακολουθήσει και οι οποίοι παρουσιάζουν χαμηλότερο ποσοστό (47,6%) (Πίνακας 31, Σχήμα 29). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=11,103$, $df=4$, $p<0,05$).

Πίνακας 31: Σύσχεση των ερωτηθέντων για το αν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια για τον τραυλισμό και της εκτίμησης της γενικής του γνώσης για τον τραυλισμό

Γνώση για τον τραυλισμό	Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια που αφορούν τον τραυλισμό;		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Πολύ κακή γνώση (0-1)	34 27,0%	0 0,0%	34 24,3%
Κακή γνώση (2)	17 13,5%	0 0,0%	17 12,1%
Μέτρια γνώση (3)	15 11,9%	1 7,1%	16 11,4%
Καλή γνώση (4)	17 13,5%	3 21,4%	20 14,3%
Πολύ καλή γνώση (5-6)	43 34,1%	10 71,4%	53 37,9%
	126	14	140
	$\chi^2=11,103$	$df=4$	$p<0,05$

Σχήμα 29: Συσχέτιση των ερωτηθέντων για το αν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια για τον τραυλισμό και της εκτίμησης της γενικής του γνώσης για τον τραυλισμό

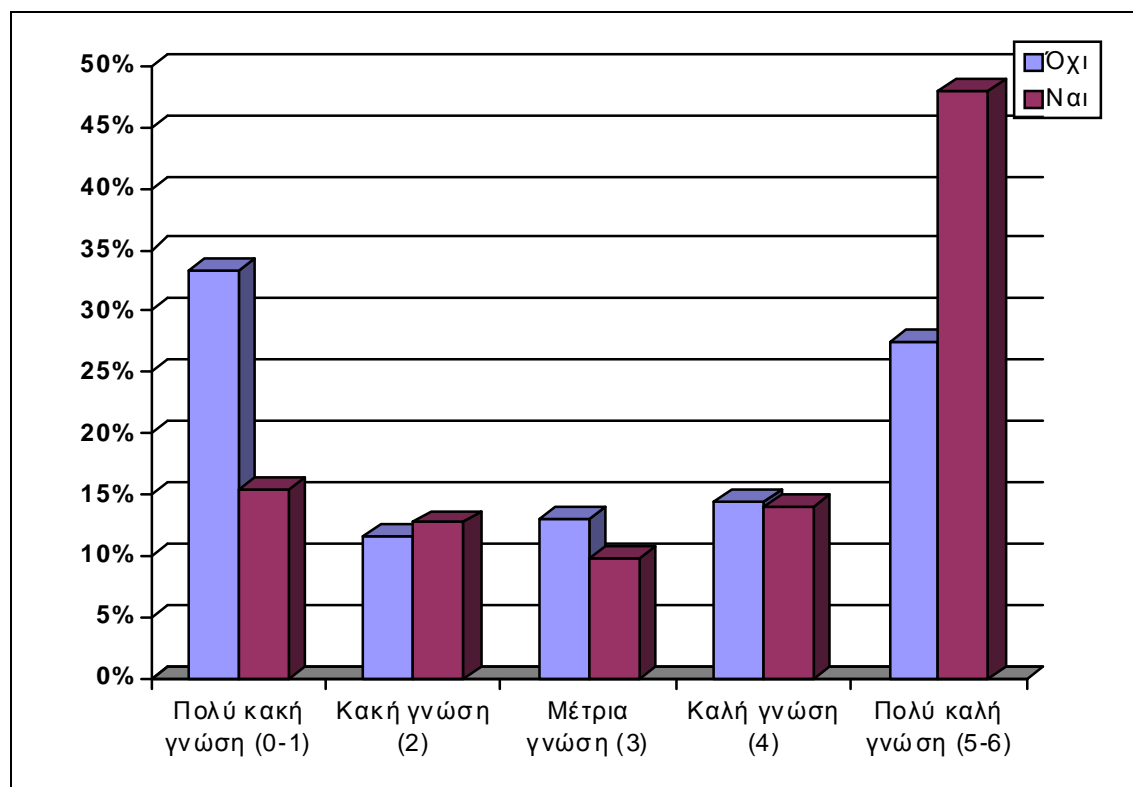


Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι ερωτηθέντες οι οποίοι πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό καλής και πολύ καλής γνώσης (62%) σε σχέση με αυτούς που πιστεύουν ότι δεν πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις οι οποίοι παρουσιάζουν χαμηλότερο ποσοστό (42%) καλής και πολύ καλής γνώσης (Πίνακας 32, Σχήμα 30). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=8,763$, $df=4$ $p<0,05$).

Πίνακας 32: Συσχέτιση των ερωτηθέντων για το αν πιστεύουν πως πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό και της εκτίμησης της γενικής τους γνώσης για τον τραυλισμό

Γνώση για τον τραυλισμό	Πιστεύετε ότι πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό ;		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Πολύ κακή γνώση (0-1)	23 33,3%	11 15,5%	34 24,3%
Κακή γνώση (2)	8 11,6%	9 12,7%	17 12,1%
Μέτρια γνώση (3)	9 13,0%	7 9,9%	16 11,4%
Καλή γνώση (4)	10 14,5%	10 14,1%	20 14,3%
Πολύ καλή γνώση (5-6)	19 27,5%	34 47,9%	53 37,9%
	69	71	140
	$\chi^2=8,763$	$df=4$	$p<0,05$

Σχήμα 30: Συσχέτιση των ερωτηθέντων για το αν πιστεύουν πως πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό και της εκτίμησης της γενικής τους γνώσης για τον τραυλισμό



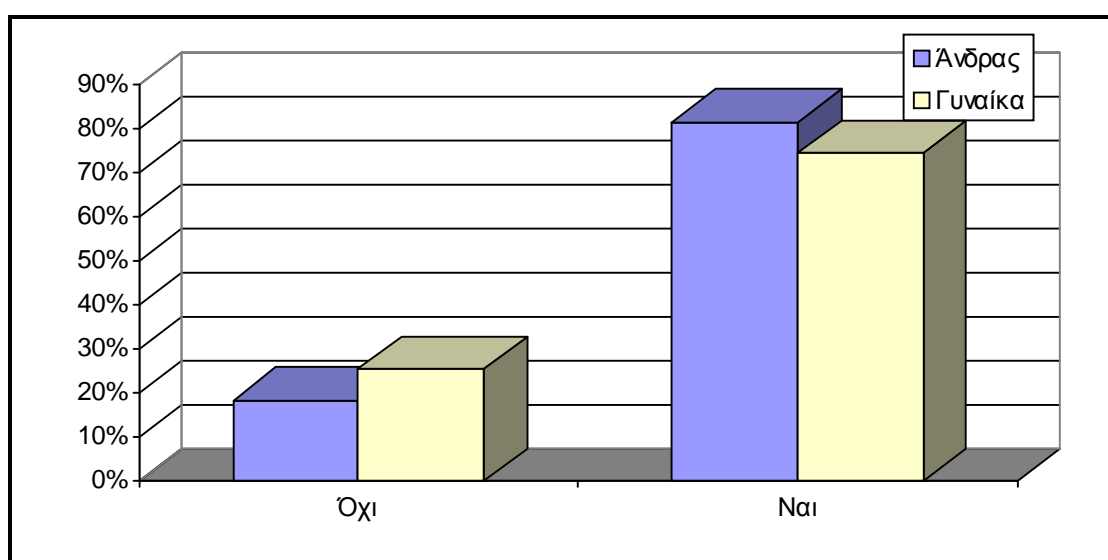
Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων οι άνδρες συμπεριφέρονται ενθαρρυντικά σε ένα παιδί με τραυλισμό σε μεγαλύτερο ποσοστό (81,6%) σε σχέση με τις γυναίκες οι οποίες παρουσιάζουν χαμηλότερο ποσοστό (74,7%). (Πίνακας 33, Σχήμα 31). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=0,862$, $df=1$, NS).

Πίνακας 33: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με το αν συμπεριφέρονται ενθαρρυντικά σε ένα παιδί με τραυλισμό

		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Συμπεριφέρεστε ενθαρρυντικά σε ένα παιδί με τραυλισμό;	Όχι	9 18,4%	23 25,3%	32 22,9%
	Ναι	40 81,6%	68 74,7%	108 77,1%
		49	91	140

$$\chi^2 = 0,862, df = 1, NS$$

Σχήμα 31: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με το αν συμπεριφέρονται ενθαρρυντικά σε ένα παιδί με τραυλισμό



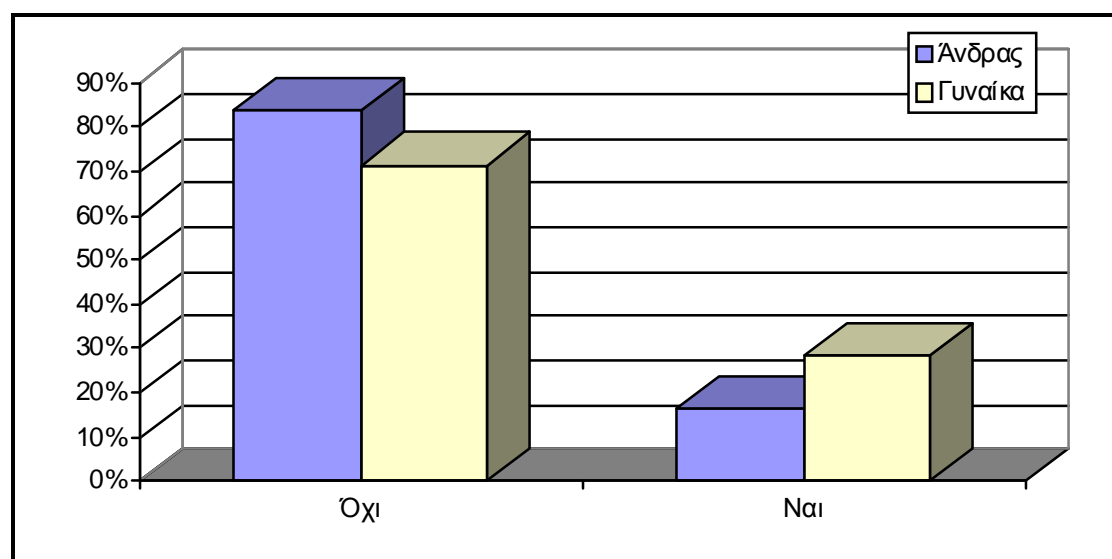
Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων οι γυναίκες συμπεριφέρονται ευνοϊκά σε ένα παιδί με τραυλισμό σε μεγαλύτερο ποσοστό (28,6%) σε σχέση με τους άνδρες οι οποίοι παρουσιάζουν χαμηλότερο ποσοστό (16,3%) (Πίνακας 34, Σχήμα 32). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=2,597$, $df=1$, NS).

Πίνακας 34: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με το αν συμπεριφέρονται ευνοϊκά σε ένα παιδί με τραυλισμό

		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Συμπεριφέρεστε ευνοϊκά σε ένα παιδί με τραυλισμό;	Όχι	41 83,7%	65 71,4%	106 75,7%
	Ναι	8 16,3%	26 28,6%	34 24,3%
		49	91	140

$$\chi^2 = 2,597, df = 1, NS$$

Σχήμα 32: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με το αν συμπεριφέρονται ευνοϊκά σε ένα παιδί με τραυλισμό



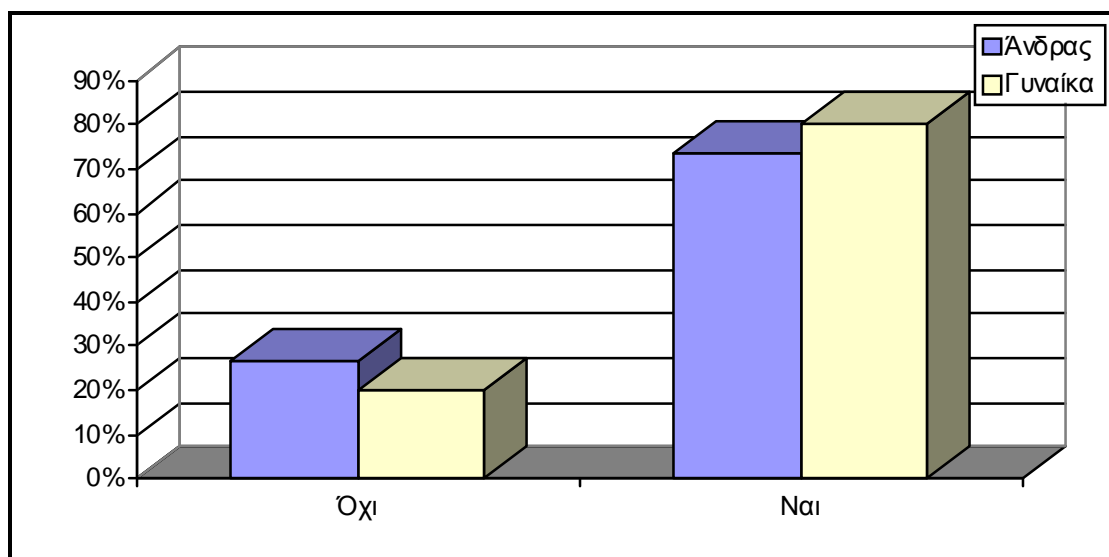
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το ποσοστό των γυναικών που θεωρούν απαραίτητο ένα παιδί με τραυλισμό να χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης (80,2%) είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των ανδρών (73,5%) (Πίνακας 35, Σχήμα 33). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 0,842$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 35: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με το αν θεωρούν απαραίτητο ένα παιδί με τραυλισμό να χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης

		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Θεωρείτε πως είναι απαραίτητο ένα παιδί με τραυλισμό να χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης;	Όχι	13 26,5%	18 19,8%	31 22,1%
	Ναι	36 73,5%	73 80,2%	109 77,9%
		49	91	140

$\chi^2 = 0,842$, $df = 1$, NS

Σχήμα 33: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με το αν θεωρούν απαραίτητο ένα παιδί με τραυλισμό να χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης



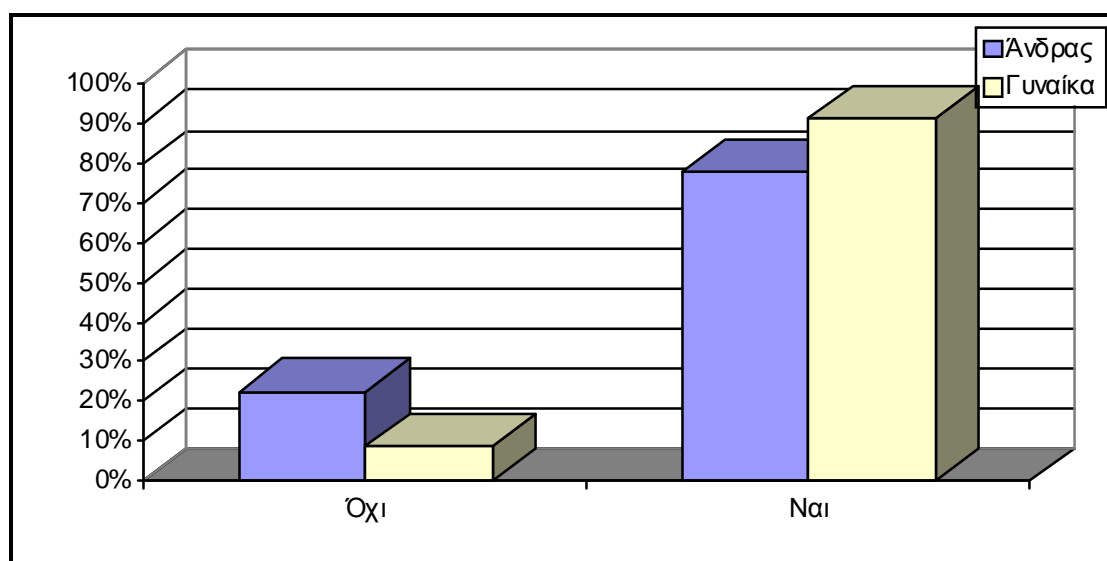
Το ποσοστό των γυναικών που πιστεύουν ότι ένα παιδί με τραυλισμό έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης (91,2%) είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των ανδρών (77,6%) (Πίνακας 36, Σχήμα 34). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 5,065$, $df = 1$, $p < 0,05$).

Πίνακας 36: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με το αν πιστεύουν ότι ένα παιδί με τραυλισμό έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης

		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Πιστεύετε ότι ένα παιδί με τραυλισμό έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης;	Όχι	11 22,4%	8 8,8%	19 13,6%
	Ναι	38 77,6%	83 91,2%	121 86,4%
		49	91	140

$$\chi^2 = 5,065, df = 1, p < 0,05$$

Σχήμα 34: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με το αν πιστεύουν ότι ένα παιδί με τραυλισμό έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης



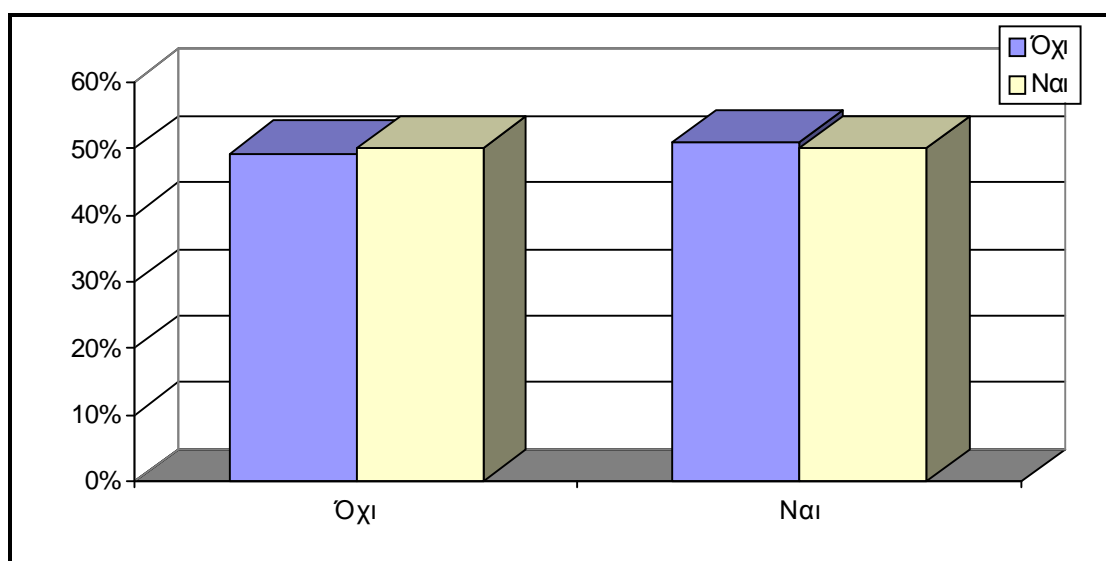
Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα ποσοστά των ερωτηθέντων που πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό δεν διαφέρουν ανάμεσα σε αυτούς που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια (50%) και σε αυτούς που δεν έχουν παρακολουθήσει (50,8%) (Πίνακας 37, Σχήμα 35). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 0,003$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 37: Συσχέτιση των ερωτηθέντων για το εάν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια τραυλισμού με την άποψή τους για το εάν θεωρούν απαραίτητο να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό.

		Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια που αφορούν τον τραυλισμό;		Σύνολο
		Όχι	Ναι	
Πιστεύετε ότι πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό;	Όχι	62	7	69
		49,2%	50,0%	49,3%
	Ναι	64	7	71
		50,8%	50,0%	50,7%
		126	14	140

$\chi^2 = 0,003$, $df = 1$, NS

Σχήμα 35: Συσχέτιση των ερωτηθέντων για το εάν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια τραυλισμού με την άποψή τους για το εάν θεωρούν απαραίτητο να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα τελευταία χρόνια ειδικοί κάνουν προσπάθειες να κατανοήσουν τη φύση και την αιτία του τραυλισμού καθώς και να βρουν την κατάλληλη θεραπεία. Παρ' όλα αυτά ο τραυλισμός εξακολουθεί να παραμένει μια ιδιόμορφη διαταραχή.

Όσον αφορά το ερευνητικό μέρος της εργασίας, δόθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 25 ερωτήσεις κλειστού τύπου σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Συνολικά ρωτήθηκαν 140 εκπαιδευτικοί (90 στην Αθήνα και 50 στην Πάτρα). Από αυτούς οι 91 (65%) ήταν γυναίκες και οι 49 (35%) άνδρες. Ρωτήθηκαν εκπαιδευτικοί και των 6 τάξεων του δημοτικού σχολείου. Μας ενδιέφερε να δούμε τη γνώση των εκπαιδευτικών για το θέμα του τραυλισμού καθώς επίσης και τη στάση τους απέναντι σε ένα παιδί με αυτή τη διαταραχή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας προκύπτει ότι:

Παρόλο που οι εκπαιδευτικοί είναι ενήμεροι σε ποσοστό (69,3%) για τη διαταραχή του τραυλισμού καθώς και για τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα τα οποία διέπουν αυτόν (ποσοστό 73,6%), διαθέτουν την ικανότητα να τον εντοπίσουν (ποσοστό 85,7%) αλλά πέρα από αυτό δεν έχουν τη δυνατότητα να τον αντιμετωπίσουν ορθά (ποσοστό 72,1%) γεγονός που επιβάλλει την άμεση ενημέρωση των εκπαιδευτικών.

Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών συμπεριφέρεται με ενθάρρυνση (77,1%) και μόνο το 24,3% αυτών με ευνοϊκή μεταχείριση στα παιδιά που τραυλίζουν γεγονός σημαντικό το οποίο προσφέρει τη δυνατότητα στα παιδιά αυτά να συμμετέχουν σε δραστηριότητες και τους επιτρέπει την ευγενή άμιλλα μέσα στη τάξη.

Από την άλλη ένα μικρό ποσοστό (2,1%) κρατάει μια ουδέτερη στάση και συμπεριφέρεται στους τραυλίζοντες χωρίς ιδιαίτερη μεταχείριση. Αυτό πιθανόν να έγκειται στο ότι προσπαθούν να μην απομονώσουν και περιθωριοποιήσουν αυτά τα παιδιά.

Ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων (45,7%) μας απάντησε ορθά ότι ο τραυλισμός σχετίζεται με οργανικές αιτίες ενώ το μεγαλύτερο μέρος αυτών (62,1%) υποστηρίζει επίσης ορθά την άποψη ότι ο τραυλισμός σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες με αποτέλεσμα να δηλώνουν σε ποσοστό (72,9%) ότι υπάρχουν καταστάσεις οι οποίες αυξάνουν ή μειώνουν την εκδήλωση τραυλισμού γεγονός που τους οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά που τραυλίζουν χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης (ποσοστό 86,4%). Αυτό είναι απόλυτα λογικό εφόσον ο τραυλισμός είτε είναι επίκτητος είτε ψυχογενής χαρακτηρίζεται από συνοδευτικές δευτερεύουσες συμπεριφορές.

Όσον αφορά το αν οι εκπαιδευτικοί έρχονται σε επαφή με τους γονείς παιδιών που τραυλίζουν οι περισσότεροι (65%) μας απάντησαν όχι. Αυτό αποτελεί μια φυσιολογική εξέλιξη από τη στιγμή που δεν υπάρχει παιδί με τραυλισμό μέσα στην τάξη.

Επίσης είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών (97,9%) μας δήλωσε ότι θεωρεί απαραίτητη την περαιτέρω κατάρτιση τους σε ότι αφορά τον τραυλισμό από αρμόδιους φορείς εφόσον από μόνοι τους δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν ένα παιδί με τραυλισμό. Το 50% των εκπαιδευτικών παρουσίασε καλή και πολύ καλή γνώση ενώ το 24% είχε πολύ κακή γνώση.

Όσον αφορά τα χρόνια διδασκαλίας των εκπαιδευτικών και τη γνώση τους για τον τραυλισμό τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($r=0,098$, NS). Παρ'όλα αυτά η σχέση είναι θετική που σημαίνει ότι υπάρχει η τάση όσο αυξάνονται τα χρόνια διδασκαλίας τόσο καλύτερη γνώση για τον τραυλισμό να έχουν οι εκπαιδευτικοί. Συνεπώς για ακόμη μια φορά αποδεικνύεται ότι η εμπειρία αποτελεί σημαντικό στοιχείο.

Επιπλέον η γνώση των ερωτηθέντων για τα χαρακτηριστικά του τραυλισμού σε σχέση με την εκτίμηση της γενικής τους γνώσης για τον τραυλισμό οι απαντήσεις που έδωσαν μας έδειξαν, ότι αυτοί που δηλώνουν ότι γνωρίζουν κάποια χαρακτηριστικά έχουν μεγαλύτερο ποσοστό καλής και πολύ καλής γνώσης (66%) σε σχέση με αυτούς που δεν γνωρίζουν (13,5%) στοιχείο το οποίο είναι αληθές, εφόσον από τη στιγμή που δεν διαθέτουν γνώση για τον τραυλισμό πως είναι δυνατό να τον αναγνωρίσουν. Η διαφοροποίηση που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($p < 0,0001$).

Ακόμη το ποσοστό των εκπαιδευτικών που έχει παρακολουθήσει σεμινάρια είναι πολύ μικρό (10%) γεγονός που απορρέει στη άγνοια των χαρακτηριστικών του τραυλισμού. Από την άλλη αυτό αποτελεί μια καλή αρχή, με την έννοια ότι αν υπάρξει ενημέρωση για το πόσο σημαντική είναι αυτή η διαταραχή και το ρόλο που θα πρέπει να έχουν οι εκπαιδευτικοί το ποσοστό αυτό μπορεί να αυξηθεί.

Επίσης, για το αν θα πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό σε σχέση με την εκτίμηση της γενικής τους γνώσης για αυτή τη διαταραχή τα ποσοστά των ερωτηθέντων μας έδειξαν ότι είτε έχουν πολύ κακή γνώση (15,5%) είτε έχουν πολύ καλή γνώση (47,9%) μας δηλώνουν, ότι θα πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις, γεγονός που δείχνει την ανεπαρκή γνώση των εκπαιδευτικών πάνω στον τραυλισμό αφού κάτι τέτοιο θα περιθωριοποιούσε τα παιδιά αυτά.

Όσον αφορά τη συσχέτιση ανάμεσα στα δύο φύλα για το πώς συμπεριφέρονται στα παιδιά που τραυλίζουν τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες είναι αυτές που συμπεριφέρονται με ευνοϊκή μεταχείριση (28,6%). Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες λόγω της γυναικείας ιδιοσυγκρασία τους. Η συμπεριφορά των ανδρών έγκειται στην ενθάρρυνση (81,6%).

Στη συσχέτιση ανάμεσα στα δύο φύλα για το αν τα παιδιά με τραυλισμό χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης και οι άνδρες (77,6%) και οι γυναίκες (91,2%) μας δήλωσαν πως τα παιδιά αυτά έχουν την ανάγκη ειδικού, γεγονός που επιβεβαιώνει τις συνοδευτικές δευτερεύουσες συμπεριφορές του τραυλισμού οι οποίες γίνονται αντιληπτές από τους εκπαιδευτικούς.

Επίσης όσον αφορά τους ερωτηθέντες για το αν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια τραυλισμού σε σχέση με το αν θεωρούν απαραίτητο να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό τα αποτελέσματα έδειξαν, πως είτε έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια (50%) είτε όχι (50,8%) οι εκπαιδευτικοί αποφάνθηκαν, ότι θα πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις για τα παιδιά αυτά. Αυτό δείχνει την ελλιπή κατάρτιση των εκπαιδευτικών αφού κάτι τέτοιο θα αποτελούσε ρατσιστική αντιμετώπιση αυτών των παιδιών.

Τέλος κλείνοντας με όλα τα παραπάνω θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι κρίνεται πολύ ενδιαφέρον να διερευνηθεί κατά πόσο τα παιδιά των οποίων οι γονείς ασκούν κάποια συγκεκριμένα επαγγέλματα όπως (αστυνομικοί, στρατιωτικοί) παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό τραυλισμό σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά, γεγονός το οποίο αναφέρθηκε από την πλειοψηφία των ερωτηθέντων εκπαιδευτικών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Altholz S., Golensky M., (2004). Counseling, Support and Advocacy for Clients Who Stutter, Health and Social Work, 29
- Ambrose N., Yairi E., (1993). Genetic Aspects of Early Childhood Stuttering. Journal of Speech and Hearing Research, 36 P.701-706
- Bothe A.K., (2004). Evidence-Based Treatment of Stuttering Empirical Bases And Clinical Applications, Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- Bowen C., (2001). Stuttering What Can Be Done About It? IN: <http://speech-language-therapy.com/stuttering.htm>
- Bradley W.G., Daroff R.B, Fenichel G.M., Jankovic J., (2004). Neurology in Clinical Practice The Neurological Disorders, Fourth Edition, Butterworth, Heinemann
- Christenfeld N., (1996). Effects of a Metronome on the Filled Pauses of Fluent Speakers. Journal of Speech and Hearing Research, 39 P.1232-1238
- Cohen-Jango J., (2004). The Respiratory System, Early Bird Body Systems
- Colton R.H., Casper J.K., Leonard R., (2005). Understanding Voice Problems A Physiological Perspective for Diagnosis and Treatment, Third Edition Lippincott Williams & Wilkins
- Conelea C.A., Rice K.A., Woods D.W., (2006). Regulated Breathing as a Treatment of Stuttering: A Review of the Empirical Evidence. Journal of Speech- Language Pathology and Applied Behavior Analysis
- Conture E., Curlee R., (2007). Stuttering and Related Disorders of Fluency, Third Edition, Thieme
- Cooper E., Cooper C., (2006). The Impact of Identifying Preferred Treatment Outcomes on Conceptualizing, Assessing, and Treating Chronic Stuttering
- Craig A., Hancock K., Tran Y., Craig M., Peters K., (2002). Epidemiology of Stuttering in the Community Across the Entire Life Span. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 45 P.1097-1105
- Curlee R., (1999). Stuttering and Related Disorders of Fluency, Second Edition, Thieme

- Cummings L. (2008). *Clinical Linguistics*, Edinburgh University Press Ltd
- Dalton P., (1983). *Approaches to the Treatment of Stuttering*
- Fraser M. (2000). *Self-Therapy for the Stutterer*, Tenth Edition, The Stuttering Foundation
- Garfinkel H.A., (1995). Why did Moses Stammer? And was Moses Left-Handed? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(5) P. 256-257
- Gilman M., Yaruss J.S., (2000). Stuttering and Relaxation: Applications for Somatic Education in Stuttering Treatment, *Journal of Fluency Disorders* 25(1) P. 59-76
- Guitar B., (2005). *Stuttering An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*, Third Edition, Lippincott Williams and Wilkins
- Ham R., (1986). *Techniques of Stuttering Therapy*
- Ham R., (1990). *Therapy of Stuttering Preschool Through Adolescence*
- Ham R., (1999). *Clinical Management of Stuttering in Older Children and Adults*, An Aspen Publication
- Hegde M.N., Davis D., (2009). *Clinical Methods and Practicum in Speech-Language Pathology*, Fifth Edition, Delmar Cengage Learning
- Houghton G., (2006). *Breath The Respiratory System*, The Rosen Publishing Group Inc
- Johnson A.F., Jacobson B.H., (2007). *Medical Speech-Language Pathology A Practitioner's Guide*, Second Edition, Thieme
- Jokel R., De Nil L., Sharpe K., (2007). Speech Disfluencies in Adults With Neurogenic Stuttering Associated With Stroke and Traumatic Brain-Injury. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*
- Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ., (2006). Τραυλισμός Η Φύση και η Αντιμετώπισή του στα Παιδιά και τους Εφήβους. Γιώργος Δαρδάνος
- Kalinowski J., (2003). Self-Reported Efficacy of an All in-the-Ear-Canal Prosthetic Device to Inhibit Stuttering During One Hundred Hours of University Teaching: An Autobiographical Clinical Commentary, 25(2) P. 107-11.

Kehoe T.D., (1997). Stuttering: Science, Therapy & Practice the Most Complete Book about Stuttering

Kehoe T.D., (2006). No Miracle Cures A Multifactoral Guide to Stuttering Therapy, University College Press

Kent R.D., (2004). The MIT Encyclopedia of Communication Disorders, Massachusetts Institute of Technology

Κουκάρια Ε. (2007). Σημειώσεις για το μάθημα 'Τραυλισμός'

Landis K., Woude J.V., Jongsma A.E., (2004). The Speech-Language Pathology Treatment Planner, John Wiley & Sons, Inc.

Lawrence M., Barclay III D., (1998). Stuttering A Brief Review. American Family Physician, 57(9) P. 2175-8

Lavid N., (2003). Understanding Stuttering, University Press of Mississippi

Lebrun Y., Leleux CH., Retif J., (1987). Neurogenic Stuttering. Acta Neurochirurgica, 85 P.103-109

Lebrun Y., (1997). Neuropsychology and Cognition From the Brain to the Mouth Acquired Dysarthria and Dysfluency in Adults, Kluwer Academic Publishers

Louko L.J., (1995). Phonological Characteristics of Young Children Who Stutter, Topics in Language Disorders 15(3) P. 48-59

Manning W., (2000). Clinical Decision Making in Fluency Disorders, Second Edition, Singular Thomson Learning

Marieb E.N., Hoehn K., (2007). Human Anatomy & Physiology, Seventh Edition, Mike Hewitt, Getty Images Inc

Mathieson L., Greene M., (2001). Greene and Mathieson's The Voice and its Disorders, Sixth Edition, Whurr Publishers Ltd

McAllister J., Kingston M., (2005). Final Part-Word Repetitions in School-Age Children: Two Case Studies. Journal of Fluency Disorders, 30(3) P. 255-267

McNeil M., (2008). Clinical Management of Sensorimotor Speech Disorders, Second Edition, Thieme

Mertz LB., Ostergaard JR., (2006). Neurological Aspects of Stuttering. Ugeskrift for Laeger, 168(37)

Miltenberger R.G., (1997). Behavior Modification Principles and Procedures

Needleman R., (2004). The Genetic Causes of Stuttering. IN:
www.drspock.com/article/0,1510,5504,00.html

O'Donohue W.T., Fisher J.E., Hayes S.C., (2003). Cognitive Behavior Therapy Applying Empirically Supported Techniques in Your Practisce John Wiley & Sons, Inc.

Okalidou A., Kampanaros M., (2001). Teacher Perceptions of Communication Impairment at Screening Stage in Preschool Children Living in Patras, Greece. International Journal of Language & Communication Disorders, 36(4) P. 489-502

Packman A., Attanasio J., (2004). Theoretical Issues in Stuttering, Psychology Press Taylor & Francis Group

Prasse JE., Kikano GE., (2008). Stuttering: an Overview. American Family Physician, 77(9) P. 1271-6

Probst R., Grevers G., Iro H., (2006). Basic Otorhinolaryngology A Step-by-Step Learning Guide, Thieme

Proctor A., Yairi E., Duff M., Zhang J., (2008). Prevalence of Stuttering in African American Preschoolers. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 51 P. 1465-1479

Ratner N.B., Healey C.E., (1999). Stuttering Research and Practice Bridging the Gap, Taylor & Francis e-Library

Ratner N.B., Tetnowski J., (2006). Current Issues in Stuttering Research and Practice

Reese H.W., (1984). Advances in Child development and Behavior, Volume 18, Academic Press, Inc.

Reynolds C.R., Janzen E.F., (2001). Concise Encyclopedia of Special Education A Reference for the Education of the Handicapped and Other Exceptional Children and Adults, Second Edition. John Wiley & Sons, Inc.

Roth C., Aronson A., Davis L., (1989). Clinical Studies in Psychogenic Stuttering of Adult Onset. Journal of Speech and Hearing Disorders, 54, P. 634-646

Ruscello D.M., (2001). Tests and Measurements in Speech-Language Pathology, Butterworth, Heinemann

Sadock V.A., Kaplan H.I., (2005). Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, Forth Edition, Lippincott Williams & Wilkins

Sadock V.A., Kaplan H.I., (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Tenth Edition, Lippincott Williams & Wilkins

Sadock V.A., Kaplan H.I., (2008). Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, Third Edition, Lippincott Williams & Wilkins

Silverman F.H., (1996) Stuttering and Other Fluency Disorders, Second Edition, Allyn & Bacon

Sisskin V., (2002). Seminars in Speech & Language. Facing the Challenge of Treating Stuttering in the Schools. Part I: Selecting Goals Strategies for Success, 23(3) P. 173-180

Skinner E., Monich T., Mansell L., (1990). Speak with Distinction, Lilene Mansell

Stille D.R., (1998). The Respiratory System, Children's Press

Stuart A., Kalinowski J., Armson J., Stenstrom R., Jones K., (1996). Fluency Effect of Frequency Alterations of Plus/Minus One-Half and One-Quarter Octave Shifts in Auditory Feedback of People Who Stutter, 39 P. 396-401

Tanner D.C., (2007). Medical-Legal and Forensic Aspects of Communication Disorders, Voice Prints, and Speaker Profiling, Lawyers & Judges Publishing Company, Inc.

Van Borsel J., Sierens S., Pereira M.M., (2007). Using Delayed Auditory Feedback in the Treatment of Stuttering: Evidence to Consider, Revista de Atualização científica, 19(3) P. 323-32

Vinson B.P., (2000). Essentials for Speech-Language Pathologists, Singular Thomson Learning

Ward D., (2006). Stuttering and Cluttering Frameworks for Understanding and Treatment, Psychology Press Taylor & Francis Group

Ward J., Weiner C., Leach R., (2006). The Respiratory System at a Glance, Second Edition, Blackwell Publishing Ltd

Watson S.T., Gresham F.M., (1998). Issues in Clinical Child Psychology Handbook of Child Behavior Therapy,

Watson S.T., Skinner C.H., (2004). Encyclopedia of School Psychology,

Wetmore R.F., Muntz H.R., McGill T., (2000). Pediatric Otolaryngology Principles and Practice Pathways

Williams D.F., (2006). Stuttering Recovery Personal and Empirical Perspectives, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Wingate M., (2002). Foundations of Stuttering, Academic Press

Wolraich M.L., (2003). Disorders of Development and Learning, Third Edition, BC Decker Inc

Zebrowski P.M., Schum R.L., (1993). Counseling Parents of Children Who Stutter, American Journal of Speech-Language Pathology, 2 P.65-73

Zebrowski P.M., Kelly E.M., (2002). Manual of Stuttering Intervention Clinical Competence Series, Thomson

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

**<<ΓΝΩΣΕΙΣ, ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ>>**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΑΥΓΕΡΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΣΟΥΡΑ ΛΟΥΚΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ: ΠΙΕΡΡΑΚΕΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ,
ΤΡΙΜΜΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2009

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

1. Φύλο δασκάλου

A. Άνδρας

B. Γυναίκα

2. Τόπος εργασίας: _____

3. Τάξη διδασκαλίας του/της εκπαιδευτικού

A. Στην α' δημοτικού

B. Στην β' δημοτικού

Γ. Στην γ' δημοτικού

Δ. Στην δ' δημοτικού

E. Στην ε' δημοτικού

ΣΤ. Στην στ' δημοτικού

4. Χρόνια διδασκαλίας

A. 0-5 χρόνια

B. 6-10 χρόνια

Γ. 11-15 χρόνια

Δ. 16-20 χρόνια

E. 21-25 χρόνια

Στ. >25 χρόνια

5. Ο τραυλισμός ορίζεται ως διαταραχή της φυσιολογικής ροής της ομιλίας του ατόμου.

A. Ναι

B. Όχι

Γ. Δεν γνωρίζω

6. Γνωρίζετε αν υπάρχει παιδί με τραυλισμό μέσα στην τάξη σας;

A. Ναι

B. Όχι

7. Πιστεύετε πως μπορείτε να αναγνωρίσετε ένα παιδί με τραυλισμό μέσα στην τάξη σας;

A. Ναι

B. Όχι

8. Πως συμπεριφέρεστε σε ένα παιδί με τραυλισμό;

A. Με ενθάρρυνση

B. Με τιμωρία

Γ. Με ευνοϊκή μεταχείριση

Δ. Χωρίς ιδιαίτερη μεταχείριση

9. Γνωρίζετε τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να αντιμετωπίσετε ένα παιδί με τραυλισμό μέσα στην τάξη;

A. Ναι

B. Όχι

10. Πως συμπεριφέρεται το παιδί με τραυλισμό;

- A. Άγχος
- B. Ντροπή
- Γ. Κοινωνικότητα (εξωστρεφές, παίζει με συνομηλίκους του)
- Δ. Απόσυρση (εσωστρεφές, αποφυγή δραστηριοτήτων, δεν κάνει εύκολα φιλίες)

11. Γνωρίζετε κάποια χαρακτηριστικά του τραυλισμού;

- A. Ναι
- B. Όχι

12. Πιστεύετε ότι το ποσοστό των αγοριών με τραυλισμό υπερέχει έναντι των κοριτσιών;

- A. Ναι
- B. Όχι
- Γ. Δεν γνωρίζω

13. Γνωρίζετε εάν ο τραυλισμός αποτελεί εμπόδιο στην εξέλιξη των μαθητών;

- A. Ναι
- B. Όχι
- Γ. Δεν γνωρίζω

14. Πιστεύετε ότι ο τραυλισμός σχετίζεται με οργανικές αιτίες; (π.χ εγκεφαλικές βλάβες;)

- A. Ναι
- B. Όχι
- Γ. Δεν γνωρίζω

15. Πιστεύετε ότι ο τραυλισμός σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες; (π.χ υπερπροστατευτικότητα;)

- A. Ναι
- B. Όχι
- Γ. Δεν γνωρίζω

16. Πιστεύετε ότι υπάρχουν καταστάσεις οι οποίες αυξάνουν ή μειώνουν την εκδήλωση του τραυλισμού;

- A. Ναι
- B. Όχι
- Γ. Δεν γνωρίζω

17. Θεωρείτε πως είναι απαραίτητο ένα παιδί με τραυλισμό να χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης;

- A. Ναι
- B. Όχι

18. Πιστεύετε ότι ένα παιδί με τραυλισμό έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης;

- A. Ναι
- B. Όχι

19. Πιστεύετε ότι ο τραυλισμός αποτελεί μια κατάσταση η οποία μπορεί να έχει θετική έκβαση;

- A. Ναι
- B. Όχι
- Γ. Δεν γνωρίζω

20. Έχετε έρθει σε επικοινωνία με τους γονείς του παιδιού που τραυλίζει;

- A. Ναι
- B. Όχι

21. Κάθε πότε έρχεστε σε επαφή με τους γονείς του παιδιού που τραυλίζει;

A. Πολύ συχνά

B. Συχνά

Γ. Σπάνια

Δ. Καθόλου

22. Ενημερώνεστε από τους γονείς για την πρόοδο της θεραπείας του παιδιού;

A. Ναι

B. Όχι

23. Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια που αφορούν τον τραυλισμό;

A. Ναι

B. Όχι

24. Πιστεύετε ότι πρέπει να υπάρχουν ειδικές τάξεις για παιδιά με τραυλισμό;

A. Ναι

B. Όχι

25. Θεωρείτε ότι θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση των εκπαιδευτικών από κάποιο αρμόδιο φορέα σχετικά με το θέμα του τραυλισμού;

A. Ναι

B. Όχι

Σας ευχαριστούμε!