

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

PUBLIC AWARENESS ABOUT STUTTERING

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΓΕΩΡΓΙΑΛΑΣ ΒΑΣΙΛΗΣ-ΛΕΩΝΙΔΑΣ, ΚΑΛΑΝΤΖΗ ΝΙΚΗ,
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ**

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΗΛΙΑΣ

ΠΑΤΡΑ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τα άτομα που συνέβαλαν στη διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας.

Αρχικά, ευχαριστούμε τον εποπτεύοντα καθηγητή μας, Δρ. Παπαθανασίου Ηλία, για την πολύτιμη συμβολή του, τις επεξηγήσεις και τις συστάσεις του για την υλοποίηση της παρούσας εργασίας.

Στη συνέχεια, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κα. Σ., η βοήθεια της οποίας διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στη διεξαγωγή των στατιστικών αναλύσεων.

Επιπλέον, θα ήταν παράλειψή μας να μην ευχαριστήσουμε τον κο. Στασινόπουλο Σωτήρη για τις παρατηρήσεις όσον αφορά στη μετάφραση της περίληψης.

Τέλος, τις ευχαριστίες μας προσφέρουμε σε όλους τους ανθρώπους που έλαβαν μέρος στην έρευνα και χωρίς τη συμμετοχή των οποίων δεν θα ήταν εφικτή η εκπόνησή της.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο τραυλισμός είναι μία διαταραχή που έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές κατά καιρούς. Έρευνες έχουν διεκπεραιωθεί προκειμένου να δοθούν απαντήσεις για τις διάφορες πτυχές του πολυσύνθετου αυτού φαινομένου, καθώς ο τραυλισμός δεν είναι μόνο μία διαταραχή της ροής της ομιλίας, έχει επίσης και μία κοινωνική διάσταση. Αυτή, πιθανώς να επιδρά αρνητικά στη λειτουργικότητα του ατόμου στην κοινωνία και ενδεχομένως να επηρεάζει την ποιότητα ζωής του (Craig, Blumgart & Tran, 2009). Επίσης, έχει αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι άλλοι τα άτομα που τραυλίζουν (ΑΠΤ). Αυτό υποστηρίζεται από το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων έχει την τάση να χαρακτηρίζει και να απομονώνει ανθρώπους που ανήκουν σε ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, όπως τα άτομα που τραυλίζουν. Η κοινωνική άγνοια, είναι σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει σε αυτή την αντίδραση και επηρεάζει την πνευματική και συναισθηματική πολυπλοκότητα του τραυλισμού (Blood, 1999). Σε γενικές γραμμές, ο τραυλισμός διέπεται από πολλές αρνητικές στερεότυπες αντιλήψεις, οι οποίες συχνά έχουν ως αποτέλεσμα τον στιγματισμό των ΑΠΤ, γεγονός που με την σειρά του επηρεάζει δραστικά τις ζωές τους (Blood & Blood, 2007). Αυξάνοντας τα επίπεδα ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού, αποβάλλονται αυτές οι προκαταλήψεις που προκύπτουν από την κοινωνική άγνοια. Η παρούσα έρευνα διεξήχθη με σκοπό τον εντοπισμό του επιπέδου των γνώσεων του γενικού πληθυσμού της ελληνικής κοινότητας σχετικά με τη διαταραχή του τραυλισμού, βασιζόμενη στην παραπάνω θεωρία. Η έλλειψη ανάλογης δραστηριότητας για τα ελληνικά δεδομένα, αποτέλεσε το έναυσμα για την εκπόνησή της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τραυλισμός είναι αναμφίβολα μία από τις πιο διαδεδομένες και επιστημονικά μελετημένες διαταραχές της ροής της ομιλίας. Ίσως ένας από τους λόγους που έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης, είναι η εμφάνισή του σε διάφορες κοινωνίες από αρχαιοτάτων χρόνων. «Η ασυνήθιστη ηχητικά ομιλία των ΑΠΤ, αλλά και οι δευτερεύουσες συμπεριφορές που συχνά τη συνοδεύουν, έγιναν από τα αρχαία χρόνια στόχος συζήτησης, χλευασμού, περιέργειας, αλλά και έρευνας.» (Μαλανδράκη, 2012). Αν και τα τελευταία χρόνια παρατηρείται έντονη ερευνητική δραστηριότητα επί του θέματος, η διαταραχή του τραυλισμού εξακολουθεί να εγείρει πολλά ερωτήματα.

Παρά το γεγονός ότι αρκετές έρευνες έχουν επικεντρωθεί στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ΑΠΤ, καθώς και της εξοικείωσης συγκεκριμένων ομάδων αλλά και του γενικότερου πληθυσμού με τον τραυλισμό, ελάχιστες είναι οι προσπάθειες που στόχο είχαν την εξέταση του επιπέδου γνώσεων του ευρύτερου κοινού σχετικά με τη διαταραχή. Έρευνες που θέλησαν να δώσουν απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα, πραγματοποιήθηκαν στις χώρες του Βελγίου, της Κίνας και της Βραζιλίας. Οι εν λόγω έρευνες λειτούργησαν ως κατευθυντήρια γραμμή, ούτως ώστε να διεξαχθεί η αντίστοιχη έρευνα για τα ελληνικά δεδομένα.

Προκειμένου να εξεταστεί ο συγκεκριμένος ερευνητικός στόχος, συλλέχθηκε ένα δείγμα 766 υποκειμένων, τα οποία κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου. Με την ολοκλήρωση αυτής της διαδικασίας, μέσω κατάλληλων στατιστικών αναλύσεων, προέκυψαν αποτελέσματα τα οποία οδήγησαν σε ορισμένα συμπεράσματα. Διαπιστώθηκε ότι ο ελληνικός πληθυσμός είναι αρκετά εξοικειωμένος (79,9%) με τη διαταραχή του τραυλισμού και ότι το επίπεδο γνώσεών του κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Ωστόσο, ελλείμματα ήταν εμφανή για ορισμένες πτυχές του φαινομένου. Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι κινήσεις με στόχο την περαιτέρω ενημέρωση του κοινού και συγκεκριμένων υποομάδων του είναι απαραίτητες.

ABSTRACT

Stuttering is undoubtedly one of the most widespread and scientifically researched fluency disorders. Probably, one of the reasons that makes stuttering such an intriguing issue for the scientific community is its prevalence throughout the years in many different cultures and races. “PWS’s (people who stutter) unusual sound of speech and secondary behaviours which accompany it, have been the target for debates, ridicule, curiosity and research from the very ancient years.” (Malandraki, 2012). Even though there has been an extensive research activity on the topic over the last few decades, stuttering is a disorder which still raises many questions.

Despite the fact that a lot of research has focused on the investigation of the quality of life of PWS as well as the awareness of certain groups, including the lay public, about stuttering, there has only been little research which has made an attempt to investigate the general public’s level of knowledge regarding the specific disorder. Studies that attempted to address the aforementioned question have taken place in Belgium, China and Brazil. These studies were used as models for the conduct of the present research within a Greek context.

In order to achieve this particular scientific goal, a sample of 766 subjects was collected. The respondents were invited to answer a questionnaire which consisted of closed questions. After the completion of this procedure, statistical analyses were performed. The obtained results led to certain conclusions. It was found that the Greek population was aware of stuttering (79,9%) and its level of knowledge ranged within satisfactory levels. However, few shortcomings were noticed concerning some aspects of this phenomenon. Conclusively, movements targeting the extension of knowledge for both the laypersons and for specific subgroups are necessary.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	ii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iv
ABSTRACT.....	v
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.2 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	10
2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ.....	10
2.2 ΔΕΙΓΜΑ.....	10
2.3 ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	13
2.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	14
2.5 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	78
4.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	78
4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ.....	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά καιρούς, διάφοροι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να ορίσουν τον εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό. Το φαινόμενο αυτό κυρίως έχει οριστεί ως μία διαταραχή της ροής της ομιλίας. Αντιπροσωπευτικός είναι ο ορισμός του Van Riper (1982), σύμφωνα με τον οποίο «Ο τραυλισμός είναι μία απόκλιση στην πρόσθια ροή της ομιλίας, μία ανικανότητα να διατηρηθούν οι συνδεδεμένοι ρυθμοί ομιλίας» (Μαλανδράκη, 2012). Η φυσιολογική ροή της ομιλίας διακόπτεται με τέτοιο τρόπο που ο συγχρονισμός και ο ρυθμός της δεν σχηματίζονται σωστά. Ακόμα, ο τραυλισμός προσδιορίζεται και με όρους που περιλαμβάνουν ακουστικά όσο και οπτικά ερεθίσματα αλλά και με όρους που αφορούν την αντίδραση του ομιλητή και του ακροατή στα ερεθίσματα αυτά (Myers & Wall, 1995). Ωστόσο, η ομιλία είναι ένα φαινόμενο ιδιαίτερα σύνθετο που απαιτεί συγχρονισμό και αλληλουχική δραστηριότητα πολλών δομών (Myers & Wall, 1995). Πλέον λοιπόν, είναι γνωστό ότι ο τραυλισμός δεν είναι μία απλή διαταραχή ροής της ομιλίας, αλλά εμπεριέχει και πολλούς άλλους παράγοντες, γλωσσικούς, αναπτυξιακούς, γνωστικούς και περιβαλλοντικούς (Μαλανδράκη, 2012). Επομένως, ένας ορισμός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του τόσο τα εμφανή (ακουστικά και οπτικά χαρακτηριστικά της ομιλίας), όσο και τα μη εμφανή στοιχεία (συναισθήματα και σκέψεις) (Gregory, 2003). Για αυτό το λόγο ο ορισμός του τραυλισμού παραμένει αντικείμενο συζήτησης, παρά τις μέχρι τώρα προσπάθειες (Andrews & Harris, 1964, Wingate, 1997, Bloodstein & Bernstein-Ratner, 2008).

Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή της ροής της ομιλίας που συνήθως εμφανίζεται στην παιδική ηλικία και εκδηλώνεται περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού (Bloodstein & Bernstein-Ratner, 2008). Ωστόσο, υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται σε περίπου 0,72% του γενικού πληθυσμού (Craig, Hancock, Tran, Craig & Peters, 2002). Το άτομο που τραυλίζει (ΑΠΤ) θα παρουσιάσει ακούσιες διακοπές στη ροή της ομιλίας, οι οποίες ως επί το πλείστον περιλαμβάνουν επαναλήψεις συλλαβών, επιμηκύνσεις λέξεων και μπλοκαρίσματα ήχων (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008, Craig, Hancock, Chang et al., 1996). Σύμφωνα με τον Van Riper, 1971, οι προαναφερόμενες συμπεριφορές θεωρούνται βασικές ή πρωτεύουσες (core behaviours), ενώ σωματικές συμπεριφορές, παραδείγματος χάριν κλείσιμο ματιών, κούνημα κεφαλής και άλλες, και λεκτικές όπως για παράδειγμα παρεμβολές ανάμεσα σε λέξεις ή φράσεις, εναλλαγές έντασης ή ύψους φωνής και άλλα (Silverman, 2004) θεωρούνται δευτερεύουσες ή συνοδές συμπεριφορές (secondary behaviours). Τα τελευταία χρόνια, έχει προστεθεί και μια τρίτη ομάδα χαρακτηριστικών: τα συναισθήματα και οι πεποιθήσεις (Guitar, 2006, Silverman, 1996, Yairi & Seery, 2011). Ο Sheehan, 1970, παρομοίασε τον τραυλισμό με παγόβουνο, η κορυφή του οποίου απεικονίζει τον τραυλισμό, ενώ το κομμάτι κάτω από την επιφάνεια της θάλασσας αντιπροσωπεύει τα αρνητικά συναισθήματα και τις πεποιθήσεις του ΑΠΤ, θέλοντας έτσι να δώσει έμφαση στο ψυχολογικό υπόβαθρό του.

Η έναρξη του εξελικτικού τραυλισμού σύμφωνα με τον Guitar, 2006, μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε ηλικία από 18 μηνών έως 12 ετών, ωστόσο, κατά τους Yairi & Ambrose, 2005, πιο συχνά εμφανίζεται στην ηλικία μεταξύ των 2 και 5 ετών. Στην πρώτη εμφάνιση του τραυλισμού η αναλογία φύλου δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά, όμως σε παιδιά

σχολικής ηλικίας και ενήλικες η συγκεκριμένη αναλογία αυξάνεται φτάνοντας περίπου τους 4 άνδρες ανά 1 γυναίκα ή και παραπάνω (Bloodstein, 1995, Craig et al., 2002, Mansson, 2000).

Μέχρι σήμερα πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί προκειμένου να προσδιοριστεί η ακριβής αιτία του τραυλισμού. Ακόμη δεν έχει δοθεί σαφής απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα και για αυτό το λόγο η αιτιογένεσή του δεν μπορεί να αποδοθεί μόνο σε ένα παράγοντα. Όλο και περισσότεροι ερευνητές, καταλήγουν πλέον στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο (Conture, 1990, Yairi, 2004). Πιστεύεται ότι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση του τραυλισμού είναι γενετικοί – κληρονομικοί, νευρογενείς και περιβαλλοντικοί. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τους γενετικούς – κληρονομικούς παράγοντες, έπειτα από έρευνες που έχουν εκπονηθεί κατά καιρούς, έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ γενετικού υπόβαθρου (οικογενειακό ιστορικό) και εμφάνισης του τραυλισμού. Για το λόγο αυτό έχουν γίνει προσπάθειες να απομονωθούν γονίδια με τυχόν μεταλλάξεις, όπως στο χρωμόσωμα 12, τα GNPTAB, GNPTG και NAGPA, που φαίνεται πως η ύπαρξη τους συνδέεται με την γένεση του τραυλισμού (Drayna & Kang, 2011). Παρόλα αυτά είναι ακόμα νωρίς για να συνδεθούν συγκεκριμένα γονίδια με την διαταραχή καθώς υπάρχουν περιπτώσεις ατόμων που τραυλίζουν χωρίς οικογενειακό ιστορικό ή κάποιο μεταλλαγμένο γονίδιο (Μαλανδράκη, 2012). Σχετικά με τους νευρογενείς παράγοντες, δεδομένα υποστηρίζουν πως τα ΑΠΤ παρουσιάζουν ήπιες εγκεφαλικές διαφορές συγκριτικά με τα άτομα τυπικού πληθυσμού. Από τις έρευνες λειτουργικής νευροαπεικόνισης έχει διεξαχθεί το εξής συμπέρασμα: στα ΑΠΤ το δεξί ημισφαίριο δείχνει να υπερδραστηριοποιείται σε σχέση με το αριστερό και αυτή η υπερδραστηριότητα φαίνεται πως είναι αντισταθμιστική διαδικασία που καλύπτει τη δυσλειτουργία του αριστερού ημισφαιρίου (Fox et al. 1996, Braun et al. 1997, Weiller et al. 1995, De Nil et al., 2000, Neumann et al. 2003). Βάσει των προαναφερθέντων ερευνητικών ευρημάτων, η αντίληψη ότι η αιτία του τραυλισμού στηρίζεται αμιγώς σε περιβαλλοντικούς παράγοντες δεν φαίνεται να ευσταθεί. Το γεγονός αυτό βέβαια, δεν αναιρεί την συμβολή ορισμένων περιβαλλοντικών παραγόντων στην πυροδότηση του πολυσύνθετου αυτού φαινομένου (Μαλανδράκη, 2012). Επομένως, είναι ξεκάθαρο ότι ο συνδυασμός των παραπάνω παραγόντων είναι απαραίτητος για την πρόκληση της διαταραχής (Conture, 1990, Guitar, 2006, Yairi, 2004).

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι η ποικιλομορφία του (Sawyer, Chon & Ambrose, 2008). Μπορεί να κυμαίνεται από ήπιος έως σοβαρός καθώς εμφανίζει διακυμάνσεις. Υποστηρίζεται ότι είναι «κυκλικός» (Gregory, 2003), αφού η ομιλία ενός ενήλικα μπορεί να είναι τη μία μέρα αρκετά εύρυθμη ενώ την αμέσως επόμενη ιδιαίτερα δυσρυθμική. Αντίστοιχα, οι στιγμές τραυλισμού στην ομιλία ενός μικρού παιδιού μπορεί να υποχωρήσουν εντελώς έως ότου να επανεμφανιστούν λίγες εβδομάδες αργότερα (Sawyer, Chon & Ambrose, 2008).

Ο τραυλισμός είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται από την αρχαιότητα και αφορά όλους τους πολιτισμούς και όλες τις κοινωνικές ομάδες (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2006, Μαλανδράκη, 2012). Αποτελεί λοιπόν, ένα κοινωνικό ζήτημα με μακρά ιστορία. Κάποιες χώρες έχουν αναπτύξει κοινωνικά προσανατολισμένες έρευνες που σχετίζονται με τη διαταραχή ώστε να διερευνήσουν την ενημερότητα, τις γνώσεις και τη συμπεριφορά του πληθυσμού του εκάστοτε τόπου. Όσον αφορά στις γνώσεις και στην ενημερότητα του γενικού πληθυσμού, έχουν διεκπεραιωθεί έρευνες στη Φλάνδρα, Βέλγιο (Van Borsel, Verniers, & Bouvry, 1999), στη Σαγκάη, Κίνα (Xing Ming, Jing, Yi Wen, & Van Borsel, 2001), στο Ρίο ντε Τζανέιρο, Βραζιλία (Medeiros de Britto Pereira, Perni Rossi, Van Borsel, 2008) και στο Σαλβαδόρ, Βραζιλία (Matos Fonseca, & D' Angelo Nunes, 2013). Από τις συγκεκριμένες έρευνες προέκυψε πως ο τραυλισμός είναι μία διαταραχή σχετικά οικεία στην πλειοψηφία του πληθυσμού, αν και το επίπεδο των γνώσεών του είναι γενικά περιορισμένο, ακόμα και όσον αφορά βασικά δεδομένα. Παρά το γεγονός ότι έχει μελετηθεί στο εξωτερικό,

δεν έχει παρατηρηθεί αντίστοιχη ερευνητική δραστηριότητα στην ελληνική επιστημονική κοινότητα.

Ακόμα και αν ο τραυλισμός είναι μία διαταραχή που υπάρχει παγκοσμίως και ακόμα και αν πολλές χώρες έχουν εκπαιδευτικά προγράμματα που εκπαιδεύουν επαγγελματίες ώστε να αξιολογούν και να θεραπεύουν τον τραυλισμό, η ενημερότητα και οι γνώσεις του γενικού πληθυσμού μπορεί να διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα (Medeiros de Britto Pereira, Perni Rossi, Van Borsel, 2008). Είναι γεγονός ότι τα ΑΠΤ βιώνουν διακρίσεις και στιγματοποίηση (stigma), εξαιτίας των αρνητικών στερεοτύπων που επικρατούν (Gabel, 2006, Boyle et al., 2009). Η παρουσία αυτής της αρνητικής συμπεριφοράς απέναντι στο τραυλισμό έχει εδραιωθεί παγκοσμίως, επομένως αιτήματα για κοινωνική ενημερότητα και εκπαιδευτικές εκστρατείες για την μείωση του στίγματος (stigma) έχουν αρχίσει να προωθούνται (Gabel et al., 2004, St. Louis, 2005).

Έρευνες που σκοπό είχαν την ανίχνευση του επιπέδου της εξοικείωσης και των γνώσεων του κοινού, έχουν πραγματοποιηθεί για πληθώρα διαταραχών εκτός του τραυλισμού. Η ανάγκη για την διεξαγωγή των ερευνών αυτών έγκειται στο γεγονός ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων έχει την τάση να χαρακτηρίζει και να απομονώνει ανθρώπους που ανήκουν σε ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, όπως ασθενείς με αφασία ή άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Το στίγμα όπως προαναφέρθηκε, το οποίο κατά τον Goffman (1963) αποτελεί την εκδήλωση μίας «διαστρεβλωμένης ταυτότητας» (“spoiled identity”), είναι ένα παγκόσμιο ανθρώπινο φαινόμενο. Άτομα τα οποία χαρακτηρίζονται ως ανεπιθύμητα, ή ως εν δυνάμει επικίνδυνα, συχνά ζουν βιώνοντας καταστάσεις γελοιοποίησης, εκφοβισμού και διακρίσεων.

Η ανάγκη υποστήριξης επομένως των αιτημάτων για κοινωνική ενημερότητα και εκπαιδευτικές εκστρατείες έγκειται στο ότι η απόκτηση πρόσφατων και ακριβέστερων πληροφοριών θα καταστήσει τον γενικό πληθυσμό πιο εμπαθή και κατ' επέκταση με λιγότερο επικριτική διάθεση απέναντι στα άτομα αυτά. Ειδικότερα, στη διαταραχή του τραυλισμού, αυτό υποστηρίζεται και από αποτελέσματα διάφορων ερευνών οι οποίες έρχονται να προσθέσουν δεδομένα, ότι συμπεριφορές ενηλίκων μπορούν να αλλάξουν προς θετική κατεύθυνση μετά από κατάλληλη ενημέρωση, μειώνοντας τις προκαταλήψεις και τις αρνητικές απόψεις με τις οποίες τα άτομα συνδέουν τη συγκεκριμένη διαταραχή (Flynn & St. Louis, 2011, Smart, 2001). Επιπρόσθετα, οι γνώσεις του ευρύτερου κοινού μπορούν να επηρεάσουν θετικά τις επιδημιολογικές μελέτες για τον τραυλισμό. Επίσης, οι γνώσεις για τη διαταραχή και τη θεραπεία της είναι ιδιαίτερα σημαντικές εκτός των άλλων και για γονείς μικρών ηλικιακά παιδιών που μπορεί να την εμφανίσουν. Με τη σωστή λοιπόν ενημέρωση, επιτυγχάνεται έγκαιρη διάγνωση και πρόιμη παρέμβαση που θα οδηγήσει μετέπειτα σε μια αποτελεσματικότερη θεραπεία (Guitar, 2006, Shapiro, 1999).

Σκοπός λοιπόν της συγκεκριμένης έρευνας, είναι να διερευνηθεί το πού κυμαίνεται το επίπεδο γνώσεων του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τον τραυλισμό, καθώς είναι σημαντικό για τους παραπάνω λόγους να διαπιστωθεί το πόσο ενήμερος είναι. Προκειμένου να εξυπηρετηθεί ο συγκεκριμένος σκοπός διαμορφώθηκε ένα ερωτηματολόγιο, με κλειστού τύπου ερωτήσεις. Στη συνέχεια ακολούθησε η συλλογή του δείγματος, η καταγραφή των απαντήσεων που δόθηκαν, η κωδικοποίησή τους και η στατιστική τους ανάλυση. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψαν ορισμένα συμπεράσματα τα οποία έπειτα εξετάστηκαν σε σχέση με τα αντίστοιχα ευρήματα ερευνών που έχουν διεκπεραιωθεί πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.

1.2 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Όσον αφορά στη διερεύνηση των γνώσεων του κοινού για διαταραχές επικοινωνίας και πιο συγκεκριμένα για την αφασία και τον αυτισμό, έχουν γίνει αρκετές σχετικές μελέτες, υποδεικνύοντας πάντα την έλλειψη πληροφοριών γύρω από αυτές. Φάνηκε πως το κοινό όχι μόνο δεν κατέχει τις βασικές γνώσεις για τις εν λόγω διαταραχές, αλλά και δεν είναι εξοικειωμένο με τις έννοιες καθεαυτές.

Συγκεκριμένα, όπως διαφαίνεται από τις πιο πρόσφατες έρευνες για την αφασία, των Simmons-Mackie et al., 2002, McCann et al., 2013, Flynn et al., 2009, ο γενικός πληθυσμός είναι εξοικειωμένος σε πολύ μικρό ποσοστό με τη διαταραχή της αφασίας και σε ακόμα μικρότερο ποσοστό κατέχει βασικές γνώσεις γύρω από τη διαταραχή. Αναλυτικότερα, και οι τρεις έρευνες χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε κυρίως ερωτήσεις κλειστού τύπου και το οποίο χορηγήθηκε μέσω συνέντευξης, θέλησαν να εξετάσουν το βαθμό ενημερότητας και γνώσεων του πληθυσμού. Στην έρευνα των Flynn et al., 2009, η γνώση για την αφασία στο δείγμα του ευρύτερου κοινού ήταν ιδιαίτερα χαμηλή. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το γεγονός αυτό ενδεχομένως να οφειλόταν σε μη εξοικείωση των υποκειμένων με τον όρο «αφασία» παρά με τη διαταραχή καθεαυτή.

Το 2002, με την έρευνα των Simmons-Mackie et al., διαπιστώθηκε πως αν και το 13,6% των ερωτηθέντων ήταν εξοικειωμένο με την αφασία ως έννοια, μόνο το 5,4% είχε βασικές γνώσεις σχετικά με αυτήν. Παρατηρήθηκε επίσης, πως τα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών ήταν πιο ενημερωμένα σε σχέση με άτομα νεαρότερων ηλικιών, γεγονός που δεν προκαλεί ιδιαίτερη εντύπωση αν αναλογιστεί κανείς ότι η αφασία είναι μία διαταραχή που αφορά κυρίως άτομα μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων. Ακόμη ένα λογικό συμπέρασμα που προέκυψε από την παρούσα έρευνα, είναι πως οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας ήταν πιο ενημερωμένοι σχετικά με το θέμα συγκριτικά με τα υποκείμενα που ανήκαν σε άλλες επαγγελματικές ομάδες. Στην παρούσα έρευνα παρουσιάστηκε η άποψη ότι η έλλειψη κοινωνικής ενημέρωσης μπορεί να επηρεάσει εκτός των άλλων και την ποιότητα των υπηρεσιών προς τα άτομα με αφασία. Επιπρόσθετα, ασθενείς με αφασία έχουν δηλώσει την ύπαρξη δυσκολίας στη συνδιαλλαγή τους με γιατρούς και άλλους παρόχους υπηρεσιών οι οποίοι δεν είχαν γνώσεις σχετικά με το πως να υποστηρίξουν την επικοινωνία ή να προσφέρουν πληροφορίες προς αυτούς (Kagan, 2000, Parr et al., 1997). Μία πρόσθετη άποψη είναι πως η ενημέρωση του κοινού μπορεί να επηρεάσει την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ατόμων με αφασία καθώς και των οικείων τους. Λόγω της άγνοιας σχετικά με την αφασία, τα άτομα με αυτή τη διαταραχή νιώθουν διαφορετικά και απομονωμένα και αυτό οδηγεί στην πρόκληση συναισθημάτων άγχους, κατάθλιψης και κοινωνικής απομόνωσης που μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην αποκατάστασή τους (Code, Hemsley & Hermann, 1999, Elman et al., 2000).

Σύμφωνα με την έρευνα των McCann et al., 2013, φάνηκε πως το 30% του συνολικού δείγματος ήταν εξοικειωμένο με την αφασία, ποσοστό μεγαλύτερο από αυτό που βρέθηκε στην έρευνα των Simmons-Mackie et al. Ωστόσο, στο συνολικό δείγμα των 300 υποκειμένων συμπεριλαμβάνονταν και 100 υποκείμενα από το χώρο της υγείας. Έτσι κρίθηκε σκόπιμο να διαχωριστεί το ποσοστό που αφορούσε στο βαθμό εξοικείωσης με τη διαταραχή, στα άτομα του γενικού πληθυσμού (200 άτομα), το οποίο βρέθηκε στο 11% και στα άτομα στον τομέα της υγείας (100 άτομα), που βρέθηκε στο 68%. Σε αντίθεση με το βαθμό εξοικείωσης, το επίπεδο των γνώσεων των ατόμων κυμαινόταν σε ακόμα χαμηλότερα ποσοστά. Αναλυτικότερα, στο σύνολο του δείγματος βρέθηκε πως μόλις το 8% είχε γνώσεις επί του θέματος και πιο εξειδικευμένα, ο γενικός πληθυσμός είχε βασικές γνώσεις στο 1,5%, ενώ οι ερωτώμενοι που ανήκαν στον τομέα της υγείας είχαν βασικές γνώσεις στο 21%. Αυτό

συνάδει με το εύρημα των Simmons-Mackie et al., οι οποίοι συμπέραναν ότι οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας είναι πιο ενημερωμένοι σχετικά με την αφασία. Επίσης, φάνηκε πως ακόμα και μετά από την πάροδο του χρόνου, η εξοικείωση και οι γνώσεις για την αφασία παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα. Τέλος, οι McCann et al., ανατρέχοντας στα λεγόμενα των Flynn et al., 2009, υποστήριξαν το γεγονός ότι τα χαμηλά ποσοστά εξοικείωσης, πιθανώς να αιτιολογούνται από την άγνοια της πλειοψηφίας με τον όρο «αφασία» και όχι τόσο από την άγνοια για την διαταραχή.

Καταλήγοντας, και οι τρεις έρευνες υποστηρίζουν την άποψη του Parr, 2007, ότι ο αρνητικός αντίκτυπος της αφασίας στην οικογένεια, στους φίλους και στα άτομα με αφασία μπορεί να μειωθεί από τις αντιδράσεις και τις απαντήσεις του γενικού πληθυσμού. Επίσης, τα άτομα με αφασία υποφέρουν από κοινωνικό αποκλεισμό, ο οποίος θα μπορούσε να αντιστραφεί μέσω αυξημένης κοινωνικής ενημερότητας και βελτίωσης του επιπέδου γνώσεων.

Μελέτες για τη διερεύνηση της ενημέρωσης και των γνώσεων του κοινού έχουν γίνει και για τη διαταραχή του αυτισμού. Η πλειοψηφία των ερευνών αυτών εστίασε περισσότερο σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες και όχι στη διερεύνηση των απόψεων του γενικού πληθυσμού.

Οι Campbell & Barger, 2011, συγκέντρωσαν ένα δείγμα 1015 μαθητών από τρία διαφορετικά Γυμνάσια. Να σημειωθεί ότι και τα τρία σχολεία είχαν στον πληθυσμό των μαθητών τους και παιδιά στο φάσμα του αυτισμού. Μέσω της συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου και της κλίμακας KOA (Knowledge of Autism), εξετάστηκε το επίπεδο ενημέρωσης των μαθητών σχετικά με τον αυτισμό και κατά πόσο αυτό επηρέαζε το επίπεδο των γνώσεών τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπήρχαν διαφορές από σχολείο σε σχολείο, ωστόσο κατά γενική ομολογία, οι μαθητές που είχαν προηγούμενη επαφή με τη διαταραχή (468 υποκείμενα) εμφάνιζαν και καλύτερη κατανόησή της σε αντίθεση με τους 547 μαθητές που δεν ήταν ενημερωμένοι σχετικά με τον αυτισμό.

Η έρευνα των Khanna & Jariwala, 2012, ήταν η πρώτη που διεξήχθη για τον έλεγχο των γνώσεων των φαρμακοποιών για τον αυτισμό. Σκοπός της ήταν να καθορίσει την ενημερότητα των φαρμακοποιών και τις γνώσεις τους για τη συμπτωματολογία, την αιτιολογία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτισμού. Το δείγμα αποτελείται από 147 υποκείμενα των οποίων οι γνώσεις εξετάστηκαν μέσω ενός διαδικτυακού ερωτηματολογίου. Σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα έδειξαν ορισμένα κενά στις γνώσεις των φαρμακοποιών για τον αυτισμό. Το 23% περίπου των φαρμακοποιών δεν γνώριζε πως ο αυτισμός είναι αναπτυξιακή διαταραχή, ενώ το 32% δεν ήταν ενήμερο σχετικά με τους γενετικούς παράγοντες και πως αυτοί συμβάλλουν στην αιτιολογία του αυτισμού.

Ακόμα μία έρευνα που στόχευε στην εξέταση των γνώσεων για τον αυτισμό ήταν η μελέτη των Khanna et al., 2014, που συγκέντρωσε δείγμα 196 φοιτητών της φαρμακευτικής σχολής. Όπως και στην προηγούμενη μελέτη που είχε πραγματοποιηθεί για τους φαρμακοποιούς, φανερώθηκαν κενά στις γνώσεις των φοιτητών της φαρμακευτικής. Το σημαντικότερο εύρημα ήταν πως η ακρίβεια των γνώσεων ήταν ανάλογη του έτους φοίτησης. Ως εκ τούτου, οι φοιτητές του τέταρτου έτους ήταν οι πιο άρτια ενημερωμένοι επί του θέματος.

Εκτός από την ομάδα των φαρμακοποιών, ακόμα ένας κλάδος που έχει εξεταστεί για τις γνώσεις του επί του αυτισμού, είναι η ομάδα των νοσοκόμων. Στην έρευνα των Bakare et al., 2009, φάνηκε πως οι νοσοκόμες δεν είχαν αρκετές γνώσεις όσον αφορά στον αυτισμό. Το έλλειμμα βρέθηκε να είναι μεγαλύτερο στο κομμάτι της συμπτωματολογίας. Άλλη έρευνα έδειξε πως η πλειοψηφία σχολικών νοσοκόμων ήταν ενημερωμένη σχετικά με τη διαταραχή αυτιστικού φάσματος, συμπεριλαμβανομένου της συμπτωματολογίας και της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά παρουσίαζαν ελλείψεις όσον αφορά τις επικοινωνιακές ικανότητες, τις συμπεριφορικές θεραπείες και θέματα ασφαλείας (Strunk, 2009). Το δείγμα της έρευνας των

Igwe et al., 2011, ήταν 80 νοσοκόμες, 40 από παιδιατρική και 40 από ψυχιατρική κλινική. Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο για την εξέταση των δημογραφικών χαρακτηριστικών. Το ερωτηματολόγιο συμπληρωνόταν από το κάθε υποκείμενο ξεχωριστά και είχε δημιουργηθεί από μία ομάδα ψυχιάτρων και κλινικών ψυχολόγων το 2008. Περιελάμβανε 19 ερωτήσεις και διερευνούσε το επίπεδο των γνώσεων. Περισσότερες γνώσεις φάνηκαν να έχουν οι νοσοκόμες της ψυχιατρικής πτέρυγας. Ωστόσο, οι γνώσεις όσων είχαν εμπειρία ήταν περισσότερες τόσο στις νοσοκόμες παιδιατρικής όσο και στις νοσοκόμες της ψυχιατρικής. Η συνολική μέση τιμή του δείγματος ήταν χαμηλή και αντικατόπτριζε ελλείμματα στις γνώσεις, στην εκπαίδευση και στην ενημερότητα σχετικά με τον παιδικό αυτισμό από όλες τις νοσοκόμες.

Οι Rahbar et al., 2011, εξέτασαν την ομάδα των γενικών γιατρών (General Practitioners). Η έρευνα περιελάμβανε 332 υποκείμενα από τα οποία μόνο τα 148 είχαν ακουστά τον αυτισμό, έχοντας ωστόσο κάποιες λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τα συμπτώματα και την αιτιολογία. Η μέση ηλικία των γενικών ιατρών ήταν τα 41,08 έτη και περίπου το 67% αυτών ήταν άντρες. Οι γενικοί ιατροί που είχαν ψυχολογική ή παιδιατρική εκπαίδευση κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ότι έχουν γνώσεις σχετικές με τον αυτισμό συγκριτικά με όσους δεν είχαν την αντίστοιχη εκπαίδευση. Να αναφερθεί ακόμα πως οι γενικοί ιατροί που ήταν νεαρότεροι ηλικιακά και που είχαν αποφοιτήσει πρόσφατα, αν και είχαν λιγότερη εμπειρία ήταν πιο πιθανό να γνωρίζουν για τον αυτισμό.

Το 2012, οι Durand-Zaleski et al., συνέλλεξαν ένα δείγμα 1000 ατόμων, ηλικίας 18 ετών και άνω μέσω χορήγησης διαδικτυακού ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 100% του δείγματος αναγνώρισε τον όρο «αυτισμός» αλλά μόνο το 67% μπορούσε να περιγράψει τη διαταραχή. Τόσο η ενημερότητα όσο και οι γνώσεις για τη διαταραχή φάνηκε να επηρεάζονται από την ηλικία και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των υποκειμένων.

Οι Dillenburg et al., 2013, συγκέντρωσαν 1204 άτομα για τις ανάγκες της έρευνάς τους, ηλικίας άνω των 18 ετών. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 55,3% ήταν γυναίκες και το 44,7% ήταν άνδρες. Για τη διεξαγωγή της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε η NILT διαδικασία, η οποία χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο περιλαμβάνει μία διαπροσωπική συνέντευξη, και το δεύτερο ένα τμήμα συμπλήρωσης από το ίδιο το υποκείμενο. Το 82% του συνόλου δήλωσε ενήμερο για τον αυτισμό, τις διαταραχές αυτιστικού φάσματος ή το σύνδρομο Asperger. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι ο κόσμος ήταν επαρκώς ενημερωμένος για τον αυτισμό και οι γνώσεις του κυμαίνονταν σε ικανοποιητικά επίπεδα σχετικά με θέματα που αντιμετωπίζονται από άτομα στο φάσμα του αυτισμού και τις οικογένειες τους. Επιπρόσθετα, φάνηκε ότι ενώ η ενημέρωση για τον αυτισμό είναι επαρκής μόνο το 1/5 του δείγματος ήταν ενήμερο για τους ισχύοντες νόμους περί του αυτισμού.

Κοινό πόρισμα των προαναφερόμενων ερευνών ήταν ότι η διάγνωση του αυτισμού συχνά «χάνεται» εξαιτίας της έλλειψης γνώσεων σχετικών με την αιτιολογία και διαγνωστικών κριτηρίων ανάμεσα σε ειδικούς υγείας (Kalra et al. 2005, Singhi & Malhi, 2011). Η πρώιμη διάγνωση είναι σημαντική γιατί προάγει την πρώιμη παρέμβαση η οποία επιδεικνύει βελτιωμένα εκπαιδευτικά και συμπεριφορικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένου κοινωνικών, γνωστικών και επικοινωνιακών λειτουργιών (Fombonne, 2005, Rapin, 1997). Επίσης, σύμφωνα με μελέτες, η συχνότητα εμφάνισης του αυτισμού αυξάνεται συνεχώς. Ως εκ τούτου, απαραίτητη καθίσταται η ύπαρξη κατάλληλων γνώσεων από τους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας, όπως φαρμακοποιοί, γιατροί, νοσοκόμες.

Όσον αφορά στο θέμα της παρούσας έρευνας, ακόμα κι αν γνωρίζουμε πως πολλοί επαγγελματίες στο χώρο συνεχίζουν να ερευνούν τον τραυλισμό σε διάφορους τομείς, λίγα δεδομένα υπάρχουν για τις γνώσεις και την κατανόηση του γενικότερου πληθυσμού για την διαταραχή (Gabel, Brackenbury & Irani, 2010). Οι περισσότερες έως τώρα μελέτες στόχευαν είτε μεμονωμένα στον έλεγχο της ποιότητας ζωής των ΑΠΤ είτε στη συλλογή δεδομένων που

αφορούσε στην κοινωνική άποψη, συμπεριφορά και γνώση από συγκεκριμένο πληθυσμό κάθε φορά.

Ευρήματα διάφορων ερευνητών υποστηρίζουν πως ο τραυλισμός επιδρά αρνητικά στη ζωή των ΑΠΤ περιορίζοντας τις κοινωνικές συναναστροφές τους. Παρομοίως, ο τραυλισμός επιδρά αρνητικά στη συναισθηματική κατάσταση και στην πνευματική υγεία των ΑΠΤ (Craig & Tran, 2006). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Yaruss & Quesal, 2006, ο τραυλισμός περιορίζει σημαντικά την ικανότητα του ομιλητή να συμμετέχει σε καθημερινές δραστηριότητες. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται από το γεγονός ότι πολλά ΑΠΤ βιώνουν κοινωνικό άγχος. Ο τραυλισμός είναι συνδεδεμένος με μια πληθώρα αρνητικών συνεπειών, οι οποίες μπορεί να αυξήσουν το πόσο εύάλωτο είναι το ΑΠΤ σε κοινωνικές και ψυχολογικές δυσκολίες (Schneider, Wexler, & Liebowitz, 1997). Αυτές οι αρνητικές επιπτώσεις μπορεί να ξεκινήσουν νωρίς, γεγονός που υποδεικνύεται από την ύπαρξη στοιχείων ότι παιδιά προσχολικής ηλικίας τα οποία τραυλίζουν, έρχονται αντιμέτωπα με πειράγματα, αποκλεισμό και αρνητικές αντιδράσεις των συμμαθητών τους (Langevin, Packman, & Onslow, 2009, Packman, Onslow, & Attanasio, 2003, Davis, Howell & Cooke, 2002). Οι επιπτώσεις αυτές γίνονται πιο έντονες κατά τη διάρκεια των σχολικών χρόνων όταν τα παιδιά εμπλέκονται περισσότερο σε κοινωνικές δραστηριότητες. Ως αποτέλεσμα, τα παιδιά και οι έφηβοι που τραυλίζουν, συχνά αντιμετωπίζουν απομόνωση και απόρριψη από τους συνομηλικούς τους (Blood et al., 2011, Davis, Howell, & Cooke, 2002, Hearne, Packman, Onslow, & Quine, 2008). Επιπρόσθετα, οι επιπτώσεις αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε αισθήματα ντροπής και ανασφάλειας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και χαμηλότερων σχολικών επιδόσεων (Langevin & Prasad, 2012). Στην ενήλικη ζωή, ο τραυλισμός συνδέεται με αρνητικές αντιδράσεις των ακροατών, αρνητικά στερεότυπα και σημαντικά μειονεκτήματα στον επαγγελματικό και εκπαιδευτικό χώρο (Blumgart, Tran, & Craig, 2010a, Klein & Hood, 2004). Συνεπώς, η διαταραχή του τραυλισμού μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των ΑΠΤ σε τέτοιο βαθμό, που να οδηγήσει σε αυτοκτονικές σκέψεις και ορισμένες φορές σε αυτοκτονίες (Corcoran & Stewart, 1998). Συμπεραίνεται, ότι η αρνητική στάση του περιγύρου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής των ΑΠΤ. Εάν το κοινωνικό περιβάλλον, μέσω μίας πιο σωστά δομημένης εκπαίδευσης, αντιμετώπιζε πιο θετικά ή έστω ουδέτερα τη συγκεκριμένη διαταραχή, ο αντίκτυπος του τραυλισμού στα ΑΠΤ θα ήταν λιγότερο έντονος. Με την πραγμάτωση αυτού, τα οφέλη θα ήταν άμεσα και ισχυρά και η ποιότητα ζωής των ΑΠΤ θα βελτιωνόταν αδιαμφισβήτητα (Craig, 2010).

Έρευνες που αφορούν τον έλεγχο των γνώσεων δασκάλων, γονέων, μαθητών και λογοθεραπευτών έχουν επίσης διεξαχθεί. Αναλυτικότερα, εκτενείς έρευνες έχουν διερευνήσει τις αντιλήψεις και τις γνώσεις δασκάλων σχετικά με τον τραυλισμό, όπως για παράδειγμα οι έρευνες των Crowe & Walton, 1981, Irani & Gabel, 2008, Woods 1975, Clauson & Kopic, 1975. Σε αυτές βρέθηκε πως οι γνώσεις των δασκάλων για τη διαταραχή είναι περιορισμένες καθώς επίσης και ότι έχουν αρνητική στάση απέναντι σε μαθητές που τραυλίζουν. Σχετικά με τις έρευνες που αφορούν την ενημερότητα και την συμπεριφορά των γονέων, οι Crowe & Cooper, 1977 και οι Ozdemier et al, 2011b, ανέφεραν παρόμοια ευρήματα. Ειδικότερα, φαίνεται πως οι γονείς παιδιών που τραυλίζουν ήταν λιγότερο ενημερωμένοι για τον τραυλισμό από ότι οι γονείς παιδιών που δεν τραυλίζουν. Ελλείψεις φάνηκαν οι γνώσεις των γονέων και στις έρευνες των Al-Khaledi et al., 2009 και Safwat & Sheikhan, 2014, παρά το γεγονός ότι ήταν εξοικειωμένοι με τη διαταραχή. Όσον αφορά στις έρευνες που απευθύνονταν σε μαθητές, περισσότερη έμφαση δόθηκε στις απόψεις και στη συμπεριφορά των υποκειμένων προς τους συμμαθητές τους που τραυλίζουν παρά στις γνώσεις τους για το φαινόμενο του τραυλισμού. Σύμφωνα με τις έρευνες των Davis, Howell & Cooke, 2002 και Flynn & St. Louis, 2011, η πλειοψηφία των μαθητών ήταν αρνητικά προκατειλημμένη απέναντι στους συνομηλικούς της που εμφάνιζαν τραυλισμό. Ωστόσο, μετά από κατάλληλη ενημέρωση των μαθητών μέσω προφορικής παρουσίασης από ΑΠΤ και μέσω

παρακολούθησης βίντεο σχετικού με τον τραυλισμό, παρατηρήθηκε αλλαγή στην στάση των υποκειμένων προς την επιθυμητή κατεύθυνση (Flynn & St. Louis, 2011). Τέλος, αρνητικά ήταν τα ευρήματα που αφορούσαν τη συμπεριφορά και τις απόψεις της ομάδας των λογοθεραπευτών όπως φαίνεται από τις έρευνες των Yairi & Williams, 1970, Woods & Williams, 1971, 1976 και St. Louis & Lass, 1981. Βέβαια, μεταγενέστερες έρευνες, όπως των Cooper & Cooper, 1996 και Swartz et al., 2009, φανέρωσαν θετική αλλαγή στις απόψεις των λογοθεραπευτών απέναντι στα ΑΠΤ. Μία ακόμη έρευνα που υποστηρίζει αυτή τη θετική αλλαγή είναι η έρευνα των Mavis et al., 2013, που έδειξε επιπρόσθετα ότι οι λογοθεραπευτές σήμερα είναι πιο άρτια ενημερωμένοι σε σχέση με το παρελθόν.

Επιβεβαιώνεται έτσι, πως μέσω κατάλληλης πληροφόρησης οι διάφορες κοινωνικές ομάδες αποκτούν μία λιγότερο επικριτική στάση και φαίνεται να κατανοούν καλύτερα τις πτυχές του πολυδιάστατου αυτού φαινομένου. Παρόλα αυτά, διαπιστώνεται ότι ακόμα και οι ομάδες που θα έπρεπε να είναι καλά ενημερωμένες και αρκετά ευαισθητοποιημένες στο θέμα του τραυλισμού (δάσκαλοι, λογοθεραπευτές), παρουσίασαν αρνητική εικόνα σε σχέση με το αναμενόμενο. Διαφαίνεται έτσι ότι είναι σημαντική η διεύρυνση του ερευνητικού πεδίου στον έλεγχο της ενημερότητας του γενικού πληθυσμού, καθώς τα ΑΠΤ αλληλεπιδρούν και επηρεάζονται από ένα ευρύτερο σύνολο ανθρώπων στην καθημερινότητα τους πέραν του άμεσου περιγύρου.

Τέτοιου είδους έρευνες που εξετάζουν την έκταση των γνώσεων ενός ευρύτερου φάσματος υποκειμένων διεξήγαγαν οι Van Borsel, Verniers, & Bounvry, 1999, οι Xing Ming, Jing, Yi Wen, & Van Borsel, 2001, οι Medeiros de Britto Pereira, Perni Rossi & Van Borsel, 2008 και οι Matos Fonseca & D' Angelo Nunes, 2013. Οι συγκεκριμένες έρευνες έλαβαν χώρα στη Φλάνδρα, Βέλγιο, στη Σαγκάη, Κίνα, στο Ρίο ντε Τζανέιρο, Βραζιλία και στο Σαλβαδόρ, Βραζιλία αντίστοιχα. Όπως προαναφέρθηκε, αυτές οι έρευνες είχαν κοινό στόχο να διερευνήσουν το πόσο ενήμεροι είναι οι άνθρωποι που δεν σχετίζονται άμεσα με τον τραυλισμό. Για το λόγο αυτό, από τις έρευνές τους εξαιρέθηκαν άτομα που τραυλίζουν, λογοθεραπευτές, φοιτητές λογοθεραπείας καθώς και θεραπευτές διαφόρων ειδικοτήτων.

Για τις ανάγκες της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο δεκατριών ερωτήσεων το οποίο δημιούργησε ο Van Borsel στηριζόμενος σε ευρήματα μιας μετα-ανάλυσης των Andrews et al., 1983. Σημαντικό ρόλο έπαιξαν τα δημογραφικά στοιχεία και πιο συγκεκριμένα η ηλικία και το φύλο, δύο μεταβλητές βάσει των οποίων θα γίνονταν οι μετέπειτα συσχετίσεις. Να σημειωθεί ότι στην έρευνα των Medeiros de Britto Pereira, Perni Rossi & Van Borsel αλλά και των Matos Fonseca & D' Angelo Nunes λήφθηκε υπόψιν και το επίπεδο εκπαίδευσης των υποκειμένων. Οι πρώτες δύο ερωτήσεις αποσκοπούσαν στο να εξακριβωθεί το αν οι ερωτηθέντες είχαν συναντήσει ή αν γνώριζαν κάποιο ΑΠΤ ανάμεσα στο άμεσο περιβάλλον τους. Οι ακόλουθες ερωτήσεις ήθελαν να εξετάσουν τις γνώσεις των υποκειμένων σχετικά με διάφορα χαρακτηριστικά του τραυλισμού. Τέλος, το δείγμα των τεσσάρων ερευνών ήταν μεγάλο και κυμαινόταν από 417 έως 1968 άτομα.

Οι μελέτες που διεξήχθησαν, εμφάνισαν αρκετές ομοιότητες αλλά και ορισμένες διαφορές συγκριτικά με τα ευρήματα τους. Σε γενικές γραμμές, ο κόσμος στις πόλεις της Φλάνδρας, της Σαγκάης, του Ρίο ντε Τζανέιρο καθώς και του Σαλβαδόρ φάνηκε να είναι εξοικειωμένος με τη διαταραχή του τραυλισμού με ποσοστά 81%, 85%, 69% και 78,2% αντίστοιχα. Ωστόσο, οι γνώσεις τους φάνηκαν ελλιπείς σε διάφορα στοιχεία του τραυλισμού. Σχετικά με την ερώτηση που αφορούσε τον επιπολασμό και στις 4 χώρες η κοινή γνώμη δήλωσε ότι η συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού κυμαίνεται σε υψηλότερα επίπεδα από ότι ισχύει στην πραγματικότητα. Επιπλέον, και στις τέσσερις έρευνες, οι ερωτηθέντες διατηρούσαν μια αισιόδοξη στάση σχετικά με τις δυνατότητες θεραπείας, η οποία όμως ήταν αβάσιμη. Όσον αφορά στην αιτιολογία του τραυλισμού, διαπιστώθηκε ότι τα υποκείμενα δεν γνώριζαν την σωστή απάντηση, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στα ψυχοσυναισθηματικά αίτια, στις χώρες του Βελγίου και της Βραζιλίας, σε αντίθεση με τα υποκείμενα που

συμμετείχαν στην έρευνα της Κίνας, τα οποία υποστήριξαν πως η αιτία είναι περίπλοκη (πολυπαραγοντική αιτιολογία) ή οφείλεται σε λανθασμένη μάθηση. Σχετικά με το πόσο σοβαρό θεωρούν τον τραυλισμό σε αντιδιαστολή με άλλες δύο δυσκολίες, τα γυαλιά οράσεως και τα ακουστικά βαρηκοΐας, οι ερωτώμενοι του Βελγίου θεωρούσαν τον τραυλισμό την πιο σοβαρή διαταραχή συγκριτικά με τις άλλες δύο δυσκολίες σε ποσοστό 64,5%. Τα υποκείμενα του Ρίο ντε Τζανέιρο συμφωνούσαν με την προαναφερόμενη άποψη σε ποσοστό 48%, οι ερωτηθέντες στο Σαλβαδόρ σε ποσοστό 33,2%, ενώ οι ερωτηθέντες στην έρευνα της Κίνας σε ποσοστό 30,9%. Συμπερασματικά, διαφαίνεται από τις παρούσες έρευνες και τα συγκεκριμένα δεδομένα ότι οι γνώσεις του γενικού πληθυσμού για τον τραυλισμό είναι ακόμα συγκεχυμένες.

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο τον έλεγχο του επιπέδου των γνώσεων του ελληνικού πληθυσμού και τη μετέπειτα σύγκρισή του με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, καθώς όπως φάνηκε από τις ήδη υπάρχουσες έρευνες μεγάλη μερίδα του πληθυσμού αγνοεί ακόμα ορισμένες σημαντικές πτυχές της διαταραχής αυτής. Σημαντικό είναι επομένως, να διαπιστωθεί το πόσο ενήμερο είναι το ελληνικό κοινό και να εντοπιστούν τα κενά στις γνώσεις του έτσι ώστε να τεθούν οι βάσεις για μία πιο στοχευμένη ενημέρωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Για την επίτευξη του σκοπού που τέθηκε, δηλαδή για τον έλεγχο των γνώσεων του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τον τραυλισμό, πραγματοποιήθηκε περιγραφική έρευνα επισκόπησης (survey). Η περιγραφική έρευνα, σύμφωνα με τον Best, 1970, αφορά «συνθήκες ή σχέσεις που υπάρχουν· πρακτικές που υπερισχύουν· πεποιθήσεις και απόψεις ή συμπεριφορές που επικρατούν· διαδικασίες που συνεχίζονται· επιδράσεις που γίνονται αισθητές· ή τάσεις που βρίσκονται σε εξέλιξη.». Αυτό το είδος έρευνας επιλέχθηκε καθώς οι επισκοπήσεις κατά κανόνα, συλλέγουν δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας να περιγράψουν τη φύση των υπαρχουσών συνθηκών ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα (Cohen et al., 2007). Επίσης, στις επισκοπήσεις ανεξαρτήτως του μεγέθους τους, συνήθως χρησιμοποιούνται δομημένες ή ημιδομημένες συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται επί τόπου ή ερωτηματολόγια που στέλνονται ταχυδρομικώς, τυποποιημένα τεστ επιδόσεων ή γνώσεων και κλίμακες στάσεων (Cohen et al., 2007). Σε αυτό το σημείο, να αναφερθεί πως για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας έγινε χρήση ερωτηματολογίου, με ερωτήσεις κλειστού τύπου που συμπληρώθηκε επί τόπου.

Η χρήση επισκοπικής έρευνας με τη χορήγηση του ερωτηματολογίου επιφυλάσσει τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα. Ορισμένα από τα πλεονεκτήματα αυτού του τύπου έρευνας είναι η συγκέντρωση ευρείας κλίμακας δεδομένων, τα οποία διευκολύνουν τις γενικεύσεις, η παραγωγή δεδομένων που επιδέχονται στατιστικούς χειρισμούς, και η δυνατότητα συγκέντρωσης δεδομένων ανεξάρτητα από το περιβάλλον (Cohen et al., 2007). Ωστόσο, καλό θα ήταν να αναφερθούν και ορισμένα από τα μειονεκτήματα. Αρχικά, η χρήση ερωτήσεων κλειστού τύπου περιορίζει τους ερωτηθέντες καθώς αδυνατούν να προσθέσουν σχόλια ή προσωπικές πεποιθήσεις ωθώντας τους να επιλέξουν ανάμεσα από μια σειρά δεδομένων απαντήσεων. Ένα επιπλέον μειονέκτημα είναι πως διαφορετικοί ερωτώμενοι ερμηνεύουν τις ίδιες λέξεις με διαφορετικό τρόπο, με κίνδυνο παρερμηνείας της ερώτησης (Cohen et al., 2007).

2.2 ΔΕΙΓΜΑ

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας συλλέχθηκε ένα δείγμα 766 ερωτηματολογίων. Η επιλογή του δείγματος έγινε βάσει της ηλικίας και του φύλου, ενώ ο διαχωρισμός του δείγματος έγινε σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα και τις δύο προαναφερόμενες παραμέτρους.

Ειδικότερα, για το σκοπό αυτό επιλέχθηκαν άνθρωποι ηλικίας δεκαπέντε ετών και άνω, οι οποίοι διαχωρίστηκαν σε πέντε ηλικιακές ομάδες: η πρώτη ομάδα εμπεριείχε άτομα ηλικίας δεκαπέντε ετών έως δεκαεννέα ετών και έντεκα μηνών, η δεύτερη ομάδα τα άτομα ηλικίας είκοσι ετών έως τριάντα τεσσάρων ετών και έντεκα μηνών, η τρίτη ομάδα περιελάμβανε τα άτομα ηλικίας τριάντα πέντε ετών έως σαράντα εννέα ετών και έντεκα μηνών, η ακόλουθη ομάδα εμπεριείχε τα υποκείμενα ηλικίας πενήντα ετών έως εξήντα τεσσάρων ετών και έντεκα μηνών και η τελευταία ομάδα τα άτομα εξήντα πέντε ετών και άνω. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων βρίσκεται στην ηλικιακή

ομάδα μεταξύ 20-34 ετών με ποσοστό σχεδόν 40% (Πίνακας α.), με ελάχιστη ηλικία τα 15 έτη και μέγιστη ηλικία τα 90 έτη (Πίνακας β.).

Πίνακας α.
Ηλικιακή Ομάδα

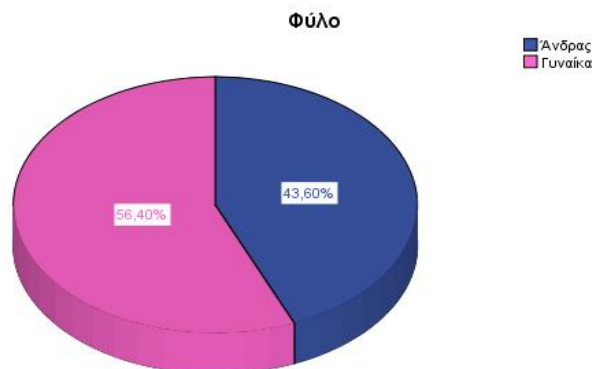
	Συχνότητα	Ποσοστό
15-19 ετών	128	16,7%
20-34 ετών	302	39,4%
35-49 ετών	181	23,6%
50-64 ετών	82	10,7%
65 + ετών	73	9,5%
Σύνολο	766	100,0%

Πίνακας β.
Ηλικίες

N	Valid	766
	Missing	0
Μέση Τιμή		35,74
Διάμεσος		31,00
Ελάχιστη Ηλικία		15
Μέγιστη Ηλικία		90

Επιπλέον, το φύλο λήφθηκε υπόψη ώστε να αποκτηθεί ένα όσο το δυνατόν πιο ισομερές δείγμα ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες. Μικρή υπεροχή παρουσίασαν οι γυναίκες (432) έναντι των αντρών (334), με ποσοστά 56,4% έναντι 43,6% (Γράφημα α.).

Γράφημα α.



Ένα ακόμα κριτήριο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων, βάσει του οποίου έγινε μία διάκριση πέντε επιπέδων: πρωτοβάθμια εκπαίδευση (δημοτικό), δευτεροβάθμια εκπαίδευση (γυμνάσιο, λύκειο, ΙΕΚ), τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΤΕΙ, ΑΕΙ), μεταπτυχιακό επίπεδο σπουδών και τέλος, διδακτορικό επίπεδο. Αναλυτικότερα, σχεδόν οι μισοί ήταν

απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, ενώ από τους υπόλοιπους μισούς, οι 43,5% ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, με τους κατόχους Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού Τίτλου και τους απόφοιτους Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης να καταλαμβάνουν πολύ μικρό ποσοστό (Πίνακας γ.).

Πίνακας γ.
Επίπεδο Εκπαίδευσης

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	29	3,8%
Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	333	43,5%
Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	378	49,3%
Μεταπτυχιακό	23	3,0%
Διδακτορικό	3	0,4%
Σύνολο	766	100,0%

Ένας επιπλέον παράγοντας που προστέθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα ήταν το επάγγελμα του κάθε ερωτηθέντος. Τα επαγγέλματα διαχωρίστηκαν σε επτά κατηγορίες (βλ. Παράρτημα Β), με το μεγαλύτερο ποσοστό να ανήκει στην κατηγορία «Μαθητές-Φοιτητές» (28,5%), ενώ ελάχιστοι (μόλις 1,8%) ανήκαν στην κατηγορία «Working Class» (Πίνακας δ.). Στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι από το συγκεκριμένο δείγμα αποκλείστηκαν οι λογοθεραπευτές καθώς και οι φοιτητές λογοθεραπείας αλλά και τα άτομα που τραυλίζουν (ΑΠΤ), διότι είναι ήδη αρκετά ενήμερα επί του αντικειμένου της έρευνας και κατέχουν τις απαραίτητες γνώσεις γύρω από το θέμα του τραυλισμού.

Πίνακας δ.
Επάγγελμα

	Συχνότητα	Ποσοστό
Upper Middle Class	42	5,5%
Middle Class	151	19,7%
Lower Middle Class	160	20,9%
Skilled Working Class	36	4,7%
Working Class	14	1,8%
Those at Lowest Level of Subsistence	145	18,9%
Μαθητές-Φοιτητές	218	28,5%
Σύνολο	766	100,0%

2.3 ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Το όργανο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας ήταν ένα ερωτηματολόγιο 17 ερωτήσεων (βλ. Παράρτημα Α), το οποίο αποτελεί την ελληνική εκδοχή του πρωτότυπου ερωτηματολογίου του Van Borsel et al. (1999) ο οποίος στηρίχτηκε σε ευρήματα μιας μετα-ανάλυσης των Andrews et al., 1983. Στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας προστέθηκαν τέσσερις επιπλέον ερωτήσεις που βασίστηκαν σε θεωρίες και δεδομένα των Μαλανδράκη (2012) και Κακούρος και Μανιαδάκη (2006). Επιπλέον, αλλαγές έγιναν στη δομή του ερωτηματολογίου, κατατάσσοντας τις ερωτήσεις σε ομάδες ώστε να υπάρχει ροή και να διευκολύνεται ο ερωτούμενος. Να σημειωθεί ακόμα πως έγινε τροποποίηση στη διατύπωση των ερωτήσεων από ανοιχτού τύπου σε κλειστού τύπου προκειμένου αφενός να μειωθεί ο χρόνος συμπλήρωσής τους, αφετέρου για την εγκυρότερη εξαγωγή στατιστικών αποτελεσμάτων.

Το ερωτηματολόγιο ξεκινά με την καταγραφή των παραμέτρων που λήφθηκαν υπόψη για τη συλλογή και τον μετέπειτα διαχωρισμό του δείγματος, δηλαδή την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και το επάγγελμα. Εν συνεχεία, τα υποκείμενα κλήθηκαν να απαντήσουν σε τρεις εισαγωγικές ερωτήσεις. Οι πρώτες δύο ερευνούν εάν το υποκείμενο έχει συναντήσει άτομο που τραυλίζει και αν γνωρίζει κάποιον που τραυλίζει ανάμεσα στον άμεσο κοινωνικό του περίγυρο. Η τρίτη ερώτηση εξετάζει το κατά πόσο τα υποκείμενα θεωρούν ότι ο όρος «τραυλός» είναι ευρέως αποδεκτός στις μέρες μας. Έπειτα, ακολουθούν δεκατέσσερις ερωτήσεις προκειμένου να διερευνηθεί πόσο ενημερωμένα είναι τα υποκείμενα σχετικά με τον τραυλισμό. Η πρώτη ερώτηση εξετάζει τη συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού στο γενικό πληθυσμό. Η αμέσως επόμενη αφορά την ηλικία έναρξης του τραυλισμού ενώ η τρίτη σχετίζεται με την αιτιολογία του. Κατόπιν, εξετάζεται η συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια καθώς και η συχνότητα εμφάνισης ανάμεσα σε αριστερόχειρες και δεξιόχειρες. Η έκτη ερώτηση διερευνά αν εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση του τραυλισμού. Οι ακόλουθες δύο ερωτήσεις εξετάζουν το δείκτη νοημοσύνης των ατόμων που τραυλίζουν και το γενικό ρυθμό ομιλίας τους σε σχέση με τον τυπικό πληθυσμό. Η ένατη ερώτηση σχετίζεται με τις πεποιθήσεις και τα συναισθήματα των ατόμων που τραυλίζουν. Η ερώτηση δέκα δίνει στο υποκείμενο τη δυνατότητα να ιεραρχήσει τρεις καταστάσεις, μεταξύ αυτών και τον τραυλισμό, θέτοντάς τες από τη πιο σοβαρή στη λιγότερο σοβαρή σύμφωνα με τις προσωπικές του αντιλήψεις. Στη συνέχεια, στην ερώτηση έντεκα τα υποκείμενα καλούνται να απαντήσουν στο ποιος είναι ο καταλληλότερος τρόπος συνδιαλλαγής με τα ΑΠΤ. Οι τελευταίες τρεις ερωτήσεις σχετίζονται με τη θεραπεία του τραυλισμού. Ειδικότερα, η ερώτηση δώδεκα θέτει το ερώτημα αν ο τραυλισμός θεραπεύεται. Η ερώτηση δεκατρία θέτει τον προβληματισμό του πως θα αντιδρούσε το υποκείμενο σε έναν πιθανό τραυλισμό του τετράχρονου παιδιού του. Τέλος, ζητείται από τους ερωτηθέντες η άποψή τους όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού.

Προκειμένου να γίνει μια διαβάθμιση των επαγγελματιών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα NRS (National Readership Survey) social grades, η οποία είναι ένα σύστημα δημογραφικής κατηγοριοποίησης που χρησιμοποιείται στο Ηνωμένο Βασίλειο (βλ. Παράρτημα Β). Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει έξι κατηγορίες για τον διαχωρισμό των επαγγελματιών, στις οποίες έγινε προσθήκη μιας επιπλέον κατηγορίας. Συγκεκριμένα, οι κατηγορίες έχουν ως εξής. Η ομάδα Α, ανώτερη μέση τάξη, περιλαμβάνει τα υψηλά διευθυντικά και διοικητικά στελέχη και τους επαγγελματίες. Η ομάδα Β, μεσαία τάξη, περιλαμβάνει τα ενδιάμεσα διευθυντικά και διοικητικά στελέχη και τους επαγγελματίες. Η ομάδα C1, μικρομεσαία τάξη, εμπεριέχει προϊσταμένους ή υπαλλήλους, κατώτερα διευθυντικά και διοικητικά στελέχη καθώς και επαγγελματίες. Η ομάδα C2, ειδικευμένη εργατική τάξη, αφορά στους ειδικευμένους εργάτες χειρωνακτικής εργασίας. Στην ομάδα D, εργατική τάξη,

συγκαταλέγονται οι ημειδικευμένοι και ανειδίκευτοι εργάτες χειρωνακτικής εργασίας. Στην ομάδα E, χαμηλότερη επαγγελματική τάξη, συμπεριλαμβάνονται οι συνταξιούχοι, οι χήρες (χωρίς άλλο εισόδημα), περιστασιακοί εργάτες ή εργάτες κατώτερης βαθμίδας. Τέλος, η επιπρόσθετη ομάδα F, εμπεριέχει τους μαθητές και τους φοιτητές.

Μετά τη συλλογή των δεδομένων μέσω των ερωτηματολογίων, ακολούθησε η ταξινόμηση και η κωδικοποίησή τους ανά κατηγορία ερωτήσεων. Με σκοπό την επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν έπρεπε αρχικά να εισαχθούν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή τα στατιστικά δεδομένα (μετρήσεις). Αυτό έγινε με τη χρήση του Microsoft Excel, ένα λογισμικό εφαρμογών γενικής χρήσης, αποτελούμενο από πίνακες (φύλλα εργασίας) με κελιά. Στις στήλες που ονοματίζονται με τα κεφαλαία αγγλικά γράμματα, εισήχθησαν οι ερωτήσεις, ενώ στις γραμμές που αριθμούνται, οι απαντήσεις που δόθηκαν ανά υποκείμενο-ερωτηθέντα (μία γραμμή-ένα υποκείμενο). Για την επεξεργασία των 766 ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο Ανάλυσης Δεδομένων IBM SPSS STATISTICS 22.0. Ο λόγος που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο πρόγραμμα ανάλυσης δεδομένων είναι η ευχρηστία και η ευελιξία του, καθώς μας επιτρέπει την επεξεργασία πολλών δεδομένων ταυτόχρονα, γεγονός αναγκαίο στην παρούσα έρευνα λόγω του μεγάλου μεγέθους του δείγματός της. Το SPSS αποτελεί, ίσως, το πιο διαδεδομένο στατιστικό πακέτο και προσφέρει πολλές δυνατότητες στους ερευνητές κυρίως για τις ποσοτικές ερωτήσεις (κλειστού τύπου).

2.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Προκειμένου να συλλεχθεί το δείγμα ήταν απαραίτητη η διανομή των ερωτηματολογίων σε διάφορα σημεία της πόλης των Πατρών. Τα σημεία αυτά ήταν πεζόδρομοι, πλατείες, βιβλιοπωλεία, φαρμακεία, καφετέριες, ωδεία, σχολές χορού, φροντιστήρια, ιατρεία αλλά και οικείες προκειμένου να αποκτηθεί ένα ποικιλόμορφο δείγμα. Η διαδικασία είχε ως εξής : η προσέγγιση του κάθε υποκειμένου γινόταν ατομικά. Αρχικά γινόταν μια επεξήγηση της διαδικασίας που θα ακολουθούσε. Έπειτα ξεκινούσαν ερωτήσεις προσωπικού περιεχομένου έτσι ώστε να κριθεί αν το υποκείμενο ήταν κατάλληλο για την έρευνα. Το άτομο στη συνέχεια καλείτο να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο. Σε περίπτωση που το άτομο αδυνατούσε να κατανοήσει το περιεχόμενο κάποιας ερώτησης γίνονταν οι απαραίτητες διευκρινίσεις, χωρίς ωστόσο να δίνονται οι απαντήσεις. Με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν έλεγχος για τυχόν παράλειψη κάποιας απάντησης. Στην περίπτωση αυτή ζητούσαμε από το υποκείμενο να απαντήσει στην εναπομένουσα ερώτηση. Να σημειωθεί ότι πολλοί από τους ερωτηθέντες δεν απαντούσαν τις ερωτήσεις στις οποίες θεωρούσαν ότι δεν γνώριζαν την απάντηση. Στην προκειμένη περίπτωση διευκρινιζόταν στα άτομα πως ήταν απαραίτητη η συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων, ανεξαρτήτως των γνώσεών τους καθώς αυτός ήταν ο σκοπός της έρευνας. Να αναφερθεί ακόμα πως δεν ήταν λίγοι εκείνοι στους οποίους χρειάστηκε να δοθεί επεξήγηση σχετικά με την έννοια του τραυλισμού. Δυσνόητη σε μία μερίδα ερωτηθέντων υπήρξε η ερώτηση οχτώ (βλ. Παράρτημα A), στην οποία έπρεπε να αναλυθεί η έννοια του γενικού ρυθμού ομιλίας. Μικρή δυσκολία παρατηρήθηκε στην απάντηση της ερώτησης δέκα (βλ. Παράρτημα A), όπου τα υποκείμενα έδιναν συγκεκριμένες απαντήσεις. Πιο συγκεκριμένα, υπήρξαν άτομα που κατέγραψαν απαντήσεις μη προβλεπόμενες από το ερωτηματολόγιο, ή άτομα που δεν αντιλήφθηκαν τον τρόπο συμπλήρωσης της ερώτησης, καταγράφοντας δύο δυσκολίες στην διαβάθμιση για την πιο σοβαρή ή λιγότερο σοβαρή δυσκολία αντί για μία όπως απαιτούσε η ερώτηση.

2.5 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταφέρθηκαν κωδικοποιημένες στο πρόγραμμα Microsoft Excel, προκειμένου να γίνει η μετέπειτα στατιστική τους ανάλυση. Για τη στατιστική ανάλυση έγινε χρήση του προγράμματος IBM SPSS STATISTICS 22.0. Οι απαντήσεις της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας συνδυασμό περιγραφικών μεθόδων και αναλύσεις συσχετίσεων. Οι περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις περιελάμβαναν συχνότητες (ποσοστά), μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις όπου κρινόταν απαραίτητο προκειμένου να περιγραφούν οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σε κάθε μεμονωμένο αντικείμενο. Επίσης, στις στατιστικές αναλύσεις έγινε χρήση του στατιστικού κριτηρίου χ^2 (chi-squared) για την υπόδειξη ύπαρξης στατιστικής συνάφειας μεταξύ δύο μεταβλητών. Να αναφερθεί ότι το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι το 0,05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όσον αφορά στις τρεις εισαγωγικές ερωτήσεις παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα. Στην ερώτηση σχετικά με το αν οι ερωτηθέντες έχουν συναντήσει ΑΠΤ, το 79,9% απάντησε θετικά (Πίνακας i). Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με την ηλικιακή ομάδα και το φύλο, ωστόσο το ίδιο δεν ίσχυε για το επίπεδο εκπαίδευσης και το επάγγελμα ($p=0,000$, $p=0,006$ αντίστοιχα), με τα υποκείμενα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης να υπερτερούν των υπολοίπων με ποσοστό 41,9% και τα υποκείμενα της μικρομεσαίας τάξης να καταλαμβάνουν το 17,1% του συνόλου.

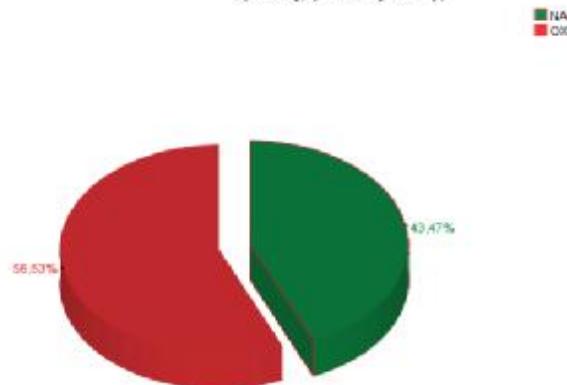
Πίνακας i. Έχετε συναντήσει άτομο να τραυλίζει (ΑΠΤ);

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	612	79,9%
ΟΧΙ	154	20,1%
Σύνολο	766	100,0%

Στη δεύτερη εισαγωγική ερώτηση (γνωρίζετε κάποιον που τραυλίζει ανάμεσα στους γνωστούς σας) το 56,5% έδωσε αρνητική απάντηση, χωρίς να παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά μεταβλητή (Γράφημα ii).

Γράφημα ii

Γνωρίζετε κάποιον που τραυλίζει ανάμεσα στους γνωστούς σας (φίλους, γείτονες κ.τ.λ.);

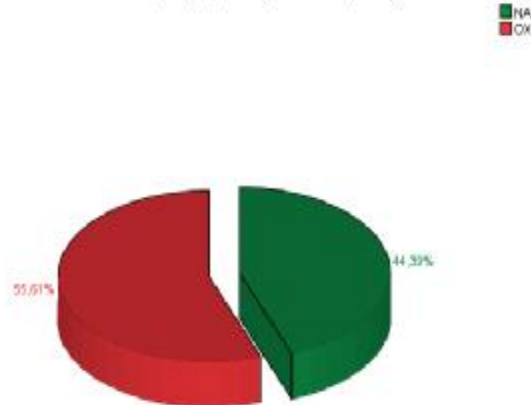


Στην ερώτηση, πιστεύετε ότι ο όρος «τραυλός» είναι ευρέως αποδεκτός στις μέρες μας, το 55,6% των υποκειμένων απάντησε αρνητικά (Γράφημα iii), με στατιστικά σημαντικές

διαφορές να εντοπίζονται στην ηλικιακή ομάδα ($p=0,014$). Συγκεκριμένα, οι ηλικίες μεταξύ 20-34 ετών σημείωσαν ποσοστό 20,6%.

Γράφημα iii

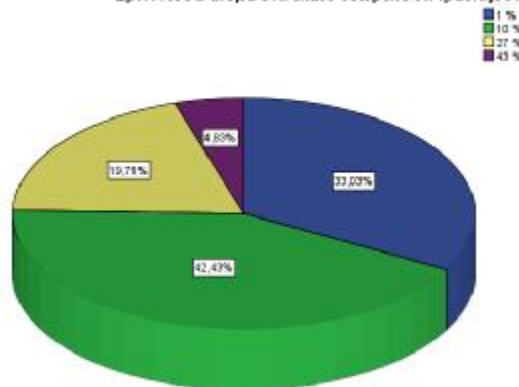
Πιστεύετε ότι ο όρος «τραυλός» είναι ευρέως αποδεκτός στις μέρες μας;



Συνεχίζοντας στο κυρίως μέρος του ερωτηματολογίου όπως προέκυψε από την ανάλυση, οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους θεωρούν πως περίπου τα 10 από τα 100 άτομα τραυλίζουν (42,4%), ενώ ακολουθεί σε συχνότητα η απάντηση ότι περίπου 1 στα 100 άτομα τραυλίζει (33%) (Γράφημα 1).

Γράφημα 1

Ερ.1: Πόσα άτομα στα εκατό θεωρείτε ότι τραυλίζουν;



Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν και στις τέσσερις μεταβλητές. Ειδικότερα, στην ηλικιακή ομάδα ($p=0,000$) (Πίνακας 1α, 1β), το 18,9% των ατόμων που βρίσκονται στις ηλικίες 20-34 ετών θεωρούσε ότι το 10% του συνολικού πληθυσμού τραυλίζει. Αντίστοιχα, την ίδια απάντηση έδωσε το 25,3% των γυναικών ($p=0,000$) (Πίνακας 2α, 2β), το 22,5% των ατόμων που ανήκε στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση ($p=0,015$) (Πίνακας 3α, 3β) και το 9,6% της μεσαίας επαγγελματικής τάξης ($p=0,000$) (Πίνακας 4α, 4β). Όσον αφορά τη δεύτερη σε συχνότητα απάντηση που δόθηκε, υποστηρίχθηκε από το 10,2% των υποκειμένων που βρίσκεται ηλικιακά μεταξύ των 35-49 ετών, από το 18,9% των ανδρών, από το 16,4% όσων ανήκαν στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση και από το 9% της χαμηλότερης επαγγελματικής τάξης.

Πίνακας 1α

		Πόσα άτομα στα εκατό θεωρείτε ότι τραυλίζουν;				Total
		1 %	10 %	27 %	43 %	
Ηλικιακή Ομάδα	15-19 ετών	14	56	49	9	128
	20-34 ετών	73	145	75	9	302
	35-49 ετών	78	75	18	10	181
	50-64 ετών	41	29	7	5	82
	65 + ετών	47	20	2	4	73
Total		253	325	151	37	766

Πίνακας 1β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	122,655 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	128,949	12	,000
Linear-by-Linear Association	73,981	1	,000
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 2α

		Πόσα άτομα στα εκατό θεωρείτε ότι τραυλίζουν;				Total
		1 %	10 %	27 %	43 %	
Φύλο	Ανδρας	145	131	45	13	334
	Γυναίκα	108	194	106	24	432
Total		253	325	151	37	766

Πίνακας 2β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,547 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	33,829	3	,000
Linear-by-Linear Association	28,144	1	,000
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 3α

		Πόσα άτομα στα εκατό θεωρείτε ότι τραυλίζουν;			
		1 %	10 %	27 %	43 %
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	12	13	1	3
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	105	128	74	26
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	126	173	71	8
	Μεταπτυχιακό	8	10	5	0
	Διδακτορικό	2	1	0	0
Total		253	325	151	37

		Total
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	29
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	333
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	378
	Μεταπτυχιακό	23
	Διδακτορικό	3
Total		766

Πίνακας 3β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,962 ^a	12	,015
Likelihood Ratio	28,688	12	,004
Linear-by-Linear Association	4,328	1	,037
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 4α

		Πόσα άτομα στα εκατό θεωρείτε ότι τραυλίζουν;				Total
		1 %	10 %	27 %	43 %	
Επάγγελμα	Upper Middle Class	20	14	8	0	42
	Middle Class	53	74	22	2	151
	Lower Middle Class	60	60	32	8	160
	Skilled Working Class	13	15	3	5	36
	Working Class	3	6	3	2	14
	Those at Lowest Level of Subsistence	69	52	14	10	145
	Μαθητές-Φοιτητές	35	104	69	10	218
Total	253	325	151	37	766	

Πίνακας 4β

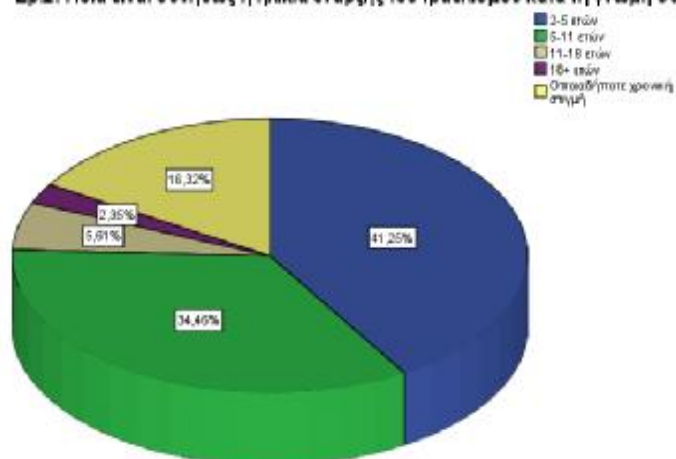
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	82,577 ^a	18	,000
Likelihood Ratio	86,312	18	,000
Linear-by-Linear Association	17,652	1	,000
N of Valid Cases	766		

Στην ερώτηση δύο, το δείγμα ερωτήθηκε σχετικά με την ηλικία όπου πιστεύει ότι εμφανίζεται ο τραυλισμός. Και σε αυτή την ερώτηση εμφανίζονται δύο απαντήσεις ως επικρατέστερες, οι οποίες συγκλίνουν ως προς το γεγονός ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται σε μικρές ηλικίες. Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι (41,3 %) θεωρούν πως ο τραυλισμός εμφανίζεται στις ηλικίες 2-5 ετών, ενώ μεγάλο είναι επίσης το ποσοστό (34,5%) όπου υποστηρίζει ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται μεταξύ 5-11 ετών. Σημαντικό επίσης, είναι το ποσοστό της τάξης του 16,3 %, το οποίο θεωρεί ότι ο τραυλισμός μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε χρονική στιγμή (Γράφημα 2). Στατιστικά σημαντικός παράγοντας φάνηκε να είναι μόνο το επίπεδο εκπαίδευσης ($p=0,000$), με το 22,3% της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης να δίνει την απάντηση «2-5 ετών» (Πίνακας 5α, 5β).

Γράφημα 2

Ερ.2: Ποια είναι συνήθως η ηλικία έναρξης του τραυλισμού κατά τη γνώμη σας;



Πίνακας 5α

		Ποια είναι συνήθως η ηλικία έναρξης του τραυλισμού κατά τη γνώμη σας;		
		2-5 ετών	5-11 ετών	11-18 ετών
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	18	5	0
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	115	110	29
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	171	141	13
	Μεταπτυχιακό	11	7	1
	Διδακτορικό	1	1	0
Total		316	264	43

		Ποια είναι συνήθως η ηλικία έναρξης του τραυλισμού κατά τη γνώμη σας;		
		18+ ετών	Οποιαδήποτε χρονική στιγμή	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	3	3	29
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	10	69	333
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	5	48	378
	Μεταπτυχιακό	0	4	23
	Διδακτορικό	0	1	3
Total		18	125	766

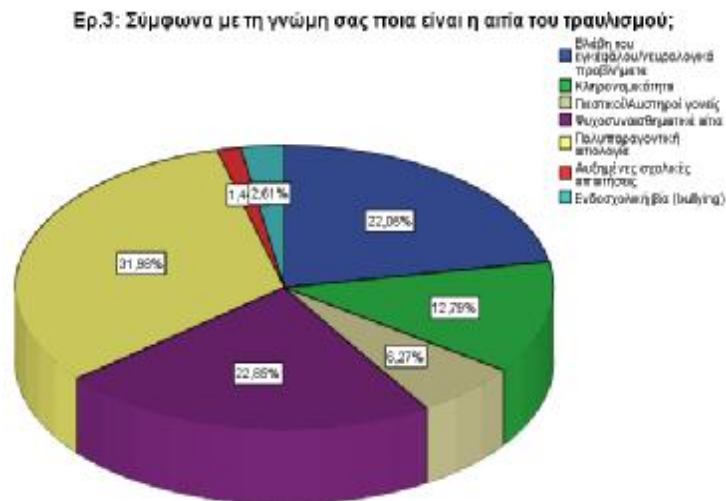
Πίνακας 5β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41,820 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	40,772	16	,001
Linear-by-Linear Association	6,496	1	,011
N of Valid Cases	766		

Στην τρίτη ερώτηση, εξετάστηκαν οι αιτίες, στις οποίες οφείλεται η εμφάνιση του τραυλισμού, σύμφωνα με τη γνώμη των ερωτηθέντων. Στις απαντήσεις αυτής της ερώτησης, παρατηρούμε μεγάλες αποκλίσεις, με τα ποσοστά να μοιράζονται στις διάφορες αιτίες που δόθηκαν. Το μεγαλύτερο ποσοστό (32%) δίνει πολυπαραγοντική αιτιολογία για την εμφάνιση του τραυλισμού, ενώ ακολουθούν με σχεδόν ίδια ποσοστά (22,8% και 22,1%) τα ψυχοσυναισθηματικά αίτια και τα νευρολογικά προβλήματα. Ασθενέστερη επιλογή παρουσίασαν οι αυξημένες σχολικές απαιτήσεις και η ενδοσχολική βία (Γράφημα 3).

Γράφημα 3



Στη συγκεκριμένη ερώτηση όλες οι μεταβλητές, ηλικιακή ομάδα ($p=0,000$) (Πίνακας 6α, 6β), φύλο ($p=0,000$) (Πίνακας 7α, 7β) επίπεδο εκπαίδευσης ($p=0,000$) (Πίνακας 8α, 8β) και επάγγελμα ($p=0,000$) (Πίνακας 9α, 9β), φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, το 13,3% των ερωτηθέντων που έδωσαν ως απάντηση την πολυπαραγοντική αιτιολογία ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 20-34 ετών. Την ίδια απάντηση έδωσε το 17% των γυναικών, το 20,2% των ατόμων στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση και το 9% των μαθητών και φοιτητών.

Πίνακας 6α

		Από τι πιστεύετε πως επηρεάζεται ο τραυλισμός;			
		Βλάβη του εγκεφάλου/νευρ ολογικά προβλήματα	Κληρονομικότη α	Πιστικοί/Αυστη ροί γονείς	Ψυχοσυναισθημ ατικά αίτια
Ηλικιακή Ομάδα	15-19 ετών	32	10	11	45
	20-34 ετών	70	30	36	64
	35-49 ετών	33	30	1	43
	50-64 ετών	10	13	0	19
	65 + ετών	24	15	0	4
Total		169	98	48	175

		Από τι πιστεύετε πως επηρεάζεται ο τραυλισμός;			
		Πολυπαραγοντική αιτιολογία	Αυξημένες σχολικές απαιτήσεις	Ενδοσχολική βία (bullying)	
Ηλικιακή Ομάδα	15-19 ετών	30	0	0	128
	20-34 ετών	102	0	0	302
	35-49 ετών	74	0	0	181
	50-64 ετών	39	1	0	82
	65 + ετών	0	10	20	73
Total		245	11	20	766

Πίνακας 6β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	386,427 ^a	24	,000
Likelihood Ratio	288,482	24	,000
Linear-by-Linear Association	8,144	1	,004
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 7α

		Από τι πιστεύετε πως επηρεάζεται ο τραυλισμός;				
		Βλάβη του εγκεφάλου/νευρολογικά προβλήματα	Κληρονομικότητα	Πιεστικοί/Αυστηροί γονείς	Ψυχοσυναισθηματικά αίτια	Πολυπαραγοντική αιτιολογία
Φύλο	Άνδρας	113	12	48	39	115
	Γυναίκα	56	86	0	136	130
Total		169	98	48	175	245

		Από τι πιστεύετε πως επηρεάζεται ο τραυλισμός;		
		Αυξημένες σχολικές απαιτήσεις	Ενδοσχολική βία (bullying)	
Φύλο	Άνδρας	5	2	334
	Γυναίκα	6	18	432
Total		11	20	766

Πίνακας 7β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	181,104 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	209,224	6	,000
Linear-by-Linear Association	16,739	1	,000
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 8α

		Από τι πιστεύετε πως επηρεάζεται ο τραυλισμός;		
		Βλάβη του εγκεφάλου/νευρολογικά προβλήματα	Κληρονομικότητα	Πιστικοί/Αυστηροί γονείς
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	13	6	1
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	66	49	28
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	85	41	18
	Μεταπτυχιακό	4	2	1
	Διδακτορικό	1	0	0
Total		169	98	48

		Από τι πιστεύετε πως επηρεάζεται ο τραυλισμός;		
		Ψυχοσυναισθηματικά αίτια	Πολυπαραγοντική αιτιολογία	Αυξημένες σχολικές απαιτήσεις
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	7	0	1
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	91	75	8
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	74	155	2
	Μεταπτυχιακό	3	13	0
	Διδακτορικό	0	2	0
Total		175	245	11

		Από τι πιστεύετε πως επηρεάζεται ο τραυλισμός;	Total
		Ενδοσχολική βία (bullying)	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	1	29
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	16	333
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	3	378
	Μεταπτυχιακό	0	23
	Διδακτορικό	0	3
Total		20	766

Πίνακας 8β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	73,915 ^a	24	,000
Likelihood Ratio	83,714	24	,000
Linear-by-Linear Association	5,873	1	,015
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 9α

		Από τι πιστεύετε πως επηρεάζεται ο τραυλισμός;		
		Βλάβη του εγκεφάλου/νευρολογικά προβλήματα	Κληρονομικότητα	Πιστικοί/Αυστηροί γονείς
Επάγγελμα	Upper Middle Class	6	6	2
	Middle Class	41	13	6
	Lower Middle Class	22	28	15
	Skilled Working Class	3	3	4
	Working Class	3	0	4
	Those at Lowest Level of Subsistence	33	32	5
	Μαθητές-Φοιτητές	61	16	12
Total	169	98	48	

		Από τι πιστεύετε πως επηρεάζεται ο τραυλισμός;		
		Ψυχοσυναισθηματικά αίτια	Πολυπαραγοντική αιτιολογία	Αυξημένες σχολικές απαιτήσεις
Επάγγελμα	Upper Middle Class	7	21	0
	Middle Class	30	57	1
	Lower Middle Class	34	61	0
	Skilled Working Class	18	6	1
	Working Class	3	4	0
	Those at Lowest Level of Subsistence	23	27	9
	Μαθητές-Φοιτητές	60	69	0
Total	175	245	11	

		Από τι πιστεύετε πως επηρεάζεται ο τραυλισμός;	Total
		Ενδοσχολική βία (bullying)	
Επάγγελμα	Upper Middle Class	0	42
	Middle Class	3	151
	Lower Middle Class	0	160
	Skilled Working Class	1	36
	Working Class	0	14
	Those at Lowest Level of Subsistence	16	145
	Μαθητές-Φοιτητές	0	218
Total		20	766

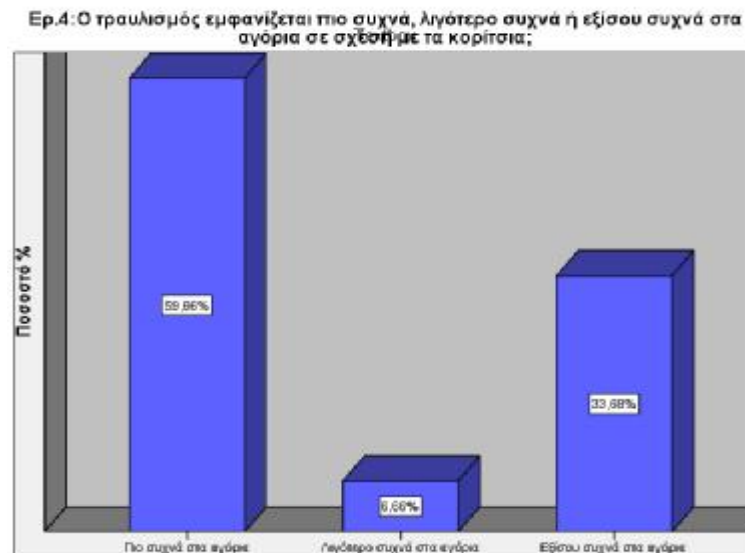
Πίνακας 9β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	173,032 ^a	36	,000
Likelihood Ratio	158,375	36	,000
Linear-by-Linear Association	2,087	1	,149
N of Valid Cases	766		

Η ερώτηση τέσσερα τέθηκε ώστε να εξετάσει τις απόψεις των ερωτώμενων για το αν ο τραυλισμός εμφανίζεται συχνότερα, λιγότερο συχνά ή εξίσου συχνά στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι περισσότεροι (59,7%) πιστεύουν ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια, ενώ το 33,7% πιστεύει πως ο τραυλισμός εμφανίζεται λιγότερο συχνά στα αγόρια από ότι στα κορίτσια (Γράφημα 4).

Γράφημα 4



Στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν και στις τέσσερις μεταβλητές. Σχετικά με την ηλικιακή ομάδα ($p=0,000$) (Πίνακας 10α, 10β), 23,6% των ερωτηθέντων που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 20-34 ετών απάντησε πως ο τραυλισμός εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Το ποσοστό γυναικών που θεώρησαν πως ο τραυλισμός εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια ήταν ελαφρώς αλλά σημαντικά μεγαλύτερο ($p=0,009$) (Πίνακας 11α, 11β), από το ποσοστό των ανδρών (31,1% έναντι 28,6% αντίστοιχα). Με ποσοστό 32,6%, τα υποκείμενα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ($p=0,000$) (Πίνακας 12α, 12β) που επέλεξαν την ίδια απάντηση, υπερτερούν σημαντικά των υπόλοιπων υποκατηγοριών. Με μικρή διαφορά σε σχέση με τη μεσαία τάξη, η κατηγορία μαθητές-φοιτητές ($p=0,000$) (Πίνακας 13α, 13β) υπερτερεί με ποσοστό 15,1% έναντι 14,1%.

Πίνακας 10^α

		Ο τραυλισμός εμφανίζεται πιο συχνά, λιγότερο συχνά ή εξίσου συχνά στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια;			Total
		Πιο συχνά στα αγόρια	Λιγότερο συχνά στα αγόρια	Εξίσου συχνά στα αγόρια	
Ηλικιακή Ομάδα	15-19 ετών	55	10	63	128
	20-34 ετών	181	15	106	302
	35-49 ετών	122	6	53	181
	50-64 ετών	54	7	21	82
	65 + ετών	45	13	15	73
Total		457	51	258	766

Πίνακας 10^β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42,753 ^a	8	,000
Likelihood Ratio	39,400	8	,000
Linear-by-Linear Association	15,809	1	,000
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 11^α

		Ο τραυλισμός εμφανίζεται πιο συχνά, λιγότερο συχνά ή εξίσου συχνά στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια;			Total
		Πιο συχνά στα αγόρια	Λιγότερο συχνά στα αγόρια	Εξίσου συχνά στα αγόρια	
Φύλο	Ανδρας	219	22	93	334
	Γυναίκα	238	29	165	432
Total		457	51	258	766

Πίνακας 11β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,461 ^a	2	,009
Likelihood Ratio	9,544	2	,008
Linear-by-Linear Association	9,423	1	,002
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 12^α

		Ο τραυλισμός εμφανίζεται πιο συχνά, λιγότερο συχνά ή εξίσου συχνά στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια;		
		Πιο συχνά στα αγόρια	Λιγότερο συχνά στα αγόρια	Εξίσου συχνά στα αγόρια
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	15	3	11
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	177	41	115
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	250	7	121
	Μεταπτυχιακό	13	0	10
	Διδακτορικό	2	0	1
Total		457	51	258

		Total
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	29
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	333
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	378
	Μεταπτυχιακό	23
	Διδακτορικό	3
Total		766

Πίνακας 12β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38,015 ^a	8	,000
Likelihood Ratio	41,685	8	,000
Linear-by-Linear Association	3,109	1	,078
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 13α

		Ο τραυλισμός εμφανίζεται πιο συχνά, λιγότερο συχνά ή εξίσου συχνά στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια;			Total
		Πιο συχνά στα αγόρια	Λιγότερο συχνά στα αγόρια	Εξίσου συχνά στα αγόρια	
Επάγγελμα	Upper Middle Class	30	1	11	42
	Middle Class	108	3	40	151
	Lower Middle Class	92	8	60	160
	Skilled Working Class	19	5	12	36
	Working Class	7	4	3	14
	Those at Lowest Level of Subsistence	85	20	40	145
	Μαθητές-Φοιτητές	116	10	92	218
Total	457	51	258	766	

Πίνακας 13β

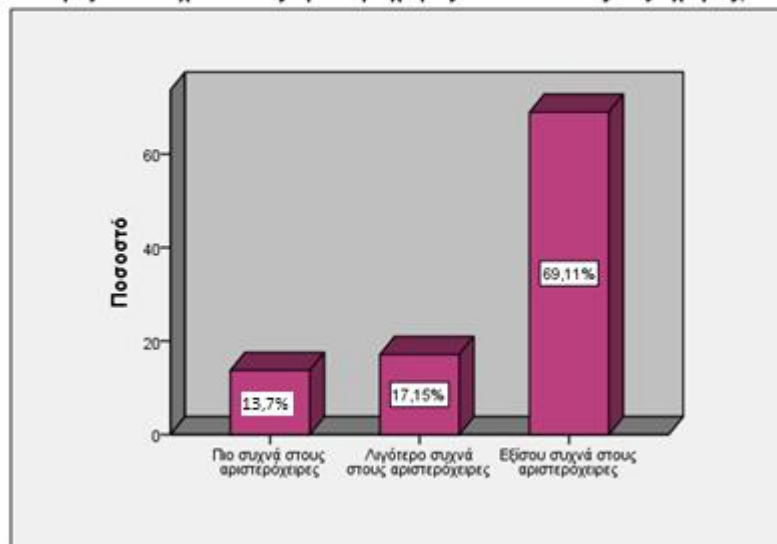
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	49,527 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	44,018	12	,000
Linear-by-Linear Association	7,886	1	,005
N of Valid Cases	766		

Η πέμπτη ερώτηση εξετάζει τις απόψεις του δείγματος σχετικά με το αν ο τραυλισμός εμφανίζεται πιο συχνά, λιγότερο συχνά ή εξίσου συχνά στους αριστερόχειρες από ότι στους δεξιόχειρες. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (68,9%) δήλωσε πως ο τραυλισμός εμφανίζεται εξίσου συχνά στους αριστερόχειρες σε σχέση με τους δεξιόχειρες, καταδεικνύοντας την άποψή τους ότι δεν επηρεάζει τον τραυλισμό αν κάποιος ανήκει στους αριστερόχειρες. Στατιστικά σημαντικές διαφορές δεν παρατηρήθηκαν για τη συγκεκριμένη ερώτηση σε καμία από τις μεταβλητές που εξετάζονται (Γράφημα 5).

Γράφημα 5

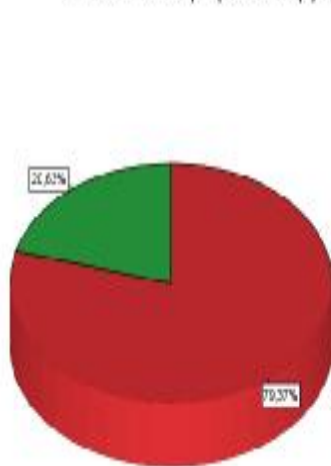
Ερ.5: Πιστεύετε ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται πιο συχνά, λιγότερο συχνά ή εξίσου συχνά στους αριστερόχειρες από ότι στους δεξιόχειρες;



Η ερώτηση έξι, εξετάζει εάν το δείγμα πιστεύει πως ο τραυλισμός σχετίζεται με τη φυλή, την εθνικότητα, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση ή τη διγλωσσία και αν ναι, με ποιο από τα παραπάνω. Η πλειοψηφία των υποκειμένων (79,4%) πιστεύει πως δεν υπάρχει συσχέτιση (Γράφημα 6α), με τους μισούς σχεδόν από αυτούς (37,6% από 79,4% του συνόλου) να ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 20-34 ετών ($p=0,000$) (Πίνακας 14α, 14β) και με το 28,5% να ανήκει στην κατηγορία «μαθητές-φοιτητές» ($p=0,000$) (Πίνακας 15α,15β). Να αναφερθεί πως όσοι επέλεξαν να απαντήσουν θετικά, κατατάσσουν ως βασικά στοιχεία που επηρεάζουν τον τραυλισμό, την διγλωσσία και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (Γράφημα 6β).

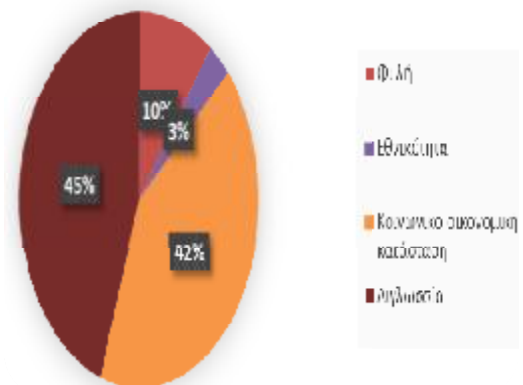
Γράφημα 6α

Ερ.6: Πιστεύετε πως ο τραυλισμός επηρεάζεται από τη φυλή, την εθνικότητα, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση ή τη διγλωσσία;



Γράφημα 6β

Από τι επηρεάζεται περισσότερο ο τραυλισμός;



Πίνακας 14α

		Πιστεύετε πως ο τραυλισμός επηρεάζεται από τη φυλή, την εθνικότητα, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση ή τη διγλωσσία;		Total
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	27	2	29
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	262	71	333
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	300	78	378
	Μεταπτυχιακό	18	5	23
	Διδακτορικό	1	2	3
Total		608	158	766

Πίνακας 14β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,339 ^a	4	,119
Likelihood Ratio	7,305	4	,121
Linear-by-Linear Association	1,465	1	,226
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 15α

		Πιστεύετε πως ο τραυλισμός επηρεάζεται από τη φυλή, την εθνικότητα, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση ή τη διγλωσσία;		Total
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Επάγγελμα	Upper Middle Class	28	14	42
	Middle Class	102	49	151
	Lower Middle Class	115	45	160
	Skilled Working Class	32	4	36
	Working Class	11	3	14
	Those at Lowest Level of Subsistence	102	43	145
	Μαθητές-Φοιτητές	218	0	218
Total		608	158	766

Πίνακας 15β

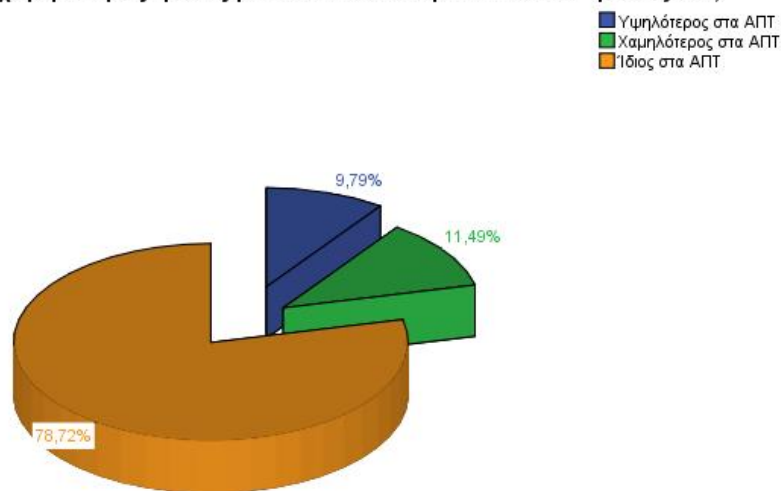
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	88,398 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	129,865	6	,000
Linear-by-Linear Association	51,468	1	,000
N of Valid Cases	766		

Στη συνέχεια εξετάστηκε αν οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι ο δείκτης νοημοσύνης των ατόμων που τραυλίζουν είναι υψηλότερος, χαμηλότερος ή ίδιος με αυτόν των ανθρώπων που δεν τραυλίζουν. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως ελάχιστοι πιστεύουν ότι ο δείκτης νοημοσύνης των ΑΠΤ είναι χαμηλότερος ή ψηλότερος από αυτόν των ανθρώπων που έχουν φυσιολογική ροή ομιλίας, ενώ οι περισσότεροι, σε ποσοστό που αγγίζει το 80% πιστεύουν πως οι δύο κατηγορίες παρουσιάζουν ίδιο δείκτη νοημοσύνης (Γράφημα 7). Δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά ανάμεσα στις υποομάδες της ηλικιακής ομάδας, του φύλου, του επιπέδου εκπαίδευσης και του επαγγέλματος στην παρούσα ερώτηση.

Γράφημα 7

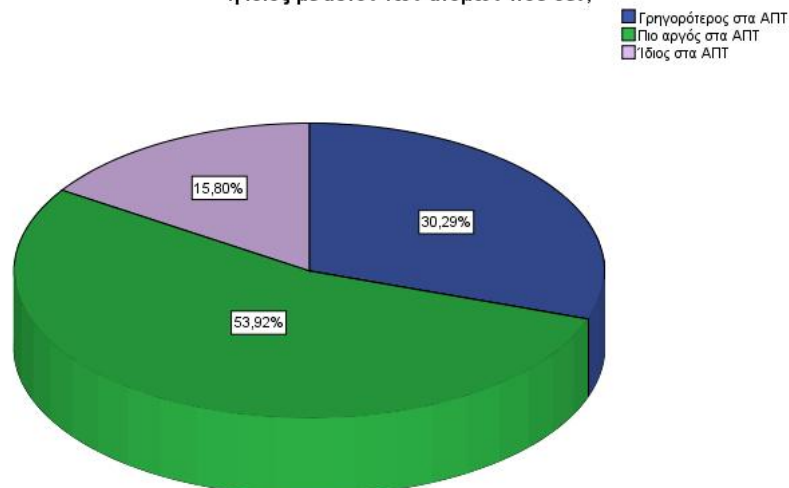
Ερ.7: Θεωρείτε ότι ο δείκτης νοημοσύνης των ΑΠΤ είναι υψηλότερος, χαμηλότερος ή ίδιος με αυτόν των ατόμων που δεν τραυλίζουν;



Επιπλέον, εξετάστηκε η άποψη του πληθυσμού για το γενικό ρυθμό ομιλίας των ΑΠΤ. Η επικρατέστερη άποψη (53,9%) είναι ότι ο ρυθμός ομιλίας των ΑΠΤ είναι πιο αργός από αυτόν των ατόμων που δεν τραυλίζουν, ενώ σε μικρό ποσοστό (15,8%) παρουσιάζεται η άποψη ότι ο ρυθμός ομιλίας είναι ίδιος (Γράφημα 8).

Γράφημα 8

Ερ.8: Πιστεύετε πως ο γενικός ρυθμός ομιλίας των ΑΠΤ είναι γρηγορότερος, πιο αργός ή ίδιος με αυτόν των ατόμων που δεν;



Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στην ηλικιακή ομάδα ($p=0,003$) (Πίνακας 16α, 16β), στο φύλο ($p=0,03$) (Πίνακας 17α, 17β) και στο επάγγελμα ($p=0,001$) (Πίνακας 18α, 18β). Αναλυτικότερα, το 21,9% καταλαμβάνει η ομάδα 20-34 ετών, το 32,8% των γυναικών και το 28,5% των μαθητών-φοιτητών.

Πίνακας 16α

		Πιστεύετε πως ο γενικός ρυθμός ομιλίας των ΑΠΤ είναι γρηγορότερος, πιο αργός ή ίδιος με αυτόν των ατόμων που δεν;			Total
		Γρηγορότερος στα ΑΠΤ	Πιο αργός στα ΑΠΤ	Ίδιος στα ΑΠΤ	
Ηλικιακή Ομάδα	15-19 ετών	28	88	12	128
	20-34 ετών	93	168	41	302
	35-49 ετών	56	87	38	181
	50-64 ετών	26	39	17	82
	65 + ετών	29	31	13	73
Total		232	413	121	766

Πίνακας 16β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,001 ^a	8	,003
Likelihood Ratio	23,125	8	,003
Linear-by-Linear Association	,050	1	,822
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 17α

		Πιστεύετε πως ο γενικός ρυθμός ομιλίας των ΑΠΤ είναι γρηγορότερος, πιο αργός ή ίδιος με αυτόν των ατόμων που δεν;			Total
		Γρηγορότερος στα ΑΠΤ	Πιο αργός στα ΑΠΤ	Ίδιος στα ΑΠΤ	
Φύλο	Ανδρας	112	162	60	334
	Γυναίκα	120	251	61	432
Total		232	413	121	766

Πίνακας 17β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,041 ^a	2	,030
Likelihood Ratio	7,042	2	,030
Linear-by-Linear Association	,156	1	,693
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 18α

		Πιστεύετε πως ο γενικός ρυθμός ομιλίας των ΑΠΤ είναι γρηγορότερος, πιο αργός ή ίδιος με αυτόν των ατόμων που δεν;			Total
		Γρηγορότερος στα ΑΠΤ	Πιο αργός στα ΑΠΤ	Ίδιος στα ΑΠΤ	
Επάγγελμα	Upper Middle Class	13	18	11	42
	Middle Class	49	74	28	151
	Lower Middle Class	49	78	33	160
	Skilled Working Class	15	16	5	36
	Working Class	4	7	3	14
	Those at Lowest Level of Subsistence	52	71	22	145
	Μαθητές-Φοιτητές	50	149	19	218
Total		232	413	121	766

Πίνακας 18β

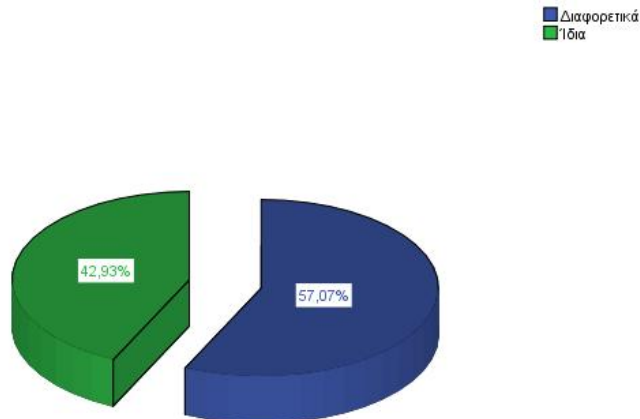
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,590 ^a	12	,001
Likelihood Ratio	32,818	12	,001
Linear-by-Linear Association	,854	1	,355
N of Valid Cases	766		

Η ερευνητική ομάδα θέλησε επίσης να εξετάσει τις απόψεις του δείγματος σχετικά με το αν θεωρούν πως οι πεποιθήσεις και τα συναισθήματα των ΑΠΤ για την ομιλία τους είναι ίδια με αυτά των ατόμων που δε τραυλίζουν. Τα αποτελέσματα σε αυτή την περίπτωση έδειξαν ότι με μικρή διαφορά, της τάξεως του 6,9% (56,9% έναντι 42,8%) υπάρχει η αντίληψη ότι οι πεποιθήσεις και τα συναισθήματά τους σχετικά με την ομιλία τους διαφέρουν. Να επισημανθεί πως οι διαφορές που παρατηρήθηκαν δεν ήταν στατιστικώς σημαντικές σε καμία από τις τέσσερις μεταβλητές (Γράφημα 9).

Γράφημα 9

Ερ.9: Θεωρείτε ότι οι πεποιθήσεις και τα συναισθήματα των ΑΠΤ για την ομιλία τους είναι ίδια με των ατόμων με φυσιολογική ροή ομιλίας;

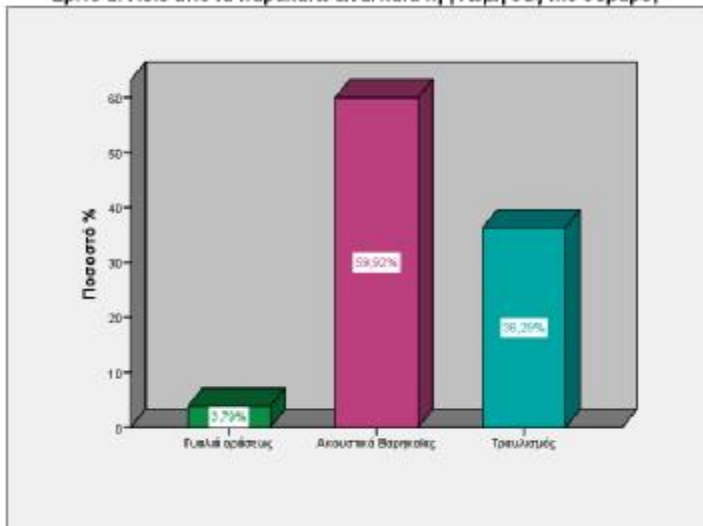


Στη συνέχεια, εξετάστηκε η σοβαρότητα που δίνει η κοινή γνώμη στον τραυλισμό και πως αυτός ιεραρχείται σε αντιδιαστολή με όσους φορούν γυαλιά οράσεως και ακουστικά βαρηκοΐας. Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων δημιουργήθηκαν δύο γραφήματα· το ένα δίνει ιεραρχικά την πιο σοβαρή αδυναμία και το άλλο τη λιγότερο σοβαρή αδυναμία, σε σχέση πάντα με τις απόψεις του δείγματος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, πιο σοβαρή αδυναμία θεωρούνται τα ακουστικά βαρηκοΐας με ποσοστό 59,9%, ενώ ακολουθεί ο τραυλισμός με ποσοστό 36,3% (Γράφημα 10α). Λιγότερο σοβαρή δυσκολία θεωρούνται τα γυαλιά οράσεως με ποσοστό 80,3% (Γράφημα 10β).

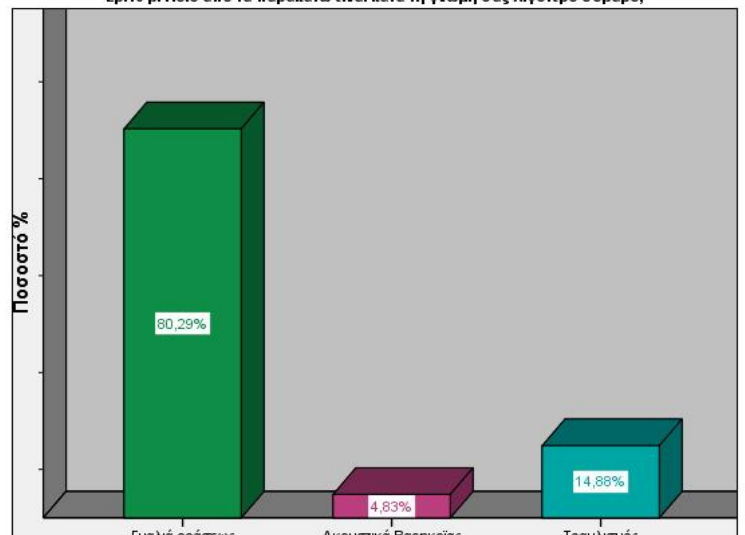
Γράφημα 10α

Γράφημα 10β

Ερ.10 α: Ποιο από τα παρακάτω είναι κατά τη γνώμη σας πιο σοβαρό;



Ερ.10 β: Ποιο από τα παρακάτω είναι κατά τη γνώμη σας λιγότερο σοβαρό;



Στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με την πιο σοβαρή δυσκολία παρατηρήθηκαν στο φύλο ($p=0,011$) (Πίνακας 19α, 19β) και στο επάγγελμα ($p=0,03$) (Πίνακας 20α, 20β). Οι γυναίκες κατέδειξαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (36,3%) τα ακουστικά βαρηκοΐας ως την πιο σημαντική δυσκολία. Αντίστοιχα, οι μαθητές-φοιτητές φάνηκε να υποστηρίζουν στην πλειοψηφία του συνόλου τους, με ποσοστό 19,1%, τα ακουστικά βαρηκοΐας ως την πιο σημαντική δυσκολία, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες επαγγελματικές τάξεις των οποίων οι απαντήσεις μοιράστηκαν μεταξύ του τραυλισμού και των ακουστικών βαρηκοΐας, με μικρές ποσοστιαίες διαφορές.

Πίνακας 19α

		Ποιο από τα παρακάτω είναι κατά τη γνώμη σας πιο σοβαρό;			Total
		Γυαλιά οράσεως	Ακουστικά Βαρηκοΐας	Τραυλισμός	
Φύλο	Ανδρας	12	181	141	334
	Γυναίκα	17	278	137	432
Total		29	459	278	766

Πίνακας 19β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,028 ^a	2	,011
Likelihood Ratio	9,006	2	,011
Linear-by-Linear Association	7,497	1	,006
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 20α

		Ποιο από τα παρακάτω είναι κατά τη γνώμη σας πιο σοβαρό;			Total
		Γυαλιά οράσεως	Ακουστικά Βαρηκοΐας	Τραυλισμός	
Επάγγελμα	Upper Middle Class	0	29	13	42
	Middle Class	7	71	73	151
	Lower Middle Class	9	96	55	160
	Skilled Working Class	0	25	11	36
	Working Class	0	9	5	14
	Those at Lowest Level of Subsistence	7	83	55	145
	Μαθητές-Φοιτητές	6	146	66	218
Total		29	459	278	766

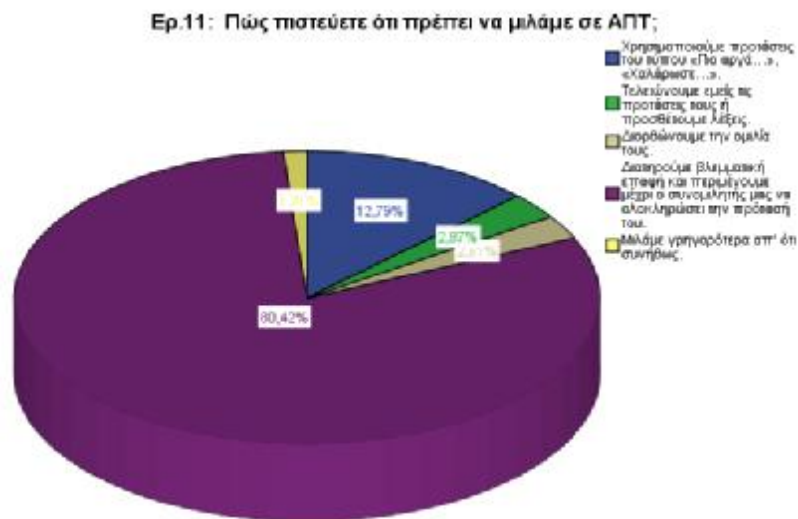
Πίνακας 20β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,727 ^a	12	,030
Likelihood Ratio	25,846	12	,011
Linear-by-Linear Association	3,045	1	,081
N of Valid Cases	766		

Στην ενδέκατη ερώτηση, διερευνήθηκε ο τρόπος με τον οποίο πιστεύει το δείγμα ότι πρέπει να μιλάμε σε κάποιο άτομο που τραυλίζει, με το μεγαλύτερο ποσοστό (80,4%) να επιλέγει την απάντηση, «Διατηρούμε βλεμματική επαφή και περιμένουμε μέχρι ο συνομιλητής μας να ολοκληρώσει την πρότασή του» (Γράφημα 11).

Γράφημα 11



Στατιστικά σημαντικοί ήταν όλοι οι παράγοντες. Όσον αφορά στην ηλικιακή ομάδα ($p=0,000$) (Πίνακας 21α, 21β), τα άτομα ηλικίας 20-34 ετών επέλεξαν την συγκεκριμένη απάντηση σε ποσοστό 34,1%. Σχετικά με το φύλο ($p=0,000$) (Πίνακας 22α, 22β), το 51,6% των γυναικών συμφώνησε με την παραπάνω πρόταση. Το 40,6% των υποκειμένων της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ($p=0,000$) (Πίνακας 23α, 23β), απάντησε ομοiotρόπως. Τέλος, στην ίδια απάντηση κατευθύνθηκε και το 22,8% των μαθητών-φοιτητών ($p=0,000$) (Πίνακας 24α, 24β).

Πίνακας 21α

		Πώς πιστεύετε ότι πρέπει να μιλάμε σε ΑΠΤ;			
		Χρησιμοποιούμε προτάσεις του τύπου «Πιο αργά...», «Χαλάρωσε...».	Τελειώνουμε εμείς τις προτάσεις τους ή προσθέτουμε λέξεις.	Διορθώνουμε την ομιλία τους.	Διατηρούμε βλεμματική επαφή και περιμένουμε μέχρι ο συνομιλητής μας να ολοκληρώσει την πρότασή του.
Ηλικιακή Ομάδα	15-19 ετών	6	7	19	96
	20-34 ετών	40	0	1	261
	35-49 ετών	33	0	0	148
	50-64 ετών	10	0	0	72
	65 + ετών	9	15	0	39
Total		98	22	20	616

		Πώς πιστεύετε ότι πρέπει να μιλάμε σε ΑΠΤ;	Total
		Μιλάμε γρηγορότερα απ' ότι συνήθως.	
Ηλικιακή Ομάδα	15-19 ετών	0	128
	20-34 ετών	0	302
	35-49 ετών	0	181
	50-64 ετών	0	82
	65 + ετών	10	73
Total		10	766

Πίνακας 21β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	301,597 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	199,342	16	,000
Linear-by-Linear Association	2,253	1	,133
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 22α

Count

		Πώς πιστεύετε ότι πρέπει να μιλάμε σε ΑΠΤ;				
		Χρησιμοποιούμε προτάσεις του τύπου «Πιο αργά...», «Χαλάρωσε...».	Τελειώνουμε εμείς τις προτάσεις τους ή προσθέτουμε λέξεις.	Διορθώνουμε την ομιλία τους.	Διατηρούμε βλεμματική επαφή και περιμένουμε μέχρι ο συνομιλητής μας να ολοκληρώσει την πρότασή του.	Μιλάμε γρηγορότερα απ' ότι συνήθως.
Φύλο	Άνδρας	98	15	0	221	0
	Γυναίκα	0	7	20	395	10
Total		98	22	20	616	10

		Total
Φύλο	Άνδρας	334
	Γυναίκα	432
Total		766

Πίνακας 22β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	170,308 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	217,675	4	,000
Linear-by-Linear Association	143,144	1	,000
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 23α

Count

		Πώς πιστεύετε ότι πρέπει να μιλάμε σε ΑΠΤ;		
		Χρησιμοποιούμε προτάσεις του τύπου «Πιο αργά...», «Χαλάρωσε...».	Τελειώνουμε εμείς τις προτάσεις τους ή προσθέτουμε λέξεις.	Διορθώνουμε την ομιλία τους.
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	8	5	0
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	37	13	6
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	48	4	14
	Μεταπτυχιακό	4	0	0
	Διδακτορικό	1	0	0
Total		98	22	20

		Πώς πιστεύετε ότι πρέπει να μιλάμε σε ΑΠΤ;		
		Διατηρούμε βλεμματική επαφή και περιμένουμε μέχρι ο συνομιλητής μας να ολοκληρώσει την πρότασή του.	Μιλάμε γρηγορότερα απ' ότι συνήθως.	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	16	0	29
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	268	9	333
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	311	1	378
	Μεταπτυχιακό	19	0	23
	Διδακτορικό	2	0	3
Total		616	10	766

Πίνακας 23β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	49,609 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	41,507	16	,000
Linear-by-Linear Association	1,109	1	,292
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 24α

Count

		Πώς πιστεύετε ότι πρέπει να μιλάμε σε ΑΠΤ;		
		Χρησιμοποιούμε προτάσεις του τύπου «Πιο αργά...», «Χαλάρωσε...».	Τελειώνουμε εμείς τις προτάσεις τους ή προσθέτουμε λέξεις.	Διορθώνουμε την ομιλία τους.
Επάγγελμα	Upper Middle Class	6	0	0
	Middle Class	37	0	0
	Lower Middle Class	15	0	3
	Skilled Working Class	2	0	0
	Working Class	2	1	0
	Those at Lowest Level of Subsistence	16	14	1
	Μαθητές-Φοιτητές	20	7	16
Total	98	22	20	

		Πώς πιστεύετε ότι πρέπει να μιλάμε σε ΑΠΤ;		
		Διατηρούμε βλεμματική επαφή και περιμένουμε μέχρι ο συνομιλητής μας να ολοκληρώσει την πρότασή του.	Μιλάμε γρηγορότερα απ' ότι συνήθως.	
Επάγγελμα	Upper Middle Class	36	0	42
	Middle Class	113	1	151
	Lower Middle Class	142	0	160
	Skilled Working Class	33	1	36
	Working Class	11	0	14
	Those at Lowest Level of Subsistence	106	8	145
	Μαθητές-Φοιτητές	175	0	218
Total	616	10	766	

Πίνακας 24β

Chi-Square Tests

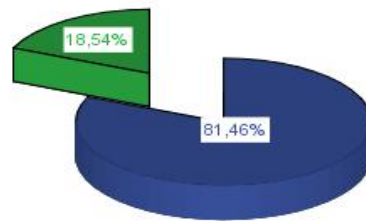
	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	114,667 ^a	24	,000
Likelihood Ratio	111,747	24	,000
Linear-by-Linear Association	1,417	1	,234
N of Valid Cases	766		

Η ερώτηση δώδεκα τέθηκε ώστε να διερευνηθούν οι απόψεις του δείγματος σχετικά με το αν πιστεύουν πως ο τραυλισμός μπορεί να θεραπευτεί. Σε ποσοστό 81,5% το δείγμα απάντησε θετικά, δείχνοντας πως θεωρεί τον τραυλισμό ένα θεραπεύσιμο πρόβλημα (Γράφημα 12). Την ίδια θετική βλέψη έφεραν ως επί το πλείστον τα άτομα των μικρότερων ηλικιακών ομάδων ($p=0,000$), με την ομάδα των 20-34 ετών να επικρατεί σε ποσοστό 33,9% (Πίνακας 25α, 25β). Την άποψη αυτή εξέφρασαν επίσης τα άτομα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ($p=0,000$) σε ποσοστό 42,6% (Πίνακας 26α, 26β), καθώς και οι μαθητές-φοιτητές ($p=0,000$) σε ποσοστό 25,2% (Πίνακας 27α, 27β).

Γράφημα 12

Ερ.12: Μπορεί ο τραυλισμός να θεραπευτεί;

■ ΝΑΙ
■ ΟΧΙ



Πίνακας 25α

	Μπορεί ο τραυλισμός να θεραπευτεί;		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Ηλικιακή Ομάδα			
15-19 ετών	116	12	128
20-34 ετών	260	42	302
35-49 ετών	147	34	181
50-64 ετών	58	24	82
65 + ετών	43	30	73
Total	624	142	766

Πίνακας 25β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42,262 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	38,400	4	,000
Linear-by-Linear Association	39,640	1	,000
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 26α

		Μπορεί ο τραυλισμός να θεραπευτεί;		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	15	14	29
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	257	76	333
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	326	52	378
	Μεταπτυχιακό	23	0	23
	Διδακτορικό	3	0	3
Total		624	142	766

Πίνακας 26β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,670 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	33,833	4	,000
Linear-by-Linear Association	28,765	1	,000
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 27α

		Μπορεί ο τραυλισμός να θεραπευτεί;		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Επάγγελμα	Upper Middle Class	37	5	42
	Middle Class	128	23	151
	Lower Middle Class	138	22	160
	Skilled Working Class	23	13	36
	Working Class	6	8	14
	Those at Lowest Level of Subsistence	99	46	145
	Μαθητές-Φοιτητές	193	25	218
Total	624	142	766	

Πίνακας 27β

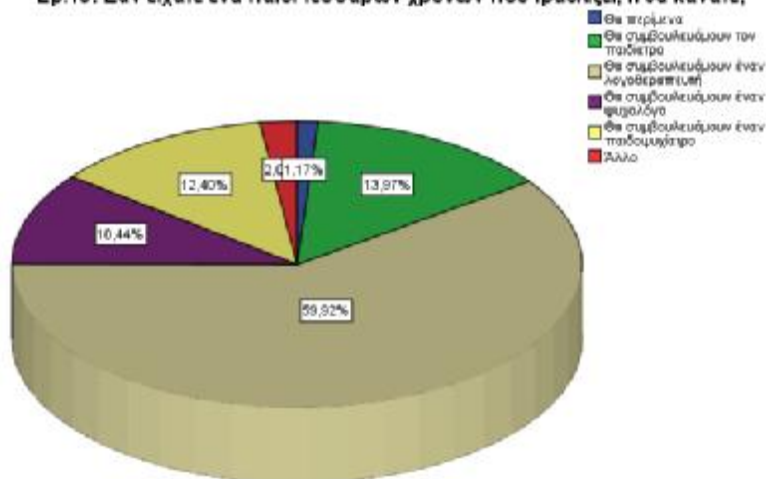
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	49,835 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	44,170	6	,000
Linear-by-Linear Association	1,030	1	,310
N of Valid Cases	766		

Επιπλέον, στην ερώτηση δεκατρία, η έρευνα επικεντρώθηκε στις ενέργειες που θα έκαναν οι ερωτώμενοι, αν είχαν ένα παιδί τεσσάρων ετών το οποίο άρχιζε να τραυλίζει. Πάνω από τους μισούς (59,9%) απάντησαν πως θα συμβουλευόνταν ένα λογοθεραπευτή, ενώ αρκετά λιγότεροι ήταν αυτοί που θα περίμεναν (1,2%) ή που θα απευθύνονταν σε κάποιον ψυχολόγο (12,4%) (Γράφημα 13).

Γράφημα 13

Ερ.13: Εάν είχατε ένα παιδί τεσσάρων χρόνων που τραυλίζει, τι θα κάνατε;



Όλες οι μεταβλητές έφεραν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αρχικά, σχετικά με την ηλικιακή ομάδα ($p=0,000$), το 22,6% των ερωτηθέντων ηλικίας 20-34 ετών θα επέλεγε να συμβουλευτεί έναν λογοθεραπευτή (Πίνακας 28α, 28β). Παρομοίως θα έπραττε το 37,9% των γυναικών ($p=0,000$) (Πίνακας 29α, 29β). Αντίστοιχα, το ίδιο υποστήριζε και το 30,9% των ατόμων που ανήκουν στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση ($p=0,000$) (Πίνακας 30α, 30β). Τέλος, το 16,8% των μαθητών-φοιτητών κινήθηκε αναλόγως στις απαντήσεις του ($p=0,000$) (Πίνακας 31α, 31β).

Πίνακας 28α

		Εάν είχατε ένα παιδί τεσσάρων χρόνων που τραυλίζει, τι θα κάνατε;			
		Θα περίμενα	Θα συμβουλευόμου ν τον παιδίατρο	Θα συμβουλευόμου ν έναν λογοθεραπευτή	Θα συμβουλευόμου ν έναν ψυχολόγο
Ηλικιακή Ομάδα	15-19 ετών	6	21	75	0
	20-34 ετών	3	29	173	21
	35-49 ετών	0	29	118	33
	50-64 ετών	0	13	59	10
	65 + ετών	0	15	34	16
Total		9	107	459	80

		Εάν είχατε ένα παιδί τεσσάρων χρόνων που τραυλίζει, τι θα κάνατε;		
		Θα συμβουλευόμου έναν παιδοψυχίατρο	Άλλο	
Ηλικιακή Ομάδα	15-19 ετών	26	0	128
	20-34 ετών	60	16	302
	35-49 ετών	1	0	181
	50-64 ετών	0	0	82
	65 + ετών	8	0	73
Total		95	16	766

Πίνακας 28β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	142,777 ^a	20	,000
Likelihood Ratio	179,156	20	,000
Linear-by-Linear Association	6,349	1	,012
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 29α

		Εάν είχατε ένα παιδί τεσσάρων χρόνων που τραυλίζει, τι θα κάνατε;				
		Θα περίμενα	Θα συμβουλευόμου ν τον παιδίατρο	Θα συμβουλευόμου ν έναν λογοθεραπευτή	Θα συμβουλευόμου ν έναν ψυχολόγο	Θα συμβουλευόμου ν έναν παιδοψυχίατρο
Φύλο	Άνδρας	9	52	169	80	8
	Γυναίκα	0	55	290	0	87
Total		9	107	459	80	95

		Εάν είχατε ένα παιδί τεσσάρων χρόνων που τραυλίζει, τι θα κάνατε;	
		Άλλο	Total
Φύλο	Άνδρας	16	334
	Γυναίκα	0	432
Total		16	766

Πίνακας 29β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	193,303 ^a	5	,000
Likelihood Ratio	242,151	5	,000
Linear-by-Linear Association	,600	1	,439
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 30α

		Εάν είχατε ένα παιδί τεσσάρων χρόνων που τραυλίζει, τι θα κάνατε;		
		Θα περίμενα	Θα συμβουλευόμου ν τον παιδίατρο	Θα συμβουλευόμου ν έναν λογοθεραπευτή
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	0	7	9
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	2	67	195
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	7	31	237
	Μεταπτυχιακό	0	2	16
	Διδακτορικό	0	0	2
Total		9	107	459

		Εάν είχατε ένα παιδί τεσσάρων χρόνων που τραυλίζει, τι θα κάνατε;		
		Θα συμβουλευόμουν έναν ψυχολόγο	Θα συμβουλευόμουν έναν παιδοψυχίατρο	Άλλο
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	10	3	0
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	35	31	3
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	31	60	12
	Μεταπτυχιακό	3	1	1
	Διδακτορικό	1	0	0
Total		80	95	16

		Total
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	29
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	333
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	378
	Μεταπτυχιακό	23
	Διδακτορικό	3
Total		766

Πίνακας 30β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	62,159 ^a	20	,000
Likelihood Ratio	59,290	20	,000
Linear-by-Linear Association	7,475	1	,006
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 31α

		Εάν είχατε ένα παιδί τεσσάρων χρόνων που τραυλίζει, τι θα κάνατε;		
		Θα περίμενα	Θα συμβουλευόμου ν τον παιδίατρο	Θα συμβουλευόμου ν έναν λογοθεραπευτή
Επάγγελμα	Upper Middle Class	0	3	28
	Middle Class	0	9	92
	Lower Middle Class	0	30	100
	Skilled Working Class	0	4	28
	Working Class	0	4	7
	Those at Lowest Level of Subsistence	0	35	75
	Μαθητές-Φοιτητές	9	22	129
Total	9	107	459	

		Εάν είχατε ένα παιδί τεσσάρων χρόνων που τραυλίζει, τι θα κάνατε;			
		Θα συμβουλευόμουν έναν ψυχολόγο	Θα συμβουλευόμουν έναν παιδοψυχίατρο	Άλλο	
Επάγγελμα	Upper Middle Class	5	5	1	42
	Middle Class	35	13	2	151
	Lower Middle Class	14	15	1	160
	Skilled Working Class	2	2	0	36
	Working Class	3	0	0	14
	Those at Lowest Level of Subsistence	20	13	2	145
	Μαθητές-Φοιτητές	1	47	10	218
Total		80	95	16	766

Πίνακας 31β

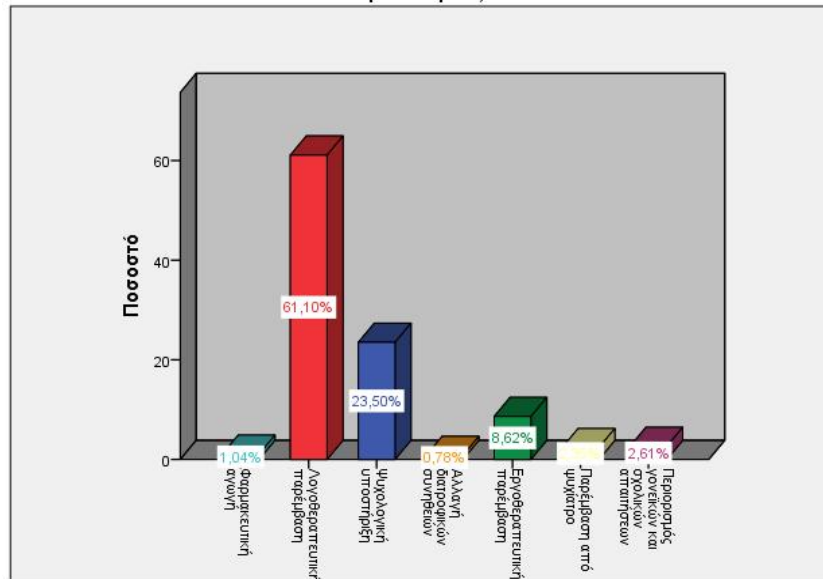
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	134,251 ^a	30	,000
Likelihood Ratio	143,991	30	,000
Linear-by-Linear Association	,088	1	,767
N of Valid Cases	766		

Στην τελευταία ερώτηση, το δείγμα ερωτήθηκε σχετικά με τη γνώμη του για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού, με τους περισσότερους, 61,1% να επιλέγουν τη λογοθεραπευτική παρέμβαση και μόλις ένα ποσοστό 1%, 2,3% και 2,6% να επιλέγει τη φαρμακευτική αγωγή, την παρέμβαση από ψυχίατρο και τον περιορισμό των γονεϊκών και σχολικών απαιτήσεων αντίστοιχα (Γράφημα 14).

Γράφημα 14

Ερ.14: Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού;



Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε όλες τις μεταβλητές και σε αυτή την ερώτηση. Συγκεκριμένα, στην ηλικιακή ομάδα ($p=0,000$), τα άτομα ηλικίας 20-34 ετών υπερτερούσαν των υπολοίπων (23,8%) (Πίνακας 32α, 32β), ενώ στη μεταβλητή του φύλου ($p=0,000$), οι γυναίκες επικράτησαν των ανδρών (37,9% έναντι 23,2%) (Πίνακας 33α, 33β). Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης ($p=0,000$), το 31,5% των ατόμων της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης έδωσε την αντίστοιχη απάντηση (Πίνακας 34α, 34β). Το 16,8% των μαθητών-φοιτητών έδειξε επίσης προτίμηση στην λογοθεραπευτική παρέμβαση ($p=0,000$) (Πίνακας 35α, 35β).

Πίνακας 32α

		Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού;			
		Φαρμακευτική αγωγή	Λογοθεραπευτική παρέμβαση	Ψυχολογική υποστήριξη	Αλλαγή διατροφικών συνηθειών
Ηλικιακή Ομάδα	15-19 ετών	6	75	42	0
	20-34 ετών	2	182	80	6
	35-49 ετών	0	118	30	0
	50-64 ετών	0	59	13	0
	65 + ετών	0	34	15	0
Total		8	468	180	6

		Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού;			
		Εργοθεραπευτική παρέμβαση	Παρέμβαση από ψυχίατρο	Περιορισμός γονεϊκών και σχολικών απαιτήσεων	
Ηλικιακή Ομάδα	15-19 ετών	5	0	0	128
	20-34 ετών	0	18	14	302
	35-49 ετών	27	0	6	181
	50-64 ετών	10	0	0	82
	65 + ετών	24	0	0	73
Total		66	18	20	766

Πίνακας 32β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	174,930 ^a	24	,000
Likelihood Ratio	189,675	24	,000
Linear-by-Linear Association	9,074	1	,003
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 33α

		Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού;				
		Φαρμακευτική αγωγή	Λογοθεραπευτική ή παρέμβαση	Ψυχολογική υποστήριξη	Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Εργοθεραπευτική ή παρέμβαση
Φύλο	Άνδρας	8	178	43	6	61
	Γυναίκα	0	290	137	0	5
Total		8	468	180	6	66

		Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού;		
		Παρέμβαση από ψυχίατρο	Περιορισμός γονεϊκών και σχολικών απαιτήσεων	
Φύλο	Άνδρας	18	20	334
	Γυναίκα	0	0	432
Total		18	20	766

Πίνακας 33β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	165,580 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	194,269	6	,000
Linear-by-Linear Association	87,603	1	,000
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 34α

Count

		Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού;		
		Φαρμακευτική αγωγή	Λογοθεραπευτική ή παρέμβαση	Ψυχολογική υποστήριξη
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	0	9	7
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	2	200	85
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	6	241	85
	Μεταπτυχιακό	0	16	3
	Διδακτορικό	0	2	0
Total		8	468	180

		Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού;		
		Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Εργοθεραπευτική ή παρέμβαση	Παρέμβαση από ψυχίατρο
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	0	13	0
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	0	33	3
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	6	19	12
	Μεταπτυχιακό	0	1	3
	Διδακτορικό	0	0	0
Total		6	66	18

		Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού;	Total
		Περιορισμός γονεϊκών και σχολικών απαιτήσεων	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	0	29
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο, Λύκειο, ΙΕΚ)	10	333
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ)	9	378
	Μεταπτυχιακό	0	23
	Διδακτορικό	1	3
Total		20	766

Πίνακας 34β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	95,694 ^a	24	,000
Likelihood Ratio	68,965	24	,000
Linear-by-Linear Association	4,370	1	,037
N of Valid Cases	766		

Πίνακας 35α

Count

		Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού;		
		Φαρμακευτική αγωγή	Λογοθεραπευτική ή παρέμβαση	Ψυχολογική υποστήριξη
Επάγγελμα	Upper Middle Class	0	29	7
	Middle Class	0	94	20
	Lower Middle Class	0	103	42
	Skilled Working Class	0	29	5
	Working Class	0	8	3
	Those at Lowest Level of Subsistence	0	76	39
	Μαθητές-Φοιτητές	8	129	64
Total	8	468	180	

		Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού;		
		Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Εργοθεραπευτική παρέμβαση	Παρέμβαση από ψυχίατρο
Επάγγελμα	Upper Middle Class	0	2	2
	Middle Class	0	19	7
	Lower Middle Class	0	8	1
	Skilled Working Class	0	2	0
	Working Class	0	2	0
	Those at Lowest Level of Subsistence	0	28	2
	Μαθητές-Φοιτητές	6	5	6
Total	6	66	18	

		Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού;	Total
		Περιορισμός γονεϊκών και σχολικών απαιτήσεων	
Επάγγελμα	Upper Middle Class	2	42
	Middle Class	11	151
	Lower Middle Class	6	160
	Skilled Working Class	0	36
	Working Class	1	14
	Those at Lowest Level of Subsistence	0	145
	Μαθητές-Φοιτητές	0	218
Total		20	766

Πίνακας 35β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	123,778 ^a	36	,000
Likelihood Ratio	131,088	36	,000
Linear-by-Linear Association	6,140	1	,013
N of Valid Cases	766		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

4.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πλειοψηφία του γενικού πληθυσμού είναι εξοικειωμένη με την διαταραχή του τραυλισμού, γεγονός που καθίσταται εμφανές από το 79,9% των θετικών απαντήσεων που δόθηκαν στην πρώτη ερώτηση και το 43,5% που δόθηκαν στη δεύτερη. Φαίνεται ακόμα πως ο όρος «τραυλός», δεν θεωρείται ευρέως αποδεκτός στις μέρες μας, όπως κατέδειξε η αρνητική απάντηση της μεγαλύτερης μερίδας του δείγματος, με ποσοστό 55,6%. Αυτός ο όρος αν και ευρέως χρησιμοποιούμενος, πράγματι δεν είναι πλέον αποδεκτός ούτε από τα ΑΠΤ, αλλά ούτε και από την επιστημονική κοινότητα (Guitar, 2006).

Όπως προέκυψε από τα ευρήματα της έρευνας, το επίπεδο γνώσεων του γενικού πληθυσμού κυμαίνεται σε αρκετά ικανοποιητικά επίπεδα. Αυτό διαφαίνεται από το σύνολο σωστών απαντήσεων που δόθηκαν στις περισσότερες ερωτήσεις ανεξαρτήτως μεταβλητής. Αναλυτικότερα, τα υποκείμενα φάνηκε να είναι ενήμερα σχετικά με βασικές γνώσεις γύρω από τον τραυλισμό, που αφορούσαν τα επιπολαστικά στοιχεία, την αιτιολογία και τη θεραπευτική αντιμετώπισή του. Περισσότεροι από τους μισούς ερωτώμενους αποφάνθηκαν πως ο τραυλισμός εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, και εξίσου συχνά σε αριστερόχειρες και δεξιόχειρες, γεγονός που ισχύει (59,7% και 68,9% αντίστοιχα). Σύμφωνα με τους Yairi & Ambrose, 2005 πράγματι η αριθμητική υπεροχή των αρρένων που τραυλίζουν έναντι των θηλέων είναι σημαντική. Σχετικά με τη σχέση πλευρίωσης και τραυλισμού από τα ερευνητικά δεδομένα δεν έχει βρεθεί άμεση συσχέτιση (Bloodstein, 1995). Επίσης, η πλειονότητα των ερωτηθέντων με ποσοστό 79,4% υποστήριξε ορθά ότι ο τραυλισμός δεν επηρεάζεται από παράγοντες όπως η φυλή, η εθνικότητα, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και η διγλωσσία. Σύμφωνα με τον Manning, 2010, άτομα από όλες σχεδόν τις φυλές από διαφορετικές εθνικότητες και από διάφορα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα μπορούν να παρουσιάσουν τραυλισμό. Επιπλέον, σύμφωνα με τους Bloodstein & Bernstein-Ratner, 2008, σήμερα είναι αποδεκτό ότι η διγλωσσία δεν αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για την ανάπτυξη του τραυλισμού. Επιπρόσθετα, η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό που αγγίζει το 80% γνωρίζει ότι ο δείκτης νοημοσύνης των ΑΠΤ είναι ίδιος με αυτόν των ατόμων που δεν τραυλίζουν. Το 53,9% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο γενικός ρυθμός ομιλίας των ΑΠΤ είναι πιο αργός από αυτόν των ατόμων με φυσιολογική ροή ομιλίας (Μαλανδράκη, 2013). Επιπλέον, το 80,4% των ερωτώμενων έδωσε τη σωστή απάντηση ότι κατά την επικοινωνία με ΑΠΤ θα πρέπει να διατηρείται βλεμματική επαφή και να αναμένεται η ολοκλήρωση της πρότασης του συνομιλητή. Τέλος, όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση, το κοινό κατευθύνθηκε προς τις σωστές απαντήσεις, υποδεικνύοντας τη λογοθεραπευτική παρέμβαση ως την καταλληλότερη, με ποσοστά 59,9% και 61,1%, για τις ερωτήσεις δεκατρία και δεκατέσσερα αντίστοιχα.

Παρά το γεγονός ότι στις περισσότερες ερωτήσεις υποδείχθηκαν οι σωστές απαντήσεις, παρατηρήθηκε μια σύγχυση σε ορισμένες από αυτές με το κοινό να διχάζεται μεταξύ των προτεινόμενων απαντήσεων. Συγκεκριμένα, το 41,3% του δείγματος απάντησε εύστοχα πως η ηλικία έναρξης του τραυλισμού τοποθετείται μεταξύ 2-5 ετών. Ωστόσο, με μικρή διαφορά της τάξεως του 6,8% ακολούθησαν τα 5-11 έτη ως επόμενη συχνότερη απάντηση. Σχετικά με την αιτιολογία της διαταραχής, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (32%) απάντησε

σωστά πως η αιτία είναι πολυπαραγοντική, με τα ψυχοσυναισθηματικά αίτια και τα νευρολογικά προβλήματα να απέχουν ελάχιστα (22,8% και 22,1% αντίστοιχα). Η κοινή γνώμη διχάστηκε και στην ερώτηση που αφορούσε τις πεποιθήσεις και τα συναισθήματα των ΑΠΤ για την ομιλία τους. Τα υποκείμενα επέλεξαν σωστά ότι τα συναισθήματα και οι πεποιθήσεις των ΑΠΤ για την ομιλία τους δεν είναι ίδια με αυτά των ατόμων που δεν τραυλίζουν, με διαφορά ελάσσονος σημασίας (6,9%).

Ολοκληρώνοντας, οι γνώσεις του δείγματος βρέθηκαν ελλιπείς σε δύο εκ των δεκατεσσάρων ερωτήσεων. Ειδικότερα, η συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού στο γενικό πληθυσμό εκτιμήθηκε στο 10% από το 42,4% των συμμετεχόντων, με τη σωστή απάντηση (1%) να λαμβάνει τη δεύτερη θέση με ποσοστό 33%. Πολύ μεγάλο ποσοστό του δείγματος (81,5%) απάντησε λανθασμένα ότι ο τραυλισμός είναι ένα θεραπεύσιμο πρόβλημα. Μόλις το 18,5% γνώριζε ότι ο τραυλισμός δεν θεραπεύεται. Για την ακρίβεια, οι πιθανότητες ανάρρωσης μειώνονται σημαντικά μετά τους 36 μήνες και σχεδόν εκμηδενίζονται στα 5 έτη διάρκειας των συμπτωμάτων, καταδεικνύοντας ότι μετά την παγίωση του τραυλισμού η διαταραχή μπορεί να αντιμετωπιστεί αλλά όχι να θεραπευτεί (Yairi & Ambrose, 1999, Μαλανδράκη, 2012). Εκτός από τις ερωτήσεις που απέβλεπαν στον έλεγχο των γνώσεων των ερωτηθέντων, κρίθηκε σκόπιμο να εξεταστεί και η υποκειμενική άποψή τους σχετικά με το βαθμό σοβαρότητας που απέδιδαν στον τραυλισμό. Συγκριτικά με δύο άλλες δυσκολίες (ακουστικά βαρηκοΐας, γυαλιά οράσεως) τα υποκείμενα έθεσαν τον τραυλισμό στο ενδιάμεσο.

Μεταξύ των υποομάδων των συμμετεχόντων παρατηρήθηκαν διαφορές στο επίπεδο γνώσεών τους. Πριν αναλυθούν οι απαντήσεις που δόθηκαν στο κυρίως μέρος του ερωτηματολογίου, θα πρέπει να γίνει μία σύντομη αναφορά σχετικά με τις εισαγωγικές ερωτήσεις. Αντίθετα από ότι αναμενόταν, το επίπεδο εκπαίδευσης και το επάγγελμα φάνηκε να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο βαθμό εξοικείωσης των υποκειμένων με την διαταραχή. Ωστόσο, αυτή η διαφορά ίσως οφείλεται στην άνιση κατανομή του δείγματος. Παράγοντας που επηρέασε την αποδοχή του όρου «τραυλός», είναι η ηλικία, γεγονός που ίσως υποδεικνύει την άρνηση των νεαρότερων ηλικιών να κατηγοριοποιούν τους ανθρώπους βάσει συγκεκριμένων χαρακτηριστικών τους.

Περνώντας στο σχολιασμό του κυρίως μέρους, αρχικά, όσον αφορά στη μεταβλητή της ηλικιακής ομάδας, γίνεται εμφανές το γεγονός ότι τα άτομα ηλικίας 20-34 ετών έχουν καλύτερη και πιο εμπεριστατωμένη άποψη σχετικά με τον τραυλισμό, ενώ ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 35-49 ετών. Η υπεροχή αυτή, φάνηκε από τις σωστές απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με την αιτιολογία του τραυλισμού, τη συχνότητα εμφάνισής του ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια, την άποψη ότι ο τραυλισμός δεν επηρεάζεται από εξωγενείς παράγοντες, το γενικό ρυθμό ομιλίας των ΑΠΤ, τον τρόπο επικοινωνίας με ΑΠΤ και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του φαινομένου. Όσον αφορά στα άτομα ηλικίας 35-49 ετών φάνηκε να επικρατούν στην ερώτηση που διερευνούσε τη συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού, ενώ ακολουθούσαν σε συχνότητα την ηλικιακή ομάδα 20-34 ετών στο ποσοστό σωστών απαντήσεων που δόθηκαν στις υπόλοιπες ερωτήσεις. Διαφαίνεται επομένως, πως η «ενεργή» μερίδα πληθυσμού γνωρίζει αρκετά για το θέμα, ενώ λιγότερες γνώσεις εντοπίζονται προς τα δύο άκρα, δηλαδή στις ηλικίες άνω των 49 και κάτω των 20 ετών. Ωστόσο, το συγκεκριμένο ποσοστό σωστών απαντήσεων ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζει το επίπεδο γνώσεων των ερωτηθέντων, αλλά να οφείλεται σε αλλαγές κοινωνικών στερεοτυπικών αντιλήψεων. Τέτοιες μπορεί να είναι οι αντιλήψεις σχετικά με την ισότητα των δύο φύλων, ή η άποψη ότι τα άτομα ανώτερων κοινωνικών ομάδων, συγκεκριμένων εθνικοτήτων ή φυλών υπερέχουν έναντι άλλων. Φυσικά, πρέπει να αναφερθεί πως λόγω της επιλογής του δείγματος, η ηλικιακή ομάδα 20-34 ετών υπερέφερε αριθμητικά, γεγονός που ενδεχομένως δικαιολογεί αυτό το προβάδισμα.

Ακόμα, ευδιάκριτα είναι τα υψηλότερα ποσοστά που παρουσιάζονται στο γυναικείο φύλο έναντι του ανδρικού αναφορικά με τις σωστές απαντήσεις που έδωσαν σχετικά με τη διαταραχή. Προκύπτει λοιπόν, πως οι γυναίκες είχαν μια ακριβέστερη εικόνα για την αιτιολογία του τραυλισμού και για τη συχνότητα εμφάνισής του σε αγόρια και κορίτσια, αν και το ίδιο δε συνέβη για τη συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού στον γενικό πληθυσμό, όπου οι άνδρες φάνηκε να έχουν μία πιο σωστή εκτίμηση του ποσοστού. Επίσης, η πλειοψηφία των γυναικών γνώριζε πως ο γενικός ρυθμός ομιλίας των ΑΠΤ είναι πιο αργός, πως είναι προτιμότερο να διατηρείται βλεμματική επαφή και να αναμένεται η ολοκλήρωση της πρότασης του συνομιλητή κατά την επικοινωνία με ΑΠΤ, καθώς και ότι η λογοθεραπευτική παρέμβαση είναι η καταλληλότερη προσέγγιση για τη θεραπεία. Συμπεραίνεται επομένως, ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με το πρόβλημα του τραυλισμού και είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένες προς αυτό.

Επιπρόσθετα, από τις αναλύσεις προκύπτει ότι σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι απόφοιτοι της Τριτοβάθμιας (ΑΕΙ, ΤΕΙ, Στρατιωτικές Σχολές, ΑΕΝ) είναι αυτοί που έχουν τις περισσότερες γνώσεις πάνω στον τραυλισμό. Η υπεροχή τους φάνηκε κυρίως από τις απαντήσεις που αφορούσαν τα επιπολαστικά στοιχεία και τη θεραπευτική προσέγγιση της διαταραχής. Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι και οι απόφοιτοι της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σημείωσαν πολύ υψηλά ποσοστά σωστών απαντήσεων. Από την άλλη, παρατηρήθηκαν χαμηλά ποσοστά στους αποφοίτους Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και στους κατόχους Μεταπτυχιακών και Διδακτορικών Τίτλων, γεγονός που οφείλεται κυρίως στα μικρά ποσοστά του δείγματος που τοποθετήθηκαν στις κατηγορίες αυτές.

Επιπλέον, φάνηκε ότι το επάγγελμα σχετίζεται άμεσα με τις γνώσεις που κατέχει το δείγμα. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται μεγάλη συγκέντρωση αποτελεσμάτων στην τάξη «Μαθητές-Φοιτητές», γεγονός που οφείλεται κυρίως στην επιλογή που έγινε αρχικά ως προς το δείγμα, αλλά και στην άποψη ότι οι νέοι άνθρωποι στις μέρες μας τείνουν να είναι πιο ενημερωμένοι για τα κοινωνικά φαινόμενα και τις δυσκολίες που υπάρχουν. Στη συνέχεια βλέπουμε πως τόσο τα άτομα που ανήκουν στη μεσαία τάξη όσο και εκείνα που συμπεριλαμβάνονται στη μικρομεσαία, κατέχουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων, ενώ στις τελευταίες θέσεις βρίσκονται οι χαμηλότερες επαγγελματικές τάξεις.

Η παρούσα έρευνα, η οποία διεκπεραιώθηκε στην πόλη των Πατρών, εμφάνισε αρκετές ομοιότητες αλλά και διαφορές συγκριτικά με τα ευρήματα των αντίστοιχων ερευνών που διεξήχθησαν στις πόλεις της Φλάνδρας, της Σαγκάης, του Ρίο ντε Τζανέιρο και του Σαλβαδόρ.

Κοινά αποτελέσματα και στις πέντε πόλεις ήταν πως ο γενικός πληθυσμός εκτιμά τη συχνότητα του τραυλισμού σε υψηλότερα επίπεδα από αυτά στα οποία βρίσκεται στην πραγματικότητα. Η ερώτηση που αφορούσε στην ηλικία έναρξης του τραυλισμού, με την έρευνα του Βελγίου να υποστηρίζει σε ποσοστό 59,1% πως ο τραυλισμός εμφανίζεται στις ηλικίες 2-5 ετών, βρήκε σύμφωνες τις υπόλοιπες έρευνες στο σύνολό τους, με ποσοστά που διακυμάνθηκαν από 41,3% (Ρίο ντε Τζανέιρο, Πάτρα) έως 60,5% (Σαγκάη). Όσον αφορά στην κατανομή του τραυλισμού ανάμεσα στα δύο φύλα, πάνω από τα μισά υποκείμενα και των πέντε ερευνών βρήκαν ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια. Συμφωνία εντοπίστηκε και για τη σχέση της πλευρίωσης με τον τραυλισμό, όπου οι ερωτώμενοι απάντησαν πως ο τραυλισμός εμφανίζεται εξίσου σε αριστερόχειρες και δεξιόχειρες. Η πλειοψηφία του δείγματος συμφώνησε στο γεγονός ότι η φυλή δεν επηρεάζει την εμφάνιση του τραυλισμού. Επιπρόσθετα, ομοφωνία υπήρχε και ως προς το ότι ο δείκτης νοημοσύνης των ΑΠΤ δε διαφέρει από αυτόν των ατόμων με φυσιολογική ροή ομιλίας. Επίσης, παρατηρείται πως το ευρύ κοινό είναι αβάσιμα αισιόδοξο σχετικά με τις πιθανότητες θεραπείας του τραυλισμού σε ποσοστό που υπερβαίνει το 80% και στις πέντε έρευνες, ενώ όλοι κατέδειξαν τη συμβουλή από λογοθεραπευτή ως την προτιμότερη.

Στις εναπομένουσες ερωτήσεις παρατηρήθηκαν τόσο συμφωνίες όσο και διαφωνίες στις απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των ερευνών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν η ερώτηση που αφορούσε την αιτιογένεση της διαταραχής όπου το κοινό της ελληνικής έρευνας συμφωνεί με το κοινό της έρευνας που διεξήχθη στην Κίνα για την πολυπαραγοντική αιτιολογία του τραυλισμού σε αντίθεση με τους ερωτηθέντες στις χώρες του Βελγίου και της Βραζιλίας που επέλεξαν τα ψυχοσυναισθηματικά αίτια ως την επικρατέστερη απάντηση. Τέλος, σχετικά με τη σοβαρότητα που δίνει η κοινή γνώμη στον τραυλισμό και πως αυτός ιεραρχείται σε αντιδιαστολή με όσους φορούν γυαλιά οράσεως και ακουστικά βαρηκοΐας, η ελληνική έρευνα έφερε ίδια αποτελέσματα με την έρευνα του Σαλβαδόρ καταδεικνύοντας τα ακουστικά βαρηκοΐας ως τη σοβαρότερη δυσκολία. Ταύτιση απόψεων υπήρξε και μεταξύ των ερευνών της Σαγκάης και της Φλάνδρας, οι οποίες κατέδειξαν τον τραυλισμό ως τη σοβαρότερη δυσκολία, ενώ στην έρευνα του Ρίο ντε Τζανέιρο τα ακουστικά βαρηκοΐας ισοβάθμισαν ως προς τη σοβαρότητα με τον τραυλισμό. Όσον αφορά στην καθεαυτή ιεράρχηση του τραυλισμού, η ελληνική έρευνα τοποθετήθηκε στο μέσο των προηγούμενων ερευνών. Τα άτομα θεωρούσαν τον τραυλισμό ως τη σοβαρότερη διαταραχή σε ποσοστό 36,3%, με τις έρευνες της Σαγκάης και του Σαλβαδόρ να προηγούνται με ποσοστά 30,9% και 33,2% αντίστοιχα και τις έρευνες του Ρίο ντε Τζανέιρο και της Φλάνδρας να έπονται με ποσοστά 48% και 64,5% αντίστοιχα.

Αν και σε όλες τις έρευνες τα υποκείμενα φάνηκαν να είναι εξοικειωμένα με τη διαταραχή του τραυλισμού, γεγονός που διαπιστώθηκε από τις θετικές απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με το αν έχουν συναντήσει ΑΠΤ, υπήρξε μεγάλη διακύμανση ως προς το επίπεδο των γνώσεών τους στην εκάστοτε έρευνα.

4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Στη συγκεκριμένη έρευνα, έγινε προσπάθεια ανίχνευσης του βαθμού ενημερότητας της ελληνικής κοινής γνώμης για τον τραυλισμό. Στα πλαίσια διεκπεραίωσης της παρουσιάστηκαν ορισμένοι περιορισμοί οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για μετέπειτα διεξαγωγή της έρευνας. Αρχικά, σημαντικό είναι να αναφερθεί, πως το δείγμα συλλέχθηκε μόνο από την πόλη των Πατρών, χωρίς ωστόσο να διευκρινιστεί ο τύπος καταγωγής του κάθε ατόμου. Κατά συνέπεια, δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσο το συγκεκριμένο δείγμα αντικατοπτρίζει την γενικότερη άποψη που φέρει το ευρύτερο ελληνικό κοινό. Ένας άλλος περιοριστικός παράγοντας που αξίζει να αναφερθεί είναι η άνιση κατανομή του δείγματος στις διάφορες μεταβλητές, με εξαίρεση την μεταβλητή του φύλου όπου εμφανίστηκε σχετική ισομέρεια. Ο συγκεκριμένος παράγοντας οδήγησε σε συμπεράσματα, τα οποία υπό άλλες συνθήκες ενδέχεται να παρουσίαζαν διαφορές. Τέλος, ένας ακόμα παράγοντας που πιθανώς επηρέασε την εξαγωγή συμπερασμάτων ήταν η διατύπωση ορισμένων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Η διατύπωση των ερωτήσεων αυτών μπορεί να οδήγησε σε παρερμηνεία τους από τα υποκείμενα. Ειδικότερα, η διατύπωση της τρίτης εισαγωγικής ερώτησης (πιστεύετε ότι ο όρος «τραυλός» είναι ευρέως αποδεκτός στις μέρες μας) προκάλεσε σύγχυση σε μερίδα του δείγματος ως προς το αν αναφερόταν στη χρήση του όρου ή ως προς την κοινωνική αποδοχή του ΑΠΤ. Παρόμοια δυσκολία παρουσιάστηκε και στη δέκατη ερώτηση του ερωτηματολογίου, με τα υποκείμενα να μην αντιλαμβάνονται τον τρόπο συμπλήρωσής της, καθώς είχαν να ιεραρχήσουν τρεις δυσκολίες σε δύο κενά συμπλήρωσης για την πιο σοβαρή και τη λιγότερη σοβαρή από αυτές. Στη συνέχεια, όσον αφορά την ερώτηση για την θεραπεία του τραυλισμού, από το ερωτηματολόγιο δεν γινόταν αντιληπτή η διαφορά ανάμεσα σε θεραπεία και αντιμετώπιση. Μεγάλο ποσοστό των θετικών απαντήσεων που δόθηκαν στην

συγκεκριμένη ερώτηση ενδεχομένως να οφείλεται στην αδυναμία διάκρισης των δύο αυτών όρων.

Μετά από όλα αυτά, συστήνεται αφενός η εισαγωγή μίας επιπλέον διευκρινιστικής ερώτησης για τον καθορισμό της καταγωγής του κάθε υποκειμένου, αφετέρου η επανάληψη της έρευνας σε άλλες πόλεις της Ελλάδας προκειμένου να διεξαχθούν πιο αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα. Επιπρόσθετα, κατά την συλλογή του δείγματος συνίσταται η συμπλήρωση ισάριθμων υποκειμένων ανά μεταβλητή έτσι ώστε να μειωθεί η πιθανή ύπαρξη σφάλματος κατά τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων. Επιπλέον, όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο καλό θα ήταν να πραγματοποιηθούν επαναδιατυπώσεις σε ορισμένες από τις ερωτήσεις. Συγκεκριμένα, στην τρίτη εισαγωγική ερώτηση μια εναλλακτική διατύπωση θα ήταν “Πιστεύετε ότι είναι σωστό να χρησιμοποιείται ο όρος «τραυλός» στις μέρες μας;”. Σχετικά με την ερώτηση δέκα, προτείνεται η προσθήκη ενός τρίτου κενού συμπλήρωσης. Τέλος, μια πιθανή επαναδιατύπωση της δωδέκατης ερώτησης, θα μπορούσε να είναι «Πιστεύετε ότι ο τραυλισμός μπορεί να αντιμετωπιστεί, να θεραπευτεί ή τίποτα από τα δύο;».

Αν και από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι γνώσεις του δείγματος κυμαίνονται σε ικανοποιητικά επίπεδα, υπάρχει ακόμα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού που αγνοεί συγκεκριμένες πτυχές του πολυσύνθετου αυτού φαινομένου. Για το λόγο αυτό, κρίνεται σκόπιμη η προσπάθεια βελτίωσης των τρόπων ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους όπως ενημερώσεις από ειδικούς σε σχολεία, δωρεάν ημερίδες που απευθύνονται στο ευρύ κοινό, πιο εμπεριστατωμένη πανεπιστημιακή εκπαίδευση σε συγκεκριμένους κλάδους (δάσκαλοι, νηπιαγωγοί, γιατροί), καθώς και ενημέρωση μέσω τηλεοπτικών εκπομπών που αφορούν θέματα υγείας.

Εν κατακλείδι, ο τραυλισμός είναι μία πολυδιάστατη διαταραχή που έχει αποτελέσει πόλο έλξης για την επιστημονική κοινότητα, καθώς δημιουργεί αρκετά ερωτήματα γύρω από τη φύση του αλλά και τις εκφάνσεις του όσον αφορά στις ζωές των ΑΠΤ. Η παρούσα έρευνα στόχευε στην εξιχνίαση του βαθμού ενημέρωσης του ελληνικού κοινού ανεξάρτητα αλλά και σε σχέση με τα αντίστοιχα διεθνή ευρήματα. Όπως έχει προαναφερθεί, η συγκεκριμένη έρευνα παρουσίασε ομοιότητες αλλά και σημαντικές διαφορές συγκριτικά με τα δεδομένα του εξωτερικού καταλήγοντας στο ότι αν και ο βαθμός εξοικείωσης των Ελλήνων συμμετεχόντων βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, οι γνώσεις τους χρήζουν περαιτέρω ενίσχυσης. Με την ενίσχυση αυτή αναμένεται πως η κοινή γνώμη ενδέχεται να αντιμετωπίζει πιο θετικά ή έστω ουδέτερα τη συγκεκριμένη διαταραχή. Κατ’ αυτόν τον τρόπο ο αντίκτυπος του τραυλισμού στα ΑΠΤ θα είναι λιγότερο επιβαρυντικός και η ποιότητα ζωής τους θα βελτιωθεί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Al-Khaledi, M., Lincoln, M., McCabe, P., Packman, A. & Alshatti, T. (2009). The attitudes, knowledge and beliefs of Arab parents in Kuwait about stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 44-59.
- Andrews, G. & Harris, M. (1964). *The syndrome of stuttering*. London, UK: Wm. Heinemann Medical Books.
- Andrews, G., Craig, A., Feyer, A. M., Hoddinott, S., Howie, P. & Neilson, M. (1983). Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48, 226-246.
- Bakare, M. O., Ebigbo, P. O., Agomoh, A. O., Eaton, J., Onyeama, G. M., Okonkwo, K. O., Onwukwe, J. U., Igwe, M. N., Orovwigo, A.O. & Aguocha, C. M. (2009). Knowledge about childhood autism and opinion among health care workers on availability of law caring for the needs and rights of children with childhood autism and other developmental disorders in Nigeria. *BMC Pediatrics*,9:12.
- Best, J. W. (1970). *Research in education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Blood, G. W. (1999). The stigma of stuttering: Centuries of negative perceptions and stereotypes. *Paper presented at the annual convention of the American Speech and Hearing Association San Francisco, CA*, (p.1999).
- Blood, G.W. & Blood, I. M. (2007). Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: Relation to increased anxiety. *Perceptual and Motor Skills*, 104, 1060-1066.
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tramontana, G. M., Sylvia, A. J., Boyle, M. P. & Motzko, G. R. (2011). Self-reported experience of bullying of students who stutter: Relations with life satisfaction, life orientation, and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 113, 353–364.
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook on stuttering* (5th ed.). San Diego, CA: Singular Publishing Group, Inc.
- Bloodstein, O., Bernstein-Ratner, N. (2008). *A Handbook on Stuttering. (6th ed.)*. New York, NY: Thomson-Delmar.
- Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010a). An investigation into the personal financial costs associated with stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 203–215.
- Boyle, M.P., Blood, G.W. & Blood, I.M. (2009). Effect of perceived causality on perceptions of persons who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 201-218.
- Braun, A. R., Varga. M., Stager, S., Schulz, G., Selbie, S., et al. (1997) Altered patterns of cerebral activity during speech and language production in developmental stuttering: An H2 (15)O positron emission tomography study. *Brain*, 120, 761–784.

- Campbell, J. M. & Barger, B. D. (2011). Middle School Students' Knowledge of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 732-740.
- Clauson, G. M. & Kopatic, N. J. (1975). Teacher Attitudes and Knowledge of Remedial Speech Programs. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 6(4), 206-211.
- Code, C., Hemsley, G. & Herrmann, M. (1999). The emotional impact of aphasia. *Seminars in Speech & Language*, 20(1), 19-31.
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education* (5th ed.). Taylor & Francis Group.
- Conture, E. G. (1990). *Stuttering* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Cooper, E. B. & Cooper, C.S. (1996). Clinician attitudes towards stuttering: Two decades of change. *Journal of Fluency Disorders*, 21(2), 119-135.
- Corcoran, J. A. & Stewart, M. (1998). Stories of stuttering: A qualitative analysis of interview narratives. *Journal of Fluency Disorders*, 23, 247-264.
- Craig, A. (2010). The association between quality of life and stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 159-160.
- Craig, A., Blumgart, E. & Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adult people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 61-71.
- Craig, A., Hancock, K., Chang, E., McCready, C., Shepley, A., McCaul, A., et al. (1996). A controlled clinical trial for stuttering in persons aged 9 to 14 years. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 808-826.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M. & Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the communication across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 1097-1105.
- Craig, A. & Tran, Y. (2006). Chronic and social anxiety in people who stutter. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 63-68.
- Crowe, T. A. & Cooper, E. B. (1977). Paternal attitudes toward and knowledge of stuttering. *Journal Communication Disorders*, 10(4), 343-357.
- Crowe, T. A. & Walton, J. H. (1981). Teacher attitudes toward stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 6(2), 163-174.
- Davis, S., Howell, P. & Cooke, F. (2002). Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 939-947.

- De Nil, L.F., Kroll, R.M., Kapur, S. & Houle, S. (2000). A positron emission tomography study of silent and oral single word reading in stuttering and nonstuttering adults. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43(4), 1038-53.
- Dillengburger, K., Jordan, J. A., McKerr, L., Devine, P. & Keenan, M. (2013). Awareness and knowledge of autism and autism interventions: A general population survey. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 1558-1567.
- Drayna, D. & Kang, C. (2011). Genetic approaches to understanding the causes of stuttering. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 3, 374-380.
- Durand-Zaleski, I., Scott, J., Rouillon, F. & Leboyer, M. (2012). A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*, 12:128.
- Elman, R., Ogar, J. & Elman, S. (2000). Aphasia: Awareness, advocacy, and activism. *Aphasiology*, 14, 455-459.
- Flynn, L., Cumberland, A. & Marshall J. (2009). *Aphasiology*, 23(3), 393-401.
- Flynn, T. W. & St. Louis. K. O. (2011). Changing adolescent attitudes toward stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 110-121.
- Fombonne, E. (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(Suppl 10), 3-8.
- Fox, P. T., Ingham, R. J., Ingham, J. C., Hirsch, T. B., Downs, J. H., et al. (1996). A PET study of the neural systems of stuttering. *Nature*, 382, 158–161.
- Gabel, R. M. (2006). Effects of stuttering severity and therapy involvement on attitudes towards people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 31, 216-227.
- Gabel, R. M., Blood, G. W., Tellis, G. M. & Althouse, M. T. (2004). Measuring role entrapment of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 27-49.
- Gabel, R. M., Brackenbury, T. & Irani, F. (2010). Access to Information About Stuttering and Societal Knowledge of Stuttering. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 20(2), 51–57.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on management of a spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gregory, H. H. (2003). *Stuttering therapy: Rationale and Procedures*. United States of America, Allyn & Bacon.
- Guitar, B. E. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Baltimore, M: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M. & Quine, S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 81–98.

- Igwe, M. N., Ahanotu, A. C., Bakare, M. O., Achor, J. U. & Igwe C. (2011). Assessment of knowledge about childhood autism among paediatric and psychiatric. nurses in Ebony state, Nigeria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5:1.
- Irani, L. & Gabel, R. (2008). Schoolteachers' attitudes toward people who stutter: results of a mail survey. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 32(3), 129-134.
- Kagan, A. (2000). *Increasing access to medical services for people with aphasia*. Presentation at the American Speech-Language-Hearing Association Annual Convention. Washington, DC, November.
- Κακούρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ: Η Φύση και η Αντιμετώπιση του στα Παιδιά και τους Εφήβους*. Αθήνα, Εκδόσεις τυποθήτω.
- Kalra, V., Seth, R. & Sapra, S. (2005). Autism-Experiences in a tertiary care hospital. *Indian Journal of Pediatrics*, 72, 227-230.
- Khanna, R. & Jariwala, K. (2012). Awareness and knowledge of autism among pharmacists. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8, 467-471.
- Khanna, R., Jariwala, K., Holmes, E. R. & Ramachandran, S. (2014). Autism familiarity and knowledge among pharmacy students. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 6, 150-157.
- Klein, J. F. & Hood, S. B. (2004). The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 255-273.
- Langevin, M., Packman, A. & Onslow, M. (2009). Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 264-276.
- Langevin, M. & Prasad, N. G. (2012). A stuttering education and bullying awareness and prevention resource: A feasibility study. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 43, 344-358.
- Μαλανδράκη, Γ. Α. (2012). *Εξελικτικός & Επίμονος Τραυλισμός*. Αθήνα
- Μαλανδράκη, Γ. Α. (2013). *ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ: Αξιολόγηση και Θεραπευτική Αντιμετώπιση*. Εγχειρίδιο Τριήμερης Πρακτικής Εκπαίδευσης, Δεκέμβριος 2013, Αθήνα
- Manning, W. H. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders (3rd ed.)*. Albany, NY: Delmar-Cengage Learning.
- Mansson, H. (2000). Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, 25(1), 47-57.
- Matos Fonseca, N. T. & D' Angelo Nunes, R. T. (2013). Knowledge about stuttering in the city of Salvador. *CEFAC*, 15(4), 884-894.
- Mavis, I., St. Louis, K.O., Ozdemir, S. & Topgram, B. (2013). Attitudes of Turkish speech and language therapists toward stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 157-170.

- McCann, C., Tunnicliffe, K. & Anderson, R. (2013). Public awareness of aphasia in New Zealand, *Aphasiology*, 5, 568-580.
- Medeiros de Britto Pereira, M., Perni Rossi, J. & Van Borsel, J. (2008). Public awareness and knowledge of stuttering in Rio de Janeiro. *Journal of Fluency Disorders*, 33(1), 24-31.
- Myers, F. L. & Wall, M. J. (1995). *Clinical Management of Childhood Stuttering* (2nd Ed.). United States of America: Pro-ed.
- Neumann, K., Euler, H. A., Gudenberg, A. W., Giraud, A. L., Lanfermann, H., et al. (2003). The nature and treatment of stuttering as revealed by fMRI: A within- and between-group comparison. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 381-410.
- Ozdemir, R. S., St. Louis, K. O. & Topbas, S. (2011b). Stuttering attitudes among Turkish family generations and neighbors from representative samples. *Journal of Fluency Disorders*, 36(4), 318-333.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21, 98-123.
- Parr, S., Byng, S., Gilpin, S. & Ireland, C. (1997). *Talking about aphasia*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Packman, A., Onslow, M. & Attanasio, J. S. (2003). The timing of early intervention with the Lidcombe Program. In M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (Eds.), *The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician's guide* (Second Edition, pp. 41-55). Austin, TX: Pro-Ed.
- Rahbar, M. H., Ibrahim, K. & Assassi, P. (2011). Knowledge and Attitude of General Practitioners Regarding Autism in Karachi, Pakistan, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 465-474.
- Rapin, I. (1997). Autism. *The New England Journal of Medicine*, 337, 97-104.
- Safwat, R. F. & Sheikhany, A. (2014). Parental attitudes and knowledge of stuttering. *The Egyptian Journal of Otolaryngology*, 30, 151-156.
- Sawyer, J., Chon, H. & Ambrose, N. G. (2008). Influences of Rate, Length, and Complexity on Speech Disfluency in a Single Speech Sample in Preschool Children Who Stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 33(3), 220-240.
- Schneier, F. R., Wexler, K. B. & Liebowitz, M. R. (1997). Social phobia and stuttering. *The American Journal of Psychiatry*, 154(1), 131.
- Shapiro, D. A. (1999). *Stuttering Intervention: A Collaborative Journey to Fluency Freedom*. Austin, TX: pro-ed.
- Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering: Research and therapy*. New York, NY: Harper & Row.

- Silverman, F. H. (1996). *Stuttering and other fluency disorders* (2nd ed.). Needham, MA: Allyn & Bacon.
- Silverman, F. H. (2004). *Stuttering and other fluency disorders*. USA: Waveland Press.
- Simmons-Mackie, N., Code, C., Armstrong, E., Stiegler, L. & Elman R. J. (2002). *Aphasiology*, 16(8), 838-848.
- Singhi, P. & Malhi, P. (2001). Clinical and neurodevelopmental profile of young children with autism. *Indian Pediatrics*, 38, 384-390.
- Smart, J. (2001). *Disability, society, and the individual*. Gaithersburg, MA: Aspen Publication.
- St. Louis, K. O. (2005). A global project to measure attitudes of stuttering. *Asha Leader*, 10(12-3), 22.
- St. Louis, K. O. & Lass, N. J. (1981). A survey of communicative disorders student's attitudes toward stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 6(1), 49-79.
- Strunk, J. A. (2009). School nurses' knowledge of autism spectrum disorders. *The Journal of School Nursing*, 6, 445-452.
- Swartz, E., Gabel, R. & Irani, F. (2009). Speech-Language Pathologists Attitudes towards People Who Stutter. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology/Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, 33(2), 99-105.
- Van Borsel, J., Verniers, I. & Bouvry, S. (1999). Public Awareness of Stuttering. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 51(3), 124-132.
- Van Riper, C. (1971). *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Weiller, C., Isensee, C., Rijntjes, M., Huber, W., Muller, S., et al. (1995). Recovery from Wernicke's aphasia: A positron emission tomographic study. *Annals of Neurology*, 37,723-732.
- Wingate, M. E. (1997). *Stuttering: A short history of a curious disorder*. Westport, CT: Bergin & Garvey.
- Woods, C. L. (1975). Teachers' Predictions of the Social Position and Speaking Competence of Stuttering Students. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 6(4), 177-182.
- Woods, C. L. & Williams, D. E. (1971). Speech clinicians' conceptions of boys and men who stutter. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 36(2), 225-234.
- Woods, C. L. & Williams, D. E. (1976). Traits attributed to stuttering and normally fluent males. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 19(2), 267-278.

- Xing Ming, J., Jing, Z., Yi Wen, Z. & Van Borsel, J. (2001). Public awareness of Stuttering in Shanghai, China. *Logopedics Phoniatics, Vocology*, 26, 145-150.
- Yairi, E. (2004). The formative years of stuttering: A changing portrait. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 92-104.
- Yairi, E. & Ambrose, N. G. (1999). Early childhood stuttering I: Persistency of recovery rates, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1097-1112.
- Yairi, E. & Ambrose, N. G. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Yairi, E. & Seery, C. H. (2011). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Yairi, E. & Williams, D. E. (1970). Speech clinicians' stereotypes of elementary- school boys who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 3(3), 161-170.
- Yaruss, J. S. & Quesal, R.W. (2006). Overall assessment of the speakers' experience of stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31(2), 90-115.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:

ΤΙ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Ηλικία _____ Φύλο _____

Επίπεδο εκπαίδευσης _____

Επάγγελμα _____

Έχετε συναντήσει άτομο που τραυλίζει (ΑΠΤ);

- Ναι
- Όχι

Γνωρίζετε κάποιον που τραυλίζει ανάμεσα στους γνωστούς σας (συγγενείς, φίλους, γείτονες, κλπ.);

- Ναι
- Όχι

Πιστεύετε ότι ο όρος «τραυλός» είναι ευρέως αποδεκτός στις μέρες μας;

- Ναι
- Όχι

1. Πόσα άτομα στα εκατό θεωρείτε ότι τραυλίζουν;

- 1%
- 10%
- 27%
- 43%

2. Ποια είναι συνήθως η ηλικία έναρξης του τραυλισμού κατά τη γνώμη σας;

- 2-5 ετών
- 5-11 ετών
- 11-18 ετών
- 18+ ετών
- Οποιαδήποτε χρονική στιγμή

3. Σύμφωνα με τη γνώμη σας ποια είναι η αιτία του τραυλισμού;

- Βλάβη του εγκεφάλου/νευρολογικά προβλήματα
- Κληρονομικότητα
- Πιεστικοί/Αυστηροί γονείς
- Ψυχοσυναισθηματικά αίτια
- Πολυπαραγοντική αιτιολογία
- Αυξημένες σχολικές απαιτήσεις
- Ενδοσχολική βία (bullying)

4. Ο τραυλισμός εμφανίζεται πιο συχνά, λιγότερο συχνά ή εξίσου συχνά στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια;

Στα αγόρια:

- Πιο συχνά
- Λιγότερο συχνά
- Εξίσου συχνά

5. Πιστεύετε ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται πιο συχνά, λιγότερο συχνά ή εξίσου συχνά στους αριστερόχειρες από ότι στους δεξιόχειρες;

Στους αριστερόχειρες:

- Πιο συχνά
- Λιγότερο συχνά
- Εξίσου συχνά

6. Πιστεύετε πως ο τραυλισμός επηρεάζεται από τη φυλή, την εθνικότητα, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση ή τη διγλωσσία;

- Ναι
- Όχι

Αν ναι, από ποιο από τα παραπάνω; _____

7. Θεωρείτε ότι ο δείκτης νοημοσύνης των ατόμων που τραυλίζουν (ΑΠΤ) είναι υψηλότερος, χαμηλότερος ή ίδιος με αυτόν των ατόμων που δεν τραυλίζουν;

Στα ΑΠΤ:

- Υψηλότερος
- Χαμηλότερος
- Ίδιος

8. Πιστεύετε πως ο γενικός ρυθμός ομιλίας των ατόμων που τραυλίζουν (ΑΠΤ) είναι γρηγορότερος, πιο αργός ή ίδιος με αυτόν των ατόμων που δεν τραυλίζουν;

Στα ΑΠΤ:

- Γρηγορότερος
- Πιο αργός
- Ίδιος

9. Θεωρείτε ότι οι πεποιθήσεις και τα συναισθήματα των ΑΠΤ για την ομιλία τους είναι διαφορετικά ή ίδια με αυτά των ατόμων με φυσιολογική ροή ομιλίας;

- Διαφορετικά
- Ίδια

10. Ποιο από τα παρακάτω είναι κατά τη γνώμη σας πιο σοβαρό και ποιο λιγότερο σοβαρό: το να φοράς γυαλιά οράσεως, το να φοράς ακουστικά βαρηκοΐας, ή το να τραυλίζεις;

- Πιο σοβαρό: _____
- Λιγότερο σοβαρό: _____

11. Πώς πιστεύετε ότι πρέπει να μιλάμε σε ΑΠΤ;

- Χρησιμοποιούμε προτάσεις του τύπου «Πιο αργά...», «Χαλάρωσε...».
- Τελειώνουμε εμείς τις προτάσεις τους ή προσθέτουμε λέξεις.
- Διορθώνουμε την ομιλία τους.
- Διατηρούμε βλεμματική επαφή και περιμένουμε μέχρι ο συνομιλητής μας να ολοκληρώσει την πρότασή του.
- Μιλάμε γρηγορότερα απ' ότι συνήθως.

12. Μπορεί ο τραυλισμός να θεραπευτεί;

- Ναι
- Όχι

13. Εάν είχατε ένα παιδί τεσσάρων χρόνων που τραυλίζει, τι θα κάνατε;

- Θα περίμενα
- Θα συμβουλευόμουν τον παιδίατρο
- Θα συμβουλευόμουν έναν λογοθεραπευτή
- Θα συμβουλευόμουν έναν ψυχολόγο
- Θα συμβουλευόμουν έναν παιδοψυχίατρο
- Άλλο: _____

14. Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού;

- Φαρμακευτική αγωγή
- Λογοθεραπευτική παρέμβαση
- Ψυχολογική υποστήριξη
- Αλλαγή διατροφικών συνηθειών
- Εργοθεραπευτική παρέμβαση
- Παρέμβαση από ψυχίατρο
- Περιορισμός γονεϊκών και σχολικών απαιτήσεων

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

NRS social grade

Social grade is a classification system based on occupation.

The classifications are as follows:

Grade	Social class	Chief income earner's occupation
A	<u>upper middle class</u>	Higher managerial, administrative or professional
B	<u>middle class</u>	Intermediate managerial, administrative or professional
C1	<u>lower middle class</u>	Supervisory or clerical and junior managerial, administrative or professional
C2	<u>skilled working class</u>	Skilled manual workers
D	<u>working class</u>	Semi-skilled and unskilled manual workers
E	<u>those at the lowest level of subsistence</u>	Casual or lowest grade workers, pensioners, and others who depend on the welfare state for their income,
F	<u>μαθητές-φοιτητές</u>	